

Monika Małecka

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

UBEZPIECZENIA ZDROWOTNE W OFERCIE ZAKŁADÓW UBEZPIECZEŃ

Streszczenie: Dynamiczny wzrost kosztów świadczenia opieki zdrowotnej umieścił kwestie opieki zdrowotnej, a także ubezpieczeń zdrowotnych, w centrum zainteresowania zarówno samych pacjentów/ubezpieczonych, pracodawców, jak i rządu. Coraz powszechniejsza staje się partycypacja pacjenta w kosztach ochrony zdrowia. W związku z zawężaniem koszyków świadczeń gwarantowanych pacjenci poszukują nowych instrumentów, dzięki którym będą mieli zagwarantowany dostęp do opieki medycznej. Jednym z takich instrumentów są produkty oferowane przez zakłady ubezpieczeń. Mimo iż zakłady ubezpieczeń wprowadzają coraz to nowe warunki ubezpieczeń zdrowotnych, a ich sprzedaż z roku na rok wzrasta, pełny rozwój tego rynku nie będzie możliwy bez wprowadzenia reformy systemu publicznego.

Słowa kluczowe: ubezpieczenia zdrowotne, klasyfikacja ubezpieczeń chorobowych, zakład ubezpieczeń zdrowotnych, prywatne ubezpieczenia zdrowotne.

Większa część popytu na ubezpieczenia zdrowotne pochodzi od osób fizycznych jako wyizolowanych jednostek, a nie jako członków organizacji. W drugiej połowie XX w. ciężar kosztów świadczenia usług opieki zdrowotnej przesunął się z osób indywidualnych i ich rodzin na pracodawców, a także na rząd¹. Dynamiczny wzrost kosztów świadczenia opieki zdrowotnej umieścił kwestie opieki zdrowotnej, a także ubezpieczeń zdrowotnych, w centrum zainteresowania zarówno samych pacjentów/ubezpieczonych, pracodawców, jak i rządu. W społeczeństwach zaczęło się tworzyć przekonanie, że prawo do opieki zdrowotnej należy do podstawowych praw obywatelskich, gwarantowanych ustawą zasadniczą. Konsekwencją tego było to, że ubezpieczenia zdrowotne w Europie Zachodniej stały się domeną sektora publicznego, opartego w głównej mierze na modelu Baveridge'a; wyjątkiem są Niemcy z modelem Bismarckowskim. Oznaczało to, iż sektor prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych spełniał rolę uzupełniającą w stosunku do systemu publicznego. Jednak niekorzystne zmiany demograficzne w społeczeństwach oraz błyskawicznie rosnące

¹ C.A. Williams Jr, M.L. Michael, L. Smith, P.C. Young, *Zarządzanie ryzykiem a ubezpieczenia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002, s. 564.

koszty ochrony zdrowia stają się przyczyną tego, że coraz trudniej jest utrzymać rozbudowaną, publiczną ochronę zdrowia².

W chwili obecnej coraz powszechniejsza staje się partycypacja pacjenta w kosztach ochrony zdrowia. Coraz częściej zawężane są koszyki świadczeń gwarantowanych, a w konsekwencji pacjenci poszukują nowych instrumentów, dzięki którym będą mieli zagwarantowany dostęp do opieki medycznej. Jednym z takich instrumentów są produkty oferowane przez zakłady ubezpieczeń.

W ustawie o działalności ubezpieczeniowej nie funkcjonuje terminologia „ubezpieczenie zdrowotne”. Załącznik do ustawy wyróżnia ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe³. W ramach tych ubezpieczeń zakłady ubezpieczeń oferują różnego typu produkty nakierowane na zabezpieczenie finansowe podmiotu przed negatywnymi skutkami zdarzeń, jakimi są choroby⁴. Tabela 1 w syntetyczny sposób przedstawia klasyfikację ubezpieczeń chorobowych, które znajdują się w ofertach krajowych zakładów ubezpieczeń.

Tabela 1. Klasyfikacja ubezpieczeń chorobowych

Ubezpieczenia chorobowe (choroba samoistna)		Ubezpieczenia wypadkowe (wypadek)	Kryterium – przyczyna utraty zdrowia (choroby)
ubezpieczenia chorobowe (utrata zdrowia)			
Rodzaj skutków choroby	ubezpieczenie uszczerbku na zdrowiu		choroba jako przyczyna niepożądanych skutków
	ubezpieczenie poważnego zachorowania (w tym ubezpieczenie choroby śmiertelnej)		
	ubezpieczenie pobytu w szpitalu		
	ubezpieczenie przebycia operacji		
	ubezpieczenie kosztów leczenia		
	ubezpieczenie rekonwalescencyjne i rehabilitacyjne		
	ubezpieczenie niezdolności do pracy		
	ubezpieczenie utraty dochodów		
	ubezpieczenie pielęgnacyjne		
	ubezpieczenie na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku lub określonej choroby		

Źródło: M. Osak, B. Więckowska, *Oferta dodatkowych ubezpieczeń chorobowych w Polsce*, [w:] T. Szumlicz (red.), *Spoleczne aspekty ubezpieczenia*, SGH, Warszawa 2005, s. 257.

² J. Bogutyn, J. Monkiewicz, *Ubezpieczenia zdrowotne*, [w:] J. Monkiewicz (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. 2. *Produkty*, Poltext, Warszawa 2001, s. 423.

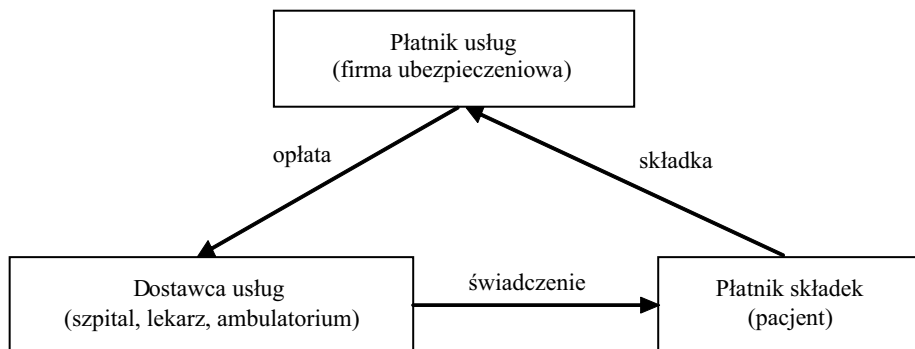
³ Załącznik do Ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, DzU 2003, nr 124, poz. 1151.

⁴ Choroba, czyli brak zdrowia, rozpoznana przez profesjonalistę (lekarza) może zostać wywołana zarówno wypadkiem, jak i chorobą samoistną.

Przedmiotem opracowania nie będą wszystkie produkty ubezpieczenia chorobowego, lecz te, które są oferowane przez zakłady ubezpieczeń jako uzupełnienie lub dodatek do świadczeń gwarantowanych w ramach publicznego systemu zabezpieczenia zdrowotnego i funkcjonują pod nazwą „ubezpieczenia zdrowotne”.

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne, funkcjonujące w wielu krajach świata, przybierają dwojaką postać:

- klasycznych ubezpieczeń zdrowotnych, sprzedawanych przez zakłady ubezpieczeń. W ramach tych polis zakłady ubezpieczeń oferują świadczenia medyczne, które są nabywane od innych podmiotów, np. szpitali, przychodni, lekarzy lub też zwracane są ubezpieczonym koszty leczenia;
- tzw. HMO (*Health Maintenance Organisation*), tj. firmy zintegrowanych świadczeń zdrowotnych⁵. Jest to swojego rodzaju połączenie zakładu ubezpieczeń z zakładem opieki zdrowotnej. HMO sprzedaje swoim klientom opiekę medyczną – udziela świadczeń medycznych, w zamian za opłatę składki;



Rys. 1. Funkcjonowanie systemu odszkodowawczego

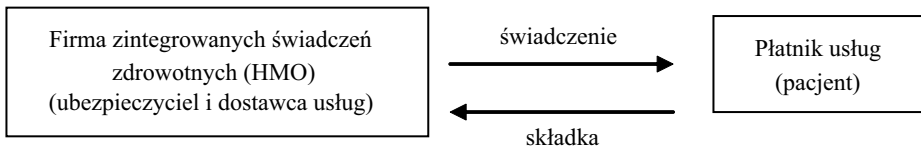
Źródło: J. Bogutyn, J. Monkiewicz, *Ubezpieczenia zdrowotne*, [w:] J. Monkiewicz (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. 2. *Produkty*, Poltext, Warszawa 2001, s. 420.

Ubezpieczenia zdrowotne oferowane przez zakłady ubezpieczeń dają możliwość skorzystania z jednej z trzech form realizacji świadczenia:

- wypłata świadczenia w razie konieczności skorzystania z usług medycznych; wypłacana jest z góry określona kwota, np. z tytułu wykonania zabiegu operacyjnego lub w postaci dziennego zasiłku z tytułu pobytu w szpitalu;
- zwrot faktycznie poniesionych kosztów świadczeń medycznych (do wysokości określonej przez górną granicę odpowiedzialności, czyli sumę ubezpieczenia); usługi medyczne nabywane są zwykle poza publiczną opieką zdrowotną;

⁵ J. Bogutyn, J. Monkiewicz, wyd. cyt., s. 421.

- gwarancja dostępu do świadczeń medycznych przewidzianych w warunkach ubezpieczenia; przy tego typu polisach zazwyczaj zakład ubezpieczeń wskazuje placówki, które będą świadczyły konieczną procedurę medyczną⁶.



Rys. 2. Funkcjonowanie systemu zintegrowanych świadczeń zdrowotnych

Źródło: J. Bogutyn, J. Monkiewicz, *Ubezpieczenia zdrowotne*, [w:] J. Monkiewicz (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. 2. *Produkty*, Poltext, Warszawa 2001, s. 420.

Zakłady ubezpieczeń prześcigają się w swoich ofertach ubezpieczeń zdrowotnych. Większość zakładów oferujących ubezpieczenia zdrowotne są to zakłady ubezpieczeń, działające w ramach działu II – pozostałe ubezpieczenia osobowe i majątkowe (gr. 1 i 2). W takiej sytuacji nie ma obowiązku dołączania do polisy ubezpieczenia zdrowotnego, również ubezpieczenia na życie, tak jak ma to miejsce w przypadku zakładów ubezpieczeń, oferujący produkty z działu I – ubezpieczenia na życie. Zakład ubezpieczeń, który sprzedaje produkty ubezpieczeń zdrowotnych w ramach działu I, ma obowiązek traktować ubezpieczenia „wypadkowe i chorobowe” nie jako samodzielne produkty, ale jako uzupełnienie pozostałych ubezpieczeń oferowanych w ramach działu I⁷. W takiej sytuacji, podstawowym produktem musi być ubezpieczenie na życie. Bardzo często zakłady ubezpieczeń ustalają sumę ubezpieczenia na wypadek zgonu na bardzo niskim poziomie (np. 1 PLN lub 500 PLN), aby jedynie spełnić zadość wymogom ustawowym. Dodatkowo, mniejsze koszty rezerw techniczno-ubezpieczeniowych ponoszone w dziale II mobilizują do oferowania ubezpieczeń zdrowotnych właśnie w ramach tego działu.

Mogłoby się wydawać, że w związku z brakiem precyzowanego koszyka świadczeń gwarantowanych proponowanie przez zakłady ubezpieczeń świadczeń, które są dostępne w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, nie ma sensu i nie znajdzie zbyt wielu zwolenników. Jednak, jeśli się weźmie pod uwagę okres oczekiwania na wizytę lekarską bądź wykonanie zabiegu operacyjnego, produkty ubezpieczeń zdrowotnych znajdują coraz więcej chętnych. W ramach ubezpieczenia zdrowotnego oferowanego przez zakład ubezpieczeń znacznie skracamy czas oczekiwania na wizytę u specjalisty, czas oczekiwania na zabieg, a jednocześnie wszyst-

⁶ P. Prędkiwicz, *Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Polsce*, [w:] M. Węgrzyn, D. Wasilewski (red.), *Komercjalizacja i prywatyzacja ZOZ. Kluczowe warunki osiągnięcia sukcesu*, Prace Naukowe AE we Wrocławiu nr 1103, Wrocław 2006, s. 252.

⁷ Załącznik do Ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, DzU 2003, nr 124, poz. 1151.

ko odbywa się w placówkach o znacznie wyższym standardzie niż w przypadku placówek publicznych.

Jedyną barierą, jaka ogranicza zakup polisy zdrowotnej, to jej cena. Wiele osób chętnych do zakupu „ubezpieczenia zdrowotnego” na wieść o cenie tego produktu rezygnuje z jego nabycia. Oczywiście w ofertach zakładów ubezpieczeń są dostępne produkty o różnych cenach – od kilkunastu złotych miesięcznie do nawet kilkuset (oferty dla VIP-ów mogą być jeszcze droższe), jednak – jak powszechnie wiadomo – za ceną kryje się jakość oraz zakres usługi. Niestety, te najtańsze produkty mają znacznie ograniczony zakres ubezpieczenia. Z pewnością, gdyby było większe zainteresowanie produktami ubezpieczeń zdrowotnych, to efekt skali doprowadziłby ostatecznie do obniżenia ich cen. Jednak na tym etapie rozwoju rynku ubezpieczeń zdrowotnych nie jest to jeszcze możliwe.

Warto zwrócić uwagę, że zakłady ubezpieczeń bardzo często swoje oferty ubezpieczeń zdrowotnych kierują do pracodawców. Powodem tego jest to, że ubezpieczenie zdrowotne sprzedawane grupowo jest tańsze, a więc bardziej atrakcyjne dla pojedynczego pracownika. Kolejną sprawą to rozkład ryzyka, który umożliwia uproszczenie procedury przystąpienia do takiego ubezpieczenia⁸. Podobnie dzieje się w przypadku ubezpieczeń na życie – grupowo jest taniej i łatwiej.

W związku z tym, że ograniczone ramy opracowania nie pozwalają na szczegółową analizę ofert ubezpieczenia zdrowotnego oferowanych przez zakłady ubezpieczeń⁹, w celu zobrazowania rynku autorka posłużyła się **syntetyczną analizą** dokonaną przez firmę doradztwa finansowego – Expander¹⁰. Należy mieć również świadomość, że nie zawiera ona wszystkich, lecz jedynie wybrane oferty.

Expander dokonał analizy ofert zarówno pod kątem ceny, jak również zakresu ubezpieczenia. Analiza została dokonana na przykładzie oferty dla trzyosobowej rodziny (rodzice w wieku ok. 30 lat; dziecko 2 lata), zainteresowanej stosunkowo szerokim zakresem ubezpieczenia za niewielką składkę miesięczną, oraz oferty dla jednej osoby, która jest zainteresowana jak najtańszym ubezpieczeniem.

Cena za tego typu ubezpieczenia – w wersji rodzinnej – kształtuje się od 150 (Compensa) do 464 (Medicover) PLN miesięcznie. Jest ona zależna od wielu czynników. Podstawowe parametry brane pod uwagę przy obliczaniu składki ubezpieczeniowej to wiek, płeć oraz – w przypadku ubezpieczeń zawieranych indywidualnie – również stan zdrowia. Polisa Medicover daje swoim klientom dostęp do bardzo dużej liczby placówek medycznych: 20 własnych i ponad 1000, z którymi współpracuje. Bardzo dobrze pod tym względem wypadają także InterRisk (ponad 900)

⁸ W przypadku klientów indywidualnych taka procedura jest bardziej skomplikowana, a często zakłady ubezpieczeń potrzebują więcej informacji o stanie zdrowia potencjalnego ubezpieczonego, niż w przypadku ubezpieczeń grupowych.

⁹ Oferty pochodzą z zakładów ubezpieczeń działających na polskim rynku.

¹⁰ J. Sadowski, *Najtańsza polisa zdrowotna dla rodziny za 150 zł*, <http://biznes.interia.pl/wiadomosci-dnia/news/najtansza-polisa-zdrowotna-dla-rodziny-za-150-zl,1337960,4199>.

i Signal Iduna Polska TU (600 i ok. 80 szpitali). Compensa oferuje dostęp do 330 placówek, natomiast Hestia – zaledwie do 19.

Tabela 2. Zakres świadczeń poszczególnych ofert dla rodziny

Nazwa zakładu ubezpieczeń	Liczba badań diagnostycznych	Liczba zabiegów ambulatoryjnych	Leczenie szpitalne	Badania profilaktyczne
Signal Iduna Polska TU SA	210	36	TAK	TAK
InterRisk TU	186	25	TAK	NIE
PZU Życie SA	180	36	NIE	NIE
Compensa TU	160	30	NIE	TAK
TU Allianz Życie Polska	130	60	NIE	TAK
AXA Życie TU	100	12	TAK	NIE
TU Inter Polska	23	9	NIE	TAK
Medicover	brak danych	20	NIE	TAK

Źródło: Expander, towarzystwa, <http://biznes.interia.pl/wiadomosci-dnia/news/najtansza-polisa-zdrowotna-dla-rodziny-za-150-zl,1337960,4199>.

Przy wyborze najkorzystniejszej oferty ubezpieczenia zdrowotnego należy brać pod uwagę – oprócz łatwego dostępu do placówek medycznych – również liczbę badań diagnostycznych dostępnych w ramach pakietu. Największą liczbę badań oferuje Signal Iduna (210), nieco mniej InterRisk TU (186), natomiast najmniej TU Inter Polska (23). Nie jest również trudne zaoferowanie bardzo dużej liczby badań lub zabiegów ambulatoryjnych, ponieważ ich występowanie może być tak rzadkie, że jedynie niewielka grupa ubezpieczonych będzie mogła z nich skorzystać. Zakłady ubezpieczeń doskonale zdają sobie z tego sprawę, dlatego oferty, które są zaopatrzone nawet w mniejszą liczbę badań lub zabiegów – jednak częściej występujących, będą znacznie droższe od tych, które posiadają całe ich listy – jednak występujących stosunkowo rzadko. Dlatego też przy wyborze najatrakcyjniejszego ubezpieczenia klient powinien zapoznać się ze szczegółowymi warunkami ubezpieczenia.

Gdyby poddano analizie inne pakiety ubezpieczeń, okazałoby się, że większość zakładów ubezpieczeń zaznacza w swoich ofertach, iż posiada tzw. leczenie szpitalne. Jednak zakłady te – z wyjątkiem Signal Iduna – oferują dzienny zasiłek z tytułu pobytu w szpitalu (ok. kilkadziesiąt PLN za dzień). Podobnie jest z zabiegami operacyjnymi. Signal Iduna gwarantuje bezpłatne wykonanie zabiegu wskazanego w ogólnych warunkach ubezpieczenia (bez względu na jego koszt; oferowana jest procedura), inne zakłady ubezpieczeń oferują wypłatę z góry określonego świadczenia w razie konieczności wykonania operacji – w zależności od stopnia skompli-

kowania od kilkuset do kilku tysięcy PLN. Dla rodziny planującej kolejne dziecko z pewnością ważną będzie opcja „komfortowych warunków porodu”. Spośród wymienionych zakładów ubezpieczeń w swojej ofercie posiada to Signal Iduna.

Expander przeanalizował również tanie, wąskie pakiety dla jednej osoby. Założono, że przedmiotem analizy jest oferta dla osoby w wieku 28 lat.

Tabela 3. Zestawienie tanich, wąskich pakietów dla jednej osoby

Nazwa zakładu ubezpieczeń	Nazwa pakietu	Mężczyźni [dane w PLN]	Kobiety [dane w PLN]
InterRisk TU	Podstawowy	35,00	35,00
Signal Iduna Polska TU SA	Mój Pakiet I	42,92	73,56
STU Ergo Hestia	Medica Standard	47,00	47,00
PZU Życie SA	Opieka Medyczna (zakres komfort)	69,00	69,00
TU Inter Polska	Basic	85,00	120,00
TU Allianz Życie Polska	Moje Zdrowie (warianet podstawowy)	102,00	102,00
Medicover	Opieka Specjalistyczna (wybrany panel specjalistów)	142,00	184,00

Źródło: Expander, towarzystwa, <http://biznes.interia.pl/wiadomosci-dnia/news/najtansza-polisa-zdrowotna-dla-rodziny-za-150-zl,1337960,4199>.

Jak wynika z tabeli 3, za leczenie znacznie więcej muszą płacić kobiety niż mężczyźni (wyjątkiem są pakiety, w których cena dla kobiet i mężczyzn jest jednakowa). Powodem takiego stanu rzeczy jest to, że kobiety w wieku ok. 28 lat bardzo często korzystają z porad specjalistów, np. ginekologa, przez co składka z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego jest dla nich wyższa. Uznaje się również, iż kobiety w pewnym wieku bardziej dbają o swoje zdrowie, w związku z czym korzystają ze służby zdrowia częściej niż mężczyźni.

W Polsce, oprócz ubezpieczeń oferowanych przez zakłady ubezpieczeń, funkcjonują również tzw. abonamenty sprzedawane przez niepubliczne placówki opieki zdrowotnej. Jakiś czas temu niepubliczne placówki opieki zdrowotnej były oskarżane przez zakłady ubezpieczeń o oferowanie produktów mających charakter ubezpieczeniowy, mimo że nie wypełniały wszystkich wymagań niezbędnych do prowadzenia działalności ubezpieczeniowej, jak chociażby tworzenie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych. Konsekwencją takiego stanu rzeczy było to, że produkty takie były znacznie tańsze niż te proponowane przez zakłady ubezpieczeń. Oferta instytucji abonamentowych cieszyła się dużym zainteresowaniem wśród pracodawców, ponieważ zgodnie z ustawą o podatku dochodowym od osób prawnych abonamenty

niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej były traktowane jako koszt uzyskania przychodu. Od 1 stycznia 2004 r. zgodnie z ustawą o podatku dochodowym od osób prawnych¹¹ abonamenty opłacane przez pracodawców przestały stanowić koszt uzyskania przychodów w zakresie wykraczającym ponad świadczenia zdrowotne, do których ponoszenia zobowiązywały pracodawcę przepisy Kodeksu pracy oraz innych ustaw. Kolejna nowelizacja ustawy przywróciła możliwość zaliczania abonamentów do kosztów uzyskania przychodu. Pracodawca, zapewniając pracownikom prywatną opiekę medyczną oraz spełniając określone warunki, ma prawo **wliczyć związane z tym wydatki w koszty uzyskania przychodu firmy**. Takie stanowisko potwierdzone zostało przez większość organów skarbowych. W interpretacji z 4 stycznia 2008 r. (IP-PB3-423-356/07-2/GJ) minister finansów stwierdził, iż od 1 stycznia 2007 r. brak jest wyłączenia z kosztów podatkowych wydatków poniesionych na finansowanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pracowników. Oznacza to, że wydatki ponoszone przez pracodawcę mogą stanowić dla niego koszt uzyskania przychodów¹².

W przypadku polis ubezpieczenia chorobowego sprzedawanego przez zakłady ubezpieczeń nie ma tego problemu. Nadal jest utrzymywane w mocy prawa uznawanie jako koszty uzyskania przychodów „składek opłaconych przez pracodawcę z tytułu zawartych lub odnowionych umów ubezpieczenia na rzecz pracowników dotyczących ryzyka grup 1, 3 i 5 działu I oraz grup 1 i 2 działu II wymienionych w załączniku do Ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (DzU nr 124, poz. 1151), zatem również składek związanych z ubezpieczeniami chorobowymi.

Podstawową opiekę zdrowotną w większości krajów stanowi publiczna ochrona zdrowia. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne odgrywają zwykle znacznie mniejszą rolę. W przypadku Polski powodem tego jest konstrukcja systemu publicznej opieki zdrowotnej, w którym gwarantowanych jest wiele procedur, a nie jest dokładnie sprecyzowane, jakich świadczeń nie jesteśmy w stanie uzyskać z systemu publicznego. Kolejną barierą jest brak wyraźnych ulg podatkowych, zachęcających do skorzystania z prywatnej polisy ubezpieczenia zdrowotnego.

Według założeń ministerstwa zdrowia dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne można będzie odliczyć od dochodu w zeznaniu podatkowym. Kierownictwo resortu przyjęło założenia do projektu ustawy o dobrowolnych, dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych. Ubezpieczenia mają objąć leczenie szpitalne, ambulatoryjne i refundację leków. Minister zdrowia Ewa Kopacz poinformowała, że uruchomienie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych pozwoli zasilić publiczne placówki, przede wszystkim szpitale, dodatkowymi środkami. Zapewniła, że zapisy ustawy mają tak-

¹¹ Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych, DzU 2000, nr 54, poz. 654, z późn. zm.

¹² B. Wawrzyniak, *Abonament medyczny dla pracownika – popularny bonus*, portal internetowy Money.pl <http://msp.money.pl/wiadomosci/kadry/artykul/abonament;medyczny;dla;pracownika;popularny;bonus,30,0,447006.html> (stan z 12.08.2009).

że zagwarantować dostęp i odpowiednią jakość usług medycznych dla pacjentów, którzy będą korzystać jedynie z obowiązkowych ubezpieczeń.

W chwili obecnej bardzo dużą barierą jest cena polisy. Niestety, ubezpieczenia zdrowotne są jeszcze stosunkowo drogie. Brak możliwości wyboru między systemem publicznym a prywatnym nie zachęca do korzystania z prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Usługi, które są oferowane w ramach produktów sprzedawanych przez zakłady ubezpieczeń, w rzeczywistości są nam gwarantowane przez system publiczny. Zakupując polisę, możemy skrócić czas oczekiwania na świadczenie oraz zagwarantować sobie lepsze warunki leczenia.

Zakłady ubezpieczeń nastawione są na przyjmowanie do ubezpieczenia zdrowotnego osób młodych i zdrowych. W sytuacji, kiedy wchodzi w grę ryzyko częstszego korzystania z usług medycznych, albo odmawiają przyjęcia do ochrony (mają takie prawo, ponieważ jest to ubezpieczenie dobrowolne)¹³, albo kalkulują składkę na tak wysokim poziomie, że klient sam rezygnuje z takiego ubezpieczenia.

Należy mieć też świadomość, że polisy zawierane są na okres jednego roku. Po tym okresie zakład ubezpieczeń może kontynuować umowę lub nie. Jeżeli przez okres obowiązywania i opłacania składki stan zdrowia ubezpieczonego znacznie się pogorszył, niestety nie ma gwarancji, że zakład ubezpieczeń przedłuży umowę. Zwykle jest tak, że umowa nie jest wznawiana lub nowo ustalona składka jest tzw. składką zaporową – nie do przyjęcia przez klienta.

Zakłady ubezpieczeń oferujące ubezpieczenia zdrowotne i działające w formie spółek akcyjnych opierają swoją działalność na „osiąganiu zysku”. Dlatego kalkulacja jest prosta – im większe ryzyko, tym większa składka, a jeżeli ryzyko przekracza określony poziom – odmowa ubezpieczenia. Nie ma wówczas znaczenia, czy klient ubezpieczał się w danym zakładzie od kilku czy kilkunastu lat.

Ubezpieczenia zdrowotne oferowane przez zakłady ubezpieczeń można podzielić na dwie grupy: **produkty o zdefiniowanej wysokości świadczenia** oraz **produkty o niezdefiniowanej wysokości świadczenia**¹⁴. Zakładom ubezpieczeń znacznie łatwiej jest zaoferować produkty o zdefiniowanej wysokości świadczenia, ponieważ już przy zawieraniu umowy ubezpieczenia wiadomo, jaka wypłata nastąpi, jeżeli zajdzie przewidziany w umowie wypadek ubezpieczeniowy. Natomiast o wiele trudniej jest przewidzieć wypłatę z tytułu ubezpieczenia chorobowego, jeżeli przy zawieraniu umowy ubezpieczenia jest jedynie wskazane, że zakład ubezpieczeń pokrywa koszt usługi medycznej, bez określenia górnej granicy odpowiedzialności.

Kompleksowe porównanie ofert ubezpieczeń zdrowotnych oferowanych przez krajowe zakłady ubezpieczeń jest bardzo trudne ze względu na znaczne ich zróżnicowanie. Natomiast tworzenie rankingów produktów jest praktycznie niemożliwe.

¹³ Możliwość przystąpienia do ubezpieczenia tylko do określonego wieku, np. do 60 roku życia.

¹⁴ B. Więckowska, *Zielone światło dla komercyjnych ubezpieczeń chorobowych*, http://www.rzu.gov.pl/publikacje/artykuly-pracownikow-i-wspolpracownikow/Barbara_Wieckowska_-_Zielone_swiatlo_dla_komercyjnych_ubezpieczen_chorobowych__166 (stan z 30.06.2009).

Bardzo skomplikowany do oceny adekwatności i użyteczności zakresu pokrycia do konkretnej sytuacji podmiotu ryzyka jest zakres dostępnych świadczeń diagnostycznych¹⁵. Wynika to z braku specjalistycznej wiedzy medycznej, a tym samym niezrozumienia terminologii przez potencjalnych klientów zakładów ubezpieczeń. Mimo iż zakłady ubezpieczeń wprowadzają coraz to nowsze warunki ubezpieczeń zdrowotnych, pełny rozwój tego rynku nie będzie możliwy bez wprowadzenia reformy systemu publicznego.

Literatura

- Bogutyn J., Monkiewicz J., *Ubezpieczenia zdrowotne*, [w:] J. Monkiewicz (red.), *Podstawy ubezpieczeń*, t. 2. *Produkty*, Poltext, Warszawa 2001.
- Osak M., Więckowska B., *Oferta dodatkowych ubezpieczeń chorobowych w Polsce*, [w:] T. Szumlicz (red.), *Spoleczne aspekty ubezpieczenia*, SGH, Warszawa 2005.
- Prędkiewicz P., *Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Polsce*, [w:] M. Węgrzyn, D. Wasilewski (red.), *Komercjalizacja i prywatyzacja ZOZ. Kluczowe warunki osiągnięcia sukcesu*, Prace Naukowe AE we Wrocławiu nr 1103, Wrocław 2006.
- Sadowski J., *Najtańsza polisa zdrowotna dla rodziny za 150 zł*, <http://biznes.interia.pl/wiadomosci-dnia/news/najtansza-polisa-zdrowotna-dla-rodziny-za-150-zl,1337960,4199>.
- Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych, tekst ujednolicony, opracowany na podstawie Dz U 2000, nr 54, poz. 654, z późn. zm.
- Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, DzU 2003, nr 124, poz. 1151, z późn. zm.
- Wawrzyniak B., *Abonament medyczny dla pracownika – popularny bonus*, portal internetowy Money.pl, <http://msp.money.pl/wiadomosci/kadry/artykul/abonament;medyczny;dla;pracownika;popularny;bonus,30,0,447006.html>.
- Więckowska B., *Zielone światło dla komercyjnych ubezpieczeń chorobowych*, „Monitor Ubezpieczeniowy” z kwietnia 2004 r., http://www.rzu.gov.pl/publikacje/artykuly-pracownikow-i-wspolpracownikow/Barbara_Wieckowska_-_Zielone_swiatlo_dla_komercyjnych_ubezpieczen_chorobowych_166.
- Williams Jr C.A., Michael M.L., Smith L., Young P.C., *Zarządzanie ryzykiem a ubezpieczenia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002.

INSURANCE COMPANIES OFFER FOR HEALTH INSURANCE

Summary: In large majority of countries public organizations provide the basic medical care. Private health insurance is not so significant but its importance grows slowly every year. The comparison of health insurance offers presented by national companies is very difficult due to considerable differences among them. Complete development of this market will not be possible without reforms of the whole public system despite new improved insurance requirements.

¹⁵ M. Osak, B. Więckowska, *Oferta dodatkowych ubezpieczeń chorobowych w Polsce*, [w:] T. Szumlicz (red.), *Spoleczne aspekty ubezpieczenia*, SGH, Warszawa 2005, s. 269.