

Ubezpieczenia blisko ludzi

Rozmowa z Anielą Schreyner, członkiem Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń INTER Polska SA oraz Martą Koneszko, kierownikiem Biura Obsługi Klienta

Jak oceniają panie rozwój rynku ubezpieczeń zdrowotnych w ciągu ostatniego roku?

Rozwój rynku ubezpieczeń zdrowotnych w ostatnim roku nabral wyrażnego tempa. Zauważalny, dynamiczny wzrost zainteresowania pakietami indywidualnymi oraz grupowymi spowodowany jest kilkoma czynnikami działającymi jednocześnie.

Prywatną służbę zdrowia napędza ogólna koniunktura gospodarcza, mamy więcej pieniędzy i świadomie chcemy zabezpieczyć się na przyszłość, na wypadek choroby.

Dodatkowo pracodawcy, w obliczu *mobilnego* rynku pracy, zachęteni korzystnymi zmianami podatkowymi, coraz chętniej wykupują ubezpieczenie pracownikom. Nie bez znaczenia są też strajki lekarzy i niepewność związana z przyszłością publicznej służby zdrowia. W tej sytuacji szczegółowy zakres świadczeń określony w umowie ubezpieczenia gwarantuje klientowi bezpieczeństwo. Dynamiczny rozwój rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych idzie w parze z rozbudowywaną i coraz bardziej urozmaiconą ofertą placówek medycznych. Prywatny pacjent może liczyć na szybki dostęp do pełnej gamy świadczeń oraz coraz wyższy standard usług. To przekłada się bezpośrednio na ofertę zakładów ubezpieczeń, które na bieżąco weryfikując ofertę, starają się sprostać rosnącym wobec nich oczekiwaniom. Najlepszym przykładem jest

ubezpieczenie zdrowotne VISION, które poza nielimitowaną liczbą wizyt u dowolnie wybranych lekarzy specjalistów i pełną gamą nowoczesnych badań ambulatoryjnych i diagnostycznych obejmuje zakresem leczenia dentystyczne i protetyczne, zwrot kosztów okularów, soczewek kontaktowych oraz leków.

Ciągle brakuje uregulowań prawnych – na czym w związku z tym firmy ubezpieczeniowe opierają swój optymizm? Bank Światowy przewiduje, że w ciągu 3 najbliższych lat 15 proc. społeczeństwa polskiego wykupi ubezpieczenia zdrowotne.

Prognozy Banku Światowego są rzeczywiście optymistyczne i można z nimi polemizować w kontekście obecnie funkcjonujących uregulowań prawnych. Bez szybkiej reformy w ochronie zdrowia prawdopodobnie nie będzie możliwe wdrożenie masowych rozwiązań. Biorąc jednak pod uwagę rynek klienta korporacyjnego i równoległy boom na ubezpieczenia indywidualne, rosnącą konsolidację rynku firm abonamentowych, rozmiar planowanych inwestycji w prywatną służbę zdrowia, a także wzrost konkurencyjności w sektorze ubezpieczeń zdrowotnych, budujący świadomość klientów, dotarcie do 10 proc. społeczeństwa wydaje się bardzo realne.

Fundusze *private equity* chcą przeznaczyć ponad 400 mln zł na inwestycje w branżę medyczną. Coraz wyraźniejsze są zapowiedzi otwarcia pełnoprofilowych szpitali w 2008 r. Na tak poważne i daleko idące zmiany nie może pozostać obojętny tzw. płatnik publiczny. Powstaje pytanie – czy wobec rosnących w siłę dostawców usług medycznych będzie on w pełni umiał skorzystać z tej nowej rzeczywistości?

Prawdopodobnie czeka nas poważna zmiana społeczna. Ludzie zaczynają w coraz większym stopniu traktować ochronę własnego zdrowia jako element planowania finansowego. Składki na polisy medyczne stają się elementem budżetu domowego. Wprawdzie często jeszcze klienci porównują cenę przez pryzmat średniego bieżącego wykorzystania świadczeń i deklarują chęć wydania 40–50 zł na opiekę medyczną, ale jednocześnie 30 proc. rodaków w zeszłym roku po raz pierwszy skorzystało z opieki prywatnej i przy okazji miało możliwość przekonania się, że lepiej jest mieć ubezpieczenie niż płacić za jednorazowe wizyty.



Biorąc pod uwagę wszystkie te uwarunkowania, większą niż dotychczas rolę będą odgrywały przychodnie specjalistyczne i prywatne gabinety lekarskie. Najlepiej tym wymaganiom sprosta model oparty na refundacji kosztów leczenia ponoszonych przez klienta u dowolnie wybranego lekarza, na podstawie rachunku, gdyż nie stawia on żadnych ograniczeń. Taką możliwość klienci Inter Polska mają już dziś.

