



MIASTO WRAŻLIWE

Długoterminowa opieka
jako wyzwanie społeczne
i infrastrukturalne

Raport 2026

CENTRUM ANALIZ I BADAŃ



UNIA
METROPOLII
POLSKICH

IM. PAWŁA ADAMOWICZA

Opracowanie:

Centrum Analiz i Badań Unii Metropolii Polskich
im. Pawła Adamowicza

Raport powstał w oparciu o:

1. Opracowanie „Potrzeby i możliwości modernizacji opieki długoterminowej w jednostkach samorządu terytorialnego należących do Unii Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza”, przygotowane przez:

Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie:

Iwona Kowalska-Bobko, Katarzyna Badora-Musiał,
Estera Wieczorek, Natalia Petka-Nosal, Katarzyna Nowak-Zajęc,
Iwona Bielska, Maja Mydel, Agnieszka Krawczyk, Jakub Dulniak,
Małgorzata Gałązka-Sobotka

Wydział Prawa i Administracji, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego
w Warszawie:

Sebastian Sikorski, Irena Lipowicz, Natalia Kohtamäki,
Radosław Mędrzycki, Maciej Barmosz, Bartłomiej Michalak

2. Wnioski z eksperckiego seminarium MetropolisLab UMP
„Miasto wrażliwe – długoterminowa opieka jako wyzwanie społeczne
i infrastrukturalne”.

Redakcja:

Małgorzata Arażny

Opracowanie graficzne i skład:

Małgorzata Arażny

ISBN: 978-83-67574-40-2

Wszystkie zdjęcia pochodzą z platformy Freepik.com.



Spis treści

Wstęp.....	4	Opieka długoterminowa w miastach UMP.....	49
Główne wnioski i rekomendacje.....	6	Zakres opieki długoterminowej.....	50
Nota metodologiczna.....	9	Opieka długoterminowa w programach osłonowych.....	52
Definicja opieki długoterminowej.....	11	Przegląd poszczególnych form pomocy w odniesieniu do opieki długoterminowej.....	53
Dlaczego raport o opiece długoterminowej jest potrzebny.....	15	Opinie uczestników systemu.....	68
Przegląd uwarunkowań w Polsce ogółem i w miastach UMP.....	16	Metodyka.....	69
Wyzwania demograficzne.....	19	Wyniki z rozmów z urzędnikami miejskimi.....	69
Opieka długoterminowa w Europie.....	22	Wyniki z rozmów z kadrą zarządzającą i pracowniczą placówek opiekuńczych.....	82
Konieczność rozwoju opieki długoterminowej.....	23	Wyniki z rozmów z opiekunami nieformalnymi.....	102
Wyzwania i perspektywy opieki długoterminowej w Unii Europejskiej.....	25	Opieka długoterminowa w miastach UMP – Analiza SWOT.....	119
Doświadczenia wybranych krajów europejskich.....	27	Rekomendacje.....	122
Wnioski i rekomendacje.....	31	Kontekst samorządowy.....	123
Analiza regulacji prawnych opieki długoterminowej.....	33	Rekomendacje dla poprawy systemu opieki długoterminowej.....	125
Akty prawne rangi ustawowej.....	34		
Akty wykonawcze.....	46		

Wstep

Polski system opieki długoterminowej stoi dziś w obliczu jednego z największych wyzwań społecznych XXI w. Dynamiczne starzenie się populacji, rosnąca liczba osób z niepełnosprawnościami oraz pogłębiające się niedobory kadrowe tworzą narastającą presję, z którą obecne struktury nie są w stanie sobie poradzić. Eksperci podkreślają, że proces ten przypomina „bombę z opóźnionym zapłonem” – w ciągu najbliższej dekady liczba obywateli w wieku 80+ się podwoi, podczas gdy liczba osób zdolnych do pracy w sektorze opiekuńczym będzie maleć. Jednocześnie to opiekunowie nieformalni – najczęściej członkowie rodzin – pozostają realnym fundamentem systemu, często działając kosztem własnego zdrowia i bezpieczeństwa.

Obecne ramy prawne nie nadążają za skalą tych zmian. System opieki działa w sposób rozproszony, oparty na niespójnych definicjach, fragmentarycznych regulacjach i doraźnych decyzjach. Brakuje jednej kompleksowej ustawy, która określałaby, czym jest opieka długoterminowa, jakie są role podmiotów i w jaki sposób łączyć logikę ochrony zdrowia z pomocą społeczną. Skutkiem jest narastający chaos: domy pomocy społecznej przejmują zadania zakładów opiekuńczo leczniczych, ZOL e pełnią funkcje hospicyjne, a samorządy dźwigają ciężar finansowy bez realnego wpływu na wyceny świadczeń.

Wyzwania te są szczególnie widoczne w dużych miastach, gdzie starzenie się populacji i odpływ osób młodych tworzą

wyjątkowo dotkliwe kombinacje problemów. Metropolie zmagają się z niedoborem kadr, barierami infrastrukturalnymi oraz rosnącym zapotrzebowaniem na usługi, a jednocześnie są ograniczone mechanizmami finansowania, które nie uwzględniają ich specyfiki. Mimo to miasta wykazują się dużą innowacyjnością – rozwijają teleopiekę, usługi wytchnieniowe, programy dla seniorów i lokalne modele koordynacji – próbując łagodzić skutki systemowych zaniedbań.

Wypowiedzi ekspertów, samorządowców i praktyków układają się w jednoznaczny diagnozę: opieka długoterminowa staje się kluczowym wyzwaniem społecznym, zdrowotnym i infrastrukturalnym, a jej przyszłość zadecyduje o funkcjonowaniu państwa, samorządów i rodzin. Miasta, które już dziś ponoszą największą część odpowiedzialności za organizację wsparcia, potrzebują nowych rozwiązań – stabilnego finansowania, jasnych regulacji oraz narzędzi pozwalających stworzyć środowisko przyjazne starzeniu się.

Raport „Miasto wrażliwe” podejmuje próbę opisanie tych wyzwań i wskazania kierunków zmian, które pozwolą polskim metropoliom stać się miejscami bezpiecznymi, oferującymi wsparcie osobom zarówno wymagającym opieki, jak i tym, które ją świadczą. To nie tylko analiza problemów, lecz także apel o odwagę, koordynację i długofalowe myślenie – bez których system opieki długoterminowej nie przetrwa nadchodzących dekad.



Główne wnioski i rekomendacje

wnioski

1. NARASTAJĄCA LUKA OPIEKUŃCZA W OBLICZU STARZENIA SIĘ SPOŁECZEŃSTWA

Polski system opieki długoterminowej stoi wobec bezprecedensowego wzrostu zapotrzebowania na usługi opiekuńcze. Podwojenie liczby osób w wieku 80+ w ciągu dekady oraz zwiększenie populacji mieszkańców powyżej 65. roku życia do ok. 10 mln do roku 2060 generują presję, której obecna infrastruktura i zasoby nie są w stanie udźwignąć. Luka opiekuńcza pogłębia się szczególnie wśród osób z niepełnosprawnościami, ubogich oraz mieszkających na wsi.

4. BRAK SPÓJNYCH REGULACJI I KOORDYNACJI MIĘDZYSEKTOROWEJ DEZORGANIZUJE SYSTEM

System opieki długoterminowej funkcjonuje w oparciu o niespójne, fragmentaryczne regulacje, bez jednej ustawy i bez jasnej definicji opieki długoterminowej. Dualizm między systemem zdrowia a pomocą społeczną uniemożliwia efektywne zarządzanie, prowadzi do dublowania zadań oraz utrudnia płynne kierowanie pacjentów. Samorządy, mimo dużej odpowiedzialności, nie mają realnego wpływu na kluczowe decyzje dotyczące wyceny świadczeń czy organizacji opieki. Brak standaryzacji usług i oceny potrzeb powoduje, że w regionach o mniejszej liczbie zakładów opiekunowie nieformalni są pozostawieni bez wsparcia.

2. POWAŻNY I NARASTAJĄCY KRYZYS KADROWY ZAGRAŻA STABILNOŚCI SYSTEMU

Niedobory kadrowe są jednym z kluczowych czynników blokujących rozwój opieki długoterminowej. Niskie płace – nawet 3-krotnie niższe niż w szpitalach – przyspieszają odpływ personelu i zniechęcają nowych kandydatów. Kadra jest przeciążona, starzejąca się i narażona na wypalenie zawodowe. Niedobór specjalistów (geriatrów, psychiatrów, neurologów) dodatkowo ogranicza możliwości diagnostyczne i terapeutyczne placówek.

5. PLACÓWKI OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ FUNKCJONUJĄ W WARUNKACH PERMANENTNEGO KRYZYSU

Domy pomocy społecznej i zakłady opiekuńczo-lecznicze są przeciążone, niedofinansowane i często zmuszone do pełnienia funkcji niezgodnych z ich przeznaczeniem. DPS-y wykonują obowiązki typowe dla ZOL-i, a ZOL-e – funkcje hospicyjne. Przeszarżałe regulacje, zróżnicowanie profili mieszkańców oraz niewystarczająca infrastruktura pogarszają jakość opieki i bezpieczeństwo personelu oraz mieszkańców. Bariery finansowe powodują, że znacząca część potrzeb pozostaje niezaspokojona. Ponadto samorządy ponoszą koszty pobytu osób, które mają własne środki lub wsparcie bliskich.

3. NIESKUTECZNE, ZBYT WOLNE I NIEADEKWATNE PROCEDURY PRAWNE BLOKUJĄ DOSTĘP DO WSPARCIA

Procedury związane z ubezwłasnowolnieniem, decyzją wspomaganą czy kierowaniem do placówek są długotrwałe i nieelastyczne. Brak jasnych kryteriów kierowania prowadzi do umieszczania pacjentów w niewłaściwych miejscach. Przepisy przeciwpożarowe i sanitarne, przystosowane do dużych instytucji, blokują rozwój małych form rodzinnych. System nie przewiduje też efektywnych rozwiązań dla pobytów krótkoterminowych oraz sytuacji nagłych.

6. DEINSTYTUCJONALIZACJA POSTĘPUJE WOLNO I NIE JEST WSPIERANA SYSTEMOWO

Choć kierunek zmian zakłada rozwój usług środowiskowych, brakuje finansowania, odpowiednich regulacji oraz impulsów organizacyjnych do ich wdrażania. Usługi opiekuńcze w domu są słabo dostępne, a domy dziennego pobytu – niedostatecznie rozwinięte i niewystarczająco wspierane. Opiekunowie nieformalni, którzy w praktyce są fundamentem systemu, otrzymują minimalne wsparcie, co prowadzi do przeciążenia i częstej konieczności oddawania osób bliskich do placówek.

rekomendacje

1. INTEGRACJA I KOORDYNACJA SYSTEMU

Niezbędne jest stworzenie jednej, spójnej ustawy o opiece długoterminowej, która uporządkuje obecne przepisy i wyraźnie określi role instytucji. Wprowadzenie lokalnych koordynatorów usprawni poruszanie się pacjentów po systemie i zintegruje działania OPS-ów, NFZ-et, placówek zdrowotnych i NGO-sów. Lepsza współpraca międzysektorowa zwiększyłaby efektywność całego systemu.

4. STABILNE I ADEKWATNE FINANSOWANIE

Konieczne jest zwiększenie nakładów na opiekę długoterminową oraz uporządkowanie zasad finansowania, w tym rozważenie wprowadzenia ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Ujednolicenie wycen i umożliwienie DPS-om prowadzenia dodatkowych działalności gospodarczych mogą zwiększyć stabilność finansową placówek.

2. WZMOCNIENIE KADR I POPRAWA WARUNKÓW PRACY

Aby zatrzymać odpływ pracowników, konieczne jest podniesienie wynagrodzeń do poziomu porównywalnego z ochroną zdrowia. Ważne jest również rozwijanie szkoleń i ścieżek karier oraz zapewnienie wsparcia psychologicznego, by przeciwdziałać wypaleniu zawodowemu. Minimalne normy zatrudnienia odciążą personel i poprawią jakość opieki.

5. WSPARCIE OPIEKUNÓW NIEFORMALNYCH

Opiekunowie powinni otrzymać szerszy dostęp do opieki wytchnieniowej, informacji, szkoleń i wsparcia psychologicznego oraz prawnego. W przyszłości warto rozważyć ustawowe uznanie opieki nieformalnej jako pracy, dającej uprawnienia socjalne.

3. ROZWÓJ USŁUG ŚRODOWISKOWYCH I DEINSTYTUCJONALIZACJA

System powinien silniej wspierać opiekę domową oraz rozwój domów dziennego pobytu i małych, kameralnych form opieki. Uproszczenie przepisów i modernizacja infrastruktury – w tym usuwanie barier architektonicznych i wyposażenie w nowoczesny sprzęt – poprawią dostępność i bezpieczeństwo usług.

6. PARTNERSTWA I INNOWACJE

Rozwój teleopieki i technologii pozwoli zwiększyć bezpieczeństwo osób niesamodzielnych oraz odciążyć system. Partnerstwa samorządów z NGO-sami i sektorem prywatnym wesprą rozwój usług i infrastruktury. Uproszczenie procedur – m.in. w obszarze ubezwłasnowolnienia i pobytów krótkoterminowych – poprawi szybkość reakcji na potrzeby pacjentów.

Nota metodologiczna

Raport powstał w oparciu o opracowanie „Potrzeby i możliwości modernizacji opieki długoterminowej w jednostkach samorządu terytorialnego należących do Unii Metropolii Polskich im. Pawła Adamowicza”, przygotowane przez Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie oraz Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie.

Zgromadzone informacje uzupełniono o wnioski z seminarium „Miasto wrażliwe – długoterminowa opieka jako wyzwanie społeczne i infrastrukturalne”, zorganizowanego przez UMP w ramach cyklu MetropolisLab. Wzięli w nim udział eksperci i praktycy zajmujący się obszarem opieki długoterminowej.

ŹRÓDŁA DANYCH:

Raport opiera się na różnych źródłach danych obejmujących analizę dokumentów, dane ilościowe i jakościowe.

W szczególności skupiono się na sytuacji w 12 miastach członkowskich Unii Metropolii Polskich: Białymstoku, Bydgoszczy, Gdańsku, Katowicach, Krakowie, Lublinie, Łodzi, Poznaniu, Rzeszowie, Szczecinie, Warszawie i Wrocławiu.

1. ANALIZA DOKUMENTÓW I AKTÓW PRAWNYCH

Przeprowadzono analizę publikacji naukowych w celu identyfikacji efektywnych modeli samorządowej opieki

długoterminowej. Zbadano krajowe regulacje prawne i rekomendacje organizacji samorządowych. Oceniono uwarunkowania w miastach UMP, uwzględniając demografię, zasoby kadrowe i dostępność świadczeniodawców. Przeanalizowano także dane z instytucji takich jak: MZ, NFZ, GUS, ZUS, NIK, systemu e-zdrowie oraz dokumenty UMP.

2. ANALIZA DANYCH 12 MIAST UMP

Do miast Unii Metropolii Polskich skierowano szczegółową ankietę mającą na celu ocenę stanu, potrzeb i kierunków rozwoju lokalnych systemów opieki długoterminowej. Zebrano dane o liczbie i rodzaju podmiotów świadczących takie usługi, formach organizacyjnych, źródłach finansowania, typach świadczeń oraz programach realizowanych przez miasta, w tym telemedycynie, teleopiece, usługach sąsiedzkich i programie „Najpierw Mieszkanie”. Badanie zrealizowano w 2024 r.

3. BADANIE JAKOŚCIOWE

Ta analiza została przeprowadzona w celu identyfikacji potrzeb, wyzwań i możliwości modernizacji systemu opieki długoterminowej w miastach Unii Metropolii Polskich. Celem badania było rozpoznanie, w jaki sposób samorzady mogą skuteczniej integrować usługi zdrowotne, społeczne i opiekuńcze oraz jakie zmiany organizacyjne i finansowe są niezbędne dla poprawy jakości i dostępności opieki.

W ramach badania w każdym z miast UMP przeprowadzono indywidualne wywiady pogłębione (IDI), obejmujące przedstawicieli kluczowych grup interesariuszy:

- reprezentantów samorządów odpowiedzialnych za politykę zdrowotną lub społeczną,
- kadre zarządzającą miejskimi placówkami opieki długoterminowej,
- pracowników tych placówek,
- opiekunów nieformalnych oraz przedstawicieli rodzin osób wymagających wsparcia.

Łącznie zrealizowano 48 wywiadów pogłębionych. Badanie przeprowadzono od listopada 2024 do marca 2025 r.

4. SEMINARIUM „MIASTO WRAŻLIWE”

Spotkanie odbyło się jesienią 2025 r. w ramach cyklu seminariów UMP MetropolisLab i zgromadziło ekspertów, naukowców, przedstawicieli samorządów, dyrektorów DPS-ów i reprezentantów MRiPS. Uczestnicy omawiali m.in. wyzwania związane z modernizacją opieki długoterminowej, starzeniem się społeczeństwa, finansowaniem, kryzysem kadrowym, rolą opiekunów nieformalnych i rozproszeniem regulacji między systemem ochrony zdrowia a pomocą społeczną.

Definicja opieki długoterminowej

W prawie polskim nie ma definicji opieki długoterminowej, a w literaturze pojawiają się różne ujęcia tego terminu.

W prawie międzynarodowym czy europejskim również brak jest jednej uniwersalnej definicji opieki długoterminowej (ang. *Long-term care*, LTC). Dla badań porównawczych przyjmuje się m.in. definicję Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD)¹, która zdefiniowała opiekę długoterminową jako zagadnienie różnych sfer polityki społecznej, łączące w sobie szereg usług zapewnianych osobom zależnym przez dłuższy czas od pomocy w odniesieniu do wykonywania podstawowych czynności niezbędnych w codziennej egzystencji².

Komisja Europejska w ramach systemu instytucjonalnego Unii Europejskiej nawiązuje do definicji OECD, przyjmując, że opieka długoterminowa obejmuje usługi gwarantowane osobom, które w wyniku osłabienia psychicznego i/lub fizycznego i/lub niepełnosprawności przez dłuższy czas wymagają wsparcia w codziennych czynnościach życiowych i/lub stałej opieki pielęgniariskiej³.

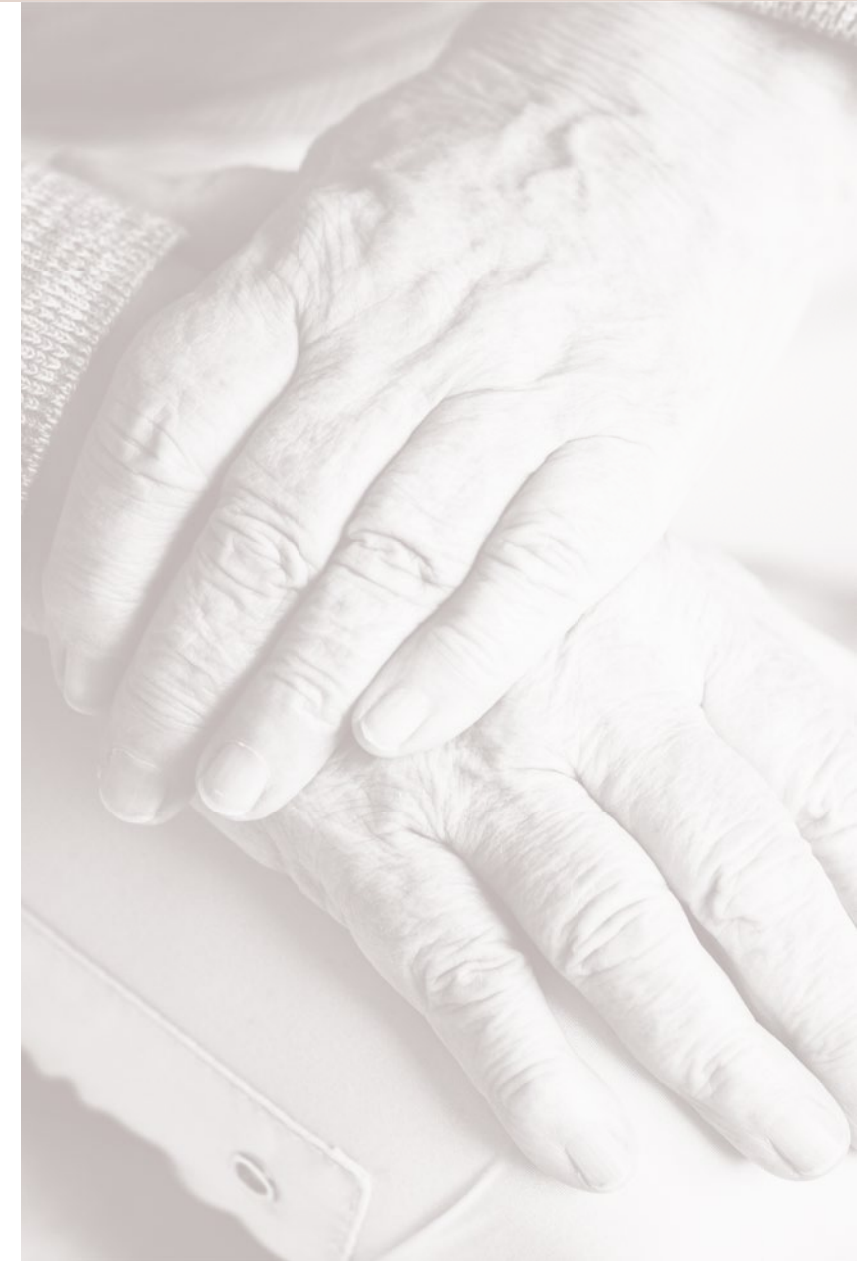
Natomiast Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) precyzuje pojęcie opieki długoterminowej, uznając, że jest to wsparcie osobiste, społeczne i medyczne zapewnione osobom nieposiadającym wewnętrznej zdolności (z powodu choroby psychicznej lub fizycznej albo z powodu niepełnosprawności) bądź zagrożonym utratą takiej zdolności do utrzymania poziomu własnej funkcjonalności, który gwarantowałby zachowanie ich podstawowych praw i godności ludzkiej⁴.

¹ G. Uścińska, „Rozwój koncepcji opieki długoterminowej”, w: „Zabezpieczenie społeczne osób korzystających z prawa do przemieszczania się w Unii Europejskiej”, Warszawa 2013.

² „Joint report on social protection and social inclusion 2008”, European Commission, 25.02.2008, https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/memo_08_112 (13.03.2025).

³ „Long-term Care”, European Commission, employment-social-affairs.ec.europa.eu/policies-and-activities/social-protection-social-inclusion/social-protection/long-term-care_en (21.10.2025).

⁴ „Rebuilding for sustainability and resilience: strengthening the integrated delivery of long-term care in the European Region”, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2022.



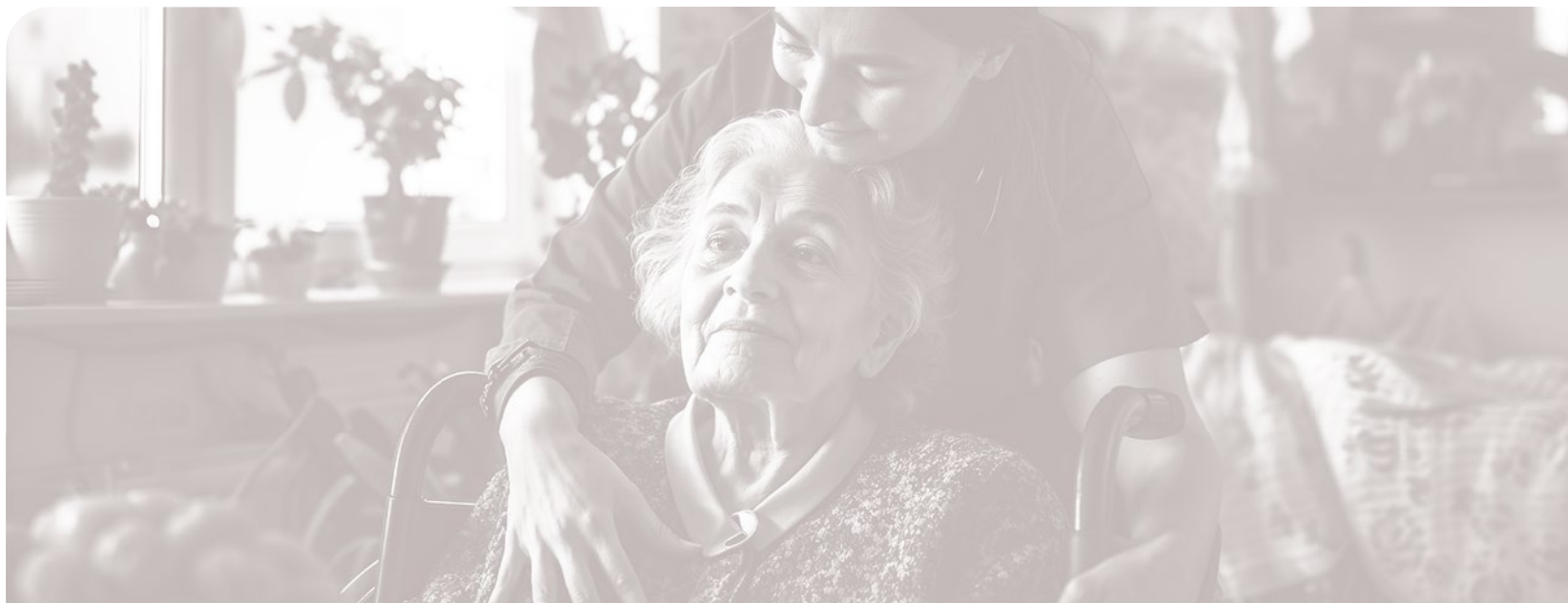
Badania porównawcze definicji formułowanych w aktach prawnych i dokumentach poszczególnych państw członkowskich UE pozwalają na zidentyfikowanie kilku podstawowych cech opieki długoterminowej wskazywanych w odniesieniu do tego terminu:

- zależność fizyczna wymagająca wsparcia w wykonywaniu podstawowych czynności życia codziennego,
- zdolność umysłowa umożliwiająca wykonywanie takich czynności,
- podwyższenie jakości życia osób wymagających pomocy,
- wsparcie społeczne,
- preferencje i potrzeby konkretnej osoby,
- wsparcie rodziny pacjenta,
- zdolność finansowa (związana z ekonomiczną samodzielnością pacjenta),
- humanitarny aspekt opieki (związany m.in. z jej dostępnością).

Biorąc pod uwagę wskazany powyżej stan rozchwiania terminologicznego, na rzecz poniższego raportu przyjmujemy, że opieka długoterminowa w Polsce to:

Całokształt działań zarówno medycznych, jak i społecznych polegających na świadczeniu długotrwałej opieki pielęgnarskiej, świadczeń terapeutycznych oraz usług pielęgnacyjnych i opiekuńczych osobom przewlekle chorym i niesamodzielnym, które nie wymagają hospitalizacji.

Pod pojęciem opieki długoterminowej rozumiemy całokształt działań zarówno medycznych, jak i społecznych polegających na świadczeniu długotrwałej opieki w szczególności lekarskiej, pielęgnarskiej, świadczeń terapeutycznych oraz usług pielęgnacyjnych i opiekuńczych osobom przewlekle chorym i niesamodzielnym, które nie wymagają hospitalizacji – definicja zawarta w ankietach wskazująca zawody medyczne mające zasadnicze znaczenie w realizacji opieki długoterminowej⁵.



5 Źródło: Ministerstwo Zdrowia, 2021.

wnioski z seminarium



Dyskusje o opiece długoterminowej pokazują, że system wciąż nie ma jasnej i wspólnej definicji tego, czym ta opieka powinna być. Podkreśla się, że obejmuje ona nie tylko osoby starsze, ale też wszystkich wymagających stałego wsparcia – i właśnie ta różnorodność potrzeb ujawnia słabości obecnych ram prawnych.

Jednym z najczęściej krytykowanych elementów jest pojęcie „deinstytucjonalizacji”. Eksperci i praktycy zwracają uwagę, że termin ten wprowadza w błąd: sugeruje likwidację instytucji, podczas gdy faktycznie chodzi o rozwój usług środowiskowych przy równoczesnym utrzymaniu odpowiedniej opieki stacjonarnej. Nawet ministerstwo przyznaje, że określenie to jest niefortunne i budzi niepotrzebne obawy wśród opiekunów nieformalnych.

Brak jednoznacznych definicji w prawie utrudnia tworzenie standardów, procedur i zasad finansowania. Stąd pojawia się mocny postulat stworzenia kompleksowej regulacji, która połączyłaby logiki systemów ochrony zdrowia i pomocy społecznej. W KPRM trwają już prace nad projektem ustawy, która ma uporządkować podstawowe pojęcia i określić role opiekunów formalnych i nieformalnych.

Niejasności definicyjne przekładają się także na zaburzenie ról DPS ów i ZOL i. W praktyce domy pomocy społecznej przejmują opiekę medyczną, której powinny udzielać zakłady opiekuńczo-lecznicze, co wynika m.in. z kolejek, niedofinansowania i braku personelu. Różnorodność schorzeń i potrzeb mieszkańców

dotychczas dodatkowo komplikuje sytuację i pokazuje, że obecne regulacje nie odpowiadają realiom.

Wniosek jest jasny: system wymaga spójnej definicji, klarownych ram prawnych i czytelnego podziału ról, bo bez tego opieka długoterminowa pozostaje chaotyczna i trudna do realizacji – zarówno dla instytucji, jak i dla osób potrzebujących wsparcia.

**Dlaczego raport o opiece
długoterminowej jest potrzebny**

PRZEGLĄD UWARUNKOWAŃ W POLSCE OGÓLEM I W MIASTACH UMP

W Polsce opieka długoterminowa realizowana jest w 2 systemach: ochrony zdrowia oraz pomocy społecznej⁶. System ochrony zdrowia obejmuje świadczenia opieki długoterminowej, takie jak: opieka stacjonarna w zakładach opiekuńczo-leczniczych (ZOL) oraz zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO), opieka domowa dla osób wentylowanych mechanicznie oraz domowe świadczenia pielęgniarstwa. Ponadto dostępne są świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej, koncentrujące się na poprawie jakości życia pacjentów w stanie terminalnym, które mogą być świadczone w warunkach stacjonarnych, domowych oraz ambulatoryjnych⁷.

ZOL-e oraz ZPO oferują kompleksową opiekę, w tym usługi medyczne świadczone przez lekarzy, pielęgniarki, rehabilitantów oraz psychologów. Dodatkowo placówki te zapewniają różnorodne terapie zajęciowe, leczenie dietetyczne oraz farmakologiczne. Pacjenci są objęci edukacją zdrowotną oraz zaopatrzeniem w niezbędne wyroby medyczne⁸.

Liczba ośrodków stacjonarnych ZOL i ZPO (w tym oddziałów) w miastach UMP w latach 2018–2023

Miasto	2018	2019	2020	2021	2022	2023
BIAŁYSTOK	1	1	1	1	0	0
BYDGOSZCZ	3	3	2	2	2	2
GDAŃSK	6	6	6	5	6	6
KATOWICE	5	5	4	4	4	4
KRAKÓW	9	9	9	8	8	8
LUBLIN	2	2	2	1	2	1
ŁÓDŹ	4	6	7	6	6	6
POZNAŃ	2	2	2	2	2	3
RZESZÓW	4	4	3	3	3	3
SZCZECIN	1	1	1	1	1	2
WARSZAWA	5	5	5	5	5	5
WROCŁAW	3	3	3	3	3	4

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ za Ministerstwem Zdrowia.

Liczba ośrodków opieki domowej w miastach UMP w latach 2018–2023

Miasto	2018	2019	2020	2021	2022	2023
BIAŁYSTOK	5	5	6	6	6	8
BYDGOSZCZ	12	11	11	11	10	10
GDAŃSK	6	6	6	6	6	5
KATOWICE	7	6	5	5	5	5
KRAKÓW	20	20	20	20	20	13
LUBLIN	11	11	11	11	11	11
ŁÓDŹ	15	15	15	15	15	15
POZNAŃ	15	15	15	14	13	13
RZESZÓW	13	13	12	12	12	13
SZCZECIN	8	9	9	9	9	9
WARSZAWA	19	20	20	21	20	20
WROCŁAW	14	14	12	11	12	11

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ za Ministerstwem Zdrowia.

⁶ A. Abramowska-Kmon i in., „W stronę sprawiedliwej troski. Opieka nad osobami starszymi w Polsce”, Fundacja im. Stefana Batorego, Warszawa 2022, https://www.batory.org.pl/publikacja/w_strone_sprawiedliwej_troski/ (1.07.2024).

⁷ Ibid.

⁸ Ibid.

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) w 2022 r. na terenie Polski w ZOL-ach funkcjonowało 7775 łóżek, w ZPO – 29 434 łóżka, a w hospicjach – 2883. Oddziały opieki paliatywnej dysponowały 765 łózkami⁹. W 2022 r. liczba pacjentów korzystających z opieki w ZOL-ach wynosiła 51 571 osób, w ZPO – 13 796, a w oddziałach opieki paliatywnej – 8447¹⁰.

W większości miast UMP widać utrzymujący się lub rosnący trend liczby ośrodków opieki domowej, wskazuje to na stopniowe przesuwanie usług z form stacjonarnych do środowiskowych. Największy spadek zanotowano w Krakowie, w Białymstoku natomiast obserwuje się dynamiczny wzrost liczby ośrodków, co czyni go liderem w rozwoju opieki domowej w skali metropolii.

Dostępność placówek opieki długoterminowej w przeważającej liczbie miast UMP jest niższa niż średnia wojewódzka, co sugeruje, że część potrzeb populacji metropolitalnych jest zaspokajana w ościennych gminach lub przez sektor prywatny.

Sumaryczny wskaźnik liczby ośrodków opieki stacjonarnej i domowej na 100 tys. mieszkańców dla miast UMP i województw w 2023 r.

Miasto	Dla miasta	Dla województwa
BIAŁYSTOK	2,74	5,36
BYDGOSZCZ	3,68	4,61
GDAŃSK	1,85	2,29
KATOWICE	3,22	4,72
KRAKÓW	2,36	4,26
LUBLIN	3,64	5,22
ŁÓDŹ	2,91	4,19
POZNAŃ	2,79	4,53
RZESZÓW	7,60	9,17
SZCZECIN	2,83	4,66
WARSZAWA	1,29	4,75
WROCŁAW	2,23	6,67

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ i GUS za Ministerstwem Zdrowia.

Liczba łóżek opieki długoterminowej, w tym paliatywnej i hospicyjnej, na 100 tys. mieszkańców różni się w zależności od charakteru placówki. W 2021 r. wskaźnik ten wynosił 10,9 łóżka w placówkach zarówno publicznych, jak i prywatnych oraz non-profit¹¹. Natomiast w samych placówkach publicznych liczba łóżek była znacznie niższa i wynosiła zaledwie 0,03 łóżka na 100 tys. mieszkańców w 2022 r.¹² Taka dysproporcja wskazuje na istotną różnicę w dostępności usług opieki długoterminowej w zależności od formy własności i organizacji placówki.

Świadczenia pomocy społecznej obejmują usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze realizowane w miejscu zamieszkania, domach dziennego pobytu, domach pomocy społecznej, rodzinnych domach pomocy oraz placówkach zapewniających całodobową opiekę w ramach działalności gospodarczej¹³.

⁹ „Stacjonarne zakłady opieki długoterminowej i paliatywno-hospicyjnej”, GUS, <https://bdl.stat.gov.pl/bdl/metadata/podgrupy/268> (8.02.2024).

¹⁰ Ibid.

¹¹ OECD, „Is Care Affordable for Older People?”, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris 2024, <https://doi.org/10.1787/450ea778-en>.

¹² Ibid.

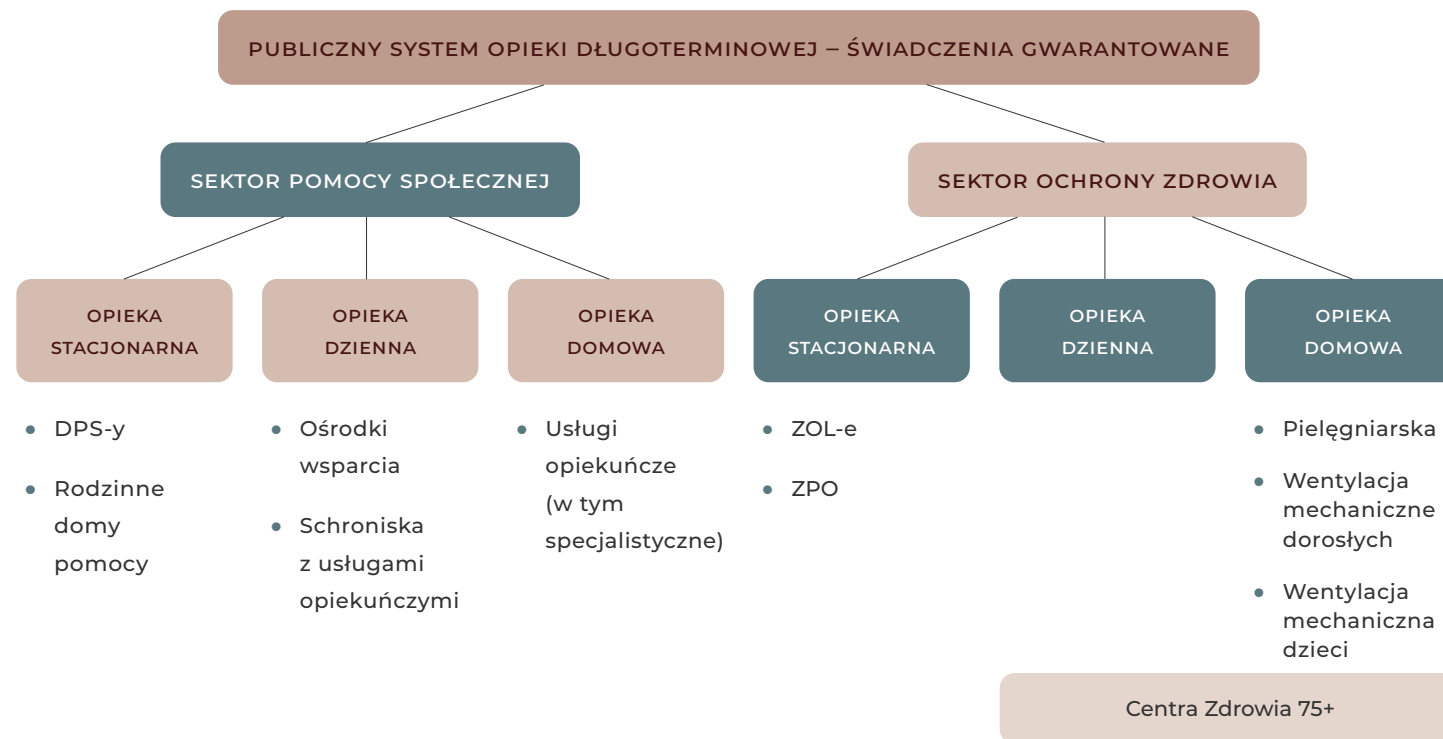
¹³ A. Abramowska-Kmon i in., „W stronę sprawiedliwej troski. Opieka nad osobami starszymi w Polsce”, Fundacja im. Stefana Batorego, Warszawa 2022, https://www.batory.org.pl/publikacja/w_strone_sprawiedliwej_troski/ (1.07.2024).

Domy dziennego pobytu – zarówno publiczne, jak i niepubliczne – funkcjonują zazwyczaj od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00–16.00. Ich celem jest wspieranie kondycji psychicznej i przeciwdziałanie osamotnieniu, a także umożliwienie opiekunom nieformalnym powrotu do pracy, szczególnie przy opiece nad dzieckiem z niepełnosprawnością lub starszym rodzicem. Na koniec 2022 r. w Polsce funkcjonowały 2082 ośrodki wsparcia, z których skorzystało ponad 118,8 tys. osób¹⁴.

Domy pomocy społecznej (DPS) przeznaczone są dla osób wymagających całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, która uniemożliwia samodzielne funkcjonowanie. Zapewniają one usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające oraz edukacyjne, zgodnie z obowiązującymi wytycznymi¹⁵.

System pomocy społecznej pełni w praktyce funkcję bufora dla osób niesamodzielnych, których stan nie kwalifikuje ich do świadczeń medycznych. To sprawia, że granica między opieką zdrowotną i społeczną pozostaje nieostra, a koordynacja usług ograniczona.

Uproszczony schemat dostępnych usług w opiece długoterminowej w Polsce



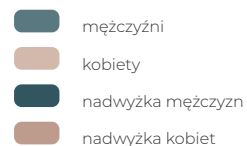
Źródło: Bank Światowy, 2024.

¹⁴ E. Lisiak, E. Morytz-Balska, M. Ambroch, „Polska w liczbach 2023”, Warszawa, 2023.

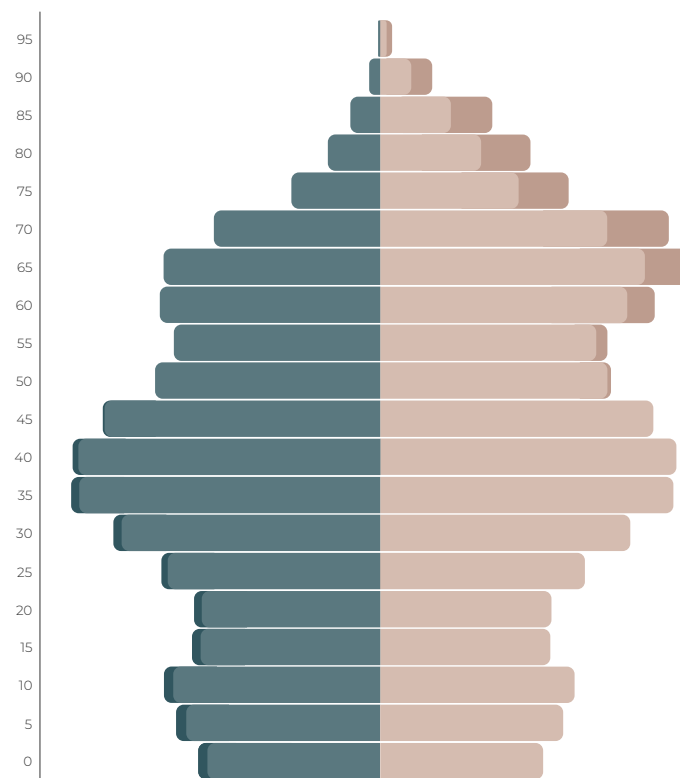
¹⁵ MPIPS, 2024.

WYZWANIA DEMOGRAFICZNE

Postępujący proces starzenia się społeczeństwa stanowi wyzwanie również dla polskiego systemu ochrony zdrowia i wynika z kilku kluczowych czynników. Po pierwsze wzrostu średniej długości życia (u mężczyzn z 66,2 roku w 1990 r. do 73,4 roku w 2022 r., u kobiet odpowiednio z 75,2 roku do 81,1 roku) oraz spadku współczynnika dzietności (z 1,991 w 1990 r. do 1,261 w 2022 r.)¹⁶. W 2022 r. osoby w wieku powyżej 65 lat stanowiły ponad 7 mln osób z populacji wynoszącej ok. 37 mln¹⁷. Prognozy na 2060 r. przewidują zmniejszenie liczby ludności Polski do 32,9 mln, przy czym niemal 10 mln będą stanowili obywatele powyżej 65. roku życia, w tym 3,5 mln Polacy w wieku 80 lat i więcej¹⁸. Liczba osób niepełnosprawnych wzrosła w Polsce o 2,1% w latach 2011–2021, osiągając 5,4 mln w 2021 r., co stanowiło 14,3% populacji¹⁹.



Piramida wieku ludności Polski w 2024 r.



Dane wskazują na konieczność zintensyfikowania działań w zakresie opieki długoterminowej, aby sprostać rosnącym potrzebom starzejącego się społeczeństwa oraz osób z niepełnosprawnościami. Obecny system opieki długoterminowej w Polsce jest niewystarczający i wymaga reform, szczególnie w zakresie finansowania, zasobów kadrowych oraz dostępności miejsc dla najbardziej potrzebujących osób.

Mapy potrzeb zdrowotnych wskazują na strukturę pacjentów według stopnia niepełnosprawności oraz wieku w miastach metropolitalnych względem średniej dla całego kraju. Z przedstawionych danych wynika, że najwięcej osób ze znaczną niepełnosprawnością żyje w Katowicach (59%) oraz Białymstoku (50%), a najmniej w Krakowie (zaledwie 25%), Warszawie (28%) i Łodzi (29%). Z kolei najwięcej ludzi w wieku 80 lat i więcej mieszka w Rzeszowie (64%) i Katowicach (63%), a najmniej w Gdańsku (48%)²⁰.

Źródło: „Prognoza ludności na lata 2023-2060”, GUS, 31.08.2023, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosc/prognoza-ludnosc-na-lata-2023-2060,11,1.html> (4.07.2024).

16 E. Lisiak, E. Morytz-Balska, M. Ambroch, „Polska w liczbach 2023”, Warszawa, 2023, „Struktura ludności i starzenie się społeczeństwa”, European Union, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Struktura_ludności_i_starzenie_się_spoleczeństwa&oldid=364923 (2.07.2024).
 17 „Struktura ludności i starzenie się społeczeństwa”, European Union, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Struktura_ludności_i_starzenie_się_spoleczeństwa&oldid=364923 (2.07.2024).
 18 E. Lisiak, E. Morytz-Balska, M. Ambroch, „Polska w liczbach 2023”, Warszawa, 2023.
 19 Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2021, GUS, <https://spis.gov.pl/> (27.07.2024).
 20 Mapy potrzeb zdrowotnych, 2025.

Również w miastach UMP można zauważyć, że osoby powyżej 60. roku życia stanowią znaczną część wszystkich mieszkańców. Trend liczby osób w wieku nieprodukcyjnym jest wzrostowy we wszystkich miastach Unii nawet pomimo zauważalnego niekiedy wzrostu liczby ludności w poszczególnych metropoliach, co spowodowane jest osiedlaniem się głównie osób w wieku produkcyjnym.

Liczba mieszkańców w miastach UMP w latach 2018–2023

Miasto	2018	2019	2020	2021	2022	2023
BIAŁYSTOK	297 459	297 554	294 675	293 413	292 600	291 688
BYDGOSZCZ	350 178	348 190	339 068	334 026	330 038	326 434
GDAŃSK	466 631	470 907	486 542	486 271	486 345	487 371
KATOWICE	294 510	292 774	286 369	282 755	280 190	279 190
KRAKÓW	771 069	779 115	800 531	802 583	803 282	806 201
LUBLIN	339 682	339 784	335 114	332 852	331 243	329 565
ŁÓDŹ	685 285	679 941	673 003	664 860	658 444	652 015
POZNAŃ	536 438	534 813	547 777	545 073	541 316	538 439
RZESZÓW	191 564	196 208	194 374	196 374	197 181	197 268
SZCZECIN	402 465	401 907	397 289	394 482	391 566	389 066
WARSZAWA	1 777 972	1 790 658	1 861 774	1 863 056	1 861 975	1 861 599
WROCŁAW	640 648	642 869	673 592	674 312	674 079	673 743

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

W każdym z miast UMP obserwuje się stopniowy wzrost wskaźnika obciążenia demograficznego. Oznacza to, że na coraz mniejszą liczbę osób w wieku produkcyjnym przypada coraz więcej osób wymagających opieki. Najszybsze tempo wzrostu dotyczy Łodzi, Bydgoszczy i Lublina, co stawia je przed szczególnymi wyzwaniami w zakresie organizacji usług dla seniorów.

W większości miast obserwuje się spadek liczby ludności, z wyjątkiem Krakowa i Gdańska, gdzie trend jest stabilny lub lekko rosnący. Spadek populacji w połączeniu z procesem starzenia się społeczeństwa pogłębia presję na lokalne systemy opieki długoterminowej, zmniejszając jednocześnie bazę potencjalnych opiekunów.

Ludność w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym w miastach UMP w latach 2018–2023

Miasto	2018	2019	2020	2021	2022	2023
BIAŁYSTOK	63,6	65,9	65,3	67,1	68,9	70,6
BYDGOSZCZ	70,4	72,2	72	73	74,2	75,2
GDAŃSK	71	72,4	65,6	66,2	66,9	67,1
KATOWICE	68,6	70,8	68,7	69,1	70,1	70,7
KRAKÓW	67,8	69,2	61,6	62,4	63,2	63,6
LUBLIN	69	70,7	70	70,9	72	72,8
ŁÓDŹ	75,1	77,4	75,1	76,2	77,2	78,0
POZNAŃ	70,3	72,2	64,2	64,8	65,6	66
RZESZÓW	64,3	66,4	66,4	67,6	69	70,2
SZCZECIN	69,3	71,5	69,4	70,4	71,8	72,7
WARSZAWA	73	74,6	66,6	66,9	67,3	67,2
WROCŁAW	68,9	70,7	62	62,9	63,8	64,4

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

wnioski z seminarium



Dyskusje ekspertów jednoznacznie pokazują, że uwarunkowania demograficzne stają się jednym z najpoważniejszych wyzwań dla polskiego systemu opieki długoterminowej. Polska, podobnie jak cała Europa, starzeje się w szybkim tempie. Prognozy na najbliższe dekady są alarmujące: populacja kraju zmniejszy się, a jednocześnie gwałtownie wzrośnie udział osób w wieku podeszłym – w tym blisko 10 mln osób powyżej 65. i 3,5 mln powyżej 80. roku życia. Eksperci nazywają ten proces „bombą z opóźnionym zapłonem”, podkreślając, że w ciągu zaledwie dekady populacja osób najstarszych się podwoi, co radykalnie zwiększy zapotrzebowanie na opiekę.

Równoległe rośnie liczba mieszkańców z niepełnosprawnościami, a to dodatkowo rozszerza

grupę osób wymagających stałego wsparcia. Przedstawiciele samorządów zwracają uwagę, że skala tych zjawisk – w połączeniu z niedofinansowaniem systemu – jest znacznie poważniejsza, niż wskazywały wcześniejsze analizy. Pojawiają się nawet głosy, że narastające przeciążenie rodzin, gmin i pracowników ochrony zdrowia może w dłuższej perspektywie doprowadzić do poważnego kryzysu instytucji publicznych.

Problemem równie istotnym, co rosnące potrzeby, jest malejąca liczba osób zdolnych do pracy w sektorze opiekuńczym. Starzenie się społeczeństwa połączone ze spadkiem liczby urodzeń tworzy spiralę, w której jednocześnie przybywa osób wymagających pomocy i ubywa tych, którzy mogliby się nimi opiekować.

Deficyt kadr opiekuńczych staje się jednym z najbardziej dotkliwych zagrożeń dla stabilności systemu.

Eksperci podkreślają, że czasu na reakcję jest bardzo niewiele. Wskazuje się, że samorzady mają około 10 lat, zanim system opieki długoterminowej stanie się niewydolny w wyniku masowego wejścia w wiek 80+ osób z powojennego wyżu demograficznego. To sprawia, że obecny raport nabiera szczególnego znaczenia – stanowi nie tylko diagnozę sytuacji, lecz także sygnał alarmowy. Bez pilnych działań dostosowawczych Polska może stanąć wobec kryzysu, który dotknie nie tylko opieki długoterminowej, lecz także fundamentów funkcjonowania lokalnych i centralnych instytucji publicznych.

Opieka długoterminowa w Europie

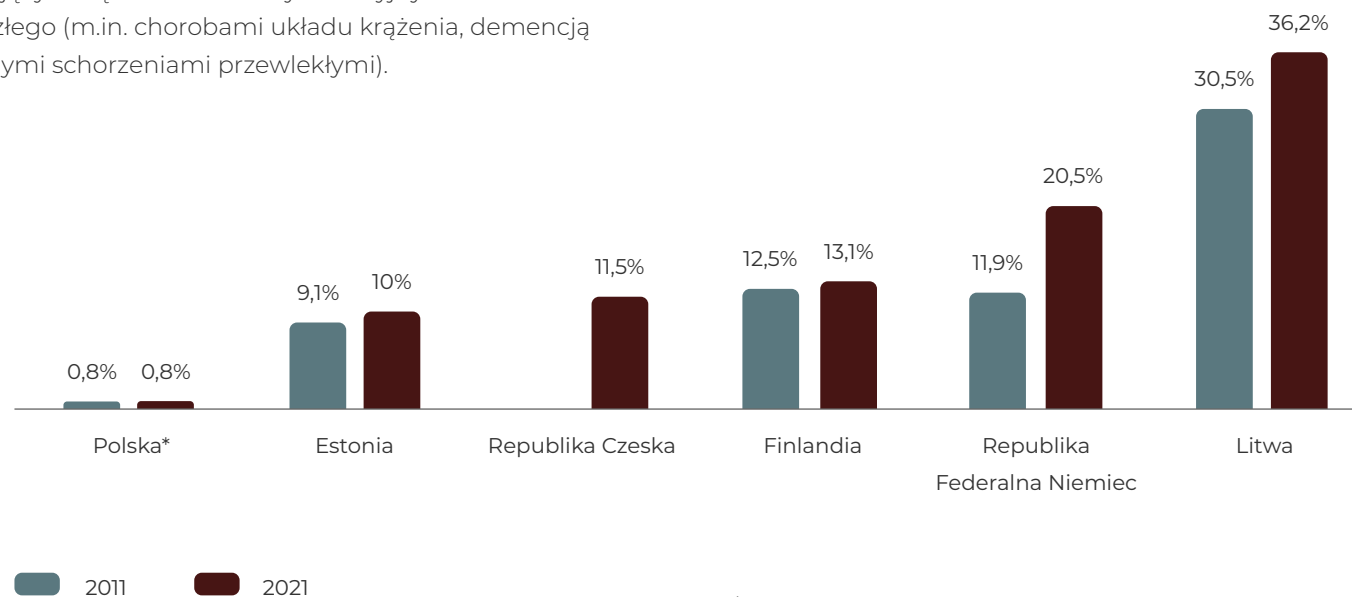
KONIECZNOŚĆ ROZWOJU OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

Zróźnicowanie opieki długoterminowej w krajach UE jest duże zarówno w odniesieniu do jej finansowania czy organizacji, jak i uczestniczących w niej zespołów terapeutycznych. Przedstawiony wykres obrazuje wydatki mierzone jako procent PKB przeznaczone na ten poziom opieki. Najwięcej w tym zakresie wydaje Holandia – ponad 2,5%, najmniej natomiast Słowacja – 0,1%. Polska lokuje się na 16. miejscu, z wynikiem 0,5% PKB wydatków na opiekę długoterminową. Dynamika zmian w systemach opieki długoterminowej w krajach UE została prześledzona na podstawie raportu „Long-term care report: Trends, challenges and opportunities in an ageing society, Volume II, Country profiles” wydanego w 2021 r. i znajduje się w załączonym do niego „Annex 1: Glossary of indicators”.

Zarówno w Europie, jak i w wielu rozwiniętych regionach świata obserwuje się znaczne wydłużenie życia – w ciągu 20 lat od 2004 r. jego średnia długość wzrosła do ponad 80 lat. Według szacunków Eurostatu w 2040 r. osoby powyżej 65. roku życia będą stanowić ok. 27% populacji państw członkowskich UE²¹.

Wraz z postępującym starzeniem się społeczeństwa pojawia się konieczność zapewnienia skutecznej opieki długoterminowej (LTC) osobom niesamodzielnym, często zmagającym się z chorobami cywilizacyjnymi wieku podeszłego (m.in. chorobami układu krążenia, demencją czy innymi schorzeniami przewlekłymi).

Odsetek osób w wieku 65 lat i więcej korzystających z opieki długoterminowej w latach 2011 i 2021



* Wartości obejmują osoby korzystające z opieki instytucjonalnej.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych zawartych w raporcie „Health at a Glance 2023” opublikowanym przez OECD w 2023 r. [OECD, „Health at a Glance 2023: OECD Indicators”, OECD Publishing, Paris 2023, s. 22], <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

21 „Long-term Care”, European Commission, employment-social-affairs.ec.europa.eu/policies-and-activities/social-protection-social-inclusion/social-protection/long-term-care_en (21.10.2025).

Odpowiedzią na tę sytuację muszą być przemyślane reformy, uwzględniające zarówno rozwój nowych technologii, konieczność zmiany mechanizmów finansowania, jak i dopasowanie do rosnącego popytu. Analizy wskazują, że wartość rynku usług LTC w nadchodzących dekadach będzie systematycznie wzrastać. W wielu krajach postępuje też prywatyzacja

usług opiekuńczych, co rodzi pytania o dostępność i jakość świadczeń dla szerokich grup społecznych²².

Konieczność rozwoju opieki długoterminowej w najbliższych dekadach jest dostrzegana przede wszystkim w państwach bogatszych, w których – ze względu na wysokie standardy w ochronie zdrowia – możliwe jest zapewnienie codziennego,

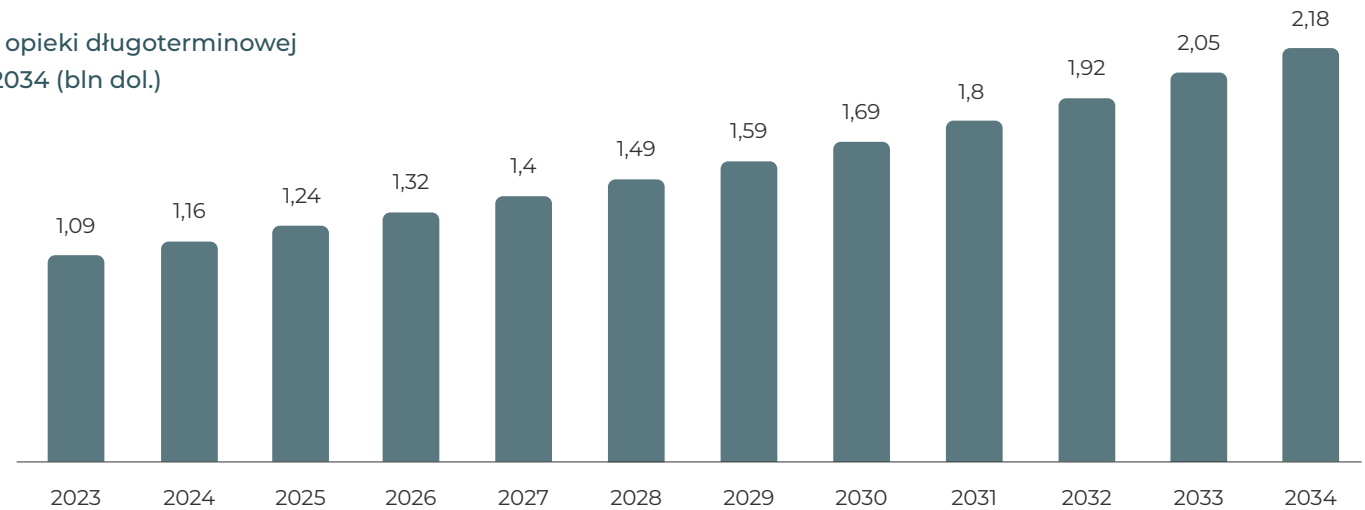
trwałego wsparcia osobom, które tego potrzebują (nie tylko ze względu na wiek i związane z nim schorzenia). Badania ekonomiczne trendów globalnych w tym obszarze dowodzą, że poziom zaawansowania opieki długoterminowej (także z zastosowaniem nowoczesnych technologii) stanie się ważnym wskaźnikiem w identyfikowaniu stopnia rozwoju ekonomicznego poszczególnych regionów świata.

RYNEK USŁUG Z ZAKRESU OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W SKALI GLOBALNEJ

KLUCZOWE TRENDY	Integracja rozwiązań technologicznych w ramach wykonywania nieformalnej/domowej opieki długoterminowej.
CZYNNIK ROZWOJOWY NR 1	Wzrost wydatków w budżetach państw rozwiniętych na usługi z zakresu opieki długoterminowej.
CZYNNIK ROZWOJOWY NR 2	Wzrost występowania różnego rodzaju chorób w ramach konkretnych populacji.
PROGNOZA	W 2034 r. wartość rynku usług z zakresu opieki długoterminowej przekroczy 2 bln dol.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Technavio Research i Precedence Research [„Business Wire”, <https://www.businesswire.com/news/home/20170606005988/en/Long-term-Care-Market---Trends-and-Forecasts-by-Technavio> (2.01.2025)]; „Long Term Care Market Size, Share and Trends 2026 to 2035”, Precedence Research, 8.12.2025, <https://www.precedenceresearch.com/long-term-care-market> (2.01.2025).

Wielkość rynku opieki długoterminowej w latach 2023–2034 (bln dol.)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych zamieszczonych w artykule „Long Term Care Market Size, Share, and Trends 2023 to 2034” [„Long Term Care Market Size, Share and Trends 2026 to 2035”, Precedence Research, 8.12.2025, <https://www.precedenceresearch.com/long-term-care-market> (2.01.2025)].

WYZWANIA I PERSPEKTYWY OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W UNII EUROPEJSKIEJ

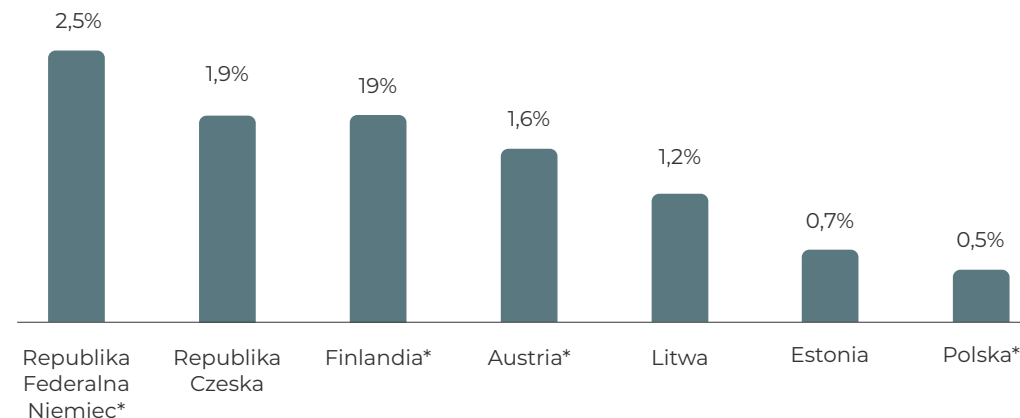
Należy w tym kontekście zwrócić uwagę na kilka głównych problemów, znajdujących się obecnie w optyce wielu państw świata, które w obliczu aktualnych trendów demograficznych reformują swoje systemy opieki zdrowia w odniesieniu do instrumentów regulujących system opieki długoterminowej, takich jak:

- dostęp do opieki długoterminowej i jej faktyczne dostosowanie do konkretnych potrzeb,
- jakość usług w ramach opieki sformalizowanej i jakość opieki nieformalnej (domowej, z uwzględnieniem systemów świadczeń i zasiłków oraz tzw. mieszkań asystowanych),
- zatrudnienie nieformalnych opiekunów,
- stabilność finansowania krajowych systemów ochrony zdrowia, która narażona jest na ryzyka wynikające z zagrożeń o charakterze systemowym (m.in. globalne kryzysy, takie jak kryzys pandemiczny)²³.

Na poziomie unijnym Komisja Europejska zauważa potrzebę synchronizacji wysiłków dotyczących skutecznej opieki długoterminowej. Główny akcent w dokumentach o charakterze strategicznym dotyczy osób starszych. W raporcie z 2021 r. przedstawiła ona dane szacunkowe, zgodnie z którymi liczba osób wymagających opieki długoterminowej w państwach członkowskich Unii Europejskiej będzie systematycznie rosła i z 30,8 mln osób w 2019 r. osiągnie liczbę 38,1 mln w roku 2050. Zakłada się także, że wraz ze zmianami demograficznymi wydatki na

ten rodzaj opieki będą coraz wyższe i w całej UE osiągną średnią, która obecnie dotyczy państw przeznaczających na nią najwięcej pieniędzy – czyli ok. 2–3% PKB. Dodatkowo Komisja Europejska obserwuje stały trend wzrostu wydatków na opiekę domową i różne rodzaje opieki nieformalnej i tym samym ograniczanie instrumentów opieki zinstytucjonalizowanej. Opieka długoterminowa w najbliższych kilku dekadach stanie się jednym z najbardziej kosztownych i najszybciej drożejących obszarów usług publicznych²⁴.

Całkowite wydatki na opiekę długoterminową jako udział w PKB w 2021 r.



* Kraje niezgłaszające wydatków na opiekę długoterminową w zakresie opieki społecznej.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych zawartych w raporcie „Health at a Glance 2023” opublikowanym przez OECD w 2023 r. [OECD, „Health at a Glance 2023: OECD Indicators”, OECD Publishing, Paris 2023, s. 229, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>].

23 S. Spasova i in., „Challenges in long-term care in Europe: a study of national policies 2018”, European Commission, Brussels 2018.

24 „Long-term Care”, European Commission, employment-social-affairs.ec.europa.eu/policies-and-activities/social-protection-social-inclusion/social-protection/long-term-care_en (21.10.2025).

Wśród głównych problemów występujących we wszystkich państwach członkowskich UE, Komisja Europejska zauważa przede wszystkim braki w wyspecjalizowanej kadrze, która byłaby w stanie przejmować rosnące obowiązki związane ze zwiększającą się liczbą pacjentów wymagających opieki długoterminowej.

Braki te powodują, że aktualnie wiele państw członkowskich nie jest w stanie zapewnić opieki zinstytucjonalizowanej adekwatnej do zapotrzebowania. Odpowiedzią na to jest rozwój opieki domowej, przy czym wedle szacunków Komisji Europejskiej tylko ok. 1/4 osób mających poważne trudności z opieką osobistą lub czynnościami domowymi z niej korzysta. Dodatkowym problemem w wielu państwach członkowskich pozostaje niewystarczające informowanie na temat opieki długoterminowej i niewielkie uwrażliwianie obywateli na tego typu wyzwania społeczne, którym sprostać można wyłącznie przy zaangażowaniu wielu podmiotów. Scentralizowane działania administracji publicznej są tylko jednym z elementów skutecznych strategii w tym zakresie²⁵.

Biorąc pod uwagę ten kontekst, warto zauważyć, że w ramach całej Unii Europejskiej, ale również

w poszczególnych państwach członkowskich, istnieją nierówności społeczne i różnice terytorialne w opiece długoterminowej. Pochodzenie z mniej uprzywilejowanych środowisk społeczno-ekonomicznych lub z obszarów ubogich/wiejskich o niewielkim zapleczu instytucjonalnym w zakresie świadczeń medycznych często stanowi barierę w dostępie do wysokiej jakości opieki długoterminowej²⁶. Ważnym dokumentem programowym jest „Europejski Filar Praw Socjalnych” (EFPS) z 2017 r., który w pkt. 18 stanowi, że „każdy ma prawo do przystępnych cenowo i dobrej jakości usług opieki długoterminowej, w szczególności opieki w domu i usług środowiskowych”²⁷. W 2022 r. Komisja przedstawiła strategię w zakresie opieki, która jest ogólnounijną wizją rozwoju usług opiekuńczych w ramach wielopoziomowych środków koordynacyjnych na szczeblach krajowym i europejskim. Jej uzupełnieniem są zalecenia Rady dotyczące dostępu do usług opieki długoterminowej, które powinny charakteryzować się wysoką jakością i być przystępne cenowo. Wskazano na potrzebę ich standaryzacji we wszystkich placówkach w UE świadczących takie usługi i potrzebę zagwarantowania dobrych warunków pracy w tym sektorze opieki zdrowotnej²⁸.

²⁵ „Long-term Care”, European Commission, employment-social-affairs.ec.europa.eu/policies-and-activities/social-protection-social-inclusion/social-protection/long-term-care_en (21.10.2025).

²⁶ Ibid.

²⁷ „Europejski Filar Praw Socjalnych”, 2017, s. 21.

²⁸ Komunikat Komisji, 2022; Zalecenie Rady, 2022.



DOŚWIADCZENIA WYBRANYCH KRAJÓW EUROPEJSKICH

W Niemczech, Francji, Słowenii, Włoszech i Danii od 2015 r. wprowadzono różnorodne reformy opieki długoterminowej, których założeniami są:

- **poprawa warunków zatrudnienia** – wzrost płac minimalnych w Niemczech do 2035 r., dodatkowe premie we Francji i Danii;
- **promowanie kształcenia oraz rekrutacja zagraniczna** – np. subsydiowane szkolenia pielęgniarские w Niemczech czy przyciąganie pracowników spoza UE (Niemcy, Dania);
- **wsparcie opiekunów nieformalnych** – zasiłki opiekuńcze (Niemcy, Francja), urlopy opiekuńcze (Francja, Niemcy, Dania, Włochy), opieka wytchnieniowa (Francja, Niemcy, Słowenia);
- **inwestycje w infrastrukturę** – renowacja domów opieki, rozwój e-zdrowia (Francja, Słowenia), cyfryzacja i telemedycyna (Francja).

Mimo że wzmocnienie sektora opieki długoterminowej wymaga znacznych nakładów finansowych, wiele krajów unowocześnia swoją infrastrukturę, w tym poprzez fundusze unijne, np. Instrument na rzecz Odbudowy i Zwiększania Odporności (RRF). Część państw, jak Japonia czy Korea Południowa, coraz śmielej inwestuje w robotykę opiekuńczą, co mogłoby stanowić uzupełnienie ludzkich zasobów w przyszłości.

Głównym trendem, rozpoznawalnym w wielu państwach członkowskich UE – w tym w tych wybranych jako szczególne studia przypadku – jest akcentowanie roli opieki nieformalnej (domowej), która dzięki wsparciu ze strony administracji publicznej (m.in. świadczenia i zasiłki pielęgnacyjne i opiekuńcze, opieka pielęgniariska, tzw. urlopy opiekuńcze) ma być skuteczną alternatywą dla opieki sformalizowanej.

Poniżej przedstawiono sytuację opieki długoterminowej w 3 wybranych krajach europejskich: Niemczech, Finlandii i Czechach.



Republika Federalna Niemiec

Niemiecki model ubezpieczenia pielęgnacyjnego, wprowadzony w 1995 r., stanowi na tle pozostałych państw członkowskich UE szczególną koncepcję rozwiązywania potrzeb osób niesamodzielnych. Ubezpieczenie na wypadek długotrwałej opieki (niem. *Pflegeversicherung*) jest bezpośrednio powiązane i automatycznie wykupywane z ubezpieczeniem zdrowotnym. Stanowi obowiązkową część ustawowych składek na ubezpieczenie społeczne. Służy ono osobom wymagającym opieki i zależnym od wsparcia innych ludzi. Obejmuje pomoc zarówno domową, jak i szpitalną. Dyskusja nad wprowadzeniem takiego ubezpieczenia trwała w Niemczech od lat 70. XX w., czyli od momentu gdy dostrzeżono problemy związane z procesami demograficznymi. Po ok. 20 latach udało się osiągnąć kompromis polityczny i przyjąć rozwiązanie, które stało się modelowe i powielane w wielu państwach świata (m.in. Japonii czy Luksemburgu).

Charakterystyka systemu:

- **Podstawa:** ubezpieczenie pielęgnacyjne (*Pflegeversicherung*) wprowadzone w 1995 r. jako

część ubezpieczenia społecznego. Składki (4% dochodu brutto dla osób bezdzietnych, zniżki dla osób posiadających dzieci) pobierane są wraz z ubezpieczeniem zdrowotnym.

- **Kryterium niesamodzielności:** zdefiniowane w § 14 księgi XI SGB obejmuje choroby fizyczne/psychiczne lub upośledzenia powodujące konieczność opieki przez co najmniej 6 miesięcy. Poziom niezdolności określa się punktowo.
- **Charakter świadczeń:** pieniężne, rzeczowe, usługi opiekuńcze. System pokrywa część kosztów, resztę finansują sami pacjenci, rodzina bądź gmina (w ostateczności).
- **Rola opieki domowej:** system promuje wsparcie rodzin w opiece nieformalnej (urlopy wytchnieniowe, opłacanie składek emerytalnych opiekunom itp.).
- **Znaczenie:** niemiecki model bywa wskazywany jako wzór dla innych państw, ceni się go za wyraźne zasady i wieloletnią ewolucję dostosowującą świadczenia do potrzeb chorych²⁹.

29 Ibid.



Finlandia

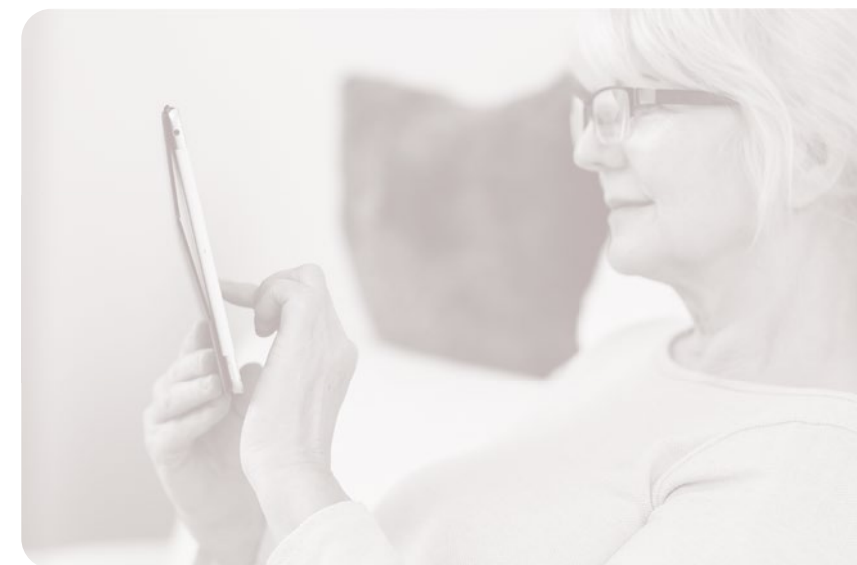
Drugim przykładem jest Finlandia. Fińska skuteczność w walce z różnymi wyzwaniami społecznymi, takimi jak: bezrobocie, depopulacja gmin, zmiany demograficzne związane z wiekiem obywateli czy integracja osób z pochodzeniem migracyjnym, spowodowała, że kraj ten od wielu lat zajmuje czołowe miejsce nie tylko w rankingach społecznej szczęśliwości (w latach 2021–2023 utrzymywał się na pierwszym miejscu, przed innymi państwami nordyckimi – Danią, Islandią i Szwecją)³⁰, ale i w rankingach badających bezpośrednio mechanizmy zarządzania publicznego. System opieki długoterminowej został w ostatnich latach zreformowany w ramach zmian w fińskim systemie opieki społecznej i ochrony zdrowia (tzw. reforma SOTE).

Charakterystyka systemu:

- **Koncepcja:** fiński system LTC oparty jest na zasadzie powszechności świadczeń w duchu państwa opiekuńczego. Opiekę nad seniorami i osobami z niepełnosprawnościami organizują od 2023 r. tzw. powiaty ds. dobrostanu społecznego (*wellbeing services counties*).

- **Kluczowe idee:** samostanowienie, równość, partycypacja, indywidualizacja, bezpieczeństwo świadczeń³¹.
- **Struktura finansowania:** ok. 84% z podatków, ok. 16% od pacjentów (opłaty modyfikowane w zależności od sytuacji dochodowej). Brak wąsko wyspecjalizowanych prywatnych ubezpieczeń LTC.
- **Formy opieki:**
 - **Wspólnotowa** (*community-based*) – głównie opieka domowa, usługi świadczone przez sektor publiczny z ewentualnym wsparciem prywatnym (bony na zakup usług). Istnieje też system opieki zastępczej dla dorosłych i możliwość podpisania umowy z powiatem, gwarantującej zasiłki opiekuńcze członkom rodziny.
 - **Zinstytucjonalizowana** (*residential-based*) – domy opieki, szpitale, mieszkania chronione z całodobową opieką (mniej więcej połowa publicznych, połowa prywatnych).

- **Innowacje technologiczne:** roboty, systemy zdalnego nadzoru, telekonsultacje, rejestry pacjentów (Finlandia przoduje w digitalizacji systemów administracyjnych).
- **Wydatki:** 2,3% PKB (2021 r.), jedno z najwyższych w UE (European Commission, 2021).



30 J.F.I. Helliwell i in. (eds.), World Happiness Report 2024. Wellbeing Research Centre, University of Oxford 2024.

31 „Przegląd strategiczny opieki długoterminowej w Polsce”, Bank Światowy 2024, <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099041625104032705/pdf/P179889-4e78a1a0-ab084eb4-af00-02ec235f2d3e.pdf> (12.01.2026).

Republika Czeska

Trzecim przykładem, do którego warto sięgnąć podczas przyglądania się rozwiązaniom europejskim, są Czechy, które mają podobne doświadczenia ustrojowe do Polski. Tamtejszy system opieki zdrowotnej również przeszedł głęboką transformację wraz z kształtowaniem się demokratycznego państwa prawnego. Wcześniej niż w Polsce zauważono tam potrzebę zbudowania dojrzałego systemu opieki długoterminowej, co znajduje odzwierciedlenie nie tylko w ustawodawstwie (ustawa o usługach społecznych – Zákon č. 108/2006 Sb., ustawa o zmianie ustawy nr 187/2006 Dz.U. o ubezpieczeniu chorobowym z późn. zm. i innych ustaw powiązanych – Zákon č. 310/2017 Sb.), ale i w systemie zarządzania usługami publicznymi w tym obszarze. Czesi wykorzystują rozwiązania zachodnie, starając się dopasowywać model opieki długoterminowej do pojawiających się wyzwań, związanych m.in. ze zmianami demograficznymi. Proponowane nowelizacje w większym stopniu niż w Polsce są impulsem do ożywionej debaty publicznej.

Charakterystyka systemu:

- **Koncepcja:** brak jednej ustawy kompleksowo regulującej LTC, lecz rozwiązania rozproszone w przepisach dot. ochrony zdrowia, opieki społecznej i ubezpieczeń.
- **Modele opieki:**
 - **Formalna** (zinstytucjonalizowana) – w placówkach stałego pobytu (np. domach seniora) lub w domu pacjenta. Problemem pozostają braki kadrowe i ograniczona liczba łóżek.
 - **Domowa** (nieformalna) – dominująca, najczęściej opiekunami są członkowie rodziny. Czeski system przewiduje wsparcie dla opiekunów (zasiłek opiekuńczy, możliwość 90-dniowego urlopu pielęgnacyjnego).
 - **Półinstytucjonalna** – dzienne i tygodniowe centra opieki, pozwalające na odciążenie rodzin (opieka wytchnieniowa).
- **Finansowanie:** ok. 1,9% PKB (2021 r.), ale trwają prace nad dalszymi reformami i ustawą o pograniczu socjalno-zdrowotnym, która ma wprowadzić ściślejszą koordynację świadczeń.
- **Cechy wyróżniające:** silne powiązanie rozwiązań z modelami zachodnimi, decentralizacja zadań oraz współpraca władz lokalnych i regionalnych (m.in. średniookresowe plany rozwoju usług społecznych).



WNIOSKI I REKOMENDACJE

Szybkie starzenie się populacji w Polsce i w całej UE wymusza wprowadzenie kompleksowych rozwiązań dla opieki długoterminowej.

Najważniejsze wyzwania to: podniesienie wynagrodzeń i statusu personelu, stworzenie atrakcyjnych ścieżek szkolenia i kariery, a także wsparcie finansowe i prawne dla opiekunów nieformalnych. Istotne będzie także wdrożenie nowoczesnych technologii (telemedycyna, rozwiązania cyfrowe, robotyka), które mogą częściowo odciążać system i poprawić komfort pacjentów oraz pracowników.

Konieczna jest przy tym dbałość o spójność społeczną: rozbudowa sektora opieki długoterminowej nie może pogłębiać nierówności, lecz musi zapewniać powszechny dostęp do świadczeń. Dalsze działania powinny się koncentrować na wspólnych inicjatywach państw UE, wymianie dobrych praktyk oraz zwiększaniu finansowania, tak aby sprostać nadchodzącym wyzwaniom demograficznym i zdrowotnym.

Zarówno w Niemczech, jak i w Finlandii czy Czechach wyraźnie widać rosnące znaczenie opieki domowej (nieformalnej), którą się stara wspierać systemowo

(świadczenia opiekuńcze, urlopy dla opiekunów, bony). Równocześnie wszędzie się dostrzega poważne problemy z niedoborem kadr, a co za tym idzie – ograniczoną liczbą miejsc w placówkach stacjonarnych oraz niedostatki opieki ambulatoryjnej i specjalistycznej. Z podanych przykładów płynnie wniosek, że opieka długoterminowa wymaga koordynacji i jasnego podziału kompetencji pomiędzy administrację centralną (szersze regulacje i finansowanie) a poziom regionalny/lokalny (organizowanie usług dopasowanych do potrzeb społeczności). Utrzymanie jakości LTC i równy dostęp do niej przy szybko rosnącym zapotrzebowaniu oznacza wzrost obciążeń budżetowych. Niemcy stosują składki na ubezpieczenie pielęgnacyjne, Finlandia finansuje większość z podatków, Czechy różnicują środki z opieki społecznej i zdrowotnej. W każdym przypadku rosną koszty publiczne, co zachęca sektor prywatny do aktywnego udziału, przy jednoczesnym zachowaniu standardów i kontroli jakości.

Wnioski dla Polski z doświadczeń międzynarodowych to przede wszystkim:

- konieczność uporządkowania mechanizmów finansowania (ubezpieczenia społeczne, dotacje budżetowe, współpłacenie użytkowników),
- promocja opieki domowej poprzez zasiłki i wsparcie dla rodzin,
- rozbudowa infrastruktury i kadr w placówkach stacjonarnych,
- cyfryzacja i włączanie nowych technologii (roboty, e-konsultacje), co może podnieść efektywność i odciążać część personelu,
- prowadzenie kampanii informacyjnych zwiększających świadomość społeczną o istniejących instrumentach wsparcia i możliwościach uzyskania pomocy.

Przedstawione rozwiązania pokazują, że nie ma jednego uniwersalnego modelu opieki długoterminowej. Każde państwo dostosowuje regulacje do swoich uwarunkowań kulturowych, ekonomicznych i instytucjonalnych. W Polsce potrzeba rzetelnego, interdyscyplinarnego raportu, który wskaże luki systemowe i zintegruje rozproszone regulacje z obszaru służby zdrowia, pomocy społecznej i ubezpieczeń, zaproponuje mechanizmy finansowe i prawne wspierające opiekę domową oraz rozbudowę opieki stacjonarnej, a także wypracuje standardy jakości i bezpieczeństwa świadczeń oraz uwzględni nowe technologie (digitalizację i robotykę).

wnioski z seminarium



W dyskusji eksperci wielokrotnie odwołują się do przykładów europejskich, pokazując, jak inne państwa radzą sobie z finansowaniem i organizacją opieki długoterminowej oraz jak bardzo Polska odstaje od tych standardów. Podkreślano przede wszystkim, że należy ona do krajów o najniższych wydatkach na ten sektor – zaledwie 0,5% PKB, podczas gdy średnia unijna wynosi 1,7%, a w Niemczech czy Holandii nakłady przekraczają 2,5%. To zasadnicza różnica, która bezpośrednio przekłada się na możliwości systemu.

Jednym z najczęściej wskazywanych wzorców jest instytucja ubezpieczenia pielęgnacyjnego, funkcjonująca

od lat w Niemczech i Holandii. Eksperci przypominają, że wprowadzenie takiego rozwiązania w latach 80. pozwoliło Niemcom zbudować stabilny system finansowania i ułatwiło rozwój usług środowiskowych. Wśród rekomendacji pojawił się postulat, by podobny mechanizm wprowadzić również w Polsce – jako składkę pobieraną od określonego wieku, co umożliwiłoby stworzenie trwałego źródła finansowania opieki długoterminowej.

Eksperci zwracają jednak uwagę, że europejskie przykłady nie kończą się na finansowaniu. Wskazują na działania w obszarze poprawy statusu zawodowego pracowników opieki, budowania ścieżek rozwoju zawodowego,

inwestowania w technologie – zwłaszcza teleopiekę – a także na szeroko zakrojoną edukację osób starszych. Tu przywoływano m.in. Szwecję, która prowadzi krajowy program w zakresie demencji i inwestuje we wczesną diagnostykę oraz edukację osób po 55. roku życia.

Wszystkie przytoczone porównania doprowadziły ekspertów do jednego wniosku: Polska ma wiele do nadrobienia – zarówno w finansowaniu, jak i w organizacji systemu. Przykłady z innych krajów pokazują kierunki działań, które są możliwe i skuteczne. Brak takich rozwiązań w Polsce pogłębia kryzys w obszarze opieki długoterminowej w naszym kraju.

Analiza regulacji prawnych opieki długoterminowej

AKTY PRAWNE RANGI USTAWOWEJ

Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o szczególnej opiece geriatrycznej³²

Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o szczególnej opiece geriatrycznej (dalej u.o.g.) ma szczególne znaczenie dla opieki długoterminowej. Regulacja ta na poziomie ustawowym po raz pierwszy wprowadza definicję legalną całościowej opieki geriatrycznej zawierającej się w szerszym pojęciu (jak dotąd nie zdefiniowanym ustawowo), a mianowicie opieki długoterminowej. Wprowadzony opis z jednej strony podkreśla wielowymiarowość i interdyscyplinarność procesu diagnostycznego oraz planowanie wraz z optymalizacją leczenia. Z drugiej, wskazuje, że udzielane usługi dotyczą świadczeń zdrowotnych, wyznaczając tym samym zakres osób, którym przysługuje tego rodzaju opieka jako osobom powyżej 75. roku życia uprawnionym do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

U.o.g. – z wyjątkiem art. 56 u.o.g. – obowiązuje od 1.01.2024 r. Systemowo w założeniu ustawodawcy rozwiązania te mają stanowić uzupełnienie dotychczas funkcjonujących świadczeń.

Centra oraz oddziały geriatryczne tworzone są na podstawie wojewódzkiego planu działania szczególnej opieki geriatrycznej sporządzanego przez właściwego wojewodę oraz zatwierdzanego przez ministra zdrowia w terminie 60 dni od dnia otrzymania projektu planu zaopiniowanego uprzednio przez Krajową Radę do Spraw Opieki Geriatrycznej (art. 9 i art. 15 u.o.g.). Wojewoda określa w nim obszary działania wraz z lokalizacją poszczególnych centrów, lokalizację oddziałów geriatrycznych sprawujących szczególną opiekę geriatryczną na terenie województwa (ze wskazaniem podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, w którym zlokalizowany jest lub będzie utworzony oddział geriatryczny) oraz minimalną liczbę łóżek w poszczególnych oddziałach. Wyznacza obszar działania centrum obejmujący teren powiatu lub jego części albo kilku powiatów lub ich części, zamieszkiwany łącznie przez nie mniej niż 6 tys. i nie więcej niż 12 tys. osób, które ukończyły 75. rok życia, według stanu na dzień 31 grudnia roku poprzedniego.

³² Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o szczególnej opiece geriatrycznej (Dz.U. z 2024 r. poz. 1666 ze zm.).



W przypadku utworzenia centrum dla kilku sąsiadujących ze sobą powiatów do wniosku należy dołączyć również porozumienie o przyjęciu do realizacji zadania utworzenia centrum (art. 19 u.o.g.). Należy przy tym podkreślić, że wprowadzenie takiej formy współpracy nie jest nowym rozwiązaniem prawnym. Jednostki samorządu terytorialnego mogą podejmować wspólne działania, m.in. właśnie w celu wykonywania zadań publicznych. Jako przykład można wskazać chociażby formy współpracy przedstawione w art. 65 ust. 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (dalej u.s.p.). Najczęściej ma to miejsce przy realizacji określonego celu, kiedy takie działania są uzasadnione ze względów finansowych lub organizacyjnych.

Zgodnie z art. 17 u.o.g. centrum tworzy się w ramach struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego wskazanego w wojewódzkim planie albo jako nowy podmiot leczniczy utworzony przez powiat w formie, o której mowa w art. 6 ust. 2 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (dalej u.d.l.). Trzeba w tym miejscu odnotować pewną niekonsekwencję, ponieważ w przypadku nowo tworzonych podmiotów leczniczych zawierających centra dopuszczalna jest forma spółki kapitałowej (spółki z o.o. lub spółki akcyjnej) bądź samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Natomiast w przypadku podmiotu istniejącego już wcześniej ustawodawca nie przewiduje żadnych ograniczeń dotyczących podmiotów leczniczych oraz ich form organizacyjno-prawnych.

U.o.g. wyznacza także (obok organów administracji publicznej z określeniem ich zadań) strukturę podmiotów, w których opieka ta jest / ma być sprawowana, tj. szpitalne oddziały geriatryczne, Centra Zdrowia 75+ oraz podstawowa opieka zdrowotna.

Do obowiązującej już ustawy o szczególnej opiece geriatrycznej należy jednak poczynić w tym miejscu 2 zasadnicze zastrzeżenia. Przede wszystkim trzeba podkreślić pominięcie zasad finansowania centrów i to w 2 aspektach. Z jednej strony de facto nieuwzględnienie przez ustawodawcę kosztów ich powstania – potrzebne nakłady finansowe związane z pomieszczeniami, wyposażeniem, zasobami kadrowymi niezbędnymi do ich uruchomienia. Konieczna jest zmiana ustawy, tj. wskazanie możliwości finansowania centrów z Funduszu Medycznego (art. 49 u.o.g.). W praktyce oznacza to przerzucenie odpowiedzialności finansowej na jednostki samorządu terytorialnego, co może być zadaniem przerastającym ich możliwości, biorąc pod uwagę strukturę zadłużenia szpitali. Z drugiej strony, brak szczegółowych zasad finansowania samych świadczeń udzielanych w centrach zdrowia. W praktyce spowoduje to – przynajmniej w początkowym etapie – brak zainteresowania podmiotów niepublicznych. Żaden przedsiębiorca nie zdecyduje się na określoną działalność bez kalkulacji kosztów. Ustawodawca wskazał bowiem jedynie, że do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych pacjentom w centrach, stosuje się

przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 45 u.o.g.). Jednocześnie wyłączył zastosowanie przepisów dotyczących zawierania umów w trybie konkursów ofert i rokowań. Drugie zastrzeżenie dotyczy natomiast wymogów związanych z obsadą kadrową ww. podmiotów.



Biorąc pod uwagę potrzebę określenia tych elementów w odniesieniu do szerszego pojęcia, jakim jest opieka długoterminowa, do rozważenia są 2 warianty. Mianowicie uzupełnienie ustawy o szczególnej opiece geriatrycznej, poprzez zmianę jej tytułu na „o opiece długoterminowej, w tym szczególnej opiece geriatrycznej (z wyłączeniem działalności szpitalnych oddziałów geriatrycznych)” lub przyjęcie nowej regulacji o opiece długoterminowej, która obejmie następujące elementy w obu tych wariantach: definicję legalną opieki długoterminowej, obowiązki administracji publicznej w tym obszarze (ministra zdrowia, wojewody oraz powiatów), zakres osób uprawnionych, strukturę podmiotów udzielających świadczeń z określeniem ich zakresu zadań. Ponadto konieczne jest zsynchronizowanie proponowanych rozwiązań z funkcjonującym systemem opieki zdrowotnej, w tym w szczególności opieką

koordynowaną ustanowioną na podstawie ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej. Jednocześnie należy zwrócić uwagę na poczynione zastrzeżenia dotyczące zasad finansowania działalności podmiotów oraz wymogi kadrowe. Jest to szczególnie ważne z 2 powodów. Z jednej strony opieka geriatryczna stanowi bardzo istotną składową opieki długoterminowej. Z drugiej, bez względu na przyjęty wariant regulacji – osobna ustawa czy też nowelizacja u.o.g. – jest duże prawdopodobieństwo, że analogiczne problemy wystąpią przy jej finansowaniu całościowym.

Opiekę długoterminową definiuje się jako opiekę sprawowaną nad osobami przewlekle i obłożnie chorymi, których stan nie wymaga leczenia szpitalnego, stąd powyższe wyłączenie dotyczące usług geriatrycznych udzielanych w ramach świadczeń szpitalnych.

Podsumowanie:

- Po raz pierwszy wprowadzono ustawową definicję całościowej opieki geriatrycznej, która wchodzi w skład opieki długoterminowej.
- Podkreślono wielowymiarowość i interdyscyplinarność opieki oraz planowania leczenia.
- Świadczenia kierowane są do osób powyżej 75. roku życia i finansowane publicznie.
- Ustawa przewiduje tworzenie centrów i oddziałów geriatrycznych, planowanych przez wojewodę i zatwierdzanych przez ministra zdrowia.
- Istnieją problemy praktyczne, m.in. brak jasnych zasad finansowania centrów i precyzyjnych wymagań kadrowych.
- Opieka geriatryczna jest elementem opieki długoterminowej – czyli sprawuje się ją nad osobami przewlekle i obłożnie chorymi, które nie wymagają leczenia szpitalnego.
- Należy podkreślić potrzebę nowej regulacji lub uzupełnienia ustawy w kontekście opieki długoterminowej, z jasnym określeniem finansowania i kadry.



Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej³³

Kolejną istotną regulacją rangi ustawowej jest ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (dalej u.p.o.z.). Regulacja ta ma szczególne znaczenie ze względu na konstrukcję systemu ochrony zdrowia, zakres udzielania świadczeń oraz ich zasady, dotyczące kierowania pacjentów po systemie ochrony zdrowia (opieka koordynowana). Obecnie mamy bowiem do czynienia z systemową zmianą polegającą na tzw. odwróceniu piramidy świadczeń i oparciu systemu na podstawowej opiece zdrowotnej. W przypadku opieki długoterminowej istotne są zakres i zasady udzielania świadczeń w opiece ambulatoryjnej, a więc np. identyfikowanie osób wymagających opieki długoterminowej w warunkach domowych oraz zasady kierowania do placówek stacjonarnych np. zakładów opiekuńczo-leczniczych.

Zgodnie z definicją zawartą w art. 2 u.p.o.z. przez podstawową opiekę zdrowotną – co do zasady – należy rozumieć miejsce pierwszego kontaktu świadczeniobiorcy z systemem ochrony zdrowia, ale tylko w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ustawodawca w ten sposób wyłączył z definicji podstawowej opieki zdrowotnej

całą opiekę realizowaną na zasadach komercyjnych. Jednocześnie zawarł odwołanie do ustawy o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych, która nie definiuje pojęcia pierwszego kontaktu świadczeniobiorcy. Następnie dokonał wyłączeń usług, które nie należą do zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, aby z kolei wskazać, że w jej ramach świadczeniobiorca ma zapewniony dostęp do profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych, pielęgnacyjnych oraz rehabilitacyjnych świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Należy jednak podkreślić zaniechanie ustawodawcy w zakresie wyłączenia z definicji świadczeń udzielanych w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Ponieważ na mocy ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. poz. 844) zmieniono brzmienie art. 55 u.ś.o.z. przez dodanie ust. 3a (aktualnie treść art. 132b ust. 2 u.ś.o.z.), zgodnie z którym dokonano włączenia świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej do systemu Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia (PSZ). Na mocy tych przepisów to świadczeniodawcy włączeni do tego systemu od 1 października 2017 r. są zobowiązani do zabezpieczenia świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na podstawie umowy zawartej w trybie art. 159a u.ś.o.z. Usługi udzielane w jej ramach obejmują świadczenia z zakresu

podstawowej opieki zdrowotnej, które są realizowane poza godzinami pracy określonymi w umowach o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, w szczególności w dni wolne od pracy i w święta. Jednak trudno pominąć ten aspekt wobec realizowania ich w ramach PSZ.

Jednocześnie więc ustawodawca prawidłowo wyłączył świadczenia udzielane świadczeniobiorcom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w rozumieniu przepisu art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, tj. stanie polegającym „na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia”.

³³ Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U. z 2022 r. poz. 2527 ze zm.).

Opieka koordynowana zdefiniowana na gruncie tych przepisów polega na zarządzaniu opieką nad pacjentem w systemie ochrony zdrowia przez zintegrowanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujących wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji, z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, środków komunikacji elektronicznej lub publicznie dostępnych usług telekomunikacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem jakości i efektywności udzielanych świadczeń. Ustawodawca, definiując opiekę koordynowaną, posłużył się 2 pojęciami, a mianowicie opieki koordynowanej i opieki zintegrowanej.

Mając na uwadze zakres świadczeń gwarantowanych udzielanych w ramach takiego zarządzania, ale przede wszystkim realia naszego systemu opieki zdrowotnej, należy założyć, że opieka koordynowana będzie wdrażana etapowo, właśnie poprzez rozszerzanie zakresu świadczeń gwarantowanych. Jest to podyktowane z jednej strony wysokością publicznych środków przeznaczonych na udzielane świadczenia opieki zdrowotnej, z drugiej zaś możliwością dostosowania się przez podmioty lecznicze udzielające tych świadczeń. Ponadto samo zróżnicowanie świadczeniodawców realizujących usługi z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, ale też i potrzeb pacjentów mieszkających na danym obszarze, powoduje, że opieka koordynowana dla podmiotów powinna pozostać fakultatywna, a jej opcjonalność utrzymana co najmniej przez pierwsze lata od rozpoczęcia wdrożenia opieki.

Większe podmioty mają co do zasady możliwość wdrożenia opieki koordynowanej w szerokim ujęciu, ponieważ już teraz bardzo często udzielają równolegle wielu świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Taka organizacja usług ma zachęcić pacjentów do złożenia deklaracji wyboru w podstawowej opiece zdrowotnej, ponieważ mają oni szeroki zakres świadczeń w jednym miejscu. Natomiast w przypadku bardzo małych podmiotów – głównie na wsiach, chociaż nie tylko – wdrożenie opieki koordynowanej może okazać się niezwykle trudne. Trzeba bowiem brać pod uwagę realia funkcjonowania całego sektora ochrony zdrowia w Polsce i potencjalne trudności związane z pozyskaniem poszczególnych specjalistów do realizacji opieki koordynowanej.

Zadania z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej realizuje zespół POZ, złożony z lekarza, pielęgniarki i położnej. Należy jednocześnie podkreślić, że jego prace – jako całości – koordynuje lekarz POZ, który rozstrzyga o sposobie planowania i realizacji postępowania diagnostyczno-leczniczego nad świadczeniobiorcą. Z takiego ujęcia – jak też z samej istoty opieki koordynowanej – wynika obowiązek ścisłej współpracy członków zespołu. Szczegółowy zakres zadań lekarza, pielęgniarki oraz położnej POZ określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z 27 listopada 2019 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. poz. 2335).



Przejście od opieki fragmentarycznej, doraźnej, „wyspowej” do zaangażowania zespołowego na rzecz budowy kompleksowości miałyby istotne implikacje w optymalizacji czasu pracy lekarza i pozostałego personelu. Dziś bowiem lekarze rodzinni w wielu przypadkach wydają skierowania do poradni specjalistycznych, ponieważ nie dysponują lub – z uwagi na brak finansowania – nie mogą dysponować wystarczającą bazą diagnostyczną.

Świadczeniodawca oferujący usługi z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej jest zobowiązany do zapewnienia pacjentowi dostępu nie tylko do świadczeń wybranego lekarza, pielęgniarki czy położnej POZ, lecz także do opieki w miejscu udzielania świadczeń oraz opieki w miejscu zamieszkania usługobiorcy, którego stan zdrowia uniemożliwia opiekę ambulatoryjną. Do rozważenia jest więc poszerzenie zakresu udzielanych świadczeń oraz włączenie opieki długoterminowej do zakresów opieki koordynowanej. Dotyczy to zagadnień wykraczających poza system opieki zdrowotnej, tj. zapewnienie świadczeń opieki zdrowotnej dla osób przebywających w DPS-ach.

Podsumowanie:

- Opieka podstawowa to pierwszy kontakt pacjenta z systemem ochrony zdrowia, ale tylko w ramach świadczeń finansowanych publicznie.
- Wprowadzono opiekę koordynowaną, czyli zintegrowaną opiekę nad pacjentem, z wykorzystaniem telemedycyny i zespołów POZ (lekarz, pielęgniarka, położna).
- W systemie opieki długoterminowej ułatwiono kierowanie pacjentów do opieki ambulatoryjnej i placówek stacjonarnych (np. ZOL-i, DPS-ów).
- Podkreślono rolę zespołu POZ w kompleksowej opiece i ograniczenia wynikające z braków kadrowych lub infrastruktury.
- Należy zauważyć, że wdrożenie opieki koordynowanej będzie etapowe i fakultatywne, szczególnie w mniejszych miejscowościach.



Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³⁴

W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dalej u.ś.o.z.) istotne jest zwiększenie wpływu na wycenę oraz kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podstawową grupę podmiotów tworzących podmioty lecznicze, tj. jednostki samorządu terytorialnego. Dotyczy to całości świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, a więc i tych z zakresu opieki długoterminowej.

Podstawową uwagą dotyczącą u.ś.o.z. w obszarze opieki długoterminowej jest sam zakres świadczeń, określane zgodnie z tą ustawą na mocy rozporządzeń wykonawczych, tzw. koszykowych. W tym miejscu – zgodnie z przywołanym zakresem przedmiotowym ustawy – należy więc podkreślić same zasady ich wyceny, kwalifikacji i kontraktowania.

Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) – na podstawie delegacji ustawowej określonej w przepisie art. 250 u.ś.o.z. – powstała w celu powołania jednostki organizacyjnej mającej za zadanie dokonywanie oceny procedur medycznych, ze szczególnym

uwzględnieniem procedur będących przedmiotem umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W konsekwencji ma to zagwarantować możliwość podejmowania prawidłowych decyzji, w celu racjonalizacji wydatków publicznych na najbardziej efektywne świadczenia zdrowotne. „Realizacja takiego zadania wymaga posiadania specjalistycznej wiedzy i praktycznych umiejętności przeprowadzania oceny technologii medycznych. Zapewnienie wysokiej jakości (wiarygodności) takich analiz oraz stałej gotowości do ich wykonywania wymaga zinstytucjonalizowania odpowiedniego zaplecza eksperckiego pracującego na potrzeby organów państwowych podejmujących decyzje o zakresie i sposobach finansowania świadczeń opieki zdrowotnej z publicznych środków finansowych”³⁵.

Do zadań AOTMiT – zgodnie z art. 31n u.ś.o.z. – należy wydawanie rekomendacji w sprawach: kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego, określania/zmiany poziomu lub sposobu finansowania świadczenia gwarantowanego bądź usuwania danej usługi z wykazu świadczeń gwarantowanych. Kolejne zadania polegają na opracowywaniu raportów i analiz. W tym miejscu w szczególności należy podkreślić analizy

weryfikacyjne, o których mowa w art. 35 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Zadaniem Agencji jest też ustalanie taryfy świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie lub rodzaju, rekomendacja zasadności stosowania leków w ramach Programu Szczepień Ochronnych oraz opiniowanie projektów programów polityki zdrowotnej.

W Agencji działają 2 rady: Rada Przejrzystości i Rada do spraw Taryfikacji, które co prawda mają charakter opiniotawczo-doradczy, ale do ich podstawowych zadań należą ocena technologii medycznej oraz opiniowanie rekomendacji Prezesa Agencji w zakresie świadczeń gwarantowanych i wyceny świadczeń opieki zdrowotnej. Zarówno Prezes Agencji, jak i jego zastępcy (na wniosek tego pierwszego) powoływani są przez ministra zdrowia spośród kandydatów wyłanianych w drodze konkursu. Ich kadencja wynosi 5 lat. W składach rad brakuje przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego jako kluczowych podmiotów tworzących placówki lecznicze w naszym systemie ochrony zdrowia.

³⁴ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 146 ze zm.).

³⁵ K. Urban, w: „Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz”, red. A. Pietraszewska-Macheta, Warszawa 2018.

W przypadku Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) – utworzonego zgodnie z art. 98 u.ś.o.z. – jego podstawowym zadaniem jest zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. NFZ to główny koordynator i organizator procesu udzielania tych świadczeń. Określa on zasady ich finansowania ze środków publicznych, w tym w szczególności procedurę wyceny świadczeń i ich kontraktowania.

Organami Funduszu są: Rada Funduszu, Prezes Funduszu, rady oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu. Rady na szczeblach centrali i oddziałów wojewódzkich mają jednak tylko charakter opiniodawczy i jedynie w pewnym zakresie kontrolny. Ich opinie na obu szczeblach nie są wiążące i rady nie mają kompetencji do powoływania lub odwoływania Prezesa Funduszu bądź dyrektora oddziału wojewódzkiego. Analiza należących do nich zadań pozwala wyodrębnić 3 główne rodzaje: stanowiące, opiniujące i kontrolne.

Do zadań Rady Funduszu należą w szczególności opiniowanie projektu planu finansowego na dany rok oraz

przyjmowanie sprawozdania z wykonania tego planu, a także okresowe i roczne sprawozdania z działalności Funduszu. Rada została wyposażona w bardzo szerokie uprawnienia do kontrolowania bieżącej działalności Funduszu we wszystkich dziedzinach. W celu wykonania swoich obowiązków może ona żądać od Prezesa Funduszu sprawozdań i wyjaśnień. W ramach prerogatyw kontrolnych ma również uprawnienia do: podejmowania kontroli prawidłowej realizacji planu finansowego Funduszu, dokonywania wyboru biegłego rewidenta do badania sprawozdania finansowego Funduszu, występowania do Prezesa Funduszu o przeprowadzenie kontroli oddziału wojewódzkiego Funduszu, a także występowania do Prezesa Funduszu z wnioskiem o wszczęcie kontroli w zakresie, o którym mowa w art. 61a ust. 1–3 u.ś.o.z. Rada Oddziału Wojewódzkiego NFZ – zgodnie z art. 106 ust. 1 u.ś.o.z. – ma także kompetencje opiniodawczo-nadzorcze.

Obie rady są więc organami kolegialnymi. W skład Rady Funduszu wchodzi tylko 1 przedstawiciel. Natomiast w przypadku Rady Oddziału zaledwie 3 przedstawiciele samorządu terytorialnego.



Jednym z problemów działania rad jest ich kadencyjność. Pomimo bowiem kadencyjnego statusu członków Rady minister właściwy do spraw zdrowia został uposażony w prerogatywy do ich odwołania. Wcześniejsze odwołanie członka Rady Funduszu przez ministra właściwego do spraw zdrowia, przed upływem kadencji, jest również możliwe na podstawie wniosku podmiotu, który postulował o jego powołanie³⁶. Wydaje się, że dla efektywnego wykonywania obowiązków członków rad (szczególnie ich niezależności) zasadne byłoby zredukowanie przypadków, w których odwołanie przed upływem kadencji jest dopuszczalne.

W przepisie art. 102 ust. 5 pkt 25 u.ś.o.z. Prezes Funduszu został umocowany do ustalania jednolitych sposobów realizacji ustawowych zadań przez oddziały wojewódzkie Funduszu, które realizuje w formie aktów kierownictwa o charakterze generalnym, adresowanych do oddziałów i ich dyrektorów. Do roku 2020 ustawa nie określała tych zadań. Zmieniła to nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dodając w przepisie art. 102 ust. 5 pkt 39³⁷, w którym umocowano Prezesa NFZ do wydawania i publikowania na stronie internetowej Funduszu jednolitych tekstów zarządzeń określających warunki realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki

zdrowotnej. Regulacje wewnętrzne Funduszu i posiadane na ich podstawie uprawnienia w sposób istotny oddziałują na proces udzielania świadczeń. W tym miejscu należy zgłosić zastrzeżenie do charakteru prawnego zarządzeń Prezesa Funduszu, które obecnie w istotny sposób determinują zasady udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w Polsce. Dzieje się tak mimo zamkniętego katalogu źródeł prawa powszechnie obowiązującego. Krytycznie należy ocenić sytuację, w której prezes kierujący Funduszem, będącym głównym i jedynym podmiotem w systemie finansującym świadczenia opieki zdrowotnej ze środków publicznych, jest umocowany do wydawania zarządzeń będących aktami wewnętrznymi, które w takim zakresie determinują działanie całego systemu ochrony zdrowia.

Podsumowanie:

- Uregulowano wycenę i kontraktowanie świadczeń zdrowotnych, w tym opieki długoterminowej.
- Powstała Agencja Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) zajmująca się oceną procedur medycznych i rekomendacjami dotyczącymi finansowania świadczeń.
- Narodowy Fundusz Zdrowia stał się głównym finansującym i koordynatorem, który ustala umowy, wyceny i warunki realizacji świadczeń.
- Rady przy AOTMiT i NFZ otrzymały charakter opiniodawczy, a kadencyjność ich członków może być ograniczona ingerencją ministra zdrowia.
- Zarządzenia Prezesa NFZ, choć wewnętrzne, w praktyce determinują działanie całego systemu.

³⁶ K. Urban, w: „Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz”, red. A. Pietraszewska-Macheta, Warszawa 2018.

³⁷ Art. 102 ust. 5 pkt 39 dodany przez art. 4 pkt 42 lit. a tiret piąte ustawy z 14 sierpnia 2020 r. (Dz.U. poz. 1493) zmieniającej m.in. ustawę z dnia 1 września 2020 r.

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej³⁸

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (dalej u.d.l.) określa w art. 2 ust. 1 pkt 12 świadczenia z zakresu opieki długoterminowej. Elementem składowym występujących w piśmiennictwie definicji tej opieki jest zapewnienie pacjentowi świadczeń o charakterze opiekuńczym, pielęgnacyjnym oraz z zakresu rehabilitacji. Jednak przywołany przepis wyszczególnia osobno wszystkie te świadczenia łącznie z opieką długoterminową. Sam więc zakres usług składających się na nią powinien ulec zmianie, ponieważ świadczenia wyliczone w art. 2 ust. 1 pkt 12 u.d.l. wzajemnie się wykluczają. Jednocześnie mogą one być udzielane osobno w różnych podmiotach leczniczych (ich rodzajach) lub łącznie w jednym, np. jako świadczenia z zakresu opieki długoterminowej czy też świadczenia hospicyjne. W art. 12 ust. 1 u.d.l. wskazane zostały zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz hospicja, które razem należy kwalifikować jako zakłady lecznicze.

Ustawodawca – w ramach podmiotów leczniczych – przewiduje możliwość tworzenia zakładów opiekuńczo-leczniczych (ZOL), które w założeniu mają udzielać całodobowych świadczeń zdrowotnych, obejmujących:

pielęgnację i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji wraz z zapewnianiem produktów leczniczych i wyrobów medycznych, pomieszczeń i wyżywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzenie edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowanie tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.

Jednocześnie u.d.l. wyróżnia zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO), w których również udzielane są całodobowe świadczenia zdrowotne obejmujące pielęgnację, opiekę i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji oraz zapewnia się im produkty lecznicze potrzebne do kontynuacji leczenia, pomieszczenia i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia, a także prowadzi edukację zdrowotną dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowuje się te osoby do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.

Jednak ZPO w przeciwieństwie do ZOL-u jest przeznaczony także do udzielania świadczeń innych niż świadczenia zdrowotne i pielęgnacyjne. Co z pewnością wymaga uporządkowania. W związku z brakiem faktycznych różnic w funkcjonowaniu zakładów opiekuńczo-leczniczych i zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych na gruncie u.d.l.

należy wprowadzić 1 typ zakładów opieki długoterminowej oraz jednolite normy zatrudnienia pielęgniarek i opiekunów medycznych dla podmiotów prowadzących te zakłady oraz dokonać weryfikacji sprzętu medycznego w zakresie jego faktycznej przydatności w tego rodzaju placówkach. Wnioski te nasuwają się na podstawie wyników kontroli NIK.

Oznacza to konieczność dokonania przez ustawodawcę przeglądu świadczeń udzielanych w takich podmiotach. Jednocześnie – w ramach procedur kontrolnych, które są ustawowo określone w wystarczający sposób – niezbędne jest egzekwowanie prawidłowego sposobu ich realizacji. Pacjentami tych zakładów powinny być bowiem osoby, u których zasadniczo zakończono proces diagnozowania i leczenia szpitalnego, niemniej ze względu na stan zdrowia lub stopień niepełnosprawności wymagają nadal fachowego nadzoru, który nie może być realizowany w warunkach domowych.

Podmioty te powinny więc stanowić element pośredni między leczeniem szpitalnym, a leczeniem pacjenta w domu. Na problem rozdzwięku pomiędzy określonymi świadczeniami w ZOL-ach i ZPO a tymi faktycznie w nich realizowanymi – nawet w obecnym stanie prawnym – wskazują także respondenci w ramach wykonywanych badań. W praktyce bowiem podmioty te (zwłaszcza ZOL-e) pełnią rolę de facto hospicjów, które

38 Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2024 r. poz. 799 ze zm.).

ustawodawca w u.d.l. wyróżnia – choć oczywiście nie całkowicie – jako odrębny rodzaj podmiotów z celami realizowanymi w związku z innym zakresem świadczeń zdrowotnych.

Hospicja są bowiem jednostkami systemu ochrony zdrowia przeznaczonymi do opieki nad osobami znajdującymi się w stanie terminalnym oraz ich rodzinami. W podmiotach tych realizowana jest medycyna paliatywna, w ramach której zapewnia się całościową opiekę nad pacjentem z zaawansowaną i postępującą chorobą, zaś celem udzielanych świadczeń zdrowotnych jest poprawa jakości jego życia przez zapobieganie i zwalczanie jej objawów. W przypadku opieki hospicyjnej występują kolejne problemy natury systemowej. Po pierwsze w praktyce jej realizacja w Polsce oparta jest de facto na działalności organizacji typu NGO oraz kościołów i związków wyznaniowych. Zakres świadczeń faktycznie realizowanych w placówkach tworzonych przez organy administracji publicznej jest niewystarczający. Po drugie, realizacja opieki hospicyjnej odbywa się w zespołach domowej opieki hospicyjnej, a także w ośrodkach opieki dziennej.

W tym miejscu w systemie często dochodzi do kolizji pomiędzy działalnością tych zespołów, czyli tzw. hospicjów domowych, a zakresem działań podstawowej opieki zdrowotnej. Wymaga to ustawowego doprecyzowania.

Należy podkreślić, że problem ten występuje również na tle świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach DPS-ów,

które są poza systemem opieki zdrowotnej. Na gruncie ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego występuje problem przyjmowania pacjentów do ZOL-i bądź DPS-ów bez ich zgody. W zakładzie opiekuńczo-leczniczym może być prowadzony tzw. oddział ogólny (dla osób chorych somatycznie) oraz oddział psychiatryczny (dla osób z zaburzeniami psychicznymi). Na każdym z nich można umieścić pacjenta bez jego zgody, jednak oparte jest to na odmiennych podstawach prawnych, które dodatkowo nasuwają wątpliwości interpretacyjne. W przypadku ZOL-i do umieszczenia na oddziale psychiatrycznym zastosowanie będą miały przepisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, przy czym w praktyce orzeczniczej istnieje spór, czy będą to przepisy art. 38 i 39 u.o.z.p., czy przepisy art. 29 ust. 1 i 2 u.o.z.p. Obie podstawy prawne są zasadne o tyle, że dotyczą osób, które mają zaburzenia psychiczne i z uwagi na nie miałyby zostać umieszczone w odpowiedniej placówce. W konsekwencji wydaje się, że podstawy te powinny być przez ustawodawcę jednoznacznie wskazane.

Natomiast odnośnie do umieszczenia pacjenta bez jego zgody w ZOL-u na oddziale ogólnym zastosowanie będzie miał art. 32 ust. 2, 4, 5 i 6 u.z.l.l.d. „Jeżeli pacjent jest małoletni lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe – zezwolenie sądu opiekuńczego” (art. 32 ust. 2 u.z.l.l.d.).



W konsekwencji powstaje praktyczne zagadnienie, czy w przypadku pacjenta, który spełnia przesłanki z art. 38 i 39 u.o.z.p. oraz wskazane w przepisach, na podstawie których mógłby zostać umieszczony w ZOL-u na oddziale ogólnym, wybór drogi udzielenia mu pomocy (umieszczenie bez zgody w DPS-ie lub ZOL-u) pozostaje w zakresie dowolnej decyzji osoby uprawnionej do zainicjowania ww. postępowań.

Doprecyzowania wymaga też rozgraniczenie skierowania pacjenta do DPS-u, ZOL-u czy ZPO. Zgodnie z art. 54 ust. 3 u.p.s. „osoba wymagająca wzmożonej opieki medycznej kierowana jest [...] do zakładu opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego”. Uwzględniając to, że przytoczony ustęp jest zamieszczony po ustępach 1 i 2 dotyczących umieszczenia w DPS-ach na podstawie ustawy o pomocy społecznej, z regulacji tej należałoby wywieść a contrario, że w DPS-ie – w tym bez zgody zainteresowanego (a więc także na podstawie art. 38 i 39 u.o.z.p.) – nie może być umieszczona „osoba wymagająca wzmożonej opieki medycznej”.

W praktyce przyjmuje się, że w tym samym stanie faktycznym dany pacjent może spełniać kryteria umieszczenia go bez zgody zarówno w ZOL-u (na oddziale ogólnym), jak i w DPS-ie. Kryterium pomocniczym jest liczba punktów

uzyskanych przez osobę, która miałaby zostać skierowana do jednej z tych placówek, w tzw. skali Barthel. Konieczność oceny takiego pacjenta przed przyjęciem do ZOL-u na oddział ogólny przez pielęgniarkę środowiskową pod kątem jego zdolności do samoobsługi (skala Barthel) wynika z rozporządzenia wydanego na podstawie ust. 2 art. 33a u.ś.o.z., tj. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz.U. z 2022 r. poz. 1755). W praktyce większa liczba punktów (większa zdolność do wykonywania czynności samoobsługowych) miałaby przemawiać za umieszczeniem w DPS-ie, a mniejsza w ZOL-u, jednak to rozwiązanie nie ma podstaw normatywnych³⁹.

Podsumowanie:

- Określono zakres opieki długoterminowej, w tym opiekuńczej, pielęgnacyjnej i rehabilitacyjnej.
- Rozróżniono ZOL-e (zakłady opiekuńczo-lecznicze) i ZPO (zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze), które w praktyce działają podobnie, ale wymagają ujednoczenia.
- Zarówno ZOL-e, jak i ZPO pełnią rolę pośrednią między leczeniem szpitalnym a opieką domową.
- Istnieją problemy z faktycznym realizowaniem świadczeń, a także z przyjmowaniem pacjentów bez ich zgody, co oznacza, że regulacje są niejednoznaczne.
- Konieczne jest uporządkowanie kryteriów kierowania pacjentów między DPS-ami, ZOL-ami i ZPO oraz weryfikacja personelu i sprzętu.

39 W. Sobiejko, w: „Ochrona zdrowia psychicznego. Komentarz”, wyd. II, red. P. Dremlakowski i in., Warszawa 2023.

AKTY WYKONAWCZE

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej

Na tle tego aktu istotne jest odpowiednie rozgraniczenie i uporządkowanie świadczeń realizowanych w różnych miejscach w systemie opieki zdrowotnej. Problem ten był już opisywany powyżej. Sposób kierowania osób do zakładu opiekuńczo-leczniczego określony został przepisami rozporządzenia w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych z dnia 25 czerwca 2012 r., które określają także tryb umieszczania pacjentów w tych placówkach.

Decyzję o przyjęciu do niepublicznego zakładu opiekuńczo-leczniczego podejmuje jego kierownik w porozumieniu z lekarzem placówki, opierając się na dokumentacji określonej przepisami powołanego rozporządzenia.

Należy podkreślić, że do stacjonarnych zakładów długoterminowej opieki zdrowotnej nie mogą być przyjmowane osoby kwalifikujące się do domów pomocy

społecznej lub u których podstawowym wskazaniem do objęcia opieką jest trudna sytuacja socjalna, zaawansowana choroba nowotworowa, choroba psychiczna lub uzależnienie.

Ustawa o działalności leczniczej dokonała zmiany ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych poprzez dodanie art. 33a stanowiącego, iż świadczeniobiorcy przysługują świadczenia pielęgnacyjne lub opiekuńcze na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Przepisy obowiązujące na gruncie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej przewidywały decyzję podmiotu jako podstawę skierowania do zakładu. NIK zwraca uwagę, że praktyka przyjmowania do ZOL-i pacjentów, którzy nie byli w stanie świadomie wyrazić na to zgody, wyłącznie na podstawie wniosku osób bliskich, nie znajduje oparcia w obowiązujących przepisach. Jedyнным uprawnionym do złożenia takiego wniosku jest pacjent (§ 2 rozporządzenia w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych). Umieszczenie pacjenta w ZOL-u może ponadto nastąpić na podstawie orzeczenia sądu opiekuńczego (§ 6 ww. rozporządzenia), przepisy nie wskazują jednak, kto do złożenia stosownego wniosku jest uprawniony. Opisana praktyka, jakkolwiek może być uzasadniona koniecznością kontynuacji postępowania terapeutycznego, w ocenie NIK narusza obowiązujące prawo⁴⁰.

Podsumowanie:

- Uporządkowano zakres świadczeń w różnych miejscach systemu opieki zdrowotnej.
- Określono sposób kierowania pacjentów do ZOL-i i ZPO, w sektorze zarówno publicznym, jak i niepublicznym.
- Wskazano dokumentację i procedury niezbędne do przyjęcia pacjenta, ułatwiając praktyczne stosowanie przepisów ustawowych.

40 „Informacja o wynikach kontroli. Dostępność opieki długoterminowej finansowanej ze środków NFZ”, NIK, Warszawa 2020, KZD.430.002.2020, Nr ewid. 4/2020/P/19/061/KZD.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej

Niezbędne jest urealnienie wyceny świadczeń w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej. Ponadto trzeba wskazać, że udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki paliatywnej może towarzyszyć wykorzystanie telemedycyny, co ustawodawca przewidział w art. 3 ust. 1 u.d.l. Należy więc postulować wprowadzenie takiej możliwości świadczenia usług w opiece paliatywnej⁴¹. Obecnie rozporządzenie dopuszcza jedynie „realizację porad i wizyt” z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, z zastrzeżeniem, że ten sposób postępowania nie grozi pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta.

Podsumowanie:

- Urealniono wycenę świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej.
- Wskazano możliwość stosowania telemedycyny przy świadczeniach, bez ryzyka dla pacjenta.



41 E. Sarnacka, „Opieka paliatywna”, w: „Pojęcie, źródła i zakres prawa medycznego”, red. E. Zielińska, R. Kubiak, L. Kubicki, Warszawa 2018 (System Prawa Medycznego, t. 1).

wnioski z seminarium



Ekspertki zgodnie podkreślają, że regulacje prawne dotyczące opieki długoterminowej są niepełne i niespójne, co znacząco utrudnia funkcjonowanie całego systemu. Największym problemem jest brak jednej, kompleksowej ustawy, która jasno definiowałaby opiekę długoterminową i porządkowała relacje między pomocą społeczną a ochroną zdrowia. Bez takiego fundamentu system działa w sposób rozproszony i nieefektywny.

Wątpliwości budzi również ustawa geriatryczna wraz z koncepcją Centrów Zdrowia 75+. Choć same założenia oceniono jako potrzebne, eksperci zwracają uwagę, że nie określono stabilnego finansowania, jasnych wymogów kadrowych i sprzętowych oraz realnego planu wdrożenia.

Obawę budzi także długie vacatio legis, które może doprowadzić do „zamrożenia” projektu.

Problemy widoczne są także w relacji podstawowej opieki zdrowotnej z innymi elementami systemu. Choć koordynacja w POZ-ie jest oceniana pozytywnie, nie obejmuje ona komponentu opieki długoterminowej, a współpraca z DPS-ami, ZOL-ami czy hospicjami jest minimalna. Samorządy nie mają wpływu na wycenę świadczeń przez NFZ, co dodatkowo ogranicza ich możliwości działania.

Ekspertki zwrócili uwagę na niespójności w ustawie o działalności leczniczej, szczególnie w definicjach ZOL-u i ZPO, oraz na to, że placówki te coraz częściej

wykonują zadania spoza swojego profilu. Problematyczne są także przepisy dotyczące kwalifikowania do DPS ów, kwestie przymusowego umieszczania w placówkach oraz procedury ubezwłasnowolnienia, które są zbyt wolne i nie odpowiadają realnym potrzebom.

Całość dopełnia uwaga o „silosowości” administracji publicznej i braku politycznej odwagi, aby przeprowadzić reformę, która jest trudna, ale niezbędna. W efekcie regulacje pozostają fragmentaryczne i nieadekwatne, a system funkcjonuje dzięki doraźnym decyzjom zamiast spójnym rozwiązaniom.

Opieka długoterminowa w miastach UMP

ZAKRES OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

Na podstawie zebranych ankiet⁴² można stwierdzić, że pracownicy samorządowi w zdecydowanej większości prawidłowo identyfikują świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, ujmując je w 2 głównych obszarach, jakimi są system ochrony zdrowia oraz system pomocy społecznej. Odpowiedzi respondentów są więc zasadniczo zgodne z przyjętą w raporcie definicją opieki długoterminowej oraz z jej ujęciami obecnymi w literaturze przedmiotu.

Z ankiety przeprowadzonej wśród miast UMP wynika, że w ramach opieki długoterminowej dominują 3 typy świadczeń:

- usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze – 9 miast (75%),
- świadczenia w ramach podmiotów leczniczych i NFZ – 7 miast (58%),
- domy pomocy społecznej (DPS-y) – 6 miast (50%).

Wyniki te wskazują, że samorządy najczęściej utożsamiają opiekę długoterminową z tradycyjnymi formami wsparcia,

które są obecne w polskim systemie od wielu lat i mają jasno określone ramy instytucjonalne.

Brakuje natomiast jednolitych poglądów na temat pozostałych świadczeń zaliczanych do tego typu opieki. Te miasta, które wprowadziły już usługi sąsiedzkie, zasadniczo nie zidentyfikowały ich jako opieki długoterminowej, a tylko w niektórych świadczenia wobec osób w kryzysie bezdomności były rozumiane przez jej pryzmat. Miasta również raczej nie wskazały, iż świadczenia opieki paliatywnej zaliczają się do opieki długoterminowej.

Samoidentyfikacja placówek wsparcia i zapotrzebowania na opiekę długoterminową

Na podstawie danych ankietowych nadesłanych przez miasta Unii Metropolii Polskich można stwierdzić, że liczba podmiotów realizujących świadczenia z zakresu opieki długoterminowej w latach 2018–2024 pozostawała w większości przypadków stabilna, z niewielkimi wahaniami w poszczególnych miastach. W analizowanym okresie nie zaobserwowano jednoznacznego trendu wzrostowego ani spadkowego. Dane wskazują na utrzymanie istniejącego potencjału instytucjonalnego, przy lokalnych zmianach.

W kilku przypadkach zauważalna jest wyraźniejsza dynamika zmian:

- **Białystok** – wzrost liczby podmiotów z 9 w 2018 do 14 w 2024 r.
- **Bydgoszcz** – spadek liczby podmiotów z 4 w 2020 do 2 w 2024 r.
- **Kraków** – utrzymanie bardzo wysokiego poziomu 27 podmiotów, z przejściowym spadkiem w 2023 r. do 19, który w roku 2024 został wyrównany.
- **Warszawa** – stabilizacja na poziomie ok. 20–22 podmiotów w całym okresie.

Największą liczbę placówek deklaruje Lublin (35), co wyróżnia miasto jako lokalnego lidera pod względem instytucjonalnego zaplecza opieki długoterminowej. Najmniej podmiotów wskazano w Rzeszowie (2) i Katowicach (3). Wynika to jednak z samoidentyfikacji i sposobu postrzegania opieki długoterminowej przez ankietowanych, natomiast nie wskazuje na realną liczbę podmiotów świadczących tego rodzaju opiekę w miastach UMP.

42 Według stanu na 31.05.2024 r.

System opieki długoterminowej w miastach UMP ma charakter zróżnicowany sektorowo i obejmuje podmioty zarówno publiczne, jak i niepubliczne oraz prywatne.

Podmioty publiczne (I sektor) dominują w większości miast, stanowiąc podstawę systemu. Warto zwrócić uwagę, że w deklaracjach niektórych z nich (np. Łodzi i Rzeszowa) opieka długoterminowa pozostaje w pełni domeną sektora publicznego, podczas gdy w innych (np. Krakowa, Lublina i Warszawy) dominuje model mieszany, oparty na współdziałaniu różnych typów podmiotów. Należy jednak wyraźnie zaznaczyć, że wnioski ograniczające opiekę długoterminową do działalności wyłącznie samorządowej wynikają z deklaracji osób wypełniających ankiety i ich rozumienia opieki długoterminowej, nie zawsze zatem będą świadczyły o rzeczywistym zaangażowaniu podmiotów z różnych sektorów w tego rodzaju opiekę. Symptomatyczne jest raczej zauważalne w ankietach występowanie organizacji III sektora jako angażujących się w opiekę długoterminową w miastach UMP.

System opieki długoterminowej w miastach UMP charakteryzuje się dużą stabilnością instytucjonalną, przy jednoczesnym zróżnicowaniu sektorowym i lokalnych rozbieżnościach organizacyjnych. W ostatnich latach zauważalny jest wzrost znaczenia III sektora – w szczególności organizacji pozarządowych i kościelnych, co potwierdza trend w kierunku większej współpracy międzysektorowej oraz uspołecznienia opieki. Równocześnie niewielki udział sektora prywatnego oraz brak wyraźnego wzrostu liczby podmiotów świadczących usługi wskazują, że system opieki długoterminowej wciąż opiera się głównie na zasobach publicznych i potrzebuje dalszej integracji oraz wzmocnienia finansowego.

Z ankiet wynika, że budżet miasta jest najczęściej wskazywany jako wykorzystywane źródło finansowania – oznaczyło go aż 10 z 12 miast (83%). Jego rolę uzupełnia budżet państwa, stosowany w 7 miastach (58%). Środki NFZ są wykorzystywane także przez 7 miast, natomiast finansowanie pacjentów lub podmiotów prywatnych ma ograniczony charakter.

Ponad połowa miast, 7 z 12 (58%), prowadziła jednocześnie szacowanie zapotrzebowania na świadczenia opieki długoterminowej, co stanowi istotny element planowania lokalnej polityki opiekuńczej. Równolegle część miast prowadzi szpitale miejskie, a tylko w 5 metropoliach zatrudniani są w nich pracownicy socjalni (Bydgoszczy, Krakowie, Łodzi, Poznaniu i Warszawie), przy czym w stolicy działają oni w 4 z 9 placówek. Ograniczona liczba pracowników socjalnych w szpitalach wskazuje na potrzebę lepszej integracji opieki zdrowotnej i długoterminowej oraz wzmocnienia wsparcia organizacyjnego dla pacjentów wymagających kompleksowej opieki.

Strategie rozwiązywania problemów społecznych

Jednym z istotniejszych elementów polityki planowania pomocy społecznej w długookresowej perspektywie w gminach jest strategia rozwiązywania problemów społecznych. Obowiązek jej uchwalenia wynika wprost z ustawy o pomocy społecznej. I choć strategia nie jest aktem prawa powszechnie obowiązującego, to stanowi źródło istotnych postanowień w zakresie rozpoznania, a następnie kształtowania postaw władz jednostek samorządu terytorialnego w zakresie pomocy społecznej. Stanowi również ważne źródło danych w zakresie podejścia do opieki długoterminowej przez władze miast UMP.

Opieka długoterminowa jako termin nie występuje we wszystkich strategiach, niemniej biorąc pod uwagę możliwość łączenia jej z wieloma instytucjami pomocy społecznej, można stwierdzić, że każda strategia zawiera treści odnoszące się – wprost lub pośrednio – do badanego zagadnienia. Niestety opieka długoterminowa nie stanowi przedmiotu odrębnego opracowania problematycznego w ramach strategii; stanowi raczej pewną część treści dotyczącej osób starszych / starzejącego się społeczeństwa / polityki senioralnej. Należy zatem postulować, aby pojęcie opieki długoterminowej stało się elementem treściowym

tych dokumentów planistycznych w przyszłości (włącznie z układem), na co wpływ mają wyłącznie władze samorządowe (organy uchwałodawcze). Ustawodawstwo nakładające na samorządy nowe zadania w zakresie opieki długoterminowej wymagałoby aktualizacji strategii.

OPIEKA DŁUGOTERMINOWA W PROGRAMACH OSŁONOWYCH

Artykuł 17 ust. 2 pkt 4 ustawy o pomocy społecznej daje możliwość podejmowania przez gminy różnych, innowacyjnych zadań wynikających z rozeznaczonych potrzeb społecznych, w tym uchwalanie planów osłonowych. Niektóre z miast UMP skorzystały z tego prawa.

Przykładowo w Białymstoku obowiązuje Gminny program osłonowy „Wsparcie seniorów Miasta Białegostoku”. Jego adresatami „są osoby w wieku 60 lat i więcej mieszkające w Białymstoku, które mają problemy z samodzielnym funkcjonowaniem ze względu na stan zdrowia, prowadzące samodzielne gospodarstwa domowe lub mieszkające z osobami bliskimi, które nie są w stanie zapewnić im wystarczającego wsparcia”⁴³. W tym mieście obowiązuje również program osłonowy dotyczący zmniejszenia wydatków poniesionych na leki.

W Szczecinie funkcjonuje również wieloletni program osłonowy w zakresie dożywiania na lata 2024–2028. W jego ramach oferuje się m.in. gorący posiłek wraz z dowozem do miejsca zamieszkania nie tylko osobom chorym lub z niepełnosprawnościami, ale także osobom starszym i samotnym.

Elementy opieki długoterminowej nie stanowią dominującego „krajobrazu” programów osłonowych. W 2024 r. w zakresie osób starszych i niepełnosprawnych raportowane były one w 8 z 12 miast UMP (Białymstoku, Gdańsku, Lublinie, Łodzi, Poznaniu, Rzeszowie, Szczecinie i Wrocławiu), jednak brak w tym obszarze powszechnej praktyki w odniesieniu do analizowanego zagadnienia. Wyróżniającym się miastem w tym zakresie jest Białystok. Przyjmowanie programów osłonowych współfinansowanych w ramach dotacji celowej, o której mowa w art. 115 ust. 1 u.p.s., będzie prawdopodobnie korzystne ze względu na fakt, że dotacja z budżetu państwa może współfinansować zadanie w 80%. Jeżeli zaś środki przeznaczone na dotację pochodzą z programów rządowych, programów resortowych, pożyczek, o których mowa w art. 5 ust. 1 pkt 4 lit. d ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 1634, z późn. zm. 86), lub służą wypłacie zasiłków celowych na pokrycie wydatków powstałych w wyniku zdarzenia losowego, wysokość dotacji może nawet przekroczyć 80% kosztów realizacji zadania.

43 „Gminne programy osłonowe”, MOPR Białystok, 20.06.2025, <https://www.mopr.bialystok.pl/realizowane-programy/gminne-programy-oslonowe#c05> (13.02.2026).

PRZEGLĄD POSZCZEGÓLNYCH FORM POMOCY W ODNIESIENIU DO OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

Domy pomocy społecznej

Domy pomocy społecznej są typowymi placówkami o charakterze instytucjonalnym oferującymi wsparcie socjalne. To one świadczą usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne. Z punktu widzenia pomocy społecznej to właśnie te domy są typowym wyrazem instytucjonalnej opieki długoterminowej.

W miastach UMP w 2024 r. łącznie funkcjonowało ponad 100 domów pomocy społecznej z filiami, z czego 70 było przez nie prowadzonych, a 26 funkcjonowało na zasadzie realizacji zadania zleconego przez miasto.

Choć większość miast stosuje model mieszany, łączący kierowanie domami przez jednostki miejskie z powierzeniem zadań podmiotom zewnętrznym, to jednak liczba domów prowadzonych w ramach zleceń pozostaje mniejsza. Model ten jest najbardziej widoczny w ośrodkach takich jak Gdańsk, Łódź i Wrocław, gdzie część domów zarządzana jest przez organizacje niepubliczne. W innych miastach, np. Bydgoszczy czy Rzeszowie, system oparty jest wyłącznie na domach prowadzonych przez samorząd,

jak wynika z ogólnodostępnych rejestrów domów pomocy społecznej.

Można się spodziewać, że włączanie czynnika społecznego przyczyni się do zwiększenia wolumenu zróżnicowanych typów domów pomocy społecznej, zaspokajając tym samym potrzeby lokalne w opiece zinstytucjonalizowanej. Dane pokazują jednak, że obecnie trudno wykazać jednoznaczną korelację między zaspokajaniem potrzeb wszystkich lub większości grup osób, których objęcie opieką w domach pomocy społecznej jest możliwe, a uspołecznieniem (zlecaniem zadań).

Wśród typów domów pomocy społecznej w miastach UMP największą liczbę stanowią ośrodki dla osób:

- somatycznie chorych – 34,
- w podeszłym wieku i przewlekle somatycznie chorych – 15,
- w podeszłym wieku – 14,
- przewlekle psychicznie chorych – 14,
- dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie – 10.

Rzadziej występują domy o bardziej specjalistycznym profilu, jak te dla osób uzależnionych od alkoholu czy niepełnosprawnych fizycznie. Tego rodzaju placówki są zwykle zintegrowane z domami o szerszej specjalizacji, np. dla osób starszych lub przewlekle chorych.

