

BANK ŚWIATOWY

Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce

**Uwagi na potrzeby opracowania polityki dotyczącej
opieki długoterminowej**

Bank Światowy

2015-11-03

Spis skótów

ADL- Activities of Daily Living – podstawowe czynności życia codziennego

ADDR- Adult Disability Dependency Ratio - współczynnika obciążenia dorosłymi osobami niepełnosprawnymi

DGF- (fous groups discussions- FGI) -dyskusje w grupach fokusowych

DOP- domy opieki paliatywnej

HLY - Healthy Life Years – lata przeżyte w zdrowiu

IADL- Instrumental Activities of Daily Living- złożone czynności życia codziennego

NGO- Non Governmental Organizations – organizacje pozarządowe

ODT- opieka długoterminowa

OPP- organizacje pożytku publicznego

Z CŻC- złożonych czynności życia codziennego

ZOL- zakład opiekuńczo-lecznicze

ZPO- zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze

Spis skótów.....	1
Wykaz tabel	4
Wykaz rysunków.....	5
Wykaz ramek.....	8
Podziękowania	9
1. Wprowadzenie.....	10
2. Czym jest opieka długoterminowa?.....	12
3. Dlaczego o opiece długoterminowej należy myśleć w Polsce już teraz?	14
4. Opieka długoterminowa w perspektywie porównawczej	16
4.1 Finansowanie opieki długoterminowej: równoważenie stabilności finansowania i sprawiedliwego dostępu.....	18
4.2 Realizacja opieki długoterminowej: równoważenie różnych usług.....	20
4.3 Decentralizacja usług opieki długoterminowej.....	22
5. Organizacja opieki długoterminowej w Polsce	23
5.1 Publiczne usługi opieki długoterminowej	24
5.1.1 Usługi opieki domowej.....	24
5.1.2 Usługi opieki stacjonarnej.....	24
5.1.3 Opieka półstacjonarna.....	26
5.1.4 Zasiłki i świadczenia pieniężne	27
5.2 Usługi opieki długoterminowej prywatne i non-profit.....	28
5.2.1 Prywatna opieka domowa	28
5.2.2 Prywatne domy opieki stacjonarnej.....	29
5.2.3 Usługodawcy opieki długoterminowej non-profit.....	29
5.3 Decentralizacja usług opieki długoterminowej.....	31
5.4 Finansowanie opieki długoterminowej w Polsce.....	31
6. Wyzwania i szanse dla opieki długoterminowej w Polsce	32
6.1 Rosnące zapotrzebowanie na usługi.....	32
6.1.1. Nacisk demograficzny na potrzeby opiekuńcze.....	32
6.1.2 Duże zróżnicowanie regionalne w popycie i podaży opieki	34
6.1.3 Poprawa przeciętnej długości życia przy jednoczesnym występowaniu schorzeń przewlekłych i ograniczeń funkcjonalnych u osób starszych	35
6.1.4 Społeczno-ekonomiczne nierówności w rozkładzie ograniczeń funkcjonalnych.....	42
6.2 Ograniczenia w podaży usług opieki długoterminowej	43
6.2.1 Opieka nieformalna i jej wpływ na obecność i efektywność kobiet na rynku pracy	43
6.2.2 Ograniczona podaż publicznie finansowanej formalnej opieki długoterminowej	46
6.2.3 Niski poziom finansowania opieki długoterminowej.....	52
6.2.4 Niezaspokojony popyt na opiekę medyczną i personel terapeutyczny	57
6.2.5 Jakość usług: niedokończony plan.....	61
7. Strategiczne kierunki działania i zalecenia	67
7.1 Propagowanie aktywnego i zdrowego starzenia się poprzez wdrożenie odpowiedniej polityki we wszystkich sektorach i poprzez współpracę sektorów	69

7.2 Ustanowienie właściwych rozwiązań instytucjonalnych i zachęt dla usprawnienia koordynacji	71
7.3 Ustanowienie mechanizmu zrównoważonego finansowania opieki długoterminowej	72
7.4 Rozwój wykwalifikowanej siły roboczej na potrzeby opieki długoterminowej i dopracowanie zachęt	74
7.5 Wykorzystanie technologii dla propagowania „starzenia się we własnym domu”	79
7.6 Wzmacnianie roli społeczności lokalnych i organizacji pozarządowych w opiece długoterminowej	79
Bibliografia	82

Wykaz tabel

Tabela nr 1: Strategiczne dokumenty i programy dotyczące opieki długoterminowej w Polsce	11
Tabela nr 2: Przegląd usług i świadczeń związanych z opieką długoterminową.....	27

Wykaz rysunków

Rysunek 1. Systemy opieki długoterminowej w Europie.....	17
Rysunek 2. Organizacja opieki długoterminowej w Polsce	23
Rysunek 3. Średnia długość pobytu w szpitalu w Polsce.....	25
Rysunek 4. Przepływy finansowe związane z opieką długoterminową w Polsce.....	32
Rysunek 5. Struktura populacji w Polsce w roku 2010 oraz prognozowana na lata 2030 i 2060.....	33
Rysunek 6. Prognozowany wzrost udziału osób powyżej 65 roku życia w populacji w latach 2013-2060	33
Rysunek 7. Prognozowany wzrost udziału osób powyżej 80 roku życia w populacji w latach 2013-2060	34
Rysunek 8. Oczekiwana długość życia w chwili urodzenia oraz średnie dalsze trwanie życia dla osób w wieku powyżej 65 roku życia, w podziale na województwa,.....	35
Rysunek 9. Stan zdrowia osób powyżej 65 roku życia w odniesieniu do PKB w latach od 2007 do 2011	35
Rysunek 10. Częstotliwość występowania chorób przewlekłych w Polsce w różnych grupach wiekowych.....	37
Rysunek 11. Średnia liczba chorób przewlekłych w Polsce per capita.....	37
Rysunek 12. Współczynnik obciążenia dorosłymi osobami niepełnosprawnymi (ADDR) dla wybranych krajów (aktualny i prognozowany).....	38
Rysunek 13. Odsetek osób z ograniczeniami funkcjonalnymi w zakresie podstawowych czynności życiowych.....	40
Rysunek 14. Osetek osób z ograniczeniami funkcjonalnymi w zakresie złożonych czynności życia codziennego	41
Rysunek 15. Prognozowany odwrócony wskaźnik obciążenia demograficznego na lata 2013-2060.....	42
Rysunek 16. Nierówności w rozkładzie ograniczeń funkcjonalnych u osób starszych (powyżej 65 roku życia) w Polsce.....	43
Rysunek 17. Procent respondentów, którzy zgłosili, że zapewniali komuś regularną opiekę (z wyłączeniem małych dzieci) w ciągu ostatnich 12 miesięcy	44

Rysunek 18. Postrzeganie obowiązku opieki: akceptacja stwierdzenia „Kiedy rodzice są w potrzebie, córki powinny przyjąć na siebie większą odpowiedzialność niż synowie”.....	45
Rysunek B7.1. Odsetek respondentów, którzy uważają, że to państwo (w przeciwieństwie do rodziny) powinno odpowiadać za opiekę nad osobami starszymi.....	Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.
Rysunek B7.2. Odsetek respondentów, którzy uważają, że opieka nad osobami starszymi jest zadaniem bardziej społeczeństwa i rządu niż rodziny.....	Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.
Rysunek 19. Wskaźniki objęcia formalną opieką długoterminową populacji osób zależnych w poszczególnych krajach (ujęcie procentowe).....	47
Rysunek 20. Liczba łóżek na potrzeby opieki długoterminowej dla tysiąca osób powyżej 65 roku życia	48
Rysunek 21. Liczba łóżek na potrzeby opieki długoterminowej dla tysiąca osób powyżej 65 roku życia w krajach OECD.....	49
Rysunek 22. Średnia długość pobytu w szpitalu w wybranych krajach europejskich w ujęciu wiekowym, 2011	50
Rysunek 23. Regionalne zróżnicowanie podaży stacjonarnej opieki długoterminowej w ZOL i ZPO dla populacji osób dorosłych (liczba odbiorców opieki)	51
Rysunek 24. Regionalne zróżnicowanie podaży stacjonarnej opieki długoterminowej w DPS dla populacji osób dorosłych (liczba odbiorców opieki)	51
Rysunek 25. Udział wydatków na opiekę długoterminową w całkowitej kwocie wydatków na opiekę zdrowotną w Polsce.....	53
Rysunek 26. Historyczne tendencje w zakresie wydatków na opiekę długoterminową w Polsce	53
Rysunek 27. Prognozowane wydatki na opiekę długoterminową wyrażone w milionach złotych, lata 2012-2060	54
Rysunek 28. Prognozowane wydatki na opiekę długoterminową w odniesieniu do PKB, lata 2013-2060	55
Rysunek B8.1. Scenariusze z założeniami demograficznymi, UE, w % PKB.....	56
Rysunek B8.2. Scenariusze z założeniami dotyczącymi kosztów i zakresu usług, UE, w % PKB.....	56
Rysunek 29. Gęstość zatrudnienia w sektorach opieki zdrowotnej i społecznej w krajach europejskich	58

Rysunek 30. Tendencje w zatrudnieniu w sektorze opieki długoterminowej w Polsce	59
Rysunek 31. Prognozowane zapotrzebowanie na zawodowy personel opieki długoterminowej, 2010-2030	61

Wykaz ramek

Ramka 1. Nieformalna i formalna opieka długoterminowa	13
Ramka 2. Ukryte koszty opieki nieformalnej – potwierdzenie ze Stanów Zjednoczonych	21
Ramka 3. Zapewnianie właściwej opieki zdrowotnej mieszkańcom domów opieki – wyniki Pilotażowego Badania Jakości przeprowadzonego w Katowicach.....	25
Ramka 4. Działalność organizacji pozarządowych zorientowana na pomoc osobom starszym w województwie małopolskim	30
Ramka 5. Wyzwania dla kobiet pracujących – ustalenia Pilotażowego Badania Jakości zrealizowanego w Katowicach.....	45
Ramka 6. Preferencje społeczne podtrzymujące podaż nieformalnej opieki długoterminowej w Polsce	Błąd! Nie zdefiniowano zakładek.
Ramka 7. Prognozy UE dla wydatków na opiekę długoterminową	55
Ramka 8. Jakość opieki długoterminowej	61
Ramka 9. Wymagania zawodowe w domach opieki – ustalenia Pilotażowego Badania Jakości zrealizowanego w Katowicach	63
Ramka 10. Wskaźniki efektywności oraz systemy oceny polityk opieki domowej w Europie	64
Ramka 11. Rodzaje opieki długoterminowej	70
Ramka 12. Przykłady uzupełniających mechanizmów finansowania	74
Ramka 13. Polityki imigracyjne i zatrzymywanie pracowników w sektorze opieki długoterminowej.....	75
Ramka 14. Poprawa zatrzymania pracowników w sektorze opieki długoterminowej...	77
Ramka 15. Technologie mogą wspierać „starzenie się we własnym domu”	79

Podziękowania

Niniejsze opracowanie zostało przygotowane przez zespół, w skład którego wchodziły: prof. Stanisława Golinowska, dr Agnieszka Sowa i Anna Kozieł. Zespołem kierowały Roberta Gatti i Aparnaa Somanathan. Szczególne podziękowania należą się Karolinie Goraus za przeprowadzenie badania i przedstawioną w raporcie analizę gospodarstw domowych, Carmen de Paz Nieves za pomoc przy edycji raportu, oraz Barbarze Nowakowskiej i Isadorze Nouel za wsparcie administracyjne.

Zespół Banku Światowego jest wdzięczny przedstawicielom Millward Brown za przeprowadzenie badania jakościowego pozwalającego ocenić świadczenia w zakresie opieki osób starszych w Polsce, na podstawie grup fokusowych i indywidualnych kwestionariuszy.

Przeprowadzenie analizy było możliwe dzięki wsparciu Any Marii Munoz Boudet, Beth Zikronah Rosen, Victorii Levin, które pomogły dostosować stworzone i stosowane przez Bank Światowy narzędzia, do polskich realiów.

Specjalne podziękowania kierujemy również do uczestników warsztatów przeprowadzonych w czerwcu 2015 roku, za cenne uwagi i owocną dyskusję na temat opieki długoterminowej w Polsce.

Wreszcie, zespół pragnie podziękować za cenne rady i wskazówki następującym osobom: Mamta Murthi – Country Director for Central Europe and the Baltic Countries, Marinie Wes – Country Manager for Poland, Andrew D. Mason – Practice Manager, Social Protection and Labor GP oraz Enis Baris – Practice Manager, Health, Nutrition and Population.

1. Wprowadzenie

Na zlecenie polskiego Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej Bank Światowy dokonał przeglądu systemu opieki długoterminowej (ODT) w Polsce. Przegląd ten zawiera szczegółową diagnozę polskiego systemu opieki długoterminowej nad osobami starszymi, a także opis systemów istniejących w wybranych krajach, które mogą posłużyć jako punkt odniesienia dla systemu polskiego. Zgodnie ze wskazaniem Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, wyniki niniejszego przeglądu mają posłużyć jako podstawa do przygotowania zaleceń strategicznych dotyczących rozwoju systemu opieki długoterminowej nad osobami starszymi w Polsce.

Termin „usługi opieki długoterminowej” odnosi się do organizacji i świadczenia szerokiego zakresu usług i pomocy osobom, których zdolność do samodzielnego życia jest ograniczona w dłuższym okresie czasu. Usługi te mają na celu minimalizację stopnia utraty niezależności w funkcjonowaniu fizycznym i umysłowym, przywracanie sprawności lub zapobieganie skutkom jej utraty oraz obejmują pomoc przy wykonywaniu takich czynności jak kąpiel, ubieranie się, jedzenie czy też inne czynności higieniczne i pielęgnacyjne, przygotowywanie posiłków, sprzątanie i różne zadania organizacyjne, w tym robienie zakupów, gospodarowanie pieniędzmi, podawanie leków czy organizację transportu. Usługi opieki medycznej świadczone przez pielęgniarki i rehabilitantów są istotnym składnikiem systemów ODT we wszystkich krajach.

Szybkie starzenie się populacji – na skutek wzrostu przeciętnego trwania życia i spadku współczynnika dzietności – przynosi wyzwania, których konsekwencją będzie konieczność wprowadzenia zmian w polskim systemie opieki długoterminowej. Im starsze staje się społeczeństwo, tym więcej trudności napotykają ludzie w zakresie podstawowych czynności życiowych i tym większy jest stopień ich zależności od innych osób, co prowadzi do zwiększenia zapotrzebowania na różne formy opieki zdrowotnej i pielęgnacyjnej oraz wsparcia w codziennych czynnościach. Tendencje te oznaczają poważne wyzwania dla sektora zdrowotnego i socjalnego, a biorąc pod uwagę rosnące wymagania w zakresie przygotowania personelu – także dla sektora edukacyjnego.

Niniejszy dokument omawia kluczowe elementy opieki zdrowotnej i socjalnej w ramach polskiego systemu ODT. Nie zawiera pełnego opisu tego systemu ani też nie przedstawia wszystkich możliwych rozwiązań dla nadchodzących wyzwań. Zamiast tego diagnozuje sytuację, określa najistotniejsze braki, oraz wskazuje kierunek, w jakim sektory zdrowotny i socjalny powinny podążać, w celu usprawnienia polskiego systemu opieki długoterminowej. W diagnozie systemu Banku Światowego uwzględniliśmy wszystkie najnowsze i najważniejsze strategiczne dokumenty i programy w Polsce, podsumowane w tabeli nr 1.

Tabela nr 1: Strategiczne dokumenty i programy dotyczące opieki długoterminowej w Polsce

Dokumenty strategiczne na szczeblu rządowym	Długookresowa strategia rozwoju kraju do 2030 r. Strategia rozwoju kraju do 2020 r. Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego Strategia Rozwoju Kapitału Społecznego Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego
Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej	Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020 (ZDPS) wraz z Rządowym Programem na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2012-2013 (Program ASOS).
Ministerstwo Zdrowia	Polityka zdrowotna na lata 2015-2020 Stan faktyczny i perspektywy rozwoju opieki długoterminowej w Polsce
Pozostałe inicjatywy	Zielona Księga – przygotowana przez Grupę Roboczą opracowującą nowe prawo dotyczące ubezpieczenia od ryzyka zależności.

Źródło: Opracowanie Banku Światowego

W ramach przeprowadzanych badań Bank Światowy zrealizował pilotażową Ocenę Jakości Usług Opieki nad Osobami Starszymi¹, złożoną z dwóch części. Część 1 to ocena zapotrzebowania, obejmująca zarówno dyskusje w grupach fokusowych (DGF) z kobietami, z uwzględnieniem różnych punktów widzenia, jak i indywidualne kwestionariusze. Podczas dyskusji omówiono wykorzystanie czasu oraz potrzeby rodzin ze starszymi osobami w zakresie opieki, a także bariery w dostępie do opieki. Część 2 obejmowała ocenę podaży poprzez badanie w grupach fokusowych. Badanie obejmowało różne rodzaje usług opieki nad osobami starszymi dostępnymi dla gospodarstw domowych oferowanych zarówno przez podmioty publiczne, jak i prywatne, oraz analizę jakości, kosztów i dostępności tych usług, odbioru społecznego i uregulowań prawnych dotyczących opieki oraz wykorzystywania dostępnych alternatyw. Podsumowanie ustaleń obu części badania zamieszczono w Załączniku nr 1.

Rozdział 2 opisuje bardziej szczegółowo koncepcję systemów opieki długoterminowej, ich główne cechy, elementy składowe oraz istniejące struktury. Rozdział 3 przedstawia uzasadnienie badania oraz omawia znaczenie opieki długoterminowej w kontekście aktualnych tendencji demograficznych w Polsce. Rozdział 4 analizuje różne systemy opieki długoterminowej w krajach Europy i w krajach OECD, ze szczególnym uwzględnieniem aspektów finansowych. Rozdział 5 prezentuje strukturę organizacyjną

¹ Narzędzia wykorzystane w czasie badania zostały pierwotnie opracowane przez Bank Światowy (Levin, Victoria, Ana Maria Munoz Boudet, Beth Zikronah Rosen, Tami Aritomi oraz Julianna Flanagan. 2015. *Why Should We Care about Care? The Role of Informal Childcare and Eldercare in Aging Societies*. Research Report for the World Bank's Poverty and Social Protection and Labor Global Practices, World Bank, Washington, DC.).

opieki długoterminowej w Polsce. Rozdział 6 analizuje wyzwania i szanse na zmiany, zarówno pod kątem popytu (na usługi ODT), jak i podaży (tych usług), oraz ocenia istotne aspekty (związane z opieką długoterminową), takie jak tendencje demograficzne i stan zdrowia polskiej populacji, normy społeczne i odbiór społeczny, ograniczona podaż usług opiekuńczych czy ograniczenia związane z zasobami ludzkimi i problemami finansowymi. Rozdział 7, ostatni, przedstawia strategiczne kierunki działania i zalecenia dla rządu dotyczące udoskonalania i wzmacniania polskiego systemu opieki długoterminowej.

2. Czym jest opieka długoterminowa?

W literaturze przedmiotu występuje wiele definicji opieki długoterminowej. Może być ona definiowana jako całość usług wymaganych przez osobę o ograniczonej wydolności funkcjonalnej (pod względem fizycznym lub umysłowym), która jest przez długi czas uzależniona od zewnętrznej pomocy w zakresie podstawowych czynności życiowych. Usługi opieki długoterminowej mogą być łączone z opieką „niższego stopnia”, polegającą na pomocy w wykonywaniu tzw. instrumentalnych czynności życia codziennego (np. pomoc w zajęciach domowych, organizacji i administracji), (WHO 2009, OECD 2011, Komisja Europejska 2015).

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zadaniem systemów opieki długoterminowej jest „zapewnienie osobie, która przez długi czas nie jest w pełni zdolna do samoopieki, możliwości utrzymania możliwie najlepszej jakości życia, tzn. możliwie największego zakresu niezależności, samodzielności, uczestnictwa w życiu społecznym, spełnienia osobistego i godności” (WHO 2002).

Pomoc w zakresie podstawowych czynności życiowych (ADL²) polega na opiece osobistej często łączonej z podstawowymi usługami medycznymi, takimi jak opieka pielęgniarska, profilaktyka, rehabilitacja czy opieka paliatywna. Natomiast pomoc w zakresie instrumentalnych czynności życia codziennego (IADL³) wiąże się najczęściej z pracami w domu (Colombo et al., 2011).

Opieka długoterminowa była tradycyjnie zapewniana w sposób nieformalny (ramka 1), głównie przez rodzinę. Jednakże na skutek zmian w modelu rodziny i stylu życia, opieka rodzinna (lub nieformalna) nie jest już dominującą formą opieki nad osobami zależnymi. W odpowiedzi na rosnące potrzeby społeczeństwa, formalna opieka organizowana przez instytucje państwowe lub prywatne, stopniowo zastępuje

² Podstawowe czynności życia codziennego (Activities of Daily Living – ADL) obejmują czynności związane z samoobsługą: kąpiel lub branie prysznica, ubieranie się, spożywanie posiłków, czynności związane z utrzymaniem higieny osobistej, korzystanie z toalety.

³ Instrumentalne czynności życia codziennego (Instrumental Activities of Daily Living – IADL) obejmują prace domowe, przygotowywanie posiłków, dawkowanie i przyjmowanie leków, zarządzanie indywidualnymi finansami, robienie zakupów, korzystanie z telefonu bądź innej formy komunikacji, korzystanie ze środków transportu publicznego.

tradycyjną opiekę nieformalną, odpowiadając tym samym na potrzeby społeczeństwa, których nie jest w stanie zapewnić rodzina. (ramka 2).

Ramka 1: Nieformalna i formalna opieka długoterminowa

Usługi opieki długoterminowej nad osobami starszymi mogą być organizowane i świadczone zarówno w sposób formalny, jak i nieformalny. Tradycyjnie, opieka nad niesamodzielnymi osobami starszymi była głównie realizowana w rodzinie. Opieka nieformalna jest w większości przypadków nieodpłatna, a świadczą ją członkowie rodziny, bliscy krewni, przyjaciele lub sąsiedzi. Termin „opieka” odnosi się do relacji i czynności związanych ze spełnianiem fizycznych i emocjonalnych potrzeb zależnych osób dorosłych i dzieci.

Główne wyróżniki opieki nieformalnej z perspektywy usługodawców:

- Opiekunowie nie są profesjonalistami i nie korzystali z przeszkolenia w udzielaniu pomocy, chociaż w pewnych przypadkach mogą skorzystać z takiego przeszkolenia.
- Opiekunowie nie podpisują umów z określonym zakresem odpowiedzialności.
- Opiekunowie nie są opłacani, chociaż coraz więcej osób otrzymuje inne rodzaje wsparcia finansowego.
- Opiekunowie wykonują szeroki zakres zadań (wykonywanych również przez usługodawców profesjonalnych), łącznie ze wsparciem emocjonalnym.
- Nie istnieją limity czasowe usług, ponieważ opiekunowie nieformalni nigdy lub prawie nigdy nie mają (oficjalnie) czasu wolnego.
- Opiekunom nie przysługują żadne uprawnienia, łącznie z uprawnieniami socjalnymi.

Główne wyróżniki opieki formalnej:

- Usługi świadczone są przez przeszkolonych, uprawnionych i wykwalifikowanych pracowników.
- Usługi podlegają kontroli państwa lub innych organizacji.
- Opiekunowie nie podpisują umowy z określonym zakresem odpowiedzialności.
- Opiekunowie otrzymują zapłatę, są objęci kodeksem pracy i przysługują im świadczenia socjalne.
- Zadania są im przydzielane zgodnie z ich kwalifikacjami zawodowymi.
- Opiekunowie profesjonalni mają określony czas pracy i korzystają z czasu wolnego.

Źródło: Interlinks European Project (Triatntafillou i in., 2015)

Formalna opieka długoterminowa może być świadczona jako opieka instytucjonalna - stacjonarna, domowa i środowiskowa. Opieka domowa i środowiskowa to profesjonalna opieka zapewniana w domu osoby wymagającej opieki lub na poziomie

lokalnej społeczności⁴, natomiast stacjonarna opieka instytucjonalna to profesjonalna opieka w placówkach opiekuńczych poza domem. W celu udzielenia wsparcia rodzinom z zależnymi osobami starszymi, wiele krajów opracowało publiczne programy świadczenia usług opieki długoterminowej w domu (formalna opieka domowa), usług opieki środowiskowej oraz usług świadczonych w całodobowych instytucjach opiekuńczych. Programy takie obejmują usługi opiekuńcze lub wsparcie finansowe dla niesamodzielnych osób w wieku od 65 lat, mieszkających we własnych domach. Opieka domowa obejmuje wszystkie czynności wykonywane w domu, w którym mieszka starsza osoba zależna, a jej celem jest umożliwienie takiej osobie zamieszkiwania we własnym domu tak długo, jak to możliwe. Zazwyczaj niewielki odsetek osób zależnych podlega opiece realizowanej w zakładach stacjonarnych.

Analizując dostępne badania i dane (opisane szczegółowo w dalszej części dokumentu) w Polsce sektor opieki długoterminowej jest wciąż słabo rozwinięty, pomimo dużej liczby instytucji realizujących zadania opiekuńcze. Dominującym typem opieki nad osobami zależnymi jest opieka rodzinna. Jednakże zmiany w strukturze wiekowej populacji w nadchodzących dziesięcioleciach znacząco wpłyną na krajowy popyt na opiekę (Komisja Europejska 2015). W dalszych rozdziałach szczegółowo wyjaśniamy dlaczego opieka długoterminowa powinna być traktowana priorytetowo w strategiach rozwoju, analizujemy stopień przygotowania Polski na nadchodzące wyzwania oraz przedstawiamy zalecenia dotyczące działań, które mogą doprowadzić do usprawnienia polskiego systemu opieki długoterminowej.

3. Dlaczego o opiece długoterminowej należy myśleć w Polsce już teraz?

W związku z tym, że liczba osób starszych rośnie w Polsce bardzo szybko, kwestia zapewnienia im długoterminowej opieki staje się palącą. Społeczeństwo polskie należy do najszybciej starzejących się społeczeństw Unii Europejskiej (UE): do roku 2060 udział osób w wieku 65-79 lat w populacji ma się zwiększyć dwukrotnie, a udział osób w wieku powyżej 80 lat – nawet trzykrotnie (Komisja Europejska, 2015). W związku z powyższym udział osób w wieku emerytalnym w populacji zwiększy się skokowo z 14,0 w 2015 do 27,8 w roku 2060.

Zapotrzebowanie na usługi opieki długoterminowej nie tylko zależy od liczby osób w wieku powyżej 65 lat, ale także od liczby osób, które będą wymagały pomocy na skutek problemów z wykonywaniem codziennych czynności. Zgodnie z tym, co szczegółowo opisano w dalszej części dokumentu, Polacy żyją coraz dłużej, co jest dużym sukcesem ostatnich 25 lat. Jednak różnica w średniej długości życia między kobietami i mężczyznami jest wciąż duża: średnia długość życia kobiet wynosi 81 lat, a mężczyzn – zaledwie 73 lata (GUS, 2013). Dodatkowo, średnia długość życia nie jest taka sama dla

⁴ Dyskusje semantyczne na temat używania takich określeń jak „opieka domowa”, „opieka środowiskowa”, „opieka osobista” czy „opieka socjalna” toczą się od dawna. Terminy „opieka domowa” i „opieka środowiskowa” są często uznawane w literaturze anglosaskiej za synonimy (Degavre i in., 2012).

różnych grup społecznych i bardzo często dłuższe życie nie oznacza dla wszystkich życia w zdrowiu.

Nowe wyzwanie to nie tylko żyć dłużej, ale także zachować zdrowie w trakcie dodatkowych lat życia. Przytoczone w rozdziale 6 badania dotyczące stanu zdrowia osób w podeszłym wieku wykazują niejednolite tendencje – niektóre wskazują na niewielkie pogorszenie stanu zdrowia osób starszych (wzrost zachorowalności i rosnący poziom zależności w związku z niepełnosprawnością i większą częstotliwością występowania chorób przewlekłych oraz chorób współistniejących), inne zaś wykazują poprawę stanu zdrowia w tej grupie społecznej (kompresja zachorowalności).

Wyniki badania „Polsenior”, opartego na wywiadach społecznych i medycznych z reprezentatywną próbą osób w wieku powyżej 65 lat, oraz badania SHARE wykazują wysoki poziom ograniczeń funkcjonalnych polskich seniorów, podobny do poziomu spotykanego w krajach Europy Południowej, takich jak Włochy czy Hiszpania (projekt InChianti – Balzi 2010), oraz w innych krajach Europy Wschodniej. Ograniczenia funkcjonalne narastają z wiekiem, przy czym bardziej dotknięte nimi są kobiety. Krytyczny wiek dla znacznego uzależnienia to 85 lat, a występowanie takiej zależności jest częstsze na obszarach wiejskich niż miejskich. Ponad 20% przebadanych seniorów w wieku powyżej 85 lat jest całkowicie zależnych od opieki innych (Wizner, Skalska, Klich-Rączka, Piotrowicz, Grodzicki, 2013). Komisja Europejska szacuje, że liczba osób niesamodzielnych w Polsce wzrośnie z 830 tysięcy osób w 2013 r. w do 3 393 tysięcy osób w 2060 r. (Komisja Europejska 2015).

Jak wspomniano powyżej, opieka nad starszymi osobami niesamodzielnymi w Polsce to w znacznym stopniu opieka nieformalna. Oznacza to, że opiekunami osoby zależnej są członkowie rodziny lub przyjaciele, którzy nie otrzymują żadnego wynagrodzenia lub otrzymują jedynie niewielkie wynagrodzenie za opiekę. Badania, zarówno polskie, jak i zagraniczne, wskazują, że opieka nad osobami starszymi w Polsce realizowana jest głównie w rodzinie. Około 80% osób w wieku ponad 65 lat nie korzysta z żadnej opieki instytucjonalnej ani z opieki domowej wykonywanej przez osoby trzecie (badanie AZER, GUS i in., 2007), chociaż w bogatszych gospodarstwach domowych opiekunowie zatrudniani są w sposób nieformalny, czego statystyki nie odzwierciedlają. Jednak nawet biorąc ten fakt pod uwagę, odsetek osób niekorzystających z opieki instytucjonalnej czy domowej w Polsce jest wciąż najwyższy ze wszystkich krajów UE.

Duży udział opieki rodzinnej nad osobami starszymi to skutek tradycyjnego zobowiązania rodziny do zapewnienia opieki nad bliskimi (związanego z uwarunkowaniami kulturowymi) oraz określonej fazy rozwoju gospodarczego, w której Polska się znajduje, jak również ograniczonych możliwości uzyskania opieki poza rodziną. W tradycyjnym modelu opieki rodzinnej czynności opiekuńcze wykonywane są przez kobietę (córkę lub synową), która opuszcza rynek pracy wcześniej niż jej mąż, w celu zapewnienia opieki nad dziećmi, wnukami i osobami starszymi. I rzeczywiście, polskie badanie dotyczące opieki rodzinnej nad osobami

starszymi – badanie AZER (Wóycicka i Rurarz, 2007) wykazało, że to kobiety stanowią większość opiekunów, ale także spośród nich wywodzi się większość osób wymagających opieki. Fakt, że więcej jest kobiet pośród osób wymagających opieki związany jest z tym, że kobiety żyją dłużej niż mężczyźni oraz częściej szukają pomocy np. medycznej.

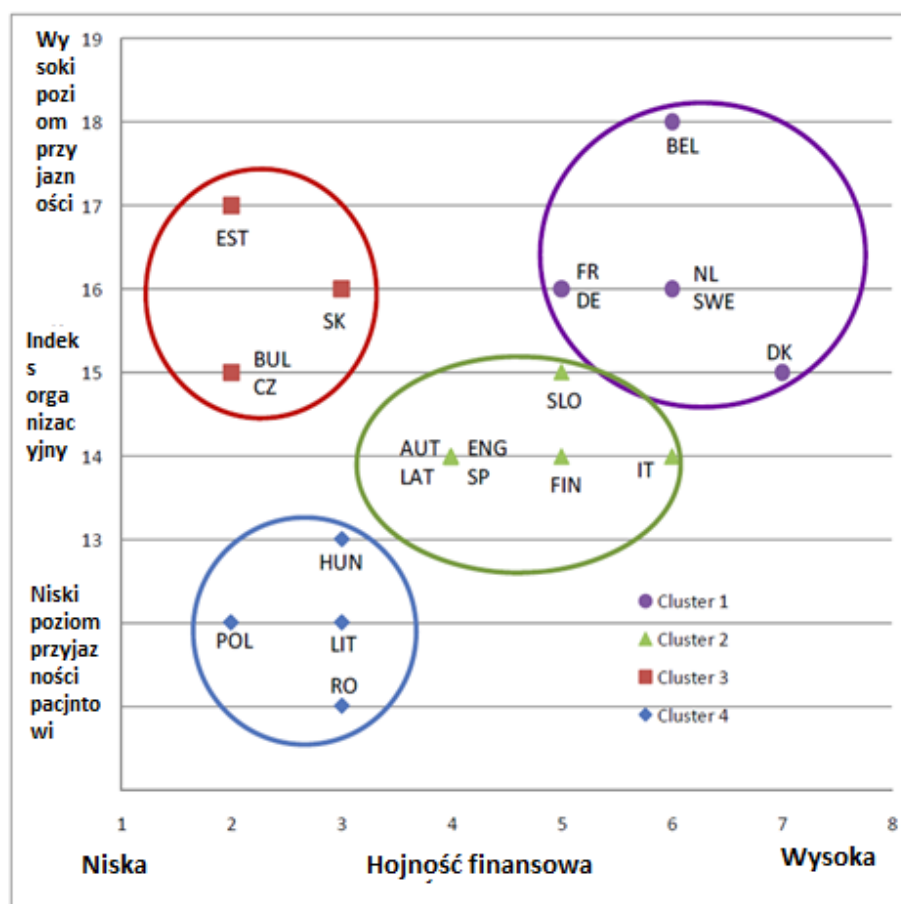
Pomimo że liczba pacjentów w zakładach opieki długoterminowej od 2009 roku stale wzrasta, opieka formalna w Polsce pozostaje słabo rozwinięta. Wzrost liczby pacjentów objętych instytucjonalną opieką długoterminową obserwuje się tylko w placówkach stacjonarnych, natomiast zmniejsza się odsetek usług opieki domowej. Formalna opieka domowa stanowi tak niewielką część wszystkich usług ODT, że jest prawie niewidoczna w statystykach międzynarodowych (Huber i in., 2009). Opieka stacjonarna jest lepiej rozwinięta, chociaż na 1000 osób w wieku od 65 lat przypada zaledwie 17 łóżek w zakładach opieki długoterminowej. Polska ma najmniejszą liczbę łóżek na 1000 osób w placówkach ODT ze wszystkich krajów OECD.

Dane przekazywane przez polską administrację pokazują stały wzrost liczby personelu w instytucjach opieki długoterminowej, mimo że średnio proporcje liczby personelu do liczby pacjentów pozostają najniższe w całej Unii Europejskiej. Od roku 2004 liczba pielęgniarek w instytucjach ODT zwiększyła się prawie dwukrotnie, a podobne wzrosty zaobserwowano także w grupie lekarzy, fizjoterapeutów, psychologów, pracowników socjalnych/medycznych oraz personelu pomocniczego. Tendencje te, chociaż umiarkowane, wskazują na postępujące dostosowywanie się kraju do rosnącej liczby osób starszych i do zwiększających się potrzeb tej grupy społecznej. Kwestie te omówiono bardziej szczegółowo w rozdziale 6.

4. Opieka długoterminowa w perspektywie porównawczej

Ponieważ opieka długoterminowa to względnie młody i niejednorodny sektor, podjęto wysiłki – w ramach kilku projektów badawczych – zmierzające do ustandaryzowania zadań opiekuńczych i wydatków na opiekę oraz przeprowadzono analizę porównawczą. W europejskim projekcie badawczym ANCIEN (Kraus i in., 2010) uwzględniono dwie wielkości: rozwój organizacyjny (głębokość) oraz wydatki jako udział w PKB. Na tej podstawie wskazano cztery grupy krajów (Kraus i in., 2010) (rysunek 1).

Rysunek 1: Systemy opieki długoterminowej w Europie



Źródło: Markus Kraus, Monika Riedel, Esther Mot, Peter Willemé, Gerald Röhrling and Thomas Czipionka, *A Typology of Long-Term Care Systems in Europe*, ENEPRI Working Paper No. 91, Centre for European Policy Studies, Brussels, August 2010 (www.ceps.eu).

Kraje Europy Zachodniej i Północnej lokujące się na powyższym wykresie w 1 i 2 grupie krajów charakteryzują względnie wysokie wydatki na opiekę długoterminową, sięgające 1,5% PKB, przy czym największe wydatki zaobserwowano w Holandii (2,5% PKB) i w Szwecji (3,5% PKB). Kraje grupy 3 i 4 charakteryzuje niski poziom wydatków publicznych na ODT, nieprzekraczający 0,8% PKB.

Głębokość organizacyjna odnosi się do różnych cech systemu opieki długoterminowej, w tym do dostępności opieki i podstaw ustalania uprawnień do niej (uzależnienie lub niezależność od dochodów, decentralizacja funkcji zarządzania i planowania potencjału, podaż opieki i rodzaje świadczeń). Dostęp do opieki długoterminowej regulowany jest przepisami dotyczącymi uprawnień, często odwołującymi się do narodowości, stopnia niepełnosprawności lub wydolności funkcjonalnej, i może być uzależniony od stopnia zamożności. W większości państw europejskich dostęp do opieki nie jest uzależniony od stopnia zamożności. W krajach, gdzie opieka długoterminowa jest uzależniona od stopnia zamożności, zakres takiego uzależnienia jest różny: w niektórych państwach opieka jest dostępna dla osób biednych, a w innych nie są do niej uprawnione tylko osoby o najwyższych dochodach. Dostęp do opieki zależy też od obszaru

geograficznego oraz od miejsca zamieszkania – na terenach wiejskich jest inny niż w miastach.

4.1 Finansowanie opieki długoterminowej: równoważenie stabilności finansowania i sprawiedliwego dostępu

Wysoki koszt usług opieki długoterminowej, stanowiący spore obciążenie dla użytkowników, wraz z niepewnością co do czasu i zakresu zapotrzebowania na takie usługi, daje poważne podstawy do wprowadzenia publicznie finansowanego programu opieki długoterminowej, uzupełniającego opiekę zapewnianą przez rodzinę i wolontariuszy. Bardzo ważne jest rozważenie sposobu organizacji publicznego finansowania opieki długoterminowej. Można wyodrębnić trzy główne sposoby finansowania: (1) plan powszechny, (2) plany uzależnione od stopnia zamożności, oraz (3) systemy mieszane (OECD, 2011).

Mimo że prywatne ubezpieczenia nie odgrywają głównej roli w finansowaniu opieki długoterminowej w żadnym z krajów OECD, współodpłatność występuje we wszystkich systemach (np. w Szwajcarii 60%, w Portugalii 45%, w Hiszpanii 30%, w Stanach Zjednoczonych 22%) (OECD, 2011). Współodpłatność za usługi ma negatywny wpływ na hojność systemów opieki długoterminowej. Dania posiada najbardziej hojny system w Europie, w którym współdzielenie kosztów dotyczy tylko opieki stacjonarnej, podczas gdy w pozostałych krajach, nawet w tych o wyższym poziomie finansowania publicznego, współdzielenie kosztów jest bardziej rozpowszechnione. W Europie Wschodniej udział prywatny w kosztach opieki długoterminowej jest powszechny.

W krajach, w których solidarność społeczna jest wysoko ceniona, a prawo do opieki długoterminowej traktowane jest na równi z prawem do opieki zdrowotnej, dostęp do opieki długoterminowej jest powszechny. W tych krajach wszystkie osoby, które się kwalifikują, uprawnione są do opieki pielęgniarstwa i osobistej finansowanej ze środków publicznych. Możemy wyróżnić trzy główne modele finansowania: i) model podatkowy (np. kraje skandynawskie); ii) model powszechnego ubezpieczenia na opiekę długoterminową (np. Niemcy, Japonia, Korea, Holandia i Luksemburg); oraz iii) zapewnianie opieki osobistej i pielęgniarstwa w ramach systemu opieki zdrowotnej (np. Belgia) (OECD, 2011).

Na przeciwległym krańcu znajdują się takie kraje, jak Wielka Brytania, Nowa Zelandia i Stany Zjednoczone, które wyznaczają progi dochodowe/majątkowe uprawniające do otrzymywania finansowanych ze środków publicznych usług opieki długoterminowej, świadczonych w ramach programów zabezpieczeń uzależnionych od stopnia zamożności. Plany o dostępności uzależnionej od stopnia zamożności oferują zabezpieczenie osobom, które nie są w stanie samodzielnie pokryć kosztów opieki długoterminowej. Pomimo że takie podejście przyczynia się do ograniczania kosztów, może ono również generować nierówności oraz „zachęcać” do wykorzystywania

systemu opieki zdrowotnej dla potrzeb opieki długoterminowej, a także wiązać się z wysokimi kosztami administracyjnymi (OECD, 2011).

Pośrednie rozwiązanie reprezentują systemy mieszane, w których usługi opieki długoterminowej realizowane są poprzez rozwiązania łączące powszechne programy i świadczenia i/lub rozwiązania łączące powszechne uprawnienia z uprawnieniami uzależnionymi od stopnia zamożności. Systemy te można sklasyfikować w następujący sposób: i) powszechne plany równoległe (np. w Szkocji, we Włoszech i w Czechach); ii) powszechne świadczenia lub dotacje o wysokości uzależnionej od dochodów (np. w Irlandii, Australii, Austrii i Francji); iii) połączenie świadczeń powszechnych i uzależnionych (lub nie) od stopnia zamożności (np. w Szwajcarii, Nowej Zelandii, Grecji i Hiszpanii). Systemy te wymagają od użytkowników i ich rodzin znacznych dopłat ze środków własnych (OECD, 2011).

Z praktyki stosowanej w części krajów OECD wynika, że systemy z powszechnym finansowaniem opieki długoterminowej zapewniają najbardziej sprawiedliwe objęcie opieką długoterminową. W krajach, gdzie społeczeństwo starzeje się szybko, najlepszą opcją może być podejście powszechne ukierunkowane, oparte na zasadzie powszechnego dostępu przy jednoczesnym celowym przyznawaniu świadczeń osobom o względnie wyższych potrzebach w zakresie opieki. W przypadku krajów o młodszym społeczeństwie bardziej obiecujące jest podejście oparte na opiece środowiskowej. Systemy opieki długoterminowej w krajach OECD ewoluują w tym samym kierunku w zakresie finansowania. Chociaż w krajach z kompleksowym i powszechnym dostępem do świadczeń kwestionowano niektóre systemy oferujące zabezpieczenie zależnie od stopnia zamożności, zwracając uwagę na kwestie sprawiedliwości i na rosnące potrzeby (w zakresie ODT), to jednak dokładnie przeanalizowano w tych krajach zakres dostępnych usług i zwiększono stopień ich ukierunkowania na osoby najbardziej potrzebujące (OECD, 2011).

Posiadanie odrębnych kanałów finansowania usług opieki długoterminowej, jak jest to przyjęte w Niemczech, Japonii, Korei, Luksemburgu i Holandii, pomaga w zapewnieniu niezawodnego źródła przychodów. Jednak systemy takie są zasadniczo droższe, a oddzielenie budżetu na opiekę zdrowotną od budżetu na opiekę długoterminową może „zachęcać” do przenoszenia kosztów między różnymi dostawcami, przez co konieczne stają się specjalne działania koordynujące. W przyszłości utrzymanie zrównoważonego wzrostu kosztów będzie miało bardzo duże znaczenie (OECD, 2011).

W krajach europejskich istnieją pewne bariery w dostępie do opieki długoterminowej. Przykładowo, dostęp do usług opiekuńczych jest inny na terenach wiejskich i w miastach. W takich krajach jak Czechy, Słowenia czy Hiszpania odnotowano znaczne różnice regionalne w podaży różnych form opieki. W Holandii natomiast wręcz przeciwnie – rozkład podaży usług opiekuńczych jest równomierny, a ośrodki opieki są zawsze dostępne w najbliższej okolicy (w odległości do 5,2 km). Inną istotną i powszechną barierą w dostępie do usług opieki długoterminowej są długie okresy oczekiwania na opiekę stacjonarną w wielu krajach, takich jak Dania, Estonia, Łotwa,

Węgry, Holandia, Słowacja, Hiszpania, Szwecja. Długi czas oczekiwania może być związany z małą podażą usług, chęcią uzyskania usługi w preferowanym zakładzie lub z badaniem stopnia zamożności.

Umożliwienie konsumentowi dokonania wyboru oraz elastyczność stały się głównymi celami nowoczesnych systemów opieki długoterminowej, osiąganymi głównie poprzez oferowanie świadczeń pieniężnych zamiast świadczeń w naturze (OECD, 2011). Świadczenia pieniężne przekazywane są bezpośrednio osobie potrzebującej lub w związku z opieką zapewnianą przez opiekuna nieformalnego. Przykładowo, w Austrii zasiłki i świadczenia pieniężne przekazywane są osobom potrzebującym niezależnie od ich wieku, przychodów czy stopnia zamożności. Osoby te mogą wykorzystać otrzymane świadczenia na zakup usług domowych lub żeby opłacić opiekuna nieformalnego. W Finlandii zapewniane są przede wszystkim usługi opiekuńcze, a nie zasiłki, chociaż osobom potrzebującym przyznawane są również świadczenia pieniężne na opiekę lub na inne dodatkowe koszty związane z ich niepełnosprawnością lub chorobą. W Niemczech odbiorcy usług opiekuńczych mogą wybrać między świadczeniem w naturze i świadczeniem pieniężnym. Zazwyczaj osoby otrzymujące opiekę nieformalną wybierają świadczenia pieniężne, natomiast osoby otrzymujące opiekę formalną wybierają usługi w naturze. We Włoszech świadczenia pieniężne dostępne są dla osób uznanych za wymagające opieki.

Chociaż finansowanie publiczne usług świadczonych w naturze wymaga rozwijania kosztownej infrastruktury, to jednak, biorąc pod uwagę ograniczenia budżetowe, w wielu krajach świadczenia i zasiłki pieniężne byłyby prawdopodobnie niewystarczające jako źródło godnego dochodu. I rzeczywiście, w większości krajów usługi opieki długoterminowej świadczone są w naturze, a nie w postaci świadczeń i zasiłków pieniężnych. W takich krajach jak Dania, Francja czy Belgia usługi opieki domowej dostępne są jedynie w formie uzależnionych od potrzeb świadczeń w naturze.

4.2 Realizacja opieki długoterminowej: równoważenie różnych usług

W wielu krajach OECD usługi opieki długoterminowej świadczone przez opiekunów nieformalnych stanowią większość usług ODT. Często usługi formalne i nieformalne są łączone, w szczególności w przypadku dużej zależności osoby potrzebującej. Informacje przedstawione w ramce nr 2 pozwalają wykazać, że poleganie na opiece nieformalnej wiąże się z kosztami dla gospodarstw domowych i dla pracodawców.

W krajach OECD całodobowa opieka instytucjonalna (w odróżnieniu od opieki domowej i środowiskowej) jest dominującą postacią opieki formalnej. Pomimo to, zapewnia ona ludziom starszym tylko niewielki odsetek usług opiekuńczych. Przeciętnie, 3-4% ludzi w wieku powyżej 65 lat w krajach Unii Europejskiej (Huber 2009), w tym ok. 1% w Polsce, objętych jest opieką instytucjonalną.

Poziom podaży publicznych usług opiekuńczych stacjonarnych i domowych różni się znacznie pomiędzy krajami. Kraje Europy Północnej (Szwecja, Dania) charakteryzuje duża podaż instytucjonalnej opieki stacjonarnej, chociaż w ostatnich latach

podejmowane były próby ograniczenia liczby zakładów opieki stacjonarnej oraz liczby łóżek i przenoszenia pacjentów do opieki domowej. W krajach Europy Zachodniej (Francja, Niemcy, Austria) podaż opieki stacjonarnej jest umiarkowana, natomiast w krajach Europy Wschodniej – niska. Podaż opieki domowej jest również mocno zróżnicowana – w krajach takich jak Dania obserwuje się wysoki poziom opieki domowej, podczas gdy np. w Szwecji lub w Niemczech jej podaż jest bardziej ograniczona. W Europie Wschodniej podaż opieki domowej jest również raczej niska, docierając zaledwie do około kilku procent osób potrzebujących (Komisja Europejska 2015). W niemal wszystkich krajach Europy Wschodniej dominuje opieka nieformalna i istnieje duży opór przed opieką formalną.

W niektórych krajach zachęca się, poprzez wdrażaną politykę, być może w sposób niezamierzony, do korzystania z opieki instytucjonalnej. W Japonii na przykład, pomimo nakazywanej tradycją roli rodziny w zapewnianiu opieki starszym jej członkom, zmniejszenie w latach siedemdziesiątych współpłatności za opiekę medyczną oraz poprawa dostępności specjalnych szpitali dla osób starszych bez problemów zdrowotnych, doprowadziło do powstania przekonania, że całodobowa opieka instytucjonalna jest nie tylko akceptowalna, ale nawet pożądana. Podobny proces miał miejsce w Korei, gdzie mocno zakorzeniła się zależność od szpitali świadczących usługi opieki długoterminowej pod względem zaspokajania potrzeb starzejącego się społeczeństwa (Bank Światowy 2015)

Przejście od (formalnej) opieki instytucjonalnej do formalnej opieki świadczonej w domu lub na poziomie społeczności lokalnej, jest bardziej ekonomiczne i wiąże się z poprawą jakości życia osób starszych. Stany Zjednoczone są przykładem państwa, które w ciągu kilku ostatnich dziesięcioleci realizuje proces stopniowego przechodzenia od opieki instytucjonalnej do opieki domowej lub środowiskowej. Obecnie usługi świadczone w domu lub na poziomie społeczności lokalnej stanowią blisko połowę (48%) całkowitych wydatków Medicaid na opiekę długoterminową, a ostatnio przeprowadzone reformy zdrowotne zmierzają do dalszego zwiększania odsetka usług środowiskowych oraz do przyspieszenia tempa zmian. W Chinach rząd również faworyzuje usługi świadczone w domu lub na poziomie społeczności lokalnej za pomocą trójpoziomowego systemu opieki długoterminowej (Bank Światowy 2015)

Ramka 2: Ukryte koszty opieki nieformalnej – potwierdzenie ze Stanów Zjednoczonych

Większość z 11 milionów osób wymagających opieki długoterminowej w Stanach Zjednoczonych mieszka we własnym domu i polega na nieformalnej opiece rodzinnej (ok. 31% gospodarstw domowych).

Opieka nieformalna kosztuje pracodawców od 17 do 34 miliardów USD rocznie na skutek utraty produktywności. Najważniejsze kategorie kosztów pracodawców to koszt zastąpienia pracownika, koszt przerwanego dnia pracy, urlopy, redukcje godzin pracy lub zmniejszenie zakresu obowiązków, odrzucenie awansu (i koszty związane z inwestycją w pracownika) lub wcześniejsze przejście na emeryturę. Ponadto

pracownicy-opiekunowie generują koszty opieki zdrowotnej wyższe o 8% niż pracownicy, którzy nie są opiekunami nieformalnymi (stwierdzono, że z zapewnianiem opieki wiąże się ryzyko powstania depresji i rozwoju zachowań niebezpiecznych dla zdrowia, takich jak palenie papierosów czy picie alkoholu).

Szacunkowa kwota utraconych pensji, emerytur i świadczeń w ramach ubezpieczenia społecznego u osób powyżej 50 roku życia wykonujących nieformalne usługi opiekuńcze bliska jest 3 miliardom USD.

Źródło: IOM (Institute of Medicine) oraz NRC (National Research Council). (2014). Financing long-term services and supports for individuals with disabilities and older adults: Workshop summary. Washington, DC: The National Academies Press.

4.3 Decentralizacja usług opieki długoterminowej

W większości krajów europejskich usługi opieki długoterminowej zarządzane są na różnych szczeblach organizacyjnych: od rządu centralnego do administracji regionalnej i/lub lokalnej⁵. Najbardziej zdecentralizowanymi pod tym względem krajami są Finlandia i Francja, gdzie decyzje dotyczące przydziału zasobów, planowania i organizacji opieki długoterminowej zapadają na szczeblu administracji regionalnej lub lokalnej. W Belgii odpowiedzialność dzielona jest między władze krajowe, regionalne i lokalne. Ogólne planowanie potencjału, budżetowanie i przydział finansowania odbywają się na poziomie centralnym, natomiast część odpowiedzialności za monitorowanie jakości i przydział usług została rozdzielona między administrację centralną i regionalną. Usługi opieki domowej przydzielane są na szczeblu regionalnym i zarządzane na szczeblu lokalnym. Kraje Europy Wschodniej różnią się pod względem zarządzania opieką długoterminową – w niektórych krajach (tj. w Czechach, na Węgrzech, na Litwie) zarządzanie opieką jest bardziej scentralizowane, w innych (tj. na Słowacji, w Bułgarii) mniej, a odpowiedzialność dzielona jest między administrację krajową i regionalną lub lokalną. (Riedel i in. 2010).

W Austrii poszczególne regiony kraju zajmują się same zapewnieniem właściwych usług społecznych (Riedel 2010). Jeżeli region nie świadczy tych usług sam, musi zapewnić ich świadczenie (we właściwym standardzie i jakości) przez inne instytucje. Zarządzanie i organizacja usług społecznych różni się pomiędzy regionami. Istnieją czterej dostarczyciele usług społecznych i opieki długoterminowej (regiony- provinces, gminy- municipalities, organizacje socjalne i fundusze socjalne). Przykład austriacki pokazuje także problem koordynacji pomiędzy sektorem zdrowia i społecznym, jak

⁵ M. Riedel, M. Kraus, The organization of formal long-term care for the elderly. Results from the 21 European country studies in the ANCIEN project, ENEPRI Research Report No.95, 2011.

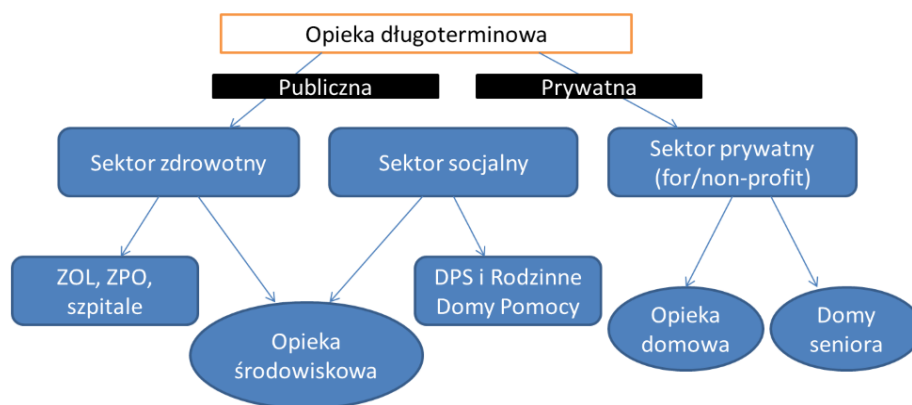
również potrzebę monitorowania i zarządzania przepływem funduszy i dobrej oceny potrzeb w opiece długoterminowej (Riedel, 2010)⁶.

Planowanie potencjału również dzielone jest między administrację centralną i regionalną lub lokalną. Tylko na Węgrzech planowanie potencjału dla obu rodzajów opieki formalnej (stacjonarnej i domowej) jest całkowicie scentralizowane. W Holandii planowanie potencjału było scentralizowane do roku 2009, kiedy to zostało zdecentralizowane na skutek niedostatecznej podaży opieki i wydłużających się okresów oczekiwania na przyjęcie do ośrodka opieki instytucjonalnej. Od tego czasu o podaży usług decydują poszczególne zakłady opieki długoterminowej. W Niemczech, gdzie firmy ubezpieczeniowe działają na szczeblu regionalnym, planowanie potencjału jest również zadaniem administracji regionalnej.

5. Organizacja opieki długoterminowej w Polsce

W Polsce organizacja opieki formalnej nad starszymi osobami zależnymi jest złożona, co pokazuje rysunek 2. W poniższych sekcjach przedstawimy szczegółowy opis organizacji świadczenia usług opieki długoterminowej, zarówno opłacanych z funduszy publicznych, jak i prywatnych.

Rysunek 2. Organizacja opieki długoterminowej w Polsce



⁶<http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/ENEPRI%20RR%2069%20ANCIEN%20Austria%20Rev1.pdf>

5.1 Publiczne usługi opieki długoterminowej

Opiekę publiczną dla starszych osób zależnych zapewniają dwa sektory: (1) sektor opieki zdrowotnej, zajmujący się osobami zależnymi wymagającymi pomocy medycznej, oraz (2) sektor socjalny, zajmujący się starszymi osobami zależnymi żyjącymi w trudnych warunkach socjalnych, np. mieszkającymi samotnie, pochodzącymi z rodzin dysfunkcyjnych lub biednymi. W obu sektorach dostępne są usługi opieki domowej i całodobowej opieki stacjonarnej. Ponadto istnieje cały szereg świadczeń pieniężnych dostępnych dla różnych beneficjentów: osób starszych, osób z niepełnosprawnością ruchową osób zależnych oraz opiekunów dzieci z różnymi niepełnosprawnościami.

5.1.1 Usługi opieki domowej

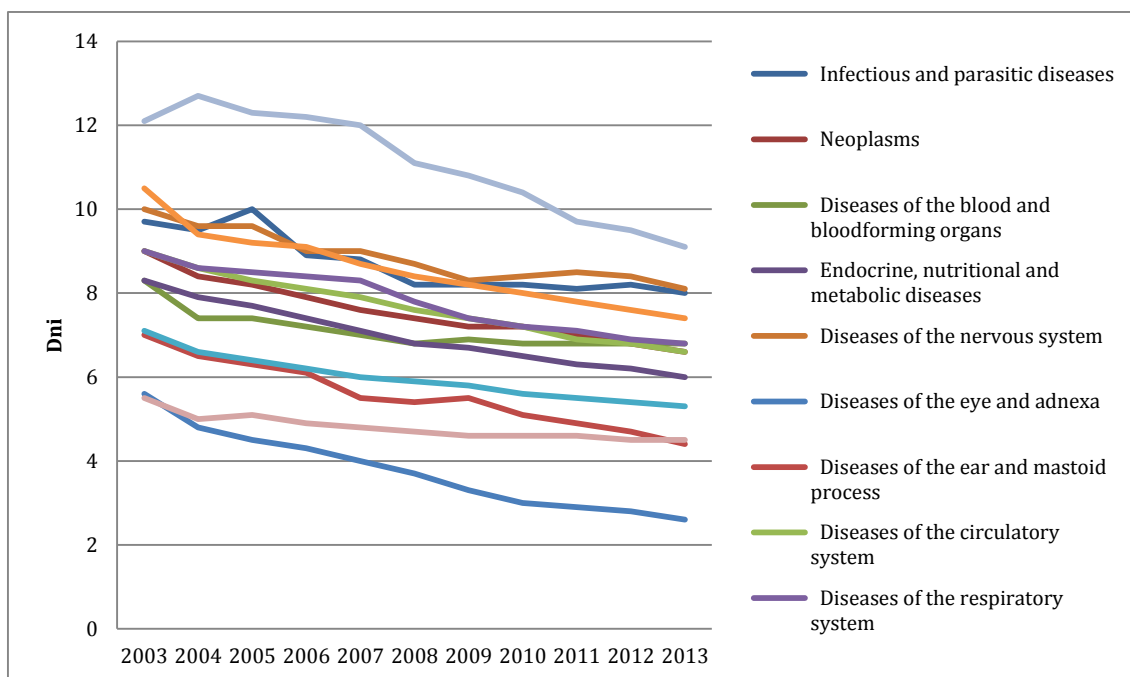
Opieka domowa obejmuje usługi pielęgniarские, świadczone przez sektor opieki zdrowotnej i zarządzane przez jednostki podstawowej opieki zdrowotnej, oraz usługi opiekuńcze świadczone przez sektor socjalny i zarządzane przez ośrodki pomocy społecznej. Uprawnienia do usług świadczonych przez sektor opieki zdrowotnej przysługują na podstawie oceny potrzeb zdrowotnych. Usługi świadczone przez sektor socjalny można otrzymać po decyzji ośrodka pomocy społecznej, wna podstawie informacji o (niskich) dochodach i innego rodzaju trudnych warunkach rodzinnych. Specjalne usługi opiekuńcze skierowane są do osób z zaburzeniami psychicznymi.

5.1.2 Usługi opieki stacjonarnej

Usługi publicznej opieki stacjonarnej są również świadczone przez sektor zdrowotny, jak i socjalny, przy czym w każdym z tych sektorów obowiązują inne kryteria uprawniające i zasady finansowania, a ponadto zapewniają one różne rodzaje usług.

Sektor opieki zdrowotnej proponuje trzy rodzaje zakładów opieki długoterminowej: zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL), zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO) oraz domy opieki paliatywnej (DOP). Niektóre z zakładów opieki w sektorze opieki zdrowotnej powstały w wyniku restrukturyzacji szpitali. Pod koniec lat dziewięćdziesiątych stworzony został program rozwijania stacjonarnych zakładów opiekuńczych dla osób zależnych, określono też standardy ich funkcjonowania. Samorządy lokalne uczestniczyły w procesie ustanawiania systemu zakładów opiekuńczo leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych, a Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) kontraktował w nich usługi. Ustanowienie takich domów przyczyniło się do obniżenia średniej długości pobytu w polskich szpitalach (rysunek nr 3).

Rysunek nr 3: Średnia długość pobytu w szpitalu w Polsce



Źródło: OECD Health Data 2013

Sektor socjalny dysponuje dwoma rodzajami domów opieki stacjonarnej, które są organizowane głównie w ramach systemu pomocy społecznej: domami stacjonarnymi (Domy Pomocy Społecznej - DPS), oraz Rodzinnymi domami pomocy. Domy pomocy społecznej przeznaczone są dla osób wymagających całodobowej opieki i zapewniają im zarówno usługi opiekuńcze, jak i wspomagające. Mieszkańcy takich domów to osoby wymagające ciągłej opieki instytucjonalnej. W Polsce istnieje kilka rodzajów domów pomocy społecznej, przeznaczonych dla osób wymagających różnego rodzaju opieki, to znaczy dla:

- osób starszych,
- osób przewlekle chorych,
- osób chorych psychicznie,
- osób z niepełnosprawnością intelektualną
- dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną
- osób z niepełnosprawnością fizyczną
-

Jak pokazano w ramce nr 4, wszystkie domy pomocy społecznej umożliwiają swoim mieszkańcom dostęp do odpowiedniej opieki zdrowotnej, a zatem potrzebna jest skuteczna koordynacja działań między sektorem zdrowotnym i sektorem socjalnym.

Ramka 4: Zapewnianie właściwej opieki zdrowotnej mieszkańcom domów opieki – wyniki Pilotażowego Badania Jakości przeprowadzonego w Katowicach⁷.

⁷ Szczegółowe informacje dotyczące przeprowadzonych badań znajdują się w załączniku 1.

Osoby starsze mają regularny dostęp do opieki zdrowotnej w 9 domach opieki. Osoby starsze zamieszkałe we wszystkich badanych domach mają dostęp do psychoterapeutów i psychologów. W 8 domach mają dostęp także do okulistów i dentystów. Zostało to zorganizowane poprzez wyznaczenie regularnych dyżurów, w czasie których dostępni są lekarze specjaliści.

Polityka domów opieki pielęgnacyjnej dotycząca hospitalizacji osób starszych nie różni się znacząco od działań zwykłych domów opieki. W 7 przypadkach hospitalizacją zarządza dom opieki – personel domu kontaktuje się ze szpitalem i zapewnia transport osoby chorej do szpitala. W 2 domach organizowana jest hospitalizacja, ale bez transportu. W 1 domu badani deklarują wzywanie karetki pogotowia ratunkowego.

Jeżeli chodzi o monitoring stanu zdrowia osób starszych (łącznie z demencją, depresją, wahaniami nastroju, problemami z pamięcią, poczuciem osamotnienia, itp.) wszystkie domy zapewniają całodobową opiekę pielęgniarstwa na każdym piętrze, a w 5 domach wszystkie pokoje wyposażone zostały w przyciski alarmowe. W 1 domu używana jest kamera systemu monitoringu.

W większości domów opieki (9 domów) osoby cierpiące na chorobę Alzheimera, lub inne podobne choroby, są poddawane badaniom i otrzymują lekarstwa (8 domów).

Źródło: Millward Brown, 2015. Ocena Jakości Usług Opieki nad Osobami Starszymi w Polsce – projekt pilotażowy.

Rodzinne domy pomocy świadczą usługi opiekuńcze i bytowe dla osób, którym niemożliwe jest zapewnienie opieki w miejscu zamieszkania. Usługi świadczone z rodzinnych domów pomocy mają charakter całodobowy. Odbiorcami są osoby starsze lub niepełnosprawne wymagające stałej pomocy. Rodzinne domy pomocy obejmują opieką od trzech do ośmiu osób. Jednostki te są prowadzone przez osoby prywatne lub instytucje trzeciego sektora.

