

Agata Schubert¹, Marcin Czech^{1,2}, Anita Gębska-Kuczerowska³

METODOLOGIA SZACOWANIA KOSZTÓW POŚREDNICH W OCENIE EKONOMICZNEJ STARZENIA SIĘ SPOŁECZEŃSTWA – SPECYFIKA OCENY

¹Szkoła Biznesu Politechniki Warszawskiej

²Zakład Farmakoekonomiki, Warszawski Uniwersytet Medyczny,
Szkoła Biznesu Politechniki Warszawskiej

³Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH, Studium Zdrowia Publicznego.

STRESZCZENIE

Proces starzenia demograficznego szczególnie w ostatnich dziesięcioleciach nabiera większej dynamiki oraz znaczenia, z uwagi na rosnące potrzeby zdrowotne i oczekiwania gwarancji świadczeń społecznych. Wypracowanie najbardziej efektywnego wzorca opieki, który jest dostosowany do warunków polskich, wymaga oszacowania realnych kosztów tej opieki, z uwzględnieniem kosztów pośrednich, związanych w dużej części z kosztami opieki nieformalnej. Częstym powodem pomijania kosztów opieki nieformalnej jest ustalony punkt widzenia analiz, ograniczający się do perspektywy budżetu zdrowia i nie pozostawiający miejsca na szerszą ocenę z perspektywy społecznej. Należy jednak podkreślić, że w takim ujęciu kompletnie pomijany jest koszt świadczeń ponoszonych przez osobę, która jej rzeczywiście dostarcza. Koszty nieformalnej opieki są niedoszacowane, a często nie uwzględniane w kalkulacjach, nawet jeśli w ich zakresie znajdują się koszty pośrednie. Szerokie podejście metodologiczne służące szacowaniu kosztów nieformalnej opieki wydaje się ważne z punktu widzenia prawidłowo prowadzonej oceny ekonomicznej w ochronie zdrowia.

Słowa kluczowe: *koszty pośrednie, starzenie populacji, metody oceny, opieka nieformalna*

WSTĘP

Według danych GUS z Narodowego Spisu Powszechnego na dzień 31.03.2011 r. w Polsce mieszkało 6 730 tys. osób w wieku poprodukcyjnym (60/65 lat i więcej), co stanowiło 17% ogółu populacji polskiej. (1,2) Proces starzenia demograficznego szczególnie w ostatnich dziesięcioleciach nabiera większej dynamiki oraz znaczenia, z uwagi na artykułowane rosnące potrzeby zdrowotne i oczekiwania gwarancji świadczeń społecznych. (3,4) Równoległe do rosnącego popytu narasta świadomość inwestycji w zdrowie na każdym jego etapie. (5) Prognozy demograficzne zakładają także narastanie skali zjawiska starzenia demograficznego. Do 2050 w Polsce obserwowany będzie wzrost liczby osób starszych przy jednoczesnym spadku liczby ogółu ludności. Odsetek osób w wieku poprodukcyjnym, który wynosił w 2013 r. 14,7%, wzrośnie w Polsce w 2050 r. do 32,7%, ze względu na spadek dzietności i wydłużający się czas trwania życia. (6) Rosnący popyt na opiekę długoterminową powoduje konieczność

przeprowadzenia reform w systemie opieki (7). Wypracowanie najbardziej efektywnego wzorca opieki, który jest dostosowany do warunków polskich, wymaga oszacowania realnych jej kosztów, z uwzględnieniem także kosztów pośrednich.

KOSZTY OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

Choroby geriatryczne łączone są z kosztami bezpośrednimi, ponoszonymi na opiekę długoterminową, lekami stosowanymi w chorobach przewlekłych, kosztownymi długotrwałymi świadczeniami np. pobytami w szpitalach. W Polsce najwyższe jednostkowe koszty leczenia zarówno szpitalnego, jak i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej były generowane przez grupę wiekową powyżej 70 roku życia. (8) Ze względu na to, że oceny kosztów ekonomicznych opieki długoterminowej dokonuje się w odniesieniu do grupy wiekowej świadczeniobiorców, którzy przekroczyli wiek produkcyjny – kwestie analiz utraconej produktywności

często są pomijane, przy szacowaniu całkowitych kosztów opieki.

