



K O A L I C J A
— NA POMOC —
N I E S A M O D Z I E L N Y M

R A P O R T

OPIEKA DŁUGOTERMINOWA W POLSCE DZISIAJ I JUTRO

pod redakcją Piotra Błędowskiego

LISTOPAD 2019

1. WSTĘP	5
2. PRZESŁANKI DEMOGRAFICZNE, SPOŁECZNE I EKONOMICZNE ZWIĘKSZENIA ZAPOTRZEBOWANIA NA ŚWIADCZENIA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ	7
2.1. Proces starzenia się populacji	7
2.2. Przesłanki społeczne i ekonomiczne	13
2.3. Przesłanki dotyczące opieki nieformalnej	14
2.4. Przesłanki dotyczące opieki formalnej	15
2.5. Przesłanki dotyczące relacji między opieką nieformalną a opieką formalną	16
2.6. Przesłanki dotyczące procesu politycznego wokół opieki długoterminowej	16
3. CHARAKTERYSTYKA ROZWIĄZAŃ ZAGRANICZNYCH	19
3.1. Uwagi wstępne	19
3.2. Kryterium uprawniające do świadczeń: powszechność czy selektywność?	19
3.3. Dominujący instrument wsparcia: usługi czy transfery pieniężne?	20
3.4. Finansowanie	21
3.5. Opieka nieformalna	22
3.6. Przegląd rozwiązań w wybranych państwach	23
Czechy	23
Włochy	24
Szwecja	25
Niemcy	27
4. PROPOZYCJE ROZWIĄZAŃ MAJĄCYCH NA CELU KONSTRUKCJĘ NOWOCZESNEGO, KOMPLEKSOWEGO SYSTEMU OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W POLSCE	29
4.1. Cele i struktura systemu opieki długoterminowej zgodnie z zasadą subsydiarności	29
4.2. Podmioty publiczne i komercyjne w systemie opieki długoterminowej	31
Rekomendacje na rzecz zmian	33
4.3. Organizacje pozarządowe w systemie opieki długoterminowej	34
Finansowanie i rozwój trzeciego sektora w ramach systemu opieki długoterminowej	35
Podsumowanie	36
4.4. Opiekunowie nieformalni w systemie opieki długoterminowej	36
Zabezpieczenie socjalno-finansowe rodzin	37
Godzenie pracy z opieką	38
Opieka wytchnieniowa i usługi wspomagające opiekuna	39
Usługi dla opiekunów nieformalnych	39
Relacja między sektorem nieformalnym a pozostałymi sektorami w opiece długoterminowej	40
4.5. Regulacja rynku opieki długoterminowej	40
Standardy w opiece długoterminowej: ujęcie koncepcyjne	41
Wymagania wobec podmiotów opiekuńczych i kadr	42
Monitorowanie jakości opieki	42
4.6. Orzecznictwo	44
4.7. Organizacja i finansowanie świadczeń – rozwiązania wariantowe	45
4.8. Teleopieka	49
Finansowanie	51
4.9. Opiekunowie formalni: pracownicy sektora opieki długoterminowej	52
Pracownicy sektora opieki długoterminowej: charakterystyka	52
Kwalifikacje zawodowe w opiece długoterminowej	53
Warunki pracy w opiece długoterminowej	56
Migranci jako pracownicy sektora opieki długoterminowej w Polsce	56
5. ZAKOŃCZENIE	59
Bibliografia	61



K O A L I C J A
— NA POMOC —
NIESAMODZIELNYM

OPIEKA DŁUGOTERMINOWA W POLSCE DZISIAJ I JUTRO

1. EDYCJA RAPORTU

Raport opracowany przez zespół w składzie:

dr Rafał Bakalarczyk, Uniwersytet Warszawski

prof. dr hab. Piotr Błędowski, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie - kierownik zespołu

dr Łukasz Jurek, Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

dr hab., prof. SGH Paweł Kubicki, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

dr Paweł Łuczak, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu

dr Zofia Szweda-Lewandowska, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

Sekretarz redakcji:

Karolina Ciepela

Opracowanie graficzne i skład:

Piotr Lisiecki

Realizacja wydawnicza: OCI Sp. z o.o.

Raport powstał na zlecenie Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym” - Związek Stowarzyszeń

KRS: 0000659917

ul. Hajoty 49, 01-821 Warszawa

e-mail: biuro@niesamodzielnym.pl

PUBLIKACJA BEZPŁATNA

Wersję elektroniczną można pobrać ze strony www.niesamodzielnym.pl

Warszawa, listopad 2019

ISBN 978-83-948272-2-9

©Koalicja "Na pomoc niesamodzielnym" - Związek Stowarzyszeń

Wszelkie prawa zastrzeżone

All rights reserved

1. WSTĘP

Problem organizacji i finansowania opieki nad osobami z ograniczoną samodzielnością staje się coraz bardziej palący. Postęp medycyny sprawia, że jesteśmy w stanie ratować i podtrzymywać ludzkie życie, ale przywrócenie wcześniejszej sprawności rzadko jest możliwe. Systematycznie zwiększa się liczba osób wymagających wsparcia, a ponadto wydłuża się okres korzystania z niego. Opieka nad osobami niesamodzielnymi staje się coraz trudniejsza, gdyż wymaga między innymi stosowania coraz bardziej profesjonalnych rozwiązań. Jednocześnie, na skutek zmian społecznych i ekonomicznych, rodzina - dawniej główny podmiot opieki - nie zawsze jest w stanie zapewnić bezpieczeństwo osobie niesamodzielnej. Wynika to nie tylko z kurczenia się rodziny i osłabienia roli tej instytucji życia społecznego. Sytuacja na rynku pracy zmusza do mobilności zawodowej i przestrzennej, co ogranicza potencjalne możliwości zapewnienia opieki przez najbliższych. Ponadto nierzadko w rodzinach opieki wymaga w tym samym czasie więcej niż jedna osoba.

Udzielanie wsparcia przez rodzinę łączy się nie tylko z ponoszeniem dodatkowych, często niebagatelnych wydatków, ale niejednokrotnie również z ograniczeniem lub utratą przez opiekuna dochodów z jego pracy. W związku z tym na całym świecie akceptowany jest pogląd, że koszty opieki długoterminowej powinny być równomiernie rozłożone na całe społeczeństwo. Problem finansowania tej opieki tkwi nie tyle w metodzie, ile w różnicach co do jego skali. Zarówno zakres podmiotowy, określający osoby uprawnione do korzystania ze wsparcia, jak i przedmiotowy, definiujący spektrum świadczeń podlegających opłaceniu ze środków publicznych są na świecie, a nawet na naszym kontynencie, bardzo zróżnicowane. Niektóre świadczenia, choć znajdują się na liście tych finansowanych ze środków publicznych, są bardzo trudno dostępne, co wynika na przykład z bardzo niskiego kryterium dochodowego.

Ogląd sytuacji w Europie wskazuje, że obok krajów, gdzie problem wsparcia dla niesamodzielnych jest od dawna rozpoznany i panuje polityczna zgoda oraz społeczna akceptacja dla finansowania określonego zakresu świadczeń ze środków publicznych, są takie, gdzie dyskusja nad możliwymi rozwiązaniami jeszcze trwa lub dopiero znajduje się w początkowej fazie. Do tej grupy należy Polska. Jako kraj aspirujący do odgrywania ważnej roli w Unii Europejskiej, nie możemy pozwolić sobie na zaniedbanie tego obszaru polityki publicznej i odkładanie budowy spójnego systemu opieki długoterminowej. Ekonomiczne i społeczne konsekwencje takiego zaniechania okazałyby się w przyszłości trudne do odzwignięcia.

Pierwsze kroki zostały uczynione. Wyznaczają je ratyfikowana przez Polskę Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych i opracowany przez ONZ, a zaakceptowany przez nasz kraj Międzynarodowy Plan działania w kwestii starzenia się społeczeństw (tzw. Plan Madrycki). Szybko rosnąca skala zapotrzebowania na świadczenia opiekuńcze i pielęgnacyjne (a proces ten będzie trwał przez dziesięciolecia, charakteryzując się niezmiernie wysoką dynamiką) stanowi we współczesnej polityce społecznej zupełnie nową jakość. Jesteśmy przekonani, że ta nowa sytuacja wymaga nowych jakościowo rozwiązań. Muszą one wykraczać poza istniejące obecnie, gdyż wydolność i skuteczność opieki długoterminowej w jej obecnym kształcie są ograniczone. Z tego względu proponujemy dyskusję nad nowym rozwiązaniem, stwarzającym szansę na lepszą organizację wsparcia dla osób niesamodzielnych.

Chcielibyśmy podkreślić, że traktujemy opiekę długoterminową kompleksowo, nie ograniczając jej ani do wymiaru pielęgnarskiego, ani też do świadczeń pomocy społecznej. W naszym rozumieniu, opieka długoterminowa jest zestawem świadczeń zdrowotnych i społecznych, mających na celu zapewnienie osobom o ograniczonej zdolności do samodzielnej egzystencji dostosowanego do ich potrzeb wsparcia, udzielanego w miejscu zamieszkania, placówkach dziennego pobytu lub placówkach stałego pobytu. Świadczenia te służą podtrzymaniu samodzielności, zachowaniu godności i zapewnieniu partycypacji w życiu lokalnej społeczności na miarę potrzeb i możliwości osoby o ograniczonej samodzielności.

Wychodząc z takiego założenia, kierowany przeze mnie zespół współpracowników o uznanym dorobku naukowym z zakresie organizacji opieki długoterminowej przygotował opracowanie, stanowiące punkt wyjścia do dyskusji nad stworzeniem systemu wsparcia dla osób o ograniczonej samodzielności. Zaproponowane przez nas rozwiązania nie stanowią gotowej recepty na brak skutecznej i efektywnej opieki w Polsce. Przedkładany raport o wiele bardziej ma skłaniać do dyskusji i poszukiwania najlepszych możliwości. W dyskusji tej powinni uczestniczyć wszyscy interesariusze - politycy, usługodawcy, wreszcie sami pacjenci i podopieczni oraz ich rodziny.

Jakkolwiek poszczególne fragmenty mają swoich autorów wiodących, wymienionych na początku każdej części, całość opracowania jest efektem wspólnej pracy, lektury i wymiany poglądów. Dziękuję wszystkim Współautorom za przyjęcie zaproszenia oraz ich wkład w powstanie niniejszego opracowania.

Staraliśmy się wskazać różne aspekty organizacji opieki długoterminowej, zwracając uwagę na zalety i wady rozważanych zagadnień. Uczynienie tematem społecznej debaty kształtu opieki długoterminowej w Polsce traktujemy jako wyraz odpowiedzialności Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym” zarówno za wymagających wsparcia, jak i udzielających go. Liczymy na to, że efektami debaty staną się prawdziwe zainteresowanie polityków tym problemem, uzyskanie społecznej akceptacji dla zmiany struktury wydatków publicznych, a wreszcie opracowanie i wdrożenie stabilnego systemu opieki długoterminowej w Polsce.

W imieniu zespołu autorskiego
Piotr Błędowski

2. PRZESŁANKI DEMOGRAFICZNE, SPOŁECZNE I EKONOMICZNE ZWIĘKSZENIA ZAPOTRZEBOWANIA NA ŚWIADCZENIA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

Zofia Szweda-Lewandowska, Paweł Łuczak

2.1. PROCES STARZENIA SIĘ POPULACJI

Obserwowany obecnie dynamiczny wzrost liczby osób starszych oraz ich odsetka w populacji jest zjawiskiem stosunkowo nowym i po raz pierwszy w historii populacja osób starszych jest tak liczna. Ten niewątpliwy sukces wiąże się także z nowymi wyzwaniami, z którymi będą się musiały zmierzyć nie tylko władze publiczne (zarówno na szczeblu centralnym, jak i samorządowym), lecz także poszczególne jednostki i rodziny. Wyzwania stojące przed społeczeństwami zarówno krajów rozwiniętych, jak i rozwijających się będą jednymi z najważniejszych kwestii polityki w najbliższych dziesięcioleciach. Wraz ze zwiększaniem się liczby osób starszych zmianie ulegną zapewne nie tylko priorytety polityki publicznej prowadzonej przez władze, ale również przestrzeń publiczną, instytucje świadczące różne usługi obywatelom, rodzina i relacje rodzinne. Wyzwaniem, przed którym stają społeczeństwa i poszczególni obywatele jest wymagająca wdrożenia kompleksowych rozwiązań organizacja systemu wsparcia i opieki nad osobami niesamodzielnymi. Przeważają wśród nich osoby starsze, ale współczesny, efektywny system wsparcia musi być adresowany do wszystkich osób niesamodzielnych, niezależnie od ich wieku. Zadaniem dla władz państwowych i samorządowych jest budowa systemu opieki długoterminowej, który zapewniłby godność osobom niesamodzielnym¹ i wspierał ich rodziny, które są najczęściej głównym źródłem pomocy. Celem niniejszej części raportu jest zarysowanie procesów demograficznych zachodzących w populacji Polski oraz prognozowanych przemian demograficznych czekających populację Polski oraz konsekwencje tego procesu.

Obecna wielkość populacji osób starszych jest pochodną liczby urodzeń notowanych sześćdziesiąt i więcej lat temu. Liczne roczniki powojennego wyżu demograficznego doświadczające znacznej redukcji umieralności wchodzą w fazę starości. Dorastanie osób urodzonych po wojnie spowodowało szybki wzrost średniego wieku ludności.

Drugim czynnikiem wpływającym na proces starzenia się ludności był spadek umieralności w starszych grupach wieku, który można było po raz pierwszy zaobserwować na szeroką skalę pod koniec lat sześćdziesiątych XX wieku (Olshansky, Carnes, Cassel 1993, s. 46-52). Bezpośrednio po eksplozji demograficznej nastąpił szybki spadek współczynnika urodzeń. Najwcześniej spadek ten wystąpił we Francji i Finlandii. Dlatego też zjawisko starzenia się ludności wystąpiło w tych krajach najwcześniej. Następnie na drogę postępującego spadku urodzeń wstąpiły inne kraje Europy Zachodniej i Północnej oraz liczne kraje na innych kontynentach (Rosset 1967, s. 67). Tak więc wydłużanie się średniego dalszego trwania życia, które należy uznać za jedno z największych osiągnięć dwudziestowiecznej medycyny, połączone ze znacznym spadkiem liczby urodzeń w większości krajów rozwiniętych, spowodowało znaczące zmiany w globalnej demografii. Już obecnie mają one duży wpływ na politykę. W ciągu najbliższych dziesięcioleci staną się one przyczyną wielu wyzwań w sferze społecznej, ekonomicznej i zdrowotnej.

Starzenie się populacji jest zjawiskiem powszechnie występującym we wszystkich regionach świata (tabela 1).

Tabela 1. Udział ludności w wieku 60, 65 i 80 lat i więcej w populacji świata w latach 1950-2050 (w %)

	1950	1975	2000	2025	2050
60+	8,2	8,6	10,0	15,0	21,1
65+	5,2	5,7	6,9	10,4	15,6
80+	0,5	0,8	1,1	1,9	4,1

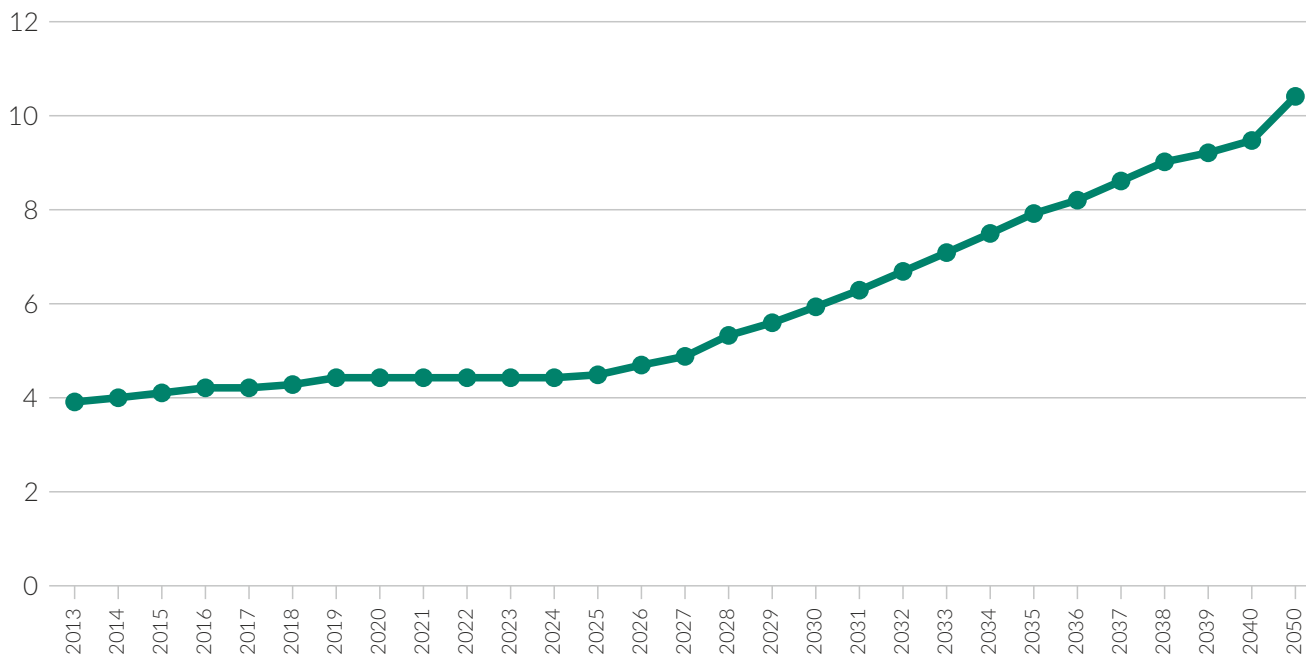
Źródło: Organizacja Narodów Zjednoczonych, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). World Population Prospects 2019, baza danych dostępna na stronie: population.un.org/wpp/DataQuery.

¹ W tekście pod terminem „osoba niesamodzielna” rozumie się osoby wymagające szczególnie intensywnego wsparcia w różnych obszarach życia.

Proces demograficznego starzenia się populacji Polski, czyli wzrostu udziału osób w wieku 65 lat i więcej w populacji, jest dużym wyzwaniem nie tylko w kontekście starzenia się zasobów siły roboczej, funkcjonowania systemu emerytalnego, lecz także w kontekście zapewnienia godnej opieki w ostatniej fazie życia seniorów. Zgodnie z prognozą GUS, w 2035 roku osoby w wieku 65 lat i więcej będą stanowiły 24,5% populacji Polski, w 2050 roku już 32,7%, podczas gdy w 2018 roku było to około 18,2% (GUS 2014). Jednak najistotniejsze z punktu widzenia stanu zdrowia i samodzielności seniorów jest dynamicznie postępujący proces podwójnego starzenia się populacji, czyli wzrost odsetka osób w wieku 80 lat i więcej². W ostatnim roku prognozy sporządzonej przez GUS, tj. 2050 roku odsetek osób w wieku 80 lat i więcej wyniesie ponad 10,4% (wykres 1).

Subpopulacja osób starszych wymagających opieki i wsparcia w codziennym funkcjonowaniu przewyższy subpopulację wnuków, których potrzeby opiekuńcze są często zaspokajane przez tę samą grupę kobiet w wieku 45-64 lata, która świadczy wsparcie osobom najstarszym.

Wykres 1. Odsetek osób w wieku 80 lat i więcej w populacji Polski w latach 2013-2050



Źródło: Prognoza ludności rezydującej dla Polski na lata 2015-2050, GUS, Warszawa 2016.

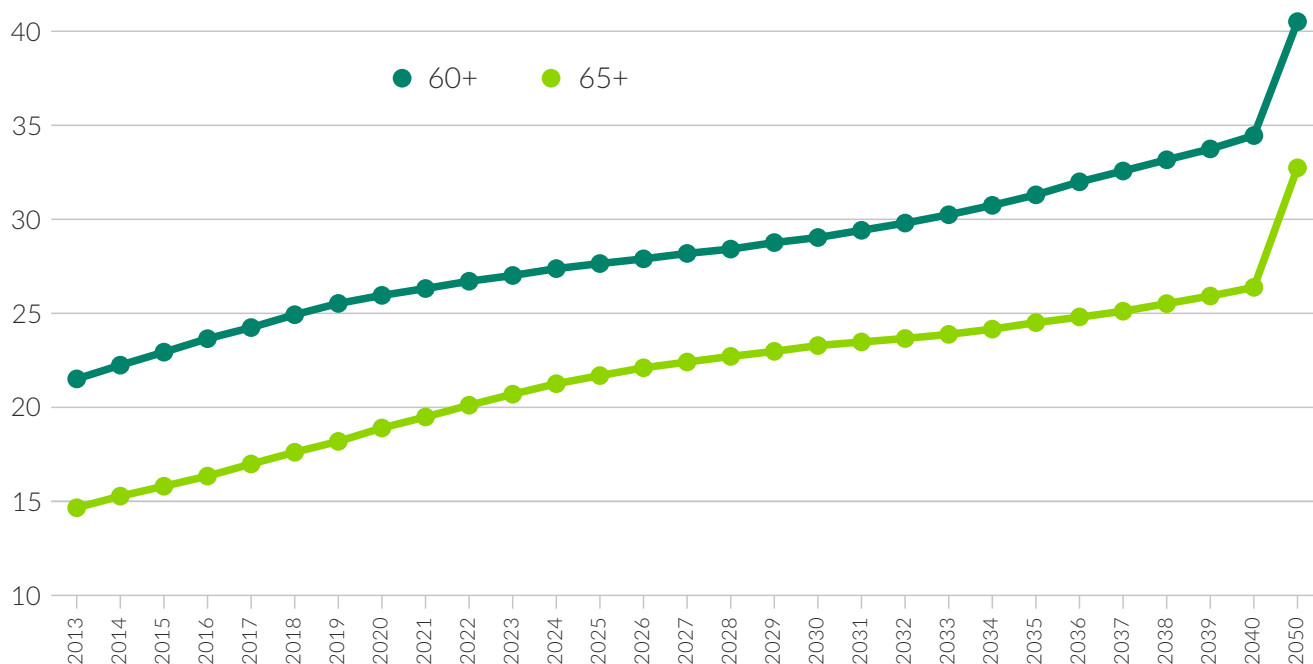
Z drugiej strony, ze względu na proces starzenia się kobiet należących do pokolenia powojennego wyżu demograficznego, zmniejszeniu ulegać będzie populacja kobiet tradycyjnie uznawanych za potencjalne opiekunki zarówno najstarszych seniorów, jak i najmłodszego pokolenia. Osoby na przedpolu starości, tj. w wieku 45-64 lata, to tzw. pokolenie sandwich i to osoby należące do tego pokolenia świadczą nie tylko opiekę w ramach sieci rodzinnej, lecz również z tej grupy wieku rekrutują się opiekunki osób starszych. Zmniejszanie się zasobów siły roboczej spowoduje nie tylko problemy z uzyskaniem wsparcia w obrębie sieci rodzinnej, lecz również niewystarczające zasoby opiekunów osób starszych. Tendencje w tym zakresie będą się nasilały, a braki w zasobach potencjalnych opiekunów pogłębią procesy migracyjne.

Jeśli przyjrzymy się bliżej subpopulacji osób starszych, to okaże się, że charakteryzuje się ona feminizacją oraz zwiększoną liczbą, w porównaniu z innymi grupami wieku, jednoosobowych gospodarstw domowych. Zgodnie z wynikami Narodowego Spisu Powszechnego, w 2002 roku prawie jedną czwartą gospodarstw domowych tworzyły gospodarstwa jednoosobowe. Nie było to tylko wynikiem rozprzestrzeniania się miejskiego stylu życia polegającego na samodzielnym zamieszkiwaniu osób młodych i zwiększenia podaży mieszkań, lecz przede wszystkim wzrostu populacji osób najstarszych, wśród których częstym zjawiskiem jest tworzenie gospodarstwa domowego przez wdowę. Tworzenie jednoosobowego gospodarstwa domowego nie jest jednoznaczne z samotnym zamieszkiwaniem, niemniej jednak tylko niespełna 38% osób w jednoosobowych gospodarstwach domowych nie mieszkało samodzielnie³. W przypadku osoby starszej, tworzącej jednoosobowe gospodarstwo, samotne zamieszkiwanie wpływa na możliwość otrzymania pomocy od krewnych i sprawia, że konieczne jest zabezpieczenie jej na wypadek wystąpienia zdarzenia uniemożliwiającego samodzielne egzystowanie w dotychczasowym miejscu zamieszkania.

² Ze względu na heterogeniczność subpopulacji osób starszych w demografii przyjmuje się następujący podział: „młodszy starzy” to osoby w wieku 65-74, często aktywne zawodowo i społecznie, „starsi starzy” - 75-80/85 lat, oraz „najstarsi starzy” 80/85 lat i więcej to osoby wymagające wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności. (Handbook, 2007)
³ Zgodnie z definicją GUS gospodarstwo domowe to „zespół osób spokrewnionych lub niespokrewnionych, mieszkających razem i wspólnie utrzymujących się”. Tak więc, aby możliwe było wyodrębnienie gospodarstwa domowego potrzebna jest nie tylko wspólnota zamieszkiwania, lecz także wspólnota ekonomiczna.

W 2018 roku odsetek osób w wieku 60 lat i więcej wyniósł w Polsce 24,9%, a w roku 2050 osoby te będą stanowiły 40,0% (wykres 2). Odsetek osób w wieku 65 lat i więcej wzrośnie z 17,6% w 2018 roku do 31,5% w 2050 roku.

Wykres 2. Odsetek osób w wieku 60 i 65 lat i więcej w Polsce w latach 2013-2050

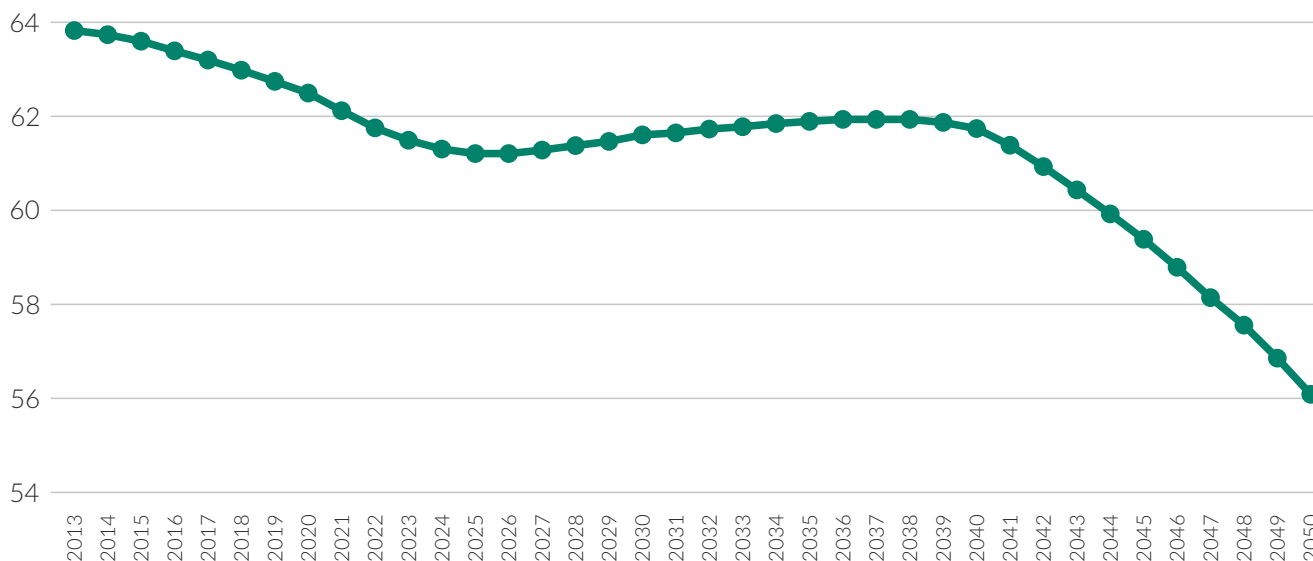


Źródło: Prognoza ludności rezydującej dla Polski na lata 2015-2050, GUS, Warszawa 2016.

Jednocześnie dynamicznie wzrastać będzie odsetek najstarszych seniorów, tj. osób w wieku 80 lat i więcej. W 2018 roku 4,3% ludności Polski było w tym wieku, ale po 2028 roku nastąpi szybki wzrost osób w tej grupie wieku. Akceleracja procesu podwójnego starzenia się - jak nazywany jest znaczny przyrost liczby osób najstarszych w populacji - jest wynikiem działania czynnika kohortowego, czyli dożywania sędziwej starości przez osoby należące do generacji powojennego wyżu demograficznego. Generacja powojennego wyżu demograficznego (baby boomers) będzie pierwszym tak liczным pokoleniem, którego doświadczeniem będzie zaawansowana starość i zapewne będzie ona inna od doświadczeń poprzednich pokoleń.

Wraz z postępującym procesem starzenia się populacji zmniejszeniu ulegnie także liczba osób w wieku produkcyjnym. Oznacza to zmniejszanie się potencjalnych zasobów pracy przy jednoczesnym powiększaniu się grupy osób w wieku poprodukcyjnym (wykres 3). Wzrost ten jest wynikiem zmiany wieku emerytalnego. Jednak pomimo wyższego wieku emerytalnego, udział osób w wieku produkcyjnym zacznie po 2038 roku ponownie maleć. Znaczący spadek udziału osób w wieku produkcyjnym w latach 2018-2025 jest wiązany z przechodzeniem na emeryturę osób z generacji powojennego wyżu demograficznego.

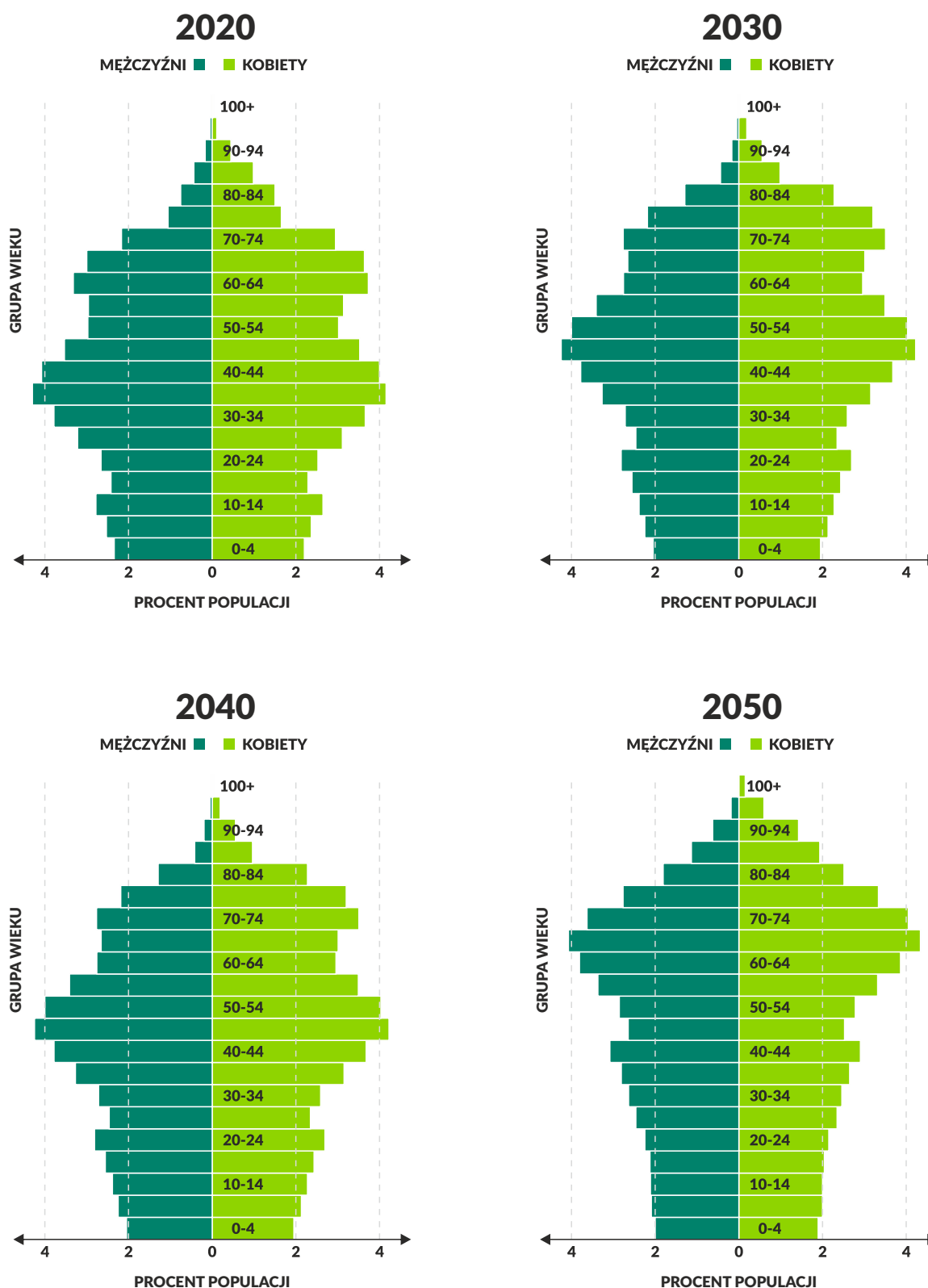
Wykres 3. Udział osób w wieku produkcyjnym w populacji Polski (w %) w latach 2013-2050



Źródło: Prognoza ludności rezydującej dla Polski na lata 2015-2050, GUS, Warszawa 2016.

Zmiany struktury ludności najlepiej zauważyć patrząc na piramidy wieku. W 2050 roku piramida wieku dla ludności Polski będzie miała tzw. kształt pieczarki. Postępujące zawężanie się piramidy u podstawy na skutek zmniejszania się liczby rodzących się dzieci oraz zwiększanie się udziału osób starszych (starzenie się piramidy u wierzchołka) w populacji przyniesie skutek w postaci zmiany kształtu piramidy (wykres 4). Wyraźnie widać także znacznie większy udział kobiet w porównaniu z udziałem mężczyzn w starszych i najstarszych grupach wieku.

Wykres 4. Struktura ludności według płci i wieku w 2020, 2030, 2040, 2050 roku



Źródło: Prognoza ludności rezydującej dla Polski na lata 2015-2050, GUS, Warszawa 2016.

Proces demograficznego starzenia się populacji nie przebiega równomiernie na terenie całej Polski. Porównując odsetki osób w wieku 65 lat i więcej w województwach zauważyć można znaczne różnice pomiędzy nimi (tabela 2). W 2013 roku najwyższym odsetkiem osób starszych charakteryzowało się województwo łódzkie oraz świętokrzyskie, ale w 2035 roku to województwo opolskie będzie najstarszym (27,3% mieszkańców tego województwa będą stanowiły osoby w wieku 65 lat i więcej).

Tabela 2. Odsetek osób w wieku 65 lat i więcej w populacji województw w latach 2015-2050

	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
POLSKA	15,8	18,9	21,7	23,3	24,5	26,4	29,3	32,7
DOLNOŚLĄSKIE	16,2	20,0	23,1	24,4	25,1	26,9	29,9	33,5
KUJAWSKO-POMORSKIE	15,3	18,5	21,6	23,2	24,5	26,6	29,4	32,8
LUBELSKIE	16,4	19,3	22,2	24,1	25,6	27,9	31,0	34,7
LUBUSKIE	14,7	18,5	21,8	23,4	24,4	26,4	29,4	32,9
ŁÓDZKIE	17,6	20,9	23,7	25,0	26,0	28,0	30,9	34,2
MAŁOPOLSKIE	15,3	17,7	20,0	21,6	23,0	25,1	27,8	31,2
OPOLSKIE	16,4	19,6	22,8	25,3	27,3	29,5	32,5	36,1
PODKARPACKIE	14,9	17,6	20,4	22,6	24,4	26,8	29,9	33,5
PODLASKIE	16,1	18,6	21,8	24,2	26,1	28,5	31,4	35,1
POMORSKIE	14,7	17,7	20,3	21,7	22,6	24,4	27,0	30,0
ŚLĄSKIE	16,7	20,0	23,1	24,8	26,0	27,9	30,6	34,0
ŚWIĘTOKRZYSKIE	17,2	20,5	23,6	25,4	26,9	29,1	32,2	36,0
WARMIŃSKO-MAZURSKIE	14,0	17,4	20,9	23,0	24,5	26,5	29,4	32,9
WIELKOPOLSKIE	14,6	17,5	20,2	21,7	22,7	24,7	27,5	30,9
ZACHODNIO-POMORSKIE	15,4	19,3	22,7	24,3	25,2	27,2	30,1	33,6

Źródło: Prognoza ludności na lata 2014-2050, GUS, Warszawa 2014.

Zróżnicowana będzie także dynamika procesu podwójnego starzenia się ludności poszczególnych województw tj. wzrostu odsetka osób w wieku 80 lat i więcej (tabela 3). W 2015 roku najwyższym odsetkiem ludności w tym wieku charakteryzowało się województwo podlaskie (4,8%), świętokrzyskie (4,7%) i łódzkie (4,6%). Najniższym zaś województwo wielkopolskie (3,5%). W 2040 roku wszystkie województwa będą miały ponad 8% mieszkańców w wieku 80 lat i więcej, przy czym najstarsze województwa będą zamieszkiwało ponad 10% seniorów z najstarszej grupy wieku.

Tabela 3. Odsetek osób w wieku 80 lat i więcej w populacji województw w latach 2015-2050

	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
POLSKA	4,1	4,4	4,5	5,9	7,9	9,5	10,0	10,4
DOLNOŚLĄSKIE	4,2	4,4	4,3	6,1	8,5	10,1	10,3	10,3
KUJAWSKO-POMORSKIE	3,7	4,1	4,1	5,8	7,8	9,4	10,0	10,5
LUBELSKIE	4,5	4,8	4,9	6,3	8,3	10,0	10,8	11,5
LUBUSKIE	3,5	3,8	3,8	5,7	7,9	9,6	10,0	10,1
ŁÓDZKIE	4,6	4,7	4,8	6,6	8,6	10,2	10,5	10,9
MAŁOPOLSKIE	4,1	4,5	4,5	5,6	7,1	8,6	9,3	9,9
OPOLSKIE	4,1	4,9	4,8	6,2	8,2	10,2	11,3	12,2
PODKARPACKIE	4,0	4,4	4,4	5,6	7,4	9,1	10,2	11,0
PODLASKIE	4,8	5,1	5,1	6,2	8,0	10,1	11,4	12,3
POMORSKIE	3,6	4,0	4,0	5,5	7,3	8,7	9,1	9,4
ŚLĄSKIE	3,9	4,6	5,0	6,4	8,4	10,1	10,8	11,2
ŚWIĘTOKRZYSKIE	4,7	5,0	5,0	6,6	8,8	10,7	11,4	11,9
WARMIŃSKO-MAZURSKIE	3,6	3,9	3,9	5,3	7,4	9,4	10,2	10,7
WIELKOPOLSKIE	3,5	3,7	3,7	5,5	7,2	8,6	9,0	9,4
ZACHODNIO-POMORSKIE	3,7	4,0	4,0	5,9	8,3	10,1	10,3	10,5

Źródło: Prognoza ludności na lata 2014-2050, GUS, Warszawa 2014.

Należy zauważyć, że proces starzenia się ludności w poszczególnych województwach jest także zróżnicowany. Proces ten szybciej postępuje w miastach (Kurek, 2012, s. 228-229). Zarówno odsetek osób starszych i jak i najstarszych seniorów w miastach jest wyższy niż na wsi (tabela 4 i 5).

Tabela 4. Odsetek osób w wieku 65 lat i więcej w populacji miast i wsi w latach 2015-2050

	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
MIASTA	17,0	20,8	23,9	25,3	26,3	28,1	31,1	34,7
WIEŚ	14,0	16,1	18,5	20,4	22,0	24,2	27,0	30,2

Źródło: Prognoza ludności na lata 2014-2050, GUS, Warszawa 2014.

Tabela 5. Odsetek osób w wieku 80 lat i więcej w populacji miast i wsi w latach 2015-2050

	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
MIASTA	4,2	4,7	5,0	6,9	9,2	10,9	11,2	11,4
WIEŚ	3,9	4,0	3,7	4,7	6,1	7,6	8,4	9,2

Źródło: Prognoza ludności na lata 2014-2050, GUS, Warszawa 2014.

2.2. PRZESŁANKI SPOŁECZNE I EKONOMICZNE

W kontekście starzenia się populacji coraz częściej mówi się o wyzwaniach, a nie o problemach, zakładając, że na wyzwania można się przygotować i czynnie na nie odpowiadać. Zatem do największych wyzwań ekonomicznych można zaliczyć przede wszystkim zwiększanie się obciążenia systemu emerytalnego ze względu na konieczność wypłacania większej liczby świadczeń, przy jednoczesnym zmniejszaniu się liczby osób pracujących i opłacających składki na ubezpieczenia społeczne oraz wydłużaniu okresu pobierania świadczeń. Pomimo podwyższania wieku emerytalnego i reformy systemu emerytalnego, które mają przynieść skutek w postaci wyższej aktywności zawodowej osób na przedpolu starości, zapewnienie godziwych emerytur i spokojnej ekonomicznie starości staje się podstawowym wyzwaniem, przed którym stają rządy krajów rozwiniętych. W Polsce wyzwaniem to będzie szczególnie duże, bowiem wycofano się ze stopniowego podwyższania wieku emerytalnego do 67 roku życia i przywrócono wcześniejsze rozwiązanie, określające wiek emerytalny kobiet na 60, a mężczyzn na 65 lat. Zmniejszanie się zasobów siły roboczej będzie miało skutek w postaci niedoboru pracowników w niektórych branżach.

Drugim obszarem wymagającym zwiększenia nakładów finansowych jest system ochrony zdrowia. Wraz z wiekiem rośnie prawdopodobieństwo korzystania z systemu ochrony zdrowia, a koszty leczenia osób starszych stanowią dominującą część kosztów. Jednak zwiększanie nakładów finansowych na system ochrony zdrowia w tym opieki medycznej, profilaktyki, rehabilitacji nadal nie zaspokaja potrzeb starzejącej się populacji⁴. Nakłady na system ubezpieczeń społecznych oraz system ochrony zdrowia już obecnie stanowią znaczną część wydatków budżetu państwa. Można podejrzewać, że wraz ze zwiększaniem się liczby osób starszych udział tych nakładów będzie wzrastał, maleć zapewne będą nakłady na edukację i opiekę nad najmłodszym pokoleniem, którego udział w populacji będzie maleć. Ponadto, dzieci i młodzież nie posiadają praw wyborczych, a osoby młode rzadziej uczestniczą w wyborach niż osoby starsze, a zatem nie mają silnej reprezentacji w organach decydujących o redystrybucji środków finansowych.

Z punktu widzenia opieki nad osobami starszymi istotny jest niedobór wykwalifikowanych opiekunów osób starszych i niepełnosprawnych oraz pracowników służby zdrowia udzielających pomocy starszym pacjentom, w tym pielęgniarek i lekarzy geriatrów. W zakresie ochrony zdrowia niezbędne będzie zwiększanie wraz z postępującym procesem starzenia się ludności nakładów, zarówno na doraźną pomoc lekarską, jak i na opiekę długoterminową. Wzrośnie również zapotrzebowanie na miejsca w placówkach opiekuńczych tj. w zakładach opiekuńczo-leczniczych oraz pielęgnacyjno-opiekuńczych. Według szacunków badaczy, aby usługi medyczne pozostały na dotychczasowym poziomie, niezbędne jest ich relatywne zwiększenie w ciągu najbliższych dwóch dekad o 13% (Szukalski, 2006). Powinny wzrosnąć również wydatki na rehabilitację oraz działania prewencyjne, mające na celu zmniejszenie prawdopodobieństwa wystąpienia niektórych schorzeń i niepełnosprawności.

⁴ W przypadku Polski, istota problemu - czyli niedostatek środków finansowych i rzeczowych - pozostaje niezmienna, niezależnie od tego, czy jako punkt wyjścia do rozważań przyjmujemy „opcję rosnącego popytu”, czyli wzrost wydatków z tytułu rosnącej populacji osób starszych, czy też „opcję odłożonego popytu”, zgodnie z którą zapotrzebowanie na świadczenia medyczne jest największe przed śmiercią, a wydłużanie trwania życia przenosi tylko to zapotrzebowanie na coraz późniejszy etap życia.

Zmiany w strukturze wieku ludności to także ograniczona możliwość zapewnienia opieki niesamodzielnym seniorom w rodzinie. Zmniejszanie się potencjału opiekuńczego rodziny ze względu na zwiększanie się liczby osób wymagających wsparcia i zmniejszanie się liczby osób mogących tego wsparcia udzielać, powoduje konieczność zwiększenia roli administracji publicznej w zapewnieniu opieki niesamodzielnym seniorom. Samotność i brak opiekunów to także konieczność zwiększania nakładów na opiekę instytucjonalną, szczególnie nakładów finansowych na instytucjonalne formy pomocy najstarszym⁵.

Zwiększająca się liczba osób w wieku 65 lat i więcej, to także szansa dla rynku usług i dóbr skierowanych do najstarszych. Tak zwana srebrna gospodarka (silver economy) zaczyna się coraz dynamiczniej rozwijać nie tylko w krajach Europy Zachodniej, lecz także w Polsce (Golinowska, 2011; Szukalski, 2012). Telefony komórkowe z dużymi wyświetlaczami, wycieczki w atrakcyjne miejsca poza głównym sezonem turystycznym, ale za to w niższych cenach, zajęcia sportowe i rekreacyjne dla osób starszych to tylko niektóre przykłady dóbr i usług wytworzonych w ramach srebrnej gospodarki. Drugą dynamicznie rozwijającą się gałęzią gospodarki będzie tzw. biała gospodarka, czyli usługi medyczne, zabiegi kosmetyczne, rehabilitacja i inne usługi oraz zabiegi mające na celu przeciwdziałanie starzeniu się organizmu i pozostawaniu w dobrej kondycji psychofizycznej. Wydatki na leki i leczenie w budżecie osób starszych stanowią istotną część. Zatem wraz z postępującym procesem starzenia się populacji zwiększać się będzie sektor usług medycznych i kosmetycznych oraz jego zyski.

Na znaczeniu będą zyskiwały także zawody takie, jak pracownik socjalny, opiekun osoby starszej, lekarze - specjaliści geriatry. Obecnie zawody związane z opieką i wspieraniem osób starszych nie cieszą się jeszcze popularnością wśród absolwentów, ale zapotrzebowanie na te zawody będzie wzrastało wraz ze zwiększaniem się populacji najstarszych Polaków.

Przesłanki społeczne i ekonomiczne trudno jest zazwyczaj rozpatrywać oddzielnie. Można odnieść wrażenie, że w przypadku opieki długoterminowej kwestie przypisywane do jednej z tych dwóch kategorii wpływają na siebie w sposób szczególnie mocno, co czyni podział na przesłanki ekonomiczne i społeczne niezwykle arbitralnym. Z tego względu poniższy wywód jest prezentowany w ujęciu przedmiotowym, w którym odnosimy się do poszczególnych elementów zaliczanych zazwyczaj do systemu opieki długoterminowej (opieka nieformalna, opieka formalna, przesłanki zmian politycznych). Tego typu podejście stanowi spore ułatwienie w formułowaniu wniosków o charakterze aplikacyjnym, gdyż skupiamy się na poszczególnych problemach praktycznych, które powinny stanowić obszar zainteresowania i działania polityków. Przesłanki ekonomiczne i społeczne, gdy są rozpatrywane łącznie, mogą być również rozumiane szeroko: dotyczą wtedy zarówno (zwiększenia) zapotrzebowania na świadczenia opieki długoterminowej w przyszłości oraz uwarunkowań (wzrostu) ceny tych świadczeń. Zasadność takiego podejścia wynika z tego, że gdybyśmy przyjęli zupełnie nierealistyczne założenie, że potrzeby opiekuńcze ludzi niesamodzielnymi w danym społeczeństwie pozostaną na takim samym poziomie w najbliższych dekadach, to realne koszty opieki długoterminowej i tak będą znacząco wzrastać (Fernandez, Forder, 2010). Opieka długoterminowa będzie nie tylko coraz bardziej potrzebna, ale będzie także coraz droższa.

Nie ma zatem nic zaskakującego w tym, że perspektywa wzrostu kosztów związanych z opieką długoterminową jest jednym z głównych argumentów poruszanych w dyskusjach na temat przyszłości wsparcia dla osób niesamodzielnymi (Colombo 2011). Dyskusje te mają na celu odpowiedź na pytanie, jaki jest pożądany podział tych rosnących kosztów między władze publiczne (budżet państwa), samorząd (budżety lokalne) i gospodarstwa domowe (budżety prywatne). Debaty te mają w istocie charakter ściśle polityczny i doktrynalny, a nie naukowy. Tym samym wysokość publicznych kosztów opieki długoterminowej w przyszłości w dużej mierze będzie konsekwencją decyzji politycznych dotyczących tego, w jakim stopniu powszechne i hojne mają być systemy wsparcia na wypadek niesamodzielnymi. W przypadku braku zaangażowania państwa (budżetu centralnego czy budżetów samorządowych) koszty opieki - w tym szereg trudno mierzalnych kosztów alternatywnych jak chociażby mniejsze zaangażowanie opiekunów nieformalnych na rynku pracy - przerzucane będą na gospodarstwa domowe i szeroko pojęty sektor nieformalny.

Pytanie o ekonomiczne i społeczne przesłanki dotyczące kosztów opieki długoterminowej sprowadzić można do kwestii, jakie będą faktyczne możliwości ponoszenia rosnących kosztów. Wiele na to wskazuje, że możliwości te będą ograniczone przez szereg zjawisk o charakterze gospodarczo-społecznym, które krótko charakteryzujemy w dalszej części tekstu. Jednocześnie podkreślimy jeszcze raz, że ostateczny poziom wydatków publicznych oraz poziom zaspokojenia potrzeb osób niesamodzielnymi przy wykorzystaniu świadczeń publicznych (analogicznie: poziom niezaspokojenia tych potrzeb) zależą będzie głównie od decyzji politycznych dotyczących skali publicznego wsparcia. Z perspektywy polityki społecznej, kluczowego znaczenia nabiera także fakt, że same potrzeby nie są stałe: ich skala oraz struktura również będą się zmieniać pod wpływem różnych przesłanek.

2.3. PRZESŁANKI DOTYCZĄCE OPIEKI NIEFORMALNEJ

Publiczne koszty finansowania opieki nad osobami niesamodzielnymi zależą w dużej mierze od efektywnego funkcjonowania wsparcia ze strony opiekunów nieformalnych, głównie rodzin. Już niewielki spadek powszechności opieki nieformalnej zwiększa zapotrzebowanie na usługi związane z opieką długoterminową finansowane ze środków publicznych (Glennerster, 2009, s. 84).

Powszechnie wskazuje się, że wzrost aktywności zawodowej kobiet w średnim wieku (które najczęściej zajmują się opieką nieformalną) stanowi przesłankę wpływającą na ograniczenie dostępności opiekunów nieformalnych. W tym kontekście obniżenie minimalnego wieku emerytalnego w Polsce w ostatnich latach dla kobiet można postrzegać jako ruch w kierunku zachowania status quo tj. zapewnienia dużej podaży potencjalnych opiekunów nieformalnych (Łuczak, 2018).

⁵ Obecnie w Warszawie koszt pobytu w placówce świadczącej całodobowe wsparcie dla osób chorych na chorobę Alzheimera waha się od 3000 do 6000 zł miesięcznie.

Dla tzw. potencjału opiekuńczego rodzin kluczowe znaczenie ma struktura gospodarstw domowych, w tym zwłaszcza pozostawanie w związkach małżeńskich czy współzamieszkiwanie z innymi osobami bliskimi. W praktyce zwiększenie odległości między miejscem zamieszkania dorosłych dzieci i ich starszych rodziców wpłynąć może na zmniejszenie możliwości zaspokajania potrzeb opiekuńczych tej drugiej grupy. Zjawisko to może być konsekwencją wielu procesów takich jak np. zagraniczna emigracja zarobkowa, ale również mobilność wewnątrz krajowa, w tym np. postępująca suburbanizacja obszarów wielkomiejskich, której towarzyszą głównie przemieszczenia osób w wieku produkcyjnym (Szukalski, 2015).

W przypadku opieki nieformalnej duże znaczenie często przypisuje się także szeroko pojętym czynnikom kulturowym, w tym dominującej w danym kraju normom społecznym określające wzorce „dobrej opieki”. W tym kontekście wskazać można, że w Polsce obecnie notuje się bardzo wysoki odsetek poparcia dla nieformalnego świadczenia opieki długoterminowej przez krewnych (Carrera i in., 2013, s. 31). Niemniej trudno jest określić źródła tych silnych preferencji, tj. nie wiemy, czy są one głównie determinowane przez czynniki ekonomiczne (strukturalne), czy może raczej kulturowe (np. związane z tradycją). Zakładając jednak pewne przemiany dotyczące tego typu wzorców wynikające z rosnącego indywidualizmu, można przypuszczać mniejszą skłonność do podejmowania przez rodziny pracy opiekuńczej w przyszłości. Z drugiej strony, większe upodmiotowienie osób starszych (wyższy dochód, wzrost aspiracji) może powodować częstsze poszukiwanie innych rozwiązań opiekuńczych, niż tylko te, które są oferowane osobom wymagającym wsparcia przez rodzinę.

Warto też zwrócić uwagę na przemiany związane z ratyfikacją przez Polskę Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych i zmianą paradygmatu niepełnosprawności, a w kontekście opieki długoterminowej koncepcję niezależnego życia i podmiotowego traktowania osoby z niepełnosprawnością. Nie musi to oznaczać spadku zapotrzebowania na opiekę nieformalną, w tym i rodzinną, raczej podkreśla zobowiązania instytucji publicznych oraz przesuwania decyzyjność, co do wyboru konkretnych rozwiązań ku bezpośrednio zainteresowanym. „Przekładając to w sposób nieco bardziej obrazowy na praktykę, mówimy o świecie, w którym każda osoba z niepełnosprawnością, nawet głęboką i sprzężoną, powinna mieć autonomię decyzyjną (w kontekście Polski klóci się to z ubezwłasnowolnieniem całkowitym), prawo do niezależności i kształtowania swojego życia według potrzeb i możliwości (m.in. wsparcie deinstytucjonalizacji i odejście od familializacji opieki), a także możliwość korzystania z instytucji życia społecznego, dóbr i usług na zasadzie równości (m.in. uniwersalne projektowanie i racjonalne dostosowanie oraz wsparcie usług w ramach społeczności lokalnej)” (Kubicki, 2017, s. 64-65. Zob. też Kubicki, 2018).

2.4. PRZESŁANKI DOTYCZĄCE OPIEKI FORMALNEJ

Jak zasygnalizowano wyżej, usługi opieki nieformalnej będą coraz droższe. Opiekę długoterminową charakteryzuje bowiem wysoka pracochłonność, czego skutkiem są ograniczone możliwości wzrostu produktywności nieprowadzące do pogorszenia jakości: wzrost produktywności osoby świadczącej opiekę można najprościej osiągnąć poprzez zwiększenie liczby klientów w danej jednostce czasu, co jednak najpewniej prowadzić będzie do pogorszenia jakości udzielanych usług. Zgodnie z ekonomiczną koncepcją „choroby kosztów” Williama Baumola (1993), w niektórych sektorach gospodarki charakteryzujących się dużym udziałem „czynnika ludzkiego” w wytwarzaniu usług, można zauważyć wzrost płac, który nie wynika ze zmian w produktywności. Prowadzi do tego, że koszt jednostkowy takiej usługi zmienia się w czasie w odniesieniu do wzrostu płac, a nie ogólnego wzrostu cen (Fernandez, Forder, Knapp, 2011, s. 581). Dodatkowo wzrost oczekiwań co do jakości opieki ze strony przyszłych kohort ludzi starszych, którzy najczęściej doświadczyli lepszych niż starsze pokolenia standardów życia w trakcie ich wieku produkcyjnego, może stanowić przesłankę wzrostu cen opieki (Tamże).

Sytuację powyższą komplikuje problem - już teraz bardzo dotkliwy w społeczeństwach o dużym udziale osób starszych w populacji - polegający na brakach kadrowych w sektorze opieki formalnej (Fujisawa, Colombo, 2009). Problem niewystarczających zasobów personelu wynika nie tylko ze stale rosnących potrzeb, co również z tego, że sektor ten oferuje najczęściej relatywnie nisko płatne zatrudnienie z trudnymi warunkami pracy. Zapewnienie dopływu nowych pracowników w sektorze opieki nad osobami starszymi stanowi poważne wyzwanie, z którym wiele państw stara sobie radzić poprzez np. korzystanie z pracy imigrantów. Wiele zależy od tego, w jakim miejscu w „łańcuchu opieki” (ang. Care chain) znajduje się dane państwo, tj. czy jest to państwo „wysyłające” czy „przyjmujące” opiekunów formalnych. Jak wiadomo, w Polsce obserwujemy bardzo duży odpływ pracowników i pracownic z sektora opieki do państw Europy Zachodniej (np. Niemcy czy Austria) i Południowej (np. Włochy, choć głównie w szarej strefie), którzy korzystają z oczywistych zachęt wynikających z wyższych stawek wynagrodzeń w tych państwach. Prowadzi to do swoistego deficytu pracowników, którzy zamiast zasilać rodzimy sektor opieki, wybierają pracę w innych państwach i świadczą tam usługi opiekuńcze. Pewnym rozwiązaniem tego problemu w Polsce może być postępująca emigracja pracowników do Polski, zwłaszcza zza wschodniej granicy. Niemniej ważną przesłanką przyczyniającą się do poziomu zaspokajania potrzeb w przyszłości pozostaje zwiększanie atrakcyjności sektora opieki jako miejsca pracy, również w odniesieniu do kwestii zapłaconych.

Powszechnie przyjmuje się, że wpływ postępu technologicznego na możliwe formy udzielania pomocy (i uczynienia ich mniej kosztowymi oraz bardziej efektywnymi) osobom niesamodzielnym jest możliwy, choć ograniczony. Opieka długoterminowa opiera się i będzie się opierać na kluczowym komponencie kontaktów międzyosobowych. Niemniej jednak należy wskazać, że coraz większą popularnością cieszy się idea telemedycyny i teleopieki⁶. Tego typu działania mają największe praktyczne znaczenie w ramach prewencji i są wykorzystywane do monitorowania stanu zdrowia osób starszych. Można zakładać, że upowszechnienie nowych technologii w odniesieniu do opieki wpłynie na efektywniejsze zaspokajanie potrzeb osób niesamodzielnymi, ale także stworzy nowy katalog potrzeb, który będzie następstwem wdrażania innowacji do sektora opieki, gdyż wprowadzenie rozwiązań z zakresu teleopieki może zwiększyć poczucie osamotnienia doświadczanego przez osoby starsze.

⁶ Zob. rozdział 4.8.

Perspektywa wykorzystania nowoczesnych technologii w sektorze opiekuńczym prowadzi do kolejnej przesłanki przemawiającej za wzrostem skali publicznego wsparcia osób niesamodzielnych, którą będzie jeszcze większe niż obecnie zróżnicowanie dochodowo-majątkowe w grupie osób starszych. W przypadku najnowszych zdobyczy techniki można zakładać, że osoby o wyższym statusie społeczno-ekonomicznym zdecydowanie łatwiej i chętniej będą mogły skorzystać z owych nowych metod wsparcia. Natomiast w odniesieniu do usług osobistych, postępujące zróżnicowanie dochodowe seniorów w Polsce - wynikające m.in. z coraz bardziej odczuwalnych skutków nowego systemu emerytalnego ze zdefiniowaną składką - rzutować będzie na możliwości dostępu do wsparcia w formie usług, zwłaszcza o charakterze ponadstandardowym. Rodzi to może istotne nierówności w dostępie do świadczeń. Kwestia ta wywołuje pytania, w jakim stopniu publiczne wsparcie dla osób niesamodzielnych, rozumiane w kategoriach dostępu do usług, powinno się opierać na zasadzie redystrybucji pionowej, a na ile powinno respektować różnice w możliwościach finansowania usług. Należy także pamiętać o innych aspektach zróżnicowania, obejmujących także różnice w stylach życia osób starszych, które będzie wpływać na zapotrzebowania na opiekę w przyszłości (np. zdrowa dieta, aktywność fizyczna czy społeczna).

2.5. PRZESŁANKI DOTYCZĄCE RELACJI MIĘDZY OPIEKĄ NIEFORMALNĄ A OPIEKĄ FORMALNĄ

Rozgraniczenie na opiekę formalną i opiekę nieformalną jest dość proste w teorii, natomiast w praktyce różnica między nimi jest zamazana, na co wpływa również ustawodawstwo wielu państw. W literaturze przedmiotu często mówi się o tzw. opiece półformalnej (ang. semi-formal care), która dotyczy uznania niektórych praw socjalnych opiekunów nieformalnych (np. składki na ubezpieczenie emerytalne czy dostęp do opieki zdrowotnej), w tym również prawa do „wynagrodzenia” za opiekę (Pfau-Effinger, B., 2005). Wydaje się, że w obliczu faktu, że - wykorzystując związek frazeologiczny pochodzący z ekonomii - opieka nieformalna stać się może coraz rzadszym dobrem, istnieje konieczność większego uznania praw socjalnych opiekunów nieformalnych. Jednym z możliwych rozwiązań może być wprowadzenie takich półformalnych rozwiązań, motywujących opiekunów do udzielania wsparcia osobom niesamodzielnym. Należy pamiętać również o tym, że współczesne rynki pracy charakteryzują się bardzo dużą dynamiką i nieprzewidywalnością, co wpływać może na sytuację opiekunów nieformalnych. W związku z tym opieka nad osobą niesamodzielną może być także aktywnością nieliniową, np. mogą pojawiać się epizody naprzemiennej opieki i pracy zawodowej etc. Rodzi to po stronie polityki społecznej konieczność przyjęcia takich rozwiązań, które pozwalałyby na dużą elastyczność łączenia pracy zawodowej i opieki nad osobą niesamodzielną.

Kolejną przesłanką jest tzw. szara strefa niezarejestrowanych świadczeniodawców, która w Polsce funkcjonuje na przecięciu strefy formalnej i nieformalnej. Można przyjąć, że wykorzystaniu tego typu nieuczciwych świadczeniodawców przez osoby niesamodzielne sprzyja to, że nie są one w stanie efektywnie zaspokoić swoich potrzeb przy pomocy dostępnych oficjalnie usług opiekuńczych (np. zbyt wysokie opłaty w sektorze prywatnym, nieadekwatna infrastruktura publiczna w pobliżu miejsca zamieszkania). Konieczne są zatem działania ze strony władz publicznych, które polegałyby nie tylko na ograniczaniu szarej strefy (na tym polega obecna polityka władz), ale równocześnie na zwiększaniu możliwości zaspokajania potrzeb przy wykorzystaniu legalnych usług opiekuńczych.

2.6. PRZESŁANKI DOTYCZĄCE PROCESU POLITYCZNEGO WOKÓŁ OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

Jak już zaznaczono wcześniej, to w procesie politycznym nabierają treści odpowiedzi na pytania i wyzwania związane z rosnącymi potrzebami opiekuńczymi. Wzrost potrzeb opiekuńczych nie prowadzi zatem automatycznie do większego zaangażowania państwa. Ostateczny kształt rozwiązań przyjętych w danym społeczeństwie w dużej mierze zależy od sytuacji budżetowej oraz od priorytetu nadanego przez polityków kwestiom związanym z opieką długoterminową. Można wyobrazić sobie sytuację, że nawet w obliczu korzystnej sytuacji budżetowej w danym kraju, kwestia opieki długoterminowej przegrywa z innymi celami polityki społecznej, jak np. wsparciem dla rodzin z dziećmi.

Z drugiej strony, omawiane we wcześniejszej części rozdziału przesłanki demograficzne będą mieć poważne konsekwencje dla zachowania stabilności finansów publicznych. Wzrost udziału osób starszych w strukturze wieku populacji wiąże się z koniecznością zapewnienia finansowania świadczeń innych niż opieka długoterminowa, takich jak emerytura czy opieka zdrowotna. Rosnące potrzeby opiekuńcze, przy ograniczonych zasobach organizacyjnych czy finansowych, mogą być kluczową przesłanką przemawiającą za przyjmowaniem przez decydentów politycznych strategii mających na celu zatrzymanie czy kontrolowanie rosnących kosztów przeznaczanych na wsparcie osób niesamodzielnych. Istotnym elementem regulacji jest też sterowanie dostępem do różnych form wsparcia, np. ograniczanie wsparcia w opiece stacjonarnej tylko do osób o największych potrzebach, wprowadzenie dodatkowych opłat, substytucja opieki stacjonarnej na rzecz opieki środowiskowej czy wprowadzenie zachęt do świadczenia opieki nieformalnej. W związku z tym dużego znaczenia nabiera to, czy opieka długoterminowa otrzymuje kluczowe miejsce w dyskusjach na temat zmian polityki społecznej. W tym kontekście wydaje się, że wzrost liczby osób starszych posiadających wyższe wykształcenie będzie wpływać na zmiany oczekiwań w zakresie jakości opieki długoterminowej. Prowadzić to może do zorganizowanych aktywności politycznych, np. lobbing określonych grup, reprezentujących osoby niesamodzielne lub ich opiekunów na rzecz zwiększenia środków publicznych przeznaczanych na opiekę długoterminową.

Presja wyborców na zwiększenie zaangażowania państwa nie musi jednak prowadzić do wzrostu wydatków z budżetu centralnego na finansowanie opieki, gdyż istnieją inne podmioty mających realne znaczenie dla procesu zmian w interesującym nas obszarze. Jednym z nich jest samorząd terytorialny, którego przedstawiciele mogą domagać się przyjęcia nowych instrumentów o charakterze ogólnokrajowym - podobnie jak w Niemczech, gdzie wspólny nacisk władz landów uznaje się za decydujący we wprowadzeniu ubezpieczenia pielęgnacyjnego (Nadash, Cuellar, 2017). Proces polityczny prowadzący do

rozwiązań krajowych może też być w jakimś stopniu inspirowany lub motywowany członkostwem danego kraju w organizacjach międzynarodowych, co wiąże się z przyjęciem określonych zobowiązań prawnych, ale także większym wpływem idei i pomysłów pochodzących spoza granic kraju (jak w przypadku urlopu opiekuńczego będącego przedmiotem dyrektywy unijnej).

Biorąc pod uwagę powyższe rozważania można wyróżnić następujące przesłanki wzrostu zapotrzebowania na usługi opiekuńcze finansowane ze środków publicznych (Fernandez, Forder, 2010):

- ograniczenia w dostępie do opieki nieformalnej;
- zwiększone oczekiwania osób z ograniczeniami sprawności;
- wzrost kosztu opieki i wsparcia, finansowanych dotychczas z budżetów gospodarstw domowych.

Przesłanki te prowadzić będą do coraz większej presji wywieranej na polityków, którzy staną przed koniecznością rozwoju bardziej powszechnego i hojnego publicznego systemu wsparcia dla osób niesamodzielnych i ich opiekunów. Docelowy kształt takiego systemu uwzględnić będzie jednak dotychczasowe tradycje instytucjonalne oraz, przede wszystkim, pozycję negocjacyjną poszczególnych aktorów politycznych zaangażowanych w proces przygotowania i implementacji reform.

3. CHARAKTERYSTYKA ROZWIĄZAŃ ZAGRANICZNYCH

Paweł Łuczak, Rafał Bakalarczyk

3.1. UWAGI WSTĘPNE

Przegląd rozwiązań funkcjonujących w innych krajach można uznać za dość typowy etap tworzenia propozycji nowych instytucji polityki publicznej. W wielu krajach europejskich w ostatnich dekadach przyjęto zróżnicowane instrumenty dotyczące opieki długoterminowej, które w istocie stanowią zbiór gotowych do wykorzystania tzw. dobrych praktyk (lub praktyk „złych”, mogących stanowić swoiste ostrzeżenie przed wprowadzeniem rozwiązań, które nie przyczyniają się do realizacji założonych celów). Z reguły, ze względu na szereg różnych uwarunkowań politycznych czy historycznych, tego typu wzorce czerpane z innych państw nie zawsze mogą być bezpośrednio stosowane w kraju, który stoi przed koniecznością systemowych zmian dotyczących jakiegoś obszaru polityki społecznej. W przypadku opieki długoterminowej korzystanie z doświadczeń innych państw może wydawać się jeszcze bardziej problematyczne. Wynika to przede wszystkim z samej specyfiki polityki państwa wobec kwestii opieki długoterminowej.

Po pierwsze, w wielu krajach - nawet tych, w których już wcześniej przyjęto dość kompleksowe rozwiązania - wciąż trudno mówić jest o spójnym „systemie”, gdyż rozwiązania z zakresu opieki długoterminowej bardzo często przyjmowane były na drodze swoistej ewolucji i bazowały na dotychczasowym dorobku instytucjonalnym w danym państwie. Często „system” ten powstał raczej dość przypadkowo, a nie w efekcie planowanego działania politycznego. Czasem trudno także jednoznacznie orzec jakie dokładnie instrumenty wchodzi, a jakie nie wchodzi do owego „systemu” wsparcia, który ma obowiązywać w danym państwie (np. czy szara strefa, która rozwija się dzięki istnieniu świadczeń pieniężnych, to część „systemu”, czy jednak nie; a jeśli nie, to dlaczego?).

Po drugie, opieka długoterminowa to w dużej mierze sprawa rozwiązywana na poziomie społeczności lokalnych przez władze samorządowe. Przepisy krajowe mają, w zależności od kraju, bardziej bądź mniej ogólny charakter. Istnieje zatem wiele przesłanek wskazujących, że poziom państwa i realizowanej polityki rządu centralnego może być nieadekwatną jednostką analizy. W wielu przypadkach należałoby uwzględnić kontekst lokalny, co może powodować, że wnioski aplikacyjne obarczone będą zbyt wieloma zastrzeżeniami wynikającymi ze specyfiki każdej społeczności lokalnej.

Po trzecie, interwencja państwa w odniesieniu do opieki długoterminowej jest trudna do pomiaru, a podstawowe wskaźniki powinny być rozpatrywane z ostrożnością. Przykładowo, poziom wydatków publicznych powinien być zestawiany z szacunkami (trudnymi do uzyskania) wydatków czy kosztów ponoszonych przez gospodarstwa domowe. Co więcej, porównania dotyczące odsetka korzystających z usług opiekuńczych powinny również brać pod uwagę zakres przedmiotowy (tj. jakie usługi, o jakim standardzie etc.) udzielanego wsparcia, co nie zawsze jest jednak możliwe.

Biorąc pod uwagę powyższe - a także mając na względzie, że lista ta nie wyczerpuje wszystkich możliwych trudności - w dalszej części tekstu proponujemy poprzedzenie przeglądu rozwiązań z innych państw wskazaniem na najważniejsze dylematy instytucjonalne towarzyszące polityce społecznej w odniesieniu do opieki długoterminowej. Dzięki temu możemy krótko omówić główne kryteria, które posłużyć nam mogą do opisu rozwiązań w zasadzie w dowolnym kraju oraz stanowić punkt wyjścia do formułowania wniosków czy zaleceń o charakterze aplikacyjnym. W drugiej części tekstu streszczamy rozwiązania z celowo wybranych państw, starając się pokazać wybrane efekty tych rozwiązań (z punktu widzenia wydatków publicznych, deinstytucjonalizacji oraz podejścia do kwestii opieki nieformalnej) oraz ich mocne i słabe strony.

3.2. KRYTERIUM UPRAWNIAJĄCE DO ŚWIADCZEŃ: POWSZECHNOŚĆ CZY SELEKTYWNOŚĆ?

Prawa socjalne to jeden z kluczowych wątków badawczych w pracach z zakresu porównawczej polityki społecznej (Korpi i Palme 1998; Zamorska 2010). Biorąc pod uwagę tę perspektywę, można uogólnić, że najistotniejszym kryterium analitycznym jest powszechność bądź selektywność świadczeń, tj. kwestia czy uprawnienie do świadczeń ma charakter bezwarunkowy czy warunkowy. W przypadku opieki długoterminowej, uprawnienie bezwarunkowe zakłada, że przyznanie wsparcia zależy w zasadzie wyłącznie od potrzeb osób niesamodzielnych, natomiast uprawnienia warunkowe odnoszą się również do szeregu innych okoliczności dotyczących osoby niesamodzielnej, takich jak np. dochód czy majątek, wiek, sytuacja rodzinna czy wcześniejsze odprowadzanie składek.

Tradycyjnie powszechność w opiece długoterminowej łączona jest z rozwiązaniami nordyckimi, choć nawet w tych państwach istnieje konieczność odpłatności za niektóre rodzaje usług (np. w Danii, gdzie klienci opłacają usługi tymczasowej opieki domowej czy koszty zamieszkiwania w publicznych domach opieki).

Selektywność w opiece długoterminowej to natomiast szeroka kategoria, która może być uznana za cechę państw opierających swój system wsparcia na kryterium zamożności, gdzie dostęp i skala wsparcia uzależniona jest od określonych zasobów (np. w Anglii, ale już nie Szkocji, gdzie występuje uprawnienie bezwarunkowe). Selektowność rozumiana szerzej może natomiast odnosić się uzależnienia uprawnienia do świadczeń od wcześniej podejmowanych aktywności, np. odprowadzenia składek na ubezpieczenie pielęgnacyjne.

Zastosowanie kryterium powszechności / selektywności w odniesieniu do opieki długoterminowej nie jest jednak proste. Nawet w państwach opartych na tradycji powszechnych praw socjalnych, nieuchronnie mamy do czynienia z dużą rolą tzw. swobodnego uznania podmiotów publicznych w trakcie przeprowadzenia oceny potrzeb osób niesamodzielnych. Dodatkowo zapisy na poziomie ustaw kształtujące takie, a nie inne uprawnienia do wsparcia, muszą być rozpatrywane przy uwzględnieniu potencjału świadczeniodawców do praktycznej realizacji owych formalno-prawnych gwarancji. Problem ten jest o tyle istotny, że za dostarczanie usług w większości państw odpowiedzialne są podmioty funkcjonujące na poziomie lokalnym, które w różny sposób mogą radzić sobie z nagłymi wyzwaniem, związanymi nie tyle nawet z rosnącymi potrzebami opiekuńczymi, co zasobami (np. braki kadrowe u świadczeniodawców etc.). Dobrym przykładem tego typu zjawiska jest Austria, gdzie świadczenie pieniężne dla osób niesamodzielnych oparte na zasadzie powszechności (tj. jedynie kryterium potrzeb) współwystępuje z powszechnym udziałem emigrantów świadczących wsparcie mieszkających w domach osób niesamodzielnych, co jest odpowiedzią na niedostateczne zasoby kadrowe w sektorze opieki formalnej.

Niemniej użyteczność kryterium powszechności i selektywności jest wciąż niezwykle ważna, zwłaszcza z perspektywy dyskusji o tym, kto powinien być odpowiedzialny za zaspokajanie potrzeb osób niesamodzielnych. Systemy oparte na zasadzie powszechności, lub quasi-powszechności, jak ubezpieczenie pielęgnacyjne, można odczytywać jako te, które przesuwają odpowiedź na zarysowane wcześniej pytanie na wspólnotę polityczną. Innymi słowy, powszechność uprawnienia wydaje się być pierwszym krokiem ku zwiększeniu publicznej odpowiedzialności za opiekę. Należy jednak pamiętać, że to, jak w praktyce owa odpowiedzialność jest realizowana, zależy także od szeregu innych kwestii, również tych poruszanych niżej (dominujące instrumenty, adekwatność finansowania czy zasoby kadrowe).

Jeden z najbardziej kompleksowych przeglądów rozwiązań dotyczących opieki (Ranci i Pavolini 2015) prowadzi do wniosku, że wzrost potrzeb opiekuńczych przyczynił się w ostatnich dekadach do rozprzestrzeniania się zasady powszechności. Niemniej zasada ta ma nową formułę, którą autorzy cytowanego artykułu określają jako „ograniczona powszechność” (ang. restricted universalism). Pojęcie to oznacza, że wszystkie osoby z potrzebami są uprawnione do tego samego rodzaju świadczeń opiekuńczych, przy jednoczesnych ograniczeniach dotyczących ich dostarczania czy jakości usług (np. obniżenie intensywności wsparcia) lub faktycznego dostępu do usług (np. wprowadzenie kolejek jako metody racjonowania dostępu).

3.3. DOMINUJĄCY INSTRUMENT WSPARCIA: USŁUGI CZY TRANSFERY PIENIĘŻNE?

Najprostszy podział instrumentów polityki społecznej zakłada rozróżnienie na transfery pieniężne i usługi społeczne (np. Barr 2016). Przeglądając się rozwiązaniom z zakresu polityki społecznej funkcjonującym w różnych państwach można uogólnić, że owa podstawowa dychotomia stanowi kryterium różnicujące systemy wsparcia osób niesamodzielnych: w niektórych krajach mamy dominujący akcent położony na transfery pieniężne, inne systemy natomiast opierają się przede wszystkim na dostarczaniu (subsydiowanych publicznie) usług.

Powyższe ogólne stwierdzenie należy jednak od razu uzupełnić o co najmniej dwie uwagi. Po pierwsze, w wielu krajach występują również inne instrumenty, których nie można przypisać do powyższych kategorii, a które mają znaczenia dla zaspokajania potrzeb opiekuńczych. Wymienić zatem można przykłady rozwiązań funkcjonujących w systemie podatkowym (np. ulgi podatkowe związane z wykupem prywatnego ubezpieczenia pielęgnacyjnego we Francji) lub istnienie regulacji z zakresu prawa prywatnego jak np. obowiązek alimentacyjny względem osób starszych, ciążący na najbliższych krewnych. Po drugie, kategoria transferów pieniężnych i usług w przypadku opieki długoterminowej jest niezwykle szeroka i zawiera w sobie wiele różnych instrumentów, które realizować mogą różne cele. Na przykład, usługi społeczne dostarczane osobom niesamodzielny mogą odnosić się do pielęgnacji, ale także do rehabilitacji czy pomocy w obowiązkach domowych bądź dostarczaniu posiłków do domu, a usługi społeczne względem opiekunów nieformalnych to choćby tzw. opieka wytchnieniowa czy szkolenia dla opiekunów. Owa różnorodność instrumentów stanowi kolejną trudność w systematycznych porównaniach międzynarodowych dotyczących opieki długoterminowej.

W Europie państwami, które już kilka dekad temu postawiły na rozwój usług są głównie państwa nordyckie oraz kraje Beneluksu. W literaturze podnosi się argumenty, że dopiero powszechna dostępność usług dla osób niesamodzielnych może zapewnić realny wybór co do formy otrzymanego / dostarczanego wsparcia w zakresie opieki. Przyjmuje się także, że dostępność usług społecznych może prowadzić do osiągnięcia celów, które wykraczają poza ramy stricte związane z opieką, np. mogą sprzyjać zwiększonej aktywności kobiet na rynku pracy (Łuczak 2015, s. 50).

Niemniej publiczne finansowanie rozwoju usług jest kosztowne, co wynika chociażby z dobrze ugruntowanego empirycznie twierdzenia o „chorobie kosztów” autorstwa W. Baumola, zgodnie z którym wzrost kosztów usług osobistych, ze względu na ich dużą pracochłonność, przekracza co do zasady poziom inflacji. W Szwecji, gdzie usługi są głównym elementem systemu wsparcia osób niesamodzielnych, od lat 90. XX wieku pod wpływem rosnących kosztów głównie związanych z opieką stacjonarną, niektóre władze samorządowe w coraz większym stopniu zaczęły stosować świadczenia pieniężne, które w praktyce wspierają opiekę nieformalną (Da Roit, Le Bihan 2010). Głównymi postulowanymi kierunkami zmian w ostatnich dekadach w państwach nordyckich jest deinstytucjonalizacja oraz zwiększenie roli tzw. wyboru konsumenckiego dokonywanego przez osoby niesamodzielne w zakresie podmiotów udzielających wsparcia. Rośnie również rola świadczeniodawców prywatnych, przede wszystkim

w opiece środowiskowej (Meagher, Szebehely 2013). Z drugiej strony, w odniesieniu do opieki instytucjonalnej, w państwach nordyckich to wciąż sektor publiczny jest głównym dostawcą usług: wykorzystanie instrumentów zlecenia usług podmiotom niepublicznym ma w tych krajach niewielkie znaczenie (Marczak, Wistow 2016).

Jedną z najbardziej typowych odpowiedzi na rosnące potrzeby opiekuńcze było wprowadzenie przez wiele państw świadczeń pieniężnych związanych z opieką nad osobami niesamodzielnymi (ang. Cash-for-care). Tego rodzaju instrumenty pozwalają osobom niesamodzielnym na wybór wykorzystania określonych środków pieniężnych, które są przyznane w formie budżetu bądź pojedynczej płatności, w celu sfinansowania preferowanego sposobu zaspokajania potrzeb. W badaniach porównawczych wskazuje się, że przyjęcie tego typu instrumentów miało miejsce na różnym etapie rozwoju systemu opieki długoterminowej w różnych państwach, co w dużej mierze determinuje obecną funkcję spełnianą przez te świadczenia (dalsze omówienie w niniejszym akapicie na podstawie: Gori, Da Roit 2019). W krajach, w których polityka dotycząca opieki długoterminowej była słabiej rozwinięta, a sama opieka była przede wszystkim domeną najbliższej rodziny, świadczenia tego rodzaju były traktowane jako szkielet nowego systemu oraz zmierzały do wsparcia opieki sprawowanej nieformalnie (jak w przypadku Niemiec i Austrii) lub wsparcia nowego segmentu na rynku pracy (jak w przypadku Francji). W Holandii wprowadzenie świadczenia pieniężnego miało miejsce w kontekście silnie rozwiniętego sektora usługowego i miało na celu uelastycznienie istniejącej podaży usług, zwiększenie upodmiotowienia osób niesamodzielnych, a także zmniejszenie kosztów usług. Z kolei we Włoszech funkcjonujące obecnie świadczenie pieniężne w nieskoordynowany sposób ewoluowało z wcześniejszego systemu wsparcia dochodowego osób niepełnosprawnych (zob. niżej).

Przyjęte w poszczególnych krajach regulacje dotyczące świadczeń pieniężnych mogą zakładać różne możliwości w wykorzystaniu tych środków (Łuczak 2018b). W niektórych krajach świadczenia pieniężne mogą być wykorzystane do zakupu usług od profesjonalnych podmiotów działających dla zysku czy innych organizacji lub mogą być przekazane członkom rodziny lub innym osobom, w tym świadczącym opiekę w tzw. szarej strefie. Tylko w niektórych państwach (jak Francja czy Holandia) istnieją regulacje, które ściślej określają możliwości wykorzystania świadczeń pieniężnych. Przyjmowane regulacje (np. Niemcy, Czechy od 2019 roku) mogą także zakładać zróżnicowaną wysokość świadczenia w zależności od wyboru określonej formy wsparcia (np. zwiększenie wysokości świadczenia, gdy jest ono przeznaczane na opiekę sprawowaną w środowisku domowym).

3.4. FINANSOWANIE

Krajowe systemy opieki długoterminowej różnią się między sobą zarówno jeśli chodzi o poziom i strukturę nakładów jak również techniki finansowania świadczeń z tego tytułu.

Choć udział publicznych wydatków na opiekę długoterminową w PKB nadal pozostaje znacznie niższy niż udział wydatków na inne (newralgiczne w dobie starzenia się społeczeństw rozwiniętych) obszary, jak zabezpieczenie zdrowotne czy emerytalne, wydatki publiczne na opiekę długoterminową cechuje bardzo duża dynamika. Wiąże się to ze wspomnianym w pierwszej części raportu tzw. podwójnym starzeniem się społeczeństw⁷ i rosnącym udziałem w populacji osób najstarszych, wśród których ryzyko zapotrzebowania na opiekę długoterminową jest szczególnie wysokie. Proces ten w świetle prognoz demograficznych będzie postępował, wobec czego i prognozy wydatków na opiekę długoterminową wskazują na bardzo duży wzrost nakładów na ten cel w najbliższych dekadach (niektóre szacunki mówią o dwukrotnym wzroście w latach 2013-2050) (Błądowski, Karczmarska 2018).

Według najnowszych danych OECD na temat statystyk zdrowia, średnie nakłady publiczne w krajach rozwiniętych na opiekę długoterminową (w jej zdrowotnym i społecznym segmencie łącznie) wyniosły w roku 2014 około 1,4% PKB. Między krajami występuje jednak duża rozpiętość w tym zakresie. Państwami, w których ten udział jest najwyższy, są Holandia (4,3%) a następnie cztery kraje regionu nordyckiego: Finlandia (3,5%), Szwecja (3,2%), Dania (2,4%), Norwegia (2,4%). Wysoki poziom wydatków (powyżej średniej dla OECD) odnotowujemy także w Belgii, Japonii, Szwajcarii, Francji, Islandii oraz Irlandii.

Natomiast spośród krajów, gdzie udział publicznych ten jest szczególnie niski (0,5% PKB lub mniej) znalazły się Portugalia, Stany Zjednoczone, Polska, Izrael, Estonia, Łotwa, Grecja i Słowenia (OECD 2019).

Systemy krajowe różnią się nie tylko poziomem nakładów, ale również mechanizmami finansowania. Zasadniczo możemy wyróżnić modele:

- zaopatrzeniowy (finansowanie z podatków);
- ubezpieczeniowy (finansowanie z wyodrębnionych składek);
- mieszane (łącznie w różnych konfiguracjach obydwie techniki).

Niezależnie od tego, jaki model jest realizowany, opieka współfinansowana jest ze środków prywatnych. W praktyce nie da się tego uniknąć, kwestią do dyskusji pozostaje jednak skala takich wydatków.

Model typowo budżetowy (zaopatrzeniowy) występuje głównie w państwach nordyckich. Kraje te cechuje bardzo wysoki poziom odpowiedzialności za finansowanie i zapewnianie świadczeń opiekuńczych, przy jednocześnie dużym zakresie autonomii i odpowiedzialności po stronie samorządów za realizowanie opieki długoterminowej i podział środków na ten cel. System zaopatrzeniowy wymaga znacznych wydatków z budżetu, a także pewnej dyscypliny po stronie decydentów, by zabezpieczyć odpowiednie nakłady na ten cel zamiast przeznaczenia ich na inne publiczne cele. W porównaniu z modelem ubezpieczeniowym,

⁷ Podwójne starzenie się ludności to proces polegający na szybszym wzroście odsetka ludności wieku 80 i więcej lat niż odsetka osób w wieku 65+.

ten zaopatrzeniowy ma pewne ograniczenia w postaci trudności z projektowaniem finansowania opieki długoterminowej w dłuższej perspektywie (z uwagi na trudną do oszacowania sytuację budżetową i wyzwania, które trzeba będzie pokryć z budżetu). Model ten może sprzyjać ewentualnie mniej racjonalnemu korzystaniu z uprawnień po stronie odbiorców, gdyż uprawnienia te są słabiej powiązane z indywidualnym wkładem do gromadzonych funduszy na cele opiekuńcze.

Model ubezpieczeniowy znajdujemy w szeregu państw różnej szerokości geograficznej (Niemcy, Holandia, Luksemburg, Japonia i Korea Południowa) i opiera się on na kilku filarach. Segment ubezpieczenia z tytułu opieki długoterminowej jest na ogół wyodrębniony względem ubezpieczenia zdrowotnego, udział w tego rodzaju ubezpieczeniu jest obowiązkowy, a składki są przede wszystkim odprowadzane od wynagrodzeń osób zatrudnionych (choć też w pewnym zakresie mogą partycypować w tym inne grupy, np. emeryci, również odprowadzając składki od świadczeń emerytalnych) (Colombo 2011). Potencjalną korzyścią, jaka płynie z ubezpieczeniowego modelu jest to, że środki są wyodrębnione i opieka długoterminowa nie musi konkurować z innymi sferami w ramach wspólnego budżetu.

Kraje z tej grupy różnią się jednak zarówno jeśli chodzi o poziom nakładów na opiekę i ich udział w PKB, jak i wieloma konkretnymi rozstrzygnięciami, np. odnośnie tego, do jak szerokiej grupy kierowane są świadczenia opiekuńcze w ramach ubezpieczenia. Przykładowo, w Japonii uprawnienia do korzystania ze świadczeń w ramach ubezpieczenia należą się seniorom, podczas gdy w Niemczech i Holandii wiek nie determinuje możliwości korzystania ze świadczeń finansowanych w ramach tego ubezpieczenia. Istnieją też systemy - jak belgijski - gdzie opieka długoterminowa jest świadczona głównie w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Ponadto można wskazać takie kraje (głównie z Europy południowej i środkowo-wschodniej), w których część potrzeb w zakresie opieki długoterminowej jest finansowana w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, a część potrzeb świadczeń społecznych finansowanych z podatków (Colombo 2011).

Model mieszany zawiera elementy systemu zaopatrzeniowego i ubezpieczeniowego w proporcjach zależnych od sytuacji i polityki prowadzonej przez dany kraj.

Innym ważnym aspektem, który warto uwzględnić w kontekście finansowania opieki długoterminowej są prywatne nakłady na opiekę długoterminową, poziom współpłacenia za świadczenia, korzystanie z opieki długoterminowej poza segmentem publicznym oraz ewentualne korzystanie z prywatnych i nieobligatoryjnych ubezpieczeń na wypadek korzystania z OD.

3.5. OPIEKA NIEFORMALNA

Opieka nieformalna stanowi istotny segment zaspokajania potrzeb związanych z opieką długoterminową w zasadzie we wszystkich krajach rozwiniętych, choć w różnym stopniu. Mówiąc o sektorze nieformalnym w sferze opieki bierze się pod uwagę przede wszystkim sprawowanie jej przez członków rodziny, przyjaciół, sąsiadów i przedstawicieli niesformalizowanych inicjatyw pomocowych, wolontariatu etc. Chodzi o ogół podmiotów, które sprawują opiekę w ramach aktywności nieprofesjonalnej i niezawodowej. W praktyce, granice sektora nieformalnego i jego relacji z sektorem formalnym opieki bywają nieostre. Członkowie rodziny mogą za sprawą odpowiednich szkoleń, jak również kontraktów zawieranych z instytucjami publicznymi, stawać się quasi-profesjonalnymi, opłacanymi opiekunami, mimo że podstawową przesłanką podjęcia opieki bywa w ich przypadku więź łącząca ich z podopiecznym. Nie analizując w tym miejscu szczegółowo rozróżnień definicyjnych, należy zauważyć, jak istotna jest rola podmiotów nieformalnych - a w szczególności członków rodziny - w zaspokajaniu potrzeb opiekuńczych. Roli tej nie należy sprowadzać też wyłącznie do bezpośredniego sprawowania opieki, ale też uwzględniać działania związane z opłacaniem, organizowaniem, koordynowaniem opieki świadczonej przez inne osoby. W centrum analiz sektora nieformalnego - także w opracowaniach porównawczych - zwykle pozostaje rodzina i jej konkretni członkowie.

Poszczególne społeczeństwa bardzo się różnią stopniem oczekiwań wobec członków rodziny w obliczu zaistnienia zapotrzebowania na opiekę długoterminową w starszym wieku. Przywiązanie do roli opiekuńczej rodziny jest szczególnie silne w krajach Europy południowej (z wyjątkiem Francji) oraz krajach postkomunistycznych, w szczególności w Polsce, Bułgarii, Rumunii i na Słowacji, a ponadto w Grecji. Pogląd, że to rodzina w pierwszej kolejności powinna pełnić rolę opiekuńczą wobec tracących samodzielność seniorów jest najmniej popularny w krajach skandynawskich: Szwecji, Finlandii, Danii oraz Holandii, Belgii i Francji (Eurobarometr 2007).

Gdy spojrzymy na zaangażowanie w opiekę długoterminową, średnio prawie 40% dorosłej populacji w krajach UE deklaruje takie doświadczenie obecnie lub w przeszłości. Co istotne, nawet kraje o małym „rodzinnym” podejściu do opieki długoterminowej cechuje niewiele mniejszy lub porównywalny do unijnej średniej odsetek deklaracji o sprawowaniu opieki nieformalnej. Przykładowo, w Szwecji było to 40,4%, a więc tyle samo co w „familistycznej” Polsce. Różnice widać natomiast, jeśli chodzi o poziom intensywności opieki, mierzonej czasem przeznaczanym na tego rodzaju aktywność. Przykładowo w krajach takich jak Polska, Grecja, Portugalia czy Hiszpania aż kilka procent dorosłej populacji deklaruwało sprawowanie opieki „w pełnym wymiarze” podczas gdy w krajach skandynawskich i Holandii było to poniżej 1% (w Szwecji zaledwie 0,1%) (Eurofound 2015).

Podjęcie opieki długoterminowej wiąże się z dodatkowymi kosztami jak i ograniczeniami, np. dla podejmowania lub kontynuowania ścieżki zawodowej, zwłaszcza w pełnym wymiarze. Stąd też potrzeba zabezpieczenia socjalnego tej grupy. Różne kraje cechują odmienne podejście do regulacji tej kwestii. Z zestawienia dokonane przez N. Marską-Dziobą (2015) wynika, że istnieje kilka zasadniczych wariantów. Niektóre kraje (m.in. Węgry, Słowacja, Litwa, Polska, ale i Wielka Brytania oraz Irlandia) wypłacają środki dla opiekunów w formie zasiłków; inne zawierają umowę z opiekunem na świadczenie opieki (takie rozwiązanie znajdujemy w krajach skandynawskich, a także w Belgii, Niemczech, niekiedy we Francji oraz Bułgarii i Rumunii). Jeszcze inne kraje również traktują opiekę nieformalną jako swego rodzaju usługę, lecz umowę na jej wykonanie zawiera nie jednostka administracji publicznej, a sama osoba korzystająca z opieki (taki model znajdujemy we Holandii, Belgii i Luksemburgu, ale też często we Francji).

Mechanizm wsparcia / wynagrodzenia finansowego opiekunów to nie jedyna cecha różnicująca ich status - należy pamiętać także o wysokości wsparcia oraz kryteriach dostępu do świadczeń, które w poszczególnych państwach wyglądają odmiennie.

Współcześnie ważnym wyzwaniem jest umożliwienie osobom zaangażowanym w nieformalną lub rodzinną opiekę długoterminową możliwości godzenia tej roli z pracą zawodową. Poszczególne kraje cechuje różny poziom rozwoju rozwiązań na rzecz tego celu i zakres stosowanych instrumentów. Jak pokazuje raport fundacji Eurofound, wśród krajów najbardziej zaawansowanych pod tym kątem znajdujemy państwa skandynawskie (Dania, Finlandia Szwecja) oraz Belgię, Francję i Niemcy. W tej grupie krajów występują rozszerzone uprawnienia urlopowe, ochrona pracujących opiekunów i elastyczna organizacja czasu pracy dla opiekuna, a także hojność wsparcia. Na drugim biegunie znajdują się Bułgaria, Słowacja, Węgry, Polska i Łotwa (Eurofound 2015).

Jak widać, choć opieka nieformalna, w tym rodzinna, odgrywa istotną rolę we wszystkich systemach krajowych w świecie państw rozwiniętych i w każdym z nich istnieją rozwiązania wspierające opiekunów, w perspektywie porównawczej widać zachodzą znaczne różnice. Odnoszą się one do preferencji społecznych w zakresie zaangażowania rodziny w opiekę długoterminową, intensywności / wymiaru czasowego sprawowania roli opiekuńczej, a także sposobu i zakresu wsparcia publicznego dla opiekunów, w tym działań na rzecz godzenia roli opiekuńczej z zawodową.

3.6. PRZEGLĄD ROZWIĄZAŃ W WYBRANYCH PAŃSTWACH

Czechy

Ogólna charakterystyka rozwiązań

- **Hojne świadczenie pieniężne dla najbardziej potrzebujących (wsparcie strony popytu).**
- **Brak integracji między sektorami usług społecznych i opieki zdrowotnej.**

Czechy są pierwszym - i jak dotąd jedynym - państwem w Europie Środkowo-Wschodniej, w którym wprowadzono przed kilkunastoma laty kompleksową reformę wsparcia osób niesamodzielnych udzielanego w sektorze usług społecznych. Ustawa o usługach społecznych z dnia 14 marca 2006 roku, obowiązująca od 1 stycznia 2007 roku, zmieniła zasady finansowania usług, których beneficjentami są w dużej mierze osoby starsze. Głównym instrumentem nowego systemu jest świadczenie pieniężne przyznawane osobom niesamodzielnym, które stanowić ma subsyduum zwiększające swobodę wyboru w zakresie zaspokajania potrzeb opiekuńczych. Osoby otrzymujące świadczenie mogą dowolnie dysponować przyznanymi środkami pieniężnymi, tj. mogą zakupić usługi opiekuńcze na regulowanym rynku opiekuńczym czy przekazać całą bądź część kwoty opiekunom nieformalnym. Uprawnienie do świadczenia oparte jest na zasadzie bezwarunkowości, gdyż uzależnione jest tylko stwierdzenia określonych potrzeb. Omawiane świadczenie uznać można za relatywnie hojne (np. w porównaniu z wysokością średniej emerytury) w odniesieniu do osób o najwyższych stopniach niesamodzielnności; natomiast dla beneficjentów zakwalifikowanych do dwóch najniższych stopni niesamodzielnności jest ono raczej symboliczne, co stanowi ilustrację podejścia „ograniczonej powszechności” wskazanej wyżej. Obecnie co ósmy obywatel Czech otrzymuje świadczenie pieniężne, klasyfikując się tym samym do jednego z czterech stopni niesamodzielnności (Chodounska 2017; za Łuczak 2018a).

Ustawa o usługach społecznych z 2006 roku wiązała się także z innymi istotnymi zmianami, m.in. wprowadzono kryteria jakości usług, obowiązku rejestracji świadczeniodawców. Zmiany te zmierzały do stymulacji rozwoju rynku usług opiekuńczych, przede wszystkim dostarczanych w środowisku zamieszkania osób niesamodzielnych. Należy również wskazać, że ustawa odnosi się do szerokiego, niezwiązanego tylko z niesamodzielnnością, zakresu usług społecznych, w tym o charakterze prewencyjnym, z których korzystać mogą osoby starsze. (Łuczak 2016). Dodatkowo w roku 2011 w Czechach przyjęto ustawę o usługach zdrowotnych i warunkach ich świadczenia, która regulowała realizowanie usług opieki zdrowotnej w domu pacjenta. Celem tej ustawy, podobnie jak w przypadku ustawy o usługach społecznych, miało być zwiększenie autonomii i społeczne włączenie osób niesamodzielnych. (Koldinská, Štefko 2018, s. 60). Niemniej przykład ustawy z 2011 roku obrazuje wciąż istniejący dualizm w systemie wsparcia osób niesamodzielnych przejawiający się głównie w braku koncepcji zintegrowanej opieki: usługi dostarczane osobom zależnym od pomocy osób trzecich są dostarczane i finansowane oddzielnie w sektorze usług społecznych i opieki zdrowotnej (Kubalčíková i in. 2017, s. 244).

Efekty przyjętych rozwiązań

- **Wydatki:** wprowadzenie świadczenia uniwersalnego to presja na wyższe wydatki publiczne, przy jednoczesnym wzroście cen na rynku usług opiekuńczych.
- **Deinstytucjonalizacja:** wprowadzenie instrumentu wspierającego popyt, bez publicznych inwestycji w podaż usług doprowadziło do stagnacji w zakresie opieki środowiskowej; utrzymuje się wysoki silny popyt na opiekę instytucjonalną; istnieje również dotkliwy problem nierejestrowanych świadczeniodawców.
- **Opieka nieformalna:** wsparcie opiekunów nieformalnych ma przede wszystkim charakter pośredni, i realizowane jest poprzez „wybory konsumenckie” beneficjentów świadczenia pieniężnego.

Dane (szczegółowe dane na ten temat w: Łuczak 2018a) dotyczące wykorzystania świadczeń pieniężnych przez beneficjentów wskazują, że zdecydowana większość z nich przekazuje świadczenie osobom fizycznym, które nie są profesjonalnymi świadczeniodawcami. Największy strumień trafia zatem zapewne (nie występuje monitoring tego typu transferów) do opiekunów rodzinnych. Dość istotne jest także finansowanie opieki stacjonarnej przez beneficjentów świadczenia. Należy też wskazać, że łączna liczba osób korzystających z zarejestrowanych usług świadczonych w środowisku domowym w skali całego kraju na przestrzeni ostatnich 16-17 lat, zatem obejmując okres przed reformą systemu usług społecznych, w zasadzie jest taka sama.

Niektórzy autorzy wskazują, że profesjonalni świadczeniodawcy funkcjonujący w największym segmencie środowiskowym specjalizują się głównie w dostarczaniu praktycznej pomocy w obowiązkach domowych czy dostarczaniu posiłków do domów, a nie zapewnianiu usług pielęgnacyjnych (Kubalčíkova, Havlíkova 2016). W związku z tym osoby, które wymagają intensywniejszego wsparcia są niejako „wypychane” do sektora instytucjonalnego, gdyż nie są w stanie znaleźć odpowiedniej pomocy w ramach działalności świadczeniodawców środowiskowych. Wysoki popyt na opiekę stacjonarną postrzegany jako jedna z niezamierzonych konsekwencji reformy usług społecznych z 2016 (Ibidem, s. 188). Inni autorzy wskazują wprost, że jeden z głównych celów przyświecających wprowadzeniu świadczenia pieniężnego, czyli rozwój rynku usług świadczonych w środowisku domowym osób niesamodzielnych, nie został osiągnięty (Holmerová, Vaňková, i Wija, 2013, s.100).

Wybrane mocne i słabe strony przyjętych rozwiązań

Mocne strony:

- **Kryterium uprawniające do świadczenia dla osób niesamodzielnych na zasadzie powszechności.**
- **Możliwość wyboru wykorzystania świadczenia przez beneficjentów w dowolny sposób (dotyczy zwłaszcza osób o największych dochodach, gdyż tam wysokość świadczenia jest znacząca).**

Słabe strony:

- **Zbytne skoncentrowanie się na stronie popytu, natomiast zaniedbania w pobudzaniu rozwoju usług, zwłaszcza w opiece środowiskowej.**
- **Koncentracja środków na osobach o najwyższych potrzebach w połączeniu z podejściem do roli opiekunów nieformalnych powoduje, że osoby o średnich potrzebach opiekuńczych znajdują się w trudniej sytuacji.**

Włochy

Ogólna charakterystyka rozwiązań

- **Głównym instrumentem wsparcia jest świadczenie pieniężne dla osób całkowicie niesamodzielnych, które - przy braku rozwoju sektora usług - wpływa na rozprzestrzenianie się szarej strefy związanej z opieką dostarczaną przez migrantki.**
- **Publiczne instrumenty są organizowane w różnych systemach organizacyjnych i na różnych poziomach podziału administracji publicznej.**

Biorąc pod uwagę strukturę demograficzną, Włochy są społeczeństwem o jednym z najwyższych odsetków ludzi starszych na świecie. Niemniej w literaturze przedmiotu powszechnie wskazuje się, że włoskich rozwiązań dotyczących opieki długoterminowej zdecydowanie nie można uznać za dobrze rozwinięte, przede wszystkim dlatego, że we Włoszech nie ma jednolitej i spójnej polityki wobec osób starych (Plak 2016). Włochy określane są jako kraj, w którym wsparcie osobom niesamodzielnym udzielane jest przede wszystkim w ramach rodziny, a kształtujące się relatywnie od niedawna nowe sposoby zaspokajania rosnących potrzeb, takie jak powszechne wykorzystanie pracy migrantek (badante), są odpowiedzią na niedostateczne wsparcie publiczne.

Z punktu widzenia polityki państwa, trudno w przypadku Włoch, mówić o systemie opieki długoterminowej, gdyż różne formy interwencji publicznej mają charakter bardzo nieuporządkowany: usługi społeczne i inne świadczenia (pieniężne) organizowane w ramach różnych podsystemów administracji publicznej oparte są na różnym ustawodawstwie (Hohnerlein 2018). Obowiązki w zakresie planowania, finansowania i organizowania są rozłożone pomiędzy władze regionalne i lokalne, przy czym każdy region rozwinął w zasadzie swój własny model instytucjonalny (ibidem). W ujęciu przedmiotowym można wyróżnić trzy obszary działalności władz publicznych (Gori 2019):

- opiekę zdrowotną (odpowiedzialność władz regionalnych);
- usługi w sektorze społecznym (odpowiedzialność władz lokalnych);
- świadczenie pieniężne Indennità di Accompagnamento (administrowane przez rząd centralny).

Ostatniemu z wymienionych obszarów, tj. świadczeniu pieniężnemu, przypisuje się największe znaczenie w tej konstelacji instrumentów. Świadczenie to ma charakter bezwarunkowy, przyznawane jest niezależnie od wieku i dochodu osobom, które uznane zostały za całkowicie niepełnosprawne fizycznie lub psychicznie i niemogące samodzielnie poruszać się lub niemogące wykonywać czynności życia codziennego bez wsparcia innej osoby. Co istotne, kryteria oceny potrzeb, mające służyć określaniu uprawnień do świadczenia nie są wystandaryzowane, co oznacza, że możliwość przyznania świadczenia pieniężnego różni się między poszczególnymi regionami kraju (Hohnerlein 2018).

Omawiane świadczenie stało się centralnym elementem wsparcia w zakresie opieki długoterminowej w dość przypadkowy sposób, gdyż do lat 80. XX wieku było ono przewidziane jako pomoc pieniężna dla niepełnoprawnych dorosłych, a dopiero następnie poszerzono krąg potencjalnych beneficjentów o osoby wymagające opieki ze względu na schorzenia związane ze starością (Ranci, Artlotti 2019). Zwiększenie zakresu podmiotowego poprzez umożliwienie osobom starszym korzystanie ze świadczenia było konsekwencją wyroku włoskiego sądu konstytucyjnego, który zniósł ograniczenie wiekowe jako kryterium uprawniające do świadczenia (Da Roit, Moreno-Fuentes 2019). Innymi słowy, z instrumentu, którego beneficjentami była relatywnie niewielka i dość homogeniczna grupa osób, świadczenie to stało się obecnie narzędziem wsparcia dla rosnącej i o wiele bardziej zróżnicowanej kategorii osób (Ranci, Artlotti 2019).

Efekty przyjętych rozwiązań

- **Wydatki:** bardzo dynamiczny wzrost liczby beneficjentów przekłada się na wzrost wydatków z budżetu centralnego, brak kompleksowych rozwiązań związanych z dostępnością do usług stanowi z kolei bardzo duże obciążenie budżetów gospodarstw domowych.
- **Deinstytucjonalizacja:** wydatkowanie świadczenia pieniężnego niepodlegające żadnemu monitoringowi w połączeniu z trudnym dostępem do usług formalnych i dużym udziałem imigrantów w rynku pracy prowadzi do ukształtowania specyficznego modelu opartego na tzw. szarym rynku pracy opiekuńczej wykonywanej przez migrantki.
- **Opieka nieformalna:** utrzymuje się bardzo duże zaangażowanie rodzin we wsparciu osób niesamodzielnych.

Liczba osób, które otrzymują świadczenie pieniężne wzrastała w ostatnich latach we Włoszech niezwykle dynamicznie: od około 1,2 miliona beneficjentów w 2000 roku do 2,2 milionów w 2015 roku (Hohnerlein 2018). Wzrost liczby beneficjentów ma oczywiste przełożenie na poziom wydatków publicznych, które we wskazanym okresie również znacząco wzrosły.

Opieka świadczona w środowisku instytucjonalnym (domy pobytu stałego - Residenze Sanitarie Assistenziali) jest we Włoszech regulowana na poziomie prowincji. Uprawienie do tej formy wsparcia jest możliwe zgodnie z kryterium potrzeby, choć korzystanie z opieki instytucjonalnej wymaga ponoszenia opłat (najczęściej wysokich) przez beneficjentów oraz - w przypadku braku możliwości zapłaty - przez ich najbliższą rodzinę (Gori 2019). Tego typu usługi są częściej spotykane na północy kraju niż na południu Włoch (Plak 2016, s. 190). Duże zróżnicowanie terytorialne występuje także w odniesieniu do lokalnych czy regionalnych programów z zakresu opieki środowiskowej, głównie ze względu na brak regulacji na poziomie centralnym i niedostateczną pomoc finansową przeznaczaną na rozwój usług społecznych (Ranci, Arlotti 2019).

Wybrane mocne i słabe strony przyjętych rozwiązań

Mocne strony:

- **Duże zaangażowanie organizacji pozarządowych i społeczności lokalnych w dostarczanie wsparcia osobom niesamodzielnym.**

Słabe strony:

- **Brak koordynacji między sektorami i poziomami władzy centralnej prowadzi do ogólnego chaosu organizacyjnego, którego efektem jest niesprawny „system”, który trudno zmienić w drodze procesu politycznego.**

Szwecja

Ogólna charakterystyka rozwiązań

- **Bardzo wysoki poziom publicznych nakładów na opiekę długoterminową i hojność wsparcia.**
- **Opieka długoterminowa realizowana głównie w warunkach środowiskowych, w formie usług opiekuńczych.**

Szwecja ma jeden z najbardziej rozwiniętych systemów opieki długoterminowej na świecie. Cechują go szeroki dostęp do świadczeń, wysokie nakłady publiczne i szeroki zakres wsparcia, a także daleko idąca deinstytucjonalizacja opieki. Od lat oficjalnie formułowanym dążeniem publicznym w tym kraju jest zapewnienie osobom wymagającym opieki możliwie największej autonomii, niezależności i respektowanie ich godności.

W świetle niektórych typologii opieki długoterminowej Szwecję zalicza się do państw o jednocześnie bardzo wysokim poziomie hojności jak i kompleksowości tego rodzaju wsparcia. Według danych OECD, w 2014 roku Szwecja wydawała ze środków publicznych 3,2% PKB na opiekę długoterminową, co jest trzecim wynikiem (po Holandii i Finlandii) jeśli chodzi o udział publicznych nakładów na ten cel wśród krajów rozwiniętych (dla których średnia w 2014 roku wynosiła 1,4% PKB) (OECD 2019).

W odróżnieniu np. od Niemiec, w Szwecji finansowanie opieki długoterminowej odbywa się przede wszystkim za pośrednictwem podatków. Podstawą wsparcia są domowe usługi opiekuńcze świadczone przez gminy. Od czasu reformy z początku lat 90. XX wieku (tzw. Adel reform) to na poziomie lokalnym (gminnym) organizowane są świadczenia opieki długoterminowej - w segmencie społecznym, zaś na poziomie regionalnym - w segmencie zdrowotnym. Państwo na poziomie centralnym wyznacza kierunki i określa ogólne ramy, w jakich administracja niższych szczebli i podmioty innych sektorów realizują swoje zadania w zakresie opieki długoterminowej. Z poziomu centralnego przyznawane są także granty celowe mające służyć wspieraniu i stymulowaniu wybranych działań w zakresie opieki długoterminowej i wsparcia osób starszych.

Osoba starsza o potrzebach w zakresie opieki zgłasza się do gminy i po przeprowadzeniu wywiadu środowiskowego, przyznawany jest określony wymiar i forma wsparcia oraz - wespół z samym podopiecznym - opracowywany jest plan opieki, którego realizacja jest następnie dokładnie przestrzegana i monitorowana. Istnieją też procedury odwoławcze względem decyzji w kwestii przyznania opieki, co ma być jednym z narzędzi upodmiotowienia jej odbiorcy. Warto zaznaczyć, że kryterium dochodowe nie jest warunkiem przyznania świadczeń, a pomoc ma zależeć od zakresu potrzeb opiekuńczych. Jest to system bardziej needs-tested niż means-tested.

Podstawą wsparcia w zakresie opieki długoterminowej są publiczne usługi, a nie świadczenia finansowe czy to dla osoby jej wymagającej czy członków rodziny. Mimo publicznego charakteru usług (państwo pozostaje dominującym podmiotem, jeśli chodzi o odpowiedzialność za zapewnienie i finansowanie opieki) od lat 90. XX w. zachodzi proces włączenia podmiotów prywatnych do realizacji tego rodzaju zadań i wprowadzenie mechanizmów quasi-rynkowych. Polega to na tym, że różni świadczeniodawcy mogą starać się o przyznanie środków za świadczenie usług opiekuńczych. Początkowo to samorząd wybierał świadczeniodawców, a następnie wprowadzano zasadę, zgodnie z którą to korzystający z opieki (lub jego bliscy) decyduje o wyborze świadczeniodawcy, zaś samorząd pokrywa koszt usługi. To częściowe urynkowanie opieki długoterminowej w Szwecji jest przedmiotem dyskusji i spornych ocen badaczy. Wśród argumentów krytycznych wskazuje się m.in. na różnicowanie standardów jakości otrzymanej opieki przez osoby korzystające ze strony różnych świadczeniobiorców, co kłóci się z tradycyjnym modelem, w którym wszyscy obywatele otrzymują usługi społeczne o tych samych standardach jakości (Szebehely, Trydegard 2012).

Opieka długoterminowa nad osobami starszymi jest powiązana z szerszym katalogiem świadczeń wspierających i pozwalających na pozostawanie w dotychczasowym miejscu zamieszkania i uczestniczenie w lokalnym środowisku życia. Wśród działań, które temu służą można wymienić dobrze rozwinięty system dostarczania posiłków dla seniorów w warunkach domowych, dostępne usługi transportowe, w tym takie które są sprofilowane na osoby o ograniczonej sprawności, adaptacja pomieszczeń jak również rozwój mieszkalnictwa wspomaganego (formy pośrednie pomiędzy zwyczajnymi warunkami domowymi a typową opieką instytucjonalną) (Bakalarczyk 2016).

Od końca lat 90. rozwijane są różne formy wsparcia dla opiekunów nieformalnych (w tym rodzinnych) dla osób wymagających opieki długoterminowej. Gminy mają obowiązek zapewnienia tego typu wsparcia, które często przybiera formy np. opieki wytchnieniowej i opieki krótkiego pobytu, szkoleń, poradnictwa czy centrów integracji, wsparcia i samopomocy dla opiekunów (Ljunggren, Emilsson 2009).

Ponadto niektóre gminy zawierają umowy z opiekunami nieformalnymi na świadczenie bezpośrednio przez nich opieki, które jest wówczas wynagradzane według stawek zgodnych z wynagradzaniem opiekunów formalnych. Warto jednak zaznaczyć, że w Szwecji to na wspólnocie, a nie rodzinie spoczywa w pierwszej kolejności zaspokojenie potrzeb osób zależnych od długoterminowej opieki. Szwecja ma też najwyższy odsetek osób, które deklarując zaangażowanie nieformalne w opiekę długoterminową, pozostają aktywne zawodowo (Colombo 2011).

Choć w okresie powojennym, a w szczególności od lat 90. XX stulecia w Szwecji nastąpiła daleko idąca deinstytucjonalizacja opieki, pewne formy instytucjonalne, przynajmniej w odniesieniu do osób sędziwych, pozostały. Nie odgrywają one jednak takiej roli jak dawniej. Najczęściej do domów opieki trafiają osoby z demencją i zaburzeniami poznawczymi. Przeważają małe, kameralne placówki z 1-2 osobowymi pokojami i wydrebnionymi łazienkami, a czasem nawet aneksem kuchennym (Szebehely 2013). Szwedzkie domy opieki swym wizerunkiem odbiegają od dużych instytucji-molochów, z jakimi w Polsce mógł jeszcze niedawno kojarzyć się sektor opieki instytucjonalnej.

Efekty przyjętych rozwiązań

- **Wydatki publiczne** pozostają - na tle porównawczym - bardzo wysokie w relacji do PKB (aczkolwiek są kraje gdzie ten współczynnik jest jeszcze wyższy). Rozwój świadczeń o charakterze środowiskowym, bodźce dla zaangażowania sektora nieformalnego oraz prewencja i opóźnianie niesamodzielnosci w starszym wieku sprawiają, że poziom instytucjonalizacji opieki (szczególnie kosztownej przy wysokich standardach jakości szwedzkich placówek) jest niewielki, a to hamuje wzrost kosztów wraz z postępującym i zaawansowanym starzeniem się szwedzkiej populacji.
- **Deinstytucjonalizacja** zapoczątkowana była już w okresie powojennym, gdy zaczęto rozwijać domowe usługi opiekuńcze na szeroką skalę. Trend ów przyspieszył w ostatnich dekadach i aktualnie pośród korzystających z opieki długoterminowej seniorów większa część otrzymuje ją w warunkach środowiskowych, a nie instytucjonalnych (które w realiach szwedzkich są bardzo kameralne i cechują się przywiązywaniem dużej wagi do autonomii mieszkańców placówek opieki). Deinstytucjonalizacji służy także szeroki katalog wsparcia w domu jak i w szerszym środowisku zamieszkania osoby starszej oraz rozwój infrastruktury mieszkaniowej dostosowanej do osób tracących samodzielność.
- **Opieka nieformalna** choć nie odgrywa aż tak dużej roli jak w krajach, w których opieka długoterminowa jest oparta na rodzinie, od końca lat 90. ubiegłego wieku jest dostrzegana i wspierana przez państwo. Samorządy mają duży zakres autonomii w zakresie realizacji ustawowego obowiązku wsparcia opiekunów. Pomoc ta przyjmuje przede wszystkim formy usługowe, ale istnieją też możliwości i praktyki wynagradzania finansowego opiekunów nieformalnych, tyle że nie na zasadzie zasiłku socjalnego, a umowy na realizację zadań, które w pierwszej kolejności są tam uznawane za obowiązek wspólnoty, nie rodziny. Skutkiem prymatu odpowiedzialności po stronie władz publicznych jest stosunkowo niewielki wymiar czasowego zaangażowania opiekunów nieformalnych oraz możliwość godzenia aktywności opiekuńczo-wspierającej z aktywnością zawodową dla wielu osób mających w swoim otoczeniu osoby zależne.

Wybrane mocne i słabe strony przyjętych rozwiązań

Mocne strony:

- **Wysoki zakres wsparcia dla szerokich grup osób z zapotrzebowaniem opieki.**
- **Silne bodźce instytucjonalne do korzystania z opieki w warunkach środowiskowych i zachowania autonomii oraz pewnej niezależności osoby zależnej.**
- **Rozwiązania korzystne z punktu widzenia rodzin osoby wymagających opieki, wspierające ich a jednocześnie nie wymuszające nadmiernie przeciążającego zaangażowania.**

Słabe strony:

- **System jest bardzo kosztowny dla budżetu; dodatkowo może okazać się trudny do powielania w krajach o innym ramach fiskalnych.**

Niemcy

System opieki długoterminowej w Niemczech wydaje się jednym z najlepiej opisanych w Polsce zagranicznych modeli krajowych. Doczekał się licznych artykułów, opracowań i nawet publikacji monograficznych (Przybyłowicz 2017). Szczególnie uwagę przyciąga tamtejszy system finansowania i organizacji opieki długoterminowej działający w ramach ustawy o ubezpieczeniu pielęgnacyjnym.

Publiczne wydatki na opiekę długoterminową w Niemczech stanowią 1,1% PKB, co jest nieco poniżej średniej dla krajów OECD, aczkolwiek procentowo znacznie więcej niż wydaje się na ten cel w Polsce (OECD 2019). Zasadniczy mechanizm finansowania świadczeń z tytułu opieki długoterminowej dokonuje się za sprawą społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego, które ustawowo przyjęto ćwierć wieku temu, w 1995 roku po latach dyskusji i prób reformowania systemu opieki. U źródeł wprowadzenia tego rozwiązania leżały nasilające się wraz z postępującym się starzeniem społeczeństwa w okresie powojennym trudności z zaspokojeniem rosnących potrzeb opiekuńczych w oparciu o dotychczasowe zasoby pomocy społecznej, ubezpieczenia chorobowego i samych rodzin. Ubezpieczenie pielęgnacyjne w Niemczech opiera się na mechanizmie obowiązkowych składek odkładanych w specjalnie wyodrębnionym funduszu, z którego następnie wypłacane są rozmaite świadczenia. Wielkość składek jest proporcjonalna do zarobków, choć wypłacane świadczenia dla osób, które stały się zależne od opieki długoterminowej nie odzwierciedlają różnic we wcześniejszym indywidualnym wkładzie finansowym do funduszu, a są przyznawane na podstawie diagnozy potrzeb. Aktualnie objęcie ubezpieczeniem pielęgnacyjnym jest w zasadzie powszechne i osoby o różnym wcześniejszym statusie na rynku pracy mogą korzystać ze świadczeń wypłacanych w ramach ubezpieczenia. Nie jest też brane pod uwagę jakiegokolwiek kryterium dochodowe, lecz to, jaki zakres potrzeb ma dana osoba. Obecnie istnieje pięciostopniowa skala, w oparciu o którą różnicowane jest wsparcie. Ważna zmiana w orzekaniu nastąpiła w 2015 roku (a obowiązuje od 2017 roku). Obecnie zapotrzebowanie na wsparcie nie jest określane w oparciu o niesprawność fizyczną organizmu, a podstawową przesłanką jest ocena poziomu zachowanej samodzielności. Kryteria brane pod uwagę przy określaniu skali samodzielności to mobilność, zdolności poznawcze i komunikacyjne, zachowanie i problemy psychiczne, samozaopatrzenie, możliwość uporania się z wyzwaniem wynikającymi z choroby, niesprawności lub odbywanej terapii, organizacja życia codziennego i kontaktów społecznych (Błędowski 2018).

Szerokiemu zakresowi podmiotowemu adresatów ustawy towarzyszy szeroki zakres przedmiotowy, jeśli chodzi o formy wsparcia. W ramach ubezpieczenia finansowane są świadczenia opiekuńcze w formie środowiskowej, opieka dzienna i nocna, opieka wytchnieniowa w warunkach domowych, instytucjonalna opieka całodobowego pobytu, stacjonarna opieka całodobowa, świadczenia dla opiekunów przebywających na urlopie z tytułu sprawowania opieki całodobowej, szkolenia dla opiekunów rodzinnych i wolontariuszy, sprzęt medyczny i pomoce techniczne a także świadczenia finansowe na opiekę nieformalną.

Ten szeroki katalog świadczeń jest przyznawany wedle bardziej ogólnych zasad określonych w ustawie. Część tych reguł wydaje się wspierać proces deinstytucjonalizacji opieki. W ustawie czytamy wyraźnie o prymacie pielęgnacji domowej i o tym że osoba wymagająca opieki powinna jak najdłużej pozostawać w najbliższym otoczeniu, np. pod opieką bliskich. Mowa jest o tym, że świadczenia opieki półstacjonarnej i krótkoterminowej powinny być przyznawane w pierwszej kolejności, zaś świadczenia w ramach opieki całodobowej powinny stanowić ostateczność. Istnieją też zapisy, odwołujące się do wspierania podmiotowości i niezależności osoby wymagającej opieki. Ustawa zakłada dążenie do umożliwienia jak najbardziej samodzielnego i niezależnego życia mimo występowania potrzeb opiekuńczych. Zalecane jest też pierwszeństwo prewencji i rehabilitacji nad opieką. Z kolei zasada odpowiedzialności zbiorowej mówi o tym, że każdy sam dba o swoje zdrowie i współpracuje przy leczeniu, ale towarzyszy temu też zasada odpowiedzialności wspólnej - zapewnienie opieki potrzebującym ma być ogólnospołecznym obowiązkiem. Należy też wspomnieć o zasadzie solidarności międzypokoleniowej, zgodnie z którą z aktualnie uiszczanych składek finansuje się świadczenia dla aktualnie potrzebujących opieki. Wśród działań upodmiotowiających adresata opieki znalazło się prawo do wyboru świadczeniodawcy. Można powiedzieć, że katalog zasad stanowi próbę pogodzenia różnych wartości i celów oraz rozkładu odpowiedzialności za zaspokajanie potrzeb opiekuńczych między rozmaite podmioty: jednostki, rodziny, lokalne wspólnoty i inicjatywy oraz państwo.

Warto zwrócić uwagę też na świadczenia finansowe, których obecność w systemie ma służyć zwiększaniu pola wyboru i podmiotowości po stronie odbiorcy opieki, a pośrednio także może służyć stymulowaniu i wspieraniu opieki nieformalnej, bowiem środki finansowe mogą być przeznaczone m.in. na opłacenie zaangażowania opiekuna nieformalnego, choćby członka rodziny. Wysokość zasiłku jest zależna od stopnia niesamodzielnosci przypisanej jednostce wymagającej opieki (im wyższy stopień zapotrzebowania na opiekę, tym wyższy zasiłek). Aktualnie osoby o najwyższym stopniu orzeczonej niesamodzielnosci mogą liczyć - zamiast świadczeń w naturze - na zasiłek pielęgnacyjny w wysokości ponad 900 euro miesięcznie.

Istotnym wątkiem w dyskusjach o przyszłości systemu opieki długoterminowej w Niemczech są trudności kadrowe i zapewnienie odpowiedniej liczby pracowników gotowych pracować w tym sektorze oraz kwestia otwarcia systemu opieki dla zatrudnienia migrantów i zapewnienia im odpowiednich warunków i praw.

Efekty przyjętych rozwiązań

- **Wydatki** w Niemczech są proporcjonalnie do PKB dalece wyższe niż w Polsce, ale nieco niższe niż średnia dla krajów rozwiniętych. Problem zapewnienia finansowej stabilności systemu i zapewnienia świadczeń w obliczu rosnących wraz ze starzeniem się społeczeństwa potrzeb jest podnoszony w debacie na temat niemieckiego systemu i postrzegany jako publiczne wyzwanie.
- **Deinstytucjonalizacja** jest formalnie wspierana w prawie o świadczeniu pielęgnacyjnym. Przewidziane są tam jako preferencyjne formy opieki w warunkach domowych i półstacjonarnych czy w formule czasowego pobytu, co nie wymaga trwałego opuszczenia dotychczasowego środowiska życia przez osobę wymagającą opieki. Deinstytucjonalizacji mogą sprzyjać także instrumenty wspierające opiekunów nieformalnych. W kontekście osób starszych wsparcie opiekuńcze stanowi część szerszej infrastruktury wsparcia w środowisku zamieszkania o czym szerzej można przeczytać w innym opracowaniu (Błędowski 2016).
- **Opieka nieformalna** odgrywa nadal istotną rolę w systemie opieki. W samej ustawie o ubezpieczeniu pielęgnacyjnym są zapisy podkreślające znaczenie roli najbliższych w zaspokajaniu potrzeb w zakresie opieki długoterminowej, jak również konkretne instrumenty kierowane do opiekunów nieformalnych, takie jak uprawnienia urlopowe, możliwość szkoleń i nabycia sprzętu czy wsparcie wytchnieniowe. Także wsparcie pieniężne, choć przypisane bezpośrednio osobie wymagającej opieki, może być przeznaczane w części lub całości na opłacenie zaangażowania opiekuna nieformalnego.

Wybrane mocne i słabe strony

Mocne strony:

- **Szeroki zakres podmiotowy i przedmiotowy zapewnianej publicznie opieki długoterminowej.**
- **Czytelnie określone zasady systemu w ramach wyodrębnionego aktu prawnego.**
- **Konsolidacja przychodów i wydatków systemu opieki w ramach osobnego funduszu.**

Słabe strony:

- **Wyzwaniem jest zapewnienie odpowiedniej jakości i zakresu świadczeń rosnącej liczbie osób wymagających opieki w ramach techniki ubezpieczeniowej opartej na składkach.**
- **Trudności związane z zapewnieniem odpowiednich kadr sektora opieki.**

4. PROPOZYCJE ROZWIĄZAŃ MAJĄCYCH NA CELU KONSTRUKCJĘ NOWOCZESNEGO, KOMPLEKSOWEGO SYSTEMU OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W POLSCE

4.1. CELE I STRUKTURA SYSTEMU OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ ZGODNIE Z ZASADĄ SUBSYDIARNOŚCI

Piotr Błędowski

Biorąc pod uwagę zmiany w strukturze demograficznej ludności i oczekiwane szybkie zwiększenie popytu na świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, wychodzimy z założenia, że opieka nad osobami niesamodzielnymi wymaga wsparcia, a w pewnych sytuacjach - wręcz przejęcia jej organizacji przez podmioty publiczne. Wynika to nie tylko z powszechnie znanego faktu, iż funkcja opiekuńcza rodziny ulega coraz bardziej odczuwalnemu osłabieniu, ale również stąd, iż przez opiekę długoterminową nad osobą niesamodzielną lub o ograniczonej samodzielności rozumiemy nie tylko działania o charakterze medycznym, lecz również społecznym, mającym na celu zapewnienie podopiecznym partycypacji w życiu lokalnej społeczności, co rozszerza zakres zadań OD. Ponadto współczesna OD, nawet w miejscu zamieszkania, wymaga coraz częściej profesjonalnych rozwiązań, do zastosowania których potrzebny jest często udział pracowników służby zdrowia i / lub służb społecznych.

Za najważniejszą dla funkcjonowania OD zasadę uznajemy zasadę subsydiarności (pomocniczości). W pewnym uproszczeniu oznacza ona, iż sięganie po wsparcie bardziej profesjonalnych (a zatem i droższych) placówek i organizacji - podmiotów opieki długoterminowej - powinno następować po uprzednim wykorzystaniu tańszych, niejako bezinwestycyjnych możliwości uzyskania wsparcia. Te możliwości dotyczą przede wszystkim opieki nieformalnej, świadczonej przez członków rodziny, przyjaciół, znajomych, wolontariuszy, organizacji pozarządowych, a dopiero w dalszej kolejności - wyspecjalizowanych podmiotów OD świadczących opiekę formalną. Trzeba jednak pamiętać, że zasada subsydiarności jest zasadą generalną, od której może istnieć szereg wyjątków. Wiąże się one przede wszystkim z sytuacjami, w której utrata samodzielności następuje nagle (w następstwie choroby lub urazu) i powoduje znaczne uzależnienie od pomocy innych osób. Ponadto na terenach słabo zaludnionych, z zaawansowanym procesem demograficznego starzenia się ludności i słabo rozwiniętą infrastrukturą społeczną, przejście do wsparcia formalnego może następować szybciej.

Za podstawowy cel systemu opieki długoterminowej należy przyjąć zapewnienie godnej egzystencji osobom niesamodzielnym i o ograniczonej samodzielności oraz wsparcie dla ich opiekunów nieformalnych. Ta godna egzystencja oznacza dostęp do opieki medycznej, zapobiegającej lub spowalniającej dalszą utratę samodzielności, zapobieganie powstawaniu wtórnych problemów zdrowotnych, będących następstwem ograniczonej sprawności i samodzielności, zapewnienie warunków do podtrzymania samodzielności na miarę możliwości jednostki, respektowanie jej podmiotowości i ułatwienie partycypacji na miarę potrzeb i możliwości w życiu lokalnej społeczności. Realizacja tego celu wymaga współdziałania osoby niesamodzielnej w podejmowaniu decyzji i zachowania jej prawa do stanowienia o sobie. Instrumentami tak rozumianej opieki długoterminowej są nie tylko świadczenia zdrowotne i usługi społeczne, ale również świadczenia pieniężne, a właściwie finansowe - finansowe, gdyż powinny dotyczyć nie tylko dochodów, ale obejmować również ulgi.

Tak sformułowany cel generalny OD wymaga jednak skonkretyzowania, ponieważ godna egzystencja osoby niesamodzielnej jest kategorią subiektywną, a w przypadku OD o jej charakterze decydują niejednokrotnie nie tylko sami podopieczni, ale również ich opiekunowie rodzinni. Zróżnicowany poziom oczekiwań mógłby spowodować, że nawet w podobnych przypadkach niesamodzielności zakres przedmiotowy świadczeń i ich spodziewana jakość kształtowałyby się na różnym poziomie. Na potrzeby konstruowania systemu opieki długoterminowej należy uznać, że jego świadczenia powinny zapewnić osiągnięcie wskazanego powyżej celu na co najmniej minimalnym, ale społecznie powszechnie akceptowanym poziomie.

Określenie minimalnego standardu usług i świadczeń ma kluczowe znaczenie zarówno dla planowania opieki długoterminowej, jak i jej udzielania. W pierwszym przypadku dotyczy to nie tylko szczebla makro (kraj, poszczególne regiony), ale i szczebla mikro (świadczeniodawcy działający na poziomie lokalnym). W skali makro obowiązujące standardy pozwalają na oszacowanie kosztów świadczenia usług, co pozwala na zaplanowanie i zapewnienie odpowiednich środków, jak również na ewentualne prowadzenie rokowań między wykonawcami a płatnikami w sprawie nakładów na finansowanie OD. W skali mikro precyzyjne określenie minimalnych standardów pozwala na oszacowanie czasu niezbędnego do udzielenia usługi, a co za tym idzie - zaplanowanie działalności usługodawcy. Dokładne określenie minimalnych standardów powinno również umożliwić unikanie sporów między osobą niesamodzielną lub jej przedstawicielami a usługodawcami na temat zakresu i jakości świadczonych usług.

Kluczowe znaczenie dla organizacji systemu opieki długoterminowej, który (finansowany ze środków publicznych) ma dostarczać pewnego minimalnego, ale - podkreślmy to jeszcze raz - społecznie akceptowanego - zakresu świadczeń, ma jego struktura. We wszystkich krajach obejmuje ona trzy rodzaje świadczeń: instytucjonalne, półinstytucjonalne i środowiskowe.

Świadczenia instytucjonalne udzielane są w placówkach publicznych i prywatnych. Do publicznych placówek zalicza się domy pomocy społecznej (DPS) i środowiskowe domy pomocy społecznej, zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL) oraz zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO). Dwa pierwsze typy placówek prowadzone są przez instytucje pomocy społecznej: powiatowe centra pomocy rodzinie; lub gminne (miejskie, miejsko-gminne) ośrodki pomocy społecznej. Dwa kolejne finansowane są przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Ponadto wśród usługodawców znajdują się podmioty niepubliczne, ale finansowane tak, jak publiczne. Należą do nich na przykład niektóre organizacje pozarządowe, jak Caritas czy Diakonia, prowadzące domy pomocy społecznej i placówki dziennego pobytu. Poza tym mamy placówki prywatne, które pozostając w rejestrze wojewody mogą udzielać świadczeń finansowanych przez instytucję pomocy społecznej, a także oferować pobyt na warunkach rynkowych.

Ze względu na fakt, że w Polsce często brakuje miejsc w placówkach podmiotów publicznych, a ponadto ich rozmieszczenie nie jest równomierne, w praktyce mieszkańcy / pacjenci niezdolni do samodzielnej egzystencji lokowani są w tych placówkach, w których jest to akurat możliwe. Mieszkańcy DPS mają dostęp do finansowanych przez NFZ świadczeń zdrowotnych, udzielanych przez pracowników służby zdrowia, z reguły w ramach opieki POZ i zapisywania podopiecznych do lokalnego POZ-u, a w niektórych ZOL i ZPO oferowane są zajęcia służące zagospodarowaniu czasu wolnego, podtrzymaniu socjalizacji pacjentów i prowadzeniu terapii zajęciowej. Istnieją wprawdzie różnice dotyczące finansowania obu typów placówek oraz sposobu regulowania odpłatności za pobyt, ale charakter tych placówek jest w istocie bardzo zbliżony. Należałoby w związku z tym dążyć do ułatwienia transferu mieszkańców / pacjentów między placówkami i sposobu ich finansowania, tak by występujące między nimi różnice nie utrudniały zapewnienia stosownej do potrzeb opieki.

Placówki prywatne są przede wszystkim rejestrowane w Urzędzie Wojewody w Rejestrze placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, w tym prowadzonych na podstawie przepisów o działalności gospodarczej i swoim standardem są na ogół zbliżone do DPS-ów. Podmioty prywatne rejestrują się także często jako ZOL i ZPO, co wymaga jednak kontraktacji z NFZ, by móc uzyskać finansowanie. Do prywatnych domów opieki bardzo rzadko są kierowane osoby w ramach kontraktu z samorządem lokalnym. Istotna większość jest finansowana ze środków prywatnych, głównie rodzin mieszkańców.

Placówki półinstytucjonalne (półstacjonarne) stosunkowo rzadko oferują w Polsce swoje usługi. Wprawdzie w ciągu ostatnich kilku lat ich liczba wzrosła, co jest efektem realizacji rządowych programów Senior-WIGOR oraz Senior plus, ale nadal na ogół charakteryzują się cechami, poważnie utrudniającymi korzystanie z nich, jak na przykład:

- są nierównomiernie rozlokowane w skali kraju i poszczególnych regionów,
- podmioty prowadzące nie zapewniają z reguły dowożenia i odwożenia osób korzystających do ich miejsca zamieszkania,
- wiele z nich czynnych jest w określone dni tygodnia, a nie we wszystkie dni powszednie,
- godziny otwarcia tych placówek często pokrywają się z godzinami funkcjonowania większości zakładów pracy (np. 8.00-16.00), co uniemożliwia wręcz opiekunom rodzinnym połączenie tej formy opieki z pracą zawodową.

Usługi placówek półinstytucjonalnych powinny być adresowane do osób z podobnymi przyczynami ograniczenia samodzielności. W Europie Zachodniej stosunkowo najwięcej odpowiedników naszych domów dziennego pobytu oferuje opiekę dzienną nad osobami z zaburzeniami demencyjnymi lub chorobą Alzheimera. Placówki półstacjonarne spełniają na ogół funkcje bardziej socjalne niż pielęgnacyjne, ponieważ sam fakt, że osoby z ograniczoną samodzielnością są w stanie pokonać (nawet przy daleko idącej pomocy) pewną barierę przestrzenną wskazuje, że ich możliwości lokomocyjne nie są całkowicie ograniczone. Oferowane w tym typie opieki zajęcia mają głównie charakter aktywizujący i służą utrzymaniu określonego poziomu sprawności mentalnej.

Świadczenia o charakterze półinstytucjonalnym powinny mieć na celu zapewnienie dobrej opieki osobom wymagającym intensywnego wsparcia w życiu codziennym i ich aktywizacji, ale jednocześnie być realizowane w sposób zapewniający ewentualnym opiekunom rodzinnym / nieformalnym możliwości połączenia obowiązków zawodowych i opiekuńczych, toteż konieczne jest zapewnienie funkcjonowania takich placówek przez okres co najmniej 10 godzin dziennie i dostosowanie ich do struktury potrzeb zgłaszanych przez osoby niesamodzielne w środowisku lokalnym.

Prowadzenie placówek dziennego pobytu (DDP) powinno być zadaniem gmin, które mogą zlecać to zadanie innym podmiotom, tak komercyjnym, jak i organizacjom pozarządowym. Niezależnie od podmiotu faktycznie prowadzącego placówkę, DDP stanowi potencjalny obszar dla aktywności wolontariatu. Podkreślimy, że usługa w postaci opieki nad osobą o ograniczonej samodzielności powinna mieć charakter kompleksowy, a więc obejmować nie tylko zajęcia terapeutyczne, posiłki i warunki do rekreacji dla osób o ograniczonej samodzielności, ale również ich transport z miejsca do zamieszkania do placówki i z powrotem z zapewnieniem należytej opieki w czasie podróży. Taka usługa transportowa mogłaby być dostępna za dodatkową odpłatnością, uwzględniającą poziom dochodów gospodarstwa domowego.

Świadczenia środowiskowe, a więc udzielane w miejscu zamieszkania osoby niesamodzielnej, wymagają najbardziej starannej rekonstrukcji. Wynika to stąd, iż dotychczas usługi te świadczone są niezależnie przez dwa piony: opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. Prowadzi to do powstawania luk w zaopatrzeniu osób niesamodzielnych, a w pewnych wypadkach - do podwójnego udzielania niektórych świadczeń. Istniejący system teoretycznie wymaga też tego, by do tej samej osoby przychodziły dwie osoby sprawujące funkcję opiekuńcze i pielęgnacyjne. Napisałszy, że sytuacja taka teoretycznie jest możliwa, ale w praktyce zdarza się bardzo rzadko, ponieważ w sytuacji permanentnego braku dostępu do świadczeń osoba korzystająca z jednego systemu zabezpieczenia nie jest uwzględniana w drugim, niezależnie od występowania rzeczywistych potrzeb.

Wśród świadczeń udzielanych w środowisku zamieszkania coraz ważniejszą rolę pełnić będzie teleopieka⁸. W niektórych gminach tego rodzaju świadczenia są już dostępne, nawet jeśli ograniczają się tylko do przekazywania podstawowych informacji lub zapewniają tylko możliwość wezwania pomocy. Nie ulega wątpliwości, że ten rodzaj wsparcia w przyszłości będzie się intensywnie rozwijał. Obecnie rozwija się nie tyle intensywnie, co żywiołowo i w sposób mało zorganizowany. Stąd różnice w dostępie do usługi: w jednych gminach jest ona finansowana lub współfinansowana przez samorząd, w innych - całkowicie odpłatna. W przyszłości należałoby dążyć do tego, by była to usługa albo finansowana przez gminę, albo przez płatnika świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych, ale powinna być dostępna dla wszystkich osób o ograniczonej samodzielności.

Konieczne zatem staje się jedno z dwóch działań: połączenie systemów lub wprowadzenie ich pełnej koordynacji. Nie przesądzamy, które z nich należy zarekomendować w krótkim okresie jako docelowe, ale wydaje się, że przynajmniej początkowo, zanim zostaną podjęte i wprowadzone w życie odpowiednie decyzje dotyczące nowej struktury świadczeń środowiskowych, konieczne jest systematyczne uzgadnianie między służbami obu pionów planowanych i realizowanych działań. Pełne zunifikowanie obu pionów powinno być traktowane jako działanie docelowe. Ścieżka dojścia do tego stanu jest zależna od przyjętej koncepcji finansowania opieki długoterminowej⁹.

Koordynacja ma kluczowe znaczenie dla opieki środowiskowej, przy czym jej rola nie wynika wyłącznie z istniejącego obecnie dualizmu w strukturze środowiskowej OD¹⁰. Koordynacja będzie również niezbędna w przyszłości, w przypadku zreformowania opieki długoterminowej. Wynika to z kilku przesłanek, do których należą:

- wzrastająca liczba osób niesamodzielnych,
- zmieniająca się struktura potrzeb osoby niesamodzielnej,
- oczekiwana postępująca specjalizacja usługodawców,
- zwiększające się zapotrzebowanie na profesjonalne świadczenia w opiece środowiskowej / domowej (np. odżywianie pozajelitowe, mechaniczna wentylacja),
- ograniczone środki nie zawsze pozwalające na sfinansowanie wszystkich potrzebnych świadczeń.

Koordynacja miałaby dwa podstawowe cele: optymalizację wykorzystania zasobów opieki długoterminowej w skali lokalnej oraz możliwie najlepsze zaspokojenie potrzeb osoby niesamodzielnej przy równoczesnym udzieleniu wsparcia jej opiekunom nieformalnym. Koordynator powinien być pracownikiem urzędu gminy, powiatu grodzkiego lub powiatu (tam, gdzie gminy są zbyt małe, by w ich skali koordynować OD). Powinien się rekrutować spośród pracowników mających doświadczenie w opiece lub pielęgnacji środowiskowej, a więc mogłaby to być osoba mająca przygotowanie zawodowe w zakresie pielęgniarstwa długookresowego, środowiskowego lub pracy socjalnej. Ważne jest jednak, by osoba ta nie reprezentowała swojego środowiska zawodowego, ale potrzeby osób niesamodzielnych i interesy świadczeniodawców. Koordynator nie powinien mieć uprawnień kierowniczych ani nadzorczych wobec podmiotów OD (tak publicznych, jak i komercyjnych oraz non-profit), ale mieć prawo do wskazywania tych obszarów potrzeb, które wymagają uwzględnienia w działalności firm i organizacji pozarządowych oraz sygnalizowania podmiotom i płatnikom nieprawidłowości w funkcjonowaniu OD. Działalność koordynatora powinna rozciągać się również na funkcjonowanie placówek półstacjonarnych, a to zarówno z uwagi na oczekiwania niesamodzielnych pacjentów i ich opiekunów, jak i politykę OD w skali gminy i decyzje o finansowaniu lub współfinansowaniu takich usług.

W stosunkowo najmniejszym zakresie rola koordynatora dotyczyć powinna opieki stacjonarnej. Jego zadania byłyby w tym przypadku związane z pomocą w umieszczeniu w placówce osoby tego wymagającej.

Zagadnieniem o strategicznym znaczeniu dla spójności przyszłego systemu opieki długoterminowej jest orzekanie o niesamodzielności i zdefiniowanie jej stopni¹¹. Trwające prace¹² pozwalają już na dość dokładne sprecyzowanie wymagań, związanych z kwalifikacją do poszczególnych stopni niesamodzielności. Jest to nadzwyczaj ważne, ponieważ kwalifikacja taka decyduje w konsekwencji o zapotrzebowaniu na kadry opieki długoterminowej oraz o kosztach. Od kilkunastu lat podnoszona jest konieczność ujednoczenia polskiego systemu orzecznictwa o niepełnosprawności i uzupełnienia go o orzekanie o niesamodzielności. Jak dotąd, brak jest efektów, toteż należałoby rozważyć utworzenie - przynajmniej przejściowo, do czasu rozwiązania tej sprawy na szczeblu rządowym - systemu orzekania na potrzeby płatnika opieki długoterminowej.

4.2. PODMIOTY PUBLICZNE I KOMERCYJNE W SYSTEMIE OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

Paweł Kubicki, Łukasz Jurek, Paweł Łuczak

Wprawdzie opieka nieformalna świadczona przez członków rodziny wciąż stanowi fundament polskiego systemu opieki długoterminowej, ale opieka instytucjonalna, w szczególności całodobowa, to domena podmiotów publicznych i komercyjnych, które wraz z opisywanymi w oddzielnym podrozdziale organizacjami pozarządowymi wspierają gospodarstwo domowe w sprawowaniu opieki. Jak wskazano wcześniej, choć podmioty publiczne i komercyjne różnią się co do zasad funkcjonowania oraz sposobu finansowania, to stoją przed bardzo podobnymi wyzwaniami: w jaki sposób utrzymywać, a jeszcze lepiej podnosić jakość świadczonych usług i jak finansować rosnące koszty ich świadczenia przy ograniczonych możliwościach budżetu centralnego, jednostek samorządu terytorialnego oraz obywateli. Upraszczając: w jaki sposób utrzymać równowagę pomiędzy tendencją do obniżania kosztów jednostkowych a świadczeniem usług wysokiej jakości, co wymaga też zatrudniania odpowiednio wyszkolonej kadry. Wreszcie, jak uregulować zasady konkurencji między sobą instytucji publicznych i niepublicznych i jak ograniczyć szarą strefę usług opiekuńczych w postaci np. nierejestrowanych „domów opieki”.

⁸ Zob. pkt 4.8.

⁹ Zob. pkt 4.7.

¹⁰ Stanowisko koordynatora opieki długoterminowej znajduje się w strukturze administracji samorządowej w wielu gminach w Szwecji.

¹¹ Zob. pkt 4.6.

¹² Np. projekt realizowany przez UKSW i IPISS „Profesjonalizacja usług asystenckich i opiekuńczych dla osób niesamodzielnych - nowe standardy kształcenia i opieki”.

Kluczowe zmiany w ramach projektowania nowego systemu powinny obejmować:

- ustalenie priorytetów działań opiekuńczych, np. wskazanie na konieczność możliwie najdłuższego wspierania względnej niezależności i samodzielności w miejscu zamieszkania oraz deinstytucjonalizacji;
- zmiany w sposobie finansowania usług opieki długoterminowej, w tym przede wszystkim poprzez stworzenie nowych strumieni finansowania teje;
- nowe regulacje dotyczące standardów opieki, w tym sposobów jej monitorowania i płacenia za jakość;
- ustalenie relacji pomiędzy poszczególnymi aktorami systemu opieki, w tym zlecenia i finansowania zadań realizowanych przez podmioty komercyjne.

Jednym z najczęściej dyskutowanych rozwiązań jest komercjalizacja i prywatyzacja opieki długoterminowej. Zagadnienia te cieszą się obecnie coraz większym zainteresowaniem zarówno teoretyków, jak i praktyków polityki społecznej¹³. Jest to związane z reformami sfery publicznej, które ostatnimi laty zostały przeprowadzone w wielu krajach wysoko rozwiniętych. Reformy te inspirowane były ideą New Public Management, zakładającą „urynkowienie” usług społecznych, czyli wdrożenie do polityki społecznej zasad typowych dla gospodarki wolnorynkowej. W konsekwencji instytucje publiczne zaczęły wycofywać się z bezpośredniego dostarczania usług, a zaczęły zwiększać swoje zaangażowanie w organizowanie systemu, czyli: (1) ustalanie „zasad gry”, tj. tworzenie ram instytucjonalno-prawnych systemu, (2) zlecenie wykonywania zadań podmiotom prywatnym oraz (3) finansowanie realizacji tych zadań. Utworzony został w ten sposób quasi-rynkowy system, który - przynajmniej teoretycznie - wzmacnia pozycję osób z ograniczoną samodzielnością jako klientów (konsumentów) usług opiekuńczych. W założeniu sprzyja to także decentralizacji działań, wdrażaniu pluralizmu w dostawie usług, zwiększaniu konkurencyjności między podmiotami opiekuńczymi i - w ślad za tym - podnoszeniu jakości usług i zwiększaniu efektywności kosztowej.

W Polsce reformy tego typu nie zostały jeszcze przeprowadzone. Sektor instytucjonalnej opieki długoterminowej wciąż jest nadmiernie upaństwowiony, czego wyrazem jest dominujący udział państwa w strukturze własności podmiotów opiekuńczych. Te podmioty bardzo często borykają się z różnorodnymi problemami, takimi jak: braki kadrowe, zdekapitalizowana infrastruktura materialna, chroniczny niedobór środków finansowych, niski poziom płac personelu i brak efektywności ekonomicznej. Jedną z metod usprawnienia sytuacji w sektorze jest właśnie prywatyzacja i komercjalizacja działań. Często uważa się bowiem, że podmioty prywatne są lepiej przygotowane do wypełniania zadań społecznych niż administracja publiczna. Ponadto zmiana własności podmiotów opiekuńczych może stanowić zysk dla państwa poprzez zahamowanie wzrostu kosztów utrzymania tych placówek oraz trudnego do oszacowania marnotrawstwa. Stwarza ona także szansę na rozbudowę infrastruktury bez angażowania środków publicznych.

Ewentualna prywatyzacja opieki długoterminowej może się dokonywać na dwóch płaszczyznach:

- pierwsza: dopuszczenie do sektora, czyli zezwolenie podmiotom niepublicznym w ogóle na operowanie w obszarze, który dotychczas zarezerwowany był wyłącznie (lub w głównej mierze) dla administracji publicznej,
- druga: działanie na zlecenie, czyli kooperacja z administracją państwową, która wyznacza podmiotom prywatnym określony zakres zadań, udzielając równocześnie dotacji na sfinansowanie realizacji tego zadania.

Państwo nigdy nie miało wyłącznego i niepodzielnego monopolu w sektorze opieki długoterminowej. Co więcej, dawniej udział państwa w tym obszarze był jedynie incydentalny. Podmioty opiekuńcze były tworzone głównie z prywatnej inicjatywy. Warto przypomnieć chociażby, że pierwsze instytucje opiekuńcze, tzw. szpitale, lokowane były przy klasztorach, a ich fundatorami byli hierarchowie kościoła oraz bogate osoby świeckie. Nie ma zatem wątpliwości co do tego, że ponowne otwarcie się na podmioty prywatne jest nie tylko możliwe, ale wręcz wskazane. Zasadniczą i wciąż otwartą kwestią pozostają natomiast zasady, na jakich powinny one funkcjonować w sektorze opieki długoterminowej.

Zgodnie z art. 2 ustawy o pomocy społecznej (tekst jednolity Dz.U. 2019, poz. 1507), pomoc społeczną organizują podmioty państwowe (organy administracji rządowej i samorządowej), współpracując w tym zakresie, na zasadzie partnerstwa, z podmiotami społecznymi (organizacjami społecznymi i pozarządowymi, Kościołem Katolickim, innymi kościołami, związkami wyznaniowymi) i komercyjnymi (osobami fizycznymi i prawnymi). Jednakże, na mocy art. 25, podmiotami tzw. uprawnionymi, którym można zlecać zadania z zakresu pomocy społecznej i udzielać dotacji na ich realizowanie, są jedynie podmioty społeczne. Oznacza to, że pomimo dopuszczenia podmiotów komercyjnych do sektora, są one w nim nierówno traktowane. Ta nierówność dokonuje się na płaszczyźnie informacyjnej oraz finansowej.

Podmioty opiekuńcze, niezależnie od formy własności, realizują te same zadania i są zobowiązane do spełniania takich samych standardów. W tej sytuacji nierówne traktowanie części z nich jest działaniem wymagającym ponownego przemyślenia. Decydenci polityczni tłumaczą to zwykle koniecznością ochrony środków publicznych przed wypłynięciem do prywatnych rąk. Trudno jednak uznać taki argument za racjonalną przesłankę ochrony i promowania podmiotów publicznych lub społecznych. Wydaje się raczej, że rozwiązania legislacyjne powinny wspierać zdrową konkurencję (czyli taką, gdzie wszystkie podmioty są równoprawnie traktowane), gdyż sprzyja ona ulepszeniu oferty zarówno pod względem cenowym, jak i jakościowym, a tym samym wpływa na skuteczniejsze zaspokajanie potrzeb osób niesamodzielnych. Ewentualne preferowanie podmiotów społecznych powinno zaś wynikać z pełnienia przez nie dodatkowych funkcji, a nie samej odmiennej formy własności.

Można domniemywać, że w przyszłości wszystkie podmioty, niezależnie od formy własności, będą odgrywać ważną rolę w sektorze opieki długoterminowej. Stworzenie takiego pluralizmu w sektorze opieki musi jednak opierać się na racjonalnych przesłankach. Nie może to być reakcja na niedomagania ekonomiczne jednostek samorządu terytorialnego ani tym bardziej chęć uchylecia się podmiotów publicznych od odpowiedzialności za swoje zobowiązania wobec społeczeństwa. Ponadto proces

¹³ Dotyczy to również finansowania OD: w społecznym ubezpieczeniu opieki długoterminowej zwiększa się liczba zwolenników przejścia od repartycyjnej metody finansowania i zasady społecznej do metody kapitałowej i zasady indywidualnej. Nie wydaje się to jednak zasadne z punktu widzenia równomiernego rozłożenia ryzyka finansowania OD.

prywatyzacji (rozumiany tutaj jako przekształcenie praw własności) powinien mieć jasno określone granice, które zabezpieczają przed tzw. „dziką prywatyzacją”, gdzie w pierwszej kolejności prywatyzowane są podmioty dobrze prosperujące, które zostały wcześniej doinwestowane i są sprawnie zarządzane, podczas gdy te deficytowe, stanowiące największe obciążenie dla samorządów, w dalszym ciągu pozostają publicznymi.

Należy również pamiętać o tym, że większe urynkwienie sektora OD ma również swoje ograniczenia. Ważnym wyzwaniem rozwiązań komercyjnych w sektorze opiekuńczym jest zwiększające się zróżnicowanie dochodowe wśród osób starszych. W raporcie OECD „Preventing ageing unequally” z 2017 roku wskazuje się, że osoby o niższym statusie społeczno-ekonomicznym częściej wykazują potrzeby, które powinny być zaspokajane przez usługi opiekuńcze. Niemniej jednak, formalna opieka domowa, nawet w odniesieniu do potrzeb o umiarkowanej intensywności w wielu krajach jest zbyt droga w stosunku do dochodów tych osób, co stwarza zachęty do korzystania z opieki stacjonarnej. Innymi słowy, wzrost znaczenia komercjalizacji i prywatyzacji w sektorze OD, zawłaszcza taki który „pozostawiony jest samemu sobie”, tj. przy braku strategicznej koordynacji ze strony polityki państwa, może znacząco spowolnić realizację celu deinstytucjonalizacji. Wskazane zjawisko rodzi także szereg konsekwencji uwidaczniających się na poziomie gospodarstw domowych, jak i całego systemu.

Po pierwsze, usługi opiekuńcze, zwłaszcza w wymiarze instytucjonalnym, charakteryzuje się tzw. asymetrią informacyjną między świadczeniodawcami i klientami (i ich rodzinami), głównie w odniesieniu do jakości świadczonych usług. Klienci mogą podejmować „złe” decyzje ze względu na to, że nie są wcześniej w stanie ocenić jakości oferowanego wsparcia. Gdy owi klienci już znajdą się w niezadowolającej sytuacji w związku z korzystaniem z usług o nieadekwatnej jakości, to napotykają na duże trudności związane ze zmianą tego stanu rzeczy, np. istnieją tzw. koszty utopione przeprowadzenia się do danej instytucji opiekuńczej, liczba dostępnych alternatyw może być bardzo ograniczona itp. Władze publiczne mogą podjąć kroki mające na celu ograniczenie problemów informacyjnych tego typu poprzez dostarczanie wiarygodnych informacji potencjalnym osobom zainteresowanym, która bazuje na wcześniejszych ocenach osób korzystających, jak w przypadku Nursing Home Compare¹⁴ w Stanach Zjednoczonych.

Po drugie, jeśli godzimy się na wzrost znaczenia podmiotów działających dla zysku w obszarze OD, to należy bacznie monitorować strategię prywatnych świadczeniodawców, przede wszystkim w odniesieniu do oferowanych przez nich usług. Dużym ryzykiem jest przyjęcie przez wielu świadczeniodawców strategii, określanej jako „spijanie śmietanki”, polegającej na koncentrowaniu swoich usług na relatywnie tańszych, mniej pracochłonnych aktywnościach (np. dowóz posiłków) kosztem oferowania bardziej kosztochłonnych usług pielęgnacyjnych (zwłaszcza, gdy koszt ten rośnie ze względu na dodatkowe uwarunkowania, np. dojazd do osób mieszkających na mniej zaludnionych obszarach). Rodzi to może poważne luki w dostępności do niektórych usług, a także tendencje do „przerzucania” kosztów na podmioty publiczne czy rodzinę.

Po trzecie, komercjalizacja i prywatyzacja sektora OD wiąże się z rosnącą polityczną pozycją negocjacyjną „biznesu opiekuńczego”. Przykładowo, B. Müller (2018) analizując kontekst niemiecki wskazała, że zwiększający się udział świadczeniodawców działających dla zysku na tamtejszym rynku opiekuńczym prowadzi do coraz większej presji ze strony tych podmiotów na władze publicznej, która dotyczy prób zmniejszenia wymagań stawianym świadczeniodawcom. Do podobnego wniosku dochodzą G. Meagher i M. Szebehely (2019), które stwierdziły, że prywatni świadczeniodawcy, którzy w Szwecji reprezentują międzynarodowe sieci powiązane kapitałowo, wywierają bardzo duży wpływ na kształt i kierunek regulacji publicznych, zwłaszcza w odniesieniu do określenia standardów jakości usług, dążąc do ich obniżenia czy oparcia na trudniej weryfikowalnych kryteriach oceny.

Rekomendacje na rzecz zmian

Wychodząc z wspomnianego powyżej założenia, że podstawowym celem systemu opieki długoterminowej jest zapewnienie godnej egzystencji oraz - gdzie taka potrzeba występuje - wsparcie opiekunów nieformalnych, a także przyjmując za kierunek zmian zasadę deinstytucjonalizacji, uznajemy, że fundamentem działań podmiotów publicznych i komercyjnych powinno być wspieranie osoby wymagającej opieki długoterminowej w miejscu zamieszkania. Oznacza to również zapewnienie ciągłości wsparcia i finansowania, od osoby mieszkającej samodzielnie i wymagającej ograniczonej pomocy, np. w formie teleopieki i okresowych wizyt, poprzez wsparcie opiekunów nieformalnych, w tym przede wszystkim rodzinnych, przez placówki typu dziennego po wsparcie całodobowe.

Przyjmując powyższe założenie i patrząc na istniejące luki wydaje się, że w szczególności rozbudowie powinien ulec system opieki długoterminowej w oparciu o opiekę niestacjonarną. To z kolei wymaga znalezienia nowych sposobów finansowania tejże, a z drugiej skutecznych form monitoringu i nadzoru. Naszą rekomendacją w tym zakresie jest wprowadzenie budżetu osobistego, którego punktem wyjścia - wymagającym modyfikacji i uzupełnień - mogłaby być Ustawa z dnia 31 lipca 2019 r. o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji (Dz.U. 2019, poz. 1622). Zmian wymaga zarówno system orzecznictwa kwalifikujący do uzyskania uprawnień, wysokości otrzymywanych kwot oraz ewentualne sposoby wydatkowania. Kluczowe jest zaś pozostawienie decyzyjności - wraz ze wsparciem w podejmowaniu decyzji w miarę potrzeb - oraz realny wybór spośród różnych form świadczenia opieki, w tym świadczonej przez opiekunów rodzinnych, osoby niespokrewnione oraz instytucje niekomercyjne. Widzimy też możliwość preferowania w udzielaniu tego typu wsparcia podmiotów społecznych. Istotnym elementem tego systemu - finansowanym przez płatnika publicznego - powinna być opieka wytchnieniowa, o której szerzej piszemy w części poświęconej opiekunom nieformalnym.

¹⁴ www.medicare.gov/nursinghomecompare/search.html

Rozwoju wymaga także sieć placówek wsparcia dziennego, w szczególności niewielkich i dostępnych relatywnie blisko miejsca zamieszkania, co po części już jest zapewnione, ale w ograniczonym zakresie bądź w formie projektowej, ograniczonej planowanym okresem funkcjonowania placówki. Mimo postulowanego procesu deinstytucjonalizacji, o byt nie powinny się też martwić już istniejące placówki pobytu całodobowego, bowiem procesy demograficzne mimo wzmocnienia opieki niestacjonarnej zapewnią stały dopływ klientów wymagających intensywnego, całodobowego wsparcia. W szczególności dotyczy to opieki paliatywnej, ale i wymagających opieki długoterminowej, na przykład osób w późnym stadium demencji. Jednocześnie jakiegokolwiek zmiany w tym zakresie wymagają nowego strumienia finansowania, bowiem obecny podział na opiekę długoterminową finansowaną w ramach NFZ, zadań opiekuńczych finansowanych z budżetu jednostek samorządu terytorialnego oraz po części budżetu państwa nie zdaje już egzaminu. Samorządy nie mają też często środków na przygotowanie, a później utrzymanie odpowiedniej infrastruktury. Jednocześnie koszt komercyjnej opieki całodobowej w wysokości 3000-6000 zł miesięcznie dla większości Polaków jest niemożliwy do udźwignięcia, a inwestycje podmiotów prywatnych w zakresie opieki długoterminowej bez gwarancji długotrwałego i w miarę stabilnego finansowania będą miały ograniczony zakres. Pozostaje też przestrzeń do rozwoju szarej strefy z próbami ograniczania kosztów poprzez obniżenie jakości wsparcia i kwalifikacji personelu. Inaczej mówiąc, wracamy do dyskusji o wprowadzeniu ubezpieczenia pielęgnacyjnego bądź innych regulowanych przez płatnika publicznego dodatkowych form finansowania placówek opieki długoterminowej. Jednocześnie postulujemy w tym przypadku możliwie pełne równouprawnienie podmiotów komercyjnych i niekomercyjnych, z uwzględnieniem opisanego powyżej ryzyka wynikającego z komercjalizacji sektora. To wiąże się zarówno z monitoringiem standardu usług, jak i ograniczeniami w zakresie selekcjonowania klientów. Oddzielną kwestią, która wymaga dodatkowego przemyślenia i regulacji jest przechodzenie pomiędzy placówkami medycznymi, a opiekuńczymi i styk obu typów świadczeń udzielanych w jednym podmiocie.

4.3. ORGANIZACJE POZARZĄDOWE W SYSTEMIE OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

Paweł Kubicki, Paweł Łuczak

Organizacje pozarządowe pełnią istotną¹⁵, choć bliżej niedookreśloną rolę w obecnie istniejącym systemie opieki długoterminowej. Niekiedy są jedynym podmiotem oferującym dany typ wsparcia w gminie czy powiecie i oferują opiekę nawet dla niewielkiej liczby osób, zapewniając przynajmniej częściowo niszę, której raczej nie wypełniłby większy podmiot komercyjny i gdzie nie ma także żadnej oferty ze strony podmiotów publicznych. Czasami konkurują na otwartym rynku o te same środki z firmami komercyjnymi bądź dublują ofertę instytucji publicznych. Mogą też wspierać system w sposób pośredni, nie polegający na świadczeniu usług opiekuńczych, np. organizując i prowadząc centra wolontariatu (w tym tzw. wolontariatu senioralnego), szkoląc i dostarczając wiedzę o danej niepełnosprawności czy schorzeniu, np. w przypadku chorób otępiennych, tworząc grupy wsparcia dla opiekunów itp.

Jak pokazują przykłady wielu państw, wzrastająca rola podmiotów pozarządowych w systemie opieki długoterminowej bardzo często wiąże się procesami większego urynkwienia systemów wsparcia OD (np. kraje skandynawskie) bądź wynika z tradycyjnej silnej roli grup samopomocowych czy związków wyznaniowych (np. kraje Europy kontynentalnej). Przykład naszego kraju w dużej mierze wynika z kombinacji obu powyższych uwarunkowań. Silnymi stronami organizacji pozarządowych są częste osobiste zaangażowanie i dodatkowa motywacja członków organizacji do działalności w sektorze opieki oraz zakorzenienie w środowisku lokalnym i dobre rozpoznanie tamtejszych potrzeb. Z punktu widzenia ekonomicznego ważną cechą sektora opieki długoterminowej jest jego niska kapitałochłonność, co prowadzi do stosunkowo niskich barier wejścia na rynek. Jest to szczególnie ważne dla mniejszych podmiotów działających komercyjnie oraz, przede wszystkim, dla organizacji społecznych. To co stanowi o sile organizacji pozarządowych może jednak przyczynić się do ich słabości, w przypadku wypalenia, wycofania się bądź śmierci liderów. O ile bowiem na rynek świadczeń opiekuńczych obecnie można dość łatwo wejść, o tyle także łatwo z niego wypaść. Organizacje pozarządowe często nie mają też odpowiedniego zaplecza finansowego i organizacyjnego oraz są zazwyczaj bardzo silnie uzależnione od środków publicznych, przyznawanych w trybie konkursowym. Może to prowadzić do cyklicznych kryzysów i ograniczania działalności pomiędzy poszczególnymi przyznawanymi grantami, a nawet upadku organizacji w przypadku braku przedłużenia finansowania. Należy również wskazać, że podmioty zaliczane do organizacji pozarządowych, które są aktywne w ramach opieki długoterminowej są dość zróżnicowane biorąc pod uwagę swoje możliwości działania: obok niewielkich podmiotów, z którymi wiążą się problemy wskazane wyżej, działają także świadczeniodawcy, które przypisać można do międzynarodowych struktur (np. Czerwony Krzyż) dysponujące potencjalnie większymi zasobami kapitałowymi i pozakapitałowymi (np. wieloletnia strategia działania). Stwarzają one inne, większe możliwości finansowania lub - czasowo - samofinansowania podejmowanych działań.

Niezależnie od konkretnych przypadków, organizacje pozarządowe są bardzo istotnym aktorem, bez którego polski system opieki długoterminowej nie mógłby funkcjonować. Pewne jest też, że rozwiązania polityczne powinny uwzględniać istniejącą heterogeniczność samych podmiotów, które można zaliczyć do trzeciego sektora. Pozostaje pytanie, na jakich zasadach ma być zorganizowany cały system?

Szukając rozwiązań sprzyjających wspieraniu organizacji pozarządowych w ramach systemu opieki długoterminowej, należy pogodzić dwie, częściowo sprzeczne ze sobą tendencje:

- potrzebę większej profesjonalizacji i stabilności - także finansowej - sektora pozarządowego oraz
- uwzględnienie specyficznej roli i dodatkowych zalet organizacji społecznych w budowaniu i aktywizowaniu społeczności lokalnych oraz wolontaryjnego wkładu pracy jej członków, a także niedocenianym wsparciu psychologicznym dla odbiorców opieki oraz opiekunów, wynikającym ze znalezienia się w grupie osób rozumiejących i akceptujących ich sytuację życiową, bo sami znaleźli się w podobnej.

¹⁵ W Polsce w sektorze opieki zdrowotnej w 2016 roku 18,6 % ZOL oraz 11,6 % ZPO działało na zasadach non-profit, przy czym w podmioty non-profit miały większy udział w opiece hospicyjnej i paliatywnej, tj. 36,3% (GUS 2018, s. 58).

W tym pierwszym przypadku głównym problemem pozostaje to, czy na drodze do większej profesjonalizacji, ale też przy okazji biurokratyzacji, nie zgubimy różnicy między podmiotem pozarządowym a komercyjnym. Dodatkowo, jak pokazują przykłady innych państw (Ranci, 2015, s. 2311-2329), postępujący proces profesjonalizacji może prowadzić do pogłębienia polaryzacji w ramach trzeciego sektora. Nowe linie podziału w tym sektorze mogą dotyczyć udziału pracy zarobkowej w wykonywaniu zadań (podmioty profesjonalizujące się będą zapewne zwiększać liczbę personelu w ramach form zarobkowych, a ograniczać działalność wolontaryjną), co może znacząco utrudniać wypracowanie spójnego stanowiska negocjacyjnego organizacji trzeciego sektora w ramach porozumień z samorządem terytorialnym.

W drugim przypadku rodzi się pytanie, czy wspierając organizację pozarządową nie będziemy finansować opieki droższej i niekoniecznie lepszej jakościowo z punktu widzenia najważniejszych osób w całym systemie, jakimi są odbiorcy świadczeń. Inaczej mówiąc, należy zadać pytanie o rolę organizacji pozarządowych i ich relacje z innymi aktorami instytucjonalnymi. Czy organizacje pozarządowe mają być podstawą całego systemu, równorzędnym graczem, czy też pełnić rolę wspierającą i zapełniać nisze pozostawione przez większe podmioty publiczne i komercyjne? Czy powinny spełniać te same standardy, np. w przypadku dostępności dla osób z niepełnosprawnościami, mieć jakieś preferencje w ramach organizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego konkursy? Odpowiadając w możliwie najkrótszy sposób: uważamy, że w przypadku niewielkich - finansowo, infrastrukturalnie i osobowo - form opieki długoterminowej organizacje pozarządowe powinny mieć preferencje, ale spełniać te same minimalne standardy opieki, natomiast w pozostałych przypadkach być traktowane na równi z innymi podmiotami. Poniżej przedstawiamy szerszy opis, jak to sobie wyobrażamy.

Finansowanie i rozwój trzeciego sektora w ramach systemu opieki długoterminowej

Wśród czterech głównych form finansowania usług społecznych wskazanych w jednym z opracowań Europejskiego Stowarzyszenia Dostawców Usług dla Osób Niepełnosprawnych (European Association of Service Providers for Persons with Disabilities - EASPD), tzn. rynku chronionego / zastrzeżonego, zamówień publicznych, budżetów osobistych i prywatnych inwestycji (EASPD, 2019; dostęp 9.09.2019) szczególne znaczenie dla mniejszych organizacji pozarządowych ma ta pierwsza. Finansowanie takie ma miejsce wtedy, gdy organy publiczne rezerwują prawo do świadczenia określonych usług dla wybranych podmiotów, np. organizacji nie nastawionych na zysk. Wydaje się, że ten sposób finansowania - popularny w wielu krajach europejskich w odniesieniu do sektora pozarządowego - najlepiej pasuje do mniejszych organizacji pozarządowych oraz podmiotów ekonomii społecznej, często prowadzonych przez środowiska osób z niepełnosprawnościami bądź ich opiekunów, a także działań na rzecz wspierania aktywności lokalnej, w tym wolontariatu.

Uważamy, że właśnie w ten sposób powinny być finansowane aktywności, których adresatami są opiekunowie nieformalni. Przedmiotem takich działań może być np. różnego rodzaju doradztwo nieformalne, poradnictwo, tworzenie forów wymiany doświadczeń między opiekunami czy wreszcie wsparcie w sytuacjach kryzysowych, które może także dotyczyć choćby wsparcia emocjonalnego (np. wysłuchanie problemów artykułowanych przez opiekunów). Tego typu formy wsparcia mogą z powodzeniem przeciwdziałać poczuciu osamotnienia opiekunów i w jakiś sposób zapobiegać bądź opóźniać tzw. zjawisko wypalenia opiekuna. Jednocześnie podmioty działające w środowisku lokalnym, często korzystające z nieformalnych źródeł komunikacji, są w stanie skutecznie dotrzeć do owych specyficznych potrzeb opiekunów. Drugim adresatem tej formy finansowania wydają się oferujące wysoko specjalistyczne i bardzo niewielkie placówki, gdzie na danym terenie nigdy nie będzie zapotrzebowania na więcej niż jednego oferenta, który wymaga pewnej stabilności warunków działania, a nie startowania w corocznych konkursach.

Forma ta pokrywa się częściowo z systemem zamówień publicznych, który ma jednak znacznie bardziej otwarty charakter, a kryteria dotyczą raczej minimalnych standardów świadczenia usługi czy doświadczenia, a nie rodzajów podmiotów uprawnionych do startu w przetargu. Wychodzimy z założenia, że zamówienia publiczne powinny być podstawową formą zlecenia usług publicznych, co najwyżej z nieznacznym preferowaniem w kryteriach oceny podmiotów non-profit. Uzasadnienie preferencyjnego traktowania organizacji pozarządowych - które może być osiągnięte dzięki wykorzystaniu tzw. swobodnego działania w ramach administracji publicznej (co stanowi samo w sobie pewne wyzwanie) - wynika m.in. z tego, że organizacje pozarządowe są w większym stopniu zainteresowane działaniami, które dla rozwiązań biznesowych niekoniecznie mogą być opłacalne. Biorąc pod uwagę praktyczną realizację wsparcia, skutecznym remedium na naszkicowane wyżej ograniczenia rozwoju organizacji pozarządowych mogą być np. wieloletnie kontrakty sprzyjające stabilności działania (po ewentualnym jednorocznym okresie przejściowym - kontrakcie „na próbę”) czy uproszczone mini granty, na przykład do 25 tys. zł na działania wspierające, zwłaszcza nastawione na wspieranie, doradztwo opiekunów nieformalnych czy rozwój nieformalnych form wsparcia.

Do rozważenia, choć w odniesieniu do całego systemu, a nie jedynie organizacji pozarządowych, są budżety osobiste, przyznawane przez organ administracji państwowej lub jednostkę samorządu terytorialnego osobom wymagającym długotrwałej opieki, na przykład w postaci tzw. bonu opiekuńczego. Model ten jest najbliższy standardom Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych, ponieważ daje osobom potrzebującym wsparcia większą władzę i kontrolę nad całym procesem zapewnienia pomocy, wymaga jednak znacznych zmian systemowych, by spełniał swoje zadanie. Pierwszą z nich są zmiany w systemie orzecznictwa, które pozwoliłyby lepiej różnicować zakres wsparcia, a na końcu całej drogi jest wspieranie organizacji, u których można odpowiednio usługi zakupić. Z drugiej strony, przykłady państw, które oparty swoje rozwiązania tylko na stronie popytowej (np. przyznanie świadczenia pieniężnego osobom niesamodzielnym, które zostawia im całkowitą dowolność w zakresie jego wykorzystania) bez należytego wsparcia dla strony podaży, a zwłaszcza dla pomiotów sektora społecznego, wskazują, że prowadzić to może do swoistej regresji w odniesieniu do funkcjonowania świadczeniodawców, zwłaszcza w zakresie wsparcia środowiskowego (Łuczak, 2018, s. 30-34).

Wreszcie na samym końcu warto odnotować, że prywatne inwestycje, choć są istotnym elementem finansowania całego systemu nie powinny stanowić jego fundamentu, a co najwyżej zapewniać zainteresowanym ponadstandardowe wsparcie. Wiąże się to także z ogólniejszą kwestią polityczną dotyczącą jasnego określenia (w analogii do tzw. koszyka świadczeń gwarantowanych) co jest, a co nie jest standardem podstawowym, za którego zapewnienie - przy wykorzystaniu różnych instrumentów, niekoniernie bezpośredniego dostarczania usług - odpowiedzialność bierze na siebie władza publiczna.

Podsumowanie

Nie ulega wątpliwości, że wsparcie dla organizacji pozarządowych działających w sektorze OD jest koniecznością. Polska nie stanowi w tym przypadku wyjątku, a ponieważ organizacje te mogą zapełniać wiele luk w systemie (np. pomoc dla opiekunów nieformalnych), zasługują na szczególne wsparcie. Musi się ono zmierzyć z określonymi problemami strukturalnymi po stronie tych organizacji, takimi jak zachowanie ciągłości organizacyjnej, ale także z uwarunkowaniami dotyczącymi ich otoczenia, przede wszystkim jeśli chodzi o elastyczność i transparentność administracji publicznej. Kluczowa jest jakość komunikacji na poziomie organizacji pozarządowej - władze lokalne, ale także współpraca między samymi organizacjami (np. wspólne uzgadnianie stanowisk negocjacyjnych z władzami). Nie można przy tym zakładać, że działalność organizacji pozarządowych jest wolna np. od ryzyka złej jakości dostarczanych usług, niepunktualności czy nadużyć. Jeśli zatem wpisywać te organizacje w sposób celowy do „systemu”, to muszą także podlegać nadzorowi na takich zasadach, jak pozostali usługodawcy.

4.4. OPIEKUNOWIE NIEFORMALNI W SYSTEMIE OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

Rafał Bakalarczyk, Paweł Kubicki

Zaspokojenie potrzeb osób, które stają się zależne od długoterminowej opieki odbywa się w wielu społeczeństwach od dawien dawna także za sprawą zaangażowania szeroko rozumianego sektora nieformalnego. W jego ramach możemy umieścić przede wszystkim członków najbliższej oraz dalszej rodziny, przyjaciół, sąsiadów czy wolontariuszy (choć tych ostatnich można również powiązać z sektorem obywatelskim, zwłaszcza jeśli swoją aktywność podejmują w ramach fundacji, stowarzyszeń etc.). Tradycyjnie pierwszoplanową rolę w opiece nieformalnej odgrywają członkowie rodziny osoby zależnej (najczęściej kobiety). Dzieje się tak w szczególności w społeczeństwach o rodzinnym (familistycznym) modelu opieki długoterminowej, jak polskie. Dlatego też nieraz w polskim dyskursie pojawia się termin opiekunów rodzinnych, a nie nieformalnych (np. Urbaniak, 2018). W Polsce opiekunowie rodzinni mają wyodrębniony względem innych podmiotów sektora nieformalnego status, zarówno jeśli chodzi o prawa (np. możliwość otrzymywania świadczeń rodzinnych z tytułu sprawowanej opieki), jak i obowiązki (obowiązek alimentacyjny także wobec osoby starszej).

Należymy do społeczeństw, które w obliczu ograniczonej samodzielności najbliższych deklaratywnie artykułują znaczne oczekiwania wobec rodziny¹⁶. Wyraża to choćby najwyższy spośród badanych krajów europejskich udział wskazań, że rodzina powinna zamieszkać wspólnie z osobą tracącą sprawność na stare lata (European Commission, 2007). Polska jest krajem o najwyższym odsetku osób dorosłych deklarujących sprawowanie opieki w pełnym wymiarze (Eurofound, 2015), a raport OECD pokazuje wręcz, że wśród europejskich krajów rozwiniętych w Polsce najwyższy jest udział opiekunów sprawujących opiekę powyżej 20 godzin tygodniowo (Colombo i in. 2011).

Intensywność opieki nieformalnej w Polsce wynika zarówno z uwarunkowań społeczno-kulturowych, jak i prawno-instytucjonalnych, jak na przykład dostępność do usług i placówek opieki formalnej, ich cena i jakość czy prawne regulacje sprzyjające intensywnemu zaangażowaniu rodziny w opiekę. Zaznaczmy też, że choć mowa jest o opiece nieformalnej czy rodzinnej, nierzadko zadanie to spada na barki pojedynczych członków rodzin. Badania pokazują bardzo silną feminizację opieki długoterminowej wobec osób w podeszłym wieku, choć i mężczyznom to doświadczenie nie jest obce.

Wśród czynników mogących przyczynić się do erozji dotychczasowego modelu można wymienić osłabienie potencjału opiekuńczego na skutek towarzyszącej starzeniu się społeczeństwa zmiany proporcji liczebnych między osobami wymagającymi opieki a tymi, którzy mogliby ją sprawować, przemian w aspiracjach społeczno-zawodowych kobiet i zmian oczekiwań wobec ich roli w rodzinie i na rynku pracy. Sprzyjają temu także migracje sprawiające, że osoby, które w pewnej fazie życia stają się zależne od opieki, nie mają najbliższej rodziny w swoim otoczeniu. Zachodzenie tych procesów jest jednym z powodów rewizji dotychczasowego modelu opieki długoterminowej. Inną przesłanką zmian jest wzrastająca świadomość wielowymiarowych kosztów, obciążeń i ograniczeń, jakie spadają na opiekuna, zwłaszcza wówczas, gdy pełni swoją rolę w dużym wymiarze czasowym i nie jest adekwatnie wspomagany. Wśród potencjalnych zagrożeń można wskazać te odnoszące się do sfery zawodowej, socjalnej, zdrowotnej (w aspekcie psychicznym i fizycznym) oraz społecznej.

Niepodjęcie powyższych wyzwań lub podjęcie w sposób ograniczony bądź nietrafny może zaś mieć konsekwencje w postaci narastania problemów jednostkowych i społecznych, a w konsekwencji także kosztów i wyzwań dla polityki państwa, lokalnych społeczności oraz gospodarki. Przykładem mogą być koszty dla polityki zdrowotnej (na skutek utraty zdrowia przez opiekuna), dla pomocy społecznej i instytucji ochrony zdrowia (na skutek przedwczesnej instytucjonalizacji w związku z utratą możliwości udzielania wsparcia przez wypalonego opiekuna) oraz rynku pracy, systemu zabezpieczenia społecznego i budżetu (na skutek wycofania się z rynku pracy w związku z opieką oraz mniejszej kwoty odprowadzanych składek i podatków).

¹⁶ Nie można jednak wykluczyć, że wysoki odsetek wskazań na rodzinę jako najlepszego opiekuna wynika stąd, że respondenci mają świadomość, iż w obecnym stanie OD w Polsce dla rodziny nie ma praktycznie alternatywy.

Zabezpieczenie socjalno-finansowe rodzin

Problem zabezpieczenia socjalnego / finansowego opiekunów rodzinnych wielokrotnie powracał w ostatnich latach. Był przyczyną protestów, przedmiotem petycji, zgłaszanych postulatów jak również wystąpień Rzecznika Praw Obywatelskich oraz orzeczeń Trybunału Konstytucyjnego, które wymuszały zmiany prawne (por. Bakalarczyk, 2018). W dokumentach strategicznych, zarówno w obrębie polityki senioralnej, jak i polityki wobec niepełnosprawności, ich twórcy kwestie wsparcia opiekunów ujmowali zwykle z pominięciem problemu niedostatecznego zabezpieczenia finansowego rodzin, w których sprawowana jest opieka. Może to oznaczać, że brakuje strategicznego i priorytetowego potraktowania tego zagadnienia, choć po stronie ruchów społecznych reprezentujących opiekunów ten wymiar jest postrzegany jako jeden z kluczowych.

Jeśli chodzi o zabezpieczenie finansowe opiekunów, wiodącą rolę odgrywa ustawa o świadczeniach rodzinnych, która reguluje świadczenia pieniężne dla części osób sprawujących stałą opiekę nad bliskimi. W odniesieniu do opieki długoterminowej nad niepełnosprawnymi dziećmi i osobami dorosłymi, które w dzieciństwie stały się niepełnosprawne, przyznawane jest świadczenie pielęgnacyjne w wysokości płacy minimalnej. Jest ono niezależne od kryterium dochodowego, ale zależy od całkowitej rezygnacji z aktywności zawodowej, obowiązku alimentacyjnego wobec podopiecznego i braku uprawnień emerytalno-rentowych po stronie opiekuna. W odniesieniu do opieki nad osobami, które stały się zależne w wieku dorosłym i starszymi, wsparcie w ramach tzw. specjalnego zasiłku opiekuńczego cechują następujące właściwości: niska wysokość (620 złotych, czyli znacznie poniżej minimum socjalnego), niskie kryterium dochodowe uprawniające do pomocy, warunek pełnej rezygnacji z aktywności zawodowej, obowiązek alimentacyjny wobec podopiecznego i brak uprawnień do świadczeń emerytalno-rentowych. Te pięć zasadniczych właściwości wsparcia czyni je bardzo niskim i trudno dostępnym. Wielu opiekunów silnie angażujących się w opiekę, w tym również tych których sytuacja ekonomiczna jest trudna, nie może otrzymać pomocy. Osoby zaś, którym przyznawane jest świadczenie, otrzymują wsparcie w kwocie dalece poniżej socjalnego minimum. W dodatku konstrukcja świadczenia nie sprzyja realizacji prawa do pracy po stronie opiekuna i nie sprzyja jego aktywności zawodowej, uzależniając nabycie prawa do świadczenia od rezygnacji z pracy zarobkowej.

Na horyzoncie rysują się dwa kierunki zmian, które warto wziąć pod uwagę:

- przekierowanie wsparcia finansowego obecnie przysługującego opiekunowi w stronę osoby, która otrzymuje opiekę;
- zreformowanie obecnego wsparcia finansowego dla opiekunów w duchu bardziej włączającym, lepiej zabezpieczającym socjalnie i pozwalającym godzić pracę zawodową ze sprawowaniem opieki.

Pierwszy scenariusz oznacza, że wsparcie finansowe byłoby przypisane samej osobie wymagającej opieki, a nie opiekunowi. Osoba zależna i / lub opiekun decydowałiby, czy przy pomocy uzyskanych środków sfinansować zaangażowanie opiekuna nieformalnego, czy też opłacić zewnętrzną formalną opiekę. Możliwe byłyby też warianty mieszane, łączące w różnych proporcjach sfinansowanie opieki nieformalnej i formalnej. Świadczenie powinno być odpowiednio wysokie i mogłoby też być zróżnicowane według skali potrzeb opiekuńczych. Górna wysokość świadczenia, przyznawana dla osób głęboko zależnych od opieki, powinna być co najmniej w wysokości płacy minimalnej. Osoby z orzeczeniem o niższym poziomie potrzeb opiekuńczych otrzymywałyby świadczenie odpowiednio mniejsze, ale zarazem osoby zaangażowane w opiekę miałyby szanse przynajmniej częściowej aktywności zawodowej, w czym powinni być wspierani przy pomocy innych instrumentów. Korzyści płynące z tego rozwiązania, to usytuowanie w centrum zainteresowania OD osoby wymagającej opieki i jej potrzeb, zwiększenie podmiotowości i pola wyboru w obrębie rodziny / gospodarstwa, w którym pozostaje osoba wymagająca opieki. Członkowie rodziny osoby zależnej od opieki nie byłoby tak silnie, jak obecnie, zmuszeni do intensywnego zaangażowania w opiekę. Pojawiłyby się możliwości, by dzielić się tym wyzwaniem z innymi podmiotami, a także by godzić mniejsze lub większe zaangażowanie jako opiekuna z aktywnością zawodową.

Ograniczeniem dla tego scenariusza może być fakt, że dalece zmienia on konstrukcję wsparcia, co też może budzić opory części środowiska, które utożsamia się z rolą opiekuna i nabyło różne uprawnienia z tego tytułu lub jest na drodze starań o wyższe wsparcie.

Krok w stronę przesunięcia wsparcia finansowego w stronę osoby wymagającej opieki nastąpił już za sprawą ustawy o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji. Określone w ustawie „świadczenie uzupełniające” jest zależne od kryterium dochodowego i nie przewiduje objęcia wystarczająco szerokiej kategorii osób, u których pojawiają się potrzeby opiekuńcze, a jedynie osoby mające w orzeczeniu niezdolność do samodzielnej egzystencji. Nie zostało też przewidziane różnicowanie wsparcia w zależności od potrzeb opiekuńczych. Choć ustawa ta nie odpowiada treści naszego postulatu, w ramach daleko idących reform tego aktu prawnego byłoby możliwe zbliżenie się do scenariusza, który poddajemy pod rozważenie powyżej.

Drugi wariant, nieco bardziej zachowawczy, oznaczałby reformowanie systemu wsparcia finansowego w oparciu o dotychczasowe świadczenia przypisane opiekunowi. Proponujemy rozważanie następujących kroków:

- Radykalne podniesienie i zróżnicowanie według skali potrzeb opiekuńczych świadczeń dla znacznie niepełnosprawnych osób dorosłych (w tym starszych). Punktem wyjaśnienia i odniesienia może być dotychczasowa wysokość świadczenia pielęgnacyjnego - na poziomie płacy minimalnej i poddana waloryzacji. Opiekunowie szczególnie zależnych od opieki osób dorosłych powinni otrzymywać świadczenie przynajmniej tej wysokości (dziś mogą liczyć na wsparcie niemal trzykrotnie niższe). Opiekunowie osób o niższym poziomie potrzeb opiekuńczych otrzymywaliby świadczenie odpowiednio niższe (choć bez aktualnego zakazu godzenia świadczenia z pracą zarobkową).

- Zniesienie kryterium dochodowego. Przyjmując, że samo świadczenie opieki jest ważną społeczną rolą, której pełnieniu towarzyszy szereg ograniczeń, obciążeń i zagrożeń, nie znajduje uzasadnienia dodatkowe reglamentowanie pomocy przy użyciu kryterium dochodowego (zwłaszcza tak sztywnego i niskiego jak obecnie). Docelowo należałoby zlikwidować ten warunek, zaś w wersji minimum radykalnie podnieść próg dochodowy i uelastyczyć go wedle zasady „złotówka za złotówkę”.
- Zniesienie lub przynajmniej złagodzenie rygorystycznego zakazu jednoczesnego pobierania świadczeń i prowadzenia działalności zarobkowej. Początkowo można określić warunki, jakie muszą być spełnione, by świadczenie nie zostało odbierane ze względu na podjęcie pracy (przykładowo, warunki mogą wiązać się z rodzajem, czasem lub miejscem pracy).

Postulujemy objęcie prawem do świadczeń osób sprawujących opiekę, pobierających inne świadczenia społeczne, jak emerytury i renty oraz rozszerzenie prawa do świadczeń także na osoby, które nie są spokrewnione z podopiecznym. Nietraktowanie obowiązku alimentacyjnego jako przesłanki otrzymywania świadczeń pozwoliłoby szerzej włączyć opiekunów nieformalnych innych niż członkowie rodziny w zapewnienie opieki długoterminowej.

Godzenie pracy z opieką

Problematyka godzenia pracy z opieką długoterminową od dłuższego czasu zwraca uwagę instytucji międzynarodowych, instytucji badawczo-ekspertkich, a także rodzimych badaczy, którzy poświęcili tej tematyce prace naukowe (np. Jurek, 2016; Łuczak, 2017). Badania porównawcze wskazują, że Polska należy do krajów mało przyjaznych godzeniu pracy zawodowej z rolą opiekuna (Eurofound, 2015).

Przyczyn tego stanu należy szukać zarówno w niedoborze regulacji i instrumentów w zakresie prawa pracy i ich stosowania, jak i w szerszym otoczeniu instytucjonalnym opieki długoterminowej sprawowanej w ramach sektora nieformalnego, w tym rodziny. Ograniczony dostęp do usług i instytucji opieki formalnej może sprzyjać podejmowaniu intensywnej opieki przez bliskich, co nie służy godzeniu roli opiekuńczej z kontynuowaniem lub podejmowaniem pracy. Ponadto system wsparcia finansowego wymusza pełną rezygnację z pracy, wobec czego opiekunowie nieformalni stoją przed alternatywą: albo pracować (i nie otrzymywać wsparcia finansowego) albo pobierać wsparcie finansowe (ale wówczas nie pracować zawodowo). Oprócz tych ograniczeń, omówionych szerzej w innych częściach raportu, istnieją też bariery związane z samymi stosunkami pracy i ograniczonym zakresem wsparcia dla opiekunów.

W literaturze przedmiotu wymienia się cztery zasadnicze grupy instrumentów służących godzeniu pracy z opieką (Jurek, 2016, s. 61-65):

1. elastyczne warunki pracy (w zakresie miejsca i czasu);
2. urlopy;
3. opieka zastępcza;
4. teleopieka.

W oparciu o to zestawienie, można zarekomendować:

- Wprowadzenie określonych ustawowo uprawnień do elastycznych warunków pracy dla osób będących opiekunami nieformalnymi. Pewne kroki prawne uczyniono (choć jedynie w stosunku do części opiekunów, głównie rodziców dzieci niepełnosprawnych) w zakresie umożliwiającym wiążące dla pracodawcy - poza określonymi przypadkami - wnioskowanie o elastyczny czas pracy lub telepracę (wykonywaną zdalnie), ale należałoby je rozszerzyć także na opiekunów osób dorosłych, w tym starszych.
- Wprowadzenie dodatkowych urlopów dla pracujących opiekunów. Urlopy te przynajmniej w pewnym wymiarze powinny być płatne, a dla osób zmuszonych do dłuższej absencji w związku z opieką mogły być dodatkowe tygodnie bezpłatnego urlopu. Rozważając szczegółowe warunki, czas, i wymiar odpłatności, można sięgnąć do rozwiązań i rozważań zagranicznych (Bouget, Spasova, Vanhercke, 2016), ale z uwzględnieniem także lokalnego kontekstu stosunków pracy w Polsce.
- Zapewnienie usług opieki zastępczej na czas, gdy opiekun wykonuje czynności zawodowe. Ten postulat nie wymaga tworzenia osobnego instrumentu, a raczej rozwijania rozmaitych usług opiekuńczych i zapewnienia, by były one dostępne także w wymiarze czasowym pozwalającym na synchronizację z czasem pracy opiekuna.
- Rozwijanie rozwiązań w zakresie teleopieki, które pozwalają na sprawowanie „zdalnej” opieki i wykonywanie pracy zawodowej¹⁷.
- Oprócz tego należy pamiętać, by obok wprowadzenia lub usprawnienia określonych rozwiązań prawnych, tworzyć bodźce do ich stosowania, upowszechniać wiedzę na temat istniejących uprawnień i korzyści płynących z ich stosowania. Należy włączyć partnerów dialogu społecznego, w szczególności związki zawodowe, w uświadamianie pracownikom istniejących praw i pomoc w ich egzekwowaniu. Należy też zabiegać, by różnymi kanałami polityki publicznej wspierać kulturę organizacji pracy sprzyjającej godzeniu pracy z opieką długoterminową. Ważne, by urzędy centralne i jednostki samorządu terytorialnego na zasadzie dobrego przykładu były pionierami we wzorcowym stosowaniu tego typu rozwiązań.
- Jako uzupełnienie należy otoczyć wsparciem osoby, które chcą powrócić na rynek pracy po latach wycofania z aktywności zawodowej w związku z długoterminową opieką nad bliskimi. Zasadne jest rozważanie objęcia byłych opiekunów częścią instrumentów aktywizujących, które przewidziano dla rodzin osób znacznie niepełnosprawnych, przewidzianych w ustawie o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (po jej nowelizacji w ramach programu „Za życiem” w 2017 roku).

¹⁷ Zob. rozdział 4.8.

Opieka wytchnieniowa i usługi wspomagające opiekuna

Ważnym elementem wspierania opiekuna powinna być pomoc czasowo odciążająca go w wyczerpującej roli oraz wspomagająca go w ciężkich, skomplikowanych lub wymagających udziału więcej niż jednej osoby czynnościach. Opiekunowie rodzinni i nieformalni, zwłaszcza w polskich realiach, sprawując opiekę długoterminową w sposób intensywny, narażeni są na przeciążenie, przemęczenie i zaburzenia zdrowia fizycznego oraz psychicznego, np. dotknięcie tzw. syndromem stresu opiekuna, wypaleniem czy depresją. Dlatego też tak ważne jest, by czasowo mogli odpocząć od codziennych zadań, a w tym czasie powinna im przysługiwać opieka zastępcza, wyręczająca czy - najczęściej tak nazywana w literaturze przedmiotu - wytchnieniowa. Możliwość skorzystania z tego rodzaju wsparcia przysługiwać powinna w szczególności (choć nie tylko) w sytuacjach, w których zachodzą przesłanki zdrowotne po stronie opiekuna, zmuszające go do czasowego odstąpienia od opieki (np. gdy musi skorzystać z konsultacji medycznej, poddać się hospitalizacji, wyjechać na turnus rehabilitacyjny czy po prostu doświadcza choroby, urazu utrudniającego opiekę etc.). Badania sytuacji opiekunów rodzinnych jednoznacznie wskazują na potrzebę istnienia miejsc krótkoterminowego całonocowego pobytu, choć też opiekunom towarzyszą obawy przed pogorszeniem zdrowia i samopoczucia podopiecznego w związku z czasowym pozostaniem poza domem, bez dotychczasowego opiekuna (por. np. Szlązak, 2015, s.74). Takie rozwiązania nie zostały dotychczas w Polsce wprowadzone, choć w ostatnim okresie nastąpiły przymiarki do ich wprowadzenia, a także lokalne próby ich testowania.

O potrzebie wprowadzenia opieki wytchnieniowej mowa jest w kolejnych dokumentach strategicznych w zakresie polityki senioralnej. Instytucja ta *expressis verbis* została zapisana w programie „Za życiem”. Niezależnie od rządowych inicjatyw, powstał też z inicjatywy fundacji Imago i ze środków europejskich pilotażowy program w sześciu organizacjach w kraju, a także poszczególne organizacje pozarządowe wspólnie z samorządami (np. we Wrocławiu czy Białymstoku) wprowadzały lokalne inicjatywy. Nadziejemy na przełom mogło nieść wprowadzenie w 2018 roku z Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych konkursowego programu „Opieka wytchnieniowa” skierowanego do gmin. Skromne ramy finansowe, konkursowa formuła, ograniczona skłonność gmin do partycypacji w programie, brak trwałego, ustawowego umocowania oraz ograniczające warunki korzystania z programu dla części opiekunów skłaniają do wniosku, że program jest raczej pilotażem niż satysfakcjonującym systemowym rozwiązaniem problemu.

Docelowo pożądane byłoby wprowadzenie gwarantowanej opieki wytchnieniowej na terenie każdej gminy. Państwo z budżetu na poziomie centralnym powinno wspierać finansowo realizację tego zadania przez jednostki samorządu terytorialnego. Opieka ta mogłaby być zapewniona bezpłatnie w wymiarze minimum dwóch tygodni dla opiekunów bez względu na powód skorzystania z tego rodzaju pomocy, zaś oprócz tych dwóch tygodni powinna być też możliwość skorzystania z dodatkowych dni urlopu w okolicznościach spowodowanych zdrowotną sytuacją opiekuna. Warunki i sposoby świadczenia opieki wytchnieniowej powinny być w miarę możliwości szeroko zdefiniowane, a więc obejmować usługi opieki świadczonej w warunkach domowych, półstacjonarnych i stacjonarnych. Usługi te powinny być przyznawane opiekunom osób zależnych w różnym wieku i o różnym charakterze potrzeb opiekuńczych.

Oprócz urlopu wytchnieniowego powinny być też zapewnione usługi pozwalające na wytchnienie w trybie dziennym, świadczone w określonych godzinach w ciągu dnia, by opiekun mógł odpocząć lub załatwić inne sprawy, na które bezpośrednie sprawowanie opieki nie zawsze pozwala. Każdy opiekun powinien móc skorzystać z nieodpłatnie 240 godzin rocznie (wymiar godzinowy zaproponowany w obecnym programie „Opieka wytchnieniowa”). W ramach tych usług powinno być także zapewniane wsparcie polegające na towarzyszeniu opiekunowi w czynnościach trudnych lub złożonych, które trudno mu wykonać w pojedynkę bez ryzyka dla bezpieczeństwa i zdrowia podopiecznego i / lub opiekuna.

Usługi dla opiekunów nieformalnych

O ile kwestie związane z finansowaniem opieki nieformalnej czy usługami wsparcia dziennego lub opieki wytchnieniowej są relatywnie dobrze opisane, o tyle zagadnienia dotyczące bardziej „miękkiej” pomocy w postaci wsparcia psychologicznego, doradztwa czy szkoleń nie są tak popularne, a wręcz zaniedbywane. Po części wynika to z hierarchii potrzeb gospodarstw domowych zaangażowanych w opiekę, gdzie kluczowe jest zaspokojenie potrzeb materialnych i związanych z bezpośrednim zapewnieniem opieki. Wynika to także z pewnej niechęci do mówienia o potrzebach psychologicznych, wypaleniu czy depresji, a ponadto z prostego faktu, że opieka często świadczona jest w pewnej społecznej izolacji, gdzie opiekun - nawet jeśli ma jakieś wsparcie finansowe - pozostawiony jest z problemami dnia codziennego samemu sobie. Dostęp do informacji i doradztwa pozwoliłby na podjęcie świadomej decyzji, kiedy opieka nieformalna przestaje wystarczać i niezbędne jest wsparcie formalne lub wręcz instytucjonalne. Natomiast szkolenia w wielu przypadkach są po prostu niezbędne, by opiekun nie zrobił członkowi swojej rodziny krzywdy bądź nie doznał uszczerbku na zdrowiu, np. nieodpowiednio podnosząc i przenosząc osobę wymagającą pomocy.

Warto też podkreślić, że choć mówimy tu o wspieraniu opiekunów, to wsparcie psychologiczne, czy doradztwo powinno - w miarę potrzeb i możliwości - dotyczyć całego gospodarstwa domowego, co sprzyja podmiotowości i niezależności osoby wymagającej intensywnego wsparcia. Zabezpiecza też pośrednio przed sytuacją, kiedy to opiekun, będąc jedynym pośrednikiem ze światem zewnętrznym osoby wymagającej wsparcia, stosuje wobec niej przemoc. Co więcej, jest też potencjalnie bardziej efektywne, bo opieka nad osobą będącą w kryzysie psychicznym, depresji, czy nieakceptującej swojej sytuacji życiowej jest dla opiekuna sporym wyzwaniem.

By takie wsparcie było możliwe, muszą być jednak spełnione pewne warunki. Po pierwsze, oferta wsparcia musi być dostępna, co oznacza świadczenie jej lokalnie, w miarę blisko miejsca zamieszkania. Po drugie, poszczególni członkowie rodziny powinni móc z niej fizycznie skorzystać, co oznacza np. konieczność zapewnienia opieki osobom wymagającej stałej uwagi, czy to w postaci

placówek dziennych czy też opieki wytchnieniowej. Po trzecie, wymaga wiedzy specjalistycznej, a tym samym wykwalifikowanych specjalistów, asystentów rodziny, itp. Inaczej mówiąc, istnieje potrzeba utworzenia lokalnego centrum usług społecznych / wsparcia, które mogłoby powstać na bazie miejscowego ośrodka pomocy społecznej, powiatowego centrum pomocy rodzinie, bądź być organizowane przez organizację pozarządową. Jednocześnie trudno sobie wyobrazić, by jeden podmiot był w stanie zatrudniać wszystkich specjalistów i był w stanie rozwiązywać rozmaite problemy opiekunów i osób z ograniczoną samodzielnością. Tym samym sensowność inwestowania w tego typu centrum wymaga jednocześnie zainwestowania w całą sieć wsparcia oraz budowę systemu powiązań (w wersji minimalnej choćby podstawowej wymiany informacji i świadomości swego istnienia, optymalnej współpracy przy wspólnych szkoleniach czy koordynacji wsparcia) pomiędzy osobami wymagającymi opieki długoterminowej, ich opiekunami nieformalnymi, organizacjami pozarządowymi, placówkami publicznymi oraz podmiotami komercyjnymi.

Relacje między sektorem nieformalnym a pozostałymi sektorami w opiece długoterminowej

Obecne relacje między poszczególnymi aktorami tworzącymi polski system opieki długoterminowej są pewną wypadkową dominującej historycznie opieki świadczonej przez członków rodziny, działań interwencyjnych instytucji publicznych oraz wolnego rynku. Dominujący w polskiej polityce społecznej familiaryzm sprawia, że koordynatorem i swego rodzaju menadżerem organizującym i porządkującym różne obszary opieki długoterminowej jest najczęściej członek rodziny, który niekiedy otrzymuje za swoją funkcję niewielkie świadczenie pieniężne. W przypadku posiadania odpowiednich zasobów finansowych może on zakupić usługi opiekuńcze komercyjnie, czy to w postaci - często zatrudnianych „na czarno” - opiekunek, czy profesjonalnych usług opiekuńczych świadczonych przez firmy komercyjne bądź w niepublicznym domu opieki. W przypadku ich braku usługi te, w ograniczonym wymiarze godzinowym świadczą opiekunki z pomocy społecznej oraz dzienne i całodobowe placówki opiekuńcze. Oczywiście istnieją też sytuacje, w których to sama osoba wymagająca opieki organizuje i koordynuje poszczególne usługi, bądź funkcję tę pełni organizacja pozarządowa lub samorząd. Najbardziej istotny jest jednak fakt, że koordynacja i współpraca różnych aktorów rzadko kiedy ma charakter systemowy, a kolejne osoby „wchodzące” do systemu opieki mogą liczyć na podobne potraktowanie i procedury. Jest to raczej gra sił i interesów, np. w ramach koordynacji wsparcia pomiędzy placówkami służby zdrowia wypisującymi pacjenta po intensywnej terapii czy pomocy społecznej odpowiedzialnej za organizację pomocy środowiskowej w miejscu zamieszkania a rodziną odpowiadającą za codzienną opiekę domową.

Jednocześnie przemiany społeczno-demograficzne sprawiają, że niezbędne będzie oferowanie większego wsparcia niż dotychczas, a tym samym działania bardziej skoordynowane i efektywne będą koniecznością. Kolejnym z dostosowań do nadchodzącej przyszłości powinno być większe wykorzystanie opieki nieformalnej, ale świadczonej nie przez członków rodziny, ale przyjaciół i sąsiadów oraz działania na rzecz wydłużania i maksymalizowania względnej samodzielności i niezależności osoby wymagającej długotrwałej opieki. Wymaga to:

- Tworzenia przestrzeni przyjaznej ludziom w każdym wieku, bez różnego rodzaju barier w dostępności, wspierania miejsc ułatwiających nawiązywanie kontaktów i mogących stanowić lokalne punkty animacji działań lokalnych w postaci bibliotek, świetlic, itp. oraz wszelkich inicjatyw sąsiedzkich i rówieśniczych, np. w postaci klubów zainteresowań, uniwersytetów trzeciego wieku, itp. - rozwoju społeczności lokalnej.
- Lepszej diagnozy potrzeb osób wymagających opieki, co można osiągnąć poprzez zmiany w systemie orzecznictwa pozwalające na orzekanie o konkretnych potrzebach, powszechne bilanse zdrowia grup ryzyka, np. osób w wieku 75 lat i więcej - możliwość wcześniejszej i zindywidualizowanej interwencji.
- Bezpośrednich działań zwiększających korzyści ze współpracy różnych podmiotów, np. poprzez płacenie / dopłacanie za kompleksowe zaspokojenie potrzeb, a nie tylko świadczenie usług, co wymaga, poza wspomnianą w punkcie drugim diagnozą, także lepszego monitoringu działań. Istotne byłoby także zwiększenie strumienia finansowania usług opiekuńczych.

4.5. REGULACJA RYNKU OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

Łukasz Jurek

Zadaniem państwa jako organizatora i płatnika opieki długoterminowej, jest zabezpieczenie przynajmniej minimalnej jakości opieki, poniżej której zagrożona jest godność i / lub bezpieczeństwo osób niesamodzielnych, które z tej opieki korzystają. Takie zabezpieczenie należytej jakości wymaga trzech zasadniczych działań. Po pierwsze: wyznaczenia standardów opieki. Te standardy mogą określać dolną granicę obsługi, albo wyznaczać wzór prawidłowego (pożądanego) działania. Po drugie: określenia sposobu weryfikacji tych standardów, czyli rejestrowania / akredytowania podmiotów opiekuńczych, a następnie monitorowania jakości świadczonych usług poprzez system inspekcji (audytów). Po trzecie: ustalenie sankcji za niedostosowanie się do ustalonych wytycznych.

Konieczność standaryzacji należy tłumaczyć z jednej strony specyfiką klientów, z drugiej zaś specyfiką świadczeń w opiece długoterminowej. Jeśli chodzi o specyfikę klientów, czyli osób niesamodzielnych, to najczęściej są to osoby stare, niedołążne, z demencją, które ze względu na swój stan tworzą wrażliwą grupę klientów, mających ograniczoną zdolność rzetelnej oceny uzyskiwanych usług, a także ograniczoną możliwość zgłaszania ewentualnych nieprawidłowości. Takie osoby nie są zdolne skutecznie bronić się przed nadużyciami, potrzebują w związku z tym swoistych „advokatów”, którzy strzegą ich praw i interesów. Co się zaś tyczy specyfiki świadczeń opiekuńczych, to zasadność oraz sposób ich udzielania są trudne do oceny przez świadczeniobiorców (osoby niesamodzielne), którzy nie mają do tego odpowiednich kwalifikacji. Taką ocenę powinny przeprowadzać obiektywne i niezależne podmioty zewnętrzne, które są do tego merytorycznie przygotowane, choć z zachowaniem sprawnie działającej procedury odwoławczej w przypadku dużych rozbieżności między oczekiwaniami i deklarowanymi potrzebami osoby zainteresowanej, a opinią ekspercką.

Standardy zapewniają również ochronę przed niepożądanym oddziaływaniem sił rynkowych, polegającym na obniżaniu jakości usług świadczonych przez konkurujące ze sobą podmioty opiekuńcze. W pewnych bowiem okolicznościach, w pogoni za obniżeniem kosztów, konkurencja może prowadzić do zbyt dużego obniżenia jakości. Konieczne jest zatem ciągłe monitorowanie tej jakości i sankcjonowanie substandardowych świadczeniodawców.

W przypadku opieki stacjonarnej kwestia standaryzacji i monitorowania jakości usług poruszana jest już od dłuższego czasu głównie ze względu na wysoką drażliwość społeczną i stosunkowo duże możliwości oddziaływania nań władz publicznych. W przypadku opieki środowiskowej, kwestia ta jest przedmiotem zainteresowania decydentów politycznych dopiero od niedawna. Wcześniej dość powszechnie uważano, że opieka nad osobą starszą jest domeną rodziny, a aktywność kontrolna państwa na tym polu odbierana była negatywnie, jako przejaw zbyt daleko idącej ingerencji, która narusza podmiotowość i autonomię rodziny. To przekonanie maleje jednak wraz ze wzrostem udziału podmiotów formalnych zaangażowanych w świadczenie usług opiekuńczych oraz postępowaniem tzw. komodyfikacji opieki rodzinnej. Skoro opieka domowa staje się towarem, a ponadto do jego finansowania wykorzystywane są środki publiczne, to w sposób naturalny pojawia się presja na kontrolowanie jakości tego towaru i sprawdzanie, czy jest on dostarczany bez jakichś nieprawidłowości, tzn. czy środki publiczne są wykorzystywane zgodnie z przeznaczeniem, czy nie dochodzi na tym polu do jakichś machinacji, czy opieka przynosi założone rezultaty, czy nie zagraża bezpieczeństwu świadczeniobiorców i czy udzielana jest z poszanowaniem ich godności.

Ta naturalna konieczność ingerowania w jakość opieki spotkała się z różnymi problemami i ograniczeniami, zwłaszcza w przypadku opieki środowiskowej (domowej), a to ze względu na to, że jakość tej opieki w dużym stopniu uzależniona jest od warunków bytowych osoby niesamodzielnej, a te pozostają poza sferą działań świadczeniodawców (opiekunów). Poza tym charakter opieki stacjonarnej i środowiskowej jest zgoła odmienny: w warunkach stacjonarnych opieka udzielana jest wielu osobom niesamodzielnym w jednym miejscu, więc dużo łatwiej i taniej jest zorganizować wsparcie niż w przypadku opieki środowiskowej. Siłą rzeczy, w obu przypadkach jakość opieki musi być regulowana i mierzona w inny sposób.

Standardy w opiece długoterminowej: ujęcie koncepcyjne

Pojęcie „standard” nie jest jednoznaczne i może być rozumiane dwojako. Po pierwsze, jako kryterium, które określa powszechne, przeciętne, typowe, zwykle najbardziej pożądane cechy. Jeśli coś jest standardowe, to jest zunifikowane, jednorodne. Na przykład w sieciach handlowych czasami dokonuje się standaryzacji obsługi klienta, co oznacza, że każdy klient zostanie obsłużony względnie w ten sam sposób, niezależnie od tego, w którym sklepie czy też u którego sprzedawcy będzie dokonywał zakupu. Po drugie, standard może stanowić najprostszą wersję, najniższą możliwą do zaakceptowania wersję, zejście poniżej której oznacza, że produkt lub usługa są substandardowe, czyli ich jakość jest niedopuszczalna, godząca w godność klienta, a nawet zagrażająca jego bezpieczeństwu. Na przykład, można kupić samochód w wersji standardowej, co oznacza, że jego wyposażenie jest dopuszczalne, ale najbardziej „ubogie”.

W opiece długoterminowej pojęcie „standard” stosowane jest w obu tych znaczeniach. W odniesieniu do tzw. jakościowych elementów opieki, które są trudne do operacjonalizacji (np. czynności opiekuńcze), poprzez standard rozumiany jest wzorzec prawidłowego wykonania jakiegoś zadania. Proces standaryzacji opieki polega zatem na ujednoczeniu (unifikowaniu) sposobu działania opiekunów, tak aby każdy z nich w podobny sposób wykonywał dany zestaw czynności. To ujednoczenie odbywa się poprzez wyznaczenie profesjonalnych norm i wytycznych, które określają sposób świadczenia poszczególnych usług w ramach opieki osobistej. Należy zaznaczyć, że o ile taka normalizacja jest powszechnie przyjęta w opiece zdrowotnej, to w opiece długoterminowej jest stosunkowo rzadko stosowana. Wynika to z tego, że udzielanie usług opiekuńczych czy asystenckich w dużej mierze ma charakter intuicyjny, a poza tym ma dużo skromniejsze niż opieka medyczna podstawy naukowe. W związku z tym normalizacja, jeśli już występuje, to najczęściej ma charakter negatywny, czyli zamiast określać sposób prawidłowego działania, skupia się na wykluczaniu zachowań niepożądanych. Wskazuje się katalog podstawowych wartości, praw i obowiązków, których należy przestrzegać w trakcie sprawowania opieki. Przykładem w tym zakresie może być niemiecka „Karta praw osób niesamodzielnych”.

Jeśli chodzi natomiast o tzw. ilościowe elementy opieki, które są stosunkowo łatwe do operacjonalizacji (np. wyposażenie w urządzenia, kwalifikacje zawodowe opiekunów), poprzez standard rozumie się dolny próg akceptowalności. W tym przypadku standaryzacja oznacza wyznaczanie minimalnych kryteriów, poniżej których usługa uznawana jest za niedopuszczalną, a więc substandardową. W tym przypadku wskazane jest operowanie określeniem „minimalne standardy”.

Wyznaczanie standardów może być domeną władzy centralnej lub samorządowej, zależnie od tego, w jaki sposób zorganizowany jest cały system opieki długoterminowej. Wówczas, gdy jest on zarządzany i finansowany „odgórnie” (jak np. w Niemczech), standardy są wyznaczane przez odpowiedni resort centralny lub instytucje ubezpieczeniową i mają charakter ogólnokrajowy, natomiast gdy zarządzanie i finansowanie opieki pozostawione jest w gestii samorządów (jak np. w Szwecji), to standardy są dostosowane do warunków lokalnych / regionalnych i są zróżnicowane w skali całego kraju.

Standardy powinny być skonstruowane w taki sposób, żeby ograniczać samowolę świadczeniodawców, jednak z drugiej strony powinny cechować się maksymalną otwartością, tzn. nie powinny ograniczać możliwości lepszej (ponadstandardowej) obsługi, a także nie powinny blokować podnoszenia jakości poprzez wymianę dobrych praktyk (tzw. benchmarków). Powinny również zapewnić przestrzeń do dostosowania świadczenia do specyficznych potrzeb beneficjenta.

Standaryzacja opieki niesie ze sobą szereg różnorodnych konsekwencji, zarówno pozytywnych, jak i negatywnych. Do pozytywnych aspektów zaliczyć należy przede wszystkim ujednoczenie opieki, dzięki czemu osoby niesamodzielne otrzymują względnie takie same świadczenia niezależnie od tego, kto ich udziela. Bezpośrednio z ujednoczeniem wiąże się też obiektywizacja działań,

co oznacza, że sposób świadczenia opieki jest wolny od osobistych opinii i upodobań opiekuna. Standaryzacja opieki wydaje się być również korzystna dla personelu opiekuńczego, gdyż ogranicza niepewność co do zasadności podejmowanych działań. Jest to także korzystne z perspektywy funkcjonowania całego systemu opieki. Przede wszystkim ułatwia i przyspiesza wdrażanie nowych pracowników, którzy otrzymują konkretne dyrektywy i wymagania. Ponadto standardy umożliwiają skuteczną identyfikację nieprawidłowości (odchylenia od wzorców) w funkcjonowaniu podmiotów świadczących usługi opiekuńcze i ułatwiają wyznaczanie działań naprawczych. Standardy w tym znaczeniu ułatwiają również planowanie działalności usługodawcy, gdyż umożliwiają określenie czasu niezbędnego do udzielenia świadczenia.

Przeciwnicy standardów podkreślają między innymi, że mogą one sprzyjać przeciętności, bowiem świadczeniodawcy - zamiast podnosić jakość - skupiają się przede wszystkim na wypełnianiu minimalnych wymagań. Ponadto sztywne regulacje nierzadko postrzegane są jako bariera dla innowacji, gdyż spełnienie minimalnych standardów może demotywować do poszukiwania nowych, kreatywnych rozwiązań. Proces standaryzacji rodzi także zagrożenie nadmiernego rozrastania się norm regulujących opiekę. Chodzi o to, że ze względu na jakościowy charakter usług, trudno poddają się one standaryzacji. Organy kontrolne mogą zatem multiplikować przepisy w celu ciągłego dookreślenia standardów, nie bacząc przy tym na związane z tym koszty.

Wymagania wobec podmiotów opiekuńczych i kadr

Rejestracja podmiotów opiekuńczych stanowi barierę wejścia do sektora opieki. Instytucje zgłaszając chęć funkcjonowania w tym sektorze powinny poddać się wstępnej kontroli w celu zweryfikowania spełnienia minimalnych standardów. Pozytywna weryfikacja wiąże się z uzyskaniem zaświadczenia (licencji) oraz wpisaniem do stosownego rejestru. W ten sposób ograniczane jest ryzyko nieprawidłowości, polegających na tym, że usługi będą zagrażały zdrowiu i / lub bezpieczeństwu osoby niesamodzielnej.

Rejestracja powinna być bezwzględny obowiązkem dla wszystkich podmiotów świadczących opiekę długoterminową. Co prawda w przypadku opieki domowej taki wymóg może być mocno dyskusyjny, ze względu na to, że często są to małe, nierzadko jednoosobowe podmioty, dla których proces weryfikacji kojarzony jest ze zbędną biurokracją i nadmierną kontrolą. Dlatego też w niektórych krajach obowiązek rejestracji stosowany jest tylko wobec tych podmiotów, które chcą działać na zlecenie państwa lub samorządu i, tym samym, partycypować w środkach publicznych.

Poza minimalnymi standardami, których spełnienie jest obligatoryjne, są jeszcze tzw. standardy akredytacyjne, które są fakultatywne. Tego typu standardy są tworzone i weryfikowane przez instytucje niepubliczne (np. stowarzyszenia zrzeszające podmioty opiekuńcze, federacje profesjonalistów), a ich spełnienie podkreśla ponadnormatywną jakość świadczonych usług (tzw. standardy doskonałości). Dobrowolne poddanie się akredytacji jest formą „podnoszenia poprzeczki” i generowania przewagi konkurencyjnej w sektorze opieki długoterminowej.

Jeśli chodzi o kadry opiekuńcze, to zwykle także muszą one spełnić szereg wymogów formalnych. Mowa tutaj o osobach, które w sposób zawodowy i odpłatny udzielają opieki osobistej. W celu zagwarantowania odpowiedniej jakości ich pracy, w niektórych krajach stosuje się wymagania w zakresie wykształcenia i szkolenia praktycznego. Te wymagania określają: minimalny wymiar zajęć teoretycznych i praktycznych, zakres tematyczny zajęć oraz sposób weryfikacji wiedzy i umiejętności. Wymagania stawiane opiekunom są bardzo zróżnicowane w poszczególnych krajach (a czasami nawet w obrębie jednego kraju): kurs zawodowy może trwać od 75 godzin (USA), aż do trzech lat (Japonia).

Monitorowanie jakości opieki

Monitorowanie jakości opieki dokonywane jest poprzez wizyty kontrolne (audyty, inspekcje). Za ich pomocą weryfikuje się zgodność działań z obowiązującymi standardami. Mogą one również służyć określeniu faktycznej jakości świadczonych usług, a to zwykle jest wykorzystywane do raportowania publicznego na temat sytuacji w sektorze opieki.

Różne kraje stosują różne praktyki co do częstotliwości przeprowadzania kontroli. Odbywają się one raz do roku (np. w Niemczech, Portugalii, Kanadzie), raz na dwa lata (np. w Wielkiej Brytanii, Korei), raz na trzy lata (Australia), lub jeszcze rzadziej albo jedynie w przypadku uzasadnionych podejrzeń o dokonujących się nieprawidłowościach (np. w Finlandii, Szwecji). Różny jest też skład zespołu kontrolnego - w niektórych krajach jest to tylko jedna osoba (np. w Hiszpanii), a w innych są to kilkuosobowe grupy złożone z różnych specjalistów (pielęgniarki, lekarza, pracownika socjalnego).

Niemcy

System kontroli jakości opieki w Niemczech jest stosunkowo dobrze zorganizowany i warto mu się dokładniej przyjrzeć. Audyty zewnętrzne są tam przeprowadzane przez specjalną instytucję, MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, służba medyczna [kasy] ubezpieczenia chorobowego), będącą specjalnym organem Funduszu Ubezpieczenia Zdrowotnego, utworzonym w latach 1994-95 (w okresie bezpośrednio poprzedzającym wprowadzenie powszechnego ubezpieczenia pielęgnacyjnego), odpowiedzialnym za zabezpieczenie odpowiedniej jakości opieki, zarówno medycznej, jak i długoterminowej. Audyt obejmuje przegląd oraz ocenę, a także ewentualnie zalecenia pokontrolne dotyczące poprawy jakości świadczonych usług (art. 114 SGB XI).

W przypadku opieki stacjonarnej audyty przeprowadzane są regularnie, co pewien czas (od 2011 roku raz do roku) lub w sytuacjach nadzwyczajnych, jako reakcja na dochodzące sygnały o potencjalnych nieprawidłowościach. Z zasady są to kontrole niezapowiedziane. Podczas kontroli sprawdzana jest przede wszystkim kondycja osoby niesamodzielnej oraz skuteczność prowadzonej opieki. Jakość oceniana jest więc głównie pod kątem wyników, lecz uwzględniany jest również sposób świadczenia opieki (proces) oraz warunki, w jakich jest świadczona (struktura).

Co się zaś tyczy opieki domowej, to MDK jest upoważniona do składania wizyt osobom niesamodzielnym w miejscu ich zamieszkania. Sprawdzany jest wówczas ich stan zdrowia oraz stan zaspokojenia potrzeb opiekuńczych. Ponadto w kompetencjach organu kontrolnego jest dokonywanie oceny na podstawie wywiadów przeprowadzanych z osobami niesamodzielnymi, z jej osobami bliskimi oraz z personelem opiekuńczym.

Organy kontrolne są zdecentralizowane, a organizacja audytów dokonywana jest na poziomie landów. W Niemczech funkcjonuje 15 regionalnych MDK wraz z około 150 biurami terenowymi, które są odpowiedzialne za monitorowanie jakości opieki. Kontrola zwykle przeprowadzana jest przez dwie osoby, jedna z nich to audytor, a druga to pielęgniarka / pielęgniarz ze specjalizacją w opiece długoterminowej. Do zespołu audytorskiego, w razie konieczności, może zostać również dokończony lekarz rodzinny lub inny specjalista.

Audyt odbywa się zgodnie z ogólnie ustalonymi wytycznymi. Monitorowana jest jakość we wszystkich trzech wymiarach (struktura, proces, wynik). Dla zapewnienia porównywalności wyników równych kontroli, ustalony został zestaw ujednoliconych kryteriów i ocen, a proces oceny dokonywany jest za każdym razem w taki sam sposób. W przypadku opieki stacjonarnej, formularz oceny składa się ze 155 pozycji, a w przypadku opieki domowej są to 142 pozycje.

Proces kontroli podzielony jest na 5 zasadniczych etapów:

1. wywiad przeprowadzany z osobą odpowiedzialną za udzielanie opieki;
2. ocena procesu opieki, ze szczególnym uwzględnieniem administracji, przypisania personelu do konkretnych zadań, przestrzeganie standardów eksperckich, poziom kwalifikacji personelu, higienę oraz inne czynniki odnoszące się do utrzymania porządku;
3. ocena skuteczności działań opiekuńczych, poprzez sprawdzenie stanu zdrowia i niesamodzielnosci;
4. wywiad diagnozujący poziom satysfakcji podopiecznego;
5. wywiad zamykający z przedstawicielem podmiotu opiekuńczego.

Wyniki audytu w pierwszej kolejności przedstawiane są instytucji ubezpieczenia pielęgnacyjnego (płatnikowi) w postaci raportu pokontrolnego. Raport ów zawiera opis silnych i słabych stron podmiotu oraz (jeśli takie są) sugestie poprawy. W przypadku stwierdzenia krytycznych uchybień, podmiot musi powziąć kroki naprawcze w wyznaczonym do tego terminie. Po zakończeniu czasu na poprawę, kontrola przeprowadzana jest ponownie.

Instytucje ubezpieczenia pielęgnacyjnego upubliczniają wyniki kontroli w ramach tzw. raportów transparentności. Są one przekazywane opinii publicznej za pomocą Internetu oraz innymi kanałami masowego komunikowania. Ponadto każdy podmiot opiekuńczy zobowiązany jest do prezentowania w dobrze widocznym miejscu wyników ostatniej kontroli.

Z zasady wyniki pokontrolne zawarte w raportach transparentności mają być podawane w możliwie najbardziej zrozumiały i przystępny dla odbiorcy sposób. Podawane są więc w postaci ocen, które przypominają tradycyjne oceny szkolne (od bardzo złej, do bardzo dobrej).

W przypadku opieki domowej upubliczniane są wyniki kontroli w następujących obszarach:

- a) poziom opieki osobistej i pielęgnacyjnej (17 elementów);
- b) poziom opieki pielęgnacyjnej zaleconej przez lekarza (10 elementów);
- c) zarządzanie i organizacja świadczeń (10 elementów).

Każdy z tych elementów oceniany jest w skali od 0 do 10, następnie dla każdego obszaru podawana jest średnia ze wszystkich elementów i na koniec obliczana jest ogólna ocena będąca średnią ze wszystkich obszarów.

Dodatkowo przedstawiane są wyniki wywiadów przeprowadzonych z podopiecznymi. W przypadku opieki stacjonarnej taki wywiad składa się z 18 pytań, a w przypadku opieki domowej - z 12. Rezultat stanowi średnią ze wszystkich pytań. Te wyniki nie są włączane do ogólnej oceny.

Upubliczniany raport pokontrolny zawiera informację na temat wyniku uzyskanego w każdym z obszarów oraz wynik łączny. Wyniki wywiadów z podopiecznym, jak już wcześniej zaznaczono, prezentowane są oddzielnie. Wynik punktowy przekłada się na ocenę w następujący sposób: od 11,0 od 8,7 ocena bardzo dobra; od 8,6 do 7,7 ocena dobra; od 7,2 do 5,9 ocena średnia; od 7,1 do 4,5 ocena zła i poniżej 4,5 ocena bardzo zła.

Obecna krytyka raportów pokontrolnych dotyczy przede wszystkim tego, że mogą one prowadzić do mylnych wniosków. Chodzi o to, że poszczególne obszary poddawane kontroli, które mają różny ciężar gatunkowy, jeśli chodzi o ich znaczenie dla dobrostanu osoby niesamodzielnej, w takim samym stopniu ważą w ogólnej ocenie. Oznacza to, że pewne kluczowe deficyty prowadzące do poważnych problemów, mogą być kompensowane bardzo dobrymi ocenami elementów pobocznych, np. niedostatki w leczeniu ran czy profilaktyce odleżyn mogą być kompensowane np. przyjaznym nastawieniem personelu czy estetycznym wystrojem wnętrza.

Monitorowana jest również jakość opieki nieformalnej. Zgodnie z art. 37 SGB XII, osoby niesamodzielne otrzymujące świadczenia pieniężne z ubezpieczenia pielęgnacyjnego, zobowiązane są do zorganizowania spotkania z profesjonalnym opiekunem w celu dokonania oględzin w zakresie: poziomu niesamodzielnosci (diagnozy potrzeb opiekuńczych), niezbędnej opieki osobistej, sytuacji domowej. Osoby bardziej samodzielne poddają się takiemu przeglądowi dwa razy do roku, a osoby bardzo niesamodzielne raz na kwartał. Podczas przeglądów odbywają się oględziny i konsultacje, za pomocą których, z jednej

strony, udziela się wsparcia opiekunom nieformalnym a z drugiej - dba się o zapewnienie należytej jakości świadczonych przez nich usług. W przypadku, gdy świadczeniobiorca będzie się uchylał od zorganizowania przeglądu, wówczas sankcją może być obniżenie wysokości wypłacanego świadczenia lub - w skrajnym przypadku - całkowite zawieszenie.

Przegląd dokonywany jest przez eksperta do spraw opieki domowej (zwykle pielęgniarkę) zatrudnionego przez kasę ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Ta instytucja finansuje cały proces kontroli opieki domowej.

Od 1 kwietnia 2009 roku każda osoba niesamodzielna ma prawo do korzystania z pomocy dorady ds. opieki długoterminowej. Chodzi tutaj o merytoryczne wsparcie osób wymagających opieki oraz ich krewnych. Wsparcie jest udzielane przez ekspertów ds. opieki długoterminowej zatrudnionych przez instytucję ubezpieczenia pielęgnacyjnego, którzy poddają analizie konkretne przypadki (case managerzy). Dodatkowo oferują oni kursy przygotowawcze dla opiekunów nieformalnych dotyczące prawa socjalnego, pielęgniarstwa i pracy socjalnej.

4.6. ORZECZNICTWO

Zofia Szweda-Lewandowska

W prawodawstwie polskim zdefiniowane są pojęcia niepełnosprawności oraz niezdolności do samodzielnej egzystencji. Brak jest jednak powszechnie akceptowanej definicji niesamodzielności. Dlatego też orzecznictwo jest skoncentrowane na ocenie zdolności lub niezdolności do pracy oraz na stopniu niepełnosprawności.

Obecnie w Polsce funkcjonują dwa systemy orzekania o niepełnosprawności. W ramach pierwszego systemu ustalane są prawa do świadczeń rentowych. W przypadku pierwszego systemu orzeczenia są wydawane przez komisje lekarskie powoływane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Ministerstwo Obrony Narodowej lub Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji, mają na celu stwierdzenie czy dana osoba jest zdolna do wykonywania pracy. Zgodnie z Ustawą z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. 2018, poz. 1270), lekarz orzecznik dokonuje oceny niezdolności do pracy, jej stopnia oraz daty powstania niezdolności do pracy, trwałości lub przewidywanego okresu niezdolności do pracy, związku przyczynowego niezdolności do pracy lub śmierci z określonymi okolicznościami, trwałości lub przewidywanego okresu niezdolności do samodzielnej egzystencji, celowości przekwalifikowania zawodowego.

W ramach drugiego systemu powiatowe lub miejskie zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności oraz wojewódzkie zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności (instancja odwoławcza) orzekają o niepełnosprawności dla celów pozarentowych, na przykład ulg w opłatach za przejazd środkami transportu publicznego (Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, t.j. Dz.U. 2019, poz. 1172). Zgodnie z Ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych niepełnosprawność oznacza trwałą lub okresową niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy. W ramach tego systemu ustala się jeden z trzech stopni niepełnosprawności: znaczny, umiarkowany lub lekki. Natomiast orzeczenie niezdolności do samodzielnej egzystencji następuje, gdy osoba charakteryzuje się naruszeniem sprawności organizmu w stopniu uniemożliwiających zaspokajanie bez pomocy innych osób podstawowych potrzeb życiowych, za które uważa się przede wszystkim samoobsługę, poruszanie się i komunikację.

Problem obecnie funkcjonującego systemu jest między innymi wzmiankowana dwutorowość, dwusystemowość. Dodatkowo cztery różne ścieżki instytucjonalne w ramach orzekania o niezdolności do pracy (ZUS, KRUS, MON, MSWiA) wpływają na niespójność pierwszego systemu.

W przypadku osób starszych, które mają ustalone prawo do świadczenia emerytalnego często osoby te lub ich opiekunowie nie występują o orzeczenie niepełnosprawności. W konsekwencji nieznana jest rzeczywista liczba osób niepełnosprawnych. Jednak ocena stopnia samodzielności występuje także poza dwoma wzmiankowanymi systemami, np. w systemie ochrony zdrowia.

W przypadku przyjęcia osoby wymagającej całodobowej opieki do zakładu opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego do oceny, czy dana osoba może funkcjonować samodzielnie używana jest skala Barthel. Pacjent, który uzyskał wynik 40 punktów lub poniżej 40 punktów kwalifikuje się do przyjęcia do zakładu stacjonarnego (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz.U. z 2012 r., poz. 731)). W skali tej maksymalna liczba punktów wynosi 100 i jest podzielona na trzy przedziały. Osoby całkowicie niesamodzielne to te, które uzyskały pomiędzy 0 a 20 punktów, osoby z punktacją pomiędzy 20 i 80 punktów to częściowo niesamodzielni wymagający pomocy osób trzecich, ostania grupa to osoby wymagającej nieznaczącej pomocy w samodzielnym funkcjonowaniu (wynik powyżej 80 punktów). Skala Barthel jest jedną z wielu skal służących do określania stopnia niesamodzielności. Obok tej skali powszechnie stosowane są np. skala ADL i IADL. Skala ADL - Activities of Daily Living - służy do pomiaru samodzielności w zakresie wykonywania podstawowych czynności związanych z samoobsługą (tj. wykonywanie czynności higieny osobistej, ubieranie się, jedzenie, kontrolowanie potrzeb fizjologicznych, korzystanie z toalety, sprawność motoryczna)¹⁹. Druga skala - IADL (Instrumental Activities of Daily Living) służy do oceny stopnia wykonywania złożonych codziennych czynności. Na liście czynności złożonych używanych w skali IADL jest: używanie telefonu, korzystanie z komunikacji publicznej, robienie zakupów, przygotowywanie posiłków, wykonywanie czynności takich jak pranie, sprząatanie, przyjmowanie leków, rozporządzanie zasobami finansowymi.

¹⁹ Skala Barthel (podobnie jak ADL) nie jest jednak adekwatna w stosunku do osób wymagających wsparcia ze względu na niepełnosprawność intelektualną czy autyzm, bowiem sprawność fizyczna nie oznacza braku konieczności często bardzo intensywnego nadzoru i wsparcia w życiu codziennym. Istnieje potrzeba odejścia od zawężającego traktowania niesamodzielności jako stanu związanego z utratą sprawności fizycznej.

Kolejnym elementem systemu orzecznictwa jest świadczenie dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji. Zgodnie z Ustawą z dnia 31 lipca 2019 r. o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji (Dz.U. z 2019 r., poz. 1622) świadczenie to przysługuje osobom, które ukończyły 18 lat i których niezdolność do samodzielnej egzystencji została stwierdzona orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji albo orzeczeniem o niezdolności do samodzielnej egzystencji, albo orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym i niezdolności do samodzielnej egzystencji, albo orzeczeniem o całkowitej niezdolności do służby i niezdolności do samodzielnej egzystencji, zwanym dalej. Osoby nieposiadające takiego orzeczenia będą musiały przejść przez ścieżkę orzeczniczą, aby ustalić ich niezdolność do samodzielnej egzystencji.

Przedstawione powyżej drogi orzekania o niepełnosprawności, niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji pokazują niespójność systemu orzecznictwa. Konsolidacji i stworzenie jednolitego systemu orzecznictwa opartego na jednolitych kryteriach umożliwiłoby ocenę faktycznego zapotrzebowania na usługi opiekuńcze oraz pomoc instytucjonalną. Postulat taki pojawia się nie tylko w środowisku gerontologów i geriatrów, lecz także jest coraz częściej podnoszony przez urzędników i polityków. Od dawna zmianę systemu orzecznictwa postulują także środowiska osób z niepełnosprawnościami domagając się systemu bardziej zgodnego z wytycznymi Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych. Poza brakiem zgody co do finalnego kształtu nowego systemu jednym z głównych problemów w realizacji tego postulatu jest także brak wystarczającej liczby lekarzy orzeczników.

4.7. ORGANIZACJA I FINANSOWANIE ŚWIADCZEŃ - ROZWIĄZANIA WARIANTOWE

Piotr Błędowski

Problem finansowania opieki długoterminowej ma charakter powszechny. Polega on przede wszystkim na coraz większym udziale wydatków na OD w produkcie krajowym brutto (PKB) (Błędowski, Karczmarska, 2018). Początkowo stosowane finansowanie OD w ramach świadczeń zdrowotnych okazuje się niewystarczające z dwóch co najmniej powodów. Po pierwsze, wydatki na opiekę długoterminową stanowią coraz większą pozycję w budżecie ochrony zdrowia. Nie mają charakteru typowych świadczeń leczniczych, bowiem ich celem jest spowolnienie lub zatrzymanie procesu utraty samodzielności, ale poprawa stanu zdrowia nie jest możliwa do osiągnięcia. Powiększająca się kwota przeznaczana na świadczenia pielęgnacyjne prowadzi do zniekształceń struktury wydatków na ochronę zdrowia. Po drugie, wydatki na szeroko pojmowaną opiekę długoterminową obejmują nie tylko świadczenia zdrowotne, ale i socjalne. Lokowanie ich w budżecie ochrony zdrowia nie byłoby zatem uzasadnione i prowadziłyby do problemów związanych z interpretacją takich wydatków.

Niezależnie jednak od ewentualnego przyporządkowania wydatków na OD do takiego czy innego działu, sprawa zasadniczą jest ich skala i oczekiwane tempo wzrostu. Nie ulega wątpliwości, że osoby niesamodzielne i ich rodziny nie będą mogły unieść tego wydatku. Wiąże się to nie tylko z samym miesięcznym kosztem niezbędnych usług (i ewentualnie utraconych korzyści - w tym przypadku rezygnacji z pracy zarobkowej), ale i z wydłużającym się okresem, w którym świadczona jest opieka, a zatem ponoszone są wydatki. W latach 70. ubiegłego wieku w Niemczech prowadziło to do zwiększonego zapotrzebowania na świadczenia pomocy społecznej w celu dofinansowania świadczeń pielęgnacyjnych. To z kolei dało znajdującym się pod coraz większą presją samorządom asumpt do lobbowania na rzecz powszechnego wprowadzenia rozwiązania ubezpieczeniowego. W Polsce szansa na udźwignięcie kosztów OD przez gospodarstwa domowe jest także zupełnie iluzoryczna.

Zasada społeczna, którą uznajemy za podstawową dla opieki długoterminowej, wymaga, by koszty te zostały rozłożone na całą populację. Do ustalenia pozostaje jedynie metoda, zgodnie z którą będziemy tymi kosztami obciążeni. Generalnie można wyróżnić dwie: ubezpieczeniową i zaopatrzeniową²⁰. Pierwsza finansowana jest ze składek. Dotychczasowe doświadczenia krajów, które wprowadziły społeczne (a więc obowiązkowe) ubezpieczenie pielęgnacyjne²¹, wskazują, że taki system zapewnia stabilność finansowania, ponieważ wpływy ze składek i wydatki są przewidywalne. Istnieje ponadto możliwość utworzenia pewnej rezerwy na wypadek nagłego ograniczenia dochodów instytucji ubezpieczeniowej.

Z politycznego punktu widzenia, przy obserwowanym w kolejnych rządach przywiązaniu do wyników sondaży opinii publicznej jako kryterium podejmowania decyzji, obłożenie składką wszystkich dorosłych ma swoje minusy ze względu na osłabienie popularności rządzących. W długim okresie decyzja taka wykazałaby jednak wiele zalet, a przede wszystkim świadczyłaby o wykraczającym poza czas trwania jednej kadencji poczuciu odpowiedzialności partii rządzącej za zdrowotną sytuację ludności.

Obciążenie obowiązkiem ubezpieczenia od kosztów opieki długoterminowej i opłacania składki wszystkich grup ludności oznaczałoby objęcie składkami na to ubezpieczenie osób ubezpieczonych w KRUS, osób objętych świadczeniami zaopatrzeniowymi (sędziowie, prokuratorzy itp.) oraz objęcie składkami finansowanymi z budżetu osób zarejestrowanych jako bezrobotne, studentów czy osób odbywających zasadniczą służbę wojskową. Według dość szczegółowych szacunków dokonanych w latach 2006-2007, roczny koszt zaproponowanych świadczeń OD (obejmujących świadczenia zdrowotne i socjalne) wynosić miał około 11 mld zł²². Odpowiadało to składce w wysokości 2 proc. takiej samej podstawy wymiaru, jak w przypadku składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne.

²⁰ Zob. pkt 3.

²¹ Odwołujemy się do nomenklatury stosowanej w Niemczech, ale w innych krajach używa się określeń nawiązujących do opieki długoterminowej.

²² Szacunki powołane przez ministra zdrowia, prof. Zbigniewa Religę zespołu ekspertów ds. przygotowania projektu ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym. W 2007 r. zespół przekazał ministrowi projekt ustawy wraz z uzasadnieniem i ocena skutków regulacji. W kolejnej kadencji Sejmu RP projekt nie był rozpatrywany.

Dziś należałoby przyjąć, że składka byłaby co najmniej o 1,2 pkt. procentowego wyższa, ponieważ wzrosły ceny usług, poziom minimalnego wynagrodzenia oraz zwiększyła się liczba osób o ograniczonym stopniu samodzielności.

Finansowanie opieki długoterminowej z budżetu państwa było wielokrotnie przedmiotem dyskusji politycznych. Zwracano przy tym uwagę, iż w Polsce wszystkim osobom, które ukończyły 75. rok życia, wypłacany jest dodatek pielęgnacyjny. Nie jest to jednak świadczenie, które powszechnie przeznaczane jest na sfinansowanie dodatkowych kosztów związanych z OD. Z roku na rok coraz większa liczba 75-latków odznacza się samodzielnością, a dodatek pielęgnacyjny w istocie stał się premią za dożycie określonego wieku. Tym niemniej, pozbawienie osób starszych tego dodatku w zamian za odpowiednio wyższe świadczenie pielęgnacyjne zostało uznane przez polityków za niemożliwe do przeprowadzenia. Poważnie zaburza to filozofię finansowania OD z budżetu, ponieważ niektóre świadczenia dublowałyby się. W związku z tym podjęte zostały prace nad tzw. czekiem opiekuńczym. Świadczenie to miało być adresowane do osób niesamodzielnych, które dysponując czekiem o wartości zależnej od stopnia niesamodzielności mogłyby przy jego pomocy finansować zakup usług.

Jakkolwiek sama idea zakupu (a więc zarazem wzmocnienia podmiotowości świadczeniobiorców) jest słuszna, na podkreślenie zasługuje fakt, iż proponowane rozwiązanie przewidywało finansowanie świadczeń opiekuńczych, a więc tych udzielanych obecnie w ramach pomocy społecznej. Zastosowanie tego rozwiązania, poprawiając sytuację osób niesamodzielnych, petryfikowałoby obecną sytuację polegającą na dychotomicznym charakterze OD.

Łączne wydatki związane ze stopniowym wprowadzaniem czeku opiekuńczego zostały oszacowane na kwotę od jednego mld zł w pierwszym roku obowiązywania proponowanej ustawy o świadczeniach opiekuńczych do 8,5 mld zł w siódmym roku realizacji programu. Równocześnie jednak państwo osiągałoby dochody z tytułu opłat składek na ubezpieczenie społeczne, podatków i innych zobowiązań oraz oszczędności w przypadku przyznania czeku i rezygnacji ze świadczeń pielęgnacyjnych. W rezultacie faktyczne wydatki w tym okresie zostały oszacowane na kwoty od 1,1 mld do 4,0 mld w siódmym roku programu (Uzasadnienie, s. 40 i n.).

Warto szczególnie wyeksponować fakt, że wprowadzenie w życie prawdziwego systemu opieki długoterminowej generuje nie tylko koszty, ale i przynosi wymierne korzyści w postaci poprawy sytuacji na rynku pracy (zwłaszcza, że stwarza możliwości zwiększenia zatrudnienia w niepełnym wymiarze czasu, co może być atrakcyjne dla starszych pracowników) oraz dodatkowych dochodów do budżetu (podatki PIT, CIT) i Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (składki na ubezpieczenie społeczne, na Fundusz Pracy).

Należy również podkreślić, że w obu proponowanych rozwiązaniach przewidywano rozwój rynku usług pielęgnacyjnych i opiekuńczych. Jakkolwiek rozwiązanie dotyczące struktury i finansowania OD wymaga stworzenia stabilnych warunków dla działania wszystkich usługodawców - publicznych, prywatnych (komercyjnych) i sektora ekonomii społecznej. O ile w przypadku pierwszego i ostatniego doraźne zmiany nie muszą zakłócać i utrudniać działania, o tyle w przypadku usługodawców prywatnych jest to kwestia o kluczowym znaczeniu. Rynek usług opieki długoterminowej powinien być rynkiem regulowanym²³. Oznacza to, iż płatnik (lub płatnicy - wspólnie, jako przedstawiciele rozmaitych instytucji) w porozumieniu z usługodawcami powinien ustalić i podać do publicznej wiadomości kryteria, jakie musi spełniać podmiot ubiegający się o dopuszczenie do działania na tym wrażliwym rynku. Do tych kryteriów powinny należeć między innymi:

- gwarancja zatrudnienia odpowiedniej (określonej właściwymi przepisami) liczby lub ustalonego odsetka pracowników, dysponujących określonym przygotowaniem zawodowym i kwalifikacjami. W przypadku usługodawców prowadzących działalność na rynku ponadlokalnym czy na kilku rynkach lokalnych, gwarancja taka musi dotyczyć każdego z rynków lokalnych;
- dysponowanie odpowiednim certyfikowanym sprzętem i urządzeniami niezbędnymi do świadczenia usług;
- dysponowanie kapitałem umożliwiającym bieżące finansowanie działalności (rozliczanie świadczeń powinno następować po zakończeniu umownego okresu, np. miesiąca).

Jeśli warunki byłyby spełnione, to płatnik nie miałby prawa odmówić zawarcia umowy o gotowości do udzielania świadczeń. Sama umowa o świadczenie usług powinna być zawarta po decyzji osoby niesamodzielnej lub jej opiekunów o wyborze świadczeniodawcy.

Istotnym elementem umowy o gotowości do udzielania świadczeń powinna być stawka za usługę. Obecna sytuacja cechuje się w przypadku świadczeń pielęgnacyjnych monopolem NFZ, który w praktyce narzuca poważnie zaniżone stawki. Dotyczy to nie tylko np. kosztów pobytu w ZOL czy ZPO, ale i takich usług, jak np. mechaniczna wentylacja w ramach opieki domowej. W przypadku świadczeń opiekuńczych o zawarciu umowy decydują głównie najniższe koszty, co prowadzi nie tylko do dumpingu cen, ale i swego rodzaju dumpingu jakości usług. Powstanie organizacji grupujących świadczeniodawców powinno stanowić przeciwwagę dla monopolistycznych postaw płatnika. Umowa o gotowości do udzielania świadczeń powinna być zawierana na okres kilku lat. Jedynie zapewnienie stabilnych warunków dla prowadzenia działalności może pozwolić na powstanie prawdziwego rynku usług opiekuńczych.

Sformułowane wyżej uwagi na temat rynku świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych oraz umów o udzielanie świadczeń pozostają aktualne także w przypadku trzeciego wariantu, jakim jest zastosowanie systemu mieszanego. To rozwiązanie wydaje się najbardziej obiecujące z politycznego punktu widzenia, aczkolwiek wcale nie musi się okazać optymalne pod względem ekonomicznym.

²³ Zob. pkt 4.5.

Poniżej przedstawiono najważniejsze zalety i wady trzech wymienionych rozwiązań.

Wariant I - finansowanie z powszechnego ubezpieczenia społecznego

ZALETY	WADY
Bardziej równe rozłożenie ryzyka na całą populację, ograniczenie dopłat z budżetu, np. do rolników indywidualnych	Konieczność zbudowania całego systemu ubezpieczenia, obejmującego także osoby dotychczas nie opłacające składek lub opłacające je w ograniczonej wysokości
Możliwe oszacowanie składki na poziomie równoważącym wydatki	Wprowadzenie nowej składki na ubezpieczenie społeczne kojarzone jest przez polityków z zagrożeniem dla ich pozycji i popularności
Edukacyjny wymiar składki ubezpieczeniowej, ułatwiający prowadzenie działań profilaktycznych i prewencyjnych	

Wariant II - finansowanie z budżetu państwa

ZALETY	WADY
Brak potrzeby tworzenia nowych struktur finansowania świadczeń dla osób niesamodzielnych	Zagrożenie dla stabilności finansowania wynikające ze zmieniających się priorytetów działalności państwa, różnych stanowisk gestora (ministra finansów) wobec potencjalnych zagrożeń dla równowagi budżetowej, co może prowadzić do wahań w wysokości wydatków w poszczególnych latach
	Brak świadomości społecznej na temat faktycznych kosztów świadczeń utrudnia gospodarowanie finansami i działania sprzyjające kształtowaniu właściwych postaw; ryzyko hazardu moralnego
	Konieczne do poniesienia znaczne nakłady na OD oznaczają potrzebę innej alokacji środków z budżetu, co w obecnej sytuacji, przy bardzo rozbudowanych świadczeniach pieniężnych może okazać się niemożliwe
	Duże ryzyko prób spychania przez władze centralne ciężaru finansowania OD na budżety samorządowe bez zapewnienia im odpowiednich środków (dotacje, większy udział w wpływach z podatków)

Wariant III - finansowanie mieszane

ZALETY	WADY
Spowoduje mniejsze napięcia polityczne, zwłaszcza ze do autorstwa poszczególnych elementów systemu mieszane mogą się przyznać najważniejsze siły polityczne w kraju	Tylko częściowe uwolnienie od ryzyka niestabilnego finansowania z budżetu centralnego świadczeń
	Ryzyko przesunięcia części finansowanej z budżetu na budżety samorządowe, co może prowadzić do niestabilności finansowania i różnic w zakresie finansowania świadczeń między regionami, a nawet gminami

Źródło: Opracowanie własne.

Powyższe zestawienie zalet i wad poszczególnych wariantów nie jest wyczerpujące i można by je uzupełnić, ale wyraźnie wskazuje na szereg zalet rozwiązania ubezpieczeniowego, które - z punktu widzenia beneficjenta i prywatnych świadczeniobiorców - wydaje się być najbardziej stabilne, umożliwiając planowanie działalności w co najmniej średnim okresie (horyzont pięciu lat) oraz dokonanie odpowiednich inwestycji w przedsiębiorstwie.

Należy przy tym przypomnieć, że wydatki NFZ na opiekę długoterminową stanowią obecnie 2,11% wszystkich wydatków²⁴, co wskazuje, iż NFZ nie jest zainteresowany skutecznym rozwiązaniem problemu opieki nad osobami niesamodzielnymi lub nie może dokonać takiego przesunięcia środków finansowych, by tę opiekę radykalnie poprawić. Z kolei w przypadku świadczeń opiekuńczych udzielanych przez pomoc społeczną (lub finansowanych przez OPS, a udzielanych przez inny podmiot) sytuacja przedstawia się jeszcze bardziej dramatycznie: świadczeniami opiekuńczymi objętych było w 2017 roku 105,7 tys. osób. Przeciętnie każda z nich otrzymała w ciągu roku 321 świadczeń. Specjalistyczne świadczenia opiekuńcze, których organizacja obciąża powiatowe centra pomocy rodzinie, udzielane były 5025 osobom (przeciętnie w ciągu roku 252 świadczenia). Oznacza to, że dostęp do świadczeń opiekuńczych był ograniczony, można przyjąć, że wielu beneficjentów korzystało z nich rzadziej niż raz dziennie. Dane statystyczne obrazują raczej podaż świadczeń, a nie popyt na nie. Otóż ze świadczeń opiekuńczych korzysta 7,4% wszystkich osób otrzymujących jakiegokolwiek świadczenia środowiskowej pomocy społecznej, natomiast koszt tych świadczeń stanowi 16,3% wydatków na pomoc środowiskową. Oznacza to, że mimo niskich cen za usługi opiekuńcze możliwości rozwoju tych świadczeń w obecnej strukturze pomocy społecznej są poważnie ograniczone. Podniesienie stawek czy zwiększenie liczby podopiecznych wymagałoby znacznego zwiększenia wydatków, a to w praktyce przekracza możliwości gminy.

Biorąc pod uwagę istniejące uwarunkowania opowiadamy się za systemem ubezpieczeniowym opieki długoterminowej jako rozwiązaniem docelowym. System ten powinien zapewnić wszystkim ubezpieczonym minimalny, ale społecznie akceptowany poziom i jakość świadczeń. Te świadczenia, które wykraczałyby poza gwarantowany zakres świadczeń („koszyk świadczeń gwarantowanych”) byłyby opłacane albo z dodatkowego, dobrowolnego ubezpieczenia pielęgnacyjnego, albo bezpośrednio z budżetu gospodarstwa domowego osoby niesamodzielnej lub jej opiekunów.

Jest wprawdzie sprawą wtórną, czy obowiązkowe ubezpieczenie pielęgnacyjne²⁵ oferowane byłoby przez jedną, czy też kilka kas ubezpieczeniowych, ale wydaje się, że tak długo, jak istnieje tylko jedna „kasa” ubezpieczenia zdrowotnego - NFZ, byłoby zasadne, by istniała też jedna kasa ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Mogłaby ona korzystać z bazy danych o ubezpieczonych i częściowo aparatu administracyjnego, co pozwoliłoby nieco zredukować koszty administracyjne. Wprowadzenie ubezpieczenia pielęgnacyjnego mogłoby się odbyć albo jednoetapowo (jak proponował kilkanaście lat temu zespół prof. Religi), albo dwustopniowo.

W przypadku rozwiązania dwustopniowego, które obecnie wydaje się bardziej zasadne, należałoby rozważyć następującą kolejność działań:

- etap pierwszy - objęcie finansowaniem z ubezpieczenia pielęgnacyjnego świadczeń środowiskowych (opieki domowej);
- etap drugi - objęcie finansowaniem z ubezpieczenia pielęgnacyjnego świadczeń opieki instytucjonalnej.

Między oboma etapami powinien nastąpić okres przerwy (nie dłuższy niż dwuletni), pozwalający na przygotowanie placówek, ujednoczenie ich struktury oraz realne skalkulowanie kosztów działalności instytucji. Z ekonomicznego punktu widzenia zasadne jest, by składka ubezpieczenia pobierana była już w pierwszym etapie w pełnej wysokości, co pozwoliłoby na stworzenie pewnego bufora finansowego, z którego można by finansować niespodziewane wydatki.

Etap pierwszy powinien być poprzedzony szczegółowym opracowaniem i podaniem do publicznej wiadomości zasad funkcjonowania tego ubezpieczenia. Istotą przygotowania do pierwszego etapu są bowiem trzy zadania:

1. precyzyjne określenie czynności, jakie powinny być wykonane w przypadku poszczególnych zadań opiekuńczych²⁶;
2. staranne skalkulowanie ich kosztu;
3. stworzenie warunków dla rozwoju rynku usług opiekuńczych. Warunki te powinny uwzględniać okresowe preferencje (np. ulgi podatkowe, dotacje, pomoc w uzyskaniu lokalu, pomoc w wyszkoleniu pracowników) dla podmiotów rozwijających działalność na terenach, gdzie dostęp do świadczeń opiekuńczych jest szczególnie utrudniony.

Ze względu na inny niż w przypadku NFZ charakter usług (mimo wieloletniego okresu ważności umowy o gotowości do udzielania świadczeń, same umowy o świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze dla konkretnych osób zawierane są w różnych momentach trwania okresu rozliczeniowego, obejmują również odmienny zakres świadczeń, zależnie od orzeczonego stopnia niesamodzielnosci i konkretnej sytuacji osoby niesamodzielnej, termin zakończenia ich ważności jest niemożliwy do przewidzenia, a w czasie jej trwania zakres świadczeń może ulegać zmianom) wydaje się zasadne, by oddziały kasy ubezpieczenia funkcjonowały na poziomie powiatów. Pozwoli to, z jednej strony, na ułatwienie kontaktów tak beneficjenta, jak i świadczeniodawcy z płatnikiem, a z drugiej - wpłynie na obniżenie kosztów administracyjnych poprzez rezygnację ze szczebla wojewódzkiego.

Finansowanie świadczeń może przebiegać za pośrednictwem tzw. czeków opiekuńczych, ale nie wydaje się, by musiała to być jedyna forma finansowania. Prostsze zapewne okaże się zwykłe finansowanie na podstawie faktur. Czek ma jednak trudne do przecenienia znaczenie symboliczne, ponieważ sprzyja upodmiotowieniu osoby niesamodzielnej. Ważniejsze jest zagwarantowanie przepisami prawa dotrzymywania przez płatnika terminów płatności, ponieważ to decyduje o płynności finansowej świadczeniodawców.

Zawieranie umów między usługodawcą a beneficjentem może następować dwojako: albo bezpośrednio w wyniku kontaktu świadczeniobiorcy i podmiotu udzielającego usługi, albo za pośrednictwem lokalnego koordynatora opieki długoterminowej²⁷. Umowa powinna być zarejestrowana w instytucji płatnika, który tym samym zobowiązuje się do pokrywania określonych kosztów, ale i zyskuje prawo do kontroli jakości udzielanych świadczeń. Kontrola jakości powinna być prowadzona regularnie, nie rzadziej niż raz w roku, a jej częstotliwość powinna być proporcjonalna do poziomu niesamodzielnosci beneficjenta.

²⁴ Zarządzenie Prezesa NFZ z dnia 18 października 2019 r. nr 143/2019/DEF w sprawie zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2019 rok. W porównaniu do oryginalnego planu finansowego na 2019 r. nastąpił wzrost zaplanowanych wydatków na OD o 0,37 pkt. procentowego.

²⁵ Nie przesadzamy, jak powinna brzmieć nazwa tego ubezpieczenia, dla ułatwienia stosujemy to, które jest stosunkowo najbardziej rozpowszechnione w polskojęzycznej literaturze.

²⁶ Tęgo rodzaju katalogi już istnieją, wymagałyby co najwyżej weryfikacji.

²⁷ Zob. pkt 4.1.

W niektórych krajach lista świadczeń z tytułu niesamodzielności obejmuje również zasiłek pieniężny. Jest on wypłacany osobie niesamodzielnej lub jej prawnym opiekunom. Zasiłek może być wykorzystany na sfinansowanie świadczeń opiekuńczych, udzielanych przez opiekunów nieformalnych. W Polsce takie rozwiązanie spotyka się z oporem polityków, wyrażających obawy, iż środki finansowe będą wykorzystane niezgodnie z ich przeznaczeniem. Nie ma jednak dowodów na słuszność takiej opinii. Można założyć, że usługi opiekuńcze świadczone przez osoby do tego zawodowo przygotowane będą charakteryzować się wyższą jakością, ale rozwój rynku takich usług wymaga czasu. Wydaje się wobec tego, że - zachowując prawo do starannej kontroli - należałoby przyjąć rozwiązanie, zgodnie z którym niektóre usługi opiekuńcze są udzielane przez opiekunów nieformalnych, a opłacane ze środków ubezpieczenia. W początkowym okresie pozwoli to na zmniejszenie niemożliwego do zaspokojenia popytu na usługi, będzie również wyraźnym sygnałem, iż system opieki długoterminowej nie rezygnuje z rodziny i innych opiekunów nieformalnych jako najważniejszego podmiotu opieki domowej.

Reasumując: system OD, którego ramy powinny stanowić określone prawem (ustawą i aktami wykonawczymi niższego rzędu) zasady działania podmiotów oraz zasady finansowania ich działalności, powinien obejmować usługi w miejscu zamieszkania, półstacjonarne oraz instytucjonalne. Kluczową sprawą jest spójny system orzekania o niesamodzielności i przysługujących w związku z tym świadczeniach. Konstrukcja systemu OD na zasadzie ubezpieczeniowej pozwoli na uwolnienie go od wahań natury polityczno-gospodarczej i zapewni odrębność w stosunku do innych systemów świadczeń. Ta odrębność przełoży się z kolei na stabilność finansowania usług, a więc na trwały rozwój rynku usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych.

4.8. TELEOPIEKA

Zofia Szweda-Lewandowska, Łukasz Jurek

Teleopieka jest rozwiązaniem, które wykorzystywane jest w opiece długoterminowej już od kilkunastu lat. W tym czasie zdążyła się ona zmienić, ewoluować i obecnie wyróżnia się aż trzy jej generacje (Doughty, Cameron, Garner, 1996, s. 71-80).

Termin gerontotechnologia (gerontechnology) pojawił się na początku lat 1990. i oznaczał szeroko pojęte wykorzystanie nowych technologii zarówno w medycynie, jak i opiece nad osobami starszymi tak, aby uzupełnić deficyty opiekuńcze wynikające ze zwiększania się liczby osób wymagających opieki i wsparcia, a jednocześnie trudności w zaspokojeniu rosnącego popytu na świadczenia opiekuńcze ze względu na brak opiekunów (Brittain, Corner, Robinson, Bond 2010, s. 272-287, Östlund 2004, s. 44-62). Obecnie wykorzystanie nowoczesnych technologii w obszarze wspierania osób starszych rozwija się głównie na dwóch płaszczyznach: medycznej i opiekuńczej (Sanders i in., 2012).

W obszarze medycyny mówimy zatem o telemedycynie, rozumiejąc przez to wykorzystanie technologii teleinformatycznych do zdalnego monitorowania funkcji życiowych i stanu zdrowia pacjenta i przekazywania ich do bazy danych, a tym samym zdalną wymianę informacji o parametrach życiowych pomiędzy pacjentem (najczęściej osobą starszą) a pracownikiem systemu ochrony zdrowia.

Obszar teleopieki obejmuje natomiast głównie działania ukierunkowane na wykorzystanie nowoczesnych technologii w celu utrzymania jak najdłużej możliwości zamieszkiwania w dotychczasowym środowisku życia osoby starszej. Dynamicznie rozwija się także wykorzystanie teleopieki w placówkach świadczących całodobową opiekę (Department of Health and Social Care, 2018). Oddzielny obszar stanowią biomedycyna, terapia genowa, rozwój nanotechnologii i jej wykorzystania w działaniach na rzecz poprawy stanu zdrowia osób starszych oraz prewencji.

Do narzędzi teleopieki zaliczamy zarówno guziki bezpieczeństwa, jak i cały system czujników, które mogą być instalowane w mieszkaniu czy domu osoby starszej, kamery umożliwiające podgląd pomieszczeń, sensory instalowane w pościeli lub ubraniu osoby starszej, ale także tablety i komputery, które umożliwiają kontakt z innymi osobami np. krewnymi, czy też pracownikami centrum usług społecznych lub teleopieki. W zakresie teleopieki obecnie w Polsce głównie wykorzystywane są guziki bezpieczeństwa, które występują najczęściej w postaci bransoletki noszonej na przegubie dłoni lub zawieszki. Dla osób z zaburzeniami funkcji poznawczych istnieje możliwość zakupu urządzenia wyposażonego w moduł GPS, który umożliwia lokalizację i w przypadku zgubienia się takiej osoby jej szybkie odnalezienie. Urządzenia te - najczęściej związane z opłacaniem comiesięcznego abonamentu - mają za cel głównie szybkie przyście z pomocą osobie, która upadła i nie może samodzielnie się podnieść. W takim przypadku naciśnięcie guzika spowoduje, że zawiadomione zostanie centrum opieki / teleopieki i jego pracownik zawiadomi rodzinę, sąsiadów lub odpowiednie służby o wystąpieniu sytuacji kryzysowej i konieczności udzielenia pomocy.

Guzik bezpieczeństwa ma za zadanie zminimalizować, poprzez szybką reakcję, skutki jednego z tzw. wielkich problemów / zespołów geriatrycznych, czyli upadków, których częstą konsekwencją jest np. złamanie szyjki kości udowej (Wieczorowska-Tobis 2017). Jest to szczególnie pomocne rozwiązanie w sytuacji, gdy osoba pozostaje jeszcze sprawna i w miarę samodzielnie funkcjonuje w swoim środowisku. Podobną rolę odgrywają czujniki niebezpiecznych sytuacji, które zamontowane w mieszkaniu w razie upadku osoby starszej przesyłają sygnał do centrum pomocy, w którym koordynatorzy wsparcia podejmują decyzję, kogo zawiadomić i jakiego rodzaju czynności przedsięwziąć. W przypadku migracji dzieci czy też braku rodziny i krewnych, guzik bezpieczeństwa jest jedyną możliwością zapewnienia osobie starszej, która nadal chce mieszkać we własnym mieszkaniu, domu, komfortu psychicznego, że w razie upadku szybko uzyska pomoc, a nie będzie musiała, czasami kilka dni, oczekiwać aż przyjdzie np. opiekunka w ramach przyznanych z ośrodka pomocy społecznej środowiskowych usług opiekuńczych.

W ramach przeciwdziałania niebezpiecznym sytuacjom możliwe jest także zainstalowanie kamer, które umożliwiają pracownikom centrum wsparcia podgląd wnętrza mieszkania osoby starszej w momencie, gdy zawiadomi ona np. poprzez naciśnięcie guzika bezpieczeństwa o upadku. Takie rozwiązanie jest także stosowane w sytuacji, gdy opiekun rodzinny musi pozostawić osobę

wymagającą opieki samą i daje mu kontrolę i możliwość szybkiej reakcji w sytuacji wystąpienia niepożądanego zdarzenia. Przedstawione powyżej rozwiązania są stosunkowo tanie. Pomimo tego nadal nie są w powszechnym użyciu w Polsce, chociaż coraz więcej gmin poprzez ośrodki pomocy społecznej stara się upowszechniać te rozwiązania wśród swoich mieszkańców²⁸. Coraz częściej w ramach projektów współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej gminy decydują się na wdrażanie rozwiązań z zakresu teleopieki. Większość programów ogranicza się do dostarczenia guzika bezpieczeństwa i nie wiąże się z kosztami dla osoby starszej, która jest użytkownikiem.

Drugą gałęzią teleopieki jest wykorzystanie robotów w opiece i wspieraniu opiekunów. Roboty mogą być małe i służyć do np. karmienia osoby niemogącej samodzielnie wykonywać tej czynności, jak i wielkości człowieka i służyć do wykonywania czynności w gospodarstwie domowym. Nursebot (opiekun-robot), czy też RoNA (Robotic Nursing Assistant) to roboty mające zastępować opiekuna. Ich zadaniem to podawanie leków, pomoc w poruszaniu się, pomoc we wstaniu, ale także monitorowanie funkcji życiowych, czy też zawiadamianie opiekunów lub personelu medycznego o sytuacji nietypowej, wymagającej ich interwencji²⁹. Roboty są de facto połączeniem teleopieki i telemedycyny. W Europie Zachodniej i Północnej coraz częściej są one wykorzystywane zarówno w opiece domowej, jak i instytucjonalnej. Zespół badawczy w Eindhoven pracuje nad upowszechnieniem robotów, które będą mogły przynosić określone przedmioty np. szklankę wody, jedzenie, będą mogły sprzątać i wykonywać inne czynności wymagające sprawności fizycznej (van Osch i in., 2012, s. 263-269). TSR (Tele-operated Service Robot) może samodzielnie wykonywać czynności opiekuńcze, mogą mu być one zlecane przez podopiecznego, ale oprogramowanie umożliwia także zdalne sterowanie jego czynnościami przez osobę znajdującą się w innym miejscu np. w centrum pomocy³⁰. Celem jest zwiększenie liczby osób objętych wsparciem przy jednoczesnym zmniejszeniu obsługi osobowej poprzez zastąpienie osoby opiekuna osobą, która będzie nadzorowała i ewentualnie sterowała kilkoma robotami znajdującymi się w domach kilku osób starszych. Inny projekt to robot Mobiserv, którego zadaniem jest przypomnienie o piciu i jedzeniu oraz zadaniach i aktywnościach do wykonania w danym dniu. Mobiserv nie wykonuje żadnych czynności fizycznie. Jest raczej rodzajem „budzika”, który ma przypominać o prawidłowym odżywianiu się i terminowym przyjmowaniu leków³¹. Jak wskazują powyższe przykłady, są to roboty wspierające samodzielność osoby starszej. Drugą grupę robotów stanowią te, których zadaniem jest wspierać opiekunów w ich funkcjach. Przykładem takiego rozwiązania może być japoński robot RIBA (Robot for Interactive Body Assistance), którego zadaniem jest podnoszenie osoby starszej, przenoszenie z łóżka na krzesło lub wózek i z powrotem³². Może udźwignąć do 60 kg tym samym „odciążyć” kręgosłup opiekuna i jest pierwszym na świecie robotem, który podnosi człowieka za pomocą swoich sztucznych rąk.

W placówkach i instytucjach opiekuńczych roboty są wykorzystywane do „patrowania” korytarzy w nocy i sprawdzania czy któryś z mieszkańców nie potrzebuje pomocy. W takiej sytuacji pracownik, który ma łączność z robotem i widzi ten sam obraz może szybko zareagować i podjąć odpowiednie działanie. Wykorzystanie robotów zmniejsza zatem konieczną obsadę personelu do zapewnienia opieki.

Przedstawione powyżej narzędzia, którymi dysponuje teleopieka można podzielić na trzy kategorie (generacje).

Pierwsza generacja teleopieki to systemy alarmowo-przywoławcze, które zapewniają komunikację osób niesamodzielnych z centrum pomocy. Wykorzystywane są do tego telefony (lub specjalne urządzenia elektroniczne podłączone do telefonu), które się aktywują zdalnie przy użyciu nadajnika noszonego bądź na nadgarstku (jako zegarek), bądź na szyi (jako naszyjnik). W razie konieczności, użytkownik naciska guzik, przez co uaktywnia telefon i nawiązuje połączenie głosowe z centrum pomocy. Na podstawie rozmowy, operator decyduje o rodzaju niezbędnej interwencji (poinformowanie rodziny, wezwanie służb medycznych itd.).

Jest to stosunkowo proste rozwiązanie technologiczne i ma swoje zalety. Po pierwsze jest to opcja tania, a po drugie, skutecznie redukuje obawy osób niesamodzielnych (zwłaszcza mieszkających samodzielnie), że pozostaną bez pomocy w razie nagłej konieczności. Tego typu rozwiązania są szeroko wykorzystywane w wielu krajach Europy, a także w USA i Kanadzie. Zwykle usługa ta dostarczana jest przez komercyjnych operatorów, ale zdarza się również, że jest ona organizowana i finansowana przez władzę lokalną.

Cechą, która wyróżnia tę generację urządzeń, jest kontrola użytkownika (osoby niesamodzielnej) nad urządzeniem. To sam użytkownik decyduje, w jakich sytuacjach należy zawezwać pomoc. Nie ma tutaj żadnej ingerencji z zewnątrz. Brak jest tzw. „wielkiego brata”, który czuwa nad stanem zdrowia użytkownika. Nie jest to „inteligentne” rozwiązanie, oparte na czujnikach i detektorach, które uaktywniają pomoc niezależnie od woli osoby niesamodzielnej. W sposób oczywisty zawęży to grono potencjalnych beneficjentów jedynie do osób o umiarkowanym poziomie niesamodzielności. Osoby o niskim poziomie niesamodzielności są bowiem w stanie obsługiwać telefon bez pośrednictwa dodatkowych urządzeń, zaś osoby wysoce niesamodzielne zwykle nie mają już możliwości prawidłowego korzystania z takiego rozwiązania (np. w przypadku głębokiej demencji). Dodatkowo wykorzystanie tych urządzeń jest problematyczne z perspektywy psychologicznej, a dokładniej rzecz ujmując: błędnego zachowania osób niesamodzielnych, które często czują się skrupowane prosząc o pomoc, zwłaszcza w godzinach nocnych lub w weekendy, przez co nieświadomie doprowadzają do krytycznych sytuacji.

²⁸ Przykładem mogą być gminy województwa pomorskiego, w którym prowadzony był projekt współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego dotyczący upowszechniania i wdrażania narzędzi teleopieki.

²⁹ Zob. www.roboticsbusinessreview.com/health-medical/hstar_technologies_rona_robotic_nursing_assistant dostęp 20.12.2017 r.

³⁰ Zob. ieeexplore.ieee.org/document/7274565/ dostęp 20.12.2017 r.

³¹ Więcej informacji na temat projektu znajduje się na stronie Mobiservproject: Providing robotic carers and smart systems for the elderly ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/mobiserv-project-providing-robotic-carers-and-smart-systems-elderly.

³² Więcej informacji na temat projektu znajduje się na stronie RIKE-TRI Collaboration Center for Human-Interactive Robot Research, rtc.nagoya.riken.jp/RIBA/index-e.html dostęp 20.12.2017 r.

Druga generacja teleopieki to systemy automatycznego powiadamiania o zagrożeniu. Jest to rozszerzona wersja pierwszej generacji. Zasadnicza różnica między nimi polega na wykorzystaniu detektorów, które stale monitorują stan zdrowia użytkownika. W razie konieczności, detektory automatycznie uaktywniają alarm. Nie jest do tego wymagana jakakolwiek ingerencja osoby niesamodzielnej, mało tego, często dzieje się to poza jej kontrolą i świadomością. Tego typu rozwiązania zyskują obecnie na popularności ze względu na upowszechnienie i obniżenie kosztów różnego rodzaju sensorów i detektorów, które zwiększają bezpieczeństwo i ograniczają poczucie niepewności wśród osób niesamodzielnych, zwłaszcza tych, które mieszkają same. Typowym przykładem jest nadajnik GPS, który założony na rękę czy zaszywany w odzieży pozwala na szybkie zlokalizowanie miejsca pobytu osoby dementyjnej.

Czujniki wykorzystywane w teleopiece dzielą się na dwie kategorie:

1. medyczne: monitorujące stan zdrowia użytkownika, w tym m.in. tętno, ciśnienie krwi, zawartość tlenu we krwi, temperaturę ciała, potliwość, sposób oddychania, stężenie glukozy we krwi, upadki i drżenie ciała,
2. środowiskowe: monitorują przestrzeń, w której funkcjonuje osoba niesamodzielna, w tym m.in. temperaturę otoczenia, poziom hałasu, ruch, obecność gości, zużycie wody i energii elektrycznej itd.

Poza wieloma zaletami tego typu rozwiązania, ma ono również swoje wady. Jedną z nich jest utrata prywatności i intymności osoby niesamodzielnej, dla której ciągły monitoring może być kojarzony z permanentną inwigilacją. Poza tym dość istotnym problemem jest zawodność niektórych detektorów, które mylnie odczytują dochodzące do nich sygnały i niepotrzebnie uaktywniają alarm, przez co wywołują nerwowe reakcje zarówno służb ratowniczych, jak i samych użytkowników. Mimo tego teleopieka drugiej generacji jest rozwiązaniem cieszącym się stosunkowo dużym zainteresowaniem, zwłaszcza wśród osób narażonych na określone grupy ryzyka. Przykładowo, dobrze się sprawdza wśród osób z problemami kardiologicznymi i pulmonologicznymi, gdyż w tych przypadkach monitoring jest względnie skuteczny, a poza tym system wczesnego wykrywania zagrożeń może uchronić przed bardzo poważnymi konsekwencjami zaniedbań i przeoczeń. Dobrze sprawdza się również przy monitorowaniu zachowań osób z demencją - kontrolują codzienne aktywności (np. spożywanie leków), regulują zużycie mediów (wody, gazu) itd. Przede wszystkim jednak jest to rozwiązanie wykorzystywane do kontrolowania problemu, z którym osoby starsze borykają się najczęściej, czyli z upadkami. Ich przyczyny mogą być różne: potknięcia, zapaści, zawroty głowy. W skrajnych przypadkach mogą prowadzić do bardzo poważnych konsekwencji, takich jak konieczność hospitalizacji lub przedwczesna śmierć, zwłaszcza jeśli upadkowi towarzyszy złamanie kończyny.

Trzecia generacja teleopieki to system stałego monitorowania potrzeb osoby niesamodzielnej, wraz z rozbudowanym wachlarzem usług bytowo-opiekuńczych. Jest to rozwinięcie dwóch poprzednich generacji, o ile jednak wcześniejsze wersje sprofilowane były wyłącznie na zwiększenie bezpieczeństwa użytkowników, to trzecia generacja, poza bezpieczeństwem, oferuje również szereg rozwiązań podnoszących komfort życia osób niesamodzielnych. Po pierwsze, redukuje problem osamotnienia. Po drugie, wykrywa i ogranicza konsekwencje roztargnienia i zapomnienia. System kamer i detektorów nie tylko kontroluje aktywność użytkownika, ale również w nie ingeruje, przypominając o czynnościach, które zostały uwzględnione w harmonogramie dnia, m.in. o spożywaniu leków i stosowaniu się do zaleceń terapeutycznych, o utrzymaniu higieny i o wypróżnianiu się.

Zdecydowanie jednak najbardziej perspektywiczną opcją tego urządzenia jest ograniczanie poczucia samotności. Wykorzystywane są do tego komunikatory audiowizualne, które w sposób wirtualny łączą ludzi niegdyś żyjących razem, a obecnie rozproszonych i mieszkających z dala od siebie (tzw. „konceptcja wirtualnego sąsiedztwa”). Centralną funkcję w tym układzie pełni odbiornik telewizyjny, który poza funkcją komunikacją, pełni również szereg innych funkcji, takich jak na przykład dostarczanie informacji czy zapewnienie interaktywnej rozrywki.

Teleopieka trzeciej generacji łączy w sobie szereg urządzeń i technologii. Całokształt tych rozwiązań zbliża teleopiekę do idei „inteligentnego domu”, który nie tylko kontroluje, ale wręcz organizuje życie użytkownika, dbając o jego zdrowie, bezpieczeństwo i uczestnictwo społeczne.

Finansowanie

Teleopieka nie jest substytutem tradycyjnej opieki, lecz pełni funkcję komplementarną. Uzupelnia braki i zwiększa efektywność prowadzonych działań, umożliwiając pełniejsze zaspokojenie potrzeb opiekuńczych.

Uzasadnienie subsydiowania lub pełnego finansowania teleopieki ze środków publicznych to efektywność kosztowa (możliwość uzyskania oszczędności). Teleopieka wydłuża okres samodzielnego funkcjonowania we własnym miejscu zamieszkania. Osoby pozbawione tej opcji musiałyby korzystać albo z nadzoru opiekuna personalnego, albo musiałyby zostać skierowane do całodobowej placówki. Obie te ewentualności są niewspółmiernie droższe, a zatem mniej korzystne z perspektywy budżetów samorządowych.

Ponadto, stosowanie teleopieki ma istotny wpływ na korzystanie ze służby zdrowia. Szacuje się, że upowszechnienie tego rozwiązania redukuje o około 20% liczbę nagłych wizyt w szpitalnych oddziałach ratunkowych i około 15% liczbę wizyt w przychodniach (Pawlińska-Chmara 2016, s. 154).

Teleopieka jest również istotnym instrumentem wykorzystywanym przez opiekunów nieformalnych do łączenia pracy z obowiązkami rodzinnymi. Umożliwia im bowiem sprawowanie nadzoru w sposób zdalny, na odległość, w czasie wykonywania zadań zawodowych. Z tej perspektywy koszty teleopieki to jednocześnie zysk w postaci aktywności zawodowej opiekunów, którzy nie muszą rezygnować z pracy w celu sprawowania opieki.

Po powyższym krótkim przedstawieniu wykorzystania zdobytych technik w opiece nad osobami starszymi należy zwrócić uwagę na dwa główne aspekty, które utrudniają wdrażanie rozwiązań teleopieki na szeroką skalę. Pierwszy to poruszana już kwestia finansowania. Brak jest jednak programu, który umożliwiłby chociaż współfinansowanie usług teleopieki. Na szczeblu samorządowym brak jest środków, które umożliwiłyby na szeroką skalę zastosowanie teleopieki lub chociaż jej przez utrzymanie po zakończeniu projektu finansowanego z funduszy europejskich. Obecnie większość rozwiązań jest finansowana albo przez osoby starsze i ich rodziny albo ze środków europejskich. Drugą kwestią są dylematy etyczne wiążące się z wykorzystaniem nowoczesnych technologii, szczególnie tych, które umożliwiają praktycznie nieograniczoną kontrolę nad codziennym funkcjonowaniem osób starszych.

4.9. OPIEKUNOWIE FORMALNI: PRACOWNICY SEKTORA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

Łukasz Jurek, Rafał Bakalarczyk

Zachodzące obecnie zmiany demograficzne wraz przeobrażeniami społecznymi (postępująca formalizacja opieki nad osobami niesamodzielnymi) powodują szybki wzrost zapotrzebowania na pracowników w sektorze opieki długoterminowej. Temu wzrostowi towarzyszą dwie fundamentalne zasady rozwoju opieki długoterminowej, które stoją wobec siebie w oczywistej opozycji. Pierwszą z nich jest dbanie o jakość opieki, która ma być dostępna, dostosowana do potrzeb i preferencji osób niesamodzielnych, a także świadczona na wysokim poziomie przez wykwalifikowanych profesjonalistów. Drugą natomiast jest zachowanie efektywności kosztowej, co oznacza konieczność optymalizacji ekonomicznej, czyli minimalizowania kosztów, standaryzacji i zwiększania efektów skali. Z jednej strony mamy zatem rosnące wymagania wobec kadry, z drugiej zaś ciągłą presję na redukcję kosztów, którą najłatwiej przeprowadzić, ograniczając wynagrodzenia i blokując inwestycje na poprawę popłacanych warunków pracy personelu. Ten dualizm i wewnętrzna sprzeczność celów rozwojowych generuje szereg perturbacji w sektorze opieki długoterminowej, czego ofiarami są pracownicy opieki długoterminowej.

Pracownicy sektora opieki długoterminowej: charakterystyka

Najogólniej można stwierdzić, że pracownicy OD to osoby udzielające formalnej opieki osobom niesamodzielnym. Zgodnie z pojęciem stosowanym w statystyce międzynarodowej, dzielą się oni na dwie zasadnicze grupy: pielęgniarki i opiekunów³³.

Pielęgniarki (ang. nurses) to osoby legitymujące się wykształceniem pielęgniarskim, świadczące opiekę długoterminową w środowisku lub w instytucji (innej niż szpital), odpowiedzialne za monitorowanie stanu zdrowia podopiecznych, wdrażanie zaleceń w zakresie leczenia i ustalanie planu opieki.

Opiekunowie (ang. personal careworkers, caregivers) to osoby udzielające pomocy osobom niesamodzielnym w wykonywaniu codziennych aktywności, takich jak ubieranie się, spożywanie posiłków, utrzymanie porządku. Zwykle zatrudnieni są na stanowiskach opiekuna osobistego, asystenta lub pomocy pielęgniarskiej.

³³ OECD Health Statistics: Definitions, Sources and Methods.

Z danych zamieszczonych w tabeli 6 wynika, że liczba pracowników OD jest zróżnicowana w poszczególnych krajach. Biorąc pod uwagę wartości względne, w przeliczeniu na sto osób w wieku podeszłym (65+), ich udział waha się od 0,8 w Portugalii do 12,7 w Norwegii. Tak znaczne różnice są efektem, z jednej strony, poziomu rozwoju ekonomicznego kraju (w tym przede wszystkim zamożności społeczeństwa i udziału szarej strefy), z drugiej natomiast - odmiennego sposobu organizacji i finansowania opieki długoterminowej, a z trzeciej zaś - poziomem zaawansowania procesu formalizacji opieki nad osobami niesamodzielnymi. Niestety, nie wiadomo, ilu jest pracowników OD w Polsce ze względu na to, że nie prowadzi się w tym zakresie stosownych statystyk.

Tabela 6. Pracownicy opieki długoterminowej w wybranych krajach OECD (2017 r.)

	LICZBA PRACOWNIKÓW OD	LICZBA PRACOWNIKÓW OD NA 100 OSÓB W WIEKU 65+
AUSTRIA	66751	4,1
KANADA	220177	3,6
ESTONIA	13126	5,2
NIEMCY	918620	5,2
WĘGRY	39565	2,2
IRLANDIA	25553	4,0
IZRAEL	105600	10,6
JAPONIA	2071008	5,9
KOREA	255497	3,6
HOLANDIA	239000	7,6
NORWEGIA	111004	12,7
PORTUGALIA	16454	0,8
SŁOWACJA	10220	1,3
HISZPANIA	413266	4,7
SZWECJA	243524	12,3
SZWAJCARIA	124747	8,2
USA	2817369	5,5

Źródło: OECD, Health Statistics, baza danych dostępna na stronie: https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_LTCR.

Pracownikami OD w zdecydowanej większości są kobiety. Ich odsetek w ogólnej liczbie zatrudnionych oscyluje wokół aż 90% (od 86% w Japonii do 96% w Danii). Średni wiek pracowników OD jest dość wysoki, co w głównej mierze wynika (częściej w przypadku opiekunów, rzadziej w przypadku pielęgniarek) z późnego wejścia do sektora OD (nieraz w wieku czterdziestu czy nawet pięćdziesięciu lat). Do tego czasu osoby te najczęściej pozostawały bezrobotne lub bierne zawodowo. Można domniemywać, że były to kobiety, które wcześniej wykonywały prace związane z wychowaniem potomstwa i prowadzeniem gospodarstwa domowego lub opiekowały się członkiem rodziny.

Pracownicy OD, zwłaszcza w przypadku opieki środowiskowej, bardzo często nie są pełnoetatowymi pracownikami. Szacuje się, że w USA ponad połowa (54%) asystentów osobistych i opiekunów domowych pracuje w niepełnym wymiarze godzin lub pracuje w pełnym wymiarze tylko przez część roku. Ponadto dla pracowników OD, zwłaszcza słabo wykwalifikowanych, sprawowanie opieki zwykle nie jest jedynym źródłem utrzymania. Dodatkowe prace, w które się angażują, są blisko powiązane z aktywnością opiekuńczą i polegają na gotowaniu czy świadczeniu usług porządkowych.

Kwalifikacje zawodowe w opiece długoterminowej

Kwalifikacje zawodowe pracownika OD stanowią zasób wiedzy, umiejętności i postaw (cech osobowych), niezbędnych do prawidłowego odgrywania roli pielęgniarki lub opiekuna. Zwyczajowo kwalifikacje dzieli się na: twarde (merytoryczne) i miękkie (psychospołeczne). Chodzi zatem o specjalistyczną wiedzę i umiejętności umożliwiającą świadczenie opieki (kwalifikacje twarde), których potwierdzeniem jest odpowiednie przygotowanie zawodowe: zdobyte wykształcenie, odbyte kursy i szkolenia oraz doświadczenia w zawodzie. Chodzi także o predyspozycje do radzenia sobie z osobami niesamodzielnymi (kwalifikacje miękkie), których potwierdzeniem jest posiadanie specyficznych właściwości psychologicznych (np. odporność na stres) i relacyjnych (np. zdolność empatii).

Minimalne wymagania kwalifikacyjne dla pracowników OD określone są przez prawodawstwo krajowe lub regionalne. Pielęgniarki zwykle muszą się legitymować ukończeniem specjalistycznego kursu zawodowego. Kształcenie pielęgniarskie trwa z reguły nie mniej niż trzy lata i poza zajęciami teoretycznymi obejmuje również zajęcia praktyczne. Co się zaś tyczy opiekunów, to tutaj sytuacja jest mocno zróżnicowana. W niektórych krajach w ogóle nie organizuje się dla nich kursu zawodowego, w innych zaś są sprecyzowane programy edukacyjne łączące elementy teorii oraz praktyki. Programy te są zróżnicowane w zależności od zakresu obowiązków opiekuna oraz poziomu wykształcenia (podstawowe, średnie, zaawansowane itd.). Przykładowe rozwiązania w tym zakresie przedstawia tabela 7.

Tabela 7. Wymagania kwalifikacyjne dla opiekunów w wybranych krajach OECD

	STANOWISKO	WYMAGANIA
AUSTRALIA	Pracownik pomocniczy	430 godz. zajęć teoretycznych, 5 tygodni treningu
	Opiekun w placówce	555 godz. zajęć teoretycznych, 8 do 16 tygodni treningu
	Specjalista w zakresie opieki	730-740 godz. zajęć teoretycznych, do 18 tygodni treningu
AUSTRIA	Opiekun domowy (<i>Heimhelfer</i>)	200 godz. kursu teoretycznego, 120 godz. w placówce ambulatoryjnej,
	Asystent opiekuńczy (<i>Pflegehelfer</i>)	80 godz. w placówce stacjonarnej Wiek min. 17 lat, sprawność fizyczna i umysłowa, ukończony roczny kurs: 1600 godz. zajęć praktycznych i teoretycznych
DANIA	Asystent	Ukończony kurs trwający 19 miesięcy: 20 tyg. podstawy, 24 tyg. edukacji teoretycznej,
	Opiekun	31 tyg. zajęć praktycznych, Ukończony kurs trwający 20 miesięcy: 23 tyg. edukacji teoretycznej, 42 tyg. zajęć praktycznych
NIEMCY	Opiekun	Ukończenie trzyletniego kursu zawodowego: 200 godz. teoretycznych, 2 500 godz. zajęć praktycznych
HOLANDIA	Asystent opiekuńczy	Poziom 1. roczne przygotowanie zawodowe
	Opiekun	Poziom 2. wiek min. 16 lat, ukończony dwuletni kurs zawodowy
	Asystent osobisty	Poziom 3. ukończony specjalistyczny trzyletni kurs zawodowy
USA	Pomoc domowa	Dwutygodniowy kurs zawodowy (praktyczny)
	Opiekun	Brak wymagań
	Pomoc pielęgniarska	75 godz. kursu zawodowego (teoria i praktyka), 4 miesiące praktyki

Źródło: F. Colombo i in., *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Publishing, Paris 2011, s. 166-168.

W Polsce podstawy programowe kształcenia w zawodach opiekuńczych funkcjonują od 2012 roku i są opisane w rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej (Dz.U. z 2012 r. Nr 34 poz.184). Wyszczególnione zostały 4 typy zawodów, które opisane zostały w tabeli 8.

Tabela 8. Podstawy programowe kształcenia w zawodach opiekuńczych w Polsce

	CELE KSZTAŁCENIA	MIN. LICZBA GODZIN	PRAKTYKA ZAWODOWA
OPIEKUN MEDYCZNY	<p>rozpoznawanie i rozwiązywanie problemów opiekuńczych osoby chorej i niesamodzielnej w różnym stopniu zaawansowania choroby i w różnym wieku,</p> <p> pomaganie osobie chorej i niesamodzielnej w zaspokajaniu potrzeb bio-psycho-społecznych,</p> <p>asystowanie pielęgniarce i innemu personelowi medycznemu podczas wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych,</p> <p> konserwacja, dezynfekcja przyborów i narzędzi stosowanych podczas zabiegów pielęgnacyjnych,</p> <p>podejmowanie współpracy z zespołem opiekuńczym i terapeutycznym podczas świadczenia usług z zakresu opieki medycznej nad osobą chorą i niesamodzielną,</p>	720 godzin	4 tygodnie (160 godzin)
OPIEKUNKA ŚRODOWISKOWA	<p>organizowanie opieki oraz wsparcia społecznego podopiecznemu,</p> <p>sprawowanie opieki nad osobą niesamodzielną i przewlekle chorą w celu zapewnienia jej bezpieczeństwa zdrowotnego i higieny osobistej,</p> <p> pomaganie podopiecznemu w prowadzeniu gospodarstwa domowego w zakresie: gospodarowania budżetem, robienia zakupów, przygotowywania posiłków, utrzymania czystości w domu oraz tworzenia optymalnych warunków do życia,</p> <p> motywowania podopiecznego do samodzielności oraz aktywności intelektualnej, fizycznej i społecznej,</p>	560 godzin	8 tygodni (320 godzin)
OPIEKUN W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ	<p>rozpoznawanie i ocenianie stanu funkcjonowania fizycznego, psychicznego i społecznego podopiecznego,</p> <p> opracowywanie indywidualnego planu pomocy i opieki dla podopiecznego przebywającego w instytucji opiekuńczo-leczniczej, uwzględniającego poziom jego możliwości psychofizycznych oraz zasoby instytucji,</p> <p>sprawowanie opieki nad osobą niesamodzielną, niepełnosprawną lub przewlekle chorą oraz udzielanie jej wsparcia emocjonalnego,</p> <p> podtrzymywanie sprawności i aktywizowanie podopiecznych we współpracy z zespołem terapeutycznym,</p> <p> wspieranie oraz motywowanie podopiecznego do podejmowania aktywnych form spędzania czasu wolnego, które umożliwiają samorealizację, rozwijają zainteresowania i usprawniają psychofizycznie i społecznie.</p>	1240 godzin	8 tygodni (320 godzin)
OPIEKUN OSOBY STARSZEJ	<p>rozpoznawanie możliwości oraz ograniczeń w funkcjonowaniu osoby starszej wynikających z rodzaju i stopnia niepełnosprawności,</p> <p> rozpoznawanie i interpretowanie sytuacji społecznej, warunków życia, relacji z rodziną, grupą i środowiskiem lokalnym osoby starszej oraz wykorzystywanie zasobów indywidualnych, środowiska rodzinnego, instytucjonalnego i lokalnego w pracy z osobą starszą,</p> <p> dobieranie metod, technik, narzędzi i form realizacji działań opiekuńczo-wspierających do sytuacji życiowej, stanu zdrowia, rozpoznanych problemów i potrzeb osoby starszej,</p> <p> udzielanie wsparcia emocjonalnego i aktywizowanie osoby starszej do samodzielności życiowej w zależności od rodzaju i stopnia niesamodzielności,</p> <p> nawiązywanie, podtrzymywanie i rozwijanie współpracy z podmiotami działającymi na rzecz osoby starszej w środowisku lokalnym.</p>	1240 godzin	8 tygodni (320 godzin)

Źródło: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 07 lutego 2012 r. w sprawie podstawy programowej kształcenia w zawodach - Dz.U. Nr 34 poz.184 z 2012 r.

Warunki pracy w opiece długoterminowej

Płace w sektorze opieki długoterminowej są stosunkowo niskie. Pielęgniarki zatrudnione w OD z reguły zarabiają mniej, niż pielęgniarki zatrudnione w innych obszarach służby zdrowia. Opiekunowie natomiast najczęściej otrzymują zarobki tylko nieznacznie przewyższające minimalne wynagrodzenie. Co więcej, doświadczenie zawodowe nie przekłada się na poziom wynagrodzenia, bowiem z reguły nie stosuje się zasady występu lat. Zróżnicowanie płac występuje natomiast przy podziale pracowników ze względu na płć i miejsce zatrudnienia: mężczyźni zwykle zarabiają więcej niż kobiety na tych samych stanowiskach, a ponadto opiekunowie zatrudnieni w całodobowych placówkach są lepiej opłacani niż opiekunowie środowiskowi.

Praca w opiece długoterminowej jest ciężka i stresująca. Ze względu na duże obciążenie fizyczne, pracownicy często narażeni są na kontuzje i wypadki. Powszechne jest również przeciążenie psychiczne (zwłaszcza w przypadku sprawowania opieki nad osobami z demencją), wywołane ciągłym napięciem. Jest to również efekt przemocy (fizycznej i werbalnej), której opiekunowie dość często doświadczają ze strony swoich podopiecznych. Trudne warunki pracy w połączeniu z niskim prestiżem wykonywanego zawodu, mocno ograniczonymi perspektywami rozwoju oraz ogólnym brakiem satysfakcji z warunków zatrudnienia często prowadzą do wypalenia zawodowego oraz przedwczesnej dezaktywizacji zawodowej.

Trudne warunki pracy i niski poziom wynagrodzeń w sposób oczywisty przekładają się na problemy z pozyskaniem nowych pracowników i dużą rotacją personelu. Problem ten ma większą intensywność wśród słabo wykwalifikowanych pracowników najniższego szczebla (opiekunów, asystentów), jednakże w przypadku wykwalifikowanych pracowników (głównie pielęgniarek) generuje on znacznie więcej negatywnych konsekwencji. Związane jest to z tym, że pracownicy wyższego szczebla wykonują bardziej odpowiedzialne zadania, a brak ciągłości w ich realizacji prowadzi do pogorszenia kondycji psychofizycznej podopiecznych.

Migranci jako pracownicy sektora opieki długoterminowej w Polsce

W wielu krajach rozwiniętych wśród osób zatrudnionych w sektorze opieki długoterminowej osoby zagranicznego pochodzenia mają znaczący udział (Colombo 2011, s. 174-179), choć między poszczególnymi krajami zachodzą pod tym względem różnice wynikające z uwarunkowań ekonomicznych, kulturowych i instytucjonalnych.

Także w Polsce cudzoziemki mają zauważalny udział w systemie opieki nad osobami starszymi, choć trudno określić dokładnie jego skalę. Wiąże się to przede wszystkim z faktem, że zatrudnienie znajdują głównie w szarej strefie, w ramach niesformalizowanych uzgodnień zawieranych z samymi podopiecznymi lub z ich bliskimi. Jak pokazało badanie Instytutu Spraw Publicznych (Sobiesiak-Penszko, 2105) zainteresowanie formalizacją zatrudnienia jest ograniczone zarówno po stronie korzystających z opieki i ich rodzin, jak i samych cudzoziemców. Po stronie rodziny osoby starszej zniechęcające mogą być procedury administracyjne (nie tylko związane wprost z opieką, ale też z kwestią zatrudnienia i pobytu migrantki-opiekunki), niechęć do podniesienia - wraz z jej formalizacją - kosztu usługi, a także traktowanie tego rodzaju opieki jako przedłużenia rodzinnej, nieformalnej, która w rodzimych realiach pozostaje kulturowo wciąż silnie zakorzeniona. Z kolei po stronie migrantów rezerwa wobec formalizacji własnego zatrudnienia również może wiązać się z obawą przed wzrostem kosztów i uciążliwości biurokratycznych, które uczynią ich pracę rynkowo mniej atrakcyjną dla zamawiających tego typu usługi. Wielu migrantów traktuje też tego typu pracę jako tymczasową, licząc się z ewentualną koniecznością rychłego powrotu do kraju pochodzenia. Należy pamiętać, że w większości migranci opiekuńczy pochodzą z Ukrainy, gdzie niestabilna sytuacja polityczna, jak również społeczno-ekonomiczna, może wywołać konieczność nieoczekiwane powrotu do kraju. To zresztą trudna sytuacja w kraju pochodzenia bywa główną przesłanką zarobkowej migracji, a w jej ramach podejmowania prac nisko płatnych, mało prestiżowych i ciężkich, takich właśnie jak opieka nad seniorami. Wiązanie się formalnymi umowami mogłyby dla tych osób po prostu ograniczać elastyczność i mobilność. W świetle przywołanego badania, nieformalny charakter (oparty na prywatnych sieciach kontaktów) miewał także proces poszukiwania pracy i pozyskiwania kontaktu do przyszłych „pracodawców”, czyli rodzin podopiecznych. W przebadanych przypadkach przy zawieraniu umów kwalifikacje zasadniczo nie były brane pod uwagę i nie rzucały na poziom wynagrodzenia.

Brak formalizacji niesie jednak zagrożenia zarówno dla ciągłości opieki, jak i egzekwowania jej jakości i bezpieczeństwa. Niepodleganie publicznym rejestrom może sprawiać, że ten segment rynku opieki, w obliczu ryzyka zaniedbań bądź nadużyć, pozostanie poza publiczną kontrolą. Zaznaczmy, że to ryzyko dotyczy szarej strefy opieki ogółem, a nie tylko obszarów, gdzie sprawują ją cudzoziemki. Nie jest to więc problem migrantów, a bodźców i barier formalizacji zatrudnienia, choć w przypadku osób o migracyjnym pochodzeniu te bariery i bodźce mogą być jeszcze silniejsze niż w przypadku rodzimych pracowników.

Formalne zatrudnienie migrantów u prywatnych lub publicznych pracodawców w sektorze opieki jest w Polsce sporadyczne. W większym stopniu znajdujemy taką gotowość w przypadku publicznych podmiotów niż prywatnych i to częściej w zawodach wymagających fachowych kwalifikacji niż w „prostych” pracach opiekuńczych. Jako źródło wiedzy warto też odnotować badania Ukraińców pracujących w polskim sektorze opieki, przeprowadzone na terenie województwa opolskiego przez badaczki z tamtejszej Politechniki. Tu również ujawniła się dominacja szarej strefy - ponad 60% zbadanych pracowników pracowało nielegalnie. Najczęściej były to kobiety, a istotnym czynnikiem przyciągającym do wykonywania tego zawodu była możliwość zamieszkania, jaka pojawiła się w związku ze świadczeniem opieki³⁴.

Trudno o dokładne prognozy zapotrzebowania na pracę opiekuńczą migrantów w Polsce i wykorzystania potencjału osób o zagranicznym pochodzeniu. Zależać to będzie nie tylko od tempa i kierunków rozwoju opieki formalnej w Polsce, ale także od procesów migracyjnych (nie tylko w Polsce). Trudno przewidzieć dynamikę zmian politycznych i społeczno-ekonomicznych na

³⁴ www.rynekseniora.pl/rynek_opieki/105/opolskie_ukraincy_wpieraja_system_opieki_nad_seniorami.10683.html.

Ukrainie, będącej rezerwuarem „niewidocznej siły roboczej” opieki nad osobami starszymi w Polsce. Istotnym czynnikiem może być wpływ polityki migracyjnej, a w szczególności w obszarze sektora opieki, w Niemczech. Szersze otwarcie tamtejszego rynku m.in. na pracowników z wschodniej granicy Unii Europejskiej oraz trudności i potrzeby niemieckiego sektora opieki mogą również zasadniczo wpłynąć na potencjał opiekunów-migrantów w Polsce. Po stronie państwa kluczowa będzie treść zarówno polityki opieki długoterminowej, jak również polityki migracyjnej (zarówno w obszarze konkretnych rozwiązań instytucjonalnych, jak również społecznego i publicznego „klimatu” wokół cudzoziemców i ich roli w naszym społeczeństwie). Raport NIK pokazał, że w obszarze przyjmowania i integracji cudzoziemców krajowa polityka pozostawia wiele do życzenia i wymaga daleko idących zmian ze strony różnych podmiotów publicznych³⁵.

Te liczne źródła niepewności sprawiają, że na tym etapie można wskazać jedynie kierunkowe działania lub kwestie do przemyślenia:

- kwestia cudzoziemców jako istniejących i potencjalnych opiekunów powinna znaleźć miejsce w agendzie polityki opieki długoterminowej (co dotychczas rzadko miało miejsce), jak również polityki senioralnej (w której dokumentach strategicznych ten temat dotąd nie pojawiał się).
- należy dążyć do integracji i koordynacji na różnych szczeblach podmiotów i instytucji odpowiedzialnych za sprawy opieki i kwestie migracji oraz integracji. Warto także na szczeblu eksperckim, informacyjnym i analitycznym integrować wiedzę i doświadczenia podmiotów reprezentujących obszar migracji i opieki oraz polityki senioralnej.
- warto dokonać pogłębionego i krytycznego przeglądu doświadczeń zagranicznych w zakresie wykorzystania pracy cudzoziemców w obszarze opieki długoterminowej i publiczna refleksja nad tym które z nich i w jakim zakresie są kompatybilne do polskiego kontekstu.
- wykorzystanie agencji pośrednictwa pracy w nawiązywaniu kontaktu i zawieraniu umów między pracownikami-cudzoziemcami a osobami lub instytucjami korzystającymi z ich usług. Agencje pośrednictwa pracy mogłyby oprócz kojarzenia przyszłego pracodawcy z pracownikiem, weryfikować pracowników, ograniczając ryzyko nadużyć oraz pomóc w formalnościach dotyczących legalizacji pobytu i zatrudnienia.
- należy prowadzić działania na rzecz zapoznania cudzoziemców zainteresowanych pracą w opiece z realiami rynku pracy, wsparcia społecznego, a także w zakresie kultury i kompetencji językowych (co może pozwolić przełamywać niektóre bariery w komunikacji między migrantką-opiekunką a przyszłym pracodawcą i zwłaszcza podopiecznym). Może to również służyć jakości sprawowanej opieki. Należy też usprawnić politykę migracyjną i wsparcia cudzoziemców oraz zaprzestać stygmatyzującego wobec mniejszości narodowych i migrantów zarobkowych dyskursu.

³⁵ www.nik.gov.pl/aktualnosci/panstwo-niegotowe-na-cudzoziemcow.html.

5. ZAKOŃCZENIE

Piotr Błędowski, Paweł Kubicki

Wprowadzenie zmian w systemie opieki długoterminowej, choć powinno nastąpić jak najszybciej, jest procesem długotrwałym, który - jak należy sądzić - będzie przebiegał pewnymi etapami. Będą one wyznaczone nie tylko przez skalę potrzeb osób wymagających wsparcia ze względu na ograniczoną samodzielność, ale i przez sytuację gospodarczą, a zwłaszcza stan finansów publicznych oraz sytuację na rynku pracy. Najważniejsze jest jednak zapoczątkowanie zmian i ich konsekwentne wcielanie w życie. By to zapewnić, konieczne jest dokonanie w początkowym okresie takich kroków, które pozwolą procesowi reformy OD osiągnąć swego rodzaju masę krytyczną, która nie pozwoli na zatrzymanie procesu zmian.

W tym celu należy skupić się na konkretnych działaniach, po części o charakterze strategicznym. Poniżej proponujemy działania, jakie powinny być podjęte w początkowym okresie. Niniejsze rekomendacje mają charakter kierunkowy i mogą, a wręcz powinny zostać uszczegółowione i rozbudowane.

1. Przeprowadzenie debaty publicznej na temat celów, organizacji i finansowania opieki długoterminowej w Polsce.

Debata powinna być uzupełniona o elementy edukujące społeczeństwo w kwestii niesamodzielności i społecznej odpowiedzialności za sytuację osób niesamodzielnych. Jest sprawa niezwykle ważną, by debata prowadzona była w duchu współpracy, a nie konfrontacji między siłami politycznymi. Przyjęcie konkretnych rozwiązań musi być poprzedzone akceptacją ze strony najważniejszych ugrupowań, by nie doszło do sytuacji, kiedy ze względów politycznych czy doktrynalnych po dojściu do władzy jakiejś partii pryncypia rozwiązań w zakresie OD będą podlegały zmianom, burzącym dotychczasowy porządek.

Niezależnie od przyjętego sposobu finansowania OD, jego ciężar - pośrednio lub bezpośrednio - spocznie na ludności. Konieczne jest w związku z tym uzyskanie społecznej aprobaty dla i tak nieuniknionego budowania systemu OD.

2. Zdefiniowanie niesamodzielności na potrzeby prawa i sformułowanie szczegółowych zasad orzekania o niesamodzielności i jej stopniach.

Publiczna debata wymaga uszczegółowienia podstawowych kategorii, będących przedmiotem rozważań. Przy wielości interpretacji terminu „niesamodzielność” istnieje potrzeba jego jednoznacznego sprecyzowania, co pozwoli w dalszej kolejności na określenie zakresu podmiotowego i przedmiotowego opieki długoterminowej. Konsekwencją zdefiniowania niesamodzielności na potrzeby przepisów prawa będzie wskazanie różnic w jej poziomie i określenie stopni niesamodzielności. Opowiadamy się za ustaleniem trzech stopni, co przynajmniej w początkowym okresie budowy systemu OD pozwoli na trafne oszacowanie tak skali potrzeb, jak i skali wydatków.

3. Dokonanie szczegółowych szacunków dotyczących liczby osób wymagających opieki długoterminowej.

Zdefiniowanie niesamodzielności powinno służyć między innymi oszacowaniu liczby osób niesamodzielnych w Polsce. Dostępne wyniki badań oraz szacunki różnią się znacznie, gdyż wykorzystywały różne metody i uwzględniały różne cechy niesamodzielności. Na podstawie analizy opracowań naukowych można założyć, że około 800 tys. osób wymaga rozmaitych form wsparcia. Nie ulega wątpliwości, że wraz z wiekiem zwiększa się odsetek osób zgłaszających zapotrzebowanie na pomoc w różnych formach, przy czym w zdecydowanej większości przypadków nieformalne wsparcie okazuje się wystarczające. Szacunek liczby osób wymagających wsparcia powinien zostać uzupełniony o monitoring ich potrzeb w celu określenia niezbędnego zakresu wsparcia, dostosowania zasobów opieki długoterminowej do faktycznych potrzeb i odpowiedniego przygotowania kadr. Szacunek potrzeb wymaga równocześnie reformy lub wręcz stworzenia na nowo jednolitego systemu orzecznictwa o niepełnosprawności i niesamodzielności.

4. Wstępne oszacowanie kosztów świadczeń.

Uzyskanie porozumienia co do zakresu i form świadczeń pozwoli na ocenę ich kosztu. Należy jednak pamiętać, dopiero w miarę rozwoju systemu OD identyfikowane będą nowe potrzeby osób niesamodzielnych i ich nieformalnych (rodzinnych) opiekunów. Wprowadzane będą również nowe formy i typy świadczeń, toteż szacunek kosztów, o którym tu mowa, ma jedynie orientacyjny charakter i powinien być traktowany jako wskazówka w formułowaniu polityki finansowej systemu OD. Przywołana w opracowaniu kwota 11 mld zł powinna być traktowana jako punkt wyjścia do dalszych szacunków. Trzeba przy tym pamiętać, że obecnie wydawane środki wymagają innej alokacji, ponieważ w małym tylko stopniu stymulują rozwój rynku opieki długoterminowej.

5. Oszacowanie kadr niezbędnych do zaspokojenia potrzeb w zakresie opieki długoterminowej w początkowym okresie.

Biorąc od uwagę, że budowanie rynku OD wymaga czasu i zaufania między usługodawcami a płatnikiem / płatnikami, za uzasadnioną uznajemy koncepcję stopniowego obejmowania świadczeniami OD osób, w zależności od stopnia ich niesamodzielności. Osoby najbardziej niesamodzielne powinny zostać objęte świadczeniami w pierwszej kolejności. Trzeba jednak liczyć się z tym, że wsparcie dla tej grupy wymaga codziennie najwięcej czasu. W konsekwencji konieczne jest zatrudnienie większej liczby osób, na dodatek przygotowanych zawodowo do zapewnienia opieki, a nie tylko asystowania lub pomocy w prostych czynnościach. Szacunki zatrudnienia kolejnych opiekunów do większej liczby osób w grupach osób o mniejszym stopniu niesamodzielności nie mogą zatem polegać na prostym przeliczeniu na podstawie tej samej relacji liczby opiekunów do liczby podopiecznych. Konieczne jest również uwzględnienie różnic terytorialnych: na terenach o mniejszym zaludnieniu opiekunowie będą mieli do pokonania większą odległość między kolejnymi podopiecznymi, a zatem będą zużywali na to więcej czasu.

6. Określenie zasad regulacji rynku opieki długoterminowej.

Sformułowane powinny zostać czytelne, powszechnie obowiązujące zasady dopuszczania usługodawców na rynek opieki długoterminowej, wymagania wobec kadr takich podmiotów, poziom wyposażenia w sprzęty i urządzenia, zasady kontroli działalności i prowadzenia sprawozdawczości niezależnie od sektora, który dany podmiot reprezentuje. Celem kontroli musi być zapewnienie zaspokojenia konkretnych potrzeb świadczeniobiorców, a nie poszukiwanie ewentualnych nieprawidłowości w dokumentach i karanie podmiotu.

7. Utworzenie instytucji odpowiedzialnej / odpowiedzialnych za organizację opieki długoterminowej i gospodarkę finansową.

Efektom debaty publicznej i decyzji polityków powinny być decyzje o sposobie finansowania OD, początkowym i docelowym kształcie systemu OD oraz o strukturze płatników. Kluczowa sprawa jest ustalenie, czy finansowanie OD prowadzi jeden podmiot (jak w przypadku powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego), czy więcej. Nawet, jeśli miałyby to być jeden podmiot, to ze względu na ubezpieczeniowy charakter proponowanego rozwiązania, nie powinien to być NFZ, ale jednostka zachowująca odrębność prawną i dbająca o odrębność budżetu OD od budżetu NFZ i pomocy społecznej.

8. Opracowanie koncepcji kształcenia kadr na potrzeby opieki długoterminowej.

Przygotowanie zawodowe osób pracujących w opiece długoterminowej powinno być zadaniem administracji samorządowej na szczeblu województwa. System kształcenia kadr powinien być konstruowany i modyfikowany zależnie od rozpoznanych zmian w popycie na usługi opiekuńcze i pielęgnacyjne. Ze względu na konieczność zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń, konieczne jest kontrolowanie (w ramach regulacji rynku OD), czy istnieje zgodność między określonymi standardami zatrudnienia i jego faktyczną strukturą.

9. Przygotowanie szczegółowych projektów rozwiązań.

Na poziomie centralnym powinna powstać swego rodzaju mapa drogowa, pokazująca ścieżkę dojścia do sformułowanego w polityce opieki długoterminowej celu oraz kamienie milowe, będące punktami, pozwalającymi na porównanie planów z faktycznymi efektami. Już po zatwierdzeniu aktów wykonawczych tego samego rodzaju mapy powinny zostać przygotowane na poziomie województw, wzbogacone jednak o szczegółowe dane dotyczące istniejącej infrastruktury, zasobów OD na terenie województwa oraz rozpoznanego zapotrzebowania na usługi. Szczegółowe rozwiązania w skali województw i w skali lokalnej mogą się między sobą różnić, bowiem odmienne są między innymi sytuacja demograficzna i społeczna, jak też warunki na rynku pracy. W przygotowaniu szczegółowych rozwiązań powinien uczestniczyć zespół złożony z przedstawicieli płatnika, administracji samorządowej, pacjentów i ich opiekunów oraz usługodawców.

10. Przygotowanie projektów aktów prawnych: ustawy dotyczącej opieki długoterminowej, ustaw zmieniających obowiązujące oraz aktów wykonawczych, tak by mogły wejść w życie w zbliżonym do siebie terminie i stworzyły podstawy prawne dla systemu opieki długoterminowej.

Niezwykle istotne dla powodzenia całego projektu jest staranne przygotowanie wszystkich aktów wykonawczych, które powinny wejść w życie w ustalonych wcześniej terminach, by nie spowalniać lub blokować innych działań. Koordynacja tych działań powinna spoczywać w odpowiedniej komórce administracji centralnej. Dostrzegając potrzebę uniknięcia ewentualnych sporów kompetencyjnych, opowiadamy się za ulokowaniem takiej komórki w Kancelarii Premiera oraz za powołaniem osoby koordynatora w randze sekretarza stanu. Pozwoli to nie tylko na bardziej sprawne zarządzanie implementacją rozwiązania i opieką długoterminową w przyszłości, ale także da wyraz znaczeniu, jakie władze publiczne powinny przywiązywać do tego problemu.

Bibliografia

- Bakalarczyk R. (2016), Wsparcie osób starszych w środowisku zamieszkania w Szwecji, w: Błędowski P., Szatur-Jaworska B (red.), System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania - przegląd sytuacji, propozycja modelu, RPO, Warszawa
- Bakalarczyk R. (2018), Polityka wsparcia nieformalnych opiekunów niesamodzielnych osób starszych. Na podstawie zmian prawnych w latach 2003-2015, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego
- Barr N. (2016), Ekonomia polityki społecznej, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań
- Błędowski P, Karczmarzka E. (2018), Czynniki wpływające na poziom wydatków publicznych na opiekę długoterminową w wybranych krajach Europy, „Ubezpieczenia społeczne. teoria i praktyka” nr 3
- Błędowski P. (2016), System wsparcia dla osób starszych w Niemczech, w: Błędowski P., Szatur-Jaworska B (red.), System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania - przegląd sytuacji, propozycja modelu, RPO, Warszawa
- Błędowski P. (2018), Evolucja społecznego ubezpieczenia w Niemczech, „Ubezpieczenia Społeczne. Teoria i praktyka”, nr 3
- Bouget D., Spasova, S., Vanhercke B. (2016), Work-life balance measures for persons of working age with dependent relatives in Europe A study of national policies, European Social Protection Network, Brussels, European Commission
- Brittain K., Corner L., Robinson L., Bond J. (2010), Ageing in place and technologies of place: the lived experience of people with dementia in changing social, physical and technological environments, "Sociology Health & Illness", 32 (2), s. 272-287
- Carrera F., Pavolini E., Ranci C., Sabbani A. (2013), Long-Term Care Systems in Comparative Perspective: Care Needs, Informal and Formal Coverage, and Social Impacts in European Countries, w: Ranci C., Pavolini E. (red.), Reforms in Long-Term Care Policies in Europe: Investigating Institutional Change and Social Impacts, Springer
- Chodounska H. (2017), Každý osmý starší 65 let pobírá příspěvek na péči, Časopis ČSÚ Statistika & My, <http://www.statistikaamy.cz/2017/04/kazdy-osmy-starsi-65-let-pobira-prispevek-na-peci>
- Colombo F., Llana-Noza A., Mercier J., Tjadens F. 2011, Help wanted? Providing and paying for Long-term Care, OECD Publishing, Paris
- Da Roit B., Gori C. (2019), The transformation of cash-for-care schemes in European long-term care policies, Social Policy & Administration, vol. 53 (4), s. 515-518
- Da Roit B., Le Bihan, B. (2010), Similar and yet so Different: Cash-for-Care in Six European Countries' Long-term Care Policies, The Millbank Quarterly, vol. 88 (3), s. 286-309
- Da Roit B., Moreno-Fuentes, F. (2019), Cash for care and care employment:(Missing) debates and realities, Social Policy & Administration, vol. 53 (4), s. 596-611
- Department of Health and Social Care (25.01.2018 r.), Whole Systems Demonstrators. An Overview of Telecare and Telehealth, <https://joinup.ec.europa.eu/sites/default/files/document/2014-12/Whole%20Systems%20Demonstrators%20an%20overview%20of%20telecare%20and%20telehealth.pdf>
- Doughty K., Cameron K., Garner P. (1996), Three generations of telecare of the elderly, "Journal of telemedicine and telecare", nr 2(2), s. 71-80.
- EASPD (2019), How to fund quality care and support services: 7 key elements, https://www.easpd.eu/sites/default/files/sites/default/files/bucharest_2019_conference_report_2.pdf
- Eurofound (2015), Working and caring: Reconciliation measures in times of demographic change, Publications Office of the European Union, Luxembourg
- European Commission (2007), Special Eurobarometer 283: Health and long-term care in European Union
- Fernandez J.-L., Forder J., Knapp M. (2011), Long-term care, w: Glied S., Smith P. (red.), The Oxford Handbook of Health Economics, Oxford University Press
- Fernandez J., Forder J. (2010) Equity, Efficiency, and Financial Risk of Alternative Arrangements for Funding Long-term Care Systems in an Ageing Society, Oxford Review of Economic Policy, vol. 26 (4)
- Fujisawa R., Colombo F. (2009), The Long-term Care Workforce: Overview and Strategies to Adapt Supply to a Growing Demand, OECD Health working paper, no. 44
- Glennerster H. (2009), Understanding the Finance of Welfare, The Policy Press, Bristol
- Golinowska S. (2011), „Srebrna gospodarka” i miejsce w niej sektora zdrowotnego. Koncepcja i regionalne przykłady zastosowania, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, nr 1
- Gori C. (2019), Changing long-term care provision at the local level in times of austerity - a qualitative study, Ageing & Society, vol. 39(9), s. 2059-2084
- GUS (2018) Rola sektora non-profit w dostarczaniu usług społecznych w latach 2014-2016, Warszawa
- Handbook of Gerontology. Evidence-based Approaches to Theory, Practice, and Policy (2007), J. A. Blackbury, C. N. Dulmus (eds.), John Wiley & Sons, Inc, Hoboken
- Hohnerlein, E. M. (2018), Long-Term Care Benefits and Services in Italy, w: U. Becker, H.-J. Reinhard (red.) w: Long-Term Care in Europe. A Juridical Approach, Springer International Publishing, Basel s. 229-307
- Holmerová I., Vaňková H., Wija P. (2013), Opportunities and Challenges for Integrated Provision of Long-term Care Services in the Czech Republic, w: Z. Széman (red.), Challenges of Ageing Societies in the Visegrad Countries: Hungary, Czech Republic, Poland, Slovakia, Hungarian Charity Service of the Order of Malta, Budapeszt, p. 91-103
- Johansson L., Long, H., Parker M.G. (2011), Informal Caregiving for Elders in Sweden: Analysis of Current Policy Developments, Journal of ageing and social policy, No. 23(4), s. 335-353
- Jurek Ł. (2016), Łączenie pracy zawodowej z opieką nad osobą starszą, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
- Koldínská K., Štefko M.(2018), The Czech Republic: No Promised Land for Carers and Persons Dependent on Long-Term Care, w: U. Becker, H.-J. Reinhard (red.) w: Long-Term Care in Europe. A Juridical Approach, Springer International Publishing, Basel, s. 57-92
- Korpi W., Palme, J. (1998), The Paradox of Redistribution and Strategies of Equality: Welfare State Institutions, Inequality, and Poverty in the Western Countries, American Sociological Review, vol. 63, no. 3
- Kubalčíková K., Havlíková J. (2016), Current developments in social care services for older adults in the Czech Republic: Trends towards deinstitutionalization and marketization, „Journal of Social Service Research”, vol. 42(2), s. 180-198
- Kubalčíková K., Szűdi G., Szűdi J., Havlíková J. (2017), The de-institutionalisation of care for older people in the Czech Republic and Slovakia: national strategies and local outcomes, w: (red) F. Martinelli, A. Anttonen, M. Mätzke, Changes, Social services disrupted. Challenges and Policy Implications for Europe in Times of Austerity, Edward Elgar Publishing, s. 239-258
- Kubicki P. (2017), Polityka publiczna wobec osób z niepełnosprawnościami, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa
- Kubicki P. (2018), Opieka długoterminowa i niezależne życie w społeczności lokalnej w kontekście Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych. „Ubezpieczenia Społeczne. Teoria i praktyka”, nr 3, 71-82
- Kurek S. (2012), Przemiany demograficzne w Polsce w świetle teorii drugiego przejścia demograficznego w ujęciu przestrzennym, „Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Wydziałowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach”, A. Rączaszek (red.), Katowice
- Ljunggren G., Emilsson T. (2009), The Role of Informal Care in Long Term Care, Sweden National Report, Stockholm
- Łuczak P. (2015), Opieka długoterminowa w Polsce i w Republice Czeskiej, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań
- Łuczak P. (2018), How do pension and healthcare systems frame long-term care policy? Comparison of the Czech Republic and Poland, Social Policy & Administration, vol 52 (7)
- Łuczak P. (2017), Opiekunowie dorosłych osób niepełnosprawnych w Polsce i ich aktywność zawodowa, „Polityka Społeczna”, 8, s. 36-41
- Łuczak P. (2018a), System oceny stopnia niesamodzielności a realizacja celów reformy opieki długoterminowej: przykład Czech, „Polityka Społeczna”, nr tematyczny 2, s. 30-34
- Łuczak P. (2018b), Regulacja opieki długoterminowej w Europie w zakresie opieki nad osobami starszymi: przegląd rozwiązań, „Ubezpieczenia Społeczne. Teoria i praktyka”, nr 3, s. 3-18
- Marczak J., Wistow, G. (2016), Commissioning long-term care services, w: (red.) C. Gori, J. L. Fernandez, R. Wittenberg, Long-term carereforms in OECD countries. Policy Press
- Marska-Dzioba N. (2015), Świadczenia dla opiekunów w krajach Unii Europejskiej, „Ubezpieczenia Społeczne. Teoria i praktyka”, nr 2, s. 33-40
- Mazurek J., Szcześniak D., Urbańska K., Dröes R-M., Rymaszewska J. (2019), Met and Unmet Care Needs of Older People with Dementia Living at Home: Personal and Informal Carers' Perspectives, "Dementia" 18 (6): 1963-75 <https://doi.org/10.1177/1471301217733233>
- Meagher G., Szebehely M. (red.) (2013), Marketisation in Nordic elder care: a research report on legislation, oversight, extent and consequences, Department of social work, Stockholm University, Stockholm

- Meagher G., Szebehely M. (2019), The politics of profit in Swedish welfare services: Four decades of Social Democratic ambivalence. *Critical Social Policy*, vol. 39(3), 455-476
- Müller B. (2018), Privatization and Marketization of Long-Term Residential Care in Germany: Effects on Care and Care Work. *Social Policies*, (1), s. 29-50
- Nadash, P., Cuellar, A. E. (2017), The emerging market for supplemental long term care insurance in Germany in the context of the 2013 Pflege-Bahr Reform. *Health policy*, vol. 121(6)
- OECD (2017), Preventing Ageing Unequally, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264279087-en>
- OECD, Health Statistics, https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_LTCR
- Olshansky S.J., B.A. Carnes, Cassel Ch.K. (1993), The aging of the human species, „Scientific American”, nr 268 (4), s. 46-52
- ONZ, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). World Population Prospects 2019, baza danych dostępna na stronie: <https://population.un.org/wpp/DataQuery/>
- Östlund B. (2004), Social science research on technology and the elderly - does it exist?, „Science Studies”, 17 (2), s. 44-62
- Pawlińska-Chmara R. (2016), Teleopieka - wyzwanie i system wzmocnienia bezpieczeństwa dla samorządów w opiece nad osobą starszą, „Studia Ekonomiczne” nr 290, s. 154
- Pfau-Effinger, B., 2005, Welfare State Policies and Development of care Arrangements, *European Societies*, vol. 7(2)
- Plak, J. (2016), Wsparcie osób starszych w środowisku zamieszkania we Włoszech, w: (red.), B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania. Przegląd sytuacji. Propozycja modelu, Rzecznik Praw Obywatelskich, Warszawa, s. 225-246
- Prognoza ludności na lata 2014-2050, GUS, Warszawa 2014
- Prognoza ludności rezydującej dla Polski na lata 2015-2050, GUS, Warszawa 2016
- Przybyłowicz, A. (2017), Ubezpieczenie pielęgnacyjne w Republice Federalnej Niemiec, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa
- Ranci C., Pavolini E. (2015), Not all that glitters is gold: Long-term care reforms in the last two decades in Europe, *Journal of European Social Policy*, Vol. 25(3)
- Ranci C. (2015), The Long-Term Evolution of the Government-Third Sector Partnership in Italy: Old Wine in a New Bottle?, *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, vol. 26(6)
- Ranci C., Arlotti, M. (2019), Resistance to change. The problem of high non-takeup in implementing policy innovations in the Italian long-term care system, *Policy and Society*, s. 1-17
- Rosset E. (1967), Ludzie starzy. Studium demograficzne, PWE, Warszawa, s. 67
- Sanders C., Rogers A., Bowen R., Peter Bower P., Hirani S., Cartwright M., Fitzpatrick R., Knapp M., Barlow J., Hendy J., Chrysanthaki T., Bardsley M., Newman P. S. (2012), Exploring barriers to participation and adoption of telehealth and telecare within the Whole System Demonstrator trial: a qualitative study, *BMC Health Services Research*
- Schmidt E.A., Fuchs M., Rodrigues R. (2016), Juggling family and work - Leaves from work to care informally for frail or sick family members - an international perspective, policy brief
- Sobiesiak-Penszko P. (2015), Niewidzialna siła robocza. Migranci w usługach opiekuńczych nad osobami starszymi, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa
- Szebehely, M., Trydegard G.B. (2012), Home care for older people in Sweden: a universal model in transition, *Health and Social Care in the Community*, vol. 20(3)
- Szlązak M., Piłat, A., Sarata, J. (2005), Opiekunowie rodzinni osób starszych - problemy, potrzeby, wyzwania dla polityki społecznej. Raport z badania, Kraków
- Szukalski P. (2006), Proces starzenia się ludności - przyczyny, etapy, konsekwencje, w: *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*, red. T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska, Via Medica, Gdańsk, s. 13-17
- Szukalski P. (2015), Suburbanizacja obszarów wielkomiejskich w Polsce, *Demografia i Gerontologia Społeczna - Biuletyn Informacyjny*, Nr 4
- Szukalski P. (2012), Trzy kolory: srebrny. Co to takiego silver economy?, *Polityka Społeczna*, nr 5-6, s. 6 i nast.
- Urbaniak A. (2018), Sytuacja opiekunów rodzinnych w kontekście sprawowania opieki nad osobami w wieku 60+ z terenu województwa łódzkiego, Regionalne Centrum Polityki Społecznej we Łodzi
- Uzasadnienie do projektu ustawy o świadczeniach opiekuńczych
- van Osch M.P.W.J., Bera D., Koks Y., van Hee K.M. (2012), Tele-operated service robots for household and care, w: *Proceedings full papers ISG*ISARC2012: joint conference of the 8th World Conference of the International Society for Gerontechnology (ISG) and the 29th International Symposium on Automation and Robotics in Construction (ISARC)*, red. Bronswijk J. E. M. H., van Maas G. J., van Gassel F. J. M., Eindhoven, Technische Universiteit Eindhoven, s. 263-269
- Wieczorowska-Tobis K., Specyfika pacjenta starszego <http://www.wydawnictwopzw.pl/download/228210100.pdf>
- Williams F., Moghaddam N., Ramsden S., De Boos D. (2018), Interventions for Reducing Levels of Burden amongst Informal Carers of Persons with Dementia in the Community. A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials, *Ageing & Mental Health*, listopad, 1-14 <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1515886>
- Zamorska K. (2010), Prawa społeczne jako program przebudowy polityki społecznej. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego

PARTNERZY RAPORTU



Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy im. Ks. J. Popiełuszki w Toruniu

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Nr 1 w Beżycach

Niepubliczny Zakład Opiekuńczo-Lecznicy dla Przewlekłe Chorych w Radomiu

Zakład Opiekuńczo-Lecznicy i Rehabilitacji Medycznej SP ZOZ w Poznaniu

TULMED Sp. z o.o. Niepubliczny Zakład Opiekuńczo-Lecznicy w Tulnikach

NZOZ Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy „ZACISZE” w Olkuszu

Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Długoterminowej w Augustowie

ISBN 978-83-948272-2-9



9 788394 827229