5.1.3 Opieka półstacjonarna

Samorządy lokalne wraz z ośrodkami pomocy społecznej zarządzają dziennymi domami pomocy społecznej świadczącymi usługi opieki dziennej dla osób mieszkających z rodzinami, których członkowie nie są w stanie zajmować się osobą starszą w czasie wykonywania swoich obowiązków zawodowych. W godzinach pracy (zazwyczaj 9-16), tj. 5 dni w tygodniu przez nie więcej niż 12 godzin dziennie, osoba zależna może spędzać czas w domu pobytu dziennego, gdzie otrzymuje wszelką pomoc w zakresie czynności życiowych i opiekę. Dienne domy pomocy społecznej zapewniają osobom starszym szeroki zakres aktywności, takich jak wycieczki, zwiedzanie wystaw, itp. Najczęściej dzienne domy pomocy ulokowane są przy Ośrodkach Pomocy Społecznej i współpracują z innymi jednostkami aktywnymi na terenie lokalnym, np. Centrum Wspierania Aktywności Lokalnej.

5.1.4 Zasiłki i świadczenia pieniężne

Obok usług świadczonych w naturze instytucje publiczne przyznają także różne zasiłki i świadczenia pieniężne związane z opieką (przedstawione także w tabeli nr 2.). Świadczenia pieniężne zależą od rodzaju opieki i od przyczyn zapotrzebowania na nią (opieka nad niepełnosprawnym dzieckiem lub osobą dorosłą bądź opieka nad osobą starszą). Dostępne są następujące rodzaje świadczeń:

- Zasiłek pielęgnacyjny – świadczenie opiekuńcze przyznawane osobom zapewniającym opiekę:
 - dziecku w wieku poniżej 16 lat wymagającemu stałej pomocy,
 - dziecku w wieku powyżej 16 lat o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, która powstała w wieku uprawniającym do uzyskania świadczeń rodzinnych, lub osobie o znacznym stopniu niepełnosprawności, bez kryterium wiekowego,
 - osobie w wieku ponad 75 lat.
- Świadczenie pielęgnacyjne – sposób na wsparcie osób, które nie mogą podjąć zatrudnienia lub muszą zrezygnować z zatrudnienia, by zapewnić opiekę niepełnosprawnemu dziecku. Świadczenie to ma zatem stanowić ekwiwalent wynagrodzenia. Ponadto rodziny o dochodach poniżej 664 zł na osobę uprawnione są do otrzymywania specjalnego zasiłku opiekuńczego.
- Dodatek pielęgnacyjny – powszechne świadczenie przyznawane osobom uprawnionym do otrzymywania emerytury lub renty, które ukończyły 75 rok życia, oraz osobom w dowolnym wieku, uprawnionym do otrzymywania emerytury lub renty, które są całkowicie niezdolne do pracy i do samodzielnej egzystencji.

O ile o przyznaniu zasiłku pielęgnacyjnego, świadczenia pielęgnacyjnego i specjalnego dodatku pielęgnacyjnego decydują ośrodki pomocy społecznej, dodatki pielęgnacyjne przyznaje Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Osoby opiekujące się niepełnosprawnymi dorosłymi, które utraciły prawo do świadczenia pielęgnacyjnego na skutek zmian wprowadzonych w roku 2013 w ustawie o świadczeniach rodzinnych, zachowują prawo do zasiłku dla opiekunów.

Tabela nr 2: Przegląd usług i świadczeń związanych z opieką długoterminową

	Sektor zdrowotny	Pomoc społeczna/ Świadczenia rodzinne	Ubezpieczenie społeczne
Opieka w miejscu zamieszkania	Zakłady opiekuńcze (ZOL, ZPO), hospicja i	Domy pomocy społecznej (DPS)	--

	zakłady opieki paliatywnej		
Opieka dzienna	--	Ośrodki opieki dziennej	--
Usługi socjalne	Domy spokojnej starości	Usługi domowe i specjalistyczne usługi domowe	--
Świadczenia pieniężne	--	Zasiłek pielęgnacyjny - należny opiekunom dzieci niepełnosprawnych i osób powyżej 75 roku życia (153 zł miesięcznie) Świadczenie pielęgnacyjne dla pełnoetatowych opiekunów dzieci niepełnosprawnych (1200 zł miesięcznie) lub specjalny zasiłek opiekuńczy dla rodzin spełniających kryterium dochodowe świadczeń rodzinnych z dzieckiem niepełnosprawnym (520 zł miesięcznie)*	Dodatek pielęgnacyjny - powszechne świadczenie dla osób powyżej 75 roku życia (206,76 zł miesięcznie)

*kwoty z roku 2015

Źródło: Opracowanie własne autorów informacji dostępnych na stronie internetowej Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej www.mpips.gov.pl

5.2 Usługi opieki długoterminowej prywatne i non-profit

Niewiele wiadomo na temat usług świadczonych i finansowanych prywatnie, ponieważ część z nich jest realizowana w szarej strefie i nie jest zgłaszana, a część jest realizowana na zasadach wolnorynkowych i nie podlega monitoringowi.

5.2.1 Prywatna opieka domowa

Prywatni opiekunowie płatni działają zazwyczaj w szarej strefie i nie rejestrują swoich przychodów. Usługi opiekuńcze świadczone są przez opiekunów wykwalifikowanych i niewykwalifikowanych, a także przez wielu imigrantów.

5.2.2 Prywatne domy opieki stacjonarnej

W latach dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku, wraz z wprowadzeniem mechanizmów rynkowych (deregulacja cen, swoboda działalności gospodarczej, prywatyzacja itd.), zaczęły się pojawiać podmioty prywatne, oferujące usługi pielęgnacyjne i opiekuńcze osobom potrzebującym (łącznie z osobami starszymi). Liczba instytucji prywatnych zwiększa się i coraz liczniejsza grupa seniorów korzysta z usług, jakie oferują. Instytucje prywatne nie zawsze działają na zasadach komercyjnych. Niektóre z nich prowadzone są przez organizacje pozarządowe (NGO) i nie są nastawione na zysk (podrozdział 5.2.3).

Niewiele jest informacji o prywatnie opłacanych i prywatnie realizowanych usługach opieki długoterminowej. Według mediów i opinii osobistych, instytucje prywatne nie zawsze cieszą się dobrą reputacją, chociaż można by zapewne znaleźć przykłady znakomitych prywatnych ośrodków stacjonarnej opieki długoterminowej. Jedną z przyczyn istnienia różnic w jakości opieki długoterminowej realizowanej przez ośrodki prywatne, jest zróżnicowanie standardów świadczonych usług. Jakość usług opiekuńczych podlega ograniczonemu nadzorowi albo w ogóle nie jest nadzorowana⁸. Pomyślny rozwój sektora prywatnego usług opieki długoterminowej wymaga znacznej zmiany w podejściu do kontroli jakości świadczonej opieki, na podstawie zestawu norm, z właściwym monitorowaniem i egzekwowaniem ich przestrzegania.

5.2.3 Usługodawcy opieki długoterminowej non-profit

Organizacje pozarządowe, w szczególności religijne, odgrywały w przeszłości dużą rolę w świadczeniu usług opieki długoterminowej starszym osobom zależnym w Polsce. W okresie transformacji gospodarki, po uchwaleniu ustawy o organizacjach pożytku publicznego⁹ (2003), powstały nowe organizacje społeczne – fundacje i stowarzyszenie, które w ramach działalności statutowej świadczą usługi na rzecz osób niepełnosprawnych czy osób starszych. Na mocy wspomnianej ustawy organizacje społeczne mogą starać się o status organizacji pożytku publicznego (OPP). Jednakże obecnie tylko ok. 10% organizacji pozarządowych ma taki status (GUS 2014).

Opieka nad osobami starszymi nie jest głównym obszarem działalności polskich organizacji pozarządowych. Z około 80 000 NGO działających obecnie w Polsce¹⁰ niecałe 8% deklaruje świadczenie usług pomocy socjalnej, przy czym 40% z nich

⁸ W wielu krajach media ujawniały skandaliczne traktowanie mieszkańców prywatnych domów opieki, co spowodowało zmniejszenie wsparcia polityków i społeczności lokalnych dla rozwijania takich ośrodków, nawet jeżeli przypadki omawiane w mediach są odizolowane, a większość takich instytucji działa właściwie.

⁹ Dz.U.2014.1118 2016.01.01 zm.Dz.U.2015.1333 art. 5, USTAWA z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie

¹⁰ 74 000 organizacji pozarządowych (Stowarzyszenie Klon/Jawor); 83 500 organizacji pozarządowych (GUS).

prowadzonych jest przez organizacje religijne. Osoby starsze stanowią 14% odbiorców działań tzw. organizacji trzeciego sektora (GUS 2014). Ogółem, podstawowa działalność 3% całkowitej liczby organizacji trzeciego sektora polega na świadczeniu usług opiekuńczych i pielęgniarstwie (GUS 2014).

Organizacje z tego sektora prowadzą około jedną czwartą wszystkich domów opieki. Z tej liczby ok. 25% domów prowadzonych jest przez organizacje religijne, które stanowią ok. 18% wszystkich organizacji zajmujących się osobami starszymi (Paulina Sobiesiak, 2011). Ponadto szybko powstają nowe niepubliczne hospicja, mocno wspierane przez organizacje religijne. Organizacje pozarządowe zajmujące się osobami starszymi świadczą również usługi edukacyjne (Uniwersytety Trzeciego Wieku) i kulturalne oraz usługi zorientowane na integrację osób starszych. Do najbardziej popularnych należą różne rodzaje klubów seniora aktywizujących kobiety w miastach i koła gospodyń wiejskich na wsi.

Istnieje duże zróżnicowanie regionalne w podaży opieki przez organizacje pozarządowe. Największa liczba NGO działa w województwach o najbardziej stabilnych doświadczeniach historycznych i zachowanej ciągłości tradycji: małopolskim, podkarpackim i śląskim (ramka 5). Jednak w regionach o większej gęstości zaludnienia, zamieszkałych przez osoby przesiedlone z terenów Polski Wschodniej, tj. w województwie lubuskim i zachodniopomorskim, jak również w województwie świętokrzyskim, które należy do najbiedniejszych regionów Polski, organizacje pozarządowe są zasadniczo nieobecne.

Ramka 5: Działalność organizacji pozarządowych zorientowana na pomoc osobom starszym w województwie małopolskim

Okolo 15% organizacji pozarządowych zarejestrowanych w Polsce działa w województwie małopolskim (jeden z regionów o najwyższym udziale procentowym organizacji pozarządowych, razem z województwami mazowieckim (Warszawa), wielkopolskim i śląskim). Organizacje te są najbardziej aktywne w następujących miastach: Krakowie, Tarnowie, Nowym Sączu, Oświęcimiu, Zakopanem, Gorlicach i Nowym Targu. Okolo jedna trzecia z nich działa w sektorze socjalnym. Okolo 66% organizacji pozarządowych w regionie zostało założonych po roku 1989. Podczas gdy nowe organizacje działają głównie w obszarach kultury, edukacji, rekreacji i zdrowia, organizacje starsze działają w obszarach związanych z pomocą społeczną. Do 17% łóżek w domach pomocy społecznej należy do organizacji pozarządowych, szczególnie organizacji religijnych.

Źródło: ekspertyza Marcina Mikosa dołączona do dokumentu Regionalnej Strategii Rozwojowej Województwa Małopolskiego (część koncepcji Srebrnej Ekonomii – 2010).

W Polsce wolontariusze są bardziej zaangażowani w działalność organizacji charytatywnych lub pomocowych niż w pozostałej części Europy (28% w Polsce, w

porównaniu z 16% w krajach UE-27). W krajach Unii Europejskiej średnio 7% wolontariuszy deklaruje uczestnictwo w działaniach organizowanych przez organizacje opiekujące się osobami starszymi, łącznie z organizacjami świadczącymi usługi opieki długoterminowej (TNS 2011).

5.3 Decentralizacja usług opieki długoterminowej

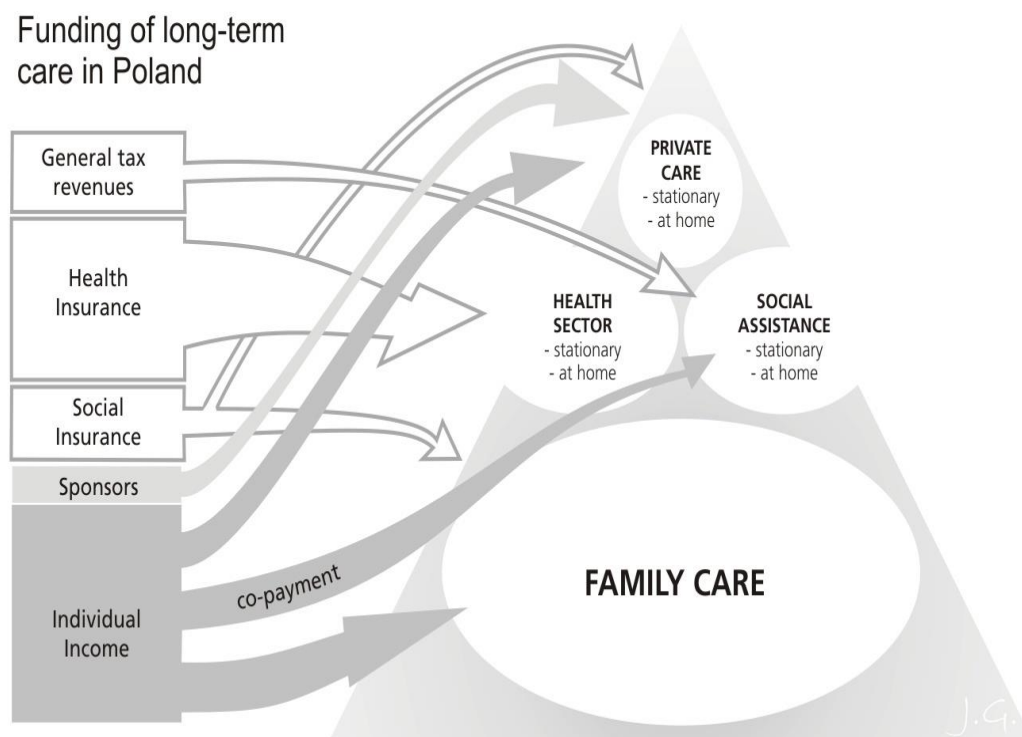
Innym ważnym czynnikiem mającym wpływ na rozwój opieki długoterminowej jest decentralizacja administracji rządowej i publicznej. Reforma decentralizacyjna przeniosła odpowiedzialność za organizację opieki długoterminowej na samorządy lokalne. Jednocześnie znaczną odpowiedzialność za formę i zakres opieki oraz jej finansowanie pozostawiono w sektorze opieki zdrowotnej. Spowodowało to utrudnienia w koordynacji działań. Samorządy regionalne zapewniają dokumenty strategiczne (zgodnie z przepisami dotyczącymi obowiązków samorządów terytorialnych) zawierające ocenę potrzeb socjalnych i zdrowotnych, łącznie z potrzebami w zakresie opieki długoterminowej na danym terytorium. Dokumenty te powinny zawierać informacje o planowanych inwestycjach w infrastrukturę i usługi opieki długoterminowej. Właściwa koordynacja działań organizowanych i finansowanych w ramach sektora opieki zdrowotnej i sektora socjalnego, pozostaje wciąż ważnym wyzwaniem. Chociaż wydaje się, że powstało wiele rozwiązań, dostęp do formalnej opieki długoterminowej jest wciąż ograniczony.

5.4 Finansowanie opieki długoterminowej w Polsce

Opieka długoterminowa finansowana jest ze środków publicznych i prywatnych (rysunek 4). Opieka zapewniana przez podmioty prywatne i opieka nieformalna są w pełni odpłatne dla użytkowników i ich rodzin. Główne źródła finansowania publicznego opieki długoterminowej to ubezpieczenie zdrowotne, budżet państwa, budżety samorządów oraz fundusze pomocy społecznej. Domowa i stacjonarna opieka pielęgnarska, świadczone w ramach sektora opieki zdrowotnej, finansowane są głównie ze składek na powszechne ubezpieczenie zdrowotne. W przypadku opieki stacjonarnej w zakładach pielęgnacyjnych sektora zdrowotnego, współodpłatność dotyczy wyłącznie kosztów zakwaterowania i wyżywienia. (Komisja Europejska 2015).

Usługi pomocy społecznej finansowane są z podatków, jednak istnieje też obowiązkowa odpłatność za usługi stacjonarne i domowe. Współodpłatność nie może przekroczyć 70% dochodów osobistych odbiorcy usług opiekuńczych. W przypadku osób, których dochód jest poniżej ustawowego kryterium dostępu do świadczeń pomocy społecznej, opiekę finansują samorządy lokalne. Zasiłki i świadczenia pieniężne (zasiłek pielęgnacyjny, świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy oraz zasiłek dla opiekunów) wypłacane są z budżetu centralnego przez ośrodki pomocy społecznej oraz ze środków z ubezpieczeń społecznych (dodatek pielęgnacyjny).

Rysunek 4: Przepływy finansowe związane z opieką długoterminową w Polsce



Źródło: Golinowska, 2010

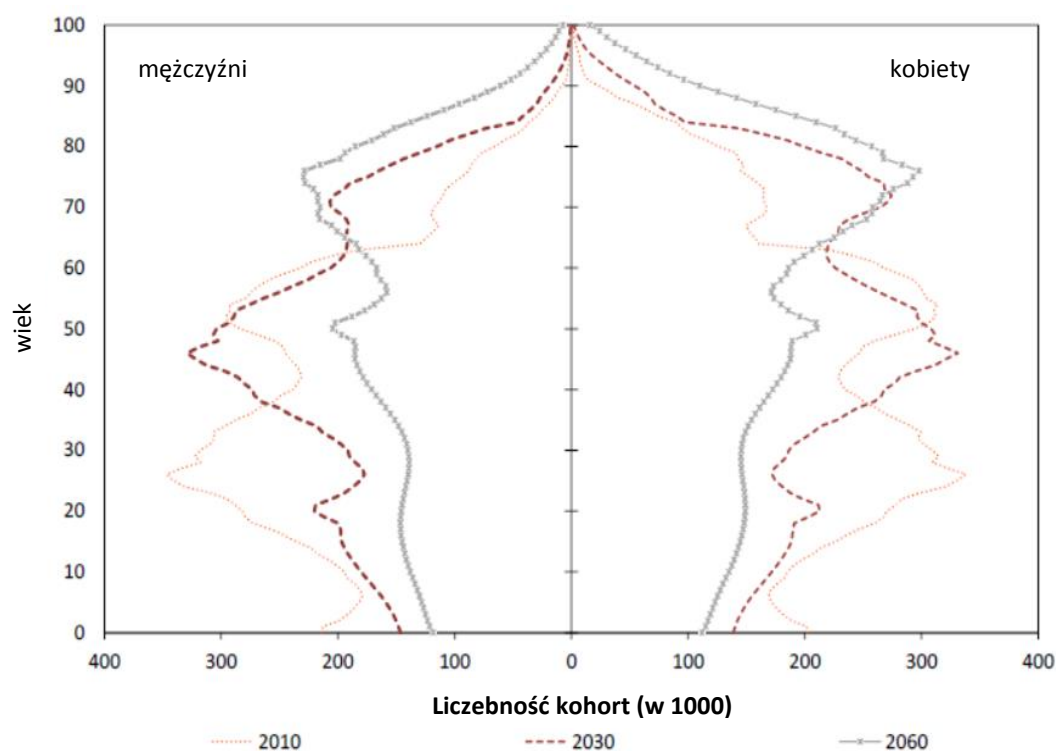
6. Wyzwania i szanse dla opieki długoterminowej w Polsce

6.1 Rosnące zapotrzebowanie na usługi

6.1.1. Nacisk demograficzny na potrzeby opiekuńcze

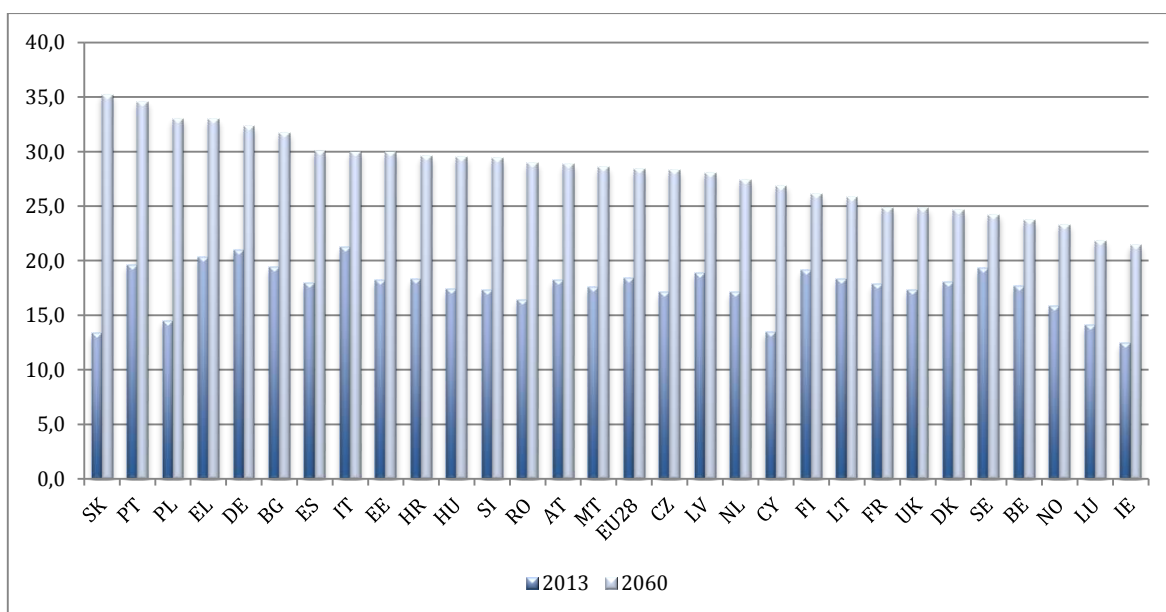
Polska przechodzi poważne zmiany demograficzne, głównie na skutek dynamiki starzenia się populacji. Udział osób starszych (w wieku powyżej 65 lat) w populacji ma wzrosnąć z 14,5% w roku 2013 do 33% w roku 2060, podczas gdy udział osób najstarszych (ponad 80 lat) ma wzrosnąć z 3,8% w roku 2013 do 12,3% w roku 2060 (Komisja Europejska, 2015) (zob. rysunki 5, 6 i 7). Takie tendencje demograficzne są podtrzymywane przez starzejącą się kohortę powojennego wyżu demograficznego i przez najniższy w Europie współczynnik dzietności (1,3 w roku 2013). Ten trend demograficzny wskazuje na dynamiczny wzrost popytu na usługi opieki długoterminowej w perspektywie kolejnych 45 lat, w tym zarówno usług opieki domowej, jak i usług opieki stacjonarnej, której beneficjentami są głównie osoby powyżej 80 roku życia..

Rysunek 5: Struktura populacji w Polsce w roku 2010 oraz prognozowana na lata 2030 i 2060.



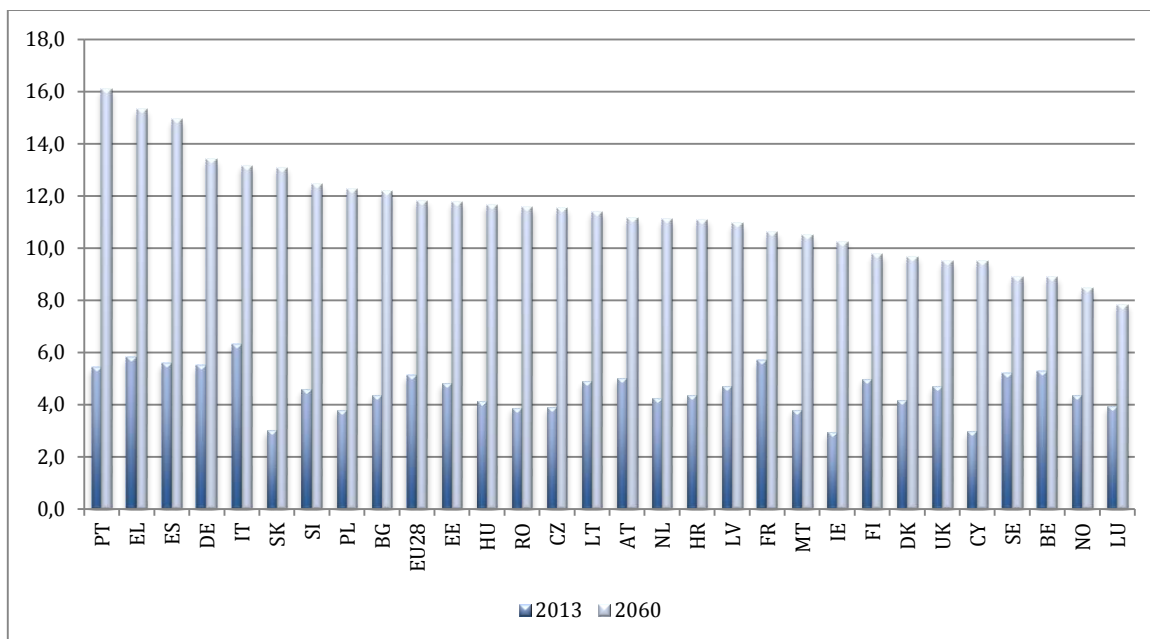
Źródło: J. Jabłonowski, Ch. Müller (2014)

Rysunek 6: Prognozowany wzrost udziału osób powyżej 65 roku życia w populacji w latach 2013-2060



Źródło: Komisja Europejska, 2015

Rysunek 7: Prognozowany wzrost udziału osób powyżej 80 roku życia w populacji w latach 2013-2060



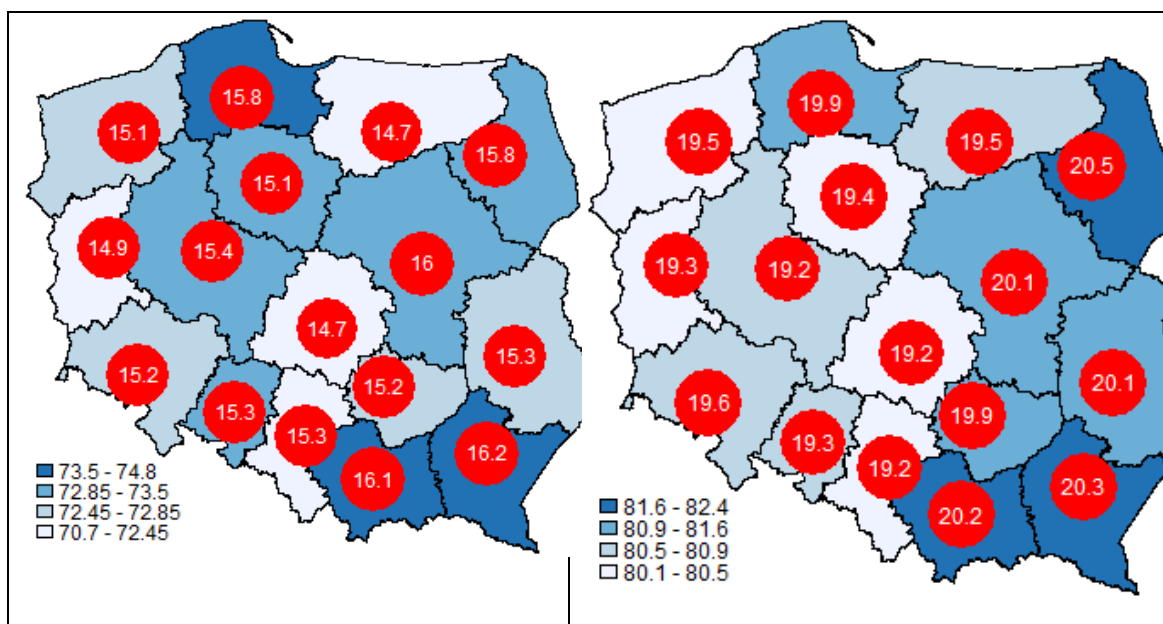
Źródło: Komisja Europejska, 2015

W konsekwencji społeczeństwo polskie będzie można uznać za jedno z najstarszych w Europie. Prognozowany wskaźnik obciążenia demograficznego w Polsce będzie jednym z najwyższych w Unii Europejskiej - ma wzrosnąć do roku 2060 z 22% do prawie 67% dla osób powyżej 65 lat oraz z niewiele ponad 5% do 25% dla osób powyżej 80 lat (Komisja Europejska, 2015). Nacisk powiększających się kohort osób starszych nieuchronnie wywrze wpływ na liczbę osób wymagających opieki.

6.1.2 Duże zróżnicowanie regionalne w popycie i podaży opieki

Przeciętne trwanie życia, kluczowy wskaźnik dla opisu popytu na usługi opieki długoterminowej, różni się znacząco w zależności od regionu i płci (zob. rysunek nr 8). Najwyższa średnia długość życia, zarówno mężczyzn, jak i kobiet, występuje w województwach o relatywnie najniższym udziale osób starszych w populacji, podkarpackim i małopolskim, gdzie osoby w wieku powyżej 65 lat mogą oczekiwać, odpowiednio, kolejnych 16 i 20 lat życia. Najwyższa średnia długość życia kobiet obserwowana jest w województwie podlaskim, podczas gdy najwyższa średnia długość życia mężczyzn – w województwie pomorskim. Najmniejsze potencjalne zapotrzebowanie na opiekę, wyrażone najniższym udziałem osób starszych w populacji i najniższą średnią długością życia, cechuje województwo lubuskie. Województwo łódzkie, z kolei, to region o najwyższym udziale osób starszych (powyżej 65 lat) i najniższej średniej długości życia.

Rysunek 8: **Oczekiwana długość życia w chwili urodzenia oraz średnie dalsze trwanie życia dla osób w wieku powyżej 65 lat, w podziale na województwa, dla mężczyzn (mapa po lewej) i dla kobiet (mapa po prawej)**



Źródło: Bank Danych Lokalnych GUS dane za rok 2014.

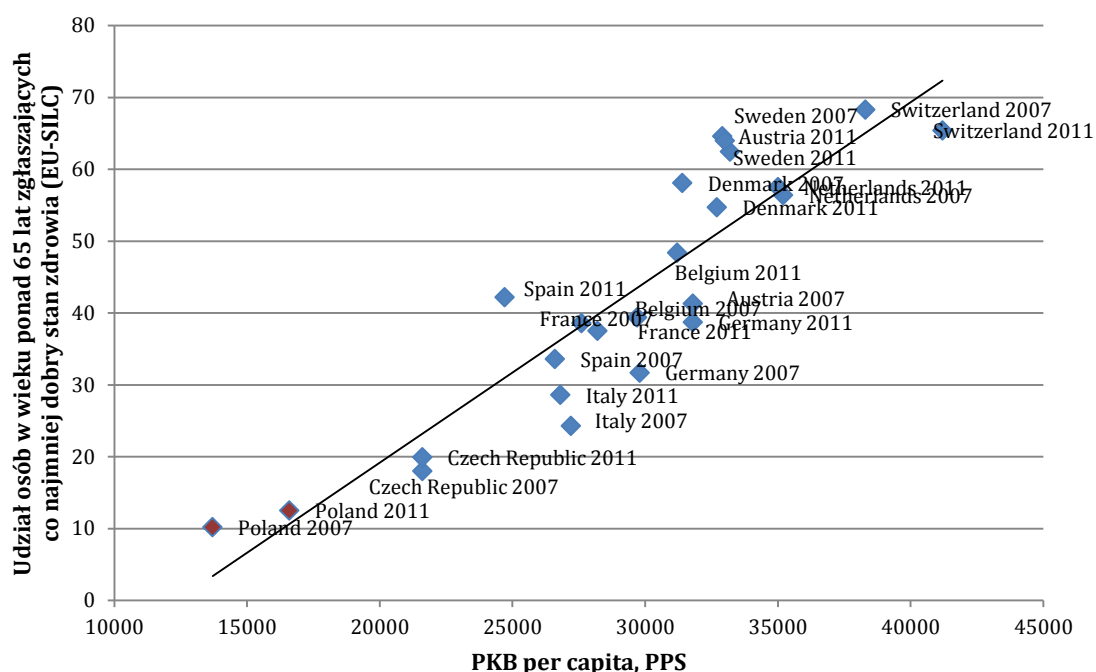
6.1.3 Poprawa przeciętnej długości życia przy jednoczesnym występowaniu schorzeń przewlekłych i ograniczeń funkcjonalnych u osób starszych

W latach 1990-2012 średnia długość życia społeczeństwa polskiego poprawiła się – o 7,2 roku u mężczyzn i o 6,1 roku u kobiet (GUS 2014). Jednak jakość życia Polaków w starszym wieku pozostaje niezadawalająca z uwagi na znaczne obciążenie chorobami przewlekłymi. Choć w ocenie własnej osób starszych ich stan zdrowia ulega poprawie, to w porównaniu z innymi społeczeństwami europejskimi ludzie starsi w Polsce częściej deklarują zły stan zdrowia: 40% osób powyżej 65 roku życia oceniało swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły, w porównaniu ze średnią dla UE-28 równą 22,4% w roku 2013¹¹. Niezależnie od powyższego, stan zdrowia osób starszych jest zgodny z poziomem rozwoju mierzonym w odniesieniu do PKB i poprawia się wraz ze wzrostem zamożności (rysunek 9).

Należy odnotować, że na stanie zdrowia kohort osób starszych (65+) mają wpływ nie tylko obecne warunki życia, ale również różne czynniki z przeszłości, w szczególności trudne warunki pracy w kraju, który przeszedł późny i szybki proces industrializacji (Okólski, 2004).

Rysunek 9: Stan zdrowia osób w wieku powyżej 65 roku życia w odniesieniu do PKB w latach od 2007 do 2011

¹¹ Samoocena stanu zdrowia na podstawie danych z badania sondażowego EU-SILC.

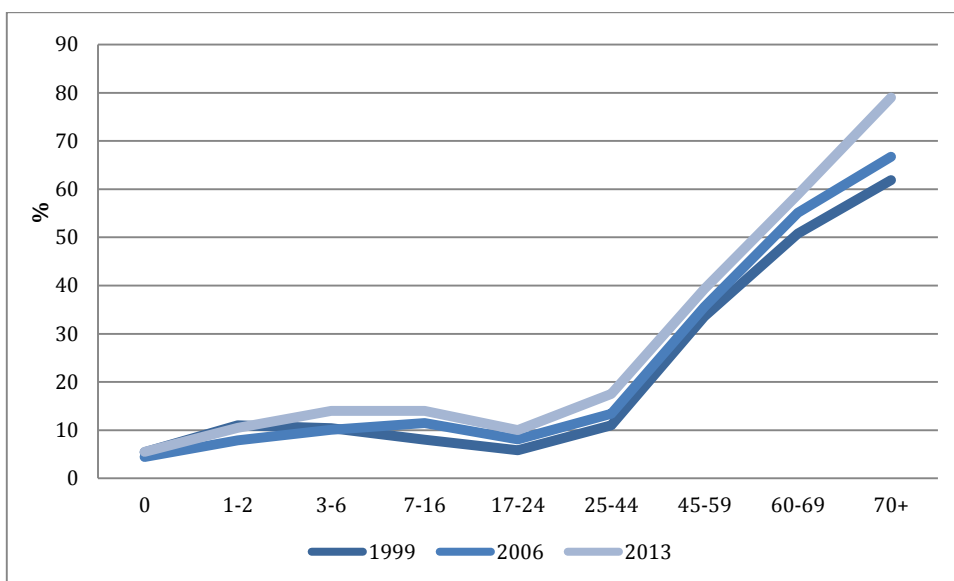


Źródło: Eurostat 2007, 2011

Złą samocenę stanu zdrowia Polaków można w dużej mierze przypisać znacznej liczbie chorób przewlekłych i wielochorobowości, definiowanej jako współistnienie dwóch lub więcej chorób przewlekłych. Około 65% Europejczyków w wieku powyżej 65 lat cierpi na co najmniej dwie choroby przewlekłe. Wyniki projektu *Ja-Chrondis* (Onder i in., 2015) sugerują, że w krajach europejskich 65% osób w wieku powyżej 65 lat cierpi na choroby przewlekłe; w przypadku osób w wieku powyżej 85 lat liczba ta wzrasta do 85%. W Polsce jest podobnie – 60% osób w kohorcie 60-69 lat oraz blisko 80% w kohorcie powyżej 79 roku życia cierpi na choroby przewlekłe (GUS, 2000-2015). Najczęściej spotykane choroby przewlekłe u osób starszych to choroby sercowo-naczyniowe (podwyższone ciśnienie i choroba niedokrwienna serca), choroby płucne, cukrzyca, osteoporoza i artretyzm, pogorszenie wzroku i słuchu oraz zaburzenia poznawcze (Polsenior: Wizner, Skalska, Klich-Rączka, Piotrowicz, Grodzicki, 2013).

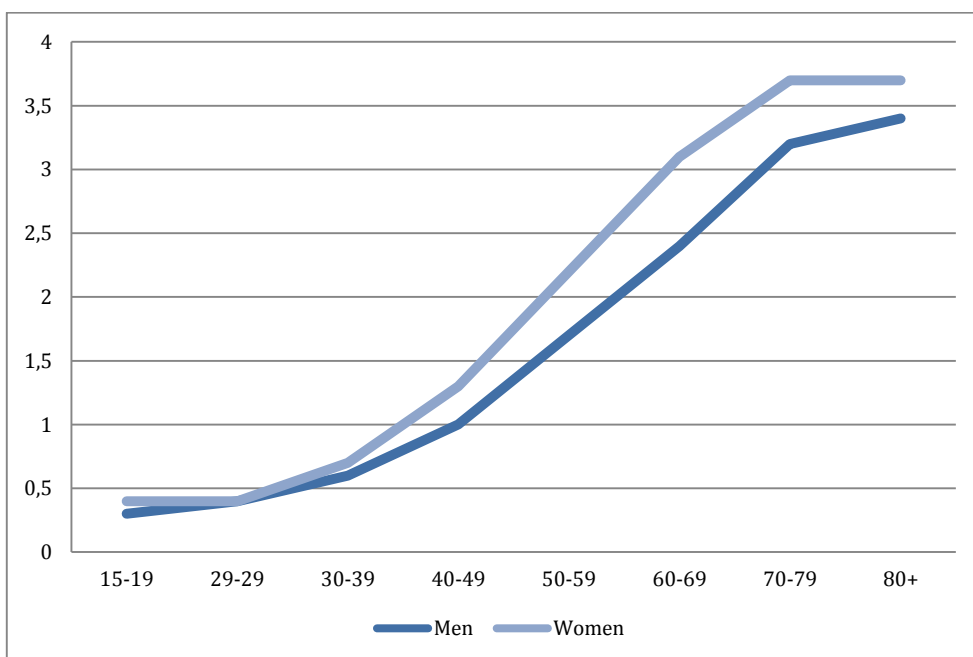
Zarówno prawdopodobieństwo zachorowania na chorobę przewlekłą, jak i liczba (współistniejących) chorób przewlekłych rosną wraz z wiekiem, co jeszcze bardziej zwiększa popyt na usługi opieki długoterminowej (zob. rysunki 10-11). Osoby w wieku powyżej 70 lat cierpią średnio na trzy choroby przewlekłe lub więcej. To z kolei może mieć duży wpływ na zdolności funkcjonalne i stan psychiczny starszych osób co zwiększa popyt na usługi opieki długoterminowej

Rysunek 10: Częstość występowania chorób przewlekłych w Polsce w różnych grupach wiekowych



Źródło: GUS 2000, 2007, 2015 Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych.

Rysunek 11: Średnia liczba chorób przewlekłych w Polsce per capita



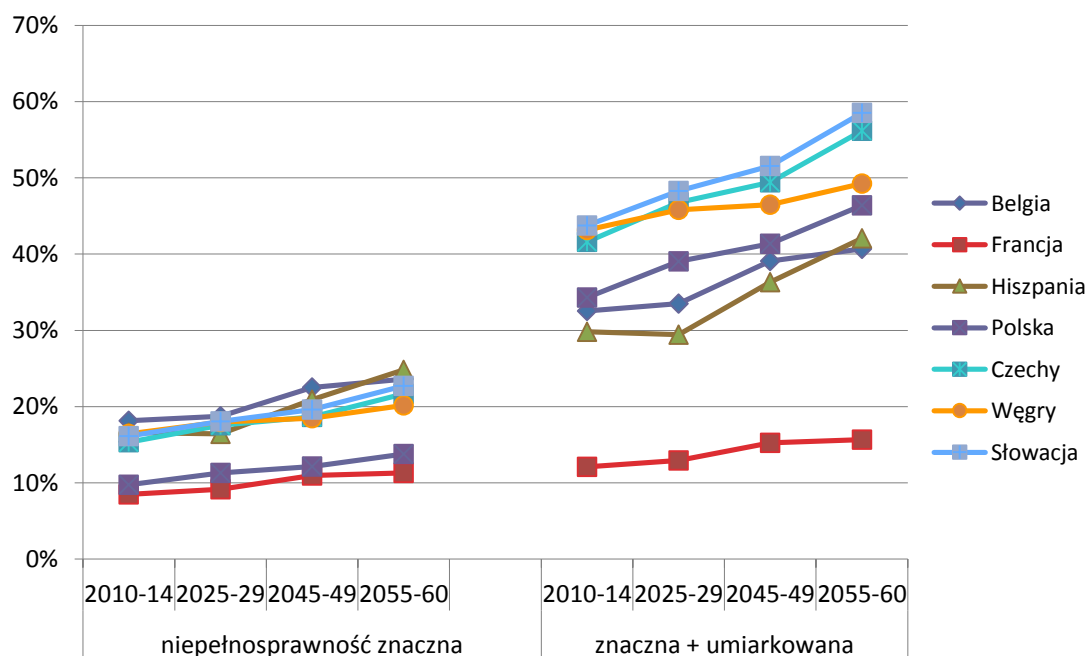
Źródło: Europejskie badanie ankietowe zdrowia (EHIS), 2009.

Dane Głównego Urzędu Statystycznego wskazują na pogorszenie się stanu zdrowia starszych Polaków w latach 1999-2013, przy 10% wzroście osób deklarujących występowanie liczby chorób przewlekłych w tej populacji (GUS 2000-2015). Na wynik ten może mieć wpływ zwiększenie się kohorty osób starszych, ale też i wydłużanie się przeciętnego trwania życia – wprawdzie jest ono dłuższe, ale wiąże się z większym obciążeniem chorobami przewlekłymi i

wielochorobowością. Analiza przeprowadzona w ramach europejskiego projektu Framework Programme 7 MOPACT pokazuje, że długość życia w zdrowiu (mierzona wskaźnikiem Healthy Life Years – HLY) w wieku 50 lat uległa niewielkiemu zmniejszeniu w okresie 2005-2012 (Luijben, Gelenkamp van den Ploeg, Deeg 2013). Pozostałe badania wykazały, że HLY będzie się zwiększała w szybszym tempie niż przeciętna długość życia, skracając tym samym długość życia w chorobie. Różnice te można wytłumaczyć metodologią wykorzystaną do obliczeń HLY oraz okresem do jakiego odnoszą się obliczenia.

Różne badania służące oszacowaniu, jak długo starsze osoby żyją bez chorób przewlekłych lub bez niepełnosprawności, wykazują odmienne tendencje. Przykładowo, prognozy przyszłych zmian niepełnosprawności oparte na współczynniku obciążenia dorosłymi osobami niepełnosprawnymi (Adult Disability Dependency Ratio ADDR¹²) wskazują na możliwe zwiększenie w nadchodzących dziesięcioleciach odsetka osób zależnych w populacji – z 35% w latach 2010-2014 do prawie 50% w latach 2055-2060 (rysunek 12). Biorąc jednakże pod uwagę różnice w oszacowaniu przeszłych tendencji oraz możliwe przyszłe zmiany w stopniu nasilenia chorób przewlekłych, w długości życia w zdrowiu i w niepełnosprawności, nie jest możliwe opracowanie jakichkolwiek rzetelnych prognoz odnośnie zachorowalności u ludzi starszych, tzn. oszacowanie, czy ten wskaźnik nadal będzie wzrastać, czy też nie.

Rysunek 12: Współczynnik obciążenia dorosłymi osobami niepełnosprawnymi (ADDR) dla wybranych krajów (aktualny i prognozowany)



¹² Zachorowalność definiowana jest jako liczba dorosłych osób z niepełnosprawnościami w wieku co najmniej 20 lat podzielona przez liczbę osób w wieku co najmniej 20 lat bez niepełnosprawności (Sanderson i Scherbov 2010).

Źródło: M. Bussolo, J. Koettl, E. Sinnott, Emily, 2015. *Golden Aging: Prospects for Healthy, Active, and Prosperous Aging in Europe and Central Asia*. Washington, DC: World Bank, 2015, © World Bank.
<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/22018> License: CC BY 3.0 IGO

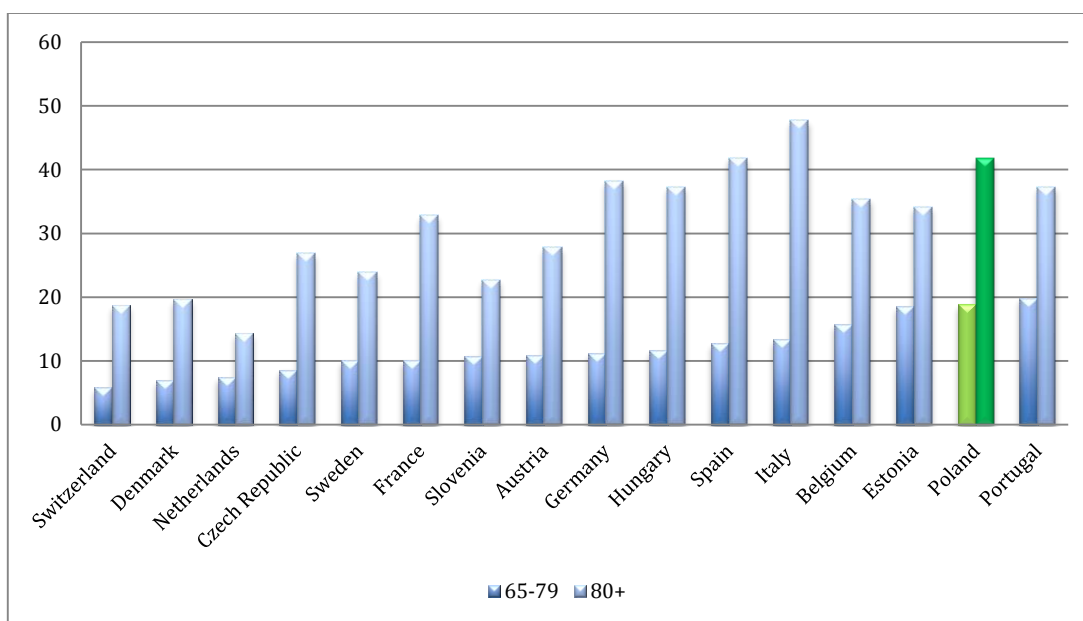
Wyniki badań SHARE z lat 2010-2011 pokazują, że proporcja starszych osób z ograniczeniami funkcjonalnymi, będącymi podstawą popytu na niektóre formy pomocy w życiu codziennym, jest wysoka (zob. rysunki 13 i 14). Blisko 20% osób z przedziału wiekowego 65-79 lat i ponad 40% osób w wieku ponad 80 lat deklaruje kłopoty z wykonywaniem podstawowych czynności życiowych, takich jak ubieranie się, kąpiel lub prysznic, jedzenie i rozdrabnianie żywności, przechodzenie przez pokój, kładzenie się i wstawanie z łóżka, co może być wskaźnikiem zapotrzebowania na opiekę osobistą. Większy odsetek osób starszych (23% osób w wieku 65-79 lat oraz 54% osób w wieku ponad 80 lat) deklaruje kłopoty z wykonywaniem złożonych czynności życia codziennego, takich jak rozmowa telefoniczna, przyjmowanie lekarstw, gospodarowanie pieniędzmi, robienie zakupów i przygotowanie gorących posiłków.

Mimo że stopień nasilenia utrzymujących się ograniczeń wydaje się być większy niż w krajach Europy Zachodniej, dane SHARE 2010-2011 wskazują na niewielki spadek częstotliwości występowania ograniczeń funkcjonalnych w miarę upływu czasu oraz zmniejszenie dystansu między Polską, a pozostałymi krajami europejskimi biorącymi udział w badaniu. Proporcja osób w Polsce, które nie mają kłopotów z podstawowymi i złożonymi czynnościami życia codziennego (Activities of Daily Living – ADL/Instrumental Activities of Daily Living – IADL) była wyższa w latach 2010-2011 niż w latach 2006-2007, a postęp zaznaczył się szczególnie w grupach osób w wieku 65-80 lat i powyżej 80 lat.

Mimo że ograniczenia wydają się być większe niż w krajach Europy Zachodniej, dane SHARE 2010-2011 wskazują na niewielki spadek częstotliwości występowania ograniczeń funkcjonalnych w miarę upływu czasu oraz na zmniejszenie dystansu między Polską a pozostałymi krajami europejskimi biorącymi udział w badaniu. Odsetek osób, które nie mają kłopotów z podstawowymi i złożonymi czynnościami życia codziennego, był wyższy w Polsce w latach 2010-2011 niż w latach 2006-2007, a postęp zaznaczył się szczególnie w grupach osób w wieku 65-80 lat i w wieku powyżej 80 lat.

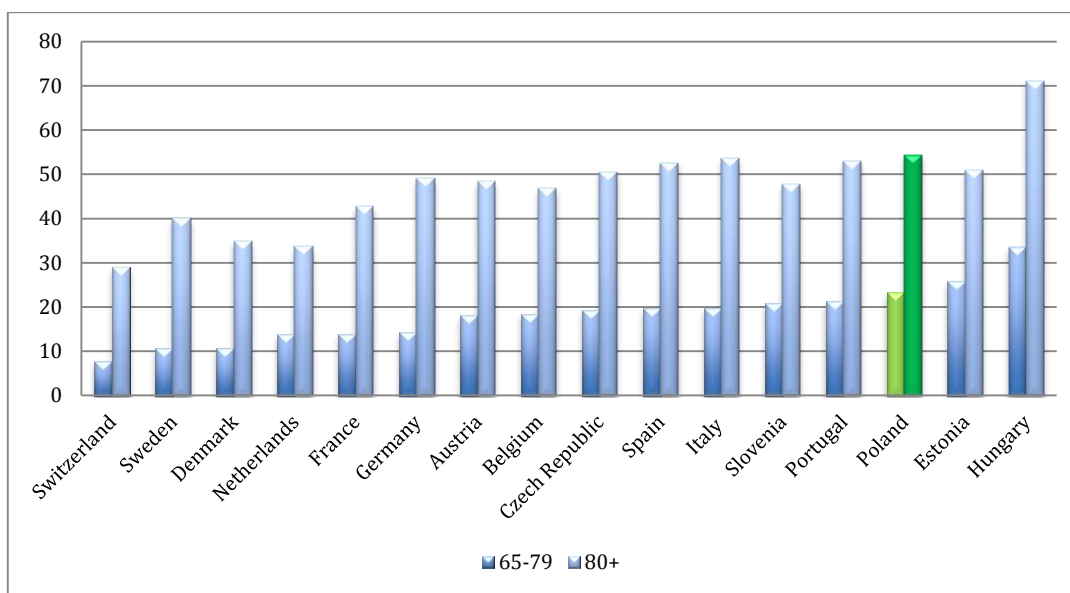
Należy zauważyć, że różnica w rozpowszechnieniu ograniczeń pomiędzy krajami może być skorelowana z różnicami w dostępności infrastruktury pozwalającej osobom starszym na radzenie sobie z ograniczeniami funkcjonalnymi. Za przykład może posłużyć fakt, że lepsza infrastruktura w krajach Europy Zachodniej np. rampy, windy, może mieć pozytywny wpływ na zdolności funkcjonowania tych osób. W Stanach Zjednoczonych funkcjonują osiedla dla osób starszych, które nie dostarczają opieki długoterminowej ale mają domy z rampami, uchwyty w łazienkach, szerokie drzwi, w których mieszczą się wózki inwalidzkie itp. Wszystkie te elementy pomagają osobom starszym dłużej funkcjonować samodzielnie.

Rysunek 13: Odsetek osób z ograniczeniami funkcjonalnymi w zakresie podstawowych czynności życiowych



Źródło: wyliczenia własne w oparciu o dane SHARE za lata 2010-2011.

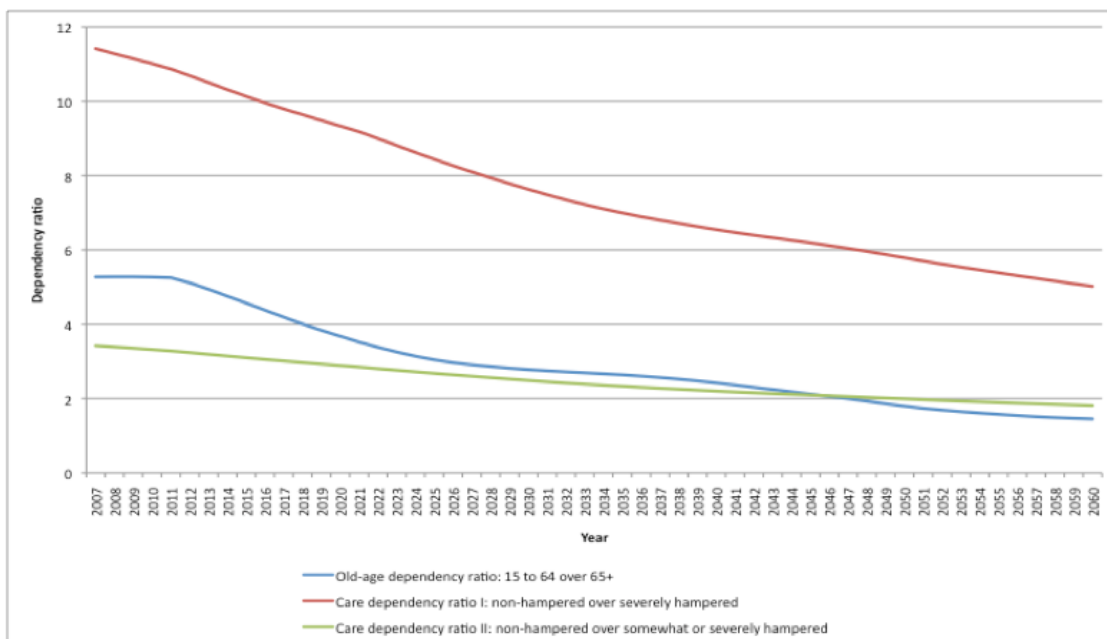
Rysunek 14. Odsetek osób z ograniczeniami funkcjonalnymi w zakresie złożonych czynności życia codziennego



Źródło: wyliczenia własne Banku Światowego na podstawie danych SHARE za lata 2010-2011.

Przewiduje się, że w ciągu następnych czterdziestu lat aktualna proporcja (11 osób zdrowych przypadających na 1 osobę zależną w stopniu znacznym) zmieni się na 5 osób zdrowych przypadających na 1 osobę zależną w stopniu znacznym. Niekorzystny stosunek liczby potencjalnych odbiorców opieki do liczby dostawców opieki podaje w wątpliwość przyszłą zdolność opieki nieformalnej do zaspokojenia zapotrzebowania i wskazuje na potrzebę dalszego rozwijania usług opieki formalnej.

Rysunek 15: Prognozowany odwrócony wskaźnik obciążenia demograficznego na lata 2013-2060



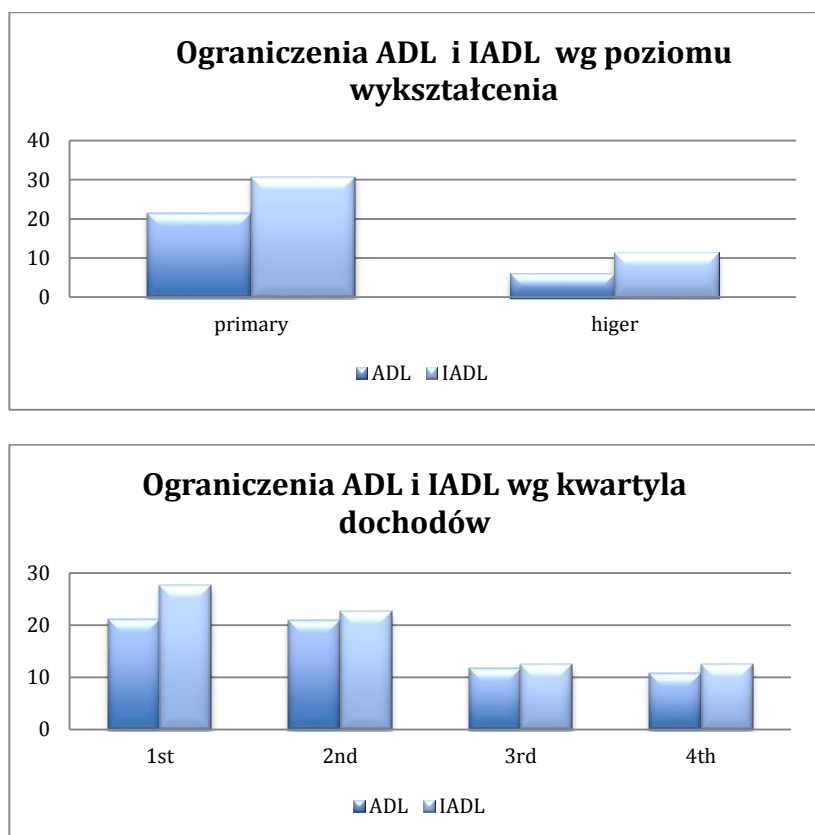
Źródło: wyliczenia personelu Banku Światowego.

6.1.4 Społeczno-ekonomiczne nierówności w rozkładzie ograniczeń funkcjonalnych

Polska jest krajem o bardzo nierównomiernym rozkładzie umieralności i zachorowalności w różnych grupach społeczno-ekonomicznych. Nierówności te utrzymują się w większym stopniu niż w krajach Europy Zachodniej i przez ostatnią dekadę jeszcze wzrosły (Mackenbach i in. 2007, Sowa 2011, Boulhol i in. 2012), co wskazuje na potrzebę podjęcia działań w obszarze zdrowia publicznego adresowanych do osób biedniejszych. Wysoki poziom społecznych nierówności zdrowia w populacji osób starszych, czyli zróżnicowania stanu zdrowia w przekroju grup społeczno-ekonomicznych może wynikać z różnic w kapitale ludzkim (płeć, rasa, zawód, wykształcenie itp.) zamożnością, jak również z różnicami w dostępie do opieki zdrowotnej, w tym w dostępie do farmaceutyków.

Potrzeba opieki wynikająca z ograniczeń funkcjonalnych u osób starszych rozkłada się nierównomiernie w całej populacji – ograniczenia funkcjonalne występują dwukrotnie częściej w przedziale osób o najniższych dochodach niż w przedziale osób o dochodach najwyższych oraz trzykrotnie częściej w grupie osób z wykształceniem podstawowym niż w grupie osób z wykształceniem wyższym (rysunek 16). Wyższe zapotrzebowanie na opiekę wśród osób o niższych dochodach i gorszym wykształceniu niekorzystnie koreluje z ograniczoną możliwością uzyskania pomocy w sektorze prywatnym lub na zasadzie współodpłatności przez te osoby.

Rysunek 16: Nierówności w rozkładzie ograniczeń funkcjonalnych u osób starszych (powyżej 65 roku życia) w Polsce



Źródło: wyliczenia własne na podstawie danych SHARE za lata 2010-2011 (fala 4).

6.2 Ograniczenia w podaży usług opieki długoterminowej

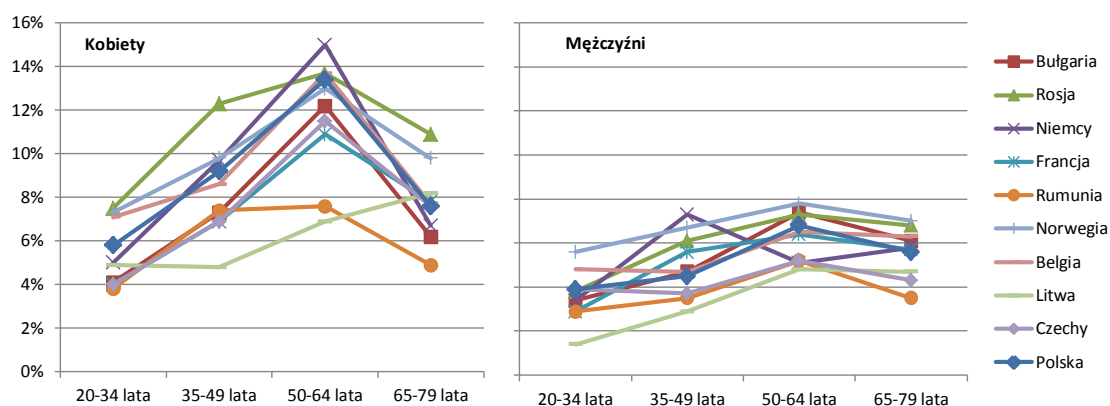
6.2.1 Opieka nieformalna i jej wpływ na obecność i efektywność kobiet na rynku pracy

Podaż opieki długoterminowej w Polsce jest nieformalna i pozostaje w gestii rodziny – opieka świadczona jest przede wszystkim przez najbliższych krewnych w domu osoby zależnej. Kilka różnych i niezależnych oszacowań spójnie wykazuje, że większość osób starszych otrzymuje opiekę nieformalną: od 80% (Kotowska, Sztanderska, Wóycicka i in., 2007) do 93% (Łuczak, 2013). Do przyczyn wysokiego poziomu podaży opieki nieformalnej w Polsce należą tradycyjne stosunki rodzinne oraz częste przypadki zamieszkiwania osób starszych ze swoimi dziećmi (wysoki współczynnik współzamieszkania).

W większości przypadków usługi opieki długoterminowej są wykonywane przez kobiety, które często pełnią rolę opiekunek dwukrotnie: w wieku 30-40 lat opiekują się swoimi dziećmi, a następnie w wieku 50-60 lat – starszymi rodzicami i teściami (Wóycicka, Rurarz, 2007). Świadczenie usług opiekuńczych przez mężczyzn jest spotykane dwukrotnie rzadziej (rysunek 17). Dane z europejskiego projektu

Eurofamcare z 2006 roku charakteryzują opiekunów nieformalnych w następujący sposób: są to głównie kobiety (76%), ich średni wiek wynosi 55 lat, 22% ma małżonków, 60% ma dzieci lub dzieci przybrane (60%), 41% ma pracę, a 56% mieszka w tym samym gospodarstwie domowym (lub w tym samym budynku) co podopieczny. Intensywność i czas trwania opieki są wysokie: średnia liczba godzin opieki to 46 godzin tygodniowo a średnia długość czasu trwania opieki to 60 miesięcy.

Rysunek 17: Procent respondentów, którzy zgłosili, że zapewniaли komuś regularną opiekę (z wyłączeniem małych dzieci) w ciągu ostatnich 12 miesięcy



Źródło: Oracowanie Banku Światowego, na podstawie danych GGS (najnowsza fala dla Bułgarii, Rosji, Gruzji, Rumunii, Litwy, Polski, Czech, Niemiec, Francji, Norwegii i Belgii) 2015.

Wysoki współczynnik opieki nieformalnej ma, co nieuniknione, negatywne skutki dla poziomu zatrudnienia kobiet w wieku powyżej 50 lat. (Kotowska, Sztanderska, Wóycicka, 2007). Mimo że poziom zatrudnienia kobiet w wieku 55-64 lata zwiększył się w latach 2010-2013 z 24,2% do 31,0% (GUS 2015), pozostaje dużo niższy od średniej UE, która wynosi 43,3%. Tak duży poziom nieaktywności na rynku pracy i/lub wychodzenia z rynku pracy przez kobiety w wieku 50-64 lata jest konsekwencją obowiązków rodzinnych, w tym obowiązku opieki nad starszymi rodzicami lub teściami, niedostatecznego rozwoju formalnej opieki finansowanej ze środków publicznych lub braku dostępnych finansowo prywatnych zakładów opiekuńczych (Wóycicka, Rurarz 2007, Raclaw 2012). Dyskusje w grupach fokusowych prowadzone z kobietami w Katowicach w ramach Oceny Jakości Usług Opieki nad Osobami Starszymi potwierdziły, że odpowiedzialność za zapewnienie opieki długoterminowej członkom rodziny stwarza kobietom wiele wyzwań w kontekście ich kariery zawodowej (ramka 6).

Ramka 6: Wyzwania dla kobiet pracujących – ustalenia Pilotażowego Badania Jakości zrealizowanego w Katowicach¹³

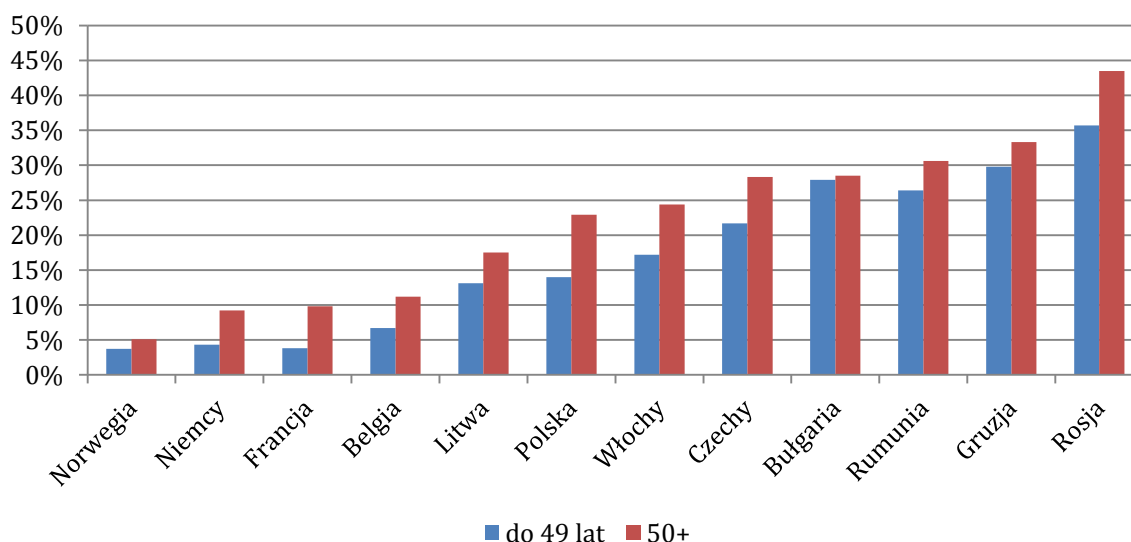
Niektóre z uczestniczek badania (trzy osoby, z dwudziestu uczestniczących w badaniu) zadeklarowały, że opieka nad osobą starszą miała negatywne skutki dla ich życia zawodowego, gdyż zmusiła je do rezygnacji z pracy. Należy zauważyć, że respondentki zawodowo nieaktywne zazwyczaj są gorzej wykształcone niż te aktywne zawodowo. W związku z powyższym te pierwsze mogą mieć mniejsze szanse na znalezienie pracy i uzyskanie dochodów wystarczających, żeby zrezygnować z pozostawania w domu bez zatrudnienia.

Kobiety aktywne zawodowo nie deklarowały negatywnego wpływu sprawowania opieki nad osobą starszą na ich zatrudnienie lub karierę zawodową. Uczestniczki badania podkreślają jednak, że ewentualne skutki dla ich sytuacji zawodowej są mocno uzależnione od ich postawy jako pracowników.

Źródło: Millward Brown, 2015.

Poleganie na nieformalnych usługach opieki długoterminowej świadczonych przez rodzinę jest mocno zakorzenione kulturowo, a tradycja nakazująca dzieciom (głównie córkom) opiekę nad rodzicami jest wciąż silna (rysunek 18 oraz ramka 7), zwłaszcza na terenach wiejskich (Wóycicka, Rurarz, 2007). Postrzeganie tradycyjnych ról rodzinnych oraz obowiązku opieki jest w Polsce podobne do tradycji krajów Europy Wschodniej i Południowej.

Rysunek 18: Postrzeganie obowiązku opieki: akceptacja stwierdzenia „Kiedy rodzice są w potrzebie, córki powinny przyjąć na siebie większą odpowiedzialność niż synowie”.



¹³ Szczegółowe informacje na temat przeprowadzonego badania znajdują się w załączniku nr 1.

Źródło: personel Banku Światowego, na podstawie danych GGS (najnowsza fala dla Bułgarii, Rosji, Gruzji, Rumunii, Litwy, Polski, Czech, Niemiec, Francji, Norwegii i Belgii). 2015

6.2.2 Ograniczona podaż publicznie finansowanej formalnej opieki długoterminowej

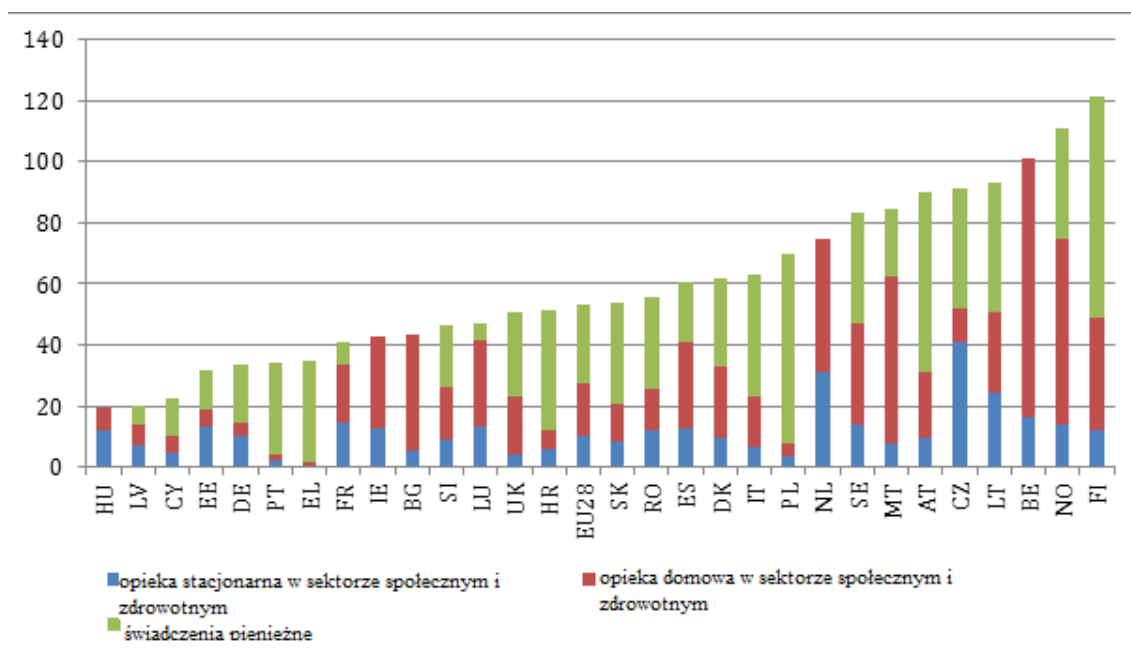
Zapewnienie publicznie finansowanych i świadczonych usług opieki długoterminowej jest ograniczone, z wyjątkiem dodatku pielęgnacyjnego – uniwersalnego świadczenia wypłacanego wszystkim osobom, które ukończyły 75 lat. W związku z powyższym wskaźnik objęcia osób zależnych powszechnym świadczeniem pieniężnym jest względnie wysoki (62%), natomiast wskaźnik objęcia osób zależnych usługami dostosowanymi do ich potrzeb (opieka stacjonarna i domowa) jest jednym z najniższych w Unii Europejskiej (Komisja Europejska, 2015). Zaledwie 4,6% osób zależnych otrzymuje formalną opiekę domową, a 3,4% – formalną opiekę w placówkach stacjonarnych (2013) (rysunek 19).

Ograniczenia w podaży usług formalnej publicznej opieki długoterminowej wynikają z percepcji domów opieki oraz społecznych postaw nieprzychylnych formalnej opiece instytucjonalnej. W czasie dyskusji w grupach fokusowych, przeprowadzonych w Katowicach w ramach Oceny Jakości Usług Opieki nad Osobami Starszymi, opiekunki wyrażały następujące opinie na temat domów opieki:

- Trudno znaleźć miejsce w publicznym domu opieki, a czas oczekiwania jest długi. Koszty takiej opieki bywają także zbyt wysokie.
- W prywatnych domach opieki jest więcej miejsc, jednak są one drogie.
- Standard opieki nad osobami starszymi w niektórych domach (publicznych i prywatnych) jest niski, podczas gdy „dobre” prywatne domy opieki są drogie.
- Największe problemy domów opieki to braki kadrowe i brak przyjaznej atmosfery.

Respondenci wyrażali silną niechęć do umieszczenia starszego członka rodziny w domu opieki. Zasadniczo, korzystanie z domów opieki budzi wiele wątpliwości, które wzmacnia negatywna ocena społeczna rodzin umieszczających swoich bliskich w takich domach, zwłaszcza gdy inni członkowie rodziny się temu sprzeciwiają.

Rysunek 19: Wskaźniki objęcia formalną opieką długoterminową populacji osób zależnych w poszczególnych krajach (wyrażone w %)



Źródło: Opracowanie Banku Światowego na podstawie danych z Komisji Europejskiej 2015.

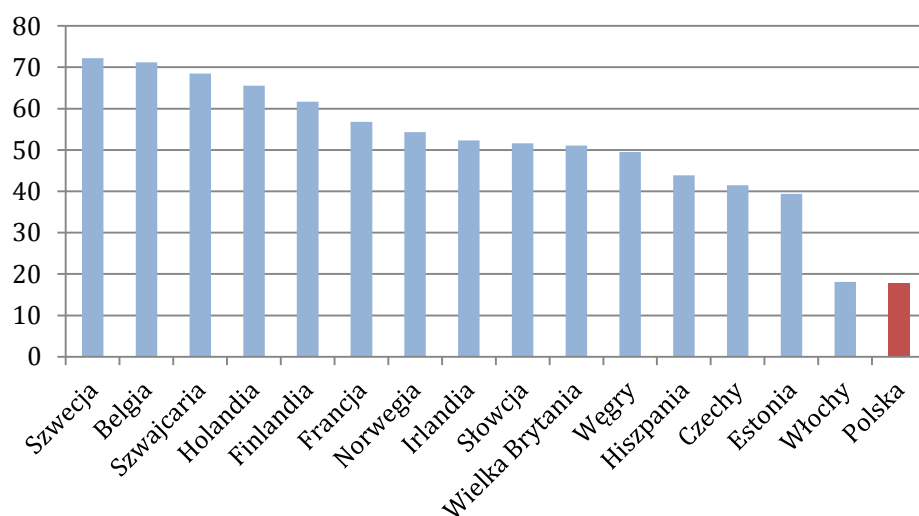
Z oceny dostosowania opieki do potrzeb osób zależnych wynika, że tylko 2% rodzin z osobami starszymi wymagającymi opieki otrzymuje wsparcie ze strony publicznie finansowanych instytucji opiekuńczych (Wóycicka, Rurarz 2007). Zgodnie z wynikami badania PolSenior, około 40% populacji osób powyżej 65 roku życia wymaga codziennej opieki, ale mniej niż 10% otrzymuje ją w postaci usług opiekuńczych świadczonych przez instytucje finansowane ze środków publicznych (Błędowski 2013). Niska podaż usług opieki domowej odzwierciedla ograniczony potencjał ośrodków pomocy społecznej (Błędowski, Maciejasz 2013). Bariery w podaży formalnych usług opiekuńczych w domu obejmują niewystarczające informacje o dostępnych usługach, małą wiedzę prawną pracowników socjalnych, odnoszącą się do świadczenia usług opieki domowej, ograniczone zasoby finansowe pomocy społecznej oraz konieczność wprowadzania współpłatności, jak również małą liczbę osób będących w stanie świadczyć usługi opiekuńcze zawodowo.

W sektorze zdrowotnym wykorzystanie usług pielęgniarskich, w ramach domowej opieki długoterminowej, jest niskie – w roku 2013 zaledwie 4 osoby na 1000 korzystały z takich usług (GUS 2015). Korzystanie z domowych usług pielęgniarskich jest silnie skorelowane z wiekiem – ponad 70% klientów ma ponad 70 lat. Zapotrzebowanie na takie usługi rośnie, ponieważ odsetek klientów wymagających częstej pomocy medycznej i pielęgniarskiej wzrósł z 44% do 77% w latach 2010-2013 (GUS 2015). Poziom wykorzystania domowej opieki pielęgniarskiej jest większy w miastach niż na obszarach wiejskich, co może wynikać z różnicy w dostępności usług między wsią a miastem, a także zachowaniem bardziej tradycyjnego modelu rodziny.

Usługi świadczone w ośrodkach opieki dziennej organizowanych przez samorządy lokalne są niewystarczająco rozwinięte – w roku 2013 działało tylko 226 takich domów, które obsługiwały 19,3 tys. osób (MPiPS 2014). Szansę na inwestowanie w tego typu placówki dają dwa programy rządowe: Senior-WIGOR i ASOS. W ramach tego pierwszego do końca roku 2015 ma powstać 100 ośrodków opieki dziennej.

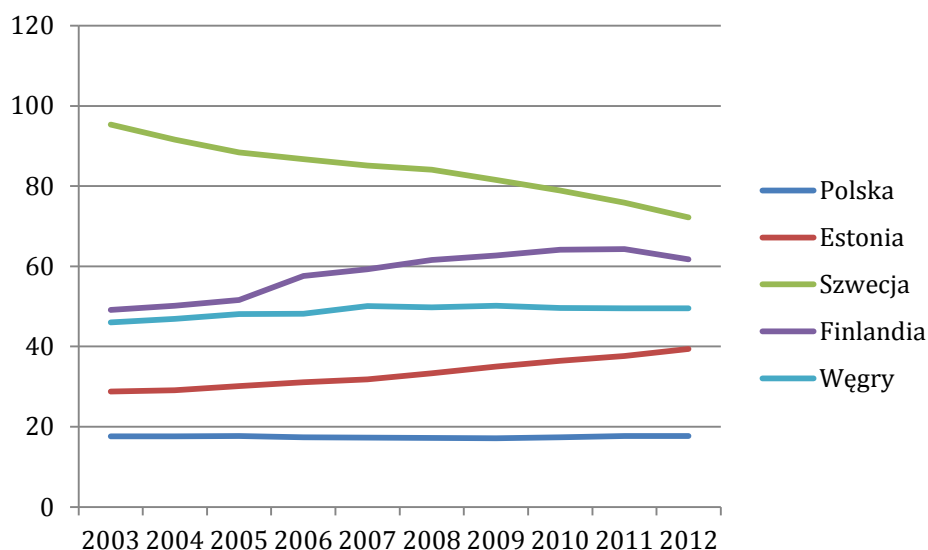
Niewystarczający dostęp do formalnej opieki stacjonarnej pozostaje słabością polskiego systemu opieki długoterminowej. Proporcja liczby łóżek w stosunku do liczby osób powyżej 65 roku życia w zakładach stacjonarnych w sektorze zdrowotnym (poniżej 20 łóżek na 1000 osób w wieku powyżej 65 lat) pozostaje najniższa ze wszystkich krajów OECD (OECD 2014) (rysunek 20). Podaż łóżek dla potrzeb opieki długoterminowej w Polsce była w ciągu ostatniego dziesięciolecia stabilna, podczas gdy w innych krajach europejskich obserwujemy proces zbieżności: w krajach skandynawskich, gdzie wykorzystanie tego typu kosztownych usług było wysokie, podaż opieki stacjonarnej spadała, podczas gdy w krajach, w których wcześniej ośrodki opieki długoterminowej były słabo dostępne (tj. w Estonii), odnotowano wzrost podaży (rysunek 21).

Rysunek 20: Liczba łóżek na potrzeby opieki długoterminowej na 1000 osób w wieku ponad 65 lat



Źródło: Dane statystyczne OECD 2014.

Rysunek 21: Liczba łóżek na potrzeby opieki długoterminowej na 1000 osób w wieku ponad 65 lat w krajach OECD



Źródło: Dane statystyczne OECD 2014.

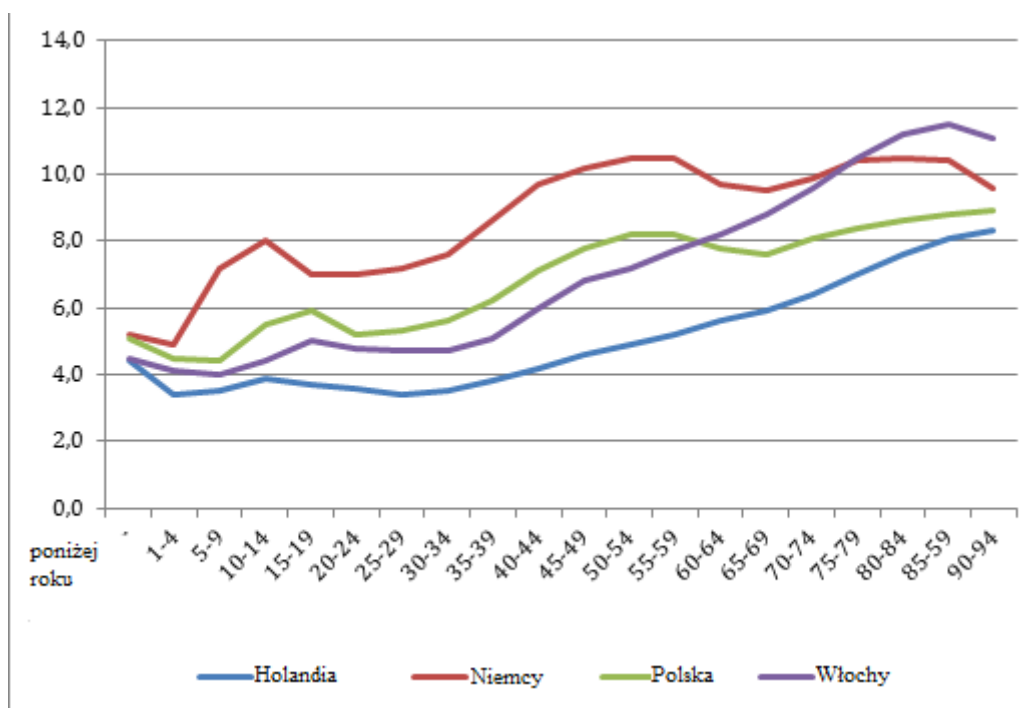
Większość pacjentów zakładów opieki długoterminowej to osoby starsze. W zakładach ODT sektora zdrowotnego blisko 74% mieszkańców ma więcej niż 65 lat, a ponad 50% – więcej niż 80 lat (GUS 2014). Większość mieszkańców stanowią kobiety, co prawdopodobnie wynika z ich wyższej średniej długości życia. W sektorze socjalnym osoby w wieku powyżej 65 lat stanowią średnio 54% wszystkich mieszkańców placówek stacjonarnych (MPiPS 2014). Najwyższy odsetek osób starszych w zakładach opieki stacjonarnej przebywa na oddziałach dla osób starszych (92%) i w domach opieki dla osób z chorobami przewlekłymi (77%).

Jak pokazano na rysunku poniżej, korzystanie z usług zakładów opieki zdrowotnej jest szczególnie duże wśród osób starszych. Podczas gdy zakłady opieki stacjonarnej zapewniają usługi pielęgnacyjne i opiekuńcze, opieka medyczna zapewniana jest w ośrodkach pierwszego, drugiego lub trzeciego stopnia referencyjności. Wskaźnik hospitalizacji osób starszych (powyżej 65 lat) jest dwukrotnie wyższy niż dla ogółu populacji (27 na 100 osób powyżej 65 lat w porównaniu z 14 osobami na 100 – dla ogółu populacji). Prawdopodobieństwo powtórnej hospitalizacji w ciągu roku jest również większe wśród osób starszych. Tendencje dotyczące średniej długości pobytu są podobne do obserwowanych w innych krajach, z wartościami widocznie rosnącymi dla osób w wieku ponad 65 lat (rysunek 22).

Starsze osoby z grupy osób w wieku powyżej 65 lat w mniejszym stopniu wykorzystują zakłady opieki zdrowotnej, częściej korzystając z usług zakładów opieki pielęgnacyjnej i paliatywnej. Liczba pacjentów na szpitalnych oddziałach chorób przewlekłych zmniejsza się w ostatnich latach (do zaledwie 5,1 tys.), w miarę jak pacjenci z chorobami przewlekłymi przechodzą do zakładów opieki paliatywnej. W konsekwencji oddziały chorób przewlekłych przekształcane są w oddziały opieki paliatywnej lub

opieki długoterminowej. Niska jest także liczba pacjentów (19,3 tys.) w szpitalnych oddziałach geriatrycznych (GUS 2015). Tendencje te wskazują, że szpitale nie są substytutem dla opieki stacjonarnej bądź paliatywnej i że przenoszą pacjentów z opieki medycznej odpowiednio do zakładów opieki pielęgnacyjnej lub paliatywnej. W niektórych krajach (tj. w Niemczech, Holandii) obserwuje się skracanie średniej długości pobytu w szpitalu najstarszych osób z grupy powyżej 65 lat. Tendencji tej nie odnotowano jeszcze w Polsce.

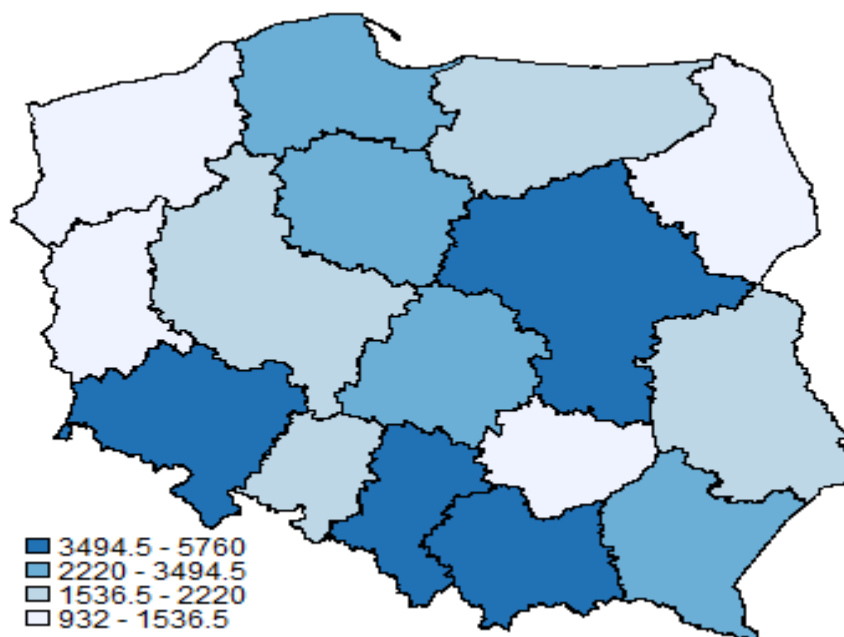
Rysunek 22: Średnia długość pobytu w szpitalu w wybranych krajach europejskich w ujęciu wiekowym, 2011



Źródło: Eurostat 2012

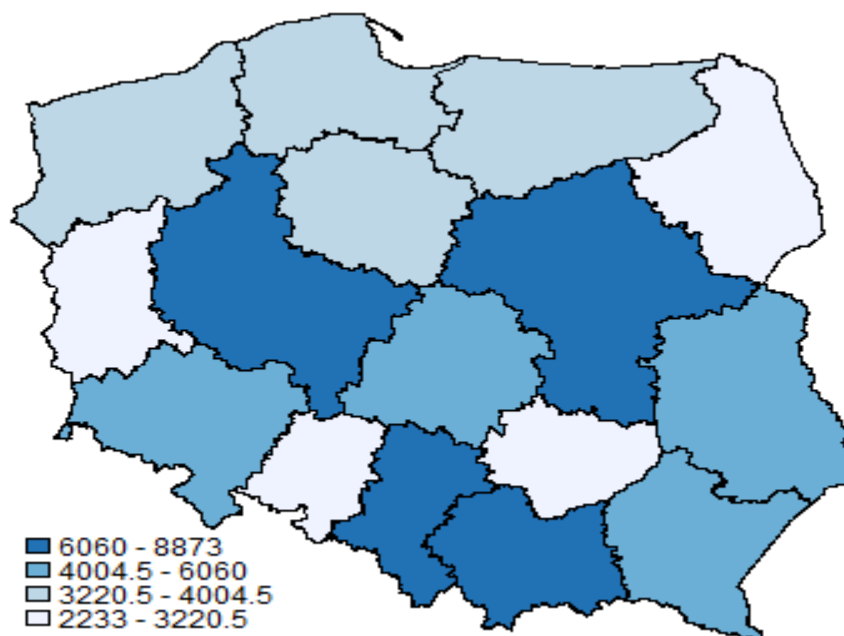
Istnieją również duże różnice regionalne w podaży opieki długoterminowej (zob. rysunki 23 i 24). Największą liczbę odbiorców opieki stacjonarnej, zapewnianej zarówno przez zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL) i pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO), jak i przez domy pomocy społecznej (DPS), obserwuje się w Polsce Południowej i Środkowej – w województwie małopolskim, śląskim i mazowieckim i dolnośląskim. Liczba odbiorców usług opieki pielęgnacyjnej jest wysoka w województwie dolnośląskim w sektorze zdrowotnym, a w województwie wielkopolskim – w sektorze socjalnym. Najmniejszą liczbę odbiorców opieki stacjonarnej obserwuje się w województwach podlaskim, świętokrzyskim i lubuskim, w zachodniopomorskim – dla ZOL i ZPO, a w opolskim – dla DPS.

Rysunek 23: Regionalne zróżnicowanie podaży stacjonarnej opieki długoterminowej w ZOL i ZPO dla populacji osób dorosłych (liczba odbiorców opieki)



Źródło: dane statystyczne NFZ 2013.

Rysunek 24: Regionalne zróżnicowanie podaży stacjonarnej opieki długoterminowej w DPS dla populacji osób dorosłych (liczba odbiorców opieki)



Źródło: dane statystyczne MPiPS.

Taki rozkład dostępnej infrastruktury (zakłady opieki stacjonarnej) niekoniecznie odzwierciedla udział osób starszych w populacji. Jak przedstawiono powyżej, województwa małopolskie i śląskie to regiony o dużym udziale w populacji osób w

wieku 65+, ale nie osób najstarszych (80+), które zazwyczaj mają większe potrzeby w zakresie opieki całodobowej. Najwyższy odsetek osób najstarszych (80+) występuje w województwach podlaskim, mazowieckim, świętokrzyskim i łódzkim, w których podaż formalnej opieki stacjonarnej – z wyjątkiem województwa mazowieckiego – jest niska (województwa podlaskie i świętokrzyskie) lub umiarkowana (województwo łódzkie), co wskazuje z kolei na prawdopodobnie wysoki poziom podaży opieki nieformalnej w tych trzech ostatnich regionach. Województwo opolskie to kolejny specyficzny region o niskiej podaży opieki stacjonarnej, wysokiej liczbie osób w wieku powyżej 65 lat oraz dużej migracji, która może mieć negatywny wpływ na możliwość zapewnienia opieki nieformalnej w przyszłości – w miarę starzenia się kohorty 65+ i zwiększania się jej potrzeb w zakresie opieki.

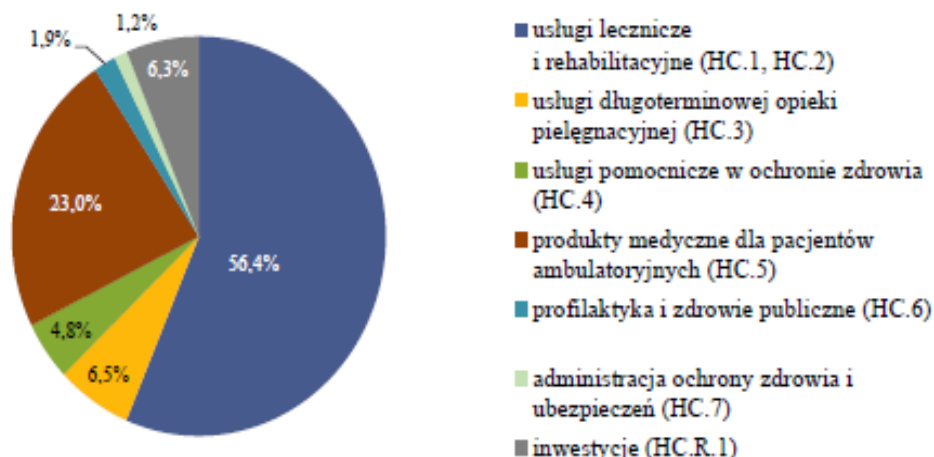
6.2.3 Niski poziom finansowania opieki długoterminowej

Opieka długoterminowa finansowana jest ze środków publicznych i prywatnych. Generalnie, łączne wydatki publiczne na opiekę długoterminową¹⁴ oszacowano w latach 2010-2013 na ok. 0,8% PKB (Golinowska 2010 i Komisja Europejska 2015), co jest jedną z najniższych wartości w krajach UE. Opieka zapewniana przez zakłady sektora prywatnego lub opieka w domu, koszty zakwaterowania i wyżywienia w zakładach opieki stacjonarnej i pielęgnacyjnej oraz wszystkie koszty opieki nieformalnej opłacane są wyłącznie przez usługobiorców. Podobnie jak w przypadku innych krajów, brak jest rzetelnych oszacowań poziomu prywatnych wydatków na usługi ODT.

Opieka stacjonarna i opieka pielęgnarska w domu, świadczone w ramach sektora opieki zdrowotnej, finansowane są głównie ze składek na powszechne ubezpieczenie zdrowotne. Wydatki na opiekę długoterminową stanowią 7% łącznych wydatków na opiekę zdrowotną w Polsce, a odsetek ten lekko wzrósł w ciągu ostatnich kilku lat (GUS 2014) (rysunki 25 i 26). Biorąc pod uwagę, że aktualne wydatki publiczne na opiekę zdrowotną w Polsce należą do najniższych w Unii Europejskiej (4,4% PKB w 2012 roku) oraz że formalna opieka długoterminowa jest niemal całkowicie finansowana ze środków publicznych (93%), odsetek ten jest względnie niski.

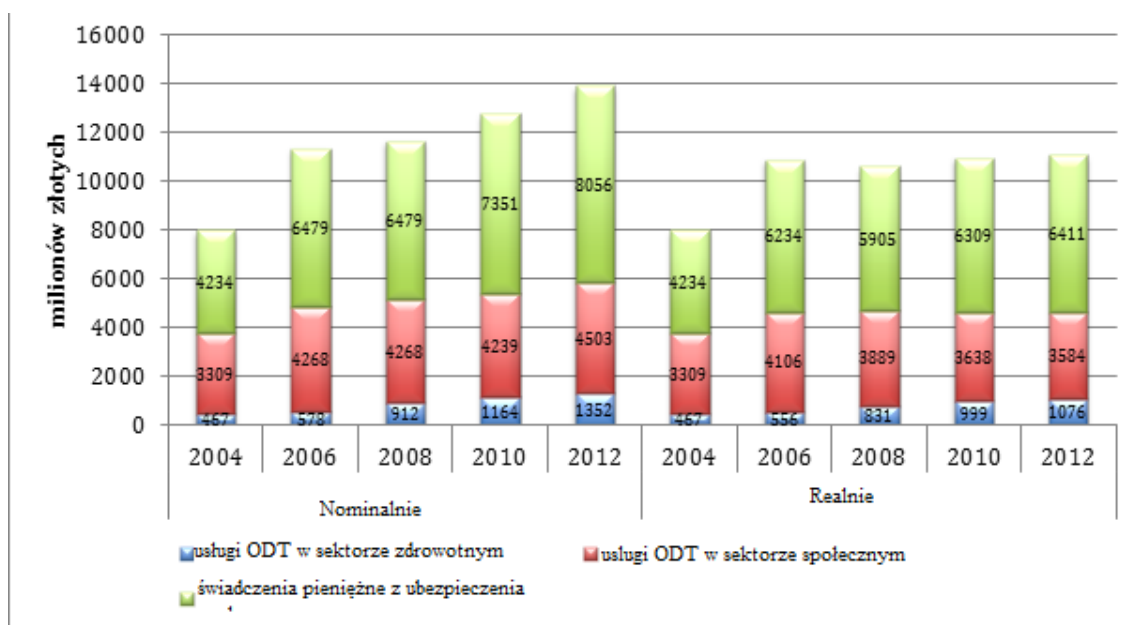
¹⁴ Szacunki obejmują publiczne wydatki na stacjonarną opiekę pielęgnacyjną w sektorze zdrowotnym, opiekę stacjonarną w sektorze socjalnym, opiekę pielęgnarską w domu w sektorze zdrowotnym, usługi opiekuńcze w domu i specjalistyczne usługi domowe w sektorze zdrowotnym oraz świadczenia pieniężne.

Rysunek 25: Udział wydatków na opiekę długoterminową w całkowitej kwocie wydatków na opiekę zdrowotną w Polsce



Źródło: Zdrowie i ochrona zdrowia, GUS 2013.

