

Maria Magdalena Kozber, Magdalena Osak

Współpłacenie bezpośrednio w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego – doświadczenia Szwajcarii

Problemy Zarządzania 11/1 (2), 93-111

2013

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach
dozwolonego użytku.

Współpłacenie bezpośrednie w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego – doświadczenia Szwajcarii

Nadesłany: 19.07.12 | Zaakceptowany do druku: 20.11.12

Maria Magdalena Kozber*
Magdalena Osak**

Rządy wielu krajów stoją cały czas przed wyzwaniem ograniczania wydatków na zdrowie, zwłaszcza ich publicznej części. Między innymi z tego powodu obserwuje się przerzucanie finansowania bezpośrednio na pacjentów. Jednym z wykorzystywanych w tym celu mechanizmów jest współpłacenie pacjentów. Wiele krajów wprowadziło już do swoich systemów jakąś formę współpłacenia, choć rozwiązania te różnią się pod względem skali i świadczeń zdrowotnych, których dotyczą. Biorąc pod uwagę obecną sytuację finansową wielu gospodarek oraz rosnące zapotrzebowanie na wysokiej jakości opiekę zdrowotną wydaje się, że współpłacenie może być wykorzystywane na większą skalę. Dlatego też warto zapoznać się z doświadczeniami systemu zdrowotnego o wieloletnim funkcjonowaniu współpłacenia. Przykładem takiego systemu jest system szwajcarski, któremu poświęcono niniejszy artykuł. Artykuł rozpoczyna ogólna prezentacja bezpośrednich i pośrednich form współpłacenia pacjentów. W drugiej części opisano główne zasady szwajcarskiego systemu opieki zdrowotnej. Z kolei ostatnia część stanowi przegląd zakresu przedmiotowego, form oraz wysokości współpłacenia w Szwajcarii.

Słowa kluczowe: współpłacenie, system zdrowotny, Szwajcaria.

Direct cost sharing in the basic health system – Swiss experience

Submitted: 19.07.12 | Accepted: 20.11.12

Governments of many countries are continually faced with the challenge of reducing the expenditure on health, especially their public part. Owing to that shifting part of the financing directly to patients is observed. One of the mechanisms used is cost sharing with patients. Many countries have already introduced some form of cost sharing. However those solutions differ with regard to services and countries. Given current financial situation of many economies and growing demand for high-quality health care cost sharing is likely to be used more extensively. Therefore, it seems interesting to get to know health systems with many years' experience in functioning of cost sharing. Swiss health system the paper is devoted to could be one of such examples. The paper starts with general presentation of direct and indirect forms of patients' cost sharing. The second part describes the main principles of Swiss health system and the last one provides an overview of the forms and extent cost sharing in Switzerland.

Keywords: cost sharing, health system, Switzerland.

JEL: I10, I18

* **Maria Magdalena Kozber** – lic., studentka Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu.

** **Magdalena Osak** – dr n. ekon., adiunkt w Katedrze Ubezpieczeń Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu.

Wstęp

Współcześnie systemy zdrowotne stawiają czoła problemom, które związane są przede wszystkim z rosnącymi wydatkami na zdrowie. Obserwowany wzrost spowodowany jest głównie przez starzejące się społeczeństwa, rozwój technologii medycznych, coraz większe oczekiwania pacjentów, zmiany klimatyczne oraz globalizację. Ograniczoność zasobów, jeszcze silniej odczuwana w czasie kryzysu finansowego, powoduje, że kraje europejskie, i nie tylko, muszą podejmować starania mające na celu zachowanie równowagi pomiędzy potrzebą powszechnego dostępu do świadczeń zdrowotnych a rosnącym popytem na usługi medyczne o wysokim standardzie (Komisja Europejska, 2010, s. 11).

Choć środki publiczne są generalnie dominującym sposobem finansowania współczesnych systemów opieki zdrowotnej, to ze względu na szybszy od PKB wzrost nakładów na zdrowie, nie są one w stanie pokryć wydatków potrzebnych na sfinansowanie rosnących potrzeb zdrowotnych społeczeństw. Z tego powodu praktykowane jest przerzucanie części kosztów świadczeń zdrowotnych na podmioty prywatne (świadczeniobiorców). Jedną z form prywatnego finansowania opieki zdrowotnej, bo o tym mowa w przypadku „przerzucania” kosztów, jest właśnie współpłacenie.

Współpłacenie występuje aktualnie w wielu zachodnich systemach zdrowotnych, choć oczywiście zróżnicowane są formy i zakres zastosowania tego mechanizmu (Tambor i in., 2010). Najbardziej rozpowszechnione jest ono w zakresie nabywania leków oraz w opiece stomatologicznej. W mniejszym stopniu płatności prywatne występują w stosunku do gwarantowanych świadczeń opieki stacjonarnej oraz opieki ambulatoryjnej (lekarza pierwszego kontaktu czy konsultacji specjalistycznych) (Komisja Europejska, 2010, s. 83–84, 147; Robinson, 2002, s. 164, 174–175).

Decydenci sięgają po współpłacenie głównie w celu kontrolowania kosztów opieki zdrowotnej, pozyskania dodatkowych środków finansowych do systemu zdrowotnego, kreowania pożądanej, z punktu widzenia efektywności kosztowej i jakości, struktury popytu na dobra i usługi zdrowotne (Komisja Europejska, 2010, s. 147; Pavlova i in., 2010, s. 29). Ekspertki przewidują, że w aktualnej kryzysowej sytuacji finansowej wielu gospodarek może wzrosnąć skala wykorzystania współpłacenia (Komisja Europejska, 2010, s. 148)¹. Stąd interesujące wydaje się zapoznanie z doświadczeniami systemów zdrowotnych o wieloletnim funkcjonowaniu współpłacenia. Systemem takim jest m.in. system szwajcarski, w którym współpłacenie wprowadzono w 1996 roku jako element reformy systemu zdrowotnego (Busse, Saltman i Dubois, 2004, s. 71).

Istota i formy współpłacenia w kontekście finansowania systemu zdrowotnego

Finansowanie (ang. *financing*) będące jedną z funkcji systemu zdrowotnego (szerzej: WHO, 2010; Włodarczyk i Poździuch, 2001, s. 95–100) jest działaniem zawsze co najmniej dwufazowym. Najpierw następuje gromadzenie (ang. *funding/revenue collection*) środków finansowych, które w dalszej kolejności, poprzez nabywanie świadczeń zdrowotnych, są alokowane. Pomiedzy pozyskiwaniem a alokacją funduszy może wystąpić jeszcze jedna, pośrednia, faza finansowania. Jest nią repartycja, czyli rozłożenie (ang. *pooling*) ciężaru kosztów systemu (ryzyka finansowego) pomiędzy uczestników wspólnego funduszu. Niemniej jednak nie wszystkie mechanizmy gromadzenia środków umożliwiają repartycję.

Wieloaspektowość finansowania opieki zdrowotnej wznaga fakt, że pozyskiwanie funduszy można opisywać w trzech wymiarach, tj. poprzez (OECD, 2011, s. 156; Mossialos i Dixon, 2002, s. 4–5): (1) źródła pozyskiwania środków finansowych, co wiąże się z pytaniem od kogo pochodzą pieniądze wydatkowane na świadczenia zdrowotne, (2) mechanizmy (sposoby) pozyskiwania pieniędzy, czyli pytanie o to jak środki są zbierane oraz (3) płatników dystrybuujących środki do usługodawców opieki zdrowotnej.

