

dr Małgorzata Paszkowska

Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie

Prywatne dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne

WPROWADZENIE

Rynek usług medycznych w Polsce jest finansowany w świetle prawa głównie ze środków z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, natomiast praktyka pokazuje zwiększający się od lat udział środków prywatnych w finansowaniu świadczeń zdrowotnych. Poza powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym opieka medyczna finansowana jest przede wszystkim bezpośrednio przez pacjenta oraz ewentualnie jego pracodawcę (medycyna pracy, abonamenty medyczne)¹. Jedną z form zarządzania ryzykiem choroby są ubezpieczenia. Ubezpieczenia zdrowotne są istotnym elementem polityki zdrowotnej. Mimo że publiczne (powszechne) ubezpieczenie zdrowotne obejmuje większą część społeczeństwa i zapewnia szeroki zakres świadczeń zdrowotnych, to od lat wzrasta zainteresowanie prywatną opieką medyczną. Z uwagi na ograniczoną dostępność i pogarszającą się jakość świadczeń zdrowotnych publicznych alternatywą staje się prywatna opieka medyczna. W ramach okresowej i kompleksowej prywatnej opieki medycznej można wyróżnić dwie jej formy, tj. abonament medyczny (jego podstawą jest umowa zawarta ze świadczeniodawcą rynku usług medycznych) oraz prywatne indywidualne lub grupowe ubezpieczenie zdrowotne (jego podstawą jest umowa ubezpieczenia zawarta z zakładem ubezpieczeń). Umowa abonamentu medycznego może być zawarta bezpośrednio przez pacjenta ze świadczeniodawcą (indywidualny abonament) lub przez pracodawcę na rzecz pracowników (abonament pracowniczy). Abonament medyczny to specyficzna usługa oferowana przez świadczeniodawców rynku usług medycznych (przede wszystkim przez zakłady opieki zdrowotnej) pracodawcom lub indywidualnym pacjentom, której przedmiot związany jest z udzielaniem w ustalonym przez strony zakresie świadczeń zdrowotnych pacjentom objętym usługą w zamian za okresową opłatą w ustalonej wysokości².

Coraz więcej zakładów ubezpieczeń oferuje rozmaite produkty z tzw. grupy ubezpieczeń zdrowotnych. Jest to wciąż nowość na polskim rynku. Jeszcze do niedawna klient mógł ubezpieczyć się tylko od ewentualnego pobytu w szpitalu czy też ryzyka zachorowania na poważne choroby. Ponadto, na ogół takie świadczenie było dodatkiem do podstawowego ubezpieczenia na życie. Prywatne ubezpieczenie zdrowotne umożliwia pacjentom dostęp do świadczeń zdrowotnych, a w szczególności do diagnostyki i leczenia poza publicznym systemem opieki zdrowotnej (tj. poza powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym).

Istotą abonamentowej opieki medycznej oraz prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego jest zapewnienie uprawnionemu pacjentowi szybkiego dostępu (czasowo i formalnie) do określonych usług, należytej jakości świadczeń zdrowotnych (np. konsultacji specjalistycznych, badań diagnostycznych). Przedmiot obydwu umów jest zbliżony, jednak charakter prawny różnicowany. Ponadto abonament medyczny bywa zazwyczaj droższy niż polisa ubezpieczeniowa. Przedmiotem niniejszego artykułu są rozważania na temat charakteru prawnego oraz dostępnych na rynku ofert w zakresie prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego.

POWSZECHNE UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE

Do 1999 r. obowiązywał w Polsce model systemu zdrowotnego Siemaszki, charakteryzujący się pełną odpowiedzialnością państwa za dostarczanie świadczeń zdrowotnych oraz ich finansowaniem

¹ Por. M. Paszkowska, *Rola pracodawcy w finansowaniu rynku usług medycznych*, „e-Finanse” 2006, nr 4.

² M. Paszkowska, *Dodatkowa opieka medyczna dla pracowników*, „Praca i Zdrowie” 2007, nr 11, s. 7.

z budżetu państwa, który uzyskiwał środki na opiekę medyczną przede wszystkim z podatków płaconych przez obywateli. Nieefektywność systemu budżetowego finansowania ochrony zdrowia stała się powodem reformy ochrony zdrowia. Model budżetowy został zastąpiony przez model ubezpieczeniowy, oparty z modyfikacjami na koncepcji Bismarcka, a wprowadzony po raz pierwszy po wojnie ustawą o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z 6 lutego 1997 r.³. Podstawą reformy było odejście od budżetowego systemu finansowania opieki zdrowotnej. Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym wprowadzała do systemu 16 kas regionalnych, podzielonych zgodnie z podziałem administracyjnym kraju, i jedną kasę branżową. Kasy chorych zarządzały zgromadzonymi funduszami. Środki finansowe pochodziły przede wszystkim ze składek ubezpieczeniowych, odliczanych od podatku dochodowego od osób fizycznych. 1 kwietnia 2003 r. weszła w życie ustawa z 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia. Nowa ustawa wprowadzała zasadnicze zmiany w instytucji płatnika. Polegały one na centralizacji, bowiem kompetencje kas chorych przejął Narodowy Fundusz Zdrowia z 16 regionalnymi oddziałami i centralną siedzibą w Warszawie.

1 października 2004 r. weszła w życie kolejna reforma opieki zdrowotnej, bowiem ustawa z 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ została uchylona orzeczeniem Trybunału Konstytucyjnego. Realizatorem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego zgodnie z obecnie obowiązującą ustawą z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Jest on państwową jednostką organizacyjną, posiadającą osobowość prawną, której siedzibą jest miasto stołeczne Warszawa. Fundusz, działając w celu zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych ubezpieczonym, zarządza środkami finansowymi pozyskiwanymi na podstawie ustawy oraz zawiera umowy ze świadczeniodawcami. Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje świadczenia zdrowotne oraz zapewnia refundację leków w ramach posiadanych środków finansowych. W skład Funduszu wchodzi centrala Funduszu oraz oddziały wojewódzkie tworzone zgodnie z podziałem terytorialnym państwa. Dysponując środkami ze składek ubezpieczeniowych, Fundusz działa na rzecz uprawnionych do świadczeń zdrowotnych, finansując różnego rodzaju usługi medyczne. Świadczeniobiorca (pacjent) ma prawo wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej spośród lekarzy, pielęgniarek i położnych ubezpieczenia zdrowotnego. Świadczeniobiorca ma również prawo wyboru świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Jednak zgodnie z art. 57. ustawy ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Skierowanie nie są wymagane m.in. do ginekologa i położnika, dentysty, dermatologa, onkologa, okulisty i psychiatry. Do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w omawianej ustawie mają prawo:

- osoby objęte powszechnym – obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym (ubezpieczeni),
- inne niż ubezpieczeni osoby posiadające obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które spełniają kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8. ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej⁴. Obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają w szczególności:
- osoby spełniające warunki do objęcia ubezpieczeniami społecznymi lub ubezpieczeniem społecznym rolników (pracownicy, rolnicy, zleceniobiorcy itd.),
- żołnierze odbywający zasadniczą służbę wojskową, przeszkolenie wojskowe, ćwiczenia wojskowe, żołnierze zawodowi oraz żołnierze odbywający nadterminową zasadniczą służbę wojskową i służbę okresową,
- policjanci, funkcjonariusze ABW, BOR, SG, SW, PSP.
- sędziowie i prokuratorzy.⁵

³ Szerzej charakterystyka polskiego systemu zdrowotnego: M. Paszkowska, *Współczesny model polskiego systemu ochrony zdrowia*, „Jarosławskie Studia Społeczne” 2007, nr 1.

⁴ Dz.U nr 64, poz. 593 i nr 99, poz. 1001.

⁵ Por. art. 66. ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego uważa się za spełniony po zgłoszeniu osoby podlegającej temu obowiązkowi do Funduszu oraz opłaceniu składki w terminie i na zasadach określonych w ustawie. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego po zgłoszeniu do Funduszu uzyskuje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej. Świadczeniobiorcy zapewnia się i finansuje ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie:

- badania diagnostyczne, w tym medyczną diagnostykę laboratoryjną,
- świadczenia na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób, w tym obowiązkowe szczepienia ochronne,
- podstawową opiekę zdrowotną,
- świadczenia w środowisku nauczania i wychowania,
- ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne,
- rehabilitację leczniczą,
- świadczenia stomatologiczne,
- leczenie szpitalne,
- świadczenia wysokospecjalistyczne,
- leczenie w domu chorego,
- badanie i terapię psychologiczną,
- badanie i terapię logopedyczną,
- świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, w tym opiekę paliatywno-hospicyjną,
- pielęgnację niepełnosprawnych i opiekę nad nimi,
- opiekę nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu,
- opiekę nad kobietą w okresie karmienia piersią,
- opiekę prenatalną nad płodem i opiekę nad noworodkiem oraz wstępną ocenę stanu zdrowia i rozwoju niemowlęcia,
- opiekę nad zdrowym dzieckiem, w tym ocenę stanu zdrowia i rozwoju dziecka do lat 18,
- leczenie uzdrowskowe,
- zaopatrzenie w produkty lecznicze, wyroby medyczne i środki pomocnicze,
- transport sanitarny oraz ratownictwo medyczne⁶.

Ubezpieczonemu nie przysługują natomiast orzeczenia o zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych oraz inne zaświadczenia lekarskie wydawane na życzenie pacjenta, jeżeli nie są one związane z dalszym leczeniem, rehabilitacją, niezdolnością do pracy, kontynuowaniem nauki, a także jeżeli nie są wydawane dla celów pomocy społecznej lub uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego. Przykładowo, badania profilaktyczne pracowników nie są finansowane z ubezpieczenia zdrowotnego, tylko z własnych środków pracodawcy. Świadczeniobiorcom nie przysługują również świadczenia opieki zdrowotnej określone w wykazie stanowiącym załącznik do ustawy. Są to w szczególności:

- szczepienia ochronne niewchodzące w zakres obowiązkowych szczepień ochronnych,
- zabiegi chirurgii plastycznej i zabiegi kosmetyczne w przypadkach niebędących następstwem wady wrodzonej, urazu, choroby,
- operacje zmiany płci,
- świadczenia w zakresie akupunktury,
- zabiegi przyrodolecznictwa i rehabilitacyjne w szpitalach uzdrowskowych, sanatoriach uzdrowskowych niezwiązane z chorobą podstawową, będącą bezpośrednią przyczyną skierowania na leczenie uzdrowskowe,
- poradnictwo seksuologiczne w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
- poradnictwo psychoanalityczne,
- autoszczepionki,
- diagnostyka i terapia z zakresu medycyny niekonwencjonalnej, ludowej, orientalnej⁷.

W praktyce dostęp do przysługujących pacjentowi świadczeń specjalistycznych i szpitalnych jest ograniczonym czasem oczekiwania wynoszącym od paru tygodni nawet do 2 lat(np. operacje

⁶ Art. 15. ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

⁷ Por. M. Paszkowska, *Prawo pracownika do świadczeń zdrowotnych*, „Praca i Zdrowie” 2007, nr 12.

zaćmy). Zgodnie z art. 20. ustawy ubezpieczeniowej świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Świadczeniodawca ma obowiązek prowadzenia przez listy oczekujących na udzielenie świadczenia. Składka na powszechne (publiczne) ubezpieczenie zdrowotne wynosi 9% podstawy wymiaru składki. Składka jest miesięczna i niepodzielna. W przypadku, gdy ubezpieczony uzyskuje przychody z więcej niż jednego tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, składka na ubezpieczenie zdrowotne opłacana jest z każdego z tych tytułów odrębnie. Składka na ubezpieczenie zdrowotne podlega odliczeniu od:

- 1) podatku dochodowego od osób fizycznych ,
- 2) ryczałtu od przychodów ewidencjonowanych oraz karty podatkowej.

