

Joanna Figura*

SYSTEM OCHRONY ZDROWIA W SZWAJCARI – DOŚWIADCZENIA I REKOMENDACJE DLA POLSKI

THE HEALTH CARE SYSTEM IN SWITZERLAND – EXPERIENCES AND RECOMMENDATIONS FOR POLAND

Abstract

The article pertains to the subject of health policy. The paper examines in detail one of the best health systems in the world, which operates in Switzerland. The aim of the article is a detailed presentation of the functioning of the health system in Switzerland, according to selected criteria. The article was developed based on the study of literature (both national and international positions). The health model adopted and implemented in Switzerland has its advantages and disadvantages. The success of the health system in Switzerland is determined by, among other factors, the operation of many competing companies offering health insurance, broad and at the same time socially acceptable patient co-payment and the development of large-scale private health insurance and high "saturation" of medical personnel within the health system. Concrete proposals to improve the situation in the Polish health care system were indicated, based on the rich experience of the Swiss health system. The solutions adopted in the Swiss health care system should provide inspiration for all decision-makers in Poland.

Key words: healthcare, Switzerland, health insurance, co-payment

Szwajcaria posiada jeden z najlepszych, ale i jednocześnie najdroższych systemów opieki zdrowotnej na świecie. W najbardziej popularnym, corocznym rankingu oceniającym europejskie systemy zdrowotne, tj. w *Europejskim Konsumenckim Indeksie Zdrowia (Euro Health Consumer Index)*¹ system szwajcarski klasyfikowany jest rok w rok na bardzo wysokim 2. miejscu, ustępując jedynie systemowi ustanowionemu

* Wydziału Humanistyczny, Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie, ul. Podchorążych 2, 30-084 Kraków, e-mail: j.figura@onet.eu

¹ *Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia (Euro Health Consumer Index)* to ranking opracowywany na podstawie ogólnodostępnych danych statystycznych, ankiet wypełnianych przez pacjentów oraz niezależnych badań prowadzonych przez prywatną firmę Health Consumer Powerhouse (HCP) (HCP 2015: 27).

w Holandii. Dla porównania system zdrowotny w Polsce w ww. rankingu został sklasyfikowany w 2015 r. na 34. miejscu spośród 37 analizowanych państw (HCP 2015: 17). Powyższy fakt należy uznać za wystarczający, aby uzasadnić potrzebę zapoznania się z zasadami funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Szwajcarii. Rozwiązania przyjęte i sprawdzone w tym europejskim kraju mogą i powinny stanowić inspirację dla proponowanych rozwiązań formułowanych w polskim systemie. Doświadczenia jednego z najlepszych systemów ochrony zdrowia na świecie powinny stanowić szczegółowy przedmiot analizy i punkt odniesienia dla polskiego systemu, biorąc oczywiście pod uwagę specyfikę każdego systemu ochrony zdrowia z osobna, jego możliwości, ale również i ograniczenia. Celem niniejszego artykułu jest przegląd i analiza doświadczeń związanych z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia w Szwajcarii oraz sformułowanie na tej podstawie proponowanych rekomendacji dla polskiego systemu ochrony zdrowia.

Geneza systemu ochrony zdrowia

W Szwajcarii od zawsze dominującą ideologią w wielu obszarach był liberalizm (łac. *liberalis*). Znalazł on również odbicie w kształcie modelu przyjętego i realizowanego w systemie ochrony zdrowia. W ochronie zdrowia zdecydowano się na wdrożenie głównych postulatów liberalizmu z niewielkim, aczkolwiek stale rosnącym, zaangażowaniem państwa w tej szczególnej sferze (Jakobs, Goddard 2000: 9). Korzenie ubezpieczenia zdrowotnego w Szwajcarii sięgają 1911 r., w którym to ustanowiono federalne prawo dotyczące ubezpieczenia zdrowotnego oraz wypadkowego, w skrócie LAMA (*Loi fédérale sur l'assurance-maladie et accident*). Przyjęty model zapewniał podstawowy koszyk świadczeń zdrowotnych wszystkim ubezpieczonym. Wysokość składki ubezpieceniowej 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 ludności wysokiej jakości usług zdrowotnych spowodowały, że rozwiązania przyjęte w LAMA były przez lata nowelizowane i unowocześniane. Działania reformatorskie doprowadziły do uchwalenia w 1994 r. nowego prawa federalnego regulującego ubezpieczenie zdrowotne w Szwajcarii (LAMal – *Loi fédérale sur l'assurance-maladie*), które zaczęło obowiązywać w 1996 r. i w niezmienionej zasadniczo formie funkcjonuje do dzisiaj (Kozber, Osak 2013: 98–99; OECD/WHO 2011: 24–25).

Zasady ogólne w systemie ochrony zdrowia

Szwajcaria ma mieszany system opieki zdrowotnej, tj. państwowy i prywatny. Obowiązujący system ochrony zdrowia realizuje przede wszystkim tzw. model ubezpieczeniowy (tj. model Bismarcka, niemiecki). Na podstawie ustawy o ubezpieczeniach chorobowych (KVG – *Krankenversicherungs gesetz*), która zaczęła obowiązywać w Szwajcarii w 1996 r., wszystkie osoby zamieszkałe w tym kraju mają obowiązek posiadania ubezpieczenia zdrowotnego (w zakresie podstawowym). Nie ma natomiast żadnego obowiązku wykupienia i posiadania dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego, które uzupełniałoby zakres oferowany przez ubezpieczenie bazowe (OECD/WHO 2011: 60)

Oprócz obowiązku posiadania ubezpieczenia zdrowotnego każdy dorosły obywatel ma ustawowy obowiązek uczestniczenia w kosztach otrzymywanych świadczeń zdrowotnych w wysokości 300 franków rocznie (tzw. roczna franszyza)². Innymi słowy w Szwajcarii obowiązuje szerokie współpłacenie pacjentów za otrzymywane świadczenia zdrowotne, co jest cechą charakterystyczną dla wielu rozwiniętych systemów ochrony zdrowia na świecie.

