

PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ I ZARZĄDZANIE

ISSN 1733-2486

TOM XV, ZESZYT 9, cz. 2

<http://piz.san.edu.pl>

UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE I KAPITAŁOWE W SYSTEMIE FINANSOWYM PAŃSTWA

Redakcja

Mirosław Wypych

Łódź, Warszawa 2014

Całkowity koszt wydania Zeszytu 9, cz. 2
sfinansowany ze środków Społecznej Akademii Nauk

Zeszyt recenzowany

Redakcja naukowa: Mirosław Wypych

Komputerowy skład tekstu, redakcja i korekta techniczna: Jadwiga Poczyczyńska

Projekt okładki: Marcin Szadkowski

© **Copyright:** Społeczna Akademia Nauk

ISSN 1733-2486

Wydawnictwo

Społecznej Akademii Nauk

e-mail: wydawnictwo@spoleczna.pl

tel. 42 632 50 23, 42 632 50 26 w. 339

Wersja papierowa wydania jest wersją podstawową

Druk i oprawa: Mazowieckie Centrum Poligrafii, ul. Słoneczna 3C,
05-260 Marki, www.c-p.com.pl; biuro@c-p.com.pl

Spis treści

Wstęp	5
Karol Chylak , Systemy organizacji i finansowania ubezpieczeń społecznych na ziemiach polskich przed powstaniem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych	7
Aleksandra Czerw, Grażyna Dykowska, Tomasz Tatar, Joanna Gotlib , Usługi stomatologiczne w systemie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych	17
Barbara Czyżewska , Szczególny sposób ustalenia emerytur dla osób urodzonych przed 1.01.1949 r.	31
Małgorzata Domańska, Mirosław Wypych , Selected aspects of the social insurance system in the local government sector	41
Rafał Józwicki , Fundusze inwestycyjne jako element systemu emerytalnego w Polsce	53
Małgorzata Olszewska , Pension-disability pension benefits against the background of remunerations between 2008–2013.....	65
Maria Pierzchalska , Niewystarczalność funduszu ubezpieczeń społecznych a budżet państwa	79
Stanisław Piotrowski , Analiza efektywności OFE oraz niektórych form oszczędzania przewidzianych w ramach trzeciego filaru.....	93
Paweł Sydor , Ubezpieczenia społeczne w ujęciu doktrynalno-prawnym	103
Joanna Trębska , Oszczędności emerytalne Polaków.....	113
Paweł Trippner , Znaczenie i rozwój instytucji dobrowolnego sektora usług zarządzania kapitałami emerytalnymi w Polsce.....	127
Mirosław Wypych , Gospodarka finansowa podstawowych funduszy systemu zabezpieczenia społecznego w latach 2010–2012.....	143

Aleksandra Czerw, Grażyna Dykowska, Tomasz Tatara, Joanna Gotlib
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Usługi stomatologiczne w systemie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych

Dental services in the system of supplementary health insurance

Abstract: Polish Health Care system ensures the patients' dental care free of charge. It is financed from public resources. The private insurance system came to live as a response to individuals' and groups' need to protect against the risk of loss of health, disease or accident. Health insurance products developed over time together with the development of health needs and include also dental services. Over 60% of dental services have been financed from private resources in 2010. This includes 63% of dentistry procedures, 57% of prosthetic procedures and 49% of orthodontic procedures. Patients aged between 17 and 59 years have been key beneficiaries of those services. Percent of dental services financed from resources outside the public system was as high as 70% in this age group. Additional insurance had very limited part in financing dental services and was below 1% in all of the studied age groups. The sector of dental services is underdeveloped and presents significant growth potential for private insurance providers.

Keywords: supplementary health insurance, dental services complementary duplicate, primary principal.

Wstęp

Konsumpcja świadczeń medycznych, w tym stomatologicznych, w Polsce obrazuje niedoskonałość tego rynku i brak szczegółowych regulacji w aspekcie dostępności do stomatologicznych świadczeń zdrowotnych. Popyt przewyższa podaż, a ograniczone środki publiczne stanowią wyzwanie zarówno dla segmentu publicznego, jak i prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Stan uzębienia Polaków należy do jednych z najgorszych wśród Państw OECD [*Health at a Glance 2011, 2013*].

