

## Wykorzystanie metody ubezpieczeniowej w systemach finansowania ochrony zdrowia – analiza zróżnicowania w krajach Unii Europejskiej

Nadestany: 26.07.14 | Zaakceptowany do druku: 21.06.15

**Teresa Czerwińska\***

Celem opracowania jest identyfikacja roli oraz funkcji dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych w krajach o odmiennych systemach finansowania służby zdrowia: opartych na modelu Beveridge’a – tzw. narodowa służba zdrowia, oraz na modelu Bismarcka – system ubezpieczeniowy. Badania przeprowadzono na podstawie pogłębionej analizy danych statystycznych ilustrujących udział prywatnych dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych w finansowaniu wydatków na ochronę zdrowia oraz rozwój rynku tych ubezpieczeń w krajach Unii Europejskiej zarówno w sensie ilościowym (przypis składki brutto), jak i parametrów jakościowych, takich jak pokrycie pola ubezpieczeniowego.

**Słowa kluczowe:** prywatne dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne, ubezpieczeniowy system finansowania ochrony zdrowia, wydatki na ochronę zdrowia.

## Private voluntary health insurance in health care financing system – comparative analysis in EU countries

Submitted: 26.07.14 | Accepted: 21.06.15

The aim of the paper is to identify the role and functions of the voluntary private insurance in the countries that have different systems of financing the health care, either the Beveridge model or Bismarck model. The research was conducted on the base of the analysis of the statistic data illustrating share of the private voluntary private insurance in total financing expenditures on the health care and the development of the market of those insurances in UE countries.

**Keywords:** private voluntary health insurance, health care financing, health expenditure.

**JEL:** G22, I11, I13, I18

---

\* **Teresa Czerwińska** – dr hab. prof. UW, Uniwersytet Warszawski, Wydział Zarządzania.

Adres do korespondencji: Wydział Zarządzania, Uniwersytet Warszawski, ul. Szturmowa 1/3, 02-678 Warszawa; email: tczerwinska@wz.uw.edu.pl.

## 1. Wstęp

Źródła i sposoby finansowania wydatków na ochronę zdrowia są przedmiotem nieustającej dyskusji zarówno wśród badaczy, jak i na gruncie realiów społeczno-gospodarczych. Problem ten zyskuje na znaczeniu zwłaszcza w obliczu kryzysu ogólnogospodarczego, pogłębiających się trudności finansowych większości krajów nie tylko Unii Europejskiej oraz niekorzystnych tendencji demograficznych i wzrostu świadomości i oczekiwań obywateli w zakresie ochrony zdrowia. W tym kontekście coraz częściej eksponowana jest rola dobrowolnych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jako mechanizmu współfinansowania wydatków na ochronę zdrowia. Wśród istotnych zalet takiego rozwiązania wymienia się przede wszystkim: odciążenie budżetu publicznego, poprawę efektywności wydatków na ochronę zdrowia poprzez stymulowanie konkurencji na rynku świadczeń medycznych, poszerzenie zakresu i dostępu do usług, a także poprawę ich jakości oraz przyczynienie się do wzrostu świadomości ubezpieczeniowej i rozwoju rynku ubezpieczeń (Colombo i Tapay, 2004; Preker, Scheffler i Bassett, 2007; Więckowska i Osak, 2010; Borda, 2011).

Celem opracowania jest identyfikacja roli oraz funkcji dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych w krajach o odmiennych systemach finansowania służby zdrowia: opartych na modelu Beveridge'a – tzw. narodowa służba zdrowia oraz na modelu Bismarcka – system ubezpieczeniowy. Badania przeprowadzono na podstawie pogłębionej analizy danych statystycznych ilustrujących udział prywatnych dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych w finansowaniu wydatków na ochronę zdrowia oraz rozwój rynku tych ubezpieczeń w krajach Unii Europejskiej zarówno w sensie ilościowym (przypis składki brutto), jak i parametrów jakościowych, tj. pokrycie pola ubezpieczeniowego.

## 2. Istota i funkcje dobrowolnych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych

Na gruncie teorii ekonomii, w szerokim ujęciu, ubezpieczenia zdrowotne definiowane są jako mechanizm finansowy mający na celu „(...) pokrycie wydatków związanych z leczeniem, przystosowaniem się do życia w zmienionych warunkach w wyniku choroby lub wypadku (...)” (Stroiński, 2003, s. 257; zob. też przegląd definicji w: PIU, 2013), a także zapewniający zabezpieczenie finansowe i pokrycie utraty zarobkowania w związku z niezdolnością do pracy z powodu choroby lub wypadku. Zgodnie z definicją OECD ubezpieczenia zdrowotne są mechanizmem niwelowania ryzyka finansowego związanego ze zmiennością wydatków na ochronę zdrowia poprzez rozłożenie ciężaru tych wydatków w czasie i we wspólnocie ryzyka (Brunner i in., 2012, s. 3). W praktyce kategoria ubezpieczeń zdrowotnych zawężana jest najczęściej do tzw. ubezpieczeń wypadkowych i chorobowych, mających

na celu pokrycie kosztów leczenia, rehabilitacji oraz pobytu w placówkach szpitalnych (Stroiński, 2003, s. 257; Vaughan, 1992, s. 56). Ubezpieczenia zdrowotne mogą mieć charakter obowiązkowy – jako część publicznego systemu przymusowego wzajemnego ubezpieczenia społecznego (Muszałski, 2004, s. 12–13) i dobrowolny – jako element personalnego planu zarządzania ryzykiem. Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne mają charakter prywatnego zabezpieczenia ryzyka choroby, wypadku, na zasadach komercyjnych, a koszty ubezpieczenia ponoszone są przez osoby indywidualne lub też współfinansowane przez pracodawcę (Mossialos i Thomson, 2002, s. 19–88).

Obecnie coraz częściej szeroko pojęty system finansowania ochrony zdrowia inkorporuje ubezpieczenia dobrowolne, traktując je jako integralny element całego systemu, ponieważ efekty działalności powszechnego obowiązkowego systemu finansowania ochrony zdrowia i dobrowolnych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych są dla ich odbiorcy w zasadzie identyczne, co wynika ze wspólnoty celów – finansowe pokrycie potrzeb finansowych powstałych wskutek realizacji określonego ryzyka (zob. Stroiński, 2003, s. 259; PIU, 2013). W literaturze przedmiotu i praktyce wyodrębniane są z reguły dwa zasadnicze modele finansowania ochrony zdrowia: historycznie starszy – model ubezpieczeniowy (tzw. model Bismarcka) oraz model narodowej służby zdrowia (model Beveridge’a) (tabela 1)<sup>1</sup>. Nie rozwijając szczegółowo, ze względu na zakres opracowania, charakterystyki wymienionych modeli oraz ich wad i zalet, należy zaznaczyć, że w modelu Beveridge’a, w przeciwieństwie do modelu Bismarcka, zakłada się gwarancje bezpieczeństwa socjalnego dla wszystkich obywateli oraz to, że państwo jest odpowiedzialne za powszechny dostęp do świadczeń medycznych niezależnie od statusu obywatela (zob. szerzej w: Or i in., 2009; Health Care Systems..., 1998). Model ten jest elementem szerszej doktryny państwa opiekuńczego (Jończyk, 2010). Środki na finansowanie służby zdrowia pochodzą z budżetu państwa ze źródeł podatkowych. Zakłady opieki zdrowotnej są częścią administracji państwowej, a świadczenia zdrowotne są udzielane na zasadzie niekomercyjnej. Naturalne uzupełnienie tego modelu stanowią dobrowolne prywatne ubezpieczenia zdrowotne, które uzupełniają podstawową opiekę zdrowotną i podwyższają jej standard (Bogutyn i Monkiewicz, 2001, s. 415). W modelu Bismarcka podstawą jest natomiast tworzenie tzw. wspólnot ryzyka ubezpieczeniowego (np. na zasadzie terytorialnej) i współfinansowane przez pracodawców i pracowników składki na ubezpieczenie zdrowotne przekazywane są do instytucji ubezpieczeniowych, tj. kasy chorych (Nojszewska, 2011, s. 98–99). W modelu tym występuje dobrowolność co do wyboru wspólnoty ryzyka, niektóre świadczenia są finansowane tylko częściowo, a instytucje ubezpieczeniowe zarządzane są niezależnie od administracji państwowej, często na zasadach komercyjnych.

Zarówno model Bismarcka, jak i model Beveridge’a stanowią pewne ramy konceptualne finansowania ochrony zdrowia i w praktyce nie wystę-

pują „w czystej postaci”. W większości krajów występują pewne rozwiązania mieszane, tzn. łączone są rozwiązania z obydwu modeli finansowania i uzupełniane o nowe rozwiązania. Natomiast, biorąc pod uwagę sformułowane cechy charakterystyczne, można wyodrębnić kraje z (Nojszewska, 2011, s. 152):

- narodową służbą zdrowia, tj.: Dania, Finlandia, Norwegia, Szwecja, Wielka Brytania, Irlandia, Grecja (od 1983 r.), Portugalia (od 1979 r.), Włochy (od 1978 r.), Hiszpania (od 1986 r.) i
- ubezpieczeniowym systemem finansowania ochrony zdrowia, tj.: Austria, Belgia, Francja, Niemcy, Szwajcaria, Luksemburg, Holandia, Grecja (do 1982 r.), Hiszpania (do 1985 r.), Portugalia (do 1978 r.), Włochy (do 1977 r.).

Kryterium	Model ubezpieczeniowy (tzw. model Bismarcka)	Model narodowej służby zdrowia (model Beveridge'a)
<b>Prawo do świadczeń</b>	wynika z opłacania składek ubezpieczeniowych	wynika z posiadania obywatelstwa (ewentualnie ze stałego pobytu w państwie)
<b>Finansowanie</b>	składki ubezpieczeniowe	źródła budżetowe
<b>Nadzór</b>	instytucje ubezpieczeniowe są niezależnie zarządzane, nadzór państwa tylko w ramach regulacji normatywnych	administracji państwowej nad funkcjonowaniem całego systemu
<b>Świadczeniodawcy</b>	kontraktowane podmioty prywatne	są częścią administracji państwowej
<b>Pakiet świadczeń</b>	sprecyzowany umową	definiowany przez administrację w ramach ustalonych wydatków na ochronę zdrowia
<b>„Ubezpieczyciel”</b>	pracodawca	państwo

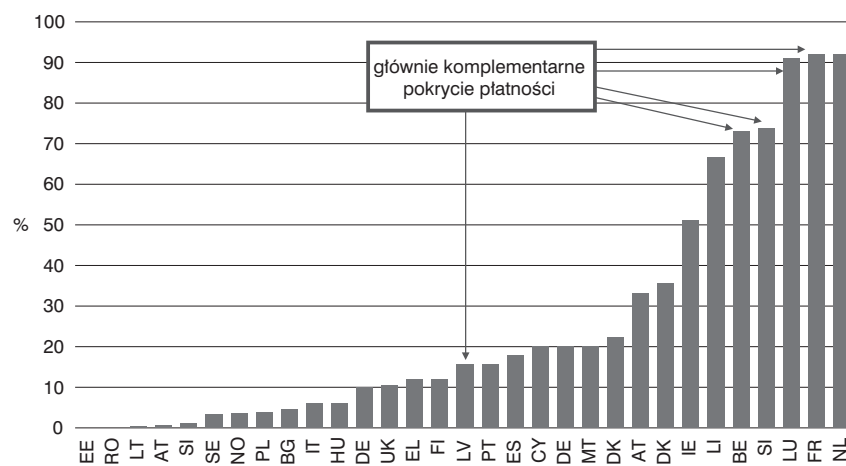
Tabela 1. Parametry modeli finansowania ochrony zdrowia. Źródło: opracowanie na podstawie: J. Kutzin, *Bismarck vs Beveridge: is there increasing convergence between health financing system? 1<sup>st</sup> Annual Meeting of SBO Network on Health Expenditure, 21–22 November 2011, Paris.*

Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne, jako mechanizm o charakterze społeczno-gospodarczym, mogą spełniać szereg funkcji: substytucyjną, komplementarną oraz suplementarną (zob.: Brunner i in. 2012; Mossialos i Thomson, 2002; Więckowska i Osak, 2010; Thomson, 2011; Borda 2011; PIU, 2013) (tabela 2). Pełnienie tych funkcji jest zdeterminowane – z jednej strony – przyjętym modelem prawno-organizacyjnym finansowania ochrony zdrowia w danym układzie społeczno-ekonomicznym, z drugiej zaś – stopniem rozwoju i rolą rynku ubezpieczeń w systemie gospodarczym.

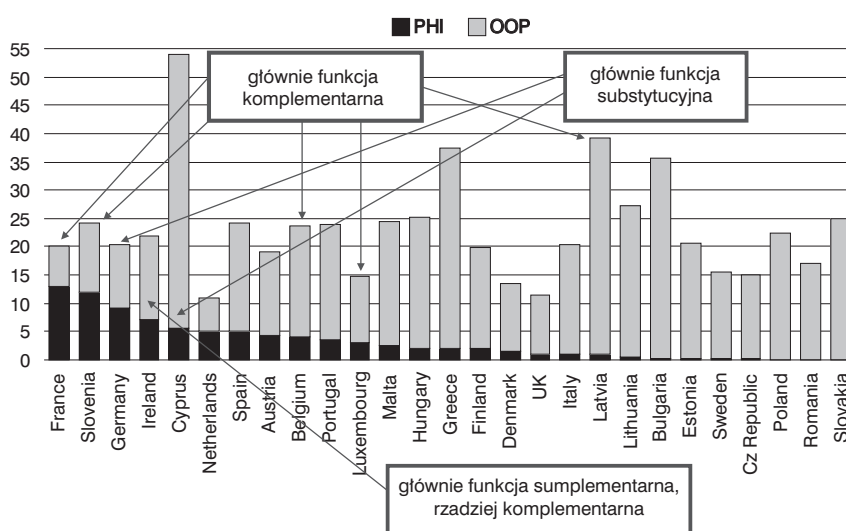
Bodźce rozwoju	Funkcja prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych	Zakres pokrycia	Zastosowanie
wypełnienie luki w publicznym finansowaniu ochrony zdrowia	substytucyjna	osoby nieobjęte systemem publicznym	Niemcy, USA, Holandia (przed 2006)
poszerzenie zakresu ochrony zdrowia	komplementarna	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pokrycie opłat za współfinansowanie ochrony zdrowia</li> </ul>	Francja, Dania, Łotwa, Słowenia
większa dostępność i wyższa jakość usług medycznych	duplikująca	<ul style="list-style-type: none"> <li>• szybszy dostęp do usług medycznych dostępnych również w systemie publicznym</li> <li>• wyższa jakość usług medycznych dostępnych również w systemie publicznym</li> </ul>	Irlandia, Polska, Wielka Brytania
szerszy zakres i wyższa jakość usług medycznych	suplementarna	<ul style="list-style-type: none"> <li>• usługi medyczne nieobjęte systemem publicznym</li> <li>• usługi luksusowe, dodatkowe udogodnienia w obsłudze</li> </ul>	Belgia, Węgry, Szwajcaria

Tabela 2. Funkcje dobrowolnych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Źródło: opracowanie na podstawie: G. Brunner, P. Gottret, B. Hansl, V. Kalavakonda, S. Nagpal, N. Tapay, *Private Voluntary Health Insurance – Consumer Protection and Prudential Regulation*, World Bank, Washington 2012, s. 3; E. Mossialos, S. Thomson, *Voluntary health insurance in the European Union: a critical assessment*, "International Journal of Health Services", 32(2002), s. 19–88.

W dużej części krajów Unii Europejskiej, np. Belgii, Francji, Słowenii, Łotwie, dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne pełnią przede wszystkim funkcję komplementarną (rysunki 1, 2). Funkcja substytucyjna dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych realizowana jest natomiast przede wszystkim w Niemczech i na Cyprze. Należy zwrócić uwagę na fakt, że te same rodzaje ryzyka mogą być przedmiotem umowy ubezpieczenia w przypadku ubezpieczeń zarówno obowiązkowych, jak i dobrowolnych, np. ryzyko choroby, nieszczęśliwego wypadku, oraz że pokrycie finansowe jednego rodzaju ryzyka zapewnia obecnie kilka różnych świadczeń. Szczególnie wyraźne są wzajemne powiązania, ze względu na cel i przedmiot ubezpieczenia. Przyjęty w danym państwie model finansowania ochrony zdrowia wytycza obszary dla rynku dobrowolnych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych i jego funkcje, zwłaszcza tam, gdzie odczuwalne są niedoskonałości przyjętego modelu, takie jak brak pełności i realności świadczeń. Łagodzenie niedoskonałości systemu finansowania ochrony zdrowia umożliwia funkcja suplementarna dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych (zob. Więckowska i Osak, 2010; PIU, 2013).



Rysunek 1. Zakres obejmowania populacji dobrowolnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi w krajach UE w 2009 roku (w %). Źródło: S. Thomson, *Voluntary health insurance and health care reforms*, IMF Conference, Paris 21 June 2011.



Rysunek 2. Dobrowolne prywatne ubezpieczenia zdrowotne (PHI) i bezpośrednie wydatki prywatne (OOP) w relacji do wydatków na ochronę zdrowia ogółem w krajach Unii Europejskiej w 2009 roku (w %). Źródło: S. Thomson, *Voluntary health insurance and health care reforms*, IMF Conference, Paris 21 June 2011.

### 3. Analiza skali prywatnych dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych w systemie finansowania wydatków na ochronę zdrowia

W celu identyfikacji rangi dobrowolnych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jako źródła finansowania wydatków na ochronę zdrowia w poszczególnych krajach Unii Europejskiej analizie porównawczej poddano zasadnicze parametry modeli finansowania ochrony zdrowia:

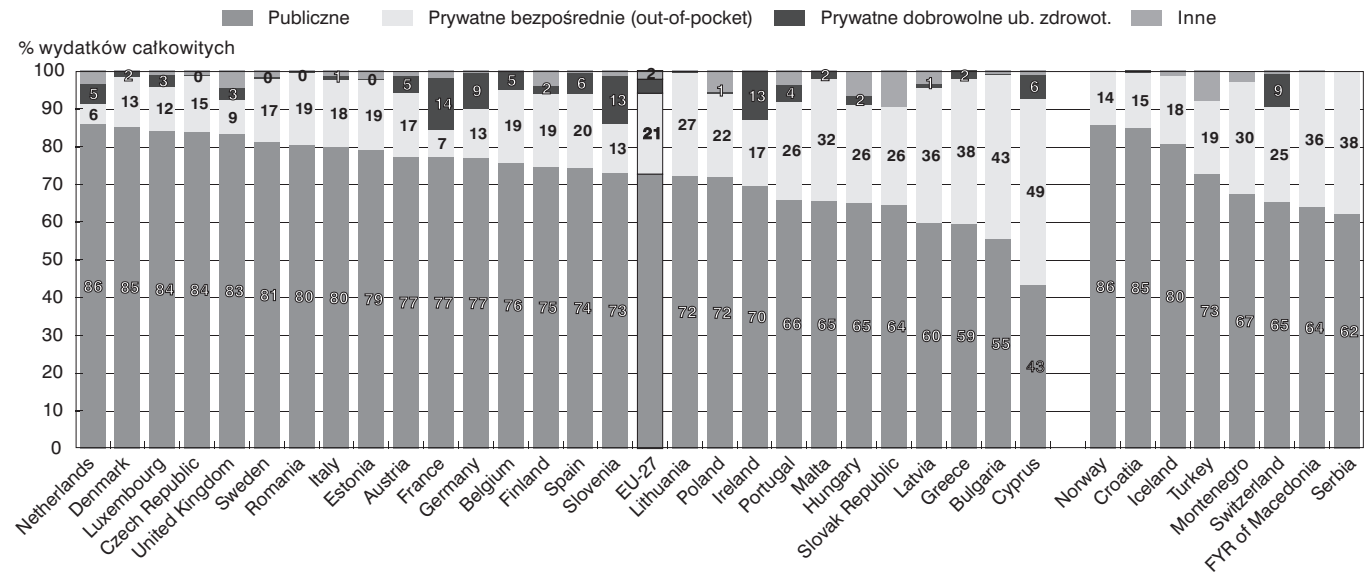
- udział dobrowolnych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w strukturze finansowania wydatków na ochronę zdrowia,
- dynamikę udziału dobrowolnych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych i bezpośrednich wydatków prywatnych w strukturze finansowania wydatków na ochronę zdrowia,
- dynamikę składki przypisanej brutto z tytułu dobrowolnych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych oraz
- zakres pokrycia populacji prywatnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi i pełnione funkcje.

Ponadto, w celu zbadania współzależności przeprowadzono analizę korelacji i regresji:

- dynamiki bezpośrednich wydatków prywatnych (out-of-pocket) na ochronę zdrowia i dynamiki dobrowolnych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych,
- wydatków na ochronę zdrowia per capita oraz udziału prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w strukturze wydatków na ochronę zdrowia.

Dodatkowo, w celu uwypuklenia różnic między modelowo wyodrębnionymi systemami finansowania ochrony zdrowia (model Beveridge oraz model Bismarcka) dokonano analizy porównawczej dla dwóch grup krajów w zakresie podstawowych parametrów systemów finansowania wydatków (rysunek 9).

Analiza struktury finansowania wydatków na ochronę zdrowia w krajach europejskich wykazuje, że podstawowym źródłem finansowania są środki publiczne (przeciętnie 73% w krajach UE-27 w 2010 roku). Udział ten jest szczególnie wysoki w krajach, gdzie finansowanie ochrony zdrowia wpisuje się w tzw. model Beveridge'a, takich jak: Wielka Brytania, Norwegia, Dania, Szwecja. Uwagę zwraca stosunkowo wysoki udział prywatnych wydatków bezpośrednich na ochronę zdrowia (przeciętnie 21% w krajach EU-27 w 2010 roku), zwłaszcza w nowych krajach członkowskich UE. Udział dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych w finansowaniu wydatków na ochronę zdrowia jest natomiast stosunkowo niewielki (przeciętnie 4% w krajach EU-27 w 2010 roku). Świadczenia z tytułu zawartych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych pokrywają do 14% wydatków na ochronę zdrowia we Francji, 13% w Słowenii i Irlandii oraz 9% w Niemczech oraz Szwajcarii i Słowacji (rysunek 3). W większości pozostałych krajów udział prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w finansowaniu wydatków na ochronę zdrowia jest raczej marginalny. Oznacza to, że lukę w finansowaniu wydatków na ochronę



Rysunek 3. Struktura finansowania wydatków na ochronę zdrowia w krajach europejskich w 2010 roku. Źródło: OECD Health Data 2012; WHO Global Health Expenditure Database.

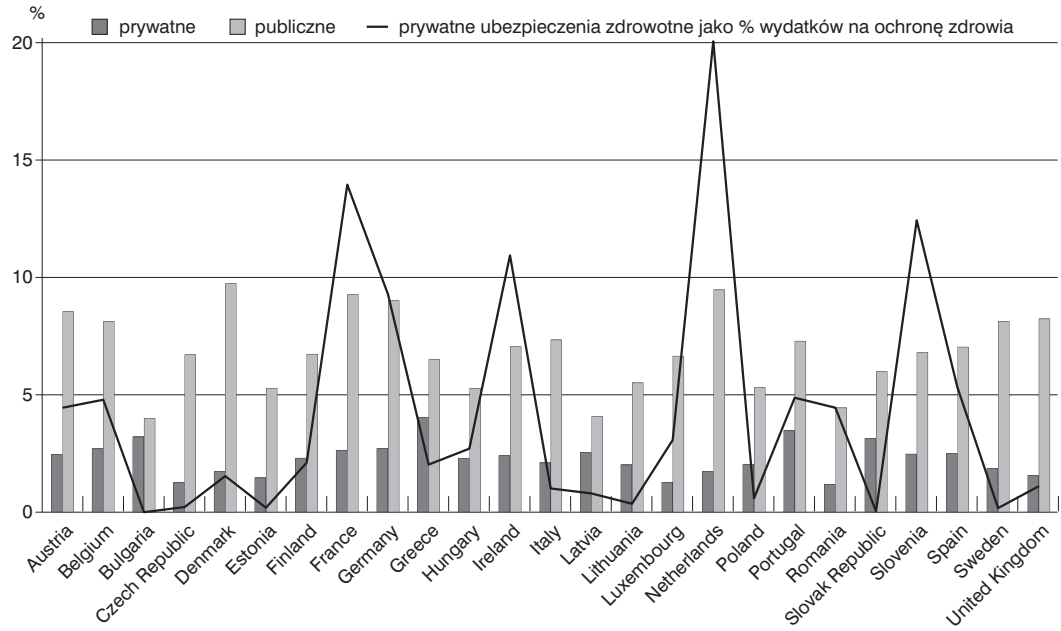


zdrowia wypełniają przede wszystkim prywatne wydatki bezpośrednie, natomiast rynek dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych jest jeszcze stosunkowo słabo rozwinięty.

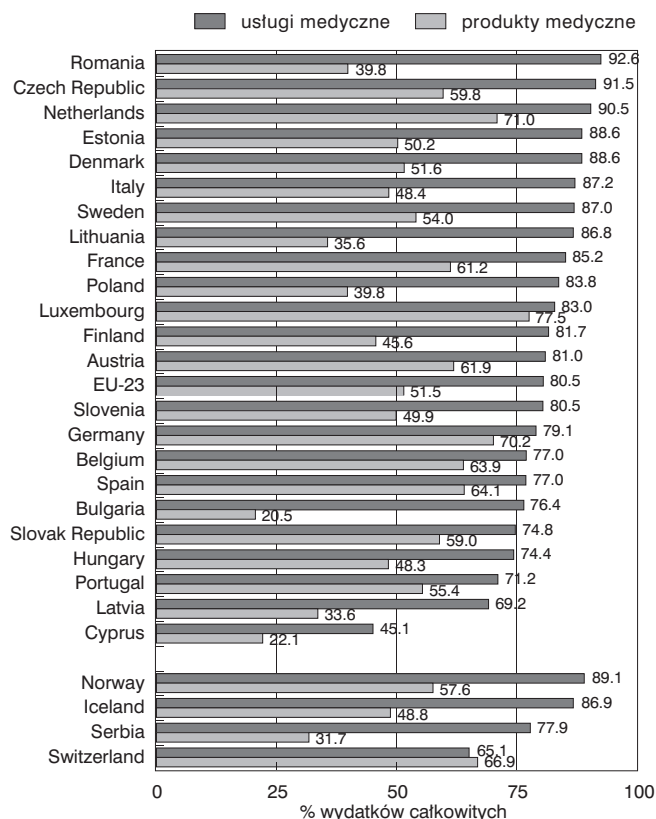
Badania wykazują, że krajach, gdzie wydatki publiczne na ochronę zdrowia są wysokie w relacji do PKB, takich jak Niemcy, Francja czy Holandia, udział ubezpieczeń zdrowotnych w finansowaniu ochrony zdrowia jest również wysoki (rysunek 4). Może to oznaczać, że rozwój rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych nie zmienia w sposób znaczący obciążenia publicznego systemu ochrony zdrowia. Jedną z istotnych przyczyn tego stanu jest duplikująca funkcja prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, tzn. korzystanie przez osoby posiadające ubezpieczenie prywatne nadal w znacznym zakresie z placówek publicznych. Jest to związane z wysokim poziomem specjalizacji placówek prywatnych, koncentrujących się na świadczeniu usług o wysokiej rentowności ekonomicznej, pomijając wysokosztowe procedury. Ponadto koszty finansowania systemu publicznego są relatywnie stałe w relacji do PKB (w czasie wykazują tendencję wzrostową w większości krajów europejskich), ponieważ osoby o niskich dochodach, przewlekle chore, pozostają z reguły w systemie publicznym. Z dobrowolnych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych korzystają natomiast osoby o wyższych dochodach, duplikując częściowo wydatki na ochronę zdrowia (zob. *Private Health Insurance in OECD Countries*, 2004; Nojszewska, 2011). Jednocześnie badania wykazują, że w przypadku współfinansowania wydatków na ochronę zdrowia przez prywatne ubezpieczenia zdrowotne może wzrastać częstotliwość korzystania z usług, co przyczynia się do wzrostu kosztów systemu publicznego, np. we Francji (zob. *Private Health Insurance in OECD Countries*, 2004; Nojszewska, 2011).

Jak wykazują badania, w krajach Unii Europejskiej ze środków publicznych pokrywane są przede wszystkim wydatki na usługi medyczne (przeciętnie 80%). Wydatki na finansowanie produktów medycznych pokrywane są natomiast przeciętnie w 51,5% (rysunek 5). Oznacza to, że powstaje znaczna luka w finansowaniu zakupu produktów medycznych, zwłaszcza w nowych krajach członkowskich UE, takich jak: Bułgaria, Cypr, Litwa, Łotwa, Rumunia. Zarówno prywatne ubezpieczenia zdrowotne, jak i wydatki prywatne typu out-of-pocket pokrywają tutaj zatem przede wszystkim zakup różnego typu produktów medycznych. W części krajów, zwłaszcza stosujących tzw. model Bismarcka, takich jak Niemcy, Hiszpania, Holandia, Austria czy Luksemburg, udział środków publicznych w finansowaniu zarówno usług, jak i produktów medycznych jest bardziej zbliżony.

Analiza zależności między wysokością wydatków na ochronę zdrowia per capita oraz udziałem prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w strukturze finansowania ochrony zdrowia wykazała, że w krajach, w których poziom wydatków na ochronę zdrowia per capita jest wysoki (ponad 3 tys. USD), udział prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w finansowaniu ochrony zdrowia jest wysoki, np. w: Irlandii, Francji, Niemczech (rysunek 6) (zob. też wyniki badań Nojszewska, 2011).

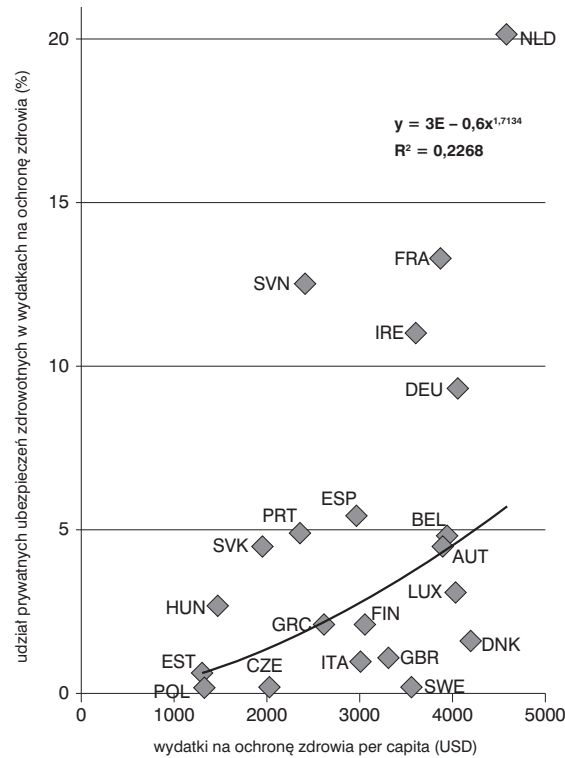


Rysunek 4. Wydatki publiczne i prywatne na ochronę zdrowia (jako % PKB) oraz udział prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w finansowaniu wydatków na ochronę zdrowia w krajach europejskich w 2009 roku. Źródło: opracowanie na podstawie: OECD Health Data 2012; WHO Global Health Expenditure Database.



Rysunek 5. Udział środków publicznych w finansowaniu usług i produktów medycznych w krajach europejskich w 2010 roku (%). Źródło: OECD Health Data 2012; Eurostat Statistics Database.

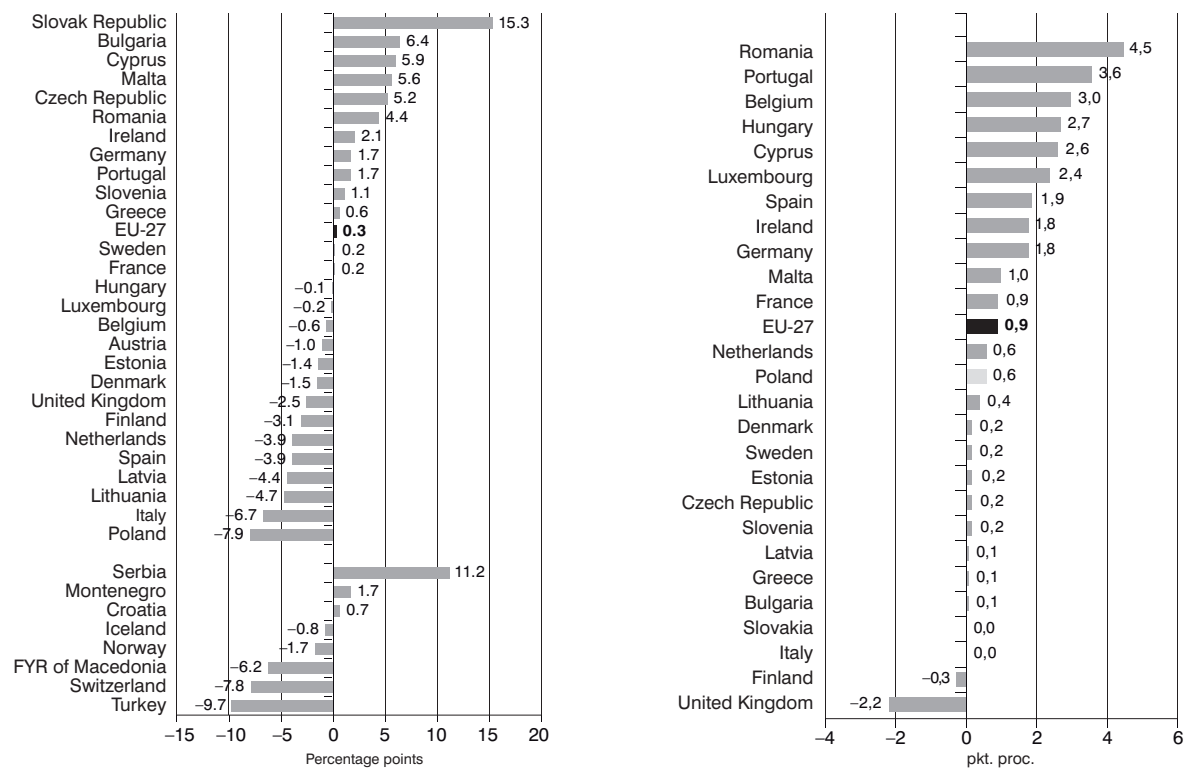
Biorąc pod uwagę dynamikę udziału poszczególnych wydatków prywatnych w strukturze finansowania ochrony zdrowia, można zauważyć, że w latach 2000–2010 udział dobrowolnych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych istotnie zyskał na znaczeniu. Ich udział w finansowaniu ochrony zdrowia w krajach Unii Europejskiej w latach 1996–2009 wzrósł przeciętnie o 0,9%, podczas gdy udział prywatnych wydatków bezpośrednich wzrósł w tym czasie tylko o 0,3% (rysunek 7). Najbardziej znaczący wzrost udziału prywatnych wydatków bezpośrednich w strukturze finansowania ochrony zdrowia zaobserwowano w nowych krajach członkowskich UE, takich jak.: Słowacja, Bułgaria, Cypr, Czechy czy Rumunia. Jest to wyraźny sygnał świadczący o przesuwaniu ciężaru finansowania ochrony zdrowia ze źródeł publicznych na prywatne. W niektórych z tych krajów, np. Rumunii, na Węgrzech czy Cyprze, wypełniając lukę w finansowaniu, znacznie wzrósł udział prywat-



Rysunek 6. Zależność między wydatkami na ochronę zdrowia per capita oraz udziałem prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w strukturze wydatków na ochronę zdrowia w 2009 roku w krajach UE. Źródło: obliczenia własne na podstawie OECD Health Data 2011.

