Opieka długoterminowa. Wymiar europejski

Zofia Czepulis-Rutkowska
Instytut Pracy i Spraw Socjalnych

STRESZCZENIE: *W artykule przedstawiono uwarunkowania rozwoju oraz charakterystykę instytucji opieki długoterminowej w Europie. Zaprezentowano doświadczenia wybranych państw członkowskich. Pokazano też wzrost zainteresowania dla instytucji opieki długoterminowej na szczeblu Unii Europejskiej. Rozwiązania w poszczególnych krajach, podobnie jak w innych sferach polityki społecznej, są zróżnicowane. Na szczeblu Unii opieka długoterminowa została już objęta otwartą metodą koordynacji, a obecnie trwają prace nad zastosowaniem metody koordynacji zabezpieczenia społecznego. Unia podkreśla, że również w przypadku tego elementu polityki społecznej należy zastosować podejście inwestycji socjalnych, co znajduje wyraz w przeznaczeniu części środków EFS na opiekę długoterminową.*

Wstęp

W ostatnim trzydziestoleciu problemy związane z opieką długoterminową, w szczególności dla osób starszych, stały się w większości państw rozwiniętych przedmiotem coraz żywszego zainteresowania polityków i ekspertów. Prowadzone są dyskusje, powstają raporty krajowe i międzynarodowe, a w niektórych krajach przeprowadzono albo rozważa się przeprowadzenie ważnych zmian instytucjonalnych, mających zapewnić odpowiednie zabezpieczenie w zakresie opieki długoterminowej. Unia Europejska[1], podobnie jak państwa członkowskie, intensywnie podejmuje problematykę opieki długoterminowej.

W niniejszym opracowaniu przedstawione zostaną wybrane zagadnienia organizacji opieki długoterminowej w państwach członkowskich oraz działania i inicjatywy Unii w tym zakresie. Wobec narastających problemów związanych w dużej mierze z trudnościami finansowania oraz obciążeniami finansów publicznych w poszczególnych krajach, Unia podejmuje coraz szerszą aktywność mającą na celu ich łagodzenie obecnie, a przede wszystkim w przyszłości.

Opieka długoterminowa – odrębny segment zabezpieczenia społecznego?

W poszczególnych państwach stosuje się różne definicje opieki długoterminowej. Te różnice definicyjne stanowią metodologiczny problem w przypadku podejmowania badań porównawczych, czy też koordynacji instytucjonalnej. Nie ma jednak wątpliwości, nawet przy istniejących różnicach definicyjnych, do jakiej ogólnej potrzeby odnosi się to pojęcie. Chodzi o potrzebę pomocy ze strony osób trzecich osobom niesamodzielnym, czyli takim, które bez tej pomocy nie mogą dobrze funkcjonować fizycznie lub społecznie.

Potrzeba takiej pomocy nie jest nowa. W społeczeństwach zawsze funkcjonowała pewna liczba osób niesamodzielnych[2] oraz instytucje świadczące im pomoc. Podstawową instytucją opiekuńczą, jeszcze przed wprowadzeniem systemów zabezpieczenia społecznego, była rodzina. W późniejszym okresie niektóre z segmentów zabezpieczenia społecznego dostarczały świadczeń lub usług dla osób niesamodzielnych, jednak w niewielkiej skali, ponieważ ich główna funkcja nie została zdefiniowana jako

[1] W niniejszym tekście przez Unię Europejską rozumiane są różne jej agendy.
[2] Liczba osób niesamodzielnych była mniejsza, gdy przewidywana długość życia była niższa.

pomoc dla tych osób. Chodzi tu głównie o systemy ochrony zdrowia i pomoc społeczną, a także świadczenia w przypadku inwalidztwa. W większości krajów te segmenty zabezpieczenia społecznego oferowały różnego rodzaju świadczenia skierowane właśnie do osób niesamodzielnych. W przypadku ochrony zdrowia miały one bardziej medyczny charakter, a w przypadku pomocy społecznej – socjalny. Osobom niesamodzielnym potrzebne są na ogół świadczenia obu rodzajów.

Wśród przyczyn wyeksponowania w ostatnich dziesięcioleciach potrzeby opieki dla osób niesamodzielnych (oraz dla badań instytucji zabezpieczenia społecznego pod kątem zaspokajania tej potrzeby) należy wymienić: starzenie się ludności, przemiany rodziny oraz potrzeby rynku pracy.

Starzenie się ludności

Do 2060 r. w Europie przewiduje się trzykrotny wzrost udziału osób w wieku powyżej 79. roku życia w strukturze ludności. Prawdopodobnie doprowadzi on do podobnego wzrostu niesamodzielności, chociaż trendy w tym zakresie nie są jednoznaczne[3]. Przyjmując założenie, że osoby powyżej 65. roku życia będą cierpiały na jeden rodzaj niesprawności, przewiduje się, że ich liczba wzrośnie ponad dwukrotnie, osiągając 44,4 mln. Liczba niesamodzielnych osób korzystających z opieki instytucjonalnej prawie się potroi, osiągając 8,3 mln. Liczba osób korzystających z pomocy formalnej w domu wzrośnie znacząco – z 5,5 mln do 13,9 mln, a osób uzyskujących pomoc nieformalną z 12,2 mln do 22,3 mln[4].

Przeobrażenia rodziny i rynek pracy

We współczesnym świecie zmienia się struktura rodziny, jej funkcje i role pełnione przez poszczególnych członków rodziny. Należy się spodziewać, że wobec znacznej liczby osób żyjących w nietrwałych związkach (poza tradycyjną rodziną) wzrośnie liczba osób wymagających opieki ze strony państwa również w przypadku wystąpienia niesamodzielności.

Zmieniają się również funkcje „pełnej" rodziny, czyli takiej, w skład której wchodzą małżonkowie i dzieci. W czasach powojennych w modelowej rodzinie utrzymywanej przez jednego (lub głównego) żywiciela rodziny kobieta pełniła rolę opiekuńczą zarówno wobec dzieci, jak i niesamodzielnych osób starszych. Wynikało to z możliwości tych rodzin (zabezpieczonych materialnie z jednej pensji), jak też z braku odpowiednich opiekuńczych instytucji państwowych. Kobiety od wielu lat są coraz bardziej aktywne na rynku pracy. Wynika to z ich aspiracji oraz konieczności ekonomicznej. Jedna pensja nie wystarcza już na utrzymanie rodziny. Ponadto wzrasta liczba rodzin niepełnych; często samotnych matek.

We współczesnych realiach rodzina nie może więc świadczyć wystarczającej i odpowiedniej opieki osobom starszym, ponieważ część tych osób nie ma rodziny, a z kolei w innych przypadkach pracujący członkowie rodziny nie mają możliwości podjęcia takiej roli z powodu pracy zawodowej. W tym kontekście coraz bardziej potrzebne staje się rozszerzenie udziału państwa w świadczeniu opieki długoterminowej.

Wobec rosnącej skali potrzeb w zakresie opieki długoterminowej, a w szczególności rosnącego zaangażowania państwa, uzasadnione jest traktowanie tej instytucji w sposób odrębny od innych segmentów zabezpieczenia społecznego. Opieka długoterminowa nie może już być jedynie dodatkiem do innych systemów świadczeniowych; staje się osobną instytucją pełniącą ważne funkcje w zmieniającym się społeczeństwie.

Analiza i zdefiniowanie koncepcji opieki długoterminowej stało się konieczne dla skutecznego, wobec nowych wyzwań ekonomicznych i społecznych, prowadzenia polityki społecznej i gospodarczej na szczeblu poszczególnych państw członkowskich oraz UE.

[3] Dane z różnych krajów pokazują, że stan zdrowia społeczeństw może stale się poprawiać. Należy jednak przyjąć, że znaczący wzrost liczby osób sędziwych spowoduje również wzrost liczby osób niesamodzielnych, w szczególności z powodu problemów psychicznych i umysłowych, chociaż jego dynamika może być niższa. Zob. B. Lipszyc, E. Sail, A. Xavier, *Long-term care: need, use and expenditure in the EU-27*, European Commission, European Economy, Economic Papers 469, November 2012.

[4] F. Bettio, A. Verashchagina, *Long-Term Care for the elderly. Provisions and providers in 33 European countries*, EU Expert Group on Gender and Employment (EGGE), EU, November 2010.

Opieka długoterminowa w wybranych państwach unijnych

We wszystkich państwach członkowskich występuje potrzeba opieki nad osobami niesamodzielnymi. Funkcjonują też instytucje, które odpowiadają na tę potrzebę. Nadal podstawową instytucją opiekuńczą jest rodzina, pomimo trudności, jakie napotyka w realizacji tej funkcji. Zaangażowanie państwa jest zróżnicowane zarówno pod względem organizacyjnym, jak i finansowym.

W 2007 r. 12,3 mln osób uzyskiwało pomoc nieformalną lub nie uzyskiwało jej w ogóle, a 8,4 mln osób korzystało z pomocy formalnej[5]. Pomoc formalna jest najbardziej rozwinięta w państwach skandynawskich, Niemczech i Holandii, najsłabiej w państwach Europy Środkowo-Wschodniej; państwa śródziemnomorskie plasują się pośrodku skali.

Rozwiązania formalne osadzone są w szerszej tradycji instytucjonalnej poszczególnych krajów. Poniżej skrótowo przytaczam przykłady rozwiązań w zakresie opieki długoterminowej, stosowane w państwach będących przedstawicielami odmiennych rozwiązań modelowych: Niemcy – modelu chrześcijańsko-demokratycznego, Anglia – modelu liberalnego oraz Szwecja – modelu socjaldemokratycznego. Podaję też krótką informację o opiece długoterminowej w Polsce.

Niemcy

W Niemczech, w zakresie zabezpieczenia społecznego, funkcjonuje system ubezpieczenia społecznego. W 1995 r. wprowadzono jego nowy dział – ubezpieczenie opiekuńcze (realizujące funkcję opieki długoterminowej), finansowane z odrębnej składki. Warto zwrócić uwagę na przyczyny stworzenia nowego systemu ubezpieczenia oraz wyboru techniki zabezpieczenia.

Powołanie nowego systemu związane było ze specyfiką organizacji państwa niemieckiego, a mianowicie istnieniem landów. Opieka długoterminowa przed wprowadzeniem ubezpieczenia finansowana była ze środków przeznaczonych na pomoc społeczną, której budżet powstawał na poziomie landów. Rosnące wydatki związane z tą opieką nie mogły być więc pokryte z podatków powszechnych. Potrzeby w zakresie opieki długoterminowej przekraczały możliwości finansowe poszczególnych landów, zaczęły więc one wywierać nacisk na władzę centralną. Konieczne stało się zatem znalezienie rozwiązania, które odciążyłoby budżety lokalne. Tym rozwiązaniem stało się stworzenie odrębnego systemu ubezpieczenia opartego na składce, czyli ubezpieczenia opiekuńczego.

Nie od razu oczywisty był też wybór techniki zabezpieczenia społecznego. Dokonany został po długich debatach, w ramach których rozważano również wprowadzenie ubezpieczenia prywatnego. Zapewne można twierdzić, że znajomość i tradycja ubezpieczenia społecznego miała znaczny wpływ na ostateczny wybór rozwiązania – ubezpieczenia opiekuńczego, ale nie był on od początku debaty nad opieką długoterminową zdeterminowany.

Powstanie odrębnego segmentu zabezpieczenia społecznego było przede wszystkim wyrazem rosnących potrzeb w dziedzinie opieki długoterminowej. Pomimo wyodrębnionego funduszu na cele opieki długoterminowej, system niemiecki boryka się nadal z problemami finansowymi[6]. W praktyce jego finansowanie ma charakter mieszany, ponieważ środki ze składek ustalonych[7] blisko 20 lat temu są obecnie niewystarczające; uzupełniane są z budżetu państwa.

Anglia

W Anglii rozwiązania w zakresie opieki długoterminowej określa się jako „siatkę bezpieczeństwa" (*safety net*)[8]. Jest to system, który wspiera tylko osoby wymagające najpilniejszej pomocy oraz te, które nie posiadają środków, aby móc zapewnić sobie taką pomoc indywidualnie. System opieki długotermino-

[5] F. Bettio, A. Verashchagina, *Long-Term Care*…, op. cit.

[6] Z. Czepulis-Rutkowska, *Opieka długoterminowa – doświadczenia innych krajów*, [w:] *Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje*, praca zbiorowa pod redakcją Mieczysława Augustyna, Grupa Robocza ds. przygotowania ustawy o ubezpieczeniu od ryzyka niesamodzielności przy Klubie Senatorów Platformy Obywatelskiej, Warszawa 2009.

[7] Wysokość składki była nieznacznie modyfikowana.

[8] A. Comas-Herrera, R. Wittenberg, L. Pickard, *The Long Road Universalism? Recent Developments in the Financing of Long-term Care in England*, [w:] J. Costa-Font (red.), *Reforming Long-Term Care in Europe*, Wiley-Blackwell, Chichester 2011.

wej w Anglii, podobnie jak wiele innych elementów zabezpieczania społecznego, wywodzi się z systemu wsparcia biednych (*poor law*), którego znaczącym elementem jest test dochodów i zasobów. Opiekę długoterminową definiuje się jako usługi mające na celu głównie pomoc w domu w wykonywaniu takich czynności, jak: zakupy, przygotowywanie posiłków, pielęgnacja osobista (ubieranie, kąpiel), a także opieka pielęgniarska.

Znaczącą część tych usług świadczą bliscy osoby niesamodzielnej – przede wszystkim rodzina, ale również sąsiedzi i znajomi. Opieka formalna organizowana jest przez różne agencje rządowe, obejmujące w swojej działalności lokalne usługi społeczne, lokalne ośrodki zdrowia, domy opieki, domy pielęgnacji, pomoc domową, pomoc dzienną.

Opieka długoterminowa finansowana jest z różnych źródeł: narodowego funduszu zdrowia, budżetu władz lokalnych, organizacji filantropijnych oraz przez samych świadczeniobiorców. Jeśli chodzi o zaangażowanie państwa, to świadczenia medyczne są bezpłatne w momencie korzystania z nich, a świadczenia z pomocy społecznej są zależne od dochodu. Istnieje też odrębne (niewysokie) świadczenie uniwersalne dla starszych osób potrzebujących opieki oraz świadczenie dla opiekunów.

Dostęp do świadczeń finansowanych ze środków publicznych następuje po dokonaniu przez lokalny ośrodek pomocy społecznej profesjonalnej oceny potrzeb opiekuńczych. Do tego celu może zostać zatrudniony także menedżer opieki.

Kryteria dostępu do świadczeń ustalane są na poziomie lokalnym. W efekcie stosowania tej zasady powstały znaczące różnice pomiędzy poszczególnymi jednostkami lokalnymi pod względem dostępu do usług opieki długoterminowej oraz ich jakości. Aby je zmniejszyć, w 2002 r. departament zdrowia opublikował centralnie ustalone kryteria krajowe, przeznaczone do lokalnego zastosowania. Chodziło o to, żeby osoby o podobnych potrzebach, bez względu na miejsce zamieszkania, mogły uzyskać podobną pomoc, chociaż niekoniecznie te same świadczenia. Zaproponowano wprowadzenie czterech poziomów intensywności potrzeb: niskiego, średniego, istotnego i krytycznego. Rady lokalne mogą natomiast ustalać szczegółowe, konkretne kryteria dla oznaczenia poszczególnych poziomów intensywności oraz odpowiadających im świadczeń.

W ostatnich latach ustalone kryteria zostały jednak zaostrzone w związku z ograniczeniem budżetowym. Większość rad lokalnych zapewnia dostęp do świadczeń jedynie w przypadku dwóch najwyższych poziomów (albo nawet tylko najwyższego – krytycznego – poziomu).

Pomimo wprowadzenia kryteriów ogólnokrajowych, nadal zakres i poziom opieki są bardzo zróżnicowane. Wskazuje się też, że nie są odpowiednio zaspokajane potrzeby osób na niższych poziomach potrzeb opiekuńczych oraz że w niewystarczającym stopniu stosuje się metody prewencji i rehabilitacji.

Świadczenia opieki długoterminowej skierowane są do osób, które nie uzyskują pomocy w rodzinie. Można więc założyć, że jeżeli w gospodarstwie domowym jest dostępna pomoc osoby (najczęściej kobiety) w średnim wieku, uprawnienie do pomocy formalnej będzie mniejsze. System angielski przyznaje prawo do świadczeń, biorąc pod uwagę między innymi to, czy ktoś z rodziny opiekuje się już osobą niesamodzielną. Nie jest więc to system *carer blind* („niewidzący opiekuna"). Postuluje się jednak, żeby prawo do opieki długoterminowej przyznawano bez względu na opiekę dostarczaną w rodzinie.

W finansowaniu świadczeń obowiązuje test dochodów i wartości zasobów. Władze lokalne mają do pewnego stopnia możliwość decydowania o wysokości opłat za domowe świadczenia z zakresu opieki długoterminowej. Jak wspomniano wyżej, świadczenia medyczne nie podlegają opłatom.

Szwecja

Opieka długoterminowa w Szwecji znajduje się w gestii samorządów lokalnych. Wynika to z długiej tradycji szerokiej autonomii lokalnej, również w zakresie polityki społecznej.

Świadczenia opieki długoterminowej są powszechnie dostępne, a ich jakość oceniana jest pozytywnie przez obywateli[9], chociaż za tę sferę usług odpowiadają władze lokalne. Istotne

[9] J. Costa-Font (red.), *Reforming Long-Term Care in Europe*, Wiley-Blackwell, Chichester 2011.

jest to, że dostęp do świadczeń jest uniwersalny, niezależny od dochodu jednostki i niezależny od dochodów dzieci osoby niesamodzielnej. W tym zakresie system szwedzki różni się istotnie od brytyjskiego i wydaje się być znacznie lepiej dostosowany do zachodzących zmian społecznych.

Jako problem wskazuje się zróżnicowania lokalne w dostępie do świadczeń i w ich jakości. W ostatnich latach państwo stara się bardziej scentralizować finansowanie i zarządzanie świadczeniami opieki długoterminowej po to, aby zapewnić wyrównanie jakości świadczeń i usług lub zniwelowanie różnic w skali kraju.

Polska

W Polsce nadal nie ma wyodrębnionego systemu opieki długoterminowej, chociaż od wielu lat trwają prace nad przygotowaniem odpowiedniej ustawy.

Pomoc długoterminowa świadczona jest w ramach pomocy społecznej i systemu ochrony zdrowia. Podstawowym problemem jest niewystarczające finansowanie. Wskazuje się też na brak koordynacji różnych usług, a także brak kontynuacji leczenia i opieki.

Działania Unii Europejskiej

Polityka społeczna formalnie nie podlega regulacjom Unii Europejskiej, co nie znaczy, że Unia nie wpływa na działania krajów członkowskich w tym zakresie. Wśród instrumentów bezpośrednio odnoszących się do polityk krajowych należy wymienić przede wszystkim system koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego dla pracowników przemieszczających się w UE oraz otwartą metodę koordynacji. Pierwszy instrument jest przykładem prawa normatywnego, a drugi przykładem *soft law*, czyli tzw. miękkiego prawa.

Ponadto Unia wpływa na polityki krajowe w sposób pośredni przez różne inicjatywy i projekty badawcze poświęcone zagadnieniom polityki społecznej.

Ważnym narzędziem jest również finansowanie, na przykład w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. W kolejnej perspektywie finansowej na lata 2014–2020 opieka długoterminowa została wskazana jako cel inwestycji społecznych.

Koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego dla pracowników przemieszczających się w ramach Wspólnoty

Zasady koordynacji regulowane są przez rozporządzenia (ostatnio przez rozporządzenie Rady nr 883/2004 z 29 kwietnia 2004 r. dotyczące koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego; Dz. Urz. UE L 166/1 z 30.04.2004 r.). Status rozporządzenia oznacza, że wszystkie państwa członkowskie muszą stosować się do tych regulacji.

Koordynacja zabezpieczenia społecznego ma zapewnić równe traktowanie pracowników, którzy podejmują zatrudnienie lub zamieszkają w innym państwie członkowskim. Realizacja tej zasady wymaga, co prawda, pewnych korekt w funkcjonowaniu krajowych systemów zabezpieczenia społecznego – przede wszystkim rozszerzania uprawnień do świadczenia. Nie prowadzi jednak do zasadniczych zmian systemów zabezpieczenia społecznego. Często koordynację przeciwstawia się harmonizacji, której celem jest tworzenie zasad obowiązujących we wszystkich państwach.

Koordynacją objęte są wszystkie działy zabezpieczenia społecznego, poza pomocą społeczną. Coraz bardziej dostrzega się potrzebę uwzględnienia opieki długoterminowej w ramach koordynacji. Jest to trudne ze względu na złożony charakter tej instytucji – połączenie świadczeń socjalnych i zdrowotnych. Koordynacja bowiem obejmuje swoim zakresem ochronę zdrowia, ale nie pomoc społeczną. Charakter opieki długoterminowej stwarza zatem trudność w zastosowaniu koordynacji.

Otwarta metoda koordynacji

Otwarta metoda koordynacji jest instrumentem „miękkiego prawa" stosowanym przez Unię w zakresie polityki społecznej. Po raz pierwszy metoda ta została zastosowana w 1997 r. wobec polityki zatrudnienia (wówczas wobec strategii zatrudnienia). Miała ona stanowić *de facto* instrument swoistej harmonizacji działań poszczególnych państw członkowskich nie tyle na poziomie litery prawa, co ustalania i realizacji wspólnych, uznanych za ważne celów społeczno-ekonomicznych.

Metoda zastosowana w strategii wzbudziła duże nadzieje na rozwiązanie problemu swo-

istego rozziewu miedzy polityką gospodarczą, w znacznej mierze regulowaną przez UE, a polityką społeczną, która miała pozostawać w gestii państw członkowskich. Związki między polityką społeczną a polityką gospodarczą są istotne (polityki te wzajemnie na siebie oddziałują), tak wiec brak efektywnego wpływu Unii na sprawy społeczne niewątpliwie utrudnia skuteczną realizację polityki gospodarczej.

W ramach otwartej metody koordynacji dla państw członkowskich ustalane są wspólne cele określonej polityki. Budowane są wskaźniki, które mają pokazywać stopień realizacji wyznaczonych celów. Ważnym elementem jest tworzenie raportów z przeprowadzonych działań na rzecz realizacji tych celów i wzajemna ocena dokonywana przez państwa członkowskie.

W 2000 r. otwartą metodę koordynacji zastosowano do regulacji polityk związanych z ubóstwem i wykluczeniem oraz zabezpieczeniem społecznym osób starszych, a w 2004 r. wobec systemów ochrony zdrowia i opieki długoterminowej.

Poniżej prezentuję cele otwartej metody koordynacji wyznaczone w zakresie ochrony zdrowia i opieki długoterminowej.

1. Dostęp do odpowiedniej opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej zapewnionej w taki sposób, aby potrzeba opieki nie prowadziła do ubóstwa i zależności finansowej. Konieczne jest podjęcie problemu nierówności w dostępie do opieki oraz efektów zdrowotnych podejmowanych terapii i działań.

2. Zapewnienie odpowiedniej jakości świadczeń przez dostosowanie opieki, w tym rozwoju działań prewencyjnych, do zmieniających się potrzeb i preferencji społeczeństwa i jednostek, przede wszystkim przez stworzenie standardów jakości oraz przez wykorzystanie najlepszych praktyk międzynarodowych, a także przez wzmocnienie odpowiedzialności profesjonalistów oraz pacjentów.

3. Dostępność finansowa świadczeń osiągana metodą racjonalnego wykorzystania zasobów, głównie przez zastosowanie odpowiednich bodźców ekonomicznych dla korzystających i dostarczycieli, dobre zarządzanie i koordynację pomiędzy poszczególnymi systemami, a także instytucjami publicznymi i prywatnymi. Dla realizacji tego celu potrzebna będzie promocja zdrowego i aktywnego stylu życia.

W 2006 r. państwa członkowskie po raz pierwszy w ramach otwartej metody koordynacji przygotowały raporty w sprawie systemów ochrony zdrowia i opieki długoterminowej. Poniżej przedstawiam skrótowe omówienie tych raportów w zakresie opieki długoterminowej[10]. Raporty krajowe wykazały, jak bardzo wzajemnie powiązane są cele zawarte w otwartej metodzie koordynacji.

Cel pierwszy – zapewnienie dostępności. W świetle prawa w większości państw dostępność jest uniwersalna albo przez powszechne systemy ochrony zdrowia, albo przez systemy ubezpieczeniowe. Państwa przyznają jednak, że uniwersalne prawo nie zawsze przekłada się na realny dostęp do świadczeń i usług. Występują istotne nierówności dotyczące: braku ubezpieczenia, braku objęcia zakresem podmiotowym, braku określonego rodzaju opieki, wysokich kosztów indywidualnych, długiego okresu oczekiwania na niektóre świadczenia, a także braku odpowiedniej informacji lub skomplikowanych procedur administracyjnych.

Cel drugi – dobra jakość opieki. Jakość opieki jest zróżnicowana pomiędzy krajami i w ramach poszczególnych krajów. Sygnały w sprawie niskiej jakości usług opiekuńczych dotyczą następujących sfer: nieodpowiednich warunków mieszkaniowych (domów opieki), braku prywatności, złych stosunków społecznych i ograniczeń stosowanych wobec pacjentów. Państwa podkreślały, że z punktu widzenia jakości opieki bardzo ważne jest jak najdłuższe zapewnienie opieki w domu.

Cel trzeci – wypłacalność. Większość państw obawia się problemu wypłacalności, szczególnie w przyszłości. Metodę naprawczą, mogącą powstrzymać dynamikę wzrostu wydatków, dostrzega się przede wszystkim w działaniach prewencyjnych oraz w koordynacji dostępnych świadczeń. W tym kontekście ważne są w szczególności dwie kwestie: unikanie powielania tych samych świadczeń oraz rozmaitych mechanizmów dostępu do tych samych świadczeń w ramach różnych systemów Zwraca się też uwagę na kontynuację opieki.

Inicjatywy unijne

Unia Europejska podejmowała już wiele inicjatyw związanych z funkcjonowaniem opieki długoterminowej, m.in. w takich ob-

szarach, jak prewencja, zwiększenie produktywności opieki czy projekty naukowe finansowane ze środków unijnych. Inicjatywy te są wzajemnie powiązane – prewencja wpływa na obniżenie kosztów, podobnie wzrost produktywności opieki pozwala na „więcej za mniej". Z kolei poprawa jakości opieki możliwa jest wtedy, gdy dostępne są odpowiednie środki finansowe.

• **Prewencja**

Zdrowe starzenie się i samodzielne życie osób starszych były promowane w ramach europejskiego roku 2012, poświęconemu aktywnemu starzeniu się i solidarności międzypokoleniowej. Wskazano następujące kierunki polityki zapewniające autonomię i samodzielne życie w starszym wieku: promocja zdrowia i prewencja chorobowa, dostosowane mieszkania i usługi, dostępny fizycznie i finansowo transport, dostosowane do potrzeb osób starszych otoczenie, towary i usługi, maksymalizacja autonomii w opiece długoterminowej.

Stworzono wskaźnik aktywnego starzenia się (*Active Ageing Index* – AAI) – narzędzie monitorowania, przygotowane przez Wiedeńskie Centrum Europejskie (European Centre Vienna) we współpracy z Komitetem Narodów Zjednoczonych ds. Europy (United Nations Committee for Europe) oraz Dyrekcją Generalną ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Integracji (European Commission DG Employment, Social Affair and Inclusion). Indeks ten mierzy działania państw w czterech dziedzinach:

1) zatrudnienie starszych pracowników,

2) aktywność społeczna oraz partycypacja starszych osób,

3) samodzielne i autonomiczne życia starszych osób,

4) otoczenie, które umożliwia aktywne starzenie się.

• **Wzrost produktywności opieki długoterminowej**

Wiele projektów badawczych zostało poświęconych wykorzystaniu zastosowania nowych technologii, w tym ICT, dla poprawy warunków życia osób niesamodzielnych w taki sposób, aby dostosować koszty opieki do możliwości finansowych osób i państw.

Uruchomiono europejski pilotaż w sprawie partnerstwa na rzecz aktywnego i zdrowego starzenia się (*The European Innovation Partnership Pilot on Active and Healthy Aging EIP AHA*). Jego celem jest intensyfikacja współpracy pomiędzy interesariuszami w dziedzinie innowacyjnych rozwiązań, szybka wymiana doświadczeń i upowszechnianie dobrych praktyk. Ustalonym celem do osiągnięcia jest podwyższenie o 2 lata długości życia w zdrowiu. Partnerstwo sprawia, że interesariusze zarówno po stronie popytu, jak i podaży zostają zaangażowani w osiąganie jakości i produktywności opieki długoterminowej.

• **Problemy finansowania**

Dyrekcja Generalna Komisji Europejskiej ds. Gospodarczych i Finansowych (DG ECFIN), we współpracy z państwami członkowskimi, w ramach Grupy Roboczej ds. Starzenia się (*Aging Working Group of the Economic Policy Committee* – AWG) koncentruje się na problematyce wydatków związanych ze starzeniem się, w tym wzrostu kosztów opieki długoterminowej. Wydatki na instytucje zabezpieczenia osób starszych, w tym opieki długoterminowej, analizuje się głównie pod kątem ich wpływu na finanse publiczne i ich stabilność. Stworzono metodologię zbierania danych i budowania prognoz związanych z opieką długoterminową w czasie kilku dekad. Tej kwestii został poświęcony odrębny raport Komisji Europejskiej, opublikowany w 2012 r.[11].

• **Projekty naukowe**

Przykładem programu badawczego poświęconego zagadnieniom opieki długoterminowej jest *Joint Programming on Neurodegenerative Disease Research* (JPND). Ma on na celu – przez skoordynowane inwestycje w 13 państwach uczestniczących w badaniach – znalezienie przyczyn, badanie rozwoju leczenia oraz wskazanie właściwych sposobów opieki nad pacjentami ze schorzeniami neurologicznymi; dotyczy to przede wszystkim choroby Alzheimera.

Ponadto w ramach 6. i 7. ramowego programu sfinansowano wiele projektów dotyczących ochrony zdrowia i opieki długotermi-

[10] *Long-term Care in European Union*, European Commission, Bruksela 2006, http://ec.europa.

[11] B. Lipszyc, E. Sail, A. Xavier, *Long-term care* ..., op. cit.

nowej (*ANCIEN, INTERLINKS, SHELTER, COURAGE, RightTime, PlaceCare* i inne). Projekty te podejmowały kwestie mapowania, oceny jakości, dostarczania opieki długoterminowej, finansowania, rozwoju dobrych praktyk i zdrowia psychicznego w starszym wieku.

W 2013 r. Unia Europejska w swoim dokumencie pt. *Long term care in aging societies – Challenges and policy options*[12] oceniła, że różnice w zakresie opieki długoterminowej między państwami członkowskimi są większe, niż w jakiejkolwiek innej dziedzinie zabezpieczenia społecznego. W związku z tym problemy koordynacji polityk są, co prawda, większe, ale również korzyść ze współpracy na szczeblu unijnym w tym zakresie jest większa. Unia może bowiem prowadzić badania oraz wspierać wymianę doświadczeń w tym obszarze.

W ramach perspektywy finansowej 2014––2020 przyjęto, że Europejski Fundusz Socjalny może zostać wykorzystany dla rozwoju opieki długoterminowej. Przyjęto również, że w ramach tego sektora należy zastosować podejście inwestycji społecznych. W podejściu do opieki długoterminowej Unia stosuje perspektywę ekonomiczną, czyli poszukiwania możliwości ograniczenia kosztów lub ich dynamiki.

Unia wskazuje trzy kierunki działań związanych z opieką długoterminową.

• **Podnoszenie produktywności dostarczania świadczeń**. Może być ono osiągane przez lepszą organizację, odpowiednie bodźce finansowe, kontrolę jakości. Te działania ograniczają się do opieki formalnej, dlatego istotna będzie wymiana opiekunów nieformalnych na formalnych.

• **Ograniczenie występowania niepełnosprawności**. Nacisk na zdrowe, aktywne starzenie się i prewencję oraz rehabilitację może: zmniejszyć występowanie niepełnosprawności, przesunąć w czasie początek niepełnosprawność, a także odwrócić lub łagodzić proces osłabiania organizmu oraz funkcjonalnych ograniczeń i niepełnosprawności. Należałoby wprowadzić ogólne systemy prewencji zdrowotnej, ze specjalną częścią uświadamiającą dla osób po 50. roku życia i bardzo starych. Ważna jest identyfikacja i wskazanie tych chorób, które powodują niesamodzielność. Priorytetem powinny być też działania na rzecz wczesnego wykrywania tych chorób lub początku występowania dysfunkcji.

• **Ograniczenie niesamodzielności poprzez umożliwianie kontynuacji samodzielnego życia w ramach funkcjonalnych dysfunkcji**. Postuluje się, żeby ograniczenia fizyczne i psychiczne osób starszych nie były traktowane jako choroba stanowiąca zagrożenie niezależnego życia, jeżeli istnieją odpowiednie zasoby, które mogą kompensować te deficyty. Dlatego istotne jest podejmowanie inwestycji socjalnych w adaptację prywatnych domów osób starszych, a także urządzeń pomocy, włączając te pozwalające na *self-monitoring*, *self care* i *self management*. Chodzi o umożliwienie osobom z funkcjonalnymi ograniczeniami osiągnięcia wyższego poziomu samowystarczalności. Urządzenia elektroniczne mogą być zastosowane dla bliższego kontaktu z rodziną i przyjaciółmi, a publiczne regulacje mogą wesprzeć zabezpieczenie dostępu do takich urządzeń po przystępnych cenach.

Podkreślone zostało znaczenie kierunków działań na rzecz „starzenia się w miejscu zamieszkania", kontynuacji opieki, integracji opieki i „inteligentnego" mieszkania przygotowanego dla osób niesamodzielnych.

Wyraźnie zwraca się uwagę na potrzebę formalizacji opieki długoterminowej. Ma ona pozwolić na wzrost produktywności, a także w systematyczny sposób jakości. Korzyścią płynącą z formalizacji będzie również ujawnienie kosztów dotychczas sprywatyzowanej opieki. Formalizacja wpłynie pozytywnie również na wzrost PKB oraz wzrost zatrudnienia.

Politycy i eksperci unijni są jednak świadomi niepewności co do efektów podejmowanych działań i inwestycji socjalnych. Pojawiają się następujące pytania:

• W jakim stopniu prewencja i rehabilitacja mogą wpłynąć na występowanie i przebieg niesamodzielności i inwalidztwa?

• Do jakiego stopnia wzrost produktywności umożliwi dostarczanie więcej usług i świadczeń opiekuńczych o wyższej jakości?

[12] *Long-term care in aging societies – Challenges and policy options*, European Commission, 20.2.2013 SWD(2013) 41 final Challenges and policy options, Brussels 2013.

• Jaki jest potencjał zwiększenia możliwości starszych osób dla prowadzenia samodzielnego życia przez stosowanie adaptacji odpowiednich do wieku (*age-friendly*) inteligentnych technologii oraz urządzeń wspomagających codzienne funkcjonowanie osób niesamodzielnych?

• Czy kombinacja tych dodatkowych działań wymagających socjalnych inwestycji w dłuższej perspektywie czasowej będzie wystarczająca dla stworzenia „mostu" między potrzebą opieki długoterminowej i możliwościami jej dostarczenia?

Podsumowanie

Unia Europejska od początku lat 2000 podejmuje problematykę opieki długoterminowej. Podstawowym uwarunkowaniem tej aktywności jest dynamika wydatków, wynikająca ze starzenia się ludności oraz malejąca zdolność rodzin do świadczenia usług w tym zakresie. Szczególną przesłanką jest potrzeba uwzględnienia świadczeń opieki długoterminowej w unijnych regulacjach dotyczących koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.

Formy oddziaływania Unii są zróżnicowane i obejmują otwartą metodę koordynacji, projekty badawcze oraz działania w zakresie inwestycji socjalnych. Unia stoi bowiem na stanowisku, że zróżnicowanie instytucjonalne pomiędzy państwami stawia przed nią ważne wyzwanie przekazywania wiedzy oraz dobrych praktyk stosowanych w poszczególnych państwach członkowskich.

Istotnym elementem polityki unijnej jest wskazanie, że formalizacja opieki długoterminowej jest właściwa w świetle zmian demograficznych, ekonomicznych i społecznych. Formalizacja pozwoli bowiem na wspólne działania, a także na wykorzystanie w praktyce dostępnej już i rozwijającej się wiedzy, również przy pomocy finansowej i merytorycznej Unii Europejskiej.

LITERATURA

Bettio F., Verashchagina A., *Long-Term Care for the elderly; provisions and providers in 33 European countries*, EU Expert Group on Gender and Employment (EGGE), November 2010.

Comas-Herrera A., Wittenberg R., Pickard L., *The Long Road to Universalism? Recent Developments in the Financing of Long Term Care in England*, [w:] J. Costa-Font (red.), *Reforming Long-Term Care in Europe*, Wiley-Blackwell, Chichester 2011.

Costa-Font J. (red.), *Reforming Long-Term Care in Europe*, Wiley-Blackwell, Chichester 2011.

Czepulis-Rutkowska Z., *Opieka długoterminowa – doświadczenia innych krajów,* [w:] *Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje*, praca zbiorowa pod redakcją Mieczysława Augustyna, Grupa Robocza ds. przygotowania ustawy o ubezpieczeniu od ryzyka niesamodzielności przy Klubie Senatorów Platformy Obywatelskiej, Warszawa 2009.

Lipszyc B., Sail E., Xavier A., *Long-term care: need, use and expenditure in the EU-27*, European Commission, European Economy, Economic Papers 469/November 2012.

Long-term care in aging societies – Challenges and policy options, European Commission, 20.2.2013 SWD(2013) 41 final Challenges and policy options, Brussels 2013.

Long-term Care in European Union, European Commission 2006, http://ec.europa.

Long-term care. European Dimension

Zofia Czepulis-Rutkowska

SUMMARY: ***Long term care institutions in terms of reasons of their development as well as their characteristics are presented in the article. Experiences of selected countries are described. Recent growth of interest on EU level is pointed out. Institutions in particular countries differ as in the case of other social policy institutions. As for the EU level the Open Method of Coordination has already covered long term care. A work is carried out as how to introduce method of coordination of social security. EU is also underlining the necessity to treat long term care as social investment and some funds from ESF will be used to this end.***