

Piotr BROMBER

Uniwersytet Zielonogórski

## **Publiczny a prywatny. Próby demonopolizacji płatnika trzeciej strony w Polsce (aspekt polityczny i ekonomiczny)**

### **Wprowadzenie**

Dyskusja o demonopolizacji płatnika trzeciej strony w Polsce rozpoczęła się jeszcze przed faktycznym wprowadzeniem systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego<sup>1</sup>.

Padają w niej różne mniej lub bardziej merytoryczne argumenty. Nie brakuje też gry politycznej, jaki i – o czym się często zapomina – gry interesów ekonomicznych. Proponowane rozwiązania dla jednych stanowią szansę dla innych zagrożenie. Stąd emocje i obawy. Tak jak w przypadku dyskusji wokół Otwartych Funduszy Emerytalnych.

Autor wskazuje na to podobieństwo, gdyż w jego ocenie obecna debata wokół OFE może mieć wpływ na ocenę przez Polaków możliwości realizowania obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego przez inne niż publiczny płatnik, prywatne instytucje ubezpieczenia zdrowotnego<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Formalnie został wprowadzony w momencie uchwalenia ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o *powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym*, która zakładała prawie 2-letnie *vacatio legis*. Ustawa z wyjątkami weszła w życie z dniem 1 stycznia 1999 r. Jej uchwalenie było poprzedzone latami prac zarówno w sejmie, jak i poza nim. Nie doszło wówczas do wypracowania pomiędzy stroną rządową – projekt rządowy, Druk Sejmowy nr 1167, a Prezydentem RP – projekt prezydencki, Druk Sejmowy Nr 1192 – wspólnego stanowiska, co do celów i zasad organizacyjnych systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Mimo, iż jak wskazywał L. Wdowiak oba projekty zawierały szereg ciekawych rozwiązań, które razem i po uwzględnieniu wskazanych uwag mogły stworzyć możliwy do wdrożenia system ubezpieczeń zdrowotnych. Zob.: *Sprawozdanie* (2000), s. 8; Ciura (2001), s. 4; *Ekspertyza* (1995).

<sup>2</sup> W szczególności informacje dotyczące:

a) opłat jakie pobierają fundusze emerytalne;

W każdej merytorycznej dyskusji jest ryzyko, iż stanie się ona monologiem interesariuszy. Czasami też może być za bardzo merytoryczna czy wręcz akademicka, a czasami zbyt demagogiczna<sup>3</sup>.

Pytanie czy skutkuje rozwiązaniem problemu? Problem demonopolizacji płatnika należy rozpatrywać na tle szerszej dyskusji o tym jaka powinna być rola państwa w ochronie zdrowia (zob.: Kromołowski, 2008, s. 10; Kowalska, 2006; Surówka, *Decentralizacja...*; Kowalska, *Decentralizacja...*). Ile rynku w ochronie zdrowia? Ile centralizacji? Ile decentralizacji?

Niniejszy artykuł stanowi próbę oceny dyskusji i działań podejmowanych w celu demonopolizacji płatnika trzeciej strony w Polsce ze szczególnym uwzględnieniem prawa pacjenta do wyboru płatnika. W tym celu Autor dokonał analizy i krytycznej oceny już wdrożonych lub będących propozycją zmian rozwiązań prawnych.

#### Artykuł 4a

W efekcie zmian politycznych<sup>4</sup> strona rządowa zaproponowała zmiany do ustawy z 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

Jedną z nich było podkreślenie swobody ubezpieczonego w wyborze płatnika i konkurencja pomiędzy płatnikami (Krajewski-Siuda, Romaniuk, 2011, s. 29). Znalazło to odzwierciedlenie w artykule 4a<sup>5</sup>. Jak wyni-

- 
- b) sporu ekonomistów (m.in. czy pieniądze w funduszach emerytalnych są publiczne, czy prywatne);
  - c) „sugestii” lobbingu;
  - d) braku zrozumienia przez respondentów zmian w funkcjonowaniu OFE;
  - e) spadku zaufania do OFE.

Zob.: *Raport* (2013); Dryszel (2011); Ostrowska (2013b); Ostrowska (2013a); Skok (2013); Lisowski (2013); *Polacy*, [http](#); *Ocena* (2011).

<sup>3</sup> Autor sygnalizuje szerszy problem braku wzajemnej współpracy naukowców z sektorem publicznym na wzór współpracy z przedsiębiorcami. I dotyczy to nie tylko problematyki ochrony zdrowia, ale szerzej polityk publicznych. W pełni zgadza się z prof. J. Żyżyńskim, iż prace naukowców mają niestety, nie tylko w dziedzinie ochrony zdrowia, słaby oddźwięk w sferach politycznych. Zob. Żyżyński (2010), s. 339.

<sup>4</sup> Po wyborach parlamentarnych w 1997 r. powstał rząd koalicyjny Akcji Wyborczej Solidarność i Unii Wolności.

<sup>5</sup> Zgodnie z art. 1 ust. 5 ustawy z dnia 18 lipca 1998 r. o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz o zmianie niektórych ustaw, Dz. U. Nr 117, poz. 756.

ka z uzasadnienia do projektu ustawy wprowadzenie po trzech latach od dnia wejścia w życie ustawy możliwości realizowania obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego przez inną niż Kasa Chorych, prywatną instytucję ubezpieczenia zdrowotnego, miało na celu ograniczenie monopolu Kas Chorych i dopuszczenie konkurencji w interesie ubezpieczonych (Druk, 1998).

