

CZEŚĆ II: PRAKTYKA, BADANIA, WDROŻENIA PART II: PRACTICE, RESEARCH, IMPLEMENTATION

UBEZPIECZENIA OD RYZYKA ZWIĄZANEGO ZE STAROŚCIĄ I ZDROWIEM PRACOWNIKÓW I ROLNIKÓW

RISK INSURANCE RELATED TO OLD AGE AND HEALTH OF EMPLOYERS AND FARMERS

Mieczysław Adamowicz^{1(A,C,D,E,F,G)}, Beata Lewtak^{1(B)}

¹Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Polska

¹Pope John Paul II State School of Higher Education in Biala Podlaska, Poland

Adamowicz, M., Lewtak, B. (2020). Ubezpieczenia od ryzyka związanego ze starością i zdrowiem pracowników i rolników/ Risk insurance related to old age and health of employers and farmers, *Rozprawy Społeczne/Social Dissertations*, 14(4), 81-101. <https://doi.org/10.29316/rs/132417>

Wkład autorów/
Authors' contribution:
A. Zaplanowanie badań/
Study design
B. Zebranie danych/
Data collection
C. Dane – analiza i statystyki/
Data analysis
D. Interpretacja danych/
Data interpretation
E. Przygotowanie artykułu/
Preparation of manuscript
F. Wyszukiwanie i analiza
literatury/
Literature analysis
G. Zebranie funduszy/
Funds collection

Tabele/Tables: 4

Ryciny/Figures: 10

Literatura/References: 15

Otrzymano/Submitted:
18.11.2020

Zaakceptowano/Accepted:
14.01.2021

Streszczenie

Przedmiotem opracowania są obowiązujące w Polsce systemy ochrony zdrowia a zwłaszcza system ubezpieczenia społecznego pracowników w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) oraz rolników w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS). Na podstawie literatury problemu przedstawiono zarówno sposoby ochrony zdrowia jak i system świadczeń z tytułu ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych. Zaprezentowano w pracy wyniki własnych badań sondażowych dotyczących oceny poziomu zadowolenia pracowników rolników i studentów ubezpieczonych w ZUS i KRUS z systemu ochrony zdrowia i świadczeń zdrowotnych w publicznym i prywatnym systemie opieki zdrowotnej. Wskazano również na potrzebę i kierunki zmian w systemie zabezpieczenia ochrony zdrowia.

Słowa kluczowe: ochrona zdrowia, ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenia zdrowotne, ryzyko społeczne

Summary

The subject of the study are health care systems in force in Poland, in particular the social insurance system for employees in the Social Insurance Institution (ZUS) and for farmers in the Agricultural Social Insurance Fund (KRUS). Based on the literature on the issue, both the methods of health protection and the system of social and health insurance benefits are presented. The paper presents the results of own survey research on the assessment of the level of satisfaction of farmers' employees and students insured in ZUS and KRUS with the health care system and health services in the public and private health care system. The need and directions of changes in the health care system were also indicated.

Keywords: health protection, social insurance, health insurance, social risk

Adres korespondencyjny: Mieczysław Adamowicz, Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, ul. Sidorska 95/97, 21-500 Biała Podlaska, Polska; email: adamowicz.mieczyslaw@gmail.com, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1164-4966>

Copyright by: Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, Mieczysław Adamowicz

Czasopismo Open Access, wszystkie artykuły udostępniane są na mocy licencji Creative Commons Uznanie autorstwa-użycie niekomercyjne-na tych samych warunkach 4.0 Międzynarodowe (CC BY-NC-SA 4.0, <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).

Wstęp

Zdrowie jest jednym z bardzo ważnych aspektów życia każdego człowieka. Uważane jest za wartość bezcenną, indywidualną i społeczną. Definicja zdrowia sformułowana już w starożytności jest ciągle wzbogacana w wyniku dorobku różnych dziedzin nauki, postępu cywilizacyjnego i technicznego, zmian w systemach społecznych i poszukiwaniu równowagi między odpowiedzialnością indywidualną za pośrednictwem mechanizmów rynkowych i odpowiedzialnością państwa w drodze zabezpieczenia społecznego. Nadzorowanie i troska o zdrowie społeczne jest jednym z ważniejszych obszarów odpowiedzialności państwa, które poprzez politykę zdrowotną buduje system instytucjonalny i potencjał materialno-finansowy zapewniający ochronę zdrowia obywateli. Polityka zdrowotna państwa może przybierać różne formy i funkcjonować w zróżnicowanych modelach organizacyjno-prawnych. Jako ważna część polityki społecznej, polityka zdrowotna powinna kształtować właściwe zachowania zdrowotne obywateli, zabezpieczać występowanie zagrożeń chorobowych oraz udostępniać sposoby likwidacji czynników chorobotwórczych, osiągnięcia oczekiwanego stanu zdrowia i minimalizowania społecznych i ekonomicznych skutków zaburzeń zdrowotnych i występowania chorób.

Skala odpowiedzialności państwa za zapewnienie zdrowia społecznego może być różna. W każdym przypadku występuje pewien zakres odpowiedzialności indywidualnej, możliwy do zapewnienia na zasadach rynkowych. Odpowiedzialność państwa ujawnia się w zapewnieniu ochrony zdrowia i aktywności prozdrowotnej obywateli poprzez wprowadzenie systemu obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych, w którym występowanie ryzyka choroby rozkładane jest na całą lub część określonych zbiorowości ludzkich.

Celem pracy jest przedstawienie systemu opieki zdrowotnej obywateli w Polsce, a szczególnie polityki zdrowotnej państwa, a zwłaszcza wykorzystanie w niej systemu ubezpieczeń zdrowotnych pracowników i rolników. Artykuł opracowano w oparciu o literaturę problemu i przedmiotu badań oraz badania sondażowego na zbiorowości 162 osób przy wykorzystaniu strony internetowej www.surveymonkey.com i portalu społecznościowego Facebook. Badania przeprowadzono w pierwszej połowie września 2020 roku. Badania ankietowe przeprowadziła Beata Lewtak w trakcie przygotowania pracy magisterskiej napisanej w PSW w Białej Podlaskiej (Lewtak 2020).

Sposoby zapewnienia ochrony zdrowia

Troska o zdrowie społeczne i zapewnienie ochrony zdrowia obywateli należy do podstawowych obowiązków państwa, które buduje system organizacyjno-prawny w tym zakresie. Państwo zapewnia również infrastrukturę i finansowanie

Introduccion

Health is one of the very important aspects of everyone's life. It is considered a priceless, individual and social value. The definition of health formulated already in antiquity is constantly enriched as a result of the achievements of various fields of science, civilization and technical progress, changes in social systems and the search for a balance between individual responsibility through market mechanisms and state responsibility through social security. Supervision and care for social health is one of the most important areas of state responsibility, which, through health policy, builds the institutional system and material and financial potential ensuring protection of citizens' health. The health policy of the state may take various forms and function in various organizational and legal models. As an important part of social policy, health policy should shape proper health behavior of citizens, secure the occurrence of disease threats and provide ways of eliminating pathogens, achieving the expected health status and minimizing the social and economic effects of health disorders and the occurrence of diseases.

The scale of the state's responsibility for ensuring social health may vary. In any event, there is a certain amount of individual liability that is assured under market conditions. Responsibility of the state is revealed in ensuring health protection and pro-health activity of citizens through the introduction of a system of compulsory health insurance, in which the occurrence of disease risk is spread over all or part of specific human groups.

The aim of the work is to present the health care system of citizens in Poland, especially the health policy of the state, and in particular the use of the health insurance system for employees and farmers. The article was prepared on the basis of the literature on the problem and the subject of research, as well as a survey on a group of 162 people using the website www.surveymonkey.com and the social networking site Facebook. The survey was carried out by Beata Lewtak during the preparation of her master's thesis written at the PSW in Biała Podlaska (Lewtak 2020).

Means of ensuring health protection

Concern for social health and ensuring the protection of citizens' health is one of the basic obligations of the state, which builds the organizational and legal system in this area. The state also provides the infrastructure and financing

systemu ochrony zdrowia oraz inicjuje i projektuje realizację zadań:

- nakierowanych na kształtowanie prawidłowych zachowań zdrowotnych ludzi;
- likwidujących występowanie czynników chorobotwórczych oraz ograniczających skutki występowania takich czynników;
- zapobiegawczych, mających na celu podejmowanie działań na określonych etapach rozwoju zaburzeń zdrowotnych, nakierowanych na minimalizację i eliminowanie zagrożeń z tytułu choroby (Głowacka, Zdanowska 2013).

Zadania te wchodzą w zakres polityki zdrowotnej państwa, którą można rozpatrywać jako działalność praktyczną, a także jako dziedzinę naukową. Praktyczne ujęcie polityki zdrowotnej jest częścią polityki społecznej, która obejmuje znacznie szerszy zakres problemowy.

Polityka zdrowotna, jak też inne obszary polityki społecznej, ma umocowanie w budżecie państwa. To ograniczone zasoby budżetu limitują zaspokojenie potrzeb zdrowotnych w pełnym zakresie. Głównym celem polityki zdrowotnej jest polepszenie stanu zdrowia ludności, co jest istotnym składnikiem ogólnego dobrobytu jednostki.

Stan zdrowia społeczeństwa można określić przy użyciu wielu kryteriów. W Unii Europejskiej zaproponowano wykorzystanie do tego celu pięciu grup kryteriów (Morris, Devlin, Parkin, 2011):

- kryteria społeczno-ekonomiczne – w tym: poziom wykształcenia społeczeństwa, poziom PKB na mieszkańca, warunki życia domowego i sąsiedzkiego, warunki zatrudnienia i pracy, bezrobocie, i in.;
- zachowania zdrowotne – w tym: spożywanie alkoholu, używanie narkotyków, palenie papierosów, aktywność fizyczna, dieta i sposób odżywiania, zachowania seksualne, i in.;
- warunki środowiska fizycznego – w tym: występowanie zagrożeń chemicznych, fizycznych i radiacyjnych;
- promocja zdrowia dotycząca głównie sposobów zachowań zdrowotnych, higieny, sposobów odżywiania;
- opieka zdrowotna – w tym: stan infrastruktury, systemy organizacyjne, stosowane procedury, sposoby finansowania.

Wśród specjalistów (Głowacka, Zdanowska 2013, Grycner 2015) panuje przekonanie, że zasadniczy wpływ na zdrowie człowieka ma jakość i styl życia (50%), cechy wrodzone (20%), środowisko i otoczenie (20%) oraz opieka zdrowotna (10%). Kluczowe znaczenie dla zdrowotności społeczeństwa ma profilaktyka oraz edukacja społeczna w obszarze wiedzy o zdrowiu i pożądanym zachowaniach zdrowotnych. Profilaktyka ma na celu wspieranie zdrowia przez zorganizowane działania ukierunkowane na zapobieganie i unikanie sytuacji szkodliwych dla zdrowia człowieka. W profilaktyce istotne jest wspomaganie ludzi w życiu i działaniu ograniczającym styczność z czynnikami choro-

botwórczych oraz inicjuje i projektuje realizację zadań:

- aimed at shaping correct health behaviors of people;
- eliminating the occurrence of pathogens and limiting the effects of the occurrence of such factors;
- preventive measures, aimed at taking actions at specific stages of the development of health disorders, aimed at minimizing and eliminating threats related to the disease (Głowacka, Zdanowska 2013).

These tasks fall within the scope of the health policy of the state, which can be considered as a practical activity as well as a scientific field. The practical approach to health policy is part of social policy, which covers a much wider range of problems.

Health policy, as well as other areas of social policy, is anchored in the state budget. It is limited budget resources that limit the satisfaction of health needs to the full extent. The main goal of health policy is to improve the health of the population, which is an essential component of the overall well-being of an individual.

The state of health of a society can be determined using many criteria. In the European Union, it has been proposed to use five groups of criteria for this purpose (Morris, Devlin, Parkin, 2011):

- socio-economic criteria – including: the level of education of the society, the level of GDP per capita, living conditions at home and in the neighborhood, employment and working conditions, unemployment, and others;
- health behaviors – including: alcohol consumption, drug use, smoking, physical activity, diet and diet, sexual behavior, and others;
- physical environment conditions – including: chemical, physical and radiation hazards;
- health promotion concerning mainly health behavior, hygiene, and dietary methods;
- health care – including: condition of infrastructure, organizational systems, procedures applied, methods of financing.

Among specialists (Głowacka, Zdanowska 2013, Grycner 2015) there is a belief that the quality and lifestyle (50%), inborn features (20%), environment and surroundings (20%) and health care (10%). Prevention and social education in the area of knowledge about health and desired health behaviors are of key importance for the health of the society. Prevention is aimed at supporting health through organized activities aimed at preventing and avoiding situations harmful to human health. In prophylaxis, it is important to support people in life and action limiting contact with pathogens, showing understanding for pro-health activities in various places and situations aimed at avoiding the disease.

twórczymi, wykazywanie zrozumienia dla działań prozdrowotnych w różnych miejscach i sytuacjach mających na celu uniknięcie choroby.

Liczba ludności w Polsce od początku XXI w. jest względnie stabilna. Przy niewielkim spadku liczby ludności w miastach wzrosła nieznacznie liczba ludności wiejskiej. Zmiany te są jednak w większym stopniu wynikiem przekształceń w strukturach administracyjnych miast i osiedli niż rzeczywistych trendów w naturalnym ruchu demograficznym. Przy tej względnej stabilizacji liczby ludności kraju na poziomie około 38,5 mln osób (23,1 mln w miastach i 15,3 mln na wsi) wyraźnie zauważa się systematyczne wydłużanie się przeciętnego trwania życia. W latach 1991-2017 przeciętne trwanie życia kobiet w Polsce wzrosło z 75,1 lat do 81,8 lat, zaś mężczyzn z 65,9 do 74,0 lat (Wojtyniak, Goryński 2018). Przy niewielkich zróżnicowaniach tych wskaźników w przekroju wieś-miasto możemy zauważyć, że najkorzystniejsza sytuacja w tym względzie kształtuje się w dużych miastach, zaś najgorzej w miastach poniżej 5 tys. mieszkańców. Ta różnica szczególnie dotyczy mężczyzn, a czynnikiem różnicującym jest ryzyko chorób układu krążenia oraz chorób nowotworowych, które w tej kolejności są najczęstszą przyczyną zgonów ludności w Polsce.

Ubezpieczenia starości i związanego z nią ryzyka

Ryzyko łączy się nieustannie z normalnym życiem człowieka, wszelkimi formami jego działania i funkcjonowania. Dotyczy to szczególnie podeszłego wieku i zdrowia ludzi prowadzących działalność gospodarczą. Ryzyko można definiować jako zdarzenie losowe, które może powstać, ale nie zawsze musi wystąpić. Jeżeli powstaje, to może wytworzyć stratę, sprawić cierpienie, bądź też zysk lub korzyść.

W sferze społecznej mamy do czynienia ze specyficznym rodzajem ryzyka tzw. ryzykiem życiowym (społecznym, socjalnym). Ryzyko socjalne definiuje się jako groźba zdarzenia losowego lub zdarzenia związanego ze zdarzeniem losowym, które doprowadza do całkowitej lub częściowej utraty środków finansowych bądź możliwości ich pozyskania na utrzymanie gospodarstwa domowego lub występowanie zwiększonego zapotrzebowania na środki w gospodarstwie domowym. Standardowo wyróżnia się takie rodzaje ryzyka społecznego jak: macierzyństwo, inwalidztwo, choroba, śmierć żywiciela rodziny, choroba zawodowa, wypadek przy pracy, wielodzietność, bezrobocie i starość (Iwanicz-Drozdowska 2018). Starość i macierzyństwo to specyficzne ryzyko życiowe wymagające zabezpieczenia społecznego.

Starość jest zjawiskiem naturalnym i związane z nią ryzyko nie odpowiada w pełni formułowanym definicjom ryzyka społecznego (Jędrusik-Jankowska 2007, Iwanicz-Drozdowska 2018). Wielowymiarowe zjawisko starości może przyczynić się do wystąpienia różnych zdarzeń i procesów nieko-

The population in Poland has been relatively stable since the beginning of the 21st century. With a slight decline in the population in cities, the rural population slightly increased. However, these changes result more from transformations in the administrative structures of cities and neighborhoods than from actual trends in the natural demographic movement. With this relative stabilization of the country's population at the level of about 38.5 million people (23.1 million in cities and 15.3 million in rural areas), the systematic extension of the average life expectancy is clearly noticeable. In the years 1991-2017, the average life expectancy of women in Poland increased from 75.1 years to 81.8 years, and that of men - from 65.9 to 74.0 years (Wojtyniak, Goryński 2018). With small differences in these indicators in the rural-urban cross-section, we can see that the most favorable situation in this respect is in large cities, and the worst in cities below 5,000 residents. This difference applies especially to men, and the differentiating factor is the risk of cardiovascular diseases and cancer, which in this order are the most common cause of death in Poland.

Old age insurance and software with it risk

Risk is constantly associated with all forms of human activity and functioning. This applies to the health of people running a business. Risk can be defined as a random event that may arise, but does not always have to occur. If it arises, it can make loss, cause suffering, or make profit or gain.

In the social sphere, we are dealing with a specific type of risk, the so-called life risk (social, social). Social risk is defined as the threat of a random event or an event related to a random event that leads to the total or partial loss of funds or the possibility of obtaining them for the maintenance of the household or the occurrence of an increased demand for funds in the household. Standards include such types of social risk as: motherhood, invalidity, illness, death of the breadwinner, occupational disease, accident at work, many children, unemployment and old age (Iwanicz-Drozdowska 2018). Old age and motherhood are a specific life risk that requires social security.

Old age is a natural phenomenon and the associated risk does not fully correspond to the formulated definitions of social risk (Jędrusik-Jankowska 2007, Iwanicz-Drozdowska 2018). The multidimensional phenomenon of old age may contribute to the occurrence of various unfavorable events and processes, such as reduced income, loss of savings, deterioration of health, loss of psychophysical fitness, etc. With a significant loss of efficiency, old age means inability to exist independently. The risks related to old age require a contractual limit of old age, which is usually the

rzystnych, takich jak zmniejszenie dochodów, utrata oszczędności, pogorszenie stanu zdrowia, utrata sprawności psychofizycznej i in. Przy znacznej utracie sprawności, starość oznacza niezdolność do samodzielnej egzystencji. Ryzyka związane ze starością wymagają wyznaczenia umownej granicy starości, za którą uznaje się zazwyczaj wiek emerytalny. W wielu przypadkach przejście na emeryturę oznacza ograniczenie dochodów i zmianę sposobu życia, w którym coraz częściej pojawiają się stany chorobowe i różne inne rodzaje ryzyka. System emerytalny zapewnia podstawowe formy zabezpieczenia ludzi starszych przed ryzykiem. Można wyróżnić jednak różne fazy ryzyka starości i różne jego rodzaje. T. Jedynak (2016) ryzyko starości przedstawia w dwóch fazach: faza oszczędzania, która wiąże się z możliwością dożycia do wieku emerytalnego; i faza konsumpcji, która wiąże się z długim życiem na emeryturze (Tabela 1).

Starości towarzyszą jeszcze inne specjalne rodzaje ryzyka, które przedstawiono w Tabeli 2.

Ryzyko starości, wchodzące w zakres ubezpieczeń społecznych, wiąże się głównie z ubezpieczeniem emerytalnym i chorobowym. Jest to jedno z kilku rodzajów tzw. ryzyka naturalnego wchodzącego w zakres zainteresowania polityki społecznej i zabezpieczenia społecznego organizowanego przez państwo. Zabezpieczenie społeczne związane z ryzykiem macierzyństwa potrzebne jest dziecku, matce i rodzinie realnej lub zastępczej. Zestawienie różnych form zabezpieczenia społecznego będących odpowiedzią na występowanie różnych rodzajów ryzyka społecznego przedstawia Rycina 1.

retirement age. In many cases, retirement means lowering your income and changing the way of life in which conditions and various other risks are increasingly emerging. The pension system provides the basic forms of securing the elderly against risk. However, there are different phases of old age risk and its different types. T. Jedynak (2016) presents the risk of old age in two phases: the saving phase, which is associated with the possibility of reaching retirement age; and the consumption phase, which is associated with a long life in retirement (Table 1).

Old age is accompanied by other special risks, which are presented in Table 2.

The risk of old age falling within the scope of social insurance is mainly related to retirement and sickness insurance. It is one of several types of so-called natural risk falling within the scope of social policy and social security organized by the state. Social security related to the risk of motherhood is needed by a child, mother and a real or foster family. A comparison of various forms of social security in response to the presence of various types of social risk is presented in Figure 1.

Tabela 1. Charakterystyka faz życia człowieka dorosłego
Table 1. Characteristics of the risk phases of old age

Czynnik wyróżniający/ The distinguishing factor	Faza i (oszczędzanie)/ Phase i (saving)	Faza ii (konsumpcja)/ Phase ii (consumption)
Początek fazy/ Beginning of the phase	Rozpoczęcie aktywności zawodowej/ Commencement of professional activity	Rozpoczęcie pobierania świadczenia emerytalnego/ Start receiving the retirement pension
Koniec fazy/ End of phase	Zaprzestanie aktywności zawodowej/ Cessation of professional activity	Śmierć/ Death
Obszar ryzyka/ Risk area	Dożycie wieku emerytalnego/ Reaching retirement age	Długość życia po rozpoczęciu pobierania świadczeń emerytalnych
Problemy w konstrukcji systemu emerytalnego/ Problems in the structure of the pension system	Zasady gromadzenia oszczędności (uprawnień) emerytalnych. Zasady nabywania świadczeń emerytalnych/ Principles of accumulating pension savings (rights). Principles of acquiring retirement benefits	Zasady ustalania wysokości wypłaty świadczeń emerytalnych/ Principles of determining the amount of the payment of retirement benefits/ Life expectancy after starting retirement benefits
Przykładowe produkty finansowe mające zastosowanie w dodatkowych systemach emerytalnych/ Examples of financial products applicable to supplementary pension systems	Fundusze inwestycyjne, lokaty bankowe, ubezpieczenia na dożycie, ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym/ Investment funds, bank deposits, endowment insurance, life insurance with a capital fund	Ubezpieczenia rentowe/ Disability insurance

Źródło: Jedynak T., Ryzyko starości a dodatkowy system emerytalny w Polsce: Zeszyty naukowe, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie 8(956), Kraków 2016, s. 7.

Source: Jedynak T., The risk of old age and the additional pension system in Poland: Scientific Journals, Kraków University of Economics 8 (956), Kraków 2016, p. 7.

Tabela 2. Wybrane rodzaje ryzyka towarzyszące starości
Table 2. Selected types of risk associated with old age

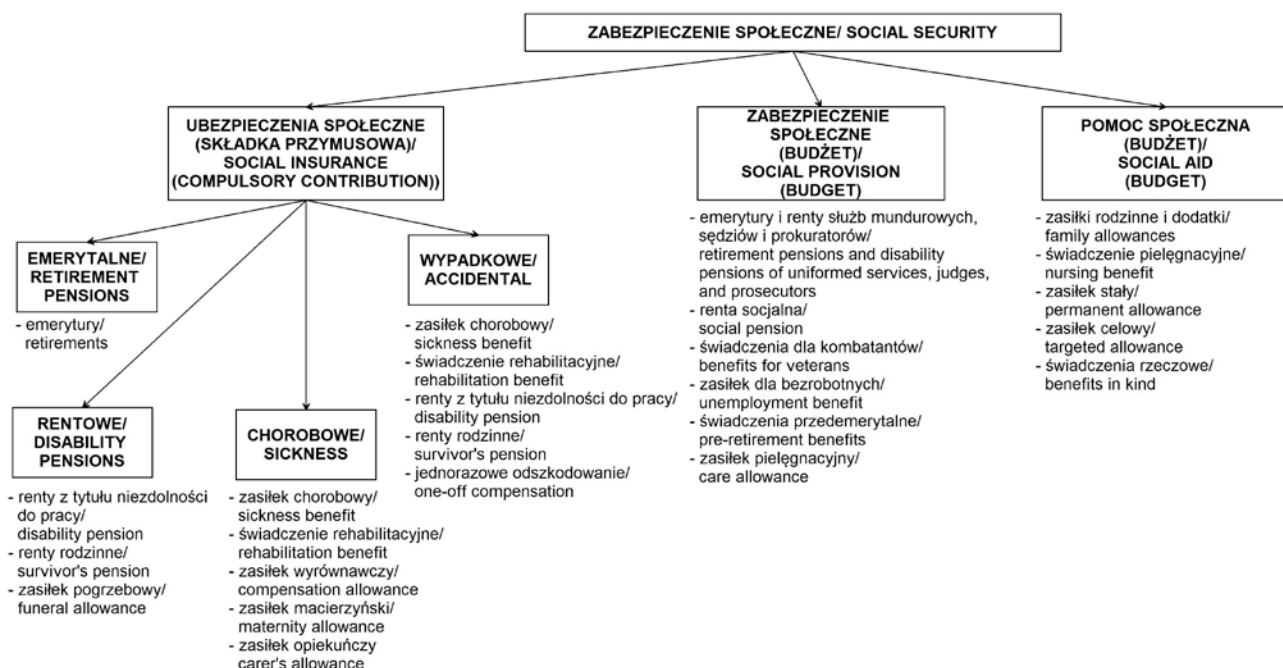
Rodzaj ryzyka/ Type of risk	Charakterystyka/ Characteristics
Ryzyko dożycia wieku emerytalnego/ The risk of reaching retirement age	Ryzyko związane z osiągnięciem przez jednostkę wieku uprawniającego do otrzymywania świadczeń emerytalnych. O ile jednostka postrzega dożycie wieku emerytalnego jako zjawisko pozytywne, to dla rachunku aktuarialnego systemu emerytalnego jest to zdarzenie o charakterze negatywnym, gdyż powoduje konieczność wypłacania świadczeń emerytalnych/ Risk related to the attainment of the legal age for receiving retirement benefits. While the individual perceives the retirement age as a positive phenomenon, for the actuarial account of the pension system it is a negative event, as it causes the necessity to pay retirement benefits [Poteraj 2011, p. 185]
Ryzyko długowieczności/ Longevity risk	Z indywidualnego punktu widzenia ryzyko długowieczności polega na dożyciu przez jednostkę wieku dłuższego niż oczekiwany. Zagregowane ryzyko długowieczności sprowadza się do sytuacji, w której średnia długość życia całej kohorty wiekowej jest większa niż pierwotnie zakładano. Jest to, zatem ryzyko niewłaściwego oszacowania przeciętnej długości trwania życia dla danej populacji lub poszczególnych jej roczników/ From an individual point of view, the risk of longevity is when an individual lives longer than expected. The aggregate risk of longevity comes down to a situation where the life expectancy of the entire age cohort is greater than originally assumed. Therefore, it is a risk of incorrect estimation of the average life expectancy for a given population or its individual age groups [Szczepański 2014, p. 733]
Ryzyko emerytalne/ Retirement risk	Ryzyko to jest definiowane jako ryzyko uzyskania przez jednostkę niższej niż pożądana stopy zastąpienia. Ryzyko to dotyczy problemu adekwatności świadczeń emerytalnych i sprowadza się do możliwości otrzymywania zbyt niskiego świadczenia emerytalnego/ This risk is defined as the risk of an entity achieving a replacement rate lower than desired [Handshke, Łyskawa and Ratajczak 2005, p. 148, after: Rutecka 2012, p. 24]. This risk relates to the problem of adequacy of retirement benefits and comes down to the possibility of receiving too low a retirement benefit
Ryzyko niedołęstwa starczego/ The risk of senility	Ryzyko to sprowadza się do niezdolności osób starszych do samodzielnego funkcjonowania. Jako takie dotyczy ono przede wszystkim kondycji psychofizycznej, a nie sytuacji majątkowej/ This risk comes down to the inability of the elderly to function independently. As such, it concerns primarily the psychophysical condition and not the financial situation
Ryzyko ubóstwa wywołanego starością/ The risk of old age-induced poverty	Ryzyko polegające na braku środków finansowych na zaspokojenie podstawowych potrzeb życiowych przy jednoczesnym braku możliwości zarobkowania. Podobnie jak ryzyko niedołęstwa starczego ryzyko to z reguły jest przedmiotem polityki społecznej państwa/ The risk of lack of financial resources to meet basic life needs with the simultaneous lack of earning potential. Similarly, as in the risk of senile infirmity, this risk is usually the subject of the social policy of the state [Poteraj 2011, p. 185]

Źródło: Jedynak T., Ryzyko starości a dodatkowy system emerytalny w Polsce: Zeszyty naukowe, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie 8(956), Kraków 2016, s. 8.

Source: Jedynak T., The risk of old age and the additional pension system in Poland: Scientific Journals, Kraków University of Economics 8 (956), Kraków 2016, p. 8.

Wraz z rozwojem gospodarczym i postępowaniem społecznym zaczęto dostrzegać potrzebę tworzenia nowych zabezpieczeń społecznych przed ryzykiem. Uformowały się trzy formy zabezpieczenia społecznego: ubezpieczenia społeczne, opieka (pomoc) społeczna i zaopatrzenie społeczne, które minimalizują i łagodzą skutki występowania ryzyka społecznego. Opieka społeczna organizowana była głównie przez gminy z funduszy publicznych na ogół w sposób uznaniowy i nieodpłatny. Ta forma przybrała postać samopomocy w ramach środowiska społecznego, pomocy charytatywnej i działalności bezinteresownej. Początkowo organizowana była przez kościoły i osoby zamożne i określana była dobroczynnością publiczną. Natomiast ubezpieczenia składkowe pracowników pełniły funkcję zabezpieczającą w razie wypadków losowych określanych jako ryzyko spo-

Along with economic development and social progress, the need to create new social protection against risk began to be noticed. Three forms of social protection have been developed: social insurance, social care (assistance) and social provision, which minimize and mitigate the effects of social risk. Social care was organized mainly by municipalities from public funds, generally on a discretionary and free of charge basis. This form took the form of self-help within the social environment, charity and selfless activity. Initially, it was organized by churches and wealthy people and was defined as public charity. On the other hand, employee premium insurance served as a protection function in the event of random accidents referred to as social risk. Benefits were paid from separate funds for this purpose. With the



Rycina 1. Realizacja idei zabezpieczenia społecznego

Figure 1. Implementation of the idea of social security

Źródło: Jędrusik-Jankowska I., Pojęcia i konstrukcje prawne ubezpieczenia społecznego, Wydawnictwo Prawnicze Lexis-Nexis, Warszawa 2007, s.35.

Source: Jędrusik-Jankowska I., Legal concepts and structures of social insurance, Lexis Legal Publishing House Nexis, Warsaw, 2007,s.35.

łeczne. Świadczenia wypłacane były z wyodrębnionych na ten cel funduszy. Z biegiem czasu wprowadzono gwarancję zabezpieczenia podstawowych potrzeb bytowych każdej osobie niezdolnej do zaspokojenia podstawowych potrzeb własną pracą. Zabezpieczenie społeczne może być realizowane przez ubezpieczenie społeczne, opiekę społeczną, ubezpieczenia prywatne oraz przez procedurę zaopatrzenia (Muszalski 2006). Innymi sposobami łagodzenia skutków ryzyka społecznego jest opieka zdrowotna pracowników, rehabilitacja zawodowa, świadczenia z funduszu alimentacyjnego czy dopłaty z tytułu wielodzietności lub niepełnosprawności, itp.

Koncepcja zabezpieczenia społecznego zrodziła się z potrzeby zabezpieczenia na wypadek utraty dochodów potrzebnych do życia, spowodowanej różnymi przyczynami społecznymi. Fundamentem tej koncepcji jest założenie, że każda osoba w społeczeństwie jest uprawniona do korzystania z praw społecznych, kulturowych i ekonomicznych, niezbędnych do poczucia godności i nieograniczonego rozwoju osobowości. Każdy posiada prawo, a każde państwo jest zobowiązane do utrzymania pewnego standardu życia zapewniającego zdrowie i dobre samopoczucie jednostki społecznej i jej rodziny. Taka koncepcja została stworzona w 1948 r. przez ONZ i zapisana w art. 22 i 25 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, i przeniesiona później do innych deklaracji i porządku prawnego poszczególnych państw. Zatem krajowe systemy zabezpieczenia społecznego polegają na zapewnieniu przez in-

passage of time, a guarantee of securing the basic living needs of every person unable to satisfy their basic needs with their own work was introduced. Social security can be provided through social insurance, social welfare, private insurance and the procurement procedure (Muszalski, 2006). Other ways of mitigating the effects of social risk are occupational health care, vocational rehabilitation, benefits from the alimony fund or subsidies for large children or disabilities, etc.

The concept of social security was born out of the need to protect against loss of living income due to various social reasons. The foundation of this concept is the assumption that every person in society is entitled to the social, cultural and economic rights necessary for a sense of dignity and unlimited personality development. Everyone has the right, and each country is obliged to maintain a certain standard of living ensuring the health and well-being of the social individual and his family. Such a concept was created in 1948 by the United Nations and enshrined in Art. 22 and 25 of the Universal Declaration of Human Rights, and later transferred to other declarations and the legal order of individual countries. Thus, national social security systems consist in ensuring by the state institutions of all activities aimed at providing members of the society with a certain standard of social security in the event of social risk (Jędrusik-Jankowska 2007). The organizer of social security is the state, which appoints specialized public institutions to carry

stytucje państwa ogółu działań, które mają na celu zapewnienie członkom społeczeństwa określonego standardu bezpieczeństwa socjalnego w razie wystąpienia ryzyka społecznego (Jędrusik-Jankowska 2007). Organizatorem zabezpieczenia społecznego jest państwo, które powołuje do realizacji tego zadania wyspecjalizowane instytucje publiczne, które może do realizacji tego celu zachęcać także instytucje i podmioty prywatne. Adresatami świadczeń w systemach zabezpieczenia społecznego są nie tyle indywidualne osoby, co gospodarstwa domowe (rodziny) tych osób. Pod tym względem systemy zabezpieczenia społecznego mogą się różnić (Jędrusik-Jankowska 2007, Handschke, Monkiewicz 2007).

Ubezpieczenia zdrowotne w systemie zabezpieczeń społecznych

Ubezpieczenie społeczne jest działaniem mającym na celu ochronę przed niekorzystnymi zdarzeniami losowymi w życiu człowieka, cechującymi się pewnymi prawidłowościami postępowania, w tym szczególnie ochroną życia, zdrowia i mienia. Zadaniem ubezpieczeń jest rozłożenie ciężaru pokrycia kosztów tej ochrony na wiele jednostek, którymi te same zadania losowe zagrażają (Alińska, Woźniak 2015, Podstawka 2010). Ubezpieczenia spełniają szereg funkcji: funkcję kompensacyjną (odszkodowania), funkcję prewencyjną (zapobiegawczą), funkcję represyjną (wymuszanie odpowiednich zachowań) oraz kilka funkcji finansowych (fiskalna, redystrybucyjna, lokacyjna, interwencyjna, kontrolna) (Podstawka 2010).

Ubezpieczenia społeczne są rezultatem rozwoju historycznego, zwłaszcza w okresie kształtowania się systemu gospodarki kapitalistycznej. Ubezpieczenie służy do łagodzenia następstw spowodowanych niemożnością zarobkowania, najpierw w przypadku choroby i wypadku przy pracy, a następnie w wyniku przejścia na emeryturę. Ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe zostały wprowadzone w latach osiemdziesiątych XIX w. w Prusach, a także w Wielkiej Brytanii. Na początku XX w. system ubezpieczeń wzbogacił się o nowe formy zabezpieczeń, w tym ubezpieczenie od bezrobocia, oraz rozprzestrzenił się na inne kraje. Szczególną cechą ubezpieczeń społecznych jest ich redystrybucyjny charakter oraz oparcie na zasadach przymusu i solidaryzmu międzypokoleniowego.

Ubezpieczenia społeczne są realizowane przez upoważnione instytucje państwowe. W Polsce takimi instytucjami są Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) oraz Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS). ZUS zajmuje się ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym, wypadkowym i chorobowym pracowników, natomiast KRUS realizuje zadania związane z ubezpieczeniami społecznymi rolników. Innym rodzajem ubezpieczeń, które posiadają cechy ubezpieczeń społecznych jest ubezpieczenie zdrowotne (Ronka-Chmielowiec 2016).

out this task, which may also encourage private institutions and entities to achieve this goal. The addressees of benefits in social security systems are not so much individual persons as their households (families). In this respect, social security systems may differ (Jędrusik-Jankowska 2007, Handschke, Monkiewicz 2007).

Health insurance in the social security system

Social insurance is an activity aimed at protection against unfavorable random events in human life, characterized by certain regularities of conduct, including in particular the protection of life, health and property. The task of insurance is to spread the burden of covering the costs of this protection over many units which are threatened by the same random tasks (Alińska, Woźniak 2015, Podstawka 2010). Insurance performs a number of functions: a compensation function (compensation), a preventive function (preventive), a repressive function (forcing appropriate behavior) and several financial functions (fiscal, redistribution, investment, intervention, control) (Podstawka 2010).

Social insurance is the result of historical development, especially during the formation of the capitalist economy. Insurance is designed to mitigate the consequences of inability to earn money, first in the event of illness and accident at work, and then as a result of retirement. Sickness and accident insurance were introduced in the 1880s in Prussia and Great Britain. At the beginning of the 20th century, the insurance system was enriched with new forms of security, including unemployment insurance, and spread to other countries. A special feature of social insurance is its redistributive character and the fact that it is based on the principles of intergenerational coercion and solidarity.

Social insurance is provided by authorized state institutions. In Poland, such institutions are the Social Insurance Institution (ZUS) and the Agricultural Social Insurance Fund (KRUS). ZUS deals with retirement and disability insurance, accident and sickness insurance of employees, while KRUS carries out tasks related to social insurance for farmers. Another type of insurance that has the characteristics of social insurance is health insurance (Ronka-Chmielowiec 2016).

Health insurance in the Act on the National Health Fund, referred to as compulsory or voluntary insurance, is created as a result of concluding a contract with the National Health Fund or by

Ubezpieczenie zdrowotne w ustawie o Narodowym Funduszu Zdrowia, określane jako ubezpieczenie obowiązkowe lub dobrowolne, powstaje w wyniku zawarcia umowy z NFZ, bądź przez zgłoszenie do ubezpieczenia członka rodziny. Jednak, aby ubezpieczenie mogło zaistnieć, muszą być spełnione warunki zapisane w ustawie o NFZ w art. 6-8. Celem ubezpieczeń zdrowotnych jest pokrycie kosztów związanych z leczeniem osób, które korzystają z publicznych placówek opieki zdrowotnej i usług medycznych oferowanych przez publiczny system opieki zdrowotnej. Usługi finansowane ze środków pieniężnych pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, którymi zarządza NFZ, mogą być na określonych warunkach wykorzystywane także przez niepubliczne placówki ochrony zdrowia.

Zakład ubezpieczeń społecznych finansuje wszystkie cztery elementy ubezpieczenia społecznego: ubezpieczenie emerytalne, rentowe, chorobowe (zdrowotne) i wypadkowe dla wszystkich ubezpieczonych pracowników niebędących rolnikami. Natomiast ubezpieczenie rolników realizuje Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.

Pierwszym elementem ubezpieczenia społecznego jest ubezpieczenie emerytalne, które stanowi najważniejszą część systemu i zabezpiecza ryzyko starości. Ubezpieczenie to zapewnia dochody osobom, które osiągnęły określony ustawowo wiek emerytalny (kobiety – 60 lat, mężczyźni – 65 lat). Ale ustawodawca przewiduje wyjątki dla niektórych grup zawodowych, które mogą przejść na wcześniejszą emeryturę po spełnieniu określonych warunków np.: odpowiedniego stażu pracy. Do grupy tych zawodów należą: nauczyciele, górnicy, rolnicy, kolejarze, służby celne, mundurowi, ratownicy górscy, sędziowie i prokuratorzy, prezydent RP oraz osoby, które pracują w warunkach specjalnych.

Ubezpieczenie rentowe realizowane jest w przypadku, gdy ubezpieczony „trwale” utracił zdolność do zarabkowania, wówczas gwarantowane świadczenie potocznie nazywano rentą lub, gdy nastąpiła śmierć żywiciela rodziny, wtedy potoczna nazwa świadczenia to renta rodzinna. Aby otrzymać rentę z tytułu niezdolności do pracy należy łącznie spełniać takie warunki jak: niezdolność do pracy, która powstała w czasie zatrudnienia lub wtedy, gdy ubezpieczony rozwiązał już umowę o pracę, ale nie upłynęło 18 miesięcy od chwili zakończenia zatrudnienia, oraz posiadać wymagany okres składkowy i nieskładkowy.

Kolejnym z elementów ubezpieczenia społecznego jest ubezpieczenie zdrowotne zwane też chorobowym, które zasługuje na szczególną uwagę. Zostało ono wydzielone w związku z faktem, iż ukształtowało się w późniejszym okresie i przedmiotem jego ochrony jest zdrowie i życie ludzkie. Realizacją tego ubezpieczenia zajmuje się Narodowy Fundusz Zdrowia, czyli inna instytucja niż w przypadku ubezpieczeń społecznych. Ubezpieczenie zdrowotne jest obowiązkowe i dobrowolne, to pierwsze jest ściśle powiązane z ubezpieczeniem

applying for insurance of a family member. However, for the insurance to exist, the conditions provided for in the Act on the National Health Fund in Art. 6-8. The purpose of health insurance is to cover the costs of treating people who use public health facilities and medical services offered by the public health system. Services financed with funds from health insurance contributions managed by the National Health Fund may, under certain conditions, also be used by non-public health care units.

The Social Insurance Institution finances all four components of social insurance: retirement, disability, sickness (health) and accident insurance for all insured non-farm workers. Farmers' insurance is provided by the Agricultural Social Insurance Fund.

The first element of social insurance is pension insurance, which is the most important part of the system and covers the risk of old age. This insurance provides income to people who have reached the statutory retirement age (women - 60, men - 65). But the legislator provides for exceptions for some professional groups that may retire early after meeting certain conditions, e.g., appropriate length of service. These professions include: teachers, miners, farmers, railroad workers, customs, uniformed services, mountain rescuers, judges and prosecutors, the president of the Republic of Poland and people who work under special conditions.

Disability insurance is implemented when the insured person has lost their earning capacity "permanently", then the guaranteed benefit was commonly called a disability pension or when the breadwinner died, then the common name of the benefit is a survivor's pension. In order to receive a disability pension, the following conditions must be met: incapacity for work that arose during employment or when the insured has terminated the employment contract, but 18 months have not passed since the end of employment, and have the required contribution period and non-contributory.

Another element of social insurance is health insurance, also known as sickness insurance, which deserves special attention. It was separated due to the fact that it was shaped later and the object of its protection is human health and life. The insurance is implemented by the National Health Fund, i.e., a different institution than in the case of social insurance. Health insurance is compulsory and voluntary, the former is closely related to social insurance. However, compulsory health insurance has a broader personal scope than traditional social insurance. This is because there is a broader concept, the social security system, which also covers all people, including those who have no income, e.g., children, pupils, students, unemployed or homeless. Health insurance benefits are also available to family members of persons covered by compulsory insurance. Benefits under this insurance are paid to employees due to temporary inability to work due to illness or giving birth to a child, which entails

społecznym. Jednak przymus ubezpieczenia zdrowotnego posiada szerszy zakres podmiotowy od tradycyjnego ubezpieczenia społecznego. Dzieje się tak, ponieważ istnieje szersze pojęcie, system zabezpieczenia społecznego, który obejmuje również wszystkie osoby, także te, które nie mają żadnego dochodu, np.: dzieci, uczniowie, studenci, bezrobotni czy bezdomni. Świadczenia z tytułu ubezpieczeń zdrowotnych przysługują również członkom rodzin osób objętych przymusowym obowiązkiem ubezpieczenia. Świadczenia z tego ubezpieczenia wypłacane są pracownikom z powodu czasowej niezdolności do pracy, której powodem jest choroba lub urodzenie dziecka, co wiąże się z koniecznością skorzystania z urlopu macierzyńskiego. Oprócz tych dwóch wyżej wymienionych świadczeń wyróżnić należy jeszcze takie świadczenia jak: rehabilitacyjne, wyrównawcze i opiekuńcze.

Osoby, które zamieszkują w Polsce i nie są objęte obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, mają możliwość ubezpieczyć się dobrowolnie. Za odwołanie złożenia wniosku o dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne naliczana jest opłata, której wysokość zależna jest od okresu między poprzednim obowiązkowym ubezpieczeniem a zgłoszeniem przystąpienia do dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego. Zadaniem tej opłaty jest powstrzymanie osób, które zgłaszają się do tego ubezpieczenia dopiero w momencie zaistnienia potrzeby skorzystania ze świadczenia.

Wysokość składki na ubezpieczenia zdrowotne wyliczana jest na podstawie danych z GUS z czwartego kwartału poprzedniego roku. Informują one o wysokości stawki przeciętnych miesięcznych zarobków w sektorze przedsiębiorstw wraz z wypłatami z zysku i na podstawie tych danych wyliczana jest wartość składki, która kształtuje się na poziomie 9% od podstawy wymiaru.

Ostatnim z elementów ubezpieczenia społecznego jest ubezpieczenie wypadkowe, które zabezpiecza ryzyko zdarzenia losowego powstałego przy pracy lub w drodze do/z pracy, które skutkuje niezdolnością do świadczenia pracy. Wysokość składki na to ubezpieczenie ustalana jest w odmienny sposób, niż w przypadku trzech poprzednich ubezpieczeń, ponieważ uzależniona jest od rodzaju wykonywanej pracy i opłacana jest tylko przez pracodawcę, składka jest, więc kosztem firmy. W przypadku gdy ubezpieczony nieumyślnie bądź z powodu rażącego niedbalstwa naruszy przepisy dotyczące ochrony życia i zdrowia, jest pod wpływem alkoholu, środków odurzających lub psychotropowych i ulegnie wypadkowi w czasie pracy, wówczas świadczenie mu nie przysługuje.

Każdy kraj buduje własny system opieki społecznej i ochrony zdrowia. W każdym systemie ochrony zdrowia kluczową sprawą jest źródło i sposób finansowania. W literaturze można spotkać różne klasyfikacje i modele ochrony zdrowia. W modelach polegających na systemie ubezpieczeniowym, który

the necessity to take maternity leave. In addition to the two above-mentioned benefits, one should also distinguish such benefits as: rehabilitation, compensation and care.

Persons who live in Poland and are not covered by the health insurance obligation have the option of voluntarily insuring themselves. For delaying the submission of an application for voluntary health insurance, a fee is charged, the amount of which depends on the period between the previous compulsory insurance and the registration of joining the voluntary health insurance. This is a characteristic feature of voluntary health insurance. The purpose of this fee is to stop people who apply for this insurance only when the need arises.

The amount of the health insurance premium is calculated on the basis of data from the Central Statistical Office of Poland from the fourth quarter of the previous year. They inform about the amount of the average monthly earnings in the enterprise sector together with payments from profit and on the basis of these data the value of the premium is calculated, which is at the level of 9% of the basis of assessment.

The last element of social insurance is accident insurance, which covers the risk of a random event occurring at work or on the way to / from work, resulting in inability to perform work. The amount of the premium for this insurance is determined in a different way than for the three previous types of insurance, because it depends on the type of work performed and is paid only by the employer, so the premium is at the expense of the company. If the insured breaches the provisions on the protection of life and health, is under the influence of alcohol, intoxicants or psychotropic drugs and suffers an accident during work, the insured is not entitled to the benefit.

Each country builds its own welfare and health care system. In any health care system, the source and method of financing are of key importance. Various classifications and models of health protection can be found in the literature. In the models based on the insurance system, which is divided into compulsory and health insurance, there are such models of health protection as: the Siemaszka model, otherwise the supply model, the Beveridge model, consisting in equal access to experience by the whole society, the Bismarck model, or the insurance model. and the residual model, also known as the private insurance model (Znanięcka, Wieczorek-Kosmala, 2014). Trouble-free access to medical care largely depends on the health care model adopted in a given country. In the budget model, as a rule, all citizens of a given country are entitled to medical care, while in the insurance model only those who have the status of an insured person or members of his family. In Poland, since 1999, an insurance model, modeled on the Bismarck concept, has been in force, but it is still

dzieli się na ubezpieczenia obowiązkowe i zdrowotne, wyróżnia się takie modele ochrony zdrowia jak: model Siemaszki, inaczej model zaopatrzeniowy, model Beveridge'a, polegający na równomiernym dostępie doświadczeń przez całe społeczeństwo, model Bismarcka, inaczej ubezpieczeniowy i model rezydualny, inaczej model ubezpieczeń prywatnych (Znanińska, Wieczorek-Kosmala, 2014). Bezproblemowy dostęp do opieki medycznej w dużym stopniu zależy od przyjętego modelu ochrony zdrowia w danym państwie. W modelu budżetowym z zasady wszyscy obywatele danego państwa są uprawnieni do opieki medycznej, natomiast w modelu ubezpieczeniowym tylko ci, którzy mają status ubezpieczonego lub członkowie jego rodziny. W Polsce od 1999 r. obowiązuje w zasadzie model ubezpieczeniowy, wzorowany na koncepcji Bismarcka, który jest jednak ciągle modyfikowany i uzupełniany o elementy budżetowe. Nadal jednak zasadniczą część funduszy na ochronę zdrowia pochodzi ze składek ubezpieczeniowych. Od stycznia 2009 r. instytucją zarządzającą środkami na ochronę zdrowia jest Narodowy Fundusz Zdrowia, mający poza zarządzającą centralą, 16 oddziałów wojewódzkich. Do głównych zadań NFZ należy (Bomer 2014):

- pokrywanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, z których korzystali świadczeniobiorcy uprawnieni na podstawie ustawy o świadczeniach;
- określanie i monitorowanie dostępności i jakości świadczeń oraz analiza kosztów dotyczących usług opieki medycznej jak również prawidłowości zawierania umów na realizację tych usług;
- realizowanie rozliczeń dotyczących refundacji cen leków, wyrobów medycznych oraz produktów spożywczych przeznaczonych do specjalnego żywienia;
- realizacja kosztów związanych z medycznymi czynnościami ratunkowymi;
- przeprowadzanie i ogłaszanie konkursów ofert, rokowań i podpisywanie umów zawierających postanowienia z zakresu udzielania, realizacji, monitorowania i rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej;
- promocja zdrowia;
- wykonywanie czynności obejmujących zadania finansowe przy realizacji programów zdrowotnych oraz zadań zleconych przez Ministra Zdrowia;
- monitorowanie ordynacji lekarskich;
- podejmowanie działań związanych wydawaniem informacji i prowadzenia promocji w ramach ochrony zdrowia;
- prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych.

Prawo ubezpieczenia zdrowotnego posiadają osoby, które są obywatelami polskimi i zamieszkują na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, jak również obcokrajowcy przebywający w Polsce z uwagi na posiadanie wizy pobytowej w celu wykonywa-

being modified and supplemented with budgetary elements. However, the major part of the funds for health care still comes from insurance premiums. Since January 2009, the institution managing funds for health protection is the National Health Fund, which, apart from the managing headquarters, has 16 voivodeship branches. The main tasks of the National Health Fund include (Bomer 2014):

- covering the costs of healthcare services used by beneficiaries entitled under the Act on benefits;
- determining and monitoring the availability and quality of services and analyzing the costs of medical care services as well as the correctness of concluding contracts for the provision of these services;
- settlements regarding the reimbursement of the prices of drugs, medical devices and food products intended for special nutrition;
- payment of costs related to emergency medical services;
- conducting and announcing competitions for offers, negotiations and signing contracts containing provisions on the provision, implementation, monitoring and accounting of healthcare services;
- health promotion;
- performing activities including financial tasks in the implementation of health programs and tasks commissioned by the Minister of Health;
- monitoring of medical prescriptions;
- undertaking activities related to issuing information and conducting health care promotion;
- keeping the Central List of Insureds.

The health insurance right is available to persons who are Polish citizens and reside in the territory of the Republic of Poland, as well as foreigners staying in Poland due to the possession of a residence visa for the purpose of performing work, or a residence permit for a fixed period, a permit to settle or a residence permit. Compulsory health insurance applies to persons who meet the conditions for insurance or social insurance for farmers and belong to them:

- workers;
- farmers and their household members;
- persons conducting non-agricultural business activity and persons cooperating with them;
- homeworkers;
- persons performing work on the basis of a mandate contract, agency contract or other contract for the provision of services that are covered by the provisions of the Civil Code, such as in the case of a mandate contract;
- clergy;
- members of agricultural production cooperatives and cooperatives of agricultural circles and members of their families;
- persons receiving social benefits paid during the holiday period or receiving a social

nia pracy, czy zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony, zezwolenia na osiedlenie się lub zgody na pobyt tolerowany. Obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu poddaje się osoby, które spełniają warunki do objęcia ubezpieczeniem lub ubezpieczeniem społecznym rolników i należą do nich:

- pracownicy;
- rolnicy i ich domownicy;
- osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą i osoby z nimi współpracujące;
- osoby wykonujące pracę nakładczą;
- osoby wykonujące pracę na podstawie umowy zlecenia, umowy agencyjnej lub innej umowy o świadczeniu usług, które objęte są przepisami kodeksu cywilnego, takimi jak przy umowie zlecenia;
- osoby duchowne;
- członkowie rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych oraz członkowie ich rodzin;
- osoby pobierające świadczenia socjalne wypłacane w okresie urlopu lub korzystające z zasiłku socjalnego wypłacanego na czas przekwalifikowania zawodowego i poszukiwania nowego zatrudnienia;

Składka na ubezpieczenie społeczne (zdrowotne) jest świadczeniem pieniężnym, które posiada takie cechy jak: bezwarunkowość, przymusowość, opłatność i celowość (Podstawka 2010). Wysokość składki na ubezpieczenie emerytalne, rentowe i chorobowe jest równa dla wszystkich ubezpieczonych niezależnie od tytułu ubezpieczenia i wyliczana jest na podstawie ustawy o systemie ubezpieczeniowym z dnia 13 października 1998 r. Finanse przeznaczone na opłatę składek pochodzą z własnych środków płatnika i ubezpieczonego. Procentowy udział ubezpieczonego i płatnika przedstawia Tabela 3.

Rolnicy, którzy prowadzą gospodarstwo rolne i posiadają ubezpieczenie społeczne są zobowiązani do wnoszenia składek ubezpieczenia społecznego za siebie oraz za osoby pracujące w gospodarstwie podlegające ubezpieczeniu. Początkowo skład-

allowance paid during professional retraining and seeking new employment;

The social (health) insurance contribution is a cash benefit that has the following features: unconditional, compulsory, payable and purposeful (Podstawka 2010). The amount of contributions for retirement, disability and sickness insurance is equal for all insured persons, regardless of the insurance title, and is calculated on the basis of the Act on the Insurance System of October 13, 1998. The finances for the payment of contributions come from the payer's and the insured's own funds. The percentage share of the insured and the payer is presented in Table 3.

Farmers who run a farm and have social insurance are required to pay social security contributions for themselves and for persons working on the farm covered by insurance. Initially, contributions were calculated quarterly, and since October 2009 they are calculated for each month. As in the case of employee insurance in ZUS, the contribution in KRUS is not a single total contribution, but is divided into retirement and disability pension contributions as well as accident, sickness and maternity insurance contributions according to the type of risk.

The monthly amount of the contribution for retirement and disability pension insurance for each insured farmer owning less than 50 ha of agricultural conversion area is 10% of the basic pension. In the case of having a larger farm, the farmer is obliged to pay an additional premium, the amount of which is given in Table 4.

In the case of farmers running another non-agricultural economic activity simultaneously with the farm, the amount of the basic contribution for retirement and disability pension insurance is calculated twice. The monthly rate for accident, sickness and maternity insurance is determined at the basic rate for each farmer, regardless of whether the farmer works only on the farm or his farm exceeds 50 ha and whether he also has additional employment.

Tabela 3. Procentowy udział ubezpieczonego i płatnika w finansowaniu składek w 4 rodzajach ubezpieczeń społecznych
Table 3. Percentage share of the insured and the payer in financing contributions in 4 types of social insurance

Rodzaj ubezpieczenia/ Type of insurance	Płatnik/ Payer	Ubezpieczony/ Insured	Osoby, które są płatnikami składek na własne ubezpieczenia/ People who are premium payers for their own insurance
Emerytalne/ Retirement	9,76%	9,76%	19,52%
Rentowe/ Profitable	1,5%	6,5%	8%
Chorobowe/ Sickness	0,00%	2,45%	2,45%
Wypadkowe/ Accidental	% ustalony w różnej wysokości/ % fixed at different rates	0,00%	% ustalony w różnej wysokości/ % fixed at different rates

Źródło: Lewtak 2020.
Source: Lewtak 2020.

ki naliczane były kwartalnie zaś od października 2009 r. obliczane są na każdy miesiąc. Podobnie jak przy ubezpieczeniu pracowników w ZUS, składka w KRUS nie ma charakteru jednolitej składki łącznej lecz jest podzielona ze względu na rodzaj ryzyka na składkę emerytalno-rentową oraz składkę na ubezpieczenie wypadkowe, chorobowe i macierzyńskie.

Miesięczna kwota składki na ubezpieczenie emerytalno-rentowe za każdego ubezpieczonego rolnika posiadającego mniej niż 50 ha przeliczeniowych użytków rolnych stanowi 10% emerytury podstawowej. W przypadku posiadania większego gospodarstwa rolnik zobowiązany jest do opłacania dodatkowej składki, której wysokość podaje Tabela 4.

W przypadku rolników prowadzących równocześnie z gospodarstwem rolnym inną pozarolniczą działalność gospodarczą wysokość składki podstawowej na ubezpieczenie emerytalno-rentowe nalicza się podwójnie. Miesięczna stawka na ubezpieczenie wypadkowe, chorobowe i macierzyńskie ustalane jest w podstawowej wysokości za każdego rolnika niezależnie czy rolnik pracuje tylko w gospodarstwie czy jego gospodarstwo przekracza 50 ha i czy ma też dodatkowe zatrudnienie.

Świadczenia z tytułu ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych

Z tytułu ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych, osoby ubezpieczone w przypadku wystąpienia zdarzenia ryzyka, korzystają ze świadczeń pieniężnych lub świadczeń w naturze. Celem świadczeń wypłacanych z ubezpieczenia społecznego jest zaspokojenie potrzeb powstałych na skutek zdarzenia spowodowanego dowolnym rodzajem ryzyka w określonych okolicznościach życiowych, które wymagają ochrony. Rodzaje świadczeń wypłacanych z ubezpieczenia społecznego przedstawia rysunek 2.

W sferze ubezpieczeń zdrowotnych mamy do czynienia z świadczeniami rehabilitacyjnymi, zasiłkiem chorobowym, zasiłkiem wyrównawczym, zasiłkiem opiekuńczym i zasiłkiem macierzyńskim. Prawo do wypłaty zasiłku chorobowego ubezpieczony nabywa w sytuacji niezdolności do pracy trwającej dłużej niż 182 dni spowodowanej chorobą w czasie trwania ubezpieczenia zdrowotnego. W przypadku, gdy ubezpieczony zachorował na gruźlicę lub jest w ciąży okres przysługiwania zasiłku chorobowego wydłuża się do 270 dni. Osobą ubezpieczoną, aby mogła otrzymać świadczenie chorobowe, powinna podlegać obowiązkowemu ubezpieczeniu i nieprzerwanie przebywać 30 dni na zwolnieniu chorobowym. Istnieje szereg innych obwarowań wypłaty świadczenia chorobowego. Zasiłek chorobowy wypłacany jest, co miesiąc a jego wysokość stanowi 80% podstawy wymiaru zasiłku. Świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu, który wykorzystał zasiłek chorobowy i nadal wymaga leczenia lub rehabilitacji leczniczej. Zasiłek wyrównawczy jest wypłacany w sytuacji

Tabela 4. Dodatkowa składka na ubezpieczenia emerytalno-rentowe w KRUS

Table 4. Additional contribution to the pension insurance scheme in KRUS

Procent od emerytury podstawowej/ Percentage on the basic pension	Wielkość użytków rolnych w hektarach przeliczeniowych/ The size of agricultural land in conversion hectares
12	Od 50 do 100/ From 50 to 100
24	Od 101 do 150/ From 101 to 150
36	Od 151 do 300/ From 151 to 300
48	Od 301 i więcej/ From 301 and more

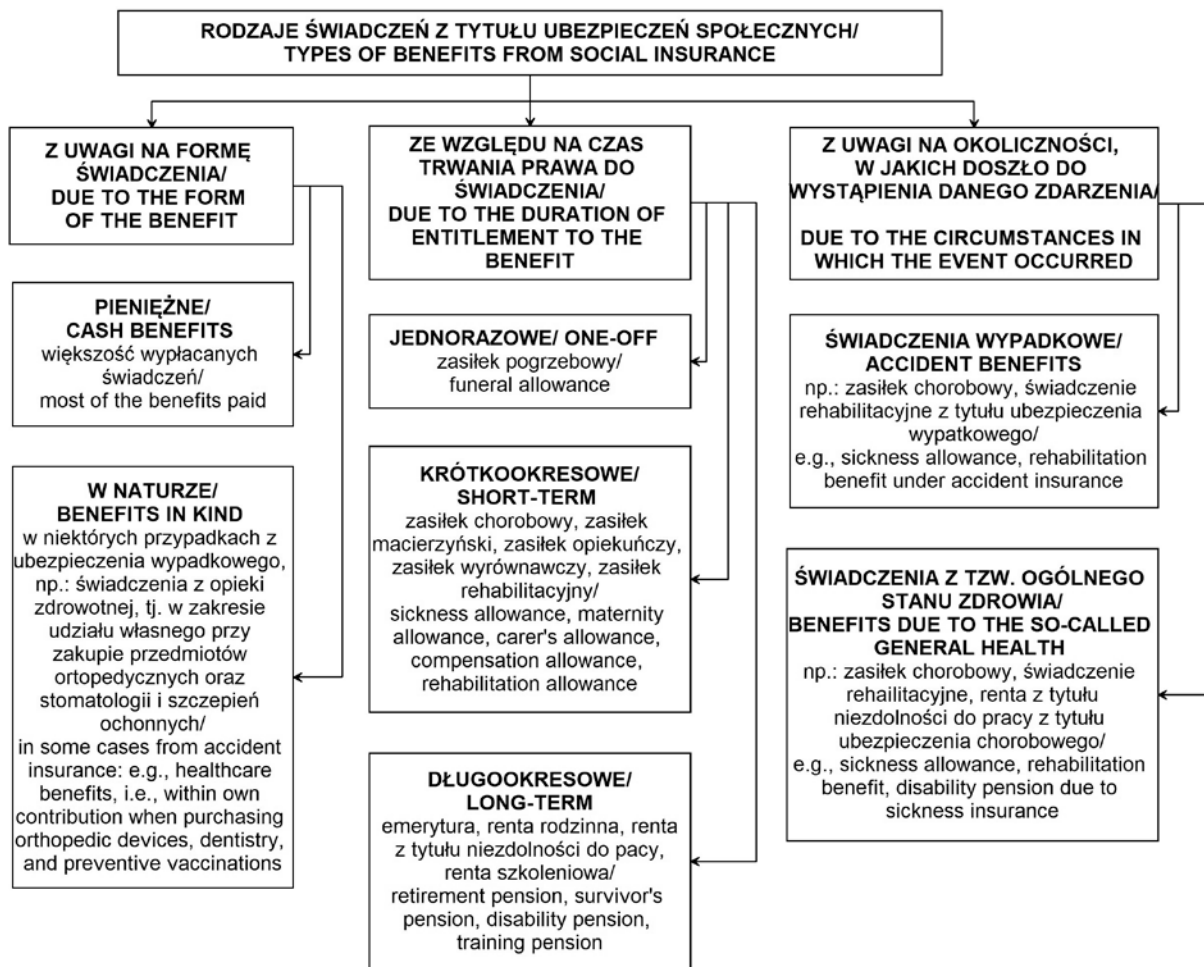
Źródło: Lewtak 2020.

Source: Lewtak 2020.

Social and health insurance benefits

Under social and health insurance, insured persons receive cash benefits or benefits in kind when a risk event occurs. The purpose of social insurance benefits is to meet the needs arising from an event caused by any type of risk in certain life circumstances which require protection. The types of social insurance benefits are presented in Figure 2.

In the field of health insurance, we are dealing with rehabilitation benefits, sickness allowance, compensatory allowance, care allowance and maternity allowance. The insured person acquires the right to sickness benefit if he / she is unable to work for more than 182 days due to illness during the health insurance period. If the insured person falls ill with tuberculosis or is pregnant, the period of entitlement to sickness benefit is extended to 270 days. In order to be able to receive sickness benefits, the insured person should be subject to compulsory insurance and be on sick leave continuously for 30 days. There are a number of other restrictions on the payment of sickness benefit. Sickness benefit is paid monthly and its amount is 80% of the basis for the benefit calculation. Rehabilitation benefit is granted to an insured person who has used the sickness benefit and still requires treatment or rehabilitation. Compensation allowance is paid when an employee needs to undergo vocational rehabilitation after an accident at work or an occupational disease. Maternity allowance is granted to an insured person who gave birth to a child during health insurance or during the parental leave or took a child to raise a foster family. Maternity allowance amounts to 100% of the calculation basis of the allowance. In



Rycina 2. Rodzaje świadczeń wypłacanych z ubezpieczeń społecznych

Figure 2. Types of benefits paid from social insurance

Źródło: Podstawka M. (red.), *Finanse*, s. 375.

Source: Podstawka M. (ed.), *Finanse*, p. 375.

konieczności poddania się pracownika rehabilitacji zawodowej po wypadku przy pracy lub chorobie zawodowej. Zasiłek macierzyński przysługuje ubezpieczonej, która w czasie ubezpieczenia zdrowotnego lub w czasie trwania urlopu wychowawczego urodziła dziecko lub przyjęła na wychowanie dziecko w ramach rodziny zastępczej. Zasiłek macierzyński wynosi 100% podstawy wymiaru zasiłku. Prawo do zasiłku macierzyńskiego przysługuje w określonych sytuacjach również ojcu dziecka. Czas pobierania zasiłku jest uzależniony od trwania urlopu macierzyńskiego. Zasiłek opiekuńczy w wysokości 80% podstawy wymiaru zasiłku przysługuje osobie ubezpieczonej zwolnionej z wykonywania pracy w związku z koniecznością osobistego sprawowania pieczy należącej do jego rodziny. Ogólnie, zasiłki przyznawane w ramach ubezpieczeń zdrowotnych wiążą się ze świadczeniami opieki zdrowotnej, które mają na celu zachowanie, ratowanie, przywracanie i poprawę stanu zdrowia w wyniku różnych działań medycznych nastawionych na proces leczenia czy zapobieganie wystąpieniu choroby.

certain situations, the child's father is also entitled to maternity allowance. The duration of the allowance depends on the duration of the maternity leave. The carer's allowance in the amount of 80% of the allowance calculation basis is granted to the insured person who is exempt from work due to the need to personally exercise care of his family. Generally, health insurance benefits are related to health care benefits that are designed to preserve, save, restore and improve health through various medical measures aimed at treating or preventing disease.

Potrzeby zdrowotne i ich zaspokojenie w badaniach własnych

Utrzymywanie dwóch systemów ubezpieczeń społecznych w Polsce odrębnie obsługujących pracowników i rolników ma charakter dyskusyjny. Od strony państwa systemy te oceniane są głównie pod kątem kosztów społecznych i kosztów publicznych. Różnią się te systemy pod względem organizacyjno-prawnym i pod względem kosztów. Dotychczas jednak nie podjęto próby skutecznego scalenia czy ujednoczenia tych systemów. Od strony odbiorców usług społecznych i zdrowotnych zapewnianych przez system ZUS i KRUS oceny również nie są takie same. Podjęto, więc badania sondażowe mające na celu określenie poziomu zadowolenia uczestników systemów ubezpieczeniowych, tj. pracowników i rolników z usług w sferze ochrony zdrowia zapewnianych przez systemy ZUS i KRUS. Badania przeprowadzono metodą ankietową przy użyciu strony internetowej www.survio.com, portalu społecznościowego Facebook i ankiet wypełnionych przez przypadkowo spotkane osoby w dniach badania.

Próbie badawczą tworzą 162 osoby, w której 107 osób (66%) stanowią kobiety i 55 osób (34%) – mężczyźni. W badaniu wzięło udział 54% osób ubezpieczonych w ZUS i 46% osób korzystających z ubezpieczenia w KRUS. W próbie znalazło się 35 pracowników, 48 rolników i 59 studentów, z czego 33 pochodziło z rodzin pracowniczych i 26 z rodzin rolniczych. Najliczniejszą grupę wśród badanych stanowiły osoby w wieku 20-30 lat (60 osób), o czym decydował głównie wysoki udział studentów. W tej grupie dominowali ubezpieczeni w ZUS (38 osób). Grupa wiekowa 31-40 lat, licząca łącznie 56 osób, była bardziej wyrównana (30 osób ubezpieczonych w ZUS i 26 w KRUS), natomiast wśród respondentów w wieku 41-50 lat (35 osób) dominowała grupa ubezpieczonych w KRUS (15 osób). W wieku 51 i więcej lat, liczącej 21 osób, proporcje między ubezpieczonymi w ZUS i KRUS były wyrównane (10:11).

Najliczniejszej biorącej w badaniu grupie studentów (59 osób) niewiele ustępowała pod względem liczby grupa osób z wyższym wykształceniem (57 osób), w której dominowali pracownicy (36 osób) zaś liczba rolników wynosiła 21. Grupa respondentów z wykształceniem średnim licząca łącznie 32 osoby miała zbliżone ilości pracowników (17 osób) i rolników (15 osób). W pozostałej grupie osób z wykształceniem średnim (12) i podstawowym (2 osoby), 12 osób stanowili rolnicy ubezpieczeni w KRUS.

W badanej grupie respondentów 72 osoby zamieszkiwały wieś, w tym 68 stanowili ubezpieczeni w KRUS i 6 ubezpieczeni w ZUS. Niemal identyczna liczba respondentów (73 osoby) pochodziła z miasta Biała Podlaska (powyżej 50 tys. mieszkańców), a tylko 15 osób wywodziło się z miast mniejszych.

Jednym z celów badania było uzyskanie samooceny własnego zdrowia respondentów. Zdecydowana większość badanych oceniła stan swojego

Health needs and their satisfaction in own research

Maintaining two social insurance systems in Poland that separately support workers and farmers is debatable. From the state side, these systems are assessed mainly in terms of social and public costs. These systems differ in terms of organization, law and costs. So far, however, no attempts have been made to effectively integrate or standardize these systems. From the point of view of the recipients of social and health services provided by the ZUS and KRUS systems, the assessments are also not the same. Therefore, a survey was undertaken to determine the level of satisfaction of insurance system participants, i.e., employees and farmers, with health care services provided by ZUS and KRUS systems. The research was carried out using the survey method using the website www.survio.com, social networking site Facebook and surveys filled in by randomly met people on the days of the study.

The research sample consists of 162 people, of which 107 people (66%) are women and 55 people (34%) – men. 54% of people insured in ZUS and 46% of people insured in KRUS participated in the survey. The sample included 35 employees, 48 farmers and 59 students, of which 33 came from working families and 26 from farming families. The most numerous group among the respondents were people aged 20-30 (60 people), which was mainly due to the high proportion of students. This group was dominated by the insured with ZUS (38 people). The 31-40 age group, with a total of 56 people, was more balanced (30 people insured in ZUS and 26 in KRUS), while the group of those insured in KRUS (15 people) dominated among the respondents aged 41-50 (35 people). At the age of 51 and more, 21 people, the proportions between the insured in ZUS and KRUS were equal (10:11).

The most numerous group of students in the study (59 people) was slightly lower in terms of the number of people with higher education (57 people), where employees dominated (36 people) and the number of farmers was 21. The group of respondents with secondary education, totaling 32 people, had a similar number of employees (17 people) and farmers (15 people). In the remaining group of people with secondary (12) and primary (2) education, 12 people were farmers insured with KRUS.

In the surveyed group of respondents, 72 people lived in rural areas, including 68 people insured in KRUS and 6 insured in ZUS. An almost identical number of respondents (73 people) came from the city of Biała Podlaska (over 50,000 inhabitants), and only 15 people came from smaller cities.

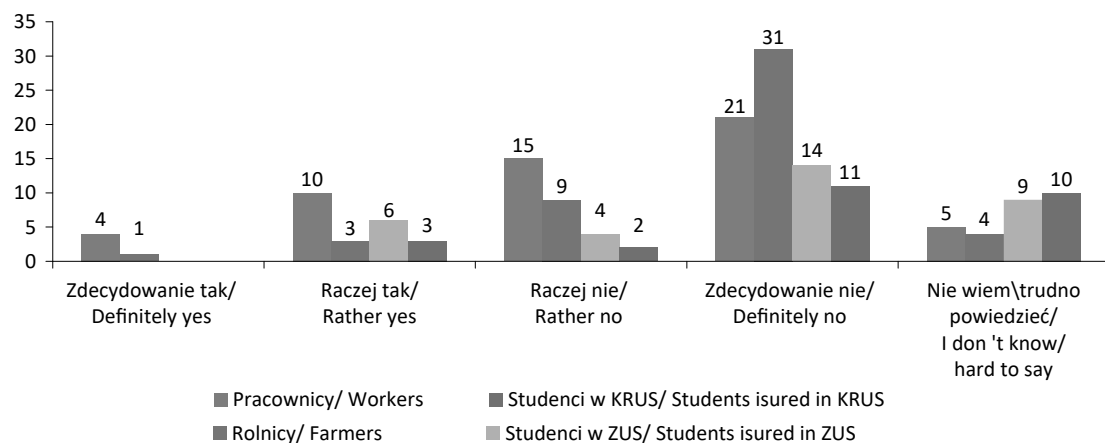
The vast majority of respondents assessed their health as very good (79 people) and rather good (78 people). The rather optimistic results of this study result from the selection of the research sample, in

zdrowia jako bardzo dobry (79 osób) i raczej dobry (78 osób). Dosyć optymistyczne wyniki tego badania wynikają raczej z doboru próby badawczej, w której jest wysoki udział ludzi młodych do 40 roku życia, niż faktycznie dobrego stanu zdrowia społeczności miasta i środowisk wiejskich. Respondenci w każdej badanej grupie wskazywali na obecność chorób przewlekłych w ich rodzinach.

Jedną z najważniejszych celów badania było określenie poziomu zadowolenia z publicznej opieki zdrowotnej oraz ocena jakości realizowanych świadczeń zdrowotnych w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Uzyskane wyniki dotyczące poziomu zadowolenia przedstawiają rysunki 3 i 4. Wszystkie rysunki sporządzone zostały na podstawie wyników badań własnych.

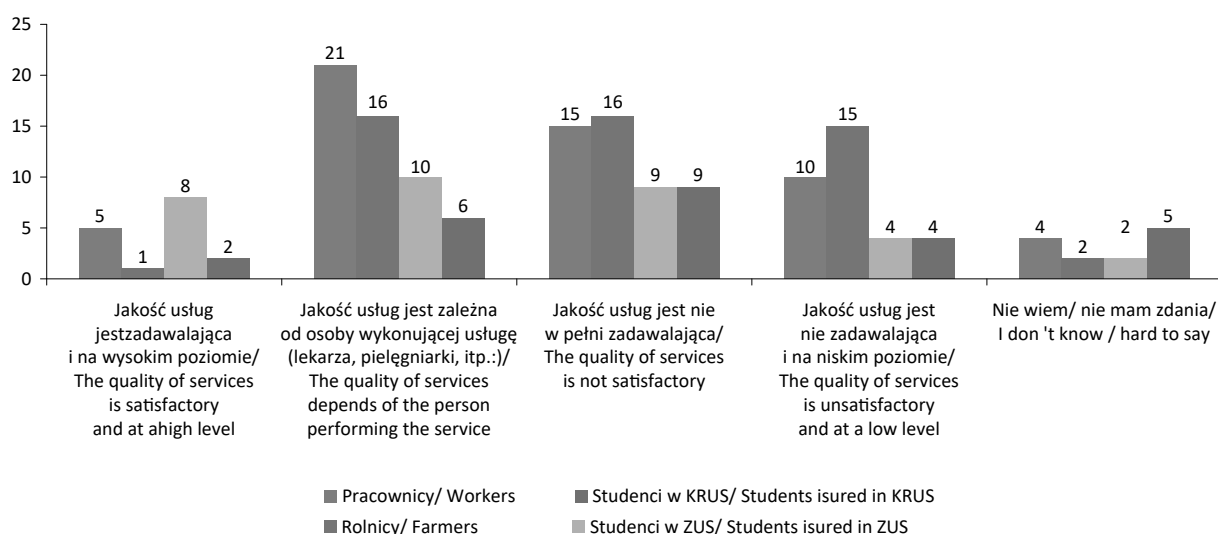
which there is a high proportion of young people up to 40 years of age, rather than the good health of the urban community and rural environments. Respondents in each study group indicated the presence of chronic diseases in their families.

One of the most important objectives of the study was to determine the level of satisfaction with public health care and to assess the quality of health services provided in public health care institutions. The obtained results regarding the level of satisfaction are presented in Figures 3 and 4.



Rycina 3. Poziom zadowolenia pacjentów z obecnego systemu opieki zdrowotnej
Figure 3. Patient satisfaction with the current healthcare system

Źródło: Lewtak 2020.
Source: Lewtak 2020.



Rycina 4. Jakość świadczeń zdrowotnych finansowanych w ramach NFZ
Figure 4. Quality of health services financed by the National Health Fund

Źródło: Lewtak 2020.
Source: Lewtak 2020.

Ocena poziomu zadowolenia z publicznej opieki zdrowotnej

Z rysunku 3 wynika, że liczba zadowolonych w pełni i częściowo jest niewielka, w grupie pracowników udział tej grupy w badanej populacji wynosił 25% zaś w grupie rolników tylko niewiele ponad 8%. W grupie pracowników niezadowoleni stanowili łącznie 65.45% zaś w grupie rolników aż 83.33%. Studenci wykazywanie nieco wyższy poziom zadowolenia z obecnego systemu opieki zdrowotnej, co po części może być wynikiem mniejszej częstotliwości z korzystania z usług zdrowotnych z racji młodszego wieku. Studenci stanowili też najliczniejszą w badanej zbiorowości grupę, która nie miała rozważań co do funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Z usług podstawowej opieki lekarskiej częściej korzystają ubezpieczeni w ZUS niż w KRUS. Odsetek pracowników, którzy korzystają z usług lekarza rodzinnego refundowanych w NFZ częściej niż raz w roku wynosi wśród pracowników 63% zaś wśród rolników 54%. Częściej niż raz na pół roku udaje się do tego lekarza 37% ubezpieczonych w ZUS i tylko 18% ubezpieczonych w KRUS.

W grupie pracowników i studentów ubezpieczonych w ZUS 35,23% badanych zadeklarowało, że jakość usług zdrowotnych jest zależna od pracowników udzielających usługę, a 27,27% korzystających z tych usług nie jest z nich w pełni zadowolona a 15,91 % twierdzi, że jakość usług jest niska. Na jakość usług skarżą się zwłaszcza rolnicy (Rys. 4). Wszystkie grupy świadczeniobiorców nie są zadowolone z poziomu wypłacanych zasiłków zarówno w systemie ubezpieczeń pracowniczych jak i rolniczych (Rys. 5).

To jest przyczyną poszukiwania dodatkowego, prywatnego źródła ubezpieczenia w zabezpieczeniu potrzeb zdrowotnych, co występuje, aczkolwiek dość rzadko, głównie wśród pracowników (Rys.6).

Taka sytuacja może wynikać z ograniczonych możliwości finansowych i skłonności do poszukiwania dodatkowych, prywatnych sposobów zabezpieczenia ochrony zdrowia. Z rys. 7 wynika, że badane osoby na dodatkowe, prywatne ubezpieczenia

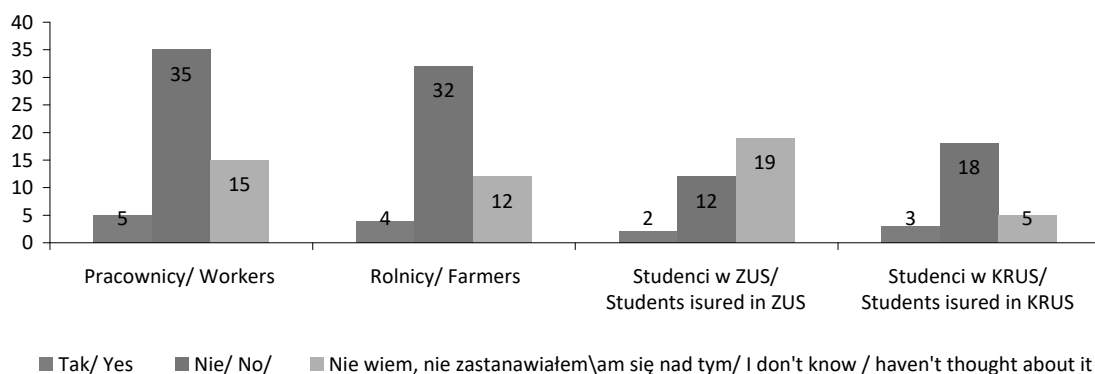
Assessment of the level of satisfaction with public health care

Figure 3 shows that the percentage of fully and partially satisfied people is low, in the group of employees the share of this group in the studied population was 25%, while in the group of farmers it was only slightly over 8%. In the group of employees, dissatisfied constituted a total of 65.45%, and in the group of farmers it was 83.33%. Students show a slightly higher level of satisfaction with the current health care system, which may in part be the result of less frequent use of health services due to a younger age. Students were also the most numerous groups among the surveyed, they had no knowledge as to the functioning of the healthcare system. Basic medical care services are more often used by the insured at ZUS than at KRUS. The percentage of employees who use GP services reimbursed by the National Health Fund more than once a year is 63% among employees and 54% among farmers. More often than once every six months, 37% of those insured in ZUS and only 18% of those insured in KRUS visit this doctor.

In the group of employees and students insured with ZUS, 35.23% of respondents declared that the quality of health services depends on the employees providing the service, and 27.27% of those using these services are not fully satisfied with them, and 15.91% say that the quality of services is poor. Farmers complain about the quality of services in particular (Fig. 4). All groups of beneficiaries are not satisfied with the level of benefits paid both in the employment and agricultural insurance systems (Fig. 5).

This is the reason for the search for an additional, private source of insurance to cover health needs, which occurs, although quite rarely, mainly among employees (Fig. 6).

Such a situation may result from limited financial possibilities and the tendency to look for additional, private methods of securing health protection. Figure 7 shows that the surveyed people are able

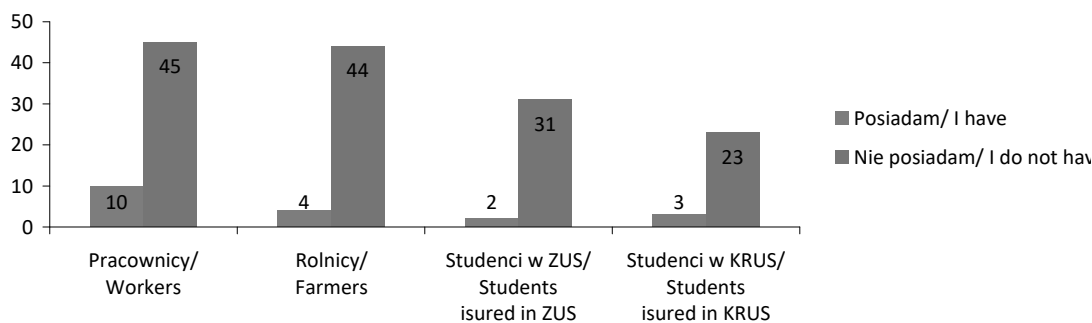


Rycina 5. Poziom zadowolenia z wysokości wypłacanych zasiłków z ubezpieczeń zdrowotnych

Figure 5. Level of satisfaction with the amount of paid health insurance benefits

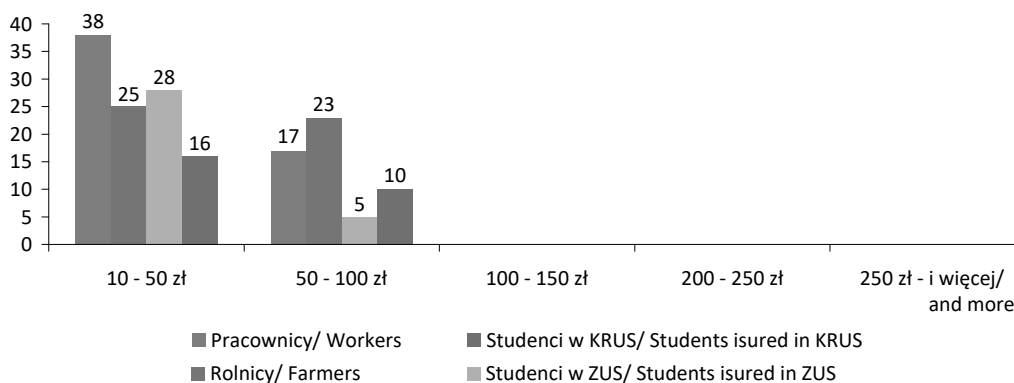
Źródło: Lewtak 2020.

Source: Lewtak 2020.



Rysunek 6. Posiadanie prywatnego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego wśród badanych
Figure 6. Having private additional health insurance among the respondents

Źródło: Lewtak 2020.
 Source: Lewtak 2020.



Rycina 7. Skłonność do wydatkowania na dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne przez badanych
Figure 7. Willingness of the respondents to spend on additional health insurance

Źródło: Lewtak 2020.
 Source: Lewtak 2020.

zdrowotne są w stanie przeznaczyć niewielkie kwoty nieprzekraczające 100 zł miesięcznie.

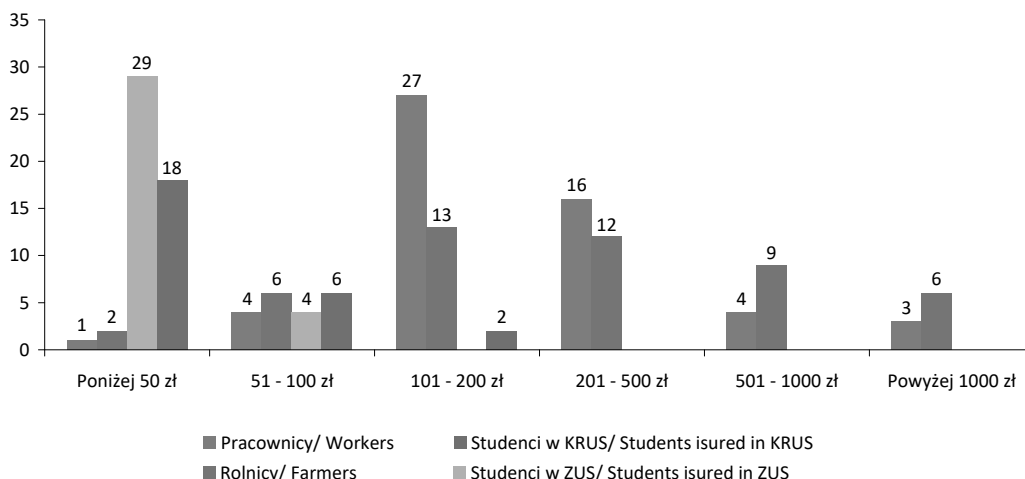
Potwierdzają to częściowo dane dotyczące faktycznie poniesionych kosztów na prywatne usługi zdrowotne w ciągu ostatnich 12 miesięcy (Rys.8). Wydatki na prywatne usługi zdrowotne w wysokości do 100 zł zadeklarowało 43% respondentów, identyczny odsetek respondentów wydatkowało na te usługi w granicach od 100 do 500 zł, natomiast wydatki w wysokości 501 zł i więcej poniosło 14% uczestników badania.

Motywy korzystania z prywatnych usług medycznych były dość zróżnicowane (Rys.9). Połowa rolników i studentów ubezpieczonych w KRUS za powód korzystania z prywatnej opieki zdrowotnej podaje krótszy czas oczekiwania na wizytę i zabieg, ponad jedna czwarta tego grona chwali sobie nowoczesne technologie, a 13.5% kieruje się dostępem do specjalisty bez skierowania. W grupie pracowników i studentów ubezpieczonych w ZUS 31,5% ankietowanych zwraca uwagę na większą dostępność w systemie prywatnym do nowoczesnych technologii a dalsze 26% korzysta z usług prywatnych ze względu na krótki czas oczekiwania na wizytę czy zabieg. Ważnym powodem dla tej grupy respondentów jest też wysoki poziom kompetencji prywat-

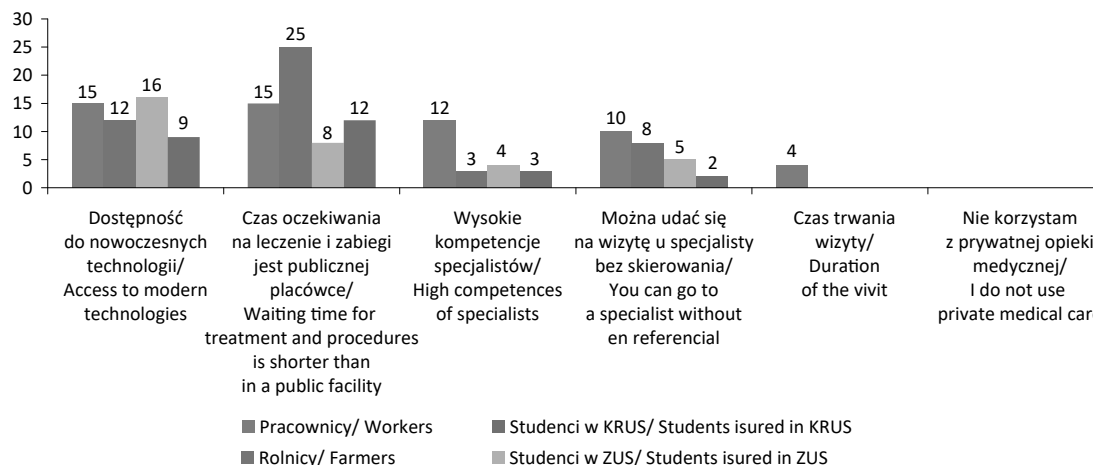
to spend small amounts not exceeding PLN 100 per month for additional private health insurance.

This is partly confirmed by the data on the actual costs incurred for private health services over the last 12 months (Figure 8). Expenditure on private health services of up to PLN 100 was declared by 43% of respondents, an identical percentage of respondents spent on these services in the range of PLN 100 to 500, while expenses of PLN 501 and more were incurred by 14% of the survey participants.

The motives for using private medical services were quite varied (Fig. 9). Half of farmers and students insured in KRUS indicate shorter waiting times for visits and treatments as the reason for using private health care, more than a quarter of this group praises modern technologies, and 13.5% is guided by access to a specialist without a referral. In the group of employees and students insured with ZUS, 31.5% of respondents point out to the greater availability of modern technologies in the private system, and a further 26% use private services due to the short waiting time for an appointment or surgery. An important reason for this group of respondents is also the high level of competences of private specialists (18%) and the possibility of



Rycina 8. Poniesione wydatki na prywatną opiekę zdrowotną przez respondentów
Figure 8. Expenditure on private healthcare incurred by the respondents
 Źródło: Lewtak 2020.
 Source: Lewtak 2020.



Rycina 9. Powody korzystania z prywatnej opieki zdrowotnej
Figure 9. Reasons for using private healthcare
 Źródło: Lewtak 2020.
 Source: Lewtak 2020.

nych specjalistów (18%), i możliwość uzyskania porady specjalisty bez skierowania. W sferze usług stomatologicznych wśród ubezpieczonych zarówno w ZUS jak i KRUS dominują usługi prywatne.

Ogólnie należy stwierdzić, że rolnicy i studenci ubezpieczeni w KRUS częściej korzystają z prywatnych usług lekarskich. Taki stan może wynikać z utrudnionego dostępu mieszkańców wsi do usług zlokalizowanych na ogół w miastach i presji czasu w warunkach rozłożonego na całe dni pracy w gospodarstwach rolnych.

Jakość prywatnych usług zdrowotnych przez 65 % respondentów uznawana jest za świadczenia na zadawalającym poziomie. Za zadawalające jakościowo prywatne usługi zdrowotne uznaje 61% ubezpieczonych w ZUS i aż 70% ubezpieczonych

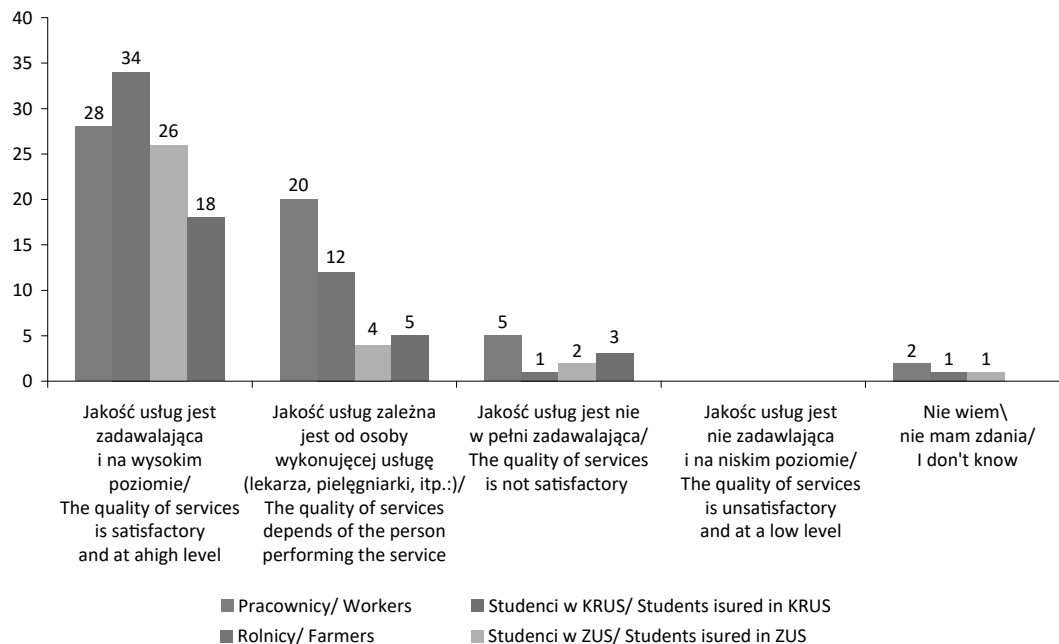
obtaining specialist advice without referral. In the field of dental services, private services dominate among those insured both at ZUS and KRUS.

In general, it should be stated that farmers and students insured in KRUS use private medical services more often. Such a condition may result from the difficult access of rural residents to services generally located in cities and the pressure of time in conditions spread over the entire days of work on farms.

The quality of private health services is considered by 65% of respondents to be of a satisfactory level. 61% of those insured in ZUS and as many as 70% of those insured in KRUS consider private health services to be satisfactory in terms of quality. Especially farmers and students insured

w KRUS. Zwłaszcza rolnicy i studenci ubezpieczeni w KRUS oceniają lepiej usługi prywatne niż publiczne usługi zdrowotne.

in KRUS assess private services better than public health services.



Rycina 10. Poziom zadowolenia z jakości świadczonych usług przez prywatną opiekę zdrowotną
Figure 10. Level of satisfaction with the quality of services provided by private health care

Źródło: Lewtak 2020.

Source: Lewtak 2020.

Zakończenie

Korzystanie z prywatnych usług opieki zdrowotnej przy posiadaniu standardowego ubezpieczenia zdrowotnego w ZUS czy KRUS świadczy, że system ubezpieczeń publicznych w Polsce nie zaspakaja w pełni potrzeb ubezpieczonych. Podjęto, zatem próbę wysondowania opinii w jakich obszarach jest on niewydolny i wymaga usprawnienia, zwłaszcza w sferze gospodarki finansowej. Respondenci zgłaszali wiele uwag dotyczących wyboru lekarza i miejsca leczenia, czasu oczekiwania na wizytę i leczenie ambulatoryjne i szpitalne oraz korzystania z rehabilitacji. Respondenci często sugerowali konieczność prawnego określenia maksymalnego oczekiwania na usługi i jawnych informacji dotyczących oczekiwania we wszystkich placówkach leczniczych w Polsce. Zarówno ubezpieczeni w ZUS jak i KRUS nie są zadowoleni z publicznej opieki zdrowotnej i uważają, że środki finansowe pochodzące ze składek nie są właściwie wykorzystane. Respondenci nie chcą dopłacać do usług o niskim standardzie realizowanych w ramach NFZ, ale nie wykluczają możliwości takich dopłat w przypadku zapewnienia usług wysokiej jakości. Rolnicy częściej niż pracownicy są niezadowoleni, nie tylko z jakości usług, ale także z wysokości wypłacanych świadczeń zdrowotnych wypłacanych przez KRUS. Dlatego też częściej niż pracownicy korzystają z prywatnych gabinetów lekarskich. Znaczna część

Summary

The use of private healthcare services with standard health insurance in ZUS or KRUS proves that the public insurance system in Poland does not fully meet the needs of the insured. Therefore, an attempt was made to probe the opinions in which areas it is inefficient and requires improvement, especially in the sphere of financial management. The respondents made many comments regarding the choice of a doctor and place of treatment, waiting time for an appointment, outpatient and inpatient treatment, and the use of rehabilitation. The respondents often suggested the necessity to legally define the maximum expectation for services and open information on expectations in all treatment facilities in Poland. Both ZUS and KRUS insured persons are not satisfied with public health care and believe that the funds from contributions are not properly used. The respondents do not want to subsidize low-standard services provided by the National Health Fund, but do not exclude the possibility of such subsidies in the case of providing high-quality services. Farmers are more often than employees dissatisfied, not only with the quality of services, but also with the amount of health benefits paid out by KRUS. Therefore, they use private doctor's offices more often than employees. A significant proportion of the respondents – 72% of those insured in ZUS and 68% of those insured

badanych – 72% korzystających z ubezpieczenia w ZUS i 68% ubezpieczonych w KRUS – uważa, że każdy powinien mieć możliwość wyboru między obowiązkowym płaceniem składek na ubezpieczenie publiczne a możliwością samodzielnego ponoszenia kosztów swojego leczenia przy możliwości wykupienia ubezpieczeń prywatnych. Badani nie są jednak gotowi, aby zapłacić większą stawkę na ubezpieczenie zdrowotne nawet przy obietnicy zapewnienia wysokiej jakości usług.

System ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce przeszedł wiele reform, ale nadal jest niezadawalający i wymaga dalszych udoskonaleń. Uciążliwe jest zwłaszcza długie w ramach ubezpieczenia publicznego oczekiwanie na wizytę, zwłaszcza do specjalistów oraz na zabiegi operacyjne. Wzrost ogólnej świadomości zdrowotnej i starzenie się społeczeństwa zwiększają zapotrzebowanie i popyt na usługi zdrowotne. Rozwijający się dynamicznie system prywatnej opieki zdrowotnej jest dostępny dla grup o wyższych dochodach i w znacznym stopniu uzupełnia niedomagania systemu publicznego. Nie idzie za tym tak szybko rozwój prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, a wyróżnienie w systemie publicznym odrębności ubezpieczeń pracowników i rolników jest także często krytykowane. Niski poziom dochodów znacznej części rolników przemawia jednak za utrzymaniem systemu ubezpieczeń w KRUS.

in KRUS – believe that everyone should be able to choose between the compulsory payment of public insurance contributions and the possibility of bearing the costs of their own treatment while purchasing private insurance. However, the respondents are not ready to pay a higher rate for health insurance, even with the promise of providing high-quality services.

The health insurance system in Poland has undergone many reforms, but it is still unsatisfactory and requires further improvements. The long waiting time under public insurance for an appointment, especially for specialists and for surgical procedures, is particularly burdensome. Increasing general health awareness and an aging population increase the demand for and demand for health services. The dynamically developing private healthcare system is accessible to higher income groups and largely complements the shortcomings of the public system. The development of private health insurance is not so fast, and the distinction in the public system of separate insurance for employees and farmers is also often criticized. The low level of income of a significant part of farmers speaks for maintaining their insurance system in KRUS.

Literatura/ References:

1. Alińska, A., Woźniak, B. (red.). (2015). *Współczesne finanse publiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Delfin.
2. Bromber P. (2014). Rola i funkcjonowanie NFZ w systemie ochrony zdrowia. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego nr 802, Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia*, 65(2014), 1-17.
3. Głowacka, M.D., Zdanowska, J. (2013). *Zdrowie publiczne w Polsce*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska SA.
4. Grycner, S. (2015). *Polityka zdrowotna*. Warszawa: Wydawnictwo CeDeWu Sp. z o.o.
5. Handschke, J., Monkiewicz, J. (red.). (2010). *Ubezpieczenia, podręcznik akademicki*. Warszawa: Wydawnictwo Poltext.
6. Iwanicz-Drozdowska, M. (red.). (2018). *Ubezpieczenia*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
7. Jędrusik-Jankowska, I. (2007). *Pojęcie i konstrukcja prawna ubezpieczenia społecznego*. Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis.
8. Jedynek, T. (2016). Ryzyko starości a dodatkowy system emerytalny w Polsce. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie*, 8(956), 5-22. <https://doi.org/10.15678/ZNUEK.2016.0956.0801>
9. Lewtak, B. (2020). *Ubezpieczenie zdrowotne rolników i pracowników – studium porównawcze*. Praca magisterska na Wydziale Nauk Ekonomicznych Państwowej Szkoły Wyższej im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej.
10. Morris, S., Devlin, N., Parkin, D. (2011). *Ekonomia w ochronie zdrowia*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o.
11. Muszalski, W. (2006). *Ubezpieczenie społeczne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
12. Podstawka, M. (red.). (2010, 2017). *Finanse, instytucje, instrumenty i podmioty, rynki, regulacje*. Warszawa: PWN.
13. Ronka-Chmielowiec, W. (red.). (2002). *Ubezpieczenia. Rynek i ryzyko*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
14. Wojtyniak, B., Goryński, P. (red.). (2018). *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowanie*. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, Państwowy Zakład Higieny.
15. Znaniecka K., Wieczorek-Kosmala M. (red.). (2014). *Systemy ubezpieczeń, aspekty finansowe*, wyd. pierwsze. Warszawa: CeDeWu Sp.z o.o.