Problem opieki nad osobami starszymi ma wpływ na produktywność i generuje koszty pośrednie ze względu na zaangażowanie osób w tak zwaną nieformalną opiekę. Najczęściej w tę opiekę są włączone osoby spokrewnione: dzieci, małżonkowie, wnuki, którzy swój cały, bądź wolny czas, poświęcają na opiekę nad osobą starszą.^(9,10) Jest to mało dostrzegany aspekt długoterminowej opieki, który powinien być wzięty pod uwagę w planowaniu ochrony zdrowia, szczególnie z uwagi na kwestie etyczne-moralne oraz prawne zobowiązania wszystkich stron. Nieformalna opieka nie jest bezkosztowa, generuje koszt społeczny. Opiekunowie często muszą rezygnować z pracy, żeby sprawować opiekę, bądź rezygnują ze swojego czasu wolnego na rzecz wypełniania obowiązków wobec bliskich osób. Sprawowanie ciągłej opieki jest obciążeniem fizycznym i psychicznym, a szczególnie w przypadku braku przygotowania i wsparcia – wiąże się z ryzykiem wypalenia i pojawianiem się patologicznych relacji międzyludzkich.⁽¹¹⁾ Zbyt duże obciążenie opiekunów może mieć wpływ także na efektywność ich pracy, podczas wykonywanych obowiązków zawodowych. Dlatego należy uwzględnić wpływ sprawowania opieki nie tylko na utratę produktywności z powodu zaprzestania kariery zawodowej, lecz również jej zmniejszenie z uwagi na przemęczenie (wykorzystywanie czasu wolnego nie na wypoczynek).

Zgodnie z definicją WHO opieka długoterminowa to działania podejmowane przez nieformalnych opiekunów (rodzina, przyjaciele, sąsiedzi) i/lub profesjonalistów (medycznych, socjalnych i innych) mających na celu zapewnienie osobie, która wymaga wsparcia przy wykonywaniu czynności życiowych, możliwie najwyższej jakości życia, zgodnej z osobistymi preferencjami i wymaganiami, przy zachowaniu najwyższego możliwego poziomu niezależności, własnego zaangażowania oraz zachowaniu godności osobistej⁽¹²⁾. Około 80% osób korzystających z opieki środowiskowej oraz 90% mieszkańców placówek opiekuńczych to osoby w wieku powyżej 65 lat, z tego też powodu często opiekę długoterminową traktuje się prawie jako synonim opieki nad osobami starszymi⁽¹³⁾. Popyt na świadczenia opieki nad osobami starszymi wzrasta z roku na rok, a jednocześnie doświadczenia w innych krajach europejskich pokazują, że wzrost liczby domów opieki nie jest jedynym kierunkiem rozwiązań w odpowiedzi na ten problem. Jednym z argumentów, kwestionujących zasadność takich rozwiązań, są wysokie koszty prowadzenia domów opieki i relatywnie niewielka ich efektywność^(4,14). Tymczasem nieformalna opieka może stanowić rozwiązanie alternatywne. Nie powinna być traktowana jednak jako darmowe świadczenie, umocowane w etycznie - moral-

nych i prawnych zobowiązaniach osób spokrewnionych. Dlatego konieczne jest odpowiednie oszacowanie rzeczywistych kosztów opieki nieformalnej, w tym kosztów pośrednich, żeby umożliwić podejmowanie racjonalnych i akceptowanych społecznie decyzji.

OPIEKA DŁUGOTERMINOWA W POLSCE I NA ŚWIECIE

Ryzyko niepełnosprawności i potencjalna konieczność zdania się na opiekę długoterminową dotyczy wszystkich grup wiekowych, aczkolwiek prawdopodobieństwo to rośnie wraz z wiekiem. Rosnąca liczba i odsetek osób starszych w społeczeństwie powoduje wzrost popytu na opiekę długoterminową oraz stwarza realne wyzwanie w planowaniu opieki nad osobami starszymi, szczególnie z uwagi na dynamikę starzenia w samej populacji osób w wieku podeszłym^(15,16). Szacuje się, że w krajach Unii Europejskiej udział osób powyżej 80. roku życia w całej populacji wzrośnie z 4,7% do 11,3% w latach 2010 – 2050⁽¹⁷⁾. Podobne zmiany demograficzne zachodzą we wszystkich krajach europejskich, przez co zrozumiałe jest, że organizacja opieki długoterminowej i racjonalne zarządzanie będzie musiało otrzymać wysoki priorytet polityczny, żeby podołać standardom cywilizacyjnym i oczekiwaniom społecznym^(18,19).

Sposób finansowania opieki długoterminowej różni się w poszczególnych państwach, pod względem udziału źródeł finansowania opieki (prywatne i publiczne), odpowiedzialności (lokalna i centralna), czy przyjętych kryteriów definiowania różnic zakresu świadczeń (opieki medycznej i opieki długoterminowej). W analizach OECD oceniono, iż prywatne i publiczne wydatki na opiekę długoterminową stanowiły średnio od 0.1 do 3.6% PKB (odpowiednio Portugalia i Szwecja). Wyniki przytoczonego badania wskazują, że pomiędzy 2005 a 2050 rokiem finansowanie opieki długoterminowej w krajach OECD podwoi się⁽¹⁷⁾.

Polityka wielu państw w zakresie opieki długoterminowej jest zróżnicowana, podobnie jak kwestia organizacji systemu ochrony zdrowia i opieki społecznej oraz ich finansowania. Część krajów podchodzi do finansowania długoterminowej opieki z założeniem, że publicznym finansowaniem powinny zostać objęte osoby ubogie i samotne, a w pierwszej linii rodzina ponosi odpowiedzialność za opiekę nad takimi osobami (Kanada, USA). W niektórych krajach europejskich (Niemcy, Szwecja, Holandia, Francja) opieka długoterminowa jest gwarantowana wszystkim osobom, które jej potrzebują bez względu na ich status finansowy. Jak widać preferowane modele opieki nie zawsze uwzględniają zjawisko singularyzacji i społeczno-kulturowe zmiany zachodzące w rodzinie, bardziej

presję społeczną na decyzje polityczne (zabezpieczeń społecznych) (20). Obok różnic w samym podejściu do finansowania opieki długoterminowej, wielkość środków przeznaczonych na opiekę z założenia powinna zależeć od wskaźnika starzenia demograficznego lub dokładniej od wartości mierników syntetycznych (np. DALY) (21, 22). Jednakże, jak wspomniano wcześniej, faktyczne różnice wydatków na opiekę długoterminową w poszczególnych państwach nie są jedynie spowodowane różnicami demograficznymi. Rozbieżności w poziomie tych wydatków wynikają w głównej mierze z wyważenia możliwości udziału opieki nieformalnej tj. kwestii formalnych (ekonomiczno-organizacyjno - prawnych) oraz zwyczajowych (norm społeczno-kulturowych). W takim ujęciu koszty opieki nieformalnej często są pomijane lub traktowane jako „bezpłatne usługi”, a więc nieuwzględnianie ich udziału powoduje oszczędności publiczne. Jednocześnie niedostrzeżenie ich w faktycznych kosztach pośrednich może powodować przesunięcie obciążeń i generowanie faktycznych kosztów kapitału ludzkiego.

Z analiz wydatków ponoszonych przez OECD na opiekę długoterminową wynika, iż Polska należy do grupy krajów o najniższych wydatkach na ten cel - na poziomie 0,4% PKB. Wartość ta jest orientacyjna i obejmuje jedynie wydatki publiczne na opiekę długoterminową i nie zawiera prywatnych wydatków gospodarstw domowych, a tym bardziej kosztów pośrednich związanych z opieką długoterminową. Takie podejście w metodologii oceny kosztów plasuje Polskę nisko w rankingu wydatków na te cele (17).

W Polsce nie istnieje odrębny i jednolity system opieki długoterminowej, a świadczenia z tego zakresu są rozdzielone pomiędzy różne sektory systemu zabezpieczenia społecznego (23). W ramach systemu ochrony zdrowia realizowane są usługi, a w przypadku pomocy społecznej zakres świadczeń obejmuje zarówno usługi, jak i świadczenia pieniężne. Poza kosztami systemu (np. *stricte* ochrony zdrowia) wypłacane są świadczenia pieniężne np. dodatek pielęgnacyjny lub zasiłek pielęgnacyjny, do którego uprawnione są osoby mające uprawnienia emerytalno-rentowe, niezdolne do wykonywania pracy oraz mające orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji. Osobom powyżej 75 roku życia dodatek lub zasiłek przysługuje niezależnie od stopnia niesamodzielności (24). Preferencje rodzinnego modelu opieki długoterminowej w Polsce wynikają z wielu powodów m.in. uwarunkowań kulturowych, ale także z barier w dostępie do instytucjonalnych form opieki, przy jednoczesnych ograniczeniach w dostępie do prywatnych form opieki długoterminowej. Jednocześnie w Polsce następują zmiany podobne jak w innych krajach wysoko uprzemysłowionych, wpływające na ograniczenie potencjału opieki nieformalnej, ze względu na zmniejszenie diety, dłuższą średnią

przeżycia, odchodzenie od wielopokoleniowego modelu rodziny, zatrudnianie poza miejscem zamieszkania, zmiany w stereotypach ról społecznych, singularyzację (16, 25).

KIERUNKI ORGANIZACJI OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ I METODY OCENY

Wyzwaniem na przyszłe lata będzie taka organizacja opieki długoterminowej, która zapewni wysokiej jakości świadczenia, przy jednoczesnej optymalizacji ich kosztów. Państwa zapewniają różne formy organizacyjne opieki w systemach (mnogość zmiennych), co w dużym stopniu utrudnia analizy porównawcze oceny efektywności tych systemów w odniesieniu do ponoszonych kosztów.

Dla innych celów wprowadzono również podział opieki długoterminowej, ze względu na miejsce opieki nad osobą niepełnosprawną:

- Opieka domowa – opieka medyczna i socjalna świadczona przez formalnych i/lub nieformalnych opiekunów, głównie w miejscu zamieszkania beneficjenta opieki;
- Instytucjonalna pomoc socjalna – usługi opiekuńcze skierowane na wsparcie w wykonywaniu czynności dnia codziennego, udzielane całodobowo poza miejscem zamieszkania;
- Instytucjonalna opieka medyczna i pielęgnarska – usługi skierowane na medyczne aspekty opieki, udzielane w placówkach leczniczych (26).

Dla takiego podziału Jackson przeprowadził analizę mającą na celu określenia warunków optymalnej opieki. Porównując koszty w poszczególnych sektorach oszacowano całkowity koszt opieki wraz z uwzględnieniem kosztów pośrednich. W założeniu przyjęto, iż jakość opieki we wszystkich sektorach jest stała oraz koszt opieki wzrasta wraz ze zwiększeniem poziomu zależności świadczeniobiorcy. Oszacowanie kosztu opieki domowej dostarcza największych trudności, ponieważ obok kosztów formalnej opieki domowej, nakładów ponoszonych na prowadzenie gospodarstwa domowego należy oszacować koszt opieki nieformalnej, bez możliwości oszacowania jej wartości rynkowej (ceny rynkowej). Koszt pośredni związany z opieką długoterminową to przede wszystkim ubytek kapitału ludzkiego opiekunów (na skutek dezaktywacji zawodowej, wypalenia zdrowotnego, obniżonej efektywności zawodowej). Zarówno w instytucjonalnej opiece socjalnej, jak i opiece medycznej, główną składową kosztów są koszty stałe związane z prowadzeniem placówki, koszty operacyjne (żywienie, sprząatanie) i koszty opiekuńcze.

Sektor opieki medycznej ze względu na swój specjalistyczny charakter ma relatywnie wysokie koszty, bez względu na poziom zależności (niepełnosprawności

pacjenta). Z analiz ekonomicznych wynika, iż przy niskim poziomie zależności najbardziej efektywna kosztowo jest opieka domowa, a przy wysokim poziomie zależności najbardziej efektywna jest specjalistyczna, instytucjonalna opieka medyczna. (13) Dla prawidłowego wyznaczenia takich zależności konieczne jest prawidłowe oszacowanie kosztów, ponoszonych w poszczególnych grupach wiekowych i różnych formach opieki. Jak już podkreślano wcześniej, szczególną rolę w opiece domowej odgrywają koszty pośrednie. W krajach gdzie opieka domowa opiera się w głównej mierze na opiece nieformalnej – niedoszacowanie kosztów pośrednich może prowadzić do błędnych wniosków tj. „że opieka domowa jest najbardziej efektywna kosztowo” – przesuwać tym samym środki i zasoby w systemie, tak by opóźnić rozwój „zbędnej, wysokonakładowej” opieki instytucjonalnej.

Oszacowanie kosztów pośrednich opieki długoterminowej w domu zapewni ocenę kosztów społecznych opieki. Takie ujęcie problemu pozwoli na racjonalną (kosztowo-efektywną) organizację systemu opieki w starzejącym się społeczeństwie, zapewniając równowagę pomiędzy opieką domową formalną i nieformalną a opieką instytucjonalną. Nieprawdziwe zatem wydaje się przekonanie, że opieka instytucjonalna jest najdroższą formą opieki, a opieka w domu jest najkorzystniejsza ekonomicznie. Na faktyczny koszt wpływa poziom zależności osoby niepełnosprawnej. Efektywne zarządzanie świadczeniami i racjonalna alokacja świadczeniobiorców do odpowiednich sektorów opieki wpływa na ograniczenie kosztów społecznych.

W przeprowadzonych na świecie badaniach kosztów opieki długoterminowej oraz badaniach kosztów choroby i schorzeń geriatrycznych notuje się bardzo duże zróżnicowanie wyników w zależności od metodologii badania. Kwestie uwzględnienia kosztów pośrednich i doboru metod wykorzystywanych do oceny tych kosztów mają największy wpływ na rozbieżność wyników. W przeglądzie systematycznym badań oceniających koszt opieki nad osobami z demencją, ocena kosztów opieki nieformalnej różniła się nawet ponad dwukrotnie. W analizie uwzględniono 28 badań estymujących koszty choroby z różnych perspektyw, przy zastosowaniu różnych metod oceny kosztów. W ponad 70% z uwzględnionych badań oceniono koszt opieki nieformalnej, jednak estymowane wartości ekwiwalentu godziny pracy opiekuna różniły się w dużym stopniu, wynikało to z poważnych różnic w metodologii badań, co utrudniało możliwość porównywania poszczególnych wyników (27). Koszty opieki nieformalnej mają bardzo duży wpływ na wynik ostateczny badania, ponieważ często stanowią wysoki odsetek kosztów całkowitych. W badaniu *Schwarzkopf* i wsp. zbadano koszt opieki nad pacjentami z demencją w Niemczech, z uwzględnieniem kosztów pośrednich opieki niefor-

malnej. Udział kosztów opieki nieformalnej wyniósł ponad 80% kosztów całkowitych, ocenionych z perspektywy socjalnej, a koszt opieki nieformalnej wzrastał wraz ze wzrostem poziomu zależności (28).

METODOLOGIA BADANIA KOSZTÓW POŚREDNICH OPIEKI

Wiele systemów opieki dużą część ciężaru opieki długoterminowej przerzuca w obszar opieki nieformalnej, która w wielu sytuacjach jest efektywną formą kontynuacji opieki. Badania pokazują, że nieformalna opieka w domu redukuje koszty opieki specjalistycznej i opóźnia kwalifikacje do domu opieki długoterminowej (29). Poprzez zastępowanie i uzupełnianie formalnej opieki medycznej, osoba przebywająca pod nieformalną opieką może dłuższy czas pozostawać w domowych warunkach, generując oszczędności dla systemu opieki długoterminowej. Z drugiej strony zapewnienie takiej opieki może być istotnym wyzwaniem - obciążeniem dla świadczących ją opiekunów. Badania pokazują, że osoby opiekujące się długotrwale członkiem rodziny prezentują symptomy depresyjne, są skłonne do niskiej oceny własnego zdrowia. W wielu przypadkach muszą zrezygnować z kariery zawodowej (30,31,32). Wszystkie te czynniki wiążą się z utraconą produktywnością i generują koszty społeczne. Przy wyborze optymalnego modelu opieki konieczne jest wyznaczenie faktycznych kosztów poszczególnych rozwiązań dla społeczeństwa wraz z określeniem kosztów pośrednich mających kluczowe znaczenie przy opiece nieformalnej. Uwzględnianie wartości opieki nieformalnej w analizach ekonomicznych jako ‘darmowego’ systemu opieki może doprowadzić do negatywnych skutków z perspektywy społecznej. Perspektywa społeczna uwzględniająca koszty pośrednie jest uwzględniona w ramach procesu refundacyjnego, poprzez ujęcie w wytycznych Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Implementacja perspektywy społecznej w analizach jest ograniczona między innymi ze względu na niejasności metodologiczne i definicyjne w zakresie szacowania kosztów pośrednich (33). W ocenie wartości opieki nieformalnej kluczowe jest oszacowanie: czasu spędzonego na dostarczeniu opieki, wartości tego czasu oraz związanej z tym użyteczności. Dla każdego z tych zagadnień istnieje szereg możliwych podejść metodologicznych. W ocenie ilości czasu przeznaczanego na opiekę nieformalną stosuje się powszechnie dwie podstawowe metody, metodę prospektywną dzienniczkową i metodę retrospektywną (34). Pierwsza z metod jest dokładniejsza, ale jednocześnie trudniejsza i bardziej czasochłonna w przeprowadzeniu. Metoda dzienniczkowa wymaga od osoby biorącej udział w badaniu bieżącego zapisywania wszystkich aktywności związanych z opieką, przepro-

wadzonych w ciągu dnia. Metoda ta jest również wyjątkowo wymagająca dla badacza, ze względu na bardzo czasochłonną analizę wyników. Alternatywna, metoda retrospektywna jest w oczywisty sposób mniej czasochłonna, budzi natomiast zastrzeżenia, co do rzetelności wyników (35). Kolejnym utrudnieniem w tej metodzie jest klasyfikacja aktywności i doprecyzowanie, czy zajęcia bezpośrednio powiązane są ze świadczeniami opieki, czy zajęciami określanymi jako 'zwykłe' prace domowe. W celu wyeliminowania tego problemu należy odpowiednio przygotować kwestionariusz badania i założenia podziału czynności. Dobór odpowiedniej metody badania kosztów pośrednich opieki nieformalnej jest kluczowy przy przeprowadzeniu analiz kosztów opieki długoterminowej.

Kolejnym elementem obok oceny ilości poświęconego czasu jest wyznaczenie wartości tego czasu.

Najbardziej bezpośrednią metodą oceny wartości czasu poświęconego na opiekę, jest *proxy good method*, korygująca czas spędzony na świadczeniu opieki nieformalnej o cenę rynkową usług świadczonych w ramach opieki (36,37,38). Wartość czasu jest warunkowana rodzajem wykonywanych działań, czyli prace domowe są wycenione inaczej niż pomoc pielęgnacyjna, która wyceniona jest jak pomoc pielęgnarska. Podstawowa wada tej metody to założenie, że nieformalna opieka jest jakościowo na tym samym poziomie, co opieka formalna i są to idealne substytuty. Ta metoda nie uwzględnia także preferencji do rodzaju opieki, zarówno osoby dostarczającej opieki, jak i odbiorcy opieki. Wymaga też ona dokładnego określania czasu poświęconego na poszczególne czynności. Drugim wariantem wyceny wartości kosztów jest metoda kosztów alternatywnych, gdzie wyznacza się wartość utraconych korzyści przez osobę dostarczającą opieki, a spowodowaną świadczeniem opieki nieformalnej (36,39). Zazwyczaj wartość utraconych korzyści ma przybliżoną wartość wynagrodzenia indywidualnej osoby, skorygowaną o czas spędzony na świadczeniu opieki. W przypadku kiedy osoba świadcząca opiekę nie wykonuje pracy zarobkowej, wykorzystuje się zastępczą wartość wyrażającą wynagrodzenie, za jaką osoba udzielająca opieki jest gotowa świadczyć godzinę płatnej pracy. Inną metodą wyznaczenia ekwiwalentu jest wyznaczenie przeciętnego wynagrodzenia osoby o podobnej charakterystyce demograficznej. Podstawową cechą tej metody jest przypisywanie różnych wartości pieniężnych tych samych czynności opiekuńczych w zależności od osoby, która udziela tej opieki i jej rynkowego wynagrodzenia, a nie rodzaju czynności. W celu sporządzenia rzetelnej oceny wartości opieki nieformalnej za pomocą tych metod wymagana jest kompletna lista wykonywanych zadań, czas poświęcony na wykonywanie tych zadań i wycena poszczególnych zajęć. Ten sposób oceny kosztów pośrednich może być zastosowany do większości

analiz ekonomicznych, ze względu na czysto finansowy charakter. Obie metody nie biorą pod uwagę różnic pomiędzy godzinami świadczonej opieki, pod względem momentu świadczenia opieki (pierwsza a ostatnia godzina opieki), oraz różnic w poszczególnych zadaniach. Nie uwzględniają także wpływu świadczenia opieki na osobę udzielającą opieki, zarówno negatywnych aspektów związanych z poświęceniem czasu, jak i pozytywnych - spowodowanych satysfakcją z opieki nad bliską osobą.

Długoterminowe świadczenie opieki nieformalnej może mieć negatywne skutki nie tylko w obszarze zdrowia, ale w szerszym zakresie - nazywanym dobrostanem. Kolejnym elementem oceny wartości opieki nieformalnej jest wyznaczenie wpływu na jakość życia opiekuna. Udzielanie opieki nieformalnej może prowadzić do problemów zdrowotnych i psychicznych opiekuna, a nawet do zwiększonego ryzyka choroby i przedwczesnej śmierci (40,41). Ocena jakości życia może być wykorzystywana do oceny wpływu, jaki ma udzielanie opieki, na opiekuna. Największym wyzwaniem takich analiz jest problem z oceną zależności przyczynowo skutkowej pomiędzy udzielaniem opieki a wpływem na jakość życia. Mogą pojawić się trudności w ocenie, czy to wysiłek związany z zapewnianiem opieki wpływa na jakość życia, czy może opiekun, który sam ma jakieś problemy zdrowotne, bardziej negatywnie ocenia czynności opiekuńcze należące do jego obowiązków. Przykładowo objawy depresyjne wykazywane w odpowiednich narzędziach pomiaru tak naprawdę mogą być w rzeczywistości spowodowane stanem zdrowia bliskiej osoby, nad którą roztaczana jest opieka, a nie samym zapewnieniem opieki. Jeśli taki wpływ niepełnosprawności członka rodziny na opiekuna występuje, powinien być wzięty pod uwagę w analizach ekonomicznych przeprowadzonych z perspektywy społecznej, ale nie może być zaliczony, jako negatywny wpływ opieki na opiekuna. Literatura podaje wiele generycznych metod oceny efektów zdrowotnych EQ5D, SF 36, CDQLP (42,43). Generyczne narzędzia zdrowotne mogą nie w pełni uchwycić spektrum wpływu na sprawowanie opieki na dobrostan opiekuna. Istnieją także narzędzia specyficzne dla problematyki jakości życia opiekunów takie jak *CareQol*, które opisują siedem wymiarów obciążenia opieką: spełnienie, związku, zdrowie psychiczne, społeczne, finansowe, postrzegane wsparcie i zdrowie fizyczne) i tworzy ocenę pełnego wpływu tych czynników na dobrostan opiekuna (44). Istnieją także narzędzia specyficzne dot. opiekunów dla specyficznych chorób jak *caregiver Quality of Life Index-Cancer Scale*, badający jakość życia opiekunów pacjentów z nowotworem (44) lub *caregiver-targeted quality-of-life measure (CGQOL)* przystosowany dla uchwycenia wpływu na jakość życia opiekunów pacjentów z demencją (45).

PODSUMOWANIE

W przeprowadzonych na świecie analizach kosztów wydatkowanych na opiekę długoterminową oraz leczenia chorób i dolegliwości geriatrycznych notuje się bardzo duże zróżnicowanie w podejściu oraz zróżnicowanie wyników w zależności od metodologii badania. Kwestie uwzględnienia m.in. kosztów pośrednich i doboru metod wykorzystywanych do oceny tych kosztów mogą mieć największy wpływ na rozbieżność wyników i trudności w analizach porównawczych. Jednocześnie sytuacja demograficzna wymaga wiarygodnej oceny tych kosztów dla kosztowo-efektywnego zarządzania ochroną zdrowia i opieką długoterminową nad osobami starszymi. Konieczne jest wypracowanie standardów

oceny kosztów pośrednich w opiece nieformalnej biorąc pod uwagę ich ograniczenia, użyteczność zastosowania w warunkach polskich, możliwości dostosowania do obecnie stosowanych narzędzi i wytycznych metodologicznych pomiaru kosztów i użyteczności w planowaniu opieki w Polsce.

Otrzymano: 16.09.2014 r.

Zaakceptowano do publikacji: 28.01.2015 r.

Adres do korespondencji:

Prof.dr hab.n.med. Marcin Czech

Zakład Farmakoekonomiki

Warszawski Uniwersytet Medyczny

ul.Żwirki i Wigury Street 81, 02-091 Warszawa

e-mail: marcin.czech@wum.edu.pl