

**Anna Mitek\***

Uniwersytet Szczeciński

## **FINANSOWANIE I ORGANIZACJA SYSTEMU OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W POLSCE**

### **Streszczenie**

W artykule przedstawiono kwestię finansowania i organizacji opieki dla osób starszych w Polsce. Głównym założeniem jest sklasyfikowanie systemu opieki długoterminowej uwzględniające różne formy dostępnych usług oraz źródeł finansowania pochodzących z obecnego systemu zabezpieczeń społecznych. Kluczowym wynikiem jest porównanie efektywności polskiego systemu opieki długoterminowej z efektami innych krajów oraz weryfikacja i próba ujęcia wszystkich wydatków na opiekę długoterminową w Polsce.

**Słowa kluczowe:** opieka długoterminowa, ekonomika usług dla osób starszych, wydatki publiczne, system opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i ubezpieczeń społecznych

### **Wprowadzenie**

Świadczenia opieki długoterminowej w wyniku zachodzących zmian w strukturze społeczeństwa są usługami o szerokim potencjale, które stale się rozwijają. Zmiany demograficzne oraz nadchodzące wraz z nimi problemy z zapewnieniem odpowiedniej opieki starszemu społeczeństwu są i będą wyzwania-

---

\* Adres e-mail: amitek@wneiz.pl.

niem dla młodszego pokolenia, ale również dla systemu opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. Istnieje konieczność zapewnienia stosownych świadczeń w dłuższym okresie czasu dla tej grupy osób. Oprócz przesłanek demograficznych pojawiają się aspekty życia społecznego stymulujące zwiększoną potrzebę korzystania z usług pielęgnacyjnych. Obecna sytuacja na rynku pracy i związane z nią procesy migracyjne oraz zmiany wielkości i struktury gospodarstw domowych prowadzą do częstych konfliktów interesów, a także dylematu pomiędzy pracą a rodziną.

Najogólniej opiekę długoterminową można określić jako całodobowe świadczenie zdrowotne obejmujące swoim zakresem leczenie, pielęgnację i rehabilitację pacjentów przewlekle i obłożnie chorych, którego celem jest ich rekonwalescencja. Usługa ta zapewnia również środki farmaceutyczne, materiały medyczne, sprzęt ortopedyczny i rehabilitacyjny oraz pomoc w rozwiązywaniu problemów socjalnych, psychologicznych i psychicznych.

Opieka długoterminowa w Polsce przed 1990 r. była realizowana głównie w formie usług pielęgniarek środowiskowych i w domach pomocy społecznej. Częstym zjawiskiem było także przedłużanie hospitalizacji osób starszych w szpitalach, zajmujących w ten sposób łóżka przeznaczone do leczenia stanów ostrych<sup>1</sup>. Wpływ czynników demograficznych i wzrost zapotrzebowania na tego typu usługi spowodował rozwój udzielanych form opieki długoterminowej. Pod koniec lat 90. w wyniku przeprowadzonych reform służby zdrowia powstały nowe instytucje i specjalistyczne zakłady.

Celem artykułu jest przedstawienie obecnie istniejących form opieki długoterminowej w Polsce z wyjaśnieniem podstawowych zasad jej finansowania, a także podmiotów odpowiedzialnych za jej organizację. Przyпуска się, że opieka długoterminowa w Polsce jest niedostatecznie finansowana w porównaniu do innych państw europejskich, a także, że jej organizacja jest niespójna. W artykule zaprezentowano możliwości finansowania opieki z różnych źródeł wraz z porównaniem skali polskich wydatków na ten cel na tle innych krajów w celu zbadania efektywności polskiego systemu usług opiekuńczych dla osób starszych. Wykorzystano analizy porównawcze wydatków na opiekę długoterminową, korzystając z danych OECD i planów finansowych NFZ.

---

<sup>1</sup> K. Szczerbińska, *Dostępność opieki zdrowotnej i pomocy społecznej dla osób starszych w Polsce. Raport z badań*, Wyd. UJ, Kraków 2006, s. 228.

## 1. Formy opieki długoterminowej i świadczeniodawcy

Świadczenia i usługi dostępne w ramach opieki długoterminowej są rozproszone pomiędzy różne części systemu zabezpieczenia społecznego, a ściślej między: systemem opieki zdrowotnej, systemem ubezpieczeń społecznych oraz systemem pomocy społecznej. Wśród wymienionych systemów dostępna jest pomoc w formie świadczenia pieniężnego bądź rzeczowego (tabela 1). Świadczenia w formie pieniężnej to dodatki pielęgnacyjne wypłacane przez ZUS oraz zasiłki pielęgnacyjne dostępne w ramach opieki społecznej. Z kolei wśród świadczeń rzeczowych możliwe są różne formy usług pielęgnacyjnych i opiekuńczych realizowanych w ramach służby zdrowia oraz pomocy społecznej<sup>2</sup>. Usługi opiekuńcze w zakresie służby zdrowia są kontraktowane przez NFZ i określane jako produkty. Natomiast system pomocy społecznej gwarantuje tzw. świadczenia, na które środki finansowe pochodzą z budżetu samorządów lokalnych. W ramach produktów kontraktowanych przez NFZ można wyróżnić głównie stacjonarną opiekę długoterminową i pielęgniarstwa opiekę domową oraz opiekę paliatywną i hospicyjną<sup>3</sup>. Natomiast w zakresie systemu pomocy społecznej jest to pomoc materialna w formie świadczeń pieniężnych (zasiłków) i rzeczowych (pomoc rzeczowa i usługowa).

Tabela 1. Rodzaje świadczeń w ramach opieki długoterminowej w Polsce

Świadczenia pieniężne		Świadczenia rzeczowe	
system ubezpieczeń społecznych	system pomocy społecznej	system opieki zdrowotnej	system pomocy społecznej
dodatek pielęgnacyjny	zasiłek pielęgnacyjny	usługi opiekuńcze i pielęgnacyjne	

Źródło: 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, [http://siteresources.worldbank.org/ECAEXT/Resources/ECCU5\\_LTC\\_AAA\\_Case\\_Studies\\_Final\\_NovNovem2\\_2010.pdf](http://siteresources.worldbank.org/ECAEXT/Resources/ECCU5_LTC_AAA_Case_Studies_Final_NovNovem2_2010.pdf), s. 74 (3.09.2012).

<sup>2</sup> 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, [http://siteresources.worldbank.org/ECAEXT/Resources/ECCU5\\_LTC\\_AAA\\_Case\\_Studies\\_Final\\_NovNovem2\\_2010.pdf](http://siteresources.worldbank.org/ECAEXT/Resources/ECCU5_LTC_AAA_Case_Studies_Final_NovNovem2_2010.pdf), s. 74 (3.09.2012).

<sup>3</sup> Zarządzenie nr 83/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 16 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

Obecnie opieka nad pacjentem sprawowana jest w formie opieki instytucjonalnej przez osoby zajmujące się opieką zawodowo (tj. lekarzy, pielęgniarki, pracowników socjalnych oraz pracowników zakładów opieki długoterminowej) lub w formie opieki domowej przez członków rodziny, przyjaciół, bliskich<sup>4</sup>. Wśród państwowych instytucji udzielających opieki i pielęgnacji istnieje kilka placówek funkcjonujących w ramach systemu ochrony zdrowia i systemu pomocy społecznej. W ramach służby zdrowia placówki prowadzące opiekę długoterminową to: oddziały szpitalne dla osób przewlekle chorych, hospicja, zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL), zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO), natomiast w ramach pomocy społecznej – domy pomocy społecznej (DPS, DDPS), opiekunowie środowiskowi oraz pracownicy socjalni i terapeuci<sup>5</sup>.

Klasyfikując podmioty oferujące usługi długoterminowe, należy je rozróżnić przede wszystkim pod względem ich publicznego charakteru. Niewątpliwie podmioty działające w ramach służby zdrowia i systemu pomocy społecznej to jednostki publiczne, natomiast niepubliczne to przede wszystkim niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej (NZOZ), prywatne domy opieki.

Wśród instytucji służby zdrowia występują m.in. oddziały geriatryczne, których celem jest diagnozowanie i leczenie osób w podeszłym wieku. Instytucje takie jak ZOL lub ZPO koncentrują się głównie na zapewnieniu długotrwałej opieki i pielęgnacji pacjentów oraz na kontynuacji leczenia, najczęściej przybierając formę jednostek organizacyjnych ZOZ lub czasem odrębnych podmiotów samodzielnych. Hospicja są na pograniczu obu systemów, ponieważ część wydatków jest finansowana z funduszy NFZ, a część przez samorządy terytorialne, organizacje pozarządowe lub sponsorów.

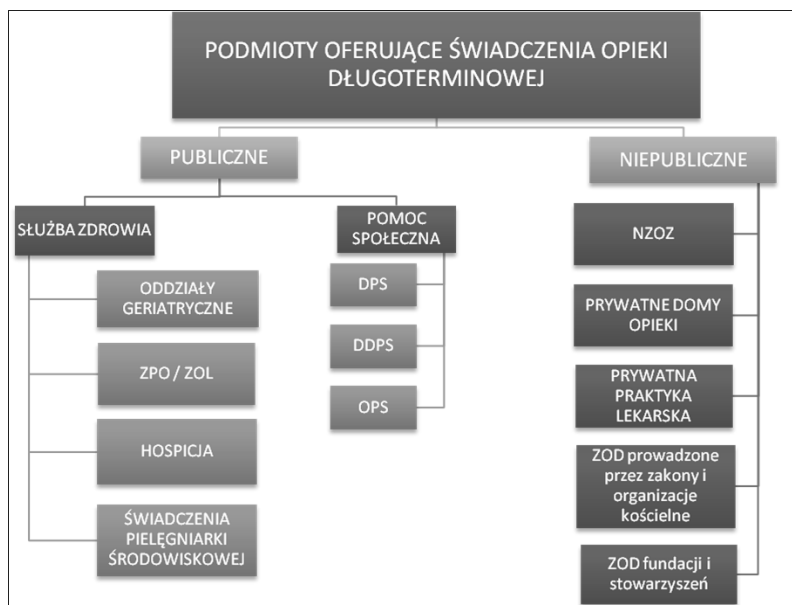
W systemie opieki społecznej istniejące organizacje i domy pomocy społecznej pomagają w szczególności osobom będącym w trudnej sytuacji społecznej. Koszty opłacane są częściowo przez osoby potrzebujące pomocy (np. z emerytury), natomiast część pokrywa najbliższa rodzina, ewentualnie w trudnych przypadkach finansowana jest z budżetu gminy.

---

<sup>4</sup> A. Koziarkiewicz, K. Szczerbińska, *Opieka długoterminowa w Polsce: ocena stanu obecnego oraz rozwiązania na przyszłość*, Termedia, Kraków 2007, s. 10.

<sup>5</sup> *Ibidem*, s. 11; K. Szczerbińska, *Dostępność opieki...*, s. 234.

Rysunek 1. Klasyfikacja podmiotów świadczących usługi długoterminowe



Źródło: opracowanie własne.

W kategorii podmiotów niepublicznych można wymienić m.in. niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, prywatne domy opieki, prywatną praktykę lekarską oraz zakłady opieki długoterminowej (ZOD) prowadzone przez fundacje i stowarzyszenia oraz zakony i organizacje kościelne. Większość z tych placówek jest prywatną działalnością lekarzy, pielęgniarek lub przedsiębiorców finansowaną ze środków pacjenta.

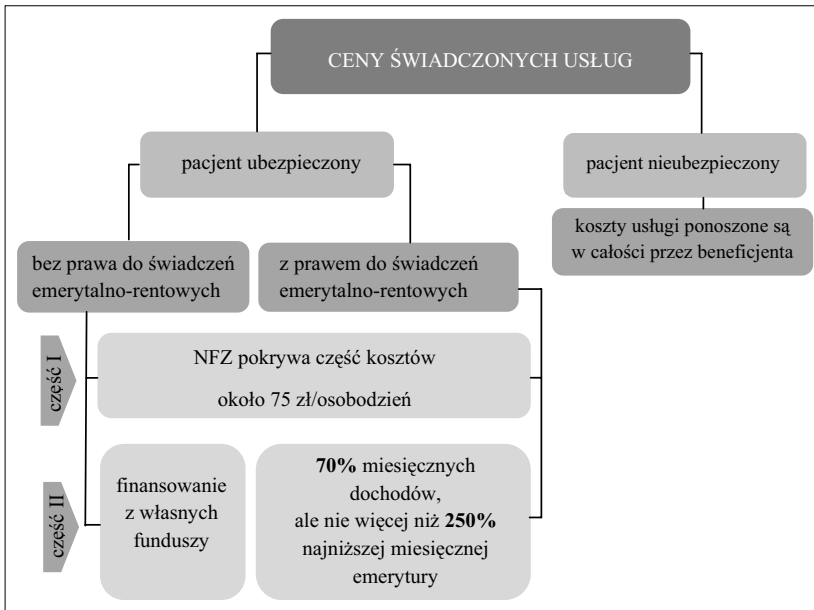
## 2. Źródła finansowania opieki długoterminowej w Polsce

W Polsce powszechnie stosowany jest model ubezpieczeniowy oparty na systemie pobierania składek odliczanych od wynagrodzenia pracownika. Głównymi źródłami finansowania systemu opieki długoterminowej są składki pochodzące z ubezpieczenia zdrowotnego, społecznego oraz z podatków.

Środki pochodzące z obowiązkowych składek ubezpieczenia zdrowotnego są głównym źródłem finansowania działalności NFZ, który kontraktuje niezbędne świadczenia w ramach służby zdrowia. Pobierana od pacjenta składka

zapewnia opiekę zdrowotną, a także opiekę długoterminową w takim samym wymiarze, bez względu na statut materialny bądź rodzaj choroby. Określenie ceny świadczonych usług jest uzależnione od kryteriów podziału samych beneficjentów, przede wszystkim ich wieku, prawa do świadczeń emerytalno-rentowych oraz ubezpieczenia zdrowotnego. Usystematyzowaną klasyfikację różnych sposobów finansowania przedstawia rysunek 2.

Rysunek 2. Schemat składowych ceny i części finansowania usług w ramach służby zdrowia



Źródło: opracowanie własne.

Pacjenci opłacający składki na ubezpieczenie zdrowotne korzystają ze świadczeń opłacanych przez NFZ. Druga grupa to pacjenci nieopłacający składek, a więc nieposiadający prawa do finansowania usług zdrowotnych z systemu NFZ. Wśród pacjentów ubezpieczonych można wyróżnić tych posiadających już świadczenia emerytalno-rentowe (z racji wieku bądź przepisów) oraz tych nieposiadających świadczeń (np. osoby w wieku produkcyjnym).

W każdej z wymienionych grup koszty świadczonych usług pielęgnacyjnych są inaczej finansowane. U pacjentów będących ubezpieczonych w NFZ na cenę usług składają się dwie części:

- I część – kontraktowana przez NFZ, zależna od zawartych umów na kontraktowanie świadczeń. W Polsce w 2012 r. część finansowana przez NFZ wahała się w granicach 66–78 zł/osobodzień w zależności od województwa<sup>6</sup>. Dodatkowo modyfikowana jest współczynnikiem korygującym od 1,2 do 4,2, który jest przypisany konkretnym stanom zdrowia pacjenta zależnym od jego oceny według tzw. skali Barthel, oceniającej aktywność w podstawowych czynnościach życiowych oraz skali Glasgow, diagnozującej poziom świadomości pacjenta. W przypadku osób starszych współczynniki korygujące wynoszą odpowiednio 1,5, 2,6 i 3,5<sup>7</sup>.
- II część – ponoszona przez pacjenta, uwzględniająca koszty wyżywienia i zakwaterowania:
  - ustalana w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej osoby przebywającej w ZPO i ZOL<sup>8</sup>,
  - osoby nieposiadające jeszcze świadczeń emerytalno-rentowych są zobowiązane do finansowania tej części z własnych środków finansowych (wynagrodzenia, oszczędności, ubezpieczenia).

Natomiast odpowiedzialność za ponoszenie kosztów opieki długoterminowej pacjentów nieposiadających ubezpieczenia zdrowotnego spoczywa na samym beneficjencie lub jego najbliższej rodzinie. W praktyce taki pacjent nie ma większych szans na przyjęcie do zakładu pielęgnacyjnego. Zakład nie uzyska finansowania ze środków NFZ, a także zbyt duża liczba oczekujących spełniających kryterium posiadania ubezpieczenia zdrowotnego uniemożliwi jego przyjęcie. Jest to forma finansowania według modelu rezydualnego.

W przypadku świadczeń udzielanych w prywatnych domach opieki działających w ramach sektora prywatnego, ceny usług są znacznie wyższe i finansowane tylko i wyłącznie przez pacjenta. Pobyt w tego typu placówce to koszt rzędu około 2500 zł miesięcznie, sięgający nawet 3600 zł w luksusowych domach starców<sup>9</sup>. Całość jest finansowana z prywatnych funduszy i często prze-

<sup>6</sup> <http://www.nfz.gov.pl/new/?katnr=3&dzialnr=19&artnr=1483> (31.08.2012).

<sup>7</sup> Zarządzenie nr 83/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia..., § 14.

<sup>8</sup> Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z 30 sierpnia 1991 r. (DzU z 2007 r., nr 14, poz. 89), art. 34a.

<sup>9</sup> J. Krzemiński, *Starość nie radość, biznes na niej też*, „Forbes” 2008, nr 8.

wyższająca wysokość emerytury, dlatego tego typu podmioty przeznaczone są dla ludzi zamożnych, posiadających własny kapitał, oszczędności bądź mogących liczyć na pomoc rodziny.

Oprócz tego istnieje wsparcie w ramach systemu ubezpieczenia społecznego oraz systemu pomocy społecznej. Osoby, które nie mogą poradzić sobie w codziennym życiu i samodzielnie funkcjonować lub które mają więcej niż 75 lat, mogą liczyć na dodatki pielęgnacyjne lub zasiłki pielęgnacyjne. Dodatek pielęgnacyjny należy się osobom uznanym za niezdolne do pracy i samodzielnej egzystencji albo osobom po 75 roku życia. Jest on wypłacany przez ZUS z urzędu w formie dodatku do emerytury lub renty. Obecnie wynosi on 195,67 zł i przysługuje na podstawie orzeczenia lekarskiego lub spełnienia kryterium wieku<sup>10</sup>. Natomiast zasiłek jest przyznawany osobom sprawującym opiekę nad osobami niesamodzielnymi w celu częściowego pokrycia wydatków. Wynosi 153 zł miesięcznie i jest wypłacany z budżetu jednostek terytorialnych<sup>11</sup>. Osoby pobierające zasiłek pielęgnacyjny nie mogą jednocześnie pobierać dodatku pielęgnacyjnego, dlatego powinny wybrać świadczenie, które chcą otrzymywać. Oba świadczenia pieniężne są stałe i niezależne od poziomu dochodów beneficjenta.

### 3. Finansowanie ogółem opieki długoterminowej

Udzielanie usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych w ramach trzech sektorów niesie z sobą konsekwencje rozproszenia źródeł finansowania pomiędzy różne podmioty odpowiedzialne. Skutkiem takiego systemu jest brak wspólnej koordynacji działań podmiotów, a wraz z nią brak odpowiedniego i racjonalnego finansowania. Beneficjent może liczyć na pomoc z różnych źródeł, jednak problemem może się okazać ich dostępność oraz przejrzystość zasad funkcjonowania opieki długoterminowej. Kwestia oceny finansowania opieki długoterminowej jest zatem skomplikowana z uwagi na wiele trudności w finansowaniu różnych form świadczeń i pomocy.

---

<sup>10</sup> <http://www.zus.pl/default.asp?id=52&p=1&idk>, <http://www.zus.pl/default.asp?p=4&id=1527> (31.08.2012).

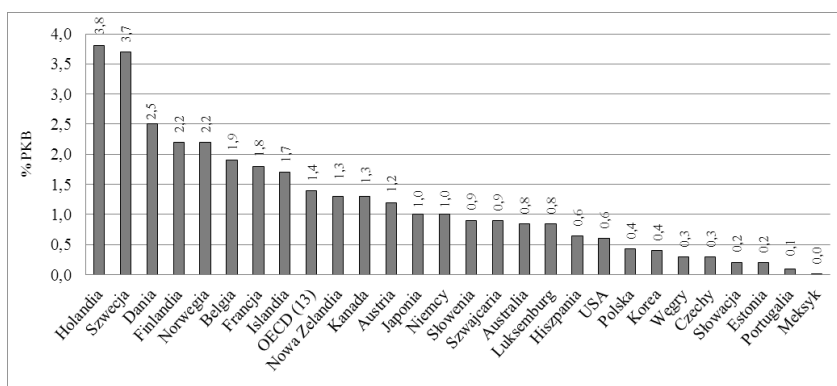
<sup>11</sup> <http://www.mpips.gov.pl/wsparcie-dla-rodzin-z-dziecmi/swiadczenia-rodzinne/rodzaje-i-wysokosc-swadczen-rodzinnych-kryteria-uzyskania/swiadczenia-opiekuncze/zasilek-pielagnacyjny/> (31.08.2012).



Biorąc pod uwagę dane OECD, możliwe jest porównanie ogólnych wydatków na opiekę długoterminową w skali wybranych państw OECD. Wydatki na opiekę długoterminową są często podawane w relacji do PKB, aby uwzględnić także sytuację gospodarczą kraju (rysunek 3). Niestety, dane w zbiorowych opracowaniach kilku państw nie są szczegółowo dopracowywane, obejmując częściowe informacje finansowe, a w konsekwencji mogą zawierać nie do końca porównywalne dane.

Opierając się na danych OECD, udział wydatków na opiekę długoterminową w Polsce w relacji do PKB wynosi 0,4% i jest jednym z najniższych wśród porównywanych państw. Przyczyną tak niskiego udziału jest przypuszczalnie nieuwzględnienie wszystkich źródeł finansowania opieki w Polsce. Średnia dla badanych państw OECD wynosi 1,4% PKB, natomiast najwięcej wydatków przeznaczają na opiekę długoterminową państwa skandynawskie (Szwecja 3,7%) oraz państwa Europy Zachodniej (Holandia 3,8%). Z kolei najmniej przeznaczają na ten cel państwa Europy Środkowo-Wschodniej oraz kraje Półwyspu Iberyjskiego.

Rysunek 3. Wydatki na opiekę długoterminową jako odsetek PKB w wybranych krajach w 2009 r. (lub najbliższym)



Źródło: OECD Health Data 2011.

Paradoksalnie państwa o najniższym odsetku wydatków na opiekę długoterminową w relacji do PKB charakteryzują się w badanym okresie 2000–2009 największą dynamiką wzrostu wydatków na ten cel, ale uwzględniających tylko część pochodzącą z systemu opieki zdrowotnej. W tej grupie jest również Polska, uzyskując średnioroczny wzrost wydatków na poziomie 7,4%, nieco poni-

żej średniej wśród badanych państw OECD (7,9%)<sup>12</sup>. Przepuszczalnie jednym z czynników tego trendu są zmiany struktury społeczeństwa danego państwa, a także większe zainteresowanie problemem i podejmowanie prób uporania się z nim, choćby poprzez zwiększanie wydatków. Należy również zauważyć, iż przy wydatkach na niskim poziomie wszelkie drobne zmiany ich wysokości będą charakteryzowały się większą dynamiką i wrażliwością w porównaniu do danych bazowych. Oprócz tego możliwą przyczyną zauważonej zależności mogą być też zmiany systemowe.

Tendencja wzrostowa wydatków na opiekę długoterminową jest również zaobserwowana w wydatkach ogółem NFZ. W ciągu 7 lat zwiększyły się one prawie dwukrotnie z planowanych około 525 mln zł w 2005 r. do kwoty przekraczającej 1 mld zł w 2012 r. (tabela 2). Do roku 2008 koszt świadczeń zwiększał się systematycznie z wyjątkiem 2009 r., w którym nastąpił spadek wydatków o około 18% mimo wzrostu wydatków ogółem na świadczenia zdrowotne<sup>13</sup>. W kolejnych latach zwiększono finansowanie opieki długoterminowej. Mimo lekkich wahań samych środków przeznaczanych na opiekę długoterminową, ich udział w ogólnych wydatkach NFZ na świadczenia zdrowotne jest w niewielkim paśmie wahań od 1,42 do 1,79%. Wzrost kosztów na opiekę długoterminową jest skorelowany z ogółem wydatków na świadczenia zdrowotne.

Tabela 2. Wydatki NFZ ogółem na opiekę długoterminową w latach 2005–2012 (w mln zł)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
koszt świadczeń opieki długoterminowej	524,8	561,9	734,4	970,1	787,1	904,5	969,3	1 000,1
udział wydatków na opiekę długoterminową w wydatkach ogółem na świadczenia zdrowotne	1,59%	1,60%	1,79%	1,85%	1,42%	1,58%	1,66%	1,64%

Źródło: Plany finansowe NFZ z lat 2005–2012, <http://nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=10> (27.08.2012).

<sup>12</sup> OECD, *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*, 2011, [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2011-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en), s. 177 (27.08.2012).

<sup>13</sup> Początkowe plany finansowe NFZ na rok 2009 zakładały wydatki na poziomie około 1 080,3 mln zł, jednak po koniecznych zmianach kwota ta została zmniejszona do poziomu 787,1 mln zł.

Ustalenie łącznych wydatków obejmujących kompleksowo wszystkie systemy: pomocy społecznej, opieki zdrowotnej oraz ubezpieczeń społecznych jest niezwykle trudne z uwagi na brak szczegółowych i spójnych informacji odnośnie rozdzielania środków, w szczególności w ramach pomocy społecznej. Problemem jest rozdysponowywanie wydatków terytorialnie bez wyszczególnienia pomocy osobom starszym. Trudności występują także w zidentyfikowaniu liczby beneficjentów korzystających z konkretnych świadczeń.

Na podstawie badań przeprowadzonych dla Banku Światowego przez dr Barbarę Więckowską możliwe jest oszacowanie skali wydatków łącznych przeznaczanych na opiekę długoterminową w Polsce. Szacuje się, że na świadczenia pieniężne w latach 2005–2008 łącznie przeznaczana była kwota od 5,4 do 6,4 mld zł rocznie, z czego trochę więcej niż połowa pochodzi z tytułu wieku (dodatek pielęgnacyjny). Na świadczenia rzeczowe początkowe wydatki wynosiły 4,6 mld zł i były mniejsze niż środki przeznaczane na zasiłki i dodatki pieniężne. Jednak w 2008 r. wydatki na świadczenia rzeczowe były większe niż świadczenia pieniężne, osiągając kwotę około 6,7 mld zł rocznie. Suma łącznych wydatków na opiekę długoterminową wzrosła z poziomu 9,9 mld zł w 2005 r. do 13,1 mld zł rocznie w 2008 r., co stanowi wzrost o prawie 32%. Analizując ponownie stosunek wydatków na opiekę długoterminową do PKB, po uwzględnieniu możliwych źródeł finansowania, udział ten jest znacznie większy niż według szacunków danych z raportów OECD i wynosił w latach 2005–2006 około 1% PKB<sup>14</sup>. Powiększony wskaźnik jest efektem uwzględnienia szerszego zakresu źródeł finansowania usług opiekuńczych pochodzących z różnych sektorów.

Tabela 3. Łączne wydatki na świadczenia opieki długoterminowej w Polsce w latach 2005–2008 (w mln zł)

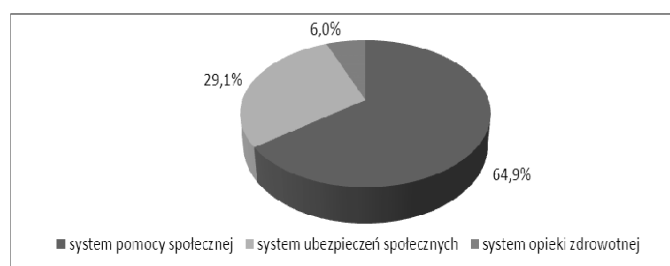
	2005	2006	2007	2008
<b>Świadczenia pieniężne</b>	<b>5 372</b>	<b>5 838</b>	<b>6 033</b>	<b>6 441</b>
z tytułu wieku	2 856	3 197	3 382	3 802
z tytułu niedołęstwa	2 516	2 642	2 651	2 639
<b>Świadczenia rzeczowe</b>	<b>4 573</b>	<b>4 981</b>	<b>5 593</b>	<b>6 659</b>
sektor ochrony zdrowia (NFZ)	525	562	734	970
sektor pomocy społecznej	4 048	4 419	4 859	5 689
<b>SUMA</b>	<b>9 945</b>	<b>10 819</b>	<b>11 626</b>	<b>13 100</b>

Źródło: opracowanie własne na podstawie: B. Więckowska, *Description...*, s. 81–85 oraz planów finansowych NFZ.

<sup>14</sup> Obliczenia własne na podstawie: B. Więckowska, *Description...*, s. 81–85, planów finansowych NFZ oraz *Roczników statystycznych* GUS.

Biorąc pod uwagę, iż zasiłek pielęgnacyjny jest świadczeniem dostępnym w ramach sektora pomocy społecznej, wydatki w tym sektorze na zapewnienie opieki długoterminowej stanowiły aż 64,9% łącznych wydatków na ten cel (rysunek 4). Szacuje się, że z systemu ubezpieczeń społecznych w formie dodatku pielęgnacyjnego było średnio przeznaczane około 29%, natomiast z systemu opieki zdrowotnej zaledwie 6%.

Rysunek 4. Średni udział wydatków na opiekę długoterminową z uwzględnieniem podziału na systemy zabezpieczenia społecznego w latach 2005–2008



Źródło: opracowanie własne.

Powyższe wyniki potwierdzają, iż polski system opiera pomoc osobom starszym głównie na sektorze pomocy społecznej, co w dość znacznym stopniu obciąża budżety jednostek lokalnych i państwa. Zdecydowana mniejsza część środków pochodzi z ubezpieczeń zdrowotnych czy ubezpieczeń społecznych potrącanych z wynagrodzeń, przez co system wydaje się być mniej efektywny.

## Podsumowanie

Obecnie w Polsce dostępnych jest kilka form świadczenia usług opiekuńczych dla osób starszych, a także możliwe są pewne sposoby finansowania pomocy, co zostało zaprezentowane w artykule. System zapewniający usługi opieki długoterminowej, jaki funkcjonuje w Polsce, jest niejednorodny i niespójnie skonstruowany. Środki przeznaczane na ten cel nie zapewniają kompleksowej opieki wszystkim potrzebującym, a czasem tylko w niewielkim stopniu rekompensują koszty zapewnienia opieki. Również różnice w formach świadczeń oraz w podmiotach odpowiedzialnych za ich świadczenie powodują

dezorientację potrzebujących pomocy, a także trudności w określeniu rzeczywistych kosztów niezbędnych do analizy efektywności podejmowanych działań. Zmiany nie tylko organizacyjne, ale też zwiększające liczbę miejsc w specjalistycznych placówkach, jak również niosące nowy sposób finansowania usług opiekuńczych są konieczne i gwarantują zapewnienie pomocy większej liczbie potrzebujących. Wprowadzenie stosownych reform w systemach zabezpieczeń społecznych, które uwzględniałyby wspomniane zmiany, są nieuniknione i bardzo potrzebne, w szczególności jeżeli dotyczą coraz szerszej grupy obywateli. Uświadomienie społeczeństwu skali tego zagadnienia oraz pozyskanie niezbędnych nowych źródeł finansowania może okazać się kolejnym problemem i wyzwaniem.

## Literatura

- Kozierkiewicz A., Szczerbińska K., *Opieka długoterminowa w Polsce: ocena stanu obecnego oraz rozwiązania na przyszłość.*, Termedia, Kraków 2007.
- Krzemiński J., *Starość nie radość, biznes na niej też*, „Forbes” 2008, nr 8.
- OECD, *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*, 2011, [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2011-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en).
- Plany finansowe NFZ z lat 2005–2012, <http://nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=10>.
- Szczerbińska K., *Dostępność opieki zdrowotnej i pomocy społecznej dla osób starszych w Polsce. Raport z badań*, Wyd. UJ, Kraków 2006.
- Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 r., art. 34a (DzU z 2007 r., nr 14, poz. 89).
- Więckowska B., *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, [http://siteresources.worldbank.org/ECAEXT/Resources/ECCU5\\_LTC\\_AAA\\_Case\\_Studies\\_Final\\_NovNovem2\\_2010.pdf](http://siteresources.worldbank.org/ECAEXT/Resources/ECCU5_LTC_AAA_Case_Studies_Final_NovNovem2_2010.pdf).
- Zarządzenie nr 83/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 16 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

## FINANCING AND ORGANIZATION OF LONG-TERM CARE IN POLAND

### Summary

The article discusses issues of organization and financing care for elderly in Poland. The main objective is to classify the entities responsible for providing care among the various social security system and present the current long-term care financing solutions with their effectiveness. Evaluation of the costs of providing long-term care and compared to other countries is a key result.

**Keywords:** long-term care, economics of the elderly, government expenditures and health, government expenditures and welfare programs, analysis of health care markets

**JEL Codes:** J14, H51, H53, I11

*Translated by Anna Mitek*