Celem opracowania jest ocena wielkości konsumpcji dóbr i usług związanych z opieką stomatologiczną oraz jej źródeł finansowania, zarówno ubezpieczeniowych, jak i poza systemem ubezpieczenia publicznego i dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Analizie poddano najważniejsze

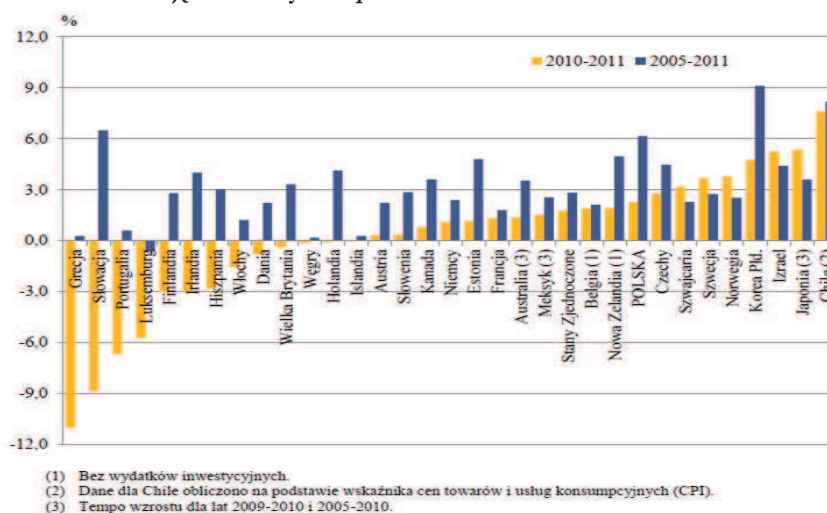
czynniki kształtujące popyt i podaż na usługi stomatologiczne w skali Polski opierając się na reprezentatywnych w skali kraju opracowaniach statystycznych Głównego Urzędu Statystycznego oraz Ministerstwa Zdrowia.

Opieka zdrowotna jest szczególnym dobrem – nie tylko publicznym, ale i ekonomicznym. Ludzie konsumują świadczenia opieki zdrowotnej m.in. ze względu na spodziewany pozytywny wpływ na zdrowie. Charakterystyczną cechą polskiego systemu ochrony zdrowia po 1989 roku jest jego niestabilność finansowa oraz nieracjonalne gospodarowanie niewystarczającymi środkami finansowymi. Próby reformowania sektora zdrowia rozpoczęte w okresie transformacji ustrojowej, nie zostały ukończone i wymagają doprecyzowania w wielu obszarach, także w opiece stomatologicznej, czy dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych.

Wydatki na ochronę zdrowia w krajach OECD i w Polsce

W latach 2005–2011 w większości państw OECD wydatki na ochronę zdrowia wg PPP (parytetu siły nabywczej) – w ujęciu realnym – wzrosły. Obrazuje to wykres na rysunku 1.

Rysunek 1. Średnie roczne tempo wzrostu wydatków ogółem na ochronę zdrowia w ujęciu realnym w państwach OECD w latach 2005-2011



Źródło: [Nałęcz (red), 2013, s. 150].

Średnioroczne tempo wzrostu było zróżnicowane pomiędzy poszczególnymi państwami i wyniosło od 0,2% dla Węgier do 9,1% dla Korei Południowej. W Polsce, w badanym okresie, wydatki na ochronę zdrowia były realnie wyższe o 2,3% [Nalęcz 2013, s. 150]. Recesja gospodarcza w 2011 roku spowodowała spowolnienie tempa wzrostu wydatków publicznych na ochronę zdrowia, a w przypadku 12 państw ich spadek.

Do 1 stycznia 1999 roku podstawowym źródłem publicznego finansowania opieki zdrowotnej w Polsce był budżet państwa. W wyniku reformy systemu ochrony zdrowia od 1 stycznia 1999 roku głównym płatnikiem publicznym stała się Kasa Chorych (od 1 kwietnia 2003 roku Narodowy Fundusz Zdrowia). Widoczne od lat niedobory finansowe w publicznym systemie ochrony zdrowia spowodowały poszukiwanie i wprowadzenie dodatkowych środków na ochronę zdrowia.

Do najczęściej wymienianych propozycji mechanizmów dofinansowania tego sektora zalicza się zwiększenie udziału zasobów sfery prywatnej obejmującej:

- 1) wydatki gospodarstw domowych m.in. na zakup leków, suplementów diet czy też świadczeń zdrowotnych w prywatnym lub publicznym sektorze ochrony zdrowia, w postaci opłat i dopłat do świadczeń otrzymywanych w ramach publicznego sektora zdrowotnego oraz w formie wykupu komercyjnego ubezpieczenia zdrowotnego;
- 2) inne wydatki, w tym m.in. wydatki przedsiębiorstw czy instytucji (np. dodatkowe ubezpieczenia, abonamenty w prywatnych podmiotach systemu ochrony zdrowia, czy finansowanie badań lekarskich z Kodeksu Pracy).

W tabeli 1 zaprezentowano publiczne wydatki na ochronę zdrowia w 2011 roku w Polsce w stosunku do 2010 roku (spadek o 0,16%). Wydatki prywatne odnotowały niewielki wzrost o 0,01%, w tym gospodarstwa domowe zanotowały spadek o 0,02% a inne wydatki prywatne na ochronę zdrowia wzrost o 0,03%.