Reasumując, należy stwierdzić, iż powszechne ubezpieczenie zdrowotne stanowi podstawowe źródło finansowania ochrony zdrowia w Polsce i zapewnia pacjentom teoretycznie szeroki zakres świadczeń zdrowotnych. Z ubezpieczenia zdrowotnego finansowana jest podstawowa opieka zdrowotna, świadczenia specjalistyczne ambulatoryjne i stacjonarne. Poza zakresem świadczeń zdrowotnych objętych refundacją NFZ pozostają zasadniczo tylko świadczenia stomatologiczne (częściowo) i leki oraz medycyna pracy.

GENEZA I RODZAJE PRYWATNYCH UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH

Do tej pory nie wypracowano jednolitego instrumentarium terminologicznego dla ubezpieczeń będących przedmiotem artykułu. W praktyce funkcjonuje najczęściej trzy pojęcia, tj. ubezpieczenie chorobowe, ubezpieczenie medyczne, ubezpieczenie zdrowotne. Autorka przyjmuje jako najbardziej adekwatny do istoty analizowanego produktu termin „ubezpieczenie zdrowotne”. Ubezpieczenie zdrowotne należy rozumieć jako ubezpieczenie od ryzyk wydatków związanych z koniecznością korzystania ze świadczeń zdrowotnych.⁸ Jeszcze do niedawna rynek w zakresie produktów ubezpieczeniowych związanych z opieką medyczną był bardzo skromny i obejmował zasadniczo następujące produkty:

- ubezpieczenie kosztów leczenia dla wyjeżdżających zagranicę,
- ubezpieczenie dziennych świadczeń szpitalnych,
- ubezpieczenie na wypadek zachorowania na konkretną chorobę (obejmujące wypłatę odszkodowania)⁹.

Podstawowym z wyżej wskazanych świadczeniem oferowanym w zakresie opieki medycznej przez ubezpieczycieli jest ubezpieczenie kosztów leczenia dla osób wyjeżdżających czasowo z Polski. Polega ono na wypłacie odszkodowania w granicach sumy ubezpieczenia osobie ubezpieczonej, która zachorowała podczas pobytu zagranicą. Należy uznać, że produkt ten jest częściowo wzorem dla nowego kompleksowego ubezpieczenia zdrowotnego.

Obecnie rynek ubezpieczeń związanych ze zdrowiem obejmuje:

- ubezpieczenie uszczerbku na zdrowiu,
- ubezpieczenie poważnych zachorowań,
- ubezpieczenie kosztów pobytu w szpitalu,
- ubezpieczenie rekonwalescencyjne i rehabilitacyjne,
- ubezpieczenie pielęgnacyjne,
- ubezpieczenie kosztów leczenia¹⁰.

Wprowadzenie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jako produktu ubezpieczeniowego związane jest przede wszystkim z następującymi czynnikami:

- rozwojem technologii medycznych,
- starzeniem się społeczeństw,

⁸ R. Stachura, *Rynek prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce*, „Polityka Zdrowotna” 2004, t. II, grudzień.

⁹ Por. A. Wnęk, A. Abramczuk, *Zakłady ubezpieczeń a system powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego*, „Prawo Asekuracyjne” 2000, nr 1, s. 63.

¹⁰ Por. M. Osak, B. Więckowska, *Stan rynku ubezpieczeń chorobowych w Polsce na przykładzie ofert zakładów ubezpieczeń*, [w:] *Ubezpieczenia*, red. T. Szumlicz, Wyd. SGH, Warszawa 2005, s.164-174.

- wzrostem oczekiwań pacjentów,
- wzrostem zamożności¹¹.

Możliwe jest wyodrębnienie następujących rodzajów ubezpieczeń zdrowotnych z uwagi na ich zakres:

- substytucyjne (równoległe i konkurencyjne do publicznych),
- komplementarne (gwarantują świadczenia nieobjęte ubezpieczeniem powszechnym),
- suplementarne (gwarantują szybszy i szerszy pakiet świadczeń)¹².

Dobrowolne prywatne ubezpieczenia zdrowotne występują w dwóch wariantach – indywidualnych i grupowych. Rozwój prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych na rynku polskim zapoczątkowały ubezpieczenia grupowe. Z uwagi na zwiększenie się zainteresowania pracodawców zabezpieczeniem prywatnej opieki medycznej dla pracowników zakłady ubezpieczeń wprowadziły nowe produkt – grupowe ubezpieczenie zdrowotne. Obecnie coraz częściej w ofercie zakładu ubezpieczeń pojawiają się również oferty indywidualnego ubezpieczenia zdrowotnego, zapewniającego dostęp do opieki medycznej w Polsce. Zależnie od oferty bardzo zróżnicowany jest koszyk świadczeń gwarantowanych i zazwyczaj jest on znacznie uboższy niż przysługujący w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Zaletą oferty ubezpieczeń prywatnych pozostaje jednak szybkość w dostępie do usług medycznych (np. do 48 godz. wizyta u lekarza specjalisty).

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne mogą być w Polsce oferowane tylko przez zakłady ubezpieczeń lub towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych. Oferta zakładu ubezpieczeń ma charakter czysto komercyjny, natomiast produkt towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych realizuje cele socjalne (chroni członków towarzystwa przed nieprzewidywalnymi kosztami leczenia)¹³.

Zarówno stan publicznej opieki zdrowotnej, jak i wzrost zamożności społeczeństwa oraz jego świadomości ubezpieczeniowej, jest przyczyną coraz dynamiczniejszego rozwoju sektora prywatnych ubezpieczeń w Polsce.