Współpłacenie (ang. *cost sharing*)² reprezentuje jeden ze sposobów pozyskiwania funduszy³. Jest ono, obok opłat bezpośrednich (ang. *direct payments*) i opłat nieformalnych (w formie dowodów wdzięczności bądź o charakterze łapówek), klasyfikowane jako składowa bezpośrednich wydatków pacjenta (ang. *out-of-pocket payments*) ponoszonych na rzecz świadczeniodawcy w momencie korzystania ze świadczenia zdrowotnego (Mossialos i Dixon, 2002, s. 22–24).

Coraz większe zainteresowanie współpłaceniem zarówno w literaturze polskiej, jak i obcojęzycznej powoduje, że w dorobku naukowym spotkać się można z różnym rozumieniem tego terminu (zob. np. Sowada, 2004, s. 11; Getzen, 2000, s. 508–509; Tyszka, 2011, s. 175, 191; Robinson, 2002, s. 162), co skutkuje odmiennymi desygnatami tej nazwy. Generalnie różnice sprowadzają się do tego czy do współpłacenia zaliczać opłaty bezpośrednie (rozumiane jako pełna odpłatność za nabywane świadczenia zdrowotne) oraz płatności nieformalne. W tym kontekście za porządkujący można by uznać podział różnych form współpłacenia na dwa zbiory odpowiadające współpłaceniu bezpośredniemu i współpłaceniu pośredniemu (Robinson 2002:162). Kategoryzację tę wykorzystano w tab. 1, niemniej jednak uczyniono to jedynie dla celów poglądowych. Kierując się bowiem znaczeniem wyrazów „udział”/„partycypacja”, jednoznacznie odnoszącymi się do działania „wspólnie z kimś”, współfinansowanie – zdaniem autorek – poprawniej jest wiązać z częściową odpłatnością pacjentów za uzyskiwane świadczenia zdrowotne. Konsekwentnie analizę empiryczną systemu szwajcarskiego ograniczono do form współpłacenia bezpośredniego.

Forma współpłacenia	Termin anglojęzyczny	Opis sposobu funkcjonowania
współpłacenie bezpośrednie (ang. <i>direct cost sharing</i>)		
Klasyczne współpłacenie	<i>co-payment</i>	pacjent wnosi stałą opłatę, wyrażoną kwotowo, za każdą jednostkę świadczenia objętego współpłaceniem
Współubezpieczenie	<i>co-insurance</i>	pacjent zobowiązany jest do wniesienia opłaty oznaczonej jako stały procentowy udział pacjenta w kosztach świadczenia
Franszyza	<i>deductible</i>	określa maksymalną sumę kosztów finansowanych przez pacjenta w przyjętym okresie rozliczeniowym; koszty przekraczające franszyzę pokrywa płatnik trzeciej strony
Indemnizacja	<i>balance billing</i>	określa stałą kwotę dopłaty płatnika trzeciej strony do świadczeń uzyskiwanych przez pacjenta; stanowi odwrócenie klasycznego współpłacenia, z tym że to nie dopłata pacjenta jest z góry określona, ale wysokość partycypacji płatnika; gdy cena świadczenia przekracza ustaloną kwotę dopłaty różnicę pokrywa pacjent
współpłacenie pośrednie (ang. <i>indirect cost sharing</i>)		
Limit sumy ubezpieczenia	<i>maximum service limit</i>	z góry określona kwota odpowiedzialności finansowej płatnika trzeciej strony; skorzystanie ze świadczeń o wartości przekraczającej ustalony limit skutkuje finansowaniem nadwyżki przez pacjenta; suma ubezpieczenia dotyczy umówionego okresu rozliczeniowego bądź określonego rodzaju (grupy rodzajowej) świadczeń zdrowotnych
Kreacja koszyka świadczeń	<i>selective exclusion/direct payment</i>	selektywna eliminacja określonych świadczeń z koszyka, skutkująca pełną odpłatnością za wykluczone świadczenia

Tab. 1. *Formy bezpośredniego i pośredniego współpłacenia pacjentów. Źródło: opracowanie własne z wykorzystaniem: R. Robinson (2002). User charges for health care. W: E. Mossialos i in. (red.), Funding health care: options for Europe. Buckingham, Philadelphia: Open University Press, European Observatory on Health Care Systems Series, WHO, s. 161–163; C. Sowada (2004). Współpłacenie – szanse, zagrożenia i warunki szerszego zastosowania w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, II(1), s. 16–17.*

Nazwy form współpłacenia wymienione w tab. 1 wymagają słowa komentarza w kontekście terminologii stosowanej w krajowej literaturze z zakresu ekonomiki zdrowia oraz opracowaniach z dziedziny ubezpieczeń gospodarczych. Osadzenie przyjętej w artykule formuły terminologicznej na tle dorobku myślowego jest użyteczne ze względu na jasność i intersubiektywną komunikowalność wyводу.

Przez niektórych badaczy ogólna kategoria „współpłacenie” (ang. *cost sharing*) określana jest jako „współuczestniczenie” (np. Nojszewska, 2009, s. 209). Nawiązuje to do proponowanego w artykule terminu „współfinansowanie” („partycypacja w kosztach”). Z kolei „klasyczne współpłacenie” bywa

nazywane „współpłatnością” (np. Nojszewska, 2009, s. 215) lub „współpłacaniem” (np. Magda i Szczypiński, 2011, s. 30). Termin franszyza (ang. *deductible*) jest powszechnie stosowany na gruncie ubezpieczeń gospodarczych. Franszyza stanowi jeden z instrumentów ograniczania odpowiedzialności gwarancyjno-repartycyjnej⁴ ubezpieczyciela. Rozróżnia się franszyzę redukcyjną (bezwarunkową) oraz franszyzę integralną (warunkową) (Sangowski, 2000, s. 55–56, 191). Pierwsza z nich polega na tym, że wielkość świadczenia ubezpieczeniowego (finansowanych przez płatnika trzeciej strony kosztów leczenia) jest każdorazowo pomniejszana o określoną kwotę lub procent (np. sumy ubezpieczenia). Gdy kwota franszyzy redukcyjnej wynosi 1000 zł, a koszty świadczeń 1200 zł, to pacjent płaci 1000 zł, a płatnik trzeciej strony pokrywa koszty stanowiące różnicę pomiędzy ceną nabycia a wysokością franszyzy (tutaj 200 zł). Z kolei franszyza integralna działa w ten sposób, że ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności tak długo, jak koszty świadczeń nie przekroczą ustalonej kwoty franszyzy (koszty te obciążają pacjenta), jednakże kiedy cena świadczeń przewyższa kwotę franszyzy, wtedy całość kosztów pokrywana jest przez płatnika trzeciej strony.

Analiza mechanizmu działania franszyzy jako formy współpłacenia w opiece zdrowotnej prowadzi do wniosku, że chodzi tutaj bardziej o instrument, który na gruncie ubezpieczeń gospodarczych jest precyzyjnie określany jako „zagregowana franszyza redukcyjna” (Kucharski 2004:46). Działa ona bowiem tak, że jest naliczana do łącznej wysokości w danym okresie rozrachunkowym. Oznacza to, że pacjent tak długo ponosi koszty wykorzystywanych świadczeń, jak długo łączna suma jego wydatków nie osiągnie wysokości ustalonej franszyzy rocznej. Po przekroczeniu tego progu koszty świadczeń są finansowane przez płatnika trzeciej strony. Opisaną formę współpłacenia krajowi autorzy nazywają niekiedy „udziałem własnym” (np. Nojszewska, 2009, s. 215). Pojęcie to jest także znane ubezpieczeniom gospodarczym. Tutaj używa się go jednak na oznaczenie procentowo ustalonej partycypacji ubezpieczonego w szkodzie (tutaj kosztach leczenia) (Sangowski, 2000, s. 192). Tym samym na gruncie problematyki finansowania opieki zdrowotnej rozumienie to odpowiada współpłaceniu w formie współubezpieczenia.

