

**Jarosław Poteraj**

Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

---

**UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE INACZEJ  
– KONCEPCJA DLA POLSKI**

---

**Streszczenie:** W artykule autor prezentuje nową koncepcję ubezpieczenia zdrowotnego jako pewną całościową propozycję dla Polski. Na tle historii ubezpieczeń zdrowotnych na świecie i w kraju autor przechodzi do opartej na zasadach cywilizacji łańskiejskiej i krytyce istniejącego Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) własnej propozycji. Tworzy w ten sposób nowy model ubezpieczenia zdrowotnego, oparty na funkcjonowaniu Banku Ubezpieczeń Publicznych (BUP) i osobistej odpowiedzialności jednostki za własne zdrowie. Proponowane zasady pozwalają każdemu na pełny dostęp do świadczeń chroniących zdrowie z użyciem nowoczesnych rozwiązań technologicznych do przedstawiania danych o stanie zdrowia.

**Słowa kluczowe:** ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenia zdrowotne, bank ubezpieczeń publicznych, model ubezpieczenia zdrowotnego.

## 1. Wstęp

Tradycyjnie pojęcie zabezpieczenia społecznego (ang. *social security*, fr. *sécurité sociale*, niem. *soziale Sicherung*) stanowi najszerszą platformę do rozpatrywania spraw związanych z ubezpieczeniem zdrowotnym (ang. *health insurance*, fr. *l'assurance maladie*, niem. *Krankenversicherung*). Rozróżniamy trzy podstawowe metody realizacji zabezpieczenia społecznego<sup>1</sup>:

- ubezpieczenie społeczne (niem. *Sozialversicherung*),
- zaopatrzenie społeczne (niem. *Sozialversorgung*),
- opiekę (pomoc) społeczną (niem. *Sozialhilfe*).

Ubezpieczenie społeczne charakteryzuje się występowaniem składki, wspólnego funduszu, oznaczonego ryzyka, szkody i pokrycia szkody, czyli świadczenia. Szumlicz w pracy z roku 2006<sup>2</sup>, kreśląc zasady proponowanej przez siebie „szkoły”

---

<sup>1</sup> Porównaj: G. Szpor (red.), *System ubezpieczeń społecznych*, Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2007, s. 22; W. Muszalski, *Prawo socjalne*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 95; G. Uścińska, *Świadczenia z zabezpieczenia społecznego w regulacjach międzynarodowych i polskich. Studium porównawcze*, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2005, s. 28.

<sup>2</sup> T. Szumlicz, *Ubezpieczenie społeczne. Teoria dla praktyki*, Oficyna Wydawnicza BRANTA, Bydgoszcz–Warszawa 2006, s. 9-13.

ubezpieczenia społecznego, zwraca uwagę na konieczność precyzyjnego rozumienia w ramach określenia „ubezpieczenie społeczne” pojęć „ubezpieczenie” i „społeczne”. Podejmuje także próbę konfrontacyjnego postawienia wobec siebie polityki społecznej i ubezpieczenia.

W niniejszej pracy autor idzie jeszcze dalej, odrywając obszar troski o zdrowie od polityki społecznej i bazując na osobistej odpowiedzialności za własne zdrowie. Przedstawiona koncepcja ma charakter pionierski, opierając się na zasadach cywilizacji łańskieij oraz austriackiej szkoły w ekonomii.

## 2. Rozwój historyczny ubezpieczenia zdrowotnego

W rozwoju historycznym<sup>3</sup> zabezpieczenie społeczne pojawiło się po raz pierwszy w roku 1601<sup>4</sup> wraz z elżbietańskim prawem pomocy ubogim (*The Elizabethan Act for the Relief of the Poor*)<sup>5</sup>, które cedowało na parafie obowiązek opieki nad biedakami. Na kontynencie europejskim dopiero w roku 1845 w pruskim prawie przemysłowym zezwolono na tworzenie kas cechowych na wypadek choroby. W niemieckim<sup>6</sup> prawie z roku 1871 uregulowano odpowiedzialność odszkodowawczą pracodawcy za wypadki przy pracy, a w roku 1876 określono zasady tworzenia przez samorząd terytorialny kas lokalnych na wypadek choroby. W roku 1881 w Niemczech pojawiło się orędzie cesarskie, w którym zapowiedziano utworzenie systemu ubezpieczenia społecznego. Realizując zawarte w nim zapowiedzi, w roku 1883 wprowadzono ogólnokrajowe prawo o obowiązkowym ubezpieczeniu chorobowym, które obejmowało zasiłki pieniężne podczas choroby i pomoc w pokryciu kosztów leczenia pracownika, w tym także ubezpieczenie macierzyńskie, a w roku 1884 o ubezpieczeniu wypadkowym, za pomocą którego wyeliminowano odpowiedzialność odszkodowawczą pracodawców w rozumieniu cywilno-prawnym. W roku 1901 w Szwajcarii po raz pierwszy na świecie wprowadzono regulację dotyczącą chorób zawodowych. W roku 1911 w Niemczech ubezpieczenie chorobowe zostało rozszerzone o zwrot kosztów leczenia rodziny pracownika. W roku 1918<sup>7</sup> w dekreście Rady Komisarzy Ludowych Rosji<sup>8</sup> po raz pierwszy użyto określenia zabezpieczenie

<sup>3</sup> W. Muszalski, *Ubezpieczenia społeczne. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006; W. Muszalski, *Prawo...*

<sup>4</sup> J. Jończyk, *Prawo zabezpieczenia społecznego*, Kantor Wydawniczy Zakamycze, Kraków 2006, s. 13.

<sup>5</sup> J. Wiśniewski, *Ewolucja szwedzkiego i brytyjskiego modelu polityki społecznej w latach 1993-2003*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2005, s. 61.

<sup>6</sup> W roku 1870 król Prus został cesarzem zjednoczonych Niemiec.

<sup>7</sup> W. Muszalski, *Ubezpieczenia ...*, s. 15.

<sup>8</sup> Dekret Sowietu Narodnych Komissarow Rossii iz 26 aprziela 1918 goda O pierieimienowanii Narodnogo Komissariata gosudarstwiennoego prizrieniija w Narodnyj komissariat socialnogo obiespiczenija (Декрет Совета Народных Комиссаров России из 26 апреля 1918 года О переименовании Народного Комиссариата государственного призрения в Народный комиссариат социального обеспечения) Porównaj: <http://works.tarefer.ru/33/100062/index.html> (stan z 29 stycznia 2009).

społeczne (socialnoje obiespiczenije – *социальное обеспечение*). W roku 1935 rozpoczęto wdrażanie w Stanach Zjednoczonych programu *New Deal*, który zawierał w sobie ubezpieczenie emerytalne oraz ubezpieczenie od bezrobocia. Wtedy to pojawił się termin *social security*, co oznacza dosłownie „bezpieczeństwo socjalne”, ale powszechnie używany w języku angielskim na określenie zabezpieczenia społecznego<sup>9</sup>. W Związku Radzieckim w roku 1936 ostatecznie wprowadzono państwową służbę zdrowia, a powstały wówczas model kojarzony był później z nazwiskiem ówczesnego ministra zdrowia – Siemaszki<sup>10</sup>. Pojęcie *social security* pojawiło się następnie w rozważaniach Beveridge’a<sup>11</sup> z roku 1942. W efekcie w latach 1945-1946 wprowadzono w Wielkiej Brytanii cały system świadczeń finansowanych przez państwo, a zgodnie z radzieckim modelem Siemaszki zorganizowano państwową służbę zdrowia (*National Health Service*, NHS). Różne modyfikacje obowiązkowych lub dobrowolnych rozwiązań składowych (czyli ubezpieczeniowych) i bezskładowych (zaopatrzeniowych) występują we współczesnej panoramie sposobów ochrony zdrowia na świecie.

Początki zabezpieczenia społecznego na ziemiach polskich sięgają czasów rozbiorowych i związane są z regulacjami prawnymi państw zaborczych. W wolnej Polsce sprawy związane z zabezpieczeniem społecznym objęły wszystkie trzy podstawowe metody realizacji zabezpieczenia społecznego: ubezpieczenie społeczne, zaopatrzenie społeczne oraz opiekę (pomoc) społeczną. Już w roku 1919 pojawił się pierwszy dekret o ubezpieczeniu na wypadek choroby<sup>12</sup>, zmieniony następnie ustawą z roku 1920<sup>13</sup>. Z roku 1933 pochodzi Ustawa o ubezpieczeniu społecznym<sup>14</sup>, zwana „ustawą scaleniową”, na podstawie której w roku 1933 wydano pierwszą regulację o dopłatach w ochronie zdrowia<sup>15</sup>. Zapisy dotyczące zabezpieczenia społecznego znalazły się w Konstytucji Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej z roku 1952<sup>16</sup>. Napisano tam między innymi, że obywatele mają prawo do ochrony zdrowia oraz pomocy w razie choroby lub niezdolności do pracy. Urzeczywistnieniu tego prawa miały służyć: rozwój organizowanej przez państwo ochrony zdrowia ludności, rozbudowa

<sup>9</sup> Por.: G. Uścińska, wyd. cyt., s. 19.

<sup>10</sup> Nikołaj Aleksandrowicz Siemaszko był ministrem ochrony zdrowia Związku Radzieckiego w latach 1930-1936.

<sup>11</sup> W. Beveridge, *Social Insurance and Allied Services*, Report by Sir William Beveridge – Presented to Parliament by Command of His Majesty, November 1942, [http://news.bbc.co.uk/1/shared/bsp/hi/pdfs/19\\_07\\_05\\_beveridge.pdf](http://news.bbc.co.uk/1/shared/bsp/hi/pdfs/19_07_05_beveridge.pdf).

<sup>12</sup> Dekret z 11 stycznia 1919 o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, DzPrPP 1919, nr 9, poz. 122.

<sup>13</sup> Ustawa z 19 maja 1920 o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, DzU 1920, nr 44, poz. 272.

<sup>14</sup> Ustawa z 28 marca 1933 o ubezpieczeniu społecznym, DzU 1933, nr 51, poz. 396.

<sup>15</sup> Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z 28 grudnia 1933 o dopłatach za porady lekarskie, lekarstwa, środki lecznicze, pomocnicze i zabiegi lecznicze, DzU 1933, nr 103, poz. 815.

<sup>16</sup> Konstytucja Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej uchwalona przez Sejm Ustawodawczy w dniu 22 lipca 1952 r., DzU 1952, nr 33, poz. 232.

urządzeń sanitarnych i podnoszenie stanu zdrowotnego miast i wsi, stałe polepszanie warunków bezpieczeństwa, ochrony i higieny pracy, szeroka akcja zapobiegania chorobom i ich zwalczania, coraz szersze udostępnianie bezpłatnej pomocy lekarskiej, rozbudowa szpitali, sanatoriów, wiejskich ośrodków zdrowia i opieka nad inwalidami. W praktyce oznaczało to wprowadzenie do Polski modelu Siemaszki, który to model obowiązywał prawie do końca lat 90. XX w. W roku 1997 wprowadzono nową regulację w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego<sup>17</sup>. Największym *novum* tego aktu prawnego było wyodrębnienie ubezpieczenia zdrowotnego z budżetu centralnego i ustanowienie podstawy prawnej do funkcjonowania kas chorych<sup>18</sup>. W Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z roku 1997<sup>19</sup> napisano: „Art. 68. 1. Każdy ma prawo do ochrony zdrowia. 2. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych [podkr. JP]. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa. 3. Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej [podkr. JP] opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku. 4. Władze publiczne są obowiązane do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska”.

W roku 2003 zmieniono prawo w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego<sup>20</sup>, likwidując kasy chorych i zastępując je Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ). Kolejny raz ubezpieczenie zdrowotne zmodyfikowano w roku 2004<sup>21</sup>.

### 3. Aktualny stan ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce

W obowiązującej w Polsce regulacji prawnej dotyczącej ubezpieczenia zdrowotnego zasadnicze znaczenie mają wspomniane już akty: Konstytucja RP z roku 1997<sup>22</sup> oraz prawo z roku 2004<sup>23</sup>. Zapisy konstytucyjne ograniczają się do treści wymienionych już wcześniej, natomiast przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych szczegółowo określają katalog osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym, różnicując pojęcia ubezpieczonych (innych niż

<sup>17</sup> Ustawa z 6 lutego 1997 o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, DzU 1997, nr 28, poz. 153.

<sup>18</sup> Prawo to weszło w życie początkiem roku 1999.

<sup>19</sup> Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. uchwalona przez Zgromadzenie Narodowe w dniu 2 kwietnia 1997 r., przyjęta przez Naród w referendum konstytucyjnym w dniu 25 maja 1997 r., podpisana przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 16 lipca 1997 r., DzU 1997, nr 78, poz. 483.

<sup>20</sup> Ustawa z 23 stycznia 2003 o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, DzU 2003, nr 45, poz. 391.

<sup>21</sup> Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, DzU 2004, nr 210, poz. 2135.

<sup>22</sup> Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r....

<sup>23</sup> Ustawa z 27 sierpnia 2004 o świadczeniach...

ubezpieczeni) osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym<sup>24</sup>, a także „innych osób”, które objęte są ubezpieczeniem zdrowotnym<sup>25</sup>. Objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym osób, które składek na to ubezpieczenie nie opłacają, stanowi element zaopatrzenia społecznego i sprzeczne jest z podstawową zasadą ubezpieczenia – świadczenie za składkę. W obrębie osób opłacających składki na ubezpieczenie zdrowotne można wskazać kilka grup o zróżnicowanym sposobie opłacania tej składki. Są to:

- pracownicy, członkowie RSP, SKR i ich rodziny – składkę pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza pracodawca lub spółdzielnia,
- wykonujący pracę nakładczą i pracujący na zlecenie – składkę pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza zamawiający,
- bezrobotni – składka opłacana przez powiatowy urząd pracy,
- rolnicy i ich domownicy – składka opłacana przez KRUS,
- służby mundurowe, kombatancki, duchowni (*via* Fundusz Kościelny) posłowie, sędziowie i prokuratorzy – składka opłacana przez budżet państwa,
- emeryci i renciści – składkę opłaca ZUS, KRUS, inny właściwy organ emerytalny lub rentowy, lub instytucja wypłacająca emeryturę czy rentę albo bank dokonujący wypłaty emerytury lub renty z zagranicy,
- samozatrudniający się i osoby współpracujące – składka opłacana jest ze środków własnych osoby prowadzącej pozarolniczą działalność gospodarczą.

Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni są finansowane z budżetu państwa. Zaangażowanie instytucji publicznych w funkcjonowanie ochrony zdrowia w Polsce nie ogranicza się do budżetu państwa. Realizacja zapisów ustawowych wymaga działań co najmniej takich instytucji publicznych, jak: gmina, powiat, samorząd województwa, wojewoda, wójt, burmistrz lub prezydent miasta, wojewódzkie i powiatowe urzędy pracy, ośrodki pomocy społecznej, powiatowe centra pomocy rodzinie, ochotnicze hufce pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, minister właściwy do spraw zdrowia, minister właściwy do spraw wewnętrznych, minister właściwy do spraw kultury fizycznej i sportu, minister obrony narodowej, Urząd do spraw Kombatanatów i Osób Represjonowanych, Krajowa Szkoła Sądownictwa i Prokuratury, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Główny Urząd Statystyczny, Narodowy Fundusz Zdrowia.

Ponadto przepisy ustawowe przewidują uznaniowość wielu decyzji – funkcjonuje nawet w jej zapisach Rejestr Korzyści. Ustawodawca zakłada zatem, że obowiązująca regulacja może stanowić podstawę do działań o charakterze korupcyjnym.

<sup>24</sup> Są to osoby posiadające obywatelstwo polskie i posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, spełniające kryterium dochodowe osoby samotnie gospodarującej (poniżej 461 PLN) lub spełniające kryterium dochodowe na osobę w rodzinie (poniżej 316 PLN).

<sup>25</sup> Są to osoby posiadające obywatelstwo polskie i posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, osoby, które nie ukończyły 18. roku życia lub są w okresie ciąży, porodu i połogu.

Od wielu lat system funkcjonuje z permanentnym niedoborem środków<sup>26</sup>, mimo wielokrotnego podwyższania wysokości składek na ubezpieczenie zdrowotne – ostatnio na poziomie 9% podstawy naliczania. Publiczny rynek ochrony zdrowia, wykreowany w ostatnim dziesięcioleciu w Polsce, ma strukturę charakterystyczną dla monopsonu, w którym jedynym klientem jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Pacjent na tym rynku utracił swoją podmiotowość – przestał być klientem, stając się jedynie atrybutem koniecznym do otrzymania zapłaty za usługę medyczną.

#### 4. Założenia podstawowe nowej koncepcji ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce

W toczącej się w Polsce dyskusji na temat przyszłości systemu ochrony zdrowia wielokrotnie powtarzane jest pytanie: ile socjalizmu, a ile kapitalizmu powinno znaleźć się w docelowym rozwiązaniu systemowym? W przekonaniu autora, dyskusja w tym zakresie nie powinna zawężać się do kontrastu pomiędzy socjalizmem i kapitalizmem. Wydaje się, że konieczne jest sięgnięcie do głębszych niż te podstaw, to znaczy do podstaw cywilizacyjnych. Jeśli założyć za F. Konecznym<sup>27</sup>, że w Polsce podstawą cywilizacyjną jest cywilizacja łacińska, to na niej też powinno się opierać konstrukcje systemów praktycznych, w tym systemu ochrony zdrowia. Przyjmując zatem podstawowe założenia do proponowanej koncepcji ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce, przyjęto trzy podstawowe kanony:

- zasady cywilizacji łacińskiej,
- prawdę,
- powszechność systemu.

Odnosząc się do zasad cywilizacji łacińskiej, w kontekście spraw związanych ze zdrowiem ludzkim należy zwrócić uwagę na następujące elementy:

- filary podstawowe,
- podstawowe kategorie bytowania ludzkiego,
- dbałość o zdrowie,
- zdrowie a dobrobyt.

Trzy podstawowe filary cywilizacji łacińskiej to: 1) filozofia grecka, 2) prawo rzymskie i 3) religia chrześcijańska. Natomiast podstawowe kategorie bytowania ludzkiego to: 1) zdrowie, 2) dobrobyt, 3) dobro (moralne), 4) prawda i 5) piękno. W cywilizacji łacińskiej i według etyki katolickiej dbałość o zdrowie jest obowiązkiem tak szeroko rozumianym, iż rozciąga się na nieuleczalnych, nakazując pielę-

---

<sup>26</sup> Porównaj: *NFZ potrzebuje 1,4 mld zł*, artykuł z 10 stycznia 2008, <http://news.money.pl/artukul/nfz;potrzebuje;1;4;mld;zł;145,0,312209.html> (stan z 30 czerwca 2009) oraz *Zabraknie pieniędzy na leczenie?* artykuł z 19 czerwca 2009, <http://www.money.pl/gielda/wiadomosci/artukul/zabraknie;pieniedzy;na;leczenie,248,0,482552.html?p=md> (stan z 30 czerwca 2009).

<sup>27</sup> F. Koneczny, *Państwo i prawo w cywilizacji łacińskiej*, marzec-październik 1941, <http://biblio.ojczyzna.pl/HTML/KONECZNY-Panstwo-i-Prawo-w-Cywilizacji-Lacinskiej-0-1.htm> (stan z 30 czerwca 2009).

gnować ich starannie aż do ostatniej chwili. Ponadto, należy zdawać sobie sprawę z tego, że zdrowie osobiste jest podstawą dobrobytu indywidualnego, a zdrowie całej populacji jest podstawą dobrobytu w państwie.

Odnosząc się z kolei do kanonu prawdy, należy zdać sobie sprawę z następujących elementów:

- dogmat „bezpłatnej służby zdrowia” jest fałszem,
- usługa medyczna kosztuje i trzeba za nią płacić,
- usługa medyczna ma charakter indywidualny, a zatem sprawiedliwe jest to, że koszt też powinien być przypisany konkretnej osobie,
- są ludzie, których nie stać na opłacenie kosztu usługi medycznej.

Natomiast kanon powszechności systemu określamy tutaj następująco:

- rozwiązanie systemowe powinno obejmować całą populację,
- zasady powinny być jednakowe dla wszystkich,
- *meritum*, a nie cena powinno decydować o zastosowaniu procedury medycznej dla ochrony życia i zdrowia,
- dorosły człowiek powinien mieć zapewnioną wolność wyboru.

Przyjmując wymienione wyżej elementy, przystąpiono do konstrukcji systemu ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce. Ponadto, założono pozostawienie bez zmian obowiązujących zapisów konstytucyjnych.

## 5. Propozycja systemowa

Naszą propozycję przedstawiamy w następującym układzie:

- założenia modelowe,
- konieczne zmiany ustawowe,
- możliwe uzupełnienia systemowe.

Założenia modelowe przewidują:

- likwidację NFZ,
- powstanie Banku Ubezpieczeń Publicznych (BUP),
- indywidualne konta kredytowe w BUP z kartą płatniczą,
- zabezpieczenie kredytu w BUP polisą ubezpieczenia na życie,
- umowy BUP z zakładami świadczącymi usługi medyczne,
- płatność za usługę.

Obecny NFZ to instytucja finansowa, a nie instytucja służby zdrowia. Funkcjonalnie w pewnym sensie stanowi połączenie zakładu ubezpieczeń z bankiem. Mimo tego nie posiada możliwości wystawiania kart płatniczych – może wystawiać jedynie kartę ubezpieczenia zdrowotnego, dlatego postuluje się jego likwidację.

Powstanie Banku Ubezpieczeń Publicznych wydaje się zatem koniecznym elementem systemowym. BUP powinien być bankiem posiadającym uprawnienia zakładu ubezpieczeń w zakresie ubezpieczeń na życie. Oznacza to konieczność utworzenia stosownej regulacji prawnej w tym zakresie. Możliwe jest odpowiednie

przekształcenie w tym zakresie Banku Gospodarstwa Krajowego (zmiana nazwy i ustawy o BGK).

Indywidualne konta kredytowe w BUP z kartą płatniczą oznaczają, że każdy rezydent państwa polskiego otrzymuje kartę płatniczą, powiązaną z rachunkiem bankowym w BUP. Rachunek bankowy w BUP pełni funkcję standardowego rachunku bankowego z możliwością uzyskania kredytu w rachunku bieżącym, natomiast karta płatnicza jest kartą z chipem. Na chipie mogą być zawarte wszelkie informacje dotyczące stanu zdrowia jej posiadacza. Zakłada się wolność w zakresie wyboru umieszczania takich informacji na chipie.

Zabezpieczenie kredytu w BUP polisą ubezpieczenia na życie oznacza, że przy korzystaniu z usługi medycznej można płacić kartą BUP. Przy braku środków na karcie BUP uruchamia się automatyczny mechanizm kredytowy (AMK). Uruchomienie AMK jest efektem decyzji merytorycznej, podjętej przez lekarza w zakładzie ochrony zdrowia, który podpisał stosowną umowę z BUP. Posiadacz karty BUP uzyskuje dostęp do kredytu bankowego, którego zabezpieczeniem dla BUP jest wystawiana automatycznie polisa na jego życie. Przy braku środków własnych na opłacenie składki ubezpieczeniowej składka ta opłacana jest przez jednostkę samorządu terytorialnego, na terenie której rezyduje posiadacz karty. Jednostka samorządu terytorialnego może dowolnie wybrać zakład ubezpieczeń, w którym wykupywać będzie polisy ubezpieczenia na życie w AMK, w tym BUP. Zasady w zakresie zabezpieczania kredytu są następujące:

- przy kwocie kredytu do 1 tys. PLN kredyt uruchamiany jest bez zabezpieczenia,
- przy kwocie kredytu powyżej 1 tys. PLN do 10 tys. PLN polisa jest opłacana przez gminę,
- przy kwocie kredytu powyżej 10 tys. PLN do 100 tys. PLN polisa jest opłacana przez powiat,
- przy kwocie kredytu powyżej 100 tys. PLN polisa jest opłacana przez województwo.

Wartość uruchomionego kredytu powinna być sumą wartości usługi medycznej oraz wartości składki ubezpieczeniowej. Jednostce samorządu terytorialnego przysługuje prawo cesji kosztów poniesionych na nabycie polisy ubezpieczeniowej w ciężar rachunku kredytowego w BUP.

Umowy BUP z zakładami świadczącymi usługi medyczne oznaczają, że BUP zawiera z zakładami świadczącymi usługi medyczne umowy o współpracy. Podpisanie przez zakład umowy z BUP oznacza obowiązek przyjmowania płatności kartą płatniczą BUP. W pojęciu „zakłady świadczące usługi medyczne” mieszczą się także apteki.

Płatność za usługę w systemie przewiduje zapłatę za usługę medyczną, zdefiniowaną przez lekarza. System przewiduje także zapłatę za leki podane w czasie wykonywania usługi medycznej oraz zalecone przez lekarza, a nabyte w aptece. Dokonanie płatności możliwe jest oczywiście także za gotówkę lub kartą płatniczą bez uruchamiania AMK.



Konieczne zmiany ustawowe ograniczyć można do następujących elementów:

- likwidacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
- zmiana ustaw:
  - o Banku Gospodarstwa Krajowego,
  - o samorządzie gminnym,
  - o samorządzie powiatowym,
  - o samorządzie województwa.

Z kolei możliwe uzupełnienia systemowe mogą polegać na następujących propozycjach:

- odmienne karty BUP dla osób niepełnoletnich – wystawiane do rachunku wspólnego rodziców,
- możliwość opłacenia długu kredytowego osób niepełnoletnich, kobiet ciężarnych, osób niepełnosprawnych i osób w podeszłym wieku przez jednostkę samorządu terytorialnego,
- możliwość potraktowania karty BUP jako dowodu osobistego,
- możliwość pokrycia długu na rachunku BUP przez dowolną osobę trzecią bez podatku od darowizn,
- Skarb Państwa może opłacać długi medyczne kombatanów.

## 6. Podsumowanie

Zaproponowane rozwiązanie wychodzi naprzeciw zasadom cywilizacji łacińskiej, opierając się na prawdzie i zasadzie ochrony życia aż do naturalnej śmierci. Procedura medyczna każdorazowo dotyczy konkretnej osoby, a zatem zobowiązanie powstałe w wyniku zastosowania procedury medycznej jest indywidualnym zobowiązaniem osoby, która tej procedury potrzebowała, co pozostaje w zgodzie z zasadą sprawiedliwości. Przyjęte w propozycji zasady powodują, że każdemu rezydentowi Polski, niezależnie od jego statusu materialnego, pomoc w zakresie ochrony życia i zdrowia będzie udzielona. Zakłady wykonujące usługi medyczne otrzymają zapłatę natychmiast po wykonaniu usługi. Decyzja o zastosowaniu procedury medycznej jest decyzją merytoryczną, a nie administracyjną. Zniesiony zostaje system dopłat do lekarstw, co powinno skutkować likwidacją pokusy do działań korupcyjnych ze strony koncernów farmaceutycznych. System pozwala dokonywać wolnego wyboru – osoba, która dowiaduje się o nieuleczalnej chorobie, sama decyduje o tym, czy podejmuje leczenie, tracąc być może dorobek życia, czy poddaje się naturze, pozostawiając swój majątek rodzinie.

Autor doskonale zdaje sobie sprawę z kontrowersyjnego charakteru prezentowanej propozycji systemowej. Jest ona jednak efektem wcześniejszych dogłębnych przemyśleń. Jest w związku z tym propozycją o charakterze zmiany paradygmatu, a nie zmiany parametrów. Jeżeli przyszłość ochrony zdrowia w Polsce stanie się podstawą do szerszej dyskusji między teoretykami i praktykami, będzie to dla autora powodem do satysfakcji.

## Literatura

- Beveridge W., *Social Insurance and Allied Services*, Report by Sir William Beveridge – Presented to Parliament by Command of His Majesty, November 1942, [http://news.bbc.co.uk/1/shared/bsp/hi/pdfs/19\\_07\\_05\\_beveridge.pdf](http://news.bbc.co.uk/1/shared/bsp/hi/pdfs/19_07_05_beveridge.pdf).
- Jończyk J. *Prawo zabezpieczenia społecznego*, Kantor Wydawniczy Zakamycze, Kraków 2006.
- Koneczny F., *Państwo i prawo w cywilizacji łacińskiej*, marzec-październik 1941, <http://biblio.ojczyzna.pl/HTML/KONECZNY-Panstwo-i-Prawo-w-Cywilizacji-Lacinskiej-0-1.htm> (stan z 30 czerwca 2009).
- Muszalski W., *Prawo socjalne*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
- Muszalski W., *Ubezpieczenia społeczne. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.
- NFZ potrzebuje 1,4 mld zł, artykuł z 10 stycznia 2008, <http://news.money.pl/arttykul/nfz:potrzebuje;1;4;mld;zł;145,0,312209.html> (stan z 30 czerwca 2009).
- Szpor G. (red.), *System ubezpieczeń społecznych*, Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2007.
- Szumlicz T., *Ubezpieczenie społeczne. Teoria dla praktyki*. Oficyna Wydawnicza BRANTA, Bydgoszcz-Warszawa 2006.
- Uścińska G., *Świadczenia z zabezpieczenia społecznego w regulacjach międzynarodowych i polskich. Studium porównawcze*, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2005.
- Wiśniewski J., *Ewolucja szwedzkiego i brytyjskiego modelu polityki społecznej w latach 1993-2003*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2005.
- Zabraknie pieniędzy na leczenie? artykuł z 19 czerwca 2009, <http://www.money.pl/gielda/wiadomosci/arttykul/zabraknie:pieniędzy;na;leczenie;248,0,482552.html?p=md> (stan z 30 czerwca 2009).

## Akty prawne (chronologicznie)

- Diekriet Sowietu Narodnych Komissarow Rossii iz 26 aprielia 1918 goda O pierieimienowanii Narodno-go Komissariata gosudarstwiennogo prizrienija w Narodnyj komissariat socialnogo obiespieczienija (Декрет Совета Народных Комиссаров России из 26 апреля 1918 года О переименовании Народного Комиссариата государственного призрения в Народный комиссариат социального обеспечения), <http://works.tarefer.ru/33/100062/index.html> (stan z 29 stycznia 2009).
- Dekret z 11 stycznia 1919 o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, DzPrPP 1919, nr 9, poz. 122.
- Ustawa z 19 maja 1920 o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby, DzU 1920, nr 44, poz. 272.
- Ustawa z 28 marca 1933 o ubezpieczeniu społecznym, DzU 1933, nr 51, poz. 396.
- Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z 28 grudnia 1933 o dopłatach za porady lekarskie, lekarstwa, środki lecznicze, pomocnicze i zabiegi lecznicze, DzU 1933, nr 103, poz. 815.
- Konstytucja Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej uchwalona przez Sejm Ustawodawczy w dniu 22 lipca 1952 r., DzU 1952, nr 33, poz. 232.
- Ustawa z 6 lutego 1997 o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, DzU 1997, nr 28, poz. 153.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. uchwalona przez Zgromadzenie Narodowe w dniu 2 kwietnia 1997 r., przyjęta przez Naród w referendum konstytucyjnym w dniu 25 maja 1997 r., podpisana przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 16 lipca 1997 r., DzU 1997, nr 78, poz. 483.
- Ustawa z 23 stycznia 2003 o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, DzU 2003, nr 45 poz. 391.
- Ustawa z 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, DzU 2004, nr 210, poz. 2135.

## **HEALTH INSURANCE – THE OTHER WAY: CONCEPTION FOR POLAND**

**Summary:** In the article the author presents a new concept of health insurance as a proposition for Poland. With the background of the history of health insurance in the world and in Poland, the author moves to his own concept, rooted in the Latin civilization principia. Basing on these ideas and the critic of existing National Fund of Health (Polish abbreviation: NFZ), the author creates a new model of health insurance in Poland, based on the Bank of Public Insurance (Polish abbreviation: BUP), and the personal responsibility for one's health. Proposed rules give every Polish resident full access to health care with the use of modern technological solutions for the exchange of health-data.