

Dariusz Wasilewski

Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Katedra Polityki Ochrony Zdrowia

**MODEL UBEZPIECZENIOWY
W POLSKIM SYSTEMIE ZABEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO
W KONTEKŚCIE ROZWOJU PRODUKTÓW
UBEZPIECZENIOWYCH**

1. Wstęp

Ostatnie lata XX w. to okres transformacji systemów ochrony zdrowia, który szczególnie mocno zaistniał w państwach Europy Środkowo-Wschodniej. Większość państw poszukuje zatem bardziej racjonalnych i efektywnych metod organizacji, finansowania i zabezpieczenia opieki zdrowotnej. Konieczność tych działań wynika ze stałego wzrostu wydatków na ochronę zdrowia. Obserwujemy intensyfikację zarówno popytu (na co wpływa m.in. wzrost długości życia, starzenie się społeczeństw), jak i podaży (głównie nowe technologie i leki, wzrost infrastruktury, zwiększenie możliwości nauki dotyczące wykrywania i leczenia chorób).

Uwarunkowania te dotyczą również Polski. Dodatkowo poprzedni system budżetowy był obciążony kosztami niewydolnego sposobu zarządzania i finansowania. Polska stanęła więc przed takimi samymi dylematami jak inne kraje.

Do celów wprowadzanych długofalowych zmian należy m.in. zaliczyć:

- systematyczną poprawę jakości świadczeń zdrowotnych,
- zwiększanie dostępności do świadczeń zdrowotnych i rozszerzanie rynku usług medycznych,
- ekonomizację wykorzystania nakładów wraz z ich stopniowym wzrostem,
- powiązanie płac pracowników ochrony zdrowia z jakością wykonywanej pracy i odpowiedzialnością,
- działania w celu likwidacji szarej strefy.

Zagadnienie ubezpieczeń zdrowotnych jest jedną z kilku kluczowych kwestii warunkujących efektywność wprowadzanych zmian w zakresie racjonalizowania systemu ochrony zdrowia w Polsce.

To, iż ubezpieczenia zdrowotne odgrywają pozytywny wpływ na efektywność systemu ochrony zdrowia, pokazały doświadczenia wielu państw. W Polsce próbuje się zbudować system właśnie na podstawie takiego modelu. Nie zachowuje on jednak konsekwentnie swego charakteru, gdyż dużą rolę odgrywają w nim elementy systemu zaopatrzeniowego i opiekuńczego. Mimo że w Europie większość państw stosuje finansowanie świadczeń zdrowotnych oparte na systemach hybrydowych, ciągłe niedomaganie takich rozwiązań, powodujących konieczność przeprowadzania reform, skłaniają do poglądu, że rozwiązania te są nieracjonalne. Polska, czerpiąc wzorce z modelu bismarckowskiego, przyjęła z nim cały bagaż tychże niedomagań.

6 lutego 1997 r. przyjęto ustawę o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym¹, a 23 stycznia 2003 r. została przyjęta kolejna ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia²; zaczęła ona obowiązywać od 1 kwietnia 2003 r. Powyższą ustawę Trybunał Konstytucyjny wyrokiem z 7 stycznia 2004 r. uznał za niezgodną z Konstytucją.

Obowiązująca obecnie ustawa³ o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych została przyjęta 27 sierpnia 2004 r. i weszła w życie 1 października 2004 r. Powyższa ustawa w sposób istotny odchodzi od pierwotnej ustawy z 1997 r., nie wypełniając podstawowych kryteriów i zasad funkcjonowania ubezpieczenia. Nadaje systemowi finansowania swoisty charakter zabezpieczenia społecznego, a nie ubezpieczenia zdrowotnego. W art 1 ustawa określa zakres regulacji inaczej, niż było to w ustawach dotychczas obowiązujących, w nich bowiem regulacja dotyczyła powszechnego ubezpieczenia, natomiast w aktualnej ustawie określa się warunki i zakres świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

W art. 1 jedynie z punktu 4 wynika, że ustawa określa zasady powszechnego – obowiązkowego i dobrowolnego – ubezpieczenia zdrowotnego. Wykonaniu tego zapisu poświęcono w ustawie dział IV „Zasady podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu”, którego rozdział 1 „Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego” określa osoby podlegające ubezpieczeniu, spełnienie obowiązku ubezpieczenia się, termin wygaśnięcia prawa do świadczeń, możliwość i zasady ubezpieczenia dobrowolnego. Rozdział 2 „Składki na ubezpieczenie zdrowotne” określa wymiar składki, podstawę wymiaru, kto odprowadza składki itd. Tak więc Dział IV stanowi ograniczone wykonanie punktu 4 artykułu 1 ustawy, pomijając zasady funkcjonowania ubezpie-

¹ Ustawa z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, DzU nr 28, poz. 153

² Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 roku o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, DzU nr 45, poz. 391

³ Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, DzU nr 210, poz. 2135

czenia zdrowotnego, jego miejsce w systemie ubezpieczeń, konkurencyjność, możliwość funkcjonowania ubezpieczeń dodatkowych poza standardowych.

Ustrój ubezpieczenia zdrowotnego w sposób powierzchowny jest regulowany jedynie w art. 65 ustawy, określając, że jest ono oparte w szczególności na zasadach równego traktowania oraz solidarności społecznej i zapewnienia ubezpieczonemu równego dostępu do świadczeń. Powyższe brzmienie art. 65 nie realizuje w sposób wystarczający ust. 1 i 2 art. 68 Konstytucji RP.

W ustawie obok kategorii ubezpieczony został wprowadzony **nowy termin**: „świadczeniobiorca”. Termin ten nie został zdefiniowany w słowniczku (art. 5), dlatego należy go definiować zgodnie z art. 2 ustawy, z którego wynika, że pojęcie świadczeniobiorcy jest pojęciem szerszym od pojęcia ubezpieczony. Termin „świadczeniobiorca” obejmuje nie tylko ubezpieczonych, ale również te osoby mające polskie obywatelstwo i mieszkające na terytorium RP, które spełnią kryterium dochodowe określone w ustawie o pomocy społecznej. Zgodnie z ustawą świadczeniobiorca ma prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie. W kontekście całej ustawy problemem jest identyfikacja osób uprawnionych do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie. Jednym z przykładów niekonsekwencji pojęciowej ustawodawcy są uregulowania art. 2 ust. 1 pkt 2 w kontekście uregulowań art. 12 czy art. 97 ust. 3 pkt 3. Ten ostatni wprost ustanawia dodatkową, obok wymienionych wyżej, grupę osób uprawnionych do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, mówi on bowiem o „świadczeniobiorcach innych niż ubezpieczeni spełniający kryterium dochodowe, o którym mowa w ustawie o pomocy społecznej”

Do podstawowego zarzutu wobec ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ w wyroku z 7 stycznia 2004 r. należał brak określenia zakresu świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Zdaniem Trybunału, „...uniemożliwia to stworzenie katalogu i standaryzację usług medycznych; ani obywatel, ani podmioty świadczące usługi nie wiedzą jakie świadczenia przysługują z tytułu opłacanej składki...”⁴. Przyjęta ustawa w odpowiedzi na powyższy zarzut określa tzw. negatywny koszyk w formie załącznika do ustawy. Ten sposób uregulowania jest mało elastyczny i powoduje, że każda zmiana w tym zakresie będzie wymagała trybu ustawowego. Ponadto w ten sposób skonstruowany załącznik nie pozwala na uaktywnienie się komercyjnych, pozastandardowych ubezpieczeń zdrowotnych.

Podstawą kształtowania polskiego rynku ubezpieczeń jest ustawa o działalności ubezpieczeniowej⁵. Wprowadziła ona nowoczesną organizację rynku ubezpiecze-

⁴ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 18 grudnia 2003 i 07 stycznia 2004 r. w sprawie niezgodności z Konstytucją ustawy z dnia 23 stycznia 2002 r. o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ.

⁵ Ustawa z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej, DzU nr 124, poz. 1151.

niowego: zasadę wolnej konkurencji oraz jednakowego traktowania wszystkich podmiotów działających na rynku. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nawet w dalekiej perspektywie nie wskazuje możliwości realizacji tych fundamentalnych zasad działalności ubezpieczeniowej.

2. Model ubezpieczeniowy systemu zabezpieczenia społecznego

Kluczowymi elementami funkcjonowania modelu ubezpieczeniowego w systemie zabezpieczenia zdrowotnego są:

- finansowanie ze składek jego uczestników,
- różnicowanie składek poprzez ocenę ryzyka według założonego kryterium,
- opieranie się na świadomości wspólnoty ryzyka.

Wymienione powyżej elementarne zasady obowiązywały już w modelu bismarckowskim, funkcjonującym do dziś w systemie niemieckim (w którym składka jest różnicowana w zależności od wieku). Tymczasem polski system zabezpieczenia zdrowotnego praktycznie nie ma nic wspólnego z klasycznym ubezpieczeniem.

Niezadowolone społecznie, długi i niepewność, jak się leczyć i jak zarządzać ZOZ-ami, uzasadniają tezę o konieczności wprowadzenia w Polsce jednolitego systemu ubezpieczeniowego. Nawet jeśli jest on niedoskonały to w obecnym momencie należy wykorzystać zdobyte doświadczenia, rozwiniętą infrastrukturę, kadre i cały potencjał utworzony od 1998 r.

W grudniu ubiegłego roku aż trzy piąte Polaków (61%) było, ogólnie rzecz biorąc, niezadowolonych z systemu opieki zdrowotnej. Zadowolone deklarowała niespełna jedna piąta ogółu (19%), a nieco mniejsza liczebnie grupa (17%) wyrażała opinie niejednoznaczne⁶.

W konsekwentnym wprowadzaniu systemu ubezpieczeniowego na przeszkodzie mogą stać schematy odziedziczone przez społeczeństwo, warunki kulturowe i przyzwyczajenia, które są głęboko socjalne. Wyniki badań opinii publicznej⁷ pokazują, że aż 37% czyli ponad 11 mln Polaków przeznaczyłoby na prywatne usługi medyczne część lub całość pieniędzy z obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego. W raporcie tym pytano też m.in. o to, czy respondenci gotowi byłiby ponosić dodatkowe wydatki na prywatne ubezpieczenia lub abonament na prywatne usługi medyczne niezależnie od opłacania składki. 72% badanych odpowiedziało, że nie byłoby gotowi na dodatkowy wydatek (34% udzieliło odpowiedzi „raczej nie” i 38% „zdecydowanie nie”). Gotowość do dodatkowych opłat wyraziło 12% badanych (1% odpowiedziało „zdecydowanie tak”, 11% „raczej tak”).

⁶ CBOS, Opinie o opiece zdrowotnej w Polsce, Czechach, Słowacji i na Węgrzech, komunikat z badań BS/5/2005, Warszawa, styczeń 2005 r.

⁷ Rynek płatnych usług medycznych w Polsce, TNS OBOP, 11-13 października 2003 r.

Dlatego mozolnie kreowane przyzwolenie społeczne i polityczne może spowodować konieczność realnego wprowadzenia do obecnego systemu ubezpieczeń dodatkowych ubezpieczeń komercyjnych. Będzie to istotnym elementem w szybkim pozbywaniu się mitów związanych z funkcjonowaniem opieki zdrowotnej i zachętą do ustanowienia rozwiązań jak najbardziej rynkowych. Powstanie systemu komercyjnych ubezpieczeń zdrowotnych wydaje się wręcz nieuniknione.

Sektor ochrony zdrowia ma wielkie znaczenie gospodarcze i społeczne. Jednak ze względu na jego szczególny charakter istnieje pokusa do realizowania partykularnych interesów kosztem podmiotowości człowieka. **Dodatkowe źródło finansowania opieki zdrowotnej będzie normalizowało ten sektor oraz pozwalało na uczestniczenie w wycenie zdrowia przez najbardziej zainteresowanego, czyli pacjenta-człowieka-obywatela.** Aby wprowadzić jak największy wolny wybór, należy przejść przez lekcję swobody zawierania umów i poznać mechanizmy ubezpieczeniowe.

3. Definicja ubezpieczeń zdrowotnych w zabezpieczeniu społecznym

Biorąc pod uwagę najważniejsze cele polityki zdrowotnej, stanowiące o sensie jej uprawiania, można przyjąć, że jej główną powinnością jest organizowanie powszechnego zabezpieczenia zdrowotnego. Zabezpieczenie w tym rozumieniu jest systemem pakietów świadczeń na rzecz poszczególnych grup i kategorii społecznych, w przypadku gdy ich członkowie znajdują się w określonym położeniu (sytuacji) uznanym przez ustawodawcę za uprawniające do owych świadczeń. Ubezpieczenie natomiast zawsze jest od skutków powstałych w wyniku określonego, na ogół niepożądanego zdarzenia, sytuacji, stanu⁸. W literaturze przedmiotu⁹ **ubezpieczenie jest postrzegane jako forma rozłożenia ciężaru pokrycia negatywnych materialnych skutków zdarzeń losowych dotyczących pojedynczy podmiot na wiele jednostek, którym te same zdarzenia losowe zagrażają.** Jest to określenie ubezpieczeń z punktu widzenia społecznego.

