

**WYDANIE  
ZAKTUALIZOWANE  
I ROZSZERZONE**



**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 2020**



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

# OPIEKA DŁUGOTERMINOWA W POLSCE DZISIAJ I JUTRO

WYDANIE ZAKTUALIZOWANE I ROZSZERZONE

Raport opracowany przez zespół w składzie:

**dr Rafał Bakalarczyk**, Instytut Polityki Senioralnej

**prof. dr hab. Piotr Będowski**, 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**

Projekt badawczy zrealizowany dzięki wsparciu:

**Angelini Pharma Polska Sp. z o.o.**

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](mailto:biuro@niesamodzielnym.pl)

PUBLIKACJA BEZPŁATNA

Wersję elektroniczną można pobrać ze strony [www.niesamodzielnym.pl](http://www.niesamodzielnym.pl)

Warszawa, listopad 2020

ISBN 978-83-948272-5-0

© Koalicja "Na pomoc niesamodzielnym" - Związek Stowarzyszeń

Wszelkie prawa zastrzeżone

All rights reserved

<b>1. WSTĘP</b>	<b>5</b>
<b>2. PRZESŁANKI DEMOGRAFICZNE, SPOŁECZNE I EKONOMICZNE ZWIĘKSZENIA ZAPOTRZEBOWANIA NA ŚWIADCZENIA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ</b>	<b>7</b>
2.1. Proces starzenia się populacji	7
2.2. Przesłanki społeczne i ekonomiczne	15
2.3. Przesłanki dotyczące opieki nieformalnej	16
2.4. Przesłanki dotyczące opieki formalnej	17
2.5. Przesłanki dotyczące relacji między opieką nieformalną a opieką formalną	18
2.6. Przesłanki dotyczące procesu politycznego wokół opieki długoterminowej	18
<b>3. CHARAKTERYSTYKA ROZWIĄZAŃ ZAGRANICZNYCH</b>	<b>21</b>
3.1. Uwagi wstępne	21
3.2. Kryterium uprawniające do świadczeń: powszechność czy selektywność?	21
3.3. Dominujący instrument wsparcia: usługi czy transfery pieniężne?	22
3.4. Finansowanie	23
3.5. Opieka nieformalna	24
3.6. Przegląd rozwiązań w wybranych państwach	25
Czechy	25
Włochy	26
Szwecja	28
Niemcy	30
<b>4. PROPOZYCJE ROZWIĄZAŃ MAJĄCYCH NA CELU KONSTRUKCJĘ NOWOCZESNEGO, KOMPLEKSOWEGO SYSTEMU OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W POLSCE</b>	<b>33</b>
4.1. Cele i struktura systemu opieki długoterminowej zgodnie z zasadą subsydiarności	33
4.2. Podmioty publiczne i komercyjne w systemie opieki długoterminowej	35
Rekomendacje na rzecz zmian	37
4.3. Organizacje pozarządowe w systemie opieki długoterminowej	38
Finansowanie i rozwój trzeciego sektora w ramach systemu opieki długoterminowej	39
Podsumowanie	40
4.4. Opiekunowie nieformalni w systemie opieki długoterminowej	40
Zabezpieczenie socjalno-finansowe rodzin	41
Godzenie pracy z opieką	42
Opieka wytchnieniowa i usługi wspomagające opiekuna	43
Usługi dla opiekunów nieformalnych	43
Relacja między sektorem nieformalnym a pozostałymi sektorami w opiece długoterminowej	44
4.5. Regulacja rynku opieki długoterminowej	44
Standardy w opiece długoterminowej: ujęcie koncepcyjne	45
Wymagania wobec podmiotów opiekuńczych i kadr	47
Monitorowanie jakości opieki	47

4.6.	Orzecznictwo .....	49
4.7.	Organizacja i finansowanie świadczeń – rozwiązania wariantowe .....	50
4.8.	Teleopieka .....	54
	Finansowanie .....	56
4.9.	Opiekunowie formalni: pracownicy sektora opieki długoterminowej .....	57
	Pracownicy sektora opieki długoterminowej: charakterystyka .....	57
	Kwalifikacje zawodowe w opiece długoterminowej .....	58
	Warunki pracy w opiece długoterminowej .....	61
	Migranci jako pracownicy sektora opieki długoterminowej w Polsce .....	61

## **5. PANDEMIA COVID-19 A OPIEKA DŁUGOTERMINOWA W POLSCE ..... 63**

5.1.	Kontekst: pandemia a system opieki długoterminowej .....	63
5.2.	Problemy w placówkach opieki stacjonarnej .....	63
	Uwagi ogólne .....	63
	Sytuacja w Polsce .....	64
5.3.	Pandemia a opieka pozainstytucjonalna .....	66
	Główne problemy osób zależnych w warunkach pozainstytucjonalnych w Polsce .....	66
5.4.	Rekomendacje .....	68
	Rekomendacje dla sektora opieki stacjonarnej .....	68
	Rekomendacje dla sektora opieki pozainstytucjonalnej .....	68
	Rekomendacje długoterminowe i systemowe .....	69

## **6. WYBRANE PROBLEMY OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W KONTEKŚCIE ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH ORAZ CHOROBY OTĘPIENNYCH ..... 71**

6.1.	Wprowadzenie .....	71
6.2.	Zaburzenia psychiczne wśród dzieci i dorosłych .....	71
6.3.	Choroby otępienne .....	74
6.4.	Rekomendacje .....	75

## **7. ZAKOŃCZENIE ..... 77**

	Bibliografia .....	79
--	--------------------	----

# 1. WSTĘP

Oddajemy do rąk Czytelnika drugie, zaktualizowane i uzupełnione wydanie raportu. Rok, jaki upłynął od przedstawienia pierwotnej wersji, nie przyniósł przełomu w dyskusji nad koncepcją opieki długoterminowej w Polsce. Z ogólnie znanych przyczyn przyniósł natomiast pogorszenie sytuacji samych pacjentów / podopiecznych. Tym bardziej konieczna i pilna staje się debata nad organizacją i finansowaniem opieki długoterminowej.

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 udźwignięcia.

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 trwać 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 szanse 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.

W tekście zaktualizowane zostały dane demograficzne oraz wprowadzone są informacje o najnowszej sytuacji. Dwa nowe rozdziały dotyczą wpływu pandemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2 na opiekę długoterminową w Polsce oraz organizacji opieki długoterminowej nad osobami dotkniętymi chorobami psychicznymi i otępiennymi. Oba te problemy zasługują na dołączenie do listy najważniejszych z punktu widzenia organizacji opieki nad najstarszymi w Polsce.

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 niesamodzielnymi, niezależnie od ich wieku. Zadaniem dla władz państwowych i samorządowych jest budowa systemu opieki długoterminowej, który zapewniłby godność osobom niesamodzielnymi<sup>1</sup> 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 wchodziły 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 wydłużania 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

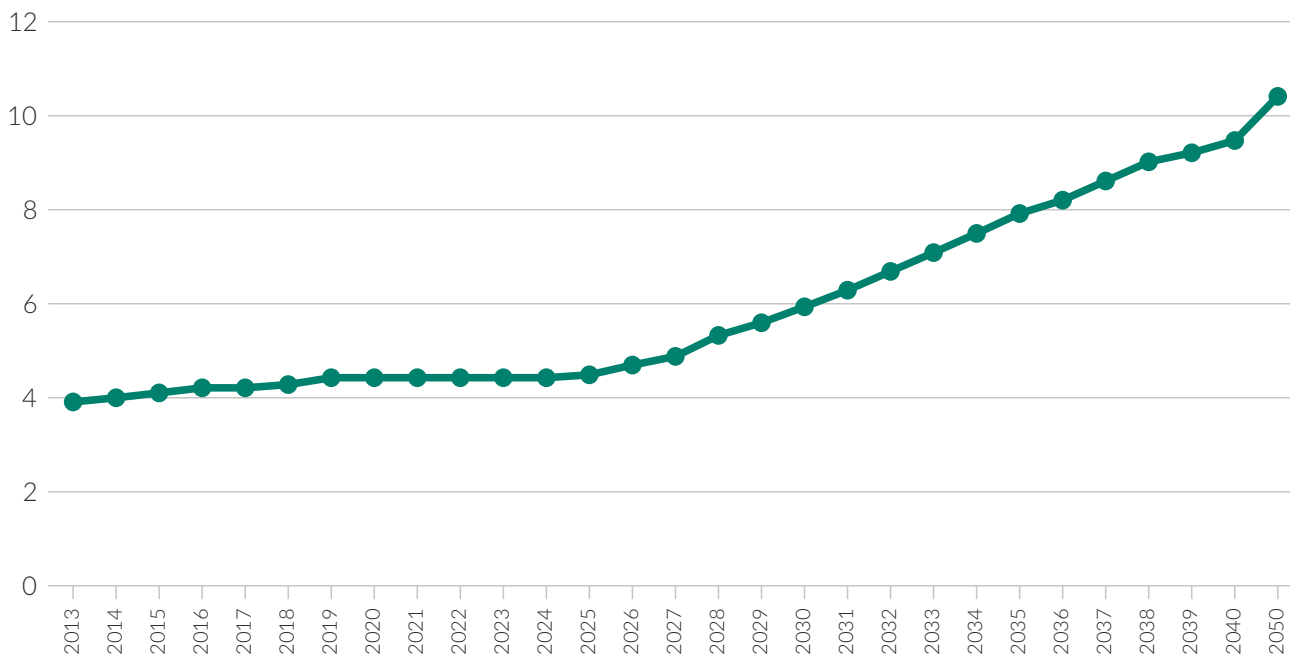
Źródło: Organizacja Narodów Zjednoczonych, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). World Population Prospects 2019, baza danych dostępna na stronie: [population.un.org/wpp/](http://population.un.org/wpp/) DataQuery.

<sup>1</sup> W tekście pod terminem „osoba niesamodzielną” 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 więcej<sup>2</sup>. 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 samodzielnie<sup>3</sup>. 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.

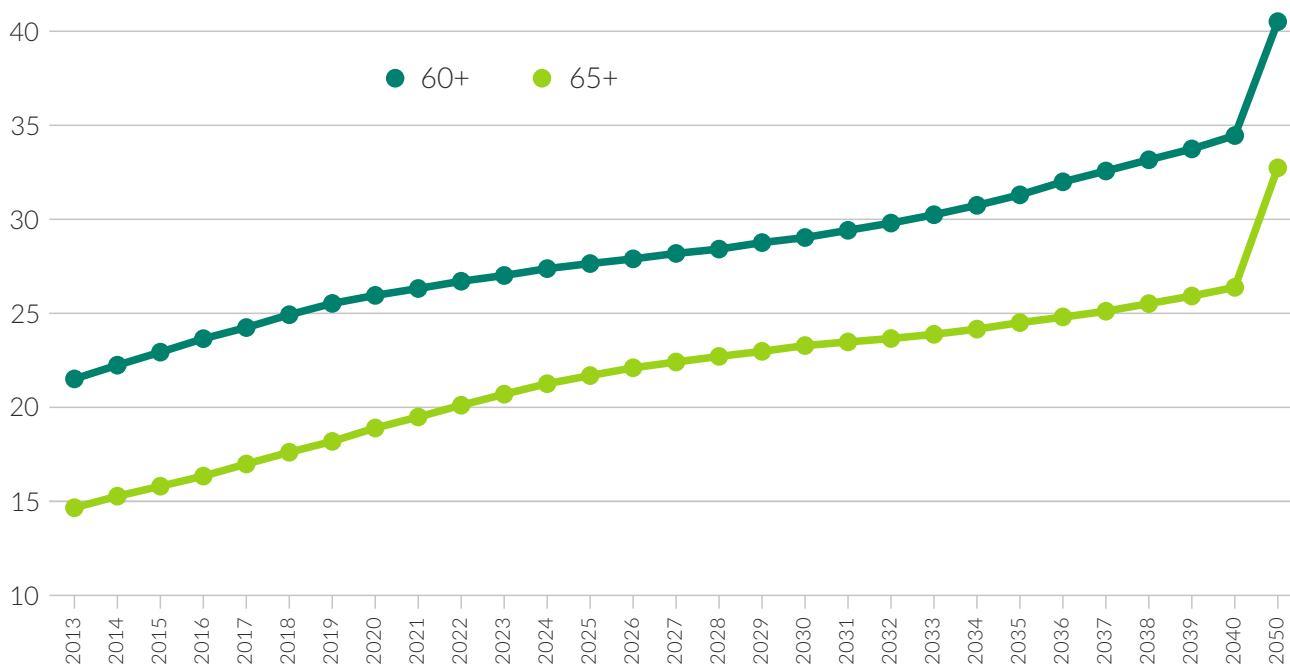
<sup>2</sup> Ze względu na heterogeniczność subpopulacji osób starszych w demografii przyjmuje się następujący podział: „młodszy starzy” to osoby w wieku 65-74, często aktywne zawodowo i społecznie, „starsi starzy” - 75-80/85 lat, oraz „najstarsi starzy” 80/85 lat i więcej to osoby wymagające wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności. (Handbook, 2007)

<sup>3</sup> 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**

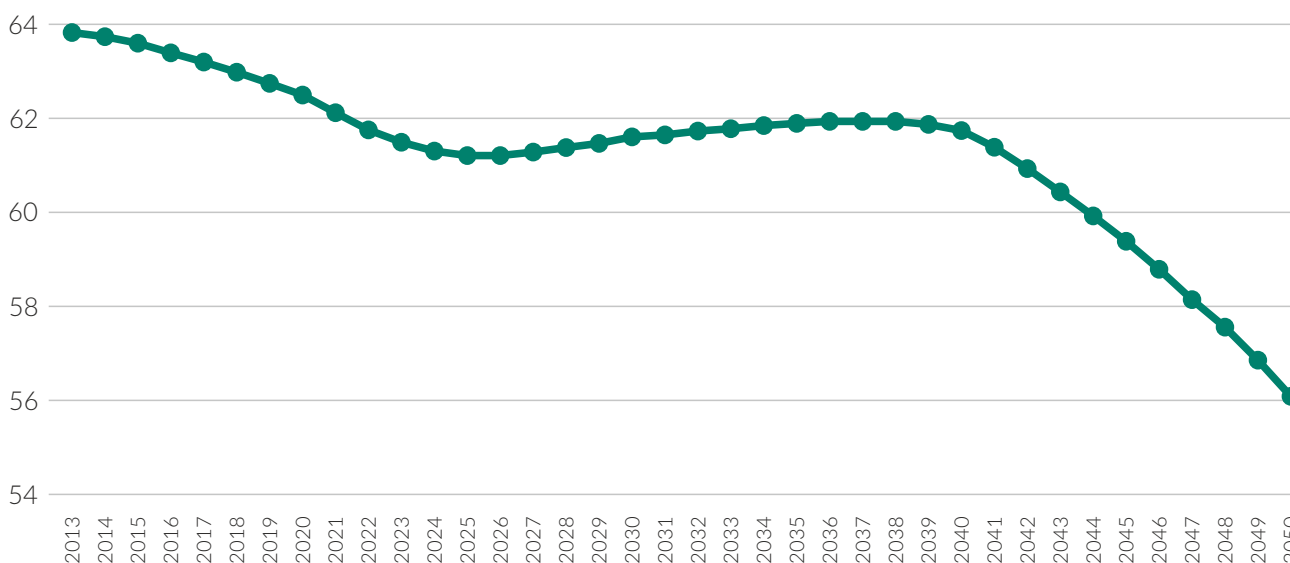


Źródło: Prognoza ludności rezydującej dla Polski na lata 2015-2050, GUS, Warszawa 2016.

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 liczny 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 znacznie 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.

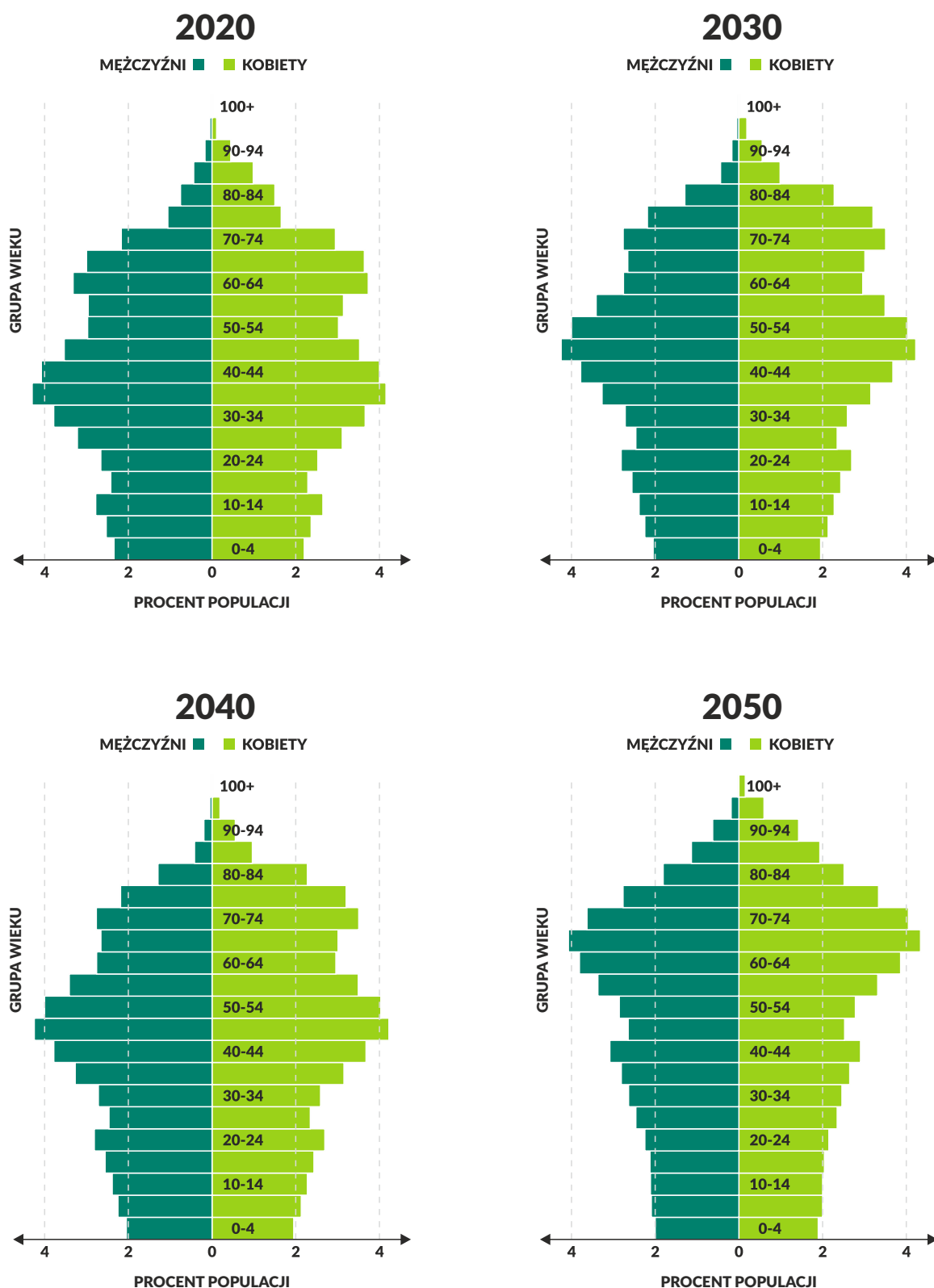
**Wykres 3. Udział osób w wieku produkcyjnym w populacji Polski (w %) w latach 2013-2050**



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
<b>POLSKA</b>	15,8	18,9	21,7	23,3	24,5	26,4	29,3	32,7
<b>DOLNOŚLĄSKIE</b>	16,2	20,0	23,1	24,4	25,1	26,9	29,9	33,5
<b>KUJAWSKO-POMORSKIE</b>	15,3	18,5	21,6	23,2	24,5	26,6	29,4	32,8
<b>LUBELSKIE</b>	16,4	19,3	22,2	24,1	25,6	27,9	31,0	34,7
<b>LUBUSKIE</b>	14,7	18,5	21,8	23,4	24,4	26,4	29,4	32,9
<b>ŁÓDZKIE</b>	17,6	20,9	23,7	25,0	26,0	28,0	30,9	34,2
<b>MAŁOPOLSKIE</b>	15,3	17,7	20,0	21,6	23,0	25,1	27,8	31,2
<b>OPOLSKIE</b>	16,4	19,6	22,8	25,3	27,3	29,5	32,5	36,1
<b>PODKARPACKIE</b>	14,9	17,6	20,4	22,6	24,4	26,8	29,9	33,5
<b>PODLASKIE</b>	16,1	18,6	21,8	24,2	26,1	28,5	31,4	35,1
<b>POMORSKIE</b>	14,7	17,7	20,3	21,7	22,6	24,4	27,0	30,0
<b>ŚLĄSKIE</b>	16,7	20,0	23,1	24,8	26,0	27,9	30,6	34,0
<b>ŚWIĘTOKRZYSKIE</b>	17,2	20,5	23,6	25,4	26,9	29,1	32,2	36,0
<b>WARMIŃSKO-MAZURSKIE</b>	14,0	17,4	20,9	23,0	24,5	26,5	29,4	32,9
<b>WIELKOPOLSKIE</b>	14,6	17,5	20,2	21,7	22,7	24,7	27,5	30,9
<b>ZACHODNIO-POMORSKIE</b>	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
<b>POLSKA</b>	4,1	4,4	4,5	5,9	7,9	9,5	10,0	10,4
<b>DOLNOŚLĄSKIE</b>	4,2	4,4	4,3	6,1	8,5	10,1	10,3	10,3
<b>KUJAWSKO-POMORSKIE</b>	3,7	4,1	4,1	5,8	7,8	9,4	10,0	10,5
<b>LUBELSKIE</b>	4,5	4,8	4,9	6,3	8,3	10,0	10,8	11,5
<b>LUBUSKIE</b>	3,5	3,8	3,8	5,7	7,9	9,6	10,0	10,1
<b>ŁÓDZKIE</b>	4,6	4,7	4,8	6,6	8,6	10,2	10,5	10,9
<b>MAŁOPOLSKIE</b>	4,1	4,5	4,5	5,6	7,1	8,6	9,3	9,9
<b>OPOLSKIE</b>	4,1	4,9	4,8	6,2	8,2	10,2	11,3	12,2
<b>PODKARPACKIE</b>	4,0	4,4	4,4	5,6	7,4	9,1	10,2	11,0
<b>PODLASKIE</b>	4,8	5,1	5,1	6,2	8,0	10,1	11,4	12,3
<b>POMORSKIE</b>	3,6	4,0	4,0	5,5	7,3	8,7	9,1	9,4
<b>ŚLĄSKIE</b>	3,9	4,6	5,0	6,4	8,4	10,1	10,8	11,2
<b>ŚWIĘTOKRZYSKIE</b>	4,7	5,0	5,0	6,6	8,8	10,7	11,4	11,9
<b>WARMIŃSKO-MAZURSKIE</b>	3,6	3,9	3,9	5,3	7,4	9,4	10,2	10,7
<b>WIELKOPOLSKIE</b>	3,5	3,7	3,7	5,5	7,2	8,6	9,0	9,4
<b>ZACHODNIO-POMORSKIE</b>	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.

Zaprezentowane zmiany demograficzne wskazują na postępujące starzenie się populacji, które z jednej strony wpływa na zwiększanie się zapotrzebowania na różnego rodzaju usługi opiekuńcze (zarówno pielęgnacyjne, jak i medyczne), a z drugiej strony wpływa na zmniejszenie się populacji potencjalnych opiekunów. Zmniejszenie się populacji potencjalnych opiekunów działa dwutorowo. Z jednej strony zmniejsza się rodzinny potencjał opiekuńczy poprzez zmniejszanie się liczby potencjalnych opiekunów przy jednoczesnej konieczności opieki nad członkami kilku generacji. Z drugiej strony zmniejszeniu ulegają potencjalne zasoby pracy, z których rekrutują się osoby świadczące usługi opiekuńcze m.in. opiekunki środowiskowe.

Do zmniejszenia się potencjału opiekuńczego rodziny przyczyniły się przemiany społeczno-demograficzne, jakim podlega instytucja rodziny. Zmianie ulega zarówno struktura rodziny poprzez zmniejszenie liczby dzieci w rodzinie, jak i funkcje przez nią wypełniane. Zmniejszeniu uległa wielkość rodziny, coraz częściej pojawia się bezdzietność. W pokoleniu echa wyżu demograficznego, czyli wśród osób urodzonych w pierwszej połowie lat osiemdziesiątych ub. w. około 30% kobiet pozostanie bezdzietnych. Obniżenie płodności i umieralności mają także wpływ na wielkość rodziny rozszerzonej, czyli „sieci rodzinnej” obejmującej osoby spokrewnione lub spowinowacone (Balcerzak-Paradowska 2004). Wskutek zmniejszania się liczby żyjących krewnych stanowiących potencjalne źródło pomocy pogorszy się w przyszłości dostęp osób starszych do opieki rodzinnej (Szukalski 2000). W związku z wydłużaniem się przeciętnego dalszego trwania życia zwiększył się udział osób dorosłych mających żyjących rodziców i dziadków, którzy wymagają różnego rodzaju wsparcia lub pomocy. Pojawiają się rodziny trzy- i cztero-pokoleniowe, a nawet na krótko pięciopokoleniowe, zwiększyło się prawdopodobieństwo występowania rodzin, w których żyją pradiadkowie, dziadkowie i rodzice. Struktura rodziny przekształcała się z horyzontalnej w wertykalną, a więc wielopokoleniową. Taka przemiana przyczynia się do kształtowania nowych jakościowo relacji pomiędzy starszą a młodszą generacją poprzez możliwość dłuższego obcowania z wnukami, a także z prawnukami. W wyniku postępujących procesów nuklearyzacji i modernizacji rodzina w coraz mniejszym stopniu może wypełniać obowiązki wcześniej uznawane za należące do niej w naturalny sposób. Małżeństwa stają się mniej trwałe, wzrasta liczba rozwodów, separacji i zwiększa się rola związków partnerskich (Szukalski 2007). Oprócz rodzin tworzonych przez parę małżeńską (z dziećmi lub bez) oraz rodzin niepełnych pojawiły się rodziny tworzone przez pary kohabitujące, posiadające potomstwo lub nie, rodziny zrekonstruowane, związki, w których partnerzy nie zamieszkują wspólnie. Występowanie nieformalnych form rodziny powoduje trudności w określaniu wzajemnych praw i obowiązków jej członków (Szukalski 2002). Dodatkowym czynnikiem wpływającym na zmienność potencjału opiekuńczego rodziny nad seniorami są migracje ludności. Konsekwencją migracji osób młodszych jest nie tylko zmniejszenie udzielanej pomocy przez rodzinę, ale także wzrost osamotnienia ludzi starszych.

Przemiany modelu rodziny powodują zmniejszanie się prawdopodobieństwa uzyskania wsparcia rodzinnego przez osobę starszą. Po pierwsze, coraz częściej występująca bezdzietność sprawia, że osoby starsze nie mają potencjalnych opiekunów. W razie rozwodu opieka rodzicielska jest przyznawana najczęściej matce. Następstwem jest brak silnej więzi emocjonalnej łączącej ojca z dzieckiem, a to wpływa na zmniejszenie się chęci sprawowania opieki nad ojcem w przyszłości. Również osoby żyjące w związku kohabitacyjnym są bardziej narażone na samotność i brak opieki ze strony konkubenta w ostatniej fazie życia (Slany 2008). Gdy w takim związku pojawiają się dzieci, prawdopodobieństwo, że będą pomagały swoim starszym rodzicom, jest mniejsze niż w sformalizowanym związku (wynika to z częstszego rozpadu kohabitacji). Tak więc trzy grupy są szczególnie narażone na brak

opieki w okresie starości: osoby bezdzietne, rozwiedzione oraz pozostające w związkach nieformalnych. Liczebność tych grup będzie się zwiększać, powodując konieczność przejścia funkcji rodziny przez podmioty publiczne.

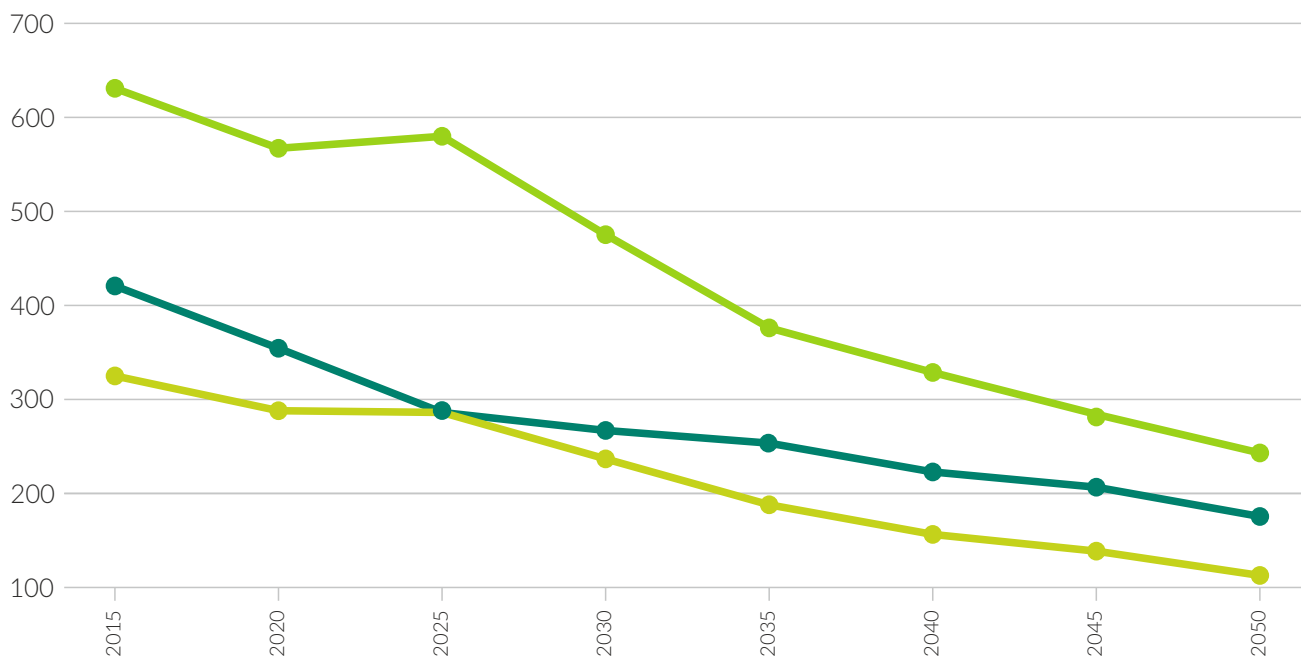
Z punktu widzenia opieki nad osobami niesamodzielnymi wertykalizacja sieci rodzinnej jest jednym z najistotniejszych czynników wpływających na zwiększenie się liczby osób wymagających pomocy przy jednoczesnym zmniejszeniu się liczby potencjalnych opiekunów osób starszych. Jednak przemiany rodziny, a szczególnie zmniejszenie się liczby dzieci w rodzinie, wpływa także na wielkość potencjalnych zasobów pracy. W wiek produkcyjny wchodzi coraz mniej liczne roczniki, podczas gdy w kolejne fazy starości wkraczają liczne roczniki powojennego wyżu demograficznego. Do oceny potencjału opiekuńczego służą trzy wskaźniki:

- współczynnik potencjalnego wsparcia (potential support ratio) obrazujący liczbę osób w wieku 15-64 przypadającą na 100 osób w wieku 65 lat i więcej;
- współczynnik wsparcia rodziców (parent support ratio) obrazujący liczbę osób w wieku 85 lat i więcej przypadającą na 100 osób w wieku 50-64;
- współczynnik potencjału pielęgnacyjnego (caregiver support ratio) obrazujący liczbę osób w wieku 45-64 przypadającą na 100 osób w wieku 80 lat i więcej. Współczynnik ten liczony jest także jako relacja liczby kobiet w wieku 45-64 do 100 osób w wieku 80 lat i więcej.

Współczynniki te ilustrują potencjalne możliwości zaspokojenia potrzeb starzejącej się populacji. Wartość współczynnika potencjalnego wsparcia spadnie z 345 w 2020 r. do 272 w 2030 r. i do 177 w 2050 r. Taką samą tendencję obserwujemy w zmianach wartości współczynnika potencjału pielęgnacyjnego, który na przestrzeni najbliższych trzydziestu lat będzie maleł. Wartość tego współczynnika obniży się z 567 w 2020 r. do 471 w 2030 r. i 242 w 2050 r. (wykres 5). Współczynnik potencjału pielęgnacyjnego jest też często liczony przy uwzględnieniu, że to najczęściej kobiety świadczą usługi opiekuńcze i to zarówno w ramach sieci rodzinnej, jak i rynku pracy. Współczynnik obrazujący liczbę kobiet w wieku 45-64 lata przypadającą na 100 osób w wieku 80 lat i więcej zmaleje z 290 w 2020 r. do 236 w 2030 r. i 119 w 2050 r. Jednocześnie wzrastać będzie współczynnik wsparcia rodziców, czyli liczba osób w wieku, w którym wzrasta zapotrzebowanie na pomoc (85 lat i więcej) przypadająca na 100 potencjalnych opiekunów, czyli osoby w wieku 50-64 lata (wykres 6).

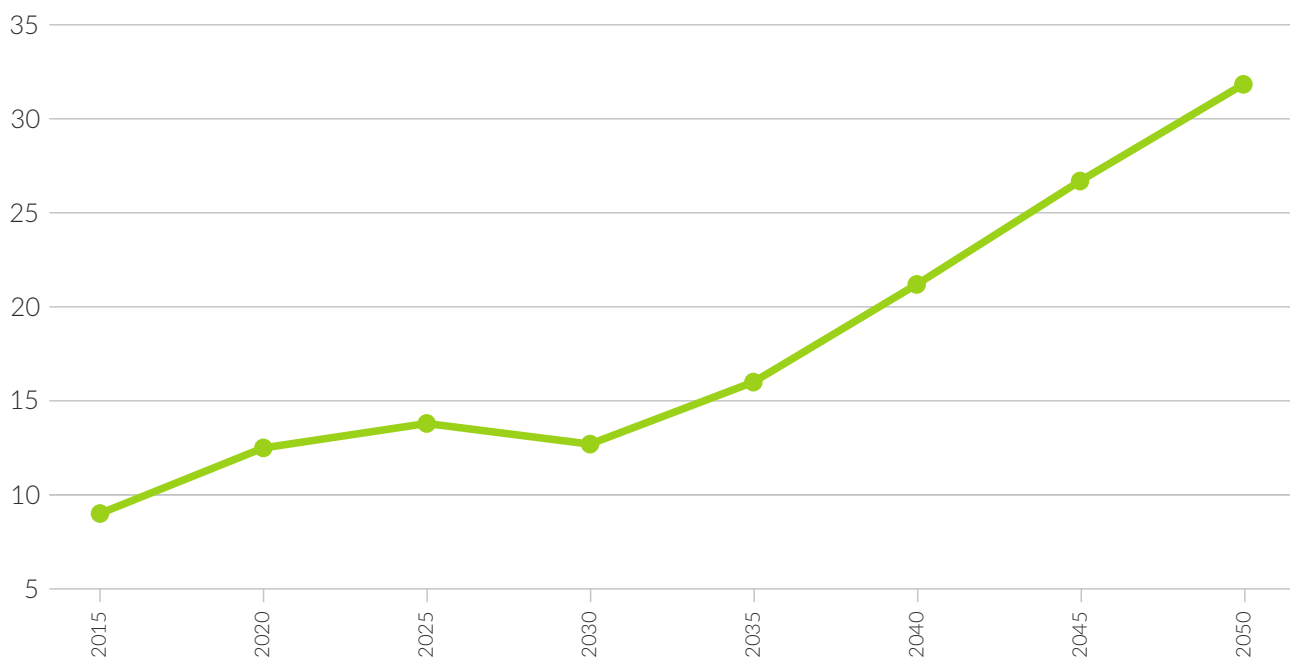
Spadek potencjału opiekuńczego rodziny będzie jedną z przyczyn kreujących popyt na różnorodne formy pomocy i wsparcia. Wzrastać będzie zapotrzebowanie na usługi w miejscu zamieszkania, czyli popyt na usługi pomocy środowiskowej oraz usługi świadczone w różnego rodzaju instytucjach. Jednak zmniejszający się potencjał opiekuńczy populacji wpłynie nie tylko na możliwość zaspokojenia potrzeb w obrębie rodziny, lecz także na możliwość ich zaspokojenia poprzez zakup usług na rynku opiekuńczym. Wyzwaniem dla rynku opiekuńczego będzie deficyt opiekunów i opiekunek, który już obserwujemy, a w nadchodzących dziesięcioleciach zjawisko to ulegnie pogłębieniu.

**Wykres 5. Współczynniki wsparcia, potencjału pielęgnacyjnego kobiety, potencjału pielęgnacyjnego ogółem w latach 2015-2050**



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

Wykres 6. Współczynnik wsparcia rodziców w latach 2015-2050



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

## 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 populacji<sup>4</sup>. 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.

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 zwiększenia nakładów na opiekę instytucjonalną, szczególnie nakładów finansowych na instytucjonalne formy pomocy najstarszym<sup>5</sup>.

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 (zwiększania) 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).

<sup>5</sup> 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 prowadzi 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 doświadczali 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 pozapłacowych.

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 komponentcie kontaktów międzypersonalnych. Niemniej jednak należy wskazać, że coraz większą popularnością cieszy się idea telemedycyny i teleopieki<sup>6</sup>. 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.

<sup>6</sup> 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 emerytury 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 uznać można 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 swojej 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 optacają 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 wyzwaniami, 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 odpowiedzialność na zarysowane wcześniej pytanie na wspólnotę polityczną. Innymi słowami, 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). Przyglądając 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, ciążyący 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 niesamodzielnym 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 / dostarczonego 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 konsumpcyjnego 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 uelastyczenie 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 społeczeństw<sup>7</sup> 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) (Błędowski, 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 pośród 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,

<sup>7</sup> 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 mało „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, mierzony czasem przeznaczanym na tego rodzaju aktywność. Przykładowo w krajach takich jak Polska, Grecja, Portugalia czy Hiszpania aż kilka procent dorosłej populacji deklarowało 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 dokonanego 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 subsydium 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 (Chodounská 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.**

### Wybrane fakty w obliczu epidemii COVID-19<sup>8</sup>

Czechy podczas tzw. pierwszej fali, wiosną 2020 roku, roku uznawane były za kraj, który bardzo dobrze poradził sobie z zagrożeniem epidemią SARS-CoV-2. Bardzo szybko wprowadzono daleko idące środki bezpieczeństwa: stan wyjątkowy ogłoszono 12 marca, gdy liczba zakażeń była niewielka. Czechy to także kraj, który był jednym z pionierów wprowadzenia obowiązku zasłaniania ust i nosa w przestrzeni publicznej. Późną wiosną i wczesnym latem doszło do zniesienia większości restrykcji, a 22 czerwca umożliwiono odwiedzanie wszystkich instytucji świadczących usługi społeczne, w tym usługi na rzecz osób starszych. Sytuacja epidemiczna znacząco pogorszyła się jesienią: zanotowano nagły wzrost zakażeń oraz zgonów spowodowanych COVID-19. Na początku października doszło do ponownego wprowadzenia stanu wyjątkowego. Wzrost zakażeń w domach opieki spowodował przygotowanie bezprecedensowego działania (ogłoszonego na początku listopada), polegającego na przeprowadzeniu szybkich testów antygenowych wykrywających SARS-CoV-2 wśród wszystkich osób mieszkających w domach opieki (zarówno w sektorze opieki zdrowotnej, jak i w sektorze usług społecznych) oraz wszystkich osób pracujących w tych instytucjach. Łączenie planuje się przetestować około 180 tysięcy osób.

### 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).

<sup>8</sup> Opracowano na podstawie <https://www.vlada.cz/en/media-centrum/aktualne/measures-adopted-by-the-czech-government-against-coronavirus-180545/> oraz [https://www.thenationalherald.com/coronavirus/arthro/the\\_czech\\_republic\\_is\\_launching\\_a\\_regular\\_testing\\_program\\_in\\_all\\_its\\_nursing\\_and\\_pensioner\\_homes-1142023/](https://www.thenationalherald.com/coronavirus/arthro/the_czech_republic_is_launching_a_regular_testing_program_in_all_its_nursing_and_pensioner_homes-1142023/).

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).

### **Efektyprzyjętych 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. Uprawnienie 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, Artlotti 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.**

### **Wybrane fakty w obliczu epidemii COVID-19<sup>9</sup>**

Pierwszy przypadek zachorowania we Włoszech został zarejestrowany już 30 stycznia 2020 roku. Włochy to pierwszy kraj poza Chinami, który został boleśnie dotknięty epidemią COVID-19. Próbuąc przedstawić sytuację we Włoszech należy mieć to na uwadze, gdyż wydaje się, że władze włoskie mogły nie docenić skali zagrożenia. Działania władz dotyczące sektora opiekuńczego zostały wprowadzone bardzo późno i były dość skromne. Dopiero po wprowadzeniu tzw. lockdownu, tj. 9 marca br. zakazano odwiedzin w domach opieki. Biorąc pod uwagę, że organizacja sektora opieki długoterminowej należy do zadań władz regionalnych, po wybuchu epidemii przyjęto bardzo różne regulacje dotyczące organizacji sektora. Brakowało natomiast jasnych wytycznych ze strony rządu centralnego czy parlamentu.

We Włoszech zanotowano po raz pierwszy bardzo wysoką liczbę zgonów w domach opieki. Informacja to była szokująca dla całego społeczeństwa, stała się także przestrożą, a często, niestety, złą wróżbą dla innych państw. Ze względu na bardzo ograniczoną liczbę testów wykonywanych w pierwszej fazie epidemii, nie da się precyzyjnie określić skali zgonów spowodowanych zakażeniem koronawirusem. We Włoszech rozpowszechniony jest pogląd, że działania mające na celu ograniczenie zakażeń SARS-CoV-2 zostały w dużej mierze scedowane na inicjatywy poszczególnych domów opieki, a te z kolei

<sup>9</sup> Opracowano na podstawie: Berloto, S., Notarnicola, E., Perobelli, E., Rotolo, A. (2020) Italy and the COVID-19 long-term care situation. Country report in LTCovid.org. International Long Term Care Policy Network, CPEC-LSE, 31st July 2020.

zależały od możliwości i chęci kierownictwa domów do podejmowania dodatkowych aktywności. Wsparcie ze strony instytucji publicznych było bardzo ograniczone. Jednym z głównych problemów dotyczących zarządzania kryzysem wywołanym przez epidemię był brak koordynacji między różnymi sektorami usług. Działania władz skoncentrowane były na kwestii szpitali, przede wszystkim po to by zapewnić im wydolność i bezpieczeństwo. Z tego względu, w wielu regionach, przeniesienie chorych pacjentów z sektora opieki długoterminowej do szpitali było w praktyce uniemożliwione, co wynikało z regionalnych wskazań by leczyć nawet osoby z ciężkimi objawami bez dostępu do szpitali. Innymi słowy, wielu rezydentów domów opieki nie doczekało się wsparcia udzielanego w ramach hospitalizacji, choć należy podkreślić, że sytuacja ta nie dotyczyła całego kraju, tylko niektórych regionów.

## 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 - wspólnie 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 wychowawczej 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 wyodrębnionymi 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 niesamodzielności 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 spośród 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.**

### **Wybrane fakty w obliczu epidemii COVID-19<sup>10</sup>**

Szwedzki sposób walki z epidemią COVID-19 wzbudził wiele dyskusji i kontrowersji. Nie wdając się w szczegóły i oceny „szwedzkiej drogi”, warto odnotować wysoką śmiertelność dla całej populacji w kwietniu i maju, która w kolejnych miesiącach wróciła do normalnego poziomu. Za największy problem uznać można to, że w pierwszej połowie 2020 roku zanotowano dużą śmiertelność w domach opieki. Wyniki badań przeprowadzonych wśród dyrektorów tych instytucji w połowie kwietnia wskazują, że głównym źródłem transmisji wirusa byli pacjenci wracający ze szpitali, spotkania z rodziną (przed wprowadzeniem zakazu wizyt) oraz zakażeni bezobjawowo członkowie personelu. Wyniki tych badań odnoszą się także do trudności w przeciwdziałaniu

zakażeniom powodowanym ograniczeniami w liczebności personelu oraz do problemu w dostępie do testów i do środków ochrony osobistej. Wysoka śmiertelność w domach opieki doprowadziła do powołania przez rząd specjalnej komisji śledczej, mającej na celu zbadanie zasadności przyjętej strategii oraz określenie, czy wzrost śmiertelności wynikał z organizacji i środowiska pracy w tych instytucjach. Niemniej należy podkreślić ogromne różnice regionalne: w Sztokholmie i okolicach ze względu na epidemię umarło aż 7 procent osób mieszkających w domach opieki, podczas gdy w innych regionach praktycznie nie zanotowano przypadków zgonów na COVID-19 wśród rezydentów domów opieki.

<sup>10</sup> Opracowano na podstawie: Szebehely M (2020) The impact of COVID-19 on long-term care in Sweden. LTCcovid.org, Long-Term Care PolicyNetwork, CPEC-LSE, 22 July 2020.

## 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 wyzwaniami 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 godzenia 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 wytnieniowe. 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.**

## Wybrane fakty w obliczu epidemii COVID-19<sup>11</sup>

Do października 2020 roku włącznie Niemcy uważane były za kraj, który - w porównaniu do innych państw Europy Zachodniej - dość dobrze radzi sobie z epidemią koronawirusa<sup>12</sup>. Należy pamiętać, że ze względu na ustrój Niemiec, duże znaczenie miały działania władz na poziomie poszczególnych landów. Epidemia COVID-19 dotarła do Niemiec z pewnym opóźnieniem, a niemieckie władze i społeczeństwo było już - obserwując co dzieje się np. we Włoszech - świadome zagrożenia. Z punktu widzenia systemu opieki długoterminowej niemiecki rząd federalny szybko podjął kroki w kierunku finansowego wsparcia sektora, ale również poluzował kontrolę nad świadczeniodawcami, co miało zapewnić odpowiednie funkcjonowanie opieki stacjonarnej i wsparcia udzielanego poza instytucjami. Uelastyczniono także zasady wydatkowania środków pochodzących z ubezpieczenia pielęgnacyjnego, np. część środków, która wcześniej miała być wykorzystana na odpowiednie usługi, może być przeznaczona na pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego. Elementem niemieckiej strategii było także wykorzystanie środków pochodzących z funduszu społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego na pokrycie dodatkowych kosztów świadczeniodawców oraz strat w dochodach świadczeniodawców wynikających z wybuchu epidemii COVID-19. Rząd niemiecki ogłosił także wzrost wynagrodzeń osób pracujących w sektorze opiekuńczym, zarówno asystentów, jak i wykwalifikowanych opiekunów, a także przewidział dodatkowe dni płatnego urlopu dla tych pracowników. Wprowadzono dodatkowe jednorazowe dodatki pieniężne dla osób pracujących w sektorze opiekuńczym.

<sup>11</sup> Opracowano na podstawie: Lorenz-Dant, K. (2020) Germany and the COVID-19 long-term care situation. LTCcovid, International Long Term Care Policy Network, CPEC-LSE, 26 May 2020.

<sup>12</sup> Więcej informacji w tekście pracowników Instytutu Roberta Kocho <https://ourworldindata.org/covid-exemplar-germany>.





## 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 przejścia 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. Wiążą 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 niesamodzielnosci 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.

Pojęcie godnej egzystencji zawiera w sobie poczucie bezpieczeństwa. Pandemia COVID-19 uświadamia nam, jak ważne jest zapewnienie bezpieczeństwa osobom niesamodzielnym i jak nierozdzielne z tym jest odpowiednie zabezpieczenie osób udzielających formalnego i nieformalnego wsparcia. Obok zaspokojenia potrzeb, dbałość o bezpieczeństwo beneficjentów wsparcia urasta do pierwszoplanowego zadania.

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 akceptowalnego - 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. Podkreślmy, 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 pionki: 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. Napisałmy, 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 teleopieka<sup>13</sup>. 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 długoterminowej<sup>14</sup>.

Koordynacja ma kluczowe znaczenie dla opieki środowiskowej, przy czym jej rola nie wynika wyłącznie z istniejącego obecnie dualizmu w strukturze środowiskowej OD<sup>15</sup>. 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 stopni<sup>16</sup>. Trwające prace<sup>17</sup> 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”.

<sup>13</sup> Zob. pkt 4.8.

<sup>14</sup> Zob. pkt 4.7.

<sup>15</sup> Stanowisko koordynatora opieki długoterminowej znajduje się w strukturze administracji samorządowej w wielu gminach w Szwecji.

<sup>16</sup> Zob. pkt 4.6.

<sup>17</sup> 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 tejsze;
- 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 społecznej<sup>18</sup>. 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 „urynkowanie” 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 ulepszaniu 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

<sup>18</sup> 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 zakreślone 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 urynkowanie 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 rodzic może 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 znajdują 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 dostarczania wiarygodnych informacji potencjalnym osobom zainteresowanym, która bazuje na wcześniejszych ocenach osób korzystających, jak w przypadku Nursing Home Compare<sup>19</sup> 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). Rodzic 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.

<sup>19</sup> [www.medicare.gov/nursinghomecompare/search.html](http://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 istotną<sup>20</sup>, 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, wypełniając przynajmniej częściowo niszę, której raczej nie zapełniłby 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 przyznanymi 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.

<sup>20</sup> 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 oparły 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, niekoniecznie 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 rodziny<sup>21</sup>. 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 przyczyniać 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).

<sup>21</sup> 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.



W listopadzie 2020 roku wszystkie postulaty zapisane rok temu pozostają wciąż aktualne. Mimo toczącej się powoli debaty publicznej nie wprowadzono zasadniczych zmian systemowych, zmieniających położenie opiekunów nieformalnych. Wydaje się nawet, że ze względu na ograniczenia wynikające z pandemii, opiekunowie nieformalni napotykają na jeszcze więcej wyzwań. Być może nowe rozwiązania przyniesie, będąca efektem tzw. Strajku Kobiet, dyskusja o aktualizacji programu „Za życiem”, ale na dzień zamknięcia raportu nie podjęto żadnych wiążących decyzji.

## 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 decydowałby, 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. Pojawiłoby 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 wyjaśnia 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-eksperymentalnych, 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 zawodowej<sup>22</sup>.
- 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.

<sup>22</sup> Zob. rozdział 4.8.

- 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).

## 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 całodobowego 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. Nadzieję 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 pożądanym 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 zaniebywane. 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 jakies 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, w 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 indywidualizowanej 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, niedość, 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 zbytniego 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 dalekiej ingerencji, która narusza podmiotowość i autonomię rodziny. To przekonanie małe 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 najprostszy wariant, 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 ujednoliceniu (unifikowaniu) sposobu działania opiekunów, tak aby każdy z nich w podobny sposób wykonywał dany zestaw czynności. To ujednolicenie 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 świadczeń opiekuńczych 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 nierządkiem 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.

Zgodnie z klasyczną koncepcją A. Donabediana (1966), jakość opieki mierzy się w trzech wymiarach: (1) struktura, (2) proces i (3) wynik. Do każdego z tych wymiarów można przyporządkować różnego typu standardy, które wyznaczają minimalne kryteria albo wzorzec prawidłowego działania. W wymiarze **struktura** standardy odnoszą się do ramowych warunków, w których przebiega proces opieki. Skupiają się na wymaganych nakładach, albo inaczej rzecz ujmując: elementach, które powinny zostać zaangażowane „na wejściu” procesu opieki. W wymiarze **proces** standardy odnoszą się bezpośrednio do operacji, czyli sposobu administrowania (planowanie, koordynacja i dokumentacja) i świadczenia (procedury) opieki. W wymiarze **wynik** standardy odnoszą się natomiast do efektów prowadzonych działań.

W tabeli 6 przedstawione zostały przykładowe typy standardów opieki długoterminowej w poszczególnych wymiarach / obszarach. Szczegółowe kryteria zwykle są wypracowywane w drodze porozumienia między różnymi grupami interesariuszy: instytucjami publicznymi (jako regulatorem i płatnikiem), federacją podmiotów udzielających opiekę osobistą (jako świadczeniodawcami) oraz organizacjami reprezentującymi interesy osób niesamodzielnych (jako świadczeniobiorcami).

**Tabela 6. Typy standardów opieki domowej**

WYMIAR	OBSZAR	TYP STANDARDU
STRUKTURA	1. Personel	1a) liczba i rodzaj niezbędnego personelu opiekuńczego 1b) kwalifikacje i doświadczenie zawodowe wymagane od opiekuna i asystenta osoby niesamodzielnej,
	2. Sprzęt	2a) wyposażenie w środki trwałe niezbędne do udzielania opieki osobistej: 2a1) sprzęt rehabilitacyjny 2a2) technologie wspomagające świadczenie usług opiekuńczych 2a3) technologie wspomagające sprawowanie opieki na odległość
PROCES	3. Czynności opiekuńcze	3a) adekwatność, 3b) bezpieczeństwo 3c) akceptowalność
	4. Postawa opiekuna	4a) humanitaryzm 4b) komunikacja
	5. Administrowanie	5a) przestrzeganie procedur formalnych 5a1) ustalenie planu opieki 5a2) prowadzenie dokumentacji 5b) terminowość i ciągłość udzielania świadczeń 5b1) określenie harmonogramu opieki 5b2) koordynacja z innymi podmiotami / usługami
EFEKT	6. Satysfakcja	6a) poziom spełnienia oczekiwań podopiecznego 6a1) ogólne zadowolenie z opieki 6a2) poczucie samostanowienia 6a3) poczucie zaspokojenia potrzeb wynikających z niesamodzielności
	7. Skuteczność	7a) prawidłowość podjętych działań opiekuńczych 7a1) odleżyny 7a2) spadek masy ciała 7a3) pogłębianie się niesamodzielności 7a4) objawy depresji

Źródło: Ł. Jurek (2018), *Opieka nad osobami niesamodzielnymi: model realizowany a model pożądaný*, "Polityka Społeczna", nr tematyczny 2 *Niesamodzielność - nowe ryzyko społeczne*, s. 24-29.

## 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 zagrażać 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 dokooptowany 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 ujednoczonych 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 niesamodzielności;
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 zrozumiałym i przystępnym 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 oceną w następujący sposób: od 11,0 do 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 jakości 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 niesamodzielności (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 niesamodzielnosci. 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 nieznaną 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, ostatnia grupa to osoby wymagającej nieznacznej pomocy w samodzielnym funkcjonowaniu (wynik powyżej 80 punktów). Skala Barthel jest jedną z wielu skal służących do określania stopnia niesamodzielnosci. 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)<sup>23</sup>. 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, sprzątanie, przyjmowanie leków, rozporządzanie zasobami finansowymi.

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 orzecniczą, aby ustalić ich niezdolność do samodzielnej egzystencji.

<sup>23</sup> 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 niesamodzielnosci jako stanu związanego z utratą sprawności fizycznej.

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 Błądowski**

Problem finansowania opieki długoterminowej ma charakter powszechny. Polega on przede wszystkim na coraz większym udziale wydatków na OD w produkcie krajowym brutto (PKB) (Błądowski, 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 zaopatrzeniową<sup>24</sup>. Pierwsza finansowana jest ze składek. Dotychczasowe doświadczenia krajów, które wprowadziły społeczne (a więc obowiązkowe) ubezpieczenie pielęgnacyjne<sup>25</sup>, 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 sondażów 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) wynosił około 11 mld zł<sup>26</sup>. Odpowiadało to składce w wysokości 2 proc. takiej samej podstawy wymiaru, jak w przypadku składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne.

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

<sup>24</sup> Zob. pkt 3.

<sup>25</sup> Odwołujemy się do nomenklatury stosowanej w Niemczech, ale w innych krajach używa się określeń nawiązujących do opieki długoterminowej.

<sup>26</sup> Szacunki powołanego 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 oceną skutków regulacji. W kolejnej kadencji Sejmu RP projekt nie był rozpatrywany.

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 regulowanym<sup>27</sup>. 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.

<sup>27</sup> 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 wydatków<sup>28</sup>, 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 2019 roku 112,5 tys. osób. Przeciętnie każda z nich otrzymała w ciągu roku 314 świadczeń. Specjalistyczne świadczenia opiekuńcze, których organizacja obciąża powiatowe centra pomocy rodzinie, udzielane były 6705 osobom (przeciętnie w ciągu roku 215 świadczeń). Oznacza to, że dostęp do świadczeń opiekuńczych był ograniczony, można przyjąć, że wielu beneficjentów korzystało z nich rzadziej niż raz dziennie. W porównaniu z rokiem 2017 liczba beneficjentów wprawdzie wzrosła, ale znacznie zmniejszyła się przeciętna liczba świadczeń przypadających na osobę w ciągu roku. 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 pielęgnacyjne<sup>29</sup> 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. Religii), 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 opiekuńczych<sup>30</sup>;
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 długoterminowej<sup>31</sup>. 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.

<sup>28</sup> 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.

<sup>29</sup> Nie przesądzamy, jak powinna brzmieć nazwa tego ubezpieczenia, dla ułatwienia stosujemy to, które jest stosunkowo najbardziej rozpowszechnione w polskojęzycznej literaturze.

<sup>30</sup> Tego rodzaju katalogi już istnieją, wymagałyby co najwyżej weryfikacji.

<sup>31</sup> 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 trzyjej 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 umożliwi 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 przyznanego 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 mieszkańców<sup>32</sup>. 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 interwencji<sup>33</sup>. 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. szklanke 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 pomocy<sup>34</sup>. 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 przypominanie 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 leków<sup>35</sup>. 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 powrotem<sup>36</sup>. Może udźwignąć do 60 kg tym samym „odciążać” 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 już obsługiwane telefonem 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.

<sup>32</sup> Przykładem mogą być gminy województwa pomorskiego, w którym prowadzony był projekt współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego dotyczący upowszechniania i wdrażania narzędzi teleopieki.

<sup>33</sup> Zob. [www.roboticsbusinessreview.com/health-medical/hstar\\_technologies\\_rona\\_robotic\\_nursing\\_assistant](http://www.roboticsbusinessreview.com/health-medical/hstar_technologies_rona_robotic_nursing_assistant) dostęp 20.12.2017 r.

<sup>34</sup> Zob. [ieeexplore.ieee.org/document/7274565/](http://ieeexplore.ieee.org/document/7274565/) dostęp 20.12.2017 r.

<sup>35</sup> 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](http://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/mobiserv-project-providing-robotic-carers-and-smart-systems-elderly).

<sup>36</sup> 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](http://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 dementywnej.

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. Uzupełnia 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 pozapłacowych 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 podziałem stosowanym w statystyce międzynarodowej, dzielą się oni na dwie zasadnicze grupy: pielęgniarki i opiekunów<sup>37</sup>.

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.

<sup>37</sup> OECD Health Statistics: Definitions, Sources and Methods.

Z danych zamieszczonych w tabeli 7 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 7. Pracownicy opieki długoterminowej w wybranych krajach OECD (2017 r.)**

	LICZBA PRACOWNIKÓW OD	LICZBA PRACOWNIKÓW OD NA 100 OSÓB W WIEKU 65+
AUSTRIA	66 751	4,1
KANADA	220 177	3,6
ESTONIA	13 126	5,2
NIEMCY	918 620	5,2
WĘGRY	39 565	2,2
IRLANDIA	25 553	4,0
IZRAEL	105 600	10,6
JAPONIA	2 071 008	5,9
KOREA	255 497	3,6
HOLANDIA	239 000	7,6
NORWEGIA	111 004	12,7
PORTUGALIA	16 454	0,8
SŁOWACJA	10 220	1,3
HISZPANIA	413 266	4,7
SZWECJA	243 524	12,3
SZWAJCARIA	124 747	8,2
USA	2 817 369	5,5

Źródło: OECD, Health Statistics, baza danych dostępna na stronie: [https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_LTGR](https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_LTGR).

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 pielęgniarce 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 określane 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 8.

**Tabela 8. Wymagania kwalifikacyjne dla opiekunów w wybranych krajach OECD**

	STANOWISKO	WYMAGANIA
<b>AUSTRALIA</b>	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
<b>AUSTRIA</b>	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
<b>DANIA</b>	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
<b>NIEMCY</b>	Opiekun	Ukończenie trzyletniego kursu zawodowego: 200 godz. teoretycznych, 2 500 godz. zajęć praktycznych
<b>HOLANDIA</b>	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
<b>USA</b>	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 9.

**Tabela 9. Podstawy programowe kształcenia w zawodach opiekuńczych w Polsce**

	CELE KSZTAŁCENIA	MIN. LICZBA GODZIN	PRAKTYKA ZAWODOWA
<b>OPIEKUN MEDYCZNY</b>	<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)
<b>OPIEKUNKA ŚRODOWISKOWA</b>	<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)
<b>OPIEKUN W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ</b>	<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)
<b>OPIEKUN OSOBY STARSZEJ</b>	<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 niesamodzielnosci,</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 wystługi 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 opiekuńcy pochodzą z Ukrainy, gdzie niestabilna sytuacja polityczna, jak również społeczno-ekonomiczna, może wywołać konieczność nieoczekiwanego 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) miał 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 sporadycznie. 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 opieki<sup>38</sup>.

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

<sup>38</sup> [www.rynekseniora.pl/rynek\\_opieki/105/opolskie\\_ukraincy\\_wpieraja\\_system\\_opieki\\_nad\\_seniorami.10683.html](http://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 zza 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 publicznych<sup>39</sup>.

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.

---

<sup>39</sup> [www.nik.gov.pl/aktualnosci/panstwo-niegotowe-na-cudzoziemcow.html](http://www.nik.gov.pl/aktualnosci/panstwo-niegotowe-na-cudzoziemcow.html).

## 5. PANDEMIA COVID-19 A OPIEKA DŁUGOTERMINOWA W POLSCE

Paweł Łuczak, Rafał Bakalarczyk

### 5.1. KONTEKST: PANDEMIA A SYSTEM OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

Cechą wirusa SARS-CoV-2 powodującego chorobę COVID-19 jest jego zdolność do niepostrzeżonego rozprzestrzeniania się w sposób szybki i efektywny. Właściwości tego wirusa (przy braku odpowiednio wdrożonych przez władze procedur ograniczających kontakty, co przekłada się na niewystarczające zachowanie środków ostrożności wśród społeczeństwa) w dużej mierze udaremniają cząstkowe działania władz, tj. takie, które nie wiążą się z dużymi kosztami społecznymi czy gospodarczymi (ang. lockdown). Najważniejszym wyzwaniem pandemii COVID-19 dla systemów opieki zdrowotnej jest nagły wzrost liczby osób potrzebujących różnych form intensywnej opieki, który może wystąpić na danym obszarze w krótkim przedziale czasu. Prowadzi do przeciążenia dostępnych zasobów łóżek szpitalnych oraz specjalistycznego sprzętu, jakim są respiratory. Jak wiadomo, osoby starsze, zwłaszcza przewlekle chore, o obniżonej odporności, są szczególnie narażone na ciężki przebieg COVID-19, mogący zakończyć się śmiercią.

Z punktu widzenia społecznego kontekstu dynamiki pandemii oraz jej najboleśniejszego skutku, czyli śmiertelności, za kluczowe uznać można udział populacji osób starszych w ogólnej populacji oraz zakres, w jakim osoby starsze narażone są na zakażenie (Reher i wsp. 2020). Polska należy do państw z rosnącym odsetkiem osób starszych w społeczeństwie (zob. rozdział 1 niniejszego raportu), choć udział ten jest mniejszy niż w niektórych europejskich krajach, które zostały dotkliwie dotknięte podczas tzw. pierwszej fali (np. Włochy czy Francja). W przypadku ekspozycji na zakażenie ważne jest to, gdzie i z kim mieszkają osoby starsze jak też rozwiązania systemowe dotyczące opieki nad osobami starszymi w danym kraju.

Za najbardziej narażone na zakażenie uznać można osoby starsze, które tworzą wspólne gospodarstwa domowe z młodszymi osobami (np. dzieci czy wnuki) oraz - ze względu na kontakt z personelem - osoby starsze przebywające z różnego rodzaju instytucjach. Jeśli chodzi o osoby starsze tworzące jednoosobowe gospodarstwa domowe, to z jednej strony mogą być one stosunkowo mniej narażone na zakażenie od innych osób (np. brak pracujących dorosłych dzieci w gospodarstwie domowym). Z drugiej jednak strony, w sytuacji zakażenia, zwłaszcza przy dotkliwych objawach chorobowych, pojawiają się duże problemy z zaspokajaniem podstawowych potrzeb życiowych, co sprzyjać może podjęciu decyzji o hospitalizacji. W tym kontekście współmieszkanie z innymi osobami ma znaczenie w kontekście „zarządzania” chorobą na poziomie codziennych praktyk (Reher i wsp. 2020).

### 5.2. PROBLEMY W PLACÓWKACH OPIEKI STACJONARNEJ

#### Uwagi ogólne

W wielu krajach zaobserwowano, że w obliczu pogarszającej się sytuacji epidemicznej działania władz i uwaga opinii publicznej skierowane były przede wszystkim na wydolność systemu opieki zdrowotnej, zwłaszcza z punktu widzenia sytuacji szpitali (Daly 2020). Wydaje się, że dopiero dramatyczna sytuacja w wielu placówkach opieki długoterminowej, ilustrowana choćby poruszającymi obrazami ewakuacji, zwróciła uwagę na problemy sektora opiekuńczego.

Kolejnym szokiem była śmiertelność w instytucjach stacjonarnej opieki. Wstępne dane z kwietnia 2020 roku zebrane w krajach o dużej liczbie zakażeń wskazywały na alarmujący wniosek: udział przypadków śmiertelnych w domach opieki wynosił około połowy wszystkich zgonów w tych krajach spowodowanych COVID-19 (Comas-Herrera i wsp. 2020). Niemniej oszacowanie śmiertelności wśród mieszkańców domów opieki jest bardzo trudne, gdyż duża część mieszkańców tych instytucji umiera w szpitalach. Wciąż nie jest także znana skala - znów bardzo trudna do pomiaru - zgonów wynikająca z powikłań po COVID-19. Dokładniejsze szacunki dotyczące śmiertelności wywołanej pandemią możliwe będą po porównaniu liczby zgonów w sektorze opiekuńczym do średnich z ostatnich kilku lat.

Dlaczego placówki opieki długoterminowej stały się jednym z głównych ogniw zakażeń? Odpowiadając na to pytanie, trzeba zaznaczyć, że w „normalnych” czasach nagłe rozprzestrzenianie się każdej choroby zakaźnej jest zagrożeniem dla osób mieszkających i pracujących w tych placówkach. Niemniej sytuacja, w której się znaleźliśmy, to nie są „normalne czasy” (Gardner States & Bagley 2020).

Placówki opieki długoterminowej (nie tylko w Polsce, jest to uniwersalny trend) już na etapie swojego powstawania nie były co do zasady zaprojektowane w taki sposób, by leczyć pacjentów z poważnymi objawami COVID-19. Placówki te mają ograniczone możliwości izolowania pacjentów, nie są także wyposażone w respiratory (wyjątkiem są urządzenia dla pacjentów wentylowanych mechanicznie), a personel nie jest przeszkolony w zakresie opieki nad osobami z ciężką niewydolnością układu oddechowego. Przed wybuchem pandemii nie posiadały one wystarczających zapasów niezbędnego sprzętu ochronnego (Gardner, States i Bagley 2020). Dodatkowo w placówkach opieki długoterminowej bliski kontakt jest nieunikniony: duże grupy osób, najczęściej starszych i schorowanych, dzielą ograniczoną powierzchnię, w której wydzielone są pomieszczenia do spożywania wspólnych posiłków oraz aktywności społecznych. Dodatkowo, wiele osób zamieszkujących w tych placówkach nie jest w stanie, z uwagi na

zaburzenia ruchowe czy psychiczne, stosować się do podwyższonych wymagań i specjalnych czynności higienicznych, które są wymagane do ograniczenia transmisji wirusa. Problem ten pojawia się chociażby w przypadku osób z zaburzeniami demencyjnymi czy otępiennymi, które bardzo trudno „uchronić” przed kontaktami z innymi mieszkańcami (Szebehely 2020).

Krytycznym aspektem w kontekście pojawienia się ogniska zakażeń w danej placówce jest personel. Jeśli osoby pracujące w placówkach opieki długoterminowej zakażą się wirusem, muszą zostać poddane kwarantannie, co rodzi oczywiste problemy ze zmniejszeniem zasobów kadrowych placówki. Prowadzić to może do pogorszenia jakości usług świadczonych na rzecz mieszkańców przez jeszcze bardziej obciążony i mniej liczny personel. Tego typu sytuacja zwiększa ryzyko zakażenia, gdyż trudniej jest przestrzegać reżimu sanitarnego. Na wzrost absencji wśród personelu bardzo trudno jest odpowiedzieć pozyskaniem nowych pracowników. W wielu krajach bowiem, w tym oczywiście również w Polsce, obserwujemy bardzo duże niedobory kadrowe w sektorze opiekuńczym, wynikające z generalnie niskich wynagrodzeń i trudnych warunków pracy (stających się jeszcze trudniejszymi w trakcie pandemii).

Jedną z najszybszych odpowiedzi placówek opieki długoterminowej w obliczu ryzyka zakażenia wirusem było zamknięcie placówek opieki dla odwiedzających. W pierwszej fazie pandemii, gdy trzeba było podejmować nagłe decyzje, rozwiązanie to wydawało się zrozumiałe. Niemniej zamknięcie placówek na długi okres rodzi nowe problemy. Wiele osób przebywających w tych placówkach jest społecznie odizolowanych, ich dobrostan zależy w dużym stopniu od częstych wizyt ze strony rodzin czy osób bliskich. Bez tych wizyt osoby przebywające w placówkach mogą czuć się jeszcze bardziej osamotnione czy opuszczone. Jest to w zasadzie problem medyczny, gdyż tego typu sytuacja prowadzi do depresji czy nagłej utraty wagi (Gardner, States i Bagley 2020). Dodatkowo należy pamiętać, że - nawet jeśli czasem jest to kłopotliwe dla personelu - wizyty bliskich spełniają bardzo ważną rolę monitorowania jakości opieki, wychwytywania ewentualnych zaniedbań czy niewłaściwych praktyk. Jeśli mamy do czynienia z brakiem tego typu wizyt, to w połączeniu z rosnącą absencją wśród pracowników, istnieje duże zagrożenie dla spadku jakości świadczonych usług w placówkach (Gardner, States i Bagley 2020).

## Sytuacja w Polsce

Autorzy publikacji „Bezpieczeństwo zdrowotne w opiece długoterminowej w kontekście pandemii COVID-19” wskazują, że w tzw. pierwszej fali pandemii sytuacja w instytucjach opiekuńczych w Polsce nie była tak dramatyczna w ujęciu ilościowym, jak w innych krajach: opieka nad osobami niesamodzielnymi jest w naszym kraju udzielana bowiem w przeważającej mierze przez rodziny, a opieką stacjonarną objęte jest niecałe dwa procent osób starszych (Bielska i wsp. 2020). Dodatkowo należy pamiętać, że średnia wieku osób przebywających w placówkach opiekuńczych w Polsce jest niższa niż w Europie Zachodniej, co wynika z tego, że w tych instytucjach - zwłaszcza domach pomocy społecznej - zamieszkuje duża liczba młodych osób niepełnosprawnych, którzy nie są w stanie zaspokajać swoich potrzeb w miejscu zamieszkania (Roszewska, Bakalarczyk 2020).

Niemniej w Polsce byliśmy i - w trakcie pisania niniejszego tekstu - wciąż jesteśmy świadkami wielu dramatycznych sytuacji związanych z ogniskami zakażeń w ośrodkach opiekuńczych. Dzięki danym Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym” jesteśmy w stanie odtworzyć skalę oraz dynamikę zakażeń w instytucjach opiekuńczych. Biorąc pod uwagę specyfikę wykorzystanych danych (zestawienie przygotowane na podstawie informacji publikowanych na stronach urzędów i w mediach), trzeba mieć świadomość, że rzeczywista liczba zakażeń mogła być wyższa. Przy interpretacji danych należy również uwzględnić różnice w przeprowadzaniu testów w ujęciu czasowym (liczba wykonywanych testów była znacznie większa w późniejszych etapach pandemii), przestrzennym czy instytucjonalnym (zmieniały się zasady zlecenia wykonywania testów). Trzeba też pamiętać, że o wielu dramatach nigdy jednak nie usłyszymy ze względu na ograniczony przepływ informacji z instytucji opiekuńczych do „świata zewnętrznego”, zwłaszcza jeśli opieramy się na doniesieniach medialnych. Niemniej dane zaprezentowane w tabelach i wykresie poniżej odzwierciedlają tendencje, które wydają się dużo mówić o sytuacji epidemicznej w ośrodkach opieki. Dodać też należy, że poza danymi Koalicji, nie istnieją publicznie dostępne zbiory danych, które umożliwiłyby bardziej rozbudowane analizy.

Jak wskazano w tabeli 10, zdecydowanie więcej zakażeń miało miejsce w domach pomocy społecznej (DPS) niż w zakładach opiekuńczo-leczniczych (ZOL) i zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO) oraz innych podmiotach, przede wszystkim placówkach zapewniających całodobową opiekę oraz hospicjach. Owe różnice oczywiście można próbować wyjaśnić tym, że DPS-ów jest najwięcej spośród wszystkich ośrodków, które zaliczyć można do stacjonarnej opieki długoterminowej. Niemniej, przyjmując takie wstępne wyjaśnienie, trzeba wskazać, że liczba zgłoszonych zakażeń w DPS-ach jest aż ponad czterokrotnie wyższa niż liczba w podmiotach prowadzonych w sektorze opieki zdrowotnej, natomiast różnica w liczebności tych instytucji jest jednak dalece mniejsza (według danych GUS, w 2018 r. istniało w Polsce 590 zakładów typu leczniczo-pielęgnacyjnego, natomiast liczba domów pomocy społecznej w tym samym roku wynosiła 876). W związku z tym można przyjąć, że istniały / istnieją, pewne specyficzne cechy, które przyczyniają się do nieproporcjonalnie wyższej wykrywalności koronawirusa w DPS-ach.

Po pierwsze, jeden z autorów niniejszego tekstu zwracał już wcześniej uwagę, że DPS-y w Polsce bardzo często są duże tj. zamieszkuje w nich spora liczba osób (Bakalarczyk 2020a). Przy dużej liczbie osób trudniej jest zachować odpowiedni reżim sanitarny. Po drugie, domy pomocy społecznej (ale dotyczy to w dużej mierze całego sektora opiekuńczego) od wielu lat zmagają się z problemami kadrowymi. W kontekście zagrożenia epidemicznego szczególnego znaczenia nabral problem wieloletowości: ze względu na niskie płace i niedostateczną podaż odpowiedniego personelu, wiele osób pracowało w różnych instytucjach opiekuńczych. Zjawisko to oczywiście mogło przyczynić się do zwiększenia transmisji wirusa i zostało dość szybko przez rządzących ograniczone. Konsekwencją wylimowania wieloletowości było jednak to, że wiele placówek pozostało bez personelu, przede wszystkim medycznego, co było również bardzo dotkliwie w sytuacji zagrożenia epidemicznego (Roszewska, Bakalarczyk 2020). Po trzecie, z przeglądu doniesień medialnych zebranych przez Koalicję wynika, że wiele domów pomocy społecznej nie było przygotowanych na przeciwdziałanie zakażeniom ze względu na brak odpowiednich środków ochrony oraz procedur.



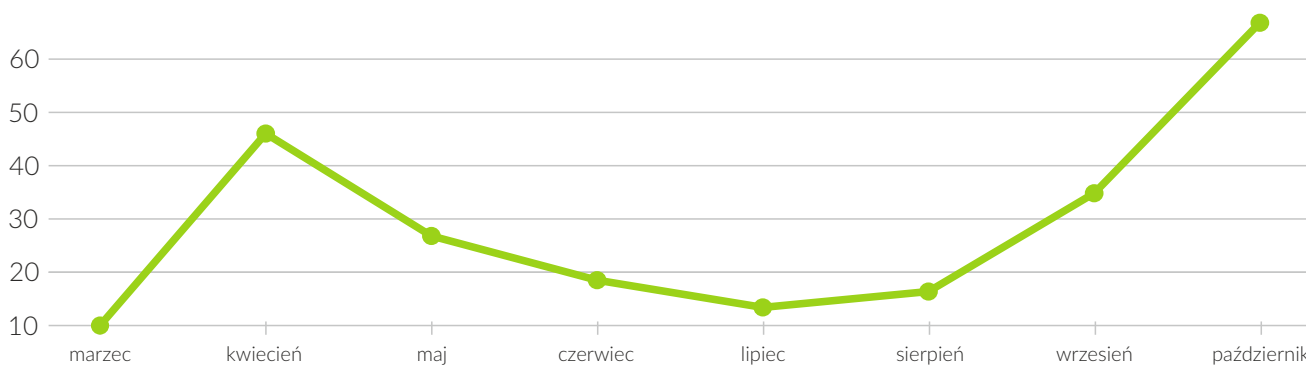
**Tabela 10. Liczba zakażeń oraz liczba placówek z zakażeniami według doniesień medialnych (stan do końca października 2020)**

	Zakażenia - mieszkańcy	Zakażenia - personel	Liczba placówek
DPS	3 037	1 066	160
ZOL i ZPO	667	295	38
Inne	637	188	29

Źródło: opracowane na podstawie danych udostępnionych przez Koalicję „Na pomoc niesamodzielnym”.

Wykres 7 przedstawia dynamikę zakażeń we wszystkich rodzajach placówek stacjonarnych w poszczególnych miesiącach 2020 roku. Wyraźnie widać, że kształt na wykresie dotyczący liczby zakażeń odzwierciedla liczbę dla całej populacji kraju. Wniosek jest zatem oczywisty: jednym ze sposobów na ograniczanie zakażeń w instytucjach opiekuńczych są działania hamujące pandemię w całej populacji. Dość zaskakujące, i to raczej pozytywnie, jest to, że dwa szczyty zakażeń przedstawione na wykresie (kwiecień i październik) nie odzwierciedlają wprost proporcjonalnie liczby zakażeń w całej populacji. Gdyby tak było, to liczba zakażeń dla października musiałaby być znacznie większa. Trzeba być zatem ostrożnym, szukając wyjaśnień tego stanu rzeczy, tym bardziej, że pandemia ma to do siebie, że jest nieprzewidywalna i złe scenariusze dość szybko mogą się ziścić. Niemniej przyjmując optymistyczne założenie, można argumentować, że w kwietniu ogół zakażeń był proporcjonalnie większy w odniesieniu do instytucji opiekuńczych, zapewne ze względu na brak przygotowania na pandemię. W październiku natomiast liczba ta była mniejsza niż moglibyśmy się spodziewać (przy wykorzystaniu statycznych analogii) ze względu na wdrożone działania prewencyjne, które doprowadziły do „tylko” dwukrotnego wzrostu (a nie kilkunastokrotnego jak w przypadku ogółu zakażeń dla całego społeczeństwa). Z drugiej strony, pierwsze dni listopada 2020 przyniosły bardzo dużą liczbę doniesień o zakażeniach w placówkach opiekuńczych (część z nich dotyczyła zapewne - nie zawsze było to jasne ujęte w tekście informacji medialnej - zakażenia, do którego doszło jeszcze w październiku, zatem dane za październik mogą być nieco zaniżone na poniższych wykresach).

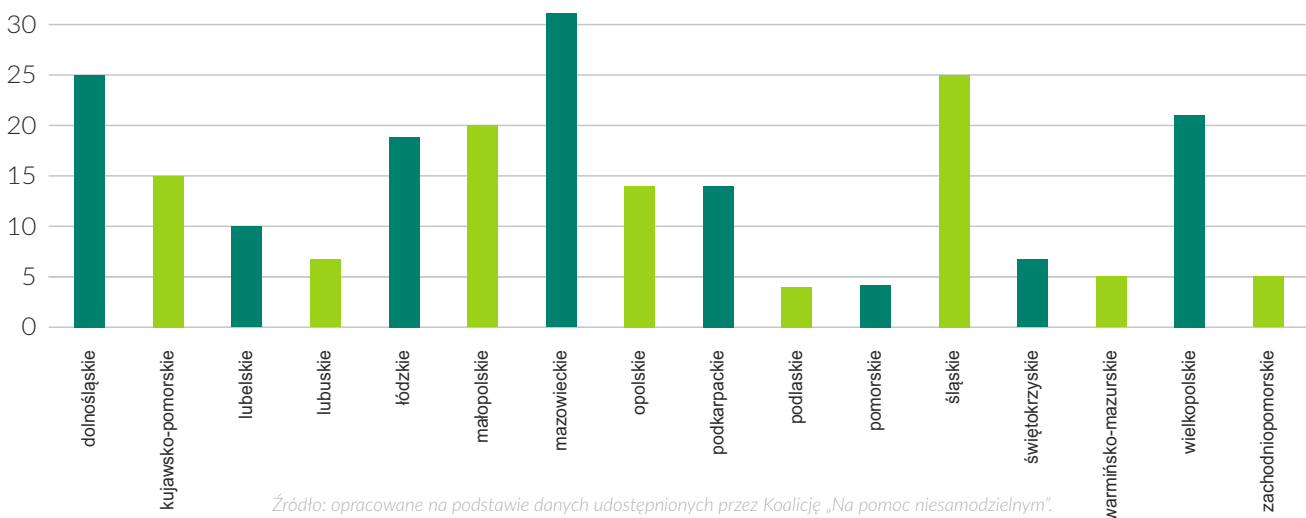
**Wykres 7. Zakażenia w placówkach opiekuńczych według doniesień medialnych do końca października 2020 r.**



Źródło: opracowane na podstawie danych udostępnionych przez Koalicję „Na pomoc niesamodzielnym”.

Dane zamieszczone w wykresie 8 dotyczą zakażeń w poszczególnych województwach. Analiza tych danych prowadzi do prostej konstatacji, że liczba zakażeń jest, do pewnego stopnia, wypadkową liczby ludności (z czym powiązana jest oczywiście liczba tego typu podmiotów w danym regionie) oraz liczby zakażeń w danym regionie.

**Wykres 8. Zakażenia w placówkach opiekuńczych od marca do października 2020 r. według województw**



Źródło: opracowane na podstawie danych udostępnionych przez Koalicję „Na pomoc niesamodzielnym”.

Nie możemy także zapominać o palących problemach wokół pandemii w ośrodkach opiekuńczych, które miały i mają miejsce, a które trudno skwantyfikować. Na problemy te zwracały uwagę różne instytucje oraz grupy eksperckie.

Rzecznik Praw Obywatelskich wskazywał na liczne przykłady niewystarczającego wsparcia udzielanego organom samorządu terytorialnego przez władze administracji rządowej, przede wszystkim wojewodów. Rzecznik Praw Obywatelskich apelował także o zwiększenie finansowego wsparcia dla mniej zasobnych gmin i powiatów. Za jedną z głównych systemowych przyczyn problemów z zarządzaniem pandemią Rzecznik określił niewystarczające działania dotyczące deinstytucjonalizacji wsparcia w przeszłości (Rzecznik Praw Obywatelskich 2020). W podobnym duchu wypowiadają się autorzy tekstu pt. „Wpływ pandemii koronawirusa na politykę wobec niepełnosprawności i starości”, którzy twierdzą, iż „skutkiem niepodjętej reformy związanej z deinstytucjonalizacją było większe narażenie mieszkających w instytucjach osób starszych i z niepełnosprawnościami na zachorowanie i śmierć” (Kociejko, Bakalarczyk, Kubicki 2020).

Z kolei autorzy raportu cytowanego wcześniej (Bielska i wsp. 2020) zwracają uwagę na zjawiska, które wystąpiły wokół problemu zakażeń koronawirusem w ośrodkach opiekuńczych. Według autorów, absencja wielu pracowników wynikała z niewielkiej dostępności środków ochronny osobistej oraz braku powszechnego testowania personelu tych placówek. Autorzy cytowanego raportu przypominają, że osoby pracujące w domach opieki, podobnie jak w szpitalach jednoimiennych, niestety stykały się z wrogimi reakcjami ze strony osób postronnych, często sąsiadów. Tego typu negatywne reakcje społeczne nie spotykały się z odpowiednimi działaniami władz, które prowadziłyby do łagodzenia społecznych nastrojów (upowszechnienie testowania, działania tłumaczące opinii publicznej zasadność podejmowanych czynności etc.).

Dodatkowo władze publiczne niejednokrotnie podejmowały próby przerwania odpowiedzialności za pogarszającą się sytuację epidemiczną w ośrodkach opieki długoterminowej na kadre zarządzającą tych ośrodków. Działo się to w sytuacji braku ogólnopolskich standardów postępowania i ograniczonej dostępności do środków zabezpieczających przed wirusem (informacja prasowa Koalicji „Niemoralne obciążanie opieki długoterminowej odpowiedzialnością” z dnia 5.05.2020). Jak wskazywaliśmy w rozdziale 3 niniejszego raportu, podobne działania miały miejsce choćby we Włoszech, gdzie zaniechania ze strony władz i pozostawienie zakładów opieki samym sobie doprowadziło do wielu tragicznych konsekwencji.

### 5.3. PANDEMIA A OPIEKA POZAINSTYTUCJONALNA

Choć publiczną uwagę w okresie pandemii przykuła przede wszystkim sytuacja w placówkach opieki stacjonarnej (zwłaszcza w domach pomocy społecznej), również warte uwagi i reakcji są problemy z opieką długoterminową świadczoną poza instytucjami. Szczególnie w Polsce ten obszar problemowy wymaga pilnej uwagi, choćby ze względu na to, że u nas proporcjonalnie najmniejszy spośród krajów UE jest odsetek otrzymujących opiekę w instytucjach. Można zatem przyjąć, że ogromna część osób zależnych otrzymuje ją w warunkach domowych. Może ona być tu świadczona zarówno przez podmioty sektora nieformalnego (najczęściej członków najbliższej rodziny, ale także przyjaciół, sąsiadów, wolontariuszy) jak i w ramach usług środowiskowych czy kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia (pielęgniarska opieka długoterminowa domowa lub długoterminowa opieka domowa dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie). Zarówno te formalne, jak i nieformalne mechanizmy świadczenia opieki w domu i środowisku w dobie koronawirusa są poddane presji nowych okoliczności - ograniczeń, zagrożeń i dodatkowych obciążeń. Czas pandemii przeobraża też czasowo i niekiedy niezauważenie relacje między formalnym a nieformalnym zaspokajaniem potrzeb opiekuńczych. W zagranicznej literaturze czytamy o opiekunach rodzinnych jako niewidzialnej sile roboczej w walce z COVID-19 (Phillips, Paul, Fahy et al. 2020). Wydaje się, że także w Polsce rola opiekunów rodzinnych bywa dla szerszej opinii publicznej niemal niewidzialna, podczas gdy jej znaczenie jest kluczowe także jako podpora i uzupełnienie sektora medycznej, społecznej i długoterminowej opieki formalnej, tak silnie dotkniętego przez trudności i ograniczenia czasu pandemii.

Fakt, że w polskim dyskursie ten rozległy segment opieki długoterminowej doczekał się tak małej uwagi - i skromnych działań publicznych - może mieć kilka przyczyn. Po pierwsze, opieka domowa nie odbywa się w dużych zamkniętych skupiskach ludzkich, wobec czego potencjalnie wydaje się to sfera mniej zagrożona niż placówki medyczne czy społeczne instytucje stacjonarnej, a nawet półstacjonarnej opieki czy wsparcia. Po drugie, doniesienia medialne z zagranicy już w pierwszej fazie pandemii pokazywały szczególnie drastyczne historie z domów opieki, co również ukierunkowywało rodzimą uwagę medialną bardziej na ten segment opieki długoterminowej. Po trzecie, opieka domowa jest ogólnie w Polsce słabo sformalizowana, co również powoduje, że potrzeby i problemy leżące w tej sferze bywają poza szerszą i głębszą wiedzą instytucji publicznych. Znacznie też trudniej oddziaływać na ten segment opieki niż na instytucje formalne, zwłaszcza te prowadzonych przez podmioty publiczne. Tym niemniej, problemy opieki domowej czasu pandemii są również poważne.

#### Główne problemy osób zależnych w warunkach pozainstytucjonalnych w Polsce

Po pierwsze, osoby samotne korzystające z usług opiekuńczych mogą odczuwać ograniczenia w dostępie do tego typu usług.

Niektóre gminy w pierwszej fazie pandemii wydały zalecenia dla ośrodków pomocy społecznej (OPS), by usługi były przyznawane i świadczone tylko tam, gdzie jest to najbardziej niezbędne (por. np. komunikat Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Ełku „Koronawirus a realizacja usług opiekuńczych” z 17.03.2020 r.). Także kierowanie pracowników socjalnych przeprowadzających wywiady środowiskowe poprzedzające przyznania usług opiekuńczych mogło rzadziej mieć miejsce. Z jednej strony, ze względu na chęć minimalizowania kontaktów społecznych, zwłaszcza z osobami z grup ryzyka, a z drugiej strony w związku z obciążeniem licznymi dodatkowymi wyzwaniem, jakie spadły na OPS i ich pracowników w czasie pandemii. Warto dodać, że już zanim COVID-19 dotarł do Polski, sytuacja finansowa, lokalowa i kadrowa OPS była bardzo niekorzystna i utrudniająca pracownikom skuteczne wywiązywanie się ze wszystkich zadań, jakie stoją przed pomocą społeczną (NIK 2019). Trudności kadrowe (zarówno jeśli chodzi o pracowników socjalnych jak osoby zatrudnione do bezpośredniego świadczenia opieki), mogące przekładać się na

realną dostępność do usług w warunkach domowych, dodatkowo pogłębia pandemia. Część kadr może podlegać kwarantannie, część korzystać z uprawnień ze względu na konieczną opiekę nad dzieckiem lub chorym członkiem rodziny. Okoliczności te prowadzą do tego, że liczba pracowników w danym miejscu i czasie skierowana do zadań opiekuńczych może być jeszcze skromniejsza niż zwykle, choć problemy kadrowe w tej dziedzinie były poważne i znane już wcześniej (NIK 2018). Ograniczenia dostępu do usług domowych mogą prowadzić do jeszcze większej skali niezaspokojenia potrzeb opiekuńczych czy związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego, a już tym bardziej potrzeb psychospołecznych. Trudno określić, w jakiej mierze braki w tym zakresie są i będą częściowo rekompensowane nasileniem innych mechanizmów pomocowych kierowanych do osób starszych, jakie pojawiły się lub rozwinęły się w czasie pandemii. Chodzi zarówno o zgłaszane na wiosnę liczne oddolne inicjatywy (np. akcja widzialna-ręka oraz wiele innych), jak i koordynowany z poziomu rządowego program „Pomoc dla seniora” realizowany w ramach Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Seniorów.

Po drugie, nawet tam gdzie formalne usługi opiekuńcze, w tym specjalistyczne, są świadczone, mogą one być źródłem obaw po stronie osób z nich korzystających, ich bliskich, a także samych osób, które te usługi świadczą.

Osoby udzielające wsparcia muszą przemieszczać się pomiędzy mieszkaniami różnych podopiecznych, niekiedy oddalonymi od siebie. Biorąc pod uwagę, że jest to zawód słabo opłacany i sfeminizowany, w dużej mierze opiekunki muszą korzystać z transportu publicznego, a nie indywidualnego, co również po drodze między wizytami u podopiecznych naraża je na ewentualne zarażenie. Przypomnijmy, że w systemie świadczenia usług opiekuńczych nie ma ogólnych standardów jeśli chodzi o przeszkolenie i kwalifikacje osób je świadczących (Szatur-Jaworska, Rysz-Kowalczyk, Imiołczyk 2020), wobec czego zachodzą obawy, że część opiekunów nie jest przygotowana do w pełni bezpiecznego - zwłaszcza w realiach zagrożenia epidemiologicznego - wykonywania wszystkich zadań w ramach udzielanych usług (które to zadania też nie są ściśle na poziomie krajowym określone). Występujące nieraz praktyki outsourcingu usług opiekuńczych (NIK 2016 s.31), czyli zlecenia ich podmiotom zewnętrznym może również sprzyjać rozmyciu odpowiedzialności za zapewnienie opiekunom i opiekunom zarówno odpowiedniej wiedzy, jak i środków bezpieczeństwa, dezynfekcji etc. Dodajmy, że część osób otrzymuje zewnętrzną pomoc, ale bez pośrednictwa instytucji wsparcia społecznego, a np. w ramach niesformalizowanych usług świadczonych w szarej strefie (nierazko przy udziale opiekunek - cudzoziemek). Ta szara strefa opieki, wobec której dotąd nie podjęto działań publicznych, wydaje się być szczególnie podatna na zagrożenia związane z transmisją koronawirusa. Osoby wykonujące takie usługi mają jeszcze mniejsze szanse na odpowiednie zaopatrzenie w środki bezpieczeństwa, a wszelkie braki w tym zakresie trudniej zidentyfikować instytucjom publicznym. Można powiedzieć, że strukturalnym podłożem wzmagającym pandemiczne problemy i zagrożenia dla usług domowych o charakterze opiekuńczym jest bardzo słabe uregulowanie tego obszaru, jego niedofinansowanie, niedobór mechanizmów zapewniających bezpieczeństwo i jakość oraz ograniczony nadzór. Opieka w warunkach domowych może być też świadczona w postaci usług pielęgniarskiej opieki długoterminowej w ramach kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Okazuje się jednak, że system ich wyceniania i kontraktowania budzi wiele zastrzeżeń zwłaszcza w kontekście zwiększonych potrzeb i kosztów tego typu opieki w dobie pandemii. W rezultacie może to ograniczać realną dostępność do tychże usług. Aktualnie jedynie część województw otrzymuje stawkę rekomendowaną przez AOTMiT za osobodzień w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej. Ponadto, obowiązujące stawki, nawet te najwyższe, nie uwzględniają wzrostu kosztów świadczonych usług z uwagi na konieczność zakupu środków ochrony osobistej w czasie pandemii. Podobne problemy zachodzą, jeśli chodzi o pacjentów korzystających z wentylacji domowej, gdzie również nie zmieniono stawek przy jednoczesnym wzroście kosztów ochrony osobistej zespołu opiekuńczego. Co więcej, w wentylacji domowej na prawie 9 tys. pacjentów aż 1/3 nie jest objęta kontraktem, a sposób rozliczenia jest ustalany za pośrednictwem aneksów podpisywanych za dany rok dopiero w kolejnym roku. Już w 2019 roku - a więc jeszcze przed nadejściem pandemii koronawirusa - wiele oddziałów NFZ zaproponowało stawki znacznie poniżej wartości jednostkowej obowiązującego kontraktu. W czasie pandemii problem z dostępem dodatkowo się pogłębił. Niemożność skorzystania z tego typu usług w wystarczającym zakresie może skutkować albo koniecznością skorzystania z opieki w warunkach szpitalnych, co niesie dodatkowe zagrożenie zakażenia (nie tylko koronawirusem) dla tych pacjentów o zasadniczo ograniczonej odporności, ale także blokuje możliwości systemu zdrowotnego w zaspokajaniu potrzeb tzw. pacjentów covidowych.

Problemy czasu pandemii dotyczą także osób niesamodzielnych mieszkających w wieloosobowych gospodarstwach domowych oraz kontaktujących się z mieszkającymi oddzielnie członkami rodziny. Sytuacja opiekunów rodzinnych od samego początku jest często dramatyczna (o czym piszemy szerzej w rozdziale poświęconym opiekunom nieformalnym), a obecnie zostaje dodatkowo pogorszona przez nowe ograniczenia i zagrożenia.

Po pierwsze, opiekunowie rodzinni także mogą odczuwać ograniczenia w dostępie do różnych usług dla ich podopiecznych, co przekłada się na jeszcze większy zakres ich obciążenia opieką i pomocą swoim bliskim (Szarfenberg, Kocejko, Bakalarczyk 2020). Chodzi nie tylko o ewentualne ograniczenia w dostępie do wspomnianych wcześniej usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, ale także do innych usług, np. w zakresie rehabilitacji. W okresie wiosennym na pewnym etapie formalna rehabilitacja została wstrzymana, wobec czego opiekunowie znaleźli się w obliczu konieczności samodzielnego wspierania w tym zakresie podopiecznych, co nie zawsze jest możliwe i bezpieczne bez profesjonalnego sprzętu i przygotowania. Zaprzestanie choćby tymczasowe zewnętrznych działań rehabilitacyjnych może też prowadzić do pogorszenia się stanu zdrowia i sprawności osoby zależnej, wobec czego opieka rodzinna staje się jeszcze bardziej intensywna i obciążająca dla najbliższych (Bakalarczyk 2020).

Po drugie, sprawowanie opieki nieformalnej i wykonywanie wielu czynności pozaopiekuńczych na rzecz osoby zależnej (np. załatwienie różnych formalności medycznych i pozamedycznych lub robienie zakupów) w dobie zagrożenia epidemiologicznego może być dla opiekunów dodatkowym źródłem stresu. Także czas przeznaczany na te czynności musi się wydłużyć, wobec czego w wymiarze psychicznym i czasowym sprawowanie opieki i wsparcia staje się jeszcze bardziej intensywne. Może to dodatkowo sprzyjać wypaleniu opiekunów i ich jeszcze dalej idącemu wyłączeniu z innych ról społecznych. Ponadto ograniczone możliwości bezpiecznego uczestnictwa społecznego i przemieszczania się dodatkowo ograniczają możliwości odetchnięcia od codziennej

opiekuńczej rutyny. Niektórzy opiekunowie w dobie pandemii bardzo radykalnie ograniczyli jakiegokolwiek wychodzenie z domu (Nowosielska 2020). Oprócz tego pojawiają się dodatkowe czynniki stresogenne dla opiekuna i podopiecznego związane ze zmianą realiów opieki w celu adaptacji do nowych ram bezpieczeństwa. Dla osób zależnych zwłaszcza z zaburzeniami poznawczymi ta nieoczekiwana zmiana może być trudna do adaptacji i stanowić źródło niepokoju, co również przełoży się na atmosferę sprawowaną przez bliskich opieki. Dodatkowym źródłem niepokoju i przeciążenia może być poczucie braku alternatywy - w dobie pandemii utrudnione lub wręcz niemożliwe jest przeniesienie podopiecznego do placówki opieki instytucjonalnej, a ponadto decyzja taka byłaby obciążona dodatkowym ryzykiem i niepokojem o zdrowie i bezpieczeństwo podopiecznych w związku z narażeniem na zakażenie podczas pobytu w placówce.

Po trzecie, realia pandemii wpływają także na możliwości godzenia pracy zawodowej z opieką nad bliskimi. Część opiekunów już wcześniej w związku ze sprawowaniem opieki musiała przejść na mniej regularne formy zatrudnienia i wykonywania pracy, np. na umowy czasowe, w niepełnym wymiarze bądź cywilnoprawne. W okresie pogorszenia się sytuacji na rynku pracy, osoby wykonujące prace w ramach tych mniej standardowych umów mogą należeć do grup w pierwszej kolejności zagrożonych utratą zatrudnienia. Dalsze wykonywanie pracy - zwłaszcza jeśli nie jest możliwy i stosowany tryb zdalny - może stanowić ryzyko zarażenia i przeniesienia go także na swych podopiecznych, będących w grupie szczególnego ryzyka. Te niekorzystne uwarunkowania mogą ograniczać dyspozycyjność i wydajność pracującego zawodowo opiekuna. Z drugiej strony, większa skłonność pracodawców do przenoszenia przynajmniej części zadań zawodowych do trybu zdalnego może stanowić swoistą szansę - zarówno w krótkiej jak i dalszej perspektywie - na wykorzystanie potencjału zawodowego opiekunów, którzy wykonywaliby pracę częściowo zdalnie (tzw. telepraca).

Po czwarte, szczególnie dramatyczna jest sytuacja, w której opiekun sam ulegnie zarażeniu koronawirusem. W takiej sytuacji dalsze sprawowanie opieki staje się bardzo trudne, a ponadto odbywa się z narażeniem zdrowia i życia podopiecznego. Do dramatycznych sytuacji dochodzi, gdy opiekun w związku z pandemią, ale także z inną chorobą, musi trafić do szpitala (Greniuk 2020). Pojawia się wówczas problem, jak zapewnić należytą opiekę podopiecznemu, którym dotychczasowy opiekun nie jest w stanie się zajmować, a możliwości zewnętrznej opieki zastępczej zarówno w warunkach środowiskowych jak i instytucjonalnych, są w dobie pandemii bardzo ograniczone.

## 5.4. REKOMENDACJE

### Rekomendacje dla sektora opieki stacjonarnej

- Zaczniemy od podstawowej kwestii, która wydaje się oczywista: **środki ochrony osobistej** powinny być **dostępne oraz powszechnie wykorzystywane**. Dostępność tych środków nie tylko ogranicza ryzyko przedostania się wirusa do placówki, ale także zapewnia większy komfort psychiczny personelowi ośrodka. Stosowanie się na terenie placówek opieki długoterminowej do podwyższonych standardów związanych z bezpieczeństwem niesie ze sobą dodatkowe koszty, co powinno być uwzględnione przy podejmowaniu decyzji politycznych w zakresie finansowania tych placówek ze środków publicznych.
- Stacjonarne ośrodki opieki długoterminowej powinny mieć **łatwy dostęp do testów**. Za dobre rozwiązanie uważamy wymóg, by każda osoba, która jest kierowana do ośrodka miała wykonany test. Należy jednak zapewnić, by dostęp do testów był także zagwarantowany w trakcie pobytu oraz by osoby z personelu miały równie łatwy dostęp do testów. Wydaje się, że w świetle dotychczasowej wiedzy o pandemii można zrezygnować z mierzenia temperatury ciała (właśnie na rzecz testów), gdyż zakażenie SARS-CoV-2 może być także bezobjawowe bądź wystąpić przy mniej specyficznych objawach, bez wystąpienia wysokiej temperatury (Lau-Ng i wsp. 2020).
- Należy podjąć działania, które doprowadzą - i to już w krótkim okresie - **do wzrostu podaży personelu w opiece stacjonarnej**, łączenie z możliwością szybkich ścieżek szkolenia nowych pracowników na terenie placówek. Dodatkowo szczególnego znaczenia w tym kontekście nabiera **zwiększenie roli zawodu opiekuna medycznego** w systemie opieki długoterminowej.
- Odpowiednie organy muszą nasilić wysiłki w zakresie **kontroli w placówkach opieki długoterminowej**. Kontrole te powinny sprawdzać, czy w placówkach tych pracuje odpowiednia liczba personelu, czy prawa osób tam przebywających są przestrzegane oraz czy wzmożone procedury sanitarne są realizowane. Tego typu kontrole, w obliczu zakazu odwiedzin rodzin, są w zasadzie jedyną możliwością sprawdzenia, co dzieje się w placówkach opiekuńczych.
- Gdy szczepionka będzie już dostępna na rynku, każda osoba pracująca i odwiedzająca domy opieki powinna mieć obowiązek **zaszczepienia się** przy pierwszeństwie dostępu do szczepionki.
- **Zapobieganie samotności osób przebywających w placówkach stacjonarnych** jest bardzo istotne. W warunkach zamknięcia placówek dla odwiedzających jest to trudne, choć może stanowić asumpt do wprowadzenia pewnych innowacji technicznych w danej instytucji (np. rozmowy z bliskimi przy użyciu połączeń internetowych).

### Rekomendacje dla sektora opieki pozainstytucjonalnej

- **Wypracowanie obowiązującego standardu świadczenia usług opiekuńczych i wspomagających** osoby zależne (i ich bliskich) w warunkach domowych na czas pandemii. Standard ten powinien obejmować odpowiednie przeszkolenie, poradniki informacyjne dla opiekunów, jak wykonywać podstawowe czynności związane ze świadczeniem usług w sposób możliwie bezpieczny, a także wyposażenie w środki bezpieczeństwa sanitarnego wszystkie osoby skierowane do tego rodzaju pracy.

- Systematyczne **rozwijanie i upowszechnianie form wsparcia zdalnego**, by w okresie, w którym wskazane jest zachowanie maksymalnego dystansu fizycznego, było możliwe choćby częściowe zaspokajanie potrzeb osób zależnych w trybie zdalnym, np. w kwestii monitorowania ich stanu zdrowia, samopoczucia jak i możliwości podtrzymania kontaktów społecznych i towarzyskich.
- **Upraszczanie i skracanie procedur przyznawania wsparcia opiekuńczego** (zwłaszcza) w dobie pandemii. Ze względu na to, że obecnie osobom wymagającym pomocy może być jeszcze trudniej zwracać się o wsparcie bezpośrednio, a sami pracownicy socjalni są jeszcze bardziej zapracowani niż zwykle, warto dążyć do tego, by procedury zmierzające do przyznania świadczeń opiekuńczych i innych form pomocy osobom niesprawnym, wymagającym opieki, były możliwie proste, szybkie i wymagające jak najmniej bezpośredniego kontaktu.
- **Wzmocnienie finansowe** podmiotów odpowiedzialnych za przyznawanie i świadczenie usług dla osób niesamodzielnych w warunkach domowych. Powinno temu służyć systemowe wzmocnienie finansowe ośrodków pomocy społecznej, nie tylko by łatwiej byłoby im ponieść dodatkowe wydatki w czasie pandemii, ale także by mogły zwiększyć zatrudnienie i podnieść wynagrodzenia pracownikom, zwłaszcza tym bezpośrednio zaangażowanych w świadczenie usług opiekuńczych.
- **Uwzględnienie dodatkowych kosztów zaopatrzenia w środki ochrony osobistej** przy wycenianiu i kontraktowaniu usług pielęgniarstwa długoterminowego domowego oraz usług opieki długoterminowej pacjentów wentylowanych mechanicznie w domu. Działania publiczne powinny być ukierunkowane na **znacznie większe wykorzystanie domowych form zapewniania opieki długoterminowej** w ramach służby zdrowia w celu ograniczenia konieczności hospitalizacji, w warunkach pandemicznych niosącej szczególne ryzyko dla osób wymagających takiej opieki.
- Objęcie **wszystkich pacjentów domowej opieki długoterminowej wentylowanych mechanicznie** kontraktem z NFZ, definiując to świadczenie jako „ratujące życie”.
- Kontynuacja i **rozwój programu wspierania osób starszych** w oparciu o Solidarnościowy Korpus Wsparcia Seniorów. Warto rozszerzyć dostęp do programu także o osoby w młodszych wiekach, które są przewlekle chore lub niepełnosprawne, zwłaszcza w stopniu znacznym.
- **Wielowymiarowe działania zapobiegające osamotnieniu** osób starszych i niesamodzielnych, które mogą ulegać konsekwencjom jeszcze trudniejszej do przezwyciężenia izolacji w czasie pandemii. Osoby te mogą nieraz mieć ograniczone możliwości zasięgnięcia wiedzy o obecnej sytuacji i jak w niej sobie radzić za pośrednictwem Internetu i mediów społecznościowych, dlatego tak ważne jest by także tradycyjne media jak radio i telewizja odpowiednio systematycznie i czytelnie (także zgodnie z regułami dostępności i „projektowania uniwersalnego” przekazu) dostarczyły informacji na temat źródeł wsparcia, opieki i samoopieki w warunkach mniejszej lub większej izolacji.
- **Wsparcie informacyjne, doradcze i psychologiczne dla opiekunów** osób wymagających opieki, z uwzględnieniem specyfiki ich sytuacji w czasie pandemii. Działania w tym zakresie należy zintensyfikować z uwagi na to, że jeszcze więcej czynności opiekunowie muszą wykonywać samodzielnie i to w warunkach szczególnej ostrożności. Wsparcie to powinno być świadczone różnymi kanałami - przy wykorzystaniu tradycyjnych mediów (telewizja, prasa) jak i nowych.
- **Akcje uświadamiające** typu „Bezpieczny senior” powinny także wskazywać na opiekunów jako grupę szczególnie wrażliwą i również wymagającą wsparcia. Adresatami tychże akcji i kampanii powinny być nie tylko same osoby wymagające wsparcia i opiekunowie, ale także osoby z szerszego otoczenia, a to w celu uzyskania większej świadomości potrzeb opiekunów i osoby niesamodzielnych.
- Pilnego uregulowania wymaga kwestia postępowania w sytuacji, w której opiekun rodzinny ulegnie zarażeniu. Potrzebna jest **bezpieczna ścieżka postępowania** na rzecz zapewnienia bezpieczeństwa i opieki podopiecznemu, zarówno wówczas, gdy opiekun nie będzie wymagał hospitalizacji, jak i wtedy, gdy trafi do szpitala. Należy zadbać by procedury działania w tym zakresie były gwarantowane i znane służbom medycznym oraz społecznym, jak również samym opiekunom.
- W projektowaniu i realizacji działań podejmowanych w ramach strategii i programów walki z pandemią w obszarze medycznym należy uwzględnić **specyfikę sytuacji i możliwości pacjentów** dotkniętych niesamodzielnością i ich bliskich (np. jeśli chodzi o ich mobilność, możliwości komunikacyjne i adaptacyjne czy potrzeby asysty w czynnościach życia codziennego).

## Rekomendacje długoterminowe i systemowe

- Mówiąc bardziej ogólnie, jak wskazuje M. Daly (2020), kryzys związany z pandemią koronawirusa każe odpowiedzieć na pytanie, jaki jest akceptowany sposób opieki nad osobami starszymi. Według Daly, wpływ pandemii na sektor opieki należy postrzegać nie jako krótkoterminową porażkę na poziomie działań i przywództwa politycznego, ale jako **głębsze niedowartościowanie sektora opieki** rozumianego jako działalność poszczególnych podmiotów zajmujących się wsparciem, ale także opieki jako działalności ludzkiej i wreszcie tych, którzy tego wsparcia potrzebują. **Warto zatem apelować, by polityka państwa dotycząca opieki długoterminowej stała się w Polsce ważnym elementem polityki społecznej i polityki zdrowotnej.**
- Z drugiej strony, M. Kociejko, R. Bakalarczyk i P. Kubicki (2020) ostrzegają, opierając się na przeprowadzonej analizie, że pandemia może utrwalić rozwiązania funkcjonujące obecnie. Ten scenariusz, według autorów, jest szczególnie możliwy, jeśli dodatkowe wsparcie udzielone będzie sektorom opieki stacjonarnej, w tym szpitalom, przy jednoczesnym pominięciu wsparcia dla stymulowania opieki i pielęgnacji w środowisku zamieszkania osób niesamodzielnych. Prowadzić to będzie do jeszcze mniejszych szans na otrzymanie przez osoby starsze adekwatnych usług dobrej jakości w ich najbliższym środowisku i jeszcze bardziej sprzyjać tendencjom do instytucjonalizacji. Biorąc pod uwagę powyższe, zwracamy uwagę, że **wysiłki polityczne mające na celu rozwój usług opieki długoterminowej powinny być kierowane do różnych sektorów wsparcia.**

- Diagnoza polskiego systemu opieki długoterminowej jest podejmowana od wielu lat przez różne instytucje i grupy eksperckie. W kontekście sytuacji w opiece stacjonarnej do tego grona dołączył Rzecznik Praw Pacjentów, który stwierdził, że „założenie przyjęte przez ustawodawcę, że domy pomocy społecznej pełnią głównie funkcje opiekuńczą, wymaga korekty”. Rzecznik w szczególności apeluje o **podjęcie wysiłków, które zwiększą dostępność świadczeń zdrowotnych dla osób przebywających w domach pomocy społecznej**. Jest to wyraz zgłaszanych od dawna postulatów dotyczących lepszej koordynacji systemów opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, zarówno na poziomie stacjonarnym jak i domowym.
- Autorzy raportu przygotowanego w ramach prac ILPN (Comas-Herrera i in. 2020) wskazują, że obok bezpośredniego wpływu pandemii COVID-19 na życie rezydentów domów opieki i ich rodzin, śmiertelność związana z koronawirusem będzie mieć ważne konsekwencje dla sektora opieki w najbliższych latach. Wskazują, że **pandemia koronawirusa najpewniej wpłynie na społeczne postrzeganie ryzyka związanego z opieką instytucjonalną i w związku z tym zmniejszy popyt na tę formę wsparcia**. W kontekście Polski ma to znaczenie z punktu widzenia szansy na rozwój alternatywnych form wsparcia, przede wszystkim **deinstytucjonalizację** oraz gruntowną zmianę, zwłaszcza w DPS, polegającą na zmniejszeniu wielkości wielu placówek.
- Autorzy raportu ILPN sugerują wprowadzanie koniecznych **zmian prawnych** mających na celu ochronę przed ryzykiem rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych w instytucjach opiekuńczych:
  - zmiany w kształceniu personelu pod kątem zagrożeń,
  - większa dostępność środków ochrony,
  - upowszechnienie testów laboratoryjnych
  - zwiększenie wymagań kadrowych wobec placówek.

Zmiany te nieuchronnie będą prowadzić do zwiększenia kosztów organizacyjnych ponoszonych przez placówki i do wzrostu kosztów (i cen), co jeszcze bardziej ograniczy popyt na te usługi ze strony osób wymagających wsparcia. Zmiany te także prowadzić będą do presji na wzrost wydatków publicznych (w przypadku publicznych świadczeniodawców). Z punktu widzenia sytuacji w Polsce, należy zatem zdawać sobie sprawę, że koszty opieki będą nieuchronnie rosnąć. Apelujemy, by rozpocząć dyskusję polityczną nad mechanizmami kolektywnego rozkładania tych kosztów przez całe społeczeństwo (dzielenie ryzyka).

# 6. WYBRANE PROBLEMY OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W KONTEKŚCIE ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH ORAZ CHOROÓB OTĘPIENNYCH

Rafał Bakalarczyk, Łukasz Jurek

## 6.1. WPROWADZENIE

W głównym nurcie badań naukowych i działań politycznych potrzeba opieki długoterminowej kojarzona jest z zaburzeniami somatycznymi. Zakłada się, że obniżenie sprawności fizycznej organizmu ogranicza, a w skrajnych przypadkach wręcz całkowicie uniemożliwia wykonywanie podstawowych czynności codziennego życia. Obecnie takie ujęcie problemu spotyka się coraz częściej z krytyką. Uważa się, że jest ono zdecydowanie zbyt wąskie, pomija bowiem szeroką gamę zaburzeń sfery umysłowej, które również mogą ograniczać zdolność niezależnego życia. Mowa tutaj o zaburzeniach psychicznych i chorobach otępiennych.

Debata na ten temat od dłuższego już czasu toczy się w na przykład Niemczech. Uznano, że funkcjonujący tam system orzecznictwa w ubezpieczeniu pielęgnacyjnym wyklucza z grona świadczeniobiorców sporą grupę osób, które wymagają opieki z powodów innych, aniżeli fizyczna utrata samodzielności. Zdecydowano się więc na zmianę tego systemu. Powołano specjalny zespół, który miał opracować nowe narzędzie pomiaru utraty autonomii i zapotrzebowania na opiekę. Głównym celem było rozszerzenie kategorii niesamodzielności w taki sposób, aby uwzględniało potrzeby osób z różnymi problemami funkcjonalnymi, w tym również wynikającymi z obniżonej sprawności umysłowej.

Pierwszym elementem reformy systemu orzecznictwa była zmiana zakresu podmiotowego ubezpieczenia opiekuńczego. W 2013 roku wprowadzono tzw. stopień 0 niesamodzielności, do którego włączone zostały osoby wymagające „ogólnego nadzoru i opieki” w związku z demencją, upośledzeniem umysłowym oraz chorobą psychiczną (Nadash, Doty, von Schwanenflügen 2017). Ten zabieg stanowił istotną zmianę jakościową, która stała się przesłanką do dalszych działań modernizacyjnych.

Kolejnym elementem reformy była gruntowana zmiana sposobu ustalania uprawnień do świadczeń z tytułu ubezpieczenia pielęgnacyjnego (2017 r.). Nowe narzędzie temu służące określone zostało mianem NBA (niem. Neues Begutachtungssassessment zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit). Jego innowacyjność wynikała z tego, że ocenie nie była już poddawana - jak to miało miejsce dotychczas - niesprawność fizyczna organizmu, lecz zachowana sprawność (Błądowski 2018). Dopiero na tej podstawie ustala się zapotrzebowanie na opiekę.

Zgodnie z nowymi zasadami, ocena poziomu autonomii dokonywana jest w oparciu o różne parametry, które zostały podzielone na sześć modułów: (1) mobilność, (2) zdolności kognitywne i komunikacyjne, (3) sfera behawioralna i problemy psychiczne, (4) samowystarczalność, (5) radzenie sobie z chorobą i leczeniem, (6) organizacja codziennych zajęć i utrzymywanie codziennych relacji. O ile moduły pierwszy i czwarty odnoszą się stricte do sprawności fizycznej, to moduł drugi, trzeci i szósty są powiązane ze sprawnością umysłową, która może być naruszona na skutek bądź to zaburzeń psychicznych, bądź to schorzeń otępiennych. W module drugim (zdolności kognitywne i komunikacyjne) brane są pod uwagę takie elementy egzystencji, jak: orientacja przestrzenna, orientacja czasowa, zapamiętywanie ważnych wydarzeń, kontrolowanie harmonogramu dnia, rozumienie faktów i informacji, podejmowanie rutynowych decyzji, identyfikacja ryzyka i zagrożenia, komunikacja podstawowych potrzeb, rozumienie poleceń, prowadzenie rozmowy. W module trzecim (sfera behawioralna i problemy psychiczne) weryfikowane jest występowanie takich problemów psychicznych, jak: nocne uczucie niepokoju, zachowanie autodestrukcyjne i autoagresywne, niszczenie przedmiotów, agresja fizyczna wobec innych, agresja werbalna, bronienie się przed opieką, urojenia, stany lękowe, niestosowne zachowanie. W module szóstym (organizacja codziennych zajęć i utrzymywanie codziennych relacji), mierzony jest poziom radzenia sobie w takich obszarach, jak: planowanie codziennych zajęć, odpoczynek i sen, zajmowanie się sobą, planowanie przyszłości, interakcja z ludźmi w bezpośrednim kontakcie, utrzymywanie kontaktu z ludźmi spoza bezpośredniego otoczenia.

## 6.2. ZABURZENIA PSYCHICZNE WŚRÓD DZIECI I DOROSŁYCH

Zapewnienie pomocy osobom z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi to jedno z pilniejszych wyzwań stojących obecnie przed służbą zdrowia i (pośrednio) przed systemem opieki długoterminowej (Caldas de Almeida, Killaspy 2011). Mimo tego, że te problemy nie występują zbyt często, to mają one bardzo duży wpływ na życie osób, które ich doświadczają, jak również na członków ich rodziny, a czasami wręcz na całą społeczność lokalną. Największy udział w tego typu schorzeniach mają zaburzenia schizofreniczne.

Zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych, sporządzoną przez WHO (2008, s. 214), „zaburzenia schizofreniczne charakteryzują się ogólnie podstawowymi i charakterystycznymi zakłóceniami myślenia i postrzegania, jak również niedostosowanym i spłyconym afektem. Jasność świadomości i sprawność intelektu są zwykle zachowane, choć z czasem mogą pojawiać się pewne deficyty poznawcze”. Najważniejsze objawy psychopatologiczne to halucynacje, urojenia, dezorganizacja mowy, nieprawidłowe zachowania psychoruchowe, objawy negatywne, zaburzenia funkcji poznawczych, depresja i mania (Sieradzki 2019).

<sup>49</sup> W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę na stosunkowo słabe rozpoznania schizofrenii wśród osób starszych, czyli w przypadkach, gdy jest ona w najwyższym stadium rozwoju, a jej konsekwencje są najbardziej złożone (Cohen, Meesters, Zhao 2015).

Szacuje się, że około połowa zachorowań na schizofrenię ma miejsce przed 30 rokiem życia, dlatego uznaje się ją za chorobę ludzi młodych. Jej typowe objawy ujawniają się zazwyczaj na początku trzeciej dekady życia (tzw. AOS, adult onset of schizophrenia). Ostatnimi laty coraz większą uwagę zwraca się jednak na specyfikę obrazu psychopatologicznego schizofrenii w okresie dzieciństwa i młodości. Szacuje się, że u około 5% wszystkich pacjentów dolegliwości pojawiają się już przed uzyskaniem pełnoletności. Biorąc pod uwagę moment wystąpienia choroby wśród ludzi młodych, wyróżnia się: schizofrenię o początku w dzieciństwie (COS: childhood onset of schizophrenia lub VEOS: very onset of schizophrenia), występującą u osób poniżej 13. roku życia, oraz schizofrenię o wczesnym początku (EOS: early onset of schizophrenia), występującą u osób w wieku pomiędzy 13. a 18. rokiem życia. Co prawda ze względu na zbliżone objawy kliniczne tej choroby występujące na każdym etapie życia, w międzynarodowych klasyfikacjach nie stosuje się oddzielnych kryteriów diagnostycznych dla dzieci, młodzieży i dorosłych. Mimo to, podkreśla się bardziej niespecyficzny i bardziej zmienny charakter schizofrenii wśród ludzi młodych niż u dorosłych (Rajewska-Rager, Rajewski 2010). Ponadto przyjmuje się, że im wcześniejszy wiek zachorowania, tym bardziej niespecyficzne objawy towarzyszą chorobie i tym cięższy jest jej przebieg. Z tej perspektywy szczególnie dużego znaczenia nabiera problematyka związana z wczesną diagnostyką i podjęciem odpowiedniego leczenia. Niezwykle ważnym zagadnieniem jest również kwestia psychoprophylaktyki i psychoedukacji dzieci i młodzieży.

Przyczyny schizofrenii nie są do końca znane. Podobnie jak i inne zaburzenia psychiczne, należy ona do grupy chorób złożonych, które w pewnym stopniu są dziedziczne, jednak nie w sposób prosty. Zapadalność jest warunkowana interakcją czynników genetycznych oraz środowiskowych. Zdaniem J. Hauser (2007, s. 153): „dziedziczona jest predyspozycja do zachorowania, która ujawnia się po zadziałaniu niekorzystnych czynników środowiskowych”. Do tych czynników środowiskowych zalicza się m.in. zażywanie substancji psychoaktywnych (kannabinole, stymulanty) oraz miejsce zamieszkania (ryzyko choroby jest szczególnie wysokie wśród osób zamieszkujących duże aglomeracje miejskie). Funkcję wyzwalacza choroby pełni stres psychospołeczny, zwłaszcza stres w rodzinie (Sieradzki 2019).

Jak już wcześniej wspomniano, schizofrenia ujawnia się najczęściej w stosunkowo młodym wieku, niemniej jednak, na skutek wydłużania się trwania życia osób nią dotkniętych, coraz częściej występuje również wśród ludzi dojrzałych i starych<sup>1</sup>. W tych okolicznościach, biorąc pod uwagę predyspozycje genetyczne, chorować może jednocześnie nawet kilka osób w rodzinie, będących krewnymi z różnych pokoleń.

Schizofrenia prowadzi z jednej strony do różnego stopnia zaburzeń sprawności psychospołecznej, z drugiej zaś do ogólnego pogorszenia stanu zdrowia i przedwczesnej śmierci. Osoby chore narażone są na większe ryzyko wystąpienia otyłości, hiperlipidemii, cukrzycy, choroby niedokrwiennej serca i udaru mózgu (Sieradzki 2019). Przebieg choroby rzutuje na sposób odżywiania się, aktywność fizyczną i styl życia, a także na spożywanie leków, czego dalszą konsekwencją są rozmaite komplikacje zdrowotne.

W wielu krajach opieka nad osobami chorymi na schizofrenię udzielana była dotychczas głównie w formie stacjonarnej, w dużych i zamkniętych placówkach. Ostatnimi czasy kładzie się jednak silny nacisk na deinstytucjonalizację i organizację opieki w środowisku zamieszkania osób chorych. Taki trend, typowy dla całej opieki długoterminowej, w tym przypadku jest jednak szczególnie trudny do realizacji ze względu na szereg barier i ograniczeń. Przejawiają się one w różnych obszarach. Na poziomie centralnym problemem są z reguły niewłaściwe rozwiązania prawne, niewystarczające środki finansowe, a także proceduralna dyskryminacja osób z chorobami psychicznymi. Na poziomie systemu opieki długoterminowej, częstym problemem jest brak możliwości uwolnienia środków finansowych przeznaczanych na utrzymanie dużych placówek opiekuńczych (absorbujących zdecydowaną większość wszystkich środków) i związane z tym permanentne niedofinansowanie opieki środowiskowej. Problemem jest również brak należytej koordynacji pomiędzy służbami medycznymi i społecznymi, zwłaszcza w aspekcie mieszkalnictwa i świadczeń socjalnych.

Wraz z likwidacją dużych placówek opiekuńczych równolegle powinien przebiegać także proces rozwijania nowych instytucji, które przejmują uwalniane kompetencje i zadania. Przykładem takich instytucji w Polsce mogą być Środowiskowe Centra Zdrowia Psychicznego (ŚCZP), które są miejscami pomocy dla osób doświadczających kryzysów psychicznych. Tworzone w duchu deinstytucjonalizacji zespoły złożone z różnego rodzaju specjalistów (lekarzy, pielęgniarek, terapeutów, pracowników socjalnych), obejmują wsparciem medycznym i społecznym osoby chore wraz z członkami ich rodzin.

Mimo tego, że ostatnimi czasy sytuacja pod wieloma względami uległa zasadniczej poprawie, wiele elementów systemu opieki psychiatrycznej wciąż wymaga gruntownej reorganizacji (Caldas de Almeida, Killaspy 2011).

- **Po pierwsze:** poprawa dostępności. Usługi opiekuńcze i zdrowotne powinny być dostępne lokalnie, w środowisku zamieszkania osoby chorej (zarówno w zakresie dostępu do specjalistów jak i odpowiednich leków).
- **Po drugie:** zapewnienie kompleksowości opieki. Dostępne usługi powinny zaspokajać ogół specyficznych potrzeb wynikających z choroby.
- **Po trzecie:** usprawnienie koordynacji świadczeń i ciągłości świadczonej opieki. Skuteczna opieka bezwzględnie powinna uwzględniać kontekst medyczny i psychospołeczny funkcjonowania osoby chorej.
- **Po czwarte:** podnoszenie skuteczności prowadzonych działań. Przyczynkiem do rozwijania konkretnych interwencji powinna być efektywność ich realizacji.
- **Po piąte:** poprawa sprawiedliwości redystrybucyjnej. Osoby chore zwykle nie są w stanie należycie artykułować i manifestować swoich potrzeb, co nierazko ogranicza im dostęp do właściwej opieki.
- **Po szóste:** poprawa w zakresie przestrzegania podstawowych praw człowieka. Opieka powinna w możliwie najwyższym stopniu zapewniać autonomię osoby chorej, wzmacniać jej samodzielność i angażować ją do samostanowienia o sobie.
- **Po siódme:** powinno zwrócić się uwagę na dostęp do innowacyjnych terapii lekowych dla wszystkich grup pacjentów, tak aby leczenie nie wiązało się z wykluczeniem ekonomicznym.



Powyższe problemy dotyczą większości krajów Unii Europejskiej, w tym również Polski. W przypadku naszego kraju, dodatkowo podkreśla się jeszcze takie problemy strukturalne, jak nadmierna „medykalizacja” opieki psychiatrycznej, niski poziom kompetencji w zakresie psychiatrii lekarzy POZ, zdekapitalizowana baza materialna i niski standard wyposażenia, chroniczne niedofinansowanie, trudna sytuacja finansowa podmiotów leczniczych i zbyt niska (nieadekwatne w stosunku do kosztów) wycena świadczeń (Pużyński, Lengiewicz, Pietrzykowska 2001, 2006). O problemach psychiatrii w Polsce często mówi się w kategoriach „zapaść”, lub „klęska”.

Problemy opieki psychiatrycznej w Polsce uwidaczniają się szczególnie w odniesieniu do osób najmłodszych (dzieci i młodzieży). Bezsprzecznie psychiatria dziecięca to obszar mocno zaniedbany. Potwierdziła to kontrola NIK (2019a), która wykazała szereg deficytów infrastrukturalnych, kadrowych i proceduralnych. Przede wszystkim wykazano nierówny dostęp do opieki, nieco łatwiejszy w dużych aglomeracjach miejskich, mocno zaś utrudniony na wsiach i w małych miastach. Poza tym, dysproporcje infrastrukturalne ujawniają się w skali całego kraju: w niektórych województwach całkowicie brakuje niektórych rodzajów instytucji opiekuńczych (dziennych lub całodobowych). Niepokoić może fakt, że wobec deficytu miejsc w placówkach dla dzieci, małoletni pacjenci często bywają kierowani na oddziały dla dorosłych.

Poza deficytami infrastrukturalnymi, poważnym problemem są również braki kadrowe. Ich częstym efektem jest brak ciągłości procesu leczenia. Dostęp do lekarzy specjalistów jest mocno zróżnicowany w poszczególnych regionach kraju. Różnica w liczbie personelu między skrajnymi województwami (z największą i najmniejszą liczbą personelu w przeliczeniu na liczbę mieszkańców) jest aż czterokrotna. Brak jest przy tym fundamentalnych regulacji prawnych, które określałyby standardy kadrowo-infrastrukturalne, niezbędne do zabezpieczenia prawidłowej opieki nad młodymi pacjentami.

Poważnym problemem jest również niejasny podział kompetencji w zakresie profilaktyki zaburzeń psychicznych. Zadania z tego obszaru są realizowane przez różne instytucje, zwłaszcza ośrodki ambulatoryjne, poradnie psychologiczno-pedagogiczne oraz szkoły (psychologów szkolni). Niejasny podział zadań znacznie utrudnia możliwość wychwycenia na odpowiednio wczesnym etapie zaburzeń psychicznych, co z kolei uniemożliwia podjęcie szybkich działań terapeutycznych.

W ramach rozważań na temat sytuacji osób z zaburzeniami psychicznymi warto uwzględnić także bliskich, którzy z jednej strony są źródłem wsparcia, z drugiej zaś sami często wymagają pomocy zewnętrznej. Może ona być świadczona w ramach samopomocowych grup wsparcia, organizacji wspierających, ale także instytucji. Wsparcie instytucjonalne, np. w formie ośrodków wsparcia dziennego, jakim są środowiskowe domy samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi, bywa jednak niedostępne na terenie całego kraju, co pokazał raport NIK na ten temat. Jak czytamy w komunikacie pokontrolnym: „Jednak na koniec 2018 r. prawie 8,5% powiatów w skali kraju stanowiło jeszcze tzw. „białe plamy”, czyli nie funkcjonowała w nich żadna tego typu placówka, a niemal 20% wszystkich ośrodków wsparcia nie spełniało wymaganych standardów. W ocenie NIK potrzebne są zmiany w przepisach oraz lepsze rozeznawanie potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi przez wojewodów i organy gmin.” (NIK 2019b).

Jeśli chodzi o otoczenie pozainstytucjonalne, na poziomie społeczności zdarza się, że opiekunowie otrzymują nie tyle wsparcie, co zewnętrzne otoczenie staje się źródłem dodatkowych obciążeń, choćby w związku ze stygmatyzacją osób chorych psychicznie i niekiedy także pośrednio ich bliskich. Tego typu ryzyko występuje szczególnie silnie w przypadku niektórych poważnych zaburzeń zdrowia psychicznego, jakim jest choćby schizofrenia.

Bliscy osób dotkniętych tego typu chorobami muszą mierzyć się z szeregiem obciążeń i dodatkowych kosztów, rujnących ich życie osobiste, zdrowie a także nadwyrażające ich sytuację ekonomiczną. Z badań wynika, że 1/4 opiekunów osób chorych na schizofrenię była zmuszona zmniejszyć wymiar pracy o 1/3, co - w związku z kosztami towarzyszącymi leczeniu i opiece - może prowadzić do trudności materialnych. Wśród opiekunów odnotowuje się większy odsetek nieefektywnej obecności w pracy (tzw. prezenteizmu) w porównaniu z osobami nie będącymi opiekunami (Kulik i wsp. 2019). Opiekunowie za obciążenie uznają martwienie się i konieczność ciągłego motywowania i mobilizowania osoby chorej do wykonywania czynności życia codziennego. Problemem jest też konieczność reorganizacji i niestabilność życia osobistego i zawodowego, koszty i straty finansowe, zwłaszcza towarzyszące okresom hospitalizacji, a także funkcjonowanie w atmosferze stresu, gdy osoba chora mieszka z podopiecznym. Jak wynika z raportu osoby chore bardzo często mają ograniczone kontakty społeczne, wobec czego osoba opiekuna nierzadko w ogromnej mierze bierze na swoje barki rolę osoby wspierającej osobę chorą (Tamże). Szczególnym przykładem jest schizofrenia dziecięca, w której to szczególnie cierpi nie tylko pacjent, ale i cała jego rodzina ponieważ angażuje najczęściej oboje rodziców i skupia ich uwagę głównie na dobrostanie podopiecznego. Występowanie schizofrenii, a także innych zaburzeń zdrowia psychicznego u dzieci niesie szereg bardzo dotkliwych kosztów społeczno-ekonomicznych. Niektóre z następstwem mogą jednak ujawnić się dopiero po czasie. Na przykład związane z hospitalizacją przerwy w nauce oraz trudności w kształceniu i w adaptacji w grupie rówieśniczej związane z samą chorobą, co z nierzadką stygmatyzacją osób nią dotkniętych, mogą powodować, że potencjał rozwojowy tych dzieci nie zostanie zrealizowany w okresie edukacji. To zaś sprzyja niższym osiągnięciom edukacyjnym i w przyszłości większym trudnościom na rynku pracy, potęgowanym także sytuacją zdrowotną w późniejszych latach życia. Należy zatem myśleć o organizowaniu wsparcia i opieki nad dziećmi i młodzieżą z zaburzeniami psychicznymi brać pod uwagę szeroki zakres kosztów społeczno-ekonomicznych ponoszonych zarówno przez jednostkę i jej bliskich, a z czasem także inne instytucje życia społeczno-gospodarczego jak rynek pracy. Brak działań pozwalających na wsparcie uczestnictwa takich dzieci w środowisku społecznym i edukacyjnym, a ich rodziców w środowisku społecznym i zawodowym może prowadzić do bardzo wysokich kosztów. Odnoszą się one nie tylko do hospitalizacji i refundacji leków, ale także do ograniczenia aktywności zawodowej rodziców, możliwości wsparcia społecznego i edukacyjnego, a w przyszłości także zawodowego osób, którym nie zapewniono kompleksowego wsparcia w różnych fazach życia, ale też na różnych etapach rozwoju choroby. W przypadku zaburzeń psychicznych kluczowa też jest prewencja i wczesna profilaktyka społeczna, dzięki którym możliwe jest ograniczenie negatywnych społecznych czy środowiskowych czynników sprzyjającym występowaniu i rozwijaniu niektórych zaburzeń zdrowia psychicznego. Ten aspekt, wykracza poza omawianą tu perspektywę patrzenia na problem pod kątem opieki długoterminowej, ale warto podkreślić go jako czynnik bardzo istotny.

### 6.3. CHOROBY OTĘPIENNE

Demencja to, najogólniej rzecz ujmując, szereg zaburzeń wpływających na pamięć, funkcje poznawcze i nastrój. Może się pojawić w następstwie różnych zaburzeń pracy mózgu, takich jak: infekcje centralnego układu nerwowego, uszkodzenia mózgu, problemy metaboliczne (np. ostra anemia), przewlekły alkoholizm czy schorzenia neurologiczne (choroba Parkinsona, Huntingtona, Alzheimer). Demencja może być nieodwracalna i systematycznie rozwijająca się, tak jak w przypadku choroby Alzheimera, lub może być potencjalnie wyleczalna, tak jak w przypadku anemii. Może pojawić się w każdym wieku, jednak zdecydowanie najczęściej dotyka osoby stare, a zwłaszcza bardzo stare.

Przyjmuje się, że około co dziesiąta osoba starsza wykazuje jakiś rodzaj choroby otępiennej, przy czym udział ten wyraźnie zwiększa się wraz z wiekiem. Wśród osób przebywających w całodobowych placówkach opieki długoterminowej, ponad połowa ma zdiagnozowaną demencję (Klich-Rączka i wsp. 2012). Główną przyczyną demencji, stanowiącą według różnych źródeł od 50% do 70% wszystkich otępień, jest choroba Alzheimera. Może się ona pojawić na każdym etapie życia, jednak ryzyko zapadalności wyraźnie rośnie wraz z wiekiem. Szacuje się, że wśród osób w wieku 65-74 lata około 3% choruje na Alzheimera, a w grupie 85+ może to być nawet połowa. Ze względu na dłuższe przeciętne trwanie życia kobiet niż mężczyzn, dwa na trzy przypadki chorych to właśnie kobiety (68%). W przeciwieństwie do innych schorzeń, choroba Alzheimera wydaje się być mocno „demokratyczna”, bowiem w równym stopniu dotyka wszystkich ludzi, niezależnie od ich sytuacji materialnej czy poziomu wykształcenia.

Choroba Alzheimera ma charakter chroniczny i progresywny. Systematycznie narusza sprawność poznawczą, emocjonalną i fizyczną. Rozwija się powoli. Na początku przejawia się roztargnieniem, to jest zapominaniem o bieżących sprawach, o imionach osób czy nazwach przedmiotów. Na dalszym etapie rozwoju choroby symptomy stają się bardziej poważne. Narastają problemy z logicznym myśleniem, orientacją w terenie, komunikacją interpersonalną. Osoba chora traci wówczas pewność siebie, staje się nadmiernie podejrzliwa i/lub agresywna. Często wyrusza gdzieś bez celu i gubi się. Systematycznie traci zdolność samodzielnej egzystencji. Zapomina, w jaki sposób wykonywać czynności codziennego życia, wpierv te złożone (instrumentalne), takie jak zarządzanie budżetem domowym, przygotowywanie posiłków czy zażywanie leków, a później też te podstawowe, takie jak ubieranie się, utrzymywanie higieny czy spożywanie posiłków.

Ogólna kondycja psychofizyczna osób chorych na Alzheimera jest mocno zróżnicowana. Generalnie przyjmuje się, że aż 2/3 z nich cechuje się ogólnie słabą kondycją zdrowotną i ograniczoną samodzielnością funkcjonalną. Ci, którym mimo innych towarzyszących schorzeń udało się przetrwać i dożyć zaawansowanego stadium choroby, najczęściej wymagają całkowitej i permanentnej opieki (Markson 2003).

Wyniki wielu badań wskazują na brak dobrego rozpoznania potrzeb osób chorych na demencję. Z perspektywy opieki długoterminowej jest to problem o tyle istotny, że bez właściwej diagnozy trudno jest efektywnie udzielać pomocy. Pomija się bowiem istotne potrzeby emocjonalne i społeczne. Może to prowadzić z jednej strony do obniżenia jakości życia osoby niesamodzielnej, z drugiej zaś może być źródłem różnego rodzaju zachowań autodestrukcyjnych. Twierdzi się, że tylko około 10% takich zachowań jest spowodowanych demencją, natomiast pozostałe 90% wynika właśnie z niewłaściwej opieki.

Wyniki badań przeprowadzanych w całodobowych placówkach opieki długoterminowej pokazują, że o ile względnie prawidłowo realizowane są tam „twarde” aspekty opieki, związane z usługami bytowymi czy podstawową pielęgnacją, to „miękkie” aspekty wciąż traktowane są po macoszemu. Często brakuje stymulujących umysłowo codziennych zadań i spotkań towarzyskich, wsparcia w radzeniu sobie z cierpieniem psychicznym (depresja i lęki), a także odpowiedniej pomocy przy rozwiązywaniu problemów z pamięcią, wzrokiem czy słuchem. Nie można tutaj jednoznacznie stwierdzić, które aspekty opieki (twarde czy miękkie) są ważniejsze. Zwykle twierdzi się, że są one tak samo ważne, zwłaszcza w przypadku osób z demencją (Cadieux, Garcia, Patrick 2013).

Przy określaniu priorytetów opieki nad osobami z demencją, szczególny nacisk kładziony jest na zwiększanie świadomości społecznej (Shih, Concannon, Liu, Friedman 2014). Rozpowszechnianie i utrwalanie wiedzy na temat demencji ma na celu, z jednej strony, ograniczenie stygmatyzacji osób dotkniętych tą chorobą, z drugiej natomiast, zwiększenie jej wykrywalności na wczesnych etapach rozwoju. Postuluje się opracowywanie programów informacyjnych i edukacyjnych na temat demencji, które mają być kierowane do szerokiego grona odbiorców, ze szczególnym uwzględnieniem opiekunów rodzinnych, organizacji senioralnych oraz związków wyznaniowych. Promuje się także stosowanie przez opiekunów (formalnych i nieformalnych) narzędzi diagnostycznych umożliwiających wczesne wykrywanie i rozpoznawanie demencji.

Diagnoza demencji opiera się w głównej mierze na identyfikacji zaburzeń pamięci krótko- i długotrwałej. Dodatkowo jej symptomem jest przynajmniej jeden z następujących objawów: (1) osłabiona zdolność abstrakcyjnego myślenia, (2) ograniczona zdolność racjonalnego wnioskowania i decydowania w sprawach interpersonalnych, rodzinnych lub zawodowych, (3) inne zakłócenia funkcji mózgu, takie jak problemy z wysławianiem się (afazja), problemy motoryczne (apraksja), czy problemy z rozpoznawaniem bądź nazywaniem rzeczy (agnozja), (4) zmiany osobowościowe (Markson 2003).

Na szczególną uwagę w kontekście wyzwań opiekuńczych teraźniejszości i przyszłości zasługuje sytuacja rodzin i opiekunów osób dotkniętych chorobą Alzheimera i innymi zaburzeniami o charakterze neurodegeneracyjnym. Można uznać to za pewien fragment problematyki rodzin z osobami starszymi zależnymi od opieki, aczkolwiek trzeba pamiętać, że zaburzenia neurodegeneracyjne pojawiają się także we wcześniejszych okresach życia. Rodziny, których bliskich dotkną tego typu schorzenia, doświadczają potrzeb i deficytów systemowego wsparcia, jakie dotyczą rodziny osób zależnych ogółem. Ten rodzaj potrzeb ma jednak swoją specyfiką, wobec czego konieczne bywają dodatkowe instrumenty oddziaływania dedykowane tej grupie. Sprawowanie opieki nad osobą chorą na Alzheimera negatywnie oddziałuje na kontakty społeczne, możliwość realizacji swoich zainteresowań czy wypoczynku, a także zdrowie opiekuna.

Badanie sytuacji osób chorych na Alzheimera i ich rodzin przeprowadzone przez Najwyższą Izbę Kontroli pokazało, że konieczność rezygnacji lub ograniczenia czasu poświęconego na wypoczynek, np. wakacje zadeklarowało 3/4 opiekunów, tyle samo zadeklarowało rezygnację lub ograniczenie czasu poświęconego na swoje zainteresowania, a 2/3 zrezygnowało z kontaktów towarzyskich lub je ograniczyło. 40% zadeklarowało negatywny wpływ sprawowanej opieki na własne zdrowie (NIK 2017).

Jak podaje organizacja Eurocarers, demencja podopiecznego jest czynnikiem sprzyjającym niskiemu poziomowi satysfakcji z życia po stronie opiekunów (Eurocarers 2017). Istnieją badania pokazujące wpływ różnych czynników społeczno-demograficznych (wiek, stan zdrowia czy płeć), relacyjnych i społeczno-instytucjonalnych wpływających na poziom zmęczenia i inne zagrożenia zdrowia psychicznego i somatycznego opiekunów osób z demencją (Rachel, Datka, Zyss, Zięba 2014).

Dodatkowym problemem, z jakim mogą borykać się osoby z demencją oraz ich bliscy, jest doświadczanie stygmatyzacji (Mazurek, Papuć 2018) lub lęk przed nią i wynikające stąd ograniczenia w uczestnictwie społecznym czy informowaniu otoczenia o problemach towarzyszących chorobie i sprawowaniu opieki. W kontekście rodzin osób z grup zagrożonych stygmatyzacją (a osoby z zaburzeniami poznawczymi i psychicznym są szczególnie na nią narażone), możemy mieć do czynienia ze zjawiskiem tzw. stygmatyzacji rozszerzonej, czyli przeniesieniem postaw piętnujących na osoby bliskie osoby stygmatyzowanej. Niektóre badania pokazują jednak, że w przypadku chorób otępiennych ta skala stygmatyzacji jest mniejsza niż wobec osób ze schizofrenią czy innymi problemami psychicznymi. (Parchomiuk 2010). Tam, gdzie osoby cierpiące na choroby otępienne i ich bliscy doświadczają stygmatyzacji, dochodzi do pogłębienia ich trudnej sytuacji, pogorszenia jakości życia, kondycji psychicznej i zwiększenia ryzyka izolacji i osamotnienia.

Bliscy osób z demencją mogą także odczuwać presję i ryzyko napiętnowania w obliczu dramatycznych decyzji o czasowym lub stałym umieszczeniu bliskich w placówce stacjonarnej. Obawa przed napiętnowaniem może nie tylko oddziaływać na dobrostan psychiczny opiekuna i innych członków rodziny, sprawujących opiekę, ale też powstrzymywać przed decyzjami o skorzystaniu z oferty opieki instytucjonalnej lub półinstytucjonalnej nawet wówczas, gdy rodzina ma trudności z poradzeniem sobie z trudami opieki. Prowadzi to do sytuacji zagrażających bezpieczeństwu i jakości życia i zdrowia zarówno opiekuna, jak i osoby chorej. Dlatego tak ważne jest aby obok twardych rozwiązań instytucjonalnych, które powinny być skoordynowane w ramach szerszej strategii, oddziaływać także przy pomocy miękkich narzędzi na świadomość samych opiekunów jak i szerszego otoczenia społecznego. Napięcie, jakiemu mogą podlegać opiekunowie, nie wynika wyłącznie z obawy przed napiętnowaniem przez otoczenie, ale także z dylematów moralnych w obliczu decyzji opiekuńczych (Lach 2015), trudności w znalezieniu najlepszego wariantu opieki oraz z możliwych konfliktów pomiędzy rolą opiekuna i innymi rolami społecznymi, rodzinnymi, zawodowymi.

Istnieje pilna potrzeba rozwijania wielowymiarowej strategii działań na rzecz osób z chorobami otępiennymi i wsparcia ich rodzin (o co Parlament Europejski apelował do wszystkich krajów członkowskich w swojej rezolucji z 2011 roku). Strategia ta powinna obejmować wczesną diagnostykę, profilaktykę, a także organizację leczenia, rehabilitacji i opieki. Niezwykle istotne jest uwzględnienie w tej strategii także kwestii związanych ze wsparciem społecznym i psychologicznym udzielanym chorym oraz ich bliskim. W Polsce dotąd taka strategia nie powstała, choć od lat zabiegają o nią przedstawiciele różnych środowiska, a także przedstawiają konkretne propozycje, jakie mogłaby ona zawierać.

Wskazane jest, aby na każdym etapie kreowania polityki (projektowania, implementacji oraz ewaluacji) wobec osób z chorobami otępiennymi oraz wobec ich bliskich, włączać podmioty, które od lat zaangażowane są społecznie, rzeczniczo i ekspercko w tę problematykę (np. organizacje i ekspertów zrzeszonych w koalicji Alzheimer Polska). Ich doświadczenie jest bardzo cenne i bezsprzecznie należy je wykorzystywać. Wskazane jest również korzystanie z dorobku biura Rzecznika Praw Obywatelskich, które dodatkowo angażuje się w popularyzowanie tej tematyki w ramach corocznych konferencji i broszur eksperckich (RPO 2016) oraz poradników (np. Wojciechowska- Szepczyńska 2020).

## 6.4. REKOMENDACJE

- Przyjęcie **Narodowego Planu Alzheimerowskiego** (tzw. strategii alzheimerowskiej), której integralną częścią byłoby wspomaganie nie tylko osoby chorej, ale także jej opiekunów i to na wszystkich etapach rozwoju choroby. Organizacje alzheimerowskie od lat wysuwają konkretne propozycje zapisów takiej strategii, które z powodzeniem można wykorzystać. Należy również wykorzystać doświadczenia innych krajów europejskich, które mają większe doświadczenie w tym obszarze.
- Poprawa sytuacji osób z chorobami otępiennymi oraz ich opiekunów powinna być uwzględniana jako **zadanie polityki senioralnej** realizowanej na różnych szczeblach (centralnym, regionalnym i lokalnym).
- Zarówno problemy związane z chorobami otępiennymi, jak również kwestia zdrowia psychicznego opiekunów, powinny być objęte działaniem **w ramach programów zdrowia publicznego**. Należy przy tym pamiętać nie tylko o samej chorobie, lecz również o różnych stanach, które mogą jej towarzyszyć, np. depresji osób, które dowiadują się o chorobie własnej lub osób bliskich.
- Konieczne jest stworzenie **szeroko dostępnej sieci poradnictwa i szkoleń dla opiekunów** osób z chorobami neurodegeneracyjnymi.
- Postuluje się zapewnienie chorym oraz ich opiekunom **możliwości udziału w specjalistycznych turnusach o charakterze rehabilitacyjno-wypoczynkowym**, podczas których osoby chore otrzymywałyby opiekę, terapię i rehabilitację, zaś opiekunowie wsparcie wytchnieniowe, psychologiczne, społeczne i - jeśli to wskazane - także terapeutyczno-rehabilitacyjne.

- Pożądane jest **rozwijanie, wspieranie i koordynowanie wolontariatu oraz różnych nieformalnych usług** (np. sąsiedzkich) na rzecz gospodarstw domowych z osobami chorymi na demencję. Często potrzebna jest pomoc przy prostych czynnościach, które są mocno utrudnione właśnie ze względu na konieczność sprawowania opieki. Chodzi na przykład o pomoc przy zakupach czy wyprowadzaniu zwierząt.
- Rekomenduje się szersze niż dotychczas **popularyzowanie dobrych praktyk w zakresie opieki nad osobami chorymi** (np. w oparciu o bazę wiedzy na stronie internetowej Alzheimer Polska).
- Konieczne jest **rozwijanie i szersze wykorzystywanie rozwiązań w zakresie szeroko rozumianej teleopieki** jako narzędzia opieki, rehabilitacji i wsparcia osoby chorej, jak również opiekunów rodzinnych/nieformalnych.
- Rekomenduje się **stworzenie sieci instytucji wsparcia dziennego**, dostosowanych do potrzeb osób z zaburzeniami neurodegeneracyjnymi. Rolą takich instytucji ma być nie tylko opieka, czasowo odciążająca opiekunów rodzinnych, ale także stymulowanie aktywności umysłowej osoby chorej oraz podnoszenie jakości jej życia poprzez rozszerzenie kontaktów społecznych.
- Konieczna wydaje się **adaptacja istniejących lub stworzenie nowych placówek stacjonarnej opieki** w taki sposób, aby były one jak najlepiej sprofilowane na pobyt (czasowy lub stały) osób w zaawansowanych fazach demencji, które z różnych względów nie są w stanie otrzymać adekwatnego wsparcia w dotychczasowym miejscu zamieszkania.
- Postuluje się **prowadzenie kampanii rozwijających wiedzę na temat chorób otępiennych**, potrzeb osób nimi dotkniętych oraz członków ich rodzin. Kampanie te powinny być adresowane do szerokiego kręgu odbiorców i mieć charakter zarówno informacyjny, jak i destygmatyzujący.
- Konieczne jest **zwiększenie wsparcia finansowego, lokalowego, sprzętowego i związanego z know-how** dla organizacji i grup samopomocowych działających na rzecz osób z chorobami neurodegeneracyjnymi oraz ich bliskich. Chodzi tutaj zarówno o organizacje o charakterze parasolowym (np. Alzheimer Polska), jak i te mniejsze, działające na poziomie lokalnym.

# 7. 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 wcielenie 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. W tegorocznej, zaktualizowanej wersji raportu uzupełniliśmy je o dodatkowy punkt będący konsekwencją doświadczeń pandemią:

## **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.**

Efektem 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 miałby 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.

#### **11. Działania związane z zapewnieniem beneficjentom bezpieczeństwa zdrowotnego w sytuacjach kryzysowych.**

W perspektywie krótkoterminowej należy wzmocnić zabezpieczenie placówek opieki długoterminowej przed ryzykiem związanym z zachorowaniem na COVID-19. Oznacza to nie tylko dostęp do środków ochrony osobistej, testów czy szczepień medycznych, ale także poprawę warunków pracy i wyższe wynagrodzenia personelu, co umożliwiłoby np. ograniczenie wieloetatowości i ułatwiło dostęp do opieki specjalistycznej.

W perspektywie średniookresowej należy rozważyć wprowadzenie nowych regulacji systemowych, mających na celu zapewnienie mieszkańcom placówek i beneficjentom świadczeń środowiskowych bezpieczeństwa zdrowotnego i dostępu do świadczeń zdrowotnych na poziomie odpowiadającym ich realnym potrzebom.

W perspektywie długookresowej cały sektor musi zmierzyć się z wyzwaniami związanymi z deinstytucjonalizacją, polegającą na zapewnieniu osobie niesamodzielnej możliwości wyboru formy zamieszkania: w placówce lub w swoim środowisku. Wymaga to zarówno doinwestowania placówek, jak i szybkiego rozwoju formalnego i nieformalnego wsparcia środowiskowego w miejscu zamieszkania, w tym poprawy dostępu do placówek pobytu dziennego. Strategia deinstytucjonalizacji jest od dłuższego czasu przygotowywana przez rząd i powinna stać się możliwie szybko przedmiotem szerokich konsultacji i uzgodnień środowiskowych.

## Bibliografia

- Bakalarczyk R. (2016). Wsparcie osób starszych w środowisku zamieszkania w Szwecji, w: Będowski 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
- Bakalarczyk R. (2020). Wyzwania dla polityki senioralnej w obliczu pandemii COVID-19 w Polsce - uwarunkowania, nowe problemy i sugerowane kierunki mierzenia się z nimi, w: K.Stępiak (red.) Państwo i Prawo w czasach Covid-19, Wydawnictwo Think & Make, Warszawa
- Bakalarczyk, 2020a, Wirus w domach pomocy społecznej. <https://krytykapolityczna.pl/kraj/domy-opieki-społecznej-koronawirus-rafal-bakalarczyk/>
- Balcerzak-Paradowska B. (2004). Rodzina i polityka rodzinna na przełomie wieków: przemiany, zagrożenia, potrzeba badań, IPiSS, Warszawa 2004, s.11-51
- Barr N. (2016). Ekonomia polityki społecznej, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań
- Bielska I., Będowski P., Golonowska S., Łuczak P., Starega-Piasek J., Sowa-Kofta A., Mrożek-Gąsiorowska M., Tambor M. (2020). Bezpieczeństwo zdrowotne w opiece długoterminowej w kontekście pandemii COVID-19, Alerty eksperckie Open Eyes Economy Summit
- Będowski P, Karczmarek E. (2018), Czynniki wpływające na poziom wydatków publicznych na opiekę długoterminową w wybranych krajach Europy, „Ubezpieczenia społeczne. teoria i praktyka” nr 3
- Będowski P. (2016). System wsparcia dla osób starszych w Niemczech, w: Będowski P., Szatur-Jaworska B (red.), System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania - przegląd sytuacji, propozycja modelu, RPO, Warszawa
- Będowski P. (2018). Ewolucja społecznego ubezpieczenia w Niemczech, „Ubezpieczenia Społeczne. Teoria i praktyka”, nr 3
- Będowski P. (2018). Ewolucja społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego w Niemczech, „Ubezpieczenia Społeczne. Teoria i praktyka”, nr 3 (138), s. 55-69
- 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
- Cadieux M-A, Garcia L, Patrick J. (2013). Needs of People With Dementia in Long-Term Care: A Systematic Review, „American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias”, nr 28(8), s. 723-733
- Caldas de Almeida J. M., Killaspy H. (2011). Long-term mental health care for people with severe mental disorders, IMPACT Consortium, European Union
- 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
- Chodounská 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>
- Cohen C., Meesters P., Zhao J. (2015). New perspectives on schizophrenia in later life: implications for treatment, policy, and research, „The Lancet Psychiatry”, 2(4), s. 340-350
- Colombo F., Llena-Noza A., Mercier J.,Tjadens F. 2011, Help wanted? Providing and paying for Long-term Care, OECD Publishing, Paris
- Comas-Herrera A., Zalakain J., Lemmon E., Henderson D., Litwin C., Hsu AT, Schmidt AE, Arling G. and Fernández J-L (2020) Mortality associated with COVID-19 in care homes: international evidence. Article in LTCcovid.org, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, 14 October
- 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
- Daly M. (2020) COVID-19 and care homes in England: What happened and why? Social Policy and Administration, <https://doi.org/10.1111/spol.12645>
- 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>
- Donabedian A. (1966). Evaluating the quality of medical care, „The Millbank memorial fund quarterly”, nr 44(3), s. 166-206
- 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](https://www.easpd.eu/sites/default/files/sites/default/files/bucharest_2019_conference_report__2.pdf)
- Eurocarers (2017) The impact of caregiving on informal carers' mental and physical health
- 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
- Gardner W., States D., Bagley N. (2020): The Coronavirus and the Risks to the Elderly in Long-Term Care, Journal of Aging & Social Policy, DOI: 10.1080/08959420.2020.1750543
- Glennerster H. (2009). Understanding the Finance of Welfare, The Policy Press, Bristol
- Golonowska 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
- Greniuk A.(2020), Zakazi koronawirusem czy pozwolíc umrzec z głodu? „Wybór” opiekunów osób niesamodzielnych, Niepełnosprawni.pl
- 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. Blackburn, C. N. Dulmus (eds.), John Wiley & Sons, Inc, Hoboken
- Hauser J. (2007). Interakcja czynników genetycznych i środowiskowych w schizofrenii, „Psychiatria”, nr 4(4), s. 153
- 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
- Jurek Ł. (2018). Opieka nad osobami niesamodzielnymi: model realizowany a model pożądany, „Polityka Społeczna”, nr tematyczny 2 Niesamodzielnosc - nowe ryzyko społeczne, s. 24-29
- Klich-Rączka A. et al. (2012). Zaburzenia funkcji poznawczych u osób w starszym wieku, w: M. Mossakowska. A. Więcek, P. Będowski, red., Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce, Termadia Wydawnictwo Medyczne, Poznań, s. 109
- Koalicja „Na pomoc niesamodzielnym” (2020). Niemoralne obciążanie opieki długoterminowej odpowiedzialnością, <https://niasamodzielnym.pl/index.php?mact=News,cntnt01,detail,0&cntnt01articleid=1109&cntnt01origid=34&cntnt01detailtemplate=Simplex%20News%20Detail&cntnt01returnid=40>
- Kocejko M., Bakalarczyk R., Kubicki P. (2020) Wpływ pandemii koronawirusa na politykę wobec niepełnosprawności i starości, maszynopis
- 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., Szüdi G., Szüdi 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
- Kulik M et.al (2019), Schizofrenia. Rola opiekunów w kreowaniu współpracy, Janssen-Cilag Polska we współpracy z Instytutem Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej
- 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
- Lach A. (2015) Moralne aspekty opieki nad osobami cierpiącymi na choroby ośpiewne, *Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej, Seria: Organizacja i Zarządzanie* z. 85 Nr kol. 1943
- Lau-Ng, Rossana, Lisa B. Caruso, and Thomas T. Perls. (2020) COVID-19 deaths in long term care facilities-a critical piece of the pandemic puzzle. *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 68(8), s. 1895-1898
- 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
- Markson E. (2003). *Social Gerontology Today. An Introduction*, Roxbury Publishing Company, Los Angeles
- 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>
- Mazurek M., Papuć E. (2018), Stygmatyzacja osób z demencją, *Wiadomości Lekarskie*, tom LXXI, nr 6
- 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
- Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Elku (2020) Komunikat „Koronawirus a realizacja usług opiekuńczych” z marca 2020, <http://mopselk.naszops.pl/n.koronawirus-realizacja-uslug-opiekunczych> (dostęp z: 03.11.2020 r.)
- 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)
- Nadash P., Doty P., von Schwandenflügel M. (2017), The German long-term care insurance program: evolution and recent developments, „*The Gerontologist*”, nr 58, s. 588-597
- Nećki T. (2019), Schizofrenia u dzieci: objawy, przyczyny, leczenie i rokowania, <https://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/psychiatria/schizofrenia-u-dzieci-objawyprzyczyny-leczenie-i-rokowania-aa-gnEC-qyL4-9CgY.html> (dostęp z: 19.11.2020)
- NIK (2016) Świadczenie pomocy osobom starszym przez gminy i powiaty, Warszawa
- NIK (2017), Opieka nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera oraz wsparcie dla ich rodzin, Warszawa
- NIK (2018) Usługi opiekuńcze świadczone osobom starszym w miejscu zamieszkania, Warszawa
- NIK (2019) Organizacja i warunki pracy pracowników socjalnych w gminach, Warszawa 2019
- NIK (2019a), Dostępność lecznictwa psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży (w latach 2017-2019), NIK - Departament Zdrowia, Warszawa
- NIK (2019b), Pomoc państwa dla osób z zaburzeniami psychicznymi (komunikat pokontrolny na stronie NIK: <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/pomoc-panstwa-dla-osob-z-zaburzeniami-psychicznymi.html> (dostęp 7.11.2020)
- Nowosielska P. (2020), Opiekunowie sami potrzebują pomocy, Covid 19 obnażył problemy zamykane pod dywan, *Dziennik Gazeta Prawna*,
- 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\\_LTCCR](https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_LTCCR)
- 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
- Parchomiuk M. (2010), Stygmatyzacja przeniesiona - analiza zjawiska w odniesieniu do rodzin osób niepełnosprawnych i chorych, *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin - Polonia* vol. XXIII sectio J
- 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)
- Phillips D, Paul G, Fahy M (2020), The invisible workforce during the COVID-19 pandemic: Family carers at the frontline [version 1; peer review: 2 approved]. *HRB Open Res*, 3:24 (<https://doi.org/10.12688/hrbopenres.13059.1>)
- 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
- Pużyński S., Langiewicz W., Pietrzykowska B. (2001), Polska 2000: Aktualne problemy psychiatrycznej opieki zdrowotnej, „*Postępy Psychiatrii i Neurologii*”, nr 10, 95-107
- Pużyński S., Langiewicz W., Pietrzykowska B. (2006), Aktualne problemy psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce (2005 r.), „*Psychiatria Polska*”, nr 2, s. 177-189
- Rachel W., Datka W., Zyss T., Zięba A.(2014), Obciążenie opiekunów pacjentów z otępieniem w chorobie Alzheimera, *Gerontologia Polska* tom 22, nr 1, 1423 ISSN 1425-4956
- Rajewska-Rager A., Rajewski A. (2010), Schizofrenia u dzieci i młodzieży - biologiczne uwarunkowania diagnozy i leczenia, „*Psychiatria*”, nr 7(4), s. 161-167
- 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



- Reher D., Requena M., DeSantis G., Esteve A., Livi Bacci M., Padyab M., Sandström G. (2020) The COVID-19 pandemic in an aging world., <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1427534/FULLTEXT01.pdf>
- Rosset E. (1967), Ludzie starzy, Studium demograficzne, PWE, Warszawa, s. 67
- Roszewska K., Bakalarczyk R. (2020) Za zasloną starości i chorób. Pandemia nie tylko w DPS-ach, 2020 <https://instytutprawobywatelskich.pl/za-zaslona-starosci-i-chorob-pandemia-nie-tylko-w-dps-ach/>
- Rzecznik Praw Obywatelskich (2020) Do Premiera o sytuacji w domach opieki, pismo z dnia 7 kwietnia 2020
- Rzecznik Praw Pacjenta (2020) Problemy pacjentów w obliczu epidemii choroby COVID-19, Warszawa
- 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
- Shih R., Concannon T., Liu J., Friedman E. (2014), Improving Dementia Long-Term Care, Rand Health Q, nr 4(2), s. 2
- Sieradzki A. (2019), Schizofrenia i jej konsekwencje zdrowotne jako problem zdrowia publicznego, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne”, nr 9(4), s. 309-313
- Slany K. (2008), Alternatywne formy życia małżeńsko-rodzinnego w ponowoczesnym świecie, Nomos, Kraków, s. 82
- Sobiesiak-Penszko P. (2015), Niewidzialna siła robocza. Migranci w usługach opiekuńczych nad osobami starszymi, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa
- Szarfenberg R., Kocejko M., Bakalarczyk R. (2020) Społeczne uzupełnienie tarczy antykryzysowej, <https://oees.pl/wp-content/uploads/2020/05/EKSPERTYZA-Spoleczne-uzupelnienie-tarczy-antykryzysowej-1.pdf>
- Szatur-Jaworska B., Rysz-Kowalczyk B, Imiotczyk B. (2020), Sytuacja osób starszych w Polsce- wyzwania i rekomendacje. Raport komisji ekspertów ds. osób starszych, Biuro RPO
- Szebehely M. (2020) The impact of COVID-19 on long-term care in Sweden. LTCcovid.org, Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, 22 July 2020
- 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: Geriatria z elementami gerontologii ogólnej, red. T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska, Via Medica, Gdańsk, s. 13-17
- Szukalski P. (2000), Ewolucja wielkości i struktury rodziny, „Polityka Społeczna”, nr 4, s. 21-27
- Szukalski P. (2002), Przepływy międzypokoleniowe i ich kontekst demograficzny, Wyd. UŁ, Łódź 2002, s. 234-236
- Szukalski P. (2007), Przemiany rodziny - wyzwania dla polityki społecznej. Artykuł dyskusyjny, „Polityka Społeczna”, nr 8, s. 50-53
- Szukalski P. (2015), Suburbanizacja obszarów wielkomijskich 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
- WHO (2008), Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (rewizja dziesiąta), tom 1, Światowa Organizacja Zdrowia
- 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, Aging & Mental Health, listopad, 1-14 <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1515886>
- Wojciechowska-Szeczyńska M. (2020), Otepienie (demencja). Najczęściej zadawane pytania, RPO
- Zamorska K. (2010), Prawa społeczne jako program przebudowy polityki społecznej. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego

# NOTATKI

A series of horizontal dotted lines for writing notes.



[www.niesamodzielnym.pl](http://www.niesamodzielnym.pl)



ISBN 978-83-948272-5-0



9 788394 827250