

Efekt wypierania w opiece długoterminowej

Małgorzata Kalbarczyk^a 

Streszczenie. Celem artykułu jest przedstawienie preferencji Polaków dotyczących opieki długoterminowej oraz zweryfikowanie, czy pomoc nieformalna jest substytucyjna, czy komplementarna wobec pomocy formalnej, czyli czy można mówić o efekcie wypierania pierwszego typu opieki przez drugi. Analizę oparto na danych pochodzących ze specjalnej edycji badania opinii publicznej Eurobarometr przeprowadzonego przez Eurostat w 2007 r. Polacy zdecydowanie woleliby skorzystać z opieki długoterminowej we własnym domu niż w domu opieki. Natomiast swoimi rodzicami chcieliby się opiekować, zabierając ich do siebie. Ci, którzy deklarują, że ich opieka długoterminowa będzie finansowana przez państwo, są starsi, oczekują dłuższego życia, mają więcej trudności w życiu codziennym i są częściej narażeni na czynniki podwyższonego ryzyka w porównaniu z osobami deklarującymi finansowanie opieki prywatnej. Do analizy efektu wypierania wykorzystano model probitowy, w którym zmienną objaśnianą były oczekiwania dotyczące finansowania opieki długoterminowej. Wyniki wskazują, że prawdopodobieństwo długookresowej pomocy prywatnej jest mniejsze, jeśli oczekujemy wsparcia od państwa. Może to świadczyć o wypieraniu opieki nieformalnej przez formalną.

Słowa kluczowe: opieka długoterminowa, efekt wypierania, Polska, Eurobarometr

Crowding out effect in long-term care

Summary. The aim of the article is to present preferences of Poles regarding long-term care for the elderly and to examine whether informal and formal care are substitute or complementary, so can we speak about the crowding out effect. The data used in the study come from a special edition of the survey entitled Eurobarometer conducted by Eurostat in 2007. Poles are much more willing to take advantage of long-term care in their own homes than in nursing homes. However, to help parents, they would like to take them to their own homes. Those who declare that their long-term care will be financed by the state are older, expect a longer life, have more difficulties in their daily living and are more likely to be exposed to risk factors in relation to persons declaring financing of private care. For the analysis a probit model was used in which the explanatory variable was the expectations regarding the financing of long-term care. The results indicate that the probability of financing private care is lower if we expect support from the state. This may prove that informal care substitute for formal care.

Keywords: long-term care, crowding out effect, Poland, Eurobarometer

JEL: J14, D64, H51

^a Uniwersytet Warszawski, Wydział Nauk Ekonomicznych.

Obserwowane we współczesnych społeczeństwach, zwłaszcza w krajach rozwiniętych, spadek dzietności oraz zwiększanie długości życia prowadzą do starzenia się społeczeństwa (United Nations, 2015). W Polsce udział osób w przedziale 65—79 lat w 2060 r. będzie dwukrotnie większy niż dziś, a udział osób po 80. roku życia wzrośnie trzykrotnie (Komisja Europejska, 2015). Dłuższe życie nie zawsze musi oznaczać dłuższe życie w zdrowiu (Bank Światowy, 2015), więc będzie coraz więcej osób mających różnego rodzaju ograniczenia funkcjonalne i potrzebujących opieki zdrowotnej, a także opieki długoterminowej (Błędowski, 2012; Kalbarczyk i Nicińska, 2007).

Celem artykułu jest przedstawienie preferencji Polaków dotyczących opieki długoterminowej oraz zweryfikowanie, czy pomoc nieformalna jest komplementarna, czy też substytucyjna wobec pomocy formalnej, czyli czy można mówić o efekcie wypierania pierwszego typu opieki przez drugi.

OPIEKA DŁUGOTERMINOWA

Opieka długoterminowa może mieć charakter formalny lub nieformalny. Zgodnie z definicją Banku Światowego (2015) opieka formalna jest organizowana przez państwo lub inne instytucje i sprawowana przez profesjonalistów, którzy otrzymują za nią wynagrodzenie, podczas gdy opieką nieformalną zajmują się zazwyczaj rodzina, sąsiedzi lub znajomi, czyli osoby, które najczęściej nie są profesjonalistami i zazwyczaj nie są opłacane. Czasami jednak do opieki nieformalnej zalicza się także usługi opiekunek zatrudnianych indywidualnie bez pośrednictwa państwa (np. Kałuża-Kopias i Szweda-Lewandowska, 2018) i taka definicja zostanie przyjęta na potrzeby tego artykułu.

Każda z form opieki długoterminowej ma swoje wady i zalety. Opieka nieformalna zazwyczaj jest zapewniana przez dzieci lub małżonków (Attias-Donfut, Ogg i Wolff, 2005; Golinowska, 2010). Z jednej strony brak profesjonalnego przygotowania opiekunów sprawia, że jej jakość może być niższa (Bank Światowy, 2015; Golinowska, 2010), z drugiej strony jednak wsparcie emocjonalne najbliższych jest zazwyczaj trudne do zastąpienia. Pomoc nieformalna często nie jest wynagradzana, ale to nie znaczy, że na poziomie indywidualnym czy na poziomie państwa nie są ponoszone w związku z tym żadne koszty. Opiekunowie osób starszych zazwyczaj ograniczają pracę zawodową i tym samym swoje źródło dochodów (Bolin, Lindgren i Lundborg, 2008; Kotowska, Sztanderska i Wójcicka, 2007). Mimo to opiekę nieformalną uważa się za bardziej efektywną i stanowiącą mniejsze obciążenie dla budżetu państwa niż pomoc zapewnianą instytucjonalnie (np. Burke, 1988; Charles i Sevak, 2005).

Opieka formalna jest kosztowniejsza, często gorzej adresowana (Van Houtven i Norton, 2004), a kontrola jakości usług instytucjonalnych trudniejsza i również kosztowniejsza (Burke, 1988). Van Houtven i Norton (2004) podkreślają, że taka opieka powinna być wykorzystywana w czynnościach wymagających wyższych kwalifikacji.

Pojawia się pytanie, czy przedstawione formy opieki są komplementarne, czy substytucyjne. Jeśli zachodzi substytucja, to w jaki sposób można efektywnie podzielić opiekę długoterminową między opiekunów formalnych i nieformalnych? Kwestią kluczową jest dostępność obu rodzajów pomocy. Jak podkreślają Bakx, Meijer, Schut i Doorslaer (2015), bardzo duży wpływ na podaż opieki nieformalnej ma dostępność osób bliskich. W wyniku spadku dzietności, migracji oraz większego udziału kobiet na rynku pracy spada podaż opieki nieformalnej świadczonej przez rodzinę (Costa-Font, Courbage i Swartz, 2015a; Deindl i Brandt, 2016; Pezzin i Schone, 1999), a zapotrzebowanie na nią rośnie nie tylko w związku ze starzeniem się społeczeństwa, lecz także z powodu wzrostu liczby osób samotnych i bezdzietnych (Kohler, Billari i Ortega, 2002; Rodrigues i Schmidt, 2010; Więckowska, 2010). Skala pomocy nieformalnej zależy także od kultury danego państwa, znaczenia więzów rodzinnych, które obligują młodszych do pomocy starszym (Bakx i in., 2015), a także od indywidualnych cech opiekunów, którzy mniej lub bardziej chętnie udzielają pomocy (Charles i Sevak, 2005). O możliwościach korzystania z opieki formalnej decydują natomiast jej jakość i dostępność. Wiele analiz przeprowadzonych dla różnych krajów wskazuje na częściową substytucyjność opieki formalnej i nieformalnej (Bolin i in., 2008; Bonsang, 2009; Charles i Sevak, 2005; Van Houtven i Norton, 2004). Bakx i współpracownicy (2015) zaznaczają, że skala substytucji może się różnić w poszczególnych krajach. Jednak chociażby Langa, Chernew, Kabeto i Katz (2001) oraz Liu, Manton i Aragon (2000) lub Deindl i Brandt (2016) wskazują na komplementarność tych dwóch rodzajów pomocy w przypadku bezdzietnych osób starszych w Europie. Efekt wypierania w kontekście opieki nad osobami starszymi zakłada substytucyjność opieki formalnej i nieformalnej, a nie ich komplementarność. Badania prowadzone w różnych krajach nie wskazują na jednoznaczną relację tych dwóch rodzajów opieki względem siebie.

W Polsce opieka długoterminowa organizowana przez państwo zapewniana jest przez sektor opieki zdrowotnej (zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, domy opieki paliatywnej, opieka domowa) oraz sektor socjalny (rodzinne domy pomocy, domy pomocy społecznej, opieka domowa) (Bank Światowy, 2015; Ministerstwo Zdrowia, 2012; Witkowska, 2010). Jak wskazują Rodrigues, Huber i Lamura (2012), odsetek osób objętych długoterminową opieką instytucjonalną w Polsce jest bardzo niski. Opiekę długoterminową sprawują w dużej części opiekunowie nieformalni, zwłaszcza rodzina (Kałuża-Kopias i Szweda-Lewandowska, 2018; Więckowska, 2010). Spowodowane jest to, po pierwsze, głęboko zakorzenionymi w społeczeństwie wartościami rodzinnymi i poczuciem obowiązku opieki nad osobami starszymi przez ich bliskich (Golinowska, 2010; Kotowska i in., 2007). Po drugie, dostęp do usług formalnych opieki długoterminowej i jej infrastruktura oceniane są nisko (Błędowski, 2012), co skłania do korzystania z rozwiązań alternatywnych. Problem opieki długoterminowej w obliczu starzejącego się społeczeństwa, spadku dzietności i wzmoczonej migracji stanowi przedmiot powszechnej dyskusji. Jednym

z czynników, który może być brany pod uwagę przy dalszym rozwoju opieki długoterminowej w Polsce, jest efekt wypierania opieki nieformalnej przez opiekę formalną. Na polskim gruncie badania efektu wypierania, według wiedzy autorki, nie były prowadzone, a mogą one przyczynić się do lepszej organizacji pomocy osobom starszym.

DANE I METODA

Dane

W pracy wykorzystano dane ze specjalnej edycji badania opinii publicznej Eurobarometr realizowanego przez Eurostat. Badania Eurobarometru prowadzone są w krajach europejskich dwa razy w roku na reprezentatywnej próbie ok. 1000 osób w każdym kraju. Specjalna edycja badania (nr 283)¹ dotyczyła opieki długoterminowej, trwała od 25 maja do 30 czerwca 2007 r. i objęła 28660 Europejczyków powyżej 15. roku życia z 27 krajów Unii Europejskiej (UE) i dwóch krajów kandydujących (Komisja Europejska, 2007). Dane mają charakter próby przekrojowej i obejmują: zagadnienia stanu zdrowia respondentów oraz ich przyszłej zależności od pomocy innych, oceny jakości i dostępności państwowej opieki długoterminowej, przewidywania dotyczące sposobu sprawowania opieki nad rodzicami i formy opieki, którą respondenci chcieliby być objęci na starość, a także przewidywania dotyczące sposobu finansowania opieki długoterminowej. Z próby wyodrębniono do dalszej analizy podpróbę 1031 Polaków. Warto podkreślić, że dane nie obejmują osób, które w chwili badania przebywały w domach opieki.

Metoda

Preferencje Polaków dotyczące opieki długoterminowej badano przy zastosowaniu analizy częstości. Do zbadania efektu wypierania pomocy prywatnej przez pomoc państwową wybrano pytanie dotyczące przewidywanego finansowania pomocy długoterminowej. Respondenci udzielali odpowiedzi na pytanie: „Jeżeli będzie Pan/Pani wymagał(a) regularnej pomocy długoterminowej odpłatnej, to jak Pan/Pani myśli — kto będzie ją finansował?”. Możliwe odpowiedzi były następujące: 1. Ja sam; 2. Mój partner/małżonek; 3. Rodzina (dzieci, rodzice); 4. Inni krewni lub znajomi; 5. Moje prywatne ubezpieczenie; 6. Państwo. Dopuszczano udzielenie kilku odpowiedzi. Precyzyjność analizy byłaby większa, gdyby dane o wielkości pomocy formalnej i nieformalnej były wyrażone w godzinach, niestety Eurobarometr nie uwzględniał takich informacji. W celu weryfikacji hipotezy o wypieraniu prywatnej opieki długoterminowej przez pomoc państwową w pracy wykorzystano analizę probitową (podobnie jak Costa-Font i Courbage (2015b) w badaniu efektu wypierania ubezpieczeń prywatnych przez państwowe w krajach UE-15). Ta me-

¹ https://data.europa.eu/euodp/data/dataset/S657_67_3_EBS283.

toda wielowymiarowa pozwala na analizę efektu wypierania przy jednoczesnym kontrolowaniu wpływu wszystkich pozostałych zmiennych.

Zmienną objaśnianą jest zmienna zero-jedynkowa przyjmująca wartość 1, jeżeli respondent oczekuje, że opieka długoterminowa będzie finansowana z pomocą członków rodziny lub znajomych czy sąsiadów. Wśród zmiennych objaśniających wybranych do analizy znajdowała się przede wszystkim zmienna zero-jedynkowa *pomoc państwowa*, wskazująca oczekiwanie, że opieka będzie finansowana przez państwo. Pozwoliła ona zbadać, czy omawiane dwa sposoby finansowania są bardziej komplementarne, czy substytucyjne. Dodatkowo w modelu uwzględniono zmienną *finansowanie samodzielne*, wskazującą, czy respondent deklaruje, że opiekę długoterminową sfinansuje z własnych środków, czy z ubezpieczenia. Wzięcie pod uwagę indywidualnego finansowania pozwala na wyodrębnienie wpływu wsparcia pieniężnego z zewnątrz. Model uwzględnia więc trzy oczekiwane przez respondentów źródła finansowania opieki długoterminowej:

- pomoc prywatną od rodziny, znajomych, sąsiadów;
- pomoc państwa;
- finansowanie samodzielne.

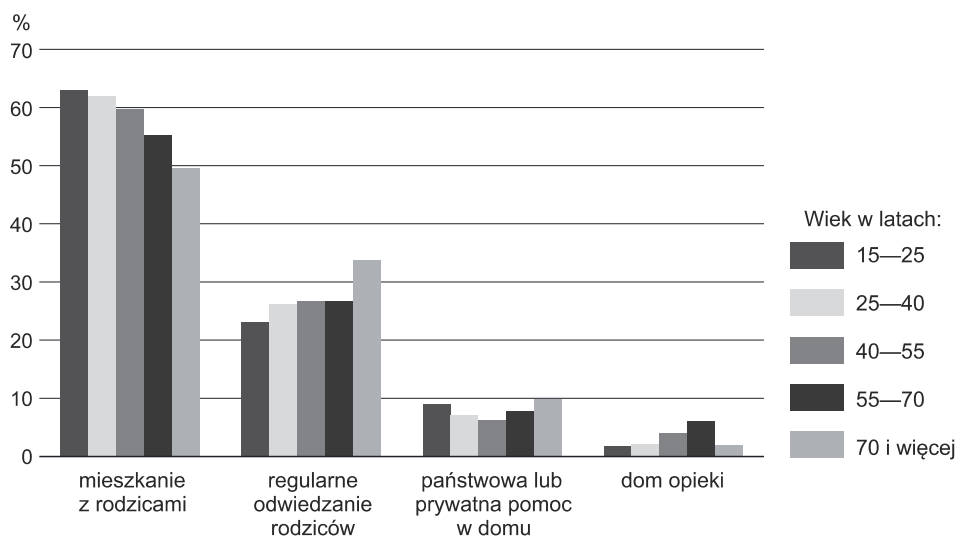
Przedmiotem badania jest to, jaki wpływ na oczekiwanie dotyczące finansowania opieki na starość przez rodzinę lub znajomych ma oczekiwanie finansowania tej opieki przez państwo przy kontrolowaniu w modelu samodzielnego finansowania opieki długoterminowej. Pozostałe zmienne uwzględnione w modelu to zmienne społeczno-demograficzne, takie jak: *średni wiek*, *płeć (kobieta, mężczyzna)*, oznaczająca udział kobiet i mężczyzn, *stan cywilny (osoba samotna, osoba pozostająca w związku)*, oznaczająca udział samotnych i pozostających w związku, *średni wiek ukończenia edukacji* oraz *klasa miejscowości (wieś, małe miasto, duże miasto)*, oznaczająca udział mieszkających na wsi, w małym mieście i w dużym mieście. Oprócz nich uwzględniono także zmienne pokazujące, na ile respondent sam ocenia, że będzie wymagał lub już wymaga opieki długoterminowej. Jako miary przybliżające czas korzystania z opieki długoterminowej wykorzystano *średnią oczekiwaną długość życia*, ocenianą indywidualnie, oraz *liczbę trudności ADL*, czyli liczbę trudności funkcjonalnych życia codziennego. W tym przypadku respondenci oceniali, czy mają trudności z następującymi czynnościami: gotowanie, zakupy, lekkie i ciężkie prace domowe, prace administracyjne, jedzenie, wstawanie i kładzenie się do łóżka, ubieranie, korzystanie z toalety, kąpanie, korzystanie z telefonu, zażywanie leków, chodzenie po domu. Ostatnia zmienna uwzględniona w modelu — *liczba czynników podwyższonego ryzyka* — dotyczy czynników zewnętrznych, które mogą wpływać na zdrowie respondenta (a co za tym idzie — jego zapotrzebowanie na opiekę długoterminową), takich jak: palenie, nadwaga, brak aktywności fizycznej, zła dieta, nadmiar spożywanego alkoholu, głośnie lub zanieczyszczone otoczenie i stres. Zmienna ta pokazuje, czy respondent jest narażony na czynniki podwyższonego ryzyka, a jeśli tak, to na ile z nich.

ANALIZA EFEKTU WYPIERANIA

Respondenci odpowiadali na pytania dotyczące tego, w jaki sposób będą zapewniać opiekę długoterminową swoim rodzicom, a także tego, jaką formę opieki długoterminowej preferują dla siebie. Można zauważyć duże rozbieżności w odpowiedziach. Najczęściej deklarowaną formą opieki nad rodzicami było mieszkanie razem. W drugiej kolejności badani wybierali regularne odwiedzanie rodziców, najrzadziej zaś wyrażali chęć skorzystania z domu opieki (wykr. 1). Deklaracje mieszkańców Polski znacząco odbiegały w tym zakresie od odpowiedzi udzielanych przez respondentów z innych krajów. Według raportu Komisji Europejskiej (2007) średnio w Europie badani najczęściej wskazywali na wspólne mieszkanie, lecz było to tylko 30% odpowiedzi (wśród Polaków prawie 60%), następnie pomoc w domu zapewnianą przez państwo lub organizowaną prywatnie (27%, podczas gdy w Polsce zaledwie 7%), odwiedzanie rodziców (24%) oraz dom opieki (10%, w Polsce — 3%).

W Polsce najwyższy odsetek wśród osób deklarujących chęć opiekowania się rodzicami we własnym domu można zaobserwować w najmłodszej grupie wiekowej (63%), a najniższy — w najstarszej (49%); różnice są istotne statystycznie. Odwrotna zależność wiekowa występuje w przypadku regularnego odwiedzania rodziców. Dom opieki wskazywano najrzadziej.

WYKR. 1. DEKLAROWANA FORMA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ NAD RODZICAMI W POLSCE WEDŁUG GRUP WIEKOWYCH

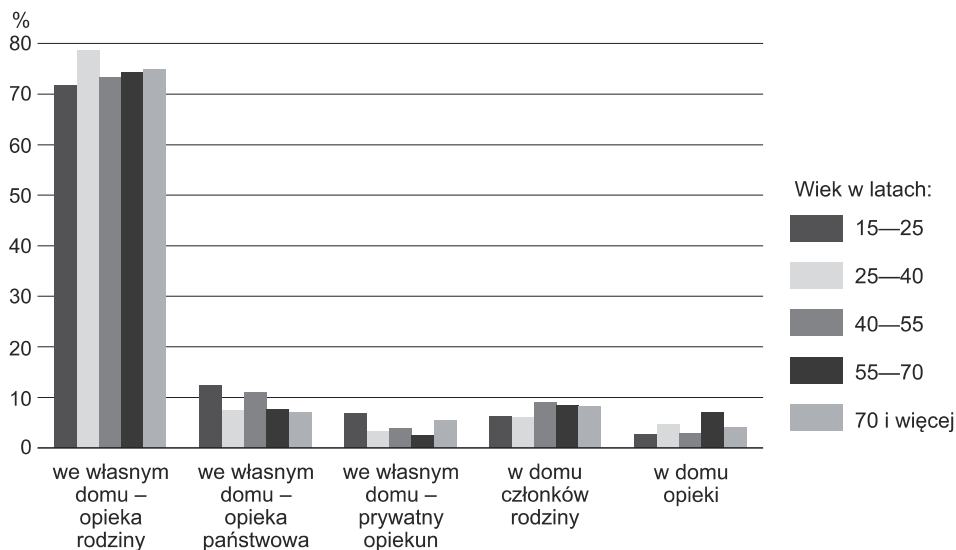


U w a g a. Przedziały są domknięte lewostronnie.

Ź r ó d ł o: obliczenia własne na podstawie danych z Eurobarometru nr 283 z 2007 r.

Odmienne były preferencje respondentów w odniesieniu do opieki długoterminowej, którą sami mieliby zostać objęci w przyszłości (wykr. 2). Powyżej 70% osób deklarowało, niezależnie od wieku, że chce mieszkać we własnym domu i być otoczonym opieką przez członków rodziny. Natomiast zaledwie niecałe 10% chciałoby zamieszkać z rodziną, a takie rozwiązanie wskazywano najczęściej przy opiece nad rodzicami. Prawidłowość ta była determinowana wiekiem. Osoby mające 70 lat i więcej, a więc zbliżające się do wieku, w którym będą wymagały opieki, znacznie rzadziej deklarowały gotowość do zamieszkania ze starszymi rodzicami (49,7% w stosunku do 63,0% deklarowanych przez osoby w wieku 15—25 lat), podczas gdy częściej uważały, że rodzice powinni mieszkać w swoim domu, a dzieci powinny regularnie ich odwiedzać (33,4% w stosunku do 23,0% deklarowanych przez osoby w wieku 15—25 lat).

WYKR. 2. PREFEROWANA FORMA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W POLSCE WEDŁUG GRUP WIEKOWYCH



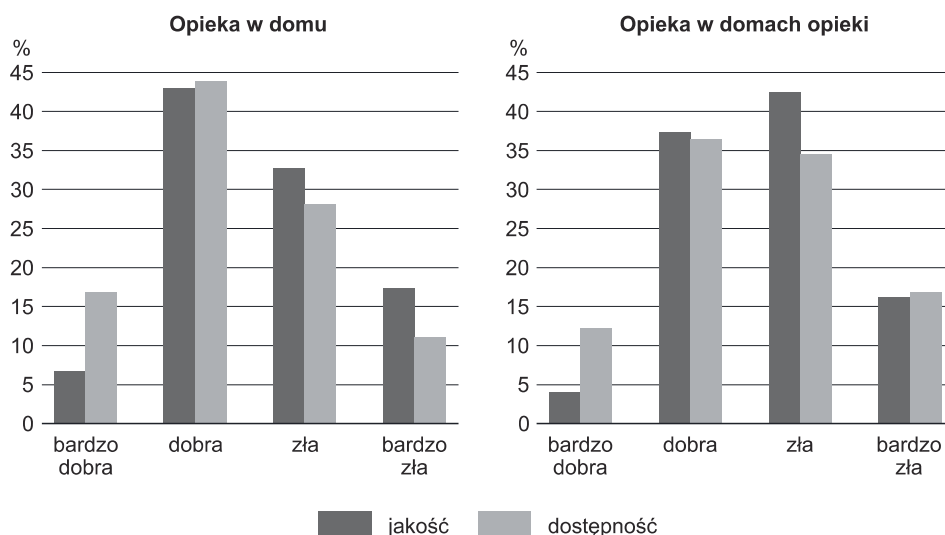
U w a g a. Jak przy wyk. 1.

Ź r ó d ł o: jak przy wyk. 1.

Dom opieki był najrzadziej wskazywaną formą opieki długoterminowej, jakiej badani oczekiwaliby dla siebie i swoich rodziców. Powodem mogła być opinia respondentów na temat opieki w takich placówkach w Polsce. Wykres 3 pokazuje, jak Polacy oceniali jakość i dostępność opieki długoterminowej w domu

i w domach opieki. W obu aspektach domy opieki oceniano gorzej (oceny Polaków w tym zakresie były zdecydowanie niższe niż oceny respondentów w innych krajach Europy prezentowane w raporcie Komisji Europejskiej, 2007).

WYKR. 3. OCENA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W POLSCE W DOMU I W DOMACH OPIEKI



Źródło: jak przy wyk. 1.

Respondenci pytani o oczekiwany sposób finansowania opieki długoterminowej mogli wybierać spośród następujących kategorii: finansowanie samodzielne, korzystanie ze wsparcia rodziny/znajomych lub korzystanie ze wsparcia państwa. Najczęściej wskazywano finansowanie samodzielne ze środków własnych (tak zadeklarowało 36,0% respondentów) albo z prywatnego ubezpieczenia (w tym przypadku odsetek był dużo niższy — 6,6%). Następnie badani spodziewali się uzyskać prywatną pomoc finansową przy opiece długoterminowej (w sumie 39,8%, w tym 21,0% deklarowało pomoc partnera, 24,0% pozostałych członków rodziny, a 1,3% oczekiwało wsparcia od znajomych i przyjaciół). Na pomoc państwa w finansowaniu opieki długoterminowej liczyło 28,0% respondentów.

Tablica 1 przedstawia podstawowe charakterystyki próby 1031 mieszkańców Polski w podziale na preferowane przez nich sposoby finansowania opieki długoterminowej, którą mogą zostać objęci.

TABL. 1. CHARAKTERYSTYKA MIESZKAŃCÓW POLSKI

Zmienne	Ogółem	Pomoc finansowana	
		prywatnie	przez państwo
<i>Średni wiek</i>	47,48	46,70	49,66
<i>Średni wiek ukończenia edukacji</i>	19,05	19,07	18,57
<i>Średnia oczekiwana długość życia</i>	77,51	76,86	78,05
<i>Płeć — kobieta</i>	59,84	64,15	55,71
<i>Klasa miejscowości — wieś</i>	37,74	26,78	39,10
<i>Stan cywilny — osoba samotna</i>	37,41	41,71	38,41
<i>Liczba trudności ADL</i>	0,67	0,66	0,76
<i>Liczba czynników podwyższonego ryzyka</i>	1,53	1,46	1,59

Ź r ó d ł o: jak przy wykr. 1.

Ci, którzy deklarowali, że ich opieka długoterminowa będzie finansowana przez państwo, byli starsi, oczekiwali dłuższego życia, mieli więcej trudności w życiu codziennym i byli częściej narażeni na czynniki podwyższonego ryzyka niż ci, którzy spodziewali się pomocy prywatnej. Może to definiować grupę, która w krótszej perspektywie niż osoby oczekujące pomocy prywatnej będzie wymagała lub już wymaga opieki, choć różnice statystycznie istotne można zaobserwować tylko w przypadku wieku. Ponadto częściej byli to respondenci mieszkający na wsi, kończący edukację we wcześniejszym wieku, a rzadziej kobiety oraz osoby samotne; różnice są statystycznie istotne.

Tablica 2 przedstawia wyniki estymacji modelu oczekiwanej pomocy prywatnej w finansowaniu opieki długoterminowej z uwzględnieniem wpływu finansowania tej opieki przez państwo oraz pozostałych zmiennych kontrolnych.

TABL. 2. WYNIKI ESTYMACJI MODELU PROBITOWEGO OCZEKIWANEJ PRYWATNEJ POMOCY FINANSOWEJ W OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ

Zmienne i ich istotność	Współczynnik	Błąd standardowy
<i>Pomoc państwowa*</i>	-0,98	0,13
<i>Finansowanie samodzielne*</i>	-0,73	0,11
<i>Średni wiek</i>	-0,0004	0,003
<i>Średni wiek ukończenia edukacji</i>	0,02	0,02
<i>Średnia oczekiwana długość życia</i>	-0,002	0,01
<i>Płeć — kobieta**</i>	0,21	0,11
<i>Klasa miejscowości: małe miasto</i>	-0,01	0,13
<i>duże miasto</i>	0,07	0,14
<i>Stan cywilny — osoba samotna*</i>	-0,57	0,11
<i>Liczba trudności ADL</i>	0,03	0,03
<i>Liczba czynników podwyższonego ryzyka**</i>	-0,69	0,04
Liczba obserwacji	654	x
Pseudo R-kwadrat	15,46	x

U w a g a. * — poziom istotności 0,01, ** — poziom istotności 0,1. Wartość 1 zmiennej objaśniającej oznacza, że dana osoba oczekuje finansowania opieki długookresowej na starość przez osoby z rodziny lub znajomych czy sąsiadów, a wartość 0, że nie oczekuje takiej pomocy.

Ź r ó d ł o: jak przy wykr. 1.

Najważniejsze dla zbadania substytucji/komplementarności finansowania prywatnego przez rodzinę lub znajomych i finansowania przez państwo było określenie wpływu zmiennej określającej oczekiwanie pomocy państwowej. Zmienna okazała się istotna i jej wpływ jest ujemny. Może to wskazywać, że jeśli oczekujemy wsparcia od państwa, to prawdopodobieństwo, że w finansowaniu opieki pomogą nam osoby prywatne, jest mniejsze przy kontroli innych zmiennych w modelu. Może to świadczyć raczej na rzecz substytucyjności tych dwóch źródeł finansowania niż ich komplementarności. Zmienna dotycząca deklarowanego samodzielnego finansowania także okazała się istotna. Jej ujemny wpływ na prawdopodobieństwo otrzymania finansowania od rodziny lub znajomych może wskazywać, że w pierwszej kolejności osoby deklarowały samodzielne finansowanie opieki długoterminowej, którą mogą zostać objęci. Istotne w modelu zmienne kontrolne to płeć, liczba czynników ryzyka i bycie samotnym. Z obserwacji wynika, że osoby samotne rzadziej oczekują pomocy prywatnej niż osoby w związkach, nie oznacza to jednak, że liczą na pomoc państwa; mogą swoją opiekę długoterminową finansować samodzielnie. Kobiety natomiast częściej oczekują pomocy od rodziny i przyjaciół.

PODSUMOWANIE

W artykule przedstawiono subiektywne preferencje Polaków dotyczące opieki długoterminowej oraz przeprowadzono analizę efektu wypierania opieki nieformalnej przez opiekę formalną przy kontroli innych zmiennych. Badanie pokazuje, że respondenci wolą korzystać z pomocy w domu niż w domu opieki.

Wśród osób jeszcze niewymagających opieki długoterminowej można zauważyć chęć pozostania we własnym domu i tam korzystania z pomocy. Jest to zgodne z obecnymi trendami zarówno w Europie, jak i w Polsce, które zakładają zmniejszenie opieki długoterminowej w domach opieki i zwiększenie finansowania opieki w domu (Ministerstwo Zdrowia, 2012; Rodrigues i Schmidt, 2010; Witkowska, 2010). W większości państw w domowej opiece długoterminowej łączy się zaangażowanie prywatne i zaangażowanie państwa. Podobnie w Polsce, oprócz integracji funkcjonalnej opieki zdrowotnej i społecznej, jednym z celów rozwoju opieki długoterminowej jest koordynacja pomocy udzielanej przez państwo i przez rodzinę (Ministerstwo Zdrowia, 2012). To, czy taka opieka sprawowana będzie przez członków rodziny lub sąsiadów/przyjaciół, czy zostanie zapewniona przez państwo, pozostaje nadal kwestią otwartą, ale analiza efektu wypierania może pomóc w ustalaniu polityki dotyczącej opieki długoterminowej.

Analiza efektu wypierania przeprowadzona na podstawie danych Eurobarometru pokazała, że prawdopodobieństwo finansowania opieki długoterminowej przy wsparciu osób prywatnych jest mniejsze, jeśli oczekujemy wsparcia od państwa. Może to świadczyć o częściowym wypieraniu opieki prywatnej przez

państwową. Warto jednak zauważyć, że ze względu na dostępność danych w Eurobarometrze w analizie brany był pod uwagę jedynie oczekiwany sposób finansowania tej pomocy, nie zaś wielkości otrzymywanej pomocy, na przykład w godzinach. Dostępność takich danych dotyczących zarówno opieki formalnej, jak i nieformalnej jest bardzo ograniczona. Tego typu dane pozyskane z bazy SHARE wykorzystywano przy analizie efektu wypierania w krajach europejskich przez Bonsanga (2009), jednak dla Polski ich nie zbierano. Wykorzystane dane z Eurobarometru o sposobie finansowania uwzględniają prywatnie opłacaną opiekunkę, ale mogą nie uwzględniać kosztów pomocy udzielanej przez bliskich, wynikających z poświęconego czasu lub utraconych możliwości zarobkowych, ze względu na możliwość ich pominięcia przez osoby otoczone opieką. Dodatkowo warto podkreślić, że analizy przeprowadzono z wykorzystaniem informacji o oczekiwaniach respondentów, a nie rzeczywistej sytuacji dotyczącej opieki długoterminowej, co może mieć wpływ na uzyskane wyniki. Dostępność dokładniejszych i bardziej aktualnych danych dotyczących wielkości zarówno opieki formalnej, jak i nieformalnej pozwoliłaby na powtórzenie badania w przyszłości i sprawdzenie, czy preferencje Polaków pozostały niezmienione oraz czy substytucyjność dwóch rodzajów opieki nie ulega zmianie w czasie. W dobie starzenia się populacji wydaje się, że istnieje duża potrzeba zarówno bieżącego pozyskiwania danych, jak i dalszych badań w zakresie opieki długoterminowej w Polsce.

BIBLIOGRAFIA

- Attias-Donfut, C., Ogg, J., Wolff, F. C. (2005). European patterns of intergenerational financial and time transfers. *European Journal of Ageing*, 2(3), 161—173.
- Bakx, P., Meijer, C., Schut, F., Doorslaer, E. (2015). Going formal or informal, who cares? The influence of public long-term care insurance. *Health Economics*, 24(6), 631—643.
- Bank Światowy (2015). *Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce*.
- Błędowski, P. (2012). Potrzeby opiekuńcze osób starszych. W: M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce* (s. 449—466). Poznań: Termedia Wydawnictwo Medyczne.
- Bolin, K., Lindgren, B., Lundborg, P. (2008). Informal and formal care among single-living elderly in Europe. *Health Economics*, 17(3), 393—409.
- Bonsang, E. (2009). Does informal care from children to their elderly parents substitute for formal care in Europe? *Journal of Health Economics*, 28(1), 143—154.
- Burke, T. (1988). Long-term care: The public role and private initiatives. *Health Care Financing Review*, Annual Supplement, (1—5).
- Charles, K., Sevak, P. (2005). Can family caregiving substitute for nursing home care? *Journal of Health Economics*, 24(6), 1174—1190.
- Costa-Font, J., Courbage, C., Swartz, K. (2015a). Financing long-term care: ex ante, ex post or both? *Health Economics*, (24), 45—57.

- Costa-Font, J., Courbage, C. (2015b). Crowding out of long-term care insurance: evidence from European expectations data. *Health Economics*, (24), 74—88.
- Deindl, C., Brandt, M. (2016). Support networks of childless older people: informal and formal support in Europe. *Ageing & Society*, 37(8), 1—25.
- Golinowska, S. (2010). *The long term care system for the elderly in Poland*. ENEPRI Research Report No. 83.
- Kalbarczyk, M., Nicińska, A. (2007). Finansowe i niefinansowe transfery w próbie SHARE. *Polityka Społeczna*, (4), 13—23.
- Kałuża-Kopias, D., Szweda-Lewandowska, Z. (2018). Potencjalny popyt na opiekunów osób starszych. Spojrzenie z perspektywy dwóch pokoleń — wspierającego i wspieranego. *Polityka Społeczna*, (3), 28—34.
- Kohler, H.-P., Billari, F., Ortega, H. A. (2002). The Emergence of Lowest-Low Fertility in Europe During the 1990s. *Population and Development Review*, 28(4), 641—680.
- Komisja Europejska. (2007). *Health and long-term care in the European Union*. Special Eurobarometer 283 Report.
- Komisja Europejska. (2015). *The 2015 Aging Report. Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013—2060)*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Kotowska, I., Sztanderska, U., Wójcicka, I. (2007). *Między domem a pracą. Rekomendacje*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Langa, K. M., Chernew, M. E., Kabeto, M. U., Katz, S. J. (2001). The explosion in paid home care in the 1990s: who received the additional services? *Medical Care*, 39(2), 147—157.
- Liu, K., Manton, K. G., Aragon, C. (2000). Changes in home care use by disabled elderly persons: 1982—1994. *Journal of Gerontology B: Psychological Sciences Social Sciences*, 55(4), 245—253.
- Ministerstwo Zdrowia. (2012). *Stan faktyczny i perspektywy rozwoju opieki długoterminowej w Polsce*. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia.
- Pezzin, L., Schone, B. (1999). Intergenerational household formation, female labor supply and informal caregiving: a bargaining approach. *The Journal of Human Resources*, 34(3), 475—503.
- Rodrigues, R., Huber, M., Lamura, G. (red.). (2012). *Facts and Figures on Healthy Ageing and Long-term Care*. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy.
- Rodrigues, R., Schmidt, A. (2010). *Paying for long-term care*. European Center for Social Welfare Policy.
- United Nations. (2015). *World Population Ageing 2015*. New York: United Nations.
- Van Houtven, C., Norton, E. (2004). Informal care and health care use of older adults. *Journal of Health Economics*, 23(6), 1159—1180.
- Więckowska, B. (2010). Description of Long-Term Care: Provision and Financing. W: World Bank, *Report Long-Term Care and Ageing. Case Studies — Bulgaria, Croatia, Latvia and Poland* (s. 77—82).
- Witkowska, B. (2010). Opieka długoterminowa w systemie ochrony zdrowia, stan obecny — zadania na przyszłość. W: M. Augustyn (red.), *Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje*. Warszawa. Klub Parlamentarny Platformy Obywatelskiej RP.