Rysunek 26: Historyczne tendencje w zakresie wydatków na opiekę długoterminową w Polsce



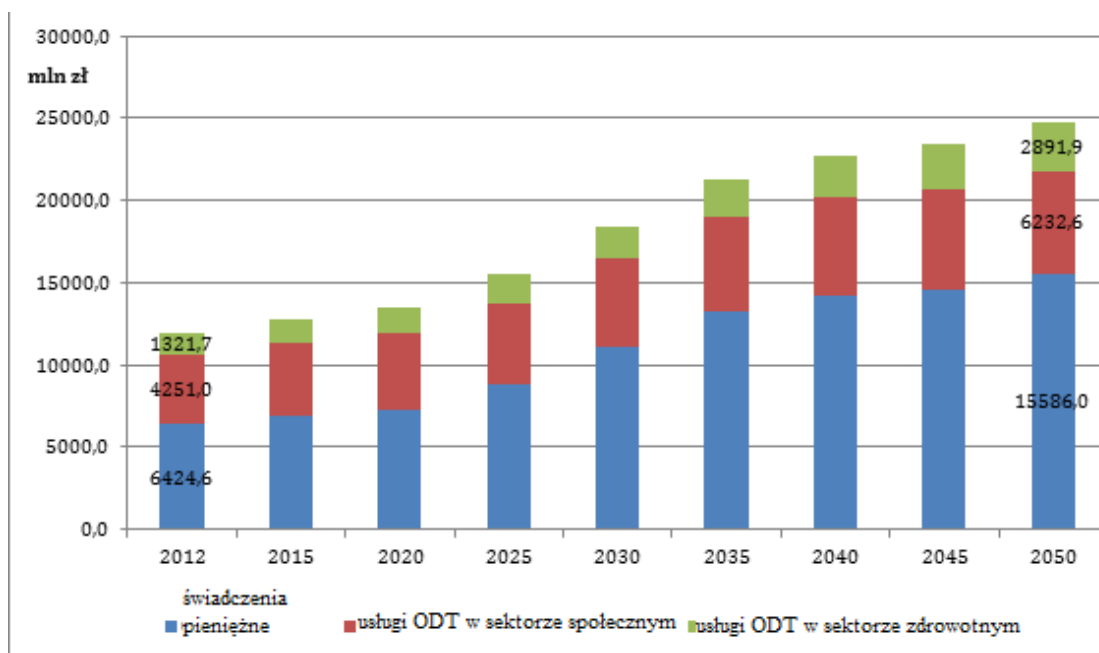
Źródło: Golinowska, Kocot, Sowa 2013

Mimo, że usługi opieki długoterminowej kierowane są do różnego rodzaju osób potrzebujących (osoby niepełnosprawne, w tym dzieci), większość wydatków na usługi opieki długoterminowej związana jest z opieką nad osobami starszymi. W latach 2011-2012 w zakładach opieki stacjonarnej sektora zdrowotnego 80% wydatków przeznaczono na usługi dla osób 65+, a 51% – dla osób 80+. W przypadku kosztów

opieki pielęgniarstwa odsetek wydatków na osoby 65+ sięga 85% wydatków całkowitych (Golinowska, Kocot, Sowa 2013). Podobnie większość wydatków na opiekę stacjonarną i usługi opiekuńcze w sektorze opieki społecznej pokrywa koszty usług dla osób starszych. Taka struktura wydatków wskazuje na rosnące w przyszłości obciążenie finansowe systemu opieki długoterminowej, wraz ze wzrostem liczby osób starszych w populacji.

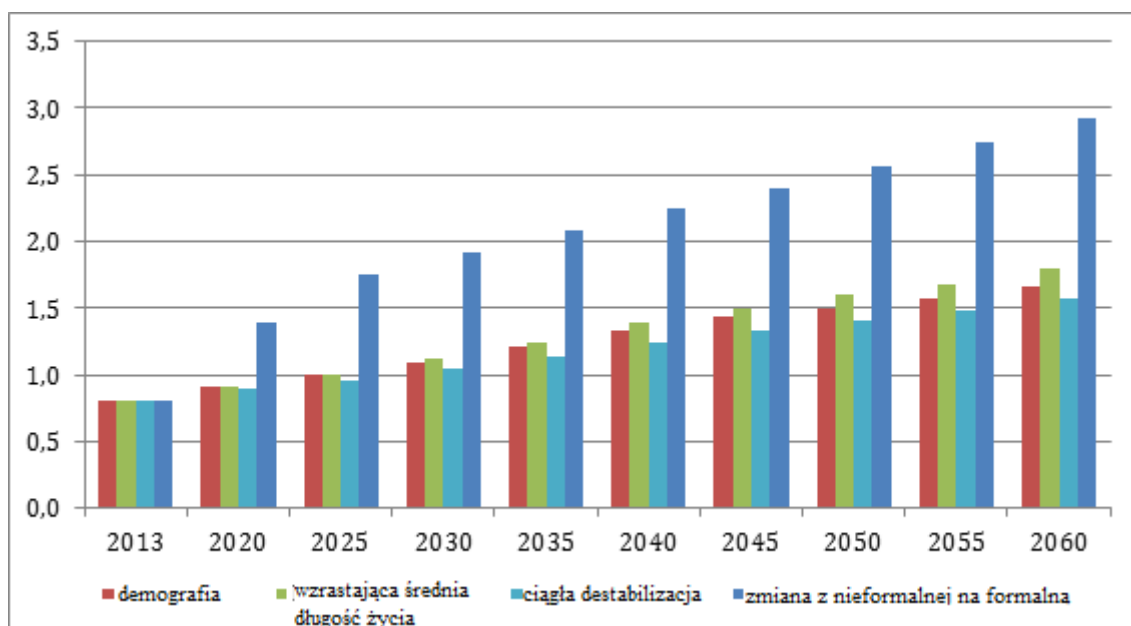
Biorąc pod uwagę zmiany w strukturze wiekowej populacji, skutkujące wzrostem zapotrzebowania na usługi, prognozowane wydatki do roku 2060 zwiększą się dwukrotnie (rysunki 27 i 28; ramka 8). Prognozowany wzrost może być trochę mniejszy, w przypadku gdy poprawa stanu zdrowia doprowadzi do zmniejszenia niepełnosprawności funkcjonalnej w starszym wieku, tj. gdy nastąpi kompresja zachorowalności i niepełnosprawności (Komisja Europejska, 2015). Z drugiej strony, wielkość wzrostu uzależniona jest także od rodzaju wprowadzanych zmian instytucjonalnych w zakresie podaży opieki długoterminowej. Wzrost wydatków wydaje się jednak nieunikniony, przynajmniej do poziomu stanowiącego obecnie normę w krajach Europy Zachodniej.

Rysunek 27: Prognozowane wydatki na opiekę długoterminową w milionach zł, lata 2012-2060



Źródło: Golinowska, Kocot, Sowa 2013.

Rysunek 28: Prognozowane wydatki na opiekę długoterminową w odniesieniu do PKB, lata 2013-2060



Źródło: Komisja Europejska 2015.

Ramka 8: Prognozy UE dla wydatków na opiekę długoterminową

Komisja Europejska przygotowała w 2014 roku prognozę przyszłej ewolucji wydatków publicznych krajów UE na usługi opieki długoterminowej¹⁵. Przygotowanie takiej prognozy polega na wykorzystaniu różnych scenariuszy opartych na założeniach dotyczących zmian demograficznych (np. średniej długości życia, poziomu niepełnosprawności) oraz zmian w polityce (zbieżność w odniesieniu do zakresu i/lub kosztów formalnej opieki długoterminowej).

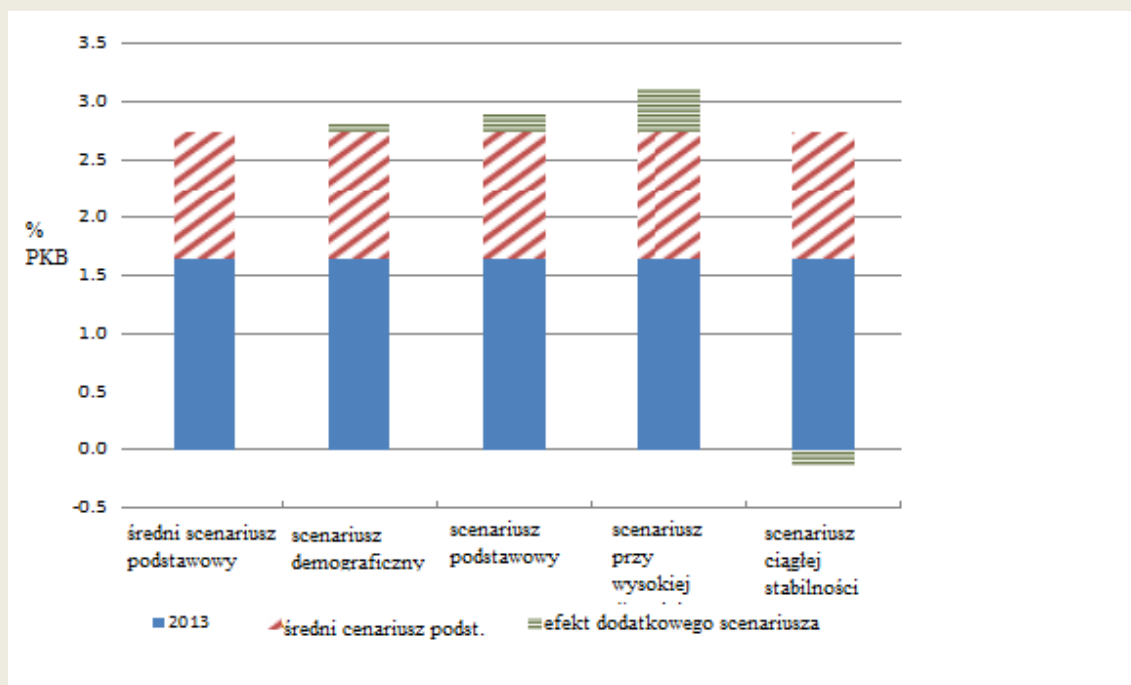
Scenariusz referencyjny grupy roboczej ds. starzenia się społeczeństw (AWG) zakłada, że połowa przyszłego „uzysku” (czyli dodatkowego czasu wydłużającego się życia) średniej długości życia będzie przebiegała w dobrym zdrowiu, a połowa w niepełnosprawności, natomiast wydatki publiczne na opiekę długoterminową w krajach UE wzrosną do roku 2060 z 1,6% PKB do 2,7% PKB, tj. o 67%. W ramach zarówno scenariusza demograficznego, w którym odsetek starszych osób niepełnosprawnych

¹⁵ Prognozy wydatków publicznych na opiekę długoterminową (ODT) w latach 2013-2060 zostały przygotowane za pomocą modeli usług Komisji (DG ECFIN) na podstawie metodologii i danych uzgodnionych z delegatami krajów członkowskich do grupy roboczej ds. starzenia się społeczeństw (AGW), działającej w ramach Komitetu Polityki Gospodarczej (EPC).

objętych opieką jest stały, jak i scenariusza bazowego, łączącego koszty zakładów opieki długoterminowej z produktywnością pracowników, przewidywane łączne wydatki jako odsetek PKB będą tylko nieco wyższe niż dla założeń przyjętych przez grupę roboczą ds. starzenia się społeczeństw.

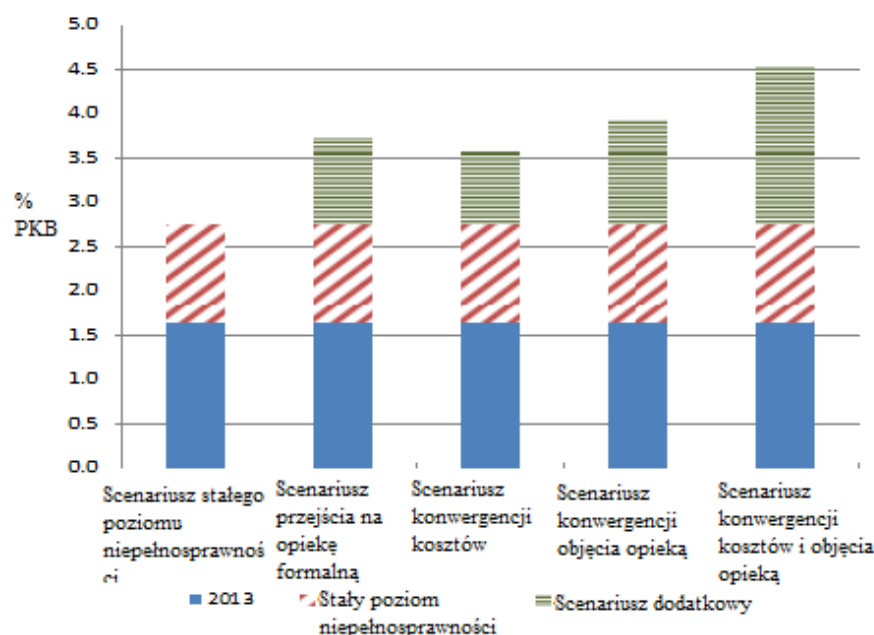
Według scenariusza „wysokiej przeciętnej długości życia”, który zakłada znaczniejszy wzrost średniej długości życia dla wszystkich grup wiekowych niż w scenariuszu referencyjnym, wydatki publiczne na opiekę długoterminową byłyby najwyższe, osiągając w roku 2060 ponad 3% PKB. Natomiast według scenariusza trwałej niepełnosprawności, który zakłada stopniowy spadek powszechnego występowania niepełnosprawności dla każdej kohorty wiekowej, wydatki byłyby najniższe, malejąc jako odsetek PKB.

Rysunek 29 Scenariusze z założeniami demograficznymi, UE, w % PKB



Ujęcie w prognozach zmian w polityce, a zatem założenie zbieżności kosztów i zakresu usług opieki długoterminowej do roku 2060, prowadzi do znaczniejszego wzrostu publicznych wydatków na opiekę długoterminową: przy takich założeniach wydatki w UE mają się zwiększyć do 4,1% PKB. Zastosowanie założeń o zbieżności zakresu usług i o zbieżności kosztów usług, odrębnie prowadzi do nadal znaczącego, choć mniejszego, wzrostu wydatków. Scenariusz przejścia na opiekę formalną, zakładający stopniowe przechodzenie osób starszych, które objęte były tylko opieką nieformalną, na opiekę formalną, również przewiduje znaczny wzrost wydatków (do ok. 3,5% PKB).

Rysunek 30: Scenariusze z założeniami dotyczącymi kosztów i zakresu usług, UE, w % PKB



Wniosek z raportu jest taki, że starzenie się oraz czynniki niedemograficzne generujące wydatki na opiekę długoterminową będą wywierały stałą presję na finanse publiczne, na skutek czego konieczne będzie utrzymanie równowagi między potrzebą objęcia usługami opieki formalnej większej liczby osób oraz potrzebą zapewnienia bezpieczeństwa finansów publicznych. W szczególności przechodzenie od opieki nieformalnej do formalnej oraz proces zbieżności w odniesieniu do zakresu i kosztów usług opieki długoterminowej w przypadku krajów będących poniżej średnich poziomów UE wystawi te kraje na znaczne finansowe ryzyko.

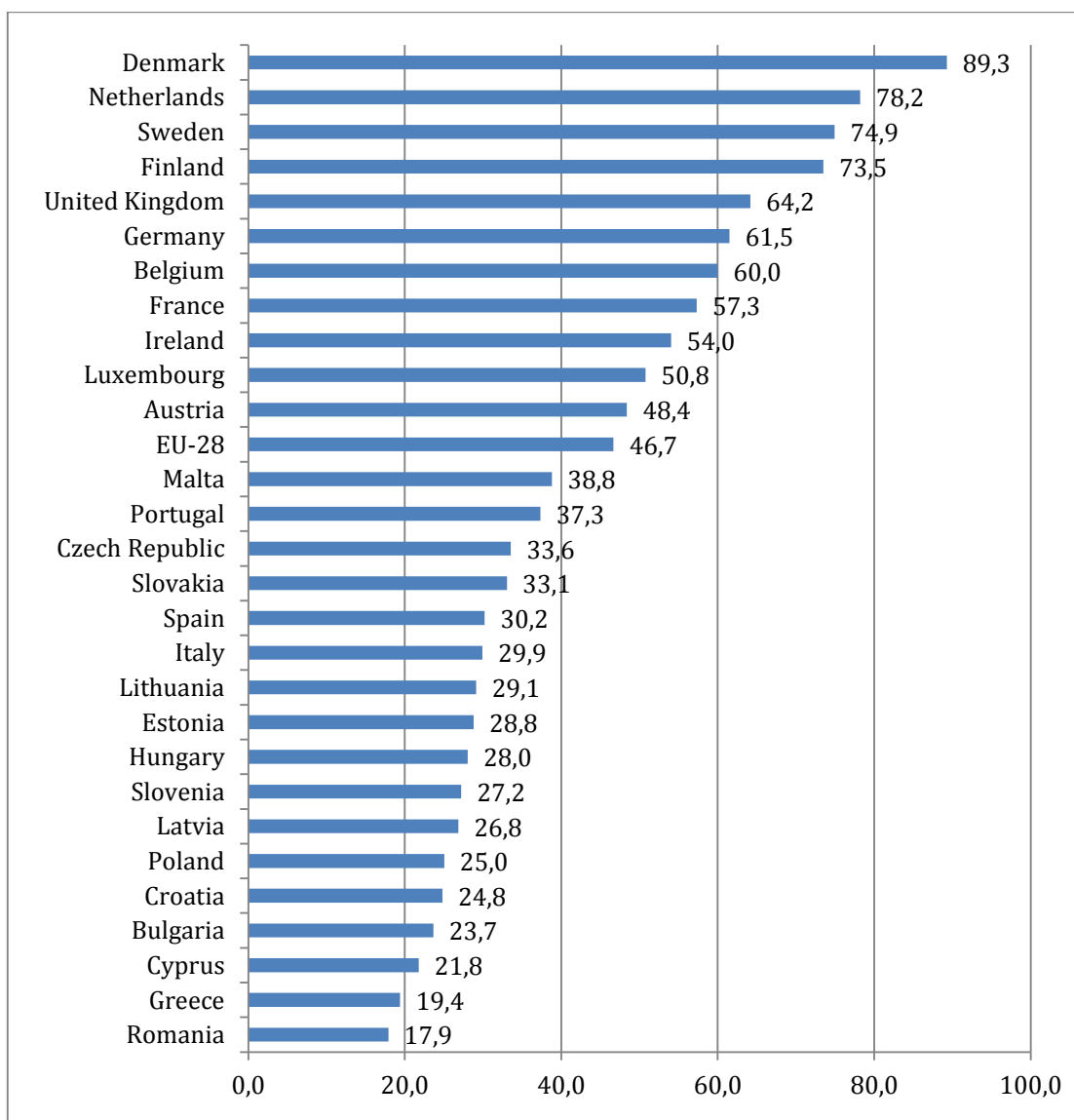
Źródło: Komisja Europejska, 2015.

6.2.4 Niezaspokojony popyt na opiekę medyczną i personel terapeutyczny

Zatrudnienie w sektorze opieki zdrowotnej i w sektorze opieki socjalnej¹⁶ stanowi 5,7% zatrudnienia całkowitego, w porównaniu do ponad 10% zatrudnienia całkowitego w krajach UE-27 w 2011. Polska posiada jeden z najniższych w całej Unii Europejskiej poziomów gęstości zatrudnienia na 1000 osób w tych dwóch sektorach (25,0 pracowników w Polsce wobec 46,7 w krajach UE-27 w roku 2014) (rysunek 29).

¹⁶ Powyższe dane odnoszą się do formalnego zatrudnienia w sektorze zdrowotnym i socjalnym (pomoc społeczna). Imigranci są ujmowani tylko wtedy, gdy są zarejestrowani i zatrudnieni (bardzo niewielka ich liczba, jako że większość z nich pracuje bez rejestrowania się i pobiera opłaty w gotówce).

Rysunek 29: Gęstość zatrudnienia w sektorach opieki zdrowotnej i społecznej w krajach europejskich w przeliczeniu na tysiąc mieszkańców



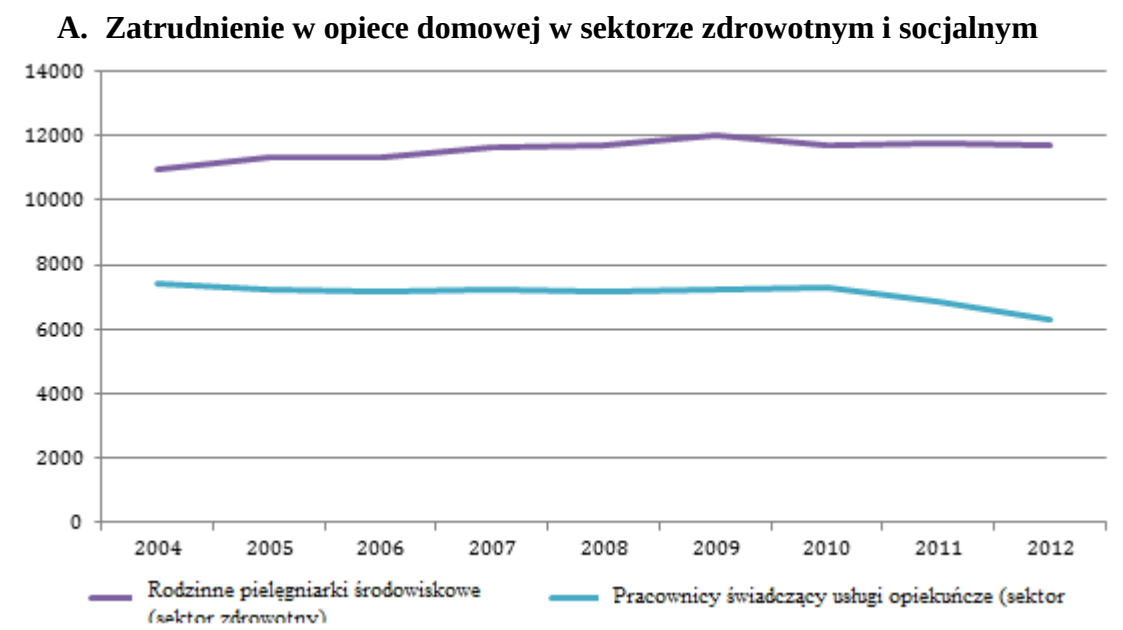
Źródło: wyliczenia własne Banku Światowego, oparte na danych statystycznych Eurostatu dotyczących rynku pracy oraz populacji.

Tylko niewielka część pracowników sektora opieki zdrowotnej i pomocy społecznej jest zaangażowana w świadczenie usług opieki długoterminowej (rysunek 30). Większość osób zatrudnionych w sektorze opieki zdrowotnej zajmuje się świadczeniem usług medycznych i pielęgniarstwa w zakładach opieki zdrowotnej pierwszego, drugiego lub trzeciego stopnia, a nie usług pielęgnacyjnych i opiekuńczych w zakładach opieki długoterminowej. Podobnie niewielka część opiekunów socjalnych jest zaangażowana w opiekę w porównaniu z liczbą osób zajmujących się pomocą społeczną osobom biednym.

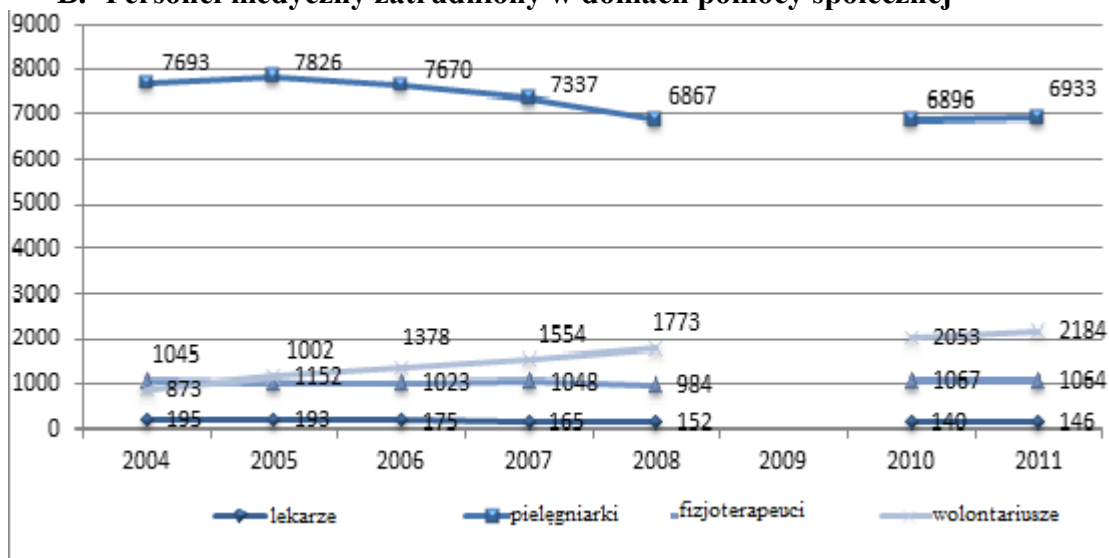
Zgodnie z centralnym rejestrem pielęgniarek i położnych, w roku 2014 w Polsce było 145 pielęgniarek i położnych, które pochodziły z zagranicy, głównie z krajów spoza UE.

Pomimo niskiej gęstości zatrudnienia w porównaniu z innymi krajami UE, całkowita liczba pracowników opieki długoterminowej się zwiększyła. Obserwuje się różne tendencje w zatrudnieniu w sektorze opieki domowej i stacjonarnej (rysunek 30). Liczba pracowników świadczących usługi opieki domowej (Panel A) pozostaje stała w sektorze opieki zdrowotnej, natomiast spada w sektorze pomocy społecznej. Liczba pracowników świadczących usługi opieki stacjonarnej (Panel B) wzrosła. W zakładach stacjonarnej opieki długoterminowej sektora opieki zdrowotnej (Panel C) wzrost zatrudnienia można przypisać zwiększeniu się liczby lekarzy (z 810 w 2004 do 2547 w 2013), pielęgniarek (z 5138 w 2004 do 10 479 w 2013) oraz opiekunów, łącznie z nową profesją pracowników medycznych (z 948 w 2004 do 2959 w 2013). Tymczasem w zakładach opieki stacjonarnej sektora pomocy społecznej liczba lekarzy i pielęgniarek zmniejszyła się (ze 195 lekarzy w 2004 do 163 w 2011, z 7693 pielęgniarek w 2004 do 6933 w 2011), a liczba personelu terapeutycznego i opiekuńczego wzrosła (z 20 759 w 2004 do 29 768 w 2011) (Golinowska, Sowa, Kocot 2014; CSIOZ 2014).

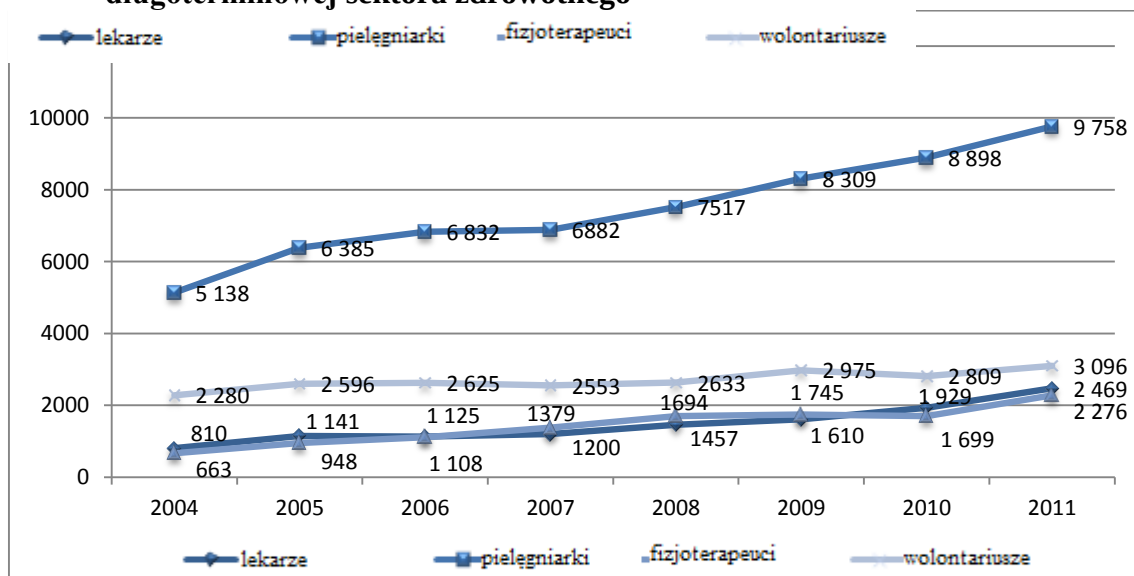
Rysunek 30: Tendencje w zatrudnieniu w sektorze opieki długoterminowej w Polsce



B. Personel medyczny zatrudniony w domach pomocy społecznej¹⁷



C. Personel medyczny zatrudniony w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej sektora zdrowotnego



Źródło: Golinowska, Kocot, Sowa 2014.

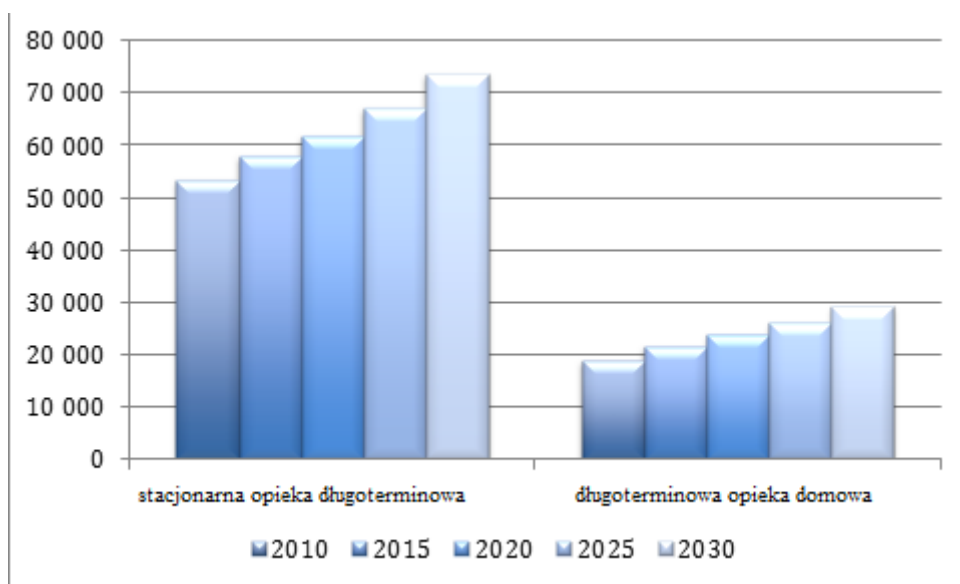
Zmiany odnoszą się do głównego obszaru działalności instytucji opieki stacjonarnej: działalność sektora opieki zdrowotnej jest bardziej zorientowana na usługi pielęgnacyjne, a działalność sektora pomocy społecznej – na usługi opiekuńcze. W rzeczywistości nierzadkie są przypadki świadczenia usług medycznych w zakładach stacjonarnej opieki społecznej przez lekarzy pierwszego kontaktu pracujących na danym obszarze, bez odrębnego kontraktu (Golinowska, Sowa 2010).

¹⁷ Ze względu na zmianę w systemie raportowania GUS, dane za rok 2009 nie są publicznie dostępne.

Wprowadzenie nowych zawodów – pielęgniarstwa opieki długoterminowej (w 2003), pracownika medycznego (w 2007) oraz opiekuna socjalnego (2001), pomaga w spełnianiu rosnących potrzeb osób starzejących się i zależnych, jednak liczba pracowników jest wciąż niewystarczająca. Nowe zawody, zwłaszcza zawód pracownika medycznego, cieszą się dużym zainteresowaniem. Liczba osób zatrudnionych w zakładach opieki stacjonarnej jako pracownicy medyczni znacząco wzrosła. Rośnie także, chociaż nie tak szybko jak liczba pracowników medycznych, zaangażowanie wolontariuszy w świadczenie usług opieki długoterminowej.

Zmiany demograficzne oraz prognozowany wzrost popytu na usługi opiekuńcze zwiększą zapotrzebowanie na osoby zawodowo świadczące usługi opieki długoterminowej (rysunek 31). W opiece domowej, w obu sektorach, zapotrzebowanie na pracowników zwiększy się o 54% w porównaniu z poziomem zatrudnienia w roku 2010, podczas gdy w opiece stacjonarnej zapotrzebowanie wzrośnie o 38%. Imigracja zapewnia potencjalne dodatkowe zasoby pracowników opieki długoterminowej.

Rysunek 31: Prognozowane zapotrzebowanie na zawodowy personel opieki długoterminowej, 2010-2030



Źródło: Golinowska, Kocot, Sowa 2014.

6.2.5 Jakość usług: niedokończony plan

Jakość opieki monitorowana jest osobno dla sektora opieki zdrowotnej i sektora pomocy społecznej za pomocą szeregu instrumentów, ze szczególnym uwzględnieniem standardów opieki stacjonarnej. Główna uwaga jest jednak skierowana na zasoby (niezbędne do świadczenia usług opieki), a nie na same usługi (lub ich wyniki) (ramka 9).

Ramka 9: Jakość opieki długoterminowej

Jakość opieki długoterminowej jest istotna z wielu powodów. Osoby korzystające z

opieki chcą mieć wpływ i kontrolę nad własnym życiem, koszty usług stale rosną, ponadto rządy muszą chronić starsze (bezbronne) osoby przed nadużyciami. Doświadczenia krajów OECD i UE pokazują, że najbardziej skuteczne połączenie polityk, prowadzące do poprawy jakości opieki długoterminowej obejmowałyby: (1) standardy regulacyjne, (2) standardy normalizacji praktyk opieki oraz monitorowania osiągania celów przez wskaźniki jakości, oraz (3) zachęty rynkowe dla usługodawców i usługobiorców. Dodatkowo, dla potrzeb nadzoru i oceny, należy mierzyć właściwe wskaźniki.

Wskaźniki jakości – Wskaźniki jakości opieki długoterminowej, w tym wskaźniki jakości usług klinicznych, zadowolenia usługobiorców i jakości życia, są przydatne do pomiaru i oceny świadczenia usług. Jednakże niewiele krajów systematycznie sprawdza swoje systemy opieki długoterminowej pod kątem bezpieczeństwa, skuteczności i skupienia na potrzebach użytkowników. Doświadczenia międzynarodowe sugerują, że wskaźniki powinny być związane z wynikami, a nie z procesami, powinny być oparte na danych administracyjnych wykorzystujących ustandaryzowane systemy kodów i powinny bazować na jednym elemencie zamiast na skali wieloelementowej.

Standardy regulacyjne – Mimo że wszystkie państwa posiadają prawodawstwo dotyczące właściwej i bezpiecznej opieki, tylko w dwóch trzecich krajów OECD akredytacja lub certyfikacja zakładów opieki jest obowiązkową lub powszechną praktyką (np. w Anglii, Hiszpanii, Irlandii, Francji, Australii, Niemczech, Portugalii, Stanach Zjednoczonych, Szwajcarii). Polska ma certyfikat DPS, placówek całodobowej opieki. Standardy minimalne są często traktowane jako kryterium oceny dla potrzeb autoryzacji świadczenia usług. Jednakże biorąc pod uwagę trudności i koszty związane z nadzorowaniem przez władze i zapewnianiem przez usługodawcę zgodności ze standardami, egzekwowanie standardów pozostaje często na niewystarczającym poziomie.

Standardy normalizacji praktyk opiekuńczych – Ustandaryzowane narzędzia oceny mogą wspomagać rozwój planów opieki i interwencje, propagować spójność opieki i zapobiegać zdarzeniom niepożądanym. Przykłady obejmują: Instrument Oceny Opieki Stacjonarnej (RAI) wykorzystywany w Belgii, Kanadzie, Finlandii, Islandii, Włoszech, Stanach Zjednoczonych i Hiszpanii, skalę AGGIR wykorzystywaną we Francji oraz narzędzie KATZ używane w Belgii. W niektórych krajach, takich jak Stany Zjednoczone, Japonia, Anglia, Niemcy, Portugalia, Holandia i Kanada, obowiązkowe jest także składanie sprawozdań publicznych dotyczących jakości opieki długoterminowej. Dowody na skuteczność takich narzędzi w zachęcaniu usługodawców do poprawy jakości świadczonych usług są niejednoznaczne.

Zachęty rynkowe dla usługodawców i usługobiorców – Zamiast koncentrowania się na opiekunach, jedna trzecia krajów OECD umożliwia usługobiorcom podejmowanie samodzielnej decyzji o wyborze usługodawcy, np. metodą przyznawania świadczeń pieniężnych. Chociaż mechanizmy te są kojarzone ze zwiększeniem zadowolenia usługobiorców, ich nieregulowane stosowanie może mieć także negatywne skutki dla

jakości opieki. Niektóre kraje (np. Korea, niektóre stany w Stanach Zjednoczonych) stosują w sektorze opieki długoterminowej zachęty oparte na wynikach. O ile dane sugerują, że zachęty finansowe mogą doprowadzić do poprawy niektórych wyników oraz stymulować sprawozdawczość i stosowanie narzędzi oceny, przed ich szerszym wprowadzeniem należy przeprowadzić dokładniejszą analizę ich wpływu na aspekty kliniczne i inne aspekty jakości.

Wreszcie, należy odnotować, że nadzór regulacyjny i ocena jakości są bardziej widoczne i rygorystyczne w warunkach opieki instytucjonalnej, podczas gdy w warunkach opieki domowej czy środowiskowej podlegają niewielkiej lub żadnej regulacji. Technologie informatyczne oferują jednakże możliwość szybkiego rozwoju w tej dziedzinie także dla usług opieki domowej i środowiskowej.

Źródło: OECD, 2013. *A Good Life in Old Age*. Bank Światowy, materiał jeszcze nieopublikowany. Long Term Care in Aging EAP.

W sektorze opieki zdrowotnej standardy dla stacjonarnej i domowej opieki pielęgniarstwie utrzymywane są za pomocą różnych narzędzi, łącznie z ustanowieniem wymagań zawodowych (ramka 10) oraz roczną procedurą kontraktowania usług przez Narodowy Fundusz Zdrowia, który określa standardy świadczenia usług. W opiece stacjonarnej podstawowa jakość i wystarczalność podaży zapewniane są poprzez monitorowanie stosunku liczby opiekunów do liczby pacjentów (Golinowska, Styczyńska 2012).

Ramka 10: Wymagania zawodowe w domach opieki – ustalenia Pilotażowego Badania Jakości zrealizowanego w Katowicach¹⁸

Wszystkie badane domy opieki ustalają określone wymagania odnoszące się do wykształcenia i kwalifikacji opiekunów: 4 domy wymagają wykształcenia wyższego, 4 domy – wykształcenia średniego, a 2 domy – wykształcenia pomaturalnego. 2 domy wymagają dodatkowo wykształcenia medycznego. Przedstawiciel jednego domu odmówił udzielenia odpowiedzi na to pytanie.

W 5 (z 10 badanych domów opieki, opiekunowie otrzymują możliwość dalszego kształcenia się, szkoleń i rozwoju zawodowego. 2 domy oferują kursy w zakresie opieki w danym domu opieki, podczas gdy opiekunowie w innych domach opieki mogą uczestniczyć w kursach i szkoleniach niezależnych. Nowi opiekunowie przechodzą szkolenie lub okres próbny, który zazwyczaj trwa od 1 do 3 miesięcy – w 5 domach opieki, 6 miesięcy – w 1 domu opieki i 9 miesięcy – w 1 domu opieki.

Połowa badanych domów opieki stosuje określone kryteria oceny opiekunów, które obejmują umiejętność pracy w zespole, stosunek do osób starszych, empatię,

¹⁸ Szczegółowe informacje dotyczące przeprowadzonego badania znajdują się w załączniku nr 1.

zaangażowanie i niezależność. 2 domy opieki nie stosują takich kryteriów. 3 domy opieki odmówiły odpowiedzi na to pytanie.

Źródło: Millward Brown, 2015. Ocena Jakości Usług Opieki nad Osobami Starszymi w Polsce – projekt pilotażowy.

W sektorze socjalnym standardy zatrudnienia określone są na podstawie minimalnych wymagań, jakie należy spełnić tj. ukończenia kursu pierwszej pomocy i uzyskania odpowiedniego dyplomu zawodowego (tj. dyplomu opiekuna osób starszych, opiekuna środowiskowego lub domowego, pracownika medycznego, asystenta osoby niepełnosprawnej, pielęgniarki). Standardy zakwaterowania i wyżywienia w domach pomocy społecznej określone zostały w Ustawie o pomocy społecznej z 2004 roku i regulują wyposażenie i umeblowanie takich domów (tj. wielkość pokoju, jego wyposażenie i umeblowanie, dostęp do toalet i łazienek, dostęp dla osób z niepełnosprawnością ruchową.).

Niezależnie od sektora opieki, standardy zatrudnienia, kontrakty i regulacje prawne określają rodzaje świadczonych usług. Monitorowany jest przede wszystkim wolumen świadczonych usług oraz wydatki (zwłaszcza w sektorze zdrowotnym). Nie istnieją jednak wskaźniki efektywności zorientowane na wyniki opieki (ramka 11).

Ramka 11: Wskaźniki efektywności oraz systemy oceny opieki domowej w Europie

Ocena efektywności odgrywa coraz większą rolę w zarządzaniu usługami opieki domowej w Europie. Współistnieją różne systemy oceny jakości, różniące się poziomami urynkwienia/zbiurokratyzowania, wskaźnikami, ukierunkowaniem i narzędziami oraz celem, a więc publicznym charakterem wyników. Chociaż najlepiej byłoby, gdyby ocena efektywności opierała się na rezultatach (usług opieki domowej) dla każdego podmiotu związanego z daną usługą, równie często do oceny jakości usług wykorzystywane są wskaźniki strukturalne.

Strukturalne wskaźniki jakości odnoszą się do właściwości usługodawców, ich narzędzi i zasobów, a także do otoczenia fizycznego i organizacyjnego (tj. kwalifikacji i poziomu wyszkolenia personelu). Wskaźniki procesowe odnoszą się do czynności i relacji pomiędzy pracownikami opieki, nieformalnymi usługodawcami i usługobiorcami (np. metody oceny, podnoszenia, karmienia lub kąpania oraz zachowanie punktualności). Wskaźniki wyników odnoszą się do wyników końcowych czynności (np. stanu funkcjonalnego osoby, jej zadowolenia z opieki i jakości jej życia).

We Włoszech ocena efektywności ma ograniczony zasięg i zazwyczaj ukierunkowana jest na pracowników, polega na akredytacji, oraz, w mniejszym stopniu, na danych o działalności gromadzonych zazwyczaj przez organizacje pozarządowe. Pozostałe formy oceny efektywności, łącznie z ewaluacją, nie są powszechne na szczeblu krajowym, chociaż istnieje duże zróżnicowanie regionalne i lokalne.

Ocena efektywności stosowana w Belgii opiera się na raportach z działalności dotyczących wyników pośrednich lub strukturalnych aspektów jakości, chociaż prowadzone są także oceny i przeglądy programów. Pomimo faktu, że usługodawcy muszą zasadniczo spełniać standardy związane z zasobami, zwraca się też uwagę na wyniki końcowe, związane z pracownikami a nie z usługobiorcami, jak w przypadku Włoch. Celem raportów dotyczących efektywności jest informowanie władz publicznych a nie opinii publicznej.

Inaczej sytuacja wygląda w Niemczech i Anglii, gdzie wdrożone zostały bardziej wyrafinowane czy też rozwinięte systemy oceny efektywności. W Niemczech, gdzie istnieje motywacja do przejścia w ocenie efektywności z zasobów na skutki dla użytkownika, system koncentruje się w szczególności na usługodawcach. Ostatnie zmiany miały na celu poprawę wydajności rynku, czy to poprzez kontrolę jakości, czy to przez stymulowanie konkurencyjności. W przeciwieństwie do Włoch czy Belgii, system ten nie koncentruje się na sile roboczej.

W Anglii urynkowanie sektora opieki domowej stało się w ciągu ostatnich kilku lat tendencją dominującą, a ocena ma służyć przede wszystkim poprawie efektywności za pomocą minimalnych standardów lub dostarczaniu informacji o jakości. Uwzględniane są głównie rezultaty dla usługobiorców, chociaż zwraca się też uwagę na skutki dla usługodawców nieformalnych. Rząd wymaga gromadzenia danych oraz nakazuje prowadzenie regularnych przeglądów w celu informowania społeczeństwa, a nie dla kontrolowania zachowań. Ponadto powszechne stały się quasi-eksperymentalne (i eksperymentalne) oceny dotyczące nowych inicjatyw w zakresie polityk.

Obserwowane różnice między systemami oceny stosowanymi w różnych krajach wynikają głównie ze sposobu, w jaki dany kraj organizuje swój system opieki domowej oraz od kontekstu politycznego. Tam, gdzie istnieje quasi-rynek (np. Włochy, Anglia i Niemcy), nabywcy nie mają mechanizmów kontroli bezpośredniej, z czego wynika konieczność gromadzenia danych o działalności usługodawców dla potrzeb zapewnienia jakości i dla potrzeb informacyjnych. Z drugiej jednak strony, tam, gdzie podaż usług opiekuńczych zorganizowana jest zgodnie z modelem biurokratycznym (np. w Belgii), występują bliskie i trwałe relacje między usługodawcami i usługobiorcami, często w środowisku niesprzyjającym poprawie efektywności.

Anglia i Niemcy, ze swoimi rozwiniętymi rynkami, gdzie usługobiorcy mają wybór a usługodawcy konkurują ze sobą, również korzystają z kontroli skupionej na wynikach, a informacje o jakości udostępniane są publicznie. Jednakże we Włoszech, gdzie istnieje quasi-rynek opieki domowej, korzystanie z kontroli jest ograniczone, a akredytacje wydawane są na podstawie zasobów, co można przypisać ograniczonemu korzystaniu z opieki formalnej. Jedynie w Anglii czynności oceny efektywności koncentrują się na nieformalnych usługodawcach, a dzieje się tak prawdopodobnie z powodu trudności związanych z gromadzeniem właściwych danych.

Nie ma zgody co do tego, które podejście jest bardziej skuteczne. W Anglii i w

Niemczech rozdzielenie bezpośredniego wpływu usług na wyniki od wpływu innych czynników pozostaje dużym wyzwaniem. Z drugiej jednak strony, trudności związane ze stosowaniem wskaźników strukturalnych polegają na tym, że ich związek z wynikami nie jest jasno określony. Mimo że dane ze Stanów Zjednoczonych sugerują, że system ukierunkowany na zasoby może uzyskać także dobre wyniki, nie jest pewne, jak system taki radziłby sobie pod naciskiem fiskalnym i w kontekście dużego zróżnicowania usług. Ustandaryzowane i bezosobowe metody oceny mogą nie odzwierciedlać subiektywnego wymiaru jakości, który może być włączony do systemu, aby zachęcić wszystkie istotne podmioty do udziału w rozwijaniu usług.

Źródło: 2012. *Care Regimes on the Move. Comparing home care for dependent older people in Belgium, England, Germany and Italy*, Centre Interdisciplinaire de Recherche Travail, État et Société, Université Catholique de Louvain, Charleroi, Belgium.

Prywatnych dostawców usług opiekuńczych, działających na podstawie takich samych przepisów jak wszelkie inne organizacje prywatne – czy to non-profit czy komercyjne – jest coraz więcej. Zazwyczaj współpracują oni z samorządami lokalnymi w świadczeniu usług opieki domowej lub zapewniają opiekę stacjonarną. Działalność prywatnych usługodawców nie jest nadzorowana przez żadną instytucję publiczną zaangażowaną w zarządzanie opieką, a jakość tych usług nie jest monitorowana. Odpłatne prywatnie usługi opieki domowej świadczone są głównie w szarej strefie, w wielu przypadkach przez imigrantów.

Usługodawcy oferujący opiekę stacjonarną mogą rejestrować się jako stowarzyszenia, jako podmioty gospodarcze lub mogą się w ogóle nie rejestrować. Według informacji z niepotwierdzonych źródeł, usługobiorcy opieki długoterminowej i ich rodziny mogą – wobec braku jednoznacznych danych dotyczących jakości usług – polegać na rodzaju rejestracji jako na sygnale informującym o poziomie kontroli jakości. W Pilotażowym Badaniu Jakości prowadzonym w ramach niniejszego przeglądu w Katowicach, domy opieki zarejestrowane jako stowarzyszenia miały pełne obłożenie i listy oczekujących, podczas gdy te zarejestrowane jako podmioty gospodarcze lub niezarejestrowane miały wolne miejsca (Millward Brown, 2015).

7. Strategiczne kierunki działania i zalecenia

Struktura interwencji

Działania w obszarze polityki (policy)	Mechanizmy	Wymiar czasowy	Odpowiedzialność instytucjonalna/ koszty
Zdrowe i aktywne starzenie	Profilaktyka zdrowotna od wczesnych lat, aktywność fizyczna, aktywność społeczna itp.	Powinno być włączone w obecnie wdrażane polityki (jak najszybciej)	Działania wielu sektorów/ finansowanie horyzontalne
Zwiększenie poziomu dostarczania usług ODT w domu z wykorzystaniem nowoczesnych technologii, promowanie starzenia się w miejscu			Ciężar organizacyjny i finansowy na poziomie regionalnym, wsparcie w kierunkach polityki na poziomie centralnym, włączając w to zachęty finansowe i promocję innowacji

	Stworzenie zachęt i odpowiedniej organizacji dla wzmocnienia koordynacji	Działanie krótko terminowe	Na poziomie rządowym/ niskie koszty wdrożenia
	Przyznanie pierwszeństwa w działaniach w ramach ODT i zidentyfikowanie sposobów na realokowanie istniejących zasobów w bardziej efektywny sposób w celu kontroli kosztów.	Analiza wydatkowania funduszy na ODT (spending review) – Działanie krótkoterminowe.	Działanie na poziomie rządowym i samorządowym.
	Zróźnicowanie rozwiązań dostarczających usług ODT, włączając w to prywatnych – działających dla zysku i działających nie dla zysku – dostawców usług.	System włączania nowych dostawców należy zaproponować jako rozwiązanie krótko- i średnioterminowe.	Rządowy poziom wdrożenia przy jednoczesnym wzmocnieniu zdolności instytucjonalnych na poziomie regionalnym.
	Rozwinięcie zasobów kadrowych ODT wraz z odpowiednim systemem zachęt.	Działanie krótko- i średnioterminowe.	Wdrożenie działań na poziomie rządowym i regionalnym.
	Stworzenie zrównoważonego systemu finansowania opieki długoterminowej.	Działania średnio- i długookresowe.	Wdrożenie działań na poziomie rządowym.

Źródło: Opracowanie własne Banku Światowego.

Celem opracowania formalnych systemów finansowania i świadczenia usług opieki długoterminowej jest doskonalenie jakości życia starszych obywateli i propagowanie ich niezależności, w szczególności w przypadku osób z niepełnosprawnością

funkcjonalną, zmniejszenie obciążeń opiekuńczych rodzin oraz zminimalizowanie kosztów związanych z długotrwałą hospitalizacją (Houde i in., 2007; Kang i in., 2012; Geraedts i in., 2011). Niniejszy rozdział omawia działania polityczne niezbędne do dalszego rozwoju systemów opieki długoterminowej w Polsce, zgodnie z celami przedstawionymi powyżej.

Wszystkie najnowsze dokumenty związane z polityką krajową w obszarze opieki długoterminowej jednogłośnie wskazują następujące zagadnienia jako krytyczne dla rozwoju i wzmocnienia sektora opieki długoterminowej w Polsce:

- zwiększenie znaczenia profilaktyki zdrowotnej i zdrowego starzenia się;
- lepsza koordynacja różnych podmiotów służąca stworzeniu skutecznego, finansowo zrównoważonego systemu dobrej jakości usług ODT;
- ustanowienie mechanizmów zrównoważonego finansowania opieki długoterminowej;
- zwrócenie większej uwagi na nowe narzędzia, wykorzystujące zaawansowane technologie, w rozwijaniu opieki długoterminowej;
- zapewnienie większych możliwości rozwoju sektora NGO w obszarze opieki długoterminowej;
- niewystarczająca liczba pracowników świadczących usługi ODT, zwłaszcza w sektorze opieki zdrowotnej, ale także w sektorze pomocy społecznej.

Uwagi te są również spójne z kluczowymi wyzwaniami określonymi w Rozdziale 6. W związku z powyższym pozostała część niniejszego rozdziału zostanie poświęcona zaleceniom odnośnie rozwiązywania wymienionych krytycznych problemów.

7.1 Propagowanie aktywnego i zdrowego starzenia się poprzez wdrożenie odpowiedniej polityki we wszystkich sektorach i poprzez współpracę sektorów

Propagowanie zdrowego stylu życia, jak też aktywnego i zdrowego starzenia się, może pomóc w przedłużeniu niezależności do późnego wieku, a tym samym zmniejszyć przyszłe zapotrzebowanie na usługi opieki długoterminowej. W tym celu wymagane jest zintegrowane i holistyczne podejście, oparte na zasadzie aktywnego i zdrowego starzenia się we wszystkich aspektach polityki publicznej. Określono kluczowe strategie:

- (1) Do propagowania aktywnego i zdrowego starzenia się wymagane jest pełne wdrożenie kluczowych strategii w zakresie zdrowia publicznego i opieki zdrowotnej: promocji zdrowia, profilaktyki i rehabilitacji, intensywnego rozwoju gerontologii i geriatrii w celu zapewnienia, że pracownicy ochrony zdrowia i opieki długoterminowej będą spełniać potrzeby rosnącej populacji osób starszych.

- (2) Rozwijanie współpracy dla zdrowia na różnych szczeblach i w różnych obszarach działalności administracji rządowej, łącznie z gospodarką, finansami, edukacją i sportem.
- (3) Stopniowe odchodzenie od rozwiązań instytucjonalnych, zwłaszcza opartych na opiece szpitalnej, w kierunku opieki długoterminowej. Opieka instytucjonalna jest istotnym składnikiem systemów opieki długoterminowej, ale ze swojej natury jest rozwiązaniem „o dużej intensywności (wymagającym dużych nakładów)”. Traktowanie opieki długoterminowej jako opieki medycznej, i w konsekwencji wiązanie jej z usługami instytucjonalnymi, może w wielu krajach regionu negatywnie wpływać na świadczenie usług opieki długoterminowej (szczególnie gdy weźmiemy pod uwagę brak wolnych łóżek w szpitalach) (Norton, 2000; Smith i Nguyen, 2013). Takich tendencji należy unikać za wszelką cenę. Aby zapewnić efektywność kosztową oraz zrównoważone finansowanie, strategie opieki długoterminowej muszą przewidywać świadczenie szeregu usług odpowiadających potrzebom na wielu poziomach. System opieki może spełniać wymagania osób o różnym stopniu zależności, świadcząc różne rodzaje usług (ramka 12).
- (4) Należy położyć większy nacisk na środowiskowe systemy opieki długoterminowej. W krajach bogatszych sektor ODT zaczyna odchodzić od opieki stacjonarnej na rzecz specjalistycznych usług środowiskowych. Środowiskowe usługi opieki długoterminowej przynoszą zarówno korzyści finansowe, jak i zdrowotne (Mandeville i in., 2015). Dzięki otrzymywaniu usług we własnym domu zamiast w zakładzie opiekuńczym, osoby starsze mogą zachować autonomię i niezależność, a to zapewnia im z kolei korzyści finansowe i psychospołeczne (Kaye i in., 2010). Opieka stacjonarna jest droga na skutek kosztów ogólnych i kosztów pracy. Usługi świadczone w domu są często bardziej efektywne finansowo i wyżej oceniane przez usługobiorców (Bank Światowy, 2010). Inwestowanie w usługi środowiskowe jest ważnym sposobem na stworzenie zrównoważonych usług opieki długoterminowej (Kaye i in., 2010).

Ramka 12: Rodzaje opieki długoterminowej

Opieka osobista: opieka niewykwalifikowana obejmująca pomoc w zakresie podstawowych czynności życiowych, takich jak kąpiel, ubieranie się, jedzenie, przemieszczanie się z łóżka na wózek i z powrotem oraz korzystanie z łazienki.

Opieka domowa: pomoc w zakresie złożonych czynności życia codziennego (np. gotowanie, sprzątanie, gospodarowanie pieniędzmi).

Opieka pielęgnarska / zdrowotna: czynności medyczne (np. podawanie leków, zmiana opatrunków).

Usługi środowiskowe: usługi świadczone na poziomie społeczności lokalnej, takie jak opieka dzienna, dostawy posiłków do domu, usługi transportowe. Służą zapewnieniu osobom starszym niezależności i przebywania we własnym domu, tak długo jak to możliwe.

Opieka dzienna: usługi świadczone w ciągu dnia przez lokalne ośrodki. Programy ukierunkowane na spełnianie potrzeb osób o ograniczeniach funkcjonalnych lub zaburzeniach poznawczych poprzez zapewnianie im pomocy i opieki w bezpiecznym otoczeniu, ale nie w zakładach opieki stacjonarnej.

Domy spokojnej starości: ośrodki stacjonarne zapewniające opiekę osobistą na poziomie zależnym od potrzeb i bezpieczne środowisko do życia. Opieka nie jest tak intensywna jak w przypadku domów opieki, mieszkańcy mają zapewnioną względną niezależność.

Ośrodki opiekuńcze / Domy opieki / Zakłady opieki długoterminowej: placówki, w których mieszkają osoby starsze, zapewniające ogólną opiekę pielęgniarstwa osobom przewlekle chorym lub niebędącym w stanie zaspokajać swoich codziennych potrzeb życiowych.

Źródło: Mandeville i in., 2015. Adaptacja z LongTermCare.gov (U.S. Department of Health and Human Services).

7.2 Ustanowienie właściwych rozwiązań instytucjonalnych i zachęt dla usprawnienia koordynacji

Doświadczenia międzynarodowe pokazują, że wysoki poziom skoordynowania sektorów zdrowotnego i socjalnego jest istotny dla zapewnienia osobom starszym skutecznych i dobrych jakościowo usług. Dobra koordynacja jest również niezwykle istotna dla zapewnienia stabilności finansowej. Bez dobrego skoordynowania systemu, dochodzi do powtórnych przyjęć czy przenoszenia pacjentów między sektorami, co generuje koszty i obniża poziom zadowolenia pacjenta.

W Polsce koordynacja „pozioma” sektora opieki zdrowotnej i pomocy społecznej jest utrudniona przez wysoki poziom decentralizacji (Kazepov, 2010), co osłabia powiązania między centralnym, regionalnym i lokalnym poziomem organizacji. Na poziomie centralnym Ministerstwo Pracy i Ministerstwo Zdrowia odpowiadają za założenia polityczne, finansowanie i regulowanie systemu. Samorząd regionalny odpowiada za tworzenie długoterminowej strategii rozwoju regionalnego, obejmującej także usługi społeczne i komunalne. Instytucja, która odpowiada za realizację tego zadania, to Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej (ROPS). W praktyce działalność ROPS ogranicza się do rozwiązywania bieżących problemów z zakresu pomocy społecznej, a więc zadań związanych z pomocą osobom najuboższym. (Golinowska, Rysz-Kowalczyk 2013). Gminy odpowiadają za świadczenie różnorodnych usług społecznych i komunalnych. Gminy przygotowują własne strategie rozwiązywania problemów społecznych i finansują je z przeznaczonych na ten cel funduszy otrzymywanych z budżetu centralnego lub z funduszy centralnych (NFZ, FUS, PFRON). Zaspokajanie potrzeb lokalnych bez własnych środków finansowych często

stanowi duże wyzwanie¹⁹. Ponadto możliwości gmin są często ograniczone, zwłaszcza w odniesieniu do właściwej realizacji zadań związanych z propagowaniem zdrowego starzenia się.

Można zaproponować ztery kluczowe strategie tworzenia zachęt do propagowania koordynacji poziomej i pionowej:

- (1) Koordynację mogą wdrażać instytucje na szczeblu regionalnym, podczas gdy niektóre zadania (np. monitorowanie systemu) mogą być przekazane instytucjom na szczeblu krajowym.
- (2) Budowanie na szczeblu regionalnym potencjału w zakresie planowania i komunikacji związanych z opieką długoterminową w celu zapewnienia, że wszystkie kwestie dotyczące opieki długoterminowej są uwzględniane w regionalnych planach strategicznych.
- (3) Budowanie na szczeblu lokalnym potencjału związanego z różnymi aspektami zdrowego starzenia się w celu zwiększenia możliwości gmin w zakresie społecznej integracji osób starszych poprzez działania edukacyjne, kulturalne i fizyczne.
- (4) Dobrze zorganizowany system monitorowania i oceny jest potrzebny, żeby dostarczać twórcom polityk dane niezbędne do tworzenia polityk opartych na obiektywnych informacjach. Proces oceny instytucjonalnej może pomóc w precyzyjnym określeniu takiego połączenia zachęt i monitorowania, które mogłoby wspierać skoordynowane i skuteczne świadczenie usług opieki długoterminowej.

7.3 Ustanowienie mechanizmu zrównoważonego finansowania opieki długoterminowej

Aby uchronić osoby potrzebujące przed kosztami, które mogą doprowadzić je do zubożenia, prawo do otrzymywania kompleksowej opieki długoterminowej należy rozszerzyć na wszystkie osoby potrzebujące, także te bogatsze. Prawo do otrzymywania kompleksowej opieki długoterminowej obejmuje opiekę pielęgniarstwa, osobistą i domową. Systemy finansowania opieki zdrowotnej tradycyjnie pokrywają tylko koszty zdrowotnej i pielęgniarstwa opieki długoterminowej, podczas gdy opieka społeczna lub służby socjalne zapewniają dodatkowe usługi skierowane do osób najbardziej pokrzywdzonych (zazwyczaj osób biednych i osób z niepełnosprawnościami). Kraje zapewniające kompleksowe usługi dla całej populacji wydają zazwyczaj od 2 do 3,5% PKB na opiekę długoterminową (Mandeville i in., 2015).

Pojawiły się ostatnio w Polsce projekty ustanowienia dodatkowego ubezpieczenia społecznego na opiekę długoterminową lub oddzielnego ubezpieczenia na opiekę długoterminową na wzór ubezpieczeń istniejących w Niemczech i Japonii. W roku 2009 polski Senat przedstawił projekt systemu UODT, ze składkami na poziomie 1 i 1,5% dochodu. Nowy plan UODT obejmowałby wszystkie osoby aktualnie objęte ubezpieczeniem zdrowotnym. Zostałby utworzony nowy fundusz, zarządzany przez

¹⁹ Na chwilę obecną (czerwiec 2015) MPiPS oferuje gminom i powiatom dodatkowe fundusze na tworzenie ośrodków opieki dziennej (program „Senior Wigor”).

Narodowy Fundusz Zdrowia (Augustyn, 2010). Projekt ten został jednak skrytykowany, ponieważ zakładał zwiększenie podatków i kosztów pracy (Bednarski).

Ogólne przychody podatkowe są głównym źródłem finansowania opieki długoterminowej w Polsce. Jak już wskazano w rozdziale 6, biorąc pod uwagę prognozowany wzrost wydatków na opiekę długoterminową, aktualny model finansowania ODT nie jest zrównoważony.

Niedawne prace grupy parlamentarnej²⁰ przy wsparciu najlepszych krajowych ekspertów, przyniosły między innymi następujące zalecenia dla polskiego systemu finansowego: (i) kontrola kosztów oraz konsolidacja bieżących wydatków na opiekę długoterminową i źródeł finansowania; oraz (ii) ponowne przemyślenie istniejącego planu świadczeń pieniężnych dla osób w wieku powyżej 75 lat.

Określono następujące strategie, spójne z zaleceniami grupy parlamentarnej²¹:

- (1) Najbardziej uzasadnione jest uniwersalne podejście ukierunkowane na finansowanie opieki długoterminowej, biorąc pod uwagę dramatyczny wzrost popytu na opiekę długoterminową, potencjalne ograniczenia fiskalne w zwiększaniu przychodów oraz duże nierówności w dostępie do opieki, opisane w rozdziale 3. Wiąże się to z zapewnianiem kompleksowej opieki długoterminowej osobom najbardziej potrzebującym, które mają duże potrzeby. W miarę starzenia się społeczeństwa i poprawy warunków gospodarczych system można poszerzyć tak, aby obejmował osoby o mniejszych potrzebach i wyższych dochodach. W końcowym etapie można skonsolidować różne mechanizmy w jeden powszechny, kompleksowy plan.
- (2) Można udostępnić uzupełniające mechanizmy finansowania niektórym, ale nie wszystkim, grupom dochodowym, podobnie jak to zrobiono we Francji czy w Szwajcarii (ramka 13). Usługi opieki długoterminowej mogłyby być świadczone jako nieodpłatne usługi ukierunkowane na osoby potrzebujące lub z ograniczoną współodpłatnością i świadczeniami pieniężnymi (zasiłki opiekuńcze). Taki zasiłek mógłby być wykorzystywany do zakupu usług opiekuńczych na rynku. Rola państwa różniłaby się w zależności od wagi poszczególnych elementów wybranego systemu: najmniejsza byłaby w przypadku oparcia całego systemu na świadczeniach pieniężnych – ograniczyłaby się wówczas do określania i kontrolowania podstawowych standardów jakości w prywatnym sektorze usług opiekuńczych.
- (3) Propozycje zmian odnośnie powszechnego świadczenia pieniężnego dla osób powyżej 75. roku życia:
 - (i) Ograniczenie przyznawania tego świadczenia. Przykładowo, ograniczenie dostępności świadczenia wyłącznie dla zależnych osób powyżej 80. roku życia (co do których zakłada się, że bardziej potrzebują opieki) przy

²⁰ Parlamentarna grupa ekspertów działająca w ramach klubu senatorskiego Platformy Obywatelskiej w latach 2010-2014, przygotowała projekt ustawy o ubezpieczeniu od zależności.

²¹ Parlamentarna grupa ekspertów działająca w ramach klubu senatorskiego Platformy Obywatelskiej w latach 2010-2014, przygotowała propozycję przepisów zawierających między innymi powyższe propozycje.

jednoczesnym zwiększeniu wartości świadczenia do poziomu bardziej odpowiadającego kosztom opieki²².

- (ii) Przyznawanie świadczenia osobom w wieku ponad 75 lat na podstawie poświadczonego stopnia niepełnosprawności. Takie rozwiązanie sprawiłoby, że świadczenie bardziej odpowiadałoby potrzebom, ale wiązałyby się z nim wyższe koszty administracyjne.

Uznając fakt, że takie działania mogłyby być problematyczne pod względem politycznym, należy przeprowadzić dalsze analizy na podstawie danych administracyjnych w celu określenia kosztów i korzyści związanych z tymi dwoma rozwiązaniami.

Ramka 13: Przykłady uzupełniających mechanizmów finansowania

Zazwyczaj systemy opieki zdrowotnej zapewniają opiekę pielęgniarską, podczas gdy systemy pomocy społecznej lub inne mechanizmy finansowe, zapewniają dostęp do dodatkowych usług opieki długoterminowej osobom o znacznym stopniu niepełnosprawności i z dochodami na poziomie minimum socjalnego. Uzupełniające mechanizmy finansowania mogą być również dostępne dla niektórych grup dochodowych, przy czym wysokość świadczeń często maleje proporcjonalnie do wysokości dochodów.

Poza dostępną dla wszystkich opieką pielęgniarską, której koszty pokrywane są z obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, Szwajcaria wprowadziła uzależnione od stopnia zamożności świadczenie pieniężne na pokrycie kosztów opieki osobistej. Rada Generalna Francji finansuje świadczenie pieniężne (fr. *Allocation personnalisée d'autonomie*) osobom z niepełnosprawnościami mającym ponad 60 lat, przy czym kwota takiego świadczenia różni się w zależności od potrzeb i dochodów.

Źródło: OECD. 2011. *Public Long-term Care Financing Arrangements in OECD Countries*. w: *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. Paris: Organization for Economic Coordination and Development, s.213-245.

7.4 Rozwój wykwalifikowanej siły roboczej na potrzeby opieki długoterminowej i dopracowanie zachęt

Konieczność zapewnienia opieki nad członkami rodziny to obecnie drugi najczęściej podawany przez osoby aktualnie niezatrudnione powód odejścia z pracy (pierwszy – to przejście na emeryturę) (Morgandi i Gatti, 2015). Szczególnie duży nacisk należy położyć na poprawę uczestnictwa w rynku pracy kobiet w wieku powyżej 50 lat, które obecnie nie pracują zawodowo. Przeszkody, które uniemożliwiają wielu z nich udział w

²² Biorąc pod uwagę, że względnie dużo bogatych osób przeżywa do późnej starości, taka strategia mogłaby skutkować oddaleniem się źródeł finansowania od osób najbardziej pokrzywdzonych (upośledzonych społecznie).

rynku pracy, obejmują: niskie kwalifikacje (wiele z nich posiada niższe wykształcenie), i ograniczona możliwość podjęcia pracy (ponieważ opiekują się wnukami i starzejącymi się rodzicami). Zmiana obecnego sposobu zapewniania opieki (głównie prywatnie) na bardziej zorganizowany i wydajny, mogłaby generować zapotrzebowanie na pracę starszych kobiet i zmniejszyć ograniczenia wynikające z konieczności pełnienia przez nie opieki nad członkami rodziny. Ponadto, gospodarka senioralna może także w istotny sposób przyczynić się do zwiększenia zatrudnienia również wśród osób młodych. Oczywiście istnieją pewne wyzwania związane z zapewnianiem siły roboczej w tym sektorze, w tym problemy z zatrzymywaniem pracowników i z właściwymi kwalifikacjami, a sytuację dodatkowo komplikuje fakt, że Polska jest krajem, który zarówno wysyła za granicę, jak i przyjmuje z zagranicy osoby szukające zatrudnienia.

Doświadczenia innych krajów pokazują (np. Wielka Brytania, Niemcy, Hiszpania) jednak, że odpowiednie ramy i polityka imigracyjna mogą zachęcać imigrantów do pozostania i pracy w sektorze opieki, np. poprzez programy ułatwiające imigrację pracownikom z sektora usług ODT lub poprzez zalegalizowanie pobytu (ramka 14).

Ramka 14: Polityki imigracyjne i zatrzymywanie pracowników w sektorze opieki długoterminowej

Osoby urodzone za granicą mogą stać się ważnym „źródłem” pracowników dla sektora opieki długoterminowej i w najbliższej przyszłości odegrają prawdopodobnie istotną rolę. Dla przykładu, sześcioprocentowy wzrost zatrudnienia w opiece instytucjonalnej w Unii Europejskiej w latach 2008-2009 opierał się w znacznym stopniu na pracownikach urodzonych za granicą (w ponad połowie). W oparciu o wytyczne OECD dotyczące imigracji zarobkowej, główne etapy, odnoszące się także do sektora ODT, ustanawiania odpowiednich ram politycznych, powinny obejmować: (1) zidentyfikowanie niezaspokojonych potrzeb rynku pracy, (2) zapewnienie pozwoleń na pracę odpowiadających takim potrzebom, (3) opracowanie sposobów dopasowania pracowników do stanowisk pracy, (4) ustanowienie skutecznych procedur rozpatrywania i przyznawania pozwoleń, (5) opracowanie sposobów na weryfikowanie przez pracodawców statusu potencjalnych pracowników, oraz (6) ustanowienie skutecznej kontroli granic oraz procedur egzekwowania zatrudnienia.

Kraje o polityce zachęcającej do imigracji, takie jak Kanada czy Izrael, znajdują pracowników opieki długoterminowej, wdrażając specjalne programy. Kanadyjski program Live-In Caregiver (LCP) umożliwia imigrantom uzyskanie prawa stałego pobytu po dwóch latach od rozpoczęcia pracy w charakterze „live-in caregivers” (opiekunów z zamieszkaniem) w pełnym wymiarze godzin. Program stymuluje pracodawcy, a chętni muszą mieć wystarczająco wysoki poziom wykształcenia, równoważny z kanadyjskim wykształceniem na poziomie średnim, muszą odbyć sześciomiesięczny kurs lub mieć doświadczenie oraz odpowiednie umiejętności językowe. W roku 2008 ok. 13 000 obywateli innych państw wjechało do Kanady na podstawie takich pozwoleń na pracę. W Izraelu podjęcie zatrudnienia w sektorze opieki

długoterminowej stanowi główny sposób na rozpoczęcie pracy w tym kraju przez obcokrajowców. Od 1988 roku istnieje świadczenie ODT, które osoby starsze mogą wydać na zatrudnienie imigrantów – mogą oni przebywać w Izraelu maksymalnie przez okres 63 miesięcy.

W pozostałych krajach OECD również istnieją polityki imigracyjne mające zastosowanie do pracowników opieki długoterminowej. We Włoszech imigracja pracowników ODT wspierana jest przez proces legalizacji pobytu. W Wielkiej Brytanii brakuje opiekunów ODT, dlatego też potencjalnym opiekunom zza granicy ułatwia się wjazd do kraju. Imigranci posiadający umiejętności wymagane do pracy w sektorze opieki długoterminowej mogą wjechać do Australii na podstawie programu General Skilled Migration (GSM) oraz programu przyznawania wiz osobom wskazanym przez pracodawców. W Japonii podpisano umowy dwustronne z Indonezją, Wietnamem i Filipinami, na mocy których ograniczona liczba pracowników opieki przyjmowana jest do tego kraju, chociaż inne wymogi, takie jak znajomość języka i wymagania formalne dotyczące kwalifikacji, ograniczają napływ chętnych. Wykwalifikowani pracownicy opieki długoterminowej mogą przebywać w Japonii bezterminowo.

Ponadto, niektóre kraje opracowały polityki zmniejszania udziału pracy nierejestrowanej w sektorze opieki długoterminowej. Przykładowo, w Niemczech wydaje się specjalne pozwolenia na pracę dla pracowników z krajów, które przystąpiły do Unii Europejskiej w roku 2004 lub później, oraz przywileje podatkowe pozwalające zaoszczędzić 20% kosztów legalnie zatrudnionych opiekunów. Francja stosuje odliczenia od podatku oraz ograniczenie formalności administracyjnych związanych z formalnym zatrudnianiem pracowników opieki długoterminowej. W roku 2007 Austria opracowała program rejestrowania pracowników opieki, którzy do tej pory pracowali nielegalnie, ulaskawiając tych, którzy zatrudniali imigrantów, pod warunkiem ich odpowiedniego zarejestrowania. Wprowadzaniu takich środków często towarzyszy kampania podnoszenia świadomości (Szwajcaria).

Źródło: OECD, 2011. *Potrzebna pomoc? Świadczenie i wynagradzanie usług opieki długoterminowej.*

W ciągu ostatnich dziesięciu lat wdrożono wiele inicjatyw służących rozwijaniu umiejętności pracowników sektora opieki długoterminowej²³. Żeby zaspokoić rosnące potrzeby w zakresie ODT, należy jednak podejmować dalsze wysiłki. Potencjalne strategie to:

²³ 2003 – określenie nowych specjalistycznych kwalifikacji pielęgniarstkich; kwalifikacje w zakresie ODT wymagane przepisami NFZ („Karta czynności pielęgniarstkich dla pielęgniarek ODT”), 2007 – wprowadzenie nowego zawodu, pracownika medycznego, którego kształcą szkoły zawodowe lub szkoły pomaturalne.

- Zwiększenie liczby szkoleń dla pielęgniarek i pracowników socjalnych ²⁴. Pielęgniarki i pielęgniarze są teraz szkoleni na trzecim poziomie edukacji, w oparciu o fundusze UE. Istnieje też potrzeba zwiększenia liczby szkoleń dla pielęgniarek i opiekunów na drugim poziomie zawodowym.
- Odpowiednie i podobne ustalenia dotyczące pensji dla personelu opiekuńczego we wszystkich sektorach i miejscach zatrudnienia. Dowartościowanie pracowników opieki długoterminowej i podniesienie jakości miejsc pracy w sektorze ODT, przykładowo poprzez podwyższenie pensji i poprawę warunków pracy, będzie istotne dla poprawy wskaźnika zatrzymania pracowników. Pozytywne wyniki w tym zakresie stwierdzono w Niemczech, Holandii, Szwecji i Norwegii (OECD, 2011) (ramka 15).
- Legalizacja pobytu imigrantów pracujących w sektorze opieki długoterminowej poprzez zmianę przepisów regulujących pracę dorywczą (ramka 14).

Ramka 15: Poprawa zatrzymania pracowników opieki długoterminowej

Pomimo że praca opiekunki/opiekuna jest ciężka i wymagająca, pensje za jej wykonywanie są w krajach OECD niskie, a doświadczenie pracowników nie jest odpowiednio wynagradzane. Złe warunki pracy mogą prowadzić do problemów z rekrutacją pracowników, dużej ich rotacji, rezygnowaniem z pracy w sektorze oraz skracaniem liczby przepracowanych w sektorze lat. Szacunkowe koszty rotacji pracowników, wycenione dla publicznych programów Medicaid i Medicare w USA, to 2,5 miliarda dolarów.

Wiele krajów OECD opracowało i wdrożyło narzędzia poprawy rekrutacji pracowników i utrzymania zatrudnienia w sektorze. W niektórych krajach, np. w Kanadzie, Niemczech, Holandii, Nowej Zelandii, Wielkiej Brytanii i w Stanach Zjednoczonych wdrożono inicjatywy planowania zasobów siły roboczej. Większość krajów posiada narzędzia stymulacji wchodzenia pracowników do sektora opieki długoterminowej poprzez praktyki (Wielka Brytania), tworzenie dodatkowych miejsc pracy (Austria i Norwegia), dodatkowe finansowanie publiczne szkoleń (Australia, Belgia), opracowywanie ustandaryzowanych kursów szkoleniowych (Nowa Zelandia) lub nowych programów nauczania (Stany Zjednoczone). Irlandia i Anglia starają się pozyskiwać nowych pracowników opieki długoterminowej, oferując im opcję zatrudnienia bez kwalifikacji, pod warunkiem zdobycia niezbędnych kwalifikacji w trakcie pracy. Nowa Zelandia opracowała program partnerstwa publiczno-prywatnego, na podstawie którego pracodawcy zapewniają mentorów, szkolenie w miejscu pracy oraz pomoc osobom poszukującym pracy w uzyskaniu certyfikatu.

²⁴ Ostatnie decyzje ograniczające dotacje dla placówek kształcących pracowników socjalnych również stanowią zagrożenie w zakresie odpowiedniego przygotowania wykwalifikowanego personelu opiekuńczego.

Niektóre kraje oferują zachęty finansowe, żeby ponownie zatrudnić pracowników (Australia), podczas gdy inne kierują swoje wysiłki w stronę określonych grup docelowych, takich jak ludzie młodzi, ludzie powracający na rynek pracy oraz grupy niedostatecznie reprezentowane lub też alternatywne zasoby pracy (Niemcy, Holandia, Wielka Brytania, Stany Zjednoczone). Japonia wdrożyła różne polityki mające na celu przyciągnięcie i zatrzymanie pracowników opieki długoterminowej. Przykładowo, ustanowiony został fundusz wspierający usługodawców wypłacających wyższe pensje; oferowane są też dotacje mające przyciągnąć do sektora opieki długoterminowej osoby młode.

Rosnące kwoty wynagrodzeń mogą zmniejszyć rotację pracowników, chociaż narzędzia opracowane w tym celu należy połączyć z lepszym docenianiem doświadczenia poprzez odpowiedni poziom wynagrodzenia oraz z prawem do otrzymywania świadczeń. Dane ze Szwecji i z Niemiec pokazują wysoki stopień doceniania pracy i niską tendencję do jej porzucania tam, gdzie zapewnione zostały świadczenia związane z pracą. W systemie holenderskim pakiety świadczeń dla pracowników opieki długoterminowej, takie jak coroczny wzrost wynagrodzeń, odzwierciedlający przyrost doświadczenia, dodatkowa rekompensata za nieregularne godziny pracy, oraz – ograniczona – rekompensata kosztów podróży dla pracowników opieki domowej, wiążą się z wysoką lojalnością pracowników tego sektora.

Pozostałe kraje wprowadziły narzędzia związane z kształceniem i szkoleniem ustawicznym, przykładowo w postaci kursów doksztalających dla pielęgniarek (Australia) lub też w postaci wymogu uzyskiwania przez pracowników opieki długoterminowej określonych umiejętności, takich jak opieka gerontologiczna (Finlandia). Niemcy niedawno zwiększyły finansowanie publiczne, obejmując finansowaniem także trzeci i ostatni rok szkolenia starszych pracowników, którzy pragną przejść do pracy w sektorze opieki długoterminowej, podczas gdy kiedyś płacono tylko za dwa pierwsze lata. Niemcy i Holandia uznają wcześniej uzyskane kompetencje, umożliwiając osobom posiadającym odpowiednią wiedzę, umiejętności i doświadczenie, pominięcie elementów kształcenia zawodowego. Innowacje edukacyjne i szanse na zbudowanie kariery mogą poprawić potencjał rekrutacji i zatrzymania pracowników w tym sektorze.

Co więcej, polityki zorientowane na pracowników zwiększają prawdopodobieństwo, że pracownicy poczują się doceniani w miejscu pracy. Przykładowo, odpowiednie strategie zarządzania zasobami ludzkimi zmniejszają związany z pracą stres wśród pracowników sektora opieki długoterminowej oraz poprawiają samopoczucie odbiorców opieki długoterminowej. Docenianie pracownika, zwłaszcza docenianie jego kwalifikacji (łącznie z członkowstwem w organizacji zawodowej lub związku zawodowym), również okazało się korzystne dla branży.

Źródło: OECD, 2011. *Potrzebna pomoc? Świadczenie i wynagradzanie usług opieki długoterminowej.*

7.5 Wykorzystanie technologii dla propagowania „starzenia się we własnym domu”

W krajach OECD systemy opieki długoterminowej w coraz większym zakresie wykorzystują technologie umożliwiające osobom wymagającym opieki dłuższe pozostawanie w swoim otoczeniu – „starzenie się we własnym domu”. W ramce 16 podsumowane zostały niektóre z tych strategii, które można wdrożyć także w Polsce .

Ramka 16: Technologie mogą wspierać „starzenie się we własnym domu”

Poczta elektroniczna, czat, gry, transmisja video, telefony komórkowe, smartfony oraz różne rodzaje przenośnych i stacjonarnych komputerów służą poprawie komunikacji i zaangażowania oraz zmieniają sposób, w jaki pracownicy opieki długoterminowej mogą koordynować działania – z innymi opiekunami, z osobami starszymi i z ich rodzinami.

Kamery internetowe, czujniki upadku, domowe systemy monitoringu oraz inne zabezpieczenia pomagają w lepszym ukierunkowaniu pomocy i dostarczeniu jej na czas.

W obszarze technologii związanych ze zdrowiem aplikacje telemedyczne, technologie zarządzania aplikowaniem leków, technologie zarządzania chorobami oraz technologie podnoszenia sprawności mogą się przyczynić do poprawy jakości zdrowia.

Jeżeli chodzi o naukę i uczestnictwo, technologie wspomagające kształcenie, wolontariat i pracę mogą podtrzymywać aktywność osób starszych – nawet tych z demencją i podopiecznych domów opieki.

Źródło: IOM (Institute of Medicine) oraz NRC (National Research Council). (2014). Finansowanie usług opieki długoterminowej dla osób niepełnosprawnych i starszych dorosłych: podsumowanie warsztatów. Washington, DC: The National Academies Press.

7.6 Wzmacnianie roli społeczności lokalnych i organizacji pozarządowych w opiece długoterminowej

Słaba koordynacja między sektorem zdrowotnym a sektorem socjalnym, oraz w ramach tych sektorów, jest jednym z głównych problemów, które należy rozwiązać w odniesieniu do systemów opieki długoterminowej, by zwiększyć ich skuteczność. Świadczenie usług opieki długoterminowej, ale również koordynację tych usług, można prowadzić na szczeblu społeczności lokalnych, z udziałem wszystkich istotnych podmiotów.

Udział osób starszych we wszystkich etapach planowania i realizacji będzie miał zasadnicze znaczenie dla zapobiegania wykluczeniu, pozwoli korzystać z doświadczenia i wiedzy tych osób oraz zagwarantuje spełnienie ich potrzeb.

Samorządy lokalne mogą odgrywać rolę w rozwijaniu umiejętności i pewności siebie, wymaganych dla aktywnego angażowania się na poziomie lokalnej społeczności²⁵.

Zapewnienie aktywnego uczestnictwa osób starszych w życiu społecznym może zaowocować nie tylko poprawą ich warunków życiowych lub stanu zdrowia, ale może też przynieść korzyści dla całego społeczeństwa. Połączenie działań zapewniających aktywne zaangażowanie, starzenie się we własnym domu, szacunek i zapobieganie wykluczeniu, komunikację i informację, transport i mobilność, a także zdrowie i dobre samopoczucie, może stworzyć nowy paradygmat starzenia się w społeczności, który postrzega osoby starsze jako ważny zasób społeczny²⁶.

Rozwijając politykę eliminacji wykluczenia społecznego, niektóre kraje, jak Irlandia czy Wielka Brytania, wyraźnie nastawiły się na rozwiązywanie problemów osób starszych, w takich obszarach jak między innymi dostęp do opieki zdrowotnej, transport, zabezpieczeni finansowe oraz zasoby poprawiające ich dobrostan psychospołeczny²⁷.

Rozwój lokalnych społeczności wraz z silnym zaangażowaniem organizacji pozarządowych może również odgrywać istotną rolę w rozwoju opieki długoterminowej: (1) organizacje pozarządowe mogą świadczyć usługi opieki instytucjonalnej (aktualnie większość hospicjów w Polsce prowadzi NGO), (2) organizacje pozarządowe wspierają świadczenie wszystkich pozostałych form usług opiekuńczych (opieka domowa, opieka środowiskowa), (3) mogą być częścią ram instytucjonalnych koordynacji opieki długoterminowej, oraz (4) mogą stwarzać osobom starszym szansę na pracę w wolontariacie.

Wolontariat „znajduje też swoje odbicie w zmianie paradygmatu pracy z osobami starszymi, obejmującego następujące cele: (i) mocniejsze zintegrowanie ludzi starszych ze społeczeństwem; (ii) zwiększenie uczestnictwa seniorów; (iii) zwiększenie poczucia solidarności międzypokoleniowej i wewnątrzpokoleniowej; (iv) wykorzystanie wiedzy i doświadczenia seniorów; oraz (v) uwzględnienie różnic w potencjałach samopomocy i produktywności (osób starszych)”²⁸.

W celu zwiększenia zaangażowania starszych osób i organizacji pozarządowych w świadczenie usług opieki długoterminowej i w budowanie społeczności, można podjąć następujące działania:

- Intensywny rozwój organizacji pozarządowych działających w sektorze opieki długoterminowej.

²⁵Jane Lewis, *Older People and the Health–Social Care Boundary in the UK: Half a Century of Hidden Policy Conflict*, Social Policy Administration, 2002

²⁶[Black K, Dobbs D, Young TL](#). Aging in community: mobilizing a new paradigm of older adults as a core social resource.

²⁷ <http://www.ifa-fiv.org/wp-content/uploads/2012/11/SOM-Country-Report-Final.pdf>

²⁸ <http://www.eyv2011.eu/images/stories/279845-en.pdf>

- Wzmocnienie potencjału organizacji pozarządowych (łącznie z personelem i wolontariuszami).
- Utworzenie na poziomie społeczności lokalnych przestrzeni, ewentualnie instytucji, służącej rozwijaniu narzędzi eliminacji wykluczenia społecznego, ale także rozwijanie na poziomie społeczności lokalnych procesów eliminacji wykluczenia społecznego, wspierających rozwój lokalnych systemów opieki długoterminowej i faworyzujących uczestnictwo osób starszych w planowaniu i świadczeniu usług ODT.

Dodatkowo, oprócz opieki długoterminowej, bazującej na społecznościach oraz organizacjach non profit, istnieje także kwestia związana z nieuregulowanym rynkiem prywatnych dostawców pomocy. Zgodnie z zapisami rozdziału 6., nadal wyzwaniem jest dostarczenie odpowiedniej liczby usług przy ograniczonym finansowaniu, ale także możliwościach instytucjonalnych. W celu rozwiązania tego problemu, należałoby rozważyć potencjał, jakim są prywatni dostawcy usług. Przykładowo, jeżeli istnieją dobre prywatne jednostki ODT, które jednak mają wysokie ceny rynkowe, publiczne kontraktowanie ich przy obniżonych (wynegocjowanych) stawkach mogłoby stanowić rozwiązanie. Istnieją podobne mechanizmy w sektorze zdrowotnym, gdzie cena jest kluczowym elementem dla zakontraktowania danego dostawcy z pieniędzy publicznych. Inną możliwość stanowiłyby vouchery dla osób wymagających opieki długoterminowej, które mogłyby być realizowane w różnych miejscach (w tym prywatnych placówkach). W celu rozwinięcia podobnych mechanizmów należałoby rozwinąć system dostarczania usług opieki długoterminowej, który by włączał prywatnych dostawców usług (działających dla zysku i nie dla zysku).

Bibliografia

Balzi D., Lauretani F., Barchielli A., Ferrucci L., Bandinelli S., Buiatti E., Milaneschi Y., Guralnik J.M.. (2010), Risk factors for disability in older persons over 3 year follow up, *Age Ageing*. 2010 Jan;39(1):92-8. doi: 10.1093/ageing/afp209. Epub 2009 Nov 20

Bank Światowy, 2010

Bank Światowy , 2015. Live Long and Prosper – Responses to Population Ageing in the East Asia Pacific Region. [DRAFT]

Bednarski (2012)

Bettio, F. and A. Verashchagina (2012), Long-Term Care for the Elderly. Provisions and Providers in 33 European Countries, Luxembourg: European Commission, Publications Office of the European Union: www.ec.europa.eu/justice/gender-equality/files/elderly_care

Bledowski P, Pedich W, Bien B, Wojszel B, Czekanowski P. 2006. Supporting Family Carers of Older People in Europe - The National Background Report for Poland. Hamburg: LIT Verlag Hamburg

Błędowski P. (2013), Problemy opieki nad osobami niesamodzielnymi w świetle badania PolSenior, http://niesamodzielnym.pl/wp-content/uploads/2013/06/Problemy_opieki_Bledowski.pdf

Błędowski P., Maciejasz M. (2013), Rozwój opieki długoterminowej w Polsce – stan i rekomendacje [Development of the long-term care in Poland – status and recommendations], in: *Nowiny Lekarskie* 2013, 82, pp. 61-69

Boulhol H., Sowa A., Golinowska S., Siciari P., Improving the healthcare system in Poland, OECD Economics Department Working Papers, No 957, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/5k9b7bn5qzvd-en>

Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (2014), Biuletyn statystyczny Ministrstwa Zdrowia, Warszawa

Colombo F. et al (2011), Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care, OECD Publishing www.oecd.org/health/longtermcare/helpwanted

Degavre F., Nyssens M. (2012), Care Regimes on the Move. Comparing home care for dependent older people in Belgium, England, Germany and Italy, Centre Interdisciplinaire de Recherche Travail, Etat et Société, Université Catholique de Louvain, Charleroi, Belgium,

Eurobarometr (2007)

EUROFAMCARE (2006) Examples of Good and Innovative Practice in Supporting Family Carers in Europe –
http://www.uke.de/extern/eurofamcare/documents/deliverables/good_practice.pdf.

European Commission (2015), The 2015 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 28 European Member States (2013-2060), European Economy 3/2015

http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2015/ee3_en.htm

Feinberg L. Reinhard S. C., Houser A., and Choula R. (2011), Valuing the Invaluable: 2011 Update. The Growing Contributions and Costs of Family Caregiving

Geraedts et al., 2011

Golinowska S. (2010), The LTC System for the Elderly in Poland, ENEPRI-ANCIEN Research Report 83

Golinowska S., Sowa A. (2010), Działania samorządów lokalnych w opiece i integracji niesamodzielnych osób starszych, IPiSS raport na zlecenie MPiPS, Warszawa

Golinowska S., Styczyńska I. (2012), Quality Assurance Policies and Indicators for Long-Term Care in The European Union Country. Report: Poland, Enepri Research Report No. 109

Golinowska S., Kocot E., Sowa A. (2013), Ageing, Health Expenditure and Health Policy Review, a background report for the World Bank

Golinowska S., Kocot E., Sowa A. (2014), Long-term care workforce in Poland....

Golinowska S., Rysz-Kowalczyk B. (2014), Regionalne strategie polityki społecznej i rynku pracy narzędziem prowadzenia polityki społecznej [Regional strategies of social and labour market policy as an instrument of providing social policy]. Social Policy N0 10/1914

GUS (2000-2015), Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych 1999, 2006, 2013, Warszawa

GUS (2014), Zdrowia i ochrona zdrowia w 2013 r., Warszawa

GUS (2014a), Trwanie życia w 2013 r., Warszawa

GUS (2015), Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności IV kwartał 2014 r., Warszawa

Houde et al., 2007

Huber M., Rodrigues R., Hoffmann F., Gasior K. and Marin B. (2009), Facts and Figures on Long-Term Care. Europe and North America, Vienna: European Centre for Social Welfare and Research



Huber M. (2009), Monitoring Long-term Care of the Elderly. Rapporteur's Report and Questions for Final Discussion, International Expert Meeting "Monitoring Long-Term Care for the Elderly" Jerusalem

Jabłonowski J. and Müller Ch. (2014). A fiscal outlook for Poland: Update 2014, Background paper prepared for the World Bank's Country Economic Memorandum (CEM) for Poland, Discussion Papers of the Research Center for Generational Contracts Freiburg University

Kang et al., 2012

Kaye et al., 2010

Kazepov Y. (2010), Rescaling Social Policies towards Multilevel Governance in Europe: Some Reflection on Process at Stake and Actions Involved, in: Y. Kazepov (ed.) Rescaling Social Policies: Towards Multilevel Governance in Europe, Vienna: European Centre, Ashgates

Kijowska V., Kozierkiewicz A. (2007), Presence and future of LTC system in Poland, Working Paper, Krakow

Komisja Europejska (2015), The 2015 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States, European Economy 3/2015, Brussels

Kotowska I., Sztanderska U., Wóycicka I. (2007), Między domem a pracą. Rekomendacje, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa

Kraus M., Riedel M., Mot E., Willemé P., Röhring G., Czipionka T. (2010), A typology of long-term care systems in Europe, ANCIEN Project, ENEPRI Research Report No 91, CEPS, Bruksela

Levin, Victoria, Ana Maria Munoz Boudet, Beth Zikronah Rosen, Tami Aritomi, and Julianna Flanagan. 2015. "Why Should We Care about Care? The Role of Informal Childcare and Eldercare in Aging Societies." Research Report for the World Bank's Poverty and Social Protection and Labor Global Practices, World Bank, Washington, DC.

Luijben, Gelenkamp van den Ploeg, Deeg (2013),

Łuczak, P. (2013), Long-term care for the elderly in Poland. In: Michoń P., Orczyk J. Żukowski M. (eds.), Facing the challenges. Social policy in Poland after 1990, Poznań University of Economics Press, Poznań, pp. 169-179.

Mackenbach J.P., Meerding W.J., Kuns A.E., Economic implications of socio-economic inequalities in health in European Union, European Commission, http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/socioeco_inequalities_en.pdf

Mandeville et al., Adaptacja z LongTermCare.gov (U.S. Department of Health and Human Services 2015

Millward Brown, 2015. Ocena jakościowa usług opieki nad osobami starszymi w Polsce - projekt pilotażowy MPiPS (2014a), Sprawozdanie MPiPS 03 za rok 2013 <http://www.mpips.gov.pl/pomoc-spoleczna/raporty-i-statystyki/statystyki-pomocy-spolecznej/statystyka-za-2013/>

MPiPS (2014b), Sprawozdanie MPiPS 05 za rok 2013 <http://www.mpips.gov.pl/pomoc-spoleczna/raporty-i-statystyki/statystyki-pomocy-spolecznej/statystyka-za-2013/>

Norton, 2000

OECD (2011),

OECD, 2013. A Good Life in Old Age. Bank Światowy, mający się ukazać. Long Term Care in Aging EAP

OECD (2014), OECD Health DATA

Okólski M. (2004), Demografia zmiany społecznej [Demography of social change], Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa

Onder G., Palmer K., Navickas R., Jurevičienė E., Mammarella F., Strandzheva M., Mannucci P., Pecorelli S., Marengoni A. (2015), Time to face the challenge of multimorbidity. A European perspective from the joint action on chronic diseases and promoting healthy ageing across the life cycle (JA-CHRODIS). Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle (JA-CHRODIS), European Journal Intern Med. 2015 Apr; 26(3):157-9.

Raław M. (red.) (2011), Publiczna troska, prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych. ISP i ZUS Warszawa

Riedel M., Kraus M. (2010), The long term care system for the elderly in Austria. ENEP research report No 69 Contribution of the 21 European country studies in the ANCIEN project. ENEPRI Research Report

Riedel M., Kraus M. (2011), The organization of formal long-term care for the elderly. Results from the 21 European country studies in the ANCIEN project. ENEPRI Research Report No.95

Sanderson, Scherbov (2010)

Smith and Nguyen, 2013

Sobiesiak P. (2011),

Sowa A. (2011), Who's left behind? Social dimensions of health and medical services utilization, Boekenplan, Maastricht

TNS OBOP (2011),

Tobiasz- Adamczyk B. (red.) (2009), Przemoc wobec osób starszych [Older people violence], Wydawnictwo UJ, Krakow

Triantafyllou J., Naiditch M., Repkova K., Stiehr K. Carretero S., Emilsson T., Di Santo P., Bednarik B., Brichtova L., Ceruzzi F. Cordero C., Mastroiannakis T., Ferrando F., Mingot K. Ritter J. Vlantoni D. (2010), Informal care in the long-term care system, European Overview Paper, INTERLINKS project Athen

Wizener B., Skalska A., Klich-Rączka A., Piotrowicz K., Grodzicki T. (2012) Ocena stanu funkcjonalnego u osób w starszym wieku, w: Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce, Projekt PolSenior Warszawa

World Health Organization (2002)

World Health Organization (2009)

Wóycicka I., Rurarz (2007), Zapotrzebowanie na opiekę [Needs of care] , w: I.E. Kotowska, U. Sztanderska, I. Wóycicka, Aktywność zawodowa i edukacyjna a obowiązki rodzinne, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa