

PRACE NAUKOWE

Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

RESEARCH PAPERS

of Wrocław University of Economics

Nr 364

**Polityka rodzinna w Polsce
z perspektywy wybranych aspektów
polityki społecznej i ekonomii**

Doświadczenia innych państw europejskich

Redaktorzy naukowci

Adam Kubów

Joanna Szczepaniak-Sienniak



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
Wrocław 2014

Redaktor Wydawnictwa: Teresa Zielińska

Redaktor techniczny: Barbara Łopusiewicz

Korektor: Dorota Pitulec

Łamanie: Beata Mazur

Projekt okładki: Beata Dębska

Publikacja jest dostępna w Internecie na stronach:

www.ibuk.pl, www.ebscohost.com,

w Dolnośląskiej Bibliotece Cyfrowej www.dbc.wroc.pl,

The Central and Eastern European Online Library www.ceeol.com,

a także w adnotowanej bibliografii zagadnień ekonomicznych BazEkon

http://kangur.uek.krakow.pl/bazy_ae/bazekon/nowy/index.php

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania znajdują się

na stronie internetowej Wydawnictwa

www.wydawnictwo.ue.wroc.pl

Kopiowanie i powielanie w jakiegokolwiek formie

wymaga pisemnej zgody Wydawcy

© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

Wrocław 2014

ISSN 1899-3192

ISBN 978-83-7695-498-1

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Druk i oprawa:

EXPOL, P. Rybiński, J. Dąbek, sp.j.

ul. Brzeska 4, 87-800 Włocławek

Spis treści

Wstęp	7
-------------	---

Część 1. Uwarunkowania polityki rodzinnej w Polsce – wybrane konteksty polityki społecznej i ekonomii

Ewa Cichowicz: Uwarunkowania przeobrażeń polityki rodzinnej – wybrane przykłady oraz propozycje kierunków zmian w zakresie wsparcia rodzin	11
Adam Kubów: Znaczenie świadczeń rodzinnych w kształtowaniu poziomu życia rodziny.....	26
Iłona Błaszczak-Przybycińska: Wartość pracy domowej – wycena empiryczna na podstawie ogólnopolskiego badania budżetu czasu ludności	44
Marta Marszałek: Rola kobiet i mężczyzn w tworzeniu nierynkowej produkcji gospodarstw domowych – rekomendacje dla polityki rodzinnej	60
Arkadiusz Durasiewicz: Analiza ekonometryczna wybranych parametrów polityki rodzinnej w Polsce	73
Małgorzata Wróbel: Modele dzietności względem zmiennych rynku pracy w miastach 100-tysięcznych i większych w pierwszej dekadzie XXI wieku	96
Izabela Buchowicz: Wspólny cel polityki edukacyjnej i polityki rodzinnej w Polsce.....	113
Anna Zachorowska-Mazurkiewicz: Teoria ekonomii i polityka ekonomiczna a opieka – wzajemne relacje i implikacje dla polityki rodzinnej.....	127

Część 2. Z doświadczeń innych krajów europejskich – wnioski dla polityki rodzinnej w Polsce

Anna Ciepielewska-Kowalik: Współczesne przemiany europejskich modeli opieki nad dziećmi a model polski (na przykładzie zmian w latach 2007-2012).....	145
Paweł Łuczak: Związki polityki makroekonomicznej i polityki społecznej w zakresie opieki długoterminowej w Republice Czeskiej	160
Wojciech Nowiak: Współczesne wyzwania demograficzne a norweska polityka wobec osób starszych – wnioski w kontekście polskiej polityki rodzinnej.....	176

Summaries

Part 1. Determinants of family policy in Poland – chosen contexts of social policy and economics

Ewa Cichowicz: Determinants of transformation of family policy – some examples and suggestions for the direction of changes in the public support for families	25
Adam Kubów: The importance of family benefits in shaping the level of family life.....	43
Ilona Błaszczak-Przybycińska: Monetary value of housework – empirical estimation based on time use survey in Poland	59
Marta Marszałek: The role of women and men in the creation of non-market production of households – recommendations for family policy	72
Arkadiusz Durasiewicz: Econometric analysis of selected parameters of family policy in Poland.....	95
Małgorzata Wróbel: Fertility models in relation to variables of the labour market in Polish cities of 100 thousand and more inhabitants in the first decade of the 21 st century	112
Izabela Buchowicz: Common task of educational policy and family policy in Poland	126
Anna Zachorowska-Mazurkiewicz: Economic theory and economic policy vs. care – mutual relationships and implications for family policy.....	141

Part 2. From the experience of other European countries – proposals for family policy in Poland

Anna Ciepiewska-Kowalik: Current transformations of European child-care models vs. Polish model (on the example of changes in the years 2007-2012).....	159
Paweł Łuczak: Relations between macroeconomic policy and social policy as regards long-term care in the Czech Republic	175
Wojciech Nowiak: Current demographic challenges vs. Norwegian policy towards elderly people – conclusions in the context of Polish family policy	196

Paweł Łuczak

Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu

ZWIĄZKI POLITYKI MAKROEKONOMICZNEJ I POLITYKI SPOŁECZNEJ W ZAKRESIE OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W REPUBLICE CZESKIEJ¹

Streszczenie: W Republice Czeskiej w 2006 r. przyjęto ustawę o usługach społecznych, w konsekwencji której publiczny system opieki długoterminowej w tym kraju uznaje się za najbardziej kompleksowy w Europie Środkowej i Wschodniej. Centralną instytucją tego systemu jest finansowane z budżetu państwa świadczenie pieniężne dla osób niesamodzielnych, które ma służyć jako zapłata za usługi opiekuńcze. Celem niniejszego artykułu jest analiza tej reformy z perspektywy polityki makroekonomicznej, z uwzględnieniem polityki budżetowej, polityki zatrudnienia oraz polityki regulacji cen.

Słowa kluczowe: opieka długoterminowa, sektor usług społecznych, Republika Czeska, polityka społeczna a polityka makroekonomiczna.

DOI: 10.15611/pn.2014.364.10

1. Wstęp

Wydłużająca się statystyczna długość życia, czego wyrazem jest zwiększająca się liczba i odsetek osób w wieku 80 lat i więcej, to niewątpliwa oznaka sukcesu społecznego. Niemniej zjawisko to jest związane z coraz liczniejszą populacją osób starszych, które potrzebują opieki długoterminowej, czyli pomocy w samodzielnym wykonywaniu aktywności życia codziennego ze względu na wiek, niepełnosprawność czy chorobę chroniczną². W związku z dynamiką procesów demograficznych

¹ Projekt został sfinansowany ze środków Narodowego Centrum Nauki przyznanych na podstawie decyzji numer DEC-2012/07/N/HS5/01730. Swoją wiedzą na temat opieki długoterminowej w Republice Czeskiej podzieliły się ze mną następujące osoby: Jana Barvíková, Radka Dudova, Karolína Dobíášová, Hana Haskova, Jiří Horecký, Hana Janečková, Miriam Kotrusova. Serdecznie im dziękuję. Pełną odpowiedzialność za przedstawione treści ponosi autor niniejszego artykułu.

² Według definicji OECD opieką długoterminową nazywamy szeroki zakres usług świadczony na rzecz osób niesamodzielnych. Brak samodzielności charakteryzuje się niskim stopniem wydolności fizycznej lub zaburzeniami funkcji psychicznych czy kognitywnych, ale nie wymaga hospitalizacji.

i społecznych kluczowe znaczenie mają programy adresowane do rodzin. Wynika to z faktu, że rodziny są podstawowym źródłem wsparcia dla osób niesamodzielnych³.