Czy ubezpieczenia zdrowotne w Polsce idą w kierunku ubezpieczenia grupowego ze strony pracodawców? Czy jest szansa na wielki boom ubezpieczenia indywidualnego? Jak w tym zakresie oceniają panie świadomość społeczeństwa?

Niewątpliwie na to, która z form ubezpieczenia – indywidualna czy grupowa – będzie rozwijać się bardziej dynamicznie, będą miały wpływ ewentualne uregulowania prawne, np. możliwość przeznaczania na ochronę zdrowia pieniędzy z zakładowych funduszy świadczeń socjalnych zachęciłaby dodatkowo pracodawców i ugruntowała pozycję ubezpieczeń grupowych. W zakresie ubezpieczeń grupowych daje się zauważyć zmiana jakościowa. Ubezpieczenia zdrowotne przestają być domeną dużych korporacji. Nawet kilkusobowa firma woli wydać kilkadziesiąt złotych miesięcznie, by w zamian mieć gwarancję, że w razie potrzeby pracownik zostanie przyjęty przez lekarza bez kolejki. Polisy indywidualne kierowane są przede wszystkim do osób prowadzących własną działalność gospodarczą i wykonujących wolne zawody. Produkty indywidualne mają szerszy zakres i dają możliwość dopasowania zakresu ochrony do preferencji klienta. Klientem ubezpieczenia zdrowotnego jest każdy, kto oczekuje profesjonalnej opieki medycznej i spodziewamy się dynamicznego rozwoju obu segmentów rynku.

Czy firmy ubezpieczeniowe będą edukować społeczeństwo – np. organizować akcje społeczne popularyzujące potrzebę ubezpieczenia swojego zdrowia?

Wraz z rozwojem prywatnej służby zdrowia i wzrostem konkurencyjności rynku ubezpieczeń zdrowotnych rośnie ich popularność i zainteresowanie społeczeństwa. Promocja coraz to nowych produktów oraz nowych graczy z pewnością przyczyni się do wzrostu świadomości. Jak na początkową fazę rozwoju rynku zainteresowanie tematem ubezpieczeń zdrowotnych jest już ogromne. Wynika to zapewne również z obszernej debaty medialnej na temat reformy służby zdrowia w Polsce. Aktywna edukacja i tym samym kształtowanie świadomości ubezpieczeniowej jest już faktycznie prowadzone od kilku lat wśród pracodawców, którzy decydują się na prywatną opiekę medyczną dla pracowników. Inter Polska prowadzi ak-

cje profilaktyczne i prozdrowotne, często we współpracy z partnerami medycznymi, gdyż promocja ubezpieczeń musi – naszym zdaniem – iść w parze z dobrym zdrowiem.

Osoby, które chciałyby mieć świadczenia lepszej jakości i o wyższym standardzie, płacą, by tę jakość uzyskać – czy polskie szpitale są w stanie udźwignąć (spełnić warunki) oczekiwania potencjalnego klienta?

Prywatna opieka medyczna dla klienta w dużej mierze oznacza lepszy standard. Leczenie bez kolejek, miłą obsługę, dobre wyposażenie placówek, dostęp do informacji o leczeniu – dotyczy to w takim samym stopniu leczenia ambulatoryjnego, jak i opieki szpitalnej, gdzie klienci oczekują m.in. leczenia w sali 1–2-osobowej i możliwości wyboru lekarza prowadzącego. Czy jest to możliwe w polskich szpitalach?

„ Ubezpieczenia zdrowotne przestają być domeną dużych korporacji. Nawet kilkusobowa firma woli wydać kilkadziesiąt złotych miesięcznie, by w zamian mieć gwarancję, że w razie potrzeby pracownik zostanie przyjęty przez lekarza bez kolejki ”

Niestety, w tej chwili placówki publiczne w większości nie są organizacyjnie przygotowane do przyjęcia pacjentów prywatnych, mimo że zatrudniają wysokiej klasy specjalistów.

Wiele wskazuje na to, że rozwijający się rynek ubezpieczeń zdrowotnych ma szansę wpłynąć i na ten obszar usług medycznych.

W odpowiedzi na brak uregulowań systemowych i zmieniającą się sytuację polityczną sektor prywatny rozpoczyna nowe inwestycje i w ciągu kolejnych lat planuje otwarcie w Polsce prywatnych szpitali. W perspektywie 2 lat podaż komercyjnych świadczeń szpitalnych zostanie więc zapewniona.

Rozmawiała Małgorzata Wawrzyniak