CHARAKTER PRAWNY UMOWY UBEZPIECZENIA

Ubezpieczenie zdrowotne oferowane jest jako produkt w ramach działalności ubezpieczeniowej wyspecjalizowanych podmiotów. Działalność ubezpieczeniowa to oferowanie i udzielanie ochrony na wypadek ryzyka wystąpienia zdarzeń losowych¹⁴. Zdarzenie losowe to takie, które jest niezależne od woli ubezpieczającego oraz ma charakter przyszły i niepewny (np. choroba), a jego skutkiem jest uszczerbek w dobrach osobistych lub majątkowych. Ubezpieczenia dzielą się generalnie z uwagi na swój przedmiot na majątkowe i osobowe. Przedmiotem ubezpieczenia majątkowego może być każdy interes majątkowy, który nie jest sprzeczny z prawem i daje się ocenić w pieniądzu. Celem ubezpieczenia majątkowego jest wyrównanie uszczerbku w majątku ubezpieczającego, spowodowanego wypadkami ubezpieczeniowymi przewidzianymi w umowie ubezpieczenia. Ubezpieczenie osobowe może w szczególności dotyczyć:

- przy ubezpieczeniu na życie – śmierci osoby ubezpieczonej lub dożycia przez nią oznaczonego wieku,
- przy ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków – uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku.

Ubezpieczenia osobowe różnią się od ubezpieczeń majątkowych przede wszystkim przedmiotem ochrony, jakim jest życie i zdrowie ubezpieczonych, a więc ich dobra osobiste. Świadczenie zakładu ubezpieczeń może polegać na zapłacie przy ubezpieczeniu:

- majątkowym – określonego [odszkodowania](#) za [szkodę](#) powstałą wskutek przewidzianego w umowie wypadku,

¹¹ Por. P. Sztwiertnia, *Prywatne ubezpieczenie zdrowotne w Polsce – perspektywy rozwoju*, „Prawo Asekuracyjne” 2000, nr 4/, s. 22-23.

¹² R. Holly, A. Lewiński, *O potrzebie racjonalnej polityki zdrowotnej*, „Polityka Zdrowotna” 2004, t. I, wrzesień, s. 7.

¹³ P. Sztwiertnia, *Prywatne ubezpieczenie zdrowotne w Polsce-perspektywy rozwoju*, „Prawo Asekuracyjne” 2000, nr 4, s. 23.

¹⁴ Por. A. Stawowiak, *Ubezpieczenia majątkowe-wybrane zagadnienia*, Wyższa Szkoła Zarządzania i Bankowości w Krakowie, Kraków 2005, s. 9-10.

- osobowym – umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej.

Warunki wykonywania działalności w zakresie ubezpieczeń osobowych i ubezpieczeń majątkowych określa przede wszystkim ustawa z 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej¹⁵. Czynnościami ubezpieczeniowymi są m.in.:

- zawieranie umów ubezpieczenia, umów reasekuracji lub umów gwarancji ubezpieczeniowych lub zlecanie ich zawierania uprawnionym pośrednikom ubezpieczeniowym, a także wykonywanie tych umów,
- składanie oświadczeń woli w sprawach roszczeń o odszkodowania,
- ustalanie składek i prowizji należnych z tytułu zawieranych umów,
- ocena ryzyka w ubezpieczeniach osobowych i ubezpieczeniach majątkowych oraz w umowach gwarancji ubezpieczeniowych,
- wypłacanie odszkodowań i innych świadczeń należnych z tytułu zawartych umów.

Ponadto, czynnościami ubezpieczeniowymi są także następujące czynności, jeżeli są wykonywane przez zakład ubezpieczeń:

- ustalanie przyczyn i okoliczności zdarzeń losowych,
- ustalanie wysokości szkód oraz rozmiaru odszkodowań oraz innych świadczeń należnych uprawnionym z umów ubezpieczenia lub umów gwarancji ubezpieczeniowych.

Wykonywanie działalności ubezpieczeniowej wymaga zezwolenia organu nadzoru.

Zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy ubezpieczenia zawartej z ubezpieczającym. Podstawą do objęcia pacjenta (klienta) prywatnym ubezpieczeniem zdrowotnym jest zawarcie umowy ubezpieczenia z ubezpieczycielem. Umowa ubezpieczenia zdrowotnego ma obecnie charakter dobrowolny. Uregulowana jest w Kodeksie cywilnym (art. 805.-834.). Kodeks cywilny normuje wyłącznie umowę ubezpieczenia w sposób ogólny ze względu na rozbudowanie różnych rodzajów ubezpieczeń, wymagające stosowania wielu rozwiązań specjalistycznych¹⁶. Jest to umowa, na podstawie której ubezpieczyciel w zakresie działania swojego przedsiębiorstwa zobowiązuje się spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Przykładowo, jeżeli ubezpieczony zachoruje i wymaga konsultacji lekarza specjalisty, to jej koszty zostaną pokryte przez ubezpieczyciela. Umowa ubezpieczenia jest umową nazwaną, należąca do kategorii umów dwustronnie zobowiązujących i odpłatnych. Ponadto jest umową konsensualną (do jej zawarcia potrzebne jest tylko zgodne oświadczenie woli obydwu stron) i adhezyjną (z reguły zawiera się ją, przystępując do zaproponowanych warunków), a także kwalifikowaną (jedną z jej stron jest profesjonalista). W stosunku ubezpieczeniowym występują zasadniczo trzy podmioty, tj. ubezpieczyciel, ubezpieczający i ubezpieczony. Ubezpieczycielem jest podmiot (zakład ubezpieczeń), który w drodze umowy bierze na siebie ryzyko poniesienia określonych w umowie konsekwencji wypadku ubezpieczeniowego. Zgodnie z ustawą ubezpieczeniową zakład ubezpieczeń może funkcjonować tylko w formie spółki akcyjnej lub towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych. Ubezpieczający to podmiot, który zawiera umowę ubezpieczenia z ubezpieczycielem. Może nim być każda osoba fizyczna lub prawna. Ubezpieczony to osoba, której dobro (mienie, zdrowie, życie) zostało objęte umową ubezpieczenia. Najczęściej ubezpieczającym i ubezpieczonym jest ta sama osoba.

Podstawowe świadczenia stron stosunku ubezpieczeniowego obejmują:

- świadczenie pieniężne ubezpieczającego, którym jest zapłata składki ubezpieczeniowej,
- świadczenie pieniężne zakładu ubezpieczeń, którym jest zapłata umówionego odszkodowania lub świadczenia.

Wysokość składek ubezpieczeniowych ustala zakład ubezpieczeń po dokonaniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Składkę ubezpieczeniową ustala się w wysokości, która powinna co najmniej zapewnić wykonanie wszystkich zobowiązań z umów ubezpieczenia i pokrycie kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej zakładu ubezpieczeń. Składka ubezpieczeniowa powinna być ustalana według kryteriów przedstawionych w ogólnych warunkach ubezpieczenia, zwłaszcza

¹⁵ DzU nr 124, poz. 1151 z późn. zm.

¹⁶ H. Ciepla, *Komentarz do kodeksu cywilnego – umowa ubezpieczenia*, „LexPolonica Perfercta” 2008, nr 2.

w zakresie zniżek lub podwyższeń kwot zasadniczych. Składkę oblicza się za czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela. Jeżeli nie umówiono się inaczej, składka powinna być zapłacona jednocześnie z zawarciem umowy ubezpieczenia, a jeżeli umowa doszła do skutku przed doręczeniem dokumentu ubezpieczenia – w ciągu 14 dni od jego doręczenia. Zakład ubezpieczeń wypłaca odszkodowanie lub świadczenie na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z umowy ubezpieczenia w wyniku dokonanych ustaleń albo zawartej z nim ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu. Jeżeli nie umówiono się inaczej, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następującego po zawarciu umowy, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty. Ubezpieczyciel zobowiązany jest zasadniczo spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.

Zgodnie z art. 809., § 2. Kodeksu cywilnego umowa ubezpieczenia powinna być potwierdzona przez zakład ubezpieczeń polisą. Polisa jest to dokument sporządzony przez ubezpieczyciela na odpowiednim formularzu, zawierający istotne postanowienia zawartej umowy ubezpieczenia. Polisa powinna być dokumentem zawierającym w sobie taką treść, z której jednoznacznie wynika, kto, przez kogo oraz w jakim zakresie jest ubezpieczony. W świetle wyroku Sądu Najwyższego z 25 maja 2005 r. (I CK 744/2004) polisa ubezpieczeniowa nie jest warunkiem istnienia umowy ubezpieczeniowej, ponieważ nie przewidują tego żadne przepisy. Brak jej wystawienia i doręczenia nie przesądza więc o niezawarciu umowy¹⁷.

Zgodnie z art. 812., § 1. Kodeksu cywilnego przed zawarciem umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń ma obowiązek doręczyć ubezpieczającemu tekst ogólnych warunków ubezpieczenia. Ogólne warunki ubezpieczenia (OWU) są to uchwalane przez zakłady ubezpieczeń warunki, na jakich zakład przyjmuje do ubezpieczenia zgłaszane przez klienta ryzyko. W OWU są opisane sytuacje, w których zakład ubezpieczeń może nie wypłacić odszkodowania bądź je odpowiednio zmniejszyć. W OWU również wyliczone są sytuacje, kiedy w przypadku wystąpienia szkody zakład nie ponosi odpowiedzialności. OWU określają także obowiązki ciężące na Ubezpieczonym i konsekwencje ich nieprzestrzegania. Ogólne warunki ubezpieczenia określają w szczególności:

- rodzaj ubezpieczenia i jego przedmiot,
- warunki zmiany sumy ubezpieczenia lub sumy gwarancyjnej, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia taką zmianę przewidują,
- prawa i obowiązki każdej ze stron umowy ubezpieczenia,
- zakres odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń,
- przy ubezpieczeniach majątkowych – sposób ustalania rozmiaru szkody,
- sposób określania sumy odszkodowania lub innego świadczenia, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia przewidują odstępstwa od zasad ogólnych,
- sposób ustalania i opłacania składki ubezpieczeniowej,
- metodę i sposób indeksacji składek, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia indeksację przewidują,
- tryb i warunki dokonania zmiany umowy ubezpieczenia zawartej na czas nieokreślony,
- przesłanki i terminy wypowiedzenia umowy przez każdą ze stron, a także tryb i warunki wypowiedzenia, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia przewidują taką możliwość¹⁸.

OWU mają charakter wzorca umownego w odniesieniu do danego rodzaju ubezpieczeń i wpływają istotnie na treść stosunku zobowiązaniowego. Charakterystyczne dla OWU uchwalanych przez zakład ubezpieczeń jest to, że można je dowolnie zmieniać w drodze umowy. Należy pamiętać o tym, że ogólne warunki ubezpieczenia oraz umowa ubezpieczenia powinny być formułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały. Postanowienia sformułowane niejednoznacznie interpretuje się na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

Przy ubezpieczeniu osobowym ubezpieczający może wypowiedzieć umowę w każdym czasie z zachowaniem terminu określonego w umowie lub ogólnych warunkach ubezpieczenia, a w razie jego braku – ze skutkiem natychmiastowym. W braku odmiennego zastrzeżenia umowę uważa się za wypowiedzianą przez ubezpieczającego, jeżeli składka lub jej rata nie została zapłacona w terminie

¹⁷ „Gazeta Prawna” 2005, nr 102, s. 22.

¹⁸ Art. 12a ustawy z 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej.

określonym w umowie lub ogólnych warunkach ubezpieczenia mimo uprzedniego wezwania do zapłaty w dodatkowym terminie określonym w ogólnych warunkach ubezpieczenia. W wezwaniu powinny być podane do wiadomości ubezpieczającego skutki niezapłacenia składki.

ZAKRES PODMIOTOWY I PRZEDMIOTOWY PRYWATNEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne definiowane są jako ubezpieczenia nieobowiązkowe, wybierane i opłacane przez osoby indywidualne lub za pośrednictwem pracodawców, kalkulujące składki na podstawie ryzyka zdrowotnego¹⁹. W rezultacie większość prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych występuje w jednym lub dwóch wariantach, tj. indywidualnym lub indywidualnym i grupowym. Powyższy produkt może mieć charakter pojedynczy (np. ryzyko zachorowania na konkretną chorobę) lub złożony (kompleksowe świadczenia).

Stronami umowy są ubezpieczyciel i ubezpieczający, ale podmiotami stosunku ubezpieczenia mogą być i są w praktyce inne osoby (ubezpieczeni), np. osoba trzecia, na rzecz której umowa została zawarta. Ubezpieczeni jest to osoba uprawniona do świadczenia ubezpieczeniowego, obciążona obowiązkami związanymi z wykonywaniem umowy ubezpieczenia. Na tle stosunku ubezpieczenia osobowego może oprócz ubezpieczonego występować również uposażony, tj. osoba uprawniona do otrzymania sumy ubezpieczenia. Jako ubezpieczyciel w umowie prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego występuje zakład ubezpieczeń. Zakład ubezpieczeń może wykonywać działalność ubezpieczeniową wyłącznie w formie spółki akcyjnej albo towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych. Zakład ubezpieczeń, który ubezpiecza swoich członków na zasadzie wzajemności, jest towarzystwem ubezpieczeń wzajemnych. Działalność ubezpieczeniową wykonuje zakład ubezpieczeń działający jako zakład ubezpieczeń i reasekuracji albo zakład ubezpieczeń, albo zakład reasekuracji. Wykonywanie działalności ubezpieczeniowej wymaga uzyskania zezwolenia organu nadzoru, jakim jest Komisja Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych. Ubezpieczający ma pełne prawo swobody wyboru osoby ubezpieczyciela.

Umowa ubezpieczenia niezależnie od wariantu może być zawarta z pracodawcą na rzecz jego pracowników (ewentualnie członków ich rodzin) lub z klientem indywidualnym (osobą fizyczną). W przypadku ubezpieczeń indywidualnych czasem występuje też możliwość objęcia ochroną także dzieci i współmałżonka. Ubezpieczonym w ramach ubezpieczenia zdrowotnego może być tylko osoba fizyczna. Krąg potencjalnych ubezpieczonych ograniczany jest ze względu na kryteria formalne, które muszą być spełnione przez te osoby²⁰. Najważniejszym ograniczeniem dostępu do oferty jest wiek potencjalnego ubezpieczonego (na dzień rozpoczęcia ochrony), który z reguły nie może być wyższy niż 60-65 lat. Możliwe jest również ustanowienie dolnej granicy wieku przystąpienia do ubezpieczenia (powszechnie jest to lat 18). Poza wiekiem to stan zdrowia jest kryterium ograniczającym zawarcie umowy ubezpieczenia (chodzi szczególnie o niewystępowanie określonych chorób lub upływ określonego czasu od ich leczenia). Z badań wynika, że z prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych korzystają lub chcą korzystać przede wszystkim osoby lepiej wykształcone, zamożne, mieszkańcy większych miast²¹. Należy sądzić, że w miarę nasycenia rynku konkurencja pomiędzy zakładami ubezpieczeń zwróci się w kierunku klienta indywidualnego²².

Jeśli chodzi o przedmiot ubezpieczenia, to jest on związany ze stanem zdrowia klienta i jego zapotrzebowaniem na świadczenia zdrowotne. Chodzi przede wszystkim o kompleksowe finansowe zabezpieczenie ryzyka związanego kompleksową chorobą. Umowa kompleksowego ubezpieczenia zdrowotnego gwarantuje dostęp do określonych świadczeń zdrowotnych. Definicja świadczeń zdrowotnych, odpowiednia zasadniczo dla całej sfery prawa, znajduje się w ustawie z 30 sierpnia 1991 o zakładach opieki zdrowotnej. Zgodnie z art. 3. wymienionej ustawy świadczenie zdrowotne to działanie

¹⁹ Por. A. Frąckiewicz-Wronka, *Parasol nad zdrowiem*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2006, nr 1-2, s. 60.

²⁰ M. Osak, B. Więckowska, *op.cit.*, s. 173.

²¹ Przykładowo: *Diagnoza społeczna 2005. Warunki i jakość życia Polaków*, red. J. Czaplinski, T. Panek, Vizja Press & IT, Warszawa 2005.

²² Tak uważa m.in. B. Więckowska, M. Osak, *Rynek ubezpieczeń chorobowych w Polsce*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2006, nr 7-8, s. 13.

służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu, a także poprawie zdrowia i inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub z przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania (w szczególności związane z badaniem i poradą lekarską, leczeniem, rehabilitacją leczniczą, badaniem diagnostycznym, pielęgnacją chorych, opieką paliatywno-hospicyjną). Dookreślenie zakresu ubezpieczenia następuje zawsze poprzez wskazanie gwarantowanych świadczeń. Zapewnia ona zasadniczo świadczenia typu rzeczowego, a wyjątkowo – pieniężnego. Cechą analizowanego produktu ubezpieczeniowego jest jego opcjonalność, gdyż w ramach oferty jednego ubezpieczyciela produkt występuje w kilku opcjach (np. podstawowej, rozszerzonej). W zakresie sposobu realizacji zobowiązania zakładu ubezpieczeń dominuje zagwarantowanie bezpośredniego dostępu do świadczeń zdrowotnych wykonywanych w placówkach medycznych współpracujących z ubezpieczycielem. Zasadą występującą nieomal w przypadku każdego produktu jest nieograniczony dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej. Elementem różnicującym zakres ubezpieczenia, zarówno pomiędzy wariantami, jak i ubezpieczycielami, jest dostępność do specjalistów i badań diagnostycznych. Zróżnicowanie dotyczy przede wszystkim liczby dostępnych specjalności lekarskich (od kilku do kilkunastu) oraz procedur diagnostycznych. Elementem innowacyjnym jest dostęp do świadczeń szpitalnych. Możliwe jest limitowanie częstotliwości korzystania ze konkretnych świadczeń (np. 3 USG jamy brzusznej na rok) oraz wprowadzenie udziału własnego pacjenta (współpłacenia). Umowa omawianego ubezpieczenia jest standardowo zawierana na rok z możliwością jej przedłużenia na kolejny rok. Zakres terytorialny gwarantowanych świadczeń zdrowotnych ogranicza się do terytorium Polski. Możliwe jest wprowadzenie katalogu wyłączeń odpowiedzialności przez ubezpieczyciela (w takich sytuacjach świadczenia zdrowotne nie są limitowane). W szczególności dotyczą one prób samobójczych, nadużycia alkoholu lub środków odurzających oraz eksperymentów medycznych. Uważa się, że kompleksowe ubezpieczenie kosztów leczenia jest świadczeniem odszkodowawczym o najszerszym pokryciu²³.

Zgodnie z ogólnymi przepisami rangi ustawowej zakład ubezpieczeń może zażądać, aby ubezpieczony lub osoba, na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, poddała się badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia²⁴. Koszty tych badań pokrywa zakład ubezpieczeń. Może on uzyskać odpłatnie od podmiotów, które udzielały świadczeń zdrowotnych ubezpieczonemu lub osobie, na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przez tę osobę danych o jej stanie zdrowia, ustaleniem prawa tej osoby do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, a także informacje o przyczynie śmierci ubezpieczonego, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Podmiotami powyższymi są zakłady opieki zdrowotnej, indywidualne, grupowe praktyki medyczne (lekarskie, pielęgnarskie, położnych). Z żądaniem przekazania powyższych informacji może wystąpić tylko lekarz upoważniony przez zakład ubezpieczeń. Wystąpienie zakładu ubezpieczeń o informację o stanie zdrowia pacjenta wymaga pisemnej zgody ubezpieczonego lub osoby, na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia albo jej przedstawiciela ustawowego. Podmioty wyżej wskazane są obowiązane przekazać posiadane informacje o stanie zdrowia ubezpieczonego lub osoby, na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, zakładowi ubezpieczeń, który o te informacje występuje, w terminie nie dłuższym niż 14 dni od daty otrzymania wystąpienia zakładu ubezpieczeń o przekazanie informacji. Szczegółowy zakres i tryb udzielania zakładom ubezpieczeń informacji o stanie zdrowia ubezpieczonego lub osoby, na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, przez zakłady opieki zdrowotnej oraz przez osoby fizyczne wykonujące zawód medyczny w formie indywidualnej lub specjalistycznej praktyki lekarskiej, indywidualnej lub specjalistycznej praktyki pielęgnarskiej, położnych albo przez grupową praktykę lekarską, grupową praktykę pielęgnarską, położnych, oraz sposób ustalania wysokości opłat za udzielanie tych informacji określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z 23 marca 2004 r. w sprawie szczegółowego zakresu i trybu udzielania zakładom ubezpieczeń informacji o stanie zdrowia ubezpieczonych lub osób, na rzecz których ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, oraz sposobu ustalania wysokości opłat za udzielenie tych informacji²⁵. Informacje o stanie zdrowia osoby obejmują w szczególności informacje:

²³ Por. M. Osak, *Prywatne ubezpieczenia chorobowe w Polsce*, cz. 2, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2006, nr 5-6, s. 3.

²⁴ Art. 21. ustawy z 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej.

²⁵ DzU nr 71, poz. 654.

- na temat przyczyn hospitalizacji, wykonanych w jej trakcie badań diagnostycznych, informacje o wynikach badań diagnostycznych, w tym sekcji zwłok, czynnościach leczniczych, zabiegach, wyniku leczenia i rokowaniach,
- na temat przyczyn leczenia ambulatoryjnego oraz wykonanych w jego trakcie badań diagnostycznych i ich wyników,
- wynikające z przeprowadzonych konsultacji leczniczych.

Powyższe regulacje prawne w zakresie dostępu do informacji o stanie zdrowia klienta mają szczególne znaczenie dla zawierania umów ubezpieczenia zdrowotnego. Mogą one wpływać zarówno na zawarcie umowy, jak i na jej warunki (np. wyższa składka).

PODSUMOWANIE

W Polsce do 2005 r. nie istniały zasadniczo prywatne ubezpieczenia zdrowotne oferujące kompleksowy pakiet usług medycznych. Obecnie powoli coraz dostępniejsze i bardziej popularne stają się w naszym kraju prywatne ubezpieczenia od kosztów leczenia. W swej ofercie omawiany produkt mają m.in. Allianz, Cigna STU, Inter-Polska, Signal Iduna, PZU. Towarzystwa ubezpieczeniowe oferują rozmaite produkty z tzw. grupy ubezpieczeń zdrowotnych, są one jednak w dalszym ciągu nowym segmentem rynku ubezpieczeń w Polsce. Jeszcze nie wszystkie towarzystwa oferują ubezpieczenia zdrowotne. Najczęściej nadal są one traktowane jako dodatkowe opcje do innych ubezpieczeń życiowych, ponieważ ich zakup do tzw. pakietu ubezpieczeń jest na ogół dla klienta tańszy, a wygodniejszy dla samego towarzystwa ubezpieczeniowego. Stawki ubezpieczeniowe zaczynają się już od 40 zł, ale przy „bogatyh” wariantach mogą wynosić nawet do 600 zł. Obecnie prywatne ubezpieczenia zdrowotne mają charakter całkowicie dobrowolny i ich cechą jest:

- skrócenie czasu oczekiwania na świadczenie zdrowotne,
- podwyższony standard usługi,
- ewentualnie szerszy zakres usługi.

Niekorzystnym zjawiskiem jest tzw. selekcja ryzyka (zwana też „spijaniem śmietanki”). Oznacza ona selekcyjonowanie przez ubezpieczyciela takiego ryzyka, co do którego oczekuje on, iż koszty jego obsługi będą niższe od składki, którą uzyskuje ubezpieczyciel. W praktyce sprowadza się to do ograniczenia dostępności do oferty ubezpieczeniowej osób o wysokim ryzyku zdrowotnym. Niestety, osoba mająca problemy zdrowotne generuje wysokie koszty leczenia i w efekcie staje się *persona non grata* dla ubezpieczyciela.

Prywatne ubezpieczenie zdrowotne to, z jednej strony, alternatywa dla osób, które nie podlegają obowiązkowo publicznemu ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (ale mogą ubezpieczyć się w nim dobrowolnie), natomiast z drugiej strony – mają one charakter uzupełniający lub równoległy dla osób objętych powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym. Rozwój rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych należy uznać za ważny element reformy systemu zdrowotnego w Polsce, jednak niezbędne są w tym zakresie zmiany prawa, w szczególności związane z zagwarantowaniem ochrony dla konsumenta umowy ubezpieczenia zdrowotnego, gdyż w istocie brak jest specyficznych regulacji prawnych dla przedmiotowej umowy. Przynajmniej w ciągu najbliższych lat należy też utrzymać dotychczasowy charakter prywatnych ubezpieczeń stanowiących ofertę dublującą (w całości lub w części) lub uzupełniającą (świadczenia niegwarantowane ze środków publicznych) zakres świadczeń przysługujących pacjentom z ubezpieczenia publicznego. W interesie państwa leży popularyzacja dobrowolnych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, czemu powinno sprzyjać wprowadzanie odpowiednich instrumentów prawnych, z jednej strony – zapewniających bezpieczeństwo obrotu na rynku ubezpieczeń, z drugiej zaś – stanowiących bodziec do ich zakupu. Przykładowo, należy wprowadzić w dziedzinie prawa podatkowego instrumenty prawne zachęcające do korzystania z prywatnego ubezpieczenia w postaci możliwości skorzystania z ulg lub odliczeń w podatku dochodowym od osób fizycznych. Obecne rozwiązania prawne w zakresie podatku dochodowego bardziej sprzyjają pracodawcą niż osobom fizycznym, gdyż mogą oni od 1 stycznia 2007 r. zaliczyć do kosztów uzyskania przychodów wszystkie wydatki poniesione na ochronę zdrowia pracowników

(tym również koszty abonamentu medycznego czy ubezpieczenia zdrowotnego), a nie jak dotychczas tylko te obligatoryjne, wynikające z Kodeksu pracy²⁶.

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne mogą wypełniać lukę ilościową i jakościową w dostępie do świadczeń zdrowotnych gwarantowanych w ramach publicznego ubezpieczenia zdrowotnego²⁷. Ponadto rozwój prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych daje szansę na wprowadzenie rzeczywistej gry rynkowej na rynku usług medycznym oraz możliwość uwolnienia się świadczeniodawców od monopolu publicznego płatnika. Bezspornie prywatne ubezpieczenie zdrowotne zapewnia większy komfort w dostępie do usług medycznych oraz dużo lepszy standard obsługi, a także może stanowić istotny czynnik naprawy systemu zdrowotnego.

BIBLIOGRAFIA

Ciepla H., *Komentarz do kodeksu cywilnego – umowa ubezpieczenia*, „LexPolonica Perfercta”, 2008, nr 2.

Holly R., Lewiński A., *O potrzebie racjonalnej polityki zdrowotnej*, „Polityka Zdrowotna” 2004, t. I, wrzesień.

Kuszevska X., *Prywatna opieka*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2006, nr 1-2.

Frąckiewicz-Wronka A., *Parasol nad zdrowiem, Prywatne ubezpieczenia chorobowe w Polsce*, cz. 2, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2006, nr 1-2.

Osak M., *Prywatne ubezpieczenia chorobowe w Polsce*, cz. 2, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2006, nr 5-6.

Paszkowska M., *Rola pracodawcy w finansowaniu rynku usług medycznych*, „e-Finanse” 2006, nr 4.

Paszkowska M., *Współczesny model polskiego systemu ochrony zdrowia*, „Jarosławskie Studia Społeczne” 2007, nr 1.

Paszkowska M., *Dodatkowa opieka medyczna dla pracowników*, „Praca i Zdrowie” 2007, nr 11.

Paszkowska M., *Prawo pracownika do świadczeń zdrowotnych*, „Praca i Zdrowie” 2007, nr 12.

Stachura R., *Rynek prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce*, „Polityka Zdrowotna” 2004, t. II, grudzień.

Stawowiak A., *Ubezpieczenia majątkowe-wybrane zagadnienia*, Wyższa Szkoła Zarządzania i Bankowości w Krakowie 2005.

Sztwiertnia P., *Prywatne ubezpieczenie zdrowotne w Polsce – perspektywy rozwoju*, „Prawo Asekuracyjne” 2000, nr 4.

Ubezpieczenia, red. T. Szumlicz, Wyd. SGH, Warszawa 2005.

Ubezpieczenia zdrowotne w polskim systemie ochrony zdrowia, „Polityka Zdrowotna” 2004, t. II.

Więckowska B., *Prywatne ubezpieczenia chorobowe w Polsce*, cz. 1, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2006, nr 3-4.

Więckowska B., Osak M., *Rynek ubezpieczeń chorobowych w Polsce*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2006, nr 7-8.

Wnęk A., Abramczuk A., *Zakłady ubezpieczeń a system powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego*, „Prawo Asekuracyjne” 2000, nr 1.

ubezpieczenia.prometeusz.com.pl/ubezpieczenia_porady_warto_wiedziec.php?

²⁶ Uchylenie w wyniku nowelizacji ustaw podatkowych pkt 60. w art. 23., ust. 1. u.p.d.o.f. i pkt 65. w art. 16., ust. 1. u.p.d.o.p.

²⁷ B. Więckowska, *Prywatne ubezpieczenia chorobowe w Polsce*, cz.1, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2006, nr 3-4, s. 11.