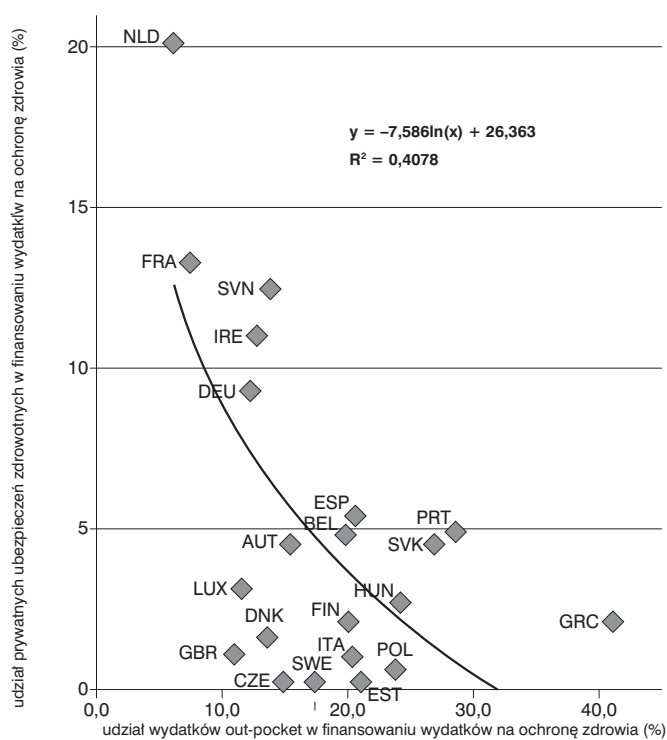
nych ubezpieczeń zdrowotnych w finansowaniu ochrony zdrowia (zob. też wyniki badań: Nojszewska, 2011; Borda, 2011; PIU, 2013). Można również zaobserwować pewną substytucję prywatnych wydatków out-of-pocket dobrowolnymi prywatnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi, np. w Belgii, Luksemburgu, Hiszpanii, na Węgrzech, gdzie na przestrzeni analizowanego okresu wzrósł udział prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w finansowaniu ochrony zdrowia kosztem, jak wydaje się, udziału prywatnych wydatków bezpośrednich (rysunek 7).

W krajach, gdzie udział dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych w finansowaniu wydatków na ochronę zdrowia jest wysoki (powyżej 9%), udział bezpośrednich wydatków prywatnych w strukturze finansowania jest najniższy. Dzieje się tak np. w: Holandii czy Francji. W krajach, gdzie wydatki out-of-pocket stanowią przynajmniej 20% całości finansowania wydatków na ochronę zdrowia, takich jak Włochy, Polska, Estonia czy Grecja, udział prywatnych ubezpieczeń w finansowaniu wydatków na ochronę zdrowia jest natomiast najniższy (rysunek 8). Nie jest to zależność całkowicie jednoznaczna, bowiem



Rysunek 7. Zmiana udziału prywatnych wydatków bezpośrednich (po lewej) oraz prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych (po prawej) w wydatkach całkowitych na ochronę zdrowia w krajach europejskich w latach 2000-2010 (%). Źródło: OECD Health Data 2012; WHO Global Health Expenditure Database.

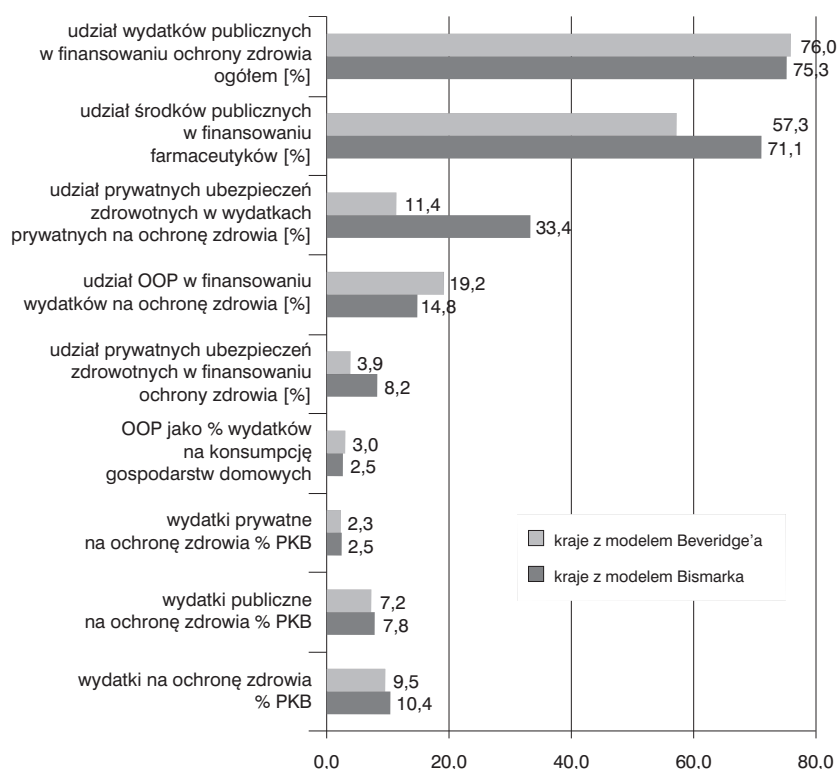
w części krajów udział wydatków out-of-pocket oraz prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w finansowaniu ochrony zdrowia jest zbliżony (np. w Słowenii, Irlandii, Niemczech). W części krajów, gdzie udział bezpośrednich wydatków prywatnych w finansowaniu ochrony zdrowia jest relatywnie wysoki (powyżej 20%), udział dobrowolnych ubezpieczeń w finansowaniu wydatków na ochronę zdrowia kształtuje się natomiast na poziomie ok. 5% (powyżej średniej w UE), np. w Hiszpanii, Belgii, Portugalii. Oznacza to, że prywatne ubezpieczenia zdrowotne nie są jednoznacznie traktowane jako substytut bezpośrednich wydatków prywatnych na ochronę zdrowia. Spełniają one obecnie najczęściej funkcję komplementarną w relacji do wydatków publicznych, zwłaszcza w realiach kryzysu i problemów w sferze finansów publicznych.



Rysunek 8. Zależność między udziałem prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w strukturze wydatków na ochronę zdrowia a prywatnymi wydatkami out-of-pocket w krajach UE w 2009 roku. Źródło: obliczenia własne na podstawie OECD Health Data 2011.

W celu uwypuklenia różnic między modelowo wyodrębnionymi systemami finansowania ochrony zdrowia: model Beveridge'a – tzw. narodowa służba zdrowia oraz model ubezpieczeniowy Bismarcka – dokonano zestawienia komparatywnego dla podstawowych parametrów (rysunek 9). Obliczeń doko-

nano dla okresu 2007–2010, zaliczając do grupy krajów z narodową służbą zdrowia: Danię, Finlandię, Norwegię, Szwecję, Wielką Brytanię, Irlandię, Grecję, Portugalie, Włochy oraz Hiszpanię, a do grupy krajów z ubezpieczeniowym systemem finansowania ochrony zdrowia: Austrię, Belgię, Francję, Niemcy, Szwajcarię, Luksemburg oraz Holandię.



Rysunek 9. Wybrane parametry systemów finansowania ochrony zdrowia w krajach europejskich stosujących model Beveridge'a oraz krajach z modelem Bismarcka w latach 2007–2010. Źródło: obliczenia własne na podstawie bazy danych OECD Health Data.

Przedstawione wyniki badań pozwalają stwierdzić, że:

- pomiędzy analizowanymi grupami krajów nie występują w zasadzie różnice w poziomie finansowania ochrony zdrowia ze środków publicznych – przeciętny udział tych środków w strukturze finansowania ochrony zdrowia jest podobny, porównywalny jest też udział wydatków publicznych na ochronę zdrowia w relacji do PKB;
- obydwu grup krajów nie różnicuje też wielkość wydatków prywatnych na ochronę zdrowia w relacji do PKB, lecz to, że udział prywatnych dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych w wydatkach prywatnych na ochronę zdro-

- wia jest trzykrotnie wyższy w grupie krajów stosujących model Bismarcka w relacji do grupy krajów z modelem narodowej służby zdrowia;
- w grupie krajów, gdzie finansowanie ochrony zdrowia opiera się na modelu Beveridge’a, istotnie wyższy jest udział prywatnych wydatków bezpośrednich w finansowaniu ochrony zdrowia niż w grupie krajów stosujących ubezpieczeniowy model Bismarcka;
  - występuje istotna luka pokrycia w przypadku finansowania wydatków na farmaceutyki w grupie krajów stosujących model Beveridge’a, gdzie udział środków publicznych w ich finansowaniu wynosi przeciętnie 57,3%.

#### **4. Analiza wykorzystania pola ubezpieczeniowego w prywatnych ubezpieczeniach zdrowotnych w wybranych krajach europejskich**

Najbardziej dynamiczny rozwój rynku prywatnych dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych, mierzony dynamiką składki przypisanej brutto, w latach 2002–2011 można zaobserwować w Czechach, Luksemburgu, Estonii i Irlandii, gdzie wystąpił trzykrotny wzrost składki przypisanej brutto w analizowanym okresie (tabela 3). Średnioroczne tempo wzrostu przypisu składki brutto z tytułu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych na tych rynkach kształtowało się na poziomie 20%. Największa dynamika przypisu składki z tytułu ubezpieczeń zdrowotnych miała miejsce w latach 2002–2004, kiedy średnioroczne tempo wzrostu składki wynosiło 28% w 2003/2002 oraz 21% w latach 2004/2003 w ujęciu zagregowanym. W latach 2006–2008 przypis składki z tytułu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych wzrastał w średniorocznym tempie 13–14% w ujęciu zagregowanym. Wyraźnie widoczny jest spadek przypisu składki we wszystkich analizowanych krajach (z wyjątkiem Czech i Luksemburga) w 2009 roku (przeciętny spadek przypisu składki na analizowanych rynkach 12%), co można łączyć z osłabieniem koniunktury gospodarczej wskutek kryzysu. Najbardziej istotny spadek przypisu składki brutto z tytułu ubezpieczeń zdrowotnych w 2009 roku miał miejsce w Szwecji (o 60%), Norwegii (o 50%), oraz w Polsce i Wielkiej Brytanii – o 25%, natomiast od roku 2010 przypis składki z tytułu ubezpieczeń zdrowotnych systematycznie wzrasta (średnioroczne tempo wzrostu 10% w 2011 roku w ujęciu zagregowanym).

Analiza pokrycia pola ubezpieczeniowego w odniesieniu do prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych wykazała, że w części bardziej zamożnych krajów europejskich znaczna część populacji jest objęta prywatnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi, które spełniają funkcję komplementarną, np. we Francji (96% populacji), Belgii (78,9% populacji), Słowenii (71,1% populacji), Luksemburgu (55,2% populacji). Funkcję suplementarną (zwłaszcza w zakresie opieki dentystycznej) prywatne ubezpieczenia spełniają na szeroką skalę w Holandii (89% populacji), Danii (19,6% populacji) oraz Szwajcarii (29,5% populacji) (rysunek 10). Natomiast funkcję duplikującą prywatne ubezpieczenia



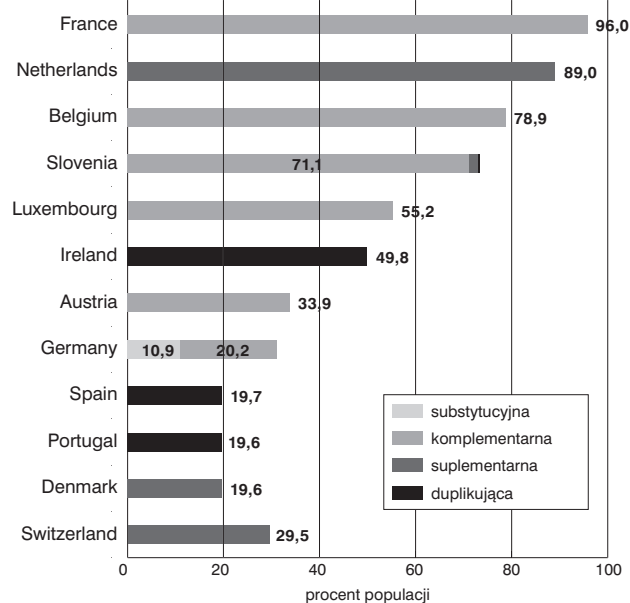
<b>Kraj</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2011/2002*</b>	<b>Średnioroczne tempo (%)</b>
Austria	1761,3	2185,9	2435,8	2535,7	2626,5	2978,3	3303,8	3254,9	3190,3	3489,2	198,1	9,4
Belgia	1902,3	2368,6	3029,7	2843,8	2983,3	3447,7	3875,0	3732,9	3608,8	3859,3	202,9	10,8
Czechy	73,8	92,0	110,4	129,3	147,2	183,5	240,0	242,8	267,9	298,9	405,1	18,9
Dania	985,3	1343,3	1717,2	1812,9	2059,3	2713,8	2670,4	2510,0	2339,7	2502,0	253,9	15,4
Estonia	..	..	..	..	..	..	..	9,9	36,7	41,3	415,4	10,0
Finlandia	633,0	765,2	909,1	1057,2	960,2	1132,7	1261,2	1183,9	1120,1	1304,1	206,0	10,0
Francja	9321,6	12290,8	15210,1	16408,2	46908,0	41963,5	23163,2	22692,1	22527,1	24718,7	265,2	27,4
Niemcy	27250,0	34530,3	40777,5	42221,3	43942,1	49436,2	54127,0	53073,7	52896,7	57514,6	211,1	13,3
Grecja	81,2	118,4	103,8	110,0	..	96,5	109,7	..	..	..	135,1	14,5
Węgry	43,5	56,3	70,7	80,4	80,9	105,4	109,0	89,5	92,1	105,7	242,9	22,0
Islandia	..	31,0	44,7	42,0	44,0	..	47,1	38,1	41,0	45,8	148,0	6,0
Irlandia	..	612,4	1081,6	1071,6	1201,2	1452,1	1833,3	1775,5	1677,7	1992,2	325,3	17,7
Włochy	3818,1	4797,6	5580,8	5876,5	6187,5	7178,0	7837,0	7464,2	6906,7	7243,3	189,7	2,0
Luxemburg	30,2	43,1	50,5	56,7	62,7	75,1	88,8	91,4	107,1	125,8	416,6	10,4
Holandia	..	11501,1	14487,5	14290,0	9243,3	11079,5	12200,3	11280,8	10909,9	11863,7	103,2	3,7
Norwegia	494,5	636,0	700,1	844,7	875,4	845,0	985,7	490,2	530,2	576,7	116,6	6,0

Kraj	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2011/2002*	Średnioroczne tempo (%)
Polska	613,3	717,2	849,1	274,7	316,8	418,9	634,9	478,5	535,1	568,3	92,7	7,6
Portugalia	1071,6	1349,7	1532,5	1574,6	1616,9	1806,8	1961,1	1723,0	1595,7	1631,7	152,3	14,9
Słowacja	24,0	..	23,1	25,2	32,3	33,0	45,4	44,3	52,4	52,4	218,0	5,9
Słowenia	..	..	..	..	..	652,1	732,5	728,7	682,3	737,6	113,1	9,9
Hiszpania	3827,4	5066,3	6067,5	6583,8	7254,9	8576,7	9716,4	9604,7	8468,9	..	221,3	-1,9
Szwecja	..	1979,9	2277,4	2371,0	2562,2	2671,6	3120,9	1265,7	1375,4	1617,6	81,7	12,2
Szwajcaria	6460,2	7566,9	8519,1	8647,2	7249,5	7616,6	12503,2	10620,6	11395,4	13648,6	211,3	2,2
Wielka Brytania	8923,6	10781,0	11135,0	11892,8	12968,9	14359,4	12917,2	9664,5	9732,8	9915,2	111,1	10,4

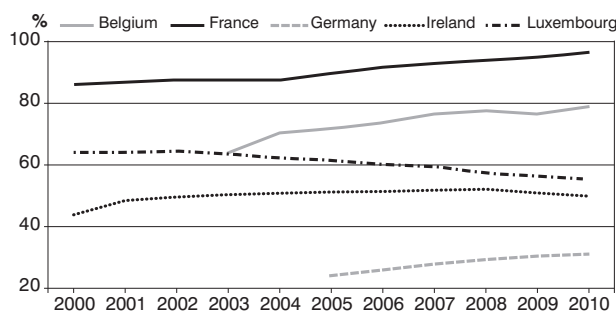
\* przy braku obserwacji, dynamika jest liczona z obserwacji najbliższej

Tabela 3. Składka przypisana brutto w ubezpieczeniach zdrowotnych i wypadkowych w krajach europejskich w latach 2002–2011 (w mln USD).  
Źródło: OECD iLibrary.

zdrowotne pełnią przede wszystkim w Irlandii, gdzie objęte jest nimi 49,8% populacji mieszkańców. Analiza pokrycia pola ubezpieczeniowego w ujęciu przekrojowym 2000–2010 wykazała, że populacja osób objętych prywatnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi wzrasta (rysunek 10).



Rysunek 10. Pokrycie pola ubezpieczeniowego w prywatnych ubezpieczeniach zdrowotnych według pełnionej funkcji w wybranych krajach Europejskich (% populacji). Źródło: OECD (2012), Coverage for health care, w: Health at a Glance: Europe 2012, OECD, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-51-en>.



Rysunek 11. Pokrycie pola ubezpieczeniowego w zakresie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w wybranych krajach europejskich w latach 2000–2010 (% populacji). Źródło: Coverage for health care, w: Health at a Glance: Europe 2012, OECD, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-51-en>.

## 5. Podsumowanie

Przeprowadzone badania pozwalają stwierdzić, że:

- podstawowym źródłem finansowania wydatków na ochronę zdrowia w krajach europejskich są środki publiczne (przeciętnie 73% w krajach UE-27 w 2010 roku). Udział ten jest szczególnie wysoki w krajach, gdzie finansowanie ochrony zdrowia wpisuje się w tzw. model Beveridge'a, takich jak: Wielka Brytania, Norwegia, Dania, Szwecja;
- udział dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych w finansowaniu wydatków na ochronę zdrowia jest stosunkowo niewielki (przeciętnie 4% w krajach EU-27 w 2010 roku);
- w części bardziej zamożnych krajów europejskich znaczna część populacji jest objęta prywatnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi, które spełniają funkcję komplementarną, np. we Francji (96% populacji), Belgii (78,9% populacji), Słowenii (71,1% populacji), Luksemburgu (55,2% populacji);
- funkcję suplementarną prywatne ubezpieczenia spełniają na szeroką skalę w Holandii (89% populacji), Danii (19,6% populacji) oraz Szwajcarii (29,5% populacji). Funkcję duplikującą prywatne ubezpieczenia zdrowotne pełnią natomiast przede wszystkim w Irlandii, gdzie nimi objęte są 49,8% populacji mieszkańców;
- udział prywatnych dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych w wydatkach prywatnych na ochronę zdrowia jest trzykrotnie wyższy w grupie krajów stosujących model Bismarcka w relacji do grupy krajów z modelem narodowej służby zdrowia.

### Przypisy

- <sup>1</sup> W literaturze przedmiotu wymieniane są również inne modele finansowania ochrony zdrowia: model rezydualny, model Siemaszki, zwany budżetowym (zob. Bogutyn i Monkiewicz, 2001, s. 414–416), model rynkowy (Nojszewska, 2011, s. 101).

### Bibliografia

- Bogutyn, J. i Monkiewicz J. (2001). Ubezpieczenia zdrowotne. W: J. Monkiewicz (red.), *Podstawy ubezpieczeń – produkty t. II*. Warszawa: Poltext.
- Borda, M., Wybrane aspekty funkcjonowania prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w krajach europejskich. *Rozprawy Ubezpieczeniowe*, 11(2/2011), s. 96–105.
- Borda, M. (2011). Voluntary health insurance as a method of health care financing in European countries. *International Journal of Economics and Finance Studies*, 3(1).
- Brunner, G., Gottret, P., Hansl, B., Kalavakonda, V., Nagpal, S. i Tapay, N. (2012). *Private Voluntary Health Insurance – Consumer Protection and Prudential Regulation*. Washington: World Bank, <http://dx.doi.org/10.1596/978-0-8213-8756-6>
- Colombo, F. i Tapay, N. (2004). Private health insurance in OECD countries: the benefits and costs for individuals and health systems. *OECD Health Working Papers*, 15.
- Health care systems in the EU – a comparative study* (1998). European Parliament Directorate General for Research Working Paper, Public Health and Consumer Protection Series SACO 101 EN, 11-1998.

- Jończyk, J. (2010). Zasady i modele ochrony zdrowia. *Państwo i Prawo*, 8.
- Kutzin, J. (2011). *Bismarck vs Beveridge: is there increasing convergence between health financing system?* 1st Annual Meeting of SBO Network on Health Expenditure, 21–22 November 2011, Paris.
- Mossialos, E. i Thomson, S. (2002). Voluntary health insurance in the European Union: a critical assessment. *International Journal of Health Services*, 32, s. 19–88.
- Muszalski, W. (2004). *Ubezpieczenie społeczne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Nojszewska, E. (2011). *System ochrony zdrowia w Polsce*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska.
- OECD (2012). Coverage for health care. W: *Health at a Glance: Europe 2012*, OECD, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-51-en>.
- Or., Z., Casesa, Ch., Lisac, M., Vrangbek, K., Winbladd, U. i Bevane, G. (2009). *Are Health Problems Systemic? Politics of Access and Choice under Beveridge and Bismarck Systems*. IRDES, Working Paper, September 2009.
- PIU (2013). *Rola i funkcja dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych we współczesnych systemach ochrony zdrowia – analiza i rekomendacje dla Polski*. Warszawa: Polska Izba Ubezpieczeń & Ernst&Young.
- Preker, A.S., Scheffler, R.M. i Bassett, M.C. (2007). *Private Voluntary Health Insurance in Development – Friend or Foe?* The World Bank.
- Private Health Insurance in OECD Countries*, 2004.
- Stroiński, E. (2003). *Ubezpieczenia na życie – teoria i praktyka*. Warszawa: Poltext.
- Thomson, S. (2011). *Voluntary health insurance and health care reforms*. IMF Conference, Paris, 21 June 2011.
- Vaughan, E.J. (1992). *Fundamentals of Risk and Insurance*. New York: Wiley & Sons.
- Więckowska, B. i Osak, M. (2010). Potencjał prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jako źródła finansowania opieki zdrowotnej w Polsce. W: W. Ronka-Chmielowiec (red.), *Ubezpieczenia wobec wyzwań XXI w.* Wrocław: Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu.