

Regulacja opieki długoterminowej w Europie w zakresie opieki nad osobami starszymi: przegląd rozwiązań

Systemy opieki długoterminowej najczęściej analizuje się w odniesieniu do trzech wymiarów: regulacji, finansowania i świadczenia usług. W tekście skupiono się na pierwszym z nich. Celem artykułu jest omówienie wybranych zagadnień dotyczących regulacji opieki długoterminowej wraz z przedstawieniem przykładów rozwiązań z zakresu polityki społecznej. W pierwszej części tekstu wskazano na rolę normalizacji w kontekście makro, tj. w odniesieniu do konstrukcji systemu opieki długoterminowej. W kolejnych częściach artykułu skupiono się na perspektywie mikro: omówiono podstawowe wyzwania regulacyjne dotyczące uprawnień do świadczeń, wskazano na różne możliwości regulacji wykorzystania świadczeń przez osoby niesamodzielne oraz przedstawiono rolę normalizacji w kontekście jakości opieki formalnej. Ostatnia część artykułu dotyczy przepisów pracy opiekuńczej wykonywanej przez imigrantów. Głównym kryterium selekcji wątków w tekście była próba odniesienia poruszanych w artykule problemów do dyskusji na temat wyzwań dotyczących opieki długoterminowej w Polsce.

Słowa kluczowe: opieka długoterminowa, regulacja, jakość opieki, imigracja, uprawnienie do świadczeń, reforma polityki społecznej

Otrzymano: 13.12.2017

Zaakceptowano po recenzjach: 4.10.2018

Wprowadzenie

Interwencję państwa w obszar opieki długoterminowej¹, podobnie jak w przypadku do innych usług społecznych, cechuje duża złożoność wyrażająca się wykorzystaniem różnych instrumentów. W związku z tym analizę opieki długoterminowej często przedstawia się w odniesieniu do trzech wymiarów: regulacji, finansowania i świadczenia (dostarczania) usług². W niniejszym artykule skupiono się na pierwszej z wymienionych sfer.

Biorąc pod uwagę specyfikę opieki długoterminowej, regulacja³ dotyczy przede wszystkim zdefiniowania podziału odpowiedzialności za zaspokajanie potrzeb związanych z opieką między instytucje publiczne i prywatne⁴. Za tak ogólnym stwierdzeniem kryje się wiele szczegółowych kwestii, m.in. odnoszących się do tego, kto i na jakich zasadach jest uprawniony do wsparcia publicznego; jakie konkretnie podmioty publiczne są odpowiedzialne za udzielanie pomocy (decentralizacja zadań publicznych oraz rozdział zadań między sektor opieki zdrowotnej i usług społecznych); jakie są prawa i obowiązki osób otrzymujących wsparcie oraz tych, które pomocy udzielają (w tym unormowanie statusu opiekunów nieformalnych, które w wielu przypadkach sprowadza się do swoistego sformalizowania relacji opiekuńczej). Sięgając do dorobku ekonomii polityki społecznej, można wskazać, że regulacja ma na celu ograniczanie negatywnych skutków asymetrii informacji na rynku usług opiekuńczych⁵. Osobnym tematem jest regulacja jakości opieki formalnej, zwłaszcza dostarczanej w ramach rozwiązań rynkowych. Wiąże się ona z zagadnieniem niekompletności rynku (ang. *incomplete markets*), głównie z punktu widzenia niekompletności kontraktów⁶, prowadzącym przede wszystkim do problemu monitorowania jakości dostarczanych usług (tj. monitoring wypełniania zapisów kontraktów oraz relatywnie tania – w porównaniu z innymi możliwościami – egzekucja kontraktu)⁷.

1 Opieka długoterminowa to pojęcie odnoszone do szerokiego i zróżnicowanego zakresu usług świadczonych na rzecz osób niesamodzielnych. Brak samodzielności (lub ograniczenie samodzielności, gdyż w wielu państwach przepisy prawne wyróżniają – biorąc pod uwagę najczęściej intensywność potrzebnego wsparcia – różne stopnie niesamodzielności, w tym np. lekką) charakteryzuje się niskim stopniem wydolności fizycznej lub zaburzeniami funkcji psychicznych czy kognitywnych, ale nie wymaga hospitalizacji. Konsekwencją niesamodzielności jest długotrwała zależność od pomocy osób trzecich, która jest udzielana przy wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego. Usługi świadczone na rzecz osób niesamodzielnych mogą także dotyczyć spraw związanych z pomocą domową, np. sprzątaniami, gotowania oraz wykonywania innych złożonych (instrumentalnych) aktywności życia codziennego, np. robienia zakupów czy opłacania rachunków. Powyższa definicja pochodzi z opracowania F. Colombo, A. Llana-Nozal i in., *Help Wanted. Providing and Paying for Long-Term Care*, Paris 2011, s. 11.

2 H. Rothgang, A. Österle, *Long term care* [w:] *The Oxford Handbook of the welfare state*, ed. F. Castles, S. Leibfried i in., Oxford 2010, s. 381–384.

3 W ekonomicznej teorii polityki społecznej regulacja określana jest jako ingerencja w wolny rynek po stronie podaży (np. określenie tego, kto może świadczyć określone usługi) bądź po stronie popytu (np. wprowadzenie obowiązku odprowadzenia składek na ubezpieczenie społeczne). Zob. N. Barr, *Ekonomia polityki społecznej*, Poznań 2016, s. 97.

4 P. Łuczak, *Opieka długoterminowa w Polsce i w Republice Czeskiej*, Poznań 2015, s. 43.

5 W praktyce rynki usług opiekuńczych powstają przy aktywnej roli państwa i przyjmują formę rynków regulowanych przy współwystępowaniu publicznego finansowania, np. w postaci świadczeń pieniężnych czy tzw. czeków opiekuńczych.

6 N. Barr, *op. cit.*, s. 109–111.

7 E.C. Norton, *Health and Long-Term Care* [w:] *Handbook of the Economics of Population Aging, Volume 1B*, ed. J. Piggott, A. Woodlan, Amsterdam 2016, s. 976.

W odniesieniu do opieki nad osobami niesamodzielnymi kwestia regulacji może być również rozpatrywana bardzo szeroko, w tym może uwzględniać stosunki rodzinne. Jednym z przykładów takiego szerokiego podejścia jest zwrócenie uwagi na obowiązek alimentacyjny wobec osób starszych ciążyący na dorosłych dzieciach (obowiązek ten istnieje, w momencie gdy rodzic znajduje się w niedostatku). Istnienie tego zobowiązania może stanowić zmienną w badaniach porównawczych, gdyż w państwach, które charakteryzują się rozbudowanymi publicznymi systemami opieki formalnej (np. w krajach nordyckich), przepisy prawa nie przewidują obowiązku alimentacyjnego wobec dorosłych rodziców, natomiast w systemach opartych na dominacji opieki nieformalnej (np. w krajach śródziemnomorskich) regulacje tego typu są powszechne⁸.

Celem tekstu jest omówienie tych kwestii dotyczących normalizacji opieki długoterminowej, które w ostatnich latach zyskały na znaczeniu w państwach mających relatywnie rozwinięte systemy tej opieki. W artykule podjęto próbę takiej selekcji wątków, by móc odnieść je do dyskusji toczących się w ostatnich latach w Polsce na temat wyzwań w systemie wsparcia nad osobami niesamodzielnymi⁹. Biorąc pod uwagę kwestie metodyczne, należy wskazać, że głównym zamierzeniem artykułu jest popularyzacja wiedzy wśród potencjalnego szerokiego grona odbiorców, a nie testowanie hipotez czy stawianie nowych pytań badawczych.

Poziom makro: organizacja systemu

Przyjęcie określonych rozwiązań w zakresie opieki długoterminowej jest w dużym stopniu uwarunkowane wcześniejszymi regulacjami dotyczącymi polityki społecznej w danym kraju. W związku z powyższym można wyodrębnić trzy główne systemy regulacji opieki długoterminowej¹⁰. W pierwszym z nich (tzw. podejście Beveridge'a) opieka długoterminowa jest zintegrowana z dotychczasowym systemem regulacji odnoszących się do opieki zdrowotnej i usług społecznych. Drugie podejście, które można określić jako podejście ryzyka społecznego, zakłada, że świadczenia opieki długoterminowej zostają uznane za nowe uprawnienia socjalne, co najczęściej równoznaczne jest z wyodrębnieniem w systemie zabezpieczenia społecznego specjalnego funduszu ryzyka (przykładem jest społeczne ubezpieczenie pielęgnacyjne). Zgodnie z trzecim podejściem akcentującym rolę pomocy społecznej opieka

8 K. Harberkern, M. Szydlik, *State Care Provision, Societal Opinion and Children's Care of Older Parents in 11 European Countries*, „Ageing & Society” 2009, Vol. 30, s. 302.

9 W związku z tym poruszane w artykule wątki można uznać za komentarz do prób opracowania zmian legislacyjnych dotyczących opieki długoterminowej (np. projekty powstałe z inicjatywy ministra zdrowia Zbigniewa Religi i czy senatora Mieczysława Augustyna) czy relatywnie nowych wyzwań w odniesieniu do opieki nad osobami niesamodzielnymi (opieka sprawowana przez imigrantów). Przywołane w tekście doświadczenia innych państw mogą być także odniesione do niektórych palących problemów w Polsce, jak np. podział wsparcia osób niesamodzielnych między sektor opieki zdrowotnej a pomocy społecznej.

10 C. Ranci, E. Pavolini, *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe: An Introduction* [w:] *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe Investigating Institutional Change and Social Impacts*, ed. *idem*, New York 2013, s. 11.

długoterminowa jest dostarczana tylko osobom o wyjątkowych potrzebach (np. niski dochód na osobę w gospodarstwie), a same usługi mają charakter komplementarny w podejściu do opieki nieformalnej lub wręcz stosunek substytucyjny, gdy np. są udzielane w razie braku możliwości uzyskania wsparcia przez osoby niesamodzielne ze strony rodziny.

Z punktu widzenia systemu opieki długoterminowej kluczowe jest sprecyzowanie, jakie podmioty publiczne (administracja rządowa czy samorządowa, opieka zdrowotna czy pomoc społeczna) i w jakim zakresie są zobowiązane do przedsięwzięcia czynności zmierzających do zaspokajania potrzeb opiekuńczych obywateli. Jednym z przykładów regulacji dotyczących podziału zadań w obszarze opieki między różne poziomy administracji państwa jest wprowadzona na początku lat 90. XX wieku reforma w Szwecji (Ädelreformen). W ramach zmian legislacyjnych przeniesiono odpowiedzialność za opiekę instytucjonalną z sektora opieki zdrowotnej (administrowanego i finansowanego na poziomie regionów) na sektor usług społecznych (administrowanego i finansowego na poziomie gmin). Władze gmin zostały zobowiązane do zapłaty za opiekę szpitalną osób, które nie wymagały dalszej hospitalizacji, co biorąc pod uwagę różnicę w relatywnym koszcie opieki szpitalnej i opieki w instytucji opiekuńczej, było silnym bodźcem do ograniczenia wykorzystania łóżek szpitalnych¹¹. Głównym celem tych zmian była przede wszystkim demedykalizacja opieki nad osobami niesamodzielnymi i zwiększenie popytu na usługi w sektorze społecznym przy jednoczesnym zmniejszeniu wykorzystania usług realizowanych w obszarze opieki zdrowotnej¹².

W literaturze podnosi się ostatnio, że ważnym aspektem zmian w zakresie opieki długoterminowej są reformy tradycyjnych i bardziej kosztownych programów polityki społecznej, takich jak emerytury czy opieka zdrowotna¹³. W tym kontekście warto wskazać, że nowe regulacje w państwach Europy Środkowo-Wschodniej związane z przyjęciem modelu społecznego ubezpieczenia zdrowotnego zakładały konieczność wprowadzenia tzw. koszyków świadczeń gwarantowanych, a tym samym oddzielenie świadczeń zdrowotnych od usług o charakterze społecznym¹⁴. Tego typu unormowania w systemie zdrowotnym przyczyniły się do prawnego wyodrębnienia różnych rodzajów usług, choć definicje opieki długoterminowej dotyczą najczęściej tylko jej medycznego komponentu.

Kolejnym ważnym elementem regulacji dotyczących systemu opieki długoterminowej jest poziom organizowania usług społecznych w strukturze administracji publicznej. Doświadczenia państw są w tym aspekcie bardzo zróżnicowane, choć można wskazać ogólną tendencję, zgodnie z którą dostarczanie, finansowanie i – zdecydowanie rzadziej – regulacja usług opiekuńczych w wielu państwach odbywają się na poziomie regionalnym czy lokalnym. Ciekawym przykładem dużej autonomii władz lokalnych w regulacji rozwiązań z zakresu opieki tego typu jest Finlandia, gdzie gminy samodzielnie decydują o wprowadzeniu czeków

¹¹ G. Meagher, M. Szebehely, *Long-Term Care in Sweden: Trends, Actors, and Consequences* [w:] *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe Investigating Institutional Change and Social Impacts*, ed. C. Ranci, E. Pavollini, New York 2013, s. 62.

¹² *Ibidem*.

¹³ C. Ranci, E. Pavolini, *Not all that glitters is gold: Long-term care reforms in the last two decades in Europe*, „Journal of European Social Policy” 2015, Vol. 25(3), s. 274.

¹⁴ S. Golinowska, A. Sowa, *The Development of Long-Term Care in Post-Socialist Member States of the EU*, „CASE Network Studies and Analyses” 2013, Vol. 451, s. 11.

opiekuńczych jako metody finansowania usług opiekuńczych. Ustawodawstwo na poziomie krajowym jest bardzo ogólne w odniesieniu do sposobu organizowania systemu dostarczania opieki nad osobami niesamodzielnymi: fińskie gminy mają zatem dowolność w ustalaniu uprawnień do czeków, zasad współdziałania finansowego w tych programach oraz określania zasad obowiązujących świadczeniodawców na lokalnych rynkach opiekuńczych¹⁵.

Uprawnienie do wsparcia publicznego: uniwersalne czy selektywne?

Literatura z zakresu polityki społecznej najczęściej rozróżnia dwa podstawowe rodzaje uprawnień do świadczeń społecznych: oparte na zasadzie uniwersalizmu (powszechności) i selektywne¹⁶. Publiczne świadczenia uniwersalne z zakresu opieki długoterminowej są dostępne dla wszystkich osób niesamodzielnych, niezależnie od ich dochodu czy sytuacji rodzinnej. Wystarczającym warunkiem jest niemożność wykonywania określonych (tj. przewidzianych w odpowiednich regulacjach), podstawowych lub instrumentalnych czynności dnia codziennego. Innym sposobem definiowania uprawnienia do publicznego wsparcia w ramach opieki długoterminowej jest wskazanie konkretnego zakresu pomocy, której potrzebują osoby niesamodzielne (w tym wypadku ograniczenia aktywności nie muszą być szczegółowo określone)¹⁷.

Celem świadczeń selektywnych jest zapewnienie osobom potrzebującym takiej pomocy, która ma umożliwić egzystencję na minimalnym społecznie akceptowanym poziomie. Z punktu widzenia opieki długoterminowej selektywność dotyczących jej programów wyraża się w dużej roli przypisywanej instytucjom pomocy społecznej. Beneficjentami takich programów są zatem zwykle osoby, których suma dochodów na członka rodziny w gospodarstwie domowym nie przekracza określonej granicy. Uprawnienie do świadczeń selektywnych może być uzależnione nie tylko od sytuacji materialnej osób starszych, lecz także od braku dostępu do opieki ze strony krewnych. Innym kryterium różnicującym beneficjentów może być również wiek osoby niesamodzielnej: jeśli w inny sposób wsparcie kierowane jest do osób młodszych, a w inny do osób starszych¹⁸.

Polityka dotycząca opieki długoterminowej w porównaniu z innymi obszarami polityki społecznej cechuje się co do zasady „słabymi” definicjami praw i obowiązków¹⁹. Oznacza to, że uniwersalizm w opiece długoterminowej ma w praktyce i tak często warunkowy

15 O. Karsio, L. Aerschot, *Care generating publicly governed markets – The Finnish voucher system*, http://www.transforming-care.net/wp-content/uploads/2017/06/TP13_Karsio.pdf (23.10.2017).

16 Klasyczna analiza, zob. np. B. Rothstein, *The Universal Welfare State as a Social Dilemma*, „Rationality and Society” 2001, Vol. 13(2), s. 213–233.

17 Szersze omówienie zasady uniwersalizmu i świadczeń selektywnych w odniesieniu do opieki długoterminowej zob. np. P. Łuczak, *op. cit.*, s. 47–48.

18 *Ibidem*.

19 M. Leon, C. Ranci, H. Theobald, *Pressures towards and within Universalism: Conceptualising Change in Care Policy and Discourse* [w:] *The Transformation of Care in European Societies*, ed. M. Leon, Basingstoke 2014, s. 14.

charakter. Owa warunkowość może wynikać z kryteriów dotyczących definicji potrzeb opiekuńczych, statusu rodzinnego czy dochodowo-majątkowego, obywatelstwa lub rezydencji²⁰. Inną przesłanką uzyskania świadczeń może być również kryterium osiągnięcia określonego wieku, jak np. na Węgrzech²¹. Co więcej, uniwersalne uprawnienie do wsparcia w zakresie niesamodzielności nie musi być automatycznie powiązane z publicznym dostarczaniem usług. Takie uprawnienie jest także dość często, zwłaszcza w przypadku świadczeń pieniężnych związanych z opieką, uzależnione od praw do innych świadczeń, z których korzystać mogą osoby niesamodzielne czy opiekunowie nieformalni (np. świadczenia emerytalno-rentowe)²².

Można wskazać następujące argumenty za uniwersalnym uprawnieniem do świadczeń opieki długoterminowej ze względu na efektywność ekonomiczną. Sytuacja, w której usługi dla osób niesamodzielnych są organizowane w systemie opartym na kryterium dochodowym (przy ewentualnej kombinacji z innymi kryteriami, np. z brakiem dostępu do pomocy ze strony krewnych), może powodować niezamierzone efekty, takie jak zwiększenie wykorzystania usług organizowanych w systemie opieki zdrowotnej (np. zakłady opiekuńcze czy szpitale), lub może prowadzić do nadużyć wynikających z ponoszenia dodatkowych kosztów administracyjnych (np. w przypadku weryfikacji majątku osobistego w celu przyznania usług organizowanych w systemach opartych na kryteriach dochodowo-majątkowych)²³. W związku z tym w wielu państwach wysoko rozwiniętych od lat 90. XX w. można było obserwować zwiększenie roli uniwersalizmu w opiece długoterminowej, co szeroko analizowane jest w literaturze przedmiotu²⁴.

Niemniej wprowadzenie zmian w kierunku uprawnień uniwersalnych napotkało problemy w krajach, w których tradycyjnie prawo do usług opiekuńczych przyznawane jest na podstawie kryterium dochodowego. Przykładem nieudanego projektu zmian legislacyjnych była opracowana kilka lat temu brytyjska tzw. zielona księga *Shaping the Future of Care Together*²⁵. Założenia tego rządowego dokumentu koncentrowały się wokół stworzenia National Care Service, systemu ujednoczonych w skali całego kraju zasad przyznających prawo do usług opiekuńczych²⁶. W praktyce zmierzano do wprowadzenia quasi-universального systemu, który zakładał uprawnienie do opieki dla każdej osoby wykazującej potrzebę ze względu na niesamodzielność. Brak zmian systemowych w usługach społecznych przyniósł w obliczu dużych cięć budżetowych wprowadzonych przez rząd Partii Konserwatywnej w tym sektorze narastający problem nadmiernego wykorzystania miejsc w szpitalach przez osoby niesamodzielne (ang. *bed-blocking*)²⁷.

20 O. Karsio, L. Aerschot, *op. cit.*

21 D. Lajko, *Opieka nad osobami starszymi na Węgrzech*, „Polityka Społeczna” 2013, nr 11–12, s. 32.

22 M. Leon, C. Ranci, H. Theobald, *op. cit.*, s. 14.

23 F. Colombo, A. Llana-Nozal i in., *op. cit.*, s. 265.

24 Zamiast wielu zob. E. Pavolini, C. Ranci, *Restructuring the welfare state: reforms in long-term care in Western European countries*, „Journal of European Social Policies” 2008, Vol. 18(3).

25 *Shaping the Future of Care Together*, 2009, http://www.cpa.org.uk/cpa/Shaping_future_of_care_together.pdf (12.03.2018).

26 A. Comas-Herrera, R. Wittenberg, L. Pickard, *The Long Road to Universalism? Recent Developments in the Financing of Long-term Care in England*, „Social Policy & Administration” 2010, Vol. 44(4), s. 388.

27 Zob. np. D. Cambell, *Social care problems lead to hospital bed blocking, says Age UK*, 2014, <https://www.theguardian.com/society/2014/jun/11/social-care-old-people-hospital-longer> (24.10.2017).

W wielu przypadkach problemy budżetowe państw wpłynęły na częściowe ograniczenie uniwersalizmu, co stanowi dobrą ilustrację tego, że kształt regulacji opieki długoterminowej jest w dużej mierze uwarunkowany przez czynniki polityczno-gospodarcze. Przykładowo w Austrii w 2010 r. przyjęto przepisy dotyczące świadczeń pieniężnych zwiększające liczbę godzin wymaganego wsparcia osobistego, którą dana osoba musi wykazać, by nabyć uprawnienie do świadczenia przypisanego do najniższego poziomu niesamodzielności. W tym samym roku w Republice Czeskiej znacznie ograniczono wysokość uniwersalnych świadczeń pieniężnych dla osób dorosłych, które kwalifikowane były do lekkiego i średniego poziomu niesamodzielności²⁸. Dodać także należy, że zmiany ograniczające zakres uniwersalizmu na skutek trudności gospodarczych już wcześniej przyjęły państwa nordyckie, które tradycyjnie dostarczają wsparcia w formie usługowej potrzebującym obywatelom: władze Finlandii i Szwecji znacząco podniosły wymagania dotyczące uprawnienia do wsparcia na skutek kryzysu w latach 90. XX w., natomiast w Norwegii zaostrzenie kryteriów wystąpiło dekadę później²⁹. Pomimo tych zmian w badaniach porównawczych wskazuje się, że zasadność uniwersalizmu jako podstawy regulacji uprawnień w kontekście problemów gospodarczych zasadniczo nie została podana w wątpliwość. Niemniej sam zakres uniwersalizmu został ograniczony w wielu państwach przez ściślejsze kierowanie pomocy do osób o najwyższych stopniach niesamodzielności oraz bardziej restrykcyjne rozwiązanie dotyczące kwalifikacji potrzeb opiekuńczych³⁰. W krajach z rozbudowanymi systemami opieki długoterminowej dominującą zasadą uprawniającą do świadczeń staje się koncepcja ograniczonego uniwersalizmu (ang. *restricted universalism*), zgodnie z którą wszystkie osoby wymagające opieki mają dostęp do wsparcia przy jednoczesnych ograniczeniach, jeśli chodzi o dostarczanie usług, ich jakość i ewentualne współpłacenie za nie ze środków prywatnych³¹.

Regulacje dotyczące wykorzystania świadczeń pieniężnych

Jedną z najczęstszych odpowiedzi wielu rządów europejskich na rosnące potrzeby opiekuńcze w minionych latach było wprowadzanie świadczeń pieniężnych związanych z opieką (ang. *cash for care*)³². Uprawnienia do tych świadczeń opierają się na różnych kryteriach, takich jak potrzeby opiekuńcze, wiek osoby niesamodzielnej czy dochód. Przykładowo francuskie świadczenie pieniężne (APA) przysługuje osobom powyżej

28 P. Łuczak, *op. cit.*, s. 79.

29 M. Szebehely, G. Meagher, *Nordic eldercare – weak universalism becoming weaker? Article for Journal of European Social Policy*, s. 6, <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1082860/FULLTEXT01.pdf> (23.10.2017).

30 C. Ranci, E. Pavolini, *op. cit.*, s. 282.

31 *Ibidem*, s. 282.

32 B. da Roit, B. Le Bihan, *Similar and Yet So Different: Cash-for-Care in Six European Countries' Long-Term Care Policies*, „The Milbank Quarterly” 2010, Vol. 88(3), s. 287.

60 roku życia, a jego wysokość uzależniona jest od dochodu; w Holandii świadczenie tego typu przysługuje wszystkim osobom niesamodzielnym i jego wysokość jest również powiązana z dochodem. Z kolei w Republice Czeskiej prawo do świadczenia pieniężnego mają wszystkie osoby niesamodzielne powyżej pierwszego roku życia, jego wysokość jest uzależniona tylko od poziomu niesamodzielnosci, istnieje jednak bardzo duża różnica w wysokości świadczenia między osobami z lekką a całkowitą niesamodzielnoscią.

Regulacje świadczeń pieniężnych związane z opieką mogą być oparte na co najmniej trzech różnych podejściach: rynkowym, obywatelskim oraz konserwatywnym (powiązany z familiaryzmem)³³. Każde z tych podejść odzwierciedla różną wizję opieki oraz pracy opiekuńczej. Przyjęte w poszczególnych krajach regulacje dotyczące świadczeń pieniężnych mogą zakładać różne szanse w wykorzystaniu tych środków, które przypisać można do jednego ze wskazanych wyżej trzech modeli.

W państwach realizujących podejście konserwatywne do świadczeń pieniężnych (np. w Austrii, Niemczech, Republice Czeskiej czy we Włoszech) przyjęto normy, zgodnie z którymi świadczenia te mają pokrywać część kosztów opieki, choć nie określono, w jaki sposób świadczeniobiorcy mają faktycznie owe środki wykorzystywać. W praktyce osoby uprawnione do świadczeń pieniężnych mogą zakupić usługi od wyspecjalizowanych jednostek działających dla zysku czy innych organizacji lub przekazać środki członkom rodziny czy wręcz wspierać usługi dostarczane w szarej strefie, np. przez imigrantów. W większości tych państw co do zasady nie przewidziano kontroli czy konieczności przedstawienia uzasadnień w wydatkowaniu tych środków. W systemie niemieckim istnieją określone mechanizmy kontrolne dotyczące wykorzystania świadczenia pieniężnego: jest ono przyznawane po stwierdzeniu przez kasę pielęgnacyjną, że osoba niesamodzielna zaspokoi potrzeby opiekuńcze we własnym zakresie na odpowiednim poziomie, jeśli chodzi o jakość³⁴.

W innych państwach (we Francji, w Holandii czy Wielkiej Brytanii) istnieją regulacje, które dalece ściślej określają możliwości wykorzystania świadczeń pieniężnych związanych z opieką. Celem tych świadczeń ma być wsparcie dla osób niesamodzielnych w finansowaniu określonych pakietów opieki, definiowanych poprzez wskazanie nakładu godzinowego usług opiekuńczych czy rodzaju usług. Ciekawym przykładem jest Holandia, gdzie świadczenie pieniężne związane jest ze sformalizowaniem relacji występującej między osobą niesamodzielną a opiekunem, który dotąd zajmował się tą osobą nieformalnie. We Francji regulacje zakładają możliwość zatrudnienia opiekuna nieformalnego (z wyjątkiem opiekunów związanych z osobą niesamodzielną związkiem małżeńskim), co uznać można za przykład podejścia rynkowego (prozatrudnieniowego).

W przypadku świadczeń pieniężnych odpowiednie regulacje mogą także zakładać wybór między wsparciem finansowym a usługami opiekuńczymi. Jak wskazują badania ewaluacyjne, większość osób, które wybierają świadczenia pieniężne kosztem usług, wykorzystuje następnie środki pieniężne w ramach nieformalnych grup wsparcia, głównie

33 B. Da Roit, B. Le Bihan, A. Österle, *Cash for care benefits [w:] Long-term care reforms in OECD countries*, ed. J.L. Fernández, C. Gori, R. Wittenberg, Bristol 2016, s. 143; kolejne dwa akapity artykułu bazują na informacjach wskazanych w cytowanym dziele.

34 A. Przybyłowicz, *Ubezpieczenie pielęgnacyjne w Republice Federalnej Niemiec*, Warszawa 2017, s. 130–131.

rodziny (jak np. w Niemczech, gdzie wartość usług przewyższa wartość świadczenia pieniężnego).

Przyjęcie uregulowań dotyczących świadczeń pieniężnych wpływa także na status opiekunów nieformalnych, zwłaszcza gdy świadczenie może być przekazane osobie bliskiej, a fakt ten jest uznawany przez ustawodawstwo socjalne. W takiej sytuacji można przyjąć, że uprawnienia socjalne opiekunów nieformalnych nie są konsekwencją zatrudnienia na rynku pracy (co było tradycyjnym rozwiązaniem w państwach o dominującym znaczeniu ubezpieczeń społecznych), ale są pochodną sprawowania opieki nad osobą niesamodzielną, najczęściej blisko spokrewnioną. Świadczenia pieniężne związane z opieką długoterminową oraz powiązane z nimi uprawnienia z zakresu zabezpieczenia społecznego przewidziane dla (rodzinnych) opiekunów przyznawane za opiekę domową przyczyniły się do zmian w zakresie opieki nieformalnej tradycyjnie świadczonej starszym krewnym³⁵. Wcześniej bowiem wsparcie opierało się głównie na więzach rodzinnych, za które nie było przewidziane wynagrodzenie (pominąwszy oczywiście nieformalne transfery międzypokoleniowe, w tym również nabycie prawa własności do nieruchomości osoby niesamodzielnej przez opiekuna po śmierci osoby niesamodzielnej). Przepisy przyjęte w wielu państwach zmieniły te relacje (choć niekoniecznie motywacje samych opiekunów) w opłacane i bardziej sformalizowane formy pracy członków rodziny³⁶.

Regulacja jakości opieki formalnej

Regulacja jakości w odniesieniu do opieki długoterminowej jest trudniejsza niż w innych usługach społecznych, jak choćby w opiece zdrowotnej, ze względu na niższą wymaganą profesjonalizację świadczeniodawców oraz problemy w standaryzacji czynności opiekuńczych³⁷. Opieka długoterminowa to w zasadzie szereg niejednorodnych aktywności, począwszy od prostej pomocy nieformalnej po podstawowe zabiegi pielęgnacyjne, które wykonywane mogą być przez bardzo różne osoby. W związku z tym pojęcie „opieka dobrej jakości” jest bardzo niejednoznaczne³⁸.

Usługi wspierające osoby niesamodzielne stanowią jeden z przykładów ekonomicznej teorii niekompletnych kontraktów³⁹, gdyż istnieją poważne ograniczenia nie tylko w zakresie określenia przedmiotu umowy między świadczeniodawcą a świadczeniobiorcą, lecz także kontroli i weryfikacji jej postanowień. Powyższe stanowi przesłankę interwencji państwa, która w tym wypadku może przybierać formę świadczenia usług przez

35 P. Frericks, P.H. Jensen, B. Pfau-Effinger, *Social rights and employment rights related to family care: family care regimes in Europe*, „Journal of Ageing Studies” 2014, Vol. 29, s. 73.

36 *Ibidem*.

37 K. Leichsenring, H. Nies, R. van der Veen, *The Quest for Quality in Long-Term Care* [w:] *Long-Term Care in Europe Improving Policy and Practice*, ed. K. Leichsenring, J. Billings, H. Nies, Basingstoke 2013, s. 168.

38 *Ibidem*, s. 168.

39 N. Barr, *op. cit.*, s. 109–110.

podmioty publiczne, ponieważ co do zasady można łatwiej je kontrolować w ramach tego samego sektora⁴⁰. Niemniej jednak, jak wskazuje praktyka polityki społecznej, w ostatnich latach dominującym trendem w wielu państwach jest rozdzielanie funkcji publicznego płatnika oraz dostawcy usług, czego przykładem jest duże rozpowszechnienie w Europie tzw. rynków usług opiekuńczych. Stanowi to tym większe wyzwanie dla władz publicznych przyjmujących w tym wypadku rolę regulatora takich rynków.

Najlepszym źródłem danych dotyczących podejścia różnych państw w zakresie kontroli jakości opieki długoterminowej jest publikacja opracowana wspólnie przez OECD i Komisję Europejską *A Good Life in Old Age? Monitoring and improving quality in long-term care*. Autorzy opracowania wskazują, że kontrola jakości opieki formalnej zwykle jest realizowana poprzez normy w zakresie nakładów, tj. warunków infrastrukturalnych oraz pracy opiekuńczej. Uregulowania dotyczące jakości przybierają powszechnie formę określenia standardów akredytacji i certyfikacji świadczeniodawców, możliwości przeprowadzenia kontroli oraz regulacji w zakresie wymagań kwalifikacyjnych pracowników sektora opieki formalnej⁴¹. W niektórych państwach (np. w Holandii) zwrócono uwagę na aspekty odnoszące się do jakości życia i godności beneficjentów świadczeń, które także stały się podstawowymi kryteriami kontroli⁴². Dodatkowo do listy obowiązkowych standardów jakości coraz częściej zostają włączane (jak np. w Irlandii) inne normy, jak prowadzenie zindywidualizowanego procesu planowania opieki lub system raportowania skarg na jakość usług⁴³.

W zdecydowanej większości państw OECD dość rozbudowane regulacje dotyczą przede wszystkim standardów opieki instytucjonalnej, natomiast opieka środowiskowa to obszar, który jest przedmiotem przepisów mających stworzyć odpowiedni system kontroli jakości usług w mniejszym stopniu⁴⁴. W przypadku regulacji standardów opieki domowej chodzi przede wszystkim o zapewnienie, że nieruchomości, w których mieszkają osoby niesamodzielne, są dostosowane do ich potrzeb. Normy opieki środowiskowej najczęściej określają również minimalny zakres usług, liczbę godzin świadczonych usług oraz personelu (w przypadku organizacji czy agencji opieki) przypadającą na konkretną liczbę świadczeniobiorców⁴⁵.

Przepisy prawne najczęściej wyodrębniają kilka kategorii zawodów opiekuńczych, co do których przypisane są określone wymagania kwalifikacyjne. Przykładowo w Niemczech w odniesieniu do opieki instytucjonalnej można wyróżnić posadę opiekuna osób starszych, na której może pracować osoba po co najmniej 3-letnim okresie kształcenia oraz z odpowiednim doświadczeniem (2500 godzin praktycznych), pozycję pomocy opiekuńczej, co do której wymagane jest co najmniej 3-miesięczne szkolenie i doświadczenie,

40 Co oczywiście nie oznacza, że kontrola podmiotów prywatnych jest niemożliwa, o czym świadczy choćby przykład niemiecki wskazany w tekście.

41 *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*, Paris 2013, s. 145.

42 D. Wech, *Improving Quality in Long-term Care*, „CESifo DICE Report” 2014, Vol. 12(3), s. 59.

43 *Ibidem*, s. 59.

44 *A Good Life in Old Age?...*, *op. cit.*, s. 22.

45 *Ibidem*, s. 23.

oraz stanowisko związane z wykonywaniem wyłącznie usług społecznych, które wymaga zaledwie kilkudniowego szkolenia z zakresu postępowania z osobami z demencją⁴⁶. W przypadku opieki domowej warunki kwalifikacyjne dla personelu są najczęściej niższe. Regulacje w Austrii w odniesieniu do pracowników w sektorze opieki instytucjonalnej wymagają odbycia 1600 godzin szkolenia teoretycznego i praktycznego, podczas gdy w przypadku opiekunów środowiskowych takie szkolenie ma wymiar czterokrotnie krótszy⁴⁷.

Regulacja pracy opiekuńczej wykonywanej przez imigrantów

W ostatnich latach w wielu krajach europejskich wzrasta popularność wykorzystania wsparcia w opiece nad osobami starszymi udzielanego przez imigrantów przebywających w indywidualnych gospodarstwach domowych⁴⁸. Zjawisko to przede wszystkim wynika z ograniczeń w dostępnej cenowo opiece formalnej oraz z dużej podaży tańszej siły roboczej, którą stanowią imigranci (głównie są to kobiety)⁴⁹. W wielu krajach opieka długoterminowa sprawowana przez imigrantów przez lata była częścią szarej strefy, gdyż sam ich pobyt (bądź wykonywana przez nich praca) miał charakter nielegalny czy nierejestrowany. Zjawisko to było przede wszystkim widoczne w tych systemach opieki długoterminowej, w których dominują świadczenia pieniężne dla osób niesamodzielnych, a ich sposób wykorzystania nie jest uregulowany i pozostawiony beneficjentom oraz ich krewnym.

Od stosunkowo niedawna można znaleźć przykłady państw, które postanowiły uregulować status imigrantów zajmujących się osobami niesamodzielnymi. Jedną z głównych przesłanek zmian jest próba odpowiedzi na prekaryjną pracę imigrantów świadczących opiekę w gospodarstwach domowych oraz zahamowanie rozwoju szarej strefy poprzez dostarczenie legalnych i w miarę stabilnych możliwości zatrudnienia opiekunów⁵⁰. W kilku przypadkach (tak jak w Hiszpanii czy we Włoszech) regulacje te dotyczyły całego sektora pracy domowej bez szczególnego odniesienia do pracowników opiekujących się osobami niesamodzielnymi⁵¹. We Włoszech inicjatywa legislacyjna dotycząca pracy w gospodarstwie domowym wykonywanej przez imigrantów była jedyną dużą zmianą

46 H. Gospel, *Varieties of Qualifications, Training, and Skills in Long-Term Care: A German, Japanese, and UK Comparison*, „Human Resource Management” 2015, Vol. 54(5), s. 842.

47 *A Good Life in Old Age?...*, *op. cit.*, s. 161.

48 Zob. np. B. Da Roit, B. Weicht, *Migrant care work, and care, migration and employment regimes: A fuzzy-set analysis*, „Journal of European Social Policy” 2013, Vol. 23(5).

49 Praca opiekuńcza migrantów jest również zjawiskiem występującym w Polsce, zob. *Niewidzialna siła robocza. Migranci w usługach opiekuńczych nad osobami starszymi*, red. P. Sobiesiak-Penszko, Warszawa 2015.

50 A. Österle, G. Bauer, *The Legalization of Rotational 24-hour Care Work in Austria: Implications for Migrant Care Workers*, „Social Politics: International Studies in Gender, State & Society” 2016, Vol. 23(2), s. 198.

51 *Ibidem*, s. 198.

wprowadzoną w ostatnich dwóch dekadach, którą można skojarzyć z opieką długoterminową. W efekcie włoski system wsparcia dla osób niesamodzielnych oparty jest obecnie na taniej pracy imigrantów, co w zasadzie stanowi substytut publicznego zaangażowania w kwestię opieki długoterminowej⁵².

Państwem o najbardziej rozbudowanych normach w tym względzie jest Austria, w której przyjęto ramy prawne dla legalnego zatrudniania imigrantów jako opiekunów osób niesamodzielnych (w tym osób niebędących obywatelami Unii Europejskiej, zatem nieobjętych swobodą przepływu pracowników) oraz prawnie wyodrębniono nową grupę zawodową opiekunów pracujących w gospodarstwach domowych. Na mocy ustawy przyjętej w 2007 r. przyjęto definicję zadań, które tacy pracownicy mają wypełnić na zlecenie (bądź bez zlecenia) personelu lekarskiego i pielęgniarskiego. Wprowadzono także specjalny system wsparcia pieniężnego, który powiązany jest z wyszczególnieniem podstawowych wymagań kwalifikacyjnych osoby migrującej⁵³.

Innymi słowy, regulacje austriackie pozwoliły na sformalizowanie aktywności wykonywanych dotąd w dużej mierze nielegalnie. Ustawodawstwo austriackie przewiduje przy tym dwie możliwości owego sformalizowania: zatrudnienie na umowę o pracę przez osoby niesamodzielne, ich rodziny czy instytucje pośredniczące oraz samozatrudnienie opiekunów i opiekunek będących imigrantami. Już po kilku latach od wejścia w życie przepisów widoczna jest zdecydowana przewaga tego drugiego rozwiązania. Dodać przy tym należy, że w przypadku prowadzenia jednoosobowej działalności gospodarczej nie obowiązują regulacje dotyczące minimalnego wynagrodzenia oraz przepisy odnoszące się do czasu pracy. Warto także podkreślić, że w Austrii nie istnieją regulacje dotyczące zapewnienia jakości opieki na etapie nawiązywania formalnej relacji między osobą niesamodzielną a opiekunem imigrantem, co prowadzi do dużych różnic w jakości opieki⁵⁴.

Uwagi końcowe

Dyskusji dotyczącej konieczności reform systemowych w zakresie wsparcia osób niesamodzielnych w Polsce towarzyszyło kilka kompleksowych projektów legislacyjnych (np. projekty powstałe z inicjatywy ówczesnego ministra zdrowia Zbigniewa Religi czy senatora Mieczysława Augustyna). Jak do tej pory żaden z nich nie doczekał się wprowadzenia w życie. Ważne inicjatywy, których celem jest zwiększenie zakresu wsparcia dla osób niesamodzielnych (np. program Senior-WIGOR czy wiele działań podejmowanych przez władze samorządowe), przyczyniają się do polepszenia sytuacji części osób i ich opiekunów nieformalnych, ale ich struktura ogranicza je do działań tylko na poziomie lokalnym. W polskiej strukturze administracji publicznej, w odróżnieniu od przykładów

⁵² C. Ranci, E. Pavolini, *op. cit.*, s. 273.

⁵³ A. Österle, G. Bauer, *op. cit.*, s. 193.

⁵⁴ *Ibidem*.

państw wskazywanych wcześniej w tekście, władze lokalne mają dość ograniczony wpływ na kreowanie własnej polityki społecznej. Stanowi to argument za tym, że kompleksowe zmiany w zakresie opieki długoterminowej wymagają rozwiązań o charakterze systemowym na poziomie centralnym.

Jak wskazano w artykule, regulacje towarzyszące tego typu zmianom w polityce dotyczącej opieki długoterminowej mają wielowymiarowy charakter. Oprócz konieczności określenia wzajemnych relacji między różnymi sektorami na poziomie makro (w tym między opieką zdrowotną a usługami społecznymi) dotyczą także sfery prywatnej gospodarstw domowych i niejednokrotnie zmieniają charakter istniejących na tym poziomie więzi społecznych (np. w przypadku większej formalizacji opieki nieformalnej). Podstawowym dylematem dotyczącym regulacji całego systemu wciąż jednak pozostaje kwestia, kto i na jakich warunkach jest uprawniony do świadczeń publicznych. Z punktu widzenia praw socjalnych osób niesamodzielnych w Polsce jakikolwiek kierunek zmian podążający w stronę uniwersalizmu (w tym ograniczonego uniwersalizmu) wpisująby się w europejskie trendy, co stanowiłoby zwiększenie realnego wsparcia dla rosnącej grupy osób wymagających opieki.

Systemowa transformacja w zakresie opieki wymaga dodatkowo podjęcia wielu innych i nierzadko trudnych działań regulacyjnych, w tym dotyczących jakości usług opiekuńczych, zwłaszcza jeśli miałyby one być dostarczane na tym rynku usług (wspieranym np. czekami opiekuńczymi, jak zakładał jeden z projektów zmian). Działania z zakresu normalizacji opieki długoterminowej powinny także zmierzyć się z nowymi wyzwaniami pojawiającymi się w praktyce, jak np. z coraz powszechniejszym wykorzystaniem przez gospodarstwa domowe wsparcia udzielanego, najczęściej nielegalnie, przez imigrantów.

dr Paweł Łuczak
Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu
Katedra Pracy i Polityki Społecznej

ŹRÓDŁA

- *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*, Paris 2013.
- Barr N., *Ekonomia polityki społecznej*, Poznań 2016.
- Cambell D., *Social care problems lead to hospital bed blocking, says Age UK*, 2014, <https://www.theguardian.com/society/2014/jun/11/social-care-old-people-hospital-longer> (24.10.2017).
- Colombo F., Llena-Nozal A. i in., *Help Wanted. Providing and Paying for Long-Term Care*, Paris 2011.
- Comas-Herrera A., Wittenberg R., Pickard L., *The Long Road to Universalism? Recent Developments in the Financing of Long-term Care in England*, „Social Policy & Administration” 2010, Vol. 44(4).
- Da Roit B., Le Bihan B., *Similar and Yet So Different: Cash-for-Care in Six European Countries’ Long-Term Care Policies*, „The Milbank Quarterly” 2010, Vol. 88(3).

- Da Roit B., Le Bihan B., Österle A., *Cash for care benefits* [w:] *Long-Term Care Reforms in OECD Countries*, ed. J.L. Fernández, C. Gori, R. Wittenberg, Bristol 2016.
- Da Roit B., Weicht B., *Migrant care work, and care, migration and employment regimes: A fuzzy-set analysis*, „Journal of European Social Policy” 2013, Vol. 23(5).
- Frericks P., Jensen P.H., Pfau-Effinger B., *Social rights and employment rights related to family care: family care regimes in Europe*, „Journal of Ageing Studies” 2014, Vol. 29.
- Golinowska S., Sowa A., *The Development of Long-Term Care in Post-Socialist Member States of the EU*, „CASE Network Studies and Analyses” 2013, Vol. 451.
- Gospel H., *Varieties of Qualifications, Training, and Skills in Long-Term Care: A German, Japanese, and UK Comparison*, „Human Resource Management” 2015, Vol. 54(5).
- Harberkern K., Szydlik M., *State Care Provision, Societal Opinion and Children' Care of Older Parents in 11 European Countries*, „Ageing & Society” 2009, Vol. 30.
- Karsio O., Aerschot L., *Care generating publicly governed markets – The Finnish voucher system*, http://www.transforming-care.net/wp-content/uploads/2017/06/TP13_Karsio.pdf (23.10.2017).
- Lajko D., *Opieka nad osobami starszymi na Węgrzech*, „Polityka Społeczna” 2013, nr 11–12.
- Leichsenring K., Nies H., van der Veen R., *The Quest for Quality in Long-Term Care* [w:] *Long-Term Care in Europe. Improving Policy and Practice*, ed. K. Leichsenring, J. Billings, H. Nies, Basingstoke 2013.
- Leon M., Ranci C., Theobald H., *Pressures towards and within Universalism: Conceptualising Change in Care Policy and Discourse* [w:] *The Transformation of Care in European Societies*, ed. M. Leon, Basingstoke 2014.
- Łuczak P., *Opieka długoterminowa w Polsce i w Republice Czeskiej*, Poznań 2015.
- Meagher G., Szebehely M., *Long-Term Care in Sweden: Trends, Actors, and Consequences* [w:] *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe Investigating Institutional Change and Social Impacts*, ed. C. Ranci, E. Pavollini, New York 2013.
- *Niewidzialna siła robocza. Migranci w usługach opiekuńczych nad osobami starszymi*, red. P. Sobiesiak-Penszko, Warszawa 2015.
- Norton E., *Health and Long-Term Care* [w:] *Handbook of the Economics of Population Aging, Volume 1B*, ed. J. Piggott, A. Woodlan, Amsterdam 2016.
- Österle A., Bauer G., *The Legalization of Rotational 24-hour Care Work in Austria: Implications for Migrant Care Workers*, „Social Politics: International Studies in Gender, State & Society” 2016, Vol. 23(2).
- Pavolini E., Ranci C., *Restructuring the welfare state: reforms in long-term care in Western European countries*, „Journal of European Social Policies” 2008, Vol. 18(3).
- Przybyłowicz A., *Ubezpieczenie pielęgnacyjne w Republice Federalnej Niemiec*, Warszawa 2017.
- Ranci C., Pavolini E., *Not all that glitters is gold: Long-term care reforms in the last two decades in Europe*, „Journal of European Social Policy” 2015, Vol. 25(3).
- Rothgang H., Österle A., *Long-term care* [w:] *The Oxford Handbook of the welfare state*, ed. F. Castles, S. Leibfried i in., Oxford 2010.

- Rothstein B., *The Universal Welfare State as a Social Dilemma*, „Rationality and Society” 2001, Vol. 13(2).
- *Shaping the Future of Care Together*, 2009, http://www.cpa.org.uk/cpa/Shaping_future_of_care_together.pdf (12.03.2018).
- Szebehely M., Meagher G., *Nordic eldercare – weak universalism becoming weaker*, <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1082860/FULLTEXT01.pdf> (23.10.2017).
- Wech D., *Improving Quality in Long-term Care*, „CESifo DICE Report” 2014, Vol. 12(3).

Regulation of long-term care in Europe in the field of care for the elderly: a review of solutions

Long-term care systems are most often analyzed in relation to three dimensions: regulation, financing and provision of services. The text focuses on the first of them. The aim of the article is to discuss selected issues regarding the regulation of long-term care with the presentation of examples of solutions in the field of social policy. The first part of the text indicates the role of standardization in the macro-context, i.e. in relation to the construction of the long-term care system. The following parts of the article focus on the micro perspective: basic regulatory challenges regarding entitlement to benefits were discussed, different possibilities of regulating the use of services by dependent persons were discussed and the role of normalization in the context of the quality of formal care was presented. The last part of the article concerns the provisions of care work performed by immigrants. The main criterion for selection of threads in the text was an attempt to relate the problems discussed in the article to the discussion on the challenges of long-term care in Poland.

Key words: long-term care, regulation, quality of care, immigration, entitlement to benefits, reform of social policy