

Dobrowolne prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Propozycje i debata wokół ich wprowadzenia w Polsce

Irmina Jurkiewicz-Świątek

Zakład Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Adres do korespondencji: Irmina Jurkiewicz-Świątek, Instytut Zdrowia Publicznego, 31-531 Kraków, ul. Grzegórzecka 20, irmina.jurkiewicz@uj.edu.pl

Abstract

Voluntary private health insurance— the public discussion about proposals in Poland

The aim of each health care system is to protect citizens from ill health consequences and provide them with health care services they need. There are two main solutions to assure health care – social health insurance system and budgetary model. Despite domination of universal public system, in many countries private solutions develop alongside. Private health insurance (PHI), in contrary to public systems, calculate premium according to individual risk and it is (usually) purchased voluntarily. PHI exists in all EU countries playing different role in each. In Poland PHI is not well developed yet. This article presents main characteristics of PHI and current situation of PHI on Polish health care market. A brief history of attempts to introduce PHI in Polish health care system are described, with special focus on the last bill prepared by the Ministry of Health in March 2011. The latest proposal is analysed in details, based on international experience in PHI. The paper also evaluates possible influence of proposed Polish regulations on main actors in health care sector. Conclusions present key problems and recommendations for the process of introducing/developing PHI in health care system.

Key words: health care system, medical subscriptions, PHI, private health insurance, regulations

Słowa kluczowe: abonamenty medyczne, prywatne ubezpieczenie zdrowotne, PUZ, regulacje, system ochrony zdrowia

Autorka pragnie podziękować prof. dr hab. Stanisławie Golinowskiej za merytoryczne wsparcie w przygotowaniu artykułu.

Wprowadzenie

Celem systemu ochrony zdrowia w każdym kraju jest zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych jego obywatelom. Zabezpieczenie to ma wymiar finansowy i rzeczowy. Zabezpieczenie finansowe polega na zorganizowaniu takich instytucji płatniczych, które uchronią obywateli przed wysokimi opłatami za usługę zdrowotną w momencie korzystania z niej. Najczęściej są to systemy publicznej służby zdrowia lub społecznych ubezpieczeń zdrowotnych (SUZ). Podmiotowy zakres finansowania

publicznego jest zazwyczaj powszechny. Natomiast zakres przedmiotowy jest zwykle zróżnicowany: zależy od tradycji instytucjonalnej danego kraju, prowadzonej polityki społecznej i zdrowotnej oraz zamożności. W krajach OECD (zamożniejszych oraz instytucjonalnie dojrzałych) zakres publicznego finansowania ochrony zdrowia zarówno pod względem podmiotowym, jak i przedmiotowym jest większy niż w biedniejszych regionach świata. Jednocześnie w tych krajach system ochrony zdrowia dostarcza zróżnicowanej oferty usług zdrowotnych, przestrzegając na ogół równego dostępu do koszyka świadczeń gwarantowanych.

Mimo dominacji publicznego zabezpieczenia finansowania ochrony zdrowia istnieją prywatne instytucje finansowe, uzupełniające czy dopełniające system pub-

liczny. Mają one najczęściej charakter dobrowolnych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych (PUZ). Prywatne ubezpieczenie zdrowotne to metoda finansowania opieki zdrowotnej, w odróżnieniu od obowiązkowego publicznie finansowanego i zarządzanego ubezpieczenia, gdzie polisę nabywa się dobrowolnie u podmiotu działającego dla zysku¹. PUZ w warunkach praktycznych może przybierać wiele form, natomiast ogólna charakterystyka tego rozwiązania opiera się na zasadach zależności składki od ryzyka zdrowotnego, z reguły zarządzania przez podmiot prywatny oraz dobrowolności uczestnictwa².

PUZ w systemach zdrowotnych wielu krajów świata, mimo ograniczonego zakresu, pełnią istotne funkcje. Zwiększają możliwości wyboru, dopełniają systemy publiczne i sprzyjają kontroli popytu na usługi zdrowotne. Rozwijają się nie tylko w krajach wysoko rozwiniętych. Powstają także w krajach o średnich i niskich dochodach.

Wzrasta wiedza na temat czynników rozwoju PUZ i polityki zdrowotnej państwa wobec nich [1]. Jako że w Polsce prywatne ubezpieczenia zdrowotne są nadal przedmiotem deklarowanych planów, to warte poznania są propozycje ich wprowadzenia na szerszym tle teoretyczno-porównawczym. Temu zagadnieniu poświęcony jest prezentowany tekst.

Artykuł składa się z sześciu części, w których kolejno przedstawiono charakterystykę prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, rys historyczny rozwoju PUZ w Polsce wraz z propozycjami regulacji rynku pewnych form prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych działających od 1999 roku. Następnie dokonano oceny projektu Ministerstwa Zdrowia z 2011 roku zapowiadającego wprowadzenie nowego rodzaju PUZ. W ocenie tej uwzględniane są odniesienia międzynarodowe, a także punkt widzenia różnych podmiotów polskiego sektora zdrowotnego oraz opinii społecznej. Publikację zamykają wnioski i rekomendacje ukierunkowane na kluczowe problemy występujące w procesie regulowania rynku PUZ.

1. Charakterystyka prywatnych dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych

W historii prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych możemy dostrzec dwie drogi. Pierwsza, gdy ta forma zabezpieczenia się przed nadmiernymi wydatkami na leczenie była oddolna i pierwotna w stosunku do rozwiązań publicznych, i druga, gdy prywatne ubezpieczenia powstawały jako rozwiązania dodatkowe w stosunku do systemu publicznego. Jako że w Polsce mamy do czynienia z ewolucją charakterystyczną dla drugiej drogi rozwoju PUZ, to rozważania koncentrują się na rozwiązaniach regulowanych przez państwo.

Jakie cele stawia się przed tworzeniem PUZ? Zwykle podnosi się dwa. Jako główny argument podaje się, że dzięki tworzeniu dodatkowego ubezpieczenia nastąpi wzrost środków w całym systemie ochrony zdrowia, z czego korzyści mają wszyscy. Drugi argument to konkurencyjność PUZ w stosunku do płatnika publicznego. Oba te cele nie zawsze są w praktyce dostatecznie spełniane, ale mimo to istnieje powszechne przekonanie

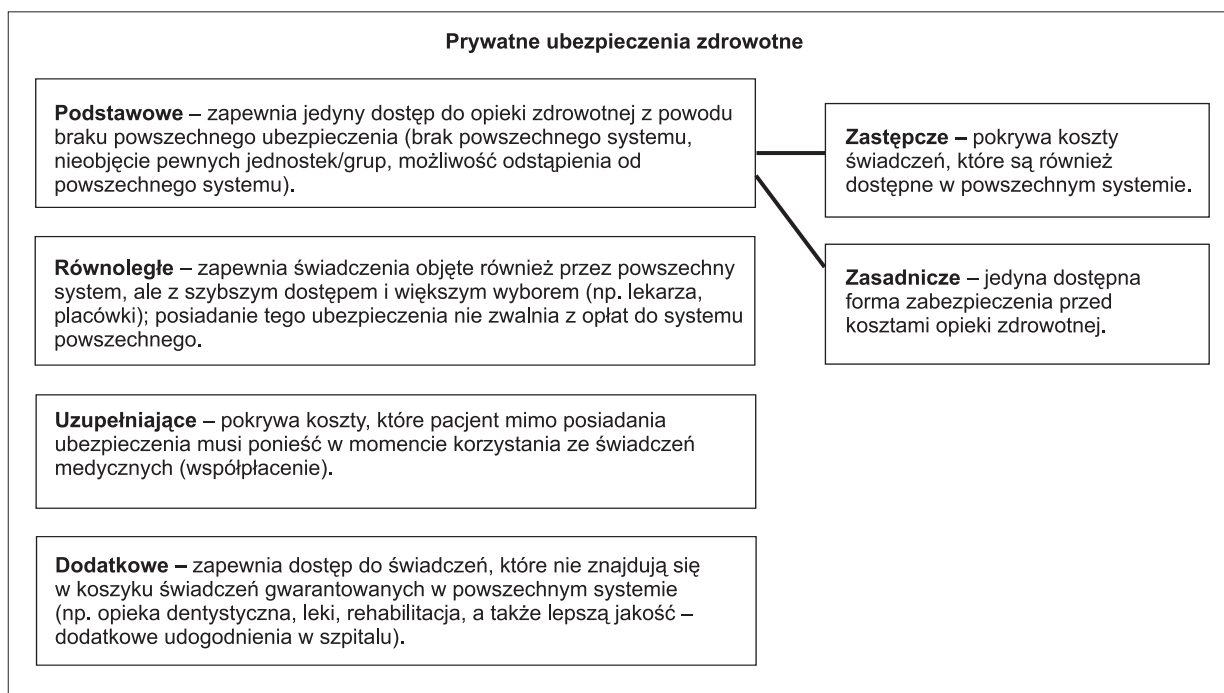
o zasadności wprowadzania dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Wsuwa się bowiem także inne argumenty, takie jak możliwość wyboru czy dywersyfikacja ryzyka. W tym celu na przykład krajom rozwijającym się zaleca się wielofilarowość, która zakłada współwspółwzajemne finansowanie publicznego, bezpośrednich opłat pacjentów oraz ubezpieczeń prywatnych. Ponadto w krajach, w których udział prywatnych wydatków na zdrowie jest wysoki, proponuje się wprowadzanie i rozwój dobrowolnych ubezpieczeń przenoszących bezpośrednie ryzyko rzadkich, aczkolwiek wysokich kosztów opieki zdrowotnej z pacjentów na prywatnych ubezpieczycieli [2, 3].

Analizy rozwoju prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych pozwoliły na dokonanie ich klasyfikacji. W literaturze podaje się zwykle dwie główne: zaproponowane przez OECD [4] oraz przez autorów z London School of Economics (LSE) [5].

Klasyfikacja PUZ zaproponowana przez OECD zawiera cztery typy ubezpieczeń zdrowotnych: (1) podstawowe (*primary*), które może zastąpić ubezpieczenie publiczne; stąd pojawiają się dwa rodzaje: zastępcze (*substitutive*) i zasadnicze (*principal*), (2) równoległe (*duplicate*), (3) uzupełniające (*complementary*) oraz (4) dodatkowe (*supplementary*) (**Rysunek 1**).

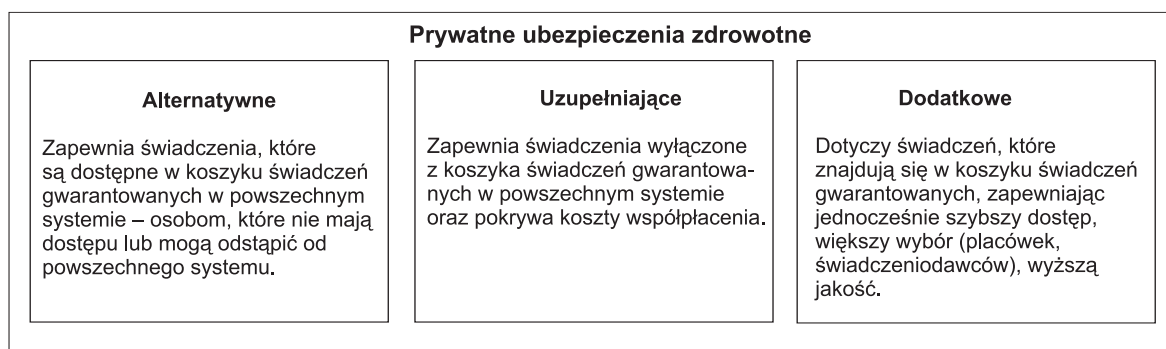
Typologia OECD jest przeważnie stosowana przy analizach polityki zdrowotnej³, natomiast częściej używa się funkcjonalnego podziału ubezpieczeń na trzy rodzaje według LSE. Ten podział prezentuje kategorie PUZ pod względem roli, jaką ubezpieczenie pełni względem powszechnego systemu (stosowany głównie w krajach europejskich). Są to prywatne ubezpieczenia alternatywne (*substitutive*), uzupełniające (*complementary*) i dodatkowe (*supplementary*) (**Rysunek 2**).

Przedstawione dwa sposoby definiowania prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w zasadniczej mierze się pokrywają. Wspólne jest rozróżnianie ubezpieczeń ze względu na charakter oferowanych świadczeń: znajdujących się w koszyku świadczeń gwarantowanych, wymagających współpłacenia, a także jakości i czasu uzyskania usługi. Przy czym podział sugerowany przez OECD rozróżnia odrębnie ubezpieczenia pokrywające koszty współpłacenia (uzupełniające) i oferujące świadczenia spoza koszyka (dodatkowe) – podczas gdy funkcjonalny podział umieszcza te usługi w jednym ubezpieczeniu uzupełniającym. Ponadto typologia OECD sugeruje funkcjonowanie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jako jedynej formy zabezpieczenia ryzyka choroby w danym kraju (ubezpieczenie zasadnicze). Dotyczy to głównie krajów rozwijających się, w których struktury państwowe nie wykształciły jeszcze sprawnie działającej publicznej formy ochrony (powszechnych ubezpieczeń czy systemu budżetowego). Podczas gdy trójpodział LSE mówi o ubezpieczeniu alternatywnym, czyli funkcjonującym oprócz powszechnego systemu. Szczegółowe analizy rynków ubezpieczeń prywatnych w Europie oraz w krajach OECD wskazują nierzadko na przenikanie się typów PUZ i powodują trudności z ich klasyfikacją.



Rysunek 1. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne według OECD.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie OECD Proposal for taxonomy of health insurance, OECD Study on Private Health Insurance, OECD Health Project, 2005.



Rysunek 2. Funkcjonalny podział prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych według autorów z London School of Economics.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Mossialos E., Thomson S., Voluntary health insurance in the European Union, European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.

2. Rys historyczny oraz stan obecny w dziedzinie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne nie są nowością w historii opieki zdrowotnej w Polsce. Jeszcze przed drugą wojną światową obok przymusowego ubezpieczenia chorobowego (dla ludności pracującej i ich rodzin) istniało tzw. ubezpieczenie fakultatywne. Oferta była skierowana do osób poniżej 45. roku życia, które nie podlegały obowiązkowi ubezpieczenia (nie wykonywały pracy najemnej) oraz wykazywały się wyższymi zarobkami (przekraczającymi rocznie 30 tys. marek polskich) [6].

Wielu ekspertów uważa, że obecne przepisy prawne dotyczące działalności gospodarczej oraz ubezpieczeń pozwalają na tworzenie firm ubezpieczeniowych obejmujących swym zakresem świadczenia medyczne. Są to tak zwane quasi-ubezpieczenia. Wszystkie firmy sektora ubezpieczeniowego działają na podstawie ustawy z 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej⁴. Klasyfikacja ubezpieczeń wyróżnia ubezpieczenia na życie (dział I) oraz pozostałe ubezpieczenia osobowe i majątkowe (dział II). Dobrowolne prywatne ubezpieczenia zdrowotne pojawiają się na polskim rynku w ramach:

- a) ubezpieczeń na życie (z możliwością rozszerzenia zakresu umowy o ochronę zdrowia);
- b) ubezpieczeń osobowych (dotyczą sytuacji choroby, np. świadczenia pieniężne za każdy dzień pobytu w szpitalu).

Na podstawie przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej funkcjonują polisy ubezpieczenia medycznego dołączane do ubezpieczeń na życie lub całkowicie odrębne w takich firmach, jak: PZU Życie, Grupa Allianz, Signal Iduna, Medical Polska (które cieszą się większym zainteresowaniem wśród klientów indywidualnych). Formą po części realizującą funkcje PUZ są także abonamenty zdrowotne oferowane przez pracodawców swoim pracownikom (często stosują je duże firmy, dołączając do świadczeń medycyny pracy również inne usługi medyczne) [7, 8]. Zapewnianie dostępu do usług medycznych może być realizowane przez podmioty gospodarcze w ramach prowadzenia działalności gospodarczej⁵. Jest to klasyczna działalność usługowa, którą mogą prowadzić indywidualni przedsiębiorcy, spółki cywilne, spółki prawa handlowego, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej [9]. Konstrukcja abonamentu zakłada przejście całości ryzyka związanego z ochroną zdrowia pacjenta przez operatora medycznego świadczącego usługi na rzecz pracodawcy, co jest *de facto* działalnością ubezpieczeniową – jednak niepodlegającą nadzorowi ubezpieczeniowemu (prowadzoną bez licencji i nadzoru Komisji Nadzoru Finansowego) [10]. Instytucje paraubebezpieczeniowe to na przykład grupa Lux Med, Enel-Med, Medcover. Według danych z 2010 roku na polskim rynku działało już 12 firm ubezpieczeniowych oferujących polisy zdrowotne oraz taka sama liczba instytucji operujących abonamentami medycznymi [11]. Wartość rynku oszacowano na 2,2 mld zł zebranych składek w ramach abonamentów, natomiast rynek polis ubezpieczeniowych wyceniono na 160 mln zł (szacunki Polskiej Izby Ubezpieczeń) [12]. Podobnie jak w wielu krajach europejskich, również w przypadku Polski posiadacze PUZ nabywają je w przeważającej części w ramach umów grupowych [13]. Obecnie szacuje się, że około 6,3%⁶ społeczeństwa polskiego posiada dodatkową formę zabezpieczenia przed wysokimi kosztami opieki medycznej (w przeważającej części są to posiadacze abonamentów medycznych) [14]. Wskaźnik ten nie jest niski na tle innych krajów europejskich (porównując Polskę nie tylko z krajami na podobnym etapie rozwoju i o zbliżonej historii) (Tabela I). Wielkość i rolę rynku PUZ w danym systemie, poza odsetkiem populacji posiadającej takie ubezpieczenie, można ocenić na podstawie wielkości udziału wydatków PUZ w całkowitych wydatkach na zdrowie. Nadaje to lepszą perspektywę i pełniejszy obraz rynku. Statystyki przedstawiają duży udział populacji posiadającej PUZ, a niski udział finansowania PUZ w całkowitych wydatkach na zdrowie, co może wskazywać *de facto* na znikomą rolę prywatnych ubezpieczycieli, którzy kontraktują świadczenia o małej istotności i niewielkich kosztach. Odwrotnie, jeśli niewielka część populacji posiada PUZ, ale stanowią one sporą część całkowitych wydatków na zdrowie, sugeruje to, że PUZ odgrywa ważną rolę w systemie zdrowotnym

(np. ubezpieczenia alternatywne dla grup wyłączonych z publicznego systemu stanowiące dla nich podstawowe zabezpieczenie).

Szacunki dotyczące wielkości rynku PUZ w Polsce są zróżnicowane. Pojawiło się wiele opracowań statystycznych zawierających informacje dotyczące korzystania ze świadczeń finansowanych z prywatnej polisy zdrowotnej (Tabela II). Dane w części opracowań są bardzo rozbieżne. Ostrożne estymacje podają wartości kilkuprocentowe (6,3% według Diagnozy Społecznej), podczas gdy w innych źródłach sięgają jednej piątej populacji. Przyczyn sporych rozbieżności w uzyskiwanych wynikach należy się doszukiwać w metodologii prowadzonych analiz (dobór grupy badanej, istotność statystyczna, forma i treść zadawanych pytań, narzędzia pomiarowe). Spójne są natomiast informacje dotyczące uprawnionych do korzystania ze świadczeń finansowanych z prywatnego ubezpieczenia. Są to: miejsce zamieszkania (duże miasto), wiek produkcyjny, wyższe wykształcenie i lepsza sytuacja materialna.

Według raportu Diagnoza Społeczna 2011 widoczny jest stały wzrost korzystania ze świadczeń finansowanych bezpośrednio z kieszeni pacjenta oraz abonamentów (Wykres 1). Potwierdza to argumentację za rozwojem rynku PUZ, w którym ubezpieczenia miałyby przejąć znaczną część bezpośrednich wydatków na zdrowie w postaci comiesięcznej składki, chroniąc jednostki i gospodarstwa domowe przed katastrofalnymi wydatkami czy koniecznością rezygnacji z opieki (z powodu braku środków).

Dzisiejszy stan regulacji dotyczących sektora opieki zdrowotnej jest tak skonstruowany, że brakuje szczegółowych przepisów normujących PUZ. Firmy abonamentowe i ubezpieczeniowe działają w ramach ustaw dotyczących działalności gospodarczej i ubezpieczeniowej. Jest to jednak niewystarczające dla rozwoju rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Z regulacyjnego punktu widzenia istotne byłoby zdefiniowanie instytucji PUZ. Tymczasem w żadnym akcie prawnym dotyczącym finansowania ochrony zdrowia nie określa się tej formy finansowania świadczeń zdrowotnych. Istnieje też wiele barier utrudniających rozwój PUZ w Polsce. Do głównych zalicza się:

- brak precyzyjnie zdefiniowanego koszyka świadczeń gwarantowanych, który wyznaczyłby czytelnne granice działalności (finansowania) powszechnego ubezpieczenia, pozostawiając miejsce dla PUZ (jakie świadczenia są objęte finansowaniem z NFZ oraz jakie są standardy jakości) [20];
- niedostateczna liczba placówek medycznych, działających na zasadach rynkowych, mogących zapewnić odpowiedni standard usług (będących ofertą prywatnego ubezpieczenia);
- słabe przygotowanie placówek publicznych do świadczenia usług odpowiedniej jakości (standardu) obsługi;
- istnienie szarej strefy usług zdrowotnych, czyli nieformalnych opłat pacjentów, którzy w ten sposób próbują uzyskać świadczenie medyczne szybciej czy wyższej jakości.

Kraj	Udział populacji posiadającej PUZ (2007 r. lub ostatni dostępny) (%)	Udział prywatnego finansowania w formie PUZ w całości wydatków na ochronę zdrowia (2010 r. lub ostatni dostępny) (%)
Austria	33,7	4,7
Belgia	77,4	4,8
Bułgaria	4,6	0,4
Cypr	20	6,7
Czechy	< 1	0,6
Dania	15,5	1,7
Finlandia	12	2,2
Francja	92	14,2
Grecja	12	1,6
Hiszpania	18	6,5
Holandia	92	5,2
Irlandia	50,9	8,4
Litwa	0,2	0,4
Łotwa	15,6	1,0
Niemcy	27,9	9,3
Norwegia	3,5	0,1
Polska	6,3**	0,7
Portugalia	15,7	4,6
Słowenia	73,8	13,3
Szwecja	3,3	0,3
Węgry	8,3*	2,5
Wielka Brytania	10,6	3,3
Włochy	6,1	0,9

Uwagi: *Suma ubezpieczonych w firmach komercyjnych (2,1%) i organizacjach wzajemnych (6,2%); **dane według raportu *Diagnoza Społeczna 2011*.

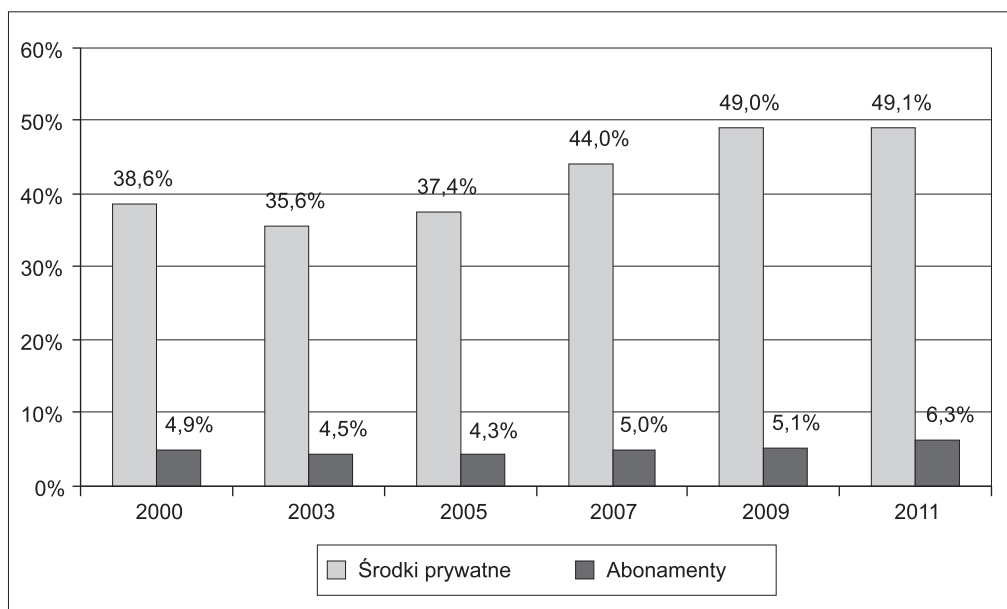
Tabela 1. Populacja posiadająca prywatną polisę ubezpieczeniową (w %) oraz udział finansowania PUZ w całkowitych wydatkach na zdrowie w wybranych krajach europejskich.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Thomson S., Mossialos E., *Private health insurance in the European Union. Final report prepared for the European Union Commission, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, London School of Economics and Political Science, czerwiec 2009*; OECD Survey of Health System Characteristics 2008–2009, OECD Health Data 2009; Czapiński J., Panek T. (red.), *Diagnoza Społeczna 2011, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2011* oraz danych OECD Library (<http://oecd-ilibrary.org>; dostęp: 15.04.2013).

Źródło	Rok i wartość	Dodatkowe informacje
Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych	2006 r. 2,2% 2010 r. 3,9%	Odsetek osób mających uprawnienia do świadczeń w ramach PUZ. Przeważająca część posiadaczy była w wieku 25–44 lata, w dobrym stanie zdrowia, charakteryzując się wysokimi zarobkami, zamieszkując duże miasta; dla 26% posiadaczy polisę wykupił pracodawca.
Diagnoza Społeczna	2000 r. 4,9% 2003 r. 4,3% 2005 r. 4,3% 2007 r. 5,0% 2009 r. 5,1% 2011 r. 6,3%	Korzystanie z placówek opieki zdrowotnej finansowanej z abonamentów. Charakterystyka gospodarstw domowych: wyższe wykształcenie, małżeństwa z dziećmi, mieszkający w największych miastach, z wyższymi zarobkami.
CBOS 2012	2012 r. 19%	Zadane pytanie: Czy ma Pan/Pani wykupione dodatkowe, dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne (abonament, polisę zdrowotną)? Cechy deklarujących: wiek 18–54 lata, kadra kierownicza i specjaliści, lepiej wykształceni, w lepszej sytuacji materialnej. W tym 6% to polisy wykupione przez pracodawcę.

Tabela II. Zestawienie danych dotyczących odsetka i cech posiadaczy PUZ w Polsce według źródła informacji.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Czapiński J., Panek T. (red.), *Diagnoza Społeczna 2011, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2011*; GUS, *Polski rynek ubezpieczeniowy 2011, Warszawa 2012*; CBOS, *Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych, Warszawa, marzec 2012*.



Wykres 1. Odsetek gospodarstw domowych korzystających z placówek opieki zdrowotnej według źródła finansowania usług.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Czapiński J., Panek T. (red.), *Diagnoza Społeczna 2011*, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2011.

3. Propozycje włączenia prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych do polskiego systemu ochrony zdrowia po wprowadzeniu reformy systemu ochrony zdrowia w 1999 roku

Ja wspomniano wcześniej, już w latach 30. XX wieku funkcjonowały w Polsce prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Na czas wojny oraz obowiązywania budżetowego modelu finansowania opieki zdrowotnej (tzw. systemu Siemaszki) prywatny sektor organizowania i udzielania świadczeń zanikł. Poprzez wdrożenie idei przejęcia przez państwo odpowiedzialności za opiekę zdrowotną pracownicy medyczni zostali funkcjonariuszami państwowymi, a nad zakładami opieki zdrowotnej funkcję własnościową i kontrolną sprawował wojewoda.

Jednak dopiero w latach 90. XX wieku (od początku wielkich zmian systemowych w Polsce) rozpoczęła się na nowo dyskusja na temat wdrożenia prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Rzeczywiście, wraz z reformą systemu zdrowotnego w 1999 roku zaczęto rozważać, a nawet projektować taki model systemu, w którym prywatne instytucje docelowo zarządzałyby obowiązkową składką ubezpieczenia zdrowotnego, konkurując z Kasami Chorych. Jednak pomysł ten nie został wdrożony, a Kasy Chorych zostały scentralizowane w Narodowy Fundusz Zdrowia.

Jednakże debata nad wprowadzeniem PUZ trwała. W ramach prac Międzyresortowego Zespołu ds. Ubezpieczeń Zdrowotnych pod przewodnictwem wicepremiera Jerzego Hausnera przedstawiono w 2003 roku propozycję utworzenia prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego jako suplementarno-komplementarnego w stosunku do

ubezpieczenia obowiązkowego [21 oraz źródła prasy internetowej⁷]. Prace nad tym projektem nie były jednak kontynuowane.

W latach 2005–2007 w Ministerstwie Zdrowia pod przewodnictwem Zbigniewa Religi pracowano nad wielofilarowym modelem ubezpieczeń [21 oraz źródła prasy internetowej⁸]. W propozycji tej I filar oznaczał powszechne ubezpieczenie zdrowotne (w ramach NFZ), w filarze II wyodrębnione podmioty miały oferować prywatne równoległe ubezpieczenia zdrowotne (których zakres będzie taki sam, jak w systemie publicznym przy jednoczesnym podniesieniu standardu tych usług). Drugi filar byłby regulowany przez państwo, a składka miała być opłacana na zasadzie solidaryzmu, z uwzględnieniem systemu *community rating*⁹. Koszty świadczeń finansowanych w ramach drugiego filaru byłyby częściowo refundowane zakładom ubezpieczeń przez NFZ. Trzeci filar natomiast miał obejmować suplementarne ubezpieczenia, które rzeczywiście były oferowane w ramach ubezpieczeń na życie, a były poszerzone o opcję ochrony zdrowia. Wprowadzenie tego modelu miało sprzyjać przekształcaniu usług abonamentowych w polisy ubezpieczeniowe.

Następnie pojawiła się propozycja zespołu ekspertów Rzecznika Praw Obywatelskich, która również przewidywała model wielofilarowy [21]. Składka miałaby być podzielona między płatnika publicznego i płatników prywatnych. Składka przekazywana do I filaru wynosiłaby 7,75% wynagrodzenia, natomiast druga część składki miała być uzależniona od kondycji zdrowotnej ubezpieczonego. W ramach tego filaru finansowane byłoby leczenie schorzeń mogących wynikać z postępowania osoby ubezpieczonej. Trzeci filar w tym modelu był dobrowolny i obejmował suplementarne ubezpieczenia

Projekt	Założenia
Od 1999 roku	Włączenie prywatnych jednostek do zarządzania obowiązkową składką ubezpieczenia zdrowotnego.
„Projekt Hausnera” 2003 r.	Wprowadzenie prywatnych ubezpieczeń o charakterze suplementarno-komplementarnym (świadczenia o podwyższonym standardzie, spoza koszyka świadczeń gwarantowanych).
„Projekt Religii” 2005–2007	Wprowadzenie równoległych dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, tj. gwarantujących dostęp do świadczeń w ramach ubezpieczenia obowiązkowego.
Projekt RPO 2008 r.	Wielofilarowy system (I – obowiązkowy, II – obowiązkowy prywatny, II – prywatny dobrowolny), w którym każdy z płatników może skonstruować własny produkt ubezpieczeniowy na podstawie listy procedur z koszyka.
Projekt PIU 2008 r.	Wprowadzenie alternatywnego systemu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych (ze stawką kapitacyjną i dodatkową). Szeroki wybór opcji ubezpieczeniowych oferowany przez prywatne fundusze zdrowia.
Projekt MZ 2011 r.	Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne mające spełniać potrójną funkcję: substytucyjną, komplementarną i suplementarną. Ulgi podatkowe dla płacących składki na PUZ, włączenie składek na PUZ do zakładowych funduszy socjalnych, finansowanie medycyny pracy w ramach polisy pracowniczej.

Tabela III. Zestawienie projektów dotyczących prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w ciągu 12 lat.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Polska Izba Ubezpieczeń, *Budowanie systemu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce. Propozycja rozwiązań, Koncepcja Komisji Ubezpieczeń Zdrowotnych i Wypadkowych PIU przygotowana przez Fundację Naukową Instytutu Badań Strukturalnych, Warszawa, luty 2008 oraz projektu ustawy o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym z 2011 r.*

zdrowotne (oferujące procedury o niższej efektywności kosztowej – wyłączone z finansowania w ramach systemu obowiązkowego).

Aktywna (z definicji) w dziedzinie ubezpieczeń zdrowotnych jest Polska Izba Ubezpieczeń. Zaproponowany w 2008 roku model zapewnia ubezpieczonym pełną możliwość wyboru ubezpieczyciela kontraktującego świadczenia medyczne. Na rynku oprócz NFZ i ewentualnie innych płatników publicznych powinny funkcjonować prywatne fundusze zdrowia. Podobnie jak w powyższych propozycjach, fundusze mają otrzymywać stawkę kapitacyjną i składkę dodatkową [21].

W 2011 roku w Ministerstwie Zdrowia przygotowano projekt ustawy o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym¹⁰. Z tą inicjatywą wiązano wyjątkowo duże nadzieje. Ustawa definiuje dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne i charakter świadczeń udzielanych w jego ramach. Ubezpieczenia miałyby pełnić funkcję zastępczą, uzupełniającą i dodatkową (alternatywa dla nieobjętych obowiązkiem płacenia składki do NFZ, szybszy dostęp do świadczeń finansowanych również przez NFZ, wyższy standard udzielania świadczeń oraz usługi spoza koszyka). Zapisy przewidują ustalanie wysokości składki oraz jej indeksację (do szczegółowego określenia w warunkach umowy z ubezpieczycielem), a także stawiają pewne warunki świadczeniodawcom, którzy posiadają również kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia. Projekt ustawy wprowadza ulgę podatkową w postaci odliczenia składki na PUZ od dochodu oraz możliwość finansowania ich z zakładowych funduszy świadczeń socjalnych, a także włączenie świadczeń medycyny pracy do oferty ubezpieczycieli. Projekt w marcu 2011 roku został oddany do konsultacji społecznych, otrzymując wiele krytycznych uwag¹¹. Po jego publikacji pojawiło się również wiele opracowań analizujących dokument pod względem prawnym i praktycznym¹².

Wszystkie proponowane modele PUZ (**Tabela III**) mają na celu zwiększenie dostępu pacjentów do świadczeń medycznych (zwiększenie wyboru świadczeniodawców i skrócenie czasu oczekiwania na usługę). Duży nacisk kładziony jest również na usługi znajdujące się poza koszykiem gwarantowanym, a także poprawienie komfortu świadczeniobiorcy. Propozycje poprzedzające 2011 rok wskazywały również na włączenie elementów konkurencji między płatnikiem (płatnikami) publicznym a prywatnym(i), jak również podzielenie składki na społeczną (taką samą dla wszystkich) i prywatną (zależną od indywidualnego ryzyka).

4. Uzasadnienie wprowadzenia dobrowolnych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce ze strony *policy makers*

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne, obok systemu podatkowego i społecznych ubezpieczeń zdrowotnych, są jedną z form społecznej ochrony ryzyka wysokich kosztów opieki zdrowotnej. Eksperci i decydenci, którzy rozważają wprowadzenie PUZ do systemu zdrowotnego, posługują się wieloma argumentami. Główne cele przyświecające tym działaniom to m.in.:

- ograniczenie publicznych wydatków poprzez przeniesienie kosztów na prywatnych ubezpieczycieli i jednostki;
- udostępnienie pacjentom większego wyboru świadczeń i świadczeniodawców;
- stymulowanie rozwoju rynku prywatnych świadczeniodawców;
- zachęcenie do konkurencji między publicznymi i prywatnymi ubezpieczycielami.

Wprowadzenie PUZ do systemu zdrowotnego jako znaczącego segmentu finansowania usług zdrowotnych wymaga rozważania nie tylko zalet takiego rozwiązania, ale także wad. Wady polegają na tym, że prywatne ubez-

pieczenia zdrowotne, podobnie jak każde ubezpieczenia, sprzyjają nadkonsumpcji usług w wyniku występowania pokusy nadużycia (nonszalancji wobec ryzyka). Prywatne ubezpieczenia zdrowotne charakteryzują się tendencją do tzw. spijania śmietanki (*cream skimming*), polegającego na skłonności do preferowania w ubezpieczaniu osób młodszych i zdrowszych, czyli selekcji korzystnej dla kształtowania się kosztów ubezpieczenia i w konsekwencji tworzenia zysku firm ubezpieczeniowych. Ta skłonność podważa zasadę równości i solidarności.

Z kolei istotny jest argument, że PUZ zwiększają wybór i dostęp (bez kolejek) do świadczeń zdrowotnych, mogą też zapewnić lepszą obsługę i wyższą jakość usług zdrowotnych. Odpowiadają na popyt tej grupy ludności, która jest zamożniejsza i bardziej świadoma potrzeb zdrowotnych [22]. Między innymi dlatego politycy wielu krajów decydują się na wprowadzenie i rozwój PUZ w systemie zdrowotnym swojego kraju.

W przypadku Polski głównym argumentem za wdrożeniem PUZ jest zwiększenie dostępności do świadczeń oraz odciążenie budżetów gospodarstw domowych od ponoszenia bezpośrednich opłat za świadczenia zdrowotne. Podnoszony jest także argument poprawy zadowolenia z funkcjonowania systemu zdrowotnego. A zadowolenie to w Polsce jest niskie. Według Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia (EHCI – *Euro Health Consumer Index*) Polska uzyskała obecnie 27. miejsce

w rankingu (na 34 analizowane kraje)¹³, co oznacza bardzo niską ocenę, którą obywatele wystawili systemowi ochrony zdrowia. Także polskie statystyki pokazują, że 78% społeczeństwa jest niezadowolonych z opieki zdrowotnej. W opinii Polaków głównym problemem jest ograniczony dostęp do opieki specjalistycznej i badań diagnostycznych, niska jakość organizacyjna oraz skuteczność zdrowotna udzielanych świadczeń.

Według licznych opinii zmiany, które miałyby nastąpić w polskim systemie zdrowotnym, powinny się skupiać przede wszystkim na zwiększeniu dopływu środków na finansowanie świadczeń. W dużej części opinii populacji (46%) nakłady na opiekę zdrowotną są zbyt małe, a także wskazują na ich złe wykorzystywanie [23]. Już w 2008 roku wykształciła się opinia, że wprowadzenie dodatkowych dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych zapewniłoby właściwą opiekę zdrowotną każdemu obywatelowi (47% badanych), a 33% wykupiłoby ubezpieczenie zapewniające świadczenia niefinansowane przez NFZ oraz te o wyższej jakości [23]. **Tabela IV** prezentuje dane dotyczące zainteresowania prywatnymi polisami zdrowotnymi.

Dane prezentujące gotowość do nabycia dodatkowego ubezpieczenia nie są jednolite. Różnice, podobnie jak w przypadku wartości ubezpieczonych dodatkowo, wynikają ze sposobu przeprowadzania analiz. Z ostatnich badań CBOS wynika, że spora część respondentów

Źródło danych	Wartość	Dodatkowe informacje
Diagnoza Społeczna, 2007 r.	Gotowość wykupienia dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego w prywatnym zakładzie ubezpieczeń: 15% przy cenie < 100 zł 4% przy cenie > 101 zł	Zadano pytanie, czy istnieje zainteresowanie wykupieniem polisa dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego na pokrycie kosztów leczenia oraz jaką sumę gospodarstwa byłyby gotowe przeznaczyć miesięcznie na ten cel. 51% gospodarstw domowych nie jest zainteresowanych, 31% uważa, że ich na to nie stać.
CBOS, 2010 r.	Gotowość zakupu dodatkowego ubezpieczenia: Zdecydowanie tak: 8% Raczej tak: 28%	Zadane pytanie: Powszechne ubezpieczenie zdrowotne nie obejmuje wszystkich świadczeń zdrowotnych. Czy zdecydował(a)by się Pan(i) na opłacanie dodatkowego dobrowolnego ubezpieczenia, aby mieć zagwarantowane w razie potrzeby nieodpłatne leczenie na wyższym poziomie oraz w takich przypadkach, których nie obejmuje obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne? Skłonność do zakupu PUZ wykazywały osoby pracujące na własny rachunek.
Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2010 r. (GUS)	Zamiar wykupienia ubezpieczenia poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego wskazało 4,2% badanych.	
CBOS, 2012 r.	2000 r. 42% 2004 r. 35% 2007 r. 34% 2008 r. 33% 2010 r. 36% 2012 r. 43%	Zadane pytanie: Proszę powiedzieć, czy zdecydował(a)by się Pan(i) na samodzielne opłacanie dodatkowego, dobrowolnego ubezpieczenia, aby mieć zagwarantowane, w razie potrzeby, nieodpłatne leczenie na wyższym poziomie oraz korzystanie z usług, których nie obejmuje obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne?

Tabela IV. Informacje na temat gotowości zakupu PUZ w Polsce według wybranych źródeł.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Czapiński J., Panek T. (red.), *Diagnoza Społeczna 2011, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2011*; CBOS, *Sytuacja w opiece zdrowotnej, Warszawa, marzec 2008*; CBOS, *Gotowość do zmian w służbie zdrowia, Komunikat z badań, Warszawa, marzec 2010*; CBOS, *Polacy o państwowej i prywatnej opiece zdrowotnej, Warszawa, kwiecień 2012*.

(43%) zainteresowana jest zakupieniem dodatkowej polisy zdrowotnej. Analiza popytu jasno wskazuje na pozytywną korelację z dochodem gospodarstwa domowego. Popyt przejawiają młodzi, lepiej wykształceni mieszkańcy dużych aglomeracji.

Należy jednak wziąć pod uwagę fakt, że polskie społeczeństwo ogólnie nie charakteryzuje się jeszcze wystarczającą awersją do ryzyka w ogóle i nieczęsto wykupuje ubezpieczenia nieobowiązkowe (nadal małe zainteresowanie ubezpieczeniem nieruchomości, dobrze poznane po ubiegłorocznych powodziach czy wichurach) [19]. Zatem nie do końca można zawierzyć statystykom wskazującym na spore zainteresowanie nabyciem PUZ, które w rzeczywistości mogą prezentować znikomy procent posiadaczy (niepozwalający ubezpieczycielom na sprawne funkcjonowanie).

5. Ocena projektu Ministerstwa Zdrowia o wprowadzeniu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w świetle odniesień międzynarodowych

Biorąc pod uwagę nastroje społeczne oraz aktualne procesy regulacyjne, warto zwrócić uwagę szczególnie na propozycję Ministerstwa Zdrowia z 2011 roku określającą ramy działania prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Przygotowanie projektu ustawy jest uzasadniane dynamicznym rozwojem rynku dodatkowej opieki zdrowotnej (w rozumieniu podaży świadczeń możliwych do sfinansowania z prywatnych środków). Deklarowanym głównym celem projektu było zagwarantowanie świadczeniobiorcom odpowiedniej realizacji uprawnień wynikających z systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz stworzenie ram systemowych dla dalszego rozwoju dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce. Ponadto proponowana ustawa zakłada:

- a) poprawienie dostępu i jakości;
- b) zwiększenie poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej;
- c) stworzenie świadczeniodawcom alternatywnych (w stosunku do kontraktów z NFZ) źródeł finansowania usług;
- d) wykreowanie możliwości racjonalnego zarządzania i wykorzystania wolnych zasobów¹⁴.

Poniżej przedstawiono podstawowe kryteria określające prywatne ubezpieczenia zdrowotne oraz warunki prawidłowego funkcjonowania na podstawie ostatniej ministerialnej propozycji dotyczącej wprowadzenia PUZ do polskiego systemu.

Definiowanie PUZ (w oficjalnych dokumentach implementujących model)

Zastosowanie prawidłowych terminów wskazujących cel prowadzonych działań jest warunkiem podstawowym do rozpoczęcia wszelkich przedsięwzięć. Wymiar funkcjonowania PUZ w danym kraju jest ściśle zależny od podstawowego systemu ochrony zdrowia. Oznacza to, że zaproponowanie PUZ w Polsce musi się bezpośrednio odnosić do zasięgu przedmiotowego i podmiotowego

polskich regulacji. Mowa jest tu o określeniu grup zobowiązanych do opłacania składek i korzystania ze świadczeń finansowanych przez NFZ (i ewentualnych grupach nieobjętych tym obowiązkiem, które mogą skorzystać z ubezpieczenia alternatywnego), a także zakresie podstawowego koszyka świadczeń gwarantowanych (gdzie świadczenia niefinansowane przez NFZ mogą być przedmiotem oferty prywatnych ubezpieczycieli). Czynniki kształtujące rynek PUZ w danym systemie ochrony zdrowia to również struktura i regulacje dotyczące świadczenia usług. To, w jaki sposób będzie funkcjonował rynek PUZ, zależy od ewentualnej możliwości pracy lekarzy w placówkach publicznych i prywatnych, możliwości leczenia prywatnych pacjentów w publicznych placówkach czy też zasad ustalania cen opieki publicznej i prywatnej [27, 28]. Odnosząc się do omawianego polskiego projektu ustawy, zastosowana w art. 3 definicja nie tylko nie wyjaśnia, co kryje się pod pojęciem „dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne”, lecz jeszcze stosuje odniesienie do innej ustawy, komplikując jej zrozumienie¹⁵, co stanowi jeden z pierwszych elementów do korekty projektu.

Problem nadzorowania PUZ przez państwo

Sformułowanie roli państwa w systemie ubezpieczeń zdrowotnych, zwłaszcza w dziedzinie nadzoru nad działalnością ubezpieczycieli prywatnych, jest zadaniem priorytetowym. Przynajmniej w fazie początkowej rozwoju rynku PUZ potrzebne są podstawowe elementy kontroli państwa, aby później oddać ją w ręce niezależnym instytucjom służącym obiektywnej ocenie rynku. Ważną kwestią w ramach rynku PUZ jest zdefiniowanie zakresu odpowiedzialności podmiotów zaangażowanych oraz obszaru kontroli [2]. Przestrzeń dla funkcjonowania ubezpieczeń uzupełniających i dodatkowych nie jest tak ograniczona (działają na zasadach wolnego rynku), jak dla działalności ubezpieczycieli alternatywnych (tu wkraczają regulacje Unii Europejskiej, ponieważ ubezpieczyciele alternatywni stanowią jedyną formę ochrony dla wyłączonych z systemu powszechnego) [29]. Zadaniem podmiotu(ów) zarządzającego i kontrolującego rynek PUZ jest określanie/zastosowanie mechanizmów pobudzania rynku, jak również narzędzi ochrony konsumentów tego rynku i form zabezpieczenia możliwych sytuacji upadłości prywatnego ubezpieczyciela [30].

Zaproponowany przez Ministerstwo Zdrowia projekt ustawy określa charakter odpowiedzialności i zależności między świadczeniodawcą (który posiada kontrakt z NFZ oraz udziela usług pacjentom prywatnie ubezpieczonym) a publicznym płatnikiem. W zamyśle ustawodawców NFZ ma bardzo dużą kontrolę nad realizacją kontraktu przez świadczeniodawcę, nakłada obowiązek regularnego raportowania oraz grozi wysokimi karami za niewywiązywanie się z określonych w ustawie zadań (nawet bezterminowe odebranie prawa do zawierania kontraktów z NFZ)¹⁶. Tak duży zakres kontroli NFZ został skrytykowany przez środowisko ekspertów, wskazując na zniechęcenie świadczeniodawców i prywatnych ubezpieczycieli do prowadzenia działalności na tak restrykcyjnych warunkach [np. 30].

Dostęp do świadczeń dla różnych grup pacjentów

W przypadku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych można mówić o dostępie w trzech wymiarach. Z perspektywy możliwości nabycia prywatnego ubezpieczenia mówimy o (nie)zdolności klientów do opłacenia comiesięcznej składki kalkulowanej ze względu na indywidualne ryzyko (zdolność finansowa), za czym idzie dostęp do oferty prywatnych ubezpieczycieli. Ponadto barierą wejścia może być również stan zdrowia klienta (odmowa ubezpieczenia ze względu na choroby przewlekłe lub wyznaczenie składki na zbyt wysokim, nieosiągalnym finansowo poziomie) oraz wiek (często stosowane górne limity wieku przyjęcia do grona ubezpieczonych). Dlatego w wielu krajach stosuje się różne formy zabezpieczenia pacjentów przed zjawiskiem „spijania śmietanki” poprzez np. zakaz dyskryminacji ze względu na choroby przewlekłe lub wiek w zamian za subsydiowanie funduszy prywatnych ubezpieczycieli, czy dofinansowanie składek na PUZ dla najbiedniejszych. Nie zawsze jednak państwo może lub chce sobie pozwolić na wspieranie dostępności do PUZ, pozostawiając całkowicie ich funkcjonowanie wolnemu rynkowi.

W innym kontekście dostęp jest rozpatrywany jako możliwość korzystania ze świadczeń finansowanych publicznie. Świadczeniodawcy, mogący realizować usługi zdrowotne w ramach systemu publicznego i prywatnego, przy wyższych stawkach otrzymywanych z tego drugiego, będą przyjmować więcej pacjentów prywatnych, ograniczając dostęp (wydłużając kolejkę) dla objętych wyłącznie publicznym systemem.

Wreszcie koncepcja dostępu do świadczeń rzadkich, drogich. Tam, gdzie rynek prywatny funkcjonuje obok publicznego, może wystąpić jego podział pod względem przedmiotowym. Publiczny płatnik może zrezygnować z rozwijania pewnych świadczeń/dziedzin, które są bardzo kosztowne, powierzając je prywatnym ubezpieczycielom. W przypadku gdy świadczenia związane z urazami, opieką długoterminową, chorobami demencyjnymi zostaną w przeważającej części w gestii PUZ, pacjenci mniej zamożni zostaną tego dostępu pozbawieni.

W omawianym projekcie ustawy uwagę skupiono przede wszystkim na zabezpieczeniu pacjentów nieposiadających dodatkowej polisy zdrowotnej (zobowiązanie świadczeniodawcy do udzielania świadczeń ubezpieczonym prywatnie dopiero po zrealizowaniu co najmniej 90% kwoty kontraktu z NFZ). Zakres odpowiedzialności ubezpieczyciela, zakres świadczeń oraz sposób ustalania składki mają być określone dopiero przez ubezpieczyciela w ogólnych warunkach umowy z klientem.

Dodatkowe motywacje do zakupu PUZ

Aby wspomóc rozwój rynku PUZ, wprowadza się zachęty ukierunkowane na klientów i/lub pracodawców. Najczęściej są to ulgi podatkowe dla pracowników lub pracodawców (którzy wykupują polisę dla swoich pracowników). Taka metoda ma na celu zwiększenie popytu na PUZ, równocześnie zmniejszając korzystanie ze świadczeń finansowanych przez system publiczny.

Umożliwia się włączenie składek na PUZ do pracowniczego funduszu socjalnego, a także subsydiowanie składek na PUZ dla najbiedniejszych [2, 27].

Tym śladem poszli również autorzy polskiej regulacji, którzy założyli ulgę podatkową dla osób fizycznych, a także włączyli składkę na PUZ do zakładowego funduszu świadczeń socjalnych. Ponadto zadania z dziedziny medycyny pracy, według ustawy, mogą być realizowane na podstawie polisy ubezpieczenia zdrowotnego. Niestety, obecne regulacje w zakresie prawa podatkowego nie pozwalają na jakiegokolwiek ograniczanie wpływów podatkowych, co oznacza niewykonalność zapisu projektowanej ustawy. Wątpliwość wzbudza także fakt włączenia w zakres ubezpieczenia świadczeń medycyny pracy. Badania wstępne, okresowe czy kontrolne nie mają znamion ryzyka (są obowiązkowe i odbywają się w regularnych odstępach czasu), zatem nie ma sensu ubezpieczenie ich.

Biorąc pod uwagę pewne niedoskonałości projektu ustawy z 2011 roku, można przypuszczać, że pomysłodawcy mieli nieco inne intencje w stosunku do rynku ubezpieczeń prywatnych w Polsce. Wprowadzanie PUZ do nieuregulowanego sektora publicznego jest niebezpieczne. Zatem pośrednio celem działań jest raczej uporządkowanie obecnej sytuacji po stronie publicznej i prywatnej, aniżeli sam rozwój rynku PUZ¹⁷. Przede wszystkim chodzi o uregulowanie rynku abonamentów medycznych poprzez objęcie ich takimi samymi przepisami, jakie dotyczą firm ubezpieczeniowych (podlegające kontroli, opodatkowaniu i konieczności reasekuracji), a także doprecyzowanie warunków dotyczących produktów ubezpieczeniowych (transparentność umów i czytelność dla klientów) nadające państwu prawo nadzoru w kwestiach finansowych oraz ochrony praw konsumenckich. Co więcej, nieunormowana jest jeszcze sytuacja publicznych świadczeniodawców (spzoz), którzy docelowo mieliby stanowić część bazy realizującej świadczenia dla ubezpieczonych prywatnie, a także podmiotów prywatnych zakontraktowanych z NFZ chcących świadczyć usługi również w ramach prywatnych polis. Świadczeniodawcy wyrażają obawy zakwestionowania wykonania umowy przez NFZ, przy równoczesnym realizowaniu świadczeń prywatnie. Konieczne jest także doprecyzowanie koszyka świadczeń gwarantowanych w publicznym systemie. Wobec tego można oczekiwać dalszych działań rządu w powyższych wymiarach, które pośrednio z czasem utworzą drogę do rynku PUZ.

6. Wpływ proponowanych zmian na podmioty w polskim systemie ochrony zdrowia

Ministerialny projekt ustawy wpływa na funkcjonowanie wielu podmiotów sektora zdrowotnego. Są to: świadczeniobiorcy (posiadający dodatkowe ubezpieczenie oraz ubezpieczeni tylko publicznie), świadczeniodawcy, prywatni ubezpieczyciele, Narodowy Fundusz Zdrowia oraz system zdrowotny jako całość. Poniżej rozważane jest potencjalne oddziaływanie proponowanej ustawy na podmioty sektora zdrowotnego po jej wejściu w życie.

Pacjent posiadający dodatkową polisę

Poprzez standardową umowę w ramach PUZ ubezpieczyciel zobowiązuje się do organizowania świadczeń zdrowotnych o lepszym/szybszym dostępie oraz wysokiej jakości dla swojego klienta. Taka forma zakupu w porównaniu z bezpośrednią opłatą za usługę (ang. *fee for service*) jest tańsza i bardziej dogodna (comiesięczna składka upoważnia do większej liczby świadczeń w ramach umowy w porównaniu z ceną jednorazowego świadczenia bezpośrednio opłaconego przez pacjenta). Otwarcie rynku PUZ stworzyłoby bazę ubezpieczycieli (w tym świadczeniodawców), z których ofert pacjenci mogą korzystać w zależności od preferencji i potrzeb. Rozwiązanie to posiada zarazem słabe strony wynikające z samej konstrukcji dobrowolnych ubezpieczeń. Zależność składki od ryzyka indywidualnego może powodować trudności w nabyciu bądź utratę ubezpieczenia z powodu wieku lub złego stanu zdrowia (choroby przewlekłe). Istnieje także zagrożenie dyskryminacji gorszych ryzyk¹⁸ mimo posiadania ubezpieczenia (wysoka składka, mały wybór świadczeń lub świadczeniodawców). Należy zaznaczyć, iż posiadanie prywatnej polisy nie zwalnia z obowiązku opłacania składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne (co oznacza podwójne płacenie za świadczenia opieki zdrowotnej).

Pacjent nieubezpieczony dodatkowo

Projekt ustawy zakłada zapewnienie dostępu do świadczeń zdrowotnych oferowanych przez prywatnych świadczeniodawców poza systemem publicznego finansowania. Może to skutkować szybszym dostępem (skrócenie kolejek) do świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Ponadto jeśli świadczeniodawcy udzielają świadczeń w ramach finansowania publicznego i prywatnego, oznacza to lepszą jakość usług również dla pacjentów nieposiadających PUZ (korzystanie z tej samej bazy przystosowanej do wyższych wymagań płatników prywatnych). Ponadto pacjenci – w razie wystąpienia potrzeby – mają możliwość skorzystania (odpłatnie) z serwisu dostępnego u świadczeniodawców dla posiadaczy prywatnych ubezpieczeń. Niemniej jednak pojawia się zagrożenie, iż mimo regulacji prawnych świadczeniodawcy będą zachowywać się nieuczciwie poprzez preferowanie pacjentów posiadających prywatne ubezpieczenie (jeśli otrzymają większą stawkę za leczenie pacjenta z PUZ). Patrząc z innej perspektywy, przyczyną nieposiadania prywatnego ubezpieczenia może być nie tylko niechęć do takiego rozwiązania, ale przede wszystkim, wcześniej już wspomniane, bariera dochodowa i stan zdrowia, co wskazuje na dyskryminację pewnych grup.

Świadczeniodawcy

Dla świadczeniodawców wprowadzenie PUZ oznaczałoby dodatkowe źródło finansowania (poza kontraktem z NFZ i *fee for service*) oraz zawieranie umów z podmiotami o wysokiej gwarancji wypłacalności. Ponadto świadczeniodawcy udzielający usługi posiadaczom

prywatnych polis mogliby budować pozytywny obraz jednostki jako atrakcyjnej dla ubezpieczycieli. Jednakże, jak zauważono w punkcie piątym, niedoregulowanie kwestii zakresu wpływu NFZ na zakontraktowanego świadczeniodawcę może blokować udzielanie świadczeń w ramach polis prywatnych.

Prywatni ubezpieczyciele

Wejście w życie ustawy regulującej rynek PUZ stworzyłoby ramy prawne i instytucjonalne do funkcjonowania oraz rozwoju sektora prywatnych dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych. Posłużyłoby to transformacji obecnie funkcjonujących abonamentów w polisy ubezpieczeniowe. Przy rozwoju działalności ubezpieczeniowej, biorąc pod uwagę ostatnie problemy finansowe instytucji na całym świecie, prywatni ubezpieczyciele powinni stosować reasekurację zapewniającą bezpieczeństwo swoich klientów (w razie niewypłacalności/bankructwa ubezpieczyciela).

Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ)

NFZ jako instytucja organizująca i finansująca świadczenia zdrowotne dla ubezpieczonych w publicznym systemie doświadczyłby obciążenia finansowego poprzez przerzucenie kosztów części świadczeń na prywatnych ubezpieczycieli, nadal pobierając składki od wszystkich ubezpieczonych. Konieczność obserwowania/kontrolowania list oczekujących u świadczeniodawców realizujących usługi dla ubezpieczonych prywatnie będzie zaś wymagać więcej pracy i pochłaniać czas¹⁹.

System ochrony zdrowia

Rozwój sektora prywatnego w systemie ochrony zdrowia w postaci PUZ będzie stanowić dodatkowe źródło finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. PUZ poprzez swoją różnorodną ofertę będą mogły uzupełnić „luki” istniejące w publicznym systemie ubezpieczeniowym. Dotyczy to zakresu podmiotowego (osoby, które nie podlegają powszechnemu ubezpieczeniu), jak i przedmiotowego (świadczenia niezajdujące się w koszyku gwarantowanym oraz objęte współpłaceniem). Jednocześnie nowe regulacje wpłyną na opinię populacji o systemie zdrowotnym. Indywidualna ocena oczywiście będzie zależeć od potrzeb jednostek oraz ich możliwości zakupu dobrowolnego ubezpieczenia.

Należy jednak rozważyć, czy prywatne ubezpieczenia zdrowotne będą stanowić lekarstwo na wszystkie problemy systemu zdrowotnego. Jest to właściwie założenie utopijne. Przy rozwoju PUZ poza korzyściami system będzie również narażony na wszelkie słabości tego modelu (wskazane w punkcie czwartym). Stare problemy zostaną zaś zastąpione nowymi.

7. Rekomendacje

Reasumując cele wprowadzania PUZ do systemów opieki zdrowotnej, tekst projektu ustawy i zastrzeżenia

do niej, a także doświadczenia płynące z krajów europejskich, pojawia się kilka istotnych aspektów, które mogą być pomocne przy efektywnym wprowadzaniu PUZ do systemu zdrowotnego.

Popyt i podaż

Myśląc o wprowadzeniu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych na rynek ochrony zdrowia (czy też tworzeniu formalnego środowiska sprzyjającego jego rozwojowi), należy przeprowadzić analizę popytu i podaży PUZ. Zainteresowanie ofertą PUZ pojawia się m.in. w wyniku niezadowolającego zakresu i poziomu świadczeń w powszechnym systemie (tzw. dysfunkcja powszechnego systemu). Ponadto świadomość własnego ryzyka pojawienia się choroby oraz ewentualnych kosztów z nią związanych zwiększa chęć nabycia ubezpieczenia [5].

Podaż dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych jest kształtowana przede wszystkim przez popyt. Nie mając wystarczającej liczby klientów i zainteresowanych, nieracjonalne jest rozpoczynanie działalności. Poza tym na podaż wpływają techniczne możliwości, czyli m.in. ramy prawne pozwalające na wprowadzenie nowych rozwiązań do sektora (temu miałyby służyć wprowadzenie w Polsce ustawy o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym). Trzecim czynnikiem wpływającym na podaż są tzw. warunki wypłacalności ubezpieczyciela. Rozumie się przez to następujące założenia dotyczące składki, która powinna: (1) zostać ustalona na takim poziomie, aby klient był skłonny ją zapłacić, (2) pokrywać koszty świadczeń, z których korzysta ubezpieczony oraz koszty działalności ubezpieczyciela oraz (3) przynosić zysk (jeśli ubezpieczyciel jest organizacją *for-profit*) [5].

Przestrzeń funkcjonowania

Poza zbadaniem podaży i popytu na PUZ, należy również dokonać analizy sektora pod względem świadczeń, jakie mogłyby zostać objęte ofertą prywatnych ubezpieczycieli. Pomogłoby to w doprecyzowaniu dominującej funkcji, jaką PUZ miałyby pełnić w systemie. Biorąc pod uwagę zaprezentowane w punkcie pierwszym typy PUZ, przy planowaniu wprowadzenia ubezpieczenia uzupełniającego należy doprecyzować, które świadczenia nie są objęte gwarantowanym koszykiem świadczeń – w przypadku Polski finansowanych przez NFZ (co stanowiłoby potencjalną ofertę prywatnych ubezpieczycieli). Oferując natomiast ubezpieczenia dodatkowe, które zapewniłyby np. lepsze warunki hotelowe, powinno się sprawdzić bazę podażową takich usług (czy świadczeniodawcy mogą zaproponować świadczenia o wyższej jakości i jaka jest ich liczba). Zasięg obowiązku ubezpieczenia w powszechnym systemie, wyłączenia z niego oraz określone podmioty, które nie posiadają żadnej formy zabezpieczenia przed wystąpieniem ryzyka choroby, również wyznaczają przestrzeń działania dla PUZ – alternatywnych.

Przestrzeń działalności prywatnych ubezpieczycieli wyznacza też określenie podmiotów, z którymi może on podpisać umowę o świadczenie usług dla swoich klientów. Zwraca się tu uwagę na wcześniej wspomnianą

możliwość obsługiwanie klientów PUZ przez jednostki publiczne, a także standard i możliwości realizowania świadczeń (baza lokalowa, sprzęt, zasoby ludzkie).

Szara strefa

W sytuacji, gdy publiczny system nie odpowiada w pełni na zapotrzebowanie pacjentów, kiedy brak jest możliwości uzyskania usługi medycznej u prywatnego świadczeniodawcy czy też nie funkcjonują podmioty przejmujące koszty dodatkowych świadczeń, rozwija się zjawisko korupcji (nieformalnych opłat pacjentów). Pacjenci, chcąc uzyskać dostęp do świadczeń (również lepszej jakości) czy też przyspieszyć realizację świadczenia, gotowi są zapłacić „pod stołem”. Problem nieformalnych opłat pacjentów dotyczy głównie krajów Europy Środkowej i Wschodniej oraz krajów postradzieckich [31, 32]. W 2010 roku wartość nieformalnych opłat w Polsce oszacowano na 0,3–0,5% całkowitych wydatków na zdrowie [33]. W 2011 roku 1,7% gospodarstw domowych korzystających z opieki medycznej przyznało się do wręczenia łapówki czy też tzw. dowodu wdzięczności [26]. Pacjenci wręczający łapówki w celu skrócenia czasu oczekiwania na świadczenie czy też otrzymania usługi o lepszym standardzie oraz świadczeniobiorcy przyjmujący/wymagający takich opłat działają nieetycznie i niezgodnie z prawem. Należy zwrócić uwagę na to, że dzięki prowadzonym od kilku lat akcjom przeciwdziałającym korupcji (nie tylko) w sektorze zdrowotnym²⁰, zjawisko to radykalnie uległo zmniejszeniu. Pojawiła się natomiast inna nieprawidłowość na rynku prywatnych świadczeniodawców, którzy często przyjmując pacjentów w swoich prywatnych gabinetach (otrzymując za to bezpośrednią opłatę za usługę), leczenie stacjonarne zlecają placówkom publicznym, finansowanym przez NFZ (obciążając już większymi kosztami system publiczny). Zatem ta grupa świadczeniodawców może nie być w ogóle zainteresowana rozwojem PUZ. Takie ubezpieczenia mogą natomiast stanowić odpowiedź na motywy wręczających łapówki (szybszy dostęp, lepsza jakość), jako rozwiązanie legalne i oferujące szeroki zakres świadczeń za przeciętnie niższą cenę niż jednorazowo dokonywana nieformalna opłata (GUS obliczył, że średnio w 2011 roku wręczano 311 zł) czy też koszt jednej wizyty w prywatnym gabinecie.

Wiedza i dialog

Konsultacje społeczne z ekspertami i zainteresowanymi grupami – jak pokazuje reakcja resortów i PIU na ostatni ministerialny projekt – wskazują, że są one niezbędne w procesie implementowania nowych rozwiązań. Znawcy i praktycy tematyki ubezpieczeniowej oraz samego sektora zdrowotnego potrafią wiele wniesić do prac nad tworzonymi koncepcjami.

Wszelkie zmiany wymagają szeroko zakrojonej informacji, edukacji i dialogu społecznego. Zmiany dotyczące organizacji sektora zdrowotnego są trudne do wdrożenia bez konsultacji planowanych regulacji,

wymiany poglądów i opinii, a także przejrzystości podejmowanych decyzji. Znalezienie porozumienia politycznego i społecznego jest warunkiem koniecznym do wprowadzenia proponowanych zmian, a także uzyskania ich akceptacji. Na szczególną uwagę zasługują trzy grupy interesu: ubezpieczyciele, rząd oraz pacjenci. W przypadku ubezpieczycieli trudności może przysporzyć hermetyczny charakter rynku, do którego grupy lobbujące będą odmawiać/utrudniać dostęp (wejście na rynek). Rząd natomiast, jako podmiot wysoce polityczny, działa adekwatnie do obecnego klimatu i ustalonej strategii partii rządzącej. Najbardziej zainteresowany podmiot w dyskusji, a tym samym najsłabsza grupa to pacjenci. Rozproszona, mało zorganizowana strona debaty może nie mieć wystarczającej siły dotarcia ze swoim głosem często wyrażającym obawy (spowodowane niewiedzą lub też świadomością małej siły sprawczej).

Szeroko dostępne informacje na temat teorii i praktyki w zakresie PUZ w krajach europejskich stanowią punkt odniesienia dla działań krajów, które są zainteresowane wprowadzeniem PUZ. Wieloletnia praktyka pozwala na dokonanie oceny i kreowanie zaleceń dotyczących funkcjonowania PUZ. Można zaobserwować wiele dobrych praktyk i rozwiązań sprawdzających się na rynku, a także uniknąć powtarzania tych samych błędów.

Słowo końcowe

Wzrost niezadowolenia z funkcjonowania publicznego systemu opieki zdrowotnej, a przede wszystkim coraz powszechniej występujące ograniczenia dostępności do wielu usług zdrowotnych stanowią główną przyczynę rozważań i propozycji wprowadzenia dodatkowych źródeł finansowania usług zdrowotnych w postaci prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego. Wprawdzie istnieją pewne formy dodatkowych prywatnych form finansowania opieki zdrowotnej (paraubezpieczenia), jednakże jest to segment marginesowy i niezabezpieczony odpowiednimi regulacjami. Od momentu reformy zdrowotnej w Polsce powstało kilka propozycji wdrożenia PUZ do systemu zdrowotnego. Ostatnia propozycja pochodzi z 2011 roku. Na zadane w lipcu 2012 roku pytanie o stan aktualnych prac dotyczących regulacji w zakresie dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych, Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia poinformował, że opracowywany jest projekt założeń do ustawy o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym. Projekt ten został włączony do „Wykazu prac legislacyjnych Rady Ministrów” i po zakończeniu prac analityczno-koncepcyjnych zostanie poddany uzgodnieniom zewnętrznym i konsultacjom społecznym²¹. W wywiadzie udzielonym dla PAP i opublikowanym na portalu Służba Zdrowia²² minister zdrowia zapowiada istotne zmiany dla sektora (decentralizacja NFZ, wprowadzenie karty pacjenta), których drugim etapem będzie wprowadzenie regulacji dotyczących PUZ (zatem sama sprawa wprowadzenia PUZ nie jest pierwszorzędna). Wprowadzanie nowych rozwiązań ma się rozpocząć w 2013 roku.

Należy jednak zwrócić uwagę, że dobrowolne prywatne ubezpieczenia zdrowotne nie staną się zasadni-

czym czynnikiem poprawy stanu sektora zdrowotnego, a raczej tylko elementem składowym, dzięki któremu poprawi się funkcjonowanie systemu dla niektórych grup ludności, zwiększając możliwość wyboru i dostęp do sfinansowania tej możliwości.

Wprowadzanie nowych przepisów i aktów wykonawczych powinno się opierać na szerokich konsultacjach społecznych po uprzednim klarownym przedstawieniu propozycji. Przy tak wrażliwym temacie, jakim jest zdrowie jednostki/populacji, ryzykowne jest wprowadzanie zmian bez wcześniejszego „przygotowania gruntu” (zarówno po stronie infrastrukturalnej i organizacyjnej, jak i po stronie potencjalnych beneficjentów/posiadaczy prywatnych polis). To też wskazuje na potrzebę dalszych prac i udoskonalania zapisów przy równoczesnym prowadzeniu odpowiedniej dystrybucji informacji wśród obywateli dotyczącej m.in. tego, jakie świadczenia są dostępne w ramach koszyka podstawowego finansowanego przez NFZ, a co mogą nam zaoferować prywatne firmy ubezpieczeniowe, za jaką cenę i na jakich warunkach. Mając na uwadze doświadczenia europejskie w dziedzinie PUZ, mamy do dyspozycji szeroką bazę odniesień. Źródła te wskazują mocne, a także słabe strony funkcjonowania tego segmentu systemu zdrowotnego. Rozważenie i zbilansowanie kosztów i korzyści w kontekście celów zdrowotnych (dostępu do świadczeń) oraz zabezpieczenia ryzyka zdrowotnego ludności powinno być pierwszym krokiem analizy wdrażalności PUZ. Ostatnie wypowiedzi polityków sugerują, że zbliża się kolejny okres debaty nad wprowadzeniem PUZ.

Przypisy

¹ Publiczne systemy opieki zdrowotnej finansowane są poprzez podatki ogólne (państwowa służba zdrowia) lub obowiązkowe składki zależne od dochodu (społeczne ubezpieczenia zdrowotne – SUZ). Wszystkie pozostałe metody ubezpieczeniowe, finansowane w przeważającym stopniu przez dobrowolne indywidualne lub grupowe składki, określane są jako prywatne – według opracowania OECD *Proposal for taxonomy of health insurance*.

² Zasada dobrowolności uczestnictwa PUZ nie zawsze jest regułą – np. w krajach, w których grupy wyłączone z systemu powszechnego obliguje się do zawarcia umowy z prywatnym ubezpieczycielem.

³ Na przykład G. Brunner, P. Gottret, B. Hansl, V. Kalavakonda, S. Nagpal, N. Tapay, *Private voluntary health insurance. Consumer protection and prudential regulation*, Bank Światowy, Waszyngton 2012.

⁴ Ustawa o działalności ubezpieczeniowej z dnia 22 maja 2003 r. (Dz.U. 2003 Nr 124, poz. 1151).

⁵ Ustawa o swobodzie działalności gospodarczej z dnia 2 lipca 2004 r. (Dz.U. 2004 Nr 173, poz. 1807).

⁶ Dane z raportu *Diagnoza Społeczna 2011*, szacunki Polskiej Izby Ubezpieczeń wskazują na 6,5%.

⁷ Internetowe wydanie „Gazety Wyborczej” 4.08.2003 r., <http://wyborcza.pl/1,75248,1606990.html> (dostęp: 24.04.2013).

⁸ Internetowe wydanie tygodnika „Wprost” nr 22/2006 (1225), http://www.wprost.pl/ar/90853/Ubezpiecz-sie-od-Religi/?pg=1#an_389289013; „Puls Medycyny” 1.2006, <http://>

pulsmedycyny.pl/2579760,69243,prywatne-ubezpieczenia-szpitalne-tak-czy-nie; „Gazeta Prawna” z 22.12.2011, http://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/578336,dodatkowe_ubezpieczenia_zdrowotne_korzysci_i_pulapki.html (dostęp: 24.04.2013).

⁹ Metoda określania wysokości składki dla określonej grupy populacji, niebiorąca pod uwagę stanu zdrowia, wieku czy płci ubezpieczonych.

¹⁰ Ustawa o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym zaprezentowana 9.03.2011 r., dostępna na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia, <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m491&ms=0&ml=pl&mi=56&mx=0&mt=&my=131&ma=016961> (dostęp: 24.04.2013).

¹¹ Zestawienie uwag do projektu – uzgodnienia międzyresortowe, czerwiec 2011, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/tabela_uwagi_duz_06062011.pdf (dostęp: 24.04.2013) oraz opinie prawne wykonane dla Polskiej Izby Ubezpieczeń wraz z ich własną propozycją treści ustawy, <http://www.piu.org.pl/aktualnosci/project/697/paginacja/1> (dostęp: 24.04.2013).

¹² Więcej komentarzy na temat projektu ustawy m.in. w: Pustelnik A., *Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Polsce – stan obecny, otoczenie prawne, scenariusze rozwoju*, „Polityka Zdrowotna” marzec 2012; X: 71–91; Sordyl G., Niżnik J., *Analiza projektu ustawy o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym*, w: Sułkowska W. (red.), *Ubezpieczenia gospodarcze i społeczne. Wybrane zagadnienia ekonomiczne*, Warszawa 2011.

¹³ *Health Consumer Powerhouse*, Bruksela 15.05.2012, <http://www.healthpowerhouse.com/files/ehci-2012-press-poland.pdf> (dostęp: 24.04.2013).

¹⁴ Uzasadnienie do projektu ustawy o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/projekt_ustawy_doube_09032011.pdf, marzec 2011 (dostęp: 24.04.2013).

¹⁵ „Art. 3.1. Dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne jest ubezpieczeniem wypadkowym lub chorobowym, o którym mowa w załączniku do ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (...)”.

¹⁶ Ustawa zobowiązywała świadczeniodawców m.in. do informowania NFZ o zawarciu umowy z prywatnym ubezpieczycielem, wszelkich zmianach w umowie, raportowaniu list oczekujących z uwzględnieniem świadczeń realizowanych również dla prywatnie ubezpieczonych – przy bardzo krótkich, bo siedmiodniowych, terminach wykonalności. Nienależyte wykonanie umowy z NFZ może skutkować jej rozwiązaniem oraz nałożeniem kary umownej.

¹⁷ Wyniki dyskusji pracowników Zakładu Ekonomiki Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego UJ CM z przedstawicielami Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia oraz NFZ z 28 listopada 2012 roku.

¹⁸ Gorsze ryzyko oznacza dla ubezpieczyciela sytuację, gdy przychody ze składek nie pokrywają świadczeń wynikających z pojawienia się danego ryzyka.

¹⁹ Zgodnie z zapisami projektu ustawy, gdy ubezpieczony powszechnie pacjent posiadający PUZ korzysta ze świadczeń finansowanych przez NFZ, a równocześnie znajdujących się w ofercie PUZ – świadczeniodawca ma obowiązek egzekwowania kosztów udzielonego świadczenia od prywatnego ubezpieczyciela. Gdyby jednak koszty pokrył NFZ, fundusz

ma prawo żądać zwrotu poniesionych kosztów od prywatnego ubezpieczyciela.

²⁰ Ministerstwo Zdrowia – Przeciwdziałanie korupcji, <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m0&ms=550&ml=pl&mi=550&mx=3&ma=&mr=m5&ms=0&ml=pl&mi=0&mx=0&ma=16496> (dostęp: 24.04.2013).

²¹ Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego MZ, list z 23.07.2012 r. (znak MZ-UZ-PR-71-28265-1/JC/12).

²² Wywiad z 15.10.2012 r. dostępny na stronie internetowej portalu Służba Zdrowia, <http://www.sluzbazdrowia.com.pl/news.php?nid=12423514> (dostęp: 24.04.2013).

Piśmiennictwo:

1. Sekhri N., Savedoff W., *Private Health insurance: implications for developing countries*, „Bulletin of the World Health Organization” 2005; 83 (2): 127–134.
2. Preker A., Scheffler R., Basset M., *Private voluntary health insurance in development. Friend or foe?*, The World Bank 2007.
3. Preker A., Zweifel P., Schellekens O., *Global marketplace for private health insurance. Strength in numbers*, The World Bank 2010.
4. *OECD Proposal for taxonomy of health insurance*, OECD Study on Private Health Insurance, OECD Health Project 2005.
5. Mossialos E., Thomson S., *Voluntary health insurance in the European Union*, European Observatory on Health Systems and Policies 2004.
6. Golinowska S. (red.), *Modele ubezpieczeń zdrowotnych w systemie ubezpieczeń społecznych*, „Studia i materiały Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych”, z. 3, Warszawa 1993.
7. Sowada C., *Dobrowolne prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Wyzwania dla Polski w świetle doświadczeń krajów Unii Europejskiej*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2003; I, 1: 16–30.
8. Wasem J., *Regulacja rynków prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce*, Projekt Ministerstwa Zdrowia i Banku Światowego, 2001.
9. Sobczak A., Dudzik E., Juszczyk G., *Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Polsce – raport z badań*, Uniwersytet Warszawski, Warszawa 2003.
10. Pukała R., *Główne bariery rozwoju ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce*, „Polityka Zdrowotna” grudzień 2004; II: 25–29.
11. Holly R., Szczepaniak H., *The development of the private health insurance and medical services market in Poland in the years 2005–2010*, „Polityka Zdrowotna” maj 2011, 111–120.
12. Pustelnik A., *Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Polsce – stan obecny, otoczenie prawne, scenariusze rozwoju*, „Polityka Zdrowotna” marzec 2012; X: 71–91.
13. Polska Izba Ubezpieczeń, *Rola prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia. Jak wpływają na dostęp do świadczeń, innowacji i leków – kluczowe tezy i rekomendacje, opracowanie przygotowane we współpracy ze Związkiem Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA*, 2011.
14. Owoc J., *Czy współpłacenie lub suplementarne ubezpieczenia zdrowotne mogą poprawić działanie polskiego systemu*

- ochrony zdrowia – polemika z raportem Ernst & Young, „Wiadomości Ubezpieczeniowe”, Warszawa 2011; 4.
15. Thomson S., Mossialos E., *Private health insurance in the European Union. Final report prepared for the European Union Commission, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities*, London School of Economics and Political Science, czerwiec 2009.
 16. *OECD Survey of Health System Characteristics 2008–2009*, OECD Health Data 2009.
 17. Czapiński J., Panek T. (red.), *Diagnoza Społeczna 2011*, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2011.
 18. GUS, *Polski rynek ubezpieczeniowy 2011*, Warszawa 2012.
 19. CBOS, *Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych*, Warszawa, marzec 2012.
 20. Golinowska S., Sowada C., Tambor M., Dubas K., Jurkiewicz-Świątek I., Kocot E., Seweryn M., *Równowaga finansowa oraz efektywność w polskim systemie ochrony zdrowia. Problemy i wyzwania*, Uniwersyteckie Wydawnictwo „Vesalius”, Kraków 2012.
 21. Polska Izba Ubezpieczeń, *Budowanie systemu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce. Propozycja rozwiązań, Koncepcja Komisji Ubezpieczeń Zdrowotnych i Wypadkowych PIU przygotowana przez Fundację Naukową Instytutu Badań Strukturalnych*, Warszawa, luty 2008.
 22. Brunner G., Gottret P., Hansl B., Kalavakonda V., Nagpal S., Tapay N., *Private voluntary health insurance. Consumer protection and prudential regulation*, Bank Światowy, Waszyngton 2012.
 23. CBOS, *Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej*, Warszawa, marzec 2012.
 24. CBOS, *Sytuacja w opiece zdrowotnej*, Warszawa, marzec 2008.
 25. CBOS, *Gotowość do zmian w służbie zdrowia. Komunikat z badań*, Warszawa, marzec 2010.
 26. CBOS, *Polacy o państwowej i prywatnej opiece zdrowotnej*, Warszawa, kwiecień 2012.
 27. Colombo F., Tapay N., *Private health insurance in OECD countries: the benefits and costs for individuals and health systems*, OECD Health Working Papers 2004.
 28. Magda I., Szczygielski K., *Ocena możliwości poprawy działania polskiego systemu ochrony zdrowia. Współplacenie i prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Raport w ramach programu Sprawne Państwo*, Ernst & Young 2011.
 29. Jurkiewicz I., Tinardon C., *Rynek prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w krajach europejskich. Przykład rozwiązań francuskich*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2010; VIII, 1: 95–105.
 30. Sordyl G., Niżnik J., *Analiza projektu ustawy o dodatkowym ubezpieczeniu zdrowotnym*, w: Sułkowska W. (red.), *Ubezpieczenia gospodarcze i społeczne. Wybrane zagadnienia ekonomiczne*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011.
 31. Lewis M., *Who is paying for health care in Eastern and Central Europe?*, The World Bank 2000.
 32. Mossialos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin J., *Funding health care: options for Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, WHO 2002.
 33. Golinowska S., *Oplaty nieformalne w ochronie zdrowia. Perspektywa i doświadczenia polskie*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2010; VIII, 1: 12–28.