

Łukasz Jurek

Katedra Socjologii i Polityki Społecznej
Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu¹

Polityka proubezpieczeniowa w opiece długoterminowej²

Streszczenie

Konsekwencją procesu starzenia się ludności jest wzrost liczby osób niesamodzielnych, co powoduje eskalację wydatków ponoszonych na opiekę długoterminową. W tej sytuacji konieczne jest poszukiwanie nowych źródeł finansowania tej opieki. Jednym z potencjalnych rozwiązań jest wykorzystanie prywatnego ubezpieczenia opiekuńczego. Ten produkt uchodzi jednak za niszowy, a jego popularność jest z reguły niewielka. Aby zwiększyć zakres korzystania z prywatnej ochrony ubezpieczeniowej, niezbędna jest odpowiednia polityka państwa. Celem artykułu jest przedstawienie potencjalnych działań, jakie instytucje publiczne mogą podejmować w ramach tzw. polityki ubezpieczeniowej. Te działania zostały pogrupowane w trzy obszary: (1) regulacje, (2) popyt i (3) podaż. Skupiono się z jednej strony na problemach rynku ubezpieczenia opiekuńczego, z drugiej zaś na możliwych sposobach przeciwdziałania tym problemom.

Słowa kluczowe: polityka publiczna, opieka długoterminowa, ubezpieczenie

¹ KSiPS, ul. Komandorska 118-120, 53-345 Wrocław; adres elektroniczny autora: lukasz.jurek@ue.wroc.pl

² Publikacja jest efektem realizacji projektu naukowego w ramach Miejskiego Programu Wsparcia Współpracy Szkolnictwa Wyższego i Nauki oraz Sektora Aktywności Gospodarczej (MOZART) finansowanego ze środków Gminy Wrocław.

Wprowadzenie

Populacja Polski, podobnie jak populacje innych krajów wysoko rozwiniętych, szybko się starzeje (Frątczak 2002; Kotowska, Wróblewska 2007; Okólski 2003; Szukalski 2008). Ten proces niesie ze sobą wiele różnorodnych konsekwencji (Jurek 2012). Jedną z nich jest wzrost liczby osób niesamodzielnych, które nie są zdolne do samodzielnej egzystencji, czyli nie są w stanie samodzielnie wykonywać codziennych czynności życiowych i w związku z tym wymagają opieki długoterminowej (Błędowski 2002). Problem ten będzie się stawał coraz bardziej palący już w niedalekiej przyszłości, kiedy to przedstawiciele kolejnych wyzów demograficznych (powojennego oraz jego echa) będą wchodzić w fazę późnej (sędziwej) starości, w której ryzyko niesamodzielności jest relatywnie (w porównaniu z innymi fazami życia) najwyższe (Szweda-Lewandowska 2012, 2014).

Opieka nad osobami niesamodzielnymi to tradycyjna funkcja rodziny. Dokonujące się współcześnie przeobrażenia społeczno-gospodarcze (polegające przede wszystkim na zmianie struktury rodziny i wertykalizacji sieci rodzinnej, wzroście aktywności zawodowej kobiet, zmianie systemu wartości społecznych i norm kulturowych) powodują systematyczną erozję funkcji opiekuńczej. Członkowie rodziny coraz częściej nie chcą i/lub nie mogą należycie wywiązywać się ze swoich tradycyjnych obowiązków. Spadek wydolności opiekuńczej rodzin powoduje systematyczną defamilizację opieki, czyli przejmowanie zadań opiekuńczych przez instytucje formalne (Wóycicka 2009).

Problem zapewnienia opieki na starość, ze względu na rosnącą skalę i coraz większą jego dolegliwość, przestaje być sprawą indywidualną, a staje się kwestią społeczną i — w ślad za tym — także problemem publicznym (Szatur-Jaworska 2015). Od decydentów politycznych oczekuje się interwencji, czyli podjęcia działań mających na celu przeciwdziałanie temu problemowi oraz zapobieganie jego negatywnym skutkom.

Wzrost zainteresowania tym problemem doprowadził w wielu krajach do tego, że w katalogu ryzyk socjalnych zaczęto wyodrębniać ryzyko niesamodzielności (Szumlicz 2010). Wcześniej nie funkcjonowało ono samoistnie, lecz było łączone z chorobą lub starością. Dzięki uznaniu niesamodzielności za odrębne ryzyko socjalne, możliwe stało się wyodrębnienie, w ramach ogólnego systemu zabezpieczenia społecznego, podsystemu zabezpieczenia opieki długoterminowej (Więckowska 2008).

W Polsce, mimo usilnych starań teoretyków i praktyków polityki społecznej, nie wyodrębniono jeszcze podsystemu opieki długoterminowej. Zadania z tego obszaru są realizowane w różnych dziedzinach zabezpieczenia społecznego, przede wszystkim w służbie zdrowia i pomocy społecznej. Takie „rozsianie kompetencji” rodzi naturalne trudności z koordynacją i finansowaniem świadczeń (Augustyn 2008). Są to problemy strukturalne, których rozwiązanie wymaga przeprowadzenia gruntownych reform.

Jeśli chodzi o kwestię finansowania świadczeń, to możliwe są trzy opcje usystematyzowania opieki długoterminowej. Pierwsza z tych opcji to rozwój (na wzór skandynawski) finansowania budżetowego. Druga opcja to wprowadzenie (na wzór niemiecki) społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Trzecia opcja to promowanie (na wzór amerykański) indywidualnej przezorności i oparcie finansowania opieki na środkach prywatnych.

W polskiej debacie publicznej najsilniej przebijają się druga z tych opcji — zakładająca wprowadzenie społecznego ubezpieczenia opiekuńczego. Takie rozwiązanie, choć ma niewątpliwe zalety, jest obciążone poważnymi wadami (Jurek 2009). Przede wszystkim nowa składka ubezpieczeniowa byłaby dodatkowym *quasi*-podatkiem, który spowodowałaby powiększenie tzw. klina podatkowego, czyli podniósłby koszty pracy i w efekcie ograniczyłby konkurencyjność gospodarki. Poza tym panuje dość powszechna niechęć do płaconia podatków i składek na ubezpieczenia społeczne. W ogólnym mniemaniu daniny publiczne są zbyt wysokie, system zabezpieczenia społecznego jest kosztowny i — przede wszystkim — mało wydolny³. W świetle tych wad wydaje się, że szanse na wprowadzenie nowego ubezpieczenia społecznego są mocno ograniczone. Mamy zatem do czynienia z sytuacją patową: z jednej strony opieka długoterminowa boryka się ze strukturalnymi problemami, z drugiej zaś nie ma możliwości przeprowadzenia dalekosiężnych (systemowych) zmian w tym obszarze. Trwanie *status quo* zdecydowanie nie służy ani społeczeństwu, ani władzy publicznej. Warto zatem zastanowić się nad podjęciem innych działań, które budziłyby mniej kontrowersji wokół kwestii ekonomicznych oraz byłyby bardziej akceptowalne społecznie. Oczywiście nie ma tutaj rozwiązań idealnych. Każda opcja ma swoje wady i zalety. Poza tym należy pamiętać, że nowe propozycje nie mogą być oderwane od zastanego porządku społeczno-gospodarczego. Powinny być zgodne z duchem założeń, które dotyczą spraw fundamentalnych dla organizacji życia społecznego. Chodzi tutaj m.in. o rolę państwa w tworzeniu bezpieczeństwa socjalnego (stopień przejścia odpowiedzialności za los jednostki), a także o sposób kreowania tego bezpieczeństwa (indywidualna przezorność *versus* solidaryzm społeczny).

Jednym z potencjalnych kierunków reform jest oparcie finansowania opieki długoterminowej na środkach prywatnych. Tego typu opcja, choć w wielu krajach szeroko omawiana i dyskutowana (por. m.in. de Castries 2009), w polskiej przestrzeni publicznej praktycznie nie jest brana pod uwagę⁴, chociaż stanowi ona realną alternatywę zarówno dla ubezpieczenia społecznego, jak i dla finansowania budżetowego. Podstawową zaletą tego rozwiązania jest to, że nie pociąga ono za sobą zasadniczego wzrostu wydatków publicznych. Zabezpieczenie na wypadek niesamodzielności opiera się tutaj na indywidualnej przezorności, co oznacza, że każda jednostka zapewnia sobie ochronę we własnym zakresie, zgodnie z osobistymi potrzebami i preferencjami. Państwo organizuje bezpieczeństwo socjalne obywateli poprzez współpracę z podmiotami prywatnymi. Taki pluralizm polityki społecznej zwiększa efektywność ekonomiczną i społeczną podejmowanych działań (Grewiński, Kamiński 2007).

³ Oczywiście ten pogląd nie jest podzielany przez wszystkich specjalistów, jednak jest on na tyle powszechny, że powinien być uwzględniany przez decydentów politycznych.

⁴ Ten brak zainteresowania może wynikać z kilku przyczyn. Może to być m.in. efekt braku zaufania decydentów politycznych do sektora prywatnego i mechanizmu rynkowego. Może to być także efekt błędnego przekonania, że prywatne finansowanie jest równoznaczne z rezygnacją państwa z części swoich zadań i z porzuceniem odpowiedzialności podmiotów publicznych za zaspokajanie ważnych potrzeb społecznych.

W Polsce podjęto już pewne inicjatywy mające docelowo zwiększyć udział środków prywatnych w finansowaniu opieki długoterminowej. Przede wszystkim przyjęto ustawę o odwróconym kredycie hipotecznym [Dz. U. z 2014 r., poz. 1585]. Tzw. odwrócona hipoteka to usługa typu *equity release*, która systematycznie „uwalnia” kapitał zgromadzony w nieruchomości. Umożliwia tym samym przekształcenie nie płynnego zasobu w płynne środki finansowe. Uprawnione do korzystania z tego rozwiązania są osoby starsze, które w zamian za prawo własności do nieruchomości otrzymują comiesięczną rentę. W założeniu te dodatkowe dochody mają podnieść poziom życia w okresie starości i umożliwić finansowanie wydatków ponoszonych m.in. właśnie na opiekę długoterminową.

Innym narzędziem, które może służyć prywatnemu finansowaniu opieki długoterminowej, jest ubezpieczenie opiekuńcze (inna nazwa: ubezpieczenie pielęgnacyjne). Ten produkt chroni przed koniecznością ponoszenia w przyszłości (potencjalnych) wydatków związanych z opieką. Jego idea polega na rozłożeniu ryzyka na całą zbiorowość osób ubezpieczonych; zasoby są redystrybuowane pomiędzy osobami z mniejszymi i większymi potrzebami opiekuńczymi. Dzięki temu zmniejszają się indywidualne obawy o to, że w związku z niesamodzielnością w przyszłości konieczne będzie ponoszenie bardzo obciążających wydatków na opiekę długoterminową. Zamienia się tym samym, jak to obrazowo określił Tadeusz Szumlicz (2009, s. 17), „niepewną dużą stratę, na małą pewną «stratę» w postaci składki ubezpieczeniowej”.

Państwo (decydenci polityczni) może przyjmować różne postawy wobec ubezpieczeń prywatnych. Może zakładać całkowitą dobrowolność obywateli w nabywaniu ochrony ubezpieczeniowej albo przymusić ich do tego, aby taką ochronę nabyli. Żadne z tych rozwiązań nie jest idealne. Dobrowolność ubezpieczeniowa zapewnia wolność wyboru, ale nie zapewnia powszechnego bezpieczeństwa, z kolei przymus ubezpieczeniowy zapewnia powszechne bezpieczeństwo, ale ogranicza wolność. Pomiędzy tymi dwiema skrajnościami jest jeszcze rozwiązanie pośrednie, bazujące na tzw. miękkim oddziaływaniu, czyli na przekonywaniu i zachęcaniu, czy szerzej: na tworzeniu sprzyjających warunków oraz na dostarczaniu bodźców, które w sposób pośredni zwiększają zakres korzystania z prywatnej ochrony ubezpieczeniowej.

Obecnie, jak twierdzi Barbara Więckowska, „polski rynek ubezpieczeń pielęgnacyjnych praktycznie nie istnieje” (2010, s. 216). Taki stan rzeczy jest efektem pojawienia się wielu problemów, które dotyczą: regulacji systemowych (a dokładniej ich braku), ograniczonego popytu oraz skromnej oferty ze strony zakładów ubezpieczeniowych. W świetle wyzwań, jakie stoją przed opieką długoterminową, konieczne jest rozpowszechnienie prywatnej ochrony ubezpieczeniowej. Jednakże, aby tak się stało, niezbędna jest odpowiednia polityka państwa.

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie potencjalnych działań, jakie instytucje publiczne mogą podejmować w ramach tzw. polityki ubezpieczeniowej. Skupiłem się w nim z jednej strony na problemach rynku ubezpieczenia opiekuńczego, z drugiej zaś na możliwych sposobach przeciwdziałania tym problemom. W toku prac badawczych wykorzystałem literaturę z zakresu ekonomii, finansów i polityki społecznej.

Publikacja powstała w ramach projektu naukowego pt. „Opracowanie i wdrożenie nowego produktu ubezpieczeniowego: ubezpieczenia opiekuńczego”. Projekt jest realizowany w partnerstwie z Towarzystwem Ubezpieczeniowym Europa, a finansowany jest ze środków Gminy Wrocław (IV edycji programu MOZART).

Polityka ubezpieczeniowa: ujęcia definicyjne

Polityka ubezpieczeniowa związana jest z potrzebami ubezpieczeniowymi, a dokładniej z pobudzaniem, kształtowaniem, przekształcaniem i zaspokajaniem tych potrzeb (Handschke 1998). Chodzi zatem o pewną formę interwencjonizmu państwowego w sferze stosunków ubezpieczeniowych. W niniejszym tekście przyjmuję, że polityka proubezpieczeniowa⁵ jest to system zamierzonych działań podejmowanych przez instytucje publiczne, których celem jest pozytywne stymulowanie rynku ubezpieczeń i zwiększanie zakresu korzystania z ochrony ubezpieczeniowej. Te działania są prowadzone w trzech podstawowych obszarach: (1) regulacji, (2) popytu i (3) podaży. Działania w pierwszym z tych obszarów obejmują inicjatywy tworzące stabilne, czytelne i rozwojowe ramy instytucjonalno-prawne rynku. Działania w drugim obszarze to inicjatywy zwiększające chłonność rynku poprzez stosowanie różnorodnych zachęt i kształtowanie pozytywnych postaw wobec ochrony ubezpieczeniowej. Działania w trzecim obszarze to inicjatywy wspierające działalność zakładów ubezpieczeń, w aspekcie zarówno przedmiotowym (portfel oferowanych produktów), jak i podmiotowym (klienci objęci ochroną).

Ubezpieczenie to instytucja finansowa, a zatem polityka ubezpieczeniowa stanowi przede wszystkim element polityki finansowej państwa. Jednakże, ze względu na złożony charakter ubezpieczeń i ich niemal wszechobecność we wszystkich sferach socjoekonomicznego procesu gospodarowania, jest ona bezpośrednio i blisko powiązana także z polityką społeczno-gospodarczą, w tym przede wszystkim z polityką społeczną (Handschke 1998).

Polityka proubezpieczeniowa — aspekt regulacyjny

Zakres korzystania z ubezpieczenia opiekuńczego jest z reguły niewielki. Produkt ten uchodzi za niszowy, a jego popularność jest znacznie mniejsza niż chociażby ubezpieczeń zdrowotnych czy emerytalnych. W krajach OECD prywatne ubezpieczenie pokrywa jedynie niecałe 2% ogólnych wydatków ponoszonych na opiekę długoterminową (Colombo i in. 2011). W różnych krajach ten udział kształtuje się na różnym poziomie, a uzależniony jest w głównej mierze od tego, jaką rolę w opiece długoterminowej odgrywa państwo (Taleyson 2003). W tych krajach, w których instytucje publiczne zapewniają obywatelom kompleksową opiekę (np. kraje skandynawskie), ubezpieczenie opiekuńcze w ogóle nie funkcjonuje. Stosunkowo najbardziej rozpowszechnione jest natomiast tam, gdzie państwo

⁵ Przedrostek „pro” w słowie proubezpieczeniowa ma podkreślić pozytywny charakter oddziaływań, podobnie jak w sformułowaniach: polityka prorozwojowa czy proekologiczna.

odgrywa marginalną rolę (określaną jako „ostatnia deska ratunku” lub „bezpieczna przystań”), tzn. opieka finansowana ze środków publicznych jest udzielana tylko tym osobom, które nie są w stanie jej sobie zapewnić za pomocą własnych zasobów i możliwości.

Aby wyjaśnić tę zależność między zakresem interwencji państwa a popularnością prywatnego ubezpieczenia opiekuńczego, należy spojrzeć na problem z szerszej perspektywy, a mianowicie ogarnąć konstrukcję całego systemu zabezpieczenia społecznego. Zakres potrzeb ubezpieczeniowych jest ściśle uzależniony od zakresu zabezpieczenia, jakie jest gwarantowane przez państwo (Szumlicz 2009; Fal 2013): im więcej rodzajów ryzyka jest objętych ochroną przez instytucje publiczne oraz im bardziej hojne są udzielane przez nie świadczenia, tym mniejsza jest motywacja jednostek do indywidualnego zabezpieczania się. Prywatne ubezpieczenie pełni zatem funkcję komplementarną w stosunku do publicznego zabezpieczenia społecznego: albo wchodzi w lukę i zapewnia asekurację przed ryzykiem nieobjętym ochroną (tak jak np. w USA), albo rozszerza ofertę publiczną i stanowi doubezpieczenie przy ochronie, która jest zapewniana przez państwo na minimalnym lub podstawowym poziomie (tak jak np. we Francji). W tym drugim przypadku dodatkowa (wobec systemu bazowego) ochrona ubezpieczeniowa służy podniesieniu standardu bezpieczeństwa socjalnego (Szumlicz 2010).

Zasadniczą przeszkodą w rozwoju rynku ubezpieczenia opiekuńczego jest brak orientacji w kwestii zadań publicznych i kompetencji państwa. Obywatele zazwyczaj wychodzą z założenia (często błędnego), że jeśli kiedykolwiek będą potrzebowali opieki długoterminowej, to zostanie im ona sfinansowana ze środków publicznych. Przy takim założeniu racjonalnym zachowaniem jest nienabywanie prywatnego ubezpieczenia (Pauly 1990).

Praktyka pokazuje, że rozwój rynku ubezpieczenia opiekuńczego ogranicza nie tylko niepewność co do roli państwa w opiece długoterminowej, ale także niepewność co do tego, jaka będzie ta rola w przyszłości. Potwierdzeniem tej tezy jest sytuacja, jaka obecnie ma miejsce we Francji. Na początku pierwszej dekady XXI w. rynek ubezpieczenia opiekuńczego rósł tam bardzo dynamicznie, nawet w tempie 12% rocznie. Ten wzrost wyhamował jednak po kilku latach i obecnie rynek jest w stagnacji. Tłumaczy się to oczekiwaniem społeczeństwa na zapowiadane przez polityków reformy opieki długoterminowej, w tym przede wszystkim na zwiększenie jej finansowania ze środków publicznych (Comas-Herrera i in. 2012).

Można zatem stwierdzić, że z perspektywy polityki proubezpieczeniowej fundamentalne znaczenie ma jasne określenie zasad dostępności opieki finansowanej ze środków publicznych. Obywatele powinni dokładnie wiedzieć, za co i w jakich okolicznościach płaci państwo, a za co i w jakich okolicznościach płacą oni sami. Dopiero czytelny i stabilny podział odpowiedzialności tworzy przestrzeń dla prywatnej ochrony, w tym również dla ochrony ubezpieczeniowej. Niezwykle istotne jest ponadto, aby system ubezpieczeń prywatnych był spójny i komplementarny wobec systemu publicznego zabezpieczenia społecznego. Cały układ działa sprawnie tylko wtedy, kiedy oba te systemy ani się nie powielają, ani się wzajemnie nie wykluczają.

Integracja i koordynacja różnych sposobów finansowania opieki długoterminowej stanowi warunek *sine qua non* powstania rynku ubezpieczenia opiekuńczego. Tworzy szansę

na pojawienie się popytu i podaży. Samo powstanie rynku nie gwarantuje jednak, że będzie on działał sprawnie i że będzie się rozwijał. Aby tak się stało, niezbędna jest dalsza aktywność instytucji publicznych, polegająca na tworzeniu regulacji (ram instytucjonalno-prawnych) tego rynku. Wskazane jest, aby państwo stworzyło system orzecznictwa o niesamodzielności, czyli arbitralnie określiło, czym jest niesamodzielność, jakie są jej stopnie i rodzaje, a także obiektywnie weryfikowało, kto i w jakim stopniu jest niesamodzielny. Dodatkowo państwo może ogólnie narzucać różne rozwiązania, dotyczące np. wymaganych zapisów w umowach ubezpieczenia albo standardów wyznaczających minimalny poziom świadczeń. Może także prowadzić ogólny nadzór nad działalnością zakładów ubezpieczeń.

Tworzenie ram instytucjonalno-prawnych ma wielowymiarowy wpływ na rozwój rynku ubezpieczenia opiekuńczego. Po pierwsze, ogranicza samowolę firm ubezpieczeniowych i chroni ubezpieczonych przed nadużyciami z ich strony. Po drugie, ogólnie narzucenie norm i standardów ułatwia prowadzenie działalności ubezpieczeniowej oraz obniża koszty tej działalności. Po trzecie, ustalenie równych reguł dla wszystkich ubezpieczycieli wspiera konkurencję na rynku, a to — jak twierdzi Jerzy Handschke (1998, s. 70) — „stwarza dogodne warunki po temu, aby polityka ubezpieczeniowa była w pełni kreatywna”.

Polityka proubezpieczeniowa — aspekt popytowy

Tian Zhou-Richter, Mark Browne i Helmut Gründl (2010) przeprowadzili w Niemczech badanie nad związkiem pomiędzy posiadaniem informacji na temat opieki długoterminowej a skłonnością do zakupu ubezpieczenia opiekuńczego. Respondentami w tym badaniu były osoby, które spełniały dwa warunki: (1) miały przynajmniej jednego żyjącego rodzica i (2) ten rodzic nie miał wykupionego prywatnego ubezpieczenia opiekuńczego. Badanie było podzielone na trzy etapy. W pierwszym zwrócono się do respondentów z serią pytań, w tym m.in. o to, czy byliby skłonni zakupić ubezpieczenie opiekuńcze dla swoich rodziców. W drugim etapie udzielono respondentom informacji na temat opieki długoterminowej, w tym m.in. na temat: prawdopodobieństwa utraty samodzielności, kosztów opieki długoterminowej oraz obowiązków alimentacyjnych dzieci względem niesamodzielnych rodziców. Następnie, w trzecim etapie, ponownie zapytano respondentów o to, czy chcieliby zakupić ubezpieczenie opiekuńcze dla swoich rodziców. Uzyskano następujące wyniki: w pierwszym etapie badania prawie cała badana populacja (98,2%) nie wyraziła zainteresowania nabyciem ubezpieczenia opiekuńczego, jednak po otrzymaniu informacji, 29,7% respondentów, którzy początkowo nie wyrazili chęci zakupu, zmieniło swoje zdanie i stwierdziło, że byliby gotowi takie ubezpieczenie nabyć. Wynika z tego, że wzrost wiedzy o ryzyku niesamodzielności i kosztach opieki długoterminowej zwiększa skłonność do zakupu ubezpieczenia opiekuńczego.

Badania amerykańskie pokazują, że ogólny poziom wiedzy z zakresu finansów i produktów ubezpieczeniowych jest niski (Lusardi, Mitchell 2007). Ten problem jest szczególnie widoczny właśnie w odniesieniu do opieki długoterminowej. Potwierdzają to cykliczne badania prowadzone przez firmę MetLife. Wynika z nich jednoznacznie, że w świadomości

społecznej pokutuje wiele mitów i błędnych przekonań (MetLife 2009). Brak rzetelnej wiedzy przekłada się na niską świadomość ryzyka, a to z kolei w sposób zasadniczy ogranicza popyt na ochronę ubezpieczeniową.

Niedostatek wiedzy to nie jedyny czynnik, który ogranicza popyt. Nawet dobre rozeznanie w zagadnieniach opieki długoterminowej nie zapewnia wysokiej skłonności do zakupu ubezpieczenia. Chociaż z perspektywy ekonomicznej wydaje się to nieracjonalne, to z perspektywy psychologicznej okazuje się całkowicie normalne i zgodne z naturą człowieka. Ekonomia behawioralna dowodzi, że ludzie często nie są racjonalni i popełniają wiele błędów (Kahneman 2012). Jedną z przyczyn błędów jest tzw. inklinacja egotystyczna. Przejawia się ona postrzeganiem samego siebie jako lepszego od średniej wyznaczonej dla ogółu społeczeństwa. Ma to duży wpływ na skłonność do nabywania produktów ubezpieczeniowych, zakłóca bowiem zdolność prawidłowego oszacowania ryzyka. Ludzie zazwyczaj wychodzą z założenia, że prawdopodobieństwo przytrafienia się jakiegoś nieszczęścia jest w ich przypadku mniejsze aniżeli w przypadku innych ludzi (De Donder, Leroux 2013). Jeżeli myślą o swojej starości, to starają się ją idealizować. Uważają, że różne zagrożenia, takie jak np. utrata samodzielności, przytrafią się na starość komuś innemu, a nie im samym.

Kolejnym czynnikiem, który ogranicza skłonność do nabywania ochrony ubezpieczeniowej, jest niskie zaufanie do towarzystw ubezpieczeniowych. Nie chodzi tutaj o konkretną firmę, lecz o całą branżę. Poziom tego zaufania jest bardzo niski zwłaszcza wśród osób starszych (Szumlicz 2011), które stanowią grupę docelową dla ubezpieczycieli oferujących produkty opiekuńcze. Jest to problem dość newralgiczny, bowiem w stosunku ubezpieczeniowym zaufanie jest wartością najwyższą i — co więcej — jest dużo trudniej osiągalne aniżeli w innych dziedzinach gospodarki (Sułkowski 2000). W przypadku ubezpieczenia opiekuńczego czas, jaki mija od momentu nabycia ochrony do momentu ewentualnej realizacji ryzyka, jest z reguły bardzo długi, może wynosić kilkanaście lub nawet kilkadziesiąt lat. Ta długa perspektywa rodzi szereg obaw, które dodatkowo są wzmacniane brakiem zaufania. Pojawiają się obawy, że firmy ubezpieczeniowe nie wypełnią swoich zobowiązań (np. zbankrutują) i że ochrona okaże się nieskuteczna (np. inflacja znacznie obniży realną wartość świadczeń).

Wskazane jest, aby państwo, przy współpracy z całą branżą ubezpieczeniową, promowało ochronę ubezpieczeniową i zwiększało zaufanie do zakładów ubezpieczeń. Zaufanie to można zwiększać poprzez kształtowanie pozytywnego wizerunku branży ubezpieczeniowej oraz oferowanych przez nią usług (wykorzystując do tego różnorakie instrumenty informacyjne i wychowawcze). Kształtowanie świadomości ubezpieczeniowej polega natomiast na dostarczaniu rzetelnych i obiektywnych informacji o opiece długoterminowej, a zwłaszcza o kosztach z nią związanych, zarówno tych finansowych (związanych z opieką formalną), jak i tych niefinansowych (związanych z opieką nieformalną).

Kolejnym czynnikiem ograniczającym popyt jest niska dostępność cenowa⁶, innymi słowy — bariera cenowa. Ubezpieczenie opiekuńcze to produkt stosunkowo drogi.

⁶ Przez dostępność cenową ubezpieczenia rozumiemy zdolność jednostki do ponoszenia kosztu składki ubezpieczeniowej.

Z badań amerykańskich wynika, że jedynie od 10% do 20% seniorów posiada na tyle wysokie dochody, że mogą sobie pozwolić na opłacanie składki ubezpieczeniowej (Johnson, Uccello 2005). Wysoka cena ogranicza zatem zdolność do nabywania ochrony ubezpieczeniowej. Pojawiają się wręcz opinie, że nawet gdyby ubezpieczenie opiekuńcze było sprzedawane z pominięciem kosztów transakcyjnych (akwizycji i obsługi), czyli po tzw. aktuarialnie sprawiedliwej cenie, to i tak byłoby zbyt drogie dla szerokiego grona społeczeństwa (por. Comas-Herrera i in. 2012). A to jest tylko sytuacja hipotetyczna. W rzeczywistości sprzedawane jest ono po cenie znacznie wyższej niż aktuarialnie sprawiedliwa (Brown, Finkelstein 2007). Duża różnica pomiędzy ceną rzeczywistą a aktuarialnie sprawiedliwą wynika przede wszystkim z tego, że ubezpieczenie opiekuńcze jest produktem trudno zbywalnym, czyli generuje stosunkowo wysokie (w porównaniu z innymi produktami) koszty akwizycji, a ponadto zakłady ubezpieczeń uwzględniają w jego cenie ponadnormatywnie wysokie ryzyko finansowe. To ryzyko jest pochodną różnych problemów i zagrożeń, które zostaną dokładniej omówione w dalszej części artykułu.

W celu zwiększenia dostępności cenowej ubezpieczenia opiekuńczego, instytucje publiczne mogą stosować zachęty podatkowe. Przyświeca temu generalna zasada, że jeżeli państwo nie jest w stanie zapewnić swoim obywatelom odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa socjalnego, to przynajmniej nie powinno czerpać zysków z tego, że starają się oni we własnym zakresie ten poziom podnieść (Szumlicz 2009).

W przypadku ubezpieczenia opiekuńczego efekt ekonomiczny ulg podatkowych jest mocno ograniczony, a to ze względu na nieelastyczność cenową popytu (Comas-Herrera i in. 2012). Poza tym wywołana w ten sposób obniżka ceny jest z reguły niewielka. Można zatem stwierdzić, że ulgi najczęściej trafiają do tych osób, które są w pełni zdecydowane nabyć ochronę ubezpieczeniową i zrobiłyby to nawet bez dodatkowych zachęt.

Zdaniem Joshuy Wienera, Jane Tilly i Susan Goldenson (2000) zachęty podatkowe są ważnym instrumentem polityki proubezpieczeniowej, ale ich głównym celem wcale nie jest obniżanie ceny. Bardziej chodzi tu o wywołanie efektu symbolicznego, a dokładniej: o zmanifestowanie pewnej postawy państwa i zasygnalizowanie społeczeństwu, że władza publiczna popiera kupowanie ubezpieczenia opiekuńczego i uważa ten produkt za godny polecenia.

Cena ubezpieczenia opiekuńczego jest uzależniona od dwóch czynników⁷: (1) sposobu sprzedaży oraz (2) wieku ubezpieczonego.

Jeśli chodzi o pierwszy z tych czynników, to ubezpieczenie może być sprzedawane w dwojaki sposób: indywidualnie albo grupowo. W przypadku sprzedaży indywidualnej koszty transakcyjne są stosunkowo wysokie. W przypadku sprzedaży grupowej, gdy ubezpieczenie jest nabywane przez zakłady pracy dla swoich pracowników, są one znacznie niższe, a to ze względu na niższe koszty akwizycji (sprzedaż hurtowa), efekt skali (sprzedaż zestandaryzowanego produktu) oraz ze względu na to, że pracodawcy (pełniący rolę

⁷ Mowa tutaj o konkretnie skonfigurowanym produkcie, tzn. z ustalonymi podstawowymi parametrami, takimi jak: okres karencji, wysokość franszyzy, czas wypłacania świadczeń, dzienny limit świadczeń i sposób waloryzacji świadczeń.

pośrednika pomiędzy zakładem ubezpieczeniowym a ubezpieczonymi) zazwyczaj przejmują część zadań administracyjnych.

Jeśli chodzi o drugi z tych czynników, to cena ubezpieczenia jest pochodną ryzyka: im ryzyko ubezpieczeniowe jest wyższe, tym wyższa jest cena ubezpieczenia. Ryzyko z kolei jest ściśle uzależnione od wieku osoby nabywającej ochronę ubezpieczeniową: im jest ona starsza, tym większe jest ryzyko, że dożyje starości w stanie niedołęstwa. Mamy zatem następujący ciąg zależności: wiek wpływa na poziom ryzyka, a poziom ryzyka wpływa na cenę ubezpieczenia.

Wobec powyższego można stwierdzić, że instytucje publiczne, jeśli chcą efektywnie zwiększać dostępność cenową ubezpieczenia opiekuńczego, to mogą to robić w dwojaki sposób. Po pierwsze, mogą tworzyć warunki sprzyjające sprzedaży tzw. grupówek (np. stosując zachęty dla firm, aby ubezpieczały swoich pracowników). Po drugie, mogą promować nabywanie ubezpieczenia w możliwie najmłodszy wieku (np. organizując akcje informacyjne i propagandowe).

Argument, jakoby popyt na ubezpieczenie opiekuńcze był ograniczony niską dostępnością kosztową, spotyka się z częstą krytyką. Amerykańska organizacja pozarządowa zajmująca się finansowaniem opieki długoterminowej (Center for Long-Term Care Financing — CLTCF) opublikowała w 1999 r. raport zatytułowany *The Myth of Unaffordability* (Mit niedostępności), w którym przedstawiono tezę, że niski popyt na ubezpieczenie opiekuńcze wynika nie tyle ze zbyt wysokiej ceny, ile z błędnej polityki państwa (Moses 1999). Chodzi o to, że w USA funkcjonuje program Medicaid, zapewniający pomoc ubogim seniorom. Jest on skierowany wyłącznie do osób spełniających kryteria dochodowe i majątkowe, a mimo to stanowi główne źródło finansowania opieki długoterminowej. Oznacza to, że ze świadczeń korzysta znacznie więcej osób, niż jest ubogich seniorów. Zdaniem autorów raportu dzieje się tak na skutek nagminnego dopuszczania się różnego typu nadużyć, mających na celu wyłudzenie środków publicznych. Przykładowo, dużą popularnością cieszy się korzystanie ze specjalistycznych porad prawnych, które pomagają ukryć dochody i zasoby materialne w taki sposób, aby spełnić kryteria programu Medicaid (tzw. *medicaid planning techniques*). W efekcie ryzyko niesamodzielności jest powszechnie ignorowane, a ewentualne koszty opieki długoterminowej są przerzucane na budżet państwa. Aby ograniczyć skalę tych nadużyć, zaproponowano rozwiązanie pod nazwą „Wybór dla opieki długoterminowej” (ang. *LTC Choice*). Idea tego rozwiązania sprowadza się do podjęcia przez państwo szeroko zakrojonych działań proubezpieczeniowych: edukacji społeczeństwa w zakresie ryzyka niesamodzielności i kosztów opieki długoterminowej, a także tworzenia zachęt do zakupu ubezpieczenia opiekuńczego. Osoby, które mimo to świadomie nie zdecydowałyby się na zakup ochrony ubezpieczeniowej, musiałyby złożyć pisemne oświadczenie, że nie będą oczekiwać od państwa wsparcia finansowego na pokrycie ewentualnych kosztów opieki długoterminowej.

Polityka proubezpieczeniowa — aspekt podażowy

Zakłady ubezpieczeń z reguły wykazują ograniczone zainteresowanie działalnością w obszarze opieki długoterminowej. W Polsce takiego zainteresowania praktycznie w ogóle nie ma, o czym może świadczyć fakt, że żadna firma ubezpieczeniowa nie ma w swoim portfelu klasycznego ubezpieczenia opiekuńczego. Na rynku dostępne są jedynie produkty typu assistance, które są sprzedawane wraz z usługami bankowymi (Więckowska 2010). Te braki w ofercie można tłumaczyć w dwojaki sposób. Z jednej strony jest to efekt opisanych wcześniej ograniczeń popytowych. Brak zainteresowania po stronie klientów przekłada się na bierność po stronie ubezpieczycieli. Z drugiej strony jest to efekt różnorodnych problemów i zagrożeń związanych z działalnością w tym obszarze. Ubezpieczenie opiekuńcze to produkt mocno skomplikowany, obciążony wieloma strukturalnymi niepewnościami, co dodatkowo zniechęca firmy ubezpieczeniowe.

Głównym problemem technicznym związanym z ubezpieczeniem opiekuńczym jest określenie i kalkulacja ryzyka. Pozornie sprawa wydaje się prosta, chodzi bowiem o prawdopodobieństwo niesamodzielnosci danej osoby w przyszłości. Wśród osób niesamodzielnych są jednak takie, które wymagają opieki przez długi czas, oraz takie, które umierają zaraz po tym, jak się staną niesamodzielne. W ubezpieczeniu należy zatem uwzględnić dwojaki typ ryzyka, a mianowicie ryzyko związane z utratą samodzielności oraz związane z długością życia w niesamodzielnosci.

Uwzględniając dwojaki typ ryzyka, można przyjąć, że (Barr 2010):

$$\pi = (1 + \alpha)p_1L(p_2)$$

gdzie:

π to wysokość składki;

α to marża zakładu ubezpieczeń;

p_1 to prawdopodobieństwo, że dana osoba stanie się niesamodzielna na pewnym etapie życia i w związku z tym będzie wymagać opieki długoterminowej;

p_2 to prawdopodobieństwo dotyczące tylko tych osób, które utraciły samodzielność, odnosi się do długości życia w niesamodzielnosci (zwykle zakłada się, że niesamodzielnosc trwa do końca życia, zatem jest to oczekiwana dalsza długość życia w niesamodzielnosci);

L to roczny koszt opieki długoterminowej;

$L(p_2)$ to całkowity koszt opieki długoterminowej.

Poza kwestiami technicznymi, poważnym problemem ubezpieczenia opiekuńczego są także strukturalne niepewności. Chodzi o to, że wiele elementów składowych tego produktu jest nieznanymi i trudnymi do skalkulowania. Tyczy się to zarówno obu rodzajów ryzyka (p_1 i p_2), jak i kosztów opieki (L).

Jeśli chodzi o ryzyko, to prawdopodobieństwa p_1 i p_2 są (mniej lub bardziej⁸) znane w obecnej sytuacji, ale nie ma pewności co do tego, jak się będą kształtowały w przyszłości, zwłaszcza w długiej perspektywie. P_1 równie dobrze może się zmniejszać (wzrost umieralności na skutek np. nowych epidemii albo uodpornienia się bakterii na antybiotyki), jak i zwiększać (spadek umieralności na skutek np. rozwoju technologii medycznych). Podobnie P_2 może się równie dobrze zmniejszać (postęp ewolucji technofizjologicznej⁹ zwiększa sprawność psychofizyczną w okresie starości), jak i zwiększać (rozwój gerontechnologii wydłuża życie w stanie niesamodzielności). Wynika z tego, że zmiany prawdopodobieństw p_1 i p_2 nie są możliwe do przewidzenia z dużym wyprzedzeniem. Nie ma nawet pewności co do kierunku tych zmian, zatem w długiej perspektywie bardziej właściwe jest mówienie o niepewności niż o ryzyku (Barr 2010).

Jeśli chodzi o koszt opieki długoterminowej (L), to również niezwykle trudno przewidzieć, jak się on zmieni w przyszłości. Można domniemywać, że będzie wzrastał, co można uzasadnić trzema przesłankami. Po pierwsze, praca ludzka będzie coraz bardziej kosztowna, a świadczenie opieki jest czasochłonne i pracochłonne. Po drugie, sprawowanie opieki coraz częściej będzie wymagać specjalistycznej wiedzy i umiejętności. I wreszcie po trzecie, będzie się zwiększać „nasylenie” opieki (kosztownymi) technologiami.

Kolejnym zagrożeniem dla zakładów ubezpieczeń jest negatywna selekcja (ang. *adverse selection*). W przypadku ubezpieczenia opiekuńczego, podobnie jak w przypadku ubezpieczenia zdrowotnego, występuje asymetria informacji. Osoba nabywająca ochronę ubezpieczeniową ma większą wiedzę od ubezpieczyciela o swoim stanie zdrowia (np. o obciążeniach genetycznych). Ochronę nabywają przede wszystkim te osoby, które są ponadprzeciętnie narażone na wystąpienie danego ryzyka. George A. Akerlof (1970) nazwał takie osoby „cytrynami”. Właśnie z ich powodu rozkład ryzyka w subpopulacji osób ubezpieczonych jest z reguły inny (wyższy) aniżeli w populacji ogółem.

Zjawisko negatywnej selekcji jest bardzo trudne do wyeliminowania. Co prawda możliwa jest szczegółowa weryfikacja wniosków o zawarcie umowy ubezpieczenia, ale znacznie zwiększa to koszty transakcyjne¹⁰. Jeżeli jednak te koszty nie zostaną poniesione, to i tak w dłuższym okresie nieuchronnie dojdzie do wzrostu cen. Będzie to spowodowane tym, że przy określonej wysokości składki, ochronę częściej będą nabywały „cytryny”, co spowoduje wzrost wydatków (w stosunku do planowanych), jakie ubezpieczyciele będą

⁸ W Polsce problemem jest ograniczony dostęp do informacji, które są niezbędne do rzetelnego oszacowania składki ubezpieczeniowej. Ogólnodostępne informacje statystyczne albo są niedostawiane do wyceny ubezpieczenia opiekuńczego, albo w ogóle ich nie ma.

⁹ Ewolucja technofizjologiczna to koncepcja stworzona przez Roberta Fogla i Dorę Costę (1997), która tłumaczy zmiany, jakie zachodzą w organizmie ludzkim, synergicznym postępowaniem w zakresie technologii i fizjologii. Postęp technologiczny dał człowiekowi bezprecedensową zdolność kontrolowania i zmieniania środowiska, w którym żyje, co poprawiło ogólne warunki bytu i w efekcie doprowadziło do udoskonalenia gatunku, a dokładniej: do zwiększenia rozmiarów ciała oraz zwiększenia trwałości i wydolności poszczególnych organów wewnętrznych.

¹⁰ W USA zakłady ubezpieczeń stosują weryfikację podań (ang. *medical screening*) w celu wykluczenia „cytryn”, czyli osób z ponadnormatywnym ryzykiem. Z reguły odrzucanych jest od 15% do 20% podań o wykupienie ubezpieczenia opiekuńczego (Comas-Herrera i in. 2012).

ponosić na wypłatę świadczeń, a to z kolei przełoży się na konieczność podniesienia składki. Wzrost cen zniechęci do zakupu te osoby, które nie są pewne, czy w przyszłości będą korzystać ze świadczeń. Wylimitowanie ich z grona klientów zwiększy konieczność dalszego podnoszenia składek. Ten cykl prowadzi do nakręcania się spirali cen (Cutler, Zeckhauser 1998).

Poważnym zagrożeniem dla ubezpieczycieli jest także pokusa nadużyć (ang. *moral hazard*)¹¹. Problem ten jest typowy dla każdego rynku, na którym rozdzielona jest funkcja klienta i płatnika, czyli poza świadczeniobiorcą i świadczeniodawcą występuje jeszcze trzeci podmiot, którego zadaniem jest partycypowanie w kosztach świadczeń. W obszarze opieki długoterminowej skala występowania pokusy nadużyć jest większa niż w przypadku innych zabezpieczonych ryzyk (Scanlon 1992). Pokrywanie kosztów opieki przez ubezpieczyciela powoduje nieracjonalny wzrost popytu (nadkonsumpcję) i w konsekwencji także nieuzasadniony wzrost wydatków. Zdaniem Marka Pauly'ego (1968) nie należy tego rozpatrywać w kategoriach problemu moralnego czy etycznego, lecz jako wyraz racjonalnego ekonomicznie zachowania osoby, która staje w obliczu niższych cen. Dopóki ubezpieczyciel finansuje znaczną część świadczeń (udział własny jest niewielki), a straty psychofizyczne związane z korzystaniem z tych świadczeń są względnie akceptowalne, dopóty nie ma indywidualnej motywacji do racjonalizowania konsumpcji i zachowywania się tak, jakby się nie było ubezpieczonym.

Te problemy, niepewności i zagrożenia w sposób oczywisty ograniczają skłonność firm ubezpieczeniowych do działania w obszarze opieki długoterminowej. Ubezpieczyciele wolą się koncentrować na produktach, które są łatwiejsze w konstrukcji i obciążone mniejszym ryzykiem finansowym. Produktu opiekuńczego w ogóle nie mają w swoim portfelu, a jeśli już go oferują, to po bardzo wysokiej cenie, która uwzględnia wszelkie niedogodności i ponadnormatywne ryzyko.

Zwiększenie aktywności zakładów ubezpieczeń w obszarze opieki długoterminowej wymaga pozytywnej stymulacji i zaangażowania ze strony państwa. Wskazane jest, aby instytucje publiczne brały na siebie część zagrożeń związanych z działalnością ubezpieczeniową i tym samym ułatwiały prowadzenie tej działalności. Sztandarowym przykładem takiej polityki proubezpieczeniowej jest program ubezpieczenia opiekuńczego ElderShield, który funkcjonuje od 2002 r. w Singapurze. Program ten jest realizowany na zasadzie partnerstwa publiczno-prywatnego. Państwo, przy współudziale sektora prywatnego, organizuje system ochrony ubezpieczeniowej, promuje go i daje gwarancję jego stabilności. Za bezpośrednie prowadzenie działalności ubezpieczeniowej odpowiedzialne są trzy firmy, które zostały wyznaczone przez Ministerstwo Zdrowia: Aviva, Great Eastern oraz NTUC Income. Ubezpieczeniu podlegają wszystkie osoby w wieku 40–69 lat, które są objęte ubezpieczeniem zdrowotnym. Przystąpienie do programu odbywa się w sposób automatyczny, w uproszczony sposób, bez weryfikacji i oceny medycznej. Ubezpieczenie jest dobrowolne, więc po przystąpieniu do programu każdy może z niego swobodnie zrezygnować. Podsta-

¹¹ Pokusa nadużyć dotyczy tylko ubezpieczenia opiekuńczego typu odszkodowawczego (ang. *reimbursement model*), w którym ubezpieczyciel pokrywa koszty udzielonej opieki.

wowy produkt jest maksymalnie uproszony i ujednociony. Składka jest opłacana ze środków zgromadzonych na indywidualnym koncie zabezpieczenia zdrowotnego¹². Wysokość składki jest ogólnie ustalona i uzależniona od dwóch zmiennych: (1) płci oraz (2) wieku, w którym następuje przystąpienie do programu. Świadczenia mają charakter pieniężny, ich wysokość jest stała i wynosi 400 dol. miesięcznie, a okres wypłacania świadczeń to maksymalnie 72 miesiące (3 lata). Prawo do świadczeń przysługuje osobom niesamodzielnym, które nie są zdolne do wykonywania przynajmniej trzech podstawowych czynności codziennego życia (P-ADL). Podstawową wersję ubezpieczenia można dowolnie rozbudowywać, nabywając dodatkowo ElderShield Supplements, które podnoszą wysokość świadczenia i/lub wydłużają okres jego wypłacania (Ministerstwo Zdrowia w Singapurze 2016).

Przykład singapurskiego programu ElderShield pokazuje zakres potencjalnych zadań, które mogą być realizowane przez państwo w celu zwiększenia podaży ubezpieczenia opiekuńczego. Pierwsze z tych zadań to dążenie do upowszechnienia ochrony ubezpieczeniowej. W sytuacji gdy dominująca część społeczeństwa posiada prywatną ochronę ubezpieczeniową, zminimalizowany zostaje problem negatywnej selekcji i kosztownego *underwritingu*¹³. Drugie zadanie to określenie podstawowej wersji produktu, która jest upowszechniana w społeczeństwie. Ta podstawowa wersja powinna być maksymalnie uproszczona i zunifikowana. Poszczególne parametry produktu (łącznie z wysokością składek i świadczeń) powinny być ogólnie narzucone, co oczywiście ogranicza autonomię zakładów ubezpieczeń, ale także zdejmuje z nich kłopotliwy obowiązek skomplikowanej wyceny ryzyka. Trzecie zadanie to zagwarantowanie stabilności systemu i przejęcie części ryzyka finansowego. Kluczowe jest tutaj założenie, że skoro państwo ogranicza autonomię firm ubezpieczeniowych i narzuca im sztywne rozwiązania, to powinno również partycypować w (ewentualnych) negatywnych konsekwencjach zastosowania tych rozwiązań. Publiczne gwarancje dają pewność, że niezależnie od tego, jak sytuacja będzie się kształtować w przyszłości, zakłady ubezpieczeń nie zostaną pozostawione bez pomocy. Oddala to od nich zagrożenia związane z niepewnościami, których nie da się przewidzieć, skalkulować i uwzględnić w rachunku ekonomicznym.

Zakończenie

W Polsce nie wypracowano jeszcze spójnej i efektywnej polityki ubezpieczeniowej (Handschke 2009). Można przypuszczać, że ten brak nie jest świadomym działaniem (tzw. polityka braku polityki), lecz efektem zaniedbania i/lub ignorancji. Niewątpliwie wskazane jest, z uwagi na tempo i skalę dokonujących się zmian demograficznych, aby sytuacja pod tym względem zmieniła się w przyszłości.

Z punktu widzenia działań proubezpieczeniowych, głównym problemem w Polsce jest brak jasno sprecyzowanego zakresu odpowiedzialności państwa za zapewnienie opieki na

¹² W Singapurze obowiązkowa składka na ubezpieczenie zdrowotne (obliczana jako część dochodów) jest gromadzona na indywidualnym koncie (Medisave), a zgromadzone tam środki są wykorzystane na opłacenie świadczeń medycznych i/lub na opłacenie ubezpieczenia opiekuńczego.

¹³ *Underwriting* polega na weryfikacji „ubezpieczalności” i szacowaniu ryzyka.

starość. Uprawnienia do świadczeń finansowanych ze środków publicznych przez długi czas były definiowane poprzez tzw. koszyk negatywny. Oznacza to, że nie określono tego, do czego obywatel ma prawo, lecz do czego prawa nie ma. Z założenia zatem ma prawo do wszystkiego, poza ściśle określonymi wyjątkami. Taka konstrukcja uprawnień w sposób oczywisty zniechęca do indywidualnej przezorności i rodzi postawę roszczeniową. Wykupienie prywatnego ubezpieczenia jawi się jako działanie bezzasadne i nieracjonalne. Z jednej strony dubluje zadania, których realizacja leży w gestii podmiotów publicznych, z drugiej zaś strony wiąże się z ponoszeniem podwójnego obciążenia finansowego: publicznego (opłacanie danin publicznych) i prywatnego (opłacanie składki na prywatne ubezpieczenie).

Poważnym problemem jest również to, że nie prowadzi się praktycznie żadnych działań w celu stworzenia ram instytucjonalno-prawnych dla rynku ubezpieczenia opiekuńczego. Żaden akt prawny nie definiuje ryzyka niesamodzielnności i nie ustala kryteriów jego wystąpienia. Nie funkcjonuje publiczny system orzecznictwa o niesamodzielnności. Instytucje publiczne nie podejmują praktycznie żadnych inicjatyw zwiększających w społeczeństwie świadomość ryzyka niesamodzielnności i jego finansowych konsekwencji. W tej sytuacji działalność ubezpieczeniowa jest, jak to określił Adam Pustelnik (2013, s. 43), „działaniem kosztownym, skomplikowanym i obciążonym bardzo wysokim ryzykiem finansowym”.

Bibliografia

- Akerlof, G. (1970). The Market for „Lemons”: Quality Uncertainty and the Market Mechanism. *The Quarterly Journal of Economics*, vol. 84, nr 3, s. 175–188.
- Augustyn, M. (red.) (2002). *Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje*. Warszawa: Klub Parlamentarny Platformy Obywatelskiej RP.
- Barr, N. (2010). Long-Term Care: A Suitable Case for Social Insurance. *Social Policy & Administration*, vol. 44, nr 4, s. 359–374.
- Błędowski, P. (2002). *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza SGH.
- Brown, J., Finkelstein, A. (2007). Why is the Market for Long-Term Care Insurance So Small?. *Journal of Public Economics*, vol. 91, nr 10, s. 1967–1991.
- Castries, H. de (2009). Ageing and Long-Term Care: Key Challenges in Long-Term Care Coverage for Public and Private System. *The Geneva Papers*, nr 34, s. 24–34.
- Colombo, F. i in. (2011). *Help wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. OECD Health Policy Studies, Paris: OECD Publishing.
- Comas-Herrera, A. i in. (2012). *Barriers and Opportunities For Private Long-Term Care Insurance in England: What Can We Learn From Other Countries*. PSSRU Discussion Paper, nr 2780. London: Personal Social Services Research Unit, London School of Economics.
- Cutler, D., Zeckhauser, R. (1998). Adverse selection in health insurance. *Forum for Health Economics & Policy*, vol. 1, nr 1, s. 1–33.

- De Donder, P., Leroux, M.-L. (2013). Behavioral Biases and Long-Term Care Insurance: A Political Economy Approach. *The B.E. Journal of Economic Analysis & Policy*, vol. 14, nr 2, s. 551–575.
- Fal, D. (2013). Ubezpieczenie a starzenie się społeczeństwa. W: B. Samoliński, F. Raciborski (red.), *Zdrowe starzenie się: biała księga* (s. 35–39). Warszawa: Scholar.
- Fogel, R., Costa, D. (1997). A Theory of Technophysio Evolution, With Some Implication for Forecasting Population, Health Care, and Pension Costs. *Demography*, vol. 34, nr 1, s. 49–66.
- Frątczak, E. (2002). Proces starzenia się ludności Polski. *Studia Demograficzne*, nr 2 (142), s. 3–28.
- Grewiński, M., Kamiński, S. (2007). *Obywatelska polityka społeczna*. Warszawa: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP.
- Handschke, J. (1998). Pojęcie, treść i zasady polityki ubezpieczeniowej. W: T. Sangowski (red.), *Studia ubezpieczeniowe* (s. 58–73). Poznań: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu.
- Handschke, J. (2009). Polskie doświadczenie w formowaniu i rozwoju rynku ubezpieczeń — wybrane aspekty. *Wiadomości Ubezpieczeniowe*, nr 3, s. 56–69.
- Johnson, R., Uccello, C. (2005). *Is private long-term care insurance the answer?*. Boston: Center for Retirement Research at Boston College.
- Jurek, Ł. (2009). Społeczne ubezpieczenie pielęgnacyjne — wady i zalety. *Polityka Społeczna*, nr 7, s. 14–17.
- Jurek, Ł. (2012). *Ekonomia starzejącego się społeczeństwa*. Warszawa: Difin.
- Kahneman, D. (2012). *Pułapki myślenia. O myśleniu szybkim i wolnym*. Tłum. P. Szymczak. Warszawa: Media Rodzina.
- Kotowska, I., Wróblewska, W. (2007). Zmiany demograficzne — pomiar procesów i ocena skutków społeczno-ekonomicznych. W: T. Panek (red.), *Statystyka społeczna* (s. 63–98). Warszawa: PWE.
- Lusardi, A., Mitchell, O. (2007). Financial Literacy and Retirement Preparedness: Evidence and Implications for Financial Education. *Business Economics*, vol. 42, nr 1, s. 35–44.
- MetLife (2009). *MetLife Long-Term Care IQ: Removing Myths, Reinforcing Realities*. New York: MetLife Mature Market Institute.
- Ministerstwo Zdrowia w Singapurze (2016). Pobrano z: www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/costs_and_financing/schemes_subsidies/ElderShield.html [dostęp: 9.02.2016].
- Moses, S. (1999). *The Myth of Unaffordability: How Most Americans Should, Could, and Would Buy Long-Term Care Insurance*. Seattle: Centre for Long-Term Care Financing.
- Okólski, M. (2003). *Demografia*. Warszawa: Scholar.
- Pauly, M. (1968). The Economics of Moral Hazard: Comment. *The American Economic Review*, vol. 58, nr 3, s. 531–537.
- Pauly, M. (1990). The Rational Nonpurchase of Long-Term Care Insurance. *Journal of Political Economy*, vol. 98, nr 1, s. 153–168.

- Pustelnik, A. (2013). Rynek ubezpieczeń wobec problemu wieku podeszłego. W: B. Samoliński, F. Raciborski (red.), *Zdrowe starzenie się: biała księga* (s. 40–46). Warszawa: Scholar.
- Scanlon, W. (1992). Possible Reforms for Financing Long-Term Care. *The Journal of Economic Perspectives*, vol. 6, nr 3, s. 43–58.
- Sułkowski, W. (2000). Czynniki kształtujące wielkość popytu na ochronę ubezpieczeniową. W: W. Sułkowski (red.), *Bariery rozwoju polskiego rynku ubezpieczeniowego* (s. 51–71). Kraków: Kantor Wydawniczy Zakamycze.
- Szatur-Jaworska, B. (2015). Polityka senioralna w Polsce — analiza agendy. *Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje*, nr 3 (30), s. 47–75.
- Szukalski, P. (2008). Starzenie się ludności — wyzwanie XXI wieku. W: P. Szukalski (red.), *To idzie starość — polityka społeczna a przygotowanie do starzenia się ludności Polski* (s. 7–29). Warszawa: Instytut Spraw Publicznych.
- Szweda-Lewandowska, Z. (2012). Założenia i dane wyjściowe. W: P. Błędowski (red.), *Wybrane aspekty finansowe wprowadzenia w życie ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym* (s. 6–12). Warszawa: IPISS.
- Szweda-Lewandowska, Z. (2014). Modele opieki nad osobami niesamodzielnymi. *Studia Ekonomiczne*, nr 179, s. 215–224.
- Szumlicz, T. (2009). Społeczna rola ubezpieczeń: podstawy polityki ubezpieczeniowej. *Wiadomości Ubezpieczeniowe*, nr 2 (specjalny), s. 17–31.
- Szumlicz, T. (2010). Ubezpieczenia w systemie zabezpieczenia społecznego. W: J. Hand-schke, J. Monkiewicz (red.), *Ubezpieczenia. Podręcznik akademicki* (s. 475–508). Warszawa: Poltext.
- Szumlicz, T. (2011). Stosunek do instytucji finansowych. *Contemporary Economics*, vol. 5, nr 3, s. 188–195.
- Taleyson, L. (2003). Private Long-Term Care Insurance — International Comparison. *Health and Ageing*, nr 8, s. 1–3.
- Wiener, J., Tilly, J., Goldenson, S.M. (2000). Federal and state initiatives to jump start the market for private long-term care insurance. *Elder Law Journal*, vol. 8, nr 1, s. 57–99.
- Więckowska, B. (2008). *Ubezpieczenie pielęgnacyjne*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza SGH.
- Więckowska, B. (2010). Ubezpieczenie w zarządzaniu ryzykiem niedołąstwa starczego. W: T. Szumlicz (red.), *Społeczne aspekty rynku ubezpieczeniowego* (s. 209–220). Warszawa: Oficyna Wydawnicza SGH.
- Wóycicka, I. (2009). Modele opieki w Polsce. W: I. Kotowska (red.), *Strukturalne i kulturowe uwarunkowania aktywności zawodowej kobiet w Polsce*. Warszawa: Scholar.
- Zhou-Richter, T., Browne, M., Gründl, H. (2010). Don't they care? Or, are they just unaware? Risk perception and the demand for long-term care insurance. *The Journal of Risk and Insurance*, vol. 77, nr 4, s. 715–747.

Summary

The consequences of population ageing are an increase in the number of dependents and increase expenditures on long-term care. One of the major challenges for public authority is to find new sources of financing long-term care services. One potential solution is to introduce long-term care insurance. Unfortunately this product is widely regarded as a niche, and the scope of its use is relatively small. To change this situation an appropriate public policy is necessary. The aim of the article is to present the potential actions that public bodies may take in the framework of the so-called insurance policy. These activities are grouped in regard to three areas: (1) regulatory, (2) demand and (3) supply. The article presents the problems of the long-term care insurance market, and possible ways to counteract them.

Key words: public policy, long-term care, insurance

Cytowanie

Łukasz Jurek (2016), *Polityka proubezpieczeniowa w opiece długoterminowej*, „Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje” nr 33(2), s. 53–70. Dostępny w Internecie na www.problemy polityki społecznej.pl [dostęp: dzień, miesiąc, rok]