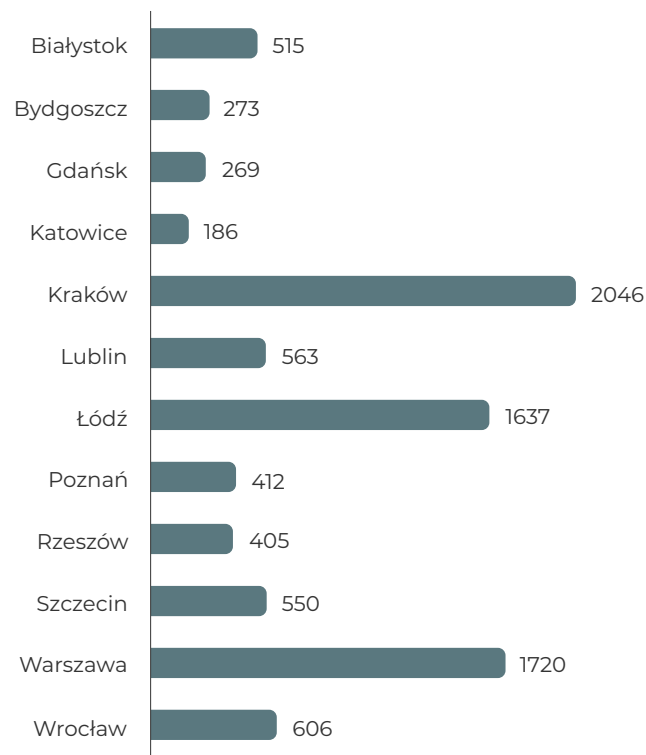


Największą liczbę osób przebywających w domach pomocy społecznej prowadzonych przez miasta według stanu na 31 maja 2024 r. odnotowano w Krakowie (2046 osób), Warszawie (1720) oraz Łodzi (1637). Dane pokazują, że instytucjonalna opieka jest przede wszystkim skoncentrowana w największych metropoliach, co może wynikać m.in. z ich możliwości finansowych, gęstości zaludnienia oraz wyższego zapotrzebowania na tego typu usługi. Mniejsze ośrodki oferują mniej miejsc, co odpowiada ich lokalnym uwarunkowaniom demograficznym i ekonomicznym.

Najwięcej domów pomocy społecznej zatrudniających pielęgniarki i pielęgniarzy znajduje się w Warszawie (18), Krakowie (15) oraz Łodzi (3). Zarówno w Lublinie, jak i w Poznaniu ich liczba wynosi 7, natomiast w Rzeszowie i Wrocławiu są po 4 takie placówki.

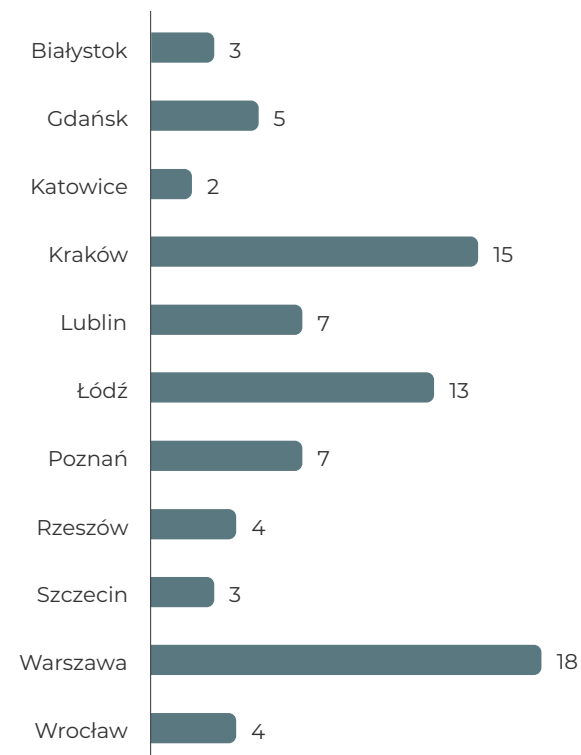
Problemem jest niedostateczny udział pielęgniarek/pielęgniarzy w domach pomocy społecznej. Prowadzący takie domy wielokrotnie korzystają z przepisu, który umożliwia łączenie niektórych tego typu placówek.

Liczba mieszkańców w domach pomocy społecznej prowadzonych przez miasta UMP (według stanu na 31.05.2024 r.)



Źródło: Opracowanie na podstawie danych z ankiet miast UMP.

Liczba domów pomocy społecznej z zatrudnionymi pielęgniarkami/pielęgniarzami w 11 z 12 miast UMP (według stanu na 31.05.2024 r.)



Źródło: Opracowanie na podstawie danych z ankiet miast UMP.

Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze

Usługi opiekuńcze obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz w miarę możliwości zapewnienie kontaktów z otoczeniem. Są kwintesencją pozamedycznej opieki długoterminowej.

Z kolei specjalistyczne usługi opiekuńcze są to usługi dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym. Te formy pomocy mogą być udzielane zarówno w miejscu zamieszkania (mieszkanie, dom) osoby korzystającej z formy pomocy, jak i w placówkach pomocy społecznej. Usługi takie mogą być świadczone również przez domy pomocy społecznej dla osób, które nie są ich mieszkańcami.

Realizacja usług opiekuńczych jest obowiązkowym zadaniem własnym gminy. Oznacza to, że każda z jednostek UMP musi przewidzieć finansowanie tego zadania w oparciu o własne zasoby. Wydatki na te usługi rosną długookresowo, z roku na rok (z lokalnymi spadkami). Najwięcej na ten cel wydają duże miasta, jak Poznań, Warszawa, Wrocław czy Kraków, przy czym największe skoki wartości wydanych przez nie środków widoczne są między 2022 a 2023 r. Jednocześnie zaobserwować

można względną stabilizację wydatków w innych miastach, chociaż ogólna tendencja jest również wzrostowa.

Usługi opiekuńcze mogą zarówno służyć deinstytucjonalizacji opieki długoterminowej, jak i towarzyszyć opiece zinstytucjonalizowanej.

Wydatki miast UMP na usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania w latach 2018–2023 (w zł)

Miasto	2018	2019	2020	2021	2022	2023
BIAŁYSTOK	3 945 450	4 384 025	4 419 360	4 636 216	4 692 184	5 296 128
BYDGOSZCZ	3 303 729	3 845 984	4 249 563	4 546 381	5 278 636	5 261 389
GDAŃSK	5 843 665	10 864 548	11 844 175	11 881 203	12 885 568	15 388 898
KATOWICE	6 531 655	7 607 844	8 533 276	8 317 021	9 018 942	10 454 209
KRAKÓW	16 312 962	18 520 621	19 087 803	19 024 400	19 529 303	20 671 348
LUBLIN	11 000 054	11 382 714	12 700 136	12 941 424	12 101 752	12 683 529
ŁÓDŹ	12 724 219	13 647 395	14 047 285	12 510 760	13 380 916	10 286 729
POZNAŃ	20 888 297	26 969 779	30 727 171	35 528 120	38 839 788	46 826 702
RZESZÓW	9 295 053	10 266 272	10 506 874	12 037 218	12 554 969	15 974 418
SZCZECIN	11 161 659	13 296 536	11 974 340	11 718 135	12 812 690	16 317 726
WARSZAWA	24 062 348	32 717 123	34 164 010	34 118 276	39 398 353	50 108 881
WROCLAW	20 434 380	20 272 309	24 598 530	23 818 317	25 904 680	29 269 187

Źródło: Opracowanie na podstawie danych z ankiet miast UMP.

Dane ankietowe dotyczące wydatków na usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania w latach 2018–2024 w większości miast UMP wskazują na wyraźny wzrost finansowania. Łączna suma wydatków za okres 2018–2023 12 miast UMP wynosi 1,14 mld zł.

Analiza danych ankietowych pokazuje, że stawki godzinowe za usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania w miastach UMP są zróżnicowane i wahają się od 34 do 55 zł brutto. Średnia stawka ze wszystkich badanych miast wynosi ok. 41 zł za godzinę.

Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze są odpłatne. Zwolnienia z odpłatności zależą od rady miasta. Można je podzielić na zwolnienia wynikające z prawa oraz wnioskowe.

Zwolnienia ustawowe uzależnione są od tego, czy nie został przekroczony próg dochodowy skorelowany w większości miast UMP z kryterium dochodowym przewidzianym dla świadczeń pieniężnych z u.p.s. Progi są różne w zależności od miasta i wahają się od 100% do 150%.

Tylko niektóre z metropolii decydują się na dodatkowe kryteria, wieku albo zasług. Te pierwsze (według stanu na 2024 r.) wprowadzono w Gdańsku (95 lat), Poznaniu (100 lat, jednak w zakresie 4 godzin tygodniowo bezpłatnie), Szczecinie (95 lat, osoby samotne 90 lat).

Średnia stawka godzinowa za usługę opiekuńczą świadczoną w miejscu zamieszkania w miastach UMP (kwota brutto według stanu na 31.05.2024)



Źródło: Opracowanie na podstawie danych z ankiet miast UMP.

W Warszawie wprowadzono zwolnienie dla uczestników Powstania Warszawskiego odnośnie do usług realizowanych przez miasto w zakresie zadań własnych gminy.

Inne zwolnienia mają charakter fakultatywny. Zwykle przyjmują postać czasowych zwolnień całkowitych lub częściowych. Tylko w 1 mieście nie określono warunków skorzystania ze zwolnienia, pomimo wskazania takiej możliwości. Wada ta, kwalifikowana jako rodzaj swobodnego uznania, powinna zostać jak najszybciej naprawiona.



Warunki zwolnienia z odpłatności stosowane w różnych miastach UMP:

- choroba osobista (wydatki na leki, leczenie, rehabilitację);
- choroba w rodzinie (wydatki na leki, leczenie, rehabilitację);
- śmierć w rodzinie;
- klęska żywiołowa lub zdarzenie losowe;
- inne okoliczności wskazujące, iż koszty usługi stanowiłyby nadmierne obciążenie;
- korzystanie z 2 rodzajów usług;
- konieczność korzystania z usług przez więcej niż 1 osobę w rodzinie;
- konieczność ponoszenia odpłatności za członka rodziny w placówce pomocy społecznej;
- ponoszenie dużych wydatków na usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze związane z przyznaniem dużej liczby godzin na te usługi;
- odpłatność za usługi opiekuńcze (w tym posiłki z dowozem), które stanowiłyby dla świadczeniobiorcy nadmierne obciążenie z powodu zaległości w opłatach za czynsz, gaz, energię elektryczną;
- brak możliwości wyegzekwowania odpłatności z uwagi na zmiany chorobowe wieku podeszłego;
- konieczność korzystania z usług opiekuńczych przez więcej niż 1 osobę w tym samym miejscu zamieszkania;
- posiadanie 3 lub więcej małoletnich dzieci, będących na utrzymaniu rodziny lub osoby;
- konieczność korzystania ze specjalistycznej diety;
- konieczność sprawowania stałej lub długotrwałej opieki nad dzieckiem z orzeczeniem o niepełnosprawności oraz osobami ze znacznym stopniem niepełnosprawności przez członków rodzin lub opiekunów oraz potrzeba zapewnienia odpoczynku dla osób sprawujących tę opiekę;
- uzyskanie przez osobę korzystającą z usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych decyzji potwierdzającej działalność kombatancką albo

działalność równorzędną z działalnością kombatancką, o której mowa w art. 21 ust. 1 ustawy z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego (Dz. U. z 2021 r. poz. 1858).

Lista stosowanych warunków zwolnień jest długa, a niektóre z nich zostały określone celowo w sposób ogólny. Dodatkowo można poddać pod rozagę wykorzystanie następujących przesłanek:

- bycie ofiarą oszustwa lub wyzysku finansowego lub innego przestępstwa wpływającego na możliwość sfinansowania usługi opiekuńczej;
- niedawne zakończenie hospitalizacji;
- utrata (śmierć) bliskiego, dotychczasowego opiekuna;
- ponoszenie znaczących wydatków z powodu toczących się postępowań sądowych;
- wystąpienie zaburzenia poznawczego.

Sąsiedzkie usługi opiekuńcze, rodzinny dom pomocy – alternatywa dla usług opiekuńczych

Sąsiedzkie usługi opiekuńcze

Od 1 listopada 2023 r. gminy mogą organizować sąsiedzkie usługi opiekuńcze (w miejscu zamieszkania). Obejmują one pomoc w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, podstawową opiekę higieniczno-pielęgniacyjną, przez którą należy rozumieć formy wsparcia niewymagające specjalistycznej wiedzy i kompetencji, oraz w miarę potrzeb i możliwości zapewnienie kontaktów z otoczeniem. Beneficjentami usług sąsiedzkich mogą być osoby spełniające te same kryteria co w przypadku usług opiekuńczych.

Dodatkowo rada gminy może rozszerzyć ten katalog o pacjentów, w stosunku do których pomoc jest świadczona przez rodzinę lub niezamieszkujących z nimi małżonków, wstępnych i zstępnych. Tak zrobiono w Poznaniu i Krakowie. Oprócz tego niektóre miasta unormowały to, że usługi sąsiedzkie mogą być uzupełniające względem usług opiekuńczych (Rzeszów) lub opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych (Poznań). Świadczenia w tym przypadku będą miały charakter uzupełniający w stosunku do pomocy sprawowanej przez ww. podmioty.

Spośród 12 miast zrzeszonych w Unii Metropolii Polskich w 2024 r. usługi sąsiedzkie zorganizowało 8 jednostek samorządu terytorialnego: Katowice, Kraków, Poznań, Rzeszów, Białystok, Gdańsk, Warszawa i Wrocław.



Rodzinny dom pomocy

Brak możliwości zapewnienia opieki w miejscu zamieszkania pozwala skierować osobę starszą lub z niepełnosprawnością do rodzinnego domu pomocy. Jest to mała, całodobowa placówka oferująca opiekę w warunkach zbliżonych do domowych.

Taki dom nie może być założony w mieszkaniu, musi znajdować się w budynku mieszkalnym jednorodzinny. Usługi świadczone są całodobowo przez najemcę/właściciela domu (osobę prowadzącą dom) lub kierującego domem, który jednocześnie w nim zamieszkuje. Prawodawca nie określił szczegółowych wymogów dotyczących przygotowania zawodowego kierujących domami. Formalnie jednostki samorządu terytorialnego nie prowadzą rodzinnych domów pomocy. Jednak nic nie stoi na przeszkodzie, aby gmina w ramach tzw. infrastruktury współpracy sprzyjała ich prowadzeniu, określając preferencyjne stawki najmu nieruchomości pozostających w jej dyspozycji.

Należy zwrócić uwagę, że zaletą rodzinnego domu pomocy jest indywidualne podejście do beneficjenta (wymagane prawem) oraz względnie – w porównaniu z domami pomocy społecznej – niewielka liczba mieszkańców. Problemem może być jednak to, że mogą one oferować za mało

miejsc. Co prawda, ustawodawca przewidział możliwość zawarcia umowy z podmiotem prowadzącym dom na terenie sąsiadującej gminy, jednak w tym przypadku można powiedzieć, że byłoby to „wyrwanie” danej osoby ze środowiska lokalnego.

Obecnie rodzinne domy pomocy nie mogą zatem stanowić realnej alternatywy i nie są elementem pośrednim między usługami opiekuńczymi w miejscu zamieszkania (deinstytucjonalizacją) a domami pomocy społecznej (instytucjonalizacją).

Miasta UMP wykazujące w 2024 r. prowadzenie rodzinnych domów to Poznań (2 domy) oraz Łódź (1 dom).

Innym rozwiązaniem proponowanym w literaturze są wspólnoty mieszkaniowe osób niesamodzielnych⁴⁴. Występują one w Niemczech jako rodzaj alternatywnych form mieszkaniowych (niem. *alternative Wohnformen*).

Specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania dla osób z zaburzeniami psychicznymi

Od specjalistycznych usług opiekuńczych należy odróżnić te, które świadczone są osobom z zaburzeniami psychicznymi. Organizowanie i świadczenie takich usług przez miasta UMP odbywa się w drodze zlecenia zadania administracji rządowej.

OPS właściwy ze względu na miejsce zamieszkania beneficjenta określa w procesie decyzyjnym liczbę godzin specjalistycznych usług przyznanych miesięcznie oraz wysokość pobieranej opłaty. Odpłatność za te usługi została uregulowana w drodze stosownego rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz. U. z 2005 r. Nr 189, poz. 1598 ze zm.). Minimalny poziom dochodu, od którego jest obliczana wysokość odpłatności, odpowiada aktualnie obowiązującemu kryterium dochodowemu osoby samotnie gospodarującej. Cenę 1 godziny zegarowej specjalistycznych usług dla osób z zaburzeniami psychicznymi ustala ośrodek pomocy społecznej albo centrum usług społecznych.

Kwota brutto za 1 godzinę specjalistycznej usługi opiekuńczej świadczonej w miejscu zamieszkania dla osoby z zaburzeniami psychicznymi w miastach UMP (według stanu na 31 maja 2024 r.)

Miasto	Kwota brutto
BIAŁYSTOK	45,60 zł
BYDGOSZCZ	95,56 zł
GDAŃSK	55–115,31 zł
KATOWICE	37,60 zł (firma zewnętrzna), 96,33 zł (CRS)
KRAKÓW	46 zł
LUBLIN	42 zł
ŁÓDŹ	48–153 zł
POZNAŃ	81,50 zł
RZESZÓW	48 zł
SZCZECIN	49,50 zł
WARSZAWA	70,93 zł (jako średnia z 18 dzielnic)
WROCŁAW	66 zł (średnia stawka godzinowa)

Źródło: Opracowanie na podstawie danych z ankiet miast UMP.

44 D.E. Lach, „Wspólnoty mieszkaniowe osób niesamodzielnych a rodzinne domy pomocy”, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” (2020) nr 7, 17–26.

Istnieje znacząca różnica w stawkach godzinowych pomiędzy miastami, co może wpływać na dostępność świadczeń. Najniższe kwoty zanotowano w Katowicach (37,60 zł przy usługach firm zewnętrznych) oraz Lublinie (42 zł), prawdopodobnie odzwierciedla to niższe koszty życia lub ograniczone finansowanie lokalnych usług. Z kolei najwyższe stawki pojawiają się w Łodzi, gdzie górna granica wynosi aż 153 zł, oraz w Gdańsku – tu widełki wynoszą 55–115,31 zł.

W 2024 r. liczba osób z zaburzeniami psychicznymi objętych specjalistycznymi usługami opiekuńczymi w miejscu zamieszkania wykazuje znaczące zróżnicowanie w zależności od miasta. Najwięcej pacjentów korzystających z takich świadczeń odnotowano w Warszawie (408), co stanowi znaczną przewagę w porównaniu z innymi miastami. Duże grupy objęte opieką znajdują się także w Krakowie (252 osoby, w tym 84 korzystające z usług stacjonarnego oddziału psychiatrycznego w Miejskim Centrum Opieki), Bydgoszczy (210) i Gdańsku (122).

Liczba osób z zaburzeniami psychicznymi objętych specjalistycznymi usługami opiekuńczymi w miastach UMP (według stanu na 31 maja 2024 r.)

Miasto	Liczba osób
BIAŁYSTOK	8
BYDGOSZCZ	210
GDAŃSK	122
KATOWICE	89
KRAKÓW	252
LUBLIN	36
ŁÓDŹ	21
POZNAŃ	54
RZESZÓW	39
SZCZECIN	73
WARSZAWA	408
WROCLAW	23

Źródło: Opracowanie na podstawie danych z ankiet miast UMP.

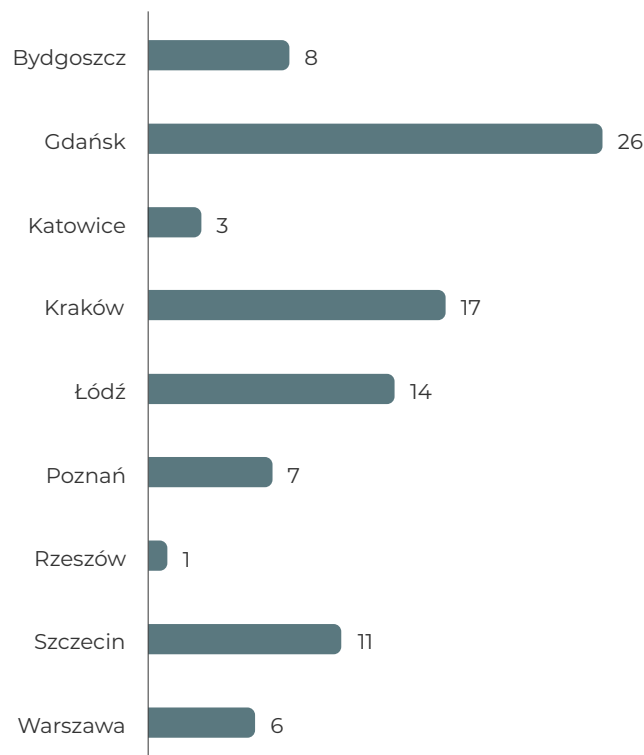


Mieszkanie treningowe lub wspomagane

Jest to jedna z podstawowych form deinstytucjonalizacji. Mieszkania treningowe lub wspomagane przy wsparciu specjalistów przygotowują osoby korzystające z tej pomocy do prowadzenia niezależnego życia lub wspierają je w codziennym funkcjonowaniu.

Bez wątpienia bardziej charakterystyczne dla świadczenia opieki długoterminowej jest mieszkanie wspomagane, ponieważ nie ma tam komponentu nauki w obszarze rozwijania lub utrwalania niezależności czy też sprawności w zakresie samoobsługi. Z drugiej strony świadczy się w nich usługi bytowe i pomoc w codziennym funkcjonowaniu. Dodatkowo za uznaniem mieszkania wspomaganego jako właściwego dla opieki długoterminowej przemawiają standardy, cel oraz możliwość przyznania miejsca w takim mieszkaniu na czas nieokreślony. Przegląd literatury pozwala wskazać zarówno na niewątpliwe zalety, jak i na wady tej formy pomocy. Do tych pierwszych zaliczyć należy standaryzację, możliwość korzystania z palety usług w środowisku lokalnym i same zasady deinstytucjonalizacji „promieniujące” na tę formę pomocy (np. autonomia). Wady to na ogół czasowość wsparcia i ograniczenie podmiotowe. Mieszkania wspomagane nie wymagają stałej obecności personelu, co oznacza, że wskazywanie ich jako alternatywy dla tradycyjnych DPS-ów nie jest w pełni poprawne.

Liczba mieszkańców wspomaganych prowadzonych przez miasto w 2024 r. w 9 miastach UMP (według stanu na 31.05.2024)



Źródło: Opracowanie na podstawie danych z ankiet miast UMP.

W Unii Metropolii Polskich 9 z 12 miast prowadzi mieszkania wspomagane. Najwięcej z nich jest w Gdańsku (26), Krakowie (17) i Łodzi (14). Analiza ta pokazuje, że prowadzenie tej formy pomocy przez samorządy miejskie jest nierównomierne. Wskazuje to na potencjalną potrzebę zwiększenia dostępności mieszkań wspomaganych w miastach, które (według danych z 31.05.2024 r.) nie prowadzą takich placówek, aby zapewnić lepszą opiekę i wsparcie większej liczbie osób.

Chociaż głównym celem mieszkań treningowych i wspomaganych nie jest zapewnienie zakwaterowania, to trudno nie zauważyć, że stanowią one ważny element realizacji postulatu „domności”. Ze względu na obecny dość słaby stan finansów jednostek samorządu terytorialnego pozyskiwanie mieszkań na takie cele jest utrudnione. Możliwość uspołecznienia pozwala wyrównywać ewentualne niedobory, jednak może być niewystarczająca do pełnego rozwoju tej formy pomocy. Ustawa z dnia 8 grudnia 2006 r. o finansowym wsparciu niektórych przedsięwzięć mieszkaniowych (Dz. U. z 2024 r. poz. 304) pozwala na odciążenie polegające na pokryciu części kosztów takiej inwestycji.

Jako że z dofinansowania tego może skorzystać również podmiot niepubliczny, w ramach „infrastruktury współpracy” należy równolegle dbać o przekazywanie i pozyskiwanie wiedzy o zamierzeniach tych podmiotów. Niemniej brak możliwości skomercjalizowania lokalu pozyskanego

z udziałem wsparcia przez okres 15 lat od rozliczenia dofinansowania (z pewnymi odstępstwami) z jednej strony gwarantuje pewność tak tworzonych miejsc, z drugiej jednak może ograniczać chęć udziału podmiotów niepublicznych w ubieganiu się o taką pomoc.

Pamiętać należy również o możliwości zamiany przeznaczenia lokalu wchodzącego w skład mieszkaniowego zasobu gminnego lub mieszkania tymczasowego na mieszkanie treningowe lub wspomagane. Daje to pewną elastyczność miastom, które dysponują zasobem mieszkaniowym, w rozwoju opieki długoterminowej w przyszłości.

Cyfrowa opieka długoterminowa w miastach UMP

Przepływ informacji o zdrowiu oraz sytuacji medycznej pacjenta przy użyciu danych elektronicznych i komunikacji na odległość staje się standardem na poziomie światowym i kluczowym elementem nowoczesnej opieki. Umożliwia szybszy dostęp do dokumentacji, sprawniejszą koordynację między specjalistami i świadczeniodawcami oraz ciągłość opieki, zwłaszcza w przypadku osób starszych i przewlekle chorych.

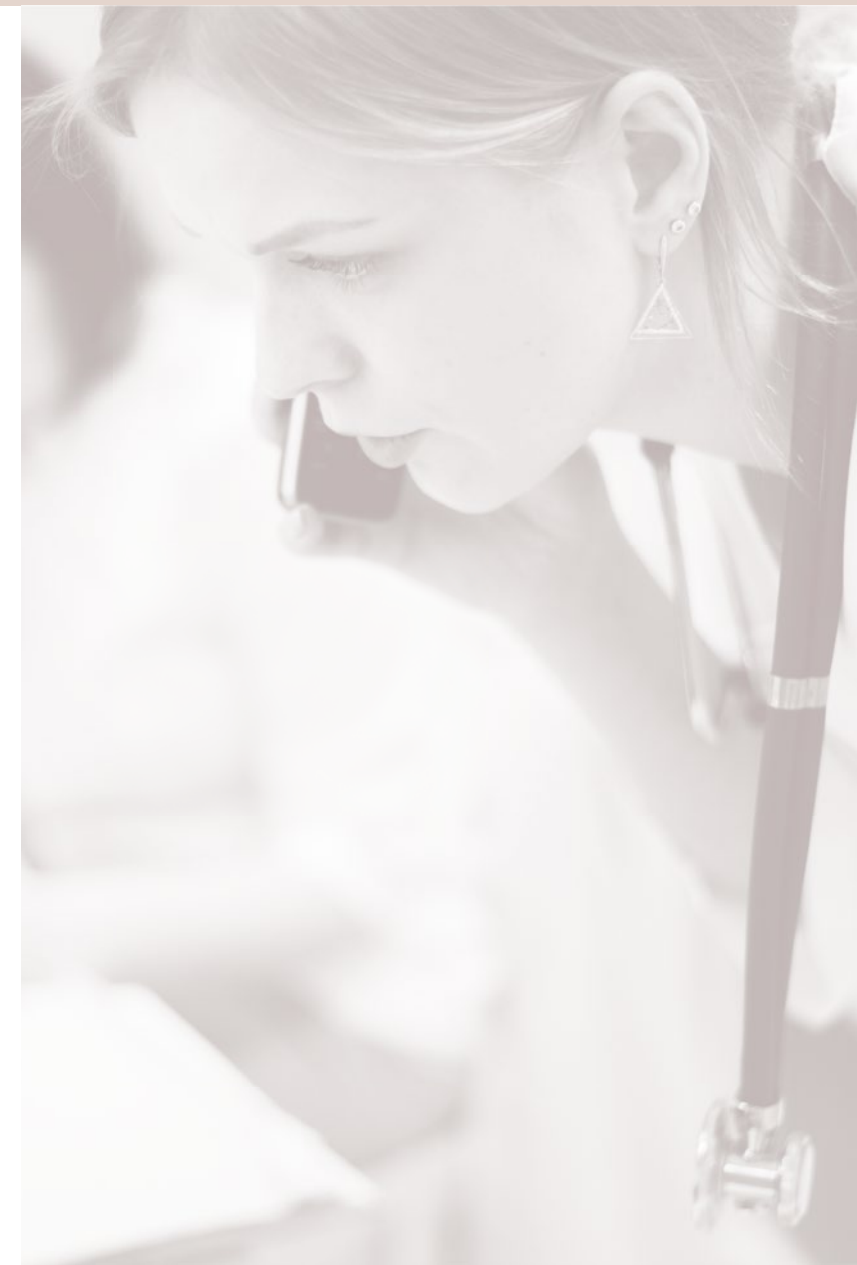
Warto zastanowić się zatem, czy miasta UMP korzystały i korzystają z cyfrowych rozwiązań do opieki długoterminowej. Z ich analizy daje się wyróżnić 3 okresy:

- okres przedpandemiczny,
- okres od 11 marca 2020 r. do 5 maja 2023 r.,
- okres popandemiczny.

Choć miasta prowadziły działania w zakresie wykorzystania dobrodziejstw teleopieki w opiece długoterminowej, okres przedpandemiczny wyróżniał się brakiem świadomości jej istnienia wśród klientów/pacjentów.

Samorządy metropolitalne były w tym okresie beneficjentami programów z zakresu telemedycyny, teleopieki i e-zdrowia w ramach usług opieki długoterminowej. Aż 6 z nich otaczało swoich podopiecznych opieką cyfrową, przy czym na terenie 2 funkcjonowały tzw. centra teleopieki. Źródłami finansowania dla programów realizowanych przez metropolie były: regionalne programy operacyjne, tematyczne programy operacyjne, środki rządowe (Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej) oraz środki własne.

Okres od 11 marca 2020 r. do 5 maja 2023 r. związany był z pandemią COVID-19 i wyróżniał się pilotażami rozwiązań teleopieki w miastach UMP.



Był to czas, który uaktywnił cyfrowo samorządy metropolitalne. O ile liczba tych, na terenie których w ramach świadczeń opieki długoterminowej funkcjonowały tzw. centra teleopieki, nie uległa zmianie, to aż 11 z nich otaczało swoich podopiecznych opieką cyfrową. Nie zmieniły się za to źródła finansowania dla programów realizowanych przez miasta.

Okres popandemiczny utrzymał aktywność cyfrową samorządów metropolitalnych. Liczba tych z centrami teleopieki wzrosła do 3, a pod opieką cyfrową swoich podopiecznych w dalszym ciągu ma 11 z nich. Nie uległy zmianie także źródła finansowania dla programów realizowanych przez metropolie.

Najczęstszym urządzeniem zapewniającym całodobowy monitoring podstawowych funkcji życiowych jest teleopaska. Wykorzystuje się ją do kontroli m.in.: lokalizacji danej osoby (moduł GPS), pulsu, tętna, temperatury ciała i saturacji. Jednocześnie można do niej dołączyć np.: przycisk SOS, detektor upadku, przypomnienie o lekach, czujnik zdjęcia/założenia teleopaski. Obok samego urządzenia pojawia się usługa tzw. wsparcia, którą realizuje personel medyczny lub konsultacyjny. W przypadku pierwszej grupy mamy do czynienia z osobami wykonującymi zawód ratownika medycznego albo pielęgniarki. Do drugiej zaliczymy opiekunów medycznych, dietetyków i terapeutów zajęciowych, czyli osoby uprawnione do wykonywania zawodu medycznego, stanowiące jednak personel pomocniczy.

Tryb wsparcia przekłada się na decyzję o sposobie udzielenia pomocy seniorowi. W zależności od sytuacji personel konsultacyjny może zapewnić wsparcie emocjonalne, poprosić o interwencję kogoś z jego najbliższego otoczenia (rodzinę, sąsiadów, opiekunów) lub pracownika ośrodka pomocy społecznej / centrum usług społecznych (np. pracownika socjalnego czy opiekuna środowiskowego) albo wezwać służby ratunkowe.

Najbardziej efektywnym rozwiązaniem stosowanym w miastach UMP są teleopaski, które stają się głównym orężem wsparcia świadczeń teleopieki.

Analiza wyników ankiet pokazuje, że większość badanych miast prowadzi programy z zakresu telemedycyny, teleopieki i e-zdrowia w zakresie usług opieki długoterminowej. Spośród 12 miast UMP, dla których dostępne są dane, aż 11 deklaruje udział w takich inicjatywach, obejmujących m.in. zdalny monitoring stanu zdrowia, możliwość całodobowego wezwania pomocy, opaski bezpieczeństwa oraz systematyczny kontakt z teleopiekunem.

Działania w formie telemedycyny, teleopieki i e-zdrowia w zakresie usług opieki długoterminowej finansowane są głównie ze środków własnych, środków UE oraz innych środków publicznych. Co ciekawe wśród finansujących nie

znalazły się Narodowy Fundusz Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia czy jakikolwiek inny organ publiczny odpowiedzialny za opiekę zdrowotną.

Liczba osób objętych programami z zakresu telemedycyny, teleopieki i e-zdrowia prowadzonymi przez metropolie na przestrzeni badanego okresu jest bardzo zróżnicowana. Wdrażanie nowoczesnych technologii w opiece długoterminowej staje się coraz bardziej powszechne w polskich miastach, przez co zwiększa się dostępność usług medycznych i komfort pacjentów. Różnorodność podejść do teleopieki i telemedycyny jest widoczna np.: Białystok realizuje kolejne edycje Gminnego Programu Osłonowego „Wsparcie Seniorów Miasta Białegostoku”, Łódź od kilku lat prowadzi projekty teleopieki, w tym „Miasto Zdrowia” i „Łódź – Miasto (Tele)Opieki”, a Poznań oferuje całodobowy monitoring stanu zdrowia uczestników programów WRPO, wyposażając ich m.in. w bransoletki alarmowe i głośnomówiące aparaty. Takie inicjatywy pokazują, że miasta elastycznie dostosowują programy do lokalnych potrzeb i możliwości finansowych, a teleopieka staje się istotnym elementem wsparcia osób starszych i przewlekle chorych.

Wdrażanie programów z zakresu telemedycyny, teleopieki i e-zdrowia w polskich miastach stopniowo obejmuje coraz większą liczbę mieszkańców, choć tempo i skala wprowadzania takich rozwiązań różnią się w zależności od lokalnych uwarunkowań. Przykładowo w Łodzi programy

teleopieki od 2018 r. obejmują ok. 2000 osób rocznie, natomiast w Poznaniu liczba uczestników systematycznie wzrastała z 637 w 2018 r. do prawie 1000 w roku 2024. W Lublinie obserwujemy dynamiczny wzrost – od 400 osób w 2019 do ponad 1000 w 2023 i 2024 r.

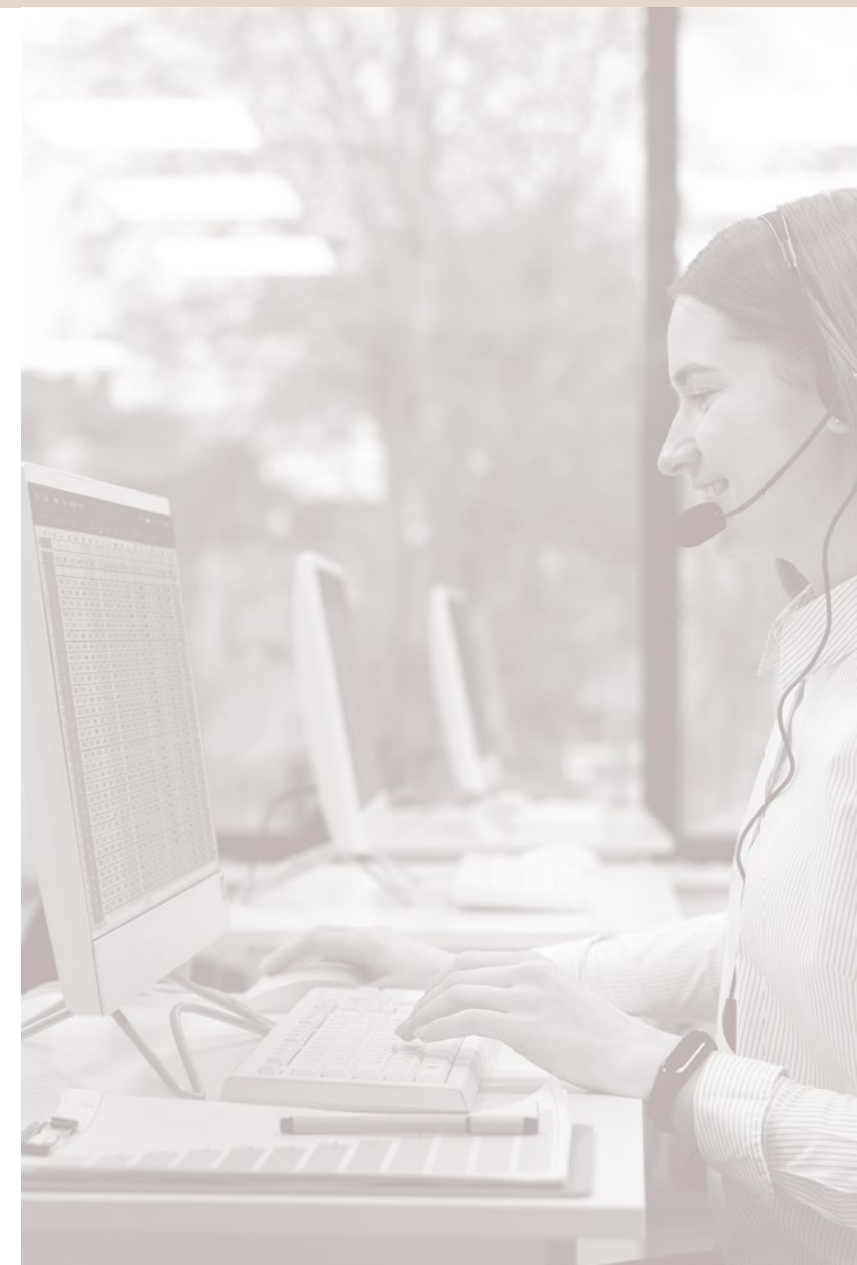
Centrum teleopieki rozumiane jest jako forma wsparcia opiekuńczego niesamodzielnych osób starszych w naturalnym środowisku zamieszkania poprzez wprowadzenie zdalnych usług (deinstytucjonalizacja). Świadczy pomoc w oparciu o nowoczesne technologie polegająca na teleopiece, prowadzeniu całodobowego telecentrum i monitorowaniu osób za pomocą m.in. opasek bezpieczeństwa. Większość polskich miast nie prowadzi własnego Centrum teleopieki w ramach świadczeń opieki długoterminowej, a usługi zdalne realizowane są zazwyczaj przez zewnętrzne firmy.

W Polsce działalność tzw. Centrów teleopieki w ramach świadczeń opieki długoterminowej jest zróżnicowana pod względem liczby podopiecznych oraz organizacyjnym i finansowym. W Lublinie istnieje ono nieprzerwanie od 1 sierpnia 2019 r., czerpiąc fundusze ze środków własnych miasta, rządowego programu „Korpus Wsparcia Seniorów” oraz projektów grantowych realizowanych w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój. Obecnie obejmuje 1031 osób, a kolejne 791 oczekuje na

włączenie do systemu, z czego 500 jest już zakwalifikowanych i uczestniczy w szkoleniach – usługa została rozszerzona w pierwszym tygodniu sierpnia 2024 r.

Zadanie „Zintegrowane Centrum Opieki i Teleopieki” realizowane jest w Poznaniu przez 2 stowarzyszenia w ramach projektów Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego 2014–2020. Obejmuje ono 987 podopiecznych, a liczba osób oczekujących na przyjęcie jest niewielka – poniżej 20. Centrum zapewnia dostęp do trwałych i wysokiej jakości usług opiekuńczych, w tym systemu teleopieki, wsparcia opiekunów (wizyty domowe: wstępne, profilaktyczne i monitorujące) oraz pomocy specjalistów, takich jak psycholog, pielęgniarka czy fizjoterapeuta.

W Warszawie centrum teleopieki jest finansowane ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego i obejmuje obecnie 54 podopiecznych. Mieszkańcy są podłączani na bieżąco, zgodnie ze zgłaszanymi potrzebami i po wydaniu decyzji administracyjnej. Usługa funkcjonuje całodobowo (24/7) i zapewnia beneficjentom kompleksowe wsparcie, w tym przyciski SOS, opaski bezpieczeństwa, czujniki gazu i tlenku węgla, skrzynki na klucze oraz tablety do celów społecznościowych z funkcją SOS.



W pozostałych miastach (Białymstoku, Bydgoszczy, Gdańsku, Katowicach, Krakowie, Łodzi, Rzeszowie, Szczecinie i Wrocławiu) brakuje takich centrów; wsparcie realizowane jest głównie poprzez lokalne programy teleopieki lub współpracę z podmiotami zewnętrznymi. Takie zróżnicowanie pokazuje, że rozwój opieki zdalnej w Polsce jest efektem współpracy samorządów z funduszami krajowymi i europejskimi, a jednocześnie pozwala na elastyczne dostosowanie programów do lokalnych potrzeb, liczby podopiecznych i możliwości finansowych.

Obok 3 miast już prowadzących centra teleopieki 2 gotowe są wprowadzić tego typu formę świadczeń, a 1 nie ma konkretnego planu, jednakże nie wyklucza wprowadzenia rozwiązania cyfrowego.

Skuteczność przytoczonych rozwiązań zależy od ich zintegrowania z edukacją personelu medycznego i pacjentów, czyli realiami klinicznymi. Są to wyzwania, do jakich zaliczamy m.in. leczenie starzejącego się społeczeństwa oraz rozwój innowacyjnych usług i technologii medycznych z tym związanych. Do tego dochodzi edukacja z zakresu rozwiązań cyfrowych, wśród pracowników samorządów metropolitalnych. Jednakże to nie zawsze niewiedza miast

jest barierą. Główną przeszkodę stanowi brak rozwiązań systemowych po stronie ustawodawcy. Często programy nie mają ciągłości, stają się tylko jednorazowym projektem lub rozwiązaniem pilotażowym. Oczywiście kosztochłonność rozwiązań cyfrowych również wpływa na ograniczenia, jednakże na tej szachownicy można umieścić braki w kadrach medycznych lub niewystarczające środki budżetowe, aby taki personel pozyskać lub zatrzymać.



Schroniska dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi

Tego rodzaju schroniska wprowadzono do polskiego porządku prawnego w 2018 r. jako uzupełnienie modelu pomocy, w którym występują: ogrzewalnia, noclegownia, schronisko dla osób bezdomnych. Stworzono je jako formę pomostową dla osób bezdomnych, które nie potrzebują całonocnej opieki, jednak są niezdolne do (całościowej) samoobsługi i pozostają w kryzysie bezdomności.

Analiza danych wskazuje, że w 4 z 12 miast UMP nie ma schroniska dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi. W Lublinie przewidziano, iż w schronisku mogą znaleźć miejsce wyłącznie mężczyźni. Interesujące, że w żadnym z badanych miast podmiotem prowadzącym tego typu placówki nie jest miasto. Widać wyraźnie, że powszechną formą realizacji tego zadania w badanych metropoliach jest uspołecznienie⁴⁵.

⁴⁵ „Rejestry miejsc, w których gminy udzielają tymczasowego schronienia osobom bezdomnym”, gov.pl, 6.12.2022, <https://www.gov.pl/web/rodzina/rejestry-miejsc-w-ktorych-gminy-udzielaja-tymczasowego-schronienia-osobom-bezdomnym> (4.01.2026).

„Najpierw Mieszkanie” – alternatywa dla opieki długoterminowej dla osób w kryzysie bezdomności

„Tradycyjne formy schronienia proponowane osobom doświadczającym bezdomności w Polsce to miejsca zapewniające «dach nad głową», w których zazwyczaj dzieli się przestrzeń mieszkalną z innymi osobami oraz funkcjonuje się na podstawie regulaminu odnoszącego się m.in. do planu dnia, wykonywania prac na rzecz funkcjonowania placówki, (nie)przyjmowania substancji psychoaktywnych. Przestrzeganie regulaminu jest skrupulatnie monitorowane, a jego łamanie oznacza konieczność opuszczenia placówki czy programu mieszkaniowego dla osób korzystających ze wsparcia, oznacza to częste zmiany miejsca schronienia oraz osób wspierających, czyli brak ciągłości”⁴⁶.

„Najpierw Mieszkanie” jest mieszkaniowym modelem zakończenia bezdomności poszczególnych osób, zapewniającym bezpieczeństwo ontologiczne. Stanowi to alternatywę dającą nieporównywalnie większe rezultaty w wychodzeniu z bezdomności niż w przypadku tradycyjnego

schodkowego modelu pomocy. W Polsce 80–100% uczestników utrzymuje się w mieszkaniach⁴⁷. Dla kontrastu efektywność polskiego modelu wychodzenia z bezdomności mierzona usamodzielnieniem się danej osoby wynosi tylko ok. 11%⁴⁸.

Uczestnictwo w programie „Najpierw Mieszkanie” może również pozytywnie wpłynąć na chęć korzystania z różnych form opieki długoterminowej.

Na podstawie danych ankietowych można stwierdzić, że program „Najpierw Mieszkanie” został wprowadzony w 4 miastach UMP: Białymstoku, Gdańsku, Warszawie oraz Wrocławiu. Najwcześniej rozpoczęto go w Gdańsku (w 2019 r.), następnie w Białymstoku (2022 r.) i Warszawie (2023 r.). Dla Wrocławia brak jest danych dotyczących roku rozpoczęcia programu. Liczba osób objętych pomocą do końca maja 2024 r. różni się znacząco w poszczególnych miastach, od 7 w Białymstoku do 110 w Warszawie. W Gdańsku było to 51 uczestników. Taka rozpiętość beneficjentów odzwierciedla zarówno wielkość miasta, jak i zapotrzebowanie wraz z zakresem dostępnych środków.

Z danych wynika, że łączne wydatki miast na realizację programu od momentu jego uruchomienia do końca

maja 2024 r. w przypadku 3 miast (Białegostoku, Gdańska, Warszawy) przekraczają 2,8 mln zł.

Analiza tych danych pozwala stwierdzić, że choć program „Najpierw Mieszkanie” nie jest jeszcze powszechnie wdrożony we wszystkich miastach UMP, w miejscach, gdzie funkcjonuje, stanowi istotny instrument wsparcia osób wymagających mieszkania oraz kompleksowej opieki.



⁴⁶ J. Wygnańska, „Najpierw Mieszkanie. Otwarty model zakończenia bezdomności”, Warszawa 2023, s. 19.

⁴⁷ Ibid., s. 22.

⁴⁸ Ibid., s. 24.

wnioski z seminarium



Ekspert podkreśla, że duże miasta zrzeszone w Unii Metropolii Polskich stoją dziś przed szczególnymi wyzwaniami w obszarze opieki długoterminowej. Starzenie się mieszkańców jest w nich bardziej widoczne niż w mniejszych gminach – w Lublinie seniorzy stanowią już niemal 1/3 populacji. Jednocześnie miasta zmagają się z odpływem młodych ludzi, co potęguje braki kadrowe w sektorze opieki.

W opinii uczestników debaty system w miastach należących do UMP „rozjeżdża się” na wielu poziomach. Wciąż brakuje skutecznej współpracy między opieką zdrowotną a społeczną, a niskie wynagrodzenia i brak prestiżu zawodu powodują, że opiekunowie odchodzą z pracy. Dodatkowo wiele problemów ma charakter infrastrukturalny – stare budownictwo, bariery

architektoniczne czy ograniczenia konserwatorskie utrudniają tworzenie warunków odpowiadających potrzebom osób z niepełnosprawnościami.

Finansowanie pozostaje głównym hamulcem rozwoju usług. Samorządy szukają alternatywnych źródeł pozyskiwania środków, często we współpracy z organizacjami pozarządowymi, ale możliwości są ograniczone. Symbolicznym przykładem niesprawiedliwości systemowych są bariery dotyczące Centrów opiekuńczo-mieszkalnych, które w miastach – mimo wielokrotnie większych potrzeb – mogą być tworzone tylko w takiej samej liczbie jak w najmniejszych gminach.

Mimo tych trudności miasta wykazują się dużą innowacyjnością. Rozwijają usługi dla seniorów,

programy polityki zdrowotnej, rehabilitację i teleopiekę. Przykłady z Krakowa czy Lublina pokazują, że samorządy potrafią wypełniać luki systemu, tworząc usługi wytchnieniowe, rozwiązania dla opiekunów, a nawet nowe, pozbawione barier domy pomocy. Wykorzystywana jest także nieużywana infrastruktura DPS ów, a miasta stale poszukują kreatywnych sposobów, by poprawiać jakość opieki.

Ekspert podkreśla, że choć miasta radzą sobie lepiej niż mniejsze jednostki samorządu, również one zmagają się z poważnymi problemami strukturalnymi – przede wszystkim z niedoborami finansowymi i kadrowymi. Jednocześnie mają duży potencjał do wdrażania nowoczesnych rozwiązań, który wymaga wsparcia poprzez odpowiednie przepisy i stabilne finansowanie.

Opinie uczestników systemu

METODYKA

W celu identyfikacji potrzeb i możliwości modernizacji opieki długoterminowej w odniesieniu do placówek należących do jednostek samorządu terytorialnego przeprowadzono indywidualne wywiady pogłębione (IDI) w 12 miastach należących do Unii Metropolii Polskich (UMP): Białymstoku, Bydgoszczy, Gdańsku, Katowicach, Krakowie, Lublinie, Łodzi, Poznaniu, Rzeszowie, Szczecinie, Warszawie oraz Wrocławiu.

Wywiady prowadzone były w 4 grupach, po 1 osobie z każdego miasta:

1. urzędnicy samorządowi, kierownicy departamentów odpowiedzialnych za opiekę długoterminową;
2. kadra zarządzająca miejskimi placówkami świadczącymi opiekę długoterminową;
3. kadra pracownicza miejskich placówek świadczących opiekę długoterminową;
4. opiekunowie nieformalni (przedstawiciele rodzin osób wymagających opieki długoterminowej).

Łącznie przeprowadzono 48 IDI, po 12 w każdej z grup interesariuszy. Badanie przeprowadzono przy użyciu 4 scenariuszy wywiadów, opracowanych indywidualnie dla każdej z grup, w okresie od listopada 2024 do marca 2025 r.

WYNIKI Z ROZMÓW Z URZĘDNIKAMI MIEJSKIMI

Niejasności terminologiczne i niespójność organizacyjna systemu opieki

Konieczność redefinicji pojęcia „opieka długoterminowa”

W opinii urzędników miejskich model opieki długoterminowej powinien opierać się zarówno na przyjętych zasadach konstytucyjnych i ustawowych, jak i na doświadczeniach praktycznych oraz kierunkach wyznaczonych przez polityki publiczne w tym obszarze. Kluczowym warunkiem jego budowy jest jednak precyzyjne zdefiniowanie samego terminu.

W przeprowadzonych wywiadach silnie wybrzmiała potrzeba jednoznacznego określenia pojęcia opieki długoterminowej oraz doprecyzowania granic między opieką zdrowotną a społeczną. Respondenci zwracali uwagę, że w praktyce często dochodzi do zawężania rozumienia takiej opieki wyłącznie do świadczeń medycznych, co prowadzi do marginalizacji działań z zakresu pomocy społecznej i środowiskowej.

Istnieje potrzeba nie tylko zdefiniowania, ale też szerszego rozumienia tego pojęcia w kontekście potrzeb społecznych; tego, żeby w myśleniu o niej połączyć wątki społeczne i zdrowotne, a zatem należy uwzględnić uzupełnianie się obu rodzajów ustawodawstwa. Dotkliwie odczuwa się rozproszenie opieki, w naszym modelu istnieje lepiej uregulowany wątek

zdrowotny niż społeczny; niezbędna jest także jej głębsza deinstytucjonalizacja.

W opinii przedstawicieli miast określenie to można rozumieć dwojako: że jest to pewien ciąg działań ukierunkowanych na osobę zarówno podlegającą procesom medycznym, jak i bardzo często wymagającą również opieki i działań społecznych. Jeżeli mówimy o medycznych działaniach, to chodzi o pacjenta, którego obejmują swoimi świadczeniami zdrowotnymi np. pielęgniarki opieki długoterminowej. Usługi te powinny być stopniowane: najpierw opieka w miejscu zamieszkania, potem częściowo instytucjonalna (dienne domy pomocy), a następnie w pełni instytucjonalizowana (formy całodobowe). Respondenci postulują, aby opieka długoterminowa była w regulacji postrzegana holistycznie.

Należy dążyć do większej unifikacji tej formy wsparcia. Gdyby w systemie opieki długoterminowej był lepiej określony podział zadań i odpowiednio wycenione procedury, rozwiązywałoby to problem, zmienia się bowiem profil osoby korzystającej ze wsparcia długoterminowego – rośnie średnia wieku i niesamodzielność.

Postulat unifikacji struktur i finansowania, czasem radykalnie wyrażony w wywiadach, narusza jednak zasadę dualizmu administracji publicznej i konstytucyjną samodzielność samorządu. Należy dostrzec w tym sygnał alarmowy rosnącej dysfunkcji systemu.

Obecnie używamy pojęcia opieki długoterminowej w kontekście wyzwań związanych ze starzeniem się społeczeństwa, zabezpieczenia potrzeb niesamodzielnych osób starszych, szczególnie po 80. roku życia, w tym zagrożonych chorobami otępiennymi, ale są to również kwestie zabezpieczenia osób dorosłych, z niepełnosprawnością intelektualną, wsparcia osób niesamodzielnych czy niepełnosprawnych, dzieci i seniorów, co w praktyce spoczywa na 2 filarach: rodzinie i samorządach. To wszystko uzasadnia potrzebę sformułowania przejrzystej koncepcji tego rodzaju opieki.

Dotychczasowy model opieki długoterminowej ma charakter dualistyczny, podzielony między resorty administracji rządowej odpowiedzialne za opiekę podstawową i specjalistyczną o charakterze zdrowotnym oraz pomoc społeczną. Podział ten odbija się w istnieniu 2 podstawowych form opieki instytucjonalnej, a więc domów pomocy społecznej i zakładów opiekuńczo-leczniczych. Równoległym sektorem, ale całkowicie izolowanym prawnie (poza kwestią nadzoru), jest w pewnym sensie wyłączony z władztwa samorządowego w tym zakresie sektor komercyjny, który z istniejącej opieki instytucjonalnej wybiera jak rodziny osoby najbardziej zamożne i najlepiej sytuowane rodziny, co przyczynia się do dodatkowej pauperyzacji domów pomocy społecznej.

Istnieją oczywiście w doktrynie liczne definicje opieki długoterminowej, jednak charakterystyczne jest powszechne przekonanie osób odpowiedzialnych za organizację tej opieki w miastach UMP o braku jasności w tym zakresie. Nie wymaga to zmian legislacyjnych, chociaż w nowym akcie prawnym definicja legalna opieki długoterminowej (obejmująca także domy pomocy społecznej i ich świadczenia) rozwiałaby te wątpliwości. Wydaje się, że za informacjami o niejasności tego pojęcia kryje się też poczucie niedoceny świadczeń pomocy społecznej jako istotnych form opieki długoterminowej i bezzasadnego zawężenia ich do świadczeń medycznych. Wnioski o braku precyzji definicji opieki długoterminowej podkreślają także analizy ankiet przekazanych przez miasta UMP, w których wśród podmiotów świadczących usługi opieki długoterminowej wskazywane były często jednostki organizacyjne pomocy społecznej. W rozmowach podkreślano brak rozwiązań systemowych.



Bariery legislacyjne pogarszające sytuację osób wymagających wsparcia

Charakterystyczne jest to, jak trudno dostosować się do obowiązujących przepisów. Rozmowy wykazały, że jedną z głównych barier w tworzeniu rodzinnych domów pomocy, w tym tych dla seniora, są np. nieelastyczne przepisy zarówno przeciwpożarowe, jak i sanitarne, na skutek których zabroniono umieszczania sprawnych jeszcze seniorów lub autystów na pierwszym piętrze, ponieważ wyłączają one większość istniejących domów jednorodzinnych z możliwości urządzenia w nich placówek opieki długoterminowej.



Jak już jesteśmy przy rodzinnych domach [seniora], to mamy z kolei zbyt wysokie wymagania przeciwpożarowe. Przepisy pożarowe wiele komplikują i w tych usługach również. Ale jak np. to są 4 osoby, to ewakuacja wygląda inaczej niż w domu, gdzie jest tych osób 100, prawda?



Absurdalne jest wymaganie, aby wszystkie takie domy znajdowały się w układzie parterowym. Przy zupełnie innej kulturze architektury w Polsce sprawia to, że w dążeniu do poprawy sytuacji pensjonariuszy blokuje się tworzenie nowych rodzinnych domów pomocy. Przepisy przeciwpożarowe i sanitarne, które są dostosowane do dużych placówek ze względu na konieczność ewakuacji, powinny zostać przejrane pod kątem domów, w których jest 4–5 seniorów, w tym chorzy leżący.

Kolejnym problemem jest ogólny brak elastyczności przepisów dotyczących umieszczania na krótkie pobyty wytchnieniowe, to znaczy takie, które oferują odpoczynek opiekunom osoby wymagającej opieki długoterminowej. Z wywiadów wynika, że zdarzają się sytuacje, w których są możliwości i istnieją miejsca, ale nawet na krótką zmianę ich przeznaczenia na taki pobyt wymagana jest zgoda wojewody. Największy problem sprawia więc koordynacja między 2 systemami, mimo osiągniętej elastyczności działania w ramach domów pomocy społecznej.

Domy pomocy społecznej, w których już np. 50% pacjentów to osoby leżące, wymagają reakcji legislatora – obecna regulacja

bywa przewidziana przede wszystkim dla osób sprawnych. Zdarzają się domy, w których 70% pensjonariuszy to osoby leżące, co świadczy o istotnej zmianie profilu podopiecznych.

Szybkich i skoordynowanych zmian legislacyjnych wymagają przede wszystkim rodzinne domy pomocy, które w starym stanie prawnym prawdopodobnie nadal nie będą powstawały. Pilnych nowelizacji wymaga także regulacja pobytu wytchnieniowego – zarówno dla opiekunów, jak i dla ich podopiecznych. Należy jak najszybciej pozwolić na udrożnienie i uelastycznienie istniejących procedur.

W obecnym systemie widoczny jest deficyt skutecznej koordynacji działań w obszarze opieki długoterminowej. Respondenci wskazywali, że wprowadzenie funkcji jej koordynatora stanowiłoby pożądane i potrzebne rozwiązanie. Postulowano, aby stanowisko to miało charakter międzysystemowy, obejmujący swoim zakresem zarówno placówki ochrony zdrowia (np. zakłady opiekuńczo-lecznicze), jak i jednostki pomocy społecznej (np. domy pomocy społecznej). Koordynator, działając w sposób integrujący (lecz niewładczy), mógłby przyczynić się do zwiększenia spójności i efektywności systemu opieki na poziomie lokalnym.

Procedury niedostosowane do realiów i wydolności systemu

Kolejnym problemem pozostaje kwestia korzystania przez pensjonariuszy placówek instytucjonalnych z zewnętrznej pomocy medycznej. Kłopot występuje w przypadku konieczności towarzyszenia pacjentowi, ponieważ opiekun z domu pomocy społecznej nie ma prawa wejścia do lekarza poza kolejnością, odmiennie niż opiekun medyczny z pacjentem z innego szpitala. W chwili gdy zachodzi potrzeba asystowania wielu podopiecznym, oznacza to zaabsorbowanie sił fachowych przez długi czas dla każdego z pensjonariuszy.

Podstawowym problemem jest także moment, w którym dana osoba traci samodzielność i wymaga wspomaganego podejmowania decyzji lub całkowitego zastępstwa w podejmowaniu decyzji. Przewlekłe procedury ubezwłasnowolnienia oraz ogromne trudności czasowe w uzyskaniu zaświadczeń od psychiatry w trakcie tych postępowań sprawiają, że wiele zasobów opieki instytucjonalnej pozostaje niewykorzystanych i że nie jest udzielana pomoc osobom w bardzo trudnej sytuacji życiowej i zdrowotnej. Instytucja prawna ubezwłasnowolnienia i gwarancje dla praw człowieka zamieniają się w tym przypadku w swoje przeciwieństwa. Stają się barierami zamiast szansą, przeszkadzają zamiast pomagać.



Na pewno trudny jest dostęp do recept – domy pomocy społecznej nie mają do nich dostępu. Nie każdy mieszkaniec DPS-u jest w stanie założyć sobie konto pacjenta i nim dysponować. Trzeba znać hasło, mieć indywidualne konto... natomiast to my wykupujemy leki dla mieszkańców. Oczywiście każdy z nich może sobie to zrobić indywidualnie. Jednak w przypadku większości jest tak, że – jak stwierdzono – to my te recepty realizujemy. My wykupujemy, dokonujemy płatności, a brak dostępu do recept, uniemożliwia np. wiedzę o tym, ile jeszcze opakowań leku jest na danej z nich.

Osoby uzależnione, które aktywnie piją, odmawiają leczenia. I to też jest ogromna bolączka wielu domów pomocy społecznej. Brak jest rozwiązań prawnych i nie ma wystarczającej liczby domów dla osób uzależnionych.



Rozwiązaniem tej sytuacji wydaje się po pierwsze przyspieszenie ustawowego procedowania – swoisty ustawowy tryb pilny, jeżeli chodzi o osobę umieszczoną w trybie nagłym w placówce opieki instytucjonalnej. Po drugie, rozwiązania tymczasowe pozwalające na objęcie natychmiastową opieką pacjenta ze stwierdzoną chorobą Alzheimera, który utracił nagle opiekuna. Po trzecie, ważne jest przyspieszenie prac legislacyjnych nad decyzją wspomaganą. Należy także uregulować pierwszeństwo przyjęcia u lekarza specjalisty pensjonariusza domu pomocy społecznej przybywającego w towarzystwie opiekuna medycznego. W opinii praktyki pilnego podniesienia wymagają stawki dla biegłych sądowych orzekających w sprawach o ubezwłasnowolnienie lub umieszczenie w domu opieki. To one pozostają bowiem niewidzialną barierą terminowego załatwiania spraw, nawet w Warszawie.

Istotny jest też problem spożywania alkoholu w domach pomocy społecznej, który wymaga interwencji. Rozwiązaniem mogą być sprofilowane domy opieki dla uzależnionych od alkoholu.

Jednym z rozwiązań mogłoby być wprowadzenie ustawowego zakazu spożywania alkoholu w domach pomocy społecznej, z wyłączeniem zwyczajowych, niewielkich ilości podczas uroczystych okazji. Jednak budzi to wątpliwości natury prawnej, polegające na ograniczeniu praw obywatelskich.



Problemem jest to, czy należy tworzyć wyodrębnione domy dla osób z uzależnieniem alkoholowym czy innym. Zakaz spożywania alkoholu w DPS-ie dotyczyłby przecież osób, które nie są pozbawione praw obywatelskich. Trudno to zrobić.



Potrzeba wdrożenia standardów wspierających rozwój opieki długoterminowej

Nawet zwykłe zamontowanie krzesełek na półpiętrach w blokach bez windy, aby senior mógł odpocząć podczas wchodzenia po schodach, a także program budowy wind zewnętrznych w starych budynkach mogłyby w opinii respondentów zasadniczo zmienić sytuację osób korzystających z opieki długoterminowej i zmniejszyć liczbę oczekujących w kolejkach do domów pomocy społecznej. Brakuje też standardu, normy, która mówiłaby, ile miejsc w DPS-ie powinno przypadać na 1 mieszkańca czy 1000 mieszkańców – sprawia to, że sytuacja w poszczególnych miastach jest skrajnie różna.

Trzeba jednak pamiętać, że prowadzenie domów pomocy społecznej i zapewnienie w nich miejsc jest zadaniem własnym, ale nieobowiązkowym. W związku z szybkim starzeniem się naszego społeczeństwa warto rozważyć zmianę charakteru tych zadań na zadania obowiązkowe – byłby to także argument dla radnych zgłaszających wiele innych, bardziej nośnych politycznie i popularnych potrzeb do zaspokojenia.

Problem długich kolejek do DPS-ów jest zróżnicowany, czasami chodzi o osoby, które całe swoje życie spędziły w miastach i nie chcą zostać skierowane do placówek poza metropolię. Równocześnie – jak stwierdzają specjaliści – optymalnym miejscem dla domu seniora jest małe miasteczko lub wyodrębniona dzielnica dużego miasta. Jednak umieszczenie osoby starszej na odludziu, przy całkowitym zamknięciu się na otoczenie, stanowi prostą drogę do przyspieszenia demencji. W żadnym z miast UMP podczas wywiadów nie odnotowano także wyciągnięcia wniosków z przebiegu pandemii (małe domy opieki, pawilony modułowe). O ile pojawiły się domy pomocy, w których znajdują się specjalne miejsca do kontaktów zdalnych z rodziną, to brak jest przepisów na poziomie ogólnopolskim, lokalnym lub odpowiednich klauzul społecznych wprowadzanych w drodze uchwał rady miasta.

W szczególności w zakresie domów seniora wielkie zamieszanie wywołała regulacja dotycząca Centrów Zdrowia 75+. Trwa ona w swoistym zawieszaniu, a przedstawiciele miast tkwią w niepewności i postulują jak najszybsze wyjaśnienie sprawy. Nie wszystkie zmiany przeprowadzone w ostatnim czasie należy ocenić pozytywnie. Panuje pogląd, że odejście od programu „Korpus Wsparcia Seniorów” nie było dobrym posunięciem.



Czy mapy potrzeb zdrowotnych są aktualizowane na bieżąco? Ogólne dane są naprawdę w miarę systematycznie wprowadzane. I myślę, że gdyby centralne organy zaczęły podejmować bardziej dynamiczne decyzje, to byłby to impuls dla samorządów, żeby one wiedziały, że jeżeli coś zrobią, to będzie to miało sens. A nie, że decyzje będą rozkładane w czasie albo będzie co chwilę wprowadzana zmiana, nowa koncepcja, nowa ustawa. Tak jak było z Centrami 75+ – przygotowaliśmy się, wytypowaliśmy jednostki, po czym dostaliśmy informację, że prace zostały odłożone, bo będzie zmieniana ustawa. Szpital geriatryczny naprawdę był już bardzo na to nastawiony i zaangażowany.



Należy wyciągnąć ostateczne wnioski z przebiegu pandemii i wprowadzić do regulacji prawnej zapisy o maksymalnej liczebności osób w 1 domu pomocy społecznej, a także w przypadku tworzenia nowych placówek nalegać na system pawilonów. Niezbędne jest także umieszczenie śluzi wejściowej już na etapie budowy, a nie improwizowanie takich instalacji dopiero w przypadku epidemii. Kompensatą ograniczenia odwiedzin w przypadku epidemii lub masowych infekcji staje się łączność elektroniczna – wyodrębnienie w domach pomocy społecznej miejsca przeznaczonego do rozmów z wygodną instalacją i dużym ekranem oraz zachowaną prywatnością powinno stać się standardem. Takie osobne stanowisko do rozmów w ramach telekontaktów wymagałoby również odpowiedniej przestrzeni, aby umożliwić obecność asystenta w przypadku telewizyty lekarskiej. Podczas rozmowy pensjonariusz może bowiem potrzebować wsparcia pielęgniarzki lub opiekuna medycznego. Jest to rozwiązanie, które stanowi też zarówno ogromną oszczędność czasu, jak i ochronę przed zakażeniem w sezonie infekcyjnym. W przypadku np. wieloosobowych pokoi domu pomocy społecznej należy przy tym zapewnić elementarną intymność. Problematyka postcovidowa nie pojawiała się jednak w wywiadach.

Kryzys finansowy i niedobory kadrowe w opiece długoterminowej

Systemowe rozwiązanie różnic w odpłatności – pilna potrzeba

Problemem, który niezwykle często powraca w wywiadach, jest kwestia nieracjonalnej różnicy w odpłatności między domami pomocy społecznej a zakładami opiekuńczo-lecznymi (ZOL). Ta druga placówka jest korzystniejsza finansowo dla rodziny i opiekunów, często oczekuje się zbyt długo na miejsce w zakładzie opiekuńczo-lecznym, obawiając się odpłatności w domu pomocy społecznej, co nie sprzyja dobru pacjenta. Fakt, że oba rodzaje placówek znajdują się w różnych resortach (zabezpieczenie społeczne i zdrowie) niezwykle utrudnia odpowiednie gospodarowanie miejscami opieki długoterminowej.



Mamy sytuacje, w których rodziny wiedzą, że tam [w zakładzie opiekuńczo-lecznym] przez ubezpieczenie zdrowotne nie będą ponosić odpłatności, i odbywa się to np. ze szkodą dla osoby, która tego wsparcia wymaga. Bo ta sytuacja jest trudna. Bardzo często u nas w mieście się tak zdarza.



Odpłatność to kwestia, która od zawsze wywołuje konflikty. Dotyczy ona nie tylko mieszkańców DPS-ów, ale także ich rodzin. Procedura jest zbyt skomplikowana, ustawa stanowi, że 70% tego świadczenia ponosi dana osoba, a 30% gmina.



Zupełnie nowym elementem staje się stale powracający problem pełnej odpłatności za pobyt w domu pomocy społecznej. Dotychczas przyjmowano, że o miejsce w DPS-ie starają się tylko emeryci i renciści będący osobami ubogimi, a 70% odpłatności wydawało się optymalnym rozwiązaniem. Jak stwierdzają specjaliści w urzędach miejskich, coraz częściej rysuje się możliwość odpłatności 100%, ponieważ zamożność społeczeństwa rośnie. Pauperyzacja DPS-ów to także problem, więc dobrze sytuowani płacący pensjonariusze przywróciliby równowagę. Obecnie te osoby migrują do prywatnych domów pomocy. Wskazano jednak, że niektórzy mieszkańcy mają na tyle wysokie dochody, że mogliby ponosić pełną odpłatność za pobyt.

Kolejnym problemem odpłatności są różnice między stawkami na osobę w poszczególnych miastach. W skrajnych przypadkach ma to być nawet 50% stawki warszawskiej. Takie dysproporcje oznaczają dyskryminację i mogą znaleźć się w zainteresowaniu Rzecznika Praw Obywatelskich jako zapobiegającego jej organu. Niewielkie odchylenia mogą być możliwe ze względu na inny poziom zarobków i utrzymania, ale wydatki na życie są podobne.

Dlatego niezbędne wydaje się także określenie standardu dla osób pozostające w opiece stacjonarnej, zwłaszcza w domach pomocy społecznej. Odpłatność 100% dla osób zamożniejszych za ich zgodą znalazłaby akceptację w kadrze opiekuńczej jako kierunkowe rozwiązanie i środek zapobiegania pauperyzacji placówek stacjonarnych.

Charakterystyczny podczas wywiadu, ale także swobodnej wypowiedzi respondentów w poszczególnych miastach był całkowity brak nawiązywania do funkcjonującego równoległe systemu prywatnych domów opieki. Jeżeli były one wspomniane, to wyłącznie jako swoista konkurencja „wyciągająca” najlepiej sytuowane osoby do placówek prywatnych i w ten sposób przyczyniająca się do dalszej pauperyzacji DPS-ów.

Nie znaleziono elementów partnerstwa publiczno-społecznego lub publiczno-prywatnego. Z prac Rzecznika Praw Obywatelskich wynikało, że istotne byłoby wzmocnienie kontroli i nadzoru, ale także zwykłej wymiany doświadczeń z prywatnymi placówkami o bardzo zróżnicowanym standardzie, w których także może dochodzić do naruszeń praw człowieka. W przypadku publicznych domów opieki nadzór i kontrola mają charakter instytucjonalny, kontrola prywatnych placówek jest w przypadku Rzecznika Praw Pacjenta czy Rzecznika Praw Obywatelskich wręcz incydentalna. Warto byłoby więc rozważyć powołanie koordynatora opieki długoterminowej, który w zakresie swojego zainteresowania – również w oddziaływaniu środkami niewładczymi – miałby także prywatne placówki opiekuńcze.



Deficyt kadr opiekuńczych i pielęgniarских jako bariera jakości opieki

Wśród podstawowych problemów, z którymi spotykano się w trakcie wywiadów z osobami odpowiedzialnymi za organizację opieki długoterminowej w poszczególnych miastach, należy wymienić kilka kwestii: na pierwszy plan wysuwa się brak kompleksowego rozwiązania w zakresie deficytu kadr opiekuńczych i pielęgniarских oraz ogromna dysproporcja płacowa (nawet 3-krotna) między osobami zatrudnionymi w domach pomocy społecznej a tymi, które pracują na wolnym rynku pielęgniarским albo w szpitalach. Sprawia to, że wśród osób zatrudnionych znajdujemy przede wszystkim pracowników z bardzo wysoką średnią wieku – często jest to istniejące od lat zatrudnienie, przedłużane tylko z poczucia odpowiedzialności i ducha pracy zespołowej.

Stopień uciążliwości i komplikacji pracy przy chorych osobach leżących, a przede wszystkim niskie płace sprawiają, że młode osoby odchodzą po krótkim czasie praktyk. Są różne sposoby pozyskiwania pracowników, zabiegają o nich aktywnie dyrektorzy podmiotów leczniczych. Ważne są wynagrodzenia, starannie analizowane w poszczególnych grupach zawodowych, kontrakty dla pracowników (roczne lub wieloletnie) i ich waloryzacja, co normują ustawy, podobnie jak środki na nagrody dla pracowników, które mogą być przekazywane

przez podmiot tworzący. Bariery jest jednak ogromny brak dostępności określonych kategorii pracowników, np. geriatrów i psychiatrów, chętnych do pracy w DPS-ach lub działających w ramach tej opieki.

Do wyjątków należą miasta, w których jak w Krakowie nie ma problemu z rekrutacją kadry pielęgniarskiej, ale i tam uderza bardzo wysoka średnia wieku, przybliżająca perspektywę kryzysu kadrowego.

Pilna regulacja płacowa dla pielęgniarских zatrudnionych w domach pomocy społecznej i świadczących usługi dla chorych leżących (czasem już ok. 50% pensjonariuszy) jest niezbędna dla uchronienia systemu przed załamaniem. Obecnie zatrudnione są głównie osoby w wieku emerytalnym, a 3-krotna dysproporcja w wynagrodzeniu jest nieakceptowalna. Wszelkie środki alternatywne, które przedstawiano respondentom, np. służbowe mieszkania dla pielęgniarских DPS-ów, a nawet działki budowlane dla lekarzy, zostały ocenione jako mało efektywne.

”

Ja mam (u nas w DPS I.L.) mniej więcej połowę tych osób, które są w DPS-ach na terenie miasta. To są osoby leżące, które właściwie nie powinny być w DPS-ie, one powinny być generalnie w miejscu, które jest jednak dużo bardziej medyczne. Trudno jest im zapewnić lepszą jakość wsparcia, bo personel pielęgniarский, mając do wyboru 3-krotnie wyższą pensję – bo to się dzisiaj mniej więcej tak rozkłada – musi już naprawdę z wielkiego przekonania pracować u nas, a nie iść do placówki medycznej.

Jeżeli pielęgniarка u nas zarabia najniższą krajową albo trochę powyżej najniższej krajowej, a pielęgniarка w szpitalu zarabia 3 razy więcej, to mam ogromny problem, żeby znaleźć jakąkolwiek pielęgniarkę do pracy. Bo w zasadzie wykonują one bardzo podobne zadania. Duża część podopiecznych to osoby już leżące, wręcz mamy takie, które są przewlekle chore i które już od 18 czy 20 lat są przykute do łóżka, i tak naprawdę to jest opieka całodobowa.

”

Niewystarczający rozwój nowoczesnych form wsparcia

Rozwój i upowszechnianie domów dziennego pobytu

Interesującą kwestią jest postępująca samoistna dywersyfikacja form opieki stacjonarnej. Niektóre z JST tworzą już domy dla somatycznie chorych i odrębne dla osób uzależnionych. Brak jest wyraźnie sprofilowanych centrów alzheimerowsko-parkinsonowskich (są wyjątki), ale już w formule domu dla pacjentów z chorobami somatycznymi pojawia się w tym zakresie podobna specjalizacja. Istnieją także środowiskowe domy pomocy krótkiego pobytu.



Nie mamy wszystkich typów domów pomocy społecznej, nie mamy dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Natomiast jeżeli chodzi o somatyczne czy podeszły wiek, są domy, gdzie jest to nawet ok. 70%. Jest też dom, który ma przy sobie umiejscowiony ZOL, więc jak gdyby on też jest wsparciem, bo tam są te osoby leżące, te wymagające pomocy medycznej, do tego jakieś punkty rehabilitacyjne, one sobie to organizują i wiemy, że dźwigną te potrzeby klienta. Tam mamy bardzo dużo leżących, ale w innych domach – 50%.



Istotnym problemem pozostaje skostniała procedura kierowania do domów pomocy społecznej, brak w prawie niezbędnej elastyczności, np. w przekształceniu pobytu długotrwałego na krótki pobyt wychnieniowy, o ile istnieje dużo ośrodków i form wsparcia – brakuje systemowości ogólnokrajowej. DPS-y, zaplanowane jako miejsca pobytu osób względnie sprawnych, z wyraźnym oddzieleniem części z nich i założeniem, że pacjenci wymagający opieki i pielęgnacji będą przebywali w zakładach opiekuńczo-leczniczych, przez lata zamieniły się praktycznie w placówki opieki zdrowotnej, przy czym nie są one tak traktowane przez system prawny. Jak wskazują wypowiedzi respondentów zarządzających placówkami w większości domów pomocy społecznej pacjenci leżący lub niewychodzący z pokoju przekroczyli już 50%. Są domy, w których odsetek ten jest nawet wyższy, co oznacza, że zmienił się całkowicie charakter placówki.

W wielu przypadkach istnieją też przewlekłe i archaiczne procedury, np. dotyczące depozytów po osobach zmarłych. Niezbędna jest wyraźniejsza elastyczność – pozostawienie większej samodzielności poszczególnym DPS-ów. Brak nowych domów pomocy społecznej ze względu na trudności finansowe traktowany był przez respondentów jako rzecz niemal naturalna. Równocześnie charakterystyczne dla wywiadów było to, jak niewiele miejsca w nich zajmowały formy deinstytucjonalizacji. Pytani zgodzili się, że najlepszą formą przejściową jest dzienny dom pobytu, umożliwiający pracę opiekunom i długie pozostawanie

w własnym środowisku z równoczesną aktywizacją i zabezpieczeniem potrzeb rehabilitacyjnych. Oprócz opieki domowej była to forma finansowana ze środków unijnych. Respondenci zgodnie przyjęli, że nie może być ona nadal utrzymywana po wygaśnięciu tych funduszy. Domy dziennego pobytu stanowią wyjątek, a nie regułę. Miasta bronią się stwierdzeniem, że przy ograniczonych środkach finansowych i przeciążonych domach pomocy społecznej jest to naturalny priorytet – sprofilowany dom dziennego pobytu albo rozszerzenie świadczeń domowej opieki długoterminowej jest traktowane jako swoisty luksus. Nie ma także w wywiadach nadmiernego zainteresowania dla innowacji społecznych, związane jest to z brakiem wiary, że – w związku z niedostatkami finansowymi – inicjatywy oddolne w tym zakresie mogą cokolwiek zmienić.

Domy dziennego pobytu – jako nowa forma i dobry krok w kierunku deinstytucjonalizacji – wymagają zdecydowanego impulsu prawnego, organizacyjnego i finansowego. Stanowią one dla wielu osób optymalną formę pozwalającą pogodzić pozostawanie w środowisku rodzinnym z wielogodzinną opieką i rehabilitacją. W sytuacji wciąż jeszcze istnienia negatywnego stereotypu związanego z powierzeniem członka rodziny opiece instytucjonalnej jest to rozwiązanie pośrednie, a równocześnie bardziej korzystne finansowo dla samorządu metropolii. Równocześnie rozmowy wykazują, że bez zdecydowanego impulsu i kierunkowego dofinansowania domy dzienne pozostaną

głównie w sferze planów. Ogólne braki w finansowaniu pomocy sprawiają, że większość środków jest przeznaczana na istniejącą już opiekę instytucjonalną, a – z wyjątkiem niektórych miast – dla domów dziennego pobytu nie ma po prostu miejsca. Dużą ilość nowych funduszy można by przeznaczyć właśnie na tę deficytową formę pomocy. O ile codziennością stały się już kluby seniora, uniwersytety trzeciego wieku i placówki dla najbardziej sprawnych osób wymagających minimalnej opieki długoterminowej, o ile istnieją miejsca dla osób w dramatycznej sytuacji zdrowotnej i społecznej, o tyle nieracjonalny i wspierający nasilenie dysfunkcji jest praktyczny brak dziennych domów pomocy, w tym centrów alzheimerowskich i parkinsonowskich, które występują jednostkowo np. w Szczecinie. To właśnie tego typu jednostki, mające charakter ogniwa pośredniego, mogą oznaczać zasadniczą ulgę wydatkową dla samorządu metropolii, umożliwiając one bowiem sprawowanie opieki częściowej.

Systemowa aktywizacja mieszkańców DPS-ów

W opinii respondentów bardzo ważną byłaby możliwość zmiany prawa, które obecnie zabrania jakiegokolwiek działalności komercyjnej domów pomocy społecznej. Chodzi np. o przedmioty powstające w ramach terapii zajęciowej. Odmowa możliwości sprzedawania takich wyrobów

rękodzieła, z których środki byłyby przeznaczone na działanie wspólne albo wzbogacały budżet seniora, w epoce srebrnej gospodarki wydaje się zupełnie archaiczna. Podnosiłoby to także poczucie własnej wartości osób objętych opieką – w ich przypadku sprawczość, jej zachowanie, ma bezpośredni związek z poczuciem godności nawet przez wytwarzanie drobnych, ale sprzedawalnych na rynku przedmiotów. Obecnie obchodzi się to przez tworzenie przy DPS-ach fundacji lub stowarzyszeń, jednak jest to zabieg sztuczny. Wskazaną przez respondentów możliwością poprawy sytuacji ekonomicznej byłoby także sprzedawanie posiłków w tych domach pomocy społecznej, w których jest kuchnia i są one przygotowywane. Przepisy zabraniają jednak sprzedawania ich na zewnątrz, np. w ramach dziennej pomocy lub rozwożenia posiłków do zamieszkałych w pobliżu osób wymagających opieki domowej.

Z jednej strony deklaruje się w Polsce akceptację gospodarki senioralnej, zachęca osoby starsze do poprawy swojego bytu przez aktywność własną, a z drugiej z założenia wyłącza się z tej działalności osoby umieszczone w DPS-ach czy domach dziennego pobytu. Drobne przedmioty tworzone w ramach warsztatów powstają także wśród innych osób objętych opieką długoterminową, np. pacjentów z niepełnosprawnością intelektualną lub chorych psychicznie. Warto zmienić regulacje prawne w tym zakresie.



Implementacja programu „Najpierw Mieszkanie” w opiece długoterminowej

Program „Najpierw Mieszkanie” jest rzadkością, a tymczasem skutecznie wyprowadza z bezdomności. Warszawa realizuje go zgodnie z zarządzeniem Prezydenta Miasta, które weszło w życie pod koniec stycznia 2023 r. Realizatorem tej metody jest Warszawskie Centrum Integracji „Integracyjna Warszawa”. W tej chwili w programie jest ponad 100 mieszkań, w różnym podziale. W Bydgoszczy program „Najpierw Mieszkanie” w 2022 i 2023 r. był świetnie realizowany ze środków gminy w trybie zlecenia publicznego, a obecnie został wpisany do planu deinstytucjonalizacji do 2025 r. Do uchwały o mieszkaniach socjalnych i komunalnych wprowadzono możliwość pierwszoplanowego uzyskania mieszkania socjalnego przez osoby bezdomne, które są w programie wychodzenia z bezdomności, bez konieczności spełnienia kryteriów metrażowych. W Białymstoku – w posiadaniu organizacji pozarządowych – jest dużo mieszkań rotacyjnych przydzielonych osobom bezdomnym. Są to mieszkania na czas przejściowy.

W przeciwieństwie do „schodkowego” systemu opieki typu: ogrzewalnia, schronisko lub schronisko z usługami opiekuńczymi i ewentualnie na końcu własne mieszkanie program „Najpierw Mieszkanie” – jak wynika z literatury – globalnie wymaga o wiele niższych kosztów przy większej efektywności.



Program „Najpierw Mieszkanie” realizował departament, nie OPS, i mam tu odpowiedź właśnie z departamentu, że w 2022 i 2023 r. ze środków gminy w trybie zlecenia publicznego program realizowany był świetnie, a obecnie został wpisany do planu deinstytucjonalizacji do 2025 r. Ale w tym roku [2024] nie było słyhać, żeby był. Natomiast mamy to, co mamy, na poziomie gminy. Jest to wprowadzona do uchwały o mieszkaniach socjalnych i komunalnych możliwość pierwszoplanowego uzyskania mieszkania socjalnego przez osoby w kryzysie bezdomności.



Również w tym temacie istnieje jednak impas, który bez interwencji w zakresie alokacji dodatkowych środków finansowych nie będzie możliwy do przełamania. Należy się przy tym wystrzegać aktywności, ale zastanowić, jakiego typu zachęty byłyby konieczne do zmiany paradygmatu. To czasem bolesna reforma, ponieważ jej powodzenie oznaczałoby też redukcję liczby obecnych placówek stacjonarnych i ich personelu. Dlatego przed zmianami legislacyjnymi trzeba postulować szerszą debatę i akcję edukacyjną, a także z wyprzedzeniem komunikować nowe perspektywy zatrudnienia dla personelu. Trwałe wyprowadzenie z bezdomności stanowi poważną korzyść dla budżetu jednostki. Obecnie część energii jest skoncentrowana na udowodnieniu, że dany bezdomny nie ma stałego miejsca pobytu w konkretnej gminie.

Opieka długoterminowa sprawowana w miastach UMP w trudnych warunkach prawnych i finansowych stanowi dowód żywotności oraz innowacyjności samorządu terytorialnego. Jej kontynuacja wymaga jednak usunięcia przedstawionych wyżej dysfunkcji. Niekonsekwentna regulacja prawna finansowania zakładów opiekuńczo-leczniczych i domów pomocy społecznej prowokuje do manipulacji systemem odpłatności ze szkodą dla pensjonariuszy i wysuwa się na czoło postulowanych zmian obok reformy systemu wynagrodzeń pracowników DPS-ów.

Teleopieka – potrzeba wdrażania sprawdzonych rozwiązań

Charakterystyczny jest brak szerszego stosowania centrów teleopieki. Ogólnie program ten jest oceniany jako zbyt kosztowny i trudny do masowego stosowania. Próba kontynuowania tematu teleopieki, telemedycyny i e-zdrowia była skrącana – powracała kwestia wysokich kosztów, niechętnego przyjmowania przez podopiecznych proponowanych rozwiązań albo też porzucania ich po pewnym czasie.

Stosunkowo największe zainteresowanie wśród respondentów wzbudził system katowicki, w którym pogotowie ratunkowe na zasadzie umownej ma natychmiastowy dostęp do rekordów medycznych (za zgodą starszych pacjentów objętych opieką długoterminową). Pozwala to uniknąć długiego wywiadu, który w przypadku osób samotnie mieszkających i w sytuacji stresu w związku z nagłym pogorszeniem stanu zdrowia stanowi również wyzwanie dla dyspozytorów pogotowia ratunkowego. Następujące od razu połączenie z odpowiednim rekordem medycznym już po wybraniu numeru 112 (jeżeli pacjent należy do puli osób objętych opieką) spełnia w istocie funkcję alarmową centrum teleopieki i nie generuje dla samorządu terytorialnego wysokich dodatkowych kosztów.

We wszystkich ośrodkach system ten budził duże zainteresowanie. Wydaje się również, że model katowicki mógłby być rozwijany łącznie z bieżącym dostępem do internetowego

konta pacjenta (IKP) w przypadku wyrażenia zgody i adekwatnej ochrony danych osobowych. Powtarzały się stwierdzenia, że system teleopieki jest drogi, zbyt skomercjalizowany, trudny w obsłudze, że jego rezultaty działań są ograniczone środkami finansowymi, a beneficjenci często rezygnują z używania opasek, których monitorowanie jest kosztowne i uciążliwe.

Całkowita komercjalizacja stosowania teleopieki okazała się nieefektywna, należy poszukiwać modeli alternatywnych, takich jak w Katowicach we współpracy z pogotowiem ratunkowym. Możliwe są też formy mieszane. Wydaje się, że jest to niezagospodarowany obszar dla partnerstwa publiczno-prywatnego lub publiczno-społecznego. Warto rozważyć także szerszą akcję edukacyjno-szkoleniową dla kadry domów pomocy społecznej, ale także podmiotów zarządzających, urzędników samorządowych. W nawale obowiązków ta metoda racjonalizacji wydatków i poprawy standardu opieki, którą stanowią centra teleopieki, jest wyraźnie niedoceniana. Prawdopodobnie jest to też realny obszar działania dla Unii Metropolii Polskich. W warunkach rosnącego deficytu kadr opiekuńczych – dzięki użyciu systemów sztucznej inteligencji – rozwiązanie to staje się możliwe i opłacalne. W przypadku jednak tak daleko idącej innowacji niezbędne jest powołanie tzw. liderów zmiany, czyli osób, które będą na własnym przykładzie i z zachętami finansowymi wdrażały systemy teleopieki. Pozostawienie tej kwestii sektorowi prywatnemu i ustawienie administracji publicznej tylko w roli klienta okazało się nieefektywne i nie jest przyszłościowe.



wnioski z seminarium



W wypowiedziach ekspertów wybrzmiewa mocna perspektywa urzędników miejskich, którzy na co dzień mierzą się z realnymi problemami systemu opieki długoterminowej. Opisują oni aktualną sytuację jako rezultat wieloletnich zaniedbań i różnic między sektorem zdrowia a pomocą społeczną, co sprawia, że wynikające z nich trudności pozostają poza ich wpływem. Największą barierę stanowi chroniczny brak finansowania – samorządy zmuszone są szukać alternatywnych źródeł pozyskiwania środków i współpracować z NGO-sami, aby wypełniać luki, które w innych krajach pokrywa system centralny.

Mimo to urzędnicy wykazują się dużą kreatywnością: miasta inwestują w teleopiekę, rozwijają formy wsparcia wytchnieniowego i wdrażają innowacyjne

programy senioralne, często przy bardzo ograniczonych zasobach. Jednocześnie podkreślają oni swoją niską pozycję w systemie decyzyjnym – choć najlepiej znają lokalne potrzeby, nie mają żadnego wpływu na wyceny świadczeń medycznych ani kluczowe decyzje polityczne dotyczące całego systemu.

Codzienne funkcjonowanie miast w obszarze opieki długoterminowej obciążają również braki kadrowe i niewystarczające wynagrodzenia w sektorze społecznym, które prowadzą do odpływu pracowników. Brak koordynacji między instytucjami generuje dodatkowe koszty i powtarzanie zadań, a samorządy, obarczone wieloma obowiązkami bez odpowiedniego finansowania, są – jak określono w dyskusji – „przeciążone zadaniami”.

Urzędnicy apelują o włączenie ich w proces tworzenia prawa, o poprawę finansowania usług, zwiększenie liczby miejsc w ZOL-ach, wyższą stawkę dla opiekunów prawnych oraz kampanie społeczne podnoszące prestiż pracy w opiece. Jednocześnie podkreślają oni potrzebę edukowania społeczeństwa o nadchodzących wyzwaniach demograficznych.

W ich wypowiedziach widać jedno: mimo ograniczeń prawnych i finansowych samorządy robią wszystko, by łagodzić skutki słabości systemu. Ale dopóki nie zyskają realnego wpływu na decyzje i stabilnego budżetu, opieka długoterminowa będzie opierać się na ich determinacji, a nie na spójnych rozwiązaniach systemowych.

WYNIKI Z ROZMÓW Z KADRĄ ZARZĄDZAJĄCĄ I PRACOWNICZĄ PLACÓWEK OPIEKUŃCZYCH

Systemowe ramy funkcjonowania opieki długoterminowej

Regulacje prawne a organizacja opieki długoterminowej

Wyniki badania wskazują, że kadra zarządzająca oczekuje poprawy ustawodawstwa dotyczącego pracowników.

W związku z brakami personelu kierownicy oddziałów spodziewają się pomocy w postaci nowych przepisów, które pozwolą wypełnić luki kadrowe. Wśród najważniejszych pojawił się postulat określenia maksymalnej liczby pacjentów przypadających na 1 osobę personelu medycznego/opiekuńczego oraz zmiany wskaźnika wyliczenia wymiaru pracy. Uczestnicy badania wskazują również na potrzebę poszerzenia czynności opiekunów medycznych np. o podawanie leków.

W wywiadach podkreślono również potrzebę doprecyzowania przepisów prawa. Ustawy regulujące działalność DPS-ów i ZOL-i są stare, wymagają nowelizacji i ujednolicenia. Kierownicy, biorący udział w badaniu, wskazują, że mają problem z czasochłonnymi procedurami i różnymi interpretacjami tych samych przepisów. Zwrócono uwagę na różnice w poszczególnych województwach, jeśli chodzi

o sposób wyliczania współczynnika zatrudnienia i to, jakie grupy pracowników są do niego liczone (pielęgniarki, administracja, kadra kierownicza).

Kadra zarządzająca DPS-ami podnosi natomiast potrzebę usystematyzowania przepisów i objęcia tych placówek zasadami podobnymi do ZOL-i lub stworzenia odrębnego systemu na bazie instytucji, które mają taką samą rolę w systemie.

Z przeprowadzonej analizy wynika, że istnieje poważny problem z niepełnym przedstawianiem stanu zdrowia pacjenta w momencie kierowania go do placówki opieki długoterminowej. Uczestnicy badania wskazali, że napotykają trudności z pozyskaniem pełnej dokumentacji medycznej chorego przed przyjęciem go do ośrodka i niejednokrotnie spotkali się z sytuacją, gdzie stan osoby kierowanej był znacznie cięższy niż wynikający ze skierowania i przekazanej w nim oceny w skali Barthel lub z zatajeniem informacji o zakażeniu patogenem alarmującym czy chorobie nowotworowej.

Kadra zarządzająca w placówkach opieki długoterminowej obciążona jest nadmierną dokumentacją medyczną. Okres pandemii wprowadził wiele nowych regulacji i szerszą potrzebę sprawozdawczości. Respondenci wskazują, że wypełnianie dokumentów jest czasochłonne i skomplikowane.



Normy tego, na ilu mieszkańców, ile powinno być personelu. Nie tyle, ile dadzą radę, tylko tyle, ile powinno być.

dom pomocy społecznej

Tak naprawdę my pracujemy na starych rozporządzeniach, które mają po 10 lat i więcej. One powinny być nowelizowane, niektóre powinny być jeszcze raz napisane prawie od podstaw, i wprowadzane w życie.

zakład opiekuńczo-leczniczy

Ustawy i rozporządzenie mamy te same w całej Polsce, ale wszystko jest kwestią interpretacji.

dom pomocy społecznej



Kontrola i standaryzacja jakości w placówkach opiekuńczych

Placówki opiekuńcze podlegają licznym i regularnym kontrolom prowadzonym przez różnego rodzaju instytucje, m.in.: urząd wojewódzki, urząd miasta, NFZ, sanepid, sąd, Rzecznika Praw Obywatelskich. W niektórych przypadkach są to również niezapowiedziane inspekcje samej kadry zarządzającej. Każdego roku placówki przechodzą co najmniej kilka różnych weryfikacji, co pozwala na bieżące monitorowanie ich funkcjonowania. Istnieją także placówki z wdrożonym systemem kontroli wewnętrznych, aby lepiej przygotować się na audyty z zewnątrz i zapewnić zgodność z przepisami.

Placówki spełniają obecnie obowiązujące standardy, ale niektórzy z zarządzających podkreślają, że wymagają one aktualizacji i dostosowania do rzeczywistych potrzeb pacjentów. Przy czym można je wyznaczyć np. w odniesieniu do zabiegów pielęgnacyjnych, ale dużo trudniej jest opracować takie wytyczne w związku z opieką emocjonalno-społeczną. Aby placówki mogły skutecznie wdrażać standardy, najpierw należy zwiększyć ich budżety, a dopiero potem wymagać spełniania określonych norm.

Część z placówek wprowadziła ankiety satysfakcji pacjentów/mieszkańców i ich rodzin, przy czym nie wszyscy są przekonani co do takiego sposobu oceny jakości usług. Niektórzy zarządzający uważają, że ta forma nie jest miarodajna, ponieważ opinia zależy od chwilowego nastroju osoby wypełniającej ankietę. Zwracają uwagę, że lepszym wskaźnikiem jakości usług są np. liczba podziękowań od rodzin lub fakt, że kolejne osoby z tej samej rodziny trafiają do placówki. Tego typu instytucje chętnie skorzystałyby z gotowego narzędzia do badania satysfakcji, ale zaznaczają, że powinno być ono proste i łatwe do wdrożenia.

Ostatnio ugrzęźliśmy ze standardami. Tzn. oczywiście dom spełnia standardy dotychczasowe, ale ponieważ standardy były ustanowione w przeszłości, to wymagają poprawek i korekt.

dom pomocy społecznej

Interakcja z instytucjami i systemem opieki

W zdecydowanej większości przypadków kadra zarządzająca podkreśla, że współpraca z jednostkami samorządu terytorialnego jest bardzo dobra. Urzędy miast wspierają placówki w podejmowanych przez nie inicjatywach, w tym różnych projektach, remontach, rozbudowie czy organizacji imprez okolicznościowych. Wskazuje na bardzo dobrą wzajemną komunikację. W nielicznych odpowiedziach pojawił się jednak problem braku środków finansowych czy możliwości wypowiedzenia się, wzajemnego wysłuchania, w tym także zrozumienia specyfiki danej placówki.

Współpraca placówek z lekarzami POZ przeważnie jest oceniana dobrze. Zazwyczaj lekarze przyjeżdżają do DPS-ów w ustalone dni tygodnia. Większy problem zgłaszają dyrektorzy domów dla osób z niepełnosprawnością intelektualną, jeżeli chodzi o dostęp do poradni zdrowia psychicznego. W przypadku ZOL-i będących w strukturze szpitala często korzystają oni z konsultacji specjalistycznych w jego budynku.



W naszym przypadku, jeśli mówimy o naszym domu, to współpraca wygląda bardzo dobrze. Jest to rzetelny przepływ informacji, bardzo szybki. Struktura organizacyjna naszych zwierzchników – tak mówimy tutaj o prezydencie miasta – jest przejrzysta, jasna. Wiemy, do których komórek, do których departamentów się zwracamy. Otrzymujemy też odpowiednie finanse do gospodarowania takim domem, tak, a wiadomo, to się wiąże z dużymi kosztami finansowymi.

dom pomocy społecznej

Współpraca jest wtedy, kiedy występuje pewnego rodzaju partnerstwo. A słuchamy się, rozumiemy, dyskutujemy, uzgadniamy i działamy. My jesteśmy w systemie nadzoru. Pytają nas, ale nigdy nie wiemy, co robią z tymi odpowiedziami. Nie mamy szansy wypowiedzenia się na temat potencjalnie do nas skierowanej osoby, a to jest poważny problem.

dom pomocy społecznej



Dostępność informacji i wsparcia instytucjonalnego

Osoby wymagające opieki oraz ich rodziny często nie wiedzą, gdzie, kiedy i do kogo powinny się zgłosić lub w jaki sposób się skontaktować z odpowiednią placówką opieki długoterminowej, aby otrzymać pomoc. Kluczowe jest uświadamianie ludzi o przysługujących im prawach i dostępnych formach wsparcia, takich jak możliwość skorzystania z transportu, wizyt domowych, zaopatrzenia w środki higieniczne czy dostosowania mieszkań do potrzeb osób niesamodzielnych. Pracownicy placówek włączonych do badania wykazali pozytywne podejście do wdrażania nowych zawodów do opieki długoterminowej. Wskazali, że osoba koordynatora mogłaby zredukować niektóre wyżej wymienione problemy. Ponadto personel taki jak asystenci osoby niesamodzielnej mógłby odciążyć pracowników placówek, a także poprawić komfort psychiczny i fizyczny podopiecznych, dając im uwagę, której bardzo potrzebują. Dodatkowo wskazano na konieczność poszerzenia kompetencji opiekunów medycznych (możliwość przygotowania zleconych leków do podania czy wykonywania czynności pielęgnacyjnych) oraz pracowników socjalnych (obecnie RODO uniemożliwia wykonywanie czynności w imieniu podopiecznego).

Wskazano także na niedobór kursów i szkoleń, z których można by było korzystać nieodpłatnie.

Tematyki deficytowych kursów są następujące:

- opieka nad osobą niesamodzielną,
- opieka nad pacjentem somatycznie chorym,
- praca z osobami z zaburzeniami psychicznymi,
- sytuacje kryzysowe,
- pierwsza pomoc,
- praca z grupami wykluczonymi,
- praca z osobami starszymi,
- psychologiczne aspekty pracy,
- seksualność osób z niepełnosprawnościami,
- żywienie,
- leczenie ran.

Ponadto bardzo ważnym aspektem realizowania szkoleń jest to, aby były one prowadzone w placówkach. Taka potrzeba spowodowana jest niedoborami kadrowymi oraz tym, że wielu pracowników nie ma możliwości skorzystania z dnia wolnego w celu wzięcia udziału w kursie.

”

Edukacja, edukacja, edukacja. Zamiast plakatów, że drugi burger jest za połowę ceny. To pewnie coś w stylu promocji pomocy społecznej, opieki długoterminowej. Jakież takie uświadamiające akcje edukacyjne. No i to jest potrzebne, po prostu uwrażliwienie od najmłodszych lat.

opiekun medyczny

”

Istotna jest również zacieśniona współpraca między urzędem miasta, OPS-em i placówkami opieki długoterminowej. Usprawnienie komunikacji i koordynacji działań pomogłoby lepiej wykorzystać zasoby i efektywniej rozwiązywać problemy. Rozwój teleopieki, poprzez zwiększenie liczby opasek telemedycznych i wsparcie opieki domowej, pozwoliłoby z kolei zapewnić pacjentom poczucie bezpieczeństwa i stały kontakt z personelem medycznym. Miasto mogłoby również utworzyć wypożyczalnię sprzętu ułatwiającego opiekę w domu oraz zagwarantować transport dla podopiecznych DPS-ów, którzy chcą uczestniczyć w wydarzeniach kulturalnych i społecznych poza placówką. Brak środków transportu uniemożliwia swobodne poruszanie się, szczególnie osobom z niepełnosprawnościami.

”

Takie hasła: „opieka długoterminowa”, „pomożemy ci”. Przecież człowiek starszy czy niepełnosprawny nie ma możliwości obsługiwanego Internetu czy telefonu, bo nie ma takiej umiejętności. Właśnie to powinno być bardziej nakreślone ze strony miasta: w jakich jednostkach, w których miejscach, które są ogólnodostępne też dla osoby starszej. Żeby to było proste, przystępne i faktycznie tutaj rola miasta jest olbrzymia. Np. takie punkty z hasłem: „punkt senioralny, pomożemy ci”. A to jest wszystko tak zagmatwane...

lekarz

Myślę, że takie szkolenie przede wszystkim pokazujące problem, jaki jest na pewno teraz w naszej okolicy, że tych osób starszych jest bardzo dużo. I mogliby się zaangażować z tej strony, żeby pokazać, jak ciężko się pracuje z takimi pacjentami, że to jest po prostu bardzo trudna praca. Trzeba mieć dużo empatii w sobie, żeby z tymi pacjentami pracować. I przede wszystkim mogliby też organizować szkolenia dla rodzin.

pielęgniarka

”

Ważne jest uproszczenie procedur administracyjnych związanych z przyjęciem pacjentów do placówek opieki długoterminowej, co pozwoliłoby zmniejszyć obciążenie biurokratyczne dla rodzin i personelu. Równocześnie miasto mogłoby zorganizować szkolenia z obsługi komputera i Internetu dla osób starszych i niepełnosprawnych, aby umożliwić im dostęp do informacji i usług online.

Działania miasta, które mogłyby zostać wdrożone:

Miasto może zainicjować szeroko zakrojone programy edukacyjne mające na celu podniesienie świadomości społecznej na temat opieki długoterminowej. Organizacja regularnych szkoleń dla rodzin, pracowników miejskich ośrodków pomocy rodzinie oraz lekarzy rodzinnych pozwoliłaby na lepsze zrozumienie specyfiki pracy z osobami starszymi i niesamodzielnymi. Istotnym problemem pozostaje także brak przejrzystych i dostępnych informacji na stronach urzędowych, co utrudnia seniorom i ich bliskim odnalezienie potrzebnych danych.

Propozycje poprawy warunków pobytu

Wyniki badania wskazują na potrzebę zwiększenia aktywizacji osób przebywających w ośrodkach opieki długoterminowej. Uczestnicy badań wskazują na częste poczucie osamotnienia pensjonariuszy. Część z dyrektorów placówek wskazała, że na ich terenie działają wolontariusze, którzy wspierają personel opiekuńczy poprzez organizowanie aktywności fizycznej czy kulturalnej dla podopiecznych. W opinii uczestników badania inicjatywy takie poprawiają stan psychiczny pacjentów, ale również przede wszystkim oswajają młode osoby z problemem chorób ludzi w podeszłym wieku.

Pojawił się także pomysł dotyczący sposobu rozwiązywania problemów występujących w jednej z placówek, który polegał na ich analizie przez specjalnie powołany zespół, stworzony z wybranych pracowników, którzy wspólnie szukali skutecznych rozwiązań. Następnie po pewnym czasie przeprowadzono analizę, czy zaproponowane działania rzeczywiście pomogły.



Założyłam wolontariat, bardzo duży wkład, taki aktywizacji pacjenta, bo część opiekunów deklaruje się i faktycznie też pomaga w pielęgnacji, ale to jest mały procent. Bardzo dużo wolontariuszy aktywizuje pacjentów poprzez czytanie książek, wyprowadzanie na spacer na wózkach. Także różne koncerty, nawet na oddziale. Organizujemy tym pacjentom wszystkie święta, także to jest rola wolontariuszy.

zakład opiekuńczo-leczniczy



Ta współpraca jest bardzo istotna, ale też wprowadzamy takie działania, np., jeśli coś się zadzieje kryzysowego i sytuacja rzeczywiście wymaga głębszego omówienia, to wtedy powołujemy takie zespoły, gdzie spotyka się np. kierownik działu, kierownik zespołu mieszkalnego, kierownik zespołu terapeutycznego, pedagog, psycholog, dyrekcja, i omawiamy wspólnie problem: co mogło być tego przyczyną, jakie widzimy rozwiązania danej sytuacji. Spotykamy się ponownie po upływie np. 1 miesiąca i zastanawiamy się, czy działania, które podjęliśmy, miały jakieś znaczenie, czy rzeczywiście przyniosły oczekiwany rezultat, czy może coś musimy poprawić.

dom pomocy społecznej



Wyzwania organizacyjne placówek opiekuńczych

Problemy związane z pobytem i organizacją opieki w DPS-ach i ZOL-ach

Głównym problemem w zakresie organizacji pobytu pacjentów/mieszkańców w placówkach jest ich duża różnorodność, co wpływa na komfort zarówno podopiecznych, jak i personelu. Jednym z największych wyzwań jest łączenie pacjentów o różnych poziomach sprawności intelektualnej i fizycznej czy też w różnym wieku, co ma miejsce w DPS-ach dla osób z niepełnosprawnością intelektualną. Zdarzają się przypadki umieszczania osób z zaburzeniami psychicznymi wśród osób w wieku podeszłym czy przewlekle somatycznie chorych. Każda z tych grup osób wymaga innej opieki, a także może stanowić zagrożenie czy pogarszać warunki pobytu współmieszkańców.

Dużym problemem jest umieszczanie w DPS-ach osób z problemem alkoholowym, które zakłócają porządek i narażają innych pacjentów na dyskomfort i zagrożenie. Szczególnie że często są to ludzie przejawiający zachowania agresywne. Rozwiązaniem tego problemu według kadry zarządzającej placówkami byłoby utworzenie mniejszych, wyspecjalizowanych domów dla konkretnych grup pacjentów (np. osób uzależnionych od alkoholu czy ze spektrum autyzmu). Mogłyby to znacznie poprawić jakość opieki oraz komfort pensjonariuszy i ułatwić pracę personelu.

Placówki opiekuńcze starają się zapewnić odpowiednie warunki pobytu zgodne z obowiązującymi standardami, jednak w niektórych przypadkach ograniczenia finansowe utrudniają utrzymanie infrastruktury na właściwym poziomie. Część większych placówek ma dobrze wyposażone sale rehabilitacyjne, dzięki czemu pacjenci nie muszą być dowożeni na zabiegi czy nawet dysponują dostępem do basenu. Oprócz tego wiele domów oferuje szeroką gamę zajęć terapeutycznych. Mieszkańcy mają również zapewnione zajęcia integracyjne – uroczystości okolicznościowe, koncerty oraz spotkania z uczniami szkół. W większości placówek dyrekcja wskazuje, że dysponują odpowiednim sprzętem, choć zdarzają się przypadki, gdzie brakuje środków finansowych na wymianę sprzętu na nowy (np. materace przeciwoleżynowe, łóżka rehabilitacyjne). Część kierowników ZOL-i uważa, że powinni mieć większą swobodę w decyzjach dotyczących sprzętu rehabilitacyjnego.

Większość placówek DPS wskazuje, że średni czas oczekiwania wynosi od pół roku do roku, choć zdarzają się sytuacje skrajne. W jednej z placówek dla osób z niepełnosprawnością intelektualną czas oczekiwania to 2 lata, a w innej nawet 3-4, ponieważ pierwszeństwo mają osoby kierowane z postępowania sądu. W związku z tą sytuacją potrzebujący spoza procedury sądowej muszą czekać. Długi czas oczekiwania wynika z niewystarczającej liczby placówek. W placówkach ZOL czas oczekiwania jest krótszy – w jednym przypadku wynosił 3-4 miesiące, w innym ok. pół roku, choć zdarzają się sytuacje, gdzie przyjęcie następuje w ciągu miesiąca.



Przyjęcie pacjenta/mieszkańca do placówki opiekuńczej często wymaga uzyskania zgody sądu, szczególnie gdy osoba nie jest w stanie samodzielnie wyrazić zgody. Natomiast, co podkreślają dyrektorzy placówek, proces ubezwłasnowolnienia jest długotrwały i może trwać nawet rok. Dodatkowo część dyrektorów DPS-ów wskazuje na skomplikowane i czasochłonne procedury dotyczące stosowania przymusu bezpośredniego, co może prowadzić do sytuacji, w których personel nie ma możliwości szybkiej reakcji na zagrożenie.

Rotacja pacjentów/mieszkańców w placówkach opiekuńczych zależy od rodzaju placówki oraz stanu zdrowia podopiecznych. W ZPO większość pacjentów powinna wracać do domu po rehabilitacji, co zazwyczaj się udaje – pacjenci są wypisywani, gdy osiągną poprawę, a ich rodzina deklaruje możliwość opieki. Jednak w większości przypadków (szczególnie w DPS-ach) pobyt kończy się w sposób naturalny, w wyniku śmierci pacjenta. W ZOL-ach pojawia się problem braku wytycznych dotyczących momentu wypisu pacjenta, co prowadzi do sytuacji, w których niektóre osoby pozostają w placówce przez długi czas, mimo że teoretycznie powinny trafić do innej formy opieki.



I mamy jeszcze jeden kłopot, który od razu mówię systemowy, że właśnie w związku z tym, że jest hierarchia tego, kogo mamy przyjmować, czyli mamy przyjmować głównie z paragrafu 9, głównie z postanowienia sądu, oni mają pierwszeństwo, w efekcie czego te osoby, które są po prostu zwykłymi, naprawdę chorymi psychicznie osobami grzecznymi, one nie mają szansy się w ogóle dostać do DPS-u.

dom pomocy społecznej

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia nie ma takiej informacji, w którym momencie my możemy wypisać pacjenta. Dla mnie ZOL jest jednostką przejściową. Nie powinien być dożywotnio.

zakład opiekuńczo-leczniczy



Profil pacjenta a wyzwania organizacyjne

Brak jasnego podziału między ZOL-ami, ZPO i DPS-ami powoduje zamieszanie wśród zarówno personelu medycznego, jak i pacjentów oraz ich rodzin. Często nawet lekarze i pielęgniarki nie wiedzą, które placówki powinny zajmować się konkretnymi przypadkami. Wielu chorych trafia do niewłaściwych ośrodków, co wynika m.in. z tego, że nie ma odpowiednich kryteriów oceny stanu pacjentów. Ze względu na brak wyraźnych procedur szpitale często odsyłają pacjentów do DPS-ów, ZOL-i czy ZPO, ponieważ nie wiedzą, co z nimi zrobić.

Deinstytucjonalizacja, czyli przeniesienie części opieki nad osobami niesamodzielnymi z placówek do środowiska domowego, jest postrzegana pozytywnie przez większość przedstawicieli kadry zarządzającej tymi podmiotami. Jednak żeby nie wywołać wśród podopiecznych DPS-ów lęku przed przeprowadzką do innego miejsca, wymaga to rozważliwej. Taka zmiana jest bardzo dobrym rozwiązaniem dla osób, które obecnie mieszkają w swoich domach, ponieważ przy otrzymanym wsparciu mogłyby nadal w nich funkcjonować bez konieczności przeniesienia do DPS-ów.

Niestety obecnie brakuje środków na rozwój usług opiekuńczych dla takich pacjentów, co sprawia, że DPS-y i ZOL-e są przepełnione. Dodatkowo nie ma też usług wspierających opiekunów nieformalnych, dlatego bliscy często nie będąc w stanie zapewnić odpowiedniej opieki, decydują się właśnie na umieszczenie pacjentów w tych placówkach.



Gdyby sieć ZOL-i była rozwinięta, to nie powinni być u nas. Znaczący trzeba by, według mnie, jeszcze inaczej zredefiniować cele i zadania domu pomocy społecznej.

dom pomocy społecznej

Dla mnie deinstytucjonalizacja jest wspianiałym pomysłem, bo osobiście uważam, że opieka środowiskowa... takie wsparcie powinno być bardziej rozwinięte u nas.

dom pomocy społecznej

Gdyby system wsparcia tej domowej opieki był inny, nie każdy potrzebowałby uciekać do zakładów.

zakład opiekuńczo-leczniczy



Wyniki badania wskazują na to, że w placówkach opieki długoterminowej przebywają osoby, które nie powinny w nich mieszkać. Często są to pacjenci wymagający opieki paliatywnej, osoby bezdomne, nadużywające alkoholu. Ponadto do placówek trafiają ludzie z różnymi współistniejącymi chorobami, w tym chorzy na nowotwory czy z zaburzeniami psychicznymi. Istnieje duży problem z przekierowaniem takich pacjentów na oddziały psychiatryczne. Tego typu problemy ciągną za sobą kolejne konsekwencje, jakimi są utrudniona socjalizacja podopiecznych czy zachowania agresywne, które zagrażają zarówno mieszkańcom, jak i pracownikom.

Skomplikowany profil mieszkańców czy pacjentów tego typu placówek wymaga zwiększonej opieki, na którą nie ma czasu z powodu braków kadrowych.



Medycyna poszła, że tak powiem, tak drastycznie do przodu. Ludzie z wielochorobowością i z różnymi dyspozycjami niepełnosprawności żyją wieloletnio i oni są w domu. I oni po prostu cierpią z powodu braku właśnie takich opiekunów.

lekarz



Bo to jest takie na granicy... opieka długoterminowa na granicy takiej trochę opieki paliatywnej. Przy kwalifikacji danego chorego w taką jednostkę długoterminową nie powinna być kierowana osoba z wywiadem nowotworowym, bo do tego jest przeznaczona opieka hospicyjna. A potem niektórzy mają bardzo duże roszczenia, że jak to możliwe, mój tata tutaj miał udar. Ale w wywiadzie ma przewlekłą białaczkę.

lekarz

Ona [osoba agresywna z zaburzeniami psychicznymi] chyba nie powinna była się znaleźć w takim domu jak nasz.

kierownik zespołu terapeutycznego

Dla mnie trochę przeszkadzające jest to, że pracując w jednostce specjalistycznej, trafiają do nas, mówiąc wprost, osoby bezdomne, które w moim przekonaniu, co nie jest poparte żadnymi dowodami i badaniami, często mogą nie mieć diagnozy.

opiekun medyczny



Kolejnym istotnym zagadnieniem jest również stan zdrowia podopiecznego. Przeprowadzone badanie wskazuje, że niektórzy z opiekunów zauważają problemy z kondycją psychiczną u podopiecznych. Pojawiły się opinie mówiące o potrzebie poszukiwania wsparcia psychologicznego lub psychiatrycznego, np. w przypadkach gdy u podopiecznego zauważane były problemy z zachowaniem.

Dlatego opracowując strategię, kluczowe jest uwzględnienie rozwiązań skierowanych również do samych pacjentów. Ich stan zdrowia ma istotny wpływ na komfort opiekuna oraz stopień wymaganej opieki.

Wśród najczęściej wskazywanych barier systemowych znajdują się brak odpowiedniej koordynacji opieki długoterminowej oraz brak wiedzy dotyczącej tego, jak działa system. Istotna jest potrzeba zacieśnienia współpracy między urzędem miasta, miejskim ośrodkiem pomocy rodzinie i placówkami opieki długoterminowej, co pozwoliłoby na lepsze wykorzystanie zasobów i efektywniejsze rozwiązywanie problemów.

Działania miasta, które mogłyby zostać wdrożone:

Działaniem miasta powinno być stworzenie systemu monitorowania potrzeb osób wymagających opieki długoterminowej, zarówno w placówkach, jak i w domach. Należy rozważyć utworzenie specjalnej jednostki lub rozszerzenie kompetencji istniejącego wydziału w celu systematycznego gromadzenia danych o osobach potrzebujących wsparcia. System ten powinien opierać się na istniejących bazach danych (np. rejestrze mieszkańców) oraz współpracy z organizacjami pozarządowymi i sąsiedzkimi.

”

Nie ma w ogóle żadnej jednostki, która by monitorowała, ile jest osób potrzebujących takiej opieki długoterminowej, niekoniecznie w placówce, ale też w domu. A ile jest osób, których nie ma kto zgłosić albo którymi się w ogóle nikt nie interesuje? A miasto przecież ma wykaz, tzn., gdyby chciało – tak bym powiedziała – to miałyby wykaz seniorów zamieszkujących na danym terenie. I czy nie można by np. stworzyć jakiejś takiej – nie wiem – gałęzi przy Wydziale Zdrowia, czy teraz są te wydziały dla seniorów, żeby oni monitorowali, kto potrzebuje pomocy.

pielęgniarka

”



Propozycje poprawy organizacji

W przeprowadzonym badaniu respondenci wskazali przede wszystkim na potrzebę stworzenia większej liczby wyspecjalizowanych podmiotów opieki długoterminowej. Problemem jest bowiem duża różnorodność pacjentów i organizacja pobytu dla osób z wieloma chorobami, którym DPS-y nie są w stanie zapewnić adekwatnej opieki.

Kolejnymi kwestiami poruszonymi przez ankietowanych są potrzeba włączenia w strukturę DPS-ów opieki środowiskowej oraz większe wsparcie opieki domowej. Uczestnicy badania wskazują na konieczność zapewnienia ciągłości opieki medycznej pensjonariuszom, co w przypadku gdy personel medyczny podlega ciągłej rotacji, jest utrudnione. Respondenci sugerują, że odpowiedzią mogłoby być korzystanie z usług świadczonych przez pielęgniarki środowiskowej opieki długoterminowej. Poprawiłoby to przede wszystkim bezpieczeństwo podopiecznych, a także rozwiązało problem natury zarządczej, zapewniając ciągłość opieki medycznej.

Wyniki badań wskazują również na konieczność poprawy dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta. Ankietowani postulują stworzenie elektronicznego centralnego rejestru, na podstawie którego będzie można przeanalizować stan

zdrowia podopiecznego czy sprawdzić, jakie zażywa leki. Rozwiązanie to pozwoliłoby na poprawę jakości opieki nad osobą potrzebującą, jej bezpieczeństwa oraz przyśpieszyłoby czynności administracyjne.

Wśród pozostałych propozycji poprawy organizacji systemu pojawiły się pomysły tworzenia mieszkań treningowych czy gospodarstw opiekuńczych, a także możliwość umieszczania mieszkańca w DPS-ie na czas określony. Mieszkania treningowe to miejsca, w których byli pensjonariusze domów pomocy społecznej mogliby poćwiczyć samodzielne życie, natomiast w gospodarstwach opiekuńczych osoby z niepełnosprawnością pracują, np. zajmując się zwierzętami gospodarskimi czy pomagając przy uprawie roślin.



Umożliwienie dostępu domu pomocy społecznej jakiemuś pracownikowi do konta pacjenta na pewno byłoby ułatwieniem i przede wszystkim zabezpieczyłoby mieszkańca.

dom pomocy społecznej



Są takie obszary w funkcjonowaniu domów pomocy społecznej, szczególnie tych dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w których ustawodawca nie znalazł jeszcze pomysłu, jak te problemy rozwiązać. Bo np. nie mamy domu pomocy społecznej, którego typ byłby dla osób z zaburzeniami agresywnymi, zaburzeniami psychicznymi, bo to pewnie jest rozwiązanie, w tym dla osób uzależnionych od alkoholu.

dom pomocy społecznej

Byliśmy w Holandii, gdzie te gospodarstwa opiekuńcze funkcjonują. To były takie specjalnie tworzone gospodarstwa, dostosowane akurat nie do osób, które miały pewną niepełnosprawność. Tam oczywiście byli terapeuci, były osoby wspierające, ale przede wszystkim te osoby, które miały cel w swoim życiu. I ja pytałam nawet wtedy, jak z hospitalizacją? Mówili, że te osoby, odkąd zaczęły pracować w tym gospodarstwie opiekuńczym, to one zaczęły inaczej patrzeć na świat.

dom pomocy społecznej



Niedobory sprzętu i potrzeba modernizacji placówek

Wyniki badania wskazują, że w wielu placówkach występują niedobory związane z zaopatrzeniem. Szczególną uwagę respondenci zwrócili na urządzenia ułatwiające codzienną pracę, takie jak podnośniki czy łóżka elektroniczne.

Ponadto placówki borykają się z brakami lub potrzebą modernizacji sprzętu biurowego, w tym komputerów czy kserokopiarek, oraz samochodów do przewozu podopiecznych.

Aby poprawić warunki pobytu pacjentów i pracy personelu, miasto mogłoby zainwestować w modernizację budynków placówek opieki długoterminowej. Przeprowadzenie remontów, dostosowanie ośrodków do potrzeb osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności oraz likwidacja barier architektonicznych, mogłyby znacząco podnieść standard życia pacjentów. Konieczne jest również doposażenie placówek w nowoczesny sprzęt medyczny i rehabilitacyjny, a także zapewnienie pracownikom odpowiednich środków ochrony osobistej oraz urządzeń biurowych. Inwestycje w materiały terapeutyczne, takie jak pomoce do terapii zajęciowej i plastycznej, mogłyby z kolei uatrakcyjnić zajęcia dla pensjonariuszy i poprawić jakość ich życia. Podkreślono także rolę zwiększenia dostępności wyposażenia ratunkowego, w tym AED. Zmiana przepisów prawa budowlanego powinna wymusić przygotowanie mieszkań od razu w sposób dostępny dla osób

niepełnosprawnych. Obecne kosztowne remonty z pieniędzy publicznych są kontrproduktywne – ważne jest legislacyjne ułatwienie współpracy ze spółdzielniami mieszkaniowymi, w celu wdrożenia programów budowy wind zewnętrznych i innych form przeciwdziałania pułapce 4. piętra.

Sprzęt taki pomocowy czy jakieś udogodnienia do łóżek, czy wanna taka, aby była dobra, otwierana. No dużo, cała masa jest tych różnych sprzętów, które przydałyby się na oddziale.

Jeden komputer, który musimy sobie pożyczać. Wszystko na jednym komputerze, który pożyczamy sobie np. z fizjoterapeutkami, bo one też mają swoją dokumentację medyczną w tym komputerze. Zaraz nam ten komputer siądzie i nie będziemy mieć w ogóle już nic.

Można by było zrobić remont i odświeżyć cały budynek, to zawsze by się przydało, bo jesteśmy w dosyć starym budynku. Jest plan na to, żeby po prostu elewację zmienić i odświeżyć ten budynek.

Żeby nam było lżej, bo czasami... no tutaj pracujemy na naprawę starych, mamy stare narzędzia do pracy, wiadomo, trzeba oszczędzać. Wszystko trzeba robić oszczędnie.

Na co dzień to brakuje nam środków na materiały terapeutyczne. Wiem, że panie borykają się z tym, żeby zaproponować uczestnikom atrakcyjne zajęcia plastyczne. A żeby je zrobić, to trzeba mieć z czego.

Niedostateczne finansowanie

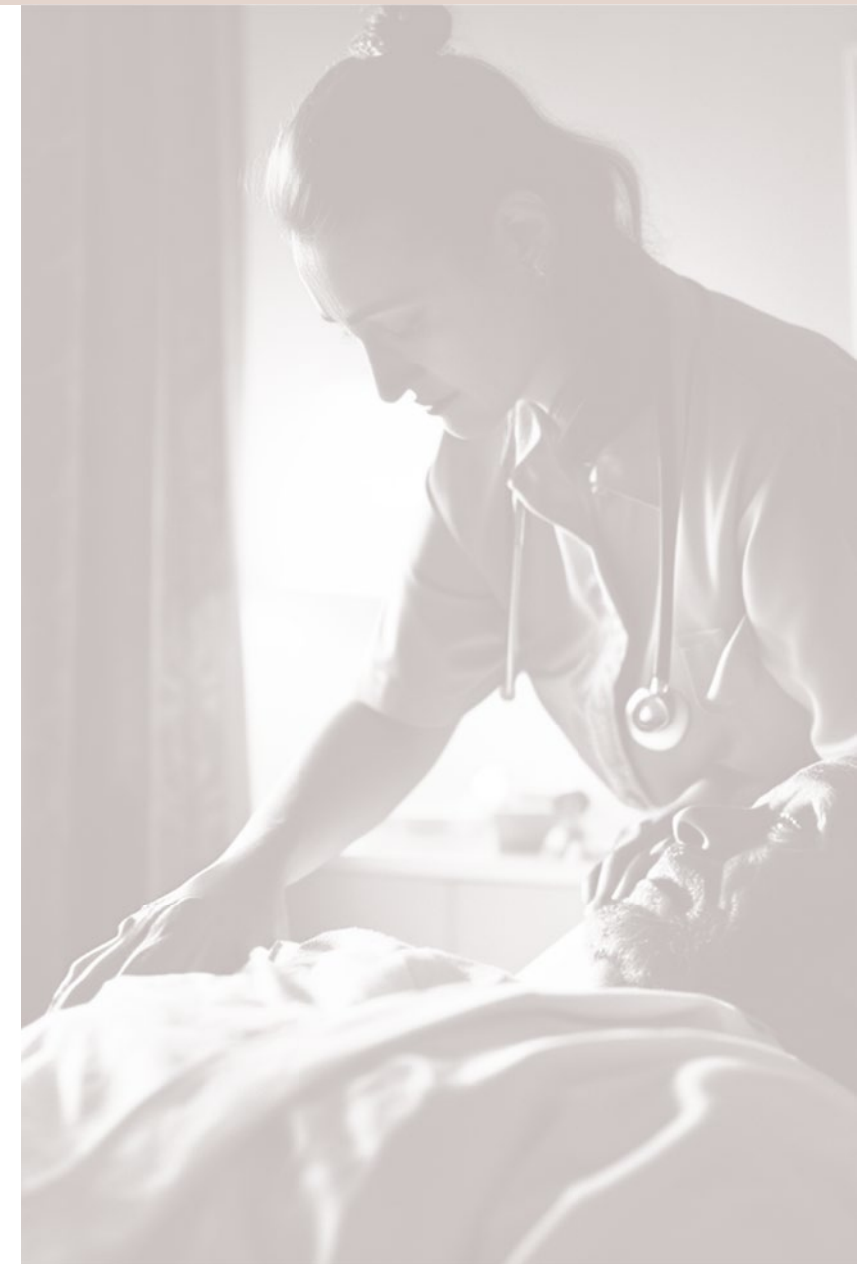
Wyzwania finansowe placówek opiekuńczych

Najczęściej występującym i zgłaszanym przez kadre zarządzającą problemem w domenie finansów są wynagrodzenia personelu medycznego.

Z przeprowadzonych wywiadów wynika, że spora część budżetu w placówkach opiekuńczych, nawet 80%, przeznaczana jest na wynagrodzenia. Stanowi to zagrożenie dla podmiotów, które mając problem z finansowaniem pobytu pensjonariuszy, sprzętu medycznego czy leków, muszą poszukiwać dodatkowych form finansowania. Na problem ten wskazują kierownicy zarówno DPS-ów, jak i ZOL-i/ZPO. Przyczyniło się do niego sukcesywnie rosnące minimalne wynagrodzenie za pracę, które powoduje, że procent budżetu przeznaczany na ten cel ciągle rośnie, a to pogłębia problemy finansowe placówek. Według uczestników badania wpływa on na powolne spłaszczanie wynagrodzeń. Niejednokrotnie pojawiały się sytuacje, w których po rewaloryzacji wynagrodzenie zrównywało się z płacą minimalną. Sytuacje takie działają demotywująco i tworzą poczucie niesprawiedliwości wśród personelu, którego praca wymaga większego zaangażowania niż w innych sektorach. Należy zwrócić uwagę na poczucie niskiego statusu opieki długoterminowej praktycznie utożsamianej w wypowiedziach respondentów z placówkami instytucjonalnymi. Przerzucanie

opieki domowej i dziennej na organizacje pozarządowe i podmioty komercyjne będące zleceniobiorcami sprawia, że całość znika z codziennej perspektywy zarządzających – każdy dom pomocy społecznej wymaga zbyt wiele wysiłku i doraźnych interwencji.

Jednym z częściej zgłaszanych problemów przez menedżerów DPS-ów jest dysproporcja pomiędzy poziomem wynagrodzeń w pomocy społecznej i ochronie zdrowia. Wynika to z innej sytuacji prawnej podmiotów świadczących opiekę długoterminową. Placówki DPS są elementem systemu pomocy społecznej i podlegają zasadom wynagradzania z ustawy o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz. U. z 2024 r. poz. 1773). ZOL-e natomiast to element systemu ochrony zdrowia, a zasady wynagradzania personelu podlegają ustawie o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2139). Kadra zarządcza oczekuje podjęcia działań minimalizujących tę dysproporcję, pozwalając DPS-om stać się konkurencyjnym pracodawcą. Wyniki badania wskazują, że stawki wynagrodzeń sektora zdrowotnego są znacznie wyższe i przez to atrakcyjniejsze dla potencjalnego pracownika. Przekłada się to na problem dużej rotacji personelu i niedoboru kadr w DPS-ach. Respondenci wskazują na konieczność zrównania płac w obydwu sektorach, argumentując to porównywalnym zakresem świadczeń.



Kolejnym kluczowym problemem poruszonym w wywiadach są wysokie koszty opieki, na ponoszenie których podmioty nie otrzymują wystarczającego finansowania. Dyrektorzy placówek wskazują na znaczne niedoszacowanie kosztów opieki medycznej w stosunku do potrzeb pacjentów wynikających z ich stanu zdrowia. Stawka za osobodzień wyznaczana przez Narodowy Fundusz Zdrowia nie uwzględnia zróżnicowania zdrowotnego pacjentów znajdujących się w ZOL-ach. Przeprowadzone badanie wskazuje, że pacjenci o niższej punktacji w skali Barthel (narzędziu oceny sprawności ruchowej i samodzielności pacjenta) generujący większe koszty powinni być dodatkowo finansowani, uwzględniając sposób żywienia, specjalistyczne leczenie, przewlekłe rany.

Inną kwestią, na którą zwrócono uwagę, jest niewystarczające finansowanie kosztów pobytu i wyżywienia pacjentów. Wyniki badania pozwalają określić średnie koszty opieki nad mieszkańcem DPS-u na 10 000–12 000 zł miesięcznie. Kierownicy tych placówek zwracają uwagę na to, że struktura ich finansów – oparta przede wszystkim na opłatach mieszkańców i ich rodzin lub dotacjach dla jednostek samorządu terytorialnego – nie zabezpiecza tych kosztów, ponieważ z ich szacunków wynika, że miesięczne środki, które otrzymują, są w granicach 5600–7000 zł. Podobny problem wysuwają dyrektorzy zakładów opiekuńczo-leczniczych, wskazując na część kosztów z zakresu „hotelowego” (zakwaterowanie i wyżywienie). Uczestnicy badania podają,

że przekazywane 70% emerytury lub renty jest coraz niższe i nie pokrywa szacowanych kosztów pobytu. Kierownicy DPS-ów podkreślają natomiast, że system finansowania powinien być ujednoczony i ze względu na podobny charakter ponoszonych kosztów należy wprowadzić rozwiązania systemu zdrowotnego do systemu pomocy społecznej.

Wyniki analizy wskazują na problem egzekwowania prawa alimentacji. W sytuacji gdy mieszkaniec nie może sam opłacić swojego pobytu, DPS występuje z wnioskiem alimentacyjnym do rodziny podopiecznego. Kierownicy domów mają jednak niekiedy problem ze zidentyfikowaniem jej członków, zwłaszcza za granicą, gdzie nie obowiązuje ich alimentacja. Proces ubiegania się o zwrot kosztów opieki jest ponadto czasochłonny i kosztowny, przez co placówki zaniechają ścigania takich osób.

”

Wystarczyłoby na świadczenia medyczne, gdyby nie permanentne podwyższanie wynagrodzeń dla personelu medycznego, który już idzie po prostu w jakiś kosmos i przestaje się to finansować.

zakład opiekuńczo-leczniczy

Dla mnie [wynagrodzenia] powinny być przynajmniej wyrównane z opieką medyczną. Ja nie chcę się wypowiadać, ile się powinno zarabiać, ale żeby nie było różnicy.

dom pomocy społecznej

I ten rozdźwięk, który spowodował chociażby odpływ pielęgniarek czy opiekunów medycznych z domów pomocy społecznej, jest spowodowany tym, że w systemie ochrony zdrowia ludzie na tych stanowiskach mają zagwarantowane ustawowo wynagrodzenia. Ten rozdźwięk wywołuje ogromne poczucie niesprawiedliwości w tych grupach zawodowych.

dom pomocy społecznej

”

Propozycje poprawy finansowania

Poza wspomnianym wcześniej zrównaniem wynagrodzeń personelu pomiędzy systemem ochrony zdrowia i systemem pomocy społecznej wyniki badań wskazują na potrzebę wprowadzenia systemu dodatkowych ubezpieczeń, z których mogłaby być finansowana opieka długoterminowa obywateli. Według uczestników badania propozycja ta rozwiązałaby problem. Przy czym wskazać należy na rozbieżność zdań, jeśli chodzi o obowiązkowość takiego ubezpieczenia, w opinii części respondentów powinny być one dobrowolne, a fundusze zgromadzone w taki sposób pozwalałyby na dostęp do usług lepszej jakości.

Z przeprowadzonych badań wynika potrzeba ujednoczenia finansowania systemu pomocy społecznej. Dyrektorzy DPS-ów wskazują, że świadczone przez nich usługi niczym nie odbiegają od tych w ZOL-ach, a finansowane są na innych zasadach. Ankietowani zwrócili uwagę na potrzebę połączenia obu systemów lub wyodrębnienia w systemie pomocy społecznej funduszu medycznego (koszty wynagrodzeń pielęgniarek, fizjoterapeutów, opiekunów medycznych) i funduszu „hotelowego” (koszty związane z zakwaterowaniem i żywnością podopiecznych). Ideą takiego pomysłu jest odciążenie DPS-ów poprzez przeniesienie finansowania usług medycznych na NFZ. W przypadku jednego zakładu

opiekuńczo-leczniczego dyrekcja zgłosiła pomysł przekierowania środków finansowych od lekarza rodzinnego do ZOL-u, argumentując, że i tak wszystkie świadczenia medyczne są udzielane przez tę placówkę.

”

Zdecydowanie tak, ja jestem za tym właśnie, żeby wprowadzić ten system ubezpieczeń. Wiadomo, że tych pieniędzy na opiekę długoterminową będzie potrzeba coraz więcej. Długość życia wzrasta, ludzie w podeszłym wieku przybywa i w pewnym momencie zabraknie tych środków, więc myślę, że trzeba wprowadzić te dodatkowe ubezpieczenia. Mówi się o tym od lat.

zakład opiekuńczo-leczniczy

Stworzyć koszyk w Narodowym Funduszu Zdrowia, w którym znalazłaby się pielęgniarka z DPS-u. I wtedy ona byłaby finansowana właśnie przez Narodowy Fundusz w ramach kontraktu, a wykonywała swoje obowiązki w domu pomocy społecznej.

dom pomocy społecznej

”



Kryzys kadrowy

Kadry i kompetencje personelu

Zdecydowana większość kadry zarządzającej wskazuje na problem braku odpowiedniego personelu. Niesie on za sobą również inne konsekwencje, takie jak: brak możliwości indywidualnego podejścia do podopiecznych, przemęczenie, stres, niespełnianie oczekiwań pacjentów i ich rodzin, a także wypalenie zawodowe. Badani wskazali, że głównymi powodami niedoborów kadrowych w placówkach opieki długoterminowej są przede wszystkim niskie wynagrodzenia, duża odpowiedzialność oraz ciężka praca. Zwracali również uwagę, że jest ona bardzo wymagająca i do jej wykonywania potrzebne są określone kompetencje, nie tylko specjalistyczne, ale także związane z potrzebą niesienia pomocy – powołaniem.

Braki kadrowe dotyczą kilku grup zawodowych, przede wszystkim pielęgniarek, ale także opiekunów medycznych i w mniejszym stopniu terapeutów zajęciowych oraz osób z administracji. O braku terapeutów wspominają przede wszystkim dyrektorzy DPS-ów dla osób z niepełnosprawnością intelektualną. Pielęgniarki w domach pomocy społecznej również są bardzo potrzebne, ponieważ nie mogą być w pełni zastępowane w swoich zadaniach przez opiekunów medycznych. Niektórzy zarządzający ZOL-ami podkreślają także, że potrzebny byłby kontakt z lekarzami specjalizującymi się w geriatrici, psychiatrii czy neurologii, a trudno ich pozyskać do pracy w tych placówkach. W przypadku części DPS-ów dla osób z niepełnosprawnością intelektualną dostęp do lekarza psychiatry czy neurologa jest utrudniony.

Zarobki dostępne dla pielęgniarek oraz reszty personelu pracującego w domach pomocy społecznej to często 3-krotnie niższe wynagrodzenie niż to, które otrzymują pielęgniarki na rynku usług medycznych. Fakt, że w wielkich miastach, gdzie istnieją dodatkowe możliwości zatrudnienia, placówki te jeszcze funkcjonują, wynika z etosu i długotrwałego zatrudniania osób, często w bardzo zaawansowanym wieku. W ciągu najbliższych 5 lat wiele z tych instytucji stanie na krawędzi zapaści personalnej.

Czasami, szczególnie w godzinach nocnych nie ma wystarczającego personelu, aby zaopiekować się większą liczbą podopiecznych, szczególnie przy pacjentach ze zróżnicowanymi schorzeniami. Ponadto jeżeli trzeba zawieźć mieszkańca DPS-u np. do lekarza specjalisty, to wówczas 1 opiekun sprawuje opiekę tylko nad 1 osobą przez większą część dnia.



Nie ma lekarzy na tyle, na ile powinni być. Bo wiadomo, że jak lekarz tutaj przychodzi, to on jest na oddziale na parę godzin, raz w tygodniu. Nie mamy zatrudnionych lekarzy na etacie.

kierownik zespołu rehabilitacyjnego



Chodzi o to, że nasi opiekunowie i my same naprawdę, jeżeli jesteśmy w tym miejscu, to jesteśmy. To są ludzie, którzy pracują dla idei. Ludzie, którzy wiedzą, po co tam są, bo lubią tam być. Ale niestety dużo rzeczy zrobiłoby się lepiej, gdyby było więcej czasu. Chociaż zwyczajnie postać przy tych osobach, które leżą.

pielęgniarka



Jest ogromny deficyt pielęgniarek, ogromny. Po prostu nie chcą przychodzić za te pieniądze.

dom pomocy społecznej



Przede wszystkim problem dotyczy liczby personelu, ale także jego doświadczenia. Niezwykle cenne są osoby, które już pracowały w opiece długoterminowej, jednak niewiele z nich zgłasza się do placówek. Kłopoty pojawiają się już na etapie rekrutacji – niewiele osób jest zainteresowanych lub nie spełniają one oczekiwań pracodawców. Głównym problemem są niższe wynagrodzenia oraz trudne warunki pracy. Większa liczba personelu przyczyniłaby się do lepszej opieki nad pacjentami/mieszkańcami.

Należy również zaznaczyć, że większość pielęgniarek jest już w wieku emerytalnym, co także stanowi spory problem dla kadry zarządzającej. Wiąże się to także z częstszymi zwolnieniami lekarskimi, a to pogłębia problemy kadrowe. Niektórzy z dyrektorów DPS-ów obawiają się, że NFZ nie będzie finansował rehabilitacji domowej, z której korzysta wielu mieszkańców, i w związku z tym pojawi się także problem braku fizjoterapeutów – obecnie jest ona bardzo ważna dla funkcjonowania placówek i zarządzający bazują na fizjoterapeutach pracujących właśnie w ramach wspomnianego świadczenia.

Dodatkowym problemem jest brak stabilności personelu, a w przypadku pacjentów ZOL-i czy mieszkańców DPS-ów kluczowe jest poznanie podopiecznych i ich potrzeb. Także dla nich samych ważne jest, aby pracownicy nie zmieniali się zbyt często. Występuje tutaj problem nie tylko z fluktuacją personelu, ale także z dłuższymi urlopami czy zwolnieniami lekarskimi. Wskaźniki są spełniane jednak w rzeczywistości brakuje ludzi, tzn. zgodnie z dokumentacją jest zatrudniona odpowiednia liczba osób, ale np. w związku z urlopami macierzyńskimi czy zwolnieniami lekarskimi nie wszystkie one są w pracy.



Te pielęgniarki, które są na stałe... to jest też bardzo ważne, żeby mieć stały personel. A nie proszenie: może ktoś przyjdzie na dyżur? Tak, to powinien być stały personel, który też zna pacjentów.

zakład opiekuńczo-leczniczy



Bezpieczeństwo i wyzwania w pracy z mieszkańcami DPS-ów

W placówkach opieki długoterminowej wskazuje się także na problemy związane z zachowaniami agresywnymi. Tego typu sytuacje utrudniają proces rehabilitacji podopiecznych. Dodatkowo stwarza to sytuacje niebezpieczne dla pracowników i prowadzi do wzmożonego stresu. Uczestnicy badania informowali o braku wsparcia psychologicznego dla personelu oraz niedostępności kursów i szkoleń związanych z psychologicznymi aspektami zawodu. Podczas wywiadów wskazano także na potrzebę zatrudnienia osoby przeszkolonej do pracy z pacjentami agresywnymi bądź z mającymi zaburzenia psychiczne. Należy również pamiętać o ograniczonych prawach pracowników placówek, dotyczących obrony koniecznej.

Można rozważyć wprowadzenie rozwiązań, które będą regulować spożywanie alkoholu przez mieszkańców DPS-ów. Jednak należy znaleźć kompromis między potrzebą zapewnienia bezpieczeństwa i porządku w placówkach a prawami pensjonariuszy.



Teraz regulamin się zmienił. Z uwagi na to, że pacjent ma prawo w swoim domu się napić, to my mamy tylko tyle możliwości, że możemy, jak leży na podłodze, położyć mu pod głowę poduszkę. A jeżeli ma wymioty, to mamy jeszcze pilnować, żeby leżał w pozycji bezpiecznej, żeby się przypadkiem nie zachłysnął. Wiadomo, że różnie to bywa. Jak jest pijany, jeden jest spokojny i idzie spać, i wiadomo, że my nic z tym nie robimy, ale często jest tak, że właśnie zakłóca ciszę nocną. No i cóż, co my możemy z nimi robić? Teraz już nic, bo nawet nie mamy możliwości zbadać ich alkomatem, bo nie ma tego w regulaminie. Pacjent ma prawo się napić. To są nowe, że tak powiem, prawa naszych podopiecznych.

pielęgniarka



Kolejnym krokiem powinno być „umedycznienie” DPS-ów. Zwiększenie dostępności lekarzy i pielęgniarek, poprzez wprowadzenie systemowych rozwiązań umożliwiających zatrudnienie ich na etatach lub wdrożenie regularnych wizyt lekarzy specjalistów, zapewniłoby mieszkańcom kompleksową opiekę medyczną.

Należy również dążyć do zmniejszenia liczby pacjentów przypadających na 1 pracownika. Ustalenie minimalnych standardów zatrudnienia oraz wprowadzenie systemu indywidualnych asystentów dla osób niepełnosprawnych mogłoby znacząco poprawić jakość życia mieszkańców.

Potrzeba poprawy warunków pracy i wynagrodzeń

Trudności ze znalezieniem wystarczającej liczby pracowników łączą się z mniejszą motywacją, szczególnie osób młodych, do pracy w opiece długoterminowej – jest ona ciężka zarówno fizycznie, jak i psychicznie przy stosunkowo niskich zarobkach. Wśród czynników, które według kadry zarządzającej mogłyby zachęcić młode osoby do podjęcia takiej pracy, przede wszystkim pojawia się kwestia wychowania młodego pokolenia: przekazania odpowiednich wartości związanych z uwrażliwieniem na potrzeby osób starszych czy z niepełnosprawnościami oraz przedstawienia, że opieka nad takimi pacjentami może dawać dużą satysfakcję. Jest to możliwe do osiągnięcia m.in. poprzez organizowanie różnych akcji charytatywnych czy wolontariatów na rzecz osób starszych lub z niepełnosprawnościami i angażowanie w nie dzieci i młodzieży.

Ponadto ważne jest także zapewnienie przyjaznej atmosfery w pracy oraz dobrych warunków w postaci przerw, urlopów czy sprzętu, który będzie ułatwiał zadania, a także odpowiedniego wynagrodzenia. Trzeba docenić pracę zespołu i organizować również działania mające na celu integrację

pracowników. Ważnym aspektem dotyczącym personelu jest też poziom kształcenia, szczególnie w odniesieniu do opiekunów medycznych. Kadra zarządzająca zwraca uwagę na rozbieżności w zakresie szkoleń w zależności od placówki (np. różnice w odbytych praktykach), przy czym obecnie rozpoczęły się już działania w celu unifikacji umiejętności zdobywanych w tym zakresie. Dyrektorzy starają się też sami organizować dodatkowe kursy dla swoich pracowników. Jednocześnie podkreślają oni, że w tej dziedzinie ważne są predyspozycje osobowościowe, w tym kompetencje miękkie: empatia, wyrozumiałość i szacunek. Cechy te odgrywają kluczową rolę w opiece nad podopiecznymi DPS-ów.



Natomiast tutaj niestety, jak już wejdą do tej pracy ciągłej, to niektórzy nie wytrzymują presji. Nie wytrzymują psychicznie, tak, bo niestety osoby są różne.

dom pomocy społecznej

Dziewczyny później są przemęczone, wypalone, wysiadają im kręgosłupy, poobklejane są plastrami, zniechęcone do pracy. Praca z takimi pacjentami bardzo często jest pracą przygnębiającą młode osoby.

zakład opiekuńczo-leczniczy



W placówkach opieki długoterminowej zauważalny jest brak wsparcia psychologicznego dla pracowników oraz niedobór szkoleń z zakresu psychologicznych aspektów pracy. Wskazano także na potrzebę organizacji bezpłatnych kursów z obszarów takich jak: opieka nad osobą niesamodzielną, praca z osobami z zaburzeniami psychicznymi, sytuacje kryzysowe, pierwsza pomoc czy leczenie ran. Należy również dążyć do zmniejszenia liczby pacjentów przypadających na 1 pracownika. Ustalenie minimalnych standardów zatrudnienia oraz wprowadzenie systemu indywidualnych asystentów dla osób niepełnosprawnych mogłoby znacząco poprawić jakość życia mieszkańców.

Warto rozważyć także podjęcie działań w celu zwiększenia uprawnień pracowników socjalnych. Obecne przepisy RODO utrudniają im skuteczne wspieranie mieszkańców DPS-ów. Należy zastanowić się nad wprowadzeniem zmian w przepisach, które pozwolą im na załatwianie spraw w imieniu podopiecznych przy zachowaniu odpowiednich zabezpieczeń danych osobowych.

”

Kiedyś pracownik socjalny mógł wszystko załatwić w imieniu mieszkańca. Ja szłam, instytucje były pootwierane, bo jestem pracownikiem socjalnym. Teraz nie, bo jest RODO. Jestem pracownikiem socjalnym, więc jak idę do urzędu, to chociaż w pewnej mierze powinnam mieć dostęp do jakichś informacji na temat tego mieszkańca.

pracownik socjalny

Dla mnie priorytetem, który powinien być wdrożony, jest zatrudnianie pielęgniarek w DPS-ach na kontraktach z NFZ-etem, a nie z budżetu miasta. Bo te pensje są diametralnie różne, więc tych pielęgniarek po prostu tutaj nie będzie. To jest główny problem, który zgłaszamy tutaj od lat.

pielęgniarka

”

W wywiadach zidentyfikowano również problemy, które należałoby wspierać działaniami systemowymi. Państwo powinno podjąć zdecydowane kroki w celu poprawy warunków pracy i wynagrodzeń personelu domów pomocy społecznej. Nierówności w płacach, w porównaniu z pracownikami podmiotów leczniczych, prowadzą do braku stabilności zatrudnienia i obniżenia jakości usług. Wyrównanie wynagrodzeń, a także wprowadzenie systemowych rozwiązań umożliwiających zatrudnianie pielęgniarek na kontraktach z Narodowym Funduszem Zdrowia, mogłoby znacząco poprawić sytuację. Kluczowe wydaje się także zapewnienie niezakłóconego stosunku pracy, co pomoże zminimalizować rotację personelu i zagwarantować ciągłość opieki.



Pracownicy pozytywnie oceniają pomysł wprowadzenia nowych zawodów, takich jak koordynator opieki długoterminowej czy asystent osoby niesamodzielnej, które mogłyby odciążać personel i poprawić jakość wsparcia dla pacjentów. Kluczowe jest również zapewnienie stabilności zatrudnienia, aby ograniczyć rotację kadr.

Często poruszonym tematem podczas wywiadów był temat wynagrodzeń. Wyniki wskazują na zdecydowanie zbyt niskie zarobki, które są nieadekwatne do wykonywanej pracy. W opinii badanego personelu istnieje znacząca niesprawiedliwość w tym zakresie pomiędzy osobami pracującymi w DPS-ach a pracownikami podmiotów leczniczych, co związane jest z regulacjami prawnymi. Podczas wywiadów pracę w domach pomocy społecznej określano jako charytatywną, zwracając uwagę na to, że wielu młodych ludzi nie zgodzi się na tego rodzaju stawki.

”

Myślę, że gdybym nie miała mieszkania, samochodu i jakiejś tam dodatkowej pracy, o której mówiłam, plus działalności, nie zdecydowałabym się tu pracować, bo nie byłoby mnie na to stać.

opiekunka medyczna

Taka jest prawda. Jak ktoś robi za 2-3 osoby, to powinien mieć też takie godne wynagrodzenie, prawda? 3-4-krotnie takiego pracownika. Uważam, że to jest skandaliczne. Boli mnie to i mogłabym rzekę łez tu wylać, ponieważ... No to jest skandaliczne, jak w ogóle ta forma opieki... w jaki sposób jest wynagradzana. Bo to jest naprawdę kawał roboty.

lekarz

”



wnioski z seminarium



Z wypowiedzi ekspertów wyłania się obraz zarządców i pracowników placówek opieki długoterminowej jako osób funkcjonujących na granicy możliwości – obciążonych ogromną odpowiedzialnością, pracujących w trudnych warunkach i zmagających się z niedofinansowaniem, a mimo to wykazujących się wyjątkowym zaangażowaniem i empatią.

Dyrektorzy DPS-ów i ZOL-i podkreślają, że ich placówki działają w permanentnym kryzysie finansowym. Koszty utrzymania mieszkańców są wysokie, a stawki oferowane przez NFZ niewystarczające, co wymusza dopłaty ze strony samorządów i rodzin. Jednocześnie placówki często przejmują role, do których nie zostały zaprojektowane – DPS-y pełnią funkcję ZOL-i, a ZOL-e stają się w praktyce hospicjami. Brakuje chętnych do prowadzenia oddziałów długoterminowych z powodu

niskiej opłacalności, a problemy z kwalifikacją pacjentów ze strony POZ-u pogłębiają chaos organizacyjny.

Zarządcy zmagają się również z narastającymi trudnościami kadrowymi. Niedobór pracowników, niskie wynagrodzenia, starzejąca się kadra oraz brak prestiżu zawodu prowadzą do wypalenia i rotacji. W wielu placówkach nie ma wystarczającej liczby lekarzy i pielęgniarek, a agresywne zachowania mieszkańców czy uzależnienia dodatkowo obciążają dostępny personel. W skrajnych przypadkach dyrektorzy muszą przejmować role opiekunów prawnych, co wiąże się z dużą odpowiedzialnością i symbolicznym wynagrodzeniem.

Pomimo tych wyzwań wielu kierowników i personel placówek wykazują się niezwykle kreatywnością –

wprowadzają innowacyjne rozwiązania, jak przyjmowanie całych rodzin, organizowanie szkoleń dla MOPS-ów i służb medycznych czy tworzenie form wsparcia dopasowanych do lokalnych potrzeb. Pracownicy pierwszej linii opisywani są jako „bohaterowie życia codziennego”, którzy każdego dnia mierzą się z najtrudniejszymi sytuacjami i wykonują zadania o ogromnym znaczeniu społecznym.

Ich doświadczenia jednoznacznie pokazują, że bez stabilnego finansowania, jasnych regulacji i poprawy warunków pracy system opieki długoterminowej nie będzie w stanie odpowiedzieć na rosnące potrzeby społeczeństwa. Zarządcy i personel robią dziś więcej, niż pozwalają na to dostępne zasoby, ponieważ działają z poczucia misji. Należy im się jednak realne, systemowe wsparcie.

WYNIKI Z ROZMÓW Z OPIEKUNAMI NIEFORMALNYMI

Obciążenia i wyzwania opiekunów nieformalnych

Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe a ograniczenia w zapewnieniu opieki

Dużym wyzwaniem w codziennym funkcjonowaniu są także nieprzystosowane mieszkania lub domy, w których mieszkają osoby z niepełnosprawnościami. W wielu przypadkach opiekunowie sami się starają dostosować przestrzeń do potrzeb podopiecznych. Często jednak napotykają na bariery architektoniczne, takie jak zbyt małe pomieszczenia czy schody, których nie są w stanie samodzielnie wyeliminować. Brak udogodnień może negatywnie wpływać na bezpieczeństwo oraz komfort zarówno pacjenta, jak i jego rodziny. Dostosowanie mieszkań lub domów jest potrzebne tak samo często jak pomoc instrumentalna, w postaci pionizatorów, specjalistycznych podnośników czy łóżek kąpielowych, których obecność odciążałaby opiekuna i umożliwiła zapewnienie lepszej jakości opieki.

Lęk i poczucie odpowiedzialności w opiece długoterminowej

Kolejnym często poruszanym zagadnieniem wśród opiekunów jest strach – lęk o siebie i pacjenta oraz poczucie niedostatecznej opieki nad nim. Członkowie rodzin nie tylko

obawiają się tego, co się stanie z podopiecznym w przypadku ich nieobecności, ale także odczuwają strach przed zachorowaniem na tę samą chorobę co on.

Opiekunowie często mają poczucie, że niewystarczająco dobrze zajmują się chorym. Według kilku uczestników badania świadczona opieka mogłaby być jeszcze lepszej jakości. Niemniej jednak aktualnie udzielane wsparcie lub też jego brak ze strony instytucji uniemożliwia bliskim świadczenie jej na najwyższym poziomie.

”

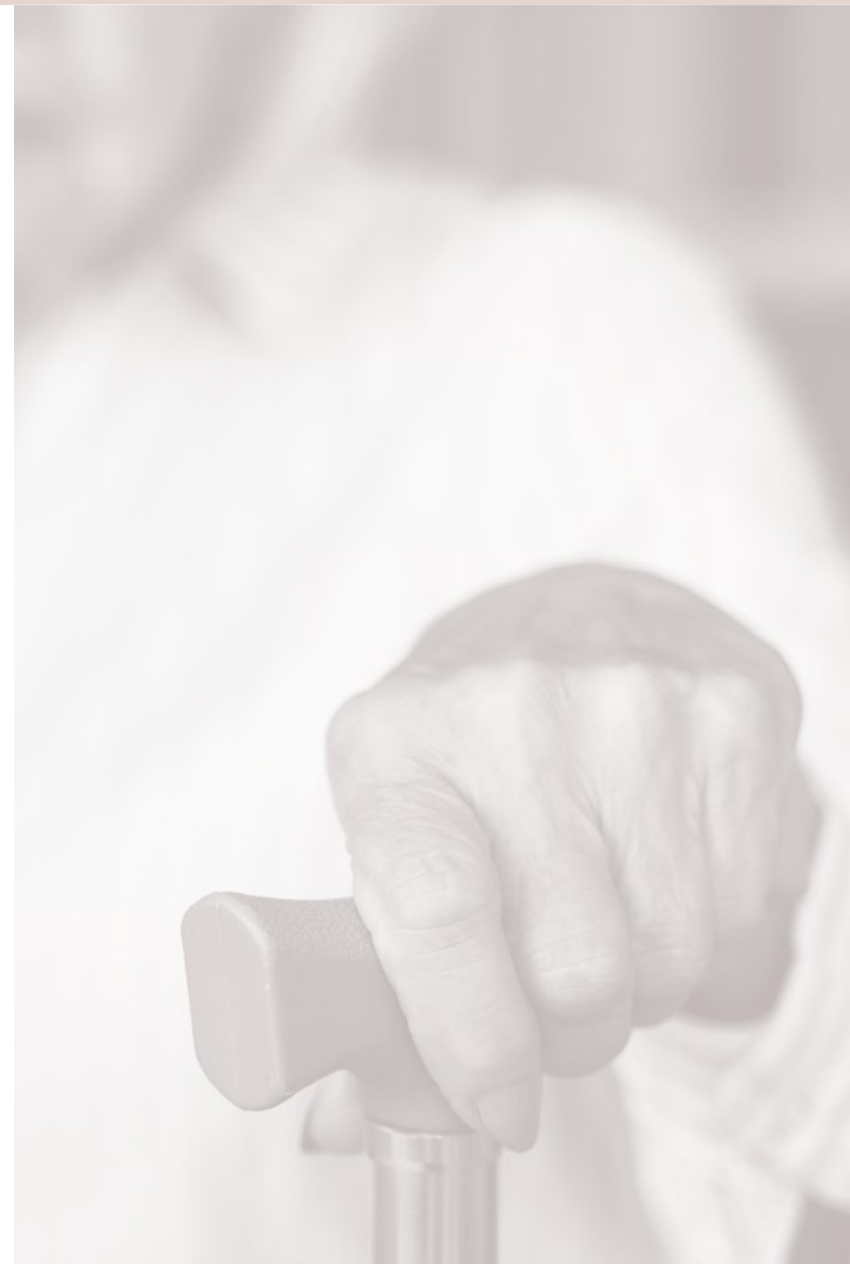
Marzymy o łóżku kąpielowym, o większej łazience, o tym, żeby nie musiała tachać i dźwigać wózka.

kobieta, opieka nad synem

Ja mam po prostu tylko takie lęki, że jestem córką mojej mamy i geny mogą przejść na mnie, że... no nie chciałabym mieć demencji.

kobieta, opieka nad mamą

”



Obciążenia zdrowotne i psychiczne

Wiele rodzin zgłasza problemy ze zdrowiem fizycznym i psychicznym. W niektórych przypadkach wynikają one z nowej sytuacji, w której się znalazły, w innych – z obciążenia związanego ze sprawowaną opieką, a także z wieku samego opiekuna.

Zdarza się również, że opiekun zaniedbuje własne zdrowie i potrzeby, ponieważ jest nieustannie zaangażowany w opiekę i stawia dobro podopiecznego ponad swoje. Dbanie o dobrostan osób zajmujących się chorymi powinno być priorytetowym działaniem, w innym wypadku może to prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia opiekuna i uniemożliwić mu dalsze sprawowanie tej funkcji. W konsekwencji przewidzieć można wzrost zapotrzebowania na formalne usługi opiekuńcze.

Z badania jednoznacznie wynika, że wielu opiekunów boryka się z problemami zdrowia psychicznego.

Ograniczona wiedza rodziny na temat możliwego wsparcia, a co za tym idzie nie korzystanie z dostępnych rozwiązań, albo pomoc w niewystarczającym zakresie często wiąże się z przemoczeniem. Niestety znaczna część opiekunów nieformalnych deklaruje ogromne zmęczenie fizyczne oraz psychiczne.

Tutaj istotnym aspektem jest również ciągle zaangażowanie bliskich w opiekę, gdzie w wielu przypadkach jest ona sprawowana całodobowo. Prowadzi to często do sytuacji, kiedy opiekun nie ma nawet chwili wolnego czasu dla siebie, na załatwienie codziennych spraw lub spotkanie ze znajomymi.

”

Mam niedowład już ze względu na lata dźwigania, to wszystko. Z kręgosłupem mam problem.

mężczyzna, opieka nad córką

Ja z mamą nie mogłabym spać. Byłam na tabletkach psychiatrycznych. Przez 2 lata, żeby jakoś funkcjonować. Teraz schodzę z tych tabletek.

kobieta, opieka nad mamą

Żeby człowiek chociaż mógł na 2–3 godziny raz na jakiś czas gdzieś tak wyjść, spotkać się z przyjaciółmi, z kolegami z byłej pracy czy... No nie mam, nie ma... Powiem szczerze, człowiek jest jak więzień bez krat, bez łańcucha. Jestem uwięzany, powiem pani szczerze, na 24 godziny.

mężczyzna, opieka nad córką

”



Informacja i wsparcie dla opiekunów nieformalnych – dostęp i bariery

Ograniczona wiedza na temat możliwego wsparcia

Z badania wynika, że znaczna część opiekunów nieformalnych ma ograniczoną wiedzę na temat dostępnego wsparcia, co może przekładać się na to, że nie korzystają oni z oferowanych form pomocy w opiece nad bliskimi. Pojawiały się opinie, w których wskazywano, że przez długi czas – nawet kilka lat – opiekunowie nie starali się o żadne wsparcie, ponieważ nie byli świadomi, że posiadanie przez ich podopiecznych orzeczenia o niepełnosprawności uprawnia do ubiegania się o pomoc.

Badanie jakościowe ujawniło, że jednym z kluczowych problemów jest powracający brak znajomości lub niepełne zrozumienie systemu opieki długoterminowej. W efekcie, nawet jeśli opiekun jest świadomy istnienia dostępnych form wsparcia, często nie wie, jak z nich skorzystać lub jak je zorganizować. Dotyczy to nie tylko ograniczonej wiedzy na temat ośrodków opieki długoterminowej – ich podziału na należące do systemu ochrony zdrowia i systemu opieki społecznej – ale także sposobu finansowania tych placówek.

Podobna sytuacja dotyczy wsparcia ze strony opiekunów formalnych, w tym asystentów osób z niepełnosprawnościami. Nawet jeśli takie rozwiązanie jest oferowane przez miasto, wielu opiekunów nie wie, jak z niego skorzystać i gdzie szukać pomocy.



Bez orzeczenia o niepełnosprawności, nie można skorzystać z takiej pomocy, więc to był okres tych 2 lat, które mama leżała, bo wcześniej myśmy po prostu o tym nie wiedzieli.

kobieta, opieka nad mamą

Potem zaczęłam się zastanawiać, jak ten DPS załatwiać. Nie miałam zielonego pojęcia o nich, wśród moich znajomych, nikt nie załatwiał DPS-u. Nawet nie wiedziałam czy ZOL, czy DPS. Czy to są opłaty, nie opłaty...

kobieta, opieka nad mamą

Wie pani co, ja potrzebowałam, szukałam wtedy opiekunki. Zdawałam sobie sprawę, że OPS na pewno ma jakieś kontakty do osób, które się opiekują ludźmi.

kobieta, opieka nad mamą



Dostęp do informacji

Bardzo ważnym aspektem, który wpływa nie tylko na jakość świadczonych usług, ale także na dobrostan zarówno osoby wymagającej opieki, jak i jej opiekuna, jest dostęp do wsparcia dostosowanego do ich potrzeb. Z perspektywy opiekunów nieformalnych w ostatnich latach nastąpiło rozszerzenie zakresu dostępnej pomocy, przy czym informacje na jej temat pochodzą z różnorodnych źródeł – tych bardziej formalnych (instytucje, w tym pracownicy systemu opieki społecznej oraz systemu ochrony zdrowia), ale także tych nieformalnych (rodzina oraz znajomi). Większość opiekunów przyznała, że bardzo dużą rolę w tej kwestii odgrywa informacja pozyskiwana z własnego otoczenia (rodzina/znajomi), w tym także od zaprzyjaźnionych osób wykonujących zawody medyczne. Ponadto według opiekunów kolejnym ważnym źródłem informacji na ten temat są różnego rodzaju grupy wsparcia oraz organizacje pozarządowe takie jak stowarzyszenia i fundacje, a także Internet i inni opiekunowie. Niemniej jednak, zdarzają się także sytuacje, gdzie to wsparcie informacyjne udzielane jest właśnie ze strony instytucji takich jak placówki systemu ochrony zdrowia oraz pomocy społecznej lub profesjonalistów pracujących w tym obszarze. Wielu opiekunów zostało poinformowanych na temat wsparcia nie tylko przez lekarzy i pielęgniarki, ale także przez rehabilitantów, terapeutów, opiekunów formalnych itp.

Pojawiały się opinie, że lekarze mówią także o możliwości wypożyczenia specjalistycznego sprzętu, w tym łóżek, które często są niezbędne w opiece nad osobą niesamodzielną. Ponadto niektórzy opiekunowie są zadowoleni z działania i wsparcia informacyjnego wybranych instytucji pomocy społecznej i doceniają możliwość uzyskania kompleksowej informacji w danej placówce.

Niemniej, niektórzy opiekunowie nieformalni wyrażali swoje niezadowolenie ze wsparcia informacyjnego ze strony instytucji pomocy społecznej oraz świadczeniodawców opieki zdrowotnej. Większość uczestników badania była zgodna, iż dostęp do potrzebnej wiedzy powinien być ulepszony poprzez wdrożenie centralnego repozytorium informacji o wsparciu. Pojawiały się też sugestie, iż należałoby przygotować pracowników instytucji i lepiej zaznajomić ich z dostępnymi formami pomocy, by mogli informować o nich osoby zainteresowane. Według uczestników badania problemem jest to, że nawet jeśli takie wsparcie istnieje, wielu opiekunów nie jest tego świadomych.

Część z opiekunów nieformalnych wyrażała swoje niezadowolenie ze wsparcia informacyjnego ze strony instytucji pomocy społecznej oraz świadczeniodawców opieki zdrowotnej. Według uczestników badania, niektóre placówki nie zapewniają go w zadawalający sposób i zbywają interesantów, nie udzielając im pomocy.

”

Wszystko [załatwiam] w opiece [OPS]. Oni tam wszystko na bieżąco o wszystkim wiedzą, więc nawet mnie nigdzie dalej nie odsyłali.

kobieta, opieka nad córką

Taki ewidentny przykład: ostatnio dowiedziałem się, że PFRON [Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych] ma program „Absolwent” i to jest dofinansowanie do studiów wyższych. My o tym nie wiedzieliśmy.

mężczyzna, opieka nad synem

”

”

My trafiliśmy na to, że PFRON refunduje pieluchy, wózki, łóżka, cuda wianki, i tego nie wiedziałam, bo nie miałam skąd.

kobieta, opieka nad mamą i ciocią

Jak człowiek gdzieś idzie, tak jak w moim przypadku do tej opieki, jak idę i chcę czasami czegoś się bardziej dowiedzieć, to nieraz się trafi taka jakaś niemą pani, że zbyje byle czym, i człowiek, jak nic nie wiedział, tak dalej nic nie wie.

kobieta, opieka nad córką

”

Relacje opiekunów z instytucjami systemu opieki

Doświadczenia opiekunów w kontaktach z instytucjami systemu opieki

Z badania wynika, iż osoby, które rzadko się ubiegały lub ubiegają o wsparcie, częściej mają pozytywną opinię na temat instytucji niż te, które tego wsparcia potrzebują więcej. Może to być związane m.in. z sytuacją materialną opiekunów/podopiecznych oraz różnym poziomem potrzeb opiekuńczych. Niektórzy respondenci w tym badaniu deklarowali samowystarczalność finansową (pełną lub częściową) oraz brak potrzeby wsparcia zewnętrznego innego niż pomoc członków rodziny. Warto mieć to na uwadze, interpretując wyniki.

Część opiekunów w wywiadach wyraziła zadowolenie z interakcji z placówkami opiekuńczymi, takimi jak dzienny ośrodek wsparcia czy dzienny dom opieki. Przy tym ostatnim pojawiły się opinie, że ma on pozytywny wpływ na osoby starsze, podkreślano zaangażowanie oraz serdeczność personelu, a także szeroką gamę programów aktywizujących podopiecznych.

Ponadto pojawiły się także opinie, że dużym obciążeniem opiekunów w codziennych obowiązkach może być sytuacja, w której osoba starsza, mimo że nie korzysta już z domu seniora, nadal otrzymuje wsparcie w postaci codziennie

dowożonych obiadów. Wskazywano, że dostarczane posiłki są zbilansowane, a dieta dostosowana jest do potrzeb osób starszych. Opiekunowie zwracali również uwagę na pozytywne doświadczenia związane z postawą kadry w domu pomocy społecznej, w którym znajduje się osoba niesamodzielna.

Poza zadowoleniem z ośrodków opieki długoterminowej, takich jak dzienny ośrodek wsparcia, dzienny dom opieki oraz dom pomocy społecznej, niektórzy respondenci podzielili się także pozytywnym doświadczeniem związanym z zaangażowaniem w domową pomoc asystentów oraz opiekunów formalnych. Według uczestników badania, możliwość zaangażowania tych osób jest dużym obciążeniem dla opiekuna. Kolejnymi kwestiami poruszonymi przez rodziny były możliwość skorzystania z opieki wytchnieniowej oraz ogólne zadowolenie opiekunów z formy wsparcia polegającej na czasowym przejęciu opieki nad osobą wymagającą stałej pomocy. Dla krewnych możliwość skorzystania z niej jest bardzo istotna. Niestety nie wszyscy opiekunowie mogą wziąć udział w programie opieki wytchnieniowej. Jednym z powodów ograniczonego dostępu do tego rozwiązania jest stan zdrowia oraz funkcjonowania pacjenta.

Kolejną kwestią, która wpływa na pozytywne postrzeganie systemu, jest obecność personelu medycznego będącego źródłem informacji i wiedzy na temat samej opieki nad pacjentem (medycznej oraz pielęgnacyjnej).

”

Kiedy mama chodziła do domu seniora, to tam naprawdę dobrze się działo. Ci ludzie byli otoczeni serdecznością, uśmiechem, były zajęcia, nie było przymuszania do czegoś. Ktoś lubił robótki, to sobie szedł na zajęcia z robótek, ktoś chciał iść na wycieczkę, szedł na wycieczkę. Wybór należał do pensjonariusza.

kobieta, opieka nad mamą

Naprawdę opieka w DPS-ie mi się bardzo podoba. Jestem po prostu zszokowana postawą oddziałowej, postawą pielęgniarek i tych opiekunek. Bardzo pozytywnie.

kobieta, opieka nad mamą

Wie pani co? To tak jak z przewijaniem, jak robiłam jakieś błędy. To jak już się zjawiła pielęgniarka, to pokazała, jak umyć.

kobieta, opieka nad mamą i ciocią

”

Inni opiekunowie chwalili także zaangażowanie ze strony środowiska medycznego w zakresie sprawowanej opieki oraz możliwość wymiany wiedzy. Pojawiały się opinie, że niektórzy opiekunowie szczególnie cenią sobie interakcje z personelem medycznym, który traktuje ich oraz ich podopiecznych jak partnerów, a relacje te opierają się na obopólnym szacunku i zrozumieniu.

Dodatkowo opiekunowie deklarowali, że personel medyczny pomagał im np. w zorganizowaniu dodatkowej opieki w postaci rehabilitanta. Pojawiały się opinie na temat wsparcia uzyskanego ze strony lekarzy rodzinnych, którzy odwiedzali osoby niesamodzielne w domu i organizowali rehabilitację w warunkach domowych. Miały miejsce również sytuacje, gdzie ratownik medyczny wstawał się za opiekunem nieformalnym i jego podopiecznym, dzwoniąc do lekarza, który był odpowiedzialny za pacjenta, ale niestety nie był wystarczająco zaangażowany w opiekę. Zgodnie z opiniami ratownicy medyczni byli zaskoczeni zastosowanym sposobem leczenia u podopiecznego.

Zdarza się również, że opiekunowie utrzymują kontakt oraz kontynuują leczenie u tego samego lekarza, tej samej pielęgniarki przez wiele lat. W niektórych przypadkach pozwala to na budowanie trwałej relacji, w której personel dobrze zna podopiecznego, a rodzina ma zaufanie do sprawowanej opieki i korzysta z dodatkowych usług świadczonych w domu. Ponadto, niektórzy z opiekunów chwalą też otrzymaną pomoc

psychologiczną/psychiatryczną. Według uczestników badania pozwoliła im ona stanąć na nogi. Dotyczyło to pomocy nie tylko na samym początku sprawowania opieki, ale również na jej późniejszych etapach. Przedstawiano sytuacje, w których po narodzinach chorego dziecka opiekunowie potrzebowali takiego wsparcia. Personel medyczny odpowiadał na te potrzeby, proponując terapię w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. Pojawiały się również pozytywne opinie, w których wskazywano, że oferowana pomoc miała pozytywny wpływ na stan psychiczny korzystających z niej opiekunów.

”

Często bywają lekarze z ogromnym doświadczeniem, którzy pytają nas, co my możemy im przekazać, jaką wiedzę. I to nawet nie taką dotyczącą opieki typowo rodzicielskiej, ale takiej nawet medycznej, bo jakby – wiadomo – my w tym siedzimy najbardziej. I staramy się zbierać jak najwięcej informacji, gdzieś tam wyszukać, dzielimy się nimi i często jesteśmy dla nich naprawdę źródłem wiedzy. I ogromny mam szacunek do takich ludzi, tak, którzy chcą się uczyć i też szukają źródeł, i nas traktują jako osoby kompetentne do rozmawiania o opiece nad dzieckiem z konkretną chorobą.

kobieta, opieka nad synem

”

”

Na szczęście przyjechało pogotowie, ratownicy medyczni, jacyś bardzo wyjątkowo przyzwoici ludzie. Byli w ogóle zaskoczeni tym, jak [imię] jest leczony. Sami nie bardzo wiedzieli, co [imię] można, czego nie można, więc poprosili o telefon do lekarza, który się [imię] zajmuje, i zadzwoniłam. Ten ratownik medyczny przejął słuchawkę. Opieprzył, za przeproszeniem, pana doktora. Właściwie to byłam z tego zadowolona, bo powiedział mi to, czego ja nie śmiałam nigdy powiedzieć.

kobieta, opieka nad synem

Chodziłam na terapię, i tutaj chwała NFZ-owi. Najpierw poszłam z dzieckiem kilogramowym do szpitala uniwersyteckiego – Wydział Psychiatrii – w opłakanym stanie i powiedziałam, że potrzebuję pomocy, bo dziecko było, jakie było. Psychicznie byłam wrakiem. Oni od razu mnie wzięli na NFZ na terapię i chodziłam na nią może z 2 lata. Naprawdę stanęłam na nogi. Mimo że dużo rzeczy robimy prywatnie, to chwałę NFZ i to było bardzo potrzebne.

kobieta, opieka nad córką

”

Istotną kwestią jest także otrzymywane wsparcie ze strony hospicjów, w tym zaangażowanie tego rodzaju instytucji w organizację oraz udzielanie pomocy i wspieranie zarówno opiekuna, jak i podopiecznego. Pojawiały się pozytywne opinie na temat dostępu do personelu medycznego, takiego jak lekarze, pielęgniarki oraz fizjoterapeuci pracujący w hospicjach i świadczący usługi w domu. Ponadto, niektórzy z rozmówców przyznali, że korzystają i są zadowoleni z udzielanej im pomocy, w tym wsparcia instrumentalnego nieograniczającego się jedynie do jednorazowego zorganizowania sprzętu, ale także do składania zamówień na środki codziennego użytku.

Niestety interakcje opiekunów oraz ich podopiecznych nie ograniczają się tylko do tych pozytywnych. Część rodzin uważa, że wsparcie oferowane przez instytucje zarówno systemu opieki społecznej, jak i systemu ochrony zdrowia nie jest wystarczające. Według niektórych opiekunów słaby dostęp do informacji na temat pomocy wiąże się częściowo z brakiem zaangażowania ze strony instytucji. Są tacy, którzy starają się proaktywnie poszukiwać wsparcia, udając się do różnych placówek. Wcześniejsze interakcje z systemami opieki społecznej oraz zdrowotnej mogą wpływać na chęć poszukiwania pomocy przez opiekunów nieformalnych. Zdarza się, że rodziny się spotykają z rażącym brakiem empatii. Ma to miejsce ze strony nie tylko urzędników, którzy wykazują jej brak w stosunku do opiekunów i ich podopiecznych, ale także osób pracujących w danych placówkach.

”

Mamy z hospicjum sprzęt zapewniony od nich. Zamówienia, takie jak cewniki do odsysania, rurki tracheotomijne, wszystkie filtry, wszystkie potrzebne rzeczy, takie, które są mu potrzebne do funkcjonowania.

kobieta, opieka nad synem

To pan się takim dzieckiem opiekuje? Takie dziecko to trzeba oddać.

mężczyzna, opieka nad córką
[odpowiedź kierownika jednej z placówek opieki
długoterminowej na prośbę o pomoc]

”



Wielu opiekunów rezygnuje z poszukiwania wsparcia, często z powodu negatywnych doświadczeń w kontaktach z instytucjami, które wywołują u nich również poczucie upokorzenia. Z ich opowieści wynika, iż niestety w wielu przypadkach nie uzyskują odpowiedzi na nurtujące ich pytania i nie otrzymują pomocy ani zrozumienia ze strony placówek.

Ponadto niektórzy opiekunowie wskazywali na brak proaktywnej postawy pracowników instytucji i to, że nie informują ich o możliwym wsparciu ani nie zachęcają do korzystania z istniejących programów.

Następną istotną kwestią jest zrzucanie odpowiedzialności na rodzinę. Wiąże się to nie tylko z odmową dostępu do pewnego rodzaju świadczeń poprzez argumentowanie tego obowiązkiem alimentacyjnym, ale także z brakiem wsparcia, poradnictwa, co prowadzi do poczucia osamotnienia w opiece. Problem ten dotyczy zarówno systemu opieki społecznej, jak i systemu ochrony zdrowia. Jedna z badanych przyznała, iż musiała egzekwować swoje prawa poprzez autorytet innej instytucji – sądu, gdzie ostatecznie przyznano jej należycie wsparcie, którego odmówiono w OPS-ie. Niektórzy badani negatywnie oceniają pracę opiekunów formalnych, wskazując na problemy takie jak ograniczony zakres ich obowiązków oraz przypadki nieprofesjonalnych zachowań.

Pojawiły się też opinie wskazujące na problem niewywiązywania się personelu medycznego ze swoich obowiązków, szczególnie w zakresie deklarowanej częstotliwości wizyt lekarza i pielęgniarki. Miały miejsce sytuacje, kiedy lekarz, który powinien odwiedzać pacjenta przynajmniej raz w tygodniu, nie pojawił się od dłuższego czasu, np. od roku. Wskazano również, że może to mieć związek z wycofaniem karty podpisów, która wcześniej wymagała potwierdzenia przez opiekuna realizacji wizyty domowej.

”

Nigdy mi się nie zdarzyło, żeby z tych konkretnych instytucji ktoś wyszedł do nas. Np. z tym, że: mamy coś dla was, czy chcecie uczestniczyć? To to raczej nie.

kobieta, opieka nad synem

Ale takie największe uczucie, jakie pamiętam, to taka niemoc. Nawet jak szłam do jakiejś instytucji, to już było dla mnie trudne. Wychodziłam, czułam się taka bardzo upokorzona, jakbym o coś prosiła...

kobieta, opieka nad synem

”

Należy także zmienić przepisy dotyczące pobytów krótkoterminowych opieki wychnieniowej dla nieformalnych opiekunów. Skomplikowane procedury uniemożliwiają również przyjmowanie pacjentów na krótki czas np. po hospitalizacji.



Bariery formalne i proceduralne w dostępie do wsparcia

Istotną kwestią są także problemy formalne lub proceduralne związane z ubieganiem się o wsparcie. Sama wiedza na temat możliwej pomocy nie jest wystarczająca. W większości przypadków to opiekun nieformalny musi skompletować odpowiednie dokumenty i złożyć podania, by takie wsparcie uzyskać. Dużym wyzwaniem w tej kwestii jest wypełnienie wymaganej dokumentacji ze względu na skomplikowane formularze oraz ograniczone kompetencje cyfrowe opiekuna i/lub podopiecznego. Wskazywano, że sposób ubiegania się o świadczenie wspierające powinien zostać uproszczony – formularze powinny być pisane prostym językiem oraz dostępne w formie nie tylko elektronicznej, ale również papierowej. Zdarzało się, że w instytucji nawet pracujące tam osoby miały problem z wypełnieniem wniosku.

Dodatkowo, pojawiła się opinia, w której kwestionowano trafność formułowania pytań zawartych w formularzu wypełnianym przez komisję do spraw orzekania o niepełnosprawności. Wskazywano, iż pytania w nim zawarte nie oddają rzeczywistej sytuacji ani wysiłku, który podopieczny musi włożyć, by wykonać określone czynności.

Uczestnicy badania wskazywali również na trudności z pozyskaniem wsparcia z PFRON-u.



Ja chciałam refundację z PFRON-u na pieluchy i mnie to przerosło, i chciałam dofinansowanie właśnie do MÓWika, i też mnie to przerosło. I w końcu kupiłam sama.

kobieta, opieka nad córką

Ona sobie zrobi kromkę chleba, ale ona jej nie zje, bo nie ma siły [...]. Co te panie w ankietę wpisują? No, że samodzielna, że sobie robi, nie? „Czy pani się myje, sama? No, myję się, a co, mam śmierdieć?” Ale w ankiecie nie ma tego, jakim kosztem, jakim wysiłkiem to jest.

kobieta, opieka nad mamą i cicią

Panie w ZUS-ie też miały z tym problemy, chyba ze 4 osoby przychodziły, żeby to wszystko ogarnąć. Jak osoba, która ma 94 lata może to zrobić, a przy tym wszelkie informacje nie są napisane prostym językiem. robi się to dla ludzi niepełnosprawnych, a trzeba mieć sprawność 30-latkę, który pracuje na komputerze, obsługuje go. I to jest przeszkoda też, prawda? Bo bez osób obok nic osoba niezdolna do samodzielnej egzystencji nie załatwi.

kobieta, opieka nad mamą



Dostępność usług a problem długiego czasu oczekiwania

Ważną kwestią poruszaną przez uczestników badania jest także czas oczekiwania na usługi świadczone w systemach ochrony zdrowia oraz opieki społecznej, w tym te oferowane zarówno w domach, jak i w instytucjach. Według opiekunów problemem jest to, ile się czeka nie tylko na opiekuna/asystenta z miejskiego ośrodka pomocy społecznej, ale także na miejsce w placówkach opieki długoterminowej, takich jak zakład opiekuńczo-leczniczy czy zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy.

Ponadto pojawiały się negatywne opinie dotyczące długiego czasu oczekiwania na usługi pielęgniarstwa oraz rehabilitację. Dodatkowo z perspektywy opiekuna nieformalnego ważny wydaje się także czas oczekiwania w placówce opieki zdrowotnej w dniu wizyty.



Mama poza domem była przez 6 godzin, więc w tym czasie musieliśmy jechać po leki, po jedzenie, po cokolwiek, żeby ona tam, w tej przychodni, w jakiś sposób mogła funkcjonować.

kobieta, opieka nad mamą



Wyzwania związane z zapewnieniem odpowiedniej opieki

Kolejnym bardzo ważnym zagadnieniem są kadry, ich dostępność i kompetencje. Z badania wynika, iż wielu opiekunów, zarówno formalnych, jak i nieformalnych, nie jest odpowiednio przygotowanych do świadczenia opieki. Znalezienie placówki, opiekuna oraz świadczeniodawców opieki zdrowotnej dla podopiecznego mającego znaczny stopień niepełnosprawności to wyzwania, które – jak przyznają rodziny – są bardzo trudne, ponieważ wiele osób „obawia się” sprawowania opieki i wzięcia odpowiedzialności za takiego pacjenta.

Według niektórych uczestników badania, nawet jeśli uda się uzyskać pomoc ze strony opiekuna formalnego, to często nie jest to osoba odpowiednio przygotowana i po czasie sama rezygnuje ze świadczenia opieki.

Członkowie rodzin uważają, że wiele osób unika podjęcia odpowiedzialności za ciężko chorego pacjenta, ponieważ boją się trudności i możliwych konsekwencji. Dla bliskich kluczowe znaczenie ma bezpieczeństwo podopiecznego oraz zaufanie do opiekuna. Osoby, które nie są przekonane co do jakości zapewnianej opieki, często decydują się na jej samodzielne sprawowanie. Dodatkowym problemem są kompetencje pracowników instytucji takich jak OPS czy ZUS. Wielu opiekunów nieformalnych wskazywało, że sami pracownicy tych instytucji często nie znają odpowiedzi na pytania dotyczące kwestii osób z niepełnosprawnościami.

Problemem są także nieznanomość przepisów, nieumiejętność ich interpretowania, i ograniczona wiedza na temat aktualnych źródeł informacji, np. stron internetowych.

Kolejnym wyzwaniem jest także dostęp do specjalistów, odwiedzających pacjenta w domu, i wykwalifikowanego personelu medycznego na każdym poziomie opieki, w tym w szpitalach, opiece ambulatoryjnej i podstawowej opiece zdrowotnej.



”

Problem jest nawet z takim personelem medycznym. No ludzie się bali przyjść. Bali się często przyjść, bo tutaj właśnie jest duża odpowiedzialność, to odsysanie, tak. Zagrożenie życia. I nawet ze znalezieniem opieki było ciężko.

mężczyzna, opieka nad bratem

Największym problemem była ta padaczka po prostu, no i wózek, że to były takie 2 bariery, gdzie każdy z dyrektorów [środowiskowego domu pomocy] bał się przyjęcia mojego dziecka, że sobie w opiece po prostu nie poradzą.

mężczyzna, opieka nad córką

Szukałam jakiejś pomocy, opiekunów. Przychodzili różni, 10 osób się przewinięło z OPS-u. Żadna z tych osób nie gwarantowała [imię] takiej opieki, plus jego choroba. Więc wszyscy po kolei rezygnowali.

kobieta, opieka nad synem

”

Edukacja jako klucz do samodzielności i integracji społecznej

Bardzo ważnym aspektem dla opiekunów osób niepełnoletnich jest możliwość prowadzenia przez ich podopiecznych „normalnego” życia – uczestniczenia w edukacji, poznawania innych osób oraz tworzenia więzi społecznych. Zapewnienie od najmłodszych lat dostępu do nauki na wysokim poziomie dla osób z niepełnosprawnościami powinno być sprawą priorytetową. Jest to ściśle powiązane z możliwością wejścia na rynek pracy i budowania więzi społecznych przez tę grupę.

Według opiekunów istotnym elementem, który pozwala na normalne życie, jest dostęp do dobrej jakości edukacji na poziomie nie tylko podstawowym, ale także średnim i wyższym. Tutaj bardzo istotną rolę odgrywa także liczba godzin zajęciowych, która pozwala na efektywną naukę, dostosowaną do potrzeb oraz możliwości danej osoby z niepełnosprawnością. W obecnej formie liczba tych godzin jest zbyt niska.

Większość uczestników badania miała negatywne doświadczenia związane z dostępem do edukacji ich dzieci. Dla niektórych opiekunów był to najgorszy etap w ich życiu.

Dostęp osób z niepełnosprawnościami do edukacji jest często utrudniony. Wynika to nie tylko z ograniczonej liczby

nauczycieli przygotowanych do pracy z takimi uczniami, także nieporozumiewającymi się werbalnie, ale także z trudności w zapewnieniu nauczycieli, którzy mogliby do nich dojeżdżać.

Rodzice często też spotykają się z brakiem pomocy, zrozumienia, empatii ze strony instytucji takich jak szkoły. Ich starania o edukację dla dzieci bywają kwestionowane, nawet przez osoby pracujące w oświacie.

Niektóre dzieci uczęszczające do placówek stacjonarnie nie mogą uczestniczyć w aktywnościach zaplanowanych dla uczniów i zdarza się, że są wykluczane ze względu na swoją niepełnosprawność.

”

Zdobywanie wykształcenia oraz rozwijanie kontaktów społecznych, ja tutaj chciałbym to zaakcentować. Dlatego że z tym dzieckiem, żeby ono potem poszło na studia albo znalazło dobrą pracę, to trzeba pracować w odpowiedni sposób już w podstawówce. Doprowadzenie do samodzielności tej osoby poprzez wykształcenie, a co za tym idzie później zdobycie pracy zawodowej, jest po prostu bardzo ważne.

mężczyzna, opieka nad synem

”

”

Tak to postrzegają: „dlaczego Pani się upiera, żeby on w ogóle chodził do szkoły?”.

kobieta, opieka nad synem

Najgorszym etapem w naszym życiu była szkoła. Ja nawet chciałam zacząć działać w tym kierunku. Bo jak [imię] skończył szkołę średnią, zdał maturę, to był najpiękniejszy dzień w moim życiu. Dlatego, że zakończyliśmy ten potworny, strasznie ciężki etap.

kobieta, opieka nad synem

Jeżeli chodzi o sprawy edukacji, no tutaj w ogóle jest duży problem. Bo jest bardzo mało takich osób, które umieją pracować i porozumiewać się z dziećmi, które de facto nie mówią werbalnie. I żeby to były osoby, które będą dojeżdżać do domu i świadczyć usługi po prostu w ramach takiej indywidualnej, właśnie edukacji w domu.

kobieta, opieka nad synem

”

Znaczenie finansowania publicznego w opiece długoterminowej

Koszty i wsparcie w opiece długoterminowej

Aspekty związane z finansowaniem opieki długoterminowej były często akcentowane przez opiekunów nieformalnych. Mimo tego, że istnieją świadczenia finansowe wspierające takie osoby, obecny system naraża rodziny i ich podopiecznych na wysokie koszty związane ze sprawowaną opieką. Wiąże się to z niewystarczającą liczbą dofinansowań, ich zbyt niskimi limitami, ciągłością finansowania, ale także dopłatami. Jedną z istotnych kwestii są koszty pracy opiekunów oraz personelu medycznego pokrywane przez rodzinę lub osobę niesamodzielną. Według uczestników badania istnieje potrzeba całościowego lub częściowego

opłacania tego rodzaju opieki. Jest to związane z różnicą między stawkami oferowanymi przez państwo, a realną ceną danych świadczeń.

Kolejną kwestią są koszty, które ponosi rodzina pacjenta przebywającego w domu, na środki czystości, leki oraz pomoc instrumentalną, w tym sprzęt. Według opiekunów znaczna część z tych wydatków pokrywana jest przez rodzinę, nawet jeśli otrzyma się dofinansowanie.

Według opiekunów sprawujących opiekę w domu sprzęty przeznaczone dla osób z niepełnosprawnościami są często bardzo drogie. Część z nich uważa, iż ceny poszczególnych urządzeń są sztucznie zawyżane. Niektórzy zwracają uwagę, że mogą one wzrastać w okresie poprzedzającym ogłoszenie dofinansowania przez PFRON.

”

Większość terapii opłacamy albo dopłacamy [do nich], bo niestety też jest tak, że te... no że w wielu sferach te stawki, które terapeuci mają od państwa, to nie są te stawki, które oni mają, jeżdżąc po prostu prywatnie do dzieci. Więc siłą rzeczy, staramy się to jakoś wyrównać.

kobieta, opieka nad synem

Jeżeli wózek kosztuje 20 000 zł, dofinansowane jest 3000 zł, no to fajnie, że to jest, ale... ale najczęściej bywa tak, że po prostu resztę musimy finansować sami.

kobieta, opieka nad synem

Wszystko, co dotyczy osób niepełnosprawnych, jest potwornie drogie. Takie sztucznie zawyżane przez rynek. Tuż przed ogłoszeniem oficjalnym tego programu samochody dla niepełnosprawnych idą na początku, na rynku od dealerów, o 50% w górę, a za chwilę aż o 80% w górę.

kobieta, opieka nad synem

”



Ponadto bardzo ważną rolę odgrywają tutaj także zbyt niskie budżety instytucji m.in. takich jak Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz powiatowe centra pomocy rodzinie (PCPR). Niskie budżety nie pozwalają na zaoferowanie pomocy wszystkim tym, którzy tego potrzebują, dodatkowo opiekunowie twierdzą, że dofinansowania z takich instytucji są dostępne tylko na początku każdego roku.

Opiekunowie zwracają również uwagę na fakt, iż niektóre ze sprzętów nie mają żadnego finansowania, a są niezbędne podopiecznym do codziennego funkcjonowania i życia. Takim urządzeniem jest np. koflator (znany też jako asystor kaszlu lub mechaniczny wykrztuśnik – sprzęt medyczny wspomagający usuwanie wydzieliny z dróg oddechowych u osób, które mają osłabiony lub niewydolny odruch kaszlu). Co więcej, pojawiały się opinie wskazujące, że zasady dofinansowań z PFRON-u są sztywne i nie uwzględniają indywidualnych potrzeb beneficjentów. Miały miejsce sytuacje, w których pomoc dotyczyła jedynie samochodów dostosowanych do przewożenia pacjentów na wózek inwalidzkim z tyłu pojazdu, podczas gdy stan zdrowia podopiecznego wymagał transportu z przodu. Zgłaszano także uwagi dotyczące ograniczeń wiekowych w ramach dostępnych dofinansowań i świadczeń – wskazywano, że wraz z osiągnięciem określonego wieku przez podopiecznego liczba form dofinansowań i wsparcia znacząco się zmniejsza.

”

Jak poszłam do PCPR-u, nie było środków. „Proszę złożyć w przyszłym roku”, a to był maj.

kobieta, opieka nad synem

Z PFRON-em to można wejść w kontakt na początku roku i przez pierwsze 3, 4 miesiące, bo potem to już nie ma funduszy.

kobieta, opieka nad mamą i ciocią

Gdzieś tam są jakieś dofinansowania na jakieś rehabilitacje, ale dla dzieci do 7 lat. Dla mnie im on ma więcej lat, tym mniej ja mogę dać z siebie. I on wymaga jeszcze więcej, a właściwie mamy coraz mniej różnych możliwości czy dofinansowań na terapię.

kobieta, opieka nad synem

”

Kolejnym problemem są progi dochodowe ustalone przez niektóre instytucje, służące do stwierdzenia czy dana osoba lub rodzina kwalifikuje się do uzyskania pomocy lub dofinansowania. Według opiekunów progi te są zbyt niskie, co skutkuje wykluczeniem z systemu wsparcia wielu osób, które realnie potrzebują pomocy, lecz formalnie nie spełniają kryteriów. Dodatkowym obciążeniem są również dopłaty za pobyt w ośrodkach opieki długoterminowej oraz koszty transportu pacjenta, zarówno sanitarnego, jak i codziennego. Dalej w kolejce jest niewystarczające wsparcie pieniężne, w postaci nie tylko zasiłków, ale także dodatków finansowych (np. dodatek pielęgnacyjny). Według niektórych opiekunów kwoty przeznaczone na opiekę znacząco przewyższają środki otrzymywane od państwa, co nie pozwala na zapewnienie opieki na najwyższym poziomie.



Rola dofinansowań i świadczeń publicznych

Opiekunowie opisali również rolę wsparcia finansowego w poprawie jakości opieki oraz ogólnego codziennego funkcjonowania zarówno opiekunów, jak i podopiecznych. Miały miejsce sytuacje, w których środki z dofinansowań – np. z PFRON-u – umożliwiały dostosowanie przestrzeni domowej, poprzez np. remont łazienki czy instalację windy na schodach. Wskazano, że uzyskanie takiego wsparcia jest możliwe po wypełnieniu odpowiednich dokumentów. Pojawiały się także opinie, że pomoce finansowe z PFRON-u oraz OPS-u były znaczące i realnie wspomogły rodziny w opiece nad osobami niesamodzielnymi.

Kolejną kwestią poruszoną przez uczestników badania są dostępne świadczenia finansowe. Pojawiały się opinie wyrażające entuzjazm wobec świadczenia wspierającego, które jest przyznawane opiekunom osób niesamodzielnych. Podkreślano, jak to świadczenie wpłynęło na poprawę jakości sprawowanej opieki poprzez możliwość zakupu dóbr na zaspokojenie potrzeb, które pozytywnie wpływają na stan zdrowia pacjenta.

Trzeba jednak mieć na uwadze, że nie każdemu opiekunowi/ podopiecznemu przysługuje taka sama pomoc, dlatego też doświadczenia tych osób mogą się od siebie drastycznie różnić.

Istotną rolę w sprawowanej opiece odgrywają także świadczenia refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Wielu opiekunów z nich korzysta. Pojawiały się opinie wskazujące, iż znaczna część świadczeń jest refundowana przez NFZ i stanowi to dużą oszczędność.

W ramach finansowania publicznego opiekunowie oraz podopieczni korzystają z takich świadczeń jak usługi lekarskie, pielęgniarskie oraz rehabilitacyjne. Niemniej jednak nie każdy z respondentów jest zadowolony z ich zakresu, częstotliwości, jakości oraz dostępu.



To świadczenie wspierające to jak gwiazdka z nieba spadło, no bo to jest, proszę pani, 3900 zł chyba z groszami miesięcznie. W tym roku to jest duży zastrzyk, my już nie musimy pomagać. No bo trudno też mamie czegokolwiek odmawiać, prawda? Chcemy, żeby miała i witaminy, i owoce, wszystko co najlepsze. A teraz już po prostu... no jest na to.

kobieta, opieka nad mamą



PFRON i OPS, faktycznie oni zrobili mega robotę w naszym życiu. Bo tak się ułożyło, że na każdym etapie życia można było dostać dofinansowanie w dużej kwocie.

mężczyzna, opieka nad synem

Tutaj była ta pomoc oferowana z PFRON-u, można było się starać o dofinansowanie i w ten sposób dostaliśmy np. taką... Chyba łazienka była wyremontowana nawet, żeby tam było płasko. Czy tutaj dostaliśmy też taką windę na schody. I nie wiem, czy ten pionizator też nie był czasami dla brata załatwiony przez ten PFRON. Tak, bo to są... to były takie koszty... Także trzeba było tam powypełniać te dokumenty, ale było to pozałatwiane.

mężczyzna, opieka nad bratem



Podsumowanie głównych potrzeb opiekunów nieformalnych

1. WSPARCIE FINANSOWE:

- Zwiększenie budżetu na dofinansowania do zakupu sprzętu, środków czystości.
- Zwiększenie dofinansowania na usługi medyczne oraz opiekuńcze (w tym rehabilitacje).
- Większa dostępność informacji na temat refundowania, programów pomocy finansowej.
- Ewaluacja obecnych progów dochodowych (żeby sprawdzić, czy nie powinny być zwiększone).
- Ewaluacja obecnych obwarowań prawnych dostępnych finansowań (żeby sprawdzić, czy są one racjonalne).

2. WSPARCIE INSTYTUCJONALNE I FORMALNE:

- Wsparcie przy formalnych procedurach (kompletowanie i wypełnianie dokumentów), uproszczenie formularzy.
- Świadczenie usług w sposób zorientowany na pacjenta/opiekuna.
- Zwiększenie dostępu do specjalistów świadczących usługi, także w domu oraz w porach wieczornych/nocnych.
- Ulepszenie dostępu do ośrodków opieki długoterminowej.
- Zwiększenie liczby opiekunów formalnych dla osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności.

3. WSPARCIE SZKOLENIOWE I EDUKACYJNE:

- Szkolenia i edukacja dostosowane do potrzeb i umiejętności opiekunów (także dla tych z ograniczonymi kompetencjami cyfrowymi).
- Szkolenia z używania sprzętu medycznego oraz wiedzy z zakresu świadczeń opiekuńczych.
- Pomoc rodzinom z dziećmi w zapewnieniu dostępu do edukacji.
- Szkolenie z zakresu ubiegania się o dofinansowanie.
- Szkolenia dla specjalistów zajmujących się osobami ze znacznym stopniem niepełnosprawności.

4. WSPARCIE INFORMACYJNE:

- Zwiększenie wiedzy na temat systemu opieki długoterminowej i dostępnych form wsparcia.
- Stworzenie i aktualizowanie platformy z niezbędnymi informacjami o programach i dostępnym wsparciu.
- Prowadzenie infolinii dla osób bez dostępu do Internetu.
- Zapewnienie szkoleń dla pracowników instytucji z zakresu dostępnych programów i przepisów.
- Informowanie opiekunów i ich podopiecznych o przysługujących im prawach.

5. WSPARCIE OPIEKĄ WYTCHEŃNIOWĄ:

- Ulepszenie dostępu do programów opieki wytchnieniowej także dla osób opiekujących się bliskimi o znacznym stopniu niepełnosprawności.
- Zapewnienie różnych form opieki wytchnieniowej (krótkoterminowej, doraźnej i na dłuższy okres).
- Zwiększenie dostępu do półkolonii w czasie przerwy wakacyjnej dla dzieci z niepełnosprawnościami.

6. WSPARCIE MEDYCZNE I PSYCHOLOGICZNE:

- Zapewnienie dostępu do wsparcia psychologicznego dla opiekuna/rodziny i/lub podopiecznego.
- Identyfikowanie opiekunów oraz podopiecznych wymagających takiego wsparcia wraz ze wskazaniem właściwych instytucji.
- Utworzenie centrów/grup wsparcia dla opiekunów, które mogą służyć także jako punkty informacyjne.

7. WSPARCIE ZE STRONY RYNKU PRACY I PRACODAWCY:

- Wsparcie w oferowaniu pracy na pół etatu, elastycznego grafiku pracy.
- Uznanie opieki nieformalnej za pracę, z dostępem do świadczeń socjalnych.
- Wsparcie w poszukiwaniu pracy / powrocie na rynek pracy.
- Zezwolenie na podjęcie pracy bez utraty świadczeń.

wnioski z seminarium



W wypowiedziach ekspertów wyraźnie wybrzmiewa ogromny ciężar, jaki w polskim systemie opieki długoterminowej spoczywa na opiekunach nieformalnych. To oni są dziś jego faktycznym filarem – często bez wynagrodzenia, wiedzy, wsparcia ani wytchnienia. Jednocześnie ich potrzeby i problemy są w dużej mierze niewidoczne na poziomie systemowym.

Opiekunowie rodzinni to osoby, które często same są w podeszłym wieku i zajmują się bliskimi przez całą dobę. Zmagają się z przemęczeniem, brakiem snu, obciążeniem psychicznym i poczuciem samotności. Wielu z nich nie rozumie, jak działa system, gdzie szukać pomocy i jakie usługi są dla nich dostępne. Zderzenie z niejasnymi

procedurami i złe doświadczenia z instytucjami sprawiają, że część osób rezygnuje z szukania wsparcia i radzi sobie na własną rękę.

Ekspertsi podkreślają, że opiekunowie nieformalni mają szeroki katalog potrzeb – od wsparcia finansowego, przez usługi wytchnieniowe, po poradnictwo, edukację, pomoc psychologiczną i koordynację opieki. Wskazano, że nieobecność koordynatora, który pomógłby przeprowadzić opiekuna przez system, jest jednym z kluczowych braków obecnego modelu. Problemem są też koszty: zatrudnienie prywatnego opiekuna czy zakup sprzętu często przekracza możliwości domowych budżetów, a dostępne świadczenia nie pokrywają realnych wydatków.

Wśród rekomendacji pojawiają się postulaty stworzenia przejrzystych źródeł informacji, rozwoju różnorodnych usług wytchnieniowych, wsparcia prawnego i finansowego, edukacji oraz wprowadzenia koordynatora opieki. Jako krok w dobrą stronę oceniono propozycję zdefiniowania opiekuna nieformalnego w nowej ustawie o opiece długoterminowej.

Ogólny obraz jest jasny: opiekunowie nieformalni wykonują ogrom pracy, nierzadko kosztem zdrowia, relacji rodzinnych i własnej sytuacji zawodowej. Bez systemowych zmian w kierunku ich wsparcia – informacyjnego, finansowego i instytucjonalnego – polski system opieki długoterminowej pozostanie niewydolny.

Opieka długoterminowa w miastach UMP – Analiza SWOT

WEWNĘTRZNE

mocne strony

- Własne inicjatywy innowacyjne miast, np. opieka wytchnieniowa, autobusy interwencyjne dla bezdomnych, centra alzheimerowskie.
- Wysoki etos pracowników mimo niskich wynagrodzeń.
- Standardy opieki.
- Modułowość aplikacji IKP oraz mojeIKP, moduły takie jak: przypomnienie o lekach, zlecenia na wyroby medyczne, e-recepty, e-skierowania, zdarzenia medyczne itp.
- Wdrażanie elementów teleopieki w ramach rządowego programu „Korpus Wsparcia Seniorów”.
- Możliwość stanowienia aktów prawa miejscowego i aktów planowania dotyczących opieki długoterminowej.
- Posiadanie w strukturze szpitali, dla których organem tworzącym jest samorząd terytorialny – co umożliwia uruchomienie oddziałów geriatrycznych i Centrów Zdrowia 75+.
- Dobra infrastruktura (w niektórych placówkach).
- Organizacja uroczystości, koncertów dla mieszkańców.
- Duże zaangażowanie pracowników.
- Dobry kontakt i współpraca z niektórymi rodzinami.
- Dobra współpraca pomiędzy pracownikami placówek oraz chęć do dzielenia się kompetencjami.

słabe strony

- Brak dywersyfikacji rodzajów DPS-ów.
- Problem spożywania alkoholu w DPS-ach.
- Brak wyspecjalizowanego DPS-u dla chorych z uzależnieniami.
- Zamiana ról ZOL-i i DPS-ów.
- Pauperyzacja DPS-ów.
- Prywatne DPS-y poza systemem.
- Brak holistycznego podejścia władz samorządowych do problemu pomocy.
- Kryzys kadrowo-finansowy.
- Stagnacja teleopieki.
- Brak modelu opieki długoterminowej skrojonego na potrzeby miast.
- Brak koordynatorów e-rozwiązań projektowanych i wdrażanych w samorządach.
- Wysokie zadłużenie szpitali publicznych.
- Brak wystarczającej liczby personelu.
- Wysoka średnia wieku pielęgniarek.
- Niskie wynagrodzenia.
- Brak odpowiednich środków finansowych na opiekę nad pacjentami/mieszkańcami.
- Różnorodność pacjentów znajdujących się w 1 placówce.
- Brak pełnych informacji na skierowaniu pacjenta/mieszkańca.
- Nadmierna dokumentacja.
- Nieodpowiedni profil mieszkańców/pacjentów.
- Praca pod presją czasu, z dużą odpowiedzialnością, z częstymi sytuacjami zagrażającymi bezpieczeństwu (zachowania agresywne).
- Wypalenie zawodowe pracowników placówek.

ZEWNĘTRZNE

szanse

- Zwiększenie samodzielności miast w zakresie form działania.
- Dzielne domy opieki, np. alzheimerowskie.
- Partnerstwo społeczne i publiczno-prywatne.
- Teleopieka z pogotowiem ratunkowym i IKP.
- Opieka wytchnieniowa, wzmocnienie opiekunów nieformalnych.
- Modułowość aplikacji IKP oraz moje IKP, wprowadzenie modułu dla domowej opieki długoterminowej.
- Rozwój tzw. aplikacji zdrowotnych, finansowanych z budżet państwa.
- Możliwość postulowania przez UMP korzystnych dla opieki długoterminowej rozwiązań ustawowych w gremiach rządowych, wykorzystanie KWRiST.
- Współpraca z uczelniami w celu rekrutowania studentów na praktyki.
- Uwrażliwienie dzieci i młodzieży na potrzeby osób starszych oraz osób z niepełnosprawnościami (udział w akcjach charytatywnych).
- Zatrudnienie wolontariuszy.
- Rozszerzenie kompetencji opiekunów medycznych i pracowników socjalnych.
- Wdrożenie nowych zawodów, np. asystent osoby niesamodzielnej.
- Stworzenie punktów informacyjnych dla osób chcących skorzystać / korzystających z opieki długoterminowej i ich rodzin.
- Udzielanie prostej i dostępnej informacji na temat funkcjonowania systemu.
- Organizacja szkoleń i kursów dla pracowników, odbywających się w placówce.
- Utworzenie wypożyczalni sprzętu.
- Większa dostępność do teleopieki.

zagrożenia

- Niedopracowane ustawy, np. w sprawie geriatry.
- Załamanie kadrowe w najbliższych 2–3 latach.
- Fiasco modelu Centrum Zdrowia 75+.
- Fragmentaryzacja oraz pilotażowość rozwiązań teleopieki w ramach świadczeń opieki długoterminowej.
- Brak możliwości współfinansowania rozwiązań teleopieki w ramach świadczeń opieki długoterminowej przez PFRON.
- Brak obniżonej stawki VAT na rozwiązania cyfrowe (urządzenia, hardware, software) wykorzystywane w teleopiece w ramach świadczeń opieki długoterminowej.
- Deficyt cyfrowy, oczekiwanie cyfrowych rozwiązań przy braku środków finansowych.
- Brak wpływu na wycenę oraz wysokość kontraktowania świadczeń zdrowotnych.
- Brak jasnego podziału między ZOL-ami, ZPO i DPS-ami.
- Starzenie się społeczeństwa (zwiększony popyt).
- Nieprawidłowa realizacja świadczeń przez ZOL-e. Niewystarczające środki finansowe na utrzymanie i powołanie struktury podmiotów udzielających świadczeń w zakresie opieki długoterminowej.
- Zmniejszenie wysokości rent i emerytur (mniejsze dochody placówek).
- Długi czas oczekiwania na ustanowienie ubezwłasnowolnienia przez sąd.
- Duża różnica w wynagrodzeniach pomiędzy DPS-ami a pozostałymi placówkami.
- Niskie nakłady na opiekę długoterminową w Polsce.
- Brak „umedyczenia” DPS-ów, zbyt mała dostępność lekarzy.
- Brak koordynacji opieki długoterminowej w Polsce.
- Brak wystarczającej wiedzy społeczeństwa na temat możliwych form opieki i pomocy.
- Brak współpracy pomiędzy sektorami ochrony zdrowia i pomocy społecznej.

Rekomendacje

KONTEKST SAMORZĄDOWY

Problematyka opieki długoterminowej nie jest obca samorządom oraz organizacjom III sektora, chociaż nie należy do priorytetowych zagadnień. W analizowanych stanowiskach i rekomendacjach⁴⁹ można wyróżnić 2 typy odniesień. Pierwsze dotyczą zagadnień generalnych, których wdrożenie wymaga zmian systemowych, w tym legislacyjnych. Jednostki samorządu terytorialnego, które byłyby ich odbiorcami, nie mogą ich samodzielnie przeprowadzić.

Drugie z rekomendacji mogą być wdrożone samodzielnie przez samorządy, dlatego stanowią interesujący materiał poglądowy i bazę dobrych pomysłów – uwaga zostanie skupiona na takich rekomendacjach i stanowiskach.

We wszystkich analizowanych dokumentach kwestia opieki długoterminowej jawi się jako wyzwanie, przed którym stoją jednostki samorządu terytorialnego. Jednocześnie stanowiska twórców raportu pozwalają stwierdzić, że paradygmatem jest priorytetowe traktowanie długookresowej opieki pozainstytucjonalnej. Trend ten jest zgodny z potrzebą deinstytucjonalizacji pomocy.

Wobec wyzwań starzejącego się społeczeństwa nie będzie możliwe obejmowanie najwyższymi formami opieki długoterminowej całej populacji. Dlatego tak ważna jest pomoc umożliwiająca pozostanie danej osoby w jej dotychczasowym środowisku (usługi opiekuńcze). Jednocześnie w ramach stanowisk wskazuje się (Koalicja „Na pomoc niesamodzielnym”), że inwestycje sektora prywatnego w opiece długoterminowej bez gwarancji trwałości i stabilności finansowania będą niewielkie. Uspołecznienie opieki jest możliwe, jednak wymaga dobrej komunikacji między jednostkami samorządowymi a organizacjami III sektora oraz mechanizmów nadzorczych. Natomiast zbieżność stanowisk można zaobserwować w zakresie pozytywnego postrzegania wagi wolontariatu w niesformalizowanej opiece długoterminowej.

Kwestie rekomendacji mają zróżnicowany stopień ogólności. Im zalecenia są bardziej ogólne, tym niższa ich użyteczność praktyczna oraz większa możliwość wystąpienia problemów interpretacyjnych. Najcenniejsze poznawczo i istotne wdrożeniowo są zatem rekomendacje cechujące się szczegółowością rozwiązań. W poniższym zestawieniu skupiono się na takich zaleceniach.

Rozpocząć należy od prób poznania skali potrzeb w jednostkach samorządu terytorialnego. W związku z tym, że na opiekę długoterminową patrzy się z naturalnych względów przez pryzmat osób starszych, interesująca propozycja polega na wprowadzeniu w samorządach bilansów 80-latk i 90-latk polegających na ocenie ich sytuacji zdrowotnej, rodzinnej, a także ekonomicznej.

Zbieranie informacji o osobach potrzebujących wsparcia oraz aktualizacja danych zapewnić mogą również wygospodarowanie środków na etat dla pracownika socjalnego w szpitalu. Pozwoli to na koordynację systemu opieki zdrowotnej i pomocy socjalnej oraz zapewnienie stałej wymiany danych.

Rodziny oraz ich podopieczni pozostawieni są sami sobie w zakresie informacji o systemie opieki długoterminowej. Przeciwdziałać mają temu liczne rekomendacje w zakresie zwiększania wiedzy o formach pomocy. Postuluje się również, aby strony internetowe dotyczące opieki długoterminowej były zawsze łatwe w użyciu (ang. *user friendly*).

⁴⁹ „Uwagi Związku Powiatów Polskich dotyczące finansowania opieki długoterminowej” (materiał własny); A. Abramowska-Kmon i in., „W stronę sprawiedliwej troski. Opieka nad osobami starszymi w Polsce”, Fundacja im. Stefana Batorego, Warszawa 2022, https://www.batory.org.pl/publikacja/w_strone_sprawiedliwej_troski/ (1.07.2024); P. Błędowski (red.), „Opieka długoterminowa w Polsce. Dzisiaj i jutro”, Warszawa 2019; P. Błędowski (red.), „Opieka długoterminowa w Polsce. Dzisiaj i jutro”, Warszawa 2020; P. Błędowski (red.), „Deinstytucjonalizacja opieki długoterminowej w Polsce. Cele i wyzwania”, Warszawa 2021.

Do rekomendacji należy zaliczyć:

- Ustanowienie koordynatora opieki długoterminowej (doradcy opieki długoterminowej);
- Stworzenie komórki organizacyjnej, której zadaniami będą informowanie o formach opieki długoterminowej, prowadzenie szkoleń dla opiekunów, zapewnienie kontaktu z byłymi opiekunami (bank dobrych praktyk).

Interesujące, że w zaleceniach dużo miejsca poświęca się na wsparcie osób realizujących opiekę nieformalną. Trend deinstytucjonalizacji wymaga:

- stworzenia miejsc opieki wytchnieniowej,
- zapewnienia doradztwa opiekunom,
- zapewnienia nieodpłatnej i niskoodpłatnej pomocy psychologicznej i psychoterapeutycznej opiekunom.

Istotne są również rekomendacje w zakresie grupy osób sprawujących opiekę formalną. W ich przypadku zwraca się uwagę na konieczność zapewnienia pomocy w zakresie zawodowym (podnoszenie kwalifikacji, pomoc związana z wypaleniem zawodowym). Warte uwagi są zachęty dotyczące:

- przechodzenia z wolontariatu na zawodowstwo,
- przechodzenia z pozycji opiekuna nieformalnego do formalnego.

Powyższe zalecenia prowadzą do wniosku, że poszczególni władarze miast UMP powinni rozważyć powołanie jednostki (raczej struktura niż stanowisko pracy) odpowiedzialnej za opiekę długoterminową, w tym szkolenia, propagowanie informacji, koordynację wolontariatu oraz pomoc opiekunom.



REKOMENDACJE DLA POPRAWY SYSTEMU OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

1. ZINTEGROWANIE SYSTEMU I JEGO KOORDYNACJA

- **Stworzenie kompleksowej ustawy o opiece długoterminowej**

Konieczne jest uporządkowanie rozproszonych przepisów regulujących opiekę zdrowotną, pomoc społeczną i usługi opiekuńcze. Jedna ustawa powinna jasno określać zakres opieki długoterminowej, rodzaje świadczeń oraz zasady współpracy między instytucjami, eliminując dotychczasowe niespójności kompetencyjne i rozmycie odpowiedzialności.

- **Wprowadzenie lokalnych koordynatorów opieki**

Należy powołać funkcję koordynatora odpowiedzialnego za prowadzenie pacjenta przez system – od rozpoznania potrzeb po organizację wsparcia. Taka osoba integrowałaby działania OPS-ów, NFZ-etu, placówek medycznych i usług środowiskowych, zapewniając rodzinom 1 punkt kontaktu oraz usprawniając przepływ informacji.

- **Zacieśnienie współpracy międzysektorowej**

Ważne jest tworzenie stałych zespołów interdyscyplinarnych obejmujących OPS-y, szpitale, DPS-y, ZOL-e, organizacje społeczne i służby miejskie. Lepsza wymiana danych i integracja systemów informacyjnych poprawią jakość podejmowanych decyzji i zwiększą efektywność wsparcia.

2. WZMOCNIENIE KADR I POPRAWA WARUNKÓW PRACY

- **Zwiększenie wynagrodzeń**

Niezbędne jest podniesienie płac w DPS-ach do poziomu zbliżonego do wynagrodzeń oferowanych w ochronie zdrowia. Co pozwoli na zatrzymanie odpływu kadr i zwiększenie atrakcyjności zawodów opiekuńczych, które obecnie często przegrywają konkurencję z sektorem medycznym.

- **Rozwój szkoleń i ścieżek kariery**

System powinien zapewniać dostęp do finansowanych ze środków publicznych specjalistycznych szkoleń, m.in. z geriatrii, psychiatrii czy opieki nad osobami z demencją. Jednocześnie potrzebne są jasne ścieżki kariery, umożliwienie awansu, aby zawód opiekuna mógł się rozwijać.

- **Wsparcie psychologiczne i przeciwdziałanie wypaleniu**

Wprowadzenie programów superwizji i pomocy psychologicznej wzmocni dobrostan pracowników, a jednocześnie ograniczy ryzyko wypalenia. Ustalanie minimalnych norm zatrudnienia pozwoli zmniejszyć przeciążenie i poprawić warunki pracy.

- **Zwiększenie liczby personelu**

Należy wprowadzić minimalne standardy zatrudnienia w DPS-ach, ZOL-ach oraz usługach środowiskowych, aby zapewnić odpowiednią jakość opieki i odciążyc istniejący personel.

3. ROZWÓJ USŁUG ŚRODOWISKOWYCH I DEINSTYTUCJONALIZACJA

- **Priorytet dla opieki domowej**

System powinien mocniej inwestować w usługi domowe, obejmujące pomoc opiekuńczą, sąsiedzka i godzinową. Stabilne kontraktowanie takich świadczeń przez samorządy zwiększy ich dostępność i przewidywalność.

- **Rozwój domów dziennego pobytu**

Ważne jest tworzenie nowoczesnych, wyspecjalizowanych placówek dziennych – także dla osób z demencją. Finansowanie powinno odzwierciedlać realne koszty takich usług, aby mogły one funkcjonować stabilnie i na wysokim poziomie.

- **Wsparcie małych form opieki**

Rodzinne domy pomocy oraz mieszkania wspomagane wymagają uproszczonych procedur i elastyczniejszych przepisów sanitarnych i przeciwpożarowych, dostosowanych do ich kameralnego charakteru. Takie formy są kluczowe dla deinstytucjonalizacji i budowania środowiskowego modelu wsparcia.

- **Modernizacja infrastruktury**

Placówki powinny systematycznie likwidować bariery architektoniczne i doposażać się w nowoczesny sprzęt medyczny i rehabilitacyjny, aby zapewnić bezpieczeństwo i komfort osobom niesamodzielnym.

4. STABILNE FINANSOWANIE I STANDARDY

- **Zwiększenie nakładów finansowych**

Opieka długoterminowa wymaga znaczącego wzrostu finansowania, które w Polsce jest poniżej średniej europejskiej. Stałe źródło środków – np. ubezpieczenie pielęgnacyjne – mogłoby stworzyć solidną podstawę do rozwoju usług.

- **Nowe mechanizmy finansowania**

Należy opracować koszyk świadczeń finansowanych przez NFZ dla mieszkańców DPS-ów oraz ustalić jasne zasady współfinansowania pomiędzy poszczególnymi szczeblami administracji publicznej.

- **Ujednoczenie wycen i stawek**

Standardowe zasady wyceny pobytu w DPS-ach i ZOL-ach, uwzględniające profil zdrowotny mieszkańców, zapewnią bardziej sprawiedliwy i przewidywalny system finansowania.

- **Uszczelnienie zasad odpłatności za pobyt w DPS-ach**

Niezbędne jest wprowadzenie rozwiązań ograniczających sytuacje, w których gmina finansuje pobyt osób dysponujących majątkiem generującym dochód lub mających bliskich o wysokich przychodach. Jasne regulacje dotyczące oceny majątkowej i udziału rodzin w kosztach pozwolą kierować środki do osób faktycznie wymagających wsparcia.

- **Wspieranie srebrnej gospodarki**

DPS-y powinny zyskać możliwość prowadzenia drobnych działalności, np. gastronomicznych czy rękodzielniczych, co wzmocni aktywność mieszkańców i przyniesie dodatkowe środki dla placówek.

5. PARTNERSTWA I INNOWACJE

- **Rozwój teleopieki i nowych technologii**

Wdrożenie pilotaży projektów wykorzystujących telemonitoring, telekonsultacje i integrację danych może znacząco poprawić bezpieczeństwo osób niesamodzielnych i wesprzeć opiekę domową.

- **Partnerstwa z NGO-sami i sektorem prywatnym**

Współpraca między samorządami, organizacjami społecznymi i firmami prywatnymi pozwoli rozwijać nowe modele usług, inwestować w infrastrukturę i wzmacniać opiekę środowiskową.

- **Uproszczenie procedur prawnych**

Należy skrócić procesy ubezwłasnowolnienia, usprawnić decyzję wspomaganą i uelastyczyć zasady kierowania do DPS-ów i ZOL-i, aby system mógł szybciej reagować na potrzeby osób niesamodzielnych.

6. WSPARCIE OPIEKUNÓW NIEFORMALNYCH

- **Rozwój opieki wytchnieniowej**

Konieczne jest zapewnienie opiekunom dostępu do usług zastępczych o różnej intensywności – zarówno doraźnych, jak i dłuższych – aby odciążać rodziny i poprawić ich sytuację psychofizyczną.

- **Dostęp do informacji i edukacja**

Opiekunowie powinni mieć łatwy dostęp do rzetelnych informacji poprzez portale i infolinie oraz możliwość uczestnictwa w szkoleniach dotyczących opieki, praw socjalnych, korzystania ze sprzętu czy procedur medycznych.

- **Wsparcie psychologiczne i prawne**

Niezbędne jest zapewnienie bezpłatnego wsparcia psychologicznego oraz doradztwa prawnego związanego z podejmowaniem trudnych decyzji opiekuńczych czy formalnościami prawnymi.

- **Uznanie roli opieki nieformalnej**

Warto rozważyć umożliwienie opiekunom podejmowania pracy bez utraty świadczeń oraz stopniowe formalizowanie opieki nieformalnej jako formy pracy wspieranej przez państwo.

wnioski z seminarium



Eksperti podkreślają, że polski system opieki długoterminowej wymaga pilnych, kompleksowych zmian obejmujących finansowanie, regulacje prawne, organizację usług i podejście społeczne. Wskazują, że bez zdecydowanych działań państwa i wzmocnienia roli samorządów system nie udźwignie rosnących potrzeb demograficznych.

Najsilniej akcentowano kwestie finansowe: konieczność znaczącego zwiększenia nakładów oraz uporządkowania samych mechanizmów finansowania. Wskazywano, że wprowadzenie ubezpieczenia pielęgnacyjnego – wzorem Niemiec – byłoby jednym z kluczowych rozwiązań, podobnie jak ujednolicenie stawek w DPS-ach i ZOL-ach oraz podniesienie wynagrodzenia dla opiekunów prawnych. Eksperti zwracają też uwagę, że samorzady powinny mieć realny wpływ na sposób finansowania świadczeń i możliwość pozyskiwania środków adekwatnych do skali zadań.

Drugim dużym obszarem są regulacje prawne. Wskazywano potrzebę stworzenia kompleksowej ustawy o opiece długoterminowej, która jasno zdefiniuje role, zadania i podział odpowiedzialności między sektorem zdrowia i pomocą społeczną. Ważnym postulatem jest wprowadzenie koordynatora opieki, który łączyłby usługi zdrowotne, społeczne i opiekuńcze, oraz doprecyzowanie funkcji ZOL-i i DPS-ów, aby uniknąć chaosu organizacyjnego i przeciążenia placówek nieprzystosowanych do funkcji medycznych.

Eksperti mocno akcentują rozwój usług środowiskowych: opieki domowej, dziennych domów opieki, usług sąsiedzkich, mieszkań wspomaganych czy teleopieki. Podkreślają, że tylko takie podejście – pozwalające osobom starszym jak najdłużej pozostać w swoich domach – zapewni systemowi efektywność i stabilność. Widać tu również silny nacisk na wsparcie opiekunów nieformalnych, poprzez zarówno usługi wytchnieniowe, jak i lepszy dostęp do informacji, poradnictwa i narzędzi edukacyjnych.

Wśród rekomendacji znajdują się także postulaty związane z sytuacją zawodową pracowników: podniesienie wynagrodzeń, budowanie prestiżu zawodu, tworzenie ścieżek kariery i systemu szkoleń. Wskazano, że bez inwestycji w kadry nawet najlepsze reformy nie przyniosą efektu. Podkreślano też potrzebę współpracy z sektorem prywatnym i organizacjami pozarządowymi oraz lepsze regulacje zabezpieczające przed nadużyciami.

W wymiarze społecznym eksperci zwracali uwagę na konieczność kampanii edukacyjnych – zarówno promujących zawód opiekuna, jak i przygotowujących społeczeństwo do starości. Pojawiały się także propozycje wsparcia informacyjnego poprzez media publiczne i rozwój profilaktyki zdrowotnej.

Wnioski są jednoznaczne: system opieki długoterminowej wymaga głębokiej przebudowy, większej odwagi politycznej i silniejszego zaangażowania samorządów. Bez tego nie będzie w stanie sprostać rosnącym potrzebom społecznym.

CENTRUM ANALIZ I BADAŃ



UNIA
METROPOLII
POLSKICH

IM. PAWŁA ADAMOWICZA

badania@metropolie.pl