

Rozdział 5

Koszty opieki w okresie starości (LTC) jako przedmiot ubezpieczenia prywatnego

JEL Classification: G22, G41, H55, I13 J14

Anna Jędrzychowska

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
e-mail: anna.jedrzychowska@ue.wroc.pl

ORCID: 0000-0002-3837-1734

Ilona Kwiecień

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
e-mail: ilona.kwiecien@ue.wroc.pl

ORCID: 0000-0003-3382-9467

Ewa Poprawska

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
e-mail: ewa.poprawska@ue.wroc.pl

ORCID: 0000-0002-6024-6462

Cytuj jako: Jędrzychowska, A., Kwiecień, I. i Poprawska, E. (2023). Koszty opieki w okresie starości (LTC) jako przedmiot ubezpieczenia prywatnego. W: I. Kwiecień i P. Kowalczyk-Rólczyńska (red.), *Bezpieczeństwo ekonomiczne osób starszych – wyzwania dla rynku ubezpieczeń w Polsce* (s. 97-112). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu.

Streszczenie: W rozdziale została podjęta tematyka związana z możliwością wykorzystania instrumentu ubezpieczenia prywatnego dla finansowania ryzyka opieki długoterminowej osób starszych na polskim rynku z uwzględnieniem specyfiki demograficznej, jak i doświadczeń światowych. Przedmiotem analizy jest znaczenie ryzyka, skutków i możliwość finansowania ich poprzez prywatne ubezpieczenie. Szczególny nacisk położono na przykład empiryczny – analizę kosztu ochrony ubezpieczeniowej, który uwzględnia zarówno moment w życiu, w którym została podjęta decyzja, jak i sumę ubezpieczenia, oraz na tym tle koszt przy składce jednorazowej, jak i w wariantach, gdy składka ta jest rozłożona na dłuższy czas, z założeniem, że ochrona

byłaby uruchamiana dla osoby w wieku 65 lat adekwatnie do zgłaszanego poziomu niesamodzielnosci i puli świadczeń zapewnianych dla tego stanu. Zostały tu wykorzystane informacje ekonomiczne i demograficzne dla Polski i Niemiec.

Słowa kluczowe: ubezpieczenia srebrne, opieka długoterminowa, zarządzanie finansami osobistymi, ubezpieczenia społeczne, LTC, renty

5.1. Ryzyko niedołącności i jego skutki

Naturalną konsekwencją starzenia się, chorób i urazów jest postępująca utrata zdolności do wykonywania czynności niezbędnych w codziennym życiu oraz rosnąca zależność od pomocy innych osób, początkowo doraźnej, później w coraz większym zakresie, aż do stałej. Osoby doświadczające takich trudności wymagają opieki, która może być realizowana przez członków rodziny lub przez osoby zajmujące się profesjonalnie świadczeniem tego typu usług – w domu lub w placówce zewnętrznej. Opieka taka określana jest jako tzw. długoterminowa opieka pielęgnacyjna (*Long Term Care* – LTC). W raportach jest ona definiowana jako świadczenia, jakich wymagają osoby o obniżonym poziomie sprawności funkcjonalnej (fizycznej lub poznawczej), które w związku z tym są uzależnione od długoterminowej pomocy z zewnątrz w wykonywaniu czynności dnia codziennego (zob. European Commission, 2015; OECD, 2011; WHO, 2001). Według WHO (2002) głównym celem systemów opieki długoterminowej jest „zapewnienie, aby osoba, która nie jest w pełni zdolna do długoterminowej samoopieki, mogła zachować jak najlepszą jakość życia, z możliwie największym stopniem samodzielności, autonomii, uczestnictwa, osobistego spełnienia i godności ludzkiej”.

Przybyłowicz (2017) wskazuje na trzy kluczowe elementy, jakie składają się na LTC:

- niezdolność do samodzielnego wykonywania podstawowych czynności życiowych (takich jak siadanie, wstawanie, chodzenie, odżywianie się, dbanie o higienę osobistą),
- konieczność osobistej opieki rozumianej jako udzielanie pomocy w zakresie zależnym od indywidualnej sytuacji osoby niesamodzielnej,
- relatywnie długi okres trwania przy jednoczesnym niskim stopniu odwracalności sytuacji.

LTC odnosi się zatem do szerokiego zakresu wspierających usług medycznych, osobistych i socjalnych potrzebnych ludziom, którzy nie są w stanie zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych przez dłuższy czas z powodu wypadku, choroby lub osłabienia sprawności, np. na skutek starzenia się.

Problem opieki długoterminowej nie dotyczy jedynie osób starszych, jednakże z uwagi na tendencje demograficzno-społeczne zyskuje w tej grupie osób cechę ryzyka fundamentalnego. Problem ma charakter globalny – w 1950 roku mniej niż 1% światowej populacji było w wieku powyżej 80 lat – szacuje się, że do 2050 roku odse-

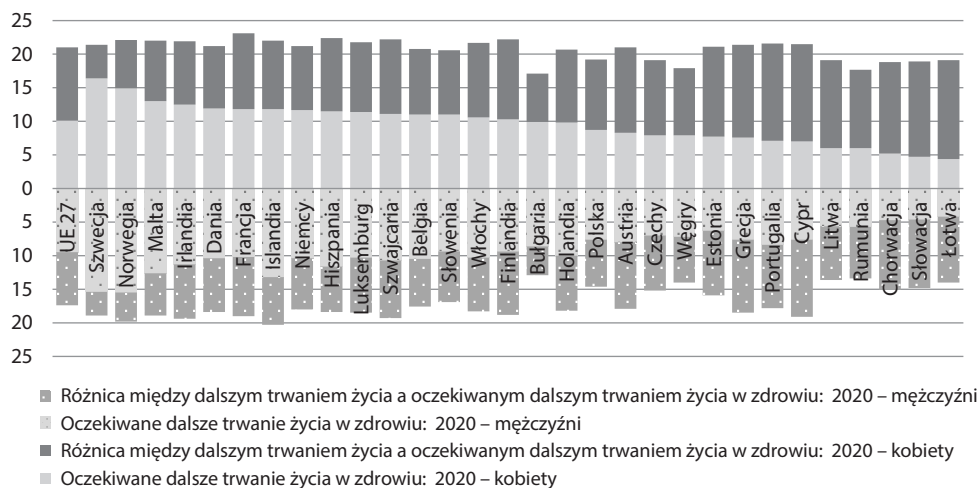
tek osób w wieku 80 lat i więcej wzrosnie do prawie 10% w krajach OECD. Jakkolwiek jest on szczególnie istotny w krajach rozwijających się z uwagi na wyższy wskaźnik obciążenia demograficznego osobami starszymi. W 2020 roku dla krajów UE wynosi on 32%, prognozy na rok 2050 to 52%, a na 2100 – 57%. Dla Polski prognozy te są jeszcze mniej optymistyczne, obecnie jest to 27,5%, w 2050 roku wartość wskaźnika ma osiągnąć 52,2%, a w 2100 roku – aż 63,2%, co jest najwyższym wynikiem spośród krajów europejskich (Eurostat, 2021b).

W literaturze identyfikuje się jako kluczowe czynniki wzrostu popytu na opiekę długoterminową: zwiększającą się długość życia, singularyzację gospodarstw domowych w związku z niskimi wskaźnikami dzietności lub zjawiskiem bezdzietności, migracją dorosłych dzieci, rozluźnienie więzi lub aktywizację zawodową kobiet tradycyjnie opiekujących się starszymi członkami rodziny (por. Błędowski i in., 2012; Eitner i in., 2011; Jędrzychowska i in., 2020).

Z drugiej strony obserwujemy kryzys systemów emerytalnych, prognozy malejących stóp zastąpienia i niewystarczające dochody z publicznych systemów emerytalnych, podczas gdy badania wskazują, że emerytura taka jest podstawowym przychodem gospodarstw domowych osób starszych. Dochody w postaci emerytury systemowej nie uwzględniają dynamiki potrzeb w fazach starości. Problem zyskuje na znaczeniu w późniejszym wieku – odsetek zgłaszających ograniczenia w wykonywaniu codziennych czynności wynosi w grupie 65-74 lata średnio 40% dla kobiet, 37% dla mężczyzn; w grupie 75+ kobiety stanowią 62%, mężczyźni 53%. Odsetek ograniczeń jest wyższy w krajach takich jak Łotwa, Słowacja, Albania, Turcja, a najniższy w Szwecji, Islandii i w Niemczech. W efekcie w zakresie potrzeb opiekuńczych identyfikuje się wzrost potrzeb z wiekiem, wraz z pogarszaniem się stanu zdrowia, aż do ryzyka stanu poważnej niepełnosprawności i całkowitej niesamodzielności, przy jednocześnie malejącej zdolności do dodatkowej aktywności zarobkowej. Na rys. 5.1 zestawiono długość dalszego trwania życia dla osób w wieku 65+ (łącznie wysokość słupków) z dalszym trwaniem życia w zdrowiu (słupki jasnoszare) dla krajów europejskich w 2020 roku.

Ryzyko uzależnienia kobiet od wsparcia (także finansowego) wzrasta, gdy do trendów demograficznych dodamy analizę poziomu emerytur kobiet. W 2019 roku średnia różnica w emeryturach kobiet i mężczyzn w wieku 65+ w UE wynosiła aż 29,4%.

Wzrost potrzeb w fazach starości ma szczególne znaczenie w sytuacji, gdy instrumenty dodatkowego oszczędzania na emeryturę nie zapewniają płatności dożywotnich – tak jak w Polsce PPK, IKE, IKZE czy PPE – a nadto wysokość świadczeń jest kalkulowana jako stała dla całego cyklu starości (pomijając waloryzację). Emerytury terminowe kreują szczególnie istotne ryzyko dla kobiet z uwagi na dłuższe trwanie życia. Utrzymywany w Polsce niższy wiek emerytalny dodatkowo wpływa na wartość gromadzonego kapitału emerytalnego, potęgując efekt wciąż istniejącej luki dochodowej.

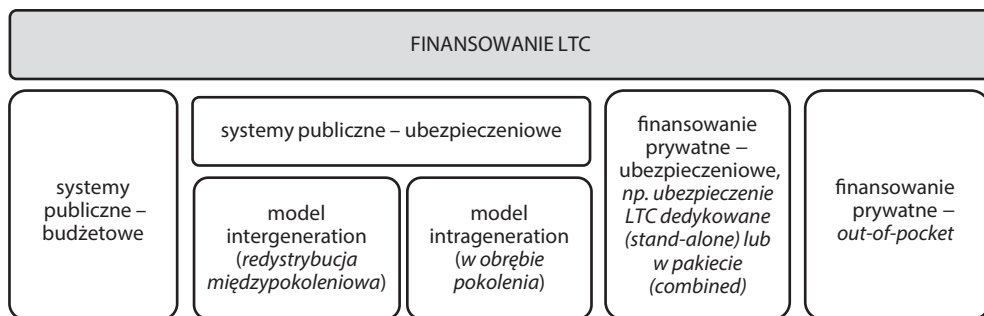


Rys. 5.1. Dalsze trwanie życia w zdrowiu w wieku 65+

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych (Eurostat, 2020a; Eurostat, 2020b).

5.2. Finansowanie długoterminowej opieki pielęgnacyjnej

Powyższe tendencje przyczyniają się do wzrostu zapotrzebowania na zewnętrzne usługi opiekuńcze, co w połączeniu z zapotrzebowaniem na specjalistyczne urządzenia spowoduje wzrost kosztów takiej opieki. Wydatki rządowe i prywatne na rynek długoterminowej opieki pielęgnacyjnej wynoszą według raportu OECD średnio aż 1,5% PKB i szacuje się, że się podwoją, a nawet potroją do 2050 roku. Aby sprostać temu wyzwaniu, konieczna jest kompleksowa wizja opieki długoterminowej, łącząca różne koncepcje finansowania (rys. 5.2).



Rys. 5.2. Finansowanie długoterminowej opieki pielęgnacyjnej

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Eling i Ghavibazoo, 2018).

Chociaż większość kosztów opieki zdrowotnej w UE pokrywają systemy zabezpieczenia społecznego, długoterminowa opieka społeczna jest zwykle traktowana inaczej. W konsekwencji oznacza to, że odpowiedzialność za finansowanie opieki instytucjonalnej często spoczywa na osobie starszej wymagającej takiej opieki, co może stanowić obciążenie dla jej rodziny w przypadku braku wystarczających środków. Biorąc pod uwagę stopień zaangażowania rodziny i społeczeństwa w opiekę nad starszymi pokoleniami, zasadna jest dyskusja nad wprowadzeniem obowiązkowych ubezpieczeń długoterminowych jako uzupełnienia systemów zabezpieczenia społecznego, choćby na minimalnym poziomie. Jest to szczególnie ważne obecnie, gdy zmieniają się postawy społeczne, dzieci coraz rzadziej podejmują samodzielną opiekę nad rodzicami, a zamiast tego przekazują ją placówkom opiekuńczym i zleconym (Eitner i in., 2011; Błędowski i in., 2012). Wiąże się to nie tylko ze słabszymi więziami rodzinnymi, ale także z mieszkaniem w innych miastach na skutek emigracji lub pozostaniem w większym mieście po skończonych studiach.

W Polsce brakuje kompleksowych rozwiązań w dziedzinie opieki nad osobami niesamodzielnymi. Prowadzono prace np. nad projektem ustawy (*Komentarz i objaśnienia...*, 2013), której założeniem było uporządkowanie stanu prawnego i wprowadzenie kompleksowych rozwiązań, m.in. dotyczących finansowania świadczeń (np. refundacja kosztów usług pielęgnacyjno-opiekuńczych, wprowadzenie czeku opiekuńczego) czy wspierających osoby sprawujące opiekę nad osobami niesamodzielnymi (np. wprowadzenie „urlopu wytchnieniowego”, elastyczny czas pracy i ochrona w pracy dla opiekunów osób niesamodzielnymi). Została ona jednak w 2018 roku odrzucona.

W dalszej części rozdziału uwaga skupiona zostanie na prywatnych ubezpieczeniach LTC, które stanowić mogą instrument finansowania w razie braku rozwiązań systemowych, jak i uzupełnienie zakresu świadczeń, a także wskazane zostaną bariery ich rozwoju.

5.3. Prywatne ubezpieczenia LTC

Początek rynku ubezpieczeń LTC sięga lat 60. XX wieku w USA. Obecnie te produkty oferowane są m.in. na takich rynkach, jak: Japonia, Francja, Szwajcaria czy Wielka Brytania. Produkty LTC nie mają jednej formy. Można je podzielić ze względu na wiele różnych kryteriów (szerzej: Więckowska, 2008). Ze względu na charakter świadczenia można wyszczególnić produkty o zdefiniowanej wysokości świadczenia w dacie początku ochrony ubezpieczeniowej (tzw. nieodszkodowawcze) oraz o niezdefiniowanej wysokości świadczenia (odszkodowawcze). Pierwsze z wymienionych mogą mieć postać płatności jednorazowej lub renty o charakterze stałym lub rosnącym (np. indeksowane). Ze względu na powiązanie produktu LTC z innymi typami ubezpieczeń można wyróżnić: ubezpieczenia samodzielne, podwyższoną rentę, ubezpieczenie

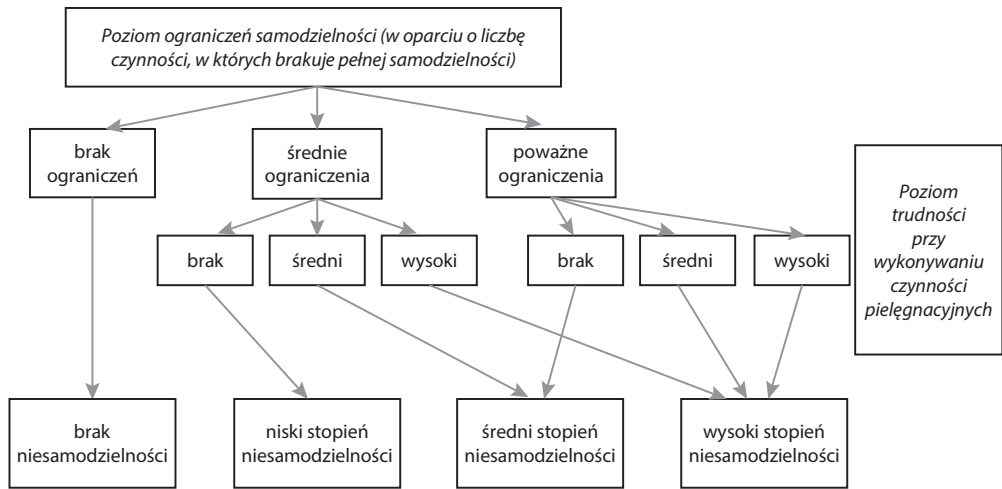
dotatkowe – do bazowego produktu ubezpieczeniowego, np. ubezpieczenia na życie (wówczas świadczenie określane jest jako procent sumy ubezpieczenia w podstawowym produkcie), ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania, ochrona oferowana w ramach pakietu różnych świadczeń. Ze względu na formę uczestnictwa wyróżnia się produkty indywidualne, grupowe i stowarzyszeniowe. Przy podziale z uwzględnieniem formy realizacji świadczeń wyróżnia się: opiekę zdrowotną sprawowaną w warunkach domowych, opiekę hospicyjną, opiekę tymczasową, wytchnieniową, opiekę osobistą w domu, usługi świadczone w domach opieki, usługi świadczone przez ośrodki opieki dziennej.

Problemem w ubezpieczeniach LTC jest definiowanie zdarzenia ubezpieczeniowego. Stosuje się tu wybrane skale oceny stopnia niesamodzielności, z których dwie najpowszechniejsze to skala ADL (*Activity of Daily Living*) oraz IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*), jak i Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) oraz Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD10). Nie są to jedyne możliwe do wykorzystania narzędzia (szerzej na temat innych skal m.in.: Pawlak i in., 2018; Więckowska, 2008). W zależności od przyjętych założeń różne mogą być też zakresy świadczeń. Warto więc wskazać czynniki, które mogą mieć wpływ na decyzję o zakupie tego typu produktu oraz na wysokość składki, są to m.in. wiek i długość życia, płeć, sytuacja rodzinna, aktualny stan zdrowia, dochody i posiadany majątek.

5.4. Ilustracja numeryczna

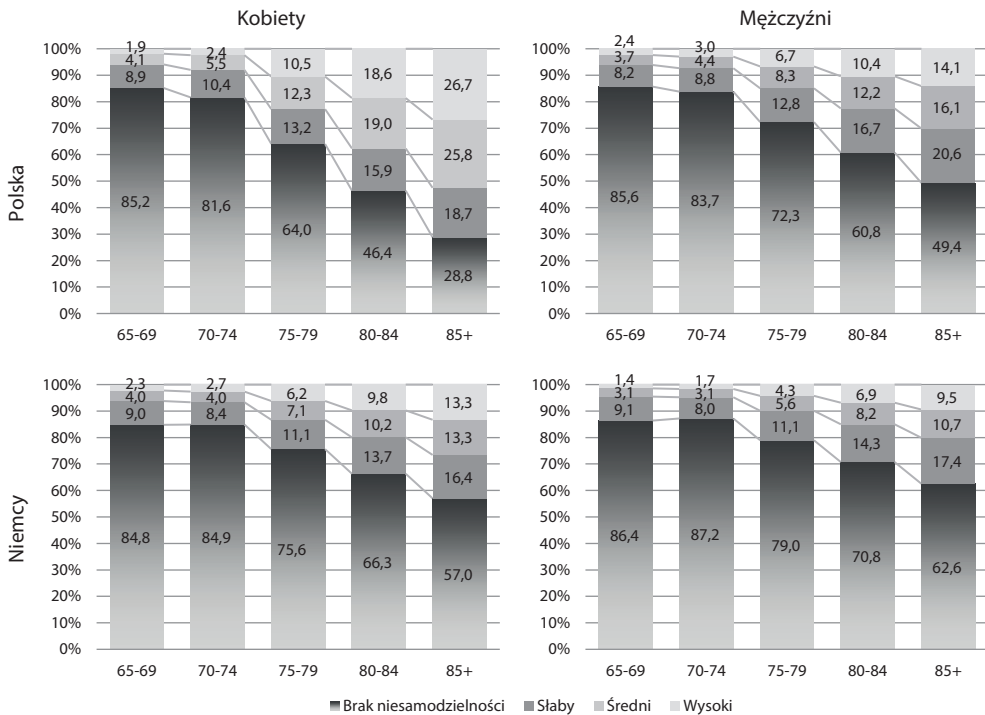
W części empirycznej zostanie przeanalizowany przykładowy produkt prywatnej opieki pielęgnacyjnej. Ochrona byłaby uruchamiana dla osoby w wieku 65 lat adekwatnie do zgłaszanego poziomu niesamodzielności i puli świadczeń zapewnianych dla tego stanu. Zostały tu wykorzystane informacje ekonomiczne i demograficzne dla Polski i Niemiec. Celem jest analiza oczekiwanych kosztów takiego produktu, zarówno w ujęciu składki jednorazowej, jak i w wariantach, gdy składka jest rozłożona na dłuższy okres, czyli środki są gromadzone przez dłuższy czas. W badaniu wykorzystano dane z Eurostatu dotyczące trudności w wykonywaniu czynności związanych z opieką osobistą oraz wysokości zarobków.

Najpierw ustalono prawdopodobieństwo niedołęstwa. Ustalono je w oparciu o zgłaszany poziom ograniczenia w funkcjonowaniu obywateli Polski i Niemiec (Eurostat, 2019a), a następnie, jako uszczegółowienie, określono, jak ten stopień ograniczenia był dotkliwy. Ustalono więc, z jakim prawdopodobieństwem osoba w danym wieku zaliczana jest do grupy: zdrowej, o niskim, średnim lub dużym zapotrzebowaniu na pomoc (Eurostat, 2019b). Schematycznie zaprezentowano to na rys. 5.3, a wyniki przypisania dla poszczególnych stanów niesamodzielności przedstawiono na rys. 5.4.



Rys. 5.3. Schemat ustalania struktury stanów niesamodzielności

Źródło: opracowanie własne.



Rys. 5.4. Struktura stanów niesamodzielności w podziale na wiek w populacjach kobiet i mężczyzn w Polsce i w Niemczech

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Eurostat, 2019a; Eurostat, 2019b).

Należy wspomnieć, że dane Eurostatu dostarczają informacji o stanie zdrowia w grupach wiekowych: 55-64, 65-74 i 75+. Uznano, że różnice w stanie zdrowia osób w tych trzech grupach różnią się między sobą (nie można uznać przykładowo, że 65- i 74-latek mają taki sam stopień niesamodzielności) i stosując metodę jednostajnego liniowego rozkładu stworzono pośrednie grupy wiekowe – co pięć lat.

Jak można zaobserwować w obu krajach, samodzielność kobiet w każdej grupie wiekowej jest niższa niż mężczyzn, co widać szczególnie w najstarszych grupach wiekowych – tylko 28,5% Polek i 57% Niemek w wieku 85+ uważa się za samodzielne, podczas gdy za samodzielnych uznaje się 49,4% Polaków i 62,6% Niemców. Równocześnie zauważalny jest niższy poziom samodzielności Polek i Polaków względem Niemek i Niemców – np. w grupie wiekowej 70-74 lata za zdrowe uważa się 81,6% Polek, a Niemek – 83,7%, w populacji mężczyzn zaś – 84,9% Polaków i 87,2% Niemców.

Należy jeszcze się odnieść do założenia dotyczącego formy pomocy, która byłaby zapewniana osobie starszej w ramach omawianego produktu. W naszym podejściu jest to ubezpieczenie, w którym bazą jest zapotrzebowanie na pomoc i wsparcie bardziej logistyczno-organizacyjne, np. transport, robienie zakupów itp. Dlatego do wyceny przyjęto średnią stawkę godzinową dla osoby zatrudnionej jako „asystent osoby starszej”. Przyjęto, że świadczenie przybiera formę renty o stałej wartości realnej dla danego stanu. Przy ustalaniu zakresu świadczeń posłużono się projektem komentarza i objaśnień do projektu ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym (*Komentarz i objaśnienia...*, 2013). Założono, że zakres ten będzie taki sam w obu krajach (zakres godzinowy pomocy zawarto w tab. 5.1).

Tabela 5.1. Zakres godzinowy opieki pielęgnacyjnej zależnie od stopnia niesamodzielności

Zakres opieki		Stopień niesamodzielności			
		brak niesamodzielności	niski	średni	wysoki
Liczba godzin	dziennie	0	1,5	4	6
	rocznie	0	540	1440	2160

Źródło: opracowanie własne na podstawie projektu (*Komentarz i objaśnienia...*, 2013).

Następnie ustalono oczekiwany roczny zakres świadczeń dla osób w poszczególnych grupach wiekowych. Sposób jego ustalania dla przykładowej grupy 65-69 prezentuje wzór (1).

$$Z_{65-69} = Z_{BN} \cdot p_{65-69}^{BN} + Z_S \cdot p_{65-69}^N + Z_\zeta \cdot p_{65-69}^S + Z_P \cdot p_{65-69}^P, \quad (1)$$

gdzie: Z_{BN} , Z_S , Z_ζ , Z_P – liczba godzin w roku, którą otrzyma osoba będąca w poszczególnych stanach (tab. 5.1); p_{65-69}^{BN} , p_{65-69}^N , p_{65-69}^S , p_{65-69}^P – prawdopodobieństwa bycia w danym stanie niesamodzielności dla osoby z danej grupy wiekowej (tu: 65-69 lat) (rys. 5.1).

Prawdopodobieństwa przyjęto na podstawie danych GUS-u dla Polski i danych na mortality.org dla Niemiec. Wartości oczekiwanych rocznych zakresów świadczeń z podziałem na wiek, płeć i narodowość zaprezentowano w tab. 5.2.

Tabela 5.2. Oczekiwane roczne zakresy świadczeń (liczba godzin opieki w roku)

Grupa wiekowa	Mężczyzna PL	Kobieta PL	Mężczyzna N	Kobieta N
Z_{65-69}	151,58	149,20	151,58	149,20
Z_{70-74}	177,2374	191,08	177,24	191,08
Z_{75-79}	336,7441	481,79	336,74	481,79
Z_{80-85}	496,4663	772,90	496,47	772,90
Z_{85+}	656,4043	1064,40	656,40	1064,40

Źródło: opracowanie własne.

Mając oczekiwany zakres świadczenia, należało ustalić koszt godziny takiej opieki. Przy jego określaniu zwrócono uwagę na różnice w wysokości wynagrodzenia godzinowego, które otrzymują osoby podejmujące się usług pielęgnacyjnych w obu krajach. Ustalono, że w Polsce za godzinę pracy pielęgniarz otrzymuje średnio 7 euro, a w Niemczech 20,49 euro. Wartości te ustalono w oparciu o dane Eurostatu (2010; 2014; 2018). Ustalono średnią geometryczną roczną stopę wzrostu stawki i zastosowano ją do ustalenia wartości na rok 2022 w oparciu o najaktualniejszą jej wartość, tj. wartość w roku 2018.

Mając powyższe dane, czyli oczekiwany zakres opieki oraz jej godzinowy koszt, dla każdego roku pomnożono roczny koszt opieki przez prawdopodobieństwo dożycia do danego wieku, w którym takie świadczenie mogłoby być otrzymane. W ten sposób, sumując ww. roczne koszty opieki ważone prawdopodobieństwem dożycia, ustalono jednorazową składkę netto za omawiane ubezpieczenie pielęgnacyjne, które zapewniałoby pomoc pielęgnacyjną w kolejnych latach od 65. roku życia. Obliczenia wykonano na podstawie tablic trwania życia, dlatego obliczenia zakończono na wieku 100 lat osoby ubezpieczonej. Składkę tę ustalono w oparciu o wzór (2).

$$m|A_x = \text{Stawka godzinowa} \cdot \left[Z_{65-69} \cdot \sum_{k=0}^4 k p_{65} + Z_{70-74} \cdot \sum_{k=5}^9 k p_{65} + Z_{75-79} \cdot \sum_{k=10}^{14} k p_{65} + Z_{80-84} \cdot \sum_{k=15}^{19} k p_{65} + Z_{85+} \cdot \sum_{k=20}^{35} k p_{65} \right] \quad (2)$$

gdzie: ${}_n p_x$ – prawdopodobieństwo tego, że osoba x -letnia przeżyje kolejnych n lat.

Przy ustalaniu wartości składki jednorazowej założono, że stopa wzrostu stawki godzinowej dla pracownika świadczącego opiekę pielęgnacyjną oraz stopa techniczna ubezpieczyciela są na tym samym poziomie (przyjęto 2,5%). Wartości jednorazowych składek netto, które można utożsamiać z oczekiwanym łącznym kosztem opieki, zawarto w tab. 5.3.

Tabela 5.3. Jednorazowe składki netto w podziale na płeć i kraj ubezpieczonego (w euro)

Wyszczególnienie	Polska		Niemcy	
	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety
Jednorazowa składka netto	36 104	60 976	120 566	223 626

Źródło: opracowanie własne.

Ze względu na to, że jednorazowa składka stanowi duży wydatek dla ubezpieczającego, w praktyce ubezpieczenia życiowe opłacane są składką okresową. Dlatego w kolejnym kroku ustalono wysokość okresowej składki (rocznej) dla osób różnej płci i w różnym wieku przystępujących do ubezpieczenia. Składkę tę ustalono zgodnie z zasadami matematyki aktuarialnej według wzoru (3), z odpowiednim wykorzystaniem renty aktuarialnej w ujęciu nominalnym – wzór (4a) i w ujęciu realnym – wzór (4b).

$${}_m|P_x = \frac{{}_m|A_x}{\ddot{a}_{x:\overline{m}|}} \quad (3)$$

gdzie: x – wiek osoby zawierającej umowę ubezpieczenia, m – liczba lat do momentu, kiedy ubezpieczony dożyje 65 lat.

Renta aktuarialna

a) w ujęciu nominalnym:

b) w ujęciu realnym:

$$\ddot{a}_{x:\overline{m}|}_{nominalna} = \sum_{k=0}^{m-1} v^k {}_k p_x, \quad \ddot{a}_{x:\overline{m}|}_{realna} = \sum_{k=0}^{m-1} k p_x \quad (4)$$

gdzie: $v = \frac{1}{1+r}$ ponownie, jak w poprzednich obliczeniach, przyjęto r na poziomie 2,5%.

Wyniki obliczeń składek okresowych w wersji nominalnej i w wersji realnej zawarto odpowiednio w tab. 5.4 i 5.5. Wartości składek w ujęciu nominalnym należy rozumieć jako stałą składkę, niezmienną przez cały okres opłacania składki na poczet ubezpieczenia. Składka realna zaś z założenia co rok winna być indeksowana o założoną stopę wzrostu, a wartość zawarta w tab. 5.5 dotyczy tylko pierwszego okresu jej opłacania. Ze względu na porównania międzynarodowe odniesiono wysokości

składek okresowych rocznych do przeciętnego (rocznego) wynagrodzenia w Polsce i w Niemczech. Były to kwoty rocznego wynagrodzenia netto dla osoby samotnej w roku 2021 i wynosiły odpowiednio: 10 781,79 euro w Polsce i 32 85,20 euro w Niemczech (Eurostat, 2021a).

Tabela 5.4. Składka netto miesięczna w wartościach nominalnych (w euro) – stała składka, bez indeksacji – oraz wyrażona jako procent przeciętnego wynagrodzenia netto

Wiek	Polska				Niemcy			
	mężczyźni		kobiety		mężczyźni		kobiety	
	składka	% wynagrodzenia	składka	% wynagrodzenia	składka	% wynagrodzenia	składka	% wynagrodzenia
20	28	3,1	55	6,1	92	3,4	201	7,3
25	34	3,8	66	7,4	113	4,1	244	8,9
30	42	4,7	82	9,1	140	5,1	301	11,0
35	53	5,9	103	11,5	178	6,5	378	13,8
40	70	7,8	133	14,8	233	8,5	489	17,9
45	95	10,6	180	20,0	318	11,6	659	24,1
50	140	15,6	259	28,8	467	17,0	950	34,7
55	232	25,8	420	46,8	775	28,3	1 542	56,3
60	518	57,7	913	101,7	1 731	63,2	3 350	122,4

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 5.5. Składka netto okresowa w wartościach realnych (wysokość pierwszej składki, potem co roku indeksowana wskaźnikiem inflacji – w założeniach 2,5%)

Wiek	Polska				Niemcy			
	mężczyźni		kobiety		mężczyźni		kobiety	
	składka	% wynagrodzenia	składka	% wynagrodzenia	składka	% wynagrodzenia	składka	% wynagrodzenia
20	17	1,9	34	3,8	58	2,1	124	4,5
25	22	2,5	43	4,8	74	2,7	158	5,8
30	29	3,2	56	6,2	97	3,5	205	7,5
35	39	4,3	74	8,2	129	4,7	272	9,9
40	53	5,9	101	11,3	178	6,5	371	13,6
45	77	8,6	144	16,0	257	9,4	529	19,3
50	119	13,2	220	24,4	397	14,5	806	29,4
55	209	23,2	378	42,0	698	25,5	1 385	50,6
60	494	55,0	870	96,9	1 650	60,3	3 192	116,6

Źródło: opracowanie własne.

Wysokość sum ubezpieczenia w obu wariantach jest obliczana oddzielnie dla kobiet i mężczyzn w zależności od kraju pochodzenia ubezpieczonego. Autorzy mają świadomość, że w UE nie jest dozwolone różnicowanie składek ubezpieczeniowych ze względu na płeć (por. Ustawa z dnia 11 września 2015..., art. 34). W Polsce, po wyroku ETS z dnia 1 marca 2011 r. w sprawie Test-Achats (nr C-236/09), rozróżnienie płci w pracy zostało wprowadzone ze względu na jedną z możliwych interpretacji wyników, która dotyczy kwot, jakie należałoby zgromadzić w formie oszczędności na poczet przyszłych wydatków na opiekę. Kobiety muszą zgromadzić wyższą kwotę, aby zapewnić sobie opiekę na starość z uwagi na długość trwania życia – wartości dla kobiet są prawie dwukrotnie wyższe. Ponadto kobiety żyją dłużej, lecz niestety w gorszym stanie zdrowia, co oznacza, że częściej wymagają dodatkowego wsparcia. Jak wynika z danych zawartych w tab. 5.3, składka dla kobiety jest ponad półtora raza większa niż dla mężczyzny – dla Polki jest to 169% składki Polaka, a dla Niemki 185% składki Niemca.

Następnie wyznaczono składki roczne netto, które są uzależnione od wieku ubezpieczonego w momencie rozpoczęcia ich opłacania oraz od kraju pochodzenia. Można zaobserwować znaczny wzrost składek wraz z odkładaniem decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia. Przykładowo 20-letnia Polka zapłaciłaby stałą składkę roczną w wysokości 55 euro, a jeśli poczeka 20 lat, zapłaci 133 euro (2,4 razy więcej). Podobnie jest w przypadku mężczyzn, ale ten efekt jest jeszcze mocniejszy (92 euro vs 233). Poprzez odniesienie składek do średniego wynagrodzenia można się zorientować, jaką część rocznych dochodów osoba powinna przeznaczyć na składki. W dniu zawierania umowy 20-letnia statystyczna Polka powinna na ten cel poświęcić 3,8% swojego rocznego bieżącego wynagrodzenia netto, a 20 lat później już 11,3%. Podobnie 20-letni Niemiec poniesie koszt rzędu 2,1% rocznego wynagrodzenia, a 40-letni – 6,5%. Przy czym warto zauważyć, że w każdym przypadku osoby z Niemiec musiałyby przeznaczyć na ten cel większą część swoich miesięcznych dochodów. I dysproporcja ta wzrasta z wiekiem, przykładowo między Niemką a Polką w wieku 45 lat składka nominalna Niemki stanowi o 4,1 p.p. wyższy udział w dochodzie, a już dla 55-latki różnica wynosi 9,5 p.p. Podobnie w odniesieniu do mężczyzn, początkowo różnica ta wynosi 1 p.p. i wzrasta do poziomu 2,5 p.p.

Pojawia się jeszcze kwestia możliwości zakupu produktu i pytanie: jaki procent swojego wynagrodzenia zainteresowani mogą przekazać na poczet składki ubezpieczeniowej? W tab. 5.4 i 5.5 kolorem szarym zaznaczono sytuacje, w których koszt ubezpieczenia przekracza 10% rocznego dochodu. Jak widać, tego typu ubezpieczenie, nawet w wariantcie realnym, przy założeniu wzrastania składki i równocześnie wynagrodzenia, przekracza pułap 10% dla Polek i Niemek od 40. roku życia, a dla Polaków i Niemców – od 50. roku życia. Można zatem przyjąć, że najkorzystniejsze dla finansów gospodarstw domowych byłoby wczesne rozpoczęcie opłacania składek na prywatne ubezpieczenie LTC; optymalny wiek to 25-35 lat. Nie jest to jednak wiek,

w którym ludzie myślą o zabezpieczeniu emerytalnym – tu warto się odwołać do wyników badania McKinsey (Binder i in., 2018), z którego wynika, że ubezpieczenie LTC przed 35. rokiem życia rozważa jedynie 60% respondentów.

5.5. Dyskusja i wnioski

Na rynku USA (Sammson, 2020) prywatni ubezpieczyciele zaczęli oferować ubezpieczenia LTC w latach 70. XX wieku, a sprzedaż stale rosła do 2000 roku. Szacuje się, że w szczytowym momencie w 2002 roku blisko 750 tys. osób z powodzeniem wykupiło ubezpieczenie LTC w ciągu jednego roku. Do 2018 roku liczba ta spadła do 57 tys., co oznacza przeszło dziesięciokrotny spadek sprzedaży mimo wzrostu odsetka grupy docelowej 60-69 lat w populacji. Wskazuje się na takie zjawiska, jak wzrost cen, wzrost odmów pokrycia, rezygnacja prywatnych ubezpieczycieli z aktywności w tym obszarze. Składki w latach 2005-2015 wzrosły o ok. 40%, przy redukcji zakresu ochrony. Na przykład w 2005 roku kupujący w wieku 55-64 lata płacili średnią roczną składkę w wysokości ok. 1900 dol. przy średniej sumie gwarancyjnej 270 tys. dol., w 2015 roku już ponad 2600 USD przy średniej sumie gwarancyjnej 235 tys. dol. American Association for LTC szacuje, że skala odrzucania wniosków to ok. 44-51% w grupie osób w wieku powyżej 70 lat i ok. 30% w grupie 60-65, i nawet 21% w grupie 50+. Każda kombinacja dwóch lub więcej chorób przewlekłych jest podstawą do niemal automatycznej dyskwalifikacji. Od 2008 roku odszkodowania wciąż przekraczają oczekiwania, co powoduje, że ubezpieczyciele nie są w stanie zorganizować programu opieki długoterminowej w opłacalny sposób, a to prowadzi do rezygnacji z oferowania takich produktów – w 2000 roku było ponad 100 ubezpieczycieli, a obecnie jest ich mniej niż 12.

Podobnie ubezpieczenia długoterminowe nie odgrywają istotnej roli w finansowaniu opieki długoterminowej w żadnym kraju OECD. W większości systemów dominują płatności z własnej kieszeni, np. w Szwajcarii – 60%, Portugalii – 45%, Hiszpanii – 30%, w Stanach Zjednoczonych – 22% (World Bank, 2015). W Europie Środkowej i Wschodniej powszechna jest prywatna płatność za usługi opieki długoterminowej. Jednak mimo tych słabych doświadczeń w zakresie prywatnych ubezpieczeń LTC, w jeszcze nieopublikowanym raporcie *LTC Market 2023: Globalna analiza możliwości i prognoza branżowa, 2021-2030* (Allied Market Research, 2023) wskazuje się na oczekiwany wzrost popytu na ubezpieczenia LTC w dłuższej perspektywie, w tym z uwagi na tendencje demograficzne, jak i wzrost popytu na powiązane ubezpieczenia zdrowotne, doświadczenia COVID-19, a także z powodu upowszechnienia bardziej zagrażających życiu chorób. Oczekuje się, że strefa Azji i Pacyfiku rozszerzy rynek ubezpieczeń na opiekę długoterminową ze względu na dobrze prosperujące sektory ubezpieczeniowe w krajach takich, jak Chiny i Indie. Oprócz świadomości społecznej czynnikiem wzrostu popytu na prywatne ubezpieczenia LTC mają być inicjatywy rządowe.

W zakresie barier rozwoju Eling i Ghavibazoo (2018) wskazują na ogromne trudności w ubezpieczeniu opieki długoterminowej po stronie zarówno popytowej (np. niska wartość konsumpcji podczas opieki, istnienie substytutów), jak i podażowej (np. brak przewidywalności i asymetria informacji), wyjaśniając marginalny udział mechanizmów ubezpieczeniowych w finansowaniu długoterminowym. Zaprezentowane w rozdziale obliczenia wskazują dodatkowo na barierę popytową związaną z wysokim kosztem takiego ubezpieczenia w stosunku do średnich dochodów. Jednak należy dokładać starań, aby bariery te niwelować, również celem obniżenia ryzyka ubóstwa w grupie osób starszych. Raport Komisji Europejskiej dotyczący LTC 2021 wskazuje, że ochrona socjalna znacznie zmniejsza odsetek osób starszych, które po opłaceniu opieki domowej byłyby zagrożone ubóstwem. Jednak w 11 jurysdykcjach europejskich (Austria, Słowenia, Republika Czeska, Francja, Węgry, Włochy, Hiszpania, Chorwacja, Litwa, Łotwa, Estonia) co najmniej 60% osób starszych byłoby zagrożonych ubóstwem po opłaceniu opieki domowej w przypadku poważnej niesamodzielności, nawet po otrzymaniu wsparcia (EU, 2021, s. 48).

Na zakończenie warto nadmienić, że z zaprezentowanych w rozdziale kalkulacji może skorzystać również sektor ubezpieczeń społecznych (w tym zdrowotnych). Obliczenia dostarczają informacji o oczekiwanym koszcie zapewnienia opieki pielęgnacyjnej osobom powyżej 65. roku życia (tab. 5.3), a składki okresowe można uznać za informację o tym, jaka powinna być wysokość wpływu rocznych składek opłacanych przez aktywnych zawodowo, aby tę pomoc móc sfinansować systemowo. Oczywiście także organizacja zabezpieczenia w formule ubezpieczeń dodatkowych musiałaby nastąpić za cenę dodatkowej składki, co wpłynęłoby na koszty pracy. Cichowicz i in. (2022) wskazują, że w ich ocenie byłoby to niewskazane i zapewne spotkałoby się z ogromną krytyką ze strony pracodawców i pracowników, a może i związków zawodowych. Wydaje się jednak, że ocena taka wymagałaby głębszej analizy kosztów przy uwzględnieniu powszechnej ochrony, co zapewnia lepszą dywersyfikację, a z drugiej strony przy uwzględnieniu efektu zmniejszenia eksternalizacji finansowych ciężarów ryzyka w długim horyzoncie wobec zjawiska wydłużania życia i singularyzacji gospodarstw domowych osób starszych.

Literatura

- Allied Market Research. (2023). *LTC Market 2023: Globalna analiza możliwości i prognoza branżowa, 2021-2030*. <https://www.alliedmarketresearch.com/long-term-care-insurance-market-A14442>
- Binder, S., Gancia, P., Mattone, D., Ramezani, S., Ring, I. i Straub, M. (2018). A Vision for European Life Insurance: The Time for Bold Actions Has Come. McKinsey. *Insurance Practice*, June. Pobrane 15 stycznia 2020 z <https://www.mckinsey.com/industries/financial-services/our-insights/a-vision-for-european-life-insurance-the-time-for-bold-actions-has-come>
- Błędowski, P., Szatur-Jaworska, B., Szweda-Lewandowska, Z. i Kubicki, P. (2012). *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*. Instytut Pracy i Spraw Socjalnych. http://senior.gov.pl/source/raport_osoby%20starsze.pdf

- Cichowicz, E., Pieńkowska-Kamieniecka, S. i Walczak, D. (2022). Ubezpieczenie pielęgnacyjne – publiczne czy prywatne? *Gospodarstwa domowe w Polsce wobec oszczędzania na starość i na leczenie. Wiadomości Ubezpieczeniowe*, 3/2022. <https://doi.org/10.33995/wu2022.3.6>
- Eitner, C., Enste, P., Naegele, G. i Leve, V. (2011). The Discovery and Development of the Silver Market in Germany. W: F. Kohlbacher, C. Herstatt (red.), *The Silver Market Phenomenon: Marketing and Innovation in the Aging Society* (s. 309-324). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-14338-0_23
- Eling, M. i Ghavibazoo, G. (2018). *Research on Long-Term Care Insurance: Status Quo and Directions for Future Research*. Geneva Pap Risk Insur Issues Pract. <https://doi.org/10.1057/s41288-018-00114-6>, [http://www.ressources-actuarielles.net/EXT/ISFA/1226.nsf/0/1dfdf855c024b6a4c12583a40069c7af/\\$FILE/Eling%20et%20Ghavibazoo%20-%202018%20-%20Research%20on%20long-term%20care%20insurance%20status%20quo%20a.pdf](http://www.ressources-actuarielles.net/EXT/ISFA/1226.nsf/0/1dfdf855c024b6a4c12583a40069c7af/$FILE/Eling%20et%20Ghavibazoo%20-%202018%20-%20Research%20on%20long-term%20care%20insurance%20status%20quo%20a.pdf)
- EU. (2021). *Long-term Care Report. Trends, Challenges and Opportunities in an Aging Society*. European Commission and the Social Protection Committee. <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8396KE-09-21-202-EN-N>
- European Commission. (2015). DG for Economic and Financial Affairs, & Economic Policy Committee of the European Communities. *The 2015 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013-2060)*. EUR-OP. Pobrane 30 stycznia 2020 z <http://bookshop.europa.eu/uri?target=EUB:NOTICE:KCAR15003:EN:HTML>
- Eurostat. (2010). *Mean Hourly Earnings by Sex, Age and Economic Activity, in Group: Human Health and Social Work Activities*. [EARN_SES10_13]. Eurostat database. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/EARN_SES10_13/default/table?lang=en&category=labour.earn.earn_ses2010.earn_ses10_hr
- Eurostat. (2014). *Mean Hourly Earnings by Sex, Age and Economic Activity, in Group: Human Health and Social Work Activities*. [EARN_SES14_13]. Eurostat database. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/EARN_SES14_13__custom_5263567/default/table?lang=en
- Eurostat. (2018). *Mean Hourly Earnings by Sex, Age and Economic Activity, in Group: Human Health and Social Work Activities*. [EARN_SES18_13]. Eurostat database. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/EARN_SES18_13/default/table?lang=en&category=labour.earn.earn_ses2018.earn_ses18_hr
- Eurostat. (2019a). *Difficulties in Personal Care Activities by Sex, Age and Level of Activity Limitation*. [HLTH_EHIS_PC1E]. Eurostat database. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_EHIS_PC1E/default/table?lang=en&category=hlth.hlth_state.hlth_fal
- Eurostat. (2019b). *Difficulties in Personal Care Activities by Sex, Age and Level of Activity Limitation*. [HLTH_EHIS_PC1D]. Eurostat database. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_EHIS_PC1D/default/table?lang=en&category=hlth.hlth_state.hlth_fal
- Eurostat. (2020a). *Life Expectancy by Age and Sex [demo_mlexpec__custom_9916118]*. Eurostat database. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_mlexpec__custom_9916118/default/table?lang=en
- Eurostat. (2020b). *Healthy Life Years at Age 65 by Sex [tepsr_sp320]*. Eurostat database. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tepsr_sp320/default/table?lang=en&category=t_hlth.t_hlth_state
- Eurostat. (2021a). *Annual Net Earnings*. [EARN_NT_NET]. Eurostat database. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/EARN_NT_NET/default/table?lang=en&category=labour.earn.earn_net
- Eurostat. (2021b). *Projected Old-age Dependency Ratio*. TPS00200. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00200/default/table?lang=en>
- HMD. (b.d.). Human Mortality Database. Max Planck Institute for Demographic Research (Germany), University of California, Berkeley (USA), and French Institute for Demographic Studies (France). Pobrane 1 czerwca 2022 z www.mortality.org

- Jędrzychowska, A., Kwiecień, I. i Poprawska, E. (2020). Long Term Care – Challenges in Calculating the Sum Insured in Silver Insurance. W: Soliman Khalid S. (red.), *Education Excellence and Innovation Management: A 2025 Vision to Sustain Economic Development during Global Challenges* (s. 438-447). International Business Information Management Association (IBIMA).
- Komentarz i objaśnienia do projektu ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym przygotowany przez kierowaną przez niego grupę roboczą przy Klubie Parlamentarnym Platformy Obywatelskiej. (2013). Pobrane 30 stycznia 2020 z https://www.senat.gov.pl/gfx/senat/userfiles/_public/k8/agenda/seminaria/2013/130514/komentarz_do_projektu_ustawy-upn.pdf
- OECD. (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care (Summary)*, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/9789264097759-sum-en;> <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264097759-sum-en.pdf?expires=1675710506&id=id&accname=guest&checksum=FEC0FFFB8861F53769716FC31F340103>
- Pawlak, K., Ćwirlej-Sozańska, A. i Wiśniowska-Szurlej, A. (2018). Kryteria oceny stopni niesamodzielnosci – doświadczenia dotychczasowe i propozycje dla potrzeb polskiej praktyki. *Polityka Społeczna*, 45(2(21T)), 11-15.
- Przybyłowicz, A. (2017). *Ubezpieczenie pielęgnacyjne w RFN* (praca doktorska). Uniwersytet Wrocławski. <https://www.zus.pl/documents/10182/167526/Ubezpieczenie+piel%C4%99gnacyjne+w+RFN.pdf/d592cee3-b70b-46fa-b9b0-7a4ca9824369>
- Raport. (2017). *Definicja niesamodzielnosci, kryteria oceny stopnia niesamodzielnosci oraz standardy uslug opiekuńczo-pomocowych*. <https://polityka-spoleczna.ipiss.com.pl/api/files/view/1234779.pdf>
- Sammon, A. (2020). *The Collapse of Long-term Care Insurance*. <https://prospect.org/familycare/the-collapse-of-long-term-care-insurance>
- Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z późn. zm. (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 656)
- WHO. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Fifty-fourth World Health Assembly on 22 May 2001.
- WHO. (2002). *Active Ageing. A Policy Framework*, Madrit. Pobrane 30 stycznia 2020 z https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf;jsessionid=D8BF4FDF-F34061D479A6BB09DB32E571?sequence=1
- Więckowska, B. (2008). *Ubezpieczenie pielęgnacyjne*. Szkoła Główna Handlowa w Warszawie.
- World Bank. (2015). *The Present and Future of Long-Term Care in Ageing Poland. The Present and Future of Long-term Care in Ageing Poland Policy Note*. The World Bank. Pobrane 30 stycznia 2020 z https://das.mpips.gov.pl/source/opiekaseniorna/Long%20term%20care%20in%20ageing%20Poland_ENG_FINAL.pdf