

**Anna Piechota**

Uniwersytet Łódzki

# **MIEJSCE I ROLA UBEZPIECZEŃ W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA W POLSCE**

## **Wprowadzenie**

System zdrowotny (system ochrony zdrowia, soz) według definicji World Health Organizations (WHO) to wszystkie organizacje, instytucje i zasoby, które są przeznaczane na działania zdrowotne, a wśród realizowanych funkcji znajdują się: udzielanie świadczeń, inwestycje (pozyskiwanie zasobów), finansowanie oraz właściwe zarządzanie<sup>1</sup>. Inaczej ochrona zdrowia to całokształt zorganizowanych działań, podejmowanych z wykorzystaniem odpowiednich urzędów, norm prawnych i instytucji na rzecz szeroko rozumianego zdrowia społeczeństwa<sup>2</sup>. Wobec przyjętej struktury, sposobu organizacji oraz występujących podmiotów i instytucji polskiego systemu ochrony zdrowia można zaobserwować wiele obszarów występowania ubezpieczeń.

Ubezpieczenie wykorzystywane jest dla realizacji różnych celów (m.in. pozyskiwania środków na działania realizowane w ramach soz) i zabezpieczenia różnych potrzeb (ochrona majątku w zakresie praw i zobowiązań) w polskim systemie ochrony zdrowia. Złożoność soz wymaga, aby ubezpieczenie (jako instrument/narzędzie) traktować odmiennie w zależności od przyjętego punktu odniesienia, którym może być: finansowanie i organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych (zawieranie umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych) oraz funkcjonowanie podmiotów (jednostek) wykonujących działalność leczniczą.

---

<sup>1</sup> C. Włodarczyk: *Reformy zdrowotne. Uniwersalny kłopot*. Wydawnictwo UJ, Kraków 2003, s. 22.

<sup>2</sup> *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*. WN PWN, Warszawa 2008, s. 67.

## 1. Finansowanie systemu ochrony zdrowia

### 1.1. Powszechne ubezpieczenie zdrowotne

Zasobami finansowymi wykorzystywanymi do realizacji działań zdrowotnych są środki publiczne pochodzące ze składek powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (puz) (w dominującym stopniu<sup>3</sup>) oraz środków budżetowych, a także środki prywatne przedsiębiorstw oraz gospodarstw domowych. Powszechne ubezpieczenie zdrowotne funkcjonuje w obrębie grupy ubezpieczeń społecznych będących narzędziami (instrumentami) przyjętej do realizacji (polityki) zabezpieczenia społecznego w Polsce metody ubezpieczeniowej<sup>4</sup>. Obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają osoby spełniające warunki do objęcia ubezpieczeniem społecznym powszechnym lub ubezpieczeniem społecznym rolników<sup>5</sup>. Osoby objęte obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego opłacają składkę na puz w wysokości 9% podstawy wymiaru. Opłacenie składki przez płatnika jest ewidencjonowane odpowiednio przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) lub Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS). ZUS i KRUS niezwłocznie, nie później niż w ciągu 3 dni roboczych od dnia wpływu składek na ubezpieczenie zdrowotne, przekazuje pobrane składki na ubezpieczenie zdrowotne wraz z pobranymi odsetkami za zwłokę do centrali Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). Koszty poboru i ewidencjonowania składek na ubezpieczenie zdrowotne potrącane są przez ZUS oraz przez KRUS w wysokości 0,20% kwoty składek przekazanych do centrali NFZ, które zostały zidentyfikowane (przypisane do konkretnego ubezpieczonego), koszt poboru składki (od 1999 roku to 0,5%, a obecnie 0,25%) ponosi NFZ. Należne składki na ubezpieczenie zdrowotne są przychodami NFZ, natomiast środki finansowe Funduszu są środkami publicznymi.

Osoby objęte powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym (tzw. świadczeniobiorcy) mają prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie; świadczeniobiorcy przysługują świadczenia gwarantowane.

<sup>3</sup> Raport: *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce. Zielona Księga II*. Warszawa 2008, s. 13.

<sup>4</sup> R. Garbicz: *Efektywność finansowa metody ubezpieczeniowej w kompensowaniu ryzyka społecznego na przykładzie wybranych państw Unii Europejskiej*. „Zarządzanie i Finanse” 2012, nr 1, t. I, s. 185-186.

<sup>5</sup> Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dz.U. z 2004 r., nr 210, poz. 2135 z późn. zm., art. 66.

