

Ewa Gubernat

UBEZPIECZENIA ZDROWOTNE – SZANSE, ZAGROŻENIA ORAZ PERSPEKTYWY ICH ROZWOJU W POLSKICH REALIACH

1. Istota produktu ubezpieczeniowego

Możliwości rozwoju nowoczesnego rynku ubezpieczeniowego w Polsce zapoczątkowane wprowadzoną w 1990 r. Ustawą o działalności ubezpieczeniowej wraz z późniejszymi zmianami, przyczyniają się do rozwoju sektora finansowego.

Ubezpieczenie gospodarcze jest bardzo charakterystyczną usługą budzącą niejednokrotnie wielkie emocje zarówno wśród ubezpieczających, jak i wśród samych ubezpieczycieli. Ponadto niestandardowe cechy ubezpieczeń jako *stricte* usługi oraz związane z nimi ryzyko powodują, iż są one szczególną formą asekuracji podmiotów przed negatywnymi skutkami przyszłych i niepewnych zdarzeń.

Pojęcie samej istoty ubezpieczenia jest niezwykle trudne do zdefiniowania. Ten także interdyscyplinarny termin był przedmiotem rozważań wielu autorów, którzy próbowali go określać następująco:

- Ubezpieczenie to forma repartycji, podziału strat przejawiająca się w dwojaki sposób: w przestrzeni – gdyż fundusz ubezpieczeniowy, z którego rekompensowana jest powstała szkoda, stanowi udział wielu podmiotów, opłacających regularnie składki ubezpieczeniowe, oraz w drugim wymiarze, tj. w czasie – gdyż składki ubezpieczeniowe mają charakter długookresowy, opłacane są najczęściej w postaci wielokrotnych lat [5, s. 10-33].
- Ubezpieczenie to urządzenie gospodarcze pozwalające zakładowi ubezpieczeń poprzez systematycznie opłacaną składkę ubezpieczeniową przyjąć od podmiotu ubezpieczającego ryzyko negatywnych, ekonomicznych skutków określonego zdarzenia losowego [1, s. 19].

Wobec powyższych prób zdefiniowania istoty produktów ubezpieczeniowych można stwierdzić, iż niewątpliwie wiążą się one z ryzykiem. Oczywiście faktem jest, że załącznik do ustawy o działalności ubezpieczeniowej wyróżnia dwa podstawowe działy ubezpieczeń, aczkolwiek oferta ubezpieczeniowa na rynku jest bardzo bogata i skierowana do różnych nisz rynkowych. Pomimo to, dla ogółu spo-

leczeństwa niektóre produkty są obowiązkowe, a mianowicie: ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej czy społeczne, bądź też dobrowolne, wśród których można wyróżnić najnowszy produkt rynku – dobrowolne polisy zdrowotne, będące przedmiotem rozważań niniejszego artykułu.

2. Ubezpieczenia zdrowotne jako innowacja na rynku ubezpieczeniowym

Nie ulega wątpliwości, iż zdrowie stanowi jedną z najważniejszych, o ile nie najważniejszą wartość w życiu każdego człowieka. W rzeczywistości okazuje się, że ratowanie życia oraz ochrona zdrowia i pobudzanie postaw prozdrowotnych stanowi wartość ponadczasową. Dlatego też, wychodząc naprzeciw oczekiwaniom swoich potencjalnych klientów, towarzystwa ubezpieczeniowe coraz częściej oferują nowe polisy zdrowotne. Stanowią one swoiste *novum* na rynku, niemniej jednak można by zadać pytanie, dlaczego w ogóle dodatkowe dobrowolne polisy zdrowotne mogą zajmować znaczące miejsce w ogólnej ofercie produktowej ubezpieczycieli i jakie są podstawowe determinanty ich powodzenia na rynku? Czy, być może, aktualny system powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego jest rzeczywiście tak mało wydajny i należy poszukiwać dodatkowych źródeł zabezpieczenia na wypadek choroby w dobrowolnym ubezpieczeniu zdrowotnym?

3. Podstawowe przesłanki sprzyjające rozwojowi ubezpieczeń zdrowotnych

Nie od dziś wiadomo, że polska służba zdrowia przeżywa głęboki kryzys finansowy. Polepszenie stanu opieki zdrowotnej wymaga znacznych nakładów oraz zmian organizacyjnych w całym systemie, polegających m.in. na racjonalnym oszacowaniu potrzeb w zakresie opieki zdrowotnej, tj. dostosowaniu struktur popytu i podaży na świadczenia prozdrowotne, rzetelnej kalkulacji składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne, jej redystrybucji oraz sprecyzowaniu roli w systemie płatnika składek, a także zastosowaniu niezbędnych narzędzi umożliwiających racjonalizację kosztów funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej.

Przeprowadzona w 1999 r. gruntowna reforma zdrowotna miała na celu zasadniczą reorganizację funkcjonowania ZOZ-ów. Od tego momentu podstawowym źródłem zasilania finansowego jest składka na ubezpieczenie zdrowotne, aczkolwiek dopuszcza się również możliwość pozyskiwania dodatkowych funduszy z innych źródeł. Niestety, nawet przekształcenie tych instytucji z jednostek budżetowych na samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej nie uzdrowiło ich sytuacji finansowej i nie wyeliminowało ich znacznego zadłużenia. Ponadto zmiany organizacyjne polegające na utworzeniu instytucji kas chorych, a następnie Narodowego Funduszu Zdrowia spowodowało przerzucenie ciężaru odpowiedzial-

ności za prawidłową gospodarkę nie tylko organizacyjną, ale i finansową na SPZOZ oraz ich organy założycielskie.

Pomimo podjętych wielu prób poprawy sytuacji w służbie zdrowia, dokonane z wielkim rozmachem zmiany nie zlikwidowały jej podstawowych problemów. Nadal okazuje się, że obecna składka na ubezpieczenie zdrowotne jest niewystarczająca, a dostęp do świadczeń medycznych nie do końca powszechny. Ponadto systematycznie rosną wydatki społeczeństwa na ochronę zdrowia, lokowane poza systemem powszechnego ubezpieczenia społecznego. Uwzględniając taki stan rzeczy, zakłady ubezpieczeń coraz częściej są przekonane o konieczności uwzględnienia w swoich ofertach również dobrowolnych polis zdrowotnych. Oczywiście w Polsce nie można jeszcze mówić o tzw. rynku dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych, oferującym kompleksowy dostęp do świadczeń medycznych. Brak długoletniej tradycji w tym obszarze działalności powoduje, iż ubezpieczyciele nie dysponują jeszcze zbyt długimi szeregami czasowymi, a w związku z tym bardzo trudno jest prognozować tendencje na rynku na przestrzeni kilku lub kilkunastu kolejnych lat. Jednakże, jakkolwiek by nie analizować komplementarnego rynku dobrowolnych polis zdrowotnych, wydaje się, iż jest to idea korzystna dla społeczeństwa, zapewniająca swobodny dostęp do niezbędnych usług medycznych. Dodatkowo warto mieć na uwadze to, iż postępujący ciągły rozwój technologii medycznych, wdrażanie na rynek nowych medykamentów oraz metod terapii generuje coraz wyższe koszty, natomiast zakres usług gwarantowanych przez państwo permanentnie ulega ograniczeniu. Dlatego też rosnąca presja na usługi medyczne wysokiej jakości tworzy realną szansę rozwoju prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych.

4. Kooperacja na rynku ubezpieczeń między świadczeniodawcami, towarzystwami ubezpieczeniowymi i ubezpieczonymi oraz podstawowe rodzaje dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych

Aby ubezpieczenia zdrowotne mogły sprawnie funkcjonować w polskich realiach, konieczna jest ścisła współpraca pomiędzy trzema podmiotami, tj. ubezpieczonymi, świadczeniodawcami oraz zakładami ubezpieczeń [3, s. 78]. Współpraca pomiędzy tymi podmiotami sprowadza się do następujących czynności:

- ubezpieczyciel kreuje produkt ubezpieczeniowy skierowany do właściwego odbiorcy. Istotne jest to, że w procesie planowania oraz rozwoju produktu ubezpieczeniowego muszą być uwzględnieni sami potencjalni nabywcy usług oraz pośredni likwidatorzy szkód, czyli świadczeniodawcy oferujący kompleksowe usługi medyczne;

- świadczeniodawca to podmiot oferujący swoim podopiecznym określone świadczenia, mające na celu zapobieganie powstawaniu stanom zagrożenia życia czy też ograniczanie ryzyka zdrowotnego;
- ubezpieczeni to podmioty, których zdrowie stanowi przedmiot umowy ubezpieczenia, oraz reprezentujący określony poziom ryzyka.

