



Kto skorzysta na wprowadzeniu prywatnych ubezpieczeń?

Wielki pośrednik

Adam Koziarkiewicz

Rozwiązania dla systemu ochrony zdrowia należy projektować z dużym rozmysłem. Istnieje bowiem zagrożenie, że ich beneficjentami będą nie ci, o których los tak starają się dbać ministrowie zdrowia. Należy podkreślić, że towarzystwa ubezpieczeniowe, będąc firmami sektora finansowego, stanowią jedynie poziom pośredni w przepływie pieniędzy między obywatelami a placówkami medycznymi. Jeśli problem polskiego systemu ochrony zdrowia definiujemy jako *niedobór funduszy w systemie*, to większość osób ma na myśli niedobór w placówkach ochrony zdrowia (na podniesienie jakości usług zdrowotnych i wynagrodzeń pracowników). Jednak samo pojawienie się instytucji ubezpieczeniowych tego problemu nie rozwiąże, wręcz przeciwnie, może go nasilić – poprzez *skonsumowanie* znacznej części pieniędzy, które obecnie obywatele wydają prywatnie na usługi zdrowotne.

Z prywatnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi związanych jest wiele nadziei i oczekiwań. Bywały one często ostatnim argumentem w debacie o tym, jak wesprzeć finansowo system. Nadzieje związane z nimi formułowane są przez potencjalnych klientów, partnerów biznesowych (dostawców usług zdrowotnych), a w ostatnich latach także przez przedstawicieli rządu. Powszechnym

i najważniejszym oczekiwaniem jest to, że dzięki nim rynek usług zdrowotnych zyska dodatkowe pieniądze. To oczekiwanie w ostatnich latach przewijało się w wielu wypowiedziach, zatem warto zweryfikować, na ile jest ono wykonalne, a zatem, na ile wspieranie ubezpieczeń prywatnych zwiększy pulę pieniędzy w systemie ochrony zdrowia.

Czas wzrostów

W ostatnich kilkunastu latach systematycznie zwiększały się ogólne wydatki na zdrowie; w cenach stałych z roku 2000 wzrosły one z 25 mld zł w 1990 r. do 50 mld zł w roku 2004 i prawdopodobnie 70 mld zł w 2008 r. Prezentowany wzrost w latach 1990–2005 (2,1-krotny w ciągu 15 lat) należy do najwyższych spośród krajów OECD, ustępując jedynie takim krajom, jak Turcja (3,5), Luksemburg (2,8), Korea (2,7) czy Irlandia (2,9). W tym czasie w Czechach wzrost ten wyniósł 1,8, a na Węgrzech 1,6.

Związane było to przede wszystkim ze wzrostem PKB i idącym za nim wzrostem zamożności obywateli, ale także publicznego sektora zdrowia. W latach 2000–2003 PKB urósł w cenach stałych o 4,02 proc., zaś wydatki publiczne na zdrowie o 6,66 proc. W kolejnych latach PKB rósł znacznie szybciej, a mimo to wzrost wydatków sektora publicznego ochrony zdrowia go wyprzedzał.

W tym czasie zwiększały się także prywatne wydatki na zdrowie. Szacunki wskazują, iż stanowią one ponad 30 proc. wydatków ogółem (w niektórych źródłach dochodząc do 35 proc.). Obecnie prywatne wydatki na ochronę zdrowia szacowane są na 25 mld zł. Pieniądze te pochodzą przede wszystkim z wydatków gospodarstw domowych, a w części z funduszy przedsiębiorstw. Czy pojawienie się w większym zakresie ubezpieczycieli prywatnych może powiększyć te sumy?

Pozycja ubezpieczeń prywatnych na rynku ochrony zdrowia

Działalność ubezpieczeniowa prowadzona jest w Polsce na podstawie ustawy z 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej. W pakiecie ubezpieczeniowych regulacji prawnych oprócz tej ustawy istnieją jeszcze trzy inne oraz pewna liczba rozporządzeń wydanych do tych ustaw, które stanowią ramy działalności ubezpieczeniowej. Wspomniane trzy ustawy to:

- z 21 lipca 2006 r. o nadzorze nad rynkiem finansowym,
- z 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych,
- z 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym.