W aspekcie ekonomicznym ubezpieczenie definiuje się jako instrument gospodarczy zapewniający zaspokojenie przyszłych potrzeb majątkowych wywołanych u poszczególnych jednostek przez odznaczające się pewną prawidłowością zdarzenia losowe, w wyniku rozłożenia ciężaru tego zaspokojenia na wiele jednostek, którym te same zdarzenia losowe zagrażają.¹⁰

Z powyższych określeń wynika, że zasadniczymi elementami ubezpieczenia jest ryzyko losowe, wspólnota ubezpieczeniowa podmiotów zagrożonych względnie jednorodnym ryzykiem oraz technika repartycji szkód rozumiana jako sposób

⁸ R. Holly, *Ubezpieczenia w polityce zdrowotnej i systemie ochrony zdrowia*, [w:] Polityka zdrowotna t. 2, grudzień 2004, s. 9.

⁹ *Ubezpieczenia gospodarcze*, red. T. Sanogowski, Warszawa 2001; J. Łazowski, *Wstęp do nauki o ubezpieczeniach*, Sopot 1999.

¹⁰ Op. cit., s. 14.

rozłożenia ciężaru pokrycia każdej pojedynczej szkody na każdego uczestnika wspólnoty niebezpieczeństwa.

Z punktu widzenia organizacyjno-finansowego ubezpieczenie stanowi formę organizacyjną scentralizowanego funduszu ubezpieczeniowego, tworzonoego ze źródeł zdecentralizowanych, tj. z wpłat wnoszonych na ten fundusz przez jego uczestników.¹¹ Inne formy organizacyjne to: forma scentralizowana (np. budżetowa) oraz forma zdecentralizowana (tzw. samoubezpieczenie). Ubezpieczenie jest formą pośrednią wykorzystującą elementy zdecentralizowane w fazie tworzenia funduszu oraz elementy scentralizowane w odniesieniu do charakteru funduszu ubezpieczeniowego.¹²

W aspekcie prawnym ubezpieczenie można określić jako wiążący zakład ubezpieczeń z ubezpieczającym stosunek prawny, na podstawie którego zakład ubezpieczeń zobowiązuje się, w razie zaistnienia określonego zdarzenia losowego, do wypłacenia odszkodowania lub innego świadczenia ubezpieczeniowego; ubezpieczony zaś obowiązany jest do uiszczania zakładowi ubezpieczeń określonej kwoty pieniężnej tytułem składki ubezpieczeniowej.¹³ Fundamentalnym zagadnieniem ubezpieczenia jest realność ochrony ubezpieczeniowej. Z definicji prawnej ubezpieczenia wynika, że świadczenie po stronie ubezpieczonego jest bardzo konkretne, jednoznacznie zdefiniowane. Zobowiązanie zaś zakładu ubezpieczeń jest warunkowe, mające charakter przyrzeczenia. Zatem realność ochrony ubezpieczeniowej to gwarancja wywiązania się zakładu ubezpieczeń z udzielonego przyrzeczenia.

Pojęciem „ubezpieczenia zdrowotne” określa się takie ubezpieczenia, które zabezpieczają przed finansowymi skutkami utraty zdrowia (realizacji ryzyka zdrowotnego). Podstawą nazywania przedmiotowych ubezpieczeń zdrowotnymi jest odniesienie do pierwotnej wartości, jaką jest zdrowie, podlegające utracie w razie występowania zagrożenia w postaci szeroko rozumianej choroby. Wskazuje się, że pojęcie ubezpieczeń zdrowotnych eksponuje kompleksowe funkcje współczesnej opieki zdrowotnej, nie zawężone do samego lecznictwa (diagnozy i terapii), ale szeroko uwzględniające promocję zdrowia, profilaktykę i rehabilitację¹⁴.

Podsumowując, możemy uznać, że ubezpieczenie to umownie zagwarantowana finansowa rekompensata za potencjalne szkody i straty w wyniku zrealizowania się

¹¹ R. Holly, op. cit., s. 57.

¹² K. Orzechowski, *Uwagi w sprawie ubezpieczeniowego charakteru ubezpieczenia zdrowotnego*, [w:] *Funkcjonowanie ochrony zdrowia po reformie – ujęcie regionalne*, red. M. Węgrzyn, Wrocław 2003.

¹³ J. Łazowski, op. cit., s. 21.

¹⁴ K. Łyskawa, M. Osak, *Kształtowanie produktu ubezpieczenia zdrowotnego*, [w:] *Polityka zdrowotna*, t. 2, grudzień 2004.

określonego ryzyka, którego dotyczy umowa między gwarantem a gwarantariuszem.¹⁵

Mówiąc o ubezpieczeniu zdrowotnym należy rozumieć przez to ubezpieczenie od skutków tych wszystkich rodzajów ryzyka, które realizując się, powodują utratę zdrowia. Ryzyko to prawdopodobieństwo zrealizowania się zdarzenia, którego skutki mogą wyrządzić określone szkody/straty temu, kogo owo zdarzenie dotyczy¹⁶.

Przyjmując kryterium przedmiotowe (przyczynowe), wyróżnia się następujące ryzyka:

- ryzyko utraty zdrowia,
- ryzyko choroby,
- ryzyko uszkodzenia ciała (rozstroju) w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- ryzyko utraty sprawności fizycznej i/lub psychicznej (okresowej, stałej, w wyniku choroby, wypadku itd.),
- czasowej niezdolności do pracy ze względu na stan zdrowia.