W rzeczywistości można wyróżnić następujące rodzaje ubezpieczeń zdrowotnych [4]:

- **Komplementarne ubezpieczenia zdrowotne** – taki system ubezpieczeń zdrowotnych jest konieczny o tyle, o ile powszechny system ubezpieczeń zdrowotnych nie jest w stanie dostarczyć szerokiego spektrum świadczeń medycznych. W związku z tym w ramach niedostatecznego wachlarza usług medycznych rekomenduje się wykorzystanie uzupełniających ubezpieczeń zdrowotnych.
- **Zastępcze ubezpieczenie zdrowotne dostępne dla niektórych grup społecznych** – w zależności od charakteru powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego społeczeństwo może korzystać z tzw. zastępczego ubezpieczenia zdrowotnego, rekompensującego partycypację w powszechnym systemie zdrowotnym. W sytuacji wykluczenia z powszechnego systemu ubezpieczeń zdrowotnych, osoby chcące zabezpieczyć się przed negatywnymi skutkami przyszłości, wynikającymi z naturalnego procesu starzenia się, mogą nabyć w towarzystwie ubezpieczeniowym polisę, chroniącą przed koniecznością ponoszenia nadmiernych kosztów w przypadku choroby.
- **Alternatywne ubezpieczenia zdrowotne** – ten typ ubezpieczeń zdrowotnych wykorzystuje się wówczas, jeżeli niemożliwe jest korzystanie z powszechnie dostępnych usług medycznych ze względu na tzw. okres wyczekiwania. Wówczas istnieje szansa na korzystanie z usług oferowanych równoległe do powszechnego systemu ubezpieczeń zdrowotnych przez prywatne towarzystwa ubezpieczeniowe. To rozwiązanie za pomocą tzw. alternatywnych ubezpieczeń zdrowotnych daje poczucie bezpieczeństwa nabywcom, a z drugiej strony – sprzyja rozwojowi rynku dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych.

5. Podstawowe bariery rozwoju ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce

Głęboka zapaść finansowa polskiej służby zdrowia w zasadzie powinna być wystarczająco motywującym czynnikiem determinującym popyt na dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne. Absolutnie jednak owa determinacja w zabezpieczeniu się przed następstwami różnorodnych chorób nie powinna być celem samym w sobie, a także jedynym punktem odniesienia przy ocenie przydatności prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, stanowiących uzupełnienie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Pomimo wskazanych już podstawowych form dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych oraz pokrótce nakreślonego położenia polskiej służby zdrowia, ciągle

istnieją liczne bariery rozwoju tego typu ubezpieczeń po stronie zarówno podaży, jak i popytu. Aktualnie szacuje się, iż gotowość zakupu dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych deklaruje od 3 do 4 mln Polaków, co stanowi zaledwie 10% ogółu polskiego społeczeństwa [2, s. 16].

Istotne jest to, iż głównymi odbiorcami polis zdrowotnych są przede wszystkim podmioty indywidualne, gospodarstwa domowe dysponujące ograniczonymi zasobami finansowymi. Niemniej jednak, pomijając obszar finansowy, podstawową kategorią rynku ubezpieczeniowego są potrzeby. Towarzystwa ubezpieczeniowe, chcąc pozyskiwać kolejnych klientów, podejmują działania mające na celu najczęściej pobudzanie określonych potrzeb (czyli także pobudzanie świadomości ubezpieczeniowej), hamowanie potrzeb społecznie uznanych za nieistotne, zmianę struktury potrzeb lub także eliminację niektórych. Potrzeba ubezpieczenia się odwołuje się bezpośrednio do podstawowych wartości każdego człowieka. Często zdarza się, że określone potrzeby są stworzone przez społeczeństwo, ale najczęściej są one wynikiem indywidualnych skłonności. Stąd też konieczność asekuracji można interpretować jako specyficzny stan psychicznego napięcia jednostki, wywołany bezpośrednio poczuciem braku pewności i gwarancji dotyczących utrzymania życia, zdrowia.

Rozwój rynku ubezpieczeniowego w Polsce, w tym przede wszystkim w obszarze ochrony zdrowia, zależy przede wszystkim od celowego, planowego oraz skoordynowanego wysiłku w celu właściwego kształtowania postaw oraz świadomości ubezpieczeniowej społeczeństwa.

Wśród najbardziej popularnych przyczyn absolutnie nie sprzyjających rozwojowi ubezpieczeń zdrowotnych, a powstających po stronie popytu, wymienia się:

- indywidualne skłonności percepcyjne w zakresie postrzegania oraz klasyfikowania zagrożeń,
- postawy oraz zachowania społeczeństwa, otoczenia – bowiem produkty ubezpieczeniowe, a tym bardziej polisy zdrowotne, traktowane są jako dobro dostępne tylko dla elit czy tzw. śmietanki towarzyskiej,
- stopień satysfakcji z dotychczasowych usług ubezpieczeniowych – produkty ubezpieczeniowe są czasami postrzegane jako negatywne zwłaszcza ze względu na długotrwały proces likwidacji szkody czy też bardzo często pojawiające się roszczenia sporne,
- brak uświadamiania konieczności ubezpieczenia się,
- brak edukowania społeczeństwa w zakresie umiejętności wyboru najwłaściwszego produktu zapewniającego gwarancję bezpieczeństwa, bezpiecznej przyszłości.

Wśród zagrożeń pojawiających się po stronie podaży najczęściej wymienia się:

- zjawisko hazardu moralnego wykorzystywanego przez ubezpieczonych, przejawiające się w mniejszej dbałości o ubezpieczony interes, czyli o zdrowie swoje lub swoich najbliższych,

- przestępczość ubezpieczeniową powodującą nie tylko straty finansowe w zakładach ubezpieczeń, ale także społeczne,
- niebezpieczeństwo powstawania znacznie częstszych postaw roszczeniowych w przypadku zachorowania, choćby nawet nie stanowiło ono zagrożenia dla życia,
- złe nawyki społeczeństwa wywołane wieloletnim przyzwyczajeniem do nadopiekuńczej roli państwa – społeczeństwo zwykło zazwyczaj tylko jednostronnie interpretować zasadę solidarności społecznej. Wskutek tego jednostka znajdująca się w chwilowo gorszej sytuacji życiowej oczekuje, iż państwo i społeczeństwo powinno ją w tych trudnych chwilach wspierać,
- to, że na skutek nie rozwiniętego jeszcze w Polsce rynku ubezpieczeń zdrowotnych nie istnieje silna konkurencja, co sprawia, iż obszar ten nie stanowi obszaru strategicznego dla ubezpieczycieli. W rzeczywistości oznacza to, że obawiają się oni konieczności podejmowania nadmiernego ryzyka wdrażania nowości na rynek, a w razie niepowodzenia znacznych strat finansowych.

Abstrahując od powyższych ograniczeń rozwoju dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych, można ogólnie stwierdzić, iż podstawowe bariery tkwią między innymi w [6, s. 61-63]:

- dobrowolnym charakterze tego typu ubezpieczeń,
- wykorzystywanym przez ubezpieczycieli procesie analizy ryzyka, co zapobiega eliminacji ryzyka lepszego (tzw. negatywnej selekcji) i jednocześnie wyklucza złe ryzyko. Stąd wniosek, że nie wszyscy potencjalni klienci mogą korzystać z dobrodziejstw ochrony ubezpieczeniowej;
- dobrowolnie ustalanej sumie ubezpieczenia uzależnionej oczywiście od możliwości finansowych ubezpieczonych. Oznacza to w rzeczywistości, iż wysokość przyszłego świadczenia zależna będzie wyłącznie od sumy ubezpieczenia, a nie od faktycznie poniesionych kosztów leczenia;
- ograniczonym spektrum potencjalnego ryzyka przyjmowanego do ubezpieczenia, a także ogólnym ograniczeniu maksymalnego wieku potencjalnych ubezpieczonych;
- ogólnie przyjętych okresach karencji, chroniących ubezpieczycieli przed zjawiskiem hazardu moralnego.