W ustawie określono kiedy ubezpieczony będzie mógł realizować obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego w innej niż Kasa Chorych instytucji ubezpieczenia zdrowotnego, działającej na podstawie odrębnych przepisów o działalności ubezpieczeniowej, jeżeli instytucja ta:

- a) zapewni zakres świadczeń zdrowotnych nie mniejszy niż zagwarantowany ustawą;
- b) obejmie ubezpieczeniem każdą zgłaszającą się osobę bez względu na czynniki ryzyka;
- c) nie będzie różnicować wysokości składki w zależności od czynników ryzyka;
- d) będzie działała na całym terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i nie będzie różnicowała składki w zależności od regionu;
- e) obejmie ubezpieczeniem członków rodziny osoby opłacającej składkę;
- f) uzyska zgodę Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych na realizację zadań powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Zakładano, iż omawiany przepis będzie obowiązywać od 1 stycznia 2002 r. Na pewno przyjęte regulacje były zbyt ogólne. Trudno jednak dzisiaj wskazać na przyczynę takiego podejścia. Tak samo jak nie wiadomo dlaczego, nie wprowadzono ustawowej delegacji dającej możliwość ich doprecyzowania poprzez stosowne rozporządzenia.

Kluczowym jest brak odpowiedzi na pytanie jak w praktyce ma wyglądać konkurencja pomiędzy Kasami Chorych a prywatnymi instytucjami ubezpieczenia zdrowotnego<sup>6</sup>.

Strona rządowa akcentowała przede wszystkim możliwość dokonania wolnego wyboru ubezpieczyciela zdrowotnego (*Sprawozdanie*, 2000, s. 167). Wskazywano, iż dzięki konkurencyjności ubezpieczony będzie miał możliwość wyboru ubezpieczyciela zdrowotnego, który daje gwarancję „możliwie najwyższego poziom świadczonych usług”. W ten sposób osiągnie zadawalający poziom satysfakcji (*ibidem*).

---

<sup>6</sup> Szerzej na temat konkurencji pomiędzy płatnikami zob.: Leśniewska (2009); Bromber (2012).

Czy powinna istnieć ustawowa możliwość wyjścia poza system powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego? To zasadnicze pytanie stanowi tytuł opracowania prezentującego możliwe ryzyka związane z wejściem w życie artykułu 4a, w szczególności problem zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej (Wasen, Marek, 2000).

Zawarto w nim następujące uwagi i wnioski:

- a) należy przygotować bardzo dokładne przepisy wykonawcze i wprowadzić nadzór nad prywatnymi instytucjami ubezpieczenia zdrowotnego;
- b) koniecznym jest przygotowanie koszyka świadczeń gwarantowanych przez prywatne instytucje ubezpieczenia zdrowotnego (definicja pakietu podstawowego);
- c) bazując na doświadczeniach krajów, które już wprowadziły zastępcze ubezpieczenie zdrowotne jako szczególne ryzyko uznano sposób obliczania składki w tym niebezpieczeństwo segmentacji ryzyka (zaprezentowano modele obliczania składki i skutki ich zastosowania);
- d) zwrócono uwagę na relację pomiędzy prywatnymi instytucjami ubezpieczenia zdrowotnego a świadczeniodawcami, a konkretnie na określenie sposobu realizacji świadczeń objętych ubezpieczeniem (problem zawierania lub braku umów).

Autorzy wyrazili też obawy czy administracja publiczna w Polsce jest w stanie wprowadzić w życie odpowiednie regulacje prawne i zapewnić nadzór na ich realizacją. Ostatecznie zalecali nie wprowadzać zapisów artykułu 4a. W zamian zaproponowali wprowadzenie ubezpieczenia uzupełniającego.

Przyjmując za kryterium podziału prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych ich relację do publicznego systemu ubezpieczenia zdrowotnego wyróżnia się ubezpieczenia (por.: Bartochowski i in., 2011, s. 266–267; *Rola prywatnych*, s. 8; *Rola i funkcje*, 2013, s. 15):

- a) SUBSTYTUCYJNE („zamiast”) – dotyczą osób, które są wyłączone dobrowolnie (możliwość wyjścia) lub przymusowo z publicznego systemu ubezpieczenia zdrowotnego;
- b) KOMPLEMENTARNE („ponad”) – mogą dotyczyć świadczeń opieki zdrowotnej nieobjętych publicznym systemem ubezpieczenia zdrowotnego lub świadczeń opieki zdrowotnej objętych współpłaceniem;
- c) SUPLEMENTARNE („obok”) – gwarantują szybszy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, czyli poza kolejką oraz większy wybór dla pacjenta w tym lepsze warunki zakwaterowania lub żywienia.

Przeciwni wejściu w życie zapisów artykułu 4a byli politycy i to bez względu na opcję polityczną. W debacie podkreślali, iż decyzja o jego lo-

sach nie ma charakteru wyłącznie politycznego, ale wynika z ogólnych obaw.

Poniżej zaprezentowano argumenty, jakie pojawiły się w dyskusji na forum Sejmowej Komisji Zdrowia 12 października 2000 r.<sup>7</sup>:

- a) brak ze strony rządu przygotowania kompleksowej regulacji w tym zakresie;
- b) doświadczenie krajów, gdzie tego rodzaju rozwiązanie zostało przyjęte;
- c) nie można „łudzić” opinii publicznej oraz podmiotów, które decydowałyby się na stworzenie prywatnych instytucji;
- d) ze względu na „bezpieczeństwo systemu, pacjentów i finansów publicznych”;
- e) „nie ma takiej wolności, nie ma takiego uprawnienia, aby przyznać komuś bezwzględne prawo do tego, by uczestniczył w podziale środków publicznych”;
- f) wątpliwości, czy prywatne instytucje ubezpieczenia zdrowotnego zmieniłyby coś na rynku, czy w konsekwencji ich wprowadzenie byłoby łamaniem monopolu państwowych kas chorych;
- g) celem ustawy nie jest „zadowolenie” firm ubezpieczeniowych, zwłaszcza prywatnych;
- h) zmniejszenie skuteczności dopływu środków finansowych do regionalnych kas chorych, a w efekcie spowodowanie zamknięcia kilku regionalnych kas z powodu odpływu ubezpieczonych do instytucji prywatnych;
- i) wątpliwości czy instytucje prywatne będą zainteresowane zawieraniem kontraktów ze wszystkimi podmiotami publicznymi, czy tylko ze szpitalami, które uznają za najlepsze;
- j) byłoby to odejście od systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i wprowadzenie rozwarstwowanego systemu „dla bogatych nieco lepszy, gorszy dla ludzi gorzej sytuowanych”.

W listopadzie 2000 r. wprowadzono zmiany do artykuł 4a, ograniczając się tylko do zapisu, iż realizację powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego przez inne niż Kasy Chorych instytucje ubezpieczeniowe ureguluje odrębna ustawa (ustawa z dnia 30 listopada 2000). Należy przyjąć, iż było to rozwiązanie kompromisowe w stosunku do stanowiska

---

<sup>7</sup> Na podstawie wypowiedzi posłów: T. Zielińskiego (UW), W. Szkopa (SLD), Stanisława Grzonkowskiego (AWS). Zob. Biuletyn nr 3313/III, Komisja Zdrowia nr 186.

rządu. A. Knysok pełnomocnik rządu do spraw wprowadzenia powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, przekonywała, iż tylko powstanie konkurencji może zlikwidować monopol regionalnych kas chorych i zmusić je do większej dbałości o pacjenta (Michalak, Stachowska, 2000). Rada Ministrów w listopadzie 2000 r. zaproponowała odroczenie zmian do 1 stycznia 2003 r. W przyjętym stanowisku po raz kolejny zwrócono uwagę na zapewnienie pacjentom możliwości wyboru instytucji ubezpieczenia zdrowotnego (*Komunikat*).

Przyjęto też założenia, według których takie instytucje miałyby funkcjonować (ibidem):

- a) przeciwdziałanie niebezpieczeństwu rozwarstwienia instytucji ubezpieczenia zdrowotnego poprzez wdrożenie mechanizmu wyrównania finansowego;
- b) wprowadzenie takich samych zasad funkcjonowania kas chorych i prywatnych instytucji powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego;
- c) wprowadzenie mechanizmów uniemożliwiających powstawanie monopolu;
- d) zachowanie zasady oddzielenia płatnika od świadczeniodawcy;
- e) wprowadzenie wymagań kapitałowych dla prywatnych instytucji powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego;
- f) zdefiniowanie zasad i warunków likwidacji kas i prywatnych instytucji powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w tym również algorytmu alokacji ubezpieczonych i zobowiązań do innych instytucji ubezpieczenia zdrowotnego;
- g) szczegółowe określenie trybu przyznawania i cofania zgody na prowadzenie działalności przez prywatne instytucje.

### Monopolizacja płatnika<sup>8</sup>

Na potrzeby dalszych rozważań autor proponuje wykorzystać cytat z opracowania *Narodowa ochrona zdrowia* (Narodowa, 2002, s. 2–3):

„[...] Reforma opieki zdrowotnej przygotowana i wprowadzona przez poprzednią koalicję doprowadziła do szeregu niekorzystnych zjawisk w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia [podkreślenie – autor] w Polsce. Najpoważniejszym problemem jest dziś brak poczucia

---

<sup>8</sup> W wyniku wyborów do parlamentu w 2001 r. powstał rząd koalicyjny Sojuszu Lewicy Demokratycznej, Unii Pracy i Polskiego Stronnictwa Ludowego.

bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli [podkreślenie – autor] [...] Proponowane zmiany nie mają na celu wprowadzania kolejnego zamieszania [podkreślenie – autor], mogącego jeszcze bardziej pogorszyć dostęp obywateli naszego kraju do świadczeń zdrowotnych. W sposób przemysłany [podkreślenie – autor] i ewolucyjny zostaną stopniowo wyeliminowane wszelkie dotychczasowe patologiczne rozwiązania przy jednoczesnym zachowaniu prawidłowych regulacji. Mamy niepowtarzalną szansę na rzeczywistą i odczuwalną zmianę na lepsze [podkreślenie – autor] – powinniśmy ją wykorzystać [...]”.

Jednym słowem miało być inaczej, a przede wszystkim lepiej i to w każdym obszarze ochrony zdrowia. Każdy obywatel miał mieć dostęp do pomocy medycznej o każdej porze dnia i nocy (ibidem). W odniesieniu do płatnika zapowiedziano likwidację kasy chorych i powstanie Narodowego Funduszu Zdrowia (ibidem).

