

Beata Ziębińska

Sekcja Rozwoju i Strategii
Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Zawierciu¹

Opieka długoterminowa nad ludźmi starymi w kontekście modeli polityki społecznej. Studium porównawcze Hiszpanii i Finlandii

Streszczenie

Artykuł przedstawia w sposób porównawczy wybrane elementy systemu opieki długoterminowej realizowanej w Finlandii i Hiszpanii². Prezentuje powiązania między niektórymi cechami modeli polityki społecznej (np. familizacja, decentralizacja, uniwersalizm, komodyfikacja) a elementami systemów LTC. Do tych elementów zaliczono organizację i finansowanie oraz rodzaje wsparcia usługowego i materialnego dla osób zależnych i ich opiekunów. Procesy starzenia się społeczeństw Finlandii i Hiszpanii powodują rozwijanie systemów opieki długoterminowej. Systemy te z jednej strony różnią się od siebie, na co wpływa realizowany w poszczególnych państwach model polityki społecznej, z drugiej zaś przejawiają cechy wspólne, określone zasadami *social service mix state* (np. mieszane finansowanie systemu, wielosektorowość usługodawców, indywidualizacja usług).

¹ Sekcja Rozwoju i Strategii, Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Zawierciu, ul. Piłsudskiego 47, 42-400 Zawiercie; adres elektroniczny autorki: beata.zz@interia.pl.

² Pod pojęciem opieki długoterminowej (*long term care* w skrócie LTC) rozumie się tutaj zarówno usługi, jak i świadczenia pieniężne, kierowane przez dłuższy czas do osób w wieku 65 i więcej lat, które potrzebują pomocy w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego (zakres ADL, np. mycie, ubieranie się) lub złożonych czynności życiowych (zakres IADL, np. robienie zakupów, obsługa telefonu). Wsparcia udzielają opiekunowie formalni (profesjonalni) lub nieformalni (rodzinni). Podmiotami świadczącymi usługi LTC są zarówno instytucje publiczne, pozarządowe, jak i komercyjne (definicja podawana w dokumentach OECD 2013, 2015 podanych w bibliografii).

Słowa kluczowe: opieka długoterminowa, ludzie starzy, modele polityki społecznej, starzenie się społeczeństw, Finlandia, Hiszpania

Wprowadzenie

Przedstawienie specyfiki opieki długoterminowej realizowanej w państwach wskazanych w tytule było inspirowane kilkoma powodami. Literatura z obrębu nauk społecznych i ekonomicznych dostarcza wielu dowodów na znaczącą odmienną kulturę i społeczno-polityczną tych państw, ale nie brakuje także uzasadnień pokazujących ich podobieństwa (Albertini, Kohl 2013, Brandt, Diendl 2013, Cohen i in. 1996, Holzer-Żelaźewska, Maliszewska 2016, Jürges 2008, 2009, Skirbekk, Bordone, Weber 2014, Pommer i in. 2007). Z jednej strony w rozmaitych klasyfikacjach państw europejskich Hiszpania i Finlandia należą do odrębnych grup, określanymi, jako kraje południowo- i północnoeuropejskie, z drugiej strony proces globalizacji, wzmagany m.in. przynależnością do międzynarodowych struktur, sprawia, że wiele niegdyś odmiennych form życia społecznego ma obecnie pewne cechy wspólne.

Badania pokazują, że poza modelami polityki społecznej również codzienne funkcjonowanie ludzi mieszkających na północy Europy różni się od codzienności mieszkańców Europy Południowej. Weźmy pod uwagę choćby zaangażowanie ludzi starszych w życie społeczne — zdecydowanie większe jest w państwach nordyckich (Holzer-Żelaźewska, Maliszewska 2016), podobnie jak poczucie dobrostanu, samozadowolenie, ocena stanu zdrowia czy umiejętności poznawcze (Jürges 2008, 2009, Skirbekk, Bordone, Weber 2014). Sytuacja przedstawia się odmiennie, jeśli przyjrzymy się zaangażowaniu w opiekę nad wnukami i osobami niepełnosprawnymi czy tzw. wewnątrzrodzinne transfery międzypokoleniowe — tutaj dominują kraje południowoeuropejskie (Abramowska-Komon i in. 2016, Albertini, Kohl 2013, Brandt, Diendl 2013, Pommer i in. 2007)³.

Z kolei w opracowaniach ujmujących porównawczo problematykę systemów opieki długoterminowej w Europie podkreśla się, że systemy te są zróżnicowane w większym stopniu niż inne, takie jak choćby system edukacji. Odrębność w kształcie i zakresie opieki jest znamieną nawet w krajach, w których proces starzenia się społeczeństw przebiega z podobnym natężeniem⁴. W literaturze przedmiotu można jednak odnaleźć próby kla-

³ Większe zaangażowanie w życie rodzinne obserwowane w państwach Europy Południowej polega na poświęcaniu większej niż w państwach skandynawskich ilości czasu na opiekę nad dziećmi i ludźmi starszymi.

⁴ W Hiszpanii i Finlandii proces starzenia się społeczeństw przebiega z natężeniem większym niż w innych państwach Europy (tzn. osoby w wieku 65 i więcej lat oraz w wieku 80 i więcej lat stanowią wyższy odsetek niż średnio w państwach UE). W 2013 r. w Hiszpanii około 17,9% ogólnej populacji stanowili ludzie w wieku 65 i więcej lat, osoby w wieku 80 i więcej lat — 5,6%, podczas gdy w Finlandii do pierwszej z wymienionych grup wiekowych należało 19,1%, a do drugiej 5,0%. Z kolei z prognoz demograficznych wynika, że w 2060 r. Hiszpania, podobnie jak pozostałe państwa Europy Południowej, doświadczy większego nasilenia wspomnianego procesu niż Finlandia i państwa nordyckie. Oczekuje się, że osób po 65. roku życia będzie tam 30%, a po 80. roku życia aż 14,9%, gdy tymczasem w Finlandii odpowiednio 26% oraz 9,8% (European Commission 2015).

syfikowania systemów LTC (Österle 2016, Damiani i in. 2011, Szweda-Lewandowska 2014, Kraus i in. 2010, Carrera i in. 2013). Na jednym biegunie znajdują się państwa nordyckie, w których w znaczącej mierze za opiekę odpowiedzialność ponosi całe społeczeństwo za pośrednictwem władzy publicznej, na drugim zaś państwa Europy Południowej powierzające opiekę przede wszystkim rodzinie (European Commission 2007, Leitner 2003, Saraceno 2015). Podobny podział obserwujemy, biorąc pod uwagę formy wspierania osób zależnych i ich opiekunów. Państwa śródziemnomorskie skupiają się na wypłacaniu środków finansowych na opiekę, a skandynawskie rozwijają usługi i opiekę formalną. Ponadto w modelach o orientacji rodzinnej obserwuje się znaczące różnice w organizacji i finansowaniu wsparcia w poszczególnych regionach tych państw (Österle 2016). Dodajmy, że odmienna specyfika decentralizacji odgrywa znaczącą rolę w tworzeniu i finansowaniu opieki oraz nią administrowaniu, co ponownie wskazuje na odmienność analizowanych państw. Kolejna różnica między fińskim a hiszpańskim systemem LTC jest związana z zakresem finansowania systemu opieki ze środków publicznych (przedstawiana jako % PKB)⁵. Finlandia, obok innych państw nordyckich, należy do grupy o najwyższych wydatkach na ten cel — powyżej 2% PKB, a Hiszpania, wspólnie z państwami Europy Południowej, do klastra o wydatkach najniższych — poniżej 1% PKB (Österle 2016, Damiani i in. 2011). Z kolei klasyfikacja odnosząca się do stopnia zorganizowania systemu opieki lokuje Finlandię w tej samej grupie państw, w której znalazła się Hiszpania (obok Włoch, Austrii, Łotwy) — charakteryzujących się średnim stopniem organizacji, a nie wysokim, jak na przykład Szwecja i Dania (Kraus i in. 2010)⁶.

Warto także zauważyć, że ostatnie dwadzieścia lat stworzyło wspólne cechy systemów LTC. Możemy do nich zaliczyć: bardziej uniwersalne programy, przeniesienie kierunku opieki na opiekę domową oraz podkreślenie zarówno znaczenia świadczeń pieniężnych, jak i ważnej roli opiekunów nieformalnych jako adresatów polityki. W ujednocnianiu rozwiązań z zakresu opieki długoterminowej duże znaczenie mają zmiany wspierane przez politykę Unii Europejskiej, określające nowy, wspólny dla wielu państw model polityki społecznej — *social service mix state*. Opiera się on m.in. na zindywidualizowanych usłu-

⁵ Wydatki na LTC, przedstawiane w statystyce OECD, Eurostatu oraz Komisji Europejskiej jako % PKB, uwzględniają finansowanie ze środków publicznych zarówno usług i świadczeń ochrony zdrowia odpowiadające zakresowi ADL (zalicza się tutaj opiekę paliatywną, opiekę długoterminową w instytucjach i w domu), jak i usług i świadczeń socjalnych odpowiadających zakresowi IADL (np. robienie zakupów i dowożenie posiłków). W wydatkach tych nie uwzględnia się natomiast kosztów opieki nieformalnej (poza finansowanymi ze źródeł publicznych zasiłków dla opiekunów) ani kosztów usług LTC ponoszonych przez klientów — ze względu na znaczące w tym zakresie różnice między państwami, utrudniające prowadzenie międzynarodowych badań porównawczych. Należy zaznaczyć jednak, że już samo porównywanie wyłącznie wydatków publicznych jest obarczone znaczącymi trudnościami metodologicznymi ze względu na występującą w poszczególnych państwach odmienność świadczeń i usług (na podstawie: Österle 2016, OECD 2015).

⁶ Stopień organizacji opieki jest tutaj wyznaczany przez kilka zmiennych: dostęp do świadczeń i usług, możliwość otrzymania świadczeń pieniężnych, możliwość dokonania wyboru usług i świadczeń przez świadczeniobiorcę, stopień koordynacji różnych elementów systemu oraz formalne systemy oceny jakości usług (na podstawie: Kraus i in. 2010).

gach, świadczonych zarówno przez sektor publiczny, pozarządowy, rynkowy, jak i nieformalny, oraz na łączonym finansowaniu pochodzącym z budżetu państwa, samorządów terytorialnych, środków własnych klienta i innych źródeł (Grewiński 2014, Anioł 2013).

Celem artykułu jest porównawcze przedstawienie cech systemów opieki długoterminowej państw reprezentujących odmienne tradycje opiekuńcze — Hiszpanii i Finlandii — w kontekście modeli polityki społecznej, do których państwa te są najczęściej klasyfikowane. W pierwszej części skupiono się na wybranych cechach wspomnianych modeli, z kolei w części drugiej przedstawiono rozwiązania organizacyjne, poziom wydatków związanych z opieką oraz specyfikę opieki formalnej i nieformalnej. Badanie oparto na analizie tradycyjnych publikacji akademickich (publikacji zwartych i czasopiśmienniczych), a także raportów badawczych publikowanych przez instytucje hiszpańskie i fińskie (resorty zdrowia i pomocy społecznej) oraz międzynarodowe (European Commission; OECD 2011, 2011a, 2013, 2013a)⁷. Artykuł powstał na podstawie badań własnych autorki i stanowi fragment poszukiwań badawczych dotyczących porównania systemów opieki długoterminowej rozwijanych w państwach skandynawskich i śródziemnomorskich. Do wyboru tych dwóch grup państw i badanych zagadnień zachęca autorkę ciekawość dotycząca charakteru związku uwarunkowań społeczno-politycznych (określonych w pewnym stopniu w różnicującym państwa modelu polityki społecznej czy w ujednociających wiele rozwiązań zewnętrznych czynnikach łączących się z przynależnością do ponadnarodowych struktur) z rozwijanymi systemami opieki.

Organizacja i finansowanie usług a model polityki społecznej

Finlandia

Wpływ na kształtowanie systemu opieki nad ludźmi starymi ma funkcjonujący w państwie model polityki społecznej, określony przez jego społeczną, polityczną i kulturową historię. Model ten wyznacza w pewnym stopniu sposoby zaspokajania potrzeb obywateli, zasady finansowania oraz charakter i zakres różnego rodzaju usług społecznych. Zaklasyfikowanie państwa do określonego modelu jest jednak dość trudne, szczególnie obecnie, kiedy wpływ na kształt polityki wywierają ponadnarodowe unormowania i zalecenia ujednociające wiele niegdyś odmiennych rozwiązań. Jak zauważa Ryszard Szarfenberg (2009), ewolucji podlega zarówno pozycja modelowa poszczególnych krajów, jak i sama klasyfikacja.

Model polityki społecznej Finlandii, podobnie jak Danii, Norwegii, Szwecji, a czasem Holandii, bywa najczęściej zaliczany do modeli określonych jako socjaldemokratyczne, północnoeuropejskie czy skandynawskie (Książopolski 2014, Sapir 2005, Esping-Andersen 2010). Jedną z cech tych modeli jest **uniwersalizm**, oznaczający, że świadczenia społeczne są adresowane do wszystkich obywateli lub do szerokich ich grup, niezależne od testu dochodów, i są oparte na diagnozie potrzeb lub innych kryteriach (np. wieku). W mode-

⁷ We fragmentach dotyczących organizacji i finansowania systemu LTC odniesiono się głównie do publikacji OECD wydanych w latach 2011–2015 — najnowsze opracowania prezentujące systemy poszczególnych państw pochodzą z roku 2013.

lach tych dąży się także do finansowania świadczeń i usług w znacznym zakresie ze środków publicznych. W socjaldemokracjach najważniejszym podmiotem odpowiedzialnym za dobrostan jednostki jest całe społeczeństwo, co znajduje odzwierciedlenie w polityce publicznej. Podejście to nie przypisuje w zapewnianiu podstawowych potrzeb człowieka znaczącej roli rodzinie, w efekcie więc występuje zjawisko **defamilizacji**, czyli zwalniania rodziny z konieczności zaspokajania potrzeb opiekuńczych i ekonomiczno-socjalnych. Występuje też **dekomodyfikacja**, oparta na sile społecznych praw do zabezpieczenia społecznego i względnego uniezależnienia jednostki od sytuacji rynkowej (Esping-Andersen 2010, 2015). To państwo (zazwyczaj przez samorządy) ingeruje w korygowanie, uzupełnianie, a także planowanie ładu społecznego. Z kolei jednostki są podmiotami praw jako obywatele, a nie członkowie grup (Bakalarczyk 2012, Książkowski 2012, Esping-Andersen 2010). Znaczącą rolę w modelu skandynawskim odgrywa zaawansowany proces **decentralizacji** i przejęcie przez gminy odpowiedzialności za większość spraw publicznych. Ta ostatnia z wymienionych cech modelu w istocie eksponuje znaczącą pozycję Finlandii na arenie europejskiej demokracji. Według niektórych badaczy (Anttonen i in. 1996, Anttonen i in. 2012) szczególnie odpowiedzialność za publiczną opiekę zdrowotną i usługi socjalne są zdecentralizowane w tym kraju w większym stopniu niż w jakimkolwiek innym europejskim państwie, zwłaszcza od lat 90. minionego wieku. Istotną rolę nadają decentralizacji czynniki kulturowe, wzmacniane protestanckim etosem pracy, zdyscyplinowaniem i akceptacją demokratycznych reguł życia (Aniol 2013). Jednak współcześnie podkreśla się także, że zakres autonomii gmin jest coraz częściej ograniczany względami ekonomicznymi i politycznymi (Anttonen, Karsio 2016), które wywierają również wpływ na urzeczywistnienie wspomnianej zasady dekomodyfikacji.

Decentralizacja znajduje odzwierciedlenie w sposobie urządzenia systemu usług LTC w Finlandii (opartego na trzech podstawowych aktach prawnych, a są nimi: *Sosiaalihuoltolaki* z 2014 r., *Kansanterveyslaki* z roku 1972 oraz *Terveydenhuoltolaki* z 2010 r.), który — podobnie jak system całej fińskiej administracji publicznej — składa się z trzech poziomów: państwa, regionu i gminy. Na poziomie centralnym⁸ określa się główne kierunki polityki opieki długoterminowej, mechanizmy zarządzania systemem i jego finansowe ramy. Specyficznym narodowym organem nadzorczym jest *Sosiaali — ja terveystien lupala* — *ja valvontavirasto* (*Valvira*), który począwszy od 2010 r. jest odpowiedzialny za kontrolę jakości usług LTC. W praktyce zajmuje się on jednak wyłącznie tzw. trudnymi przypadkami spotykanymi w gminach oraz opracowaniem zasad mających doskonalić system opieki. W regionach zarządzanie strukturami opieki odbywa się w wydziałach opieki zdrowotnej Regionalnych Agencji Administracji Państwowej — *Aluehallintovirastojen* (AVI), ustalających głównie dostępność usług w instytucjach całodobowych (Anttonen, Karsio 2016, OECD 2011, OECD 2013, Ministry of Social Affairs and Health 2016, Johanson 2011). Główna odpowiedzialność (dotycząca alokacji zasobów, planowania i organizacji) za rehabilitację, utrzymanie sprawności funkcjonalnej ludzi starych, realizację usług opieki zdrowotnej i społecznej pozostaje w gestii gmin. Mogą one dostarczać usługi zarówno

⁸ Ministerstwo Zdrowia i Spraw Społecznych w Finlandii — Sosiaali- Ja Terveystienministeriö.

samodzielnie, jak i w kooperacji z innymi gminami, a od stosunkowo niedawna mogą też zlecać ich wykonanie podmiotom prywatnym (*outsourcing*). Prywatny sektor zdominował głównie pomoc świadczoną w miejscu zamieszkania (usługi w domach rodzinnych oraz domowe, w mieszkaniach, w których świadczy się tzw. intensywną opiekę). W większości gmin wprowadzono vouchery umożliwiające korzystającym zakup usługi od prywatnych dostawców, zgodnie z własnym wyborem. Gminy są też organem odpowiedzialnym za zorganizowanie punktów porad, wydawanie informatorów dla miejscowej ludności oraz powiadamianie jej o dostępnych świadczeniach socjalnych (Ministry of Social Affairs and Health 2016, Johanson 2011, OECD 2011, OECD 2013).

Fiński system usług LTC, zgodnie z założeniem modelu socjaldemokratycznego, jest systemem uniwersalnym, adresowanym do wszystkich osób zależnych od pomocy innych oraz do ich opiekunów, w wielu przypadkach niezależnie od dochodów. Prawem o szczególnym znaczeniu jest prawo równości i ubezpieczeń społecznych gwarantowane na podstawie sekcji 6 i 19 Konstytucji Republiki Finlandii (Johanson 2011, Ministry of Social Affairs and Health 2016). Przyznanie świadczeń i usług, zgodnie z cechą charakteryzującą nowoczesne państwa opiekuńcze, jest poprzedzane diagnozą potrzeb, a usługi te są zindywidualizowane i określone w specjalnie opracowanym indywidualnym planie opieki. System ten nie jest jednak finansowany wyłącznie ze środków publicznych, coraz większe znaczenie ma tak zwane *finance mix*, cechujące *social service mix state*, odznaczające się wspólnym ponoszeniem kosztów usług społecznych przez budżet państwa, samorząd terytorialny i klienta. Wysokość dotacji rządowych na opiekę zdrowotną i społeczną dla poszczególnych gmin zależy od kilku czynników: odsetka osób starszych w gminie, poziomu zatrudnienia mieszkańców gminy oraz wskaźnika zachorowalności. Z kolei o wielkości dopłat klientów decydują poszczególne gminy, oceniając potrzeby opiekuńcze osób zależnych. Opłaty mogą być jednolite dla wszystkich albo zależne od dochodu klienta — zazwyczaj pokrywają około 1/6 wszystkich wydatków na serwis opieki domowej i mniej niż 1/10 na opiekę zdrowotną. Ogół wszystkich wydatków socjalnych i zdrowotnych w gminie w przybliżeniu w 1/3 jest pokrywany przez dotacje państwowe, dziesiątą część tych wydatków pokrywają sami korzystający z usług, a pozostały koszt jest ponoszony przez samorząd lokalny. Natomiast w przypadku opieki LTC użytkownicy partycypują w opatach w wyższym stopniu — 1/6 ceny usług (Anttonen, Karsio 2016, OECD 2011, OECD 2013).

Zgodnie z kolejnym założeniem polityki społecznej realizowanej w modelu socjaldemokratycznym wydatki na świadczenia i usługi społeczne stanowią stosunkowo znaczącą część ich ogółu. Jak wspomniano na wstępie, kraje przeznaczające na system LTC powyżej 2% PKB należą do grupy państw o najwyższym stopniu finansowania tego systemu. W przypadku Finlandii odsetek ten wynosił w 2013 r. 2,4% PKB i w stosunku do roku 2008 wzrósł o jeden punkt procentowy. Oczekuje się, że w roku 2040, w zależności od tego, jaki czynnik ryzyka weźmiemy pod uwagę, koszty te wzrosną od 4,1 do 4,9% PKB (European Commission 2015).

Hiszpania

Hiszpania, najczęściej obok takich państw Europy Południowej jak Portugalia, Grecja i Włochy, jest zaliczana do modeli pasa łańciskowego, późnej mobilizacji kobiet, południowo-europejskiego (Księżopolski 2014), śródziemnomorskiego *welfare state* (Anttonen, Karsio 2016). W tym wzorze wspiera się pozapaństwowe organizacje, często kościelne, a rola państwa, zgodnie z zasadą subsydiarności, uwidacznia się jedynie wtedy, gdy jednostka znajdzie się poza tymi strukturami wsparcia. Usługi społeczne są w znacznie większym stopniu urynkowane niż w państwach socjaldemokratycznych, w związku z czym dostęp do nich wiąże się z możliwościami ekonomicznymi życia ludzi. Decentralizacja ma w wielu państwach Europy Południowej inny wymiar niż w reżimach socjaldemokratycznych. Znaczące kompetencje w sprawach publicznych nadano regionom, w Hiszpanii wspólnotom autonomicznym (Myśliwiec 2012). Reżimy te odznaczają się także dużymi nierównościami społecznymi, co prawda mniejszymi niż w modelu liberalnym, ale większymi niż w socjaldemokratycznym⁹. Przyjmuje się to za wadę modelu. Z kolei za zaletę uznaje się fakt, że opiekę nad osobami zależnymi od pomocy, zarówno ludźmi starymi, jak i dziećmi, sprawują bliskie osoby (Anttonen, Karsio 2016, Bakalarczyk 2012). Czynią to na ogół zgodnie ze zwyczajami panującymi w rodzinie i miejscu zamieszkania. Nieformalność, **familizacja** jest chyba najważniejszą cechą charakteryzującą omawiany model polityki społecznej. Ochrona tradycyjnej rodziny, z patriarchalnym podziałem ról, jest utożsamiana ze źródłem dobrobytu jednostki. W modelu tym występują mechanizmy tzw. *resource pooling* oraz *soft budgeting*, innymi słowy chodzi o wewnątrzrodziny, często międzypokoleniowy, wspólny budżet (Blanca i in. 2016).

Opieka rodzinna jest też postrzegana jako sposób na odciążenie sektora publicznego w kwestii organizowania i kontrolowania wsparcia, a także bezpośredniego jej finansowania. Analiza statystyk pokazuje jednak, że w Hiszpanii, podobnie jak innych państwach południowo-europejskich, dotychczasowa tradycyjna rola rodziny jako wspierającej swoich najbliższych członków jest poddana próbie zmierzenia się z nowymi wyzwaniami szeroko pojętej polityki aktywizacji, związanej głównie z rynkiem pracy. Wskaźnikami zmiany sytuacji rodzin mogą być na przykład znacząco wzrastające odsetki pracujących kobiet, wskaźniki rozwodów, urodzeń pozamażeńskich, a także spadek dzietności czy przekształcające się struktury rodzin — między latami 1990 a 2010 nastąpił dwukrotny wzrost liczby jednoosobowych gospodarstw osób po 65. roku życia (por. INE, *Family size and composition* 2015).

Poza zmianą tradycyjnych ról i struktur rodzin, od kilku lat obserwuje się w Hiszpanii także niekorzystne skutki kryzysu finansowego, wpływającego na poziom życia osób

⁹ Np. jeśli weźmiemy pod uwagę rozwarstwienie w sferze dochodowej, mierzone współczynnikiem Giniego, to zauważamy, że w krajach Europy Południowej, takich jak np. Grecja, Portugalia, Włochy czy Hiszpania, wskaźniki ten wynosił w 2013 r. od 32,4 (Włochy) do 34,4 (Grecja), a w państwach Europy Północnej, takich jak np. Dania, Finlandia czy Szwecja, był znacznie niższy i wynosił od 27,5 (Dania) do 24,9 (Szwecja). Por. Badanie Eu-Silc dostępne na stronie Głównego Urzędu Statystycznego (GUS 2014).

najstarszych i ich opiekunów. Wysoka stopa bezrobocia, sięgająca w 2014 r. ponad 27%, ma niewątpliwie znaczący wpływ na fakt, iż prawie 1/3 gospodarstw domowych doświadcza znaczącego spadku dochodów (Eurofound 2012, Blanca i in. 2016)¹⁰. Warto wspomnieć także, że trudna sytuacja finansowa, w tym znaczące zadłużenie wielu hiszpańskich rodzin, wpływa na podjęcie decyzji o wspólnym zamieszkiwaniu dorosłych dzieci ze starymi rodzicami. W niektórych publikacjach podkreśla się, że nie jest to efekt wolnego wyboru, a raczej trudnej sytuacji zmuszającej do ograniczania własnych wydatków (Eurofound 2012)¹¹.

Czy wspomniane cechy modelu południowoeuropejskiego, zmieniająca się sytuacja hiszpańskich rodzin oraz skutki kryzysu finansowego znajdują jakieś odzwierciedlenie w organizacji systemu LTC w Hiszpanii? Dostęp do usług opieki długoterminowej zapewniają Hiszpanom artykuły 49 i 50 konstytucji. Odnoszą się one do obowiązku prowadzenia przez władze publiczne polityki zapobiegania, leczenia i rehabilitacji wszystkich obywateli doświadczających jakiegось upośledzenia, do systemu rent i emerytur oraz powszechnego prawa do ochrony poziomu życia wspieranego przez służby społeczne — niezależnie od obowiązków ciążyących na rodzinach. Obecny system opieki długoterminowej (LAPAD) oparty na ustawie z 2006 r. (*Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*) został zmodyfikowany w roku 2012 w związku z powszechnym w Hiszpanii, od czasu kryzysu finansowego, redukowaniem wydatków publicznych (Blanca i in. 2016, Österle 2016).

Zanim zostanie omówiony organizacyjny aspekt systemu LTC, warto zwrócić uwagę na historię jego powstania, gdyż jest ona, w porównaniu z systemem fińskim, stosunkowo niedługa. Przed wejściem w życie wspomnianej ustawy o LTC w 2006 r. nie realizowano specyficznej polityki opieki długoterminowej. Organizacja usług opieki jako elementu podstawowych usług socjalnych, podobnie jak wypłaty świadczeń z tego zakresu, należała do gestii władz lokalnych i regionalnych, co zostało opisane w dwóch dokumentach określonych jako plany działania: *Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales* oraz *Planes de Acción para las Personas con Discapacidad 2003–2007*. Podaż usług LTC była słabo rozwinięta i znacząco odmienna terytorialnie. Opieka na osobami zależnymi, zgodnie z założeniami modelu polityki społecznej, spoczywała niemal wyłącznie na rodzinie, głównie kobietach (Gutierrez i in. 2011, Österle 2016).

System wprowadzany na podstawie ustawy z 2006 r., dodajmy, że za czasów rządów Zapaterro i dominacji socjaldemokratycznej perspektywy, miał w założeniu poprawić jakość usług świadczonych osobom zależnym i objąć wsparciem ich opiekunów. System ten miał być wspierany ze środków publicznych, zarówno przez państwo, jak i władze regionu. Prawo dotyczące opieki długoterminowej zostało w wielu aspektach ujednoczone

¹⁰ Można założyć, że sytuacja związana ze spadkiem dochodów nie zmieniła się znacząco od roku 2014 — w 2016 r. stopa bezrobocia w Hiszpanii, choć spadła do 22%, była najwyższa wśród krajów UE.

¹¹ Wzrasta liczba nakazów eksmisji i liczba niespłacanych kredytów hipotecznych oraz otrzymanych pod zastaw domów, w których mieszkają starzy rodzice, co niejednokrotnie kończy się utartą miejscem zamieszkania dla całych rodzin.

dla całego państwa, a system przyjął cechy uniwersalizmu (Gutierrez i in. 2011, OECD 2011a). W opinii badaczy (Blanca i in. 2016) program nie zakładał zredukowania liczby osób korzystających ze wsparcia instytucjonalnego, a raczej miał umożliwiać wybór między środowiskiem domowym a instytucjonalnym. W zasadzie nowe prawo miało sprzyjać wolnym wyborom opiekunów między wsparciem finansowym, a usługami społecznymi (Pavolini, Ranci 2013). W konsekwencji, ze względu na szerokie wsparcie finansowe opiekunów i włączenie ich do systemu ubezpieczeń społecznych, sprzyjał kobietom poświęcającym czas chorym krewnym, dając im niejako sposobność zatrudnienia. Od 2012 r. zaczęto modyfikować dotychczasowy system LTC, argumentując to kryzysem finansów publicznych. Zmiany dotyczyły ograniczenia finansowania usług ze środków publicznych i jednoczesnego wzrostu udziału dochodów własnych chorego w ich opłaceniu, redukcji zasiłków dla opiekunów nieformalnych oraz rezygnacji z opłacania im składek społecznych. W zakresie większym niż dotychczas urynkowano system, a regiony zobowiązano do bardziej znaczącego niż uprzednio finansowania świadczeń i usług (Blanca i in. 2016).

Obecna organizacja systemu LTC w Hiszpanii jest trójstopniowa, a jego struktura obejmuje poziom centralny, wspólnoty autonomiczne i administrację lokalną. Działania trzech szczebli są koordynowane przez *Consejo Territorial*, organ współpracujący z ogólną administracją państwową i wspólnotami autonomicznymi w celu określenia katalogu usług opiekuńczych oraz warunków ich przyznawania. Na poziomie centralnym działa także komitet doradczy *Comisión Consultiva*. W całym państwie system nazwany *Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia* (SAAD) odpowiada za integrację prywatnych i publicznych usług, a także koordynację serwisu między regionami. W charakterze organizacji hiszpańskiego systemu LTC uwzględniono duże znaczenie polityczne i samodzielność wspólnot autonomicznych. Przekazano im odpowiedzialność za określenie stopnia niepełnosprawności i na jego podstawie udzielanie świadczeń i usług opiekuńczych. Świadczenie usług koordynuje się w regionach za pośrednictwem sieci *Red de Servicios Sociales por las respectivas Comunidades Autónomas*. Szczególną rolę w procesie „włączania do sieci” przypisuje się, zwłaszcza po roku 2012, instytucjom trzeciego sektora i podmiotom prywatnym, co w konsekwencji zmierza do intensyfikacji procesu urynkowania sektora LTC. Jednym z istotnych założeń reformowania systemu jest promowanie wolontariatu ograniczającego finansowanie usług ze środków publicznych i prywatnych. Bezpośrednim wdrażaniem systemu LTC zajmują się pracownicy socjalni w gminnych centrach usług społecznych (Blanca i in. 2016, Gutierrez 2011, OECD 2011a).

Hiszpański system usług i świadczeń LTC obejmuje zarówno różnego rodzaju zasiłki, jak i usługi. Te pierwsze są finansowane głównie z budżetu centralnego, a środki na ich wypłaty są przekazywane wspólnotom autonomicznym. Wysokość dotacji rządowych jest zróżnicowana w regionach i zależy od charakteryzujących poszczególne terytoria wskaźników, takich jak np. liczba ludności zależnej funkcjonalnie, rozproszenie geograficzne czy poziom migracji (Gutierrez i in. 2011, Blanca i in. 2016). W 2011 r. największe środki otrzymywały takie regiony jak Walencja, Madryt, Wyspy Kanaryjskie czy Galicja, zaś najmniejsze Kraj Basków i La Rioja (Blanca i in. 2016). Warto zauważyć, że niemal we wszystkich regionach udział finansowania z budżetu centralnego był wyższy niż wkład

pochodzący z ich własnych budżetów. Według niektórych badaczy (Deusdad 2013) wspólnoty finansujące w najmniejszym zakresie swój system LTC to te, które były rządzone przez prawicowo-konserwatywną partię PP. Najwięcej środków finansowych w każdym regionie przeznaczają się na wypłatę zasiłków dla opiekunów nieformalnych. W 2013 r. była to kwota 408 401 euro — ponad trzykrotnie wyższa niż środki przeznaczone na inne rodzaje wsparcia: opiekę instytucjonalną, usługi domowe i teleopiekę¹².

Względny poziom wydatków na opiekę LTC w Hiszpanii jest zdecydowanie niższy od kosztów tej opieki w Finlandii, co wiąże się między innymi z brakiem szacunków związanych z dominującą tam opieką nieformalną. Jednak wydatki na LTC wzrastają, z 0,6% PKB w roku 2008 do 1,0% PKB w 2013 r. i oczekuje się, że w roku 2040, w zależności od tego, jaki czynnik ryzyka weźmiemy pod uwagę, wzrosną do poziomu między 1,5% a 2,2% PKB (European Commission 2015). Finansowanie usług jest rozłożone między różne podmioty. Administracja centralna ponosi średnio około 59% corocznych wydatków na LTC, wspólnoty autonomiczne (regiony) — około 24%, a 17% płaci usługobiorca, przy czym należy dodać, że opłata odbiorcy jest zależna od jego dochodu. Jak wspomniano, od 2012 r. rośnie nie tylko udział regionów w finansowaniu kosztów LTC, ale także udział samych zainteresowanych. Ceny usług LTC są w poszczególnych regionach zróżnicowane (Blanca i in. 2016).

Formy wsparcia osób zależnych i ich opiekunów

Finlandia

W Finlandii, zgodnie z założeniami polityki socjaldemokratycznej, jest rozwijany system wsparcia oparty na usługach społecznych, gdyż — podobnie jak w pozostałych państwach należących do modelu skandynawskiego — opieka nad osobami zależnymi ma w dużej mierze charakter formalny. Każdy, kto ukończy 75 lat i otrzymuje świadczenie dla osób w najwyższym stopniu niepełnosprawnych¹³, ma prawo poddać się dokonywanej przez gminy ocenie swoich potrzeb opiekuńczych. Przyznanie różnego rodzaju usług i świadczeń finansowych zakresu LTC następuje, zgodnie z zasadą indywidualizacji oceny potrzeb, po sporządzeniu tzw. indywidualnego planu opieki (MSAH 2016).

Wysokość dopłat do poszczególnych usług zależy od ich rodzaju, sytuacji dochodowej usługobiorcy oraz stopnia jego niepełnosprawności (zależności od pomocy). Do podstawowych form wsparcia realizowanego w formie usług można zaliczyć:

¹² Odpowiednio 130 434 euro, 120 962 euro i 120 457 euro — łączne kwoty dla całego systemu LTC w Hiszpanii (Blanca i in. 2016).

¹³ Fiński zakład ubezpieczeń społecznych (KELA) wypłaca zasiłki pielęgnacyjne różnym kategoriom uprawnionych, m.in. osobom starszym otrzymującym renty i emerytury, a prawo do jego otrzymywania powstaje na podstawie oceny stanu funkcjonalnego. Stopień niesprawności (wskazany jako pierwszy, drugi lub trzeci) warunkuje wysokość zasiłku. Innym rodzajem wsparcia finansowego dla osób zależnych jest możliwość skorzystania z ulgi podatkowej przez osoby dokonujące zakupu usług opieki terminowej.

- **usługi prewencyjne i rehabilitację.** Porady, konsultacje, wizyty domowe, profilaktyka w dziennych centrach pobytu;
- **opiekę pielęgniarstwa (*home nursing*).** Rodzaj wsparcia medycznego obejmującego pomoc pielęgniarki lub lekarza;
- **usługi opiekuńcze (*home service*).** Zakres i rodzaj zależy od władz lokalnych i może obejmować: sprzątanie, robienie zakupów, dowożenie posiłków, załatwianie spraw urzędowych, usługi transportowe oraz inne mające na celu umożliwienie realizacji codziennej aktywności. Usługi mogą być świadczone w domach, centrach dziennego pobytu oraz w instytucjach opieki całodobowej. Można je łączyć z opieką pielęgniarstwa;
- **usługi połączone.** Opieka i pomoc domowa oraz opieka pielęgniarstwa administrowane zgodnie z zasadą integracji usług (połączenia sektorów opieki społecznej i zdrowotnej) przez organ gminy;
- **centra dziennego pobytu.** Oferuje się w nich posiłki oraz usługi medyczne. Nie są często wykorzystywaną formą wsparcia;
- **mieszkania z całodobowymi (*intensive service housing*) lub całodziennymi usługami (*housing service*).** Zorganizowane w trzech formach: *sheltered accomodation*, *group housing* oraz *scattered housing*. Intensywna opieka może być także świadczona w domach rodzinnych;
- **opieka instytucjonalna** (domy pomocy oraz gminne oddziały szpitalne opieki długoterminowej). Adresowana do osób najbardziej zależnych od wsparcia. Obejmuje nie tylko wyżywienie, mieszkanie, leki, pranie, sprzątanie, ale także rehabilitację i usługi *well-being* (Ministry of Social Affairs nad Health in Finland 2016, MISSOC 2016, Anttonen, Karsio 2016).

Jak już wspomniano, specyfiką fińskiego systemu są oferowane przez gminy wouchery uprawniające do otrzymania opieki. Posługujący się tą formą płatności mogą skorzystać ze wsparcia w różnego rodzaju instytucjach, również prywatnych i pozarządowych (jednak wyłącznie w tych, które posiadają certyfikaty nadane im przez gminy)¹⁴. Instytucjonalną opiekę LTC realizują podmioty publiczne (90% ogółu placówek), podobnie jak wsparcie środowiskowe w domach rodzinnych (w ponad 70% świadczone przez pomioty publiczne), a najbardziej urynkowaną formą świadczeń LTC są mieszkania z 24-godzinną lub dzienną intensywną opieką. Około 60% tych mieszkań obsługują pomioty prywatne i pozarządowe (Johanson 2011).

Zgodnie z kierunkiem wyznaczanym przez współczesne społeczeństwa postindustrialne i ich ponadnarodowe organizacje (UE, OECD) w kształtowaniu systemów opieki zmierzać się powinno do dezinstytucjonalizacji i tworzenia warunków do jak najdłuższego przebywania osób zależnych w ich dotychczasowym środowisku zamieszkania (Pavolini, Ranci 2013, Anttonen, Karsio 2016, Shen, Snowden 2014). W nawiązaniu do tych zaleceń, a także w odpowiedzi na sytuację rodziną i zawodową gospodarstw domowych, w fińskiej polityce LTC dąży się do tego, by w pierwszej kolejności opieka była świadczona w domu rodzin-

¹⁴ Ten rodzaj płatności stosuje ponad 20% gmin w Finlandii. Vouchery nie mogą być wykorzystywane do płacenia opiekunom nieformalnym (Johanson 2011).

nym, następnie w mieszkaniach, w których realizuje się intensywną 24-godzinną opiekę, a potem w tradycyjnych instytucjach całodobowych. Kierunek tej polityki odzwierciedlono w dokumencie Ministerstwa Zdrowia i Spraw Społecznych z 2012 r. *Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali — ja terveystalvveluista*. Na podstawie poniżej przedstawionych danych można przyjąć, że rozwój systemu LTC w Finlandii zmierza w kierunku dezinstytucjonalizacji. Należy jednak dodać, że polega ona raczej na zwiększeniu zakresu wsparcia udzielanego w nowego typu instytucjach i na częstszym niż dotychczas korzystaniu ze środków finansowych dla opiekunów nieformalnych niż na rozwoju usług typu *home service*.

Z analizy statystyk (STOKAnet)¹⁵ wynika, że w latach 1990–2013 zaobserwowano pewne trendy dotyczące korzystania z różnych form opieki długoterminowej przez osoby w wieku 75 i więcej lat. Po pierwsze, spadek odsetka otrzymujących opiekę domową z 32% w 1990 r. do 20% w 2013 r. Po drugie, wzrastający procent mających prawo do wsparcia finansowego dla nieformalnych opiekunów z 3,3% w roku 1990 do 4,6% w 2013. Ponadto obserwuje się systematyczne zmniejszanie liczby korzystających z opieki w instytucjach określanych jako „tradycyjne” — wśród przebywających w domach opieki z 5,3% (ogółu osób w wieku 75 i więcej lat) w roku 2000 do 2,2% w roku 2012, a w szpitalnych oddziałach opieki długoterminowej z 3% do 1,1%. Natomiast odmienne tendencje dotyczą opieki realizowanej w stosunkowo nowej formie, określonej jak wspomniano dezinstytucjonalną. Chodzi tu o udzielanie intensywnego 24-godzinnego wsparcia w specjalnych mieszkaniach. W 2000 r. przebywało w nich 1,7% ogółu osób w wieku 75 i więcej lat, a trzynaście lat później — 6,5% (STOKAnet 2014, Anttönen, Karsio 2016).

W Finlandii sprowadzone są badania obrazujące zjawisko rozwoju tego nowego typu instytucjonalizacji wsparcia. Dochodzi się przyczyn rozwoju tej formy pomocy. Do najważniejszych zalicza się powody ekonomiczne, głównie ograniczanie wydatków publicznych, oraz społeczno-demograficzne, takie jak stale wzrastający odsetek gospodarstw jednoosobowych osób po 65. roku życia. Z badań wynika, że rodziny fińskie nie otaczają opieką swoich niepełnosprawnych członków tak często jak dawniej (Anttönen, Karsio 2016 za: Pfau-Effinger i in. 2011). Państwa skandynawskie, choć w założeniu cechujące się defamilizacją, były wskazywane jako te, w których opiekę nieformalną świadczone najczęściej w Europie (w Finlandii pomoc nieformalną otrzymuje blisko 1/3 osób po 60. roku życia). Dodajmy jednak, że w przeciwieństwie do państw południowoeuropejskich jej intensywność (liczba godzin, jakie poświęca się osobie zależnej) od dawna była niska (Ziębińska 2016, Albertini, Kohl 2013, Brandt, Diendl 2013). Opiekunowie nieformalni otrzymują w fińskim systemie LTC specjalne świadczenia i usługi (tabela nr 1). Jak wspomniano powyżej, od 2005 r. wzrasta liczba osób otrzymujących dodatek dla opiekunów nieformalnych¹⁶.

¹⁵ STOKAnet to skrót nazwy Tilastotietojen suomalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista — portalu, na którym prezentuje się informacje związane z ochroną zdrowia w Finlandii: <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/index>.

¹⁶ Badania dotyczące opieki nieformalnej pokazały, że w Finlandii wsparcie opiekunów nieformalnych jest dla seniorów bardzo ważne i określane jako najbardziej pożądane, skupia się ono głównie na pomocy w realizacji złożonych czynności dnia codziennego IADL (Johanson 2011).

Tabela 1. Rodzaje wsparcia finansowego wykorzystywanego przez opiekunów nieformalnych w Finlandii

Rodzaje comiesięcznego wsparcia finansowego	Wysokość świadczenia
Dodatek dla opiekunów nieformalnych (<i>omaishiodom tuki</i>). Wypłacany przez władze lokalne osobom opiekującym się współmałżonkiem albo krewnym. Stanowi dochód podlegający opodatkowaniu, zawiera także składki emerytalno-rentowe	Wysokość jest zależna od stopnia niepełnosprawności podopiecznego od 336 do 637 euro Od 62 do 325 euro (w zależności od stopnia niepełnosprawności)
Dodatek dla emerytów (<i>elklaisten hoitotuki</i>). Płacony przez fińską instytucję ubezpieczeń społecznych KELA, a prawo do jego otrzymywania powstaje na podstawie oceny stanu funkcjonalnego — stopnia niesprawności (wskazanego jako pierwszy, drugi lub trzeci). Dodatek może być odpowiednikiem polskiego świadczenia — dodatku pielęgnacyjnego	

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji: Ministry of Social Affairs and Health in Finland 2016, MISOC 2016, Anttonen, Karsio 2016, KELA 2016.

Tym, co wyróżnia Finlandię i pozostałe państwa skandynawskie, jest fakt, iż największą grupę opiekunów nieformalnych stanowią współmałżonkowie lub partnerzy — ponad 60% ich ogółu, a jedynie około 20% to dzieci osób zależnych. W związku z tym w tej grupie państw wiek opiekunów jest wyższy niż w pozostałych krajach europejskich: ponad 40% stanowią osoby po 65. roku życia, a 33% jest w wieku 40–64 lata. Ponadto można zaobserwować, że coraz większy odsetek wspierających stanowią mężczyźni (Eurofamcare 2005, Johanson 2011).

Hiszpania

W Hiszpanii wsparcie dla zależnych osób starszych jest oparte zarówno na systemie usług opieki długoterminowej, jak i na świadczeniach finansowych. Przed rozpoczęciem reformowania systemu LTC w 2006 r. zakładano, że nowe opracowania prawne przyczynią się do rozwoju wsparcia formalnego. Okazało się to jednak trudne do realizacji (Blanca i in. 2016). Wydatki na finansowanie zasiłków dla opiekunów nieformalnych stanowią największą część ogółu wydatków w systemie, co ze względu na cechującą model hiszpański familizację nie jest zaskakujące. Prawie 70% osób powyżej 60. roku życia otrzymuje wsparcie dla opiekunów nieformalnych (w Finlandii niespełna 30%) (OECD 2011, 2013). Z badań nad sytuacją opiekunów, przeprowadzonych w 2011 r.¹⁷, wynika, że w 12,4%

¹⁷ *Informal aid to the elderly* prowadzone przez the Centro de Investigaciones Sociológicas CIS (www.cis.es). W Hiszpanii odpowiedzialność za opiekę spoczywa przede wszystkim na jednej osobie (47%). Opiekunami są na ogół osoby z niskim wykształceniem, nieznacznymi dochodami, nieotrzymujące żadnego wynagrodzenia i nieuwzględniane w statystykach zatrudnienia. Odsetek opiekunów imigrantów płci żeńskiej (pracowników gospodarstwa domowego) wzrasta stale i znacząco (Gutierrez i in. 2011).

ogółu hiszpańskich domów mieszkała osoba, która zapewniała nieformalne wsparcie starszemu niepełnosprawnemu.

Opiekunami są w Hiszpanii zazwyczaj kobiety, w wieku około 52 lat, najczęściej będące dziećmi osób, którym pomagają (68% ogółu opiekunów), rzadziej ich parterami (17%) czy innymi bliskimi (11%) (Gutierrez i in. 2011, Eurofamcare 2005). Opiekunowie rodzinni mogą otrzymywać świadczenie finansowe z tytułu sprawowania opieki wówczas, kiedy dochód osoby, którą się opiekują, nie przekracza określonego poziomu. Dodatkowym warunkiem, którego spełnienie jest konieczne, by otrzymać świadczenie, jest fakt, że w miejscu zamieszkania osoby wymagającej wsparcia usługi formalne są trudno dostępne. Kwalifikacja do otrzymywania świadczenia zależy zarówno od stopnia zależności (są trzy stopnie), jak i poziomu dochodów potencjalnego świadczeniobiorcy. Osobom mającym prawo do opieki proponuje się następujące świadczenia finansowe służące pokryciu kosztów tej opieki¹⁸:

- **dodatek na zakup usług LTC.** Świadczenie wypłacane w sytuacji, kiedy serwis publiczny nie jest dostępny. Przeznaczony na zakup usług w instytucjach prywatnych (opieki domowej, instytucjonalnej lub dziennych domach pobytu);
- **dodatek dla opiekunów nieformalnych.** Świadczenie wypłacane krewnym sprawującym opiekę w domu rodzinnym. Do otrzymania wsparcia jest wymagane opłacanie składek na ubezpieczenie społeczne;
- **dodatek na wynajęcie osobistego asystenta.** Dodatek dla osoby, która będzie pomagać niepełnosprawnemu z najwyższym stopniem zależności (ADL) (OECD 2013a, Commission Union 2016, Blanca i in. 2016).

Usługowe wsparcie opiekunów nieformalnych¹⁹ jest przynajmniej częściowo płatne, natomiast podobnie jak w Finlandii hiszpańscy opiekunowie nieformalni mają zagwarantowaną ustawowo możliwość bezpłatnego przyłączenia się do grup wsparcia, skorzystania z poradnictwa i konsultacji oraz uczestniczenia w treningach poprawiających umiejętności opiekuńcze (Eurofamcare 2005, OECD 2013a).

Dla osoby otrzymującej wsparcie usługowe lub świadczenie pieniężne opracowuje się indywidualny program opieki. Tworzą go sami usługobiorcy i ich bliscy, wspólnie z nadzorującymi proces opieki. Plan może obejmować wybrane formy świadczeń wymienione powyżej, a także następujące usługi²⁰:

- **usługi prewencyjne.** Realizowane w ramach specjalnych programów ochrony zdrowia i rehabilitacji (porady, pomoc i szkolenia w zakresie korzystania z urządzeń technicznych, także z teleopieki);
- **usługi zdalne** (teleopieka);
- **usługi w domu.** Zakres jest uzależniony od indywidualnych potrzeb: usługi pielęgniar-skie, opiekuńcze: sprzątanie, robienie zakupów, załatwianie spraw urzędowych i inne;

¹⁸ Maksymalna miesięczna wysokość dodatku to 833,96 euro. Kwoty różnicuje stopień uzależnienia beneficjenta od pomocy oraz jego sytuacja dochodowa.

¹⁹ Przerwy weekendowe, usługi „wytchnieniowe” (Eurofamcare 2005).

²⁰ Wysokość dopłat za usługi zależy od ich rodzaju, sytuacji dochodowej usługobiorcy oraz stopnia jego niepełnosprawności (zależności od pomocy).

- **centra dziennego pobytu (dla osób w wieku 65 i więcej lat, dla osób z młodszych kategorii wiekowej oraz specjalistyczne).** Oferują opiekę poprawiającą stan funkcjonalny osoby zależnej, posiłek, różne formy terapii, poradnictwo, profilaktykę, rehabilitację. Proponowane są szczególnie w sytuacji, gdy opiekunami są członkowie rodziny. Prowadzone są najczęściej przez podmioty prywatne, ale większość kosztów pobytu jest refundowana ze środków publicznych;
- **mieszkania chronione i apartamenty dla osób starszych.** Stosunkowo nowa forma wsparcia, dostępne są we wszystkich wspólnotach autonomicznych;
- **opieka instytucjonalna.** Świadczona stale albo tymczasowo, w sytuacji kiedy podopieczny wymaga rekonwalescencji lub w czasie urlopu opiekuna. Ośrodki stacjonarne są prowadzone głównie przez podmioty prywatne, a podopiecznymi są najczęściej osoby powyżej 80 lat (OECD 2013a, MISSOC 2016, Blanca i in. 2016).

Zakończenie

Można zauważyć, że w przedstawionych państwach zarówno systemy opieki nad ludźmi starymi, jak i kształtujące je uwarunkowania przejawiają, z jednej strony, znaczącą odmierność, z drugiej pewne podobieństwa. Charakterystyczne dla Hiszpanii, jednocześnie zgodne z modelem południowoeuropejskiej polityki społecznej, są takie cechy jak: nieformalność opieki, stosunkowo duże znaczenie przypisywane świadczeniom finansowym (opartym na wcześniejszym testowaniu dochodów), rozwój ośrodków dziennego wsparcia oraz nadawanie regionom względnie dużego znaczenia w organizowaniu wsparcia oraz finansowaniu systemu LTC. Z kolei dla Finlandii, zgodnie z socjaldemokratycznymi wartościami polityki społecznej, specyficzna jest formalność opieki, decentralizacja systemu polegająca na przejęciu największej odpowiedzialności za organizację i finansowanie systemu LTC przez gminy, rozwój usług społecznych oraz oparta na zasadzie uniwersalizmu wypłata świadczeń. Nowym zjawiskiem jest obserwowany od 2005 r. wzrost liczby korzystających z finansowych świadczeń dla opiekunów nieformalnych. W Finlandii zauważa się także znaczący rozwój nowego typu instytucjonalizacji opieki (realizowanej w mieszkaniach z 24-godzinną opieką), określanej niejednokrotnie w literaturze jako dezinstytucjonalizacja.

Tym, co wspólne dla obu systemów, jednocześnie zgodne z pewnymi zaleceniami ponadnarodowych organizacji (Komisji Europejskiej, WHO), zmierzającymi do ograniczenia kosztów opieki, jest rozwój usług w miejscu zamieszkania i jej dezinstytucjonalizacja (choć pokreślmy, że odmiennie rozumiana w obu państwach). Zarówno w Finlandii, jak i w Hiszpanii system LTC rozwija się zgodnie z zasadami *social service mix state*. Należą do nich: indywidualizacja planów opieki, mieszane finansowanie usług oraz świadczenie ich przez wszystkie sektory: zarówno publiczny, pozarządowy, rynkowy, jak i nieformalny.

Szczególłą uwagę zwracają jednak niektóre uwarunkowania systemu opieki, przede wszystkim zmieniająca się dość gwałtownie struktura rodziny i postawy wobec aktywności zawodowej kobiet w Hiszpanii — zjawiska charakterystyczne dla drugiego przejścia demograficznego, a wynikające z przewartościowania dotychczasowych postaw wobec rodziny. W Finlandii, podobnie jak w pozostałych państwach skandynawskich, zjawisko

to wystąpiło już znacznie wcześniej, wobec czego dzisiaj nie stanowi dla mieszkańców tego kraju procesu tak zaskakującego jak dla Hiszpanów czy mieszkańców pozostałych państw Europy Południowej. Ta zmiana w sferze życia rodzinnego ma niewątpliwie duże znaczenie w trwającym od kilku lat reformowaniu systemu opieki w Hiszpanii, zmierzającym do rozwoju usług formalnych. Większość opiekunów ludzi starych w tym państwie to córki i synowie, dla których podjęcie decyzji o rezygnacji z pracy i zaopiekowaniu się zależnym członkiem rodziny jest dzisiaj znacznie trudniejsze niż przed laty. Jednocześnie, warto dodać, sytuację tę czynią jeszcze bardziej złożoną skutki kryzysu finansowego pogłębiające od kilku lat stan deprawacji materialnej Hiszpanów.

Bibliografia

- Abramowska-Komon, A., Kalbarczyk-Stęciak, M. (2016). Osoby w wieku 50 lat i więcej jako dawcy i odbiorcy wsparcia, *Polityka Społeczna*, nr 7, s. 28–32.
- Albertini, M., Kohli, M. (2013). The generational contract in the family: an analysis of transfer regimes in Europe? *European Sociological Review*, vol. 29, nr 4, s. 828–840.
- Anioł, W. (2013). Droga do równości i dobrobytu. *Nowy Obywatel*, nr 9, s. 6–16.
- Anttonen, A., Karsio, O. (2016). Eldercare Service Redesign in Finland: Deinstitutionalization of Long-Term Care. *Journal of Social Service Research*, vol. 42, nr 2, s. 151–166.
- Anttonen, A. i inni (2012). *Welfare state, universalism and diversity*. Chaltenham, UK: Edward Elgar.
- Anttonen, A., Sipilä, J. (1996). European social care services: Is it possible to identify models? *Journal of European Social Policy*, vol. 9, nr 2, s. 87–100.
- Bakalarczyk, R. (2012). Socjaldemokratyczna polityka społeczna na tle innych modeli. W: M. Syska (red.), *Socjaldemokratyczna polityka społeczna*. Wrocław: Ośrodek Myśli Społecznej im. Lassalle'a.
- Blanca, A. i inni (2016). Restructuring Long-Term Care in Spain: The Impact of The Economic Crisis on Social Policies and Social Work Practice. *Journal of Social Service Research*, vol. 42, nr 2, s. 246–262, DOI:10.1080/01488376.2015.1129013: <http://dx.doi.org/10.1080/01488376.2015.1129013>: [dostęp: 12.12.2016].
- Brandt, M., Diendl, C. (2013). Intergenerational Transfers to Adult Children in Europe: Do Social Policies Matter? *Journal of Marriage and Family*, vol. 75, nr 1, s. 235–251.
- Carrera, F., Pavolini, E., Ranci, C., Sabbatini, A. (2013). Long term care system in comparative perspective: Care needs, informal and formal coverage, and social impacts in European Countries. W: E. Pavolini, C. Ranci (red.) *Reforms in long-term care Policies in Europe. Investigating institutional change and Social impacts*. New York: Springer.
- Cohen, D., Nisbett, R.E., Bowdle, B.F., Schwarz, N. (1996). Insult, Aggression, and the Southern Culture of Honour: An „Experimental Ethnography”. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 70 nr 5, s. 945–960.
- Damiani, G. i inni (2011). Patterns of Long Term Care in 29 European countries: evidence from an exploratory study. *BMC Health Services Research* 2011, s. 1–9.

- Deusdad, B. (2013). Regulatory trajectory and current organizational framework of social services and social care, Catalonia, Spain. *COST Action IS1102, Working paper*, nr 1. Dublin, Ireland. Pobrano z: <http://www.eurofound.europa.eu/publications/executive> [dostęp: 4.11.2016].
- Esping-Adersen, G. (2010). *Trzy światy kapitalistycznego dobrobytu*. Warszawa: Difin.
- Esping-Andersen, G. (2015). Welfare regimes and Social Stratification. *Journal of European Social Policy*, vol. 25, nr 1, s. 124–134.
- Eurofound (2012). European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. *Household debt advisory services in the European Union*. Internal document. Dublin. Pobrano z: <http://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2012/quality-of-life/household-debt-advisory-services-in-the-european-union> [dostęp: 23.11.2016].
- Eurofamcare (2005). H. Döhner, Ch. Kofahl (red.) *Supporting Family Carers of Older People in Europe Empirical Evidence, Policy Trends and Future Perspectives*. Hamburg, University of Hamburg.
- European Commission (2015). The 2015 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States 2013–2060. *European Economy*, nr 3. Luxembourg. European Commission. Pobrano z: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1129&langId=en&intPageId=4005> [dostęp: 5.11.2016].
- Family size and composition* (2015). OECD Family Database. Pobrano z: www.oecd.org/soud/family/database [dostęp: 5.10.2015].
- Grewiński, M. (2014). *Social services mix state* jako nowatorski i przyszłościowy model polityki społecznej. W: E. Trafiałek (red.) *Innowacje w polityce społecznej XXI wieku*. Katowice: Wydawnictwo Śląsk, s. 90–115.
- GUS (2014). *Europejskie badanie dochodów i warunków życia EU-SILC w 2013 r.* Pobrano z: <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/dochody-wydatki-i-warunki-zycia-ludnosci/europejskie-badanie-dochodow-i-warunkow-zycia-eu-silc-w-2013-r-,7,5.html> [dostęp: 10.12.2016].
- Gutierrez, L.F., Jimenez-Martin, S., Sanchez, R.W., Vilaplana, C. (2011). The Long-Term Care System for The Elderly in Spain. *Enerpi Reserch Report*, nr 88, ANCIEN. Pobrano z: <http://www.ancien-longtermcare.eu/node/27> [dostęp: 12.05.2016].
- Holzer-Żelazewska, D., Maliszewska, A. (2016). Aktywność poza rynkiem pracy: społeczne zaangażowanie, kapitał społeczny i uczenie się przez całe życie. *Polityka Społeczna*, nr 7, s. 32–36.
- INE Narodowy Instytut Statystyczny Hiszpanii. Pobrano z: <http://www.ine.es/en/welcom> [dostęp: 24.01.2016].
- Johanson, E. (2011). The long-term care system for the elderly in Finland. *Enerpi Reserch Report*, nr 76, ANCIEN. Pobrano z: <http://www.ancien-longtermcare.eu/node/27> [dostęp: 12.04.2016].
- Jurges, H. (2009). Helath minds in Health Dobies: An international comparision of education-related inequality in phisical Health among older adults. *Scottish Journal of Political Economy*, vol. 3, s. 296–320.

- Jurges, H. (2008). Health inequalities by education, income and wealth: A comparison of 11 European countries and the US. *Applied Economics Letters*, vol. 17, s. 87–91.
- KELA. Pobrano z: <http://www.kela.fi/web/en/care-allowance-for-pensioners2> [dostęp: 12.12.2016].
- Kraus, M., Riedel, M., Mot, E., Willemé, P., Röhring, G., Czepionka, T. (2010). A Typology of Long-Term Care Systems in Europe. *Enerpi Research Report*, nr 91.
- Księżopolski, M. (2012). Skuteczność modeli polityki społecznej w rozwiązywaniu problemów ludzi starych. *Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje*, nr 16.
- Księżopolski, M. (2014). Modele polityki społecznej. W: G. Firlit-Fesnak, M. Szyłko-Skoczny (red.), *Polityka społeczna. Podręcznik akademicki*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Leitner, S. (2003). Varieties of Familialism. The Caring Function of the Family: Belgium in Comparative Perspective. *European Societies*, vol. 5, nr 4, s. 353–375.
- MSAH Ministry of Social Affairs and Health in Finland. Pobrano z: <http://stm.fi/en/Front-Page> [dostęp: 5.12.2016].
- Myśliwiec, M. (2012). *Decentralizacja we współczesnym państwie demokratycznym*. Pobrano z: <http://www.nowapolitologia.pl/politologia/systemy-polityczne/decentralizacja-we-wspolczesnym-panstwie-demokratycznym> [dostęp: 3.11.2016].
- OECD (2011). *Finland. Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Publishing, Paris. Pobrano z: www.oecd.org/health/longtermcare [dostęp: 5.10.2016].
- OECD (2011a). *Spain. Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Publishing. Pobrano z: www.oecd.org/health/longtermcare [dostęp: 5.11.2016].
- OECD/European Commission (2013). *Finland. A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care*, OECD Publishing. Pobrano z: www.oecd.org/health/longtermcare [dostęp: 5.12.2016].
- OECD/European Commission (2013a). *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care*, OECD Health Policy Studies Publishing, OECD Publishing. Pobrano z: http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/a-good-life-in-old-age_9789264194564-en#.WHb3uYWcHN-M#page4 [dostęp: 5.12.2016].
- OECD (2015). *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, s. 207–210. Pobrano z: <http://www.oecdilibrary.org/docserver/download/8115071e.pdf?expires=1489505592&id=id&accname=guest&checksum=511C209B779B141815E9AB42A1D46AFD> [dostęp: 16.12.2016].
- Österle, A. (2016). Long-term Care Policies in Europe: Between Fiscal and Social Sustainability. *Politiche Sociali*, nr 1, s. 3–21.
- Pavolini, E., Ranci, C. (red.) (2013). *Reforms in long-term care Policies in Europe. Investigating institutional change and Social impacts*. New York: Springer.
- Pommer, E., Woititz, I., Stevens, J. (2007). Comparing Care: The care of the elderly in ten EU countries. *SCP Publication nr 32*, Haga: The Netherlands Institute for Social Research. Pobrano z: <http://www.cost-is1102-cohesion.unirc.it/working-papers>. DOI: 10.12833/COSTIS1102WG1WP01 [dostęp: 11.10.2016].

- Sapir, A. (2005). *Globalization and the Reform of European Social Models*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Saraceno, C. (2015). A Critical Look to the Social Investment Approach from a Gender Perspective. *Social Politics*, vol. 22, nr 2, s. 257–269.
- Shen, G.C., Snowden, L.R. (2014). Institutionalization of deinstitutionalization: A cross-national analysis of mental health system reform. *International Journal of Mental Health Systems*, vol. 8, nr 47, s. 1–23. DOI:10.1186/1752-4458-8-47.
- Skirbekk, V., Bordone, V., Weber, D. (2014). A cross-country comparison of math achievement at teen age and cognitive performance 40 years later. *Demographic Research*, vol. 31, nr 4, s. 105–118.
- SOTKANet Statistics and Indicator Bank. (n.d.) National Institute for Health and Welfare. <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu>.
- Szarfenberg, R. (2009). *Modele polityki społecznej w teorii i praktyce*. Pobrano z: rszarf.ips.uw.edu.pl/pdf/modele_ps.pdf [dostęp: 5.06.2016].
- Szweda-Lewandowska, Z. (2014). Modele opieki nad osobami niesamodzielnymi. *Studia Ekonomiczne*, nr 79, s. 215–224.
- Ziębińska, B. (2016). Opieka nad ludźmi starymi w Portugalii w kontekście jej wybranych uwarunkowań. W: E. Trafiałek (red.), *Innowacje dla bezpiecznego i zintegrowanego rozwoju*. Kielce: Wydawnictwo Uniwersytetu Jana Kochanowskiego, s. 177–179.

Summary

The article is of a comparative nature. It discusses some elements of long-term care systems implemented in Finland and Spain. It presents the relationship between certain characteristics of social policy models (ex. familization, decentralization, universality, commodification) and such elements of LTC systems as organization, financing, types of service and material support for dependent persons and their caregivers. The basic thesis is: the aging of population in Finland and Spain will foster development of long term care systems. On the one hand, these systems are different, which results from different social policies implemented in these countries. On the other hand, they have similar characteristics, defined by the rules of the social service mix state (ex. a mixed funding system, multi-sectoral service providers, individualization of services).

Key words: long-term care, old people, social policy models, ageing population, Finland, Spain

Cytowanie

Beata Ziębińska (2017), *Opieka długoterminowa nad ludźmi starymi w kontekście modeli polityki społecznej. Studium porównawcze Hiszpanii i Finlandii*, „Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje” nr 36(1), s. 75–94. Dostępny w Internecie na www.problemy polityki społecznej.pl [dostęp: dzień, miesiąc, rok]