

Opieka długoterminowa w Polsce

Opis, diagnoza, rekomendacje

Warszawa 2010

Opieka długoterminowa w Polsce

Opis, diagnoza, rekomendacje

Grupa Robocza ds. Przygotowania Ustawy o Ubezpieczeniu od Ryzyka
Niesamodzielności przy Klubie Senatorów Platformy Obywatelskiej

Autorzy:

Senator RP Mieczysław Augustyn

Prof. SGH, dr hab. Piotr Błędowski

Krystyna Wyrwicka

Jolanta Łukasik

Barbara Witkowska

Prof. dr hab. Anna Wilmowska – Pietruszyńska

Dr Zofia Czepulis Rutkowska

Redakcja: Mieczysław Augustyn

Wydrukowano staraniem i ze środków
Klubu Parlamentarnego Platformy Obywatelskiej RP.

Warszawa 2010

Spis treści

Wstęp	6
1. Opieka nad osobami niesamodzielnymi – dlaczego to problem?.....	6
2. Dlaczego powstała Zielona Księga o opiece długoterminowej?.....	7
3. Trudności definicyjne	8
4. Co znajdziemy w Zielonej Księdze.....	13
5. Zespół jego zadania i członkowie	14
Część I. Przesłanki demograficzne wprowadzenia nowej formy organizacji i finansowania opieki długoterminowej w Polsce	16
1. Zmiany liczby osób starszych i proces demograficznego starzenia się ludności Polski do roku 2035.....	17
2. Zmiany relacji między liczbą osób w wieku produkcyjnym i poprodukcyjnym i zmiany w strukturze gospodarstw domowych.....	28
Część II. Stan zdrowia ludności Polski. Niepełnosprawność i niezdolność do samodzielnej egzystencji	33
Część III. Opieka długoterminowa w systemie ochrony zdrowia, stan obecny – zadania na przyszłość	54
1. Wprowadzenie	54
2. Podstawy prawne dla świadczeniodawców realizujących opiekę długoterminową w systemie ochrony zdrowia	58
3. Organizacja opieki długoterminowej w Polsce	59
4. Informacje na temat ilości łóżek i zakładów opieki długoterminowej w Polsce oraz zabezpieczenia kadrowego w opiece długoterminowej.....	63
5. Zabezpieczenie kadrowe w opiece długoterminowej	73
6. Wymagania dla personelu pielęgniarskiego.....	76
7. Jakość świadczeń w opiece długoterminowej.....	80
8. Rola innych podmiotów świadczących usługi na rzecz osób niesamodzielnych	80
9. Priorytetowe kierunki działań w zakresie opieki długoterminowej	83
Część IV. Stan opieki długoterminowej świadczonej w ramach pomocy społecznej	87
1. Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze	88
2. Rodzinne domy pomocy	91

3. Ośrodki wsparcia	92
4. Domy pomocy społecznej.....	97
5. Świadczenia rodzinne na rzecz osób niesamodzielnych	117
6. Świadczenia dla kombatantów	120
Część V. Opieka długoterminowa – doświadczenia innych krajów.....	123
1. Wprowadzenie	123
2. Opieka długoterminowa w Zjednoczonym Królestwie.....	126
3. Opieka długoterminowa w Niemczech	131
4. Reforma systemu opieki długoterminowej w Hiszpanii.....	135
5. Wnioski dla Polski.....	137
Część VI. Finansowanie opieki długoterminowej w Polsce.....	139
Część VII. Podsumowanie, wnioski i rekomendacje	152
I. Najważniejsze elementy diagnozy	152
1. Liczba niesamodzielnych dziś i w przyszłości	152
2. Sytuacja osób niesamodzielnych	153
3. Wnioski	156
4. Kryteria oceny koniecznych zmian (matryca)	160
5. Scenariusze zmian	160
II. Rekomendacje zmian w finansowaniu i organizacji opieki długoterminowej w Polsce	165
Skutki finansowe.....	175
Ocena skutków wprowadzenia społecznego ubezpieczenia opiekuńczego	181
Bibliografia.....	189

Wstęp

1. Opieka nad osobami niesamodzielnymi – dlaczego to problem?

„Nikt nie może zamykać oczu niezależnie od politycznego stanowiska na fakt, że w 2030 roku ludzi po 80-tce będzie 4-krotnie więcej niż jest dzisiaj. Warto sobie uzmysłowić, co to oznacza dla nas wszystkich, także dla naszych dzieci – z niespełna pół miliona ludzi starych będziemy mieli dwa miliony obywateli, którzy skończyli osiemdziesiąt lat lub więcej. To nie jest i nie powinno być wyzwanie demograficzne traktowane jak klątwa – to jest po prostu zadanie do wykonania. Z tego zadania wynika między innymi to, że w roku 2030 musimy umieć zapewnić seniorom życie w godnych warunkach...” – powiedział Donald Tusk¹.

Rzeczywiście, na naszych oczach Polska posiwiata. Żyjemy coraz dłużej, a kolejne roczniki seniorów, posiadające coraz lepsze wykształcenie i większy życiowy dorobek, wciąż mają wiele do zaoferowania swoim rodzinom, społecznościom lokalnym i Polsce. Trzeba jednak zauważyć, że populacja osób zwanych potocznie starszymi nie jest koherentna. Część młodszych seniorów, tych w pełni sił, dorabia do swych niewielkich świadczeń i niejednokrotnie dzieli się swoim zarobkiem z rodziną. Nieco starsi realizują wreszcie swe hobby: podróżują, poszerzają horyzonty np. na UTW. Najstarsi zmagają się z narastającymi ograniczeniami, wynikłymi z pogarszającego się stanu zdrowia i malejącej sprawności – aż do momentu, gdy o własnych siłach nie daje się już samodzielnie funkcjonować. Wtedy potrzebna jest pomoc innych, niekiedy natychmiast – na przykład po wylewie, ciężkiej operacji czy przewlekłej chorobie. Polacy boją się tego momentu². Należy postawić bardzo ważne pytanie: czy my sami, nasi bliscy oraz publiczne systemy wsparcia, jesteśmy na tę statystycznie nieuchronną sytuację przygotowani? Powinniśmy, bo przecież niezdolność do samodzielnej egzystencji może być udziałem osoby w każdym wieku. Wystarczy wypadek, wiadomość o nieuleczalnej chorobie, głęboko upośledzone dziecko w rodzinie, by życie poszczególnych osób i ich rodzin uległo gwałtownej zmianie³.

Ryzyko niesamodzielnosci jest większe i powszechniejsze, niż mogłoby się wydawać, i wzrasta zwłaszcza w późnym wieku. Jak sobie wtedy poradzić – pytają osoby niesamodzielne i ich opiekunowie. Oczywiście, najpierw szukamy wsparcia w rodzinie, a gdy to nie wystarcza, w systemie ochrony zdrowia i w pomocy społecznej. O tym, że jest ono

¹ Przemówienie premiera Donalda Tuska wygłoszone 12 czerwca 2009r. w Bibliotece Uniwersytetu Warszawskiego przed prezentacją raportu Polska 2030.

² Według raportu z badań Instytutu Spraw Publicznych pt. „To idzie starość” 52% ankietowanych starszych osób nie miało poczucia bezpieczeństwa co do przyszłości w dalszych latach.

³ Polacy w przewadze nie przygotowują się do starości. Według diagnozy społecznej 2007 gotowość oszczędzania na starość (dodatkową emeryturę) wyraziło zaledwie 40%, na zdrowie tylko 15% pytaných.

często niedostępne, niewystarczające i zbyt drogie, przekonuje się co roku duża część osób niesamodzielnych i ich bliskich. Coraz częściej jesteśmy świadkami zaniedbań, bezduszności, swoistej „psychologii” pomiędzy instytucjami zobowiązanymi do pomocy potrzebującym. Drastyczne reportaże z życia osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji pojawiają się w mediach niemal co kilka dni. Poruszające są wołania o śmierć dla siebie lub najbliższych.

Widać wyraźnie, że opieka długoterminowa nad osobami niepełnymi i niesamodzielnymi nie jest właściwie zorganizowana i finansowana. To poważny problem – zważywszy, że takich osób jest już w Polsce nie mniej niż 700 tys., a wkrótce liczba Polaków niezdolnych do samodzielnej egzystencji osiągnąć ma – według prognoz – nawet 2,5 mln. Nie jest to tylko polski problem. Starzenie się społeczeństw jest, według Odnowionej Agendy Społecznej UE, motorem zmian w polityce społecznej w skali całej jednoczącej się Europy⁴.

2. Dlaczego powstała Zielona Księga o opiece długoterminowej?

Nim zostaną w Polsce przeprowadzone jakiegokolwiek zmiany, potrzebna jest rzetelna diagnoza obecnego stanu opieki nad osobami niepełnosprawnymi, trwale zależnymi od pomocy innych. Choć sprawom tym poświęcono dziesiątki wycinkowych opracowań i artykułów, do tej pory nikt nie stworzył w miarę kompleksowego opisu sytuacji zdrowotnej, materialnej i opiekuńczej osób niesamodzielnych oraz rodzajów i efektywności usług i świadczeń finansowych oferowanych tym osobom i ich opiekunom⁵.

Przystępując zatem do pracy nad poszukiwaniem możliwie najlepszych rozwiązań w dziedzinie opieki długoterminowej, postanowiliśmy najpierw przedstawić niniejszą Zieloną Księgę. Nie mamy ambicji, aby była ona pełnym, monograficznym opisem stanu zabezpieczenia potrzeb osób niesamodzielnych. Wymagałoby to szczegółowych, rozległych i długotrwałych badań, których nie przeprowadzono. Nasz raport po raz pierwszy w Polsce zbiera w jedną całość informacje o opiece długoterminowej nad osobami zależnymi od pomocy innych, zawarte w licznych opracowaniach naukowych, sprawozdaniach ministerstw i instytucji działających na tym polu. Zapewne nie są to wszystkie możliwe dane, analizy i prognozy; niestety, uzyskanie wielu ważnych informacji okazało się obecnie niemożliwe.

⁴ Zob. Odnowiona agenda społeczna: możliwości, dostęp i solidarność w Europie XXI wieku, Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady Europy, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego oraz Komitetu Regionów, Bruksela, 2 lipca 2008r., Monitor Europejski nr 51/2008 Urząd Komitetu Integracji Europejskiej, Warszawa, lipiec 2008r.

⁵ Jedyńie raport: „Opieka długoterminowa w Polsce: ocena stanu obecnego oraz rozwiązania na przyszłość” stanowi bardziej kompleksową próbę diagnozy. Zob. A. Kozierkiewicz, K. Szczurbińska, Opieka długoterminowa w Polsce: Ocena stanu obecnego oraz rozwiązania na przyszłość, Kraków 2007.

Uznaliśmy, że zebrany materiał jest wystarczający do sformułowania istotnych, dobrze udokumentowanych wniosków dotyczących skuteczności dzisiejszego systemu. Nasz raport idzie jednak dalej. Zarysowujemy w nim możliwe kierunki zmian oraz rekomendujemy najlepsze, w naszym przekonaniu, rozwiązania zmierzające do stworzenia nowej jakości systemu wsparcia osób niesamodzielnych. Naszym celem jest wywołanie publicznej i politycznej dyskusji na temat kształtu społecznej (publicznej) oferty w zakresie opieki adresowanej do bardzo szybko powiększającej się grupy ludzi, którzy wymagają pomocy osób trzecich w podstawowych funkcjach życiowych i społecznych.

3. Trudności definicyjne

Zdiagnozowanie sytuacji osób niesamodzielnych w Polsce oraz efektywności zapewnianego im wsparcia nie było łatwe. Niezdolność do samodzielnej egzystencji, choć jest niekiedy dostrzegana jako samodzielne ryzyko życiowe, to jednak wciąż nie została wyodrębniona w naszym systemie zabezpieczenia społecznego. Różne są definicje niesamodzielności. Stan ten jest określany w poszczególnych systemach przez odmienne cechy. Podobnie, pojęcia opieki długoterminowej, usług pielęgnacyjnych, usług opiekuńczych są w rozmaitych opracowaniach i ustawach różnie definiowane. Przede wszystkim musimy więc dookreślić, jak owe pojęcia rozumiemy.

Według Światowej Organizacji Zdrowia niepełnosprawność definiowana jest jako ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub zakresie uważanym za normalny dla człowieka spowodowany uszkodzeniem i upośledzeniem funkcji organizmu w następstwie choroby lub urazu.

Natomiast definicja zawarta w ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych⁶ jest nieco inna, gdyż tworzona była na potrzeby rozwiązań zawartych w tamtych przepisach. Podkreśla się w niej, że niepełnosprawność to „niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodująca niezdolność do pracy”, może mieć ona charakter trwały lub okresowy. Nie każda niepełnosprawność musi jednak oznaczać niesamodzielność. Pojęcie „niesamodzielności” nie funkcjonuje w polskim systemie prawnym z zakresu zabezpieczenia społecznego (podobnie jak pojęcie „niepełności”). W ustawach o pomocy społecznej oraz o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych mówi się o niezdolności do samodzielnego funkcjonowania lub samodzielnej egzystencji. Stan ten jest dokładniej opisany w ostatniej z tych ustaw, w artykule 4, w punkcie 4, w związku z punktem 1 tego artykułu. Niezdolność

⁶ Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych. Dz.U.97.123.776 z późn. zm.

do samodzielnej egzystencji oznacza tu naruszenie sprawności organizmu w stopniu uniemożliwiającym zaspokojenie bez pomocy innych osób podstawowych potrzeb życiowych, za które uważa się przede wszystkim samoobsługę, poruszanie się i komunikację. Jest to stan równoznaczny ze znacznym stopniem niepełnosprawności (patrz, art.5 ustawy o rehabilitacji(...)), do którego zalicza się „osoby o naruszonej sprawności organizmu, niezdolne do pracy albo zdolne do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagające, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób”. W naszym opracowaniu używać będziemy często pojęcia „niesamodzielnosci”. Przyjęliśmy jej roboczą wersję w poniższym brzmieniu:

Niesamodzielnosc to wynikajaca z uszkodzenia i uposludzenia funkcji organizmu w następcstwie choroby lub urazu niezdolnosc do samodzielnej egzystencji, powodujaca koniecznosc stalej lub dlugotrwalaj opieki lub pomocy osob drugich w wykonywaniu czynnosci dnia codziennego w zakresie odzywiania, przemieszczania sie, pielęgnacji ciata, komunikacji oraz zaopatrzenia gospodarstwa domowego.

Zdajemy sobie sprawe, ze nawet tak rozszerzone identyfikatory niesamodzielnosci nie sa zbyt precyzyjne. Co bowiem znaczy potrzeba „dlugotrwalaj” opieki lub pomocy? Czy liczy sie ja w dniach, tygodniach czy miesiacach? Co dokladnie kryje sie pod stwierdzeniami o niezdolnosci do samodzielnego funkcjonowania (egzystencji) i zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych? Uszczegolowienie, ze chodzi o samoobsluge, zdolnosc poruszania, komunikacje czy tez – jak przyjelismy w naszej definicji – wykonywanie czynnosci dnia codziennego w zakresie odzywiania, przemieszczania sie, pielęgnacji ciata oraz zaopatrzenia gospodarstwa domowego, nie wyjasnia wszystkiego. Z pewnoscia, chcąc precyzyjnie okreslic niesamodzielnosc jako nowe, powazne ryzyko w dziedzinie zabezpieczenia spolecznego, trzeba, w oparciu o zobiektywizowane wyznaczniki, uścielic mierniki niesamodzielnosci. Warto skorzystac z utrwalonych juz definicji ADL i IADL⁷ lub ze stosowanej przez NFZ znowelizowanej skali Barthele⁸. Kwestie te maja niebagatelne znaczenie dla procesu orzekania o przyznaniu statusu osoby niesamodzielnaj oraz dla okreslenia zakresu naleznych tym osobom swiadczęń. Brak tej precyzji powoduje dzis, ze orzekanie – przez powiatowe komisje ds. orzekania o niepełnosprawnosci – o znacznym

⁷ Według OECD ADL (Activities of daily living) to osobiste czynnosci życia codziennego, które osoba musi wykonać codziennie: jedzenie, picie, mycie, ubieranie, wstawanie i chodzenie spać, siadanie, poruszanie się, korzystanie z toalety i kontrolowanie funkcji pęcherza i jelit. Natomiast IADL (Instrumental Activities of Daily Living) to instrumentalne czynnosci życia codziennego związane z samodzielnoscia obejmujace: przygotowanie posilku, utrzymanie się, robienie zakupów, wykonywanie lekkich lub cięzkich prac domowych, korzystanie z telefonu.

⁸ Skala Barthele pozwala ocenic sprawnosc chorego – jakie czynnosci pacjent może wykonać sam lub z pomocą, albo nie może wykonać sam lub z pomocą, albo nie może wykonać ich wcale. Wg skali Barthele maksymalnie pacjent może otrzymać 100 pkt, a min. 0 pkt. Według skali Barthele pacjentów można podzielic na trzy grupy w zaleznosci od ich stanu psychoruchowego. Kwalifikacja wg skali Barthele nie dotyczy pacjentów z ograniczona sprawnoscia psychofizyczna wynikajaca z procesu starzenia się. Pacjenci ci kwalifikuja się do opieki socjalnej np. w domach pomocy spolecznej.

stopniu niepełnosprawności tylko deklaratywnie pokrywa się z orzecnictwem ZUS lub KRUS o niezdolności do samodzielnej egzystencji. Tam, lekarz orzecznik (rzeczoznawca) orzeka o niezdolności do samodzielnej egzystencji w przypadku naruszenia sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych (zgodnie z definicją zawartą w ustawie o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, Dz. U. nr 162 poz. 1118). Wyroki Sądu Apelacyjnego w Katowicach (z 27 kwietnia 2000 r. sygn. III AUa 190/00 oraz z 21 lutego 2002 r. sygn. III AUa 1333/01) wyjaśniają szerzej zakres przedmiotowy pojęcia niezdolności do samodzielnej egzystencji: jest to nie tylko opieka i pielęgnacja, czyli zapewnienie ubezpieczonemu możliwości poruszania się, odżywiania, zaspokajania potrzeb fizjologicznych, utrzymania higieny osobistej itp., ale także pomoc w załatwianiu elementarnych spraw życia codziennego, takich jak robienie zakupów, uiszczanie opłat, wizyty u lekarza.

Jeszcze inne kryteria brane są pod uwagę przy przyznawaniu świadczeń z zakresu opieki długoterminowej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego (znowelizowana skala Barthel). Sprawa komplikuje się dodatkowo, gdy uprzytomnimy sobie, że owa niemożność samodzielnego funkcjonowania jest faktycznie zróżnicowana nie tylko co do czasu występowania, lecz przede wszystkim nasilenia. Niesamodzielnosc w zakresie samoobsługi, zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych, poruszania się, komunikacji, odżywiania, pielęgnacji itd. może występować w mniejszym lub większym stopniu. I właśnie od nasilenia tych dysfunkcji (w określonym czasie) różnicowany powinien być zakres pomocy. Dziś tego rodzaju rozróżnień się nie czyni, co nie pozwala właściwie zaadresować świadczeń i zubaża paletę proponowanych form wsparcia.

Uznaje się za oczywiste, że podstawowym świadczeniem, na jakie powinna móc liczyć osoba niezdolna do samodzielnego funkcjonowania, jest odpowiednia opieka długoterminowa. Choć w potocznym rozumieniu spotykamy to pojęcie dość często, to jednak próżno szukalibyśmy jednoznacznego, ustawowego określenia tego terminu. Nie precyzuje się zakresu usług składających się na tę formę opieki ani w przepisach z zakresu pomocy społecznej, ani w ustawach i aktach prawnych niższego rzędu w resorcie zdrowia. Wydaje się to niezrozumiałe, jako że oba te resorty świadczą gros usług dla osób wymagających stałej, bądź długotrwałej pomocy (czyli „opieki długoterminowej”).

Wprawdzie Ministerstwo Zdrowia, także na użytek tego opracowania, określa opiekę długoterminową, jednakże bezskutecznie byłoby szukać tej definicji w ustawie o świadczeniach medycznych finansowanych ze środków publicznych czy w ustawie

o zakładach opieki zdrowotnej. Przytoczmy jednak definicję proponowaną przez Ministerstwo Zdrowia:

„Opieka długoterminowa to długookresowa, ciągła i profesjonalna pielęgnacja i rehabilitacja oraz kontynuacja leczenia farmakologicznego i dietetycznego. Opieka ta realizowana jest w zakładach opieki stacjonarnej lub w domu chorego.”⁹

Natomiast w raporcie *Opieka długoterminowa w Polsce: ocena stanu obecnego oraz rozwiązania na przyszłość*, autorzy (A. Kozierekiewicz i K. Szczerbińska), powołując się na Ministerstwo Zdrowia, określają opieką długoterminową następująco: „opieka długoterminowa dotyczy osób przewlekle i obłożnie chorych, których stan zdrowia nie wymaga leczenia w warunkach ostrego oddziału szpitalnego, natomiast powoduje występowanie poważnych deficytów w samoopiece (czyli niemożności samodzielnego zadbania o siebie) uniemożliwiając im niezależne, samodzielne funkcjonowanie w swoich domach. Osoby te wymagają codziennej, a nieraz i całodobowej, profesjonalnej, intensywnej opieki, pielęgnacji oraz kontynuacji leczenia”.¹⁰ Tak samo, charakteryzując grupę opieki, przedstawia się opiekę długoterminową również w naszej Zielonej Księdze, w odniesieniu do usług z tego zakresu świadczonych w ochronie zdrowia. Odpowiada to opisowi zawartemu w §11 Zarządzenia Prezesa NFZ precyzującym sytuację pacjenta kwalifikowanego do opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych.¹¹

Oczywiście, realizatorzy działań w tym zakresie – zarówno w ochronie zdrowia, jak i pomocy społecznej – posługiwać się muszą bardziej precyzyjnymi określeniami. Narodowy Fundusz Zdrowia, który w zakresie opieki długoterminowej kontraktuje cały szereg usług, jeszcze w roku 2007 opisywał opiekę długoterminową jako wyodrębniony rodzaj (grupę) świadczeń, na realizację których zawiera się umowy na określonych warunkach. W słowniczku zawartym w tym Zarządzeniu opieka długoterminowa nie jest jednak definiowana. Określone są tam za to:

– pakiet świadczeń – jako grupa procedur medycznych udzielanych w zakresach świadczeń w rodzaju opieka długoterminowa;

– zakres świadczeń jako świadczenie lub grupa świadczeń wyodrębnionych w rodzaju opieka długoterminowa, dla których w umowie określa się sposób finansowania.

Z przywołanego Zarządzenia (§3,4) wynika także, że do opieki długoterminowej zalicza się świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz opiekę paliatywno- hospicyjną. Dla obu tych

⁹ Według OECD opieka długoterminowa obejmuje usługi świadczone osobom, które przez dłuższy czas są zależne od pomocy w podstawowych i instrumentalnych czynnościach życia codziennego ADLs i IADLs

¹⁰ Op. Cit. str. 7

¹¹ Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 61/2007/DS02 z dnia 19.09.2007r.

grup określono w zarządzeniu zakres świadczeń oraz formy, w jakich mogą być one realizowane (stacjonarnie, w warunkach domowych lub ambulatoryjnie). Określono dość precyzyjnie tryb i zasady kierowania pacjentów do poszczególnych rodzajów usług oraz podstawowy pakiet należnych im świadczeń.

Z naszego punktu widzenia najważniejsze jest jednak to, że Zarządzenie Prezesa NFZ Nr 61/2007/DSOZ jednoznacznie ustala kryteria kwalifikowania do opieki długoterminowej. Oparto się na zmodyfikowanej skali Barthel. Po raz pierwszy określono graniczny poziom samodzielności / niesamodzielności i, tym samym, grupę pacjentów, uprawnionych do korzystania z usług opieki długoterminowej w systemie ochrony zdrowia. Rozstrzygnięcie to ma charakter przełomowy. Zauważmy jednak, że wyznaczono tylko jeden poziom niezależności / zależności (terminy te występują w skali Bartel zamiennie z pojęciami samodzielności i niesamodzielności). Ponadto skala Barthel dotyczy tylko sprawności fizycznej.

W sensie definicyjnym, opieka długoterminowa jest o wiele mniej doprecyzowana w systemie pomocy społecznej. Mimo że instytucja ta powinna koncentrować się na opiece, przepisy z zakresu pomocy społecznej nie zawierają pojęcia opieki długoterminowej. Ustawa o pomocy społecznej¹² (art. 7) mówi jedynie, że pomocy społecznej udziela się m.in. z powodu niepełnosprawności oraz długotrwałej i ciężkiej choroby. Podobnie w artykułach 50,51,52,53 ogólnie określa się kryteria przyznawania pomocy w formie usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych, umieszczenia w ośrodku wsparcia, poszczególnych rodzajach domów pomocy społecznej czy mieszkaniu chronionym. Jako powód do udzielenia wsparcia wskazuje się tu wiek (co powinno dziś budzić sprzeciw), chorobę lub inne okoliczności powodujące, że zainteresowany wymaga pomocy innych. Przepisy precyzują, jakiego rodzaju pomocy spodziewać się można w ramach usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych. Opisane to jest bliżej w jednej z części tego opracowania. Zauważmy jednak, że w pomocy społecznej nie ma jednolitych i jasnych kryteriów kwalifikowania do świadczeń opiekuńczych, nie określono standardu dla poszczególnych rodzajów czynności opiekuńczych, nie zróżnicowano stopnia (nasilenia) świadczeń w zależności od stopnia niesamodzielności (zależności od pomocy innych).

Z wyżej opisanych powodów proponujemy własną ponadresortową, następującą definicję opieki długoterminowej:

Opieka długoterminowa to profesjonalne lub nieprofesjonalne, intensywne i długotrwałe usługi opiekuńcze i pielęgnacyjne świadczone codziennie osobom niesamodzielnym (niezdolnym do samodzielnej egzystencji) w zakresie odżywiania, przemieszczania, pielęgnacji ciała, komunikacji oraz zaopatrzenia gospodarstwa domowego.

¹² Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004r. Dz.U. 2004 Nr 64 poz. 593

Podsumujmy zatem tą część rozważań: świadomość, że konieczne jest wydzielenie niesamodzielności jako odrębnego ryzyka w systemie zabezpieczenia społecznego, nie znajduje odzwierciedlenia w polskim systemie prawnym. W przepisach regulujących kwestie wsparcia osób niesamodzielnych (w pomocy społecznej, ale częściowo też w ochronie zdrowia) mamy do czynienia z brakiem niektórych podstawowych definicji, niespójnościami terminologicznymi, brakiem precyzji w określaniu zakresu i rodzaju świadczeń, niskim poziomem ich dopasowania do rzeczywistych i zmiennych w czasie potrzeb osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji.

Niemożliwe jest dziś jasne określenie, komu, co, w jakim zakresie, na jak długo i na jakich zasadach przysługuje w ramach opieki długoterminowej – zarówno w ramach pomocy społecznej, jak i ochrony zdrowia. Co więcej, w sytuacji niesamodzielności zakresy interwencji obu tych systemów albo na siebie zachodzą, albo wykluczają współdziałanie. Należy zatem wyjść od dokładnych i konkretnych definicji pojęć „niesamodzielności” i „opieki długoterminowej”. Zdeterminuje to, w dużym stopniu, grupę docelową tej formy wsparcia, dookreśli jej zakres oraz wyodrębni niezdolność do samodzielnej egzystencji jako stan wymagający specyficznych działań ze strony pomocy społecznej i ochrony zdrowia. Od przyjętych rozstrzygnięć zależny będzie stopień zaangażowania każdego z uczestników procesu wsparcia tej szczególnej grupy niepełnosprawnych i przewlekle chorych. Uznanie opieki długoterminowej za odrębny rodzaj pomocy umożliwi tak pożądaną koordynację działań na rzecz osób zależnych i niedołączonych.

4. Co znajdziemy w Zielonej Księdze

W Części I, P. Błędowski przedstawia analizę obecnej i przyszłej sytuacji demograficznej w Polsce pod kątem zapotrzebowania na usługi w opiece długoterminowej. Starzenie się społeczeństwa będzie bowiem bez wątpienia generować wzrost presji na świadczenie przez sektor publiczny różnorodnych usług wspomagających osoby niesamodzielne i ich opiekunów. Trzeba przy tym pamiętać, że zmiana struktury rodzin równocześnie zmniejszać będzie ich potencjał opiekuńczy. Następna część (II), autorstwa A. Wilmowskiej, stara się zobrazować sytuację zdrowotną ludności Polski, a później przedstawić kondycję materialną i społeczną osób niepełnosprawnych i niesamodzielnych. Część III jest opisem działań podejmowanych na rzecz zaspokojenia potrzeb osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji w ramach systemu ochrony zdrowia. Jest to informacja pochodząca z resortu zdrowia oraz NFZ przygotowana przez B. Witkowską. Rodzaje działań wspierających i opiekuńczych adresowanych do osób niesamodzielnych przez służby pomocy społecznej zawiera część IV. Została ona przygotowana przez Departament Pomocy i Integracji Społecznej MPiPS (autorstwa głównie K. Wyrwickiej i J. Łukasik). Układając plan tego

opracowania doszliśmy do wniosku, że dla naszych krajowych poszukiwań pożyteczne byłoby dokonanie analizy porównawczej wybranych, różnych i charakterystycznych modeli funkcjonowania opieki długoterminowej w wytypowanych krajach UE. Zawiera to część V przygotowana przez Z. Czepulis-Rutkowską. Każdy z rozdziałów kończą wnioski (konkluzje) lub zapowiedzi zmian (w przypadku informacji resortowych). Jednym z kluczowych zagadnień jest sposób i poziom finansowania opieki długoterminowej w Polsce. O tym mówi kolejna, VI część raportu opracowana przez P. Błędowskiego. Księgę zamyka część VII zawierająca podsumowanie, wnioski generalne oraz rekomendacje Grupy Roboczej przy Klubie Senatorów PO, powołanego pierwotnie w celu przygotowania projektu ustawy o ubezpieczeniu od ryzyka niesamodzielności. Grupa Robocza postanowiła jednak zarekomendować dwuetapowe zmiany. Wstępne założenia do ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym oraz o ubezpieczeniu opiekuńczym wraz z ogólną oceną skutków tych regulacji kończą tę część opracowania. W trakcie prac zespołu przygotowującego Zieloną Księgą byliśmy w łączności z ekspertami Banku Światowego, którzy rozpoczęli prace nad studium przypadku w obszarze funkcjonowania opieki nad niesamodzielnymi w Polsce.

5. Zespół jego zadania i członkowie

Zespół, który opracował ten raport powstał decyzją KP PO dnia 27 sierpnia 2008 r. W jego skład weszli:

- parlamentarzyści M. Augustyn i Wł. Sidorowicz – senatorowie, M. Okła-Drewnowicz i Marek Plura – posłowie;
- eksperci: prof. A. Wilmowska-Pietruszyńska, prof. P. Błędowski, dr Z. Czepulis-Rutkowska, dr K. Szczerbińska;
- przedstawiciele ministerstw oraz instytucji: K. Wyrwicka, J.Łukasik, B. Witkowska, Zbigniew Wasiak.

W ciągu niespełna roku pracy to wyjątkowe w swym składzie gremium zdołało przeanalizować stan poprzednio prowadzonych prac nad ustawą pielęgnacyjną oraz zaktualizować i pozyskać ogromną liczbę danych z MZ, NFZ, MPiPS, GUS, ZUS, KRUS, PFRON, MON oraz MSWiA. Na kilkunastu posiedzeniach Grupa Robocza analizowała organizację, funkcjonowanie i finansowanie usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych nad osobami niezdolnymi do samodzielnej egzystencji zarówno w Polsce, jak i wielu innych krajach. To właśnie ten zespół postanowił przygotować Zieloną Księgę na temat opieki długoterminowej w Polsce, aby zapoczątkować szeroką dyskusję o potrzebie i kierunkach zmian. Jako przewodniczący tej Grupy pragnę wszystkim jej uczestnikom, a w szczególności autorom poszczególnych części, serdecznie podziękować. Powstanie Zielonej Księgi zawdzięczamy

przede wszystkim silnemu przekonaniu członków Grupy Roboczej o potrzebie pracy nad polepszeniem sytuacji osób zależnych od opieki. Wszyscy wykonywali tę pracę wyłącznie honorowo, ale z dużym zaangażowaniem. Korzystaliśmy ze wsparcia ekspertów Banku Światowego, Departamentu Analiz KRM, E. Szwatkiewicz – krajowego konsultanta w zakresie opieki długoterminowej. Wiele zawdzięczamy też Danucie Sasin, która w imieniu biura Klubu Senatorów PO odpowiedzialna była za organizacyjną obsługę Grupy Roboczej.

Choć mamy świadomość licznych braków wynikłych z niedostatku szczegółowych danych i gruntownych badań, jesteśmy przekonani, że Zielona Księga wywoła refleksję i debatę, której owocem będzie lepsze zabezpieczenie potrzeb i - tym samym - godności tych, którzy muszą liczyć na pomoc innych, by funkcjonować w przyzwoitych warunkach.

Warto też zauważyć, że przygotowywanie Zielonej Księgi jako zaczątku dyskusji politycznej i publicznej już na wstępnym etapie prac zmierzających do zmian systemowych i ustawowych jest w Polsce sytuacją wyjątkową. To, że opracował ją zespół nie tylko ponadresortowy, ale także parlamentarno – ekspercki, jest sytuacją unikalną. Było to możliwe dzięki ministrowi Michałowi Boniemu oraz kolejnym przewodniczącym KP PO Zbigniewowi Chlebowskiemu i G. Schetynie. Im także pragnę podziękować.

Mieczysław Augustyn

Część I. Przesłanki demograficzne wprowadzenia nowej formy organizacji i finansowania opieki długoterminowej w Polsce

Oceniając wpływ przesłanek demograficznych na skalę zapotrzebowania na świadczenia opiekuńcze i pielęgnacyjne należy na wstępie podkreślić, iż wprawdzie głównym czynnikiem generującym to zapotrzebowanie jest demograficzne starzenie się społeczeństwa¹³, ale nie można zapominać o zwiększającej się liczbie osób młodych lub będących średnim w wieku, które w następstwie choroby lub na skutek wypadku albo urazu stają się niesamodzielne. Jakkolwiek w niniejszym opracowaniu uwaga koncentruje się na znaczeniu przeobrażeń demograficznych w najstarszej grupie ludności Polski, całościowy szacunek zapotrzebowania na usługi opiekuńczo - pielęgnacyjne wymaga też uwzględnienia wśród osób wymagających pomocy i opieki z racji niesamodzielności obecności ludzi młodszych wiekiem. W większości krajów stosunek osób starszych objętych opieką długoterminową do osób korzystających z niej w pozostałych grupach wiekowych wynosi jak 80 : 20.

Generalnie, wśród czynników stymulujących zapotrzebowanie na świadczenia pielęgnacyjne można wymienić:

- demograficzne starzenie się społeczeństwa;
- sytuacja na rynku pracy;
- procesy migracyjne;
- zmiany w strukturze i funkcjach rodziny;
- zmiany wielkości gospodarstw domowych.

Znaczenie tych czynników zmienia się w różnych okresach (dotyczy to zwłaszcza sytuacji na rynku pracy i skali procesów migracyjnych), ale za szczególnie ważne i wywierające trwały wpływ na popyt na usługi pielęgnacyjne i opiekuńcze należy uznać: powiększający się odsetek osób starszych i zmiany w strukturze rodziny oraz w wielkości gospodarstw domowych.

Jednym z najważniejszych argumentów uzasadniających potrzebę nowego uregulowania zagadnień związanych z organizacją, udzielaniem i finansowaniem świadczeń opieki długoterminowej, są zmiany zachodzące w strukturze demograficznej polskiego społeczeństwa. Jak powszechnie wiadomo, współczesne procesy demograficzne w Europie przynoszą w następstwie demograficzne starzenie się społeczeństw, czyli systematyczny wzrost odsetka osób starych w społeczeństwie.

¹³ Przez demograficzne starzenie się społeczeństwa rozumie się wzrost odsetka ludzi starych w społeczeństwie. Wzrost tego odsetka wynika przede wszystkim ze spadku liczby urodzeń, a w drugiej kolejności – z wydłużania się przeciętnego czasu trwania życia człowieka.

Odrębnym zagadnieniem jest określenie granic starości. Wśród wielu koncepcji prezentowanych w literaturze przedmiotu¹⁴ za przydatne do opracowania niniejszej analizy uważam te, które przyjmują wiek 65 lat za granicę starości. Nie jest to wprawdzie zgodne z aktualnymi poglądami gerontologów i demografów, jak też z praktyką postępowania w niektórych krajach¹⁵. Za przyjęciem tej granicy w niniejszych rozważaniach przemawiają jednak dwa argumenty:

1. W dostępnych dla Polski danych demograficznych wyeksponowana jest grupa wieku 65 lat i więcej. Taka sama grupa pojawia się w raportach demograficznych innych państw, toteż możliwe jest dokonywanie porównań.
2. W przypadku mężczyzn, wiek 65 stanowi granicę wieku emerytalnego, toteż pozostanie przy tej wielkości ułatwia dokonywanie szacunków między liczbą osób w wieku produkcyjnym i poprodukcyjnym.

Konsekwencją przyjęcia takiej granicy starości jest konieczność dokonania rozróżnienia między starością a starością sędziwą (czyli między tzw. III a IV wiekiem). Ten drugi typ starości rozpoczyna się z wiekiem 80 lat. W opracowaniach specjalistów z zakresu aspektów ekonomicznych opieki długoterminowej podkreśla się, że właśnie osoby w wieku 80 lat i więcej stanowią grupę liczebnie dominującą wśród świadczeniobiorców (zob. wykres 2 na dalszej części opracowania). Z tego względu w opracowaniu szczególna uwaga poświęcona będzie populacji osób w wieku 80+.

Za kluczowe uznane zostały następujące zagadnienia:

- zmiany liczby osób starszych w Polsce do roku 2035;
- zmiany relacji między liczbą osób w wieku produkcyjnym i poprodukcyjnym;
- zmiany w wielkości gospodarstw domowych.

Z dużą dozą prawdopodobieństwa można oczekiwać, że te właśnie aspekty zmian demograficznych w największym stopniu będą oddziaływać na zapotrzebowanie na świadczenia pielęgnacyjne i usługi opiekuńcze.

1. Zmiany liczby osób starszych i proces demograficznego starzenia się ludności Polski do roku 2035

Oczekiwanemu przez demografów wzrostowi liczby osób starszych w Polsce towarzyszyć będzie ogólny spadek liczby ludności. Zakłada się, że w latach 2007 – 2035 wyniesie on 2123

¹⁴ Omówienie granic starości zob. m.in. P. Błędowski, Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych, SGH, Warszawa 2002.

¹⁵ W Niemczech granica wieku emerytalnego, a więc granica starości ekonomicznej, podniesiona została na mocy ustawy przyjętej przez Bundestag stopniowo z 65 do 67 dla obu płci. Tym samym odrzucony został pogląd, iż osiągnięcie wieku 65 lat jest tożsame z osiągnięciem starości ekonomicznej.

tys. osób¹⁶. Podczas gdy w grupach wieku 0-17 lat liczba ludności zmniejszy się o 1856 tys., a w grupie osób w wieku 18-44 lata aż o 4433 tys., w wyższych grupach wieku zanotowany zostanie przyrost liczby ludności, a mianowicie o 237 tys. wśród osób znajdujących się w drugim etapie aktywności zawodowej (45-59 lat); o 703 tys. wśród osób w wieku 60-64 lata i o 3227 tys. wśród osób w wieku 65 lat i więcej. 1484 tys. osób z tej grupy stanowić będą mężczyźni, a 1743 tys. – kobiety (tab. 1).

Na podstawie cytowanej prognozy można obliczyć, że wynoszący w 2007 r. 13,46% odsetek osób w wieku 65 lat i więcej wzrośnie w Polsce do roku 2035 do 23,22%. Wzrost ten będzie spowodowany przede wszystkim spadkiem dzietności i współczynnika płodności kobiet, ale dodatkowo wynika z wydłużającego się czasu trwania życia.

Jak można odczytać z tabeli, czeka nas szybki wzrost liczby ludności w wieku 65 lat i więcej. W roku 2035 należy oczekiwać niemal 8,4 mln osób w tej grupie wiekowej. Prawie 5 mln wśród nich będą stanowiły kobiety. Zarówno w miastach, jak na terenach wiejskich odsetek ludności w wieku 65 lat i więcej powiększy się w latach 2007 – 2035 o około 63%. Liczba sześćdziesięcioletków i starszych osiągnie odpowiednio 5,15 i 3,21 mln osób. Można oczekiwać, że przewidywany spadek liczby ludności do roku 2035 o 2,12 mln nie będzie miał istotnego wpływu na skalę potrzeb pielęgnacyjnych, bowiem w tym samym okresie liczba ludności w wieku 65 lat i więcej wzrośnie o 3,23 mln, w tym osiemdziesięcioletków – o 1,43 mln.

¹⁶ Rocznik demograficzny 2008, GUS, Warszawa 2008, tab. 49, s. 195.

Tabela 1. Prognoza ludności Polski do roku 2035 (w tys.).¹⁷

lata	2007	2010	2015	2020	2025	2030	2035
grupa wieku							
Ogółem							
	38116	38092	38016	37830	37438	35796	35993
0—17	7488	7107	6918	6959	6816	6253	5632
18—44	15267	15294	15005	14072	12823	11624	10834
45—59	8482	8211	7473	7195	7765	8622	8719
60—64	1747	2327	2691	2650	2190	2102	2450
65+	5131	5153	5929	6954	7844	8195	8358
Mężczyźni							
	18412	18381	18329	18239	18052	17743	17365
0—17	3838	3646	3556	3580	3508	3218	2899
18—44	7732	7741	7587	7117	6495	5905	5520
45—59	4110	3986	3650	3543	3841	4278	4340
60—64	796	1066	1240	1236	1037	1008	1186
65+	1936	1941	2295	2763	3171	3334	3420
Kobiety							
	19704	19711	19688	19591	19386	19053	18628
0—17	3650	3461	3362	3379	3309	3035	2733
18—44	7536	7552	7418	6955	6327	5719	5314
45—59	4372	4225	3822	3652	3923	4345	4378
60—64	951	1260	1451	1414	1153	1094	1264
65+	3195	3212	3634	4191	4673	4862	4938

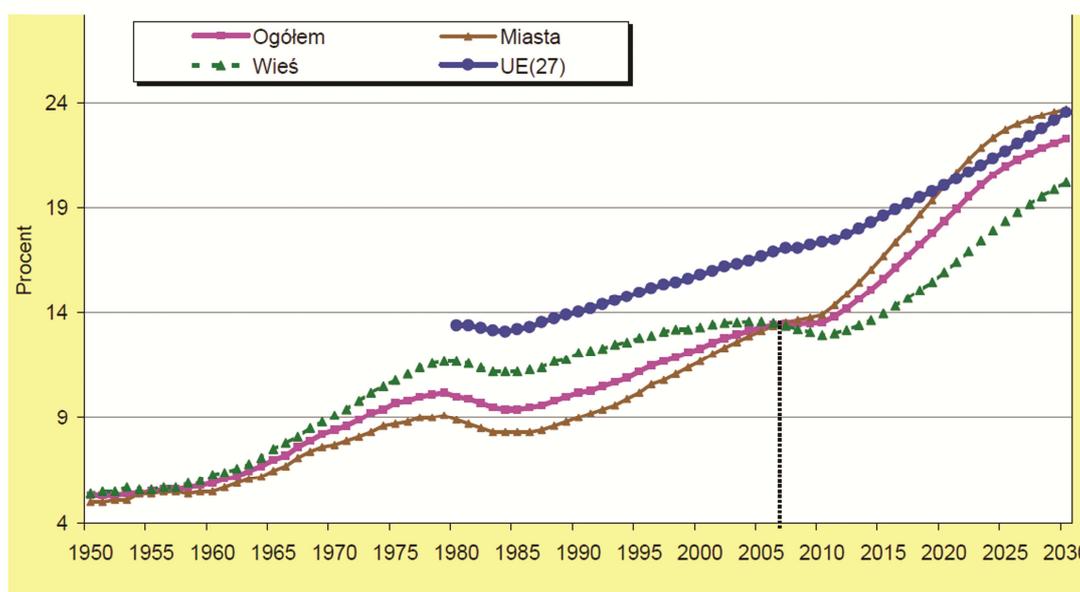
Jak można odczytać z tabeli, czeka nas szybki wzrost liczby ludności w wieku 65 lat i więcej. W roku 2035 należy oczekiwać niemal 8,4 mln osób w tej grupie wiekowej. Prawie 5 mln wśród nich będą stanowiły kobiety. Zarówno w miastach, jak na terenach wiejskich odsetek ludności w wieku 65 lat i więcej powiększy się w latach 2007 – 2035 o około 63%. Liczba sześćdziesięcioletników i starszych osiągnie odpowiednio 5,15 i 3,21 mln osób. Można oczekiwać, że przewidywany spadek liczby ludności do roku 2035 o 2,12 mln nie

¹⁷ Rocznik demograficzny 2008, GUS, Warszawa 2008, tab. 49, s. 195.

będzie miał istotnego wpływu na skalę potrzeb pielęgnacyjnych, bowiem w tym samym okresie liczba ludności w wieku 65 lat i więcej wzrośnie o 3,23 mln, w tym osiemdziesięciolatek – o 1,43 mln.

Tempo demograficznego starzenia się ludności staje się coraz szybsze. Jak pokazuje wykres 1, w ciągu najbliższych lat ulegnie ono jeszcze większemu, znacznemu przyspieszeniu i będzie należało do najwyższych w Europie. Fakt ten będzie miał istotne znaczenie dla oceny zapotrzebowania na świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze. Stronę popytową należałoby zestawzić ze stroną podażową, tymczasem podaż świadczeń opiekuńczych jest nadal poważnie ograniczona, nie tylko ze względu na niskie wynagrodzenia w tym sektorze, ale i z uwagi na silną konkurencję na rynkach zagranicznych, która sprawia, że wiele opiekunów i opiekunek kształconych do pracy w tym zawodzie w Polsce podejmuje – nie zawsze legalnie – pracę za granicą.

Wykres 1. Odsetek ludności w wieku 65 lat i więcej w Polsce 1950 - 2030¹⁸



¹⁸ Sytuacja zdrowotna ludności Polski, NIZP 2008

Wydłużenie czasu trwania życia odgrywa decydującą rolę w procesie podwójnego starzenia się ludności, czyli w szybkim wzroście odsetka osób w wieku 80 lat i więcej w całym społeczeństwie, ale również w grupie osób w wieku 65 lat i więcej. Konsekwencją takiego procesu jest faktycznie szybszy, niż wynikałoby to z informacji dotyczących zwiększenia liczby i odsetka osób w wieku 65+ w społeczeństwie, wzrost zapotrzebowania na świadczenia pielęgnacyjne.

Wychodząc z założenia, iż skala zapotrzebowania na świadczenia dla osób niesamodzielnych jest zdeterminowana przez liczbę osób w wieku 80 lat i więcej, należy podkreślić, że o ile w roku 2035 liczba ludności w wieku 65 lat i więcej wzrośnie w stosunku do roku 2007 o 62,9 % (liczba mężczyzn w tej grupie wieku wzrośnie o 76,6 %, a kobiet o 54,6 %), o tyle liczba osób w wieku 80 lat i więcej wzrośnie ponad dwukrotnie. Ogółem, liczba osób w wieku 80+ zwiększy się aż o 125,8%! Szczegóły dotyczące liczby osiemdziesięciolatek i starszych zawiera tab. 2.

Tabela 2. Prognoza ludności w wieku 80 lat i więcej do roku 2035 (w tys.).¹⁹

	Lata								
	2007	2008	2009	2010	2015	2020	2025	2030	2035
Ogółem	1140	1197	1252	1314	1488	1566	1537	2005	2574
mężczyźni	335	354	374	396	457	484	479	656	862
kobiety	806	843	879	919	1031	1083	1059	1349	1712
Miasta	667	702	738	779	912	992	1004	1343	1723
mężczyźni	191	204	217	232	279	304	310	431	557
kobiety	476	498	521	547	633	688	694	912	1166
Wieś	473	495	515	536	576	574	533	662	851
mężczyźni	144	151	157	164	178	180	169	225	305
kobiety	329	344	358	372	398	395	364	437	546

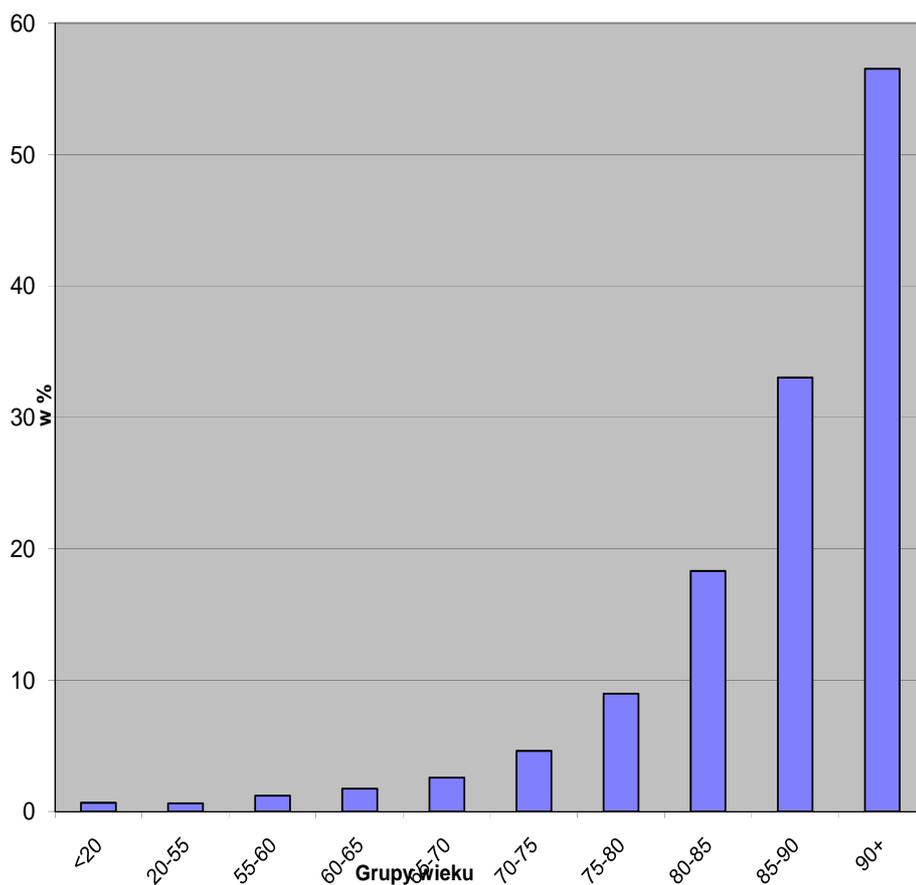
Jak wynika z powyższej tabeli, dynamika liczby osób w wieku 80+ nie będzie w analizowanym okresie równa. Liczba sędziwych osób będzie zwiększać się najszybciej w latach 2025 – 2035, kiedy w obu pięcioletnich okresach sięgnie około 30 % (30,5 % oraz 28,4 %). Do tego okresu system opieki i pielęgnacji osób niesamodzielnych powinien być szczególnie starannie

¹⁹ Prognoza ludności na lata 2008 – 2035, GUS, Warszawa 2009, tab. A6, s. 204.

przygotowany. Liczba osiemdziesięciolatek i starszych wzrośnie szczególnie w miastach. W 2035 będzie ona większa o 158,3% niż w 2007 r., a w przypadku mężczyzn mieszkających w miastach wzrost ten będzie jeszcze większy i wyniesie 191,6%. Innymi słowy, liczba mężczyzn w wieku 80+ mieszkających w miastach prawie się potroi.

Trudno przecenić znaczenie tych informacji, jeśli wziąć pod uwagę, że realizowane za granicą badania wskazują na wyraźny związek między wiekiem człowieka a zapotrzebowaniem na pielęgnację. Ryzyko niesamodzielności staje się w starości, zwłaszcza późnej, coraz wyższe. W grupie osób w wieku 90 lat i więcej notuje się więcej niż połowę osób niesamodzielnych (wykres 2). Podwójne starzenie się pociąga zatem za sobą wzrost popytu na świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze.

Wykres 2. Zapotrzebowanie na świadczenia pielęgnacyjne w różnych grupach wieku.²⁰



²⁰ H. Rothgang, Long-term care: How to organize affordable, sustainable long-term care, The Haag, February 2009

Ponieważ odsetek osiemdziesięciolatków w społeczeństwie Polski będzie systematycznie wzrastał (wspomniane już zjawisko podwójnego starzenia się ludności), należy liczyć się z tym, że finanse publiczne mogą mieć poważne trudności, by sprostać wyzwaniom związanym z finansowaniem świadczeń społecznych i opieki zdrowotnej dla tej grupy ludności. Należy również wziąć pod uwagę niebezpieczeństwo antagonizacji społeczeństwa, które może być zmuszone do dokonywania wyboru, potrzeby której grupy społecznej (kategorii wieku) powinny być zaspokojone w pierwszej kolejności. W tej sytuacji najlepszą drogą jest stworzenie zawczasu systemu finansowania świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych adresowanych do osób niesamodzielnych. Tab. 3 pokazuje, jak do roku 2035 będzie się zwiększał w Polsce odsetek osób w wieku 80 lat i więcej.

Tabela 3. Prognoza ludności w wieku 80 lat i więcej do roku 2035 (w %).²¹

	Lata								
	2007	2008	2009	2010	2015	2020	2025	2030	2035
Ogółem	3,0	3,1	3,3	3,5	3,9	4,1	4,1	5,5	7,2
mężczyźni	1,8	1,9	2,0	2,2	2,5	2,7	2,7	3,7	5,0
kobiety	4,1	4,3	4,5	4,7	5,2	5,5	5,5	7,1	9,2

Jak wynika z tabeli 3, w ciągu najbliższych 26 lat nastąpi nie tylko więcej niż podwojenie liczby osiemdziesięciolatków co jest ważne z punktu widzenia organizacji usług opieki długoterminowej ale – co ważniejsze z perspektywy makroekonomicznej – ponad dwukrotnie zwiększy się odsetek osób w wieku 80+ w społeczeństwie. Ten fakt powinien trafić do świadomości społecznej, oznacza bowiem, że w roku 2035 niemal co czwarty mieszkaniec naszego kraju będzie sobie liczył co najmniej 65 lat, co 14 będzie miał ukończone 80 lat! W przypadku kobiet liczby te będą miały jeszcze bardziej dramatyczny wymiar, bowiem wiek nie niższy niż 80 lat będzie miała osiągnięty co jedenasta kobieta. Tempo przyrostu liczby osób należących do tej grupy wieku nie będzie równe w miastach i na wsi: o ile na wsi wzrośnie ona w latach 2007 – 2035 o blisko 80%, o tyle w miastach zwiększy się ona o ponad 158%. W miastach przybędzie ponad 1060 tys. osób w wieku 80 lat i więcej. Biorąc pod uwagę fakt, że gospodarstwa domowe mieszkańców miast, podobnie jak ich rodziny są przeciętnie mniej

²¹ Prognoza ludności na lata 2008 – 2035, GUS, Warszawa 2009, tab. A7, s. 219 i n.

liczne niż na wsi, należy się liczyć ze znacznym wzrostem popytu na świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze zwłaszcza w miastach.

Należy przy tym podkreślić, że przedstawiona przez GUS prognoza ludności na lata 2008 – 2035 zakłada umiarkowane tempo procesów migracyjnych. Przyjęty wariant przewiduje, iż emigracja definitywna (na pobyt stały) będzie do roku 2020 osiągać rozmiary nie przekraczające 40 tys. osób rocznie. Nie ma podstaw, by poddawać w wątpliwość przyjęte założenie, jednak trzeba podkreślić, że dla oceny możliwości zaspokojenia zapotrzebowania na świadczenia pielęgnacyjne przez rodzinę i grupy nieformalne o wiele większe znaczenie będzie miała czasowa migracja zarobkowa. Ustalenie jej faktycznych rozmiarów jest niezmiernie trudne, ale wiadomo, że w poszukiwaniu pracy wyjeżdżają częściej osoby stosunkowo młode. Może to w praktyce powodować, że opinia, iż rodzina może przejąć całość lub znaczną część zadań związanych z pielęgnacją osoby niesamodzielnej, okaże się błędna.

Wzrost liczby ludzi starych w polskim społeczeństwie znajduje odzwierciedlenie w szacunkach dotyczących trwania życia. Przeciętny okres trwania życia w Polsce uległ już znacznemu wydłużeniu. W przypadku mężczyzn wynosił on w 1970 r. 66,6 roku, podczas gdy w roku 2007 – 71,0. W przypadku kobiet zanotowana została jeszcze większa zmiana: w tym samym okresie nastąpił wzrost z 73,3 do 79,7 lat²². W okresie 2007 – 2035 tempo wydłużania się trwania życia będzie jeszcze szybsze. Zdaniem demografów, przeciętny czas trwania życia zwiększy się o 6,1 roku u mężczyzn i 3,2 roku u kobiet. Bliższe dane na ten temat zawiera tab. 4.

Tabela 4. Trwanie życia w latach 2007 – 2035.²³

	2007	2010	2015	2020	2025	2030	2035
Mężczyźni	71,0	71,4	72,3	73,4	74,6	75,8	77,1
Kobiety	79,7	79,8	80,2	80,8	81,5	82,2	82,9

Dane z powyższej tabeli należy potraktować jako poważny sygnał ostrzegawczy dla szacunków zapotrzebowania na świadczenia opiekuńczo - pielęgnacyjne. Po pierwsze, średnia długość życia kobiet przekroczy w ciągu najbliższej dekady 80 lat, co oznacza, iż coraz więcej kobiet będzie oczekiwało tego rodzaju świadczeń. Po drugie, zwraca uwagę oczekiwane tempo wydłużania czasu trwania życia mężczyzn. Mężczyźni nie będą stanowić,

²² Rocznik Demograficzny 2008, tab. 120 (170), s. 422.

²³ Prognoza ludności na lata 2008 – 2035, GUS, Warszawa 2009, tab. 14, s. 78.

jak dotychczas, bardzo licznej grupy świadczeniobiorców, jeśli chodzi o świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze. Znaczne wydłużenie czasu ich życia przyniesie w konsekwencji znaczny wzrost zapotrzebowania na opiekę długoterminową. Innymi słowy, już tylko z racji samego faktu wydłużania czasu trwania życia należy oczekiwać powiększania się popytu na świadczenia opiekuńczo -pielęgnacyjne.

W 2035 r. najwyższym czasem trwania życia legitymować się będą mężczyźni w województwach małopolskim i podkarpackim (78,1 roku). Wyższa niż przeciętna wartość notowana będzie również w województwach: opolskim, pomorskim, mazowieckim, podlaskim i wielkopolskim. Warto podkreślić, że w tych województwach, w których czas trwania życia okaże się najdłuższy, stopień urbanizacji należy do najniższych. Pośrednio wskazuje to na potrzebę rozbudowania sieci placówek świadczących usługi długoterminowe na terenie wiejskim, gdyż w przeciwnym razie potrzeby opiekuńczo-pielęgnacyjne wielu mężczyzn mogą pozostać niezaspokojone.

Podobne wnioski wynikają z oceny procesu wydłużania się trwania życia wśród kobiet: w województwach podkarpackim i podlaskim czas ten wyniesie w 2035 r. 83,7 roku, nieznacznie niższy będzie w woj. małopolskim. Wyższy niż przeciętny będzie również czas trwania życia kobiet w województwach: mazowieckim, świętokrzyskim, kujawsko-pomorskim, lubelskim oraz pomorskim.

Ocena danych dotyczących mediany wieku w Polsce w latach 2007 – 2035 (tab.5) prowadzi do zbliżonych wniosków. Skoro oczekuje się, że mediana wieku podniesie się o ponad 10,5 roku, dramatycznie pogorszą się możliwości realizacji funkcji pielęgnacyjnych i opiekuńczych przez rodzinę. Szczególny niepokój powinien budzić fakt, iż na wsi mediana wieku zwiększy się w przypadku kobiet o 11,5 roku, a w przypadku mężczyzn o 11,3 roku.

Zwraca przy tym uwagę fakt, iż podczas pierwszego przedziału, czyli w latach 2007 – 2020, mediana podniesie się ogółem o 4,1 roku (4,5 w przypadku mężczyzn, 3,8 dla kobiet), ale w trakcie kolejnych 15 lat – aż o 6,3 roku (odpowiednio 6,2 oraz 6,5 roku). W latach 2020 – 2035 szczególnie szybko będzie zmieniała się struktura ludności według wieku na wsi, gdzie mediana wzrośnie o 7 lat, w tym o 7,2 roku dla kobiet i 6,8 roku dla mężczyzn. To nierówne w obu okresach tempo podnoszenia się mediany wieku wyraźnie wskazuje, iż zadanie organizacji kompleksowego systemu pielęgnacji wymaga bardzo starannej realizacji i zapewnienia środków finansowych umożliwiających jego długookresowe działanie.

Należy dodać, że wartość mediany **przekraczająca 35 lat pozwala, zdaniem demografów, zaliczyć społeczeństwo polskie do bardzo starych demograficznie. Osiągnięcie wartości mediany na poziomie niemal 48 lat, co ma nastąpić już za 26 lat, oznacza zatem nowe**

poważne problemy natury społecznej i nadzwyczajne pogłębienie już istniejących. Wśród nich poczesne miejsce zajmie z pewnością organizacja świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych, gdyż tak wysoka mediana wieku oznaczać będzie, z jednej strony, coraz większe zapotrzebowanie na świadczenia w powiększającej się grupie osób w wieku 80 lat i więcej, a z drugiej strony – zmniejszenie możliwości świadczenia takich usług w rodzinie.

Tabela 5. Mediana wieku w Polsce w latach 2007 – 2035.²⁴

	Lata		
	2007	2020	2035
Ogółem	37,3	41,4	47,9
Mężczyźni	35,3	39,8	46,0
Kobiety	39,4	43,2	49,7
Miasta			
	38,5	42,4	48,6
	36,0	40,5	46,4
Kobiety	41,1	44,4	50,5
Wieś			
	35,5	39,9	46,9
Mężczyźni	34,2	38,7	45,5
Kobiety	36,8	41,1	48,3

Oczekuje się, że najwyższa wartość mediany wieku zostanie osiągnięta w 2035 roku w województwie świętokrzyskim, gdzie dokładnie połowa mieszkańców będzie miała ukończone 50 lat. W trzech innych województwach (łódzkim, opolskim i śląskim) wartość mediany przekroczy 49 lat. Te wysokie wartości mediany są spowodowane przede wszystkim wyższymi wartościami mediany wieku dla kobiet. Demografowie przewidują, że w 2035 r. aż w siedmiu województwach (według wielkości mediany: świętokrzyskie, łódzkie, opolskie, śląskie, dolnośląskie, podlaskie i lubelskie) wartość mediany przekroczy 50, z czego w trzech pierwszych nawet 51 lat.

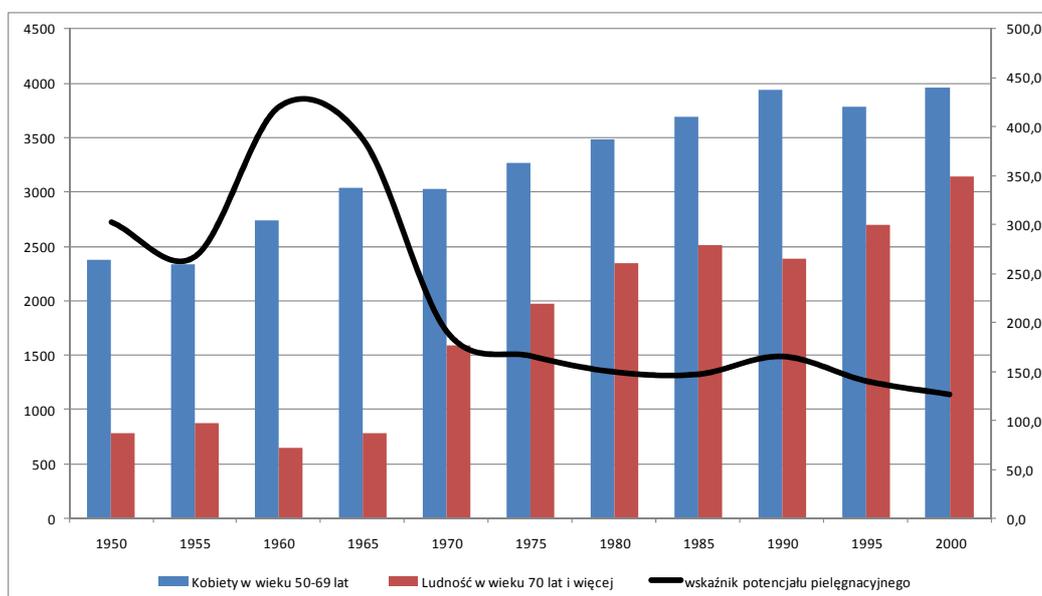
Dotychczas świadczenie pielęgnacji i opieki w rodzinie spoczywało przede wszystkim na kobietach, zwłaszcza na ich grupie w wieku przedemerytalnym. Konstruowane wskaźniki potencjału pielęgnacji pokazują jednak, że możliwości zapewnienia opieki w ramach rodziny ulegają dramatycznie szybkiemu ograniczeniu. Jeżeli uwzględnić dodatkowo skalę procesów

²⁴ Prognoza ludności na lata 2008 – 2035, GUS, Warszawa 2009, tab. 4, s. 163.

migracyjnych w polskim społeczeństwie, można uznać z całą pewnością, że w istocie są one jeszcze mniejsze, niż wynikałoby to z szacunków dokonanych przez demografów (wykres 3). Wartość wskaźnika potencjału pielęgnacyjnego, obliczana jako relacja między liczbą kobiet w wieku 50 – 69 lat i osób w wieku 70 lat i więcej, zmalała w tym okresie z 302,4 do 126,1, tj. o połowę. Oznacza to, że na każde 100 osób w wieku 70+ przypadało w 1950 r. ponad 300 kobiet w wieku 50 – 69, podczas gdy 50 lat później – ponad dwukrotnie mniej. W roku 2005 wskaźnik podniósł się do 128,3, ale trudno uznać to za istotną poprawę, a co więcej – należy oczekiwać znacznego pogorszenia. Jeśli przyjąć, że wskaźnik ten powinien się odnosić do liczby osób w wieku 80 lat i więcej, to oczywiście jego wartość ulegnie poprawie, ale równocześnie da się zauważyć, że tempo pogarszania się wskaźnika staje się jeszcze szybsze, co wynika z szybkiego przyrostu liczby osób w wieku lat osiemdziesięciu i starszych w społeczeństwie polskim²⁵.

Dla porządku należy dodać, że następstwem wydłużania się trwania życia mężczyzn jest stopniowe zmniejszanie współczynnika feminizacji w starszych grupach wieku. Współczynnik ten, wynoszący w 2007 r. w grupie osób w wieku 80 lat i więcej 240,8, zmniejszy się znacznie i wyniesie w 2020 r. 224,0, a 15 lat później – 198,6. Wielkości te są ważną przesłanką dla polityki wobec osób niesamodzielnych, wskazują bowiem, że należy się liczyć z częstszym niż obecnie występowaniem gospodarstw dwuosobowych, w których obie osoby będą miały ograniczony poziom możliwości samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb.

Wykres 3 - Wskaźnik pielęgnacyjny w Polsce w latach 1950 – 2000.



²⁵ Zgodnie z opinią, że najliczniejszą grupę osób korzystających ze świadczeń pielęgnacyjnych stanowią osoby w wieku 80 lat i więcej, w dalszej części opracowania przyjęto za punkt odniesienia tę właśnie grupę wieku.

Jeżeli uznać, że wartość wskaźnika pielęgnacji bardziej będzie odzwierciedlała relacja między liczbą kobiet w wieku 50 – 69 lat a liczbą osób w wieku 80 lat i więcej, to widać wyraźnie, że dostrzegany na wykresie 3 trend malejący będzie w przyszłości kontynuowany.

Tabela 6. Wskaźnik pielęgnacyjny w Polsce w latach 2010-2035.²⁶

Lata	Szacowana liczba kobiet w wieku 55 – 69 lat	Szacowana liczba osób w wieku 80 lat i więcej	Wartość wskaźnika pielęgnacji
2010	3 532 368	1 314 176	268,8
2015	4 107 811	1 487 799	276,1
2020	3 981 699	1 566 446	254,2
2025	3 626 090	1 537 400	235,9
2030	3 493 234	2 005 163	174,2
2035	3 771 301	2 574 010	146,5

Jak pokazuje tab. 6, w ciągu 25 lat, to jest do roku 2035, wartość wskaźnika pielęgnacji obliczonego w stosunku do liczby osiemdziesięciolatków i starszych zmaleje prawie dwukrotnie: z niespełna 270 kobiet w wieku 55 – 69 lat na 100 osób w wieku 80+, do 147. Jeśli nie zostanie wprowadzony skuteczny i finansowany ze środków publicznych system opieki długoterminowej, gospodarstwa domowe i rodziny staną przed trudnym, a niekiedy wręcz dramatycznym wyborem: praca zawodowa czy opieka nad niesamodzielnym członkiem rodziny²⁷.

2. Zmiany relacji między liczbą osób w wieku produkcyjnym i poprodukcyjnym i zmiany w strukturze gospodarstw domowych

W wyniku zmian w strukturze społeczeństwa polskiego według wieku, jakie zostały zasygnalizowane w tab. 1, dojdzie do istotnych zmian współczynników obciążenia demograficznego (wykres 4). Zwłaszcza współczynnik obciążenia demograficznego osobami w wieku poprodukcyjnym, będzie szybko powiększał swoją wartość. Został on już niemal podwojony w latach 1950 – 2000, a w roku 2007 osiągnął wartość 25 (na 100 osób w wieku produkcyjnym przypadało 25 osób w wieku poprodukcyjnym, za którego dolną granicę przyjęto 60lat dla kobiet oraz 65 lat dla mężczyzn). Trzeba jednak pamiętać o tym, że poziom aktywności zawodowej w Polsce należy do najniższych w Europie. Zaledwie nieco więcej niż 50 % osób w wieku produkcyjnym to osoby aktywne zawodowo, a z kolei wśród nich około 10 % stanowią zarejestrowani bezrobotni. Oznacza to, iż liczba osób w wieku poprodukcyjnym przypadająca na 100 osób czynnych zawodowo jest ponad dwukrotnie wyższa niż

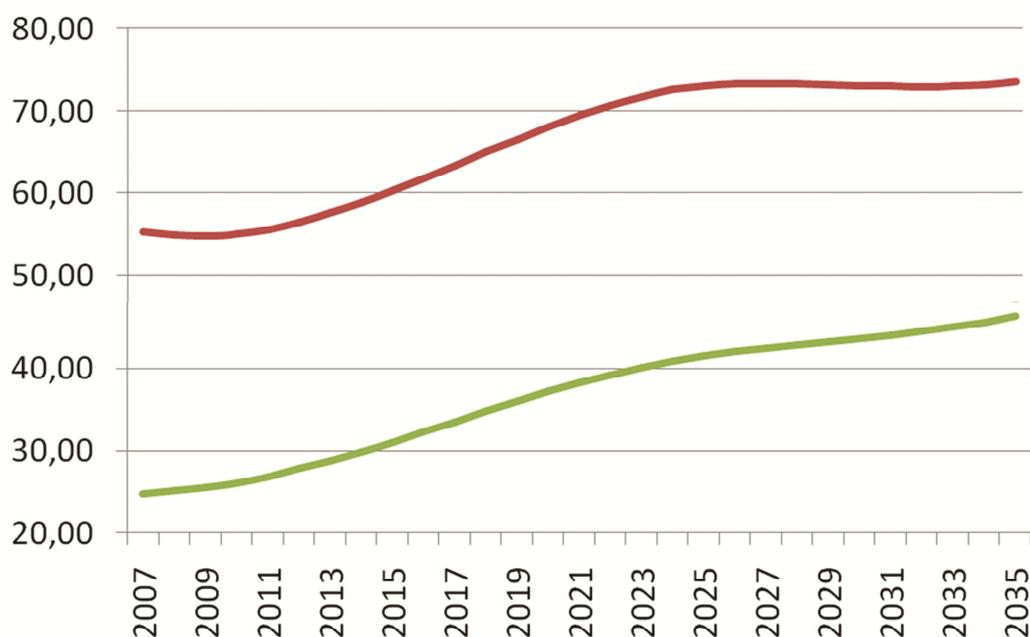
²⁶ Obliczenia własne na podstawie Prognoza ludności na lata 2008 – 2035, GUS, Warszawa 2009.

²⁷ Problem ten już obecnie staje się przedmiotem analiz i badań. Zob. Sprawowanie opieki oraz inne uwarunkowania podnoszenia aktywności zawodowej osób w starszym wieku produkcyjnym. Raport z badań, red. Irena E. Kotowska, Irena Wóycicka, MPIPS, Warszawa 2008.

przypadająca na 100 osób w wieku produkcyjnym. W konsekwencji demograficzne starzenie się społeczeństwa oznacza bardzo poważny wzrost obciążenia gospodarki i osób pracujących finansowaniem wydatków na zaspokojenie potrzeb najstarszej grupy ludności.

W dalszych latach współczynnik obciążenia osobami w wieku poprodukcyjnym będzie systematycznie wzrastał, osiągając na koniec kolejnych okresów pięcioletnich (poczynając od roku 2010) wartości: 26, 31, 37, 42, 44 i 46²⁸. Zbliżymy się zatem do sytuacji, kiedy na każde 2 osoby w wieku produkcyjnym będzie przypadała 1 osoba w wieku poprodukcyjnym. Wracając do zamieszczonych powyżej uwag na temat niskiego poziomu aktywności zawodowej ludności Polski, należy obawiać się, że faktyczna relacja będzie znacznie gorsza. Uwagi te powinny stanowić kolejny argument przemawiający za podjęciem prac mających na celu stworzenie nowego, niezależnego od polityki budżetowej państwa, systemu finansowania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych.

Wykres 4 - Wskaźniki obciążenia demograficznego w latach 2007 – 2035. ²⁹



Z punktu widzenia szacowania potrzeb dotyczących pielęgnacji i opieki, podkreślić należy zmieniającą się rolę rodziny w opiece nad osobami niesamodzielnymi. Prowadzone w ostatnich latach międzynarodowe badania wykazały, że coraz bardziej dostrzegalny jest trend do profesjonalizacji pielęgnacji w warunkach domowych. W tej sytuacji rodzina, która

²⁸ W miastach wskaźnik ten osiągnie w 2035 r. wartość 49. Zob. Prognoza ludności na lata 2008 – 2035, GUS, Warszawa 2009, tab. A18, s. 311 i n.

²⁹ Prognoza ludności na lata 2008 – 2035, GUS, Warszawa 2009.

jeszcze do niedawna nie tylko pełniła najważniejszą rolę w organizacji opieki i zaspokajaniu potrzeb osób niesamodzielnych, ale często była wręcz pozostawiana bez należytego wsparcia, obecnie coraz częściej spychana jest do roli statysty w pielęgnacji. Taką sytuację należy uznać za bardzo niekorzystną, bowiem rodzina powinna być dla służb medycznych i społecznych najważniejszym partnerem w organizacji i udzielaniu świadczeń pielęgnacyjnych³⁰.

Niestety, w ciągu najbliższych 25 lat należy spodziewać się ograniczenia możliwości pełnienia przez rodzinę funkcji opiekuńczych i pielęgnacyjnych. Wynikać to będzie przede wszystkim z dalszego zmniejszenia liczby osób w rodzinie i pogorszenia relacji między liczbą osób w młodszym wieku a najstarszych. Biorąc pod uwagę zmiany w strukturach społecznych i demograficznych, a wśród nich między innymi przeobrażenia w wielkości rodziny i liczbie osób wchodzących w skład gospodarstwa domowego wynikające ze spadku liczby urodzeń, wydłużenia czasu trwania życia, utrzymującej się skłonności osób młodych do zagranicznych migracji zarobkowych oraz tendencję do pozostawiania w rodzinach nuklearnych, a nie wielopokoleniowych, można uznać, że coraz częstsze będzie występowanie gospodarstw domowych, w których głową będzie osoba w wieku 65 lat i więcej. W roku 2002 głową 22,8% ogółu gospodarstw domowych były osoby w tej grupie wiekowej (w tym znajdowało się 959 tys. gospodarstw prowadzonych przez osoby w wieku 65 – 69 lat, 900 tys. – 70 – 74, 664 tys. 75 – 79 i 523 tys. – 80 lat i więcej). W roku 2030 odsetek takich gospodarstw wzrośnie do 37,2%, a liczby odpowiednio do: 1307 tys., 1531 tys., 1385 tys. i 1424 tys. Oznacza to, że w ponad 5,6 mln gospodarstw domowych głową rodziny (czyli osobą uzyskującą najwyższe dochody) będzie osoba w wieku co najmniej 65 lat.

Fakt ten będzie miał istotne implikacje dla organizacji opieki nad osobami niesamodzielnymi. Po pierwsze, sporo ponad 1/3 gospodarstw domowych będzie utrzymywała się głównie ze świadczeń emerytalnych. Jak powszechnie wiadomo, poziom dochodów z ubezpieczenia emerytalnego przez dłuższy czas będzie się kształtował na relatywnie niskim poziomie, toteż dochody gospodarstw emeryckich mogą się okazać niewystarczające do pokrycia ewentualnych wydatków związanych z samodzielnym finansowaniem świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych. Po drugie, coraz liczniejsze gospodarstwa dwuosobowe będą składać się z dwojga osób w wieku emerytalnym, co oznacza, że wiele potrzeb osoby niesamodzielnej okaże się trudnych do zaspokojenia przez jej starszego wiekiem współmałżonka, który sam także może być osobą niepełnosprawną. Po trzecie wreszcie, coraz większą grupę wśród gospodarstw emeryckich stanowić będą gospodarstwa

³⁰ Por. P. Błędowski, Costs of family caregiving, w: Family Caregiving for the Elderly in Poland, B. Bień (ed.), TransHumana, Białystok 2006, s. 155 i n. oraz P. Błędowski, W. Pędich, B. Bień, Z.B. Wojszel, P. Czekanowski, Supporting Family Carers of Older People In Europe – The National Background Report for Poland, LIT-Verlag, Hamburg 2006.

jednoosobowe, co w zasadniczy sposób zwiększa zapotrzebowanie na świadczenia pielęgnacyjne udzielane przez wyspecjalizowane placówki.

Tabela 7. Gospodarstwa jednoosobowe prowadzone w Polsce przez osoby w wieku 65 lat i więcej w latach 2002 – 2030.

GRUPY WIEKU	Lata		
	2002	2030	
	w %	w %	w tys.
65 – 69	9,4	9,5	487,5
70 – 74	10,7	12,9	663,5
75 – 79	9,5	13,7	702,3
80 i więcej	9,2	17,3	886,9
RAZEM	38,7	53,3	2740,3

Jak wynika z wykresu 4, w 2030r. ponad połowę wszystkich gospodarstw jednoosobowych będą stanowiły gospodarstwa prowadzone przez osoby w wieku 65+, a co szósty z „singli” będzie miał ukończone 80 lat. Niemal 900 tys. gospodarstw jednoosobowych będzie prowadzonych przez osoby z tej grupy wiekowej. Pośrednio wskazuje to na możliwe rozmiary popytu na świadczenia pielęgnacyjne. Ponieważ udział gospodarstw jednoosobowych w najwyższych grupach wieku będzie do roku 2030 powiększał się relatywnie najszybciej, niezbędne jest, by program organizacji służb udzielających świadczeń opieki długoterminowej uwzględnił te zmiany.

Konkludując, należy podkreślić, że zachodzące już obecnie i spodziewane procesy demograficzne w polskim społeczeństwie powodują duży wzrost zapotrzebowania na świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze. Jego przyczynami w warstwie demograficznej są:

1. Wzrost bezwzględnej liczby osób starych w społeczeństwie, zwłaszcza osób w wieku 80 lat i więcej;
2. Wydłużanie się czasu trwania życia powodujące, iż coraz więcej osób dożywa późnej starości;
3. Podniesienie mediany wieku o ponad 10 lat do roku 2046, w tym na wsi o ponad 11 lat;

4. Zmiany w strukturze i formach rodziny, polegające na zmniejszeniu liczby dzieci w rodzinach, częstszym występowaniu rodzin niepełnych i związków nieformalnych;
5. zmiany w strukturze demograficznej powodujące spadek współczynnika potencjału pielęgnacyjnego, co w konsekwencji oznacza, że rodzina w mniejszym niż dawniej stopniu jest w stanie zorganizować opiekę nad osobą niesamodzielną;
6. procesy migracyjne (migracja zewnętrzna i wewnętrzna) utrudniające lub całkowicie uniemożliwiające włączenie rodziny w organizowanie świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych.

Część II. Stan zdrowia ludności Polski. Niepełnosprawność i niezdolność do samodzielnej egzystencji

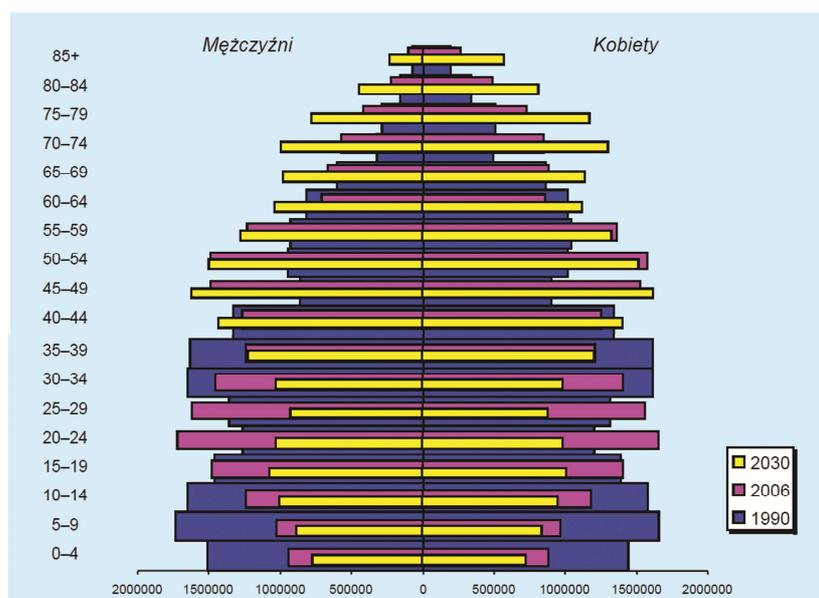
Dokonanie oceny stanu zdrowia ludności Polski jest trudne ze względu na fakt, iż istniejące w naszym kraju systemy informacyjne są zdecydowanie niewystarczające dla monitorowania i dogłębnej oceny stanu zdrowia populacji i jego zagrożeń. Światowe Forum Badań nad Zdrowiem w 2004 r. podsumowało swoje obrady przestaniem do Ministrów Finansów i Zdrowia – „zdrowie i badania nad nim są najlepszą ekonomiczną inwestycją”. Przygotowano także pakiet zadań dla „krajów w transformacji” zachęcający do zmian istniejącej statystyki i sprawozdawczości w zakresie stanu zdrowia ludności, tak aby zwrócić uwagę na monitorowanie rezultatów w kontekście aktualnych nakładów na ochronę zdrowia.

Dyrektywa nr 1400/97 Komisji i Rady Europy ustanowiła program Unii Europejskiej dotyczący monitorowania zdrowia i działań na polu zdrowia publicznego. Należy więc mieć nadzieję, że wkrótce zostaną podjęte w naszym kraju próby standaryzacji metodologii badań zdrowia dotyczące zarówno procedur zbierania danych, jak i ich przetwarzania pod kątem istniejących potrzeb w zakresie polityki zdrowotnej i zabezpieczenia społecznego.

Na podstawie dostępnych danych statystycznych (m.in. Główny Urząd Statystyczny, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego) oraz badań naukowych stwierdza się następujące fakty:

- liczba ludności Polski w 2007 r. wynosiła 38115,6 tys. osób. Aktualną i prognozowaną liczbę ludności przedstawia wykres 5 i 6.

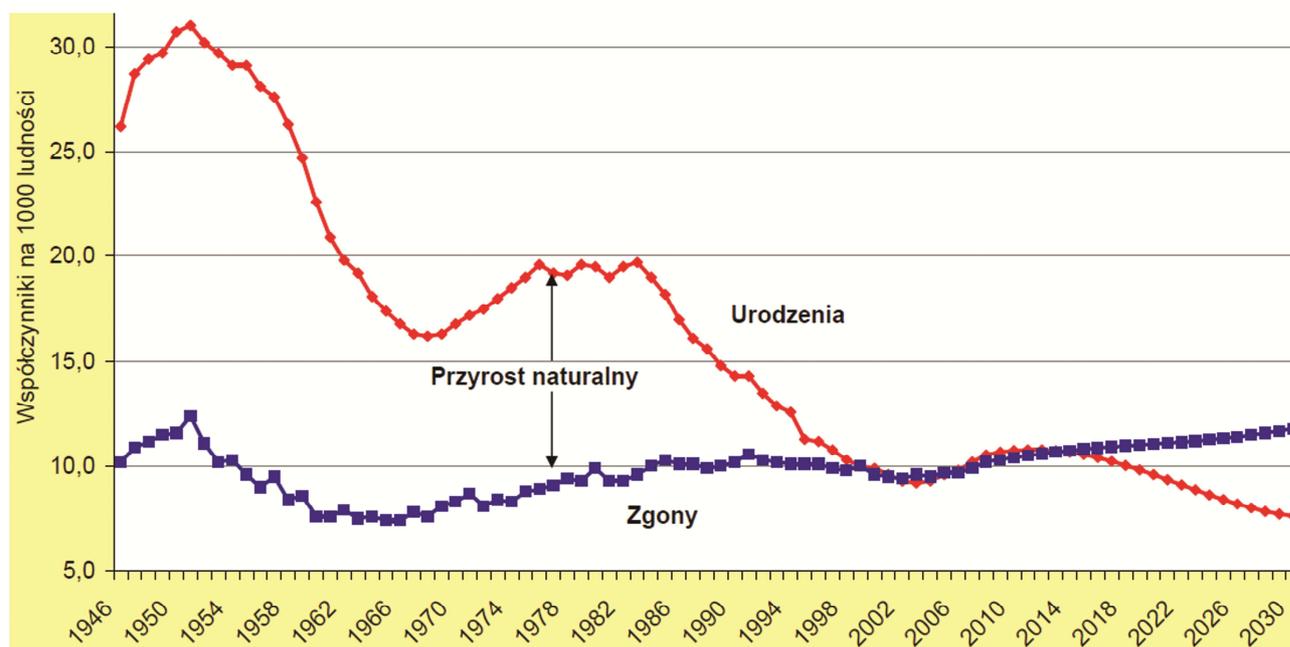
Wykres 5 - Ludność Polski wg płci i wieku w latach 1990, 2006 oraz prognoza na rok 2030, (dane GUS).³¹



³¹ Źródło: Sytuacja zdrowotna ludności Polski, NIZP 2008r.

- systematycznie zwiększa się udział osób starych (po 65 r. życia) w ogólnej liczbie ludności Polski (w 2007 r. liczba ludności w tej grupie wiekowej wynosiła 5134 tys. a prognozowana w 2030 r. 8195 tys. – czyli wzrost do 22,3% populacji) – patrz wykres 1 str. 22
- liczba urodzeń żywych wynosiła 10,2 na 1000 ludności. Wg prognoz GUS liczba urodzeń będzie zwiększać się do 2011 r., a następnie przewidywane jest zmniejszanie się liczby urodzeń i nadwyżka zgonów nad urodzeniami (wykres 6).

Wykres 6 - Urodzenia, zgony i przyrost naturalny ludności w Polsce w latach 1946-2007 oraz ich prognoza na lata 2008-2030 (dane GUS).³²



- poziom bezrobocia i zagrożenie ubóstwem jest w naszym kraju wyższe niż w większości krajów UE. W 1997r.
- najczęstszymi przyczynami zgonów w Polsce są:
 - choroby układu krążenia (znacznie częstsze niż w krajach UE).

Obserwowany w ostatnich latach spadek umieralności z powodu tych chorób uległ spowolnieniu.

- nowotwory złośliwe (w 2006 r. – 25% ogółu zgonów).

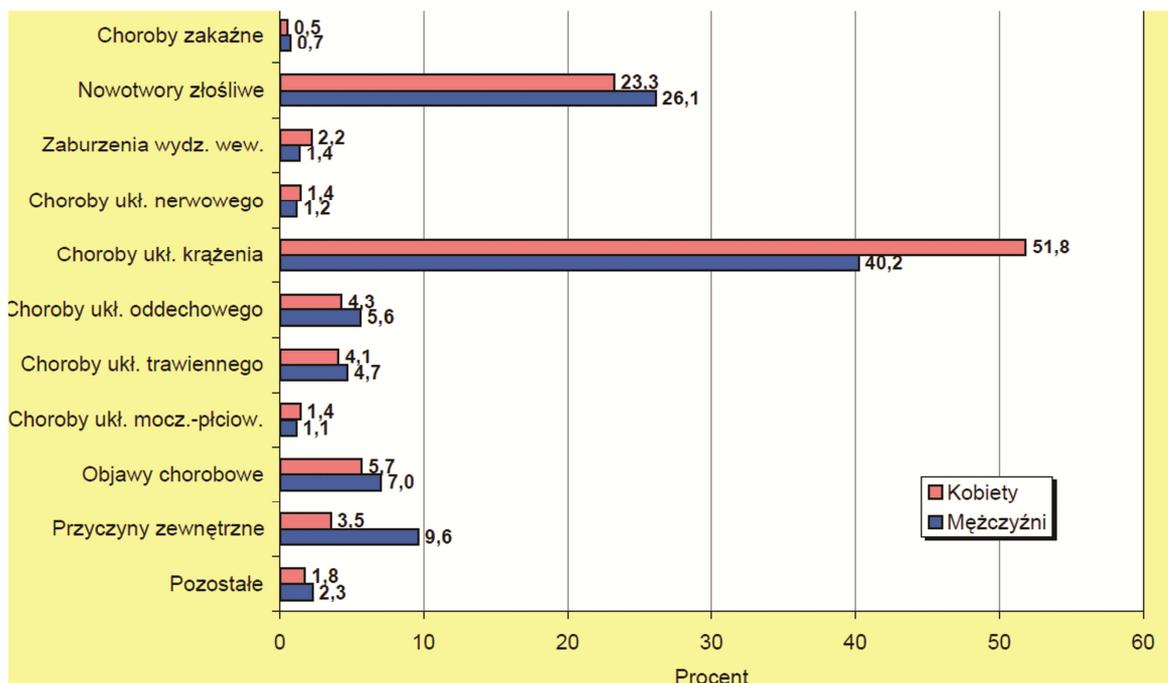
Najczęstszą przyczyną zgonów jest rak tchawicy, oskrzela i płuca. Nie zmniejsza się umieralność kobiet z powodu raka sutka (niższa niż w krajach UE) natomiast zmniejsza się umieralność z powodu raka szyjki macicy.

³² Źródło: Sytuacja zdrowotna ludności Polski, NIZP 2008r.

- wypadki komunikacyjne i samobójstwa (przyczyny zewnętrzne: 7 % zgonów w 2006r.).

U kobiet wykazują powolny trend spadkowy, natomiast samobójstwa u mężczyzn powodują taką samą utratę potencjalnych lat życia, jak wypadki komunikacyjne, a większą niż zawał serca. Powyższe obrazuje wykres 7.

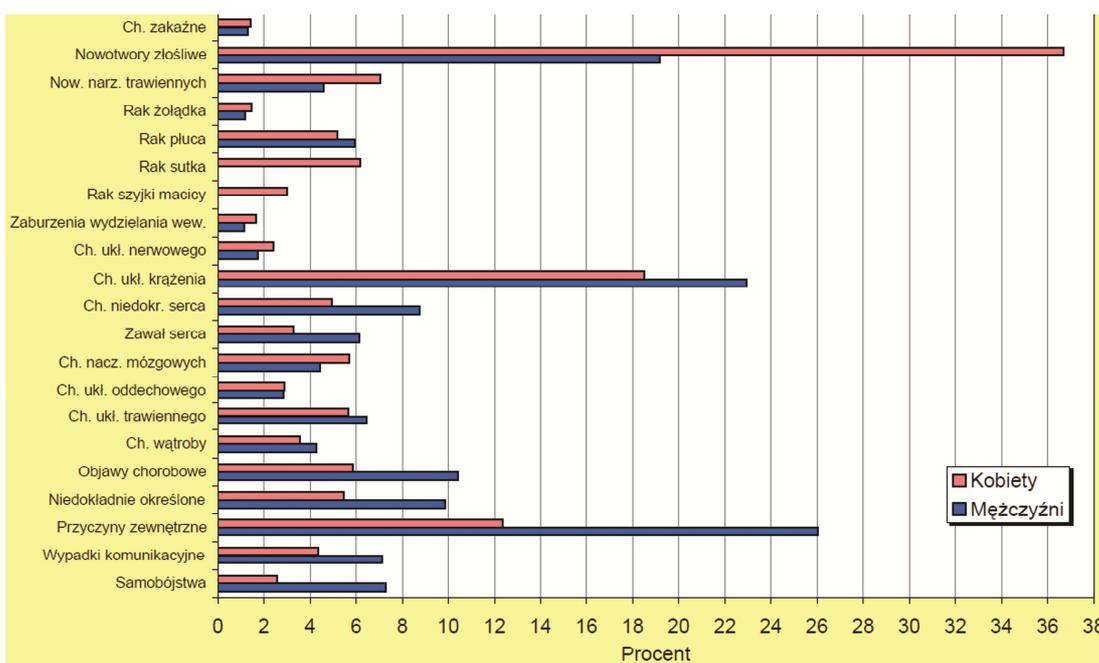
Wykres 7 - Udział najważniejszych przyczyn zgonów w ogólnej liczbie zgonów w Polsce wg płci w 2006 r.³³



Udział najważniejszych przyczyn zgonów w utraconych potencjalnych latach życia przedstawia wykres 8.

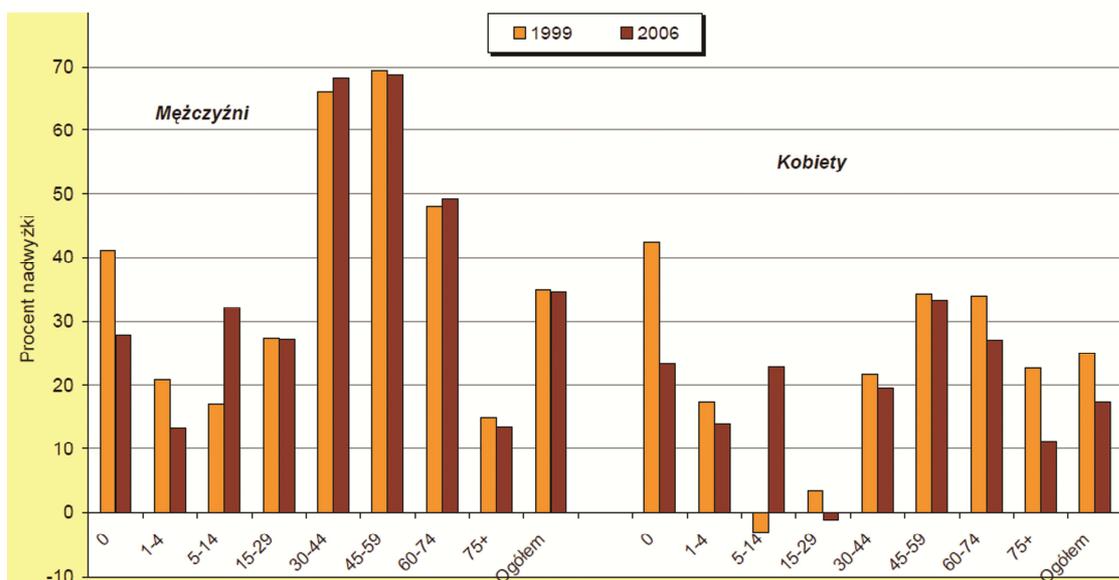
³³ Źródło: Sytuacja zdrowotna ludności Polski, NIZP 2008r.

Wykres 8 - Udział najważniejszych przyczyn zgonów w utraconych potencjalnych latach życia w 2006 r.³⁴



Nadwyżkę umieralności mężczyzn i kobiet w Polsce w stosunku do przeciętnego poziomu umieralności w 27 krajach UE przedstawia wykres 9.

Wykres 9 - Nadwyżka (%) umieralności mężczyzn i kobiet w Polsce w stosunku do przeciętnego poziomu umieralności w 27 krajach UE w grupach wieku w 1999 i 2006 r. (na podstawie WHO HFA DB).³⁵

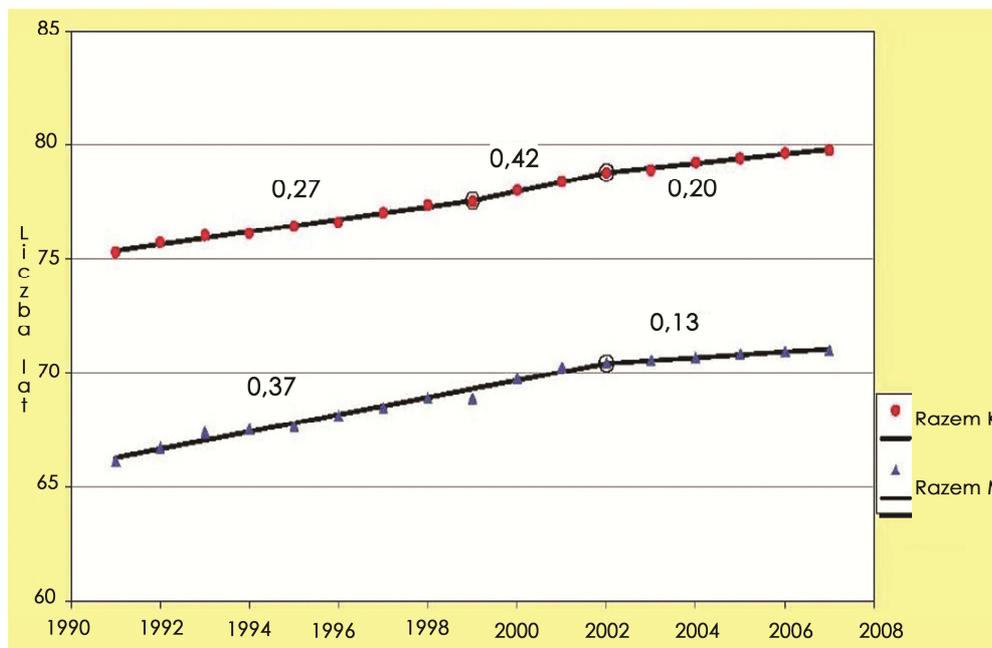


³⁴ Op. Cit.

³⁵ Op. Cit.

- przeciętna długość trwania życia wzrasta od roku 1991, ale wzrost ten uległ spowolnieniu po 2002 r. W 2007 r. długość życia mężczyzn wynosiła 71 lat, a u kobiet 79,7 lat wykres 10.

Wykres 10 - Przeciętne trwanie życia mężczyzn i kobiet w Polsce w latach 1991-2007 – jego trend oraz średnioroczne tempo wzrostu (w latach).³⁶



Wg szacunków Eurostatu mężczyźni w Polsce przeżywają w zdrowiu (bez ograniczonej sprawności) 86 % długości życia, a kobiety 84%.

Długość życia mieszkańców Polski jest w przypadku mężczyzn krótsza o 4,6 lat, a w przypadku kobiet o 2 lata w porównaniu z przeciętną w krajach UE. Najkrócej żyją mieszkańcy małych miast poniżej 5 tys. mieszkańców, a najdłużej mieszkańcy największych miast z wyjątkiem Łodzi (w woj. łódzkim mężczyźni żyją o ponad 4 lata, a kobiety ponad 2 lata krócej niż osoby w woj. podkarpackim gdzie trwanie życia jest najdłuższe).

- W 2006 r. hospitalizowano w Polsce 2900 tys. mężczyzn i 3500 tys. kobiet, częściej mieszkańców miast niż wsi.

Najczęstszą przyczyną hospitalizacji były:

- choroby układu krążenia (16%)
- nowotwory (11%)
- choroby układu moczowo-płciowego (9%)

³⁶ Op. Cit.

- urazy, zatrucia (9%)
- choroby układu trawiennego (9%).

Najczęściej są hospitalizowane dzieci z najmłodszych roczników (poniżej 5 r. życia) a znacznie rzadziej osoby powyżej 75 roku życia.

- W 2005 r. liczba zachorowań na nowotwory złośliwe wynosiła około 135 tysięcy. Najczęściej stwierdzanym nowotworem u mężczyzn jest: rak oskrzeli i płuca, nowotwór jelita grubego, nowotwór skóry, a kobiet: rak sutka, nowotwór skóry, nowotwór trzonu macicy, nowotwór oskrzeli i płuc.

- W 2006 r. opieką ambulatoryjną objętych było około 1300 tys. osób z zaburzeniami psychicznymi. W opiece ambulatoryjnej dominowały: zaburzenia nerwicowe oraz spowodowane nadużywaniem alkoholu. W oddziałach psychiatrycznej opieki całodobowej leczono 209 tys. osób. Najczęstszym rozpoznaniem chorobowym były zaburzenia psychiczne spowodowane nadużywaniem alkoholu, zaburzenia nastroju i zaburzenia nerwicowe.

- Zapadalność na większość chorób zakaźnych wykazuje tendencje spadkowe m.in. dzięki konsekwentnie prowadzonymi szczepieniom ochronnym. Nadal jednak zapadalność na wiele chorób zakaźnych w Polsce jest wyższa niż w krajach UE.

- Tendencję wzrostową wykazują zakażenia wirusowym zapaleniem wątroby typu C oraz kiłką wrodzoną.

- W 2006 r. stwierdzono 3285 zachorowań na choroby zawodowe. Najczęstszymi u mężczyzn są:

- pylice (35 %)
- choroby zakaźne i pasożytnicze (20%)
- ubytek słuchu (13%)
- choroby narządu głosu (6%)

a u kobiet:

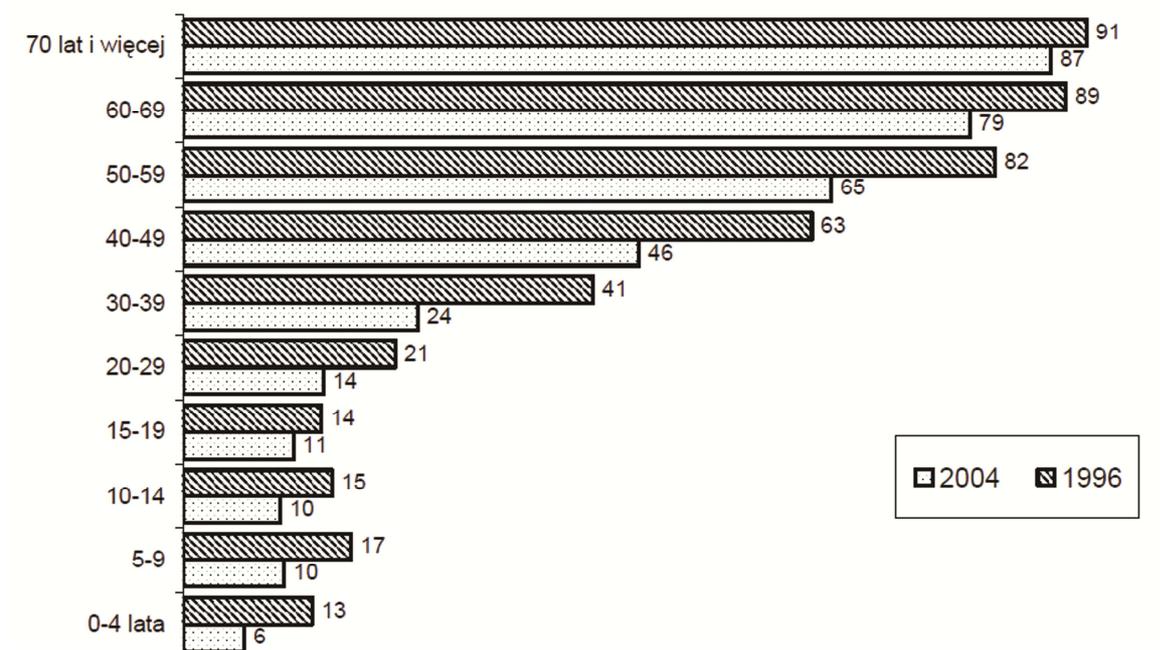
- choroby narządu głosu (49%)
- choroby zakaźne i pasożytnicze (21%)
- przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego (9%)

W 2006 r. zarejestrowano 116000 osób poszkodowanych w wyniku wypadków przy pracy, w tym 616 śmiertelnych.

- W roku 2007 zginęło w Polsce w wypadkach drogowych 5583 osób. Obserwuje się wysoki odsetek pieszych wśród ofiar śmiertelnych (34,4%), a także wysoki odsetek ofiar śmiertelnych wypadków w obszarach zabudowanych (43,8%). Na 100 wypadków w 2007 r. zginęło przeciętnie 11,3 osób.

Z opublikowanego w 2006 r. przez GUS raportu „Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r.” wynika, że w ciągu ostatnich 8 lat subiektywny stan zdrowia Polaków istotnie się poprawił. W 1996 r. poniżej poziomu dobrego swoje zdrowie oceniło 45%, a pod koniec 2004 r. tylko 39% Polaków (wykres 11).

Wykres 11 - Ludność oceniająca swoje zdrowie poniżej oceny dobrej – w odsetkach.³⁷



Największą poprawę oceny stanu zdrowia stwierdzono u osób między 30 a 60 rokiem życia, natomiast najmniejszą u osób powyżej 70-go roku życia.

Kobiety znacznie częściej oceniały stan swojego zdrowia poniżej dobrego (45 %) w porównaniu z mężczyznami (35 %).

Stwierdzono również zmniejszenie się dysproporcji w subiektywnej ocenie stanu zdrowia wśród mieszkańców miast i wsi. Nadal jednak mieszkańcy wsi oceniają swoje zdrowie gorzej niż mieszkańcy miasta. Tylko w grupie mieszkańców wsi pomiędzy 50-tym rokiem życia oceniane jest lepiej niż w podobnej grupie mieszkańców miasta.

³⁷ Źródło: Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r., GUS 2006r.

Najlepsze opinie o stanie swojego zdrowia wypowiadali mieszkańcy województw: opolskiego i zachodnio-pomorskiego. W 1996 r. co piąta osoba oceniła swoje zdrowie jako złe lub bardzo złe, natomiast w 2004 r. rzadziej niż co siódma osoba.

Częstość ocen bardzo dobrych i dobrych zmniejsza się wraz z wiekiem. Wśród osób w wieku powyżej 60 roku życia tylko 16 % oceniło swój stan zdrowia jako co najmniej dobry, natomiast połowa czterdziestolatków i ¼ trzydziestolatków oceniła stan swojego zdrowia jako dobry lub bardzo dobry.

Stwierdzono również iż osoby o wysokim poziomie wykształcenia lepiej oceniały stan swojego zdrowia niż osoby o niższym wykształceniu.

Należy podkreślić, że mimo stwierdzonej poprawy oceny stanu zdrowia dorosłych Polaków nadal tylko połowa Polaków powyżej 15 roku życia ocenia stan swojego zdrowia jako dobry lub bardzo dobry w porównaniu z Holandią, Wielką Brytanią, Szwecją, Belgią gdzie takiej oceny dokonuje ¾ populacji. Dane te uzmysławiają, że zagrożenie chorobą i niepełnosprawnością jest wysokie i wyższe niż średnio w UE.

Występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych trwających co najmniej 6 miesięcy deklarował w badaniu średnio co trzeci mieszkaniec Polski, w tym:

w grupie do 30 r. życia	- co 6 – 7 mieszkańców
powyżej 50 r. życia	- 60 %
-, - 60 r. życia	- 73 %
-, - 70 r. życia	- 84 %

Długotrwałe problemy zdrowotne częściej występowały u kobiet niż u mężczyzn.

Dotyczyły częściej mieszkańców miast niż wsi.

Występowanie chorób przewlekłych stwierdzono u 53 % ludności Polski, częściej u kobiet niż u mężczyzn bez względu na miejsce zamieszkania. Częstość ich występowania wzrasta wraz z wiekiem.

Najczęstszymi chorobami przewlekłymi w populacji w wieku 15 lat i więcej są:

- nadciśnienie tętnicze – 17 %
- choroby kręgosłupa lub dyskopatie – 15,5 %
- choroby stawów zapalne i zwyrodnieniowe – 13,8 %

- choroba wieńcowa – 8,6 %
- migrena lub częste bóle głowy – 8,0 %
- nerwica lub depresja – 7,4 % badanej zbiorowości.

Kobiety częściej niż mężczyźni chorują na nadciśnienie i chorobę wieńcową (bez zawału), choroby kręgosłupa lub dyskopatię, migrenę i częste bóle głowy, choroby stawów oraz nerwicę i choroby tarczycy. Wśród mężczyzn natomiast częściej występuje choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, choroba wieńcowa z przebyłym zawałem a także nieznacznie częściej udar lub wylew krwi do mózgu oraz padaczka.

Najczęściej występujące choroby w poszczególnych grupach wiekowych to:

- 15–19 lat alergia, migrena lub częste bóle głowy, schorzenia kręgosłupa, a także dolegliwości nerwicowe lub depresja,
- 20-29 lat poza wyżej wymienionymi wyraźnie wzrasta częstość występowania przewlekłych chorób skóry oraz tarczycy,
- 30-39 lat częściej stwierdza się chorobę wrzodową żołądka lub dwunastnicy, jak również przewlekłe zapalenie stawów,
- 40–49 lat częściej niż młodszymi stwierdza się nadciśnienie tętnicze, dwukrotnie częściej zachorowalność na chorobę wrzodową żołądka lub dwunastnicy, coraz częściej także stwierdzana jest u nich choroba wieńcowa,
- 50–59 lat wyraźnie zwiększa się liczba osób z nadciśnieniem tętniczym oraz chorobami kręgosłupa, a także częstymi bólami głowy lub migrenami, stanami nerwicowymi lub depresją,
- powyżej 60-ego roku życia coraz liczniejsza jest grupa osób chorujących na choroby układu krążenia (nadciśnienie tętnicze, miażdżyca, choroba wieńcowa itp.), narządu ruchu (kręgosłup lub stawy), cukrzycę oraz choroby oczu, głównie zaćmę.

W badaniach prowadzonych w 2000 r. pod kierunkiem B. Synaka, B. Bień wskazuje na charakterystyczną dla wieku podeszłego wielochorobowość. Aż 63% badanej grupy ludzi starych uskarżało się na trzy lub więcej dolegliwości. Byli to głównie mieszkańcy wsi, kobiety i osoby po 75 r. życia. W wieku starszym głównymi schorzeniami były choroby układu kostno-stawowego i układu krążenia oraz typowe zespoły geriatryczne takie jak zaburzenia równowagi z upadkiem, nietrzymanie moczu czy zaburzenia pamięci.

Istotne są również zaburzenia funkcji poznawczych. Osoby z zespołem otępiennym stanowią około 10 % wszystkich osób po 65 roku życia. Stan zdrowia i sprawność osób z otępieniem są znacznie gorsze niż osób sprawnych intelektualnie. Niestety badania te nie mogą być

porównane z badaniami GUS w 1996 r. i 2004 r. ze względu na różnicę w badanych grupach wiekowych (GUS-60-69 oraz 70+), natomiast w przytoczonym badaniu kategorie wiekowe to 65+, 65-74 i 75+.

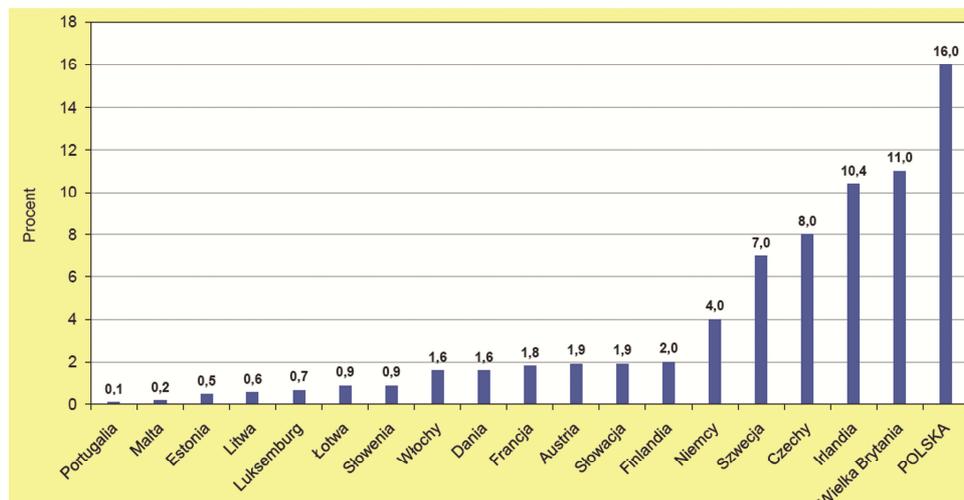
Z badań prowadzonych przez Instytut Spraw Publicznych w 2008 r. wynika, że samoocena stanu zdrowia Polaków nie odbiega znacząco od innych badań w tym zakresie. Potwierdza się, że w miarę upływu lat pogarsza się sprawność narządów wzroku, słuchu i narządu ruchu.

Upośledzenie funkcji narządu wzroku zgłaszało 40 % dorosłych Polaków, z czego u 36 % ostrość wzroku ulega poprawie po zastosowaniu szkieł korekcyjnych. Upośledzenie funkcji narządu słuchu zgłaszało 4 % ogółu osób dorosłych, ale aż co piąta osoba powyżej 70 roku życia. 1,7 % osób stosuje korekcję aparatem słuchowym. Upośledzenie funkcji narządu ruchu zgłaszało 4 % osób, podając, że nie może przejść odległości ½ km. W tej grupie 2,7 % osób przejdzie ½ km z pomocą laski, kuli, balkonika. Najczęściej problemy upośledzenia funkcji narządu ruchu występują u osób starszych. Kłopoty z samodzielnym wyjściem i zejściem ze schodów (na 1 piętro) zgłaszała co 20-ta osoba dorosła, w tym co 12-ta osoba 60-letnia i co czwarta 70-letnia. Badano również zdolność do samoobsługi czyli do wykonywania czynności dnia codziennego.

Zgodnie z uogólnionymi na populację osób dorosłych wynikami tego badania „ponad 2 mln osób dorosłych nie może przenieść torby z zakupami o wadze 5 kg na odległość 10 m. Ponad 700 tys. osób nie jest w stanie samodzielnie się umyć, a ponad 350 tys. osób nie ubierze i nie rozbierze się samodzielnie. Prawie ćwierć miliona osób musi mieć pomoc, aby wstać czy położyć się do łóżka, a ponad 100 tys. osób nie zje samodzielnie posiłku i musi być karmiona. Ponadto 200 tys. osób nie może samodzielnie korzystać z ubikacji, a ponad 300 tys. nie odkręci kurka od gazu czy kranu. Są to osoby, które całkowicie lub przynajmniej częściowo wymagają pomocy w codziennym życiu ze strony innych osób”.

Liczba osób niepełnosprawnych w Polsce jest według szacunków UE najwyższa wśród krajów członkowskich (wykres 12).

Wykres 12 - Udział osób niepełnosprawnych wśród ogółu ludności w wieku produkcyjnym w krajach UE w 2006 r. (dane STUDY FINANCED BY DG EMPLOYMENT, SOCIAL AFFAIRS AND EQUAL OPPORTUNITIES CONTRACT NO VC/2006/0229 – EUR 363,268.42).³⁸



W Polsce 4 600 000 osób legitymuje się orzeczeniem o niepełnosprawności w tym w stopniu lekkim – 1,8 miliona osób, umiarkowanym

– 1,6 mln osób oraz znacznym 1,3 mln osób.

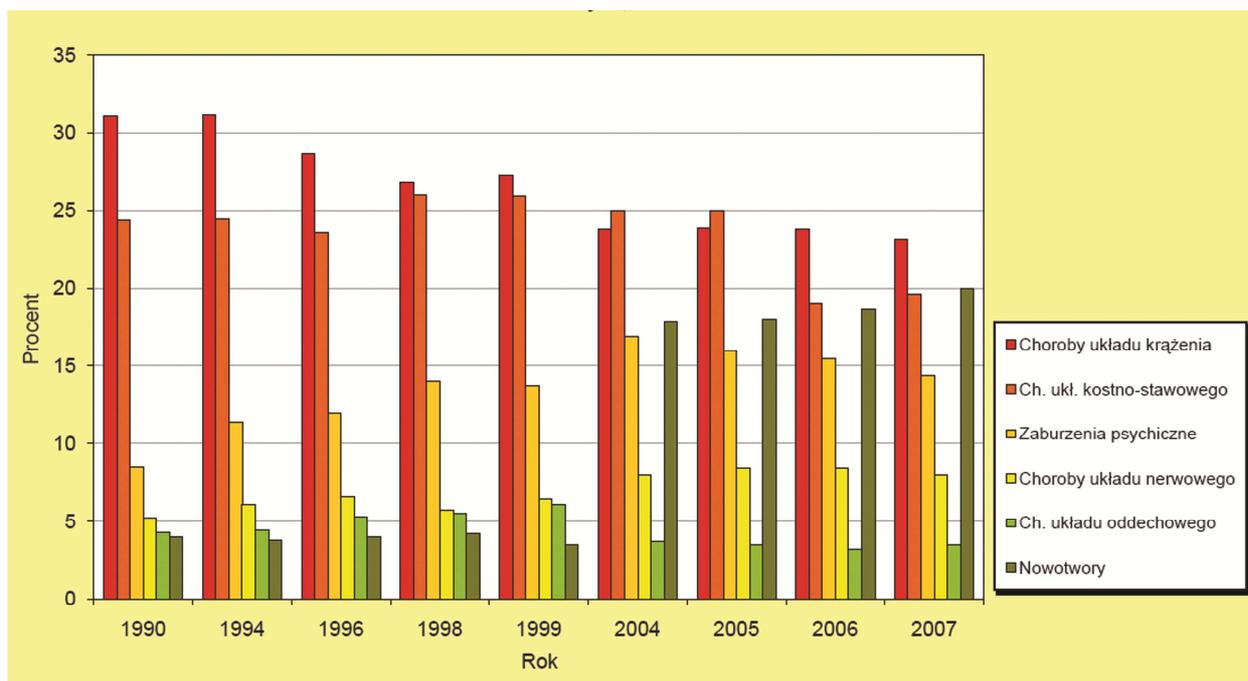
Należy podkreślić, że co czwarta osoba niepełnosprawna posiadająca orzeczenie prawne o niepełnosprawności według subiektywnej oceny nie zgłaszała żadnych ograniczeń sprawności. Świadczy to o liberalnym podejściu do przyznawania statusu niepełnosprawności w niektórych systemach orzeczniczych.

Najczęściej występującymi schorzeniami w grupie osób niepełnosprawnych powyżej 15-go roku życia były choroby układu krążenia, narządu ruchu, układu nerwowego i narządu wzroku.

Przyczyny chorobowe orzeczeń niezdolności do pracy do celów rentowych w latach 1990 – 2007 przedstawia wykres 13.

³⁸ Źródło: Sytuacja zdrowotna ludności Polski, NIZP 2008r.

Wykres 13 - Główne przyczyny chorobowe w pierwszorazowych orzeczeniach o niezdolności do pracy do celów rentowych 1990-2007.³⁹



Oczywiście upośledzenia funkcji występują z niejednakową częstością. Nasilają się one wraz z upływem lat życia. Jednak część populacji osób w podeszłym wieku przy wykonywaniu codziennych czynności życiowych bezwzględnie wymaga pomocy osób drugich.

Z badania przeprowadzonego przez GUS w 2006 r. „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych” wynika iż samoocena stanu zdrowia zależy od wieku badanej osoby.

Stan zdrowia jako bardzo dobry oceniło 21,6 % badanych osób, jako dobry 42,7 %, a 25,1% jako ani dobry ani zły.

Natomiast co piąta osoba w wieku 60-69 lat i niemal 50 % osób w wieku ponad 70 lat oceniła swój stan zdrowia jako zły i bardzo zły.

Mężczyźni oceniali lepiej stan swojego zdrowia niż kobiety.

Osoby z wyższym i średnim wykształceniem lepiej oceniają stan swojego zdrowia niż osoby z wykształceniem podstawowym i bez wykształcenia.

Stwierdzono iż w badanej grupie 25,5 % osób choruje przewlekłe, a 23,7 % korzysta ze stałej opieki medycznej. Częściej występowanie chorób przewlekłych zgłaszały kobiety.

³⁹ Źródło: Sytuacja zdrowotna ludności Polski, NIZP 2008r.

Badane osoby pytano także o ograniczenie zdolności do samoobsługi lub pracy (w przypadku osób uczących się – nauki). Wyniki badania wskazują, że 10,1 % osób zgłaszało potrzebę pomocy osób drugih, przy czym **1,2 % badanych osób podawało konieczność pomocy przez 24 godziny**, natomiast dla 6,8 % pomoc taka potrzebna była tylko okresowo. Biorąc pod uwagę wykształcenie, potrzebę pomocy osób drugih zgłaszało aż 45,3 % osób bez wykształcenia. W tej grupie 11,6 % osób wymagało takiej pomocy przez 24 godziny. 5,4 % potrzebowało pomocy w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego, a 10,4 % - w większości podstawowych czynności dnia codziennego. Jeśli chodzi o wiek osób, to potrzebę pomocy osoby drugiej przez 24 godziny na dobę zgłaszano najczęściej w grupie wieku 70 i więcej lat. Niewiele ponad połowa populacji w tej grupie wieku nie zgłaszała potrzeby pomocy osób drugih.

Na co mogą liczyć osoby niesamodzielne w Polsce.

Z tytułu niezdolności do samodzielnej egzystencji w polskim systemie zabezpieczenia społecznego **zasilek pielęgnacyjny** przysługuje, zgodnie z ustawą o świadczeniach rodzinnych:

- niepełnoletniemu dziecku,
- osobie niepełnosprawnej w wieku powyżej 16 lat z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności,
- osobie niepełnosprawnej w wieku powyżej 16 lat legitymującej się orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, jeżeli niepełnosprawność powstała w wieku do ukończenia 21 lat,
- osobie, która ukończyła 75 lat.

Natomiast **dobatek pielęgnacyjny** przysługuje osobom, które zostały uznane za niezdolne do samodzielnej egzystencji przez lekarza orzecznika ZUS, lekarza rzeczoznawcę KRUS, komisje lekarskie służb mundurowych, a także jest przyznawany z urzędu osobom, które ukończyły 75 lat życia.

Od 1.III.2010 r. dodatek pielęgnacyjny wynosi 181,10 zł miesięcznie. Odpowiada to 12 % przeciętnej emerytury z FUS i 15 % przeciętnej renty z tytułu niezdolności do pracy z FUS.

Świadczenie to należy uznać za dalece niewystarczające jeżeli osoba niezdolna do samodzielnej egzystencji musi opłacić usługi pielęgnacyjne czy odpowiednio doposażyć mieszkanie.

Liczbę i wysokość świadczeń emerytalnych i rentowych w poszczególnych systemach zabezpieczenia społecznego przedstawiają Tab. 8 i Tab. 9.

Tabela 8 - Liczba osób pobierających świadczenia w systemie zabezpieczenia społecznego w 2007 r. (w tys.)

