

PRACE NAUKOWE

Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

RESEARCH PAPERS

of Wrocław University of Economics

306

Finanse publiczne



Redaktorzy naukowi

Jerzy Sokołowski

Arkadiusz Żabiński



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
Wrocław 2013

Redaktor Wydawnictwa: Aleksandra Śliwka

Redaktor techniczny: Barbara Łopusiewicz

Korektor: Barbara Cibis

Łamanie: Adam Dębski

Projekt okładki: Beata Dębska

Publikacja jest dostępna w Internecie na stronach:

www.ibuk.pl, www.ebscohost.com,

The Central and Eastern European Online Library www.ceeol.com,

a także w adnotowanej bibliografii zagadnień ekonomicznych BazEkon

http://kangur.uek.krakow.pl/bazy_ae/bazekon/nowy/index.php

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania znajdują się na stronie internetowej Wydawnictwa

www.wydawnictwo.ue.wroc.pl

Kopiowanie i powielanie w jakiegokolwiek formie wymaga pisemnej zgody Wydawcy

© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
Wrocław 2013

ISSN 1899-3192

ISBN 978-83-7695-386-1

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Druk: Drukarnia TOTEM

Spis treści

Jan Borowiec , Kryzys gospodarczy a polityka monetarna i fiskalna w strefie euro w latach 2008-2012.....	13
Leszek Borowiec, Marzena Kuśmierk , Kapitał żelazny w finansowaniu organizacji non-profit w Polsce	24
Patrycja Chodnicka, Katarzyna Niewińska , Determinanty wyceny rynkowej sektora bankowego w dobie kryzysu	37
Patrycja Chodnicka, Katarzyna Niewińska , Ocena sektora bankowego w Europie.....	48
Iwona Dorota Czechowska , Rachunki osobiste dla klientów 60+	61
Agnieszka Deresz, Marian Podstawka , Opodatkowanie podatkiem dochodowym od osób fizycznych mikroprzedsiębiorców w warunkach kryzysu	73
Joanna Działo , Czy Unia Europejska potrzebuje unii fiskalnej?.....	86
Ryta Dziemianowicz , <i>Tax expenditures</i> w konstrukcji reguły wydatkowej... ..	98
Joanna Fila , Mikrofinanse w Unii Europejskiej – polityka, instrumenty, efekty	110
Beata Filipiak, Marek Dylewski , Indywidualny wskaźnik zadłużenia jednostek samorządu terytorialnego – problemy dostosowawcze.....	120
Piotr Gut , Model odwróconej płatności (<i>reverse charge</i>) jako element konstrukcji podatku VAT ograniczający uszczuplenia w podatku VAT.....	132
Małgorzata Magdalena Hybka , Raison d'être solidarnej odpowiedzialności za zobowiązania z tytułu podatku od wartości dodanej	143
Marcin Idzik , Ekskluzja finansowa – ujęcie empiryczne.....	154
Maria Jastrzębska , Kreacja i implementacja systemu zarządzania ryzykiem jednostki samorządu terytorialnego	166
Piotr Karaś, Wojciech Pacut , Porównanie działania banków islamskich i konwencjonalnych – przypadek Zjednoczonych Emiratów Arabskich	178
Anna Kobialka , Wykorzystanie funduszy unijnych w finansowaniu wydatków inwestycyjnych jednostek samorządu terytorialnego lubelszczyzny	190
Teresa Kondrakiewicz , Dywersyfikacja jako kierunek rozwoju grup kapitałowych.....	200
Iwa Kuchciak , Problematyka nadmiernego zadłużania w kontekście wykluczenia finansowego.....	213
Elwira Leśna-Wierszółowicz , Koncepcja wielofunduszowości w drugim filarze systemu emerytalnego w Polsce	225
Paweł Marszałek , Finansyzacja w Polsce – ciekawostka teoretyczna czy realny problem?.....	235
Grzegorz Matysek , Opodatkowanie dochodów spółek osobowych w Polsce – konieczność zmian.....	247

Danuta Milaszewicz , Stabilność fiskalna jako przymus w polityce fiskalnej	260
Magdalena Miszczuk , Zróżnicowanie sytuacji finansowej wybranych jednostek samorządu terytorialnego na podstawie indywidualnego wskaźnika zadłużenia	272
Anna Murdoch , Wejście Polski do strefy euro a długoterminowe cele rozwoju kraju	285
Piotr Ptak , Polityka wydatków publicznych w Polsce w latach 2008-2012....	298
Witold Rakowski , Zróżnicowanie wydatków gmin i powiatów na oświatę w latach 2005-2010 w układzie przestrzennym	311
Halina Rechul , Samodzielność finansowa jednostek samorządu terytorialnego w Polsce.....	325
Wioleta Samitowska , Fundusze pożyczkowe i fundusze poręczeń kredytowych jako instrumenty finansowego wsparcia MŚP	338
Przemysław Siudak , Specjalne strefy ekonomiczne jako instrument generujący oszczędności budżetu państwa z tytułu zatrudniania bezrobotnych..	351
Andrzej Sobczyk , Dynamika wydatków inwestycyjnych i liczby mieszkańców w gminach województwa zachodniopomorskiego w latach 2008-2011	362
Michał Sosnowski , Progresywne i proporcjonalne opodatkowanie przedsiębiorstw osób fizycznych w Polsce	372
Feliks Marek Stawarczyk , Kryzys finansowy a sytuacja banków krajowych w Niemczech	386
Igor Styn , Wpływ zmian w MSSF 9 na wyniki finansowe największych dwóch banków działających w Polsce oraz na ich politykę kredytową	397
Magdalena Syrkiewicz-Świtłała, Tomasz Holecki, Katarzyna Klyta , Możliwości wprowadzenia prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych do powszechnego systemu ochrony zdrowia w Polsce w opinii mieszkańców powiatu tarnogórskiego	409
Waldemar Szczepaniak , Ocena sytuacji finansowej publicznych uczelni technicznych w Polsce w latach 2004-2011	418
Tomasz Śmietanka , Gospodarka finansowa gminy miejsko-wiejskiej Kozienice w latach 2003-2012	430
Tomasz Uryszek , Zadłużenie sektora samorządowego w krajach Unii Europejskiej w okresie kryzysu gospodarczego	442
Alina Walenia , Zarządzanie ryzykiem w sektorze samorządowych finansów publicznych	454
Jerzy Wąchoł , Spowolnienie gospodarcze i problemy długu publicznego na świecie w świetle danych statystycznych	466
Radosław Witczak , Wykorzystanie metod szacowania podstawy opodatkowania do określenia wysokości zobowiązań podatkowych	478
Iwona Wojciechowska-Toruńska , „Pakt fiskalny” a polityka fiskalna	488

Katarzyna Wójtowicz , Udziały samorządów w podatkach państwowych – własne czy obce źródło dochodów JST? Dylematy teorii a praktyka budżetowa wybranych państw.....	501
Dorota Wyszowska , Stan finansów jednostek samorządu terytorialnego jako determinanta wykorzystania środków pomocowych Unii Europejskiej w perspektywie 2014-2020	513
Jolanta Zawora , Samodzielność finansowa samorządów gminnych w warunkach spowolnienia gospodarczego.....	523
Anna Zielińska-Chmielewska , Ocena realizacji strategii płynności finansowej GK Tarczyński SA w ujęciu dochód-ryzyko	534
Dagmara Zuzek , Faktoring jako niekonwencjonalne źródło finansowania mikro- i małych przedsiębiorstw w Polsce.....	547
Arkadiusz Żabiński , Realizacja zasady równości opodatkowania czynników wytwórczych w wybranych krajach europejskich.....	558

Summaries

Jan Borowiec , Economic crisis and monetary and fiscal policies in the euro zone in the years 2008-2012	23
Leszek Borowiec, Marzena Kuśmierk , Endowment capital and funding sources in non-profit organizations	36
Patrycja Chodnicka, Katarzyna Niewińska , Determinants of market valuation of the banking sector during the recent financial crisis	47
Patrycja Chodnicka, Katarzyna Niewińska , Assessment of the banking sector in Europe	60
Iwona Dorota Czechowska , Personal accounts for clients 60+.....	72
Agnieszka Deresz, Marian Podstawka , Personal income tax on small entrepreneurs in times of crisis	85
Joanna Działo , Does the European Union need a fiscal union?	97
Ryta Dziemianowicz , Tax expenditures in the construction of the expenditure rule.....	109
Joanna Fila , Microfinance in European Union – policy, instruments, effects	119
Beata Filipiak, Marek Dylewski , Personal debt ratio of local government – system problems	131
Piotr Gut , Reverse charge model as an element of the VAT system, preventing it from tax abuse	142
Małgorzata Magdalena Hybka , Raison d'être of the joint and several liability for value added tax purposes.....	153
Marcin Idzik , Financial exclusion – empirical approach.....	165
Maria Jastrzębska , Creation and implementation of the risk management system of territorial self-government unit	177

Piotr Karaś, Wojciech Pacut , Islamic vs. conventional banking – the case of United Arab Emirates.....	189
Anna Kobialka , European Union funds use in financing of territorial self-governments units' investment in Lublin region.....	199
Teresa Kondrakiewicz , Diversification strategy in the process of holding companies development.....	212
Iwa Kuchciak , The issue of overindebtedness in the context of financial exclusion	224
Elwira Leśna-Wierszółowicz , The concept of multifunding in the second pension pillar in Poland	234
Paweł Marszałek , Financialization in Poland – theoretical curiosity or the real problem?.....	246
Grzegorz Matysek , Income taxation of partnerships in Poland – the necessity of changes	259
Danuta Milaszewicz , Fiscal stability as a coercion in fiscal policy	271
Magdalena Miszczuk , Diversity of the financial situation of selected self-government units under individual debt indicator.....	284
Anna Murdoch , Poland's entry into the Eurozone vs. its long term growth objectives	297
Piotr Ptak , Public spending policy in Poland in the years 2008-2012	310
Witold Rakowski , Variation of educational spending by communities and counties across regions in 2005-2010	324
Halina Rechul , Financial independence of local government units in Poland	337
Wioleta Samitowska , Loan funds and credit guarantee funds as instruments of financial support for SME.....	350
Przemysław Siudak , Special economic zones as an instrument generating savings for the state budget through the employment of the unemployed .	361
Andrzej Sobczyk , Dynamics of capital expenditure and population in communities of Western Pomeranian Voivodeship in the years 2008-2011	371
Michał Sosnowski , Progressive and proportional taxation of natural persons' enterprises in Poland.....	385
Feliks Marek Stawarczyk , Financial crisis and <i>Landesbanken</i> problems in Germany	396
Igor Styn , How changes in IFRS 9 can affect net earnings of two biggest banks operating in Poland and their loan policy	408
Magdalena Syrkiewicz-Świtła, Tomasz Holecki, Katarzyna Klyta , Possibilities of introducing private insurance in the public health care system in Poland in the opinion of the inhabitants of Tarnowskie Góry county	417
Waldemar Szczepaniak , Assessment of financial situation of technical universities in Poland between 2004-2011	429

Tomasz Śmietanka , Financial economy of the urban-rural commune of Kozienice in the years 2003-2012.....	441
Tomasz Uryszek , Local and regional government sector debt in the European Union countries during the economic crisis.....	453
Alina Walenia , Risk management in the self-government public finance sector.....	465
Jerzy Wąchol , Economic slowdown and problems with public debt in the world in the light of statistical data	477
Radosław Witczak , The use of tax base estimation methods for the determination of the amount of tax liability.....	487
Iwona Wojciechowska-Toruńska , “Fiscal Pact” vs. fiscal policy	500
Katarzyna Wójtowicz , Local governments tax sharing arrangements – own or external source of revenues? Theoretical dilemmas vs. practical experiences of several European countries	512
Dorota Wyszowska , Financial standing of local self-government entities as a determinant of using of European Union aid in the perspective of 2014-2020	522
Jolanta Zawora , Financial independence of communes during economic slowdown	533
Anna Zielińska-Chmielewska , Assessment of strategies of working capital financial liquidity in the concept of risk-return analysis on GK Tarczyński SA	546
Dagmara Zuzek , Factoring as an unconventional source of financing activities of micro and small enterprises in Poland.....	557
Arkadiusz Żabiński , The implementation of the principle of equality in the taxation of factors of production in selected European countries	567

**Magdalena Syrkiewicz-Świtała,
Tomasz Holecki, Katarzyna Klyta**
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

MOŻLIWOŚCI WPROWADZENIA PRYWATNYCH UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH DO POWSZECHNEGO SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA W POLSCE W OPINII MIESZKAŃCÓW POWIATU TARNOGÓRSKIEGO

Streszczenie: Próby reformy polskiego systemu ochrony zdrowia nie przynoszą oczekiwanych rezultatów. Wprowadzanie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych wydaje się racjonalnym narzędziem finansowania ochrony zdrowia. Celem pracy było zbadanie opinii mieszkańców powiatu tarnogórskiego odnośnie do szans i zagrożeń wprowadzenia dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce. Badanie przeprowadzono z użyciem autorskiego kwestionariusza ankiety. Wyniki opracowano statystycznie. Określono, że polisę prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego posiada co czwarta osoba. Większość respondentów widzi potrzebę reformy systemu ochrony zdrowia, a co czwarta osoba popiera wprowadzenie do powszechnego systemu uzupełniających, dobrowolnych, ubezpieczeń zdrowotnych.

Słowa kluczowe: prywatne ubezpieczenia zdrowotne, sektor ochrony zdrowia, finanse publiczne.

1. Wstęp

System ochrony zdrowia jest jedną z najważniejszych dziedzin społecznych, a jednocześnie jest najczęściej krytykowanym sektorem w Polsce. Pomimo stale rosnącej kwoty środków pieniężnych pochodzących ze składek na powszechne ubezpieczenie zdrowotne, według opinii społecznej system powszechnego zabezpieczenia zdrowotnego nie wywiązuje się ze swojego nadrzędnego zadania, tj. zapewnienia równego i powszechnego dostępu do świadczeń medycznych. Jak wynika z raportu Euro Health Consumer Index, kraje o podobnym standardzie życia, jaki występuje w Polsce, potrafią efektywniej funkcjonować w sektorze ochrony zdrowia. Z raportu wynika również, że Polska ma jeden z gorszych systemów zabezpieczenia zdrowotnego¹. Polska w porównaniu z większością krajów OCED na ochronę

¹ A. Björnberg, B. Cebolla Garrofé, S. Lindblad, *Euro Health Consumer Index 2008*, Health Consumer Powerhouse, Bruksela 2009.

zdrowia przeznaczają niewielką część produktu krajowego brutto². Podejmowane od kilku lat próby reformy systemu finansowania ochrony zdrowia nie przynoszą spodziewanych rezultatów, a jak twierdzi C. Sowada pogłębiają poczucie chaosu w sektorze ochrony zdrowia³. Reforma polskiego systemu ochrony zdrowia powinna sprawić, że wraz z dopływem dodatkowych środków poprawi się efektywność i racjonalność wykorzystywanych środków, a z drugiej strony zwiększy się jakość oferowanych świadczeń i dostępność do nich.

W ostatnich latach prywatyzacja świadczeń medycznych staje się popularnym środkiem naprawy systemu ochrony zdrowia we wszystkich krajach Unii Europejskiej. Zgodnie z zaleceniami Komisji Europejskiej wprowadzanie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych stanowi rozsądne wykorzystanie zarówno zasobów ochrony zdrowia, jak i wydatków na sektor medyczny⁴. Doświadczenia krajów europejskich pokazują, że sektor prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, podobnie jak systemy zabezpieczenia zdrowotnego, nie jest ujednoczony w Unii Europejskiej. W Polsce o ile prywatny zakup świadczeń i opłaty nieformalne mają długą tradycję, o tyle prywatne, dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne nie cieszą się dużą popularnością. W porównaniu z większością krajów Unii Europejskiej znaczenie komercyjnych ubezpieczeń zdrowotnych jest marginalne⁵.

2. Cel, metoda i materiał badawczy

Celem opracowania jest określenie powszechności posiadania polisy prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz ukazanie opinii mieszkańców powiatu tarnogórskiego odnośnie do szans i zagrożeń, jakie niesie ze sobą wprowadzenie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych do powszechnego systemu zabezpieczenia zdrowotnego. W tym celu przeprowadzono badanie o charakterze jakościowo-ilościowym. Proces ankietowania odbywał się od kwietnia do lipca 2011 r. w dziewięciu gminach powiatu tarnogórskiego. Badanie objęło 4 gminy miejskie: Kalety, Miasteczko Śląskie, Radzionków, Tarnowskie Góry, oraz 5 gmin wiejskich: Krupski Młyn, Ożarówice, Zbrosławice, Świerklaniec i Tworóg. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz składający się z 23 pytań dotyczących: przynależności demograficzno-społecznej, rodzaju usług medycznych i częstotliwości korzystania z nich, posiadania i rodzaju dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego, opinii respondentów na temat

² OECD (2011), *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/healthglance-2011-en>.

³ C. Sowada, *Dobrowolne prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Wyzwania dla Polski w świetle doświadczeń krajów Unii Europejskiej*, Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, 2003, 1, 16-30.

⁴ S. Gechert, *Supplementary Private Health Insurance In Selected Countries: Lessons for EU governments?*, CESifo, the International Platform of the Ifo Institute of Economic Research and the Center for Economic Studies of Ludwig-Maximilians University, Wenecja 2009.

⁵ C. Sowada, wyd. cyt., s. 16-30.

reformy systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Rozdano 320 ankiet. 306 kwestionariuszy zostało wypełnionych prawidłowo. Analizie statystycznej poddano 270 ankiet wybranych losowo spośród 306 prawidłowo wypełnionych. Z każdej gminy wybrano 30 ankiet. Niektóre pytania zamieszczone w ankiecie zezwalały respondentom na zaznaczenie kilku odpowiedzi. W analizie statystycznej każdą odpowiedź traktowano jako oddzielną opinię. W wyniku takiego postępowania (przypisania kilku odpowiedzi do jednego ankietowanego) wystąpiły różnice między liczbą odpowiedzi a liczbą respondentów. W takich przypadkach w analizie statystycznej jako podstawę do obliczeń rozkładów przyjmowano liczbę respondentów. W celu oceny współzależności między dwiema cechami użyto testu niezależności Chi kwadrat z poprawką Yatesa. Przyjęto poziom istotności $\alpha = 0,05$.

3. Wyniki i dyskusja

Z badania przeprowadzonego na grupie 270 mieszkańców powiatu tarnogórskiego wynika, że około 26% badanych posiada polisę prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego. Z każdym rokiem poszerza się oferta prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, co wiąże się również ze wzrostem liczby osób wybierających takie rozwiązanie. Pod względem popularności dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych na pierwszym miejscu plasuje się Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie SA. Następnym najbardziej popularnym towarzystwem ubezpieczeniowym wśród mieszkańców powiatu tarnogórskiego było Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Warta Vita SA. Mieszkańcy gmin miejskich, tj.: Tarnowskich Gór, Radzionkowa, Kalet i Miasteczka Śląskiego, częściej wybierali Towarzystwo Ubezpieczeniowe Aviva (75%) oraz PZU Życie (46,15%). Z kolei osoby mieszkające w gminach miejskich częściej wybierali towarzystwa ubezpieczeniowe: Warta (72,73%), Uniqa (60%) i ING Życie (60%). Żaden z ankietowanych deklarujący posiadanie polisy prywatnego ubezpieczenia nie potwierdził pełnego zadowolenia z posiadanej umowy z prywatną ubezpieczalnią. 100% ankietowanych posiadających polisę TU Compensa zgodnie twierdziło, że są zadowoleni, ale dokonaliby zmian. Duża część konsumentów TU Warta (81,82%) twierdziła podobnie. Wśród osób posiadających polisę w TU Uniqa 60% nie zmieniłoby ubezpieczyciela, dokonałoby jednak kilku modyfikacji. Nieco mniej klientów TU PZU Życie, bo 53,85%, oświadczało podobnie. Najwięcej niezadowolonych klientów ma TU Aviva, bo aż 75%, oraz ING Życie – 60%. Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała korelację istotną statystycznie pomiędzy wyborem towarzystwa ubezpieczeniowego, w którym respondenci posiadali polisę, a zadowoleniem z oferowanych przez nie usług ($p < 0,05$).

Polacy coraz częściej wykazują zainteresowanie dodatkowymi ubezpieczeniami zdrowotnymi ze względu na jakość świadczeń oraz krótszy czas oczekiwania na leczenie. Należy zwrócić uwagę, iż wybieranie prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego wiąże się z pokrywaniem przez pacjenta indywidualnych kosztów leczenia. Polacy na zdrowie wydają rocznie około 62 mld zł, z czego 30 mld jest płacone in-

dywidualnie przez pacjenta. Określa się, że w niedługim czasie około 10% polskiego społeczeństwa będzie korzystało z usług prywatnego ubezpieczyciela⁶.

Słonność do zakupu polisy zabezpieczenia zdrowotnego jest uzależniona od wieku ubezpieczonego. Jak wynika z badania, prywatną polisę posiada około 8% osób w wieku do lat 20. Wśród osób w wieku od 21 do 40 lat i od 41 do 60 lat odsetek ten znacznie wzrasta i wynosi już niecałe 30% dla każdej z tych grup. Zmniejszenie liczby osób posiadających polisę do 19% występuje w gronie osób powyżej 60. roku życia. Warto wziąć pod uwagę fakt, iż prywatni ubezpieczyciele przy zakupie polisy prywatnego ubezpieczenia medycznego wprowadzają progi wiekowe, po przekroczeniu których ubezpieczeni nie mogą wykupić lub przedłużyć ubezpieczenia medycznego, co może powodować niski odsetek osób starszych posiadających takie ubezpieczenie.

Istotnym czynnikiem wpływającym na posiadanie polisy prywatnego ubezpieczenia jest wykształcenie. Badania pokazują, że polisę prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego posiadało około 34% osób z wykształceniem wyższym i 27% osób z wykształceniem średnim. Natomiast osoby z wykształceniem podstawowym i zawodowym znacznie rzadziej posiadały polisę prywatnego ubezpieczenia, ponieważ wśród tych grup takie ubezpieczenie posiadało 14% osób z wykształceniem zawodowym i 11% osób z wykształceniem podstawowym. Poziom wykształcenia również istotnie wpływa na samą znajomość dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych – osoby deklarujące wyższe wykształcenie najlepiej oceniały swoją wiedzę na temat prywatnych, dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych.

Miejsce zamieszkania jest kolejnym czynnikiem mającym wpływ na posiadanie prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego. Osoby mieszkające w mieście wykazują trzykrotnie większą wiedzę o prywatnych ubezpieczeniach zdrowotnych w porównaniu do osób mieszkających na wsi. Warto zauważyć, że choć oferta prywatnych firm ubezpieczeniowych stale się rozwija, pod względem zarówno liczby oferowanych usług, jak i dostępności, jednakże ciągle jest bardziej dostępna w miastach. W konsekwencji osoby mieszkające w miastach mają większą możliwość skorzystania z usług firm oferujących prywatne ubezpieczenie niż mieszkańcy małych miejscowości i wsi.

Zdecydowana większość, bo prawie 72% badanych osób, które posiadają polisę prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego, płaci składki do 150 zł. 28% respondentów zdecydowało się płacić składkę na ubezpieczenie powyżej 150 zł. Dochód wydaje się wywierać silny i istotny wpływ na prawdopodobieństwo zakupu polisy prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego. Prawie co drugi ankietowany (53,83%) o najwyższych dochodach (powyżej 2000 zł) deklarował posiadanie umowy z prywatnym ubezpieczycielem. Wśród osób zarabiających w przedziale od 1001 do 1500 zł odsetek ten wyniósł około 13%. Taki sam odsetek osób posiadających prywatną polisę zaobserwowano w gronie osób z wynagrodzeniem poniżej 1000 zł. Składki na

⁶ J. Szczęsny, *Ratuj się*, „Menadżer Zdrowia” 2006, 5, s. 34-37.

dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne najczęściej (40,85%) pokrywane są z prywatnych środków osób pytanym. Zgodnie z odpowiedziami ankietowanych najrzadziej pokrywa je pracodawca (12,69%). Wskaźniki opłacania składek przez pracownika i pracodawcę oraz przez osobę trzecią były bardzo zbliżone i wynosiły odpowiednio 23,95% oraz 22,54%.

Ankietowani określili również w badaniu swój poziom satysfakcji z posiadania prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego. Około 91% zapytanych osób posiadających polisę prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego było zadowolonych z posiadanego ubezpieczenia, a 9% ankietowanych zgłosiło swoje niezadowolenie z jego posiadania. Analiza zadowolenia z posiadanej polisy komercyjnego ubezpieczenia w podziale na różne grupy wiekowe pozwala stwierdzić, że najbardziej zadowoloną grupą wiekową są osoby w wieku od 41 do 60 lat, a najmniej osoby w przedziale wiekowym od 21 do 40 lat. Kobiety stanowiły grupę osób, która częściej była niezadowolona z posiadanej polisy prywatnego ubezpieczenia (14,71%) w porównaniu do grupy mężczyzn (2,63%). Mężczyźni częściej deklaruowali stuprocentowe zadowolenie z umowy podpisanej z towarzystwem ubezpieczeniowym (60,53%) w porównaniu do kobiet (55,88%). Analiza ta nie wykazała jednak istotności statystycznej ($p > 0,05$). Przeprowadzone badanie statystyczne dowiodło jednak korelacji pomiędzy wykształceniem ankietowanych a zadowoleniem z posiadanej polisy ubezpieczenia zdrowotnego ($p < 0,05$). Osoby z wykształceniem średnim częściej deklaruowały zadowolenie z ubezpieczenia (62,16%). Nieco mniej (55,17%) odsetek ten wyniósł wśród osób posiadających wykształceniem wyższe. Osoby z wykształceniem zawodowym najczęściej odpowiadały, że są zadowolone, ale dokonałyby kilku zmian (60%).

W ankiecie zapytano również o reformę polskiego systemu zabezpieczenia zdrowotnego. Mieszkańcy powiatu tarnogórskiego mieli możliwość określenia najbardziej korzystnej zmiany polskiego systemu opieki zdrowotnej. W ankiecie zaproponowano cztery odpowiedzi, jak również możliwość zaproponowania własnego rozwiązania. Wśród wszystkich ankietowanych najbardziej popularnym rozwiązaniem polskiego systemu opieki zdrowotnej byłoby wprowadzenie publicznego systemu, uzupełnionego o dobrowolne, dodatkowe, prywatne ubezpieczenie zdrowotne (43,33%). Następną najczęściej wybieraną opcją była możliwość wyboru pomiędzy publicznym a prywatnym systemem ubezpieczeń (31,85%). Publiczny system ubezpieczeń społecznych (dotychczasowy system) wybrało 17,78% osób. Najmniej popularny był system prywatnych ubezpieczeń społecznych. Wybrało go zaledwie 7,04% ankietowanych. Można określić, że ponad 50% ankietowanych opowiedziało się za wprowadzeniem prywatnych ubezpieczeń do powszechnego systemu. Za brakiem zmian w obecnie obowiązującym systemie opowiedziało się niecałe 18% osób biorących udział w ankiecie. Według raportu Money.pl, sporządzonego na podstawie badań przeprowadzonych przez SMG/KRC Poland Human Resources na reprezentatywnej, ogólnopolskiej grupie 1003 osób, 60% badanych stanowią zwolennicy

płacenia dodatkowo za usługi medyczne, a nie odprowadzania wyższej składki do Narodowego Funduszu Zdrowia⁷.

Na wybór między publicznym a prywatnym ubezpieczeniem zdrowotnym mają wpływ dochody, wykształcenie oraz wiek. Ankietowani, których dochody były niższe, rzadziej deklarowali potrzebę wprowadzenia prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych do powszechnego systemu. W gronie osób, których dochody nie przekraczały kwoty 1000 zł, 27% nie widziało potrzeby zmian w obecnie obowiązującym systemie zabezpieczenia zdrowotnego, a tylko 23% chciałoby wprowadzenia prywatnych ubezpieczeń medycznych do powszechnego systemu. W grupie osób zarabiających najwięcej (powyżej 2000 zł) 10% preferuje obecnie obowiązujący system ubezpieczeń zdrowotnych, a liczba zwolenników prywatnych, dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych wzrasta w tej grupie do 54%.

Wprowadzenie prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego wiąże się również z przychylnością wobec ponoszenia kosztów dodatkowych składek. Na podstawie przeprowadzonego badania można stwierdzić, że osoby z wykształceniem średnim i wyższym częściej deklarowały konieczność wprowadzenia prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych do powszechnego systemu ochrony zdrowia, stanowiąc odpowiednio 46,32 i 46,99% wśród badanych. Osoby z wykształceniem podstawowym częściej preferują pozostawienie publicznego systemu ubezpieczeń zdrowotnych (57,13%).

Wyniki również ukazują chęć płacenia dodatkowych składek z uwzględnieniem grupy wiekowej. Ponad połowa zapytanych osób w przedziałach wiekowych od 21 do 40 lat i od 41 do 60 lat opowiedziało się za wprowadzeniem dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, stanowiąc odpowiednio 57 i 55,5%. Wśród osób powyżej 60. roku życia odsetek ten maleje aż do około 16%.

Powyższe wyniki świadczą o tym, że Polacy, dostrzegają potrzebę zmian w polskim systemie ochrony zdrowia i znaczna część Polaków znajduje pozytywne rozwiązanie w komercyjnych, dobrowolnych ubezpieczeniach zdrowotnych. Wyniki badań świadczą również o tym, że skłonność do płacenia dodatkowych składek na ubezpieczenie zdrowotne wzrasta wraz z poziomem wykształcenia, natomiast maleje wraz z wiekiem. Niechęć osób starszych wobec dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych może wynikać z wysokości składek. Osoby starsze charakteryzuje wyższe ryzyko utraty zdrowia, dlatego ubezpieczyciele zmuszeni są podnosić ceny składek wraz z wiekiem. Kolejnym czynnikiem wpływającym na niechęć osób starszych wobec prywatnych ubezpieczeń są niskie zarobki, emerytury lub renty, niepozwalające na zakup kompleksowego ubezpieczenia zdrowotnego. Ponadto można także wnioskować, że najmniej zamożna grupa osób nie chce wprowadzenia komercyjnych ubezpieczeń zdrowotnych w obawie, że świadczenia, które obecnie otrzymuje bezpłatnie, po reformie mogłyby być niedostępne.

⁷ M. Miśkiewicz, *Polacy chcą płacić za lepsze leczenie*, Raport Money.pl, Wrocław, czerwiec 2008.

Według ankietowanych głównym problemem dotyczącym wprowadzenia prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych do powszechnego systemu jest sytuacja, w której koszty leczenia wzrastają i część respondentów nie może sobie na nie pozwolić. Ten rodzaj zaniepokojenia wyraziła ponad połowa (55,90%) ankietowanych. 1/5 respondentów (20,50%) wyraziła obawę co do zalecania przez lekarzy drogich, a niezbędnych badań. Wśród osób, których lęki dotyczą wzrostu kosztów świadczeń, odsetek wyniósł 14,91%.

Kwestią istotną w przypadku wprowadzenia prywatnego ubezpieczenia jest wysokość składki, jaką ubezpieczeni powinni zapłacić. Prawie 50% ankietowanych byłoby skłonnych dopłacić do 50 zł do prywatnego ubezpieczenia, a około 40% osób kwotę w przedziale od 51 do 150 zł. Kwotę od 151 do 300 zł zapłaciłoby już tylko 10% ankietowanych.

W odniesieniu do zapytania o wysokość składki warto zauważyć, że przy rozkładzie odpowiedzi również istotne było wykształcenie. Osoby z wykształceniem wyższym chętniej płaciłyby na polisę prywatnego ubezpieczenia medycznego wyższe kwoty, zaś osoby z wykształceniem zawodowym wolałyby przeznaczać na ten cel mniejsze środki pieniężne. Kwotę do 50 zł na prywatne ubezpieczenie mogłoby przeznaczyć 75% osób z wykształceniem wyższym, a 90% osób z wykształceniem zawodowym. Odwrotna sytuacja występuje w przypadku płacenia na ubezpieczenie zdrowotne wyższej sumy pieniędzy: od 151 do 300 zł i powyżej 300 zł. Wyniki pokazują, że 20% osób posiadających dyplom uczelni wyższej mogłoby na ubezpieczenie zdrowotne przeznaczać kwotę od 151 do 300 zł. W przypadku osób z wykształceniem zawodowym i średnim tylko 7% osób w każdej z tych grup byłoby gotowych przeznaczyć tę kwotę na prywatne ubezpieczenie medyczne.

4. Podsumowanie

Stale wzrastające wydatki na ochronę zdrowia oraz rosnące wymagania w stosunku do publicznego systemu ochrony zdrowia prowadzą do poszukiwań rozwiązań mających na celu zwiększenie efektywności wydawanych środków pieniężnych i zwiększenia roli prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Niedoskonałość polskiego systemu zabezpieczenia zdrowotnego sprawia, że rynek prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych stale się rozwija. Coraz częściej jest omawiana kwestia wprowadzenia na rynek zabezpieczenia zdrowotnego niepublicznych podmiotów. Jednakże mimo wielu propozycji i prób wprowadzenia na polski rynek prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, Polska wciąż jest na etapie dyskusji. Co więcej, pojęcie „prywatne ubezpieczenia zdrowotne” ciągle nie zostało prawnie zdefiniowane w żadnej ustawie, a oferta obecnie funkcjonujących ubezpieczeń zdrowotnych jest proponowana w ramach ubezpieczenia na życie⁸.

⁸ I. Magda, K. Szczygielski, *Ocena możliwości poprawy działania polskiego systemu ochrony zdrowia. Współpłacenie i prywatne ubezpieczenia zdrowotne*, Ernst & Young, Warszawa 2011.

W wielu krajach Unii Europejskiej przynajmniej połowa obywateli posiada dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne. Warto również zauważyć, że na podstawie rozwiązań dotyczących systemu ubezpieczeń zdrowotnych wprowadzonych w innych krajach widać, że są one dobrym uzupełnieniem publicznego systemu zdrowotnego, a co więcej – stanowią znaczne źródło środków pieniężnych dla systemu powszechnego. Ponadto dzięki prywatnym ubezpieczeniom zdrowotnym obywatele zyskują nie tylko standardowe świadczenia, ale również łatwiejszy dostęp do specjalistów i lepszą jakość otrzymywanych świadczeń. Aż połowa ankietowanych zauważa pozytywne rozwiązanie we wprowadzeniu prywatnych ubezpieczeń do powszechnego systemu zdrowotnego.

Z przeprowadzonego badania wynika, że większość respondentów popiera reformę systemu publicznego, polegającą na wprowadzeniu do powszechnego systemu uzupełniających, dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych. Po ewentualnym wprowadzeniu do systemu powszechnego prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych blisko połowa zapytanych osób byłaby skłonna zapłacić składkę do 50 zł. Zmienna ta jest silnie zależna od dochodu ankietowanych. Osoby zarabiające więcej deklarowały chęć płacenia wyższej składki. Warto dodać, że większość mieszkańców powiatu tarnogórskiego korzysta zarówno z publicznej, jak i z prywatnej opieki zdrowotnej. Osoby korzystające z usług prywatnej opieki medycznej najczęściej uczęszczały do gabinetów: stomatologów, okulistów i ginekologów. Co drugi ankietowany za wizytę w prywatnym gabinecie lekarskim płacił kwotę w przedziale od 50 do 100 zł. Polisę prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego posiada co czwarta osoba, w równym stopniu kobiety i mężczyźni. Wykształcenie oraz osiągnięty miesięczny dochód istotnie wpływają na posiadanie polisy. Osoby z wyższym wykształceniem oraz o dochodach powyżej 2000 zł częściej deklarowały posiadanie polisy prywatnego, dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego. Zainteresowanie dobrowolnymi, dodatkowymi ubezpieczeniami zdrowotnymi w Polsce jest duże i wzrasta z roku na rok, dlatego warto się zastanowić, czy prywatne ubezpieczenia zdrowotne nie są dobrym sposobem na walkę z niedoskonałościami polskiego systemu ochrony zdrowia.

Literatura

- Björnberg A., Cebolla Garrofé B., Lindblad S., *Euro Health Consumer Index 2008*, Health Consumer Powerhouse, Bruksela 2009.
- Borda M., *Prywatne ubezpieczenie zdrowotne jako metoda dodatkowego finansowania ochrony zdrowia w krajach europejskich*, [w:] W. Sułkowska (red.), *Nowe wyzwania dla rynków ubezpieczeń w krajach Europy Środkowej i Wschodniej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2007.
- Gechert S., *Supplementary Private Health Insurance In Selected Countries, Lessons for EU governments?*, CESifo, the International Platform of the Ifo Institute of Economic Research and the Center for Economic Studies of Ludwig-Maximilians University, Wenecja 2009.

- Górska A., Jakubik N., *Gotowość społeczeństwa do podjęcia dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego*, [w:] B. Samoliński (red.), *Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne – DUZ 2006*, Scholar, Warszawa 2006.
- Magda I., Szczygielski K., *Ocena możliwości poprawy działania polskiego systemu ochrony zdrowia. Współpłacenie i prywatne ubezpieczenia zdrowotne*, Ernst & Young, Warszawa 2011.
- Miśkiewicz M., *Polacy chcą płacić za lepsze leczenie*, Raport Money.pl. Wrocław, czerwiec 2008.
- OECD (2011), *Health at a Glance 2011*, OECD Indicators, OECD Publishing, <http://dx.doi.org/10.1787/health-glance-2011-en>.
- Sobczak A., *Prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Charakterystyka i przegląd międzynarodowy*, [w:] A. Sobczak (red.), *Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Polsce i na świecie*, Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania, Warszawa 2004.
- Sowada C., *Dobrowolne prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Wyzwania dla Polski w świetle doświadczeń krajów Unii Europejskiej*, Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie 2003, 1.
- Strózik M., *Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne w krajach Unii Europejskiej*, „Zdrowie i Zarządzanie” 2003.
- Szczęśny J., *Ratuj się*, „Menadżer Zdrowia” 2006, 5.

POSSIBILITIES OF INTRODUCING PRIVATE INSURANCE IN THE PUBLIC HEALTH CARE SYSTEM IN POLAND IN THE OPINION OF THE INHABITANTS OF TARNOWSKIE GÓRY COUNTY

Summary: Introduction: The attempts of reforms in the Polish health care system do not give the desired results. Placing private health insurance appears to be an appropriate tool in financing health care system. The aim of the study is to investigate the opinion of residents of Tarnowskie Góry county about opportunities and threats of introduction of voluntary health insurance in Poland. The research tool was independently designed in a questionnaire. Statistical analysis was performed. It has been found out that every fourth person has private health insurance policy. Most respondents see the need for health reform, and every fourth person supports the introduction of supplementary, voluntary health insurance to the general system.

Keywords: private health insurance, health sector, public finance.