W dalszej części artykułu stosowane będzie nazewnictwo upowszechnione w piśmiennictwie dotyczącym opieki zdrowotnej, czyli franszyza i współubezpieczenie.

Ogólna charakterystyka szwajcarskiego systemu zabezpieczenia zdrowotnego

Szwajcaria jest państwem federalnym, składającym się z 26 kantonów, zamieszkiwanym przez ok. 7,7 milionów mieszkańców (OECD/WHO, 2011, s. 25). Z jednej strony, szwajcarski system zdrowotny jest aktualnie jednym z najlepszych systemów na świecie, gwarantującym wysokiej jakości świadczenia zdrowotne, co znajduje odzwierciedlenie w ocenach satysfakcji jego

beneficjentów. Z drugiej zaś – system ten jest jednocześnie jednym z najdroższych systemów wśród państw OECD zarówno pod względem odsetka PKB przeznaczanego na cele zdrowotne (w 2009 roku było to 11,4% przy średniej w OECD 9,5%, co dawało Szwajcarii siódmą pozycję), jak i wydatków na zdrowie w przeliczeniu na jednego mieszkańca (w 2009 roku ok. 5 tys. USD według parytetu siły nabywczej, co plasowało Szwajcarię na czwartym miejscu wśród państw OECD) (OECD/WHO, 2011, s. 11, 32–33). Także zasoby kadrowe i infrastrukturalne są wyższe niż przeciętnie w krajach OECD (OECD/WHO, 2011, s. 40–41). Opieka zdrowotna w Szwajcarii, szczególnie szpitalnictwo i domy opieki, stanowi bardzo ważny sektor pod względem kreacji miejsc pracy. Szacuje się, że w opiece zdrowotnej pracuje ok. 540 tys. osób, co stanowi 13,5% populacji aktywnych zawodowo (OECD/WHO, 2011, s. 47).

Zarządzanie (administrowanie) systemem zdrowotnym jest wysoce zdecentralizowane. W Szwajcarii funkcjonuje trójstopniowy podział władzy (federacja, kantony – 26, samorządy lokalne/gminne – 2550), przy czym największy stopień odpowiedzialności w wykonywaniu zadań publicznych z zakresu ochrony zdrowia, edukacji i kultury przypisany jest kantonom. Każdy kanton posiada własną konstytucję, parlament, rząd i sądy, co przekłada się na ich dużą autonomiczność. W gestii władz kantonalnych leży zakres delegacji zadań publicznych na samorządy gminne. Z wyjątkiem zadań przypisanych szczeblowi państwowemu, to właśnie władze kantonów odpowiedzialne są za implementację polityki zdrowotnej oraz organizację sieci dostawców opieki zdrowotnej (OECD/WHO 2011: 30–34). Obowiązkiem kantonów jest wydawanie przepisów, akredytacja i finansowanie szpitali oraz prowadzenie działań z zakresu prewencji i edukacji zdrowotnej (Sławatyniec, 2011, s. 395). W efekcie rozwiązania w zakresie opieki zdrowotnej w obrębie kantonów różnią się między sobą (Sławatyniec, 2011, s. 395; OECD/WHO, 2011, s. 33; Daley i Gubb, 2007, s. 2).

Tak jak w większości krajów rozwiniętych, system opieki zdrowotnej w Szwajcarii jest finansowany zarówno ze środków publicznych, jak i prywatnych. W 2009 roku struktura finansowania wydatków zdrowotnych wyglądała następująco (OECD/WHO, 2011, s. 35) ubezpieczenia społeczne – 41% (w tym obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne – 35%), środki budżetowe – 18,9% (na co składało się: 16,3% – środki kantonalne, 2,2% – środki gminne oraz 0,4% – środki federalne), bezpośrednie wydatki pacjentów – 30,5% oraz ubezpieczenia prywatne – 8,8%.

Korzenie ubezpieczenia zdrowotnego w Szwajcarii sięgają roku 1911, w którym to ustanowiono federalne prawo dotyczące ubezpieczenia zdrowotnego oraz wypadkowego LAMA (*Loi fédérale sur l'assurance-maladie et accident*), oparte na modelu Bismarcka⁵. Zapewniało ono podstawowy koszyk świadczeń zdrowotnych. Wysokość składki ubezpieczeniowej była zależna od płci i wieku przystąpienia do ubezpieczenia. Konkurujące między sobą kasy chorych mogły odmówić ubezpieczenia osobom o wyższym ryzyku zdrowotnym, co nie sprzyjało solidarności. Te niekorzystne rozwiązania wespół z rosnącymi

wydatkami na opiekę zdrowotną i dążeniem do zagwarantowania rezydentom wysokiej jakości usług zdrowotnych, spowodowały, że LAMA było przez lata nowelizowane i unowocześniane. Działania reformatorskie doprowadziły do uchwalenia w 1994 roku nowego prawa federalnego regulującego ubezpieczenia zdrowotne (LAMal – *Loi fédérale sur l'assurance-maladie*), które weszło w życie w 1996 roku. Najważniejszą zmianą, która zaszła wraz z implementacją LAMal było wprowadzenie obowiązku ubezpieczenia.

Od roku 1996 w Szwajcarii obowiązuje powszechny system ubezpieczenia zdrowotnego. Każda osoba przybywająca do Szwajcarii z zamiarem osiedlenia jest zobowiązana w ciągu trzech miesięcy od daty przybycia zawrzeć umowę ubezpieczenia obowiązkowego⁶. Na jej podstawie następuje objęcie ochroną od dnia przybycia (klauzula daty retroaktywnej) (Camenzind i Squires, 2011, s. 106).

Obowiązek ubezpieczenia dotyczy „bazowego koszyka świadczeń”, definiowanego na poziomie prawa federalnego. Świadczenia wchodzące w skład koszyka powinny spełniać kryteria efektywności klinicznej, efektywności kosztowej oraz odpowiedniości, choć w rzeczywistości nie zawsze parametry te są potwierdzane (OECD/WHO 2011:61). Decyzje o zawartości koszyka są podejmowane przez Federalny Departament Spraw Wewnętrznych (Federal Department of Home Affairs) przy współpracy z Federalnym Urzędem Zdrowia Publicznego (Federal Office for Public Health) i gremiami eksperckimi, szczególnie Swissmedic (Camenzind i Squires, 2011, s. 106–107) będącym odpowiednikiem polskiej Agencji Oceny Technologii Medycznych. Koszyk „bazowy” jest sukcesywnie rozszerzany⁷ i w rzeczywistości gwarantuje szeroki wachlarz świadczeń. Bazowe ubezpieczenie zdrowotne pokrywa m.in. koszty (Camenzind i Squires, 2011, s. 106; Daley i Gubb, 2007, s. 3): lekarza pierwszego kontaktu i większości lekarzy specjalistów, leków (z wykazu), leczenia szpitalnego, domowej opieki pielęgniarskiej, psychoterapii (w ograniczonym zakresie), rehabilitacji, świadczeń prewencyjnych czy transportu medycznego (częściowo). Ubezpieczenie bazowe gwarantuje co do zasady finansowanie kosztów w kantonie zamieszkania ubezpieczonego (Sławatyniec, 2011, s. 397), stąd w koszyku świadczeń pojawia się także element określany jako „pokrycie kosztów opieki ambulatoryjnej i stacjonarnej poza kantonem zamieszkania w przypadku nagłej sytuacji medycznej”⁸ (Camenzind i Squires, 2011, s. 106). W latach 2012–2017 zagwarantowano finansowanie kolejnych obszarów medycyny alternatywnej (np. homeopatii, chińskiej medycyny ludowej), pod warunkiem, że świadczenia udzielane będą przez lekarzy (OECD/WHO, 2011, s. 60). Po tym okresie nastąpi ewaluacja tych świadczeń. Pokrycie kosztów przez ubezpieczyciela jest zróżnicowane ze względu na rodzaj opieki. Generalnie świadczenia ambulatoryjne są gwarantowane na zasadzie restytucji pieniężnej (tj. refundacji wydatków uprzednio poniesionych przez pacjenta), a świadczenia szpitalne na zasadzie restytucji rzeczowej (tj. płatność następuje bezpośrednio od ubezpieczyciela do świadczeniodawcy) (OECD/WHO, 2011, s. 49, 61).

Obowiązek ubezpieczenia można spełnić w dowolnie wybranej przez siebie firmie ubezpieczeniowej (kasie chorych) działającej w obrębie kantonu, w którym zamieszkuje przysły ubezpieczony. W Szwajcarii nie występuje, znane m.in. w Polsce, wspólne ubezpieczenie członków rodziny w ramach jednego tytułu prawnego. Obowiązek ubezpieczenia jest zatem zindywidualizowany. Pracodawca nie partycypuje w kosztach ubezpieczenia zawieranego przez pracowników.

Ubezpieczyciel chcący oferować obowiązkowe ubezpieczenie bazowe podlega obowiązkowi rejestracji w Federalnym Urzędzie Ubezpieczeń Społecznych (Federal Office of Social Insurance). Na koniec 2010 roku w Szwajcarii działało 81 ubezpieczycieli zdrowotnych non-profit (BAG, 2012, s. 53). Od lat obserwuje się sukcesywny spadek liczby ubezpieczycieli działających w ramach ubezpieczenia bazowego (por. Sławatyniec, 2011, s. 397; Busse, Saltman i Dubois, 2004, s. 40).

W systemie bazowego ubezpieczenia zdrowotnego obowiązują ponadto następujące zasady, ważne z punktu widzenia ubezpieczonego (OECD/WHO, 2011, s. 36–38; Daley i Gubb, 2007, s. 3–4):

- zakaz odmowy przez ubezpieczyciela zawarcia umowy ubezpieczenia z osobą zamieszkującą kanton prowadzenia działalności ubezpieczeniowej,
- prawo ubezpieczonego do wyboru świadczeniodawcy medycznego na terenie kantonu zamieszkania,
- prawo ubezpieczonego do dwukrotnej zmiany funduszu ubezpieczeniowego w ciągu roku ubezpieczenia (realizowane na koniec czerwca i/lub na koniec grudnia),
- obowiązek stosowania przez ubezpieczyciela w danym programie ubezpieczenia jednolitej wysokości składki ubezpieczeniowej dla kohort ubezpieczonych wyodrębnianych według regionu zamieszkania i grupy wiekowej.

Nominalna wysokość składki nie podlega regulacji prawnej. Stąd występuje ich zróżnicowanie pomiędzy ubezpieczycielami (nawet do 70% dla planu podstawowego), regionami i grupami wiekowymi (Camenzind i Squires, 2011, s. 107; OECD/WHO, 2011, s. 37–38,65; Daley i Gubb, 2007, s. 4) oraz różnymi programami ubezpieczenia obowiązkowego, o których wspomniano w dalszej części artykułu. Od 2004 roku każdy ubezpieczyciel w każdym kantonie działalności może tworzyć maksymalnie trzy taryfy regionalne (R1, R2, R3), przy czym obszar terytorialny „regionów składkowych” jest dla wszystkich ubezpieczycieli odgórnie ujednoczony (BAG, 2012, s. 26). W kantonach, w których wyodrębniono tylko jeden region stosowana jest jedna taryfa regionalna (RU). W każdej taryfie „kantonalnej” (R1, R2, R3) musi obowiązywać jednolita składka dla wszystkich ubezpieczonych, należących do określonej klasy wiekowej. Poziom kontrybucji nie zależy bowiem od dochodów ubezpieczonego, a od jego wieku. Wyróżnia się trzy grupy wiekowe: 0–18 („taryfa dziecięca”), 19–25 („taryfa młodzieżowa”), 26 i więcej („taryfa dla dorosłych”). Przykładowo, średnia miesięczna składka w 2012 roku dla osoby

dorośle ubezpieczonej w ramach programu podstawowego ze standardową franszyzą (współpłaceniem) wynosi 382 CHF. Najwyższą przeciętną składkę dorośli opłacają w 2012 roku w kantonie Basel Stadt (500 CHF), najniższą zaś w kantonie Nidwalden (292 CHF) (BAG, 2012, s. 95).

Uniezależnienie składki od dochodu powoduje, że obciążenie budżetów gospodarstw domowych tymi wydatkami jest relatywnie wyższe wśród gospodarstw o niższych dochodach. W przypadku osób o niskich dochodach lub rodzin wielodzietnych państwo, we współpracy z kantonami, dofinansowuje składkę. W 2009 roku składki ubezpieczeniowe ok. 30% ubezpieczonych były subwencjonowane, przy czym odsetek ten był zróżnicowany pomiędzy kantonami (wahał się od 22 do 45,5% ubezpieczonych) (OECD/WHO, 2011, s. 38, 66–67).

W ramach procedury autoryzacji składek ubezpieczyciele zobowiązani są przedłożyć Federalnemu Ministerstwu Zdrowia przewidywane wielkości składek na kolejny rok. Informacje te są upubliczniane i znane ubezpieczonym już jesienią roku poprzedzającego (BAG, 2012, s. 16–18)⁹.

W 1994 roku wprowadzono w Szwajcarii system wyrównywania ryzyka (Busse, Saltman i Dubois, 2004, s. 51)¹⁰. Celem jego funkcjonowania jest niwelowanie różnic w kosztach świadczeń ponoszonych przez ubezpieczycieli. Różnice te są zaś generowane niejednorodnymi profilami ryzyka zdrowotnego ubezpieczonych. Firmy ubezpieczeniowe z korzystniejszą strukturą ryzyka zdrowotnego (posiadające więcej tzw. dobrych rodzajów ryzyka) płacą określone kwoty pieniężne, które są gromadzone we wspólnym funduszu, po czym przekazywane w ramach kompensat dla ubezpieczycieli charakteryzujących się mniej korzystną strukturą ryzyka¹¹. Struktura ryzyka portfela ubezpieczeniowego jest określana poprzez kategoryzację ubezpieczonych do wyodrębnionych ze względu na wiek i płeć klas ryzyka. Od 2012 roku w formule wyrównywania uwzględnia się kolejną zmienną, mianowicie przekraczający trzy dni pobyt ubezpieczonych w szpitalu (bądź domu opieki) w poprzednim roku ubezpieczenia (OECD/WHO, 2011, s. 74–76). Wyrównanie ryzyka następuje odrębnie na obszarze każdego kantonu (Busse, Saltman i Dubois, 2004, s. 50).

Bazowe ubezpieczenie obowiązkowe (program podstawowy) może – poprzez wybór ubezpieczonego – ulec modyfikacji do jednego z czterech „programów specjalnych”. Modyfikacja nie dotyczy rodzajowego zakresu gwarantowanych świadczeń zdrowotnych, lecz związana jest z implementacją rozwiązań finansowych lub organizacyjnych świadczenia ochrony ubezpieczeniowej umożliwiających obniżenie składki ubezpieczeniowej. Maksymalny poziom redukcji składek jest uregulowany prawnie. Programy specjalne to (OECD/WHO, 2011, s. 38, 62; Navarra, 2011, s. 15):

- ubezpieczenie z ponadstandardową franszyżą (współpłaceniem), o którym więcej w dalszej części pracy;
- ubezpieczenie z klauzulą niskiej szkodowości (ang. *no-claim bonus insurance*); obniżenie składki jest bonifikatą za niekorzystanie ze świadczeń zdrowotnych w danym roku ubezpieczenia; redukcja następuje w kolej-

nym roku trwania umowy; w pierwszym roku ubezpieczenia w takim programie składka musi być jednak wyższa o 10% od składki przewidzianej w programie podstawowym; z kolei obniżona składka, po pięciu latach ubezpieczenia, nie może być niższa niż 45% składki za ubezpieczenie podstawowe;

- ubezpieczenie w ramach opieki koordynowanej (HMO); ubezpieczonym na terenie kantonu nie przysługuje w pełni swobodny wybór świadczeniodawcy, lecz zobowiązują się oni korzystać z usług w ramach sieci świadczeniodawców skonsolidowanej przez ubezpieczyciela; zniżka składki nie może być wyższa niż 20% składki za ubezpieczenie podstawowe;
- ubezpieczenie z określeniem lekarza pierwszego kontaktu (*Hausarztmodell*); ubezpieczony zobowiązuje się w pierwszej kolejności skorzystać z porady wybranego uprzednio lekarza pierwszego kontaktu, który pełni funkcję koordynatora dalszego leczenia; to lekarz pierwszego kontaktu, a nie ubezpieczony, zawiaduje wyborem lekarzy specjalistów, w przypadku konieczności kontynuacji leczenia;
- ubezpieczenie z „infolinią pierwszego kontaktu” (*Telmed-Modell*); ubezpieczony zobowiązuje się, że w przypadku pojawienia się problemów zdrowotnych (poza nagłymi wypadkami) skorzysta w pierwszej kolejności z telefonicznej porady medycznej; w ramach takiej porady udzielane są wskazówki co do zalecanego dalszego postępowania i ewentualnej konieczności skorzystania z konwencjonalnych konsultacji lekarskich; wybór tego programu umożliwia obniżenie składki o 8% w stosunku do składki ubezpieczenia podstawowego (Telmed, 2009).

W okresie 1996–2009 zmiana ulegała popularność (mierzona odsetkiem populacji ubezpieczonych) poszczególnych form ubezpieczenia obowiązkowego. Na początku obowiązywania LAMa najczęściej wybierany był program podstawowy (55%). W latach 2000–2003 zaczął on tracić ubezpieczonych na rzecz programów z ponadstandardową franszyzą. Z kolei od 2004 roku znacząco na popularności zaczęły zyskiwać plany z ograniczoną możliwością wyboru świadczeniodawców i to właśnie te programy stanowią od 2009 roku dominującą (ok. 37% ubezpieczonych) formę ubezpieczenia obowiązkowego (OECD/WHO, 2011, s. 61–62).

Wielu ubezpieczonych, oprócz bazowego ubezpieczenia zdrowotnego, nabywa dobrowolne prywatne ubezpieczenia zdrowotne. W zamian za dodatkową składkę ubezpieczony może uzyskać pokrycie kosztów świadczeń nieobjętych koszykiem podstawowym czy to w aspekcie rodzaju świadczenia, czy jakości świadczenia. Od 2001 roku zakresem ubezpieczenia dobrowolnego nie może być objęte finansowanie kosztów współpłacenia, obciążających pacjenta w systemie bazowym (OECD/WHO, 2011, s. 40).

W przypadku ubezpieczeń dobrowolnych ubezpieczyciel ma prawo do selekcji ryzyka w oparciu o ocenę indywidualnego prawdopodobieństwa zachorowania, zatem w efekcie może odmówić zawarcia umowy. Często

firmy ubezpieczeniowe specjalizują się jednocześnie w dwóch branżach: bazowego ubezpieczenia zdrowotnego (działając non-profit) oraz dobrowlnego ubezpieczenia dodatkowego (działając for profit).

Zastosowanie współpłacenia w Szwajcarii

W Szwajcarii współpłacenie w obowiązkowym ubezpieczeniu bazowym przyjmuje formę franszyzy (ang. *deductible*), klasycznego współpłacenia (ang. *co-payment*) oraz współubezpieczenia (ang. *co-insurance*).

Wszyscy ubezpieczeni zobowiązani są do płacenia **corocznej franszyzy**, której wysokość jest stanowiona prawnie. W podstawowym programie ubezpieczenia standardowa roczna franszyza wynosi 300 franków szwajcarskich (CHF). Jak już wspomniano, franszyza roczna może, na wniosek ubezpieczonego, zostać podwyższona. O ubezpieczeniu z franszyżą ponadstandardową będzie jeszcze mowa.

Odmienne rozwiązania w ramach podstawowego programu ubezpieczenia zdrowotnego dotyczą dzieci do lat 18. Generalnie zwolnione są one z konieczności opłacania franszyzy. Podobnie jednak jak w przypadku osób dorosłych, istnieje możliwość obniżenia wysokości comiesięcznej składki na ubezpieczenie zdrowotne dla dzieci poprzez wybór specjalnego programu ubezpieczenia.

W sytuacji, kiedy koszty usług zdrowotnych udzielonych ubezpieczonemu przekroczą kwotę rocznej (zintegrowanej) franszyzy redukcyjnej, uruchomione zostaje finansowanie świadczeń przez ubezpieczyciela. Także i wtedy ubezpieczenie nie staje się automatycznie ubezpieczeniem pełnym (pokrywającym całość kosztów ponad franszyzę). Pacjenci są nadal zobowiązani współfinansować koszty dostarczanych świadczeń. W tym przypadku wykorzystuje się **współubezpieczenie** w wysokości 10% wartości określonych świadczeń. Efektywne działanie współubezpieczenia jest jednak ograniczone, ponieważ po przekroczeniu przyjętej w umowie wartości franszyzy, nie może być ono wyższe niż 700 CHF rocznie dla osoby dorosłej. Zasadniczo więc, łączna kwota dopłat pacjenta, przy franszyzie 300 CHF, wraz ze współubezpieczeniem może wynosić maksymalnie 1000 CHF rocznie. W przypadku dzieci współubezpieczenie wynosi również 10%, aczkolwiek maksymalne współubezpieczenie stanowi połowę wysokości ustalonej dla dorosłych (tj. 350 CHF rocznie) (Lundy i Finder, 2009, s. 17). Ponadto w przypadku rodzin wielodzietnych maksymalna łączna suma współubezpieczenia ponad franszyzę za wszystkie dzieci nie może przekroczyć łącznej wysokości współpłacenia (franszyza standardowa + limit współubezpieczenia) dla jednej osoby dorosłej, tj. aktualnie 1000 CHF (OECD/WHO, 2011, s. 69).

Odrębnie traktowane są świadczenia związane z ratownictwem medycznym, transportem sanitarnym oraz pobytem w szpitalu (zob. tab. 2). W stosunku do tego ostatniego obowiązuje **klasyczne współpłacenie**. Dopłata od 1 stycznia 2011 r. wynosi 15 CHF za każdy dzień pobytu w szpitalu (wcz-

śniej było to 10 CHF). W przypadku hospitalizacji koszty współpłacenia za pobyt w szpitalu nie są wliczane do limitu współubezpieczenia. Stanowią one zatem dodatkowe obciążenie dochodów pacjenta.

Współpłacenie w Szwajcarii zaobserwować można w wielu obszarach opieki zdrowotnej. W tab. 2 zebrano i syntetycznie przedstawiono formy oraz wysokość współpłacenia w Szwajcarii w stosunku do wyodrębnionych grup świadczeń zdrowotnych.

Obszary współpłacenia	Forma współpłacenia	Wysokość współpłacenia	Uwagi do stosowania
Wszystkie świadczenia ambulatoryjne	franszyza roczna	podstawowy program ubezpieczenia – 300 CHF dla osoby dorosłej i 0 CHF dla dzieci do 18 roku życia	programy specjalne z podwyższoną franszyzą w zamian za obniżkę składki ubezpieczeniowej
Pobyt w szpitalu	klasyczne współpłacenie	15 CHF za każdy dzień pobytu w szpitalu	nie obowiązuje górny limit; nie dotyczy dzieci do 18 roku życia bądź do 25 roku życia (uczących się) oraz kobiet w przypadku świadczeń powiązanych z macierzyństwem
Lekarze domowi	franszyza roczna + współubezpieczenie	franszyza ubezpieczonego + 10% kosztu po przekroczeniu franszyzy	standardowy limit współubezpieczenia – 700 CHF rocznie
Leki	franszyza roczna + współubezpieczenie	franszyza ubezpieczonego + 10% lub 20% kosztu po przekroczeniu franszyzy	dotyczy leków na liście referencyjnej stanowiącej przez Federalny Urząd Zdrowia Publicznego; leki spoza listy są pełnopłatne – 20% w przypadku, gdy istnieją tańsze leki generyczne – standardowy limit współubezpieczenia
Opieka dentystryczna	franszyza roczna + współubezpieczenie	franszyza ubezpieczonego + 10% kosztu po przekroczeniu franszyzy	ubezpieczenie obowiązkowe obejmuje niewielki zakres kosztów leczenia stomatologicznego i tylko w stosunku do tego zakresu odnosi się standardowy limit współubezpieczenia

cd. tab. 2

Obszary współpłacenia	Forma współpłacenia	Wysokość współpłacenia	Uwagi do stosowania
Środki pomocnicze i urządzenia medyczne	franszyza roczna + współubezpieczenie	franszyza ubezpieczonego + 10% kosztu po przekroczeniu franszyzy	ubezpieczenie pokrywa określone środki pomocnicze i urządzenia medyczne ^{a)} , np. inhalatory – aparaty słuchowe lub protezy finansowane mogą być z innego ubezpieczenia społecznego (ubezpieczenia inwalidzkiego) standardowy limit współubezpieczenia ma zastosowanie do świadczeń z koszyka gwarantowanego
Transport medyczny	współubezpieczenie	50% kosztów, jeżeli transport spełnia warunek medycznej konieczności	maksymalnie 500 CHF rocznie; transport niespełniający warunku podanego obok jest pełnopłatny
Ratownictwo medyczne	współubezpieczenie	50% kosztów w przypadku zagrożenia życia	maksymalnie 5000 CHF rocznie; wezwanie służb ratowniczych w innych przypadkach jest pełnopłatne

^{a)} Od 2011 roku, w ramach bazowego ubezpieczenia zdrowotnego, nie są dofinansowywane okulary oraz szkła kontaktowe (wywiad własny w kasie chorych KPT/CPT). Wcześniej limit refundacji wynosił do 180 CHF raz na pięć lat dla osoby dorosłej i 180 CHF raz na rok dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia.

Tab. 2. Implementacja współpłacenia w Szwajcarii – obszary zastosowania, formy i wysokość dopłat. Źródło: opracowanie własne na podstawie: OECD/WHO. (2011). OECD Reviews of Health Systems: Switzerland. OECD Publishing, s. 69, 70, 131; J. Lundy i B.D. Finder (2009). Cost Sharing for Health Care: France, Germany and Switzerland. The Henry J. Kaiser Family Foundation, s. 16, 20; BAG. (2012a). Kostenbeteiligung der Versicherten. Pozyskano z: <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00263/00264/12860/index.html?lang=de>.

Implementacji współpłacenia towarzyszą z reguły mechanizmy prawne ograniczające jego działanie w stosunku do szczególnych grup pacjentów bądź określonego rodzaju świadczeń. Konkretnie rozwiązania systemowe różnią się, niemniej jednak kryteria wyłączenia i/lub limitowania oddziaływania współpłacenia dotyczą zwykle wieku, płci lub dochodu ubezpieczonych (Lundy i Finder, 2009, s. 1–20; por. Tomber i in., 2010, s. 586–587). Także w systemie szwajcarskim wprowadzono ograniczenia w stosowaniu współpłacenia. Chodzi tutaj przede wszystkim o limitowanie łącznej wysokości rocznego współpłacenia (w stosunku do franszyzy i współubezpieczenia), jak również prawne wyznaczanie nominalnych wielkości fransyz.

Z kolei zwolnienia ze współpłacenia przewidziane są przede wszystkim w stosunku do dzieci (dotyczy franszyzy standardowej, pobytu w szpitalu),

rodzin wielodzietnych i kobiet w ciąży. Żadnym współpłaceniem nie są zatem objęte świadczenia udzielane w związku z normalnie przebiegającą ciążą, porodem, koszty świadczeń poporodowych dla zdrowego noworodka podczas wspólnego z matką pobytu w szpitalu, jedno kontrolne badanie poporodowe (popołożowe) oraz trzy konsultacje w ramach poradnictwa w zakresie karmienia piersią (Lundy i Finder, 2009, s. 17, 20). Ponadto ze współpłacenia zrezygnowano w stosunku do niektórych świadczeń o charakterze profilaktycznym (np. wybrane szczepienia dla dzieci, mammografia dla kobiet powyżej 50 roku życia) (OECD/WHO, 2011, s. 61).

Limity i wyłączenia współpłacenia stanowią narzędzia ograniczania wydatków pacjenta, jednak w Szwajcarii mechanizmy te nie są powiązane z dochodem ubezpieczonego, jak ma to miejsce np. w Niemczech (limit roczny wynosi co do zasady 2% dochodów rozporządzalnych brutto, a w stosunku do osób przewlekle chorych 1%) (Lundy i Finder, 2009, s. 13–14). Stąd dla rodzin z niskimi dochodami nawet współpłacenie poniżej łącznego limitu i tak może oznaczać relatywnie duże zagrożenie brakiem zabezpieczenia przed finansowymi skutkami zachorowania, co może skutkować rezygnacją z uzasadnionych świadczeń. Najnowsze badania dotyczące Szwajcarii potwierdzają, że część respondentów (ok. 4,0–14,5% w zależności od rodzaju świadczenia zdrowotnego) rezygnuje ze świadczeń zdrowotnych z uwagi na obciążenie ich współpłaceniem (Frey, Liechti i Feer, 2011, s. 26–27). Skala rezygnacji jest właśnie ujemnie skorelowana z dochodem badanych.

Jak już wspomniano, uczestnicy szwajcarskiego systemu bazowych ubezpieczeń zdrowotnych mogą współdecydować o wysokości opłacanej bezpośrednio do kas chorych składki ubezpieczeniowej. Chodzi o docelowe zmniejszenie wartości składki. Dokonuje się to poprzez wybór programów specjalnych ubezpieczenia bazowego, o których była mowa wcześniej. Także współpłacenie zostało wykorzystane jako parametr kreacji produktów „oszczędnościowych”. Chodzi o ubezpieczenia z ponadstandardową franszyzą, dostępne dla wszystkich ubezpieczonych (bez względu na wiek). Wartości wyższych franszyz są ustalane przez prawo federalne. I tak w stosunku do osób dorosłych mogą one wynosić odpowiednio 500 CHF, 1000 CHF, 1500 CHF, 2000 CHF lub 2500 CHF. Z kolei programy specjalne dedykowane dzieciom umożliwiają wprowadzenie franszyzy rocznej na poziomie 100 CHF, 200 CHF, 300 CHF, 400 CHF lub 600 CHF.

Oferta programów specjalnych pozostawiona jest do decyzji kas chorych. Mogą one zdecydować np. o ofercie ubezpieczenia z ponadstandardową franszyżą jedynie w zakresie wybranych (a nie wszystkich) poziomów wyższej franszyzy. Ponadto od prowadzonej przez ubezpieczyciela polityki taryfikacji, w granicach dopuszczalnych prawem, zależy wysokość proponowanej przez ubezpieczyciela obniżki składki. Prawo federalne stanowi bardzo konkretne ramy prawne ograniczające wysokość możliwej do uzyskania obniżki składki. I tak obowiązuje (BAG, 2012b, s. 17):

- składka minimalna równa 50% składki w danej grupie wiekowej i regionie w podstawowym programie ubezpieczenia obowiązkowego; faktycznie

rabat może zostać przyznany dopiero, gdy składka przekroczy poziom minimalny;

- maksymalna wysokość obniżki składki nie może przekroczyć 70% różnicy pomiędzy franszyzą wybraną przez ubezpieczonego a franszyzą standardową.

W tab. 3 zaprezentowano maksymalną dopuszczalną obniżkę składki oraz przykładowy poziom redukcji proponowany przez kasę chorych KPT/CPT ubezpieczonym w kantonie Basel Stadt.

Franszyza (w CHF)	Dorośli					Dzieci					
	500	1000	1500	2000	2500	100	200	300	400	500	600
Maksymalny rabat (w CHF)	140	490	840	1190	1540	70	140	210	280	350	420
Oferta obniżki (w%)	10	25	35	–	43	–	25	–	35	–	43

(–) wariant franszyzy nie występuje w ofercie kasy chorych.

Tab. 3. Wysokość franszyzy, maksymalna dopuszczalna wysokość rabatu oraz oferta obniżki (jako % składki podstawowej) w kasie chorych KPT/CPT. Źródło: opracowanie własne na podstawie wywiadu własnego oraz: BAG. (2012b). *Sie fragen – wir antworten. Die obligatorische Krankenversicherung kurz erklärt. Bern: Bundes Amt für Gesundheit BAG, s. 17.*

Ubezpieczony może dokonać zmiany franszyzy, bez względu na stan swojego zdrowia, raz na rok (do 30 listopada), przy czym nowa wysokość franszyzy obowiązuje od 1 stycznia kolejnego roku ubezpieczenia przez okres co najmniej roku.

Podsumowanie

Szwajcarski system obowiązkowego bazowego ubezpieczenia zdrowotnego dostarcza materiału poznawczego o rozwiniętej (wielopoziomowej) strukturze współuczestnictwa pacjentów w finansowaniu konsumowanych świadczeń zdrowotnych. Obok popularnego w wielu krajach współpłacenia klasycznego oraz współubezpieczenia, od prawie 20 lat ubezpieczeni w Szwajcarii są zobowiązani do opłacania franszyzy, która stanowi pierwszy i zasadniczy poziom współpłacenia w tym kraju.

Przykład Szwajcarii pokazuje, że powodzenie reformowania systemu zdrowotnego zależy od akceptacji zmian przez społeczeństwo. W Szwajcarii poziom akceptacji wdrożonych rozwiązań, w tym relatywnie dużego obciążenia budżetów prywatnych, jest wysoki, czego potwierdzeniem jest poziom satysfakcji pacjentów.

W systemie tym występuje koincydencja indywidualnej (w tym finansowej) odpowiedzialności za zdrowie i solidaryzmu społecznego. Przejawem ochrony

solidaryzmu jest silne regulowanie zasad funkcjonowania współpłacenia pacjentów (wysokość, limity, wyłączenia). Jednocześnie jednak rząd federalny pozostawia pewien zakres swobody co do praktycznej implementacji reguł współpłacenia. Wpływ na rzeczywiste efekty współpłacenia mają i ubezpieczeni (ubezpieczenie z franszyzą ponadstandardową) i ubezpieczyciele (swoboda co do kreacji programów specjalnych, pewien stopień dowolności co do wyceny składek dla ubezpieczeń z wyższą franszyzą). Między innymi w ten sposób szwajcarscy decydenci realizują, postulowaną w sferze usług społecznych (w tym w ochronie zdrowia), zasadę suwerenności jednostki (Kornai i Eggleston, 2002, s. 19–24, 34). Nie można jednak zapominać o tym, że owa swoboda może kreować bodźce wpływające niekorzystnie na realizację wartości przyświecających systemowi. W kontekście solidarności społecznej wskazane przejawy swobody stwarzają po stronie ubezpieczycieli pole do pośredniej selekcji ryzyka (wyboru dobrych rodzajów ryzyka do portfela ubezpieczonych). Może się to dokonywać poprzez oferowanie ubezpieczeń z franszyzą ponadstandardową jedynie w jej najwyższych wariantach. Tym sposobem oferta będzie kierowana do osób zamożnych. Rosnąca popularność ubezpieczeń z ograniczonym wyborem świadczeniodawcy, jak również z opcją podwyższenia franszyzy może doprowadzić do stratyfikacji społeczeństwa w oparciu o ich status społeczny i zdrowotny. Podwyższania franszyzy można się bowiem spodziewać szczególnie po osobach, które subiektywnie oceniają swój stan zdrowia jako lepszy i spodziewają się rzadszego niż przeciętnie korzystania ze świadczeń zdrowotnych. Ponadto możliwość corocznej zmiany wysokości franszyzy może powodować zachowania ubezpieczonych o charakterze moralnego hazardu (powrót do franszyzy standardowej, np. w sytuacji planowanej operacji). Stąd nie dziwią rekomendacje międzynarodowych gremiów eksperckich dla władz Szwajcarii, wskazujące na potrzebę lepszego monitorowania wpływu formy i zakresu współpłacenia na zachowania ubezpieczonych z niskimi dochodami. Podkreśla się m.in. konieczność poprawy gromadzenia danych tak, aby możliwa była ocena współpłacenia w przekroju kategorii dochodowych ubezpieczonych (Komisja Europejska, 2011, s. 70).

Przypisy

- ¹ Roli fiskalnej współpłacenia nie należy jednak przeceniać, a to m.in. ze względu na koszty administracyjne ich pozyskiwania, relatywnie niewielkie jednostkowe wartości dopłat (szerzej: Pavlova i in., 2010, s. 31–32) czy silną koncentrację wydatków zdrowotnych wśród stosunkowo niskiego odsetka populacji pacjentów (Komisja Europejska, 2010, s. 148). Przykładowo w 2009 roku leczenie 1% najciężej chorych (były to ok. 263 tys. pacjentów) kosztowało NFZ 7,7 mld zł, co stanowiło prawie 29% ogółu wydatków NFZ na leczenie (Nojszewska, 2011, s. 44).
- ² Na poziomie kategorii ogólnej precyzyjniej byłoby mówić o współfinansowaniu/partycypacji w kosztach, ponieważ współpłacenie (z dookreśleniem klasyczne) jest jedną z form partycypacji pacjenta w kosztach uzyskiwanego świadczenia.