	Emerytura	Renta z tytułu niezdolności do pracy	Renta rodzinna
ZUS	4626,9	1378,9	1227,4
Inwalidzi wojenni		64,7	32,8
Renty socjalne		238,2	
KRUS	1209,4	275,5	44,2
MON	102,9	18,6	35,3
MSWiA	124,5	14,8	36,1
Sł. więzienna	18,0	2,1	5,7
Razem:	6081,7	1992,8	1381,5

Tabela 9 - Wysokość świadczeń pieniężnych w systemie zabezpieczenia społecznego w 2007 r. (w PLN) Wysokość najniższych świadczeń od 1.III.2010 r. wynosi:

	Emerytura	Renta z tytułu niezdolności do pracy	Renta Rodzinna
ZUS Fundusz składkowy	1346,42	1011,47	1190,78
Inwalidzi wojenni		2211,0	1352,50
KRUS	852,20	644,63	825,97
MON	2381,39	2457,55	2087,37
MSWiA	2318,35	1847,87	1917,10
Służba więzienna	2341,36	1994,30	2054,24

Najniższe świadczenia pieniężne od 1.III.2010

Emerytura, renta tytułu całkowitej

niezdolności do pracy i renta

rodzinna

706,29 zł

Renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy

543,29 zł

Renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy w związku z wypadkiem lub

chorobą zawodową

847,55 zł

Renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy w związku z wypadkiem lub chorobą

zawodową 651,95 zł

Wysokość dodatku pielęgnacyjnego od 1.III.2009

Dodatek pielęgnacyjny 181,10 zł
Dodatek pielęgnacyjny dla Inwalidy wojennego 271,65 zł

Bardzo niski poziom świadczeń rentowych z tytułu niezdolności do pracy w polskim systemie pracowniczym wg G. Uścińskiej „**nie odpowiada w większości przypadków rozwiązaniom międzynarodowym**”.

B. Szatur-Jaworska twierdzi, że przeciętna renta z tytułu niezdolności do pracy nieznacznie przekracza minimum socjalne dla jednoosobowego gospodarstwa osoby starszej, nie pozwala natomiast na uzyskanie poziomu minimum socjalnego w przypadku gdy z jednego przeciętnego świadczenia miałyby utrzymywać się 2 osoby starsze.

W przypadku wystąpienia ryzyka niezdolności do samodzielnej egzystencji świadczenie emerytalne lub rentowe powiększone o dodatek pielęgnacyjny nie zapewnia nawet w znikomym stopniu pokrycia kosztów wynikających z konieczności korzystania z pomocy innych osób w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych.

Wg B. Bień (konsultanta krajowego w dziedzinie geriatrji) „stan zdrowia i sprawności ludzi starszych w Polsce są niezadowolające. Świadczą o tym subiektywne i zobiektywizowane wykładniki stanu zdrowia jak i porównanie z innymi krajami europejskimi. Opieka zdrowotna nad osobami starszymi w Polsce jest niewydolna, niespójna, zdezintegrowana. Istniejący model opieki zdrowotnej nie przystosował się do zmieniających się potrzeb starzejącego się społeczeństwa. Udział sektora pomocy społecznej w systemie opiekuńczym państwa wobec ludzi starszych, niesprawnych w środowisku jest marginalny a na wsi praktycznie nieobecny. Rozdzielenie resortu zdrowia od resortu pomocy społecznej pogorszyło współdziałanie praktyków opieki geriatrycznej i utrudniło kompleksowe rozpoznawanie i zaspokajanie potrzeb zdrowotnych, środowiskowych i społecznych. Wobec prognozowanego zwiększenia zapotrzebowania na opiekę pożądanym kierunkiem zmian jest wprowadzenie ubezpieczeń pielęgnacyjnych wraz z siecią usług pielęgnacyjno-opiekuńczych i rehabilitacyjnych”.

Zespół ekspercki do spraw praw osób starszych powołany przez Rzecznika Praw Obywatelskich 18 maja 2007 opracował raport „Stan przestrzegania praw osób starszych w Polsce. Analiza i rekomendacje działań” pod red. B. Szatur-Jaworskiej. W drugiej części tego raportu zawierającej część diagnostyczną oraz wnioski i rekomendacje przygotowane w oparciu o badania przeprowadzone przez członków zespołu w punkcie 7 sformułowana jest następująca rekomendacja „konieczne jest wprowadzenie w Polsce obowiązkowych,

powszechnych ubezpieczeń pielęgnacyjnych, które powinny stać się głównym źródłem finansowania opieki długoterminowej nad osobami starszymi”.

Także w raporcie z badań Instytutu Spraw Publicznych „To idzie starość. Postawy osób w wieku przedemerytalnym” pod red. P. Szukalskiego znajdujemy rekomendację „Należy wprowadzić ubezpieczenie pielęgnacyjne. Pozwoli to na zapewnienie starszym osobom niepełnosprawnym podstawowych usług dnia codziennego (bez nakładania dodatkowych obciążeń finansowych na dotychczasowy system opieki zdrowotnej)”.

Liczba osób niesamodzielných

Liczbę osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji w naszym kraju możemy w przybliżeniu ocenić uwzględniając dane z poszczególnych instytucji zabezpieczenia społecznego.

Liczbę osób pobierających dodatek pielęgnacyjny w ZUS w roku 2007 przedstawia Tab. 10.

Tabela 10 - Liczba osób pobierających dodatek pielęgnacyjny w ZUS w roku 1997.

Liczba osób pobierających dodatek pielęgnacyjny	Ogółem	Z tego:	
		Z racji niezdolności do samodzielnej egzystencji	Z racji wieku
Do emerytur i rent	1 886 373	511 427	1 374 946
Do rent z tytułu wypadków przy pracy	55 167	8 454	46 713
Do rent inwalidów wojennych, wojskowych i kombatantów	66 716	16 003	50 713
Razem	2 008 256	535 884	1 472 372

Przyczyny chorobowe niezdolności do samodzielnej egzystencji przedstawia Tab. 11.

Tabela 11 - Orzeczenia pierwszo razowe lekarzy orzeczników ustalające niezdolność do samodzielnej egzystencji dla celów rentowych oraz orzeczenia ustalające niezdolność do samodzielnej egzystencji emeryta i przyznanie dodatku pielęgnacyjnego według płci osób badanych i grup chorobowych, wydane w latach 2007 - 2008

Wyniki badania statystycznego

Grupy chorobowe	2007			2008		
	Razem	Mężczyźni	Kobiety	Razem	Mężczyźni	Kobiety
OGÓŁEM	35 101	16 825	18 276	30 612	14 763	15 849
Choroby zakaźne i pasożytnicze	43	22	21	40	21	19
Nowotwory	13 729	6 632	7 097	12 292	5 875	6 417
Choroby krwi i narządów krwiotwórczych	64	27	37	51	25	26
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego	588	255	333	421	188	233
Zaburzenia psychiczne	2 502	1 108	1 394	2 173	1 017	1 156
Choroby układu nerwowego	2 579	1 329	1 250	2 349	1 203	1 146
Choroby oka	697	273	424	574	214	360
Choroby ucha i wyrostka sutkowego	29	11	18	17	7	10
Choroby układu krążenia	8 923	4 861	4 062	7 510	4 187	3 323
Choroby układu oddechowego	802	485	317	682	432	250
Choroby układu trawiennego	277	128	149	240	135	103
Choroby skóry	33	15	18	47	19	28
Choroby układu kostno-stawowego	2 905	702	2 203	2 517	561	1 956
Choroby układu moczopłciowego	460	235	225	428	202	226
Ciąża, poród, połóg	1	0	1	1	0	1
Wady rozwojowe wrodzone	69	27	42	65	28	37
Układ kości, stawów i tkanek miękkich	1 251	646	605	1 066	578	488
Inne choroby	149	69	80	139	71	68

Nie dotyczy dodatków pielęgnacyjnych przyznanych z racji wieku

Tabela 12- Liczba osób pobierających dodatki pielęgnacyjne z Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (w tys.).⁴⁰

Rok	Osoby z orzeczeniem niezdolności do samodzielnej egzystencji	Osoby, które ukończyły 75 lat
2005	243,2	471,0
2006	228,1	466,5
2007	221,8	472,0

⁴⁰ Źródło: KRUS

Tabela 13 - Przyczyny chorobowe niezdolności do samodzielnej egzystencji w latach 2005-2007⁴¹

Grupy chorób*	Kod kwalifik. chorób	Rok 2005		Rok 2006		Rok 2007	
		Lekarze rzeczoznawcy KRUS	Komisje lekarskie Kasy	Lekarze rzeczoznawcy KRUS	Komisje lekarskie Kasy	Lekarze rzeczoznawcy KRUS	Komisje lekarskie Kasy
Ogółem	x	1694	125	1583	118	1542	99
Nowotwory	C00-D48	658	43	658	46	667	36
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania	F00-F99	268	14	234	18	227	23
Choroby układu krążenia w tym: choroba nadciśnieniowa w tym: choroba niedokrwienna serca	I00-I99 I10-I15 I20-I25	261 14 20	22 1 3	207 10 16	12 3 3	215 7 12	7 0 0
Choroby układu nerwowego	G00-G99	168	8	175	16	151	11
Urazy, zatrucia i skutki działań czynników zewnętrznych	S00-T98	114	6	125	8	128	14
Choroby układu kostno-stawowego	M00-M99	90	13	55	7	57	3
Inne choroby	D50-D89 E00-E90, H00-H95	82	15	72	10	58	3
Choroby układu trawiennego	K00-K93	20	0	22	0	9	0
Choroby układu moczowo-płciowego	N00-N99	16	3	22	0	13	1
Choroby układu oddechowego	J00-J99	12	1	8	1	11	1
Choroby zakaźne i pasożytnicze w tym: gruźlica	A00-B99 A15-A19	3 2	0 0	3 3	0 0	5 1	0 0
Choroby skóry i tkanki podskórnej	L00-L99	1	0	2	0	1	0
Ciąża, poród, połóg	O00-O99	1	0	1	0	0	0

⁴¹ wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja dziesiąta ICD-10 Kategorie 3-znakowe.

Tabela 14 - Liczba osób zaliczonych do znacznego stopnia niepełnosprawności według przyczyn chorobowych.⁴²

Lp.	Symbol przyczyny niepełnosprawności	2007 r.	2008 r.
1.	01-U	4 165	5 046
2.	02-P	11 571	15 321
3.	03-L	7 565	9 021
4.	04-O	6 745	8 133
5.	05-R	43 825	57 146
6.	06-E	1 774	2 411
7.	07-S	40 887	54 584
8.	08-T	6 861	9 416
9.	09-M	8 742	12 516
10.	10-N	30 827	39 802
11.	11-I	21 744	29 434
	Razem	184 697	242 830

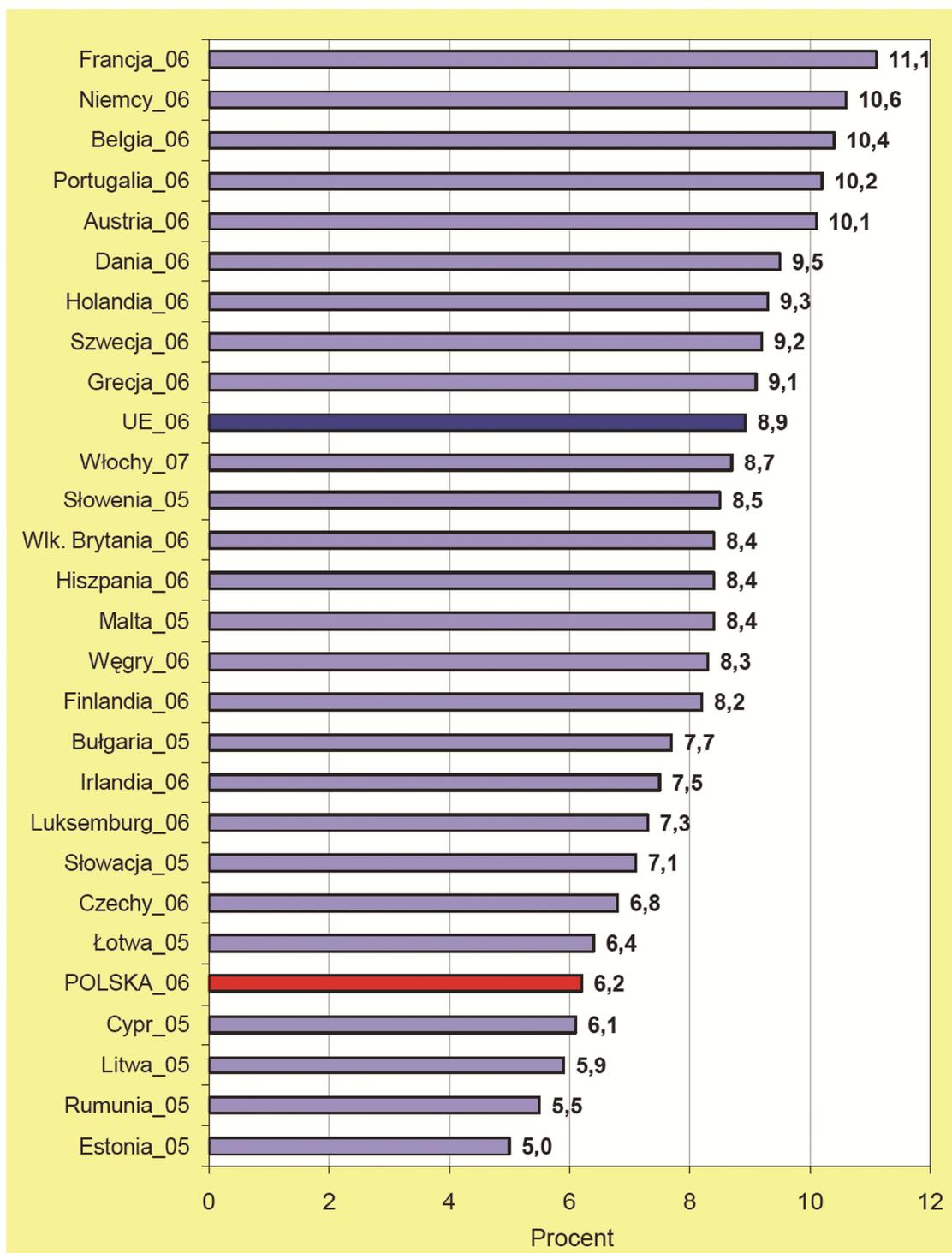
Na podstawie dostępnych danych można stwierdzić, że dodatki pielęgnacyjne na podstawie orzeczenia lekarskiego o niezdolności do samodzielnej egzystencji pobierało 31.12.2007 roku 757, 6 tys. osób z dwóch największych instytucji zabezpieczenia społecznego w Polsce, tj. z ZUS-u i KRUS-u.

Podsumowanie

Stan zdrowia ludności Polski po roku 1991 ulega systematycznej poprawie, ale na tle ogółu krajów Unii Europejskiej sytuacja jest wciąż niezadowolająca, a na dodatek w latach 2000. poprawa ta uległa spowolnieniu, szczególnie w przypadku mężczyzn. Udział osób niepełnosprawnych wśród ogółu ludności w wieku produkcyjnym w Polsce wynosi około 16 %. Liczba ta jest wg szacunków UE najwyższa wśród krajów członkowskich. Wydatki na zdrowie jako procent PKB przedstawia wykres 14.

⁴² Źródło: Biuro Pełnomocnika do Spraw Osób Niepełnosprawnych, MPIPS, 2009r.

Wykres 14 - Wydatki na zdrowie jako procent PKB – ostatni dostępny rok (dane WHO, HFA DB).⁴³

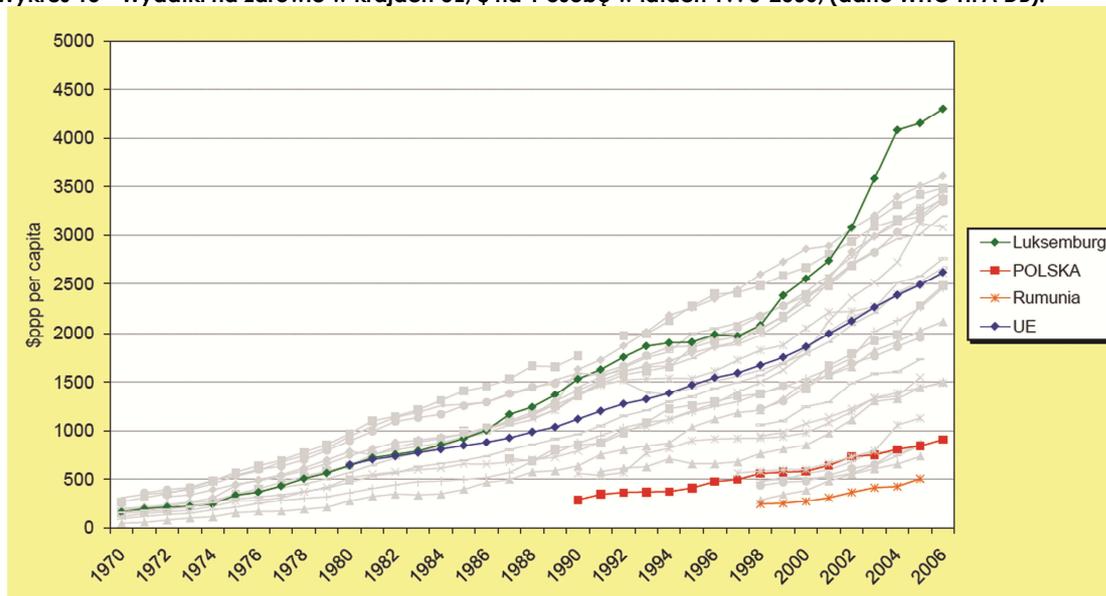


Pod względem wydatków na zdrowie na 1 osobę Polska zajmuje 23 miejsce przed Litwą, Łotwą, Estonią, Bułgarią i Rumunią.

⁴³ Źródło: Sytuacja zdrowotna ludności Polski, NIZP 2008

Wydatki na zdrowie w krajach UE w latach 1970-2006 przedstawia wykres 15.

Wykres 15 - Wydatki na zdrowie w krajach UE, \$ na 1 osobę w latach 1970-2006, (dane WHO HFA DB).⁴⁴



W świetle przedstawionych danych dotyczących: stanu zdrowia ludności Polski, liczby osób, które w następstwie chorób stały się niepełnosprawne, czy niezdolne do samodzielnej egzystencji oraz poziomu finansowania systemu ochrony zdrowia w Polsce na tle innych krajów UE zasadne jest rozważenie podjęcia następujących działań.:

1. racjonalizacja systemu opieki zdrowotnej, czyli stosowanie następującej kolejności działań: prewencja → diagnostyka → leczenie → rehabilitacja → kompensacja;
2. zwiększenie nakładów finansowych na ochronę zdrowia;
3. utworzenie Narodowego Programu Rehabilitacji;
4. wdrożenie jednolitych zasad orzekania o niepełnosprawności niezdolności do samodzielnej egzystencji oraz przyspieszenie prac nad wydaniem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie umiętności w zakresie węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych (orzecznictwo lekarskie);
5. zwiększenie liczby specjalistów geriatrów i opiekunów medycznych;
6. wprowadzenie ubezpieczeń pielęgnacyjnych dla zapewnienia godnego życia ludziom niezdolnym do samodzielnej egzystencji;
7. realizacja projektów informatycznych pozwalająca na ujednoczenie, gromadzenie, analizę, udostępnianie danych dotyczących stanu zdrowia populacji, jego zagrożeń, a także następstw chorób pozwalających na monitorowanie zdrowia i działań w zakresie zdrowia publicznego.

⁴⁴ Źródło: Sytuacja zdrowotna ludności Polski, NIZP 2008

Część III. Opieka długoterminowa w systemie ochrony zdrowia, stan obecny – zadania na przyszłość

1. Wprowadzenie

Polski system opieki zdrowotnej w ciągu ostatnich lat ulegał ciągłym zmianom, których celem była i nadal jest poprawa jakości opieki przy jednoczesnym zwiększaniu jej efektywności. Dziś powszechnie wiadomo, że udział opieki medycznej w ochronie zdrowia jest niewielki - nie dlatego, że jest ona nieudolna, ale dlatego, że mając do czynienia z nieodwracalnymi czy niektórymi śmiertelnie groźnymi chorobami, jest bezradna. Dlatego właśnie popularna jest teza o odpowiedzialności każdego człowieka za stan swego zdrowia, a także zdrowia innych. Jest ona prawdziwa, jednak faktyczną odpowiedzialność wyznaczają granice rozumienia istoty i uwarunkowań zdrowia, jego miejsce w uznawanej hierarchii wartości, a także gotowość ludzi do podejmowania decyzji i realizowania zachowań, które będą służyły ochronie i potęgowaniu zdrowia. Od nas samych, naszej hierarchii wartości w dużej mierze zależy, jak długo żyć będziemy w zdrowiu, jak długo utrzymamy samodzielność.

W Polsce polityka zdrowotna została wytyczona w dokumentach o charakterze strategicznym. Jednym z nich jest Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia na lata 2007–2013, przyjęta przez Radę Ministrów w dniu 29 listopada 2006 roku. Dokument ten jest obecnie uaktualniany.

Kolejnym dokumentem programowym, wyznaczającym kierunki działań polityki zdrowotnej państwa, w tym również określającym zadania takie, jak tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych, jest przyjęty w 2007 roku Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015 (NPZ).

Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015 jest integralną częścią Strategii Rozwoju Ochrony Zdrowia w zakresie zdrowia publicznego i stanowi jeden z jej celów operacyjnych. O ile jednak Strategia jest narzędziem rozwoju ochrony zdrowia, o tyle Narodowy Program Zdrowia umożliwia koordynację działań na rzecz poprawy zdrowia populacji i wyrównania różnic w tym zakresie. Jego zadania realizowane są bowiem nie tylko przez administrację rządową i samorządową, ale również przez organizacje pozarządowe. W ten sposób Narodowy Program Zdrowia stwarza szanse na bardziej skuteczną realizację zadań związanych ze zdrowiem społeczeństwa, a wspomniane powyżej włączenie się w jego realizację zarówno organów administracji rządowej, organizacji pozarządowych, jak

i samorządów, społeczności lokalnych i samych obywateli jest – zgodnie z przyjętymi założeniami - podstawowym warunkiem osiągnięcia celów NPZ.

Prezentowane opracowanie zawiera informacje na temat funkcjonowania systemu opieki długoterminowej w Polsce, który z punktu widzenia zabezpieczenia potrzeb osób niesamodzielnych wymagających opieki osób drugich odgrywa znaczącą rolę. System ochrony zdrowia zapewnia pacjentowi opiekę długoterminową realizowaną w warunkach stacjonarnych (zakłady opiekuńczo-lecznicze i zakłady pielęgnacyjno – opiekuńcze) i domowych. Kryterium kwalifikacyjnym do objęcia opieką długoterminową jest stan zdrowia pacjenta. Stan zdrowia pacjenta determinuje zapotrzebowanie na usługi o charakterze leczniczym, rehabilitacyjnymi pielęgnacyjno - opiekuńczym.

Opieka długoterminowa to długookresowa w ochronie zdrowia, ciągła profesjonalna pielęgnacja i rehabilitacja oraz kontynuacja leczenia farmakologicznego i dietetycznego. Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze adresowane są zarówno do dorosłych, jak i do dzieci. Znajduje to swój wyraz w zakresie zadań przewidzianych do realizacji w poszczególnych rodzajach opieki. W dokumencie omówiono także zasady udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności świadczeń w zakresie opieki długoterminowej.

Informacje na temat liczby łóżek i zakładów opieki długoterminowej w Polsce obrazują dynamikę rozwoju świadczeń pielęgnacyjno – opiekuńczych. Dane dotyczące zatrudnionego personelu medycznego i opiekuńczego oraz informacje na temat specjalistów w opiece długoterminowej pokazują stan zabezpieczenia kadrowego, niezbędnego do realizacji świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

Na podstawie danych uzyskanych z Narodowego Funduszu Zdrowia przedstawiono informacje na temat wielkości i zakresu zakontraktowanych świadczeń w rodzaju „opieka długoterminowa” w 2006 i 2007 roku.

Dla każdego człowieka, także przewlekle chorego i niesamodzielnego, najważniejszym elementem gwarantującym dobre samopoczucie jest zachowanie niezależności i poczucia przynależności. Niestety, coraz częściej rodziny, nawet wielopokoleniowe, nie mogą we własnym zakresie zapewnić opieki nad osobami bliskimi. W 2004 roku, spośród 4 153 500 osób wyodrębnionych statystycznie jako „wymagające opieki innych osób”, 756 200 osób (18,2%) zamieszkiwało samotnie w tzw. 1-osobowych gospodarstwach. W grupie tej osoby w podeszłym wieku (powyżej 70 lat) stanowiły 68,9%.

Podstawy prawne

Artykuł 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej zobowiązuje władze publiczne do zapewnienia wszystkim obywatelom, bez względu na ich sytuację materialną, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Władze publiczne są zobowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku oraz są zobowiązane do zwalczania chorób zakaźnych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska. Konstytucja ustanawia zatem odpowiedzialność władz publicznych za bezpieczeństwo zdrowotne obywateli, a więc także za dostępność i jakość świadczeń opieki zdrowotnej.

Warunki i zakres udzielania świadczeń opieki zdrowotnej reguluje ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.). Ustawa ta obowiązuje od 1 października 2004 roku.

Powszechność w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej realizowana jest następująco: prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych mają osoby ubezpieczone oraz osoby inne niż ubezpieczeni posiadające obywatelstwo polskie i posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, o niskim statusie społeczno – ekonomicznym ocenianym w oparciu o te same kryteria, które uprawniają do świadczeń z pomocy społecznej. Ponadto osoby, które nie ukończyły 18 roku życia oraz kobiety w okresie ciąży i połogu mają zapewnioną opiekę zdrowotną na zasadach i w zakresie określonym dla ubezpieczonych. Dotyczy to również osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków, oraz chorych na wybrane choroby psychiczne i zakaźne.

W myśl przepisów ustawy, poprzez świadczenie opieki zdrowotnej rozumie się:

- świadczenie zdrowotne, czyli działanie służące profilaktyce chorób, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub odrębnych przepisów regulujących zasady ich udzielania;
- świadczenie zdrowotne rzeczowe, a więc związane z procesem leczenia produkty lecznicze, wyroby medyczne, w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi;
- świadczenie towarzyszące, czyli zakwaterowanie i wyżywienie w zakładzie opieki zdrowotnej całodobowej lub całodziennej oraz usługi transportu sanitarnego.

Świadczenia opieki zdrowotnej są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia lub właściwych ministrów na zasadach i w zakresie określonym w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.). Strukturę Narodowego Funduszu Zdrowia tworzy centrala oraz 16 oddziałów wojewódzkich. Oddziały wojewódzkie są tworzone zgodnie z podziałem terytorialnym państwa. Oddziały wojewódzkie mogą ponadto tworzyć placówki terenowe.

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określa szczegółowo zadania władz publicznych mające na celu zapewnienie obywatelom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Zadania te obejmują między innymi: analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych ludności oraz czynników powodujących ich zmiany, opracowywanie i realizację oraz ocenę efektów na podstawie przeprowadzanych analiz, a także promocję zdrowia i profilaktykę chorób w celu tworzenia warunków sprzyjających zdrowiu. Ponadto do zadań własnych gmin, powiatów oraz samorządu województwa należą między innymi: opracowywanie, realizacja oraz ocena na podstawie przeprowadzanych analiz potrzeb zdrowotnych oraz stanu zdrowia mieszkańców, a także programów zdrowotnych, które stanowią zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiające w określonym terminie osiągnięcie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy osób. Programy zdrowotne mogą opracowywać, wdrażać, realizować i finansować ministrowie, jednostki samorządu terytorialnego oraz Narodowy Fundusz Zdrowia. Programy dotyczą w szczególności ważnych zjawisk epidemiologicznych i innych istotnych problemów zdrowotnych dotyczących całej populacji lub określonej grupy osób, przy istniejących możliwościach ich eliminowania bądź ograniczania oraz wdrażania nowych procedur medycznych i przedsięwzięć profilaktycznych.

Przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zapewniają osobom ubezpieczonym równy dostęp do świadczeń oraz prawo wyboru świadczeniodawców spośród tych, którzy zawarli umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia, jednak w nagłych sytuacjach świadczenia w niezbędnym zakresie mogą być udzielane przez każdego świadczeniodawcę. Zgodnie z przepisem art. 15 ww. ustawy, świadczeniobiorcy mają na zasadach określonych w ustawie prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie. Świadczeniobiorcom zapewnia się i finansuje ze środków publicznych m.in.: podstawową opiekę zdrowotną, ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, rehabilitację leczniczą, świadczenia stomatologiczne, leczenie w domu chorego, leczenie szpitalne, świadczenia

pielęgnacyjne i opiekuńcze, opiekę paliatywno - hospicyjną oraz zaopatrzenie w produkty lecznicze, wyroby medyczne i środki pomocnicze.

2.Podstawy prawne dla świadczeniodawców realizujących opiekę długoterminową w systemie ochrony zdrowia

Świadczenia zdrowotne mogą być udzielane przez zakłady opieki zdrowotnej oraz przez osoby fizyczne wykonujące zawód medyczny lub przez grupową praktykę lekarską, grupową praktykę pielęgniarek lub położnych na zasadach określonych w odrębnych przepisach.

Zgodnie z ustawą z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007r. Nr 14 poz. 89 z późn. zm.), zakłady opieki zdrowotnej dzieli się na publiczne i niepubliczne.

Publiczny zakład opieki zdrowotnej jest jednostką organizacyjną, utworzoną przez jeden z podmiotów: ministra lub centralny organ administracji rządowej, wojewodę, jednostkę samorządu terytorialnego, publiczną uczelnię medyczną lub publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych albo Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej (NZOZ) może być utworzony przez: kościół lub związek wyznaniowy, pracodawcę, fundację, związek zawodowy, samorząd zawodowy lub stowarzyszenie, spółkę niemającą osobowości prawnej, a także inną krajową lub zagraniczną osobę prawną lub osobę fizyczną.

Zakłady opieki długoterminowej są zakładami opieki zdrowotnej, a więc podlegają wszystkim przepisom związanym z organizacją i funkcjonowaniem placówek ochrony zdrowia. Aktualnie wymagania dla zakładów opieki długoterminowej regulowane są w oparciu o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 213. poz. 1568 z późn. zm.).

Zasady realizacji świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zostały określone w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), aktach wykonawczych do ww. ustawy oraz zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, dotyczących postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych rodzajach i zakresach.⁴⁵

⁴⁵ Z uwagi na fakt, że opracowanie tworzone jest w okresie obowiązywania zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 96/2008/DSOZ z dnia 23 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz opieka paliatywna i hospicyjna,

Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 96/2008/DSOZ regulowało postępowanie w sprawie zawierania i realizacji umów w rodzajach:

1) świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze;

2) opieka paliatywna i hospicyjna;

a także określało warunki wymagane od świadczeniodawców zainteresowanych zawarciem umowy w danym rodzaju.

Wymagania te odnosiły się do zatrudnianego personelu, warunków lokalowych, sprzętu i wyposażenia, sprzętu medycznego i pomocniczego oraz inne. W zakresie wymagań innych przewidziano certyfikat ISO oraz certyfikat CMJ.

W odniesieniu do zatrudnienia pielęgniarek – liczba pielęgniarek jest określana wg normy zatrudnienia ustalonej przez kierownika zakładu na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie ustalania minimalnych norm zatrudniania pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 111 poz.1314). W stosunku do pozostałych pracowników wymagania określone zostały przez NFZ.

Zakłady opiekuńczo – lecznicze i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze dysponują także zaleceniami Konsultanta Krajowego w dziedzinie Pielęgniarstwa Przewlekłe Chorych i Niepełnosprawnych w zakresie podstawowej pielęgnacji osób z ograniczoną zdolnością do samoopieki oraz zaleceniami w zakresie zapobiegania odleżynom.

3.Organizacja opieki długoterminowej w Polsce

Warunki i zakres udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a także zasady i tryb finansowania tych świadczeń określa ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) oraz akty wykonawcze do ww. ustawy.

Zgodnie z przepisem art. 15 ust. 2 pkt wyżej wymienionej ustawy, świadczeniobiorcy zapewnia się i finansuje ze środków publicznych m. in. świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. Szczegóły dotyczące kontraktowania i realizacji świadczeń w 2009 r. zostały określone w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 96/2008/DSOZ z dnia 23 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz opieka paliatywna i hospicyjna.

to informacje zawarte w opracowaniu będą odnosiły się zarówno do uregulowań zawartych w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oraz będą uwzględniały nowe regulacje prawne.

Z dniem 31 sierpnia 2009 roku weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. Nr 140, poz. 1147 ze zm.). Rozporządzenie określa wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

Rozporządzenie stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 31 d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).

Zakres świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w zawarty w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 roku jest tożsamy z zakresem świadczeń zawartym w zarządzeniu Nr 96/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz opieka paliatywna i hospicyjna.

Celem poprawy dostępności do gwarantowanych świadczeń pielęgnacyjno – opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej dokonano nowelizacji przedmiotowego rozporządzenia, w zakresie złagodzenia warunków udzielania świadczeń zdrowotnych oraz objęcia większej liczby świadczeniobiorców pielęgniarstwą opieką długoterminową domową m.in. dla tych pacjentów dla których do końca lutego 2010 roku były realizowane świadczenia w ramach pielęgniarstwskiej opieki domowej w POZ.

Zmiany dotyczą m.in. wykreślenia z przepisu § 9 ust. 2 konieczności realizacji, przez okres powyżej 14 dni, co najmniej jednego ze świadczeń pielęgniarstwskich, wymienionych w § 9 ust. 2 pkt 1-7 tego rozporządzenia, np. pielęgnacji przetoki czy wykonywania opatrunków. Ponadto określono, iż pielęgniarzka może jednocześnie opiekować się nie więcej niż 6 świadczeniobiorcami przebywającymi pod różnymi adresami i nie więcej niż 12 świadczeniobiorcami przebywającymi pod tym samym adresem zamieszkania (np. w domu pomocy społecznej).

Wprowadzone zmiany powodują, że zarówno w opiece stacjonarnej jak i domowej świadczenia gwarantowane z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej będą udzielane świadczeniobiorcy, który w ocenie skalą opartą na skali Barthel otrzymał 40 punktów lub mniej.

W 2010 roku warunki zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej zostały określone w zarządzeniu Nr 84/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2009 r. sprawie

określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

W związku z wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2009 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. Nr 217 poz. 1688), Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wydał zarządzenie Nr 93/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2009 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, które wprowadziło zmiany do załącznika nr 1 do zarządzenia Prezesa w zakresie finansowania stawki za osobodzień realizowanej w ramach pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej.

Grupa opieki:

Opieka długoterminowa przeznaczona jest dla osób obłożnie i przewlekle chorych niewymagających hospitalizacji, u których występują istotne deficyty w samoopiece i którzy wymagają całodobowej, profesjonalnej, intensywnej opieki i pielęgnacji oraz kontynuacji leczenia. Kontynuacja leczenia oznacza dalsze postępowanie medyczne odpowiadające stanowi zdrowia pacjenta, w tym podawanie leków i wykonywanie badań diagnostycznych niezbędnych w chorobach o charakterze przewlekłym oraz stosowanie wskazań po zakończeniu leczenia w oddziale szpitalnym po indywidualnej ocenie lekarza zakładu opieki długoterminowej. Do opieki długoterminowej nie mogą trafiać osoby kwalifikujące się do domów pomocy społecznej lub u których podstawowym wskazaniem do objęcia opieką jest trudna sytuacja socjalna albo zaawansowana choroba nowotworowa.

W 2010 roku Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje świadczenia w zakresie opieki długoterminowej w formie stacjonarnej i domowej w/przez:

1. Zakłady opiekuńczo – lecznicze i pielęgnacyjno – opiekuńcze, których zadaniem jest okresowe lub stałe objęcie całodobową pielęgnacją i kontynuacja leczenia osób przewlekle chorych oraz osób, które przebyły leczenie szpitalne i mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego, a nie wymagają już dalszej hospitalizacji, jednak ze względu na stan zdrowia, stopień niepełnosprawności, brak samodzielności w samoopiece i samopielęgnacji, istnieje potrzeba stałej kontroli lekarskiej, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji, co wiąże się z koniecznością przebywania w zakładzie opiekuńczo – leczniczym.

2. W zakładach opiekuńczo-leczniczych dla pacjentów wentylowanych mechanicznie obejmujących dodatkowo wymóg zapewnienia całodobowego, mechanicznego lub

ciśnieniowego wspomaganie oddechu u pacjentów z niewydolnością oddechową, którzy wymagają stosowania ciągłej terapii oddechowej przy pomocy respiratora, lecz nie wymagają hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii;

3. W ramach świadczeń w oddziale dla przewlekle chorych zapewniano całodobową opiekę i leczenie osób, które przebyły fazę leczenia szpitalnego w oddziałach opieki krótkoterminowej, mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego, lecz wymagają dalszego pobytu w zakładzie opieki długoterminowej.

4. Zespoły długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie, które obejmują realizację świadczeń nad świadczeniobiorcami z niewydolnością oddechową, wymagającymi stosowania inwazyjnej, prowadzonej przy pomocy respiratora (przez rurkę tracheotomijną), bądź nieinwazyjnej (prowadzonej przez różnorodne ustniki, maski czy kaski), ciągłej lub okresowej terapii oddechowej, niewymagającej hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii lub pobytu w zakładach opieki całodobowej. Wymagającymi jednak stałego specjalistycznego nadzoru lekarza, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji.

Zespoły długoterminowej opieki domowej dla świadczeniobiorców, którzy mają zapewnione odpowiednie warunki domowe i przeszkoloną rodzinę (opiekunów prawnych) w zakresie pielęgnacji i obsługi aparatury medycznej i udzielania pierwszej pomocy tak, aby podczas stosowania terapii mogło być zapewnione bezpieczeństwo świadczeniobiorcy.

5. Pielęgniarska opieka długoterminowa, domowa dla świadczeniobiorców przewlekle chorych somatycznie i psychosomatycznie oraz psychicznie chorych z wyłączeniem ostrej fazy choroby psychicznej, niezdolnych do samoopieki i samopielęgnacji, którzy w ocenie kartą oceny świadczeniobiorcy uzyskali od 0 do 40 punktów; w przypadku psychicznie chorych będących w ostrej fazie choroby, świadczenia zabezpieczone są zgodnie z zarządzeniem Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. Nr 140, poz. 1146).

Sposób i tryb kierowania osób do zakładów pielęgnacyjno - opiekuńczych i opiekuńczo - leczniczych oraz zasady ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach określa rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1998 r. w sprawie sposobu i trybu kierowania osób do zakładów opiekuńczo - leczniczych

i pielęgnacyjno – opiekuńczych oraz szczegółowych zasad ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach (Dz. U. Nr 166, poz. 1265).

Decyzję o przyjęciu do zakładu pielęgnacyjno - opiekuńczego i opiekuńczo - leczniczego prowadzonego w formie niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej podejmuje kierownik zakładu w porozumieniu z lekarzem udzielającym świadczeń w tym zakładzie.

Źródła finansowania zakładu opiekuńczo – leczniczego i pielęgnacyjno-opiekuńczego:

Płatnik, którym jest Narodowy Fundusz Zdrowia w zakładzie opiekuńczo-leczniczym i pielęgnacyjno-opiekuńczym finansuje świadczenia zdrowotne, nie ponosi natomiast kosztów wyżywienia i zakwaterowania.

Zgodnie z art. 34 a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.) osoba przebywająca w zakładzie opiekuńczo – leczniczym i pielęgnacyjno-opiekuńczym ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania. Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, osoby przebywającej w zakładzie opiekuńczo – leczniczym i pielęgnacyjno-opiekuńczym.

Miesięczną opłatę za wyżywienie i zakwaterowanie dziecka przebywającego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym i pielęgnacyjno-opiekuńczym ustala się w wysokości odpowiadającej 200% najniższej emerytury, z tym, że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu na osobę w rodzinie w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

4. Informacje na temat ilości łóżek i zakładów opieki długoterminowej w Polsce oraz zabezpieczenia kadrowego w opiece długoterminowej

Z danych GUS – stan na dzień 31 grudnia 2008 roku wynika, że liczba zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno - opiekuńczych oraz liczba łóżek w tych zakładach sukcesywnie wzrasta. Poniższa tabela obrazuje wzrost liczby łóżek i zakładów opieki długoterminowej.

Tabela 15 - Liczba łóżek oraz liczba zakładów opiekuńczo-leczniczych. ⁴⁶

ROK	RODZAJ ZAKŁADÓW			
	Zakłady opiekuńczo-lecznicze		Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze	
	Liczba łóżek	Liczba zakładów	Liczba łóżek	Liczba zakładów
1999	8 521	95	861	20
2000	9 633	126	1 800	49
2001	10 195	149	3 146	85
2002	11 623	174	3 642	100
2003	13 387	190	3 863	104
2004	13 439	227	4 595	119
2005	14 726	251	5 165	128
2006	16 099	300	4 847	119
2007	16 625	285	4 918	122
2008	13 271	268	4 463	121

W 2008 ogółem odnotowano 434 placówki opieki długoterminowej, o łącznej liczbie 21.9 tys. łóżek. Zgodnie z danymi GUS, dane obejmują zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze o charakterze ogólnym i psychiatrycznym.

W 2008 r. zakłady opiekuńczo – lecznicze i pielęgnacyjno – opiekuńcze o charakterze psychiatrycznym zostały wyodrębnione z zakładów o charakterze ogólnym i prezentowane są razem z zakładami długoterminowej całodobowej opieki psychiatrycznej. Liczba zakładów opieki długoterminowej odnosi się do liczby oddziałów opiekuńczo-leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz hospicjów, często działających w ramach jednego zoz-u. W takich przypadkach każdy oddział liczony był jako jeden zakład.

Z prezentowanych danych wynika, że liczba zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz liczba łóżek w tych zakładach sukcesywnie zwiększa się.

⁴⁶ Opracowanie B. Witkowska na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego

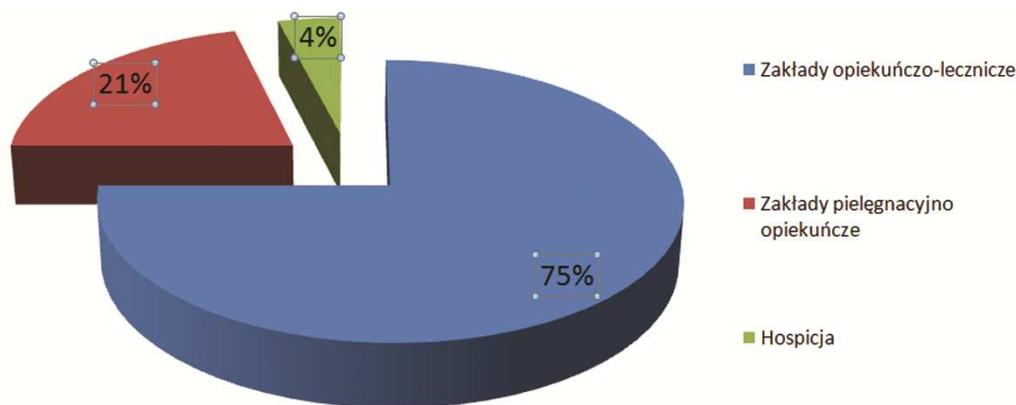
W roku 1999 odnotowano 115 zakładów opieki długoterminowej o łącznej liczbie łóżek 9 382 łóżek. W roku 2007 liczba zakładów opieki długoterminowej wzrosła do 407 tj. zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych o charakterze ogólnym i psychiatrycznym oraz odnotowano 59 hospicjów. Zakłady te dysponowały 22,4 tys. łózkami. W zakładach tych zapewniono opiekę stacjonarną dla 61,6 tys. osób, a także otoczono opieką domową 7,8 tys. osób. Przeciętny czas pobytu pacjenta w tego typu placówkach wyniósł: w zakładach opiekuńczo-leczniczych – 162 dni, w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych – 144,9 dnia, natomiast w hospicjach - przeznaczonych głównie dla chorych w terminalnym stanie choroby nowotworowej - czas ten był wyraźnie krótszy i wyniósł 21,8 dnia.

Dane za rok 2008 roku, wskazują, że liczba zakładów opieki długoterminowej nadal wzrasta. Na koniec 2008 roku odnotowano 434 placówki opieki długoterminowej. Zgodnie z danymi GUS, w tej liczbie znajdują się zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze o charakterze ogólnym i psychiatrycznym oraz 64 hospicja.

Zakłady te dysponowały łącznie 22,9 tys. łózkami, czyli o 1,9% więcej niż w roku poprzednim. Opieką stacjonarną w tych zakładach objęto 63,7 tys. osób. Opieka domowa była realizowana wobec 3,5 tys. osób. 71,8% stanowili podopieczni hospicjów przebywający w domu. Z danych GUS wynika, że liczba ta zmalała ponad 2,5 krotnie w stosunku do 2007 r.

Zwiększyła się natomiast liczba łóżek w hospicjach (o 6,9%, tj. 62 łóżka) i na koniec 2008 r. hospicja dysponowały łącznie 964 łózkami. Stacjonarną opieką hospicyjną objęto 14,5 tys. osób. Z danych GUS wynika, że nastąpił wzrost o 11,3% w porównaniu do ubiegłego roku.

Wykres 16 - łóżka w stacjonarnych zakładach długoterminowej opieki zdrowotnej w 2008r., według rodzaju zakładu (w %).⁴⁷

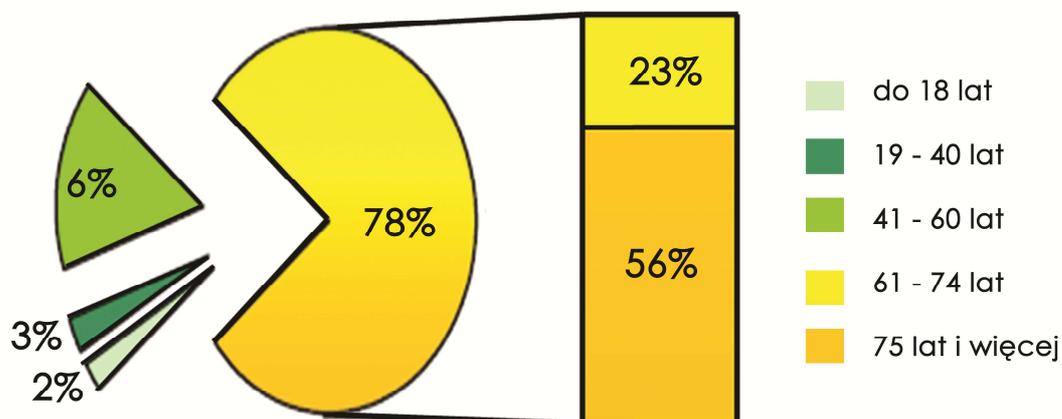


⁴⁷ Dane GUS – stan na 31.12.2008 r.

W 2008 r. liczba łóżek zakładów opiekuńczo- leczniczych i pielęgnacyjno – opiekuńczych o profilu ogólnym i psychiatrycznym na dzień 31 grudnia 2008 r. wyniosła 21,9 tys. łóżek i jest to więcej o 1,7 % niż w roku 2007. Wzrosła także liczba osób objętych opieką stacjonarną i wyniosła 49,3 tys. (więcej o 1,5%, tj.712 osoby).

Łóżka w zakładach opiekuńczo-leczniczych nadal stanowiły 3/4 bazy łóżkowej zakładów opieki długoterminowej i kolejny raz odnotowano wzrost ich liczby do 17,1 tys. łóżek (o 2,7%). Zwiększyła się także liczba osób przebywających w tych placówkach w ciągu roku (o 5,3%, tj. blisko 1,9 tys. osób), osiągając liczbę prawie 37,0 tys. osób. Odwrotnie jest w zakładach pielęgnacyjno- opiekuńczych, w których wystąpił zarówno spadek liczby łóżek (o 1,7%, tj. 84 łóżka) jak i pacjentów (o 8,6%, tj. blisko 1,2 tys. osób).

Wykres 17 - struktura wieku pacjentów w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej w 2008 r.⁴⁸



W 2008 roku w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej przeważającą grupę pacjentów stanowiły osoby starsze w wieku powyżej 60 lat (78 %), a ponad połowa z tej grupy to osoby w wieku 75 lat i więcej (56 %). Osoby w wieku 61-74 lat stanowiły (23 %). Pacjenci w wieku 41-60 lat (16 %), a osoby w wieku 19-40 lat (3 %). Dzieci i młodzież stanowiły nieliczną grupę pacjentów – tylko 2 osoby na 100 przebywających w zakładach opieki długoterminowej były w wieku do 18 lat.

⁴⁸ Dane GUS – stan na dzień 31.12.2008 r.

Tabela 16 - Zakłady opiekuńczo - lecznicze i pielęgnacyjno - opiekuńcze oraz hospicja według województw.⁴⁹

WOJEWÓDZTWA	Liczba zakładów	Liczba łóżek	Liczba pacjentów objętych opieką w ciągu roku	Osobodni pacjentów
	Stan w dniu 31 XII			
ZAKŁADY OPIEKUNCZO-LECZNICZE				
POLSKA 2008	268	13 271	32 278	4 780 298
Dolnośląskie	28	1 575	3 377	534 720
Kujawsko-pomorskie	15	538	1 436	187 896
Lubelskie	10	452	813	152 548
Lubuskie	11	353	1 305	125 492
Łódzkie	16	802	3 064	307 327
Małopolskie	26	1 831	4 134	675 387
Mazowieckie	40	2 426	4 584	918 985
Opolskie	17	671	1 367	245 262
Podkarpackie	13	827	1 839	292 021
Podlaskie	8	197	675	68 851
Pomorskie	20	743	2 343	254 051
Śląskie	25	1 607	2 989	566 962
Świętokrzyskie	12	446	1 386	170 905
Wielkopolskie	10	279	812	87 582
Warmińsko-mazurskie	9	256	1 168	96 187
Zachodniopomorskie	8	268	986	96 122
ZAKŁADY PIELĘGNACYJNO-OPIEKUNCZE				
POLSKA 2008	121	4 463	11 710	1 535 155
Dolnośląskie	14	594	1 771	201 957
Kujawsko-pomorskie	8	247	711	81 303
Lubelskie	4	168	350	47 014
Lubuskie	2	35	145	12 771
Łódzkie	6	170	461	44 581
Małopolskie	2	97	156	32 832
Mazowieckie	24	1 000	1 925	356 803
Opolskie				
Podkarpackie	12	496	1 032	181 422
Podlaskie	8	182	556	66 711
Pomorskie	1	28	32	11 680
Śląskie	21	891	2 661	292 506
Świętokrzyskie	2	31	52	5 904
Warmińsko-mazurskie	7	216	761	88 830
Wielkopolskie	3	134	373	45 697
Zachodniopomorskie	7	174	724	65 144
HOSPICJA				
POLSKA 2008	64	964	14 469	311 344
Dolnośląskie	8	110	1 626	31 440
Kujawsko-pomorskie	3	58	914	20 513
Lubelskie	4	38	767	13 923
Lubuskie	3	35	582	10 595
Łódzkie	1	9	158	3 141
Małopolskie	4	83	990	26 827
Mazowieckie	10	150	2 188	48 722
Opolskie	4	42	471	13 298
Podkarpackie	3	63	1 127	19 130
Podlaskie	3	36	439	11 799
Pomorskie	9	164	2 107	52 533
Śląskie	4	58	1 083	19 138
Świętokrzyskie	1	15	363	5 486
Warmińsko-mazurskie	3	52	623	17 604
Wielkopolskie	2	21	520	7 020
Zachodniopomorskie	2	30	511	10 175

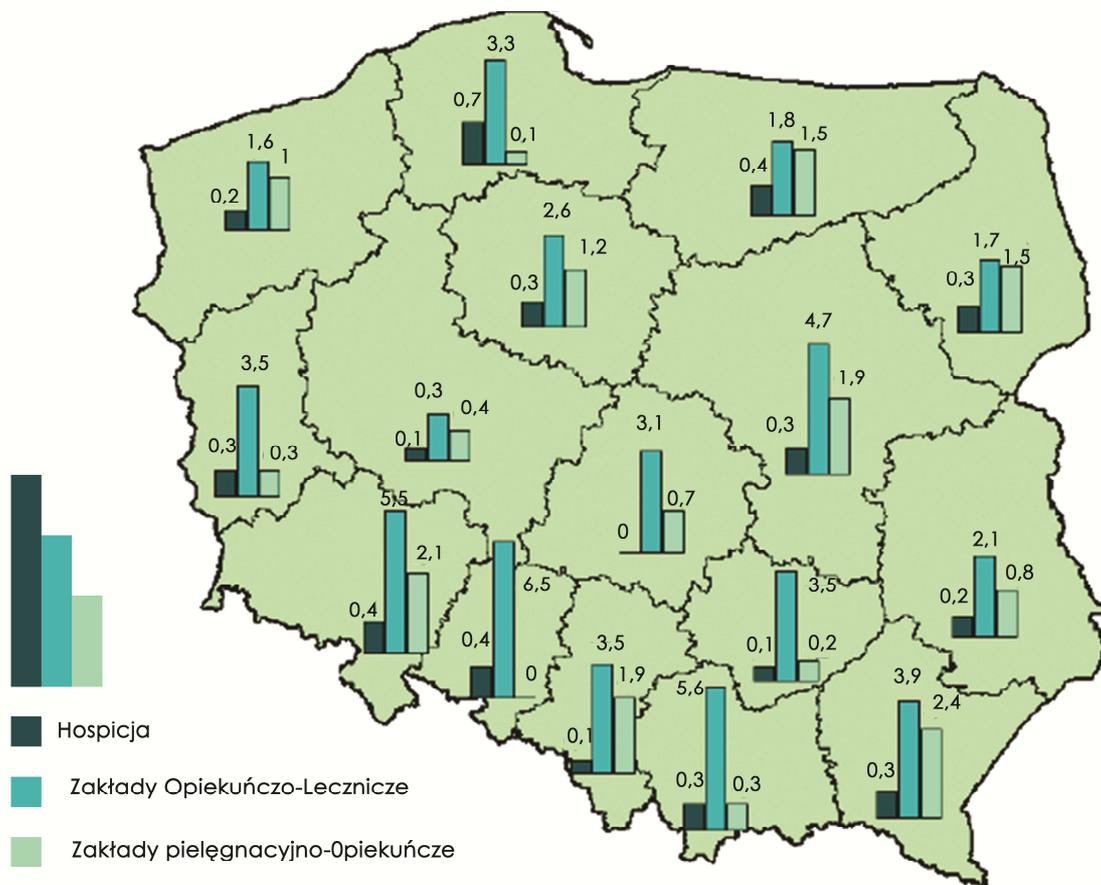
a)Bez zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych typu psychiatrycznego
⁴⁹ Dane GUS – stan na dzień 31.12.2008 r.

Tabela 17 - Pacjenci zakładów opiekuńczo leczniczych, pielęgnacyjno opiekuńczych oraz hospicjów według województw.⁵⁰

WOJEWÓDZTWA	Liczba pacjentów ogółem	W tym kobiety	Z liczby ogółem w wieku					nieopuszczający łóżek
			do 18	19-40	41-60	61-74	75 i więcej	
POLSKA 2008	21 258	14 163	505	680	3 392	4 834	11 847	8 462
Dolnośląskie	2 228	1 583	152	37	247	518	1 274	806
Kujawsko-pomorskie	1 041	678	4	40	220	230	547	430
Lubelskie	619	370	-	4	87	160	368	324
Lubuskie	1 030	593	15	40	321	278	376	260
Łódzkie	952	684	-	21	93	206	632	481
Małopolskie	2 130	1 548	2	84	181	457	1 306	1 033
Mazowieckie	4 046	2 752	5	108	585	859	2 489	1338
Opolskie	858	571	18	17	117	224	482	323
Podkarpackie	1 389	940	-	19	168	319	883	673
Podlaskie	450	283	36	13	58	81	262	219
Pomorskie	933	545	72	30	180	228	423	486
Śląskie	3 037	1 985	197	131	509	659	1 541	1 128
Świętokrzyskie	518	387	2	6	32	103	375	159
Warmińsko-mazurskie	572	370	2	15	84	146	325	285
Wielkopolskie	911	516	-	99	317	224	271	234
Zachodniopomorskie	544	358	-	16	93	142	293	283
Łącznie z zakładami opiekuńczo-leczniczymi i pielęgnacyjno-opiekuńczymi typu psychiatrycznego								

⁵⁰ Dane Ministerstwa Zdrowia, stan na dzień 31.12.2008 r.

Wykres 18 - Pacjenci w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej na 10 tys. mieszkańców.⁵¹



⁵¹ Dane GUS – stan na dzień 31.12.2008 r.

Tabela 18. Liczba łóżek oraz liczba oddziałów dla przewlekle chorych.⁵²

Województwo	Oddziały	Łóżka			Leczeni (łącznie z ruchem między oddziałowym)		Osobodni leczenia	Średni pobyt chorego w dniach
		ogółem	w tym		ogółem	w tym dzieci do lat 18		
			dla dzieci do lat 18	kliniczne i udostępnione				
Dolnośląskie	7	162	-	-	2662	-	54717	20,6
Kujawsko – Pomorskie	12	233	-	8	3723	-	57942	15,6
Lubelskie	20	457	-	-	6025	1	120718	20,0
Lubuskie	0	0	0	0	0	0	0	0
Łódzkie	14	249	-	-	3640	-	80305	22,1
Małopolskie	17	363	-	19	4001	1	119638	29,9
Mazowieckie	6	94	-	8	1512	1	28287	18,7
Opolskie	2	24	-	-	367	-	6926	18,9
Podkarpackie	7	162	-	-	2307	-	46437	20,1
Podlaskie	6	92	-	-	1092	-	17992	16,5
Pomorskie	1	10	-	-	149	-	2513	16,9
Śląskie	11	236	-	-	2677	-	73518	27,5
Świętokrzyskie	2	24	-	-	255	-	3568	14,0
Warmińsko-Mazurskie	4	35	5	-	655	14	9372	14,3
Wielkopolskie	24	559	29	-	7254	338	182075	25,1
Zachodniopomorskie	1	47	-	-	467	-	10360	22,2
Razem:	134	2747	34	35	36786	355	814368	22,1

⁵² Opracowanie B. Witkowska na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego, Stan na 31.12.2007r.

Z przedstawionych danych wynika, że w 2007 roku funkcjonowały 134 oddziały dla przewlekle chorych o łącznej liczbie 2747 łóżek. Na oddziałach dla przewlekle chorych leczonych było 36786 osób, w tym dzieci do lat 18 w liczbie 355 . Średni pobyt pacjenta w oddziale dla przewlekle chorych wynosił 22,1 dnia.

Tabela 19. Liczba łóżek oraz liczba oddziałów dla przewlekle chorych.

Województwo	Liczba oddziałów	Liczba łóżek
Dolnośląskie	11	248
Kujawsko-Pomorskie	7	158
Lubelskie	16	394
Lubuskie	0	0
Łódzkie	13	205
Małopolskie	11	247
Mazowieckie	4	60
Opolskie	0	0
Podkarpackie	3	87
Podlaskie	3	65
Pomorskie	1	25
Śląskie	7	194
Świętokrzyskie	1	14
Warmińsko-Mazurskie	2	15
Wielkopolskie	18	494
Zachodniopomorskie	5	111
RAZEM:	102	2317

Dane pochodzą z rejestru zakładów opieki zdrowotnej. Stan na dzień 4 września 2008 roku.
Opracowanie: Ministerstwo Zdrowia - Departament Organizacji Ochrony Zdrowia.

Z powyższych danych wynika, że w 2008 roku funkcjonowały 102 oddziały dla przewlekle chorych o łącznej liczbie 2 317 łóżek. Porównując dane dotyczące liczby łóżek oraz liczby oddziałów dla przewlekle chorych z 2007 roku należy zauważyć, że liczba oddziałów zmniejszyła się w porównaniu do 2007 roku o 32 oddziały, a liczba łóżek o 430.

Z danych GUS – stan na dzień 31.12.2008 rok wynika, że liczba oddziałów dla przewlekle chorych wzrosła do 109. Natomiast liczba łóżek ogółem zmniejszyła się do 2 139.

Z analizy przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w sprawie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych rodzajach w 2006 roku wynika, że czas oczekiwania na świadczenia w zakresie opieki długoterminowej wydłuża się. W przypadku większości Oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia największa liczba świadczeniobiorców oczekuje na realizację świadczeń w zakładach lub oddziałach opiekuńczo-leczniczych (łącznie 2 744 osoby). Średni czas oczekiwania na te świadczenia w poszczególnych regionach kraju jest zróżnicowany i zawiera się w przedziale od 22 dni (Oddział Warmińsko-Mazurski) do 259 dni (Oddział Małopolski).

Do komórek organizacyjnych, do których liczba osób oczekujących jest największa, a czas oczekiwania najdłuższy, należą także: zakłady/oddziały pielęgnacyjno-opiekuńcze, zespoły domowego leczenia tlenem oraz pielęgniarstwa opieka długoterminowa. Czas oczekiwania na wyżej wymienione świadczenia jest nadal długi, mimo iż w roku 2006 znacznie zwiększono w porównaniu z rokiem 2005 liczbę zakupionych świadczeń, zarówno w zakładach opiekuńczo-leczniczych (np. w Oddziale Lubelskim o 22%, w Śląskim o 17%, w Małopolskim o 10%, w Opolskim o 7%) jak i zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz w pielęgniarstwie długoterminowej (wzrost nastąpił we wszystkich oddziałach wojewódzkich).

Tabela 20. Średni czas oczekiwania w dniach do wybranych komórek organizacyjnych opieki długoterminowej z najdłuższym czasem oczekiwania (stan na koniec 2006 roku).⁵³

Oddział Wojewódzki NFZ	zespoły domowego leczenia tlenem	zakłady/oddziały opiekuńczo-lecznicze	zakłady/oddziały pielęgnacyjno-opiekuńcze	pielęgniarska opieka długoterminowa
Dolnośląski	84	87	134	56
Kujawsko-Pomorski	35	56	116	64
Lubelski	174	123	50	20
Lubuski	0	45	60	0
Łódzki	53	25	48	20
Małopolski	0	259	88	34
Mazowiecki	128	83	73	40
Opolski	183	158	0	0
Podkarpacki	0	49	106	38
Podlaski	146	58	20	35
Pomorski	122	71	60	0
Śląski	89	155	58	0
Świętokrzyski	0	41	37	0
Warmińsko-Mazurski	73	22	52	54
Wielkopolski	249	26	52	23
Zachodniopomorski	0	27	45	0

5. Zabezpieczenie kadrowe w opiece długoterminowej

Z danych Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie - stan 31.12.2007 r. wynika, że specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej posiadały 453 osoby. Szczegółowy wykaz specjalistów w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej z podziałem na województwa (wcześniejsza nazwa tej dziedziny to pielęgniarstwo przewlekle chorych i niepełnosprawnych) zawiera poniższa tabela.

⁵³ dane Narodowego Funduszu Zdrowia

Tabela 21. Dane opracowane przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.⁵⁴

Województwo Dziedzina	Pielęgniarstwo przewlekłe chorych i niepełnosprawnych/Opieka długoterminowa						Łącznie
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Dolnośląskie	-	-	4	-	21	-	25
Kujawsko-pomorskie	-	-	23	3	23	-	49
Lubelskie	-	-	31	32	23	-	86
Lubuskie	-	-	3	-	1	-	4
Łódzkie	1	-	1	-	-	-	2
Małopolskie	-	-	5	-	11	-	16
Mazowieckie	12	-	28	24	28	22	114
Opolskie	-	-	2	-	1	-	3
Podkarpackie	-	-	-	-	2	-	2
Podlaskie	-	-	-	-	-	-	-
Pomorskie	-	-	4	48	4	-	56
Śląskie	2	-	5	-	-	-	7
Świętokrzyskie	1	-	10	1	34	-	46
warmińsko-mazurskie	-	-	4	5	-	-	9
Wielkopolskie	-	-	30	-	1	-	31
Zachodniopomorskie	-	-	3	-	-	-	3
Łącznie	16	-	153	113	149	22	453

Natomiast dane dotyczące liczby pracowników medycznych zatrudnionych w zakładach opiekuńczo–lecniczych i pielęgnacyjno–opiekuńczych, realizujących w roku 2007 umowy

⁵⁴ Stan 31.12.2007 r.

z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie opieki długoterminowej, obrazują stan zatrudnienia personelu medycznego i opiekuńczego w zakładach opieki długoterminowej.

1. Zakłady opiekuńczo – lecznicze dla dorosłych:

- 1) lekarze – 705,
- 2) pielęgniarki - 3212,
- 3) rehabilitanci - 698,
- 4) opiekunki - 462.

2 Zakłady opiekuńczo – lecznicze dla dzieci i młodzieży:

- 1) lekarze – 21,
- 2) pielęgniarki - 80,
- 3) rehabilitanci - 20,
- 4) opiekunki - 33.

3. Zakłady pielęgnacyjno – opiekuńcze dla dorosłych:

- 1) lekarze – 167,
- 2) pielęgniarki - 1 197,
- 3) rehabilitanci - 197,
- 4) opiekunki - 218.

4. Zakłady pielęgnacyjno – opiekuńcze dla dzieci i młodzieży:

- 1) lekarze – 3,
- 2) pielęgniarki - 10,
- 3) rehabilitanci - 3,
- 4) opiekunki - 0.

Zakłady opieki długoterminowej stacjonarnej realizujące umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, zatrudniały zatem łącznie: 896 lekarzy, 4 499 pielęgniarek, 918 rehabilitantów, 703 opiekunki.

Przytoczone dane pochodzą z zasobów informatycznych oddziałów wojewódzkich Funduszu i były danymi aktualnymi na dzień zawarcia umów różny w odniesieniu do poszczególnych świadczeniodawców.⁵⁵

⁵⁵ Dane o zatrudnieniu opiekunek nie zawierały informacji z następujących województw: lubuskiego, małopolskiego, śląskiego i podlaskiego. Oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia nie dysponują takimi informacjami. Brak danych o zatrudnieniu opiekunek dotyczy: 64 zakładów opiekuńczo–leczniczych dla dorosłych, 5 zakładów

6.Wymagania dla personelu pielęgniarskiego

W materiałach NFZ dotyczących kontraktowania świadczeń w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w 2009 roku zapisano, że 25% personelu pielęgniarskiego winno posiadać specjalizację lub kurs kwalifikacyjny. Wymienia się tu nie tylko specjalizację czy kurs z opieki długoterminowej, ale także inne specjalizacje: pediatryczną lub z anestezjologii i intensywnej terapii.

Natomiast z raportu Konsultanta Krajowego w dziedzinie Pielęgniarstwa Przewlekle Chorych i Niepełnosprawnych z 2007 roku wynika, że tytuł specjalisty w dziedzinie Pielęgniarstwa Przewlekle Chorych i Niepełnosprawnych w 2007 roku posiadało 496 pielęgniarek. W ocenie Konsultanta Krajowego nie jest możliwe ustalenie liczby zatrudnionych specjalistów, ale należy domniemywać, że niemal wszystkie osoby ze specjalizacją pracują w opiece długoterminowej.

Z jednej strony należy zauważyć, że Fundusz wymaga zaledwie 25% zatrudnionych pielęgniarek ze specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym. Pozostałe 75% pielęgniarek zatrudnionych w opiece długoterminowej może legitymować się innymi, niższymi kwalifikacjami, o których mowa w ustawie z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarek i położnych (t. j. Dz. U. 01. 57. 602 z późn. zm.) Rozdział 2a tej ustawy stanowi o kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 197 poz.1922 z późn. zm.).

Z drugiej strony, odnotowywany niedobór kadry pielęgniarskiej w całym systemie ochrony zdrowia może skutkować tym, że organizatorzy opieki długoterminowej będą mieli trudności z zapewnieniem kadry opiekuńczej niezbędnej do sprawowania opieki w tych zakładach.

Struktura i ilość zakontraktowanych świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki długoterminowej w 2007 roku

Narodowy Fundusz Zdrowia w rodzaju: „opieka długoterminowa” w roku 2007 zakontraktował świadczenia zdrowotne w części dotyczącej: świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w następujących zakresach:

- świadczenia w oddziale dla przewlekle chorych;
- świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym;

opiekuńczo – leczniczych dla dzieci i młodzieży, 31 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych dla dorosłych i 2 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych dla dzieci i młodzieży.

- świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla dzieci i młodzieży;
- świadczenia w zakładzie opiekuńczo-leczniczym;
- świadczenia w zakładzie opiekuńczo-leczniczym dla dzieci i młodzieży;
- świadczenia w zakładzie opiekuńczo-leczniczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie;
- świadczenia w zakładzie opiekuńczo-leczniczym dla dzieci wentylowanych mechanicznie;
- świadczenia w opiece domowej nad pacjentami wentylowanymi mechanicznie;
- świadczenia w opiece domowej nad dziećmi wentylowanymi mechanicznie;
- świadczenia w zakładzie opiekuńczo-leczniczym dla pacjentów w stanie wegetatywnym/apalicznym;
- świadczenia w pielęgniarstwie opiece długoterminowej.

Narodowy Fundusz Zdrowia na realizację świadczeń zdrowotnych w rodzaju "opieka długoterminowa" na rok 2007 zawarł kontrakty o łącznej wartości 602 592,97 tys. zł., w tym w części dotyczącej świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych na kwotę 449 138,57 tys. zł, natomiast w części dotyczącej opieki paliatywno-hospicyjnej na kwotę 153 454,40 tys. zł.

Analizując wykonanie kontraktów w 2007 roku przez poszczególne oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia należy stwierdzić, iż ich realizacja odpowiadała poziomowi zawartych umów, bowiem wynosiła łącznie 579 316,29 tys. zł., w tym w części dotyczącej świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych wynosiła 433 350,74 tys. zł, a w części dotyczącej opieki paliatywno-hospicyjnej wynosiła 145 965,55 tys. zł.

Średnio w Polsce odnotowano w 2007 roku wykonanie na poziomie 96,14%, w tym w części dotyczącej: świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych na poziomie 96,48%, a w części dotyczącej: opieki paliatywno-hospicyjnej na poziomie 95,12%.

Liczba zakontraktowanych świadczeń zdrowotnych globalnie zamyka się w ilości 78 585 563 punktów, w tym w części dotyczącej: świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ilości 58 020 462 punktów, natomiast w części dotyczącej: opieki paliatywno-hospicyjnej w ilości 20 565 101 punktów.

Zabezpieczenie świadczeń opieki zdrowotnej dla osób przewlekle chorych, niesamodzielnych, którzy w ocenie zmodyfikowaną skalą Barthel, uzyskali „0-5” punktów.

Według tej skali pacjent m.in. nie jest w stanie samodzielnie spożywać posiłków, wykonywać żadnych czynności higienicznych, nie korzysta z toalety w ogóle, kąpiel w wannie odbywa się przy pomocy podnośnika, chory nie kontroluje oddawania moczu i stolca. Wszystkie

czynności przy chorym wykonywane są przy pomocy drugiej osoby. Świadczenia dla osób przewlekle i nieuleczalnie chorych realizowane są w ramach opieki długoterminowej w następujących zakresach:

1. Świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno – opiekuńczym i zakładzie opiekuńczo-leczniczym.

W zakładach tych kontraktowane były świadczenia dla pacjentów, którzy w ocenie zmodyfikowaną skalą Barthel uzyskali „0” punktów. Fundusz za tych chorych w 2009 r. finansował świadczenia w kwocie średnio 198 zł za osobodzień bez kosztów zakwaterowania i żywienia.

Jeżeli pacjent wymagał żywienia pozajelitowego lub dojelitowego dietą przemysłową, Fundusz dodatkowo finansował to żywienie w kwocie średnio 220 zł za osobodzień w żywieniu pozajelitowym dorosłych i średnio 400 zł za osobodzień w żywieniu pozajelitowym dzieci. Za żywienie dojelitowe dorosłych i dzieci koszt osobodnia wynosił średnio 90 zł. Żywienie to prowadzone było również w warunkach domowych u tych chorych, którymi opiekują się rodziny we współpracy z pielęgniarkami opieki długoterminowej domowej lub pielęgniarkami podstawowej opieki zdrowotnej.

2. Świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno–opiekuńczym i zakładzie opiekuńczo-leczniczym dla dzieci i młodzieży.

W zakładach tych Fundusz kontraktował świadczenia takie jak wymienione powyżej lecz ukierunkowane na opiekę nad dziećmi. Oznacza to, że dzieci których funkcjonowanie całkowicie uzależnione było od osób drugich, również mają zapewnione świadczenia w zakładach stacjonarnych.

Niezależnie od powyższych świadczeń, Narodowy Fundusz Zdrowia, dostrzegając konieczność poprawy sytuacji w opiece na dziećmi niesamodzielnymi, podjął działania mające na celu wypracowanie nowego produktu adresowanego do dzieci będących w stanie śpiączki. Projektowane świadczenie medyczne będzie miało na celu uzyskanie lepszego kontaktu z pacjentem i zmniejszenie dysfunkcji poszczególnych układów w maksymalnie możliwym do osiągnięcia stopniu. Ważnym elementem działań będzie także przekazanie opiekunom pacjenta instruktażu postępowania pielęgnacyjno-usprawniającego umożliwiającego kontynuowanie leczenia rehabilitacyjnego w domu.

3. Świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno–opiekuńczym i zakładzie opiekuńczo-leczniczym dla dorosłych i dzieci wentylowanych mechanicznie.

W zakładach tych Fundusz kontraktował świadczenia dla pacjentów, którzy wentylowani są przy pomocy respiratora i nie mogą przebywać w swoich domach.

4. Świadczenia zespołu opieki długoterminowej domowej dla dorosłych i dzieci wentylowanych mechanicznie. Świadczenie przeznaczone było dla tych chorych, którymi rodzina chce i potrafi opiekować się w warunkach domowych.

5. Świadczenia w pielęgniarstwie długoterminowej domowej.

Z tego rodzaju świadczeń korzystają chorzy, którymi opiekują się rodziny w swoich domach. Świadczeniem mogą być również objęci chorzy, którzy w ocenie zmodyfikowaną skalą Barthel uzyskali „0-5” punktów. Ponadto chorzy ci mogą korzystać ze świadczeń rehabilitacji leczniczej, które wykonywane są w warunkach domowych.

6. Świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym, które obejmują nieuleczalnie chorych z postępującą, zagrażającą życiu chorobą.

7. Świadczenia realizowane w hospicjum domowym dla dorosłych i dzieci. Lekarze, pielęgniarki, psychologowie, rehabilitanci zatrudniani w tych hospicjach pomagają rodzinom w opiece nad nieuleczalnie chorym, który przebywa w domu.

8. Świadczenia w poradni medycyny paliatywnej. Opieka sprawowana jest nad chorymi, którzy mogą przybyć do poradni lub chorym w ogólnym stanie stabilnym, którzy ze względu na ograniczoną możliwość poruszania się wymagają porad w domu chorego.

Jeżeli chorym opiekuje się rodzina w swoim domu przez kilka lub kilkanaście lat, nie musi to oznaczać braku możliwości umieszczenia chorego w zakładzie stacjonarnym. Zazwyczaj jest to wybór najbliższych członków rodziny. Ponadto przy opiece nad chorym przebywającym w domu, oprócz świadczeń zdrowotnych istnieje możliwość korzystania z różnych form pomocy świadczonej przez ośrodki pomocy społecznej, nie tylko świadczeń pieniężnych.

W 2008 r. stacjonarne zakłady opiekuńcze w Polsce, które miały podpisane umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, objęły opieką 3 896 chorych, którzy w ocenie zmodyfikowaną skalą Barthel, uzyskali „0-5” punktów.

W Polsce obserwuje się sukcesywny rozwój opieki nad nieuleczalnie i przewlekle chorymi, niepełnosprawnymi oraz osobami w podeszłym wieku. Odzwierciedleniem powyższego jest fakt, że co roku odnotowywany jest wzrost nakładów finansowych na ten rodzaj świadczenia.

W opiece długoterminowej wykonano świadczenia zdrowotne:

- w 2007 r. na kwotę 702.290,88 tys. zł

- w 2008 r. na kwotę 911.956,07 tys. zł

- w 2009 r. plan na dzień 2 kwietnia wynosi 1.085.228,00 tys. zł.

7. Jakość świadczeń w opiece długoterminowej

Narodowy Fundusz Zdrowia finansujący świadczenia opieki zdrowotnej ze środków publicznych może przeprowadzić kontrolę udzielania świadczeń, w szczególności: kontrolę organizacji i sposobu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich dostępności; udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pod względem zgodności z wymaganiami określonymi w umowie o udzielanie świadczeń; zasadności wyboru produktów leczniczych i wyrobów medycznych w tym przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych stosowanych w leczeniu, rehabilitacji i badaniach diagnostycznych.

W 2007 roku Ministerstwo Zdrowia przeprowadziło analizę obowiązujących uregulowań prawnych związanych z organizacją, funkcjonowaniem oraz udzielaniem świadczeń w zakresie opieki długoterminowej. Podjęte działania były spowodowane pojawiającymi się informacjami i sygnałami o występujących nieprawidłowościach w działalności zakładów opiekuńczo-leczniczych

i pielęgnacyjno-opiekuńczych, w szczególności dotyczących naruszania praw pacjentów. Minister Zdrowia zwrócił się do wojewodów z prośbą, o przeprowadzenie, na podstawie art. 65 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, kontroli działalności zakładów opiekuńczo-leczniczych oraz zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, prowadzących działalność na obszarze poszczególnych województw i o poinformowanie o wynikach przeprowadzonych kontroli i innych działaniach podjętych w przedmiotowym zakresie. Do analizy wykorzystano także sprawozdanie Głównego Inspektora Sanitarnego z kontroli przeprowadzonej w zakresie kompetencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej w zakładach opiekuńczo-leczniczych oraz zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, na terenie całego kraju w 2006 roku oraz informacje uzyskane z Biura Praw Pacjenta i merytorycznych departamentów Ministerstwa Zdrowia.

W oparciu o zgromadzone dane (informacje uzyskane z przeprowadzonych kontroli oraz przeprowadzoną analizę obowiązujących aktów prawnych) nie stwierdzono potrzeby wprowadzania zmian legislacyjnych związanych z organizacją i funkcjonowaniem zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych, poza propozycją związaną ze sposobem i trybem kierowania do zakładów opieki długoterminowej. Natomiast uznano, że potrzebne jest wzmocnienie nadzoru nad funkcjonowaniem tych podmiotów.

8. Rola innych podmiotów świadczących usługi na rzecz osób niesamodzielnych

W działaniach na rzecz ludzi niesamodzielnych, starszych, przewlekle chorych obowiązkiem całego społeczeństwa, a zwłaszcza władz samorządowych wszystkich szczebli, jest

zapewnienie odpowiednich warunków życia, poszanowania godności i należytej pozycji społecznej. Niejednokrotnie rodzina, mimo własnych starań, nie zawsze jest w stanie sama zapewnić pomoc osobie starszej.

Poprawy jakości udzielanych świadczeń udzielanych w zakresie opieki długoterminowej upatruje się w szkoleniu nieprofesjonalistów (rodzina, bezpośredni opiekun) sprawujących opiekę nad osobą niesamodzielną w warunkach domowych. Konieczne jest też kształcenie nowych kadr w zawodzie opiekuna medycznego.

Opiekun medyczny

Analiza istniejących zawodów w systemie zabezpieczenia społecznego i ochrony zdrowia wykazała, że aktualne zabezpieczenie kadrowe, zarówno po stronie resortu pracy i polityki społecznej, jak i zdrowia, jest niewystarczające. Dla zabezpieczenia usług opiekuńczo-pielęgniacyjnych dla najbardziej potrzebujących osób przewidziano powołanie nowego zawodu medycznego – opiekun medyczny. Zawód opiekuna medycznego został wpisany do rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 26 czerwca 2006 r. roku w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego (Dz. U. Nr 124, poz. 860). We wrześniu 2007 roku rozpoczęto na terenie kraju edukację w tym zawodzie. Na koniec 2008 roku kwalifikacje zawodowe opiekuna medycznego uzyskało 130 osób. W 2009 roku liczba osób legitymujących się tytułem opiekuna medycznego wzrosła do 1600 osób.

Duża grupa pacjentów w podeszłym wieku to osoby niepełnosprawne i zależne od otoczenia. Wykonywanie nawet prostych czynności dnia codziennego stanowi dla nich poważne wyzwanie, a niejednokrotnie barierę nie do pokonania. Wsparciem dla rodzin opiekujących się osobami starszymi w domu mogą być także wolontariusze. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. Nr 96 poz. 873 z późn. zm.) reguluje warunki wykonywania świadczeń przez wolontariuszy oraz warunki korzystania z tych świadczeń.

Pomocnym elementem systemu ochrony zdrowia w świadczeniu opieki nad osobami będącymi u schyłku życia jest opieka paliatywno – hospicyjna.

Opieka paliatywna jest postępowaniem mającym na celu poprawę jakości życia chorych i ich rodzin, stojących wobec problemów związanych z chorobą ograniczającą życie, poprzez zapobieganie i łagodzenie cierpienia dzięki wczesnemu wykrywaniu, ocenie i leczeniu bólu i innych objawów fizycznych oraz problemów psychosocjalnych i duchowych. (Sepúlveda C et al. Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective. J Pain Symptom Manage 2002; 24(2):91-96).

Opieka sprawowana jest w domu chorego, w specjalistycznych poradniach, oddziałach stacjonarnych opieki paliatywnej i ośrodkach opieki dziennej oraz przez szpitalne zespoły wspierające.

Ustawa pielęgnacyjna

Prace nad projektem ustawy pielęgnacyjnej zapoczątkowane zostały w 2006 roku. Minister Zdrowia dostrzegając problemy osób, które z powodu swojego stanu zdrowia nie mogą samodzielnie zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i wymagają opieki osób drugich, podjął działania zmierzające do wzmocnienia istniejących i tworzenia nowych struktur działających na rzecz pomocy osobom niesamodzielnym.

W tym celu powołał Zespół do spraw opracowania założeń do ustawy pielęgnacyjnej (Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 marca 2006 r. w sprawie powołania zespołu do spraw opracowania założeń projektu ustawy pielęgnacyjnej).

Prace Zespołu zakończyły się w 2007 roku wypracowaniem i przedłożeniem Ministrowi Zdrowia projektu założeń do ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym. Uzasadnieniem dla podjęcia powyższych działań był fakt, że w Polsce ponad milion osób z powodu swojego stanu zdrowia jest niesamodzielnymi i wymaga stałej opieki osób drugich.

Są to najczęściej osoby chore, niesprawne, które z powodu upośledzenia funkcji organizmu (często z niezawinionych przez siebie powodów) są samotne, niezdolne do samodzielnej egzystencji. Uznano także, że realizacja powyższych zadań wpłynie na poprawę opieki pielęgnacyjno - opiekuńczej nad osobami najbardziej potrzebującymi oraz przyczyni się do poprawy jakości życia tej grupy osób.

W 2008 roku obszar zagadnień związanych z poprawą organizacji opieki długoterminowej był przedmiotem zainteresowania Senackiej Komisji Zdrowia. W lipcu 2008 r. odbyło się kolejne posiedzenie Senackiej Komisji Zdrowia poświęcone opiece długoterminowej, a w szczególności zapoznaniu się z informacją dotyczącą wyników prac Zespołu do spraw opracowania projektu ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym. Biorąc pod uwagę wyzwania, jakie w niedalekiej przyszłości czekają Polskę w zakresie zapewnienia opieki osobom niesamodzielnym, podczas posiedzenia zwrócono uwagę na fakt, że wprowadzenie ubezpieczenia pielęgnacyjnego zapewni w stopniu podstawowym zabezpieczenie potrzeb osób niesamodzielnymi, wymagających niezbędnej opieki i pomocy w codziennych czynnościach życiowych. Podstawą ubezpieczenia pielęgnacyjnego byłby solidaryzm społeczny, a potrzeba wprowadzenia tego ubezpieczenia wynika ze wzrostu liczby osób niesamodzielnymi.

Minister Zdrowia delegował też swojego przedstawiciela do Grupy Roboczej Zespołu Zadaniowego ds. przygotowania projektu ustawy o ubezpieczeniu od ryzyka niesamodzielności przy Klubie Senatorów PO.

W 2007 roku została powołana przez Ministra Zdrowia Rada do Spraw osób Niesamodzielnych. Do zadań Rady należy świadczenie pomocy doradczej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w zakresie spraw dotyczących osób, które w wyniku utraty niezależności fizycznej, psychicznej lub umysłowej w następstwie chorób lub urazów wymagają niezbędnej opieki i pomocy w codziennych czynnościach życiowych (czyli tzw. osób niesamodzielnych). Obsługę organizacyjno - techniczną Rady zapewnia Departament Organizacji Ochrony Zdrowia.

9. Priorytetowe kierunki działań w zakresie opieki długoterminowej

Dokumentem wytyczającym kierunki działań na rzecz zapewnienia właściwej opieki osobom w podeszłym wieku oraz wydłużenia okresu sprawności psychofizycznej i możliwości pełnienia ról społecznych jest **Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia na lata 2007–2013**, przyjęta przez Radę Ministrów w dniu 29 listopada 2006 roku. Obecnie trwają prace nad uaktualnieniem tego dokumentu.

W celu nr 3 dotyczącym dostosowania opieki zdrowotnej do dynamiki długookresowych trendów demograficznych, cel operacyjny 3.4 poświęcony został w całości działaniom zmierzającym do zapewnienia właściwej opieki medycznej dla osób w podeszłym wieku, aby poprzez te działania uzyskać wydłużenia okresu sprawności psychofizycznej i możliwości pełnienia przez nie ról społecznych. W uaktualnianej wersji Strategii cel 3 został uzupełniony o działania ukierunkowane na poprawę dostępności i jakości świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie geriatрії.

Działania te będą obejmowały:

1. Przygotowanie i wdrożenie procedur opiekuńczo – leczniczych, z uwzględnieniem standardów opieki geriatrycznej, pozwalających na racjonalną opiekę nad osobami w podeszłym wieku.
2. Organizowanie form opieki domowej nad osobami w wieku podeszłym.
3. Rozwój infrastruktury opieki geriatrycznej i długoterminowej.
4. Integracja funkcjonalna opieki zdrowotnej z opieką społeczną oraz dostosowanie zasad finansowania, w celu kompleksowego zaspokajania potrzeb ludzi starszych.
5. Rozwijanie kształcenia i przygotowania praktycznego kadr medycznych w szczególności z zakresu geriatрії do prowadzenia postępowania zapobiegawczego, leczniczego i usprawniającego osób w wieku podeszłym.

6. Wspieranie działań organizacji pozarządowych zajmujących się opieką zdrowotną nad osobami w wieku podeszłym.

7. Rozwój infrastruktury społecznej na obszarach wiejskich umożliwiającej poprawę świadczenia usług zdrowotnych osobom w wieku podeszłym.

Drugim dokumentem wytyczającymi kierunki działań na rzecz poprawy zdrowia jednostki i poszczególnych grup społecznych jest Narodowy Program Zdrowia na lata 2007 –2015 przyjęty przez Radę Ministrów 15 maja 2007 r. Zarys zadań programowych adresowanych do poszczególnych populacji, w tym i do osób starszych i niepełnosprawnych został zamieszczony w celu operacyjnym 9: tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych.

W uzasadnieniu wyboru celu napisano, że w ostatnich dziesięcioleciach w Europie wyraźnie zaznaczyła się tendencja starzenia się społeczeństw. W krajach europejskich co 7 osoba jest w wieku powyżej 65 roku życia, podczas gdy liczba osób w przedziale 0-19 lat wyraźnie się zmniejsza. Odnotowywany jest również spadek przyrostu naturalnego oraz wydłużanie trwania życia, w związku z czym relatywny ciężar głównych grup zależnych w społeczeństwie, czyli dzieci, młodzieży i osób starszych przesuwają się wyraźnie w kierunku tych ostatnich.

W roku 2009 opracowano rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. Nr 137, poz.1126). Opieka długoterminowa została wpisana jako priorytet mający na celu poprawę jakości życia osób niesamodzielnych. Ten cel ma być osiągnięty poprzez rozwój opieki długoterminowej, ze szczególnym uwzględnieniem kompensowania utraconej sprawności. Uwzględniając problem starzejącego się społeczeństwa, w rozporządzeniu uwzględniono także działania mające na celu poprawę jakości i skuteczności opieki geriatrycznej nad pacjentem w wieku podeszłym.

Podsumowanie

W świetle demograficznego starzenia się ludności i przewidywalnego wzrostu wydatków na opiekę zdrowotną i długotrwałą Rada Europejska w Lizbonie w marcu 2000 r. podkreśliła, że systemy ochrony socjalnej muszą zostać zreformowane, aby umożliwić dalsze świadczenie usług zdrowotnych na wysokim poziomie.

We wrześniu 2006 roku państwa członkowskie przedstawiły sprawozdania krajowe dotyczące integracji społecznej, systemu emerytalnego i (po raz pierwszy) w odniesieniu do opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej. Dokument ten poruszał wiele aspektów opieki długoterminowej: wspólny cel opieki zdrowotnej i długoterminowej, definicji, planowane wydatki czy też dostępność do opieki długoterminowej, wprowadzał też niezbędne pojęcia i definicje.

W dokumencie tym uznano, że zwiększenie zapotrzebowania na opiekę długoterminową stanowi polityczne wyzwanie dla wielu krajów, gdyż opieka zapewniona obecnie jest postrzegana jako niewystarczająca i nieodpowiednia do zaspokojenia aktualnych i przyszłych potrzeb, a tym samym zapewnienia odpowiednich warunków życia dla pacjentów z niej korzystających.

Wspólne cele opieki zdrowotnej i długoterminowej

Państwa członkowskie są zobowiązane zagwarantować **dostępną, wysokiej jakości i zrównoważoną długoterminową opiekę zdrowotną poprzez zapewnienie:**

- dostępu dla wszystkich do długoterminowej opieki zdrowotnej;
- aby potrzeba opieki nie prowadziła do ubóstwa i uzależnienia finansowego;
- równego dostępu do opieki zdrowotnej;
- wysokiej jakości w opiece zdrowotnej i opiece długoterminowej;
- poprzez dostosowanie opieki, łącznie z opieką profilaktyczną, do zmieniających się potrzeb i preferencji społeczeństwa i jednostek, zwłaszcza poprzez opracowywanie standardów jakościowych odzwierciedlających najlepsze praktyki światowe i wzmacnianie odpowiedzialności pracowników opieki zdrowotnej, pacjentów i odbiorców opieki społecznej;
- odpowiedniej i wysokiej jakości opieki zdrowotnej i długoterminowej, która nadal będzie osiągalna i zrównoważona pod względem finansowym poprzez racjonalne wykorzystanie zasobów, a zwłaszcza poprzez stosowanie odpowiednich zachęt dla użytkowników i dostawców;
- dobre zarządzanie i skoordynowanie działań systemów opieki oraz instytucji publicznych i prywatnych.

Zachodzące procesy społeczne, demograficzne i epidemiologiczne kształtują sytuację zdrowotną. Systematycznie rosnąca populacja osób niesamodzielnych, szczególnie osób starszych, ma wpływ nie tylko na stosunki społeczne i kulturę danego kraju, ale także na gospodarkę i funkcjonowanie społeczeństwa w szerokim tego słowa rozumieniu. Samopomoc społeczna i solidarność międzypokoleniowa nabierają szczególnego znaczenia i przejawiają się w funkcjonujących w poszczególnych krajach systemach wsparcia społecznego.

W naszym kraju opiekę nad osobami niesamodzielnymi najczęściej sprawują rodziny we własnym zakresie. Szczególnie często zajmują się tym kobiety. To jest najlepsza, najtańsza i najcenniejsza w sensie humanitarnym forma pomocy, ale niestety jej wymiar ilościowy i jakościowy jest coraz mniejszy. Obecnie większość kobiet pracuje, a coraz więcej dorosłych dzieci mieszka w znacznej odległości od rodziców. Jednocześnie ze zmianami zachodzącymi

w modelu życia rodzinnego w Polsce obserwuje się postępujący proces starzenia się naszego społeczeństwa

i wzrost liczby osób przewlekle chorych szczególnie wśród osób starszych. Stawia to przed opieką zdrowotną nowe wyzwania związane z zapewnieniem świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej coraz większej liczbie osób. Lekarze rodzinni i współpracujące z nimi pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej opiekują się dużymi populacjami liczącymi co najmniej 2,5 tysiąca osób, co pozwala jedynie na incydentalną, krótko trwającą pomoc. Tylko nieliczni pacjenci są objęci stałą opieką pielęgniarek domowych.

Uwzględniając wzrastające zapotrzebowanie społeczne na usługi o charakterze opieki długoterminowej należy podkreślić, że ważnym elementem przyszłych i planowanych działań winno być dążenie do stworzenia spójnej koncepcji opieki nad populacją osób niesamodzielnych, starszych i w podeszłym wieku. Biorąc pod uwagę stale zmniejszającą się wydolność opiekuńczą rodziny (głównie migracja zarobkowa oraz sytuację demograficzną) i przewidywany wzrost chorób o przewlekłym i nawracającym przebiegu w populacji osób starszych, niezbędne jest także zwrócenie uwagi na zakres opieki sprawowanej przez lekarzy, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej oraz na rolę, jaką mają do spełnienia w tej opiece lekarze geriatry i specjaliści z zakresu opieki paliatywno-hospicyjnej. Poprawa współpracy branż medycznych i pomocy społecznej na rzecz osoby starszej i przewlekle chorej, warunkuje rozwiązanie różnorodnych problemów zdrowotnych i psychospołecznych, jakie spotykane są w opiece długoterminowej.

Część IV. Stan opieki długoterminowej świadczonej w ramach pomocy społecznej

Opieka długoterminowa w pomocy społecznej realizowana jest na podstawie przepisów ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (tj. Dz.U. z 2009 r. Nr 175, poz. 1362 z późn. zm.) oraz niektórych aktów wykonawczych do tej ustawy i obejmuje: I. Usługi opiekuńcze

i specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania osoby na podstawie:

- art. 50 ustawy o pomocy społecznej;
- rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz. U. Nr 189, poz. 1598 z późn. zm.);
- ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. Nr 111, poz. 535 z późn. zm.) w części dotyczącej specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

II. Całodobowe usługi świadczone w rodzinnych domach pomocy na podstawie:

- art. 52 ustawy o pomocy społecznej;
- rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 28 lipca 2005 r. w sprawie rodzinnych domów pomocy (Dz. U. z 2005 r., Nr 153, poz. 1276).

III. Dienne usługi świadczone w ośrodkach wsparcia na podstawie:

- art. 51 ustawy o pomocy społecznej;
- ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. Nr 111, poz. 535 z późn. zm.) - w części dotyczącej środowiskowych domów samopomocy.

IV. Całodobowe usługi świadczone w domach pomocy społecznej na podstawie:

- art. 54-66 ustawy o pomocy społecznej;
- rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 19 października 2005r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z 31 października 2005 r., Nr 217, poz. 1837);
- ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. Nr 111, poz.535 z późn. zm.) w części dotyczącej domów pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi (dzieci, młodzieży i dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, przewlekle psychicznie chorych).

V. całodobowe usługi świadczone w placówkach zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku prowadzonym w ramach działalności gospodarczej lub statutowej na podstawie:

- art. 67-69 ustawy o pomocy społecznej;

- rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 28 kwietnia 2005 r. w sprawie wydawania i cofania zezwoleń na prowadzenie działalności gospodarczej w zakresie prowadzenia placówki zapewniającej całodobową opiekę (Dz.U. Nr 86, poz. 739);
- rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 28 kwietnia 2005 r. w sprawie wydawania i cofania zezwoleń na prowadzenie w ramach działalności statutowej placówki zapewniającej całodobową opiekę (Dz.U. Nr 86, poz. 740).

1. Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze

Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze przysługują osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności wymaga pomocy innych osób. Mogą być przyznane także osobie w rodzinie, która wymaga pomocy innych osób w sytuacji gdy rodzina, a także wspólnie nie zamieszkujący małżonek, wstępni i zstępni nie są w stanie takiej pomocy zapewnić.

Usługi opiekuńcze obejmują: zaspokajanie codziennych potrzeb życiowych (sprząatanie, pranie, zakupy, sporządzanie posiłków), opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację, zapewnianie kontaktów z otoczeniem. Usługi te są bezpłatne albo odpłatne w części lub w całości. Szczegółowe zasady odpłatności za usługi opiekuńcze ustalają władze gminy w drodze uchwały. Wysokość opłat uzależniona jest przede wszystkim od dochodu osoby korzystającej z usług opiekuńczych oraz od kosztu i liczby godzin świadczonych usług opiekuńczych. W przypadku szczególnej i trudnej sytuacji życiowej świadczeniobiorcy, istnieje możliwość odstąpienia od opłat za usługi. Usługi te są realizowane jako zadanie własne gminy i finansowane z budżetu gminy.

Specjalistyczne usługi opiekuńcze są usługami dostosowanymi do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, które są świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym. Specjalistyczne usługi opiekuńcze, z wyjątkiem specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi, są zadaniem własnym gminy. Szczegółowe zasady odpłatności za usługi opiekuńcze oraz możliwości zwolnienia z opłat w części lub całości, ustalają władze gminy w drodze uchwały.

Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi są zadaniem zleconym gminie i finansowanym z budżetu państwa i realizowane są na podstawie rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych.

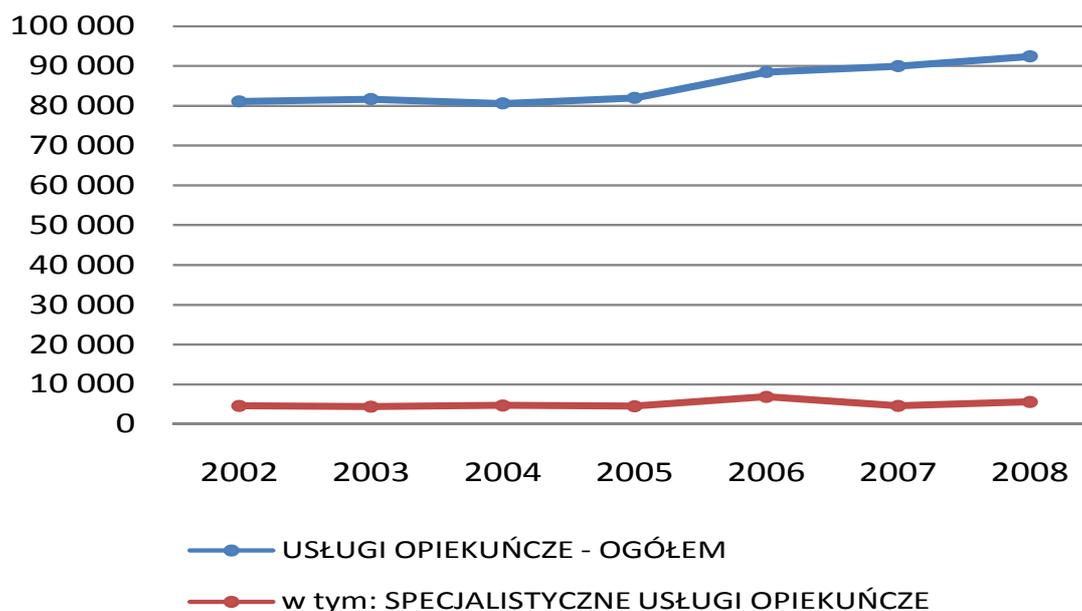
Świadczenie w postaci usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, w tym również dla osób z zaburzeniami psychicznymi, przyznaje ośrodek pomocy społecznej, ustalając ich zakres, okres i miejsce świadczenia. Ośrodek pomocy społecznej może

realizować usługi samodzielnie lub w ramach zlecenia usługi „podmiotom uprawnionym”, o których mowa w art. 25 ustawy o pomocy społecznej, albo w ramach zakupu usług na podstawie ustawy o zamówieniach publicznych.

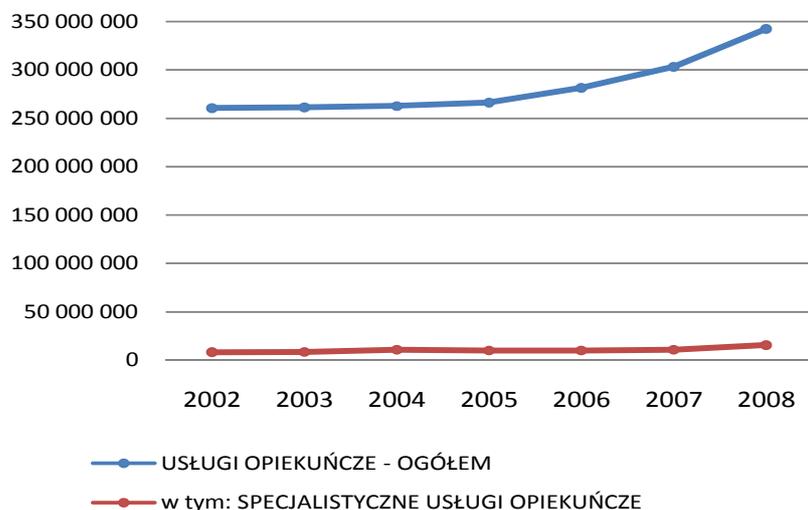
Tabela 22. Usługi opiekuńcze w latach 2000-2008.

Rok	Usługi opiekuńcze		W tym: usługi opiekuńcze specjalistyczne	
	Liczba osób	Kwota środków (w zł)	Liczba osób	Kwota środków (w zł)
2000	86 180	259 543 223	4 107	6 865 368
2001	82 387	261 471 124	3 616	7 521 816
2002	81 185	260 553 065	4 609	8 184 534
2003	81 700	261 313 637	4 462	8 533 071
2004	80 650	262 687 905	4 736	10 864 026
2005	81 993	266 215 464	4 571	10 068 495
2006	88 525	281 425 076	6 891	9 995 724
2007	90 016	303 134 286	4 682	10 740 888
2008	92 470	342 389 099	5 619	15 678 206

Wykres 19 - Liczba osób, które skorzystały z pomocy w formie usług opiekuńczych w latach 2002 - 2008.



Wykres 20 - Środki własne gmin przeznaczane na usługi opiekuńcze w latach 2002 - 2008.



W ocenie resortu pracy i polityki społecznej niezbędne jest wprowadzenie zmian w zakresie realizacji tych zadań polegających w szczególności na:

- 1) rozdzieleniu wypłat świadczeń z pomocy społecznej od pomocy udzielanej w ramach realizacji wszelkich szeroko rozumianych usług (przeorganizowanie struktury ośrodków pomocy społecznej i powiatowych centrów pomocy rodzinie);
- 2) określeniu standardu usług opiekuńczych i ustaleniu katalogu świadczeń;
- 3) przyznawaniu usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych w formie bonu, vouchera, z możliwością wyboru przez klienta podmiotu, który będzie je realizował.

Takie zmiany planowane są w przygotowywanych obecnie założeniach do nowej ustawy o pomocy społecznej.

Tabela poniżej przedstawia dane o liczbie osób zatrudnionych do realizacji usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych w gminach. Dane o pracownikach zatrudnionych w ośrodkach pomocy społecznej sporządzone zostały w oparciu o dane MPiPS-03 za 2007 rok, natomiast dane o pracownikach zatrudnionych przez podmioty

niepubliczne dotyczą tylko specjalistycznych usług opiekuńczych wg stanu na 30 czerwca 2007 roku.

Tabela 23. Liczba osób świadczących usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze wg stanu na dzień 31 grudnia 2007 roku.⁵⁶

	Liczba pracowników ośrodków pomocy społecznej	Liczba pracowników zatrudnionych przez podmioty niepubliczne	Liczba pracowników ogółem
Usługi opiekuńcze	6 279	brak danych	
Specjalistyczne usługi opiekuńcze	945	2126,39*	3071,39

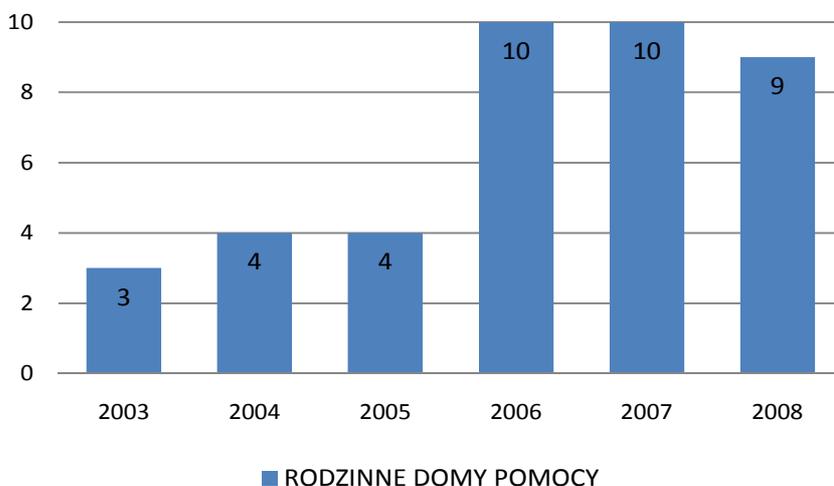
2. Rodzinne domy pomocy

Rodzinny dom pomocy stanowi specjalną formę usług opiekuńczych i bytowych świadczonych przez osobę w jej miejscu zamieszkania (w ramach działalności gospodarczej) dla nie mniej niż 3 i nie więcej niż 8 osób wymagających wsparcia w tej formie. Osobę wymagającą całodobowych usług bytowych i opiekuńczych kieruje się na pobyt stały lub okresowy do rodzinnego domu pomocy na jej wniosek lub - za jej zgodą - na wniosek opiekuna prawnego złożony w ośrodku pomocy społecznej właściwym ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby. Decyzję w sprawie skierowania do rodzinnego domu pomocy wydaje kierownik ośrodka.

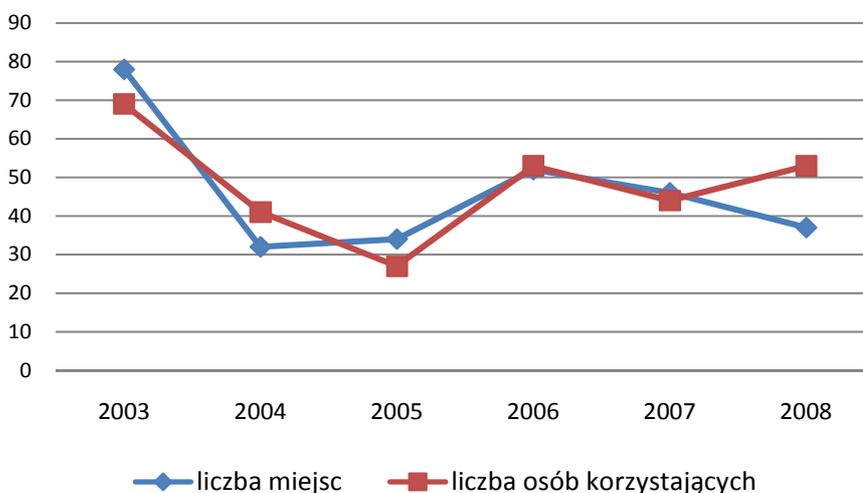
Pobyt w rodzinnym domu pomocy jest odpłatny w wysokości odpowiadającej poniesionym miesięcznym wydatkom, ustalonym w umowie dotyczącej prowadzenia rodzinnego domu pomocy zawartej między kierownikiem ośrodka a osobą prowadzącą rodzinny dom pomocy. Przy ustalaniu odpłatności od osoby przebywającej w rodzinnym domu pomocy stosuje się odpowiednio przepisy ustawy o pomocy społecznej dotyczące zasad odpłatności za pobyt w domu pomocy społecznej.

⁵⁶ dane wg stanu na 30 czerwca 2007 zbierane jednorazowo przez Departament Pomocy i Integracji Społecznej.

Wykres 21 - Rodzinne Domy Pomocy w latach 2003-2008.



Wykres 22 - Mieszkańcy rodzinnych domów pomocy w latach 2003-2008.



Ta forma wsparcia nie rozwija się najlepiej, głównie z powodu niechęci gmin do zawierania umów z osobami prywatnymi w sprawie zakupu usług dla osób wymagających tej formy pomocy oraz trudności w spełnieniu standardów bytowych, w szczególności w zakresie likwidacji barier architektonicznych i spełnienia wymogów sanitarnych.

3. Ośrodki wsparcia

Ośrodek wsparcia jest dzienną formą pomocy instytucjonalnej, w ramach której świadczone są różne usługi dostosowane do specyficznych potrzeb osób korzystających z tej formy

pomocy, w tym usługi żywieniowe. Przy ośrodkach wsparcia mogą być prowadzone miejsca całodobowe okresowego pobytu. Działalność ośrodków wsparcia wspiera rodzinę w sprawowaniu funkcji opiekuńczych nad niepełnosprawnymi członkami rodzin, zapobiegając jednocześnie umieszczeniu ich w placówkach wsparcia całodobowego, wspiera także osoby samotne, zapobiegając ich wykluczeniu z życia społecznego. Prowadzenie ośrodków wsparcia, z wyłączeniem ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, jest zadaniem własnym gminy lub powiatu finansowanym z ich budżetu. Gmina lub powiat może zlecać prowadzenie takich jednostek innym podmiotom, o których mowa w art. 25 ustawy o pomocy społecznej.

Z danych MPiPS-03 za 2008 rok wynika, że w Polsce funkcjonowało 1493 ośrodków wsparcia. Z usług tych ośrodków skorzystały ponad 94 tysiące osób.

Poniższe tabele przedstawiają dane dotyczące liczby poszczególnych ośrodków wsparcia w podziale na ośrodki o charakterze lokalnym (prowadzone przez gminy lub na jej zlecenie) oraz ośrodki o charakterze ponadlokalnym (prowadzone przez powiat lub na jego zlecenie).

Tabela 24. Ośrodki wsparcia o charakterze lokalnym.

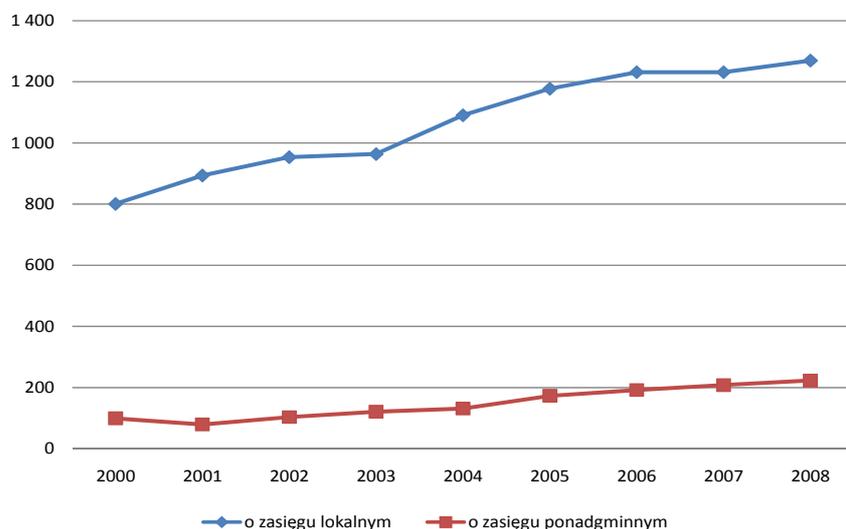
OŚRODKI WSPARCIA o charakterze lokalnym (gminne lub prowadzone przez inne podmioty) wg stanu na koniec 2008r.	liczba instytucji	liczba osób korzystających
Ogółem	1270	84 124
z tego:		
środowiskowe domy samopomocy	417	13 816
dzienne domy pomocy	234	18 322
Noclegownie	215	16 792
Jadłodajnie	112	18 599
kluby samopomocy	48	2 486
inne ośrodki wsparcia	256	15 365

Tabela 25. Ośrodki wsparcia o charakterze ponadlokalnym.

OŚRODKI WSPARCIA o charakterze ponadlokalnym (powiatowe lub prowadzone przez inne podmioty na zlecenie powiatu) wg stanu na koniec 2008 r.	liczba instytucji	Liczba osób korzystających
Ogółem	223	10 106
z tego:		
środowiskowe domy samopomocy	181	6 516
dzienne domy pomocy	12	613
Noclegownie	2	98
inne ośrodki wsparcia	29	2 918

Zdecydowanie więcej ośrodków wsparcia jest prowadzonych przez gminy lub na ich zlecenie. Należy podkreślić, że ta forma wsparcia osoby/rodziny w środowisku lokalnym najlepiej rozwija się w miastach.

Wykres 23 - Liczba ośrodków wsparcia w latach 2000-2008.

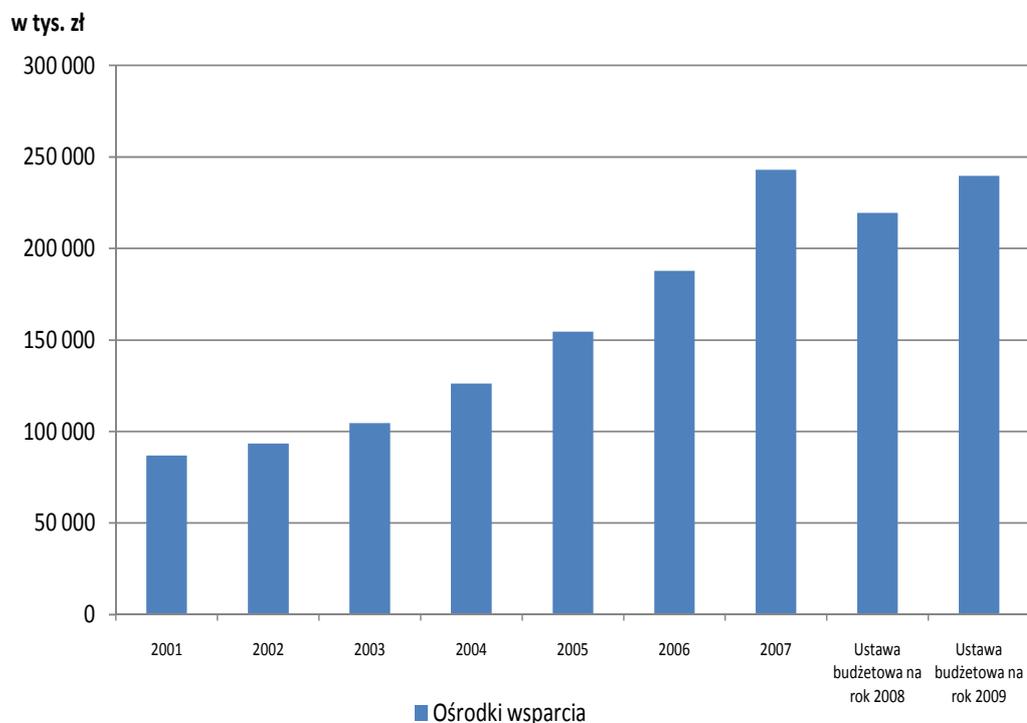


Od 2000 roku stale znacząco wzrastała liczba ośrodków wsparcia o charakterze lokalnym i w niewielkim stopniu, choć w miarę równomiernie liczba ośrodków wsparcia o charakterze ponadlokalnym. Na tę sytuację miała wpływ przede wszystkim powstająca sieć ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, której rozwój finansowany jest z budżetu państwa.

Ośrodki wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym środowiskowe domy samopomocy, świadczą usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi (osoby psychicznie chore i osoby upośledzone umysłowo). Tworzenie i finansowanie takich jednostek jest zadaniem administracji rządowej zleconej do realizacji gminie lub powiatowi. Środki na bieżącą działalność tych jednostek planują w swoich budżetach wojewodowie. Poziom finansowania tych jednostek w poszczególnych województwach jest bardzo zróżnicowany i waha się obecnie od 750 zł do 1200 zł na jednego uczestnika miesięcznie.

Przedstawiony poniżej wykres obrazuje wydatki budżetu państwa (wykonanie z wyłączeniem 2009, dla którego brak jest danych z wykonania) na finansowanie ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

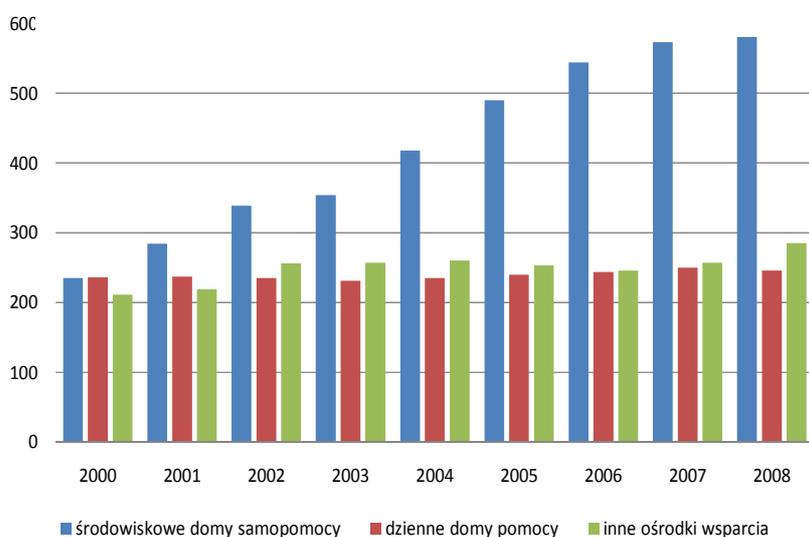
Wykres 24 - Wydatki budżetu państwa w latach 2000-2008 oraz ustawa budżetowa lata 2009-2010 część 85 - budżety wojewodów, Dział 852 - pomoc społeczna, rozdz. 85203 - ośrodki wsparcia.



Środki na tworzenie nowych miejsc, w tym również tworzenie nowych ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz bieżące finansowanie uruchamianych jednostek lub miejsc w danym roku budżetowym, planowane są corocznie w rezerwach celowych budżetu państwa, które pozostają w gestii Ministra Pracy i Polityki Społecznej.

Jest to jedna z najlepiej rozwijających się i funkcjonujących form wsparcia osób w środowisku lokalnym, a w szczególności w środowisku wiejskim. W 2000 roku w całej Polsce funkcjonowało ogółem 235 środowiskowych domów samopomocy, w których z usług korzystało 7110 osób. W 2008 roku liczba środowiskowych domów samopomocy wynosiła już 627, a z usług w tych jednostkach korzystały 19.519 osób. Poniżej przedstawiony wykres pokazuje, jak na przestrzeni 8 lat zmieniała się liczba ośrodków wsparcia w zależności od ich rodzaju i związanego z nim sposobu finansowania.

Wykres 25 - Liczba ośrodków wsparcia w podziale na wybrane typy w latach 2000-2008.



Przedstawione dane wyraźnie wskazują, że liczba dziennej pomocy społecznej finansowanych z budżetów samorządów utrzymuje się od 2000 roku na prawie niezmiennym poziomie. Okresowo wzrastała lub zmniejszała się liczba innych ośrodków wsparcia. Przeszło 2,5 krotnie wzrosła natomiast liczba środowiskowych domów samopomocy. Jedną z przyczyn zwiększonego zapotrzebowania na miejsca w tych domach może być niepokojące zjawisko znacznego wzrostu liczby osób chorych psychicznie, które wymagają wsparcia.

Jeśli chodzi o liczbę pracowników zatrudnionych w ośrodkach wsparcia, tabela poniżej przedstawia dane MPiPS-03 w tym zakresie w latach 2000-2008 w podziale na rodzaje ośrodków wsparcia.

Tabela 26 - Liczba pracowników ośrodków wsparcia w latach 2000-2008.⁵⁷

rok	Liczba pracowników			
	Ogółem	w tym w:		
		środowiskowych domach samopomocy	dziennych domach pomocy	innych ośrodkach wsparcia*
2000	4784	2139	1683	962
2001	4988	2522	1577	889
2002	5269	2936	1434	899
2003	5805	3284	1608	913
2004	5681	3284	1618	779
2005	6257	3736	1719	802
2006	6278	3822	1657	799
2007	7071	4341	1682	1048
2008	7248	4433	1696	1119

4. Domy pomocy społecznej

Osoby wymagające całodobowej opieki ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność mają prawo do pobytu w domu pomocy społecznej. Jest to placówka całodobowego stałego pobytu zapewniająca usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu.

Wydatki związane z zapewnieniem mieszkańcom całodobowej opieki oraz z zaspokajaniem ich niezbędnych potrzeb bytowych i społecznych w całości pokrywa dom pomocy społecznej. DPS umożliwiał i organizuje mieszkańcom pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych przysługujących im na podstawie odrębnych przepisów, jak również pokrywa opłaty ryczałtowe i częściową odpłatność do wysokości limitu ceny przewidzianej w przepisach o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Dom pomocy społecznej może pokryć wydatki ponoszone na niezbędne usługi pielęgnacyjne w zakresie wykraczającym poza uprawnienia wynikające z przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Domy, w zależności od tego, dla kogo są przeznaczone, dzielą się na domy dla:

- osób w podeszłym wieku,
- osób przewlekle somatycznie chorych,
- osób przewlekle psychicznie chorych,
- osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie,
- dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie,

⁵⁷ W danych MPiPS-03 do 2004 roku funkcjonujące pod nazwą ośrodków opiekuńczych.

- osób niepełnosprawnych fizycznie.

Tabela poniżej przedstawia dane dotyczące liczby domów pomocy społecznej w latach 2000 - 2007 według podziału na typy domów.

Tabela 27. Liczba miejsc i liczba mieszkańców w podziale na typy domów pomocy społecznej.⁵⁸

Rok	Liczba DPS ogółem		Liczba osób ogółem		DPS dla osób w podeszłym wieku		DPS dla osób przewlekłe somatycznie chorych		DPS dla osób przewlekłe psychicznie chorych		DPS dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie		DPS dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie		DPS dla osób niepełnosprawnych fizycznie	
	LICZBA		LICZBA		LICZBA		LICZBA		LICZBA		LICZBA		LICZBA		LICZBA	
	DPS	osób	DPS	osób	DPS	osób	DPS	osób	DPS	osób	DPS	osób	DPS	osób	DPS	osób
2000	772	74 261	144	10 699	244	24 041	121	14 186	156	15 302	103	8 235	12	1 287		
2001	800	77 322	159	12 178	228	24 884	131	15 760	150	14 109	108	8 507	13	1 422		
2002	811	78 935	162	12 627	230	25 672	139	16 526	148	13 862	108	8 545	13	1 225		
2003	820	80 588	169	13 195	229	25 223	141	17 491	151	14 233	108	8 688	12	1 330		
2004	813	79 342	167	12 678	227	24 613	145	18 027	147	14 107	103	8 269	14	1 443		
2005	795	77 864	168	12 419	219	23 064	147	18 656	146	14 096	104	8 335	11	1 294		
2006	793	77 469	170	12 538	212	22 407	147	18 599	150	14 334	100	7 936	14	1 655		
2007	794	77 246	159	11 403	179	18 575	152	18 565	139	13 430	91	7 178	11	1 013		
2008	792	77 214	143	10 189	175	17 853	157	18 988	136	13 242	83	6 315	9	947		

⁵⁸ dane wewnętrzne MPiPS za lata 2000-2008.

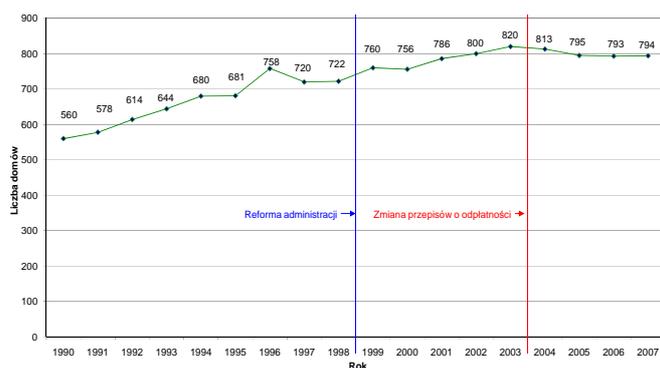
W roku 2007 w ramach nowelizacji ustawy o pomocy społecznej dopuszczono możliwość łączenia niektórych typów domów pomocy społecznej. Obecnie dom pomocy społecznej może być prowadzony łącznie dla:

- 1) osób w podeszłym wieku oraz osób przewlekle somatycznie chorych;
- 2) osób przewlekle somatycznie chorych oraz osób niepełnosprawnych fizycznie;
- 3) osób w podeszłym wieku oraz osób niepełnosprawnych fizycznie;
- 4) osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie oraz dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie.

W takich przypadkach dom pomocy społecznej musi świadczyć usługi na poziomie obowiązującego standardu odpowiednio dla każdego typu domu.

Przygotowano także kolejny projekt nowelizacji ustawy o pomocy społecznej, który przewiduje możliwość łączenia różnych typów domów pomocy społecznej pod warunkiem usytuowania każdego z nich w innym budynku. Projekt podlega pracom Senatu RP.

Wykres 26 - Liczba ponadgminnych domów pomocy społecznej od 1990 roku.

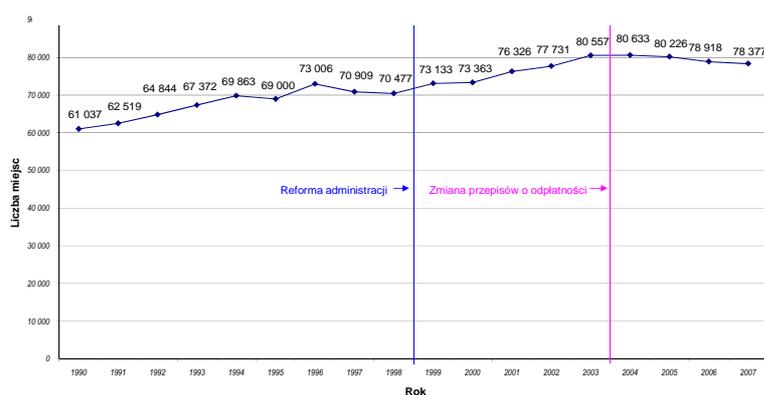


Z przedstawionego powyżej wykresu wynika, że od 1990 roku ogólna liczba domów pomocy społecznej stale i w miarę równomiernie rosła. Po reformie administracji tendencja ta była wciąż rosnąca, gdyż samorządy powiatowe przejęły i kontynuowały budowę wielu nowych domów pomocy społecznej. Należy przy tym pamiętać, że w tym okresie domy pomocy społecznej były dotowane z budżetu państwa. Od 2004 roku sytuacja w tym zakresie zaczęła

się jednak zmieniać⁵⁹ i zanotowano zmniejszanie się liczby domów pomocy społecznej. Było to częściowo związane z likwidacją jednostek, które nie miały szansy na osiągnięcie standardu usług, a częściowo związane z szukaniem oszczędności w zakresie finansowania tych jednostek polegających na łączeniu niektórych jednostek i ograniczaniu wydatków na administrację i obsługę (jedna księgowość, jedna kuchnia, jedna pralnia itp.)

Od roku 1990 zmieniała się także stale liczba miejsc w domach pomocy społecznej. Zmiany w tym zakresie związane były przede wszystkim z wprowadzonymi w 1997 roku przepisami w zakresie standaryzacji domów pomocy społecznej, a w szczególności wymaganego standardem metrażu pokoi mieszkalnych w tych jednostkach, co w wielu przypadkach powodowało konieczność zmniejszania liczby miejsc w placówkach. Na zmiany w tym zakresie miała również wpływ rozbudowa istniejących jednostek lub budowa nowych, czy też likwidacja domów pomocy społecznej, które nie miały szansy na osiągnięcie standardu usług.

Wykres 27 - Liczba miejsc w ponadgminnych domach pomocy społecznej od roku 1990.



Zjawisko likwidacji domów pomocy społecznej jest nieco niepokojące, szczególnie z uwagi na prognozy demograficzne. Brakuje miejsc w domach pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych i dla osób z niepełnosprawnością intelektualną.

⁵⁹ Zmiana zasad finansowania sposobu kierowania i odpłatności za pobyt w domu pomocy społecznej wprowadzona z dniem 1 stycznia 2004 roku ustawą z dnia 13 listopada 2003 r. o dochodach jednostek samorządu terytorialnego (art. 54 i art. 87) – tekst jednolity Dz.U. z 2008 r. Nr 88, poz. 539 z późn. zm.

Podmioty, które mogą prowadzić domy pomocy społecznej

Zgodnie ustawą o pomocy społecznej, prowadzenie i rozwój infrastruktury domów pomocy społecznej o zasięgu ponadgminnym oraz umieszczanie w nich skierowanych osób jest zadaniem własnym powiatu (w tym gmin na prawach powiatu) dofinansowywanym z budżetu państwa. Gminy także mogą prowadzić domy pomocy społecznej o zasięgu lokalnym. Domy pomocy społecznej o zasięgu regionalnym i specjalistyczne mogą być prowadzone przez samorząd wojewódzki.

Obok wyżej wymienionych jednostek samorządu terytorialnego domy prowadzić też przez Kościół Katolicki, inne kościoły, związki wyznaniowe, organizacje społeczne, fundacje, stowarzyszenia, osoby fizyczne i inne osoby prawne.

Jednostki samorządu terytorialnego mogą również zlecać prowadzenie domów pomocy społecznej, udzielając dotacji na finansowanie lub dofinansowanie realizacji zleconego zadania, organizacjom pozarządowym prowadzącym działalność w zakresie pomocy społecznej oraz osobom prawnym i jednostkom organizacyjnym działającym na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancji wolności sumienia i wyznania, jeżeli ich cele statutowe obejmują prowadzenie działalności w zakresie pomocy społecznej.

W nowej ustawie brak jest zastrzeżenia, które obowiązywało w poprzedniej ustawie o pomocy społecznej, zgodnie z którym do prowadzenia domów pomocy społecznej nie miały zastosowania przepisy o działalności gospodarczej. Nie ma więc przeszkód prawnych w zakładaniu komercyjnych domów pomocy społecznej prowadzonych w oparciu o przepisy o działalności gospodarczej lub w ramach działalności statutowej. Domy pomocy społecznej, w tym prowadzone na podstawie przepisów o działalności gospodarczej, muszą posiadać zezwolenie wojewody.

W stosunku do domów prowadzonych przez osoby fizyczne, Kościół Katolicki, inne kościoły, związki wyznaniowe, organizacje społeczne, fundacje, stowarzyszenia i inne osoby prawne (jeżeli nie są prowadzone na zlecenie jednostek samorządu terytorialnego) nie mają zastosowania przepisy dotyczące zasad kierowania i umieszczania osób w domu pomocy społecznej, ustalania średniego miesięcznego kosztu utrzymania w domu, zasad odpłatności za pobyt w domu, zasad zwalniania z odpłatności. Kwestie te mogą być określone przez takie domy w sposób dowolny. Podmioty prowadzące takie domy mogą świadczyć swoje usługi na podstawie umów cywilnoprawnych z dowolnie określonymi osobami. Również zakres świadczonych usług przez taki dom może wynikać bezpośrednio z zawartej umowy.

Ustawa zezwala gminie na kierowanie osób do takich domów pomocy społecznej, jednak tylko pod warunkiem braku wolnych miejsc w domach prowadzonych bezpośrednio przez gminę, powiat lub przez podmioty niepubliczne na ich zlecenie.

Zezwolenie na prowadzenie domu pomocy społecznej

Każdy dom pomocy społecznej musi posiadać zezwolenie wojewody właściwego ze względu na położenie domu i musi być wpisany do rejestru, który corocznie ogłaszany jest w wojewódzkim dzienniku urzędowym. Aby uzyskać zezwolenie dom pomocy społecznej musi spełniać standard usług, który został określony w rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z dnia 19 października 2005 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. Nr 217, poz. 1837). Domom pomocy społecznej, które nie spełniają standardu Wojewoda wydaje zezwolenie warunkowe, które obowiązuje tylko do dnia 31 grudnia 2010 roku (art. 152 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej).

Standardy obowiązujące w domach pomocy społecznej

Standardem w domach pomocy społecznej objęte są usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające, a w przypadku domów dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie - również potrzeby edukacyjne, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób w nich przebywających (art. 55 ust. 1). Standard zróżnicowany jest w zależności od typu domu, obejmuje także zatrudnienie odpowiedniej ilości pracowników socjalnych, zapewnienie kontaktu z psychologiem, a domach dla osób przewlekłe psychicznie chorych również z psychiatrą, oraz odpowiedni wskaźnik zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego. Przy ustalaniu wskaźników zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego można także uwzględnić wolontariuszy, stażystów, praktykantów oraz osoby odbywające służbę zastępczą pracujące bezpośrednio z mieszkańcami (nie więcej niż 30% ogólnej liczby zatrudnionych w zespole terapeutyczno-opiekuńczym).

Najwięcej problemów w dochodzeniu do wymaganego standardu domy mają w zakresie:

- montowania instalacji przeciwpożarowej;
- spełnienia norm powierzchniowych pokoi mieszkalnych;
- instalowania wind przystosowanych do przewozu osób niepełnosprawnych;
- osiągnięcia wymaganego wskaźnika zatrudnienia personelu w zespołach terapeutyczno-opiekuńczych;
- spełnienia warunków sanitarnych – dostępność do łazienek;
- spełnienia warunków sanitarnych – dostępność do toalet.

Domy pomocy społecznej wraz ze swoimi samorządami podejmują ustawiczne wysiłki w celu realizacji programów naprawczych (część prac modernizacyjnych w domach znalazła się w

kontraktach regionalnych, samorządy wyasygnowały dodatkowe środki na realizację programów). Od kilku lat w rezerwach celowych budżetu państwa planowane są także środki na dofinansowanie realizacji programów naprawczych w tych jednostkach. Środki te pozostają w gestii Ministra Pracy i Polityki Społecznej.

Usługi zdrowotne w domach pomocy społecznej

Reforma ochrony zdrowia w 1999 roku zdecydowanie zmieniła warunki funkcjonowania domów pomocy społecznej w zakresie opieki zdrowotnej. Domy w wyniku zapisów ustawowych nie posiadają tytułu do świadczenia usług zdrowotnych w placówce, a jedynie umożliwiają mieszkańcom korzystanie z tych usług. Równocześnie domy stały się placówkami organizowanymi, prowadzonymi i finansowanymi w ramach zadań własnych powiatu, co teoretycznie umożliwi władzom samorządowym realizowanie własnej koncepcji organizacji tych placówek w ramach obowiązującego prawa.

Dom pomocy społecznej jest jednostką organizacyjną pomocy społecznej, która zaspokaja podstawowe potrzeby bytowe mieszkańców, nie sprawuje natomiast funkcji leczniczych i nie zapewnia świadczeń medycznych, w tym opieki pielęgniarskiej. Osoba wymagająca pomocy medycznej mieszkająca w domu pomocy społecznej ma prawo do takich samych świadczeń opieki pielęgnacyjnej, jak osoba zamieszkująca w domu rodzinnym. Może zatem na miejscu, w domu pomocy społecznej, korzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych

na analogicznych zasadach jak w domu pacjenta, w tym: świadczeń lekarza i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i świadczeń w pielęgniarstwie długoterminowym. Art. 58 ustawy o pomocy społecznej nakłada na DPS obowiązek umożliwienia i zorganizowania pomocy mieszkańcom w dostępie do korzystania ze świadczeń zdrowotnych przysługujących im na podstawie przepisów o świadczeniach z ubezpieczenia zdrowotnego. W domach pomocy społecznej przebywają osoby niezdolne do samodzielnej egzystencji, które wymagają wyrównywania różnego rodzaju deficytów poprzez świadczenie opieki, terapii oraz zagwarantowanie poczucia bezpieczeństwa łatwym dostępem do świadczeń zdrowotnych w systemie 24-godzinny. Niestety, mimo ustawowych uprawnień NFZ nie jest dotychczas w stanie zakontraktować pielęgnacyjnej opieki długoterminowej dla więcej niż połowy placówek.

Kierowanie osób do domów pomocy społecznej

Zgodnie z ustawą o pomocy społecznej decyzję o skierowaniu do domu pomocy społecznej i decyzję ustalającą opłatę za dom pomocy społecznej wydaje organ gminy właściwej dla tej osoby w dniu jej kierowania, natomiast decyzję o umieszczeniu w domu pomocy społecznej

wydaje organ gminy prowadzącej dom pomocy społecznej lub starosta powiatu prowadzącego dom pomocy społecznej.

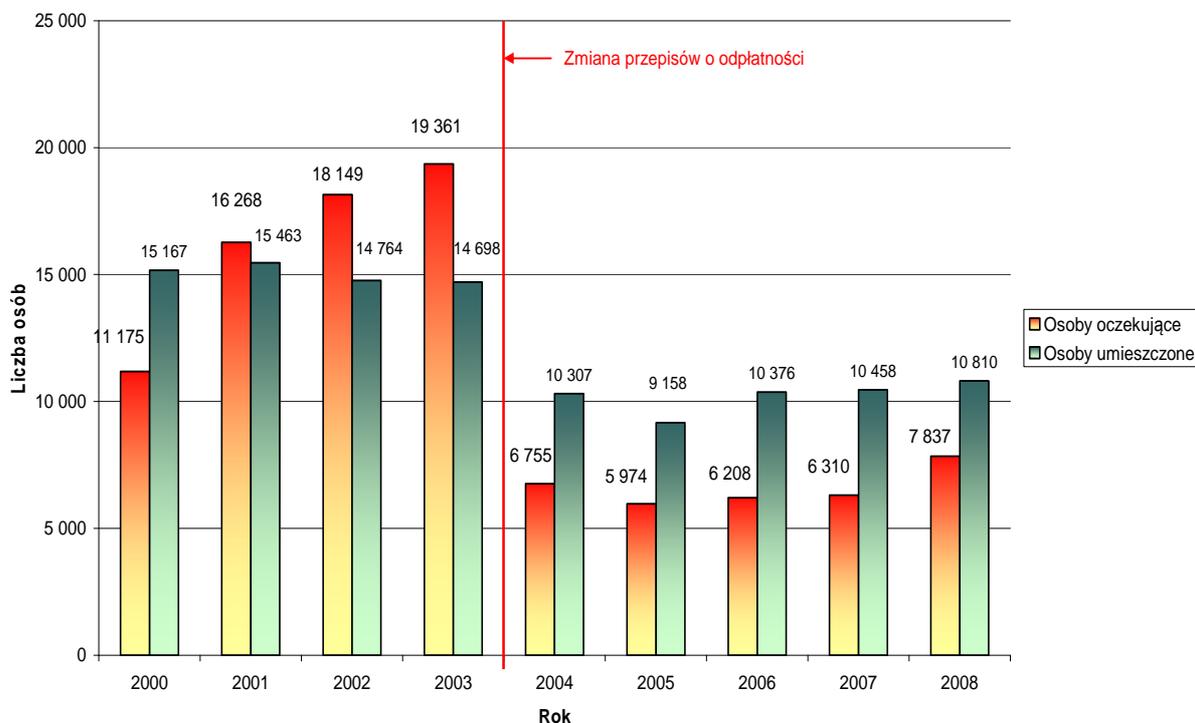
W przypadku regionalnych domów, decyzję wydaje marszałek województwa oprócz regionalnych domów finansowanych z dochodów własnych samorządu województwa. W tym wypadku decyzję o skierowaniu wydaje organ gminy, a decyzję o umieszczeniu i opłacie za pobyt – marszałek województwa.

Decyzję o skierowaniu do domu pomocy społecznej i decyzję ustalającą opłatę za pobyt w domu wydaje organ gminy właściwej dla tej osoby w dniu jej kierowania do domu. Decyzję o umieszczeniu w domu pomocy społecznej wydaje organ gminy prowadzącej dom lub starosta powiatu prowadzącego dom. W przypadku regionalnych domów pomocy społecznej decyzję wydaje marszałek województwa.

Zmiana zasad w zakresie kierowania i finansowania domów pomocy społecznej sprawiła, że w 2004 roku zanotowano nagły spadek liczby osób umieszczonych w domach pomocy społecznej oraz spadek liczby osób oczekujących na miejsce w takiej jednostce.

Wykres 28 - Liczba osób oczekujących i umieszczonych w DPS-ach w ciągu roku w latach 2000-2008.

Ogółem liczba osób umieszczonych w ponadgminnych domach pomocy społecznej w latach 2000 - 2008 oraz oczekujących na umieszczenie wg stanu na dzień 31.XII.



Gminy (wg nowych przepisów na nich spoczywa obowiązek kierowania osób do domów pomocy społecznej i partycypowanie w kosztach ich utrzymania) generalnie wzbraniały się przed kierowaniem osób do domów pomocy społecznej, tłumacząc się brakiem środków finansowych na to zadanie, dlatego też na zwolnione miejsca w domach pomocy społecznej (dotyczyło to głównie domów pomocy społecznej dla osób przewlekle somatycznie chorych, ale było zróżnicowane w zależności od rejonu kraju) nie było zapotrzebowania. W przypadku dużej liczby wolnych miejsc domy zaczynały mieć problemy z utrzymaniem zatrudnienia na poziomie, wymaganym obowiązującym standardem usług. Pod koniec roku sytuacja w tej sprawie znacznie się poprawiła i gminy zaczęły kierować do domów pomocy społecznej osoby wymagające niezbędnie tej formy pomocy.

Spadek liczby osób kierowanych do domów pomocy społecznej był również spowodowany nałożeniem na rodzinę obowiązku partycypowania w opłatach z pobytu w domu pomocy społecznej członka rodziny. Rodzina bardzo często wycofywała podania o umieszczenie w domu pomocy społecznej, tłumacząc się brakiem środków na ten cel.

Następną przyczyną tej sytuacji była i jest możliwość umieszczania osób w zakładach opiekuńczo–lecniczych, w których sposób finansowania pobytu całkowicie odciąża gminę oraz rodzinę osoby kierowanej.

Zasady finansowania domów pomocy społecznej i odpłatności za pobyt w domu pomocy społecznej

Zgodnie z wcześniej obowiązującą⁶⁰ i nową ustawą o pomocy społecznej, domy pomocy społecznej prowadzone przez gminy są zadaniem własnym gminy i finansowanym z ich budżetów, zaś domy pomocy społecznej prowadzone przez powiat są zadaniem własnym powiatu dofinansowanym z budżetu państwa, a domy regionalne mogą być finansowane jako zadanie własne lub dofinansowywane z budżetu państwa.

Od 1 stycznia 2004 roku, zgodnie z ustawą o dochodach jednostek samorządu terytorialnego, powiat otrzymuje dotację na mieszkańców domów pomocy społecznej prowadzonych w ramach zadania własnego lub prowadzonych na jego zlecenie, umieszczonych na podstawie skierowania wydanego przed dniem 1 stycznia 2004 roku.

Środki na dotacje dla powiatów na dofinansowanie prowadzenia domów pomocy społecznej planuje wojewoda. Uwalniane kwoty dotacji wojewoda może przeznaczyć na podwyższenie dotacji lub na dofinansowanie realizacji programu naprawczego.

⁶⁰ ustawa z dnia 29 listopada 1990 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 1998 roku Nr 64, poz.414, z późn. zm)

Zgodnie z art. 155 ust. ustawy o pomocy społecznej, w zależności od sytuacji finansowej domów pomocy społecznej w powiecie, a także od uzyskanych dochodów z tytułu odpłatności za pobyt w domu, wojewoda może zwiększyć kwotę dotacji dla powiatu do 20%.

Odpłatność za pobyt w domu pomocy społecznej

Według poprzedniej ustawy z dnia 29 listopada 1990 roku o pomocy społecznej (obowiązującej do dnia 30 kwietnia 2005 roku), pobyt w domu pomocy społecznej był odpłatny według następujących zasad:

1) miesięczna opłata za pobyt w domu pomocy społecznej osoby pełnoletniej posiadającej dochód ustalona była w wysokości 200% kwoty kryterium dochodowego (obecnie 477 zł) określonego w ustawie dla osoby samotnie gospodarującej (czyli 954 zł); opłata ta nie mogła być jednak wyższa niż 70% dochodu osoby przebywającej w domu pomocy społecznej;

2) miesięczną opłatę za pobyt dzieci w domu pomocy społecznej ponosili rodzice lub opiekunowie, jeżeli dysponowali dochodem dziecka w wysokości 150% ww. kwoty (czyli 715,50 zł), jednak nie wyższej niż kwota odpowiadająca 70% dochodu na osobę w rodzinie; wliczając w to dziecko kierowane lub przebywające w domu w przypadku gdy opłatę wносił opiekun, opłata wynosiła 70% dochodu dziecka;

3) miesięczna opłata za pobyt w domu pomocy społecznej osoby pełnoletniej nie posiadającej własnego dochodu ustalana była w wysokości odpowiadającej 200% kwoty 477 zł (czyli 954 zł). Miesięczna opłata nie mogła być wyższa niż 70% dochodu na osobę w rodzinie, wliczając osobę przebywającą w domu pomocy społecznej lub tam kierowaną. Określono, że do dokonania opłaty zobowiązani są, proporcjonalnie do posiadanego dochodu na osobę w rodzinie, małżonek przed zstępnymi i wstępnymi.

Zasady te obowiązują w dalszym ciągu w stosunku do osób skierowanych do domów pomocy społecznej przed dniem 1 stycznia 2004 roku.

W nowych przepisach zapisano, że pobyt w domu pomocy społecznej jest odpłatny do wysokości średniego miesięcznego kosztu utrzymania. Średni miesięczny koszt utrzymania w domu pomocy społecznej - oznacza kwotę rocznych kosztów działalności domu (z poprzedniego roku) wynikającą z utrzymania mieszkańców lub dzieci, bez kosztów inwestycyjnych, wydatków bieżących na remonty i zakupy związane z realizacją programu naprawczego, powiększoną o prognozowany średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych, przyjęty w ustawie budżetowej na dany rok kalendarzowy, podzieloną

przez liczbę miejsc ustaloną jako sumę rzeczywistej liczby mieszkańców w poszczególnych miesiącach roku poprzedniego w domu.

Średni miesięczny koszt utrzymania mieszkańca ustalają:

- w domu pomocy społecznej o zasięgu gminnym – wójt (burmistrz i prezydent miasta);
- w domu pomocy społecznej o zasięgu powiatowym – starosta;
- regionalnym domu pomocy społecznej – marszałek województwa;

Średni miesięczny koszt utrzymania mieszkańca w każdym domu pomocy społecznej musi być ogłoszony w wojewódzkim dzienniku urzędowym nie później niż do dnia 31 marca każdego roku.

Nowa ustawa z dnia 12 marca 2004 roku wprowadziła trójstopniowy udział w partycypowaniu w koszcie utrzymania według ustalonej kolejności:

- jako pierwsza opłatę ponosi osoba kierowana do domu pomocy społecznej w wysokości 70 % dochodu własnego, nie więcej niż pełny koszt utrzymania;
- w drugiej kolejności rodzina osoby kierowanej - małżonek, zstępni (dzieci, wnuki) przed wstępnymi (rodzicami, dziadkami), jeżeli jej sytuacja na to pozwala (tylko wtedy, gdy odpłatność wnoszona przez mieszkańca domu nie pokrywa w pełni średniego miesięcznego kosztu utrzymania w domu pomocy społecznej); ustawa określa ustalanie odpłatności w przypadku dochodu wyższego niż 250% kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej (czyli powyżej 1192,5 zł) i wyższego niż 250% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie (czyli powyżej 877,5 zł);

W sytuacji wniesienia odpłatności przez członków rodziny, kwota dochodu pozostająca po wniesieniu opłaty w przypadku osoby samotnie gospodarującej nie może być niższa niż 250% tego kryterium, a w przypadku osoby w rodzinie nie może być niższa niż 250% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie;

- trzecia w kolejności jest gmina, z której osoba została skierowana do domu pomocy społecznej – w wysokości różnicy między średnim kosztem utrzymania w domu pomocy społecznej a opłatami wnoszonymi przez osoby, o których mowa wyżej.

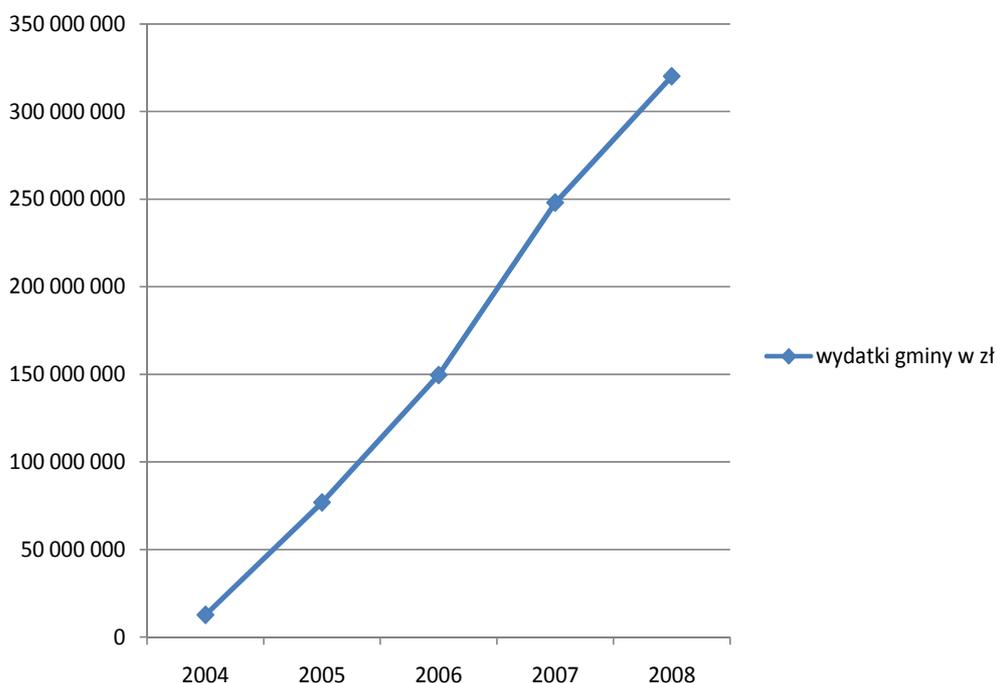
Opłatę mogą ponosić również inne osoby nie wymienione wyżej.

Poniższa tabela przedstawia dane dotyczące liczby osób, za które gmina ponosi odpłatność, oraz wydatki gmin na ten cel w latach 2004-2008

Tabela 28. Odpłatność gminy za pobyt w domu pomocy społecznej.

rok	liczba osób	liczba świadczeń	wydatki gminy w zł
2004	2 540	23 821	12 666 093
2005	8 001	64 551	76 883 668
2006	15 132	124 857	149 564 711
2007	20 931	194 369	248 017 862
2008	26 593	234 295	320 124 231

Wykres 29 - Odpłatność gminy za pobyt w domu pomocy społecznej w latach 2004-2008.



W przypadku mieszkańca domu odpłatność za pobyt w domu pomocy społecznej ustalana jest w drodze decyzji administracyjnej, a w stosunku do części opłaty wnoszonej przez pozostałe podmioty nie wydaje się decyzji. Odpłatność wnoszona przez rodzinę ustalana jest w drodze umowy. Rodzina wnosi tą opłatę do gminy, a dopiero ta przekazuje środki do powiatu, uzupełniając odpłatność do pełnego średniego kosztu utrzymania.

Ustawodawca umożliwił również radzie gminy określenie w drodze uchwały korzystniejszych dla mieszkańców domów, ich małżonków i krewnych warunków ustalania opłat za pobyt w domu pomocy społecznej o zasięgu gminnym, częściowego lub całkowitego zwolnienia z tych opłat, zwrotu należności za okres nieobecności osoby w domu. W razie braku takiej uchwały stosuje się zasady określone w ustawie.

Ustawa daje także możliwość zwalniania z odpłatności za pobyt w domu pomocy społecznej na wniosek osób zobowiązanych. Zwolnienie może być częściowe lub całkowite. W ustawie wskazane zostały szczególne okoliczności (np. długotrwała choroba, bezrobocie, niepełnosprawność, zdarzenia losowe i inne), w których można ww. osoby zwolnić z odpłatności, co nie oznacza, że niemożliwe jest zwolnienie również w innych wypadkach.

W stosunku do mieszkańca domu wydaje się decyzję o zwolnieniu z odpłatności, a w przypadku małżonka, wstępnych i zstępnych wniosek o zwolnienie z odpłatności jest równoznaczny ze zmianą warunków umowy zawartej wcześniej z gminą.

W sytuacji, kiedy gmina podejmie decyzję o zwolnieniu osoby z odpłatności i odpłatność rodziny nie pokrywa pełnego kosztu pobytu osoby w domu, gmina uzupełnia kwotę odpłatności, którą wносиła osoba.

Z materiału dotyczącego domów pomocy społecznej wynika, że niezbędne będzie dokonanie zmian w zakresie finansowania tych jednostek oraz sposobu ich funkcjonowania, w tym m.in.:

- nowy sposób finansowania domów pomocy społecznej oraz gwarancja pomocy ze strony budżetu państwa;
- przeniesienie dotacji do powiatu (partycypacja powiatu w kosztach utrzymania mieszkańca z jednoczesnym częściowym odciążeniem finansowym gminy);
- przeniesienie ciężaru finansowania usług zdrowotnych na Narodowy Fundusz Zdrowia;
- zmiana definicji średniego miesięcznego kosztu utrzymania;
- wzmocnienie kontroli wojewody;
- możliwość łączenia domów o różnym typie (pod warunkiem, że każdy z nich funkcjonuje w odrębnym budynku);
- rozważenie przekształcenia domów pomocy społecznej, które nie osiągną standardu usług w inne jednostki;
- dopuszczenie możliwości funkcjonowania domów pomocy społecznej, które nie osiągną w 2010 roku standardu usług, ale będą w trakcie realizacji programów naprawczych.

Uprawnienie osób przebywających w domach pomocy społecznej do dodatku pielęgnacyjnego

Ustawa o pomocy społecznej osoby przebywające w domach pomocy różnicuje w uprawnieniu do dodatku pielęgnacyjnego w zależności od zasad, według których ponoszą one odpłatność. Zgodnie z art. 158 tej ustawy mieszkańcom, którzy zostali skierowani do domu pomocy społecznej przed dniem 1 stycznia 2004 r., nie przysługuje dodatek pielęgnacyjny, bowiem z budżetu państwa przekazywana jest na każdego mieszkańca dotacja celowa, która uwzględnia także wydatki na ich pielęgnację.

Natomiast osoby skierowane do domów pomocy społecznej po dniu 1 stycznia 2004r. mają prawo do dodatku pielęgnacyjnego na podstawie ustawy o emeryturach i rentach z FUS, która określa, że „osobie uprawnionej do emerytury lub renty przebywającej w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dodatek pielęgnacyjny

nie przysługuje, chyba, że przebywa poza tą placówką przez okres dłuższy niż 2 tygodnie w miesiącu". Dodatek pielęgnacyjny jest dochodem w rozumieniu ustawy o pomocy społecznej, dlatego też podlega wliczeniu do dochodu osoby, stanowiącego podstawę ustalenia odpłatności za pobyt w DPS.

Tabela 29 - ZATRUDNIENIE w domach pomocy społecznej w latach 2000 – 2008.

rok	liczba domów	personel w stacjonarnych jednostkach pomocy społecznej			
		zatrudnieni ogółem (pełne etaty)	w tym:		
			administracja	działalność podstawowa	pozostali
1	2	3	4	5	6
2000	772	45 828,04	5 301,30	27 260,95	13 265,79
2001	800	46 775,92	5 291,14	28 550,05	12 934,73
2002	811	47 438,12	5 250,57	29 626,00	12 561,55
2003	820	48 280,74	5 197,69	30 421,59	12 661,46
2004	813	47 982,36	5 077,36	30 848,31	12 056,69
2005	795	48 719,93	5 087,63	31 786,26	11 846,04
2006	793	49 143,58	4 970,77	32 784,30	11 388,51
2007	794	49 864,92	4 929,99	33 473,74	11 461,19
2008	792	50 223,72	4 942,89	34 023,67	11 257,16

Jeśli chodzi o liczbę pracowników zatrudnionych w domach pomocy społecznej, należy zauważyć, że ich liczba wzrastała sukcesywnie wraz z wzrostem liczby domów pomocy społecznej. W 2004 roku uległa niewielkiemu zmniejszeniu, najprawdopodobniej w związku z likwidacją niektórych jednostek. Od 2005 roku, pomimo dalszego zmniejszania liczby jednostek, liczba pracowników uległa zwiększeniu. Najbardziej cieszyć może fakt, że wzrastała także liczba personelu realizującego zadania terapeutyczno-opiekuńcze (wymóg standardu usług dotyczący wskaźnika zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego), a stale redukowane jest zatrudnienie pracowników administracji i pozostałego personelu pomocniczego i obsługi.

Usługi świadczone w placówkach zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku prowadzonym w ramach działalności gospodarczej lub statutowej

Od dnia 1 maja 2004 r. działalność podejmowana w różnych formach prawno-organizacyjnych w zakresie prowadzenia placówki zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku została uregulowana w przepisach (art.67-69) ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. Przepisami prawa zostały określone m.in. wymagane standardy prowadzenia tego typu działalności. Określono również, że działalność w zakresie prowadzenia placówki zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, może być prowadzona tylko po uzyskaniu zezwolenia wojewody. Wymóg posiadania zezwolenia wynika z troski ustawodawcy o poziom usług świadczonych przez powyższe placówki i konieczność ochrony praw osób w nich przebywających.

Ważne jest to, że placówek tych nie należy mylić i utożsamiać z domami pomocy społecznej czy też z innymi jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej. W placówkach tych osoby przebywają nie na podstawie decyzji administracyjnej wydanej przez odpowiedni organ, ale na podstawie umowy cywilnoprawnej z podmiotem, który prowadzi placówkę. Pomoc społeczna nie współfinansuje pobytu osób w tych placówkach.

Ustawa o pomocy społecznej daje również wojewodzie uprawnienie do kontrolowania wszelkiego rodzaju placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku (art. 22 pkt 10 ustawy o pomocy społecznej) oraz nakładania kary pieniężnej na placówki prowadzące działalność w ww. zakresie, bez wymaganego zezwolenia wojewody.

Tabela poniżej przedstawia dane zbierane przez Departament Pomocy i Integracji Społecznej dotyczące liczby placówek zapewniających całodobową opiekę dla osób starszych, przewlekle chorych lub niepełnosprawnych w latach 2005-2007, w tym zarejestrowanych, w podziale na województwa.

Tabela 30. Liczba placówek zapewniających całodobową opiekę dla osób starszych, przewlekle chorych lub niepełnosprawnych w latach 2005-2007.⁶¹

Województwo	Liczba placówek zapewniających całodobową opiekę dla osób starszych, przewlekle chorych lub niepełnosprawnych w 2005 roku			Liczba placówek zapewniających całodobową opiekę dla osób starszych, przewlekle chorych lub niepełnosprawnych w 2006 roku			Liczba placówek zapewniających całodobową opiekę dla osób starszych, przewlekle chorych lub niepełnosprawnych w 2007 roku		
	OGÓŁEM	w tym zarejestrowanych		OGÓŁEM	w tym zarejestrowanych		OGÓŁEM	w tym zarejestrowanych	
		zezwolenie czasowe	zezwolenie		zezwolenie czasowe	zezwolenie		zezwolenie czasowe	zezwolenie
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Dolnośląskie	6	4	2	14	6	4	14	6	4
Kujawsko-pomorskie	1	1	0	1	1	0	1	0	0
Lubelskie	6	0	1	7	1	1	5	3	1
Lubuskie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Łódzkie	1	0	0	0	0	0	5	0	2
Małopolskie	5	3	0	12	6	6	18	8	10
Mazowieckie	140	5	2	130	9	8	96	10	8
Opolskie	2	0	2	3	0	3	3	0	3
Podkarpackie	0	0	0	1	0	1	1	0	1
Podlaskie	14	9	1	15	8	1	15	10	2
Pomorskie	5	0	0	17	0	2	24	1	5
Śląskie	20	1	7	15	2	9	22	4	15
Świętokrzyskie	3	1	1	5	2	1	5	2	1
Warmińsko-mazurskie	5	2	3	5	0	5	5	0	5
Wielkopolskie	4	1	3	6	2	4	8	2	4
Zachodniopomorskie	1	0	1	4	1	1	6	1	1
OGÓŁEM	213	27	23	235	38	46	228	47	62

Należy zauważyć, że na przestrzeni trzech lat (2005-2007) liczba placówek w województwie mazowieckim ulega stopniowemu zmniejszeniu (w sumie o 44 placówki). Podobna sytuacja dotyczy tylko województwa lubelskiego, ale liczba placówek w tym województwie zmniejszyła się tylko o 2 jednostki. W pozostałych województwach sytuacja w tym zakresie nie uległa zmianie lub wykazała niewielką tendencję wzrostową.

Wzrasta natomiast liczba rejestrowanych corocznie placówek (z 50 w roku 2005 wzrosła do 84 w roku 2006 i do 109 w roku 2007).

⁶¹ Dane z Wydziałów Polityki Społecznej Urzędów Wojewódzkich zbierane w grudniu 2007 r. dotyczące funkcjonowania domów pomocy społecznej.

Poniższa tabela przedstawia dane MPiPS zbierane poprzez Wydziały Polityki Społecznej dotyczące liczby zarejestrowanych jednostek i liczby mieszkańców przebywających w takich jednostkach.

Tabela 31. Działalność gospodarcza lub statutowa.

Rok	O G Ó Ł E M		
	LICZBA PLACÓWEK	LICZBA MIEJSC	LICZBA MIESZKAŃCÓW
2006	89	2 710	2 167
2007	113	3 259	2 881
2008	125	3 629	3 237

Świadczenia z pomocy społecznej przyznawane osobom pełnoletnim niezdolnym do pracy z powodu wieku, całkowicie niezdolnym do pracy lub osobom rezygnującym z pracy w celu sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny.

Zasiłek stały.

Zasiłek stały przysługuje:

- pełnoletniej osobie samotnie gospodarującej i niezdolnej do pracy z powodu wieku lub osobie całkowicie niezdolnej do pracy, jeżeli jej dochód jest niższy od kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej;
- pełnoletniej osobie pozostającej w rodzinie i niezdolnej do pracy z powodu wieku lub osobie całkowicie niezdolnej do pracy, jeżeli jej dochód, jak również dochód na osobę w rodzinie, są niższe od kryterium dochodowego na osobę w rodzinie.

Zasiłek stały ustala się w wysokości:

- w przypadku osoby samotnie gospodarującej - różnicy między kryterium dochodowym osoby samotnie gospodarującej a dochodem tej osoby, z tym że kwota zasiłku nie może być wyższa niż 444 zł miesięcznie;
- w przypadku osoby w rodzinie - różnicy między kryterium dochodowym na osobę w rodzinie a dochodem na osobę w rodzinie.

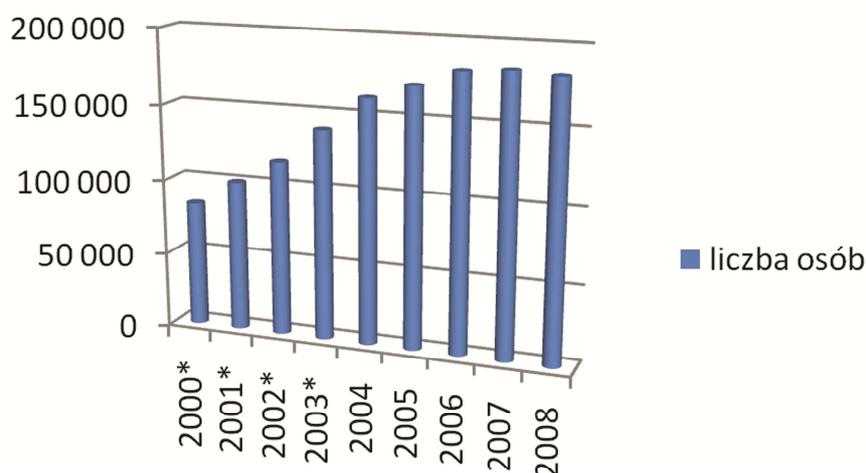
Kwota zasiłku stałego nie może być niższa niż 30 zł miesięcznie.

Tabela 32 - Zasiłki stałe w latach 2000-2008.⁶²

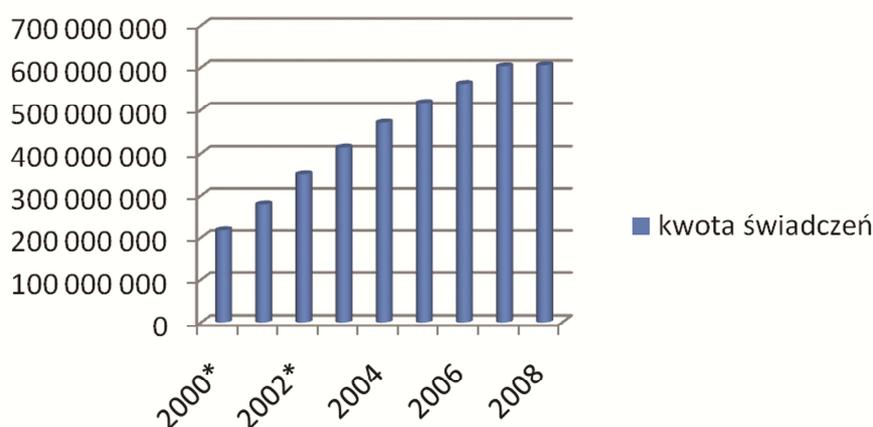
Wyszczególnienie	2000*	2001*	2002*	2003*	2004	2005	2006	2007	2008
liczba osób	83 383	100 171	116 134	139 668	161 867	171 342	182 161	184 300	182 623
liczba świadczeń	804 182	964 796	1 134 151	1 333 045	1 504 897	1 657 992	1 763 171	1 800 984	1 777 338
kwota świadczeń	217 265 990	279 529 927	349 565 578	413 364 422	470 575 612	516 705 347	561 461 977	602 826 836	605 121 468

⁶² zasiłek stały wyrównawczy.

Wykres 30 - Liczba osób pobierających zasiłek stały w latach 2000-2008.



Wykres 31 - Kwota zasiłków stałych pobieranych w latach 2000-2008.



Składka na ubezpieczenie emerytalne i rentowe za osobę, która zrezygnuje z zatrudnienia w związku z koniecznością sprawowania bezpośredniej, osobistej opieki nad długoletnio lub ciężko chorym członkiem rodziny oraz wspólnie niezamieszkującymi matką, ojcem lub rodzeństwem

Ośrodek pomocy społecznej opłaca za taką osobę składkę na ubezpieczenia emerytalne i rentowe od kwoty kryterium dochodowego na osobę w rodzinie, jeżeli dochód na osobę w rodzinie osoby opiekującej się nie przekracza 150 % kwoty kryterium dochodowego na

osobę w rodzinie i osoba opiekująca się nie podlega obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z innych tytułów lub nie otrzymuje emerytury albo renty. Dotyczy to również osób, które w związku z koniecznością sprawowania opieki pozostają na bezpłatnym urlopie.

Konieczność sprawowania bezpośredniej, osobistej opieki nad chorym członkiem rodziny stwierdza lekarz ubezpieczenia zdrowotnego w zaświadczeniu wydanym nie wcześniej niż na 14 dni przed złożeniem wniosku o przyznanie świadczenia. Składka na ubezpieczenia emerytalne i rentowe w wysokości określonej przepisami o systemie ubezpieczeń społecznych jest opłacana przez okres sprawowania opieki.

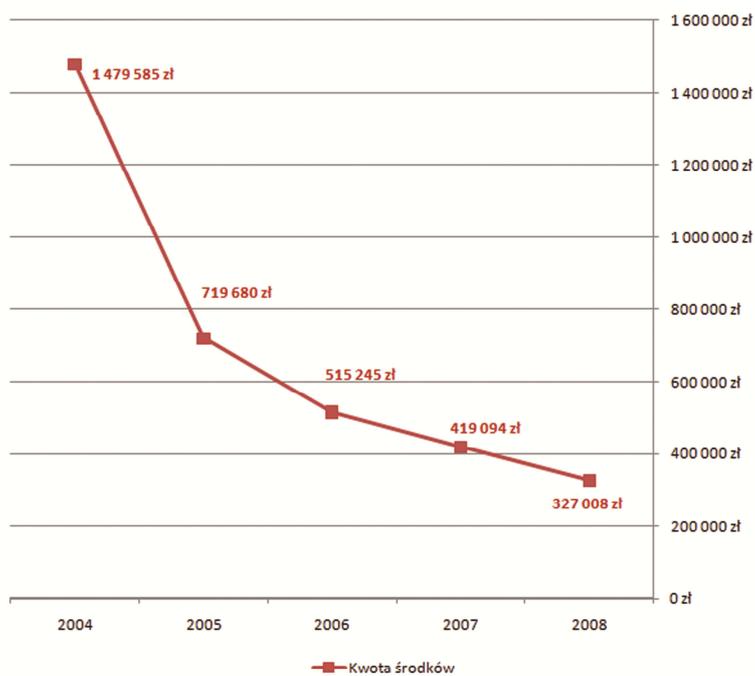
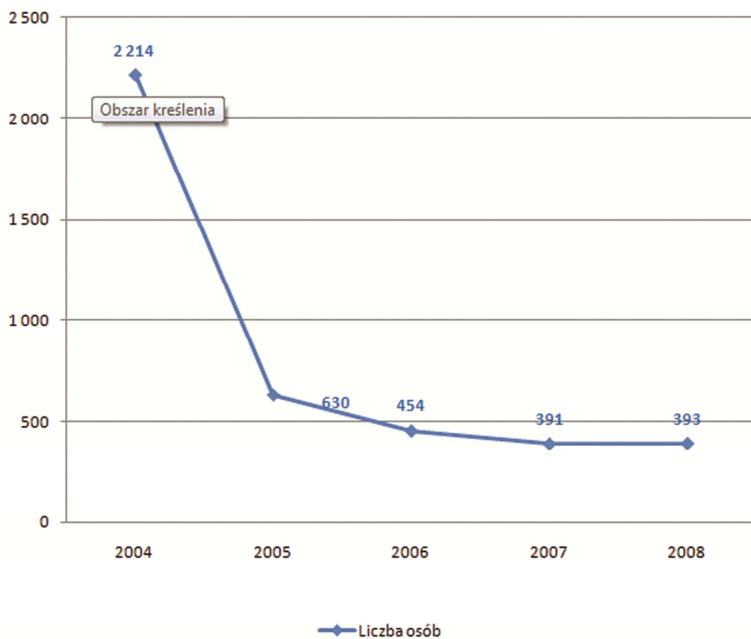
Składka na ubezpieczenia emerytalne i rentowe nie przysługuje osobie, która w dniu złożenia wniosku o przyznanie świadczenia:

- 1) ukończyła 50 lat i nie posiada okresu ubezpieczenia (składkowego i nieskładkowego) wynoszącego co najmniej 10 lat;
- 2) posiada okres ubezpieczenia (składkowy i nieskładkowy) wynoszący 20 lat w przypadku kobiet i 25 lat w przypadku mężczyzn.

Tabela 33 - Liczba osób, za które opłacano składki na ubezpieczenie emerytalne.

Rok	Liczba osób	Kwota środków (w zł)	Wysokość jednej składki (w zł)
2004	2 214	1 479 585	131,73
2005	630	719 680	120,51
2006	454	515 245	116,95
2007	391	419 094	115,34
2008	393	327 008	94,62

Wykres 32 - Składki emerytalno-rentowe opłacane za osobę, która rezygnuje z zatrudnienia w związku z koniecznością sprawowania bezpośredniej opieki nad długotrwale lub ciężko chorym członkiem rodziny w latach 2004 – 2008.



Z tabeli i załączonych wykresów wynika, że liczba osób kwalifikujących się do tej formy pomocy z roku na rok maleje. Może się to wiązać z wejściem w życie w 2004 roku ustawy o świadczeniach rodzinnych, w ramach której wypłacane jest świadczenie pielęgnacyjne dla osób, które nie podejmują zatrudnienia lub rezygnują z innej pracy zarobkowej w celu sprawowania opieki nad dzieckiem legitymującym się orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami o konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego codziennego współdziałania opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji, albo osobą legitymującą się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności. Często zdarza się też, że osoby opiekujące się chorymi członkami rodzin posiadają już 20 letni okres składkowy (kobiety) lub 25 letni okres składkowy (mężczyźni).

5. Świadczenia rodzinne na rzecz osób niesamodzielnych

Na podstawie ustawy z dnia 28 listopada 2003r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2006 r. Nr 139, poz. 992) przysługują świadczenia na rzecz osób zależnych w Polsce, w szczególności na rzecz dzieci niepełnosprawnych pozostających pod opieką niepracujących rodziców. W systemie świadczeń rodzinnych regulowanych w/w ustawą oferowane są następujące świadczenia związane z długoterminową opieką nad osobami niepełnosprawnymi:

- 1) świadczenie pielęgnacyjne;
- 2) zasiłek pielęgnacyjny;
- 3) dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu kształcenia i rehabilitacji dziecka niepełnosprawnego.

Świadczenie pielęgnacyjne

Zgodnie z art. 17 ustawy, świadczenie pielęgnacyjne z tytułu rezygnacji z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej przysługuje osobom, na których zgodnie z przepisami ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. (Kodeks rodzinny i opiekuńczy, Dz. U. z 1964 r. Nr 9, poz. 59, z późn. zm.) ciąży obowiązek alimentacyjny, a także opiekunowi faktycznemu dziecka (osoba faktycznie opiekującą się dzieckiem, jeżeli wystąpiła z wnioskiem do sądu rodzinnego o przysposobienie dziecka), jeżeli nie podejmuje lub rezygnuje z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej w celu sprawowania opieki nad dzieckiem legitymującym się orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współdziałania na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji, albo jest osobą legitymującą się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności. Od 1 stycznia 2010 r. przyznanie prawa do świadczenia pielęgnacyjnego nie jest uzależnione od spełnienia kryterium dochodowego. Świadczenie pielęgnacyjne przysługuje w wysokości 520,00 zł miesięcznie (od 1 listopada 2009 r.).

Krąg osób uprawnionych do uzyskania świadczenia pielęgnacyjnego został dwukrotnie rozszerzony:

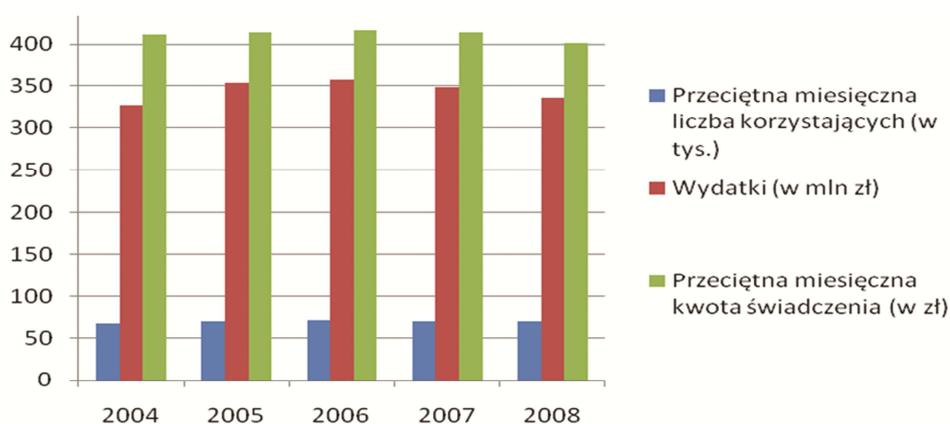
1) ustawą z dnia 17 października 2008 r. o zmianie ustawy o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. Nr 223, poz. 1456) o wszystkie osoby, na których zgodnie z przepisami ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. (Kodeks rodzinny i opiekuńczy, Dz. U. Nr 9, poz. 59, z późn. zm.) ciąży obowiązek alimentacyjny,

2) ustawą z dnia 19 listopada 2009 r. o zmianie niektórych ustaw związanych z realizacją wydatków budżetowych (Dz. U. Nr 219, poz. 1706) o wszystkie osoby spełniające warunki, od których uzależnione jest prawo do świadczenia pielęgnacyjnego, bez względu na osiągnięte dochody (tj. o osoby przekraczające wymagane, zgodnie z poprzednim stanem prawnym, kryterium dochodowe).

Tabela 34. Świadczenie pielęgnacyjne w latach 2004-2008.⁶³

Rok	Przeciętna miesięczna liczba korzystających (w tys.)	Wydatki (w mln zł)	Przeciętna miesięczna kwota świadczenia (w zł)
2004	681	3271	411,61
2005	71	354	414,1
2006	72	357	416,3
2007	70	349	413,8
2008	70	336	401,4

Wykres 33 - Świadczenia pielęgnacyjne w latach 2004-2008.⁶⁴



⁶³ dane za okres V-XII 2004, Źródło: dane MPiPS, ZUS, KRUS.

⁶⁴ Źródło: sprawozdanie rzeczowo-finansowe z zakresu świadczeń rodzinnych.

Zasiłek pielęgnacyjny

Na podstawie art. 16 ustawy, zasiłek pielęgnacyjny przyznaje się w celu częściowego pokrycia wydatków wynikających z konieczności zapewnienia opieki i pomocy innej osoby w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji i przysługuje on:

- 1) niepełnosprawnemu dziecku;
- 2) osobie niepełnosprawnej w wieku powyżej 16 roku życia, jeżeli legitymuje się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności;
- 3) osobie, która ukończyła 75 lat.

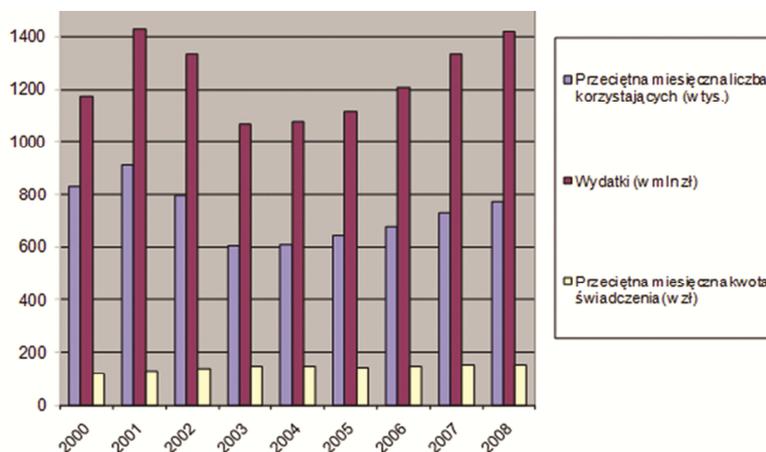
Zasiłek pielęgnacyjny przysługuje także osobie niepełnosprawnej w wieku powyżej 16 roku życia legitymującej się orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, jeżeli niepełnosprawność powstała w wieku do ukończenia 21 roku życia.

Zasiłek pielęgnacyjny przysługuje w wysokości 153,00 zł miesięcznie.

Tabela 35 - Zasiłki pielęgnacyjne w latach 2000-2008.

Rok	Przeciętna miesięczna liczba korzystających (w tys.)	Wydatki (w mln zł)	Przeciętna miesięczna kwota świadczenia (w zł)
2000	830	1 173	117,9
2001	913	1 429	130,4
2002	795	1 333	139,8
2003	605	1 065	146,6
2004	608	1 074	147,5
2005	643	1 112	144,2
2006	676	1 209	149,1
2007	728	1 336	153,0
2008	771	1 416	153,0

Wykres 34 - Zasiłek pielęgnacyjny w latach 2000-2008.



Dodatek z tytułu kształcenia i rehabilitacji dziecka

Zgodnie z art. 13 ustawy, dodatek z tytułu kształcenia i rehabilitacji dziecka przysługuje matce lub ojcu, opiekunowi faktycznemu albo opiekunowi prawnemu dziecka, a także osobie uczącej się (tj. pełnoletniej osobie uczącej się i niepozostającej na utrzymaniu rodziców w związku z ich śmiercią lub w związku z ustaleniem wyrokiem sądowym lub ugodą sądową prawa do alimentów z ich strony) na pokrycie zwiększonych wydatków związanych z rehabilitacją lub kształceniem dziecka w wieku:

- 1) do ukończenia 16 roku życia, jeżeli legitymuje się orzeczeniem o niepełnosprawności;
- 2) powyżej 16 roku życia do ukończenia 24 roku życia, jeżeli legitymuje się orzeczeniem o umiarkowanym albo o znacznym stopniu niepełnosprawności.

Dodatek ten przysługuje miesięcznie w wysokości:

- 60,00 zł na dziecko w wieku do ukończenia 5 roku życia;
- 80,00 zł na dziecko w wieku powyżej 5 roku życia do ukończenia 24 roku życia.

6. Świadczenia dla kombatantów

Świadczenia przysługujące kombatantom na podstawie ustawy z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego (Tekst jedn.: Dz. U. z 2002 r. Nr 42, poz. 371):

- dodatek kombatancki - 173,10 zł (art. 15 UoK);
- ryczałt energetyczny - 115,27 zł (art. 20 ust. 2 pkt. 3 UoK),
- dodatek kompensacyjny - 24,47 zł (art. 20 ust. 2 pkt. 2 UoK);

Korzystają z ulg taryfowych (art.20 UoK):

- 50% przy przejazdach miejskimi środkami komunikacji miejskiej;
- 37% w komunikacji krajowej przy przejazdach:
 - 1 i 2 klasą pociągów osobowych i pośpiesznych oraz w 2 klasie pociągów innych niż osobowe i pośpieszne - na podstawie biletów jednorazowych,
 - autobusami w komunikacji zwykłej i przyspieszonej - na podstawie biletów jednorazowych.

Kombatanci korzystają z pierwszeństwa do środowiskowej opieki socjalnej w miejscu zamieszkania (art. 18 UoK).

Okresy działalności kombatanckiej zalicza się do okresów zatrudnienia, od których zależy przyznanie lub wysokość świadczeń przysługujących pracownikom od pracodawcy (art.9 UoK).

Kombatantom pozostającym w zatrudnieniu przysługuje prawo do zwiększenia urlopu wypoczynkowego o 10 dni roboczych, o ile korzystają z urlopu w wymiarze nie przekraczającym 26 dni roboczych w roku (art.10 UoK).

Kombatanci mogą na swój wniosek przejść na emeryturę po osiągnięciu 55 lat w przypadku kobiety i 60 lat w przypadku mężczyzny, jeżeli mają okres zatrudnienia wymagany do uzyskania emerytury (art. 14 UoK).

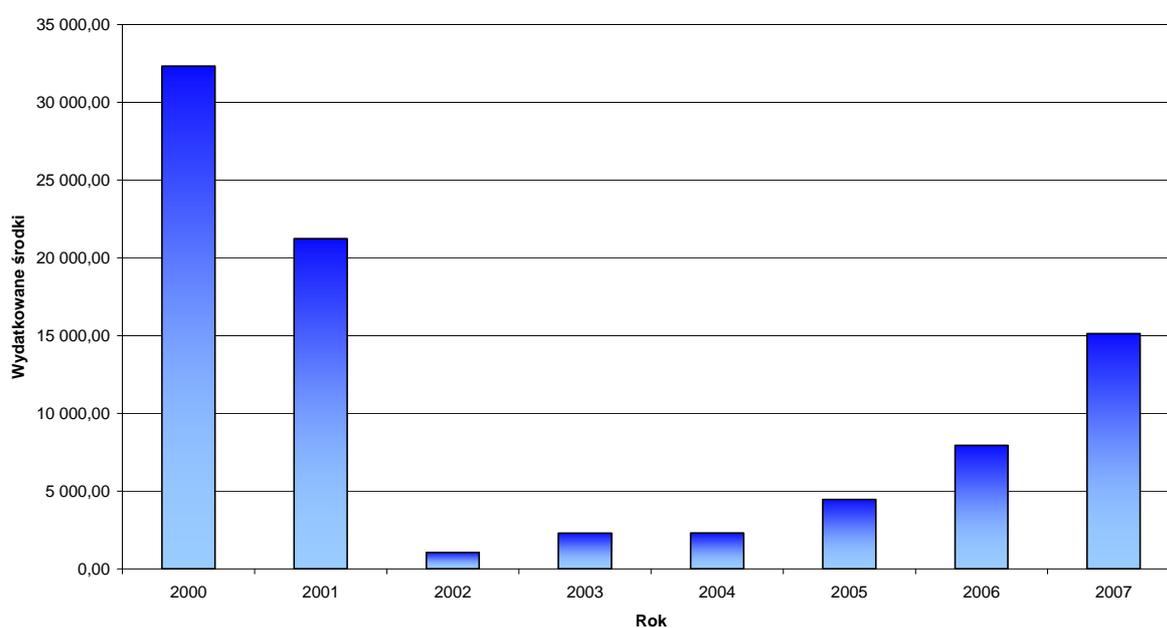
Rozwiązanie stosunku pracy z kombatantem w okresie 2 lat przed osiągnięciem wieku uprawniającego do wcześniejszego przejścia na emeryturę wymaga zgody starosty (art. 11 UoK).

Kombatantom, którzy łącznie spełniają następujące warunki (20¹ UoK):

- nie posiadają prawa do żadnych świadczeń rentowych lub emerytalnych ani prawa do uposażenia w stanie spoczynku albo uposażenia rodzinnego;
- nie osiągają dochodów z tytułu pracy, pozarolniczej działalności gospodarczej podlegającej ubezpieczeniu społecznemu lub z tytułu rolniczej działalności gospodarczej podlegającej obowiązkowemu ubezpieczeniu rolników;
- osiągnęły wiek: kobiety - 55 lat, mężczyźni - 60 lat;

przysługuje świadczenie w wysokości dodatku kombatanckiego oraz ryczałt energetyczny, dodatek kompensacyjny i 37% ulga taryfowa w komunikacji międzymiastowej.

Wykres 35 - Pomoc pieniężna udzielona kombatantom w tys. zł.⁶⁵



W celu umożliwienia nabywania świadczeń wynikających z ustawy o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych wraz z rodzinami oraz z ustawy o świadczeniu pieniężnym przysługującym osobom deportowanym do pracy przymusowej oraz osadzonym w obozach

⁶⁵ Źródło: opracowanie na podstawie danych Ministerstwa Finansów o wydatkach z budżetu państwa

pracy przez III Rzeszę i Związek Socjalistycznych Republik Radzieckich przez obywateli państwa polskiego, którzy nie mają miejsca zamieszkania na terytorium RP, w Departamencie Świadczeń Rodzinnych przygotowano projekt zmian wyżej wspomnianych ustaw. Nowe rozwiązania obowiązują od 1 stycznia 2009 r. – zostały wprowadzone ustawą z dnia 2 grudnia 2009 r. o zmianie ustawy o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin oraz ustawy o świadczeniu pieniężnym przysługującym osobom deportowanym do pracy przymusowej oraz osadzonym w obozach pracy przez III Rzeszę i Związek Socjalistycznych Republik Radzieckich (Dz. U. Nr 219, poz. 1709).

Część V. Opieka długoterminowa – doświadczenia innych krajów

1. Wprowadzenie

Celem tej części zielonej księgi jest prezentacja wybranych elementów opieki długoterminowej w kilku krajach. Punktem wyjścia do jego napisania jest sytuacja w zakresie opieki długoterminowej w Polsce. Jak wcześniej przedstawiono, opieka długoterminowa funkcjonuje w naszym kraju obok opieki sprawowanej przez bliskich, głównie w ramach pomocy społecznej i ochrony zdrowia.

Wielu ekspertów i polityków wyraża przekonanie, że:

- usługi w zakresie opieki długoterminowej nie są wystarczające;
- istniejąca organizacja powoduje, że zasoby nie są efektywnie wykorzystane.

W większości państw europejskich eksperci i politycy wyrażają, bez względu na istniejący system, podobną troskę, opieka długoterminowa stała się bowiem jednym z ważniejszych wyzwań polityki społecznej z następujących powodów:

- ludzie żyją dłużej. Zwiększa się proporcja osób starszych w społeczeństwie, a jeszcze szybciej wzrasta proporcja osób sędziwych, które są szczególnie narażone na ryzyko opieki długoterminowej;
- zmiany stylu życia, zmniejszanie się wielkości gospodarstw domowych, wzrost aktywności zawodowej kobiet powodują, że zmniejszają się możliwości opieki domowej.

W Polsce dyskutuje się intensywnie o potrzebie zbudowania systemu opieki długoterminowej, który poprawiłby obecnie istniejącą sytuację, a w szczególności przygotowałby rozwiązania instytucjonalne na przyszłość, w której – w świetle prognoz demograficznych – zapotrzebowanie na opiekę długoterminową istotnie wzrośnie.

W budowaniu polskich rozwiązań doświadczenia innych krajów mogą być bardzo pomocne jako punkt odniesienia.

Rozwiązania zagraniczne należy zatem analizować pod kątem celów, jakie polscy politycy społeczni stawiają systemowi opieki długoterminowej, oraz oceny tych rozwiązań w kraju ich stosowania. Takie podejście pozwoli rozważyć korzystać zarówno z pozytywnych, jak i negatywnych doświadczeń innych krajów.

Trzeba mieć na uwadze, że zastosowanie rozwiązań przyjętych w innych krajach może być jednak niekorzystne, jeśli nie towarzyszy temu pogłębiona analiza okoliczności i sytuacji funkcjonowania opieki nad niesamodzielnymi w tych państwach.

Implementacja zagranicznych rozwiązań jedynie na podstawie powierzchownej oceny naraża Polskę na wprowadzenie rozwiązań dla nas niekorzystnych w całości lub w istotnych elementach.

W tym krótkim tekście abstrahuję od analizy demograficznej poszczególnych krajów przyjmując założenie, że we wszystkich (w tym w Polsce) warunkuje ona silnie potrzebę systemu opieki długoterminowej. Pokazuje to wcześniejsza część Zielonej Księgi.

1. Podstawowe zagadnienia.

Analiza doświadczeń różnych krajów wskazuje, że pomimo różnych systemów opieki na osobami zależnymi, zidentyfikowane problemy są co do istoty zbliżone. Podobny jest też kierunek podejmowanych zmian. Do najważniejszych zagadnień związanych z opieką długoterminową można zaliczyć:

- decyzje o zaangażowaniu państwa w finansowanie i organizację opieki długoterminowej jako narastającego ryzyka społecznego. Wiele świadczeń zaliczanych do świadczeń opieki długoterminowej znajduje się w katalogu już istniejących systemów: ochrony zdrowia, pomocy społecznej, ubezpieczeń prywatnych. Zidentyfikowanie nowego ryzyka lub zwiększonej potrzeby wymaga decyzji, czy to państwo powinno angażować się w jej zaspokojenie. W większości krajów podjęto decyzje o wprowadzeniu publicznego systemu opieki długoterminowej. Państwa takie, jak Polska stoją przed podjęciem decyzji czy i w jakim zakresie państwo powinno odpowiadać za ryzyko wystąpienia potrzeby opieki długoterminowej.

- finansowanie. Koszty opieki długoterminowej rosną i przewidywany jest ich dalszy wzrost związany przede wszystkim z procesem starzenia się społeczeństwa. Większość państw poszukuje optymalnej metody finansowania. Sprawą zasadniczą jest to, czy przyjmuje się ubezpieczeniową czy budżetową metodę finansowania. Każda z nich ma plusy i minusy. Do państw, które wybrały metodę ubezpieczenia, należą min. Niemcy i Luksemburg. Finansowanie budżetowe wybrało Zjednoczone Królestwo i państwa skandynawskie. Jeśli chodzi o wysokość wydatków na opiekę długoterminową, to wydaje się, że nie jest ona bezpośrednio zależna od przyjętej metody finansowania, ale raczej od zakresu świadczeń indywidualnych i ich poziomu. Na przykład wysokie wydatki w państwach skandynawskich są w dużej mierze spowodowane przez wysokie koszty „hotelowe”. Żadna z metod nie zapewnia stałych i wystarczających środków na pokrycie wszystkich kosztów opieki długoterminowej. W

przypadku systemu ubezpieczeniowego wysokość środków zależy od liczby osób zatrudnionych i płacących składki. Z kolei poziom finansowania budżetowego zależy do bieżących decyzji wynikających z sytuacji gospodarczej.

- ciągłość i koordynacja opieki. Całościowa opieka nad „pacjentem długoterminowym” wymaga różnego rodzaju usług i świadczeń często znajdujących się w zakresie działania administracji różnych systemów zabezpieczenia społecznego. Jednocześnie świadczenia w ramach tych systemów mają lub mogą mieć podobny charakter. Występują dwa rodzaje niekorzystnych sytuacji prowadzących do nieefektywności systemów:

- pacjent nie uzyskuje wystarczających świadczeń z innego systemu, niż tego, którym jest objęty;
- następuje dublowanie świadczeń podobnych.

Koordynacja opieki w przypadku pacjentów korzystających z opieki długoterminowej ma wymiar:

- czasowy - poszczególne usługi powinny płynnie następować w odpowiedniej sekwencji. Chodzi tu głównie o odpowiedni do potrzeb okres pobytu w szpitalu i przechodzenie do systemu świadczeń pielęgnacyjnych;
- przedmiotowy (dotyczy różnego rodzaju świadczeń): odbiorcy świadczeń opieki długoterminowej cały czas mają potrzebę korzystania z opieki medycznej, którą należy umiejętnie łączyć ze stałą opieką.

Koordynacja jest istotna z dwóch podstawowych przyczyn:

- efektywności wykorzystania środków;
- komfortu pacjentów; poczucia ich podmiotowości.

Z badań porównawczych wynika, że wszystkie systemy borykają się z tym problemem i próbują go rozwiązywać. Sukces rozwiązań koordynacyjnych może być obserwowany jedynie na poziomie indywidualnego pacjenta. Każdy pacjent ma bowiem inną sytuację zdrowotną, rodzinną, materialną i w związku z tym koordynacja świadczeń powinna mieć charakter indywidualny. Istotą jest stworzenie na tyle elastycznych ram funkcjonowania, aby możliwa była indywidualna ocena potrzeb każdego pacjenta.

Jakość świadczeń i swoboda wyboru. W większości państw zwraca się uwagę na niedostateczną jakość usług opieki długoterminowej. Podejmowane są działania na rzecz ustalania standardów w tym zakresie oraz metod kontroli jakości. Podnosi się też znaczenie możliwości wyboru rodzaju pomocy przez osoby potrzebujące. Chodzi zarówno o dostosowanie pomocy do potrzeb i możliwości pacjenta i jego otoczenia, jak też

zachowanie godności osób, które, już przez sam fakt korzystania z pomocy innych, narażone są na naruszenie poczucia własnej wartości.

2. Wybór państw.

Do analizy porównawczej wybrano dwa państwa: Zjednoczone Królestwo i Niemcy. Dodatkowo zamieszczono informację o nowym rozwiązaniu wprowadzonym w Hiszpanii 2 lata temu.

Wybór państw dokonany został na podstawie następujących przesłanek:

- są to duże państwa europejskie, podobnie jak Polska;
- Niemcy są szczególnie istotnym punktem odniesienia. Tradycyjnie, polski system zabezpieczenia społecznego był w wielu elementach wzorowany na systemie niemieckim. Rozwiązania brytyjskie w systemie zabezpieczenia społecznego też były i są przedmiotem zainteresowania w Polsce - jako rozwiązania ekonomicznie liberalne;
- w ramach Europy – Niemcy i Zjednoczone Królestwo są najlepiej znane w społeczeństwie polskim z powodu znacznej migracji do tych krajów;
- państwa te, wychodząc z podobnego punktu wybrały odmienne rozwiązania.

Wyodrębnienie opieki długoterminowej jako odrębnego ryzyka wynika przede wszystkim z problemów finansowych. Wcześniej świadczenia opieki długoterminowej (pomoc w czynnościach domowych oraz usługi pielęgniarstwa) były obecne w systemie zabezpieczenia społecznego w ramach pomocy społecznej i ochrony zdrowia. W latach 80-tych budżety tych segmentów zabezpieczenia społecznego stawały się niewystarczające dla pokrycia potrzeb.

Zjednoczone Królestwo przeniósło większość świadczeń do pomocy społecznej świadczonej na poziomie lokalnym, Niemcy natomiast wprowadziły nowe ubezpieczenie pielęgnacyjne. Systemy finansowania i systemy instytucjonalne są dość skomplikowane, są też przedmiotem stałej debaty i wielu reform. Wynika to z faktu, że żadne z rozwiązań nie spełnia w sposób doskonały (podobnie jak inne systemy zabezpieczenia społecznego) postawionych przed nimi celów.

2. Opieka długoterminowa w Zjednoczonym Królestwie

W latach 80-tych w wyniku starzenia się społeczeństwa, wzrastających wymagań oraz zmniejszającej się dostępności opiekunów nieformalnych, istotnie wzrosła liczba domów pomocy i ich mieszkańców. Rosnące wydatki na utrzymanie tych domów finansowane były przez Departament Zdrowia i Zabezpieczenia Społecznego (odp. ministerstwa). Szukając metody na odciążenie budżetu i na ograniczenie wydatków w ogóle, rząd przesunął odpowiedzialność za finansowanie tych domów na poziom samorządów.

Decydująca o tym ustawa z 1990 roku (Ustawa o Zdrowiu Narodu i Opiece Środowiskowej - National Health and Community Care Act) została wprowadzona w 1993 roku. Ustanowiła ona ograniczenia budżetowe na finansowanie opieki i doprowadziła do zmniejszenia liczby dostępnych łóżek.

1. Finansowanie.

Opieka długoterminowa finansowana jest ze środków publicznych i – w dużej mierze – ze środków prywatnych. Znaczna wartość usług opiekuńczych świadczona jest poza systemem przez członków rodziny lub przyjaciół.

Cześć publiczna finansowana jest głównie z podatków pobieranych na szczeblu centralnym oraz lokalnym.

W części finansowania publicznego działają różne mechanizmy finansowe. Część środków pochodzi z Narodowego Funduszu Zdrowia, a te – finansowane z podatków centralnych – przeznaczone są na usługi, za które nie pobiera się dodatkowej opłaty.

Środki są rozdzielane przez rząd do Funduszy Opieki Podstawowej (Primary Care Trusts), które są odpowiedzialne za ustalanie zakresu ochrony zdrowia dla ich populacji.

Z kolei środki pochodzące z budżetu pomocy społecznej, finansowane z podatków lokalnych, ale również z podatków powszechnych w postaci grantów rządowych, przeznaczone są na usługi, za które świadczeniobiorca w dużej mierze płaci sam. W przypadku świadczeń zaliczanych do pomocy społecznej stosowany jest test majątkowy i dochodowy. Oznacza to, że usługi są przyznawane dopiero wtedy, gdy znaczna część środków indywidualnych zostanie wyczerpana.

Finansowanie publiczne przysługuje osobom, których majątek ma wartość poniżej 22.250 funtów. Osoby, za które płaci państwo, muszą oddać na ten cel cały dochód, pomniejszony o 21 funtów tygodniowo, zostawionych na wydatki osobiste.

Władze lokalne mają znaczny stopień autonomii w wydawaniu pieniędzy i w ustalaniu własnych podatków, odpowiadają jednak za wykorzystanie tych funduszy w procesie narodowych ocen. Rząd może zastosować mniej lub więcej kontroli w zależności od stopnia realizacji ustalonych celów.

W takim systemie finansowania, ryzyko wysokich wydatków związanych z opieką długoterminową obywatele ponoszą indywidualnie. Mechanizm rozkładu ryzyka na całe społeczeństwo (lub większą grupę) działa jedynie w niewielkim stopniu.

Między innymi z tego powodu system finansowania opieki długoterminowej poddawany jest krytycznej analizie. Komisja Królewska w raporcie z 1999 roku wskazała na potrzebę przyznawania prawa do świadczeń bezpłatnych, a w szczególności na konieczność wycofania testu dochodowego i majątkowego. Pokazano niesprawiedliwość systemu, który pozbawiał środków te osoby, które wykazały się zapobiegliwością w okresie całego życia. Wskazuje się, że zniechęcanie do oszczędzania ma negatywne reperkusje dla całej gospodarki. obrońcy obecnego systemu i przeciwnicy zmian argumentują, że usunięcie testu majątkowego i ponoszone wyższe, w konsekwencji tego posunięcia, wydatki publiczne, byłoby zbyt dużym obciążeniem dla budżetu.

W ramach Zjednoczonego Królestwa Szkocja zrealizowała postulat Komisji Królewskiej, wprowadzając w 2002 roku bezpłatne świadczenia opieki długoterminowej. Zgodnie z przewidywaniami, doprowadziło to do zwiększenia wydatków budżetu Szkocji. Ocenia się, że wzrost kosztów jest jednak umiarkowany, chociaż nieco wyższy niż początkowo przewidywano – 0,2% dochodu Szkocji. W ramach reformy w Szkocji dokonano również przesunięcia środków w systemie – wycofano dodatek pielęgnacyjny (attendance allowance).

2. Świadczenia.

Obecnie wszystkie osoby, które ukończyły 65 lat, są uprawnione do świadczenia opiekuńczego (attendance allowance) – świadczenia przeznaczonego dla osób fizycznie lub umysłowo niepełnosprawnych. Wysokość tego świadczenia wynosi 67 lub 45 funtów tygodniowo w zależności od wysokości dochodów.

Dostępne są różnego rodzaju usługi świadczone w domu lub w domach opieki. Usługi pielęgniarstwa świadczone są w ramach systemu ochrony zdrowia, usługi opiekuńcze – w ramach pomocy społecznej. Możliwe jest uzyskanie świadczenia pieniężnego - wypłacanego osobie uprawnionej - zamiast usług. Osoba uzyskująca takie świadczenie nie ma obowiązku zatrudniania pomocy płatnej.

Najważniejsze usługi dla osób mieszkających w swoich domach, to; opieka domowa lub pomoc w opiece domowej, środowiskowe usługi pielęgniarstwa (community nursing services), opieka dzienna w ośrodkach, posiłki dostarczane do domu (meals on wheels).

Istnieją trzy rodzaje opieki instytucjonalnej: domy pobytu zapewniające pomoc (residential homes), domy opieki (nursing homes) i szpitale długiego pobytu (long-stay hospitals). Niektóre z domów prowadzone są przez władze lokalne, ale w zasadzie jest to odrębny sektor. Domy pobytu świadczą pomoc osobistą, domy opieki – opiekę pielęgniarstwa i pomoc osobistą. Szpitale długiego pobytu stanowią część systemu ochrony zdrowia. Polityka sektora

zdrowotnego idzie w kierunku zwiększenia znaczenia krótkookresowej opieki przejściowej (short stay intermediate care).

3. Instytucje.

Instytucje zaangażowane w zapewnianie opieki długoterminowej to: pomoc społeczna na poziomie lokalnym, domy opieki, centra opieki dziennej, system ochrony zdrowia, instytucje filantropijne, system świadczeń emerytalno-rentowych.

Bardzo istotnymi podmiotami świadczącymi usługi opiekuńcze są też rodzina i znajomi.

Instytucja ubezpieczenia prywatnego istnieje, ale jej zakres jest minimalny w relacji do potrzeb: wykupiono 40 tys. polis, podczas gdy realne zapotrzebowanie na opiekę długoterminową wynosi kilka milionów.

System instytucjonalny w opiece długoterminowej jest skomplikowany; jego poszczególne elementy podlegają różnym, pod względem rzeczowym i poziomem, administracjom. Są finansowane w zróżnicowany sposób.

Z tego powodu niezbędna jest informacja o dostępnych świadczeniach oraz dobra koordynacja działań wszystkich instytucji odpowiadających za świadczenia związane z opieką długoterminową.

Rząd centralny jest odpowiedzialny za ogólną politykę zdrowotną i w zakresie usług socjalnych.

Krajowa Komisja Standardów Opiekuńczych (National Care Standards Commission) odpowiada za regulację i monitorowanie jakości usług długoterminowych. Powstała ona w 2002 roku jako niezależny krajowy obserwator (watchdog). Odpowiada za rejestrację i inspekcję domów opieki i opieki domowej.

Ocena i zarządzanie opieką ma na celu dopasowanie potrzeb i dostępnych usług tak, aby pomóc najbardziej potrzebującym. Władze lokalne oceniają potrzeby opiekuńcze lokalnych społeczności i dokonują zakupu usług od świadczeniobiorców systemu publicznego oraz dobrowolnych i prywatnych dostawców. Jeśli chodzi o usługi opiekuńcze w domu, władze lokalne mają prawo negocjowania cen, jakkolwiek rząd centralny przygotował wskazówki dotyczące tej sprawy. Jeśli chodzi o instytucje stałego pobytu – ceny ustalane są przez rząd centralny.

Nowa regulacja wprowadza obowiązek finansowych ekwiwalentów za opłatę za opiekę domową dla klientów. W ten sposób klient staje się nabywcą – to może spowodować zmianę w równowadze świadczenia usług.

Opieka socjalna (social care) jest punktem styku pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia i władzami lokalnymi. Tam też łączą się świadczenia bezpłatne (w momencie dostarczenia) i usługi zależne od dochodu.

Podstawowym warunkiem indywidualnego dostępu do opieki finansowanej jest ocena potrzeb opiekuńczych dokonywana na poziomie lokalnym. Proces dostępu obejmuje zarówno ocenę potrzeb, jak i stworzenie adekwatnego do tych potrzeb pakietu. Kryteria dostępu i organizacja opieki są określane lokalnie i, w związku z tym, pomiędzy regionami występują różnice w tym zakresie.

Polityka w zakresie opieki zmierza w kierunku upodmiotowienia pacjenta, indywidualizacji oraz koordynacji działania wszystkich zaangażowanych instytucji.

Ważnym elementem systemu jest menadżer opieki (care manager), który może być zatrudniony przy koordynacji oraz organizacji opieki. Pozycja menadżera jest różna w różnych regionach. W niektórych z nich menadżer opieki może dysponować budżetem.

Metody współpracy instytucjonalnej mają już długą historię, ostatnio w postaci wprowadzenia Funduszy Opieki Podstawowej (primary care trusts), połączonych budżetów (pooled budgets) oraz połączonych zamówień (joint appointments). Władze lokalne delegują zadania do tych trustów, które są organizacyjnie odrębne.

Dla osób starszych, które stanowią znaczną część odbiorców opieki długoterminowej, wprowadzono też proces oceny indywidualnej (single assessment process) w ramach ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Ocena taka będzie obejmowała zdrowie psychiczne i fizyczne i ustawi plan indywidualny obejmujący usługi świadczone przez odrębne, koordynowane, w ramach tego procesu, systemy.

Jeżeli pacjent wymagający opieki długoterminowej nie może opuścić szpitala, ponieważ nie ma odpowiednich usług opiekuńczych – kosztami za pobyt w szpitalu zostanie obciążona władza lokalna (takie rozwiązanie zastosowano już wcześniej w Szwecji w 1992 roku).

4. Ocena i kierunki zmian.

Funkcjonujący w Zjednoczonym Królestwie system opieki długoterminowej jest przedmiotem ciągłej debaty i podejmowanych zmian.

Pozytywne strony obecnego systemu:

- fakt, że została dostrzeżona i zdefiniowana stale rosnąca potrzeba opieki długoterminowej. W konsekwencji powstał system mający na celu realizację tej potrzeby;
- zastosowanie instrumentów ograniczających niekontrolowany wzrost wydatków;
- indywidualne podejście do pacjenta, nastawienie na koordynację i ciągłość opieki z punktu widzenia indywidualnych, konkretnych potrzeb występujących w określonym otoczeniu.

Negatywne strony:

- niedostatek środków publicznych;
- stosowanie dotkliwego testu dochodowego i majątkowego;
- skomplikowany system instytucji i świadczeń utrudniający optymalny dostęp do opieki.

Postuluje się lepszą koordynację usług. Ponadto pojawiają się propozycje zastosowania reformy, która została przeprowadzona w Szkocji, również w innych częściach Zjednoczonego Królestwa: Anglii, Walii i Irlandii Północnej.

3. Opieka długoterminowa w Niemczech

W Niemczech, podobnie jak w Zjednoczonym Królestwie, w końcowych dekadach XX wieku koszty opieki długoterminowej stały się tak wysokie, że istniejący system organizacji i finansowania nie mógł im sprostać. W przeciwieństwie do Zjednoczonego Królestwa, w Niemczech koszty te ponosiły władze lokalne przez opłacanie świadczeń pomocy społecznej dla tych, którzy nie mieli wystarczających środków prywatnych. W efekcie 80% osób w domach opieki korzystało z pomocy społecznej.

W Zjednoczonym Królestwie impulsem do podjęcia działań na rzecz bardziej efektywnego finansowania opieki długoterminowej stało się nadmierne obciążenie nieprzygotowanego na to budżetu ochrony zdrowia, w Niemczech natomiast – nadmierne obciążenie budżetów lokalnych.

W czasie, gdy dyskutowano o potrzebie wprowadzenia odrębnego systemu opieki długoterminowej, jedną z propozycji było włączenie go do katalogu usług finansowanych przez fundusze zdrowotne. Wprowadzono jednak osobne ubezpieczenie. Ubezpieczenie pielęgnacyjne jest odrębne finansowo, natomiast administrację prowadzą fundusze zdrowotne.

Sformułowano dwa podstawowe cele wprowadzenia nowego systemu finansowania: odciążenie budżetów lokalnych oraz zwiększenie wśród potrzebujących – liczby osób otrzymujących opiekę w domu.

Od 1994 r. wprowadzono ubezpieczenie obowiązkowe. 89% pracujących jest objętych systemem publicznym (obejmuje ok. 70mln), 9% prywatnym (8,5 mln). Odrębny system stworzono dla służb mundurowych(2%).

1. Finansowanie.

System opieki długoterminowej w Niemczech jest, podobnie jak w Zjednoczonym Królestwie, finansowany z różnych źródeł: funduszy ubezpieczeniowych, pomocy społecznej, ubezpieczenia zdrowotnego oraz środków prywatnych.

Świadczenia mają charakter ubezpieczeniowy, ale część jest zależna od dochodu i majątku.

Głównym źródłem finansowania jest fundusz ubezpieczenia pielęgnacyjnego.

Publiczne ubezpieczenie finansowane jest głównie przez pracodawców i pracowników po 50%. Aby zrekompensować stratę pracodawców – jeden dzień wolny od pracy został zlikwidowany. Na początku funkcjonowania systemu emeryci płacili połowę składki, a drugą połowę pokrywały fundusze emerytalne. Składki za bezrobotnych w całości finansowane są z ubezpieczenia dla bezrobotnych. Składka wynosi 1,7% zarobków brutto do poziomu ok. 3,7 tys. euro miesięcznie. Poziom składki może być zmieniany tylko przez parlament. W 2004 r. wprowadzono korekty: emeryci sami płacą sami składkę, a osoby powyżej 23 roku życia, jeśli nie mają dzieci – płacą składkę dodatkową 0,25%.

Fundusze publiczne stosują finansowanie repartycyjne (pay as you go), natomiast prywatne – finansowanie częściowo kapitałowe.

Świadczenia oraz poziom składki są identyczne dla wszystkich funduszy i w związku z tym nie występuje między nimi konkurencja.

Zarówno publiczne, jak też i prywatne ubezpieczenie opieki długoterminowej regulowane są przez te same przepisy państwowe.

Istnieje kilka czynników powodujących, że ubezpieczenie nie jest jedynym źródłem finansowania opieki długoterminowej:

- świadczenia ustalone są w określonej kwocie, bez mechanizmu indeksacji. Wraz ze wzrostem realnych kosztów świadczeń wzrasta zakres współpłacenia ze środków prywatnych lub

pomocy społecznej, na przykład ceny pobytu w domach opieki wzrosły od wprowadzenia ubezpieczenia o 10%-15%;

- w domach opieki za tzw. koszty hotelowe płaci pacjent. Ponadto pacjent jest zobowiązany do pokrywania części kosztów inwestycyjnych, fundusze ubezpieczeniowe pokrywają bowiem jedynie koszty samej opieki. W 2002 r. wartość współpłacenia osiągała miesięcznie 900-1300 Euro.

2. Świadczenia.

Zarówno publiczne, jak i prywatne ubezpieczenie opieki długoterminowej, regulowane jest przez te same państwowe akty prawne.

Świadczenia są przyznawane niezależnie od wieku, jednak w praktyce blisko 80% świadczeniobiorców ma powyżej 65 lat, a ponad 50% ma 80 lat i więcej.

Uprawnienie do świadczenia wynika z potrzeby pomocy w przynajmniej dwóch podstawowych i jednej instrumentalnej aktywności w życiu codziennym (ADL i IADL) przez okres przynajmniej 6 miesięcy. Wyróżnia się 3 stopnie niedośięstwa, w zależności od tego jak często opieka jest potrzebna:

- pierwszy stopień, gdy pomoc potrzebna jest w przypadku przynajmniej dwóch czynności higienicznych, odżywiania i poruszania się (przynajmniej raz dziennie) i prac domowych (kilka razy w tygodniu) z przeciętnym trwaniem min. 90 minut dziennie;

- drugi stopień, gdy pomoc jest potrzebna przynajmniej 3 razy dziennie z przeciętnym trwaniem minimum 3 godz. dziennie;

- trzeci stopień, gdy pomoc potrzebna jest cały czas, co najmniej 5 godz. dziennie.

Wysokość świadczeń jest prawnie ustalona. Wartość świadczeń pieniężnych jest istotnie niższa niż świadczeń rzeczowych, wartość świadczeń z poziomu I i II w domach opieki jest wyższa niż w przypadku opieki domowej. Tylko w przypadku poziomu III wartość świadczeń rzeczowych jest taka sama.

Podkreśla się daleko idącą swobodę wyboru świadczeniobiorców. Mogą oni wybierać rodzaj świadczeń i usług. Świadczenia obejmują opiekę domową, opiekę dzienną lub nocną, domy opieki. Osoby pozostające w domu mogą wybrać pomiędzy świadczeniami w naturze w postaci pomocy środowiskowej lub świadczeniami pieniężnymi. Świadczenia pieniężne przekazywane są bezpośrednio osobom potrzebującym, które z kolei mogą je przekazać członkom rodziny, ale nie muszą. Opieka środowiskowa jest świadczona przez firmy działające dla zysku lub non-profit. Ich rachunki opłaca – do pewnej granicy –

ubezpieczenie. Świadczenia pieniężne i świadczenia w naturze mogą być łączone. W przypadku czasowej nieobecności opiekuna domowego (np. gdy jest na wakacjach) ubezpieczenie opłaca koszty opieki profesjonalnej do okresu 1 miesiąca i do kwoty 1,7 tys. euro. Ubezpieczenie pokrywa też koszty opieki profesjonalnej na okres wakacji opiekuna – członka rodziny do wysokości 1,4 tys. euro. Istnieje ponadto grant, z którego finansuje się dodatkowe pomoce. Fundusz ubezpieczeniowy oferuje także kursy dla nieprofesjonalnych opiekunów. Opłacana jest też dla nich składka ubezpieczeniowa.

Wprowadzenie finansowania z odrębnego ubezpieczenia spowodowało istotny wzrost liczby miejsc w domach opieki. Zlikwidowane zostały okresy oczekiwania i niedostatki w tym zakresie. W 2002 r. 635 tys. osób korzystało z opieki instytucjonalnej, w tym z domów państwowych – 600 tys., a z domów prywatnych – 35 tys. Wzrosła też liczba opiekunów domowych - z 4 tys. do ok. 11 tys. Uważa się, że liczby te są wystarczające pod względem ilościowym. W 2002 r. 1,4 mln osób korzystało z opieki domowej.

Liczba świadczeniobiorców wzrosła między 1997 a 2005 rokiem o 291 tys. Wzrost ten ocenia się jako umiarkowany. Odnotowano stopniowe przesunięcie w kierunku opieki profesjonalnej. Wzrasta udział osób korzystających z domów opieki w stosunku do opieki domowej (z 27% do 32%). Interesujące jest, że wzrasta też proporcja osób o niższym stopniu niepełnosprawności korzystających z domów opieki. Jest to trend niezgodny z założeniami systemu mówiącymi o preferencji dla opieki świadczonej w domach świadczeniobiorców. Wśród tych, którzy korzystają z opieki w domu, spadł udział korzystających ze świadczeń pieniężnych (z 78% do 72%).

3. Instytucje.

Struktura instytucjonalna obejmuje fundusze ubezpieczeniowe, system ochrony zdrowia oraz pomoc społeczną.

Najważniejszą instytucją są fundusze, które odpowiadają za kontrakty z dostawcami, ich wejście na rynek, ceny, opłacanie świadczeń i wypłatę świadczeń pieniężnych.

Negocjacje pomiędzy płatnikami i dostawcami odbywają się podobnie jak w ubezpieczeniu zdrowotnym. Obie strony ustalają kryteria dobrej opieki i jakości będące warunkiem wejścia na rynek.

O uprawnieniu do świadczeń decyduje instytucja MDK stanowiąca element ubezpieczenia zdrowotnego. W przypadku funduszy prywatnych uprawnienia pacjentów ocenia odrębna instytucja – Medicproof.

System ochrony zdrowia obejmuje opiekę w przypadku chorób chronicznych.

Fundusze i władze lokalne mają tworzyć centra informacji oraz wykaz cen dla świadczeniobiorców. W celu kontroli jakości świadczeń fundusze i dostawcy świadczeń mają w kontraktach uwzględniać kwestie jakości (odnoszą się one jednak bardziej do struktury i procesu, niż wyników opieki).

Kontrola jakości nie jest jednak zapewniona w przypadku opieki nieformalnej.

Na poziomie regionów i na poziomie federalnym powołuje się ciała koordynujące prace wszystkich zainteresowanych instytucji. Ocenia się jednak, że stanowią one bardziej platformę dyskusji i komunikacji, niż podejmowania decyzji.

4. Ocena, kierunki zmian.

Po kilkunastu latach funkcjonowania systemu ubezpieczenia pielęgnacyjnego można podsumować jego sukcesy i „porażki”.

Do sukcesów należy zaliczyć:

- zapewnienie środków i przez to dostępu do opieki;
- zwiększenie liczby osób objętych opieką domową oraz zakresu tej opieki, poprzez dostarczenie dodatkowych środków, pomoc edukacyjną i informacyjną;
- zwiększenie swobody wyboru świadczeniobiorcy;
- odciążenie budżetów lokalnych;
- odciążenie budżetu krajowego zabezpieczenia społecznego.

Porażki:

- niedostatek środków, brak właściwego mechanizmu dostosowania wysokości świadczeń do rosnących cen świadczeń w ramach ubezpieczenia;
- niewystarczająca koordynacja świadczeń i usług;

Niewystarczająca jakość usług.

Dyskutowano i nadal dyskutuje się o różnych kierunkach zmian, które można podzielić na bardziej lub mniej radykalne.

Radykalne propozycje:

- połączenie opieki długoterminowej i systemu ochrony zdrowia;
- wprowadzenie finansowania w ramach pomocy społecznej;
- wprowadzenie prywatnych funduszy opieki długoterminowej.

Modyfikacje:

- dodatkowe zasilanie funduszy ze środków budżetowych;
- dodatkowe prywatne ubezpieczenie pielęgnacyjne.

4. Reforma systemu opieki długoterminowej w Hiszpanii

W Hiszpanii pogłębia się proces starzenia się społeczeństwa. Dostęp do opieki nieformalnej zmniejsza się, a tylko ok. 6% gospodarstw uzyskuje jakąś formę opieki publicznej. Pomimo to dopiero po ok. 8 latach dyskusji, w 2006 r. wprowadzono prawo promujące niezależną egzystencję i pomoc dla niedoświadczonych osób. Rozwiązanie to określa się jako „czwarty filar”, który uzupełnia emerytury, renty, opiekę zdrowotną i pomoc społeczną.

Wcześniej publiczna pomoc była niewystarczająca, zależała od zdecentralizowanych i niedofinansowanych usług. Tradycyjnie ok. 70% przeznaczano na opiekę instytucjonalną, a jedynie małą część na pomoc domową.

Ciężkie przypadki obejmowała ochrona zdrowia, co prowadziło do blokowania łóżek. Coraz częstsze były przypadki niemożności wypisania ze szpitala pacjenta, którego potrzeby wymagały raczej opieki niż leczenia, ze względu na brak odpowiednich usług opiekuńczych.

1. Organizacja systemu.

Hiszpania wybrała system finansowania podatkowego – zgodny z systemem finansowania ochrony zdrowia. Wyodrębniono budżet 12 638 milionów euro. System będzie wprowadzany stopniowo, do pełnego wprowadzenia w 2015 roku.

Wraz z nowym finansowaniem rząd wprowadził prawo do powszechnego dostępu do opieki długoterminowej opartej na przesłankach subiektywnych.

Wprowadzono trzy kategorie niedośóstwa. W pierwszej kategorii pacjent wymaga pomocy w jednej działalności życiowej przynajmniej raz dziennie. W drugiej kategorii - 2-3 razy dziennie, ale może funkcjonować niezależnie bez stałej obecności opiekuna. W przypadku 3 kategorii opiekun jest potrzebny w ciągu całego dnia.

W ramach każdej kategorii przewiduje się dwa stopnie w zależności od intensywności potrzeb.

Ocena niedośóstwa odbywa się na poziomie rady regionalnej.

Formą pomocy może być zarówno profesjonalne dostarczanie usług, jak pomoc w domu, dostęp do dziennej lub instytucjonalnej pomocy lub (i) do pomocy pieniężnej.

Zakłada się, że system początkowo obejmie 1,125 milionów, z których 80% będzie miało powyżej 65 lat.

W początkowej fazie system obejmie osoby z trzeciej, najbardziej poważnej, kategorii. W ciągu następnych 3 lat system obejmie kategorie drugą i zakres zostanie zakończony w 2015 roku. Podniesie to wydatki na opiekę długoterminową z 0,33% PKB w 2007 do 1% w 2015.

2. Ocena.

Prawo, które wprowadza opiekę długoterminową, to jest pierwszy krok w kierunku zwiększenia świadomości, że finansowanie musi wzrosnąć, jeśli potrzeby starzejącego się społeczeństwa mają być zaspokojone.

Sprawą istotną jest koordynacja ochrony zdrowia i służb społecznych przez specjalne agencje.

W debatach wskazuje się na wagę bodźców oddziałujących na indywidualną odpowiedzialność; chodzi o to, żeby zachować bodźce zachęcające do oszczędzania pomimo dostępności publicznej opieki.

5. Wnioski dla Polski

1. W Polsce do tej pory nie zostało zdefiniowane i wyodrębnione ryzyko niedoświetła. Podejmowano już próby wprowadzenia takiej identyfikacji oraz regulacji dotyczących świadczeń. Co prawda w Polsce, podobnie jak w innych krajach, funkcjonują obecnie systemy dostarczające usług i świadczeń opieki długoterminowej, to jednak - w świetle doświadczeń międzynarodowych- z uwagi na rosnące potrzeby (znaczny wzrost nastąpi w przyszłości) i trudności w ich zaspokojeniu przez istniejące systemy publiczne oraz ze środków prywatnych, konieczne jest zwrócenie uwagi na opiekę długoterminową jako odrębne ryzyko.

2. Konieczne jest również podjęcie decyzji, czy i w jakim stopniu państwo powinno ponosić odpowiedzialność za dostarczanie usług opieki długoterminowej. W świetle porównań międzynarodowych nawet takie państwa, które długo opierały się jedynie na pomocy rodziny i wykorzystywaniu środków prywatnych (przykładem jest Hiszpania), wprowadziły znaczny stopień odpowiedzialności państwa. Wydaje się, że Polska nie będzie mogła uniknąć tego rozwiązania, jeśli nie chce doprowadzić do ogromnej depriwacji potrzeb w tym zakresie.

3. Kolejnym krokiem jest decyzja o metodzie finansowania, a przynajmniej o tym, jaka metoda powinna mieć przewagę: metoda ubezpieczeniowa czy też metoda budżetowa. W konsekwencji wyboru metody finansowania konieczny jest wybór instytucji administrującej systemem.

4. System ubezpieczeniowy wydaje się atrakcyjny, ponieważ sam fakt ustalenia składki stwarza wrażenie, że środki na opiekę długoterminową zostają zagwarantowane w większym stopniu niż w przypadku systemu budżetowego. Z tego powodu taki system może zyskać poparcie w społeczeństwie. Należy jednak spodziewać się sprzeciwu pracodawców. Ponadto, jak pokazuje porównanie Niemiec i Zjednoczonego Królestwa, zagwarantowanie środków przez system ubezpieczeniowy nie jest tak jednoznacznie lepsze, jakby się wydawało.

5. W przypadku wyboru opcji ubezpieczeniowej należy podjąć decyzję czy będzie to część ubezpieczenia zdrowotnego czy też ubezpieczenie odrębne. Wybór odrębnej instytucji w Niemczech podyktowany był chęcią uniknięcia nadmiernej „medykalizacji” opieki

długoterminowej. Zastanawiając się nad rozwiązaniem dla Polski należy wziąć pod uwagę, że system ubezpieczenia zdrowotnego jest istotnie uzupełniany przez środki z budżetu i zapewne podobna sytuacja dotyczyłaby systemu opieki długoterminowej. Na przykładzie Niemiec widać, że w systemie ubezpieczeniowym trudno jest ograniczać wydatki, a świadomość opłacania składki rodzi postawę oczekiwania na odpowiednie świadczenie. W konsekwencji rośnie udział finansowy budżetu w finansowaniu opieki długoterminowej.

6. System budżetowy jest jednoznacznie zależny od bieżącej sytuacji ekonomicznej. Jeżeli jednak zapewniona jest stała wysokość świadczeń, państwo jest zobowiązane do zgromadzenia odpowiednich środków na ten cel. W przypadku finansowania budżetowego należy podjąć decyzję, dotyczącą stosowania testu dochodowego i majątkowego. Wydaje się, że z powodu odbierania tej metody jako niesprawiedliwej i ze względu na trudności w egzekwowaniu testu dochodowego, należałoby ograniczyć jej zasięg. W przypadku zastosowania systemu finansowanego z budżetu należałoby stworzyć albo wzmocnić instytucje, które mogłyby koordynować opiekę długoterminową na poziomie lokalnym przy wykorzystaniu środków i rodzajów świadczeń wszystkich zaangażowanych instytucji. Wydaje się, że system budżetowy byłby korzystniejszy również z tego powodu, że łatwiej jest przejść od systemu budżetowego do ubezpieczeniowego niż odwrotnie.

7. Podstawą zmian systemu powinno być ustalenie prawa do świadczeń i usług pod warunkiem spełnienia ustalonych kryteriów. Ponadto wydaje się, że można by – wzorując się na regulacji hiszpańskiej – wprowadzać system stopniowo, rozpoczynając od osób najbardziej potrzebujących.

Budowa systemu opieki długoterminowej powinna też zostać poprzedzona dodatkową, szczegółową analizą wszystkich jego elementów przede wszystkim pod względem wystąpienia bodźców do różnych zachowań świadczeniobiorców.

Przytoczone przykłady Niemiec i Zjednoczonego Królestwa pokazują dobitnie, jak sama intencja prawodawcy nie wystarcza, żeby doprowadzić do realizacji planowanych celów; potrzebna jest analiza bodźców ekonomicznych, jak też przygotowanie systemu na modyfikacje w trakcie jego funkcjonowania. Wprowadzając system opieki długoterminowej należy unikać obietnic bez pokrycia, jeśli ma on być systemem stabilnym, odpowiadającym na realne potrzeby społeczne.

Część VI. Finansowanie opieki długoterminowej w Polsce

Udzielanie świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych następuje w ramach dwóch sektorów: ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Konsekwencją takiej sytuacji jest fakt, iż mamy do czynienia z kilkoma źródłami finansowania tych świadczeń. Biorąc pod uwagę formy i zakres świadczeń związanych z zapewnieniem opieki długoterminowej, należy wyróżnić świadczenia zakładowe (instytucjonalne) oraz świadczenia środowiskowe.

Świadczenia w zakresie opieki długoterminowej (OD) zapewniają pomoc społeczną i ochrona zdrowia. Ponadto część świadczeń (usług) udzielana jest nieodpłatnie lub odpłatnie przez grupy nieformalne, organizacje pozarządowe i firmy prywatne. Korzystanie z tych usług zależne jest od samej osoby niesamodzielnej lub jej opiekunów.

Istotnym problemem OD w Polsce jest brak koordynacji działań w tym zakresie. Konsekwencją braku koordynacji jest nieracjonalne finansowanie świadczeń. Dotyczy to zwłaszcza świadczeń środowiskowych udzielanych w miejscu zamieszkania osoby niesamodzielnej. O ile bowiem w przypadku pomocy zakładowej finansowanie świadczeń ogranicza się do nie więcej niż jednego lub dwóch podmiotów (np. koszty pobytu w placówce finansowane z własnych dochodów i środków samorządu terytorialnego), o tyle w przypadku świadczeń środowiskowych można wyobrazić sobie sytuację, w której świadczeniobiorca korzystający z opieki pielęgniarstwa otrzymuje dodatkowo świadczenie pomocy społecznej w postaci usług, świadczenie pieniężne i jeszcze dodatkowo opłaca inne świadczenia.

Tabela 36 - Podmioty opieki długoterminowej w Polsce .⁶⁶

	Pomoc społeczna	Ochrona zdrowia	Pomoc nieformalna / Sektor prywatny
Świadczenia środowiskowe/ ambulatoryjne	Świadczenia opiekuńcze Specjalistyczne świadczenia opiekuńcze Zasiłki pieniężne	Świadczenia pielęgniarki środowiskowej, lekarza pierwszego kontaktu	Opieka rodzinna, grupy nieformalne (rodzina, sąsiedzi, znajomi), opieka płatna ze środków osoby niesamodzielnej lub jej rodziny, świadczenia udzielane odpłatnie (lub za dopłatą) za pośrednictwem ośrodków pomocy społecznej; mieszkanie w zamian za opiekę
Świadczenia półotwarte	Domy dziennego pobytu, ośrodki wsparcia		
Świadczenia zakładowe (instytucjonalne)	Domy pomocy społecznej (6 typów)	Zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL) Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO) Szpitale / oddziały geriatryczne, hospicja i oddziały opieki paliatywnej	Prywatne domy opieki

Poza nieprzejrzywym systemem OD, w Polsce ocenę skali środków wydatkowanych na świadczenia w tym zakresie utrudniają inne czynniki. Należą do nich:

⁶⁶ Opracowanie własne

- trudności definicyjne;
- trudności w pozyskaniu i interpretacji danych;
- trudności w wyodrębnieniu i kwalifikowaniu poszczególnych grup wydatków na opiekę długoterminową;
- trudności w identyfikacji płatników i ustaleniu skali wydatków.

Ze względu na możliwości porównań międzynarodowych, stosunkowo często wydatki na OD podawane są nie w wysokości bezwzględnej, ale w relacji do produktu krajowego brutto (PKB). Niestety, podmioty udzielające takich informacji dysponują na ogół wycinkową wiedzą pochodząca jedynie z obszaru ich działania. W rezultacie utrwała się pogląd, iż wydatki na OD w Polsce utrzymują się na stosunkowo niskim poziomie. Problem polega tymczasem nie tylko na skali tych wydatków, ale przede wszystkim na ich nieracjonalnej alokacji.

Tabela 37 - Przewidywane wydatki na opiekę długoterminową w PKB w wybranych krajach w latach 2004 – 2050.⁶⁷

	Przewidywane wydatki na OD jako % PKB						2004 = 100
	2004	2010	2020	2030	2040	2050	
Dania	1,1	1,1	1,2	1,8	2,0	2,2	200
Niemcy	1,0	1,0	1,2	1,4	1,6	2,0	200
Holandia	0,5	0,5	0,5	0,8	0,9	1,1	220
Austria	0,6	0,7	0,8	1,0	1,2	1,5	250
Finlandia	1,7	1,9	2,1	3,0	3,4	3,5	206
Szwecja	3,8	3,7	3,7	4,9	5,2	5,5	145
Wielka Brytania	1,0	1,0	1,1	1,3	1,5	1,8	180
Czechy	0,3	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	233
Litwa	0,5	0,6	0,6	0,6	0,7	0,9	180
Polska	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	200
UE 25	0,9	0,9	0,9	1,1	1,3	1,5	167
UE 15	0,9	0,9	1,0	1,1	1,3	1,5	167
UE 10	0,2	0,3	0,3	0,3	0,4	0,5	150

⁶⁷ H. Rothgang, H. Engelke, LTC: How to organise affordable, sustainable LTC given the constraints of collective versus individual arrangements and responsibilities, Diss. Paper, Hagen 10-11.02.2009 (obl. Skorygowane - PB)

Jak pokazuje tab. 37, udział wydatków na OD w produkcie krajowym brutto (PKB) Polski należy do najniższych, ale można przypuszczać, że dane te uwzględniają tylko część wydatków na OD. Warto też zauważyć dużą rozbieżność poszczególnych szacunkach udziału wydatków na opiekę długoterminową w PKB podawanych przez OECD i Komisję Europejską (wahają się one w przedziale 0,1 do 0,5 PKB). Wszędzie jednak dynamika wydatków w latach 2004 – 2050 ma w Polsce należeć do najwyższych, chociaż trzeba pamiętać, że punktem wyjścia będzie bardzo niski poziom tych wydatków (w porównaniu z innymi krajami UE czy OECD). Biorąc pod uwagę szacunki dotyczące wzrostu liczby ludności w wieku 65 lat i więcej w Polsce do roku 2050, można wręcz powiedzieć, że tempo wzrostu udziału wydatków na OD w PKB będzie zbliżone do tempa wzrostu liczby osób w wieku 65 +. Oczywiście, decydujące będzie faktyczne tempo wzrostu produktu krajowego brutto, a nie sam odsetek wydatków na OD, ale przyjęcie wskazanej w tabeli skali wzrostu udziału wydatków na OD z 0,1 do 0,2% PKB sygnalizuje, że władze publiczne nie przywiązują do tych świadczeń dużej wagi.

Pośrednio potwierdza to notowana w ostatnich latach skala wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia na opiekę długoterminową. Na podstawie publikowanych w Internecie planów wydatków NFZ można ustalić, że w okresie 2003 – 2009 zaplanowano ich zwiększenie w przypadku OD z 338 do 1080 mln zł. Jest jednak symptomatyczne, że potrojeniu wydatków w wysokości bezwzględnej towarzyszy jedynie wzrost ich udziału w całości wydatków NFZ o niespełna 0,5 punktu procentowego (tab. 38). Zwiększenie skali wydatków z NFZ okazało się możliwe dzięki korzystnej sytuacji gospodarczej w ostatnich latach, poprawie sytuacji na rynku pracy oraz podniesieniu poziomu wynagrodzeń, co automatycznie pociągnęło za sobą wzrost wysokości wpłat w tytułu składki na ubezpieczenie zdrowotne.

Tabela 38 - Wydatki NFZ ogółem i na opiekę długoterminową w latach 2003 – 2009.⁶⁸

Rok	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
koszt świadczeń zdrowotnych w mln zł	21632,0	30514,5	33097,1	36167,4	41617,4	52359,4	53649,6
koszt świadczeń OD w mln zł	337,8	494,1	524,8	599,2	734,4	970,1	1080,3
Udział wydatków na OD w wydatkach na świadczenia zdrowotne ogółem w %	1,56	1,62	1,59	1,66	1,76	1,85	2,01

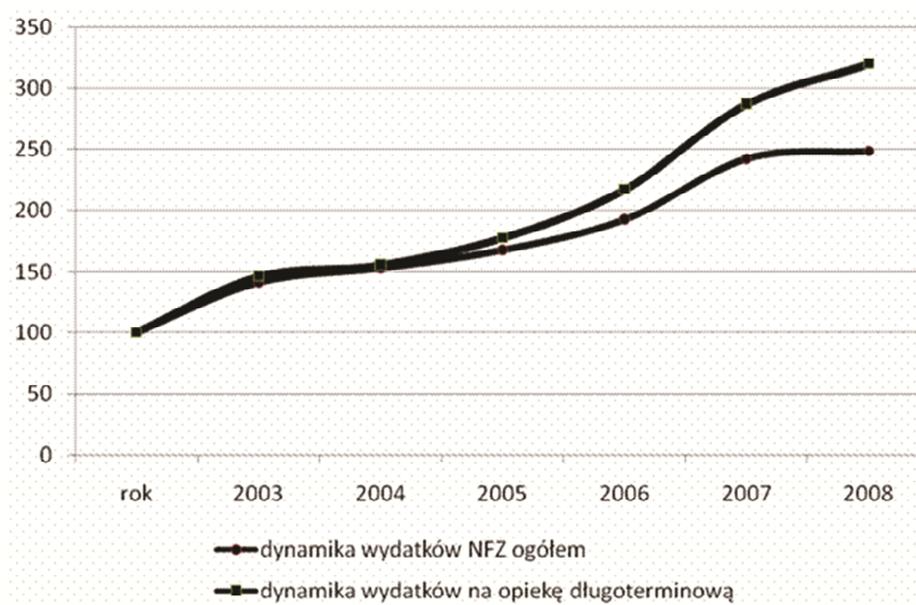
Istnieje jednak obawa, że w przypadku zmniejszenia tempa wzrostu wpływów do NFZ, albo wręcz w razie zmniejszenia bezwzględnej wysokości tych wpływów, w pierwszej kolejności chronione będą wydatki na najpowszechniej stosowane procedury, co może nastąpić

⁶⁸ Plany finansowe NFZ

kosztem finansowania mniej rozpowszechnionych świadczeń, między innymi w ramach opieki długoterminowej.

Porównując dynamikę planowanych wydatków na świadczenia opieki długoterminowej i wydatków NFZ ogółem, nie sposób nie stwierdzić, że, jakkolwiek ta pierwsza nieco przewyższa dynamikę wydatków ogółem, to trudno na podstawie oceny danych dla sześciu ostatnich lat stwierdzić, że wydatki na opiekę długoterminową mają realną szansę na znaczne zwiększenie, bowiem, mimo nieco większej ich dynamiki, tempo wzrostu liczone jest od bardzo niskiej podstawy.

Wykres 36 - Dynamika wydatków NFZ łącznie i wydatków na opiekę długoterminową (rok 2003 - 100).⁶⁹



Wydatki NFZ na opiekę długoterminową przeznaczane są przede wszystkim na kontrakty z zakładami opiekuńczo-leczniczymi, zakładami pielęgnacyjno-opiekuńczymi oraz z oddziałami geriatrycznymi szpitali.

⁶⁹ Obliczenia własne na podstawie planów finansowych NFZ.

Tabela 39 - Liczba placówek opieki długoterminowej w ramach systemu ochrony zdrowia wg rodzaju jednostki.⁷⁰

Rodzaj zakładu	dolnośląskie	kujawsko-pomorskie	lubuskie	lubelskie	łódzkie	małopolskie	mazowieckie	opolskie	podkarpackie	Podlaskie	pomorskie	śląskie	świętokrzyskie	warmińsko-mazurskie	wielkopolskie	zachodniopomorskie	RAZEM
Zakłady publiczne																	
Zakład opiekuńczo-leczniczy i pielęgnacyjno-opiekuńczy inny niż psychiatryczny	10	11	10	3	10	14	24	8	14	14	8	15	7	7	10	9	174
Zakład opiekuńczo-leczniczy i pielęgnacyjno-opiekuńczy psychiatryczny	1	2	1	0	0	2	3	2	0	2	0	5	0	2	4	1	25
Ośrodek opiekuńczy dla osób starszych	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hospicjum stacjonarne	1	1	0	1	1	0	4	1	3	1	3	0	1	2	2	0	21
Pozostałe zakłady opiekuńcze	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Zakłady niepubliczne																	
Stacjonarne zakłady opieki pielęgnacyjnej i długoterminowej	41	19	12	7	22	24	61	11	16	8	17	40	8	10	18	11	325
Zakład opiekuńczo-leczniczy i pielęgnacyjno-opiekuńczy inny niż psychiatryczny	33	15	7	5	19	18	38	7	14	3	12	36	8	8	10	5	238
Zakład opiekuńczo-leczniczy i pielęgnacyjno-opiekuńczy psychiatryczny	4	1	1	0	2	2	2	0	1	0	1	0	1	0	1	0	16
Ośrodek opiekuńczy dla osób starszych	5	0	0	0	4	0	8	0	0	0	2	0	2	0	0	2	23
Hospicjum stacjonarne	6	2	4	2	0	3	6	4	0	2	7	4	0	2	6	2	50
Pozostałe zakłady opiekuńcze	3	2	1	1	1	1	12	1	2	4	0	1	0	0	1	5	35

Jak wynika z tab. 39, liczba ZOL i ZPO jest niewielka, a ich rozmieszczenie nie jest równomierne. W przypadku zakładów publicznych różnicowanie liczby zakładów sięga trzykrotności (zob. województwa mazowieckie i opolskie), a w przypadku zakładów niepublicznych jest niemal dziewięciokrotne (mazowieckie i lubelskie). Z punktu widzenia finansowania świadczeń opieki długoterminowej ważny jest zarówno nierównomierny dostęp do świadczeń zakładowych, jak i fakt, iż bardzo niewiele świadczeń udzielanych jest w warunkach domowych. W 2007 roku liczba pacjentów w ramach długoterminowej opieki stacjonarnej wyniosła 60.444, z czego w ZOL otrzymało świadczenia 33.996 osób, a w ZPO – 13.443. Pozostałe osoby korzystały ze świadczeń zdrowotnych w hospicjach. W tym samym roku liczba pacjentów opieki domowej wyniosła 7.772, ale tylko 318 osób korzystało ze

⁷⁰ www.rejestrzoz.gov.pl dostęp w dn. 20.04.2009. Stan na dzień 2009-04-20.

świadczeń udzielanych przez ZOL, a 722 – przez ZPO. Pozostali pacjenci, w liczbie ponad 6 tysięcy, byli pod opieką hospicjów^[1]. Biorąc pod uwagę potrzeby osób niesamodzielnych można uznać, że NFZ powinien dążyć do znacznego zwiększenia udziału świadczeń OD udzielanych w ramach opieki domowej. Oba wskazane czynniki wpływają na obciążenie gospodarstw domowych kosztami organizacji opieki nad osobą niesamodzielną.

Ze względu na potrzebę posługiwania się informacjami z tego samego okresu, za podstawę do oceny skali wydatków na całość opieki długoterminowej przyjęto dane za rok 2007. Wysokość wydatków ponoszonych przez NFZ na świadczenia opieki długoterminowej wyniosła wówczas 734 mln zł. Ta znacząca w wielkości bezwzględnej kwota pozwala jednak świadczeniodawcom w ramach opieki stacjonarnej na zapewnienie tylko podstawowego zakresu świadczeń. Obowiązujące, ustalone w kontraktach z ZOL i ZPO stawki, zdaniem przedstawicieli tych zakładów nie pozwalają na zapewnienie należytej opieki osobom przebywającym w placówkach instytucjonalnych. Wynika to przede wszystkim ze zbyt małej liczby pracowników, jakich można zatrudnić.

W przypadku opieki nad osobami niesamodzielnymi realizowanej w ramach systemu pomocy społecznej, ocena faktycznych wydatków ponoszonych na ten cel jest jeszcze trudniejsza. Po pierwsze, nie dysponujemy informacjami, jaka część mieszkańców domów pomocy społecznej to osoby faktycznie niesamodzielne ani też jaka jest skala tej niesamodzielnosci w poszczególnych przypadkach. Po drugie, nie sposób ustalić, jaka część wydatków na zasiłki celowe jest przeznaczana dla osób niesamodzielnych i ich rodzin. W tych miejscowościach, gdzie brak jest możliwości korzystania ze świadczeń opiekuńczych, zasiłki mogą być (i zapewne są) traktowane jako forma wsparcia dla osób niesamodzielnych.

Po trzecie, system pomocy społecznej nie dysponuje pełnymi informacjami na temat liczby osób wymagających w środowisku usług w formie świadczeń opiekuńczych. W niektórych województwach skala udzielania świadczeń opiekuńczych jest stosunkowo ograniczona, co wynika nie z małego zapotrzebowania na te usługi, ale niewielkich możliwości ich świadczenia. Innymi słowy, czynnikiem ograniczającym jest nie popyt, ale podaż. Co więcej, trudno ustalić, jak na popyt na świadczenia opiekuńcze wpływa zmniejszenie liczby osób kierowanych do domów pomocy społecznej. Zmiana przepisów dotyczących finansowania pobytu w DPS spowodowała spadek liczby osób ubiegających się o skierowanie i kierowanych przez ośrodek pomocy społecznej do DPS. Należałoby zatem założyć, że rozbudowane zostaną świadczenia alternatywne wobec opieki w placówce zakładowej, czyli opiekuńcze w miejscu zamieszkania. Sprawozdania resortu pracy z działalności pomocy społecznej tego raczej nie potwierdzają.

[1] Biuletyn Statystyczny 2008 Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, tab. 4.13.

W tej sytuacji można oprzeć się tylko na twardych danych, pokazujących rozmiary świadczeń adresowanych bezpośrednio do osób niesamodzielnych i rodzin z takimi osobami. Do świadczeń tych należą wspomniane wcześniej świadczenia opiekuńcze. W roku 2007 korzystało z nich łącznie 99957 osób, przy czym 90 tysięcy stanowiły osoby korzystające ze świadczeń opiekuńczych realizowanych w ramach zadań własnych gminy, a 9,9 tys. ze specjalistycznych świadczeń opiekuńczych udzielanych osobom z zaburzeniami psychicznymi, a realizowanych w ramach zadań zleconych. Oznacza to, że liczba korzystających z tych świadczeń przewyższa nieco liczbę osób mieszkających w domach pomocy społecznej. Nie ulega zatem wątpliwości, że świadczenia te, z natury tańsze niż zakładowe, spełniają ważną rolę nie tylko z punktu widzenia poczucia bezpieczeństwa osoby niesamodzielnej, ale i jej samopoczucia uwarunkowanego po części faktem pozostawania w znanym sobie środowisku. Ponadto istotne znaczenie ma racjonalizacja wydatków na opiekę długoterminową^[2]. Obecnie szanse na rozwój świadczeń opiekuńczych w ramach pomocy środowiskowej wydają się być raczej ograniczone. Przyczyna tego stanu jest budżet pomocy społecznej. Jak wynika ze sprawozdań pomocy społecznej, liczba osób korzystających ze świadczeń opiekuńczych stanowi 4,22% ogółu korzystających z tej pomocy. Ten niewielki odsetek musi budzić zaniepokojenie, biorąc pod uwagę sygnalizowane w innej części raportu postępujące demograficzne starzenie się ludności, czemu towarzyszy wzrost odsetka osób niesamodzielnych i wymagających pomocy.

Równocześnie jednak te same sprawozdania statystyczne wykazują, że wydatki na świadczenia opiekuńcze stanowią 13,06% ogółu wydatków na pomoc środowiskową. To bardzo wysoki odsetek, sygnalizujący i wysoki koszt udzielanych świadczeń, i bardzo ograniczone możliwości powiększania wydatków na tę grupę świadczeń. W przypadku wydatków na zadania własne gmin, udział ten jest jeszcze wyższy i stanowi 15,0%, podczas gdy odsetek korzystających ze świadczeń opiekuńczych w ogólnej liczbie świadczeniobiorców otrzymujących pomoc w ramach zadań własnych gmin wyniósł w 2007 r. 4,07%.

Jak widać, odczuwalne zwiększenie zaangażowania gmin w organizację pomocy dla osób niesamodzielnych w ramach pomocy społecznej jest mało prawdopodobne. Należy ponadto podkreślić, że budżet pomocy społecznej w gminie może podlegać stosunkowo silnym wahaniom zależnym od kondycji gospodarczej kraju i wpływów z podatków. W konsekwencji jeszcze trudniej byłoby zapewnić stabilne finansowanie wsparcia osób niesamodzielnych za pośrednictwem pomocy społecznej.

^[2] Określenia „opieka długoterminowa” używam tu w szerokim znaczeniu, wykraczającym poza aspekty czysto medyczne i zdrowotne.

Nie należy również spodziewać się, że instytucja pomocy społecznej będzie w stanie znacznie rozszerzyć ofertę świadczeń zakładowych, realizowanych w domach pomocy społecznej. Zgodnie z obowiązującymi zasadami, mieszkaniac DPS ponosi koszt pobytu do wysokości 70% swojego świadczenia emerytalnego lub rentowego. Przy stosunkowo niskim poziomie świadczeń społecznych w praktyce oznacza to, że pozostałą część kosztów ponosi albo zobowiązana do alimentacji rodzina, albo instytucja pomocy społecznej. Spadek zainteresowania możliwością zamieszkania w DPS wynika w dużej mierze ze znacznie większego obciążenia rodziny kosztem tej usługi. Nie negując zasadności takiego rozwiązania warto jednak zwrócić uwagę, że część osób, które nie zdecydują się na zamieszkanie w DPS z przyczyn finansowych, będzie generowała w przyszłości większe wydatki pomocy społecznej w związku z korzystaniem ze świadczeń opiekuńczych.

W roku 2007 na świadczenia opiekuńcze gminy wydatki 303,13 mln zł rocznie, a specjalistyczne świadczenia opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi kosztowały dalsze 49,29 mln złotych^[3]. Zaspokojenie potrzeb wzrastającej grupy osób niesamodzielnych wymagać będzie dalszego wzrostu wydatków, co musiałoby odbywać się albo kosztem innych obszarów polityki społecznej w skali lokalnej, albo w ramach pomocy społecznej – kosztem innych realizowanych przez nią ustawowych zadań.

W opiece nad niesamodzielnymi osobami dzienne domy pobytu i ośrodki wsparcia mogą pomóc w niewielkim stopniu. Jest ich przede wszystkim zbyt mało, zwłaszcza w stosunku do ilości domów pomocy. Ponadto, udzielają one świadczeń na swoim terenie, podczas gdy wiele osób o ograniczonej samodzielności ma problemy z przemieszczaniem się.

Warto zwrócić uwagę na jeszcze jedno zagadnienie związane z udzielaniem świadczeń opiekuńczych. Wiąże się ono ze wspomnianą wcześniej liczbą otrzymujących świadczenia pieniężne, mimo że osoby powinny otrzymywać świadczenia w formie usług. Jeśli wziąć pod uwagę dane statystyczne dotyczące przyczyn korzystania z pomocy społecznej, to okaże się, że w 2007 roku 790 tys. osób korzystało ze świadczeń z powodu niepełnosprawności lub długotrwałej choroby. Można się spodziewać, że znaczna część tej grupy dysponuje własnymi dochodami, jak renta lub emerytura, oczekuje pomocy raczej w formie usług. Tymczasem – zakładając, że korzystający ze świadczeń opiekuńczych rekrutują się z owej grupy – aż 690 tysięcy osób nie otrzymuje pomocy w tej formie. Nawet, jeśli zupełnie arbitralnie założyć, że tylko 10% spośród nich wymaga faktycznie świadczeń opiekuńczych,

^[3] Rok później liczba osób korzystających ze świadczeń opiekuńczych wzrosła o blisko 2,5 tys., a wydatki o ponad 39 mln zł i osiągnęły 342,39 mln. Oznacza to, że przeciętny wydatek na osobę wzrósł z 3369 zł w 2007 r. do 3702 zł w 2008 r. Jeżeli podzielić tę kwotę przez 12 miesięcy, to okaże się, że miesięcznie wydano na świadczenia opiekuńcze przeciętnie 310 złotych na osobę. Oznacza to w praktyce, że kwota przeznaczana na te świadczenia dla jednej osoby nie pozwalała na to, by poświęcić jej dziennie więcej niż 1 – 2 godziny.

okaże się, że ofertę pomocy w tym zakresie należałoby zwiększyć aż o 3/4, czemu musiałoby towarzyszyć drastyczne zwiększenie udziału wydatków ponoszonych przez gminy.

W ramach świadczeń rodzinnych resort pracy wypłaca zasiłki i świadczenia pielęgnacyjne. Zasiłki te, podobnie jak w całym systemie ubezpieczeń społecznych, przysługują automatycznie wszystkim osobom, które ukończyły 75. rok życia. Zasiłki i świadczenia w ramach tego podsystemu otrzymywało w 2007 r. przeciętnie 798,2 tys., osób, a łączna kwota wydatków wynosiła 1,69 mld zł^[4]. Nie wdając się w dywagacje dotyczące zasadności automatycznego wypłacania dodatku pielęgnacyjnego dla wszystkich osób, które osiągnęły 75. rok życia, warto zwrócić uwagę na ogromną skalę wydatków przeznaczonych pozornie na finansowanie świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych, a w istocie całkowicie błędnie adresowanych. Wysokość tego świadczenia (w roku 2007 – 153 zł, obecnie 173 zł) nie umożliwia zaspokojenia potrzeb związanych z organizacją opieki nad osobą niesamodzielną, a jego powszechność sprawia, że traktowany jest on jako swego rodzaju dodatek do emerytury, „premia za dożycie” do określonego wieku, a nie jako źródło finansowania konkretnych wydatków. Reforma systemu organizacji i finansowania opieki długoterminowej powinna uwzględniać potrzebę odejścia od tego rodzaju szastania środkami publicznymi. Przemawia za tym skala kosztów ponoszonych w związku z finansowaniem dodatków pielęgnacyjnych (tab. 40). Już w 2007 r. na te świadczenia wydano ponad 4,9 mld złotych. Demograficzne starzenie się społeczeństwa i wspomniany w części demograficznej proces tzw. podwójnego starzenia się społeczeństwa przyniesie jako jedną z konsekwencji nieuchronny wzrost tych wydatków, co wynika nie tylko ze zwiększenia liczby osób pobierających takie świadczenie, ale i z systematycznego wydłużania okresu jego pobierania w związku z wydłużeniem czasu trwania życia.

^[4] Świadczenia pielęgnacyjne otrzymywało w 2007 r. około 70 tys. osób, a zasiłek pielęgnacyjny – 728 tys. osób.

Tabela 40 - wydatki na zasiłki i dodatki pielęgnacyjne w Polsce w roku 2007.⁷¹

Instytucja	Liczba świadczeniobiorców	Kwota miesięcznie w tys. zł	Kwota rocznie w tys. zł
Osoby pobierające dodatki pielęgnacyjne do rent i emerytur			
z racji wieku	1.374.946	210.367	2.524.401
z racji niezdolności do samodzielnej egzystencji	511.427	78.248	938.980
Osoby pobierające dodatki pielęgnacyjne do świadczeń wypadkowych			
z racji wieku	46.713	7.147	85.765
z racji niezdolności do samodzielnej egzystencji	8.454	1.293	15.522
Osoby pobierające dodatki pielęgnacyjne do emerytur i rent inwalidów wojennych i wojskowych			
z racji wieku	50.713	7.759	93.109
z racji niezdolności do samodzielnej egzystencji	16.003	2.448	29.382
Pobierający dodatki z KRUS	682.700	104.453	1.253.437
RAZEM	2.690.956	411.716	4.940.596

Obraz finansowania opieki długoterminowej, jaki się rysuje na podstawie zebranych materiałów, jest jak już wspomniano niepełny ze względu na liczne braki i niedostatek informacji. Nie dysponujemy wiedzą np. na temat liczby i kosztów związanych z pobytami w szpitalach z przyczyn społecznych lub, jeszcze częściej – przedłużaniem tych pobytów. Brak możliwości zapewnienia pacjentowi właściwej opieki w warunkach domowych, rehabilitacji czy umieszczenia w placówce opiekuńczej powoduje, że pobyt pacjenta w szpitalu ulega przedłużeniu, co generuje dodatkowe koszty.

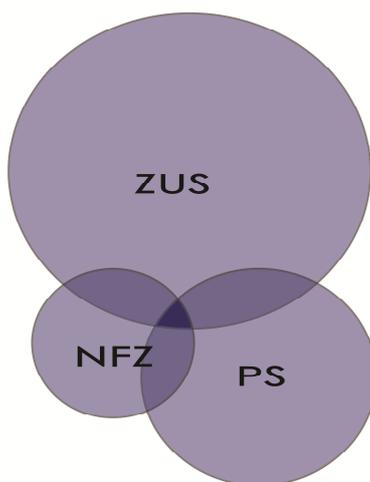
Nie można także zidentyfikować wydatków związanych z pobytem w domu pomocy społecznej z racji niesamodzielności; wydatków związanych z pozostawaniem w miejscu zamieszkania mimo ewidentnej celowości zamieszkania w DPS; jak też wydatków ponoszonych na świadczenia pieniężne dla tych osób, które powinny korzystać ze świadczeń opiekuńczych, ale te nie są im udzielane. Brakuje danych o wielkości udziału środków prywatnych (mieszkańców i ich rodzin) w finansowaniu pobytu w domach pomocy; nie udało się też pozyskać danych dotyczących udziału środków prywatnych w finansowaniu oferowanych przez ośrodki pomocy środowiskowych usług opiekuńczych świadczonych osobom niesamodzielnym; nie wiemy, ile środków prywatnych przeznaczonych zostało

⁷¹ Dane ZUS i KRUS.

na sfinansowanie pobytu w ośrodkach prywatnych. Trudno jest wiarygodnie oszacować wielkość nakładów na usługi opiekuńcze świadczone poza oficjalnym obiegiem. Powszechność tej praktyki skłania do przypuszczenia, że polskie rodziny zmuszone są corocznie wydawać ogromne fundusze na opiekę długoterminową w tzw. szarej strefie.

Równocześnie można wskazać sytuacje, w których w przypadku niesamodzielności możliwe jest korzystanie ze świadczeń pochodzących z kilku źródeł. Dotyczy to zwłaszcza sytuacji, w której osoba 75-letnia lub starsza może pobierać dodatek pielęgnacyjny, korzystając przy tym ze świadczeń pomocy społecznej, a w pewnych sytuacjach również ze świadczeń zdrowotnych. Nie do uniknięcia jest przy tym albo dublowanie niektórych świadczeń, albo przeznaczanie na nie środków w większych rozmiarach, niż wynikałoby to z faktycznie istniejących potrzeb. Jak pokazuje to wykres 38, w pewnych przypadkach możliwe jest finansowanie OD z trzech podstawowych źródeł, co może oznaczać marnotrawienie środków, a z pewnością wskazuje na konieczność koordynacji działań. Koordynacja ta powinna dotyczyć nie tylko gospodarki finansowej, ale przede wszystkim działań związanych z dostatecznie wczesnym rozpoznaniem potrzeb, udzielaniem świadczeń, unikaniem powtarzania świadczeń i zapewnieniem kompleksowego podejścia do potrzeb osoby niesamodzielnej, a także unikaniem sytuacji, w której pewne jej potrzeby pozostają niezdiagnozowane i niezaspokojone. Wydaje się, że wobec tego racjonalnym rozwiązaniem byłoby skupienie środków finansowych w specjalnym funduszu oraz stworzenie nowego systemu świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych.

Wykres 37 - Źródła finansowania opieki długoterminowej w Polsce.⁷²



⁷² Opracowanie własne.

Jak pokazuje wykres 38, łączna wysokość wydatków na OD, jakkolwiek trudna do dokładnego ustalenia, stanowi znaczącą kwotę. Jest ona wprawdzie niższa od szacowanych potrzeb, ale - jak wynika z tabeli - znaczna część środków istnieje w systemie. Należy jednak powątpiewać, czy środki te są faktycznie przeznaczane na opiekę długoterminową. Wątpliwości budzą zwłaszcza dodatki pielęgnacyjne wypłacane rencistom i emerytom po 75 roku życia. Wprowadzenie nowego systemu finansowania OD mogłoby przynieść racjonalizację dzisiejszych nakładów publicznych (gdyby udało się obecne nakłady skumulować) albo nawet przynieść znaczne oszczędności w wydatkach publicznych. Dane w tab. 46 odnoszą się bowiem głównie do wydatków publicznych. Należy także podkreślić, że ponad 70% uwzględnionych w tabeli 41 wydatków stanowią wydatki na świadczenia pielęgnacyjne, z których z kolei przyłączająca większość to dodatki pielęgnacyjne dla osób w wieku 75 lat i więcej. Stopniowe odejście od praktyki wypłacania tych dodatków pozwoliłoby na przeznaczenie znacznych środków na OD lub na oszczędności budżetowe, gdyby OD miała być finansowana przez ubezpieczenie społeczne.

Tabela 41. Szacunek ogólnych wydatków ze środków publicznych na opiekę długoterminową w Polsce w 2007r.⁷³⁷⁴

Grupa wydatków	Kwota w mln zł
Świadczenia opiekuńcze pomocy społecznej	352,4
Domy pomocy społecznej (z budżetów wojewodów) ^a	1196,9
Domy pomocy społecznej (odpłatność gmin) ^b	320,1
Ośrodki wsparcia	154,5
Opieka długoterminowa w NFZ	734,4
Świadczenia pielęgnacyjne MPIPS	1685,7
Świadczenia pielęgnacyjne z ZUS i KRUS	4940,6
RAZEM	9.946,8

Problem polega jednak między innymi na tym, że niektórych zmian, jak np. rezygnacji z wypłaty dodatków pielęgnacyjnych, nie da się wprowadzić w krótkim okresie. Dopiero po

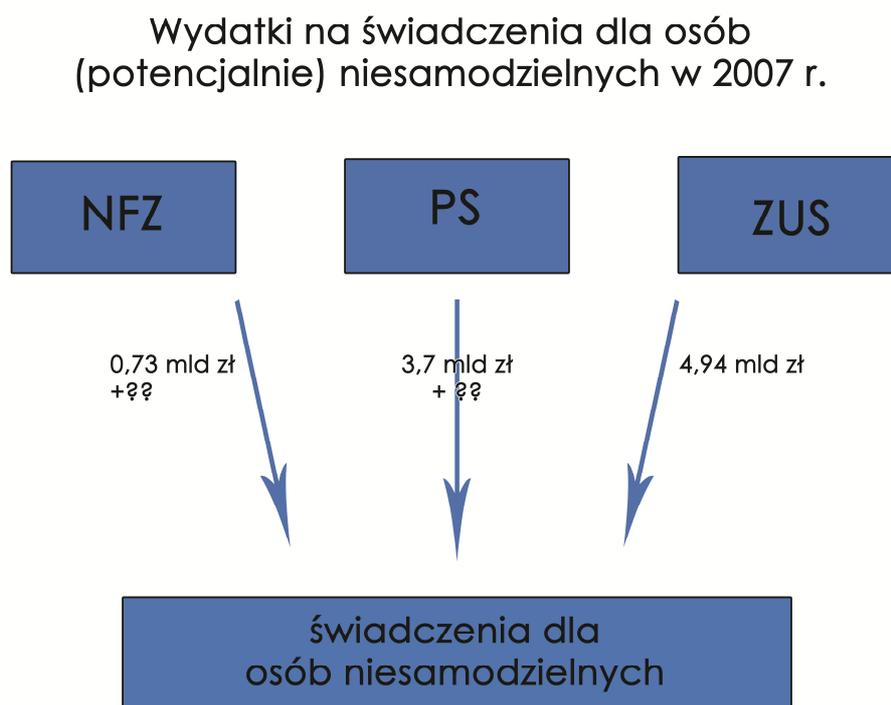
⁷³ Uwagi: - Wydatki te dotyczą subwencji na sfinansowanie kosztu pobytu w dps osób skierowanych tam przed 1 stycznia 2004 r. Z dużą dozą prawdopodobieństwa można przyjąć, że są to osoby niezdolne do samodzielnej egzystencji; ^b - dopłaty finansowane przez gminę w przypadku, gdy opłata za zamieszkanie w dps ponoszona przez mieszkańca i ewentualnie jego rodzinę nie pokrywa kosztu zamieszkania

⁷⁴ Obliczenia własne

upływie kilkunastu lat od zaprzestania powszechnej wypłaty takich świadczeń oszczędności staną się odczuwalne.

Jak pokazuje wykres 45g skala środków nie jest do końca znana. Jedynie wydatki z ubezpieczenia społecznego dają się zidentyfikować, choć w tym przypadku wciąż pozostają wątpliwości co do zasady udzielania świadczeń pieniężnych. W pozostałych wypadkach brak jest wielu szczegółowych danych, dotyczących niektórych części składowych ponoszonych wydatków. Dotyczy to zwłaszcza wydatków w ramach ochrony zdrowia ponoszonych poza ZO-L i ZP-O i wydatków na świadczenia pieniężne dla osób niesamodzielnych. Uwzględnienia wymagałby również fakt, że znaczna część osób korzystających z dodatków pielęgnacyjnych legitymuje się w istocie stanem zdrowia i poziomem sprawności, który nie wymaga korzystania z takiej formy pomocy.

Wykres 38 - Finansowanie opieki długoterminowej według źródeł.⁷⁵



⁷⁵ Opracowanie własne.

Część VII. Podsumowanie, wnioski i rekomendacje

Raport o stanie opieki długoterminowej w Polsce ma za zadanie uzmysłowić opinii publicznej i decydentom, jaka jest i będzie sytuacja osób niesamodzielnych w naszym kraju. Staraliśmy się też przedstawić i ocenić ofertę publicznego wsparcia kierowanego do tej grupy niepełnosprawnych. W oparciu o zaprezentowaną diagnozę przeanalizowaliśmy również możliwe scenariusze koniecznych – naszym zdaniem – zmian i rekomendujemy konkretne rozwiązania. Z tego względu nasze opracowanie ma cechy Zielonej Księgi.

I. Najważniejsze elementy diagnozy

1. Liczba niesamodzielnych dziś i w przyszłości

Nie łatwo jest ustalić liczbę osób niesamodzielnych w Polsce. Jeśli przyjąć tylko obecnie obowiązujące kryteria formalne, to jest orzeczoną niezdolność do samodzielnej egzystencji oraz równoważny jej znaczny stopień niepełnosprawności, to otrzymujemy liczbę 2.072 896 osób niesamodzielnych (dane za rok 2008), może to być jednak bardzo mylące, ponieważ orzeczenia te wydawane są dla odmiennych celów i niekiedy mogą się nakładać. Gdyby wziąć pod uwagę tylko orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności, w 2007 r. liczba osób niesamodzielnych sięgnęła 1,3 mln (na 4,6 mln wszystkich niepełnosprawnych), natomiast osób z orzeczoną niezdolnością do samodzielnej egzystencji w 2008 r. było 772.896.

Inaczej ustalił liczbę osób niesamodzielnych GUS. W badaniu z 2006 roku aż 10,1% osób w wieku powyżej 15 roku życia zgłaszało potrzebę otrzymywania pomocy osób drugich w samoobsłudze, pracy lub nauce (blisko 2,5 mln). Spośród wszystkich Polaków 1,2% (tj. ok. 400 tys.) wskazywało na konieczność otrzymywania pomocy przez 24 godziny na dobę. Wśród dorosłych 726 tys. nie zdoła się samodzielnie wykąpać, 363 tys. samodzielnie ubrać, 227 tys. nie może bez pomocy innych skorzystać z ubikacji. Wszystkie te wyliczenia i szacunki pokazują, jak wielka jest już teraz grupa osób niesamodzielnych, które potrzebują szczególnie intensywnego wsparcia i ochrony praw. Komisja Europejska ocenia, że wśród osób po 65 roku życia 5% jest całkowicie zależnych od opieki długoterminowej, a 15% – częściowo. Wśród osób w wieku 75 lat i więcej wyższego poziomu opieki wymaga 10% osób, zaś częściowej – 25%.⁷⁶

Co więcej, autorzy przedstawiają ten raport w momencie, gdy pierwsze roczniki powojennego wyżu demograficznego wchodzi w wiek emerytalny, zapoczątkowując

⁷⁶ Quality in social public services, 2001. Patrz też: I. Kotowska, I. Wóycicka.

dynamiczny wzrost zapotrzebowania na opiekę długoterminową. Równolegle rosnąć będzie liczba osób po osiemdziesiątym roku życia. Przypomnijmy, że o ile do 2035 r. grono osób, które przekroczyły 65 rok, wzrośnie o 63%, o tyle osób w wieku 80+ przybędzie aż o 126%. Zsumowanie tych dwóch procesów spowoduje, że krzywa wzrostu potrzeb opiekuńczych przybierze około 2020 roku kształt „geriatrycznego tsunami”. Jeśli wziąć pod uwagę fakt, że 80-latkowie i starsi stanowią około 80% osób niesamodzielnych wymagających pomocy, to łatwo zrozumieć, dlaczego już teraz musimy myśleć o rozwoju usług opieki długoterminowej⁷⁷ – tym bardziej, że w Polsce w nadchodzących dekadach tempo starzenia się społeczeństwa polskiego należeć będzie do najwyższych w Europie. Istnieje kilka projekcji określających wpływ wydłużania się czasu życia na zapotrzebowanie na usługi w opiece długoterminowej. Choć możliwe są również scenariusze pozytywne (wydłużeniu życia towarzyszyć może poprawa kondycji psychofizycznej), to jednak musimy spodziewać się, że w Polsce najprawdopodobniej nastąpi wzrost potrzeb w dziedzinie opieki nad niesamodzielnymi. Przedstawione w naszej Zielonej Księdze dane na temat sytuacji zdrowotnej Polaków nie pozwalają na nadmierny optymizm. Nie można wykluczyć, że wprawdzie żyć będziemy dłużej, ale niekoniecznie w lepszym stanie zdrowia i sprawności.

Stan zdrowia ludności Polski – na ogół gorszy niż w większości krajów UE – tworzy dodatkowe przesłanki przynaglaające do budowy spójnego systemu zabezpieczenia potrzeb osób niesamodzielnych. Wskazują na to: bardzo wysoki odsetek osób niepełnosprawnych, (i) duża liczba przewlekle chorych (co trzeci Polak deklaruje trwałe problemy zdrowotne, a w grupie osób powyżej 70. roku życia – aż 84%),(ii) blisko 6-procentowy udział dzieci upośledzonych wśród nowonarodzonych. Dodatkowo, grupę oczekujących usług opieki długoterminowej powiększają: trwale niepełnosprawni wskutek wypadków (zwłaszcza komunikacyjnych); duża liczba osób po wylewach i udarach mózgu, chorych na chorobę Alzheimera i trwale uzależnionych.

2. Sytuacja osób niesamodzielnych

Jaka jest obecnie sytuacja osób niesamodzielnych w Polsce? Przeważająca część (83%) otrzymuje wsparcie głównie ze strony rodziny.⁷⁸ Nie oznacza to, że żyją razem z bliskimi. Już 24% gospodarstw domowych stanowią gospodarstwa jednoosobowe, a do roku 2030 osób gospodarujących samotnie będzie jeszcze o 15% więcej. Dziś starsi żyjący samotnie to ponad

⁷⁷ Polska 2030. Wyzwania rozwojowe, Kancelaria Prezesa Rady Ministrów 2009, Zespół Doradców Strategicznych Prezesa Rady Ministrów, Red. Naukowa Michał Boni.

⁷⁸ J. Kotowska, Wóycicka, Sprawowanie opieki oraz inne uwarunkowania podnoszenia aktywności zawodowej osób w starszym wieku produkcyjnym, Raport z badań, Departament Analiz Ekonomicznych i Prognoz MPIPS, Warszawa 2008, str. 170.

2 mln osób. Rodziny coraz częściej nie mogą sprostać potrzebom opiekuńczym.⁷⁹ W przyszłości rosnąć będzie zapotrzebowanie na inne formy pomocy niż krewniacza.

Wprawdzie emeryci nie stanowią poważnej grupy klientów pomocy społecznej, ale jednak sytuacja materialna większości z nich jest trudna. Średni rozporządzalny dochód emeryta w 2008 r. był zaledwie o 173 zł wyższy od minimum socjalnego. Zatem w sytuacji, gdy uzyskanie wsparcia rodziny jest niemożliwe, przy wysokich kosztach leczenia niewiele pozostaje na sfinansowanie kosztów niezbędnej pomocy opiekuńczej. Przyjmując, że koszt roboczogodziny usług opiekuńczo-pielęgniacyjnych wynosi 12 zł (średnio wynosił on tyle w Ośrodkach Pomocy Społecznej w 2008 r.), za 2 godziny pomocy dziennie trzeba zapłacić ok. 720 zł każdego miesiąca, a przy 6 godzinach to już 2.160 zł. Większość emerytów nie jest w stanie przeznaczyć na opiekę takich kwot. Stąd wynika niedorozwój komercyjnych usług opiekuńczo-pielęgniacyjnych w Polsce i rozległy „czarny rynek”.

Na wsparcie samorządów w formie środowiskowych usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych w 2008 r. liczyć mogło jedynie 92.470 osób. Zaznaczmy, że były to usługi w znacznej części odpłatne. Narodowy Fundusz Zdrowia w 2008 r. objął środowiskowymi świadczeniami z opieki długoterminowej oraz w ramach POZ 27 288 osób, natomiast w stacjonarnych placówkach opieki długoterminowej (ZOL i ZPO) przebywało w 2007 r. 61,6 tys. osób, a w domach pomocy społecznej – 96,7 tys. Jeśli uwzględnimy, że z dziennych form wsparcia (gminnych, powiatowych i ponadlokalnych) skorzystało około 95 tys. osób, to z publicznych instytucjonalnych form wsparcia łącznie korzystało ponad 253 tys. osób niesamodzielnych. Oznacza to, że stacjonarną i półstacjonarną opieką objętych jest dwukrotnie więcej osób, aniżeli usługami opiekuńczymi w domu! To z całą pewnością bardzo wadliwa struktura. W większości krajów UE liczba osób otrzymujących wsparcie w postaci usług środowiskowych jest kilkakrotnie wyższa od objętych opieką stacjonarną i półstacjonarną. Widać, że rodziny ponoszące ciężar opieki nad osobami niesamodzielnymi nie mogą się spodziewać istotnego wsparcia. W takiej sytuacji, jeżeli opieka krewniacza jest niemożliwa lub niewystarczająca, można obawiać się o zabezpieczenie nawet minimum potrzeb opiekuńczych osób niesamodzielnych. Ograniczenie dostępności domów pomocy społecznej (przez zmianę zasad finansowania w 2004 r.) nie spowodowało zamierzonego i istotnego wzrostu środowiskowych świadczeń opiekuńczych oferowanych przez samorzady. Mimo wysokich – i wciąż rosnących – kosztów pobytu, kolejka do tych placówek powoli się odbudowuje, natomiast liczba oferowanych miejsc spada.⁸⁰ Wydłuża się również czas oczekiwania na pobyt w ZOL i ZPO. W tej sytuacji nie dziwi ogromna liczba chętnych

⁷⁹ Op. Cit. str. 172.

⁸⁰ Preferowanie domowej opieki długoterminowej nie zawsze jest jednak racjonalne. Przy dużym poziomie zależności koszt opieki domowej jest wyższy od kosztów opieki instytucjonalnej. Patrz Ł. Jurek, Sektory opieki długoterminowej – analiza kosztów.

do objęcia pielęgniarstwą opieką długoterminową – jedyną nową ofertą NFZ w tej dziedzinie od wielu lat. Jednakże, ze względu na koszty, usiłuje się ograniczyć dostęp do tego rodzaju usług (np. mieszkańcom domów pomocy społecznej).⁸¹

Optymalnym byłoby, aby osoby niesamodzielne mogły kupować potrzebne im usługi na wolnym rynku. Niestety, przy tak niskich dochodach tych osób i jednocześnie wysokich kosztach większości usług, w przewidywalnej przyszłości nie jest i nie będzie to możliwe.⁸² Wobec tego konieczne staje się wsparcie w finansowaniu usług w opiece długoterminowej. Dzisiejszy poziom tej pomocy jest niewystarczający. Dodatek i zasiłek pielęgnacyjny (odpowiednio 181 i 153 zł na osobę miesięcznie) wystarczają na zakup zaledwie 10–12 godzin opieki w miesiącu, a więc nawet nie pół godziny dziennie! Zasiłek stały (maksymalnie 444 zł) lub świadczenie pielęgnacyjne (520 zł) również nie zapewniają akceptowalnego – odpowiedniego do potrzeb – poziomu wsparcia.

Przytoczone wyżej – i przywoływane w całej Zielonej Księdze – dane dowodzą, że potrzeby osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji nie są zaspokajane ani w odpowiednim stopniu, ani w odpowiednim rodzaju i na odpowiednim poziomie – przynajmniej w odniesieniu do wielu oferowanych usług. Świadczenia finansowe są stanowczo zbyt niskie, gdy zestawić je z możliwościami własnymi klientów oraz cenami usług i zakresem niezbędnych potrzeb. Dostępność środowiskowych (domowych) usług opiekuńczych jest bardzo ograniczona, a asortyment świadczeń rzeczowych od bardzo dawna nie uległ wzbogaceniu. Wielu rodzajów usług nie oferuje się wcale lub oferowane są w bardzo ograniczonym zakresie (opieka okresowa, wytchnieniowa, kąpiele w domach, catering, monitoring bezpieczeństwa itd.). Wszystkie te mankamenty przede wszystkim są wynikiem nieefektywnego spożytkowania środków przeznaczanych na opiekę długoterminową w obu systemach (pomocy społecznej i ochrony zdrowia), rozproszenia nakładów oraz znacznego niedofinansowania najbardziej poszukiwanych i pożądaných rodzajów usług. Niemal połowę wydatków na opiekę długoterminową stanowią dodatki pielęgnacyjne, trafiające (w momencie przyznawania) do zaledwie 15% potrzebujących (dla pozostałych to „premia” z racji wieku). Kolejną trudną okolicznością jest niski poziom potencjału opiekuńczego, który w nadchodzących latach będzie jeszcze bardziej spadał. Kurczą się zasoby opieki krewniczej, a możliwości sektora pozarządowego (zwłaszcza seniorskich organizacji samopomocowych) są niewielkie. W takim stanie polskie systemy wsparcia dla osób niesamodzielnych przystępują do zadania objęcia skuteczną pomocą rosnącej każdego roku

⁸¹ Już od 5 maja 2009, NFZ odmawia kontraktowania środowiskowej opieki długoterminowej z braku środków w połowie województw. W 2010 roku zakontraktowano jedynie niewielką część usług w stosunku do złożonych ofert.

⁸² O kondycji emerytów i rencistów zobacz też wyliczenia MPIPS z 2005r. Dane za: Polityka dochodowa, rodzinna i społeczna w zwalczaniu ubóstwa i wykluczenia społecznego IPISS, Warszawa 2009.

liczby potrzebujących opieki długoterminowej. Bez gruntownych i systemowych zmian sproszanie temu wyzwaniu nie będzie możliwe.

Przed przedstawieniem rekomendacji musimy zaprezentować całościowy zbiór wniosków wynikających z analizy wszystkich aspektów opieki długoterminowej w Polsce. Następnie zaproponujemy kryteria oceny możliwych scenariuszy zmian, co ułatwi w miarę zobiektywizowaną ocenę poszczególnych opcji. Na koniec przedstawimy rekomendacje przyszłego modelu opieki długoterminowej wraz ze spodziewanymi skutkami (konsekwencjami) zmian.

3. Wnioski

Opieka długoterminowa w Polsce w wielu aspektach nie funkcjonuje właściwie.

1. Rozbicie i nieprecyzyjny podział zobowiązań do świadczeń w opiece długoterminowej jest jednym z najistotniejszych mankamentów. Rozdzielenie świadczeń i usług – a tym samym odpowiedzialności – na różne, w zasadzie niewspółpracujące ze sobą resorty i instytucje (Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, i samorządy różnych szczebli), to jeden z podstawowych powodów nieefektywności.
2. Kwestie opieki długoterminowej reguluje obecnie 18 ustaw i kilkadziesiąt rozporządzeń. Czyni to system nieprzejrzystym i trudno dostępnym dla potrzebujących oraz ich rodzin.
3. Obecnie w Polsce nie sposób precyzyjnie ustalić dokładnie, jaki jest realny poziom finansowania OD. W zależności od przyjętych definicji i zakresów świadczeń, różne opracowania określają wysokość nakładów na 0,1 PKB do 0,5 PKB. Wszystkie szacunki pokazują, że jest to jeden z najniższych poziomów finansowania w UE i krajach OECD⁸³. Przy naszym najszerszym ujęciu nakłady te oscylują wokół 10 mld, to jest około 0,7 % PKB – głównie z powodu ujęcia w wydatkach wypłacanego przez ZUS dodatku pielęgnacyjnego, co stanowi ponad 50% nakładów. Zawarte w raporcie ekspertów Banku Światowego szacunki określają wydatki na OD nawet na 1,2% (co jest bliskie średniej europejskiej tylko dlatego, że wliczono tu także dodatek „emerycki” zwany pielęgnacyjnym oraz opiekę hospicyjną).
4. Analiza finansowania OD w Polsce prowadzi do następujących wniosków:

⁸³ Z badań przeprowadzonych przez OECD w 19 krajach, w tym w Polsce, wynika, że wydatki na opiekę długoterminową wahają się w przedziale 0,2-3,3% PKB. Polska z 0,38 PKB wydatków publicznych ma ten wskaźnik na jednym z niższych poziomów. OECD – Projecting LTC Expenditures, 2006. Porównaj też Ł. Jurek, Sektor opieki długoterminowej – analiza kosztów.

a) obecne nakłady na OD w Polsce są niewystarczające. O niedofinansowaniu tym świadczą między innymi:

- zgłaszane coraz częściej zaniedbania pielęgnacyjne, sygnalizowane także przez media oraz Rzecznika Praw Obywatelskich i Rzecznika Praw Dziecka;⁸⁴
- ogrom potrzeb inwestycyjnych (w DPS, ZOL i ZPO, brak funduszy na dostosowywanie mieszkań, budowę ośrodków wsparcia dziennego, tworzenie ośrodków opieki okresowej (wytnieniowej) i budowę mieszkań typu chronionego)⁸⁵;
- zbyt mała ilość usług środowiskowych i ich zaniżane ceny, które nie zapewniają przyzwoitego poziomu świadczeń (krajowy konsultant ds. OD ocenia, że minimalna cena roboczogodziny powinna wynosić 15 zł, podczas gdy średnia w OPS to 12 zł, a są gminy, które płacą po 4-5 zł za godzinę usług – dane z 2007 r.);
- badania, z których wynika, że brak środków finansowych jest barierą w dostępie do usług dla 26 % badanych zgłaszających potrzeby opiekuńcze;⁸⁶
- niedofinansowanie kosztów pobytu w ZOL, ZPO i na oddziałach dla przewlekle chorych;⁸⁷
- z powodu braku środków NFZ ogranicza kontraktowanie środowiskowej opieki, długoterminowej, zwłaszcza dla mieszkańców DPS;
- ucieczka w szarą strefę dla obniżenia kosztów, niedorozwój rynku usług;

b) świadczenia finansowe są niewłaściwie adresowane, np. wśród 75-latków tylko co szósta osoba otrzymująca dodatki pielęgnacyjne jest niesamodzielna; potrzebującym oferowane są droższe usługi medyczne zamiast tańszych – opiekuńczych;

c) z braku jednolitego rynku dochodzi do tzw. „przepychania” kosztów przez:

- rodzinę, która przenosi ciężar finansowania opieki długoterminowej na gminę (np. lokując bliskiego w ZOL lub DPS, mimo że posiada wystarczający majątek i uzyskiwane są przyzwoite dochody) i ochronę zdrowia, odmawiając przyjęcia chorego po leczeniu szpitalnym (tzw. socjalne i wakacyjne pobyty osób starszych w szpitalach).

⁸⁴ Stan przestrzegania praw osób starszych w Polsce. Analiza i rekomendacje działań. Biuletyn RPO Nr 65/2008 oraz sprawozdanie z działalności Rzecznika Praw Obywatelskich za rok 2008.

⁸⁵ A. Koziarkiewicz i K. Szczerbińska, Opieka długoterminowa w Polsce: ocena stanu obecnego oraz rozwiązania na przyszłość, Kraków 2007.

⁸⁶ I. Kotowska, I. Wóycicka, Sprawowanie opieki oraz inne uwarunkowania podnoszenia aktywności zawodowej osób w starszym wieku produkcyjnym, Raport z badań, Departament Analiz Ekonomicznych i Prognoz MPIPS, Warszawa 2008, str. 163, 164.

⁸⁷ Opłaty mieszkańców za pobyt w tych placówkach (70% renty lub emerytury) oraz środki z kontraktu NFZ nie pokrywały w 2007 i 2008r. całości kosztów. W Ministerstwie Zdrowia trwają prace nad zmianą zasad odpłatności.

- gminy i powiaty, które usiłują przenieść finansowanie OD na państwo (np. kierując do droższego ZOL zamiast do DPS, gdzie musiałyby partycypować w kosztach);
- powiaty, które starają się zrzucić na państwo część kosztów (np. koszty standaryzacji DPS)⁸⁸;
- państwo, które próbuje przenieść koszty na: rodziny i gminy, gdy zmieniono zasady finansowania DPS⁸⁹; (i) gminy, gdy sądy kierują do placówek na mocy wyroku; (ii) powiaty, gdy z mocy ustawy nie wliczono do kosztu pobytu remontów i inwestycji; (iii) mieszkańców placówek przez niezmienną zasad finansowania osób przyjętych do DPS na tzw. starych zasadach;
- ochrona zdrowia obarcza kosztami opieki długoterminowej: pomoc społeczną (np. finansowaniem opieki pielęgniarskiej w DPS) i gminy (gdy wypisuje się ze szpitali „donikąd”);

d) świadczenia pieniężne są nieadekwatne w stosunku do potrzeb opiekuńczych i kosztów usług opieki długoterminowej;

e) poziom partycypacji klienta i rodziny w kosztach usług o zbliżonym charakterze jest odmienny (ZOL, ZPO – DPS).

5. Organizacja OD w Polsce jest wadliwa, gdyż:

a) systemy ochrony zdrowia i pomocy społecznej działają w tej dziedzinie rozłącznie, nie ma koordynacji niezbędnej dla ciągłości i kompleksowości usług (medycznych, rehabilitacyjnych i opiekuńczych);

b) oferty nakładają się na siebie (np. specjalistyczne usługi opiekuńcze gmin i środowiskowej opieki długoterminowej finansowanej przez NFZ);

c) nie ma równej konkurencji (np. zróżnicowane standardy i zasady odpłatności ZOL, ZPO i DPS – inne są standardy dla publicznych domów pomocy, a inne dla tych funkcjonujących w ramach działalności gospodarczej);

d) systemy kwalifikowania, kierowania, wymogi jakości i kontroli są różne.

6. Brakuje jednolitego, rozwiniętego rynku usług w OD. Świadczą o tym poniższe fakty:

⁸⁸ Prawdopodobnie również wyznaczony ustawą termin zakończenia standaryzacji nie zostanie dotrzymany. Budżet państwa w następnych latach będzie przeznaczal środki na standaryzację domów pomocy społecznej.

⁸⁹ W 2004r. wprowadzono dodatkowo obowiązek odpłatności rodziny zobowiązanej do alimentacji, gdy przekroczony zostanie określony w ustawie pułap dochodów oraz do wysokości pełnego kosztu utrzymania, jeśli opłata uiszczona przez uczestnika jest niewystarczająca.

- nie ma finansowych i fiskalnych stymulatorów rozwoju rynku tych usług;
- za małe jest zróżnicowanie form opieki, zwłaszcza półstacjonarnej, wytchnieniowej (okresowej), mieszkań chronionych;
- niedostateczna jest oferta usług wsparcia rodziny w wykonywaniu funkcji opiekuńczych (zbyt mała ilość wypożyczalni sprzętu, słaba dostępność specjalistycznego cateringu, usług mycia i kąpieli w domu);
- niski udział organizacji pozarządowych w wykonywaniu usług, słaba oferta samorządów dla tych organizacji, śladowa liczba seniorskich organizacji samopomocowych, niska podaż wolontariatu;
- na dużą skalę rozwija się czarny rynek usług opiekuńczych (przez co seniorzy lub ich rodziny unikają znacznej części kosztów pracy) – według badań zamieszczonych w Polityce Społecznej nr 10/2009 w szarej strefie świadczonych jest blisko 16% usług opiekuńczych dla rodzin.

7. Niejednolite jest orzecznictwo i uprawnienia wynikające z orzeczeń o niesamodzielności:

- istnieje kilka systemów orzekania, niekiedy dochodzi do kolizji między orzeczeniami;
- nakładające się uprawnienia, np. do zasiłku pielęgnacyjnego z tytułu niepełnosprawności i dodatku pielęgnacyjnego z tytułu wieku z ZUS;
- nie został wyodrębniony jednolity katalog świadczeń;
- brak jest standardów dla wielu usług (głównie opieki środowiskowej) lub standardy są rozbieżne (inne dla ZOL, DPS publicznych i DPS prywatnych).

Tak liczne mankamenty działań w zakresie publicznego wsparcia osób niesamodzielnych w Polsce upoważniają do sformułowania jednego wniosku:

Wniosek generalny.

Obecny stan opieki długoterminowej jest niezadowolający z powodu rozproszenia działań, braku koordynacji, niedofinansowania, nieefektywności wydawania środków publicznych, wadliwego systemu kwalifikacji, rozproszenia świadczeń, ubogiej oferty usług, braku stymulatorów rozwoju rynku. Bez radykalnych zmian działania mające zapewnić opiekę długoterminową szybko rosnącej liczbie osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji okażą się już wkrótce nieadekwatne do potrzeb i nieskuteczne – mimo coraz większych nakładów.

4. Kryteria oceny koniecznych zmian (matryca)

Uświadomiwszy sobie dokładnie wady dotychczasowych działań w opiece długoterminowej, Grupa Robocza określiła katalog warunków, jakie powinny zostać spełnione przez nowy, dobrze funkcjonujący system – uznaliśmy bowiem, że będzie to pomocne narzędzie weryfikacji propozycji zgłaszanych przez członków Grupy oraz różne środowiska.

Co zatem bezwzględnie należy uczynić, aby stworzyć efektywny system opieki długoterminowej w Polsce?

1. Ujednolicić zasady orzekania o niesamodzielnosci i kwalifikowanie do świadczeń, wiążąc je ze stopniem niesamodzielnosci.
2. Skonsolidować dotychczasowe wydatki na opiekę długoterminową.
3. Zwiększyć poziom finansowania i zapewnić mechanizm utrzymania tego poziomu.
4. Zapewnić osobom niesamodzielnym realną pomoc w finansowaniu usług, która pozwoli pokryć znaczącą część kosztów.
5. Wykluczyć efekt „przepychania” kosztów. Potrzebna jest jedna podstawowa „kieszka” zamiast wielu źródeł finansowania.
6. Upodmiotowić klienta w OD (środkami na usługę powinni dysponować zainteresowani).
7. Zapewnić jednolite standardy usług.
8. Precyzyjnie określić medyczne i opiekuńcze działania w opiece długoterminowej oraz zapewnić ich koordynację.
9. Stworzyć warunki do rozwoju rynku usług w OD.
10. Stworzyć zachęty dla pracy organizacji pozarządowych w sektorze usług OD oraz zachęty do angażowania wolontariatu.
11. Przestrzegać zasady pomocniczości, czyli jak najdłużej wspierać osobę niesamodzielną i jej rodzinę poprzez usługi domowe, dopiero w dalszej kolejności otaczać opieką półstacjonarną, a tylko w niezbędnych przypadkach oferować pobyt w placówce opieki całodobowej.⁹⁰
12. Budowanie systemu pomocy osobom niesamodzielnym, który będzie spełniał powyższe warunki, musi zyskać akceptację polityczną i społeczną.

5. Scenariusze zmian

Grupa Robocza rozpatrzyła sześć różnych wariantów rozwoju sytuacji w dziedzinie wsparcia osób niesamodzielnym w Polsce, uwzględniając doświadczenia innych krajów.

Opcja 1. **Nie zostaną dokonane żadne istotne zmiany w warunkach i zasadach funkcjonowania opieki długoterminowej w Polsce.**

⁹⁰ Preferencja dla opieki krewniaczej jest silnie uwarunkowana kulturowo. Op. Cit. I. Kotowska, I. Wóycicka str. 219.

Rzecz jasna, w świetle wcześniej zaprezentowanych wniosków rozwiązanie takie ma wszystkie wady obecnego „systemu” i nie spełnia żadnego z kryteriów matrycy, jednakże warto zatrzymać się nad takim scenariuszem, jako że z powodu braku aprobaty politycznej, oporu wpływowych środowisk i nieuzyskania zgody społecznej może niestety dojść do jego spełnienia. Nasza prognoza skutków takiego zaniechania ma charakter ostrzegawczy. Uważamy, że bez reformy w obszarze ochrony zdrowia i pomocy społecznej systemy te nie będą w stanie sprostać presji na podniesienie wysokości świadczeń finansowych i złagodzenie warunków finansowania pobytu w placówkach opiekuńczych. Samorządy będą miały coraz większe trudności, by udźwignąć ciężar dofinansowywania pobytu w domach pomocy społecznej oraz usług opiekuńczych w domu klienta. Nie nastąpi rozwój usług, tempo wzrostu ilości placówek opieki półstacjonarnej i stacjonarnej będzie niewielkie (może nawet nastąpić regres w przypadku oddziałów dla przewlekle chorych, ZOL i ZPO i opieki paliatywnej). Wskutek takiej sytuacji narastać będzie rozdziew pomiędzy rosnącym zapotrzebowaniem na opiekę długoterminową a możliwościami jej zaspokojenia. Wydłużać się będą kolejki oczekujących na pobyt w placówkach.

Jednocześnie w najbliższych już latach szybko powiększać się będzie grupa osób uprawnionych do dodatku pielęgnacyjnego z tytułu wieku, a stosunkowo liberalny system orzekania o niepełnosprawności zwiększy znacząco także tę część uprawnionych. Źle zaadresowane nakłady będą więc rosnać – bez widocznych efektów. Nie nastąpiłaby koordynacja usług świadczonych w ramach pomocy społecznej i ochrony zdrowia, a także działań prowadzonych przez gminy i powiaty. W dalszym ciągu utrzymywać się będzie presja, by wzrosły koszty usług w opiece długoterminowej (m.in. z powodu wzrostu przeciętnej płacy). Z braku odpowiedniego poziomu finansowania najpierw nastąpi duża fluktuacja kadr w placówkach, a następnie jej ubytek. Mnożyć się będą przypadki pozostawiania osób niesamodzielnych bez opieki rodziny i gminy, przybywać będzie „pobytów socjalnych” w szpitalach i ZOL oraz ZPO. Realizacja programu aktywizacji zawodowej seniorów (50+) napotka na poważne trudności z powodu koniecznego zaangażowania w opiekę nad bliskimi osób w wieku okołoemerytalnym.⁹¹ Opieka długoterminowa stanie się poważnym problemem etycznym, społecznym i politycznym (np. rozgorzeć może dyskusja o możliwości eutanazji).

Opcja 2. W każdym z systemów podejmuje się częściowe zmiany.

Nacisk społeczny może spowodować chęć wdrożenia częściowych zmian w systemie ochrony zdrowia lub pomocy społecznej. Resorty przedstawiły takie propozycje także w tym raporcie. W związku z tym, że każdy z tych systemów będzie samodzielnie przygotowywał i

⁹¹ Porównaj z: Dezaktywacja osób w wieku około emerytalnym. Raport z badań MPiPS, 2008, str. 67.

realizował własne koncepcje, należy liczyć się z pogłębieniem braku koordynacji. Wciąż będzie brakowało jednolitych standardów opieki. Podniesienie wysokości świadczeń finansowych lub dostępności do usług w jednym z podsystemów spowoduje napływ klientów z drugiego – nie zawsze racjonalnie uzasadniony. Nie będzie jednolitego rynku usług i działań racjonalizujących system. Logika działań reaktywnych w poszczególnych resortach odwlecze przyjęcie spójnych koncepcji systemowych. Trwać będzie proceder przerzucania kosztów, stąd cząstkowe działania nie przyniosą pożądanych rezultatów. Istnieje też wątpliwość co do wydolności NFZ lub budżetu państwa w kwestii sfinansowania takich cząstkowych działań. Przy tak dużej i szybko rosnącej liczbie osób niesamodzielnych nawet niewielkie zmiany niosłyby za sobą poważne skutki dla finansów publicznych i powiększałyby udział wydatków stałych o kolejne miliardy złotych. Z tych powodów zaproponowane przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej zmiany uznać trzeba za niezadowalające i nieprzełamujące zasadniczych barier w dostępie do usług w opiece długoterminowej. Dodajmy, że w dalszym ciągu zamiast rozkwitu inicjatyw społecznych i biznesowych konserwowalibyśmy etatystyczny i publiczny model świadczenia usług (przynajmniej w pomocy społecznej). Objęcie przez NFZ większej liczby osób niesamodzielnych świadczeniami opieki długoterminowej – jeśli miałyby to oznaczać przewagę opieki pielęgniarstwa nad usługami opiekuńczymi – również wydaje się bezcelowe. Usługi medyczne są na ogół znacznie droższe od świadczonych w ramach pomocy społecznej. Spowodowałyby to również napięcia kadrowe (np. przechodzenie pielęgniarek i opiekunów do systemu oferującego lepsze zarobki). Mamy zbyt mało pielęgniarek, aby mogły obsłużyć całe – potencjalnie bardzo duże – zapotrzebowanie na te usługi opiekuńcze.

Ocena

Próby cząstkowych, odrębnych, resortowych zmian w zakresie organizacji i finansowania opieki długoterminowej nie mogą przynieść znaczącej poprawy. Będą one obciążone brakiem koordynacji oraz wysokimi i nie zawsze racjonalnymi kosztami, a także nie usuną efektu przenoszenia tych kosztów i przepływu klientów.

Opcja 3. Zmiana systemu w oparciu o ubezpieczenie zdrowotne.

Sfinansowanie wydatków na OD przez NFZ – z ubezpieczenia zdrowotnego – wydaje się trudne ze względu na zbyt małe środki w Funduszu. Przykład Holandii, która wprowadziła taki model, pokazuje że OD stanowi bardzo duży procent wydatków zdrowotnych (42%), konieczne byłoby zatem stopniowe i znaczące podnoszenie składki –nawet do około 15% w 2020 r. tylko z tytułu nowych zadań z OD. Istnieje też niebezpieczeństwo, że podobnie jak to ma miejsce obecnie, droższe usługi medyczne (pielęgnacyjne) zastępowatyby tańsze usługi opiekuńcze (pielęgnacji podstawowej, niemedycejskiej). Już dziś socjalne pobyty w szpitalach

na oddziałach opieki paliatywnej i dla przewlekle chorych stanowią poważny problem dla budżetów NFZ – podobnie jak nacisk, by przyjmować ich do ZOL lub ZPO. Ponadto, wzrosłoby znacznie zapotrzebowanie na kadrę pielęgniarską, której będzie zbyt mało. System OD w dalszym ciągu pozostałby zdeintegrowany, chyba że ubezpieczenie zdrowotne wchłonęłoby znaczącą część systemu pomocy społecznej, co jednak nie wydaje się racjonalne – także z ekonomicznego punktu widzenia. Oczywiście, możliwe i konieczne jest współdziałanie NFZ z innym podstawowym źródłem finansowania i zarządzania OD, jednakże jedynie dla pokrycia kosztów leczenia, rehabilitacji i pielęgnacji zabiegowej.

Ocena

Grupa Robocza uważa przebudowę systemu opieki długoterminowej przez NFZ oraz przejęcie całości jej finansowania przez ubezpieczenie zdrowotne za nieracjonalne, nawet jeśli wprowadzono by jednolite świadczenie i uporządkowano orzecznictwo.

Opcja 4. **Wprowadzenie dobrowolnego ubezpieczenia od ryzyka niesamodzielności jako podstawowego rozwiązania problemu dostępności i jakości usług w OD.**

Prywatne, dobrowolne ubezpieczenia od ryzyka niesamodzielności raczej nie rozwiną się w Polsce na skalę, która pozwoliłaby finansować OD dla przeważającej grupy niesamodzielnych. Polacy, zwłaszcza starsi – według badań zleconych przez KE – nie są skłonni do ubezpieczania się (tylko 13% oszczędza na starość, a 45% nie ma takiego zamiaru). Podobne dane zawierają publikowane corocznie Diagnozy Społeczne. Zmniejszenie się liczby osób oszczędzających na Indywidualnych Kontach Emerytalnych potwierdza to przekonanie. Nie można też abstrahować od obecnej i przyszłej wielkości świadczeń emerytalno-rentowych i płac w Polsce. Duża część dorosłych Polaków żyje w warunkach ubóstwa lub jest nieznacznie powyżej tej granicy. W następnych dekadach poziom ubóstwa wśród rencistów i emerytów może się powiększyć.⁹²

Ocena

Nie jest możliwe, aby w przewidywalnej przyszłości system prywatnych ubezpieczeń zagwarantował wszystkim osobom niesamodzielnym (lub nawet ich znaczącemu procentowi) dostęp do OD. **Powinno się jednak wprowadzić możliwość dobrowolnych, dodatkowych ubezpieczeń opiekuńczych, które stanowiłyby uzupełnienie podstawowego finansowania OD. Dobrowolne ubezpieczenia mogłyby gwarantować pokrycie usług ponadstandardowych.**

⁹² Op. Cit. str. 117

Opcja 5. **Dokonyje się przebudowy systemu w oparciu o finansowanie budżetowe.**

Finansowanie budżetowe, jakkolwiek możliwe (najprościej przez system pomocy społecznej), wymagałoby nawet podwojenia nakładów budżetowych na OD do 2020, a w następnych dekadach wzrost musiałby być jeszcze szybszy.⁹³ Wobec ogromu wyzwań modernizacyjnych, dużego ciężaru zadłużenia krajowego i poziomu wydatków sztywnych, ten rodzaj finansowania wydaje się na dłuższą metę mało realny i nie może być rozwiązaniem docelowym. Nie stwarzałby też mechanizmu gwarantującego odpowiedni poziom finansowania w kolejnych latach budżetowych, o ile nie powstałby kolejny fundusz celowy – to zaś jest sprzeczne z aktualną polityką w zakresie przejrzystości finansów publicznych. Wprowadzenie specjalnej opłaty czy podatku wydaje się też politycznie trudne do przeprowadzenia. Spychanie (w części lub w całości) obowiązku finansowania na samorządy i rodziny jest niemożliwe, ponieważ byłoby to dla nich nie do udźwignięcia. Już dziś samorządy finansują OD w nikłym stopniu, a w najbliższych latach napięcia w budżetach jednostek samorządu terytorialnego będą rosły z powodu wzrastającego poziomu zadłużenia oraz konieczności znalezienia środków na wkład własny na sfinansowanie ważnych projektów infrastrukturalnych realizowanych z funduszy unijnych. Emeryci i renciści nie będą w stanie pokryć całości lub znaczącej części kosztów drożących usług opiekuńczych z własnych środków, gdyż stopień zastąpienia emeryturą wynagrodzenia będzie w najbliższych kilkunastu latach jeszcze niższy od obecnego. Przypomnijmy, że dzisiaj tylko 7 % mieszkańców domów pomocy – pomimo że większość z nich płaci aż 70% swojej renty lub emerytury – pokrywa całość kosztów pobytu. Ustanowienie kryterium dochodowego i/lub majątkowego mogłoby wykluczyć z pomocy nawet osoby średniozamożne. Zmiana struktury demograficznej rodzin (wzrost liczby rodzin jednoosobowych do 1/3 w 2030 r. oraz wzrost liczby rodzin z małą liczbą dzieci) nie pozwoli młodszym pokoleniom sfinansować tą drogą usług opiekuńczych dla zwiększonej ilości seniorów w rodzinie.

Ocena

Model finansowania budżetowego może być brany pod uwagę jako jedna z opcji tylko w początkowej fazie modernizacji systemu. Warunkiem jest uporządkowanie orzecznictwa, ustanowienie jednego świadczenia w zależności od stopnia niesamodzielności (i/ lub dochodowości) oraz pełna standaryzacja usług – a więc całkowita przebudowa obecnego systemu pomocy społecznej w odniesieniu do tej kategorii podopiecznych. **W dłuższej perspektywie (po 2020 r.) byłby to system bardzo obciążający finanse publiczne. Trzeba jednak mieć świadomość, że docelowe wprowadzenie innej (niż budżetowa) organizacji i finansowania OD nie zwolni całkowicie sektora finansów publicznych z pokrywania części**

⁹³ A. Kozierkiewicz, K. Szczerbińska, Opieka długoterminowa w Polsce: Ocena stanu obecnego oraz rozwiązania na przyszłość, Kraków 2007r. str. 8. Oraz OECD. Projecting LTC, Expenditures, 2006r.

kosztów usług (np. dla osób i rodzin niezamożnych), finansowania składek za niektóre z grup ubezpieczonych itd.

Opcja 6. Wprowadzenie powszechnego, obowiązkowego ubezpieczenia od ryzyka niesamodzielności.

Obowiązkowe ubezpieczenie opiekuńcze (od ryzyka niesamodzielności) nie powodowałoby skokowego wzrostu wydatków budżetu państwa na pokrycie szybko rosnących kosztów opieki długoterminowej. Głównym źródłem finansowania byłaby składka opłacana przez wszystkich zatrudnionych, a także prowadzących rolniczą i pozarolniczą działalność gospodarczą. Po wcześniejszym skonsolidowaniu dotychczasowych wydatków na OD i przekazaniu tych środków do ubezpieczenia opiekuńczego składka byłaby niska, system miałby zatem (w zakresie finansowania) charakter budżetowo-ubezpieczeniowy – nie powinno się bowiem przerzucać ciężaru OD wyłącznie na ubezpieczonych.

Wprowadzenie do orzecznictwa jasno zdefiniowanych stopni niesamodzielności i przypisanie im rodzaju i wysokości świadczeń pozwoliłoby na zintegrowanie dotychczasowych systemów i tworzyło jednolity rynek usług opiekuńczych. Oczywiście, trzeba zapewnić szczelność orzecznictwa, aby nie spowodować lawinowego wzrostu potrzeb. Właściwie adresowane świadczenia zapewniałyby podążanie funduszy do klienta, dając mu i jego rodzinie wybór i – poprzez konieczne preferencje – podtrzymując zdolność do opieki nieformalnej, najczęściej krewniaczej. NFZ zostałaby odciążone od finansowania pielęgnacji podstawowej (higienicznej), ograniczając się do zabiegowej. Samorządy w ramach systemu pomocy społecznej finansowałyby OD tylko wówczas, gdyby fundusze z ubezpieczenia opiekuńczego okazały się niewystarczające i rodziny nie było stać na te, niewielkie już, dopłaty. Jest to scenariusz najlepiej pasujący do przyjętej przez GR matrycy zmian. Jego wprowadzenie powinno być poprzedzone przebudową systemu wsparcia osób niesamodzielnych w obrębie pomocy społecznej – tak jak w opcji 5.

Ocena

Powszechne i obowiązkowe społeczne ubezpieczenie opiekuńcze uzyskało rekomendację Grupy Roboczej jako rozwiązanie najbardziej optymalne, konieczne zwłaszcza po 2020 r.

II. Rekomendacje zmian w finansowaniu i organizacji opieki długoterminowej w Polsce

Usunięcie wskazanych wcześniej mankamentów w opiece nad osobami niesamodzielnymi oraz dobre przygotowanie się do nadchodzących wyzwań w tym zakresie wymaga

całkowitej przebudowy dzisiejszych zasad kwalifikowania do pomocy, przyznawania świadczeń i funkcjonowania świadczeniodawców w opiece długoterminowej. Dziedzina ta musi zostać wyodrębniona jako samodzielna w systemie zabezpieczenia potrzeb osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji. Przebudowa (integracja) dotychczasowych systemów wsparcia powinna być dokonywana w zgodzie z zasadami określonymi w zaprezentowanej matrycy.

Grupa Robocza proponuje, aby proces zmian przebiegał w dwóch etapach. Odpowiadałoby to tempu wzrastania zapotrzebowania na opiekę długoterminową w Polsce oraz potrzebie stopniowego budowania nowych instytucji, rynku usług oraz wzbogacania oferty.

1. Etap I, lata 2011/12 – 2020. Przygotowanie i wdrożenie zmian w oparciu o ustawę o pomocy osobom niesamodzielnym

Począwszy od 2010 r., za sprawą wchodzącego w wiek emerytalny wyżu demograficznego, zapotrzebowanie na opiekę długoterminową – szczególnie nad niesamodzielnymi osobami starszymi – znacznie systematycznie rosnąć. Wzrost ten w latach 2010 - 2020 będzie miał charakter liniowy i można będzie mu sprostać w oparciu o finansowanie budżetowe, pod warunkiem przeprowadzenia niezbędnej reformy. W tym celu Grupa Robocza proponuje przyjęcie i wdrożenie ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym.

a) Główne założenia ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym

Celem tej nowej ustawy będzie zabezpieczenie podstawowych potrzeb opiekuńczych osób niesamodzielnych i wsparcie ich opiekunów prawnych. Ustawa określi zasady kwalifikowania osób do opieki nad osobami niesamodzielnymi oraz sposób jej organizacji, finansowania i świadczenia usług. W szczególności:

- zdefiniuje niesamodzielną jako odrębną przesłankę udzielenia wsparcia, wprowadzi niezbędną gradację stopnia niesamodzielnności warunkującą uzyskanie odpowiedniego poziomu świadczeń;
- skonsoliduje dotychczasowe środki wydawane na opiekę długoterminową – zwłaszcza w pomocy społecznej (w tym niektórych świadczeń rodzinnych) oraz w systemach emerytalnych. W miarę ich „uwalniania” można będzie corocznie zwiększać nakłady na pomoc osobom niesamodzielnym. Obciążenia budżetu z tego tytułu nie będą znacząco rosły;
- zapewni oparty o ścisłe kryteria, rygorystyczny system orzekania o stopniu niesamodzielnności i należnych świadczeniach;

- określi katalog świadczeń w opiece nad osobami niesamodzielnymi docelowo zróżnicowanych jedynie ze względu na stopień niesamodzielnosci;
- przez zastosowanie czeku jako promesy płatności za zrealizowane świadczenia zapewni podmiotowość klientów opieki długoterminowej (niesamodzielnym lub ich opiekunów prawnych), (i) wprowadzi mechanizmy rynkowe w wyborze świadczeniodawców, (ii) umożliwi realną kontrolę wydatków;
- zobowiąże do określenia minimalnych standardów dla poszczególnych rodzajów usług opieki nad osobami niesamodzielnymi oraz zasad kontroli jakości usług;
- określi wymagania wobec świadczeniodawców, zasady ich rejestracji i kontraktowania usług w systemie opieki nad osobami niesamodzielnymi.

Wprowadzenie ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym wymagać będzie zmiany bardzo wielu innych ustaw, które dziś regulują częściowo kwestie świadczeń dla osób wymagających opieki. Dotyczy to zwłaszcza: ustawy o pomocy społecznej, ustawy o emeryturach i rentach z funduszu ubezpieczeń społecznych oraz ustawy o świadczeniach rodzinnych.

Organizacja systemu świadczeń i usług dla osób niesamodzielnym

Organizacja opieki nad osobami niesamodzielnymi oparta byłaby o model sieciowy, to znaczy przede wszystkim wykorzystywałaby instytucje już istniejące, bez kosztownego budowania odrębnych struktur.

System opieki nad osobami niesamodzielnymi tworzyliby:

- w zakresie orzekania – lekarze orzecznicy o odpowiednich uprawnieniach do orzekania o stopniu niepełnosprawności, pracujący dla ZUS, KRUS, komisji orzekających mundurowych systemów emerytalnych oraz powiatowych zespołów ds. orzekania o niepełnosprawności. Instancjami odwoławczymi byłyby instytucje (organa) właściwe dla instytucji orzekającej w pierwszej instancji.
- zespoły interdyscyplinarne powoływane przez starostę w celu określania „koszyka” (pakietu) niezbędnych usług dla konkretnych osób z orzeczonym stopniem niesamodzielnosci oraz zapewnienia koordynacji niezbędnych świadczeń medycznych i opiekuńczych. W skład zespołu powinni wchodzić: pielęgniarka opieki długoterminowej lub środowiskowej, pracownik socjalny OPS, przedstawiciel PCPR.
- starostowie i PCPR byłyby odpowiedzialne za powoływanie i zapewnienie warunków pracy zespołów interdyscyplinarnych, gminy natomiast za przeprowadzenie wywiadów

środowiskowych koniecznych do orzekania, rejestrację umów ze świadczeniodawcami podpisywanych przez osoby niesamodzielne lub ich opiekunów, za wydawanie czeków na zakup usług, podpisywanie umów ze świadczeniodawcami w przypadku braku opiekuna prawnego, podpisywanie kontraktów z rodziną, gdy wyraża ona wolę opieki, oraz kontrolę wykonania umowy i rozliczanie wydatków;

- powiatowe centra pomocy rodzinie, które prowadziłyby szkolenia opiekunów nieformalnych i zapewniały uczestnictwo przedstawiciela w zespole interdyscyplinarnym;
- wojewodowie byłiby odpowiedzialni za rejestrację świadczeniodawców, kontrolę przestrzegania standardów usług oraz przekazywanie czeków i środków do OPS na realizację opieki i do PCPR na szkolenie opiekunów nieformalnych;
- świadczeniodawcy realizujący usługi w określonym standardzie – na podstawie umowy podpisanej z niesamodzielnymi lub ich opiekunami lub z OPS;
- członkowie rodzin lub/i opiekunowie prawni podpisujący kontrakty z OPS na osobiste sprawowanie opieki według określonego w ustawie standardu i zakresu.

Zasady finansowania usług opiekuńczych dla osób niesamodzielnych

Środki na świadczenia w opiece nad osobami niesamodzielnymi pochodziłyby ze zagregowania dotychczasowych wydatków budżetowych realizowanych w systemie pomocy społecznej (w tym w ramach świadczeń rodzinnych) oraz przez systemy emerytalne (ZUS, KRUS, mundurowe systemy emerytalne). W szczególności wymagałoby to:

- zmiany zasad przyznawania dodatków pielęgnacyjnych w systemach emerytalnych. Zamiast dotychczasowego, waloryzowanego corocznie niewielkiego (181 zł/m-c) dodatku pielęgnacyjnego wypłacanego obligatoryjnie każdej osobie po ukończeniu 75 roku życia (niezależnie od stanu jej sprawności) osoby dorosłe (głównie starsze) o orzeczonym stopniu niesamodzielości uzyskiwałyby prawo do znacznie wyższych świadczeń – w formie czeku, z pomocą którego można będzie finansować usługi opiekuńcze, lub wsparcia wysiłków opiekuńczych rodziny. Osoby otrzymujące dziś dodatki pielęgnacyjne zachowywałyby do nich prawo. Traciłyby je jedynie w momencie rozpoczęcia pobierania świadczenia opieki długoterminowej (czyli tak jak dotychczas);
- zmiany w systemie świadczeń rodzinnych oraz zasad przyznawania innych świadczeń w pomocy społecznej adresowanych dziś do dorosłych osób niesamodzielnych (niepełnosprawnych, niezdolnych do samodzielnej egzystencji).

Środki budżetowe przeznaczone dotychczas na różnego rodzaju świadczenia dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji byłyby zapisywane w budżecie państwa jako przeznaczone na odrębne zadanie: „opieka osobami niesamodzielnymi” i przekazywane do wojewodów na realizację czeków wydawanych przez OPS w celu opłacania świadczeń, refundację kosztów opieki domowej oraz szkoleń opiekunów nieformalnych przeprowadzanych przez PCPR.

Realizacja wypłat dla świadczeniodawców lub zwrot nakładów następowatyby po potwierdzeniu realizacji usługi zgodnie z umową (kontraktem).

Kwalifikowanie do świadczeń

Na starcie reformy uprawnionymi do świadczeń byłyby dorosłe osoby niesamodzielne, które w wyniku utraty niezależności fizycznej, psychicznej lub umysłowej wymagałyby niezbędnej opieki i pomocy w codziennych czynnościach życiowych przez okres powyżej 6 miesięcy. Okres ten liczony byłby od dnia wystąpienia niesamodzielnosci. Wynika to przede wszystkim z chęci zapewnienia leczenia i rehabilitacji oraz opieki rodziny w pierwszym okresie.

Ustawa określać będzie trzy stopnie niesamodzielnosci:

- pierwszego stopnia, gdy niezbędna jest pomoc przy pielęgnacji ciała, odżywianiu i mobilności codziennie przez całą dobę, w tym w nocy, a ponadto kilka razy w tygodniu potrzebna jest pomoc w zaopatrzeniu gospodarstwa domowego;
- drugiego stopnia, gdy potrzebna jest pomoc przy pielęgnacji ciała, odżywianiu i mobilności przynajmniej trzy razy dziennie o różnych porach, a ponadto kilka razy w tygodniu pomoc w zaopatrzeniu gospodarstwa domowego;
- trzeciego stopnia, gdy potrzebna jest pomoc przy pielęgnacji ciała, odżywianiu i mobilności przynajmniej raz dziennie w dwóch rodzajach czynności, a ponadto kilka razy w tygodniu pomoc w zaopatrzeniu gospodarstwa domowego.

Kryteria kwalifikowania do świadczeń zostaną określone w rozporządzeniu. Muszą być bardzo precyzyjne i oparte o możliwie zobjektywizowane mierniki, tak by nowy system nie wywołał sztucznego popytu na usługi w opiece długoterminowej. Konieczne jest wprowadzenie rozwiązań zapobiegających próbom nieuzasadnionego przenoszenia osób do wyższej kategorii niesamodzielnosci.

Postępowanie o orzeczenie stopnia niesamodzielnosci oraz przyznanie świadczeń opieki długoterminowej wszczynać się będzie na wniosek: zainteresowanego, jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego (OPS, szpital, lekarz rodzinny).

Następnie, na podstawie w/w wniosku, orzeczenia o stanie zdrowia, wywiadu środowiskowego oraz innych dokumentów określonych w rozporządzeniu lekarz orzecznik w terminie 14 dni wydawać będzie orzeczenie określające stopień niesamodzielności ubiegającego się o przyznanie świadczenia opieki długoterminowej. Od decyzji tej przysługiwać będzie odwołanie. Na podstawie orzeczenia lekarza orzecznika zespół interdyscyplinarny przy PCPR ustali rodzaj i liczbę świadczeń (koszyk koniecznych świadczeń).

Decyzja zespołu interdyscyplinarnego stanowić będzie podstawę do wydania przez OPS czeku lub podpisania kontraktu OPS z opiekunami nieformalnymi (rodziną). Kontrakt będzie zobowiązywał opiekunów nieformalnych do odbycia szkolenia. Umowa i kontrakt będą zobowiązywać do świadczenia usług wsparcia o odpowiedniej jakości (standardzie).

Osoba, której przyznano świadczenia opieki z powodu orzeczonej niesamodzielności, w okresie korzystania z tych świadczeń traci prawo do zasiłku lub dodatku pielęgnacyjnego.

Oczywiście, w zależności od wysokości środków w systemie, można by uzależniać wypłatę świadczenia lub/i jego wysokość od sytuacji materialnej (początkowo kryterium dochodowe, a w dalszych latach także majątkowe). Rozwiązanie to byłoby więc bardzo elastyczne. Przez zmianę wartości system czeków łatwo regulowałby poziom dofinansowania usług przy poszczególnych stopniach niesamodzielności – w miarę stopniowego przekierowywania środków na pomoc niesamodzielnym. Wartość czeków mogłaby być corocznie określana w rozporządzeniu MPiPS. W ten sposób zostałyby zapewniona względna pewność zbilansowania systemu.

Świadczenia

Ustawa określi katalog świadczeń w opiece nad niesamodzielnymi, które przysługiwać będzie osobie niesamodzielnej o określonym stopniu niesamodzielności. O spektrum koniecznych świadczeń decydować będzie orzekający zespół interdyscyplinarny, a o wyborze konkretnego świadczenia i świadczeniodawcy zdecyduje osoba niesamodzielna, jej opiekun prawny lub OPS.

Świadczenia dla opiekunów nieformalnych, będących najczęściej członkami rodziny, byłyby preferowane przed usługami zewnętrznymi. Pokrywane byłyby koszty składek na ubezpieczenie emerytalno-rentowe i chorobowe, możliwe byłyby też refundowanie udokumentowanych kosztów opieki poniesionych przez opiekuna nieformalnego (dojazdy, zakup środków do pielęgnacji, wypożyczenie sprzętu niezbędnego do opieki itp.). OPS pokrywałby koszty opieki okresowej lub tzw. wytchnieniowej (w związku z potrzebą leczenia opiekuna lub jego urlopu), czyli opłaty za czas pobytu osoby niesamodzielnej w ośrodku.

Łączna wysokość świadczeń przekazywanych opiekującej się rodzinie nie mogłaby być jednak wyższa niż wartość czeku „przypisanego” do danego stopnia niesamodzielności.

Dodatkowo, w ramach opieki nad osobami niesamodzielnymi, pokrywane byłyby koszty szkolenia członków rodziny i wolontariuszy, którzy (w kontrakcie z OPS) zobowiązywaliby się do świadczenia usług przez określony czas. W przypadku wolontariuszy kierowanych do osoby niesamodzielnej (po odpowiednim przeszkoleniu) przez charytatywne organizacje pozarządowe, możliwe byłoby pokrywanie kosztów opieki, na przykład: dojazdu wolontariusza, odzieży ochronnej, materiałów do pielęgnacji higienicznej, ubezpieczenia.

Katalog świadczeń opiekuńczych dla osób niesamodzielnych zawierać będzie świadczenia rzeczowe, takie jak: opieka domowa, pobyt w ośrodku dziennego pobytu, pobyt w ośrodku pobytu okresowego, stały pobyt w placówce całodobowej opieki długoterminowej. Z kolei wśród świadczeń opieki domowej znajdują się świadczenia opiekuńczo-pielęgnacyjne polegające na codziennej pomocy w niezbędnych, regularnie powtarzanych czynnościach higieny osobistej, odżywiania i mobilności oraz w zakresie prowadzenia gospodarstwa domowego i funkcjonowania w społeczeństwie.

Ustawa zawierać będzie upoważnienie dla ministrów właściwych ds. zdrowia i zabezpieczenia społecznego do określenia w drodze rozporządzenia szczegółowego wykazu czynności z zakresu świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych oraz minimalnego czasu wykonywania tych czynności (standardy) w opiece nad osobami niesamodzielnymi.

Na realizację przyznanych świadczeń osobie uprawnionej do świadczeń z zakresu opieki nad osobami niesamodzielnymi lub jego opiekunowi prawnemu wydawany byłby czek o wartości zależnej od stopnia niesamodzielności. Uprawniony w ramach „koszyka” (pakietu) przyznanych usług określonego przez zespół interdyscyplinarny sam wybierałby rodzaj świadczenia oraz świadczeniodawcę, z którym zawierałby umowę i któremu płaciłby czekiem wydanym przez OPS i tam możliwym do realizacji przez świadczeniodawcę. Refundacja kosztów opieki sprawowanej przez opiekunów nieformalnych następowałaby po okazaniu rachunków.

Świadczeniodawcy

Świadczeń udzielałoby świadczeniodawcy profesjonalni oraz nieprofesjonalni. Świadczeniodawcami profesjonalnymi byłyby osoby prawne i jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej, a także osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą, do których działalności – po spełnieniu odpowiednich warunków (standardów) – należałoby świadczenie usług na rzecz osób niesamodzielnych. Świadczeniodawcami

nieprofesjonalnymi byłiby natomiast członkowie rodziny osoby niesamodzielnej, którzy sprawują funkcję opiekuna w stosunku do tej osoby, lub wolontariusze.

Wymagania dla świadczeniodawców określone zostaną w ustawie. Świadczeniodawca profesjonalny, udzielający świadczeń stacjonarnych lub półstacjonarnych poza miejscem zamieszkania osoby niesamodzielnej, powinien oferować odpowiednie warunki pobytu (bez barier), posiadać odpowiednią ilość wykwalifikowanej kadry, spełniać wymogi higieniczne oraz zapewniać odpowiednie bezpieczeństwo.

Świadczeniodawcy nieprofesjonalni byłiby zobowiązani ukończyć szkolenie obejmujące m.in. zasady pielęgnowania osób niesamodzielnych, udzielanie pierwszej pomocy osobom niesamodzielnym, metody aktywizacji osób niesamodzielnych oraz znajomość praw osób niesamodzielnych.

Postępowanie w sprawie zawierania umów ze świadczeniodawcami

Umowa ramowa na udzielenie świadczeń opieki długoterminowej będzie zawierana pomiędzy wojewodą a świadczeniodawcą profesjonalnym i będzie dawała uprawnienie do udzielania przez nich świadczeń w określonym standardzie na terenie województwa. Ustawa określi warunki składania ofert na udzielanie świadczeń z zakresu opieki nad osobami niesamodzielnymi oraz konieczne elementy umowy ramowej. Ustawa określi w szczególności: formę, rodzaj i ilość świadczeń opieki nad osobami niesamodzielnymi, których udzielenia może podjąć się świadczeniodawca, warunki udzielania poszczególnych rodzajów świadczeń, obowiązki w zakresie informowania wojewody o okolicznościach uzasadniających rozwiązanie umowy ramowej lub jej zmiany oraz prawo wojewody lub osób przez niego upoważnionych do dokonywania kontroli. Świadczenie będzie realizowane, o ile osoby z orzeczoną niesamodzielnnością, ich opiekunowie prawni lub inni uprawnieni zgłoszą u świadczeniodawcy chęć skorzystania z jego usług i podpiszą umowy na realizację świadczeń. Do umów tych nie byłyby stosowane przepisy ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku – Prawo zamówień publicznych. Kopie umów na realizację świadczeń byłyby wysyłane do wiadomości OPS, wojewody oraz lekarza rodzinnego i pielęgniarce środowiskowej osoby objętej świadczeniem.

Kontrakty na realizację usług domowych w opiece nieformalnej podpisywane byłyby przez gminę (OPS), a kopia przekazywana do PCPR (aby umożliwić zrealizowanie szkolenia) i wojewody w celu przekazania środków.

Kontrola wykonania umów

Pracownicy socjalni ośrodków pomocy społecznej dokonywaliby – w oparciu o arkusze oceny jakości świadczeń – bieżących, okresowych kontroli jakości realizacji świadczeń przez świadczeniodawców. Praca ta wykonywana byłaby bez rekompensaty dla gmin – w zamian za przejęcie znacznej części finansowania opieki długoterminowej przez budżet państwa, co odciąży gminy z kosztów dużej części usług opiekuńczych obecnie świadczonych przez nie w ramach zadań własnych lub zleconych. Kontrola dokonywana byłaby także w razie skargi na świadczeniodawcę lub opiekuna nieformalnego. Kontroli finansowej z zakresu gospodarki funduszami w OPS oraz przestrzegania standardów przez świadczeniodawców dokonywałby natomiast wojewoda w ramach realizacji swoich zadań. Ramy kontroli określone byłyby w rozporządzeniu MPiPS, po zasięgnięciu opinii i z uwzględnieniem propozycji niezależnego Instytutu Standaryzacji, Oceny jakości i Cen Usług.

Zadaniem Instytutu Standaryzacji, Oceny Jakości i Cen Usług będzie:

- monitorować skuteczność działania orzecznictwa o niesamodzielnosci;
- monitorować stopień zaspokojenia potrzeb na usługi opiekuńcze dla osób niesamodzielnych oraz przygotowywać roczne i wieloletnie prognozy w tym zakresie;
- monitorować ceny usług opiekuńczych dla osób niesamodzielnych oraz określać ich minimalny i maksymalny pułap finansowany w ramach publicznej opieki długoterminowej;
- przygotowywać dla MP i PS propozycje standardów usług opiekuńczych dla osób niesamodzielnych;
- przygotowywać standardy kontroli jakości usług wykonywanych przez świadczeniodawców usług opiekuńczych dla osób niesamodzielnych;
- przygotowywać programy szkoleń z zakresu opieki nad osobami niesamodzielnymi dla opiekunów formalnych i nieformalnych.

Instytut powołany byłby z mocy ustawy przez MPiPS. Minister właściwy ds. zabezpieczenia społecznego powoływałby na pięcioletnią kadencję Radę Instytutu. W jej skład wchodziłoby:

- przedstawiciele organizacji świadczeniodawców;
- przedstawiciel Rady ds. Osób Niesamodzielnych przy Ministrze Zdrowia;
- przedstawiciele MP i PS oraz MZ;
- przedstawiciel NRP i P;
- przedstawiciele organizacji pracowników socjalnych;
- przedstawiciel PT Geriatrycznego;
- przedstawiciele federacji skupiających organizacje seniorskie.

Rada wybierałaby ze swego grona przewodniczącego. Określałaby ona strategię działania i plan pracy Instytutu, powoływałaby Prezesa i Zarząd Instytutu oraz kontrolowała jego działania. Zarząd byłby odpowiedzialny za wykonywanie zadań ustawowych Instytutu.

b) Ocena skutków wprowadzenia ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym

Na tym etapie prac nad ustawą nie jest jeszcze możliwe precyzyjne określenie wszystkich skutków wprowadzenia ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym, przedstawiamy jednak – w zarysie – dające się już teraz przewidzieć konsekwencje wprowadzenia tej regulacji.

Skutki systemowe i społeczne

Ustawa scali w jednolity system dotychczas odrębnie świadczone usługi i przyznawane świadczenia finansowe w zakresie opieki długoterminowej. Pozwoli to na skoordynowanie działań opiekuńczych kierowanych do osób niesamodzielnych jako pomoc. Zostanie precyzyjnie określona grupa uprawnionych do świadczeń – w zależności od stopnia niesamodzielnosci. Wymagać to będzie zmian w wielu ustawach z zakresu ochrony zdrowia, pomocy społecznej i wsparcia niepełnosprawnych. Rozpocznie się konieczny proces tworzenia konkurencyjnego rynku usług w opiece długoterminowej, podniesie się zatem jakość i dostępność świadczeń. Pojawią się realne stymulatory zwiększające zaangażowanie opiekuńcze rodzin oraz organizacji charytatywnych.

Znacząco i trwale podniesie się poziom bezpieczeństwa socjalnego osób niesamodzielnych. Precyzyjnie określone zostaną zadania ochrony zdrowia i pomocy społecznej w opiece nad osobami niesamodzielnymi. Nastąpi racjonalizacja wykorzystania kadr w tej dziedzinie. Z roku na rok przybywać będzie firm świadczących usługi (docelowo powstanie ich kilkanaście tysięcy) oraz nowych miejsc pracy (nawet do około 200–250 tys. po około 10 latach, gdy zostaną zrealizowane oba etapy reformy).⁹⁴ Rozwinięty rynek usług opieki długoterminowej oraz doświadczona i dobrze wykształcona kadra mogłyby uczynić tę dziedzinę bardzo atrakcyjnym rynkiem dla innych krajów UE, zwłaszcza dla Niemiec.

Dzięki ustawie o pomocy osobom niesamodzielnym powstałby zintegrowany system wsparcia dla szybko powiększającej się grupy osób niesamodzielnych. Zapewniałby on znacznie wyższy poziom opieki, mobilizował rodziny do podejmowania funkcji opiekuńczych, upodmiotowił niesamodzielnych i ich rodziny, uprościł prawo i ustalił katalog usług, wprowadził jednolite standardy oraz pozwalał rozbudowywać konkurencyjny rynek usług z coraz bogatszą ofertą.

⁹⁴ Według informacji nienieckiego Ministerstwa Pracy wprowadzenie ubezpieczenia pielęgnacyjnego wygenerowało ok. 30 0 tys. miejsc pracy.

Skutki finansowe

- dla budżetu państwa:

Ustawa będzie korzystna dla budżetu państwa pod warunkiem, że liczba świadczeń, a tym samym nakłady na świadczenia i ich wysokość, zostaną precyzyjnie zbilansowane. Dotychczasowe wydatki na dodatki pielęgnacyjne przyznawane osobom niesamodzielnym (niezdolnym do samodzielnej egzystencji) będą corocznie przekazywane na opiekę nad osobami niesamodzielnymi – w miarę uwalniania ZUS, KRUS i innych systemów emerytalnych od wypłacania dodatku pielęgnacyjnego. Pozostaje do decyzji, czy kwota ta po wprowadzeniu nowych rozwiązań będzie zwiększana z uwzględnieniem liczby osób po 75. roku życia (tak, jakby obowiązywały dotychczasowe zasady) lub była waloryzowana jakimś wskaźnikiem (co w stosunku do dzisiejszych nakładów byłoby neutralne). Oczywiście, w dalszym ciągu wypłacane byłyby dodatki pielęgnacyjne przyznane przed momentem wejścia w życie ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym. Sytuacja finansowa państwa oraz wola polityczna decydować będą o możliwości dodatkowego zasilenia opieki nad osobami niesamodzielnymi z budżetu.

Ta część środków, która przekazywana jest do gmin na realizację świadczeń rodzinnych z zakresu wsparcia i opieki nad dorosłymi osobami niesamodzielnymi, byłaby przeznaczona na realizację świadczeń opieki nad tymi osobami. Oczywiście, pozostaje do rozważenia kwestia, czy niektóre ze świadczeń nie zostałyby zachowane, jednakże z tego tytułu budżet państwa nie doznałby żadnego uszczerbku.

Środki przekazywane ustawowo i corocznie na finansowanie pobytu w domach pomocy społecznej dla osób skierowanych tam na starych zasadach byłyby także przeznaczane na opiekę nad osobami niesamodzielnymi, jako że DPS-y stałyby się świadczeniodawcami, a ich mieszkańcy – świadczeniobiorcami w rozumieniu ustawy.

Proponujemy, aby fundusze z budżetu przekazywane gminom na specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób dorosłych przeznaczone były na realizację usług w ramach wsparcia osób niesamodzielnymi.

Należałoby rozważyć, jaka część środków kierowanych obecnie do samorządów na zasiłki stałe i świadczenia rodzinne dla osób dorosłych (i czy w ogóle) byłaby przekazywana na opiekę nad niesamodzielnymi.

To, w jakim stopniu udałoby się zagregować wszystkie dotychczasowe wydatki przeznaczone na różne świadczenia dla niesamodzielnymi, warunkuje zasady i zakres usług i świadczeń finansowych. Zbilansowanie dostępnych środków z kosztami świadczeń wymaga szczegółowych analiz ekonomicznych, jednakże zaproponowane rozwiązania zakładają tak

dużą elastyczność oraz możliwość rozłożenia w czasie wprowadzania poszczególnych mechanizmów, że dla każdego z rozstrzygnięć możliwe jest zapewnienie odpowiedniego poziomu finansowania.

Warto też zauważyć, że wprowadzenie ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym przyczyniłoby się do racjonalizacji wydatków publicznych, fundusze kierowane dotychczas na dodatki pielęgnacyjne trafiłyby bowiem jedynie do osób wymagających wsparcia – za to w wysokości pozwalającej na zaspokojenie poważnej części kosztów usług opiekuńczych. Wprowadzenie czeku (bonu, vouchera) i nowego systemu skutecznych kontroli pozwoliłoby na ograniczenie możliwości wykorzystania niezgodnego z przeznaczeniem tej części środków publicznych, która kierowana byłaby na opiekę nad niesamodzielnymi.

Podstawowymi korzyściami dla

- **budżetu państwa byłoby:**

- zwiększenie przychodów z tytułu podatku od wynagrodzeń od nowozatrudnionych w opiece nad osobami niesamodzielnymi, także z dzisiejszej tak zwanej szarej strefy, oraz zwiększenie przychodów podatkowych z CIT i VAT od nowych firm świadczących usługi;

- zmniejszenie wydatków na aktywizację osób w wieku okołoemerytalnym (byłaby to najprawdopodobniej główna grupa przyszłych pracowników nowego sektora usług OD), (i) do NFZ za osoby bezrobotne (często długotrwale), które znajdują legalne zatrudnienie w pomocy niesamodzielnym, (ii) dotacji budżetowej do FUS w związku z dodatkowymi wpływami na FUS od opiekunów nieformalnych i zatrudnionych w sektorze pomocy niesamodzielnym;

- **budżetów samorządów:**

Wprowadzenie ustawy byłoby korzystne dla budżetów samorządów. Środki dotychczas wydawane na usługi opiekuńcze w przeważającej części pozostałyby w dyspozycji samorządów. Znaczące byłoby odciążenie wydatków w związku z bardzo dużym ograniczeniem współfinansowania pobytu mieszkańców gminy w domach pomocy. Zmniejszeniu uległyby wydatki inwestycyjne i remontowe na domy pomocy i inne ośrodki wsparcia. Ponadto, samorzady zostałyby zasilone przez nowe wpływy z tytułu udziału w podatkach PIT i CIT w związku z rozwojem rynku usług w OD oraz zwiększeniem zatrudnienia. Korzyści te uzasadniałyby wprowadzenie bez rekompensaty obowiązku wykonywania przez ośrodki pomocy społecznej niektórych zadań w opiece osobami niesamodzielnymi (przygotowywanie wywiadów, udział pracowników socjalnych w zespołach

interdyscyplinarnych, dystrybucja czeków, kontrola jakości wykonywanych świadczeń). Kwestie te musiałyby być przedmiotem negocjacji z przedstawicielami samorządów;

- **systemów emerytalnych i NFZ byłoby:**

- zmniejszenie zadań ZUS w zakresie obsługi dodatków pielęgnacyjnych. Ponadto, nowa grupa pracowników oraz osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą zaangażowanych w sprawowanie opieki zasiliłaby konta ZUS i OFE.

- zwiększenie wpływów z racji wygenerowania nowych miejsc pracy. Znacząco zmniejszą się wydatki NFZ na produkty z zakresu OD (pozostaną tylko wydatki na leczenie i pielęgnację zabiegową);

- **osób fizycznych, obywateli:**

Zdecydowanie wzrośnie poziom publicznego finansowania kosztów usług opiekuńczych dla osób niesamodzielnych i tym samym zmaleją obciążenia osób zmuszonych do korzystania z opieki oraz rodzin, które dziś zobowiązane są do pokrywania rosnących kosztów opieki nad bliskimi. Pokrywane byłyby składki na ubezpieczenia społeczne opiekunów rodzinnych, koszty szkoleń, niektóre (udokumentowane) koszty opieki i rehabilitacji oraz koszty opieki okresowej i wytchnieniowej na czas pobytu opiekuna na leczeniu lub urlopie.

Odciążenie od obowiązków opiekuńczych pozwoli dużej grupie osób znaleźć pracę. Wielu bezrobotnych znajdujących się w najtrudniejszej sytuacji na rynku pracy (np. kobiety w wieku 50+) znajdzie zatrudnienie w usługach OD.

Osoby starsze (emeryci, renciści) byłiby największą grupą beneficjentów nowego systemu. Na opiekę nad nimi przeznaczana byłaby większość środków.

Emeryci, którzy otrzymali dodatek pielęgnacyjny na dotychczasowych zasadach, nadal będą go otrzymywać. Emeryci, którzy osiągną wiek 75 lat po wprowadzeniu ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym, w wypadku potrzeby opieki stwierdzonej uzyskanym orzeczeniem o niesamodzielnności mogliby się spodziewać pomocy wielokrotnie wyższej od dzisiejszego dodatku.

Oczywiście, w miarę postępu prac nad ustawą i rozstrzygnięcia niektórych dylematów można będzie sporządzić bardziej konkretny, oparty na wyliczeniach, całościowy rachunek skutków społecznych i finansowych, już teraz jednak można zaryzykować stwierdzenie, że wprowadzenie ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym jest – także pod względem finansowym – wyjściem optymalnym.

Tak liczne pozytywne efekty wymagałyby jedynie nieznacznych dodatkowych nakładów ze strony budżetu państwa. Podstawą finansowania byłyby środki pozyskane w wyniku racjonalizacji wydatków publicznych. Wprowadzenie tych rozwiązań dobrze przygotowałyby opiekę długoterminową do kolejnego etapu zmian, jakim powinno być wprowadzenie ubezpieczenia opiekuńczego i przeobrażenie systemu budżetowego w budżetowo-ubezpieczeniowy.

2. Etap II, po 2020 r. – wprowadzenie ubezpieczenia opiekuńczego. Wstępne założenia

Po roku 2020 coraz szybciej wzrastać będzie liczba emerytów, ale – co jest nawet bardziej istotne – roczniki powojennego wyżu demograficznego wchodzić będą w wiek późnej starości. Oba te czynniki z roku na rok coraz dynamiczniej zwiększać będą zapotrzebowanie na opiekę długoterminową. Nakłady na tę dziedzinę musiałyby gwałtownie wzrastać. Same środki publiczne, nawet najracjonalniej wydawane, już nie wystarczą. Potrzebne będzie znacznie większe zaangażowanie środków prywatnych. Wcześniejsza analiza przyszłych możliwości finansowych emerytów wskazuje, że większości z nich nie będzie stać na opłacenie różnicy pomiędzy rosnącymi kosztami usług i środkami publicznymi przeznaczanymi na opiekę nad osobami niesamodzielnymi. Z tego względu proponujemy – oparty o zasadę solidarności społecznej – model budżetowo-ubezpieczeniowego finansowania tej opieki długoterminowej. Wprowadzenie go wymagałoby dalszej transformacji systemu. Ramy tej zmiany określi ustawa o ubezpieczeniu opiekuńczym.

Celem ustawy ma być zabezpieczenie podstawowych potrzeb osób niesamodzielnych w Polsce poprzez wprowadzenie powszechnego, obowiązkowego ubezpieczenia od ryzyka niesamodzielności (opiekuńczego). Stworzony zostanie nowy filar zabezpieczenia społecznego – ubezpieczenie opiekuńcze.

Ustawa określi zasady kwalifikowania osób do opieki nad osobami niesamodzielnymi oraz zasady organizacji, finansowania i świadczenia usług w ramach społecznego ubezpieczenia opiekuńczego, biorąc pod uwagę doświadczenia wyniesione z I etapu zmian.

Ubezpieczenie powinno być oparte o następujące zasady:

- solidarności społecznej;
- samofinansowania;
- prawa ubezpieczonego do wyboru świadczeniodawcy;
- prawa ubezpieczonego do wyboru formy świadczeń;
- pomocniczości, tzn. prymatu wsparcia opieki domowej nad pozostałymi formami świadczeń, a także prymatu organizacji pozarządowych w świadczeniu usług;
- równego traktowania.

Ubezpieczeni

Obowiązkowi ubezpieczenia opiekuńczego podlegać będą osoby objęte obowiązkiem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.) oraz osoby objęte dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym.

Składka

Wysokość składki zostanie wyliczona przez aktuarium, będzie jednak w silnym stopniu zależna od możliwości zagregowania i przekazywania do funduszu ubezpieczenia pielęgnacyjnego środków dotychczas wydawanych na opiekę nad osobami niesamodzielnymi. Ponadto, w zależności od konsensusu społecznego i politycznego, środki zgromadzone na kontach funduszu ubezpieczenia opiekuńczego pokrywać będą większą część kosztów wsparcia osób niesamodzielnymi. Nie jest możliwe, aby fundusze ubezpieczenia opiekuńczego (składka + dotacja z budżetu) pokryły wszystkie koszty opieki. W drogiej opiece stacjonarnej utrzymana zostanie formuła dopłat klienta, jego rodziny i gminy do wysokości pełnego kosztu utrzymania, jednakże ubezpieczenie pokryje przeważającą część kosztu pobytu – dopłaty mieszkańców będą zatem niższe, a dopłata rodziny i gminy występować będzie rzadziej i w zdecydowanie mniejszych wysokościach.

Do ustalania wymiaru składki na ubezpieczenie pielęgnacyjne, jej obliczania i pobierania stosować się będzie odpowiednio przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Dodatkowo, składka byłaby opłacana przez rolników podlegających ubezpieczeniu społecznemu rolników. Płaciliby oni składkę ryczałtowo lub wskaźnikowo – w zależności od wielkości gospodarstwa. Sposób opłacania składki zostanie rozstrzygnięty w ustawie (za pośrednictwem KRUS czy bezpośrednio do funduszu).

Środki gromadzone ze składek i przekazywane z budżetu na społeczne ubezpieczenie opiekuńcze staną się środkami publicznymi i stanowiąc będą przychód utworzonego Funduszu Ubezpieczenia Opiekuńczego (zwanego dalej FOU lub Funduszem).

Kwalifikowanie do świadczeń

Będzie się ono odbywać według zasad określonych we wcześniejszym etapie reformy systemu, na podstawie ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym. Po kilku latach jej funkcjonowania możliwe będzie dokonanie korekt w systemie orzekania o stopniu niesamodzielnności. Być może do tego momentu zakończona zostanie także przewidywana reforma orzecznictwa o niepełnosprawności i niezdolności do pracy. Po zebraniu

doświadczeń z pierwszej fazy reform podjęta zostanie decyzja o ilości stopni niesamodzielności i o przyporządkowanych im świadczeniach. Weryfikacji poddane zostanie także funkcjonowanie zespołów interdyscyplinarnych określających zakres pomocy i odpowiedzialnych za jej koordynację. Po otrzymaniu stosownej dokumentacji przedstawiciel FUIO przyznawać będzie świadczenia (lub odmówi ich przyznania) w drodze decyzji, od której przysługiwać będzie odwołanie do okręgowego sądu pracy i ubezpieczeń społecznych w terminie 30 dni. Osoba, której przyznano świadczenia z ubezpieczenia pielęgnacyjnego, na okres korzystania z tych świadczeń tracić będzie prawo do zasiłku lub dodatku pielęgnacyjnego.

Uprawnionymi do świadczeń byłiby ubezpieczeni, którzy w wyniku utraty niezależności fizycznej, psychicznej lub umysłowej wymagałoby niezbędnej opieki i pomocy w codziennych czynnościach życiowych przez okres powyżej 6 miesięcy.

W zależności od wyboru w/w opcji, ubezpieczonymi i uprawnionymi do świadczeń mogliby być pełnoletni opłacający składki na ubezpieczenie opiekuńcze przez minimum 60 miesięcy (5 lat) lub też, dodatkowo, członkowie rodziny nie nabywający praw do ubezpieczenia z innego tytułu. Oczywiście, wybór określonej definicji ubezpieczonego wpływałby na wysokość składki lub wysokość świadczenia.

Świadczenia

Ustawa określi katalog świadczeń z ubezpieczenia opiekuńczego, które przysługiwać będą osobie niesamodzielnej. Będzie on podobny do tego ustalonego wcześniej w ustawie o opiece nad osobami niesamodzielnymi, ale zapewne bogatszy o nowe formy pomocy pojawiające się wraz z rozwojem technologii. Utrzymana zostanie zasada pierwszoplanowego wspierania rodziny w wykonywaniu jej obowiązków opiekuńczych. Przeglądowi poddane zostaną standardy usług z pierwszego etapu budowy systemu opieki wsparcia osób zależnych. W ubezpieczeniu opiekuńczym byłby stosowany czek – przyznawany na realizację świadczeń ubezpieczonemu lub jego opiekunowi prawnemu. Wartość tego czeku zależna byłaby od stopnia niesamodzielności. Ubezpieczony sam wybierałby świadczeniodawcę usług, któremu przekazywałby czek do realizacji w FUIO. Fundusz przejąłby też finansowanie ubezpieczenia społecznego i kwalifikowanych kosztów opieki świadczonej przez opiekunów nieformalnych.

Dodatkowo, z Funduszu pokrywane byłyby koszty szkolenia członków rodziny i wolontariuszy, którzy zobowiązywałiby się do świadczenia usług przez określony czas. W przypadku wolontariuszy (kierowanych przez charytatywne organizacje pozarządowe) możliwe byłoby

na przykład pokrywanie kosztów dojazdu, zakupu materiałów higienicznych, odzieży ochronnej.

Świadczeniodawcy

Warunki uzyskiwania uprawnień, rejestracji i funkcjonowania świadczeniodawców byłyby podobne, jak pod rządami ustawy o opiece nad osobami niesamodzielnymi. Spełnienie tych warunków dawałoby możliwość podpisania umowy z FOU.

Kontrola wykonania umów

Fundusz nie wykonywałby obowiązków kontrolnych bezpośrednio, lecz byłby instytucją odwoławczą wobec kontroli wykonywanych w dalszym ciągu przez pracowników ośrodków pomocy społecznej. Praca ta wykonywana byłaby bez rekompensaty dla gmin, w zamian za przejęcie przez FOU finansowania dużej części usług dotychczas świadczonych przez nie jako zadania własne lub zlecone. Kontroli finansowej i kompleksowej dokonywałby Fundusz w ramach realizacji swoich zadań.

Dla zapewnienia odpowiedniego standardu, kontroli jakości i poziomu finansowania świadczeń Fundusz przejąłby Instytut Standaryzacji, Oceny Jakości i Cen Usług FOU. Zadaniem Instytutu byłoby przygotowywanie propozycji standardów dla resortów upoważnionych do wydania rozporządzenia w tej sprawie, przygotowywanie i wdrażanie zasad oceny jakości świadczeń oraz ustalanie minimalnych i maksymalnych cen poszczególnych rodzajów usług świadczonych w ramach ubezpieczenia (w standardach określonych w rozporządzeniu).

Organizacja i zasady działania Funduszu

Fundusz miałby odrębny zarząd i własną osobowość prawną, działałby jednak w strukturach Narodowego Funduszu Zdrowia i korzystał z jego siedzib, wyposażenia i pracowników – na zasadach określonych w ustawie. Prezes NFZ zobowiązany byłby do współpracy w sprawach związanych z realizacją zadań FOU. Fundusz za prowadzenie spraw związanych z ubezpieczeniem opiekuńczym przekazywałby NFZ określony procent swoich przychodów. NFZ miałby wpływ na kwestie organizacji pracy Funduszu, natomiast nie miałby wpływu na decyzje merytoryczne w sprawach związanych z realizacją samego ubezpieczenia opiekuńczego. Prezes NFZ lub jego przedstawiciel byłby obligatoryjnie członkiem zarządu FOU.

Ocena skutków wprowadzenia społecznego ubezpieczenia opiekuńczego

Na tym etapie prac nad ustawą nie jest jeszcze możliwe precyzyjne określenie wszystkich skutków wprowadzenia ustawy o społecznym ubezpieczeniu opiekuńczym, przedstawiamy

jednak w zarysie dające się już teraz przewidzieć konsekwencje wprowadzenia ubezpieczenia od ryzyka niesamodzielności.

Skutki systemowe i społeczne

Ustawa dokończy proces scalania w jednolity system usług, które dotychczas były świadczone odrębnie, i przyznawania świadczeń finansowych w zakresie opieki długoterminowej. Przeniesienie zarządzania i finansowania opieki długoterminowej do dziedziny ubezpieczeń społecznych zwiększy nakłady – dzięki zaangażowaniu środków prywatnych gromadzonych w FUIO i przeznaczanych na zabezpieczenie rosnących potrzeb opiekuńczych osób niesamodzielnych. Pozwoli to na większe uniezależnienie poziomu finansowania opieki długoterminowej od uwarunkowanych politycznie decyzji dotyczących wysokości nakładów na tę sferę wsparcia. Wzrośnie również czytelność reguł prawnych. Będzie to jednak wymagać dalszych zmian w wielu ustawach z zakresu ochrony zdrowia, pomocy społecznej i wsparcia niepełnosprawnych. Prawne, organizacyjne i finansowe stimulatory rozwoju konkurencyjnego rynku usług w opiece długoterminowej zostaną jeszcze wzmocnione, co w efekcie wzbogaci ofertę usług, podniesie ich jakość oraz dostępność świadczeń. Liczymy na umocnienie poczucia solidarności międzygeneracyjnej oraz zależności pomiędzy konieczną zapobiegliwością a poziomem możliwych świadczeń. Będzie to kolejny etap podnoszenia bezpieczeństwa socjalnego osób niesamodzielnych. Jeszcze dokładniej określone zostaną zadania ochrony zdrowia i pomocy społecznej względem osób niesamodzielnych. Inwestycje w sektorze OD powinny przyspieszyć; wygenerowane zostaną kolejne, cenne (bo osiągalne dla grup defaworyzowanych na rynku pracy) miejsca zatrudnienia. Docelowo ich liczba sięgnie 200 – 250 tys.⁹⁵ Wzrośnie podmiotowość osób niesamodzielnych i ich opiekunów, którzy będą rzeczywistymi dysponentami środków z ubezpieczenia opiekuńczego.

Skutki finansowe

- dla budżetu państwa:

Ustawa odciąży budżet państwa od kolejnych, bardzo dużych nakładów na opiekę długoterminową w momencie przyspieszającego wzrostu zapotrzebowania na usługi opiekuńcze (szczyt nastąpi w połowie lat 20 i 40), nie oznacza to jednak uwolnienia budżetu od wysiłku finansowania opieki długoterminowej. Nowy system miałby charakter budżetowo-ubezpieczeniowy. Środki budżetowe wydawane na OD w formie składki będą corocznie przekazywane do FUIO.

⁹⁵ Według informacji nienieckiego Ministerstwa Pracy wprowadzenie ubezpieczenia pielęgnacyjnego wygenerowało ok. 30 0 tys. miejsc pracy.

Wciąż nieoszacowane pozostają wydatki budżetu związane z opłacaniem składki na FUO za bezrobotnych.

Trzeba podkreślić jeszcze raz, że od tego, czy i w jakim stopniu stworzony zostanie mechanizm przekazywania do FUO środków przeznaczanych z budżetu państwa na realizację zadań z zakresu OD, zależy wysokość składki i/lub świadczeń z nowego ubezpieczenia.

Warto też zauważyć, że wprowadzenie ubezpieczenia opiekuńczego przyczyniłoby się do racjonalizacji wydatków publicznych. Zastosowanie czeku usprawni system skutecznych kontroli i pozwoli na ograniczenie możliwości wykorzystania niezgodnego z przeznaczeniem tej części środków publicznych, która kierowana byłaby do FUO.

Podstawowymi korzyściami dla budżetu państwa byłyby: dalsze zwiększenie przychodów z tytułu podatku od wynagrodzeń od około dwustu tysięcy nowozatrudnionych (i) zwiększenie przychodów podatkowych z CIT i VAT od kilkunastu tysięcy nowych firm świadczących usługi OD w ramach ubezpieczenia (ii) zmniejszenie wydatków na aktywizację osób w wieku okołoemerytalnym (iii) zmniejszenie wpłat do NFZ za osoby bezrobotne (często długotrwale), które znajdą legalne zatrudnienie w opiece długoterminowej (iv) zmniejszenie dotacji budżetowej do FUS w związku z dodatkowymi wpływami na FUS od opiekunów nieformalnych i zatrudnionych w OD;

- dla budżetu samorządów:

Wprowadzenie ustawy o ubezpieczeniu opiekuńczym wzmocniłoby jeszcze korzyści wynikające z pierwszego etapu reformy systemu OD. Samorządy zostałyby zasilone przez kolejne wpływy z tytułu udziału w podatkach PIT i CIT w związku z rozwojem rynku usług w OD oraz zwiększeniem zatrudnienia. Korzyści te uzasadniałyby wprowadzenie bez rekompensaty obowiązku wykonywania przez ośrodki pomocy społecznej niektórych zadań w imieniu Funduszu (przygotowywanie wywiadów, udział pracowników socjalnych w zespołach interdyscyplinarnych, kontrola jakości wykonywanych świadczeń).

Zaznaczyć trzeba, że wprowadzenie ubezpieczenia opiekuńczego nie nakładałoby nowych obowiązków na samorządy – o ile w pełni wdrożony byłby pierwszy etap zmian;

- dla systemów emerytalnych:

ZUS (odpłatnie) byłby poborcą składki na ubezpieczenie opiekuńcze. Dodatkowo, rosnąca grupa pracowników oraz osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą w sektorze OD zasilaby konta ZUS i OFE. Na KRUS – o ile funkcjonowałby on w obecnej formule – nałożony byłby dodatkowy obowiązek przyjmowania i przekazywania składek na ubezpieczenie opiekuńcze od rolników. Obciążenie to nie pociągnęłoby za sobą poważniejszych wydatków;

- dla NFZ:

Powstanie kolejnych dziesiątek tysięcy miejsc pracy zwiększyłoby wpływy do NFZ. Znacząco zmniejszą się wydatki NFZ na produkty z zakresu OD (pozostaną tylko wydatki na leczenie i pielęgnację zabiegową). Za obsługę FOU Narodowy Fundusz Zdrowia otrzymywałby środki z Funduszu;

- dla kondycji przedsiębiorstw:

Otwarte zostałyby pole do dalszego wzrostu aktywności gospodarczej, w tym inwestycyjnej, w sektorze usług opiekuńczych – zarówno prywatnych, jak i publicznych. Jednakże wprowadzenie nowej składki ubezpieczeniowej podniosłoby koszty pracy, a więc obciążenia firm, w niewielki i pośredni sposób. Składkę w całości płaciłby pracownik. Wysokość tej składki – z racji tego, że byłaby niewielka – nie zmieniłaby w istotny sposób poziomu kosztów przedsiębiorstw, trzeba jednak rozważyć, czy w innych segmentach ubezpieczeń nie można by składki obniżyć;

- dla osób fizycznych, obywateli:

Wprowadzenie ubezpieczenia opiekuńczego stanowić będzie trwałe obciążenie płacy pracowników oraz dochodów osób samozatrudnionych i rolników, pozostanie ono jednak na tak niskim poziomie, że w praktyce będzie słabo odczuwalne. Odciążenie od obowiązków opiekuńczych pozwoli dużej grupie osób znaleźć pracę. Osoby starsze (emeryci, renciści) wprowadzie płaciliby składkę, ale zyskiwali znaczne zwiększenie poziomu bezpieczeństwa. Wiele wskazuje na to, że dolegliwość związana z płaceniem nowej składki byłaby niewielka w porównaniu z środkami, jakie otrzymają do swojej dyspozycji te osoby (i ich rodziny), w razie potrzeby opieki.

Na zakończenie

Zielona Księga, choć nie daje jeszcze pełnego obrazu sytuacji w opiece długoterminowej w Polsce, wystarczająco jednak ją diagnozuje. Pozwoliło to na wnioskowanie i przygotowanie matrycy oceny wariantów koniecznych zmian, przeprowadzenie symulacji dla różnych rozwiązań oraz zaproponowanie wyboru optymalnego scenariusza. Teraz przyszedł czas na konfrontację z opinią publiczną, poszczególnymi środowiskami i dyskusję w obrębie ugrupowań politycznych. Mamy nadzieję, że pomogliśmy zrozumieć specyfikę tego segmentu usług socjalnych, przedstawić rzetelnie umotywowane argumenty na rzecz wyłonienia OD jako odrębnej dziedziny (w pierwszym etapie) oraz docelowo jako nowego segmentu ubezpieczeń społecznych- ubezpieczeń opiekuńczych. Staraliśmy się pokazać, że opieka nad szybko rosnącą liczbą osób niesamodzielnych jest nie tylko zobowiązaniem i kosztem, ale także szansą na stworzenie konkurencyjnego rynku usług z legalnie działającymi firmami tworzącymi wysoką ilość nowych miejsc pracy. Chcemy wierzyć, że dyskusja

prować będzie do wzrostu aprobaty dla wprowadzenia nowej i skutecznej formy asekuracji osób niepełnosprawnych. Według badania przedstawionego przez E. Bojnarowską (ISP, pod red. P. Szukalskiego: *To idzie starość. Postawy osób w wieku przedemerytalnym. Raport z badań*) aż 17,1% zapytywanych uważa, że najlepszym rozwiązaniem, które poprawi warunki egzystencji osób starszych, jest wprowadzenie nowego rodzaju ubezpieczeń pielęgnacyjnych. Publiczna debata na ten temat może zwiększyć aprobatę dla tego docelowego rozwiązania.

Potrzeba zmian w OD, w tym wprowadzenia ubezpieczenia od ryzyka niesamodzielności, wskazywana jest m.in. przez:

1. Autorów raportu: *Opieka długoterminowa w Polsce: ocena stanu obecnego oraz rozwiązania na przyszłość*;
2. Ekspertów Rzecznika Praw Obywatelskich (red. Barbara Szatur-Jaworska, *Stan przestrzegania praw osób starszych w Polsce. Analizy i rekomendacje działań*);
3. Ekspertów Banku Światowego (patrz następny rozdział).
4. Prof. B. Bienia w opracowaniu *Opieka zdrowotna nad ludźmi w starszym wieku – stan a potrzeby w perspektywie starzenia się ludności Polski*;
5. Prof. dr P. Szukalskiego w opracowaniu *To idzie starość. Postawy osób w wieku przedemerytalnym* (Instytut Spraw Publicznych).

Choć tego rodzaju decyzje nie mogą budzić entuzjazmu, to jednak często okazują się wyjściem optymalnym. Takie jest przekonanie autorów tego raportu.

Mieczysław Augustyn

Informacje o autorach

Mieczysław Augustyn – Absolwent Wydziału Humanistycznego Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. W 1996 r. uzyskał specjalizację z zakresu organizacji pomocy społecznej w Centrum Rozwoju Służb Społecznych przy Ministerstwie Pracy i Spraw Socjalnych w Białobrzegach. W 1991 roku zainicjował budowę Domu Pomocy Społecznej im. Jana Pawła II w Pile, po czym został dyrektorem tej instytucji. Założyciel licznych stowarzyszeń i dzieł charytatywnych, m.in. Banków Żywności, Centrum Wolontariatu oraz Zakładu Aktywności Zawodowej. Odbýwał staże w Brukseli, Paryżu i Rzymie. Od października 2005 r. Senator RP, pełnił funkcję zastępcy przewodniczącego Komisji Rodziny i Polityki Społecznej. Od listopada 2007 przewodniczący Komisji Rodziny i Polityki Społecznej Senatu RP, od czerwca 2008 r. przewodniczący Parlamentarnego Zespołu ds. Osób Starszych. Przewodniczący Grupy Roboczej ds. opracowania projektu ustawy o ubezpieczeniu od ryzyka niesamodzielności przy KP PO.

Prof. SGH dr hab. Piotr Błędowski – pracownik naukowy Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie. Jego zainteresowania naukowe i badawcze to: polityka społeczna, gerontologia społeczna (sytuacja życiowa ludzi starych), problemy społeczne krajów Unii Europejskiej i społeczne aspekty integracji europejskiej, ubóstwo, lokalna polityka społeczna. Prowadził badania naukowe: *Polityka społeczna wobec osób starszych w perspektywie przystąpienia Polski do Unii Europejskiej* (1999r.), *Polityka społeczna w warunkach społecznej gospodarki rynkowej* (2000), *Społeczne ubezpieczenie pielęgnacyjne w Niemczech – problemy i ich rozwiązania* (2001). Współautor publikacji: *Polska starość*, B. Synak (red.), Wyd. UG, Gdańsk 2002, *Sytuacja rodzin i polityka rodzinna w Polsce; Uwarunkowania demograficzne i społeczne, I Kongres Demograficzny w Polsce*, red. D. Graniewska, RRL, IPISS, Warszawa 2004; *Polska w obliczu starzenia się społeczeństwa. Diagnoza i program działania*, Komitet Prognoz „Polska 2000 plus”, PAN, Warszawa 2008; *Zabezpieczenie społeczne w Polsce. Problemy do rozwiązania w najbliższej przyszłości*, red. G. Uścińska, IPISS, Warszawa 2008. Autor publikacji *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*, SGH, Monografie i Opracowania, Warszawa 2002. Prezes Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego.

Krzyszyna Wyrwicka – Dyrektor Departamentu Pomocy i Integracji Społecznej w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej. Z wykształcenia polityk społeczny i pracownik socjalny. Przez całe swoje życie zawodowe związana z pomocą społeczną. Pracę zawodową rozpoczęła jako pracownik socjalny, od 1990 roku nieprzerwanie zatrudniona w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej.

Jolanta Łukasik – Naczelnik Wydziału Usług w Pomocy Społecznej w Departamencie Pomocy i Integracji Społecznej Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej. Absolwentka Studium Fizjoterapii w Konstancinie i Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie, specjalistka z zakresu organizacji pomocy społecznej. Prawie całe swoje życie zawodowe związana z pomocą społeczną, wcześniej jako pracownik domu pomocy społecznej dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie, a od 1993 roku w Departamencie Pomocy i Integracji Społecznej MPiPS.

Barbara Witkowska - W dotychczasowej pracy związana z realizacją zadań związanych z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia. Od 2003 roku nadzoruje zadania związane z organizacją opieki długoterminowej i opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce. Współuczestniczyła w opracowaniu *Krajowego Planu na rzecz Opieki Zdrowotnej i Opieki Długoterminowej*, stanowiącego część Krajowego Programu „Zabezpieczenie społeczne i integracja społeczna na lata 2008 – 2010”. Od 2008 r. reprezentuje Ministra Zdrowia w pracach Zespołu zadaniowego ds. przygotowania projektu ustawy o ubezpieczeniu od ryzyka niesamodzielności. Jest współautorką publikacji *Problemy zdrowia publicznego w kontekście starzenia się populacji Polski* opracowanej w ramach programu realizowanego przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie – „Zdrowe starzenie się”.

Prof. dr hab. n. med. Anna Wilmowska-Pietruszyńska – Kierownik Zakładu Orzecznictwa Lekarskiego i Ubezpieczeń Szkoły Zdrowia Publicznego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie; Dyrektor Instytutu Fizjoterapii Wydziału Medycznego Uniwersytetu Rzeszowskiego. Autorka rozprawy *Budowa systemu orzecznictwa lekarskiego w Polsce na podstawie stanu obecnego, doświadczeń innych krajów i badań własnych*; monografii *Orzecznictwo lekarskie dla lekarzy oraz studentów wydziałów lekarskich i wydziałów lekarsko-stomatologicznych*; pracy *Zabezpieczenie społeczne ryzyka choroby i jej następstw – niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji w Polsce. Stan aktualny i proponowane zmiany*. Współautorka publikacji: *Zabezpieczenie społeczne w Polsce. Problemy do rozwiązania w najbliższej przyszłości* (red. G. Uścińska, IPISS, Warszawa 2008). Przez wiele lat na stanowisku Lekarza Naczelnego ZUS. Współautorka reformy orzecznictwa lekarskiego o czasowej i długotrwałej niezdolności do pracy oraz systemu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Pełnomocnik Prezesa KRUS do spraw orzecznictwa lekarskiego. Przewodnicząca Zespołu ds. opracowania projektu ustawy pielęgnacyjnej przy Ministrze Zdrowia. Przewodnicząca Rady do Spraw Osób Niesamodzielnych przy Ministrze Zdrowia. Prezes Polskiego Towarzystwa Orzecznictwa Lekarskiego.

Dr Zofia Czepulis-Rutkowska – Dyrektor Departamentu Współpracy Międzynarodowej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Adiunkt w Instytucie Pracy i Spraw Socjalnych, wcześniej wykładowca w Katedrze Ubezpieczeń Wyższej Szkoły Ubezpieczeń i Bankowości. Autorka rozprawy *Systemy emerytalne a poziom zabezpieczenia materialnego emerytów*, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych. Zainteresowania naukowe i badawcze: systemy emerytalno-rentowe, ekonomika zdrowia, systemy pomocy społecznej. Ekspert Międzynarodowego Stowarzyszenia Zabezpieczenia Społecznego.

Bibliografia

Opracowania zwarte:

1. Bell D., Bowes A.(2006) Lessons from the funding of long-term care in Scotland, Joseph Rowntree Foundation
2. Bień B., Opieka zdrowotna nad ludźmi w starszym wieku. Stan a potrzeby w perspektywie starzenia się ludności Polski. Biuletyn nr 53 RRL, Warszawa 2008.
3. Błędowski P., Costs of family caregiving, for the Elderly in Poland, Trans Humana, Białystok 2006
4. Błędowski P., Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych, SGH, Warszawa 2002.
5. Błędowski P., W. Pędich, B. Bień, Z.B. Wojszel. P. Czekanowski, Supporting Family Carers of Older People In Europe – The National Background Report for Jurek Ł., Sektor opieki długoterminowej – analiza kosztów.
6. Kotowska I.E., Wóycicka, Sprawowanie opieki oraz inne uwarunkowania podnoszenia aktywności zawodowej osób w starszym wieku produkcyjnym, Raport z badań, Kotowska I.E., Wóycicka I., Sprawowanie opieki oraz inne uwarunkowania podnoszenia aktywności zawodowej osób w starszym wieku produkcyjnym. Raport z badań, MPiPS, Warszawa 2008.
7. Kozierkiewicz A., Szczerbińska K., Opieka długoterminowa w Polsce: Ocena stanu obecnego oraz rozwiązania na przyszłość, Kraków 2007.
8. Lloyd J. (2008) Funding Long Term Care - The Building Blocks of Reform, ILC-UK www.ilcuk.uk
9. Lundsgaard J.(2005) Consumer Direction and Choice in Long-term care for Older Persons
10. Rothgang H., Igl G.(2006) Long Term Care in Germany, The Japanese Journal of Social Policy, vol.6 no.1
11. Rothgang H., Long-term care: How to organize affordable, sustainable long-term care, The Haag, February 2009
12. Rowlan L. P., Podręcznik Neurologii Merritta, Urban & Partner 2004
13. Szatur-Jaworska B. (red.): Stan przestrzegania praw osób starszych w Polsce. Analiza i rekomendacja działań. Biuro RPO. Warszawa 2008.
14. Szukalski P. (red.): To idzie starość. Postawy osób w wieku przedemerytalnym. Fundacja Instytut Spraw Publicznych. Warszawa, 2008.
15. Szymborski J. System opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w Polsce. Stan i zagrożenia. Biuletyn nr 53 RRL, Warszawa 2008.
16. Tesh-Romer C(2007) Freedom of choice and dignity for the elderly

17. Uścińska G., Aktualne problemy systemu zabezpieczenia społecznego w Polsce. „Polityka Społeczna” 2007 nr 7
18. Wojtyniak B. Goryński P. (red.): Sytuacja zdrowotna ludności Polski. NIZP, Warszawa 2008.

Dane statystyczne:

1. GUS, Prognoza ludności na lata 2008 – 2035,
2. GUS, Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r.
3. GUS. Budżety gospodarstw domowych w 2007 roku.
4. GUS. Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2006 r. Warszawa 2007.
5. GUS. Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2007.
6. GUS. Rocznik demograficzny 2008.
7. GUS. Stan zdrowia ludności Polski 2004. Warszawa 2006.
8. Rocznik Statystyczny, stan na 31 grudnia 2005

Akty prawne:

1. Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004r. Dz.U. 2004 Nr 64 poz. 593
2. Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych. Dz.U.97.123.776 z późn. zm.
3. Ustawa z dnia 29 listopada 1990 r. o pomocy społecznej (Dz. U, z 1998 roku Nr 64, poz.414, z późn. zm.)
4. Ustaw z dnia 13 listopada 2003 r. o dochodach jednostek samorządu terytorialnego Dz.U. z 2008 r. Nr 88, poz. 539 z późn. Zm.
5. Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 61/2007/DS02 z dnia 19.09.2007r.
6. Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych
7. Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 61/2007/DS02 z dnia 19.09.2007 r.

Inne:

1. Poland, LIT-Verlag, Hamburg 2006.
2. Dezaktywacja osób w wieku około emerytalnym. Raport z badań MPiPS, 2008
3. Diagnoza Społeczna 2007
4. European Study to Long-Term Care Expenditure(2003), Report to European Commission, Employment and Social Affairs DG, PSSRU Discussion Paper 1840

5. Informacja o świadczeniach pieniężnych z FUS oraz niektórych świadczeniach z zabezpieczenia społecznego IV kwartał/okres IXII. 2007; ZUS Warszawa, 2008.
6. Informacja o świadczeniach pieniężnych z FUS oraz niektórych świadczeniach z zabezpieczenia społecznego IV kwartał/okres I-XII.2007; ZUS Warszawa, 2008.
7. Kluczowe dane dotyczące zdrowia 2002, PANORAMA OF THE EUROPEAN UNION 2002 EDITION
8. Odnowiona agenda społeczna: możliwości, dostęp i solidarność w Europie XXI wieku, Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady Europy, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego oraz Komitetu Regionów, Bruksela, 2 lipca 2008r., Monitor Europejski nr 51/2008 Urząd Komitetu Integracji Europejskiej, Warszawa, lipiec 2008r.
9. OECD (2005) Long Term Care for Older People
10. Przemówienie premiera Donalda Tuska wygłoszone 12 czerwca 2009r. w Bibliotece Uniwersytetu Warszawskiego przed prezentacją raportu Polska 2030.
11. Quality in social public services, 2001
12. Raport Instytutu Spraw Publicznych - „To idzie starość”
13. WHO (2007) Financing Long Term Care Programs in Health Systems
14. Zespół Doradców Strategicznych Prezesa Rady Ministrów, Polska 2030. Wyzwania rozwojowe, Kancelaria Prezesa Rady Ministrów 2009
15. www.rejestrzoz.gov.pl dostęp w dn. 20.04.2009