

Rola prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia w obliczu zmian demograficznych w Polsce

Nadesłany: 07.06.17 | Zaakceptowany do druku: 08.08.17

Iwona Laskowska*

Przyszłość demograficzna Polski staje się wielkim wyzwaniem dla systemu opieki zdrowotnej – zarówno z punktu widzenia płatnika publicznego, jak i organizacji oraz wydolności systemu. Postępujące przeobrażenia w strukturze ludności i związane z nimi zwiększone zapotrzebowanie na kosztowne procedury medyczne dedykowane osobom starszym powodują, że zapewnienie sprawności systemu i zagwarantowanie odpowiedniej dostępności świadczeń możliwe jest tylko poprzez zdecydowany wzrost nakładów na ochronę zdrowia. Jeden z priorytetów opracowanej przez Ministerstwo Zdrowia strategii zmian w ochronie zdrowia stanowi stopniowe zwiększanie publicznych środków na ochronę zdrowia, należących obecnie do najniższych wśród krajów Unii Europejskiej. Do wzbogacenia systemu o nowe fundusze i usprawnienia jego funkcjonowania mogą się przyczynić ubezpieczenia zdrowotne o charakterze komercyjnym. Upowszechnienie dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych dobrze skoordynowanych z systemem publicznym mogłoby poprawić dostępność i jakość opieki medycznej w Polsce. W artykule poruszono problematykę roli prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia w Polsce w kontekście prognozowanych zmian demograficznych.

Słowa kluczowe: zmiany demograficzne, system ochrony zdrowia, prywatne ubezpieczenia zdrowotne.

The Role of Private Health Insurance in the Healthcare System Facing Demographic Changes in Poland

Submitted: 07.06.17 | Accepted: 08.08.17

The demographic future of the country is becoming a major challenge for healthcare, not only from the standpoint of the public payer, but also regarding the healthcare system's organisation and efficiency. In the face of constantly changing population structure that entails higher demand for costly medical procedures addressing the needs of the elderly, the only way to make the system efficient and to ensure the accessibility of medical services is to increase the amount of available funding. One of the priorities laid down in the Ministry of Health's healthcare strategy is to gradually increase public allocations for healthcare, now one of the lowest in the European Union. The healthcare system in Poland could also benefit financially from commercial health insurance. In the article, the role of private health insurance in the Polish healthcare system is discussed in the context of demographic change forecasts.

Keywords: demographic changes, healthcare system, private health insurance.

JEL: I13, I18.

* **Iwona Laskowska** – dr hab., Uniwersytet Łódzki, Katedra Ekonometrii Przestrzennej.

Adres do korespondencji: Uniwersytet Łódzki, Katedra Ekonometrii Przestrzennej, ul. Rewolucji 1905 r. 37, 90-214 Łódź; e-mail: ilaskow@uni.lodz.pl.

1. Wprowadzenie

Polski system opieki zdrowotnej boryka się z chronicznym niedofinansowaniem. Poziom wydatków na ochronę zdrowia w przeliczeniu na mieszkańca należy do najniższych w Europie¹. Wielkim wyzwaniem dla systemu, zarówno z punktu widzenia płatnika publicznego, jak i organizacji oraz wydolności systemu, staje się przyszłość demograficzna Polski (Samoliński, 2013). Obserwowane w ostatnich dekadach zmiany demograficzne zachodzące na świecie nie omijają również Polski. Wydłużenie przeciętnego trwania życia, będące ważnym osiągnięciem społeczeństw europejskich, przy jednocześnie utrzymującym się niskim przyroście naturalnym będzie prowadzić do istotnej zmiany struktury wiekowej populacji. Zgodnie z prognozami demograficznymi należy oczekiwać istotnego zwiększenia się populacji osób starszych (powyżej 65 lat) i w wieku sędziwym (80 lat i więcej) oraz ich udziału w ogólnej liczbie ludności. Oczywiście jest, że sytuacja ta będzie wymuszać potrzebę ponoszenia większych nakładów na utrzymanie w dobrym stanie zdrowia starzejącego się społeczeństwa. Jak wynika z prognoz Komisji Europejskiej, wzrost wydatków publicznych na ochronę zdrowia spowodowany czynnikiem demograficznym w Polsce będzie należeć do najwyższych wśród krajów Unii Europejskiej (Komisja Europejska, 2012).

Obecny system finansowania ochrony zdrowia nie pozwala na pokrycie wzrostu popytu na świadczenia zdrowotne. Zagwarantowanie sprawności działania systemu i zapewnienie dostępności świadczeń opieki zdrowotnej na odpowiednim poziomie możliwe jest tylko poprzez zdecydowane podwyższenie nakładów na ochronę zdrowia. Przygotowana przez Ministerstwo Zdrowia reforma systemowa zakłada sukcesywny wzrost nakładów publicznych na zdrowie, które do 2025 r. mają osiągnąć poziom 6% PKB².