Stosowna ustawa w tym zakresie została uchwalona w styczniu 2003 r. (ustawa z dnia 23 stycznia 2003). Dotychczasowy zdecentralizowany system instytucji ubezpieczenia zdrowotnego został zastąpiony systemem bardzo mocno zcentralizowanym (Ciura, 2002).

Autor podziela pogląd S. Golinowskiej, iż utworzenie jednego funduszu, było związane z koniecznością powrotu do administracyjnych narzędzi regulacyjnych. A deficyty informacyjne i brak podstaw analitycznych do zarządzania skomplikowanym systemem unaocniły nieprzygotowanie do tak radykalnej zmiany (Golinowska, *Wdrażanie...*).

Znalazło to potwierdzenie w trakcie kontroli Najwyższej Izby Kontroli. W ocenie Izby reforma była nieprzygotowana zarówno koncepcyjnie, jak i organizacyjnie. Nie przyniosła poprawy dostępności pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej. Nie zmieniła się też sytuacja finansowa zakładów opieki zdrowotnej (*Informacja*, 2005, s. 5).

Większość zapisów ustawy wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r. została uchylona (*Wyrok*, 2004). Należy zaznaczyć, iż stwierdzenie o niekonstytucyjności dotyczyło konkretnego przyjętego w tej ustawie rozwiązania prawnego, które implikowało dysfunkcyjność płatnika. Tym samym Trybunał Konstytucyjny nie zanegował rozwiązania modelowego opartego na istnieniu jednego płatnika. Nie wskazał też konkretnego rozwiązania alternatywnego. Czyli nie rozstrzygnięto jak ma wyglądać przyszły „model organizacyjno-prawny” finansowania świadczeń opieki zdrowotnej (ibidem, s. 33).

Pośrednio tylko wskazano na możliwe rozwiązania. Model scentralizowany lub zdecentralizowany, oparty na systemie kas chorych lub

jednolitego funduszu, budżetowy lub ubezpieczeniowy, państwowy lub samorządowy. Z zastrzeżeniem, iż wybrane przez ustawodawcę rozwiązanie powinno odpowiadać określonym wcześniej założeniom konstytucyjnym z punktu widzenia równości i dostępności świadczeń zdrowotnych (ibidem).

W konsekwencji tego wyroku uchwalono ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 ze zmianami). Utrzymany został scentralizowany system finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Ustawa ta po zmianach obowiązuje obecnie.

### **Kolejna próba demonopolizacji**

Przejsie od systemu płatnika monopolisty do systemu kilku płatników zakładał *Projekt ustawy z dnia 31 lipca 2008 r o państwowym nadzorze nad systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (Projekt, 2008)*. Miało powstać siedem konkurujących ze sobą Towarzystw Ubezpieczenia Zdrowotnego (TUZ).

Jako uzasadnienie decentralizacji i demonopolizacji płatnika świadczeń opieki zdrowotnej wskazano polepszenie sytuacji ubezpieczonych, którzy będą mieli większy wpływ na sposób rozdysponowywania środków finansowych pochodzących z ich składek na powszechne ubezpieczenie zdrowotne (ibidem).

Zmiany miały następować w trzech etapach (ibidem):

- a) podział NFZ na publiczne instytucje powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, czyli przejście od systemu płatnika monopolisty do systemu kilku płatników;
- b) kontraktowanie przez instytucje powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego świadczeń opieki zdrowotnej na terenie całego kraju;
- c) możliwość udziału w powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym płatników niepublicznych.

Projekt nie został skierowany do Sejmu.

### **„Nowe” podejście**

Najnowsza propozycja zmian, to *Projekt założeń do projektu ustawy o instytucjach systemu ubezpieczenia zdrowotnego*. Zasadniczym celem



tej propozycji jest uporządkowanie struktury organizacyjnej systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (*Projekt*, 2013, [http](#)). Proponuje się odejście od scentralizowanego modelu zarządzania, na rzecz modelu zdecentralizowanego o większej samodzielności regionalnych autonomicznych instytucji ubezpieczenia zdrowotnego, posiadających osobowość prawną (*ibidem*).

Poniżej podstawowe założenia proponowanego modelu funkcjonowania płatnika w systemie ubezpieczenia zdrowotnego (*ibidem*):

- a) przekształcenie oddziałów wojewódzkich NFZ w samodzielne regionalne fundusze;
- b) przyznanie samorządom terytorialnym istotnego udziału w zarządzaniu wojewódzkimi NFZ, poprzez przedstawicieli w radach nadzorczych funduszy;
- c) przyznanie regionalnym płatnikom autonomii w zakresie zasad kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej;
- d) oparcie procesu kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej na analizie potrzeb zdrowotnych w danym województwie sporządzanej przez wojewodę.

W założeniach nie wspomina się o wyborze płatnika. Brak też elementów konkurencji pomiędzy płatnikami.

### **Prawo wyboru płatnika**

Na możliwość wyboru płatnika zwraca uwagę G. Magnuszewska-Otulak wymieniając wolny wybór płatnika i producenta usług jako jedną z zasad ustrojowych, według których budowany powinien być system ochrony zdrowia (Magnuszewska-Otulak, 2012, s. 9). Inni autorzy wspominają o możliwości zarządzania publicznymi środkami na opiekę zdrowotną przez podmioty prywatne, ale dopiero wówczas jak zostanie doprecyzowany sposób sprawowania nadzoru nad ich wydatkowaniem (Golinowska i in. 2005, s. 18–19). Poddają do rozważenia możliwość wyboru alokacji obowiązkowej składki na ubezpieczenie zdrowotne przez podział publicznego płatnika i/lub powstanie alternatywnych operatorów (Dercz i in., 2013, s. 48).

Na potrzeby niniejszej analizy przyjęto założenie, iż pacjent powinien posiadać prawo wyboru płatnika trzeciej strony w powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, a rolą ustawodawcy jest stworzenie warunków ku

temu. Autor zakłada, iż część pacjentów z tego prawa skorzysta, a części wystarczy samo przekonanie, że może a niekoniecznie musi z tego skorzystać. Takie rozwiązanie z jednej strony może pozwolić zaspokoić potrzeby społeczne, a z drugiej strony partie polityczne mogą osiągnąć zakładane cele polityczne. Pytanie czy korzyści społeczne i polityczne będą równe kosztom udostępnienia i realizacji? Autor bliższy jest przekonaniu, iż tego typu decyzja byłaby decyzją polityczną, a nie ekonomiczną.

Przyjęcie takiego rozwiązania może też oznaczać wybór na zasadzie coś kosztem czegoś, a konkretnie kosztem swobody wyboru świadczeniodawcy ze względu na różnice i ograniczenia związane z miejscem zamieszkania ubezpieczonego<sup>9</sup>. Na ten problem zwraca uwagę A. Sieńka (Sieńko, <http>). Przypomina, iż jednym z największych problemów funkcjonującego wcześniej w Polsce systemu zdecentralizowanego było „istotne upośledzenie” prawa pacjenta do swobodnego wyboru świadczeniodawcy. W jej ocenie było to spowodowane prowadzeniem przez Kasy Chorych „odrębnych polityk kontraktowych” (ibidem).

M. M. Gostyńska zwraca uwagę, iż wybór świadczeniodawcy jest możliwy jedynie do momentu wyczerpania „limitu”<sup>10</sup> świadczeń opieki zdrowotnej zapisanych w jego kontrakcie z płatnikiem (Gostyńska, 2009, s. 43). Przy założeniu, że pacjent otrzymuje prawo wyboru płatnika, należy jednocześnie spowodować zmianę jego postawy. Zdrowie nie jest tylko dobrem indywidualnym, ale też dobrem publicznym (społecznym) (Żyżyński, 2010, s. 343). Tym samym pacjent ma nie tylko prawa, ale również obowiązki. Jednym słowem nie postawa roszczeniowa, ale postawa świadomego pacjenta<sup>11</sup>.

---

<sup>9</sup> Obecnie na poziomie płatnika pomiędzy oddziałami wojewódzkimi NFZ realizowane są rozliczenia międzyoddziałowe z tytułu migracji ubezpieczonych. Zob. zarządzenie nr 57/2012/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 października 2012 r.

<sup>10</sup> Podstawą udzielenia świadczeń zdrowotnych jest umowa pomiędzy świadczeniodawcą a Narodowym Funduszem Zdrowia zawarta w drodze postępowania konkursowego albo rokowań. Umowa jest jawna i określa w szczególności: rodzaj i zakres udzielanych świadczeń, warunki udzielania świadczeń, zasady finansowania oraz kwotę zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy (limit).

<sup>11</sup> Wprowadzenie do transakcji płatnika trzeciej strony sprawia, że pacjent nie ma praktycznie wiedzy o kosztach. Tym samym jest bardziej skłonny do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w dużo większym zakresie niż miałby to robić na zasadach komercyjnych. Zjawisko korzystania z większej niż konieczne, czyli nieuzasadnionej medycznie liczby świadczeń opieki zdrowotnej określa się mianem pokusy nadużycia (hazardu moralnego). Zob.: Kautsch, Lasa (2010), s. 148; Mucha (2008), s. 9–10.

W literaturze przedmiotu określanego mianem prosumenta, czyli aktywnego, wymagającego konsumenta dbającego o zdrowie. Rozróżnia się trzy filary (*Ja i moje*, 2012):

- a) RELACJA JA I MOJE ZDROWIE: konsument (pacjent) przekonany o sprawczej możliwości dbania o własne zdrowie;
- b) RELACJA MOJE ZDROWIE A INNE OSOBY: konsument (pacjent) mający świadomość wpływu, jego zdrowia na inne osoby, a jednocześnie tego jaki wpływ wywiera na niego zdrowie innych ludzi;
- c) RELACJA MOJE ZDROWIE A ŚRODOWISKO MEDYCZNE: konsument (pacjent) bardziej wymagający w stosunku do lekarzy, szukający wśród nich partnerów.

Istnieje ryzyko, iż opisana powyżej świadoma postawa w swej skrajnej formie może też okazać się problemem, którego konsekwencją będzie stygmatyzowanie i wykluczanie ludzi chorych, mających złe samopoczucie lub prowadzących niezdrowy tryb życia.

Taka postawa określana jest mianem „terroru poprawności zdrowotnej” (Nowacka-Isaksson, 2011).

