

EWA CICHOWICZ

SYLWIA PIEŃKOWSKA-KAMIENIECKA

DAMIAN WALCZAK

<https://doi.org/10.33995/wu2022.3.6>

Ubezpieczenie pielęgnacyjne – publiczne czy prywatne? Gospodarstwa domowe w Polsce wobec oszczędzania na starość i na leczenie

W artykule zidentyfikowano kluczowe czynniki, które warunkują zachowania oszczędnościowe Polaków w aspekcie zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych na starość oraz nawiązano w tym zakresie do koncepcji ubezpieczenia pielęgnacyjnego, prywatnego i dobrowolnego, oferowanego przez zakłady ubezpieczeń przy wsparciu państwa. Bazę danych dla przedstawionych w opracowaniu analiz stanowiło badanie „Diagnoza Społeczna”, przeprowadzone w 2015 roku na reprezentatywnej próbie 11,7 tys. gospodarstw domowych w Polsce. Z badań wynika, że korzystanie z usług medycznych wpływa na decyzje dotyczące gromadzenia oszczędności na leczenie, a ponadto podobne czynniki, bez względu na powód oszczędzania, wpływają na oszczędzanie na starość.

Słowa kluczowe: prywatne ubezpieczenia, gospodarstwo domowe, oszczędzanie, starość, leczenie, ubezpieczenie pielęgnacyjne.

JEL: D14, G51, G52, J26, P46.

Wprowadzenie

Ze względu na gwałtowne starzenie się ludności problematyka zapewnienia i finansowania świadczeń emerytalnych i opieki długoterminowej dla osób starszych jest coraz istotniejsza w rozwiniętych

krajach świata¹. Podczas gdy najczęściej analizowana jest kwestia udziału osób w wieku 65+ w ogóle ludności danego kraju, regionu, czy świata, problem demograficznego starzenia się ludności dotyczy jednak przede wszystkim kohort najstarszych. Prognozuje się, że w krajach OECD udział osób w wieku 80 lat i więcej, do 2050 roku zwiększy się ponad dwukrotnie w porównaniu do 2017 roku, tj. wzrośnie z 4,6% do 10,1% (o 5,5 p. proc.). Oznacza to, że w ciągu najbliższych niespełna trzydziestu lat przynajmniej jedna na dziesięć osób w krajach OECD będzie w wieku 80+. Dotyczy to również Polski, dla której szacunki wskazują, że w powyższym okresie odsetek osób w wieku 80+ zwiększy się o 5,9 p. proc., a dla osób w wieku 65+ aż o 14,2 p. proc. przy średniej OECD na poziomie 9,7 p. proc.². Należy zatem stwierdzić, że starzenie się ludności w odniesieniu do systemu emerytalnego, systemu ochrony zdrowia i – szerzej – finansów publicznych będzie w przyszłości większym problemem w Polsce niż w innych rozwiniętych krajach na świecie.

Istotne jest ponadto, że sami Polacy wśród swoich najistotniejszych trosk życiowych wskazują na te związane ze śmiercią, zdrowiem swoim oraz swoich najbliższych, jak również ze starością. Z mapy ryzyka Polaków sporządzonej przez Polską Izbę Ubezpieczeń wynika bowiem, że 80% obawia się utraty sprawności i braku pieniędzy na leczenie poważnej choroby, a 71% braku pieniędzy na starość. Obawy te są najwyższe zwłaszcza wśród kobiet, osób w wieku 26–35 lat i mieszkańców najmniejszych miast (do 20 tys.). Nasila je ponadto obecna sytuacja pandemiczna, związana z Covid-19. Osoby, które w trakcie pandemii straciły pracę i w związku z tym odczuły pogorszenie sytuacji materialnej, zdecydowanie częściej deklarują troskę o brak odpowiednich środków finansowych na leczenie i zabezpieczenie okresu starości³.

Mając na uwadze powyższe, celem artykułu autorzy uczynili identyfikację kluczowych czynników, które warunkują zachowania oszczędnościowe Polaków w aspekcie zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych na starość oraz przedstawienie optymalnego – publicznego lub prywatnego – modelu ubezpieczenia pielęgnacyjnego⁴.

Kwestia ta jest zdecydowanie w mniejszym zakresie przedstawiana w literaturze niż kwestia samego zabezpieczenia w celu emerytalnym. Punktem wyjścia do wskazanej w pracy analizy pozostanie więc świadomość potrzeby, czy nawet konieczności oszczędzania, a zatem postrzeganie przez gospodarstwa domowe zdrowia i starości w kontekście dwóch celów oszczędzania – lub inwestowania – w długim horyzoncie czasu. Należy podkreślić, że – nieanalizowany w pracy – cel emerytalny odzwierciedla konsumpcję w największym stopniu odłożoną w czasie spośród wszystkich oszczędności⁵, zaś badania pokazują, że cel ochrony zdrowia jest drugim co do długości horyzontu oszczędzania. Inwestowanie w ochronę zdrowia wyodrębnione jest przy tym spośród

1. M. Boyer, P. de Donder, C. Fluet, M.-L. Leroux, P.-C. Michaud, *Long-Term Care Insurance: Knowledge Barriers, Risk Perception and Adverse Selection*, „NBER Working Paper Series” 2017, No. 23918, s. 2.
2. *Health at a Glance 2019. OECD Indicators*, OECD, Paris 2019, s. 218.
3. *Mapa ryzyka Polaków. Jak ubezpieczyciele odpowiadają na potrzeby społeczeństwa?*, PIU, Deloitte, Warszawa 2021.
4. Szerzej o wskazanych w tytule pracy ubezpieczeniach prywatnych i publicznych zob. [w:] M. Kawiński, *Ubezpieczenia publiczne i prywatne w polityce społecznej*, CH Beck, Warszawa 2011.
5. I. Olejnik, *Postawy wobec oszczędności emerytalnych a podejmowane decyzje*, [w:] *Współczesne zabezpieczenie emerytalne. Wybrane aspekty ekonomiczne, finansowe i demograficzne*, [red.] F. Chybalski, E. Marcinkiewicz, Monografie Politechniki Łódzkiej, Łódź 2013, s. 248.

całej zróżnicowanej wiązki celów oszczędnościowych, a taka reorientacja celów życiowych jednostek nosi nazwę *orientacji na starość generacji w wieku przedemerytalnym*⁶.

W związku z powyższym w pracy sformułowano dwie hipotezy badawcze:

Hipoteza 1: Korzystanie z usług medycznych opłacanych z własnych środków wpływa na decyzje gospodarstw domowych w zakresie gromadzenia oszczędności na leczenie.

Hipoteza 2: Podobne czynniki wpływają na proces oszczędzania, bez względu na powód gromadzenia środków finansowych (leczenie lub starość).

Potwierdzenie przedstawionych hipotez, czyli skłonności do oszczędzania połączonej ze świadomością troski o własne zdrowie, będzie mieć istotne znaczenie dla polskiego rynku ubezpieczeń. Świadczyć może bowiem o możliwości, a w zakresie odpowiedzialności społecznej – o konieczności zaoferowania tak ważnych ubezpieczeń, jakimi są ubezpieczenia pielęgnacyjne.

Dane do wyników badań przedstawionych w niniejszym artykule pochodzą z badania „Diagnoza Społeczna”, przeprowadzonego w 2015 roku na reprezentatywnej próbie 11,7 tys. gospodarstw domowych w Polsce. W nawiązaniu do celu i weryfikacji hipotez badawczych niniejszego opracowania zaimplementowano metodę regresji logistycznej przy wykorzystaniu programu SPSS Statistics 26.0.

1. Przegląd literatury

W artykule poddano analizie czynniki determinujące gromadzenie przez gospodarstwa domowe oszczędności związanych z zaspokojeniem potrzeb zdrowotnych i finansowym zabezpieczeniem okresu starości.

Należy zwrócić uwagę, że oba te aspekty są z sobą ściśle powiązane. Wcześniejsze utrzymywanie organizmu w odpowiednim stanie zdrowia znajduje przełożenie w dłuższym trwaniu życia w dobrym zdrowiu⁷. Dlatego wydaje się zasadne rozpatrywać obie wskazane kwestie – zabezpieczenie emerytalne i zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych – podkreślając ich wzajemne przenikanie się.

Mimo iż rozważania dotyczące znaczenia zdrowia i życia ludzkiego są w literaturze podejmowane z kilku perspektyw, to do najważniejszych ujęć ekonomicznych z tego zakresu zalicza się teorię kapitału ludzkiego. Z jednej strony, podkreślany jest w niej wpływ tego kapitału na dobrobyt jednostki⁸, z drugiej zaś – jest on uznawany za kluczowy czynnik wzrostu gospodarczego i rozwoju społeczno-ekonomicznego⁹. Poziom wiedzy, inteligencji, zdolności oraz doświadczenia ludzi determinuje uosobiony w nich kapitał ludzki, który z perspektywy gospodarki przekłada się z kolei na rozwój cywilizacyjny danego kraju¹⁰. Aby jednak można było wykorzystać wskazane atrybuty kapitału ludzkiego, konieczne jest zapewnienie odpowiedniego poziomu zdrowia i sił witalnych

6. I. Olejnik, S. Białowąs, *Horyzont czasowy w hierarchii motywów oszczędzania*, [w:] *Długoterminowe oszczędzanie. Postawy, strategie i wyzwania*, [red.] J. Rutecka-Góra, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2016, s. 86–87.

7. K. Zamorska, M. Makuch, *Starzenie się społeczeństwa. Wymiar społeczny, gospodarczy i polityczny*, Wydawnictwo Księgarnia Akademicka, Kraków 2018, s. 99–100.

8. A. Sobczak, *Teoria kapitału ludzkiego – konteksty edukacji i rynku pracy*, „Przegląd Pedagogiczny” 2018, nr 2.

9. A. Kwiecień, *Kapitał ludzki jako czynnik rozwoju nowej gospodarki*, „Ekonomiczne Problemy Usług” 2014, nr 112.

10. A. Wieczorek-Szymańska, *Koncepcja kapitału ludzkiego w teorii ekonomii – przegląd wybranych podejść*, „Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego” 2010, nr 17.

jednostek¹¹. W związku z tym, zgodnie z istniejącymi w literaturze przedmiotu podejściami do kategorii kapitału ludzkiego, zdrowie uznawane jest za jeden z jej kluczowych komponentów¹².

Jednocześnie mimo powszechnego przekonania, że zdrowie należy do wartości najważniejszych w życiu człowieka¹³, badania empiryczne przeprowadzone w latach 90. XX wieku nie potwierdzają wyrażania takiej deklaracji wśród Polaków. Punktem zwrotnym w docenieniu zdrowia – zgodnie z sentencją sformułowaną prawie 500 lat temu przez Jana Kochanowskiego – staje się dopiero moment, w którym dochodzi do jego „zepsucia”¹⁴. Zgodnie natomiast z dokumentem Komisji Europejskiej¹⁵ zdrowie jest nie tylko wartością samą w sobie, lecz stanowi warunek dobrobytu, a dodatkowo należy je uznać za obszar inwestycji sprzyjający wzrostowi gospodarczemu. Z kolei niewystarczająco ugruntowane postawy oraz nawyki prozdrowotne prowadzą do deficytów w zakresie dokonywania odpowiednich wyborów, które przekładałyby się na podejmowanie leczenia (np. z powodu braku możliwości skorzystania ze świadczeń gwarantowanych w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i posiadania zbyt niskich środków na pokrycie ich w placówce komercyjnej), czyli na zachowanie jak najdłuższego trwania w zdrowiu. Jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy jest niewłaściwy stosunek gospodarstw domowych wobec oszczędzania, w tym, co wyjątkowo istotne, wobec gromadzenia oszczędności na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych i szerzej – w okresie starości. Niestety, jak wskazują badania, „Polacy uważają, że należy oszczędzać i jest to dla nich powód do dumy. W rzeczywistości jednak większość osób nie gromadzi oszczędności”¹⁶. Zgodnie z raportem *W kierunku nowego stylu życia. 25 lat finansów Polaków w 2021 roku*, mimo poprawy sytuacji materialnej od 1997 roku, porównywalny odsetek Polaków w ogóle nie posiadał oszczędności (44% vs. 45%)¹⁷. Dodatkowo należy mieć na uwadze, że pojęcie oszczędzania nie jest przez respondentów rozumiane jednoznacznie – niejednokrotnie zaliczane są tutaj przez nich m.in. zachowania polegające na korzystaniu z promocji. Istotną kwestią pozostaje także horyzont oszczędzania – oszczędzanie na starość jest celem,

-
11. V. Korporowicz, *Zdrowie jako kategoria społeczno-ekonomiczna*, „Gospodarka Narodowa” 2011, nr 7–8.
 12. Por. G.S. Becker, *Human capital*, The University of Chicago Press, Chicago 1993; T.W. Schultz, *Investment in Human Capital*, „The American Economic Review” 1961, Vol. 51, No. 1; S.R. Domański, *Kapitał ludzki i wzrost gospodarczy*, PWN, Warszawa 1993; E. Gundlach, *Human Capital and Economic Development: A Macroeconomic Assessment*, „Kiel Working Paper” 1996, No. 778; E. Parts, *Interrelationships between human capital and social capital: implications for economic development in transition economies*, Tartu University Press, Tartu 2003.
 13. H. Sęk, *Subiektywne koncepcje zdrowia, świadomość zdrowotna a zachowania zdrowotne i promocja zdrowia*, „Sborník prací Filozofické fakulty Brněnské univerzity. Studia Minora Facultatis Philosophicae Universitatis Brunensis” 2000, P4, s. 17–34.
 14. Por. E. Obodyńska, *Zdrowie jako podstawowa wartość edukacyjna i życiowa*, „Edukacja – Technika – Informatyka” 2015, nr 2.
 15. *Zrozumieć politykę Unii Europejskiej. Zdrowie publiczne*, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Komisja Europejska, Luksemburg 2014.
 16. E. Cichowicz, J. Rutecka-Góra, *Świadomość Polaków dotycząca dodatkowego oszczędzania na starość – próba oceny oraz identyfikacji niezbędnych działań*, „Problemy Polityki Społecznej” 2017, nr 38.
 17. J. Morawski, I. Morawski, *W kierunku nowego stylu życia. 25 lat finansów Polaków*, raport opracowany przez SpotData & Provident, 2022, <https://www.pb.pl/25-lat-finansow-polakow/wp-content/uploads/2022/05/Raport-25-lat-finansow-Polakow.pdf> [dostęp 21.07.2022].

który łatwiej odkłada się w czasie (ludzie rzadziej odkładają środki, które miałyby zabezpieczać ten okres życia¹⁸), ponieważ dotyczy relatywnie odległej przyszłości¹⁹.

Analizując zaproponowane w literaturze przedmiotu motywy oszczędzania, Sylwester Białowąs i Iwona Olejnik wyróżnili następujące kategorie: zabezpieczenie przepływu finansowego, bufor na nieprzewidziane zdarzenia²⁰, pokrycie wysokich wydatków na nieruchomości lub majątek rzeczowy, gromadzenie oszczędności, pozostawienie spadku oraz emerytura²¹. Dla Polaków do najczęstszych celów oszczędzania zazwyczaj należy bliżej nieokreślone oszczędzanie na tzw. czarną godzinę (co realnie oznacza brak określonego celu), remonty, zakup dóbr trwałego użytku, wakacje, czy finansowanie bieżących wydatków konsumpcyjnych, a w długim horyzoncie czasu (jednakże z rzadszymi wskazaniami wśród respondentów): starość, zdrowie i przyszłość dzieci²².

W przypadku potrzeby oszczędzania na starość przyczyn należy poszukiwać przede wszystkim w czynnikach demograficznych, zbyt niskiej wysokości przewidywanych emerytur oraz szeroko rozumianej chęci zabezpieczenia realizacji potrzeb i oczekiwanego poziomu życia na emeryturze²³. Jeśli zaś chodzi o potrzebę oszczędzania na leczenie, to za ważną determinantę należy uznać niesatysfakcjonujące rozwiązania oferowane przez system ochrony zdrowia (w tym zbyt małą dostępność i niezadowalający poziom opieki zdrowotnej), chęć zabezpieczenia nieprzewidywanych wydatków związanych utratą zdrowia, a także czynniki demograficzne²⁴. Wydatki prywatne

18. Potwierdzają to wyniki badania TNS Polska dla Związku Banków Polskich z podobnego okresu co realizacja Diagnozy Społecznej, z której pochodzą dane analizowane w tym artykule – *Warto oszczędzać*, Związek Banków Polskich & Warszawski Instytut Bankowości, listopad 2016, https://zbp.pl/getmedia/f365474b-25e9-4a75-a12c-6a0c2ff17ef8/Poradnik_warto_oszczedzac_ZBP_FINAL_2 [dostęp: 21.07.2022].

19. I. Olejnik, *Zabezpieczenie emerytalne. Modele i determinanty zachowań polskich gospodarstw domowych*, Wydawnictwo UEP, Poznań 2016.

20. Do tej grupy zaliczane s sytuacje, w których konieczne jest pokrycie wydatków na leczenie.

21. S. Białowąs, I. Olejnik, *Securing old age vs. other saving goals of households*, "Economic and Environmental Studies", Vol. 18, No 1, s. 65–74.

22. Por. *Portret finansowy Polaka*, Partnerstwo na Rzecz Edukacji Finansowej, 2016, https://mfc.org.pl/wp-content/uploads/2016/09/PREF_Portret-Finansowy-Polaka.pdf [dostęp: 21.07.2022], *InfoKREDYT. Oszczędzanie i kredytowanie Polaków. Raport ZBP*, 2018, https://www.zbp.pl/getmedia/9cb61675-f68d-471d-9d88-5ece4e8001b8/InfoKREDYT_-_Oszczedzanie_i_Kredytowanie_Polakow [dostęp: 21.07.2022], *Badanie wiedzy, postaw wobec inwestowania oraz funduszy inwestycyjnych*, Izba Zarządzających Funduszami i Aktywami, 2021, <https://www.izfa.pl/download/pobierz/raport-z-badania-izfia-2021> [dostęp: 21.07.2022]; *Postawy Polaków wobec finansów*, Fundacja Kronenberga, 2021, https://www.citibank.pl/poland/kronenberg/polish/files/raport_postawy_2021.pdf [dostęp: 21.07.2022].

23. Por. P. Kowalczyk-Rólczyńska, *Czynniki warunkujące posiadanie dobrowolnych oszczędności emerytalnych przez gospodarstwa domowe w Polsce*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2017, nr 2, s. 41–57; J. Perek-Białas, *Zaufanie obywateli do systemu emerytalnego a skłonność do oszczędzania na starość*, „Ubezpieczenia społeczne. Teoria i praktyka” 2017, nr 2, s. 75–93; I. Staniec, *Ryzyko emerytalne, a polski dobrowolny system emerytalny*, „Polityki Europejskie, Finanse i Marketing. Zeszyty Naukowe SGGW w Warszawie” 2019, nr 21, s. 220–233.

24. Por. M. Płonka, *Prywatne ubezpieczenia zdrowotne a publiczny system opieki zdrowotnej w Polsce*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio H. Oeconomia” 2017, Vol. 50, No 6, s. 321–329; M. Piekut, K. Gutkowska, *Wydatki na ochronę zdrowia w gospodarstwach domowych*, „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu” 2016, nr 1(46), s. 36–44; *Finansowanie ochrony zdrowia a jakość systemu dla pacjentów. Polska na tle wybranych krajów europejskich*, BFF Banking Group, 2019, <https://pl.bff.com/documents/2306774/2399401/PL+Raport++Finansowanie+ochrony+zdrowia+a+jakosc+systemu+dla+pacjentow+%283%29.pdf/9566cc9e-0b0a-34d5-abe1-3931c069543b> [dostęp: 21.07.2022].

na ochronę zdrowia w Polsce w 2020 roku wyniosły 44,2 mld zł, czyli 1,9% PKB²⁵. Fakt, że mimo funkcjonowania systemu publicznego Polacy przeznaczają środki prywatne na leczenie, można interpretować jako przejaw indywidualnej dbałości o stan zdrowia i świadomości potrzeb zdrowotnych nieuniknionych w obliczu barier istniejących w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia.

W Polsce nie funkcjonuje ubezpieczenie pielęgnacyjne, ani w rozumieniu publicznym – chociaż część świadczeń z Narodowego Funduszu Zdrowia lub Miejskich Ośrodków Pomocy Społecznej mogłaby być finansowana z takiego ubezpieczenia, ani w rozumieniu prywatnym. W literaturze odwołania do ubezpieczenia pielęgnacyjnego dotyczą najczęściej Republiki Federalnej Niemiec, gdzie ubezpieczenie to jest publiczne i realizuje socjalne cele państwa. Ariel Przybyłowicz wskazuje, że część rozwiązań funkcjonująca w RFN mogłaby zostać wdrożona w Polsce, np. w postaci lepszego zabezpieczenia socjalnego opiekunów osób niesamodzielnych²⁶.

Jednocześnie wśród zachodzących od wielu lat przemian demograficznych szczególnej uwagi wymaga utrzymujący się niski poziom dzietności, wydłużanie się przeciętnego trwania życia²⁷ oraz starzenie się ludności w większości rozwiniętych regionów świata²⁸. Polska jest jednym z najszybciej starzejących się społeczeństw. Jak stwierdził zaś przewodniczący Rady ds. Polityki Senioralnej przy Ministrze Pracy i Polityki Społecznej prof. Bolesław Samoliński na posiedzeniu sejmowej komisji polityki senioralnej w lutym 2018 roku „osoba po 65. roku życia kosztuje trzy razy więcej system ochrony zdrowia niż osoba młodsza”²⁹. Co więcej, ze względu na ograniczone możliwości – np. kolejki do lekarzy specjalistów lub do szpitala³⁰ – systemów publicznych (nie tylko zdrowotnego, ale i emerytalnego) wzrasta konieczność finansowania świadczeń ze środków prywatnych (pochodzących z oszczędności gospodarstw domowych). Dodatkowo, prognoza wzrostu w nadchodzących latach negatywnych konsekwencji zjawisk oraz wspomnianych procesów demograficznych implikuje podejmowanie działań, które będą prowadziły do utrzymania w trakcie trwania całego cyklu życiowego jakości życia pożądanej przez jednostki. W związku z tym nie wydaje się uzasadnione traktowanie oszczędności wyłącznie przez pryzmat akumulacji nadwyżek

25. Tymczasem w 2020 r. wydatki publiczne na ochronę zdrowia wyniosły 121, 5 mld, czyli 5,2% PKB. GUS, *Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2018–2020*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/wydatki-na-ochrone-zdrowia-w-latach-2018-2020,27,1.html> [dostęp: 21.07.2022].

26. A. Przybyłowicz, *Ubezpieczenie pielęgnacyjne w Republice Federalnej Niemiec*, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa, 2017.

27. Oczywiście epidemia Covid-19 spowodowała (o czym będzie w dalszej części pracy), zapewne krótkoterminowe, skrócenie dalszego trwania życia.

28. Por. J. Grant, S. Hoorens, S. Sivadasan, M. van het Loo, J. DaVanzo, L. Hale, S. Gibson, W. Butz, *Low Fertility and Population Ageing. Causes, Consequences and Policy Options*, Prepared for the European Commission, RAND Europe, 2004; D.E. Bloom, D.L. Luca, *The Global Demography of Aging: Facts, Explanations, Future*, „IZA Discussion Paper” No. 10163, Bonn, August 2016.

29. <https://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Polacy-jednym-z-najszybciej-starzejacych-sie-spoleszenstw-UE,141440,14,1.html> [dostęp 12.01.2022]; *Raport: system ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian*, Najwyższa Izba Kontroli, Departament Zdrowia, Warszawa 2019, s. 13, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,20223,vp,22913.pdf> [dostęp: 12.01.2022].

30. NFZ w tym zakresie stworzył nawet specjalną stronę internetową (<https://terminyleczenia.nfz.gov.pl/>), gdzie można sprawdzić czas oczekiwania; np. najkrótszy czas oczekiwania do poradni endokrynologii i diabetologii dziecięcej w całej Polsce jest w Zielonej Górze i zgodnie ze stanem na dzień 20.07.2022 można umówić się na wizytę dopiero w dniu 11.05.2023.

finansowych lub gromadzenia środków finansowych w celu pokrycia tzw. większego wydatku (np. na nowe dobro trwałego użytku lub nieruchomości mieszkalną)³¹.

Skuteczne oddziaływanie na zdrowie ludzkie wymaga poprawy potencjału jednostek (także w rozumieniu większej zbiorowości – społeczeństwa) w sferze podejmowania aktywności skierowanej na rzecz zdrowia danej osoby i innych członków jej gospodarstwa domowego. W związku z tym do działań służących utrzymaniu odpowiedniego poziomu zdrowia trzeba również zaliczyć te mniej oczywiste, do jakich przynależą m.in. gromadzenie oszczędności przeznaczanych na zdrowie, a oprócz tego, akumulacja oszczędności na starość. Warto zatem zidentyfikować, jakie czynniki wpływają na proces oszczędzania w analizowanych tu obszarach.

2. Starzenie się ludności, singularyzacja i feminizacja

Zjawisko zwiększania się odsetka osób starszych w ogóle populacji jest obecnie jednym z najbardziej znaczących problemów ekonomicznych, społecznych i zdrowotnych³². Jest wyzwaniem zarówno dla systemów emerytalnych, które muszą utrzymać z jednej strony stabilność finansową, a z drugiej strony adekwatność świadczeń, jak i dla rynku pracy. Coraz wyższe wydatki na emerytury wpływają na wyższe koszty pracy, ograniczając tym samym podaż pracy. Starzenie się ludności stanowi także zagrożenie dla systemu opieki długoterminowej wskutek zwiększania się liczby osób niesamodzielnych³³. Problem starzenia się ludności jest globalny³⁴. Niemal każdy kraj na świecie w najbliższych dekadach doświadczy znaczącego wzrostu liczby osób starszych³⁵. Biorąc pod uwagę Polskę, odsetek osób w wieku 65 lat i więcej w ogóle liczby ludności w 2020 roku zwiększył się do 18,2% w porównaniu do 13,6% w 2011 roku³⁶. Z prognoz Komisji Europejskiej³⁷ wynika, że w dłuższym okresie, tj. do 2060 roku, wzrośnie on aż do poziomu 33,9%. Z kolei w wieku 80+ będzie więcej niż co dziesiąta osoba (12,5%) w Polsce, w 2019 roku ok. co dwudziesta (4,4%).

31. Podobny do wydatków na zdrowie „oszczędnościowy” charakter mają wydatki na kształcenie. B. Liberda, *Oszczędności gospodarstw domowych – analiza przekrojowa i analiza kohort*, [w:] *Długoterminowe oszczędzanie. Postawy, strategie i wyzwania*, [red.] J. Rutecka, SGH, Warszawa 2016, s. 36.

32. P. Maresova, E. Javanmardi, S. Barakovic, J. Barakovic Husic, S. Tomsone, O. Krejcar, K. Kuca, *Consequences of chronic diseases and other limitations associated with old age – a scoping review*, „BMC Public Health” 2019, No. 19, s. 1431; A. Ostrowska-Dankiewicz, M. Simionescu, *Relationship Between the Insurance Market and Macroeconomic Indicators in the EU Member States*, „Transformations in Business & Economics”, Vol. 19, No 3 (51), s. 175–187.

33. Ł. Jurek, *Zapotrzebowanie na prywatne ubezpieczenie opiekuńcze w Polsce*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe. Konsument na Rynku Usług Finansowych” 2019, Nr 33 (3), s. 68–80.

34. A. Chłoń-Domińczak, *How the retirement age affects labor resources, labor force participation and pension system spending. Wiek emerytalny a zasoby pracy, aktywność zawodowa i wydatki systemów emerytalnych*, [w:] *The retirement age and the pension system, the labor market and the economy. Wiek emerytalny a system emerytalny, rynek pracy i gospodarka*, [red.] A. Chłoń-Domińczak, F. Chybalski, M. Rutkowski, „mBank-CASE Seminar Proceedings” 2021, No 167, s. 5.

35. *World Population Ageing 2015*, United Nations 2015.

36. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO_PJANIND_custom_1938244/default/table?lang=en [dostęp: 17.01.2022].

37. *The 2021 Ageing Report Economic & Budgetary Projections for the EU Member States (2019–2070)*, „Institutional Paper” 148, European Commission 2021, s. 336.

Jednocześnie prognozowany jest wzrost współczynnika obciążenia demograficznego ludnością w wieku poprodukcyjnym³⁸ z 29,0% w 2019 roku do 68,2% w 2060 roku.

W okresie minionych 30 lat wszystkie kraje Unii Europejskiej przeprowadziły reformy systemów emerytalnych, a ich fundamentalnym celem było ograniczenie wzrostu wydatków publicznych na emerytury. W związku z coraz szybszym starzeniem się ludności³⁹ zmierzały one do postrzymania dalszego wzrostu stóp składek na ubezpieczenie emerytalne, poprawy w zakresie relacji liczby osób pobierających świadczenie emerytalne do osób płacących składki⁴⁰, obniżenia stopy świadczeń (stopy zastąpienia⁴¹) czy też zasilenia systemu z innych źródeł finansowych (np. z podatków)⁴². Również w Polsce, w związku z reformą emerytalną z 1999 roku wprowadzającą system zdefiniowanej składki, „nie zapewniono rosnącej stopy zastąpienia, co z czasem zaczęło być postrzegane jako problem”⁴³. Z szacunków Komisji Europejskiej⁴⁴ wynika, że dla osób przechodzących na emeryturę w minimalnym wieku emerytalnym w 2060 roku stopa zastąpienia będzie wynosić zaledwie 25,1% (54,1% w 2019 roku).

Oczekiwane dalsze trwanie życia w zdrowiu jest wskaźnikiem informującym o liczbie lat życia w dobrej kondycji zdrowotnej (inaczej: życia bez niepełnosprawności)⁴⁵. Relatywnie dłuższy taki okres stanowi o zdrowszych zasobach siły roboczej, mniejszej liczbie wcześniejszych emerytur przyznawanych ze względu na problemy zdrowotne, jak i o mniejszym zapotrzebowaniu na opiekę długoterminową wśród osób starszych⁴⁶. Z danych Eurostatu⁴⁷ z 2019 roku wynika, że w Unii Europejskiej kobiety w wieku 65 lat przeciętnie mają przed sobą do przeżycia⁴⁸ 21,8 lat, z czego

-
38. Ang. *old-age dependency ratio*, mówiący o udziale osób w wieku 65+ w ogóle liczby ludności w wieku 20–64 lat. Bardziej prawidłowe byłoby przedstawienie współczynnika obciążenia demograficznego jako sumy współczynnika obciążenia demograficznego ludnością w wieku przedprodukcyjnym i współczynnika obciążenia demograficznego ludnością w wieku poprodukcyjnym, jednak UE przedstawiła wielkości w odmienny sposób.
 39. S. Pieńkowska-Kamieniecka, J. Rutecka-Góra, P. Kowalczyk-Rólczyńska, M. Hadryan, *Readability, efficiency and costliness of individual retirement products in Poland*, „Equilibrium. Quarterly Journal of Economics and Economic Policy” 2021, No. 16 (1), s. 45–74.
 40. Ang. *system dependency ratio* – stosunek liczby osób pobierających świadczenie emerytalne do osób płacących składki.
 41. Ang. *benefit ratio* – relacja przeciętnej emerytury do przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce danego kraju. Zob. *Adequacy and Sustainability of Pensions*, European Commission, https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/file_import/european-semester_thematic-factsheet_adequacy-sustainability-pensions_en_0.pdf, s. 4 [dostęp: 17.01.2022].
 42. K. Hinrichs, *Recent pension reforms in Europe: More challenges, new directions. An overview*, „Social Policy & Administration” 2021, No. 55, s. 49.
 43. M. Rutkowski, *The pension dilemma and the retirement age. Dylemat emerytalny i wiek emerytalny*, [w:] *The retirement age and the pension system, the labor market and the economy...*, s. 31.
 44. *The 2021 Ageing...*, s. 337.
 45. Zob. [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Healthy_life_years_\(HLY\)](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Healthy_life_years_(HLY)) [dostęp: 28.01.2022].
 46. *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*, OECD/European Union, OECD Publishing, Paris 2020, s. 116.
 47. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_HLYE_custom_1884944/default/table?lang=en [dostęp: 2.02.2022].
 48. Tzw. oczekiwane trwanie dalszego życia.

mniej niż połowę [47,7%, tj. 10,39 lat] stanowią lata w dobrym zdrowiu⁴⁹. Natomiast wśród mężczyzn jest to odpowiednio 18,4 lat, z czego w dobrym zdrowiu 55,4% [10,19 lat]. Na długość życia niewątpliwie wpływa pandemia Covid-19. Z badań José Manuela Aburto i współpracowników wynika, że przyniosła ona „globalny kryzys śmiertelności”⁵⁰. W 29 analizowanych przez nich krajach, w 2020 roku – w przypadku kobiet w 8 krajach i mężczyzn w 11 krajach – oczekiwane trwanie życia w momencie narodzin w porównaniu do 2019 roku skróciło się przeciętnie o ponad rok. Polska wskazywana jest jako kraj, w którym dla obu płci strata w latach życia [dla mężczyzn w całym okresie życia, a dla kobiet w dalszych latach życia po osiągnięciu 60 roku życia] była najwyższa [po ponad 1,4 roku]⁵¹. Pandemia koronawirusa jest również wyzwaniem zdrowotnym, zwłaszcza dla osób starszych.

W XXI wieku globalne obciążenie i zagrożenie chorobami przewlekłymi jest uważane za poważny problem zdrowia publicznego, który osłabia zrównoważony rozwój społeczny i gospodarczy na całym świecie⁵². Starzenie się ludności jest procesem prowadzącym do przewlekłych dolegliwości i chorób oraz uzależnienia od osób trzecich. Choroby przewlekłe, określane jako niezakaźne, pojawiają się zwykle w średnim wieku najczęściej po długotrwałym narażeniu na niezdrowy tryb życia obejmujący palenie tytoniu, spożywanie alkoholu, stres, brak regularnej aktywności fizycznej czy też spożywanie wysokotłuszczowej diety lub czerwonego mięsa. Istotne jest jednak, że częstość występowania chorób przewlekłych gwałtownie wzrasta wraz z wiekiem, a większość pacjentów z przewlekłą dolegliwością jest w wieku powyżej 65 lat⁵³. Z badania SHARE⁵⁴ wynika, że w całej Unii Europejskiej ok. 37% osób w wieku 65 lat i więcej cierpi na co najmniej dwie choroby przewlekłe⁵⁵ [wykres 1.].

49. Należy podkreślić, że dane dotyczące lat życia w dobrym zdrowiu są to dane subiektywne.

50. J.M. Aburto, J. Schöley, I. Kashnitsky, L. Zhang, C. Rahal, T.I. Missov, M.C. Mills, J.B. Dowd, R. Kashyap, *Quantifying impacts of the COVID-19 pandemic through life-expectancy losses: a population-level study of 29 countries*, „International Journal of Epidemiology” 2022, Vol. 51, Issue 1, s. 3.

51. *Ibidem*, s. 6.

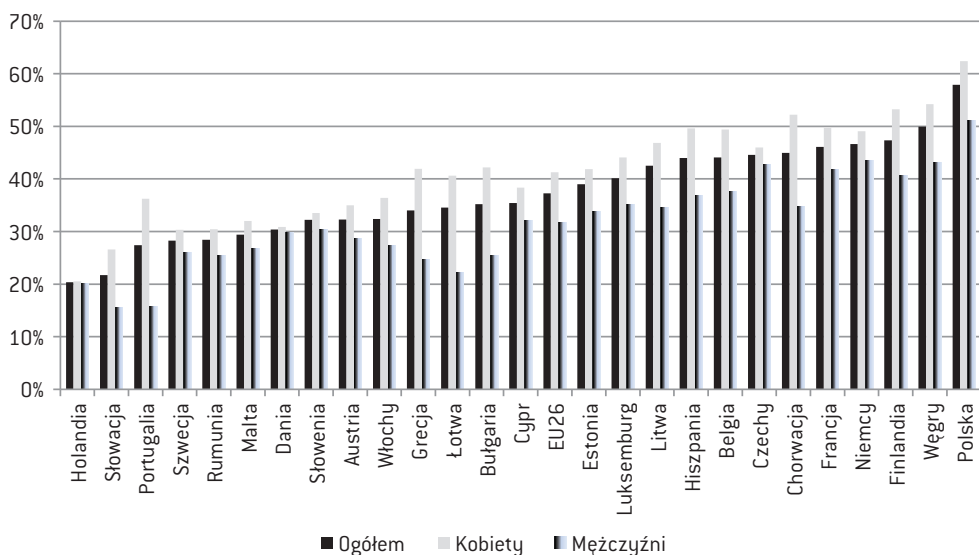
52. D. Tengilimoğlu, U. Gönüllü, O. Işık, N. Tosun, A. Zekioglu, O. Tengilimoğlu, M. Younis, *The Problems Experienced by Employees with Chronic Disease during the COVID-19 Pandemic*, „International Journal of Environmental Research and Public Health” 2022, No. 19[1], s. 578.

53. S. Prasad, B. Sung, B.B. Aggarwal, *Age-Associated Chronic Diseases Require Age-Old Medicine: Role of Chronic Inflammation*, „Preventive Medicine” 2012, 54 [Suppl.], S29–S37.

54. Szerzej o metodyce SHARE: <http://www.share-project.org/data-documentation/faqs.html> [dostęp: 4.08.2022].

55. Biorąc pod uwagę następujące choroby przewlekłe: Alzheimera, Parkinsona, nowotwory, choroby nerek, płuc, cukrzycę, zawał serca, złamanie biodra, udar, reumatoidalne zapalenie stawów i chorobę zwyrodnieniową stawów. Zob. *Health at a Glance...*, s. 133.

Wykres 1. Odsetek osób z co najmniej dwiema chorobami przewlekłymi wśród osób w wieku 65 lat i więcej w 2017 roku (w %)



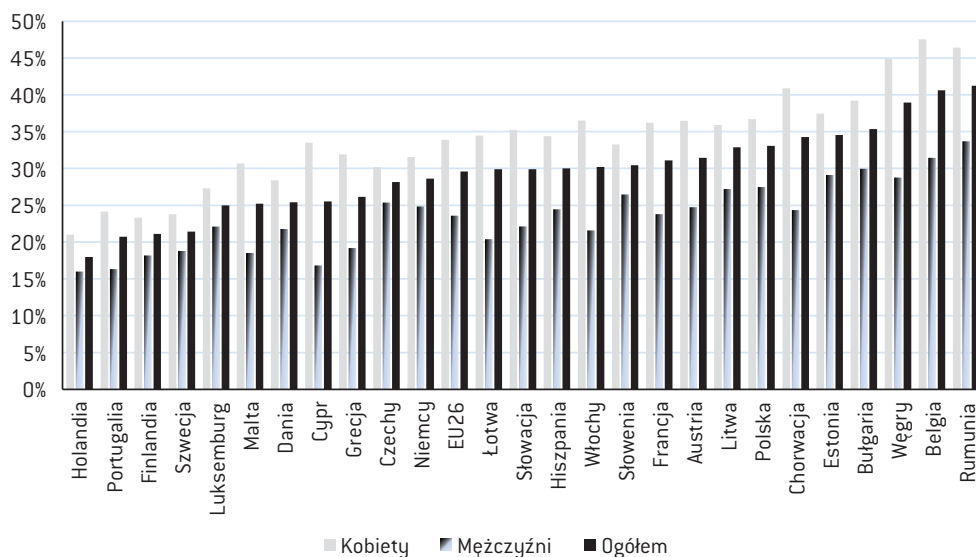
Źródło: opracowanie własne na podstawie *Badanie Zdrowia, Starzenia się Populacji i Procesów Emerytalnych*, A. Börsch-Supan, (2022). *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE56) Wave 7*. Release version: 8.0.0. SHARE-ERIC. Data set. DOI: 10.6103/SHARE.w7.800

Na wykresie 1. przedstawiono, że największy odsetek osób z co najmniej dwiema równoległe występującymi chorobami przewlekłymi w ogóle populacji osób starszych, biorąc pod uwagę państwa członkowskie UE, występuje w Polsce. Wynosi on aż 58%, w tym 62% wśród kobiet i 51% wśród mężczyzn.

Jednocześnie, przy średniej unijnej na poziomie 30% pod względem odsetka wśród osób w wieku 65 lat i więcej deklarujących co najmniej jedno ograniczenie w codziennych czynnościach, zarówno podstawowych (np. jedzenie, ubieranie się), jak i instrumentalnych (np. gotowanie, sprzątanie), w Polsce problem ten, zwłaszcza wśród kobiet, jest częściej zauważalny (wykres 2.). Tymczasem takie ograniczenia, wraz ze starzeniem się ludności, będą coraz powszechniejszym powodem, dla którego coraz większa część społeczeństwa będzie wymagała opieki długoterminowej.

56. The SHARE data collection has been funded by the European Commission, DG RTD through FP5 (QLK6-CT-2001-00360), FP6 (SHARE-13: RII-CT-2006-062193, COMPARE: CIT5-CT-2005-028857, SHARELIFE: CIT4-CT-2006-028812), FP7 (SHARE-PREP: GA N°211909, SHARE-LEAP: GA N°227822, SHARE M4: GA N°261982, DASISH: GA N°283646) and Horizon 2020 (SHARE-DEV3: GA N°676536, SHARE-COHESION: GA N°870628, SERISS: GA N°654221, SSHOC: GA N°823782, SHARE-COVID19: GA N°101015924) and by DG Employment, Social Affairs & Inclusion through VS 2015/0195, VS 2016/0135, VS 2018/0285, VS 2019/0332, and VS 2020/0313. Additional funding from the German Ministry of Education and Research, the Max Planck Society for the Advancement of Science, the U.S. National Institute on Aging (U01_AG09740-13S2, P01_AG005842, P01_AG08291, P30_AG12815, R21_AG025169, Y1-AG-4553-01, IAG_BSR06-11, OGHA_04-064, HHSN271201300071C, RA-G052527A) and from various national funding sources is gratefully acknowledged.

Wykres 2. Odsetek osób deklarujących ograniczenia w codziennych czynnościach wśród osób w wieku 65 lat i więcej w 2017 roku (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie *Badanie Zdrowia, Starzenia się Populacji i Procesów Emerytalnych A. Börsch-Supan, (2022). Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 7. Release version: 8.0.0. SHARE-ERIC. Data set. DOI: 10.6103/SHARE.w7.800*

Z wykresu 1. i wykresu 2. wynika, że problem zapewnienia opieki długoterminowej w wielu krajach świata, w tym zwłaszcza w Polsce, będzie narastający i coraz bardziej złożony w związku ze zmianami demograficznymi, w obszarze rynku pracy oraz przeobrażeniami w funkcjonowaniu rodzin. Obecnie w Polsce, co wynika i z przesłanek prawnych, i tradycji, to głównie rodzina pełni funkcje opiekuńcze w stosunku do swoich starszych członków. Instytucje społeczne są włączane, gdy ta pomoc nie może być udzielona lub funkcjonuje ona w niewystarczającym stopniu⁵⁷. W związku z częstszym uczestnictwem kobiet w rynku pracy, zanikaniem tradycyjnych funkcji rodziny i zmniejszaniem się jej wydolności opiekuńczej pole dla opieki nieformalnej wciąż się zmniejsza⁵⁸. Proces ten będzie prowadził do wzrostu kosztów związanych z opłaceniem profesjonalnej opieki (a dodatkowo także z koniecznością poniesienia rosnących wydatków na leczenie oraz innych, związanych z zaspokojeniem potrzeb w wydłużonym okresie starości). Dlatego coraz większa uwaga powinna być kierowana w stronę sektora prywatnego i zwiększania znaczenia oszczędzania na zabezpieczenie okresu starości poza publicznym systemem zabezpieczenia społecznego. Celem jest więc zachęcenie Polaków do korzystania z ochrony ubezpieczeniowej w ramach ubezpieczeń prywatnych, gdzie składka, jako opłata za prawo korzystania z nich, przyjmuje postać

57. A. Sowa-Kofta, *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care – Poland*, [w:] *European Social Policy Network (ESPN)*, European Commission, Brussels, 2018.

58. S. Spasova, R. Baeten, B. Vanhercke, *Challenges in long-term care in Europe*, „Eurohealth Observer” 2018, Vol. 24, No. 4, s. 7; Ł. Jurek, *op. cit.*, s. 77.

składki ubezpieczeniowej, zależnej od czynników ryzyka, co nie wyklucza możliwości zasilania ubezpieczeń prywatnych środkami ze źródeł publicznych (np. podatków)⁵⁹.

3. Dane i metodyka badań

W opracowaniu skorzystano z ogólnopolskiego badania „Diagnoza Społeczna”, przeprowadzonego w 2015 roku. Jego koncepcję i logistykę opracowała Rada Monitoringu Społecznego, a badanie terenowe przeprowadzili ankieterzy Głównego Urzędu Statystycznego. Kwestionariusz ankiety wypełniał ankieter w czasie wywiadu z przedstawicielem gospodarstwa domowego (tzw. głową gospodarstwa), najlepiej zorientowanym w sytuacji danego gospodarstwa i jego członków⁶⁰. Wielkość próby (ważnych obserwacji) wyniosła 11 724 gospodarstwa domowe. Badanie było reprezentatywne dla ogółu ludności Polski, a dobór gospodarstwa do badania następował z użyciem losowania warstwowego dwustopniowego (według województw i klasy miejscowości zamieszkania)⁶¹.

Badanie z 2015 roku jest ostatnim badaniem przeprowadzonym w ramach badania „Diagnoza Społeczna”, jednak obecnie, szczególnie po pandemii Covid-19, wyniki przedstawione w pracy mogą być częściowo nieaktualne, szczególnie w zakresie oszczędzania na leczenie. Oszczędności te mogły bowiem wzrosnąć, oby długoterminowo, a nie tylko doraźnie, zmianie uległy również warunki społeczno-ekonomiczne.

Badanie „Diagnoza Społeczna” dostarcza informacji na temat struktury i warunków życia gospodarstw domowych, stanowiąc diagnozę jakości życia Polaków z ich własnej perspektywy⁶². W niniejszym artykule, zgodnie z jego tytułem i celem badań w nim prezentowanych, skoncentrowano się na oszczędnościach gospodarstw domowych oraz na kwestii, jaką część oszczędności przeznaczają one na leczenie swoich członków oraz na zabezpieczenie finansowe na starość. W związku z tym zbudowano dwa modele regresji logistycznej, w których zmiennymi zależnymi (objaśnianymi) były:

- Y_1 – gromadzenie oszczędności na leczenie (model 1) oraz
- Y_2 – gromadzenie oszczędności na starość (model 2).

Powyższe zmienne miały charakter binarny, przyjmowały wartość „1” w sytuacji, kiedy dane zdarzenie wystąpiło (tj. gospodarstwo domowe gromadziło oszczędności na leczenie – model 1 lub na starość – model 2) albo „0” dla sytuacji przeciwnej, tj. gdy gospodarstwo domowe nie gromadziło oszczędności na powyższe cele.

59. B. Więckowska, M. Osak, *Potencjał prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jako źródła finansowania opieki zdrowotnej w Polsce*, „Ubezpieczenia emerytalne, społeczne i metody aktuarialne, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, 2010, nr 106, s. 213; B. Więckowska, *Ubezpieczenie pielęgnacyjne*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2008.

60. Należy zaznaczyć, że badanie „Diagnoza Społeczna” przeprowadzone zostało w oparciu o dwa kwestionariusze ankiety. Poza kwestionariuszem dla przedstawicieli gospodarstw domowych opracowany został również kwestionariusz dla członków badanych gospodarstw domowych. Ta część badania nie stanowi jednak problematyki niniejszego artykułu.

61. *Diagnoza Społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków*, [red.] J. Czapiński, T. Panek, „Contemporary Economics” 2015, Vol. 9, Issue 4, s. 25–26.

62. *Ibidem*, s. 14.

Ponieważ modele regresji logistycznej są wykorzystywane do objaśniania zmiennych jakościowych w zależności od poziomu zmiennych egzogenicznych (jakościowych bądź ilościowych)⁶³, przyjęto w nich następujący zestaw potencjalnych zmiennych kontrolnych, z grupami odniesienia określanymi skrótem „ref.” (jako wariant referencyjny):

- płeć (kobieta – ref., mężczyzna);
- miejsce zamieszkania (wieś – ref., miasto);
- stan cywilny (kawaler / panna – ref., żonaty / zamężna, wdowiec / wdowa, rozwiedziony / w separacji);
- poziom wykształcenia (wyższe co najmniej ze stopniem doktora – ref., wyższe magisterskie, wyższe licencjackie lub inżynierskie, średnie lub policealne, zawodowe, podstawowe i gimnazjalne, bez wykształcenia);
- niepełnosprawność (osoba pełnosprawna – ref, orzeczenie ZUS⁶⁴, orzeczenie ZOoN⁶⁵, orzeczenie ZUS i ZOoN, orzeczenie w toku, pozostałe przypadki);
- korzystanie w minionym roku z usług placówek zdrowotnych opłacanych z własnej kieszeni (nie – ref., tak);
- przebywanie przez członków gospodarstwa domowego w ostatnim roku w szpitalu (nie – ref., tak);
- problemy ze zdrowiem utrudniały wykonywanie codziennych zajęć lub branie udziału w innych zajęciach? (często – ref., zdarzyło się, nigdy);
- korzystanie z usług placówek służby zdrowia opłacanych przez NFZ (nie – ref., tak);
- korzystanie z usług placówek służby zdrowia placówek opłacanych przez pracodawcę (abonament lub ubezpieczenie) (nie – ref., tak);
- zadowolenie z opieki zdrowotnej (bardzo niezadowolony – ref., bardzo zadowolony, zadowolony, dosyć zadowolony, dosyć niezadowolony, niezadowolony);
- dochód netto gospodarstwa domowego średnio z ostatnich 3 miesięcy (w tys. zł);
- wydatki w gospodarstwie domowym na leki w ostatnich 3 miesiącach (w tys. zł);
- udział w nabożeństwach religijnych (liczba; przeciętnie w miesiącu).

Wyboru zmiennych objaśniających do modelu 1 i modelu 2 dokonano, używając metody eliminacji wstecznej Walda. Mimo że wskaźniki R-kwadrat (Coxa i Snella oraz Nagelkerkego) są dość niskie, to jednak wysoka wartość testu Hosmer-Lemeshowa ($p > 0,05$) oraz fakt, że zmienne włączone do modeli są istotne statystycznie, pozwala na stwierdzenie, że modele są poprawne. Poziom istotności statystycznej dla pozostania poszczególnych zmiennych w modelach M1 i M2 ustawiono na 0,05, w związku z czym tworzą je tylko te zmienne, które okazały się istotne statystycznie. Zatem wyniki tylko takich zmiennych przedstawiono w artykule. Wszystkich obliczeń dokonano za pomocą IBM program SPSS Statistics 26.0.

63. B. Jackowska, *Efekty interakcji między zmiennymi objaśniającymi w modelu logitowym w analizie zróżnicowania ryzyka zgonu*, „Przegląd Statystyczny” 2011, z. 1–2, s. 24.

64. ZUS – Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

65. ZOoN – Zespół Orzekający o Niepełnosprawności przy Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie.

4. Charakterystyka zmiennych w badaniu

Strukturę osób będących głowami gospodarstw domowych pod względem deklarowania przez nie gromadzenia oszczędności na leczenie i na starość przedstawiono w tabeli 1. Zaprezentowano w niej (tak jak w tabeli 2.) tylko te zmienne objaśniające, które były potencjalnymi zmiennymi w modelu 1 (M1 – na leczenie) i modelu 2 (M2 – na starość).

Tabela 1. Charakterystyka potencjalnych zmiennych jakościowych ze względu na cel oszczędności – na leczenie i na starość (w %)

Zmienna	Opis zmiennej	Na leczenie		Na starość	
		Nie	Tak	Nie	Tak
Płeć	Kobieta	83,6	16,4	82,3	17,7
	Mężczyzna	82,3	17,7	78,7	21,3
Miejsce zamieszkania	Wieś	80,6	19,4	76,5	23,5
	Miasto	85,6	14,4	84,6	15,4
Stan cywilny	Kawaler / panna	86,3	13,7	84,6	15,4
	Żonaty / zamężna	81,8	18,2	78,2	21,8
	Wdowiec / wdowa	82,4	17,6	82,0	18,0
	Rozwiedziony / w separacji	86,8	13,2	83,4	16,6
Poziom wykształcenia	Wyższe (z dr i wyżej)	65,9	34,1	47,7	52,3
	Wyższe (mgr)	78,4	21,6	67,2	32,8
	Wyższe (inż., lic.)	74,9	25,1	69,5	30,5
	Średnie lub policealne	82,0	18,0	78,2	21,8
	Zawodowe	85,1	14,9	85,0	15,0
	Podstawowe i gimnazjum	85,2	14,8	86,6	13,4
	Bez wykształcenia	85,0	15,0	85,0	15,0
Niepełnosprawność	Osoba pełnosprawna	83,6	16,4	79,3	20,7
	Orzeczenie ZUS	78,3	21,7	83,7	16,3
	Orzeczenie ZOoN	77,2	22,8	82,0	18,0
	Orzeczenie ZUS i ZOoN	81,1	18,9	89,5	10,5
	Orzeczenie w toku	75,0	25,0	84,8	15,2
	Pozostałe przypadki	84,2	15,8	76,3	23,7
Korzystanie w minionym roku z usług placówek zdrowotnych opłacanych z własnej kieszeni	Nie	87,1	12,9	85,2	14,8
	Tak	78,6	21,4	75,0	25,0
Przebywanie przez członków gospodarstwa domowego w ostatnim roku w szpitalu	Nie	84,6	15,4	80,3	19,7
	Tak	77,1	22,9	79,0	21,0
Problemy ze zdrowiem utrudniały Panu wykonywanie codziennych zajęć lub branie udziału w innych zajęciach	Często	78,5	21,5	82,4	17,6
	Zdarzyło się	81,4	18,6	78,4	21,6
	Nigdy	86,4	13,6	80,6	19,4
Korzystanie z usług placówek służby zdrowia opłacanych przez NFZ	Nie	91,5	8,5	81,4	18,6
	Tak	82,2	17,8	79,9	20,1
Korzystanie z usług placówek służby zdrowia placówek opłacanych przez pracodawcę (abonament lub ubezpieczenie)	Nie	82,9	17,1	80,5	19,5
	Tak	80,6	19,4	70,4	29,6

Zadowolenie z opieki zdrowotnej	Bardzo niezadowolony	82,9	17,1	80,3	19,7
	Bardzo zadowolony	82,8	17,2	76,5	23,5
	Zadowolony	84,0	16,0	80,2	19,8
	Dosyć zadowolony	82,5	17,5	79,3	20,7
	Dosyć niezadowolony	81,4	18,6	80,1	19,9
	Niezadowolony	83,2	16,8	80,1	19,9

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania „Diagnoza Społeczna” 2015.

W przypadku zmiennych ciągłych nie jest możliwe przedstawienie w analogiczny sposób wyników dotyczących oszczędzania dla poszczególnych wartości danej zmiennej. Jednakże zaprezentowano charakterystykę tych zmiennych w odniesieniu do głowy gospodarstw domowych biorących udział w badaniu (tabela 2.).

Tabela 2. Charakterystyka potencjalnych zmiennych ilościowych

Zmienna	Opis zmiennej	Wartości
Wiek respondenta	W latach	średnia 57,4; mediana 58; min. 18; max. 100;
Dochód netto średnio z ostatnich 3 miesięcy	W tys. zł	średnia 2,1; mediana 1,8; min. 0,1; max. 30;
Wydatki w gospodarstwie domowym respondenta na leki w ostatnich 3 miesiącach	W tys. zł	średnia 0,39; mediana 0,3; min. 0,01; max. 8;
Udział respondenta w nabożeństwach religijnych średnio w ciągu miesiąca	Liczba	średnia 2,7; mediana 3,0; min. 0; max. 35;

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania „Diagnoza Społeczna” 2015.

5. Oszczędzanie na leczenie i na starość – wyniki badań

Badanie „Diagnoza Społeczna” ukazuje skalę oszczędności gospodarstw domowych w Polsce. W 2015 roku tylko 45,1% z nich deklarowało, że miało jakiegokolwiek oszczędności. Wśród tych gospodarstw 29,20% wskazało, że celem oszczędzania jest gromadzenie środków na pokrycie kosztów leczenia, a 38,9% – że jest to dodatkowe zabezpieczenie finansowe w okresie starości⁶⁶. Można zatem stwierdzić, że prawie co drugie gospodarstwo domowe w Polsce nie posiadało żadnych oszczędności, a wśród tych, które zadeklarowały oszczędzanie, mniej niż co trzecie oszczędza z myślą o finansowaniu kosztów leczenia. Nieco większy odsetek oszczędza w celu podwyższeniu standardu życia na emeryturze.

Należy ponadto zauważyć, że gospodarstwa domowe deklarujące posiadanie oszczędności ogółem, w tym na leczenie i na starość, najczęściej miały je na poziomie stanowiącym równowartość od powyżej miesięcznych do trzymiesięcznych ich dochodów. Zwłaszcza wśród gospodarstw

66. *Diagnoza Społeczna 2015E*, s. 56, 58. Respondenci mogli dokonać wielokrotnego wyboru wśród następujących celów gromadzenia przez gospodarstwa domowe oszczędności: rezerwa na bieżące wydatki konsumpcyjne, stałe opłaty (np. mieszkaniowe), zakup dóbr trwałego użytku, zakup domu, remont domu, leczenie, rehabilitacja, wypoczynek, rezerwa na sytuacje losowe, zabezpieczenie przyszłości dzieci, zabezpieczenie na starość, na rozwój własnej działalności gospodarczej, na inne cele, bez specjalnego przeznaczenia.

domowych wskazujących, że celem oszczędzania jest gromadzenie środków na leczenie, niemal 60% wskazuje, że ma je na poziomie nieprzekraczającym trzymiesięcznych dochodów (tabela 3.).

Tabela 3. Wartość posiadanych przez gospodarstwo domowe oszczędności w relacji do dochodów gospodarstwa domowego (w % odpowiedzi)

Cel oszczędzania	Wartość oszczędności						ogółem
	do miesięcznych	1–3 miesięczne	3–6 miesięcznych	6 miesięczne–roczne	roczne–trzyletnie	powyżej trzyletnich	
Ogółem (n=6 573)	20,2	33,1	23,6	15,5	5,1	2,5	100,0
Na leczenie (n=2 016)	26,2	31,0	21,1	15,0	4,6	2,1	100,0
Na starość (n=2 340)	11,5	28,9	27,0	20,5	8,0	4,0	100,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania „Diagnoza Społeczna” 2015.

Zaprezentowana wcześniej charakterystyka głów gospodarstw domowych, oszczędzających na leczenie i na starość w Polsce, mimo że stanowi ich charakterystykę według różnych kryteriów, nie wyjaśnia, które z nich mają wpływ na podejmowane decyzje oszczędnościowe w powyższych obszarach. W związku z tym zbudowano dwa modele regresji logistycznej (tabela 4.). Jeden dla wskazania czynników, które wyjaśniają posiadanie oszczędności na leczenie, a drugi dla czynników motywujących oszczędzanie na starość. W każdym z nich przedstawiono tylko te zmienne niezależne, które okazały się istotne statystycznie, a więc wywierają istotny statystycznie wpływ na daną zmienną zależną.

Tablica 4. Wyniki badania gromadzenia oszczędności na leczenie (M1) i na starość (M2)

Zmienna	Opis zmiennej	M1			M2		
		Exp(B)	Błąd stand.	p	Exp(B)	Błąd stand.	p
Płeć	Kobieta	ref.			ref.		
	Męczyzna	1,182	0,085	0,050	1,278	0,084	0,003
Wiek	W latach	1,038	0,003	0,000	1,041	0,003	0,000
Miejsce zamieszkania	Wieś	ref.			ref.		
	Miasto	1,229	0,069	0,003	1,249	0,067	0,001
Stan cywilny	Kawaler / panna	ref.			ref.		
	Żonaty / zamężna	0,874	0,120	0,259	0,952	0,116	0,673
	Wdowiec / wdowa	0,660	0,138	0,003	0,724	0,135	0,017
	Rozwiedziony / w separacji	0,627	0,166	0,005	0,796	0,155	0,142
Poziom wykształcenia	Wyższe (z dr i wyżej)	ref.			ref.		
	Wyższe (mgr)	0,600	0,320	0,110	0,535	0,310	0,044
	Wyższe (inż., lic.)	0,859	0,345	0,659	0,626	0,335	0,163
	Średnie lub policealne	0,463	0,316	0,015	0,386	0,310	0,002
	Zawodowe	0,407	0,318	0,005	0,285	0,313	0,000
	Podstawowe i gimnazjum	0,299	0,325	0,000	0,212	0,321	0,000
	Bez wykształcenia	0,180	0,460	0,000	0,180	0,448	0,000

Dochód netto średnio z ostatnich 3 miesięcy	W tys. zł	–	–	–	1,210	0,000	0,022
Niepełnosprawność	Osoba pełnosprawna	–	–	–	ref.		
	Orzeczenie ZUS	–	–	–	0,713	0,098	0,001
	Orzeczenie ZOoN	–	–	–	0,825	0,187	0,305
	Orzeczenie ZUS i ZOoN	–	–	–	0,512	0,410	0,103
	Orzeczenie w toku	–	–	–	0,621	0,308	0,121
	Pozostałe przypadki	–	–	–	1,170	0,475	0,741
Korzystanie w minionym roku z usług placówek zdrowotnych opłacanych z własnej kieszeni	Nie	ref.			ref.		
	Tak	1,516	0,067	0,000	1,490	0,064	0,000
Przebywanie przez członków gospodarstwa domowego w ostatnim roku w szpitalu	Nie	ref.				-	-
	Tak	1,323	0,069	0,000	–	–	–
Wydatki w gospodarstwie domowym na leki w ostatnich 3 miesiącach	W tys. zł	1,723	0,075	0,000	–	–	–
Udział w nabożeństwach religijnych średnio w ciągu miesiąca	Liczba	1,024	0,009	0,007	1,030	0,009	0,001
Stała		0,028	0,355	0,000	0,029	0,355	0,000
R-kwadrat Coxa i Snella		0,070				0,083	
R-kwadrat Nagelkerkego		0,115				0,131	
Test Hosmera-Lemeshowa (<i>p-value</i>)		0,837				0,103	
-2 logarytm wiarygodności		6 650,993				7 024,930	
N		7 618				7 617	

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania „Diagnoza Społeczna” 2015.

Z badań wynika, że płeć głowy gospodarstwa domowego istotnie statystycznie wpływa na gromadzenie przez gospodarstwo oszczędności zarówno na leczenie jego członków, jak i na zabezpieczenie okresu starości. Szanse na oszczędzanie są wyższe o 18% dla celów leczenia i o 28% dla starości, jeśli finansami gospodarstwa domowego zarządza mężczyzna (a nie kobieta). Ponadto szanse te rosną wraz z wiekiem. Z każdym kolejnym rokiem życia głowy gospodarstwa domowego zwiększają się one o ok. 4% zarówno dla oszczędzania na leczenie, jak i na starość. Determinantą gromadzenia oszczędności jest również miejsce zamieszkania. W przypadku obu analizowanych celów oszczędzania, gospodarstwa domowe w miastach mają o ok. 20% większe szanse na ich posiadanie niż gospodarstwa domowe na wsi. Analiza stanu cywilnego przynosi konstatację, że osoby owdowiałe rzadziej myślą o zabezpieczeniu finansowym na wypadek poniesienia kosztów leczenia oraz zabezpieczeniu okresu po zakończeniu aktywności zawodowej niż osoby, które nie są w związku małżeńskim. Może to jednak wynikać z gorszej sytuacji materialnej wdów / wdowców. Szanse na gromadzenie oszczędności są dla nich niższe o 34% w przypadku leczenia i o 27% w przypadku starości.

Ponadto można stwierdzić, że istotny dla celów oszczędzania jest poziom posiadanego wykształcenia. Największe szanse na oszczędzanie mają gospodarstwa domowe zarządzane przez osoby najlepiej wykształcone. Głowy gospodarstw domowych bez jakiegokolwiek wykształcenia mają jednakowo, tj. o ponad 80% niższe szanse na oszczędzanie na leczenie i na starość niż

osoby posiadające co najmniej stopień doktora i o 40% niższe od osób z wykształceniem wyższym magisterskim.

Zgodnie z modelem na oszczędzanie na starość istotnie oddziałuje dochód głowy gospodarstwa domowego. Wzrost osiąganego przez nią dochodu o 1 tys. zł powoduje, że szanse te zwiększają się o 20%. W przypadku oszczędności na leczenie dochód okazał się zmienną nieistotną. Oznacza to, że decyzje o gromadzeniu oszczędności na wypadek pokrycia kosztów leczenia członków gospodarstwa domowego nie zależą od dochodu osiąganego przez osobę zarządzającą budżetem gospodarstwa.

Z przeprowadzonych badań wynika ponadto, że pozytywnie na oszczędzanie oddziałuje korzystanie przez członków gospodarstwa domowego z usług zdrowotnych opłacanych z własnej kieszeni (tzw. *out of pocket*). Wpływa to na większą skłonność do oszczędzania zarówno na leczenie, jak i na starość aż po ok. 50%, w stosunku do osób, które w minionym roku nie przeznaczyły na ten cel dodatkowych środków z budżetu domowego. Jednakże fakt, że którykolwiek z członków gospodarstwa domowego przebywał w minionym roku w szpitalu, oddziałuje wyłącznie na oszczędzanie na leczenie. Szanse gromadzenia tego typu oszczędności zwiększają się wówczas o ponad 30%.

Zmienną determinującą oszczędzanie, ale tylko na leczenie, jest skala wydatków w gospodarstwie domowym poniesionych w ostatnich trzech miesiącach właśnie na leczenie. Okazuje się, że każdy 1 tys. zł przeznaczony na ten cel zwiększa szanse na oszczędzanie na takie wydatki aż o 70%. Czynnikiem ten nie miał jednak znaczenia dla podjęcia decyzji o oszczędzaniu na starość, za to istotny okazał się fakt, czy głowa gospodarstwa domowego ma orzeczenie o niepełnosprawności. Z badań wynika jednoznacznie, że osoby, które mają orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, mają o 28,7% mniejsze szanse na oszczędzanie na starość, niż osoby pełnosprawne. Posiadanie orzeczeń innych instytucji, np. Zespołu Orzekającego o Niepełnosprawności przy Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie, nie miało znaczenia.

Należy ponadto zwrócić uwagę, że udział głowy gospodarstwa domowego w nabożeństwach lub innych spotkaniach o charakterze religijnym oddziałuje na oszczędzanie. Wzrost liczby takich praktyk religijnych o jedną w miesiącu powoduje, że szanse na oszczędzanie w danym gospodarstwie domowym zwiększają się o 2% w przypadku gromadzenia oszczędności na leczenie i o 3%, gdy celem oszczędzania jest zabezpieczenie finansowe na okres starości.

6. Forma ubezpieczenia pielęgnacyjnego – dyskusja

Jak wynika z badań zaprezentowanych w niniejszym artykule, niewielu Polaków oszczędza, a jeszcze mniej dobrowolnie oszczędza zarówno na starość, jak i na leczenie. Tymczasem wydatki te mogą pojawić się w różnym czasie i, co jest jeszcze bardziej dotkliwie w skutkach, wystąpić po zaprzestaniu aktywności zawodowej i osiągnięciu wieku emerytalnego. Tymczasem zwiększający się odsetek gospodarstw jednopokoleniowych, singularyzacja, w tym zwłaszcza feminizacja starości, z jednej strony, z drugiej zaś – osłabianie się funkcji opiekuńczych rodziny, wydłużanie się trwania życia w warunkach ograniczonej bądź utraconej samodzielności, rosnąca konieczność korzystania z opieki specjalistycznej (w zakresie sprzętu i czynnika ludzkiego) oraz coraz wyższe koszty (bezpośrednie i alternatywne) sprawowania opieki nad osobą niesamodzielną przez członków rodziny powodują, że priorytetem polityki państwa wobec osób niesamodzielnych (w tym starszych) powinno być zapewnienie dostępu do opieki i pielęgnacji, niekoniecznie jako kolejnego ubezpieczenia społecznego. Jest to więc również szansa i wyzwanie dla rynku ubezpieczeniowego.

Wśród Polaków, zwłaszcza starszych, których w naszym społeczeństwie będzie coraz więcej, zapotrzebowanie na usługi i ubezpieczenia pielęgnacyjne będzie coraz większe⁶⁷. Zakłady ubezpieczeń powinny wykorzystać ten fakt i tak kształtować tego typu produkty, aby wykorzystać już teraz deklarowaną przez nich gotowość do partycypowania w kosztach ochrony ubezpieczeniowej⁶⁸.

Jak podkreślono we wcześniejszej części pracy, wydatki w systemie emerytalnym są coraz wyższe, ponadto koszty pracy w Polsce są bardzo wysokie⁶⁹. Wprowadzenie kolejnego ubezpieczenia w ramach zabezpieczenia społecznego – ubezpieczenia pielęgnacyjnego, aczkolwiek merytorycznie do przemyślenia, byłoby niewskazane i zapewne spotkałoby się z ogromną krytyką ze strony pracodawców i pracowników, a może i związków zawodowych.

Jednak, jak wskazują badania i co wskazano powyżej, istnieje konieczność wprowadzenia takiego ubezpieczenia. Jego zakres zapewne różniłby się w zależności od zakładu ubezpieczeń, a minimum, jakie powinien obejmować, to świadczenia opieki pielęgnacyjnej w domu. Prawdopodobnie powstałyby również ubezpieczenia zawierające świadczenia opieki instytucjonalnej lub nawet świadczenia pieniężne dla osób niepełnosprawnych lub ich opiekunów⁷⁰.

Państwo powinno działać w takim kierunku, aby ubezpieczenie to stało się możliwe do wprowadzenia i bardziej opłacalne dla ubezpieczycieli, a przez to tańsze, bowiem koszt zapewne będzie najpoważniejszą barierą jego zakupu⁷¹. Ponadto należy wskazać na inne czynniki społeczno-ekonomiczne, które mogą wpłynąć na powodzenie realizacji tego przedsięwzięcia, mające znaczenie zarówno dla strony popytowej, podażowej, jak i państwa. Po pierwsze, popularyzacja takiego ubezpieczenia powinna bazować na większej edukacji ze strony państwa i innych instytucji (publicznych i prywatnych) w tym zakresie. Po drugie, winna oferować wsparcie nawet o charakterze fiskalnym, jak np. zachęty podatkowe do kupowania takich ubezpieczeń. I po trzecie, zachęta i wspieranie tych ubezpieczeń powinny być skierowane również do ubezpieczycieli, np. poprzez proporcjonalne zwolnienie z podatku od zgromadzonych aktywów finansowych.

Funkcjonowanie ubezpieczeń pielęgnacyjnych, mimo że będą one adresowane do osób indywidualnych, powinno leżeć w interesie państwa. Jak wskazują bowiem badania, posiadanie takiego ubezpieczenia pozwala osobom starszym m.in. na dłuższe pozostanie w domu, na własnym utrzymaniu, zamiast zamieszkania w domu opieki społecznej przy zaangażowaniu środków publicznych⁷².

67. A. Urbaniak, *Sytuacja opiekunów rodzinnych w kontekście sprawowania opieki nad osobami w wieku 60+ z terenu województwa łódzkiego*, Badanie naukowe zrealizowane przez Agencję badawczą „ARC Rynek i Opinia” na zlecenie Regionalnego Centrum Polityki Społecznej w Łodzi. Raport końcowy, Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi, <https://www.rcpslodz.pl/images/Pobieranie/2018/2018-08-21-badania-analizy-ef/2018-08-21-sytuacja-opiekunow-rodzinnych.pdf> [dostęp: 5.02.2022].

68. K. Bielawska, K. Łyskawa, *Wykorzystanie produktów ubezpieczeniowych i inwestycyjnych przez obecnych emerytów – wyniki badań*, [w:] *Ubezpieczenia. Wyzwania rynku*, [red.] P. Kowalczyk-Rólczyńska, Ilona Kwiecień, CH Beck, Warszawa 2019, s. 23.

69. E. Papaj, *Koszty pracy we współczesnych przedsiębiorstwach*, „Studia Ekonomiczne” 2016, nr 305, s. 94–108.

70. A. Przybyłowicz, *Ubezpieczenie pielęgnacyjne w Republice Federalnej Niemiec*, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2017.

71. B.T. Allaire, D.S. Brown, J.M. Wiener, *Who wants long-term care insurance? A stated preference survey of attitudes, beliefs, and characteristics*, „INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing” 2016, No. 53, s. 2–7.

72. L. Yong, G.A. Jensen, *The impact of private long-term care insurance on the use of long-term care*, „INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing” 2011, No. 48(1), s. 34–50.

Podsumowanie

Konsekwencje starzenia się ludności nie ograniczają się wyłącznie do systemu emerytalnego, choć stanowi on zazwyczaj jedną z największych pozycji wydatków budżetowych w ramach systemu zabezpieczenia społecznego danego kraju. Widoczne są one również w obszarze ochrony zdrowia i związanego z tym finansowania kosztów leczenia i opieki nad osobami niezdolnymi do samodzielnej egzystencji z powodu chorób, urazów lub starości. Wobec niekorzystnych wskaźników demograficznych i zwiększania się liczby osób starszych, które wymagają pomocy w codziennych, nawet najbardziej podstawowych czynnościach, istotne jest zaangażowanie w tę pomoc różnego rodzaju instytucji, zwłaszcza w czasach popandemicznych. COVID-19 uświadomił ludziom jak ważna jest dobra opieka lekarska oraz pielęgnacyjna, ale również uświadomił, że wsparcie rodziny czy innych osób może być ograniczone bądź niemożliwe⁷³.

Z przeprowadzonych badań wynika, że hipoteza 1, zakładająca, że korzystanie z usług medycznych opłacanych z własnych środków wpływa na decyzje gospodarstw domowych w zakresie gromadzenia oszczędności na leczenie, została potwierdzona. Również hipoteza 2 została potwierdzona, podobne bowiem czynniki, bez względu na powód oszczędzania, wpływają na gromadzenie oszczędności.

W związku z powyższym proponowany przez nas najwłaściwszy model – prywatne ubezpieczenie pielęgnacyjne oferowane przez ubezpieczycieli – wymaga szerszego wspierania przez państwo. Oczywiście początkowo zapewne skorzystaliby z niego bogatsi i mieszkający w mieście (czyli również ci częściej oszczędzający), ale wsparcie ze strony państwa w postaci zachęt finansowych wyraźnie adresowanych do gospodarstw domowych⁷⁴ mogłoby upowszechnić tak ważne ubezpieczenie. Coraz częstsze korzystanie z prywatnych (abonamentowych i indywidualnych) świadczeń zdrowotnych wynikające z niewydolności systemu opieki zdrowotnej byłoby także stymulantą rozwoju wskazanych w pracy ubezpieczeń pielęgnacyjnych. Na zawarte w tytule pracy pytanie: „Ubezpieczenie pielęgnacyjne – publiczne czy prywatne?” odpowiedź powinna brzmieć: zdecydowanie prywatne i dobrowolne, bowiem korzystanie z niego ma wynikać z przeczności indywidualnej. Jednak pierwsze działanie w zakresie wprowadzenia i popularyzacji ubezpieczeń pielęgnacyjnych musi wynikać ze strony państwa, gdyż są to świadczenia istotne dla całej wspólnoty.

Wykaz źródeł

Aburto J.M., Schöley J., Kashnitsky I., Zhang L., Rahal C., Missov T.I., Mills M.C., Dowd J.B., Kashyap R., *Quantifying impacts of the COVID-19 pandemic through life-expectancy losses: a population-level study of 29 countries*, „International Journal of Epidemiology” 2022, Vol. 51, No. 1.

73. M. Woch, *Niekończąca się opowieść o ubezpieczeniu pielęgnacyjnym*, „Menedżer Zdrowia” 2021, nr 5–6, s. 83–85.

74. T. Szumlicz, *Świadomość ryzyka społecznego jako podstawa wiedzy o systemie ubezpieczeń społecznych*, „Ubezpieczenia Społeczne. Teoria i Praktyka” 2017, Nr 1 (132), s. 3–16.

- Adequacy and Sustainability of Pensions*, European Commission, https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/file_import/european-semester_thematic-factsheet_adequacy-sustainability-pensions_en_0.pdf [dostęp: 17.01.2022].
- Allaire B.T., Brown D.S., Wiener J.M., *Who wants long-term care insurance? A stated preference survey of attitudes, beliefs, and characteristics*, "INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing" 2016, No. 53.
- Badanie wiedzy, postaw wobec inwestowania oraz funduszy inwestycyjnych*, Izba Zarządzających Funduszami i Aktywami, 2021, <https://www.izfa.pl/download/pobierz/raport-z-badania-izfa-2021> [dostęp: 21.07.2022].
- Badanie Zdrowia, Starzenia się Populacji i Procesów Emerytalnych SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, runda 7)*, <http://www.share-project.org/share-research-results.html> [dostęp: 26.01.2022].
- Becker G.S., *Human capital*, The University of Chicago Press, Chicago 1993.
- Białowąs S., Olejnik I., *Securing old age vs. other saving goals of households*, „Economic and Environmental Studies”, Vol. 18, No 1.
- Bielawska K., Łyskawa K., *Wykorzystanie produktów ubezpieczeniowych i inwestycyjnych przez obecnych emerytów – wyniki badań*, [w:] *Ubezpieczenia. Wyzwania rynku*, Kowalczyk-Rólczyńska P., Kwiecień I. [red.], CH Beck, Warszawa 2019.
- Bloom D.E., Luca D.L., *The Global Demography of Aging: Facts, Explanations, Future*, „IZA Discussion Paper” No. 10163, Bonn, August 2016.
- Börsch-Supan A., *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 7*. Release version: 8.0.0. SHARE-ERIC. 2022, Data set. DOI: 10.6103/SHARE.w7.800.
- Boyer M., Donder de P., Fluet C., Leroux M.-L., Michaud P.-C., *Long-Term Care Insurance: Knowledge Barriers, Risk Perception and Adverse Selection*, „NBER Working Paper Series” 2017, No. 23918.
- Chłoń-Domińczak A., *How the retirement age affects labor resources, labor force participation and pension system spending. Wiek emerytalny a zasoby pracy, aktywność zawodowa i wydatki systemów emerytalnych*, [w:] *The retirement age and the pension system, the labor market and the economy. Wiek emerytalny a system emerytalny, rynek pracy i gospodarka*, Chłoń-Domińczak A., Chybalski F., Rutkowski M. [red.], „mBank-CASE Seminar Proceedings” 2021, No 167.
- Cichowicz E., Rutecka-Góra J., *Świadomość Polaków dotycząca dodatkowego oszczędzania na starość – próba oceny oraz identyfikacji niezbędnych działań*, „Problemy Polityki Społecznej” 2017, nr 38.
- Diagnoza Społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków*, Czapiński J., Panek T. [red.], „Contemporary Economics” 2015, Vol. 9, Issue 4.
- Domański S.R., *Kapitał ludzki i wzrost gospodarczy*, PWN, Warszawa 1993.
- Finansowanie ochrony zdrowia a jakość systemu dla pacjentów. Polska na tle wybranych krajów europejskich*, BFF Banking Group, 2019, <https://pl.bff.com/documents/2306774/2399401/PL+Raport++Finansowanie+ochrony+zdrowia+a+jakosc+systemu+dla+pacjentow+%283%29.pdf/9566cc9e-0b0a-34d5-abe1-3931c069543b> [dostęp: 21.07.2022].
- Grant J., Hoorens S., Sivadasan S., Loo van het M., DaVanzo J., Hale L., Gibson S., Butz W., *Low Fertility and Population Ageing. Causes, Consequences and Policy Options*, Prepared for the European Commission, RAND Europe, 2004.
- Gundlach E., *Human Capital and Economic Development: A Macroeconomic Assessment*, „Kiel Working Paper” 1996, No. 778.

- GUS, *Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2018–2020*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/wydatki-na-ochrone-zdrowia-w-latach-2018–2020,27,1.html> [dostęp: 21.07.2022].
- Health at a Glance 2019. OECD Indicators*, OECD, Paris 2019.
- Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*, OECD/European Union, OECD Publishing, Paris 2020.
- Hinrichs K., *Recent pension reforms in Europe: More challenges, new directions. An overview*, “Social Policy & Administration” 2021, No. 55.
- https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO_PJANIND_custom_1938244/default/table?lang=en [dostęp: 17.01.2022].
- https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_HLYE_custom_1884944/default/table?lang=en [dostęp: 2.02.2022].
- [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Healthy_life_years_\(HLY\)](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Healthy_life_years_(HLY)) [dostęp: 28.01.2022].
- <https://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Polacy-jednym-z-najszybciej-starzejacych-sie-spoleszenstw-UE,141440,14,1.html> [dostęp 12.01.2022].
- InfoKREDYT. Oszczędzanie i kredytowanie Polaków. Raport ZBP*, 2018, https://www.zbp.pl/getmedia/9cb61675-f68d-471d-9d88-5ece4e8001b8/InfoKREDYT_-_Oszczdzanie_i_Kredytowanie_Polakow [dostęp: 21.07.2022].
- Jackowska B., *Efekty interakcji między zmiennymi objaśniającymi w modelu logitowym w analizie różnicowania ryzyka zgonu*, „Przegląd Statystyczny” 2011, z. 1–2.
- Jurek Ł., *Zapotrzebowanie na prywatne ubezpieczenie opiekuńcze w Polsce*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe. Konsument na rynku usług finansowych” 2019, nr 33(3).
- Kawiński M., *Ubezpieczenia publiczne i prywatne w polityce społecznej*, CH. Beck, Warszawa 2011.
- Korporowicz V., *Zdrowie jako kategoria społeczno-ekonomiczna*, „Gospodarka Narodowa” 2011, nr 7–8.
- Kowalczyk-Rólczyńska P., *Czynniki warunkujące posiadanie dobrowolnych oszczędności emerytalnych przez gospodarstwa domowe w Polsce*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2017, nr 2.
- Kwiecień A., *Kapitał ludzki jako czynnik rozwoju nowej gospodarki*, „Ekonomiczne Problemy Usług” 2014, nr 112.
- Mapa ryzyka Polaków. Jak ubezpieczyciele odpowiadają na potrzeby społeczeństwa?*, PIU, Deloitte, Warszawa 2021.
- Maresova P., Javanmardi E., Barakovic S., Barakovic Husic J., Tomsone S., Krejcar O., Kuca K., *Consequences of chronic diseases and other limitations associated with old age – a scoping review*, „BMC Public Health” 2019, No. 19, 1431.
- Morawski J., Morawski I., *W kierunku nowego stylu życia. 25 lat finansów Polaków*, raport opracowany przez SpotData & Provident, 2022, <https://www.pb.pl/25-lat-finansow-polakow/wp-content/uploads/2022/05/Raport-25-lat-finansow-Polakow.pdf> [dostęp 21.07.2022].
- Obodyńska E., *Zdrowie jako podstawowa wartość edukacyjna i życiowa*, „Edukacja – Technika – Informatyka” 2015, nr 2.
- Olejnik I., Białowąs S., *Horyzont czasowy w hierarchii motywów oszczędzania*, [w:] *Długoterminowe oszczędzanie. Postawy, strategie i wyzwania*, Rutecka-Góra J. [red.], Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2016.

- Olejnik I., *Postawy wobec oszczędności emerytalnych a podejmowane decyzje*, [w:] *Współczesne zabezpieczenie emerytalne. Wybrane aspekty ekonomiczne, finansowe i demograficzne*, Chybalski F., Marcinkiewicz E. [red.], Monografie Politechniki Łódzkiej, Łódź 2013.
- Olejnik I., *Zabezpieczenie emerytalne. Modele i determinanty zachowań polskich gospodarstw domowych*, Wydawnictwo UEP, Poznań 2016.
- Ostrowska-Dankiewicz A., Simionescu M., *Relationship Between the Insurance Market and Macroeconomic Indicators in the EU Member States*, „Transformations in Business & Economics”, Vol. 19, No 3 [51].
- Papaj E., *Koszty pracy we współczesnych przedsiębiorstwach*, „Studia Ekonomiczne” 2016, nr 305.
- Parts E., *Interrelationships between human capital and social capital: implications for economic development in transition economies*, Tartu University Press, Tartu 2003.
- Perek-Białas J., *Zaufanie obywateli do systemu emerytalnego a skłonność do oszczędzania na starość*, „Ubezpieczenia Społeczne. Teoria i Praktyka” 2017, nr 2.
- Piekut M., Gutkowska K., *Wydatki na ochronę zdrowia w gospodarstwach domowych*, „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu” 2016, nr 1 [46].
- Pieńkowska-Kamieniecka S., Rutecka-Góra J., Kowalczyk-Rólczyńska P., Hadryan M., *Readability, efficiency and costliness of individual retirement products in Poland*, „Equilibrium. Quarterly Journal of Economics and Economic Policy” 2021, No. 16 [1].
- Płonka M., *Prywatne ubezpieczenia zdrowotne a publiczny system opieki zdrowotnej w Polsce*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio H. Oeconomia” 2017, Vol. 50, No 6.
- Portret finansowy Polaka*, Partnerstwo na Rzecz Edukacji Finansowej, 2016, https://mfc.org.pl/wp-content/uploads/2016/09/PREF_Portret-Finansowy-Polaka.pdf [dostęp: 21.07.2022].
- Postawy Polaków wobec finansów*, Fundacja Kronenberga, 2021, https://www.citibank.pl/poland/kronenberg/polish/files/raport_postawy_2021.pdf [dostęp: 21.07.2022].
- Prasad S., Sung B., Aggarwal B.B., *Age-Associated Chronic Diseases Require Age-Old Medicine: Role of Chronic Inflammation*, “Preventive Medicine” 2012, 54 [Suppl.].
- Przybyłowicz A., *Ubezpieczenie pielęgnacyjne w Republice Federalnej Niemiec*, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa, 2017.
- Rutkowski M., *The pension dilemma and the retirement age. Dylemat emerytalny i wiek emerytalny*, [w:] *The retirement age and the pension system, the labor market and the economy. Wiek emerytalny a system emerytalny, rynek pracy i gospodarka*, Chłoń-Domińczak A., Chybalski F., Rutkowski M. [red.], „mBank-CASE Seminar Proceedings” 2021, No 167.
- Schultz T.W., *Investment in Human Capital*, „The American Economic Review” 1961, Vol. 51, No. 1.
- Sęk H., *Subiektywne koncepcje zdrowia, świadomość zdrowotna a zachowania zdrowotne i promocja zdrowia*, „Sborník prací Filozofické fakulty Brněnské univerzity. Studia Minora Facultatis Philosophicae Universitatis Brunensis” 2000, P4.
- Sobczak A., *Teoria kapitału ludzkiego – konteksty edukacji i rynku pracy*, „Przegląd Pedagogiczny” 2018, nr 2.
- Sowa-Kofta A., *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care – Poland*, „European Social Policy Network (ESPN)”, European Commission, Brussels, 2018.
- Spasova S., Baeten R., Vanhercke B., *Challenges in long-term care in Europe*, „Eurohealth Observer” 2018, Vol. 24, No. 4.
- Staniec I., *Ryzyko emerytalne, a polski dobrowolny system emerytalny*, „Polityki Europejskie, Finanse i Marketing. Zeszyty Naukowe SGGW w Warszawie” 2019, nr 21.

- Szumlicz T., *Świadomość ryzyka społecznego jako podstawa wiedzy o systemie ubezpieczeń społecznych*, „Ubezpieczenia Społeczne. Teoria i Praktyka” 2017, nr 1 (132).
- Tengilimoğlu D., Gönüllü U., Işık O., Tosun N., Zekioğlu A., Tengilimoğlu O., Younis M., *The Problems Experienced by Employees with Chronic Disease during the COVID-19 Pandemic*, „International Journal of Environmental Research and Public Health” 2022”, No. 19(1).
- The 2021 Ageing Report Economic & Budgetary Projections for the EU Member States (2019–2070)*, „Institutional Paper” 148, European Commission 2021.
- Urbaniak A., *Sytuacja opiekunów rodzinnych w kontekście sprawowania opieki nad osobami w wieku 60+ z terenu województwa łódzkiego*, Badanie naukowe zrealizowane przez Agencję badawczą „ARC Rynek i Opinia” na zlecenie Regionalnego Centrum Polityki Społecznej w Łodzi. Raport końcowy, Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi, <https://www.rcpslodz.pl/images/Pobieranie/2018/2018-08-21-badania-analizy-ef/2018-08-21-sytuacja-opiekunow-rodzinnych.pdf> [dostęp: 5.2.2022].
- Warto oszczędzać*, Związek Banków Polskich & Warszawski Instytut Bankowości, listopad 2016, https://zbp.pl/getmedia/f365474b-25e9-4a75-a12c-6a0c2ff17ef8/Poradnik_warto_oszczedzac_ZBP_FINAL_2 [dostęp: 21.07.2022].
- Więckowska B., Osak M., *Potencjał prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jako źródła finansowania opieki zdrowotnej w Polsce*, „Ubezpieczenia Emerytalne, Społeczne i Metody Aktuarialne. Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu”, 2010, nr 106.
- Więckowska B., *Ubezpieczenie pielęgnacyjne*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2008.
- Wieczorek-Szymańska A., *Koncepcja kapitału ludzkiego w teorii ekonomii – przegląd wybranych podejść*, „Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego” 2010, nr 17.
- Woch M., *Niekończąca się opowieść o ubezpieczeniu pielęgnacyjnym*, „Menedżer Zdrowia” 2021, nr 5–6.
- World Population Ageing 2015*, United Nations 2015.
- Yong L., Jensen G.A., *The impact of private long-term care insurance on the use of long-term care*, „INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing” 2011, No. 48(1).
- Zamorska K., Makuch M., *Starzenie się społeczeństwa. Wymiar społeczny, gospodarczy i polityczny*, Wydawnictwo Księgarnia Akademicka, Kraków 2018.
- Zrozumieć politykę Unii Europejskiej. Zdrowie publiczne*, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Komisja Europejska, Luksemburg 2014.

Long-term care insurance – public or private? Households in Poland in view of saving on old age and treatment

The article identifies the key factors that determine the saving behavior of Poles in terms of securing healthcare needs in old age and refers to the concept of private and voluntary long-term care insurance offered by insurance companies with the support of the state. The database for the analyses presented in the study was the “Social Diagnosis” study conducted in 2015 on a representative sample of 11.7 thousand households in Poland. Research shows that the use of medical services influences their decisions regarding the accumulation of savings for treatment, and moreover, similar factors, regardless of the reason for saving, affect savings for retirement.

Keywords: private insurance, household, saving, old age, treatment, long-term care insurance.

DR EWA CICHOWICZ – Katedra Systemu Finansowego, Kolegium Zarządzania i Finansów, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie.

e-mail: ewa.cichowicz@sgh.waw.pl

ORCID: 0000-0002-9379-9127

DR SYLWIA PIEŃKOWSKA-KAMIENIECKA – Katedra Finansów, Wydział Nauk Ekonomicznych, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie.

e-mail: sylwia.pienkowska@uwm.edu.pl

ORCID: 0000-0002-5818-2658

DR HAB. DAMIAN WALCZAK, PROF. UMK – Katedra Zarządzania Finansami, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu.

e-mail: dwalczak@umk.pl

ORCID: 0000-0002-2986-9928

