

dr Rafał Bakalarczyk

# Opieka długoterminowa i hospicyjna w Polsce

Stare problemy,  
nowe wyzwania



Raport dla Caritas

31 maja 2023 r.

## dr Rafał Bakalarczyk

(ur. 1986 r.) – badacz polityki społecznej, wykładowca i publicysta. Naukowo specjalizuje się w polityce senioralnej, opiece długoterminowej i wsparciu osób z niepełnosprawnościami. Pracuje jako adiunkt w Instytucie Pracy i Spraw Socjalnych. Działa w komisji ekspertów ds. osób starszych przy Rzeczniku Praw Obywatelskich, jest też ekspertem ds. polityki społecznej w Centrum Analiz Klubu Jagiellońskiego oraz członkiem zespołu eksperckiego ds. opiekunów w ramach Inicjatywy Nasz Rzecznik. Publikował dotąd m.in. na łamach Więzi, Przewodnika Katolickiego, Magazynu Kontakt i Dziennika Gazety Prawnej. Autor licznych opracowań, raportów i artykułów z obszaru polityki społecznej, w szczególności na temat opieki nad osobami starszymi a także wsparcia osób z niepełnosprawnościami i ich bliskich.

Publikacja przygotowana na zlecenie Caritas Polska w maju 2023.  
Autor: Rafał Bakalarczyk  
Redakcja: Monika Figiel, Marcin Kawko  
Korekta: Anna Marecka  
Opracowanie graficzne: MH Sp. z o.o.  
Nakład: 300 egzemplarzy  
Caritas Polska, Warszawa, maj 2023  
ISBN 978-83-961114-9-4

# SPIS TREŚCI

**NAJWAŻNIEJSZE WNIOSKI Z RAPORTU – STRESZCZENIE / 5**

**WSTĘP / 8**

**POTRZEBY OPIEKUŃCZE W STARZEJĄCYM SIĘ SPOŁECZEŃSTWIE POLSKIM / 12**

**1. KONDYCJA SYSTEMU OPIEKI WOBEC OSÓB STARSZYCH I WYMAGAJĄCYCH WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU / 8**

- 1.1. Generalne uwarunkowania i problemy polskiego sektora opieki / 12
- 1.2. Instytucje i problemy opieki w sektorze zdrowotnym / 14
  - 1.2.1. Opieka długoterminowa finansowana ze środków NFZ / 14
  - 1.2.2. Opieki hospicyjna i paliatywna / 20
- 1.3. Instytucje i problemy opieki w sektorze pomocy społecznej / 24
  - 1.3.1. Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania / 24
  - 1.3.2. Domy pomocy społecznej / 29
  - 1.3.3. Inne placówki świadczące opiekę całodobową / 33
  - 1.3.4. Alternatywne formy opieki: rodzinne domy pomocy, mieszkalnictwo chronione, placówki wsparcia dziennego / 35
  - 1.3.5. Programy opiekuńczo-wspierające w ramach Funduszu Solidarnościowego / 37
  - 1.3.6. Wsparcie rodzin i opiekunów rodzinnych oraz nieformalnych osób starszych, wymagających stałej opieki lub pomocy w codziennym funkcjonowaniu / 39
- 1.4. Rola instytucji prowadzonych przez organizacje wyznaniowe (Rola Kościoła i instytucji wyznaniowych) / 41

**2. PROCESY I TRENDY WPŁYWAJĄCE NA WYZWANIA W SFERZE OPIEKI / 43**

- 2.1. Podwójne starzenie się społeczeństwa i procesy ludnościowe / 43
- 2.2. Przemiany instytucji rodziny i sieci krewniaczych / 47
- 2.3. Niepewna sytuacja emerytalna i ryzyko ubóstwa jako czynnik wpływający na zaspokojenie potrzeb opiekuńczych / 49
- 2.4. Tendencje i dążenia w kierunku deinstytucjonalizacji / 51
- 2.5. Niejasne ramy i kierunki polityki publicznej w sferze opieki / 54

**3. WNIOSKI I REKOMENDACJE / 60**

**REKOMENDACJE DLA POLITYK PUBLICZNYCH / 62**

- Rekomendacje dla segmentu medycznego opieki nad osobami starszymi / 64
- Rekomendacje w obszarze opieki hospicyjnej i paliatywnej / 66
- Rekomendacje w zakresie reformy systemu opieki poza obszarem medycznym / 68
- Rekomendacje w zakresie wsparcia dla rodzin i opiekunów nieformalnych / 71

**ANEKS. DOBRE PRAKTYKI, INSPIRACJE / 74**

- Inspiracje działające w Polsce / 76
- Innowacyjne formy mieszkalnictwa wspierające niesprawne osoby starsze / 79



## NAJWAŻNIEJSZE WNIOSKI Z RAPORTU – STRESZCZENIE

**R**osnący poziom potrzeb opiekuńczych wraz ze starzeniem się populacji to coraz poważniejsze wyzwania, przed którymi stoi społeczeństwo, państwo i organizacje świadczące wsparcie. Nadchodzące dekady będą z jednej strony zwiększały wzrost potrzeb opiekuńczych (w związku ze wzrostem liczebnym i procentowym najstarszych pokoleń), a z drugiej strony coraz trudniej będzie te potrzeby zaspokoić (z uwagi na spadek liczebny i procentowy pokoleń w wieku produkcyjnym).

Ryzyko coraz większych trudności z zaspokajaniem potrzeb opiekuńczych jest tym głębsze ze względu na zmiany w relacjach krewniaczych, strukturze rodziny i jej trwałości. Rosnącym problemem staje się wobec tego nie tylko samotność (także w starszym wieku), ale też zaspokojenie potrzeb opiekuńczych osób żyjących samotnie i niemających bliskich.

Dodatkowym czynnikiem mogącym uniemożliwić radzenie sobie z tym problemem w ramach strategii indywidualnych jest trudna i – perspektywie kolejnych lat i dekad – wcale nie łatwiejsza niż dziś sytuacja socjalno-ekonomiczna wielu gospodarstw emeryckich. Wraz ze spadkiem stopy zastąpienia i ryzykiem ubóstwa utrudnione lub wręcz niemożliwe może być dla osób nim dotkniętych zaspokojenie potrzeb w warunkach rynkowych.

Trudno powiedzieć, na ile tendencje te zostaną złagodzone (bądź zaostrzone?) w ramach ruchów migracyjnych, gdyż żyjemy w świecie coraz bardziej nieprzewidywalnym (ryzyko wojen czy kryzysy klimatyczne i humanitarne), co może wpłynąć na kierunki i skalę migracji. Choć trzeba myśleć, jak osoby migrujące wykorzystać zawodowo także w sferze opieki i wsparcia, jednak nie może być to fundament mierzenia się z wyzwaniami opiekuńczymi.

Nie wolno również liczyć, że korzystne zmiany technologiczne i medyczne lub w sferze zdrowia i sprawności populacji, także w starszym wieku, z pewnością nastąpią (choć trzeba je stymulować i wspierać) ani tym bardziej że głównie za ich sprawą możliwe byłoby sprośowanie wyzwaniom opiekuńczym w najbliższych dekadach.

Potrzeba kompleksowych reform oraz adaptacji na poziomie publicznym i społecznym. Choć istnieje wiele praktycznych instrumentów, nadal sfera opieki wymaga zdecydowanych i kompleksowych działań poprzedzonych diagnozą już istniejących problemów i możliwości. Dotychczas – mimo wcześniejszych prób – taka polityka nie jest prowadzona.

Można na podstawie analizy przeprowadzonej w dalszej części opracowania sformułować kilka wniosków odnośnie do wyzwań, które stoją przed polityką społeczną w sferze opieki wobec osób w starszym wieku.

