

# Czynniki wpływające na poziom wydatków publicznych na opiekę długoterminową w wybranych krajach Europy

---

Postępujące demograficzne starzenie się ludności pociąga za sobą m.in. wzrost liczby osób niesamodzielných. W związku z tym można oczekiwać, że do roku 2050 wydatki na opiekę długoterminową (OD) w krajach OECD ulegną podwojeniu, a ponadto znacznie zwiększy się ich udział w PKB niezależnie od przyjętej metody finansowania ze środków publicznych. Wśród czynników determinujących wydatki na OD można wymienić: poziom sprawności osób starszych, pozycję opieki długoterminowej w strukturze zadań ochrony zdrowia i polityki społecznej, ogólny poziom rozwoju usług społecznych, pozycję instytucji rodziny w danym społeczeństwie oraz sposób finansowania świadczeń opieki długoterminowej. Stan rozwoju OD w Polsce pozostawia wiele do życzenia i należałoby oczekiwać rychłego podjęcia decyzji o stworzeniu kompleksowego systemu finansowania jej ze środków publicznych.

**Słowa kluczowe:** opieka długoterminowa, finanse publiczne, ubezpieczenie pielęgnacyjne, ubezpieczenie społeczne, budżet państwa

Otrzymano: 24.07.2018

Zaakceptowano po recenzjach: 11.01.2019

# Wstęp

Organizacja skutecznej i racjonalnie finansowanej opieki długoterminowej staje się coraz ważniejszym zadaniem dla polityki publicznej. Jego aktualność i znaczenie wynikają z szybkiego wzrostu liczby osób niesamodzielnych we współczesnych społeczeństwach oraz z faktu, iż czas trwania życia z ograniczoną sprawnością ulega wydłużeniu. Powoduje to, że opieka nad osobami niesamodzielnymi przestała być indywidualnym problemem i zadaniem rodziny, ale staje się kwestią społeczną i zadaniem dla całego społeczeństwa.

Cytowane w niniejszym artykule badania dotyczące zapotrzebowania na szeroko rozumiane świadczenia w ramach opieki długoterminowej (OD) wskazują na korelację między udziałem populacji w wieku 65 lat i więcej w całej ludności a skalą zapotrzebowania na takie świadczenia. Według danych Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) udział osób w wieku 65 lat i więcej wzrośnie z poziomu niespełna 9 proc. w 1960 r. do 28 proc. w 2050 r. W 2050 r. do najstarszych demograficznie krajów w Europie będą należeć: Hiszpania, Portugalia, Grecja, Włochy, Niemcy, Austria oraz państwa Europy Środkowo-Wschodniej – Słowenia, Polska i Republika Czeska<sup>1</sup>. W tych krajach osoby w wieku 65 i więcej lat będą stanowić około jedną trzecią ogółu ludności<sup>2</sup>.

Badania empiryczne pokazują, że duży wpływ na zwiększenie liczby osób wymagających opieki długoterminowej wywiera tzw. podwójne starzenie się ludności, polegające nie tylko na wzroście odsetka osób starszych ogółem, ale na jeszcze szybszym przyroście odsetka osób w wieku 80 lat i więcej (w tzw. czwartym wieku)<sup>3</sup>. Potwierdzają to analizy przeprowadzone przez F. Carrerę i współpracowników, które wykazały istnienie dodatniej korelacji pomiędzy liczbą osób będących w czwartym wieku a liczbą osób dotkniętych niesamodzielnnością<sup>4</sup>. Proces podwójnego starzenia się można zaobserwować we wszystkich krajach OECD, w których w 2015 r. udział 80-latków i starszych wynosił blisko 5 proc., a w 2050 r. ma osiągnąć wartość ponad 10 proc. W Europie będzie najwyższy we Włoszech, w Hiszpanii, Portugalii i Niemczech<sup>5</sup>. Tak istotny wzrost odsetka ludzi starych będzie stanowić poważne wyzwanie dla organizacji opieki długoterminowej.

1 Ekonomiczne aspekty opieki długoterminowej w Polsce są przedmiotem stosunkowo niewielu opracowań. Zob. np. S. Golinowska, *The long-term care system for the elderly in Poland*, Warsaw 2010; P. Błędowski, M. Maciejasz, *Rozwój opieki długoterminowej w Polsce – stan i rekomendacje*, „Nowiny Lekarskie” 2013, nr 82. Niektóre kraje środkowo-europejskie przygotowują się już do nieuniknionego wzrostu wydatków publicznych na opiekę długoterminową w sposób kompleksowy. Zob. P. Łuczak, *Opieka długoterminowa w Polsce i w Republice Czeskiej*, Poznań 2015.

2 The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), *Health at a Glance 2017. OECD Indicators*, Paris 2017, s. 198 i 199.

3 Zob. np. P. Błędowski, *Potrzeby opiekuńcze osób starszych [w:] Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, red. M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski, Poznań 2012, s. 449 i nast.

4 F. Carrera, E. Pavolini i in., *Long-Term Care Systems in Comparative Perspective: Care Needs, Informal and Formal Coverage, and Social Impacts in European Countries [w:] Reforms in Long-Term Care Policies in Europe: Investigating, Institutional Change and Social Impacts*, New York 2013, s. 26.

5 The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), *Health at a Glance...*, *op. cit.*, s. 198 i 199.

Według szacunków OECD połowa osób w wieku 80 i więcej będzie wymagała wsparcia przy zaspokajaniu podstawowych potrzeb i wykonywaniu czynności dnia codziennego (ang. *Activities of Daily Living* – ADL)<sup>6</sup>.

Wzrost liczby i odsetka ludności w najwyższych grupach wieku (zakładając nawet dłuższy niż obecnie przeciętny czas trwania życia w zdrowiu) będzie wiązał się ze zwiększeniem popytu na usługi opiekuńcze. Jego zaspokojenie wymaga znacznych wydatków, których gospodarstwo domowe zazwyczaj nie jest w stanie udźwignąć. Konieczne staje się rozłożenie kosztów wsparcia osób niesamodzielnych solidarnie na całe społeczeństwo. Opieka nad niesamodzielnymi powinna stać się jednym z ważnych obszarów zabezpieczenia społecznego. Przemawiają za tym szacunki, według których tempo wzrostu wydatków na opiekę długoterminową, nawet tylko z przyczyn demograficznych, będzie szybsze niż produktu krajowego brutto oraz wynagrodzeń.

Celem artykułu jest wskazanie czynników determinujących wzrost wydatków na opiekę długoterminową w krajach europejskich i charakterystyka różnych podejść do finansowania OD w Europie. W artykule odwołano się do analizy literatury przedmiotu oraz danych statystycznych.

## Wydatki publiczne na opiekę długoterminową

W państwach wysoko rozwiniętych przeciętny udział wydatków na opiekę długoterminową w produkcie krajowym brutto ulega systematycznemu zwiększeniu. Wzrost ten nie następuje równomiernie we wszystkich krajach, co jest związane przede wszystkim z różnicami w odsetku osób najstarszych, które najczęściej dotyka problem niesamodzielności, oraz z różnymi koncepcjami organizacji i finansowania OD. Uprawnione wydają się jednak szacunki, według których nakłady na opiekę długoterminową w państwach OECD w latach 2013–2050 ulegną co najmniej podwojeniu<sup>7</sup>.

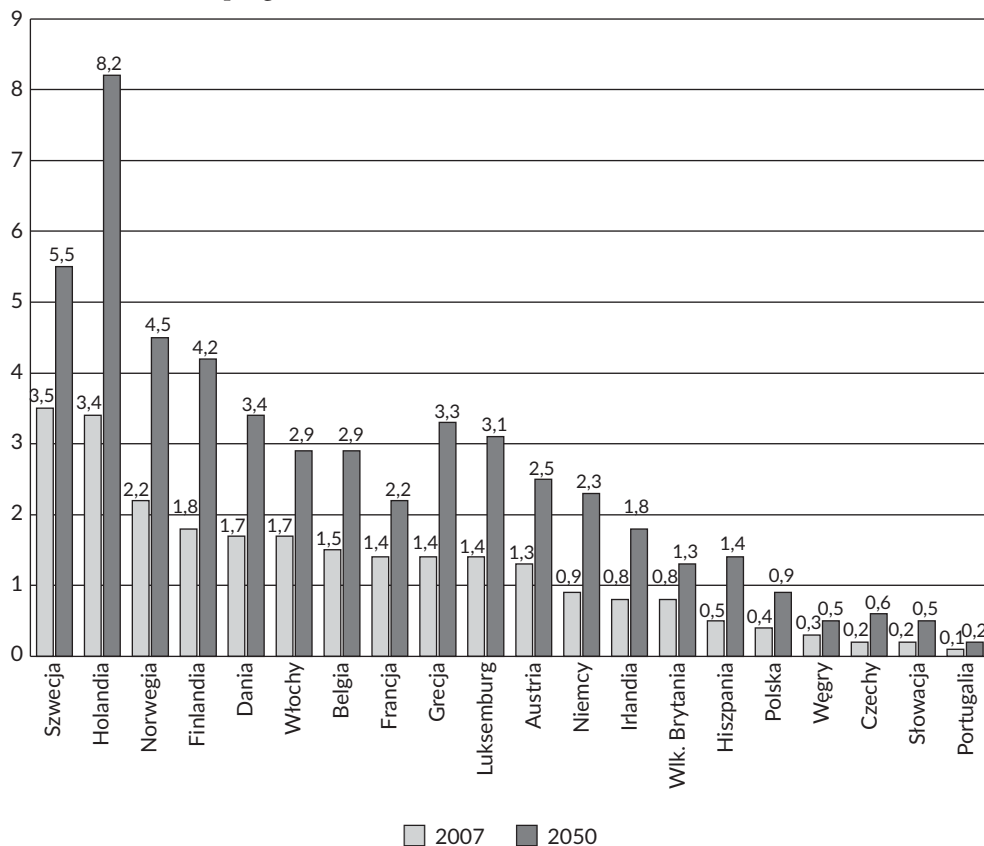
Na wykresie 1 przedstawiono prognozowany na 2050 r. udział wydatków publicznych na opiekę długoterminową uwarunkowany tylko demograficznie – wzrostem odsetka osób w wieku 65 lat i więcej, przy założeniu, że pozostałe czynniki pozostaną niezmiennie – takie jak w bazowym 2007 r. Jednak pominięcie innych przyczyn deformuje przynajmniej częściowo obraz, bowiem w tych krajach – jak w Polsce – w których udział starszej ludności był w 2007 r. na niskim poziomie, nie uwzględnia się zmiany polityki i milcząco zakłada utrzymanie obecnego, niekorzystnego dla osób niesamodzielnych *status quo*<sup>8</sup>.

6 Zalicza się do nich takie czynności jak: kąpanie się, ubieranie i rozbieranie, korzystanie z toalety, wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel, samodzielne jedzenie, kontrolowanie funkcji pęcherza i jelit. Oceniana na podstawie kwestionariusza ADL zdolność do wykonywania poszczególnych czynności stanowi jedno z kryteriów udzielania formalnej pomocy.

7 F. Colombo, Z. Murakami, *Assessment and recommendations [w:] A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*, 2013, s. 15.

8 Niski udział wydatków na opiekę długoterminową w PKB w Polsce wynika dodatkowo stąd, że w danych statystycznych nie uwzględnia się wydatków ponoszonych w ramach pomocy społecznej.

**Wykres 1.** Udział uwarunkowanych czynnikami demograficznymi wydatków publicznych na opiekę długoterminową w proc. w PKB w roku 2007 i 2050 (prognoza)

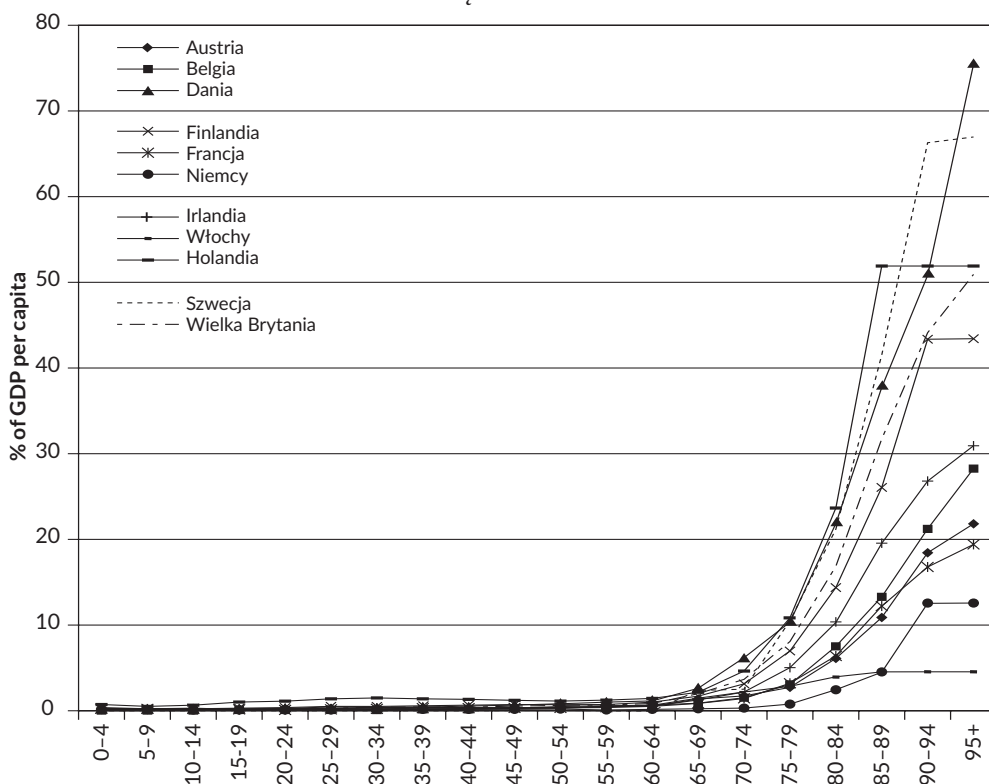


Uwaga: dane dla Republiki Czeskiej uwzględniają jedynie wydatki wypłacane z ubezpieczenia zdrowotnego, natomiast w przypadku Niemiec nie uwzględniono corocznej waloryzacji świadczeń o wskaźnik inflacji.

Źródło: opracowanie własne na podst. F. Colombo, A. Llena-Nozal i in., *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, Paris 2011, s. 74

Wykres 2 pokazuje zależność między wiekiem ludności a skalą wydatków na OD mierzonych ich udziałem w PKB w przeliczeniu na osobę. Jednak niezależnie od metody pomiaru ewidentny jest wzrost wydatków na świadczenia opieki długoterminowej związany z demograficznym starzeniem się ludności. Wynika to z kilku przyczyn, z których do najważniejszych można zaliczyć: wzrost częstości korzystania z OD w miarę starzenia się ludności, wydłużenie okresu korzystania ze świadczeń spowodowane postępowaniem medycyny oraz zwiększenie kosztów udzielanych świadczeń na skutek profesjonalizacji i coraz lepszego wyposażenia opiekunów w sprzęt służący do zapewnienia efektywniejszej opieki.

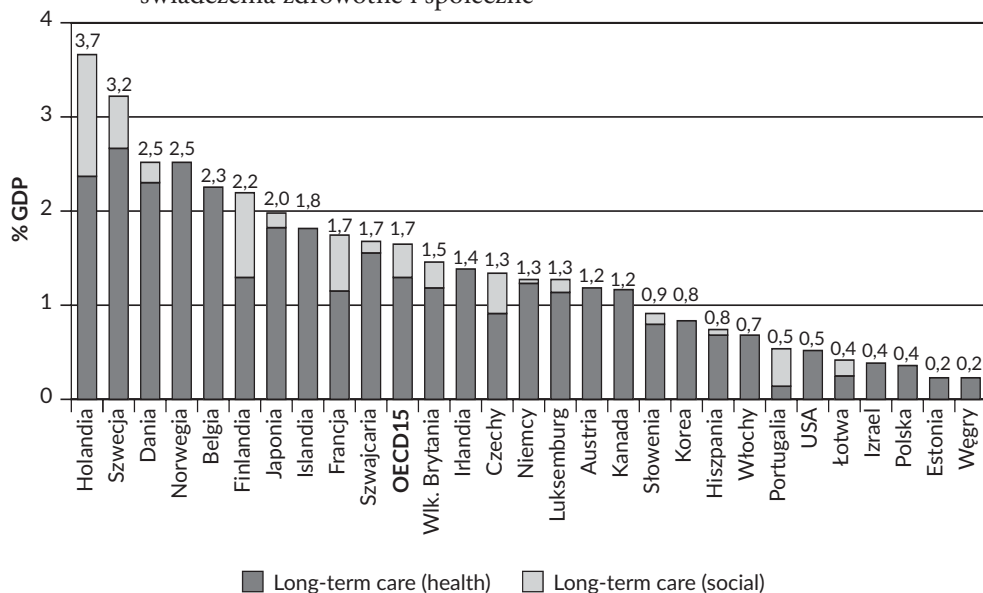
**Wykres 2.** Wydatki na OD w przeliczeniu na osobę w każdej grupie wieku w stosunku do PKB na osobę



Źródło: The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), *Projecting OECD Health and Long-Term Care Expenditures. What are the main Drivers?*, Paris 2006, s. 48

W porównaniu z poziomem wydatków publicznych na opiekę długoterminową w 2015 r. (mierzonych ich procentowym udziałem w PKB) szacowany na 2050 r. wzrost jest bardzo duży (np. w przypadku Holandii aż o 4,5 pkt proc.). W 2015 r. największe nakłady publiczne na opiekę długoterminową poniesiono w Holandii oraz państwach skandynawskich, najmniejsze zaś w krajach Europy Środkowo-Wschodniej (wykres 3). Znacznie poniżej średniej dla państw OECD plasowały się także Hiszpania i Portugalia. W przypadku krajów Europy Południowej niski udział wydatków publicznych w PKB wynika z dominującej roli opieki nieformalnej, zwłaszcza rodzinnej. Ma to swoje uzasadnienie między innymi w wysokim udziale rodzinnych gospodarstw rolnych lub ogrodniczych, w których nadal są łączone opiekuńcze i ekonomiczne funkcje rodziny. Z kolei w Europie Środkowej ważna rola rodziny jest często wynikiem słabego rozbudowania i niewydolności systemu OD, co zmusza opiekunów nieformalnych do sprawowania i opłacania opieki z własnych środków, nierzadko przy tym kosztem przerwania lub ograniczenia aktywności zawodowej.

**Wykres 3.** Udział wydatków publicznych na opiekę długoterminową w PKB w 2015 r. w wybranych krajach OECD z uwzględnieniem wydatków na świadczenia zdrowotne i społeczne



a) Dane dla Stanów Zjednoczonych dotyczą jedynie wydatków publicznych na instytucjonalną opiekę długoterminową.

Uwaga: jak podkreślają eksperci OECD w przypadku niektórych państw, poziom wydatków może być заниzony. Przykładowo kraje takie jak np. Estonia czy Izrael raportują jedynie wydatki publiczne na opiekę instytucjonalną.

Źródło: The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), *Health at a Glance 2017*, Paris 2017, s. 215

Należy podkreślić, że dane przedstawione na wykresie 3 wskazują dodatkowo na znaczne trudności metodologiczne w porównywaniu nakładów na OD pomiędzy poszczególnymi krajami. Według metodologii stosowanej w analizach OECD opieka długoterminowa obejmuje komponent ochrony zdrowia oraz komponent społeczny. Na komponent ochrony zdrowia składają się: opieka paliatywna, usługi pielęgnacyjne, pomoc przy wykonywaniu czynności dnia codziennego (ocena według skali ADL) oraz usługi wspomagające opiekunów nieformalnych (głównie rodzinnych). Komponent społeczny zaś zawiera opiekę domową (wsparcie przy wykonywaniu czynności instrumentalnych – ocena wg skali IADL, związana przede wszystkim z wykonywaniem złożonych czynności dnia codziennego), opiekę instytucjonalną w placówkach pomocy społecznej oraz inne społeczne usługi z zakresu opieki długoterminowej, obejmujące także zapobieganie wykluczeniu społecznemu osób niesamodzielnych. Różnice w systemach sprawozdawczych powodują jednak, że niektóre kraje w swoich danych statystycznych w ogóle nie ujmują wydatków na OD o charakterze społecznym.

Te same przyczyny sprawiają, że niezwykle trudno jest doszukiwać się prostej korelacji między odsetkiem osób w wieku 65+ lub 80+ w ogólnej liczbie ludności a skalą wydatków publicznych na OD. Przykładowo w Grecji, w której odsetek osób w wieku 80+ był na początku 2016 r. jednym z najwyższych (tuż po Włoszech) w Europie (6,5 proc.<sup>9</sup>), nie było wyodrębnionych świadczeń OD. We Francji i Hiszpanii, gdzie odsetek 80-latków i starszych wynosił około 6 proc., udział wydatków na OD w produkcie krajowym brutto wyniósł odpowiednio 1,7 i 0,8 proc., a w Islandii, charakteryzującej się odsetkiem najstarszej ludności na poziomie 3,7 proc., wydatki na opiekę długoterminową stanowiły 1,8 proc. PKB.

## Determinanty poziomu wydatków publicznych na opiekę długoterminową

Znaczne zróżnicowanie poziomu wydatków na opiekę długoterminową w krajach europejskich pozwala na sformułowanie hipotezy, zgodnie z którą poziom ten nie zależy jedynie od czynników demograficznych<sup>10</sup>, ale i od innych, mających charakter zarówno społeczny, jak i ekonomiczny. Wśród najważniejszych czynników determinujących poziom wydatków na OD można wskazać m.in. następujące, powiązane ze stroną popytową i podaźową świadczeń:

- poziom sprawności osób starszych,
- pozycja opieki długoterminowej w strukturze zadań ochrony zdrowia i polityki społecznej,
- poziom rozwoju usług społecznych,
- pozycja instytucji rodziny w społeczeństwie,
- sposób finansowania świadczeń opieki długoterminowej.

Według Eurostatu, publikującego dane dotyczące samooceny sprawności fizycznej osób starszych, w 2013 r. w większości państw europejskich przeciętnie co trzeci senior uskarżał się na ograniczenia w zakresie funkcjonalności. Najniższy odsetek osób zgłaszających pewne długotrwałe ograniczenia w wykonywaniu czynności dnia codziennego spowodowane problemami zdrowotnymi odnotowano wśród starszych Islandczyków (zaledwie 8,1 proc.), natomiast najwyższy – wśród starszych mieszkańców Łotwy i Litwy

<sup>9</sup> Na podstawie danych Eurostatu, <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database> (15.07.2018).

<sup>10</sup> Do czynników tych zalicza się przede wszystkim zmianę w strukturze demograficznej społeczeństwa, co pociąga za sobą zmiany wskaźników obciążenia demograficznego i wpływa na zmiany wskaźników charakteryzujących stan zdrowia społeczeństwa. Zob. The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), *Projecting OECD Health and Long-Term Care Expenditures. What are the main Drivers?*, No. 477, Paris 2006, s. 43. W tej samej publikacji do czynników wpływających na poziom wydatków na OD o charakterze innym niż demograficzny zaliczono stopień rozwoju OD (wskaźniki dostępności świadczeń) oraz sytuację dochodową gospodarstw domowych. Z kolei B. Przywara wskazuje na znaczenie po stronie popytowej czynników warunkujących wydatki na ochronę zdrowia (w tym OD), promocję zdrowia i politykę zdrowotną. Zob. B. Przywara, *Projecting future health care expenditure at European level: drivers, methodology and main results*, „Economic Papers” No. 417, Brussels 2010, s. 8.

(ok. 50 proc.). Ponadto w większości krajów od kilkunastu procent do około jednej trzeciej zbiorowości osób w wieku 65 lat i więcej odczuwało duże trudności w wykonywaniu czynności dnia codziennego (odsetki wynoszą od blisko 7 proc. na Malcie i w Szwecji do blisko 30 proc. na Słowacji i w Chorwacji)<sup>11</sup>.

Ograniczona samodzielność jest stanem, który jest odczuwany przede wszystkim subiektywnie. Podlegające takiej ocenie ograniczenia powinny być jednak ważną przesłanką do szacowania zapotrzebowania na świadczenia. Początkowo jest wymagana pomoc w wykonywaniu czynności dotyczących samoobsługi i prowadzenia gospodarstwa domowego, co na ogół wiąże się z ograniczeniami sprawności uwarunkowanymi wiekiem i chorobami przewlekłymi. Zapotrzebowanie na świadczenia o charakterze pielęgnacyjnym może pojawiać się nieco później. Oczywiście nie dotyczy to takich sytuacji, w których utrata samodzielności następuje w sposób nagły, na przykład w wyniku urazu lub udaru. Ujęcie obu obszarów potrzeb – medycznych i społecznych – w świadczeniach opieki długoterminowej wpływa na zachowanie odpowiedniej jakości życia osób niesamodzielnych<sup>12</sup>.

Zakres przedmiotowy i podmiotowy oraz jakość świadczeń adresowanych do osób niesamodzielnych jest pochodną pozycji, jaką w systemie ochrony zdrowia oraz pomocy społecznej odgrywa OD. Jest sprawą oczywistą, że w krajach o słabo ukształtowanych systemach OD jej zakres i poziom pozostawiają wiele do życzenia, nie gwarantując nawet minimalnego zaspokojenia podstawowych w tym zakresie potrzeb. Taka sytuacja wymusza odwołanie się do opieki nieformalnej, a przede wszystkim rodzinnej z jej niewątpliwymi zaletami, ale i wadami. Można wyrazić obawę, że w krajach nieprzywiązujących dużej wagi do stworzenia spójnego systemu świadczeń opieki długoterminowej odwołanie decyzji o przeznaczeniu części środków publicznych na sfinansowanie świadczeń rzeczowych i pieniężnych jest podyktowane wolą oszczędzania na wydatkach publicznych lub obawą o reakcję społeczną na wzrost obciążeń. Obie te przyczyny mogą jednak świadczyć o krótkowzroczności polityków i braku odpowiedzialności za sytuację społeczną w kolejnych latach.

Zadania związane z opieką długoterminową będą należały w niedalekiej przyszłości do najważniejszych w systemie zabezpieczenia społecznego. Wynikać to będzie nie tyle z rosnącego udziału wydatków na OD w produkcie krajowym brutto, ile przede wszystkim stąd, że liczba osób objętych świadczeniami będzie zwiększała się bardzo szybko.

Zaspokojenie potrzeb w zakresie OD będzie wymagać szybkiego rozwoju usług społecznych. Dotyczy to zarówno usług zdrowotnych, jak i związanych z zapewnieniem na miarę możliwości osoby starszej jej samodzielności. Usługi społeczne, w tym te mające na celu (re)integrację społeczną powinny być w związku z tym dostępne dla wszystkich<sup>13</sup>.

<sup>11</sup> Na podstawie danych Eurostatu, <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database> (15.07.2018).

<sup>12</sup> Z. Gabriel, A. Bowling, *Quality of life from the perspectives of older people*, „Ageing & Society” 2004, No. 5; The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), *Ensuring quality long-term care for older people*, „Policy Brief” 2005.

<sup>13</sup> Opis systemu wsparcia osób starszych i usług do nich adresowanych w Niemczech, Francji, Włoszech, Szwecji i Czechach zob. Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, *System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania. Przegląd sytuacji, propozycja modelu*, red. B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, Warszawa 2016.



Podkreślając znaczenie tych usług, należy ponownie przywołać kwestię finansów publicznych – powszechny dostęp do usług może być w praktyce zagwarantowany wyłącznie wówczas, gdy są one finansowane ze środków publicznych. W niektórych przypadkach nie wyklucza to częściowej lub całkowitej odpłatności, uzależnionej od poziomu dochodów gospodarstwa domowego, ale możliwość korzystania z nich nie powinna być zależna wyłącznie od sytuacji materialnej<sup>14</sup>.

Jak już wspomniano wcześniej, instytucja rodziny może być swego rodzaju alternatywą nie tylko dla opieki formalnej, ale i dla korzystania z usług społecznych. Zmiany społeczne powodują jednak, że jej rola i znaczenie ulegają ograniczeniu. Wynika to z obiektywnych przesłanek, na które polityka społeczna ma stosunkowo niewielki wpływ. Obok zmian w strukturze i wielkości rodziny na jej znaczenie w zapewnieniu właściwej opieki nad osobą niesamodzielną wpływa wynikające z sytuacji na rynku pracy rozproszenie rodziny, ograniczenie trwałości tej instytucji oraz zmiany jej form, a także trudności w dostępie do świadczeń udzielanych przez opiekunów profesjonalnych. W rezultacie rodzina częściej niż dawniej staje się opiekunem naturalną kolejną rzeczą, co z konieczności, wobec braku innych możliwości zapewnienia odpowiednich warunków życia osobie niesamodzielnej. W tej sytuacji polityka organizacji opieki długoterminowej powinna objąć swoim oddziaływaniem nie tylko samych niesamodzielnych, ale i ich nieformalnych opiekunów. Stają się oni bowiem partnerami podmiotów OD, udzielając wsparcia, ale też przyczyniając się pośrednio do spowolnienia tempa wzrostu wydatków publicznych na ten cel.

W krajach europejskich rola rodziny w zapewnieniu opieki nad osobami niesamodzielnymi jest dość zróżnicowana, tak jak różne są jej znaczenie jako instytucji społecznej i jej funkcje. Jest to następstwo uwarunkowanej historycznie różnorodności kulturowej między poszczególnymi częściami Europy od początków rozwoju przemysłu i całego systemu kapitalistycznego<sup>15</sup>.

Na koniec należy wspomnieć o związku między stosowaniem konkretnego sposobu finansowania świadczeń OD a skalą wydatków publicznych. W niektórych krajach (w Niemczech, Holandii, Luksemburgu, a poza Europą – w Japonii i Korei Południowej) głównym lub przynajmniej ważnym źródłem finansowania świadczeń opiekuńczych skierowanych do osób o ograniczonej samodzielności są środki pochodzące z obowiązkowej składki ubezpieczeniowej. Zakres przedmiotowy objętego ubezpieczeniem ryzyka niesamodzielnności jest różny. Najszerszy obowiązuje w Niemczech (tzw. ubezpieczenie pielęgnacyjne)<sup>16</sup>. W pozostałych krajach zakres tego ubezpieczenia jest mniej lub bardziej

14 W Anglii dofinansowanie usług opiekuńczych z funduszy publicznych jest możliwe tylko wówczas, gdy dochody gospodarstwa nie przekraczają określonego poziomu. Por. The King's Fund, *Funding adult social care in England*, London 2009. W Polsce obserwuje się zróżnicowanie zależne od charakteru świadczeń: dostęp do medycznych nie jest związany z sytuacją materialną pacjenta, podczas gdy korzystanie z nieodpłatnych świadczeń opiekuńczych uzależnione jest od poziomu dochodów gospodarstwa domowego osoby niesamodzielnej.

15 Na zróżnicowanie kulturowe w rozwoju OD zwraca uwagę H. Gleckman, *Long-term Care Financing Reform: Lessons from the U.S. and Abroad*, Washington 2010.

16 Zob. P. Błędowski, *Ewolucja społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego w Niemczech* w tym numerze.

ograniczony. Występuje również współpłacenie za usługi, zarówno udzielane w miejscu zamieszkania, jak i w placówkach zakładowych<sup>17</sup>.

Odmiennej model finansowania OD – określanej mianem zaopatrzeniowego – jest charakterystyczny dla krajów skandynawskich, gdzie administracja rządowa i samorządowa finansują opiekę długoterminową. Trzeba jednak podkreślić, że sprawne funkcjonowanie tego modelu i skuteczne zaspokojenie potrzeb osób niesamodzielnych wymaga dużych wydatków, stabilnej sytuacji budżetowej i swego rodzaju determinacji politycznej niezależnie od partii rządzących<sup>18</sup>. Finansowanie z budżetu centralnego okazuje się z czasem zadaniem przekraczającym możliwości państwa, toteż staje się konieczne poszukiwanie innych źródeł finansowania, co będzie zapewne prowadzić do powstawania systemów mieszanych, w których poza wydatkami pochodzącymi ze środków publicznych będzie szerzej stosowane współpłacenie lub dodatkowe ubezpieczenie. Zasadniczą sprawą stanie się jednak wówczas utrzymanie powszechności i efektywności świadczeń<sup>19</sup>.

Przegląd danych OECD dotyczących wydatków na opiekę długoterminową w 2015 r. sugeruje, że metoda finansowania tej opieki (ze składki na ubezpieczenie pielęgnacyjne lub podatków) nie jest czynnikiem różnicującym ich wielkość i udział w PKB. Na przykład poziom wydatków publicznych na ten cel był bardzo wysoki w Holandii, która wprowadziła ubezpieczenie pielęgnacyjne (3,7 proc. PKB), ale również w Szwecji, gdzie takie ubezpieczenie nie obowiązuje (3,2 proc. PKB). Porównanie obu systemów jest o tyle utrudnione, że w przypadku systemu ubezpieczeniowego ze świadczeń korzystają wszystkie osoby, które nabyły określone przepisami uprawnienia. W przypadku finansowania budżetowego liczbę korzystających ze świadczeń OD określa w istocie ich podaż, a nie popyt na nie. Tę podaż wskazuje z jednej strony sytuacja budżetowa i preferencje władz publicznych odnośnie wielkości i struktury wydatków publicznych, a z drugiej strony uwarunkowany stabilnością finansowania rynek usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych. Wydaje się, iż z uwagi na większą stabilność systemu i przewidywalność zmian w przychodach kas i wydatkach na OD w systemie ubezpieczeniowym sprzyja on bardziej rozwojowi rynku tych usług. W przeciwieństwie do systemu zaopatrzeniowego, w którym finansowanie wydatków na OD uzależnione jest od politycznej decyzji dotyczącej wielkości strumienia środków przeznaczanych z budżetu na świadczenia, podstawą dochodów w systemie ubezpieczeniowym są składki, toteż można przewidzieć wielkość przychodów i dostosować do niej poziom wydatków.

Jak pokazano na wykresie 4, to nie źródło finansowania usług OD, ale sytuacja na rynku usług decyduje o dostępności świadczeń. W Polsce, gdzie system wsparcia dla osób niesamodzielnych jest bardzo słabo rozbudowany, zaledwie 0,3 proc. ogółu ludności było

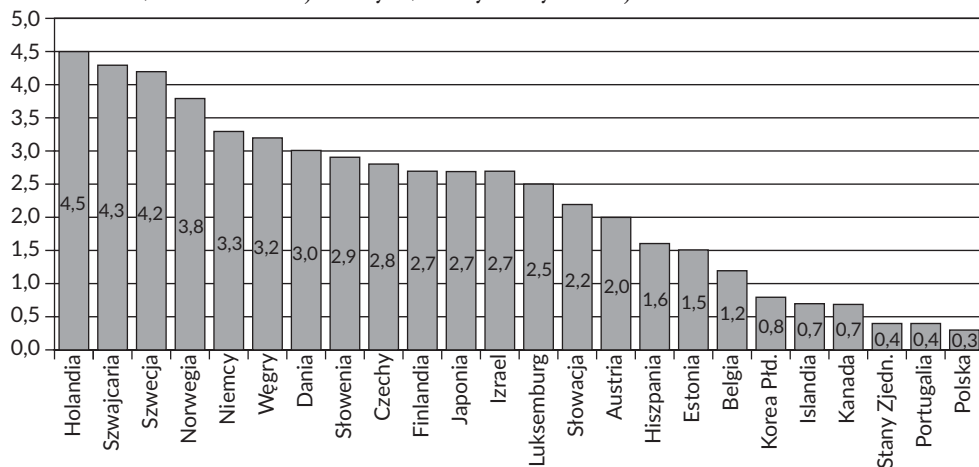
17 Szczegółowe informacje zob. np. J. Muiser, G. Carrin, *Financing long-term care programmes in health systems. With a situation assessment in selected high-, middle- and low-income countries*, Geneva 2007.

18 Szczegółowa charakterystyka modelu OD w Szwecji zob. S. Karlsson, *Older People's Public Health Care and Social Services. Functional Ability, Health Complaints, Agreement in Needs Assessment and Care Satisfaction*, Lund 2008.

19 J. Lloyd, *A National Care Fund for Long-term Care*, London 2008. Zob. też: R. Wittenberg, J. Malley, *Financing Long-term Care for Older People in England*, „Ageing Horizons” 2007, No. 6, s. 28 i nast.

objęte formalną opieką długoterminową, choć szacuje się, że liczba osób niesamodzielnych może być nawet dziesięciokrotnie wyższa<sup>20</sup>.

**Wykres 4.** Odsetek osób objętych formalną opieką długoterminową w 2013 r. (lub w roku najbliższym) w wybranych krajach



Źródło: The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), *Health at a Glance 2015. OECD Indicators*, Paris 2015, s. 201

W przypadku większości krajów uwzględnionych na wykresie dostępne są dane na temat udziału osób w wieku 80 lat i więcej wśród beneficjentów świadczeń OD. Jak się okazuje, stanowią one na ogół co najmniej połowę świadczeniobiorców.

Trzeba również zwrócić uwagę, że model zaopatrzeniowy opieki długoterminowej (a więc finansowanej z budżetu państwa lub budżetów samorządowych) może bardziej sprzyjać moralnemu hazardowi, czyli nadużywaniu prawa do świadczeń ze względu na brak odczuwalnego związku między zakresem świadczeń a kosztami ponoszonymi przez beneficjentów OD<sup>21</sup>.

## Wnioski

Wielkość publicznych nakładów finansowych na opiekę długoterminową uwarunkowana jest często czynnikami podażowymi, a nie faktycznym popytem na świadczenia opiekuńcze. Niezależnie jednak od tego, jaka metoda finansowania OD miałyby być

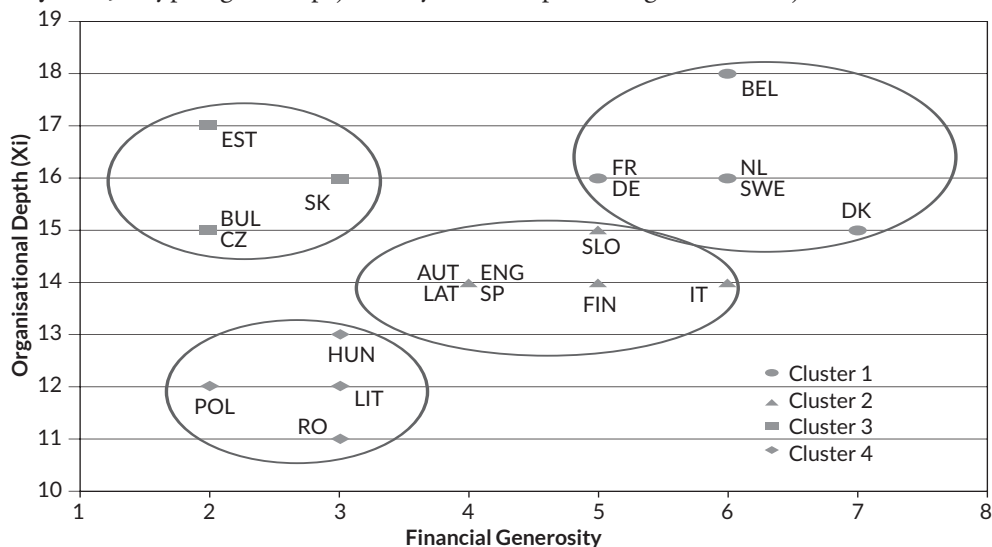
<sup>20</sup> Klub Parlamentarny Platforma Obywatelska, *Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje*, Warszawa 2010.

<sup>21</sup> Na temat hazardu moralnego w OD zob. Ł. Jurek, *Ekonomia starzejącego się społeczeństwa*, Warszawa 2013, s. 124 i nast. O hazardzie moralnym w ochronie zdrowia pisze T.E. Getzen, *Ekonomika zdrowia. Teoria i praktyka*, Warszawa 2000.

stosowana, konieczne jest, aby spełniała ona konkretne warunki. Zalicza się do nich: równość beneficjentów rozumianą jako zapewnienie tych samych możliwości dostępu do świadczeń OD; sprzyjanie zachowaniu godności świadczeniobiorcy, możliwości dokonywania wyboru i niezależności (autonomii) osoby niesamodzielnej; efektywność i skuteczność oraz stabilność ekonomiczną i polityczną<sup>22</sup>. Nasuwa się przy tym spostrzeżenie, że w przeciwieństwie do pierwszych trzech cech systemu finansowania OD czwarta jest niejako zewnętrzna w stosunku do niego i wynika z polityki państwa oraz sytuacji gospodarczej. D. Wanless z zespołem zwraca dodatkowo uwagę na przejrzystość systemu i jego zdolność do rozwoju zasobów poprzez stworzenie odpowiednich warunków pracy dla opiekunów formalnych<sup>23</sup>.

Szczegółowe analizy systemów finansowania i funkcjonowania OD pozwalają na wyróżnienie czterech klastrów krajów europejskich według stopnia rozwoju OD. Niestety Polska została zaliczona do krajów o najmniej rozwiniętym systemie (wykres 5). Przeprowadzona przez M. Riedla i M. Krausa szczegółowa analiza różnic między krajami europejskimi pokazuje, jak wiele jest do zrobienia w Polsce<sup>24</sup>. Dotyczy to zarówno skali finansowania świadczeń, jak i rozwoju systemu usług zapewniającego dostępność i odpowiednią jakość tych świadczeń. Co więcej, mimo upływu ponad sześciu lat od publikacji raportu sytuacja nie uległa istotnej poprawie. Wydaje się, że należy nie tylko kontynuować dyskusję nad potrzebą stworzenia systemu opieki długoterminowej w Polsce, ale i zaproponować konkretne rozwiązania.

**Wykres 5.** Typologia europejskich systemów opieki długoterminowej



Źródło: M. Krauss, Riedel M. i in., *A Typology of Long-Term Care Systems in Europe*, 2010

22 C. Glendinning, B. Davies i in., *Funding Long-Term Care for Older People. Lessons from Other Countries*, York 2004.

23 D. Wanless, J. Forder i in., *Securing Good Care for Older People: Taking a Long-Term View*, London 2006.

24 M. Riedel, M. Kraus, *The Organisation of Formal Long-Term Care for the Elderly. Results from the 21. European Country Studies in the ANCIEN Project*, 2011.

Wśród koniecznych decyzji naczelne miejsce zajmuje kwestia sposobu pozyskania środków na finansowanie OD. W Polsce metoda ubezpieczeniowa nie znajduje najwyraźniej akceptacji u polityków. W opinii ekspertów Banku Światowego przyjęcie modelu ubezpieczeniowego w zakresie finansowania świadczeń opieki długoterminowej „pomaga w zapewnieniu niezawodnego źródła przychodów. Jednak systemy takie są zasadniczo droższe [...]”<sup>25</sup>. Zasadność finansowania na podstawie metody zaopatrzeniowej, a więc z budżetu państwa, jest z kolei często kwestionowana przez ekonomistów. Należałoby zatem poszukać rozwiązań mieszanych, odwołujących się do środków publicznych pochodzących z budżetu i powiększonych o składki ubezpieczeniowe. Istnieje jednak potrzeba precyzyjnego określenia relacji między rynkiem udzielającym świadczeń a zamawiającymi je instytucjami publicznymi. Na odmienne interesy i cele obu tych podmiotów wskazuje się w literaturze, sugerując konieczność silnej regulacji rynku usług opiekuńczych<sup>26</sup>.

Nie ulega jednak wątpliwości, że najwyższa pora wprowadzić w Polsce stosowne rozwiązania. Przegląd osiągnięć, ale i problemów związanych z funkcjonowaniem OD w innych krajach może pozwolić na wypracowanie takich rozwiązań, które uwzględnią społeczną specyfikę Polski, łącząc je z uniwersalnymi prawami ekonomicznymi.

<sup>25</sup> Bank Światowy, *Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce. Uwagi na temat potrzeby opracowania polityki dotyczącej opieki długoterminowej*, 03.11.2015 r., s. 19.

<sup>26</sup> Ch. Courbage, *Long-Term Care Insurance: Partnership or Crowding Out?*, „Health and Ageing” 2011, No. 25.

*prof. dr hab. Piotr Błędowski*  
*Szkoła Główna Handlowa*  
*Instytut Gospodarstwa Społecznego*  
*mgr Elwira Karczmarska*  
*doktorantka w Instytucie Pracy i Spraw Socjalnych*

## ŹRÓDŁA

- Bank Światowy, *Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce. Uwagi na temat potrzeby opracowania polityki dotyczącej opieki długoterminowej*, 03.11.2015 r.
- Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, *System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania. Przegląd sytuacji, propozycja modelu*, red. B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, Warszawa 2016.
- Błędowski P., *Potrzeby opiekuńcze osób starszych* [w:] *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, red. M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski, Poznań 2012.
- Błędowski P., Maciejasz M., *Rozwój opieki długoterminowej w Polsce – stan i rekomendacje*, „Nowiny Lekarskie” 2013, nr 82.
- Carrera F., Pavolini E. i in., *Long-Term Care Systems in Comparative Perspective: Care Needs, Informal and Formal Coverage, and Social Impacts in European Countries* [w:]

- Reforms in Long-Term Care Policies in Europe: Investigating, Institutional Change and Social Impacts*, New York 2013.
- Colombo F., Llena-Nozal A. i in., *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, Paris 2011.
  - Colombo F., Murakami Y., *Assessment and recommendations [w:] A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*, 2013.
  - Courbage Ch., *Long-Term Care Insurance: Partnership or Crowding Out?*, „Health and Ageing” 2011, No. 25.
  - Gabriel Z., Bowling A., *Quality of life from the perspectives of older people*, „Ageing & Society” 2004, No. 5.
  - Gleckman H., *Long-term Care Financing Reform: Lessons from the U.S. and Abroad*, Washington 2010.
  - Glendinning C., Davies B. i in., *Funding Long-Term Care for Older People. Lessons from Other Countries*, York 2004.
  - Golinowska S., *The long-term care system for the elderly in Poland*, Warsaw 2010.
  - Jurek Ł., *Ekonomia starzejącego się społeczeństwa*, Warszawa 2013.
  - Karlsson S., *Older People’s Public Health Care and Social Services. Functional Ability, Health Complaints, Agreement in Needs Assessment and Care Satisfaction*, Lund 2008.
  - Klub Parlamentarny Platformy Obywatelskiej, *Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje*, Warszawa 2010.
  - Krauss M., Riedel M. i in., *A Typology of Long-Term Care Systems in Europe*, 2010.
  - Lloyd J., *A National Care Fund for Long-term Care*, London 2008.
  - Łuczak P., *Opieka długoterminowa w Polsce i w Republice Czeskiej*, Poznań 2015.
  - Muiser J., Carrin G., *Financing long-term care programmes in health systems. With a situation assessment in selected high-, middle- and low-income countries*, Geneva 2007.
  - Przywara B., *Projecting future health care expenditure at European level: drivers, methodology and main results*, „Economic Papers” 2010, No. 417.
  - Riedel M., Kraus M., *The Organisation of Formal Long-Term Care for the Elderly. Results from the 21. European Country Studies in the ANCIEN Project*, 2011.
  - The King’s Fund, *Funding adult social care in England*, London 2009.
  - The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), *Ensuring quality long-term care for older people*, „Policy Brief” 2005.
  - The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), *Health at a Glance 2015. OECD Indicators*, Paris 2015.
  - The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), *Health at a Glance 2015. OECD Indicators*, Paris 2017.
  - The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), *Projecting OECD Health and Long-Term Care Expenditures. What are the main Drivers?*, Paris 2006, No. 477.
  - Wanless, D., Forder J. i in., *Securing Good Care for Older People: Taking a Long-Term View*, London 2006.
  - Wittenberg R., Malley J., *Financing Long-term Care for Older People in England*, „Ageing Horizons” 2007, No. 6.

---

## Factors affecting the level of public spending on long-term care in selected European countries

The progressive demographic aging of the population entails an increase in the number of dependent people. Therefore, it can be expected that by 2050 long-term care in OECD countries will have doubled, and the share of older people in GDP will increase significantly regardless of the adopted method of public financing. Among the determinants of expenditure on long-term care, one can mention the level of efficiency amongst older people, the position of long-term care in the structure of health care and social policy tasks, the general level of the development of social services, the position of family institutions in a given society and the method of financing long-term care benefits. The state of development of long-term care in Poland leaves much to be desired and one would expect a quick decision to be made to create a comprehensive system for its financing from public funds.

**Keywords:** long-term care, public finances, nursing insurance, social security, state budget