

Łukasz Jurek

Katedra Socjologii i Polityki Społecznej Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu

# Sektory opieki długoterminowej — analiza kosztów

## Long term-care sectors — costs analysis

### Abstract

The article presents the analysis and comparison of costs in three long-term care sectors. Costs of care arise from the elderly person's level of dependency. When dependency is on low level the most cost efficiency is domiciliary care sector, medium — residential care sector, and high — hospital care sector.

**key words:** long-term care, care sectors, costs of care

### Wstęp

Często można się spotkać z opinią, że optymalnym miejscem udzielania świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych osobom niesamodzielnym jest ich własne miejsce zamieszkania. Zwłaszcza dwa argumenty przemawiają za opieką środowiskową [1]:

- po pierwsze, jest ona formą opieki najbardziej zgodną z preferencjami osób w podeszłym wieku;
- po drugie, jest najtańszą formą opieki.

Jeżeli opieka środowiskowa przedstawia najwyższą wartość dla osób niesamodzielnych oraz dodatkowo jest najtańszą formą opieki, to powstaje pytanie o ekonomiczny sens istnienia opieki stacjonarnej (instytucjonalnej, zakładowej). Funkcjonowanie zakładów opieki długoterminowej może się wydawać wyrazem braku racjonalności ekonomicznej albo dowodem na brak słuszności któregoś z powyższych argumentów.

Pierwszy argument wydaje się niepodważalny, gdyż jedną z najwyższych wartości dla osób w starszym wieku jest zachowanie autonomii i niezależności w środowisku, które bardzo dobrze znają i w którym czują się bezpieczne. Tymczasem placówka opiekuńcza „to instytucja totalna, w której mieszkańców najczęściej traktuje się przedmiotowo, bez poszanowa-

nia ich godności i praw. Pensjonariusze (tych placówek) są uzależnieni od sposobu funkcjonowania służb w nich istniejących, rzadko przy konstruowaniu planów działań brane są pod uwagę wola i potrzeby mieszkańców” [2]. Udowodniono również, że zmiana miejsca zamieszkania w podeszłym wieku niekorzystnie wpływa na stan psychiczny i na ogólny stan zdrowia osób starszych [3].

Aby zweryfikować drugi argument (dotyczący najniższych kosztów opieki środowiskowej), należy przeprowadzić analizę kosztów opieki środowiskowej i instytucjonalnej oraz porównać je ze sobą.

Celem niniejszego opracowania jest analiza kosztów opieki długoterminowej. Poziom kosztów opieki odnosi się do poziomu zależności osób w podeszłym wieku. Koszty będą rozpatrywane w trzech sektorach opieki długoterminowej: opieki domowej, instytucjonalnej pomocy społecznej oraz instytucjonalnej opieki medycznej. Przedstawione wyniki powinny posłużyć do stworzenia spójnego i efektywnego systemu opieki nad osobami w podeszłym wieku. Wydaje się to szczególnie cenne w obecnej sytuacji, kiedy proces starzenia demograficznego doprowadza do gwałtownego wzrostu kosztów udzielania opieki osobom, które z powodu wieku nie są w stanie samodzielnie zaspokajać swoich podstawowych potrzeb.

### Istota opieki długoterminowej

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) opieka długoterminowa (LTC,

Adres do korespondencji:

mgr Łukasz Jurek

Akademia Ekonomiczna im. Oskara Langego

ul. Komandorska 118/120, 53–345 Wrocław

tel.: (0 71) 36 80 649

e-mail: lukaszjurek@wp.pl

*long-term care*) to system działań podejmowanych przez opiekunów nieformalnych (rodzina, przyjaciele, sąsiedzi) i/lub profesjonalistów (medycznych, społecznych, innych), mających na celu zapewnienie osobie, która nie jest w stanie samodzielnie wykonywać czynności samoobsługowych, możliwie najwyższej jakości życia, zgodnej z osobistymi preferencjami i wymaganiami, przy zachowaniu najwyższego możliwego poziomu niezależności, autonomii, uczestnictwa oraz godności osobistej [4]. Około 80% beneficjentów opieki środowiskowej oraz 90% mieszkańców placówek opiekuńczych to osoby w wieku powyżej 65 lat, dlatego LTC zwykle się traktować jako opiekę nad seniorami [5].

Opieka długoterminowa integruje różnorodne usługi, mające na celu wsparcie osób niesamodzielnych pod względem funkcjonalnym w wykonywaniu podstawowych (ADL, *activities of daily living*) oraz instrumentalnych (I-ADL, *instrumental activities of daily living*) czynności życia codziennego przez okres dłuższy niż 90 dni [6].

Niesamodzielność osób w podeszłym wieku wpływa na ich zależność od otoczenia. Według Synaka „zależność jest stanem interakcji jednostki z drugą osobą, z grupami czy instytucjami, dysponującymi wartościami niezbędnymi do zaspokojenia ważnych potrzeb jednostki, która we własnym zakresie nie jest w stanie tego dokonać, stąd istnieje konieczność korzystania z pomocy innych” [7]. W zależności od rodzaju potrzeb, przy zaspokajaniu których niezbędna jest pomoc, można wyróżnić:

- zależność ekonomiczną (potrzeby materialne);
- zależność psychospołeczną (potrzeby duchowe, emocjonalne, kulturalne);
- zależność funkcjonalną (potrzeby związane z wykonywaniem czynności dnia codziennego);
- zależność strukturalną (charakteryzującą się wieloaspektowym charakterem oraz licznymi przyczynami zależności).

Zależność osób starszych ma trwały charakter i pogłębia się wraz z upływem czasu [8].

Poziom niezbędnej opieki długoterminowej jest wyznaczony przez poziom zależności funkcjonalnej. Zależność ta jest kategorią wielowymiarową, na którą składają się: wiek, stopień utraty samodzielności oraz tło socjoekonomiczne [9], co zilustrowano na rycinie 1.

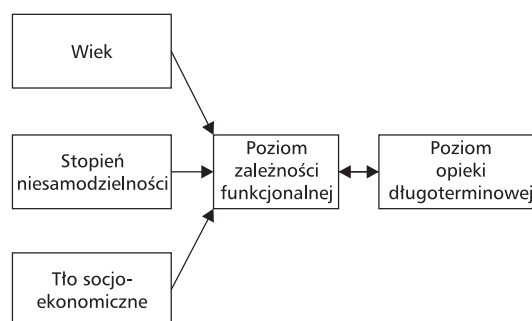
### Wydatki na opiekę długoterminową

Z badań przeprowadzonych przez OECD w 19 krajach (w tym w Polsce) wynika, że całkowite wydatki na opiekę długoterminową wahają się w przedziale 0,2–3% PKB. Zdecydowana większość krajów plasuje się w przedziale 0,5–1,6% PKB. Najwyższe wydatki na LTC, sięgające

znacznie powyżej 2% PKB, ponoszą kraje skandynawskie, głównie Szwecja (2,89% PKB) i Norwegia (2,15% PKB). Polska, z 0,38% PKB (przybliżona wielkość obejmująca jedynie wydatki publiczne na opiekę długoterminową; nie ma danych dotyczących prywatnych wydatków gospodarstw domowych), należy do grupy krajów o najniższych wydatkach na opiekę długoterminową [5].

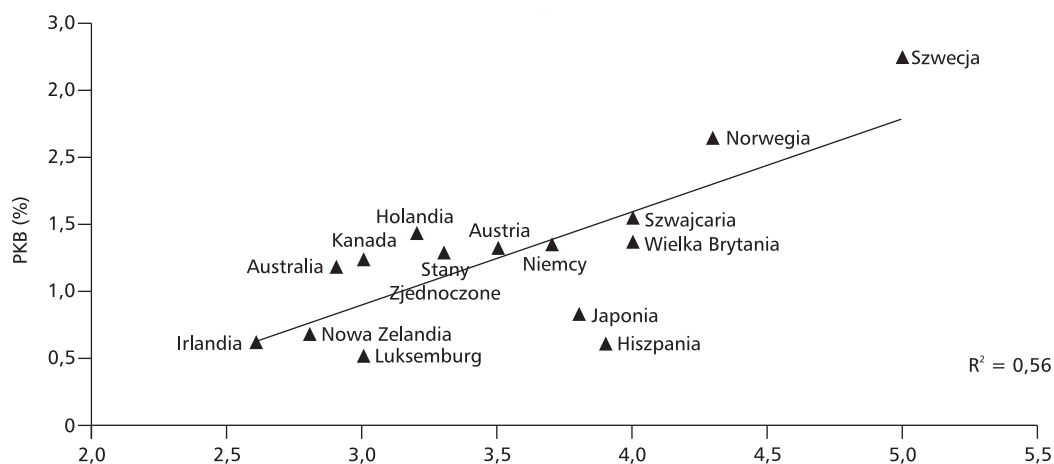
Jak wynika z ryciny 2, różnice w poziomie wydatków nie są konsekwencją odmiennych sposobów finansowania opieki długoterminowej (na podobnym poziomie znajdują się Niemcy, Wielka Brytania, Australia, Kanada oraz Stany Zjednoczone), tak samo jak nie są efektem różnic w zaawansowaniu procesu starzenia się populacji (w Hiszpanii odsetek sędziwych starców jest ponad 40% wyższy niż w Irlandii, która przeznaczana na LTC taki sam procent PKB). Na tej podstawie można stwierdzić, że różnice w poziomie wydatków na opiekę długoterminową wynikają z odmiennej organizacji opieki formalnej i nieformalnej. Opieka nieformalna jest traktowana jako „bezpłatna”, czyli nie generuje kosztów publicznych ani też nie wymaga prywatnych wydatków ze strony gospodarstw domowych. Im większe jest zaangażowanie nieformalnych opiekunów w danym kraju, tym niższe są tam wydatki na opiekę długoterminową.

Większość środków publicznych wydawanych na LTC przeznaczana się na opiekę instytucjonalną [5]. Dlatego w wielu przypadkach nieformalna opieka domowa jest traktowana jako tania alternatywa odciążająca budżet państwowy czy samorządowy. W perspektywie obserwowanych zmian demograficznych przewiduje się znaczny wzrost wydatków publicznych związanych z dostarczeniem usług społecznych i medycznych osobom w podeszłym wieku. Aby zredukować ten wzrost, postuluje się nowe cele opieki nad ludźmi starszymi. Należą do nich między innymi [10]:



Rycina 1. Czynniki określające poziom wymaganej opieki długoterminowej

Figure 1. Factors determining the exact level of long-term care



Rycina 2. Korelacja pomiędzy całkowitymi wydatkami na opiekę długoterminową a udziałem osób powyżej 80. roku życia w ogólnej liczbie ludności w 2000 roku [5]

Figure 2. The correlation between total long-term care spending and the population share of the very elderly, 2000 [5]

- rozwój i wspieranie opieki środowiskowej, co ma zapewnić osobom w podeszłym wieku pobyt w ich własnych domach tak długo, jak to tylko możliwe;
- ograniczenie roli państwa jako dostawcy usług opiekuńczych oraz promowanie opiekunów komercyjnych, pozarządowych i nieformalnych.

Forma opieki jest uzależniona w większym stopniu od czynników politycznych i ekonomicznych niż od faktycznych potrzeb osób w podeszłym wieku [11]. Dlatego też można się spodziewać, że w sytuacji „siewienia budżetów publicznych” (określenie zaczerpnięte z [12]) odpowiedzialność za niesamodzielną osobę w podeszłym wieku zostanie scedowana na opiekunów nieformalnych, a opieka będzie świadczona w ich miejscach zamieszkania. Stanie się tak bez względu na to, czy sprawność, stan zdrowia, sytuacja rodzina i mieszkaniowa osoby wymagającej pomocy będą ją klasyfikować właśnie do takiej formy opieki.

### Sektory opieki długoterminowej

Nie istnieją obecnie ujednolicone definicje i usystematyzowane kategorie usług opiekuńczych dla osób w sędziwym wieku. W Unii Europejskiej funkcjonuje 8 typów placówek stacjonarnych, 17 kategorii placówek czasowego pobytu oraz 22 rodzaje usług środowiskowych [11]. Taka sytuacja komplikuje wyniki międzynarodowych badań porównawczych dotyczących różnych form opieki długoterminowej.

Dla celów porównawczych wprowadzono podział opieki długoterminowej, ze względu na miejsce świadczenia usług opiekuńczych, na trzy podstawowe sektory (*care sectors*) [9]:

- sektor opieki domowej (środowiskowej) — usługi medyczne i społeczne świadczone przez formalnych opiekunów i/lub nieformalnych, głównie w miejscu zamieszkania beneficjenta opieki (*domiciliary care*);
- sektor instytucjonalnej pomocy społecznej — usługi opiekuńcze zorientowane na wsparcie lub pomoc w wykonywaniu czynności dnia codziennego, świadczone całodobowo poza miejscem zamieszkania osoby starszej, w placówkach pozbawionych barier architektonicznych i przystosowanych do potrzeb osób niesamodzielnych, których stan zdrowia nie wymaga wzmożonej opieki medycznej (*residential care*);
- sektor instytucjonalnej opieki medycznej i pielęgniarstwa — usługi zorientowane na medyczny aspekt opieki, świadczone całodobowo w profesjonalnych placówkach leczniczych (*hospital care*). W polskich warunkach do sektora opieki domowej kwalifikuje się wszelkiego typu opieka środowiskowa oraz półotwarta. Do sektora opieki stacjonarnej kwalifikują się: mieszkania chronione dla osób niesamodzielnych, domy pomocy społecznej, placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub w podeszłym wieku, a także rodzinne domy pomocy. Do sektora opieki szpitalnej należą natomiast: zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, zakłady opiekuńczo-lecznicze oraz szpitale, ewentualnie szpitalne oddziały geriatryczne.

### Koszty usług w sektorach opieki długoterminowej

Jackson w swojej książce *The political economy of population ageing* starał się wyznaczyć optymalną

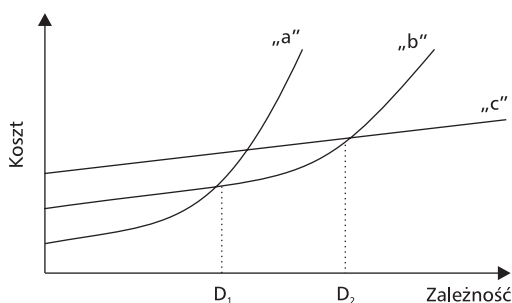
równowagę opieki (*balance of care*) na bazie podstawowych technik analizy ekonomicznej. Przeprowadzona przez niego analiza kosztów umożliwia zakwalifikowanie osób, na podstawie ich poziomu zależności, do najbardziej efektywnego sektora opieki. Przy porównywaniu poszczególnych sektorów oszacowano całkowity koszt społeczny opieki (*social cost of care*), który obejmuje, oprócz wydatków pieniężnych (publicznych i prywatnych), również powiązane koszty niepieniężne oraz koszty alternatywne ponoszone przez beneficjentów opieki i opiekunów [9]. Główne założenia analizy są następujące:

- jakość opieki we wszystkich sektorach jest stała;
- koszt opieki wzrasta wraz ze zwiększeniem poziomu niesamodzielności osoby w podeszłym wieku.

W sektorze opieki domowej głównymi kosztami do oszacowania są nakłady związane z prowadzeniem gospodarstwa domowego, osobiste wydatki osoby starszej na życie, koszt usług opieki nieformalnej oraz koszty formalnej opieki i pielęgnacji. Najtrudniejszy do oszacowania jest koszt opieki nieformalnej, gdyż nie ma on ceny rynkowej.

W instytucjonalnej pomocy społecznej oraz instytucjonalnej opiece medycznej głównymi nakładami są wydatki stałe, koszty operacyjne (catering, utrzymanie czystości, nadzór), koszty usług opiekuńczych (pielęgniarskich, wspierających, itp.) oraz osobiste wydatki osoby starszej na życie.

Na rycinie 3 przedstawiono porównawczo wpływ poziomu uzależnienia osób w podeszłym wieku na koszt opieki w trzech różnych jej sektorach. Z przebiegu krzywej „a” (opieka domowa) wynika, że przy niskim poziomie zależności koszt opieki domowej jest stosunkowo niski, jednak w miarę wzrostu zależności koszty dynamicznie rosną. Jest to spowodowane



**Rycina 3.** Poziom zależności a koszty opieki długoterminowej [9]; „a” - sektor opieki domowej; „b” - sektor instytucjonalnej pomocy społecznej; „c” - sektor instytucjonalnej opieki medycznej i pielęgniarstwa

**Figure 3.** Level of dependency and costs in long term care [9]

koniecznością zapewnienia stałej opieki nad osobą w starszym wieku. W tej sytuacji nieformalny opiekun musi zrezygnować z pracy zarobkowej (co generuje koszty alternatywne) lub niezbędne jest zaangażowanie formalnego opiekuna (co generuje koszty pieniężne). Wysokie koszty opieki domowej wiążą się również z przystosowaniem miejsca zamieszkania do potrzeb osoby niesamodzielnej (m.in. likwidacją barier architektonicznych i urbanistycznych).

Krzywe „b” i „c” ilustrują wpływ poziomu uzależnienia na koszty w sektorze stacjonarnej pomocy społecznej oraz w sektorze stacjonarnej opieki medycznej i pielęgniarskiej.

W sektorze instytucjonalnej pomocy społecznej („b”) koszty utrzymują się na średnim poziomie, jednak przy bardzo wysokiej zależności zaczynają dynamicznie rosnąć. Jest to spowodowane koniecznością zapewnienia specjalistycznego sprzętu i wzmożonej opieki medycznej.

W sektorze opieki szpitalnej („c”) koszty są wysokie niezależnie od poziomu zależności.

Z wykresów wynika, że przy niskim poziomie zależności (do  $D_1$ ) najbardziej efektywnie kosztowo jest sektor opieki domowej, przy średnim poziomie zależności ( $D_1$ – $D_2$ ) — sektor opieki stacjonarnej, natomiast przy wysokim poziomie zależności (powyżej  $D_2$ ) — sektor opieki szpitalnej.

### Podsumowanie

Wynik analizy całkowitego kosztu społecznego opieki długoterminowej jest sprzeczny z powszechnie panującym poglądem, jakoby opieka instytucjonalna była najdroższą formą opieki, natomiast opieka środowiskowa — najtańszą. Opieka środowiskowa faktycznie jest najtańszą formą opieki, ale jedynie przy bardzo niskim poziomie zależności. Opieka instytucjonalna nie jest natomiast najdroższą formą opieki. Z ekonomicznego punktu widzenia dla osób o średniej i wysokiej zależności korzystniejsze jest korzystanie z usług zakładów opieki długoterminowej. Efektywna alokacja populacji zależnych osób w podeszłym wieku między sektory opiekuńcze minimalizuje całkowity koszt społeczny związany z opieką długoterminową. Administracyjne ingerencje w system LTC, polegające na ograniczaniu opieki instytucjonalnej na rzecz opieki środowiskowej, mają wiele konsekwencji ekonomicznych. Z jednej strony powodują spadek wydatków publicznych na opiekę długoterminową, z drugiej natomiast — zwiększenie całkowitego kosztu społecznego opieki. Wzrost kosztu przy obniżonych wydatkach publicznych oznacza, że

powstającą różnicą zostaną obciążone osoby w starszym wieku oraz ich nieformalni opiekunowie.

Można postawić zatem pytanie: co się stanie z osobami, które z powodu wieku nie są w stanie samodzielnie egzystować, a ich sytuacja rodzina i finansowa nie daje możliwości wsparcia w miejscu zamieszkania? Powstaje wówczas tak zwana luka opiekuńcza (*care gap*), co oznacza, że opieka ze strony otoczenia dostarczana jest poniżej oczekiwanego

standardu (w celu minimalizacji kosztów obniża się jej jakość) lub nie dostarcza się jej wcale.

Zadaniem podmiotów administracji publicznej nie jest ograniczanie działalności zakładów opieki długoterminowej oraz rozwijanie czy wspieranie opieki środowiskowej. Najważniejsze wydaje się zagwarantowanie zależnej osobie w podeszłym wieku swobodnego wyboru formy opieki zgodnej zarówno z osobistymi preferencjami, jak i (głównie) z możliwościami finansowymi.

### Streszczenie

W niniejszym artykule zaprezentowano analizę i porównanie kosztów w trzech sektorach opieki długoterminowej. Koszty opieki wynikają z poziomu zależności osoby w starszym wieku. Przy niskim poziomie zależności najbardziej efektywny kosztowo jest sektor opieki domowej, przy średnim — sektor instytucjonalnej pomocy społecznej, natomiast przy najwyższym poziomie — sektor instytucjonalnej opieki medycznej i pielęgniarstwa.

**słowa kluczowe:** opieka długoterminowa, sektory opiekuńcze, koszty opieki

### PIŚMIENNICTWO

1. Krzyszkowski J.: *Usługi opiekuńcze dla ludzi starych w miejscu zamieszkania w krajach UE i w Polsce*. W: Kowaleski J.T., Szukalski P. (red.). *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2006.
2. Kowalczyk O.: *Niepełnosprawność ludzi starych. Wybrane aspekty*. W: Frąckiewicz L. (red.). *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Proces starzenia się społeczeństwa i jego wyzwania dla polityki społecznej*. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Katowice 2002.
3. Kucyper E., Kucyper K.: *Wybrane zagadnienia polityki społecznej wobec osób starych*. W: Fabiś A. (red.). *Seniorzy w rodzinie, instytucji i społeczeństwie. Wybrane zagadnienia z gerontologii społecznej*. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania i Marketingu, Sosnowiec 2005.
4. Fathej M.: *Cultural change in long-term care facilities: changing facility or changing the system*. W: Weiner A.S., Ronch J.L. (red.). *Cultural change in long-term care*. Haworth Press, Nowy Jork 2002.
5. *Long-term care for older people. The OECD Health Project*. OECD Publishing, Paryż 2005.
6. Goethe J.G.: *Long-term care*. Dearborn Financial Institute, Michigan 1999.
7. Szarota Z.: *Gerontologia społeczna i oświatowa. Zarys problematyki*. Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków 2004.
8. Błędowski P.: *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*. Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa 2002.
9. Jackson W.A.: *The political economy of population ageing*. Edward Elgar Publishing Limited, Cheltenham i Northampton 1998.
10. Theobald H.: *Social exclusion and care for the elderly — theoretical concept and changing realities in European Welfare States*. WZB Raport nr SP I 2005–301, Berlin 2005.
11. Kröger T.: *Comparative research on social care. The state of the art*. European Commission, Bruksela 2001.
12. Szatur-Jaworska B.: *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*. Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2000.