

ANNA LEŚNIEWSKA

## Mechanizmy rynkowe w systemie powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych – doświadczenia holenderskie

*Artykuł zawiera omówienie ostatniej reformy holenderskiego systemu ubezpieczeń zdrowotnych (2006). Holendrzy zdecydowali się na poddanie tego systemu, w większym niż dotychczas stopniu zasadom gospodarki rynkowej. Zastąpiono centralne planowanie na poziomie rządowym (central supply-driven approach) systemem konkurujących ze sobą ubezpieczycieli i świadczeniodawców. Zasadniczy punkt ciężkości tej reformy koncentruje się na wzmocnieniu roli ubezpieczycieli, którzy w nowym systemie mają działać jako nabywcy świadczeń zdrowotnych w imieniu osób ubezpieczonych, a nie jak dotychczas jedynie płatnicy. Konkurują oni wysokością składki zdrowotnej, zakresem oferowanej ochrony, jakością opieki udzielanej przez kontraktowanych świadczeniodawców, jak również ofertami ubezpieczenia suplementarnego.*

*Zintegrowano równoległe funkcjonujące filary ubezpieczeniowe w jeden, obowiązkowy system powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, w którym wszystkim osobom ubezpieczonym gwarantowany jest ten sam standard podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego (basic benefit package). Ubezpieczeni mają możliwość zmiany raz do roku ubezpieczyciela i polisy ubezpieczeniowej, ubezpieczyciele konkurują między sobą o osoby ubezpieczone, świadczeniodawcy stymulowani są do poprawy jakości opieki zdrowotnej, a świadczenia zdrowotne udzielane osobom o niskich dochodach są subsydiowane przez system wyrównawczy. Rozwiązania holenderskie wydają się wyjątkowo interesujące ze względu na to, że godzą głęboko zakorzoną zasadę solidaryzmu społecznego i współodpowiedzialności za zdrowie wszystkich z funkcjonowaniem mechanizmów rynkowych w sektorze ochrony zdrowia w zakresie akceptowalnym przez społeczeństwo.*

*Wprowadzona reforma rodzi nadzieje na poprawę funkcjonowania opieki zdrowotnej w Holandii, lecz nie rozwiązuje kilku zasadniczych problemów. Po pierwsze, system wyrównywania ryzyka nadal wymaga usprawnień, które pozwolą zredukować negatywne skutki selekcji ryzyka. Po drugie, ubezpieczenia suplementarne z indywidualną oceną ryzyka zdrowotnego pozostawiają ubezpieczycielom sporą przestrzeń do kształtowania struktury portfela klientów i selekcji preferowanych ryzyk. Po trzecie, obecnie zasadniczy punkt uwagi koncentruje się na ubezpieczycielach, natomiast docelowo oczekuje się konkurencji na poziomie podaży świadczeń zdrowotnych. Po czwarte, nadal system informacji nie jest na tyle rozwinięty by dostarczał rzetelnej i wiarygodnej wiedzy o jakości opieki zdrowotnej oraz pozwalał na monitorowanie jej*

*poprawy. Decydenci polityki zdrowotnej w Holandii powinni wyraźnie określić czy konkurencyjność w nowym systemie opierać się ma na jakości czy cenie. Jeśli priorytetem jest jakość to niezbędne są dodatkowe działania.*

## 1. Wprowadzenie

Systemy ochrony zdrowia krajów Unii Europejskiej cechuje duża różnorodność w sposobie organizacji i finansowania opieki zdrowotnej. Zdecydowały o tym przemiany historyczne, ekonomiczne, polityczne i kulturowe, jakim podlegały te kraje w ostatnim stuleciu. To, co zbliża i w pewien sposób integruje te systemy to zgodność decydentów w formułowaniu celów polityki zdrowotnej. Cele te stanowią swoiste ogniwo spajające wielość i różnorodność stosowanych rozwiązań systemowych. Jako wspólne wartości (*common principles*) wymienia się solidaryzm społeczny, zapewnienie obywatelom powszechnego i równego dostępu do opieki zdrowotnej o odpowiednim standardzie jakościowym, pobudzanie innowacyjności i ochronę praw pacjenta, w tym prawa pacjenta do swobodnego wyboru.

Truizmem wydaje się stwierdzenie, że nie istnieje jeden optymalny model systemu ochrony zdrowia, ani też jeden uniwersalny i sprawdzony wzorzec do naśladowania. Współczesny system powinien być na tyle elastyczny by skutecznie dostosowywał się do dynamiki zmian epidemiologiczno-demograficznych, jednocześnie był w stanie sprostać wyzwaniom narzucanym przez proces rozwoju technologicznego i postęp naukowy w dziedzinie medycyny. Czynniki te wymuszają konieczność ciągłego dopasowania do zmieniających się potrzeb i możliwości. Presja społeczna wywierana na decydentach powoduje, że ochrona zdrowia częściej niż inne sektory gospodarki przypomina poligon doświadczalny. W poszukiwaniu najbardziej efektywnych rozwiązań państwa w sposób ciągły inicjują reformy w tym obszarze.

Sektor ubezpieczeń zdrowotnych jest doskonałym przykładem na to, że Unia Europejska nie oznacza całkowitego ujednoczenia rozwiązań i instrumentów. Mówimy o 27 różniących się od siebie systemach ochrony zdrowia. Heterogeniczność koncepcji i modeli organizacji i finansowania opieki zdrowotnej, ale również podejście do rozwiązywania problemów ochrony zdrowia stwarza szerokie spectrum do badań porównawczych i analiz, w konsekwencji do odpowiedzi na pytania o to, czy i jak skutecznie różne rozwiązania zbliżają narodowe systemy ochrony zdrowia do osiągnięcia wspólnych wartości. Różnorodność modeli i rozwiązań systemowych sprawia, iż kraje Unii Europejskiej mogą dzielić się doświadczeniami, wspólnie poszukiwać optymalnych wariantów i najlepszych praktyk, by na podstawie tej wiedzy poprawiać efektywność i skuteczność funkcjonowania opieki zdrowotnej.

Wydarzeniem ostatnich lat wzbudzającym międzynarodowe zainteresowanie jest reforma holenderskiego systemu ubezpieczeń zdrowotnych (2006). Holendrzy zdecydowali się na zintegrowanie równoległe funkcjonujących filarów ubezpieczeniowych w jeden, obowiązkowy system powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz w większym stopniu niż dotychczas poddanie tego systemu zasadom gospodarki rynkowej. Doświadczenia te dostarczają kolejnych argumentów w toczących się w wielu krajach dyskusjach i sporach o rolę i znaczenie rozwiązań rynkowych w całości działań podej-

nowanych na rzecz poprawy funkcjonowania systemów ochrony zdrowia, oraz ich wkład w realizację celów polityki zdrowotnej. W tym kontekście coraz częściej podnoszone jest również pytanie o rolę i zakres zobowiązań współczesnego państwa wobec obywateli w dziedzinie ochrony zdrowia. Czy świadomie, planowo sterować zabezpieczeniem zdrowotnym, czyli innymi słowy zarządzać ryzykami zdrowotnymi wedle kryteriów społeczno-ekonomicznych, a *de facto* politycznych, czy też rolę stymulatora procesów kompensowania skutków ryzyk zdrowotnych pozostawić wolnemu rynkowi. W podsumowaniu rozważań dokonano oceny skuteczności podjętej przez Holendrów reformy poprzez odniesienie do celów społecznych i ekonomicznych sformułowanych przy jej wprowadzaniu, zamieszczono wnioski oraz zidentyfikowano wyzwania na przyszłość.

## 2. Rys historyczny i plan Dekkera

Charakteryzując holenderski system ochrony zdrowia należy wskazać na trzy zasadnicze jego cechy. Pierwsze dwie przywołują dwa podstawowe aspekty funkcjonowania systemu ubezpieczeń zdrowotnych: organizacyjny i prawny. (1) Znamioną cechą tego systemu jest jego historycznie ukształtowana struktura, którą tworzą trzy wyodrębnione elementy (segmenty) jakimi są: opieka długoterminowa jako segment pierwszy, drugi to opieka medyczna<sup>1</sup> i trzeci ubezpieczenie suplementarne (uzupełniające). Każdy z tych elementów formuje odrębny segment ubezpieczeniowy<sup>2</sup>. (2) Konstruuąc system ubezpieczeń zdrowotnych od strony prawnej wyraźny akcent położono na rozwiązania legislacyjne funkcjonujące w systemie prawa prywatnego. Przepisy prawa publicznego, jako uzupełniający element w konstrukcji prawnej, determinują powszechny charakter ubezpieczeń zdrowotnych. Przyjęty model legislacyjny uwydatnia nacisk polityczny na poprawę efektywności i stymulowanie konkurencji w sektorze ochrony zdrowia, element publiczny natomiast zapewnia niezbędny poziom ochrony interesu społecznego. (3) Jako trzecią cechę wymienia się prywatny charakter opieki zdrowotnej. W Holandii opiekę zdrowotną zapewniają przede wszystkim prywatne podmioty działające nie dla zysku, tradycyjnie dominuje prywatna forma własności środków produkcji<sup>3,4</sup>.

Trzon holenderskiego systemu ubezpieczeń zdrowotnych stanowi drugi segment ubezpieczeniowy (podstawowe ubezpieczenie zdrowotne). Ta część systemu organizuje ochronę ubezpieczeniową w zakresie podstawowego standardu bezpieczeństwa

1. W wersji w języku angielskim: *care with a view to cure*.

2. Każdy z trzech segmentów został szczegółowo omówiony w dalszej części artykułu.

3. Holandia posiada długą tradycję i bogate doświadczenia w obszarze prywatnych usług zdrowotnych, jak również finansowania opieki zdrowotnej ze środków prywatnych. Już średniowieczne cechy działające na terenie Holandii oferowały różne formy finansowej ochrony na wypadek takich zdarzeń losowych jak choroba czy śmierć. Rozwój szpitalnictwa był przeważnie wynikiem aktywności Kościołów, lokalnych społeczności i klasztorów. Nawet współcześnie większość szpitali w Holandii, poradnie, kliniki i centra specjalistyczne są prowadzone przez instytucje o charakterze religijnym, organizacje charytatywne oraz stowarzyszenia typu *non-for-profit*.

4. *Health Insurance in The Netherlands – The new health insurance system from 2006*, The Ministry of Health, Welfare and Sport, the Hague, 1 September 2005, s. 5-7.

zdrowotnego, w literaturze określanego jako gwarantowany pakiet świadczeń zdrowotnych (*basic benefit package*)<sup>5</sup>. Przez wiele lat segment ten zorganizowany był wokół dwóch filarów ubezpieczeniowych: publicznego określanego jako społeczny i prywatnego, które uzupełniał odrębny program ubezpieczeniowy dla funkcjonariuszy państwowych (około 5 proc. populacji, 0,8 mln, 2001)<sup>6</sup>.

Znacząca większość społeczeństwa korzystała z ochrony w ramach obowiązkowego, społecznego ubezpieczenia zdrowotnego<sup>7</sup> obsługiwanego przez podmioty publiczne<sup>8</sup> (64 proc. populacji, 10,2 mln)<sup>9</sup>. Przynależność do systemu publicznego była obowiązkowa dla osób poniżej poziomu dochodów ustalanego corocznie przez rząd. Rolę substytucyjnego zabezpieczenia przed ryzykami zdrowotnymi pełniło dobrowolne, prywatne ubezpieczenie zdrowotne oferowane przez prywatnych ubezpieczycieli. Z tej formy ubezpieczenia korzystało około 31 proc. Holendrów (4,9 mln)<sup>10</sup>. Możliwość rezygnacji z przynależności do systemu publicznego na rzecz systemu prywatnego była uwarunkowana spełnieniem określonego kryterium dochodowego. Faktycznie zatem prywatny schemat ubezpieczeniowy był dostępny jedynie zamożniejszej części Holendrów, którzy po przekroczeniu progu dochodowego 33 000 euro w 2005 roku byli zwolnieni z obowiązku uczestnictwa w systemie publicznym. Korzystając z zasady *opt-out* mogli oni na zasadach dobrowolności nabywać prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Zastosowany mechanizm corocznie ustalanego kryterium dochodowego pozwalał decydom polityki zdrowotnej na swobodną regulację wielkości i znaczenia rynku prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego. Szacuje się, że na koniec 2005 roku 15,8 mln na 16 mln Holendrów było objętych którąś z dostępnych form ubezpieczenia zdrowotnego, mimo że około 30 proc. z nich uczestniczyło w tym systemie na zasadzie dobrowolności<sup>11</sup>. Mniej niż 1 proc. populacji nie posiadało żadnej formy ubezpieczenia. W tej grupie znalazły się głównie osoby zamożne, nielegalni imigranci i grupa osób,

5. Zakres podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego (*basic benefit package*) w Holandii obejmuje: pomoc doraźną, leczenie szpitalne, podstawową opiekę zdrowotną świadczoną przez lekarzy rodzinnych, opiekę specjalistyczną, świadczenia stomatologiczne, leki i wyroby medyczne, opiekę pielęgnacyjną, świadczenia zdrowotne z zakresu ginekologii i położnictwa oraz transport sanitarny.
6. J.K. Helderman, F.T. Schut, T.E. van der Grinten, W.P. van de Ven, *Market-oriented health care reforms and policy learning in the Netherlands*, J Health Polit Policy Law (Feb-Apr 2005), 30(1-2), s. 189-209 oraz N. Tapay, F. Colombo, *Private health insurance in the Netherlands: A Case Study*, OECD Health Working Papers No 18, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs, OECD, 2004, s. 18.
7. Obowiązkowy (społeczny) system ubezpieczenia zdrowotnego regulowały przepisy *Ziekenfondswet, ZFW (the Compulsory Health Insurance Act)*.
8. W literaturze anglojęzycznej utrwalił się termin *sickness fund* na określenie płatnika publicznego lub innej publicznej instytucji obsługującej powszechny (statutowy) system ubezpieczenia zdrowotnego.
9. M. van Guus, E.J.E. van der Hijden, *A new health insurance...*, w: *Voluntary Health Insurance – VHI 2006*, pod red. B. Samolińskiego, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2006, s. 39 oraz F. Rutten, *The impact of healthcare reform in the Netherlands*, *Pharmacoconomics* 2004, 22 Suppl.2, s. 65-71.
10. N. Tapay, F. Colombo, *Private health insurance ...*, *op.cit.*, s. 11 oraz M. van Guus, E.J.E. van der Hijden, *A new health insurance...*, w: *Voluntary Health Insurance – VHI 2006*, pod red. B. Samolińskiego, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2006, s. 39.
11. *HiT summary: Netherlands, 2005*, European Observatory on Health Care Systems and Policies, s. 5.

która z powodów światopoglądowych lub przekonań religijnych odmówiła ubezpieczenia.<sup>12</sup>

Początki dyskusji i sporów o kierunek reform holenderskiego systemu ochrony zdrowia sięgają lat 70. Od tego czasu opracowano kilka planów reform. Autorami najbardziej znanych planów są: Hendricks (1974), Dekker (1987) i Simons (1992)<sup>13</sup>. Ostatnia reforma systemowa z 2006 roku wraca do koncepcji utworzenia jednolitego systemu ubezpieczenia zdrowotnego, która po raz pierwszy została przedstawiona w raporcie przygotowanym przez Komisję Dekkera. W momencie prezentacji program reform zaproponowany przez Dekkera był postrzegany jako bardzo ambitny i rewolucyjny, mimo to zyskał prawie jednomyślne poparcie polityczne. Zapewnienie społeczeństwu holenderskiemu równego i sprawiedliwego dostępu do opieki zdrowotnej oraz poprawa efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia to podstawowe cele tego programu<sup>14</sup>.

Program reform Dekkera przewidywał ujednoczenie systemu podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego oraz wprowadzenie zasad i mechanizmów konkurencyjności zarządzanej<sup>15</sup>. Dwufilarowa struktura ubezpieczenia podstawowego miała zostać przekształcona w jednolity system obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego gwarantujący społeczeństwu holenderskiemu powszechny dostęp do świadczeń zdrowotnych niezbędnych do zapewnienia właściwego poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego. Rekomendowano zastąpienie centralnego planowania na poziomie rządowym (*central supply-driven approach*) systemem, w którym konkurujący ze sobą ubezpieczyciele działaliby jako nabywcy świadczeń zdrowotnych w imieniu osób ubezpieczonych<sup>16</sup>.

W koncepcji przedstawionej przez Komisję Dekkera znalazła się również propozycja utworzenia centralnego funduszu (Wykres 1), w którym gromadzone miały być składki zdrowotne obliczane od wielkości dochodu ubezpieczonego (*income-related contribution*). Środki te miały być następnie przekazywane ubezpieczycielom zależnie od struktury i profilu osób ubezpieczonych (*risk-adjusted capitation payment*). Zaproponowany mechanizm podziału kapitału składkowego konstruuje system rekompensat kosztów ubezpieczania relatywnie wysokiego odsetka osób obciążonych wysokim ryzykiem zdrowotnym. W ujęciu systemowym funkcjonalność mechanizmu wyrównawczego sprowadza się do niwelowania takich zjawisk jak negatywna selekcja i selekcja ryzyka (*cream skimming*), pośrednio natomiast zabezpiecza ubezpieczycieli przed ryzykiem

12. *Health Insurance in the Netherlands...*, *op.cit.*, s. 8 i 16.

13. *Ibidem*, s. 11.

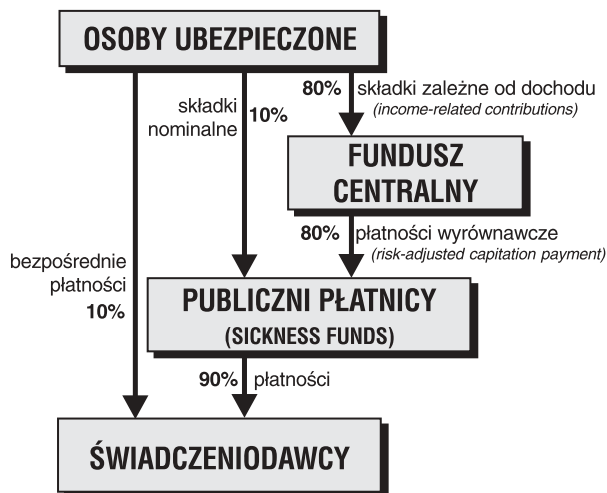
14. Ch. Ham, M. Brommels, *Health Care Reform in the Netherlands, Sweden, and the United Kingdom*, Health Affairs 1994, vol.13, s. 106-19 oraz H. Maarse, *Health insurance system (again) in the Netherlands: will it succeed?*, Euro Observer – Newsletter of the European Observatory on Health Care Systems, Autumn 2002, Vol 4, Number 3, s. 1-3.

15. **Konkurencja zarządzana** obejmuje obie strony kontraktu rynkowego, tj. zarówno świadczeniodawców, jak i płatników (np. kraje z równoległymi ubezpieczeniami powszechnymi i komercyjnymi), w przeciwieństwie do **konkurencji regulowanej**, która dotyczy tylko świadczeniodawców przy utrzymaniu pojedynczego źródła finansów publicznych (np. w Wielkiej Brytanii) – J. Leowski, *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne – Ochrona zdrowia w gospodarce rynkowej*, CedeWu, Warszawa 2004, s. 105.

16. L.M. Lamers, R.C. van Vliet, W.P. van de Ven, *Risk adjusted premium subsidies and risk sharing: key elements of the competitive sickness fund market in the Netherlands*, Health Policy. 2003 Jul; 65(1), s. 49-62.

utraty płynności finansowej. Dodatkowo źródła finansowego zasilania systemu ochrony zdrowia jakie wymienia przedstawiony przez Dekkera program reform to różne formy współpłacenia oraz środki finansowe pochodzące ze składek nominalnych kalkulowanych na zasadzie *community rating* przekazywanych przez osoby ubezpieczone bezpośrednio do ubezpieczycieli.

Wykres 1: Schemat przepływów finansowych w propozycji Komisji Dekkera



Źródło: F. Rutten, *The impact of healthcare reform in the Netherlands*, *Pharmacoeconomics* 2004, 22 Suppl.2, s. 65-71

Mimo że od publikacji raportu Komisji Dekkera minęło niemalże 20 lat, a zaproponowana wówczas idea jednolitego systemu nabrała realnego wymiaru dopiero za sprawą ostatniej reformy, wiele rekomendowanych przez autorów tego raportu zmian zostało wprowadzonych do holenderskiego systemu jeszcze przed rokiem 2006. Zasadnicze znaczenie dla poprawy efektywności jego działania miało wprowadzenie składki nominalnej (1989)<sup>17</sup>, zasady *open enrolment* (1992)<sup>18,19</sup>, selektywnego kontraktowania (1994)<sup>20</sup> oraz systemu wyrównywania ryzyka w ramach społecznego ubezpieczenia zdrowotnego (1991)<sup>21</sup>.

17. F. Rutten, *The impact...*, *op.cit.*, s. 65-71.

18. Zasada *open enrolment* oznacza, iż działający na rynku ubezpieczyciele mają obowiązek udzielenia ochrony ubezpieczeniowej każdej zgłaszającej się osobie, niezależnie od jej wieku, płci, wykształcenia, zatrudnienia, czy stanu zdrowotnego.

19. J.K. Helderma, F.T. Schut, T.E. van der Grinten, W.P. van de Ven, *Market-oriented ...*, *op.cit.*, s. 189-209 oraz W.P. van de Ven, K. Beck, F. Buchner, D. Chernichovsky, L. Gardiol, A. Holly, L.M. Lamers, E. Schokkaert, A. Shmueli, S. Spycher, C. Van de Voorde, R.C. van Vliet, J. Wasem, I. Zmora, *Risk adjustment and risk selection on the sickness fund insurance market in five European countries*, *Health Policy*. 2003 Jul;65(1), s. 75-98.

20. W.P. van de Ven, R.C. van Vliet, E.M. van Barneveld, L.M. Lamers, *Risk-adjusted capitation: recent experiences in The Netherlands*, *Health Affairs* 1994, Vol 13, Issue 5, s. 120-136.

21. L.M. Lamers, R.C. van Vliet, W.P. van de Ven, *Risk adjusted premium ...*, *op.cit.*, s. 49-62.



### 3. Podstawowe założenia reformy

Promowanie efektywności i wzmocnienie prawa swobodnego wyboru to dwa sztandarowe hasła programu naprawczego przedstawionego przez premiera Jan-Peter Balkenende. Program ten był odpowiedzią na powszechnie wskazywane wady ówczesnego systemu, a zwłaszcza brak dostatecznej przejrzystości zasadniczo wynikający z wielości programów ubezpieczeniowych, ograniczenie prawa swobodnego wyboru, niesprawiedliwe naliczane składki zdrowotnej<sup>22</sup>, brak odpowiednich bodźców do poprawy efektywności wśród świadczeniodawców, a także bodźców stymulujących zachowania konkurencyjne wśród ubezpieczycieli.

Tabela 1.

ZASADNICZE ELEMENTY NOWEGO SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA:
– jednolity system obowiązkowego, podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego dla wszystkich, obsługiwany przez prywatnych ubezpieczycieli
– możliwość zmiany raz w roku ubezpieczyciela i polisy ubezpieczenia zdrowotnego
– zasada <i>open enrolment</i>
– składka nominalna kalkulowana na zasadzie <i>community rating</i>
– subsydiowanie osób starszych i części populacji obciążonej szczególnie wysokim ryzykiem zdrowotnym przez system wyrównywania ryzyka
– dobrowolny wkład własny ( <i>voluntary deductible</i> ) <sup>23</sup> do wysokości 500 euro rocznie
– ubezpieczyciele konkurujący różnymi wariantami ubezpieczenia zdrowotnego (m.in. możliwość łączenia oferty ubezpieczenia podstawowego i suplementarnego) <sup>24</sup>
– ubezpieczyciele działający jako nabywcy świadczeń zdrowotnych w imieniu osób ubezpieczonych, a nie jedynie płatnicy
– wzmocnienie roli lekarzy rodzinnych
– selektywne kontraktowanie
– tworzenie sieci preferowanych dostawców ( <i>preferred provider networks</i> )
– stopniowe wprowadzanie konkurencyjności zarządzanej ( <i>managed competition</i> )

Źródło: „*Health Insurance in The Netherlands – The new health insurance system from 2006*”, *The Ministry of Health, Welfare and Sport, the Hague, 1 September 2005* oraz A. C. Enthoven, W.P. van de Ven, „*Going Dutch: managed-competition health insurance in the Netherlands*”, *N Engl J Med.* 2007 Dec 13;357(24), s. 2421-3

22. Według stanu prawnego sprzed ostatniej reformy z 2006 r., przynależność do jednego z dwóch filarów lub odrębnego programu ubezpieczeniowego dla funkcjonariuszy państwowych uzależniona była od sytuacji zawodowej, dochodów, statusu obywatelskiego, a w niektórych przypadkach także stanu zdrowia. W efekcie w niektórych przypadkach mogły występować znaczące różnice w wysokości składki zdrowotnej.

23. Termin *deductibles* określa jedną z form współpłacenia ubezpieczonego (pacjenta) za korzystanie z opieki zdrowotnej. To udział własny ubezpieczonego w kosztach leczenia określane w formie stałej kwoty (*fixed amount*), którą należy wydatkować w danym roku by koszty świadczeń zdrowotnych powyżej tej kwoty pokrywane były przez ubezpieczenie zdrowotne (OECD Health Data 2007).

24. W poprzednim stanie prawnym działalność pojedynczego ubezpieczyciela ograniczała się do jednego z dwóch zakresów ubezpieczenia: podstawowego lub uzupełniającego (suplementarnego). Obowiązywał zakaz łączenia ubezpieczenia podstawowego z ofertami polis uzupełniających.

U podstaw reformy zainicjowanej przez rząd holenderski leży reorganizacja systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Jednolity, obowiązkowy systemem podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego, obsługiwany obecnie przez prywatnych ubezpieczycieli<sup>25</sup>, zastąpił nadmiernie rozbudowaną i skomplikowaną strukturę poprzedniego systemu. Propozycja ta znalazła swoje odzwierciedlenie w zapisach nowej ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym (*Zorgverzekeringswet, Zvw*)<sup>26</sup>, która weszła w życie z dniem 1 stycznia 2006 roku. Unifikacja filarów ubezpieczeniowych zrównała uprawnienia wszystkich ubezpieczonych przyczyniając się tym samym do oczekiwanego zwiększenia przejrzystości systemu. Poprawa efektywności w nowych uwarunkowaniach systemowych osiągnięta ma być stopniowo za pomocą instrumentów wolnego rynku i otoczenia prawnego tworzącego sprzyjające warunki dla rozwoju konkurencyjności.

Zmiany systemowe wdrożone nowymi regulacjami zmiernają w kierunku urynkwienia systemu ubezpieczeń zdrowotnych w Holandii. Podstawowym założeniem wprowadzonej reformy jest pobudzanie konkurencyjności na rynku zdrowotnym. Działania zmiernające do osiągnięcia tego celu mają charakter dwukierunkowy. Skierowane są na stymulowanie konkurencyjności na rynku ubezpieczeniowym, jak również kreowanie zachowań konkurencyjnych pomiędzy świadczeniodawcami. Zastosowany mechanizm to przykład wyróżnianej w literaturze fachowej formy konkurencyjności zarządzanej, do której już znacznie wcześniej odwoływał się raport Komisji Dekkera<sup>27</sup>.

Wobec konieczności zapewnienia stabilności finansowej systemu ochrony zdrowia aspekt ekonomiczny wdrażanych rozwiązań staje się argumentem przeważającym w dyskusjach o zakresie i kierunku wprowadzanych zmian systemowych. Politycy i ekonomiści nie tylko w Holandii, ale podobnie w większości państw europejskich coraz częściej zwracają się w kierunku narzędzi i metod pobudzających konkurencyjność na rynku zdrowotnym jako tych uznawanych za najbardziej skuteczne i uzasadnione. W perspektywie społecznej natomiast tego typu działania, bez zastosowania odpowiednich mechanizmów korygujących i ochronnych wobec populacji osób starszych, grupy o niskim poziomie dochodów i tych obciążonych najwyższym poziomem ryzyka zdrowotnego, zawsze wiązać się będą z potencjalnym zagrożeniem dla zachowania zasady solidaryzmu społecznego, równego dostępu do opieki zdrowotnej i zapewnienia wysokiej jakości tej opieki. Rozwiązania holenderskie wydają się wyjątkowo interesujące ze względu na to, że godzą głęboko zakorzenioną zasadę solidaryzmu społecznego i współodpowiedzialności za zdrowie wszystkich z funkcjonowaniem mechanizmów rynkowych w sektorze ochrony zdrowia w zakresie akceptowalnym przez społeczeństwo.

25. Ostatnia reforma holenderskiego systemu ochrony zdrowia jest wzorowana na *Consumer-Choice Health Plan* autorstwa prof. Alaina C. Enthovena, amerykańskiego ekonomisty ze Stanford University.

26. W tłumaczeniu na język angielski: *the Health Insurance Act*.

27. S. Gress, K. Okma, F. Hessel, *Managed competition in Health Care in The Netherlands and Germany – Theoretical Foundation, Empirical Findings and Policy Conclusions*, Diskussionspapier 04/2001, Mai 2001, s. 11-14.



## 4. Struktura zreformowanego systemu ubezpieczeń zdrowotnych

Wprowadzona z dniem 1 stycznia 2006 r. reforma holenderskiego systemu ochrony zdrowia nie naruszyła całościowej architektury systemu ubezpieczeń zdrowotnych, którą jak dotychczas tworzą trzy segmenty ubezpieczeniowe. Pierwszy segment, podobne jak w poprzedniej strukturze, stanowi ubezpieczenie obejmujące zakresem tę część ryzyk zdrowotnych, która wywołuje potrzeby zdrowotne w obszarze opieki długoterminowej i psychiatrycznej. Zakres i zasady korzystania z ochrony ubezpieczeniowej w ramach pierwszego segmentu reguluje ustawa z dnia 14 grudnia 1967 roku o wyjątkowych wydatkach medycznych (*Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, AWBZ*)<sup>28</sup>. Osoby spełniające kryteria określone w ustawie obowiązane są do przekazywania wpłat do systemu. Ustawa ta instytucjonalizuje system zabezpieczenia przed tzw. *nieubezpieczalnymi* ryzykami<sup>29</sup>. Gwarantuje osobom ubezpieczonym dostęp do świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki długoterminowej oraz opieki nad osobami upośledzonymi fizycznie i umysłowo, w szczególności są to świadczenia o charakterze opieki osobistej, opieka pielęgnacyjna, pomoc domowa, poradnictwo, leczenie rehabilitacyjne i zakwaterowanie w jednostce opieki długoterminowej.

Dotychczas, równoległe funkcjonujące filary, społecznego (obowiązkowego) i prywatnego (dobrowolnego) ubezpieczenia zdrowotnego oraz odrębny program ubezpieczeniowy dla funkcjonariuszy państwowych, zostały zastąpione jednolitym systemem podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego. System ten tworzy drugi segment ubezpieczeniowy, który jest obsługiwany przez prywatnych ubezpieczycieli działających w formule *non-for-profit* lub *for-profit*<sup>30</sup>. Bazę legislacyjną nowego systemu określa ustawa o ubezpieczeniu zdrowotnym (*Zorgverzekeringswet, Zvw*) i przepisy regulujące system dopłat z budżetu państwa (*the Health Care Allowance Act*). Przepisy te nakładają na osoby mieszkające lub odprowadzające podatek dochodowy w Holandii obowiązek wykupienia podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego. Uprawnieni mają możliwość swobodnego wyboru ubezpieczyciela. Niedopełnienie obowiązku ubezpieczenia lub zawarcie umowy ubezpieczenia zdrowotnego po okresie 4 miesięcy od momentu powstania tego obowiązku skutkuje nałożeniem sankcji finansowej w wysokości 130 proc. składki nominalnej przemnożonej przez ilość miesięcy podlegania obowiązkowi ubezpieczenia. W kalkulacji sankcji finansowej można uwzględnić jedynie 5-letni okres absencji<sup>31</sup>. Zakazano ubezpieczycielom stosowania jakichkolwiek form selekcji wprowadzając nakaz objęcia ochroną ubezpieczeniową każdej osoby zgłaszającej się do ubezpieczenia podstawowego. Zasada ta w literaturze fachowej określana jest

28. W tłumaczeniu na język angielski: *the Exceptional Medical Expenses Act*.

29. *Uninsurable risks* używane w materiałach informacyjnych CVZ, *independent guide on public health care insurance – Information on the College voor zorgverzekeringen (Health Care Insurance Board)* dostępnych na stronie [www.cvz.nl](http://www.cvz.nl).

30. Początkowo działające na rynku ubezpieczeń zdrowotnych w Holandii jednostki funkcjonowały jak podmioty sfery administracji publicznej, obecnie to organizacje o cechach przedsiębiorstwa.

31. *Health Insurance in the Netherlands ...*, *op.cit.*, s. 18-19.

terminem *open enrolment*. Służy ona wyeliminowaniu wszelkich działań bądź praktyk stosowanych przez ubezpieczycieli dyskryminujących jakikolwiek segment ryzyka zdrowotnego. Oba wymienione powyżej mechanizmy, tj. obowiązek ubezpieczenia i zasada *open enrolment*, warunkują powszechny charakter systemu podstawowego. Szacuje się, że około 98,5 proc. Holendrów podlegających obowiązkowi ubezpieczenia dokonało wyboru ubezpieczyciela zawierając z nim stosowną umowę ubezpieczenia zdrowotnego<sup>32</sup>.

Trzeci segment ubezpieczeniowy konstruuje system ubezpieczenia suplementarnego<sup>33</sup>. Wypełnia lukę w zakresie ubezpieczalnych ryzyk zdrowotnych, przez co pełni funkcję uzupełniającą w stosunku do dwóch pozostałych segmentów. Konstrukcja prawno-organizacyjna ubezpieczenia suplementarnego została przeniesiona w praktycznie niezmienionej formie do nowego systemu. Ta część rynku ubezpieczenia zdrowotnego w największym stopniu poddana jest oddziaływaniu mechanizmów rynkowych. Zrezygnowano z instrumentów ochronnych zastosowanych w ramach drugiego segmentu. Przede wszystkim ubezpieczyciele mają prawo dywersyfikować składki ze względu na czynniki ryzyka, tj. stan zdrowia, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania i inne zmienne, nie obowiązuje ich również zasada *open enrolment*. Zastosowana formuła organizacyjno-prawna eksponuje „ubezpieczeniowy” charakter tego segmentu.

Zasadniczy punkt nacisku ostatnich zmian systemowych koncentruje się na drugim segmencie ubezpieczeniowym. W wyniku reformy segment ten został w istotny sposób zreorganizowany, podczas gdy dwa pozostałe utrzymano w praktycznie niezmiennym kształcie. Przedmiotem dalszych rozważań będzie zakres i sposób przebudowy podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego oraz mechanizmy zastosowane do poprawy jego skuteczności.

## 5. Sposób ustalania i pobierania składek ubezpieczeniowych

Wszystkie osoby ubezpieczone w drugim segmencie ubezpieczeniowym ponoszą dwa rodzaje opłat. Skumulowana płatność ubezpieczonego łączy w sobie składkę nominalną (*nominal / flat-rate premium*) oraz składkę zależną od dochodu (*income-related contribution*).<sup>34</sup>

Pierwszy element płatności, czyli składka nominalna ustalana jest przez każdego ubezpieczyciela w sposób niezależny, co czyni z niej podstawowe narzędzie walki konkurencyjnej o klienta. Ubezpieczony płaci składkę bezpośrednio ubezpieczycielowi, z którym zawarł umowę ubezpieczenia zdrowotnego. Koszty ubezpieczenia osób do 18 roku życia pokrywane są ze środków budżetu państwa. Umowę z ubezpieczycielem w imieniu dziecka zawierają rodzice.

32. A.C. Enthoven, W.P. van de Ven, *Going Dutch: managed-competition health insurance in the Netherlands*, N Engl J Med. 2007 Dec 13; 357(24), s. 2421-3.

33. Zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje m.in.: świadczenia stomatologiczne i okulistyczne oraz niektóre rodzaje szczepień.

34. Składka nominalna czy zryczałtowana (*nominal / flat-rate premium*) to oszacowana na podstawie stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych danej społeczności kwota płacona ubezpieczycielowi przez każdą osobę ubezpieczoną przynależącą do danej wspólnoty ryzyka za taki sam standardowy pakiet świadczeń zdrowotnych.

Istnieje prawny nakaz zaakceptowania wniosku każdej osoby zgłaszającej się do ubezpieczyciela i objęcia jej ochroną ubezpieczeniową na takich samych zasadach i warunkach jaki oferuje on wszystkim innym osobom ubezpieczonym przy wykupie danego typu polisy (planu zdrowotnego). Oznacza to, że składka nominalna przypisana jest do konkretnego produktu ubezpieczeniowego. Metodologia kalkulacji składki bazuje na zasadzie *community rating*. Zasada ta definiuje metodę uśredniania wysokości składki zdrowotnej, której poziom jest określany na podstawie stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych danej wspólnoty ryzyka, tj. grupy osób ubezpieczonych u danego ubezpieczyciela. Bez względu na rodzaj i stopień ryzyka zdrowotnego, jaki ubezpieczony wnosi do danej wspólnoty ryzyka płaci on taką samą składkę, jak każdy członek tej wspólnoty, za dany typ polisy (planu zdrowotnego) oferowanej przez tego ubezpieczyciela.

Znacznie większy obszar dla działań konkurencyjnych niż indywidualne umowy ubezpieczenia tworzy rynek ubezpieczeń grupowych<sup>35</sup>. W przypadku polis grupowych ubezpieczyciel może oferować zniżki bądź inne tożsame zachęty finansowe dla przyszłych klientów. Wariant ten, odpowiednio wykorzystany, stwarza ubezpieczycielowi praktyczne możliwości kreatywnego budowania swojej pozycji konkurencyjnej, a następnie systematycznego jej umacniania. By jednak walka cenowa nie wpłynęła na pogorszenie sytuacji podmiotów indywidualnych regulator ograniczył swobodę ubezpieczycieli w tym zakresie. Po pierwsze, wszelkie ulgi oferowane przy wykupie polis grupowych nie mogą przekraczać 10 proc. wartości składki nominalnej pobieranej za dany typ polisy (planu zdrowotnego) od podmiotu indywidualnego<sup>36</sup>. Drugie obostrzenie zakazuje ubezpieczycielom różnicowania wielkości zniżki zależnie od charakterystyki zdrowotnej osób obejmowanych ubezpieczeniem grupowym.

Drugim rodzajem finansowej partycypacji jaki ubezpieczony wnosi do systemu jest składka zależna od dochodu. Aktualnie składka ta wynosi 6,5 proc. od wysokości dochodu nieprzekraczającego w ciągu całego roku 30 000 euro. Dochód powyżej tej kwoty nie jest uwzględniany w kalkulacji składki. Obowiązkiem ustawowym pracodawcy jest wyrównywanie swoim pracownikom kosztów poniesionych w związku z koniecznością opłacania składki zależnej od dochodu. Rekompensata ta stanowi podlegający opodatkowaniu dochód pracownika<sup>37</sup>.

35. Zasadniczo ubezpieczenie grupowe w Holandii związane jest z konkretnym pracodawcą i dopasowane do potrzeb zatrudnianych przez niego pracowników. W innych możliwych przypadkach grupowe polisy oferowane są większym związkom zawodowym, stowarzyszeniom sportowym i większym bankom. Oferty specjalne natomiast przygotowywane są dla subpopulacji osób starszych lub dotyczą określonych problemów zdrowotnych, zasadniczo kategorii chorób przewlekłych takich jak cukrzyca czy przewlekłe zapalenie stawów.

36. J.D. de Jong, A. van den Brink-Muinen, P.P. Groenewegen, *The Dutch health insurance reform: switching between insurers, a comparison between the general population and the chronically ill and disabled*, BMC Health Serv Res. 2008 Mar 19; 8:58.

37. A.C. Enthoven, W.P. van de Ven, *Going Dutch...*, *op.cit.*, s. 2421-3 oraz *The new care system in the Netherlands– durability, solidarity, choice, quality, efficiency*, Ministry of Health, Welfare and Sport ([www.minvms.nl](http://www.minvms.nl)), s. 16.

## 6. Zakres przedmiotowy umowy ubezpieczenia zdrowotnego

System ubezpieczeń zdrowotnych powstały po reformie osadzony jest w systemie prawa prywatnego. Poddanie relacji ubezpieczyciel – ubezpieczony regułom prawa prywatnego powoduje, iż ubezpieczony ma możliwość wyboru ubezpieczyciela, z którym zawiera umowę ubezpieczenia zdrowotnego. Ten element odróżnia model o wyraźnych cechach systemu prywatnego od systemu publicznego<sup>38</sup>, w przypadku którego objęcie ubezpieczeniem następuje automatycznie po spełnieniu określonych prawnie kryteriów. Umowa ubezpieczenia zdrowotnego zawierana jest na rok. Po tym okresie ubezpieczony ma pełne prawo zmiany ubezpieczyciela lub polisy (planu zdrowotnego). W czasie trwania umowy zmiana ubezpieczyciela może nastąpić wyłączenie w przypadku podniesienia przez ubezpieczyciela wysokości składki.

Osoby ubezpieczone mają do wyboru dwa rodzaje polis (planów zdrowotnych) lub połączenie obu typów. W przypadku wyboru opcji *in-kind* płatności za świadczenia zdrowotne odbywają się bezpośrednio między ubezpieczycielem a świadczeniodawcą, którego ubezpieczony wybiera z sieci preferowanych dostawców (*preferred provider network*). W drugim przypadku, stanowiącym alternatywę dla modelu *in-kind*, ubezpieczony może wybrać podmiot niezależny, z którym jego ubezpieczyciel nie ma podpisanego kontraktu, jednakże wiąże się to z koniecznością pokrycia kosztów uzyskanych świadczeń zdrowotnych przez samego zainteresowanego (*reimbursement model*). Dopiero na podstawie faktycznie poniesionych wydatków ubezpieczyciel zwraca ubezpieczonemu część kosztów leczenia. Istnieje możliwość połączenia obu rodzajów polis. Szeroki wachlarz kombinacji i wariantów pozostawia ubezpieczycielom znaczną swobodę w kształtowaniu *portfolio* produktowego tak aby mogli oni jak najprecyzyjniej dopasować swoją ofertę do potrzeb przyszłych klientów.

Nowe podstawowe ubezpieczenie zdrowotne obejmuje podobny zakres opieki zdrowotnej co obowiązkowy standard w poprzednim systemie<sup>39</sup>. Warto przy tym zaznaczyć, iż Holandia jest jednym z niewielu krajów, które w sposób precyzyjny określiły podstawowy zakres świadczeń zdrowotnych przysługujących osobom ubezpieczonym. Jasno określony, podstawowy standard bezpieczeństwa zdrowotnego zabezpiecza prawa pacjenta w systemie i warunkuje jego przejrzystość.

## 7. Metody racjonalizacji popytu na świadczenia zdrowotne

Formuła kalkulacji składki nominalnej na zasadzie *community rating* wprowadza równe traktowanie podmiotów (osób ubezpieczonych), w perspektywie systemowej natomiast petryfikuje zasadę solidaryzmu społecznego obowiązującą w systemach zabezpieczenia społecznego krajów unijnych. Jednakże w praktyce model uśrednionej

38. Publiczne systemy ubezpieczenia zdrowotnego są zasadniczo regulowane przepisami prawa publicznego.

39. T. Custers, O.A. Arah, N.S. Klazinga, *Is there a business case for quality in The Netherlands? A critical analysis of the recent reforms of the health care system*, Health Policy (Jul 2007); 82(2), s. 226-39.

składki zdrowotnej sprzyja zachowaniom oportunistycznym wśród osób ubezpieczonych objawiającym się nieuzasadnionym i nadmiernym korzystaniem z opieki zdrowotnej, w teorii ryzyka ubezpieczeniowego określanym jako przejaw hazardu moralnego (*moral hazard*)<sup>40</sup>. Ograniczeniu tego zjawiska służyć mają wprowadzone do nowego systemu mechanizmy racjonalizujące po stronie popytowej. Podstawowe dwa to uprawnienie do zwrotu części kosztów leczenia (*no-claim rebate rule*)<sup>41</sup> i dobrowolny wkład własny ubezpieczonego (*voluntary deductibe*)<sup>42</sup>.

W ciągu pierwszych dwóch lat funkcjonowania zreformowanego systemu osoby ubezpieczone, które nie korzystały z opieki zdrowotnej lub korzystały z niej w ograniczonym stopniu, nieprzekraczając przy tym kwoty 255 euro, mogły ubiegać się o zwrot tej kwoty bądź odpowiednio jej niewykorzystanej części (*no-claim rebate rule*)<sup>43</sup>. Uprawnienia nie obejmowały osób poniżej 18 roku życia, gdyż ich składki finansowane są z budżetu państwa. Powołując się na argument niekonstytucyjności zasada ta została ostatecznie zniesiona. W uzasadnieniu wskazywano, iż na obowiązywaniu tej zasady korzystała zwłaszcza część populacji ludzi młodych i osób zdrowych. W praktyce tak zdefiniowana konstrukcja uprawnienia dyskryminowała grupę osób starszych i przewlekle chorych.

Od początku 2008 roku uprawnienie do zwrotu części kosztów zastąpiła zasada *compulsory excess*. Zasada ta rozciąga na wszystkie osoby ubezpieczone konieczność minimalnej, obowiązkowej partycypacji finansowej w wydatkach zdrowotnych w wysokości 150 euro rocznie<sup>44</sup>. Dopiero koszty leczenia powyżej tej kwoty pokrywane są przez ubezpieczenie zdrowotne.

Na podobnej zasadzie co zasada *compulsory excess* działa dobrowolny udział własny ubezpieczonego w kosztach leczenia. Na tę formę współpłacenia decydują się zasadniczo osoby bez większych problemów zdrowotnych. Skutkiem ujęcia klauzuli udziału własnego w umowie ubezpieczenia zdrowotnego jest pomniejszenie składki ubezpieczeniowej płaconej przez ubezpieczonego za ubezpieczenie suplementarne (uzupełniające). Ustawowo ograniczono wysokość udziału własnego określając, iż kwota partycypacji ubezpieczonego nie może przekraczać wysokości 500 euro. W Holandii praktycznie wszystkie osoby wykupujące ubezpieczenie podstawowe nabywają również pakiet dodatkowy (ubezpieczenie suplementarne). W nowym systemie istnieje również możliwość zakupu każdego z dwóch rodzajów pakietów podstawowego i uzupełniającego odrębnie u różnych ubezpieczycieli.

40. Hazard moralny (*moral hazard*) jest to zespół warunków podmiotowych danej osoby, wyrażających się w negatywnych tendencjach charakterologicznych, czy osobowościowych, takich jak nieuczciwość, skłonność do defraudacji, itp. ujemne cechy (defekty) charakteru. [J. Monkiewicz (red.), *Podstawy ubezpieczeń. Tom I – mechanizmy i funkcje*, Poltext, Warszawa 2005, s. 22].

41. <http://www.minvws.nl/en/themes/health-insurance-system/default.asp>

42. Przez Holendrów określanym jako franszyza osobowa (*personal excess*).

43. W kwocie 255 euro nie uwzględniano kosztów podstawowej opieki zdrowotnej świadczonej przez lekarzy rodzinnych, świadczeń okołoporodowych i opieki w okresie macierzyństwa. W 2005 roku około 4 mln Holendrów otrzymało częściowy zwrot tej kwoty.

44. Osoby o niskich dochodach poniżej 21 000 euro rocznie mogą ubiegać się o wsparcie finansowe w wysokości do 47 euro.

## 8. System wyrównywania ryzyka

Rola prywatnych ubezpieczycieli w nowych uwarunkowaniach systemowych została szczególnie wyartykułowana. Od ubezpieczycieli oczekuje się, że będą stymulatorem zwiększenia efektywności i poprawy jakości opieki zdrowotnej. Nowe otoczenie prawne stworzyło im szeroką płaszczyznę do prowadzenia działań konkurencyjnych. Podstawowym instrumentem, jaki ubezpieczyciele mają w dyspozycji do wykorzystania w walce o klienta jest składka nominalna. Przypisanie wysokości składki do konkretnego typu polisy (planu zdrowotnego) z pominięciem przy jej kalkulacji indywidualnej sytuacji zdrowotnej osób przystępujących do ubezpieczenia zdrowotnego wyznacza obszar celów strategicznych, skłania ubezpieczycieli do lepszej wydajności i konkurencyjnych cen. Zastosowanie zasady *open enrolment* natomiast koryguje dyskryminujące praktyki ubezpieczycieli związane z negatywną selekcją (*adverse selection*) i selekcją ryzyka (*risk selection*). Korzyści dla osób ubezpieczonych płynące z tych rozwiązań stanowią problem dla ubezpieczycieli. Utrzymanie konstrukcji systemu zakazującej bezpośredniego różnicowania składki wymaga wzmocnienia w postaci algorytmu korygującego różnice w rozkładzie ryzyka ubezpieczeniowego pomiędzy ubezpieczycielami. W przeciwnym wypadku ubezpieczyciele, u których udział osób ubezpieczonych obciążanych wysokim ryzykiem zdrowotnym jest relatywnie wysoki, byłiby szczególnie narażeni na ryzyko utraty płynności finansowej. Wobec wskazanych zależności olbrzymie wyzwanie dla kreatorów nowego systemu stanowiło stworzenie odpowiednio skutecznego mechanizmu wyrównawczego promującego uczciwą konkurencję na rynku ubezpieczeń zdrowotnych.

Koncepcję utworzenia centralnego funduszu odnajdujemy w raporcie Komisji Dekera (1987). W warunkach realnych zaproponowany wówczas mechanizm wyrównywania ryzyka był testowany począwszy od 1991 roku w ramach systemu społecznego ubezpieczenia zdrowotnego<sup>45</sup>. Na przestrzeni lat intensywnie pracowano nad precyzją wyników sukcesywnie uzupełniając początkowy model o nowe czynniki ryzyka. Wraz z wdrożeniem reformy z 2006 roku dostatecznie już rozwinięty system wyrównawczy rozszerzono na cały drugi segment ubezpieczeniowy.

System wyrównywania ryzyka stanowi oś konstrukcyjną nowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Zapewnienia powszechny charakter ubezpieczenia zdrowotnego i realizację zasady solidaryzmu społecznego, stymuluje jednocześnie efektywność działania ubezpieczycieli i warunkuje stopniowe wprowadzenie formuły konkurencyjności zarządzanej. Do obsługi przepływów finansowych w ramach systemu wyrównawczego ustanowiono Fundusz Ubezpieczenia Zdrowotnego (*Health Insurance Fund*), który akumuluje wpłaty osób ubezpieczonych w postaci składek zależnych od dochodu zbieranych za pośrednictwem lokalnych urzędów podatkowych (*the Inland Revenue Service*). Środki te są następnie przekazywane ubezpieczycielom zależnie od struktury i profilu osób ubezpieczonych. Formuła podziału środków pomiędzy ubezpieczycieli oparta jest na zdefiniowanych wskaźnikach ryzyka (*risk adjusters*)<sup>46</sup> charakteryzujących populację osób ubezpieczonych. Zestaw tych para-

45. J.K. Helderman, F.T. Schut, T.E. van der Grinten, W.P. van de Ven, *Market-oriented ...*, *op.cit.*, s. 189-209 oraz L.M. Lamers, R.C. van Vliet, W.P. van de Ven, *Risk adjusted premium...*, *op.cit.*, s. 49-62.

46. Obecnie w kalkulacji płatności w ramach systemu wyrównawczego uwzględnia się następujące parametry: wiek, płeć, region, PCGs (*Pharmacy Cost Groups*), DCGs (*Diagnostic Cost Groups*) oraz źródło dochodów.

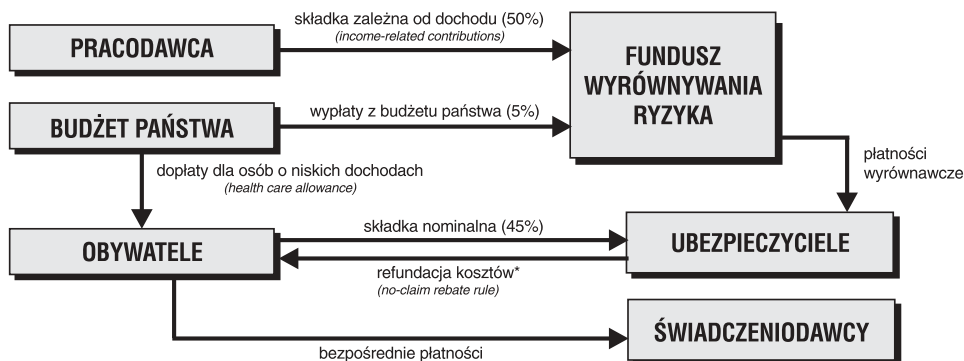


metrów służy do celów estymacji wartości oczekiwanej przyszłych kosztów opieki zdrowotnej w grupie osób ubezpieczonych u danego ubezpieczyciela. Na podstawie tak oszacowanych kosztów dokonuje się kalkulacji kwoty rekompensaty *ex-ante* przekazywanej raz w roku ubezpieczycielowi. Założeniem opisywanego mechanizmu jest wyrównywanie różnic w kosztach wynikających z ubezpieczania relatywnie wysokiego odsetka osób obarczonych wysokim ryzykiem zdrowotnym przez jednych ubezpieczycieli w porównaniu z innymi.

Płatności pomiędzy Funduszem Ubezpieczenia Zdrowotnego a ubezpieczycielami w ramach systemu wyrównawczego odbywają się na dwóch płaszczyznach. Wysokość corocznego transferu kalkulowana jest na podstawie szacunkowej analizy portfela ubezpieczyciela (*ex-ante risk equalisation*). W przypadku rozbieżności pomiędzy analizą a faktycznym wynikiem uzyskanym przez ubezpieczyciela możliwa jest właściwa korekta na koniec roku (*ex-post aspects of risk equalisation*). W miarę jak coraz dokładniejsze dane i informacje będą przekazywane do systemu znaczenie rekompensaty *ex-post* będzie jedynie marginalne.

Algorytm przepływu środków finansowych w ramach systemu podstawowego (obowiązkowego) ubezpieczenia zdrowotnego ilustruje Wykres 2. Fundusz Ubezpieczenia Zdrowotnego jest finansowany z trzech źródeł: wpłat pochodzących ze składek wnoszonych przez osoby ubezpieczone (składka zależna od dochodu), wpłat z budżetu państwa pochodzących z podatków oraz wpłat wnoszonych przez samych prywatnych ubezpieczycieli (*ex-post aspects of risk equalisation*). Na podstawie *ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym (Zorgverzekeringswet, Zvw)* środki ze składek odprowadzanych od wysokości dochodu przekazywane prywatnemu ubezpieczycielowi w ramach mechanizmu wyrównawczego stanowią 50 proc. wielkości przepływów finansowych w systemie. Pozostała połowa kumuluje pulę środków pochodzących ze składek nominalnych (45 proc.) oraz wydatki z budżetu państwa (5 proc.). Niezależnie od płatności wyrównawczych ubezpieczyciele otrzymują rekompensatę za koszty poniesione na ubezpieczenie osób poniżej 18 roku życia, które nie są zobowiązane do opłacania składki nominalnej. Płatność ta jest przekazywana za pośrednictwem systemu wyrównywania ryzyka.

Wykres 2: Przepływy finansowe w systemie podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego



\* Zniesiona z dniem 1 stycznia 2008 r.

Źródło: „The new care system in the Netherlands – durability, solidarity, choice, quality, efficiency”, Ministry of Health, Welfare and Sport, ([www.minvms.nl](http://www.minvms.nl)), s.17

## 9. Rola państwa w systemie ubezpieczeń zdrowotnych

Począwszy od publikacji raportu Komisji Dekkera w 1987 roku, praktycznie niezależnie od rozłożenia sił na scenie politycznej, wspólnym dążeniem kolejnych koalicji rządzących w Holandii było przededefiniowanie formuły podziału odpowiedzialności za funkcjonowanie opieki zdrowotnej. Analiza inicjatyw rządowych z ostatnich lat rysuje wyraźną tendencję do ograniczania roli i zakresu zobowiązań państwa wobec obywateli w dziedzinie ochrony zdrowia. Każda kolejna reforma systemu holenderskiego to sukcesywne przenoszenie ciężaru odpowiedzialności z poziomu administracji centralnej w kierunku różnych podmiotów działających w sektorze zdrowotnym, zwłaszcza ubezpieczycieli i świadczeniodawców<sup>47</sup>.

Wskutek stopniowych działań deregulacyjnych Holendrzy zredukowali zadania władzy publicznej do ustalania ram prawnych organizacji i funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Aktywność państwa w kształtowaniu architektury systemu ubezpieczeń zdrowotnych ogranicza się obecnie do określania roli, uprawnień i obowiązków podmiotów funkcjonujących na rynku ubezpieczeń zdrowotnych, definiowania podstawowego zakresu świadczeń zdrowotnych – tzw. gwarantowanego standardu bezpieczeństwa ubezpieczeniowego. Część zadań i uprawnień państwa została skierowana bezpośrednio do ubezpieczycieli i świadczeniodawców. Podmioty te samodzielnie określają warunki wzajemnej współpracy, tj.: zakres wykonywanych świadczeń zdrowotnych, formę i sposób wzajemnego rozliczania oraz wynagrodzenia lekarzy. Podobnie na płaszczyźnie relacji ubezpieczyciel – ubezpieczony państwo pozostawia stronom duży margines swobody w kształtowaniu wzajemnych stosunków. Wyznacznikiem tej swobody jest umowa ubezpieczenia zdrowotnego zawierana pomiędzy ubezpieczycielem a osobą zgłaszającą się do ubezpieczenia, w której strony określają warunki objęcia ochroną ubezpieczeniową, tj.: wysokość składki, rodzaj polisy oraz określenie świadczeniodawców. Tak ustalony zakres swobody w regulowaniu wzajemnych stosunków w relacjach ubezpieczyciel – ubezpieczony oraz ubezpieczyciel – świadczeniodawca daje możliwość lepszego dopasowania udzielanych świadczeń zdrowotnych do potrzeb i wymagań osób ubezpieczonych (rynk). Umieszczenie wzajemnych relacji stron w systemie prawa prywatnego sprzyjać ma pobudzeniu konkurencji między ubezpieczycielami i świadczeniodawcami, a tym samym wpływać na lepszą cenę oraz jakość opieki zdrowotnej. Dążeniem jest by jakość w nowym systemie postrzegana była przez pryzmat kompleksowości i standardu wykonywanych świadczeń zdrowotnych.

Pod względem legislacyjnym wprowadzone przez ostatnią reformę zmiany systemowe oznaczają przesunięcie punktu ciężkości w kierunku reguł prawa prywatnego. Elementy prawa publicznego zachowano jedynie w uzasadnionych przypadkach interwencji państwa, niezbędnych dla zabezpieczenia interesu publicznego i powszechnego charakteru systemu podstawowego. Ze względu na specyfikę dobra publicznego jakim jest zdrowie i obowiązującą doktrynę politycznie niewykonalne jest pełne urynkowanie ochrony zdrowia. Poddanie sektora zdrowotnego wyłącznie swobodnemu działaniu mechanizmów rynkowych rodzi obawy o naruszenie zasady solidaryzmu społecznego

47. A. den Exter, H. Hermans, M. Dosljak, R. Busse, *Health Care Systems in Transition: Netherlands 2004*, European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen 2004, s. 30.

i równego dostępu do opieki zdrowotnej. Stąd też państwo nie może w pełni zrezygnować z parasola ochronnego.

W zreformowanym systemie prywatni ubezpieczyciele w walce o klienta konkurują wysokością składki nominalnej. Nie oznacza to jednak, że jej wysokość ustalana jest na takim poziomie by zapewnić dostępność wszystkim osobom podlegającym obowiązkowi ubezpieczenia. Po wdrożeniu reformy zaobserwowano prawie dwukrotny wzrost składki nominalnej. Publikowane dane wskazują, iż w *starym* systemie średni poziom składki wahał się w granicach 239 i 455 euro (2005), po reformie średnia składka wzrosła do poziomu 1050 euro (2006)<sup>48</sup>. Czynnikiem decydującym o tym wzroście było przededefiniowanie znaczenia podstawowych źródeł finansowego zasilania systemu ochrony zdrowia. Z przyzwoleniem społecznym dokonano radykalnych zmian przepływów finansowych w ramach systemu ubezpieczenia zdrowotnego. Obecnie prawie połowa środków pochodzi ze składek nominalnych, druga połowa to pula środków ze składek obliczanych od dochodu, jedynie 5 proc. to wpłaty z budżetu państwa. W poprzednim systemie obowiązkowego, społecznego ubezpieczenia zdrowotnego tylko 10 proc. przepływów finansowych pochodziło ze składek nominalnych, pozostałą lukę wypełniały środki z opodatkowania dochodów<sup>49</sup>.

W podstawowym założeniu istotnie wyższa niż dotychczas składka nominalna powinna przełożyć się na większą świadomość wysokich kosztów opieki zdrowotnej wśród osób ubezpieczanych, tym samym działać jako czynnik ograniczający wszelkie zachowania związane z hazardem moralnym. Dla części społeczeństwa składki oferowane przez ubezpieczycieli mogą być jednak nieosiągalne pod względem finansowym. Zobowiązaniem państwa wobec obywateli jest zapewnienie powszechności ubezpieczenia podstawowego. W odpowiedzi na te problemy ustanowiono system wsparcia finansowego z budżetu państwa dla tych osób, które z powodu niskiego poziomu dochodów mogą mieć trudności z uregulowaniem wyższej niż dotychczas składki nominalnej. Warunki uprawnienia i zakres wsparcia finansowego określono w odrębnym akcie prawnym (*the Health Care Allowance Act*) instytucjonalizującym system dopłat z budżetu państwa. Z dopłat tych mogą korzystać gospodarstwa domowe jeśli średnia składka nominalna przekracza 4 proc. ich dochodu<sup>50</sup>. W pierwszym roku funkcjonowania zreformowanego systemu z pomocy państwa skorzystało około 2/3 gospodarstw domowych, przy maksymalnej wysokości dopłaty przypadającej na gospodarstwo domowe określonej na poziomie 900 euro.<sup>51</sup>

48. H. Maarse, Y. Bartholomé, *A public-private analysis of the new Dutch health insurance system*, Eur J Health Econ. 2007 8, s. 77-82 oraz J. Muiser, *The new Dutch health insurance scheme: challenges and opportunities for better performance in health financing*, Discussion Paper nr 3 (2007), World Health Organization, Geneva 2007, s. 21.

49. L.M. Lamers, R.C. van Vliet, W.P. van de Ven, *Risk adjusted premium...*, *op.cit.*, s. 49-62 oraz P.M.M. van de Ven Wynand, F.T. Schut, *The first decade of market oriented health care reforms in the Netherlands*, Institute of Health Care Policy and Management, Erasmus University Rotterdam, August 2000, s. 8.

50. A.C. Enthoven, W.P. van de Ven., *Going Dutch...*, *op.cit.*, s. 2421-3.

51. M. van Guus, E.J.E. van der Hijden, *A new health insurance...*, w: *Voluntary Health Insurance – VHI 2006*, pod red. B. Samolińskiego, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2006, s. 39 oraz A.C. Enthoven, W.P. van de Ven., *Going Dutch...*, *op.cit.*, s. 2421-3.

## 10. Dotychczasowe efekty reformy systemu ubezpieczeń zdrowotnych

Ocenę ostatniej reformy holenderskiego systemu ochrony zdrowia należy odnieść do kluczowych założeń oraz celów społecznych i ekonomicznych sformułowanych przy jej wprowadzaniu. Sztandarowe hasła artykułują konieczność: (1) zapewnienia powszechności ubezpieczenia zdrowotnego, (2) zwiększenia dostępności do opieki zdrowotnej o wysokiej jakości, (3) poprawę efektywności funkcjonowania systemu poprzez lepszą alokację rzadkich zasobów oraz (4) zabezpieczenia swobody konsumenckiej i swobody działania rynku.

### 10.1 UTRZYMANIE POWSZECHNOŚCI DOSTĘPU DO PODSTAWOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Ocenia się że w nowym systemie około 98,5 proc. Holendrów dokonało zakupu podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego<sup>52</sup>. Tak wysoki odsetek osób ubezpieczonych wynika po części z długiej tradycji ubezpieczeń zdrowotnych w Holandii, a w związku z tym wysokiej świadomości społeczeństwa. Jednakże uzyskany wynik w przeważającym stopniu warunkują zasady i rozwiązania na jakich funkcjonuje ten system ubezpieczenia zdrowotnego. Obowiązująca w nowym systemie zasada *open enrolment*, system wsparcia finansowego dla osób o niskich dochodach oraz system wyrównywania ryzyka to jedne z podstawowych instrumentów zabezpieczających powszechny charakter tego systemu. Wymienione elementy i ich wpływ na zasadę powszechności szczegółowo omówiono i poddano analizie we wcześniejszych rozważaniach, z tego względu sformułowane już wcześniej wnioski nie zostały przywołane w ocenie.

### 10.2 POPRAWA DOSTĘPNOŚCI DO OPIEKI ZDROWOTNEJ

Podstawowym miernikiem dostępności do opieki zdrowotnej, wyłączając uwarunkowania geograficzne i terytorialne rozmieszczenie zasobów medycznych, jest długość czasu oczekiwania na zabiegi i konsultacje. Jest to o tyle ważny problem, iż długie oczekiwanie zaburza proces leczenia, co w przypadku części chorych przekłada się na zmniejszenie ich szans na pełny powrót do zdrowia. W kontekście społecznym natomiast wydłużone oczekiwanie sprzyja oskarżeniom o naruszenie zasady przejrzystości dostępu do opieki, przez co jest medialnie nagłaśniane. Problem list oczekujących spędza sen z powiek wielu decydentów polityki zdrowotnej, powszechnie wskazywany jako podstawowy czynnik niezadowolenia społecznego.

Na podstawie trzyletniego okresu funkcjonowania zreformowanego systemu trudno o rzeczową i miarodajną ocenę wpływu nowych rozwiązań na poprawę dostępności do opieki. Wpływ ostatniej reformy na dostępność jest raczej niejednoznaczny. Można oczekiwać, że zmiany w długości czasu oczekiwania pojawią się w ciągu co najmniej 5 lat i z takiej perspektywy należałoby dokonać pierwszej analizy. Wydaje się jednak, że poprawa ta będzie odczuwalna przez społeczeństwo pod warunkiem uzupełnienia reformy systemu ubezpieczeń zdrowotnych działaniami w zakresie reorga-

52. A.C. Enthoven, W.P. van de Ven., *Going Dutch...*, *op.cit.*, s. 2421-3.

nizacji podaży świadczeń zdrowotnych, inwestycji w zasoby medyczne w kierunku zwiększania zdolności produkcyjnych i kompetencyjnych systemu oraz tworzenia warunków do rozwoju innowacyjności.

### 10.3 POPRAWA EFEKTYWNOŚCI WYKORZYSTANIA RZADKICH ZASOBÓW: STYMULOWANIE KONKURENCYJNOŚCI I WZMOCNIENIE PRAWA SWOBODNEGO WYBORU

Pierwszą reakcją rynku po wdrożeniu reformy jest obserwowana pomiędzy ubezpieczycielami walka o przewagę konkurencyjną na rynku ubezpieczeń zdrowotnych prowadzona na poziomie składki nominalnej. Prawnie uwarunkowana mobilność osób ubezpieczonych i realna swoboda w wyborze ubezpieczyciela okazały się istotnym czynnikiem wpływającym na politykę ustalania składek przez ubezpieczycieli. Silna konkurencja cenowa pomiędzy ubezpieczycielami przełożyła się na wielość zniżek i ulg oferowanych przy wykupie ubezpieczenia grupowego. Średnia wartość ulgi wyniosła 6 proc.<sup>53</sup>. Według szacunkowych danych składki oferowane przy wykupie ubezpieczenia grupowego kalkulowane były przez ubezpieczycieli poniżej ceny wyznaczającej próg rentowności. Szacuje się, że ubezpieczyciele stracili między 375 a 950 mln euro na ofertach podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego<sup>54</sup>. Straty te jednakże nie spowodowały utraty przez nich płynności finansowej, gdyż nadal dysponują oni znacznymi rezerwami finansowymi. Ocenia się, że w 2006 roku około 44 proc. osób ubezpieczonych korzystało z ulgi związanej z ubezpieczeniami grupowymi. Znacząca większość tej grupy korzystała z ulgi za pośrednictwem pracodawcy. Pozostała część otrzymywała zniżkę za pośrednictwem organizacji pacjentów, klubów sportowych czy banków jako rodzaj dodatkowej korzyści dla klientów.

Zwiększanie świadomości rzeczywistych wydatków zdrowotnych i odpowiedzialności finansowej wszystkich podmiotów w sektorze zdrowotnym stanowi jedną z zasadniczych przesłanek wprowadzonej reformy. W powszechnym przekonaniu podniesienie społecznej świadomości wysokich kosztów leczenia, stymulowane przeważnie wzrostem składki zdrowotnej, skłania ubezpieczonych do podejmowania bardziej racjonalnych decyzji. W przypadku ubezpieczycieli podobne funkcje spełnia zwiększanie zakresu ryzyka finansowego. Teoretycznie wraz ze wzrostem odpowiedzialności finansowej ubezpieczycieli powinno wzrastać ich zainteresowanie poprawą wydajności, w ujęciu systemowym oczekuje się realnego wpływu na racjonalizację systemu. Wskazane zależności uzasadniają podjętą przez rząd holenderski decyzję o przededefiniowaniu znaczenia podstawowych źródeł finansowego zasilania systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Obecnie udział bezpośrednich płatności osób ubezpieczonych przekazywanych w formie składek nominalnych wzrósł do 50 proc., podczas gdy w poprzednich uwarunkowaniach systemowych wkład ten nie przekraczał poziomu 10 proc. Bezpośrednim efektem tej zmiany był dwukrotny wzrost wysokości składki. Wstępne szacunki rządu wskazywały na 1100 euro. W rzeczywistości średnia składka nominalna wzrosła do poziomu 1050 euro w 2006 roku<sup>55</sup>.

53. Muiser, *The new Dutch...*, *op.cit.*, s. 21.

54. R. Douven, E. Mot, M. Pomp, *Health care reforms in the Netherlands*, CPB Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis, s. 1-3 (<http://www.cpb.nl/nl/>).

55. J. Muiser, *The new Dutch...*, *op.cit.*, s. 21.

Zakładać należy, iż silna konkurencja między ubezpieczycielami doprowadziła do zbiccia prognozowanej przez rząd stawki o kilkadziesiąt euro.

Powodzenie każdej reformy systemowej to wypadkowa celowości proponowanych rozwiązań i wiedzy społeczeństwa na temat wprowadzanych zmian. Istotny wpływ na realną skuteczność reformy systemu holenderskiego miało poprzedzenie jej szeroką kampanią informacyjną z udziałem mediów, ubezpieczycieli i administracji publicznej adresowaną do społeczeństwa, na co przeznaczono 70 mln euro<sup>56</sup>. Działania te pozwoliły na podniesienie świadomości i wiedzy społeczeństwa o ich prawach i obowiązkach w zreformowanym systemie. O ich skuteczności można natomiast wnioskować na podstawie pierwszych obserwacji zachowań osób ubezpieczonych. Ocenia się, że w ciągu pierwszego roku funkcjonowania nowego systemu więcej niż 4,5 mln Holendrów, czyli około 20 - 30 proc. wszystkich ubezpieczonych, zdecydowało się na zmianę ubezpieczyciela.<sup>57</sup> Zachowania te niestety, na co wskazują wyniki badań ankietowych, nie są podyktowane poszukiwaniem lepszej jakości opieki zdrowotnej<sup>58</sup>. Nigdy wcześniej nie zaobserwowano tak wysokiego wskaźnika mobilności. Doniesienia naukowe wskazują, iż w poprzednim systemie parametr ten wahał się w granicach 2 - 3 proc.<sup>59</sup>. Holendrzy nie tylko coraz częściej decydują się na zmianę ubezpieczyciela, ale równocześnie wzrasta ich zainteresowanie zamianą rodzaju ubezpieczenia zdrowotnego. Rezygnują z indywidualnego planu zdrowotnego na rzecz konkurencyjnej cenowo polisy grupowej. NIVEL szacuje, że w 2006 roku 55 proc. ubezpieczonych posiadało polisy grupowe, w 2007 roku udział ten wzrósł do poziomu 63 proc.<sup>60</sup>

Dostrzegalne są już pierwsze zmiany organizacyjne i strukturalne po stronie ubezpieczycieli. Silna konkurencja pomiędzy ubezpieczycielami spowodowała, iż jeden z nich ogłosił stratę finansową, w związku z czym zapowiedział redukcję zatrudnienia i kosztów administracyjnych. Następuje sukcesywny proces konsolidacji na rynku ubezpieczenia zdrowotnego. Zapowiedziano już pierwsze plany fuzji, w wyniku których sześciu największych ubezpieczycieli będzie ubezpieczało 90 proc. populacji, pozostałe 10 proc. rozłoży się pomiędzy mniejszych ubezpieczycieli działających lokalnie<sup>61</sup>.

## 11. Wyzwania na przyszłość

Prawdziwy test ostatniej reformy związany jest z wpływem wprowadzonych zmian systemowych na efektywność podaży świadczeń zdrowotnych. Jednakże by poprawa efektywności strony podaźowej w nowym systemie była zauważalna to, po pierwsze, ubezpieczyciele powinni stymulować świadczeniodawców do lepszej wydajności za

56. Y. Bartholomé, H. Maarse, *Health insurance reform in the Netherlands*, Eurohealth 2006, vol 12 (2), s. 7-9.

57. S. Gress, M. Manouguian, J. Wasen, *Health insurance reform in the Netherlands*, CESifo DICE Report 1/2007, s. 63-67.

58. J.D. de Jong, A. van den Brink-Muinen, P.P. Groenewegen, *The Dutch health ...*, op.cit., 8:58.

59. L.M. Lamers, R.C. van Vliet, v W.P. an de Ven, *Risk adjusted premium...*, op.cit., s. 49-62.

60. P.P. Groenewegen, J.D. de Jong, *Dutch health insurance reform: the new role of collectives*, Eurohealth 2007, vol 13(2), s. 10-13 oraz NIVEL – National Institute for Health Services Research: [www.nivel.nl/stelselwijziging](http://www.nivel.nl/stelselwijziging).

61. R. Douven, E. Mot, M. Pomp, *Health care...*, op.cit., s. 3 (<http://www.cpb.nl/nl/>).



pomocą dostępnych narzędzi selektywnego kontraktowania. Techniki te pozostają dotychczas prawie niewykorzystane. Wybiórcze zainteresowanie ubezpieczycieli negocjowaniem warunków umów wynika przede wszystkim z ograniczeń prawnych. Obecnie tylko w przypadku 20 proc. z 35 tysięcy wyodrębnionych świadczeń zdrowotnych sklasyfikowanych w ramach Diagnostic Treatment Combinations (DTCs)<sup>62</sup> możliwe jest negocjowanie ceny ze świadczeniodawcami, jak również kontraktowanie tych świadczeń w sposób selektywny. Rząd planuje uwolnienie cen pozostałych świadczeń zdrowotnych pod warunkiem uzyskania lepszej precyzji w estymacji kosztów w ramach systemu wyrównywania ryzyka. Szeroko postulowane jest zwiększenie marginesu swobody negocjacyjnej do poziomu 70 proc.<sup>63</sup>. Drugi zasadniczy problem dotyczy braku dostatecznej informacji o jakości. Po trzecie, ubezpieczyciele nie dysponują wystarczającą przewagą negocjacyjną by zyskać korzystne warunki kontraktowe ze szpitalami. Szpitale dysponują nie tylko pełniejszą informacją o kosztach i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, dodatkowo w przypadkach lokalnych monopolii mogą one nadmiernie wykorzystywać ten aspekt w negocjacjach z ubezpieczycielami. Jako czwarty hamulec efektywności wskazuje się fakt, iż ubezpieczycielom ciężko przekonać ubezpieczonych do korzystania z opieki w ramach sieci preferowanych dostawców.

Konkurencyjność między świadczeniodawcami i ubezpieczycielami może bazować na jednym z dwóch zasadniczych elementów, którymi są cena i jakość. Poprawa efektywności w zreformowanym przez Holendrów systemie ubezpieczeń zdrowotnych koncentruje się zasadniczo na aspektach kosztowych. Ubezpieczyciele konkurują wysokością składki nominalnej, poziomem współpłacenia oraz dostępnością do opieki, natomiast świadczeniodawcy w znacznie mniejszym stopniu ceną wykonywanych świadczeń zdrowotnych. Nowe uwarunkowania systemowe nie dostarczają ani ubezpieczycielom, ani świadczeniodawcom dostatecznych bodźców do podjęcia działań na rzecz poprawy jakości. Poza problemami związanymi z brakiem dostatecznej informacji na temat jakości kontraktowanych świadczeń zdrowotnych oraz określenia wystandaryzowanego zestawu kryteriów i wskaźników jakości pozostaje szereg ograniczeń, które powstrzymują ubezpieczycieli przed konkurowaniem elementem jakościowym. Po pierwsze, pacjenci nie mają świadomości różnic w poziomie opieki zdrowotnej pomiędzy poszczególnymi świadczeniodawcami. Debata publiczna koncentruje się raczej na dostępności do opieki zdrowotnej, czyli listach oczekujących i czasie oczekiwania, niż na polityce jakościowej. Holendrzy są zainteresowani przede wszystkim niższymi składkami zdrowotnymi, co powoduje u ubezpieczycieli brak zaangażowania inwestycyjnego w narzędzia do oceny i stymulowania wysokiej jakości opieki zdrowotnej udzielanej przez kontraktowanych świadczeniodawców. Po drugie, jakość skupia uwagę osób chorych. W przypadku ubezpieczyciela kontraktującego wysokojakościowe świadczenia zdrowotne oznacza to, że może zgłaszać się do niego

62. *Diagnostic Treatment Combinations (DTCs)* to wprowadzona w Holandii w 2005 roku klasyfikacja świadczeń zdrowotnych, na podstawie której dokonywane są rozliczenia między płatnikami (ubezpieczycielami) a świadczeniodawcami. DTCs to system rozliczeń podobny do systemu jednorodnych grup pacjentów (*Diagnostic-Related Groups – DRG*), obejmujący jednakże oprócz leczenia szpitalnego również inne rodzaje świadczeń zdrowotnych, tj.: specjalistyczna opieka ambulatoryjna.

63. A.C. Enthoven, W.P. van de Ven., *Going Dutch...*, *op.cit.*, s. 2421-3.

nieproporcjonalnie więcej osób z chorobami przewlekłymi. Holendrzy planują dalsze usprawnienia systemu wyrównywania ryzyka, które pozwolą zredukować skutki selekcji ryzyka związane z kontraktowaniem świadczeniodawców o najlepszej renomie i wydajności. Niewątpliwie jednak potrzebne są konkretne rozstrzygnięcia w kwestiach jakościowych podparte decyzjami politycznymi.

W teoretycznych założeniach system powstały po reformie wyklucza jakiegokolwiek formy różnicowania klientów (osób ubezpieczonych). W rzeczywistości natomiast ubezpieczenia uzupełniające (suplementarne) pozostawiają ubezpieczycielom sporą przestrzeń do kształtowania struktury portfela klientów i selekcji preferowanych ryzyk. Prowadzenie działań promocyjnych i marketingowych oraz selektywne kontraktowanie to jedne z możliwych form ukrytej selekcji. W Holandii 93 proc. populacji posiada ubezpieczenie suplementarne i większość z tych osób wykupuje je wraz z ubezpieczeniem podstawowym u tego samego ubezpieczyciela<sup>64</sup>. W przypadku ubezpieczenia suplementarnego ubezpieczyciele mogą stosować wszelkie techniki selekcji, przykładowo żądać informacji o stanie zdrowia. W sposób pośredni zatem istnieją możliwości selekcji ubezpieczonych w ramach schematu podstawowego.

*Mgr ANNA LEŚNIEWSKA jest głównym specjalistą w Departamencie Organizacji Ochrony Zdrowia Ministerstwa Zdrowia.*

## Bibliografia:

1. Bartholomé Y., Maarse H., *Health insurance reform in the Netherlands*, Eurohealth 2006, vol 12 (2), s. 7-9.
2. Custers T., Arah O.A., Klazinga N.S., *Is there a business case for quality in The Netherlands? A critical analysis of the recent reforms of the health care system*, Health Policy. 2007 Jul;82(2), s. 226-39.
3. Daley C., Grubb J., *Health reform in the Netherlands*, CIVITAS Institute for the Study of Civil Society 2007 (11).
4. de Jong J.D., van den Brink-Muinen A., P.P. Groenewegen, *The Dutch health insurance reform: switching between insurers, a comparison between the general population and the chronically ill and disabled*, BMC Health Serv Res. 2008 Mar 19; 8:58.
5. den Exter A., Hermans H., Dosljak M., Busse R., *Health Care Systems in Transition: Netherlands 2004*, European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen 2004.
6. Douven R., Mot E., Pomp M., *Health care reforms in the Netherlands*, CPB Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis, s. 1-3 (<http://www.cpb.nl/nl/>).
7. Enthoven A.C., *Managed competition: an agenda for action*, Health Affairs 1988 Summer; 7(3), s. 25-47.
8. Enthoven A.C., *The History And Principles Of Managed Competition*, Health Affairs 1993, Vol 12, Supplement 1, s. 24-48.

64. A.C. Enthoven, W.P. van de Ven., *Going Dutch...*, *op.cit.*, s. 2421-3.

9. Enthoven A.C., van de Ven W.P., *Going Dutch: managed-competition health insurance in the Netherlands*, N Engl J Med. 2007 Dec 13;357(24), s.2421-3.
10. Gress S, Groenewegen P, Kerssens J, Braun B, Wasem J., *Free choice of sickness funds in regulated competition: evidence from Germany and The Netherlands*, Health Policy. 2002 Jun;60(3), s. 235-54.
11. Gress S., Manouguian M., Wasen J., *Health insurance reform in the Netherlands*, CESifo DICE Report 1/2007, s. 63-67.
12. Groenewegen P.P., de Jong, J.D. *Dutch health insurance reform: the new role of collectives*, Eurohealth 2007, vol 13(2), s. 10-13.
13. Ham Ch. i Brommels M., *Health Care Reform in the Netherlands, Sweden, and the United Kingdom*, Health Affairs 1994, vol.13, s. 106-19.
14. *Health Insurance in The Netherlands – The new health insurance system from 2006*, The Ministry of Health, Welfare and Sport, the Hague, 1 September 2005.
15. Helderma J.K., Schut F.T., van der Grinten T.E., van de Ven W.P., *Market-oriented health care reforms and policy learning in the Netherlands*, J Health Polit Policy Law. 2005 Feb-Apr; 30(1-2), s. 189-209.
16. *HiT summary: Netherlands, 2005*, European Observatory on Health Care Systems and Policies.
17. Lamers L.M., van Vliet R.C., van de Ven W.P., *Risk adjusted premium subsidies and risk sharing: key elements of the competitive sickness fund market in the Netherlands*, Health Policy. 2003 Jul; 65(1), s. 49-62.
18. Laske-Aldershof T, Schut E, Beck K, Greß S, Shmueli A, Van de Voorde C., *Consumer Mobility in Social Health Insurance Markets : A Five-Country Comparison*, Appl Health Econ Health Policy. 2004;3(4), s. 229-241.
19. Maarse H, Bartholomé Y., *A public-private analysis of the new Dutch health insurance system*, Eur J Health Econ. 2007 8, s. 77-82.
20. Maarse H., *Health insurance system (again)in the Netherlands: will it succeed?*, Euro Observer – Newsletter of the European Observatory on Health Care Systems, Autumn 2002, Vol 4, Number 3, s. 1- 3.
21. Monkiewicz J. (red.), *Podstawy ubezpieczeń. Tom I – mechanizmy i funkcje*, Poltext, Warszawa 2005.
22. Muiser J., *The new Dutch health insurance scheme: challenges and opportunities for better performance in health financing*, Discussion Paper nr 3 (2007), World Health Organization, Geneva 2007.
23. Rutten F., *The impact of healthcare reform in the Netherlands*, Pharmacoeconomics 2004, 22 Suppl.2, s. 65-71.
24. Schut F.T., *Health care systems in transition: The Netherlands. Part I: Health care reforms in The Netherlands: miracle or mirage?*, J Public Health Med. 1996 Sep;18(3), s. 278-84.
25. Tapay N., Colombo F., *Private health insurance in the Netherlands: A Case Study*, OECD Health Working Papers Noo18, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs, OECD, 2004.
26. *The new care system in the Netherlands – durability, solidarity, choice, quality, efficiency*, Ministry of Health, Welfare and Sport, ([www.minvms.nl](http://www.minvms.nl)).
27. van de Ven W.P., Beck K., Buchner F., Chernichovsky D., Gardiol L., Holly A., Lamers L.M., Schokkaert E., Shmueli A., Spycher S., Van de Voorde C., van Vliet R.C., Wasem J., Zmora I., *Risk adjustment and risk selection on the sickness fund insurance market in five European countries*, Health Policy. 2003 Jul;65(1), s.75-98.

28. van de Ven WP, van Vliet RC, van Barneveld EM, Lamers LM., *Risk-adjusted capitation: recent experiences in The Netherlands*, Health Affairs 1994, Vol 13, Issue 5, s. 120-136.
29. van de Ven Wynand P.M.M., Schut F.T., *The first decade of market oriented health care reforms in the Netherlands*, Institute of Health Care Policy and Management, Erasmus University Rotterdam, August 2000.
30. van Guus M., van der Hijden E.J.E., *A new health insurance system for the Netherlands*, Institute of Policy and Management, Erasmus University, Rotterdam, w: Samoliński B. (red.): *Voluntary Health Insurance – VHI 2006*, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2006.

## Market mechanisms in the system of public health insurance – the Dutch experience – summary

*Major reforms of the health insurance system are currently taking place in the Netherlands. Market-oriented reforms aims to strengthen the role of the private insurers within the health care system. These market-oriented health care reforms transform current central supply-driven system to a system of managed competition both among health insurers and care providers. Under the new system health insurers play a central role. They are expected to act as a cost- and quality-conscious buyers of care on behalf of their enrollees. They compete on the basis of premiums, services, and the quality of care offered by their contracted providers, as well as on the premiums and benefits of supplementary health insurance they provide.*

*With effect from 1 January 2006, the previous compulsory health insurance for acute care and the voluntary private health insurance were integrated into a new, mandatory and privately administrated basic health insurance for curative care. The key elements of the new system are: a new standard insurance for all. Citizens can change insurer every year, insurers compete for the business of the insured, consumers and insurers stimulate suppliers to provide better quality of health care and services provided to people with low income are subsidized by a compensation system. There has been the move towards the modern way of thinking about the combination of market and non-market elements in health care. The new system is a good balance between a solid social basis and the dynamics of the market. This system was implemented following decades of discussion.*

*The Dutch health care system is still under development and substantial problems remain. First, the risk-equalization model requires further improvement and continuing adjustment. Second, the existence of supplemental insurance with risk rating and without open enrollment may leave too large opportunity for insurers to profit from risk selection. Third, the current focus is on insurers, but the promise of this model lies in competition among delivery systems, which the insurers are now creating. Finally, there is still a long way to go in terms of developing quality information and quality improvement. Dutch policy makers should be more explicit whether competition should take place on quality or price, and if the former is the case, additional incentives as part of the system reforms, are needed to create a business case for quality.*