W latach 90. XX wieku w państwach Europy Zachodniej mieliśmy do czynienia z wieloma reformami świadczeń społecznych dotyczących opieki długoterminowej⁴. Kwestia wsparcia osób niesamodzielnych i ich opiekunów (najczęściej członków najbliższej rodziny) finansowanego ze środków publicznych stała się stosunkowo od niedawna problemem politycznym w Europie Środkowej i Wschodniej, czego efektem jest wprowadzenie, bądź dopiero opracowywanie, nowych rozwiązań prawnych dotyczących tego zagadnienia.

W Republice Czeskiej w 2006 r. przyjęto ustawę o usługach społecznych, która weszła w życie 1 stycznia 2007 r. W konsekwencji publiczny system opieki długoterminowej⁵ w tym kraju uznaje się za najbardziej kompleksowy w naszym regionie⁶. Centralnym instrumentem czeskiego systemu jest pieniężny dodatek pielęgnacyjny (*příspěvek na péči*), którego beneficjentem jest osoba niesamodzielna. Z perspektywy rodzin istotne znaczenie ma fakt, że, zgodnie z literaturą ekonomiczną, wprowadzenie świadczeń społecznych o charakterze uniwersalnym⁷ – czyli takich jak w Republice Czeskiej – znacząco wpływa na relacje międzypokoleniowe w rodzinach⁸. Wskazać należy, że w Polsce od pewnego czasu trwają prace dotyczące wprowadzenia nowych uregulowań w zakresie opieki nad osobami niesamodzielnymi, których celem jest ustanowienie świadczenia powszechnego⁹. Dominujące w polskich dyskusjach argumenty, założenia oraz, do pewnego stopnia, proponowane rozwiązania podobne są do tych, które były i są obecne w Republice Czeskiej. Do-

Konsekwencją niesamodzielnosci jest długotrwała zależność od pomocy osób trzecich, która jest udzielana przy wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego (*activities of daily living* – ADL). Usługom opieki długoterminowej najczęściej towarzyszy wsparcie w zakresie podstawowej opieki medycznej związanej z pielęgnacją, w tym np.: pomoc w wymienianiu opatrunków, zażywaniu leków, monitoringu stanu zdrowia, rehabilitacji czy opiece paliatywnej. Świadczenia na rzecz osób niesamodzielnych mogą także dotyczyć spraw związanych z pomocą domową (np. sprzątanie, gotowanie) czy wykonywaniem innych instrumentalnych aktywności życia codziennego (*instrumental activities of daily living* – IADL), jak np. robienie zakupów czy zapłata rachunków.

³ Z. Szweda-Lewandowska, *Logika systemu opieki nad osobami starszymi*, „Polityka Społeczna” 2013, nr 10, s. 1.

⁴ E. Pavollini, C. Ranci, *Restructuring the welfare state: reforms in long-term care in Western European countries*, „Journal of European Social Policy” 2008, no. 18(3), s. 246-259.

⁵ W niniejszym tekście koncentruję się na opiece długoterminowej organizowanej i finansowanej w sektorze usług społecznych, a pomijam sektor usług zdrowotnych.

⁶ A. Österle, *Long-term Care in Central and South-Eastern Europe: Challenges and Perspectives in Addressing a 'New' Social Risk*, „Social Policy & Administration” 2010, no. 44(4), s. 476.

⁷ Świadczenia uniwersalne z zakresu opieki długoterminowej są dostępne dla wszystkich niesamodzielnych osób, niezależnie od ich dochodu. Warunkiem wystarczającym jest niemożliwość wykonywania określonych podstawowych lub instrumentalnych czynności dnia codziennego.

⁸ L. Pezzin, B. Schone, *The Allocation of Resources in Intergenerational Households: Adult Children and Their Elderly Parents*, „The American Economic Review” 1997, vol. 87(2), s. 460.

⁹ M. Augustyn, *Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje*, Klub Parlamentarny Platformy Obywatelskiej, Warszawa 2010.

datkowo oba państwa borykają się z podobnymi problemami, jak np. koordynacja publicznego finansowania opieki długoterminowej w sektorze usług społecznych z organizacją świadczeń z zakresu usług zdrowotnych¹⁰. W świetle powyższych argumentów zwrócenie uwagi na uwarunkowania oraz efekty reform w zakresie opieki długoterminowej w Republice Czeskiej, oprócz znaczenia poznawczego, ma również potencjalne walory praktyczne, gdyż doświadczenia czeskie mogą stanowić podstawę do sformułowania użytecznych wniosków czy rekomendacji.

Celem artykułu jest ewaluacja reformy polityki społecznej dotyczącej opieki długoterminowej w Republice Czeskiej z 2006 r. z punktu widzenia polityki makroekonomicznej oraz wskazanie na implikacje tej reformy dla sytuacji opiekunów nieformalnych (rodziny).

Struktura niniejszego tekstu jest następująca. W pierwszej części zostaną przedstawione i krótko omówione ramy analityczne artykułu dotyczące związków określonych mechanizmów polityki makroekonomicznej oraz uwarunkowań reform z zakresu opieki długoterminowej. W dalszej części pracy wskazane zostaną główne uwarunkowania i założenia reformy przeprowadzonej w Republice Czeskiej. Następnie, na podstawie danych pochodzących ze źródeł czeskich, dokonana zostanie ewaluacja tej reformy. Ostatnia część tekstu zawiera krótkie podsumowanie, w tym rekomendacje dla polityki wpływającej na sytuację rodzin w Polsce.

2. (Makro)ekonomiczne uwarunkowania reform polityki państwa z zakresu opieki długoterminowej

Specyficzną cechą reform polityki społecznej z zakresu opieki długoterminowej jest to, że określone rozwiązania instytucjonalne odnoszące się do osób niesamodzielnych mogą sprzyjać realizacji celów przypisywanych zazwyczaj polityce gospodarczej. Znamionym przykładem jest koncepcja rynków usług opiekuńczych, których rozwój ma się przyczynić do wzrostu zatrudnienia głównie wśród osób w wieku 50 lat i więcej. Dodatkowo wskazuje się, że świadczenie pieniężne, które może być przekazane członkowi rodziny, stanowić może zachętę dla świadczenia opieki nieformalnej nad osobą niesamodzielną¹¹, co może mieć istotne znaczenie z punktu widzenia realizacji celów polityki makroekonomicznej (np. wpływ na rozwój rynku usług opiekuńczych).

Związki polityki społecznej w zakresie opieki długoterminowej analizowane są z perspektywy następujących mechanizmów polityki makroekonomicznej: polityka budżetowa, regulowanie rynku pracy, regulowanie dochodów i cen¹².

¹⁰ A. Sowa, *The Long-Term Care System for the Elderly in the Czech Republic*, ENEPRI Research Report, no. 72, May 2010, s. 1.

¹¹ B. le Bihan, C. Martin, *Diversification of care policy measures supporting older people: towards greater flexibility for carers?*, "European Journal of Ageing" 2012, vol. 9, s. 141-150.

¹² W niniejszym artykule nie odnoszę się zatem np. do polityki pieniężnej. Charakterystyka mechanizmów polityki makroekonomicznej (jako jednego z rodzajów polityki gospodarczej) zob. B. Wiński (red.), *Polityka gospodarcza*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012.

Polityka budżetowa. Opieka długoterminowa charakteryzuje się takimi cechami, jak: relatywnie niskie wynagrodzenie opiekunów formalnych, wysoka pracochłonność oraz ograniczone możliwości wzrostu produktywności, głównie za sprawą niewielkiego wpływu postępu technicznego na możliwe formy udzielania pomocy osobom niesamodzielnym¹³. W kontekście opieki długoterminowej często przywoływana jest koncepcja „choroby kosztów” Williama Baumola, polegająca na tym, że w niektórych sektorach gospodarki, w tym np. w pielęgniarstwie, na przestrzeni lat obserwujemy wzrost płac, który nie jest związany ze zmianami w produktywności¹⁴. W konsekwencji nawet jeśli założymy, że potrzeby opiekuńcze w przyszłości pozostaną na tym samym poziomie co obecnie, to realne koszty związane ze świadczeniem opieki i tak będą rosnąć¹⁵. Z uwagi na to, że powszechnie wskazuje się, że potrzeby opiekuńcze związane z niesamodzielnnością będą wzrastać na skutek przemian demograficznych, publiczne finansowanie opieki długoterminowej wysokiej jakości może stanowić coraz większy odsetek w budżetach państw oraz samorządów terytorialnych. Należy również wskazać, iż niesamodzielnność jest jednym z największych ryzyk finansowych, z jakimi zmierzyć się muszą zarówno osoby starsze¹⁶, jak i, co istotne, ich rodziny, na które może być nałożony obowiązek współuczestniczenia w ponoszeniu kosztów opieki (por. zasady płatności za zakwaterowania w domach pomocy społecznej w Polsce).

Wielu ekonomistów podziela pogląd, że wizja gwałtownego czy wręcz katastrofalnego wzrostu wydatków społecznych w najbliższych latach jest przesadzona¹⁷. Najnowsze badania wskazują np., że politycy mają większą swobodę działania w celu ograniczenia wydatków publicznych na usługi zdrowotne (w tym opiekę nad osobami niesamodzielnymi) niż było to sugerowane m.in. we wcześniejszych pracach Baumola¹⁸.

Z punktu widzenia redukcji wzrostu wydatków społecznych możliwymi strategiami są np.: zmniejszenie podaży czy intensywności (jakości) usług finansowanych

¹³ Trzeba wskazać, że praktyczne możliwości potencjalnego zwiększenia produktywności opieki długoterminowej poprzez zastosowanie nowych technologii są poszukiwane w niektórych państwach. Przykładowo w dyskusjach politycznych porusza się ostatnio kwestię wykorzystania narzędzi telekomunikacyjnych (np. teleopieka), które byłyby zastosowane głównie w ramach prewencji, np. przy monitoringu stanu zdrowia osób starszych bądź przy rozpoznaniu ryzyka związanego z niesamodzielnnością.

¹⁴ W. Baumol, *Health Care, Education and the Cost of Disease: A Looming Crisis for Public Choice*, „Public Choice” 1993, no. 77, s. 17-28.

¹⁵ J. Fernandez, J. Forder, *Equity, efficiency, and financial risk of alternative arrangements for funding long-term care systems in an ageing society*, „Oxford Review of Economic Policy” 2010, no. 26(4), s. 713-733.

¹⁶ E. Norton, *Long-term care*, [w:] *Handbook of Health Economics*, A.J. Culyer, J.P. Newhouse (eds.), vol. 1, Elsevier, 2000, s. 966.

¹⁷ Bardzo przekonujące podsumowanie tego stanowiska zob. np. E. Norton, wyd. cyt., s. 955-944.

¹⁸ C. Colombier, *Drivers of health care expenditure: Does Baumol's cost disease loom large?*, „FiFo Discussion Papers” 2012, no. 12-5, s. 18.

ze środków publicznych, zmiany dotyczące finansowania systemu (np. zastąpienie finansowania budżetowego przez społeczne ubezpieczenie) czy przerzucenie większej części kosztów na gospodarstwa domowe (np. konieczność ponoszenia dodatkowych opłat). Niemniej jednak strategie te mogą być w pełni skuteczne, czy wręcz możliwe do przeprowadzenia w dłuższym okresie, zwłaszcza jeśli chodzi o zmianę metody finansowania systemu. Z perspektywy celu niniejszego artykułu kluczowe zagadnienie dotyczy tego, jaki jest wpływ kompleksowej reformy z zakresu opieki długoterminowej na wydatki publiczne budżetu państwa w krótkim okresie.

Regulowanie rynku pracy. Jak wskazano wcześniej, reformy opieki długoterminowej odnoszą się także do kwestii związanych z rynkiem pracy. Trudno jednoznacznie wskazać, że sprawowanie opieki nad osobą starszą przez członka najbliższej rodziny (najczęściej córkę czy synową w średnim wieku) jest bezpośrednią przyczyną ograniczenia aktywności zawodowej. Możliwa jest bowiem sytuacja odwrotna: kiedy to brak zatrudnienia wpływa na to, że określone osoby sprawują opiekę nad osobą niesamodzielną¹⁹. Nie wchodząc w szczegóły powyższych rozważań, należy podkreślić, że w argumentacji politycznej reformy z zakresu opieki długoterminowej są postrzegane jako szansa na wzrost zatrudnienia, zwłaszcza wśród osób w średnim wieku (określanych najczęściej jako 50+). Argumenty dotyczące zwiększenia poziomu aktywności zawodowej osób w średnim wieku zyskują tym bardziej na znaczeniu w kontekście zmian w systemach emerytalnych, np. w związku z wydłużaniem powszechnego wieku emerytalnego.

Instrumentem służącym aktywizacji zawodowej osób starszych jest stworzenie i stymulowanie przez władze publiczne regulowanego rynku świadczeniodawców. Takie quasi-rynków mają specyficzne właściwości zarówno po stronie popytu, jak i podaży. Popyt określany jest przez świadczeniobiorców – osoby niesamodzielne – którzy nabywają usługi częściowo subsydiowane ze środków publicznych. Główną cechą strony podaży jest oddzielenie finansowania i świadczenia poprzez wprowadzenie wielu konkurujących ze sobą świadczeniodawców²⁰. Rozwój sektora usług domowych i personalnych (*personal and household services*), w ramach którego opieka długoterminowa zajmuje bardzo istotne miejsce, od niedawna jest aktywnie wspierany przez Komisję Europejską²¹. W dyskursie unijnym wskazuje się na duży potencjał prozatrudnieniowy tych usług, które stanowią miejsca pracy w dużym stopniu niezależne od cykli koniunkturalnych, a związane są przede wszystkim z popytem na rynkach lokalnych²². Dodatkowo rozwój rynków opiekuńczych stano-

¹⁹ Bolin K., Lindgren B., Lundborg P., *Your next of kin or your own career? Caring and working among the 50+ of Europe*, "Journal of Health Economics" 2008, no. 27, s. 718-738.

²⁰ J. le Grand, *Quasi-markets and social policy*, "Economic Journal" 1991, vol. 101(408), s. 1256-1267.

²¹ Komisja Europejska, *Developing personal and household services in the EU A focus on household activities*, Bruksela 2013.

²² A. Angermann, W. Eichhorst, *Who Cares for You at Home? Personal and Household Services in Europe*, "IZA Policy Paper" 2013, no. 71, s. 8.

wi przesłankę dla formalizacji aktywności, które są wykonywane w tzw. szarej strefie, co przyczynić się może do polepszenia sytuacji fiskalnej państwa poprzez zwiększanie wpływów podatkowych. Innymi słowy: w kontekście reform z zakresu opieki długoterminowej mamy do czynienia z formułowanymi wprost założeniami polityki oddziałującymi na stopę zatrudnienia opiekunów nieformalnych (rodziny).

Regulowanie dochodów i cen. Zapewnienie usług opiekuńczych wysokiej jakości oraz jak największa dostępność tych usług to dwie przesłanki przyświecające zmianom w systemie pomocy osobom niesamodzielnym, które mogą stać ze sobą w sprzeczności. Przy założeniu, że opieka odbywa się na rynku opiekuńczym, wysoka jakość może się wiązać z koniecznością ponoszenia dodatkowych opłat ze strony osób niesamodzielnych czy ich rodzin, co zmniejsza dostęp do tych usług głównie dla osób mniej zamożnych. Jedną z możliwości ograniczania tego zjawiska jest wykorzystanie pewnego podstawowego mechanizmu polityki makroekonomicznej, jakim jest regulacja cen, w tym wypadku cen usług opiekuńczych oferowanych przez świadczeniodawców. W zakres szeroko pojętej polityki makroekonomicznej wchodzić też może kontrola płac opiekunów formalnych. Należy bowiem zwrócić uwagę na potencjalne zagrożenia związane z tym, że praca w sektorze opiekuńczym jest najczęściej nisko płatna i wykonywana w trudnych warunkach²³. W związku z tym państwo może interweniować w mechanizmy rynkowe poprzez ustalanie płacy minimalnej. Ciekawym przykładem tego typu polityki są Niemcy, gdzie na skutek zwiększania podaży świadczeniodawców ustalono branżową płacę minimalną, co jest, w chwili pisania tego tekstu, jednym z nielicznych przykładów tego typu regulacji²⁴.

W tabeli 1 dokonano podsumowania powyższych rozważań, które zarazem stanowią punkt wyjścia do analizy empirycznej na przykładzie Republiki Czeskiej.

Tabela 1. Polityka makroekonomiczna a reformy opieki długoterminowej

Mechanizmy polityki makroekonomicznej	Uwarunkowania reform polityki społecznej z zakresu opieki długoterminowej
Polityka budżetowa	Potencjalny wzrost wydatków społecznych związany z rosnącym zapotrzebowaniem na opiekę długoterminową na skutek przemian demograficznych (m.in. coraz powszechniejsza długowieczność)
Regulowanie rynku pracy	Niska stopa zatrudnienia osób w wieku 50+ stanowi przesłankę dla rozwoju regulowanego rynku usług opiekuńczych, co przyczynić się ma do powstania nowych miejsc pracy
Regulowanie dochodów i cen	Zapewnienie wysokiej jakości usług oraz równego dostępu do nich jest przesłanką dla ustalania/regulacji wysokości płac i cen na rynku usług opiekuńczych

Źródło: opracowanie własne.

²³ F. Bailly, F. Devetter, F. Horn, *Can working and employment conditions in the personal services sector be improved?*, "Cambridge Journal of Economics" 2013, no. 37(2), s. 299-321.

²⁴ Artykuł został ukończony w lutym 2014 r., a więc przed wprowadzeniem w Niemczech powszechnej płacy minimalnej.

3. Reforma usług społecznych w Republice Czeskiej w 2006 roku – główne założenia i regulacje

Prace nad aktem normatywnym dotyczącym usług społecznych w Republice Czeskiej trwały aż 12 lat²⁵ i zostały ostatecznie zakończone przez rząd socjaldemokratyczny przy braku sprzeciwu ze strony centroprawicowej opozycji oraz z dużym wsparciem organizacji pozarządowych²⁶. W literaturze podkreśla się, że nowy sposób finansowania usług społecznych stanowi odejście od rozwiązań instytucjonalnych przyjętych w drugiej połowie lat 80. XX w.²⁷, określanych jako paternalistyczne²⁸, według których środki pieniężne były alokowane bezpośrednio do świadczeniodawców, a nie do osób otrzymujących wsparcie i ich rodzin²⁹.

Na gruncie ustawy z 2006 r. usługi społeczne definiowane są w węższy sposób niż w dyskusjach na poziomie Unii Europejskiej³⁰ i charakteryzowane są jako pomoc czy wsparcie dla osób w niekorzystnych sytuacjach życiowych udzielane w formie, która chroni godność i szanuje ich indywidualne potrzeby oraz wzmacnia integrację społeczną w ich naturalnym środowisku społecznym, zapobiegając wykluczeniu społecznemu. Katalog usług społecznych, oprócz usług opiekuńczych³¹, zawiera także m.in. doradztwo oraz prewencję. Usługi społeczne są świadczone na rzecz ok. 700 tys. osób, co stanowi w przybliżeniu 7% populacji Republiki Czeskiej, wśród których ponad połowa to osoby starsze³². Pieniężne świadczenie pielęgnacyjne stanowi najważniejszą pod względem przeznaczanych wydatków społecznych część sektora usług społecznych³³.

²⁵ K. Koldinska, *SSGIs in the Czech Republic*, [w:] *Social Services of General Interest in the EU*, U. Neergaard, E. Szyszczak, J. van de Gronden, M. Krajewski (eds.), Springer, 2013, s. 577.

²⁶ Organizacje te zrzeszone są w Narodowej Radzie Osób Niepełnosprawnych (*Národní rada osob se zdravotním postižením ČR*); S. Saxonberg, T. Sirovátka, M. Janousková, *When do policies become path dependent? The Czech example*, "Journal of European Social Policy" 2013, vol. 23, s. 445.

²⁷ J. Barvikova, *Long-term care in the Czech Republic: On the threshold of reform*, [w:] *Long-term Care in Central and South Eastern Europe*, A. Osterle (ed.), Peter Lang AG, 2011, s. 83.

²⁸ J. Vecerník, *Escaping from Socialis Paternalism: Social Policy Reform in the Czech Republic*, "Czech Sociological Review" 1993, no. 2, s. 149-172.

²⁹ J. Šiška, J. Beadle-Brown, *Developments in Deinstitutionalization and Community Living in the Czech Republic*, "Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities" 2011, vol. 8(2), s. 126.

³⁰ Tamże, s. 127.

³¹ Katalog usług opiekuńczych wymienionych przez ustawę o usługach społecznych zawiera: opiekę osobistą (bez limitu czasowego), pomoc domową (limit czasowy), wsparcie w nagłych wypadkach, pomoc w czytaniu i załatwianiu spraw urzędowych itd., tzw. opieka wytchnieniowa, usługi w ośrodkach opieki dziennej, usługi w ośrodkach opieki weekendowej, ośrodki stacjonarne dla osób niepełnosprawnych, domy dla seniorów, ośrodki specjalistyczne (dla osób ze specjalnymi potrzebami, np. psychicznymi), mieszkania chronione.

³² K. Kubalčíková, J. Havlíková, *Towards Staying at Home. Could Domiciliary Care Services be a Possible Way?*, Czech and Slovak Social Work, 2011, s. 12.

³³ Ministerstvo práce a sociálních věcí, *Příspěvek na péči – analýza dostupných datových zdrojů*, Praga 2011.

Nowe regulacje wprowadziły zmiany w dotychczasowych rozwiązaniach dotyczących kwestii wsparcia osób niesamodzielnych, gdyż zlikwidowano dwa świadczenia: dodatek emerytalny dla osób zależnych oraz zasiłek pieniężny dla osób opiekujących się osobą bliską, wobec której istnieje obowiązek alimentacyjny wypłacany w ramach pomocy społecznej. Celem nowego świadczenia – dodatku pielęgnacyjnego przyjętego w 2006 r. – jest pokrycie części kosztów opieki, w tym zapłata za usługi opiekuńcze nabywane od zarejestrowanych świadczeniodawców. Autorzy ustawy przewidywali, że nowe regulacje spowodują spontaniczne stworzenie rynku usług opiekuńczych, który będzie odpowiedzią na preferencje osób niesamodzielnych powiązane z ich większą siłą nabywczą będącą skutkiem wprowadzenia nowego świadczenia pieniężnego³⁴. Zgodnie z założeniami reformy, dodatek pielęgnacyjny ma zwiększyć autonomię i swobodę osoby niesamodzielnej poprzez umożliwienie jej bezpośredniego zaangażowania w zakup usług opiekuńczych, a także w ewaluację jakości świadczonych usług. Jednym z głównych założeń tej zmiany były przewidywania, że dzięki nowej metodzie finansowania uda się osiągnąć znaczący spadek popytu na usługi opieki stacjonarnej (świadczonej w dużych i kosztownych ośrodkach zamkniętych) na rzecz usług opieki środowiskowej wykonywanej w najbliższym otoczeniu osoby niesamodzielnej³⁵. W związku z tym ustawa z 2006 r. zawiera odpowiednie regulacje, które mają na celu rozwój usług społecznych, np. przepisy dotyczące obowiązku rejestracji świadczeniodawców, w tym standardy jakości świadczonych usług.

Uprawnienie i wysokość świadczenia opiekuńczego zależy tylko od stopnia niesamodzielności osoby wnioskującej. Ustawa o usługach społecznych przewiduje gradację czterech stopni niesamodzielności, które przedstawione są w tabeli 2. Wysokość świadczenia jest zróżnicowana w zależności od pełnoletniości beneficjenta, gdyż przyjęto inne, nieco wyższe kwoty dla osób poniżej 18. roku życia³⁶. Z uwagi na to, że argumenty demograficzne stanowią główny punkt odniesienia w niniejszym tekście, skupiam się na sytuacji osób pełnoletnich, tym bardziej że osoby starsze stanowią przeważający odsetek osób korzystających z pieniężnego świadczenia pielęgnacyjnego. Ocena stopnia niesamodzielności odbywa się na podstawie kryteriów przewidzianych w ustawie, gdzie dość szczegółowo określono rodzaj i zakres aktywności dnia codziennego, które są brane pod uwagę.

Należy dodać, że usługi opiekuńcze są finansowane z wielu źródeł, w tym z opłat pochodzących od gospodarstw domowych. W praktyce osoby, które nie są uprawnione do świadczenia pielęgnacyjnego, mogą korzystać z usług opiekuńczych na

³⁴ I. Holmerová, H. Vaňková, P. Wija, *Opportunities and Challenges for Integrated Provision of Long-term Care Services in the Czech Republic*, [w:] *Challenges of Ageing Societies in the Visegrad Countries: Hungary, Czech Republic, Poland, Slovakia*, Z. Széman (ed.), Hungarian Charity Service of the Order of Malta, Budapest 2013, s. 99.

³⁵ Tamże, s. 101.

³⁶ Kwoty zasiłku dla osób niesamodzielnych, które nie ukończyły 18. roku życia, to: 3000 CZK, 6000 CZK, 9000 CZK, 12 000 CZK.

Tabela 2. Wysokość dodatku pielęgnacyjnego w Republice Czeskiej w 2013 r.

Stopień niesamodzielności	Wysokość świadczenia	Wysokość w PLN
I stopień (lekka)	800 CZK (wcześniej 2000 CZK)	123
II stopień (średnia)	4000 CZK	618
III stopień (ciężka)	8000 CZK	1235
IV stopień (całkowita)	12 000 CZK	1852
Średnia emerytura w 2011 r.	11 714 CZK dla mężczyzn 9599 CZK dla kobiet	
Minimalne wynagrodzenie (od 01.08.2013)	8500 CZK	
Średnie wynagrodzenie w 2011 r.	24 436 CZK	

Źródło: opracowanie na podstawie: <http://www.mpsv.cz/cs/13833> (15.11.2013), kurs NBP z 15.11.2011.

zasadzie pełnej odpłatności³⁷. Zgodnie z ustawą, chociaż ogólne ramy funkcjonowania opieki długoterminowej w sektorze usług społecznych regulowane są na poziomie krajowym, to planowanie, finansowanie i świadczenie opieki jest zdecentralizowane.

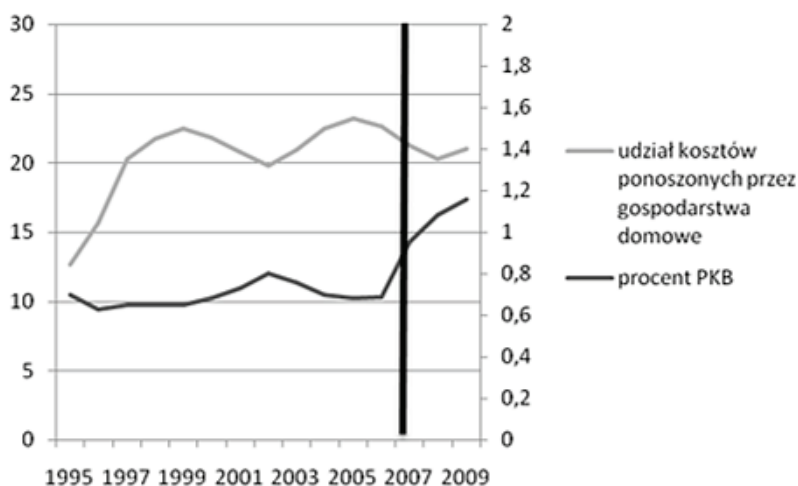
4. Reforma usług społecznych w Republice Czeskiej z perspektywy polityki makroekonomicznej

Polityka budżetowa. Jedynym z głównych efektów wprowadzenia pieniężnego świadczenia pielęgnacyjnego był znaczący wzrost wydatków społecznych przeznaczonych na usługi społeczne. Warto wskazać, że udział kosztów ponoszonych przez gospodarstwa domowe utrzymał się na dość stabilnym poziomie (zob. rys. 1).

Opracowywanie i wprowadzenie reformy usług społecznych w Republice Czeskiej odbywało się w okresie korzystnej sytuacji makroekonomicznej, gdyż w latach 2003-2007 gospodarka czeska rozwijała się bardzo dynamicznie. Implementacja ustawy przyjętej w 2006 r. następuje jednak w znacznie mniej sprzyjających okolicznościach (zob. tab. 3). Niewielka gospodarka Republiki Czeskiej jest w bardzo dużym stopniu nastawiona na eksport, przede wszystkim samochodów, których największym importerem są państwa zachodnioeuropejskie (głównie Niemcy). W związku z gwałtownym zmniejszeniem popytu na rynkach zagranicznych w 2009 r. zanotowano największy spadek PKB od momentu ustanowienia Republiki Czeskiej w roku 1993³⁸. Mimo dość szybkiej poprawy sytuacji makroekonomicznej w następnych latach, w 2012 r. znów zanotowano spadek produktu krajowego. Dodatkowo

³⁷ K. Kubalčíková, J. Havlíková, wyd. cyt., s. 14.

³⁸ S. Veverková, *Czech Republic – labour relations and social dialogue: annual review*, Friedrich-Ebert-Stiftung, Regional Project on Labour Relations and Social Dialogue, Warszawa 2013, s. 3.



Rys. 1. Wydatki na usługi społeczne w Republice Czeskiej w latach 1995-2009

Źródło: opracowanie na podstawie: Ministerstvo práce a sociálních věcí, *Příspěvek na péči...*

nasiliły się negatywne tendencje na rynku pracy, gdyż wzrosła stopa bezrobocia, głównie w odniesieniu do osób wykonujących nisko płatne prace. Sytuacja finansów publicznych, mimo że doświadczająca wzrostu deficytu budżetowego oraz długu publicznego, jest jednak stosunkowo korzystna. Powyższa sytuacja jest jedną z konsekwencji cięć wydatków budżetowych przeprowadzonych przez rząd centroprawicowy w 2010 r. Co istotne, ograniczenia wydatków miały także swój wpływ na zmiany w zakresie wypłaty świadczenia pielęgnacyjnego.

Tabela 3. Wybrane wskaźniki makroekonomiczne w Republice Czeskiej w latach 2006-2012

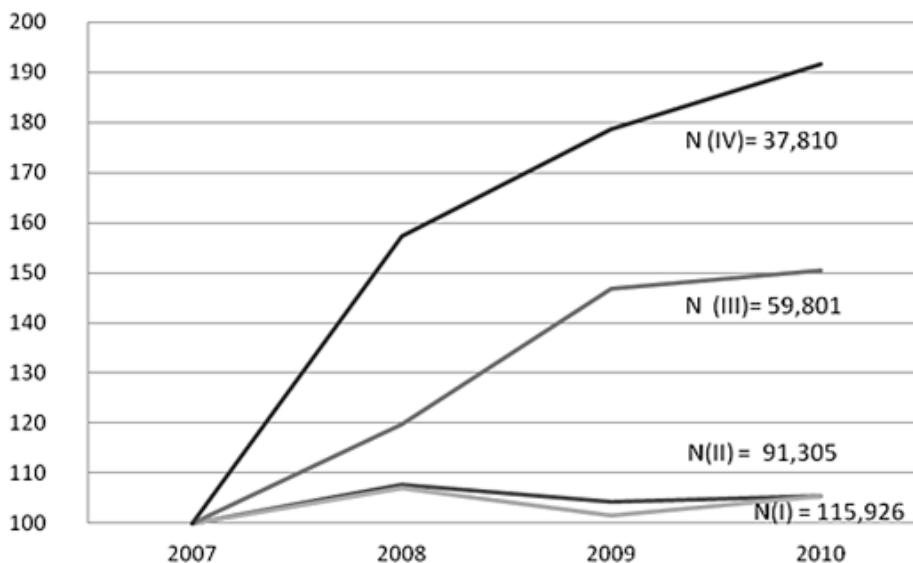
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Procentowy wzrost realnego PKB	7,0	5,7	3,1	-4,5	2,5	1,8	-1,0
Deficyt budżetowy (jako procent PKB)	-2,4	-0,7	-2,2	-5,8	-4,7	-3,2	-4,4
Dług publiczny (jako procent PKB)	28,3	27,9	28,7	34,6	38,4	41,4	46,2

Źródło: opracowanie na podstawie danych Eurostatu z 17.12.2013.

Od 1 stycznia 2011 r. w Republice Czeskiej ponaddwukrotnie zmniejszono wysokość świadczenia pieniężnego w odniesieniu do osób pełnoletnich o lekkim stopniu niesamodzielnosci, czyli w grupie, w której liczba beneficjentów była i jest najwyższa. Według rządowych uzasadnień osoby otrzymujące świadczenia pieniężne w I stopniu nie wykorzystują otrzymanych środków na dokonanie zakupu usług opiekuńczych³⁹. Warto wskazać, że przed wprowadzeniem reformy zakładano

³⁹ J. Šiška, J. Beadle-Brown, wyd. cyt., s. 131.

mniejszą liczbę osób uprawnionych⁴⁰. W 2010 r. zanotowano bardzo duży wzrost liczby beneficjentów świadczenia pieniężnego wśród osób powyżej 91. roku życia (zob. rys. 2). W jednym z dokumentów opublikowanych przez Ministerstwo Pracy i Spraw Socjalnych można znaleźć interpretację/uzasadnienie/wyjaśnienie, że większa liczba aplikacji o zasiłek była efektem kryzysu gospodarczego i rosnących kosztów życia, które nie zostały zrekomensowane wzrostem wynagrodzeń⁴¹.



Rys. 2. Roczny wzrost liczby beneficjentów dodatku pielęgnacyjnego w latach 2007-2010 (2007 = 100) oraz liczba beneficjentów w 2010 r. z podziałem na cztery stopnie niesamodzielności

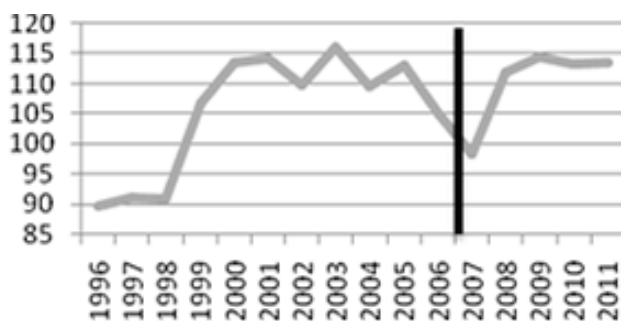
Źródło: opracowanie na podstawie: Ministerstwo práce a sociálních věcí...

Kluczowe pytanie w kontekście ewaluacji reformy usług społecznych z 2006 r. dotyczy tego, jakie jest zapotrzebowanie na opiekę formalną po wprowadzeniu zmian ustawowych, tj. czy osoby niesamodzielne, które są beneficjentami dodatku pielęgnacyjnego, wybierają usługi opieki formalnej? Zgodnie z zasadą autonomii beneficjent świadczenia opiekuńczego ma pełną swobodę wyboru i oprócz zarejestrowanego podmiotu z zakresu opieki formalnej może jako odbiorcę przyznanych środków wskazać osobę bliską, np. członka rodziny czy sąsiada. Zdecydowana większość pieniędzy wypłacanych w ramach świadczenia opiekuńczego nie trafia na rynek usług opiekuńczych, lecz zostaje alokowana w obrębie gospodarstw domowych. W 2010 r. aż 72% beneficjentów świadczenia wybrało opiekuna nieformalnego jako jedynego odbiorcę środków związanych z tym świadczeniem, a tylko nieca-

⁴⁰ Tamże, s. 132.

⁴¹ Ministerstvo práce a sociálních věcí, wyd. cyt., s. 16.

łe 10% połączyło opiekę formalną i nieformalną⁴². Co istotne, zagadnienie to dotyczy także osób z najwyższymi stopniami niesamodzielności (ciężkim i całkowitym), gdyż większość z nich nie wykupuje opieki formalnej. W konsekwencji w ciągu kilku lat po reformie nie doszło do zwiększenia liczby osób korzystających z usług opiekuńczych świadczonych w środowisku domowym (rys. 3). Z punktu widzenia wpływu na stopę zatrudnienia osób starszych aspekt ten ma szczególne znaczenie, gdyż sektor opieki środowiskowej to potencjalne miejsce rozwoju wielu nowych podmiotów (w tym przedsiębiorstw) świadczących opiekę formalną.



Rys. 3. Liczba beneficjentów opieki domowej w sektorze usług społecznych w latach 1996-2001 (w tys.)

Źródło: Ministerstvo práce a sociálních věcí, *Basic indicators of labour and social protection in the Czech Republic in 2011*, Praga 2012.

W literaturze przedmiotu zauważa się bardzo duży popyt na opiekę świadczoną w instytucjach stacjonarnych w Republice Czeskiej⁴³. Z punktu widzenia osoby niesamodzielnej oraz jej rodziny opieka sprawowana w tzw. domach dla seniorów (*domov pro seniory*) gwarantuje większą stabilność niż usługi oferowane przez organizacje pozarządowe czy inne podmioty nieotrzymujące wsparcia finansowego (subsydiów) ze strony władz regionalnych⁴⁴. Z powodu cięć budżetowych wielu świadczeniodawców w sektorze usług medycznych i społecznych znalazło się w trudnej sytuacji finansowej. Dotyczy to w szczególności podmiotów *non-profit*, które w dużym stopniu uzależnione są od subwencji publicznych⁴⁵. W związku z tym

⁴² Š. Pfeiferová, M. Lux, T. Dvořák, J. Havlíková, M. Mikeszová, P. Sunega, *Housing and Social Care for the Elderly in Central Europe WP3: Main Findings Report*, HELPS: Housing and Home Care for the Elderly and Vulnerable People and Local Partnership Strategies in Central European Cities, Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia, Lead Partner, 2013, s. 76.

⁴³ M. Kotrusova, H. Janeckova, H. Angelowska, K. Dobiasova, *Potřeba sociálně-zdravotních služeb pro seniory v Praze. Reflexe současného stavu*, "Zdravotnictví v České republice" 2012, no. 15(2), s. 12.

⁴⁴ J. Šiška, J. Beadle-Brown, wyd. cyt., s. 131.

⁴⁵ M. Holub, P. Havá, *Pensions, Health Care and Long-term Care*, ASISP Annual Report 2012, s. 32.

bardzo często wybór świadczeniodawcy przez osobę niesamodzielną uwarunkowany jest jego potencjałem ekonomicznym (rzeczywistym lub tylko wyobrażonym przez klientów usług), a niekoniecznie rzeczywistymi potrzebami osoby niesamodzielnej.

Regulowanie dochodów i cen. Regulacje dotyczące cen prowadzą do zmniejszenia podaży najbardziej pracochłonnych usług, np. tych, których odbiorcami są osoby z zaburzeniami funkcji kognitywnych⁴⁶. Przykładowo: monitoring i superwizja, będące formą wsparcia m.in. w stosunku do osób z demencją, wymagają zdecydowanie dłuższego i częstszego czasu pracy niż np. dostarczanie posiłków do domów, choć oba rodzaje czynności podlegają tym samym regulacjom, według których cena za usługę określana jest jako pojedyncza czynność pracownika. W konsekwencji maksymalna kwota wyznaczona za usługi związane z monitoringiem czy superwizją nie odpowiada realnemu nakładowi poniesionemu przez pracownika świadczącego usługę. Powyższa kwestia ma duże znaczenie w kontekście ewaluacji dotychczasowego rozwoju opieki długoterminowej w Republice Czeskiej, gdyż w literaturze wskazuje się na bardzo duży zakres niezaspokojonych potrzeb – ze względu na niską podaż usług – osób niesamodzielnych wymagających specjalnego wsparcia (jak np. osoby cierpiące na chorobę Alzheimera)⁴⁷.

Trudności makroekonomiczne oraz mniejszy niż zakładano popyt na opiekę formalną spowodowały, że po wprowadzeniu reformy nie doszło do znacznego zatrudnienia w sektorze usług społecznych. Wskazać jednak należy, że według statystyk Eurostatu stopa zatrudnienia osób w wieku 55-59 lat w Republice Czeskiej jest jedną z 7 najwyższych w Unii Europejskiej i na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat wciąż rośnie⁴⁸. W konsekwencji rozwój rynku opiekuńczego nie jest, w odróżnieniu od Polski⁴⁹, postrzegany jako instrument służący aktywizacji zawodowej osób starszych, a reformy z zakresu polityki społecznej mające zachęcić tę grupę osób do dłuższej pracy zarobkowej koncentrują się w ostatnich latach wokół systemu emerytalnego.

Podsumowując: specyfika przykładu Republiki Czeskiej polega również na tym, że reforma usług społecznych została wprowadzona na krótko przed wystąpieniem poważnych problemów makroekonomicznych. Nowe strategie polityki budżetowej i fiskalnej odegrały dużą rolę w modyfikacji założeń przyjętych na mocy czeskiej ustawy o usługach społecznych z 2006 r. Powyższe zjawisko pozwala zatem wskazać na bezpośredni związek między zagadnieniami polityki gospodarczej a określonymi rozwiązaniami z zakresu polityki społecznej.

⁴⁶ K. Kubalčíková, J. Havlíková, wyd. cyt., s. 15.

⁴⁷ M. Kotrusova i in., wyd. cyt., s. 15.

⁴⁸ Stopa zatrudnienia kobiet w starszym wieku (50-64) wzrosła z 22,9% w 1998 r. do 39,0% w 2012 r.

⁴⁹ Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, *Wybrane aspekty finansowe wprowadzenia w życie ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym – dane do publikacji*, Warszawa 2012, s. 9.

5. Podsumowanie

Reformy w Republice Czeskiej dotyczące opieki długoterminowej to proces dynamiczny, gdyż wciąż formułowane są propozycje modyfikacji w istniejących rozwiązaniach. Zmiana uwarunkowań makroekonomicznych stanowi jedną z ważnych przesłanek nowych projektów politycznych dotyczących tego zagadnienia. Wprowadzenie stosunkowo hojnego uniwersalnego świadczenia wspierającego osoby niesamodzielne spowodowało w krótkim okresie dynamiczny wzrost wydatków społecznych, który politycy starają się zatrzymać. Jest to dość jasny sygnał dla polskich decydentów, gdyż opracowywanie oraz implementacja nowych rozwiązań z zakresu opieki długoterminowej wymagają politycznej zgody co do gotowości ponoszenia większych obciążeń budżetowych przeznaczanych na pomoc osobom niesamodzielnym.

Pomimo sygnalizowanych w tekście problemów występujących w Republice Czeskiej system opieki długoterminowej w tym kraju uznać należy za zdecydowanie bardziej rozwinięty niż obecne rozwiązania funkcjonujące w Polsce. W kontekście toczącej się dyskusji na temat reform usług opiekuńczych warto zatem obserwować sytuację u naszych południowych sąsiadów. Przede wszystkim na uwagę zasługuje fakt, iż Republika Czeska wprowadziła świadczenie uniwersalne, do którego uprawnione są osoby niezależnie od dochodu czy sytuacji rodzinnej. W Polsce dostęp do usług opiekuńczych w sektorze pomocy społecznej uzależniony jest od uprzedniego braku wsparcia ze strony najbliższych, również tych niemieszkających z osobą niesamodzielną. Rozwiązania czeskie w zdecydowanie większym stopniu niż obecne regulacje polskie uznają, iż niesamodzielnosc jest zindywidualizowanym prawem socjalnym, realizowanym niezależnie od sytuacji rodzinnej osoby potrzebującej.

Konieczność organizacji powszechnego systemu wsparcia osób niesamodzielnym jest od kilku lat przedmiotem dyskusji w Polsce, czego wyrazem są choćby założenia polityki ludnościowej z 2013 r.⁵⁰. Jak wskazuje przykład Republiki Czeskiej, wprowadzenie uniwersalnego świadczenia nie zmienia podstawowej roli rodziny jako instytucji opiekuńczej, co w znacznej mierze jest konsekwencją bardzo dużej swobody w rozporządzaniu dodatkiem pielęgnacyjnym. Przyjęta w tym państwie zasada autonomii (wolności wyboru) w kontekście dyskusji w Polsce stanowić może przykład tzw. dobrej praktyki. Niemniej doświadczenia Republiki Czeskiej wskazują, że brak mechanizmów zachęcających do alokowania świadczenia pieniężnego na rynku opiekuńczym prowadzi do mniejszego, niż pierwotnie zakładano, wykorzystania usług oferowanych przez świadczeniodawców opieki formalnej. Wniosek ten ma duże znaczenie dla dyskusji nad zmianami regulacji w Polsce, gdyż postulowany prozatrudnieniowy charakter projektowanych rozwiązań stanowi ważny element poruszany w toczącej się debacie.

⁵⁰ Priorytet II.3 założeń dotyczy dostępu osób niesamodzielnym (niezdolnych do samodzielnej egzystencji) do usług opieki, w tym długoterminowej. Jednym z celów wymienionych w tym dokumencie jest stworzenie powszechnego ubezpieczenia pielęgnacyjnego.

Należy pamiętać – a przykład reformy przeprowadzonej w Republice Czeskiej jest pouczający – że zmiany regulacji rozszerzające świadczenia z zakresu opieki długoterminowej powinny także uwzględniać sytuację opiekunów nieformalnych. W tym kontekście warto wskazać, iż do tej pory debata na temat uelastycznienia łączenia pracy zawodowej z opieką świadczoną przez rodziny w Polsce dotyczyła głównie spraw związanych z wychowywaniem dzieci, czego dowodem są np. tezy zawarte w dokumencie „Dobry klimat dla rodziny” przygotowanym pod auspicjami Prezydenta RP. W związku ze wzrostem zapotrzebowania na opiekę ze strony osób starszych należy wskazać, iż prace te powinny brać także pod uwagę opiekunów rodzinnych świadczących pomoc niesamodzielnym seniorom.

Literatura

- Angermann A., Eichhorst W., *Who Cares for You at Home? Personal and Household Services in Europe*, “IZA Policy Paper”, no. 71, Bonn, 2013.
- Augustyn M., *Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje*, Klub Parlamentarny Platformy Obywatelskiej, Warszawa 2010.
- Bailly F., Devetter F., Horn F., *Can working and employment conditions in the personal services sector be improved?*, “Cambridge Journal of Economics” 2013, no. 37(2), s. 299-321.
- Baumol W., *Health Care, Education and the Cost of Disease: A Looming Crisis for Public Choice*, “Public Choice” 1993, no. 77, s. 17-28.
- Bolin K., Lindgren B., Lundborg P., *Your next of kin or your own career? Caring and working among the 50+ of Europe*, “Journal of Health Economics” 2008, vol. 27, s. 718-738.
- Colombier C., *Drivers of health care expenditure: Does Baumol’s cost disease loom large?*, “FiFo Discussion Papers” 2012, no. 12-5.
- Fernandez J., Forder J., *Equity, efficiency, and financial risk of alternative arrangements for funding long-term care systems in an ageing society*, “Oxford Review of Economic Policy” 2010, no. 26(4), s. 713-733.
- Holmerová I., Vaňková H., Wija P., *Opportunities and Challenges for Integrated Provision of Long-term Care Services in the Czech Republic*, [w:] *Challenges of Ageing Societies in the Visegrad Countries: Hungary, Czech Republic, Poland, Slovakia*, Z. Széman (ed.), Hungarian Charity Service of the Order of Malta, Budapeszt 2013, s. 91-103.
- Holub M., Havá P., *Pensions, Health Care and Long-term Care*, ASISP Annual Report 2012.
- Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, *Wybrane aspekty finansowe wprowadzenia w życie ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym*, Warszawa 2012.
- Koldinska K., *SSGIs in the Czech Republic*, [w:] *Social Services of General Interest in the EU*, U. Neergaard, E. Szyszczak, J. van de Gronden, M. Krajewski (eds.), Springer, 2013, s. 570-591.
- Komisja Europejska, *Developing personal and household services in the EU A focus on housework activities*, Bruksela 2013.
- Kubalčíková K., Havlíková J., *Towards Staying at Home. Could Domiciliary Care Services be a Possible Way?*, “Czech and Slovak Social Work” 2011, s. 3-16.
- Le Bihan B., Martin C., *Diversification of care policy measures supporting older people: towards greater flexibility for carers?*, “European Journal of Ageing” 2012, vol. 9, s. 141-150.
- Le Grand J., *Quasi-markets and social policy*, “Economic Journal” 1991, vol. 101(408), s. 1256-1267.
- Ministerstvo práce a sociálních věcí, *Basic indicators of labour and social protection in the Czech Republic in 2011*, Praga 2012.

- Ministerstvo práce a sociálních věcí, *Příspěvek na péči – analýza dostupných datových zdrojů*, Praha 2011.
- Norton E., *Long-term care*, [w:] *Handbook of Health Economics*, A.J. Culyer, J.P. Newhouse (eds.), vol. 1, Elsevier, 2000, s. 951-962.
- Österle A., *Long-term Care in Central and South-Eastern Europe: Challenges and Perspectives in Addressing a 'New' Social Risk*, "Social Policy & Administration" 2010, no. 44(4), s. 461-480.
- Pavollini E., Ranci C., *Restructuring the welfare state: reforms in long-term care in Western European countries*, "Journal of European Social Policy" 2008, no. 18(3), s. 246-259.
- Pezzin L., Schone B., 1997, *The Allocation of Resources in Intergenerational Households: Adult Children and Their Elderly Parents*, "The American Economic Review", vol. 87(2), s. 460-466.
- Pfeiferová Š., Lux M., Dvořák T., Havlíková J., Mikeszová M., Sunega P., *Housing and Social Care for the Elderly in Central Europe WP3: Main Findings Report*, HELPS: Housing and Home Care for the Elderly and Vulnerable People and Local Partnership Strategies in Central European Cities, Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia 2013.
- Saxonberg S., Sirovátka T., Janousková M., *When do policies become path dependent? The Czech example*, "Journal of European Social Policy" 2013, vol. 23, s. 437-450.
- Šiška J., Beadle-Brown J., *Developments in Deinstitutionalization and Community Living in the Czech Republic*, "Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities" 2011, vol. 8(2), s. 125-133.
- Sowa A., *The Long-Term Care System for the Elderly in the Czech Republic*, ENEPRI Research Report, no. 72, May 2010.
- Szweda-Lewandowska Z., *Logika systemu opieki nad osobami starszymi*, „Polityka Społeczna” 2013, nr 10, s. 1-5.
- Vecerník J., *Escaping from Socialist Paternalism: Social Policy Reform in the Czech Republic*, "Czech Sociological Review" 1993, no. 2, s. 149-172.
- Veverková S., *Czech Republic – labour relations and social dialogue: annual review*, Friedrich-Ebert-Stiftung, Regional Project on Labour Relations and Social Dialogue, Warszawa 2013.
- Winiarski B. (red.), *Polityka gospodarcza*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012.

RELATIONS BETWEEN MACROECONOMIC POLICY AND SOCIAL POLICY AS REGARDS LONG-TERM CARE IN THE CZECH REPUBLIC

Summary: As a result of the adoption of the 2006 Act on Social Services, the Czech Republic got the most comprehensive public long-term care system in Central and Eastern Europe. The core of this system is need-tested and tax-financed cash allowance for care recipients which is to be used as a payment for services. The aim of the paper is to analyze the reform in the Czech Republic from a perspective of macroeconomic policy. More precisely, the article attempts to enhance readers' understanding of this reform by focusing on budget policy, labour market and price regulations concerning social services.

Keywords: long-term care, social services sector, the Czech Republic, social policy, macroeconomic policy.