## 1.2. Dodatkowe (dobrowolne) ubezpieczenie zdrowotne

Innym ubezpieczeniem występującym w obszarze finansowania systemu ochrony zdrowia są dodatkowe (dobrowolne) ubezpieczenia zdrowotne (duz). Zakup dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego jest wyróżniany jako jedna z form współpłacenia przez pacjentów w ramach wydatków prywatnych na ochronę zdrowia obok wydatków gotówkowych<sup>6</sup>. Łączny poziom wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia szacowany jest na kwotę powyżej 10 mld zł rocznie z tendencją rosnącą<sup>7</sup>.

Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne spełniają różną rolę w stosunku do powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Literatura wyróżnia ubezpieczenia: komplementarne, suplementarne oraz substytucyjne<sup>8</sup>. Ubezpieczenia komplementarne oferują świadczenia „niepokrywane lub częściowo pokrywane przez powszechny system ubezpieczenia zdrowotnego, ten rodzaj ubezpieczeń pokrywa także współpłacenie obowiązujące w danym systemie obejmując wyłącznie ryzyka wyłączone w całości lub częściowo z oferty publicznej”<sup>9</sup>. Ubezpieczenia suplementarne obejmują świadczenia oferowane przez system publiczny, różnicowanie oferty polega na oferowaniu lepszej jakości i/lub szybszego dostępu do świadczeń, jak również różnych udogodnień dla pacjenta (wybór świadczeniodawców, lepsze warunki pobytu w szpitalu)<sup>10</sup>. Ubezpieczenia substytucyjne oferują te same świadczenia co w systemie publicznym, przy czym są one dostępne tylko określonym kategoriom osób, np. osobom, które są wykluczone bądź które są zwolnione z udziału w ustawowym systemie ubezpieczeń zdrowotnych (np. osiągający określony poziom dochodów, samozatrudniający się)<sup>11</sup>.

W Polsce nabywane są dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne o charakterze suplementarnym w stosunku do oferty systemu publicznego. Ubezpieczenia są oferowane przez zakłady ubezpieczeń w ramach: Działu I „Ubezpieczenia na życie” grupy I.5 „Ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe” (jako uzupełnienie ubezpieczenia: na życie, posagowego, rentowego) oraz Działu II „Pozostałe

<sup>6</sup> *Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne – DUZ 2006*. Red. B. Samoliński. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2006, s. 76-77.

<sup>7</sup> V. Siwińska, J. Brożyniak, J. Hżeczka, M.J. Jarosz, Z. Orzeł: *Modele systemów opieki zdrowotnej w Polsce i wybranych państwach europejskich*. „Zdrowie Publiczne” 2008, nr 118(3), s. 365-366.

<sup>8</sup> A. Preker, R. Scheffler, M. Bassett: *Private Voluntary Health Insurance in Development. Friend or Foe?* The World Bank, Washington 2007, s. 138; E. Mossialos, S. Thomson: *Voluntary Health Insurance in the European Union*. World Health Organization on behalf of European Observatory on Health Systems and Policies, Geneva 2004, s. 52.

<sup>9</sup> *Dobrowolne ubezpieczenia...*, op. cit., s. 68.

<sup>10</sup> A. Preker, R. Scheffler, M. Bassett: Op. cit., s. 149.

<sup>11</sup> E. Mossialos, S. Thomson: Op. cit., s. 52.

ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe” grupy II.2 „Ubezpieczenia choroby” (w tym: świadczenia jednorazowe, świadczenia powtarzające się, świadczenia kombinowane). Ubezpieczenie zdrowotne jest nabywane na podstawie umowy ubezpieczeniowej. W zależności od umowy ubezpieczenia zdrowotnego ubezpieczyciel zobowiązuje się do zorganizowania (udzielenia) dostępu do świadczenia, usługi medycznej i/lub zwrotu kosztów leczenia i/lub wypłaty świadczenia pieniężnego w przypadku zachorowania lub pobytu w szpitalu. W zakresie organizacji udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy ubezpieczenia zakłady ubezpieczeniowe współpracują z publicznymi bądź prywatnymi „partnerami medycznymi”. Niektórzy ubezpieczyciele umożliwiają korzystanie z usług objętych ubezpieczeniem w innej placówce niż wskazana w umowie, a zwrot kosztów następuje na podstawie przedstawionego zakładowi ubezpieczeń rachunku za otrzymaną usługę. Składka ubezpieczeniowa jest przede wszystkim uzależniona od wieku klienta oraz zakresu świadczeń i usług. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne są oferowane klientom indywidualnym oraz grupowym (dominująca forma). W Polsce z prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych korzysta ok. 450 tys. osób, a wartość tego rynku w 2010 roku była szacowana przez Polską Izbę Ubezpieczeń na ok. 160 mln zł<sup>12</sup>.

## **2. Organizacja udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych**

W zakresie organizacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych mamy do czynienia z wykorzystaniem ubezpieczenia majątkowego.

Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych udzielane są przez świadczeniodawcę na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). Świadczeniodawcą może być podmiot wykonujący działalność leczniczą, osoba fizyczna, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej oraz podmiot realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi.

<sup>12</sup> A. Pustelnik: *Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Polsce – stan obecny, otoczenie prawne, scenariusze rozwoju*. „Polityka Zdrowotna” 2012, nr 10, s. 79.

Proces zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej odbywa się w drodze konkursu ofert albo rokowań. Szczegółowe warunki postępowania dotyczące zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym sposób przygotowania i składania ofert oraz składania środków odwoławczych, określa w drodze zarządzenia prezes NFZ. Oferta skierowana do NFZ w formie pisemnej powinna zawierać kopię polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez oferenta umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania na okres obowiązywania umowy, oferent może złożyć także umowę przedwstępną lub inny dokument, w tym także oświadczenie stwierdzające, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy<sup>13</sup>.

Jak wynika z powyższego, podmiot przystępujący do konkursu ofert bądź rokowań w celu zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej musi przedstawić dowód zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Tym samym ustawodawca nakłada na świadczeniodawcę obowiązek ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w odniesieniu do:

- podmiotu wykonującego działalność leczniczą na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej;
- pozostałych za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W przypadku podmiotu wykonującego działalność leczniczą szczegółowe zasady dotyczące obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostały opracowane w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2011 r., nr 293, poz. 1729). W rozporządzeniu określony został zakres oraz minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia. Zakresem obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej jest odpowiedzialność cywilna za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych. Minimalna suma gwarancyjna została określona odrębnie w odniesieniu do jednego zdarzenia i w odniesieniu do wszystkich zdarzeń oraz odrębnie dla różnego typu podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

---

<sup>13</sup> § 13 ust. 1 pkt. 6 Zarządzenia nr 46/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 września 2011 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Dla przystępującego do konkursu ofert, którym jest osoba fizyczna, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej lub podmiot realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi, szczegóły dotyczące ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej precyzuje rozporządzenie w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy niebędącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2011 r., nr 293, poz. 1728). Zakresem omawianego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej jest odpowiedzialność cywilna świadczeniodawcy za szkody wyrządzone działaniem lub zaniechaniem ubezpieczonego, w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ubezpieczenie musi zostać zawarte nie później niż w dniu poprzedzającym dzień, w którym świadczeniodawca obowiązany jest na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej. W rozporządzeniu określona została minimalna suma gwarancyjna w wysokości:

- 30 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 150 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki objęte są umową ubezpieczenia OC świadczeniodawcy, będącego osobą fizyczną, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej;
- 10 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 50 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC świadczeniodawcy, którym jest podmiot realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi.

### **3. Funkcjonowanie podmiotów (jednostek) wykonujących działalność leczniczą**

Podmioty (jednostki) wykonujące działalność leczniczą są jednym z głównych podmiotów systemu ochrony zdrowia jako świadczeniodawcy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz świadczeń nabywanych z środków prywatnych.

Zasady prowadzenia przez podmiot działalności leczniczej określa ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>14</sup> (Dz.U. z 2011 r., nr 112, poz. 654). Podmiotem wykonującym działalność leczniczą jest: podmiot leczniczy oraz lekarz lub pielęgniarka wykonujący(a) zawód w ramach działalności leczniczej jako praktyki zawodowej. Działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, jak również na: promocji zdrowia, realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia.

Podmioty prowadzące działalność leczniczą wchodzi w grupę przedsiębiorców, którzy wykonują działalność usługową. Tego typu działalność służy zaspokajaniu szczególnie zindywidualizowanych potrzeb człowieka i polega na świadczeniu usług medycznych<sup>15</sup>. W związku z prowadzeniem podmiotu wiąże się ryzyko przedsiębiorcy polegające w szczególności na możliwości utraty przez przedsiębiorstwo zdolności zarobkowej o oczekiwanym poziomie<sup>16</sup>. Rodzaje ryzyka, jakie występują w podmiotach zajmujących się świadczeniem usług medycznych, są w pewnych obszarach odmienne niż u innych podmiotów gospodarczych. W literaturze przedmiotu wyróżniane są ich liczne typy. Dla podmiotów wykonujących działalność medyczną wyróżnia się ryzyko powszechne (wspólne dla wszystkich przedsiębiorców) oraz ryzyko charakterystyczne, do którego zalicza się: ryzyko systemowe, w tym polityczne, prawne, finansowe oraz ryzyko wynikające z odpowiedzialności z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych<sup>17</sup>.

Przyjmowane przez podmioty postępowanie wobec występujących ryzyk określa się jako zarządzanie ryzykiem. Powszechnie stosowane metody to zatrzymanie ryzyka lub jego przeniesienie poprzez ubezpieczenie na inny podmiot, którym jest ubezpieczyciel (zakład ubezpieczeniowy)<sup>18</sup>. Ubezpieczenie może wpływać na elementy potencjału zarobkowego podmiotu, chroniąc go przed np. utratą, uszkodzeniem aktywów czy zmniejszeniem samofinansowania<sup>19</sup>. Podmioty wykonujące działalność leczniczą również wykorzystują ubezpieczenia dla ochrony potencjału zarobkowego, wykupując ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oraz ubezpieczenia majątkowe i osobowe.

<sup>14</sup> Ustawa o działalności leczniczej. Dz.U. z 2011 r., nr 112, poz. 654.

<sup>15</sup> *Podstawy zarządzania...*, op. cit., s. 67.

<sup>16</sup> *Ubezpieczenia w zarządzaniu ryzykiem przedsiębiorstwa*. Tom 1. *Podstawy*. Red. B. Hadyniak, J. Monkiewicz. Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2010, s. 16.

<sup>17</sup> *Ubezpieczenia w zarządzaniu ryzykiem przedsiębiorstwa*. Tom 2. *Zastosowania*. Red. L. Gąsioriewicz, J. Monkiewicz. Wydawnictwo Poltext, Warszawa 2010, s. 144, 148.

<sup>18</sup> *Ubezpieczenia w zarządzaniu ryzykiem przedsiębiorstwa*. Tom 2..., op. cit., s. 144, 148.

<sup>19</sup> *Ubezpieczenia w zarządzaniu ryzykiem przedsiębiorstwa*. Tom 1..., op. cit., s. 57.

Ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej o charakterze obligatoryjnym jest ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej:

- za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych,
- na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych określonych w przepisach o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Obligatoryjność wynika z faktu, iż posiadanie takich ubezpieczeń warunkuje możliwość prowadzenia podmiotu leczniczego zgodnie z ustawą o działalności leczniczej<sup>20</sup>. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych zostało omówione w części drugiej niniejszego artykułu. Określone natomiast w przepisach o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta obowiązkowe ubezpieczenie na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych w przypadku podmiotu leczniczego prowadzącego szpital będzie funkcjonować od 1.01.2016 r. Istnienie obowiązku wykupu obu polis ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej jest dużym obciążeniem dla podmiotów leczniczych, ponadto na podstawie analizy przetargów (zamówień) publicznych można wnioskować o napotykanymi trudnościami w znalezieniu zakładu ubezpieczeń, który podjąłby się ubezpieczenia szkód zdarzeń medycznych<sup>21</sup>. Polisę obowiązkowego ubezpieczenia na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych wykupiło ok. 40-50 szpitali w kraju<sup>22</sup>.

Innymi ubezpieczeniami majątkowo-osobowymi wykupywanymi przez podmioty wykonujące działalność leczniczą są przykładowo:

- w zakresie ochrony potencjału majątkowego ubezpieczenia: mienia od wszystkich ryzyk, mienia od ognia i innych zdarzeń losowych; od kradzieży z włamaniem i rabunku oraz ryzyka dewastacji; szyb i przedmiotów szklanych od stłuczenia; maszyn elektrycznych od szkód elektrycznych; sprzętu elektronicznego od wszystkich ryzyk; autocasco;
- w zakresie ochrony praw i zobowiązań ubezpieczenia: odpowiedzialności cywilnej z tytułu działalności pozamedycznej, odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych;
- w zakresie ochrony potencjału kadrowego ubezpieczenia: grupowe na życie.

