

## Rozdział 4

---

# Finansowanie opieki zdrowotnej osób starszych w Polsce – identyfikacja luki dla rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych

---

JEL Classification: G52, H51, I13

### Marta Borda

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

e-mail: marta.borda@ue.wroc.pl

ORCID: 0000-0001-7539-8648

### Patrycja Kowalczyk-Rólczyńska

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

e-mail: patrycja.kowalczyk-rolczynska@ue.wroc.pl

ORCID: 0000-0002-7952-7678

**Cytuj jako:** Borda, M. i Kowalczyk-Rólczyńska, P. (2023). Finansowanie opieki zdrowotnej osób starszych w Polsce – identyfikacja luki dla rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. W: I. Kwiecień i P. Kowalczyk-Rólczyńska (red.), *Bezpieczeństwo ekonomiczne osób starszych – wyzwania dla rynku ubezpieczeń w Polsce* (s. 85-96). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu.

**Streszczenie:** Jednym z głównych wyzwań polskiego systemu opieki zdrowotnej jest finansowanie potrzeb zdrowotnych osób starszych. Systematyczny wzrost odsetka seniorów w populacji Polski wymaga w pierwszej kolejności poprawy rozwiązań systemowych w zakresie efektywnych mechanizmów finansowania wydatków zdrowotnych tej grupy ludności i zapewnienia dostępu do szeroko rozumianej opieki geriatrycznej. Równolegle można zaobserwować, że prywatne wydatki na zdrowie stanowią z roku na rok coraz większe obciążenie finansowe gospodarstw domowych emerytów. W najbliższej przyszłości niezbędny zatem wydaje się rozwój produktów ubezpieczeń zdrowotnych adresowanych do seniorów, które umożliwiają szybki dostęp do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych. Celem niniejszego rozdziału jest identyfikacja problemów występujących w obszarze finansowania opieki zdrowotnej osób starszych oraz wskazanie możliwości rozwoju prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych dedykowanych seniorom.

**Słowa kluczowe:** wydatki na zdrowie, prywatne ubezpieczenie zdrowotne, osoby starsze

## 4.1. Wprowadzenie

Postępujący proces starzenia się ludności Polski implikuje różnorakie skutki o charakterze ekonomiczno-finansowym. W obszarze opieki zdrowotnej obecne tendencje demograficzne wymagają zwrócenia coraz większej uwagi na sposób finansowania i wydatki zdrowotne dotyczące osób starszych. Jak podaje GUS (2022), na koniec 2021 roku liczba osób w wieku 60 lat i więcej wyniosła 9,7 mln, co stanowiło 25,7% ludności. Co istotne, udział osób starszych w populacji mieszkańców Polski systematycznie wzrasta i według prognoz GUS-u w 2050 roku osoby te będą stanowiły aż ok. 40% ogółu ludności. Starzejące się społeczeństwo będzie generowało konieczność wydatkowania coraz większych kwot na system ochrony zdrowia. Zgodnie z danymi Komisji Europejskiej (2021a) do momentu pojawienia się pandemii COVID-19 wydatki na opiekę zdrowotną w Polsce utrzymywały się stale poniżej średniej UE – w przeliczeniu na mieszkańca oraz jako odsetek PKB. Istotnym zagrożeniem dla prawidłowo funkcjonującego systemu ochrony zdrowia w Polsce jest także brak równowagi pod względem świadczenia usług (infrastruktura jest skoncentrowana głównie w sektorze szpitalnym), niedostateczne zapewnienie opieki ambulatoryjnej, diagnostyki i opieki długoterminowej oraz słaba koordynacja opieki stacjonarnej z innymi rodzajami opieki (Komisja Europejska, 2021a).

Potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej starzejącego się społeczeństwa są istotnym wyzwaniem dla rynku polskiego. Dlatego też geriatryka została wskazana przez ustawodawcę jako jedna z priorytetowych dziedzin medycyny (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2022...). Aby sprostać wyzwaniom, potrzebne są rozwiązania systemowe, wśród których wymienia się (Czerw, 2020): rozwój kadr zajmujących się zdrowiem osób starszych (lekarze ze specjalizacją geriatryczną, pielęgniarki, opiekunowie); szkolenie personelu z umiejętności miękkich pozwalające na skuteczną komunikację z pacjentami i ich rodzinami; rozwój infrastruktury dostosowanej do potrzeb zdrowotnych osób starszych oraz promowanie opieki domowej; wycena świadczeń dostosowana do specyfiki opieki geriatrycznej; koordynacja świadczeń w obszarze geriatryki; zapewnienie kompleksowej opieki psychiatrycznej i leczenia zaburzeń zdrowia psychicznego wśród osób starszych; aktywizacja osób starszych, zwłaszcza w aspekcie zapobiegania urazom; promowanie bardziej satysfakcjonującego i produktywnego zatrudnienia w starszym wieku. Jednakże pełne wdrożenie rozwiązań systemowych wymaga zarówno czasu, jak i istotnych nakładów finansowych<sup>1</sup>. Ponieważ Polska jest wskazywana jako kraj starzejący się bardzo szybko (Savills Research, 2019), wprowadzanie rozwiązań systemowych może nie nadążać za rosnącymi potrzebami w zakresie opieki zdrowotnej w szybko powiększającej się grupie osób starszych.

---

<sup>1</sup> Jednym z proponowanych rozwiązań jest wprowadzenie współpłacenia za świadczenia zdrowotne realizowane w sektorze publicznym, szerzej w (Wyszkowska, 2020, s.181-183).

Należy podkreślić, że wachlarz wydatków na zdrowie osób starszych jest bardzo szeroki, korzystają one bowiem z większej liczby usług niż osoby młodsze. Zgodnie z metodologią badań budżetów gospodarstw domowych (GUS) wśród wydatków na zdrowie wyróżnia się wydatki na:

- wyroby medyczno-farmaceutyczne, urządzenia i sprzęt medyczny, w tym m.in. leki, szczepionki, sprzęt terapeutyczny (np. okulary optyczne, protezy kończyn, protezy zębowe), aparaty słuchowe, materiały chirurgiczne i opatrunkowe,
- usługi ambulatoryjne i inne usługi związane ze zdrowiem, w tym m.in. opłaty za: porady lekarskie, wykonanie zabiegów chirurgicznych, zdjęć rentgenowskich, EKG, USG, echogramów, usługi dentystryczne i protezowni dentystrycznych, analizy laboratoryjne, robienie zastrzyków, wykonanie zabiegów pielęgnacyjnych, opieka nad chorymi, usługi pogotowia ratunkowego,
- usługi szpitalne i sanatoryjne (opłaty za usługi świadczone osobom przebywającym w szpitalu, opłaty związane z leczeniem sanatoryjnym, w zakładach rehabilitacyjnych).

Nie bez znaczenia pozostaje jeszcze kondycja zdrowotna starszych Polaków (zgodnie z Ustawą z dnia 11 września 2015... osoba starsza to osoba, która ukończyła 60. rok życia). Wyniki Europejskiego Badania Dochodów i Warunków Życia Ludności przeprowadzone w 2021 roku wskazują, że jedynie 32,4% osób w wieku 60 lat i więcej ocenia swoje zdrowie jako „dobre” lub „bardzo dobre”. W grupie mężczyzn było to 35,4% osób starszych, w grupie kobiet jedynie 30,2%. Natomiast aż 21,2% osób w wieku 60+ ocenia swoje zdrowie jako „złe” lub „bardzo złe”. Taką samoocenę zdrowia wskazało jedynie 10,2% osób w wieku 16 lat i więcej (szerzej: Ministerstwo Rodziny..., 2022).

Powyższe rozważania jednoznacznie implikują konieczność wdrożenia rozwiązań uzupełniających względem publicznej opieki zdrowotnej osób starszych, niezależnie od postulowanej poprawy rozwiązań systemowych. Jednym z nich mogą być prywatne ubezpieczenia zdrowotne. Celem niniejszego artykułu jest identyfikacja problemów występujących w obszarze finansowania opieki zdrowotnej osób starszych oraz wskazanie możliwości rozwoju prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych dedykowanych seniorom.

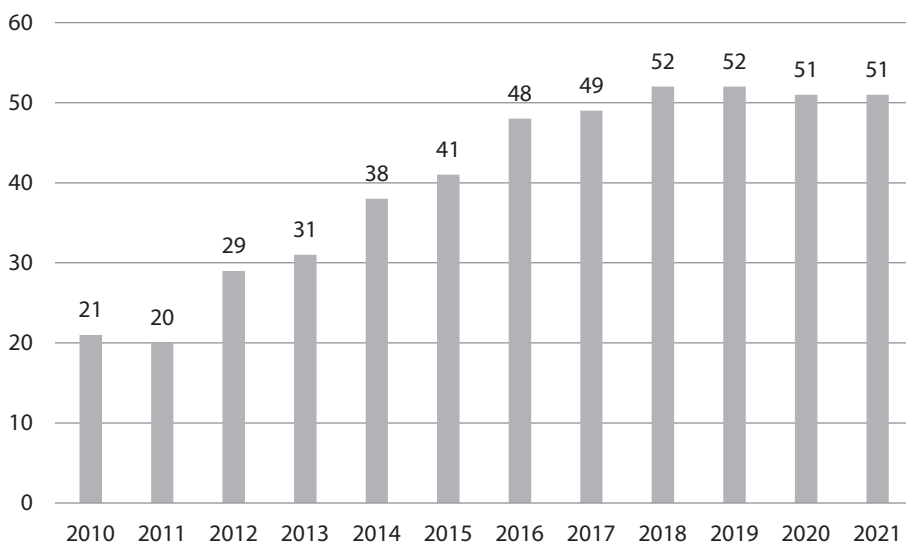
## 4.2. Finansowanie opieki zdrowotnej osób starszych ze środków publicznych

Obecny system opieki zdrowotnej w Polsce, w tym struktura źródeł finansowania, stanowi efekt reform zapoczątkowanych w okresie transformacji ustrojowo-gospodarczej w latach 90. XX wieku. Finansowanie świadczeń zdrowotnych odbywa się z dominującym udziałem publicznych mechanizmów finansowania, w szczególności z wykorzystaniem metody ubezpieczeniowej i zaopatrzeniowej. W naszym kraju

od lat większość wydatków na opiekę zdrowotną jest finansowana ze środków publicznych, pochodzących głównie z NFZ-etu, oraz pomocniczo z budżetu państwa i budżetów jednostek samorządu terytorialnego. Jak podaje OECD (2022), w 2021 roku udział wydatków finansowanych ze źródeł publicznych w bieżących wydatkach na zdrowie wyniósł 72,6%. W latach 2010-2021 udział ten był dość stabilny i kształtował się w przedziale 69,3-72,6%. Zakres przedmiotowy świadczeń finansowanych z funduszy publicznych jest bardzo szeroki i teoretycznie dostępny, z nielicznymi wyjątkami, bez konieczności wnoszenia dodatkowych opłat ze strony pacjentów. Współpłacenie dotyczy w największym stopniu lekarstw przepisywanych na receptę, a także produktów medycznych i środków pomocniczych, pobytów w zakładach opiekuńczo-leczniczych, pielęgniacyjno-opiekuńczych, zakładach rehabilitacji leczniczej oraz transportu medycznego (szerzej m.in.: Borda, 2015). W praktyce utrudnienia występujące w dostępie do niektórych świadczeń medycznych, zwłaszcza specjalistycznych, powodują jednak, że pacjenci często korzystają z tych świadczeń finansowanych ze środków prywatnych (prywatne ubezpieczenia zdrowotne, abonamenty medyczne, wydatki typu *out-of-pocket*).

Wzrastający odsetek osób starszych w społeczeństwie nie pozostaje bez wpływu na strukturę udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz na ich koszty. W Polsce, w odpowiedzi na zwiększone potrzeby zdrowotne osób starszych, realizowane są specjalne programy profilaktyczne i refundacyjne, w tym: działania w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych (2016-2024), działania profilaktyczne w Narodowym Programie Zdrowia 2021-2025 (cel operacyjny – wyzwania demograficzne, które obejmują m.in. dostosowywanie systemu opieki zdrowotnej do potrzeb osób starszych i działania edukacyjne), program „Leki 75+”, zapewniający pełną refundację określonych lekarstw dla osób, które ukończyły 75 lat, czy też całościowa ocena geriatryczna starszych pacjentów (Ministerstwo Zdrowia, 2023). Osoby w starszym wieku stanowią najdroższą i najtrudniejszą grupę pacjentów z powodu złożoności problemów zdrowotnych, ekonomicznych, społecznych i psychicznych występujących w trakcie opieki nad nimi (Szygit, 2010). Ogromną rolę w leczeniu seniorów odgrywa podstawowa opieka zdrowotna, gdyż lekarz pierwszego kontaktu, znając pacjentów, ich warunki życia i funkcjonowania, ma możliwość właściwego pokierowania leczeniem (Przybyłka, 2017). W Polsce w 2021 roku w obszarze ambulatoryjnej opieki zdrowotnej porady lekarzy rodzinnych udzielone osobom w wieku 65 lat i więcej stanowiły blisko 35% ogółu porad tego typu, a w odniesieniu do opieki specjalistycznej było to odpowiednio 29,3% ogółu takich porad (szerzej: GUS, 2022).

Odpowiedzią na zapotrzebowanie w zakresie opieki zdrowotnej seniorów jest również rosnąca do 2018 roku liczba oddziałów geriatrycznych w Polsce. Niestety w kolejnych latach nie odnotowano rozwoju w tym zakresie (rys. 4.1). Najwięcej oddziałów geriatrycznych zlokalizowanych było w województwie śląskim – 12 oddziałów, podczas gdy w województwie warmińsko-mazurskim nie było żadnego tego typu oddziału (szerzej: GUS, 2022).



Rys. 4.1. Liczba oddziałów geriatrycznych w Polsce w latach 2010-2021

Źródło: opracowanie własne na podstawie raportów (GUS, 2022).

Dla prawidłowego zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych osób starszych mają znaczenie również poradnie geriatryczne, których liczba wzrasta, choć przyrost jest nieznaczny (tab. 4.1). Jak podaje GUS (2022), zważywszy na liczbę ludności w wieku senioralnym przypadającą na jedną poradnię geriatryczną, należy stwierdzić, że najlepszą sytuacją w dostępie do tych poradni charakteryzowały się województwa łódzkie i śląskie, gdzie na jedną poradnię przypadało odpowiednio 42,4 tys. i 42,6 tys. osób w wieku 60 lat i więcej.

Najmniejszą dostępność odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim, w którym na jedną poradnię przypadało 174,6 tys. seniorów. Zrównanie dostępności do poradni geriatrycznych wymaga istotnych nakładów finansowych.

Wydatki ponoszone na świadczenia zdrowotne udzielane osobom starszym stanowią coraz większe obciążenie publicznie finansowanych systemów zdrowotnych. Wydatki te są zwykle wyższe niż w pozostałych grupach wiekowych, a ponadto odznaczają się rosnącą dynamiką wzrostu. W konsekwencji znacząca część wzrostu całkowitych wydatków na opiekę zdrowotną dotyczy w szczególności wydatków ponoszonych w odniesieniu do grupy wiekowej 60+ (por. Chłoń-Domińczak, 2020). Z jednej strony rośnie liczba pacjentów w podeszłym wieku, którzy zazwyczaj cierpią na choroby przewlekłe, wymagające długotrwałego leczenia, a z drugiej strony

Tabela 4.1. Liczba poradni geriatrycznych w Polsce

2018	2019	2020	2021
146	156	151	156

Źródło: opracowanie własne na podstawie raportów (GUS, 2022).

dostępność nowoczesnych procedur leczniczych generuje coraz to większe koszty. Według danych NFZ-etu w 2021 roku koszty leczenia szpitalnego pacjentów w wieku 60 lat i więcej stanowiły aż 54,7% tego typu refundowanych kosztów. Największe wydatki NFZ-etu na leczenie szpitalne seniorów generują oddziały kardiologiczne i oddziały chorób wewnętrznych. Z kolei koszty świadczeń specjalistycznych udzielonych osobom starszym reprezentują 47,6% ogólnej wartości refundacji tych świadczeń, a w odniesieniu do podstawowej opieki zdrowotnej jest to odpowiednio 38,5% ogólnej wartości tego typu kosztów. Na szczególną uwagę zasługują koszty refundacji leków osób starszych. W 2021 roku NFZ wydał 5,9 mld zł na ten cel, co stanowiło około 62% ogólnej kwoty refundacji leków Polsce (szerzej: GUS, 2022).

Nie ulega wątpliwości, że postępujący proces starzenia się populacji Polski będzie w przyszłości wymagać zwiększonych nakładów na świadczenia zdrowotne udzielane seniorom. Można się spodziewać wzrostu liczby świadczeń z zakresu leczenia chorób układu krążenia, nowotworów złośliwych, a także schorzeń układu nerwowego charakterystycznych dla podeszłego wieku (m.in. choroba Parkinsona, choroba Alzheimera). Dodatkowo, w długim horyzoncie czasowym może być widoczny negatywny wpływ pandemii COVID-19 na stan zdrowia osób starszych, spowodowany brakiem dostępu do świadczeń zdrowotnych w czasie pandemii (brak szybkiej diagnostyki i leczenia), a także długofalowymi konsekwencjami zdrowotnymi zachorowania na COVID-19.

### 4.3. Prywatne wydatki na zdrowie osób starszych w Polsce

Gospodarstwa domowe osób starszych można podzielić ze względu na różne cechy. Jedną z nich jest wiek osób wchodzących w skład gospodarstwa domowego. Wyróżnia się tutaj gospodarstwa domowe seniorów, którzy są aktywni na rynku pracy, chcą zachować młodość jak najdłużej i korzystać w pełni z życia. Najczęściej są to osoby znajdujące się w pierwszej fazie starości i początkowych latach drugiej fazy starości<sup>2</sup>. Druga grupa gospodarstw domowych seniorów składa się z osób, których wiek wskazuje na późną starość, lub wręcz będących w ostatniej (trzeciej) fazie starości. Gospodarstwa te zazwyczaj obciążone są sporymi wydatkami na opiekę zdrowotną i/lub pielęgnacyjną (Kowalczyk-Rólczyńska, 2018). Niestety, jak wskazują dane Komisji Europejskiej (2021b), w Polsce z roku na rok udział osób w wieku 80+ w grupie osób 65 lat i więcej będzie coraz większy. W 2019 roku wynosił on 24,5%, a w 2070 roku niemalże się podwoi i ukształtuje się na poziomie 46,3%. Oznacza to, że zapotrzebowanie na usługi zdrowotne, opiekę medyczną oraz usługi opiekuńcze będzie sukcesywnie rosło i coraz częściej będzie się realizowało ryzyko niesamodzielności. Należy

---

<sup>2</sup> Światowa Organizacja Zdrowia wyodrębnia trzy fazy starości: *young old* (60-74 lata), *old old* (75-84 lata) oraz *oldest old* (85 lat i więcej).

zaznaczyć, że jak podaje Bank Światowy (2015), nieformalna opieka długoterminowa zapewniana głównie przez rodzinę nie jest już dominującą formą opieki. Stopniowo zastępuje ją formalna opieka długoterminowa, organizowana przez instytucje państwowe lub prywatne. Dlatego też zmieniająca się struktura wiekowa osób starszych będzie istotnie wpływała na wysokość prywatnych wydatków na zdrowie seniorów i ich udziału w wydatkach ogółem. Dostępne dane pokazują, że począwszy od 2018 roku, udział wydatków na zdrowie w wydatkach na towary i usługi konsumpcyjne na 1 osobę w gospodarstwach domowych emerytów rośnie (tab. 4.2). Rosną także wydatkowane środki, co może być w ostatnim czasie podyktowane stosunkowo wysoką stopą inflacji. Brak odpowiedniego wsparcia ze strony państwa (np. dostosowanej do potrzeb seniorów listy refundowanych leków) będzie sprawiać, że osoby starsze będą musiały zrezygnować z zakupu innych dóbr na rzecz sfinansowania wydatków na zdrowie lub świadomie będą rezygnowały z zakupu artykułów medyczno-farmaceutycznych (por. Piekut i Gutkowska, 2016).

**Tabela 4.2.** Przeciętne miesięczne wydatki na zdrowie na 1 osobę w gospodarstwach domowych emerytów oraz udział przeciętnych miesięcznych wydatków na zdrowie w przeciętnych miesięcznych wydatkach na towary i usługi konsumpcyjne na 1 osobę w gospodarstwach domowych emerytów w latach 2012-2021

Wyszczególnienie	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Wydatki na zdrowie (w zł)	95,54	101,92	99,82	99,98	106,73	112,25	104,39	111,31	113,54	127,03
Udział wydatków na zdrowie w wydatkach na towary i usługi konsumpcyjne na 1 osobę w grupie emerytów (w %)	8,74	9,01	8,81	8,73	8,99	9,19	8,56	8,64	8,97	9,17

Źródło: opracowanie własne na podstawie (GUS, 2013-2022).

W grupie wydatkowanych przez osoby starsze środków na zdrowie największy udział (między 70 a 80% w latach 2012-2021) mają wydatki na wyroby medyczno-farmaceutyczne oraz urządzenia i sprzęt medyczny (rys. 4.2). Jest to niepokojąca sytuacja, zważywszy na to, że znaczna część leków jest refundowana, a refundacja dotyczy szczególnie leków stosowanych w leczeniu chorób wieku podeszłego dla wszystkich osób, które ukończyły 75. rok życia. Może to oznaczać, że wsparcie ze strony państwa oferowane seniorom jest niewystarczające, a lista refundowanych leków nie w pełni koresponduje z potrzebami osób starszych. W konsekwencji są oni zmuszeni do finansowania zakupu leków ze środków prywatnych.





Rys. 4.2. Struktura przeciętnych miesięcznych wydatków na zdrowie na 1 osobę w gospodarstwach domowych emerytów w latach 2012-2021

Źródło: opracowanie własne na podstawie (GUS, 2013-2022).

Należy dodać, że struktura rodzajowa prywatnych wydatków na zdrowie emerytów jest zdeterminowana poprzez zakres przedmiotowy systemu zabezpieczenia zdrowotnego, opieka szpitalna bowiem finansowana jest głównie z NFZ-etu.

#### 4.4. Zakres prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych a potrzeby zdrowotne seniorów w Polsce

Zakres oferty prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych dostępnych dla osób starszych w znacznym stopniu kształtowany jest przez pakiet usług medycznych gwarantowanych w publicznym systemie opieki zdrowotnej. Jak już wspomniano, w ujęciu teoretycznym system publiczny zapewnia bardzo szeroki zakres świadczeń zdrowotnych, niemniej jednak bolączką tego systemu są częste problemy z dostępnością, zwłaszcza świadczeń specjalistycznych. Długi okres oczekiwania na specjalistyczną usługę zdrowotną jest szczególnie niekorzystny z punktu widzenia osób starszych, u których szybka diagnoza schorzeń, zwłaszcza tych o charakterze przewlekłym, daje szansę na szybkie podjęcie leczenia i przedłużenie życia. Ponadto ryzyko zachorowania na określone schorzenia, stanowiące od lat główne przyczyny zgonów, jak np. choroby układu krążenia czy nowotwory złośliwe (rak prostaty, rak płuc, rak piersi, rak jelita grubego), wyraźnie wzrasta wraz z wiekiem (m.in. Chłoń-Domińczak, 2020; Tokarska i Borda, 2023).



Punktem wyjścia do konstrukcji ubezpieczeń zdrowotnych adresowanych do osób starszych powinno być rozpoznanie potrzeb potencjalnych ubezpieczonych. Powstaje zatem pytanie, czego oczekują klienci po 60. roku życia, aby oferta prywatnego ubezpieczenia była dla nich atrakcyjnym sposobem zabezpieczenia na wypadek utraty zdrowia. Na podstawie uprzednio wspomnianych uwarunkowań systemowych można wnioskować, że polisa ubezpieczenia zdrowotnego dla seniorów powinna zapewniać w szczególności: szybki dostęp do wykwalifikowanych specjalistów i nowoczesnej diagnostyki (w tym przede wszystkim z zakresu geriatry, kardiologii, onkologii, okulistyki, ortopedii, neurologii), sprawną organizację i finansowanie procesu leczenia, zwłaszcza poważnych schorzeń, kompleksowe wsparcie podczas procesu leczenia i rehabilitacji dla pacjenta i jego rodziny, zapewnienie dostępu do nowoczesnych terapii i lekarstw nier refundowanych przez NFZ (np. w ramach terapii antynowotworowych) oraz pokrycie ich kosztów, jak również codzienny monitoring stanu zdrowia i łatwy kontakt z personelem medycznym w razie jego pogorszenia, z wykorzystaniem narzędzi telemedycznych. Warto przy tym pamiętać, że osoby starsze stanowią specyficzną grupę konsumentów usług ubezpieczeniowych, dla której kluczowe są prostota i przejrzystość konstrukcji produktu ubezpieczeniowego, a także zaufanie do zakładu ubezpieczeń, najczęściej wynikające z wieloletniej współpracy z danym ubezpieczycielem. Jak wskazują wyniki badań ankietowych, osoby starsze polegają na tradycyjnych kanałach dystrybucji (sprzedaż bezpośrednia, agenci i brokerzy ubezpieczeniowi), natomiast stosunkowo rzadziej lub w ogóle nie korzystają z Internetu w celu zakupu ubezpieczenia. Ponadto seniorzy charakteryzują się stosunkowo niską świadomością ubezpieczeniową, w tym słabą znajomością oferty ubezpieczeniowej (Nowotarska-Romaniak i Czyżewska, 2018). Nie bez znaczenia są też ograniczone możliwości finansowe seniorów z uwagi na relatywnie niski poziom dochodów osób w okresie emerytalnym, co powoduje, że osoby te wielokrotnie rezygnują ze świadczeń zdrowotnych i wykupu lekarstw, pomimo zaistnienia potrzeby podyktowanej stanem zdrowia.

Z kolei z punktu widzenia ubezpieczyciela senior jako ubezpieczony oznacza zwykle zwiększoną częstotliwość korzystania ze świadczeń zdrowotnych dostępnych w ramach ubezpieczenia, a co za tym idzie – objęcie ochroną ubezpieczeniową osób starszych zwiększa prawdopodobieństwo negatywnej selekcji. W odniesieniu do ubezpieczeń zdrowotnych o charakterze odszkodowawczym (np. ubezpieczenie kosztów leczenia) warto dodać, że wysokość składki ubezpieczeniowej uwzględnia nie tylko przewidywany poziom ryzyka, ale również szacowane koszty świadczeń zdrowotnych dostępnych w ramach ochrony. Zasadniczym problemem jest zatem fakt, iż produkty ubezpieczeń zdrowotnych powinny być rentowne dla zakładów ubezpieczeń i jednocześnie dostępne cenowo dla osób starszych.

Ubezpieczyciele funkcjonujący na polskim rynku z dużą ostrożnością podchodzą do oferowania ubezpieczeń zdrowotnych osobom starszym. Brakuje typowych pro-

duktów ubezpieczeń zdrowotnych dedykowanych wyłącznie seniorom, co wynika z wysokiego poziomu ryzyka oraz stosunkowo niskich możliwości popytowych tej grupy klientów (Nowotarska-Romaniak i Czyżewska, 2018). W ramach oferty obejmującej ubezpieczenia kosztów leczenia (tzw. kompleksowe), ubezpieczenia lekowe, ubezpieczenia ciężkich chorób, w tym tzw. onkopolisy, czy też ubezpieczenia pobytu w szpitalu możliwości ubezpieczenia osób starszych są wyraźnie ograniczone. Ubezpieczyciele stosują tu rozwiązania zabezpieczające przed nadmiernym korzystaniem ze świadczeń i w efekcie negatywną selekcją. Przede wszystkim zakłady ubezpieczeń stosują limity wiekowe. Przyjęcie do ubezpieczenia możliwe jest zazwyczaj dla osób w wieku 18-60 lat, a ochrona ubezpieczeniowa najczęściej trwa do ukończenia 60. bądź 65. roku życia. Wyjątkami są tutaj m.in. ubezpieczenie Polisa Zdrowie oferowane przez TU Zdrowie, zapewniające ochronę do ukończenia 70. roku życia, czy też ubezpieczenie Allianz Best Doctors – odpowiednio do ukończenia 85 lat. Z reguły czas trwania umowy ubezpieczenia wynosi 1 rok, a maksymalnie 5 lat (w przypadku ubezpieczeń ciężkich chorób) z możliwością przedłużenia, z czym wiąże się jednak rekalkulacja wysokości składki uwzględniającej aktualny poziom ryzyka, które wzrasta wraz z wiekiem. Ponadto ubezpieczyciele stosują okresy karencji, a także limity kwotowe, ilościowe i czasowe dostępnych świadczeń medycznych i rehabilitacyjnych, co w praktyce utrudnia zrozumienie formuły produktu ubezpieczeniowego przez osoby starsze. W celu rozproszenia ryzyka oferuje się seniorom przystąpienie do ubezpieczenia w ramach pakietów rodzinnych lub w formie indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie.

W przypadku abonamentowej opieki zdrowotnej widoczne jest już szersze uwzględnienie potrzeb zdrowotnych osób starszych poprzez oferowanie im specjalnych pakietów medycznych. Przykładowo grupa LUX MED oferuje aż pięć pakietów opieki medycznej przeznaczonych dla osób w wieku 71-80 lat. Ceny pakietów wahają się pomiędzy 160 a 942 zł miesięcznie, a zakres najszerszego z nich obejmuje ambulatoryjną opiekę medyczną, w tym: nielimitowane wizyty i konsultacje u wybranych lekarzy specjalistów (37 specjalistów) oraz dostęp do szerokiej gamy badań laboratoryjnych i diagnostycznych, jak również koordynację leczenia szpitalnego (szerzej: LUX MED, 2023). Z kolei firma Medicover w ramach pakietów rodzinnych zapewnia elementy długoterminowej opieki w domu oraz pobytu w ośrodku rehabilitacyjno-opiekuńczym (Nowotarska-Romaniak i Czyżewska, 2018).

## 4.5. Zakończenie

Rosnąca liczba osób starszych w Polsce stanowi ogromne wyzwanie w dziedzinie nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej oraz struktury rodzajowej udzielanych świadczeń adekwatnie do potrzeb zdrowotnych seniorów. Rozwiązania dostępne w sektorze publicznym nie nadążają za trendami demograficznymi, wskutek czego

osoby starsze, często charakteryzujące się ograniczonymi możliwościami dochodowymi, zmuszone są do ponoszenia prywatnych wydatków na zdrowie. Widoczny w ostatnich latach wzrost tego typu wydatków stanowi coraz większe obciążenie budżetów gospodarstw domowych emerytów, co dotyczy zwłaszcza osób będących w drugiej i trzeciej fazie starości, które zwykle nie mają już możliwości dodatkowego zarobkowania. Wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych finansowanych *out-of-pocket*, w tym cen lekarstw, może się również przyczynić do rezygnacji z ich konsumpcji.

Powyższe uwarunkowania stwarzają realne przesłanki do dalszego rozwijania oferty produktów prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce adresowanych do osób starszych. Należy zaznaczyć, że ubezpieczenie zdrowotne, jak również abonentament medyczny to mechanizmy finansowania opieki zdrowotnej o charakterze przedpłat (typu *pre-paid*), w przypadku których następuje rozłożenie ryzyka finansowania wydatków zdrowotnych pomiędzy uczestnikami danego programu. Dzięki temu nagłe wystąpienie choroby i konieczność ponoszenia wydatków związanych z leczeniem nie stanowią tak dużego obciążenia dla budżetu gospodarstwa domowego, jak ma to miejsce w przypadku płatności „z kieszeni” pacjenta.

Obecnie prywatne ubezpieczenia zdrowotne dostępne na rynku polskim w bardzo ograniczonym zakresie uwzględniają potrzeby zdrowotne seniorów. Można jednak oczekiwać, że z uwagi na postępujące starzenie się społeczeństwa oferta ubezpieczeń zdrowotnych adresowanych do osób starszych będzie się rozszerzać, czego dobrym przykładem są już dostępne pakiety abonentowej opieki medycznej skonstruowane z uwzględnieniem specyficznych potrzeb zdrowotnych tej grupy odbiorców. Wśród głównych kierunków dalszego rozwoju prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych dedykowanych osobom starszym warto wskazać na: poszerzenie przedziału wiekowego ubezpieczonych, dopasowanie zakresu przedmiotowego ochrony do specyficznych potrzeb zdrowotnych seniorów, w tym uwzględnienie długoterminowej opieki pielęgnacyjnej (ubezpieczenie LTC), a także szersze niż do tej pory wykorzystanie rozwiązań telemedycznych, zapewniających bieżący monitoring stanu zdrowia i szybki kontakt z lekarzem.

## Literatura

- Bank Światowy. (2015). *Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce*. [https://www.niesamodzielnym.pl/uploads/Bank%20%C5%9Awiatowy%20Opieka\\_dlugoterminowa.pdf](https://www.niesamodzielnym.pl/uploads/Bank%20%C5%9Awiatowy%20Opieka_dlugoterminowa.pdf)
- Borda, M. (2015). *Medyczne konta oszczędnościowe w finansowaniu opieki zdrowotnej. Koncepcja, modele, uwarunkowania*. Wydawnictwo Poltext.
- Borda, M. (2020). Odszkodowawcze ubezpieczenia onkologiczne w Polsce. W: B. Więckowska, A. Maciejczyk (red.), *Innowacyjna onkologia. Potrzeby, możliwości, system* (s. 93-97). PZWL.

- Chłoń-Domińczak, A. (2020). Statystyki i projekcje epidemiologiczne zachorowań na nowotwory złośliwe w kontekście starzenia się ludności. W: B. Więckowska, A. Maciejczyk (red.), *Innowacyjna onkologia. Potrzeby, możliwości, system* (s. 12-19). PZWL.
- Czerw, A. (2020). *Adekwatność i efektywność udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych osób starszych*. Raport końcowy, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.
- Główny Urząd Statystyczny [GUS]. (2013-2022). *Budżety gospodarstw domowych*. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/dochody-wydatki-i-warunki-zycia-ludnosci/budzety-gospodarstw-domowych-w-2022-roku,9,21.html>
- Główny Urząd Statystyczny [GUS]. (2022). *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2021 r.* Analizy Statystyczne GUS, Warszawa – Białystok.
- Komisja Europejska. (2021a). *State of Health in the EU*. Polska. Pobrane 26 kwietnia 2023 z [https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021\\_chp\\_poland\\_polish.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_poland_polish.pdf)
- Komisja Europejska. (2021b). *The 2021 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2019-2070)*. Pobrane 26 kwietnia 2023 z [https://economy-finance.ec.europa.eu/publications/2021-ageing-report-economic-and-budgetary-projections-eu-member-states-2019-2070\\_en](https://economy-finance.ec.europa.eu/publications/2021-ageing-report-economic-and-budgetary-projections-eu-member-states-2019-2070_en)
- Kowalczyk-Rólczyńska, P. (2018). *Equity release w finansach gospodarstw domowych osób starszych*. Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu.
- LUX MED. (2023). *Abonamenty dla seniorów*. Pobrane 6 maja 2023 z <https://www.luxmed.pl/dla-pacjenta/abonamenty/abonamenty-dla-seniorow>
- Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej (2022). Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2021 r. Warszawa.
- Ministerstwo Zdrowia. (2023). *Zdrowie osób starszych*. Pobrane 2 maja 2023 z <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowie-osob-starszych>
- Nowotarska-Romaniak, B. i Czyżewska, J. (2018). Seniorzy jako konsumenci prywatnych usług zdrowotnych. *Marketing i Zarządzanie*, 3(53), 121-132. <https://doi.org/10.18276/miz.2018.53-11>
- OECD. (2022). *Health Statistics 2022*. Pobrane 27 kwietnia 2023 z [https://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=HEALTH\\_STAT](https://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=HEALTH_STAT)
- Piekut, M. i Gutkowska, K. (2016). Wydatki na ochronę zdrowia w gospodarstwach domowych. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*, 1(46), 36-44.
- Przybyłka, A. (2017). Starzenie się ludności w Polsce jako wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia. *Studia Ekonomiczne, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach*, (309), 179-190.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2022 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz. U. z 2022 r. poz. 2814)
- Savills Research. (2019). *European Senior Housing*. Pobrane 4 maja 2023 z <https://pdf.euro.savills.co.uk/european-commercial-markets/european-senior-housing-2019.pdf>
- Sygit, M. (2010). *Zdrowie publiczne*. Wolters Kluwer Polska.
- Tokarska, M. i Borda, M. (2023). Choroby cywilizacyjne jako czynnik ryzyka w ubezpieczeniach na życie w Polsce. *Studies in Risk and Sustainable Development. Ryzyko i Zrównoważony Rozwój. Studia Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach*, (397), 1-8. <https://doi.org/10.22367/srsd.2023.397.5>
- Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz. U. z 2015 r. poz. 1705)
- World Health Organization. (2004). *A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons*. <https://www.who.int/docs/default-source/documents/health-systems-strengthening-glossary.pdf>
- Wyszkowska, Z. (2020). Ocena stopnia gotowości pacjentów do współpłacenia za świadczenia opieki zdrowotnej. *Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy*, 4(64), 181-183. <https://doi.org/10.15584/nsawg.2020.4.12>