Działalność ubezpieczeniowa, ze względu na społeczne i gospodarcze znaczenie, została poddana nadzorowi wyspecjalizowanego organu administracji państwowej – Komisji Nadzoru Finansowego (KNF) (wcześniej Komisja Nadzoru nad Ubezpieczeniami i Funduszami Emerytalnymi – KNUIFE). Ustawodawca poddał tę działalność szczególnym regulacjom; już samo rozpoczęcie wykonywania działalności ubezpieczeniowej związane jest z koniecznością spełnienia wielu wymogów. W szczególności każdy zakład ubez-

pieczeń musi uzyskać stosowne zezwolenie KNF, która w toku jego udzielania sprawdza, czy założyciele towarzystwa dysponują odpowiednim zapleczem kapitałowym oraz kwalifikacjami do prowadzenia działalności ubezpieczeniowej. Następnie zakład ubezpieczeń musi uzyskiwać zezwolenia dotyczące najważniejszych zmian w zakresie prowadzonej przez siebie działalności, m.in. zmiany w zasięgu terytorialnym czy zmiany rzeczowego zakresu działalności. Te czynności i wymagania wpływają na koszty działalności operacyjnej tych firm. Zakłady ubezpieczeń mają także obowiązki dotyczące tworzenia kapitału gwarancyjnego, stosownego do wielkości przypisanej składki. To z kolei powoduje, że znaczna część ich przychodów operacyjnych przeznaczana jest na powiększanie aktywów tych firm. W pierwszym półroczu 2007 r. zakłady ubezpieczeń ogółem osiągnęły ponad 23 mld zł wpływów z działalności operacyjnej (tzn. w większości, przychodów z przypisanych składek). Wydatki operacyjne stanowiły 73 proc. przychodów z tej działalności. Oznacza to, że zakłady wypracowały 27 proc. nadwyżki przychodów nad wydatkami, z czego większość skierowały na tzw. działalność lokacyjną; w pierwszym półroczu 2007 r. nadwyżka ta wyniosła 6,232 mld zł, z czego 5,745 mld wydały na różne składniki aktywów, stanowiących tę właśnie działalność lokacyjną, takich jak lokaty bankowe, zakup papierów wartościowych i inne.

Z pozostałych 73 proc. przychodów operacyjnych najważniejszą pozycją w wydatkach było pokrycie kosztów odszkodowań i świadczeń rzeczowych. Pozycja ta stanowiła 39 proc. wielkości przypisanej składki ogółem. Zatem 39 proc. pieniędzy zebranych w formie składek zostało w tym okresie wydanych na odszkodowania. Kolejną pod względem wielkości pozycją kosztową w działalności operacyjnej była akwizycja składek 12 proc. przychodów z działalności operacyjnej. Zatem koszty sprzedaży polis stanowiły 1/10 kwoty zebranej ze składek. Kolejną ważną pozycją były koszty działalności administracyjnej, stanowiące 9 proc. wielkości przypisanej składki. W dalszej kolejności pojawia się reasekuracja bierna, czyli ubezpieczanie ryzyk w firmach reasekuracyjnych (5 proc.) i inne pomniejsze kategorie kosztów.

Umiarkowane postępy

Jak wskazują dane KNF, dotychczasowe postępy w przyroście rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych (wypadkowych i chorobowych) są dość umiarkowane. Działa kilkunastu ubezpieczycieli, oferujących różne formy ubezpieczeń zdrowotnych, w tym kilku takich, których kampanie marketingowe są dość widoczne. Liczba ubezpieczonych oraz kwoty zbierane przez ubezpieczycieli są na razie umiarkowane, a przede wszystkim nie zmieniły się znacząco przez ostatnie 5 lat. Można z tego

wywnioskować, że samo pojawienie się oferty *prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych* nie jest wystarczającym powodem, by wydatki gospodarstw domowych na ten cel znacznie się powiększyły. Największy przyrost odnotowany został w kategorii ubezpieczeń wypadkowych w dziale I, czyli *Ubezpieczeń na życie*. Tego typu ubezpieczenia mają stosunkowo mało wspólnego z powszechnym rozumieniem ubezpieczeń zdrowotnych. Równocześnie w pozostałych kategoriach rozważanych ubezpieczeń przyrost w ostatnich 5 latach był niewielki i gdy wziąć pod uwagę wartości roczne inflacji, realnie był bliski 0.



„ Jeśli głównym efektem ubezpieczeń zdrowotnych ma być *wzrost funduszy dla wykonawców usług zdrowotnych*, jest to oczekiwanie, które nie zostanie spełnione. Wręcz przeciwnie, wolumen pieniędzy ostatecznie trafiających do wykonawców usług będzie *mniejszy niż obecnie* ”

W tej sytuacji rola ubezpieczycieli prywatnych na rynku usług zdrowotnych, głównie w oczach dostawców usług zdrowotnych powinna zostać przededefiniowana. Należy się zastanowić nad postrzeganiem ubezpieczeń prywatnych jako dostawcy pieniędzy do sektora opieki zdrowotnej. Skoro bez istotnych zachęt o charakterze fiskalnym lub ograniczenia tzw. *koszyka świadczeń gwarantowanych* wzrost sprzedaży polis ubezpieczenia zdrowotnego jest tak niewielki, pojawia się pytanie, czy sama formuła ubezpieczenia prywatnego jest wystarczająco atrakcyjna i wnosi wystarczająco dużo, by klienci byli skłonni za nią płacić? Czy pokładanie nadziei w sektorze prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, jako źródła pieniędzy na opiekę zdrowotną, jest w takiej sytuacji racjonalne? Można sobie, oczywiście, wyobrazić sytuację, że poprzez radykalne zawężenie zakresu koszyka świadczeń gwarantowanych i preferencje podatkowe, prywatne ubezpieczenia zdrowotne zyskają dodatkowych klientów. Pytanie tylko, czy to ma stanowić cel sam w sobie, czy też istnienie prywatnych ubezpieczycieli na rynku ma wносить jakąś *wartość dodaną* z punktu widzenia konsumenta?

Rola prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych

Skoro ubezpieczenia prywatne nie są w stanie samodzielnie wykreować przyływu pieniędzy do systemu, należy rozważyć inne funkcje, jakie mogą pełnić na rynku ochrony zdrowia. Cechą działania ubezpieczeń jest rola pośrednika w przepływie funduszy pomiędzy ostatecznymi płatnikami (osobami fizycznymi i przedsiębiorstwami) a dostawcami usług (i dóbr) zdrowotnych. Koszt udziału ubezpieczycieli prywatnych w łańcuchu świadczenia usług pacjentom ma swoją cenę. Z danych Komisji Nadzoru Finansowego wynika, że towarzystwa ubezpieczeniowe wypłacają na *pokrycie szkód* średnio 39 proc. zebranych składek we wszystkich rodzajach ubezpieczeń. W ubezpieczeniach zdrowotnych rozumianych jako ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe w dziale I i II wypłaciły w 2006 r. ok. 38 proc. wartości zebranych składek. Szczegółowe wartości zebranych składek, wypłaconych świadczeń i odsetek wypłat w stosunku do zebranych składek zamieszczone zostały w tabeli *Składki, świadczenia, wypłaty*.

Naturalną wartością dodaną działalności ubezpieczeniowej jest tzw. *pooling*, czyli rozkład ryzyka wystąpienia danego zdarzenia na wielu ubezpieczonych. Mechanizm rozkładu ryzyka pozwala na zabezpieczenie przed dużym ryzykiem za stosunkowo niewielką kwotę. Podstawowym warunkiem osiągnięcia takiego efektu jest jednak:

- założenie, że prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia, które ubezpieczamy, jest małe, a co za tym idzie, mimo że koszty jego naprawy mogą być jednostkowo wysokie, ogólne koszty zabezpieczenia przed tym ryzykiem przypadające na ubezpieczonego są niskie,

Składki, świadczenia, wypłaty

		SKŁADKA			WYPŁATY ŚWIADCZENIA			ODSETEK WYPŁAT/ ŚWIADCZEŃ DANE W %
		INDYWIDUALNE	GRUPOWE	RAZEM	OKRESOWE	JEDNORAZOWE	RAZEM	
Dział I – ubezpieczenia życiowe	wypadkowe i chorobowe	486 394	2 560 692	3 047 086	39 094	986 458	1 025 552	34
	w tym ubezpieczenia chorobowe	43 319	229 464	272 783	3 898	78 620	82 519	30
Dział II – inne osobowe i majątkowe	wypadku	412 758	402 170	814 928	34 870	181 647	216 517	27
	w tym wypadku przy pracy i choroby zawodowej	5 991	44 874	50 865	0	15 723	15 723	31
	choroby	88 387	79 924	168 312	6 457	57 218	63 676	38
	ubezpieczenia chorobowe dział I i II			441 095			146 194	33

Przypis składki i wydatki na likwidację szkód w 2006 r., w ramach ubezpieczeń chorobowych i wypadkowych, w dziale I i II działalności ubezpieczeniowej (źródło: Komisja Nadzoru Finansowego, www.knf.gov.pl)

- założenie, że ubezpieczonych jest wielu i w większości wypadków ryzyko, jakie ubezpieczeni wnoszą, jest niskie, lub rzadziej
- klienci ubezpieczają się od różnych ryzyk, o różnym prawdopodobieństwie wystąpienia i istnieje możliwość krzyżowego rozkładu pomiędzy rodzajami ryzyk.

Niepoprawny rozkład ryzyka

W ochronie zdrowia w wypadku świadczeń powszechnych i konsumowanych przez większość pacjentów w mniej więcej równomiernym stopniu, mechanizm rozkładu ryzyka nie działa poprawnie. Jeśli bowiem większość ubezpieczonych rocznie korzysta kilkakrotnie z usług lekarskich czy np. dentystrycznych, nie ma możliwości przeniesienia ryzyka pokrycia tych kosztów na innych ubezpieczonych. W takiej sytuacji ubezpieczyciel nie może pełnić funkcji podmiotu rozkładającego ryzyko, ponieważ ryzyko, które wnoszą klienci, jest stosunkowo wyrównane. Rola podmiotu rozkładającego ryzyko może natomiast z powodzeniem być odgrywana w wypadku ryzyk jednostkowo rzadszych i kosztowniejszych, np. terapii szpitalnych, ryzyk związanych z wypadkami itp. W takich sytuacjach mechanizm rozkładu ryzyka pozwala uchronić klienta przez kosztami związanymi ze zdarzeniem, jakie może na niego spaść, a dzieje się to za pieniądze zebrane przez zakład ubezpieczeń od wielu ubezpieczonych.

Zdrowie od brokera

W ustawie ustalony został podział ubezpieczeń wg działów, grup i rodzajów ryzyka. I tak dział I to *Ubezpieczenia na życie*, na które składają się następujące grupy ubezpieczeń ze względu na ryzyka:

- Grupa 1. Ubezpieczenia na życie
- Grupa 2. Ubezpieczenia posagowe zaopatrzenia dzieci
- Grupa 3. Ubezpieczenia na życie, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym
- Grupa 4. Ubezpieczenia rentowe
- Grupa 5. Ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeśli są uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w grupach 1–4.

W dziale II o nazwie *Pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe* wyróżnia się w szczególności ubezpieczenia bezpośrednio i pośrednio odnoszące się do ryzyk związanych z utratą zdrowia. Te grupy to:

- Grupa 1. Ubezpieczenia wypadku, w tym wypadku przy pracy i choroby zawodowej:
 - 1) świadczenia jednorazowe
 - 2) świadczenia powtarzające się
 - 3) połączone świadczenia, o których mowa w pkt 1 i 2
 - 4) przewóz osób
- Grupa 2. Ubezpieczenia choroby:
 - 1) świadczenia jednorazowe
 - 2) świadczenia powtarzające się
 - 3) świadczenia kombinowane

Z punktu widzenia niniejszej analizy, wykorzystano dane dotyczące grupy 5. działu I ubezpieczeń oraz grup 1. i 2. działu II. Takie potraktowanie zagadnienia powoduje, że poddane są analizie takie ubezpieczenia, które oferują zabezpieczenie finansowe na wypadek choroby lub wypadku, ale także oferujące świadczenia rzeczowe (*benefits in kind*), czyli usługę zdrowotną. Z drugiej strony, w tej samej grupie znajdują się świadczenia wypłacane jednorazowo i wypłacane okresowo.

Regulacje prawne nakazują dodatkowo, by ryzyko, które jest ubezpieczane przez zakład, było także reasekurowane czy to w formie tzw. reasekuracji biernej, czyli wykupienia polisy reasekuracyjnej u innych ubezpieczycieli, czy też za pomocą tworzenia funduszy gwarancyjnych, powiększania aktywów itp. Sumaryczny koszt tej funkcji zakładów ubezpieczeń można więc szacować następująco:

- koszt reasekuracji biernej – 5 proc. przypisanej składki,
- koszt nabywania aktywów *lokacyjnych* – 27 proc. składki,
- częściowo koszty administracyjne – 9 proc. składki.

Kolejną potencjalną korzyścią wynikającą z działania zakładów ubezpieczeń jest przejmowanie części kosztów pozyskania klienta i tym samym zdjęcie tego obowiązku z dostawców usług. Zakłady ubezpieczeniowe, sprzedając polisy, wyręczają po części placówki sektora opieki zdrowotnej z działalności marketingowej, ponieważ przekonują klienta do zakupu polisy. Gdy klient ją kupi, ma większą skłonność do korzystania z usług, które ta polisa mu pokrywa. Zatem wysiłek marketingowy zakładów ubezpieczeniowych powiększa popyt na usługi placówek medycznych, służące w tym łańcuchu do *likwidacji szkód*. Z punktu widzenia poszczególnych placówek, pacjenci trafiający do nich z polecenia danego ubezpieczyciela są zatem tańsi, jeśli chodzi o nakłady na marketing (pomijając kwestię zakazu reklamy placówek ochrony zdrowia). Pozostaje do oceny czy skala przyrostu liczby klientów, a co za tym idzie – przychodów placówek – jest proporcjonalna do kosztów, jakie z tym są związane.

Likwidacja szarej strefy

Trzecią, potencjalną korzyścią jest ujawnianie przepływów finansowych na rynku ochrony zdrowia i wkład w zanikanie szarej, nieopodatkowanej sfery usług. Nieznana jest obecnie skala nieopodatkowanego obrotu w ochronie zdrowia. Jego likwidacja ma uzasadnienie etyczne (sprawiedliwość i uczciwość w biznesie) i ekonomiczne (podmioty unikające opodatkowania mają lepszą *pozycję* konkurencyjną na rynku). Z 12 mld zł, które szacunkowo wydawane są prywatnie na usługi zdrowotne (pozostałe 12–13 mld zł to wydatki na leki), opodatkowane są na pewno:

- wydatki przedsiębiorstw, które z uwagi na to, że potrzebują faktur do celów księgowych, wymagają ich wydania przez dostawców usług zdrowotnych,
- przychody dużych zwłaszcza sieciowych podmiotów świadczących usługi medyczne; podmioty te z uwagi na swoją skalę i sposób zarządzania, w tym oceny działalności poszczególnych oddziałów, nie mogą pozwolić sobie na nierejestrowanie przychodów,
- część przychodów gabinetów indywidualnych, które deklarowane są do opodatkowania w formie ryczałtu.

Pojawienie się zakładów ubezpieczeniowych na tym rynku spowoduje konieczność prowadzenia precyzyjnej sprawozdawczości, w tym finansowej, a tym samym uniemożliwia lub znacznie ogranicza możliwość ukrywania przychodów przez wykonawców świadczeń. Koszt związany z tą funkcją zakładów ubezpieczeniowych pokrywany jest częściowo z kosztów określanych jako tzw. koszty administracyjne (9 proc.). Podobnie, jak w poprzednich wypadkach, można zastanowić się nad tym czy koszty osiągnięcia tego celu są adekwatne.

Ostatnią zidentyfikowaną wartością dodaną, jaką wnoszą ubezpieczyciele prywatni, jest obsługa pacjenta i reprezentacja jego interesów wobec świadczeniodawców. Teoretyczne opracowania dotyczące ochrony zdrowia wskazują na nierównowagę informacyjną pomiędzy konsumentami a dostawcami usług zdrowotnych. To powoduje, że pacjent często jest pozbawiony możliwości decydowania świadomie i samodzielnie o sposobie terapii, miejscu wykonywania świadczeń itp. Na rozwiniętych rynkach rola zakładów ubezpieczeń definiowana jest m.in. jako reprezentacja interesów pacjenta wobec wykonawców świadczeń, co czasem ogranicza się do oferowania kompetentnego doradztwa (*assistance*), a czasem do aktywnego współdecydowania w procesie diagnostyczno-terapeutycznym (*opieka kierowana – managed-care*). Funkcja ta finansowana jest przez zakłady ubezpieczeń działające na polskim rynku z tych samych, już wielokrotnie wspomnianych, kosztów administracyjnych (9 proc. składki).

Podsumowanie

Podsumowując powyższe, należy dokładnie rozważyć, jaki efekt ma zostać osiągnięty dzięki zaistnieniu na większą skalę prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Jeśli bowiem głównym efektem ma być *wzrost funduszy* dla wykonawców usług zdrowotnych, jest to oczekiwanie, które nie zostanie spełnione. Wręcz przeciwnie, wolumen pieniędzy ostatecznie trafiających do wykonawców usług będzie mniejszy niż obecnie, bowiem koszty działalności towarzystw ubezpieczeniowych pochłoną znaczną część wydanych w ten sposób kwot. Zatem w szczególności ostrożnie należy podchodzić do mechanizmów promowania ubezpieczeń prywatnych poprzez rozwiązania fiskalne (ulgi podatkowe, możliwość finansowania z funduszu socjalnego), ponieważ takie selektywne promowanie ubezpieczeń odbywać się będzie kosztem samych wykonawców usług zdrowotnych, którzy zostają obowiązkowego nieobowiązkowego pośrednika na drodze pieniędzy klientem a wykonawcą. ■

Doktor Adam Kozierekiewicz był wieloletnim pracownikiem Instytutu Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, a także dyrektorem Związku Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia. Od kwietnia rozpoczyna pracę w Europejskim Banku Inwestycyjnym w Luksemburgu, gdzie będzie odpowiedzialny za projekty inwestycyjne w sektorze ochrony zdrowia w krajach UE.