Traktując ubezpieczenia jako instrument polityki zdrowotnej, można zatem wymienić:

- ubezpieczenia zdrowotne,
- ubezpieczenia chorobowe,
- ubezpieczenia pielęgniarskie,
- ubezpieczenia rekonwalescencyjne,
- ubezpieczenia rehabilitacyjne,
- ubezpieczenia rentowe,
- ubezpieczenia medyczne i farmakologiczne.¹⁷

Bazowa część systemu zabezpieczenia społecznego, w układzie dobrowolnym lub przymusowym, ma na celu zapewnienie obywatelom jedynie podstawowego standardu bezpieczeństwa socjalnego. O wyższy poziom zabezpieczenia powinno zadbać samo zainteresowane gospodarstwo domowe.¹⁸ W ramach bazowej części systemu powinno dochodzić do sytuacji, w której relatywnie obniża się oferowany przez państwo (podstawowy) standard bezpieczeństwa socjalnego. Jednocześnie zakłada się wzrost pożądanego przez gospodarstwo domowe poziomu bezpieczeństwa. W ten sposób sfera między zmienionym a pożądanym poziomem zabezpieczenia staje się przestrzenią decyzyjną gospodarstwa domowego zarządzania różnymi rodzajami ryzyka społecznego w tym ryzykiem choroby. W przestrzeni tej

¹⁵ R. Holly, *Ubezpieczenia w systemie ochrony zdrowia, w: Ubezpieczenia zdrowotne w Europie Środkowo-Wschodniej – Początek drogi*, KIU, Warszawa 2001, s. 28.

¹⁶ Por. wykładnie i definicje ryzyka w: red. J. Monkiewicz, *Podstawy Ubezpieczeń*, t. 1, Warszawa 2000.

¹⁷ R. Holly, *Ubezpieczenia w polityce zdrowotnej...*, s. 11.

¹⁸ T. Szumlicz, *O systemie zabezpieczenia-podobnie i inaczej*, [w:] *O rozprosną politykę społeczną*, red. J. Auleytner, Polskie Towarzystwo Polityki Społecznej, Warszawa 2002, s. 126.

jako wynik procesu decyzyjnego dotyczącego ryzyka choroby może być zastosowana metoda ubezpieczeniowa¹⁹.

Elementami koniecznymi do sformułowania produktu ubezpieczeniowego są:²⁰

- istniejące i niezaspokojone potrzeby,
- powszechny dostęp,
- uzupełnienie ubezpieczenia państwowego,
- możliwość oferowania przez ubezpieczycieli,
- możliwość realizowania przez świadczeniodawców,
- opłacalność.

4. Otoczenie finansowe

W ramach środków publicznych ubezpieczonym udzielane są usługi z podstawowych dwóch źródeł: ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia oraz środków budżetowych przekazywanych za pośrednictwem czy to samorządu terytorialnego, czy też Ministerstwa Zdrowia.

W roku 2004 ponad 31 mld zł przeznaczono na realizację statutowych zadań Narodowego Funduszu Zdrowia. Z tego 41% wydatkowane jest na świadczenia udzielane przez lecznictwo szpitalne²¹.

Ministerstwo Zdrowia zaś realizuje swoje zadanie przez zakupywanie tzw. procedur wysoko specjalistycznych (np. transplantacji narządów), realizację programów zdrowia publicznego (np. zapobieganie AIDS i leczenie go, leczenie niskoróżności, publicznej służby krwi itp.) oraz dotacje dla organizacji pozarządowych działających w ochronie zdrowia. Budżet przewidziany na ten cel jest stosunkowo niewielki – w roku 2004 wyniósł około 1,5 mld zł.

Przeciętna polska rodzina rocznie wydawała na różne nieformalne szpitalne opłaty 385 zł²², do tego dochodziło 280 zł na cegiełki²³. Wynika z tego, że poza obowiązkową składką wydajemy na ochronę zdrowia aż 8 mld zł, ale pieniądze te w przeważającej części nie trafiają do systemu, lecz zasilają szarą strefę. Brak prawnie określonego gwarantowanego zakresu świadczeń zdrowotnych, tzw. koszyka świadczeń zdrowotnych, powoduje niejasną sytuację na rynku usług medycznych między systemem publicznym a systemem prywatnym, co z kolei uniemożliwia zagospodarowanie przez ubezpieczycieli powstałych nisz w wyniku takiego podziału. Określenie gwarantowanego zakresu świadczeń medycznych pozwoliłoby na uniknięcie podwójnego płacenia za te same usługi.

¹⁹ Op. cit., s. 128.

²⁰ Op. cit., s. 36-37.

²¹ Por. Plan finansowy NFZ, Warszawa 2005.

²² Według Diagnozy 2000, badania naukowego społeczeństwa polskiego prowadzone przez GUS.

²³ Wypowiedź Jarosława Myjaka prezesa Commercial Union.

5. Koszyk świadczeń gwarantowanych

Kluczowym postulatem umożliwiającym wprowadzenie uzupełniających ubezpieczeń jest określenie i ocenienie, jakiego rodzaju świadczenia są udzielane w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, w ramach środków publicznych. Chodzi nie tylko o środki NFZ, ale także o środki innych instytucji resortowych, finansowanych przez ministrów właściwych, np. ministra właściwego ds. zdrowia, ministra właściwego ds. administracji lub spraw wojskowych. Również istotne jest określenie zakresu świadczeń gwarantowanych, finansowanych w ramach środków publicznych w pełni lub w części, czyli zdefiniowanie koszyka gwarantowanych świadczeń medycznych.

Jest kilka sposobów określenia zakresu świadczeń gwarantowanych. Polegają one na ustaleniu:

- pozytywnej listy świadczeń, za które odpowiedzialności finansową przyjmuje państwo,
- listy negatywnej, pozostającej poza finansowaniem przez system publiczny,
- określonego standardu i procedur wykonywania świadczeń opłacanych przez publicznego płatnika.

Zgodnie z art. 68 Konstytucji RP ustawa specjalna powinna określić warunki i zakres udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Proponowany w załączniku do projektu niemal symboliczny „koszyk negatywny” świadczeń nie finansowanych ze środków publicznych i zupełny brak próby ustawowego określenia maksymalnych okresów oczekiwania na świadczenia (art. 21 ust. 4) oraz warunków udzielania świadczeń (np. dotyczących liczebności sal szpitalnych, wyboru diety, osób towarzyszących choremu itp.) utrwała w praktyce fikcję niemożliwą do zrealizowania w realiach finansowych Polski. Podtrzymywanie fasadowego systemu teoretycznie gwarantującego (prawnie) wszystko wszystkim tworzy niebezpieczeństwo utrudnienia dostępności do świadczeń koniecznych do ratowania zdrowia i życia szczególnie osobom biednym.

6. Rozwój produktów ubezpieczeniowych

Należy zauważyć przygotowania towarzystw ubezpieczeniowych do budowania produktów ubezpieczeń związanych z zabezpieczeniem potrzeb zdrowotnych. Przeważnie proponowany jest standardowy pakiet medyczny wzbogacony o bardzo proste ubezpieczenie na życie²⁴. Istnieją również różnego rodzaju opcje medyczne (ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego, różnego rodzaju opcje NNW). Zakres świadczenia jest jednak bardzo ograniczony i daleki od oczekiwań, a w związku z tym mało atrakcyjny pod względem zakresu kompensaty ryzyka i ich ceny. Można przyjąć w tym przypadku twierdzenie, że w Polsce rozwój komercyj-

²⁴ Produkty PZU Życie, np. „Premium”, realizowane we współpracy z Lux-Med i Entry.

nych ubezpieczeń zdrowotnych jest dopiero w fazie początkowej. Dodatkowym uzupełnieniem jest funkcjonowanie różnej formy *quasi* ubezpieczeń, w tym usług abonamentowych oferowanych przez sieciowe niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej czy wyspecjalizowane firmy²⁵.

Większość wprowadzonych na rynek nowych produktów ubezpieczeniowych należy traktować jako chęć uzyskania uprzywilejowanej pozycji na tym rynku; z punktu widzenia zaś możliwości zafunkcjonowania produktów ubezpieczeniowych jest to przejaw wyraźnej tendencji w tym zakresie.

7. Oferty produktów ubezpieczeń zdrowotnych

W celu ukazania specyfiki ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce poniżej zostaną omówione oferty największych udziałowców rynku w tym zakresie w Polsce.

PZU Życie SA starając się spełnić oczekiwania rynku, stworzyło ubezpieczenie Opieka Medyczna. Gwarantuje ono opiekę lekarską na najwyższym poziomie. W celu zapewnienia opieki medycznej firma nawiązała współpracę z następującymi placówkami medycznymi – Medycyna Rodzinna SA, NZOZ POLMED Sp. z o.o., Medicor, Radan – Med, Beskidzkie Centrum Medyczne, Instytut Medyczny EMC, Miedziowe Centrum Zdrowia, Medic oraz ELVITA.

Ubezpieczenie Opieka Medyczna jest dostępne w następujących miastach Polski: w Trójmieście, Łodzi, Krakowie, Katowicach, Tychach, Szczecinie, Starogardzie Gdańskim, Rzeszowie, Gliwicach, Bielsku-Białej, Wrocławiu, Jaworznie, Bydgoszczy i Legnicy. Przeznaczone jest dla osób, które nie ukończyły 64. roku życia. Ubezpieczenie dostępne jest w dwóch wariantach:

- podstawowym (miesięczna składka wynosi 33 zł),
- rozszerzonym (miesięczna składka wynosi 48 zł).

Ubezpieczenie Opieka Medyczna zapewnia w pakiecie podstawowym:

- nieograniczony dostęp do lekarzy pierwszego kontaktu – internisty, lekarza rodzinnego, pediatry,
- do dyspozycji – także lekarzy kilkunastu innych specjalności (bez skierowania),
- podstawowe testy diagnostyczne,
- specjalistyczne testy diagnostyczne (w wariantcie podstawowym zniżka 15%),
- usługi stomatologiczne ze zniżką 20% i bezpłatny przegląd stomatologiczny raz w roku,
- telefoniczną rezerwację wizyt,
- bezpłatne wizyty domowe w godzinach otwarcia klinik.

W pakiecie rozszerzonym są:

- wszystkie świadczenia zawarte w zakresie podstawowym,

²⁵ Typową siecią jest Medicover, LuxMed, Centrum Damiana, specjalistyczna firma Śląska Opieka Medyczna.

- bezpłatne specjalistyczne testy diagnostyczne,
- usługa prywatnego konsultanta szpitalnego podczas pobytu ubezpieczonego w szpitalu, wizyty domowe, również w niedziele i święta.

Ponadto PZU Życie ma w swojej ofercie Ubezpieczenie Opieka Medyczna Premium, obecnie dostępne w pięciu miastach - w Warszawie, Łodzi, Krakowie, Poznaniu i Gdańsku, czyli na bardzo ograniczonym obszarze. Miesięczna składka wynosi 59 zł dla osób poniżej 54. roku życia. Dla klientów pomiędzy 55. a 65. rokiem życia wysokość składki wynosi 84 złote. Pakiet w tej cenie obejmuje wszystkie świadczenia zawarte w ubezpieczeniu Opieka Medyczna i dodatkowo:

- 15% zniżki na usługi nie objęte ubezpieczeniem, a oferowane w powyższych placówkach,
- bezpłatne, całodobowe wizyty domowe, rezerwowane telefonicznie (do 4 wizyt rocznie),
- usługi prywatnego konsultanta szpitalnego podczas pobytu ubezpieczonego w szpitalu,
- telefoniczną rezerwację wizyt u specjalisty,
- dostęp do Telefonicznej Infolinii Medycznej przez 7 dni w tygodniu.

TUiR Warta ma ofertę w zakresie ubezpieczeń wypadkowych. NNW–warta pomoc w wypadku obejmuje ochroną ubezpieczeniową następstwa nieszczęśliwych wypadków, polegające na uszkodzeniu ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci ubezpieczonego niezależnie od jego woli, z możliwością rozszerzenia o następstwa nieszczęśliwych wypadków powstałe w wyniku:

- zawału serca i udaru mózgu,
- chorób tropikalnych,
- działań wojennych i stanu wojennego.

Podstawowe ubezpieczenie obejmuje:

- śmierć osoby ubezpieczonej – w wysokości 50 lub 100% sumy ubezpieczenia w zależności od zawartej umowy,
- stały uszczerbek na zdrowiu – przewidziane są cztery warianty naliczenia wysokości świadczenia, m.in. procent uszczerbku na zdrowiu przemnożony przez sumę ubezpieczenia, na zasadzie progresji, czyli procent utraty zdrowia przemnożony przez współczynnik progresji i przez sumę ubezpieczenia,
- naprawę lub nabycie protez i środków pomocniczych – refundacja na podstawie oryginałów rachunków w wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej w umowie.

W ramach NNW – Warta pomoc w wypadku można również przez wykupienie dodatkowego pakietu otrzymać wypłatę świadczenia z tytułu:

- całkowitej niezdolności do pracy - np. gdy Komisja ZUS orzeknie 100% inwalidztwa w następstwie nieszczęśliwego wypadku, można liczyć na odszkodowanie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia,
- czasowej niezdolności do pracy/nauki - jest to tzw. zasiłek dzienny, wypłacany za czas zwolnienia lekarskiego,

- leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków – zwrot poniesionych kosztów leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego, co obejmuje zwrot poniesionych kosztów leczenia do wysokości: 10% sumy ubezpieczenia – w przypadku leczenia szpitalnego, nie więcej jednak niż 3000 zł; 3% sumy ubezpieczenia w przypadku leczenia ambulatoryjnego, nie więcej jednak niż 1000 zł, (ogólne warunki ubezpieczenia szczegółowo określają, co należy rozumieć przez pojęcie kosztów leczenia; obejmują one m.in. udzielenie doraźnej pomocy lekarskiej, pobyt w szpitalu, badania, zabiegi i operacje, nabycie niezbędnych lekarstw),
- pobytu w szpitalu (dienne świadczenie szpitalne) – wypłacane jest w wysokości 2% sumy ubezpieczenia dziennie, ale nie więcej niż 60 zł za dzień (dienne świadczenie szpitalne jest wypłacane od piątego dnia pobytu w szpitalu maksymalnie przez 90 dni od daty zaistnienia nieszczęśliwego wypadku),
- operacji plastycznej – zwrot kosztów operacji plastycznej do wysokości 15% sumy ubezpieczenia, ale nie więcej niż 4500 zł (warunkiem zwrotu kosztów jest wykonanie operacji na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w celu usunięcia oszpeceń i okaleczeń powierzchni ciała spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem).
- opieki w przypadku hospitalizacji – w wysokości 2% sumy ubezpieczenia dziennie, nie więcej niż 60 zł dziennie, wypłacane od pierwszego dnia hospitalizacji maksymalnie przez 3 dni pobytu w szpitalu (świadczenie jest wypłacane, gdy ubezpieczony w związku z nieszczęśliwym wypadkiem był hospitalizowany i pozostawił bez opieki dzieci do lat 14 lub osoby niezdolne do samodzielnej egzystencji wspólnie z nim mieszkające),
- rekonwalescencji – w wysokości do 1% sumy ubezpieczenia dziennie, jednak nie więcej niż 30 zł, za okres równy połowie dni hospitalizacji ubezpieczonego,
- pomocy finansowej – w wysokości do 10% sumy ubezpieczenia, lecz nie więcej niż 3000 zł (świadczenie jest wypłacane, gdy powstały w wyniku nieszczęśliwego wypadku stały uszczerbek na zdrowiu, orzeczony przez powołanego przez Wartę lekarza, przekracza 40% i w jego następstwie ubezpieczony doznał jednego z enumeratywnie wymienionych w ogólnych warunkach ubezpieczenia urazu).

Najbardziej rozbudowany katalog świadczeń w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych ma **Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji CIGNA STU SA**. W ofercie tej firmy zawartych jest kilka pakietów ubezpieczeń zdrowotnych:

- ubezpieczenie kosztów leczenia Cigna Zdrowie – obejmujące porady i wizyty domowe lekarzy POZ, porady lekarzy specjalistów 18 specjalności, inne świadczenia medyczne, takie jak badania analityczne, rezonans magnetyczny, RTG, USG, podstawowe zabiegi,
- ubezpieczenie kosztów leczenia Medi-Care, obejmujące cztery warianty ubezpieczenia, na które składają się (prócz świadczeń przewidzianych w powyżej zaprezentowanym pakiecie) np. całodobowa linia telefoniczna pierwszej po-

mocy, wizyty domowe, całodobowa diagnostyka, wizyty u lekarzy specjalistów bez skierowań, leczenie stomatologiczne, ubezpieczenie pobytu w szpitalu na skutek nieszczęśliwego wypadku i kinezoterapia (w pakietach-wariantach),

- ubezpieczenie poważnych zachorowań – skierowane do osób poniżej 65. roku życia; wariant podstawowy obejmuje świadczenie w związku z wystąpieniem u ubezpieczonego choroby nowotworowej, zawału serca, udaru mózgu, niewydolności nerek; wariant rozszerzony obejmuje: choroby wymienione w wariantcie podstawowym i dodatkowo leczenie chorób naczyń wieńcowych, przeszczep głównych narządów, paraliż kończyn, chorobę Creutzfeldta-Jakoba, zakażenie wirusem HIV,
- ubezpieczenie operacji,
- świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu,
- ubezpieczenie zachorowania na raka piersi – AMAZONKA.

Świadczenia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego w CIGNA STU realizowane są w placówkach medycznych partnerów: Medycyna Pracy, Centrum Medyczne ENEL MED. W ten sposób zasięg geograficzny możliwości ubezpieczenia zawężono do kilkunastu największych miast w Polsce.

Powyżej przedstawiono ofertę towarzystw ubezpieczeniowych dotyczą ubezpieczeń zdrowotnych. Prezentacja ta ma na celu ukazanie, jak bardzo zróżnicowany jest zakres proponowanych usług. Jak widać, przedmiotem ubezpieczenia zdrowotnego są: leczenie ambulatoryjne, leczenie szpitalne, poważne zachorowania, choroby śmiertelne, urazy spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem, wykonanie różnego rodzaju badań medycznych związanych z pogorszeniem stanu zdrowia. Ubezpieczenia te są sprzedawane w ramach jednej lub kilku opcji. Czasami występują również w wersji podstawowej, np. pobyt w szpitalu, lub w wersji rozszerzonej – dodatkowo leczenie raka piersi. Z reguły w ubezpieczeniach zdrowotnych oferowanych przez towarzystwa ubezpieczeń na życie świadczenie jest spełniane w formie wypłacanej ryczałtowo kwoty (TuiR Warta), a nie zwrotu rzeczywistych kosztów leczenia, obecnie bowiem są one niemożliwe do oszacowania przez towarzystwa ubezpieczeń. Dlatego też niektórzy specjaliści nie zaliczają takich ubezpieczeń do zdrowotnych w naukowym znaczeniu tego pojęcia.

Ubezpieczenia zdrowotne są zawierane zwykle z osobami pełnoletnimi, tj. w wieku co najmniej 18 lat i nie starszymi niż w wieku 65 lat, a umowa jest podpisywana z reguły każdorazowo na rok. Po każdym roku jej obowiązywania towarzystwo ubezpieczeń na nowo oblicza składkę, biorąc pod uwagę „nowy” wiek ubezpieczonego, jego płeć, stan zdrowia, jak również kwestię częstotliwości korzystania ze świadczeń w okresie obowiązywania umowy. Po ponownym obliczeniu składki umowę przedłuża się na kolejny rok, po czym procedura taka jest powtarzana.

Ubezpieczenia zdrowotne oferowane przez towarzystwa są sprzedawane za pośrednictwem tradycyjnych kanałów dystrybucji, tj. sieci agentów własnych czy też

zewnątrznych. Wprowadzone w ostatnim okresie ubezpieczenia będące odpowiednikiem usług abonamentowych są oferowane również za pośrednictwem partnerów, z którymi zawiera się porozumienia dotyczące świadczenia tych usług, tj. prywatnych placówek medycznych (przykładem jest CIGNA STU).

Wiele towarzystw ubezpieczeń na życie deklaruje, iż w najbliższym czasie wzbogaci swoją ofertę o dobrowolne ubezpieczenia medyczne. Należy zatem oczekiwać, że rynek ten stanie się wysoce konkurencyjny. Kilka dodatkowych miliardów złotych w postaci składek, które można pozyskać – to bardzo poważne wyzwanie dla wszystkich podmiotów sektora. Celem polityki promocyjnej będzie zatem pozyskanie maksymalnie dużej liczby klientów spośród tych, którzy wyrażają chęć zakupu tego typu usług. Jednocześnie biorąc pod uwagę to, iż także na rynku usług medycznych nasila się konkurencja, a prawo utrudnia placówkom medycznym podejmowanie działań o charakterze *stricte* reklamowym, należy się spodziewać, że większość działań o charakterze promocyjnym będzie podejmowanych przez towarzystwa ubezpieczeniowe wspólnie ze współpracującymi z nimi ośrodkami opieki zdrowotnej.

Działania promocyjne towarzystw będą dwójakiego rodzaju. Po pierwsze, wykorzystane zostaną w stosunku do dotychczasowych klientów towarzystw bezpośrednie formy reklamy – listy, ulotki, sprzedaż bezpośrednia. Po drugie, należy spodziewać się działań o charakterze publicznym i masowym, czyli dużych kampanii reklamowych wykorzystujących media oraz reklamę zewnętrzną. W pierwszym okresie będą one ograniczone geograficznie ze względu na regionalny charakter firm medycznych, ale z czasem mogą objąć nawet cały kraj. W przekazach reklamowych będą promowane przede wszystkim zalety oferowanych usług, ale również marki zakładu ubezpieczeń i określonej firmy medycznej.

Docelowym rynkiem rozwoju usług medycznych oprócz medycyny pracy i abonamentów są usługi leczenia zamkniętego. Jednak usługi szpitalne są dużo droższe niż same badania i porady specjalistów. Stąd też coraz bardziej prawdopodobny scenariusz to konieczność współpracy między prywatnymi klinikami a towarzystwami ubezpieczeniowymi, które mogą zaferować ubezpieczenie. Innym prawdopodobnym scenariuszem jest wprowadzenie przepisów umożliwiających komercyjnym ubezpieczeniom zdrowotnym powiązanie z systemem państwowym, tak aby pacjent mający ubezpieczenie zdrowotne mógł trafić do odpowiedniego szpitala. Sytuacja taka doprowadzi do rzeczywistego rozwoju rynku ubezpieczeń zdrowotnych, pozwoli bowiem rozwinąć terytorialny zasięg poza największe miasta. Wtedy też firmy ubezpieczeniowe od dawna upatrujące w ubezpieczeniach zdrowotnych szansę na dynamiczny rozwój swojej działalności zaczną wprowadzać na szeroką skalę ten typ ubezpieczeń.

Ponadto – jak pokazuje praktyka – prywatni operatorzy medyczni mogący zapewnić odpowiedni poziom świadczeń zdrowotnych funkcjonują w przeważającej mierze na obszarze dużych aglomeracji miejskich, czyli tam, gdzie istnieje duże zapotrzebowanie na takie usługi przy jednocześnie małym ryzyku bankructwa.

Krańcowo inna sytuacja panuje na terenie mniejszych miast, nie wspominając o gminach i obszarach wiejskich. Sytuacja taka powoduje, że obecnie oferta komercyjnych ubezpieczycieli nie ma charakteru ogólnopolskiego, a skupia się głównie na obszarach dużych miast.²⁶

Ubezpieczyciele prywatni nie mogą również oprzeć swoich usług na sieci funkcjonujących operatorów publicznych, ponieważ są oni bardzo słabo przygotowani do świadczenia usług, które wymagają wysokiej jakości i odpowiednio standardu obsługi, terminowości i jasno określonych cen świadczeń. Publiczne placówki służby zdrowia nie mogą, jako podmioty zależne od swojego głównego płatnika, czyli NFZ, podjąć szerokich działań mających na celu rozbudowę swojej infrastruktury czy też wdrożenie odpowiednich standardów, które spowodowałyby pozyskiwanie innych źródeł finansowania.

Aby przelamać cały zespół niemożności, należy również dookreślić postulaty by Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej był traktowany jak przedsiębiorstwo, gdyż trudno umawiać się na realizację kontraktu cywilnego w otoczeniu rynkowym, gdy jeden z podstawowych podmiotów w swej istocie tkwi w systemie socjalistycznym.

8. Zakończenie

Obecnie bardzo dużo mówi się o wprowadzonych zmianach w zakresie racjonalizujących system ochrony zdrowia w Polsce. Taka racjonalizacja nie będzie możliwa bez stworzenia warunków umożliwiających wprowadzenie komercyjnych ubezpieczeń zdrowotnych do praktyki ochrony zdrowia. Dokonane przedstawienie wybranych ubezpieczeń zdrowotnych potwierdza poglądy wyrażane w literaturze, że polski rynek ubezpieczeń w tym zakresie jest bardzo słabo rozwinięty.

Przyczyn tego jest bardzo wiele; należą do nich m.in. istniejący system prawny, przede wszystkim zapisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, brak określonego koszyka świadczeń gwarantowanych przez państwo. Gdy nie jest ustawowo określone jakie świadczenia należą się każdemu świadczeniobiorcy, a jakie pozostają niejako poza standardem, nie ma możliwości rozwoju prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych nawet jako ubezpieczeń uzupełniających. Koszyk świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych powinien stanowić wykaz podstawowych, możliwych do sfinansowania, a jednocześnie będących na odpowiednim poziomie oraz odpowiednio dostępnych świadczeń. Wówczas postępowania medyczne wykraczające poza koszyk gwarantowany stanowiłyby podstawę rozwoju dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Byłyby to pierwszy krok ku większej swobodzie kształtowania relacji finansowych przez SP ZOZ-y.

²⁶ R. Pukała, *Główne bariery rozwoju ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce*, [w:] *Polityka zdrowotna*, t. 2, grudzień 2004, s. 27.

Poprawa sytuacji w omawianym tu zakresie wymaga również dużo starań od samych zakładów ubezpieczeń. Muszą przedstawić konstrukcję ubezpieczenia tak, aby była przejrzysta, łatwa do zrozumienia dla potencjalnych klientów, aby wiadomo było, jaki koszyk świadczeń ma zagwarantowany każdy ubezpieczony. Zbudowanie produktu zbliżonego swoją konstrukcją do produktów oferowanych przez niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej i firmy abonamentowe niewątpliwie wpłynie na zainteresowanie potencjalnych klientów. Jest to szczególnie istotne, jeśli weźmie się pod uwagę znaczny brak zaufania społeczeństwa do ochrony oferowanej przez zakłady ubezpieczeń oraz niski poziom świadomości ubezpieczeniowej Polaków.

Generalizując, należy stwierdzić, że komercyjne ubezpieczenia zdrowotne odgrywają niewielką rolę w systemie ubezpieczeń społecznych, podczas gdy doświadczenia państw europejskich są zupełnie inne. Natomiast nadzieje związane z ideą ich wprowadzenia są duże.

Zyskają przede wszystkim pacjenci, najbardziej ci, którzy zdecydują się na dodatkową opłatę, bo zwiększy to zakres i podniesie standard ich leczenia. Rozszerza się większa świadomość zdrowotna społeczeństwa i wzrastają oczekiwania względem jakości i dostępności usług. Społeczeństwo polskie ma coraz większe oczekiwania nie tylko w stosunku do samego procesu leczenia, ale przede wszystkim w stosunku do usług mających na celu zapobieganie chorobom. Można też łatwo dowiedzieć, że na włączeniu proponowanego modelu ubezpieczeń ponadstandardowych do publicznego systemu ochrony zdrowia skorzystają także ci, którzy nie wykupią polis, szpital bowiem, który ze względu na wymagania komercyjnych ubezpieczycieli będzie stosował bardziej nowoczesną technologię i aparaturę, niejako siłą rzeczy będzie jej używał do leczenia wszystkich pacjentów, a nie tylko tych doubezpieczonych. Ponadto należy założyć, że w tego typu sytuacji ubezpieczyciele będą zainteresowani inwestycjami w zakładach opieki zdrowotnej, a to znacznie podwyższy standard usług świadczonych przez te zakłady.

Świadczeniodawcy zaś uzyskają dodatkowe źródło finansowania. Będzie to przede wszystkim realnie wyceniona usługa, za czym pójdzie pewna i szybsza płatność za usługi wykonywane na rzecz pacjentów doubezpieczonych. Są to elementy wręcz niezbędne, by otoczenie rynkowe mogła zafunkcjonować w relacjach sektora zdrowotnego. Dlatego ciągle aktualny pozostaje postulat, by jednoznacznie określić rolę, jaką będą odgrywały instytucje ubezpieczeniowe, oraz to, jaka jest przyszłość ubezpieczeń dodatkowych i alternatywnych.

Literatura

- [1] Holly R., *Ubezpieczenia w polityce zdrowotnej i systemie ochrony zdrowia*, [w:] *Polityka zdrowotna*, t. 2, grudzień 2004.

- [2] Holly R., *Ubezpieczenia w systemie ochrony zdrowia*, [w:] *Ubezpieczenia zdrowotne w Europie Środkowo-Wschodniej – początek drogi*, KIU, Warszawa 2001.
- [3] Łazowski J., *Wstęp do nauki o ubezpieczeniach*, Sopot 1999.
- [4] Łyskawa K., Osak M., *Kształtowanie produktu ubezpieczenia zdrowotnego*, [w:] *Polityka zdrowotna*, t. 2, grudzień 2004.
- [5] Pakuła R., *Główne bariery rozwoju ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce*, [w:] *Polityka zdrowotna*, t. 2, grudzień 2004.
- [6] Orzechowski K., *Uwagi w sprawie ubezpieczeniowego charakteru ubezpieczenia zdrowotnego*, [w:] *Funkcjonowanie ochrony zdrowia po reformie – ujęcie regionalne*, red. M. Węgrzyn, Wrocław 2003.
- [7] *Podstawy Ubezpieczeń*, red. J. Monkiewicz, t. 1, Warszawa 2000.
- [8] Szumlicz T., *O systemie zabezpieczenia społecznego – podobnie i inaczej*, [w:] red. J. Auleytner, *O roztropną politykę społeczną, Polskie Towarzystwo Polityki Społecznej*, Warszawa 2002.
- [9] *Ubezpieczenia gospodarcze*, red. T. Sangowski Warszawa 2001.
- [10] Ustawa z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej, DzU 2003 nr 124, poz. 1151.
- [11] Ustawa z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, DzU 1997 nr 28, poz. 153.
- [12] Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 roku o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, DzU 2003 nr 45, poz. 391.
- [13] Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, DzU nr 210, poz. 2135, z późn. zm.
- [14] Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 18. grudnia 2003 r. i 07 stycznia 2004 r. w sprawie niezgodności z Konstytucją ustawy z dnia 23 stycznia 2002 r. o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ.
- [15] *Diagnozy 2000, Badania naukowe społeczeństwa polskiego prowadzone przez GUS.*
- [16] CBOS, *Opinie o opiece zdrowotnej w Polsce, Czechach, Słowacji i na Węgrzech*. Komunikat z badań BS/5/2005, Warszawa, styczeń 2005 r.
- [17] TNS OBOP, *Rynek płatnych usług medycznych w Polsce*, raport 11–13 października 2003 r.
- [18] *Plan finansowy NFZ*, Warszawa 2005.

INSURANCE MODEL IN THE POLISH IN THE HEALTH SECURITY SYSTEM IN THE CONTEXT INSURANCE PRODUCTS DEVELOPMENT

Summary

The publication characterizes the health insurance system and indicates the need to making free insurance market as a main rule of how the present system should be developed. The issue has been of key importance since the creation of the public health insurance system. Analysis of the present situation was conducted and the needs resulting from existing inefficiencies, were indicated. The conclusion is that there exists a need to enforce new system capabilities which would enable free health insurances to optimize the health service market.