Wysokość składek ubezpieczeniowych płaconych przez ubezpieczonych jest różna w zależności od kantonów i wybranej instytucji ubezpieczeniowej. Różne składki mogą obowiązywać również w poszczególnych towarzystwach ubezpieczeniowych działających w tym samym kantonie. Składki na ubezpieczenie nie są uzależnione od dochodu ani od ryzyka zdrowotnego. Osoby o niskich dochodach otrzymują w tym zakresie wsparcie finansowe od kantonu i od federacji w postaci dotowania składek na obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne. Dla obywateli o niskim dochodzie istnieje program wspomagający, którego celem jest zmniejszenie płaconych przez nich składek (OECD/WHO 2011: 66). Szacuje się, że około 1/3 populacji i około 40% gospodarstw domowych korzysta z całkowitego lub częściowego dofinansowania ubezpieczenia z budżetu państwa. Składkę można również zredukować, wybierając wyższą franszyzę lub alternatywną formę ubezpieczenia (HMO³, systemy

² Franszyza określa maksymalną sumę kosztów finansowanych przez pacjenta w przyjętym okresie rozliczeniowym; koszty przekraczające franszyzę pokrywa płatnik trzeciej strony (Kozber, Osak 2013: 96).

³ 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; obniżka składki nie może być wyższa niż 20% składki za ubezpieczenie podstawowe (Kozber, Osak 2013: 101; OECD/WHO 2011: 61).

bonusowe⁴, itp.). Wybierając roczną franszyzę w wysokości 2500 CHF, ubezpieczony płaci co miesiąc około 200 CHF składki, w zależności od wybranej kasy chorych i regionu. W przypadku wyboru rocznej franszyzy w wysokości 300 CHF comiesięczna składka wynosi około 400 CHF.

W modelu szwajcarskim systemu ochrony zdrowia można doszukać się również cech charakterystycznych dla modelu Beveridge'a (tj. modelu państwowego). Podstawowe ubezpieczenie zdrowotne (obowiązkowe) zapewnia dostęp do elementarnego koszyka świadczeń zdrowotnych natomiast dostęp do świadczeń pozostałych (tj. niezajdujących się w koszyku świadczeń gwarantowanych w ramach ubezpieczenia podstawowego) każdy obywatel może, ale nie musi zapewnić sobie we własnym zakresie. Dostęp do świadczeń, które z różnych względów nie znalazły się w koszyku świadczeń gwarantowanych w ramach ubezpieczenia podstawowego, można sobie zapewnić, dobrowolnie wykupując dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne. Prawie 40% społeczeństwa w Szwajcarii zdecydowało się na nabycie dobrowolnego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego w celu zapewnienia sobie m.in. bardziej komfortowych warunków pobytu w szpitalu. Warto zaznaczyć, iż w przeciwieństwie do ubezpieczenia podstawowego towarzystwa ubezpieczeniowe w przypadku ubezpieczeń dodatkowych mają możliwość odrzucenia wniosków o zawarcie umowy ubezpieczenia lub warunkowego przychylnego ich rozpatrzenia. W przypadku ubezpieczeń dodatkowych (dobrowolnych) istnieje więc możliwość selekcji ryzyk niezdrowia przez instytucje ubezpieczeniowe, natomiast w przypadku ubezpieczenia podstawowego (obowiązkowego) obowiązuje ustawowy zakaz selekcji ryzyka niezdrowia.

Ustawa regulująca zasady funkcjonowania podstawowego obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego (*Sickness Insurance*) określiła również wysokość rocznej franszyzy (tj. określiła tym samym poziom współpłacenia za otrzymywane świadczenia zdrowotne) oraz wprowadziła jednolity koszyk świadczeń gwarantowanych w ramach systemu bazowego. Do roku 1996 kasy chorych samodzielnie określały zakres koszyka świadczeń gwarantowanych przysługującego ubezpieczonym w zamian za opłacanie składki ubezpieczeniowej. Z dniem 1 stycznia 1996 r. powstał tzw. koszyk gwarantowanych świadczeń podstawowych, który obowiązuje na terenie całego kraju. Obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne jest zarządzane przez fundusze wzajemne (publiczne i prywatne instytucje ubezpieczeniowe typu *non-profit*).

Reasumując, system ubezpieczenia zdrowotnego w Szwajcarii składa się z trzech elementów:

⁴ Ubezpieczenie z klauzulą o niskiej szkodowości (ang. *no-claim bonus insurance*); obniżenie składki jest bonifikatą za niekorzystanie ze świadczeń zdrowotnych w danym roku ubezpieczenia (Kozber, Osak 2013: 101; OECD/WHO 2011: 61).

- 1) obowiązkowego, podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego⁵,
- 2) dobrowolnego, uzupełniającego ubezpieczenia zdrowotnego⁶,
- 3) ubezpieczenia od choroby, starości i niepełnosprawności.

Podstawowe ubezpieczenie zdrowotne obejmuje tzw. koszyk świadczeń gwarantowanych ustalany na poziomie narodowym przez Ministerstwo Zdrowia. Wszyscy ubezpieczyciele muszą obowiązkowo oferować posiadaczom ubezpieczenia podstawowego identyczny zakres świadczeń z góry ustalony na poziomie całego kraju.

Natomiast dobrowolne dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne o charakterze uzupełniającym w stosunku do ubezpieczenia podstawowego obejmują usługi nieujęte w koszyku świadczeń podstawowych (np. niektóre ze świadczeń stomatologicznych) lub też świadczenia ujęte w koszyku świadczeń podstawowych, ale o wyższej jakości (np. wolny wybór chirurga do operacji czy podwyższony standard hotelowy).

Ubezpieczenie od choroby, starości oraz niepełnosprawności jest obowiązkowe i pochodzi ze składki płaconej w części przez pracodawcę, a w części przez pracownika.

Obowiązek posiadania podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego w Szwajcarii jest zindywidualizowany. Pracownik ubezpiecza się sam, tzn. samodzielnie wybiera jedną z dostępnych kas chorych i zawiera umowę ubezpieczenia zdrowotnego, płacąc miesięczne składki. Od wynagrodzenia brutto nie są automatycznie potrącane składki ubezpieczenia zdrowotnego. 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 (Kozber, Osak 2013: 100).

Ubezpieczony ma pełną swobodę w zakresie wyboru podmiotu, w którym będzie realizował swój obowiązek posiadania ubezpieczenia. Ponadto ubezpieczony ma prawo dwa razy w roku bezpłatnie zmienić ubezpieczyciela (Daley i Gubb 2007: 2–4).

Podmioty oferujące ubezpieczenie zdrowotne

Tzw. trzecią stroną (*third party*) w systemie ochrony zdrowia w Szwajcarii są instytucje ubezpieczeniowe oferujące programy zdrowotne. W ba-

⁵ To ubezpieczenie można również określić jako: bazowe, zasadnicze, standardowe, przymusowe, ogólne, dla wszystkich, społeczne, masowe, państwowe, socjalne.

⁶ To ubezpieczenie można również określić jako: prywatne, dobrowolne, luksusowe, specjalne, komfortowe.

zowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego występuje wielość płatników połączona z możliwością swobodnego wyboru ubezpieczyciela przez potencjalnego pacjenta (Więckowska 2010: 26–27). Powyższe rozwiązanie sprzyja konkurencji, gdyż spełnione są dwa najważniejsze warunki, aby konkurencja pomiędzy płatnikami trzeciej strony w ogóle zaistniała, tj. wielość podmiotów oraz swoboda w ich wyborze dla ubezpieczonych.

Obecnie na rynku ubezpieczeniowym w Szwajcarii funkcjonuje ponad 60 instytucji ubezpieczeniowych (*Krankenkassen*), które oferują obowiązkowe (podstawowe) ubezpieczenie zdrowotne. Prawo do oferowania pakietu ubezpieczeń zdrowotnych mają zarówno publiczne, jak i prywatne fundusze ubezpieczenia zdrowotnego (*Health Insurance Funds*). Instytucje ubezpieczeniowe mogą być podmiotami federalnymi, regionalnymi, religijnymi lub związanymi z miejscem pracy. Wszystkie ustawowo działają jako organizacje *non-profit*. Prywatne i publiczne instytucje ubezpieczeniowe mogą oferować ubezpieczenie zdrowotne w systemie podstawowym pod warunkiem, że wszystkie środki pochodzące ze składek na takie ubezpieczenie wykorzystają na finansowanie świadczeń określonych w katalogu świadczeń podstawowych i pokrycie kosztów administracyjnych. Prawo zabrania subwencjonowania ze środków podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego innych form działalności ubezpieczeniowej oraz wypłacania z nich dywidend dla akcjonariuszy.

Ubezpieczyciele nie mogą dowolnie definiować zakresu koszyka świadczeń gwarantowanych w ramach ubezpieczenia podstawowego. Kształt koszyka, tj. jego zakres i standard, narzucony jest z góry przez Ministerstwo Zdrowia. Podmioty oferujące ubezpieczenie zdrowotne mogą natomiast dowolnie kształtować zakres i standard koszyka, do którego ubezpieczeni mają prawo w ramach opłacania składki za dodatkowe dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne. Ubezpieczyciele zwykle łączą się w stowarzyszenia kantonowe lub federalne reprezentujące ich interesy m.in. przy negocjowaniu stawek usług zdrowotnych ze świadczeniodawcami. Każdy podmiot tzw. trzeciej strony (publiczny oraz prywatny) musi podporządkować się restrykcyjnemu prawu i poddać się nadzorowi państwowych instytucji kontrolnych, jeśli chce oferować ubezpieczenie podstawowe w zakresie ochrony zdrowia (*Kranken Versicherungs Gesetz – KVG*). Prawo nakazuje przyjęcie każdej osoby, która wyrazi chęć ubezpieczenia się w wybranej instytucji ubezpieczeniowej w zakresie ubezpieczenia podstawowego.

Zarówno kasy chorych, jak i prywatne firmy ubezpieczeniowe mogą oferować swoim ubezpieczonym dodatkowe ubezpieczenia na świadczenia niezawarte w koszyku podstawowym na zasadach komercyjnych.

Koszyk świadczeń gwarantowanych

W ustawie z dnia 18 marca 1994 r. *Federal Law on Sickness Insurance* (art. 25–31) zdefiniowano zakres świadczeń zdrowotnych, które są finansowane w ramach obowiązkowego, podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego. Decyzję o włączeniu lub usunięciu każdego elementu z owego koszyka podejmuje Minister Zdrowia. Wszystkie świadczenia i procedury, które nie zostały włączone do koszyka podstawowego, stanowią przedmiot gry rynkowej ubezpieczeń komplementarnych, które konkurują różnymi ofertami świadczeń i procedur. Minimum świadczeń zdrowotnych nie może być modyfikowane poprzez decyzje poszczególnych samorządów w kantonach. Ubezpieczycielom nie wolno konkurować w odniesieniu do zawartości podstawowego koszyka świadczeń (ustalonego dla całego kraju), czyli wszystkie ubezpieczalnie muszą oferować pełny zakres świadczeń ujęty w koszyku podstawowym, jeśli chcą funkcjonować na rynku podstawowych ubezpieczeń zdrowotnych. Ubezpieczenia konkurują natomiast między sobą wysokością składki. Koszyk podstawowy w Szwajcarii jest tzw. koszykiem negatywnym, tzn. definiowany jest poprzez precyzyjne określenie tego, co się w nim nie znajduje. Zakłada się, iż wszystkie świadczenia zdrowotne, które nie zostały jednoznacznie wykluczone, znajdują się w koszyku podstawowym, który przysługuje ubezpieczonym w ramach ubezpieczenia bazowego.

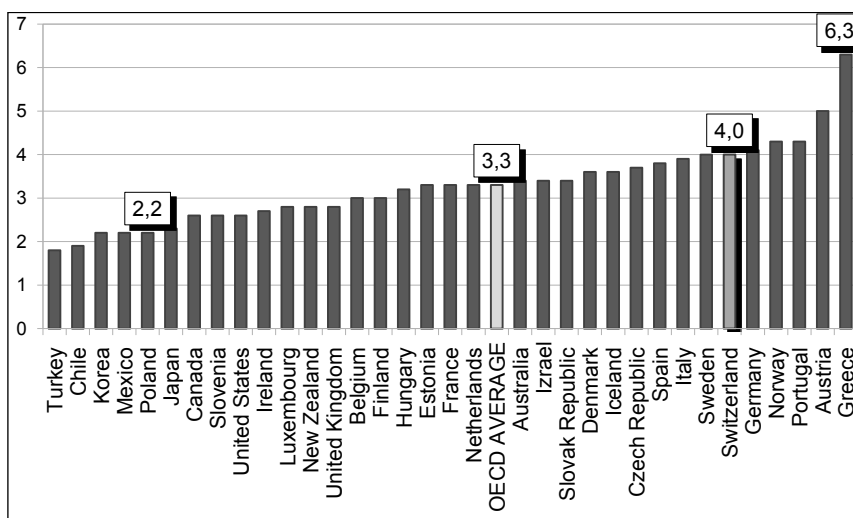
Koszyk „bazowy” jest sukcesywnie rozszerzany i w rzeczywistości gwarantuje szeroki wachlarz świadczeń zdrowotnych (Camenzind i Squires 2011: 106; Daley i Gubb 2007: 3; Sławatyniec 2011: 397).

Zasoby w systemie ochrony zdrowia

Większość szpitali w Szwajcarii to podmioty prywatne działające *non-profit*. Ze środków publicznych na równych zasadach mogą korzystać zarówno jednostki publiczne, jak i prywatne. Rządy poszczególnych kantonów we własnym zakresie planują świadczenia zdrowotne, a federacja z reguły uchwała ustawy ramowe, przekazując ich realizację powyższej jednostce (system zdecentralizowany). Ambulatoryjną opiekę medyczną świadczą przeważnie lekarze zatrudnieni w prywatnych gabinetach lekarskich, a także ambulatoria szpitali państwowych lub klinik prywatnych. Obecnie w Szwajcarii jest około 300 szpitali (40 000 łóżek, w Polsce natomiast ponad 1000 szpitali i 250 000 łóżek). Wskaźnik określający liczbę osób przypadająca na 1 łóżko na 1000 mieszkańców wynosi w systemie szwajcarskim 4,7 (w Polsce 6,6) (OECD 2016). Ce-

chę charakterystyczną dla szwajcarskiego systemu opieki zdrowotnej jest to, iż został on oparty na prywatnych dostawcach usług zdrowotnych.

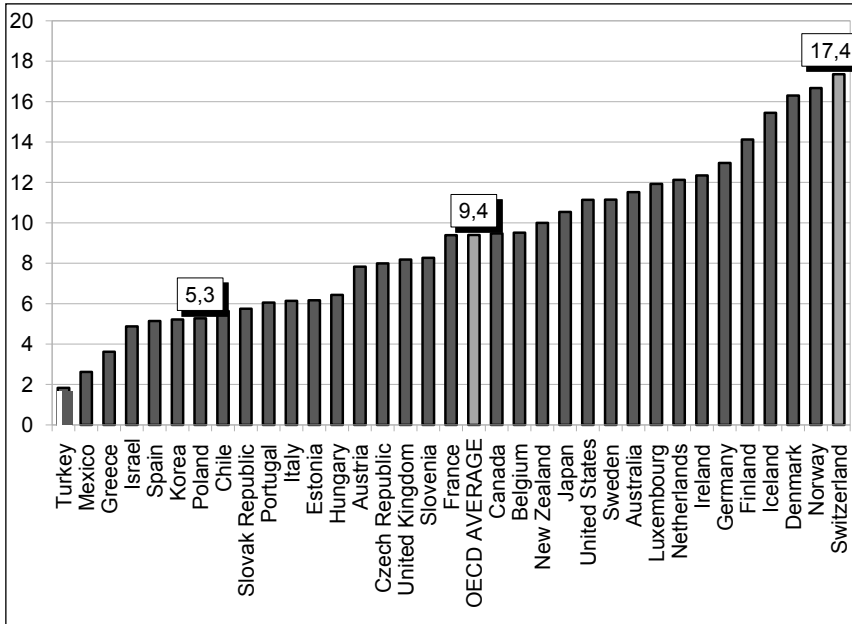
System ochrony zdrowia w Szwajcarii należy uznać za wysoce „nasycony” zasobami kadrowymi i infrastrukturalnymi. Pacjenci mogą swobodnie wybierać lekarzy oraz mają nieograniczony, bezpośredni dostęp do specjalistów. Liczba lekarzy w Szwajcarii przypadająca na 1000 mieszkańców wynosi 4,0 i jest znacznie wyższa niż średnia ustalona dla krajów OECD (3,3). Sytuacja w polskim systemie ochrony zdrowia pod tym względem wydaje się wysoce niezadowolająca (zaledwie 2,2 lekarza na 1000 mieszkańców) (wykres 1).



Wykres 1. Liczba lekarzy przypadająca na 1000 mieszkańców w krajach OECD w 2013 roku

Źródło: OECD 2016.

Wysoka liczba kluczowych medycznych grup zawodowych niezbędnych dla sprawnego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Szwajcarii dotyczy nie tylko lekarzy, ale również pielęgniarek i położnych. Szwajcaria charakteryzuje się najwyższą liczbą pielęgniarek i położnych przypadającą na 1000 mieszkańców tego nieco ponad 8-milionowego kraju w odniesieniu do wszystkich krajów rozwiniętych należących do OECD. Wskaźnik ten wynosi 17,4 i jest znacznie wyższy niż średnia ustalona dla krajów OECD (9,4). W tym zakresie pomiędzy systemem ochrony zdrowia w Szwajcarii i Polsce występuje istotna różnica. W polskim systemie ochrony zdrowia przypada zaledwie 5,3 pielęgniarek i położnych na 1000 mieszkańców (wykres 2).



