



**KONCEPCJA SYSTEMU FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ OPIEKI
DŁUGOTERMINOWEJ OSÓB STARSZYCH W POLSCE**

Autoreferat rozprawy doktorskiej

Autor: Anna Konieczna

Promotor:

prof. zw. dr hab. Leon Dorozik

Recenzenci:

dr hab. prof. UE Maria Węgrzyn

dr hab. prof. US Adam Adamczyk

Szczecin 2018

Spis treści

1.	Uzasadnienie wyboru tematu.....	3
2.	Cele i hipoteza badawcza.....	4
3.	Metodyka badawcza	5
4.	Układ i treść dysertacji	6
5.	Wybrane wyniki badań	7
6.	Propozycja wielowariantowej koncepcji systemu finansowania świadczeń opieki długoterminowej dla osób starszych w Polsce	19
7.	Wnioski końcowe	26

1. Uzasadnienie wyboru tematu

Zmiany globalne zachodzące w XX wieku, a zwłaszcza w XXI wieku., dotyczą przyspieszającego w błyskawicznym tempie rozwoju nauki, nowych technologii, medycyny, co w konsekwencji przyczynia się do intensywnych przemian społecznych. Szybkie i dynamiczne procesy rozwojowe prowadzą do wielokierunkowych przeobrażeń w życiu ludzi i całych społeczeństw. Populacje m.in. państw europejskich wyraźnie się stabilizują pod względem ilościowym, a nawet dochodzi do zmniejszania się liczby ludności, przy jednoczesnym wydłużaniu wieku i starzeniu się społeczeństw.

Tym procesom nie są w stanie zapobiec, ani rozwój nauki, ani medycyny. Skutkiem tego następuje, w całym świecie, a zwłaszcza w rozwiniętych regionach Europy, wydłużanie się trwania życia ludzkiego oraz dożycia ludzi i całych populacji we względnie lepszym stanie zdrowia. Dodatkowo, z każdą dekadą, nasila się długotrwały proces spadku urodzeń. Zwiększa się odsetek ludzi starszych w ogóle populacji, przy jednoczesnym spadku udziału ludzi młodych w wieku produkcyjnym.

Państwa Europy Zachodniej zetknęły się z tym problemem już przed wielu laty. W większości z nich podjęto działania zapobiegawcze (różne w poszczególnych krajach), które dotyczą wielu płaszczyzn działalności państwa wobec problemów osób starszych. Wydłużający się czas trwania życia to problemy zabezpieczeń społecznych, mieszkaniowe, socjalne, a także opiekuńcze. W Polsce intensywny przyrost naturalny społeczeństwa polskiego nastąpił po II Wojnie Światowej, a jego druga fala miała miejsce w latach 70-tych XX wieku.

W takiej sytuacji problemy opiekuńcze i socjalne osób starszych nie były przedmiotem szczegółowego zainteresowania państwa i nie stanowiły przedmiotu odrębnej dziedziny polityki społecznej. Ciężary zapewnienia opieki ludziom w wieku senioralnym i koszty jej udzielania spadały na członków rodziny, zwłaszcza, że model rodziny wielopokoleniowej był powszechny. Także krótszy czas trwania życia nie zmuszał decydentów do zajmowania się tym problemem. Jednak dynamiczny rozwój medycyny przyczynił się do lepszej diagnozy chorób i ich leczenia, a w konsekwencji wydłużania czasu trwania ludzkiego życia. Gwałtownie zaczęły narastać problemy opiekuńcze nad ludźmi starszymi również w Polsce.

Przez wiele lat, do czasów obecnych, tak organizacja jak i finansowanie opieki nad ludźmi w wieku senioralnym były przypadkowe i niedostateczne. Szczególnie niedofinansowana była i jest opieka długoterminowa, a zwłaszcza instytucjonalna opieka

stacjonarna. Przez dziesiątki lat był to temat uboczny, mało znaczący, często wstydlivy. Obecnie zdarza się, że problem również jest mało dostrzegany, sprowadzając jego rozwiązania tylko do funkcjonowania instytucji, często błędnie określanych, jako „domy starców” czy „hospicja”. Takie podejście do problemu nie sprzyjało uporządkowaniu organizacji opieki nad ludźmi starszymi.

W ostatnich dwudziestu latach opieka długoterminowa organizowana jest częściowo przez gminy i powiaty, w ramach zadań poszczególnych samorządów, a także przez jednostki ochrony zdrowia, w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. Podmioty udzielające opiekę długoterminową, w tym również opiekę nad osobami starszymi, są wobec rosnących potrzeb nieustannie niedofinansowane i narażone na ciągłe wahania poziomu finansowania.

Powyższe argumenty i zaobserwowane problemy skłaniają do podjęcia próby stworzenia kompleksowego finansowania usług przeznaczonych na wsparcie osób starszych. Doświadczenia innych państw, wskazują iż istnieje możliwość stworzenia optymalnego systemu finansowania tego typu usług, które mogą mieć potencjał i możliwości dalszego rozwoju.

2. Cele i hipoteza badawcza

W obliczu zachodzących procesów demograficznych, społecznych oraz gospodarczych zasadne są podstawowe pytania w zakresie, m.in. jakie rozwiązania dla opieki długoterminowej byłoby najlepsze? Jakie zastosować źródło systemu jej finansowania? Jaka powinna być organizacja i funkcjonowanie systemu? Te i podobne pytania są wciąż przedmiotem debat społecznych i politycznych. Wypracowanie nawet częściowej odpowiedzi na nie, poprzez analizę innych rozwiązań finansowania opieki długoterminowej, jest głównym celem rozprawy doktorskiej. Opracowanie koncepcji kompleksowego finansowania opieki długoterminowej dla osób starszych w Polsce, obejmującej stronę organizacyjną, finansową, funkcjonalną oraz informacyjną, osadzoną w realiach kraju, określono jako cel główny.

Prawidłowa realizacja i osiągnięcie tak założonego celu, możliwe jest dzięki szczegółowemu poznaniu, w ujęciu teoretycznym i praktycznym, zagadnień, których koncepcja dotyczy, czemu zostały podporządkowane cele szczegółowe:

- 1) przeprowadzenie analizy tendencji demograficznych w aspekcie zapotrzebowania na opiekę długoterminową nad osobami starszymi,

- 2) przegląd rozwiązań systemów finansowania opieki długoterminowej stosowanych w wybranych państwach oraz w Polsce,
- 3) przeprowadzenie analizy finansowania świadczeń opieki długoterminowej w województwie zachodniopomorskim.

Przy tak określonych celach rozprawy sformułowano hipotezy badawcze. Hipoteza główna zakłada, że zmiany demograficzne w Polsce implikują wzrost zapotrzebowania na świadczenia opieki długoterminowej dla osób starszych. Dlatego też obecny system opieki długoterminowej w Polsce wymaga zmian w zakresie organizacji i finansowania.

Na przyjętą hipotezę główną złożyły się hipotezy cząstkowe:

- 1) zmiany demograficzne i starzenie się społeczeństwa wymaga większych nakładów finansowych na opiekę długoterminową osób starszych,
- 2) obecne instrumenty finansowania opieki długoterminowej w Polsce nie zabezpieczają w pełni potrzeb wydatkowych starszych osób wymagających wsparcia,
- 3) obecny sposób finansowania opieki długoterminowej dla osób starszych w Polsce wymaga wdrożenia kompleksowych zasad ich finansowania.

3. Metodyka badawcza

Zastosowane w pracy podejście badawcze podyktowane było przyjętymi w niej celami oraz hipotezami badawczymi. Wykorzystane zostały w niej następujące techniki i metody badawcze: analiza literatury przedmiotu, elementy metod dedukcji i indukcji, analiza porównawcza, elementy statystyki opisowej (średnia arytmetyczna, mediana, dominanta). W szczególności w części empirycznej pracy zastosowano analizę studium przypadku oraz analizą danych finansowych uzyskanych z Regionalnej Izby Obrachunkowej (analiza budżetów jednostek samorządów terytorialnych), Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej, Narodowego Funduszu Zdrowia, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.

W związku z tym, że rozprawa ma charakter koncepcyjno – projektowy, w celu weryfikacji hipotez główne działania badawcze skupiały się na studiach literaturowych, etapie badań empirycznych oraz etapie koncepcyjno – projektowym.

4. Układ i treść dysertacji

Założone cele i przyjęte twierdzenia zdeterminowały układ pracy, który obejmuje wstęp, pięć rozdziałów, zakończenie, bibliografię, spis tabel, wykresów i rysunków oraz załączniki.

W **pierwszym rozdziale** została przedstawiona istota opieki długoterminowej i podstawowe jej formy, a także uwarunkowania wpływające na zwiększone zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze dla osób starszych. Przedstawiono także płaszczyzny funkcjonowania opieki długoterminowej w obrębie prowadzonych polityk państwa wobec ludzi starszych oraz procesu starzenia się społeczeństwa. Dokonano także zestawienia podstawowych modeli finansowania opieki długoterminowej.

W **drugim rozdziale** dokonano przeglądu systemowych rozwiązań finansowania opieki długoterminowej obowiązujących w Niemczech, Wielkiej Brytanii, Stanach Zjednoczonych i Szwecji. Każdy z systemów prezentuje inne rozwiązania przyjęte na potrzeby prowadzonej polityki wobec osób starszych.

W **trzecim rozdziale** przedstawiono analizę polskiego systemu opieki długoterminowej, ze szczególnym uwzględnieniem kwestii jej finansowania. W ramach trzech systemów społecznych zdefiniowano źródła finansowania poszczególnych form opieki długoterminowej, a także określono zakres odpowiedzialności podmiotów za ich finansowanie.

Czwarty rozdział opracowany został na podstawie przeprowadzonych, szczegółowych analiz finansowania poszczególnych świadczeń w ramach systemu pomocy społecznej, ochrony zdrowia i ubezpieczeń społecznych w województwie zachodniopomorskim. Dokonano syntetycznego ujęcia wydatków ogółem oraz jednostkowych, na określone świadczenia opieki długoterminowej, uwzględniając dane finansowe poszczególnych budżetów jednostek samorządu terytorialnego, głównie na szczeblu powiatowym i gminnym, a także kontraktowanie świadczeń z regionalnego NFZ. Świadczenia pieniężne w systemie ubezpieczeń społecznych również zostały zweryfikowane w regionalnych instytucjach. Dokonano oceny wydatków jednostkowych na świadczenia stacjonarne, jako tych wymagających największych nakładów finansowych, w kontekście dochodu rozporządzalnego osoby starszej. Podjęto również próbę oszacowania prognozowanych kosztów w kolejnych pięciu latach, w województwie zachodniopomorskim. Oprócz tego zbadano na przykładzie Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego w Barlinku wysokość rzeczywistych opłat ponoszonych przez świadczeniobiorców oraz zweryfikowano

aktualne koszty opieki we wszystkich prywatnych domach opiekuńczych na terenie województwa.

Wnioski z poszczególnych etapów prowadzonych analiz pozwoliły na opracowanie w **piątym rozdziale** wielowariantowej koncepcji systemu finansowania świadczeń opieki długoterminowej dla osób starszych. Przedstawiona koncepcja określa przede wszystkim możliwe do zastosowania w systemie rozwiązania organizacyjne i finansowe. Uzupełnienie koncepcji stanowią również rozwiązania funkcjonowania systemu i przepływu informacji, z uwzględnieniem perspektywy procesu dostarczania świadczeń oraz perspektywy świadczeniobiorcy.

Zakończenie rozprawy prezentuje wnioski z przeprowadzonych w wielu aspektach badań, które stanowią podstawę do stworzenia koncepcji kompleksowego finansowania opieki długoterminowej dla osób starszych w Polsce.

5. Wybrane wyniki badań

Realizacja celu głównego postanowionego w dysertacji wymagała szerokiej analizy literatury, zarówno polskiej jak i zagranicznej. W ramach podjętych prac w warstwie teoretycznej usystematyzowano terminologię z zakresu opieki długoterminowej, uwzględniając przede wszystkim różne podejście definicyjne oraz jej istotę i kategorie.

Autorka przedstawiła problem wzrostu zapotrzebowania na usługi opiekuńcze, ze szczególnym ukierunkowaniem dla osób będących w późnym wieku emerytalnym, analizując przesłanki demograficzne, społeczne i zdrowotne. W tym celu dokonano analizy danych demograficznych w kontekście procesu starzenia się polskiego społeczeństwa, która wykazała zwiększający się udział osób starszych, przy malejącym współczynniku dzietności. Zmiana struktury społeczeństwa podyktowana jest również znaczną poprawą stanu zdrowia w wyniku postępu medycyny, nauki i technologii, co w konsekwencji wydłuża ludzkie życie (od początku lat 90-tych XX wieku życie mężczyzn wydłużyło się o 7,7 lat, natomiast kobiet o 6,7 lat), a także w wyniku emigracji ludzi młodych. Zwiększa się liczba osób starszych przypadająca na osoby w wieku produkcyjnym (w 1980 r. na 100 osób w wieku produkcyjnym przypadło 19,9 osób w wieku poprodukcyjnym, natomiast w 2016 r. przypadło aż 32,7 osób). Zmianom uległa także struktura gospodarstw domowych, a także ich wielkość, gdzie przeważają te jednoosobowe i dwuosobowe. Rodziny wielodzietne i wielopokoleniowe są mniej powszechne. Zmniejsza się również współczynnik potencjału pielęgnacyjnego, co konsekwencji przyczynia się do zwiększonego popytu na usługi opieki długoterminowej.

Przegląd literatury zagranicznej pozwolił Autorce określić, przedstawić i sklasyfikować stosowane systemy finansowania opieki długoterminowej w wybranych krajach europejskich i USA. Państwa te zidentyfikowały problem opieki dla starzejącego się społeczeństwa wiele lat wcześniej, przez co starały się go rozwiązać, tworząc i rozwijając własne systemy opieki długoterminowej. Wśród tych rozwiązań wymienić można finansowanie za pomocą specjalnego, publicznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego (Niemcy), model zaopatrzeniowy finansowany w oparciu o podatki (Wielka Brytania, Szwecja) oraz rynkowy model polegający na funkcjonowaniu prywatnych zabezpieczeń nabywanych indywidualnie (USA). Najwięcej łącznych wydatków na opiekę długoterminową w relacji do PKB przeznaczała zdecydowanie Szwecja, tj. 3,5 % PKB w 2014 r. Pozostałe państwa finansowały łącznie opiekę długoterminową na dużo niższym poziomie.

W Polsce, tak jak i w innych państwach, zadanie zapewnienia opieki długoterminowej dla osób starszych spoczywa przede wszystkim na rodzinie, natomiast dopiero w określonych przypadkach obowiązek ten przejmują specjalne instytucje, funkcjonujące w ramach różnych systemów¹. Zadanie zapewnienia specjalistycznych świadczeń i usług pielęgnacyjno-opiekuńczych jest podzielone pomiędzy trzy systemy społeczne: system opieki zdrowotnej, system ubezpieczeń społecznych, system pomocy społecznej.

Każdy z systemów zapewnia różne możliwości wsparcia, które różnią się formą usług, zakresem, ale także dostępem do nich, co poglądowo prezentuje tabela 1.

Tabela 1. Rodzaje świadczeń opieki długoterminowej w Polsce w podziale na poszczególne zadania systemów społecznych

Rodzaj systemu	System ubezpieczeń społecznych	System pomocy społecznej		System opieki zdrowotnej
Świadczenie	dodatek pielęgnacyjny	a) zasiłek pielęgnacyjny b) specjalny zasiłek dla opiekuna	usługi opiekuńcze	usługi opiekuńcze i pielęgnacyjne
Kwota / miejsce	209,59 zł / m-c *)	a) 153 zł / m-c b) 520 zł / m-c	DPS, DDPS opiekunki domowe	ZOL / ZPO
Forma pomocy	świadczenia pieniężne		świadczenia rzeczowe	

*) od 01.03.2017 r., a do 01.03.2017 r. 208,67 zł/m-c.

Źródło: Opracowanie własne, na podstawie: B. Więckowska, *Description of Long-term Care: Provision and Financing*, W: *World Bank Report Long-Term Care and Ageing, Case Studies - Bulgaria, Croatia, Latvia and Poland.*, 2010, str. 74; GUS, *Emerytury i renty w 2016 r.*, Warszawa 2017 r.

¹ Cyt. za P. Błędowski, M. Maciejasz, *Rozwój opieki...*, op. cit.; Z. Szweđa-Lewandowska, *Formy pomocy osobom starszym w wybranych krajach Unii Europejskiej*, W: J. Kleer (red.) *Konsekwencje ekonomiczne i społeczne starzenia się społeczeństwa*, PAN, Warszawa 2008, s. 174.

Analiza systemu funkcjonowania i finansowania potrzeb opiekuńczych dla osób starszych w Polsce potwierdza gwałtowny ich wzrost przy jednoczesnym rozproszeniu organizacyjnym, zarówno instytucjonalnym oraz samych źródeł finansowania. Wydatki na świadczenia opieki długoterminowej ponoszone są w ramach systemu ochrony zdrowia, pomocy społecznej oraz ubezpieczeń społecznych, a ich poziom jest znaczący. W 2015 r. w Polsce koszty świadczeń opieki długoterminowej kontraktowanych przez NFZ wyniosły 1,18 mld zł, a w systemie pomocy społecznej 3,88 mld zł uwzględniając tylko formy: świadczenie stacjonarne w DPS-ach, usługi opiekuńcze oraz zasiłki pielęgnacyjne (4,25 mld zł wraz z zasiłkami dla opiekunów). Natomiast wysokość wypłat dodatku pielęgnacyjnego, wypłacanego przez ZUS, przy przyjętych założeniach, można oszacować nawet na 5,15 mld zł. Uwzględniając powyższe kalkulacje, łączne publiczne wydatki na opiekę długoterminową mogły wynieść co najmniej 10,21 mld zł w 2015 r. Należy mieć na uwadze zróżnicowany charakter poszczególnych świadczeń oraz różnie zdefiniowane kryteria dostępu do nich. Oznaczać to może, że np. świadczenia trafiają do osób spełniających wymogi wiekowe, ale nie wykazują jeszcze zwiększonego zapotrzebowania na świadczenia z tytułu opieki. Jest to jeden z problemów w finansowaniu opieki długoterminowej w Polsce.

Dobłą stroną systemu jest przede wszystkim dostarczanie pomocy i realizacja zadań w tym zakresie, jednak nie zawsze trafiają do właściwych, najbardziej potrzebujących osób. Niestety również w takiej konstrukcji systemu istnieje szereg przeszkód, zarówno dla świadczeniobiorców, jak również dla świadczeniodawców. Są to m.in.:

- brak systemowych regulacji i zobowiązań prawnych dla państwa, samorządów, innych instytucji publicznych, a także samych ubezpieczonych i ich rodziny do zabezpieczenia potrzeb opiekuńczych, przyszłego beneficjenta;
- brak uregulowań dotyczących ewentualnych kar, sankcji dla osób nie stosujących się do przypisanego obowiązku opieki nad bliską osobą w pierwszej kolejności;
- mnogość możliwych źródeł finansowania opieki długoterminowej i innych świadczeń o podobnym charakterze, nie tylko dla osób starszych;
- wielość zadań i brak usystematyzowanych źródeł finansowania, powoduje uciekanie decydentów od odpowiedzialności i obowiązków ich finansowania;
- wielość podmiotów i źródeł finansowych, wprowadza chaos i zamieszanie pośród bezliku informacji dotyczących różnych zasad otrzymania i zapewnienia świadczeń o podobnym charakterze;

- świadczenia często mogą się nakładać się w stosunku do tych samych osób, pomijając innych potrzebujących;
- problem w precyzyjnym określeniu odbiorców usług;
- brak koordynacji przepływu informacji dotyczących udzielanych świadczeń, a także przepływu środków pieniężnych do świadczeniodawców oraz do ich beneficjentów.

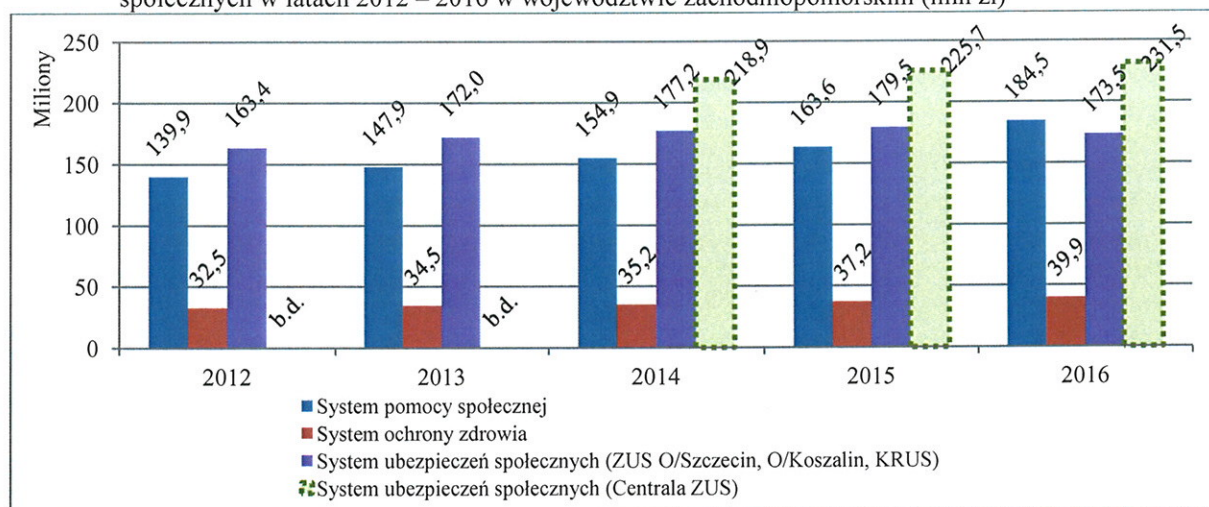
Zasadniczy problem finansowania i udzielania świadczeń opieki długoterminowej w Polsce wynika z braku uregulowań prawnych i ujednoczenia strony organizacyjnej oraz instytucjonalnej, czy finansowej, a także braku koordynacji szeroko pojętych działań w tym zakresie. Dlatego też finansowanie opieki długoterminowej wymaga zmian systemowych i wprowadzenia celowych rozwiązań, które mogłyby zagwarantować pewne i dedykowane źródło finansowania konkretnie zdefiniowanych świadczeń. Rozwiązania przyjęte w innych państwach mogą stanowić punkt odniesienia. Dodatkowo zasadne zdaje się uporządkowanie i ujednoczenie systemu usług opiekuńczych dla osób w wieku senioralnym.

Efektom przedstawionych problemów w funkcjonującym systemie opieki długoterminowej jest zwiększone zapotrzebowanie na świadczenia, które tym samym zmniejsza dostęp do stosownej opieki. Jest to również konsekwencja przemian demograficznych, wpływająca na zwiększanie nakładów finansowych na zapewnienie opieki osobom niesamodzielnym, szczególnie starszym. Dotyczy to zarówno finansowania ze środków publicznych, jak również prywatnych zasobów finansowych świadczeniobiorców.

Dostrzegając problem w finansowaniu opieki długoterminowej w Polsce wykonano badania wydatków w latach 2012 – 2016, celem ich zweryfikowania. Badaniom zostały poddane wydatki na świadczenia opieki długoterminowej poniesione w ramach trzech systemów w województwie zachodniopomorskim, by pokazać ich wysokość w relacji do możliwości finansowych grup wiekowych najbardziej narażonych na problemy z niesamodzielnnością. Jednym z celów analizy było zweryfikowanie występujących deficytów w dostatecznym finansowaniu świadczeń opiekuńczych przez osoby w wieku emerytalnym.

Pośród trzech systemów społecznych, które w największym stopniu oddziałują na realną pomoc dla starszych osób niesamodzielnym, bardzo istotny jest podział i poziom ich finansowania ze środków publicznych. Wykres 1 w sposób syntetyczny przedstawia wysokość finansowania świadczeń opieki długoterminowej w województwie zachodniopomorskim w podziale na trzy systemy społeczne.

Wykres 1. Finansowanie świadczeń o charakterze opieki długoterminowej w ramach trzech systemów społecznych w latach 2012 – 2016 w województwie zachodniopomorskim (mln zł)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z: *Regionalnej Izby Obrachunkowej w Szczecinie, Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Szczecinie, Narodowego Funduszu Zdrowia, ZUS O/Szczecin, O/Koszalin, KRUS* za lata 2012-2016; *ZUS, Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych*, Warszawa 2015, 2016.

Pod względem wysokości wydatków dominują świadczenia w ramach systemu ubezpieczeń społecznych oraz pomocy społecznej, przy stosunkowo niewielkich wydatkach w systemie ochrony zdrowia. Porównując wielkości wydatków między systemami należy mieć na uwadze także charakter świadczeń, zasady ich udzielania, a także zakres ich opieki. Uwzględniono dwie pozycje wydatków systemu ubezpieczeń społecznych na podstawie danych pozyskanych z dwóch różnych źródeł².

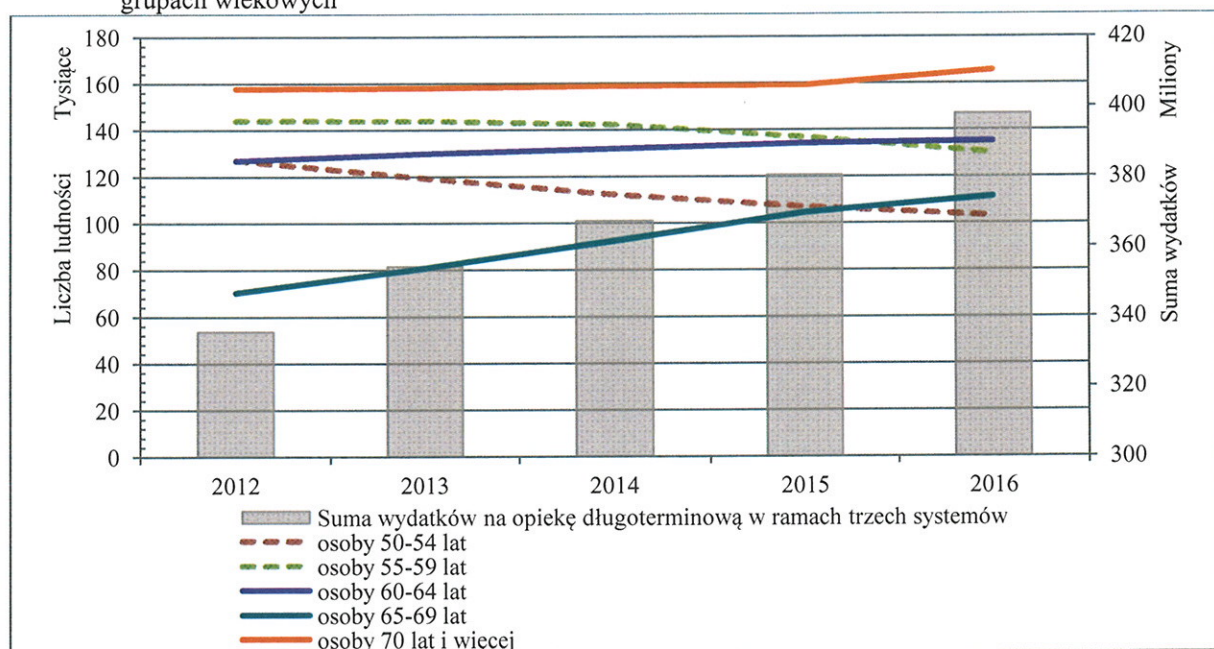
Z uwagi na niebezpośrednie oddziaływanie świadczeń pieniężnych w ramach systemu ubezpieczeń społecznych, większa uwaga powinna zostać skierowana na świadczenia w ramach pozostałych systemów, które mają charakter bardziej rzeczowy, kierowany do osób wymagających wsparcia. System pomocy społecznej, oferujący zarówno opiekę w DPS-ie jak i usługi opiekuńcze, finansuje świadczenia w większym stopniu niż system ochrony zdrowia. W ramach obu systemów wysokość finansowania świadczeń w badanych latach systematycznie wzrastała. W analizowanym okresie lat 2012 – 2016, w województwie zachodniopomorskim, wydatki na świadczenia pomocy społecznej wzrosły o prawie

² Różnice w wysokości finansowania świadczeń w ramach systemu ubezpieczeń społecznych między dwoma źródłami wynikają ze zmian systemu komputerowego wykorzystywanego do ewidencji poszczególnych świadczeń w ramach ZUS. Występują również różnice związane z powodem wypłacania dodatków pielęgnacyjnych. W pozyskanych danych z Centrali ZUS uwzględnione są wypłaty dodatku w wyniku spełnienia kryterium wieku, bez podziału z jakiego tytułu one przysługują. Natomiast udostępnione dane z trzech instytucji (ZUS O/Szczecin i O/Koszalin oraz KRUS) zostały określone jako te, wypłacane tylko z tytułu świadczeń emerytalnych, bez uwzględniania innych powodów, jak zostało to uwzględnione według danych Centrali ZUS.

1/3 swojej wysokości z 2012 r., natomiast kontraktowanie pomocy w ramach ochrony zdrowia wzrosło prawie o 1/4, a w systemie ubezpieczeń społecznych o 5,8%³.

Systematyczny wzrost wydatków na opiekę długoterminową jest współzależny ze wzrostem liczby ludności w wieku 60 lat i więcej, w szczególności dynamiczny wzrost występuje w grupie 65 – 69 lat, co graficznie prezentuje wykres 2. Również regularnie przybywało, w kolejnych latach analizy, ludności w grupie wiekowej 60 – 64 lat⁴. Te dwie grupy będą w ciągu kilku następnych lat wkraczać w kolejne, tym samym, zwiększając zapotrzebowanie na opiekę, co może potwierdzać większe prognozowane wydatki.

Wykres 2. Wydatki na opiekę długoterminową w ramach trzech systemów społecznych w latach 2012 – 2016 w województwie zachodniopomorskim w kontekście zmiany liczby ludności w wybranych grupach wiekowych



Uwaga: Przerywaną linią została zaznaczona liczba ludności w wieku 50-54 lat i 55-59 lat, jako te grupy wiekowe, których ludność ulega zmniejszeniu, tym samym w mniejszym stopniu wpływa na wysokość wydatków

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań oraz danych z GUS, *Banku Danych Lokalnych*, <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/start> (18.04.2018).

Na podstawie kształtowania się wydatków na opiekę długoterminową w latach 2012 – 2016 w województwie zachodniopomorskim została wyliczona ich prognozowana wysokość

³ W systemie ubezpieczeń społecznych, z względu na ograniczone dane, wzrost wydatków dotyczył od 2014 r.

⁴ Obliczenia własne na podstawie danych z: *Regionalnej Izby Obrachunkowej w Szczecinie, Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Szczecinie, Narodowego Funduszu Zdrowia, ZUS O/Szczecin, O/Koszalin, KRUS* za lata 2012-2016 oraz danych z GUS, *Banku Danych Lokalnych*, <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/start> (18.04.2018).

w kolejnych pięciu latach⁵. Przewidywane jest zwiększenie wydatków pośród świadczeń bardziej o charakterze rzeczowym, udzielanym zarówno stacjonarnie, jak i półstacjonarnie. Te udzielane w DPS-ach szacuje się, że wzrosną o ok. 6,5%, a w ZPO/ZOL-ach niewiele mniej, tj. 5,3%. Natomiast w przypadku świadczeń półstacjonarnych, przewiduje się większy wzrost tych w systemie pomocy społecznej, niż systemie ochrony zdrowia. Tendencja malejąca powinna wystąpić w przypadku dwóch wybranych świadczeń (oba o charakterze pieniężnym): zasiłku pielęgnacyjnego i dodatku pielęgnacyjnego wypłacanego przez KRUS⁶.

Tabela 2. Koszt jednostkowy świadczenia opieki długoterminowej w województwie zachodniopomorskim w latach 2012 – 2016

Zadania / rodzaje świadczeń	Jednostka	Wydatki na 1 świadczenie				
		2012	2013	2014	2015	2016
SYSTEM POMOCY SPOŁECZNEJ						
Domy pomocy społecznej	1 miesiąc pobytu*	2 689,49	2 774,49	2 815,73	2 873,58	3 067,34
Usługi pielęgnacyjne i specjalistyczne usługi opiekuńcze	1 wizyta	16,44	16,59	16,86	17,25	18,70
Zasiłek pielęgnacyjny	1 miesięczna wypłata świadczenia		153	153	153	153
SYSTEM OCHRONY ZDROWIA						
Świadczenia w ZOL/ZPO	1 osobodzień	75,38	75,24	75,28	76,42	78,54
	1 miesiąc pobytu**	2 261,26	2 257,24	2 258,41	2 292,68	2 356,31
Pielęgniarska opieka długoterminowa	1 wizyta	31,13	32,16	28,27	28,51	30,92
SYSTEM UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH						
Dodatek pielęgnacyjny - os 75 lat i więcej (całe województwo)	1 miesięczna wypłata świadczenia			206,76	208,17	208,67

Uwaga: *) stawka za miesięczną opiekę stacjonarną w DPS-ach w województwie zachodniopomorskim, wyliczona na podstawie średniej ważonej, gdzie wagą była liczba miejsc przypisana do ustalonej ceny za świadczenie w danym DPS-ie. W wyliczeniu uwzględniono DPS-y przeznaczone dla osób w podeszłym wieku i przewlekle, somatycznie chorych i coroczne zarządzenia starostów w sprawie ustalenia miesięcznego kosztu utrzymania mieszkańca w domach pomocy społecznej. **) przyjęto 30 dni dla 1 miesiąca.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z: *Regionalnej Izby Obrachunkowej w Szczecinie, Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Szczecinie, Narodowego Funduszu Zdrowia* za lata 2012-2016; ZUS, *Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych*, Warszawa 2015, 2016.

W celu weryfikacji hipotez w dysertacji, przeprowadzono analizę wydatków jednostkowych z zakresu opieki długoterminowej w kontekście możliwości finansowych potencjalnych świadczeniobiorców. Wyliczone zostały poszczególne świadczenia w ujęciu na

⁵ Kalkulacja została wykonana na bazie wyliczenia wskaźnika średniego tempa zmian wydatków w analizowanych latach.

⁶ Uwzględniając przyjęte założenia i uwagi dotyczące pozyskanych danych przez ZUS i KRUS, wynikające ze zmiany systemu informatycznego i gromadzenia danych, mogą one mniej precyzyjnie przedstawiać wypłatę dodatków pielęgnacyjnych. Przez co spadek wypłat tego świadczenia wynika raczej z przyczyn technicznych, niż rzeczywistego zmniejszenia zapotrzebowania na wspomniany dodatek pielęgnacyjny.

jednego mieszkańca województwa zachodniopomorskiego, jednego świadczeniobiorcę oraz na jedno świadczenie. Koszt jednostkowy pojedynczego świadczenia opieki długoterminowej, najlepiej odnosi się do sytuacji finansowej świadczeniobiorcy, syntetycznie ujmując problem, ponieważ bezpośrednio informuje jaki jest koszt jednej usługi, co przedstawia tabela 2.

Największym kosztem jednostkowym charakteryzują się świadczenia typowo stacjonarne, z uwagi na ich realizację całodobową. W województwie zachodniopomorskim przeciętny, miesięczny koszt pobytu w DPS-ie dla osób w podeszłym wieku i przewlekle, somatycznie chorych⁷ wahał się w granicach od 2 689 zł w 2012 r. do 3 067 zł w 2016 r. Natomiast w badanych latach miesiąc pobytu 1 osoby w ZPO/ZOL, kontraktowany przez NFZ, można oszacować na poziomie od 2 261 zł w 2012 r. do 2 356 zł w 2016 r.⁸

Pozostałe świadczenia stanowią istotne uzupełnienie systemu opieki długoterminowej, jednak ich jednostkowy koszt jest niewielki. Porównywanie kosztów pojedynczych wizyt, których wysokość była w przedziale 16 – 32 zł w badanym okresie, do sytuacji materialnej osób jako istotny czynnik, nie będzie miarodajne. W przypadku gdy wizyty są okazjonalne, pojedyncze to ich zbyt niski koszt jednostkowy ma niewielki udział w dochodach osób starszych. Nie gwarantują one tym samym opieki całodobowej. Podobne założenia należy przyjąć odnośnie świadczeń pieniężnych. W związku z tymi rozważaniami, analiza została skierowana ku świadczeniom stacjonarnym, które pochłaniają zdecydowanie większe koszty, ale gwarantują stałą opiekę i kompleksową każdego dnia

Sytuacja finansowa potencjalnego beneficjenta, w kontekście kosztów jednostkowych świadczeń opieki długoterminowej została określona na podstawie przeciętnego miesięcznego dochodu rozporządzalnego na 1 osobę, w tym przypadku emerytów i rencistów, jako grupa docelowa analizowanych świadczeń. Osoby, które pobierają świadczenia emerytalno – rentowe, charakteryzują się większym prawdopodobieństwem wystąpienia ryzyka niesamodzielności i konieczności skorzystania z usług opieki długoterminowej.

Średni koszt miesięcznego pobytu w DPS-ie dla 1 osoby w badanym okresie wyniósł około 2 844 zł, i jest większy w przypadku emerytów, niż dla rencistów⁹. Szczegółowe

⁷ Z analizy przeciętnego, miesięcznego kosztu pobytu w DPS-ach wyłączono placówki przeznaczone dla dzieci i młodzieży oraz dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

⁸ Jest to oczywiście część finansowana przez NFZ, więc kwota ta powinna jeszcze uwzględniać opłaty świadczeniobiorcy za tzw. koszty hotelowe, które uzależnione są od osiągniętych dochodów, przez co nie jest możliwe ujęcie ich w wyliczeniach jednostkowych.

⁹ Opracowanie własne na podstawie danych z: Zarządzenia poszczególnych Starostów Powiatów w województwie zachodniopomorskim w sprawie ustalenia średniego miesięcznego kosztu utrzymania mieszkańca w Domu/Domach Pomocy Społecznej w latach 2012 – 2016, *Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2012-2016*; GUS, Departament Badań Społecznych i Warunków Życia, *Sytuacja gospodarstw domowych w 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 roku w świetle wyników badania budżetów gospodarstw domowych*, Warszawa 2012 - 2016.

wyniki miesięcznych kosztów świadczeń opieki długoterminowej o charakterze stacjonarnym prezentuje tabela 3. Po uwzględnieniu przeciętnego wkładu własnego świadczeniobiorcy ZPO/ZOL, koszty jednostkowe na udzielanie tej formy opieki są wyższe od świadczeń w DPS-ach. Przeciętny emeryt dopłacał do pobytu w ZPO/ZOL średnio 1 024 zł miesięcznie, natomiast rencista 749 zł¹⁰. Te dysproporcje warunkują finansowanie świadczeń, które w dużej części uzależnione są od sytuacji materialnej beneficjentów.

Tabela 3. Miesięczny koszt świadczeń opieki długoterminowej o charakterze stacjonarnym w województwie zachodniopomorskim w latach 2012 – 2016

Miesięczny koszt świadczenia opieki długoterminowej o charakterze stacjonarnym							
		2012	2013	2014	2015	2016	Średnia
1. Domy pomocy społecznej		2 689,49	2 774,49	2 815,73	2 873,58	3 067,34	2 844,13
2. Świadczenie w ZPO /ZOL (suma 2a i 2b)	emerytów i rencistów razem	3 162,90	3 187,29	3 226,03	3 299,31	3 405,46	3 256,20
	emerytów	3 214,21	3 247,90	3 279,09	3 349,33	3 454,58	3 309,02
	rencistów	2 956,75	2 962,00	3 009,12	3 072,53	3 171,45	3 034,37
2a) świadczenia w ZOL/ZPO (finansuje NFZ)		2 261,26	2 257,24	2 258,41	2 292,68	2 356,31	2 285,18
2b) koszty hotelowe (wkład własny) – 70% miesięcznych dochodów	emerytów i rencistów razem	901,64	930,06	967,62	1 006,63	1 049,15	971,02
	emerytów	952,95	990,66	1 020,68	1 056,65	1 098,27	1 023,84
	rencistów	695,49	704,76	750,71	779,85	815,14	749,19

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z: Zarządzenia poszczególnych Starostów Powiatów w województwie zachodniopomorskim w sprawie ustalenia średniego miesięcznego kosztu utrzymania mieszkańca w Domu/Domach Pomocy Społecznej w latach 2012 – 2016, *Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2012-2016*; GUS, Departament Badań Społecznych i Warunków Życia, *Sytuacja gospodarstw domowych w 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 roku w świetle wyników badania budżetów gospodarstw domowych*, Warszawa 2012 - 2016.

W analizowanym okresie świadczenia stacjonarne w ZPO/ZOL były średnio finansowane w 70,2% przez NFZ dla przeciętnych emerytów i rencistów, a wkład własny stanowił 29,8%. Natomiast w przypadku opieki w DPS-ach całkowity koszt ponosi w pierwszej kolejności podopieczny bądź jego rodzina, i jest on na tyle wysoki, że przeciętne miesięczne dochody rozporządzalne na 1 osobę są niewystarczalne, co dobitniej przedstawia tabela 4.

Zestawiając łączne wydatki na pojedyncze, stacjonarne świadczenie opieki długoterminowej z przeciętnym miesięcznym dochodem rozporządzalnym emerytów i rencistów, widoczny jest wyraźny deficyt w ich finansowaniu, szczególnie z własnych źródeł. Koszty miesięcznych pobytów w placówkach opieki długoterminowej znacznie przewyższają wysokość przeciętnych dochodów emerytów i rencistów. Dostrzegalny jest

¹⁰ Ibidem.

problem z samofinansowaniem świadczeń w systemie pomocy społecznej, natomiast w przypadku świadczeń ZPO/ZOL dodatni wynik jest tylko i wyłącznie efektem ograniczeń w poborze części dochodów świadczeniobiorców.

Tabela 4. Różnica pomiędzy jednostkowymi kosztami świadczeń a miesięcznymi dochodami rozporządzalnymi w latach 2012 – 2016 w województwie zachodniopomorskim

Świadczenia stacjonarne - finansowanie części, którą opłaca świadczeniobiorca	Relacja do przeciętnych miesięcznych dochodów	2012	2013	2014	2015	2016	Średnia
1. Domy pomocy społecznej	emerytów i rencistów razem	-1 401,44	-1 445,84	-1 433,41	-1 435,54	-1 568,56	-1 456,96
	emerytów	-1 328,13	-1 359,26	-1 357,61	-1 364,08	-1 498,38	-1 381,49
	rencistów	-1 695,93	-1 767,69	-1 743,29	-1 759,51	-1 902,86	-1 773,86
2. Świadczenia w ZOL/ZPO	emerytów i rencistów razem	386,42	398,60	414,70	431,41	449,63	416,15
	emerytów	408,41	424,57	437,44	452,85	470,69	438,79
	rencistów	298,07	302,04	321,73	334,22	349,34	321,08

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych z tabeli 4.12 i 4.13.

W analizowany okresie koszty pobytu w DPS-ie stanowiły średnio dla grupy emerytów i rencistów 205% ich miesięcznych dochodów rozporządzalnych. Całkowite wydatki na świadczenia ZPO/ZOL pochłaniały jeszcze więcej dochodów w porównaniu do tych w DPS-ach. Łącznie stanowiły one 235% dochodów emerytów i rencistów razem, jednak w większości finansowane są przy wsparciu NFZ (koszty te stanowią ok. 165% dochodów emerytów i rencistów).

Koszt pobytu w DPS, jako świadczenie w ramach systemu pomocy społecznej, jest znany i corocznie ustalany przez starostę powiatowego, co zostało zweryfikowane przez Autorkę, na przykładzie województwa zachodniopomorskiego. Natomiast w przypadku świadczeń w zakresie systemu ochrony zdrowia w ZPO/ZOL, ich wysokość jest zmienna i mocno uzależniona od dochodów osób potrzebujących pomocy, co utrudnia ustalenie średnich dopłat pacjentów¹¹.

W związku z zaobserwowanymi problemami określenia przeciętnych dopłat świadczeniobiorców podjęto próbę ich zweryfikowania na przykładzie wybranego świadczeniodawcy. W ramach prowadzonych badań uzyskane zostały dane z Zakładu

¹¹ Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, art. 18; Pacjent uiszcza opłatę za pobyt, która opłata jest ustalana jako 250% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej

Pielęgnacyjno – Opiekuńczego w Szpitalu Barlinek Sp. z o.o. za 2015 r.¹² Są to informacje dotyczące faktur sprzedaży za miesięczny pobyt pacjentów w tej placówce, jakie zostały wystawione na podstawie rzeczywiście udzielonych świadczeń¹³.

W analizowanym ZPO w Barlinku istniały duże dysproporcje w wysokości opłat za pobyt, a także w długości pobytu, liczonego pełnymi miesiącami. Pośród przeanalizowanych miesięcznych pobytów dziewięćdziesięciu osób w ZPO w Barlinku średni jego koszt wahał się od kwoty najniższej, tj. 365,80 zł do najwyższej w wysokości 2 201,12 zł¹⁴. Jest to duża rozpiętość wpłat, gdzie maksymalna opłata za miesięczny pobyt to 6-cio krotność najniższej. Przeciętnie świadczeniobiorcy dopłacali 887,18 zł w 2015 r. Mediana wpłat, na podstawie faktur sprzedaży dla dziewięćdziesięciu osób, wyniosła trochę poniżej średniej, tj. 825,76 zł. Pobyt dla 53 osób był poniżej średniej miesięcznych wpłat, natomiast 37 osób płaciło powyżej tej średniej. Świadczy to o zróżnicowanej strukturze przebywających osób względem dokonywanych wpłat. Struktura pacjentów i ich sytuacja materialna w dużej mierze determinuje sytuację finansową danego ZPO/ZOL, tym samym wpływając na podmioty w systemie ochrony zdrowia.

W większości od świadczeniobiorców pobierane jest 70 % swoich dochodów, a tylko dla tych najbogatszych dopłata jest ograniczona ustaloną maksymalną stawką. Tak więc, wysokość dopłaty, co do zasady, nie powinna przekraczać możliwości finansowych świadczeniobiorców. W związku z tym, finansowanie świadczeń stacjonarnych w ZPO/ZOL charakteryzuje się większą dostępnością, pod względem finansowym, niż świadczenia w DPS-ach.

Alternatywą dla publicznych świadczeniodawców opieki długoterminowej są prywatne domy opieki prowadzące swe usługi na zasadach komercyjnych. Taka perspektywa dopełni problematykę finansowania świadczeń stacjonarnych w zakresie opieki długoterminowej, jako dodatkowe, możliwe rozwiązanie, oczywiście wciąż w kontekście możliwości finansowych osób starszych.

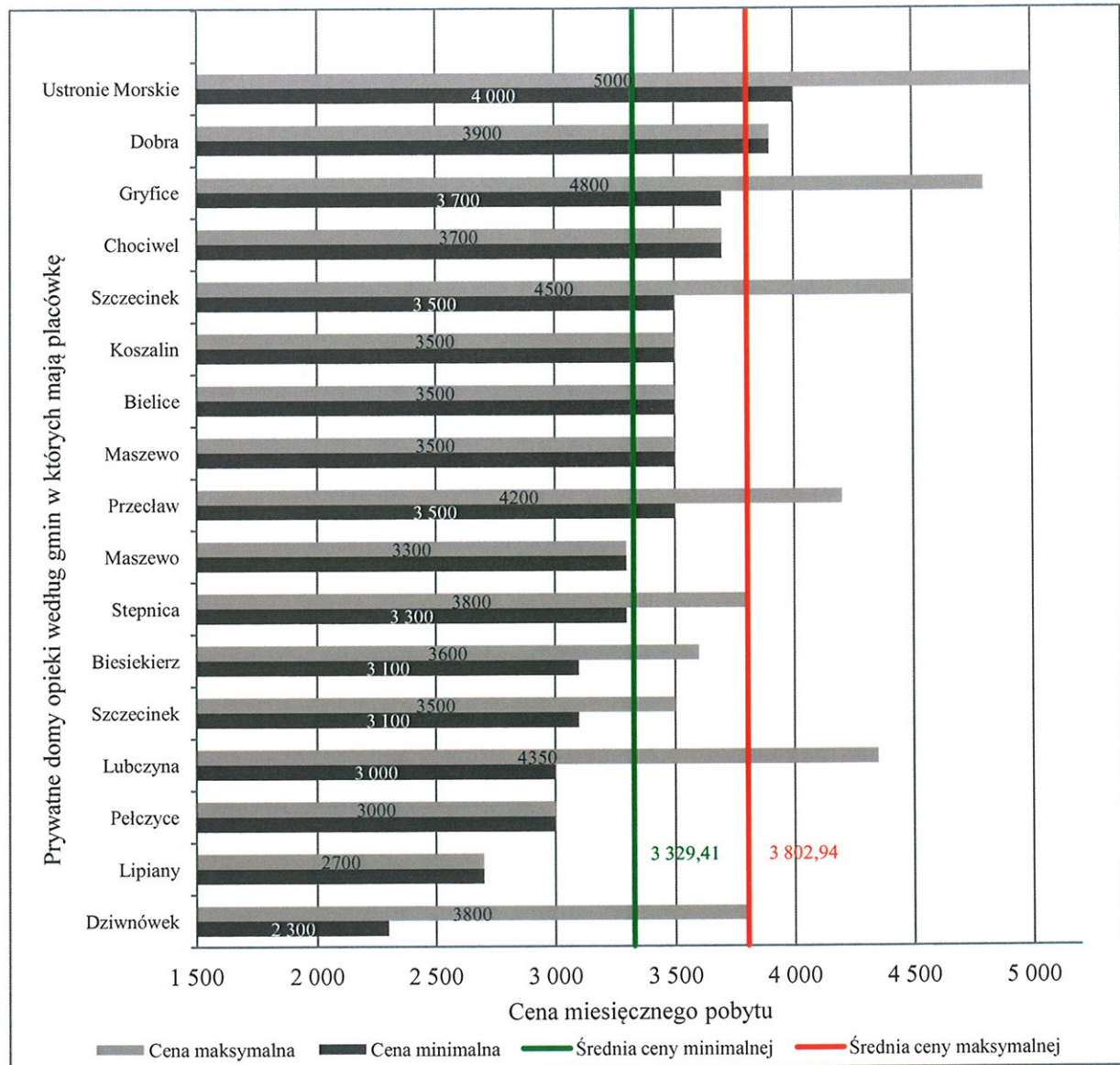
Badaniu zostało poddane 18 prywatnych domów opieki w województwie zachodniopomorskim, w styczniu 2018 r. Przedmiotem badania były oferowane świadczenia i przede wszystkim cena za miesięczny pobyt w takiej placówce. Syntetyczne ujęcie stawek za miesięczny pobyt w prywatnych domach opieki przedstawia wykres 3.

¹² Udostępnione dane dotyczą najbardziej aktualnego okresu, tj. roku 2015, który mógł być przekazany przez podany podmiot do prowadzonej analizy

¹³ W analizie uwzględniono tylko pełne miesiące pobytu oraz ich koszty, a pominięte zostały pobyty poniżej 30 dni w danym miesiącu.

¹⁴ Na podstawie przeprowadzonego badania w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym w Barlinku.

Wykres 3. Ceny za miesięczny pobyt w prywatnych domach opieki w województwie zachodniopomorskim z początkiem 2018 r. według gmin gdzie znajduje się placówka



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań ofert prywatnych domów opieki w województwie zachodniopomorskim.

Dostęp do prywatnych domów opieki, z racji wysokich kosztów pobytu w relacji do przeciętnego dochodu rozporządzalnego, jest ograniczony. Pobyt jest w całości finansowany z prywatnych, indywidualnych środków. Co istotne, koszt pobytu w DPS-ie nie jest dużo niższy od prywatnych domów opieki. Średnia stawka minimalna za pobyt w prywatnych domach opieki może być zbliżona do przeciętnego kosztu za pobyt w DPS-ie, co czyni z prywatnych świadczeniobiorców konkurencyjną alternatywę dla osób wymagających opieki i ich rodzin. Sytuacja dochodowa osób starszych, na podstawie miesięcznych dochodów rozporządzalnych emerytów i rencistów, jest również niewystarczająca na pokrycie kosztów pobytu w prywatnych domach opieki. Potwierdza to tym samym, iż pobyt w prywatnych

domach opieki nie jest możliwy dla wszystkich, a tylko dla zamożniejszych seniorów, bądź tych mocno wspieranych przez ich rodziny i bliskich.

6. Propozycja wielowariantowej koncepcji systemu finansowania świadczeń opieki długoterminowej dla osób starszych w Polsce

Istniejący podział zadań w zakresie opieki długoterminowej między trzema systemami społecznymi stanowi punkt wyjścia dla rozważań na temat koncepcji finansowania opieki, która powinna zakładać usprawnienie i koordynację zadań. Propozycja nowej koncepcji finansowania opieki długoterminowej będzie uwzględniała już istniejące rozwiązania i podmioty funkcjonujące w systemie opieki zdrowotnej, systemie pomocy społecznej i systemie ubezpieczeń społecznych, co będzie stanowić fundament dla strony organizacyjnej opracowanej koncepcji w trzech możliwych wariantach.

Oprócz rozwiązań organizacyjnych systemu opieki długoterminowej dla osób starszych w Polsce, przede wszystkim zostały uwzględnione rozwiązania finansowania systemu opieki długoterminowej. Uzupełnieniem koncepcji są również przedstawione kwestie funkcjonowania systemu opieki długoterminowej oraz przepływu informacji, zarówno z perspektywy świadczeniodawcy jak i świadczeniobiorcy, co szczegółowo zostało przedstawione również w dysertacji.

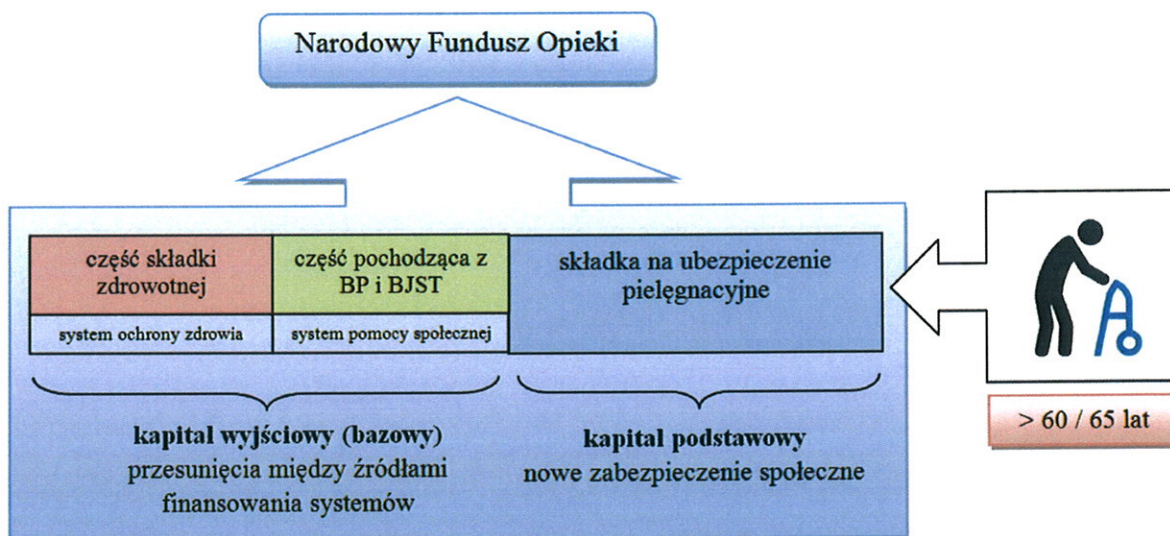
Zasadniczą kwestią koncepcji jest określenie jej podstawowego źródła finansowania, obejmującego jak najszerszy zakres świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych dla osób starszych. Oprócz tego istotne jest również przygotowanie spójnego bloku informacyjnego, aby zapobiec chaotycznemu przepływowi informacji z jakim obecnie spotykają się osoby starsze oraz ich rodziny.

Podstawą całej koncepcji jest utworzenie specjalnego funduszu, jako głównego źródła finansowania, który jednocześnie gromadziłby i wydatkował środki finansowe na zadania o charakterze opieki długoterminowej. Byłaby to instytucja zarządzająca środkami wydzielonymi prawnie na świadczenia pielęgnacyjno – opiekuńcze. Fundusz pozwoliłby zebrać środki w jednym miejscu, pod nadzorem jednego organu decyzyjnego, aby móc jasno określić skąd dane świadczenia powinny być finansowane na wypadek wystąpienia ryzyka niesamodzielności osoby starszej.

Organizacyjnie, modele systemu w sposób naturalny mają wydzielić sferę realizacji zadań i celów przez wykonawców na rzecz świadczeniobiorców. Drugą sferą jest organizacja zarządzania funduszem jako zasobem środków przez ustanowione i uprawnione do tego

samodzielne podmioty, mogące wyznaczać konkretne cele i mieć wpływ na wykonawców zadań i usług. Jednym z możliwych podmiotów będzie wyspecjalizowany Narodowy Fundusz Opieki (NFO) lub inna jednostka pełniąca jego funkcje.

NFO, jako fundusz opiekuńczy w sensie finansowym, gromadziłby środki, które można by sklasyfikować jako kapitał wyjściowy (bazowy) oraz kapitał podstawowy, co graficznie i w skondensowany sposób przedstawia rysunek 1.



Rysunek 1. Źródła finansowania Narodowego Funduszu Opiekuńczego

Źródło: Opracowanie własne.

Oprócz proponowanych rozwiązań źródeł finansowania NFO, Autorka rozważa również inne propozycje, które mogą stanowić uzupełnienie proponowanej koncepcji. Jedną z nich jest ustalanie proponowanej składki na cele opiekuńcze seniorów etapami, tak aby jej wysokość była wyznaczona i skonstruowana na podstawie zarówno czynników ekonomicznych jak i społecznych. Inne proponowane rozwiązania to gromadzenie składek w postaci indywidualnego konta, a także rozwiązania innych systemów finansowania opieki długoterminowej jak: zastosowanie ubezpieczenia pielęgnacyjnego; dostęp do świadczeń w zależności od posiadanych dochodów, partycypacja w świadczeniach w zależności od wielkości rodziny.

Wśród głównych argumentów uzasadniających powstanie odrębnego funduszu jest możliwość sprawnego zarządzania środkami na wyznaczony cel. Dodatkowo usprawni to kontrolowanie wydawanych środków, tak aby były skierowane w odpowiednie miejsca i dla osób rzeczywiście potrzebujących. Funkcjonowanie funduszu z wydzielonymi środkami zapobiegnie nieuzasadnionemu ograniczaniu nakładów na potrzeby starzejącego się

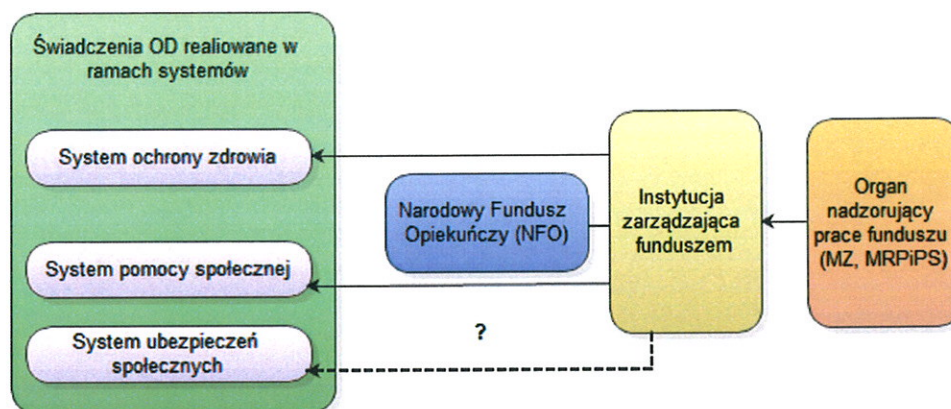
społeczeństwa poprzez ich wykorzystywanie na inne cele, co jest możliwe przy dotychczasowym finansowaniu.

Proponowana konstrukcja koncepcji składa się z trzech możliwych wariantów organizacji finansowania systemu opieki długoterminowej w Polsce, wymienionych poniżej:

- a) **wariant I koncepcji (bazowy)** – przedstawia ramową ideę specjalistycznego systemu finansowania; dzięki temu można nazwać go bazowym i stanowiąca punkt wyjścia dla bardziej rozwiniętych modeli; NFO występuje tu jako przedmiot zarządzania przez instytucję do tego powołaną;
- b) **wariant II koncepcji** – jest rozwinięciem koncepcji I, z wyszczególnieniem NFO jako podmiotu oraz NFO jako funduszu na którym gromadzone są środki z różnych źródeł; NFO zarządzając środkami będzie kierował je i zadania do wybranych wykonawców za pośrednictwem NFZ oraz budżetów wszystkich szczebli
- c) **wariant III koncepcji** – jest odmianą poprzednich koncepcji; funkcję podmiotu zarządzającego funduszem oraz realizacją celów i zadań zarówno w zakresie ochrony zdrowia jak i pomocy społecznej pełni już istniejący NFZ.

W **wariancie I koncepcji** przewiduje się funkcjonowanie specjalistycznego funduszu (NFO), który stanowiłby odrębny organ, niepowiązany ze strukturą żadnego obowiązującego systemu¹⁵, a przede wszystkim gromadzący i kierujący środki finansowe na wybraną działalność systemową związaną z opieką długoterminową (rysunek 2). NFO, jako oddzielna jednostka, powinien mieć charakter niezależnego funduszu, gromadzącego środki finansowe na wydatki przeznaczone na zadania opiekuńcze osób starszych, a z drugiej strony będącego płatnikiem świadczeń opiekuńczych. NFO, będąc równocześnie instytucją zarządzającą, jest dysponentem środków gromadzonych w tymże funduszu, pod tą samą nazwą, będącej w tym przypadku kategorią finansową.

¹⁵ Tzn. system ochrony zdrowia, system pomocy społecznej i system ubezpieczeń społecznych.



Rysunek 2. Schemat funkcjonowania wariantu I bazowego koncepcji

Źródło: Opracowanie własne.

W zakresie działalności funduszu, kierowane byłyby środki pieniężne na opiekę, która dostarczana byłaby w ramach systemu ochrony zdrowia oraz systemu pomocy społecznej. System ubezpieczeń społecznych, z racji swoich świadczeń pieniężnych ma odmienny charakter i w tych rozważaniach zostaje pominięty¹⁶.

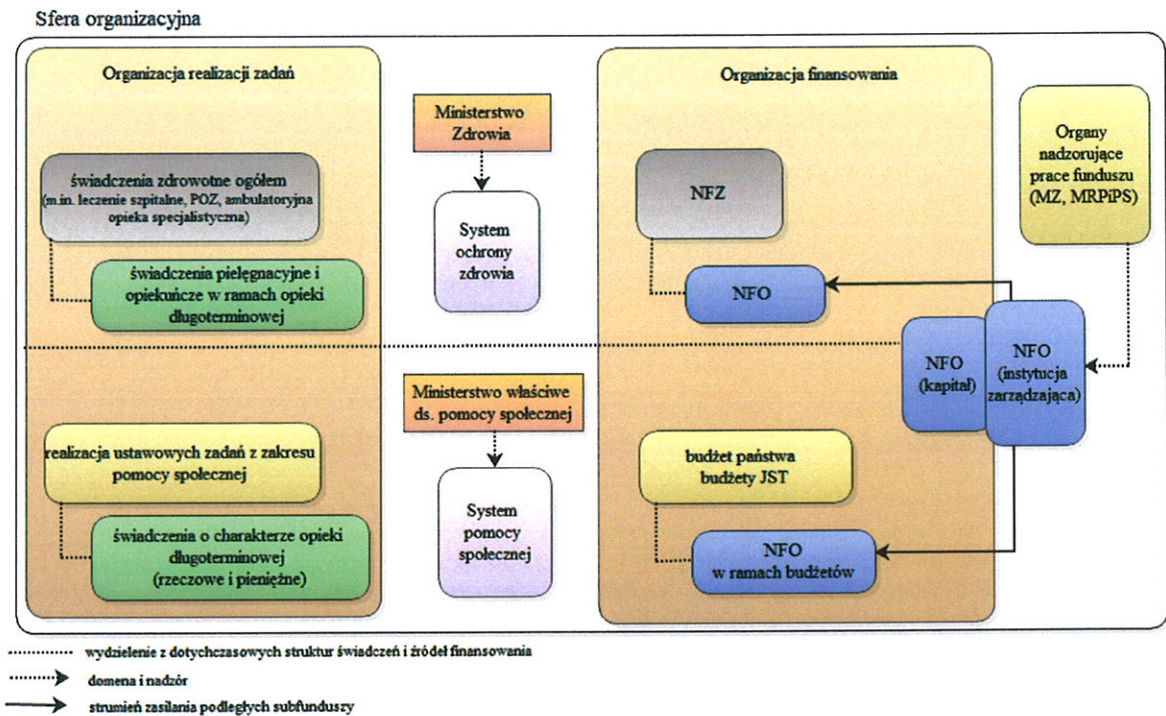
Uwzględniając sferę finansową tego wariantu koncepcji, NFO ma zadanie gromadzić celowe środki, tworząc w ten sposób kapitał jako podstawę finansowania świadczeń. Tworzona baza kapitałowa jest wyodrębniona spośród pozostałych źródeł finansowania i kapitałów (np. z przeznaczeniem na NFZ, ZUS czy jednostkowe budżety) oraz zasila działania o charakterze opieki długoterminowej, realizowane w ramach systemu ochrony zdrowia i pomocy społecznej.

Wariant II koncepcji stanowi dalsze rozwinięcie głównych założeń wariantu bazowego, także w sferze organizacyjnej i finansowej. Organizacja realizacji zadań i organizacji finansowania według założeń tej koncepcji została przedstawiona na rysunku 3.

W sferze organizacji finansowania, tak jak w koncepcji podstawowej, występuje podmiot zarządzający kapitałem tj. NFO jako instytucja i sam NFO jako kapitał, będący pod jej zarządem. NFO będzie wydawał środki na cele realizowane w ramach ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Dlatego też część środków funduszu przekazywana będzie do dyspozycji NFZ, który w dalszej kolejności będzie zlecał wykonanie zadań poszczególnym wykonawcom w obszarze świadczeń zdrowotnych. Druga część środków funduszu

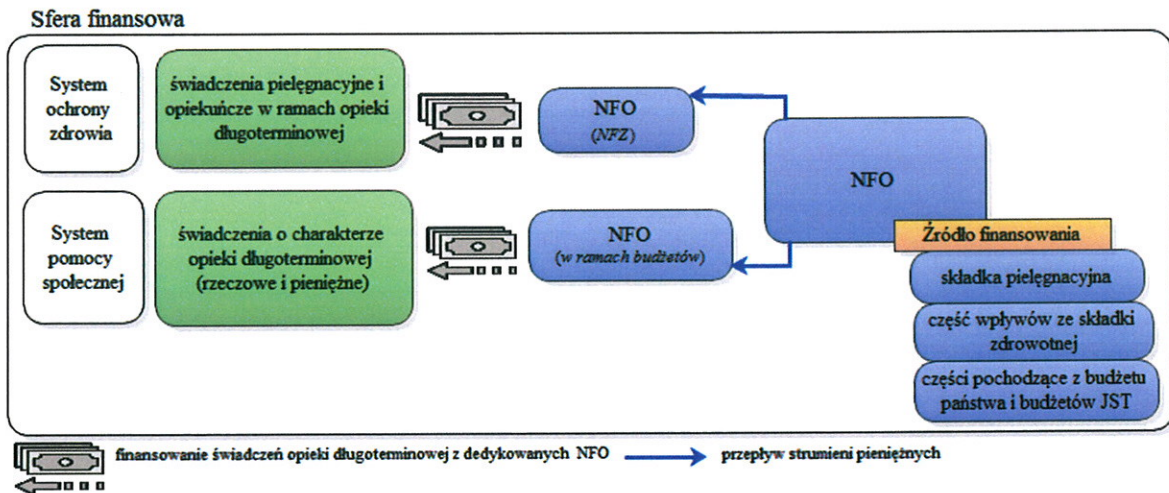
¹⁶ System ubezpieczeń społecznych gwarantuje wyłącznie świadczenia pieniężne, które są finansowane z odrębnego źródła, systemu emerytalno-rentowego. Są to również rodzaje świadczeń, które nie wymagają stworzenia odrębnego źródła finansowania jak w przypadku świadczeń o charakterze rzeczowym (usługowym).

przeznaczana będzie przez NFO jako instytucję do systemu opieki pomocy społecznej, z uwzględnieniem funkcjonowania budżetów na wszystkich szczeblach.



Rysunek 3. Sfera organizacyjna według założeń wariantu II koncepcji

Źródło: opracowanie własne.



Rysunek 4. Sfera finansowa według założeń wariantu II koncepcji

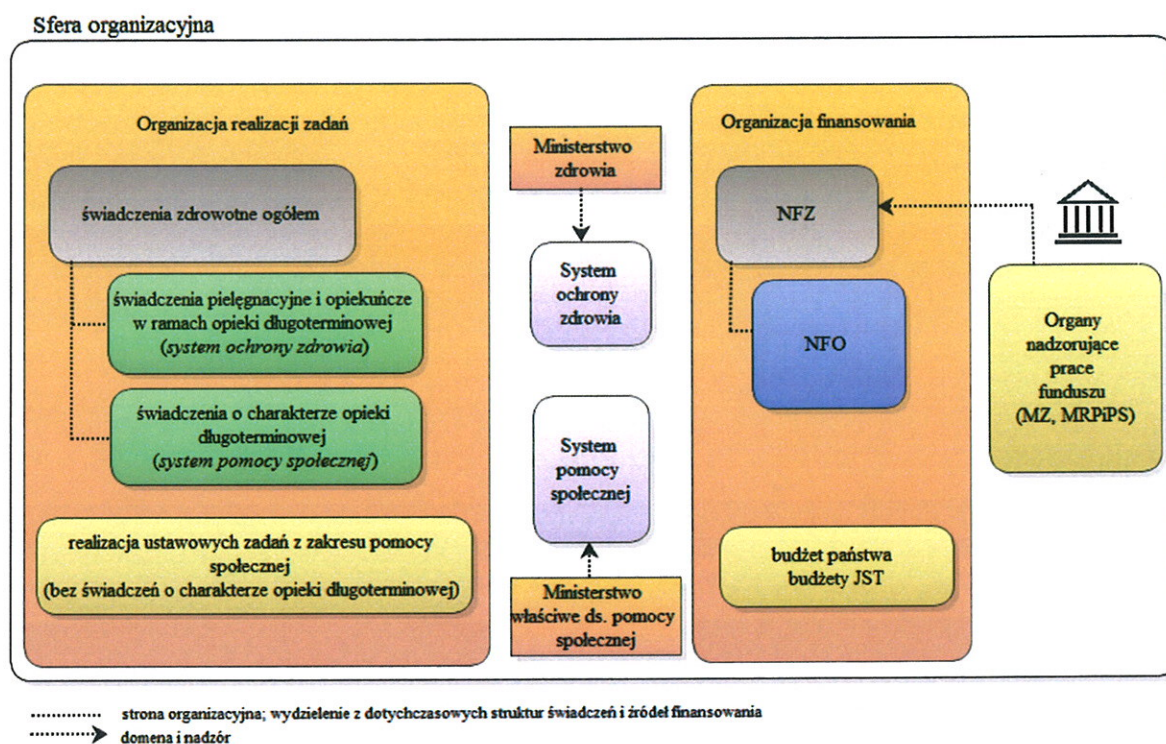
Źródło: opracowanie własne.

Główne funkcje, zadania i cel istnienia funduszu pozostają niezmiennie w stosunku do wariantu I bazowego koncepcji, natomiast skonkretyzowana byłaby funkcja NFO jako

dysponenta środków pomiędzy dwoma systemami. Zasady finansowania zadań według tej koncepcji przedstawia rysunek 4.

NFO, jako kapitał główny gromadzony na celowe świadczenia, byłby pozyskiwany z ustalonych źródeł kapitału podstawowego oraz kapitału bazowego. Aby celowe świadczenia były finansowane z wydzielonych środków przewiduje się stworzenie zdefiniowanego źródła w postaci składki pielęgnacyjnej, która stanowiłaby podstawę kapitału NFO. Uzupełnieniem tego kapitału byłyby środki, które dotychczasowo były przeznaczane na tego typu świadczenia. Są to środki częściowo finansowane z części pochodzącej ze składki zdrowotnej a także te finansowane budżetowo na różnych szczeblach. NFO, jako kapitał, byłby specjalnie wydzielanym środkami przeznaczonymi na realizację zadań w strukturach systemu ochrony zdrowia i pomocy społecznej.

Wariant III koncepcji jest niewielką modyfikacją poprzedniego wariantu. Częściowej zmianie poddana jest organizacja finansowania poprzez zlecenie zadań instytucji już istniejącej, tj. NFZ, z wykorzystaniem jego potencjału i doświadczenia w finansowaniu świadczeń. W ten sposób nie jest konieczne tworzenie nowego podmiotu zarządzającego środkami. Szczegółowe kwestie strony organizacyjnej oby sfer przedstawia rysunek 5.

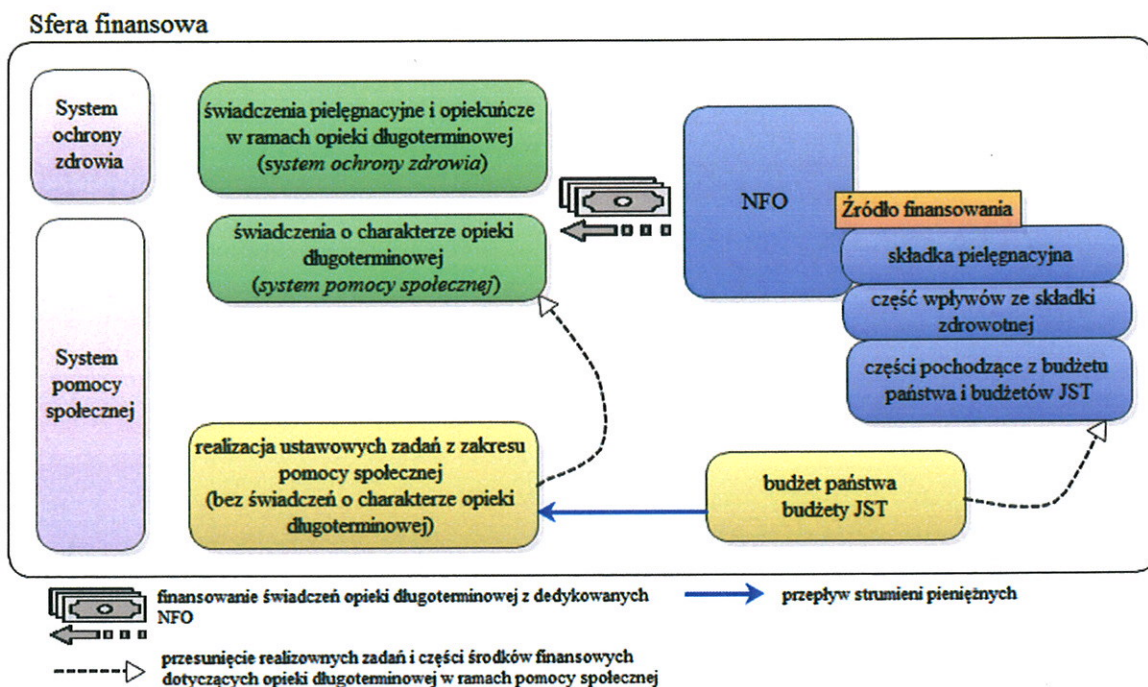


Rysunek 5. Sfera organizacyjna według założeń wariantu III koncepcji

Źródło: opracowanie własne.

Zasadnicza różnica występuje w sferze organizacji finansowania. NFO jako kapitałem, zarządza w tym wariancie NFZ. Pełni on w tej koncepcji funkcję NFO jako instytucji zarządzającej funduszem opiekuńczym. W ten sposób zwiększy się zakres organizacyjno – funkcjonalny tej instytucji, co wpłynie na jej reorganizację i dostosowanie do nowych, pełnionych funkcji. W tej koncepcji NFZ byłby dysponentem wydzielonych środków NFO w systemie ochrony zdrowia jak i systemie pomocy społecznej, który dotychczas był w zakresie zadań budżetowych.

Wariant koncepcji zakłada, że część świadczeń opieki długoterminowej realizowanej w ramach systemu pomocy społecznej zostaje włączona w pakiet świadczeń zdrowotnych, objętych jednocześnie finansowaniem z NFO. W tej sytuacji budżety realizują ustawowe zadania w zakresie pomocy społecznej w ramach swoich środków, z wyłączeniem dotychczasowych świadczeń o charakterze opieki długoterminowej, włączonych do systemu ochrony zdrowia. Szczegółowo sferę finansową tego wariantu przedstawia rysunek 6.



Rysunek 6. Sfera finansowa według założeń wariantu III koncepcji

Źródło: Opracowanie własne.

W odróżnieniu od poprzedniej koncepcji świadczenia opieki długoterminowej byłyby finansowane z jednego, głównego NFO, bez rozdzielania jego roli między oddzielne struktury dwóch systemów. Wykorzystane zostaną dotychczasowe doświadczenia NFZ w procesie finansowania świadczeń, jako główny organ decyzyjny w kwestiach dotyczących opłacania

usług pielęgnacyjno – opiekuńczych wykonywanych przez różnych świadczeniodawców w obszarze obu systemów. Wariant ten łączy finansowanie świadczeń, do tej pory funkcjonujących w obszarach dwóch systemów, pod zadanie jednego funduszu. Świadczenia do tej pory realizowane w systemie pomocy społecznej zostaną włączone do zakresu finansowania świadczeń z NFO jako kapitału, których głównym koordynatorem i płatnikiem będzie NFZ, jako dysponent środków.

Zintegrowanie finansowania działań z zakresu dwóch systemów ma zapewnić ujednoczenie i usprawnienie systemu finansowania opieki długoterminowej oraz koordynację finansowania świadczeń przez jeden organ i z jednego, celowego źródła. Środki gromadzone na główny cel NFO będą pochodzić z proponowanych form zasilających kapitał bazowy i kapitał podstawowy.

7. Wnioski końcowe

Dokonana analiza finansowania świadczeń opieki długoterminowej, również na przykładzie województwa zachodniopomorskiego, potwierdza założenie, że wraz ze zmianami demograficznymi rosną potrzeby opiekuńcze osób starszych i wydatki na ich zaspokojenie. Potwierdza też hipotezy zakładające niewystarczalność i niewydolność systemu opieki długoterminowej i zagrożenia z tego wynikające w najbliższych latach. Samofinansowanie przez emerytów opieki nad sobą i przez najbliższą rodzinę staje się coraz mniej możliwe, przez co budowa zintegrowanego systemu finansowania tej sfery potrzeb społecznych jest konieczna.

Wnioski i wyniki analizy stanowiły podstawę do stworzenia koncepcji kompleksowego finansowania opieki długoterminowej dla osób starszych w Polsce. Uwzględnione zostały nowe podmioty, jak NFO, czy instytucja nim zarządzająca, na których bazuje koncepcja oraz jej wersje. Przypisano także nowe, alternatywne zadania obecnym instytucjom.

W przedstawionych rozwiązaniach, dla wszystkich wariantów można określić zbliżone wady i zalety, choć występują minimalne różnice między nimi.

Wśród **wad wszystkich wariantów** koncepcji należy wymienić m.in.:

- a) tworzenie specjalnej składki gwarantującej zasilanie NFO będzie stanowiło dodatkowe obciążenie dla pracowników oraz pracodawców. Oznacza to dodatkowe potrącenia od wynagrodzeń;
- b) wzrost kosztów pracy;

- c) konieczność instytucjonalnego zarządzania sferą opieki długoterminowej.

Prezentowane warianty koncepcji mają też **pozytywne strony**, które silnie skupiają się na nadrzędnych cechach sposobu finansowania za pomocą wydzielonego funduszu. Do zalet wszystkich trzech wariantów należy zaliczyć:

- a) stworzenie niezależnego funduszu, który może mieć charakter kapitałowy lub repartycyjny¹⁷. Fundusz miałby finansować wyłącznie zadania w zakresie opieki długoterminowej i w tym celu by funkcjonował;
- b) zabezpieczenie pod względem finansowym rosnących potrzeb w zakresie opieki długoterminowej;
- c) uniezależnienie dopływu środków finansowych od decyzji politycznych;
- d) usystematyzowanie przepływu kapitału NFO, co przyczynić się może do lepszego ich wykorzystania, bez niepotrzebnego nakładania się świadczeń o podobnym charakterze, w ramach różnych systemów;
- e) jaśniejszy przepływ informacji pomiędzy świadczeniobiorcami a instytucjami i podmiotami systemu.

W rozważaniach na temat koncepcji i jej wariantów, przedstawiono rozwiązania proponowane do wdrożenia dla usprawnienia procesu finansowania świadczeń opieki długoterminowej. Proponowana koncepcja odwołuje się do finansowania świadczeń za pośrednictwem specjalnego funduszu, gromadzącego kapitał. Użycie pojęcia „kapitał” może być mylące i wieloznaczne, co utrudnia wyjaśnianie funkcjonowania koncepcji systemu. Określa ono finansowy charakter środków, które mają być gromadzone za pomocą nowych rozwiązań składkowych oraz istniejących już rozwiązań. Będzie w ten sposób tworzony kapitał, jako określenie gromadzonych składek, stanowiący część składową NFO, który mógłby również pełnić rolę funduszu celowego.

Niniejsza praca, o charakterze koncepcyjnym, nie przesądza, który wariant koncepcji będzie optymalny na etapie operacyjno – wdrożeniowym. Taki zakres prac wymaga działań całego zespołu pracującego nad wprowadzeniem danej koncepcji w życie, z reguły złożonego z szeregu specjalistów z różnych dziedzin. Wdrożenie sposobu finansowania świadczeń, mimo że powinno pozostać to przedmiotem pracy specjalnego zespołu, jest możliwe poprzez zastosowanie ewentualnych rozwiązań, dotyczących szczegółowego finansowania systemu i zarządzania środkami na jego potrzeby.

¹⁷ Są to systemy opcjonalne, które powinny być dopasowane do specyfiki danego kraju.

Warto zauważyć, że proponowane rozważania sposobu finansowania opieki długoterminowej w Polsce z pewnością nie wyczerpują wszystkich możliwych rozwiązań i powinny być przedmiotem dalszych badań i dyskusji naukowych. Niniejsza dysertacja, mając charakter koncepcyjny, może stać się podstawą dalszych analiz i wypracowania nowych propozycji finansowo – organizacyjnych z zakresu opieki długoterminowej. Zaprezentowane w niej rozwiązania koncepcyjno – modelowe, w szczególności w kwestii finansowania opieki długoterminowej w Polsce mogą zostać wykorzystane do wdrożenia ich w praktyce. Uzasadnionym jest stwierdzenie, że przedstawione rozwiązanie może zapewnić bardziej racjonalne i lepsze finansowanie świadczeń opieki długoterminowej dla osób starszych i pozytywnie wpłynie na dalszy rozwój systemu tych usług w Polsce.