

Adam Kubów

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

PROBLEM FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH – PRYWATNE UBEZPIECZENIA ZDROWOTNE

Streszczenie: Organizacja systemu ochrony zdrowia należy do tych zagadnień, któremu we współczesnych rozwiniętych społeczeństwach poświęca się najwięcej uwagi. Poddawana jest ona ciągle różnym zmianom, których myślą przewodnią jest poprawa efektywności jej funkcjonowania. W krajach OECD podstawową formą finansowania świadczeń medycznych są powszechne ubezpieczenia publiczne, natomiast prywatne ubezpieczenia mają z nimi różne powiązania. Najczęściej ubezpieczenia prywatne uzupełniają ubezpieczenia publiczne i są źródłem finansowania świadczeń niedostępnych w systemie publicznym lub też dają możliwość pokrycia dopłat do świadczeń udzielanych w ramach publicznej ochrony zdrowia. Rozwój ich jednak napotyka liczne bariery, wśród których można wymienić przede wszystkim stopień zamożności społeczeństwa.

Słowa kluczowe: ochrona zdrowia, ubezpieczenia społeczne i prywatne, bariery, korzyści.

1. Wstęp

W Europie nie ma jednolitego systemu finansowania opieki zdrowotnej, występują w nim jednak pewne cechy wspólne. Podstawowym źródłem finansowania sektora zdrowotnego w europejskich gospodarkach rynkowych są wydatki publiczne. W krajach o wysokim poziomie rozwoju gospodarczego (np. Niemcy, Francja, Holandia) wydatki publiczne (z budżetu centralnego lub lokalnego) na ochronę zdrowia stanowią ponad 75% wydatków ogólnych. Opłaty wnoszone przez pacjentów są na ogół niskie i traktowane jako racjonalizujące popyt. Najniższy ich poziom występuje w Irlandii i Holandii, zdecydowanie wyższy w Belgii. Generalnie jednak dynamika wydatków na ochronę zdrowia w Europie jest relatywnie wyższa od dynamiki PKB. Wynika to przede wszystkim z rozwoju sektora medycznego i wzrostu kosztów jego funkcjonowania, a te z kolei rosną w wyniku postępu technicznego oraz kwalifikacji zawodowych personelu medycznego. We współczesnych czasach w opiece medycznej krajów rozwiniętych dominuje tzw. twarda technologia, polegająca na zastosowaniu nowoczesnych urządzeń medycznych, wymagająca rozwoju nowych specjalizacji medycznych i wzrostu zatrudnienia wykwalifikowanego personelu medycznego do obsługi aparatury diagnostycznej i terapeutycznej. Zmiany te

powodują, że leczenie coraz częściej przenosi się z gabinetów lekarskich do szpitali. Współczesne ośrodki zamkniętej opieki medycznej to często wielkie profesjonalne instytucje nastawione raczej na wysokie technologie i kompetencje naukowe niż na kontakt z pacjentem. Tendencja ta znajduje odzwierciedlenie w malejącej liczbie pielęgniarek przypadających na jednego lekarza i wystąpiła szczególnie wyraźnie w Austrii, Belgii i Danii¹.

Funkcjonujące w krajach europejskich rozwiązania w ochronie zdrowia można sprowadzić do trzech tradycyjnych modeli systemów zdrowotnych: Bismarckowskiego, Beveridge'a i rezydualnego.

Model Bismarckowski charakteryzuje się wysokim stopniem decentralizacji. Opiera się na rozwiniętym systemie kas chorych i zakładach ubezpieczeniowych, stąd też nazywany jest systemem ubezpieczeniowym. W modelu tym instytucje kas chorych i zakłady ubezpieczeniowe zawierają umowy z wytwórcami usług i udzielają świadczeń ubezpieczonym. Rola państwa jest ograniczona – sprowadza się do ogólnego nadzoru i tworzenia ram prawnych funkcjonowania systemu.

W modelu Beveridge'a naczelną zasadą jest zagwarantowanie bezpieczeństwa socjalnego wszystkim obywatelom przez odwołanie się do pojęcia zaspokojenia elementarnych potrzeb. W krajach opierających swoje systemy zdrowotne na tym modelu prawo do świadczeń zdrowotnych przysługuje wszystkim obywatelom. Za ich świadczenie odpowiedzialne jest państwo i wyspecjalizowane instytucje należące do sektora publicznej ochrony zdrowia. W wielu krajach integralną częścią tego modelu są dobrowolne ubezpieczenia uzupełniające.

Cechą charakterystyczną modelu rezydualnego jest pluralizm. Na uwagę zasługuje również to, że dominującą rolę odgrywa w nim sektor prywatny, co powoduje, że odpowiedzialność za zdrowie staje się sprawą indywidualną. Rola sektora publicznego jest natomiast wyraźnie ograniczona – obejmuje on wyłącznie osoby znajdujące się w szczególnej potrzebie: biedne, starsze, niezdolne do pracy, matki z dziećmi czy inne osoby, które znalazły się w trudnej sytuacji życiowej².

Mimo stosowania różnych rozwiązań w dziedzinie finansowania i organizowania ochrony zdrowia, naczelną zasadą, jaką przyjmują rozwinięte kraje europejskie, jest dążenie do zagwarantowania obywatelom w miarę pełnego zakresu świadczeń medycznych wysokiej jakości. Realizację tego celu ograniczają liczne bariery, do których można zaliczyć:

- a) szybko rosnące koszty opieki zdrowotnej,
- b) wzrastające obciążenia składkami pracodawców i pracowników,
- c) kreowanie wzrostu popytu na usługi medyczne przez świadczeniodawców, co stwarza konieczność poszukiwania sposobów hamujących tempo wzrostu nakładów na zdrowie,

¹ *Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia 2009*, www.OECD Health Data 2009 (dostęp: 20.02.2011).

² M. Rutkowska, *Towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych. Społeczne aspekty funkcjonowania w ubezpieczeniach zdrowotnych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006, s. 33-35.

- d) niską efektywność pracy części placówek opieki zdrowotnej,
- e) brak pełnej dostępności świadczeń zdrowotnych³.

2. Organizacja i finansowanie ochrony zdrowia w Polsce

W Polsce w warunkach systemu nakazowo-rozdzielczego podmioty świadczące usługi zdrowotne, a także władze terenowe nie miały wyraźnego wpływu na strategię działania placówek medycznych. Jednakże i w tych warunkach podmioty dostarczające usług medycznych zapewniały społeczeństwu szeroki zestaw świadczeń, a często też wysoką ich jakość. Pod koniec lat 80., już na początku okresu transformacji, pojawiło się wiele istotnych kwestii, z jednej strony stawiających nowe zadania przed instytucjami świadczącymi usługi zdrowotne, a z drugiej ograniczających zasoby płynących do nich środków finansowych. W pierwszych latach transformacji ustrojowej zmniejszyły się zasoby budżetu państwa, a tym samym możliwości finansowania usług przez środki pochodzące z budżetu. Niekorzystnie na ochronę zdrowia wpłynęła także zmiana wewnętrznej struktury wydatków państwa, skutkująca zmniejszeniem części środków przeznaczanych na sferę usług medycznych. Od 1991 r. znacznym uzupełnieniem subwencji pochodzących z budżetu państwa stały się budżety gmin. Zmiany te zostały wprowadzone zapisami ustawy o samorządzie terytorialnym z 8 marca 1990 r. oraz o zakładach opieki zdrowotnej z 30 sierpnia 1991 r. Jednak łączny udział wydatków publicznych na usługi medyczne w PKB w Polsce był i nadal jest wyraźnie niższy niż w rozwiniętych krajach europejskich.

Ciągły brak środków wymuszał w ochronie zdrowia realizację strategii przetrwania poprzez podejmowanie różnych działań oszczędnościowych. Niekorzystnym zmianom w opiece zdrowotnej miała zapobiec reforma wprowadzona w 1999 r. na mocy ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Ustawa bowiem wprowadzała nowe zasady odpowiedzialności za zdrowie oraz nowego partnera w ochronie zdrowia, jakim były kasy chorych. Na mocy ustawy zakłady opieki zdrowotnej zostały przekształcone z zakładów i jednostek budżetowych w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Przed menedżerami nimi kierującymi zostały postawione cele podobne do tych, jakie były stawiane przed przekształcanymi przedsiębiorstwami państwowymi – mieli oni zahamować proces zadłużania się jednostek medycznych, osiągnąć poziom samofinansowania, a docelowo uzyskać także nadwyżkę finansową.

W myśl ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym środki finansowe przeznaczone na organizację opieki zdrowotnej miały pochodzić przede wszystkim z kas chorych, które w nowym systemie stały się jednostkami organizacyjnymi ubezpieczenia zdrowotnego, odpowiedzialnymi za realizację zadań z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego. Kasy chorych stały się podmiotami zarządzającymi finan-

³ J. Leowski, *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne. Ochrona zdrowia w gospodarce rynkowej*, CeDeWu, Warszawa 2004, s. 160-165.

Tabela 1. Udział wydatków na ochronę zdrowia w PKB w krajach OECD w 2007 r.

Udział (w %)	Kraje
Do 6	Turcja (5,7), Meksyk (5,9)
6-7	Polska (6,4), Czechy (6,8), Korea (6,8)
7-8	Luksemburg (7,3), Węgry (7,4), Irlandia (7,6), Słowacja (7,7)
8-9	Japonia (8,1), Finlandia (8,2), Wielka Brytania (8,4), Hiszpania (8,5), Włochy (8,7), Australia (8,7), Norwegia (8,9)
9-10	Szwecja (9,1), Nowa Zelandia (9,2), Islandia (9,3), Grecja (9,6), Dania (9,8), Holandia (9,8), Portugalia (9,9)
Powyżej 10	Austria (10,1), Kanada (10,1), Belgia (10,2), Niemcy (10,4), Szwajcaria (10,8), Francja (11,0) Stany Zjednoczone (16,0)
8,9	Średnia OECD

Źródło: *Wydatki na zdrowie na całym świecie*, OECD Health Data 2009 (dostęp: 15.02.2011).

sami pochodzącymi ze składek opłacanych przez ubezpieczonych mieszkających na terytorium danego województwa⁴. W ten sposób budżet został częściowo odciążony, a jego rola ograniczona do finansowania tylko najważniejszych przedsięwzięć, jak: budowa nowych zakładów opieki zdrowotnej, zakupy nowoczesnej aparatury, kształcenie i doskonalenie kadr medycznych, finansowanie ogólnopolskich programów profilaktycznych czy realizacja innych, zwłaszcza priorytetowych, celów polityki zdrowotnej. Natomiast wcześniej, do 1 stycznia 1999 r., środki na służbę zdrowia niemal w całości pochodziły z budżetu państwa i budżetów terenowych.

W myśl nowych rozwiązań kasy chorych stały się płatnikiem odpowiedzialnym za bieżące wydatki na większą część świadczeń. Ich podstawowym celem było dostarczanie – w ramach budżetu, jakim dysponowały – pełnego zestawu usług medycznych wszystkim ubezpieczonym pacjentom zamieszkującym terytorium, na którym działały (tj. województwo). Wytwórcami usług natomiast pozostały instytucje lub osoby wykonujące zawody samodzielne: lekarze, pielęgniarki, położne. Właścicielami mienia większości świadczeniodawców, czyli zakładów opieki zdrowotnej, stały się jednostki samorządu terytorialnego, a w przypadku szpitali specjalistycznych – organy administracji rządowej.

Tworzenie nowego porządku w sferze ochrony zdrowia napotkało jednak te same bariery, z którymi już wcześniej borykali się dyrektorzy przekształconych przedsiębiorstw przemysłowych, a więc ograniczony dostęp do kapitału, wyeksploatowane, przestarzałe wyposażenie placówek, a także niechęć wobec zmian zarówno ze strony pracowników ochrony zdrowia, jak i związków zawodowych. Specyficzna bariera pojawiła się też w sferze usług medycznych. Ze względu na wagę potrzeb zaspokajanych przez tę sferę, niemożliwa okazała się rezygnacja ze świadczenia

⁴ Istniało 16 Regionalnych i jedna Branzowa Kasa Chorych. Regiony odpowiadały nowym województwom.

usług, które nie przynosiły nadwyżki finansowej, czy rezygnacja ze świadczenia usług w sytuacji, gdy uzyskanie za nie zapłaty było wysoce problematyczne. W rezultacie zmiana systemu finansowania nie przyniosła wszystkich spodziewanych korzyści, lecz mimo to była znacznym postępowaniem w stosunku do rozwiązania sprzed reformy. Środki przeznaczone przez kasy chorych nadal nie wystarczały na pokrycie bieżących kosztów funkcjonowania placówek, często więc dochodziło do redukcji personelu medycznego, a także do likwidacji lub łączenia placówek medycznych.

W 2003 r. nastąpiły kolejne zmiany w sferze ochrony zdrowia – likwidacji uległy kasy chorych, a ich miejsce zajął Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Nowe rozwiązanie miało wyeliminować problem podziału środków finansowych pomiędzy regiony, a w konsekwencji rozwiązać problemy finansowe placówek służby zdrowia oraz poprawić dostępność usług medycznych dla pacjentów, gdyż ustawa o NFZ wprowadzała powszechne kryteria oceny ofert złożonych przez świadczeniodawców. Rozwiązanie to jednak okazało się niezbyt skuteczne, ponieważ nie wyeliminowało zróżnicowania stawek świadczeń medycznych ani też zadłużenia szpitali czy ograniczonej dostępności do usług, zwłaszcza specjalistycznych. Doprowadziło natomiast do niekorzystnej sytuacji, w której kontrakty nie były oparte na zasadzie finansowania zgodnej z głównym hasłem reformy „pieniądz idzie za pacjentem”, lecz do zakupu limitowanej liczby świadczeń zdrowotnych. Przekroczenie kontraktów było regulowane jedynie w wyjątkowych przypadkach w drodze negocjacji kontraktu i tylko wtedy, gdy oddział NFZ posiadał jeszcze niewykorzystane środki. Natomiast wybór świadczeniodawcy przez pacjenta był możliwy tylko to momentu wyczerpania indywidualnego limitu liczby świadczeń zapisanych w kontrakcie między NFZ a świadczeniodawcą. W rezultacie pacjent skazany był na tego świadczeniodawcę, który nie wykorzystał limitu, albo musiał korzystać z usług odpłatnych.

Od 1 kwietnia 2003 r. obowiązki w zakresie ochrony zdrowia ubezpieczonych realizowane są przez organy administracji rządowej, Narodowy Fundusz Zdrowia oraz jednostki samorządu terytorialnego. Przejmowanie odpowiedzialności za zdrowie społeczności lokalnych przez jednostki samorządu terytorialnego rozpoczęło się już wcześniej, w latach 80. poprzedniego wieku. Kontynuacja tego procesu oceniana była bardzo pozytywnie, ponieważ proces decentralizacji odpowiedzialności za zdrowie przyczyniał się do:

- a) pełniejszej i dokładniejszej diagnozy potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnych,
- b) swobodnej artykulacji potrzeb upodmiotowionych zbiorowości,
- c) wzrostu odpowiedzialności społeczności lokalnych za stan i funkcjonowanie ochrony zdrowia,
- d) ściślejszego powiązania placówek medycznych ze środowiskiem zamieszkania,
- e) niwelowania zróżnicowań w wyposażeniu terenu w placówki medyczne.

Organizacja polskiego systemu ochrony zdrowia nie wyróżnia się wśród rozwiązań europejskich, stąd również podstawowym problemem ochrony zdrowia

Tabela 2. Ocena zmiany zaspokojenia potrzeb zdrowotnych w Polsce w latach 2000-2009^a

Wyszczególnienie	2000	2003	2005	2007	2009
Pogorszyło się	41	38	38	27	25
Poprawiło się	3	4	3	4	3
Nie zmieniło się	57	58	59	69	72

^a w odniesieniu do poprzedniego pomiaru

Źródło: J. Czapiński, T. Panek (red.), *Diagnoza społeczna 2009. Warunki i jakość życia Polaków*, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2009, s. 114, www.diagnoza.com (dostęp: 21.02.2010).

w Polsce są rosnące jej koszty, brak dostatecznych środków finansowych, a w konsekwencji wydłużone oczekiwanie na część usług medycznych. Przyczyną wielu negatywnych skutków było niewątpliwie zbyt długie odwołanie reformowania opieki zdrowotnej w Polsce. Ponadto do trudności finansowych podmiotów ochrony zdrowia musiało prowadzić niedoszacowanie kosztów obsługi nowego systemu. Bardzo duże, jak pokazują doświadczenia krajów zachodnich, są wydatki na szkolenia pracowników o wysokich kwalifikacjach (kadry kierowniczej i księgowych instytucji medycznych). I te doświadczenia krajów zachodnich powinny zostać uwzględnione w poszukiwaniach rozwiązań doskonalących polski system finansowania ochrony zdrowia.

3. Ubezpieczenia zdrowotne

Ubezpieczenia społeczne są elementem polityki społecznej państwa; są formą zabezpieczenia społecznego, rozumianego jako całokształt urządzeń publicznych chroniących przed niedostatkiem⁵. Ich celem jest ochrona przed negatywnymi skutkami utraty źródła utrzymania, zwłaszcza w sytuacji choroby, wypadku czy osiągnięcia wieku emerytalnego.

Ubezpieczenia zdrowotne są więc tym rodzajem ubezpieczenia społecznego, które pokrywa koszty opieki medycznej i innych usług medycznych. Ubezpieczenia zdrowotne, podobnie jak inne, dzielą się na publiczne i prywatne. Ubezpieczenia publiczne to takie, których realizacja jest produktem woli państwa, i które prowadzone są przez publiczną osobę lub jednostkę. Jednostką tą w Polsce, o czym wspomniano wcześniej, jest od 2003 r. NFZ. Natomiast prywatne ubezpieczenie zdrowotne to takie usługi, dzięki którym klient w zamian za stałą opłatę uzyskuje uprawnienia do świadczeń zdrowotnych lub środki na ich sfinansowanie w razie potrzeby. W odróżnieniu od ubezpieczenia publicznego, mają one charakter dobrowolny i niepowszechny.

⁵ T. Szumlicz, *Ubezpieczenia społeczne*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz – Warszawa 2005, s. 11-12.

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne obejmują dwa podstawowe rodzaje ryzyka: ryzyko utraty dochodów i ryzyko zwiększonych wydatków wskutek utraty zdrowia. Mogą być one traktowane jako ubezpieczenie krótkoterminowe lub długoterminowe. Ubezpieczenia krótkoterminowe najczęściej nie przekraczają jednego roku, długoterminowe natomiast obejmują czas znacznie dłuższy. Okres ubezpieczenia ma wpływ na wysokość opłacanej składki. W pierwszym przypadku jest ona wyższa, gdyż oparta jest na faktycznym ryzyku związanym z konkretnym ubezpieczonym w okresie roku. W drugim przypadku składka jest niższa, jej wysokość opiera się na uśrednionym poziomie ryzyka w całym okresie ubezpieczeniowym, a więc ma charakter wyrównany.

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne pełnią swoje funkcje poprzez:

- świadczenia niepieniężne, czyli zagwarantowanie ubezpieczonemu dostępu do świadczeń medycznych,
- zwrot kosztów świadczeń medycznych nabywanych w niepublicznej służbie zdrowia lub dopłat pacjentów do świadczeń udzielanych przez publiczną służbę zdrowia,
- wypłatę świadczeń w razie konieczności korzystania z usług medycznych – najprostsze polisy, np. wypłata określonej kwoty za każdy dzień pobytu w szpitalu, jeśli pobyt ten wpłynął na ograniczenie dochodów⁶.

Świadczenia wynikające z tytułu zawarcia umowy ubezpieczeniowej na ogół nie pokrywają w całości kosztów medycznych i wymagają pewnego stopnia partycypacji także samego ubezpieczonego.

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne funkcjonują na świecie w dwojaki sposób. Mogą być to klasyczne zakłady ubezpieczeń, które sprzedają polisy zdrowotne klientom, a następnie nabywają świadczenia medyczne od innych, niezależnych od siebie podmiotów (przychodni, szpitali, zakładów rehabilitacyjnych), lub też zwracają koszty leczenia ubezpieczonym. W ten sposób działają zakłady ubezpieczeń w wielu krajach, m.in. w Polsce. Innym rozwiązaniem są zakłady zintegrowanej ochrony zdrowia, będące połączeniem zakładu ubezpieczeń z zakładem opieki zdrowotnej. W tym przypadku zakład ubezpieczeń za otrzymaną składkę sam udziela świadczeń medycznych lub organizuje ich udzielenie poprzez jednostki związane z nim organizacyjnie.

W krajach OECD podstawową formą finansowania świadczeń medycznych są powszechnie ubezpieczenia publiczne, natomiast rola ubezpieczeń prywatnych jest zróżnicowana. Najczęściej ubezpieczenia prywatne uzupełniają ubezpieczenia publiczne i są źródłem finansowania świadczeń niedostępnych w systemie publicznym lub też dają możliwość pokrycia dopłat do świadczeń udzielanych w ramach publicznej ochrony zdrowia. Innym rozwiązaniem jest równoległe funkcjonowanie ubezpieczeń publicznych i prywatnych. W tym przypadku ubezpieczenia prywatne

⁶ M. Węgrzyn, D. Wasilewski (red.), *Komercjalizacja i prywatyzacja ZOZ – kluczowe czynniki sukcesu*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 2006, s. 252.

zapewniają dostęp do świadczeń udzielanych w ramach publicznej służby zdrowia, a także umożliwiają dostęp do świadczeń o podwyższonym standardzie, np. lepszej sali w szpitalu, zapewnienia dodatkowej opieki pielęgniarskiej czy uzyskania dostępu do usługi z pominięciem długiej kolejki. Może być to także rozwiązanie polegające na tym, że pacjent dokonuje wyboru, czy chce należeć do publicznego, czy prywatnego systemu ubezpieczeń. W tym przypadku występują wyraźne uregulowania państwowe zapewniające udzielenie świadczenia, sprowadzające się do wyznaczenia dolnej granicy dochodów upoważniających określone grupy ludności do dokonywania takiego wyboru. Przykład Holandii dowiódł jednak, że rozwiązanie takie nie sprawdza się w praktyce. Podstawową jego słabością jest to, że ogranicza środki publicznej ochrony zdrowia, gdyż wyboru mogli dokonywać zamożniejsi obywatele, którzy płaciliby wyższe składki na opiekę publiczną.

W warunkach systematycznego wzrostu kosztów usług medycznych, a także zwiększonego na nie zapotrzebowania, coraz istotniejszego znaczenia nabierają ubezpieczenia prywatne, które odgrywają rolę ubezpieczeń dodatkowych.

Analiza wydatków na zdrowie pozwala zauważyć, że we wszystkich krajach europejskich podstawowym źródłem finansowania ochrony zdrowia są środki o charakterze publicznym, pochodzące z budżetu państwa, budżetów jednostek samorządu terytorialnego, obligatoryjnych ubezpieczeń zdrowotnych i społecznych, a także innych, np. programów zdrowotnych. Jeśli zaś chodzi o udział funduszy prywatnych, to jest on najwyższy w takich krajach europejskich, jak Szwajcaria, Grecja i Słowacja. Polska także należy do krajów o wysokim – niemal 30-procentowym – udziale środków prywatnych w finansowaniu ochrony zdrowia.

Tabela 3. Udział środków prywatnych w całkowitych wydatkach na ochronę zdrowia w krajach OECD w 2007 r. w przeliczeniu na 1 mieszkańca w dolarach USA

Udział (w %)	Kraje
Do 10	Luksemburg (9,1)
10-20	Czechy (14,8), Dania (15,5), Norwegia (15,9), Islandia (17,5), Szwecja (18,3), Wielka Brytania (18,3), Holandia (18,5), Japonia (18,8), Irlandia (19,3), Nowa Zelandia (19,9)
20-30	Francja (20,5), Niemcy (23,1), Włochy (23,5), Austria (23,6), Belgia (24,9), Finlandia (25,4), Hiszpania (28,2), Portugalia (28,5), Turcja (28,6), Polska (29,2), Węgry (29,4), Kanada (30,0)
30-40	Kanada (30,0), Australia (32,3), Słowacja (33,2), Grecja (39,6)
40-50	Szwajcaria (40,7), Korea (45,1)
Powyżej 50	Stany Zjednoczone (54,6), Meksyk (54,8)
26,5	Średnia OECD

Źródło: *Wydatki na zdrowie na całym świecie...*

Wśród państw, w których udział środków prywatnych jest zarówno bardzo niski, jak i bardzo wysoki znajdują się kraje o zróżnicowanym poziomie rozwoju. Udział

środków prywatnych, a także stopień rozwoju prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w krajach Unii Europejskiej jest zróżnicowany. Analiza udziału środków prywatnych w finansowaniu ochrony zdrowia nie pozwala jednak dostrzec wyraźnej zależności między poziomem rozwoju gospodarczego a udziałem środków prywatnych w jej finansowaniu. Wynika to bowiem z oddziaływania na ich rozwój różnych czynników, w tym politycznych, społecznych i ekonomicznych. Do najczęściej wymienianych zaliczane są:

- wysokość wydatków na ochronę zdrowia, uzależniona od poziomu rozwoju kraju i dochodów ludności,
- tradycje i uwarunkowania systemowe,
- uwarunkowania społeczno-demograficzne⁷.

Przykłady krajów UE dowodzą, że zainteresowanie dodatkowymi ubezpieczeniami zdrowotnymi rośnie, gdy jest rozbudowane i wspierane przez przywileje podatkowe. W Irlandii ulga podatkowa dotyczy całości wydatków na prywatne ubezpieczenia zdrowotne, w Portugalii są one odliczane od podstawy opodatkowania, ale nie w całości, tylko w 25%. W Niemczech możliwość odliczenia wydatków od dochodów do opodatkowania przysługuje tylko osobom fizycznym. Inną formę wspierania rozwoju prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych stosują Francja, Belgia i Włochy. W krajach tych bodźce podatkowe kierowane są przede wszystkim do towarzystw ubezpieczeń wzajemnych. We Francji są one całkowicie zwolnione od podatku dochodowego, podczas gdy w przypadku ubezpieczycieli komercyjnych płacony jest podatek dochodowy w wysokości 7%⁸.

4. Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne

– sposób na dofinansowanie ochrony zdrowia w Polsce

Prywatyzacja powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, sprowadzająca się do swobodnego wyboru towarzystwa ubezpieczeniowego, nie jest zapewne rozwiązaniem korzystnym, może bowiem powodować ograniczenie dopływu środków przeznaczanych na finansowanie publicznej ochrony zdrowia, która jest podstawą gwarantującą zaspokojenie potrzeb zdrowotnych. Rozwiązanie to byłoby ryzykowne tym bardziej, gdyby osoby dobrze sytuowane mogły zrezygnować z obowiązkowego ubezpieczenia i wykupić ubezpieczenie komercyjne, gwarantujące pokrycie wszelkich potrzeb zdrowotnych (wspomniany wcześniej przykład Holandii). Rezygnacja z systemu powszechnego wymaga specjalnych uregulowań prawnych. Natomiast wiele korzyści mogłoby przynieść rozwiązanie prowadzące do upowszechnienia dodatkowych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Można do nich zaliczyć:

⁷ J. Michalak, *Komercyjne, uzupełniające ubezpieczenia zdrowotne, wypadkowe i medyczne w Unii Europejskiej i innych krajach*, „Polityka Zdrowotna” 2004, t. I, s. 67.

⁸ Tamże, s. 68-69.

- lepsze dostosowanie zakresu ochrony ubezpieczeniowej do indywidualnych potrzeb, a dzięki temu zwiększenie środków na procedury i świadczenia medyczne odpowiadające rzeczywistym potrzebom ubezpieczonego;
- wzięcie większej odpowiedzialności za własne zdrowie, co jest szczególnie ważne w warunkach rozwoju chorób cywilizacyjnych i starzejącego się społeczeństwa;
- rozwój świadomości ubezpieczeniowej społeczeństwa, zwłaszcza w zakresie indywidualnego zarządzania własnym ryzykiem oraz narastającego niedołęstwa starczego;
- pozyskanie dodatkowych funduszy na opłacanie opieki długoterminowej, a przez to usprawnienie funkcjonowania całego systemu;
- możliwość rozszerzenia katalogu świadczeń gwarantowanych w ramach państwowej opieki medycznej o procedury nowe, droższe, o lepszym standardzie;
- usprawnienie dostępu do świadczeń zdrowotnych w wyniku zwiększenia lub nawet likwidacji limitów świadczeń i procedur medycznych;
- możliwość realizacji zasady swobodnego wyboru lekarza i świadczeniodawcy.

Do najważniejszych przesłanek rozwoju prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce zapewne należą takie same zmiany, jakie zachodzą w innych krajach europejskich, powodujące ciągły wzrost kosztów opieki zdrowotnej. Wzrost ten spowodowany jest procesami demograficznymi, postępem technologii oraz rosnącymi oczekiwaniami społeczeństwa dotyczącymi jakości usług i świadczeń medycznych.

Od wielu lat w rozwiniętych państwach europejskich, a także w Polsce obserwowane są zmiany demograficzne polegające na spadku dzietności oraz wydłużaniu się średniej długości życia. Rośnie tym samym liczba osób starszych, które częściej korzystają ze świadczeń opieki zdrowotnej, a te ze względu na postęp technologiczny stają się coraz droższe. Z roku na rok rosną też wymagania społeczeństwa dotyczące liczby i jakości usług medycznych. Nie dotyczy to tylko procesu leczenia, lecz również innych usług mających na celu utrzymanie jak najlepszego stanu zdrowia, zapobieganie chorobom czy wcześniejszego ich rozpoznawania. Procedury profilaktyczne także pochłaniają ogromne środki. W krajach o rozwiniętym rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych usługi profilaktyczne stanowią istotną część produktów ubezpieczeniowych. Towarzystwa ubezpieczeniowe stosują nawet specjalne premie finansowe w postaci niższych składek dla klientów regularnie korzystających z badań profilaktycznych⁹. Profilaktykę wyraźnie premiuje również publiczny system ochrony zdrowia w wielu krajach. Na przykład w Niemczech osoby, które nie dbają o profilaktyczne badania stomatologiczne, płacą więcej za leczenie zębów, natomiast w Szwecji kobiety nie wykonujące badań profilaktycznych podczas ciąży same częściowo pokrywają koszty porodu przeprowadzonego w szpitalu¹⁰.

⁹ X. Kuszewska, *Rozwój produktów ubezpieczeniowych w zakresie ochrony zdrowia w Europie i w Polsce*, „Polityka Zdrowotna” 2004, t. 2, s. 64.

¹⁰ S. Szpakowska, *Nie choruj, a składki płacę*, „Rzeczpospolita” 2 kwietnia 2008.

Niewątpliwie argumentem przemawiającym za rozwojem prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jest także funkcjonująca dość powszechnie w ochronie zdrowia szara strefa, pacjenci bowiem – chcąc skorzystać z trudno dostępnych usług – próbują tę barierę pokonać, uciekając się do różnych rodzajów „dowodów wdzięczności” za przyspieszenie usługi bądź lepszą jej jakość. Zapewne takie praktyki należy uznać nie tylko za niemoralne, ale także dezorganizujące funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia.

Rozwój prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych napotyka jednak liczne bariery o różnym charakterze. Jedną z głównych jest brak prawnie określonego zakresu świadczeń medycznych gwarantowanych przez publiczną służbę zdrowia w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (tzw. koszyka świadczeń gwarantowanych). W Polsce w zasadzie katalog świadczeń gwarantowanych jest określany przez zestaw takich świadczeń, które nie są opłacane przez system ubezpieczeń powszechnych. Przykładem są niektóre usługi stomatologiczne, usługi chirurgii kosmetycznej, operacje zmiany płci. Sporządzenie bardziej precyzyjnego zespołu świadczeń należących lub nienależących do gwarantowanych przez system publicznej ochrony zdrowia zapewne zwiększyłoby zainteresowanie prywatnymi uzupełniającymi ubezpieczeniami zdrowotnymi¹¹.

Wśród barier rozwoju prywatnych zdrowotnych ofert ubezpieczeniowych wymienia się także brak działających na zasadach rynkowych dostatecznej liczby placówek medycznych, które byłyby w stanie zapewnić odpowiedni pakiet i jakość usług medycznych. A nawet jeśli takie powstają, to są głównie zlokalizowane w aglomeracjach miejskich. Natomiast placówki publiczne, które mogłyby także tworzyć zaplecze dla ubezpieczeń prywatnych, często nie dysponują odpowiednimi środkami finansowymi pozwalającymi na rozbudowę i unowocześnienie swej infrastruktury.

Istotną barierą rozwoju prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych są same zakłady ubezpieczeń, które niechętnie otwierają się na szerokie rzesze klientów. Wykazują one zwykle niechęć w stosunku do osób z grupy o podwyższonym ryzyku zachorowania, czyli osoby starsze, przewlekle chore czy z wadami wrodzonymi. Ta część potencjalnych usługobiorców, chcąc się ubezpieczyć, musiałaby opłacać składki ubezpieczeniowe przekraczające ich możliwości finansowe.

Do zasygnalizowanych zapewne dołącza się także bariera w postaci możliwości przerzucania kosztów między sektorem publicznym i prywatnym. Zamiast dodatkowego ubezpieczenia pokrywającego koszty niektórych trudno dostępnych usług, pacjent może rozpocząć leczenie w łatwiej dostępnym systemie prywatnym, natomiast w momencie gdy koszty leczenia byłyby bardzo wysokie, kontynuuje je w systemie publicznym. Procedura taka sprzyja rozwojowi sektora prywatnego, ale nie mobilizuje do dodatkowego ubezpieczania się¹².

¹¹ R. Pukała, *Główne bariery rozwoju ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce*, „Polityka Zdrowotna” 2004, t. 2, s. 27.

¹² Tamże, s. 28-30.

Tabela 4. Odsetek gospodarstw domowych korzystających z placówek opieki zdrowotnej według źródła finansowania usług w Polsce w latach 2000-2009

Lata	Środki publiczne	Środki prywatne	Abonamenty
2000	86	38	5
2003	90	36	5
2005	91	37	4
2007	92	44	5
2009	92	49	5

Źródło: J. Czapiński, T. Panek (red.), wyd. cyt., s. 108.

Bardzo ważnym bodźcem, który mógłby skłonić klientów do wykupienia prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego, oprócz zawartych w omówionych barierach, mogłyby być ulgi podatkowe. Instrument ten z jednej strony ograniczyłby wysokość składki, byłby środkiem popularyzacji prywatnych ubezpieczeń, a w konsekwencji zapewniałby większy dopływ środków finansujących rozwój sektora prywatnego i publicznego. Rozwiązanie to sprawdziło się już w wielu krajach. W Polsce na razie brak tego typu udogodnień. Obecna sytuacja finansów publicznych, której charakterystyczną cechą jest narastanie długu publicznego, nie sprzyja wprowadzeniu takiego rozwiązania, gdyż niewątpliwie ograniczyłoby ono dopływ środków do budżetu, natomiast na pozytywne efekty należałoby poczekać. Według sondażu „Gazety Prawnej” z 2009 r., aż 50% respondentów uważało ulgę za istotną zachętę do zakupu dodatkowej polisy zdrowotnej¹³.

O potrzebie upowszechnienia systemu dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce mówi się niemal od początku okresu transformacji; dyskutowano wiele różnych projektów. Wprowadzenie tego systemu na szerszą skalę okazuje się jednak bardzo trudne, wymaga bowiem rozstrzygnięcia wielu kwestii, np. takich jak:

- określenie koszyka świadczeń gwarantowanych,
- wyznaczenie placówek, z których korzystałby pacjenci dodatkowo ubezpieczeni,
- wypracowanie mechanizmów obrony interesów pacjentów, których nie stać na dodatkowe ubezpieczenia,
- określenie, czy składki na dodatkowe ubezpieczenia miałyby być objęte ulgą podatkową, a jeśli tak, to do jakiej wysokości.

Brak wyraźnych uregulowań powoduje, że dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne nie są jeszcze w Polsce rozwiązaniem powszechnym, choć funkcjonuje już wiele instytucji świadczących usługi tego typu. Najbardziej rozwinięta jest oferta firmy Inter Polska w postaci ubezpieczenia VISION. Zostało ono wprowadzone na polski rynek w 2002 r. jako pierwsze prywatne ubezpieczenie zdrowotne. Ubezpieczenie to gwarantuje bezgotówkowy dostęp do partnerskich placówek medycznych Inter

¹³ D. Sikora, *6 mld zł ma trafić do szpitali dzięki polisom zdrowotnym*, „Gazeta Prawna” 5 maja 2009.

Polska na terenie całego kraju. Ma kilka wariantów, dostosowanych do zróżnicowanych wymagań klientów. Najprostszy pakiet zawiera podstawowe usługi medyczne, bardziej złożony obejmuje także usługi stomatologiczne czy psychoterapeutyczne. Do zakresu usług dostosowana jest miesięczna składka ubezpieczenia. Najwyższe składki, sięgające 800 zł miesięcznie, dotyczą najbardziej rozbudowanego wariantu Vision Diamond¹⁴.

Do grupy prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych znanych na polskim rynku należy także oferta ambulatoryjnych ubezpieczeń zdrowotnych pod nazwą „Opieka Medyczna”, kierowana do różnych odbiorców przez PZU Życie SA. Produkt ten gwarantuje klientom porady lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w ciągu maksymalnie 2 dni roboczych oraz porady w ramach 16 różnych specjalności w czasie maksymalnie 5 dni roboczych. Najpowszechniejszym wariantem ubezpieczenia jest ubezpieczenie ambulatoryjne, prócz niego w ofercie znajduje się także ubezpieczenie szpitalne oraz assistance. W ostatnich latach oferta PZU została rozszerzona, np. od dnia 1 grudnia 2009 r. o ubezpieczenie szpitalne dla klientów biznesowych. Podstawowy pakiet świadczeń wymaga opłacenia składki w wysokości 49 zł miesięcznie¹⁵.

Dostęp do świadczeń medycznych na zasadach podobnych do ubezpieczeń daje również produkt w postaci abonamentów zdrowotnych wykupywanych przez pracodawców i oferowanych jako dodatki do wynagrodzenia. Firmy abonamentowe to zwykle sieci przychodni, które umożliwiają korzystanie ze swoich usług pracownikom dużych firm w zamian za płacony przez zakłady pracy abonament. Obecnie firmy abonamentowe poszerzyły ofertę, adresując ją także do osób indywidualnych oraz małych i średnich przedsiębiorstw. Na polskim rynku działa kilkadziesiąt firm oferujących abonamenty, np. dobrze znany Medicover Sp. z o.o., którego oferta jest bardzo szeroka i kierowana jest zarówno do firm, jak i klientów indywidualnych. Wysokość miesięcznego abonamentu jest zróżnicowana w zależności od pakietu usług, a także – podobnie jak w firmach ubezpieczeniowych – również od wieku i płci osoby objętej opieką¹⁶.

Pomimo wielu negatywnych cech polskiego systemu ochrony zdrowia, gruntowne jego zmiany napotykają niechęć zarówno ze strony polityków, jak i społeczeństwa. Jedni są ostrożni w podejmowaniu radykalnych zmian, obawiając się skutków politycznych czy społecznych, drudzy zaś – przyzwyczajeni do świadczeń gwarantowanych przez publiczną opiekę zdrowotną – wolą korzystać z tradycyjnych rozwiązań, uzupełnianych opłacanymi usługami gabinetów prywatnych, niż korzystać z usług firm tworzących ofertę dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych.

¹⁴ *Inter Polska*, www.interpolska.pl (dostęp: 25.02.2011).

¹⁵ *Opieka Medyczna PZU Życie*, www.opiekamedyczna.pl (dostęp: 25.02.2011).

¹⁶ *Grupa Medicover w Polsce*, www.medicover.com/pl (dostęp: 25.02.2011).

Tabela 6. Skłonność społeczeństwa polskiego do dodatkowego ubezpieczenia się w celach zdrowotnych

Odpowiedź	Struktura odpowiedzi (N = 506)
Zdecydowanie nie	38,34
Raczej nie	24,31
Trudno powiedzieć	13,44
Raczej tak	16,8
Zdecydowanie tak	7,11

N – liczba osób objętych badaniami

Źródło: I. Rudawska, *Ochrona zdrowia. Aspekty rynkowe i marketingowe*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 179.

Prowadzone badania wskazują, że Polacy nie widzą potrzeby rozwoju systemu dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych – wyraźne zainteresowanie tą kwestią wyraziło tylko 7% respondentów, a umiarkowane 17%. Badania dowiodły także, że upowszechnienie dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeń medycznych napotyka wiele różnych ograniczeń, wśród których dominują bariery o charakterze ekonomicznym¹⁷.

5. Zakończenie

Prowadzonym w wielu krajach europejskich działaniom reformatorskim w sferze ochrony zdrowia przyświecają te same cele, a mianowicie: zahamowanie szybkiego wzrostu kosztów opieki zdrowotnej, poszukiwanie nowych źródeł jej finansowania oraz upowszechnienie zasady konkurencyjności na rynku usług medycznych. Realizacji tych celów służyły liczne reformy, zarówno wcześniejsze, jak i obecnie realizowane. Polegały one m.in. na wprowadzaniu mechanizmów rynkowych, których jednak nie należy utożsamiać z prywatyzacją ochrony zdrowia. We wszystkich krajach europejskich nadal podstawowym źródłem finansowania usług medycznych są wydatki publiczne.

Niewątpliwie mechanizm rynkowy powoduje uruchomienie wielu korzystnych procesów, jednakże zwiększanie jego zakresu nie powinno być pochothane. Niewłaściwe byłoby pozostawienie ochrony zdrowia przedsiębiorczości prywatnej, co wynika choćby z charakterystycznych cech usług medycznych. Po pierwsze, osoby z nich korzystające nie zawsze posiadają dostateczne informacje pozwalające dokonywać racjonalnych wyborów. Po drugie, mechanizm rynkowy pozbawia możliwości ko-

¹⁷ I. Rudawska, *Ochrona zdrowia. Aspekty rynkowe i marketingowe*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 179.

rzystania ze świadczeń przez mniej zasobną część społeczeństwa, co w konsekwencji może prowadzić do niekorzystnych zjawisk społecznych¹⁸.

Powszechnym w wielu krajach rozwiązaniem rynkowym prowadzącym do wzrostu wydatków finansowych na ochronę zdrowia są prywatne ubezpieczenia zdrowotne, nie zastępujące powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych, lecz mające charakter dobrowolny i uzupełniający w stosunku do wydatków publicznych. Rozwijają się one również w Polsce, choć napotykać wiele barier, o różnym charakterze, głównie ekonomicznym i mentalnościowym. W popularyzacji tego rozwiązania istotną rolę mogłyby odegrać ulgi podatkowe, jednakże ich wprowadzenie w warunkach obecnego kryzysu finansów publicznych jest utrudnione.

Zarówno rosnące koszty ochrony zdrowia, jak i społeczne oczekiwania mają zapewne charakter trwały i wciąż będą wymuszały działania reformatorskie, składające się na nową politykę zdrowotną. Do jej podstawowych cech można zaliczyć:

1. Zmienione podejście do celów polityki zdrowotnej. Dziś na plan pierwszy w rozwiniętych krajach europejskich wysuwa się kategoria efektu zdrowotnego, a nie zasoby opieki zdrowotnej. Ponadto cele te nie są definiowane ogólnie, jako dążenie do poprawy stanu zdrowia, lecz są wyraźnie wyznaczane, by można je było osiągać przy zastosowaniu dostępnych środków.

2. Nowe ułożenie potrzeb zdrowotnych wśród wielu zróżnicowanych potrzeb społecznych. Obecnie często przyjmuje się, że żadnym potrzebom nie przysługują naturalne pierwszeństwo przed innymi. Zatem o wadze potrzeb zdrowotnych decydują społeczne preferencje, które należy poznawać, by tak kształtować odpowiednie rozwiązania w zakresie organizacji i finansowania usług medycznych, żeby w pełni zaspokajać potrzeby zdrowotne społeczeństwa.

3. Praktyczna akceptacja tezy o ograniczoności zasobów, które mogą być przeznaczone na ochronę zdrowia. W warunkach ograniczonych zasobów konieczne jest stałe dokonywanie wyborów, co należy realizować wcześniej i w jakim zakresie, a co później lub wcale. W takich warunkach szczególnie ważne jest ustalenie celów, które należałoby uznać za priorytetowe.

4. Przyjęcie tezy o szerokich uwarunkowaniach kształtowania polityki zdrowotnej w kraju i regionie, ponieważ powinny one zostać uwzględnione w opracowywaniu strategii i celów podmiotów ją realizujących.

5. Nastawienie się w realizacji polityki zdrowotnej na współpracę różnych podmiotów: kadry medycznej, wytwórców sprzętu, producentów leków, instytucji edukacyjnych, organizacji pozarządowych. Należy respektować ich partykularne interesy i wykorzystywać ich inicjatywę, jeśli służą one realizacji celów polityki zdrowotnej.

6. Wiązanie polityki zdrowotnej z wieloma innymi procesami: politycznymi, ekonomicznymi, społecznymi, ponieważ decyzje dotyczące spraw zdrowia są po-

¹⁸ P.A. Samuelson, W.D. Nordhaus, *Ekonomia*, t. 1, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1995, s. 92.

dejmowane przez gremia polityczne, a sprawy zdrowotne konkurują o czas i uwagę polityków oraz o pieniądze i poparcie społeczeństwa.

7. Przyjęcie założenia, że możliwe jest kształtowanie racjonalnych zachowań podstawowych podmiotów działających w sektorze zdrowia, czyli lekarzy i pacjentów. Wśród lekarzy należy wyzwolić zachowania podporządkowane kryteriom kosztów, efektów i odpowiedzialności, natomiast u pacjenta powinno się kształtować postawę odpowiedzialności za stan jego zdrowia.

Ostatecznie można stwierdzić, że współczesną politykę zdrowotną w krajach rozwiniętych charakteryzuje odejście od wcześniej stosowanego pojęcia „docelowego modelu” polityki zdrowotnej i systemu zdrowotnego. Dzisiaj coraz powszechniej akcentuje się tezę, że nie ma wyraźnie określonego jej modelu. Konsekwencją przyjęcia takiego podejścia jest otwartość na nowe formy finansowania i sposoby zaspokajania potrzeb zdrowotnych¹⁹.

Literatura

- Czapiński J., Panek T. (red.), *Diagnoza społeczna 2009. Warunki i jakość życia Polaków*, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2009, www.diagnoza.com (dostęp: 21.02.2011).
- Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia 2009*, www.OECD Health Data 2009 (dostęp: 20.02.2011).
- Grupa Medicover w Polsce*, www.medicover.com/pl (dostęp: 25.02.2011).
- Inter Polska*, www.interpolska.pl (dostęp: 25.02.2011).
- Kuszevska X., *Rozwój produktów ubezpieczeniowych w zakresie ochrony zdrowia w Europie i w Polsce*, „Polityka Zdrowotna” 2004, t. 2.
- Leowski J., *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne. Ochrona zdrowia w gospodarce rynkowej*, CeDeWu, Warszawa 2004.
- Michalak J., *Komercyjne, uzupełniające ubezpieczenia zdrowotne, wypadkowe i medyczne w Unii Europejskiej i innych krajach*, „Polityka Zdrowotna” 2004, t. I.
- Opieka Medyczna PZU Życie*, www.opiekamedyczna.pl (dostęp: 25.02.2011).
- Pukała R., *Główne bariery rozwoju ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce*, „Polityka Zdrowotna” 2004, t. 2.
- Rudawska I., *Ochrona zdrowia. Aspekty rynkowe i marketingowe*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
- Rutkowska M., *Towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych. Społeczne aspekty funkcjonowania w ubezpieczeniach zdrowotnych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.
- Samuelson P.A., Nordhaus W.D., *Ekonomia*, t. 1, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1995.
- Sikora D., *6 mld zł ma trafić do szpitali dzięki polisom zdrowotnym*, „Gazeta Prawna” 5 maja 2009.
- Szpakowska S., *Nie choruję, a składki płacę*, „Rzeczpospolita” 2 kwietnia 2008.
- Szumlicz T., *Ubezpieczenia społeczne*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz – Warszawa 2005.
- Węgrzyn M., Wasilewski D. (red.), *Komercjalizacja i prywatyzacja ZOZ – kluczowe czynniki sukcesu*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 2006.
- Włodarczyk W.C., *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Versalius”, Łódź – Kraków – Warszawa 1996.
- Wydatki na zdrowie na całym świecie*, OECD Health Data 2009 (dostęp: 15.02.2011).

¹⁹ Sformułowane na podstawie: W.C. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Versalius”, Łódź – Kraków – Warszawa 1996, s. 378-381.

FINANCING MEDICAL SERVICES – PRIVATE HEALTH INSURANCE

Summary: The organization of health care system is one of the most important issues in developed societies. The system undergoes continuous changes with the scope to improve its efficiency. The OECD countries are financing medical services primarily by a general public insurance and the private insurance is always linked to the public system. The private insurance is mostly a supplement to the public system and is designed for financing additional services inaccessible in the public system or for surcharges on the offered health care services. However, the development is restricted by different barriers, particularly by the wealth standard of the society.

Key words: health care, private insurance, public insurance, barriers, advantages.