

**Agnieszka Furmańska-Maruszak, Anna Wójtewicz**

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Instytut Socjologii

Autor do korespondencji: Agnieszka Furmańska-Maruszak, afmaruszak@umk.pl

**KIERUNKI ROZWOJU USŁUG OPIEKI  
DŁUGOTERMINOWEJ W POLSCE**

**Streszczenie:** Opieka długoterminowa w Polsce w ramach systemu zabezpieczenia społecznego zarezerwowana jest dla osób najbardziej potrzebujących i rozczłonkowana pomiędzy dwa systemy – system opieki społecznej i system ochrony zdrowia. Rosnące potrzeby opiekuńcze polskiego społeczeństwa wymuszają dyskusję na temat publiczno-prywatnego modelu finansowania opieki, w którym kryterium publicznej pomocy opierałoby się na stopniu niesamodzielności osoby starszej. Celem artykułu jest analiza aktualnych i projektowanych rozwiązań w obszarze opieki długoterminowej oraz sposobów jej finansowania w Polsce.

**Słowa kluczowe:** finansowanie opieki długoterminowej, urynkowanie usług, niesamodzielność.

**Klasyfikacja JEL:** J140, H510.

**THE DIRECTIONS OF DEVELOPMENT OF LONG-TERM  
CARE SERVICES IN POLAND**

**Abstract:** Formal long-term care in Poland is reserved for the most deprived and is divided between two systems: a system of social welfare and a health care system. Growing care needs in Polish society have created a discussion of a public-private funding model of care in which the criterion of public support would be based on the degree of dependence of an elderly person. The aim of the article is to analyze the current and planned solutions for long-term care and the manner of financing it in Poland.

**Keywords:** financing long-term care, service marketization, dependency.

## Wstęp

Przemiany demograficzne prowadzące do wzrostu udziału osób starszych w ogólnej populacji ludności, w tym osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, stanowią wyzwanie nie tylko dla rządu, ale także dla rynku. Obecna oferta zarówno w sferze usług formalnej opieki długoterminowej, jak i w sferze usług prywatnych jest niewystarczająca. Rosnący popyt na usługi opiekuńcze rodzi konieczność poszukiwania efektywnych sposobów ich dostarczania i finansowania z uwzględnieniem zmieniających się potrzeb i oczekiwań najstarszych konsumentów. Celem artykułu była analiza obecnych i projektowanych rozwiązań w zakresie opieki długoterminowej i sposobów jej finansowania w Polsce.

## 1. Opieka długoterminowa jako usługa społeczna

Opieka długoterminowa jest skierowana w szczególności do osób posiadających dysfunkcje fizyczne lub poznawcze uniemożliwiające im samodzielne funkcjonowanie [OECD/European Commission 2013, s. 10]. Formalna opieka długoterminowa rozumiana jako świadczenia opiekuńcze skierowane do takich osób w ramach systemu pomocy społecznej, ochrony zdrowia i ubezpieczeń społecznych może zostać zdefiniowana jako usługa społeczna [Więckowska i Szałkiewicz 2011, s. 127]. Nieformalna opieka długoterminowa, w sytuacji gdy jest dofinansowana przez państwo, może także stanowić rodzaj usługi społecznej, jeżeliby przyjąć za R. Szarfenbergiem [2011, s. 72], że usługa społeczna to usługa „polegająca na bezpośrednim obsłudze osób i jednocześnie uznana za podstawowe prawa i/lub obowiązki obywateli, a tym samym w większym stopniu regulowane przez państwo w porównaniu z innymi usługami tego rodzaju. Regulacja przejawia się między innymi w udziale sektora publicznego [...], np. publiczna pomoc i opieka”.

Kwestie źródła finansowania usług jako kryterium wyodrębnienie usług społecznych bardziej liberalnie traktuje B. Szatur-Jaworska [za: Szarfenberg 2011, s. 57], według której usługi społeczne mogą być organizowane, finansowane i dostarczane przez instytucje publiczne i niepubliczne (prywatne) w całości lub częściowo odpłatnie lub nieodpłatnie. Wydaje się, że to podejście wymaga doprecyzowania, gdyż – jak zakładamy w artykule – istotną definicyjną cechą usług społecznych jest pewien (niekoniecznie pełny) udział społeczeństwa w ich finansowaniu.

Wymieniona autorka traktuje usługi społeczne jako formę świadczeń społecznych, nie zaliczając do nich świadczeń pieniężnych. Transfery pieniężne mieszczą się w szerszym ujęciu usług społecznych rozumianych jako „wszystkie działania i administracje, które zajmują się społecznymi potrzebami obywateli” [Fitzparick i in, za: Szarfenberg 2011, s. 59]. Uwzględnienie świadczeń pieniężnych wydaje się istotne w kontekście rozważań nad opieką długoterminową, która może być świadczona w instytucjach lub w domu, włączając w to osoby otrzymujące świadczenia pieniężne [OECD/ European Commission 2013, s. 10].

Większość krajów europejskich przyjęła tzw. partnerski model finansowania opieki długoterminowej, który zakłada udział osób prywatnych i gospodarstw domowych, instrumentów rynkowych, jak również publicznych systemów ubezpieczeniowych. Jednakże ogólne zasady regulujące to partnerstwo są różne w różnych krajach. Kraje południowej Europy charakteryzują się modelem opieki opartym na rodzinie, gdzie dominuje opieka nieformalna. Z kolei w krajach skandynawskich dominuje publiczne finansowanie opieki. Mimo tych wyraźnych różnic obecne tendencje wskazują na reorganizację usług na północy Europy oraz na próbę zwiększania roli sektora publicznego w modelach opieki do tej pory opartych wyłącznie na rodzinie [Costa-Font i Courbage 2012, s. 4].

W Polsce opieka długoterminowa świadczona jest głównie nieodpłatnie przez osoby najbliższe (opieka nieformalna). Opieką długoterminową w ramach systemu zabezpieczenia społecznego obejmowane mogą być tylko osoby najbardziej potrzebujące, spełniające kryterium dostępności (np. skala Barthel czy kryterium dochodowe) [Błędowski i Maciejasz 2013, s. 65]. W sytuacji zmniejszającego się potencjału opiekuńczego rodziny istnieje coraz większe zapotrzebowanie na świadczenia oferowane przez organizacje *non profit* i *for profit*. Ich obecność skłania do refleksji na temat tendencji kształtowania się usług społecznych w tych obszarach. Zarówno działalność dobroczynna, jak i świadczenie pomocy ze strony rodziny mogą być dofinansowywane przez państwo w formie na przykład grantów dla organizacji pozarządowych czy świadczeń opiekuńczych [Szarfenberg 2014, s. 18–19], a wprowadzenie zasad rynkowej konkurencji i obecność podmiotów prywatnych nie musi wykluczać obecności i współfinansowania usług opiekuńczych przez państwo.

## 2. Sposoby i zakres finansowania opieki długoterminowej przez państwo

Systemy finansowania opieki długoterminowej w krajach OECD są najczęściej mocno rozczłonkowane. Jeden prosty schemat publicznego finansowania należy do rzadkości. Dużo częściej występuje sytuacja, w której różne mechanizmy ze sobą współistnieją. Zróżnicowanie to może wynikać z tego, że świadczenia opieki długoterminowej dotyczą tylko określonych grup lub tylko części kosztów ponoszonych przez użytkowników. W innych przypadkach zróżnicowanie jest efektem rozproszenia odpowiedzialności za programy opieki długoterminowej pomiędzy różne ministerstwa, agencje lub instytucje [Colombo 2012, s. 24–25].

Niedołężstwo starcze to ryzyko, które jest zabezpieczane zarówno w systemie ochrony zdrowia, jak i w systemie opieki społecznej. Granice między świadczeniami opieki długoterminowej z obu systemów w wielu krajach nie są wyraźne. Podział między opiekę zdrowotną, społeczną a długoterminową w stosunku do osób starszych powoduje pojawienie się „wąskich gardeł” w systemie świadczenia usług, co jest kłopotliwe zarówno dla świadczeniobiorców, jak i świadczeniodawców. Wydaje się, że w Europie opieka długoterminowa cały czas jest pewnym wycinkiem całości, który dopiero się kształtuje na styku opieki formalnej i nieformalnej oraz na styku systemu opieki zdrowotnej i społecznej [Bilings, Leichsenring i Wagner 2013, s. 3–7].

W krajach OECD polityka związana z opieką długoterminową jest często zdecentralizowana, ustalana na różnych szczeblach administracyjnych. Władze lokalne mają często dużą autonomię we wprowadzaniu programów, szacowaniu potrzeb i ich zaspokajaniu, niejednokrotnie współfinansując świadczenia. Ponadto istnieją różne sposoby publicznego finansowania opieki długoterminowej nie tylko w odniesieniu do zróżnicowania osób upoważnionych do otrzymywania świadczeń czy zakresu ich współfinansowania ze środków prywatnych i publicznych, ale także w odniesieniu do zróżnicowania zakresu samych usług i miejsc ich świadczenia (np. dom, instytucja opieki) [Colombo 2012, s. 25].

F. Colombo dokonała klasyfikacji systemów publicznego finansowania usług opieki długoterminowej, biorąc pod uwagę dwa kryteria: zakres uprawnień do świadczeń opieki długoterminowej (czy są one uniwersalne, tj. obejmują wszystkie osoby potrzebujące opieki, bez względu na ich zamożność, co nie wyklucza współfinansowania przez osoby prywatne, czy są zależne od poziomu

zamożności) oraz stopień złożoności systemów publicznego finansowania. Wymieniona autorka rozróżniła trzy kategorie [Colombo 2012, s. 26–35]:

- 1) finansowanie uniwersalne w ramach jednego programu – usługi pielęgnacyjno-opiekuńcze finansowane publicznie (nie wyklucza się współfinansowania) dla osób potrzebujących opieki w ramach jednego systemu (na podstawie kryterium niesamodzielnosci):
  - system finansowania oparty na podatkach – Norwegia, Szwecja, Dania i Finlandia;
  - system finansowania oparty na obowiązkowym ubezpieczeniu odrębnym od ubezpieczenia zdrowotnego – Niemcy, Japonia, Korea, Holandia, Luksemburg;
  - finansowanie w ramach uniwersalnego publicznego systemu ochrony zdrowia – Belgia;
- 2) systemy mieszane – uprawnienia do świadczeń zarówno uniwersalne, jak i oparte na kryterium zamożności, zróżnicowane programy i świadczenia opieki długoterminowej:
  - równoległe systemy uniwersalne – zapewniające uniwersalne finansowanie jednego typu opieki – np. uniwersalna opieka pielęgnacyjna finansowana w ramach systemu ochrony zdrowia (Szkocja); w krajach Europy Wschodniej i Południowej (jak Włochy, Czechy, Polska) dostęp do opieki w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych jest uniwersalny (zależny od liczby dostępnych łóżek); istnieje także system zasiłków mających pokryć (przynajmniej częściowo) koszty opieki nad osobą niesamodzielną;
  - uniwersalne zasiłki lub subsydia zależne od dochodu – uniwersalny zasiłek opiekuńczy uzależniony od poziomu dochodu (publiczne finansowanie rośnie wraz ze spadkiem dochodu osobistego świadczeniobiorcy) przy założeniu współfinansowania: Irlandia, Austria, Francja, Australia (subsydia);
  - połączenie uniwersalnych zasiłków z zasiłkami uzależnionymi od dochodów lub z brakiem zasiłków – niektóre koszty opieki długoterminowej są pokrywane uniwersalnie ze środków publicznych, a niektóre są pokrywane tylko na podstawie kryterium zamożności, na przykład w Szwajcarii – uniwersalne świadczenia pielęgnacyjne w domu i w instytucji w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego oraz zasiłki pieniężne na pokrycie kosztów opieki uzależnione od dochodów, w Nowej Zelandii – opieka domowa dostępna dla wszystkich potrzebujących, a opieka w instytucji subsydiowana przez państwo w zależności od dochodów, w Kanadzie – domowe usługi pielęgnacyjne bez opłat,

- a dostęp do instytucji opiekuńczych uzależniony od kryterium dochodowego, w Hiszpanii – zasiłki o charakterze uniwersalnym, świadczenia w naturze zależne od dochodu, w Grecji – uniwersalne finansowanie opieki w instytucji, brak publicznego finansowania opieki w domu;
- 3) systemy oparte na kryterium zamożności – publiczne finansowanie opieki długoterminowej jest uzależnione zarówno od wysokości dochodu, jak i całego majątku osoby potrzebującej opieki, na przykład w Stanach Zjednoczonych – opieka długoterminowa jest finansowana w ramach publicznego programu dla ubogich przy rygorystycznym kryterium zamożności, w Anglii – dostęp do opieki instytucjonalnej oparty na kryterium dochodowym i majątkowym, choć są dostępne zasiłki dla osób w znacznym stopniu dotkniętych niepełnosprawnością, niezależne od dochodów.

### 3. Formalna opieka długoterminowa w Polsce

Polska, według klasyfikacji F. Colombo, należy do krajów o mieszanym systemie publicznego finansowania opieki długoterminowej, przy czym równoległe istnieją w nim dwa systemy: uniwersalny (oparty na kryterium potrzeb) i uzależniony od dochodu. Pieniężne i rzeczowe świadczenia opieki długoterminowej mają zarówno charakter ubezpieczeniowy (system ubezpieczeń społecznych, system ochrony zdrowia), jak i zaopatrzeniowy (system pomocy społecznej). Wiąże się to z różnym finansowaniem tych świadczeń (ubezpieczenie/budżet) i różnicami w uprawnieniach do ich otrzymywania [Więckowska i Szwałkiewicz 2011, s. 128–129].

Charakter ubezpieczeniowy ma wypłacany z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (FUS) dodatek pielęgnacyjny, który przysługuje osobie uprawnionej do emerytury lub renty, jeżeli osoba ta jest całkowicie niezdolna do pracy i samodzielnej egzystencji lub ukończyła 75. rok życia [Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r., art. 75]. Z tego, że dodatek ten zostaje zawieszony w przypadku pobytu w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym lub opiekuńczo-lecznicznym, można wnioskować, że przeznaczony jest głównie na zakup świadczeń pielęgnacyjnych w opiece domowej [Więckowska i Szwałkiewicz 2011, s. 143]. Dodatek ten od marca 2014 roku wynosi 206,76 zł, co stanowi ok. 12,3% minimalnego wynagrodzenia za pracę. Praktycznie jest on traktowany jako uzupełnienie niskiej emerytury lub renty, gdyż jego wysokość nie jest wystarczająca do zakupu świadczeń pielęgnacyjnych świadczonych w domu osoby starszej.

Ponadto w ramach systemu ubezpieczeń społecznych pracujący opiekunowie niesamodzielnych osób starszych mogą korzystać z zasiłku opiekuńczego w sytuacji konieczności sprawowania opieki nad chorym współzamieszkującym członkiem rodziny, jeżeli nie ma innych osób, które mogą zapewnić opiekę. Z tego tytułu pracownik może być zwolniony od wykonywania pracy na okres maksymalnie dwóch tygodni, w czasie których otrzymuje zasiłek opiekuńczy [Ustawa z dnia 25 czerwca 1999 roku, rozdział 7].

O ile uprawnienia do świadczeń z ubezpieczeń społecznych wiążą się ściśle z instytucją zatrudnienia, o tyle świadczenia (pieniężne i rzeczowe) w ramach systemu pomocy społecznej przyznawane są według potrzeb z uwzględnieniem kryterium dochodowego. Zgodnie z ustawą o pomocy społecznej, do opieki długoterminowej w systemie pomocy społecznej uprawnione są osoby spełniające następujące kryteria [Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku ; Błędowski i Maciejasz 2013]:

- *kryterium podmiotowe* – świadczenia przysługują osobom posiadającym obywatelstwo polskie i cudzoziemcom mającym miejsce zamieszkania i przebywającym w Polsce;
- *kryterium trudnej sytuacji* – osoby i rodziny w trudnych sytuacjach życiowych, których nie są w stanie pokonać z własnych zasobów, uprawnień i możliwości; najczęstszymi powodami udzielania takim osobom wsparcia są długotrwała i ciężka choroba oraz niepełnosprawność;
- *kryterium dochodowe w przypadku świadczeń pieniężnych* – prawo do świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej dla osób samotnie gospodarujących, których dochód nie przekracza 542 zł, oraz dla rodzin, których dochód nie przekracza 456 zł na osobę w rodzinie przy jednoczesnym wystąpieniu okoliczności uzasadniających udzielenie pomocy społecznej.

Opieka długoterminowa w systemie pomocy społecznej w Polsce obejmuje zarówno świadczenia rzeczowe, jak i świadczenia pieniężne. Do świadczeń rzeczowych zaliczyć należy usługi opiekuńcze, które mogą być świadczone w domu osoby niesamodzielnej, w ośrodkach opieki dziennej oraz w ośrodkach opieki całodobowej.

Usługi o charakterze stacjonarnym w systemie pomocy społecznej są świadczone przede wszystkim przez domy pomocy społecznej, a także – w dużo mniejszym stopniu – przez rodzinne domy pomocy społecznej i środowiskowe domy wsparcia. W ostatnich latach obserwuje się także wzrost znaczenia placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub w podeszłym wieku w ramach działalności gospodarczej lub statutowej [GUS 2013, s. 60].

Istnieje bardzo duże zapotrzebowanie na zapewnienie opieki osobom starszym w domach pobytu dziennego i w ośrodkach wsparcia dla osób starszych [IRSS 2010, s. 86]. Tworzenie i finansowanie ośrodków wsparcia należy do zadań własnych gminy lub powiatu.

Usługi opiekuńcze są także świadczone w domu osoby niesamodzielnej i obejmują między innymi pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, pielęgnację oraz zapewnianie kontaktów z otoczeniem. Specjalistyczne usługi opiekuńcze mogą być świadczone tylko przez osoby z odpowiednim przygotowaniem zawodowym, gdyż są one dostosowane do rodzaju schorzenia czy niepełnosprawności osoby niesamodzielnej, na przykład rehabilitacja fizyczna. Skala pomocy w ramach usług opiekuńczych nie jest w Polsce wystarczająca i wynika raczej z możliwości, jakimi dysponują świadczeniodawcy, niż z potrzeb osób niesamodzielnych [IRSS 2010, s. 37].

Dostęp do świadczeń pieniężnych w systemie pomocy społecznej jest uzależniony od kryterium dochodowego. Osoby starsze nie stanowią wyodrębnionej grupy, do której kierowane byłyby świadczenia. Mogą one korzystać z zasiłku okresowego (długotrwała choroba, niepełnosprawność, brak prawa do innych świadczeń) oraz zasiłku celowego w sytuacji konieczności zaspokojenia niezbędnej potrzeby życiowej (leki i leczenie, żywność, odzież, opał, przedmioty użytku domowego, drobne remonty itp.).

W sytuacji gdy konieczne jest zapewnienie niesamodzielnej osobie starszej opieki, na szczególną uwagę zasługuje zasiłek pielęgnacyjny oraz specjalny zasiłek opiekuńczy (wcześniej – świadczenie pielęgnacyjne). Zasiłek pielęgnacyjny wypłacany jest niepełnosprawnym dzieciom i osobom dorosłym oraz osobom, które ukończyły 75 lat i nie mają prawa do dodatku pielęgnacyjnego do emerytury lub renty z FUS. Celem tego zasiłku jest częściowe pokrycie kosztów opieki i pomocy innej osoby w razie kłopotów z samodzielną egzystencją [Ustawa z dnia 28 listopada 2003 roku, art. 16]. W praktyce niewielka kwota tego zasiłku służy raczej uzupełnieniu środków przeznaczonych na codzienną egzystencję. Osobie, która nie podejmuje zatrudnienia albo innej pracy zarobkowej lub zrezygnuje z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej w celu świadczenia stałej opieki nad osobą niepełnosprawną, przysługuje zasiłek w wysokości 530 zł przy spełnieniu kryterium dochodowego. Za osoby te odprowadzana jest składka na ubezpieczenie emerytalne, rentowe i zdrowotne.

W ramach systemu ochrony zdrowia koszty świadczeń opieki długoterminowej są pokrywane z obowiązkowych składek na ubezpieczenie zdrowotne. Świadczenia te mogą być udzielane zarówno w formie stacjonarnej (zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, zakłady opiekuńczo-lecznicze – opłata w wysokości 70% dochodu świadczeniobiorcy za wyżywienie i zakwaterowanie),



jak i w formie opieki domowej (pielęgniarska opieka długoterminowa oraz zespół opieki długoterminowej domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie) [Błądowski i Maciejasz 2013, s. 63]. Przy zakładach opiekuńczych niekiedy działają także oddziały dzienne, na które istnieje duże zapotrzebowanie. Dostęp do opieki długoterminowej w systemie ochrony zdrowia jest uzależniony od stopnia niesamodzielności określonego skalą Barthel, co mocno ogranicza dostęp do świadczeń, szczególnie osobom cierpiącym na choroby otępienne.

#### 4. Perspektywa urynkowienia usług opiekuńczych w Polsce

Obecne wsparcie dla niesamodzielnych osób starszych w systemie zabezpieczenia społecznego w Polsce nie jest adekwatne do wciąż rosnących potrzeb opiekuńczych starzejącego się społeczeństwa. Propozycje zmian w obszarze opieki długoterminowej przygotowała grupa robocza ds. przygotowania projektu ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym<sup>1</sup>. Założeniem ustawy jest umożliwienie osobom niesamodzielnym jednakowego dostępu do różnych przewidzianych w ustawie form pomocy. Kryterium decydującym o przyznaniu określonych świadczeń ma być stopień niesamodzielności osoby wymagającej opieki. Docelowo zakłada się finansowanie oparte na trzech filarach: budżecie państwa, dodatkowym prywatnym ubezpieczeniu od ryzyka niesamodzielności oraz na obowiązkowym, solidarnościowym ubezpieczeniu opiekuńczym<sup>2</sup>.

Projekt ustawy zakłada, że wolumen pomocy przysługujący danemu stopniowi niesamodzielności będzie taki sam bez względu na to, jakiego rodzaju wsparcie będzie udzielane (formalne czy nieformalne). W sytuacji możliwości sprawowania opieki przez rodzinę osoba niesamodzielna i jej opiekun mają mieć prawo do: teleopieki oraz opieki wytchnieniowej. Ponadto przysługiwać ma im prawo do refundowania kwalifikowanych kosztów opieki określonych w ustawie do wysokości wartości czeku opiekuńczego przyznanego dla danego stopnia niesamodzielności. W przypadku gdy opiekun osoby niesamodzielnej zrezygnuje z pracy zawodowej, ma on prawo do refundowania kosztów ubezpieczenia emerytalno-rentowego i zdrowotnego w wysokości równej wartości czeku opiekuńczego. Gdy rodzina nie jest w stanie w pełni

<sup>1</sup> Informacje na temat grupy roboczej na stronie Koalicji na Pomoc Niesamodzielnym [http://niesamodzielnym.pl/?page\\_id=1402](http://niesamodzielnym.pl/?page_id=1402) [dostęp: 15.09.2014].

<sup>2</sup> Więcej na temat tej ustawy na stronie senatora RP M. Augustyna [Ustawa o pomocy osobom niesamodzielnym. Komentarz do ustawy].

opiekować się osobą niesamodzielną, wówczas osoba niesamodzielną może przeznaczyć czek opiekuńczy na sfinansowanie usług opiekuńczych w domu lub na pokrycie części kosztów pobytu w całodobowej placówce opiekuńczej.

W założeniach tego projektu było stworzenie równej konkurencji i jednakoowego traktowania świadczeniodawców. Do tego potrzebny jest rozwój rynku usług zarówno w wymiarze ilościowym, jak i jakościowym. Obecnie w segmencie usług domowych działa niewielka liczba firm prywatnych i organizacji pozarządowych. Zdaniem autorów projektu w rozwój sektora usług powinien być włączony zarówno sektor publiczny, jak i sektor prywatny i pozarządowy, a środki publiczne mają być silnym bodźcem do rozwoju tego sektora. Czek opiekuńczy i możliwość refundowania kosztów kwalifikowanych opieki ma uczynić usługi opiekuńcze bardziej dostępnymi, co ma się przyczynić do wzrostu popytu na te usługi, stymulując wzrost zatrudnienia także wśród ludzi w wieku okołiemerytalnym.

Wprowadzanie różnego rodzaju czeków opiekuńczych wpisuje się w ogólny trend indywidualizacji i personalizacji usług opiekuńczych. Wprowadzenie zasad rynkowych do sektora usług opiekuńczych stwarza możliwości wyboru po stronie popytowej oraz powoduje reorganizację po stronie podaży. Urynkowanie usług opiekuńczych zachodzi wtedy, gdy świadczenie usług odbywa się w warunkach konkurencji (np. władze lokalne wybierają dostawców usług spośród firm konkurujących między sobą ceną/jakością), a usługodawcami są nastawione na zysk podmioty prywatne. Inny rodzaj urynkowania obserwujemy wtedy, gdy zasady działania mechanizmu rynkowego przenikają do sektora publicznego świadczącego usługi bez udziału firm prywatnych jako świadczeniodawców. W obu wypadkach w różnym stopniu może być także obecne zjawisko prywatnego finansowania usług [Anttonen i Meagher 2013, s. 14–18].

Z urynkowaniem usług opiekuńczych wiąże się obawa o to, czy wraz ze wzrostem konkurencji na tym rynku wzrośnie jakość świadczonych usług. Z kolei dbanie o jakość może wprowadzać nadmierne ryzyko uregulowania tego rynku, choć w założeniach autorów projektu ustawy o osobach niesamodzielną w Polsce rynek usług opiekuńczych „ma być na tyle wolny, na ile to tylko możliwe, i na tyle regulowany, na ile to konieczne, ze względu na dobro osób niesamodzielną” [Augustyn b.r.]. Istnieje także obawa o to, czy nie nastąpi nadmierne rozproszenie świadczeniodawców, którzy często nie są w stanie wytrzymać konkurencyjnej presji i wycofują się z rynku. Może być to szczególnie niekorzystne dla sfery usług opieki długoterminowej, gdzie ciągłość i doświadczenie w działaniu sprzyjają wzrostowi zaufania odbiorców. Z tego typu problemami zaczynają się borykać obecnie kraje skandynawskie,

w których cały czas istniał rozbudowany system świadczeń finansowanych przez państwo. W krajach tych szczególnie widoczne są trendy: urynkawiania, prywatyzacji i powrotu do opieki sprawowanej przez rodzinę [Szebehely 2014].

Usługi opieki długoterminowej kierowane do osób starszych powinny odpowiadać na ich potrzeby. Przyglądając się pokoleniu obecnych i przyszłych seniorów w Polsce, można spodziewać się wyraźnych zmian w oczekiwaniach co do rodzaju i jakości świadczonych usług opiekuńczych. Obecnie najstarsze pokolenie odbiorców usług opieki długoterminowej ma specyficzne doświadczenia i przeżycia związane z okresem transformacji ustrojowej. Mamy do czynienia z osobami, które dojrzały i starzały się w warunkach rynku nastawionego na producenta, a nie konsumenta [Kusińska 2002, s. 231; Bombol i Słaby 2011, s. 116]. W najbliższej przyszłości odbiorcą usług opiekuńczych będzie nowoczesny konsument senior – osoba socjalizowana w kapitalizmie i przyzwyczajona do konsumpcyjnego stylu życia, otwarta na nowości rynkowe, skłonna nawet do kompulsywnej konsumpcji, często posiadająca wystarczające zabezpieczenie finansowe, nierzadko postrzegająca starość jako drugą młodość [Szlendak 2005, s. 71–82; Bombol i Słaby 2011, s. 120–121].

Wraz ze zmianą struktury społeczeństwa ze względu na wiek z pewnością będzie rosło zapotrzebowanie na usługi zdrowotno-opiekuńcze (transport do placówek ochrony zdrowia, wizyty lekarskie i pielęgniarskie w domu, wykonywanie prostych analiz medycznych w miejscu zamieszkania seniora, opieka wykonywana przez wynajęte osoby w domu seniora oraz monitoring domu seniora w celu obserwowania stanu jego zdrowia). Oprócz nich szczególnego znaczenia nabierać będą [Bombol i Słaby 2011, s. 134–135]:

- usługi gastronomiczne (tradycyjne bary, jadalnie, restauracje, catering dedykowany dla seniorów – codziennie lub okazjonalnie),
- usługi związane z mieszkaniem (sprząatanie, drobne naprawy, prowadzenie domu),
- monitoring domu seniora w celu obserwowania stanu jego zdrowia,
- kultura, turystyka i wypoczynek (kino, teatr, koncerty, organizowanie biletów i dowóz na imprezy, dostosowanie oferty wypoczynku do osób starszych i ich możliwości fizycznych, kluby fitness, kursy samoobrony),
- usługi edukacyjne (obsługa komputera, Internetu, korzystanie z e-usług, kluby zainteresowań, uniwersytety trzeciego wieku),
- obsługa prawno-administracyjna (wsparcie w rozwiązywaniu problemów prawnych, przy podpisywaniu umów),
- usługi bankowe (dedykowane seniorom konta, karty płatnicze, kredyty konsumpcyjne oraz tzw. odwrócona hipoteka).

Usługi opieki długoterminowej są kierowane do specyficznego grona odbiorców, którzy nie są w stanie samodzielnie egzystować. Ze względu na tę specyfikę proponuje się specjalne strategie marketingowe pomagające zaoferować seniorom nowe produkty i usługi. W strategii FUDI (*Feelings of Uneasiness, Dissatisfaction, Inconvenience*) podkreśla się poczucie zakłopotania, niezadowolenia i niedogodności, jakie mogą być udziałem osób zależnych. Rodzi to konieczność zindywidualizowanego podejścia do seniora oraz koncentracji bardziej na potrzebie (np. złagodzeniu bólu pleców) niż na produkcie. Osoba starsza pragnie jak najdłużej pozostać w swoim miejscu zamieszkania. Z tego względu rosnąć będzie zapotrzebowanie na świadczenie usług w domu seniora [Bombol i Słaby 2011, s. 126–127; Małecki 2005].

## Podsumowanie

Obecne rozwiązania w zakresie opieki długoterminowej i sposobu jej finansowania w Polsce nie są adekwatne do potrzeb starzejącego się społeczeństwa. Według prognoz GUS w ciągu najbliższych 35 lat odsetek osób w wieku 65 lat i więcej w ogólnej liczbie ludności zwiększy się prawie dwukrotnie (z 15,8% w 2015 roku do 32,7% w 2050 roku). Po 2025 roku w grupie osób starszych znacząco wzrośnie odsetek osiemdziesięciolatków (aż do blisko 36% w 2040), w przypadku których ryzyko pojawienia się niesamodzielności jest bardzo wysokie [GUS 2014, s. 35–36].

Z tego względu wyodrębnianie z zestawu rodzajów ryzyka społecznego tej kategorii ryzyka i poszukiwanie sposobów finansowania opieki w sytuacji jego zaistnienia jest działaniem o charakterze priorytetowym. Wymaga jednak dokładnego zdefiniowania pojęcia niesamodzielności, przebudowania systemu orzecznictwa i systemu świadczeń uzależnionych dotychczas od stopnia niepełnosprawności lub wieku. Założeniem pomysłodawców projektu ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym było wprowadzenie czeków opiekuńczych początkowo (do 2020 roku) bez konieczności zwiększania nakładów finansowych. Miało zostać to osiągnięte głównie przez zmianę zasad przyznawania dodatku pielęgnacyjnego. Dodatek ten obecnie jest tak niski, że nie spełnia założonej dla niego funkcji. Jest jednak ważnym wsparciem dla niewysokich dochodów osób starszych [Augustyn 2010].

Po roku 2020 zmiany demograficzne w Polsce będą wymagać jeszcze intensywniejszych działań. Wprowadzenie powszechnego ubezpieczenia pielęgnacyjnego umożliwi zgromadzenie dodatkowych środków na opiekę nad osobami niesamodzielnymi. Jednak obciążenie dodatkową składką osób objętych

ubezpieczeniem zdrowotnym oraz rolników spowoduje wzrost pozapłacowych kosztów pracy. W 2014 roku, według szacunków OECD, klin podatkowy w Polsce wyniósł 35,6% i był jednym z niższych w UE (poza UK – 31,3% i Irlandią – 28,2%). Bez względu na to, czy dodatkową składką ubezpieczeniową będzie obciążony pracodawca, czy pracownik, jej wprowadzenie skutkować będzie zwiększeniem kosztów pracy oraz ryzykiem zmniejszenia zatrudnienia w gospodarce [Krajewska 2007, s. 38].

Autorzy projektu ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym zakładają, że pokłosiem wprowadzenia czeków opiekuńczych będzie rozwój prywatnego sektora usług opiekuńczych, zmniejszenie szarej strefy i powstanie nowych miejsc pracy. Z pewnością skierowanie strumienia środków w postaci czeków bezpośrednio do osób niesamodzielnych z jednoczesnym zapewnieniem możliwości wyboru usług i świadczeniodawcy wpłynęłoby pozytywnie na rozbudowę tego sektora. Nie jest jednak warunkiem dostatecznym jego stabilnego rozwoju. Nie gwarantuje zachowania ciągłości działania firm oraz zasad konkurencyjności w tym sektorze. Potrzebne jest zadbanie o wysoką jakość świadczonych usług. Nie będzie to możliwe bez przejrzystego i spójnego systemu kształcenia kadr oraz lepszych warunków pracy w tym sektorze.

Należy także pamiętać o tym, że pewne zmiany o charakterze demograficznym mają charakter nieodwracalny. Obecnie, nawet gdyby współczynnik dzietności wzrósł do poziomu gwarantującego prostą zastępowalność pokoleń, nie przyczyni się to, w krótkim okresie, do zahamowania procesu starzenia się polskiego społeczeństwa. Działania w obszarze systemu zabezpieczenia społecznego są potrzebne, ale z założenia – ograniczone. Do pełniejszego zaspokojenia potrzeb opiekuńczych konieczne jest wzmocnienie rodziny, więzi sąsiedzkich, społeczności lokalnej, a także zwiększenie świadomości pracodawców we wspieraniu równowagi między pracą a opieką nad osobą starszą.

## Bibliografia

- Anttonen, A., Meagher, G., 2013, *Mapping Marketization: Concepts and Goals*, w: Meagher, G., Szebehely, M., *Marketization in Nordic Eldercare: A Research Report on Legislation, Oversight, Extent and Consequences*, Stockholm University, Stockholm, s. 13–22.
- Augustyn, M., 2010, *Opieka długoterminowa w Polsce. Streszczenie Zielonej Księgi, w: Niesamodzielnii: kto się nimi zaopiekuje, kto za nich zapłaci?*, Instytut Obywatelski, Warszawa.

- Augustyn, M., b.r., *Komentarz i objaśnienia do ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym*, [http://mieczyslawaugustyn.pl/wp-content/uploads/2013/05/komentarz\\_do\\_projektu\\_ustawy-upn.pdf](http://mieczyslawaugustyn.pl/wp-content/uploads/2013/05/komentarz_do_projektu_ustawy-upn.pdf) [dostęp: 15.09.2014].
- Billings, J., Leichsenring, K., Wagner, L., 2013, *Addressing Long-term Care as a System*, w: Leichsenring, K., Billings, J., Nies, H. (eds.), *Long-term Care in Europe. Improving Policy and Practice*, Palgrave Macmillan, London, s. 3–18, DOI: 10.1057/9781137032348.0007.
- Błądowski, P., Maciejasz, M., 2013, *Rozwój opieki długoterminowej w Polsce – stan i rekomendacje*, *Nowiny Lekarskie*, nr 82, s. 61–69.
- Bombol, M., Słaby, T., 2011, *Konsument 55+ wyzwaniem dla rynku*, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa.
- Colombo, F., 2012, *Typology of Public Coverage for Long-term Care in OECD Countries*, w: Costa-Font, J., Courbage, Ch. (eds.), *Financing Long-term Care in Europe. Institutions, Markets and Models*, Palgrave Macmillan, London, s. 17–40.
- Costa-Font, J., Courbage, Ch. (ed.), 2012, *Financing Long-term Care in Europe. Institutions, Markets and Models*, Palgrave Macmillan, London, DOI: 10.1057/9780230349193.
- GUS, 2013, *Pomoc społeczna i opieka nad dzieckiem i rodziną w 2012 roku*, Warszawa.
- GUS, 2014, *Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014–2050*, Warszawa.
- IRSS, 2010, *Instytucje wobec potrzeb osób starszych. Raport*, Warszawa.
- Krajewska, A., 2007, *Obciążenia kosztów pracy składkami na ubezpieczenia społeczne. Porównania międzynarodowe i wnioski dla Polski*, w: Krajewska, A. (red.), *Koszty i produktywność pracy w Polsce w kontekście integracji z Unią Europejską*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Kusińska, A. (red.), 2002, *Warunki życia ludzi starszych i ich zachowania na rynku*, IRWiK, Warszawa.
- Małecki, K., 2005, *Młody rynek dla starych ludzi*, *Wprost*, 30 grudnia, <http://www.wprost.pl/ar/85054/Mlody-rynek-dla-starych-ludzi/> [dostęp: 2.03.2014].
- OECD/European Commission, 2013, *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*, OECD Health Policy Studies, OECD, Paryż.
- Szarfenberg, R., 2011, *Polityka społeczna i usługi społeczne*, w: Grewiński, M., Więckowska, B. (red.), *Przeobrażenia sfery usług w systemie zabezpieczenia społecznego w Polsce*, Wyższa Szkoła Pedagogiczna TWP w Warszawie, Warszawa.
- Szarfenberg, R., 2014, *Standaryzacja usług społecznych. Ekspertyza*, <http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/Ekspertyza%20Ryszard%20Szarfenberg.pdf> [dostęp: 1.09.2014].
- Szebehely, M., 2014, *Sustaining Universalism Changing Roles for The State, Family and Market in Nordic Eldercare*, Keynote at ESPAnet Oslo, September 5, <http://nova.07.no/id/24834> [dostęp: 15.09.2014].
- Szlendak, T., 2005, *Leniwe maskotki, rekiny na smyczy. W co kultura konsumpcyjna przemieniła mężczyzn i kobiety*, Jacek Santorski & CO Agencja Wydawnicza, Warszawa.

- Ustawa o pomocy osobom niesamodzielnym, <http://mieczyslawaugustyn.pl/projekty/upon/> [dostęp: 15.09.2014].
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz.U. 2009, nr 175, poz. 1362.
- Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, Dz.U. 2009, nr 153, poz. 1227 ze zm.
- Ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, Dz.U. 2010, nr 77, poz. 512.
- Ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych, Dz.U. 2006, nr 139, poz. 992 ze zm.
- Więckowska, B., Szwalkiewicz, E., 2011, *Usługi społeczne w opiece długoterminowej*, w: Grewiński, M., Więckowska, B. (red.), *Przeobrażenia sfery usług w systemie zabezpieczenia społecznego w Polsce*, Wyższa Szkoła Pedagogiczna TWP w Warszawie, Warszawa.