- ³ Ogólne kategorie mechanizmów finansowania to: podatki, składki ubezpieczeniowe, wydatki bezpośrednie pacjentów oraz darowizny (datki charytatywne).
- ⁴ O odpowiedzialności gwarancyjnej i odpowiedzialności reparycyjnej jako typach odpowiedzialności odszkodowawczej pisał W. Warkała (1962, s. 66–74).
- ⁵ Na przełomie XIX i XX wieku działały liczne (ok. 2000) wspólnoty ubezpieczeniowe (ang. *community insurers*), tworzone na bazie związków zawodowych, grup pracowniczych, związków wyznaniowych bądź obszaru geograficznego, które łącznie obejmowały ok. 14% populacji (OECD/WHO, 2011, s. 24).
- ⁶ Rodzice nowonarodzonych mają również trzy miesiące od dnia narodzin dziecka na spełnienie obowiązku jego ubezpieczenia.
- ⁷ Od 1985 roku liczba świadczeń objętych finansowaniem w ramach koszyka gwarantowanego wzrosła o ponad jedną trzecią (Daley i Gubb, 2007, s. 7).
- ⁸ W takim przypadku ubezpieczony zobowiązany jest do finansowania różnicy w kosztach leczenia pomiędzy kantonem „goszczącym” a kantonem miejsca zamieszkania (OECD/WHO, 2011, s. 36). Mogą one jednak stanowić przedmiot ubezpieczenia w ramach umowy prywatnego ubezpieczenia dodatkowego.
- ⁹ Ministerstwo przygotowuje zestawienie w formie pliku PDF, jak również elektroniczne kalkulatory i porównywarki składek. Pozyskano z: <http://www.priminfo.ch/praemien/index.php?sprache=d>.
- ¹⁰ Początkowo zakładano, że mechanizm wyrównywania będzie obowiązywał jedynie przez 13 lat. W 2004 roku parlament federalny wydłużył termin stosowania wyrównywania ryzyka do 2010 roku. Z kolei w 2006 roku podjęto działania w kierunku nowelizacji, a nie likwidacji, formuły wyrównywania (van de Ven i in., 2007, s. 162–179). Efektem tych działań jest wspomniane w tekście zwiększenie liczby czynników korygujących strukturę ryzyka.
- ¹¹ Mechanizm wyrównywania ryzyka ma także zniechęcać ubezpieczycieli do selekcji ubezpieczonych. Zgodnie z prawem ubezpieczyciele muszą zawrzeć umowę z każdą zainteresowaną osobą, bez względu na jej wiek, płeć czy stan zdrowia. Niemniej jednak, w praktyce ubezpieczyciele wypracowali mechanizmy, dzięki którym nie wprost, ale pośrednio dokonują wyboru „dobrych” rodzajów ryzyka z populacji osób objętych obowiązkiem ubezpieczenia. Przykłady mechanizmów zob. van de Ven i in. (2007, s. 162–179).

Bibliografia

- BAG. (2012). *Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2010*. Publikation 6/2012. Bundes Amt für Gesundheit BAG.
- BAG. (2012a). *Kostenbeteiligung der Versicherten*. Pozyskano z: <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00263/00264/12860/index.html?lang=de> (16.07.2012).
- BAG. (2012b). *Sie fragen – wir antworten. Die obligatorische Krankenversicherung kurz erklärt*. Bern: Bundes Amt für Gesundheit BAG.
- Busse, R., Saltman, R.B. i Dubois, H.F.W. (2004). Organization and financing of social health insurance systems: current status and recent policy developments. W: R.B. Saltman, R. Busse i J. Figueras (red.), *Social health insurance systems in western Europe* (s. 33–80). Buckingham: Open University Press.
- Camenzind, P. i Squires, D. (2011). The Swiss Health Care System. W: S. Thomson i in. (red.), *International Profiles of Health Care Systems* (s. 106–112). The Commonwealth Fund.

- Daley, C. i Gubb, J. (2007). *Health Care Systems: Switzerland*. CIVITAS Institute for the Study of Civil Society. (updated by Clark, E., Dezember 2011). Pozyskano z: www.civitas.org.uk, (13.07.2012).
- Frey, M., Liechti, D. i Feer, M. (2011). *Direkte Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte. Out-Of-Pocket-Zahlungen und Kostenbeteiligungen in der Schweiz und im internationalen Vergleich* (Obsan Dossier 17). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Getzen, T.E. (2000). *Ekonomika zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Komisja Europejska. (2010). *Joint Report on Health Systems*. Occasional Papers No. 74, Brussels: European Commission, Economic Policy Committee. Pozyskano z: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2010/pdf/ocp74_en.pdf, (28.05.2011).
- Kornai, J. i Eggleston, K. (2002). *Solidarność w procesie transformacji. Reforma służby zdrowia w Europie Wschodniej*. Warszawa: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego w Warszawie.
- Kucharski, B. (2004). Limity, franszyzy... . *Miesięcznik Ubezpieczeniowy*, 4, 45–46.
- Lundy, J. i Finder, B.D. (2009). *Cost Sharing for Health Care: France, Germany and Switzerland*. The Henry J. Kaiser Family Foundation.
- Magda, I. i Szczygielski, K. (2011). *Ocena możliwości poprawy działania polskiego systemu ochrony zdrowia. Współpłacenie i prywatne ubezpieczenia zdrowotne*. Warszawa: Ernst & Young Usługi Finansowe Audyt.
- Mossialos, E. i Dixon, A. (2002). Funding health care: an introduction. W: E. Mossialos i in. (red.), *Funding health care: options for Europe* (s. 1–30). Buckingham, Philadelphia: Open University Press, European Observatory on Health Care Systems series, WHO.
- Navarra, K. (2011). *Gesundheitswegweiser Schweiz*. 3. vollständig überarbeitete Auflage. Schweizerisches Rotes Kreuz, Bundesamt für Gesundheit BAG. Pozyskano z: http://www.migesplus.ch/uploads/tx_srpdf/tx_srpdf/d_GWW_web_1_.pdf (13.07.2012).
- Nojszewska, E. (2009). Współuczestniczenie pacjentów w kosztach świadczeń medycznych – za i przeciw współpłacności. W: E. Nojszewska (red.), *Kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce* (s. 209–227). Warszawa: Szkoła Główna Handlowa w Warszawie.
- Nojszewska, E. (2011). Finansowanie lecznictwa szpitalnego ze szczególnym uwzględnieniem wieku rozwojowego. W: E. Nojszewska (red.), *System ochrony zdrowia. Problemy i możliwości ich rozwiązań* (s. 17–56). Warszawa: Wolters Kluwer.
- OECD. (2011). *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*. OECD Publishing, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en (10.07.2012).
- OECD/WHO. (2011). *OECD Reviews of Health Systems: Switzerland*. OECD Publishing, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264120914-en> (10.07.2012).
- Pavlova, M. i in. (2010). Are patient charges an effective policy tool? Review of theoretical and empirical evidence. *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, VIII(1), 29–36.
- Robinson, R. (2002). User charges for health care. W: E. Mossialos i in. (red.), *Funding health care: options for Europe* (s. 161–183). Buckingham, Philadelphia: Open University Press, European Observatory on Health Care Systems series, WHO.
- Sangowski, T. (red.). (2000). *Vademecum ubezpieczeń gospodarczych (pośrednika ubezpieczeniowego)*. Poznań: SAGA Printing.
- Sławatyniec, T. (2011). Koszyk świadczeń i ubezpieczenia prywatne w Szwajcarii. W: W.P. Kalbarczyk, K. Łanda, M. Władysiuk (red.), *Ubezpieczenia zdrowotne a koszty świadczeń. Przegląd rozwiązań* (s. 393–413). Kraków, Warszawa: Central and Eastern European Society of Technology Assessment in Health Care.
- Sowada, C. (2004). Współpłacenie – szanse, zagrożenia i warunki szerszego zastosowania w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, II(1), 11–22.

- Tambor, M. i in. (2010). Diversity and dynamics of patient cost-sharing for physicians' and hospital services in the 27 European Union countries. *European Journal of Public Health*, 21(5), 585-589.
- Telmed als Sparmodell. (2009). „*Berner Zeitung*” (20.09.2009). Pozyskano z: <http://www.bernerzeitung.ch/wissen/dossier/krankenkasse/Telmed-als-Sparmodell/story/26101177> (14.07.2012).
- van de Ven, W.P.M.P. et al. 2007. Risk adjustment and risk selection in Europe: 6 years later. *Health Policy*, Issues 2-3, s. 162-179. Pozyskano z: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2006.12.004> (18.07.2012).
- Warkalło, W. (1962). *Odpowiedzialność odszkodowawcza. Funkcje, rodzaje, granice*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- WHO. (2000). *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Geneva: World Health Organization.
- Włodarczyk, C. i Poździejch, S. (2001). *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.