Do zwiększenia poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej mogą się również przyczynić ubezpieczenia zdrowotne o charakterze komercyjnym, funkcjonujące w większości krajów europejskich poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Upowszechnienie dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych dobrze skoordynowanych z systemem publicznym mogłoby się przyczynić do poprawy dostępności i podniesienia jakości opieki medycznej w Polsce, przynosząc korzyści publicznemu płatnikowi i samemu pacjentowi. W tym celu niezbędne wydają się zmiany legislacyjne określające zasady funkcjonowania rynku dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, którego działalność reguluje ustawa o działalności ubezpieczeniowej nieuwzględniająca specyfiki sektora ochrony zdrowia (<https://www.obserwatorfinansowy.pl/tematyka/rynki-finansowe/prywatne-polisy-zdrowotne-ubezpieczenia-koszty-leczenia>).

W artykule poruszono problematykę roli prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia w Polsce w kontekście prognozowanych

zmian demograficznych. W analizie wykorzystane zostały dane Głównego Urzędu Statystycznego i Polskiej Izby Ubezpieczeń.

2. Zmiany demograficzne w Polsce w świetle prognoz GUS

W nadchodzących latach Polskę czeka wyraźny spadek liczby ludności. Zgodnie z prognozami demograficznymi GUS do 2030 r. populacja zmniejszy się do około 37 mln osób i niespełna 34 mln osób w roku 2050 (GUS, 2015). W ostatnich dekadach widoczne stały się zmiany w strukturze wieku ludności, będące wynikiem wydłużania się przeciętnego trwania życia, spadku dzietności, a także wzmożonej emigracji osób młodych. W konsekwencji, poza prognozowanym ogólnym ubytkiem liczby ludności Polski, przewidywany jest proces gwałtownego starzenia się społeczeństwa. Wzrost udziału seniorów w ogólnej liczbie mieszkańców obserwowany jest od wielu lat, a prognozy GUS wskazują, że trend ten będzie się utrzymywał. Według prognoz liczba osób w wieku senioralnym (65+) wzrośnie do ponad 8,5 mln osób w roku 2030 i około 11,1 mln osób w roku 2050. Przy ogólnym spadku liczby ludności Polski udział osób w wieku 65+ zwiększy się z 15,8% w 2015 r. do 23% w 2030 r. i 32,69% w 2050 r. Ogólnemu wzrostowi liczby osób powyżej 65. roku życia będzie towarzyszyć znaczne zwiększenie się populacji osób sędziwych – w wieku powyżej 80 lat (tabela 1).

Wiek w latach	Rok					
	2015	2020	2025	2030	2040	2050
Liczba ludności według biologicznych grup wieku (w tys. osób)						
Ogółem	38 419	38 138	37 741	37 185	35 668	33 951
0–14	5 728	5 659	5 227	4 856	4 302	4 120
15–64	26 620	25 285	24 325	23 683	21 937	18 733
65+	6 071	7 194	8 189	8 646	9 429	11 097
80+	1 560	1 684	1 680	2 206	3 373	3 537
Udział w liczbie ludności ogółem (w %)						
0–14	14,91	14,84	13,85	13,06	12,06	12,14
15–64	69,29	66,30	64,45	63,69	61,50	55,18
65+	15,80	18,86	21,70	23,25	26,44	32,69
80+	4,06	4,42	4,45	5,93	9,46	10,42
Ogółem	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Tab. 1. Prognozowana liczba ludności w Polsce według biologicznych grup wieku. Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS. (2015). Prognoza ludności na lata 2014–2050. Warszawa: GUS.

Prognozowany jest znaczny spadek liczby osób w wieku produkcyjnym, tworzących potencjalne zasoby pracy (tabela 2). W niedalekiej przyszłości – w latach 2015–2020 – ubędzie blisko 590 tys. osób w tym wieku. W kolejnych latach ten negatywny trend będzie kontynuowany.

Wiek	Rok					
	2015	2020	2025	2030	2040	2050
Liczba ludności według ekonomicznych grup wieku (tys. osób)						
Ogółem	38 419	38 138	37 741	37 185	35 668	33 951
Przedprodukcyjny	6 876	6 733	6 500	5 931	5 262	4 963
Produkcyjny	24 410	23 820	23 093	22 895	22 005	19 048
Poprodukcyjny	7 133	7 585	8 148	8 359	8 401	9 939
Udział w liczbie ludności ogółem (%)						
Przedprodukcyjny	17,90	17,65	17,22	15,95	14,75	14,62
Produkcyjny	63,54	62,46	61,19	61,57	61,69	56,10
Poprodukcyjny	18,57	19,89	21,59	22,48	23,55	29,28
Ogółem	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Tab. 2. Prognozowana liczba ludności w Polsce według ekonomicznych grup wieku. Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS. (2015). Prognoza ludności na lata 2014–2050. Warszawa: GUS.

