

Opieka długoterminowa – przykłady międzynarodowych rozwiązań

Akronimy i skróty

ADL	Podstawowe czynności życia codziennego (z ang. <i>Activities of Daily Living</i>)
Apa	Indywidualny zasiłek opiekuńczy (z j. francuskiego)
CIZ	Centrum Oceny Potrzeb (z j. holenderskiego)
CQI	Konsumencki indeks jakości (z ang. <i>Consumer Quality Index</i>)
EDM	Elektroniczna dokumentacja medyczna
ESCAP	Komisja Gospodarczo-Społeczna Narodów Zjednoczonych ds. Azji i Pacyfiku (z ang. <i>Economic and Social Commission for Asia and the Pacific</i>)
HDRUK	<i>Health Data Research United Kingdom</i>
IADL	Złożone czynności życia codziennego (z ang. <i>Instrumental Activities of Daily Living</i>)
ISO	Międzynarodowa Organizacja Normalizacyjna (z ang. <i>International Organization for Standardization</i>)
MDS	Minimalny zestaw danych (z ang. <i>Minimum Data Set</i>)
NHS	<i>National Health Service</i>
ODT	Opieka długoterminowa
OECD	Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (z ang. <i>Organization for Economic Co-Operation and Development</i>)
PPP	Partnerstwo publiczno-prywatne
RAI	Narzędzie Oceny Mieszkańców (z ang. <i>Resident Assessment Instrument</i>)
ONZ	Organizacja Narodów Zjednoczonych
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia (z ang. <i>World Health Organization</i>)
WLZ	Ustawa o opiece długoterminowej (z j. holenderskiego)

Spis treści

Opieka długoterminowa – przykłady międzynarodowych rozwiązań	1
Wstęp	5
Definicje	6
Ramy organizacyjne	9
Finansowanie.....	11
Bony na usługi opiekuńcze	14
Jakość	17
Odwrót od instytucjonalizacji.....	20
Personel	23
Partnerstwo publiczno-prywatne (PPP)	25
Dane	26
Bibliografia	29

Spis Rycin

Rycina 1. Współczynnik obciążenia demograficznego: średnia UE oraz wybrane kraje	5
Rycina 2. Finansowanie usług opieki długoterminowej w Holandii	11
Rycina 3. Program dla przyszłych pracowników sektora opieki	23
Rycina 4. Uproszczony schemat opieki przejściowej nad pacjentem wymagającym usług opiekuńczych (kraje skandynawskie)	25
Rycina 5. Zakres danych dla stacjonarnych placówek opieki długoterminowej (USA)	27

Spis Ramek

Ramka 1. Mechanizmy podziału kosztów w opiece długoterminowej finansowanej z ubezpieczeń społecznych i z podatków.....	12
Ramka 2. Powstanie krajowego planu rozwoju infrastruktury i zasobów w opiece długoterminowej.....	21
Ramka 3. Miejsce seniorów w społeczeństwie (wybrane przykłady)	22
Ramka 4. Wsparcie dla osób, które łączą rolę opiekuna z aktywnością zawodową (Austria) i zapewnienie opieki przejściowej na etapie przenosin z placówki opiekuńczej do domu (kraje skandynawskie)	24

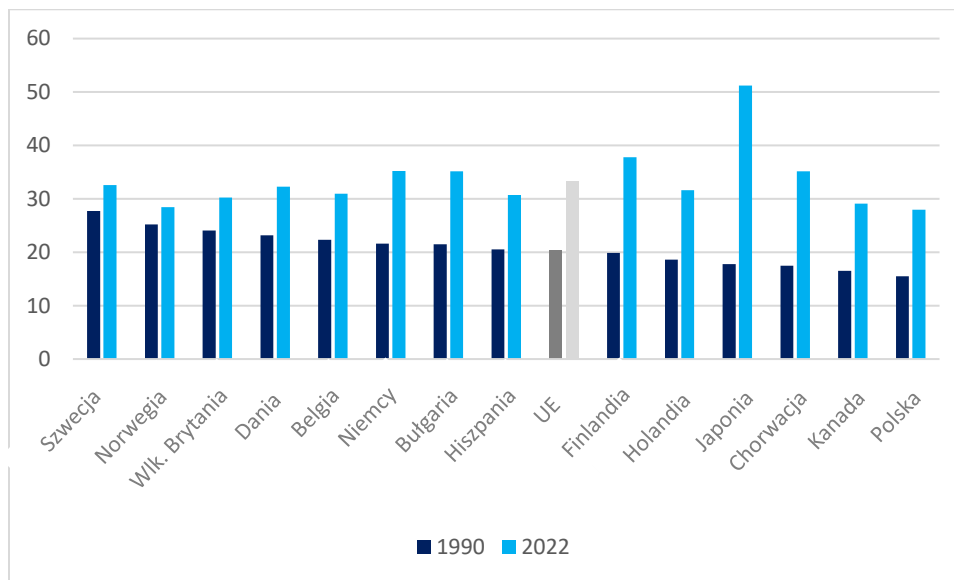
Spis Tabeli

Tabela 1. Krajowy plan działania na rzecz opieki długoterminowej – wytyczne Komisji Europejskiej	6
Tabela 2. Składowe definicje opieki długoterminowej w zależności od kraju (UE)	7
Tabela 3. Definicje beneficjentów opieki długoterminowej (wybrane kraje)	8
Tabela 4. Zalety i wady różnych modeli finansowania opieki długoterminowej.....	13
Tabela 5. Kryteria dostępu, zakres usług oraz finansowanie bonu opiekuńczego w Finlandii	14
Tabela 6. Kryteria dostępu, zakres usług oraz finansowanie indywidualnego zasiłku opiekuńczego (Apa) we Francji.....	16
Tabela 7. Kryteria dostępu, zakres usług oraz finansowanie bonu opiekuńczego w Belgii.....	16
Tabela 8. Konsumencki indeks jakości: wymiary i wskaźniki składające się na ocenę placówek opieki długoterminowej.....	18

Wstęp

Systemy ochrony zdrowia i pomocy społecznej znajdują się pod presją z powodu starzenia się ludności. Im starsze społeczeństwo, tym więcej osób powyżej 65. roku życia i tym mniej potencjalnych opiekunów, zatem opieka długoterminowa staje się niezwłocznym wyzwaniem. W samej Unii Europejskiej (UE) współczynnik obciążenia demograficznego, czyli stosunek liczby osób starszych w wieku nieprodukcyjnym (powyżej 64. r.ż.) do liczby ludności w wieku produkcyjnym (15-64 lata) wzrósł z 20,3 w 1990 r. do 33,33 w 2022 r. (World Bank 2024). Podobny trend obserwuje się także poza UE, np. w Kanadzie i Japonii, gdzie współczynnik obciążenia demograficznego w 2022 r. wyniósł, odpowiednio, 29,1 i 51,2 w 2022 r. (Ariaans, Linden and Wendt 2021).

Rycina 1. Współczynnik obciążenia demograficznego: średnia UE oraz wybrane kraje



Źródło: World Bank 2024.

O ile wyzwania w obszarze opieki długoterminowej są zasadniczo podobne, kraje różnią się pod względem proponowanych rozwiązań. Każde starzejące się społeczeństwo mierzy się z takimi wyzwaniami jak integracja systemów ochrony zdrowia i pomocy społecznej; rozbudowa i finansowanie systemu opieki długoterminowej; pomiar jakości w celu zapewnienia właściwej opieki; zmniejszenie liczby osób korzystających z opieki stacjonarnej oraz zwiększenie liczby pracowników opieki długoterminowej (Ariaans, Linden, and Wendt 2021; Butler 2022; Zimmerman et al. 2022). Poszczególne kraje wybierają jednak różne metody radzenia sobie z sytuacją, w zależności od kontekstu i specyfiki kulturowej. Na przykład tam, gdzie ochrona zdrowia jest finansowana w systemie ubezpieczeniowym (Niemcy), opieka długoterminowa również funkcjonuje w modelu ubezpieczeniowym (Geyer et al. 2023). W polityce państwa uwzględnia się też rolę rodziny, oferując dofinansowanie osobie spokrewnionej, która zajmuje się osobą wymagającą opieki w domu (Costa-font, Courbage, and Swartz 2015).

W przedmiotowym opracowaniu przedstawiono, w jaki sposób decydenci w różnych krajach projektują i przekształcają modele opieki długoterminowej w trosce o równy dostęp, jakość usług oraz równowagę finansową. Na początku omówiono definicje opieki długoterminowej, by następnie przejść do charakterystyki systemów opieki długoterminowej w wybranych krajach o starzejącej się strukturze ludności i poziomie rozwinięcia opieki długoterminowej. Wiele uwagi poświęcono mechanizmom finansowym i regulacyjnym. W ostatniej części opisano ścieżki de-instytucjonalizacji opieki oraz omówiono politykę kadrową sektora opieki długoterminowej. Przykłady pochodzą z krajów UE oraz innych wysoko rozwiniętych krajów (głównie Kanada i Japonia).

Definicje

W definicjach opieki długoterminowej jest mowa o funkcjonalnej niezdolności do radzenia sobie z czynnościami życia codziennego. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje opiekę długoterminową jako „ogół świadczeń i pomocy o charakterze osobistym, społecznym i medycznym, dzięki którym osoba niesamodzielna albo narażona na utratę samodzielności (z powodu choroby psychicznej lub somatycznej albo niepełnosprawności) jest w stanie funkcjonować w sposób zapewniający poszanowanie podstawowych praw i godności człowieka” (World Health Organization 2022a). WHO dodaje, że rolę opiekuna może wziąć na siebie rodzina, przyjaciele lub inne bliskie osoby (opiekunowie nieformalni) bądź też personel ochrony zdrowia (opiekunowie formalni), a opieka może być realizowana w różnym trybie, np. w domu, w placówce opiekuńczej, w szpitalu (World Health Organization 2022a). Definicje stosowane przez Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) również koncentrują się na podstawowych czynnościach w zakresie higieny osobistej i zmiany odzieży oraz zdolności od prowadzenia gospodarstwa domowego w stopniu niezbędnym do samodzielnego życia (sprzątanie i gotowanie) (OECD 2023a).

Unia Europejska uznaje opiekę długoterminową za jeden z elementów europejskiego filara praw socjalnych. Zgodnie z definicją przyjętą przez Komisję Europejską, opieka długoterminowa oznacza „usługi i wsparcie dla osób, które w wyniku słabości i/lub niepełnosprawności psychicznej lub fizycznej potrzebują pomocy w czynnościach życia codziennego i/lub stałej opieki pielęgniarzkiej” (European Commission nd-a). W dalszej części Komisja podkreśla, że bez opieki długoterminowej nie osiągniemy silnej Europy Socjalnej, która ma być sprawiedliwa, włączająca i gwarantować pełnię możliwości (European Commission 2023). Każdy ma prawo do przystępnej cenowo opieki dobrej jakości (filar 18), a osoby pełniące obowiązki opiekunów mają prawo do elastycznej organizacji pracy oraz dostępu do usług w zakresie opieki (filar 9) (European Commission 2023). Komisja zaleca również, by każde państwo członkowskie przyjęło krajowy plan działania na rzecz opieki długoterminowej, ze szczególnym uwzględnieniem wytycznych zebranych w Tabeli 1.

Tabela 1. Krajowy plan działania na rzecz opieki długoterminowej – wytyczne Komisji Europejskiej

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Zapewnienie wszystkim potrzebującym terminowej, kompleksowej i przystępnej cenowo opieki długoterminowej, w tym godnych warunków życia;• Zróżnicowanie oferty należytych usług opieki długoterminowej (opieka domowa, środowiskowa, instytucjonalna), niwelowanie różnic terytorialnych w dostępie do świadczeń, realizowanie opieki z wykorzystaniem dostępnych rozwiązań cyfrowych oraz zapewnienie dostępności świadczeń i infrastruktury pod kątem potrzeb osób z niepełnosprawnością;• Wdrożenie wysokiej jakości kryteriów i standardów obowiązujących wszystkie podmioty świadczące opiekę długoterminową;• Wspieranie opiekunów nieformalnych, których to rola często przypada kobietom i bliskim, poprzez szkolenia, doradztwo, wsparcie psychologiczne i finansowe,• Pozyskanie adekwatnych środków i zrównoważone finansowanie opieki długoterminowej, w tym poprzez uruchamianie funduszy UE;• Promowanie dialogu społecznego i rokowań zbiorowych z myślą o poprawie warunków płacy i pracy;• Ustanowienie rygorystycznych norm bezpieczeństwa i higieny pracy;• Zapewnienie ustawicznego kształcenia i szkoleń dla pracowników;• Zwalczanie stereotypów płci w zawodzie pracownika opieki długoterminowej oraz prowadzenie kampanii informacyjnych;• Ratyfikowanie i wdrożenie Konwencji nr 189 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotyczącej pracowników domowych. |
|--|

Źródło: European Commission 2022.

Każde państwo członkowskie Unii Europejskiej definiuje opiekę długoterminową na swój sposób, lecz łączy je cel: wspieranie osób w starszym wieku lub z niepełnosprawnością w czynnościach życia codziennego, co jest spójne z definicjami WHO, OECD i Komisji Europejskiej.

W tabeli 2 porównano obowiązujące w różnych krajach UE definicje opieki długoterminowej. Sześć krajów (Bułgaria, Chorwacja, Estonia, Grecja, Malta i Węgry) nie posiada oficjalnej definicji, natomiast w pozostałych przypadkach wspólnym mianownikiem definicji jest utrata zdolności do samodzielnego życia według skali (złożonych) czynności życia codziennego (ADL). Tylko kilka krajów uwzględnia w swojej definicji wsparcie środowiskowe lub rodzinne (Finlandia, Hiszpania, Irlandia, Niemcy). Jeszcze mniej krajów bierze pod uwagę jakość życia (Dania, Łotwa) bądź preferencje beneficjenta względem świadczonej opieki (Finlandia, Irlandia, Portugalia).

Tabela 2. Składowe definicji opieki długoterminowej w zależności od kraju (UE)

	Urata samodzielności wg skali ADL lub IADL	Wsparcie środowiskowe lub rodzinne	Jakość życia	Preferencje beneficjenta
Austria	Tak	-	-	-
Belgia	Tak	-	-	-
Bułgaria	Brak obowiązującej definicji opieki długoterminowej			
Chorwacja	Brak obowiązującej definicji opieki długoterminowej			
Cypr	Tak	-	-	-
Czechy	Tak	-	-	-
Dania	Tak	-	Tak	-
Estonia	Brak obowiązującej definicji opieki długoterminowej			
Finlandia	Tak	Tak	-	Tak
Francja	Tak	-	-	-
Grecja	Brak obowiązującej definicji opieki długoterminowej			
Hiszpania	Tak	Tak	-	-
Holandia	Tak	-	-	-
Irlandia	Tak	Tak	-	Tak
Litwa	Tak	-	-	-
Luksemburg	Tak	-	-	-
Łotwa	Tak	-	Tak	-
Malta	Brak obowiązującej definicji opieki długoterminowej			
Niemcy	Tak	Tak	-	-
Portugalia	Tak	-	-	Tak
Rumunia	Tak	-	-	-
Słowacja	Tak	-	-	-
Słowenia	Tak	-	-	-
Szwecja	Tak	_*	_*	_*
Węgry	Brak obowiązującej definicji opieki długoterminowej			
Włochy	Tak	_*	_*	_*

Uwaga: skala ADL odnosi się do podstawowych czynności życia codziennego (z ang. *Activities of Daily Living*), takich jak poruszanie się, odżywianie, kontrolowanie czynności fizjologicznych oraz utrzymanie higieny ciała; natomiast skala IADL (z ang. *Instrumental Activities of Daily Living*) odnosi się do złożonych czynności życia codziennego, takich jak zakupy, gospodarowanie pieniędzmi czy obowiązki domowe; *: Definicja zależy od regionu/gminy.

Źródła: Austria: Bachner et al. 2018; Trukeschitz, Österle, and Schneider 2022; Belgia: Belgian Health Care Knowledge Centre 2019; Bułgaria: Republic of Bulgaria 2014; Chorwacja: OECD 2023c; Cypr: European Commission 2018a; Czechy: European Commission 2018b; Dania: European Commission 2018c; Estonia: Ramani Davare 2022; Finlandia: European Commission 2018d; Francja: Or et al 2023; Grecja: World Bank 2020; Hiszpania: Costa-Font et al. 2022; Holandia: Government of the Netherlands nd; Irlandia: Health Service Executive 2023; Litwa: Ministry of Social Security and Labour 2008; Luksemburg: National Health Fund 2024; Łotwa: European Commission 2018e; Malta: European Commission nd-c; Niemcy: Bundesministerium für Gesundheit 2020; Portugalia: European Commission 2018f; Rumunia: Eurocarers 2023; Słowacja: European Commission 2018g; Słowenia: Republic of Slovenia 2023; Szwecja: European Commission 2018h; Węgry: European Commission nd-b); Włochy: Agar Brugiavini 2023.

Oprócz definicji opieki długoterminowej w krajowych systemach prawnych obowiązują również definicje opisujące potencjalnych beneficjentów usług pod kątem przysługujących im uprawnień i dostępu do różnego rodzaju świadczeń. Ich treść zmienia się wraz z ewolucją systemów opieki długoterminowej. Przykładowo, w 2015 r. w Holandii przyjęto ustawę o opiece długoterminowej (WLZ), której założeniem było zaostreżenie kryteriów dostępu do opieki instytucjonalnej i ograniczenie nadużyć (Maarse and Jeurissen 2016). Z drugiej strony, w 2017 r. w Niemczech znowelizowano prawną definicję opieki długoterminowej wprowadzając pojęcie „osoby wymagającej opieki”, poszerzając tym samym pulę beneficjentów. Jednocześnie doprecyzowano opis poziomów opieki i skorelowanych z nimi wyników oceny potrzeb, do każdego poziomu przypisując określony pakiet świadczeń (Gesundheit 2020). Międzynarodowe przykłady definicji odnoszących się do beneficjentów opieki długoterminowej zebrano w **tabeli 3**.

Tabela 3. Definicje beneficjentów opieki długoterminowej (wybrane kraje)

Kraj	Definicja beneficjenta opieki długoterminowej	Podstawa prawna
Niemcy	Osoba ubiegająca się o świadczenia opiekuńcze podlega ocenie przez powołaną w tym celu komisję lekarską, która bierze pod uwagę sześć obszarów: i) mobilność, ii) stan umysłowy i zdolność do porozumiewania się, iii) kwestie behawioralne i psychologiczne, iv) higiena osobista, v) samokontrola i zarządzanie chorobą – np. przygotowywanie i przyjmowanie leków, oraz vi) życie codzienne i kontakty społeczne. Każdy obszar ocenia się na czterostopniowej skali, a następnie waży do uzyskania wyniku od 12,5 do 100. W zależności od oceny uzyskanej w każdym z sześciu obszarów wnioskodawca zostaje zaliczony do jednej z pięciu grup: • Grupa 1: niewielka utrata samodzielności lub sprawności. • Grupa 2: umiarkowana utrata samodzielności lub sprawności. • Grupa 3: zaawansowana utrata samodzielności lub sprawności. • Grupa 4: bardzo zaawansowana utrata samodzielności lub sprawności. • Grupa 5: bardzo zaawansowana utrata samodzielności lub sprawności. Wymaga szczególnej pomocy.	Druga ustawa o dalszym rozwoju opieki długoterminowej (PSGII)
Holandia	Indywidualną oceną potrzeb opiekuńczych zajmuje się powołane w tym celu Centrum Oceny Potrzeb Opiekuńczych (CIZ), które kwalifikuje potencjalnego beneficjenta do pobytu w placówce opiekuńczej. Podstawowym wymogiem jest to, że wnioskodawca musi wymagać stałej opieki lub nadzoru. Kwalifikacja do innych form opieki odbywa się na poziomie gminy.	Ustawa o opiece długoterminowej (WLZ)
Japonia	Świadczenia przyznaje się na bazie 74-punktowego kwestionariusza czynności życia codziennego, wymagane jest także sprawozdanie z wizyty domowej i opinia lekarza. Zebrane wyniki są następnie rozpatrywane przez specjalną komisję ds. opieki długoterminowej. Zidentyfikowane potrzeby zostają oficjalnie zatwierdzone i przypisane do jednej z siedmiu grup: poziom opieki od 1. do 5. oraz poziom wsparcia 1. i 2. Decyzja wstępna jest podejmowana przy użyciu systemu komputerowego, musi być podparta sprawozdaniem z wizyty domowej i opinią lekarza. W wystawionym na koniec	Ubezpieczenie od kosztów opieki długoterminowej

	certyfikacie stwierdza się, jaki poziom wsparcia (1. czy 2.) i opieki (od 1. - lekka niepełnosprawność do 5. - ciężka niepełnosprawność) ma zastosowanie w danym przypadku.	
Kanada	Każda prowincja ma własne kryteria dostępu do opieki długoterminowej. Na przykład w Ontario wnioskodawca podlega ocenie koordynatora świadczeń, który ocenia stopień utraty samodzielności oraz stan funkcjonalny i behawioralny danej osoby i na tej podstawie dobiera optymalny zestaw świadczeń opieki długoterminowej. W Kolumbii Brytyjskiej dostęp do usług opieki długoterminowej dotyczy wyłącznie osób, które potrzebują całodobowego nadzoru pielęgniarstwa; nie mogą pozostać w dotychczasowym środowisku ze względu na poważne ryzyko pogorszenia się stanu zdrowia; ich dotychczasowy opiekun stanowi znaczne zagrożenie dla dobrostanu podopiecznego lub nie jest w stanie dłużej sprawować opieki.	Ontario: ustawa o placówkach opieki długoterminowej (2007), wraz z rozporządzeniem Kolumbia Brytyjska: ustawa o opiece środowiskowej i mieszkaniach chronionych (2002) wraz z rozporządzeniem w sprawie placówek opiekuńczych Ustawa o szpitalach (1996) wraz z rozporządzeniami towarzyszącymi
Dania	Kwalifikacja opiera się na analizie potrzeb dokonywanej na szczeblu gminy. Samorząd lokalny decyduje, komu należy się opieka długoterminowa i w jakim zakresie. Katalog świadczeń opiekuńczych obejmuje dostęp do profilaktyki, rehabilitacji, opieki domowej i domu seniora.	Ustawa o usługach społecznych (<i>Lov om social service</i>) oraz ustawa o zdrowiu (<i>Lov om sundhed</i>).

Źródła: Niemcy: Bundesministerium für Gesundheit 2020; Holandia: Maarse and Jeurissen 2016; Japonia: Yamada and Arai 2020; Kanada: Government of Ontario 2023, Government of British Columbia 2024; Dania: European Commission 2018c.

Ramy organizacyjne

Pod względem organizacyjnym opieka długoterminowa na świecie zmierza w kierunku systemu, który zapewni ciągłość usług (z uwzględnieniem sektora ochrony zdrowia i sektora pomocy społecznej), jest skoncentrowany na osobie i gwarantuje sprawiedliwy dostęp. Jest to koncepcja opisana w opublikowanych przez WHO zasadach na rzecz zintegrowanego kontinuum opieki (World Health Organization 2021). Jak czytamy w dokumencie WHO, bez ramowych zasad zarządzania systemem i realizacji świadczeń trudno mówić o optymalnie działającym systemie opieki długoterminowej. Mając to na uwadze, ten rozdział poświęcono kompleksowemu zarządzaniu systemem, realizacji świadczeń oraz integracji w opiece długoterminowej. Mówiąc o zarządzaniu mamy na myśli strategiczną strukturę umożliwiającą kształtowanie i regulowanie wszystkich podmiotów zaangażowanych w opiekę długoterminową, w tym kwestię (de)centralizacji (World Health Organization 2021). Przez realizację świadczeń rozumiemy kryteria dostępu do usług oraz autonomię i obowiązki świadczeniodawców opieki długoterminowej. Zarówno procesy zarządzania, jak i realizacji mogą podlegać jednemu albo kilku organom odpowiedzialnym.

Większość państw członkowskich UE dzieli zadania w zakresie opieki długoterminowej między różne szczeble administracji rządowej i samorządowej, według kategorii świadczeń. Takie podejście obowiązuje w 15 krajach (Bułgaria, Chorwacja, Czechy, Estonia, Grecja, Hiszpania, Litwa, Łotwa, Polska, Portugalia, Rumunia, Słowacja, Słowenia, Węgry i Włochy). Pozostałe kraje (Austria, Belgia, Cypr, Dania, Finlandia, Francja, Holandia, Irlandia, Luksemburg, Malta, Niemcy i Szwecja) całość realizacji świadczeń organizują na jednym poziomie terytorialnym. W krajach skandynawskich (Dania, Finlandia i Szwecja) świadczenia zdecentralizowano powierzając je gminom, podczas gdy w pozostałych krajach z tej grupy jest to zadanie realizowane centralnie (Pavolini 2021).

Choć w państwach członkowskich UE dominuje model, w którym opieka długoterminowa podlega pod dwa sektory, tj. ochronę zdrowia i pomoc społeczną, pandemia COVID-19 uwidoczniła potrzebę ściślejszej integracji w opiece długoterminowej. Zaledwie dziesięć państw UE (Austria, Belgia, Dania, Finlandia, Francja, Hiszpania, Holandia, Luksemburg, Niemcy i Szwecja) posiada zintegrowane systemy świadczeń zdrowotnych i społecznych. W pozostałych 17 krajach utrzymuje się mozaikowy krajobraz świadczeń i świadczeniodawców. Pandemia COVID-19 uwidoczniła korzyści płynące z integracji systemów, takie jak niższe koszty powielania usług, lepsza alokacja zasobów i wyższa jakość opieki dzięki zmniejszeniu luk i opóźnień (WHO 2022b). Teraz kolejne kraje wdrażają lub planują wdrożyć kierunkowe reformy. Na przykład w Estonii trwa przewidziana do 2025 r. reforma na rzecz integracji świadczeń zdrowotnych i społecznych (European Commission nd-d).

Tam, gdzie opieka długoterminowa jest przypisana do jednego poziomu administracji terytorialnej, najważniejsze zasady są wyznaczone ustawowo, a rząd pełni istotne funkcje regulacyjne. W Niemczech przepisy ubezpieczeniowe dotyczące opieki długoterminowej są zapisane na szczeblu federalnym i uwzględniają prawa i obowiązki wszystkich stron zajmujących się planowaniem, finansowaniem i realizacją świadczeń (kraje związkowe, fundusze, świadczeniodawcy), a także prawa i obowiązki beneficjentów (Bundesministerium für Gesundheit 2020; European Commission, Directorate-General for Employment, and Inclusion 2021; Geyer et al. 2023). W Holandii rząd pełni funkcję regulacyjną i tworzy warunki sprzyjające rozwojowi opieki długoterminowej, ale zgodnie z ustawą o ubezpieczeniu zdrowotnym (ZVW) zabezpieczenie świadczeń jest zadaniem własnym gmin, natomiast całodobowe placówki opiekuńcze powierzono regionalnym urzędom ds. opieki oraz dostawcom WLZ (Maarse and Jeurissen 2016; European Commission, Directorate-General for Employment, and Inclusion 2021). Z kolei w Japonii planowanie ubezpieczeń na wypadek opieki długoterminowej jest zadaniem władz krajowych (Yamada and Arai 2020; Sakamoto, Rahman, and Nomura 2018). W Kanadzie zarządzanie jest prerogatywą władz regionalnych, a poszczególne prowincje i terytoria odpowiadają za świadczenia opiekuńcze na swoim terenie. Kierunki i założenia programowe w opiece długoterminowej wyznaczają zatem organy polityki zdrowotnej umocowane na szczeblu prowincji i terytoriów (Marchildon, Allin, and Merkur 2020; Guenard 2023).

W Danii na skutek presji finansowej i zmian demograficznych przeprowadzono reorganizację opieki długoterminowej pod względem geograficznym. Od dziesięcioleci świadczenia były zdecentralizowane - realizowano je na szczeblu gminnym, by umożliwić lokalne planowanie i personalizację usług. Jednak w wyniku reformy administracyjnej z 2007 r. kraj liczy już nie 271, ale 98 gmin. Ma to poprawić efektywność w obliczu coraz większych trudności finansowych i coraz większego zapotrzebowania na usługi opiekuńcze (World Health Organization 2019). Rząd nadal ustanawia przepisy i wyznacza budżet na opiekę długoterminową, ale to samorządy lokalne decydują, jakie świadczenia będą ujęte w budżecie i na jakich warunkach będzie można z nich skorzystać (European Commission, Directorate-General for Employment, and Inclusion 2021).

W Niemczech, Holandii i Japonii wprowadzono jednolitą metodologię oceny, przy pomocy której wyznacza się zakres potrzebnych w danym przypadku świadczeń i weryfikuje uprawnienia. W wymienionych krajach dostęp do opieki długoterminowej jest zarezerwowany dla beneficjentów, którzy spełniają określony zestaw kryteriów opisanych w ogólnokrajowych przepisach. W Niemczech ocena potrzeb jest przeprowadzana przez Medical Advisory Services GmbH albo przez niezależnego orzecznika. W przypadku osób z prywatnym ubezpieczeniem oceną zajmuje się MEDICPROOF. W wyniku tego procesu wnioskodawca trafia do jednej z pięciu wyżej opisanych kategorii (Geyer et al. 2023; Bundesministerium für Gesundheit 2020; European Commission, Directorate-General for Employment, and Inclusion 2021). Z kolei w Holandii ocenie potrzeb poddają się osoby, które chcą uzyskać dostęp do opieki stacjonarnej (Maarse and Jeurissen 2016; European Commission, Directorate-General for Employment, and Inclusion 2021). Proces oceny jest ujednolicony na poziomie krajowym. Jednak to Japonia może się pochwalić szczególnie zaawansowanym i rozbudowanym systemem analizy potrzeb, który stosuje się, by zakwalifikować daną osobę do świadczeń i wyznaczyć zakres usług. Potencjalni beneficjenci są oceniani za pomocą standardowego kwestionariusza uzupełnionego opinią lekarza i sprawozdaniem z wizyty domowej. Zebraną dokumentację

musi zatwierdzić specjalna komisja i dopiero jej decyzja otwiera wnioskodawcy dostęp do świadczeń (Yamada and Arai 2020; Sakamoto, Rahman, and Nomura 2018).

Modele zarządzania świadczeniodawcami mogą przybierać różną formę, ale z reguły pozostają pod silnym wpływem decyzji rządu. Pomimo decentralizacji świadczeń władze krajowe mają wiele do powiedzenia, jeżeli chodzi o regulowanie działalności świadczeniodawców. Jest to szczególnie widoczne w krajach o wysoko rozwiniętych systemach opieki długoterminowej, takich jak Kanada, Dania, Niemcy, Japonia i Holandia. W Kanadzie placówki mają autonomię w zakresie bezpieczeństwa, jakości opieki i zarządzania ryzykiem (Marchildon, Allin, and Merkur 2020; Guenard 2023). W Danii gminy organizują przetargi na realizację usług opieki domowej (a w niektórych gminach także stacjonarnej) w oparciu o kryterium ceny lub jakości. Placówka opiekuńcza przedstawia dowody i dokumentację wypłacalności, a gmina wyznacza ceny i standardy jakości (Gørtz, Christensen, and Gupta 2023; Comas-Herrera et al. 2021; European Commission, Directorate-General for Employment, and Inclusion 2021). W Niemczech za jakość usług odpowiada świadczeniodawca (Geyer et al. 2023; Bundesministerium für Gesundheit 2020; European Commission, Directorate-General for Employment, and Inclusion 2021), podczas gdy w Holandii gminy mogą według własnego uznania stosować dodatkowe mechanizmy finansowania (np. wynagradzanie za wyniki) (Maarse and Jeurissen 2016; European Commission, Directorate-General for Employment, and Inclusion 2021). W Japonii świadczeniodawcy funkcjonują na szerokim rynku usług opiekuńczych, w skład którego wchodzi organizacje komercyjne i niekomercyjne, a także publiczne i quasi-publiczne placówki pomocy społecznej (Yamada and Arai 2020; Sakamoto, Rahman, and Nomura 2018).

Finansowanie

Usługi opieki długoterminowej są najczęściej finansowane w systemie ubezpieczeniowym (specjalne ubezpieczenie na pokrycie kosztów opieki) bądź w systemie fiskalnym (podatki pobierane na szczeblu krajowym lub lokalnym). Finansowanie może mieć charakter wyprzedzający (ex-ante) lub następczy (ex-post), czyli środki mogą być pobierane przed lub po wystąpieniu zapotrzebowania na usługi opiekuńcze (Costa-font, Courbage, and Swartz 2015). Do finansowania ex-ante zaliczamy ubezpieczenie społeczne, ubezpieczenie prywatne i oszczędności. Finansowanie ex-post obejmuje mechanizmy podatkowe, powszechne prawo do świadczeń, opłaty w wysokości skorelowanej z poziomem dochodów, finansowanie własne i wsparcie rodziny (Costa-font, Courbage, and Swartz 2015).

W państwach członkowskich UE najpowszechniejszą formą finansowania opieki długoterminowej jest system podatkowy. Aż dwanaście krajów (Austria, Bułgaria, Chorwacja, Cypr, Dania, Finlandia, Hiszpania, Irlandia, Łotwa, Rumunia, Szwecja i Włochy) finansuje świadczenia opiekuńcze przede wszystkim z podatków. Jedynie pięć krajów (Belgia w regionie flamandzkim, Grecja, Holandia, Luksemburg i Niemcy) finansuje swój system opieki długoterminowej ze składek na ubezpieczenie społeczne. Pozostałe państwa członkowskie (Czechy, Estonia, Francja, Litwa, Malta, Polska, Portugalia, Słowacja, Słowenia i Węgry) wybrały system mieszany, podatkowo-ubezpieczeniowy (Pavolini 2021).

Jednak rzadko mamy do czynienia z modelem opartym wyłącznie na jednym rozwiązaniu. Zazwyczaj system jest finansowany z kilku różnych źródeł, w szczególności poprzez dodanie mechanizmu podziału kosztów w formie dopłat do ubezpieczenia, współpłacenia za usługę lub odliczeń. W Holandii opieka długoterminowa opiera się na kilku współistniejących mechanizmach finansowania, takich jak składka ubezpieczeniowa, podatki ogólne, współpłacenie za usługę oraz odliczenia. Przykładowo, w przypadku ubezpieczenia społecznego na cele opieki długoterminowej, które obejmuje pobyt w domu opieki, beneficjent opłaca składkę oraz dokłada się do kosztów opieki, w zależności od posiadanego dochodu. Odliczenia stosuje się w przypadku usług i pomocy społecznej (ryc. 2). Podobne zasady obowiązują w innych rozwiniętych systemach opieki długoterminowej, jak pokazano w ramce A1.

Rycina 2. Finansowanie usług opieki długoterminowej w Holandii



Źródło: Na podstawie Bakx, Van Doorslaer, and Wouterse 2023.

Ramka 1. Mechanizmy podziału kosztów w opiece długoterminowej finansowanej z ubezpieczeń społecznych i z podatków

Korekta składek w przypadku bezdzietnych dorosłych (Niemcy) i wzrost współpłacenia w zależności od dochodu (Japonia).

Oba kraje mają długą historię finansowania systemów ochrony zdrowia i pomocy społecznej na ścieżce ubezpieczeniowej. Kraje te przyjęły ten sam mechanizm finansowania świadczeń opieki długoterminowej. W Niemczech składka na ten cel stanowi 3,05 proc. dochodu brutto i jest płacona po połowie przez pracownika i pracodawcę (po 1,525 proc.). Pracownicy bezdzietni płacą dodatkowe 0,25%. W Japonii w połowie lat 90-tych rząd postawił na „uspołecznienie opieki”, aby ulżyć rodzinom w obliczu gwałtownych zmian demograficznych. W związku z tym, w 2000 r. wprowadzono system ubezpieczeń od kosztów opieki długoterminowej, finansowany pół na pół ze składek i podatków ogólnych. Beneficjentami są osoby w wieku 40 lat lub starsze. Osoby w wieku 40-64 lat odprowadzają składkę od wynagrodzenia; natomiast starszym (65+) składkę potrąca się z emerytury (Sakamoto, Rahman, and Nomura 2018). Oprócz składek beneficjenci pokrywają 10 proc. kosztów na zasadzie współpłacenia, przy czym w 2015 r. udział ten wzrósł do 20 proc. w przypadku osób o umiarkowanych dochodach (2,8-3,4 mln jenów) oraz do 30 proc. w przypadku więcej zarabiających (od 3,4 mln jenów).

Powszechny podatkowy system finansowania połączony z opłatami za opiekę stacjonarną (Szwecja, Norwegia, Dania, Finlandia).

W krajach skandynawskich to gminy odpowiadają za organizację, realizację i finansowanie opieki długoterminowej. I tak na przykład w Szwecji gmina finansuje około 90 proc. usług opieki długoterminowej. Pozostała część jest finansowana z podatków krajowych (5 proc.) i bezpośrednio przez klienta (5 proc.). W Finlandii większą część kosztów opieki długoterminowej ponosi gmina, natomiast rząd dotuje niektóre świadczenia w przypadku gmin będących w szczególnie trudnej kondycji finansowej. Klienci opieki długoterminowej płacą za niektóre usługi z własnej kieszeni, w 2014 r. było to prawie 20 proc.. W Danii usługi opiekuńcze jako takie są bezpłatne, ale od klienta pobiera się tzw. opłatę pobytową (czynsz, media, żywność). W Norwegii usługi opiekuńcze w domu klienta są bezpłatne, podczas gdy pobyt w domu opieki objęty jest współpłaceniem, przy czym wysokość opłat zależy od kwoty dochodu klienta.

Źródło: Bundesministerium für Gesundheit 2020; Yamada and Arai 2020; Rostgaard et al. 2022; Sperre Saunes et al. 2020.

Warto zauważyć, że udział prywatnych gospodarstw domowych w finansowaniu formalnej opieki długoterminowej nadal jest dość niski. Opłaty bezpośrednie, o ile występują, stanowią zaledwie ułamek bieżących wydatków na zdrowie: w latach 2014–2021 w państwach członkowskich UE średnia kwota, jaką gospodarstwa domowe wydają na zdrowie z własnej kieszeni (jako udział w całkowitych wydatkach na

zdrowie) była praktycznie stała (3,01 proc. w porównaniu do 2,90 proc.). Najwyższy odsetek opłat bezpośrednich w opiece długoterminowej obserwuje się w Szwajcarii i w Niemczech, ale wciąż jest to zaledwie 5,66 proc. i 4,43 proc. puli wydatków na zdrowie (Eurostat 2023).

Obserwując różne modele finansowania opieki długoterminowej w praktyce można wyciągnąć wnioski co do ich mocnych i słabych stron. Na skutek coraz większego popytu na usługi opiekuńcze i narastającej presji finansowo-kadrowej dotychczasowe koncepcje ulegają ewolucji, przy czym decyzje za przyjęciem takiego, a nie innego rozwiązania zależą w większym stopniu od czynników kulturowych i zaszczości, co pokazuje przykład krajów z tradycją ubezpieczeń społecznych (Niemcy i Japonia) i uniwersalnego dostępu (kraje skandynawskie). W tabeli 4 zestawiono plusy i minusy różnych modeli finansowania opieki długoterminowej.

Tabela 4. Zalety i wady różnych modeli finansowania opieki długoterminowej.

Model	Zalety	Wady
Podatki	- Szeroka baza podatkowa, która nie jest uzależniona wyłącznie od opodatkowania pracy - Świadczenia można dostosować do przychodów i wydatków (pod względem ilościowym i jakościowym) - Nie ma okresu oczekiwania związanego z płatnościami, ponieważ świadczenie można otrzymać, gdy tylko pojawi się taka potrzeba - Powszechny zasięg, który uwzględnia nierówności dochodowo-majątkowe	- Brak bezpośredniej korelacji między uzyskiwanymi dochodami a ponoszonymi kosztami opieki - Podatność na zagrożenia budżetowe, ponieważ oferta świadczeń może być warunkowana aktualną sytuacją budżetową, która z kolei często wynika z (braku) gotowości społeczeństwa do płacenia wyższych podatków
Ubezpieczenie społeczne	- Bezpośrednie powiązanie składek z kosztami opieki może zwiększyć gotowość do płacenia składek - Finansowanie jest zabezpieczone z wyprzedzeniem - Składki skorelowane z poziomem dochodu są bardziej przystępne cenowo, więc więcej osób jest w stanie sfinansować koszty składek	- Ograniczenie bazy podatkowej do opodatkowania pracy może skutkować niedofinansowaniem - Składki naliczane od dochodu z pracy mogą zniechęcać do zatrudnienia i zmniejszać konkurencyjność pracochłonnych rodzajów działalności - W sytuacji gdy ochrona ubezpieczeniowa jest powiązana z zatrudnieniem, osoby o niepewnym lub nieuregulowanym zatrudnieniu mogą stracić uprawnienia do świadczeń opiekuńczych
Ubezpieczenie prywatne	- Finansowanie jest niezawodne i z góry zabezpieczone - W długim okresie przychody i wydatki powinny się bilansować, jako że przyszłe wydatki są prefinansowane - Ubezpieczyciele mają motywację do zrównoważonego zarządzania wydatkami - Minimalne transfery z sektora publicznego - Oprócz świadczeń gwarantowanych przez sektor publiczny zainteresowani mogą wykupić dodatkową ochronę – hojniejszą albo bardziej elastyczną	- Ze względu na asymetrię informacji w ubezpieczeniach pewną rolę odgrywa przypadek, wpływając na przychody i wydatki - Skomplikowane procesy oceny ryzyka ubezpieczeniowego i prognozowania kosztów podnoszą kwoty składek i zmniejszają gotowość do płacenia za ubezpieczenie - Osoby o wysokim ryzyku pozostają nieubezpieczone, a zakres ubezpieczenia zależy od dochodu

		• Potrzebne są transfery z sektora publicznego
Współpłacenie	• Większa świadomość kosztów leczenia • Mniej niepotrzebnych usług	• Nieuprzywilejowane grupy społeczne mogą mieć gorszy dostęp do skądinąd niezbędnej opieki

Źródło: Foresight Centre 2021; Newhouse 1993.

Bony na usługi opiekuńcze

Bony są rozwiązaniem, które pozwala subsydiować określone usługi opieki długoterminowej, a jednocześnie daje beneficjentom alternatywę i pobudza konkurencję między świadczeniodawcami. Bon ma formę papierowego lub elektronicznego czeku bądź umowy między sektorem publicznym a regulowanymi usługodawcami z sektora prywatnego (Colombo 2011). Bon ma tę zaletę, że daje beneficjentowi możliwość wyboru usługodawcy, który najlepiej zaspokoi indywidualne potrzeby i preferencje; stymuluje też prokonkurencyjne zachowania świadczeniodawców (Colombo 2011). Poniżej przedstawiono przykłady bonów stosowanych w kilku europejskich systemach opieki długoterminowej.

W Finlandii bony są przede wszystkim narzędziem dającym beneficjentowi możliwość wyboru. Fińska ustawa o bonach w pomocy społecznej i ochronie zdrowia została uchwalona w 2009 r. w celu poszerzenia oferty dla beneficjentów, poprawy dostępności usług i zacieśnienia współpracy między systemem publicznym i prywatnym (Finlex 2024). Bony funkcjonują na szczeblu gminnym i to władze gminy wyznaczają kryteria oraz zatwierdzają, nadzorują i opłacają prywatne firmy przyjmujące rozliczenie w formie bonu; w przypadku niektórych usług obowiązuje współdzielenie kosztów. Na przykład gminy w prowincji Uusimaa oferują bony senioralne na usługi takie jak stała opieka domowa i całodobowe zakwaterowanie dla osób z niepełnosprawnością. Bony są obowiązkowe w tym sensie, że każdy beneficjent ma zapewnioną możliwość skorzystania z bonu; natomiast ostateczna decyzja należy do beneficjenta. Prawo do bonu jest zatem bezpośrednio powiązane z prawem do usługi; w **tabeli A5** przedstawiono kryteria dostępu, zakres objętych bonem usług, obowiązujące limity oraz opłaty za usługi i bony.

Tabela 5. Kryteria dostępu, zakres usług oraz finansowanie bonu opiekuńczego w Finlandii

Świadczenie	Kryteria dostępu	Zakres usług	Limity	Opłaty z kieszeni beneficjenta
Regularna opieka domowa nad osobą starszą	Zapotrzebowanie na stałą opiekę przez okres dwóch miesięcy lub dłużej, potwierdzone wynikami oceny na bazie kwestionariusza RAI (Resident Assessment Instrument)	Beneficjentowi przysługują wizyty domowe lub zdalne. Świadczenia obejmują odżywianie, higienę osobistą, leki, zabiegi medyczne i kontrolę stanu beneficjenta.	Limity usług są powiązane z wynikami indywidualnej oceny potrzeb. Limit czasowy jest zapisany na bonie. Zobacz przykład: Parasta Pelvula nd.	Kwota opłat za stałą opiekę domową jest wyliczana na podstawie należnej liczby godzin podanej w decyzji o przyznaniu świadczenia, zdolności finansowej beneficjenta i wielkości gospodarstwa domowego. Opłata stanowi odsetek dochodu brutto beneficjenta powyżej limitu dochodu*.
Całodobowe zakwaterowanie osoby starszej	Beneficjent musi mieć za sobą próby funkcjonowania w warunkach opieki domowej, opieki	Usługa jest realizowana w domu opieki ze stałym dostępem do	Pokoje udostępnia się mieszkańcom na zasadzie wynajmu, a	Za długoterminowe zakwaterowanie z całodobową obsługą obowiązuje opłata, której wysokość

	nieformalnej i korzystania z innych usług w ramach koncepcji starzenia się w miejscu zamieszkania. Ocenia się stan beneficjenta pod względem fizycznym, psychicznym, poznawczym i społecznym.	personelu ochrony zdrowia i wyznaczonego lekarza. Usługodawca dba o pranie odzieży i pościeli beneficjenta. Beneficjent może mieszkać w domu opieki do końca życia.	koszty opieki medycznej nie są wliczone. Nie wlicza się również niektórych usług czyszczenia odzieży (np. tekstyliów wymagających specjalnego prania). Podobnie jak w przypadku opieki domowej, wartość bonu zależy od wielkości gospodarstwa domowego i całkowitego dochodu brutto.	zależy od dochodu beneficjenta. Po ustawowych potrąceniach opłata wynosi 85 proc. miesięcznego dochodu netto beneficjenta. Na wydatki osobiste klient zatrzymuje 15 proc. dochodu netto (ale nie mniej niż 167 euro miesięcznie). W przypadku małżeństw (lub porównywalnych związków) opłata wynosi 42,5 proc..
Osobisty asystent osoby z niepełnosprawnością	Osoba z niepełnosprawnością wypełnia formularz wniosku (do pobrania w gminnym ośrodku pomocy społecznej w Uusimaa) i przedkłada opinię z oceny przeprowadzonej przez Urząd ds. Niepełnosprawnych.	Zakres usług zależy od potrzeb rozeznaczonych w procesie oceny. Jedną z dostępnych opcji jest organizacja i pomoc w spędzaniu czasu wolnego.	Bonem nie można płacić za pracę asystenta szpitalnego ani rehabilitacyjnego. Liczba godzin nie może przekraczać limitu wyznaczonego w opinii z oceny. Godziny można rejestrować online lub na papierze; wymagany jest podpis asystenta po każdej wizycie.	Za posiłki płaci się według użycia. Opłaty za posiłki są naliczane, gdy posiłki nie są objęte żadnymi innymi opłatami pobieranymi od klienta: śniadanie 1,60 euro; przekąska 1,60 euro; lekka kolacja 1,60 euro; obiad 4,70 euro; kolacja 4,70 euro.

Uwaga*: limit dochodu uprawniający do zwolnienia z opłat za opiekę domową w zależności od wielkości rodziny: rodzina 1-osobowa - limit dochodu 598,00 euro miesięcznie; rodzina 2-osobowa - limit dochodu 1.103,00 euro miesięcznie; rodzina 3-osobowa - limit dochodu 1.731,00 euro miesięcznie; rodzina 4-osobowa - limit dochodu 2.140,00 euro miesięcznie; rodzina 5-osobowa - limit dochodu 2.591,00 euro miesięcznie; rodzina 6-osobowa - limit dochodu 2.976,00 euro miesięcznie; jeśli rodzina liczy więcej niż 6 osób, limit dochodu wzrasta o 356 euro na każdą osobę.

We Francji funkcjonuje indywidualny zasiłek opiekuńczy (Apa) przeznaczony na pokrycie kosztów wybranych usług realizowanych w domu beneficjenta albo w placówce opiekuńczej. Wniosek o zasiłek Apa można wypełnić przez Internet (na stronie Republique Francaise nd) lub w formie papierowej (dostępny na stronie Republique Francaise Cerfa nd). Po złożeniu wniosku następuje wizyta domowa, podczas której specjalista z gminnego zespołu ochrony zdrowia i pomocy społecznej dokonuje oceny sytuacji, a następnie sporządza plan dla danego beneficjenta, a w razie potrzeby również dla opiekuna. Decyzja o przyznaniu zasiłku Apa zapada na szczeblu gminnym, a wnioskodawca ma dziesięć dni na odwołanie się od decyzji. Zasiłek jest przeznaczony na realizację usług przewidzianych w zatwierdzonym planie opieki. Źródłem finansowania Apa jest Narodowy Fundusz Solidarności dla Zachowania Samodzielności. Fundusz przekazuje gminom środki z

uiszczanych przez pracodawcę składek na ubezpieczenie społeczne, powszechnej składki solidarnościowej, składki solidarnościowej na cele związane z zachowaniem samodzielności oraz dodatkowej składki solidarnościowej na cele związane z zachowaniem samodzielności (CNSA nd).

Tabela 6. Kryteria dostępu, zakres usług oraz finansowanie indywidualnego zasiłku opiekuńczego (Apa) we Francji

Świadczenie	Kryteria dostępu	Zakres usług	Limity	Oplaty z kieszeni beneficjenta
Indywidualny zasiłek opiekuńczy (Apa)	Osoby w wieku 60+, które utraciły zdolność do samodzielnego życia, mają status rezydenta (w tym cudzoziemcy posiadający kartę rezydenta lub zezwolenie na pobyt) i nie otrzymują innych zasiłków podobnego przeznaczenia.	Zakres usług jest dostosowany do indywidualnych potrzeb beneficjenta, mierzonych za pomocą skali AGGIR. ^[2] Miesięczna kwota zasiłku wynosi od 762,87 euro na poziomie Gir 4 do 1,955.60 euro na poziomie Gir 1. Kwotę zasiłku można podnieść, jeśli opiekun potrzebuje przerwy lub jest hospitalizowany.	Obowiązują limity kwotowe w zależności od dochodu i stopnia niepełnosprawności. Zasiłek podlega weryfikacji zgodnie z planem opracowanym podczas pierwszej wizyty domowej. W razie pogorszenia stanu zdrowia beneficjent może zażądać ponownej oceny.	Oплата zależy od kondycji finansowej beneficjenta (dochód, inwestycje, nieruchomości z wyłączeniem głównego miejsca zamieszkania, kapitał niewykorzystany i niezainwestowany). Oплата stopniowo wzrasta od 0% do 90%, jeśli kwota mieści się w przedziale od 877,9 do 3 233,1 euro. Jeśli kwota jest wyższa niż 3 233,1 euro miesięcznie, оплата z kieszeni beneficjenta pokrywa 90% wykorzystanego planu pomocy.

Uwaga *: Gir 1: wnioskodawca leżący lub siedzący, funkcje umysłowe poważnie upośledzone, wymaga stałej obecności opiekuna; Gir 2: wnioskodawca leżący lub siedzący, niektóre funkcje umysłowe zachowane, wymaga pomocy z większością czynności życia codziennego lub wnioskodawca, którego funkcje umysłowe są upośledzone, ale który jest w stanie się poruszać i wymaga stałego nadzoru; Gir 3: wnioskodawca z zachowanymi funkcjami umysłowymi i częściowo lokomotorycznymi, wymagana codzienna pomoc w zachowaniu higieny osobistej kilka razy na dobę; Gir 4: wnioskodawca, który nie porusza się samodzielnie, ale po wstaniu z łóżka przemieszcza się po mieszkaniu, wymagana pomoc przy toalecie i ubieraniu się lub wnioskodawca bez problemów lokomotorycznych, który jednak wymaga pomocy w zachowaniu higieny osobistej i przy posiłkach; Gir 5: wnioskodawca wymagający jednorazowej pomocy przy kąpieli, przygotowywaniu posiłków i sprzątanii; Gir 6: wnioskodawca nie wymaga pomocy przy wykonywaniu podstawowych czynności życia codziennego.

W Belgii bonami pokrywa się koszty związane z wykonywaniem czynności życia codziennego. O bon może się ubiegać osoba dorosła (pow. 18 r.ż.) z oficjalnym miejscem zamieszkania na terenie Belgii (Forem 2024). Rejestracja odbywa się przez Internet na stronie Pluxee nd-a lub za pośrednictwem papierowego formularza do pobrania pod adresem Pluxee nd-b. Wnioskodawca może przyspieszyć przebieg procedury używając elektronicznego identyfikatora. Pluxee (wcześniej Sodexo) to prywatna firma zajmująca się zatwierdzaniem wniosków i wydawaniem bonów. Bonem można zapłacić za pomoc w obowiązkach domowych, prasowanie wykonane przez zewnętrzną firmę, zakupy spożywcze, a także transport w przypadku osób z ograniczoną sprawnością ruchową. Programem bonów zarządzają regionalne ministerstwa zatrudnienia w Walonii, Flandrii oraz w Regionie Stołecznym Brukseli (Impact PHS nd).

Tabela 7. Kryteria dostępu, zakres usług oraz finansowanie bonu opiekuńczego w Belgii

Świadczenie	Kryteria dostępu	Zakres usług	Limity	Oplaty z kieszeni beneficjenta
Program Bonów Opiekuńczych	Osoba dorosła (18+) z miejscem zamieszkania na terenie Belgii. Osobom starszym, które pobierają zasiłek senioralny przysługuje dodatkowa pula bonów. Osoba z niepełnosprawnością musi się najpierw zarejestrować w odpowiednim urzędzie, zakwalifikować się do zasiłku i uzyskać co najmniej 7 punktów na skali samodzielności.	Bonem można zapłacić za pomoc w obowiązkach domowych, prasowanie wykonane przez zewnętrzną firmę, zakupy spożywcze, a także transport w przypadku osób z ograniczoną sprawnością ruchową.	Osoby fizyczne mogą otrzymać do 500 bonów rocznie; gospodarstwa domowe mogą otrzymać do 1000 bonów rocznie. Osobom z niepełnosprawnością, rodzicom samotnie wychowującym dziecko i osobom starszym przysługuje limit 2000 bonów rocznie w Walonii i Flandrii. W Regionie Stołecznym Brukseli limit wynosi 1000 bonów rocznie.	Sprzedawcą bonów jest firma Pluxee. W zależności od regionu, osoba fizyczna płaci od 9 do 10 euro za pierwsze 175-300 bonów. W Walonii i w Regionie Stołecznym Brukseli cena bonu wzrasta po przekroczeniu tego progu do 12 euro za sztukę.

Uwaga *: skala samodzielności pomaga ocenić sprawność w zakresie sześciu kategorii funkcjonalnych (poruszanie się; zakupy; przygotowanie i spożycie posiłku; higiena osobista i ubieranie się; dbanie o dom i wykonywanie wszelkich obowiązków domowych; samodzielne funkcjonowanie; ocena i unikanie niebezpieczeństw; komunikacja, utrzymywanie kontaktów z innymi ludźmi), za każdą z nich można otrzymać od 0 punktów (bez trudności) do 3 punktów (konieczna pomoc drugiej osoby); ocena jest dokonywana przez Generalną Dyрекcję ds. Osób z Niepełnosprawnością.

Bonami można również płacić za niezależną usługę doradczą (Niemcy) lub nieformalne usługi opiekuńcze (Włochy). W Niemczech beneficjentowi opieki długoterminowej przydziela się tzw. doradcę ds. opieki. Doradcę zapewniają ubezpieczyciele ODT, ale beneficjent może również zrealizować swój bon płacąc nim za usługę doradcy poleconego przez niezależny i bezstronny ośrodek doradczy (Bundesministerium für Gesundheit 2020). Oprócz tego beneficjentowi przysługuje zasiłek w maksymalnej wysokości 125 euro miesięcznie, który można wykorzystać na opłacenie opieki dziennej lub nocnej, opieki krótkoterminowej, zatwierdzonych usług opiekuńczych i pomocy w codziennych czynnościach, zgodnie z przepisami federalnymi (Riedel 2017). We Włoszech niektóre gminy oferują bony skorelowane z poziomem dochodu, skalą potrzeb i stopniem niepełnosprawności. Bony te mają charakter pieniężny i można je wykorzystać na pokrycie kosztów nieformalnych usług opiekuńczych (Notarnicola 2021).

Jakość

Jakość opieki to jeden z najważniejszych wyznaczników realizacji świadczeń. Według WHO jakość opieki decyduje o tym, na ile „świadczenia zdrowotne dla osób indywidualnych i grup społecznych zwiększają prawdopodobieństwo osiągnięcia pożądanych efektów zdrowotnych i są zgodne z najnowszą wiedzą” (World Health Organization nd). Analogicznie, OECD definiuje jakość w ochronie zdrowia jako działanie skuteczne (przynosi pożądane efekty), bezpieczne (wywołuje minimalne szkody) i nakierowane na pacjenta (użytkownik w centrum uwagi) (OECD 2021). Aby osiągnąć pożądany rezultat organizacje muszą wdrożyć standardy

opisujące należyty przebieg procedur opiekuńczych. Międzynarodowa Organizacja Normalizacyjna (ISO) określa standardy jako „najlepszy sposób postępowania w określonych okolicznościach” (ISO nd). W swoim przeglądzie, Kelly et al. (2023) analizują definicje standardów w ochronie zdrowia i pomocy społecznej stosowane przez organizacje i rządy na całym świecie, stwierdzając, że standardy tworzy się albo po to, by wyznaczyć najniższe wymagane minimum jakości, albo po to, by nakreślić ambitny cel, do którego należy dążyć.

Ocena jakości w opiece długoterminowej wykracza poza stan zdrowia. Definiując i mierząc jakość w opiece długoterminowej trzeba brać pod uwagę specyfikę sektora i odbiorców usług. O ile w ochronie zdrowia jakość definiuje się za pomocą takich wartości jak bezpieczeństwo, wydajność i skuteczność, a także koncentracja na pacjencie, równość oraz dostępność świadczeń (Committee on Quality of Health Care in America 2001), wyrazem jakości w opiece długoterminowej jest godność i samopoczucie beneficjenta opieki, udział w życiu społecznym oraz plany co do opieki i trybu życia (Steering Committee Responsible Care 2007; Igarashi et al. 2020). Między innymi dlatego ogólny system oceny jakości (Consumer Quality Index, CQI) został w Holandii zmodyfikowany pod kątem specyfiki opieki długoterminowej. System CQI uwzględnia opinie beneficjentów i ich przedstawicieli w rozbiciu na dziesięć aspektów, takich jak: 1) plan opieki i jego ocena, 2) wspólne podejmowanie decyzji, 3) komunikacja i informacja, 4) samopoczucie fizyczne, 5) fachowość i bezpieczeństwo opieki, 6) warunki bytowe, 7) samostanowienie, 8) samopoczucie psychiczne, 9) bezpieczeństwo ogólne, oraz 10) dostępność i ciągłość opieki. Każdy z dziesięciu aspektów mierzy się za pomocą konkretnych wskaźników, jak pokazano w **tabeli 8**. Odkąd nowy system jest w użyciu zanotowano poprawę, zwłaszcza w przypadku placówek o najsłabszych wynikach (Zuidgeest 2012), co dowodzi, że wskaźniki odgrywają ważną rolę przy wdrażaniu interwencji mających doprowadzić do poprawy jakości.

Tabela 8. Konsumencki indeks jakości: wymiary i wskaźniki składające się na ocenę placówek opieki długoterminowej.

Wymiar	Wskaźnik
Plan opieki (leczenia)	W jakim stopniu klienci lub ich przedstawiciele korzystają z rzetelnego planu opieki i na ile mają możliwość go ocenić.
	W jakim stopniu klienci lub ich przedstawiciele czują się upodmiotowieni i włączeni w proces opieki i na ile ich zdanie jest brane pod uwagę.
Komunikacja i informacja	W jakim stopniu klienci lub ich przedstawiciele czują się dobrze traktowani.
	W jakim stopniu klienci lub ich przedstawiciele czują się dobrze poinformowani.
	W jakim stopniu klienci lub ich przedstawiciele są zadowoleni z dostępnych metod komunikacji i mogą bez problemu skontaktować się z kimś z personelu przez telefon.
Samopoczucie fizyczne	W jakim stopniu klienci lub ich przedstawiciele są zadowoleni z opieki pod względem fizycznym.
	W jakim stopniu klienci lub ich przedstawiciele są zadowoleni z posiłków.
Bezpieczeństwo (podczas realizacji świadczeń)	Odsetek klientów z odleżynami (od II do IV stopnia), które powstały w jednostce organizacyjnej (V&V) podczas opieki w domu
	Odsetek klientów z niezamierzoną utratą masy ciała o ponad 3 kg w ciągu ostatniego miesiąca lub o ponad 6 kg w ciągu ostatnich sześciu miesięcy, niezgodny z przyjętym postępowaniem.
	Odsetek klientów z niezamierzoną utratą masy ciała o ponad 3 kg w ciągu ostatniego miesiąca lub o ponad 6 kg w ciągu ostatnich sześciu miesięcy.
	Odsetek klientów, którym w ciągu ostatnich 30 dni przydarzył się upadek.
	Odsetek klientów, którzy w ciągu ostatnich 30 dni doświadczyli incydentu lekowego.
	a) Odsetek klientów przyjmujących leki przeciw-psychotyczne, przeciw-lękowe lub nasenne przez jeden lub więcej dni w ciągu ostatniego tygodnia. b) Odsetek klientów przyjmujących leki przeciw-depresyjne przez jeden lub więcej dni w ciągu ostatniego tygodnia.

	a) Odsetek klientów oraz b) odsetek pracowników zaszczepionych przeciwko grypie w okresie między drugim tygodniem września a drugim tygodniem listopada.
	Odsetek klientów, u których nietrzymanie moczu występuje kilka razy w tygodniu lub codziennie.
	Odsetek klientów z nietrzymaniem moczu w dniu/tygodniu dokonywania pomiaru, w przypadku których w diagnozę zaangażowany był lekarz lub pielęgniarka specjalnie przeszkolona z tej tematyki.
	Odsetek klientów z cewnikiem Foleya założonym ponad 2 tygodnie temu.
	Odsetek klientów, którzy przejawiali problematyczne zachowania wobec personelu i/lub innych klientów.
	Odsetek klientów, u których zastosowano środki ograniczające swobodę przemieszczania się.
	Jednostka organizacyjna potrafi wykazać, że posiada udokumentowaną politykę zapobiegania środkom ograniczającym swobodę przemieszczania się.
	W jakim stopniu klienci lub ich przedstawiciele czują się profesjonalnie (i bezpiecznie) obsłużeni w procesie opieki.
	W jakim stopniu przedstawiciele uważają, że respektowane są prawa klienta, jeżeli chodzi o stosowanie środków ograniczających swobodę przemieszczania się.
	Na ile dobrze klienci lub ich przedstawiciele oceniają komfort bytowy.
Warunki bytowe	Na ile dobrze klienci lub ich przedstawiciele oceniają panującą atmosferę.
	Na ile dobrze klienci lub ich przedstawiciele oceniają warunki pod względem prywatności (i warunki mieszkaniowe).
	W jakim stopniu klienci lub ich przedstawiciele są zadowoleni z możliwości spędzania czasu i uczestnictwa w życiu społecznym.
Samostanowienie	W jakim stopniu klienci lub ich przedstawiciele czują się niezależni/mogą decydować o sobie.
	W jakim stopniu klienci lub ich przedstawiciele są zadowoleni z otrzymywanego wsparcia psychicznego.
Samopoczucie psychiczne	Odsetek klientów z objawami depresji w ciągu ostatnich trzech dni.
	Na ile dobrze klienci lub ich przedstawiciele oceniają warunki bytowe pod względem bezpieczeństwa.
Bezpieczeństwo (ogólne)	W jakim stopniu klienci lub ich przedstawiciele uważają, że na personel zawsze można liczyć / personel jest niezawodny.
	Jednostka organizacyjna potrafi wykazać, że pracownicy obsługujący podnośniki/wysięgniki zostali odpowiednio przeszkoleni z obsługi tych urządzeń.
	W jakim stopniu klienci lub ich przedstawiciele są zadowoleni z dostępności (i ciągłości pracy) personelu.
Odpowiednia liczebność i kompetencje personelu	Jednostka organizacyjna potrafi wykazać, że w przypadku placówki oferującej pobyt połączony z pielęgnacją i/lub leczeniem pielęgniarka jest dostępna codziennie przez całą dobę i stawia się na miejscu w ciągu 10 minut.
	Jednostka organizacyjna potrafi wykazać, że w przypadku placówki oferującej pobyt połączony z pielęgnacją i/lub leczeniem lekarz jest dostępny pod telefonem codziennie przez całą dobę, reaguje na wezwanie w ciągu 10 minut i stawia się na miejscu w ciągu 30 minut.
	Jednostka organizacyjna potrafi wykazać, że w ciągu ostatniego roku kompetencje personelu wykonującego zabiegi zastrzeżone lub ryzykowne zostały sprawdzone (test praktyczny) i uznane za zgodne ze standardem.
	W jakim stopniu klienci lub ich przedstawiciele uważają, że opieka jest realizowana w sposób konsekwentny i uporządkowany.
Spójny przebieg procesu opieki	

Źródło: Tiemstra 2010

W Japonii pojawiły się ostatnio propozycje wzbogacenia wskaźników jakości w placówkach opieki długoterminowej o aspekt jakości życia, interakcji społecznych i satysfakcji z życia. Impulsem dla tej inicjatywy był przegląd „Wytucznych w sprawie starzenia się społeczeństwa”: wśród wniosków wskazano na konieczność zapewnienia niezbędnych usług opieki długoterminowej i mechanizmów wsparcia dla osób

starszych z demencją (Igarashi et al. 2020). W tym kontekście Igarashi z zespołem opracowali zestaw wskaźników pogrupowanych w ośmiu obszarach tematycznych, takich jak: troska o godność podopiecznych, łagodzenie objawów i hamowanie postępów choroby, dobre odżywianie, utrzymanie kontynencji, zachęcanie do aktywności fizycznej, dbanie o zdrowy sen, minimalizowanie niepełnosprawności spowodowanej pogorszeniem funkcji poznawczych oraz dobrostan całej rodziny. Autorzy proponują, by troskę o zachowanie godności beneficjentów placówki opiekuńczej mierzyć poziomem jej zaangażowania w promowanie interakcji społecznych i zapobiegania izolacji, a także w oparciu o to, czy beneficjenci pozytywnie oceniają swój styl życia, nie skarżą się na ograniczenie aktywności i zgłaszają ogólne zadowolenie z życia (Igarashi et al. 2020).

W Kanadzie, na fali doświadczeń wywołanych pandemią COVID-19, opracowano nowy zestaw wskaźników jakości dla placówek opiekuńczych, aby zabezpieczyć odpowiednią opiekę we właściwych warunkach. Podczas pierwszej fali pandemii w Kanadzie ponad dwie trzecie zmarłych na skutek COVID-19 stanowili beneficjenci placówek opiekuńczych, jest to dwa razy wyższy wskaźnik niż średnia OECD (Ontario's Long-Term Care COVID-19 Commission 2021). Tak wysoka śmiertelność podopiecznych systemu opieki długoterminowej świadczy o luce w zabezpieczeniach mających chronić beneficjentów. W związku z tym Kanadyjska Rada Normalizacyjna (SCC), Kanadyjska Agencja Norm w Ochronie Zdrowia (HSO) i Kanadyjskie Stowarzyszenie Normalizacyjne (CSA) sformułowały pakiet nowych krajowych wytycznych dla sektora opieki długoterminowej, w podziale na sześć kategorii tematycznych: 1) zarządzanie strategiami, działaniami i efektami osiąganymi przez placówki opiekuńcze, 2) realizowanie opieki zgodnie z zasadą „pacjent w centrum uwagi”, 3) troska o jakość życia pensjonariuszy, 4) sprawowanie opieki w sposób bezpieczny i z zachowaniem wysokiej jakości, 5) troska o zdrowie i kompetencje pracowników oraz 6) ciągła poprawa jakości (Health Standards Organization 2023). W kategorii trzeciej, dotyczącej jakości życia beneficjentów, mowa jest o kształtowaniu w nich poczucia celu i sensu życia, zachęcaniu ich do udziału w życiu społeczności, wykorzystaniu technologii do poprawy jakości życia oraz corocznych ankietach poświęconych jakości życia.

Odwrót od instytucjonalizacji

Opieka długoterminowa coraz częściej realizowana jest przez placówki funkcjonujące w trybie dziennym, co oznacza, że całodobowa opieka stacjonarna jest dostępna tylko dla osób potrzebujących kompleksowej lub nieprzerwanej opieki. Dwie główne siły sprawcze de-instytucjonalizacji to globalny trend starzenia się w miejscu zamieszkania, czyli pozostawania przez seniora we własnym domu i zachowania niezależności tak długo, jak to możliwe (National Institute of Aging 2023) oraz wysokie koszty opieki stacjonarnej (instytucjonalnej) (Shen and Snowden 2014). Jest to trend widoczny na całym świecie, ale odchodzenie od instytucjonalizacji w opiece długoterminowej w każdym kraju przebiega inaczej. Różnice wynikają ze struktury lokalnego systemu opieki długoterminowej, w tym mechanizmów finansowania, centralizacji (Gesundheit) i dostępu do świadczeń.

W Szwecji udało się zmniejszyć liczbę beneficjentów placówek opiekuńczych dzięki reformie i zachętom finansowym premiującym opiekę we własnym domu. W 1992 r. Szwecja zainicjowała reformę senioralną (Adelreform) z myślą o reorganizacji struktur opieki długoterminowej i decentralizacji usług (w tym opieki domowej) do poziomu regionów administracyjnych i gmin. Główne założenia reformy to wdrożenie mechanizmów sterowania w celu zmniejszenia liczby osób „blokujących” łóżka oraz rozwój opieki domowej. Najważniejsze były bodźce finansowe, ponieważ odpowiedzialność finansową przeniesiono na gminy, które w efekcie musiały zadbać o efektywność bez uszczerbku dla realizacji zadań w odpowiedzi na potrzeby ludności (Johansson and Borell 1999). Zachęty te doprowadziły do zmniejszenia liczby łóżek opieki długoterminowej z 1 701,28 w 2000 r. do 1 280,43 w 2021 r. (Karagiannidou and Wittenberg 2022). Szwecja wdrożyła specjalne zachęty finansowe dla gmin, aby przyspieszyć usprawnienia rozumiane np. jako osiągnięcie określonych wyników zdrowotnych wśród osób starszych (tj. redukcja możliwych do uniknięcia hospitalizacji i ponownych hospitalizacji do 30 dni po wypisie); przewidziano również fundusze celowe na pokrycie kosztów zmian organizacyjnych zgodnych z krajową strategią (tj. modele dające klientowi możliwość wyboru, środki na szkolenia z tematyki senioralnej) (Meagher and Szebehely 2012).

W Finlandii de-instytucjonalizacja przebiegała pod hasłem starzenia się w miejscu zamieszkania i reorganizacji modelu realizacji usług. W ramach pierwszego priorytetu Ministerstwo Zdrowia postawiło na promowanie opieki domowej, natomiast drugi cel zrealizowano zmniejszając liczbę placówek opieki długoterminowej (tj. oddziałów opieki długoterminowej w zakładach ochrony zdrowia oraz domów opieki), które zastąpiono usługami opieki domowej i tzw. mieszkaniem wspomaganim (Anttonen and Karsio 2016). Przez te ostatnie rozumie się grupowe miejsca zamieszkania lub grupy lokatorskie z całodobowym dostępem do wsparcia (pomoc w czynnościach życia codziennego); mieszkańcy mają też zapewniony wikt i opierunek (pościłki, pranie, dbanie o odzież, sprząatanie). Mieszkańcy opłacają natomiast z własnej kieszeni czynsz i leki (City of Helsinki 2024). W Finlandii nadal funkcjonują oddziały opieki długoterminowej oraz domy opieki, ale są zarezerwowane dla osób potrzebujących najbardziej intensywnych usług.

Holenderska ustawa o opiece długoterminowej (WLZ) stanowi, że opieka instytucjonalna dotyczy wyłącznie osób ciężko chorych. W wyniku wdrożenia ustawy opieka długoterminowa jest obecnie regulowana trojako: przez ustawę o opiece długoterminowej (WLZ), społeczne ubezpieczenie zdrowotne i ustawę o pomocy społecznej. Jednym z założeń WLZ było odejście od całodobowych usług stacjonarnych (Maarse and Jeurissen 2016). W rezultacie opieka stacjonarna jest obecnie dostępna tylko dla beneficjentów wymagających stałego nadzoru. Beneficjent ma do wyboru świadczenie rzeczowe lub pieniężne, przy czym otrzymaną gotówkę można przeznaczyć na usługi zorganizowane i zakontraktowane we własnym zakresie. Wraz z reformą WLZ odpowiedzialność finansową za poważniejsze przypadki (w tym za osoby najbardziej niesamodzielne) ponosi administracja rządowa na szczeblu centralnym. Jednak w pozostałych, mniej wymagających przypadkach odpowiedzialność finansowa i organizacyjna spoczywa na gminie i ubezpieczycielach zdrowotnych, co sprawia, że podniosła się powszechna świadomość kosztów (Alders and Schut 2019). Dodatkowo, reforma zachęca beneficjentów do korzystania z opieki domowej. Przykładowo, przed reformą za pomoc pielęgniarki środowiskowej trzeba było płacić z własnej kieszeni; obecnie użytkownicy mogą uzyskać dostęp do tych usług bez ponoszenia dodatkowych kosztów (Alders and Schut 2019). Wreszcie, zamiast bezpośrednich transferów finansowych holenderski rząd oferuje dotacje (okresowe i stałe), aby zachęcić gminy do wdrażania mechanizmów poprawy jakości, takich jak innowacje technologiczne (Coste and Ces 2019).

Japonia promuje opiekę domową poprzez zachęty finansowe i akredytację. Początki de-instytucjonalizacji w opiece długoterminowej sięgają w Japonii końca lat 80. – wtedy to powstał tzw. „złoty plan”, który utorował drogę do budowy infrastruktury dla systemu opieki długoterminowej (patrz **ramka 2**). Dany świadczeniodawca musi być certyfikowany, by uzyskać zwrot kosztów z ubezpieczenia. Za proces akredytacji, który obejmuje procedury oceny kadr, rozpatrywania skarg, ochrony osób starszych, zarządzania i administracji, a także dostawców usług, odpowiadają gminy. Od 2009 r. wiodącym świadczeniodawcom przyznaje się nagrody finansowe. Wskaźniki brane pod uwagę przy ocenie nominowanych to m.in. poprawa stanu beneficjenta w wyniku korzystania z ambulatoryjnych usług opiekuńczo-rehabilitacyjnych. Domom opieki przysługują też zachęty finansowe za wypis seniora z placówki do domu, pod warunkiem spełnienia określonych kryteriów (OECD 2013).

Ramka 2. Powstanie krajowego planu rozwoju infrastruktury i zasobów w opiece długoterminowej

Japonia przystąpiła do budowy infrastruktury, kadr i zasobów zdrowotnych i opiekuńczych w 1989 roku, czyli ponad dekadę przed wprowadzeniem ubezpieczenia od kosztów opieki długoterminowej. Dziesięcioletnia strategia promocji zdrowia i opieki senioralnej (tzw. „złoty plan”) była o tyle wyjątkowa, że wyznaczono w niej jasne, długoterminowe cele i konkretne zadania. Zamiast budżetów rocznych przygotowano budżet na 10 lat. Plan wyznaczał również cele liczbowe, np. 100 tys. opiekunów domowych, 50 tys. łóżek krótkoterminowych, 10 tys. placówek świadczących usługi dzienne i 240 tys. łóżek intensywnej terapii dla osób starszych. Warto zaznaczyć, że „złoty plan” był pomyślany jako dopełnienie bazy usług domowych.

Wdrożenie „złotego planu” wymagało nowelizacji ośmiu ustaw dotyczących pomocy społecznej. Główne zmiany to: 1) zapisanie jasnej definicji usług opieki domowej we wszystkich aktach prawnych i umocowanie

usług opieki domowej jako sposobu na zachowanie przez seniora niezależności, 2) przeniesienie zadań związanych z zarządzaniem placówkami stacjonarnymi z poziomu prefektury na poziom gminy celem zbudowania struktur zapewniających zintegrowane i kompleksowe usługi z wykorzystaniem opieki domowej i pobytu w placówkach opiekuńczych oraz 3) zobowiązanie władz gminnych do tworzenia planów opieki zdrowotnej i społecznej dla seniorów jako wehikułu do promowania zalecanych mechanizmów w zakresie zdrowia i pomocy społecznej. „Złoty plan” zmodyfikowano kilka lat po wejściu reformy w życie, a w 1995 r. uchwalono „nowy złoty plan”, poświęcony doskonaleniu usług opieki domowej.

Podjęty w latach 90. wysiłek w zakresie rozwoju infrastruktury usług opiekuńczych przyczynił się do powstania ubezpieczeń od kosztów opieki, ale nadal nie brakuje wyzwań. W 2011 r. rząd zaoferował gminom dotacje na rozwój opieki środowiskowej i świetlic oraz na pilne utworzenie infrastruktury placówek opiekuńczych. W latach 2010-2011 Japonia przeznaczyła łącznie prawie 690 miliardów jenów (około 6 miliardów euro) na rozwój infrastruktury opieki długoterminowej.

Źródło: Nakamura 2018; Ministry of Health, Labour, and Welfare, Japan nd.

Obok upowszechniania opieki domowej w miejsce opieki instytucjonalnej, drugim kierunkiem działań prowadzących do ograniczenia popytu na opiekę instytucjonalną jest tworzenie warunków, które będą ułatwiać seniorom i osobom z niepełnosprawnością życie w miejscu zamieszkania: mowa tu o oddziaływaniach z zakresu zdrowia publicznego w przebiegu całego życia. Na przykład Oslo wdraża strategię miasta przyjaznego seniorom, podkreślając potrzebę promowania aktywności fizycznej, dobrego odżywiania, relacji rodzinnych, aktywnych społeczności oraz poczucia przynależności, co sprzyja zdrowiu psychicznemu i fizycznemu przez całe życie. Sięgając do arsenału zdrowia publicznego władze miejskie chcą wypromować wśród mieszkańców zdrowe nawyki i tym samym zmniejszyć ryzyko, że jako osoby starsze staną się zależni od opieki. Strategia miasta przyjaznego seniorom i osobom z niepełnosprawnością zakłada, że dostępne usługi powinny nie tyle zdejmować z obywateli odpowiedzialność, ile ułatwiać samoopiekę (City Government Provisions Oslo 2017). Podobne lokalne projekty toczą się w Anglii, gdzie z pomocą miejscowych placówek ochrony zdrowia i samych mieszkańców prowadzi się akcje uświadamiające na temat znaczenia troski o własne zdrowie na wszystkich etapach życia (Local Government Association 2018).

Ramka 3. Miejsce seniorów w społeczeństwie (wybrane przykłady)

Wiele państw Europy przekształca zabytkowe budynki, zwykle zlokalizowane w samym centrum, pod kątem potrzeb osób starszych. Adaptacja mieszkań w istniejących budynkach położonych w pobliżu bazy usługowej i z łatwym dostępem do życia społecznego sprzyja integracji społecznej seniorów. Na przykład w Belgii zaproszono do współpracy pracownice z Londynu i Gandawy, aby na zlecenie OCMW Aarschot zaprojektowały specjalny obiekt dla seniorów (Griffiths 2017). Kompleks składa się z centrum socjalnego i 36 apartamentów z obsługą i stanowi część planu rewitalizacji centrum miasta. Ma sporo przestrzeni wspólnych, zarówno wewnątrz, jak i na zewnątrz, co ma ułatwić seniorom nawiązywanie kontaktów międzyludzkich i przeciwdziałać izolacji. W Szwecji powstają nowe budynki mieszkalne zaprojektowane z myślą o osobach starszych, w tym osobach z demencją. Zastosowano w nich szerokie wejścia, płaskie chodniki dostosowane do wózków inwalidzkich, automatyczne otwieranie drzwi i dodatkowe oświetlenie (Crook 2019). Wreszcie, podejmowane są wysiłki na rzecz integracji społecznej seniorów i zmiany postrzegania procesu starzenia się przez opinię publiczną

Co roku w Kanadzie odbywa się czerwcowy festiwal filmowy „THIRD ACTION Film Festival”. Organizatorzy proponują zmianę narracji na temat starzenia się i chcą przyspieszyć zmianę kulturową. Festiwal jest organizowany od 2018 r., można w nim uczestniczyć w formie tradycyjnej (w Calgary w prowincji Alberta) albo przez Internet. Oprócz pokazów filmowych festiwal jest okazją do współpracy wolontariuszy z różnych grup wiekowych. Z kolei angielska organizacja o nazwie „Centre for Ageing Better” nawiązała współpracę z firmą Pexel, która prowadzi dużą bibliotekę darmowych zdjęć stockowych. W ramach współpracy Pexel udostępnia zdjęcia pokazujące seniorów w trakcie różnych działań, takich jak uprawianie sportu, praca czy nauka. Celem jest upowszechnianie budującego obrazu życia w starszym wieku, kwestionowanie stereotypów i kształtowanie pozytywnych postaw wobec starzenia się. W Walii powstał projekt pt. „Ucz się z babcią”, który ma zachęcać rodziców i dziadków do wspólnego uczenia się z wnukami. Projekt uczy szacunku i pokazuje, jak może wyglądać międzypokoleniowy transfer umiejętności,

w tym umiejętności cyfrowych. Twórcy projektu liczą, że w efekcie seniorzy zaczną chętniej korzystać z Internetu, co pomaga zapobiegać izolacji społecznej. Ostatni przykład to Francja, gdzie w domach spokojnej starości powstają „komitety ds. życia społecznego”, składające się z przedstawicieli mieszkańców i ich bliskich. Na spotkaniach komitetu omawia się m.in. kwestie dotyczące jakości usług i prezentuje pomysły na poprawę warunków życia.

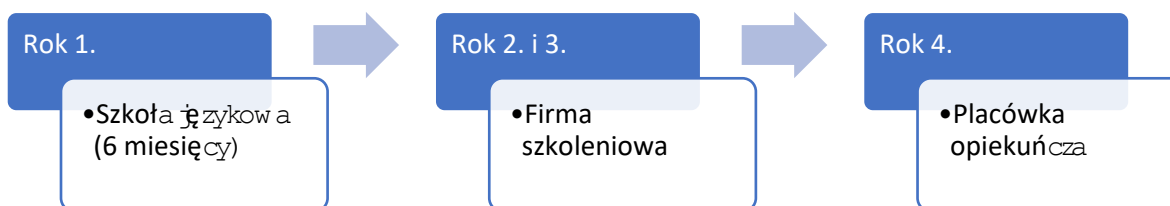
Źródło: Third Action Film Festival 2024; Centre for Ageing Better 2021; Local Giving 2024; Age Platform Europe 2024

Personel

Kolejnym wyzwaniem sektora opieki długoterminowej są niedobory personelu. Ciężkie warunki pracy i niskie płace sprawiają, że opieka nad beneficjentami opieki długoterminowej jest nieatrakcyjna. W porównaniu z innymi sektorami, pracujący w opiece długoterminowej są narażeni na większe szkody fizyczne i psychiczne (OECD 2023b). Pomimo tego, poziom wynagrodzeń utrzymuje się poniżej średniej krajowej (Eurofund 2020), szczególnie w przypadku opiekunów osobistych (OECD 2023b). Problem niedoborów kadrowych próbuje się rozwiązać na wiele sposobów, w tym poprzez łagodzenie polityki imigracyjnej, poszukiwanie opiekunów za granicą, próby pozyskania większej liczby osób do sektora opieki długoterminowej, poprawę warunków pracy, szkolenia dla opiekunów nieformalnych oraz zatrudnianie opiekunów nieformalnych i osób z najbliższego otoczenia beneficjenta. Do usprawnienia procesu realizacji świadczeń wykorzystuje się nowoczesną technologię.

Japoński rząd zdecydował się złagodzić swoją politykę, aby pozyskać imigrantów gotowych do pracy w sektorze opieki długoterminowej. Niedobory pracowników w Japonii są zjawiskiem dobrze znanym i od lat stanowią dla kraju wyzwanie (UN ESCAP 2015). Chociaż Japonia nie jest popularnym celem imigrantów zarobkowych, władze starają się to zmienić. W 2017 r. wprowadzono specjalny program wizowy dla pracowników sektora opieki, adresowany do cudzoziemców, którzy ukończyli 2-letni kurs prowadzony przez japońskie firmy szkoleniowe specjalizujące się w tematyce usług opiekuńczych. Po ukończeniu szkolenia uczestnik automatycznie otrzymuje licencję pracownika sektora opieki, która uprawnia go do podjęcia pracy w placówce opiekuńczej (Tsujita and Komazawa 2020). Posiadacz wizy może sprowadzić do Japonii rodzinę. Przed rozpoczęciem szkolenia zawodowego wymagane jest ukończenie co najmniej sześciomiesięcznego kursu językowego (ryc. 3).

Rycina 3. Program dla przyszłych pracowników sektora opieki



Źródło: Na podstawie: Tsujita and Komazawa 2020.

W Niemczech rekrutacją pracowników zagranicznych zajmuje się wyspecjalizowana agencja. DeFa (Deutsche Fachkräfteagentur für Gesundheits- und Pflegeberufe) powstała w 2019 r. w celu usprawnienia rekrutacji pracowników zagranicznych, w tym dla sektora opiekuńczego (German Agency for International Healthcare Professionals nd). Agencja pełni rolę pierwszego punktu kontaktowego dla zainteresowanych kandydatów do pracy, pomaga z wnioskami wizowymi, uznaje kwalifikacje zawodowe i oferuje kursy językowe (German Agency for International Healthcare Professionals nd). Rekrutacja pracowników zagranicznych przebiega zgodnie z globalnym kodeksem praktyk WHO w zakresie międzynarodowej rekrutacji personelu medycznego, aby uniknąć aktywnej rekrutacji osób pochodzących z państw dotkniętych największym niedoborem kadr w ochronie zdrowia (Health Workforce Support and Safeguards List) (German Agency for International Healthcare Professionals 2022).

Rządy wielu krajów organizują kampanie mające przyciągnąć młodych do pracy w sektorze opieki długoterminowej. Przekaz promocyjny jest udostępniany za pomocą różnych kanałów, w tym telewizji, mediów społecznościowych i reklam kinowych. W Wielkiej Brytanii, w obliczu ponad 100 tys. wakatów w sektorze, rząd ogłosił w 2021 r. kampanię pod hasłem „Made with Care” (GOV.UK 2021). Na filmach pokazano, jak wiele dobrego dla swoich podopiecznych robią pracownicy sektora; odbiorcy reklamy są kierowani do strony internetowej, na której można znaleźć wszystkie oferty pracy w sektorze. W 2023 r. dzięki kampanii ponad 244 tys. osób zainteresowało się podjęciem pracy opiekuńczej. Trzecia odsłona kampanii przewidziana jest na pierwszy kwartał 2024 r. (Devereux 2023). Podobne działania podjęto w Niemczech w ramach kampanii pod hasłem „Zrób karierę jako człowiek!”, która trwała od 2019 do 2021 r. Druga odsłona kampanii będzie prowadzona do 2025 r. (OECD 2023b).

Pandemia COVID-19 stała się impulsem do poprawy warunków pracy w opiece długoterminowej. Pandemia rzuciła nowe światło na niestabilne warunki pracy w tym sektorze. W reakcji na niepewność zatrudnienia, niskie płace i brak uznania/docenienia w społeczeństwie wiele państw UE zdecydowało się zmienić przepisy. I tak, w Szwecji osoby pracujące jako „praktyk pielęgnacji” mają uznany tytuł zawodowy i mogą być wpisane do rejestru. Niemcy podniosły wynagrodzenia personelu poprzez wdrożenie płacy minimalnej dla pracowników zajmujących się opieką nad seniorami i wprowadzenie systemu taryfowego na obowiązkowych zasadach. W Hiszpanii nakazano stosowanie kodeksu pracy, aby jak najwięcej pracowników sektora miało stałe zatrudnienie (European Parliament 2023).

W obliczu braków kadrowych w sektorze rządy wielu krajów praktykują także szkolenia i zatrudniania opiekunów nieformalnych. Austria prowadzi pilotaż modelu, który umożliwia zatrudnienie opiekuna rodzinnego. Umowa jest zawierana za pośrednictwem publicznej firmy niekomercyjnej. Zatrudnienie wiąże się z odbyciem 100 godzin szkolenia bazowego w ciągu pierwszego roku trwania umowy. Dostępne jest też dodatkowe szkolenie, zakończone uzyskaniem kwalifikacji asystenta domowego (Heimhilfe). Koszty są współdzielone przez podopiecznego i kraj związkowy (Trukeschitz, Österle, and Schneider 2022). Swoją część podopieczny finansuje z zasiłku pieniężnego. Na opiekunów nieformalnych stawia też Chorwacja. W 2017 r. chorwacki rząd uruchomił program zatrudnienia dla kobiet w wieku powyżej 50 r.ż. pochodzących z nieuprzywilejowanych grup społecznych. W 2018 r. wzięło w nim udział ok. 25 tys. osób (European Commission, Directorate-General for Employment, and Inclusion 2021).

Kolejny ważny temat to rozwiązania rynku pracy pozwalające łączyć rolę nieformalnego opiekuna z pracą zawodową; opieka na etapie przejściowym, w czasie gdy bliscy starają się zorganizować i dostosować do nowej sytuacji, może być sporym ułatwieniem dla rodziny. Nieobecność w pracy spowodowana nieformalnymi obowiązkami opiekuńczymi ma wymiar nie tylko indywidualny, ale i zbiorowy, zwłaszcza w przypadku kobiet: jak wykazało holenderskie badanie, w skali całego kraju kobiety tracą znacznie więcej godzin pracy niż mężczyźni (Josten 2022). Przykładowym rozwiązaniem jest wprowadzenie tymczasowego urlopu opiekuńczego dla pracowników, którzy muszą wziąć na siebie rolę opiekuna osoby bliskiej. Kolejny przydatny mechanizm to tzw. opieka przejściowa, czyli usługi opiekuńcze w trakcie przenosin beneficjenta między placówkami albo poziomami opieki (Naylor 2009). Dzięki opiece przejściowej rodzina ma czas na dokonanie niezbędnych zmian w domu i w pracy. W ramce 4 przedstawiono stosowane w krajach UE rozwiązania w zakresie rynku pracy i opieki przejściowej.

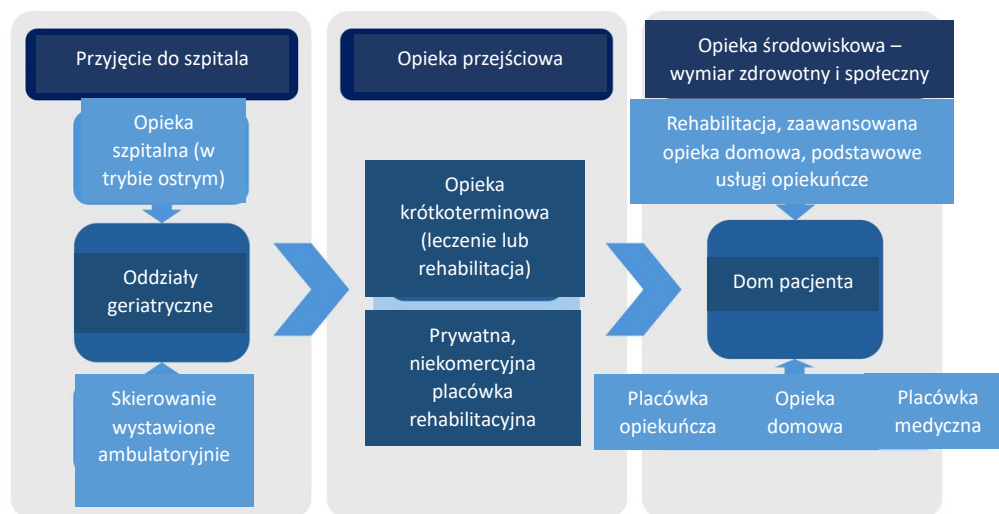
Ramka 4. Wsparcie dla osób, które łączą rolę opiekuna z aktywnością zawodową (Austria) i zapewnienie opieki przejściowej na etapie przenosin z placówki opiekuńczej do domu (kraje skandynawskie)

W Austrii pracownik może skorzystać z długoterminowego urlopu w związku z opieką nad śmiertelnie chorym członkiem rodziny albo w celu zorganizowania (lub zapewnienia) opieki dla osoby bliskiej, która nie jest w stanie żyć samodzielnie. Długoterminowy urlop w związku z opieką nad śmiertelnie chorym członkiem rodziny jest ustawowym prawem pracownika i wynosi maksymalnie sześć miesięcy. Jeśli chore jest dziecko, urlop można dodatkowo przedłużyć o trzy miesiące, a także dwukrotnie wznowić, przy czym łączny limit wynosi 27 miesięcy. Z kolei prawo do długoterminowego urlopu w celu zorganizowania (lub zapewnienia) opieki dla osoby bliskiej, która nie jest w stanie żyć samodzielnie, przysługuje osobom, które

przepracowały u obecnego pracodawcy co najmniej trzy miesiące. Urlop trwa od jednego do trzech miesięcy, ale może zostać przedłużony o kolejne trzy do sześciu miesięcy w sytuacji pogorszenia stanu zdrowia podopiecznego. W styczniu 2020 r. wprowadzono nowelizację, na mocy której pracownik ma prawo do co najmniej dwóch tygodni urlopu bez ubiegania się zgodę pracodawcy; dotyczy to tylko przedsiębiorstw zatrudniających ponad pięciu pracowników. W przypadku osób korzystających z urlopu długoterminowego obowiązuje wymóg co najmniej dziesięciu godzin pracy tygodniowo, z proporcjonalnymi opłatami naliczanymi z uwzględnieniem minimalnego dochodu.

Z uwagi na swoją strukturę demograficzną, Kopenhaga (Dania), Tampere (Finlandia) i Sztokholm (Szwecja) należą do „najstarszych” miast na świecie. W trosce o ciągłość opieki, te trzy miasta wdrożyły opiekę przejściową, aby zapewnić płynne przejście między hospitalizacją a powrotem do domu. W Kopenhadze przed wypisem ze szpitala analizuje się sytuację pacjenta, by gmina mogła zabezpieczyć niezbędne świadczenia (np. wizyty domowe). W Tampere taką analizę wykonują pracownicy gminy niezwłocznie po wypisie pacjenta ze szpitala. W Sztokholmie pacjenci, którzy mają trudności z powrotem do domu mogą skorzystać z opieki krótkoterminowej. Uproszczony schemat organizacyjny opieki przejściowej w krajach skandynawskich przedstawiono na rycinie poniżej.

Rycina 4. Uproszczony schemat opieki przejściowej nad pacjentem wymagającym usług opiekuńczych (kraje skandynawskie)



Źródło: Liljas 2024.

Źródło: Schmidt 2020, Liljas 2024

W obliczu przeciążenia personelu w opiece długoterminowej coraz śmielej stosuje się rozwiązania technologiczne, takie jak zdalny pomiar parametrów zdrowotnych (np. zdalne monitorowanie wartości ciśnienia krwi), urządzenia do noszenia na sobie, inteligentne domy i rozwiązania zwiększające bezpieczeństwo (np. roboty dozujące leki). Technologia pomaga też walczyć z izolacją dzięki wirtualnym grupom wsparcia i podnosi skuteczność ćwiczeń rehabilitacyjnych dzięki grywalizacji (Anttila et al. 2023). Popularnym rozwiązaniem są wirtualne konsultacje, które podnoszą efektywność pracy personelu.

Partnerstwo publiczno-prywatne (PPP)

Mechanizmy PPP często sprawdzają się w warunkach dużych potrzeb inwestycyjnych przy ograniczonym budżecie. Założenia PPP ewoluują na osi czasu. Pierwsze przykłady PPP pochodzą z Wielkiej Brytanii i dotyczą współpracy administracji publicznej z sektorem prywatnym w celu poprawy infrastruktury szpitalnej. Najnowsze doświadczenia to nie tylko inwestycje w infrastrukturę, ale także usługi kliniczne, czego przykładem jest Hiszpania, Brazylia i Wielka Brytania (Rita 2012). Pandemia COVID-19 przyspieszyła rozwój

PPP ze względu na konieczność zabezpieczenia usług opiekuńczych w dobie silnej presji na systemy ochrony zdrowia.

Współpraca między sektorem publicznym i prywatnym może skutkować oszczędnością czasu, pieniędzy i wysiłku również w kontekście celów polityki starzenia się w miejscu zamieszkania. Rządy na całym świecie starają się w różnoraki sposób angażować sektor prywatny w rozwój infrastruktury i realizację usług opiekuńczych. Spektrum usług obejmuje opiekę zdrowotną, zakwaterowanie, transport, aktywizację społeczną, czynności życia codziennego, socjalizację, wyżywienie i technologię (Hodgson 2020). Cel partnerstwa zależy w dużej mierze od tego, jaka luka w systemie wymaga wypełnienia i jakimi zasobami (i wiedzą) dysponują kontrahenci w danym sektorze.

W Japonii samorządy lokalne nawiązują współpracę z prywatnymi firmami w celu zapewnienia dodatkowych usług dla osób starszych mieszkających na odległych terenach. Jeden z programów partnerskich (Age-Friendly Partner Program) powstał w mieście Akita, które leży w górzystym regionie. W ramach programu jednostki samorządu terytorialnego współpracują z lokalnymi firmami, świadcząc rozmaite usługi dla starzejącej się ludności. Przykładowo, prywatna firma dostarczająca co tydzień posiłki współpracuje z lokalnym personelem medycznym i sprawdza stanu zdrowia podopiecznych podczas takich wizyt. Ponadto pracownicy udzielają porad żywieniowych, pytają o potrzeby i zapewniają seniorom kontakt ze światem zewnętrznym (World Health Organization 2018).

We Francji PPP wykorzystuje się do rozwoju lokalnej infrastruktury, ze szczególnym uwzględnieniem dostępności komunikacyjnej i mobilności osób starszych. Przykładem jest miasto Dijon z szeregiem inicjatyw przyjaznych najstarszym mieszkańcom, takich jak m.in. projekty na rzecz aktywności społecznej i udziału seniorów w obywatelskim i społecznym życiu miasta. W wyniku wspólnych działań instytucji publicznych i prywatnych, wyższych uczelni i aktywistów powstały strefy ruchu pieszego i usprawniono dostęp do przystanków tramwajowych, by łatwiej było się dostać do centrum miasta. W wielu dzielnicach ustawiono nowe ławki i siedziska oraz obniżono krawężniki, by zachęcić mieszkańców do ruchu pieszego. Z myślą o socjalizacji uruchomiono inicjatywę pod nazwą „Restauracja dla seniora”, z dojazdem obsługiwanym przez wolontariuszy (World Health Organization 2018).

Dane

Dane są kluczem do personalizacji opieki, a do tego umożliwiają poprawę efektywności pod względem organizacji i realizacji świadczeń. Dzięki elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w ochronie zdrowia znakomicie poprawiła się dostępność szczegółowych informacji na temat kontaktów pacjenta z systemem. Poddając te informacje analizie i zestawiając je z innymi dostępnymi źródłami danych można wyznaczyć i uzasadnić kierunki transformacji. Dobry przykład jak przekuć dane w dowody stanowi pandemiczne badanie Health Data Research UK, zrealizowane celem identyfikacji osób o podwyższonym ryzyku wystąpienia zdarzeń niepożądanych po szczepieniu COVID-19 (HDRUK 2022).

Pracując z danymi pacjentów/klientów trzeba zachować szczególną ostrożność, by zdobyć (i utrzymać) zaufanie społeczne. Dane są co prawda dostępne, ale bez zgody beneficjenta usług i innych osób prywatnych nie należy ich udostępniać w celach analitycznych ani organizacjom publicznym, ani prywatnym. Należy wdrożyć procesy bezpieczeństwa i solidne mechanizmy zarządzania danymi, aby dane były gromadzone i wykorzystywane tylko w określonym celu. W sporządzonym na zlecenie brytyjskiego rządu raporcie Goldacre uznał zaufanie społeczne za jeden z priorytetów, stwierdzając, że „zaufania nie da się zdobyć wyłącznie dzięki działaniom komunikacyjno-informacyjnym” (Goldacre 2022, str. 10). Jedną z inicjatyw mających zapewnić prywatność i przejrzystość danych NHS jest tworzenie „zaufanych” środowisk badawczych. Polega to na tym, że zainteresowany dostępem do danych klient (badacz, prywatna firma) podpisuje najpierw umowę udostępnienia danych oraz umowę ramową precyzującą cel oraz zasady przetwarzania danych. Na przykład w Anglii klient podpisuje z właścicielem danych (tj. NHS England) umowę udostępniania danych (tekst umowy znajduje się na stronie NHS Digital 2020), a także umowę ramową (tekst umowy znajduje się na stronie NHS Digital 2023).

W kontekście opieki długoterminowej, przydatny zestaw danych musi zawierać informacje na temat odpowiednich wskaźników umożliwiających ocenę i doskonalenie świadczeń. Gromadzenie takich, a nie innych informacji powinno mieć konkretne uzasadnienie, przede wszystkim należy systematycznie rejestrować to, co ma znaczenie z punktu widzenia odbiorcy opieki. Poza tym, minimalne wymagane zestawy danych powinny być podstawą do badania różnic w realizacji świadczeń pod kątem najlepszych praktyk oraz oceny innowacji (Burton et al. 2022). Na przykład OECD gromadzi szczegółowe dane na temat zasobów opieki długoterminowej oraz ich wykorzystania. Na liście zmiennych uwzględniono informacje na temat liczby pracowników opieki długoterminowej w obu trybach (własny dom lub placówka opiekuńcza) i sektorach (opieka formalna lub nieformalna), według wieku beneficjenta (opiekunowie na 100 osób w wieku 65 lat lub starszych) i płci opiekuna (% kobiet). Dane można również uporządkować według liczby pracowników, pełnych etatów lub ich odpowiedników, poziomu wykształcenia. Zasoby infrastrukturalne mierzy się liczbą łóżek w stacjonarnych placówkach opieki długoterminowej na 1000 mieszkańców w wieku 65 lat lub starszych. OECD gromadzi również dane dotyczące liczby odbiorców w rozbiciu na wiek i płeć (OECD 2023).

Kanada i Stany Zjednoczone wykorzystują standardowe zestawy danych do gromadzenia informacji na temat efektów pracy całodobowych placówek opiekuńczych oraz ich jakości. Kanadyjskie placówki posługują się międzynarodowym arkuszem oceny stanu funkcjonowania beneficjenta (Resident Assessment Instrument), na bazie którego w czasie rzeczywistym generowane są elektroniczne raporty z alertami na temat występującego ryzyka i opisem planu postępowania (Canadian Institute for Health Information nd). W Stanach Zjednoczonych w użyciu jest MDS (wersja 3.0), który umożliwia znormalizowaną ocenę i ułatwia zarządzanie opieką w placówkach opiekuńczych i lokalnych szpitalach przyjmujących pacjentów/klientów będących w na tyle dobrym stanie, że nie potrzebują opieki w trybie ostrym, ale nie kwalifikujących się jeszcze do powrotu do domu (tzw. swing beds) (Centers for Medicare & Medicaid Services 2024). Skrócony opis danych gromadzonych w systemie MDS 3.0 znajduje się poniżej w **ramce 5**.

Rycina 5. Zakres danych dla stacjonarnych placówek opieki długoterminowej (USA)

System MDS 3.0, który powstał w USA na zlecenie Centers for Medicare and Medicaid Services, umożliwia przeprowadzenie standardowej oceny placówki i beneficjentów. W 2010 r. wprowadzono w nim ulepszenia skutkujące poprawą wiarygodności, aktualności i trafności danych. Dokument (dostępny na stronie: Centers for Medicare & Medicaid Services 2024) składa się z następujących modułów:

- A. Dane osobowe
- B. Słuch, mowa, wzrok
- C. Funkcje poznawcze
- D. Nastrój
- E. Zachowanie
- F. Preferencje dotyczące życia codziennego i rutynowych czynności
- G. Status funkcjonalny
- H. Kontrola funkcji zwieraczy
- I. Trwający proces chorobowy (diagnoza)
- J. Choroby przewlekłe
- K. Połykanie i stan odżywienia
- L. Stan jamy ustnej/zębów
- M. Stan skóry
- N. Leki
- O. Specjalne zabiegi i procedury
- P. Środki bezpieczeństwa
- Q. Uczestnictwo pacjenta w procesie oceny i wyznaczania celów
- R. Dofinansowanie w ramach PPS (*Prospective Payment System*)

Zgromadzone informacje są publikowane przez Centers for Medicare and Medicaid Services zgodnie z federalnym procesem oceny klinicznej pensjonariuszy korzystających z placówek opiekuńczych posiadających certyfikat Medicare lub Medicaid.

Źródło: Centers for Medicare & Medicaid Services 2024

Bibliografia

Agar Brugiavini, Ludovico Carrino, Giacomo Pasini. 2023. Long-term care in Italy. National Bureau of Economic Research. Available from <https://www.nber.org/papers/w31861>

Age Platform Europe. 2024. "A council to give a voice to residents in French retirement homes." Available from <https://www.age-platform.eu/a-council-to-give-a-voice-to-residents-in-french-retirement-homes/>.

Alders, Peter, and Frederik T Schut. 2019. "The 2015 long-term care reform in the Netherlands: Getting the financial incentives right?" *Health Policy* 123 (3):312-316. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.10.010>

Anttila, Minna, Juha Koivisto, Minna-Liisa Luoma, and Heidi Anttila. 2023. "How to adopt technologies in home care: a mixed methods study on user experiences and change of home care in Finland." *BMC Health Services Research* 23 (1):1342. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10368-z>

Anttonen, Anneli, and Olli Karsio. 2016. "Eldercare service redesign in Finland: Deinstitutionalization of long-term care." *Journal of Social Service Research* 42 (2):151-166. DOI: <https://doi.org/10.1080/01488376.2015.1129017>

Ariaans, Mareike, Philipp Linden, and Claus Wendt. 2021. "Worlds of long-term care: A typology of OECD countries." *Health Policy* 125 (5):609-617. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.02.009>

Bachner, Florian, Julia Bobek, Katharina Habimana, Joy Ladurner, Lena Lepuschütz, Herwig Ostermann, Lukas Rainer, Andrea E Schmidt, Martin Zuba, and Wilm Quentin. 2018. "Austria: Health system review." Available from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30277215/>

Bakx, Pieter, Eddy Van Doorslaer, and Bram Wouterse. 2023. Long-term care in the Netherlands. National Bureau of Economic Research. Available from <https://www.nber.org/papers/w31823>

Belgian Health Care Knowledge Centre. 2019. "Performance of the Belgian health system – Report 2019." https://www.healthybelgium.be/metadata/hspa/eld1_eld2.pdf.

Bundesministerium für Gesundheit. 2020. Long-term care guide. Available from https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Broschueren/200320_BMG_Ratgeber-Pflege_DINA5_ENG_bf.pdf

Burton, Jennifer Kirsty, Arne Timon Wolters, Ann-Marie Towers, Liz Jones, Julianne Meyer, Adam Lee Gordon, Lisa Irvine, Barbara Hanratty, Karen Spilsbury, and Guy Peryer. 2022. "Developing a minimum data set for older adult care homes in the UK: exploring the concept and defining early core principles." *The Lancet Healthy Longevity* 3 (3):e186-e193. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(22\)00010-1](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(22)00010-1)

Butler, Stuart M. 2022. "The Challenging Future of Long-term Care for Older Adults." *JAMA Health Forum* 3 (5):e222133-e222133. doi: 10.1001/jamahealthforum.2022.2133.

Canadian Institute for Health Information. nd. "interRAI Implementation Toolkit." <https://www.cihi.ca/en/interrai-implementation-toolkit#:~:text=interRAI%20assessments%20are%20used%20by,risks%20and%20inform%20care%20planning>.

Centers for Medicare & Medicaid Services. 2024. "Minimum Data Set (MDS) 3.0 for Nursing Homes and Swing Bed Providers." [https://www.cms.gov/medicare/quality/nursing-home-improvement/minimum-data-sets-swing-bed-providers#:~:text=The%20Minimum%20Data%20Set%20\(MDS,\(non%2DCAH%20SBs](https://www.cms.gov/medicare/quality/nursing-home-improvement/minimum-data-sets-swing-bed-providers#:~:text=The%20Minimum%20Data%20Set%20(MDS,(non%2DCAH%20SBs).

Centre for Ageing Better. 2021. "Ageing Better partners with Pexels to promote age-positive images." <https://ageing-better.org.uk/news/ageing-better-partners-pexels-promote-age-positive-images>.

City Government Provisions Oslo 2017. Action plans for: Age-friendly city Safe and diversified care of older people. Available from <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2015/03/Action-plan-age-friendly-Oslo.pdf>

City of Helsinki. 2024. "Intensive service housing". <https://www.hel.fi/en/health-and-social-services/disability-services/housing/intensive-service-housing>

CNSA. nd. "National Solidarity Fund for Autonomy (CNSA)". Available from https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_maj_eng_a4_web_060422.pdf Colombo, F., et al. 2011. "Help Wanted?: Providing and Paying for Long-Term Care". OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264097759-en>.

Comas-Herrera, Adelina, J Marczak, W Byrd, K Lorenz-Dant, D Patel, D Pharoah, and AL Contributors. 2021. "LTCCovid International living report on COVID-19 and long-term care." *Care Policy & Evaluation Centre, London School of Economics and Political Science: LTCCovid:3-11*. Available from <https://ltccovid.org/international-living-report-covid-ltc/>

Committee on Quality of Health Care in America. 2001. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*: National Academies Press. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274/>

Costa-Font, Joan, SERGI Jiménez, C Vilaplana Prieto, and Analía Viola. 2022. "Long-term care in Spain." *Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA)*. Available from <https://documentos.fedea.net/pubs/eee/2022/eee2022-23.pdf>

Costa-font, Joan, Christophe Courbage, and Katherine Swartz. 2015. "Financing long-term care: ex ante, ex post or both?" *Health economics* 24:45-57. Available from <https://doi.org/10.1002/hec.3152>

Coste, S, and S Ces. 2019. Mapping long-term care quality assurance practices in the EU Summary Report. European Commission. Available from <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=22303&langId=en>

Crook, Lizzie. 2019. "IKEA and Queen of Sweden adapt modular BoKlok housing for the elderly." <https://www.dezeen.com/2019/08/20/ikea-boklok-prefabricated-silviabo-elderly-housing/>.

Devereux, Ella. 2023. "Third annual social care recruitment campaign launches." <https://www.nursingtimes.net/news/social-care/third-annual-social-care-recruitment-campaign-launches-09-10-2023/>.

Eurocarers. 2023. "Eurocarers country profiles - Romania." [https://eurocarers.org/country-profiles/romania/#:~:text=Long%2Dterm%20care%20\(LTC\),for%20more%20than%2060%20days](https://eurocarers.org/country-profiles/romania/#:~:text=Long%2Dterm%20care%20(LTC),for%20more%20than%2060%20days).

Eurofund. 2020. "Long-term care workforce: Employment and working conditions." Available from <https://www.eurofound.europa.eu/en/publications/2020/long-term-care-workforce-employment-and-working-conditions>

European Commission, Social Affairs Directorate-General for Employment, and Inclusion. 2021. *Long-term care report – Trends, challenges and opportunities in an ageing society. Volume II, Country profiles*: Publications Office. Available from <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/b39728e3-cd83-11eb-ac72-01aa75ed71a1>

European Commission. 2018a. ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care Cyprus. Available from <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=19842&langId=en#:~:text=The%20main%20recommendations%20to%20address,further%20development%20of%20cooperation%20between>

European Commission. 2018b. ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care Czech Republic. Available from [https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=19843&langId=en#:~:text=At%20the%20end%20of%202008,Burcin%20and%20Ku%C4%8Dera%2C%202010\).](https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=19843&langId=en#:~:text=At%20the%20end%20of%202008,Burcin%20and%20Ku%C4%8Dera%2C%202010).)

European Commission. 2018c. ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care Denmark. Available from <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=19844&langId=en>

European Commission. 2018d. ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care Finland. Available from <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=19846&langId=bg>

European Commission. 2018e. ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care Latvia. Available from <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=19854&langId=en>

European Commission. 2018f. ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care Portugal. Available from <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=19864&langId=en>

European Commission. 2018g. ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care Slovakia. Available from <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=19837&langId=en>

European Commission. 2018h. ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care Sweden. Available from <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=19870&langId=en>

European Commission. 2022. "A European Care Strategy for caregivers and care receivers." https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_22_5169.

European Commission. 2023. "The European Pillar of Social Rights in 20 principles." <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1606&langId=en>.

European Commission. nd-a. "Long-term care." <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=792>.

European Commission. nd-b. "Hungary - Long-term care." <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1113&intPageId=4577&langId=en#:~:text=There%20is%20no%20particular%20definition,benefits%20in%20kind%20are%20provided>.

European Commission nd-c. "Malta - Long-term care." <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1121&langId=en&intPageId=4693>.

European Commission nd-d. "Estonia's recovery and resilience – Supported projects: Reforms." https://commission.europa.eu/business-economy-euro/economic-recovery/recovery-and-resilience-facility/estonias-recovery-and-resilience-plan/estonias-recovery-and-resilience-supported-projects-reforms_en#long-term-care.

European Parliament. 2023. Reforming long-term care in the EU. Available from [https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/EPRS_ATA\(2023\)751475](https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/EPRS_ATA(2023)751475)

Eurostat. 2023. "Expenditure for selected health care functions by health care financing schemes." https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_sha11_hchf_custom_9444727/default/table?lang=en.

Finlex. 2024. "Act on social and healthcare service vouchers". Available from <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090569>

Forem. 2024. "Utilisateur". Available from <https://titres-services.wallonie.be/citoyen?persona=General>

Foresight Centre. 2021. The future of long-term care. Development trends up to 2035.

German Agency for International Healthcare Professionals. 2022. "Code of conduct." <https://www.defa-agentur.de/media/zpkdngvt/code-of-conduct-engl-version.pdf>.

German Agency for International Healthcare Professionals. nd. "Background." <https://www.defa-agentur.de/en/background/>.

Geyer, Johannes, Axel H Börsch-Supan, Peter Haan, and Elsa Perdrix. 2023. Long-term care in Germany. National Bureau of Economic Research. Available from <https://www.nber.org/papers/w31870#:~:text=The%20cost%20of%20long%2Dterm,greatly%20between%20modes%20of%20care>.

Goldacre, Ben. 2022. "Better, broader, safer: using health data for research and analysis." <https://www.gov.uk/government/publications/better-broader-safer-using-health-data-for-research-and-analysis/better-broader-safer-using-health-data-for-research-and-analysis>.

Gørtz, Mette, Bent Jesper Christensen, and Nabanita Datta Gupta. 2023. Long-term care in Denmark. National Bureau of Economic Research. Available from <https://www.nber.org/papers/w31889>

GOV.UK. 2021. "A workforce 'Made with Care'." <https://socialcare.blog.gov.uk/2021/11/04/a-workforce-made-with-care/>.

Government of British Columbia. 2024. "Long-term care services." <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/accessing-health-care/home-community-care/care-options-and-cost/long-term-care-services>.

Government of Ontario. 2023. "Applying for long-term care." <https://www.ontario.ca/page/apply-long-term-care>.

Government of the Netherlands. nd. "Long-term care act (WLZ)." <https://www.government.nl/topics/nursing-homes-and-residential-care/long-term-care-act-wlz>.

Griffiths, Alyn. 2017. "DRDH and adVVT complete elderly home in Belgium featuring pared-back finishes and open-air courtyards." <https://www.dezeen.com/2017/03/27/drdh-architects-orleanshof-housing-project-ocmw-aarschot-architecten-de-vylder-vinck-tallieu/>.

Guenard, Gisele. 2023. "Canada's New Long-Term Care Standards- Accountability & Risk Management on a Mission." <https://blogs.bmj.com/ebn/2023/03/19/canadas-new-long-term-care-standards-accountability-risk-management-on-a-mission/>.

HDRUK. 2022. "Revealing the risk of serious bleeding and clotting events following COVID-19 infection and vaccination." <https://www.hdruk.ac.uk/case-studies/revealing-the-risk-of-serious-bleeding-and-clotting-events-following-covid-19-infection-and-vaccination/>.

Health Service Executive. 2023. "After you apply: The Care Needs Assessment." <https://www.hse.ie/eng/home-support-services/after-you-apply-the-care-needs-assessment/after-you-apply-the-care-needs-assessment.html>.

Health Standards Organization. 2023. "National Long-Term Care Services Standard." <https://healthstandards.org/standards/national-long-term-care-services-standard/>.

Hodgson, Nancy A. 2022. "Aging in Place: The Role of Public-Private Partnerships", in Olivia S. Mitchell (ed.), New Models for Managing Longevity Risk: Public-Private Partnerships (Oxford, 2022; online edn, Oxford Academic, 24 Mar. 2022), <https://doi.org/10.1093/oso/9780192859808.003.0006>

Impact PHS. nd. "Belgium – The Service voucher System". Available from <http://impact-phs.eu/national-practices/belgium-the-service-voucher-system/>

Igarashi, Ayumi, Sameh Eltaybani, Manami Takaoka, Maiko Noguchi-Watanabe, and Noriko Yamamoto-Mitani. 2020. "Quality assurance in long-term care and development of quality indicators in Japan." *Gerontology and Geriatric Medicine* 6:2333721420975320. DOI: <https://doi.org/10.1177/2333721420975320>

International Organization of Standardization (ISO). nd. "Home". Available from <https://www.iso.org/home.html>

Johansson, Roine, and Klas Borell. 1999. "Central steering and local networks: old-age care in Sweden." *Public Administration* 77 (3):585-598. DOI: <https://doi.org/10.1111/1467-9299.00169>

Josten, Edith JC, Ellen Verbakel, and Alice H. De Boer. 2022. "A longitudinal study on the consequences of the take-up of informal care on work hours, labour market exit and workplace absenteeism due to illness." *Ageing & Society*: 1-24. DOI: 10.1017/S0144686X22000204

Jungblut, Jean-Marie. 2015. Working and caring: Reconciliation measures in times of demographic change. Publications Office of the European Union. Available from <https://www.eurofound.europa.eu/en/publications/2015/working-and-caring-reconciliation-measures-times-demographic-change#:~:text=Working%20and%20caring%3A%20Reconciliation%20measures%20in%20times%20of%20demographic%20change,-Published%3A&text=As%20the%20average%20age%20of,care%2C%20especially%20to%20elderly%20relatives.>

Karagiannidou, Maria, and Raphael Wittenberg. 2022. "Social insurance for long-term care." *Journal of Population Ageing* 15 (2):557-575. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12062-022-09366-6>

Kelly, Yvonne, Niamh O'Rourke, Rachel Flynn, Josephine Hegarty, and Laura O'Connor. 2023. "Definitions of health and social care standards used internationally: A narrative review." *The International Journal of Health Planning and Management* 38, no. 1: 40-52.

Liljas, Ann EM, Jutta Pulkki, Natasja K. Jensen, Esa Jämsen, Bo Burström, Ingelise Andersen, Ilmo Keskimäki, and Janne Agerholm. 2024. "Opportunities for transitional care and care continuity following hospital discharge of older people in three Nordic cities: A comparative study." *Scandinavian Journal of Public Health* 52, no. 1: 5-9.

Local Giving. 2024. "Learn with Grandma." <https://localgiving.org/charity/learn-with-grandma/>.

Local Government Association. 2018. Self care - Councils helping people look after themselves. Available from <https://www.local.gov.uk/publications/self-care-councils-helping-people-look-after-themselves>

Maarse, J. A. M., and P. P. Jeurissen. 2016. "The policy and politics of the 2015 long-term care reform in the Netherlands." *Health Policy* 120 (3):241-245. doi: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.01.014>.

Marchildon, Gregory P, Sara Allin, and Sherry Merkur. 2020. "Canada: health system review." *Health Systems in Transition* 22 (3). Available from <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/336311/HiT-22-3-2020-eng.pdf>

Meagher, Gabrielle, and Marta Szebehely. 2012. "Long-term care in Sweden: Trends, actors, and consequences." In *Reforms in long-term care policies in Europe: Investigating institutional change and social impacts*, 55-78. Springer. DOI: https://doi.org/10.1007/978-1-4614-4502-9_3

Ministry of Health, Labour, and Welfare, Japan. nd. Development of Infrastructure for Long-Term Care Insurance. Available from https://www.mhlw.go.jp/english/policy/care-welfare/care-welfare-elderly/dl/ltcisi_e.pdf

Ministry of Social Security and Labour. 2008. National Report of Lithuania on Social Protection and Social Inclusion Strategies. Available from https://socmin.lrv.lt/uploads/socmin/documents/files/pdf/5901_nr-spsis_2008-2010.pdf

Nakamura, Shuichi. 2018. "Japan's Welfare for the Elderly—Past, Present, and Future." <https://www.ahwin.org/japans-welfare-for-the-elderly-past-present-and-future/#:~:text=The%20Act%20on%20Social%20Welfare%20for%20the%20Elderly%20continued%20to,provide%20for%20those%20elderly%20people>.

National Health Fund. 2024. "Long-term care." <https://cns.public.lu/en/assure/vie-privee/dependance.html#:~:text=Long%2Dterm%20care%20insurance%20is,care%20required%20by%20dependent%20persons>.

National Institute on Aging. 2023. "Aging in Place: Growing Older at Home." <https://www.nia.nih.gov/health/aging-place/aging-place-growing-older-home>.

Naylor, Mary, and Stacen A Keating. 2008. "Transitional care." *The American journal of nursing* vol. 108,9 Suppl: 58-63; quiz 63. DOI:10.1097/01.NAJ.0000336420.34946.3a

Newhouse, Joseph P. 1993. *Free for all?: lessons from the RAND health insurance experiment*: Harvard University Press. DOI: <https://doi.org/10.7249/CB199>

NHS England. 2020. Data Access Request Sharing Application. Available from: <https://digital.nhs.uk/binaries/content/assets/website-assets/services/dars/blank-dsa.pdf>

NHS England. 2023. Data sharing framework contract. Available from: <https://digital.nhs.uk/binaries/content/assets/website-assets/services/dars/data-sharing-framework-contract>.

Notarnicola, E, et al. 2021. "Lessons Learned from Italian Nursing Homes during the COVID-19 Outbreak: A Tale of Long-Term Care Fragility and Policy Failure." *Journal of LongTerm Care*, (2021), pp. 221–229. DOI: <https://doi.org/10.31389/jltc.73>

OECD. 2021. "Healthcare Quality and Outcomes Indicators". Available from <https://www.oecd.org/els/health-systems/health-care-quality-outcomes-indicators.htm>

OECD. 2013. "Highlights from A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care. Country Note: Japan". <https://www.oecd.org/els/health-systems/Japan-OECD-EC-Good-Time-in-Old-Age.pdf>

OECD. 2023. "Beyond Applause? Improving Working Conditions in Long-Term Care" OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/27d33ab3-en>.

OECD. 2023. "Improving Long-Term Care in Croatia, OECD Health Policy Studies" OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9de55222-en>.

OECD. 2023a. "Ageing and Long-term Care." <https://www.oecd.org/els/health-systems/long-term-care.htm>.

OECD 2023c. "Long-Term Care Resources and Utilisation". Available from <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=30140>

Ontario's Long-Term Care COVID-19 Commission. 2021. First Interim Letter. Available from https://wayback.archive-it.org/17275/20210810150146/http://www.ltccommission-commissionsld.ca/ir/pdf/20201023_First_Interim_Letter_English.pdf

- Or, Zeynep, Coralie Gandré, Anna-Veera Seppänen, Cristina Hernández-Quevedo, Erin Webb, Morgane Michel, and Karine Chevreul. 2023. "France: health system review." Available from <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/france-health-system-review-2023>
- Parasta Pelvula. nd. "What is a service voucher?". Available from <https://parastapalvelua.fi/webv2/help/voucher>
- Pavolini, E. 2021. "Long-term care social protection models in the EU." *European Social Policy Network (ESPN): Brussels, Belgium*. Available from <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=26020&langId=en>
- Pluxee. nd-a. "S'inscrire aux titres-services". Available from <https://mes.titres-services.wallonie.be/register>
- Pluxee. nd-b. "Formulaire d'inscription aux Titres-Services". Available from https://titres-services.wallonie.be/getattachment/acff590e-43fc-434c-bc63-45f53944726e/form_inscription_wal_fr.pdf
- Ramani Davare, Felix Kreis, Amara Scheitlin. 2022. Population ageing and challenges for longterm care policies. Available from <https://www.euro.centre.org/publications/detail/4361>
- Republique Francaise. nd. "Demande d'aides à l'autonomie à domicile pour les personnes âgées" Available from <https://demande-autonomie.gouv.fr/?service=DUAPA&portail=3177&modeOuverture=onglet>
- Republique Francaise Cerfa. nd. "Demande d'aides à l'autonomie à domicile pour les personnes âgées" Available from https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/api/v1/file/7e87084a-e7a2-4eb6-a92e-4618b729b936/Formulaire_demande_autonomie_cerfa_16301-01.pdf
- Republic of Bulgaria. 2014. National Strategy for Long-Term Care. Available from <https://www.mlsp.government.bg/uploads/1/en-long-term-care-strategy-final.doc>
- Republic of Slovenia. 2023. "Long-term care." <https://www.gov.si/en/policies/health/long-term-care/#:~:text=Long%2Dterm%20care%20is%20a,basic%20and%20instrumental%20activities%20of>.
- Riedel, M. 2017. "Peer Review on 'Germany's latest reforms of the long-term care system': Bypassing or catching up on Austrian standards?" Available from <https://irihs.ihs.ac.at/id/eprint/4529/>
- Rita, Paul da. 2012. "Health PPPs: Rationale & Drivers." Available from <https://www.pwc.co.uk/assets/pdf/health-ppps-rationale-and-drivers-paul-da-rita.pdf>
- Rostgaard, Tine, Frode Jacobsen, Teppo Kröger, and Elin Peterson. 2022. "Revisiting the Nordic long-term care model for older people—still equal?" *European Journal of Ageing* 19 (2):201-210. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10433-022-00703-4>
- Sakamoto, H, M Rahman, and S Nomura. 2018. "Japan: Health system review. Health Systems in Transition. 8. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South." *East Asia*.
- Schmidt, E.-M. and Schmidt, A.E. 2020. "Austria country note", in Koslowski, A., Blum, S., Dobrotić, I., Kaufman, G. and Moss, P. (eds.) *International Review of Leave Policies and Research 2020*. Available from http://www.leavenetwork.org/lp_and_r_reports/
- Shen, Gordon C., and Lonnie R. Snowden. 2014. "Institutionalization of deinstitutionalization: a cross-national analysis of mental health system reform." *International Journal of Mental Health Systems* 8 (1):47. doi: 10.1186/1752-4458-8-47.

Sperre Saunes, Ingrid, Marina Karanikolos, Anna Sagan, and World Health Organization. 2020. "Norway: Health system review." Available from <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/norway-health-system-review-20>

Steering Committee Responsible Care. 2007. Quality Framework Responsible Care - Nursing, Care and Home Care (Long-term and/or complex care). Available from <https://www.yumpu.com/en/document/view/27910613/quality-framework-responsible-care-biomed-central>

Third Action Film Festival. 2024. "About." <https://thirdactionfilmfest.ca/>.

Triemstra, Mattanja, Sjenny Winters, Rudolf B. Kool, and Therese A. Wiegers. 2010. "Measuring client experiences in long-term care in the Netherlands: a pilot study with the Consumer Quality Index Long-term Care." *BMC Health Services Research* 10 (1):95. doi: 10.1186/1472-6963-10-95.

Trukeschitz, Birgit, August Österle, and Ulrike Schneider. 2022. "Austria's Long-Term Care System: Challenges and Policy Responses." Available from <https://journal.ilpnetwork.org/articles/10.31389/jltc.112>

Tsujita, Yuko, and Osuke Komazawa. 2020. *Human resources for the health and long-term care of older persons in Asia*: Economic Research Institute for ASEAN and East Asia. Available from <https://www.eria.org/publications/human-resources-for-the-health-and-long-term-care-of-older-persons-in-asia/>

UN ESCAP. 2015. Long-term care of older persons in Japan. Available from <https://www.unescap.org/sites/default/files/SDD%20Working%20Paper%20Ageing%20Long%20Term%20Care%20Japan%20v1-3%20FINAL.pdf>

Western Uusimaa Wellbeing Services County. nd. "Disability services application". Available from <https://admin.luvn.fi/sites/default/files/2023-10/Disability%20services%20application.pdf>

World Bank. 2020. Greece Options for Meeting the Increasing Demand for Elderly Care. Available from <https://documents1.worldbank.org/curated/en/793041593005209757/pdf/Greece-Options-for-Meeting-the-Increasing-Demand-for-Elderly-Care-Needs.pdf>

World Bank. 2024. "Age dependency ratio, old." <https://databank.worldbank.org/source/health-nutrition-and-population-statistics/Series/SP.POP.DPND.OL>.

World Health Organization. nd. Quality of care. Available from https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1

World Health Organization. 2018. The global network for age-friendly cities and communities: Looking back over the last decade, looking forward to the next. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-FWC-ALC-18.4>

World Health Organization. 2019. Denmark: Country Case Study on the Integrated Delivery of Long-Term Care. WHO Regional Office for Europe series on integrated delivery of long-term. Available from <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2022-5260-45024-64130>

World Health Organization. 2021. "Framework for countries to achieve an integrated continuum of long-term care." Available from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038844>

World Health Organization. 2022a. "Long-term care." <https://www.who.int/europe/news-room/questions-and-answers/item/long-term-care>.

World Health Organization. 2022b. Rebuilding for sustainability and resilience: strengthening the integrated delivery of long-term care in the European Region. World Health Organization. Regional Office for Europe. Available from <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2022-5330-45095-64318>

Yamada, Minoru, and Hidenori Arai. 2020. "Long-term care system in Japan." *Annals of geriatric medicine and research* 24 (3):174. DOI: <https://doi.org/10.4235/agmr.20.0037>

Zimmerman, Sheryl, Matteo Cesari, Joseph E. Gaugler, Howard Gleckman, David C. Grabowski, Paul R. Katz, R. Tamara Konetzka, Katherine S. McGilton, Vincent Mor, Debra Saliba, Tetyana P. Shippee, Philip D. Sloane, Robyn I. Stone, and Rachel M. Werner. 2022. "The Inevitability of Reimagining Long-Term Care." *Journal of the American Medical Directors Association* 23 (2):187-189. doi: 10.1016/j.jamda.2021.12.032.

Zuidgeest, Marloes, Diana MJ Delnoij, Katrien G. Luijkx, Dolf de Boer, and Gert P. Westert. 2012. "Patients' experiences of the quality of long-term care among the elderly: comparing scores over time." *BMC Health Services Research* 12: 1-10.