

e-Finanse : finansowy kwartalnik  
internetowy  
Nr 2/2008

**Paweł J. Dąbrowski**

## **E-business – a look at strategy**

### **History Lessons...**

Let's have a look at the history lesson: It was the British who invented the tank. But then they learned first-hand how awkward and unreliable those first "applications" were. And they have lost much of enthusiasm for it. The Germans – on the other hand - knew perfectly well how a soldier felt being attacked by the steel covered, fire-spitting beast.

And they developed not only great product (pardon- weapon) on a great scale (was it markets share?) but also superior (business?) strategy.

With a clever use of complementary 'products and services' (air force, paratroopers etc.) their global strategy threatened much stronger 'competitors'.

Does it come to a surprise that one of them – Russia had had not only much bigger market capitalisation (oops – population) but also a superior product? Yes, in 1941 Russian swift T-34 and heavy KV were *better products* than German *Panzerkampfwagen*.

The lesson?

Firstly, if you want to stay competitive, your new groundbreaking technologies cannot be abandoned – or even pushed onto a backburner. Secondly, to succeed it is also not enough to develop competitive technology.

Those companies (and countries) that will not only accept that but also develop and implement appropriate e-strategy (as well as complementary products and services) will be the big winners of the accelerating competition race.

It has been recognised in the e-commerce literature three key drivers were the focus:

- Cost reduction - due to client's self-service and error reduction that was the plague of manual systems;
- Speed – achieved due to connection of various, till now separate systems
- 24/7 data and service availability – due to automatized e-systems (Gates, 2000, Kalakota and Robinson, 1999).

### **E-business - where are we?**

*The horse is here to stay,  
but the automobile is only a novelty, a fad!*  
- investment advice given to the Henry Ford's lawyer in 1903

We are at the beginning of a new era. It is the author's belief that the modern e-technologies will change the way we live and conduct business as much as the invention of the car did.

Slightly changing Clarke's /1998/ definition we can define e-business as a "*focus on conducting business with the assistance of the electronic telecommunication media*". It implies that it is only a development stage, and once e-business is generally accepted and implemented the focus will not be needed any more<sup>1</sup>. That coincides, for instance, with Moussi and Davey's conclusions /2001/.

The electronic telecommunication media I would include (in particular) the Internet, WAP technologies and incoming TV-based data transmission. Quite possibly the list will never be completed. This means, that while current e-business practices are likely to become part of everyday business, amazing new technologies will come and present us with new opportunities and new challenges.

---

<sup>1</sup> Or maybe it will?

The e-potential is enormous. Equally enormous was however, the disappointment of thousands of investors that saw their stocks plummeting, and hundreds of companies that did not see ‘e-promises’ not being delivered.

It has been estimated for instance that “less than 50% enterprise wide CRM initiatives will generate a payback by 2004” /Gartner, 2000”/

Many highly acclaimed e-ventures have folded, for instance US ‘Webvan’ discussed briefly later and Australian “WinePlanet”. Others like the famous ‘Big Three’<sup>2</sup> venture Convisint /Meredith, 2001/ have enormous problems.

The problem is not limited to e-commerce – it is an industry-wide problem. Paul Strassman in his book “The Squandered Computer: Evaluating the Business Alignment of Information Technologies” demonstrates there is no correlation in spending on computers and profitability! Whatsoever!

Some of those problems (in the area of e-business) can be attributed to the “gold rush mentality” among investors. This is a story that repeating itself again and again: from the “tulip crash” of 1637 in the Netherlands, through the real estate crash of the eighties to the boom and bust of the ‘Asian Miracle’.

Some of them however are clearly results of bad business design. It would be hard to find a more “to the point” case, than the arguably most powerful organisation in the world – the Pentagon.

As reported by the *Entrepreneur’s Edge* /Edward Lowe Report, 2001/ the Defence Logistics Agency implemented a computer system, which plainly ‘accepted an offer if it was no more than 25% higher than the agency previously paid for the same item’. As a result, suppliers learned to keep raising prices in smaller steps...

The other side of the coin is that the success of Microsoft can not really be attributed only to Bill’s computer genius.

Lotus 123, then Quattro-Pro had a better spreadsheet; ‘Windows’ was just imitation of *Apple’s* solution, which in turn originated from Xerox’s Palo Alto Research Centre /Wallace, 1993, 1998/. And Netscape *used to be* a much better Internet browser!

It’s the business skills and negotiation skills that drove Microsoft to the position where it is now.

James Wallace, author of Gates’ most comprehensive biographies characterises Bill (in the age of 21) in the following manner:

‘The skinny kid with the dandruff and uncombed mop haircut not only understood software; he was a brilliant negotiator.’

## Education for e-commerce commerce practice

“Specialists who never look beyond own domain are apt to see things out of true proportion; ... they work away at the details of old problems which have lost much of their significance and have been supplanted by new questions rising out of new points of view.”

Alfred Marshall *Principles of Economics* 1920.

So, a brave new e-world is coming. But - are we prepared for this revolution? Are universities providing appropriate education in this respect? Conference organisers are asking: *how should we be defining future directions?*

In my opinion the answer depends upon the fundamental question: *Whom do we want to educate?*

Do we want to produce *employees* for the IT industry with the best job prospects’?

Let’s leave alone for a while (but please keep that at the back of your mind) the notion of “enlightened citizens” – which used to be *The Mission of Universities*.

So – let’s just be practical.

What about creating *entrepreneurs* and *employers*? Captains of industry? What about helping people to understand the nature of e-business so that they can be enlightened *investors* /Kiyosaki, 1999/

---

<sup>2</sup> i.e. GM, Ford and Chrysler-Benz

While educating IT professionals: wouldn't it be wise to devote more attention to the business education of IT professionals, so that they will know better *why* they are doing certain tasks, and will *understand* their *context* and *implications*?

So that we can avoid Pentagon-like blunders and have some Australian Microsoft-like successes.

## The Holistic Approach – the “Portal Model” explained

*Imagination is more important than knowledge*  
- Albert Einstein

The notion of the concept can be presented in a metaphorical picture of a portal.

In the author's opinion it is changing technology that opens new opportunities, that leads us to new levels. (Contrary to what some sales people argue, who claim that they are *totally* “customer driven”.)

Without visionaries and inventors we would not be able to even contemplate the benefits of aeroplanes, telephones or computers<sup>3</sup>.

It is business however, that gives those opportunities final shape and meaning.

Therefore various business disciplines (like accounting, marketing and management), approaches and techniques (Just in time, Total Quality Management, Value-Analysis, re-engineering etc.) are forming the building blocks of the structure.

Building blocks although presented in no particular order *do* support each other: eliminating any of them can prove to be fatal for the whole construction.

Finally, “creative win-win design” is located at the top as a keystone: it keeps the whole structure together.

*It is the win-win design that should provide clear vision for the benefits of the business and its clients (or partners).*

## The Holistic Approach – the “Why” and “How”

What do IT students (future and current professionals) need? Assuming we want to see them not only in the engine-room but also at the helm?

Quite possibly not all of them need another degree or detailed knowledge of all the business disciplines. A well-structured subject would be enough to lay the foundation for understanding e-business issues, and first of all to inspire *imagination* in this area.

*The aim* would be to allow students to get a grasp of main business concepts: theories and approaches.

Therefore, the subject would include key concepts for traditional disciplines that develop fundamental understanding of business issues and give future IT professionals “feel” for business. This would allow them to communicate effectively with managers and business people. It would also give them a better chance to effectively perform entrepreneurial roles.

We need to show how ignoring key principles of various disciplines can result in a business disaster, while – on the other hand – their application can provide great benefits.

We will not be able to draw clear demarcation lines allocating methods and techniques to particular disciplines. That's not the point; *Just In Time* methodology for instance can be claimed as a technique of management, marketing and logistics. The point is, that future captains of the virtual navy have to understand those methods; i.e. where the benefits are derived from, and what are the limitations of particular methods.

Our job on the other hand is to strive for development of a highly practical, yet well founded and imagination inspiring “mini MBA”.

---

<sup>3</sup> Overexcitement with technology could be dangerous too; for instance overloading with flashy graphics is one of the most often nominated faults of webdesign.

A few examples that follow present cases that seem to fulfil the above-defined expectations.

### **Example one: logistics not understood**

“Physical movement of goods has to be properly organised”

Not only ‘dot-com’ start-ups seemed to ignore logistics in the first stage of the e-commerce boom – as explained in an article under the meaningful title “Dot-coms discover logistics” /Keenan, 2000/. Even experienced retailer Toys “R” Us was fined \$350,000 by the US Federal Trade Commission because of a breakdown of its order and delivery system /ibidem/.

What went wrong? In many cases it (logistics) was just not there; in many others the implemented system was not prepared for a sudden uptake of orders (for instance Christmas rush of 1999 /Dempsey, 2000/

### **Example Two: management principles violated**

“Unity of command principle”

“Covisint” – the child of Ford, GM and DaimlerChrysler has cost them over \$US 170 million, and is now burning through around \$US 12 million a month. When the plans were made public in February 25th, 2000 insiders predicted it would be open in 90 days. Claims ‘Nobody will be better! Nobody will offer more to everyone!’ were heard.

“Fourteen months later – says Meridith /2001/ - the B2B exchange is floundering and has no hope of living up to its hype”.

What went wrong?

“The camel is a horse created by a committee” says the managerial proverb. Indeed – the whole project was riddled with constant power struggles and unwise compromises between the Big Three itself, their favourite IT companies and their consultants.

### **Example three: systems thinking ignored**

Webvan was an on-line grocery home delivery system with big names behind it. Founded by Louis Borders (creator of the global book chain Borders Group), had as its CEO the former star of Andersen Consulting. In just over a year Webvan spent \$US 800 million trying to lure people to use their shopping system. The results were far from expectations: with market capitalisation of \$US 15 billion they were collecting revenue in the range of \$US 4 million!

What went wrong?

According to professor McAfee from Harvard University it was a case of “the basic error of assuming that the speed of behavioural change is somehow linked to the speed of technological change – and its not.”/Quinlivan, 2001/

(The author confesses to being guilty of overestimating the take-up rate of e-commerce among small businesses too...)

### **Example four: Harley on the track**

Harley-Davidson, which since 195 has transformed its logistics and operations with a great success is approaching new horizons with a similar focus and clarity of vision.

Gerry Berryman, a diligent student of Japanese methods applied their managerial concepts and the philosophy of deep, long-term strategic alliances to transform HD managerial practices and their relationships with suppliers.

Results are impressive: product development time has been reduced by 30%; number of defects per one million fell from average 10,000 to just 48 and costs of materials were reduced by \$US 40 million.

Importantly, in the light of promoted ‘win-win’ approach ‘*cost reduction is encouraged through innovation and efficiency rather than by squeezing margins of suppliers*’ reports Forbes /Sullivan, 2001/.

For instance, suppliers’ involvement in design saved about \$50 a bike when one of them suggested to re-route water in the liquid cooler engine, and to simplify the design.

The same proven tools and approach is being applied while using new e-technologies as a leverage.

The new technology is meant to make it easier to involve all suppliers in the design and planning process, while allowing ‘*to cut back on communication time s and administrative trivia*’.

The new website ([www.h-dsn.com](http://www.h-dsn.com)) allows suppliers secure access to 6 months billing history, find detailed information on a wide range of issues like packing, shipping details and quality assurance standards. 'At [www.hdnet.com](http://www.hdnet.com) Harley dealers can log on for technical tips, service bulletins and sales information. /../ [they] can also place orders, research bike's service history and find, for example a replacement headlamp for a customer's 1995 Fat Boy'.

A real-time access to detailed order and inventory data is provided.

Expectations (as always - one can say) are big: less defects, quicker development, cost savings. Nevertheless, various benefits already can be identified. For instance, the payables department reports a 90% drop in the number of phone calls since the new integrated system was implemented /Sullivan, 2001/.

1. And Harley-Davidson sticks to the 'win-win' philosophy, denouncing a possibility of the use of a 'reverse auction' method. 'It doesn't fit our strategy. You can have these big, quick wins that have an immediate impact on the bottom line, but it would destroy the trust we build into our supplier relationships, and that would put quality at risk' /ibidem/.

## Negotiation Skills for e-Business Success

Two key, distinctively different types of negotiation skills necessary for e-business success seem to emerge:

- 1/ the ability to come up with a "creative win-win design" that maximises customer value and at the same time is beneficial for the company
- 2/ the ability to enter strategic alliances that maximise growth opportunities for the company.

### Creative win-win design

*Creative win-win design should provide a clear vision of the benefits for the business and its clients (or partners).*

It sounds very simple but it is so often being ignored. Even authors of a highly respected and thoroughly recommended book "e-Business: Roadmap for Success" /Kalakota, Robinson, 1999/ were not able to avoid it. In one of their examples, they present 'an ideal picture of e-business'. In this dreamed model a customer visits the company's website and forwards their expression of interest. Then *within a minute* they receive a phone call from the company (sic)!

OK, this would be a great service experience – but why should the company have to waste the opportunity to *automate* the inquiry and to apply cost-saving self-service? And, finally – how much would it cost to provide this kind of readiness? Especially considering the high costs of human labour in Western countries<sup>4</sup>?

I am confident that the idea of a win-win game is present in the back of the heads of every creative business strategist. Bovet and Martha /2000/, for instance, in their search to "unlock hidden profits" (i.e. for **company's benefits**) ask businesses about **clients' benefits**: "*would a value net differentiate you from the competition?*".

Tom Woodard of KPMG /Bovet and Martha, 2000/ among many others, highlights **mutual benefits** of B2B marketplaces: buyers gain easy access to sellers, sellers affordable reaching buyers, buyers being able to compare attributes of products quickly and easy – dramatically reduced transactional costs.

In practice, however this principle is so often forgotten it is worth to spell it out. Anyone who has experienced the pain of waiting long time for an operator being forced to listen to the repeated message "we value your time" can see the point.

Professor Robert Widing of Melbourne University tells \*/ a story that illustrates beautifully the point, and – in my opinion goes to the heart of the matter of inadequate results of CRM applications.

(Hint for non-Australian readers: the public opinion in Australia in general is very negative towards the banks. In the nutshell we see nose-diving standard of service and growing profits of all major banks.)

---

<sup>4</sup> Although some companies are circumventing this problem by locating their call centres where labour is cheaper – for instance in India

“ Just a few weeks ago I received a call from my bank. It’s employee introduced himself as ‘my personal banker’”. Great – I thought. Now I have an opportunity to get all these things of my chest.

But no – he went straight to selling me some investment products.

At this moment I responded with the most basic question you would find in a marketing fundamentals handbook: ‘why I would buy more from you if what you do now is so bad?’<sup>5</sup>

The win-win principle has to be treated as the compass for the business design – or else it is too easy to forget about it in the rush of everyday business dealings (see for instance “ cent wise but dollar fool” - Orr, 2001<sup>6</sup>).

### **Building strategic alliances**

The second crucial negotiation skill for the new economy is the ability to enter strategic alliances that maximise growth opportunities for the company.

One factor of the growth strategy is *learning* from your partners (and access to their technology), the second is the ability to leverage your strengths on the partners’ potential.

Successful companies use both.

Let’s look at the story of Microsoft and at relative newcomer Siebel.

Gates the Negotiator

The Microsoft story started (basically) with the licensing agreement with IBM for the MS-DOS system (which Microsoft had to buy from another developer). The licensing agreement allowed Microsoft not only to take advantage of the “Big Blue” scale and (those days) dominant position (and become a standard). It also allowed Microsoft to sell the operating system to other customers, thus creating a foundation for future world domination <sup>7</sup>.

Later IBM realised that they gave up too much territory too easily. Bill Gates managed however to convince the IBM’s Vice-President to stick to the original arrangement /Wallace, Erickson, 1993/

The second critical moment and future-shaping event took place when Microsoft Corporation realised that it was falling behind Apple Computers.

This time Gates managed to convince Apple’s Steve Jobs to form an alliance (supposedly against IBM – which at this stage still had an enormously powerful position.)

The alliance gave Microsoft access to the key technology that was the cornerstone of Apple’s competitive advantage: user friendly pointing device (the mouse) and ‘drop-down’ menus.

The third great deal Microsoft made with its customers was with it’s work on the Windows 98 testing. As the adventure with Windows 95 showed, computer programs become much more complicated, including much more lines of code, providing therefore, many more opportunities for mistakes. In anticipation of that a “Beta” pre-release version was created and freely distributed (mostly among computer programmers). They in turn were asked to provide Microsoft with information on identified faults. 200,000 distributed copies gave Microsoft estimates millions of free testing hours. It has been estimated that in this project Microsoft customers contributed an equivalent of 2 billion dollars to the Microsoft Corporation /

One could argue that Microsoft was built to a bigger extent on clever deals, than on technological excellence. Exaggeration or not, it is another story. But it was definitely an important factor of creating Microsoft’s position.

Siebel Systems Story

Just a few years ago Siebel Systems (est.1993) was a start-up. In 2000 it had \$US 1.8 billion of annual revenue. Siebel’s alliance program launched in 1998 had five partners: Accenture, Microsoft, Compaq, PricewaterhouseCoopers and Cambridge Consultants. “The company’s decision to forge

---

<sup>5</sup> \*/ Story told during the information evening of the Master of e-Business course at Melbourne University.

<sup>6</sup> Orr takes under the microscope practice according to which a client – because of simplistic design - is asked to “pay \$US 200 for shipping and handling alone, even though the shipping cost to the company totals just \$US28.

<sup>7</sup> Interesting. Some twenty year ago there was a popular prediction in business schools and IT institutions: “in thirty years there will be only two superpowers in the world: IBM and China”. It would seem that IBM lost its’ chances in this very deal.

alliances was simple a question of survival. For every \$1 customer spent on Siebel products, they needed \$7 worth of other products. And services to make it work. “ /Head, 2001/.

The speed with which everything is happening in the new economy does not allow for a traditional “slow, independent growth” strategy. It seems that even in huge (by value) global markets there is only room for a few key players in every segment and type of software. Thus, if you are not at the top quickly you will not make it.

This can explain a much higher growth of e-alliances (103.5 percent a year) in comparison to traditional alliances (14.8per cent) / Earnst, D. *at all* , 2001/

## **The Challenge: implementation into educational practice**

Developing a necessary skill set for IT professionals for the new economy, for them to play active roles as entrepreneurs calls not only for the knowledge component, but also development of an ability to integrate the knowledge, to develop the ability to see the big picture. The practice of management education shows that well selected case studies, supported by proper theory input can go a long way in this direction.

It also calls for the development of negotiation skills. The negotiation skills, however, have much more to do with attitude and human emotions than with individual knowledge that can be easily presented to the individual. (It is a similar story with teamwork skills.)

During work on his Ph.D. thesis, and in his negotiation training workshops the author was conducting the following experiment/learning exercise.

At the beginning of negotiation training session participants were playing a variation of Prisoners’ Dilemma Game<sup>8</sup> /. The rules are quite simple: two pairs of two teams, having two choices: co-operate not to co-operate. Choices are disclosed simultaneously. After 8 rounds results are analysed and almost invariably everyone agrees “yes, in the long run it is much better to co-operate.”

Then we do a lot of different activities, experimenting with and analysing various aspects of negotiation.

Then, as the last game we play a “Common Lake” game based on “the Commons Game” developed at the University of Pennsylvania. This time rules are more complicated: six or eight players, seven different choices. The game has many more rounds (theoretically unlimited), the longest game reached 47 rounds.

Essentially, however, the dilemma is the same: co-operate or not! Just like in the PD game - if both teams co-operate they both gain; if not they lose... If however one party behaves co-operatively, and the other does not the non-cooperating gains all the benefits, at the expense of the other...

The author has been using this game with 124 groups of players from various countries. About 52 groups were students, the other 72 managers participating in training sessions.

Some of the groups (around 43%) find a way to co-operate, some don’t.

What is amazing, though, is the fact, that *not even one group* identified similarities of the problems in the early stage of the game. And it rarely happens that they are able to do that before the end of the game. When the game starts, emotions jump and everyone rushes into the game, and all words about benefits of co-operation seem to be forgotten.

Only in the final analysis they experience a shock. As one of the participants put it: “gosh, how stupid we are!”. And in his voice one could hear – surprisingly – a tone of pride and satisfaction for of achieving a higher level of understanding.

Svenska Management Gruppen (as the author was told by one of the participants) uses a similar technique.

In a TQM training for an ABB subsidiary devoted to group problem solving, they were using one of several popular “survival exercises’. On the last day of the session, when it seems that the participants know already everything about group discussion they have to *act*, and they make all the

---

8 The Prisoner's Dilemma was discovered in 1950 by Melvin Drescher and Merrill Flood. It has been well-studied in philosophy, game theory, and many other fields, because of it's parallels and applications in everyday life.



mistakes they have previously identified. As the participants reported: ‘*it was like a slap in the face. But it gave us something to think about. And now, in the company when somebody gets too agitated we are reminding them of that training session.*’

The author has had similar conversations with his former trainees; quite often they describe their situations in terms of negotiation games they participated in.

## Research proposal

*How can we go about the development of content? How can we identify “key concepts”?*

In its ultimate form we should be able to provide students with a complete set of key fundamental business rules, concepts, and tools.

Presenting a complete set of business rules<sup>9</sup> would go not only beyond the scope of the paper, but – first of all – beyond the author’s potential.

Typically, (for instance for a purpose of a business course design) representatives from various disciplines are invited and the whole project is split among the group (usually on the basis of time allocation). This, however, is rather an *eclectic* not a *holistic* approach.

The key difference would be an endeavour to overcome barriers between compartmentalised business schools of thought and disciplines.

Such a task could be attempted in a fashion similar to the “Delphic Method”

A group of respected academics and practitioners would be invited to

- come-up with a proposal of a list of (say - thirty<sup>10</sup>) fundamental concepts;
- suggest limits (limitations of those concepts)
- identify reasons (or unreasonable causes) *why* those concept and rules are being ignored in business practice

## Pre-selection: who are the “competent judges?”

First, natural difficulty would be that the initial group selection would significantly determine the discussion outcome.

Therefore, the initial group of academics would be invited to nominate candidates *from outside their specialty*.

## The “Modified Delphic Procedure”

1. Panel Members (PM’s) will be asked to nominate 7 fundamental rules/concepts from their discipline and 7 rules/concepts from outside their discipline
2. PM’s will evaluate “suitability of ‘candidates’ on a scale from one to seven;
3. PM’s that give the most distant marks to a n item would be invited to comment (anonymously) on their own and also their counterparts opinions
4. Comments would be published on a dedicated discussion board and mailed to the PM’s;
5. “Culling and merging”: to eliminate existing redundancies PM’s would suggest elimination of some items (each asked to suggest up to three items/groups to be merged or eliminated).
6. Items that would get 75%+ ‘black votes’ would be eliminated/merged.
7. From the remaining list every PM will be asked to nominate their own 30 candidates *again from outside their specialty*.
8. In the first attempt the list will be cut down to 60 items, in the second voting to 45,

The third and final stage would have different rules: PM’s would be allowed to vote on all the items. This last voting would give us an interesting proposal for “the ultimate list” of business concepts.

---

<sup>9</sup> If such a “complete set of rules” can be defined at all. Possibly not. What we want to achieve, though, is - as mentioned - “a well thought foundation”.

<sup>10</sup> The number 30 is totally arbitrary – it just has to be something that will help to focus attention, help to identify the level of abstraction, and define “rules of the game” for the panel.

## Conclusion

In our search for the “Skills Set for The E-Commerce Professional” we should not limit ourselves to things that are easily expressed in words and numbers. Apart from expanding the knowledge horizons of our students we should look for ways to develop their imagination and help to develop the emotional side of the person – and personality.

## Bibliography

- Bovet and Martha /2000/ *B2b or not 2B* BRW July 17-23
- Browe, D. /2001/ *ERP out of the Ashes* APC, April
- Clarke, R. 1998, *Electronic Commerce Definitions*, <[www.anu.edu.au/people/Roger.Clarke/EC/ECDefns.html](http://www.anu.edu.au/people/Roger.Clarke/EC/ECDefns.html)> (accessed 21/08/01)
- Dampest, S. /2000/ *Christmas crunch time* BRW November 24,
- Gartner Pty/Ltd /2000"/ presentation at ITXPO, Brisbane,
- Earnst, D. *at all* , /2001/ *Growth of e-alliances*; Entrepreneur's Edge,
- Edward Lowe Report /2001/ *Purchasing Systems Waste Pentagon's Money* 'Entrepreneur's News Digest Direct Vol5, No.7 (3/27/2001) (an Internet publication: [//edge.lowe.org/main/direct/eedirect.html](http://edge.lowe.org/main/direct/eedirect.html))
- Gates, B. H. /2000/ *Business @ the Speed of Thought: Succeeding in the Digital Economy* Business Plus,
- Head, B. /2001/ *Let's get together* AFR-Boss September
- James, D. /2001/ *3M re-invents its customer relationships* BRW August 23-29,
- Keenan, Faith /2001/ *Dot-commas discover logistics* BRW, November 24
- Kalakota, R and Robinson, M.; “e-Business: Roadmap for Success” / 1999/
- Kiyosaki R., Lechter S.L. /1999/ *Rich Dad, Poor Dad* Tech Press, Scottsdale, Arizona
- Earnst, D. *at all* /2001/ *A future for e-alliances* McKinsey Quarterly, Number 2
- Meridith, R. /2001/ *Detroit monster with three heads* BRW May4
- Moussi C. and Davey' B. /2001/ *What in the name of E-commerce are we talking about?* In: *Skill Sets for the E-Commerce Professional* Melbourne, Victoria University
- Horringan, D. /1999/ *With the customers' help* Australian PC Magazine,
- Quinlivan, B. /2001/ *Case studies show the way* BRW August 16-22
- Orr, A /2001/ *Cent wise but dollar foolish* The Age (after Reuter) July 3
- Sullivan, S. /2001/ *Harley weaves the web* BRW October 4-10
- Strassman, P. /1997/ *The Squandered Computer: Evaluating the Business Alignment of Information Technologies*, Information Economics Press, New Canaan, CT
- Wallace, J.; Erickson J. /1993/ *Hard Drive: Bill Gates and the Making of the Microsoft Empire* Harperbusiness, Mass.
- Wallace, J.; /1998/ *Overdrive : Bill Gates and the Race to Control Cyberspace* Harperbusiness, Mass.

**dr Artur Borcuch**

Instytut Zarządzania  
Wydział Zarządzania i Administracji  
Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy w Kielcach

## Korporacje ponadnarodowe a obecny etap globalizacji

### Wstęp

Celem niniejszego artykułu jest próba odpowiedzi na pytania dotyczące tego, czym charakteryzuje się współczesny etap globalizacji, jaki jest rodzaj działalności preferowanej przez korporacje transnarodowe, w jakich sektorach gospodarki wzrasta liczba korporacji transnarodowych.

### Fale globalizacji

W literaturze przedmiotu pojawiają się różne głosy na temat początków globalizacji. R. Janik twierdzi, że proces ten jest równoznaczny z początkami ludzkości<sup>1</sup>. G.W. Kołodko wskazuje w tym względzie na odkrycia geograficzne<sup>2</sup>, zaś S. Flejterski i P.T. Wahl zwracają uwagę na to, że globalizacja wykrystalizowała się dopiero pod koniec XX w.<sup>3</sup>

Pomimo wielu wymiarów tego procesu największą aktywność – zarówno teoretyczną, jak i empiryczną – odnotowano w sferze ekonomicznej. Z tego względu globalizację określa się jako etap umiędzynarodowienia gospodarki i wzrostu współzależności ekonomicznych, konsekwencją jej zaś jest tworzenie się ogólnoswiatowej (globalnej) gospodarki<sup>4</sup>.

Jeszcze inny punkt widzenia prezentuje J.K. Solarz, który analizując globalizację przez pryzmat rynków finansowych, wyodrębnił trzy fale. Pierwsza z nich towarzyszyła powstaniu i rozwojowi Imperium Brytyjskiego (w przybliżeniu okres od końca wojen napoleońskich do wybuchu I wojny światowej). W okresie tym rynki kapitałowe były dobrze zintegrowane. Warto też dodać, że globalizacja sprzed I wojny światowej dotyczyła bardziej jednorodnych produktów niż obecnie (np. takich instrumentów finansowych, jak pożyczki państwowe i obligacje na budowę kolei). Druga fala globalizacji jest związana z działalnością korporacji ponadnarodowych oraz ukształtowaniem się rynków eurowalutowych. Zgodne działanie banków o zasięgu globalnym oraz korporacji ponadnarodowych doprowadziło do liberalizacji przepływów kapitałowych w skali światowej oraz do rewolucji technologicznej. Zwycięzcami globalizacji rynków zostały korporacje ponadnarodowe<sup>5</sup>. Należy w tym względzie zaznaczyć, że począwszy od roku 1970 do 2004 r. liczba korporacji transnarodowych na świecie wzrosła prawie dziesięciokrotnie, tzn. z 7 tys. do około 70 tys. Znacznemu poszerzeniu uległ również przestrzenny zasięg ich działalności, o czym świadczy liczba filii zagranicznych posiada-

<sup>1</sup> R. Janik, *Szanse realizacji państwa opiekuńczego w procesie integracji europejskiej*, Wyd. Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2003, s. 163.

<sup>2</sup> G.W. Kołodko, *Globalizacja a odrabianie zaległości rozwojowych*, [w:] *Globalizacja, marginalizacja, rozwój*, red. G.W. Kołodko, Wyd. Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego, Warszawa 2003, s. 28.

<sup>3</sup> S. Flejterski, P.T. Wahl, *Ekonomia globalna. Synteza*, Difin, Warszawa 2003, s. 20.

<sup>4</sup> J.H. Dunning, *The Global Economy, Domestic Governance, Strategies and Transnational Corporations: Interactions and Policy Implications*, „Transnational Corporations” 1992, no. 3, s. 8.

<sup>5</sup> J.K. Solarz, *Zakończenie. Krajowy system finansowy wobec globalizacji i integracji z Unią Europejską*, [w:] *System finansowy w Polsce*, red. B. Pietrzak, Z. Polański, B. Woźniak, PWN, Warszawa 2004, s. 909-810.

nych na całym świecie. Zgodnie z danymi UNCTAD, na przestrzeni tylko jednego roku liczba filii zagranicznych korporacji transnarodowych wzrosła o przeszło 6%, z 870 tys. w roku 2002 do prawie 927 tys. w roku 2003<sup>6</sup>. Trzecia, współczesna nam fala globalizacji ma źródło w innowacjach w telekomunikacji, przede wszystkim Internecie. Współczesna globalizacja została wsparta liberalizacją przepływów kapitałowych, zwaną również globalizacją finansową<sup>7</sup>.

Odnosząc się do czasów współczesnych, w literaturze można odnaleźć i takie zdania, że etap globalizacji związanej z działalnością korporacji ponadnarodowych jeszcze się nie zakończył. Zdaniem A. Zorskiej, współczesna fala globalizacji, która została zapoczątkowana w połowie lat 80.<sup>8</sup>, opiera się w głównej mierze właśnie na korporacjach transnarodowych, których globalne struktury i strategie są siłami wspierającymi rozwój tego procesu<sup>9</sup>. Stanowisko takie potwierdza również W. Szymański. W jego opinii, dziś w odniesieniu do gospodarki współczesny rynek zaczyna działać poza granicami krajów, co przy obecnych zdolnościach zdobywania i przesyłania informacji można określić jako ustrój oparty na transnarodowych sieciach przedsiębiorczości<sup>10</sup>.

Analizując powyższe stanowiska, można zaprezentować jeszcze inny pogląd. Etap globalizacji korporacji transnarodowych nie tyle jeszcze się nie zakończył, co dopiero rozpoczął. Pogląd taki wynika z podziału korporacji w sektorach starej i nowej ekonomii. Opierając się w tym względzie o pogląd J.K. Solarza, w zakresie innowacji w telekomunikacji warto wskazać na przemysł związany z produkcją sprzętu komputerowego i oprogramowania komputerowego. Istotne staje się również zwrócenie uwagi na koncepcję OLPC (*One Laptop Per Child*), w zakresie której podjęto działania w zakresie produkcji i sprzedaży laptopów w cenie 50 \$ z darmowym systemem operacyjnym Linux<sup>11</sup>, skierowane do mieszkańców krajów rozwijających się. Pomimo pewnego lekceważenia tego segmentu nabywców, co miało miejsce jeszcze kilka lat temu, dziś takie koncerny jak Intel uświadomiły sobie, że mieszkańcy krajów ubogich są do tzw. zagospodarowania, ponieważ jest ich ok. 4 mld.

Ważnym następstwem proliferacji wolnorynkowego modelu rozwoju w skali globalnej jest znaczne ujednoczenie zachowań ekonomicznych. Dlatego w związku z postępującą integracją gospodarki światowej oraz wzrostem współzależności (powodowanych m.in. postępującym procesem globalizacji korporacyjnej) doszło do znacznego zbliżenia trzech głównych modeli prowadzenia działalności gospodarczej: neoliberalnego – reprezentowanego przez korporacje z USA i Wielkiej Brytanii, neokorporacyjnego (społeczne partnerstwo) – reprezentowanego przez korporacje niemieckiego, etatystycznego – reprezentowanego przez korporacje japońskie i francuskie (tab. 1)<sup>12</sup>.

<sup>6</sup> K. Marzęda, *Proces globalizacji korporacyjnej*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz – Warszawa – Lublin 2007, s. 169.

<sup>7</sup> J.K. Solarz, *Zakończenie. Krajowy system finansowy wobec globalizacji i integracji z Unią Europejską*, [w:] *System finansowy w Polsce*, op.cit., s. 811.

<sup>8</sup> A. Zorska, *Korporacje transnarodowe. Przemiany, oddziaływania, wyzwania*, PWE, Warszawa 2007, s. 35.

<sup>9</sup> *Ibidem*, s. 16-17.

<sup>10</sup> W. Szymański, op.cit., s. 77.

<sup>11</sup> W przeciwieństwie do Windowsa system operacyjny Linux jest darmowy. W związku z tym może być swobodnie wykorzystywany przez użytkowników np. w Indiach. Warto również odnotować, że Linux posiada armię programistów, którzy cały czas pracują nad tym, aby ten system był jeszcze lepszy. T.L. Friedman, *The World Is Flat A Brief History Of The Twenty-First Century*, Douglas & McIntyre, New York 2005, s. 97.

<sup>12</sup> Zob. K. Marzęda, op.cit., s. 184.

**Tab. 1. Główne modele prowadzenia działalności gospodarczej.**

Model	Funkcjonowanie rynków finansowych
Neoliberalny (USA, Wielka Brytania)	<p>duża przejrzystość</p> <p>obowiązuje zasada jawności w celu przeciwdziałania zniekształceniom rynkowym i dla ochrony mniejszościowych udziałowców</p> <p>zakaz wykorzystywania poufnych informacji przy zawieraniu transakcji</p> <p>w USA prawnie zagwarantowane rozdrobnienie akcjonariatu, udziałów, a także świadczenia usług finansowych</p> <p>prawo podatkowe i emerytalne sprzyjające rozwojowi prywatnych funduszy emerytalnych</p>
Neokorporacyjny (Niemcy)	<p>mała przejrzystość</p> <p>umiarkowane zasady jawności</p> <p>instytucjonalizacja wykorzystywania informacji poufnych</p> <p>centrum systemu finansowego tworzą tzw. uniwersalne banki łączące usługi bankowe z obrotem papierami wartościowymi</p> <p>znaczna liczba mniejszych – peryferyjnych, lokalnych i regionalnych – instytucji finansowych</p> <p>publiczne systemy emerytalne</p> <p>nieznaczna rola prywatnych systemów i funduszy emerytalnych</p> <p>brak polityki wspierającej rozwój prywatnych funduszy emerytalnych</p>
Etatystyczny (Japonia, Francja)	<p>mała przejrzystość</p> <p>słabe reguły jawności</p> <p>organy administracji państwowej posiadające szerokie uprawnienia w zakresie funkcjonowania rynków finansowych</p> <p>silnie scentralizowany i skoncentrowany, zdominowany przez banki system finansowy</p> <p>publiczne systemy emerytalne</p> <p>nieznaczna rola prywatnych systemów/funduszy emerytalnych</p> <p>brak polityki wspierającej rozwój prywatnych funduszy emerytalnych</p>

Źródło: J.W. Cioffi, *Governing Globalization? The State, Law, and Structural Change in Corporate Governance*, „Journal of Law and Society” 2000, December, vol. 27, nr 4, s. 578-579. Podaję za: K. Marzęda, *op.cit.*, s. 184-186.

Mając na uwadze powyższe modele, można zastanowić się nad tym, które z nich są najbardziej efektywne finansowo we współczesnym świecie.

### **Korporacje transnarodowe – główni uczestnicy gospodarki światowej**

Dominujące w klasycznych teoriach zarządzania klasyfikacje materialnych wyznaczników siły przedsiębiorstw pierwszorzędne znaczenie przypisują zasobom finansowym, fizycznym, ludzkim, organizacyjnym oraz technologicznym. Patrząc jednak od strony empirycznej oraz z punktu widzenia procesu globalizacji korporacyjnej, najważniejsze są następujące zasoby: kapitał, wiedza i technologia, dostęp do rynków, działalność rozwojowo-badawcza.

To głównie dzięki tym atrybutom korporacje są w stanie generować tak ogromne dochody, które – pomijając zasadność tego typu porównań – stawiają je na równi z państwami w gronie największych potęg gospodarczych świata (tab. 2).

**Tab. 2. Największe potęgi gospodarcze świata.**

Nazwa państwa/ korporacji	Roczny PNB przychody w mld \$	Nazwa państwa/ korporacji	Roczny PNB przychody w mld \$
1 Stany Zjednoczone	9 780,8	26 British Petroleum	174,2
2 Japonia	4 523,3	27 HongKong	170,9
3 Niemcy	1 939,6	28 Turcja	167,3
4 Wielka Brytania	1 476,8	29 Dania	164,0
5 Francja	1 380,7	30 Polska	163,6
6 Włochy	1 123,8	31 Ford Motor	162,4
7 Chiny	1 031,2	32 Norwegia	160,8
8 Kanada	681,6	33 Indonezja	144,7
9 Hiszpania	588,0	34 Daimler/Chrysler	136,8
10 Meksyk	550,2	35 Royal Dutch/Schell	135,2
11 Brazylia	528,9	36 General Electric	125,9
12 Indie	477,4	37 Finlandia	123,4
13 Korea Południowa	447,6	38 Rep. Południowej Afryki	121,9
14 Holandia	390,3	39 Grecja	121,0
15 Australia	385,9	40 Toyota Motor	120,8
16 Szwajcaria	277,2	41 Tajlandia	118,5
17 Argentyna	260,3	42 Wenezuela	117,2
18 Rosja	253,4	43 Citigroup	112,0
19 Belgia	245,3	44 Portugalia	109,3
20 Szwecja	225,9	45 Iran	108,7
21 Wal-Mart Stores	219,8	46 Izrael	106,6
22 Austria	194,7	47 Mitsubishi	105,8
23 Exxon	191,5	48 Mitsui	101,2
24 Arabia Saudyjska	181,1	49 Chevron-Texaco	99,6
25 General Motors	177,2	50 Egipt	99,6

*Źródło: Opracowanie własne na podstawie: K. Marzęda, op.cit., s. 47.*

Przechodząc do ogólnych klasyfikacji korporacji transnarodowych, istotne znaczenie mają rankingi oparte na następujących kryteriach:

- wartość przychodów ze sprzedaży przez firmy, co pozwala wyłonić największe potęgi handlowe wśród korporacji,
- wartość rynkowa poszczególnych firm, wskazująca na potęgę majątkowe wśród działających na świecie korporacji transnarodowych.

Klasyfikację firm według wartości przychodów prezentuje corocznie czasopismo „Fortune”, podając ranking 500 największych korporacji handlowych na świecie. Choć początek obecnej dekady był okresem słabych wyników finansowych firm z listy „Global 500”, to ostatnie dwa lata przyniosły znaczne polepszenie. W 2003 r. łączne przychody wszystkich korporacji tej grupy wzrosły o 8%, a zyski – o 448%. Rok 2004 przyniósł dalszą poprawę. Wartość przychodów ze sprzedaży zwiększyła się o 13% (do 16 798 mld \$), a zysków – o 27% (do 930 mld \$). Najbardziej wzrosły przychody i zyski największych firm naftowych, ale dobrą sytuację odnotowano też w firmach samochodowych oraz u dostawców usług (finansowych, handlowych, telekomunikacyjnych), jak też dostawców materiałów (zwłaszcza żelaza i stali). Oprócz sprzyjających trendów na rynku czynnikiem wzrostu wartości sprzedaży były technologie zarówno usprawniające zarządzanie i ekspansję wielkich firm, jak i tworzące wartość dodaną innowacje w produktach i procesach produkcyjno-handlowych.

**Tab. 3. Korporacje o największych przychodach ze sprzedaży w 2004 r.**

Lp.	Korporacja	Kraj	Przychody (mld \$)	Zyski (mld \$)
1	Wal-Mart	USA	288,0	10,3
2	British Petroleum	W. Brytania	285,1	15,4
3	Exxon Mobil	USA	270,7	25,3
4	Royal Dutch/Shell	W. Brytania/Holandia	268,7	18,1
5	General Motors	USA	193,5	2,8
6	Daimler Chrysler	Niemcy	176,7	3,1
7	Toyota Motor	Japonia	172,6	10,9
8	Ford Motor	USA	172,2	3,5
9	General Electric	USA	152,9	16,8
10	Total	Francja	152,6	12,0

*Źródło: Opracowanie własne na podstawie: „Fortune” 2005, no. 13, s. F1-F7.*

Wśród 500 korporacji transnarodowych najliczniej reprezentowane są banki (56 banków i 4 przedsiębiorstwa świadczące przede wszystkim usługi finansowe) oraz agencje ubezpieczeniowe (48 firm). Inne – wyróżniające się znaczącą liczbą korporacji – sektory to: elektronika (komputery, urządzenia biurowe, półprzewodniki, sprzęt i usługi) – 36 firm, motoryzacja (samochody oraz części i podzespoły) – 34 firmy, petrochemia – 32 firmy, telekomunikacja (sprzęt i usługi) – 29 firm, usługi komunalne – 23 firmy, przetwórstwo spożywcze – 22 firmy. Jeśli chodzi o udział sektorów w ogólnej wartości sprzedaży, to zdecydowanie dominują wśród korporacji z listy „Global 500” usługi finansowe (bankowość, ubezpieczenia, inne finanse), na które przypada 23,4% wszystkich przychodów 500 przedsiębiorstw. Na drugim miejscu znajduje się wydobywanie i przetwórstwo ropy naftowej – 13,3% ogólnych przychodów. Trzecią grupę – z udziałem 11,2% – tworzą firmy informatyczne, komputerowe i telekomunikacyjne. Na firmy z sektora motoryzacyjnego przypada 10,3%. Wymienione sektory osiągnęły udział 58,2% wartości sprzedaży przez korporacje na liście „Fortune”<sup>13</sup>.

Klasyfikacja firm według wartości rynkowej opracowana została na podstawie danych z czasopiśmie „BusinessWeek”, w którym przedstawiono ranking 1000 firm pochodzących z 38 krajów. Listę 10 przedsiębiorstw o największej kapitalizacji rynkowej oraz innych korporacji transnarodowych najbardziej znanych w Polsce przedstawiono w tab. 4. W latach 2001-2004 trzy początkowe miejsca stale zajmowały firmy General Electric, Microsoft oraz Exxon Mobil, a w pierwszej dziesiątce utrzymywały się firmy Pfizer, Wal-Mart Stores, Citigroup oraz British Petroleum.

**Tab. 4. Największe korporacje według wartości rynkowej na 31 maja 2004 r.**

Lp.	Korporacja	Kraj	Wartość (w mld \$)
1	General Electric	USA	328,11
2	Microsoft	USA	284,43
3	Exxon Mobil	USA	283,61
4	Pfizer	USA	269,66
5	Wal-Mart Stores	USA	241,19
6	Citigroup	USA	239,43
7	British Petroleum	W. Brytania	193,05
8	American International Group	USA	191,18
9	Intel	USA	184,66
10	Royal Dutch/Shell	W. Brytania/Holandia	174,83

*Źródło: Opracowanie własne na podstawie: „BusinessWeek” 2004, no. 13/14, s. 56.*

<sup>13</sup> A. Zorska, *op.cit.* s. 92-95.

Wśród tysiąca firm będących posiadaczami największego majątku znalazły się 423 amerykańskie korporacje (42,3%), na które przypadło 51,3% łącznej kapitalizacji rynkowej oraz 45,1% zysków wszystkich firm. Na liście znalazło się 137 firm japońskich (13,7%), a ich udziały wyniosły w ogólnej kapitalizacji 9,7%, a w zyskach – 6,5%. Do firm o największej kapitalizacji rynkowej należą 73 korporacje brytyjskie (7,3%), które wypracowały 8,9% wartości łącznego kapitału oraz 12,8% zysków. Na liście znalazły się 44 firmy francuskie (4,4%) z udziałem wynoszącym 4,7% kapitalizacji oraz 4,9% zysków wszystkich notowanych firm. Sklasyfikowano także 35 przedsiębiorstw niemieckich (3,5%), które osiągnęły 3,4% łącznego kapitału oraz 2% zysków. Na omawianej liście znalazły się również dwie polskie firmy: Bank Pekao SA oraz Telekomunikacja Polska SA – na miejscach odpowiednio 985 i 987, z wartością kapitału po ok. 5,4 mld \$.

Podsumowując, można stwierdzić, że oprócz korporacji działających w przemysłach wydobywczym i przetwórczym (tu skupia się najwięcej korporacji) oraz usługach tradycyjnych szybko wzrasta liczba korporacji w zmodernizowanych i nowoczesnych usługach opartych na ICT (*Information and Communication Technologies*). Oprócz firm będących producentami finalnych dóbr konsumpcyjnych i inwestycyjnych liczne korporacje są dostawcami dóbr pośrednich jak części, podzespoły, materiały. Jednocześnie w wielu sektorach toczą się procesy konsolidacyjne w układzie zarówno horyzontalnym (w jednej branży), jak i wertykalnym (w powiązanych funkcjonalnie branżach). Zatem zbiorowość korporacji transnarodowych cechuje rozwój, ciągłe zmiany i silne zróżnicowanie, co jest szczególnie widoczne w analizie sektorowej<sup>14</sup>.

## Zakończenie

Przedstawione zagadnienia dotyczące współczesnego etapu globalizacji wraz z rankingami dotyczącymi największych korporacji pozwalają na stwierdzenie, że USA wyznacza trendy we współczesnym świecie. Należy jednak odnotować, iż różnice pomiędzy korporacjami ze starej i nowej ekonomii wskazują na zróżnicowanie pod względem ich wielkości. Chociaż rankingi eksponują rolę największych firm, to jednak należy wspomnieć o tym, że nie można utożsamiać korporacji wyłącznie z wielkimi przedsiębiorstwami. Co prawda, trudno byłoby dziś wskazać wielką firmę nieprowadzącą międzynarodowej działalności, to jednak można prowadzić tę działalność, nie będąc wielką korporacją transnarodową. Przedsiębiorstwo zaangażowane bezpośrednio (inwestycyjnie czy kooperacyjnie) w kilku, lecz niekoniecznie kilkudziesięciu krajach, można uważać za początkującą korporację. Należy jednak podkreślić, że wśród podmiotów konkurujących na rynku globalnym rośnie znaczenie mniejszych, lecz szybko i silnie umiędzynarodowionych przedsiębiorstw, nazywanych mikrokorporacjami lub firmami „globalnymi od urodzenia”.

## Literatura

Dunning J. H., *The Global Economy, Domestic Governance, Strategies and Transnational Corporations: Interactions and Policy Implications*, „Transnational Corporations” 1992, no. 3.

Flejterski S., Wahl P.T., *Ekonomia globalna. Synteza*, Difin, Warszawa 2003.

Friedman T.L., *The World Is Flat A Brief History Of The Twenty-First Century*, Douglas & McIntyre, New York 2005.

Janik R., *Szanse realizacji państwa opiekuńczego w procesie integracji europejskiej*, Wyd. Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2003.

Kołodko G.W., *Globalizacja a odrabianie zaległości rozwojowych* [w:] *Globalizacja, marginalizacja, rozwój*, red. G.W. Kołodko, Wyd. Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego, Warszawa 2003.

Marzęda K., *Proces globalizacji korporacyjnej*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz – Warszawa – Lublin 2007.

---

<sup>14</sup> Zob. *Ibidem*. s. 95-103.



Solarz J.K., *Zakończenie. Krajowy system finansowy wobec globalizacji i integracji z Unią Europejską*, [w:] *System finansowy w Polsce*, red. B. Pietrzak, Z. Polański, B. Woźniak, PWN, Warszawa 2004.

Zorska A., *Korporacje transnarodowe. Przemiany, oddziaływania, wyzwania*, PWE, Warszawa 2007.

**dr Małgorzata Paszkowska**

Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie

## **Prywatne dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne**

### **WPROWADZENIE**

Rynek usług medycznych w Polsce jest finansowany w świetle prawa głównie ze środków z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, natomiast praktyka pokazuje zwiększający się od lat udział środków prywatnych w finansowaniu świadczeń zdrowotnych. Poza powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym opieka medyczna finansowana jest przede wszystkim bezpośrednio przez pacjenta oraz ewentualnie jego pracodawcę (medycyna pracy, abonamenty medyczne)<sup>1</sup>. Jedną z form zarządzania ryzykiem choroby są ubezpieczenia. Ubezpieczenia zdrowotne są istotnym elementem polityki zdrowotnej. Mimo że publiczne (powszechne) ubezpieczenie zdrowotne obejmuje większą część społeczeństwa i zapewnia szeroki zakres świadczeń zdrowotnych, to od lat wzrasta zainteresowanie prywatną opieką medyczną. Z uwagi na ograniczoną dostępność i pogarszającą się jakość świadczeń zdrowotnych publicznych alternatywą staje się prywatna opieka medyczna. W ramach okresowej i kompleksowej prywatnej opieki medycznej można wyróżnić dwie jej formy, tj. abonament medyczny (jego podstawą jest umowa zawarta ze świadczeniodawcą rynku usług medycznych) oraz prywatne indywidualne lub grupowe ubezpieczenie zdrowotne (jego podstawą jest umowa ubezpieczenia zawarta z zakładem ubezpieczeń). Umowa abonamentu medycznego może być zawarta bezpośrednio przez pacjenta ze świadczeniodawcą (indywidualny abonament) lub przez pracodawcę na rzecz pracowników (abonament pracowniczy). Abonament medyczny to specyficzna usługa oferowana przez świadczeniodawców rynku usług medycznych (przede wszystkim przez zakłady opieki zdrowotnej) pracodawcom lub indywidualnym pacjentom, której przedmiot związany jest z udzielaniem w ustalonym przez strony zakresie świadczeń zdrowotnych pacjentom objętym usługą w zamian za okresową opłatą w ustalonej wysokości<sup>2</sup>.

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

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

### **POWSZECHNE UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE**

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

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

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

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

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

- osoby objęte powszechnym – obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym (ubezpieczeni),
- inne niż ubezpieczeni osoby posiadające obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które spełniają kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8. ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej<sup>4</sup>. Obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają w szczególności:
- osoby spełniające warunki do objęcia ubezpieczeniami społecznymi lub ubezpieczeniem społecznym rolników (pracownicy, rolnicy, zleceniobiorcy itd.),
- żołnierze odbywający zasadniczą służbę wojskową, przeszkolenie wojskowe, ćwiczenia wojskowe, żołnierze zawodowi oraz żołnierze odbywający nadterminową zasadniczą służbę wojskową i służbę okresową,
- policjanci, funkcjonariusze ABW, BOR, SG, SW, PSP.
- sędziowie i prokuratorzy.<sup>5</sup>

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

<sup>4</sup> Dz.U nr 64, poz. 593 i nr 99, poz. 1001.

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

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

- badania diagnostyczne, w tym medyczną diagnostykę laboratoryjną,
- świadczenia na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób, w tym obowiązkowe szczepienia ochronne,
- podstawową opiekę zdrowotną,
- świadczenia w środowisku nauczania i wychowania,
- ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne,
- rehabilitację leczniczą,
- świadczenia stomatologiczne,
- leczenie szpitalne,
- świadczenia wysokospecjalistyczne,
- leczenie w domu chorego,
- badanie i terapię psychologiczną,
- badanie i terapię logopedyczną,
- świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, w tym opiekę paliatywno-hospicyjną,
- pielęgnację niepełnosprawnych i opiekę nad nimi,
- opiekę nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu,
- opiekę nad kobietą w okresie karmienia piersią,
- opiekę prenatalną nad płodem i opiekę nad noworodkiem oraz wstępną ocenę stanu zdrowia i rozwoju niemowlęcia,
- opiekę nad zdrowym dzieckiem, w tym ocenę stanu zdrowia i rozwoju dziecka do lat 18,
- leczenie uzdrowiskowe,
- zaopatrzenie w produkty lecznicze, wyroby medyczne i środki pomocnicze,
- transport sanitarny oraz ratownictwo medyczne<sup>6</sup>.

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

- szczepienia ochronne niewchodzące w zakres obowiązkowych szczepień ochronnych,
- zabiegi chirurgii plastycznej i zabiegi kosmetyczne w przypadkach niebędących następstwem wady wrodzonej, urazu, choroby,
- operacje zmiany płci,
- świadczenia w zakresie akupunktury,
- zabiegi przyrodolecznicze i rehabilitacyjne w szpitalach uzdrowiskowych, sanatoriach uzdrowiskowych niezwiązane z chorobą podstawową, będącą bezpośrednią przyczyną skierowania na leczenie uzdrowiskowe,
- poradnictwo seksuologiczne w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
- poradnictwo psychoanalityczne,
- autoszczepionki,
- diagnostyka i terapia z zakresu medycyny niekonwencjonalnej, ludowej, orientalnej<sup>7</sup>.

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

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

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

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

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

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

## GENEZA I RODZAJE PRYWATNYCH UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH

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

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

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

Obecnie rynek ubezpieczeń związanych ze zdrowiem obejmuje:

- ubezpieczenie uszczerbku na zdrowiu,
- ubezpieczenie poważnych zachorowań,
- ubezpieczenie kosztów pobytu w szpitalu,
- ubezpieczenie rekonwalescencyjne i rehabilitacyjne,
- ubezpieczenie pielęgnacyjne,
- ubezpieczenie kosztów leczenia<sup>10</sup>.

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

- rozwojem technologii medycznych,
- starzeniem się społeczeństw,

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

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

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

- wzrostem oczekiwań pacjentów,
- wzrostem zamożności<sup>11</sup>.

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

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

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

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

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

## CHARAKTER PRAWNY UMOWY UBEZPIECZENIA

Ubezpieczenie zdrowotne oferowane jest jako produkt w ramach działalności ubezpieczeniowej wyspecjalizowanych podmiotów. Działalność ubezpieczeniowa to oferowanie i udzielanie ochrony na wypadek ryzyka wystąpienia zdarzeń losowych<sup>14</sup>. Zdarzenie losowe to takie, które jest niezależne od woli ubezpieczającego oraz ma charakter przyszły i niepewny (np. choroba), a jego skutkiem jest uszczerbek w dobrach osobistych lub majątkowych. Ubezpieczenia dzielą się generalnie z uwagi na swój przedmiot na majątkowe i osobowe. Przedmiotem ubezpieczenia majątkowego może być każdy interes majątkowy, który nie jest sprzeczny z prawem i daje się ocenić w pieniądzu. Celem ubezpieczenia majątkowego jest wyrównanie uszczerbku w majątku ubezpieczającego, spowodowanego wypadkami ubezpieczeniowymi przewidzianymi w umowie ubezpieczenia. Ubezpieczenie osobowe może w szczególności dotyczyć:

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

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

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

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

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

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

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

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

Warunki wykonywania działalności w zakresie ubezpieczeń osobowych i ubezpieczeń majątkowych określa przede wszystkim ustawa z 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej<sup>15</sup>. Czynnościami ubezpieczeniowymi są m.in.:

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

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

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

Wykonywanie działalności ubezpieczeniowej wymaga zezwolenia organu nadzoru.

Zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy ubezpieczenia zawartej z ubezpieczającym. Podstawą do objęcia pacjenta (klienta) prywatnym ubezpieczeniem zdrowotnym jest zawarcie umowy ubezpieczenia z ubezpieczycielem. Umowa ubezpieczenia zdrowotnego ma obecnie charakter dobrowolny. Uregulowana jest w Kodeksie cywilnym (art. 805.-834.). Kodeks cywilny normuje wyłącznie umowę ubezpieczenia w sposób ogólny ze względu na rozbudowanie różnych rodzajów ubezpieczeń, wymagające stosowania wielu rozwiązań specjalistycznych<sup>16</sup>. Jest to umowa, na podstawie której ubezpieczyciel w zakresie działania swojego przedsiębiorstwa zobowiązuje się spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Przykładowo, jeżeli ubezpieczony zachoruje i wymaga konsultacji lekarza specjalisty, to jej koszty zostaną pokryte przez ubezpieczyciela. Umowa ubezpieczenia jest umową nazwaną, należąca do kategorii umów dwustronnie zobowiązujących i odpłatnych. Ponadto jest umową konsensualną (do jej zawarcia potrzebne jest tylko zgodne oświadczenie woli obydwu stron) i adhezyjną (z reguły zawiera się ją, przystępując do zaproponowanych warunków), a także kwalifikowaną (jedną z jej stron jest profesjonalista). W stosunku ubezpieczeniowym występują zasadniczo trzy podmioty, tj. ubezpieczyciel, ubezpieczający i ubezpieczony. Ubezpieczycielem jest podmiot (zakład ubezpieczeń), który w drodze umowy bierze na siebie ryzyko poniesienia określonych w umowie konsekwencji wypadku ubezpieczeniowego. Zgodnie z ustawą ubezpieczeniową zakład ubezpieczeń może funkcjonować tylko w formie spółki akcyjnej lub towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych. Ubezpieczający to podmiot, który zawiera umowę ubezpieczenia z ubezpieczycielem. Może nim być każda osoba fizyczna lub prawna. Ubezpieczony to osoba, której dobro (mienie, zdrowie, życie) zostało objęte umową ubezpieczenia. Najczęściej ubezpieczającym i ubezpieczonym jest ta sama osoba.

Podstawowe świadczenia stron stosunku ubezpieczeniowego obejmują:

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

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

<sup>15</sup> DzU nr 124, poz. 1151 z późn. zm.

<sup>16</sup> H. Ciepla, *Komentarz do kodeksu cywilnego – umowa ubezpieczenia*, „LexPolonica Perfecta” 2008, nr 2.

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

Zgodnie z art. 809., § 2. Kodeksu cywilnego umowa ubezpieczenia powinna być potwierdzona przez zakład ubezpieczeń polisą. Polisa jest to dokument sporządzony przez ubezpieczyciela na odpowiednim formularzu, zawierający istotne postanowienia zawartej umowy ubezpieczenia. Polisa powinna być dokumentem zawierającym w sobie taką treść, z której jednoznacznie wynika, kto, przez kogo oraz w jakim zakresie jest ubezpieczony. W świetle wyroku Sądu Najwyższego z 25 maja 2005 r. (I CK 744/2004) polisa ubezpieczeniowa nie jest warunkiem istnienia umowy ubezpieczeniowej, ponieważ nie przewidują tego żadne przepisy. Brak jej wystawienia i doręczenia nie przesądza więc o niezawarciu umowy<sup>17</sup>.

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

- rodzaj ubezpieczenia i jego przedmiot,
- warunki zmiany sumy ubezpieczenia lub sumy gwarancyjnej, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia taką zmianę przewidują,
- prawa i obowiązki każdej ze stron umowy ubezpieczenia,
- zakres odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń,
- przy ubezpieczeniach majątkowych – sposób ustalania rozmiaru szkody,
- sposób określania sumy odszkodowania lub innego świadczenia, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia przewidują odstępstwa od zasad ogólnych,
- sposób ustalania i opłacania składki ubezpieczeniowej,
- metodę i sposób indeksacji składek, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia indeksację przewidują,
- tryb i warunki dokonania zmiany umowy ubezpieczenia zawartej na czas nieokreślony,
- przesłanki i terminy wypowiedzenia umowy przez każdą ze stron, a także tryb i warunki wypowiedzenia, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia przewidują taką możliwość<sup>18</sup>.

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

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

<sup>17</sup> „Gazeta Prawna” 2005, nr 102, s. 22.

<sup>18</sup> Art. 12a ustawy z 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej.



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

## ZAKRES PODMIOTOWY I PRZEDMIOTOWY PRYWATNEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne definiowane są jako ubezpieczenia nieobowiązkowe, wybierane i opłacane przez osoby indywidualne lub za pośrednictwem pracodawców, kalkulujące składki na podstawie ryzyka zdrowotnego<sup>19</sup>. W rezultacie większość prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych występuje w jednym lub dwóch wariantach, tj. indywidualnym lub indywidualnym i grupowym. Powyższy produkt może mieć charakter pojedynczy (np. ryzyko zachorowania na konkretną chorobę) lub złożony (kompleksowe świadczenia).

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

Umowa ubezpieczenia niezależnie od wariantu może być zawarta z pracodawcą na rzecz jego pracowników (ewentualnie członków ich rodzin) lub z klientem indywidualnym (osobą fizyczną). W przypadku ubezpieczeń indywidualnych czasem występuje też możliwość objęcia ochroną także dzieci i współmałżonka. Ubezpieczonym w ramach ubezpieczenia zdrowotnego może być tylko osoba fizyczna. Krąg potencjalnych ubezpieczonych ograniczany jest ze względu na kryteria formalne, które muszą być spełnione przez te osoby<sup>20</sup>. Najważniejszym ograniczeniem dostępu do oferty jest wiek potencjalnego ubezpieczonego (na dzień rozpoczęcia ochrony), który z reguły nie może być wyższy niż 60-65 lat. Możliwe jest również ustanowienie dolnej granicy wieku przystąpienia do ubezpieczenia (powszechnie jest to lat 18). Poza wiekiem to stan zdrowia jest kryterium ograniczającym zawarcie umowy ubezpieczenia (chodzi szczególnie o niewystępowanie określonych chorób lub upływ określonego czasu od ich leczenia). Z badań wynika, że z prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych korzystają lub chcą korzystać przede wszystkim osoby lepiej wykształcone, zamożne, mieszkańcy większych miast<sup>21</sup>. Należy sądzić, że w miarę nasycenia rynku konkurencja pomiędzy zakładami ubezpieczeń zwróci się w kierunku klienta indywidualnego<sup>22</sup>.

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

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

<sup>20</sup> M. Osak, B. Więckowska, *op.cit.*, s. 173.

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

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

służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu, a także poprawie zdrowia i inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub z przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania (w szczególności związane z badaniem i poradą lekarską, leczeniem, rehabilitacją leczniczą, badaniem diagnostycznym, pielęgnacją chorych, opieką paliatywno-hospicyjną). Dookreślenie zakresu ubezpieczenia następuje zawsze poprzez wskazanie gwarantowanych świadczeń. Zapewnia ona zasadniczo świadczenia typu rzeczowego, a wyjątkowo – pieniężnego. Cechą analizowanego produktu ubezpieczeniowego jest jego opcjonalność, gdyż w ramach oferty jednego ubezpieczyciela produkt występuje w kilku opcjach (np. podstawowej, rozszerzonej). W zakresie sposobu realizacji zobowiązania zakładu ubezpieczeń dominuje zagwarantowanie bezpośredniego dostępu do świadczeń zdrowotnych wykonywanych w placówkach medycznych współpracujących z ubezpieczycielem. Zasadą występującą nieomal w przypadku każdego produktu jest nieograniczony dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej. Elementem różnicującym zakres ubezpieczenia, zarówno pomiędzy wariantami, jak i ubezpieczycielami, jest dostępność do specjalistów i badań diagnostycznych. Zróżnicowanie dotyczy przede wszystkim liczby dostępnych specjalności lekarskich (od kilku do kilkunastu) oraz procedur diagnostycznych. Elementem innowacyjnym jest dostęp do świadczeń szpitalnych. Możliwe jest limitowanie częstotliwości korzystania ze konkretnych świadczeń (np. 3 USG jamy brzusznej na rok) oraz wprowadzenie udziału własnego pacjenta (współpłacenia). Umowa omawianego ubezpieczenia jest standardowo zawierana na rok z możliwością jej przedłużenia na kolejny rok. Zakres terytorialny gwarantowanych świadczeń zdrowotnych ogranicza się do terytorium Polski. Możliwe jest wprowadzenie katalogu wyłączeń odpowiedzialności przez ubezpieczyciela (w takich sytuacjach świadczenia zdrowotne nie są limitowane). W szczególności dotyczą one prób samobójczych, nadużycia alkoholu lub środków odurzających oraz eksperymentów medycznych. Uważa się, że kompleksowe ubezpieczenie kosztów leczenia jest świadczeniem odszkodowawczym o najszerszym pokryciu<sup>23</sup>.

Zgodnie z ogólnymi przepisami rangi ustawowej zakład ubezpieczeń może zażądać, aby ubezpieczony lub osoba, na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, poddała się badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia<sup>24</sup>. Koszty tych badań pokrywa zakład ubezpieczeń. Może on uzyskać odpłatnie od podmiotów, które udzielały świadczeń zdrowotnych ubezpieczonemu lub osobie, na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przez tę osobę danych o jej stanie zdrowia, ustaleniem prawa tej osoby do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, a także informacje o przyczynie śmierci ubezpieczonego, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Podmiotami powyższymi są zakłady opieki zdrowotnej, indywidualne, grupowe praktyki medyczne (lekarskie, pielęgniarские, położnych). Z żądaniem przekazania powyższych informacji może wystąpić tylko lekarz upoważniony przez zakład ubezpieczeń. Wystąpienie zakładu ubezpieczeń o informację o stanie zdrowia pacjenta wymaga pisemnej zgody ubezpieczonego lub osoby, na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia albo jej przedstawiciela ustawowego. Podmioty wyżej wskazane są obowiązane przekazać posiadane informacje o stanie zdrowia ubezpieczonego lub osoby, na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, zakładowi ubezpieczeń, który o te informacje występuje, w terminie nie dłuższym niż 14 dni od daty otrzymania wystąpienia zakładu ubezpieczeń o przekazanie informacji. Szczegółowy zakres i tryb udzielania zakładom ubezpieczeń informacji o stanie zdrowia ubezpieczonego lub osoby, na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, przez zakłady opieki zdrowotnej oraz przez osoby fizyczne wykonujące zawód medyczny w formie indywidualnej lub specjalistycznej praktyki lekarskiej, indywidualnej lub specjalistycznej praktyki pielęgniarки, położnych albo przez grupową praktykę lekarską, grupową praktykę pielęgniarek, położnych, oraz sposób ustalania wysokości opłat za udzielanie tych informacji określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z 23 marca 2004 r. w sprawie szczegółowego zakresu i trybu udzielania zakładom ubezpieczeń informacji o stanie zdrowia ubezpieczonych lub osób, na rzecz których ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, oraz sposobu ustalania wysokości opłat za udzielenie tych informacji<sup>25</sup>. Informacje o stanie zdrowia osoby obejmują w szczególności informacje:

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

<sup>24</sup> Art. 21. ustawy z 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej.

<sup>25</sup> DzU nr 71, poz. 654.

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

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

## PODSUMOWANIE

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

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

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

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

(tym również koszty abonamentu medycznego czy ubezpieczenia zdrowotnego), a nie jak dotychczas tylko te obligatoryjne, wynikające z Kodeksu pracy<sup>26</sup>.

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne mogą wypełniać lukę ilościową i jakościową w dostępie do świadczeń zdrowotnych gwarantowanych w ramach publicznego ubezpieczenia zdrowotnego<sup>27</sup>. Ponadto rozwój prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych daje szansę na wprowadzenie rzeczywistej gry rynkowej na rynku usług medycznym oraz możliwość uwolnienia się świadczeniodawców od monopolu publicznego płatnika. Bezspornie prywatne ubezpieczenie zdrowotne zapewnia większy komfort w dostępie do usług medycznych oraz dużo lepszy standard obsługi, a także może stanowić istotny czynnik naprawy systemu zdrowotnego.

## BIBLIOGRAFIA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

[ubezpieczenia.prometeusz.com.pl/ubezpieczenia\\_porady\\_warto\\_wiedziec.php?](http://ubezpieczenia.prometeusz.com.pl/ubezpieczenia_porady_warto_wiedziec.php?)

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

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