6. Potencjalne korzyści rozwoju rynku dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce

Chociaż idea rozwoju dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych spotyka wiele barier powstających po stronie zarówno towarzystw ubezpieczeniowych, jak i ich klientów, to warto także zaznaczyć, iż jest to niezwykle szansa na dokonanie wielkich zmian nie tylko w aspekcie rynku finansowego, ale także zmian istotnych dla racjonalności funkcjonowania polskiej służby zdrowia. W zasadzie może to polegać przede wszystkim na obraniu przez placówki medyczne takiego kierunku

gospodarowania, że będą one postrzegane przez ogół społeczeństwa jako bezpieczne, zarówno dające należytą rękojmię skuteczności udzielanych świadczeń, jak i komfortowe z punktu widzenia psychicznego samopoczucia potencjalnych pacjentów. Wprowadzenie podstawowych zasad konkurencji rynkowej oczywiście spowoduje determinację wszystkich lub prawie wszystkich placówek do tego, iż będą one usilnie walczyć o każdego pacjenta. W dłuższej perspektywie nawiązanie stałej współpracy z tzw. prywatnymi płatnikami będzie skutkować powstaniem dodatkowego źródła finansowania, a także służyć podnoszeniu jakości świadczonych usług. W warunkach dopuszczających wielość i różnorodność instytucji świadczących takie same bądź podobne świadczenia realne staje się pobudzanie i wzmacnianie konkurencji na rynku usług prozdrowotnych. W związku z tym istnieje solidne podłoże do rozwoju dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych. Z jednej strony, dla ubezpieczycieli możliwe stanie się poszerzanie dotychczasowej oferty, pozyskiwanie nowych segmentów rynku, podniesienie jakości usług, gospodarne wydatkowanie środków finansowych przy jednoczesnym upowszechnianiu nowoczesnych metod leczenia. Z drugiej strony zaś przyjęcie aktywnych postaw prozdrowotnych przyczyni się do poprawy kondycji polskiego społeczeństwa, a racjonalne wykorzystywanie ograniczonych finansów gospodarstw domowych nie ograniczy dostępu do podstawowych świadczeń medycznych, lecz pomoże w szybszym do nich dostępie.

Reasumując zatem, aktywna partycypacja w przemianach rynkowych wymaga od całego społeczeństwa zmiany powszechnego myślenia, pobudzenia świadomości ubezpieczeniowej oraz zmiany oceny własnych szans w ciągle zmieniającym się, a jakże dla wielu trudnym otoczeniu.

Literatura

- [1] Hadyniak B., *Ubezpieczenie jako urządzenie gospodarcze*, [w:] *Podstawy ubezpieczeń*, tom 1, red. J. Monkiewicz, Poltext, Warszawa 2000.
- [2] Holly R., *Miejsce i rola ubezpieczeń komercyjnych w systemie powszechnego zabezpieczenia zdrowotnego w Polsce*, [w:] *Koncepcje zmian w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej – doświadczenia i propozycje na przyszłość*, red. M. Węgrzyn, D. Wasilewski, PRYMAT, Wrocław 2004.
- [3] Kruszewska X., *Kwestia czasu*, „Prawo. Ubezpieczenia. Reasekuracja” 2005 nr 2.
- [4] Kruszewska X., *Ubezpieczenia w polskim obszarze rynku europejskiego – wyzwania i oczekiwania*, tekst wygłoszony podczas konferencji zorganizowanej przez Izbę Gospodarczą Ubezpieczeń i Obsługi Ryzyka oraz Wyższą Szkołę Przedsiębiorczości i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego, 2004.
- [5] Łazowski J., *Wstęp do nauki o ubezpieczeniach*, Wydawnictwo Prawnicze Lex, Sopot 1999.
- [6] Pukala R., *Główne bariery rozwoju ubezpieczeń zdrowotnych*, „Prawo. Ubezpieczenia. Reasekuracja” 2005 nr 1.

HEALTH INSURANCE – CHANCES, THREATS AND PROSPECTS OF ITS DEVELOPMENT IN POLAND

Summary

Health is one of the most important values in human life. As the general system of health insurance is undergoing financial slump and because health insurance fees are insufficient, one has to search for other alternative ways of insurance. And so voluntary health insurance is considered more frequently. It is possible to distinguish a lot of chances for the development of this market. However, as society is not educated enough this is the biggest barrier to popularize health insurance.

Mgr Ewa Gubernat jest asystentem w Katedrze Finansów na Wydziale Gospodarki Narodowej Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu.