

Łukasz Jurek

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
e-mail: lukasz.jurek@ue.wroc.pl

**PREFERENCJE I POSTAWY
WOBEC PRYWATNEGO ZABEZPIECZENIA
NA WYPADEK NIESAMODZIELNOŚCI W POLSCE**

**PREFERENCES AND ATTITUDES
TOWARD PRIVATE SECURITY IN CASE
OF DEPENDENCY IN POLAND**

DOI: 10.15611/sie.2016.2.08
JEL Classification: I13

Streszczenie: Głównym celem artykułu jest przedstawienie wybranych zagadnień związanych z prywatnym zabezpieczeniem na wypadek niesamodzielności w Polsce. Skupiono się na trzech podstawowych kwestiach: (1) na świadomości ryzyka związanego z niesamodzielnością i koniecznością korzystania z opieki długoterminowej, (2) na skłonności do indywidualnego zabezpieczania się przed tym ryzykiem oraz (3) na preferencjach co do metod tego zabezpieczenia. Informacje zostały zebrane za pomocą metody CATI. Próba badawcza objęła 1026 respondentów w wieku 40-69 lat. Główny wniosek płynący z badania jest taki, że większość respondentów deklaruje wysoką skłonność do zabezpieczania się na wypadek niesamodzielności, jednak ta wysoka skłonność najczęściej nie przekłada się na realne działania. Respondenci są bardzo zachowawczy, jeśli chodzi o preferowane sposoby zabezpieczania się na wypadek niesamodzielności. Za najlepszą metodę zabezpieczenia uchodzi, w pierwszej kolejności, gromadzenie gotówki, a następnie prywatne ubezpieczenie opiekuńcze.

Słowa kluczowe: opieka długoterminowa, zabezpieczenie prywatne, niesamodzielność.

Summary: The main aim of the article is to present some chosen issues related to private security in case of dependency in Poland. We focused on three main problems: (1) on awareness of the risk associated with dependency and necessity of using long-term care, (2) on the tendency to secure individually against this risk, and (3) on the preferences in methods of creating this security. The data were gathered using CATI method. The sample consisted of 1026 respondents at the age of 40-69 years. The main conclusion from the research is that the vast majority of respondents declare a high propensity to secure themselves against dependency, however this high propensity usually is not reflected in real action. Only few of them take some real action in that field. Respondents are very conservative as regards the preferred ways to protect themselves in case of dependency. The best method is, in the first place, collecting cash and, secondly, private long-term care insurance.

Keywords: long-term care, private security, dependency.

1. Wstęp

Intensywny proces starzenia się ludności to jedno z głównych wyzwań, jakie stoi aktualnie przed społeczeństwami krajów wysoko rozwiniętych. Ten proces ma wiele różnorodnych następstw, a jednym z nich jest wzrost liczby osób niesamodzielnych i – w konsekwencji – wzrost zapotrzebowania na opiekę długoterminową [Szweda-Lewandowska 2014, s. 2215-218].

Pierwotnie zabezpieczenie na wypadek niesamodzielności bazowało w głównej mierze na sieci wsparcia nieformalnego. Kiedy osoba stara traciła zdolność do samodzielnej egzystencji, wówczas uzyskiwała opiekę od osób bliskich, zwykle od córki i/lub synowej. Ten naturalny układ został zachwiany przez proces modernizacji, który doprowadził do znacznego obniżenia wydolności opiekuńczej rodziny. W społeczeństwach tzw. ponowoczesnych osoby stare często zostają pozbawione opieki ze strony potomstwa, bo albo go nie mają, albo dzieci nie są w stanie (lub po prostu nie chcą) wywiązywać się ze swoich tradycyjnych zobowiązań. Brak możliwości należytej realizacji zadań opiekuńczych w rodzinie wymusza tzw. formalizację opieki, czyli przejmowanie zadań opiekuńczych przez instytucje formalne.

Podstawową cechą opieki formalnej jest to, że jest ona udzielana w sposób odpłatny. Upowszechnienie tej formy opieki wiąże się zatem z koniecznością ustalenia, kto i w jaki sposób finansuje świadczenia dla osób niesamodzielnych. W wielu krajach wysoko rozwiniętych niesamodzielność jest uznana za ryzyko socjalne; w systemie zabezpieczenia społecznego wyodrębniony jest podsystem zabezpieczenia opieki długoterminowej, a świadczenia finansowane są albo metodą ubezpieczeniową (tzw. ubezpieczenie pielęgnacyjne), albo metodą zaopatrzeniową (z budżetu państwa i/lub samorządów) [Więckowska 2008, s. 24]. W pozostałych przypadkach działania państwa sprowadzają się do podejmowania mniej lub bardziej skoordynowanych inicjatyw na rzecz osób niesamodzielnych. Państwo zapewnia świadczenia na minimalnym poziomie, a prawo do nich mają tylko wybrane grupy (ubodzy, przewlekłe chorzy). Właśnie z taką sytuacją mamy do czynienia w Polsce [Błędowski 2008, s. 137-149]. Oferta publiczna jest daleko niewystarczająca w stosunku do potrzeb i aspiracji społecznych. Obywatele powinni zatem (w trosce o swoją przyszłość) indywidualnie podejmować działania, które zapewnią im względne bezpieczeństwo finansowe w razie niesamodzielności.

Głównym celem niniejszego artykułu jest przedstawienie wybranych zagadnień związanych z prywatnym zabezpieczeniem na wypadek niesamodzielności w Polsce. Skupiono się na trzech podstawowych kwestiach: po pierwsze, na świadomości ryzyka związanego z niesamodzielnością i koniecznością korzystania z opieki długoterminowej, po drugie, na skłonności do prywatnego zabezpieczania się przed finansowymi konsekwencjami wystąpienia tego ryzyka, i po trzecie, na preferencjach co do sposobów tego zabezpieczenia.

2. Niesamodzielność w ujęciu teoretycznym

Niesamodzielność jest to stan obniżenia sprawności psychofizycznej organizmu, ograniczający zdolność samodzielnej egzystencji, czyli samodzielnego wykonywania podstawowych czynności codziennego życia, takich jak: mycie się, ubieranie się, utrzymanie higieny, przemieszczanie się, korzystanie z toalety, spożywanie posiłków.

Niesamodzielności nie należy mylić z niepełnosprawnością. Obie te kategorie są ze sobą powiązane, są bowiem następstwami naruszenia sprawności organizmu. Różnica między nimi polega na tym, że w przypadku niepełnosprawności naruszenie sprawności ogranicza zdolność odgrywania ról społecznych (w szczególności wykonywania pracy zawodowej), z kolei w odniesieniu do niesamodzielności ograniczona zostaje zdolność samodzielnej egzystencji. Osoba niepełnosprawna wymaga pomocy przy odgrywaniu ról społecznych (np. odpowiedniego dostosowania miejsca pracy), a osoba niesamodzielna wymaga opieki długoterminowej, czyli pomocy w prowadzeniu gospodarstwa domowego i samoobsłudze (np. wsparcia w przygotowywaniu i spożywaniu posiłków, asysty przy ubieraniu się, pielęgnacji ciała itd.). Niesamodzielność jest zatem kategorią węższą niż niepełnosprawność. Dopiero znaczny stopień niepełnosprawności wiąże się z ograniczeniem wykonywania czynności codziennego życia, co oznacza, że każda osoba niesamodzielna jest niepełnosprawna, ale nie każda osoba niepełnosprawna jest niesamodzielna.

Niesamodzielność może być efektem różnych patologicznych zmian (choroba, wypadek), które mogą się przytrafić na każdym etapie życia, ale zdecydowanie najczęściej dotyczy ona osób starych i związana jest z naturalnym osłabieniem organizmu. W Polsce około 10% osób starych (65+) jest niesamodzielnych, a ryzyko niesamodzielności rośnie wraz z wiekiem [Wizner i in. 2012, s. 83].

3. Metoda badawcza i charakterystyka próby

Na przełomie lutego i marca 2016 r. przeprowadzono badanie terenowe, którego celem było rozpoznanie postaw społecznych wobec ryzyka niesamodzielności oraz ewentualnych działań podejmowanych w celu asekuracji przed tym ryzykiem. Informacje zebrano wykorzystując metodę CATI (*Computer Assisted Telephone Interview*), czyli metodę wywiadów telefonicznych. Przeprowadzono je, opierając się na specjalnie przygotowanym kwestionariuszu. Pytania do wywiadu dobrano w taki sposób, aby osiągnąć postawiony cel badawczy.

Zakres terytorialny badania obejmował całą Polskę, a zakres podmiotowy stanowiły osoby w wieku od 40 do 69 lat. Ten przedział wieku został ustalony celowo, gdyż wydaje się, że na tym etapie życia ludzie są stosunkowo najbardziej zdolni i skłonni do tego, aby zabezpieczać się finansowo na wypadek niesamodzielności. Wcześniejszy etap życia (do 40 lat) z reguły wiąże się z innymi (alternatywnymi) wyzwaniemiami ekonomicznymi (np. zakup nieruchomości czy wychowanie potom-

Tabela 1. Respondenci według wybranych cech społeczno-demograficznych

	Cecha	%
Płeć	kobieta	54,5
	mężczyzna	45,5
Wiek	40-49 lat	43,1
	50-59 lat	35,0
	60-69 lat	21,9
Wykształcenie	podstawowe lub niepełne podstawowe	1,1
	średnie, zasadnicze zawodowe, policealne	58,9
	wyższe	40,0
Miejsce zamieszkania	wieś	39,7
	małe miasto (do 100 tys. mieszkańców)	29,8
	duże miasto (pow. 100 tys. mieszkańców)	30,5
Stan cywilny	panna\kawaler	4,8
	zamężna\żonaty	78,3
	w separacji	1,4
	rozwiedziona\y	6
	wdowa\wdowiec	6,6
	w związku partnerskim	2,9
Wielkość gospodarstwa domowego	1 osoba	7,9
	2 osoby	29,8
	3 osoby	26,4
	4 osoby	25,2
	5 osób	9,2
	6 osób	1,1
	7 osób i więcej	0,4
Potomstwo (liczba dzieci ogółem: urodzone, adoptowane)	brak	9,8
	jedno	21,6
	dwoje	44,5
	troje	20,1
	czworo i więcej	3,9
Subiektywna ocena własnej sytuacji materialnej	starcza mi na wszystko i jeszcze oszczędzam	32,1
	starcza mi na wszystko, ale nie oszczędzam	7,2
	żyję oszczędnie, dlatego starcza mi na wszystko	45,5
	starcza mi tylko na podstawowe wydatki	14,1
	nie starcza mi nawet na podstawowe wydatki	1,1
Subiektywna ocena własnego stanu zdrowia	bardzo dobry	25,1
	dobry	56,6
	średni	15,6
	zły	2,1
	bardzo zły	0,5
Poziom sprawności psychofizycznej	pełna sprawność	88,5
	ograniczona sprawność, ale nie wymaga opieki długoterminowej	10,9
	ograniczona sprawność i wymagana opieka długoterminowa	0,6
Status zawodowy	osoba pracująca	72,4
	osoba niepracująca	27,6

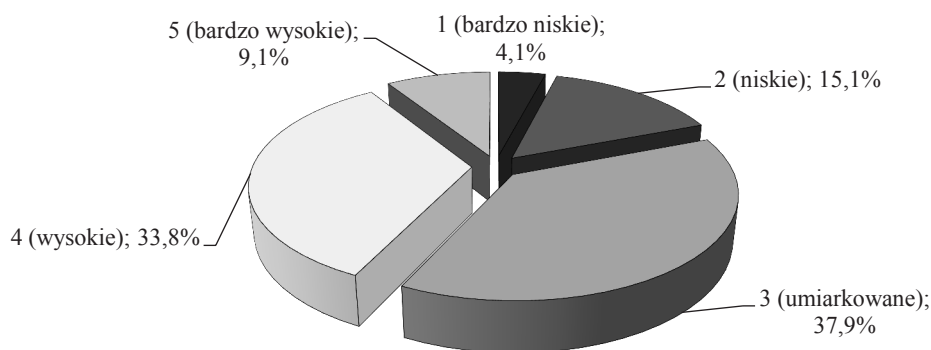
Źródło: opracowanie własne.

stwa), z kolei na późniejszym etapie życia (70 lat i więcej) ryzyko niesamodzielności jest tak wysokie, że utracona zostaje możliwość skutecznego zabezpieczenia się przed nim.

Próbą badawczą objęto 1026 respondentów. Dobór próby realizowany był w sposób warstwowo-losowy, tak aby struktura próby była zgodna z podziałem administracyjnym kraju (województwa) i z podziałem na miasto/wieś. Operat losowy stanowili mieszkańcy Polski, którzy zostali wylosowani spośród abonentów telefonii stacjonarnych i komórkowych. Maksymalny błąd pomiaru wyniósł około $\pm 3\%$ dla $p < 0,05$. Charakterystykę próby ze względu na wybrane cechy społeczno-demograficzne przedstawiono w tab. 1.

4. Wyniki badania

Pierwsza badana kwestia dotyczyła odczucia prawdopodobieństwa, że w przyszłości będzie się korzystać z opieki formalnej. Respondenci zostali poproszeni o dokonanie subiektywnej oceny tego prawdopodobieństwa¹ w skali od 1 do 5, gdzie 1 to prawdopodobieństwo bardzo niskie, a 5 – bardzo wysokie. Uzyskane wyniki przedstawiono na rys. 1.



Rys. 1. Respondenci według subiektywnej oceny prawdopodobieństwa, że w przyszłości będą korzystać z opieki formalnej

Źródło: opracowanie własne.

Respondenci wysoko ocenili prawdopodobieństwo, że w przyszłości – jeśli staną się osobami niesamodzielnymi – będą korzystać z opieki formalnej. Aż czterech na pięciu respondentów stwierdziło, że to prawdopodobieństwo jest bardzo wysokie (9,1%), wysokie (33,8%) lub umiarkowane (37,9%). Tylko co piąty respondent uwa-

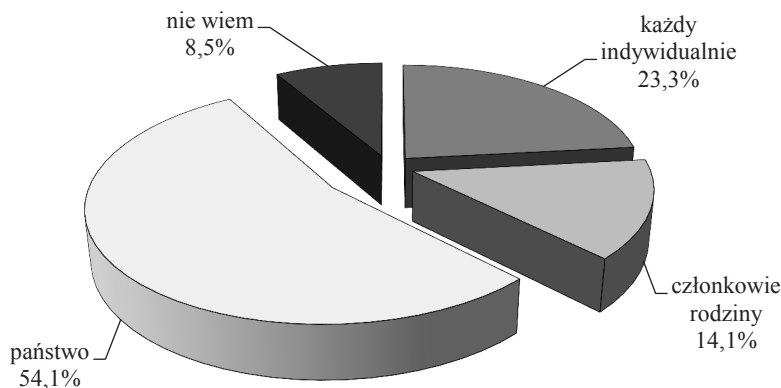
¹ Dokładna treść pytania: „Zakładając, że w przyszłości będzie Pan/-i wymagać opieki, to jakie jest prawdopodobieństwo, że będzie korzystać z usług opiekuna formalnego, dla którego będzie to praca zarobkowa?”.

żał, że prawdopodobieństwo jest niskie (15,1%) lub bardzo niskie (4,1%). Ten wynik może się wydawać nieco zaskakujący, zważywszy na fakt, że Polacy są bardzo konserwatywni i tradycjonalistyczni w kwestii opieki nad osobami starszymi. Na tle krajów Unii Europejskiej wyróżnia nas bardzo niski poziom akceptacji dla opieki formalnej, zarówno tej świadczonej w środowisku, jak i tej świadczonej w całodobowych placówkach [Eurobarometr 2007, s. 97]. Można jednak przypuszczać, że w przyszłości sytuacja pod tym względem ulegnie zasadniczej zmianie. Ludzie w większym niż aktualnie stopniu będą akceptować opiekę formalną i częściej będą z niej korzystać. Świadczą o tym deklaracje respondentów. Dla zdecydowanej większości z nich za kilkanaście czy kilkadziesiąt lat, kiedy staną się niesamodzielnymi i będą wymagać opieki długoterminowej (oczywiście, jeśli dożyją tego momentu), korzystanie z usług formalnych świadczeniodawców będzie rzeczą oczywistą. Można domniemywać, że są na to mentalnie przygotowani.

Ta zmiana postaw społecznych wobec opieki formalnej jest podyktowana trzema głównymi przesłankami. Po pierwsze, jest ona wymuszona mniejszą niż dawniej liczbą dzieci, na co wpływa m.in. coraz częstsza bezdzietność. Osoby, które nie mają potomstwa, w przyszłości nie będą miały innego wyjścia i będą zmuszone korzystać z opieki formalnej. Po drugie, jest to efekt coraz większego oddalenia osób starych od swoich potomków. Chodzi tutaj zarówno o oddalenie w przestrzeni geograficznej (ruchy migracyjne i rozproszenie rodziny), jaki społecznej (dystans emocjonalny). Część osób, nawet jeśli ma potomstwo, na starość nie będzie mieć zapewnionej opieki, ponieważ ich dzieci albo wyemigrują i w związku z tym utracą zdolność bezpośredniego wypełniania obowiązków opiekuńczych, albo nie będą skłonne wypełniać tych obowiązków ze względu na nienajlepszą jakość stosunków wewnątrzrodzinnych. Po trzecie, jest to efekt zmiany kulturowej. Dawniej korzystanie z pomocy obcych ludzi było powodem do wstydu dla całej rodziny, dziś coraz częściej jest to rzecz nie tyle akceptowalna, ile wręcz wskazana. Niektóre osoby, nawet jeśli będą miały zapewniony dostęp do sieci wsparcia nieformalnego, nie będą chciały z niego korzystać, aby na przykład nie ograniczać swoim dzieciom możliwości realizacji planów i aspiracji zawodowych.

Skoro w przyszłości korzystanie z opieki formalnej będzie częstsze niż aktualnie, to należy rozważyć, kto za tę opiekę będzie płacić. Na kim spoczywa główna odpowiedzialność finansowa za zapewnienie pomocy osobom niesamodzielnym? Z tym pytaniem zwrócono się do respondentów². Do wyboru przedstawiono cztery warianty odpowiedzi: (1) każdy indywidualnie powinien finansować opiekę ze swoich bieżących dochodów i/lub zgromadzonych oszczędności; (2) członkowie rodziny (np. dzieci), jeśli nie są w stanie bezpośrednio sprawować opieki nad swoim krewnym (np. rodzicem), to powinni sfinansować opiekę świadczoną przez kogoś innego; (3) państwo powinno zapewnić swoim obywatelom opiekę i sfinansować ją

² Dokładna treść pytania: „Jeśli ktoś (np. osoba starsza) musi korzystać z opieki formalnej, która świadczona jest odpłatnie, to kto Pani/-a zdaniem przede wszystkim powinien ponosić koszty takiej opieki, czyli kto w głównej mierze powinien brać na siebie ciężar jej finansowania?”



Rys. 2. Rozkład odpowiedzi na pytanie, kto według respondentów w głównej mierze powinien finansować opiekę nad osobami niesamodzielnymi

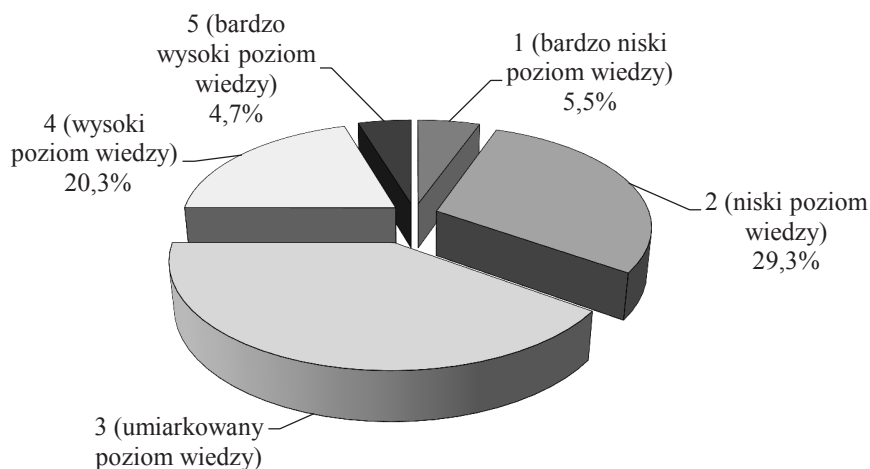
Źródło: opracowanie własne.

ze środków publicznych; (4) nie wiem, nie zastanawiałam/-em się nad tym. Uzyskane wyniki przedstawiono na rys. 2.

W powszechnym odczuciu społecznym odpowiedzialność moralna za osoby starsze spoczywa w głównej mierze na rodzinie. Jeżeli zaś chodzi o odpowiedzialność finansową, to – jak wynika z przedstawionych powyżej wyników – spoczywa ona w głównej mierze na instytucjach publicznych. Ujawnia się tu zatem niekonsekwencja. Wydaje się, że skoro członkowie rodziny mają obowiązek sprawowania opieki nad starszymi krewnymi, to również powinni mieć obowiązek sfinansowania opieki w sytuacji, gdy nie są w stanie jej osobiście sprawować. Tak jednak nie jest. Zdaniem większości respondentów, jeśli rodzina z jakichś względów nie wykonuje zadań opiekuńczych, to finansowe konsekwencje tego powinny zostać scedowane na państwo.

Kolejną kwestią poddaną badaniu jest poziom rozeznania respondentów w zakresie kosztów, z jakimi wiąże się korzystanie z opieki długoterminowej. Należy zaznaczyć, że jest to temat bardzo skomplikowany, ponieważ sposób ponoszenia odpłatności za opiekę jest zróżnicowany i uzależniony od wielu zmiennych, w tym m.in. od tego, w jakiej formie jest ona udzielana (środowiskowej, półotwartej czy instytucjonalnej), przez kogo (podmiot działający komercyjnie czy niekomercyjnie) i na jakich zasadach (poziom współfinansowania ze środków publicznych). Poproszono respondentów o to, aby subiektywnie ocenili swoją wiedzę na ten temat³. Tej oceny mieli dokonać na 5-stopniowej skali, na której 1 oznacza bardzo niski poziom wiedzy, a 5 – bardzo wysoki poziom wiedzy. Uzyskane wyniki przedstawiono na rys. 3.

³ Dokładna treść pytania: „Jak ocenia Pan/-i swoją wiedzę na temat kosztów opieki długoterminowej, np. pobytu w domu opieki albo zatrudnienia profesjonalnego opiekuna?”.



Rys. 3. Rozkład odpowiedzi respondentów dotyczących oceny ich wiedzy na temat kosztów opieki długoterminowej

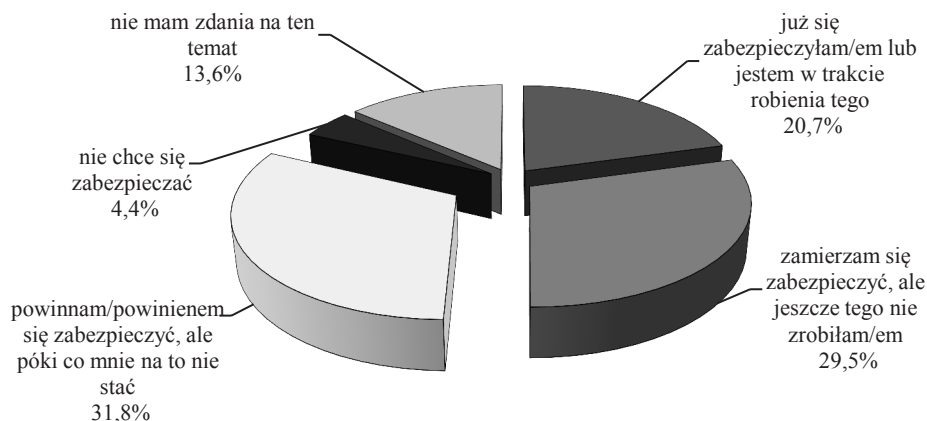
Źródło: opracowanie własne.

Największa część respondentów, czterech na dziesięciu (40,3%), twierdzi, że poziom ich wiedzy na temat kosztów opieki długoterminowej jest umiarkowany, ponad jedna trzecia (34,8%) sądzi, że ten poziom jest niski lub bardzo niski, a tylko jedna czwarta (25%) uważa, że jest on wysoki lub bardzo wysoki. Poziom wiedzy w dużym stopniu uzależniony jest od tego, czy w najbliższym otoczeniu respondenta (wśród rodziny, przyjaciół) jest (lub była w przeszłości) osoba niesamodzielna i w opiekę nad tą osobą jest (lub był w przeszłości) włączony opiekun formalny. Respondenci, którzy przez taką osobę mieli zapewniony kontakt z opieką formalną, znacznie (około trzykrotnie) częściej aniżeli pozostali deklarowali wysoki lub bardzo wysoki poziom wiedzy na temat kosztów opieki.

Uzyskane wyniki sugerują, że respondenci są słabo zorientowani w kwestii kosztów opieki długoterminowej. Poziom wiedzy w tym zakresie jest ogólnie niski. Co się zaś tyczy osób deklarujących dobre rozeznanie w temacie, to można przypuszczać, że przeceniają oni swoją wiedzę. To przypuszczenie wynika z tego, że ich wiedza została ukształtowana pod wpływem osobistych doświadczeń, za sprawą niesamodzielnych krewnych lub znajomych, którzy kiedyś korzystali z odpłatnej opieki. Taka fragmentaryczna wiedza, pochodząca z obserwacji jednego lub co najwyżej kilku przypadków z najbliższego otoczenia, z pewnością nie daje pełnego oglądu sytuacji.

W dalszej części badania skupiono się na działaniach podejmowanych w zakresie prywatnego zabezpieczenia na wypadek niesamodzielności. Do respondentów zwrócono się z pytaniem, czy starają się zapewnić sobie jakąś ochronę finansową na

wypadek korzystania z odpłatnej opieki⁴. Poproszono ich, aby wybrali jeden z pięciu następujących wariantów odpowiedzi: (1) tak, już się zabezpieczyłam/-em lub jestem w trakcie robienia tego; (2) tak, zamierzam się zabezpieczyć, ale jeszcze tego nie zrobiłam/-em; (3) powinnam/powinienem się zabezpieczyć, ale póki co mnie na to nie stać; (4) nie, nie chcę się zabezpieczać; (5) nie zastanawiałam/-em się nad tym. Uzyskane wyniki przedstawiono na rys. 4.



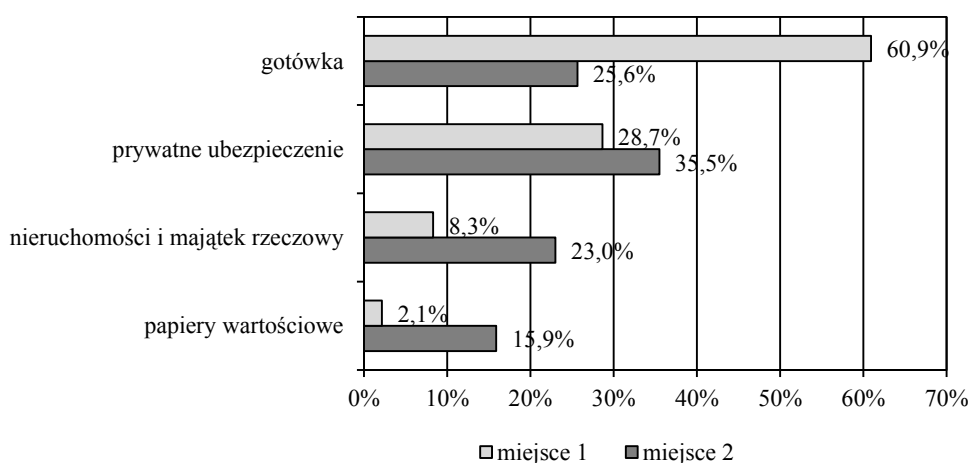
Rys. 4. Rozkład odpowiedzi na pytanie dotyczące indywidualnego zabezpieczania się na wypadek niesamodzielności

Źródło: opracowanie własne.

Uzyskane wyniki można interpretować w dwojaki sposób: optymistycznie lub pesymistycznie. Optymistyczne jest to, że dominująca większość respondentów dostrzega konieczność indywidualnego zabezpieczenia się na wypadek niesamodzielności; tylko 4,4% osób biorących udział w badaniu deklaruje, że nie chce się zabezpieczać i nie będzie tego robić. Pesymistyczne jest natomiast to, że jedynie co piąty (20,7%) respondent podjął realne działania: albo już się zabezpieczył, albo jest w trakcie robienia tego. Mamy zatem do czynienia z sytuacją, kiedy większość respondentów (ponad 60%) chce się indywidualnie zabezpieczyć, ale nic w związku z tym nie robi. Powody tej bierności mogą być ekonomiczne albo pozaekonomiczne. Ekonomiczne powody są znane – brak wolnych środków finansowych. Przyczyny pozaekonomiczne nie są dokładnie rozpoznane, ale można domniemywać, że chodzi tutaj głównie o słabo rozwiniętą wiedzę na temat oszczędzania na starość i/lub o ograniczoną dostępność odpowiednich narzędzi finansowych.

⁴ Dokładna treść pytania: „Każda osoba może się indywidualnie zabezpieczyć na wypadek niesamodzielności i korzystania z odpłatnej opieki. Chodzi tutaj o zabezpieczenie finansowe, czyli oszczędzanie i gromadzenie majątku. Czy osobiście stara się Pan/-i w jakikolwiek sposób zabezpieczyć się na taką ewentualność?”.

W dalszej części badania respondenci zostali zapytani o to, jaka, ich zdaniem, jest najlepsza metoda indywidualnego zabezpieczenia się na wypadek niesamodzielności. Przedstawiono im cztery metody: (1) gromadzenie gotówki (np. odkładanie jej w banku); (2) zakup papierów wartościowych (akcji, obligacji) i/lub jednostek funduszy inwestycyjnych; (3) zakup nieruchomości i/lub gromadzenie majątku rzeczowego (biżuteria, dzieła sztuki); (4) zakup prywatnego ubezpieczenia. Spośród tych metod respondenci mieli wybrać dwie: tę, która ich zdaniem jest najlepsza w pierwszej kolejności, oraz tę, która jest najlepsza w drugiej kolejności. Uzyskane wyniki przedstawiono na rys. 5.



Rys. 5. Rozkład odpowiedzi respondentów o najlepsze, w ich przekonaniu, metody indywidualnego zabezpieczania się na wypadek niesamodzielności

Źródło: opracowanie własne.

Respondenci są bardzo zachowawczy, jeśli chodzi o preferowane sposoby zabezpieczania się na wypadek niesamodzielności. Za najlepszą metodę uchodzi gromadzenie gotówki. Popularność tej metody nie powinna specjalnie dziwić. Ma ona wiele zalet: po pierwsze, gotówka jest aktywem w pełni płynnym, po drugie, jej gromadzenie jest proste i nie wymaga rozbudowanej wiedzy ekonomicznej, po trzecie, zgromadzone pieniądze dają możliwość różnorodnego ich wykorzystania w zależności od sytuacji życiowej. Niestety, ta metoda ma również wiele wad. Przede wszystkim może się okazać mało efektywna jako forma zabezpieczenia przed ryzykiem niesamodzielności. W przeszłości koszty związane z opieką długoterminową rosły szybciej od inflacji [Barr 2010, s. 9]. Można domniemywać, że ta tendencja utrzyma się również w przyszłości, co oznacza, że w długiej perspektywie realna wartość zgromadzonych oszczędności będzie malała.

Za najlepszą opcję drugiego wyboru respondenci uznali prywatne ubezpieczenie. Ubezpieczenie opiekuńcze, zwane też pielęgnacyjnym (*long-term care insurance*), funkcjonuje w wielu krajach. Popularne jest m.in. w USA, we Francji i w Singapurze. Jego idea polega na rozłożeniu ryzyka niesamodzielności na całą zbiorowość osób ubezpieczonych; zasoby są redystrybuowane między osobami z mniejszymi i większymi potrzebami opiekuńczymi. Ograniczona zostaje tym samym indywidualna niepewność, że w przyszłości konieczne będzie ponoszenie bardzo obciążających wydatków na opiekę długoterminową. Mimo że – jak wynika z deklaracji respondentów – ubezpieczenie opiekuńcze jest pożądanym produktem finansowym, nie jest ono jeszcze oferowane na polskim rynku [Więckowska 2010, s. 216]. Potencjalny popyt na ten produkt jest jednak tak duży, że zapewne sytuacja pod tym względem zmieni się w niedalekiej przyszłości.

Mniejszą popularnością cieszy się zabezpieczenie w postaci majątku rzeczowego (nieruchomości i ruchomości), a najmniejszą – zakup papierów wartościowych. Trudno jednoznacznie określić, z czego wynika niewielka atrakcyjność tych metod. Prawdopodobnie ma to związek z tym, że są one, w porównaniu z poprzednimi, dużo bardziej skomplikowane i ryzykowne. Być może respondenci uważają, że nie są to dla nich najlepsze opcje, gdyż nie dysponują dostatecznie dużą wiedzą z zakresu finansów i mają zbyt ograniczone umiejętności inwestowania w takie narzędzia. Może to być również pochodną złych doświadczeń z ostatniego kryzysu, który mocno osłabił zaufanie społeczne do rynku finansowego i do rynku nieruchomości. Może to być także związane z awersją do ryzyka; w badaniu wzięły udział osoby w wieku późnej dojrzałości lub wczesnej starości, czyli te, które w sposób naturalny są bardziej zachowawcze i mniej skłonne do ryzykownego inwestowania aniżeli osoby młode⁵.

5. Zakończenie

Proces starzenia się ludności, w zderzeniu z równoczesnym procesem kurczenia się wydolności opiekuńczej rodziny, prowadzi do zwiększenia zapotrzebowania na opiekę formalną i do wzrostu wydatków (publicznych i prywatnych) z nią związanych. Kwestia finansowania opieki długoterminowej systematycznie nabiera na znaczeniu i aktualnie urasta do jednego z głównych wyzwań, przed jakim stoją i władza publiczna, i całe społeczeństwo.

Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, że wśród respondentów opinie na temat tego, kto powinien finansować opiekę nad osobami niesamodzielnymi, są bardzo podzielone. Ponadto stwierdzono, iż poziom wiedzy na temat kosztów opieki długoterminowej jest niski. To wszystko rzutuje na świadomość ry-

⁵ Zgodnie z hipotezą tzw. awersji do ryzyka w cyklu życia indywidualna skłonność do ryzyka maleje wraz z wiekiem. W związku z tym ludzie kumulują inne typy zasobów w różnych okresach swojego życia. Por. [Bakshi, Chen 1994, s. 165-202].

zyka niesamodzielności, a w konsekwencji także na skłonność do indywidualnego zabezpieczania się. Jeśli respondenci nie są w pełni przekonani, kto ponosi odpowiedzialność finansową za świadczenie opieki (jednostka czy państwo), ani nie wiedzą dokładnie, z jakimi kosztami się to wiąże, to trudno się spodziewać, że podejmą zdecydowane działania zmierzające do zapewnienia sobie ochrony finansowej na wypadek, gdyby sami mieli z opieki skorzystać.

Pozytywnie należy ocenić fakt, iż przeważająca większość respondentów zadeklarowała wysoką skłonność do zabezpieczania się na wypadek niesamodzielności. Z czego wynika taka postawa? Można przypuszczać, że jest to efekt licznych przekazów publicystycznych, w których mówi się o wyzwaniach związanych z procesem starzenia się ludności. Z tych przekazów płynie jasny komunikat: ludzie żyją coraz dłużej i mają coraz mniej dzieci, więc na starość będą musieli płacić za opiekę. Pod wpływem oddziaływania massmediów uświadomiono sobie powagę problemu.

Negatywnie natomiast należy ocenić to, że mimo powszechnego poczucia, że konieczne jest zapewnienie sobie ochrony finansowej na wypadek niesamodzielności, większość respondentów nie podejmuje w tym zakresie żadnego działania. Tę bierność można tłumaczyć względami ekonomicznymi (brak wolnych środków finansowych) oraz merytorycznymi (brak wiedzy i umiejętności w zakresie oszczędzania).

Literatura

- Bakshi G., Chen Z., 1994, *Baby boom, population aging, and capital markets*, Journal of Business, no. 67.
- Barr N., 2010, *Long-term care: A suitable case for social insurance*, Social Policy & Administration, no. 44(4).
- Błądowski P., 2008, *Finansowanie opieki długoterminowej w Polsce*, [w:] *Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje*, Augustyn M. (red.), Klub Parlamentarny Platformy Obywatelskiej, Warszawa.
- Eurobarometr, 2007, *Health and long-term care in European Union*, Special Eurobarometer, no. 283.
- Szweda-Lewandowska Z., 2014, *Modele opieki nad osobami niesamodzielnymi*, Studia Ekonomiczne, nr 179.
- Więckowska B., 2008, *System zabezpieczenia pielęgnacyjnego na świecie. Zarys problematyki*, Medi, nr 1(38).
- Więckowska B., 2010, *Ubezpieczenie w zarządzaniu ryzykiem niedołęstwa starczego*, [w:] *Spoleczne aspekty rozwoju rynku ubezpieczeniowego*, Szumlicz T. (red.), Wydawnictwo SGH, Warszawa.
- Wizner B., Skalska A., Klich-Rączka A., Piotrowicz K., Grodzicki T., 2012, *Ocena stanu funkcjonalnego u osób w starszym wieku*, [w:] *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludności w Polsce*, Mossakowska M., Więcek A., Błądowski P. (red.), Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań.