

Rozwój rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce

Autor: **Łukasz Jasiński**

Esej wchodzi w skład serii: W drodze do rynkowego systemu ochrony zdrowia

1. Wstęp

Problemy polskiej służby zdrowia z odpowiednim zapewnianiem Polakom dostępu do świadczeń medycznych sprawiają, że wielu z nich poszukuje rynkowych alternatyw. Jedną z nich są prywatne ubezpieczenia zdrowotne.

Fundacja Watch Health Care analizująca funkcjonowanie systemu publicznego informowała, że w kwietniu 2018 r. średni czas oczekiwania na gwarantowane świadczenie zdrowotne (bez względu na jego rodzaj) wyniósł 3,7 miesiąca, co było wzrostem o około 0,6 miesiąca w porównaniu do poprzednich lat¹.

Najdłuższy czas oczekiwania obejmował takie usługi jak endokrynologia (11 miesięcy) czy stomatologia (8,5 miesiąca), ale w przypadku pozostałych sytuacja również nie napawała optymizmem: kardiologia (5 miesięcy), neurochirurgia (4,9 miesiąca), okulistyka (3,4 miesiąca), neurologia (3,2 miesiąca)².

Nie powinno więc dziwić, że w obliczu takich kolejek część *ubezpieczonych* nie chce czekać i zwraca się ku prywatnym ubezpieczeniom zdrowotnym.

2. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Polsce

Według danych OECD, w 2017 r. wydatki na prywatne (dobrowolne) ubezpieczenia zdrowotne (voluntary health insurance) w Polsce stanowiły 6%³ wydatków całkowitych oraz 19% całkowitych wydatków prywatnych⁴. Dla

¹ MAHTA, BAROMETR WHC. *Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce nr 18/27/06/2018. Stan na kwiecień/maj 2018 r.*, Fundacja Watch Health Care/WEI, Warszawa 2018, s. 15.

² MAHTA, BAROMETR WHC. *Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce nr 18/27/06/2018. Stan na kwiecień/maj 2018 r.*, Fundacja Watch Health Care/WEI, Warszawa 2018, s. 19.

³ Wartość ta obejmuje najpewniej także wydatki na abonamenty medyczne.

⁴ OECD, *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paryż 2019, s. 157.

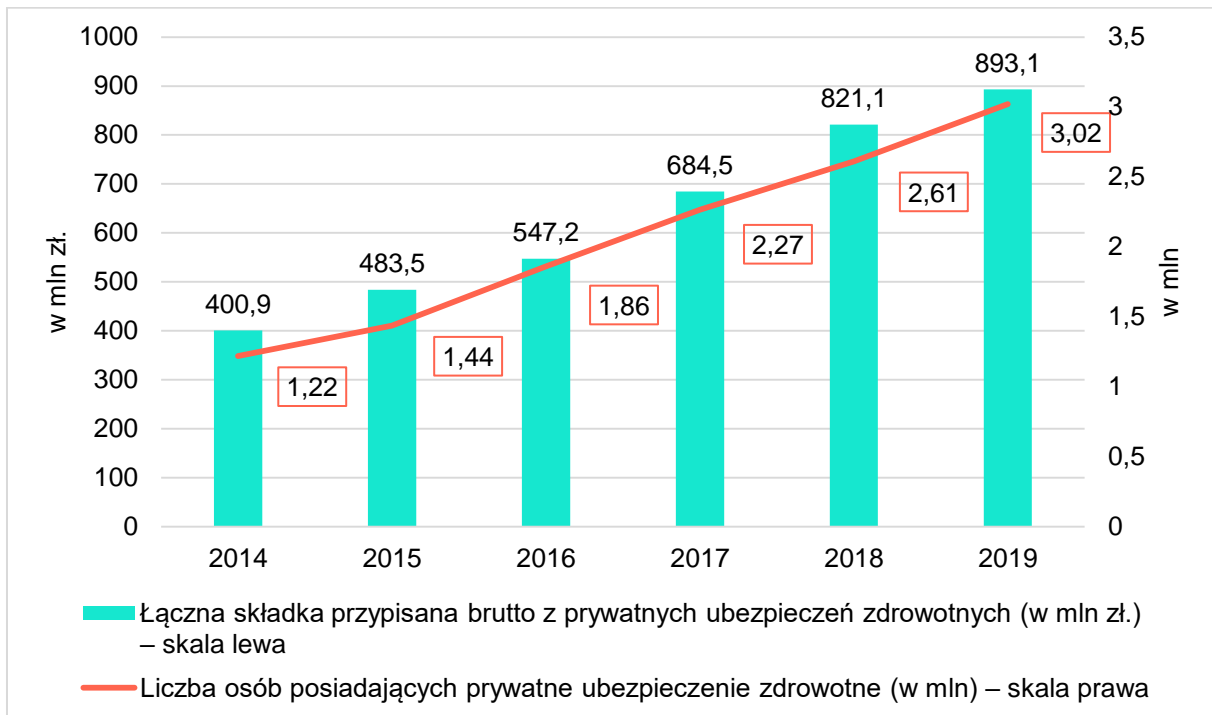
porównania, w 2010 r. ich udział wynosił odpowiednio 1% i 3,5%⁵. Na podstawie tych danych widać więc zauważalny wzrost popularności tego typu produktów.

Z kolei według danych przedstawionych przez Polską Izbę Ubezpieczeń (PIU), po III kwartale 2020 r. około 3,1 mln Polaków posiadało prywatne ubezpieczenia zdrowotne, co stanowiło wzrost o ponad 10% w stosunku do tego samego okresu w 2019 r. Jedną z przyczyn tego stanu rzeczy, oprócz fundamentalnych i chronicznych problemów systemu publicznego, jest także pandemia. W związku z nią utrudnione zostało korzystanie z usług medycznych w formie stacjonarnej. Ubezpieczyciele, wychodząc naprzeciw tym trudnościom, zwiększyli więc m.in. zakres usług świadczonych zdalnie (np. telemedycyna), poprawili obsługę call center czy rozszerzyli zakres swoich planów ubezpieczeniowych o usługi podstawowej opieki zdrowotnej⁶. Między innymi dlatego od wielu lat tego typu produkty cieszą się coraz większym zainteresowaniem, co pokazuje rysunek 1.

Rysunek 1: Liczba osób posiadających prywatne ubezpieczenie zdrowotne oraz łączna składka przypisana brutto z prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych

⁵ OECD, *Health at a Glance: Europe 2012*, OECD Publishing, UE 2012, s. 129.

⁶ PIU, *Prywatne ubezpieczenia coraz ważniejsze w ochronie zdrowia*, 10.02.2021, https://piu.org.pl/prywatne-ubezpieczenia-coraz-wazniejsze-w-ochronie-zdrowia/?fbclid=IwAR1qZGT3yD8BOzvsJhBd_S8xYiDoLT6ysMz8c1IEt9KqeIu5M-upzu8n_dQ (dostęp: 24.04.2021).



Źródło: Opracowanie własne na podstawie corocznych danych publikowanych przez Polską Izbę Ubezpieczeń (PIU) w broszurach pt. *Ubezpieczenia w liczbach. Rynek ubezpieczeń w Polsce w latach 2014-2019*.

Co warto podkreślić, około trzech czwartych prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych stanowią te zawierane w formie grupowej lub inaczej przez pracodawcę. Stanowią one tzw. pozapłacowe benefity pracownicze i oprócz wysokości płacy są jednym z najistotniejszych narzędzi do konkurencyjności przez firmy o nowych pracowników. Tego typu produkty głównie zapewniają dostęp do prywatnej opieki ambulatoryjnej.

Według szacunków firmy doradczej Sedlak & Sedlak rozszerzony pakiet prywatnej opieki medycznej uważany był za najbardziej popularny pozapłacowy benefit pracowniczy w 2017 r. — wskazało tak 46% badanych. W dalszej kolejności pracownicy wskazywali na samochód służbowy do użytku prywatnego (24,4%) oraz na elastyczny czas pracy (21,2%)⁷.

Należy także dodać, że w stosunku do publicznego systemu opieki zdrowotnej prywatne ubezpieczenia zdrowotne są produktem o charakterze *suplementarnym*, tzn. rozszerzającym zakres świadczeń medycznych lub w ogóle

⁷ K. Jurczak, *Podsumowanie raportu: „Świadczenia dodatkowe w oczach pracowników 2017”*, 12.06.2017, <https://wynagrodzenia.pl/arttykul/podsumowanie-raportu-swiadczenia-dodatkowe-w-oczach-pracownikow-2017> (dostęp: 24.04.2021).

zapewniającym do nich dostęp, jednak bez możliwości wyjścia z systemu publicznego. Osoby posiadający tego typu produkty płacą więc podwójnie: najpierw obowiązkowe składki zdrowotne, a potem dobrowolne składki na ubezpieczenia prywatne. Na tej podstawie można więc zadać pytanie, ile wyniosłby czas oczekiwania na świadczenia gwarantowane przez system publiczny, gdyby osoby te zechciały skorzystać ze swojego *prawa do opieki zdrowotnej*?

Rynek grupowych ubezpieczeń zdrowotnych jest też dla ubezpieczycieli ciekawym kierunkiem z uwagi na nasycenie *sąsiedniego* rynku grupowych ubezpieczeń na życie — stanowi on też jego istotne uzupełnienie.

Dodatkową zaletą tego typu produktów jest możliwość opłacania części składki przez pracodawcę jak i opcja *podpięcia* pod taki plan zdrowotny rodziny pracownika, co pozytywnie wpływa na wzrost ilości ubezpieczonych.

Warto także wspomnieć, że na tym perspektywicznym rynku nie ma silnych regulacji wpływających na cenę czy zakres tego typu produktów. Ubezpieczyciele w Polsce nie muszą więc ustalać składek w oparciu o wytyczne regulatora — mogą ustalać je w oparciu o kalkulację ryzyka oraz odmawiać objęcia ochroną ubezpieczeniową. Także zakres tego typu produktów może być kształtowany swobodnie tzn. wg praw rynku — ubezpieczyciele nie muszą zatem dostosowywać się do sztywnych wariantów wymaganych przez odpowiednie organy nadzoru. Takiego (względego) *komfortu* nie mają np. ubezpieczyciele z Holandii, Szwajcarii czy USA, gdzie interwencjonizm w tym obszarze jest bardzo szeroki a firmy ubezpieczeniowe zostały *de facto* włączone w ramy publicznych systemów opieki zdrowotnej.

Między innymi dzięki temu w Polsce można cieszyć się lepszym dostępem do świadczeń medycznych. Pomiedzy ubezpieczycielami występuje też znaczna konkurencja, a tego typu produkty są jednymi z najtrudniejszych do sprzedania na rynku. Rozwijają się także nowe produkty tego typu jak ubezpieczenia szpitalne, które oferują finansowanie dostępu do prywatnych usług szpitalnych — można je więc traktować jako rozszerzenie zakresu prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych zapewniających dostęp do specjalistów czy badań.

Co interesujące, sami ubezpieczyciele konkurują o nowych klientów nie tylko pomiędzy sobą, ale także z sieciami medycznymi oferującymi abonamenty. Pomiedzy nimi występują pewne różnice, np. sieci zazwyczaj tworzą system

swoich własnych placówek a ubezpieczyciele mogą podpisywać umowy z wieloma podmiotami, co czyni ich bardziej konkurencyjnymi pod tym kątem. W przypadku ubezpieczenia klient może też ubiegać się o refundację, jeśli skorzystał z innej placówki.

Pewne różnice można także zaobserwować w szczególnych warunkach np. podczas zwiększonego poziomu zachorowań. W takiej sytuacji prywatne sieci medyczne mogą ponosić większe koszty od przychodów generowanych z abonamentów co może skutkować działaniami po stronie operatora zmniejszającymi jego koszty (np. dłuższy czas oczekiwania i świadczenia usług medycznych czy kierowanie na mniej kosztowne badania). W przypadku grupowego ubezpieczenia takie *ryzyko* wydaje się niższe, gdyż to ubezpieczyciel przekazuje środki do wybranej placówki jako zapłatę za usługi medyczne wskazane przez ubezpieczonego. Taka sytuacja miała miejsce np. rok temu, kiedy niezadowoleni z kolejek klienci zaczęli rezygnować z abonamentów i przechodzić na ubezpieczenia zdrowotne⁸.

Nie oznacza to, że sieci medyczne są tutaj na straconej pozycji. Zresztą to one, jeszcze przed ubezpieczeniami zdrowotnymi, jako pierwsze oferowały dostęp do tego typu świadczeń. Wydaje się też, że finansowanie dostępu do wielu rutynowych i przewidywalnych świadczeń jest czym innym niż ubezpieczanie np. na wypadek poważnych zachorowań. Ponadto sieci medyczne nie podlegają nadzorowi KNF tak jak ubezpieczyciele.

Co ciekawe, konkurencja pomiędzy nimi sprawia, że produkty te stają się do siebie coraz bardziej podobne. Sieci medyczne wprowadzają np. możliwość refundacji za wizyty spoza ich sieci placówek itp.⁹ Jednak, bez względu na wyniki tych zmagania, zwycięzca pozostaje bez zmian i jest nim konsument.

Podsumowanie

Rynek prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych rozwija się w Polsce dynamicznie, korzystając zarówno na braku regulacji, jak i na problemach systemu

⁸ Business Insider, *Polacy porzucają prywatne abonamenty medyczne. Zyskują polisy*, 10.09.2020, <https://businessinsider.com.pl/wiadomosci/polacy-porzucaja-prywatne-abonamenty-medyczne-zyskuja-polisy/1dbz270> (dostęp: 24.04.2021).

⁹ S. Wedziuk, *Zdrowie: Zamiast pakietu usług medycznych firmy coraz częściej wybierają ubezpieczenia. Różnice między tymi produktami się zacierają*, 08.01.2018, <https://www.pb.pl/abonament-kontra-polisa-902615> (dostęp: 24.04.2021).

publicznego. Mimo tego należy też pamiętać, że ma on pewne ograniczenia.

Po pierwsze, w Polsce dominują ubezpieczenia grupowe (mają one też szerszy zakres i niższą składkę niż ubezpieczenia indywidualne) i nie ma w tym nic złego — nie wszędzie jednak da się utworzyć odpowiednie grupy ryzyka. 3,1 mln prywatnie ubezpieczonych Polaków to około 8% całej populacji kraju. Po drugie, nie wszystkie zdarzenia są ubezpieczalne — ze względu na brak możliwości zastosowania rachunku prawdopodobieństwa i oszacowania ryzyka. Po trzecie, nie wszyscy są chętni do kupna tego typu produktu. Po czwarte, ubezpieczenia grupowe zazwyczaj zawierane są na okres jednego roku, a ich przedłużenie (w zbliżonej wysokości składki) uzależnione jest od tego, jak często ubezpieczeni korzystali z tego typu świadczeń. Jeśli to *wykorzystanie* ubezpieczenia było zbyt duże, to składka może wzrosnąć lub umowa może nawet nie zostać przedłużona na kolejny okres.

Na szczęście na rynku występują też alternatywy w postaci abonamentów medycznych, płatności bezpośrednich czy działalności charytatywnej. Zatem brak prywatnego ubezpieczenia nie oznacza automatycznie wykluczenia z dostępu do świadczeń medycznych.

Niemniej, prywatne ubezpieczenia zdrowotne (zwłaszcza w swojej grupowej formie) stanowią istotny element polskiego prywatnego systemu ochrony zdrowia i należy trzymać kciuki za ich dalszy niezakłócony rozwój.