1. W obszarze zdrowotnym szczególnie pilnym wyzwaniem jest naprawa sytuacji dotyczącej dostępności opieki hospicyjnej i paliatywnej. Instytucje świadczące tego typu usługi są obecnie w bardzo trudnej sytuacji finansowej, co stawia pod znakiem zapytania możliwość kontynuowania ich misji. Wielu pacjentów napotyka ponadto bariery, przez które w obliczu nieuleczalnej choroby już dziś nie mają możliwości u kresu życia zostać objętymi tego typu opieką.
2. Rozbudowy wymaga wielowymiarowa sfera wsparcia środowiskowego poza obszarem całodobowych instytucji. Wiele rozwiązań składających się na środowiskowe wsparcie w opiece jest wciąż nieobecnych lub niedostępnych w ogromnej części społeczności. Katalizatorem zmian w tym kierunku mogą być przyjęte już dokumenty strategiczne w obszarze tzw. deinstytucjonalizacji.
3. Usługi w warunkach domowych, w tym zwłaszcza usługi specjalistyczne, wciąż nie są dostępne w wielu społecznościach. Brakuje kadr, a także standardów jakości i ich egzekwowania. Dobrym, choć w obecnym stadium dalece niewystarczającym krokiem, by to poprawić, jest program Opieka 75+, a także program „Korpus wsparcia seniora”, którego trwanie i kierunek rozwoju w kolejnych latach jest trudny do określenia.
4. Sektor opieki instytucjonalnej również czeka na zmiany. W dotychczasowym stanie rzeczy placówki zbyt często są zamieszkiwane przez bardzo dużą liczbę mieszkańców i działają w sposób niezapewniający podmiotowości i niezależności życia mieszkańcom. Zdarzają się też naruszenia praw mieszkańców. Zmiany powinny iść w kierunku otwarcia na środowiskowe udzielanie się i wspieranie mieszkańców w niezależności oraz włączeniu społecznym.
5. Pozytywnym novum z ostatnich lat jest powołanie Funduszu Solidarnościowego i uruchomienie z jego środków różnych corocznych programów także zorientowanych na cele opiekuńcze. Formuła tychże programów – projektowo-konkursowa – to jednak zbyt nietrwałe i za mało powszechne narzędzie, za pomocą którego można solidarnie mierzyć się z wyzwaniem opiekuńczym. Rozwiązania zawarte w tych programach powinny być do-

celowo częścią powszechnie obowiązującego prawa wraz ze stabilnym źródłem finansowania.

6. Wsparcie rodziny, na której dotąd opierało się zaspokojenie potrzeb opiekuńczych, jest nadal skromne i nieadekwatne do potrzeb. Całościowej rewizji wymagają zasady i wysokość wsparcia finansowego tej grupy, rozbudowa i upowszechnienie wsparcia usługowego (m.in. wytechniowego, informacyjnego, szkoleniowego czy psychicznego) i umożliwienie opiekunom godzenia swojej roli z innymi planami, obowiązkami i aspiracjami (w tym zawodowymi).





**W** cyklu życia, który statystycznie się wydłuża, niemal zawsze w pewnym momencie wymagamy opieki lub uczestniczymy w jej świadczeniu wobec innych. Wraz ze starzeniem się społeczeństw coraz więcej osób dożywa fazy zaawansowanej starości, a możliwości medyczne pozwalają na wydłużanie tego etapu naszego życia, w którym ryzyko zapotrzebowania na długookresową opiekę jest największe. Niekiedy potrzebna jest opieka głównie u kresu życia, ale czasem mamy do czynienia z długookresowym wyzwaniem. Nawet tam, gdzie utrata samodzielności następuje już w dojrzałym wieku, proces opieki może trwać latami czy dekadami. A są przecież osoby, które intensywnego wsparcia w czynnościach życia codziennego, a także rozmaitych czynnościach opiekuńczych, pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych wymagają przez całe życie (jak dzieci z ciężkimi wadami rozwojowymi) lub przez znaczną jego część (np. ofiary skutkujących znaczną niepełnosprawnością wypadków lub ciężkich przewlekłych chorób).

Doświadczenie zapotrzebowania na opiekę nie jest zatem marginalne. Do tego angażuje fizycznie, emocjonalnie, finansowo różne osoby z otoczenia, a rola opiekuna/opiekunki to dla wielu osób ważna, nierzadko narzucona okolicznościami rola, która również wymaga wsparcia. Zarówno zapewnienie opieki, jak i wsparcie dla tych, którzy zaangażowani są w proces jej świadczenia (w ramach relacji prywatno-rodzinnych, obowiązków zawodowych, wolontariatu itp.), to także ważne wyzwanie dla całej wspólnoty, dla instytucji państwa i samorządu, jak też dla różnych organizacji społecznych – świeckich i religijnych, w szczególności tych, które mają moc oddziaływania na szerszą systemową skalę.

Jakkolwiek wyzwanie jest uniwersalne i poniekąd ponadczasowe, szukanie na nie dobrej odpowiedzi odbywa się w określonym kontekście, w świetle procesów i uwarunkowań danego miejsca i czasu. Raport będzie próbą osadzenia problemów i propozycji rozwiązań

w sferze opieki w kontekście zachodzących obecnie i prognozowanych na przyszłość trendów, współwystępujących makroprocesów cywilizacyjnych i ekonomicznych, jak też zmian w podejściu do zagadnień opiekuńczych (np. za sprawą filozofii tzw. deinstytucjonalizacji). Zarazem chcielibyśmy, aby nie były to jedynie ogólne rozważania, lecz by prowadziły do konkretnych wniosków i propozycji skierowanych do trzech zasadniczych kręgów odbiorców.

Po pierwsze, do środowiska Caritas Polska i działających w jego ramach podmiotów świadczących i organizujących różnego rodzaju opiekę oraz wsparcie opiekuńcze. W ramach Caritas Polska działają organizacje świadczące i opiekę paliatywną oraz placówki opieki długoterminowej i różne formy wsparcia środowiskowego i działania senioralne. Mamy nadzieję, że raport dostarczy im inspiracji oraz źródeł wiedzy o możliwych kierunkach rozwoju,

Po drugie, raport jest skierowany do decydentów różnych szczebli. Jako Caritas Polska chcielibyśmy, korzystając z szerokiej skali oddziaływania, doświadczenia w materii pomocy i opieki, kapitału społecznego w kręgach tyleż religijnych, ileż pomocowo-opiekuńczych, włączyć się w sposób konstruktywny w dyskusję o wyzwaniach w zakresie opieki długoterminowej i hospicyjnej oraz rekomendować działania.

Po trzecie, raport jest przygotowany z myślą o wszystkich innych interesariuszach sfery opieki, w szczególności w odniesieniu do osób w starszym wieku. Uznajemy, że wyzwania opiekuńcze to jedne z wiodących zadań, przed jakimi stoi współczesne państwo i społeczeństwo. A waga zagadnienia wynika nie tylko z oceny sytuacji, ale także humanistycznego imperatywu troski o życie, również wówczas, gdy życie to tak silnie jest zależne od wsparcia innych.





## POTRZEBY OPIEKUŃCZE W STARZEJĄCYM SIĘ SPOŁECZEŃSTWIE POLSKIM

**M**ówiąc o opiece nad osobami starszymi, w istocie nie mamy na myśli jednego wymiaru czy rodzaju opieki, ale wiele. Najczęściej długotrwałą opiekę wiąże się z zaspokojeniem potrzeb opiekuńczych wobec niemożności wykonywania samodzielnie wielu czynności dnia codziennego (tzw. *activity of daily living*), takich jak wstawanie, ubieranie się, kąpanie, mycie, samodzielne korzystanie z toalety, przygotowanie, a nieraz i spożywanie posiłków, jak też w pełni samodzielne funkcjonowanie nawet w najbliższym otoczeniu gospodarstwa domowego. W obszarze medycznym zapewne znacznie większą rolę będą odgrywały potrzeby związane ze sferą pielęgnacji.

Istnieją różne narzędzia do pomiaru tzw. niesamodzielności czy właśnie zapotrzebowania na opiekę długoterminową, stosowane w badaniach<sup>1</sup>, a niekiedy w praktyce do ustalenia uprawnień (np. w opiece długoterminowej finansowej z publicznych funduszy zdrowotnych stosowana jest tzw. skala Barthel)<sup>2</sup>. Nieco inne kryteria określania zapotrzebowania na opiekę zostały zastosowane w badaniach Pol Senior. Z rozdziału poświęconego potrzebom opiekuńczym wynika, że zapotrzebowanie na tego typu pomoc wzrasta wraz z wiekiem, znaczny wzrost odsetka zdecydowanie potrzebu-

1 Przykładem był realizowany w Instytucie Pracy i Spraw Socjalnych projekt poświęcony „Profesjonalizacji usług asystenckich i opiekuńczych dla osób niesamodzielnych”. Wśród jego rezultatów dostępnych tu: Rezultaty Projektu, IpiSS, <https://www.ipiss.com.pl/projekt-badawczy=rezultaty-projektu> (dostęp z 30.09.2022 r.) znajdujemy opracowanie na temat pomiaru niesamodzielności będącej podstawą zapotrzebowania na opiekę – Z. Szweđa-Lewandowska, *Definicja niesamodzielności, kryteria oceny stopni niesamodzielności oraz standardy usług asystenckich i opiekuńczych. Przegląd literatury i badań. Doświadczenia zagraniczne*, Warszawa 2019.

2 Skala Barthel – co to jest? Interpretacja wyników, medme.pl. (dostęp z 06.02.2023 r.).

jących wsparcia obserwuje się zaś od 80. roku życia. W większym stopniu zapotrzebowanie to dotyka kobiet, a wśród osób, które wymagają pomocy, aż 80% stanowią te wymagające pomocy stałej lub codziennej. Jeśli chodzi o sposób zaspokajania tychże potrzeb, czytamy że: „W 90% przypadków pomoc udzielana jest przez rodzinę. Placówki pomocy społecznej udzielają takich świadczeń w niewielkiej skali. Duże znaczenie ma pomoc nieformalna, ale nieudzielana przez najbliższą rodzinę (sąsiedzi, znajomi)”<sup>3</sup>.

Już dziś problemem jest tzw. luka opiekuńcza definiowana jako „różnica pomiędzy zidentyfikowanymi potrzebami opiekuńczymi wynikającymi ze stanu zdrowia osoby starszej, stopnia samodzielności, wieku, statusu rodzinnego, statusu ekonomicznego, zasobów kulturowych (indywidualne cechy jednostki) a otrzymywaną pomocą i wsparciem”<sup>4</sup>. Badaczki zagadnienia wskazują, na podstawie wyników europejskich badań SHARE, iż „ponad połowa ankietowanych starszych dorosłych (52,6%) stwierdziła, że otrzymywana pomoc spełnia ich potrzeby czasami lub rzadziej, z czego 51,3% (55% kobiet i 48,9% mężczyzn) wcale nie otrzymywało wsparcia mimo odczuwania takiej potrzeby”<sup>5</sup>.

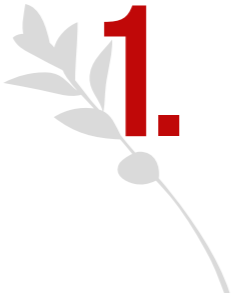
Jak zostanie pokazane w dalszych częściach raportu, zachodzące na naszych oczach procesy i zjawiska mogą prowadzić do tego, że luka ta będzie się pogłębiać. Tymczasem pilnym wyzwaniem jest doprowadzenie do scenariusza przeciwnego – by potrzeby opiekuńcze były coraz bardziej i lepiej (także w aspekcie jakościowym) zaspokajane. By móc sprostać choćby częściowo temu wyzwaniu, konieczna jest diagnoza problemu, wyciąganie z nich wniosków i wola, aby przekuć te wnioski w działania naprawcze. Przygotowując raport, wierzymy, że może on stać się swoistą cegiełką (jedną z wielu) w procesie naprawczym.

W pierwszej części chcielibyśmy dokonać przeglądu infrastruktury opiekuńczej, nie tylko opisując zakres działających instytucji, ale też wskazując problemy, z jakim muszą się mierzyć. Zostanie to przeprowadzone z podziałem na segment zdrowotny (w jego ramach zaś pokazana nie tylko opieka długoterminowa, ale także odrębna wobec niej, ale poniekąd pokrewna, opieka hospicyjna) i społeczny (w ramach instytucji wsparcia pozamedycznego, głównie na gruncie ustawy pomocy społecznej). W drugiej części zostaną przedstawione procesy i inne uwarunkowania mogące wpłynąć na to, z czym możemy mieć do czynienia w sferze opieki w przyszłości. Całość zwieńczyą rekomendacje wyrastające z diagnozy i analizy wcześniejszych części.

3 P. Błędowski, *Potrzeby opiekuńcze*, [w:] P. Błędowski, T. Grodzicki, M. Mossakowska, T. Zdrojewski (red.), *Pol Senior 2. Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem*, Gdańsk 2021.

4 A. Abramowska-Kmon, Z. Szweđa-Lewandowska, *Model opieki nad osobami starszymi i luka opiekuńcza w Polsce*, [w:] I. Wóycicka (red.), *W stronę sprawiedliwej troski. Opieka nad osobami starszymi w Polsce*, Raport Fundacji im. Stefana Batorego, Warszawa 2022.

5 Tamże.



# KONDYCJA SYSTEMU OPIEKI WOBEC OSÓB STARSZYCH I WYMAGAJĄCYCH WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU

## 1.1. Generalne uwarunkowania i problemy sektora opieki w Polsce

**P**rzed zajrzeniem w głąb poszczególnych obszarów opieki warto zasygnalizować pewne ponadresortowe właściwości. Po pierwsze, jak pokazują raporty i statystyki porównawcze, Polska wydaje na opiekę ze środków publicznych jedną z najniższych części PKB wśród krajów rozwiniętych (na poziomie około 0,4% PKB)<sup>6</sup>. Z tego też może po części

<sup>6</sup> OECD, *Health at a glance 2019*, [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019\\_4dd50c09-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en) (dostęp z 30.09.2021 r.).

wynikać wiele problemów szczegółowych, z jakimi zmagają się poszczególne instytucje, ich pracownicy i odbiorcy opieki oraz ich bliscy.

Po drugie, sfera opieki jest mocno rozproszona i poszczególne składowe są słabo zintegrowane czy skoordynowane (wobec czego trudno mówić o względnie spójnym „systemie opieki”). Najczęściej wskazanym wymiarem tego rozbicia jest podział na segment zdrowotny i społeczny, pomiędzy którymi nie ma wystarczającej synergii ani przepływu informacji. Współcześnie jednak problem koordynacji coraz częściej definiuje się wielopoziomowo i wielowymiarowo, nie tylko w kontekście podziału społeczno-zdrowotnego, ale też funkcjonowania instytucji np. na poziomie lokalnym czy w wymiarze indywidualnego organizowania opieki bliskiej osobie<sup>7</sup>.

Po trzecie, Polskę cechuje jeden z najniższych poziomów wśród krajów OECD, jeśli chodzi o zatrudnienia w tym sektorze<sup>8</sup>. Ma to już poważne implikacje, np. dla rozwoju i dostępności poszczególnych usług czy jakości otrzymanej opieki, ale też należy widzieć ten problem w ujęciu dynamicznym i kurczących się rezerw osób w wieku produkcyjnym. Powyższe problemy wydają się częściowo ze sobą powiązane i prawdopodobnie muszą być rozwiązywane docelowo w ramach całościowej strategii.

Można też wskazać wiele innych strukturalnych problemów, których pełniejsze rozwinięcie nastąpi w dalszych częściach. Katalog problemów ilustruje tabela poniżej.

Niedofinansowanie w ramach środków publicznych
Rozproszenie regulacji i instytucji
Nasilające się problemy kadrowe
Niewystarczające wsparcie przeciążonych opiekunów
Zbyt duże zagęszczenie placówek instytucjonalnych
Niewystarczająca i zróżnicowana dostępność różnorodnych usług opiekuńczych
Słabo rozwinięty rynek i niewystarczający nadzór publiczny jego funkcjonowaniem
Niewystarczające wykorzystanie trzeciego sektora w realizacji, jak też reformowaniu polityki w zakresie opieki długoterminowej

Źródło: opracowanie własne

**TABELA 1.**  
Strukturalne problemy polskiego systemu opieki nad osobami starszymi i wymagającymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu

<sup>7</sup> Z. Szweđa-Lewandowska, *Koordinacja opieki długoterminowej*, [w:] I. Wóycicka (red.), *W stronę sprawiedliwej troski. Opieka nad osobami starszymi w Polsce*, Raport Fundacji im. Stefana Batorego, Warszawa 2022.

<sup>8</sup> OECD, *Health at a glance...*, op cit.

## 1.2. Instytucje i problemy opieki w sektorze zdrowotnym

W ramach służby zdrowia opieka długoterminowa jest świadczona na podstawie poświęconym temu zagadnieniu regulacji<sup>9</sup>. Osobnym torem realizowane są świadczenia w zakresie rehabilitacji (także w warunkach domowych), które wobec osób wymagających trwałego wsparcia w codziennym funkcjonowaniu również odgrywają istotne znaczenie. Jeszcze inny dział stanowi tzw. opieka paliatywna i hospicyjna, ujęte w odrębnym rozporządzeniu ministerialnym<sup>10</sup>. Poza tym osoby starsze otrzymują medyczną opiekę i leczenie ze strony specjalistów różnych dyscyplin medycznych, w tym także – choć w Polsce jest ona wciąż nie dość rozwinięta – opiekę geriatryczną. Można zatem powiedzieć, że w samym sektorze zdrowotnym kwestie opiekuńcze są rozbite na kilka obszarów.

Zanim przyjrzymy się pokrótce opiece długoterminowej oraz niebędącej z nią tożsamej opiece hospicyjnej i paliatywnej, warto nadmienić, że są to formy opieki świadczone w ramach publicznej służby zdrowia i finansowane przy udziale funduszy z Narodowego Funduszu Zdrowia, choć pewną rolę w poszczególnych rodzajach opieki opisanych poniżej mają także niepubliczne podmioty: zarówno komercyjne, jak i społeczne (w tym prowadzone przez podmioty należące do wspólnot wyznaniowych). Może być to działalność prowadzona w ramach kontraktów NFZ, ale nierzadko te podmioty korzystają także z innych źródeł finansowania (np. w przypadku hospicjów mogą być to zbiórki, darowizny czy przychody z 1%).

