

Paweł Łuczak

Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu¹

*Publiczne i prywatne finansowanie
opieki długoterminowej.
Przykład Europy Środkowo-Wschodniej²*

Streszczenie

Przedmiotem artykułu są determinanty finansowania opieki długoterminowej w wybranych dwóch państwach Europy Środkowo-Wschodniej. Tekst opiera się na podziale instrumentów finansowania ze względu na okres gromadzenia środków. Pierwszy rodzaj instrumentów (*ex ante*), odnoszący się do działań realizowanych przed wystąpieniem niesamodzielności, to: ubezpieczenie, oszczędności i prewencja. Instrumenty drugiego rodzaju (*ex post*) są natomiast wykorzystywane w następstwie wystąpienia niesamodzielności. Pytanie badawcze dotyczy relacji (substytucyjność czy komplementarność) między instrumentami *ex post* i *ex ante* w Polsce i Republice Czeskiej. Wyniki analizy wskazują, że instrumenty *ex post* stanowią substytut instrumentów *ex ante*, co jest konsekwencją dominującej roli finansowania prywatnego.

Słowa kluczowe: opieka długoterminowa, finansowanie prywatne, opieka nieformalna, polityka społeczna w Europie Środkowo-Wschodniej, polityka publiczna

¹ Katedra Pracy i Polityki Społecznej, Wydział Ekonomii, al. Niepodległości 10, 61-875 Poznań; adres elektroniczny autora: pawel.luczak@ue.poznan.pl

² Projekt został sfinansowany ze środków Narodowego Centrum Nauki przyznanych na podstawie decyzji numer DEC-2012/07/N/HS5/01730.

Wprowadzenie

Opieka długoterminowa³ stała się w ostatnich latach jednym z najżywiej dyskutowanych zagadnień polityki społecznej (Golinowska 2015, s. 38). Dużo miejsca w owych debatach poświęca się finansowaniu tej opieki, przy czym dominującą perspektywą jest wizja wzrostu wydatków budżetu państwa czy samorządów terytorialnych przeznaczanych na opiekę (Łuczak 2014, s. 163). Należy jednak uwzględnić fakt, że wysokość publicznych kosztów opieki długoterminowej jest konsekwencją decyzji politycznych dotyczących tego, w jakim stopniu uniwersalne mają być publiczne systemy wsparcia na wypadek niesamodzielności.

Ze względu na polityczność kwestii finansowania, trudno zakładać jakikolwiek automatyczny związek między wzrostem zapotrzebowania na opiekę długoterminową (skutek procesu starzenia się społeczeństw) a wysokością wydatków publicznych przeznaczanych na ten cel. Tradycyjnie wysoki udział nakładów prywatnych związanych z opieką długoterminową — pod postacią współpłacenia za usługi opiekuńcze czy, przede wszystkim, pracy niepłatnej w formie opieki nieformalnej — stanowi bardzo ważne uzupełnienie, a w niektórych wypadkach nawet substytut finansowania publicznego.

W związku z powyższym, w niniejszym artykule wychodzimy poza ugruntowany w teorii i praktyce polityki społecznej podział na wydatki publiczne i prywatne. W tekście wykorzystujemy podejście zaproponowane przez Joana Costę-Font i współpracowników, które zostało przedstawione w artykule opublikowanym w „Health Economics” na początku 2015 r. Autorzy, wykorzystując kryterium okresu gromadzenia środków, wyróżnili dwa rodzaje mechanizmów finansowania opieki długoterminowej: *ex ante* i *ex post*. Pierwszy z nich odnosi się do instrumentów stosowanych przed wystąpieniem niesamodzielności, wśród których można wyróżnić: ubezpieczenie (społeczne lub prywatne), oszczędności przezornościowe oraz działania prewencyjne mające na celu zapobieżenie niesamodzielności i/lub zmniejszenie kosztów będących konsekwencją niesamodzielności. Finansowanie *ex post* jest z kolei realizowane w następstwie zaistnienia niesamodzielności. Wśród tego typu mechanizmów można wyróżnić: subsydiowanie opieki formalnej i/lub nieformalnej, pomoc udzielaną przez rodziny oraz spieniężenie majątku zakumulowanego w nieruchomości.

Przedmiotem analizy empirycznej artykułu Costy-Font i współpracowników były rozwiązania funkcjonujące głównie w zachodnich państwach należących do OECD. Autorzy stwierdzili, że choć w większości państw mechanizmy *ex post* i *ex ante* współwystępują, to jednak zdecydowanie widocznější jest tendencja do substytucji, czyli zastępowania jednego rodzaju mechanizmów przez drugi (*ex post* w dużej mierze stanowi substytut *ex ante*).

W niniejszym artykule pytanie badawcze dotyczące tego, jakie relacje (substytucyjność czy komplementarność) występują między instrumentami *ex post* i *ex ante*, będzie stawiane

³ Opieka długoterminowa to pojęcie odnoszone do szerokiego i zróżnicowanego zakresu usług świadczonych na rzecz osób niesamodzielnych. Brak samodzielności charakteryzuje się niskim stopniem wydolności fizycznej lub zaburzeniami funkcji psychicznych czy kognitywnych, ale nie wymaga hospitalizacji. Konsekwencją niesamodzielności jest długotrwała zależność od pomocy osób trzecich, która jest udzielana przy wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego (Colombo 2011, s. 11).

w odniesieniu do dwóch wybranych państw Europy Środkowo-Wschodniej: Polski i Republiki Czeskiej. Państwa te realizują odmienną politykę społeczną dotyczącą problemu niesamodzielności⁴. Publiczny system opieki długoterminowej w Republice Czeskiej, ze względu na wprowadzone w 2007 r. uniwersalne świadczenie pieniężne, uznaje się za najbardziej kompleksowy w naszym regionie. W artykule przyjmujemy hipotezę, że instrumenty *ex post* stanowią substytut instrumentów *ex ante*. Głównym podłożem teoretycznym analizy jest dorobek z zakresu ekonomii polityki społecznej (Barr 2016) oraz ekonomii opieki długoterminowej (Norton 2000).

Struktura artykułu jest następująca: w pierwszej części omówiono zagadnienia dotyczące typologii finansowania opieki długoterminowej. Kolejne dwie części są poświęcone analizie porównawczej, między innymi przy wykorzystaniu danych SHARE⁵, której przedmiotem są determinanty finansowania *ex ante* i *ex post* w Polsce i Republice Czeskiej. W zakończeniu przedstawiono najważniejsze wnioski oraz ograniczenia artykułu.

Finansowanie opieki długoterminowej: publiczne czy prywatne?; ex ante czy ex post?⁶

W niniejszym artykule finansowanie opieki długoterminowej rozumiem jako pokrywanie kosztów zaspokajania potrzeb osób niesamodzielnych w zakresie osobistego wsparcia przy wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego. Tak szeroka definicja pojęcia finansowania jest uzasadniona tym, że w odniesieniu do opieki długoterminowej możemy wyróżnić wiele podmiotów, które ponoszą nakłady różnego rodzaju służące zaspokajaniu potrzeb opiekuńczych. Biorąc pod uwagę kryterium zorganizowania tych podmiotów, można je podzielić na dwa ogólne typy: publiczne i prywatne.

Podmioty publiczne opierają się na rozwiązaniach kolektywnych związanych z przymusem uczestnictwa (cecha władzy publicznej) oraz wykorzystują różne mechanizmy finansowania

⁴ W artykule zajmuję się opieką długoterminową nad osobami starszymi w sektorze usług społecznych, pomijam zatem usługi świadczone w ramach sektora opieki zdrowotnej.

⁵ Artykuł wykorzystuje dane SHARE pochodzące z rundy II, wersja 2.6.0, z 19 listopada 2013 (DOI: 10.6103/SHARE.w1.260 and 10.6103/SHARE.w2.260). Dane SHARE były opracowane przy wsparciu Komisji Europejskiej w ramach 5. Programu Ramowego (projekt QLK6-CT-2001-00360 w ramach programu tematycznego Quality of Life), 6. Programu Ramowego (projekt SHARE-I3, RII-CT-2006-062193, COMPARE, CIT5-CT-2005-028857, I SHARELIFE, CIT4-CT-2006-028812) SHARE-PREP, N° 211909, SHARE-LEAP, N° 227822 and SHARE M4, N° 261982). Dodatkowi fundatorzy to amerykański National Institute of Aging (Narodowy Instytut Starzenia się) (U01 AG09740-13S2, P01 AG005842, P01 AG08291, P30 AG12815, R21 AG025169, Y1-AG-4553-01, IAG BSR06-11 and OGHA 04-064) oraz niemieckie Bundesministerium für Bildung und Forschung (Federalne Ministerstwo Edukacji i Badań Naukowych), jak również szereg innych instytucji (pełna lista fundatorów na stronie www.share-project.org).

⁶ Dalsza część artykułu opiera się częściowo na tekście rozprawy doktorskiej pt. *Uwarunkowania opieki długoterminowej nad osobami starszymi w Polsce i Republice Czeskiej*, przygotowanej i obronionej (data publicznej obrony: 28 października 2014) na Wydziale Ekonomii Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, pod kierunkiem prof. dra hab. Józefa Orczyka. Niniejszy artykuł stanowi rozwinięcie wątków, które analizowane były w rozprawie doktorskiej.

wania, takie jak metoda budżetowa czy ubezpieczenie społeczne. W porównaniu z innymi rodzajami ryzyka socjalnego, zaangażowanie publiczne w zakresie opieki długoterminowej jest dość ograniczone (Carrera i in. 2013, s. 32). Wydatki publiczne na opiekę długoterminową mierzone ich udziałem w dochodzie narodowym kształtują się, poza kilkoma istotnymi wyjątkami (państwa skandynawskie, Japonia, kraje Beneluksu), na relatywnie niskim poziomie (Colombo 2011, s. 46).

Skupianie się na wydatkach publicznych nie odzwierciedla jednak w pełni nakładów ponoszonych przy zaspokajaniu potrzeb opiekuńczych osób niesamodzielnych. Po pierwsze, największy udział we wsparciu mają nieformalne sieci, głównie rodziny (przede wszystkim kobiety), co nie znajduje odzwierciedlenia w rachunkach narodowych⁷. Udzielanie nieformalnego wsparcia osobie niesamodzielnej jest często aktywnością opartą na bliskości i miłości, która może być źródłem satysfakcji dla opiekuna lub opiekunki oraz powodem do wzrostu jego/jej poczucia szczęścia (Silverstein, Giarrusso 2010, s. 1050). Niemniej, jak wskazują badania ekonomiczne, koszt alternatywny sprawowania opieki nieformalnej nad osobą niesamodzielną może być znaczny i wyrażać się m.in. ograniczeniem aktywności zawodowej czy mniejszymi wynagrodzeniami opiekunów lub opiekunek (Carmichael, Charles 2003, s. 798)⁸. Zagadnienie owych kosztów stanowi ważny element dyskusji na temat rozwiązań z zakresu publicznego finansowania opieki długoterminowej (Van Houtven, Coe, Skira 2013)⁹.

Po drugie, opieka długoterminowa jest aktywnością wysoce pracochłonną, stąd udział kosztów osobowych (głównie wynagrodzenia pracowników) w kosztach ogólnych opieki formalnej jest dominujący. W związku z tym duży zakres publicznych wydatków na opiekę długoterminową jest z powrotem uwzględniany w rachunkach narodowych pod postacią składek ubezpieczeniowych czy podatków dochodowych. W konsekwencji owej cyrkulacji publicznych środków, rzeczywiste koszty opieki są w dużej mierze ponoszone przez gospodarstwa domowe w postaci opłat indywidualnych (Holub, Němec 2013, s. 37).

Po trzecie, w wielu krajach przyjmowane są rozwiązania, które wiążą się ze zwiększeniem zaangażowania prywatnych zasobów w zaspokajaniu potrzeb opiekuńczych,

⁷ Ponadto, w relacjach rodzinnych czy nieformalnych niezwykle trudna, o ile w ogóle możliwa, jest jednoznaczna wycena poniesionych kosztów związanych ze sprawowaniem opieki długoterminowej (Bolin, Lindgren, Lundborg 2008).

⁸ Inne koszty o charakterze nieekonomicznym wynikają z dużych nakładów fizycznych i psychicznych, które ponoszą opiekunowie osób starszych. Przykładami tego typu kosztów jest pogorszenie się zdrowia, stres, pogorszenie się relacji z najbliższym otoczeniem, w tym najbliższą rodziną (Fast, Williamson, Keating 1999).

⁹ Inną od kosztu alternatywnego metodę oszacowania kosztów opieki nieformalnej przedstawili van den Berg i Ferrer-i-Carbonell (2007). Polega ona na tym, że koszt dostarczenia opieki nieformalnej jest wyceniony w odniesieniu do strat dobrobytu przez opiekuna. Dobrobyt jest mierzony za pomocą raportowanego subiektywnego poziomu szczęścia. Pieniężna wartość opieki nieformalnej jest szacowana poprzez uwzględnienie niezbędnego dochodu wymaganego do utrzymania tego samego poziomu dobrobytu po dostarczeniu dodatkowej godziny opieki nieformalnej. Zagadnienie kosztów alternatywnych opieki nad osobami dorosłymi omówione jest również w artykule M. Maciejasz i P. Kubickiego (2014).

np. poprzez wprowadzenie częściowej odpłatności za świadczenia (współ)finansowane ze środków publicznych.

Możemy zatem uznać, że finansowanie publiczne i prywatne opieki długoterminowej trudno jednoznacznie rozgraniczyć, a podział ten z całą pewnością nie wyczerpuje złożoności tematyki. Powyższe stwierdzenie stanowi przesłankę wykorzystania typologii dzielących mechanizmy finansowania na *ex post* i *ex ante*. Jedną z największych zalet tego podejścia jest podkreślenie centralnej roli prewencji jako instrumentu finansowania opieki długoterminowej. Wydatki na opiekę długoterminową nie są bowiem prostą funkcją długowieczności, lecz zależą od proporcji między częścią życia spędzoną w dobrym stanie zdrowia i częścią życia, w której występują problemy z niesamodzielnością¹⁰ (Norton 2000, s. 986). Sama niesamodzielność jest z kolei najczęściej konsekwencją chorób przewlekłych. W związku z tym, jedną z najskuteczniejszych strategii zmniejszających wydatki na opiekę długoterminową są prewencyjne nakłady na działania prozdrowotne — przede wszystkim w odniesieniu do ryzyka wystąpienia chorób przewlekłych (Colombo 2011, s. 34). Kolejną zaletą tej typologii, zbieżną z celami niniejszego artykułu, jest uwzględnienie mieszanego, tj. publiczno-prywatnego, charakteru odpowiedzialności za zapewnienie opieki długoterminowej.

Jak wskazują autorzy artykułu z „Health Economics”, dominacja jednego z rodzajów instrumentów stanowi odzwierciedlenie wyborów politycznych dotyczących dwóch kluczowych pytań¹¹:

- w jakim stopniu osoby niesamodzielne i ich rodziny są zobowiązane do prywatnego finansowania opieki długoterminowej?
- czy ryzyko wysokich kosztów opieki długoterminowej jest postrzegane jako ryzyko społeczne, które powinno być objęte działaniami kolektywnymi (np. ubezpieczeniem społecznym)?

Powyższe pytania mają szczególne znaczenie w odniesieniu do państw Europy Środkowo-Wschodniej. W Polsce¹² toczą się obecnie dyskusje wokół konieczności kompleksowej reformy polityki społecznej w zakresie opieki długoterminowej, w Republice Czeskiej zmiany w tym zakresie, choć z różnymi efektami, kilka lat temu już wprowadzono.

¹⁰ Wydatki te zależą również, jak zauważa Norton, od zdrowia partnera czy partnerki życiowej.

¹¹ Do podobnych pytań dochodzi także A. Zachorowska-Mazurkiewicz (2014, s. 138), która analizuje związki opieki i feministycznej teorii ekonomii.

¹² Jak wskazują M. Maciejasz i P. Kubicki, niepełnosprawność i długotrwała choroba stanowią obecnie prawie co trzeci powód przyznania świadczeń z zakresu pomocy społecznej (Maciejasz, Kubicki 2014, s. 20), a w kontekście wzrostu liczby osób starszych w populacji, tj. grupy osób, które najczęściej potrzebują wsparcia ze względu na ograniczoną samodzielności, udział ten będzie się zwiększać (tamże, s. 16).

Finansowanie ex ante w Polsce i Republice Czeskiej

Ubezpieczenie (społeczne i prywatne)

Nawet jeśli gospodarstwa domowe mogą w pewnym stopniu minimalizować koszty związane z opieką długoterminową (np. poprzez indywidualną prewencję w postaci zdrowego trybu życia), to optymalnym rozwiązaniem jest tworzenie wspólnoty ryzyka obejmującej duże grupy osób. Tego typu mechanizmy ubezpieczeniowe, dzięki korzyściom skali, skuteczniej obniżają koszty związane z zapewnieniem wsparcia dla osób niesamodzielnych.

W literaturze ekonomicznej panuje ugruntowany pogląd na temat ograniczeń dobrowolnego i prywatnego ubezpieczenia w zakresie opieki długoterminowej, które występują zarówno po stronie popytu (np. niedoskonała informacja i ograniczona racjonalność), jak i podaży (np. trudności z określeniem prawdopodobieństwa) (Barr 2012, s. 143). Empirycznym odzwierciedleniem owych ograniczeń jest fakt, że rynki takich ubezpieczeń funkcjonują tylko w wybranych państwach, np. w Stanach Zjednoczonych czy Francji. W Europie Środkowo-Wschodniej prywatne towarzystwa ubezpieczeniowe nie oferują tego typu polis.

Teoria ekonomii dostarcza również silnych argumentów wskazujących, że opieka długoterminowa to odpowiedni przypadek dla ubezpieczenia społecznego (Barr 2010). Tego typu rozwiązania instytucjonalne funkcjonują w kilku państwach rozwiniętych, np. w Niemczech, Japonii czy Holandii (Jurek 2013). Wprowadzenie społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego było lub jest przedmiotem dyskusji w państwach postkomunistycznych. Można tu wskazać propozycję zgłoszoną w Polsce w 2007 r. przez Zbigniewa Religę, ówczesnego ministra zdrowia, czy zaawansowane prace w tym zakresie trwające od kilku lat w Słowenii. Rozwiązania idące w kierunku społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego, jak do tej pory, nie były natomiast szerzej dyskutowane wśród czeskich ekspertów czy polityków. Mimo że rozwiązania ubezpieczeniowe byłyby zgodne z bismarckowskimi tradycjami zabezpieczenia społecznego w państwach Europy Środkowo-Wschodniej (Inglot 2008), to perspektywa wprowadzenia tego typu instrumentów jest na tyle odległa i niepewna, że raczej nie może stanowić przesłanki twierdzenia o konwergencji systemów polskiego i czeskiego w przyszłości.

Oszczędności przezornościowe

Wysoki lub choćby adekwatny poziom dochodów rozporządzalnych zwiększa autonomię osób starszych, umożliwiając im większą niezależność w wyborze formy opieki (Bettio, Plantega 2004, s. 40). Należy przy tym pamiętać, że w skład dochodów rozporządzalnych gospodarstw osób starszych poza emeryturami wchodzi również oszczędności prywatne czy dochody z kapitału.

Na decyzje dotyczące oszczędzania na wypadek opieki długoterminowej wpływać może wiele zmiennych, których znaczenie jednoznacznie trudno określić, przede wszystkim ze względu na zachodzące między nimi interakcje. Do owych zmiennych można zaliczyć: ograniczenie budżetowe danego gospodarstwa, spodziewaną dostępność świadczeń

publicznych, zwłaszcza tych opartych na kryterium dochodowym (zob. np. Norton 2000, s. 981–982) czy wreszcie oczekiwany dostęp do substytutu opieki formalnej, jaką jest opieka nieformalna udzielana przez członków rodziny. Istotne znaczenie ma też subiektywna percepcja ryzyka niesamodzielności na starość. Powyższe zjawisko jest o tyle istotne, że duży odsetek ludzi starszych umiera, nie wymagając wcześniej opieki długoterminowej, zwłaszcza w zakresie najbardziej podstawowych czynności dnia codziennego. Duża część gospodarstw domowych może nie przejawiać skłonności do oszczędzania na wypadek konieczności sfinansowania potrzeb związanych z opieką długoterminową.

W tabeli 1 zaprezentowano wyniki reprezentatywnego badania sondażowego przeprowadzonego na osobach z wszystkich grup wiekowych, a dotyczącego zachowań i skłonności do oszczędzania na wypadek niesamodzielności. Wynika z nich, że w Polsce, w dużo większym stopniu niż w Republice Czeskiej (ale również innych państwach Europy Środkowo-Wschodniej) respondenci nie rozpoczynają oszczędzania oraz nie przejawiają takiego zamiaru. Jak wskazano wyżej, przyczyn tego stanu rzeczy może być wiele, a jedną z nich może być korzystanie z instytucji pośrednictwa finansowego¹³.

Tabela 1. Oszczędności na wypadek problemów zdrowotnych utrudniających samodzielne funkcjonowanie — odpowiedzi respondentów (w %)

	Już zgromadziłem/am oszczędności lub jestem w trakcie oszczędzania	Nie mam zamiaru oszczędzać
Polska	13	45
Republika Czeska	18	32
Węgry	25	33
Słowacja	27	17
UE-27	24	36

Źródło: Eurobarometer 2007, pytanie QA28.1 (opracowanie własne).

¹³ Z przeprowadzonych obliczeń własnych przy wykorzystaniu danych SHARE wynika, że 45% czeskich i aż 76% polskich respondentów nie posiadało konta bankowego (wykorzystano dane z rundy II, czyli na podstawie wywiadów przeprowadzonych w 2006 i 2007 r.). Nawet jeśli weźmiemy pod uwagę, że dane te liczą już sobie kilka lat i podejrzamy do tych wyników ze zwyczajową ostrożnością, to warto wciąż sprawdzić powody, dla których osoby starsze nie korzystały z kont bankowych. Ponad 71% polskich respondentów deklarowało, że nie posiadało konta z powodu braku wystarczających środków pieniężnych; przyczynę tę wskazało 60% czeskich respondentów. Kolejnymi najważniejszymi przyczynami nieposiadania konta w banku okazało się nieodczuwanie potrzeby posiadania konta (17% respondentów wśród Czechów i 10% wśród Polaków) oraz odczuwanie niechęci w kontaktach z bankiem (8% wśród Polaków i 7% wśród Czechów).

Prewencja

Polityka państwa, której celem jest prewencja, sprowadza się do działań związanych z promocją zdrowego trybu życia, co może znacznie zmniejszyć liczbę osób dotkniętych niesamodzielnością na starość. Wydatki publiczne związane z prewencją mogą też dotyczyć warunków mieszkaniowych (np. dofinansowanie do remontów ułatwiających poruszanie się) lub wykorzystania nowych technologii (np. system alarmowy, za pomocą którego osoby starsze mogą wezwać pomoc choćby w razie wypadku).

Niemniej nakłady związane z zapobieganiem czy opóźnianiem niesamodzielności są oraz mogą być ponoszone także prywatnie. Jest to uzasadnione tym, że występowanie wielu chorób i problemów zdrowotnych, w tym zwłaszcza chorób przewlekłych, jest spowodowane warunkami i stylem życia (Topór-Mądry 2011, s. 25).

Rozległość tematyki prewencji jest na tyle szeroka, że dalece przekracza możliwości wyczerpującej operacjonalizacji tej kwestii w ramach niniejszego artykułu. Mając to na uwadze, można jedynie przywołać pewne dane ilustrujące owo zagadnienie. Warto zatem zwrócić uwagę na dwa wskaźniki determinujące stan zdrowia ludności, skutkujące występowaniem chorób przewlekłych, które wiążą się z indywidualnymi zachowaniami (brak odpowiedniej diety, aktywności czy złe nawyki).

Pierwszy z nich dotyczy odsetka osób otyłych w populacji¹⁴. Na podstawie danych z badania SILC dla 2010 r. można stwierdzić, że Republika Czeska należy do państw członkowskich Unii Europejskiej, w których ten wskaźnik jest jednym z najwyższych i wynosi zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn 21%, czyli aż o 4,5% więcej niż średnia UE. Co więcej, w okresie między rokiem 1990 a 2010 odsetek otyłych obywateli Republiki Czeskiej zwiększył się o ponad połowę. Wskaźnik dorosłych osób w Polsce cierpiących na otyłość, mimo że wysoki, to jest zdecydowanie niższy niż u naszych południowych sąsiadów i wynosi 15,2% dla kobiet i 16,6% dla mężczyzn.

Drugą z determinant stanu zdrowia mającą wpływ na występowanie chorób przewlekłych jest nałogowe (codzienne) palenie tytoniu wśród osób dorosłych. Najwyższe odsetki osób palących tytoni w Europie notowane są we wschodniej części kontynentu. Wskaźniki dla Polski i Republiki Czeskiej są bardzo zbliżone i wynoszą odpowiednio 23,8% i 24,6%, przekraczając niewiele średnią UE (tj. 23%). Co jednak istotne, Republika Czeska jest jedynym państwem w Unii Europejskiej, w którym odsetek palących dorosłych wzrósł w latach 2000–2010 o 4,7%. W tym samym czasie współczynnik dla Polski spadł aż o 13,8%.

¹⁴ Otyłość, zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia, jest definiowana jako 30 lub więcej punktów w skali *Body Mass Index*.

Finansowanie ex post w Polsce i Republice Czeskiej

Subsydiowanie opieki formalnej i/lub nieformalnej¹⁵

Powszechny dostęp do finansowanych ze środków publicznych usług opiekuńczych zmniejsza uzależnienie osób niesamodzielnych od wsparcia ze strony najbliższej rodziny. Niemniej kluczowe znaczenie mają zasady uprawniające do korzystania z tego typu usług. Zasady te odzwierciedlają doktrynę, wokół której zbudowano system usług społecznych (np. familizm, zasada subsydiarności czy indywidualizacja).

Od 2007 r. w Republice Czeskiej obowiązuje ustawa o usługach społecznych. Na mocy tej ustawy przyjęto, że odpłatność za opiekę długoterminową jest jedną z głównych zasad czeskiego systemu, a opłaty osób niesamodzielnych stanowią główne źródło finansowania usług opiekuńczych¹⁶. Kluczowym instrumentem, który wprowadzono w 2007 r., jest finansowane z budżetu państwa świadczenie pieniężne, spełniające *de facto* funkcję subsydium zwiększającego dochód rozporządzalny osób niesamodzielnych. Świadczenie to ma charakter uniwersalny, tzn. zasady uprawniające odnoszą się tylko do zdefiniowanego zakresu niesamodzielności, a świadczenie przysługuje niezależnie od sytuacji dochodowej, majątkowej czy rodzinnej osoby wnioskującej.

Zgodnie z przyjętymi założeniami, wykorzystanie tego świadczenia ma pomóc w sfinansowaniu potrzeb opiekuńczych, przy czym wybór najbardziej efektywnej formy wsparcia należy do samej osoby niesamodzielnej. W związku z funkcjonującym modelem tzw. bezpośredniej płatności, osoby niesamodzielne mogą wykorzystać przyznane środki pieniężne jako zapłatę za usługi oferowane przez zarejestrowanych świadczeniodawców.

Przy wprowadzeniu reformy usług społecznych w Republice Czeskiej zakładano, że świadczenie pieniężne pobudzi rozwój rynku formalnych środowiskowych usług opiekuńczych. Nie przyjęto żadnych mechanizmów kontrolnych dotyczących wydawania przyznanych środków, co jest zgodne z ideą wyboru konsumenckiego (Saxonberg, Sirovátka, Janoušková 2013, s. 445). W związku z powyższym, beneficjenci świadczenia mogą również przekazać całą kwotę świadczenia, bądź jej część, na rzecz osoby fizycznej, którą w praktyce jest najczęściej członek najbliższej rodziny. Po kilku latach obowiązywania nowych przepisów można stwierdzić, że osoby otrzymujące świadczenie w dużo większym stopniu, niż zakładano w dokumentach rządowych przygotowanych przed reformą, wykorzystują je w ramach opieki nieformalnej (Barvíková, Österle 2013, s. 260). Innymi słowy, większość

¹⁵ Zagadnienie subsydiowania opieki formalnej i nieformalnej jest bardzo obszerne. W związku z tym, w niniejszym fragmencie, odwołuję się tylko do wątku związanego z wpływem kwestii finansowania opieki formalnej w sektorze usług społecznych na opiekę nieformalną. Szersza analiza, uwzględniająca także sektor opieki zdrowotnej, została przedstawiona w przywoływanej w przypisie drugim rozprawie doktorskiej pt. *Uwarunkowania opieki długoterminowej nad osobami starszymi w Polsce i Republice Czeskiej*. Niniejszy fragment artykułu wykorzystuje fragmenty ww. rozprawy.

¹⁶ Innymi źródłami są subsydia z budżetu państwa, środki z budżetu samorządu terytorialnego oraz np. darowizny od sponsorów.

środków pieniężnych nie zostaje alokowana na regulowanym rynku opiekuńczym i jest wykorzystana w obrębie gospodarstw domowych, przede wszystkim rodzin¹⁷.

W Polsce usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze mogą być przyznane osobie, która z powodu wieku, choroby lub z innych przyczyn wymaga pomocy osobistej. Przesłanką uprawniającą do tego świadczenia, oprócz stwierdzonej potrzeby, jest samotność lub niemożność uzyskania wsparcia ze strony członków rodziny, także tych niezamieszkujących z osobą potrzebującą. Innymi słowy, rola opieki nieformalnej jest w polskim systemie usług społecznych zinstytucjonalizowana: możliwość skorzystania ze wsparcia ze strony opiekunów rodzinnych stanowi przesłankę odmowy przyznania usług opiekuńczych. Opieka formalna stanowi zatem *de iure* substytut pomocy udzielanej przez opiekunów nieformalnych. Podejście to różni się znacznie od modelu czeskiego, w którym świadczenie finansowane ze środków publicznych stanowi wsparcie komplementarne, przyznawane w związku z zaistniałą sytuacją niesamodzielności wymagającą udzielania pomocy opiekuńczej, bez uwzględniania uzyskania wsparcia ze strony rodzinnych opiekunów nieformalnych.

W Polsce opieka środowiskowa to świadczenia co do zasady odpłatne. Wysokość opłaty zależy w dużym stopniu od miejsca zamieszkania osoby potrzebującej, gdyż warunki płatności, w tym zwolnienia całkowite lub częściowe, są ustalane w drodze uchwały przez radę gminy. Zazwyczaj całkowite zwolnienie przysługuje osobom, których dochód nie przekracza tzw. kryterium dochodowego w pomocy społecznej (lub wartości zbliżonej do tej kwoty). Mimo że uprawnienie do usług opiekuńczych nie ma bezpośredniego związku z posiadaniem dochodem, to zasady subsydiowania opieki środowiskowej ze środków publicznych odzwierciedlają selektywny charakter tych świadczeń: nieodpłatność lub konieczność ponoszenia niewielkich opłat przysługuje tylko osobom najuboższym.

Wsparcie udzielane w opiece instytucjonalnej, tj. domach pomocy społecznej, jest również odpłatne. Jeśli osoba starsza nie jest w stanie samodzielnie pokryć kosztów pobytu w tej instytucji, członkowie rodziny (kolejno: małżonek, zstępni i wstępni) są zobligowani do zapłaty za zakwaterowanie. W sytuacji, gdy ze względu na trudną sytuację materialną nie mogą oni partycypować w tej opłacie, jest ona pokrywana z budżetu gminy. Co istotne, obowiązek uiszczania opłaty za pobyt danej osoby w domu pomocy społecznej przez jej rodzinę opiera się na więzach pokrewieństwa i nie zależy od współzamieszkiwania i prowadzenia wspólnego gospodarstwa domowego. Warto w tym miejscu przywołać koncepcję familizacji opieki (Leitner 2003), zgodnie z którą reguły uprawniające do świadczeń społecznych dotyczących opieki mogą *explicite* czy *implicite* zakładać, że członkowie rodziny są zobowiązani do wsparcia osób starszych. Obowiązujące w polskim systemie pomocy społecznej rozwiązania w zakresie wsparcia osób niesamodzielnych, wywodząc się z określonej interpretacji zasady subsydiarności, odzwierciedlają familizację *explicite*.

¹⁷ Z drugiej strony reforma systemu usług społecznych w Republice Czeskiej nie zmniejszyła wysokiego zapotrzebowania na opiekę instytucjonalną. W szczególności należy zwrócić uwagę na bardzo wysoki poziom wykorzystania istniejących miejsc w domach dla seniorów, o czym świadczy fakt, że zwykle w ciągu roku kalendarzowego aż około 95% dostępnych łóżek jest zajętych. Wskaźnik ten utrzymuje się na stabilnym i wysokim poziomie od wielu lat: zarówno przed reformą usług społecznych, jak i po niej.

Pomoc udzielana przez rodziny

Duże zaangażowanie rodzin, zwłaszcza kobiet, w opiekę nad osobami niesamodzielnymi bardzo często tłumaczone jest obowiązującymi w danym państwie normami społecznymi, które mogą być wzmocnione normami prawnymi¹⁸. Nie kwestionując znaczenia tego typu wyjaśnień, należy także zwrócić uwagę na inne zmienne wskazujące na strukturalne uwarunkowania dużej roli opieki nieformalnej w analizowanych państwach.

Zgodnie z podejściem przyjętym w niniejszym artykule można stwierdzić, że stosunkowo łatwe uzyskanie wsparcia ze strony opiekunów nieformalnych zwiększa koszt alternatywny związany z ponoszeniem dodatkowych wydatków na opiekę formalną (Costa-Font 2010). Biorąc pod uwagę powyższe, wyodrębnić można dwa główne czynniki związane z dostępem do opiekunów nieformalnych w analizowanych państwach:

- *Aktywność zawodowa potencjalnych opiekunów lub opiekunek nieformalnych, czyli przede wszystkim osób w wieku 50–64 lat.*

Współczynnik aktywności zawodowej kobiet, które najczęściej zajmują się opieką długoterminową, w tej grupie w Polsce jest od wielu lat jednym z najniższych w UE (32,9% w 2014 r.). W Republice Czeskiej współczynnik ten (w 2014 r. wynosił 43,8%) jest o 2 punkty proc. niższy od średniej unijnej.

- *Przestrzenna bliskość opiekunów, której wyrazem jest współzamieszkiwanie lub mieszkanie w niedalekiej odległości.*

Na podstawie danych SHARE można stwierdzić, że zjawisko to szczególnie często występuje w Polsce, a w mniejszym stopniu w Republice Czeskiej, gdzie sytuacja w tej dziedzinie wygląda podobnie jak w wybranych państwach zachodnioeuropejskich.

Siła oddziaływania powyższych czynników wpływających na powszechność opieki nieformalnej ze strony rodzin cechuje się określoną dynamiką kształtowaną przez zmiany instytucjonalne. Przykładowo, w ostatnich latach zarówno w Polsce, jak i w Republice Czeskiej podjęto decyzje o podwyższeniu i ujednoczeniu wieku emerytalnego dla obu płci¹⁹. Modyfikacje wieku emerytalnego²⁰ zwiększają motywację do wykonywania pracy zarobkowej, co może wpływać na zmniejszenie podaży opiekunów nieformalnych (innymi słowami, zwiększa się koszt alternatywny świadczenia opieki nieformalnej).

Dodatkowo, wspólne zamieszkiwanie ze sobą członków różnych pokoleń jest uznawane za jedną ze strategii gospodarstw domowych, obliczoną na minimalizowanie różnych rodzajów ryzyka społecznego i ekonomicznego (Isengard, Szydlik 2012). Zjawisko to nasila się w warunkach trudności z zakupem czy wynajęciem własnego mieszkania przez osoby młodsze na skutek trudnej sytuacji gospodarczej (Lennartz, Arundel, Ronald 2015). W obliczu tzw. szoków zewnętrznych (np. recesja gospodarcza) skala zjawiska współzamieszkiwania międzypokoleniowego, zwłaszcza w państwach o niewielkim rynku mieszkań

¹⁸ W obu analizowanych państwach przepisy prawa rodzinnego nakładają na dorosłe dzieci obowiązek alimentacyjny wobec rodziców, którzy znajdują się w trudnej sytuacji materialnej.

¹⁹ Docelowo 67 lat w Polsce oraz 66 lat i 8 miesięcy w Republice Czeskiej.

²⁰ A także, jak w przypadku Polski, silne związanie wysokości świadczeń emerytalnych z wysokością wynagrodzenia w systemie emerytalnym o zdefiniowanej składce.

na wynajem, może zatem nie zmniejszać się, a nawet wzrastać. Stanowić to może przesłankę powszechnego utrzymywania się wzorca udzielania pomocy osobom niesamodzielnym przez członków najbliższych rodzin.

Dla kształtowania preferencji dotyczących opieki długoterminowej duże znaczenie mają praktyki społeczne uwarunkowane niedostatecznym rozwojem określonych usług społecznych niezwiązanych z opieką długoterminową. Przykładowo, można założyć, że jeśli dziadkowie są głównym świadczeniodawcą opieki nad małym dzieckiem, a taka sytuacja jest niezwykle częsta w państwach Europy Środkowo-Wschodniej, to zwiększają się ich oczekiwania na to, że w wypadku niesamodzielnosci uzyskają wsparcie ze strony swych dorosłych dzieci (Botev 2012, s. 78)²¹.

Spieniężenie majątku zakumulowanego w nieruchomości

W literaturze ekonomicznej tytuł własności do mieszkania jest rozpatrywany jako czynnik zwiększający autonomię osób starszych (Davidoff 2010). W badaniach porównawczych podkreśla się, że znaczenie korzyści wynikających z posiadania mieszkania na starość jest szczególnie duże w państwach Europy Środkowo-Wschodniej, głównie ze względu na niedostateczną infrastrukturę usług społecznych (Doling, Ronald 2010, s. 238–239). Innymi słowy, własność mieszkania może być postrzegana jako jeden z rodzajów indywidualnego zabezpieczenia potrzeb społecznych osób starszych. Co istotne, w państwach postkomunistycznych nie występuje, w odróżnieniu od państw Europy Zachodniej, silny pozytywny związek między własnością mieszkania a wysokością dochodu (Mandič 2010, s. 618). Oznacza to, że spora grupa osób relatywnie mniej majątnych posiada tytuł do własności mieszkania²². Zjawisko to jest w dużej mierze wynikiem dziedzictwa polityk realizowanych w okresie transformacji ustrojowej, które zrywały z modelem polityki mieszkaniowej charakterystycznym dla tzw. realnego socjalizmu (Mandič, Cierman 2012, s. 790).

Dane zaprezentowane w tabeli 1 wskazują, że odsetek osób starszych będących właścicielami mieszkań jest w Polsce i Republice Czeskiej wyższy niż w — dużo bogatszych — państwach Europy Zachodniej, takich jak Niemcy i Holandia. Jednakże w państwach Europy Środkowo-Wschodniej notujemy niższe odsetki niż w krajach śródziemnomorskich. Na przykładzie takich państw jak Hiszpania prowadzono wcześniej badania, w jakim stopniu osoby starsze mogą być zainteresowane wykorzystaniem odwróconych kredytów hipotecznych²³ w celu sfinansowania potrzeb związanych z opieką długoterminową (Costa-

²¹ Prace próbujące weryfikować powyższą hipotezę, w tym przy użyciu danych SHARE, wskazują, że wcześniejsza pomoc dziadków w opiece nad wnukami zwiększa prawdopodobieństwo, że w wypadku niesamodzielnosci otrzymają oni opiekę ze strony dorosłych dzieci (Brugiavini 2013). Niestety, z uwagi na ograniczenia w danych (mniejsza liczba obserwacji) nie można jeszcze zbadać powyższej zależności w odniesieniu do państw Europy Środkowo-Wschodniej.

²² Odrębnym zagadnieniem jest natomiast fakt, że nieruchomości, w których znajdują się owe mieszkania, bardzo często nie są architektonicznie dostosowane do potrzeb osób niesamodzielnych (np. brakuje wind w niższych blokach czy kamienicach).

²³ Odwrócone kredyty hipoteczne pozwalają osobom starszym na uniknięcie konieczności zmiany miejsca zamieszkania. W Polsce tego typu instrumenty finansowe od kilku lat spotykały się

-Font, Gil, Mascarilla 2010). Wyniki tych prac wskazują, że stopień gotowości do sprzedaży nieruchomości przez osoby starsze zależy od zadowolenia z warunków mieszkaniowych (np. dostęp do ułatwień w poruszaniu się etc.). Ponadto, jak wskazują autorzy przywołanej wyżej publikacji, decyzje dotyczące wykorzystania takich instrumentów finansowych, jak odwrócone kredyty hipoteczne jest pozytywnie skorelowana z wysokością dochodu i wykształceniem.

Można zatem założyć, że zwiększenie zainteresowania spieniężeniem majątku zakułowanego w nieruchomości może wystąpić, gdy grupa seniorów w państwach Europy Środkowo-Wschodniej będzie się różnicować coraz bardziej, co jest prawdopodobne, biorąc np. pod uwagę redystrybucyjne skutki wprowadzenia w Polsce emerytalnego systemu zdefiniowanej składki (Rutecka 2012).

Tabela 2. Struktura własności mieszkań wśród osób po 50. roku życia (w %)

	Własność	Członkostwo w spółdzielni	Najem
Polska (N = 1748)	65,9	6,1	13,2
Republika Czeska (N = 1916)	64,0	9,9	14,0
Niemcy (N = 1640)	59,6	0,0	33,7
Holandia (N = 1768)	63,3	0,0	35,0
Hiszpania (N = 1392)	86,9	0,0	4,7
Włochy (N = 1870)	79,9	0,1	10,7
Szwecja (N = 1918)	57,5	15,9	23,8

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SHARE (runda II).

Zakończenie

Przyjęta w niniejszym artykule typologia mechanizmów finansowania opieki długoterminowej, dzieląca je na instrumenty *ex ante* i *ex post*, wskazuje na wiele różnych strumieni i zasobów, które mogą być wykorzystane w pokrywaniu kosztów opieki w wybranych państwach Europy Środkowo-Wschodniej. W niniejszym artykule próbowałem odpowiedzieć

z dość dużym zainteresowaniem (choć przede wszystkim w formie deklaracji), czego wyrazem jest przyjęcie ustawy z dnia 23 października 2014 r. o odwróconym kredycie hipotecznym (Dz. U. z 2014 r., poz. 1585).

na pytanie, który z tych dwóch typów mechanizmów dominuje w Polsce i Republice Czeskiej. Analiza empiryczna wskazuje, że to instrumenty *ex post* stanowią główną metodę finansowania opieki długoterminowej. Wynika to przede wszystkim z bardzo dużej roli opieki nieformalnej w obu państwach. Dodatkowo, w Republice Czeskiej po zmianach z 2007 r. występuje znaczne subsydiowanie opieki formalnej, które w praktyce, ze względu na wykorzystany sposób rozporządzania świadczeniem pieniężnym, prowadzi do znacznego subsydiowania opieki nieformalnej.

Trzeba zaznaczyć, że wykorzystany w artykule materiał empiryczny był dość nieusystematyzowany, tj. dane pochodziły z wielu źródeł, co prowadzić mogło do stronniczości w selekcji danych. W celu pełniejszej, autorytatywnej odpowiedzi na postawione we wstępie pytanie badawcze należałoby wykorzystać bardziej spójne dane, co jednak, biorąc pod uwagę specyfikę opieki długoterminowej (organizację usług w różnych sektorach — usług społecznych i opieki zdrowotnej oraz dużą rolę opieki nieformalnej), jest niezwykle trudnym zadaniem.

Niemniej, podejście rozróżniające mechanizmy *ex post* i *ex ante* w wybranych dwóch państwach Europy Środkowo-Wschodniej pozwala wskazać czynniki wpływające na sposób finansowania opieki w tych krajach. Odwołując się do tego podejścia, można stwierdzić, że duże znaczenie pomocy udzielanej osobom niesamodzielnym przez rodziny ma swoje korzenie nie tylko w indywidualnych lub społecznych preferencjach, ale również w uwarunkowaniach politycznych (np. reguły uprawniające do świadczeń) czy ekonomicznych (np. historycznie ukształtowany model współzamieszkiwania czy struktura zatrudnienia potencjalnych opiekunów bądź opiekunek nieformalnych).

Użyteczność podejścia odwołującego się do mechanizmów *ex ante* i *ex post* przejawia się także w możliwości odwołania się do kosztów alternatywnych określonych rozwiązań, które ponoszone są przez podmioty publiczne czy prywatne. Rozważając implikacje tego podejścia dla przyszłości finansowania opieki długoterminowej w analizowanych państwach, można dojść do wniosku, że dominująca rola opieki nieformalnej (*ex post*) może stanowić utrudnienie dla działań zmierzających do politycznego przekształcenia ryzyka niesamodzielnności w — zarządzane publicznie — ryzyko socjalne (np. poprzez wprowadzenie społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego).

Bibliografia

- Barr, N. (2010). Long-term care: a suitable case for social insurance. *Social Policy & Administration*, vol. 44, nr 4, s. 359–374.
- Barr, N. (2016). *Ekonomia polityki społecznej*. Poznań: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, tłum. K. Czarnecki, P. Łuczak, M. Żukowski (w druku).
- Barvíková, J., Österle, A. (2013), Long-Term Care Reform in Central-Eastern Europe: The Case of the Czech Republic. W: C. Ranci, E. Pavolini (red.), *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe: Investigating Institutional Change and Social Impacts*. New York: Springer.

- Berg van den, B., Ferrer-i-Carbonell, A. (2007). Monetary valuation of informal care: the well-being valuation method. *Health Economics*, vol. 16, nr 11, s. 1227–1244.
- Bettio, F., Plantenga, J. (2004). Comparing care regimes in Europe. *Feminist Economics*, vol. 10, nr 1, s. 85–113.
- Bolin, K., Lindgren, B., Lundborg, P. (2008). Your next of kin or your own career? Caring and working among the 50+ of Europe. *Journal of Health Economics*, vol. 27, nr 3, s. 718–738.
- Botev, N. (2012). Population ageing in Central and Eastern Europe and its demographic and social context. *European Journal of Ageing*, vol. 9, nr 1, s. 69–79.
- Brugiavini, A., Buia, R.E., Pasini, G., Zantomio, F. (2013). Long-term care and reciprocity: does helping with grandchildren result in the receipt of more help at older ages. W: A. Börsch-Supan, M. Brandt, H. Litwin, G. Weber (red.), *Active ageing and solidarity between generations in Europe. First results from SHARE after the economic crisis*. Pobrano z: <http://www.degruyter.com/view/product/185064> [dostęp: 27.07.2015].
- Carrera, F., Pavolini, E., Ranci, C., Sabbatini, A. (2013). Long-Term Care Systems in Comparative Perspective: Care Needs, Informal and Formal Coverage, and Social Impacts in European Countries. W: C. Ranci, E. Pavolini (red.), *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe: Investigating Institutional Change and Social Impact*. New York: Springer.
- Carmichael, F., Charles, S. (2003). The opportunity costs of informal care: does gender matter?. *Journal of Health Economics*, vol. 22, nr 5, s. 781–803.
- Colombo, F. i in. (2011). *Help wanted? Providing and paying for long-term care*. OECD Health Policy Studies, Paris: OECD Publishing.
- Costa-Font, J. (2010). Family ties and the crowding out of long-term care insurance. *Oxford Review of Economic Policy*, vol. 26, nr 4, s. 691–712.
- Costa-Font, J., Gil, J., Mascarilla, O. (2010). Housing wealth and housing decisions in old age: sale and reversion. *Housing Studies*, vol. 25, nr 3, s. 375–395.
- Costa-Font, J., Courbage, Ch., Swartz, K. (2015). Financing long-term care: ex ante, ex post or both?. *Health Economics*, vol. 24, nr S1 (suplement), s. 45–57.
- Davidoff, T. (2010). Home Equity Commitment and Long-Term Care Insurance Demand. *Journal of Public Economics*, vol. 94, nr 1–2, s. 44–49.
- Doling, J., Ronald, R. (2010). Property-based welfare and European homeowners: how would housing perform as pension?. *Journal of Housing and the Built Environment*, vol. 25, nr 2, s. 227–241.
- Fast, J., Williamson, D., Keating, N. (1999). The hidden costs of informal elder care. *Journal of Family and Economic Issues*, vol. 20, nr 3, s. 301–326.
- Golinowska, S. (2015). Polityka społeczna adresowana do grup ludności w cyklu życia. Wyzwania dla teorii i praktyki. *Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje*, nr 1 (28).
- Holub, M., Němec, J. (2013). *Country Document Czech Republic 2013: Analytical support on the socio-economic impact of social protection reforms*. Pobrano z: http://socialprotection.eu/files_db/1366/CZ_asisp_CD13.pdf [dostęp: 27.07.2015].

- Inglot, T. (2008). *Welfare States in East Central Europe, 1919–2004*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Isengard, B., Szydlik, M. (2012). Living apart (or) together? Coresidence of elderly parents and their adult children in Europe. *Research on Aging*, vol. 34, nr 4, s. 449–474.
- Jurek, Ł. (2013). Społeczne ubezpieczenie pielęgnacyjne: porównanie międzynarodowe. *Wrocławskie Studia Politologiczne*, nr 15, s. 78–89.
- Leitner, S. (2003). The varieties of familiarism: the caring function of the family in comparative perspective. *European Societies*, vol. 5, nr 4, s. 353–375.
- Lennartz, C., Arundel, R., Ronald, R. (2015). Younger adults and homeownership in Europe through the global financial crisis. *Population, Space and Place — Early View*. Pobrano z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/psp.1961/abstract> [dostęp: 24.07.2015].
- Łuczak, P. (2014). Związki polityki makroekonomicznej i polityki społecznej w zakresie opieki długoterminowej w Republice Czeskiej. W: A. Kubów, J. Szczepaniak-Sienniak (red.), *Polityka rodzinna w Polsce z perspektywy wybranych aspektów polityki społecznej i ekonomii. Doświadczenia innych państw europejskich*. Wrocław: Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu.
- Maciejasz, M., Kubicki, P. (2014). Niepełnosprawność i długotrwała choroba — definiowanie, koszty i wyzwania dla lokalnej polityki społecznej. *Polityka Społeczna*, nr 3 (tematyczny).
- Mandič, S. (2010). The changing role of housing assets in post-socialist countries. *Journal of Housing and the Built Environment*, vol. 25, nr 2, s. 213–226.
- Mandič, S., Cirman, A. (2012). Housing Conditions and Their Structural Determinants Comparisons within the Enlarged EU. *Urban Studies*, vol. 49, nr 4, s. 777–793.
- Norton, E. (2000). Long-term care. W: A.J. Culyer, J.P. Newhouse (red.), *Handbook of Health Economics*. Vol. 1. Amsterdam: Elsevier.
- Saxonberg, S., Sirovátka, T., Janoušková, M. (2013). When do policies become path dependent? The Czech example. *Journal of European Social Policy*, vol. 23, nr 4, s. 437–450.
- Silverstein, M., Giarrusso, R. (2010). Aging and Family Life: A Decade Review. *Journal of Marriage and Family*, vol. 72, nr 5, s. 1039–1058.
- Rutecka, J. (2012). *Zakres redystrybucji dochodowej w ubezpieczeniowym systemie emerytalnym*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza — Szkoła Główna Handlowa.
- Topór-Mądry, R. (2011). Choroby przewlekłe. Obciążenie, jakość życia i konsekwencje ekonomiczne. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, t. 9, nr 1, s. 25–49.
- Van Houtven, C., Coe, N., Skira, M. (2013). The effect of informal care on work and wages. *Journal of Health Economics*, vol. 32, nr 1, s. 240–252.
- Zachorowska-Mazurkiewicz, A. (2014). Teoria ekonomii i polityka ekonomiczna a opieka — wzajemne relacje i implikacje dla polityki rodzinnej. W: A. Kubów, J. Szczepaniak-Sienniak (red.), *Polityka rodzinna w Polsce z perspektywy wybranych aspektów polityki społecznej i ekonomii. Doświadczenia innych państw europejskich*. Wrocław: Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu.

Summary

The article explores the determinants of long-term care financing in the selected countries from Central and Eastern Europe. The article distinguishes two general mechanisms of financing long-term care depending on the occurrence of a need of long-term care. The *ex ante* mechanisms are applied prior to when the need of long-term care appears. Conversely, the *ex post* mechanisms are subsequently used as a response to the needs of long-term care. The following research question is posed in the article: whether *ex ante* and *ex post* mechanism are complements or substitutes in two CEE countries: Poland and the Czech Republic? The article concludes that *ex post* mechanisms are substitutes to *ex ante* mainly due to the prevalence of private financing of long-term care.

Key words: long-term care, private financing, informal care, social policy in Central and Eastern Europe, public policy

Cytowanie

Paweł Łuczak (2016), *Publiczne i prywatne finansowanie opieki długoterminowej. Przykład Europy Środkowo-Wschodniej*, „Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje” nr 33(2), s. 35–51. Dostępny w Internecie na www.problemy polityki społecznej.pl [dostęp: dzień, miesiąc, rok]