

Justyna Gulbicka

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

**PROMOCJA ZDROWIA A SPRAWIEDLIWOŚĆ SPOŁECZNA
W ASPEKTCIE UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE I DOŻYCIE**

WSTĘP

Punktem wyjścia moich rozważań jest teza, że ubezpieczenia na życie i dożycie wpisują się w instytucjonalne projekty promocji zdrowia i dotyczą sprawiedliwości społecznej.

Promocja zdrowia, podobnie jak edukacja medyczna, jest procesem społecznym. Aby system rozwiązań instytucjonalnych ochrony zdrowia mógł poprawnie funkcjonować, należy położyć szczególny nacisk na promowanie zdrowia i powinna się tym zająć każda komórka działająca w zakresie medycyny społecznej, mogąca tę działalność rozwijać.

Zmieniające się w naszym kraju warunki ekonomiczne, stanowią, że promocja zdrowia przechodzi ze sfery konsumpcji zbiorowej do sfery dóbr rynkowych jako obszaru indywidualnej inwestycji życiowej. Na pewno będzie to wymagało zmian programowych, nowych koncepcji w odniesieniu do ubezpieczeń na życie i dożycie, do zakresu wiedzy dotyczącej edukacji w zdrowiu publicznym.

Promocja zdrowia powinna opierać się na zaspokojeniu potrzeb ludzi i społeczeństwa oraz ich codziennych wyborów w stosunku do zdrowia i choroby. Aby móc edukować w przypadku promocji zdrowia, należy zdobyć rzetelne informacje o potrzebach społeczności, o posiadanych przez nią zasobach i możliwościach uczestnictwa w szeroko rozumianym zdrowiu publicznym. Promocja ta musi też jednak opierać się na poczuciu wartości instytucjonalnych i sprawiedliwości społecznej. Nie można zapominać, iż nie każdy ma taki sam dostęp do zasobów medycznych, dlatego też konieczny

jest aktywny udział społeczności w podejmowaniu decyzji o działaniach na rzecz najlepszych i najwłaściwszych wyborów dotyczących jej zdrowia.

Jak pisze Eugeniusz Piotr Wąsiewicz

aktualnie, bardzo pilną sprawą jest potrzeba takiej konceptualizacji i operacjonalizacji systemów edukacyjnych w Zdrowiu Publicznym, które pomogą przełamać bariery pomiędzy systemami opieki zdrowotnej a odbiorcami, a wewnątrz systemu – zintegrować dyscypliny zdrowotne i określić powiązania pomiędzy różnymi partnerami. Nadal daje się zauważyć w nauczaniu medycyny patrzenie mechaniczne na ciało ludzkie i brak zrozumienia pomiędzy indywidualizmem potrzeb jednostki a zdrowiem społeczności. Należy mówić o całościowym ujmowaniu powiązań, ich interakcji pomiędzy częściami, przyjmując, że populacja to nie zbiór jednostek, lecz [trzeba] ujmować ją jako integralną całość (Wąsiewicz, 2000: 6).

Jednym z podstawowych elementów promocji zdrowia powinno być wyjście z założenia, że potrzeby zdrowotne jednostek, nie są zaspokajane przez instytucjonalne regulacje prawno-medyczne. Dlatego też ubezpieczenia zdrowotne mogą stać się antidotum na niemożność zaspokojenia potrzeb zdrowotnych jednostek i w tym właśnie zakresie powinna odbywać się promocja zdrowia inicjowana przez firmy ubezpieczeniowe, które oferują produkty ubezpieczeniowe zarówno w przypadku potrzeb indywidualnych, jak i grupowych.

Ochrona zdrowia należy do tych sfer życia społecznego, które charakteryzują się ogromnymi potrzebami wszystkich obywateli. Ograniczoność środków finansowych, prowadzi często do tego, że społeczeństwo nie jest w stanie pokryć wszystkich kosztów związanych ze świadczeniami zdrowotnymi.

Jak pisze Wiesław Kalupa:

głównym założeniem reformy opieki zdrowotnej w Polsce jest odejście od finansowania służby zdrowia bezpośrednio z budżetu państwa. Zadania nowego systemu realizują instytucje ubezpieczenia zdrowotnego zwane, zgodnie z tradycją międzywojenną, Kasami Chorych (Kalupa 1997: 128).

Wprowadzenie w Polsce od 1 stycznia 1999 r. powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych umożliwiła ustawa z 6 lutego 1997 r. oraz jej kolejne nowelizacje.

Według Wiesława Kalupy nadrzędnym zadaniem kas chorych było dostarczenie w ramach swojego budżetu możliwie najlepszej opieki medycznej wszystkim ubezpieczonym ze swojego terytorium działania. Należy zauważyć, iż funkcje kas chorych zostały następnie przejęte przez NFOZ (Narodowy Fundusz Opieki Zdrowotnej) i podlegające mu placówki medyczne. Finansowanie tej opieki opiera się na rynkowym mechanizmie negocjowania warunków kontraktów, doprowadzającym do zawarcia umowy przez strony – kasę chorych i świadczeniodawców. W tym celu został opracowany

system finansowania świadczeń, który ma doprowadzić do jednoznacznego określenia wielkości środków przeznaczonych przez obywateli na ochronę zdrowia i pozwolić na zwiększenie efektywności ich wykorzystywania (Kalupa 1997: 129).

Zgodnie z założeniami do *Ustawy z dnia 6 lutego 1997 roku* W. Kalupa dokonał klasyfikacji zasad ubezpieczenia zdrowotnego.

Założenia do Ustawy z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym

- Oddzielenie nabywców świadczeń zdrowotnych od świadczeniodawców;
 - Wielość równouprawnionych podmiotów świadczących usługi zdrowotne o zróżnicowanym statusie własności;
 - Wielość źródeł finansowania systemu ochrony zdrowia.
1. Klasyfikacja zasad ubezpieczenia zdrowotnego i typy ubezpieczeń
- Zasada powszechności i obowiązkowości;
 - Zasada solidaryzmu społecznego;
 - Zasada gwarancji państwa dla ubezpieczonych;
 - Zasada redystrybucji środków finansowych;
 - Zasada samorządności kas ubezpieczenia zdrowotnego;
 - Zasada samofinansowania kas;
 - Zasada kompensowania składki ubezpieczeniowej;
 - Zasada wolnego wyboru świadczeniodawcy;
 - Kasa ubezpieczenia zdrowotnego, jako instytucja realizująca świadczenia zdrowotne;
 - Zasada sądowej kontroli legalności wydanych decyzji kasy.

Akt prawny, jaki jest regulowany *Ustawą z 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym* (DzU, 1997, nr 28, poz. 153) według W. Kalupy powinien być analizowany z wielu punktów widzenia:

- Uprawnień ubezpieczonych w kasie chorych;
- Dostępu do świadczeń z tytułu ubezpieczenia;
- Składki na ubezpieczenia zdrowotne;
- Innych źródeł środków finansowych w systemie;
- Finansowania usług zdrowotnych przez kasy chorych;
- Głównych elementów negocjacji między kasą o świadczeniodawcą.

Promocja zdrowia w aspekcie sprawiedliwości społecznej powinna jawić się jako możliwość promocji ofert ubezpieczenia na życie dostosowanej do potrzeb i oczekiwań ludzi chcących zabezpieczyć się na przyszłość, którzy mają świadomość niewielkich możliwości, gdyż potrzeby zdrowotne jednostek są nieproporcjonalnie większe od zasobów medycznych, które to potrzeby mogłyby być zaspokajane przez instytucjonalne regulacje prawno-medyczne. Polska nie jest krajem odosobnionym w aspekcie tych problemów (braku

środków i możliwości w stosunku do potrzeb społecznych). Z podobnymi borykała się pięć lat temu Anglia. Z kolei w Stanach Zjednoczonych system ubezpieczeń na życie, dożycie, a także system ubezpieczeń posagowych i inwestycyjnych jest wysoko rozwinięty, gdyż korzystanie z usług medycznych bez dodatkowych ubezpieczeń na życie jest niezwykle kosztowne.

Dlatego też w Polsce możemy zaobserwować szybki rozwój towarzystw ubezpieczeniowych, nawet z obcym kapitałem, które oferują szeroki zakres ochrony ubezpieczeniowej, gwarantują bezpieczne inwestowanie pieniędzy swych klientów, a także umożliwiają zabezpieczenie przyszłości dzieci i zapewniają im dobry start w dorosłe życie.

WSPÓLNE CECHY UBEZPIECZEŃ INDYWIDUALNYCH NA ŻYCIE

1. Ubezpieczenie działa przez całą dobę.
2. Ochrona tymczasowa, trwa od dnia dostarczenia wniosku pod warunkiem wpłaty pierwszej składki. Świadczenie wypłacane jest z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku.
3. Istnieje możliwość rozszerzenia podstawowego zakresu ochrony o dodatkowe ryzyka poprzez zawarcie dodatkowych umów ubezpieczenia.
4. Istnieje możliwość wyboru częstotliwości opłacania składek w zależności od decyzji klienta.
5. Mechanizm indeksacji składki zapewnia utrzymanie realnej wysokości świadczenia poprzez podwyższenie sumy ubezpieczenia.
6. Świadczenie wypłacane jest w ciągu 30 dni od momentu złożenia wniosku wraz z kompletem dokumentów.
7. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, pod warunkiem zapłacenia składki.
8. W każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia zachodzi możliwość zmiany przez ubezpieczonego osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia poprzez wypełnienie stosownego wniosku.
9. W rocznicę obowiązywania polisy występuje możliwość zmodyfikowania przez ubezpieczającego postanowień umowy ubezpieczenia poprzez m. in. rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej o nowe ryzyka wynikające z umów dodatkowych.
10. W przypadku zawarcia dodatkowego ubezpieczenia z funduszem inwestycyjnym możliwe jest utworzenie indywidualnego konta inwestycyjnego dla każdego ubezpieczonego, na którym to koncie ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabyte za wpłacone składki.

INDYWIDUALNE UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I DOŻYCIE**Typ ubezpieczenia**

1. Indywidualne ubezpieczenie kapitałowe.
2. Możliwość dokupienia dodatkowych opcji.

Umowa podstawowa świadczenia, rozumiana jako wypłata aktualnej sumy ubezpieczenia wraz z premią ubezpieczeniową, wypłacana jest w przypadku dożycia przez ubezpieczonego do końca umowy ubezpieczenia bądź zgonu ubezpieczonego.

W związku z tym nasuwają się kolejne pytania:

– Kiedy wypłacane jest świadczenie?

Niezwłocznie lub najpóźniej w ciągu trzydziestu dni od daty złożenia wniosku o wypłatę świadczenia.

– Komu wypłacane jest świadczenie?

Ubezpieczonemu lub osobie wskazanej przez ubezpieczonego jako osobie uprawnionej bądź gdy jej brak, innej osobie zgodnie z kodeksem cywilnym.

Wiek przystąpienia do ubezpieczenia:

- Od 15. do 65. roku życia;
- Wiek wstępu do ubezpieczenia; liczony jest wiek w momencie najbliższych urodzin (+ –6 miesięcy)

Okres ubezpieczenia:

- Okres minimalny 5 lat;
- Okres maksymalny – do 70. roku życia ubezpieczonego.

Indeksacja

W każdą rocznicę zawarcia umowy ubezpieczenia dokonywana jest indeksacja składek i sum ubezpieczenia w przypadku opłacania składek okresowo. Na miesiąc przed rocznicą podpisania polisy do ubezpieczającego wysyłana jest listem poleconym informacja o wysokości wskaźnika indeksacji, nowej wysokości składki i sumy ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo podnieść składkę o proponowany wskaźnik lub o połowę wskaźnika indeksacji. Stosowny wniosek powinien być złożony w ciągu 14 dni od daty otrzymania pisma indeksacyjnego.

W przypadku odmowy indeksacji suma ubezpieczenia i składka indeksacji nie ulegnie zmianie. W przypadku rezygnacji ubezpieczającego z prawa do indeksacji w dwóch kolejno po sobie następujących rocznicach podpisania polisy, poczynwszy od trzeciego roku ubezpieczający nie otrzymuje propozycji indeksacji w kolejne rocznice zawarcia umowy ubezpieczenia, a indeksacja ulega zawieszeniu. W celu wznowienia indeksacji składki, najpóźniej na dwa miesiące przed rocznicą założenia polisy konieczne jest doręczenie wniosku o wznowienie indeksacji wraz z deklaracją o stanie zdrowia. Indeksacja nie

jest dokonywana w trakcie dwóch ostatnich lat trwania umowy, bez względu na okres, na jaki umowa ubezpieczenia została zawarta.

Udział w zysku

Ubezpieczający przy zawieraniu umowy wybiera jeden z dwóch wariantów dopisywania udziału w zysku:

1. Kwota zysku zwiększa sumę ubezpieczenia (dotyczy to jedynie sumy ubezpieczenia umowy podstawowej).

2. Kwota zysku tworzy premię ubezpieczeniową.

W każdą rocznicę założenia polisy ubezpieczającemu przysługuje udział w zysku od zainwestowanych środków odpowiadających wysokości rezerw matematycznych, przypadających na umowę ubezpieczenia w zakresie podstawowym. Udział w zysku nie może być niższy niż 90% stopy zysku zrealizowanej przez zakład ubezpieczeń w ciągu ostatnich 12 miesięcy, pomniejszonej o stopę techniczną i procentowy wskaźnik kosztów.

Wykup ubezpieczenia

Ubezpieczającemu przysługuje prawo do całkowitego wykupu ubezpieczenia. W przypadku okresowego opłacania składek wykup jest możliwy po dwóch latach trwania umowy, natomiast przy składce opłacanej jednorazowo jest to możliwe w każdym momencie trwania ubezpieczenia. Z chwilą dokonania pełnego wykupu umowa ubezpieczenia rozwiązuje się wraz z umowami dodatkowymi. Wykup częściowy z dodatkowej umowy z funduszem może być dokonywany po upływie 2 lat jej trwania i nie częściej niż raz w roku. Wykup całkowity z dodatkowej umowy z funduszem może być dokonywany w każdym momencie jej trwania.

Indywidualne Ubezpieczenie Posagowe

Jest to ubezpieczenie na życie umożliwiające rozszerzenie zakresu ochrony umowy podstawowej o następujące umowy dodatkowe:

1. Umowy, które mogą być zawarte wyłącznie w chwili zawarcia umowy podstawowej:

- Dodatkowe ubezpieczenie renty posagowej;
- Dodatkowe ubezpieczenie przejęcia opłacania składki w przypadku całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego.

2. Umowy, które mogą być zawarte w dowolną rocznicę podpisania umowy podstawowej:

- Dodatkowe ubezpieczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku;
- Dodatkowe ubezpieczenie od powstania inwalidztwa współubezpieczonego w wyniku wypadku;
- Dodatkowe ubezpieczenie – posagowy fundusz.

Umowa może zostać zawarta jedynie w przypadku, jeżeli ubezpieczony jest jednocześnie ubezpieczającym, a współubezpieczonym jest osoba (dziecko) w wieku od 0 do 18 lat. Zakres podstawowy ubezpieczenia obejmuje zgon ubezpieczonego oraz dożycie współubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia. W przypadku zgonu ubezpieczonego towarzystwa ubezpieczeniowe przejmują obowiązek opłacania składki. Po dożyciu współubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia wypłacane jest świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia.

Umowy dodatkowe

Suma ubezpieczenia, na jaką zawierane są umowy dodatkowe, to suma ubezpieczenia umowy podstawowej uwzględniająca indeksację. Składka z tytułu umów dodatkowych zwiększana jest odpowiednio do wzrostu sumy ubezpieczenia. Składka z tytułu umowy dodatkowej opłacana jest przez tyle lat, ile trwa ochrona z tytułu tej umowy dodatkowej. W przypadku rozwiązania umowy dodatkowej nie ma możliwości jej wznowienia.

Udział w zysku

Kwota zysku zwiększa sumę ubezpieczenia (dotyczy to sumy ubezpieczenia umowy podstawowej i renty posagowej, o ile została zawarta dodatkowa umowa ubezpieczenia). W każdą rocznicę założenia polisy ubezpieczającemu przysługuje udział w zysku od zainwestowanych środków odpowiadających wysokości sumy rezerwy matematycznej renty posagowej, o ile została zawarta dodatkowa umowa renty posagowej. Udział w zysku nie może być niższy niż 90% stopy zysku zrealizowanej przez zakład ubezpieczeń w ciągu 12 miesięcy, pomniejszonej o techniczną stopę procentową i procentowy wskaźnik kosztów.

Indywidualne Ubezpieczenie Terminowe na Życie

Jest to ubezpieczenie na życie umożliwiające rozszerzenie zakresu ochrony umowy podstawowej o następujące umowy dodatkowe:

1. Umowy, które mogą być zawarte wyłącznie w momencie zawarcia umowy podstawowej:

- Dodatkowe ubezpieczenie wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania;
- Dodatkowe ubezpieczenie przejęcia opłacania składki w przypadku całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego.

2. Umowy, które mogą być zawarte w dowolną rocznicę wykupienia umowy podstawowej:

- Dodatkowe ubezpieczenie od zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku;
- Dodatkowe ubezpieczenie powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku.

Indywidualne Ubezpieczenie Uniwersalne

Jest to ubezpieczenie na życie umożliwiające rozszerzenie zakresu ochrony umowy podstawowej o następujące umowy dodatkowe:

1. Umowy, które mogą być zawarte jedynie jednocześnie z podpisaniem umowy podstawowej:

- Dodatkowe ubezpieczenie od przejęcia opłacania składki w przypadku całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego;
- Dodatkowe ubezpieczenie od wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania.

2. Umowy, które mogą być zawarte w dowolną rocznicę podpisania polisy:

- Dodatkowe ubezpieczenie od zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku;
- Dodatkowe ubezpieczenie od powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku.

Zakresem podstawowym umowy ubezpieczenia objęte jest życie ubezpieczonego i w przypadku jego śmierci wypłacane jest świadczenie w wysokości większej z wartości: 100% sumy ubezpieczenia lub wartość polisy. Ponadto w przypadku dokonywania wpłat doraźnych świadczenie powiększone jest o dodatkową wartość polisy.

Przedstawiłam procedurę uniwersalną dotyczącą zawierania i obsługi ubezpieczeń indywidualnych. Teraz postaram się pokazać, co oferta ubezpieczeń na życie może dać klientowi.

2. KORZYŚCI Z UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I DOŻYCIE

Nie wolno zapominać, że dzięki posiadaniu polisy na życie, skutki ewentualnego nieszczęśliwego wypadku bądź choroby nie będą tak dotkliwe, gdyż osoba ubezpieczona otrzyma środki na pokrycie kosztów leczenia, pobytu w szpitalu, efektywniejszą rehabilitację, a także pomoc finansową w czasie niezdolności do pracy. Zaletą polisy jest możliwość wyboru sposobu naliczania wysokości świadczenia. Firmy ubezpieczeniowe zawierają również umowy dotyczące bezpieczeństwa w czasie podróży zagranicznych. Proponują szeroki zakres ochrony podstawowej, uzupełnionej dodatkowymi świadczeniami *assistance*, m. in. opiekę nad dziećmi w przypadku pobytu osoby ubezpieczonej w szpitalu, pomoc finansową czy wynajęcie kierowcy zastępczego, który przywiezie poszkodowaną osobę do kraju. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje także koszty leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków ubezpieczonego. Do kosztów takich zalicza się badania, zabiegi i operacje, leczenie szpitalne, zakup niezbędnych lekarstw i środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza, koszty związane z koniecznością zalecanego przez lekarza powrotu osoby ubezpieczonej do domu oraz koszty podróży osoby towarzyszącej (zob. tab. 1).

Tabela 1

Cechy charakterystyczne i korzyści płynące z ubezpieczenia na życie i dożycie

Wyszczególnienie	Ubezpieczenie na życie i dożycie	
	Cechy	Korzyści
1	2	3
Wiek przystąpienia	Ukończone 15 lat, a nie ukończone 65	– Praktycznie dla każdego. – Możliwość wyboru przez bardzo młodych, a także dojrzałych ludzi.
Okres trwania umowy	Nie krótszy niż 5 lat. Nie dłuższy niż do ukończenia 70. roku życia	– Możliwość dopasowania czasu trwania umowy do potrzeb. Każdy może mieć taki czas trwania umowy, jaki chce, jaki jest mu niezbędny.
Przedmiot i zakres ubezpieczenia	Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego i dożycie do końca okresu ubezpieczenia.	– Chronimy to, co jest najważniejsze dla każdego, czyli życie. Świadczenie będzie wypłacane w dwóch sytuacjach – w razie śmierci klienta jego najbliższym lub na koniec umowy – jemu samemu.
Świadczenie	Wypłacane w wysokości sumy ubezpieczenia, jeśli klient umrze w okresie obowiązywania umowy lub na koniec umowy, gdy klient dożyje owego końca.	Suma ubezpieczenia: ● rekompensuje rodzinie utracone dochody, ● pozwala na utrzymanie odpowiedniego poziomu życia ● zapewnia pieniądze na dalsze kształcenie dzieci ● pozwala spłacić zobowiązania w postaci kredytów lub długów ● zmniejsza obciążenia podatkowe spadkobierców ● daje możliwość pokrycia kosztów pogrzebu ● umożliwia spłatę współnika, ● na koniec programu daje dodatkowy kapitał do wypłaconej już emerytury, ● zapewnia możliwość wybrania całej kwoty jednorazowo i dokonania inwestycji, lokaty, itp.

Tabela 1 (cd.)

1	2	3
		• oferuje możliwość dokonania wypłat w formie wykupionej renty kapitałowej – dodatkowa emerytura.
Składka	Opłacana jednorazowo, rocznie, półrocznie, kwartalnie, miesięcznie	Składka może być dobrana w zależności od potrzeb i możliwości klienta. Klient wybiera najwygodniejszą dla siebie częstotliwość opłacania składki za ubezpieczenie. Częstotliwość tę można zmienić na dogodniejszą.
Indeksacja składki	Indeksacja składki w każdą rocznicę podpisania polisy	Pozwala zachować realną wartość sumy ubezpieczenia. Zabezpiecza przed inflacją.
Udział w zysku	W każdą rocznicę zawarcia umowy do sumy ubezpieczenia dopisywana jest kwota wynikająca z zysku lub kwota ta tworzy premię ubezpieczeniową.	Daje możliwość korzystania z większych sum na koniec umowy. Wypłata większej kwoty w przypadku wypłaty z tytułu śmierci następuje bez zwiększenia składki.
Ubezpieczenie bezskładkowe	Umowę ubezpieczenia ze składką regularną można przekształcić w ubezpieczenie bezskładkowe z obniżoną sumą ubezpieczenia pod warunkiem, że polisa ma minimalną wartość wykupu; przekształcenie dokonywane jest na wniosek ubezpieczającego lub automatycznie po 90 dniach zaległości w opłacaniu składek.	Możliwość jedyna w swoim rodzaju – mieć ubezpieczenie i nie płacić składki, dzieje się to jednak kosztem niższej sumy ubezpieczenia.
Wykup ubezpieczenia	Polisa ma wartość wykupu po pierwszych dwóch latach trwania umowy w przypadku składki regularnej lub od początku trwania umowy w przypadku składki jednorazowej.	W przypadku nieprzewidzianych kłopotów finansowych po dwóch latach istnieje możliwość wybrania pewnej kwoty pieniędzy.
Ochrona tymczasowa	Trwa 60 dni z możliwością przedłużenia. Obejmuje ryzyko zgonu w wyniku NW. Wysockość świadczenia, to suma ubezpieczenia, nie więcej jednak	

Tabela 1 (cd.)

1	2	3
	niż 65 tys. Upoważniona do odbioru pieniędzy z ochrony tymczasowej może być dowolna osoba.	Po zapłaceniu tylko jednej składki firmy ubezpieczeniowe dają ogromną ochronę – wypłaca całą sumę ubezpieczenia w przypadku śmierci klienta w wyniku NW.
Podwyższenie składki	Możliwość podwyższenia składki (niezależnie od indeksacji) o 10, 20 lub 30%, po zajściu jednego ze zdarzeń: zawarcie związku małżeńskiego, urodzenie się dziecka lub przysposobienie dziecka.	Gdy jest potrzebna wyższa ochrona nie trzeba kupować nowego ubezpieczenia – mając jedną plisę można zwiększyć sumę ubezpieczenia.

Źródło: oprac. własne.

3. CZY SPRAWIEDLIWOŚĆ MOŻE BYĆ KATEGORIĄ MEDYCZNĄ?

Skłaniałabym się do poglądu, że raczej nie, nie kwestionuję jednak, że ta kategoria jest ważna w przypadku oceny zjawisk zachodzących w szeroko rozumianej medycynie. Pojęcie sprawiedliwości musiało zniknąć z kręgu rozważań lekarzy czy polityków w Polsce, gdyż niewystarczające nakłady na służbę zdrowia ujawniły tendencje wyraźnie sprzeczne z poczuciem sprawiedliwości społecznej. Wyrazić należy także wątpliwość, czy w okresie tak niezwykle trudnych przemian w służbie zdrowia, wprowadzanych reform, można w ogóle mówić o problemie wrażliwości i sprawiedliwości społecznej. Sfera wrażliwości społecznej i sfera świadomości lekarskiej, przy niewystarczających zasobach i środkach medycznych w stosunku do potrzeb społecznych, nie przystają do siebie, dlatego też nie należy się dziwić, że pewne zmiany związane z reformą zdrowia, niezbędne do przebudowy struktur zaspokajania potrzeb medycznych społeczeństwa, pozostaną w konflikcie ze stanem świadomości społecznej, w zakresie poczucia sprawiedliwości.

Jerzy Rutkowski stwierdził, że ekonomiści skłonni są zajmować się raczej równością niż sprawiedliwością, ta kategoria bowiem jest łatwiej mierzalna, a ekonomiści generalnie uciekają od zjawisk i kategorii, które nie są mierzalne (za: Wilkin 1997: 202). Podobnie powinno być ujmowane zjawisko promocji zdrowia w aspekcie sprawiedliwości społecznej. Promocja zdrowia jest kategorią, którą można nazwać mierzalną, gdyż realnie ocenia potrzeby medyczne, podejmując działania na rzecz zdrowia, poza tym w sposób jasny ocenia zagrożenia i poprzez swoje działania promocyjne zapobiega stanom chorobowym. Sprawiedliwość w medycynie nie może zaś

być kategorią mierzalną, gdyż zawsze podział niewystarczających zasobów będzie niezadowolający dla którejś ze stron, a szacowanie zagrożenia przez lekarza i alokacja środków nie będzie sprawiedliwa w opinii chorego, który nie skorzystał w pełni z możliwości, oferowanych przez medycynę, gdyż tych środków dla niego zabrakło. Dlatego też uważam, iż ubezpieczenia na życie i dożycie, o których pisałam wcześniej, mogą być zjawiskiem bardziej asymilującym sferę sprawiedliwości medycznej z równością, rozumianą w tym aspekcie jako równy dostęp każdego obywatela do zasobów medycznych. Każdy kto będzie posiadał ubezpieczenie zdrowotne, będzie mógł w sposób równy i sprawiedliwy realizować swoje potrzeby medyczne, gdyż firmy ubezpieczeniowe pokryją koszty związane z leczeniem.

Jan Dziewulski zadał pytanie o zasadniczym znaczeniu: jeśli mówimy o sprawiedliwości, to w czym rozumieniu: ekonomistów, polityków, czy dużych grup społecznych? W praktyce definicji czy pojęć sprawiedliwości jest wiele, właściwie tyle, ile świadomych jednostek ludzkich. Badacze społecznych nie zwalnia to jednak od obowiązku określenia tego, co wspólne w pojmowaniu sprawiedliwości społecznej na szczeblu grup społecznych lub nawet społeczeństwa jako całości.

Kto odpowiada za wprowadzenie w życie zasad sprawiedliwości? Dość powszechnie wśród dyskutantów prezentowane jest stanowisko, że ten obowiązek spada na państwo. Małgorzata Kula podała przykład Francji i nowej koncepcji planowania w tym kraju, przyjmującej, że państwo jest zarówno gwarantem gospodarki rynkowej, jak i zachowania określonego stopnia sprawiedliwości społecznej. Państwo jest zobowiązane do zachowania spójności społecznej i przeciwdziałania nadmiernemu rozwarstwieniu społeczeństwa. Duże nierówności nie sprzyjają współuczestniczeniu obywateli w podejmowaniu decyzji, zwłaszcza na szczeblu lokalnym, gdzie kwestia uczestnictwa jest najważniejsza. Jak stwierdził Władysław Baka, sprawiedliwość wywodzi się z umowy społecznej i nie jest to obiektywna, niezmienna kategoria społeczna. Jest to jednak kategoria realna, mająca duże znaczenie, a przekroczenie bariery sprawiedliwości może mieć bardzo niekorzystne skutki dla funkcjonowania społeczeństwa i gospodarki. Z kolei doświadczenia socjalizmu wykazały, że w warunkach gospodarki planowej połączenie dążenia do szybkiego wzrostu gospodarczego i sprawiedliwości jest niemożliwe.

Do tej pory zajmowałam się chechami i korzyściami płynącymi z ubezpieczeń na życie i dożycie. Pisałam również o racjach lub podstawach decyzji odnoszących się do opieki medycznej. W wypadku tak skomplikowanych politycznie decyzji, jak alokacja środków, konieczne jest przyjęcie bezstronnej procedury ich podziału.

Jak stwierdzają Tony Hope i Julian Savulescu, decyzje o rozdziale środków podejmowane są na wielu szczeblach: przez poszczególnych lekarzy, przez grupy lekarzy i przez instytucje zarządzające opieką medyczną. W coraz większym stopniu podlegają one też ocenie sądów, gremiów

społecznych i mediów. Dotyczy ona przeważnie procedury. Na kształt procedury winny mieć wpływ również poglądy etyczne osób dokonujących wyborów. Nie mogą one jednak decydować o ostatecznym wyborze.

4. PROBLEMY ETYCZNE AGENTA UBEZPIECZENIOWEGO

Sprzedaż ubezpieczeń rodzi wiele dylematów i wątpliwości. Nerozerwalnie wiąże się z tą problematyką zagadnienie uczciwości pośredników ubezpieczeniowych przy sprzedaży ubezpieczeń zarówno wobec klientów, jak i zakładów ubezpieczeniowych, których produkty oferują.

Podobny problem, który może budzić różne wątpliwości, wiąże się z uczciwością lekarzy zarówno wobec pacjentów, jak i placówek służby zdrowia, w której dany lekarz jest zatrudniony, przy oferowaniu usług medycznych. Zagadnienia te są domeną etyki zawodu lekarza i etyki zawodu agenta ubezpieczeniowego.

Etyka zawodu agenta ubezpieczeniowego zajmuje się z jednej strony ustaleniem norm i zachowań, z drugiej zaś oceną samych zachowań osoby uprawiającej ten zawód.

Jest on związany ze sferą usług finansowych (sprzedaż ubezpieczeń). Sprzedaż tak specyficznej usługi finansowej opiera się na zaufaniu klienta do zakładu ubezpieczeń. Klient oczekuje, że w okresie obowiązywania ubezpieczenia on lub osoby przez niego wskazane otrzymają określone świadczenie pieniężne w przypadku zaistnienia wydarzenia przewidzianego w polisie ubezpieczeniowej. Z tego względu niezwykle istotne jest, by przedstawiciel zakładu ubezpieczeń był osobą wiarygodną i wzbudzającą zaufanie. Kategorie wiarygodności i zaufania odnoszą się do agenta ubezpieczeniowego zarówno w relacji „agent – klient”, jak i „agent – zakład ubezpieczeń”.

Podobnie jest z przestrzeganiem reguł prawnych w zawodzie lekarza. Dotyczy on sfery usług medycznych. Wiąże się to ściśle z zaufaniem pacjenta w stosunku do placówki medycznej czy samego lekarza, który w owej placówce jest zatrudniony. Z tego względu niezwykle ważne jest, by lekarz był osobą wiarygodną i wzbudzającą zaufanie. Kategorie wiarygodności i zaufania odnoszą się do lekarza zarówno w relacji „lekarz – pacjent”, jak i „lekarz – szpital bądź placówka służby zdrowia”.

Zasady etyki agenta ubezpieczeniowego

Agent ubezpieczeniowy powinien:

- zapewnić najlepszą z możliwych ochronę ubezpieczeniową poprzez identyfikację potrzeb klientów, beneficjentów oraz całego społeczeństwa,

jak też rzeczową i obiektywną prezentację oferty ubezpieczeniowej reprezentowanego zakładu ubezpieczeń;

- w rzetelny i kompleksowy sposób reprezentować zakład ubezpieczeń wobec klientów, beneficjentów oraz społeczeństwa.

W stosunku do ubezpieczonych agent winien w szczególności zapewnić pomoc w wyjaśnieniu praw, zobowiązań i związanych z tym kosztów, które są niezbędne do jak najpełniejszego zabezpieczenia potrzeb wynikających z ochrony ubezpieczeniowej. Agent ubezpieczeniowy powinien udzielać rad i informacji jedynie w tych dziedzinach, w których jest w pełni kompetentny, musi zatem stale pogłębiać swoją wiedzę zawodową, kierując się dobrem klienta. Uzasadniony interes klienta i dobro reprezentowanego zakładu ubezpieczeń agent powinien przedkładać nad własny zysk.

W odniesieniu do zakładu ubezpieczeń, który reprezentuje, agent nie powinien rozpowszechniać informacji zawierających niedokładne lub niewystarczająco udokumentowane dane o sytuacji lub zachowaniu się tego ubezpieczyciela.

W stosunku do konkurencyjnych zakładów ubezpieczeń agent winien być obiektywny i unikać nieuczciwych i krzywdzących porównań.

W stosunku do swoich kolegów agent powinien:

- Wykonywać zawód z pełną lojalnością wobec do reprezentowanego zakładu ubezpieczeń i zgodnie z zasadami uczciwej konkurencji;
- Ogłaszając się lub oferując usługi mieć wzgląd na godność zawodu i nie składać żadnych mylących bądź nieuzasadnionych oświadczeń co do swego zawodowego statusu czy też zakresu i istoty spełnianej funkcji.

W stosunku do społeczeństwa agent winien, w uzupełnieniu zobowiązań wynikających z prawnej ochrony informacji, działać w ścisłym poszanowaniu tajemnicy zawodowej.

Zasady etyki zawodu lekarza

Lekarz powinien:

- Zapewnić najlepszą z możliwych ochronę medyczną poprzez identyfikację potrzeb pacjentów, jak też rzeczową i obiektywną prezentację sposobu leczenia, które będzie przeprowadzał wraz z instytucją medyczną – miejscem swego zatrudnienia.
- W rzetelny i kompleksowy sposób reprezentować placówkę medyczną, w której pracuje.

Pacjentom lekarz powinien w szczególności zapewnić pomoc w wyjaśnieniu praw, zobowiązań i kosztów związanych z leczeniem, niezbędnych do możliwie najpełniejszego zastosowania środków zabezpieczających przed

pogłębianiem się choroby bądź schorzenia, z którym pacjent przychodzi do placówki medycznej – miejsca zatrudnienia lekarza.

Lekarz powinien udzielać rad i informacji jedynie w tych dziedzinach, w których jest w pełni kompetentny, musi zatem stale pogłębiać swoją wiedzę zawodową, kierując się dobrem pacjenta. Uzasadnione potrzeby pacjentów i szpitala bądź placówki służby zdrowia winien przedkładać nad własny zysk.

Wobec placówek służby zdrowia lekarz powinien być obiektywny i unikać nieuczciwych i krzywdzących porównań (w szczególności, gdy zatrudniony jest w prywatnej klinice).

W stosunku do swoich kolegów lekarzy lekarz winien:

- Wykonywać swój zawód z pełną lojalnością dla reprezentowanej przez siebie placówki medycznej i zgodnie z zasadami uczciwej konkurencji;
- Ogłaszając się lub oferując usługi mieć wzgląd na godność zawodu i nie zgłaszać żadnych mylących bądź nieuzasadnionych oświadczeń na temat swego zawodowego statusu czy też zakresu i istoty spełnianej funkcji.

W odniesieniu do społeczeństwa lekarz winien, w uzupełnieniu zobowiązań wynikających z prawnej ochrony informacji, działać w ścisłym poszanowaniu tajemnicy zawodowej.

Zasada formalnej jawności działania agenta ubezpieczeniowego

Zgodnie z regulacjami prawnymi zawartymi w tekście ustawy ubezpieczeniowej (art. 37 ust. 3) obowiązuje zasada formalnej jawności działania agenta ubezpieczeniowego. Zgodnie z tą ustawą osoba będąca agentem ubezpieczeniowym obowiązana jest przy każdej czynności należącej do zakresu działalności agencyjnej okazywać pełnomocnictwo zakładu ubezpieczeń, w imieniu którego działa, oraz zezwolenie na wykonywanie czynności agenta ubezpieczeniowego wydane przez PUNU.

Tajemnica zawodowa

Na agentów ubezpieczeniowych nałożono obowiązek zachowywania tajemnicy ubezpieczeniowej. Przed wejściem w życie znowelizowanej ustawy ubezpieczeniowej obowiązek ten spoczywał jedynie na zakładach ubezpieczeń. Od momentu wejścia w życie nowelizacji ustawy agent ubezpieczeniowy nie może udzielać informacji dotyczących poszczególnych umów ubezpieczenia (poszczególnych klientów). Zakaz udzielania informacji o ubezpieczeniach nie dotyczy jednak danych przekazywanych na żądanie sądu, prokuratury, PUNU i osoby trzeciej, na rzecz której została zawarta umowa ubezpieczenia.

W ściśle określonych sytuacjach dane te mogą być też przekazywane Najwyższej Izbie Kontroli, NBP i Generalnemu Inspektorowi Kontroli Skarbowej (art. 9 ust. 1 w związku z art. 37n ust. 2).

Na lekarzy nałożono obowiązek zachowywania tajemnicy lekarskiej. Przed wejściem w życie znowelizowanej ustawy obowiązek ten spoczywał jedynie na szpitalu bądź placówce służby zdrowia. Od momentu wejścia w życie nowelizacji ustawy lekarz nie może udzielić informacji dotyczących poszczególnych jednostek chorobowych (poszczególnych pacjentów). Zakaz udzielania informacji o poszczególnych danych jednostek chorobowych nie dotyczy jednak informacji przekazywanych na żądanie sądu, prokuratury i osoby trzeciej, na rzecz której została podjęta opieka lekarska.

BIBLIOGRAFIA

- Dziewulski J., 1997, *Sprawiedliwość społeczna jako przedmiot sporu*, [w:] *Efektywność a sprawiedliwość*, red. J. Wilkin, Wyd. Key Text, Warszawa.
- Grossman R., Scala K., 1993, *Health Promotion and Organizational Development Developing Settings for Health*, Vienna.
- Hope T., Savulescu J., 2001, *Jak powinno się rozdzielać niewystarczające środki medyczne*, [w:] *Dylematy bioetyki*, red. A. Alichniewicz i A. Szczęśna, Zakład Etyki i Filozofii Medycyny Akademii Medycznej w Łodzi, Łódź.
- Kalupa W., 1997, *Zdrowie publiczne i medycyna społeczna*, [w:] *Efektywność a sprawiedliwość*, red. J. Wilkin, Wydawnictwo Key Text, Warszawa.
- Rutkowski J., 1997, *Czy sprawiedliwość jest kategorią ekonomiczną?*, Wydawnictwo Key Text, Warszawa.
- Wąsiewicz E. P., 2000, *Zdrowie publiczne i medycyna społeczna*, Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań.
- Wilkin J., 1997, *Efektywność a sprawiedliwość jako problem ekonomiczny*, [w:] *Efektywność a sprawiedliwość*, red. J. Wilkin, Wydawnictwo Key Text, Warszawa.

Justyna Gulbicka

INSURANCE FOR LIFE AND INSURANCE TO LIVE AS ASPECT OF HEALTH PROMOTION AND SOCIAL JUSTICE

In mine article I was presenting features and advantages associated with insurance for life and to live (to last). Starting-point of my considerations was argument that insurances for life and to last are the part of institutional projects of health promotion and refer to society justice.

I execute presentation the main agreement for life and to live with additional agreements, which present universal procedure to contain and service individual insurances. I took a trial to answer to the question: can justice be a medical category?

I touched ethical and moral matters associated with medical profession and insurance agent trade. By comparison doctor's ethical principles and ethical base of agent insurance I showed what kind of rules and obligations should have been presented by these professions to the society they live. I was trying to show that justice ought to be achieved by good health promotion for life and to live. Prospects which are given by life insurances, show that everyone who's the owner of insurance policy is able to have an equal access to limited medical resources.