### 1.2.1. Opieka długoterminowa finansowana ze środków NFZ

Usługi opieki długoterminowej w ramach służby zdrowia mogą być realizowane w dwóch zasadniczych formach:

#### STACJONARNEJ

w ramach zakładów opiekuńczo-leczniczych i zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych,

#### DOMOWEJ

w ramach zespołów opieki długoterminowej<sup>11</sup> i usług pielęgniarki opieki długoterminowej domowej.

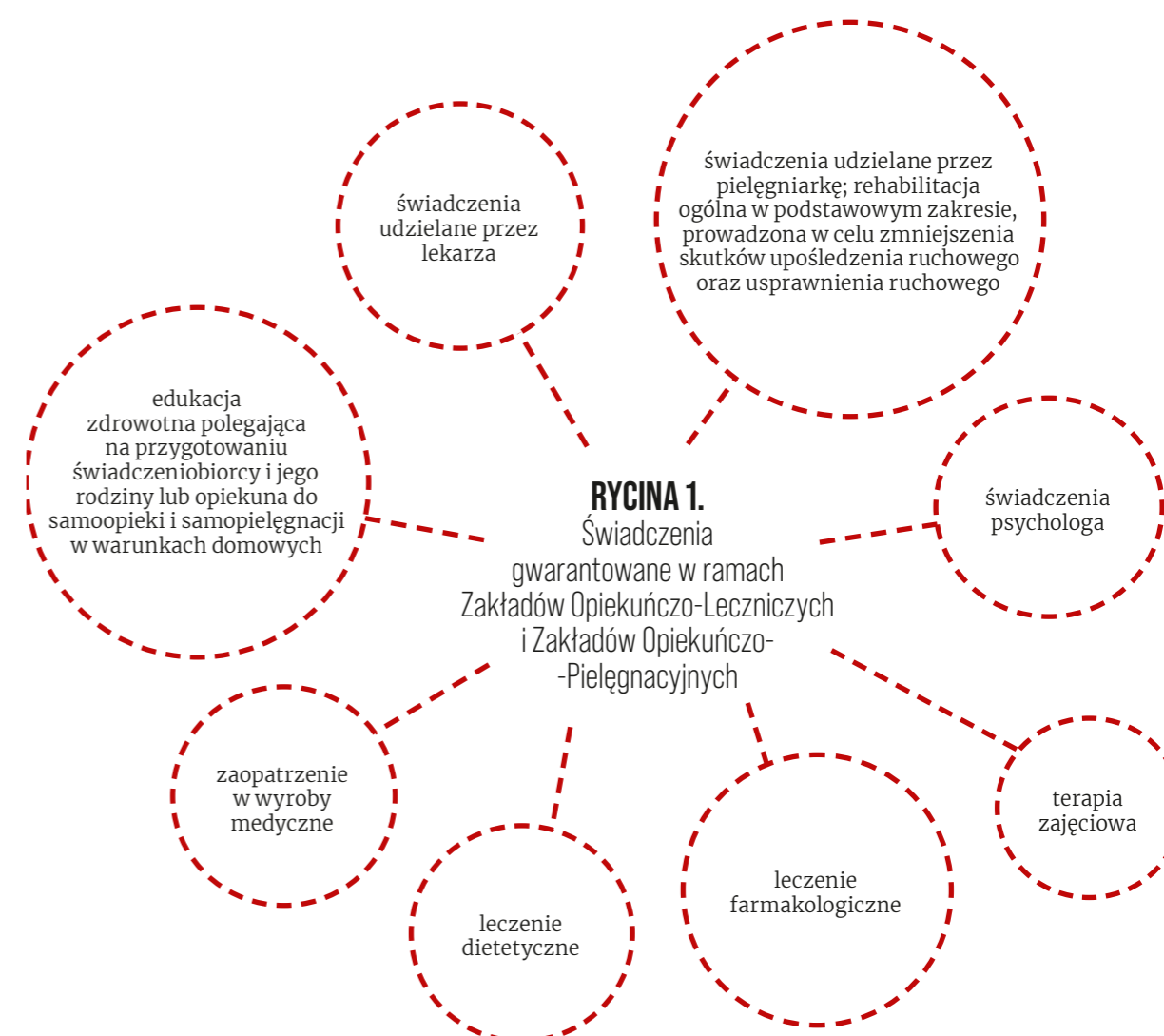
<sup>9</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. z 2013 r. poz. 1480).

<sup>10</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U. z 2013 r. poz. 1347).

<sup>11</sup> Zespół opieki długoterminowej jest przewidziany dla osób wentylowanych mechanicznie, możliwe jest objęcie nim w warunkach domowych. W skali kraju w 2019 tego typu wsparciem objętych było 7,7 tys. pacjentów – w przeważającej mierze osób starszych.

## Opieka długoterminowa w segmencie medycznym

Jeśli chodzi o formy stacjonarne przede wszystkim są one realizowane w ramach zakładów opiekuńczo-leczniczych. Ustawa przewiduje zakłady opiekuńczo-lecznicze ogólne, jak również zakłady opiekuńczo-lecznicze dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Pobyt w ZOL jest – inaczej niż w ramach placówek opieki stacjonarnej w ramach pomocy społecznej – finansowany ze środków NFZ. Osoba będąca na oddziale pokrywa jednak koszty zakwaterowania i wyżywienia.



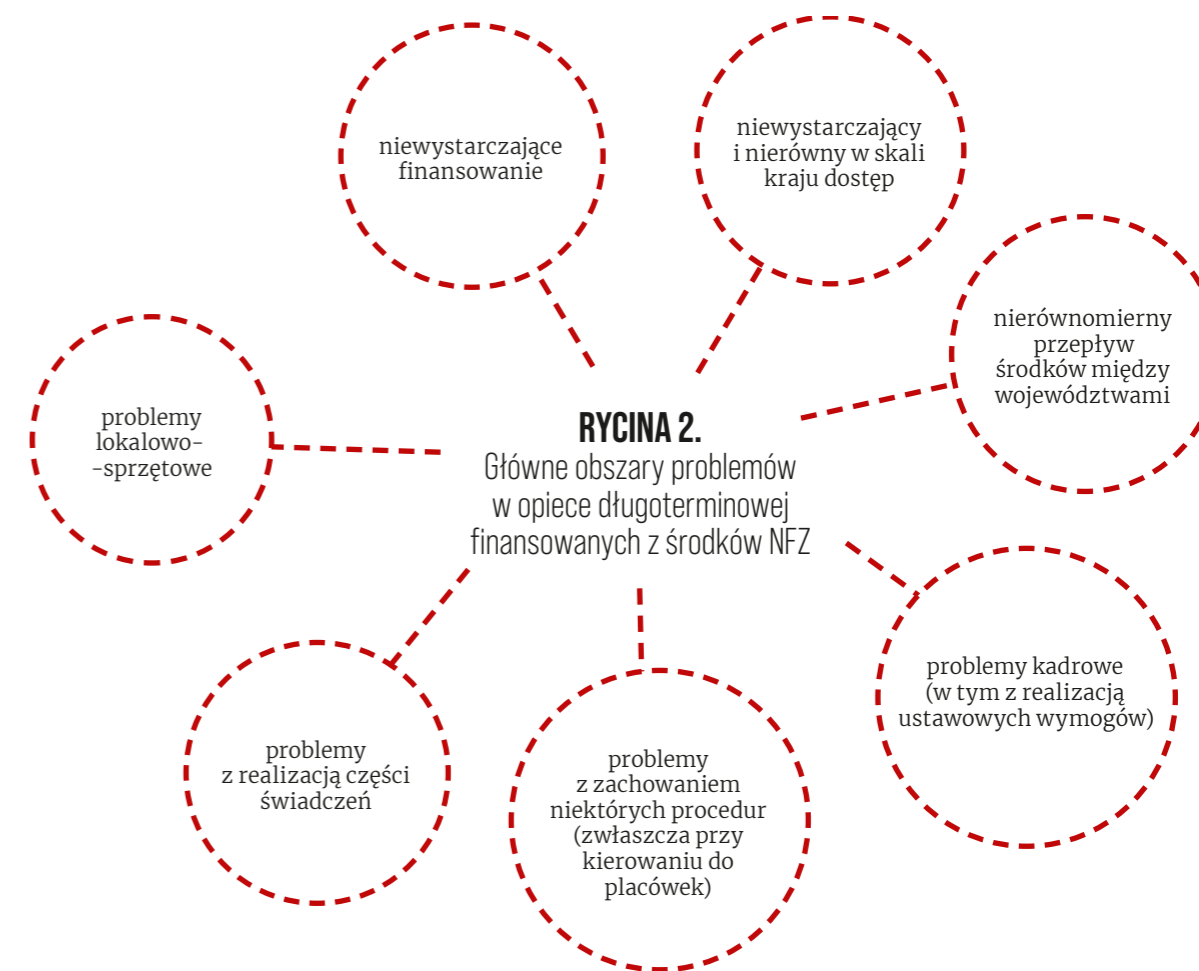


Do stacjonarnych zakładów opieki długoterminowej najczęściej trafiają osoby w starszym wieku. W 2019 roku 59% stanowiły osoby w wieku 80+, a kolejne 28% – osoby w wieku 60+, 11% to osoby w wieku 40–65. Osoby przed czterdziestką stanowiły raptem 2% pacjentów tego typu placówek. Warunkiem trafienia jest odpowiedni niski stopień sprawności (poniżej 40% w skali Barthel) uniemożliwiający choćby czasowo samodzielne funkcjonowanie. Bardzo częstą przyczyną trafienia do ZOL-u jest przebyty udar (dotyczy to około 30% pacjentów), a także choroba tętnic obwodowych, choroba Alzheimera lub inne choroby otępienne oraz inne choroby sercowo-naczyniowe i układu krążenia.

W ostatnich latach obserwuje się tendencję wzrostową, jeśli chodzi o liczbę pacjentów placówek stacjonarnej opieki długoterminowej (w latach 2016–2019 wzrost z 41 257 do 42 614), jak też samych placówek – z 440 do 466. Zarazem liczba osób otrzymujących medyczną opiekę długoterminową w warunkach stacjonarnych pozostaje zauważalnie niższa niż tych, które otrzymują ją w warunkach domowych.

W ramach kontroli za lata 2017–2019 Najwyższa Izba Kontroli zidentyfikowała wiele problemów, które dotyczą placówki stacjonarnej opieki długoterminowej. Wśród rozpoznanych problemów wskazano:

1. radykalne zróżnicowanie dostępu do świadczeń pomiędzy poszczególnymi regionami kraju. Przykładowo liczba łóżek na 100 tys. ubezpieczonych wyniosła 23,2 w województwie warmińsko-mazurskim, podczas gdy w mazowieckim – 356,3. Także koszty ponoszone przez wojewódzkie oddziały NFZ były zróżnicowane, co przekładało się na różnice w dostępności.
2. długi i zróżnicowany czas oczekiwania na umieszczenie w placówce. Wśród kontrolowanych 20 podmiotów jedynie w 2 pacjenci byli przyjmowani na bieżąco, podczas gdy w 10 czas oczekiwania przekraczał 100 dni (a były i takie placówki, gdzie czas ten przekraczał aż 400 dni).
3. zdarzające się niezgodne z prawem praktyki umieszczania w placówce wbrew woli pacjenta, a nieraz także opiekuna prawnego.
4. zdarzające się problemy z zapewnieniem ustawowych wymogów kadrowych, problemy sprzętowe i lokalowe.
5. zdarzające się przypadki nieudzielenia części wymaganych świadczeń. W 1/5 skontrolowanych placówek nie zapewniono wymaganych 2 badań lekarskich w tygodniu. W części instytucji nie zapewniono też opieki logopedycznej czy działań w zakresie terapii zajęciowej.
6. Niewystarczające środki finansowe. Jak czytamy w raporcie pokontrolnym: „Przychody z tytułu świadczeń opiekuńczych kontraktowanych przez NFZ wraz z opłatami ponoszonymi przez pacjentów nie pozwalały na pokrycie kosztów udzielania tych świadczeń przez większość objętych kontrolą ZOL/ZPO”<sup>12</sup>.



Źródło: na podstawie raportu z kontroli NIK.

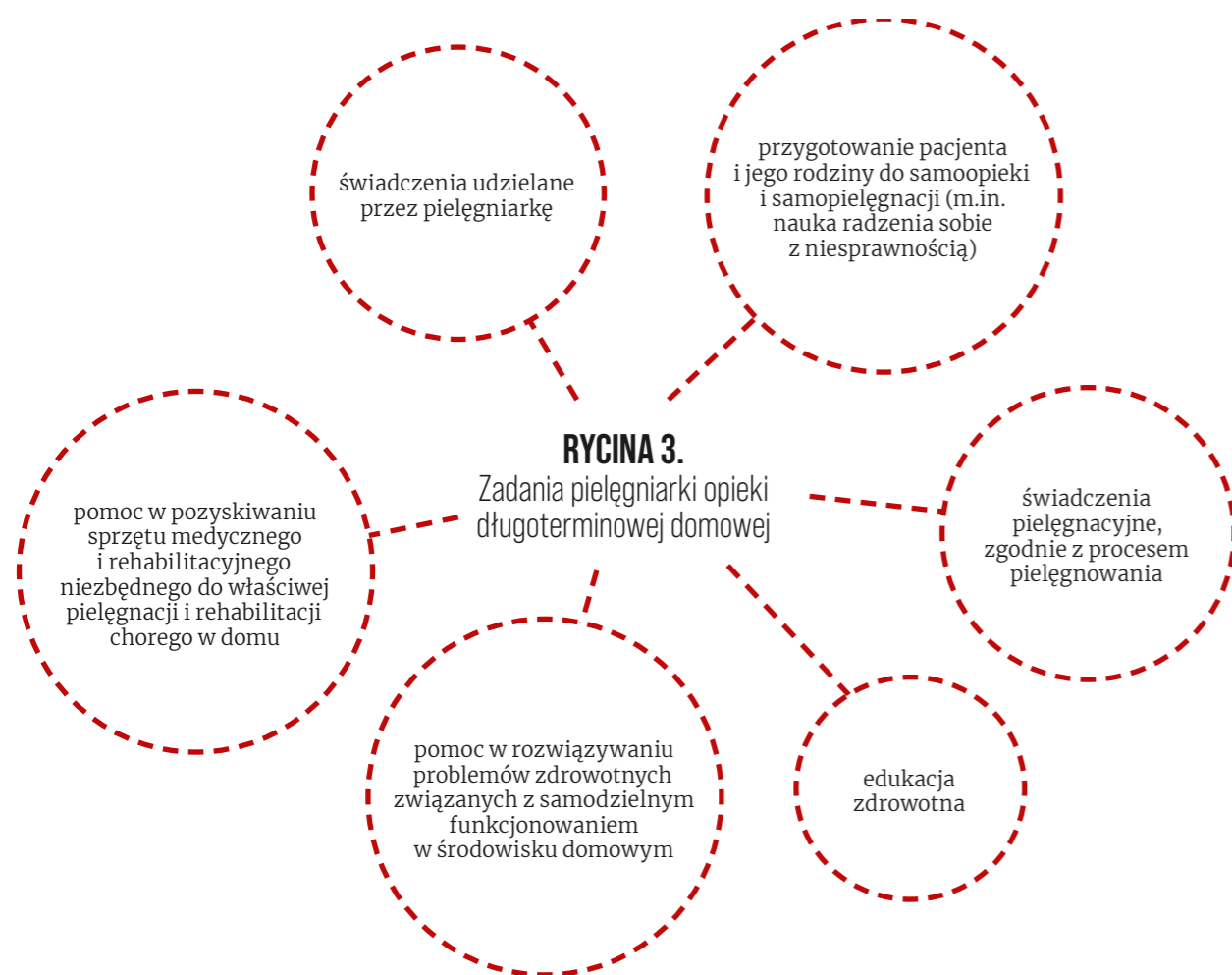
Jak widać powyżej, problemy sektora są różnej natury, począwszy od strony finansowej przez sprawy lokalowe, sprzętowe i kadrowe, aż po zachowanie odpowiednich z punktu widzenia pacjentów procedur i częstotliwości udzielania poszczególnych świadczeń. Wydaje się, że obok diagnozy formalnej działania tego typu placówek i ram finansowych oraz prawnych, w jakich funkcjonują, zasadne byłoby także przyjrzenie się tego typu ośrodkom pod kątem szerszej pojętej jakości życia i opieki, a także wartości istotnych z perspektywy deinstytucjonalizacji. Na ile respektowane są niezależność, podmiotowość i autonomia pacjentów, na ile możliwe są kontakty z osobami z otoczenia, a także czy tworzy się pomyślne warunki do opuszczenia placówki i ewentualnego powrotu do otoczenia środowiskowego.

Warto odnotować, że część placówek udzielających opieki długoterminowej jest otwarta na poszerzenie pola oddziaływania i innowacyjne projekty wykraczające poza ramy opieki instytucjonalnej, choć są ku temu potrzebne dodatkowe środki. Przykładem takich innowacyjnych praktyk przy udziale zakładów opiekuńczo-leczniczych był program wsparcia

12 Najwyższa Izba Kontroli, *Dostępność opieki długoterminowej finansowanej ze środków NFZ*, Warszawa 2020, s. 14.

osób z chorobą otępienną i ich rodzin testowany w ramach programu POWER przy udziale Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego w Toruniu<sup>13</sup>.

Środowiskową formą realizacji są usługi pielęgniarki opieki długoterminowej domowej. W 2019 roku udzielono świadczenia tego typu dla około 62 tys. mieszkańców. By zostać objętym tego typu opieką, konieczne jest spełnienie warunków związanych ze stanem sprawności, mierzonej w tzw. skali Barthel. Osoby, które nie przekroczą 40 punktów na 100 w tejże skali, nie są uprawnione do bycia objętymi opieką długoterminową w warunkach ani stacjonarnych ani domowych, choć według części badaczy jest to rygorystyczny warunek, nawet bowiem osoby, których sprawność mierzona w skali Bartel jest wyższa niż 40, również nie jest wystarczająco samodzielna i wymagałaby wsparcia opiekuńczego-pielęgnacyjnego przynajmniej w pewnym zakresie. Świadczenia pielęgniarki opieki długoterminowej domowej mogą być udzielone w godzinach od 8.00 do 20.00, a w określonych sytuacjach także poza tym czasem.



13 Projekt pt. „Skoordynowana opieka środowiskowa skierowana do osób z chorobą otępienną i ich opiekunów” realizowany jako Model deinstytucjonalizacji usług świadczonych na rzecz osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi Oś IV Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój „Innowacje społeczne i współpraca ponadnarodowa”, Opieka Środowiskowa Skierowana do Osób z Chorobą Otępienną i Ich Opiekunów (power.gov.pl) (dostęp z 30.09.2022 r.).

Jak widać, funkcje pielęgniarki opieki długoterminowej domowej nie są tylko ściśle pielęgnacyjne, ale wiążą się także z oddziaływaniem na kompetencje w zakresie opieki i samoopieki oraz funkcjonowania w obliczu choroby lub niepełnosprawności – po stronie zarówno osoby otrzymującej pomoc, jak i jej bliskich. Należy też podkreślić, że pielęgniarka opieki długoterminowej domowej w ramach ustawowych zadań nie pełni funkcji *stricte* rehabilitacyjnych, chociaż powinna udzielić wsparcia w pozyskaniu odpowiedniego sprzętu i materiałów o charakterze medycznym i rehabilitacyjnym. Należy też wyraźnie odróżnić usługi pielęgniarki opieki długoterminowej domowej od świadczenia usług opiekuńczych ze strony opiekunek z ośrodka pomocy społecznej, o których mowa będzie dalej. Zakres kompetencji jest tu inny, podobnie jak sposób finansowania, a także usytuowanie w systemie instytucji (tu w obszarze zdrowotnym, tam pomocy społecznej). Usługi pielęgniarki opieki długoterminowej domowej są bezpłatne dla pacjenta, podczas gdy w przypadku usług opiekuńczych możliwe jest współpłacenie za usługę.

Korzystanie z usług pielęgniarki opieki długoterminowej domowej nie wyklucza korzystania z usług opiekuńczych z pomocy społecznej. Są natomiast innego typu ograniczenia. Osoba ubiegająca się o te usługi pielęgniarskie nie może korzystać w tym samym czasie z domowej opieki dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, hospicjum domowego, stacjonarnego zakładu opiekuńczego (opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego). Nie może też pozostawać w ostrej fazie choroby psychicznej.

Jak wskazuje Rzecznik Praw Obywatelskich, nie zawsze lekarze POZ są świadomi możliwości, jakie daje w konkretnym przypadku objęcie danej osoby chorej pielęgniarską opieką długoterminową, wobec czego korzystanie z tego instrumentu bywa niewystarczająco szerokie<sup>14</sup>. Tymczasem wydaje się, że ten typ usług może odgrywać ważną rolę w budowaniu środowiskowego modelu wsparcia osób (także starszych) wymagających stałej opieki. Może to stanowić wydatną pomoc dla rodziny, a także uzupełnienie świadczeń zaspokajanych innymi ścieżkami i wsparcie w ich koordynacji.

Ważnym, choć dotąd nieumocowanym w powszechnym porządku prawnym instrumentem świadczenia opieki długoterminowej są tzw. dzienne domy opieki medycznej (DDOM). To placówki działające w trybie dziennym, które były lub nadal są finansowane z Europejskiego Funduszu Społecznego. Pierwotnie, w latach 2016–2019, w ramach programu POWER utworzono 53 projekty, w 2020 roku zaś w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych powstało ponad 100 placówek DDOM. W niektórych społecznościach takie instytucje działają do dziś. Dzielne domy opieki medycznej świadczą opiekę w trybie dziennym. Kwalifikowanie do tego wsparcia – podobnie jak w przypadku stacjonarnych zakładów opieki długoterminowej (ZOL, ZPO) oraz pielęgniarki opieki długoterminowej – było oparte na skali Barthel i zarezerwowane dla osób nieprzekraczających 40 punktów w tejże skali. Wsparciem w ramach placówek miały być objęte dwie grupy pacjentów:

14 P. Błędowski, B. Szatur-Jaworska (red.), *System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania. Przegląd sytuacji*, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2016.

1. osoby bezpośrednio po przebytej hospitalizacji, których stan zdrowia wymaga wzmożonej opieki pielęgniarstwa, nadzoru nad terapią farmakologiczną, kompleksowych działań usprawniających i przeciwdziałających narastającej potrzebie wsparcia w codziennym funkcjonowaniu oraz edukacji zdrowotnej, a także doradztwa w zakresie organizacji opieki i leczenia osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
2. pacjenci, u których występuje ryzyko hospitalizowania w najbliższym czasie lub którym w okresie ostatnich 12 miesięcy udzielone zostały świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego.

Świadczenia, które zapewniane są w tego typu dziennych placówkach, to:

1. opieka pielęgniarstwa, w tym edukacja pacjenta dotycząca samoopieki i samopielęgnacji,
2. doradztwo w doborze odpowiednich wyrobów medycznych,
3. usprawnianie ruchowe,
4. stymulacja procesów poznawczych,
5. terapia zajęciowa,
6. przygotowanie rodziny i opiekunów pacjenta do kontynuacji opieki (działania edukacyjne).

Placówki tego typu zgodnie z dotychczasowymi założeniami działały we wszystkie dni robocze przez co najmniej 8 godzin dziennie. Między działaniami o charakterze opiekuńczo-leczniczym przewidziane były różne inne aktywności.

Instytucja dziennych domów opieki medycznej wydaje się nieść duży potencjał, jeśli chodzi o wzmocnienie sektora opieki długoterminowej, wzbogacając go o komponent placówek dziennych. Działania na rzecz upowszechnienia DDOM i docelowo uczynienia systemowym rozwiązaniem zostały przewidziane w przybliżonej w dalszej części raportu Strategii „Zdrowa Przyszłość”, co daje pewne nadzieje, że formuła dziennych instytucji świadczących opiekę długoterminową w sposób trwalszy niż dotąd zagości w polskim systemie opieki.

## 1.2.2. Opieka hospicyjna i paliatywna

Jest skierowana do osób dotkniętych nieuleczalną chorobą, u kresu życia. Ten typ wsparcia opiekuńczego jest bardzo ważny z punktu widzenia newralgicznych i trudnych momentów w cyklu życia człowieka, jak też jego najbliższych. Jakkolwiek są to instytucje o niezwykle pozytywnej roli, wokół nich nierzadko roztacza się mgła niewiedzy bądź uprzedzeń. Przeciwdziałać temu mogła kampania „Hospicjum to też jest życie”<sup>15</sup>.

Pobyt w hospicjum jest finansowany ze środków NFZ i nieodpłatny dla pacjenta, który otrzymał stosowne skierowanie. Warunkiem jest jednak spełnienie określonych kryteriów medycznych związanych z byciem dotkniętym któryś ze schorzeń, uwzględnionych w ministerialnym rozporządzeniu. Są to głównie choroby nowotworowe, a także pojedyncze choroby nienowotworowe. Zamknięty katalog schorzeń uprawniających do bycia objętym tego typu opieką stanowi barierę dostępu dla osób cierpiących na inne schorzenia.

Choć instytucja hospicjum może być dla osób w różnym wieku, wśród pacjentów dominują osoby starsze. Pokazują to statystyki za 2019 rok na temat struktury wieku. Na 96,4 tys. korzystających z opieki paliatywnej i hospicyjnej, 3/4, – 73% to osoby w wieku 65+, z czego 44% były to osoby w wieku 65–79 i 29% – osoby po 80. roku życia.

Jeśli chodzi o tryb stacjonarny, opieka świadczona jest w ramach hospicjów stacjonarnych lub na oddziałach opieki paliatywnej. Opieka ma charakter całodobowy i sprawowana jest przez 7 dni w tygodniu. To opieka lekarska, pielęgnacyjna, leczenie bólu, leczenie farmakologiczne, leczenie innych objawów somatycznych oraz zapobieganie powikłań. Może zawierać działania o charakterze rehabilitacyjnym, a także – co warto podkreślić – opiekę psychologiczną zarówno wobec pacjenta, jak i jego rodziny. Hospicja mają też możliwość świadczenia opieki wyręczającej w wymiarze do 10 dni.

Opieka ambulatoryjna obejmuje – świadczone nie częściej niż 2 razy w tygodniu – porady i konsultacje lekarskie, mogą być udzielane czy to w poradni, czy w domu osoby chorej. W 2019 roku działało ponad 155 poradni w skali całego kraju ulokowanych głównie w dużych miastach. Na 100 tys. mieszkańców przypada 0,4 poradni, co można uznać za niski wskaźnik. W okresie tym skorzystało z opieki poradni 14,6 tys., z czego 2/3 (67%) stanowiły osoby w wieku 65+.

Ważną i dla wielu osób szczególnie pożądaną formą świadczeniach opieki hospicyjnej i paliatywnej jest formuła hospicjum domowego. W 2019 roku 62,5 tys. pacjentów było objętych hospicjum domowym, z czego 73% stanowiły osoby w wieku 56+. Świadczenia tego typu udzielane są w domu, a osoba objęta nimi może skorzystać z nich nieodpłatnie w sposób ciągły – przez 7 dni w tygodniu. W 2019 roku działało prawie 600 hospicjów domowych, z czego 71 skierowanych do nieuleczalnie chorych dzieci.

Choć objęcie tego typu opieką we własnym domu jest przez wiele osób u kresu życia i ich rodzin formą postrzeganą jako najkorzystniejsza, nie zawsze możliwe jest skorzystanie z niej. Raport NIK pokazuje trudności w dostępie z trzech zasadniczych powodów:

1. zbyt wąska lista chorób (głównie tych nowotworowych) uprawniających do bycia objętym tego typu opieką,
2. ograniczony dostęp do opieki hospicyjnej dla mieszkańców na terenach wiejskich,
3. wprowadzone przez NFZ limity w finansowaniu rodzaju świadczeń.

Jeśli chodzi np. o katalog schorzeń, wskazuje się, że istnieje wiele, na które ludzie umierają, a nie kwalifikują się do opieki hospicyjnej, mowa np. o osobach cierpiących na niewydolność nerek czy serca. Także zasady finansowania mogą być źródłem problemów z dostępnością, jak też w ogóle funkcjonowaniem placówek. Jak czytamy w komunikacie pokontrolnym NIK:

15 Hospicjum to też życie – Empatia. Hospicjum domowe, otophospicja.pl (dostęp z 07.02.2022 r.).



*Na ograniczony dostęp do świadczeń opieki paliatywnej wpływ ma również to, że nie mogą być one finansowane przez NFZ ponad limit określony w kontrakcie, ponieważ przepisy przewidują taką możliwość jedynie w odniesieniu do świadczeń ratujących życie. Tymczasem świadczenia opieki paliatywnej to świadczenia szczególne, gdyż nie są ukierunkowane na ratowanie życia, lecz na zapewnienie godnych warunków umierania. Ograniczenie to powoduje powstawanie kolejek do hospicjów i sprawia, że część pacjentów nie doczeka takiej pomocy”<sup>16</sup>.*

Jeśli chodzi o terytorialny dostęp do opieki hospicyjnej, w okresie objętym kontrolą w większości województw nie był spełniony zalecany wymóg liczby łóżek hospicyjnych w przeliczeniu na liczbę mieszkańców. Różnice między regionami są przy tym znaczne. Bardzo ograniczony dostęp do opieki hospicyjnej jest na terenach wiejskich, co wielu ich starszych, umierających mieszkańców i ich bliskich pozbawia realnego dostępu do wsparcia w godnym umieraniu. Organizatorzy opieki hospicyjnej na terenach wiejskich mają też mniejsze możliwości pozyskiwania środków prywatnych – od darczyńców czy w ramach 1%. Istnieją też dodatkowe trudności organizacyjne, jakie mieszkańcy wiejskich społeczności muszą przezwyciężyć, by organizować tego typu opiekę. Wypracowane jednak zostały modelowe rozwiązania uwzględniające właśnie wiejską specyfikę tworzenia i prowadzenia hospicjum domowego, czego przykładem jest model wiejskiego hospicjum domowego przetestowany przez działające na Podlasiu Hospicjum Domowe Proroka Eliasza<sup>17</sup>.

Problematykę tę w swoich wystąpieniach akcentuje także Rzecznik Praw Obywatelskich. Zagadnieniu temu poświęcone zostały konferencje tematycznie w Biurze RPO, a sam rzecznik wysłał w tej sprawie pisma do Ministerstwa Zdrowia, Rodziny i Polityki Społecznej oraz Narodowego Funduszu Zdrowia<sup>18</sup>.

Problemem – widocznym z punktu widzenia także świadczeniodawców – jest możliwość zapewnienia opieki w ramach finansowych, jakie przewiduje system finansowania. Problemem jest wysokość stawki. Trudności te mogą pogłębiać się wraz ze zmianami w wysokości wynagrodzeń przedstawicieli zawodów medycznych – w tym tych biorących udział w świadczeniu i organizacji opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Dramatycznej sytuacji finansowej opieki hospicyjnej było poświęcono wrześniowe posiedzenie komisji ekspertów ds. zdrowia. Jak czytamy w sprawozdaniu z tejże dyskusji, wycena świadczeń „została w 2022 roku dwa razy podwyższona (kwiecień i lipiec), z tym że do wyceny punktu włączone zostały współczynniki korygujące podwyżki wynagrodzenia dla personelu medycznego stosowane od 2017 roku. Włączenie tych współczynników oraz wysokość punktu nierówna w poszczególnych województwach spowodowały, że sytuacja

finansowa, zwłaszcza hospicjów pozarządowych, stała się bardzo trudna, a czasami nawet katastrofalna”<sup>19</sup>.

Niezwykle trudna sytuacja finansowa hospicjów jest pochodną wielu czynników, na co zwracali uwagę autorzy dramatycznego *Hospicja umierają powoli*. Wpływ na to ma także aktualny drastyczny wzrost opłat np. za energię, ogrzewanie, zakupy żywności leków czy media. To wszystko bardzo mocno podnosi koszty funkcjonowania hospicjów stacjonarnych, które z uwagi na stan zdrowia pacjentów nie mogą sobie pozwolić na oszczędzanie np. poprzez utrzymanie niższej temperatury. Ponadto trudniejsza sytuacja obywateli, minorowe nastroje, jeśli chodzi o bliską przyszłość ekonomiczną, i rosnące w ostatnim czasie inne obszary potrzeb społecznych (np. kryzys uchodźczy) składają się na to, że trudniej może być pozyskać hospicjom znaczne środki w ramach 1% lub prywatnych darowizn.

Jak podaje dr Jolanta Markowska-Grabowska z Hospicjum Cordis w Katowicach, finansowanie z NFZ pozwala na pokrycie około 60–70% funkcjonowania placówek (głównie pokrycie wynagrodzeń personelu, choć i na to nie wszędzie w pełni wystarcza), a resztę trzeba pokrywać z innych źródeł. Trudna sytuacja tego typu instytucji – także w wymiarze płac i warunków pracy – może dodatkowo pogłębiać i tak duże problemy kadrowe wielu z nich. Podmioty prowadzące opiekę hospicyjną wskazują też na niezbyt przejrzysty i równomierny podział środków pomiędzy regionami<sup>20</sup>.

Oprócz dotkliwie odczuwalnych przed podmioty prowadzące hospicja i samych pacjentów problemów wskazanych wyżej istnieje też wiele słabości na poziomie zarządzania całym systemem opieki hospicyjnej i paliatywnej. Problemem jest choćby sprawny system odpowiedniego diagnozowania potrzeb. Nie opracowano też dokładnych standardów, które ujednoliciłyby zasady opieki ani bodźców promujących te podmioty, które udzielają wsparcia wyższej jakości<sup>21</sup>. Innym wyzwaniem jest potrzeba koordynacji świadczeń w zakresie opieki hospicyjnej z opieką długoterminową, a także różnymi segmentami wsparcia w ramach pomocy społecznej.