Tabela 1. Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2010 i 2011 w Polsce

Wyszczególnienie	2010		2011	
	mln zł	% PKB	mln zł	% PKB
PRODUKT KRAJOWY BRUTTO	1 416 585	100,00	1 528 127	100,00
Publiczne wydatki bieżące	66 500	4,69	69 224	4,53
z tego:				
Wydatki budżetu państwa	1 880	0,13	1 973	0,13
Wydatki budżetów jednostek samorządu terytorialnego	3 547	0,25	4 220	0,28
Fundusze ubezpieczeń społecznych	61 074	4,31	63 031	4,12
Prywatne wydatki bieżące	26 274	1,85	28 450	1,86
z tego:				
Wydatki bezpośrednie gospodarstw domowych	22 001	1,55	23 397	1,53
Inne wydatki prywatne na ochronę zdrowia	4 273	0,30	5 052	0,33
Razem wydatki bieżące	92 775	6,55	97 673	6,39

Źródło: [Nalęcz (red), 2013, s. 93].

Wydatki gospodarstw domowych na opiekę stomatologiczną w Polsce

Leczenie stomatologiczne (świadczenia finansowane ze środków prywatnych) jest kosztowne, a możliwości korzystania z niego zależą w znacznym stopniu od poziomu dochodów gospodarstw domowych. W roku 2010 średnie miesięczne wydatki gospodarstw domowych na ambulatoryjną opiekę zdrowotną przypadające na osobę w Polsce wynosiły 14,74 zł., w tym na stomatologię 7,56 zł.

W roku 2010 prywatne wydatki na opiekę stomatologiczną wzrosły o 41,31% (tabela 2) w porównaniu z rokiem bazowym – 1998 (ostatnim rokiem funkcjonowania systemu ochrony zdrowia opartego o system budżetowy). Sytuacja taka uwarunkowana była postępującą od połowy lat 90. XX wieku prywatyzacją tego sektora.

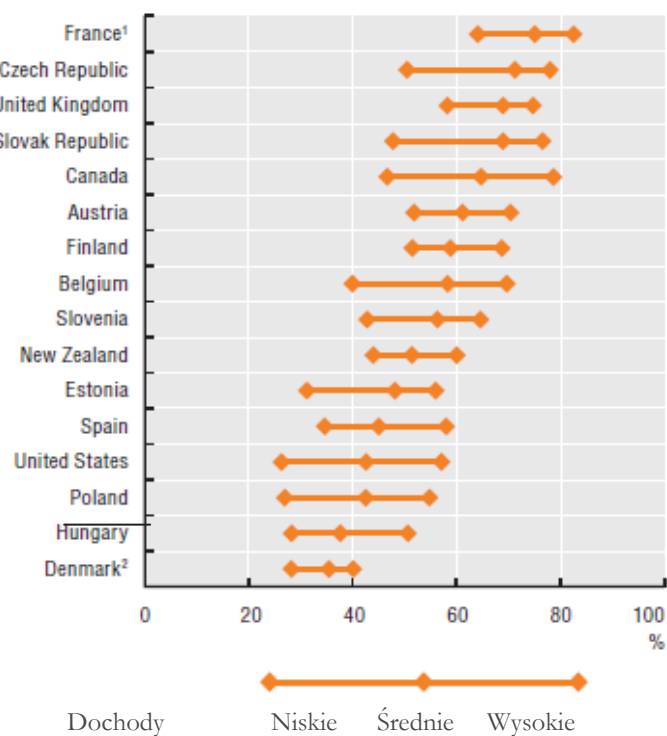
Według badań OECD [*Health at a...*, s. 143] wynika, iż próchnica zębów, choroby przyzębia czy też utrata zębów są problemami dotykającymi przede wszystkim osoby z niskimi dochodami. W USA w latach 2005–2008, u ponad 40% osób w wieku 20–64 lat, o niskich dochodach, zdiagnozowano nieleczoną próchnicę (dla porównania osoby o wysokich dochodach stanowiły 16% ogółu osób ze stwierdzonymi, nieleczonymi zmianami próchnicznymi).

Tabela 2 Dynamika wzrostu przeciętnych miesięcznych prywatnych wydatków na opiekę stomatologiczną przypadających na jedną osobę w gospodarstwie domowym (1998=100)

Wyszczególnienie	1998	1999	2003	2006	2010
Porady stomatologiczne	100	94,5	111,03	121,87	141,31

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS: [Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych, 1999, 2000, 2004, 2007, 2011].

Rysunek 2. Prawdopodobieństwo wizyty u stomatologa w ciągu ostatnich 12 miesięcy, według grupy dochodów w 2009 r. (lub najbliższego roku) wg OECD



Źródło: [Health at a Glance 2011, s. 143].

Według szacunków OECD, do państw o niższym prawdopodobieństwie odbycia wizyty u stomatologa w ciągu ostatnich 12 miesięcy zalicza się m.in. Polskę. Mniej niż połowa osób ubogich lub biednych i ich bliskich odwiedziła

stomatologa w roku 2009 w porównaniu z prawie 70% osób ze średnimi i wysokimi dochodami (*Health at a Glance 2011*, OECD Indicators, s. 143).

Podobne wyniki wykazały badania polskie, przeprowadzone przez GUS w latach 2003–2010. Pokazały one, iż wydatki na zachowawcze leczenie stomatologiczne w gospodarstwach domowych o najwyższych dochodach (ponad 1600 zł na osobę) były prawie pięciokrotnie wyższe niż w najniższej grupie dochodowej (do 400 zł na osobę). Ponad 1/3 osób badanych (37%) korzystała z usług stomatologicznych niefinansowanych przez NFZ. Częściej niż w innych gospodarstwach domowych z usług finansowanych poza NFZ korzystały gospodarstwa domowe znajdujące się w lepszej sytuacji finansowej [(*Ochrona zdrowia w...*2011)].

Świadczenia stomatologiczne i ambulatoryjna opieka stomatologiczna

Pacjentowi w systemie ochrony zdrowia zapewnia się i finansuje ze środków publicznych, na zasadach i w zakresie określonym w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹ m.in. świadczenia stomatologiczne. Są one udzielane w systemie opieki ambulatoryjnej, realizowane przez poradnie i przychodnie specjalistyczne lub przez specjalistyczne praktyki lekarskie (publiczne i niepubliczne). Ustawa definiuje, jakie świadczenia stomatologiczne, materiały służące do ich wykonania należą się osobom ubezpieczonym bezpłatnie, w tym dzieciom i młodzieży do ukończenia 18 roku życia.

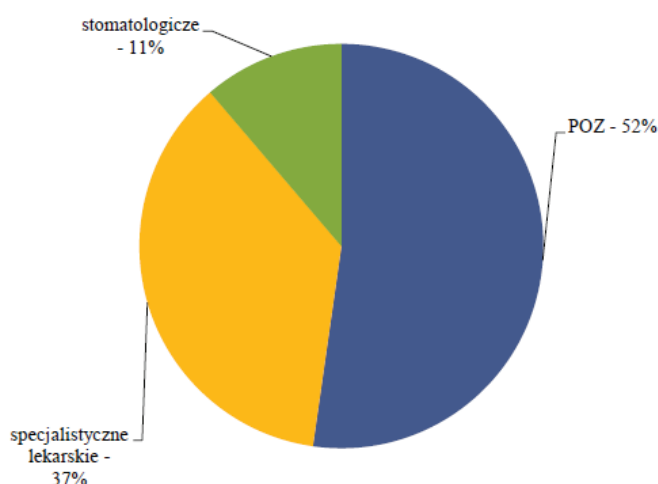
W roku 2012 (rys. 3.) z ogółu udzielonych porad ambulatoryjnych, 11% stanowiły porady stomatologiczne. Dla porównania w 2010 roku z porad stomatologicznych skorzystało niespełna 12% Polaków, tj. (ok.4,2 mln osób). W 2006 roku wskaźnik ten wynosił 13,5% i był prawie o 4 punkty procentowe niższy niż w 2003 roku.

Z segmentu publicznego – z usług stomatologicznych finansowanych przez NFZ, skorzystało ponad 38% osób [Nalęcz (red.) 2011, s. 132]. Pozostali pacjenci zrealizowali świadczenia stomatologiczne w ramach dodatkowych ubezpieczeń lub bezpośrednio finansowanych przez gospodarstwa domowe. Większość osób realizujących świadczenia stomatologiczne skorzystała z leczenia zachowawczego – 86%, pozostałe

¹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, tekst jednolity Dz. U. 2008 nr 164, poz. 1027 z późn. zm.

z leczenia protetycznego (10%) lub ortodontycznego (6,5%). Dla 43% pacjentów była to jedyna w ciągu roku wizyta w gabinecie stomatologicznym.

Rysunek 3. Struktura porad ambulatoryjnych, w tym stomatologicznych w Polsce w 2012 r.



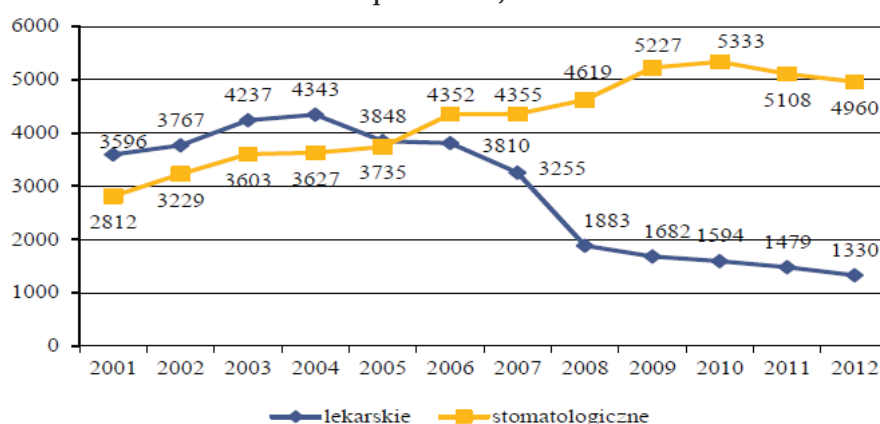
Źródło: [Nałęcz (red.) 2013, s. 96].

Zgodnie z ustawą z 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej², do podmiotów opieki ambulatoryjnej zaliczono: zakłady opieki zdrowotnej, praktyki w tym lekarzy i lekarzy dentyków, udzielające pacjentom usług medycznych, świadczonych w warunkach ambulatoryjnych. Pomimo, iż ustawa o zoz zezwalała na funkcjonowanie prywatnych praktyk lekarskich w latach 90. XX wieku, w statystyce publicznej brak jest danych w tym

² Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. nr 14, poz. 89 ze zm.) uchylona z dniem 1 lipca 2011 r., zastąpiona przez ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r., poz. 217) – weszła w życie z dniem 1 lipca 2011 r.

zakresie aż do 1999 roku³. W latach 1999–2000 dane dotyczące prywatnych praktyk lekarza i lekarza stomatologa były przedstawiane łącznie (4211 praktyk w 2000 roku). W 2012 r. 10.780 praktyk realizowało umowy o świadczenia stomatologiczne w oparciu o środki publiczne, z czego 5.510 prowadziło indywidualną praktykę lekarską; 167 grupową praktykę lekarską a 5.103 w pozostałych formach organizacyjnych⁴.

Rysunek 4. Praktyki lekarskie i stomatologiczne realizujące świadczenia finansowane przez NFZ, w latach 2001-2012



Źródło: [Nałęcz (red.) 2013, s. 93].

Determinanty pozaekonomiczne wydatków na opiekę stomatologiczną

Poziom zamożności, wykształcenia oraz statusu zawodowego, zarówno w granicach poszczególnych krajów, jak i między nimi, odzwierciedla stopień rozwarstwienia społeczeństwa, a jednocześnie jest istotnym społecznym czynnikiem, warunkującym zdrowie [Europejski Raport Zdrowia 2012: Droga do osiągnięcia dobrostanu s. 12].

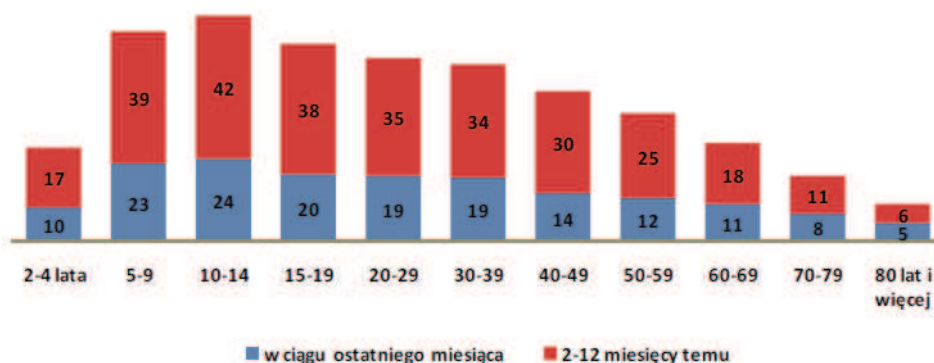
³ Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentystry z 5 grudnia 1996 r. w art. 1. określa zasady i warunki wykonywania zawodów lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity 2008 r. Dz. U. Nr 136 poz. 867 z póź. zm.).

⁴ Dostępność i finansowanie opieki stomatologicznej ze środków publicznych. kzd-4101-04/2012 nr ewid. 131/2013/p/12/124/kzd Raport NIK s. 30, www.nik.gov.pl (data wejścia 1.04.2014).

W przypadku świadczeń stomatologicznych, rodzaj świadczonej usługi oraz częstość wizyt stomatologicznych są różnicowane również wiekiem osób korzystających z nich.

Z badań GUS wynika, iż w 2010 roku z usług lekarza stomatologa skorzystało ponad 16,4 mln. osób w wieku powyżej 2 roku życia (44% populacji). 49% populacji nie było u dentysty ponad rok i dawniej. O 8 punktów procentowych częściej do stomatologa chodziły kobiety niż mężczyźni. Wśród mieszkańców wsi, prawie 59% osób nie korzystało w ciągu ostatniego roku z usług dentysty, w mieście to niecałe 50%. Wraz z wiekiem obniża się liczba świadczeniobiorców korzystających z porad stomatologicznych. [Dochody i warunki życia ludności Polski... 2014]. W roku 2011 niespełna 30% porad stomatologicznych dotyczyło dzieci i młodzieży do lat 18 [Sytuacja społeczno-ekonomiczna gospodarstw domowych...2013, s. 25]. Porady udzielone osobom w wieku 65 lat i więcej w miastach stanowiły 14% porad stomatologicznych, na wsi zaobserwowano tych porad o 3 punkty procentowe mniej.

Rysunek 5. Struktura świadczeniobiorców usług stomatologicznych ze względu na wiek w ciągu ostatnich 12 m-c. (w%)



Źródło: [Stan zdrowia ludności Polski w 2009, 2011, s. 90].

Grupa dzieci w wieku 10–14 lat stanowiła największą liczbę osób chodzących do lekarza dentysty. Wraz z wiekiem, liczba udzielonych porad stomatologicznych systematycznie obniżała się. W wieku powyżej 80 lat wskaźnik ten osiągnął poziom 6% [Stan zdrowia..., 2011, s. 90].

Z badania GUS z 2009 roku wynika, iż liczba wizyt w ciągu ostatniego m-ca była stosunkowo duża na każdą osobę leczącą się w poradni stomatologicznej (1,6 wizyty). Z największej liczby wizyt korzystały osoby ponad pięćdziesięcioletnie (od 1,8 do 2 wizyt), najmniej – 1,3 wizyty przypadło na dziecko do 18 roku życia.

Wykazano także, iż osoby o wyższym wykształceniu dbają lepiej o zęby niż osoby takiego wykształcenia nie posiadające. Co piąta osoba z wyższym wykształceniem była u dentysty w ciągu ostatniego m-ca. Dla porównania, co dziewiąta osoba z wykształceniem zasadniczym (grupa z tym wykształceniem stanowiła w 2009 roku 26% populacji; w 2002 roku – 23%) i co dziesiąta osoba z wykształceniem podstawowym i gimnazjalnym (w 2009 roku 24% populacji, w 2002 roku 30%) odwiedziła lekarza dentystę.

Najwyższe wydatki na zachowawcze leczenie stomatologiczne ponoszą rodziny z jednym dzieckiem (15,9%). Wydatki te wraz ze wzrostem liczby dzieci w gospodarstwie domowym maleją (2 dzieci – 13,5%, 3 dzieci i więcej 11,9%). Wśród dzieci w wieku szkolnym (7–16 lat) znajduje się największy odsetek korzystających z porady ortodontycznej – 20%. Wśród dzieci w wieku przedszkolnym (3–6 lat), co dziesiąta wizyta stomatologiczna dotyczyła porady ortodontycznej [*Ochrona zdrowia w gospodarstwach...* 2011]. W porównaniu z rokiem 2006, w 2010 zaobserwowano spadek o 35% świadczeń ortodontycznych. Sytuacja taka może być wynikiem trudniejszego dostępu do usług ortodontycznych finansowanych przez NFZ, obniżeniem wieku dzieci mogących korzystać z usług ortodonty do 14 roku życia, niżem demograficznym czy recesją gospodarczą, a także stosunkowo wysokimi cenami prywatnych usług ortodontycznych.

Wyniki kontroli NIK dotyczące dostępności do świadczeń stomatologicznych⁵ pokazują, iż liczba świadczeń ortodontycznych na 10 tys. mieszkańców wykazuje tendencję spadkową i wynosiła odpowiednio w 2009 r. – 589 porad; w 2010 r. – 556 (niższa o 5,60%); w 2011 r. – 539, (niższa o 8,48% niż w 2009 r.). Podkreślić należy jednak, iż w dwóch najbogatszych województwach w 2011 roku wystąpił wzrost liczby świadczeń – w mazowieckim o 3,47% oraz zachodniopomorskim o 12,99%. Szczególnie wysokie spadki liczby świadczeń ortodontycznych zanotowano w województwie lubuskim – o 24,89%.

⁵ Dostępność i finansowanie opieki stomatologicznej ze środków publicznych. kzd-4101-04/2012 nr ewid. 131/2013/p/12/124/kzd Raport NIK str 28 www.nik.gov.pl (data wejścia 1.04.2014).

Dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne w krajach OECD

Zgodnie z definicją zaproponowaną przez E. Mossialos i S. Thompson (*Private Health Insurance In the European Union. Final report prepared for the European Commission*), dodatkowym ubezpieczeniem zdrowotnym jest ubezpieczenie, które zostało wybrane i opłacone albo przez osobę indywidualną, albo przez pracodawcę w imieniu osoby indywidualnej [Kalbarczyk, Łanda, Władysiuk 2011, s. 481].

Podstawowe kryteria, którymi kierują się ubezpieczyciele przy zawieraniu umowy to wiek, płeć, stan zdrowia oraz zawód. Kryteria te stanowią podstawę do obliczenia składki netto, która dla tego samego ryzyka może być różna u każdego z ubezpieczycieli [Ostasiewicz 2004, s. 176].

System prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych pojawił się jako odpowiedź na zapotrzebowanie grup i jednostek na zabezpieczenie przed ryzykiem utraty zdrowia, choroby czy wypadku, które naturalnie generowały potrzebę zdrowotną wymagającą zaspokojenia. W miarę rozwoju potrzeb zdrowotnych gama produktów ubezpieczeniowych ulegała rozszerzeniu o elementy profilaktyki, promocji zdrowia, diagnostykę (w tym wysoce specjalistyczne badania tomografii komputerowej czy rezonansu magnetycznego), świadczenia rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne.

Elementem różnicującym zakres ubezpieczenia pomiędzy wariantami danego produktu, jak i pomiędzy konkurującymi między sobą produktami jest dostęp do lekarzy specjalistów oraz badań diagnostycznych i laboratoryjnych, a także inne instrumenty ograniczające odpowiedzialność gwarancyjną zakładu ubezpieczeń, do których zalicza się limitowanie częstotliwości korzystania z danej usługi czy wprowadzenie współpłacenia udziału własnego.

Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne w krajach OECD przyjęto dzielić na:

- zastępcze (substytucyjne), które obejmują zakres świadczeń dostępny w ramach obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych;
- uzupełniające (komplementarne) – finansują świadczenia niepokrywane lub częściowo pokrywane przez powszechny system ubezpieczenia zdrowotnego, m.in. obejmują ryzyka związane z leczeniem ambulatoryjnym, w tym stomatologicznym;
- dodatkowe (wzbogacające), które zapewniają szybszy dostęp do świadczeń zdrowotnych, większy wybór świadczeniodawców, co może przekładać się na wzrost jakości usług.

Ubezpieczenia zastępcze podlegają silnej regulacji państwa, natomiast ubezpieczenia uzupełniające i dodatkowe są oferowane na rynku słabo regulowanym. Analizując popularność dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych pod względem ich rodzaju należy stwierdzić, iż ubezpieczenia komplementarne występują we Francji (96,1%) czy w Belgii (populacja osób objętych prywatnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi w ciągu ostatniej dekady podwoiła się i w 2012 roku prawie 80% populacji korzystało z tego typu ubezpieczenia).

Największy rynek ubezpieczeń uzupełniających występuje w Holandii i obejmuje 89% ludności i w Izraelu (80%). Ubezpieczenie to pokrywa zakup leków i między innymi świadczenia stomatologiczne. Spadek popularności dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych z kolei odnotowano w ostatnich latach w Chile (do 79,8% w 2011, w 2000 roku ponad 95%) czy Stanach Zjednoczonych (z ponad 85% w 2000 roku do 53,1% w 2011 roku) [OECD HEALTH Data, 2013, s. 141].

Ubezpieczenia dodatkowe zdrowotne a usługi stomatologiczne w Polsce

W 2010 roku, ponad 60% usług stomatologicznych było finansowanych ze środków prywatnych gospodarstw domowych. 63% tych świadczeń to usługi w zakresie stomatologii zachowawczej, 57% to usługi protetyczne oraz 49% ortodontyczne. Głównymi świadczeniobiorcami były osoby w wieku 17–59 lat. W tej grupie wiekowej odsetek usług sfinansowanych poza systemem publicznym wynosił od 66% do 69% (w zależności od wieku). Prywatne ubezpieczenia dodatkowe miały bardzo niski udział w finansowaniu usług stomatologicznych i w żadnej z badanych grup wiekowych nie przekroczyły 1% [Zdrowie i ochrona zdrowia 2010, 2011]. Zarówno w 2006, jak i 2010 roku, 36% członków gospodarstw domowych minimum raz skorzystało z usług stomatologicznych niefinansowanych przez NFZ. Jako główną przyczynę korzystania z usług odpłatnych wskazywano lepsze wyposażenie w sprzęt i materiały medyczne (41%), w 29% – zbyt odległe terminy wizyt w podmiotach mających kontrakty z NFZ oraz w 16% – lepsze kompetencje lekarzy dentyków [Ochrona zdrowia w..., 2011].

Osoby korzystające z odpłatnych usług stomatologicznych charakteryzują się wysokimi dochodami przypadającymi na osobę w gospodarstwie domowym [Raport PMR Publications..., 2011]. Wartość całego rynku usług stomatologicznych w Polsce osiągnęła w 2010 r. 7,1 mld zł, w tym ok. 24% stanowiły świadczenia finansowane ze środków publicznych. Podkreślić jed-

nak trzeba, że stan uzębienia polskich dzieci należy do najgorszych nie tylko w krajach UE. Badania pięcioletnich dzieci (przeprowadzone w 2011 r. przez Warszawski Uniwersytet Medyczny) wykazały, iż jedynie 20,1% z nich było wolnych od próchnicy a zaledwie 3,8% badanych dzieci było objętych profilaktyką fluorkową próchnicy. U dzieci piętnastoletnich, odsetek ten wyniósł 8,2%. Około 72% badanych dzieci w wieku 15 lat miało zdiagnozowaną próchnicę na więcej niż 4 zębach.

Podsumowanie

Reforma systemu ochrony zdrowia w Polsce, w sektorze stomatologii nie przyniosła zadowalających efektów zdrowotnych. Polska regularnie znajduje się w czołówce państw OECD z największą liczbą ubytków uzębienia u dzieci i w populacji dorosłej. Brak jest nawyku profilaktyki jamy ustnej. Niedofinansowanie publicznego systemu opieki zdrowotnej, starzenie się społeczeństwa będą pogłębiały negatywne konsekwencje w sektorze usług stomatologicznych.

Sektor ten jest obszarem niezagospodarowanym przez system dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, a zapotrzebowanie na usługi stomatologiczne będzie rosło wraz z rozwijającą się świadomością społeczeństwa, jego zamożnością, rozwojem technik dentystrycznych, aparatury i sprzętu medycznego w tym zakresie. Aktualnie, z dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych korzystają ludzie młodzi, mieszkańcy dużych miast, z najwyższej grupy dochodowej, posiadający jedno dziecko lub wcale nie posiadający dzieci.

Istniejąca tendencja zmniejszania liczby kupowanych dodatkowych polis ubezpieczeniowych z obszaru stomatologii może wynikać z ubogiej oferty ze strony firm ubezpieczeniowych lub wysokich składek na ten segment.

Według raportu NIK ograniczenie zakresu procedur stomatologicznych refundowanych przez NFZ, w warunkach ogólnego zubożenia ludności, eliminuje możliwość dostępu do tego typu świadczeń większości świadczeniobiorcom.

Większe obciążenie gospodarstw domowych dopłatami na dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne powinno być poprzedzone dokładnymi analizami ekonomiczno-finansowymi na szczeblu ogólnokrajowym, ale także regionalnym (województw czy nawet powiatów).

Literatura

- Dochody i warunki życia ludności Polski* (raport z badania EU - SILC 2012) (2014), wyd. ZWS GUS, Warszawa.
- Dostępność i finansowanie opieki stomatologicznej ze środków publicznych* (2012), Raport NIK. kzd-4101-04/2012 nr ewid. 131/2013/p/12/124/kzd.
- Health at a Glance 2011*. (2013), OECD Indicators, OECD Publishing.
- Kalbarczyk W.P., Łanda K., Władysiuk M., *Ubezpieczenia zdrowotne a koszty świadczeń, przegląd rozwiązań*, (2011), CEESTAHC, Kraków/Warszawa.
- Nalęcz S., (red.) (2013), *Zdrowie i ochrona zdrowia 2012 r.*, wyd. GUS ZWS, Warszawa.
- Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2010 roku*, (2011), GUS, Warszawa.
- Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 1999 roku*, (2000), GUS, Warszawa.
- Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2003 roku*, (2004), GUS, Warszawa.
- Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2006 roku*, (2007), GUS, Warszawa.
- Ostasiewicz W. (2004), *Składki i ryzyko ubezpieczeniowe*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław.
- Rynek usług dentystycznych w Polsce 2011. Prognozy rozwoju na lata 2011-2013* Raport firmy PMR.
- Sytuacja społeczno-ekonomiczna gospodarstw domowych w latach 2000-2011. Zróżnicowanie miasto-wieś*, (2013), wyd. GUS, Warszawa.
- Zdrowie i ochrona zdrowia 2010*. (2011), wyd. GUS, Warszawa.
- Zdrowie i ochrona zdrowia 2011*. (2012), wyd. GUS, Warszawa.
- Zdrowie i ochrona zdrowia 2012*. (2013), wyd. GUS, Warszawa.

Akty prawne:

- Ustawa z dnia 31 sierpnia 1991 r o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r., nr 14, poz. 89 z późn. zm).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, (tekst jednolity Dz. U. z 2008 r., nr 164, poz. 1027 z późn. zm).
- Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentystry z 5 grudnia 1996 r. (tekst jednolity Dz. U. z 2011 r., nr 277, poz. 1634).