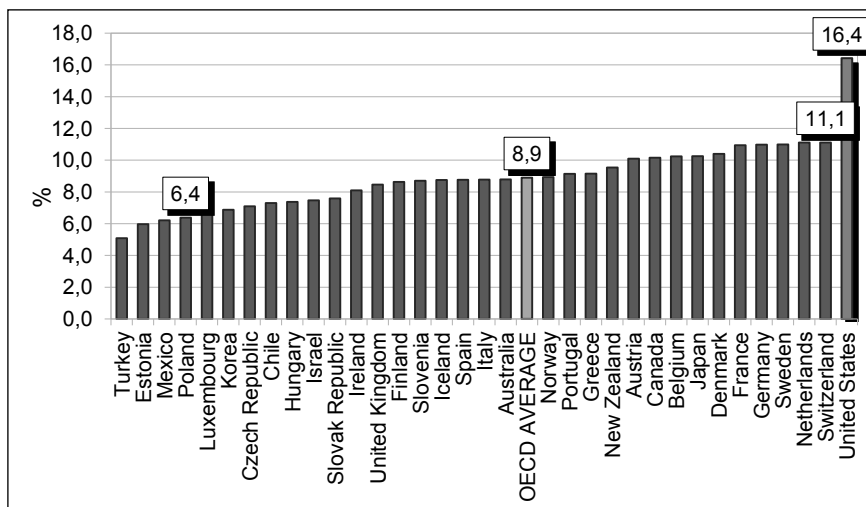
Wykres 2. Liczba pielęgniarek i położnych na 1 000 mieszkańców w krajach OECD w 2013 roku

Źródło: OECD 2016.

Powyższe bezpośrednio przekłada się na sytuację ludzi starszych i jakość sprawowanej opieki długoterminowej. Warto wskazać, iż Szwajcaria we wszystkich publicznie dostępnych rankingach wypada najlepiej, jeśli chodzi o opiekę długoterminową. Natomiast wyniki Polski na tle krajów OECD są bardzo słabe w tym zakresie, tylko 5% seniorów powyżej 65. roku życia objętych jest w Polsce pomocą w ramach opieki długoterminowej, podczas gdy średnia OECD w tym zakresie to 14%, a najlepsza w tym zakresie jest Szwajcaria – 20% (Piątkowski i Ciężadło 2016: 30).

Finansowanie systemu ochrony zdrowia

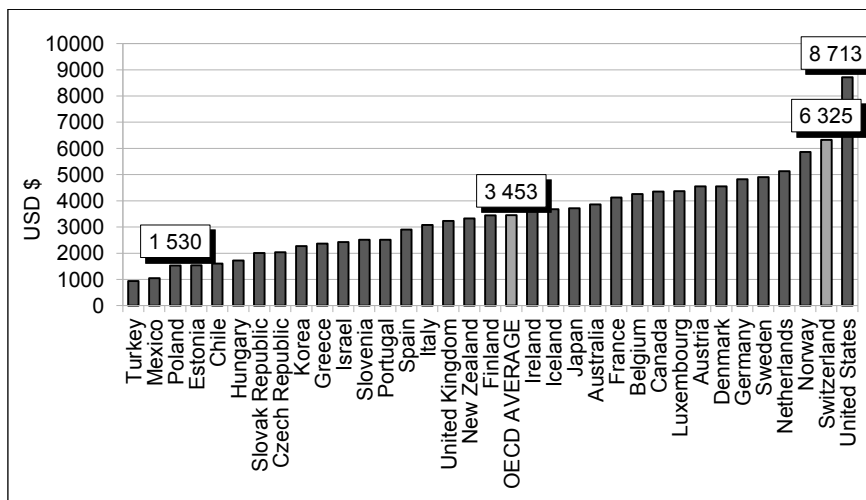
Szwajcaria wydaje na ochronę zdrowia co roku ponad 11% swojego PKB. Więcej na ochronę zdrowia przeznaczają tylko Stany Zjednoczone (ponad 16,4% PKB). Wydatki na ochronę zdrowia w Szwajcarii znacznie przewyższają średnią ustaloną dla krajów OECD, która wynosi ok. 8,9%. W polskim systemie ochrony zdrowia wydatki całkowite na zadania związane ze zdrowiem wynoszą ok. 6,4% PKB (wykres 3).



Wykres 3. Wydatki na ochronę zdrowia w krajach należących do OECD w 2013 roku (% PKB)

Źródło: OECD 2016.

Podobne tendencje można zaobserwować w przypadku analizy wielkości wydatków na zdrowie w poszczególnych krajach należących do OECD w przeliczeniu na osobę (*per capita*) (wykres 4).

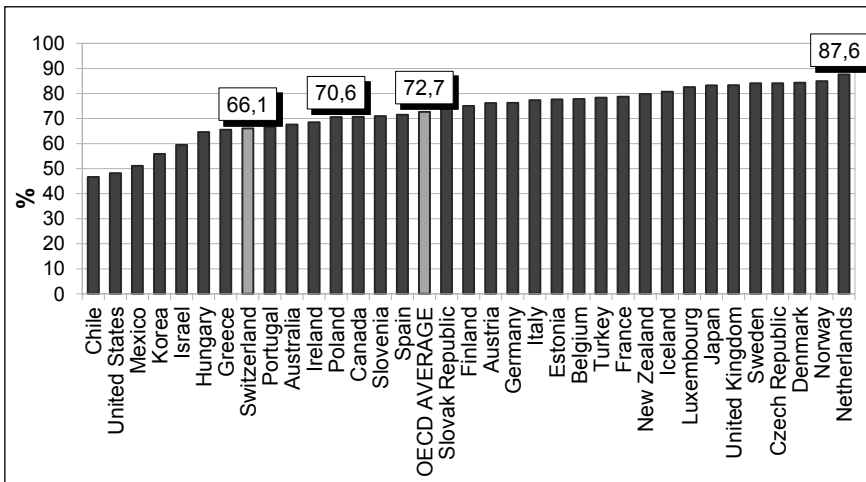


Wykres 4. Wydatki na ochronę zdrowia w krajach należących do OECD w 2013 roku (*per capita*)

Źródło: OECD 2016.

Wydatki na ochronę zdrowia w Szwajcarii na osobę (*per capita*) to aż 6325 dolarów amerykańskich, znacznie powyżej średniej ustalonej dla krajów OECD (3453 dolary amerykańskie) oraz znacznie więcej aniżeli wydatki związane ze zdrowiem przypadające na jedną osobę w Polsce (1530 dolarów amerykańskich).

System ochrony zdrowia w Szwajcarii należy uznać za skomplikowany pod względem przepływu środków finansowych – obejmuje płatności z góry, częściowe zwroty, rozliczenia z lekarzem i kasą chorych. 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: 49, 61). Faktem jest jednak, że wysokie koszty idą w parze z wysoką jakością. Ponad 66% całkowitych wydatków na zdrowie pokrywana jest ze środków publicznych, co jest jednym z najniższych wskaźników w Europie. Niższy udział środków publicznych w strukturze finansowania systemu ochrony zdrowia można zaobserwować tylko w Grecji oraz na Węgrzech, odpowiednio 65,5% i 64,6% (wykres 5).



Wykres 5. Udział środków publicznych w strukturze finansowania systemu ochrony zdrowia w krajach należących do OECD w 2013 roku (w %)

Źródło: OECD 2016.

System opieki zdrowotnej w Szwajcarii, podobnie jak w większości krajów rozwiniętych, finansowany jest zarówno ze środków publicznych, jak i prywatnych. Relatywnie niski udział środków publicznych

w finansowaniu systemu ochrony zdrowia w Szwajcarii wynika ze znacznego zaangażowania środków prywatnych w pokrywanie kosztów świadczeń zdrowotnych. W szwajcarskim systemie ochrony zdrowia angażuje się znaczne środki prywatne, gdyż obowiązuje powszechne i akceptowane społecznie współpłacenie pacjentów za otrzymywane świadczenia zdrowotne. Średni udział środków publicznych w strukturze finansowania systemu ochrony zdrowia dla krajów należących do OECD (72,7%) jest znacznie wyższy aniżeli obowiązujący w Szwajcarii (o prawie 7 punktów procentowych). Nawet w polskim systemie ochrony zdrowia, którego cechą charakterystyczną jest stosunkowo wysoki udział środków prywatnych, wynikający przede wszystkim z niewydolności systemu publicznego, udział środków publicznych jest nieco wyższy (o ok. 5 punktów procentowych).

Środki prywatne pokrywają w Szwajcarii ok. 35% wydatków związanych ze zdrowiem. Głównym prywatnym źródłem finansowania ochrony zdrowia w tym kraju (*financing agent*) są wydatki bezpośrednie gospodarstw domowych typu *out of pocket payments* (26,8%). Drugim w kolejności prywatnym źródłem finansowania są prywatne ubezpieczenia zdrowotne (dobrowolne) 7,2%, natomiast dobroczynność (organizacje *non-profit*) dostarczają do systemu ochrony zdrowia ok. 1% zasobów finansowych wykorzystywanych do zaspokajania potrzeb zdrowotnych.

Współpłacenie pacjentów

Charakterystyczną cechą szwajcarskiego modelu ubezpieczenia zdrowotnego jest niezwykle rozbudowany system współpłacenia pacjentów (*patient co-payment*). Każdy dorosły ubezpieczony zobowiązany jest do pokrycia całkowitych kosztów świadczeń zdrowotnych do wysokości 300 franków rocznie. Ta obowiązkowa franszyza (ang. *deductible*) nie dotyczy jedynie dzieci i młodzieży uczącej się. Każdy ubezpieczony z własnej kieszeni pokrywa więc koszty otrzymywanych świadczeń zdrowotnych, w tym leków, do ustalonej wcześniej kwoty, a po przekroczeniu tej kwoty zaczyna działać ubezpieczenie. Ubezpieczony może dokonać zmiany franszyzy, bez względu na stan swojego zdrowia, raz na rok (do 30 listopada każdego roku), przy czym nowa wysokość franszyzy obowiązuje od 1 stycznia kolejnego roku ubezpieczenia przez okres co najmniej jednego roku (Kozber, Osak 2013: 107; Daley i Gubb 2007: 4).

Ponadto każdy ubezpieczony (również dzieci) zobowiązany jest do pokrycia 10% kosztów świadczeń podstawowych przekraczających sumę franszyzy, obciążenia wynikające z procentowego udziału nie mogą jednak przekraczać 600 franków rocznie w przypadku dorosłych i 300

franków w przypadku dzieci. Reasumując, do przekroczenia określonej na początku sumy franszyzy ubezpieczony samodzielnie opłaca koszt wszelkich świadczeń zdrowotnych. Następnie instytucja ubezpieczeniowa opłaca 90%, a ubezpieczeni pozostałe 10% (OECD/WHO 2011: 61). Kombinacja obowiązkowej franszyzy z obowiązkowym udziałem procentowym prowadzi zatem do maksymalnej partycypacji pacjenta w kosztach leczenia. Każdy ubezpieczony może dobrowolnie zdecydować się na wyższą niż obowiązkowa franszyzę, aby zmniejszyć wysokość miesięcznej składki ubezpieczeniowej. Pomiędzy udziałem własnym dorosłego ubezpieczonego i wartością uzyskanych świadczeń zachodzą liczne związki. Przy wyborze wyższej niż obowiązkowa franszyzy ubezpieczony uzyskuje rabat składkowy. Udzielany rabat nie może być jednak wyższy niż dodatkowo przyjęte ryzyko finansowe. Jeśli zatem składka roczna wynosi np. 2125 franków, a ubezpieczony wybiera franszyzę w wysokości 400 franków, rabat wynosi 170 franków (8%). Tyle dokładnie wynosi różnica pomiędzy obowiązkową franszyżą i wybraną wyższą franszyżą. Jeśli składka jest wyższa niż 2125 franków, a ubezpieczony wybiera franszyzę 400-frankową, jego rabat też wyniesie 170 franków. Rabat ten nie osiąga jednak wtedy 8% wysokości składki. Niezależnie od opisanych form współpłacenia wszyscy ubezpieczeni ponoszą niewielką opłatę hotelową za każdy dzień pobytu w szpitalu (Beck, Spycher i in. 2001).

W Szwajcarii występuje szeroki udział pacjenta w finansowaniu leczenia. Za poradę lekarza pierwszego kontaktu, lekarza specjalisty, lekarza dentystry, leczenie stacjonarne w szpitalu należy uiścić opłatę ryczałtową w wysokości 33 CHF (osoby poniżej 18. roku życia) lub 92 CHF (osoby powyżej 18. r.ż.). Wniesiona opłata daje prawo do korzystania ze wszystkich świadczeń przez kolejnych 30 dni. Dodatkowo, koszty hospitalizacji wynoszą 15 CHF dziennie, z tej opłaty zwolnione są dzieci i osoby do 25. r.ż., o ile kontynuują naukę. Pacjentki korzystające ze świadczeń opieki zdrowotnej związanych z macierzyństwem są zwolnione z opłat. Pacjent korzystający z transportu karetką jest zobowiązany do poniesienia 50% kosztów (obowiązuje limit refundacji kosztów transportu karetką w wysokości 500 CHF rocznie). (NFZ 2016, <https://www.ekuz.nfz.gov.pl/wypoczynek/wyjezdzam-do/szwajcaria>).

Współpłacenie pacjenta dotyczy również leków. Niecała jedna trzecia dopuszczonych do obrotu produktów leczniczych znajduje się na tzw. wykazie leków refundowanych, których koszty pokrywane są z obowiązkowego podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego do poziomu udziału własnego wynoszącego 10%. Koszty leków niewyszczególnionych na tej liście ponosi sam pacjent lub pokrywane są one z dodatkowego dobrowolnego ubezpieczenia pacjenta.

Warto wskazać, iż w Szwajcarii obowiązujące prawo nie pozwala na ubezpieczenie się od konieczności ponoszenia udziału w kosztach świadczeń zdrowotnych (czyli nie funkcjonuje możliwość ubezpieczenia się od ryzyka współpłacenia). Przyjęcie takiego rozwiązania wynika z faktu, iż pacjent, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową, traci bodźce do racjonalnego korzystania ze świadczeń zdrowotnych. Ubezpieczenie od współpłacenia obniża więc skuteczność współpłacenia jako mechanizmu ograniczającego nadmierny popyt ze strony pacjentów (tzw. *moral hazard*). (Magda, Szczygielski 2011: 52). W szwajcarskim systemie ochrony zdrowia takie rozwiązanie nie jest stosowane. Od 2001 r. zakresem ubezpieczenia dobrowolnego nie może być objęte finansowanie kosztów współpłacenia obciążających pacjenta w systemie bazowym (OECD/WHO 2011: 40).

Wnioski

Model przyjęty i realizowany w Szwajcarii w ochronie zdrowia ma swoje zalety i wady⁷. Opiera się przede wszystkim na swobodzie wyboru ubezpieczyciela (w ramach ubezpieczenia podstawowego oraz uzupełniającego), a także na swobodzie wyboru zakresu koszyka świadczeń gwarantowanych w ramach ubezpieczenia uzupełniającego. Ubezpieczony może wybrać w ograniczonym stopniu również poziom współpłacenia w ramach ubezpieczenia bazowego (tj. wysokość franszyzy). Natomiast w polskim systemie ochrony zdrowia ubezpieczony nie ma możliwości wyboru ubezpieczyciela, gdyż podstawowe ubezpieczenie zdrowotne jest oferowane tylko i wyłącznie przez NFZ, co nie sprzyja konkurencji oraz wzrostowi efektywności w całym systemie ochrony zdrowia. Publiczny ubezpieczyciel w Polsce jest monopsonem i faktycznym kreatorem polityki zdrowotnej (nie musi z nikim konkurować). To NFZ decyduje, z kim, na jakich zasadach, na jaki czas podpisze kontrakt (umowę) na udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Do niedawna NFZ nawet wyceniał świadczenia zdrowotne finansowe ze środków publicznych i narzucał ceny świadczeniodawcom z góry. Od 1 stycznia 2015 r. zadanie to zostało powierzone Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT). Wzoruąc się na systemie szwajcarskim, należy sformułować rekomendację polegającą na wprowadzeniu do systemu ochrony zdrowia w Polsce wielu płatni-

⁷ Do głównych wad systemu ochrony zdrowia w Szwajcarii należy zaliczyć m.in. wysokie koszty jego funkcjonowania, obciążenie pacjentów kosztami leczenia, wysokie koszty administracyjne oraz relatywnie wysoki poziom jego skomplikowania.

ków (ubezpieczycieli), którzy mogliby oferować powszechne ubezpieczenie zdrowotne. Powyższy pomysł niemal został zrealizowany w 1999 r. Już pierwsza nowelizacja (z dn. 18 lipca 1998 r.) ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. *o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym*, która weszła w życie 1 stycznia 1999 r. miała znacząco wpłynąć na rozwój prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce: wprowadzono wówczas art. 4a, który miał wejść w życie na początku 2002 r. Przewidywał on możliwość ubezpieczenia się w innej niż kasa chorych instytucji ubezpieczenia zdrowotnego, zakładał zatem możliwość tworzenia prywatnych instytucji ubezpieczenia zdrowotnego i otwierał możliwość rozwoju rynku zastępczych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych na szeroką skalę. Po ponad półtorarocznych dyskusjach Sejm, głosami SLD, UW i części posłów AWS, wbrew stanowisku rządu, przyjął kolejną nowelizację ustawy (z dn. 30 listopada 2000 r.), w której wykreślono artykuł 4a. W trakcie dyskusji nad prywatnymi kasami chorych jedna z najpoważniejszych obaw posłów dotyczyła odpływu młodych, zdrowych i bogatych do prywatnych kas i pozostania w kasach publicznych ludzi starszych, częściej korzystających z opieki i płacących niższe składki (Sobczak i inni 2004: 72; Szetela 2014: 132–133).

O sukcesie systemu ochrony zdrowia w Szwajcarii przesądza również niewątpliwie zastosowanie na szeroką skalę współpłacenia pacjentów oraz dodatkowych dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych, a więc rozwiązań, które w polskim systemie ochrony zdrowia wciąż nie są wprowadzone w sposób systemowy. W tym miejscu należy sformułować rekomendację dla polskiego systemu ochrony zdrowia polegającą na zastosowaniu ww. instrumentów na szeroką skalę. Zalety powyższych rozwiązań zostały już w pełni docenione przez większość krajów rozwiniętych, które w większym lub też w mniejszym zakresie wdrożyły powyższe rozwiązania.

Kształt koszyka świadczeń gwarantowanych w ramach ubezpieczenia podstawowego (bazowego) w Szwajcarii również jest elementem, który powinien stanowić inspirację dla decydentów w polskim systemie ochrony zdrowia. Zakres koszyka świadczeń gwarantowanych w Szwajcarii nie wyczerpuje pełnego zakresu dóbr i usług zdrowotnych. Ma to istotne znaczenie dla rozwoju dodatkowych dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem wszystko to, co nie znalazło się w koszyku podstawowym. Natomiast w polskim systemie ochrony zdrowia zakres koszyka świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych obejmuje znaczącą większość możliwych dóbr i usług zdrowotnych, stanowiąc w ten sposób istotną barierę dla rozwoju dodatkowych dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych. Postulowanym rozwiązaniem w tym zakresie byłoby więc zawężenie koszyka świadczeń gwa-

rantowanych. Pozwoliłoby to poprawić sytuację finansową w systemie publicznym i jednocześnie umożliwić rozwój dodatkowych dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych o charakterze komplementarnym.

W Szwajcarii występuje bardzo duża liczba lekarzy oraz pielęgniarek i położnych w przeliczeniu na 1000 mieszkańców w porównaniu do pozostałych krajów należących do OECD. Nasycenie systemu tym kluczowym personelem medycznym dla każdego systemu ochrony zdrowia jest niejednokrotnie czynnikiem decydującym o jego sprawnym i skutecznym funkcjonowaniu i jednocześnie wpływa na jego społeczną ocenę oraz akceptację. Liczba lekarzy oraz pielęgniarek i położnych w Szwajcarii jest znacznie większa aniżeli w polskim systemie ochrony zdrowia. Postulowanym rozwiązaniem w tym zakresie jest więc zwiększenie liczby personelu medycznego w Polsce zwłaszcza w deficytowych specjalnościach, zwiększenie liczby przyjęć na studia medyczne, systematyczny wzrost wynagrodzeń szczególnie dla pielęgniarek i położnych, aby po ukończonych studiach nie wyjeżdżały do pracy do innych krajów (m.in. Szwajcarii) ani nie podejmowały pracy w innym zawodzie.

Ciekawym i godnym do rozważenia rozwiązaniem zastosowanym w systemie ochrony zdrowia w Szwajcarii jest kalkulacja składki ubezpieczeniowej w systemie bazowym niezależnie od indywidualnego stanu zdrowia, indywidualnej konsumpcji świadczeń oraz dochodu. Wydaje się, iż system oparty o składki *per capita* lepiej radzi sobie ze skutkami zmian w strukturze demograficznej. Składki *per capita* obciążają wszystkich mieszkańców Szwajcarii, co znacznie zwiększa zasoby finansowe w systemie. Ponadto składki *per capita* oznaczają jednakowe obciążenie osób w wieku produkcyjnym i w wieku poprodukcyjnym. Wydaje się więc, iż finansowe skutki starzenia się społeczeństwa ponoszą zatem w równej mierze osoby młodsze i osoby w wieku emerytalnym. Należałoby więc szczegółowo przeanalizować, czy zastosowanie składki ubezpieczeniowej *per capita* nie byłoby skuteczniejszym i efektywniejszym rozwiązaniem aniżeli składki ubezpieczeniowe zależne od dochodu z zastosowaniem licznych zwolnień w tym zakresie. W tym rozwiązaniu należałoby wziąć pod uwagę znaczące różnice w PKB *per capita* pomiędzy poszczególnymi państwami.

Bibliografia

- Busse R., Saltman R.B., Dubois H.F.W. 2004, *Organization and financing of social health insurance systems: current status and recent policy developments* [w:] *Social health insurance systems in western Europe*, eds. R.B. Saltman, R. Busse, J. Figueras, Buckingham.

- Camenzind P., Squires D. 2011, *The Swiss Health Care System* [w:] *International Profiles of Health Care Systems*, red. S. Thomson et al., The Commonwealth Fund, New York, Washington.
- Daley C., Gubb J. 2007, *Health Care Systems: Switzerland*, CIVITAS Institute for the Study of Civil Society (updated by Clark 2011 and E. Bidgood 2013).
- Health Consumer Powerhouse (HCP) 2015, *Euro Health Consumer Index 2015 – Report*, Health Consumer Powerhouse Ltd., Sweden.
- Jakobs R., Goddard M. 2000, *Social Health Insurance in European Countries*, Centre for Health Economics University of York Heslington, York.
- Kozber M.M., Osak M. 2013, *Współplacenie bezpośrednie w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego – doświadczenia Szwajcarii*, „Problemy Zarządzania”, vol. 11, nr 1(41). DOI. 10.7172/1644-9584.41.6
- Molik J. 2007, *Switzerland's Health Care System*, Swiss Reinsurance Company, South Africa, May 2007, Cape Town.
- OECD/WHO (2011)., *OECD Reviews of Health System – Switzerland*.
- Piątkowski S., Ciężadło G. 2016, *Szanse i zagrożenia na rynku opieki długoterminowej, czyli: właściwy model biznesowy pilnie poszukiwany*, „Rynek Zdrowia”, styczeń 2016, nr 1(126).
- Sobczak A., Dudzik-Urbaniak E., Juszczyk G. 2004, *Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Polsce i na świecie*, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania UW, Warszawa.
- Szetela P. 2014, *Efektywność finansowania ochrony zdrowia w Polsce ze źródeł prywatnych*, Praca doktorska, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, Kraków.
- Sławatyniec T. 2011, *Koszyk świadczeń i ubezpieczenia prywatne w Szwajcarii* [w:] *Ubezpieczenia zdrowotne a koszyki świadczeń. Przegląd rozwiązań*, red. W.P. Kalbarczyk, K. Łanda, M. Władysiuk, Central and Eastern European Society of Technology Assessment in Health Care, Kraków–Warszawa.
- The Federal Law on Sickness Insurance of March 18, 1994 (LAMal).*
- The Federal Law on General Provisions Concerning Legislation on Social Insurance of October 06, 2000 (LPGA).*
- Wasem J., Marek M. 2001, *Wyrównanie finansowe między Kasami Chorych w polskim systemie ubezpieczeń zdrowotnych*, Bank Światowy, Greifswald–Warszawa.
- Więckowska B. 2010, *Konkurencja między płatnikami w bazowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego*, Warszawa, Ernst & Young. NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia (2016), <https://www.ekuz.nfz.gov.pl/wypoczynek/wyjezdzam-do/szwajcaria> (20.02.2016).