

Beata ZiębińskaMałopolska Wyższa Szkoła im. J. Dietla
w Krakowie, Polska

UWARUNKOWANIA GLOBALIZACYJNE A SYSTEMY OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

Wprowadzenie

Systemy opieki długoterminowej (LTC)¹ są zróżnicowane w znacznie większym stopniu niż np. systemy emerytalne czy edukacyjne, a wiąże się to głównie z różnymi tradycjami opiekuńczymi. Zazwyczaj klasyfikuje się je, podobnie jak modele polityki społecznej², jako skandynawski, kontynentalny, anglosaski i śródziemnomorski³. W modelu skandynawskim (Dania, Szwecja, Norwegia, Finlandia), określanym jako najskuteczniejszy – zarówno pod względem ochrony pracy, stopy zatrudnienia, jak i wysokości długu publicznego⁴ – dominuje system publicznych, uniwersalnych usług opiekuńczych dostarczanych przez władze lokalne, przy mniejszym udziale organiza-

¹ Termin „system opieki długoterminowej” dotyczy w tym opracowaniu sposobu organizacji, form oraz źródeł finansowania usług z zakresu ADL (podstawowa opieka medyczna, opieka pielęgnarska, profilaktyka, rehabilitacja) oraz IADL (pomoc domowa, pomoc w załatwianiu spraw administracyjnych).

² G. Esping-Andersen, *Welfare regimes and Social Stratification*, „Journal of European Social Policy”, nr 1, 2015, s. 124-134; A. Sapir, *Globalization and Reform of European Social Models*, „JCMS”, nr 2, 2006 s. 370; M. Księżopolski, *Polityka społeczna w różnych krajach i modele polityki społecznej*, [w:] *Polityka społeczna*, red. nauk. G. Firlit-Fesnak i M. Szyłko-Skoczny, Warszawa 2013, s. 143-153.

³ J. Krzyszkowski, *Usługi opiekuńcze dla ludzi starych w miejscu zamieszkania w krajach UE i w Polsce*, s. 150-151, [http://dspace.uni.lodz.pl/xmlui/bitstream/handle/11089/3550/Krzyszko wski.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://dspace.uni.lodz.pl/xmlui/bitstream/handle/11089/3550/Krzyszko%20w%20sk%20w%20polsce.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [24.04.2017]; A. Österle, *Long-term Care Policies in Europe: Between Fiscal and Social Sustainability*, „Politiche Sociali” nr 1, 2016, s. 3-21; G. Damiani i inni, *Patterns of Long Term Care in 29 European countries: evidence from an exploratory study*, „BMC Health Services Research”, nr 18, 2011, s. 1-9; F. Carrera, E. Pavolini, C. Ranci, A. Sabbatini, *Long term care system in comparative perspective: Care needs, informal and formal coverage, and social impacts in European Countries*, [w:] *Reforms in long-term care Policies in Europe. Investigating institutional change and Social impacts*, red. E. Pavoloni, C. Ranci, Nowy Jork, 2013, s. 23-52 oraz Z. Szweđa-Lewandowska, *Modele opieki nad osobami niesamodzielnymi*, „Studia Ekonomiczne”, nr 79, 2014, s. 215-224.

⁴ M. Rewizorski, *Wpływ globalizacji na teorię i praktykę polityki społecznej*, [w:] *Polityka społeczna dla bezpiecznego rozwoju*, red. nauk. M. Leszczyński, M. Kubiak, Gdańsk 2015, s. 288.

cji pozarządowych i sektora prywatnego. W Danii, Finlandii, Szwecji, Norwegii wydatki na LTC są najwyższe w Europie. Ich udział w PKB jest ponad dwukrotnie większy (ok. 4%) niż średnio w państwach Unii Europejskiej (UE). Te wydatki jednak pokrywa się głównie ze środków publicznych. W modelu śródziemnomorskim (Włochy, Hiszpania, Portugalia, Grecja, Cypr) sytuacja jest odmienna. System usług opiekuńczych oparty jest na dominującej odpowiedzialności rodziny za opiekę nad swoimi członkami, przy wsparciu kościelnych organizacji i bardzo ograniczonym udziale państwa. Poziom wydatków na opiekę długoterminową jest znacznie niższy niż w pozostałych modelach (0,5–1,5% PKB), głównie ze względu na brak szacunków kosztu opieki nieformalnej i znaczne zróżnicowanie charakteru opieki w poszczególnych regionach tych państw⁵. W modelu anglosaskim (Wielka Brytania, Irlandia) występują tendencje do prywatyzacji usług opiekuńczych. Odmiennie mechanizmy, zgodne z zasadą subsydiarności, stosowane są w krajach Europy kontynentalnej (Niemcy, Austria, Holandia, Francja, Belgia). Głównymi dostawcami usług opiekuńczych są tutaj organizacje pozarządowe finansowane przez państwo, a w Niemczech funkcjonuje instytucja ubezpieczenia pielęgnacyjnego⁶. W państwach Europy Środkowej (Polska, Czechy, Słowacja, Węgry) tradycje opiekuńcze są znacząco zróżnicowane i stanowią połączenie elementów systemu kontynentalnego i południowouropejskiego – poziom wydatków na opiekę jest podobny do krajów Europy Południowej, ludzie stosunkowo rzadko otrzymują opiekę formalną i polegają głównie na pomocy opiekunów rodzinnych. Udział wydatków na opiekę długoterminową w PKB stanowi w tych państwach poniżej 1%.

Obserwowane w ciągu minionych dwudziestu lat zmiany, zarówno w modelach polityk społecznych, jak i systemach opieki, powodowane ujednolicaniem rozwiązań sprawiają, że obecnie klasyfikacja poszczególnych państw do określonego modelu jest znacznie utrudniona. W literaturze wspomina się o hybrydowych modelach polityki społecznej⁷, nowym wspólnym dla państw europejskich, modelu *social welfare state mix*⁸. Wydaje się, że systemy opiekuńcze także można określić hybrydowymi, odznaczającymi się cechami *social welfare state mix*, są one podobne do siebie bardziej niż w poprzednim dwudziestolecu. Zauważa się, że usługi LTC we wszystkich państwach świadczone są obecnie zarówno przez sektor publiczny, jak i pozarządowy i nieformalny. Ponadto dąży się do deinstytucjonalizacji opieki, rozwoju profilaktyki chroniącej przed wczesnym ograniczeniem funkcjonalnym, łączący finansowanie opieki

⁵ *Long-term care for older people. The OECD Health Project*. Paris, France, OECD 2005, *A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care*. Paris, France, OECD 2013.

⁶ Por. J. Krzyszkowski, *Usługi opiekuńcze*, s. 150-151.

⁷ Więcej na ten temat pisze R. Szarfenberg, *Modele polityki społecznej w teorii i praktyce*, http://rszarf.ips.uw.edu.pl/pdf/modele_ps.pdf [02.05.2017].

⁸ M. Grewiński, *Social services mix state jako nowatorski i przyszłościowy model polityki społecznej*, [w:] *Innowacje w polityce społecznej XXI wieku*, pod red. E. Trafiałek, Katowice 2014, s. 90-115.

z wielu źródeł (budżetu państwa, samorządów terytorialnych, środków własnych klienta), a także wspomaga się opiekunów nieformalnych⁹.

Rosnąca współzależność zjawisk i procesów społecznych, określana jako globalizacja stanowiąca dla narodowych polityk społecznych tzw. uwarunkowanie zewnętrzne¹⁰, powoduje, że polityki te, a w ich obrębie systemy opieki, należy przedstawiać nie tylko w kontekście wewnętrznych uwarunkowań, takich jak np. model polityki społecznej, ale także w kontekście globalnym. Jedną z definicji globalizacji określa ten proces jako poszerzanie, pogłębianie i przyspieszanie gospodarczych, politycznych, społecznych i kulturowych zależności między jednostkami, grupami, organizacjami, państwami i innymi podmiotami systemu międzynarodowego¹¹. Proces odbywa się za pośrednictwem rozwoju informatyzacji, a jego intensyfikacja jest obserwowana w ramach niektórych wspólnot, takich jak np. UE. Choć poglądy na temat zasięgu i intensywności globalizacji są niejednoznaczne¹², to obserwacja i rozmaite badania dowodzą, że ma ona coraz większy wpływ na codzienne życie ludzi poprzez kształtowanie rynków pracy, nowej tożsamości społeczno-kulturowej, a także relacji polityki narodowej do globalnej. Próbuąc określić wpływ globalizacji na systemy opieki długoterminowej, można sformułować dwa zasadnicze pytania. Pierwsze – jak rozprzestrzeniająca się z powodu globalizacji ideologia neoliberalna, determinująca indywidualizację życia, zmiany na rynku pracy i sposoby komunikacji, wpływa na możliwość i chęć członków rodziny do opiekowania się ludźmi starszymi? Drugie – jakie kierunki globalnej polityki społecznej, wyznaczanej przez organizacje ponadnarodowe, kształtują charakter systemów LTC? Ze względu na ograniczenia związane z objętością niniejszego tekstu celem artykułu będzie próba udzielenia odpowiedzi na drugie z tych pytań.

Zasadniczą tezę artykułu jest stwierdzenie, że proces globalizacji w sferze polityki społecznej, rozumiany jako rozprzestrzenianie się idei o konieczności ponadnarodowego rozwiązywania kwestii społecznych, powoduje, że problem zapewnienia opieki na starość przestaje być postrzegany wyłącznie jako kwestia obyczaju rodzinnego i zadanie państwa, a staje się przedmiotem dyskusji na różnych szczeblach międzynarodowej debaty publicznej. Podmiotami, które najczęściej czynią opiekę długoterminową przedmiotem swojego zainteresowania są: Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), Komisja Europejska (KE) oraz Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD).

⁹ B. Ziębińska, *Opieka nad człowiekiem starym w wybranych państwach europejskich*, [w:] *Polityka społeczna dla bezpiecznego rozwoju*, red. nauk. M. Leszczyński, M. Kubiak, Gdańsk 2015, s. 319-337.

¹⁰ C. Żołędowski, *Uwarunkowania polityki społecznej*, [w:] *Polityka społeczna*, s. 68-69.

¹¹ M. Rewizorski, *Wpływ globalizacji*, s. 287 za G.W. Brown (2009).

¹² Poglądy na temat globalizacji prezentowane są najczęściej w odniesieniu do gospodarki, rynku pracy i zachowań konsumpcyjnych. Próbę klasyfikacji współczesnych poglądów na ten temat przedstawiono m.in. w książce autorstwa A. Elliotta *Współczesna teoria społeczna*, Warszawa 2011, s. 349-381.

Wybrane koncepcje globalizacji

W literaturze można odnaleźć rozmaite uzasadnienia konieczności tworzenia ponadnarodowej polityki społecznej „Jeżeli życie codzienne znajduje się pod wpływem procesów globalnych, to można twierdzić, że postępową polityka wymaga bardziej stanowczej obrony wartości sfery wspólnotowej, dóbr publicznych oraz publicznych praw i zobowiązań niż miało to miejsce dotychczas. Można argumentować, że powstanie świata globalnych powiązań prowadzi do zmiany w charakterze polityki społecznej, wyprowadzając ją poza ramy wspólnoty narodowej, w których grupy wrażliwe definiuje się w tradycyjnych kategoriach dysfunkcji społecznej”¹³. Niektórzy autorzy stoją na stanowisku, że globalizacja jest swego rodzaju dziejową koniecznością, niesie ze sobą alternatywę scentralizowanej władzy oraz inicjuje nowe formy życia społecznego i porządku światowego opartego na innych niż dotychczas wzorach gospodarki, władzy i terytorium. Kenichi Ohmae¹⁴ – przedstawiciel tego nurtu – twierdzi, że jest ona początkiem świata bez granic, w którym kapitał krąży w poszukiwaniu najwyższej stopy zysku z inwestycji, lekceważąc przy tym rządy narodowe. I to właśnie gospodarka globalna zwiastuje schyłek państwa narodowego, ponieważ gdy poszczególne kraje nie mają narzędzi do sprawowania kontroli nad nią, to rządy stają się fikcją, a granice narodowe niewidoczne.

Z kolei według globalnych transformacjonalistów¹⁵ globalizacja, będąca przyczyną znaczącej restrukturyzacji w gospodarce, kulturze i życiu osobistym, oznacza także głębokie zmiany relacji politycznych – między sprawami krajowymi i zagranicznymi. Według reprezentanta tego stanowiska Davida Helda nie osłabiła ona władzy państw, a jedynie ją przekształciła. Autor zauważa, że co prawda mamy do czynienia z rozpowszechnianiem podobnych wzorów w gospodarce, polityce i życiu indywidualnym, ale nie jest to tożsame z zagrożeniem narodowych i lokalnych kultur, które są nadal silne. Globalizacja przejawia się w kilku aspektach. Po pierwsze, następuje rozciągnięcie relacji między ludźmi i organizacjami, co oznacza, że to, co dzieje się w jednej części świata oddziałuje na inną jego część. Po drugie, obserwujemy wzrost intensywności powiązań między narodami, instytucjami i państwami. Te dwa wymiary wzmagane są dodatkowo przez prędkość przepływów powodującą przyspieszenie życia społecznego, co objawia się np. całodobową kulturą medialną czy szybszym przekazem informacji. Ponadto można zaobserwować podnoszenie lokalnych zdarzeń lub decyzji do rangi problemów o znaczeniu globalnym. O wpływie globalizacji na scenę polityczną pisze w taki oto sposób: „Globalizację należy wiązać z poszerzeniem kategorii działalności politycznej oraz zakresu aktorów uczestniczących w życiu politycznym (...) jest kontynuacją polityki za pomocą nowych środków, które działają na wielu po-

¹³ A. Elliott, *Współczesna teoria*, s. 374.

¹⁴ K. Ohmae, *The Borderless World, Power and Strategy in the Interlinked Economy*, New York 1990, s. 183-195.

¹⁵ A. Eliot, *Współczesna teoria*, s. 356 i n.

ziomach”¹⁶. Przekształcenia globalne oznaczają wiele dla państwa narodowego – rozwijają się międzynarodowe organizacje pozarządowe, międzyrządowe oraz gęsta jest sieć organizacji wyznaczających strategię polityczną: ONZ, MFW, G8, Światowa Organizacja Handlu, Unia Europejska i inne regionalne. Co zatem z siłą państwa narodowego? Held uważa, że wiele tradycyjnych obszarów działalności państwa uległo osłabieniu. One same nie są już jednostkami politycznymi, które mogą same rozwiązywać najważniejsze problemy polityki społecznej i skutecznie wypełniać szeroki zakres funkcji publicznych. Zaznacza jednak, że wpływ państwa narodowego ulega przekształceniu nie eliminacji, jego działalność jest osadzona we właściwej sobie tradycji, ale międzynarodowe unormowania wpływają na poszczególne systemy znajdujące się w jego obrębie. Współczesne państwo jest w coraz większym stopniu zakorzenione w sieciach regionalnych i globalnych powiązań, przenikniętych przez siły ponadnarodowe, międzyrządowe i transnarodowe i w coraz mniejszym stopniu może wpływać na swój własny los. Ta koncepcja przywodzi na myśl prezentowaną w literaturze interpretację zjawisk obserwowanych w kulturze. Współczesne kultury określane bywają hybrydowymi – mającymi korzenie we wzorach i wartościach narodowych, ale zmieniającymi się wskutek procesów globalizacyjnych. Dowodzi się jednak, że wpływ globalizacji może być ograniczony, ponieważ mimo rosnącej kontroli korporacji nad mediami narodowe publiczności interpretują przekazy medialne na swój sposób – istnieje wiele ukrytych założeń, dyskursów, norm, wartości i ideologii, przez pryzmat których ludzie interpretują przekazy i produkty medialne¹⁷. Kazimierz Krzysztofek i Marek Szczepański uważają podobnie – stałe przeciwstawianie tradycji i nowoczesności nie jest w pełni uprawnione. Podając przykłady pochodzące z obserwacji życia społeczeństw, wyrażają przekonanie, że procesy globalizacyjne przekształcające obecnie społeczeństwa z przemysłowych na poprzemysłowe i informacyjne nie prowadzą nieuchronnie do eliminacji tradycji. Twierdzą, że nowoczesność nie tylko współwystępuje z tradycją, ale nawet ją wzmacnia¹⁸.

Bez względu na interpretację przyczyn, przebiegu i skutków procesu globalizacji nie sposób zaprzeczyć faktom mówiącym o znaczącym wzroście międzyrządowych i pozarządowych powiązań między narodami. Globalizacja powoduje zarówno przystępowanie nowych podmiotów do tworzenia polityki społecznej, jak i wzrostu intensywności powiązań między nimi, wzrostu liczby rozmaitych unormowań prawnych regulujących politykę społeczną poprzez wywieranie nacisku na rządy o zróżnicowanym nasileniu. Można zauważyć, że podmioty te – poprzez konwencje, programy, rekomendacje, dyrektywy – wywierają modyfikujący wpływ na politykę społeczną państw. Po pierwsze, wpływają na etyczne aspekty decyzji politycznych – w założeniu promują sprawiedliwość społeczną, przyczyniają się do poprawy warunków życia

¹⁶ D. Held, *Global Covenant. The Social Democratic Alternative to the Washington Consensus*, 2004, s. 10.

¹⁷ Na podstawie: A. Elliott, *Współczesna teoria*, s. 377-378.

¹⁸ K. Krzysztofek, M.S. Szczepański, *Zrozumieć rozwój. Od społeczeństw tradycyjnych do informacyjnych*, Katowice 2005. s. 36-43.

i ochrony zdrowia. Po drugie, zobowiązują państwa do działań mających na celu ograniczenie publicznego finansowania wydatków socjalnych – co zauważane jest szczególnie po 2007 r., od kiedy zaczęto dyskutować o skutkach kryzysu finansowego.

W obrębie grupy podmiotów wpływających na politykę opieki długoterminowej możemy wyróżnić przede wszystkim takie, jak: Agendy ONZ, głównie WHO i Komisję Ekonomiczną ONZ dla Europy (UNCE), a także OECD. Orbita wpływów tych organizacji na politykę opieki wyznaczona jest przez rodzaj rozpowszechnianych przez nie dokumentów, określających normy postępowania dla państw. Przykładem są zalecenia mające charakter ogólnych wytycznych oraz ratyfikacje. Jeśli państwa przyjmą i zaakceptują te pierwsze, mają wybór w określaniu szczegółowych metod ich realizacji. Z kolei na podstawie ratyfikacji norm prawa międzynarodowego państwa przyjmują to prawo za swoje i czynią je obowiązującym również na terenie ich terytorium.

Odrębnymi podmiotami, powiązаныmi z WHO, UNCE i OECD, są organy Unii Europejskiej, głównie Komisja Europejska. Tworzą one prawo i regulują politykę społeczną w obrębie wspólnoty poprzez liczne unormowania, takie jak np. dyrektywy wyznaczające ogólne ramy postępowania państw członkowskich, do których prawo poszczególnych państw powinno być dostosowane, dokumenty określone jako białe i zielone księgi oraz strategie i plany działania. Ostatnie z wymienionych wskazują cele działań w różnych obszarach oraz wskaźniki ich realizacji, które powinny być osiągnięte w wyznaczonych okresach. Polityka społeczna realizowana poprzez strategie jest prowadzona metodą tzw. otwartej koordynacji¹⁹.

Podmioty globalne kształtujące politykę LTC

Z analizy dokumentów publikowanych przez WHO – Regionalne Biuro dla Europy, OECD, Komisję Europejską oraz Radę Europy²⁰ – wynika, że od początku lat 80. do drugiej połowy lat 90. XX wieku znaczące miejsce w międzynarodowej polityce wobec ludzi starych zajmowała kwestia ich ochrony socjalnej, sytuacji mieszkaniowej oraz organizacji systemów ochrony zdrowia. Problematykę zdrowia ujmuje się wówczas ogólnie, pisząc o konieczności zmiany paradygmatu z kształtującego „bierne za-

¹⁹ Więcej na ten temat: W. Anioł, *Polityka społeczna Unii Europejskiej*, Warszawa 2003, s. 47.

²⁰ O ideach związanych z opieką nad seniorem, aktualnych również dzisiaj, wspomina się w protokole dodatkowym do *Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności z 1961 r.*, opracowanym przez Radę Europy w Turynie w 1988 r. W I części pkt 4 znajdujemy zapisy określające wiele praw ludzi starych, m.in. prawo do informacji na temat świadczonych na ich rzecz usług oraz prawo do niezależnej egzystencji w znanym im środowisku, tak długo, jak będą sobie tego życzyli i będą do tego zdolni. Dokument podkreśla także istotność potrzeby zapewnienia mieszkań dostosowanych do stanu ich zdrowia, niezbędnej opieki medycznej i socjalnej oraz zagwarantowania osobom starszym przebywającym w domach opieki stosownego wsparcia z równoczesnym poszanowaniem ich sfery prywatności, por. S. Golinowska, *Europejskie model socjalny i otwarta koordynacja polityki społecznej*, „Polityka Społeczna”, nr 11/12, 2002, s. 3-14.

chowania” zdrowotne na „zachowania aktywne” i wiążącym się z nią rozwojem profilaktyki²¹. Samym systemom opieki długoterminowej zaczęto poświęcać znaczącą uwagę dopiero od 2000 r. W dokumentach UE i OECD, odnoszących się do tej problematyki, dominuje wspomniany nowy paradygmat. Jego podstawy, wyznaczone przez konieczność ograniczania kosztów utrzymania systemu, poza polityką aktywizacji seniorów i wiążącą się z nią profilaktyką, kształtuje dążenie do dezinstytucjonalizacji opieki²². Zapewnienie wysokiej jakości opieki długoterminowej bez jednoczesnego podnoszenia jej kosztów jest wyzwaniem dla państw – OECD zwraca uwagę na prawo do pozostania w domu (*aging in place*) tak długo, jak to jest możliwe²³. Jeśli z kolei życie w domu nie jest już możliwe, zaleca się przeniesienie ludzi starszych do tzw. mieszkań chronionych i wspieranych, znajdujących się w pobliżu ich poprzedniego miejsca zamieszkania – zamiast do tradycyjnych całodobowych instytucji. Podobną formę dezinstytucjonalizacji zaleca UE²⁴. Podkreśla się jednak, że nie ma obowiązkowych europejskich standardów w tym zakresie²⁵ – planowanie, finansowanie i zarządzanie opieką długoterminową pozostaje w gestii poszczególnych państw, a często ich samorządów lokalnych. W niektórych publikacjach podkreśla się, że ta różnorodność systemów opieki może być utrzymywana, ponieważ globalne paradygmaty określające zasady opieki wpływają na polityki narodowe z różnym nasileniem. Zauważa się jednak, że rozwiązania globalnej polityki rozprzestrzeniają się w formie globalnej reformy i zrywają z narodowymi tradycjami, „przechodzą ze starych sposobów myślenia do reform” – szczególnie dezinstytucjonalizacja bywa określana jako ważny trend polityczny, zmieniający tradycje w opiece długoterminowej²⁶. Wiele państw reformuje swoje systemy zgodnie ze wspomnianymi zaleceniami – Hiszpania i Portugalia gruntownie je zreorganizowały po 2005 r.²⁷

²¹ W 1999 r. Światowe Zgromadzenie w sprawie Zdrowia rezolucją WHO 52.7 wezwało do tworzenia rozwiązań zapewniających ludziom starym opiekę zdrowotną najwyższej jakości. W 2002 r. w Madrycie odbyło się Drugie Światowe Zgromadzenie w sprawie Starzenia się, przyjęto wówczas *Międzynarodowy Plan Działania na rzecz Osób Starych* (MIPAA), a WHO opracowała wówczas dokument *Ramy polityki aktywnego starzenia się*. W tym samym czasie Komisja Ekonomiczna ONZ dla Europy (UNECE) podczas berlińskiej konferencji na temat problemów starzejącej się Europy wydała regionalną strategię wdrażania MIPAA, http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf [02.05.2017].

²² A. Anttonen, O. Karsio, *Eldercare Service Redesign in Finland: Deinstitutionalization of Long-Term Care*, „Journal of Social Service Research”, nr 2, 2016, s. 151-166.

²³ *A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care*. Paris, Frances OECD 2013.

²⁴ *Report of the Ad Hoc Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based, European Commission* 2008, s. 6-21, ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=3992&langId=en [30.04.2017].

²⁵ A. Anttonen, O. Karsio, *Eldercare*, s. 151-166.

²⁶ *Ibidem*, s. 6-21.

²⁷ Por. np. B. Ziębińska, *Opieka nad ludźmi starymi w Portugalii w kontekście jej wybranych uwarunkowań*, [w:] *Innowacje dla bezpiecznego i zintegrowanego rozwoju*, t. 1, pod red. E. Trafiałek, s. 177-199.

Od 2007 r. szczególnie w kręgu państw UE, poza nasilającym się dążeniem do większej koncentracji na organizowaniu wsparcia w dotychczasowym środowisku zamieszkania, pojawia się także kierunek polityki reagującej na skutki aktywizacji zawodowej kobiet. Wskazuje on na „przeniesienie ciężaru” opieki z nieformalnej (rodzinnej) na formalną. Poza wspomnianymi tendencjami w międzynarodowej polityce odnoszącej się do systemów LTC zauważalne jest również:

- wprowadzenie reguł gry rynkowej do sfery usług opiekuńczych oraz wielosektorową organizację systemu LTC (państwo, organizacje pozarządowe, podmioty prywatne, rodzina i inne grupy samopomocowe);
- doskonalenie kształcenia kadry medycznej i opiekuńczej;
- standaryzowanie usług i poprawianie ich jakości oraz wiążące się z nimi planowanie opieki zgodnie z indywidualnymi potrzebami;
- wspieranie opiekunów nieformalnych w formie finansowej (*cash for care*) i usługowej ze środków publicznych;
- koordynowanie opieki rodzinnej i formalnej (elastyczny czas pracy, rozwój formalnych usług LTC);
- integracja systemów opieki zdrowotnej i społecznej (na poziomie samorządów i państw);
- zastosowanie technologii informacyjnych w opiece;
- traktowanie osób z demencją oraz ich opiekunów jako wymagających specjalnego wsparcia.

Exemplifikacją przedstawionych tendencji mogą być, omówione w dalszej części tekstu, przykładowe dokumenty tworzone przez instytucje ponadnarodowe. Pierwszym z nich, łączącym działania WHO z polityką UE, jest *Strategia i plan działania na rzecz aktywnego starzenia się w Europie 2012–2020* (opracowana przez WHO Regional Office for Europe), powstała w odpowiedzi na wezwanie Komisji Europejskiej do stawiania oporu negatywnym konsekwencjom starzenia się społeczeństw, dodajmy, że rozumianym głównie jako niepożądane skutki finansowe. W kontekście podjętego tematu uwagę zwraca wyeksponowana w trzeciej części kwestia profilaktyki i organizacji opieki długoterminowej. Ta pierwsza w założeniu ma obniżyć koszty systemów LTC, a organizacja systemów uwzględniać zasady racjonalności. Działania profilaktyczne powinny koncentrować się na promocji aktywności fizycznej, prewencji upadków, szczepieniach ochronnych dla osób starszych oraz profilaktyce chorób zakaźnych. Natomiast w kwestii organizacji systemów opieki zwraca się uwagę na dezinstytucjonalizację oraz związane z nią wspieranie opiekunów nieformalnych. W odniesieniu do pracowników sektora LTC wskazuje się na duże znaczenie ich przygotowania gerontologicznego. Wspomina się także o poprawie jakości opieki długoterminowej nad seniorami, szczególnie cierpiącymi na demencję²⁸. Podobne treści możemy odna-

²⁸ *Health 2012 – a European Policy Framework supporting action across government and society for health and well-being* (EUR/RC62/9), Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012, <http://www.euro.who.int/RC> [12.03.2017].

leżć w *Pilotażowym Strategicznym Planie Europejskiego Partnerstwa Innowacji na rzecz Aktywnej i Zdrowej Starości (EIPAHA)*²⁹.

Na konieczność dostosowania systemu opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej do starzejącego się społeczeństwa i rozwój profilaktyki zwracają też uwagę uchwały WHO (52.7, 58.16, 65.3)³⁰ oraz plan działania mający na celu wdrożenie strategii dotyczącej prewencji chorób niezakaźnych³¹. Wspomina się w nich o zdrowym starzeniu się przez całe życie, pierwszo- i drugorzędowej profilaktyce – adresowanej zwłaszcza do osób w wieku 50 i więcej lat. Podkreśla się, że narodowe strategie profilaktyki powinny uwzględniać przede wszystkim czynniki ryzyka chorób pojawiających się w starszym wieku (niedożywienie, niska aktywność fizyczna i otyłość), zwracać uwagę na zapewnienie bezpiecznego środowiska życia seniorów oraz ich zdrowie psychiczne. Profilaktyka powinna dotyczyć także chorób wzroku i słuchu. W wymienionych dokumentach mówi o tym, że ludzie starsi często napotykają bariery w dostępie do opieki dobrej jakości, są w niewystarczającym stopniu poinformowani o usługach opiekuńczych, a koszty, jakie ponoszą w związku z korzystaniem z niej niejednokrotnie obciążają znacząco ich osobisty budżet. Podkreśla się także, że niedostosowanie systemów LTC do procesu starzenia się społeczeństw wynika nie tylko z powodu ograniczeń finansowych, ale także ze słabego przygotowania pracowników służby zdrowia i opieki społecznej do pracy z ludźmi starszymi.

Kolejnym dokumentem, na który warto zwrócić uwagę, omawiając globalne uwarunkowania opieki długoterminowej, jest strategia *Zdrowie 2020*³². Stanowi ona ważne odniesienie podczas pracy nad narodowymi politykami ochrony zdrowia Europejskiego Regionu WHO (zgodnie z zasadami zarządzania strategicznego wszystkie państwa europejskiego regionu WHO muszą opracować narodową politykę zdrowia oraz

²⁹ *Strategic Implementation Plan for the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing*. Brussels, European Commission, 2011, http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthyageing/steeringgroup/implementation_plan.pdf [12.04.2017].

³⁰ *World Health Assembly resolution WHA52.7 on active ageing*, [In:] *Fifty-second World Health Assembly*, Geneva, 17–25 May 1999. Vol. 1. Resolutions and decisions, annexes. Geneva, WHO, 1999, *World Health Assembly WHA58.16 on strengthening active and healthy ageing*. Geneva, WHO, 2005, https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_16-en.pdf [25.04.2017], *World Health Assembly resolution WHA65.3 on strengthening noncommunicable disease policies to promote active ageing*. Geneva, WHO, 2012, http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_R3-en.pdf [12.04.2017].

³¹ *Action plan for implementation of the European strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases 2012–2016*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/147729/wd12E_NCDs_111360_revision.pdf [12.05.2017].

³² *Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013 oraz *Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013.

wspierające jej realizację strategię i plany działania)³³. Dokument wskazuje zasady świadczenia usług długoterminowych. Wśród nich można wymienić: międzysektowość, udział osób starszych w kształtowaniu polityki opiekuńczej, poprawę jakości opieki oraz skuteczności interwencji. Jako kolejny z aktów przypomina o znaczących problemach finansowych związanych z funkcjonowaniem systemów opieki, przy czym finansowanie rozumiane jest tu dość szeroko – także jako pośrednie koszty związane z opieką nieformalną. W związku z takim ujęciem wspomina o starszych kobietach, które zdecydowanie częściej niż mężczyźni łączą rolę opiekunek z rolą zawodową, co sprawia, że są bardziej narażone na ubóstwo i szybkie pogarszanie się stanu zdrowia. Te zagrożenia powinny być ograniczone rozwojem opieki profesjonalnej, wsparciem sąsiedzkim i wolontariatem. Opiekunowie rodzinni powinni być wspierani ze środków publicznych, a pomoc dla nich powinna koncentrować się głównie na zapewnieniu ochrony ich zdrowia, także psychicznego, co ma największe znaczenie w odniesieniu do opiekujących się chorymi na demencje. W *Zdrowiu 2020* problematyce opieki długoterminowej poświęcony jest zwłaszcza trzeci priorytet, określony jako „wzmocnienie skoncentrowanego na człowieku systemu opieki zdrowotnej i zdrowia publicznego”. Wspomina się w nim, że osoby potrzebujące długoterminowej opieki są zagrożone dalszym spadkiem sprawności, szczególnie gdy współwystępuje u nich wiele chorób. I w kontekście tych zagrożeń zwraca się uwagę na profilaktykę trzeciorzędową (nieodżywienia, upadków, skutecznego stosowania leków i urządzeń pomocniczych) oraz osoby przebywające w instytucjach całodobowych, których zdrowie pogarsza się szybciej niż zdrowie osób, którymi opiekują się krewni. Kolejnym aspektem, na który zwrócono uwagę w dokumencie jest dezinstytucjonalizacja opieki oraz jej integracja w obrębie sektorów opieki zdrowotnej i społecznej. Wspomniano, że gromadzi się coraz więcej dowodów potwierdzających, że połączenie tych obszarów owocuje większą skutecznością działań i oszczędnością środków, przyczynia się do lepszej koordynacji opieki i umożliwia jak najdłuższe pozostanie człowieka starszego w jego domu. Podobne skutki powoduje także lepszy dostęp do pierwszej i drugorzędowej profilaktyki.

WHO prowadzi badania sytuacji zdrowotnej ludzi starszych i upowszechnia tzw. dobre praktyki, w tym obszarze koncentrując się na innowacyjnych modelach usług dla osób starych – charakteryzujących się skoordynowaną opieką zdrowotną i społeczną, dobrym dostępem do informacji o usługach i świadczeniach, w tym *e-zdrowia*, oraz umożliwiających pozostanie w domu tak długo jak to możliwe. Raport opublikowany przez WHO w 2009 roku³⁴, mający na celu przedstawienie czynników wpływających na system opieki zdrowotnej w starzejącym się społeczeństwie, pokazuje, że szkolenie kadry opiekującej się ludźmi starszymi jest w wielu aspektach niewystarczające.

³³ Więcej na ten temat: Z. Jakab, A.D. Tsuros, *Zdrowie 2020 – zdrowie i rozwój wspólczesnej Europy*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2015, nr 68, s. 112-115.

³⁴ *How can health systems respond to population ageing?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/64966/E92560.pdf [20.04.2017].

W związku z tym zaleca się opracowanie wytycznych i standardów dotyczących edukacji geriatrycznej, zacieranie różnic między państwami w tym zakresie. Ważnym wskazaniem pojawiającym się w dokumentach WHO jest zalecenie ulepszania jakości opieki, zarówno usług w środowisku zamieszkania, jak i w instytucjach. Szczególnie wspomina się o osobach z demencją. Uzasadniając treść zalecenia, przypomina się, że cierpiący z powodu chorób przewlekłych, ograniczeń funkcjonalnych, często potrzebują kompleksowej opieki – zarówno podstawowej opieki zdrowotnej, opieki specjalistycznej, jak i dostępu do tanich leków, urządzeń pomocniczych czy opieki społecznej³⁵.

Zakończenie

Analizując zasady funkcjonowania współczesnych systemów opieki długoterminowej w Europie, można zaryzykować stwierdzenie, że stają się one na skutek globalizacji polityki systemami hybrydowymi, określonymi z jednej strony przez cechy tradycyjnych modelowych rozwiązań (modeli opiekuńczych), z drugiej – kierunkami reform globalnych. Potwierdzenia tych założeń dostarczają raporty z badań systemów LTC sporządzone przez OECD³⁶. Przyjmowanie zaleceń globalnych w poczet narodowych polityk dotyczy, po pierwsze, propagowania profilaktyki (we wszystkich państwach europejskich skupionych w OECD) i dążenia do dezinstytucjonalizacji widocznego nie tylko w Finlandii, Szwecji i Wielkiej Brytanii, ale także w Portugalii czy Hiszpanii (spada średni czas pobytu w instytucji). Po drugie, wzrostu udziału sektora rynkowego w dostarczaniu usług opiekuńczych oraz wiążącej się z tym procesem konieczności opłacania usług z własnej kieszeni klienta – co szczególnie zmienia oblicze finansowania systemów skandynawskich. Natomiast w państwach śródziemnomorskich można zaobserwować wzrastające znaczenie opieki formalnej oraz środków finansowych przeznaczanych na opłacenie pracy opiekuna (kierunek globalnej polityki umożliwiającej wybór świadczeniodawcy), choć w dużej mierze ta zmiana wiąże się z rozpowszechnieniem opieki świadczonej przez imigrantów. Kolejny wspólny dla wielu państw Europy kierunek globalnej polityki opiekuńczej to tworzenie podobnych systemów oceny jakości usług w państwach o różnych modelach opieki (Portugalia, Szwecja czy Wielka Brytania) i wiążącej się z nim możliwości wyboru usługodawcy (Portugalia, Holandia, Niemcy, Szwecja). Wiele państw europejskich o dotychczas odmiennych tradycjach opiekuńczych prowadzi także podobne badania jakości życia

³⁵ *How can health systems respond to population ageing?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/64966/E92560.pdf [30.04.2017] oraz *Evidence-based recommendations for management for dementia in non-specialized health settings*, Geneva, WHO 2012, http://who.int/mental_health/mhgap/evidence/dementia/en/index.html [12.03.2017].

³⁵ *The 2015 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States 2013–2060. European Economy*, nr 3. Luxemburg. European Commission 2015: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1129&langId=en&intPageId=4005> [05.11.2016].

³⁶ Więcej na ten temat: B. Ziębińska, *Opieka nad człowiekiem starym*, s. 319–337.

osób korzystających z usług LTC (Wielka Brytania, Dania, Hiszpania, Holandia), stosuje wybór podobnych narzędzi do oceny stanu funkcjonalnego seniora, najczęściej narzędzi RAI, Katz i AGGIE (Belgia, Finlandia, Włochy, Hiszpania). Ponadto w wielu państwach obserwuje się tendencje do doskonalenia opieki nad chorującymi na demencję (Szwecja, Francja, Belgia), rozwój publicznej sprawozdawczości z działania systemu LTC (Niemcy, Wielka Brytania, Portugalia, Szwecja i Holandia), a także lepszą koordynację i integrację sektorów opieki społecznej i ochrony zdrowia (Belgia, Szwecja, Portugalia, Francja, Finlandia).

Streszczenie

Celem artykułu jest próba udzielenia odpowiedzi na pytanie o wpływ globalnej polityki reformowania opieki długoterminowej na funkcjonowanie systemów LTC w państwach prezentujących odmienne modele opiekuńcze. We wprowadzeniu przedstawiono krótką charakterystykę modeli opiekuńczych. W kolejnej części wspomniano wybrane koncepcje globalizacji. Następnie omówiono wybrane kierunki międzynarodowej polityki LTC, odwołując się do treści dokumentów rozpowszechnianych przez UE, OECD, Radę Europy oraz WHO. W podsumowaniu przedstawiono przykłady dowodzące wpływu globalnych orientacji na polityki narodowe.

Summary

GLOBALIZATION AND LONG TERM CARE SYSTEMS

The purpose of this article is to answer the question of the impact of global long-term care policies on the functioning of LTC systems in countries with different caregiving models. The introduction shows a brief description of caring models. In the next section, the selected concepts of globalization are mentioned. In turn, we discuss selected directions of international LTC policy by referring to the EU, OECD, Council of Europe and WHO documents. The summaries include examples demonstrating the influence of global orientations on national policies.

Słowa kluczowe: opieka długoterminowa, globalizacja, opiekunowie, ludzie starsi.

Keywords: long term care, globalization, carers, elderly.

Bibliografia

A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care, Paris: France, OECD 2013.

Action plan for implementation of the European strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases 2012–2016. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/147729/wd12E_NCDs_111360_revision.pdf [12.05.2017].

Anioł Włodzimierz, *Polityka społeczna Unii Europejskiej*, Warszawa 2003, s. 47.

- Anttonen Anneli, Karsio Olli, *Eldercare Service Redesign in Finland: Deinstitutionalization of Long-Term Care*, „Journal of Social Service Research”, nr 2, 2016, s. 151-166.
- Carrera Francesca, Pavolini Emmanuele, Ranci Costanzo, Sabbatini Alessia, *Long term care system in comparative perspective: Care needs, informal and formal coverage, and social impacts in European Countries*, [w:] *Reforms in long-term care Policies in Europe. Investigating institutional change and Social impacts*, red. Emmanuele Pasolini, Costanzo Ranci, Nowy Jork 2013, s. 23-52.
- Damiani Gianfranco, Farelli Valentina, Anselmi Angela, Sicuro Lorella, Alessandro Solipaca Alessandro, Burgio Allesandra, Iezzi Domenica, and Ricciardi Walter *Patterns of Long Term Care in 29 European countries: evidence from an exploratory study*, „BMC Health Services Research”, nr 18, 2011, s. 1-9.
- Elliott Anthony, *Współczesna teoria społeczna*, Warszawa 2011, s. 349-381.
- Esping-Andersen Gosta, *Welfare regimes and Social Stratification*, „Journal of European Social Policy”, nr 1, 2015, s. 124-134.
- Golinowska Stanisława, *Europejskie model socjalny i otwarta koordynacja polityki społecznej*, „Polityka Społeczna”, nr 11/12, 2002, s. 3-14.
- Grewiński Mirosław, *Social services mix state jako nowatorski i przyszłościowy model polityki społecznej*, [w:] *Innowacje w polityce społecznej XXI wieku*, red. Elżbieta Trafiałek, Katowice 2014, s. 90-115.
- Health 2012 – a European Policy Framework supporting action across government and society for health and well-being* (EUR/RC62/9), Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012, <http://www.euro.who.int/RC> [12.03.2017].
- Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013 oraz *Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013.
- Held David, *Global Covenant. The Social Democratic Alternative to the Washington Consensus* 2004, s. 10.
- How can health systems respond to population ageing?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/64966/E92560.pdf [30.04.2017] *Evidence-based recommendations form management for dementia in non-specialized health settings*, Geneva, WHO 2012, http://who.int/mental_health/mhgap/evidence/dementia/en/index.html [12.03.2017].
- Jakab Zsuzsanna, Tsouros Agis D., *Zdrowie 2020 – zdrowie i rozwój współczesnej Europy*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2015, nr 68, s. 112-115.
- Krzyszowski Jerzy, *Usługi opiekuńcze dla ludzi starych w miejscu zamieszkania w krajach UE i w Polsce*, Łódź: UŁ, , s. 150-15, <http://dspace.uni.lodz.pl/xmlui/bitstream/handle/11089/3550/Krzyszowski.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [24.04.2017].
- Krzysztofek Kazimierz, Szczepański Marek S., *Zrozumieć rozwój. Od społeczeństw tradycyjnych do informacyjnych*, Katowice 2005. s. 36-43.

- Książopolski Mirosław, *Polityka społeczna w różnych krajach i modele polityki społecznej*, [w:] *Polityka społeczna*, red. nauk. Grażyna Firlit-Fesnak, Małgorzata Szyłko-Skoczny, Warszawa 2013, s. 143-153.
- Long-term care for older people. The OECD Health Project*. Paris: France, OECD 2005.
- Ohmae Kenichi, *The Borderless World, Power and Strategy in the Interlinked Economy*, New York 1990, s. 183-195.
- Österle August, *Long-term Care Policies in Europe: Between Fiscal and Social Sustainability*, „Politiche Sociali” nr 1, 2016, s. 3-21.
- Report of the Ad Hoc Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based*, European Commission 2008, s. 6-21, <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=3992&langId=en> [30.04.2017].
- Rewizorski Marek, *Wpływ globalizacji na teorię i praktykę polityki społecznej*, [w:] *Polityka społeczna dla bezpiecznego rozwoju*, red. nauk. Marek Leszczyński, Michał Kubiak, Gdańsk 2015, s. 288.
- Sapir Andre, *Globalization and Reform of European Social Models*, „JCMS”, nr 2, 2006, s. 370.
- Strategic Implementation Plan for the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing*. Brussels, European Commission, 2011, http://ec.europa.eu/research/innovation-union/pdf/active-healthyageing/steeringgroup/implementation_plan.pdf [12.04.2017].
- Szarfenberg Ryszard, *Modele polityki społecznej w teorii i praktyce*, http://rszarf.ips.uw.edu.pl/pdf/modele_ps.pdf [02.05.2017].
- Szweda-Lewandowska Zofia, *Modele opieki nad osobami niesamodzielnymi*, „Studia Ekonomiczne”, nr 79, 2014, s. 215-224.
- The 2015 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States 2013–2060. European Economy*, nr 3, Luxemburg, European Commission 2015, <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1129&langId=en&intPageId=4005> [05.11.2016].
- World Health Assembly resolution WHA52.7 on active ageing*. In: *Fifty-second World Health Assembly*, Geneva, 17–25 May 1999. Vol. 1. Resolutions and decisions, annexes. Geneva, WHO, 1999, http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_R3-en.pdf [12.04.2017].
- World Health Assembly resolution WHA65.3 on strengthening noncommunicable disease policies to promote active ageing*. Geneva, WHO, 2012, http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_R3-en.pdf [12.04.2017].
- World Health Assembly WHA58.16 on strengthening active and healthy ageing*. Geneva, WHO, 2005, https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_16-en.pdf [25.04.2017].
- Ziębińska Beata, *Opieka nad człowiekiem starym w wybranych państwach europejskich*, [w:] *Polityka społeczna dla bezpiecznego rozwoju*, red. nauk. Marek Leszczyński, Michał Kubiak, Gdańsk 2015, s. 319-337.

Ziębińska Beata, *Opieka nad ludźmi starymi w Portugalii w kontekście jej wybranych uwarunkowań*, [w:] *Innowacje dla bezpiecznego i zintegrowanego rozwoju*, t. 1, red. Elżbieta Trafiałek, Kielce: Wyd. Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach, 2016, s. 177-199.

Data przesłania artykułu do Redakcji: 2017.06.15

Data wstępnej akceptacji artykułu przez Redakcję: 2017.06.29