Zakup ubezpieczenia przez podmioty prowadzące działalność leczniczą odbywa się w tradycyjny sposób, chyba że podmiot leczniczy jest jednostką pu-

<sup>20</sup> Ustawa o działalności leczniczej. Dz.U. z 2011 r., nr 112, poz. 654, art. 17.

<sup>21</sup> A. Krzyżanowska: *Szpitale nie wykupują dodatkowych ubezpieczeń od zdarzeń medycznych*. „Gazeta Prawna” z 1.02.2012.

<sup>22</sup> K. Nowosielska: *Szpitale jednak bez dodatkowych polis*. „Rzeczpospolita” z 15.03.2012.



bliczną. W myśl przepisów ustawy o finansach publicznych jednostką sektora finansów publicznych jest samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej. W takiej sytuacji zakup ubezpieczenia może się odbyć jedynie przy zachowaniu przepisów prawa zamówień publicznych. Wiele podmiotów decyduje się na zakup ubezpieczenia z wykorzystaniem pośrednika – brokera ubezpieczeniowego.

## Podsumowanie

Przedstawione w artykule obszary systemu ochrony zdrowia w Polsce wskazują na wszechstronne wykorzystywanie ubezpieczenia. Stanowią one bowiem zarówno źródło finansowania świadczeń zdrowotnych, jak i zabezpieczenie przed koniecznością kompensowania szkód mogących wystąpić po stronie różnych podmiotów systemu ochrony zdrowia.

## Literatura

- Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne – DUZ 2006*. Red. B. Samoliński. Scholar, Warszawa 2006.
- Garbiec R.: *Efektywność finansowa metody ubezpieczeniowej w kompensowaniu ryzyka społecznego na przykładzie wybranych państw Unii Europejskiej*. „Zarządzanie i Finanse” 2012, nr 1, t. I.
- Krzyżanowska A.: *Szpital nie wykupują dodatkowych ubezpieczeń od zdarzeń medycznych*. „Gazeta Prawna” z 1.02.2012.
- Mossialos E., Thomson S.: *Voluntary Health Insurance in the European Union. World Health Organization on behalf of European Observatory on Health Systems and Policies*. Geneva 2004.
- Nowosielska K.: *Szpital jednak bez dodatkowych polis*. „Rzeczpospolita” z 15.03.2012.
- Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*. Red. M. Dobska, K. Rogoziński. WN PWN, Warszawa 2008.
- Preker A., Scheffler R., Bassett M.: *Private Voluntary Health Insurance in Development. Friend or Foe?* The World Bank, Washington 2007.
- Pustelnik A.: *Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Polsce – stan obecny, otoczenie prawne, scenariusze rozwoju*. „Polityka Zdrowotna” 2012, nr 10.
- Raport: *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce. Zielona Księga II*. Warszawa 2008.
- Siwińska V., Brożyniak J., Hżeczka J., Jarosz M.J., Orzeł Z.: *Modele systemów opieki zdrowotnej w Polsce i wybranych państwach europejskich*. „Zdrowie Publiczne” 2008, nr 118(3).

*Ubezpieczenia w zarządzaniu ryzykiem przedsiębiorstwa. Tom 1. Podstawy.* Red. B. Hadyniak, J. Monkiewicz. Poltext, Warszawa 2010.

*Ubezpieczenia w zarządzaniu ryzykiem przedsiębiorstwa. Tom 2. Zastosowania.* Red. L. Gąsioriewicz, J. Monkiewicz. Poltext, Warszawa 2010.

Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. Dz.U. z 2011 r., nr 112, poz. 654 z późn. zm.

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. Dz.U. z 2004 r., nr 210, poz. 2135 z późn. zm.

Włodarczyk C.: *Reformy zdrowotne. Uniwersalny kłopot.* Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2003.

Zarządzenie nr 46/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 września 2011 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

## PLACE AND ROLE OF INSURANCE IN HEALTH CARE SYSTEM IN POLAND

### Summary

As defined by the World Health Organization a health system (health care system) is the sum total of all the organizations, institutions and resources whose primary purpose is to improve health. The system provides services, acquires resources through investment and provides funding and proper management. Insurance is a feature of many areas of the health care system in Poland. This article describes the areas of the health care system in which insurance is present and the role it plays in them.