Pogłębiające się niekorzystne tendencje spowodują wzrost współczynnika obciążenia demograficznego charakteryzującego liczbę osób w wieku nieprodukcyjnym (przedprodukcyjnym i poprodukcyjnym) przypadającą na liczbę osób w wieku produkcyjnym.

Analiza danych demograficznych pozwala na konkluzję, że mamy do czynienia z procesem gwałtownego starzenia się polskiego społeczeństwa. Skutki ekonomiczne zmieniającej się struktury wiekowej odczuwalne będą w wielu sferach gospodarki. Obok rynku pracy i systemu emerytalnego, system ochrony zdrowia będzie obszarem, w którym zmiany te uwidoczną się najwyraźniej (Józwiak i Kotowska, 2010).

3. System ochrony zdrowia w obliczu zmian demograficznych

Postępujący proces starzenia się społeczeństwa nie pozostanie bez wpływu na system ochrony zdrowia, co jest związane z istotną zmianą relacji pomiędzy liczbą osób opłacających składki na powszechne ubezpieczenia zdrowotne a pozostałą częścią społeczeństwa przy jednocześnie rosnącym zapotrzebowaniu na świadczenia zdrowotne wynikającym z wyższego udziału osób starszych

w populacji. Intensywność korzystania z opieki medycznej zmienia się bowiem z wiekiem. Osoby w wieku senioralnym cechują się wielochorobowością, a tym samym koniecznością korzystania z wielu technologii medycznych (Samoliński, 2013). Zmianie ulegnie również struktura popytu na świadczenia zdrowotne. Należy oczekiwać zwiększenia zapotrzebowania na kosztowne świadczenia wysokospecjalistyczne, opiekę długoterminową, leczenie chorób przewlekłych. Sprostanie wyzwaniom stawianym przed ochroną zdrowia skorelowanym ze starzeniem się populacji wymaga podjęcia szeregu działań związanych z rozwojem medycyny geriatrycznej, rehabilitacji, usług opiekuńczych.

Proces starzenia się społeczeństwa pociągający za sobą przewidywany wzrost zapotrzebowania na usługi zdrowotne stanowić więc będzie istotne i rosnące obciążenie dla finansów publicznych, w tym dla publicznego płatnika, jakim jest w chwili obecnej NFZ. Jednocześnie przesuwanie się ludności z grupy wieku produkcyjnego do grupy wieku poprodukcyjnego będzie skutkować zmniejszaniem się liczby osób opłacających składki zdrowotne. Opracowane w 2014 r. przez Narodowy Fundusz Zdrowia prognozy kosztów wskazują na sukcesywny wzrost poziomu finansowania świadczeń w kolejnych latach (NFZ, 2015). Zgodnie z przewidywaniami, w 2020 r. kwota kosztów wzrośnie o 2,6 mld zł w stosunku do roku 2014, natomiast w 2030 r. nastąpi wzrost w stosunku do roku 2014 o prawie 6,4 mld zł, to jest o 12%³ (tabela 3).

Wyszczególnienie	Rok		
	2014	2020	2030
Koszty NFZ (w tys. zł)	52 996 624	55 609 933	59 378 554
Zmiana w stosunku do 2014 r. (w tys. zł)	–	2 613 310	3 768 620
Dynamika (2014 r. = 100)	–	104,9%	112,0%

Tab. 3. Prognozowane koszty świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2020 i 2030. Źródło: NFZ. (2015). Prognoza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w kontekście zmian demograficznych w Polsce. Narodowy Fundusz Zdrowia.

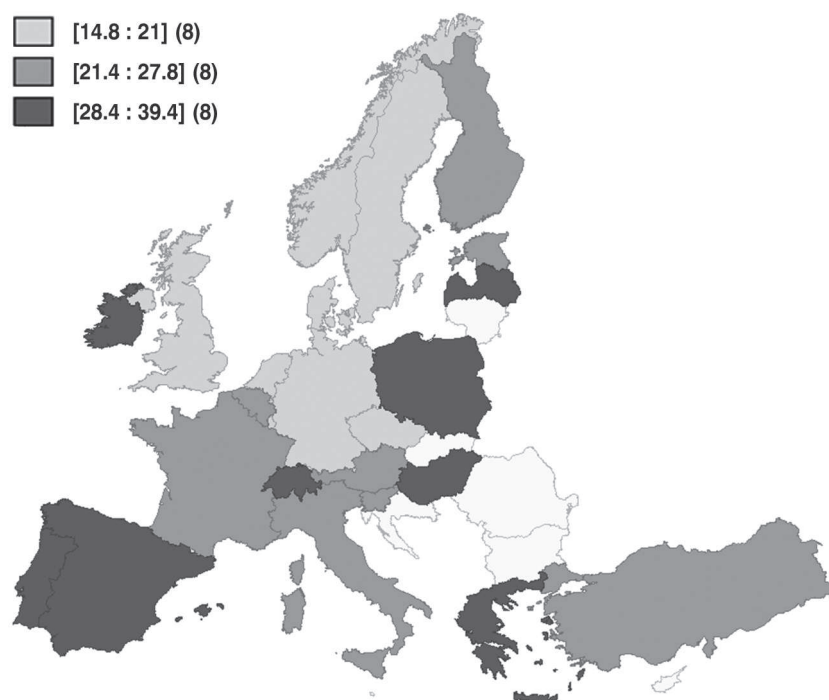
Prognozowanego istotnego wzrostu kosztów świadczeń udzielonych pacjentom powyżej 60. roku życia nie zrekompensują niższe wydatki NFZ na świadczenia zdrowotne dla pacjentów w kilku innych grupach wiekowych, będące skutkiem zmniejszenia liczebności w tych grupach. Odnotowane w 2014 r. koszty ochrony zdrowia oraz prognoza na lata 2020 i 2030 zostały przedstawione w tabeli 3.

Analizy przedstawione przez NFZ wskazują, że zapewnienie dostępności do świadczeń na obecnym poziomie będzie się wiązać z koniecznością corocznego podnoszenia nakładów na finansowanie opieki zdrowotnej o około 500 mln zł w celu zaspokojenia potrzeb zwiększonych wyłącznie zmianami demograficznymi (NFZ, 2015).

4. Rola i funkcja ubezpieczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia

Przedstawione rozważania dowodzą, iż wzrost kosztów funkcjonowania ochrony zdrowia związany ze zmianami demograficznymi jest nieuchronny. Wobec ograniczoności środków publicznych można przypuszczać, że przynajmniej częściowo zostanie on pokryty ze środków prywatnych (Samoliński, 2013).

Z danych Eurostatu jednoznacznie wynika, że udział środków prywatnych w finansowaniu ochrony zdrowia w Polsce należy do najwyższych w Europie (rysunek 1), przy czym ponad 80% wydatków prywatnych stanowią wydatki bezpośrednie pacjentów (*out-of-pocket*). Do poprawy efektywności środków wydatkowanych na ochronę zdrowia mogą się przyczynić prywatne ubezpieczenia zdrowotne (Łanda, 2012), pozwalające na instytucjonalizację wydatków prywatnych. Z tego powodu warto rozważyć możliwości zmian legislacyjnych pozwalających na przekierowanie wydatków bezpośrednich pacjentów na uregulowane przez prawo ubezpieczenia o charakterze komercyjnym (Nojszewska, 2015).



Kolorem białym zaznaczono kraje, dla których dane dla 2015 r. nie były dostępne.

Rys. 1. Udział wydatków prywatnych w wydatkach ogółem na ochronę zdrowia w 2015 r.
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OECD (<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA#>).

Prywatne ubezpieczenia zdrowotne (*private health insurance, voluntary health insurance*), funkcjonujące obok publicznego systemu opieki zdrowotnej, są rozwiązaniem, które występuje w większości krajów europejskich. Terminem tym określane są wszystkie komercyjne polisy funkcjonujące poza systemem powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych (Sobczak, 2006). Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne o charakterze komercyjnym w krajach europejskich spełniają różne role w stosunku do systemu ubezpieczenia powszechnego. Najbardziej powszechną formą ochrony są ubezpieczenia komplementarne (uzupełniające), których przeznaczeniem jest zagwarantowanie dostępu do świadczeń zdrowotnych nieobjętych systemem ubezpieczeń publicznych lub objętych na zasadzie współpłacenia. Drugą grupę ubezpieczeń stanowią ubezpieczenia suplementarne (wzbogacające), zapewniające dostęp do świadczeń gwarantowanych w systemie publicznym, jednak trudno dostępnych lub świadczonych na niskim poziomie jakości. Trzecia grupa obejmuje ubezpieczenia o charakterze substytucyjnym (zastępczym) w stosunku do systemu publicznego, zastępujące zabezpieczenie ze środków publicznych. Są to ubezpieczenia adresowane do określonych grup społecznych, np. osiągający odpowiednio wysoki poziom dochodów, przedstawiciele określonych zawodów (Grzebiuk, Kuriata i Felińczak, 2006; Polska Izba Ubezpieczeń i Ernst & Young, 2013; Sobczak, 2007).

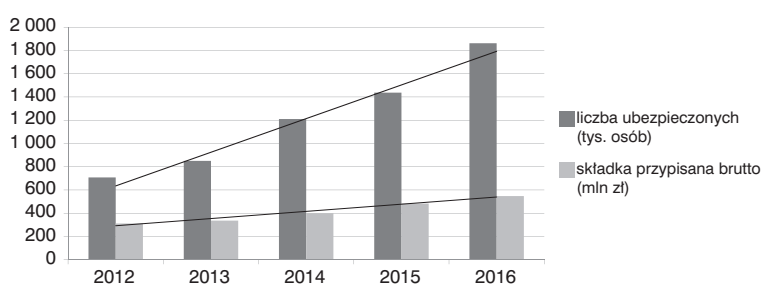
Upowszechnienie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych o charakterze komercyjnym może przynieść korzyści dla systemu ochrony zdrowia i samego pacjenta. Rozwój rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych wiąże się z napływem dodatkowych środków pieniężnych do systemu, stwarzając możliwość udzielania większej liczby świadczeń. Z perspektywy pacjentów (świadczeniobiorców) może to oznaczać wyższą jakość i większą dostępność usług (w tym skrócenie czasu oczekiwania na świadczenie), stanowiąc ochronę przed koniecznością ponoszenia wydatków *out-of-pocket* w przypadku zaistnienia stanu chorobowego (Laskowska, 2015). Prywatne ubezpieczenia zdrowotne mogą przynieść wymierne profity również pracodawcom, przyczyniając się do zmniejszenia absencji i ograniczenia zjawiska prezenteizmu pracowników.

5. Rynek prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce – stan aktualny i prognozy

Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne o charakterze komercyjnym nabywane w Polsce mają charakter suplementarny w stosunku do systemu publicznego oferującego zdecydowanie większy zakres świadczeń, lecz o ograniczonej dostępności. Występują w formie abonamentów medycznych oraz polis zdrowotnych proponowanych przez firmy ubezpieczeniowe. Pomędzy tymi dwiema formami ubezpieczeń istnieje kilka istotnych różnic. Pierwsza z nich dotyczy liczby placówek pozostających do dyspozycji pacjenta. W przypadku abonamentu pacjent może korzystać z wyznaczonej sieci placówek, natomiast

posiadacze polis zdrowotnych z placówek wielu firm. Kolejna różnica wynika z faktu uzależnienia wysokości składki zdrowotnej od takich czynników, jak: płeć, wiek czy też stan zdrowia, co nie ma miejsca w przypadku abonamentu medycznego opartego na ustalonej opłacie miesięcznej. Prywatne ubezpieczenia zdrowotne mogą występować w formie indywidualnej oraz grupowej (np. ubezpieczenie oferowane pracownikom przez zakłady pracy)⁴.

Szereg różnych czynników decyduje o zainteresowaniu prywatnymi ubezpieczeniami zdrowotnymi. Skłonność do ubezpieczania się poza systemem publicznym uwarunkowana jest siłą nabywczą społeczeństwa, zaufaniem do prywatnych firm ubezpieczeniowych, a także atrakcyjnością ofert polis prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego (Sobczak, 2007). Na polskim rynku ubezpieczeń przeważają firmy posiadające w swojej ofercie ubezpieczenia o różnym charakterze. Na specjalizację w ubezpieczeniach zdrowotnych zdecydowało się zaledwie kilka zakładów ubezpieczeń (np. Saltus). Jak wynika z danych Polskiej Izby Ubezpieczeń (PIU), sektor rynku ubezpieczeń zdrowotnych odnotowuje systematyczny wzrost mierzony liczbą ubezpieczonych i wartością składki przypisanej brutto⁵. Na rysunku 2 została przedstawiona liczba ubezpieczonych i składka przypisana brutto w latach 2012–2016 (wraz z liniami trendu).

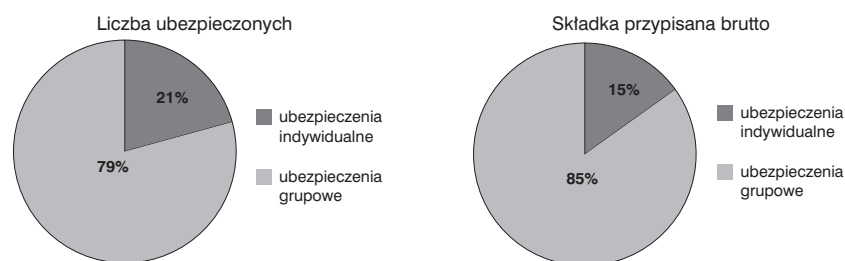


Rys. 2. Liczba ubezpieczonych i składka przypisana brutto w latach 2012–2016. Źródło: opracowanie własne na podstawie danych PIU.

Po czterech kwartałach 2016 r. 1,86 mln osób (około 4% populacji) posiadało prywatne ubezpieczenie zdrowotne (o 30% więcej niż w analogicznym okresie roku poprzedniego). Wartość rynku mierzona przypisem składki brutto wyniosła 547,2 miliony zł i była wyższa o ponad 13% niż w analogicznym okresie roku poprzedniego (<https://piu.org.pl/ponad-185-miliono-polakow-korzysta-dodatkowego-ubezpieczenia-zdrowotnego>). Obserwowany wzrost zainteresowania ubezpieczeniami o charakterze komercyjnym wynika między innymi z rosnącej liczby firm i instytucji skłonnych współpracować z ubezpieczycielami w zakresie ochrony pracowników. Poza dużymi firmami i zagranicznymi korporacjami ochroną zaczęły się interesować firmy z sektora MŚP oraz administracja publiczna. Kolejnym czynnikiem sprzyjającym rosnącemu popytowi jest docenienie komfortu posiadania dodatkowej ochrony

przez samych ubezpieczonych, co przekłada się na systematyczny wzrost zainteresowania również ze strony osób prywatnych (<https://piu.org.pl>). W ciągu 4 lat liczba osób objętych indywidualnym ubezpieczeniem medycznym wzrosła niemal ośmiokrotnie, z 35 tys. w 2012 r. do 386,1 tys. na koniec 2016 r. (<https://www.mfind.pl/akademia/raporty-i-analazy/dobrowolne-ubezpieczenie-zdrowotne-raport>).

Mimo dynamicznego wzrostu zainteresowania klientów indywidualnych wykupujących ubezpieczenia zdrowotne dla siebie i swoich bliskich, w chwili obecnej głównym źródłem dostępu do prywatnej opieki zdrowotnej pozostają ubezpieczenia grupowe. W 2016 r. z 1,86 mln polis 1,47 mln stanowiły polisy grupowe. Struktura liczby ubezpieczonych i składki przypisanej brutto w 2016 r. w podziale na ubezpieczenia indywidualne i grupowe została przedstawiona na rysunku 3.



Rys. 3. Struktura liczby ubezpieczonych i składki przypisanej brutto w 2016 r. Źródło: opracowanie własne.

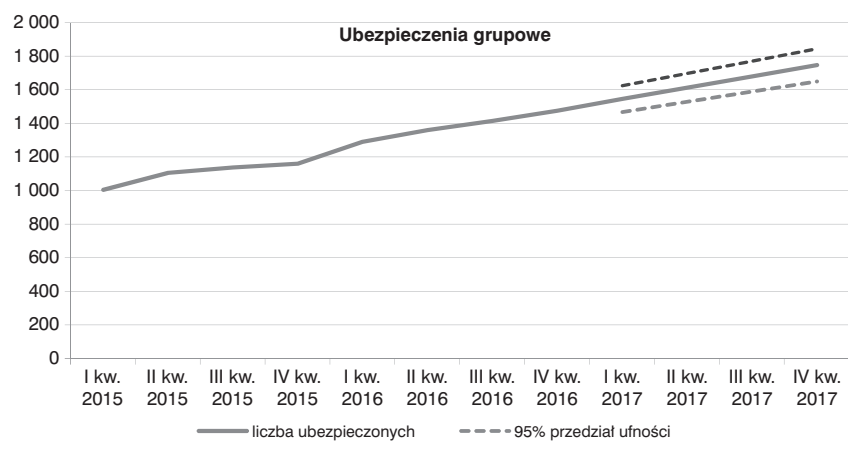
Osoby objęte ochroną grupową w 2016 r. stanowiły 79% osób posiadających prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Składka przypisana brutto zebrana w segmencie ubezpieczeń grupowych stanowiła 85% całego rynku prywatnych ubezpieczeń mierzonym przypisem składki brutto.

Systematyczny wzrost zainteresowania tego typu świadczeniami pozwala na sporządzenie krótkookresowych prognoz rozwoju rynku z wykorzystaniem modeli trendu (Kufel, 2007).

Liniowa funkcja trendu dla liczby ubezpieczonych grupowo ma postać:

$$\hat{y}_t = 941,21 + 67,12t.$$

Współczynnik determinacji wynoszący 0,98 wskazuje na bardzo dobre dopasowanie linii trendu do danych empirycznych. Na rysunku 4 została przedstawiona liczba ubezpieczonych grupowo w okresie od I kwartału 2015 r. do IV kwartału 2016 r. wraz z prognozą na cztery kwartały 2017 r. przy założeniu, że dotychczasowa tendencja nie ulegnie zmianie wskutek, np. zmiany regulacji prawnych.

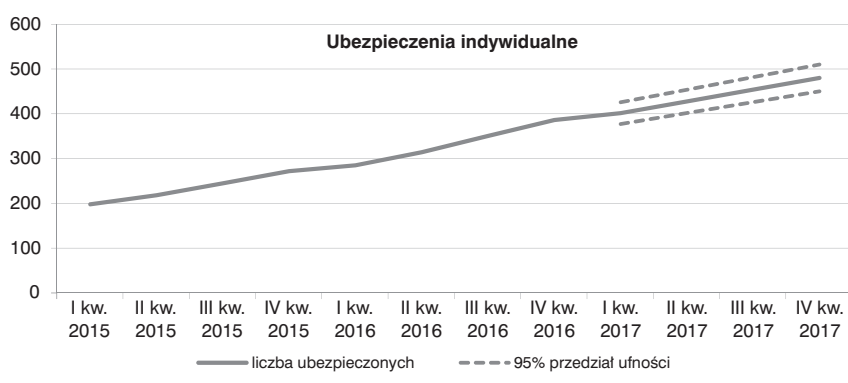


Rys. 4. Liczba ubezpieczonych grupowo – stan aktualny i prognoza (w tys. osób). Źródło: opracowanie własne.

Model trendu dla liczby osób ubezpieczonych indywidualnie przyjmuje postać:

$$\hat{y}_t = 165,59 + 26,21t.$$

Na bardzo dobre dopasowanie linii trendu do danych empirycznych wskazuje współczynnik determinacji wynoszący 0,98. Na rysunku 5 została przedstawiona liczba ubezpieczonych grupowo w okresie od I kwartału 2015 r. do IV kwartału 2016 r. wraz z prognozą na cztery kwartały 2017 r. przy założeniu, że nie zajdą żadne okoliczności mogące zmienić dotychczasowe tendencje (np. zmiany legislacyjne).



Rys. 5. Liczba ubezpieczonych indywidualnie – stan aktualny i prognoza (tys. osób). Źródło: opracowanie własne.

W tabeli 4 została przedstawiona prognozowana liczba ubezpieczonych grupowo i indywidualnie wraz z błędami *ex ante* prognozy.

Okres	Liczba ubezpieczonych grupowo (w tys. osób)	Błąd <i>ex ante</i> prognozy (w tys. osób)	Liczba ubezpieczonych indywidualnie (w tys. osób)	Błąd <i>ex ante</i> prognozy (w tys. osób)
I kw. 2017 r.	1 545,316	32,1222	401,51	9,915
II kw. 2017 r.	1 612,439	34,4195	427,73	10,624
III kw. 2017 r.	1 679,562	36,9884	453,94	11,417
IV kw. 2017 r.	1 746,685	39,7763	480,15	12,277

Tab. 4. Prognozowana liczba osób objętych ochroną indywidualną i grupową w poszczególnych kwartałach 2017 r. Źródło: obliczenia własne na podstawie danych PIU.

Względne błędy prognoz *ex ante* nieprzekraczające 3% pozwalają uznać prognozy liczby ubezpieczonych (indywidualnie i grupowo) za dopuszczalne. Zgodnie z prognozami można się spodziewać znacznego wzrostu liczby osób ubezpieczonych grupowo – o 18% w IV kwartale 2017 r. w stosunku do analogicznego okresu poprzedniego roku. Prognozowana liczba ubezpieczonych indywidualnie w IV kwartale 2017 r. będzie aż o 24% większa niż rok wcześniej. Oznacza to znaczny wzrost składki przypisanej brutto na koniec roku 2017, a tym samym zwiększony dopływ dodatkowych środków finansowych do systemu ochrony zdrowia, mogących częściowo, choć obecnie jeszcze w bardzo ograniczonym zakresie, rekompensować wzrost kosztów funkcjonowania ochrony zdrowia związany z procesem zmian demograficznych.

6. Zakończenie

Skutkiem intensywnego proces starzenia się populacji w Polsce będzie zwiększone zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne pociągające za sobą rosnące koszty funkcjonowania ochrony zdrowia. Wobec istniejących niedoborów finansowych Ministerstwo Zdrowia planuje wprowadzenie szeregu zmian systemowych, wśród nich systematyczny wzrost wydatków publicznych na ochronę zdrowia. Możliwość wzbogacenia systemu o nowe fundusze stwarzają również ubezpieczenia zdrowotne o charakterze komercyjnym, stanowiące odpowiedź na niewystarczającą dostępność do świadczeń zdrowotnych w systemie publicznym. Jak pokazują przedstawione analizy, rynek ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce systematycznie się rozwija, a oferta firm ubezpieczeniowych zdobywa coraz większe zaufanie. Nadal jednak ich rola w finansowaniu ochrony zdrowia pozostaje marginalna. Upowszechnienie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych o charakterze komercyjnym wymaga zmian legislacyjnych uwzględniających specyfikę tego segmentu rynku ubez-

pieczeń. Poważną barierę rozwoju rynku w segmencie polis indywidualnych stanowi niski poziom zamożności polskiego społeczeństwa.

Przypisy

- ¹ Wynika to z danych Eurostatu dostępnych na stronie: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/images/d/da/Current_healthcare_expenditure%2C_2014_YB17.png.
- ² Informacje takie są przedstawione na stronie Ministerstwa Zdrowia: <http://www.mz.gov.pl/aktualnosci/reforma-systemowa-w-sluzbie-zdrowia-stan-prac-i-nowe-zadania>.
- ³ Prognoza bazuje na założeniu stałych cen świadczeń w kolejnych latach, na poziomie ustalonym w roku 2014.
- ⁴ Bardziej szczegółowa klasyfikacja rodzajów dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych jest przedstawiona na stronie internetowej: http://www.ubezpieczenie-zdrowotne.com.pl/rodzaje_prywatnych_ubezpieczen_zdrowotnych.html.
- ⁵ Informacje zaczerpnięte ze strony internetowej PIU: <https://piu.org.pl/ponad-17-mln-polakow-ma-dodatkowe-ubezpieczenie-zdrowotne>.

Bibliografia

- Grzebiuk, J., Kuriata, E. i Felińczak, A. (2006). Rola dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych w krajach Unii Europejskiej i na świecie. W: B. Samoliński (red.), *Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- GUS. (2015). *Prognoza ludności na lata 2014–2050*. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- Jóźwiak, J. i Kotowska, I.E. (2010). Przewidywane zmiany liczby i struktury wieku ludności w Polsce do 2035r. i ich skutki ekonomiczne. W: *Problemy demograficzne Polski i ich skutki ekonomiczne. Raport z pierwszego posiedzenia Narodowej Rady Rozwoju* (s. 40–55). Warszawa: Kancelaria Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej. Pozyskano z: http://pub.katalogsamorzadowy.home.pl/pub/tom%201%20v%2010_10.pdf (24.04.2017).
- Komisja Europejska. (2012). The 2012 Ageing Report. Economic and Budgetary Projections for the 27 EU Member States (2010–2060). *European Economy*, (2).
- Kufel, T. (2007). *Ekonometria. Rozwiązywanie problemów z programem Gretl*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Laskowska, I. (2015). Prywatne ubezpieczenia zdrowotne a problem pokusy nadużycia. *Problemy Zarządzania*, 13(2, t. 2), 58–68, <https://doi.org/10.7172/1644-9584.53.3>.
- Landa, K. (2012). Rola dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych nowego typu (ubezpieczeń komplementarnych) w bilansowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce. *Journal of Health Policy and Outcomes Research*, 15–19, <https://doi.org/10.7365/JHPOR.2012.1.18>.
- NFZ. (2015). *Prognoza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w kontekście zmian demograficznych w Polsce*. Narodowy Fundusz Zdrowia. Pozyskano z: http://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/_public/o_nfz/publikacje/prognoza_kosztow_swiadczen_opieki_zdrowotnej_finansowanych_przez_nfz.pdf (24.04.2017).
- Nojszewska, E. (2015). Publiczne i prywatne finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i propozycje rozwiązań. *Problemy Zarządzania*, 13(2, t. 2), 15–36, <https://doi.org/10.7172/1644-9584.53>.
- Polska Izba Ubezpieczeń i Ernst & Young. (2013). *Rola i funkcja dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych we współczesnych systemach ochrony zdrowia – analiza i rekomendacje dla Polski*. Warszawa: Polska Izba Ubezpieczeń i Ernst & Young. Pozyskano z: <http://piu.org.pl/public/upload/ibrowser/raport%20EY%20DUZ%202013%20www.pdf> (20.03.2015).

- Samoliński, B. (2013). *Sytuacja demograficzna jako uzasadnienie dla bieżącej i przyszłej perspektywy zdrowotnej w Polsce. Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne. Projekt naukowo ekspercki*, Warszawa: IBRKK. Pozyskano z: https://www.dzp.pl/files/Publikacje/Dodatkowe_Ubezpieczenia_Zdrowotne.pdf, (24.04.2017).
- Sobczak, A. (2006). Uwarunkowania rozwoju dobrowolnych/prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce na tle doświadczeń krajów Unii Europejskiej. W: B. Samoliński (red.), *Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Sobczak, A. (2007). Sektor publiczny ochrony zdrowia a prywatne ubezpieczenia zdrowotne – analiza relacji na przykładzie wybranych krajów Unii Europejskiej. W: K. Ryc i Z. Skrzypczak (red.), *Ochrona zdrowia i gospodarka. Sektor publiczny a rynek*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Zarządzania UW.