

MARIA PŁONKA

plonkam@uek.krakow.pl

*Prywatne ubezpieczenia zdrowotne a publiczny system opieki
zdrowotnej w Polsce*

Private Health Insurance and Public Health Care in Poland

Słowa kluczowe: dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne; prywatne ubezpieczenie zdrowotne; system opieki zdrowotnej

Keywords: additional health insurance; private health insurance; health care system

Kod JEL: I11; I13; I18

Wstęp

W świetle danych z raportów OECD i HCP (*Health Consumer Powerhouse*) Polska jest na jednym z ostatnich miejsc w Europie pod względem organizacji, finansowania oraz świadczeń opieki zdrowotnej.

Celem artykułu jest identyfikacja przyczyn problemu w świetle europejskich danych porównawczych oraz określenie miejsca prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce w kontekście rozwiązania problemów niewydolności publicznego systemu ochrony zdrowia. W tym celu omówiono system opieki zdrowotnej w Polsce na tle krajów Europy, przyczyny mankamentów polskiego systemu opieki zdrowotnej, a także scharakteryzowano prywatne ubezpieczenia zdrowotne jako suplement ochrony zdrowia w Polsce oraz nakreślono w podsumowaniu propozycję rozwiązania problemu przez model partnerstwa publiczno-prywatnego między NFZ a ubezpieczycielami.

1. System opieki zdrowotnej w Polsce na tle krajów Europy

Mimo rosnących wpływów Narodowego Funduszu Zdrowia, system opieki zdrowotnej jest niewydolny i permanentnie niedofinansowany. Raport OECD pokazuje, że poziom wydatków na opiekę zdrowotną per capita w Polsce wynosi 44% średniej krajów OECD (tab. 1). Najwięcej z państw OECD przeznaczają na opiekę zdrowotną per capita Stany Zjednoczone (8713 dolarów), a najmniej – Indie (215). Wybrane wskaźniki dotyczące systemu opieki zdrowotnej Polski na tle średniej OECD (44 kraje) w latach 2013–2015 przedstawia tab. 1.

Tab. 1. Wybrane wskaźniki dotyczące systemu opieki zdrowotnej w Polsce na tle średniej OECD w latach 2013–2015

Wskaźnik	OECD	Polska	Strona Raportu
Wydatki per capita na opiekę zdrowotną w dolarach	3453,0	1530,0	165
Wydatki na opiekę zdrowotną jako udział w PKB w %	8,9	6,4	167
Udział wydatków na opiekę zdrowotną w budżecie w %	15,0	11,0	171
Liczba lekarzy przypadających na 1000 świadczeniobiorców	3,3	2,2	81
Liczba pielęgniarek na 1000 świadczeniobiorców	9,1	5,3	91
Średnia liczba konsultacji lekarskich	6,6	7,1	101
Średnia liczba osobodni w szpitalu na 1000 świadczeniobiorców	4,8	6,6	105
Średnie obłożenie szpitali (osobodni)	155,0	167,0	107
Wydatki medyczne na 1 członka gospodarstwa domowego w %	2,8	2,5	125
Liczba aptek na 100 000 mieszkańców	25,1	35,7	183
Wydatki na farmaceutyki per capita w dolarach	515,0	326,0	179
Wydatki na B+R w przemyśle farmaceutycznym jako % PKB w stosunku do lidera (Szwajcaria), Polska na ostatnim miejscu	0,63 (CH)	0,02	189
Udział ludności w wieku powyżej 65 lat w 2050 r. w %	27,0	30,0	193
Udział ludności w wieku powyżej 65 lat w % w latach: 1970 i 2014	9,8/16,2	8,2/14,9	213
Wydatki na opiekę długoterminową jako udział % PKB	1,7	0,4	209

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [OECD, 2015].

Szczegółowa analiza raportu wskazuje, że najczęściej, bo ponad 10% PKB, wydają na ochronę zdrowia żałośne kraje europejskie: Holandia, Francja, Niemcy i Dania. Polska jest piąta od końca (36. miejsce, per capita i relatywnie do PKB), także w porównaniu z krajami Europy Środkowej.

W 2013 r. ogólne wydatki na leki we wszystkich państwach OECD stanowiły około 20% nakładów na opiekę zdrowotną. Polska w wydatkach na leki per capita plasuje się poniżej średniej, lecz przeliczając je na procent PKB, jest to blisko średniej OECD. Średnia długość życia w Polsce wynosi 77,1 lat (31. miejsce). Polska jest słabo przygotowana na proces starzenia się społeczeństwa. Strukturę źródeł finansowania opieki zdrowotnej w Polsce na tle średniej OECD przedstawia tab. 2.

Szczegółowa analiza raportu wykazuje, że tylko około 4% PKB stanowią w Polsce wydatki publiczne, reszta to tzw. wydatki prywatne. W większości państw OECD głównym źródłem finansowania służby zdrowia są wydatki publiczne. Jedynie w USA i Chile ponad 50% wydatków pochodzi z prywatnych funduszy.

Tab. 2. Struktura źródeł finansowania opieki zdrowotnej w Polsce na tle średniej w krajach OECD

Wskaźnik struktury w %	OECD	Polska	Strona Raportu
Wydatki na opiekę zdrowotną			
Budżet państwa	37	10	171
Publiczne zabezpieczenie społeczne	36	61	
Dopłaty własne pacjentów/środki prywatne	19	25	
Prywatne ubezpieczenia zdrowotne	6	4	
Inne	2	0	
Wydatki na detaliczne środki farmaceutyczne			
Publiczne	57	32	34
Prywatne ubezpieczenie	5	0	
Środki prywatne	37	68	
Inne	1	0	

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [OECD, 2015].

Analizując Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia, stworzony przez HCP [2016], który bada i porównuje model zdrowotny powiązany z konsumentem w Europie, należy zauważyć, że w 2015 r. Polska zajęła przedostatnie (wyprzedzając Czarnogórę), 34. miejsce, uzyskując 523 punkty. Holandia jako lider rankingu otrzymała 926 punktów [OECD, 2015, s. 27]. Pod względem zagregowanego wskaźnika „wartość – cena” Polska była na trzeciej pozycji od końca [OECD, 2015, s. 32]. Najkorzystniejszym modelem finansowania ochrony zdrowia – w świetle uzyskanych wyników – okazał się model Bismarcka. Model Beveridge’a sprawdzał się jedynie w krajach o małej liczbie ludności (Islandia, Dania i Norwegia) [OECD, 2015, s. 19; zob. więcej: Niżnik, 2004; Pajewska, 2011, s. 235–251]. Ciekawy w tym kontekście jest efekt braku powiązania między nakładami finansowymi a dostępnością opieki zdrowotnej.

2. Przyczyny mankamentów polskiego systemu opieki zdrowotnej

Wyraźne deficyty polskiego systemu opieki zdrowotnej na tle innych krajów, widoczne w świetle przedstawionych danych, przejawiają się w charakterystycznych dla gospodarki niedoboru [zob. więcej: Kornai, 1985] kolejkach (czasem latami) do świadczeń medycznych otrzymywanych w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia oraz w niskich standardach realizacji procedur medycznych. Na tym tle rozwinęła się tzw. szara strefa świadczeń medycznych i podwójna odpłatność za ochronę zdrowia poprzez obowiązkową składkę ubezpieczenia zdrowotnego do Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) i odpłatność w ramach form prywatnych.

Reforma systemu opieki zdrowotnej, przeprowadzona w latach 90. XX w. w Polsce, była oparta na założeniu przejścia od scentralizowanego modelu budżetowego do modelu ubezpieczeniowego. Zmiany dotyczyły przede wszystkim systemu finansowania (wprowadzenie systemu quasi-ubezpieczeniowego) oraz wprowadzenia instytucji

płatnika trzeciej strony (kasy chorych/Narodowy Fundusz Zdrowia) przy zachowaniu szerokiego zakresu opieki zdrowotnej, realizującego konstytucyjną zasadę równego dostępu do publicznych świadczeń (tzw. koszyka gwarantowanych świadczeń zdrowotnych KGSZ), finansowanego przez płatnika publicznego lub państwo.

Jednym z istotnych źródeł problemu jest zapis art. 68 Konstytucji RP, gwarantujący wszystkim „obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa”. Cytowany zapis Konstytucji jest zbyt idealistyczny i w praktyce niewykonalny. W sformułowaniu „obywatelom” nie doprecyzowano, że chodzi o obywateli polskich, a sformułowanie „równy dostęp” oznacza urzeczywistnienie „zasady sprawiedliwości społecznej” określonej w art. 2 Konstytucji, natomiast w języku ubezpieczeniowym oznacza stosowanie zasady solidarności ubezpieczeniowej (wzajemności), która polega na współponoszeniu przez ubezpieczonych kosztów świadczeń zdrowotnych „wszystkich obywateli” zgodnie z zasadą „jeden za wszystkich, wszyscy za jednego”. Zapis ten jest interpretowany jako powszechne, bezwarunkowe prawo do bezpłatnej opieki zdrowotnej, niezależnie od tego, jaką kto płaci składkę ubezpieczenia zdrowotnego i czy w ogóle płaci, zatem realizacja publicznych świadczeń zdrowotnych tylko wobec „ubezpieczonych” jest *lege artis* nieuprawniona.

Zasady finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych określa ustawa z dnia 18 marca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. Świadczenia opieki zdrowotnej są finansowane głównie ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, zasilające NFZ, a świadczenia zdrowotne innych uprawnionych są finansowane z budżetu państwa.

NFZ jest jedynym publicznym płatnikiem w polskim systemie ochrony zdrowia. Obywatele obciążeni są na rzecz NFZ obowiązkową składką ubezpieczeniową, stanowiącą 9% dochodów osobistych, lub zadeklarowaną kwotą, nie niższą niż 75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w czwartym kwartale roku poprzedniego. Osoby mieszkające w Polsce, które nie są objęte obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym, mogą skorzystać z dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Kolejną przyczyną problemów jest starzenie się społeczeństwa. Wprawdzie przychody/koszty NFZ wykazują stałą tendencję rosnącą: w latach 2013–2017 plan finansowy NFZ przewidywał odpowiednio kwoty 64 237,9 mln zł i 73 780,2 mln zł [Plan finansowy NFZ (2013–2017)], lecz faktyczne wydatki na ochronę zdrowia zależą od cyklu życia świadczeniobiorców. Najwięcej wydatków przypada na świadczenia osób w 1. roku życia (około 4700 zł per capita), od 2. do 40. roku życia średnia wartość świadczeń per capita wynosi około 700 zł (najniższa wartość, czyli 500 zł, występuje w 20. roku życia), po czym wydatki te u osób powyżej 40. roku życia zaczynają rosnąć, by osiągnąć kulminację w 78. roku życia (3800 zł per capita). Starzenie się społeczeństwa podnosi poziom wydatków i zwiększa lukę finansową [zob. więcej: NFZ, 2015, s. 4–5].

3. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne jako suplement ochrony zdrowia w Polsce

Wobec niewydolności publicznego systemu opieki zdrowotnej dodatkowo ubezpieczenia zdrowotne są w Polsce metodą poprawy sytuacji i szansą na dofinansowanie systemu bez konieczności podnoszenia podatków, czyli obowiązkowej składki na NFZ. Niestety, w polskim modelu regulacyjnym ubezpieczenia te mogą mieć charakter jedynie ubezpieczeń suplementarnych, które rozwijają się na bazie deficytów w systemie publicznym w ramach istniejącego KGSZ¹. Brak możliwości realizacji dodatkowych ubezpieczeń komplementarnych (czyli realizacji świadczeń spoza KGSZ, jak ma to miejsce w Danii, Holandii i na Węgrzech) lub zasady współpłacenia (która występuje we Francji, w Finlandii, Belgii, na Litwie, w Słowenii) wynika w Polsce z konstytucyjnej zasady równości dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i hamuje rozwój prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Naturalnym oczekiwaniem ze strony nabywców jest, że płacąc za coś dodatkowo, oczekują więcej, niż można zaoferować pozostałym uczestnikom systemu. W Polsce „więcej” w ramach dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych nie oznacza nowych produktów, tylko lepszą jakość produktów już istniejących. W państwach, w których jednocześnie wraz ze zmianą modelu finansowania wprowadzono zasadę współpłacenia za usługi zdrowotne (w granicach od 5 do 75% ceny usługi), bardziej dynamicznie rozwinął się rynek prywatnych, komplementarnych ubezpieczeń zdrowotnych (Słowenia uchodzi za najlepiej rozwinięty rynek tych ubezpieczeń w UE). Postulat prywatnych ubezpieczeń substytucyjnych, które mogą być oferowane osobom spoza systemu publicznego (jak w Estonii czy Czechach) lub osobom, które wystąpiły z systemu publicznego (jak np. w Niemczech), nie jest w Polsce możliwy, ponieważ istnieją obawy, że jego realizacja odbije się niekorzystnie na finansowaniu publicznej opieki zdrowotnej, a tym samym wpłynie na zubożenie KGSZ.

Prywatna dodatkowa opieka zdrowotna funkcjonuje w Polsce w oparciu o:

- bezpośrednie wydatki ponoszone przez samych pacjentów,
- abonamenty medyczne,
- ubezpieczenia zdrowotne.

Bezpośrednie wydatki ponoszone przez samych pacjentów mają charakter do-
rażny i są realizowane w ramach oficjalnych regulacji (prywatne wizyty, prywatne
zabiegi) lub tworzą „szarą strefę” w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia.

Abonament medyczny (cywilnoprawna nienazwana umowa o świadczenie usług
medycznych) był prekursorem stałej prywatnej opieki medycznej na krajowym rynku
i jest obecnie najbardziej popularnym rozwiązaniem finansowanym indywidualnie
lub przez zakłady pracy.

¹ Ubezpieczenia suplementarne (Polska, Wielka Brytania, Hiszpania, Rumunia) obejmują świadczenia, które są gwarantowane w systemie publicznym, ale umożliwiają ubezpieczonemu szerszy wybór świadczeniodawców i szybszy dostęp do świadczeń niż w systemie publicznym. Ubezpieczeni są jednocześnie ubezpieczeni w systemie publicznym.

Dodatkowe prywatne ubezpieczenia zdrowotne zapewniają większą dostępność do placówek medycznych, porównywalne do abonamentów koszty oraz elastyczność w budowaniu pakietów zdrowotnych, a funkcjonują w Polsce w dwóch formach: 1) ubezpieczeń indywidualnych, 2) ubezpieczeń grupowych zamkniętych (pracowniczych) i otwartych (ogólnodostępnych).

W przypadku pracowniczych ubezpieczeń grupowych (PUG) towarzystwa nie stosują procedur oceny ryzyka medycznego, a do programu ubezpieczeń włączane są osoby zgłoszone przez pracodawcę. Według raportu *Diagnoza Społeczna 2015 – warunki i jakość życia Polaków* najpopularniejszym ubezpieczeniem zdrowotnym wśród Polaków są grupowe ubezpieczenia pracownicze [Czapiński, Panek (red.), 2015, s. 225]. Ta forma ubezpieczenia jest wybierana przez ponad 30% Polaków. Jednakże jest ona dostępna jedynie dla pracowników, których zakłady pracy uruchomiły program PUG.

„Trudnym dzieckiem” na rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych są otwarte grupy ubezpieczeń (OGU), które są kompromisem między ubezpieczeniem indywidualnym a grupowym. Tworzenie grup otwartych przez ubezpieczycieli wiąże się z istotnym dla nich ryzykiem na etapie selekcji i klasyfikacji grup ryzyka, co uniemożliwia przystąpienie do takiego ubezpieczenia grupom podwyższonego ryzyka. Grupy otwarte są tworzone w oparciu o kryterium jednorodności ryzyka, na jakie są narażeni różni uczestnicy grupy (np. grupy nowotworowe) lub jednorodności uczestników grupy w odniesieniu do różnych rodzajów ryzyka (np. grupy dla dzieci).

Dane Polskiej Izby Ubezpieczeń wskazują, że liczba osób posiadających dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne zwiększyła się w 2016 r. o prawie 30% w stosunku do 2015 r. i wyniosła 1,86 mln ubezpieczonych, w tym 1,47 mln osób w ramach ubezpieczeń grupowych. W grupie ubezpieczeń indywidualnych analogiczny wzrost wynosił 42% [PIU].

Reasumując, suplementarność dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce rozwija równoległy system funkcjonujący obok systemu publicznego, lokujący się w niszy rynkowej, „uwalniając” kolejki do świadczeń medycznych i odciążając częściowo system publiczny z finansowania tej części świadczeń.

System ten ma istotne mankamenty. Brak jednolitych standardów i współpracy między ubezpieczycielami (zróżnicowanie oceny ryzyka, zakresu i wariantów ubezpieczenia między ubezpieczycielami oraz wyłączeń odpowiedzialności ubezpieczyciela) czyni ten rynek nieprzejrzystym dla klienta i podatnym na aktywność i skuteczność marketingową pośredników ubezpieczeniowych. Dostępności dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych o charakterze suplementarnym nie towarzyszy wypracowanie oraz regulacja modelu współpracy pomiędzy systemem publicznym a prywatnym, w tym między płatnikami publicznymi i prywatnymi. Szeroka interpretacja konstytucyjnej zasady równości dostępu do świadczeń zdrowotnych rodzi obawy, że każda próba reformy służby zdrowia w Polsce może prowadzić do naruszenia praw obywatelskich gwarantowanych konstytucją oraz praw pacjentów. Jednocześnie utrzymywanie istniejącego *status quo* petryfikuje istniejące problemy i skutkuje relatywnie słabym rozwojem prywatnego finansowania ochrony zdrowia w Polsce.

Podsumowanie

Podstawowym zadaniem jest takie określenie modelu współpracy pomiędzy prywatnym i publicznym systemem ubezpieczeniowym, by w sposób najpełniejszy zagwarantować przestrzeganie praw obywateli do ochrony zdrowia oraz praw pacjenta. Modelem tym może być partnerstwo publiczno-prywatne między NFZ a ubezpieczycielami. Obecnie placówki opieki zdrowotnej są finansowane za wykonane usługi jedynie przez płatnika publicznego (NFZ), działającego na zasadzie *not for profit*. Prywatni ubezpieczyciele działają na zasadzie *for profit*², zarabiając na dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych i rozliczając się z tego produktu w ramach technicznego rachunku ubezpieczeń. Umowy zakładów opieki zdrowotnej z prywatnymi ubezpieczycielami zasiliłyby fundusz publiczny, zwiększając dostępność i innowacyjność usług i sprzętu diagnostycznego. W obecnym systemie brak jest kompromisowej możliwości współpłacenia, lepiej realizującej prawa obywateli. Przykładowo: niezbędny zabieg medyczny jest dostępny w Polsce bezpłatnie za kilka lat lub szybko, lecz za pełną odpłatnością. Ani jedno, ani drugie rozwiązanie nie realizuje w pełni konstytucyjnych praw obywatelskich. W praktyce obywatel jest zmuszony do pełnej odpłatności za niektóre drogie zabiegi medyczne lub do czekania na zabieg. Wobec perspektywy starzenia się społeczeństwa istniejący system może okazać się jeszcze bardziej niewydolny. Kompromisowe rozwiązanie w formie częściowej odpłatności za niektóre zabiegi może przyspieszyć realizację świadczeń, zmniejszając kolejki i zasilać częściowo finanse płatnika publicznego, lecz wymaga modyfikacji regulacji konstytucyjnych. W ramach postulowanych zmian systemowych publiczno-prywatnego modelu opieki zdrowotnej powinno się stworzyć takie mechanizmy finansowe i organizacyjne, które przyczynią się do optymalizacji obywatelskich świadczeń zdrowotnych przez:

- określenie warunków współpracy i standardów wspólnych między płatnikiem publicznym (NFZ) a ubezpieczycielami,
- doprecyzowanie definicji ubezpieczenia zdrowotnego,
- określenie minimalnych wymagań, jakie powinno spełniać powszechne ubezpieczenie zdrowotne (w tym: minimalny KGSZ, ogólne warunki ubezpieczenia oraz wymagania w stosunku do wszystkich świadczeniodawców wykonujących świadczenia zdrowotne),
- określenie zróżnicowanych standardów ubezpieczenia zdrowotnego, dostępnych w ramach dodatkowego ubezpieczenia komplementarnego, co oznacza rewizję dotychczasowego KGSZ i systemu finansowania,

² Towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych realizują zasadę *not for profit*, ale w odniesieniu do całego towarzystwa, a nie do poszczególnych produktów ubezpieczeniowych, w tym dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych.

- umożliwienie pracodawcom finansowania w większym stopniu dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego ze środków Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych,
- wprowadzenie ulgi podatkowej dla osób wykupujących prywatne ubezpieczenie zdrowotne.

Na zmianie systemu skorzystają wszyscy pacjenci, również ci, którzy nie zdecydują się na dodatkowe ubezpieczenie w postaci lepszej opieki zdrowotnej w ramach minimalnego KGSZ. Konkurencja o pacjentów podniesie standard usług opieki zdrowotnej w Polsce, a partnerstwo publiczno-prawne wyeliminuje znaczące koszty akwizycji zawarte w cenie ubezpieczenia prywatnego oraz zmniejszy koszty kolejek wynikających z niesprawnych procedur.

Bibliografia

- Czapiński J., Panek T. (red.), *Diagnoza społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków*, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa, listopad 2015.
- HCP: *Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia w 2015 r. Raport Health Consumer Powerhouse Ltd.*, 2016.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. 1997, nr 78, poz. 483 z późn. zm.).
- Kornai J., *Niedobór w gospodarce*, PWE, Warszawa 1985.
- NFZ, *Prognoza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w kontekście zmian demograficznych w Polsce*, Warszawa, listopad 2015.
- Niżnik J., *W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia w Polsce*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz–Kraków 2004.
- OECD, *Health at Glance 2015 OECD Indicators*, 2015.
- Pajewska R., *Ewolucja reformy systemu opieki zdrowotnej w świetle projektów rządowych i inicjatyw społecznych*, [w:] E. Nojszewska (red.), *System ochrony zdrowia. Problemy i możliwości ich rozwiązań*, Wolters Kluwer business, Warszawa 2011.
- PIU, *Ponad 1,85 miliona Polaków korzysta z dodatkowego ubezpieczenia*, <https://piu.org.pl/ponad-185-miliona-polakow-korzysta-dodatkowego-ubezpieczenia-zdrowotnego> [dostęp: 12.03.2017].
- Plan finansowy NFZ (2013–2017), www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz [dostęp: 15.03.2017].
- Ustawa z dnia 18 marca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2016, poz. 652).

Private Health Insurance and Public Health Care in Poland

In light of OECD and Health Consumer Powerhouse data, Poland is at one of the last places in Europe in terms of organization, funding and health care services. The purpose of the article is to identify the causes of the problem in the light of European comparative data and to identify the place of private health insurance in Poland in the context of solving problems of public health system failure. To this end, the health care system in Poland has been discussed in comparison with other European countries, the causes of the shortcomings of the Polish health care system, private health insurance as a health supplement in Poland, and a summary of the solution to the problem through the public-private partnership model between the NFZ and the insurers.

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne a publiczny system opieki zdrowotnej w Polsce

W świetle danych raportów OECD i Health Consumer Powerhouse Polska jest na jednym z ostatnich miejsc w Europie pod względem organizacji, finansowania oraz świadczeń opieki zdrowotnej. Celem artykułu jest identyfikacja przyczyn problemu w świetle europejskich danych porównawczych oraz określenie miejsca prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce w kontekście rozwiązania problemów niewydolności publicznego systemu ochrony zdrowia. W tym celu omówiono system opieki zdrowotnej w Polsce na tle krajów Europy, przyczyny mankamentów polskiego systemu opieki zdrowotnej, a także scharakteryzowano prywatne ubezpieczenia zdrowotne jako suplement ochrony zdrowia w Polsce oraz nakreślono w podsumowaniu propozycję rozwiązania problemu przez model partnerstwa publiczno-prywatnego między NFZ a ubezpieczycielami.