

**Halina Worach-Kardas, Justyna Słowińska**

Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi

## **ROZWÓJ PRYWATNYCH UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH W POLSCE – MOŻLIWOŚCI I BARIERY**

### **1. Wstęp**

Polski rynek dobrowolnych i prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych ciągle znajduje się w fazie rozwojowej. Polskie społeczeństwo coraz częściej korzysta z ofert prywatnych klinik i przychodni, mimo że wiąże się to z dodatkowymi kosztami. Z kolei towarzystwa ubezpieczeniowe oferują rozmaite produkty z grupy ubezpieczeń zdrowotnych, które wciąż stanowią nowość na polskim rynku. Rynek ten zarazem jest postrzegany jako perspektywiczny, z dużymi możliwościami wzrostu.

Celem artykułu jest analiza prywatnych, dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych, w aspekcie możliwości, barier oraz perspektyw ich upowszechnienia na polskim rynku.

Chociaż rynek prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce istnieje w bardzo ograniczonym zakresie, jego potencjał oceniany jest wysoko. Mimo że nie ma jeszcze ukształtowanych formalnoprawnych warunków funkcjonowania prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, zakłady ubezpieczeń i prywatne placówki medyczne świadome są korzyści płynących z wprowadzenia tego typu produktów.

### **2. Rodzaje dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych**

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne to obszar dobrowolnych transakcji rynkowych polegających na zabezpieczeniu się przed ryzykiem ponoszenia wydatków związanych z zaspokajaniem potrzeb zdrowotnych.

Wśród prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych można wyróżnić trzy ich typy:

- **ubezpieczenia dodatkowe** (suplementarne) – posiadanie tego rodzaju ubezpieczenia pozwala na skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia medyczne; innymi słowy pacjent ominie kolejkę oczekujących. Dzięki takiemu ubezpieczeniu można również otrzymać lepszy standard usług szpitalnych (np. jednoosobową salę chorych).
- **ubezpieczenie uzupełniające** (komplementarne) – posiadanie tego typu ubezpieczenia gwarantuje pacjentowi prawo do bezpłatnego korzystania z usług, których nie obejmuje powszechne ubezpieczenie zdrowotne. W polskim systemie takie świadczenia obejmują usługi stomatologiczne. Posiadanie ubezpieczenia uzupełniającego oznacza często pokrycie przez towarzystwo ubezpieczeniowe pełnych kosztów opieki stomatologicznej.
- **ubezpieczenie zastępcze** (substytucyjne) jest to zazwyczaj ubezpieczenie przeznaczone dla osób, które w związku z posiadaniem wysokich dochodów zostały zwolnione z obowiązku przystąpienia do systemu powszechnego. W niektórych krajach są to osoby prowadzące prywatną działalność gospodarczą (a także adwokaci, lekarze, duchowni).

W Polsce pierwsze komercyjne ubezpieczenia zdrowotne pojawiły się w roku 1992. Nie spotkały się one z większym zainteresowaniem głównie dlatego, że nie oferowały pełnego zakresu usług medycznych. Ubezpieczenia zdrowotne ograniczono jedynie do świadczeń ambulatoryjnych, podczas gdy optymalny produkt obejmuje organizację i finansowanie usług zarówno ambulatoryjnych, jak i szpitalnych. Tego typu produkty ubezpieczeń zdrowotnych w roku 2005 po raz pierwszy wprowadziła SIGNAL IDUNA Polska. Świadczenia ambulatoryjne tej firmy są oferowane na terenie całego kraju w placówkach jej partnera, którym jest LUX MED, leczenie szpitalne zaś zapewnione jest w wybranych klinikach publicznych i prywatnych [5, s. 64]. Należy dodać, iż obecnie dostępne są pakiety usług abonamentowych w ramach indywidualnych i grupowych ubezpieczeń zdrowotnych także innych towarzystw, w tym PZU, Allianz Polska, CIGNA STU.

### 3. Możliwości i bariery rozwoju prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych

Stworzenie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych może przynieść wiele korzyści zarówno dla pacjentów, jak i dla świadczących usługi medyczne.

Towarzystwa ubezpieczeniowe z coraz lepszym skutkiem przekonują, że opłaca się wykupić prywatną polisę zdrowotną, wskazując jej zalety, takie jak:

- przejęcie części potencjalnych pacjentów zakładów opieki zdrowotnej spowoduje skrócenie czasu oczekiwania na usługę medyczną,

- napływ dodatkowych środków finansowych do świadczeniodawców poprawi stan wyposażenia placówek medycznych, z których korzystają tylko osoby objęte ubezpieczeniem,
- świadczeniodawcy, chcąc utrzymać swoją pozycję, będą skłonni do inwestowania w modernizację prowadzonych placówek medycznych oraz poprawę organizacji pracy,
- składki na grupowe prywatne ubezpieczenia zdrowotne płacone przez pracodawców mogą być zaliczone do kosztów uzyskania przychodu przedsiębiorstwa,
- niezależnie od dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego ubezpieczony zachowuje prawo do korzystania z usług medycznych kontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Wskazuje się również na bezpośrednie korzyści dla publicznych i niepublicznych ZOZ-ów płynące z dodatkowych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, a mianowicie:

- dodatkowe źródło dochodów,
- wykorzystanie pełnego potencjału placówki, specjalistycznej aparatury medycznej i kadry, racjonalne wykorzystanie bazy łóżkowej,
- lepszy standard leczenia – możliwość wdrażania nowych, droższych technologii diagnostycznych i metod leczenia,
- lepsza jakość pracy i wzrost bezpieczeństwa pacjentów,
- poprawa warunków lokalowych – możliwość przeprowadzenia remontów i nowych inwestycji,
- szansa na wyższe zarobki personelu medycznego i pozostałych pracowników,
- nowe miejsca pracy [3, s. 6].

Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z 6 lutego 1997 r. nie zawiera prawnie określonego zakresu świadczeń medycznych, określonego jako „koszyk świadczeń medycznych”. Zawartość takiego koszyka przesądza o zakresie, jakości i dostępności świadczeń w ramach publicznej ochrony zdrowia. Z kolei znajomość tego, co przysługuje ubezpieczonemu w ramach tego koszyka, umożliwia stworzenie oferty dodatkowych, prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych [4, s. 5].

Rynek dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych znajduje się obecnie w początkowej fazie rozwoju, a jego rola w finansowaniu opieki zdrowotnej jest relatywnie niewielka. Zakres i funkcja dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych zależą zatem w znacznym stopniu od prawnych regulacji przyjętych w publicznym systemie opieki zdrowotnej, zwłaszcza od zakresu świadczeń dostępnych w ramach tego systemu.

Należy się liczyć z tym, że upowszechnienie prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych może wiązać się z następującymi ograniczeniami:

- wprowadzenie na większą skalę dodatkowych ubezpieczeń sprzyjać będzie powstawaniu nierówności w dostępie do ponadstandardowej opieki zdrowotnej,

- zakłady ubezpieczeń będą zapewniać świadczenia na określonym poziomie w zależności od wysokości składki,
- możliwe będzie uzależnienie kosztu ochrony ubezpieczeniowej od stanu zdrowia,
- możliwe będzie uzależnienie ochrony ubezpieczeniowej od wieku (np. ubezpieczenia takie nie będą dostępne dla osób powyżej 65 roku życia), mimo że w tym właśnie wieku jest szczególnie wysokie zapotrzebowanie na świadczenia medyczne. Koszt opieki medycznej osoby w wieku 65-75 lat jest dwukrotnie wyższy, a osoby 85-letniej aż siedmiokrotnie wyższy niż koszt leczenia osoby w wieku 40 lat [1, s. 72],
- ubezpieczenia te rozwijałyby się raczej jako ubezpieczenia grupowe lub zawodowe, nie zaś indywidualne,
- w warunkach polskich dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne powinny być komplementarne, a nie substytucyjne wobec systemu publicznego.

Publiczne świadczenia i dobrowolny dodatkowy system komercyjny mają stworzyć lepsze warunki dla ochrony zdrowia. Alternatywą dla ubezpieczeń dodatkowych, komercyjnych byłoby współpłacenie przez pacjenta za niektóre usługi, poprzedzone czytelnym wyspecyfikowanym systemem dopłat. Istnieje więc potrzeba rozstrzygnięcia następujących kwestii:

- jaki będzie zakres dostępnych świadczeń medycznych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego,
- czy polisa będzie w stanie zapewnić bezpieczeństwo zdrowotne ubezpieczonego, tzn. czy pacjent w każdej sytuacji będzie mógł zwrócić się po fachową pomoc i uzyskać odpowiednią opiekę medyczną.

#### **4. Uwarunkowania rozwoju rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych**

Według niektórych ocen ubezpieczenia zdrowotne w Polsce tworzą potencjalnie duży rynek. W przypadku dobrze skonstruowanych, szeroko zróżnicowanych ofert oraz sprawnej, rozwiniętej sieci świadczeniodawców rynek ten szacowany może być na ok. 17 mld zł [4]. Aby taki poziom osiągnąć, należy stworzyć oferty świadczeń szpitalnych, rehabilitacyjno-uzdrowiskowych, pielęgnacyjnych, czyli zespół świadczeń uzupełniających. W tym kontekście wymieniona jest liczba 200 szpitali i kilkunastu klinik, które, włączone do systemu ubezpieczeń prywatnych, stosowałyby te same procedury medyczne i świadczenia w odpowiednio wysokim standardzie [7, s. 289].

Tendencja do wzrostu popytu na ubezpieczenia zdrowotne jest zauważalna w sytuacji, gdy służba zdrowia oferuje mniej świadczeń swoim pacjentom. Z badania Instytutu PENTOR wynika, że około 48% Polaków korzysta ze świadczeń prywatnej opieki zdrowotnej; w tym około 5% wyłącznie z sektora prywatnego. W świadomości społecznej utrzymuje się podział na prywatną i publiczną służbę zdrowia, nie tyle jednak w kategoriach własności placówki, lecz według tego, czy usługa

jest finansowana ze środków publicznych, czy ze środków własnych gospodarstwa domowego. Wiele spośród gospodarstw domowych korzystających z opieki zdrowotnej w ciągu ostatniego roku opłacało koszty tej opieki ze środków własnych. W roku 2004 wśród gospodarstw opłacających leczenie z własnych środków było też wiele takich, które korzystały również z usług opłacanych ze środków NFZ. Około 5% gospodarstw, które korzystały z opieki zdrowotnej, wskazało na jej finansowanie przez pracodawców wykupujących abonament. Od 2000 do 2003 r. nie wzrósł odsetek gospodarstw podających, że częściej niż dawniej musiały korzystać z opieki prywatnie opłacanej. Obecnie średnia wartość wydatków na jedno gospodarstwo korzystające z ambulatoryjnych usług prywatnie opłacanych wynosi 320 zł.

Znacznie tańszą formą ubezpieczenia ochrony zdrowia jest grupowe ubezpieczenie zdrowotne, w ramach którego można skorzystać np. z podstawowej opieki medycznej. Tego rodzaju ubezpieczenia oferuje PZU Życie SA „Opieka Medyczna”, która zapewnia leczenie w komfortowych przychodniach lekarskich – klinikach zdrowia i 24 godzinną infolinię [6, s. 173].

Jak pokazuje tab. 1, gospodarstwa domowe korzystają z usług placówek opieki zdrowotnej finansowanych ze środków zarówno publicznych, jak i prywatnych.

Tabela 1. Odsetek gospodarstw domowych korzystających z placówek opieki zdrowotnej według źródła finansowania usług

| Rok badania | Środki publiczne | Środki prywatne | Abonamenty |
|-------------|------------------|-----------------|------------|
| 2000        | 88               | 41              | 5          |
| 2003        | 91               | 40              | 5          |
| 2005        | 92               | 39              | 5          |

Źródło: [2, s. 81].

Dobrym miernikiem niezaspokojonych potrzeb i oczekiwań społecznych jest wysokość wydatków na zdrowie ponoszonych ze środków prywatnych – zarówno formalnie, jak i nieformalnie. Istnieje pogląd, że ubezpieczenia zdrowotne oferujące szeroki zakres usług, w tym usługi ambulatoryjne i szpitalne, są w stanie w dłuższym czasie znacznie ograniczyć istnienie szarej strefy w ochronie zdrowia.

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne będą powodować skrócenie czasu oczekiwania na wykonanie określonej procedury, zapewnią najwyższą jakość jej przeprowadzenia (sprzęt, kwalifikacje personelu), jak również przyczynią się do znacznej poprawy jakości pozamedycznych usług (osobne pokoje, inny standard posiłków, możliwość wyboru lekarzy prowadzących lub operujących). Szpitale świadczące usługi dla ubezpieczonych w ramach prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych zyskują dodatkowe środki finansowe na zaspokojenie potrzeb finansowych pracowników, poprawę infrastruktury i inwestycje, które będą służyć nie tylko pacjentom prywatnym.

Jedną z przyczyn wzrostu wysokości wydatków na ochronę zdrowia jest starzenie się społeczeństwa. Od wielu lat w Polsce następuje spadek dzietności przy jednoczesnym wydłużaniu się średniej życia, rośnie więc liczba i udział osób w wieku

poprodukcyjnym wśród ogółu ludności. Obecnie osoby w wieku 65 lat i więcej stanowią 12,8% społeczeństwa, prognozy GUS zaś zakładają, że w 2020 r. stanowiąc będą już 17% populacji. Istotna jest zatem kwestia, czy potrzeby zdrowotne starszej części społeczeństwa będą w przyszłości zaspokajane wyłącznie przez system publicznej ochrony zdrowia, czy także przez dobrowolne ubezpieczenia prywatne [8, s. 16].

Postęp wiedzy medycznej sprawia, że procedury lecznicze są coraz skuteczniejsze, a jednocześnie coraz droższe [9, s. 27]. Wydatki na służbę zdrowia zwiększają się więc również z powodu postępu technologii medycznej. Starzenie się społeczeństw stymuluje rozwój technologii koniecznych do leczenia i opieki nad osobami starszymi. Rozwijane są nowe technologie diagnostyczne i lecznicze. Inną ważną kwestią jest finansowanie profilaktyki. W krajach o rozwiniętym rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych usługi z zakresu profilaktyki stanowią integralną część produktów ubezpieczeniowych; towarzystwa aktywnie nakłaniają swoich ubezpieczonych do regularnych badań. Można przyjąć, że starzenie się społeczeństw i postęp technologii będą silnie determinować powstający polski rynek prywatnych usług zdrowotnych.

W dyskusjach na temat finansowania systemu ochrony zdrowia pojawia się również kwestia zasadności wprowadzenia dodatkowych opłat za korzystanie z poszczególnych usług. Współpłacenie przez pacjenta za usługi medyczne sprzyjałoby zmniejszaniu się zjawiska nadużywania tych usług. W ekonomice zdrowia taką funkcję opłat określa się jako funkcję ograniczania **moralnego hazardu** (skłonności do podejmowania działań ryzykownych, z obciążaniem kosztami podmiotu innego aniżeli ten, który ryzyko wywołuje). Istnieją opinie wskazujące np. na zbyt częste korzystanie przez niektóre grupy społeczne z usług lekarzy opieki podstawowej i lekarzy specjalistów, szczególnie tych, do których dostęp nie wymaga posiadania skierowania, a także nadużywania usług pogotowia ratunkowego, szpitala.

Według raportu „Diagnoza społeczna 2005”, 42% gospodarstw domowych w 2005 r. nie było zainteresowane zakupem polis ubezpieczenia zdrowotnego. Jednakże deklarowane zainteresowanie prywatnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi następuje wówczas, gdy cena polisy nie przekraczałaby 100 zł. Wówczas to 17% gospodarstw domowych kupiłoby takie ubezpieczenie (w 2003 r. – 14%). W grupie osób pracujących na własny rachunek chęć zakupu polisy o wartości 100 zł deklaruje 21% respondentów, wśród pracowników 16%, a wśród rencistów tylko 4%. Badanie wskazuje, że skłonność polskiego społeczeństwa do prywatnego ubezpieczania się na wypadek choroby jest relatywnie niska. Przyczyną jest nie tylko relatywnie niski stan zamożności społeczeństwa, ale również zasady funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej [2, s. 87]. Niska skłonność do zakupu polis dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych może dodatkowo wpływać na aktywne poszukiwanie przez firmy prywatne możliwości zwiększenia swego udziału w rynku usług opłacanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Produkty ubezpieczenia zdrowotnego są ciągle mało znane; ponadto identyfikowane są z innymi dobrowolnymi

ubezpieczeniami (np. z posiadaniem polis dobrowolnego ubezpieczenia od ryzyka zachorowania za granicą).

## 5. Zakończenie

Wzrost kosztów opieki zdrowotnej spowodowany jest głównie: postępem medycyny, nowymi technologiami, starzeniem się społeczeństwa i wzrostem oczekiwań społecznych w zakresie świadczeń zdrowotnych. Trwają poszukiwania dodatkowych źródeł finansowania ochrony zdrowia. W Polsce na ochronę zdrowia przeznaczają się ze środków publicznych 3,8% PKB rocznie, podczas gdy w pozostałych krajach Unii Europejskiej udział ten wynosi 6-9%. Spadkowi ilości środków publicznych na ochronę zdrowia towarzyszy równoczesny wzrost prywatnych nakładów na leczenie. Odpowiedzialność za własne zdrowie została złożona częściowo na barki społeczeństwa, czyniąc je pośrednio odpowiedzialnym za efektywność systemu. Mimo głosów krytycznych, prywatne ubezpieczenia mogą istotnie wpłynąć na jakość całego systemu opieki zdrowotnej. Tego rodzaju ubezpieczenia umożliwiają bowiem osobom o wyższych dochodach samofinansowanie opieki zdrowotnej, pozostawiając państwu swój udział w środkach publicznych na zapewnienie opieki zdrowotnej osobom gorzej sytuowanym. Dodatkowi płatnicy wywołają zdrową konkurencję, co powinno wpłynąć korzystnie na reformę publicznej służby zdrowia. W świetle powyższych rozważań do najważniejszych czynników mających wpływ na przyszły rozwój prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce zaliczyć należy:

- wprowadzenie koszyka gwarantowanych świadczeń medycznych,
- promowanie ulg podatkowych dla osób fizycznych i prawnych korzystających z prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych,
- możliwości finansowe gospodarstw domowych umożliwiające przystąpienie do dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego.

## Literatura

- [1] Balcerowicz-Szkutnik M., *Demograficzne aspekty ryzyka w ubezpieczeniach społecznych. Uwarunkowania i analiza demoekonometryczna*, Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice 2005.
- [2] Czapiński J., Panek T. (red.), *Diagnoza społeczna 2005. Warunki i jakość życia Polaków*, Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Warszawie, 10.01.2006.
- [3] Gwozdowska A., *Perspektywy prywatnych ubezpieczeń*, „Puls Medycyny”, 05.10.2005, nr 20(117).

- [4] Holly R., *Poszukiwanie remedium dla chorego systemu ochrony zdrowia*, „Monitor Ubezpieczeniowy”, marzec 2005.
- [5] Kruszewska X., *Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne, prywatna opieka*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2006 nr 1/2.
- [6] Słowińska J., *Znaczenie i zasady funkcjonowania grupowych ubezpieczeń na życie w Polsce*, [w:] H. Worach-Kardas (red.), *Polityka społeczna i ubezpieczenia*, WSHE, Łódź, 2005, s. 173.
- [7] Szmigiel T., *Rozwój sektora prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce w latach 2000-2003*, [w:] K. Jajuga, W. Ronka-Chmielowiec (red.), *Inwestycje finansowe i ubezpieczenia – tendencje światowe a polski rynek*, Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu nr 1088, AE, Wrocław 2005, s. 284-291.
- [8] *Ubezpieczenia w systemie ochrony zdrowia*, „Monitor Ubezpieczeniowy”, czerwiec 2005 nr 24, s. 16-18.
- [9] Worach-Kardas H., *Ubezpieczeniowy model zarządzania i finansowania publicznej ochrony zdrowia*, „Zeszyty Naukowe WSHE w Łodzi” 2000 nr 4, s. 24-31.

## **THE DEVELOPMENT OF COMMERCIAL HEALTH INSURANCE SECTOR IN POLAND – THE POSSIBILITIES AND LIMITS**

### **Summary**

The purpose of this article is to define the current state of voluntary health insurance sector in Poland as well as their place in the health care system. The paper presents an analysis of having the individual health insurance products in Polish households also.

The main possibilities and limits of the further growth of commercial health insurance market are presented in the paper as well.