

Preferencje wobec sposobu finansowania opieki długoterminowej w Polsce

W artykule przedstawiono preferencje społeczne wobec sposobu finansowania opieki długoterminowej w Polsce. Informacje zebrano w 2016 r., wykorzystując metodę CATI (wywiadów telefonicznych). Zakres terytorialny badania obejmował całą Polskę, a zakres podmiotowy uwzględniał osoby w wieku od 40 do 69 lat. Próba badawcza liczyła 1026 respondentów. Otrzymane wyniki wskazują opinie i preferencje, czyli nie przedstawiają faktycznego sposobu finansowania opieki długoterminowej, lecz to, w jaki sposób respondenci życzyliby sobie, aby była ona opłacana.

Z uzyskanych deklaracji wynika, że respondenci są mocno podzieleni w opiniach na temat tego, kto w głównej mierze ma za zadanie finansować opiekę długoterminową. Ponad połowa z nich uważa, że powinna ona być opłacana przede wszystkim ze środków publicznych, a około 40 proc., że ze źródeł prywatnych. Wskazania różnią się w zależności od wieku, poziomu wykształcenia, posiadania dzieci, sytuacji materialnej oraz regionu zamieszkania.

Słowa kluczowe: opieka długoterminowa, finansowanie opieki, preferencje społeczne, badania statystyczne

Otrzymano: 5.09.2018

Zaakceptowano po recenzjach: 17.12.2018

Wprowadzenie

Kwestia finansowania opieki długoterminowej cieszy się coraz większym zainteresowaniem naukowców i decydentów politycznych. Można to tłumaczyć z jednej strony wzrostem liczby osób niesamodzielnych, co jest między innymi konsekwencją dokonujących się obecnie zmian demograficznych, z drugiej zaś postępującą formalizacją opieki, czyli systematycznym przejmowaniem tradycyjnych zadań rodzinnych przez podmioty formalne.

Opiekunów rodzinnych odróżnia od formalnych przede wszystkim motyw działania: ci pierwsi działają z pobudek altruistycznych i kierują się zobowiązaniami moralnymi, natomiast drudzy działają w sposób zarobkowy i najczęściej mają na uwadze względy materialne. Rozwój opieki formalnej generuje zatem problem ekonomiczny związany z jej finansowaniem. W niektórych krajach niesamodzielni seniorzy ponoszą samodzielnie odpłatność za uzyskane świadczenia, opłacając je z bieżących dochodów, oszczędności i/lub z prywatnego ubezpieczenia¹. Nierzadko jednak koszt opieki jest tak duży, że przekracza możliwości finansowe tych osób, a konieczność pokrywania go prowadzi do ubóstwa i deprivacji innych ważnych potrzeb. Dlatego w części krajów władza publiczna stara się zabezpieczać obywateli na wypadek niesamodzielności. Opieka długoterminowa opłacana jest wówczas (w całości lub częściowo) ze środków publicznych – albo bezpośrednio z budżetu (państwa i/lub samorządu), tak jak ma to miejsce np. w krajach skandynawskich, albo ze specjalnego ubezpieczenia społecznego, jak np. w Niemczech i Japonii².

Szacuje się, że w krajach OECD wydatki publiczne na opiekę długoterminową oscylują najczęściej w przedziale od 0,5 do 2,5 proc. PKB. Powyżej tego zakresu jest Szwecja (3,2 proc. PKB) i Holandia (4,3 proc. PKB), natomiast poniżej są: Izrael, Polska, Czechy, Węgry, Estonia, Grecja i Słowacja³. Z kalkulacji przeprowadzonych przez P. Błędowskiego wynika, że w Polsce wydatki publiczne na opiekę długoterminową wynosiły w 2007 r. około 9,9 mld zł⁴. Należy zaznaczyć, że sporządzenie takich obliczeń jest zadaniem bardzo trudnym z tego względu, że opieka długoterminowa jest finansowana z różnych (niezależnych) źródeł: Narodowego Funduszu Zdrowia, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, budżetów jednostek samorządowych oraz budżetu państwa. Niestety, jak pokazuje praktyka, brak należytej koordynacji między tymi instytucjami, zwłaszcza między administracją centralną a lokalną, powoduje, że środki nie są efektywnie

1 Przykładem takiego kraju są Stany Zjednoczone: opieka długoterminowa stanowi tam pakiet komercyjnych świadczeń finansowanych w głównej mierze ze środków prywatnych, a zaangażowanie państwa jest stosunkowo niewielkie i z założenia ogranicza się wyłącznie do finansowania opieki nad osobami ubogimi (program „Medicaid”).

2 B. Więckowska, *Ubezpieczenie pielęgnacyjne*, Warszawa 2008.

3 OECD *Health Statistics 2015*, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

4 P. Błędowski, *Finansowanie opieki długoterminowej w Polsce* [w:] *Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje*, red. M. Augustyn, Warszawa 2008, s. 147.

wykorzystywane. Po pierwsze świadczenia nie zawsze trafiają do osób, które faktycznie ich potrzebują. Po drugie środki nierzadko są marnotrawione z powodu różnych patologii systemu, które polegają choćby na tym, że o korzystaniu ze świadczeń nie decyduje kryterium potrzeb, lecz kryterium ekonomiczne, czyli korzysta się z rozwiązań, które są najbardziej opłacalne dla osoby niesamodzielnej albo dla członków jej rodziny, albo dla organów samorządu terytorialnego⁵.

Stosunkowo niewielkie wydatki publiczne ponoszone na opiekę długoterminową w Polsce przekładają się na skromny zakres udzielanych świadczeń. Jest on zdecydowanie niewystarczający w stosunku do potrzeb społecznych, co z kolei wymusza rozwój komercyjnego sektora opieki, gdzie świadczenia w całości są opłacane z prywatnych źródeł. Nie wiadomo, ile jest wydawane w gospodarstwach domowych na opiekę długoterminową. Rzetelne oszacowanie tej wielkości jest praktycznie niemożliwe. Składają się na nią: po pierwsze wydatki ponoszone na usługi świadczone na legalnym rynku (np. opłaty za pobyt w prywatnym domu opieki), po drugie koszty usług świadczonych poza oficjalnym obiegiem (np. wynagrodzenie dla opiekunów działających w szarej strefie) i po trzecie udział środków prywatnych we współfinansowaniu świadczeń ze służby zdrowia oraz pomocy społecznej (np. współudział w opłacaniu pobytu w domu pomocy społecznej).

W przyszłości można się spodziewać szybkiego wzrostu ogólnych (publicznych i prywatnych) nakładów na opiekę długoterminową. Ten wzrost będzie uwarunkowany jednoczesnym oddziaływaniem czynników:

- demograficznych: proces demograficznego starzenia się, a zwłaszcza tzw. proces podwójnego starzenia się ludności, będzie powodował – niezależnie od przewidywanej poprawy kondycji psychofizycznej przedstawicieli starszych grup wieku – wzrost liczby osób niesamodzielnych i tym samym zwiększenie zapotrzebowania na opiekę długoterminową⁶;
- społecznych: przeobrażenia społeczno-kulturowe (wzrost aktywności zawodowej kobiet, nuklearyzacja rodziny, rozproszenie przestrzenne krewnych, rozluźnienie relacji międzypokoleniowych) spowodują dalszy postęp procesu defamilizacji i formalizacji opieki długoterminowej⁷;
- technologicznych: w przyszłości można spodziewać się wzrostu nasycenia opieki technologią (gerontechnologią), która będzie podnosić jakość życia osób niesamo-

5 Przykładem takiego nadużycia jest kierowanie osób niesamodzielnych, które nie wymagają całonocnej opieki medycznej, do zakładów opiekuńczo-leczniczych, a nie do domów pomocy społecznej, ze względu na to, że te pierwsze są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a w koscie pobytu nie partycypuje ani rodzina, ani samorząd. Por. Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli kierowania osób do domów pomocy społecznej i finansowania ich pobytu przez organy samorządu terytorialnego*, Warszawa 2010, s. 27.

6 Z. Szweđa-Lewandowska, *Modele opieki nad osobami niesamodzielnymi*, „Studia Ekonomiczne” 2014, nr 179, s. 215–218.

7 Por. m.in.: Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, *Polska 2030. Wyzwania rozwojowe*, red. M. Boni, Warszawa 2009, s. 76; I. Wóycicka, *Model opieki w Polsce [w:] Strukturalne i kulturowe uwarunkowania aktywności zawodowej kobiet w Polsce*, red. I. Kotowska, Warszawa 2009, s. 99.

dzielnych oraz zwiększać efektywność działań opiekuńczych, jednakże – ze względu na wysoką cenę – będzie także powiększać koszty opieki długoterminowej⁸;

- ekonomicznych: w przyszłości można się spodziewać wzrostu realnych płac – i tym samym cen – w opiece długoterminowej w związku z tym, że praca ludzka ogólnie stanie się bardziej kosztowna (ze względu na kurczenie się zasobu siły roboczej), a świadczenie usług opiekuńczych jest czasochłonne i pracochłonne oraz z uwagi na fakt, że sprawowanie opieki, zwłaszcza nad wysoce niesamodzielnymi seniorami, będzie w coraz większym stopniu wymagać od opiekuna posiadania fachowej wiedzy i umiejętności⁹;
- instytucjonalnych: rozwój polityki senioralnej będzie skutkował zwiększaniem zaangażowania administracji publicznej w opiekę długoterminową i podnoszeniem nakładów finansowych na tę sferę.

W związku z koniecznością zwiększenia nakładów na opiekę długoterminową systematycznie wzmagają się również dyskusje związane z nieskuteczną koordynacją działań prowadzonych przez władzę publiczną i z nieefektywnym wydatkowaniem środków finansowych. Rozwiązanie tych problemów wymaga gruntowanego przeorganizowania systemu i wdrożenia radykalnych zmian strukturalnych. Od kilkunastu lat podejmuje się próby przeprowadzenia takiej reformy, niestety bez powodzenia. Przede wszystkim wśród decydentów politycznych nie ma zgody co do sprawy zasadniczej, którą jest model finansowania opieki długoterminowej. Oznacza to, że nie ustalono jeszcze, kto ma być odpowiedzialny za asekurację przed ryzykiem niesamodzielnosci (obywatel czy władza publiczna) i z jakiego źródła ma być opłacana opieka (ze środków prywatnych, z ubezpieczenia społecznego czy z budżetu państwa/samorządu).

W niniejszym artykule podjęto temat finansowania opieki długoterminowej. Głównym przedmiotem zainteresowania nie jest jednak stan faktyczny, lecz preferencje społeczne w tym zakresie. Podjęto zatem próbę zweryfikowania nie tego, jak w rzeczywistości finansowana jest opieka, lecz tego, jak ludzie życzyliby sobie, aby była ona opłacana. Czy każdy ma indywidualnie zabezpieczać się finansowo na ewentualność korzystania z odpłatnej opieki, czy raczej koszty powinny być pokrywane ze środków publicznych? W toku prac badawczych zostaną przeanalizowane odpowiedzi na ten temat z uwzględnieniem różnic w zależności od płci, wieku, sytuacji rodzinnej i zawodowej, a także od miejsca zamieszkania.

Weryfikacja omawianych opinii ma dużą wartość poznawczą, ale także niebagatelne znaczenie aplikacyjne. Można założyć, że decyzje podejmowane przez decydentów politycznych są uwarunkowane w dużym stopniu potrzebami i opiniami społecznymi. Udzielając zatem odpowiedzi na pytanie: „Kto – zdaniem obywateli – powinien finansować opiekę nad osobami niesamodzielnymi?”, wskazuje się kierunek pożądanych reform w systemie opieki długoterminowej.

8 K. Zapędowska-Kling, *Nowe technologie w służbie seniorom*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica” 2015, nr 4(315), s. 203–214; A. Klimczuk, *Transfer technologii w kształtowaniu srebrnej gospodarki [w:] Transfer wiedzy w ekonomii i zarządzaniu*, red. M. Grzybowski, Gdynia 2011, s. 57–72.

9 Por. m.in. Ł. Jurek, *Polityka proubezpieczeniowa w opiece długoterminowej*, „Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje” 2016, nr 2(33), s. 64.

Metoda pozyskiwania danych

Materiał źródłowy wykorzystany w artykule pochodzi z badania terenowego przeprowadzonego na przełomie lutego i marca 2016 r., którego celem było rozpoznanie postaw społecznych wobec ryzyka niesamodzielności oraz zidentyfikowanie ewentualnych działań podejmowanych w celu asekuracji przed tym ryzykiem¹⁰. Informacje zbierano z wykorzystaniem metody CATI (*Computer Assisted Telephone Interview*), czyli metody wywiadów telefonicznych. Zakres terytorialny badania obejmował całą Polskę, a zakres podmiotowy stanowiły osoby w wieku od 40 do 69 lat. Ta grupa wieku została uznana za najbardziej odpowiednią z perspektywy postawionego celu badawczego, gdyż przyjęto, że na tym etapie życia ludzie są stosunkowo najbardziej zdolni i skłonni do tego, aby zabezpieczać się finansowo na wypadek niesamodzielności. Wcześniejszy okres (do 40 roku życia) wiąże się z reguły z innymi (alternatywnymi) wyzwaniem ekonomicznymi (np. z zakupem nieruchomości czy wychowaniem potomstwa), z kolei później (70 lat i więcej) ryzyko niesamodzielności jest tak duże, że zostaje praktycznie utracona możliwość skutecznego zabezpieczenia się przed nim.

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

Tabela 1. Respondenci według wybranych cech społeczno-demograficznych

Cecha		Odsetek
Płeć	kobieta	54,5
	mężczyzna	45,5
Wiek	40–49 lat	43,1
	50–59 lat	35,0
	60–69 lat	21,9
Wykształcenie	podstawowe lub niepełne podstawowe	1,1
	zasadnicze zawodowe, średnie, policealne	58,9
	wyższe	40,0
Miejsce zamieszkania	wieś	39,7
	małe miasto (do 100 tys. mieszkańców)	29,8
	duże miasto (pow. 100 tys. mieszkańców)	30,5

¹⁰ Wyniki tego badania zostały opublikowane w: Ł. Jurek, *Preferencje i postawy społeczne wobec prywatnego zabezpieczenia na wypadek niesamodzielności w Polsce*, „Społeczeństwo i Ekonomia” 2016, nr 2(6), s. 111–122.

cd. tabeli 1.

Cecha		Odsetek
Stan cywilny	panna/ kawaler	4,8
	zamężna/ żonaty	78,3
	w separacji	1,4
	rozwiedziona/-y	6
	wdowa/ wdowiec	6,6
	w związku partnerskim	2,9
Wielkość gospodarstwa domowego	1 osoba	7,9
	2 osoby	29,8
	3 osoby	26,4
	4 osoby	25,2
	5 osób	9,2
	6 osób	1,1
	7 osób i więcej	0,4
Potomstwo (liczba dzieci ogółem: urodzone, adoptowane)	brak	9,8
	jedno	21,6
	dwoje	44,5
	troje	20,1
	czworo i więcej	3,9
Subiektywna ocena własnej sytuacji materialnej	starcza mi na wszystko i jeszcze oszczędzam	32,1
	starcza mi na wszystko, ale nie oszczędzam	7,2
	żyję oszczędnie, dlatego starcza mi na wszystko	45,5
	starcza mi tylko na podstawowe wydatki	14,1
	nie starcza mi nawet na podstawowe wydatki	1,1
Subiektywna ocena własnego stanu zdrowia	bardzo dobry	25,1
	dobry	56,6
	średni	15,6
	zły	2,1
	bardzo zły	0,5
Poziom sprawności psychofizycznej	pełna sprawność	88,5
	ograniczona sprawność, ale nie wymaga opieki długoterminowej	10,9
	ograniczona sprawność i wymagana opieka długoterminowa	0,6
Status zawodowy	osoba pracująca	72,4
	osoba niepracująca	27,6

Źródło: opracowanie własne

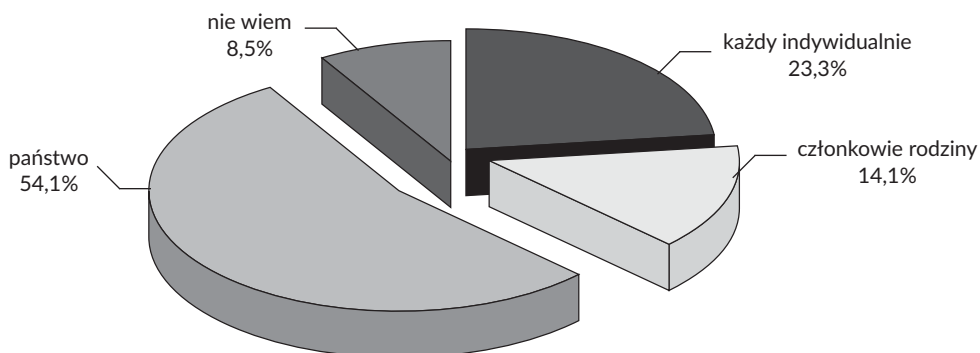
Preferencje wobec sposobu finansowania opieki długoterminowej w świetle badań własnych

Jedno z pytań, które zadano respondentom w trakcie wywiadu, brzmiało: „Jeśli ktoś (np. osoba starsza) musi korzystać z opieki formalnej, która świadczona jest odpłatnie, to kto Pani/-a zdaniem przede wszystkim powinien ponosić koszty takiej opieki, czyli kto w głównej mierze powinien brać na siebie ciężar jej finansowania?”. Do wyboru był jeden z czterech wariantów odpowiedzi:

- 1) każdy indywidualnie powinien finansować opiekę ze swoich bieżących dochodów i/lub zgromadzonych oszczędności;
- 2) członkowie rodziny (np. dzieci), jeśli nie są w stanie bezpośrednio sprawować opieki nad swoim krewnym (np. rodzicem), powinni sfinansować opiekę świadczoną przez kogoś innego;
- 3) państwo powinno zapewnić swoim obywatelom opiekę i opłacić ją ze środków publicznych;
- 4) nie wiem, nie zastanawiałam/-em się nad tym.

Uzyskane wyniki przedstawiono na wykresie 1.

Wykres 1. Rozkład odpowiedzi na pytanie, kto w głównej mierze powinien ponosić koszty opieki nad osobami niesamodzielnymi



Źródło: opracowanie własne

W powszechnym odczuciu społecznym odpowiedzialność moralna za osoby starsze spoczywa przeważnie na rodzinie¹¹. Co się zaś tyczy odpowiedzialności finansowej, to – jak

¹¹ Por. m.in.: J. Piotrowski, *Stosunki rodzinne osób starszych* [w:] *Encyklopedia seniora*, pod red. I. Borsowa, W. Pędich i in., Warszawa 1986; L. Frąckiewicz, *Spoleczne i ekonomiczne konsekwencje starzenia się ludności* [w:] *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku*, red. L. Frąckiewicz, Katowice 2002; P. Czekanowski, B. Synak, *Wybrane elementy obrazu rodzinnych sytuacji opiekuńczych ludzi starych w Polsce* [w:] *Zostawić ślad na ziemi*, red. M. Halicka, J. Halicki, Białystok 2006.

wskazują przedstawione powyżej wyniki – spoczywa ona w głównej mierze na państwie¹². Ujawnia się zatem pewnego rodzaju niekonsekwencja. Wydaje się, że skoro członkowie rodziny mają obowiązek sprawowania opieki nad starszymi krewnymi, to powinni być również zobowiązani pokryć wydatki w sytuacji, gdy nie są w stanie osobiście wywiązać się z tego zadania. Tak jednak nie jest. Zdaniem większości respondentów, jeśli rodzina z jakichś względów nie wykonuje zadań opiekuńczych, to najlepiej byłoby, gdyby finansowe tego konsekwencje zostały sędowane na instytucje publiczne.

W tabeli 2 zamieszczono rozkłady opinii ankietowanych według wybranych cech społeczno-demograficznych. Mężczyźni i kobiety podobnie postrzegają kwestie opłacania opieki: 54 proc. kobiet i 55 proc. mężczyzn uważa, że ponoszenie kosztów jest powinnością państwa. Kobiety jednak częściej niż mężczyźni twierdzą, że rodzina powinna być odpowiedzialna za ponoszenie wydatków, podczas gdy mężczyźni częściej są przekonani, że każdy ma za zadanie płacić za siebie indywidualnie.

Respondenci, niezależnie od wieku, najczęściej uważają, że to państwo powinno być przede wszystkim odpowiedzialne za finansowanie opieki. Częstotliwość wskazań różni się jednak w poszczególnych grupach wiekowych. Najczęściej w ten sposób odpowiadali najmłodsi respondenci (w wieku 40–49 lat). Badani w wieku 50–59 lat częściej preferowali odpowiedź, że opiekę należy finansować indywidualnie, natomiast najstarsi respondenci, w wieku 60–69 lat, zdecydowanie (prawie dwukrotnie) częściej niż pozostali swoje oczekiwania kierowali w stronę członków rodziny.

Tabela 2. Rozkład odpowiedzi na pytanie, kto w głównej mierze powinien ponosić koszty opieki nad osobami niesamodzielnymi według wybranych cech

Zmienna	Kategoria	Finansowanie opieki formalnej			
		indywidualnie	rodzina	państwo	nie wiem
Płeć	kobieta	0,22	0,16	0,54	0,08
	męczyzna	0,25	0,11	0,55	0,09
Wiek	40–49	0,16	0,12	0,61	0,10
	50–59	0,33	0,12	0,49	0,06
	60–69	0,21	0,21	0,48	0,09
Miejsce zamieszkania	wieś	0,20	0,14	0,57	0,09
	małe miasto	0,19	0,17	0,57	0,08
	duże miasto	0,31	0,12	0,49	0,08
Wykształcenie	podstawowe	0,09	0,18	0,64	0,09
	średnie	0,13	0,17	0,62	0,07
	wyższe	0,38	0,10	0,42	0,10

¹² Mówiąc o finansowaniu opieki przez państwo, zastosowany został skrót myślowy; chodzi dokładnie o środki publiczne wydawane w ramach instytucji państwa opiekuńczego, czyli o finansowanie opieki długoterminowej z budżetu (centralnego i/lub lokalnego) lub z ubezpieczenia społecznego.

cd. tabeli 2.

Zmienna	Kategoria	Finansowanie opieki formalnej			
		indywidualnie	rodzina	państwo	nie wiem
Subiektywna ocena sytuacji materialnej	dobra	0,43	0,11	0,36	0,10
	żyją oszczędnie	0,13	0,16	0,63	0,08
	zła	0,03	0,15	0,74	0,07
Subiektywna ocena stanu zdrowia	dobry	0,26	0,13	0,52	0,09
	zły	0,10	0,21	0,63	0,07
Dzieci	brak	0,34	0,16	0,39	0,12
	jedno, dwoje	0,22	0,14	0,56	0,09
	troje i więcej	0,23	0,15	0,57	0,06
Status zawodowy	pracujący	0,26	0,11	0,54	0,08
	niepracujący	0,16	0,21	0,53	0,08
Region	centralny	0,28	0,19	0,40	0,13
	południowy	0,19	0,16	0,56	0,09
	wschodni	0,17	0,11	0,68	0,04
	północno-zachodni	0,34	0,10	0,46	0,09
	południowo-zachodni	0,29	0,10	0,54	0,08
	północny	0,12	0,17	0,67	0,04

Źródło: opracowanie własne

Mieszkańcy wsi i małych miast chętniej niż mieszkańcy dużych miast przenieśliby obowiązek finansowania opieki na państwo. Jest to dość niespodziewane, gdyż wydawałoby się, że takie osoby cechują się stosunkowo silnym przywiązaniem do tradycyjnych wartości i w związku z tym chcieliby otrzymywać wsparcie finansowe przede wszystkim od osób bliskich. Tak jednak nie jest. Okazuje się, że tradycyjne wartości nie wykluczają opłacania opieki z budżetu, a wręcz idą w parze z silnym poczuciem etatyzmu zakładającego daleko posuniętą ingerencję państwa w finansowanie opieki długoterminowej. Dla odmiany mieszkańcy dużych miast wyróżniają się stosunkowo najdalej posuniętym indywidualizmem w zabezpieczeniu ryzyka niesamodzielności – na tle innych badanych najrzadziej liczą na państwo i na członków rodziny, zdecydowanie częściej natomiast życzyliby sobie, aby każdy we własnym zakresie płacił za uzyskiwaną opiekę.

Wraz ze wzrostem wykształcenia badanych maleje odsetek odpowiedzi, że to państwo jest podmiotem odpowiedzialnym za finansowanie opieki, a rośnie procent wskazań na finansowanie indywidualne. Zależność ta podobnie kształtuje się przy uwzględnieniu subiektywnej oceny sytuacji materialnej oraz subiektywnej oceny stanu zdrowia: im bardziej są one pozytywne, tym większa jest skłonność do samodzielnego finansowania opieki i mniejsza chęć do korzystania ze środków publicznych.

Dosyć dużym zaskoczeniem może być brak związku między liczbą posiadanych dzieci a chęcią zaangażowania rodziny w finansowanie opieki długoterminowej. Mogłoby się wydawać, że osoby posiadające liczne potomstwo postrzegają dzieci jako źródło zabezpieczenia na starość. Okazuje się jednak, że nie ma pod tym względem zasadniczej różnicy

między osobami bezdzietnymi a przedstawicielami rodzin małodzietnych i wielodzietnych. Wszyscy oni w podobny sposób chcieliby angażować krewnych w finansowanie opieki długoterminowej. Rozbieżności można natomiast zauważyć w postrzeganiu roli państwa: osoby posiadające dzieci częściej niż bezdzietni życzyłyby sobie dotowania opieki ze środków publicznych, podczas gdy osoby bezdzietne częściej niż ci, którzy posiadają potomstwo, są skłonne opłacać ją indywidualnie ze środków prywatnych.

Osoby pracujące i niepracujące w podobny sposób postrzegają rolę państwa – ponad połowa z nich oczekuje pokrywania kosztów opieki ze środków publicznych. Status zawodowy różnicuje natomiast opinie na temat finansowania ze środków prywatnych – osoby pracujące częściej niż niezatrudnione wołałyby samodzielnie ponosić koszty opieki, podczas gdy osoby niepracujące częściej wykorzystywałyby środki finansowe swoich krewnych.

Polska jest krajem silnie zróżnicowanym pod względem rozwoju gospodarczego poszczególnych regionów¹³. Wyraźny jest podział kraju na zamożny zachód i uboższy wschód, z koncentracją najbiedniejszych województw wzdłuż granicy północno-wschodniej. Okazuje się, że preferencje dotyczące sposobu finansowania opieki długoterminowej są także zróżnicowane regionalnie. W regionach północnym i wschodnim bardziej niż w pozostałych dominuje postawa etatystyczna i jednocześnie zdecydowanie najsłabsza jest tam skłonność od indywidualnego ponoszenia kosztów opieki. Z kolei w obszarze centralnym i północno-zachodnim jest odwrotnie – jest tam stosunkowo najmniejszy udział „etatystów” i największa (w porównaniu z pozostałymi rejonami) skłonność do osobistego płacenia za opiekę.

Czynniki determinujące preferencje wobec finansowania opieki długoterminowej

W toku dalszych prac badawczych pominięto niezdecydowaną grupę respondentów, którzy wskazali na wariant odpowiedzi „nie wiem”, a pozostałych badanych podzielono na dwie grupy, uwzględniając preferowany przez nich sposób finansowania opieki:

- 1) opowiadających się za finansowaniem ze środków publicznych (przez państwo),
- 2) opowiadających się za finansowaniem ze środków prywatnych (indywidualnie lub przez członków rodziny).

Przyjęto zatem, że preferencje społeczne są zmienną jakościową przyjmującą dwa stany: finansowania publicznego lub prywatnego. Do oceny wpływu wybranych cech zastosowano dwumianowy model regresji logistycznej.

Modele regresji logistycznej stosuje się do objaśniania zmiennej jakościowej Y w zależności od poziomu zmiennych egzogenicznych X_1, X_2, \dots, X_k (jakościowych bądź ilościowych)¹⁴. Dwumianowy model regresji logistycznej (model logitowy) przeznaczony

¹³ Por. m.in.: A. Wójtowicz, *Zróżnicowanie regionów w Polsce*, „Zeszyty Naukowe Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego w Zielonej Górze” 2016, nr 4, s. 302–311.

¹⁴ A. Stanisz, *Modele regresji logistyczne. Zastosowania w medycynie, naukach przyrodniczych i społecznych*, Kraków 2016.

jest do tłumaczenia dychotomicznej zmiennej objaśnianej, zazwyczaj reprezentowanej przez zmienną zero-jedynkową. Model logitowy jest szczególnym przypadkiem uogólnionego modelu liniowego:

$$g(u) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \dots + \beta_k X_k$$

gdzie β_0 jest wyrazem wolnym, β_1, \dots, β_k są współczynnikami regresji, natomiast g jest funkcją wiążącą określającą związek średniej wartości zmiennej objaśnianej

$$\mu = E(Y|X_1 = x_1, \dots, X_k = x_k)$$

z liniową funkcją predyktorów.

W modelu logitowym $\mu = p = P(Y = 1|X_1 = x_1, \dots, X_k = x_k)$ funkcja wiążąca nazywana logitem ma postać:

$$g(p) = \text{logit}(p) = \ln\left(\frac{p}{1-p}\right)$$

Ostatecznie model logitowy przyjmuje postać:

$$p = P(Y = 1|X_1 = x_1, \dots, X_k = x_k) = \frac{\exp(\beta_0 + \sum_{i=1}^k \beta_i x_i)}{1 + \exp(\beta_0 + \sum_{i=1}^k \beta_i x_i)}$$

Parametry modelu $\beta_0, \beta_1, \dots, \beta_k$ najczęściej estymuje się metodą największej wiarygodności. Jakościowe zmienne objaśniające wprowadza się do modelu, odpowiednio kodując. Gdy zmienna ma m wariantów, wprowadza się $m-1$ zmiennych zero-jedynkowych. Grupa jednostek, dla której wartości wszystkich zmiennych objaśniających są równe zero, nazywa się grupą referencyjną i jest ona grupą odniesienia w interpretacji parametrów modelu.

Oprócz współczynników regresji i ich statystycznej istotności w regresji logistycznej wyznacza się jeszcze dodatkowe parametry: e^{β_i} . Do ich interpretacji wykorzystuje się pojęcie szansy definiowanej jako iloraz prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia oraz prawdopodobieństwa, że zdarzenie to nie wystąpi. Wyznaczając iloraz szans (*odds ratio*), można określić wpływ przyrostu wartości zmiennych niezależnych na szansę wystąpienia zjawiska. Gdy iloraz szans przekracza wartość 1, oznacza to, że w porównaniu z grupą odniesienia w badanej grupie istnieje większa szansa wystąpienia zjawiska. Wartość mniejsza od 1 oznacza, że możliwość wystąpienia zdarzenia jest mniejsza niż w grupie odniesienia. Przy wartościach zbliżonych do 1 szanse wystąpienia zdarzenia w obu grupach są takie same.

W modelu za zmienną objaśnianą przyjęto zmienną binarną: preferencje społeczne wobec sposobu finansowania opieki długookresowej:

$$Y = \begin{cases} 1 - \textit{finansowanie opieki ze srodkow publicznych} \\ 0 - \textit{finansowanie opieki ze srodkow prywatnych} \end{cases}$$

Po uwzględnieniu omawianych wcześniej rozkładów odpowiedzi na pytanie o preferencje wobec sposobu finansowania opieki oraz na podstawie analizy liczebności w tablicach wielozmiennych za potencjalne zmienne objaśniające modelu przyjęto:

- płeć (zmienna przyjmująca wartość 1 dla mężczyzn i 0 dla kobiet),
- wiek (zmienna przyjmująca wartość 1 dla osób w wieku 40–49 lat i 0 dla osób w wieku 50–69 lat),
- miejsce zamieszkania (zmienna przyjmująca wartość 1 dla mieszkańców wsi oraz małych miast i 0 dla mieszkańców dużych miast),
- wykształcenie (zmienna przyjmująca wartość 1 dla wykształcenia wyższego i 0 dla wykształcenia niższego niż wyższe),
- subiektywną ocenę sytuacji materialnej (zmienna przyjmująca wartość 1 dla dobrej sytuacji materialnej i 0 dla złej sytuacji materialnej),
- subiektywną ocenę stanu zdrowia (zmienna przyjmująca wartość 1 dla pozytywnej oceny i 0 dla negatywnej oceny),
- dzieci (zmienna przyjmująca wartość 1 dla osób posiadających dzieci i 0 dla osób bezdzietnych),
- status zawodowy (zmienna przyjmująca wartość 1 dla osób pracujących i 0 dla osób niepracujących),
- region (zmienna 6-stanowa, dla której wprowadzono 5 zmiennych 0–1, przyjmując za grupę referencyjną region centralny).

Badanie zostało przeprowadzone w pakiecie komputerowym STATISTICA 13.1 na podstawie 939 obserwacji.

Współczynniki regresji dla zmiennych płeć, miejsce zamieszkania, stan zdrowia oraz status zawodowy okazały się nieistotne statystycznie dla $p = 0,05$, co jest równoważne z tym, że ilorazy szans dla tych zmiennych nie różniły się znacząco od 1. Oznacza to, że zmienne te nie wpływają istotnie na preferencje wobec źródeł opłacania opieki długoterminowej i zostały wykluczone ze zbioru predyktorów.

W tabeli 3 zamieszczono wyniki estymacji modelu ze zredukowaną liczbą zmiennych objaśniających. Na podstawie tych wyników można wywnioskować, że czynnikami wpływającymi na preferencje wobec sposobu finansowania opieki długoterminowej są: wiek, wykształcenie, posiadanie dzieci, sytuacja materialna oraz region zamieszkania. Parametry przy tych zmiennych są istotne statystycznie dla $p < 0,006$.

Tabela 3. Wyniki estymacji modelu logitowego preferencji wobec finansowania opieki długoterminowej w Polsce

Zmienna	Parametr B	p	Iloraz szans
Wiek	0,342	0,000005	1,982
Wykształcenie	-0,257	0,001318	0,598
Dzieci	0,351	0,005918	2,017
Sytuacja materialna	-0,549	0,000000	0,333

cd. tabeli 3.

Zmienna	Parametr B	p	Iloraz szans
Region południowy	0,204	0,074925	1,503
Region wschodni	0,371	0,002341	2,101
Region północno-zachodni	-0,185	0,127810	0,690
Region południowo-zachodni	0,097	0,487858	1,213
Region północny	0,458	0,000228	2,497
HosmerLemeshow = 3,5		poziom p = 0,899125	

Źródło: opracowanie własne

Analizując wartości ilorazów szans, można stwierdzić, że możliwości wyboru finansowania opieki ze środków publicznych przez osoby w wieku 40–49 lat są o 98 proc. większe niż w przypadku pozostałych badanych (w wieku 50–69 lat). Może to wynikać z faktu, że te osoby są stosunkowo bardziej obciążone różnymi kosztami (np. związanymi z utrzymaniem potomstwa), co powoduje, że ewentualne dodatkowe wydatki ponoszone na opiekę stanowiłyby zbyt duże obciążenie budżetu domowego. Może to być również sygnał zmian generacyjnych związanych z postrzeganiem roli i zakresu działań państwa w sferze społecznej – młodsze pokolenie w większym stopniu oczekuje uspołecznienia kosztów opieki nad osobami niesamodzielnymi i finansowania jej ze środków publicznych.

Kolejnym czynnikiem wpływającym na zróżnicowanie preferencji jest wykształcenie. Osoby lepiej wyedukowane częściej opowiadają się za samodzielnym ponoszeniem kosztów, dlatego w tej zbiorowości szanse wyboru opcji opłacania opieki przez państwo są o 40 proc. mniejsze niż wśród osób z wykształceniem średnim i niższym. Podobnie jest w przypadku czynnika, którym jest subiektywna ocena sytuacji materialnej. Osoby pozytywnie oceniające tę sytuację częściej są skłonne indywidualnie finansować opiekę. Szanse obarczenia tą odpowiedzialnością państwa są w tej grupie o 66 proc. mniejsze niż wśród osób negatywnie osądzających swoją sytuację materialną. Tę stosunkowo wysoką skłonność indywidualnego ponoszenia kosztów można tłumaczyć przynajmniej na kilka sposobów. Przede wszystkim dobra sytuacja materialna (również lepsza u osób z wyższym wykształceniem) daje większe możliwości ponoszenia różnych wydatków, w tym również tych związanych z opieką. Lepszy stan zdrowia i wyższe wykształcenie mogą wiązać się także z ogólnie lepszą zaradnością życiową, czego immanentną cechą jest indywidualna przezorność i skłonność do samodzielnego rozwiązywania własnych problemów. Poza tym nie można wykluczyć tutaj przejawu pewnego rodzaju egoizmu polegającego na tym, że osoby pozytywnie oceniające stan swojego zdrowia w jedynie niewielkim stopniu przewidują, że w przyszłości będą wymagać wzmożonej, a tym samym kosztownej opieki długoterminowej. Nie chcą zatem być obciążani kosztami opieki udzielanej innym, których stan zdrowia jest gorszy, a prawdopodobieństwo korzystania z drogich usług opiekuńczych jest wyższe.

Z przeprowadzonego badania wynika też, że wśród posiadających dzieci szanse obarczenia państwa kosztami opieki są dwukrotnie większe niż wśród osób bezdzietnych. Być może wynika to z faktu, że osoby mające potomstwo mają większe wydatki, dlatego trudno byłoby im wygospodarować dodatkowe wolne środki na finansowanie opieki formalnej dla rodziny lub siebie. Może to również być związane z chęcią ochrony własnych dzieci przed koniecznością ponoszenia kosztów opieki nad niesamodzielnymi członkami rodziny.

Ostatnim czynnikiem determinującym preferencje społeczne wobec finansowania opieki jest region zamieszkania. Mieszkańcy regionu centralnego najrzadziej oczekiwali finansowania ze środków publicznych. W regionie wschodnim i północnym szanse na takie oczekiwania są wyższe odpowiednio o 110 i 150 proc. Być może jest to pochodna stosunkowo lepszej sytuacji ekonomicznej mieszkańców regionu centralnego, co daje większe możliwości indywidualnego finansowania opieki. Może to być również wyraz mentalności, która jest bardziej liberalna w regionie centralnym i bardziej socjalna w regionach wschodnim i północnym.

Niestety rzetelna interpretacja uzyskanych wyników jest mocno utrudniona ze względu na to, iż badanie nie dostarcza informacji umożliwiających jednoznaczne wskazanie przyczyn takiego, a nie innego stanu rzeczy. Weryfikacja przedstawionych powyżej przypuszczenia i hipotezy zdecydowanie wymaga dalszych, pogłębionych badań w tym zakresie.

Wnioski

Opinie społeczne na temat finansowania opieki długoterminowej były dotychczas przedmiotem kilku badań międzynarodowych. W ogólnoświatowym badaniu *The Global Aging Surveys* (GLAS), które przeprowadzono w 2004 i 2005 r., zapytano respondentów o to, kto powinien finansować opiekę na starość oraz kto faktycznie tę opiekę będzie opłacał¹⁵. W Unii Europejskiej badania na ten temat zostały przeprowadzone w 2007 r. przez Eurobarometr, a respondenci byli pytani, kto sfinansuje im opiekę, gdy staną się niesamodzielnymi¹⁶.

Badanie własne, którego wyniki zostały wykorzystane w niniejszym artykule, zostały przeprowadzone w Polsce (2016 r.) na reprezentatywnej próbie respondentów. Badani zostali zapytani, kto ich zdaniem powinien finansować opiekę długoterminową. Z uzyskanych deklaracji wynika, że Polacy są bardzo podzieleni w opiniach na ten temat: część z nich (około czterech na dziesięciu) chciałaby, aby wydatki były ponoszone ze środków prywatnych, a część (nieco ponad połowa) życzyłaby sobie, aby były one ponoszone ze

15 H. Khan, G. Leeson, H. Findlay, *Attitudes toward bearing the cost of care in later life across the world*, „Illness, Crisis & Loss” 2013, nr 21(1), s. 49–69.

16 Eurobarometr, *Health and long-term care in the European Union. Report*, 2007.

środków publicznych. Zważywszy na fakt, że opłacanie opieki długoterminowej systematycznie nabiera na znaczeniu i staje się aktualnie jedną z najbardziej newralgicznych kwestii publicznych, konieczne wydaje się przeprowadzenie szeroko zakrojonej debaty na ten temat. Jej efektem powinno być wypracowanie ogólnospołecznego konsensusu, który w sposób jasny i czytelny określi zakres odpowiedzialności finansowej, która spoczywa na państwie i na obywatelach w sytuacji konieczności korzystania z odpłatnej opieki. Problem sprowadza się do fundamentalnej kwestii, którą jest ustalenie modelu zabezpieczenia przed ryzykiem niesamodzielności, czyli tego, w jakim stopniu asekuracja przed tym ryzykiem ma być oparta na solidaryzmie społecznym, a w jakim na indywidualnej przeczności.

Uzyskane w toku prac badawczych wyniki pokazują, że takie ogólnospołeczne porozumienie będzie niezwykle trudne do osiągnięcia. Różnice w preferencjach wyraźnie przebiegają na linii zamożni – biedni, bezdzietni – posiadający dzieci, wyedukowani – legitymujący się niskim poziomem wykształcenia, mieszkający na wschodzie kraju – mieszkańcy zachodnich regionów. Opłacanie opieki ze środków prywatnych jest najbardziej preferowane przez osoby, które są dobrze wykształcone, pozytywnie oceniają swoją sytuację materialną, nie posiadają dzieci i mieszkają w centralnej lub zachodniej części kraju. Natomiast finansowanie opieki ze środków publicznych jest najbardziej preferowane przez osoby słabo wykształcone, negatywnie oceniające swoją sytuację materialną, posiadające dzieci i mieszkające we wschodniej części kraju.

dr Wioletta Wolańska

dr Łukasz Jurek

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

ŹRÓDŁA

- Błędowski P., *Finansowanie opieki długoterminowej w Polsce* [w:] *Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje*, red. M. Augustyn, Warszawa 2008.
- Czekanowski P., Synak B., *Wybrane elementy obrazu rodzinnych sytuacji opiekuńczych ludzi starych w Polsce* [w:] *Zostawić ślad na ziemi*, red. M. Halicka, J. Halicki, Białystok 2006.
- Eurobarometr, *Health and long-term care in the European Union. Report*, 2007.
- Frąckiewicz L., *Spoleczne i ekonomiczne konsekwencje starzenia się ludności* [w:] *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku*, red. idem, Katowice 2002.
- Jurek Ł., *Polityka proubezpieczeniowa w opiece długoterminowej*, „Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje” 2016, nr 2(33).
- Jurek Ł., *Preferencje i postawy społeczne wobec prywatnego zabezpieczenia na wypadek niesamodzielności w Polsce*, „Społeczeństwo i Ekonomia” 2016, nr 2(6).
- Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, *Polska 2030. Wyzwania rozwojowe*, red. M. Boni, Warszawa 2009.
- Khan H., Leeson G., Findlay H., *Attitudes toward bearing the cost of care in later life across the world*, „Illness, Crisis & Loss” 2013, nr 21(1).

- Klimczuk A., *Transfer technologii w kształtowaniu srebrnej gospodarki* [w:] *Transfer wiedzy w ekonomii i zarządzaniu*, red. M. Grzybowski, Gdynia 2011.
- *OECD Health Statistics 2015*, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.
- Piotrowski J., *Stosunki rodzinne osób starszych* [w:] *Encyklopedia seniora*, pod red. I. Borsowa, W. Pędich i in., Warszawa 1986.
- Stanisław A., *Modele regresji logistyczne. Zastosowania w medycynie, naukach przyrodniczych i społecznych*, Kraków 2016.
- Szweda-Lewandowska Z., *Modele opieki nad osobami niesamodzielnymi*, „Studia Ekonomiczne” 2014, nr 179.
- Więckowska B., *Ubezpieczenie pielęgnacyjne*, Warszawa 2008.
- Wójtowicz A., *Zróźnicowanie regionów w Polsce*, „Zeszyty Naukowe Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego w Zielonej Górze” 2016, nr 4.
- Wóycicka I., *Model opieki w Polsce* [w:] *Strukturalne i kulturowe uwarunkowania aktywności zawodowej kobiet w Polsce*, red. I. Kotowska, Warszawa 2009.
- Zapędowska-Kling K., *Nowe technologie w służbie seniorom*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica” 2015, nr 4 (315).

Attitudes towards the financing of long-term care in Poland

The article presents social attitudes towards the financing of long-term care in Poland. Information was collected by CATI method (telephone interviews). The territorial scope of the research covered the whole of Poland, and the respondents were aged from 40 to 69 years. The sample consisted of 1026 people. The results show the ways respondents would like long-term care to be financed.

Respondents are strongly divided on the opinion about who should finance long-term care. More than a half of them think that it should be the state, with about 40% preferring private sources of funding. These opinions differ depending on the age, education level, family and material situation as well as the region of residence.

Keywords: long-term care, financing of care, social preferences, statistical surveys