

PIOTR BŁĘDOWSKI, MAGDALENA MACIEJASZ

## ROZWÓJ OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W POLSCE – STAN I REKOMENDACJE

### DEVELOPMENT OF THE LONG-TERM CARE IN POLAND – STATUS AND RECOMMENDATIONS

Instytut Gospodarstwa Społecznego  
Szkoła Główna Handlowa w Warszawie  
Kierownik: prof. dr hab. Piotr Błędowski

#### Streszczenie

Jedną z najważniejszych przyczyn konieczności rozwoju opieki długoterminowej jest demograficzne starzenie się społeczeństw spowodowane m.in. wydłużaniem się przeciętnego trwania życia człowieka oraz mniejszą liczbą urodzeń. Wraz z wiekiem rosną problemy z codziennymi czynnościami i może pojawić się niesamodzielność. W wielu przypadkach jest ona konsekwencją wcześniejszych zaniedbań, spóźnionej reakcji na pojawiające się potrzeby oraz braku kompleksowej opieki nad pacjentem. Niesamodzielność i jej konsekwencja – uzależnienie od pomocy innych osób – oznacza z kolei wzrost zapotrzebowania na różne formy opieki zdrowotnej, świadczenia opiekuńczo-pielęgnacyjne i stałą opiekę osób drugich w zwykłych czynnościach dnia codziennego, a tym samym staje się wyzwaniem dla polityki społecznej i zdrowotnej. Niezbędne staje się stworzenie kompleksowego i spójnego systemu opieki długoterminowej, który będzie odpowiadał potrzebom osób niesamodzielnych oraz zastąpi dotychczasowy zbiór bliżej niepowiązanych działań. Należy wypracować nowy system wykraczający poza horyzont krótkookresowy i umożliwiający holistyczne podejście do kwestii społecznych. Celem poniższego artykułu jest przedstawienie obecnego stanu opieki długoterminowej w Polsce oraz sformułowanie rekomendacji zmian w funkcjonującym systemie.

SŁOWA KLUCZOWE: opieka długoterminowa, starzenie się, opieka zdrowotna, polityka społeczna, osoby starsze.

#### Abstract

One of the main reasons for the need of long-term care development is the demographic aging of the population due to lengthening of the average life expectancy and fewer number of births. The older the people the more problems with the activities of daily living may appear and the dependency on others can occur. In many cases, it is a consequence of the earlier negligence, delayed response to emerging needs and the lack of comprehensive care. Dependency and its consequence – addiction to other people – result in the demand increase for various forms of health care, nursing care and ongoing support by others in activities of daily living, and thus become a challenge for social policy and health care. It is necessary to create a comprehensive and coherent long-term care system that will suit the needs of dependents, and will replace the current set of rather unrelated activities. It is essential to develop a new system that extends beyond the short-term horizon and enables a holistic approach to social issues. The purpose of this article is to present the current status of the long-term care in Poland and to formulate recommendations for changes in the functioning system.

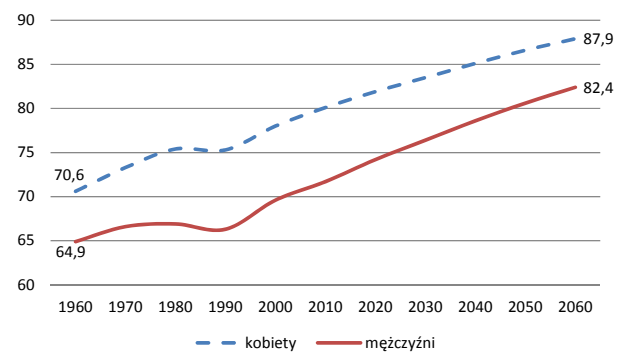
KEY WORDS: long-term care, aging, health care, social policy, elderly.

#### Sytuacja demograficzna

Jedną z najważniejszych przyczyn konieczności rozwoju opieki długoterminowej jest demograficzne starzenie się społeczeństw, wyrażające się wzrostem odsetka ludzi starych w całej populacji. Główne przyczyny tego procesu to spadek liczby urodzeń, spadek umieralności oraz wydłużanie się przeciętnego trwania życia człowieka [1]. Sam proces starzenia się można zdefiniować jako „naturalne, nieodwracalne, nasilające się z wiekiem zmiany metabolizmu i właściwości fizykochemicznych komórek, prowadzące do upośledzenia samoregulacji i regeneracji organizmu, a także przemian morfologicznych i czynnościowych jego tkanek i narządów” [2].

Jedną z przyczyn wzrostu odsetka ludzi starych w społeczeństwie jest wydłużanie się przeciętnego trwania życia człowieka. Przeciętne trwanie życia w momencie urodzenia wzrosło w Polsce w latach 1960–2010 o 9,5 roku w przypadku kobiet i o 6,8 roku w przypadku męż-

czyn. Prognozy wskazują na dalszy wzrost, szczególnie w przypadku mężczyzn.

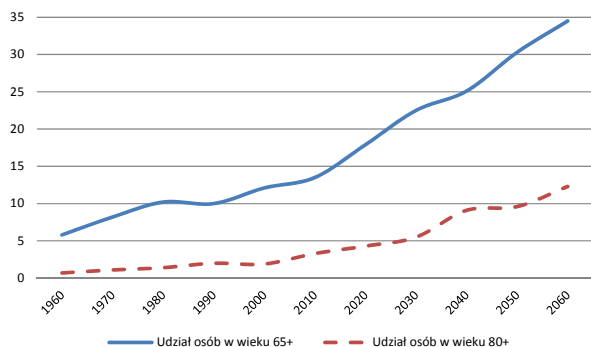


Rycina 1. Przeciętne dalsze trwanie życia w momencie urodzenia w Polsce w latach 1960–2060.

Figure 1. Life expectancy at birth in Poland in the years 1960–2060.

Źródło: Eurostat (Source: Eurostat).

Wydlużanie czasu trwania życia ma również istotny wpływ na proces podwójnego starzenia się ludności, który polega na jednoczesnym wzroście odsetka ludzi w wieku 80 lat i więcej w całym społeczeństwie oraz w grupie osób w wieku 65 lat i więcej [3]. Proces ten jest zjawiskiem powszechnym, a jego dynamikę w Polsce prezentuje rycina 2.



**Rycina 2.** Proces podwójnego starzenia się w Polsce w latach 1960–2060.

Figure 2. The double aging in Poland in the years 1960–2060.  
Źródło: Eurostat (Source: Eurostat).

Prognozy demograficzne GUS pokazują, że do 2035 r. subpopulacja ludzi mających 65 lat i więcej w Polsce wzrośnie o 62% w porównaniu do 2010 r., natomiast subpopulacja ludzi mających 80 lat i więcej wzrośnie w tym samym okresie aż o 96%. Wzrost liczby osób najstarszych ma z kolei istotny wpływ na jeszcze szybszy wzrost zapotrzebowania na świadczenia opiekuńcze i pielęgnacyjne.

Demograficzne starzenie się ludności oraz proces podwójnego starzenia się ludności mają charakter długofalowy, a ich konsekwencje będą odczuwane w przyszłości. W dziedzinie gospodarki starzenie się społeczeństwa będzie miało wpływ na wzrost gospodarczy i wszystkie najważniejsze procesy ekonomiczne. W sferze społecznej proces

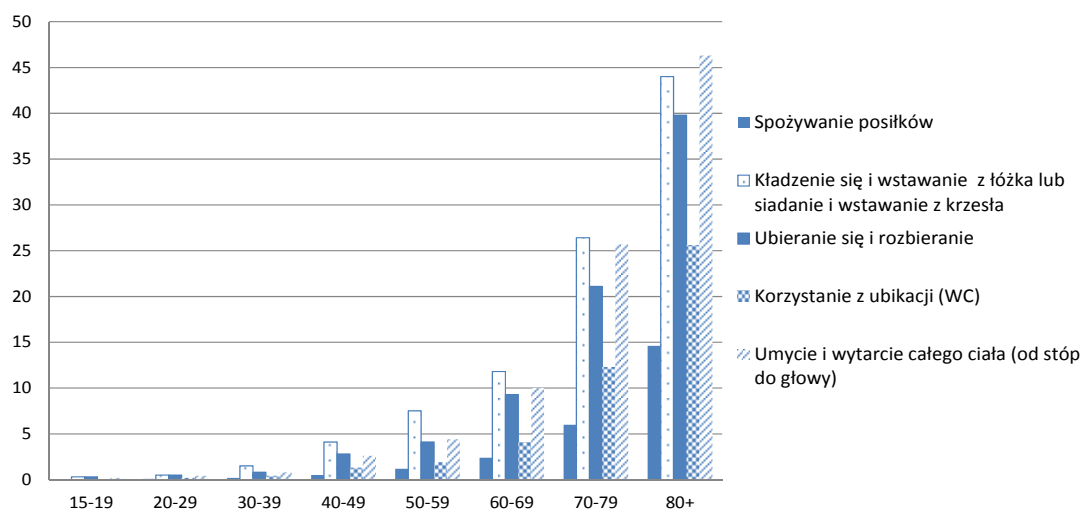
ten wpływa na strukturę rodziny, popyt mieszkaniowy, trendy migracyjne i popyt na usługi zdrowotne. Skalę problemu dodatkowo uwydatnia wyższa dynamika zmian struktury demograficznej w Polsce w porównaniu z przeciętnymi zmianami w państwach Unii Europejskiej [4]. Dłuższe trwanie życia, mniejsza liczba urodzeń, zmiana modelu rodziny – te wszystkie czynniki powodują, że rola sformalizowanej opieki długoterminowej będzie wzrastała.

### Niesamodzielnosc – definicja, przyczyny, skala problemu

Niesamodzielnosc i jej konsekwencja – uzaleznienie od pomocy innych osob – wiąza się często ze starością. „Wynikająca z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu w następstwie choroby lub urazu niezdolność do samodzielnej egzystencji, powodująca konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy osób drugich w wykonywaniu czynności dnia codziennego w zakresie odżywiania, przemieszczania się, pielęgnacji ciała oraz zapotrzebowania gospodarstwa domowego” [5] niesamodzielnosc staje się coraz większym wyzwaniem dla polityki społecznej i zdrowotnej.

Z uwagi na różnice w systemach orzecznicych opartych na różnych kryteriach niemożliwe jest jednoznaczne określenie liczby osób niesamodzielnych, nawet jeśli nie uwzględnia się zróżnicowanego stopnia niesamodzielnosci. Zielona księga opieki długoterminowej szacuje ich liczbę na 1,3 mln [6], ale raport z badania PolSenior szacuje tę liczbę na niższym poziomie, pokazując, że ich udział wśród osób w wieku 65 lat i więcej nie przekracza 40% [7].

Jak już podkreślono, starosc nie jest równoznaczna z niesamodzielnoscia, jednak osoby nieradzace sobie z wykonywaniem codziennych czynności to najczęściej osoby starsze, a zapotrzebowanie na opiekę wzrasta wraz z wiekiem [8]. Według GUS „ponad 2,6 mln osób dorosłych (9,4% ogółu populacji) ma ograniczenia w wykonywaniu podstawowych czynności codziennych, z czego 218



**Rycina 3.** Częstość występowania trudności w samoobsłudze (w %) [10].

Figure 3. The frequency of problems occurrence in self-service (in %) [10].

tys. osób ma ograniczenia lekkie, 1942 tys. osób – średnie, natomiast kolejne 473 tys. osób ma poważne ograniczenia” [9]. Problemy z radzeniem sobie z codziennymi czynnościami rosną wraz z wiekiem, co prezentuje rycina 3.

Warto pamiętać, że w wielu przypadkach niesamodzielnosc jest konsekwencją wcześniejszych zaniedbań, tak braku profilaktyki, jak i rehabilitacji oraz braku kompleksowej, zintegrowanej wielo- i wysokospecjalistycznej opieki nad pacjentem [11]. Taka opinia ma również zastosowanie w stosunku do pomocy społecznej: niesamodzielnosc wielu osób wynika z nieskutecznego lub niewystarczającego działania systemu świadczeń środowiskowych (zwłaszcza usług) oraz spóźnionej reakcji na pojawiające się potrzeby. Wzrost niesamodzielnosci oznacza z kolei wzrost zapotrzebowania na różne formy opieki zdrowotnej, świadczenia opiekuńczo-pielęgnacyjne i stałą opiekę osób drugich w zwykłych czynnościach dnia codziennego.

#### **Świadczenia przyznawane w przypadku niesamodzielnosci**

W Polsce największą rolę w zakresie świadczenia opieki długoterminowej odgrywa rodzina, a tylko w określonych przypadkach obowiązek ten przejmują instytucje publiczne [12]. Zadania w zakresie pomocy osobom niesamodzielnym są w Polsce podzielone między:

- system opieki zdrowotnej
- system opieki społecznej.

Ponadto w realizacji tych zadań uczestniczą organizacje pozarządowe oraz coraz szybciej rozwijający się sektor prywatny. Mimo tej pozornej wielości podmiotów, „ogromna grupa osób niesamodzielnym nie otrzymuje wsparcia lub otrzymuje pomoc nieadekwatną do potrzeb” [13].

#### **Rola systemu opieki zdrowotnej**

Świadczenia udzielane przez ten system mają charakter stacjonarny i ambulatoryjny (domowy). Ich koszt jest pokrywany z obowiązkowych składek na ubezpieczenie zdrowotne, natomiast płatnikiem jest Narodowy Fundusz Zdrowia.

#### **Opieka stacjonarna**

Całodobowa opieka stacjonarna realizowana jest w zakładach opiekuńczo-leczniczych (ZOL) oraz zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO), które zostały zdefiniowane w ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. Celem zakładów jest objęcie całodobową opieką i leczeniem osób, które ukończyły proces diagnozowania oraz leczenia operacyjnego i nie wymagają już dalszej hospitalizacji. Pacjenci przyjmowani do zakładów wymagają całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych, a w ocenie wg zmodyfikowanej skali Barthel uzyskali od 0 do 40 punktów. Wniosek do zakładu opieki długoterminowej wystawia lekarz rodzinny lub lekarz z oddziału szpitalnego po zakończonym leczeniu w warunkach szpitalnych. Podobieństwo definicji ZOL i ZPO uniemożliwia skategoryzowanie właściwej dla

każdego z tych zakładów grupy pacjentów, natomiast ograniczenie skalą Barthel drastycznie ogranicza dostępność do świadczeń opieki długoterminowej. NFZ finansuje świadczenia zdrowotne w zakładzie opiekuńczo-leczniczym i pielęgnacyjno-opiekuńczym. Osoba przebywająca w zakładzie ponosi natomiast koszty wyżywienia i zakwaterowania. Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym, że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej. Opłata z reguły jest znacznie niższa od rzeczywistych kosztów, przez co placówka zmuszona jest do poszukiwania oszczędności [14].

#### **Opieka domowa**

Świadczenia udzielane w warunkach domowych są realizowane przez: pielęgnarską opiekę długoterminową domową oraz zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie. Pielęgnarską opieką domową mogą zostać objęci pacjenci, którzy – podobnie jak w przypadku opieki zakładowej, uzyskali od 0 do 40 punktów wg zmodyfikowanej skali Barthel, nie kwalifikują się do leczenia stacjonarnego, ale wymagają systematycznej i wzmoczonej opieki pielęgnarskiej. Świadczenia realizowane przez pielęgnarską opiekę długoterminową obejmują m.in. pielęgnację, rehabilitację oraz pomoc w rozwiązywaniu problemów biologicznych, psychicznych i społecznych.

#### **System pomocy społecznej**

Dane ze sprawozdań MPiPS-03 pokazują, że długotrwała lub ciężka choroba oraz niepełnosprawność są jednymi z najczęstszych przyczyn udzielenia pomocy społecznej. Pomoc ta może być udzielona w formie świadczeń pieniężnych lub niepieniężnych.

#### **Świadczenia pieniężne**

W ramach świadczeń pieniężnych wyróżnić można zasiłki okresowe oraz celowe. Zasiłek okresowy przyznawany jest ze względu na długotrwałą chorobę na czas określony osobie spełniającej kryterium dochodowe. Zasiłki celowe – również uzależnione od spełnienia kryterium dochodowego – przyznawane w celu zaspokojenia niezbędnej potrzeby bytowej. Zasiłek ten może być przyznany w szczególności na pokrycie części lub całości kosztów zakupu żywności, leków i leczenia. W szczególnie uzasadnionych przypadkach osobie albo rodzinie o dochodach przekraczających kryterium dochodowe może być przyznany specjalny zasiłek celowy. Przyznanie specjalnego zasiłku celowego należy do zadań nieobowiązkowych gminy, których realizacja podyktowana jest finansowymi możliwościami gminy oraz powinna odpowiadać lokalnym potrzebom. Zasiłek pielęgnacyjny jest kolejnym świadczeniem pieniężnym, jakie w ramach zadań zleconych realizuje gmina. Zasiłek pielęgnacyjny w wysokości 153 zł przyznaje się w celu częściowego pokrycia wydatków wynikają-

cych z konieczności zapewnienia osobie niepełnosprawnej opieki i pomocy innej osoby w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji i przysługuje m.in. osobie, która ukończyła 75 lat. Zasiłek nie należy się osobom uprawnionym do dodatku pielęgnacyjnego ani osobom przebywającym w instytucjach zapewniających całodobowe utrzymanie. Kwoty zasiłków są niewystarczające i jedynie w niewielkim stopniu zaspokajają potrzeby bytowe seniorów.

### **Świadczenia niepieniężne**

Drugą formą pomocy są usługi opiekuńcze, które – podobnie jak w systemie opieki zdrowotnej – mogą mieć charakter środowiskowy lub instytucjonalny. Z regulacji prawnej wynika pewna gradacja usług opiekuńczych, które w pierwszej kolejności powinny być świadczone przez rodzinę, następnie w ramach pomocy środowiskowej, a dopiero w dalszej kolejności w domach pomocy społecznej.

### **Usługi opiekuńcze**

Organizowanie i świadczenie usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych, w miejscu zamieszkania, z wyłączeniem usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi, należy do zadań obowiązkowych gminy. Usługi opiekuńcze lub specjalistyczne przysługują osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona. Mogą być również przyznane osobie, która wymaga pomocy innych osób, a rodzina nie może takiej pomocy zapewnić. Usługi opiekuńcze obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę, higienę, pielęgnację oraz zapewnienie kontaktów z otoczeniem, natomiast specjalistyczne usługi opiekuńcze są to usługi dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia, takie jak: pomoc w gospodarowaniu pieniędzmi, pomoc w załatwianiu spraw urzędowych, rehabilitację fizyczną i muszą być sprawowane przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje. Usługi opiekuńcze mogą skutecznie przyczynić się do poprawy jakości życia osoby chorej, jak i jej rodziny [15]. „Niestety, w praktyce skala świadczeń [opiekuńczych] dostosowana jest do możliwości świadczeniodawców, a nie do faktycznych potrzeb osób niesamodzielnych” [16].

### **Specjalistyczne usługi opiekuńcze**

Specjalistyczne usługi opiekuńcze są dostosowane do potrzeb wynikających ze schorzenia i realizowane przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym. Obejmują m.in. uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia, asystowanie w codziennych czynnościach i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu. Specjalistyczne usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi są szczególnym rodzajem usług specjalistycznych. Warunki i tryb ustalania oraz pobierania opłat za specjalistyczne usługi świadczone osobom z zaburzeniami psychicznymi zostały szczegółowo określone w Rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specja-

listycznych usług opiekuńczych. Osoby świadczące specjalistyczne usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi muszą posiadać co najmniej półroczny staż pracy w jednej z określonych w rozporządzeniu placówek oraz udokumentowane przeszkolenie w zakresie prowadzenia treningów umiejętności społecznych przewidywanych w zakresie specjalistycznych usług. Odpłatność za specjalistyczne usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi ustala ośrodek pomocy społecznej właściwy ze względu na miejsce zamieszkania osoby wymagającej pomocy w tej formie, na wniosek osoby zainteresowanej lub jej opiekuna, w zależności od posiadanego dochodu na osobę w rodzinie. Cenę jednej godziny specjalistycznych usług dla osób z zaburzeniami psychicznymi ustala ośrodek pomocy społecznej, na podstawie analizy kosztów realizacji tego zadania lub wynika ona z umowy zawartej przez ośrodek pomocy społecznej z podmiotem przyjmującym zlecenie realizacji zadania. „O pomoc w formie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi należy zwrócić się do ośrodka pomocy społecznej (OPS) w miejscu zamieszkania. Wymagane jest zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia, uzasadniające korzystanie z tego rodzaju usług. Zaświadczenie to powinien wystawić lekarz psychiatra. W zaświadczeniu lekarz może określić ilość godzin usług, jakie powinny być udzielone danej osobie. Jednak o ilości godzin ostatecznie zadecyduje OPS. Po zgłoszeniu, pracownik socjalny odwiedza osobę oczekującą pomocy w jej mieszkaniu i przeprowadza tzw. rodzinny wywiad środowiskowy, którego celem jest ocena sytuacji życiowej. Od wyników wywiadu zależy m.in. ustalenie wysokości ewentualnej odpłatności za usługi. Ośrodek pomocy społecznej musi w ciągu 30 dni od otrzymania zgłoszenia zapotrzebowania na usługi wydać decyzję administracyjną (na piśmie) o przyznaniu – bądź nie – tej formy pomocy [17]. Ani same osoby zainteresowane, ani nawet ośrodki pomocy społecznej nie wykorzystują w pełni specjalistycznych usług opiekuńczych. Bariery ograniczające możliwości korzystania z takiej formy pomocy wynikają m.in. z braku znajomości prawa dotyczącego specjalistycznych usług opiekuńczych, jak również nieznajomości przez pracowników socjalnych i kierowników OPS procedur ubiegania się o środki na realizację zadania zleconego z zakresu administracji rządowej. Wyniki prowadzonych badań pokazują, że ośrodki pomocy społecznej, które nie organizują specjalistycznych usług opiekuńczych, bagatelizują próby zgłaszane przez zainteresowanych taką formą pomocy, a bywa, że pracownicy OPS nie są świadomi istnienia takich form pomocy. Brakuje również specjalistów świadczących usługi specjalistyczne, a ośrodki pomocy społecznej dodatkowo charakteryzują się małą elastycznością w rozpatrywaniu sprawy, nieznajomością lokalnego rynku specjalistów tego typu i brakiem nastawienia na rozwiązanie problemu, z którym zgłasza się klient [18].

### Opieka zakładowa

Opieka zakładowa w ramach systemu opieki społecznej realizowana jest w domach pomocy społecznej. Dom pomocy społecznej jest placówką przeznaczoną dla osób wymagających całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogących samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu i którym nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych. „DPS jest placówką stacjonarną, całodobową, zapewniającą usługi bytowe, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązujących standardów, ustalonych w drodze rozporządzenia przez Ministra Pracy i Polityki Społecznej” [19]. Skierowanie do domu pomocy społecznej musi zostać poprzedzone oceną stanu zdrowia oraz możliwości korzystania przez daną osobę z pomocy środowiskowej, w szczególności zbadania możliwości zorganizowania usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania lub w ośrodku wsparcia. Niezapewnienie usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania prowadzi do niemożności przyznania ich w zakresie niezbędnym do zaspokojenia codziennych potrzeb życiowych. Ustawa wyróżnia następujące rodzaje domów pomocy społecznej w zależności od adresatów ich usług:

- dla osób w podeszłym wieku
- dla osób przewlekle somatycznie chorych
- dla osób przewlekle psychicznie chorych

- dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie
- dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie
- dla osób niepełnosprawnych fizycznie.

Koszt pobytu w placówce – ustalany przez wójta lub starostę – pokrywa w pierwszej kolejności mieszkaniec domu, a w dalszej kolejności małżonek, zstępni oraz wstępni. Opłata, jaką wnosi mieszkaniec nie może przekroczyć 70% jego dochodu. W przypadku, gdy mieszkaniec domu lub jego rodzina nie są w stanie pokryć kosztów pobytu, opłaty te ponosi gmina właściwa ze względu na miejsce zamieszkania osoby przebywającej w domu.

Zauważyć można pozytywną zmianę w funkcjonowaniu domów pomocy społecznej i jakości świadczonych przez nich usług, choć wciąż wiele pozostaje do udoskonalenia. „Współczesne domy pomocy nie ograniczają się tylko do zaspokojenia podstawowych potrzeb bytowych, ale starają się również dbać o potrzeby duchowe swych podopiecznych, np. poprzez zapewnienie rozrywki czy działalności samorządu mieszkańców” [20] (Tabela 1).

### Rodzina jako główny podmiot świadczący usługi opiekuńcze

Przeważająca część osób niesamodzielnych w Polsce otrzymuje pomoc i opiekę głównie ze strony rodziny i krewnych [21], choć według badań europejskich tendencja jej udziału jest malejąca [22]. W bardzo wielu

**Tabela 1.** Opieka długoterminowa w systemie ochrony zdrowia i w systemie pomocy społecznej.  
Table 1. Long-term care in the health system and social welfare system.

	System ochrony zdrowia	System pomocy społecznej
Akt prawny	Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej	Ustawa o Pomocy Społecznej
Rodzaje świadczeń	Opieka domowa Opieka zakładowa	Opieka domowa Opieka zakładowa Pomoc finansowa
Kryterium dostępności	0–40 punktów w skali Barthel	Kryterium podmiotowe (art. 5, Ustawa o Pomocy Społecznej) Kryterium trudnej sytuacji (art. 2, ust. 1, art. 7, Ustawa o Pomocy Społecznej) Kryterium dochodowe w przypadku świadczeń pieniężnych (art. 8., ust. 1, Ustawa o Pomocy Społecznej)
Opieka stacjonarna	Zakład opiekuńczo-leczniczy (ZOL) Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy (ZPO)	Domy pomocy społecznej (DPS) dla: – osób w podeszłym wieku – osób przewlekle somatycznie chorych – osób przewlekle psychicznie chorych – dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie – dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie – osób niepełnosprawnych fizycznie
Odpłatność za pobyt w placówkach stacjonarnych	Pacjent – do 70% jego dochodu Następnie zakład	Mieszkaniec – do 70% jego dochodu Następnie rodzina Ostatecznie gmina

przypadkach sprawowanie opieki nie jest jednak dobrowolną decyzją, ale koniecznością. 75% opiekunów ma poczucie, że nie ma możliwości wyboru, jeśli chodzi o przejęcie odpowiedzialności opieki nad chorym [23]. Opieka nad osobą chorą zmienia wiele aspektów życia opiekuna, a w szczególności jego sytuację zawodową, finansową, kontakty z otoczeniem oraz stan zdrowia i samopoczucie. Badania empiryczne pokazują, że „w niewielkiej liczbie gmin realizowane jest wsparcie dla rodzin lub jej poszczególnych członków opiekujących się osobami niesamodzielnymi. Jedynie 18% respondentów wskazało, że na terenie ich gminy obejmuje się opieką również opiekunów osób starszych. Jednocześnie ponad 64% badanych wskazało na potrzebę prowadzenia takich działań” [24].

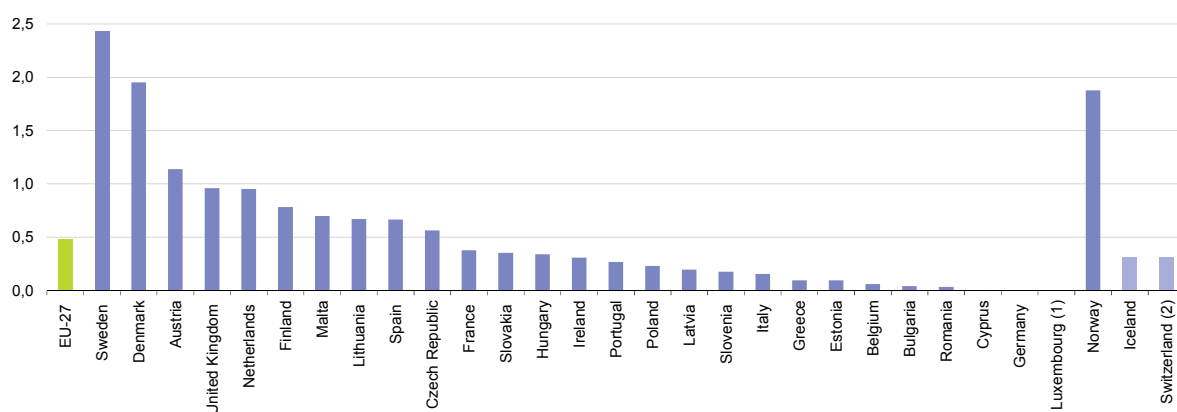
Pozostawienie opiekuna bez wsparcia i pomocy może doprowadzić do sytuacji, kiedy z powodu jego problemów finansowych (a nawet w skrajnych przypadkach ubóstwa) lub pogorszenia się jego zdrowia psychofizycznego, opiekun zaprzestanie sprawowania opieki i sam będzie potrzebował wsparcia ze strony pomocy społecznej. W efekcie koszty jakie będą musiały zostać poniesione przez rodzinę, jak i podmioty lokalnej polityki społecznej, a będące konsekwencją zaniechania działania we wczesnej fazie opieki, będą znacznie wyższe niż gdyby odpowiednie działania zostały podjęte wcześniej. Warto dodać, że wartość opieki świadczonej przez opiekunów nieformalnych w Wielkiej Brytanii została oszacowana na 19 miliardów funtów rocznie [25]. Oznacza to, że jeśli w wyniku nieotrzymania odpowiedniego wsparcia ze strony ośrodków pomocy społecznej opiekun zaprzestanie sprawowania opieki, kwota ta będzie stanowiła część kosztów zaniechanych działań. Niestety opiekuni nieformalni czują się niedoceniani i twierdzą,

że ich potrzeby są niezauważane lub pomijane. Uważają, że nie otrzymują niezbędnych informacji ani szkoleń jak powinni opiekować się osobą chorą. O pomoc muszą „walczyć”, a jeśli już ją otrzymują, jest ona niewystarczająca lub słabej jakości [26]. Rozwój tzw. opieki wytechnieniowej pozwoliłby w znaczny sposób odciążyć opiekuna i uniknąć negatywnych konsekwencji wynikających z nadmiernego obciążenia opieką, a tym samym poprawić jakość życia opiekuna i chorego. Jednostki decydujące o udzieleniu pomocy społecznej, z tytułu długotrwałej choroby, powinny dostrzegać i doceniać wartość ekonomiczną/finansową opieki sprawowanej przez opiekunów nieformalnych, a tym samym zdawać sobie sprawę ze strat jakie poniosą, jeśli opiekuni zaprzestaną sprawowania opieki.

### Przykłady innych krajów, tendencje

Polityka Unii Europejskiej ukierunkowana jest na rozwój lokalnych sieci wsparcia i udzielanie pomocy w miejscu zamieszkania osoby starszej, a dopiero w przypadku braku możliwości zapewnienia takiej opieki, udzielenie pomocy instytucjonalnej. To co różni Polskę od innych krajów Europy Zachodniej w zakresie form opieki oferowanych ludziom starszym to ich różnorodność. Różny jest również udział wydatków na opiekę nad osobami starszymi (Rycina 4).

Zmiany w sektorze usług opiekuńczych zachodzą zgodnie z tradycjami opiekuńczymi danego kraju. I tak w państwach liberalnych (Wielka Brytania, Irlandia) następuje prywatyzacja usług opiekuńczych, natomiast w krajach, takich jak: Niemcy, Austria, Holandia głównymi dostawcami usług opiekuńczych są organizacje pozarządowe finansowane przez państwo. W krajach skandynawskich dominuje z kolei system publicznych



- (1) Brak danych  
(2) Dane z 2008r.

**Rycina 4.** Wydatki na opiekę nad osobami starszymi w 2009 r. (% PKB).

Źródło: Eurostat.

Figure 4. Expenditures on elderly care in 2009 (% of GDP).

Source: Eurostat.

usług opiekuńczych przy małym udziale organizacji pozarządowych i sektora prywatnego. Z kolei w krajach śródziemnomorskich (m.in. Włochy, Hiszpania, Portugalia), dominującą rolę w sprawowaniu opieki odgrywa rodzina, przy wsparciu organizacji kościelnych i bardzo ograniczonym udziale państwa [27].

Niesamodzielnymi seniorzy w Niemczech mogą otrzymać pomoc w swoim miejscu zamieszkania, która jest finansowana ze społecznego, a zatem obowiązkowego ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Ubezpieczenie to pokrywa również koszty opieki w przypadku umieszczenia osoby starszej w placówce opieki długoterminowej, natomiast koszty pobytu oraz wyżywienia senior pokrywa sam [28]. Pomoc instytucjonalną we Francji można podzielić na ośrodki dwóch typów: placówki opieki długoterminowej skierowane do osób wymagających całodobowej opieki pielęgnarsko-lekarskiej oraz domy dla osób starszych przeznaczone dla seniorów niewymagających asysty przy wykonywaniu podstawowych czynności. Z uwagi na wzrost liczny osób w wieku 85 lat i więcej rośnie zapotrzebowanie na miejsca w placówkach pierwszego typu. Jednak z uwagi na niższe koszty dąży się do zapewnienia opieki w dotychczasowym miejscu zamieszkania seniora. Warte podkreślenia jest wsparcie udzielane opiekunom osób starszych polegające m.in. na zapewnianiu miejsc tymczasowego pobytu w domach dla osób starszych [29]. W Wielkiej Brytanii przeważa opieka nieformalna, a tylko 4% osób w wieku 65 lat i więcej oraz 12% w wieku 80 lat i więcej przebywa w stacjonarnych placówkach opieki długoterminowej. W zależności od statusu materialnego seniora, koszt pobytu w placówce pokrywany jest albo przez osobę starszą, albo jest podzielony między seniora a lokalny samorząd. Instytucje świadczące opiekę długoterminową dzielą się podobnie jak we Francji na domy dla osób starszych oraz placówki przeznaczone dla osób wymagających wsparcia medycznego [30].

### Rekomendacje

Aby sprostać wyzwaniom, jakie niosą ze sobą zmiany demograficzne, należy dążyć do stworzenia kompleksowego i spójnego systemu opieki długoterminowej, który będzie odpowiadał potrzebom osób niesamodzielnych oraz zastąpi dotychczasowy zbiór bliżej niepowiązanych działań. Warto zastanowić się nad możliwościami eliminacji społecznych przyczyn zdrowotnej degradacji, przy czym barier tych nie należy szukać wyłącznie w samym systemie zdrowotnym, ale także w szerszym otoczeniu społecznym [31]. Należy wypracować nowy system wykraczający poza horyzont krótkookresowy i umożliwiający holistyczne podejście do kwestii społecznych. Kroki, jakie należy podjąć to:

I. Pokonanie barier ograniczających wykorzystywanie specjalistycznych usług opiekuńczych, a wynikających głównie z niewiedzy chorych/opiekunów, nieznaności prawa przez pracowników OPS oraz braku specjalistów świadczących te usługi. Zgodnie z wcześniejszymi rozważaniami na temat konieczności podtrzymywania samodzielności oraz niezależności osób

chorych, rekomenduje się, aby usługi te – jako instrument wspierania osób w wielu sferach życia, były rozwijane i częściej wykorzystywane [32].

II. Intensyfikacja działań o charakterze prewencyjnym w opiece zdrowotnej, nastawiona jest na podtrzymywanie samodzielności chorego. Niezbędna jest „zmiana silnego paradygmatu obecnego w ochronie zdrowia, polegającego na koncentracji uwagi i środków na leczeniu chorób w sposób coraz bardziej medycznie skuteczny i nowoczesny kosztem działań na rzecz promocji zdrowia i prewencji” [33]. Nastąpić powinna zmiana medycyny naprawczej w medycynę prewencyjną.

III. Zastąpienie modelu interwencyjnego w polityce społecznej aktywną polityką społeczną. Obecna polityka lokalna nastawiona jest przede wszystkim na interwencję, a zakres działań jest bardzo ograniczony i zaspokaja jedynie najważniejsze, bieżące potrzeby. Należy niejako odwrócić kolejność artykułów 2 oraz 3 ustawy o pomocy społecznej i w pierwszej kolejności zająć się zapobieganiem trudnym sytuacjom życiowym, a – jeśli to okaże się nieskuteczne – umożliwić osobom i rodzinom przewyżczenie owych sytuacji. Przejście z interwencyjnej do aktywnej polityki społecznej należy traktować jako inwestycję, która w długoterminowej perspektywie przyniesie nie tylko efekty finansowe, ale przede wszystkim stworzy warunki, dzięki którym każdy człowiek będzie miał szansę pozostawania jak najdłużej samodzielnym i niezależnym.

Wsparciem powinny zostać objęte nie tylko osoby chore, ale również członkowie ich najbliższej rodziny sprawujący bezpośrednią opiekę nad chorym. Oprócz udzielenia wsparcia psychologicznego, niezbędne jest stworzenie odpowiednich regulacji finansowych, jak i prawnych, które ułatwią opiekunowi godzenie pracy zawodowej ze sprawowaniem opieki.

Podmioty realizujące politykę społeczną wobec ludzi chorych i/lub w podeszłym wieku powinny kierować się zasadą kompleksowości oceny potrzeb, polegającej na indywidualnie dokonywanej analizie sytuacji życiowej człowieka. Zgodnie z tą zasadą niezbędne jest całościowe diagnozowanie wszystkich aspektów życia jednostki m.in.: stanu zdrowia, sytuacji materialnej, warunków mieszkaniowych, sytuacji rodzinnej i, jeśli pojawi się taka konieczność, stworzenie koszyka usług, którego elementy będą odpowiadały konkretnym potrzebom jednostki.

IV. Zwiększenie wydatków na opiekę zdrowotną. Za ważną sprawę należy uznać zapobieganie niepełnosprawności i niesamodzielności. Wymaga to zwiększenia nakładów finansowych na ochronę zdrowia z myślą o rozwoju skutecznej diagnostyki i rehabilitacji. „Konieczna jest nowa strategia i rozumienie zdrowia w wymiarze jednostkowym, społecznym i ekonomicznym, która będzie zakładać wieloaspektowe podejście do zdrowia jako wartości, dzięki której jednostka lub grupa może realizować się i rozwijać swoje zdolności, osiągać określony poziom życia oraz wpływać na środowisko. (...) Przy takim rozumieniu zdrowia, czyli jako zasobu pozwalającego na rozwój i wytwarzanie dóbr materialnych i niematerialnych, inwestycje w zdrowie będą postrzegane jako przyczyniające się do pomnożenia kapita-

łu ludzkiego oraz wzrostu gospodarczego i dobrobytu społecznego” [34]. Warto przyjąć i zaimplementować ideę starzenia się w zdrowiu (healthy ageing), która powinna stać się ważną przesłanką polityki zdrowotnej [35].

### Piśmiennictwo

- Błędowski P. Przesłanki demograficzne wprowadzenia nowej formy organizacji i finansowania opieki długoterminowej w Polsce. W: Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje. Grupa Robocza ds. przygotowania ustawy o ubezpieczeniu od ryzyka niesamodzielnosci przy Klubie Senatorów Platformy Obywatelskiej, Warszawa 2009, 16.
- Zych A.A. Leksykon gerontologii. Impuls, Kraków 2010, 167.
- Błędowski P. Przesłanki demograficzne wprowadzenia nowej formy organizacji i finansowania opieki długoterminowej w Polsce. W: Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje. Grupa Robocza ds. przygotowania ustawy o ubezpieczeniu od ryzyka niesamodzielnosci przy Klubie Senatorów Platformy Obywatelskiej, Warszawa 2009, 20.
- Golinowska S.: Społeczno-ekonomiczne konsekwencje starzenia się populacji [w:] Kleer J. (red.): Konsekwencje ekonomiczne i społeczne starzenia się społeczeństwa. PAN, Warszawa 2008, 31.
- Wilmowska-Pietruszyńska A. Ryzyko niezdolności do samodzielnej egzystencji – konieczność zabezpieczenia społecznego. W: Polityka Zdrowotna X, marzec 2012, 139 [dostęp dn. 23.02.2013: [www.pzh.gov.pl](http://www.pzh.gov.pl)].
- Augustyn M. Podsumowanie, wnioski i rekomendacje. W: Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje. Grupa Robocza ds. przygotowania ustawy o ubezpieczeniu od ryzyka niesamodzielnosci przy Klubie Senatorów Platformy Obywatelskiej, Warszawa 2009, 152.
- Błędowski P. Problem niesamodzielnosci ludzi starych w Polsce. W: Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P., redaktorzy. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. Poznań: Termedia; 2012, 454.
- Błędowski P. Problem niesamodzielnosci ludzi starych w Polsce. W: Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P., redaktorzy. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. Poznań: Termedia; 2012, 454.
- GUS. Stan zdrowia ludności w 2009 r., Warszawa 2011 [dostęp dn. 23.02.2013: [www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/ZO\\_stan\\_zdrowia\\_2009.pdf](http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/ZO_stan_zdrowia_2009.pdf)].
- GUS. Prognoza ludności na lata 2008-2035. Warszawa 2009 [dostęp 23.02.2013: [www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/L\\_prognoza\\_ludnosci\\_na\\_lata2008\\_2035.pdf](http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/L_prognoza_ludnosci_na_lata2008_2035.pdf)].
- Hryniewicz J., redaktor. O sytuacji ludzi starszych. Rządowa Rada Ludnościowa. Warszawa; 2012, 12.
- Szweda-Lewandowska Z. Formy pomocy osobom starszym w wybranych krajach Unii Europejskiej. W: Kleer J., redaktor. Konsekwencje ekonomiczne i społeczne starzenia się społeczeństwa. Warszawa: PAN; 2008, 174
- Szwalkiewicz E. Niesamodzielnosc: niezbędny zakres pomocy, personel i finansowanie, 2010, 17 [dostęp dn. 23.02.2013: [www.institutobywatelski.pl/wp-content/uploads/2010/09/niesamodzielnosc\\_raport.pdf](http://www.institutobywatelski.pl/wp-content/uploads/2010/09/niesamodzielnosc_raport.pdf)].
- Szwalkiewicz E., Kaussen J. Opieka długoterminowa w świadczeniach pielęgniarstwa i opiekunek. Toruń: TZMO; 2006, 5-7.
- Mikołajczyk B., Człowiek starszy w rodzinie – wybrane aspekty prawne. W: Szatur-Jaworska B., redaktor. Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje. Rzecznik Praw Obywatelskich, Warszawa; 2012, 42.
- Instytucje wobec potrzeb osób starszych. Raport, IRSS, Warszawa; 2010, 37.
- Ułanowska L., redaktor. Diagnoza systemu wsparcia społecznego osób z zaburzeniami psychicznymi w ramach służb pomocy i integracji społecznej na Ma-zowszu. Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej. Wydział ds. Badań Społecznych-Observatorium Integracji Społecznej. Warszawa; 2011, 18.
- Deja A. Wykorzystanie specjalistycznych usług opiekuńczych jako jednej z form wsparcia dla osób z autyzmem. Fundacja Synapsis; 2006, 2, 23.
- Rysz-Kowalczyk B., redaktor. Polityka społeczna gmin i powiatów. Kompendium wiedzy o instytucjach i procedurach. Warszawa: Dom Wydawniczy Elipsa; 2011, 69-70.
- Sierpowska I. Prawo pomocy społecznej. Wydanie 4. Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska. Warszawa; 2011, 109-110.
- Kotowska I., Wóycicka I., redaktor. Sprawowanie opieki oraz inne uwarunkowania podnoszenia aktywności zawodowej osób w starszym wieku produkcyjnym. Raport z badań. Departament Analiz Ekonomicznych i Prognoz Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej. Warszawa; 2008, 9-10.
- Golinowska S. Społeczno-ekonomiczne konsekwencje starzenia się populacji. W: Kleer J., redaktor. Konsekwencje ekonomiczne i społeczne starzenia się społeczeństwa. Warszawa: PAN; 2008, 35.
- Perek-Białas J., Stypińska J. Carers@Work-National Report Poland; 2010, 42.
- Instytucje wobec potrzeb osób starszych. Raport, IRSS, Warszawa 2010, 81.
- Buckner L., Yeandle S. Valuing Carers 2011: Calculating the value of carers' support. Carers UK, Report; 2011, 2.
- Buckner L., Yeandle S. Valuing Carers 2011: Calculating the value of carers' support. Carers UK, Report; 2011, 2.
- Krzyszowski J. Usługi opiekuńcze dla ludzi starych w miejscu zamieszkiwania w Polsce i w innych krajach UE. W: Kowaleski J., Szukalski P., redaktorzy. Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich. Zakład Demografii UŁ. Łódź; 2006, 152.
- Szweda-Lewandowska Z. Formy pomocy osobom starszym w wybranych krajach Unii Europejskiej. W: Kleer J., redaktor. Konsekwencje ekonomiczne i społeczne starzenia się społeczeństwa. Warszawa: PAN; 2008, 179.
- Jonda B. Ludzie u schyłku życia. Perspektywa polityków szczebla lokalnego w Nadrenii-Palatynacie. W: Kowaleski J., Szukalski P., redaktorzy. Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich. Zakład Demografii UŁ. Łódź; 2006, 168-169.
- Szweda-Lewandowska Z. Formy pomocy osobom starszym w wybranych krajach Unii Europejskiej. W: Kleer J., redaktor. Konsekwencje ekonomiczne i społeczne starzenia się społeczeństwa. Warszawa: PAN; 2008, 180-181.



31. Bakalarczyk R. Służba zdrowia w chorym systemie. Krytyka Polityczna z 12.02.2011 [dostęp dn. 12.03.2013: [krytykapolityczna.pl/Opinie/BakalarczykSluzbazdrowiawchorymsystemie/menuid-431.html](http://krytykapolityczna.pl/Opinie/BakalarczykSluzbazdrowiawchorymsystemie/menuid-431.html)]
32. Deja A. Wykorzystanie specjalistycznych usług opiekuńczych jako jednej z form wsparcia dla osób z autyzmem. Fundacja Synapsis; 2006.
33. Golinowska S. Społeczno-ekonomiczne konsekwencje starzenia się populacji. W: Kleer J., redaktor. Konsekwencje ekonomiczne i społeczne starzenia się społeczeństwa. Warszawa: PAN; 2008, 45.
34. Wróblewska W. Wydłużanie trwania życia a zmiany w stanie zdrowia populacji [w:] Polityka społeczna, Warszawa 2012, 19.
35. Samoliński B., Raciborski F., redaktorzy. Zdrowe starzenie się. Biała księga. Scholar. Warszawa; 2013.

**Adres do korespondencji:**  
mgr Magdalena Maciejasz  
Szkoła Główna Handlowa  
Instytut Gospodarstwa Społecznego  
ul. Wiśniowa 41  
02-520 Warszawa  
e-mail: [magda.maciejasz@gmail.com](mailto:magda.maciejasz@gmail.com)