Już obecnie w niektórych krajach podejmowane są działania, które nie pozostają bez wpływ na styl życia i ograniczają wolny wybór. Dla przykładu *Europejska karta przeciwdziałania otyłości* zakłada możliwość wprowadzania dodatkowych obciążeń fiskalnych mających na celu przeciwdziałanie otyłości (Osiecka-Chojnacka, 2012, s. 3). W Danii wprowadzono „podatek tłuszczowy”, którego wysokość jest uzależniona od zawartości tłuszczów nasyconych w produktach (ibidem). Na Węgrzech „podatek chipsowy” od żywności i napojów o wysokiej zawartości cukru, soli, węglowodanów i kofeiny (ibidem). Z kolei we Francji wprowadzano „podatek od napojów gazowanych” zawierających dużą ilość cukru (*Francja*, [http](#)). Również ONZ postuluje opodatkowanie niezdrowego, „śmieciowego” jedzenia (*Otyłość*).

## Podsumowanie

Autor potwierdza swoje przekonanie o potrzebie zmian na poziomie płatnika trzeciej strony. Co więcej zakłada, iż spora część interesariuszy myśli podobnie. Przypomina, iż funkcjonowanie płatnika powinno wynikać z przyjętego modelu systemu ochrony zdrowia jego zakresu i celów. Płatnik jest tylko jednym z jego podmiotów. Dlatego ważna jest kompletność i symetryczność zmian.

R. Holly twierdzi, iż system musi być komplementarny, a każdy jego element zharmonizowany z wszystkimi innymi elementami. W przeciwnym razie staje się ułomny, niesprawny, niewydolny wręcz chory (Holly, 2008, s. 61). K. Dunin zwraca uwagę na stopień skomplikowania wdrażanych rozwiązań (Żakowski, 2012). Reforma w ochronie zdrowia wymaga pogodzenia interesów różnych podmiotów (Piotrowska-Marczak, 2002, s. 2). Dlatego koniecznym jest prowadzenie nieustannego dyskursu z interesariuszami. K. Tymowska za idealistyczne uznaje twierdzenie, iż reformy skoncentrowane były przede wszystkim wokół maksymalizacji funkcji użyteczności pacjenta (Tymowska, 1999, s. 18).

W literaturze wskazuje, się iż istnienie jednego płatnika daje większe możliwości ograniczania wzrostu kosztów. Łatwiej o równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej. Niższe koszty funkcjonowania. Z kolei systemy z wieloma płatnikami uważa się za wrażliwsze na potrzeby pacjentów (Białyński-Birula, 2008, s. 16).

Na koniec, w ocenie Autora, zmiany na poziomie płatnika nie muszą sprowadzać się do wyboru pomiędzy monopolizacją czy demonopolizacją płatnika<sup>12</sup>. Można wybrać podejście „zarówno, jak i” zamiast „albo-albo”<sup>13</sup>. Czyli wprowadzić konkurencję tylko w dobrowolnych ubezpieczeniach zdrowotnych przy jednym, ale zdecentralizowanym płatniku w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Przy wyraźnym rozdzieleniu ubezpieczeń prywatnych od powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (Sobiech, 2004, s. 454).

### Bibliografia

- Bartochowski R., Byszek K., Chętko M., Kruk L., Leszczyński M., Pikus P., Popczyk P. (2011), *Prywatne ubezpieczenia zdrowotne – narzędzia wprowadzania mechanizmów rynkowych w polskiej opiece zdrowotnej*, w: *Analiza skuteczności narzędzi wybranych polityk publicznych*, pod red. M. Sakowicza, Krajowa Szkoła Administracji Publicznej, Warszawa.
- Białyński-Birula P. (2008), *Warunki upowszechniania zabezpieczenia zdrowotnego w krajach gospodarczo rozwiniętych*, „Zarządzanie publiczne”, nr 4.

---

<sup>12</sup> Szerzej o konkretnych propozycjach zmian zob. P. Bromber, *Rozważania o konkurencyjności i efektywności płatnika...*, op. cit.

<sup>13</sup> Takie podejście zaprezentowali S. Flejterski i M. Ziolo, analizując koszty i korzyści centralizacji oraz decentralizacji. Zob. Flejterski, Ziolo (2008).

- Biuletyn nr 3313/III, Komisja Zdrowia nr 186, <http://orka.sejm.gov.pl/Biuletyn.nsf/0/483155A687BE2A6AC1256B73003CA9B2?OpenDocument>.
- Bromber P. (2012), *Rozważania o konkurencyjności i efektywności płatnika trzeciej strony w Polsce*, „Studia i Materiały”, nr 1–2, Wydział Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego.
- Ciura G. (2001), *Zmiany w organizacji opieki zdrowotnej w III kadencji Sejmu (1997–2001)*, Informacja nr 809, Biuro Studiów i Ekspertyz Sejmu, Warszawa.
- Ciura G. (2002), *Opinia merytoryczna do sprawozdania Komisji Zdrowia do druku 932 (projekt ustawy o ubezpieczeniu w narodowym Funduszu Zdrowia)*, Warszawa.
- Dercz M., Gałązka-Sobotka M., Ignatowicz M., Kulesza M., Kaoka P., Matczak M., Nojszewska E., Pawłowski P., Waško B., Wójcik A. (2013), *Ustawa o działalności leczniczej – posumowanie dwóch lat funkcjonowania. Próba oceny skutków regulacji*, PricewaterhouseCoopers Sp. z o.o., Warszawa.
- Druk Sejmowy nr 288 (1998), Warszawa.
- Dryszel A. (2010), *Kto stoi za OFE?*, „Przegląd”, nr 10.
- Ekspertyza projektów ustaw o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Rządowego i Prezydenckiego) (1995)*, Ekspertyza nr 65, Lublin.
- Flejterski S., Ziolo M. (2008), *Centralizacja i decentralizacja zadań publicznych w świetle wybranych rozwiązań europejskich. Próba oceny*, „Studia Regionalne i Lokalne”, nr 3.
- Francja wprowadza podatek od coli, by ratować budżet i walczyć z otyłością*, [http://wyborcza.biz/biznes/1,101562,10913651,Francja\\_wprowadza\\_podatek\\_od\\_coli\\_by\\_ratowac\\_budzet.html#ixzz2WYJGC1Ld](http://wyborcza.biz/biznes/1,101562,10913651,Francja_wprowadza_podatek_od_coli_by_ratowac_budzet.html#ixzz2WYJGC1Ld).
- Golinowska S., *System ochrony zdrowia w Polsce po dotychczasowych reformach. Forum Ochrony Zdrowia. Wyzwania i Możliwości Rozwiązań*, <http://www.qcm2.quick-silver.pl/img/27/Referat%20Stanislawa%20Golinowska.pdf>.
- Golinowska S., Włodarczyk C., Kocot E., Kowalska I., Sowa A., Grabowski J., Kanavos P., Kozierkiewicz A., Ponikło W., Sowada Ch., Cylwik A. (2005), *Projekt reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce. Część II. Zarys reformy, Raport CASE – Doradcy we współpracy z Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego*, Warszawa.
- Gostyńska M. M. (2009), *Wdrażanie i funkcjonowanie systemu ubezpieczeń zdrowotnych w latach 1999–2008*, „Kontrola Państwowa”, nr 4.
- Holly R. (2008), *Zmiana społeczna w ochronie zdrowia w Polsce – czyli: o reformie jakiej potrzebujemy*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe”, nr 5.
- Informacja o wynikach kontroli utworzenia i funkcjonowania Narodowego Funduszu Zdrowia (2005)*, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa.
- Ja i moje ciało. Zdrowie i dobre samopoczucie w dzisiejszych czasach* (2012), Prosumer Report. Euro RSCG Sensors.

- Kautsch M., Lasa U. (2010), *Czy należy urynkować usługi medyczne? (wybrane zagadnienia)*, w: *Ekonomiczno-organizacyjne problemy zarządzania jednostkami służby zdrowia*, pod red. I. Rudawskiej, E. Urbańczyka, Polskie Stowarzyszenie Zarządzania Wiedzą. Seria: „Studia i Materiały”, nr 25, Bydgoszcz.
- Komunikat po Radzie Ministrów*, [http://www.poprzedniastrona.premier.gov.pl/archiwum/1937\\_2610.htm](http://www.poprzedniastrona.premier.gov.pl/archiwum/1937_2610.htm).
- Kowalska I. (2006), *Decentralizacja władzy a funkcje zdrowotne państwa*, w: *Nowe dylematy polityki społecznej, raport CASE nr 65*, pod red. S. Golinowska, M. Boni, Warszawa.
- Kowalska I., *Decentralizacja zarządzania funkcjami zdrowotnymi państwa*, <http://www.qcm2.quicksilver.pl/img/27/Iwona%20Kowalska.pdf>.
- Krajewski-Siuda K., Romaniuk P. (2011), *Zdrowie publiczne. Stan obecny, reformy ostatnich 20 lat, model docelowy*, Instytut Sobieskiego, Warszawa.
- Kromołowski H. (2008), *Spoleczno-polityczne uwarunkowania reformy służby zdrowia w aspekcie przeprowadzanej restrukturyzacji lecznictwa stacjonarnego na przykładzie miasta Częstochowy*, rozprawa doktorska napisana na Wydziale Nauk Społecznych Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
- Leśniewska A. (2009), *Mechanizmy rynkowe w systemie powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych – doświadczenia holenderskie*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe”, nr 1.
- Lisowski A. (2013), *Emerytalna hybryda*, „Rzeczpospolita”, 8.05.2013.
- Magnuszewska-Otulak G. (2012), *Ochrona zdrowia. Co dalej?*, w: *Social Policy 1*, Fundacja Aleksandra Kwaśniewskiego „Amicus Europae”.
- Michalak J., Stachowska U. (2000), *Paragraf 4a*, „Wprost”, nr 29.
- Much J. (2008), *Pojęcie pokusy nadużycia w opiece zdrowotnej*, „Polityka Społeczna”, nr 3.
- Narodowa ochrona zdrowia. Strategiczne kierunki działań Ministra Zdrowia w latach 2002–2003* (2002), Dokument przyjęty przez Radę Ministrów, Warszawa.
- Nowacka-Isaksson A. (2011), *Terror poprawności zdrowotnej*, „Rzeczpospolita”, 25.06.2011.
- Ocena działalności parlamentu, prezydenta, ZUS i OFE* (2011), CBOS, BS/45/.
- Osiecka-Chojnacka J. (2012), *Epidemia otyłości a interwencja władz publicznych*, INFOS nr 3, Biuro Analiz Sejmowych, Warszawa.
- Ostrowska K. (2013a), *Coraz ostrzejszy spór ekonomistów*, „Rzeczpospolita”, 27.05.2013.
- Ostrowska K. (2013b), *Część polityków uznaje pieniądze w OFE za swoje*, „Rzeczpospolita”, 7.05.2013.
- Otyłość zabija ludzi. ONZ chce podatku od chipsów*, <http://www.polskieradio.pl/5/3/Artykul/556475,Otylosc-zabija-ludzi-ONZ-chcepodatku-od-chipsow>.

- Piotrowska-Marczak K. (2002), *Finansowe aspekty reformy ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce*, Informacja nr 901. Biuro Studiów i Ekspertyz Kancelarii Sejmu, Warszawa.
- Polacy nie rozumieją, dlaczego rząd chce ograniczyć składkę do OFE*, <http://pbs.pl/x.php/1,969/Polacy-nie-rozumieja-dlaczego-rzad-chce-ograniczyc-skladke-do-OFE.html>.
- Projekt ustawy z dnia 31 lipca 2008 r. o państwowym nadzorze nad systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego*, [http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma-struktura/docs/pu\\_opuz\\_31072008.pdf](http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma-struktura/docs/pu_opuz_31072008.pdf).
- Projekt założeń do projektu ustawy o instytucjach systemu ubezpieczenia zdrowotnego* (2013), Ministerstwo Zdrowia, Warszawa.
- Raport z przeglądu systemu emerytalnego. Fundusze pobierają za wysokie opłaty*, „Rzeczpospolita”, 17.06.2013.
- Rola i funkcje dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych we współczesnych systemach ochrony zdrowia – analiza i rekomendacje dla Polski* (2013), Polska Izba Ubezpieczeń, Ernst & Young, Warszawa.
- Rola prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia. Jak wpływają na dostęp do świadczeń, innowacji i leków – kluczowe tezy*, Polska Izba Ubezpieczeń.
- Sieńko A., *Prawo wyboru świadczeniodawcy a reforma decentralizacyjna NFZ*, <http://www.zdrowie.abc.com.pl/czytaj/-/artykul/prawo-wyboru-swadczeniodawcy-a-reforma-decentralizacyjna-nfz>.
- Skok na emerytalne oszczędności* (2013), rozmowa z L. Balcerowiczem, „Rzeczpospolita”, 19.04.2013.
- Sobiech J. (2004), *Składka na ubezpieczenie zdrowotne i bezpośrednie opłaty za usługi w systemie „mono kasy”*, *Nauki finansowe wobec współczesnych problemów gospodarki polskiej*, t. I: *Finanse publiczne*, pod red. S. Owsiaika, Akademia Ekonomiczna w Krakowie.
- Sprawozdanie Pełnomocnika Rządu do spraw Wprowadzenia Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego po rocznym okresie obowiązywania ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym* (2000), Druk Sejmowy nr 2413, Warszawa.
- Surówka K., *Decentralizacja czy centralizacja zarządzania systemem opieki zdrowotnej*, *Forum Ochrony Zdrowia. Wyzwania i Możliwości Rozwiązań*, <http://www.qcm2.quick.silver.pl/img/27/Referat%20Krzysztof%20Surowka.pdf>.
- Tymowska K. (1999), *Sektora prywatny w systemie opieki zdrowotnej*, Seria: „Ekspertyzy”, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa.
- Ustawa z dnia 18 lipca 1998 r. o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz o zmianie niektórych ustaw, Dz. U. Nr 117, poz. 756.
- Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, Dz. U. Nr 45, poz. 391 ze zmianami.

- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. Nr 210, poz. 2135 ze zmianami.
- Ustawa z dnia 30 listopada 2000 r. o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Dz. U. Nr 122, poz. 1311.
- Wasen J., Marek M. (2000), *Czy powinna istnieć ustawowa możliwość wyjścia poza system powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego? (art. 4a ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym)*, Inicjatywy sektora prywatnego w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce. Projekt banku Światowego Nr 3466 – POL TOR 3.4.14/A. Warszawa.
- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r., sygnatura akt K 14/03.
- Zarządzenie nr 57/2012/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 października 2012 r.
- Żakowski z Dunin o ratowaniu służby zdrowia (2012), „Polityka”, nr 34.
- Żyżyński J. (2010), *Dylematy reformowania systemu ochrony zdrowia*, w: *Ekonomiczno-organizacyjne problemy zarządzania jednostkami służby zdrowia*, pod red. I. Rudawskiej, E. Urbańczyka, Polskie Stowarzyszenie Zarządzania Wiedzą, Seria: „Studia i Materiały”, nr 25, Bydgoszcz.

---

### **Public versus private. Attempts at the demonopolization of a third party payer in Poland (political and economic aspects)**

#### **Summary**

This paper is an attempt at an assessment of the discussion and steps taken in order to demonopolize a third party payer in Poland, in particular as regards a patient's right to choose the payer. For the purpose of this analysis it is assumed that a patient should have the right to choose a third party payer. It is also assumed, however, that a patient's attitude transforms from being demanding into the attitude of an active and aware patient caring for his own health. The author indicates that the manner of operation of a third party payer should be a result of the system of health protection, its scope and objectives. Finally, the concept of introducing competition is considered, but only in the case of voluntary health insurance policies and a single but decentralized payer in the public health insurance.