W związku z wieloma strukturalnymi problemami sektora opieki hospicyjnej i paliatywnej oraz wielokrotnymi apelami środowisk reprezentujących ten sektor powołany został w ramach zarządzenia Ministerstwa Zdrowia<sup>22</sup> z początkiem sierpnia 2022 r. Zespół ds. przygotowania długofalowej strategii, która miałaby umożliwić rozwój tych dziedzin. W chwili pisania raportu trudno jednak przewidzieć efekty prac zespołu. Prace te, w których będzie brało udział szerokie grono interesariuszy instytucjonalnych, miały zakończyć się, w świetle ministerialnego zarządzenia, do końca 2022 r.

pozytywną informacją jest to, że od lutego 2023 roku wzrosły wyraźnie (o 12% względem kwot po poprzedniej podwyżce) stawki finansowania przez NFZ świadczeń opieki hospicyjnej i paliatywnej. Jak podaje Ministerstwo Zdrowia, w ciągu ostatnich lat znacznie

<sup>16</sup> *Zdążyć z pomocą*, Najwyższa Izba Kontroli, [nik.gov.pl](http://nik.gov.pl) (dostęp z 29.09.2022 r.).

<sup>17</sup> Więcej o tej formule z założycielem hospicjum dr. Grabowskim w wywiadzie: M. Różański, *Daleko od szosy, blisko do człowieka*, [niepełnosprawni.pl](http://niepełnosprawni.pl), 14.09.2022 (dostęp z 29.09.2022 r.).

<sup>18</sup> Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, *Jak poprawić sytuację hospicjum domowych na terenach wiejskich*, 11.03.2020, [brpo.gov.pl](http://brpo.gov.pl) (dostęp z 30.09.2022 r.).

<sup>19</sup> Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, *Finansowanie opieki hospicyjnej – posiedzenie Komisji Ekspertów ds. Zdrowia* (sprawozdanie z 9.07.2022 r.), [brpo.gov.pl](http://brpo.gov.pl) (dostęp z 30.09.2022 r.).

<sup>20</sup> M. Śliwa, *Hospicjum umiera powoli*. Dramatyczny apel realizatorów opieki paliatywnej z całej Polski wybrzmiał w Hospicjum Cordis w Katowicach, Portal Wiadomości „Nasze miasto” Katowice, 24 września 2022 r., [Nasze-Miasto.pl](http://Nasze-Miasto.pl) (dostęp z 30.09.2022 r.).

<sup>21</sup> Najwyższa Izba Kontroli, *Zapewnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej*, Warszawa 2019.

<sup>22</sup> <http://dziennikmz.mz.gov.pl/legalact/2022/81> (dostęp z 07.02.2023 r.).

wzrosły nakłady, jakie na te rodzaje opieki przekazywane są z Narodowego Funduszu Zdrowia – 813 mln złotych do 1 320 mln złotych rocznie<sup>23</sup>. Trzeba jednak pamiętać, że – jak było wspomniane wcześniej – bardzo wzrosły w tym czasie też koszty realizacji świadczeń, w tym wynagrodzenie kadr, których w skali systemowej może brakować. Interesariusze tejże opieki cały czas przypominają też postulat zniesienia limitów na opiekę hospicyjną i paliatywną.

### 1.3. Instytucje i problemy opieki w sektorze pomocy społecznej

Poza systemem służby zdrowia szeroko pojęte potrzeby opiekuńcze osób w starszym wieku mogą być zaspokajane za pośrednictwem instytucji pomocy społecznej. Ustawa o pomocy społecznej przewiduje formy wsparcia realizowane w warunkach domowych lub placówkach wsparcia dziennego, tj. usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze, jak również w ramach placówek stacjonarnych (całodobowych), przede wszystkim domach pomocy społecznej, a także innych placówkach świadczących opiekę całodobową na podstawie działalności gospodarczej lub statutowej.

#### 1.3.1. Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania

Podstawową formą wsparcia dla osób, które wymagają wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, o jaką można starać się w ramach ustawy o pomocy społecznej, są tzw. usługi opiekuńcze oraz specjalistyczne usługi opiekuńcze (w tym finansowane na specjalnych zasadach, przyznawane osobom z zaburzeniami psychicznymi). W przypadku osób w starszym wieku, które np. mają trudności w prowadzeniu samodzielnie gospodarstwa domowego i wymagają pomocy w prostych czynnościach życia codziennego, a nie są w stanie otrzymać tej pomocy od najbliższych, zasadniczą formą wspomaganie są zwykłe usługi opiekuńcze. Mają one obejmować wsparcie w następujących czterech rodzajach czynności:

1. pomoc w codziennych czynnościach,
2. opieka higieniczna,
3. zalecana przez lekarza pielęgnacja, a także – w miarę możliwości
4. pomoc w kontaktach z otoczeniem społecznym.

Te obszary są w ustawie jedynie ogólnie określone, bez uszczegółowienia, jakie konkretne czynności mogą wchodzić w ich zakres. Nie ma też nadal rozporządzenia, które by dookreślało np. możliwy zakres czynności i standardy ich świadczenia. Niektóre samorzady

jednak już od lat wprowadzają i realizacją własne standardy w zakresie usług opiekuńczych<sup>24</sup>. Istnieją też projekty i opracowania, w ramach których powstały próby sformułowania standardów świadczenia usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania<sup>25</sup>. Wydaje się jednak, że przydałyby się pewne wiążące ramy prawne w tym zakresie (np. w formie rozporządzenia lub bardziej szczegółowego ujęcia w samej ustawie), które by wyznaczały minimalny standard obowiązujący wszędzie tam, gdzie tego typu usługi są świadczone.

Standaryzacji powinny też podlegać elementarne kompetencje osób zatrudnionych do świadczenia tychże usług, zasady ich weryfikacji i monitoringu, a także uruchomione proste, ale egzekwowane ścieżki nabywania podstawowych kompetencji przez opiekunki (np. w formie wymaganego przeszkolenia przed podjęciem pracy). Niestety, jak pokazał raport NIK z 2018 roku, samorzady nie weryfikują kompetencji (ani twardych, ani miękkich) po stronie osób świadczących usługi opiekuńcze ani też nie sprawują realnego nadzoru nad jakością ich wykonywania<sup>26</sup>. Może to prowadzić do niesatysfakcjonującej jakości, a nawet stanowić zagrożenie dla bezpieczeństwa procesu opiekuńczego, zwłaszcza (choć nie tylko) w okresie zagrożenia epidemiologicznego. Brak publicznych mechanizmów gwarantowania jakości świadczonych usług może też utrzymywać społeczne przeświadczenie o niskiej jakości uzyskiwanej w ramach pomocy społecznej opieki i zniechęcać do ubiegania się o wsparcie tą drogą.

Samo przyznawanie usług opiekuńczych (w tym także tych specjalistycznych) odbywa się w drodze decyzji administracyjnej ośrodka pomocy społecznej działającego w miejscu zamieszkania osoby wymagającej wsparcia, poprzedzone jest rozpoznaniem środowiskowym i oceną stosownej dokumentacji na temat sytuacji danej osoby (medycznej, socjalnej, rodzinnej itp.). Usługi tego typu są zasadniczo przeznaczone do osób samotnych, choć prawo przewiduje także objęcie nimi osób z wieloosobowych gospodarstw domowych, jeśli pozostające w nim osoby ani inni członkowie rodziny nie są w stanie tego wsparcia świadczyć w należytych zakresie. Ocena tych możliwości po stronie otoczenia jest poniekąd uznaniowa, co też przekłada się na częściową uznaniowość samej decyzji o przyznaniu tego typu usług. Zasadniczymi przesłankami określonymi w ustawie jest zapotrzebowanie na wsparcie na skutek wieku, niepełnosprawności lub stanu zdrowia.

Istotną kwestią – wpływającą też na realną dostępność i skłonność do korzystania z tychże usług – są zasady odpłatności. Nie istnieją ogólnopolskie stawki. Każda gmina, w drodze uchwały rady gminy, określa szczegółowe zasady odpłatności, choć zasadniczo osoby, które spełniają kryterium dochodowe do świadczeń z pomocy społecznej (w 2023 roku jest to 776 złotych w jednoosobowych gospodarstwach i 600 netto na osobę w wieloosobowych) są zwolnione z opłat. W przypadku osób, w których gospodarstwach dochód jest wyższy niż ów próg, w zależności od stopnia jego przekroczenia naliczane są opłaty w odpowiedniej

<sup>23</sup> <https://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Od-lutego-NFZ-zaplaci-wiecej-za-opieke-dlugoterminowa-paliatywna-i-w-hospicjach,241746,14.html?fbclid=IwAR2LsXCm0iUwQddcaaAxuoXpmZc-aeQjMEU-TN-KymYVpz2q6X92yNYVambE> (dostęp z 08.02.2023 r.).

<sup>24</sup> J. Staręga-Piasek i in., *Standard usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania*, wersja robocza z 11.06.2011 r., Wspólnota Robocza Związku Organizacji Socjalnych, 2011, 3. STANDARD\_OS\_3p.pdf, wrzos.org.pl (dostęp z 30.09.2022 r.).

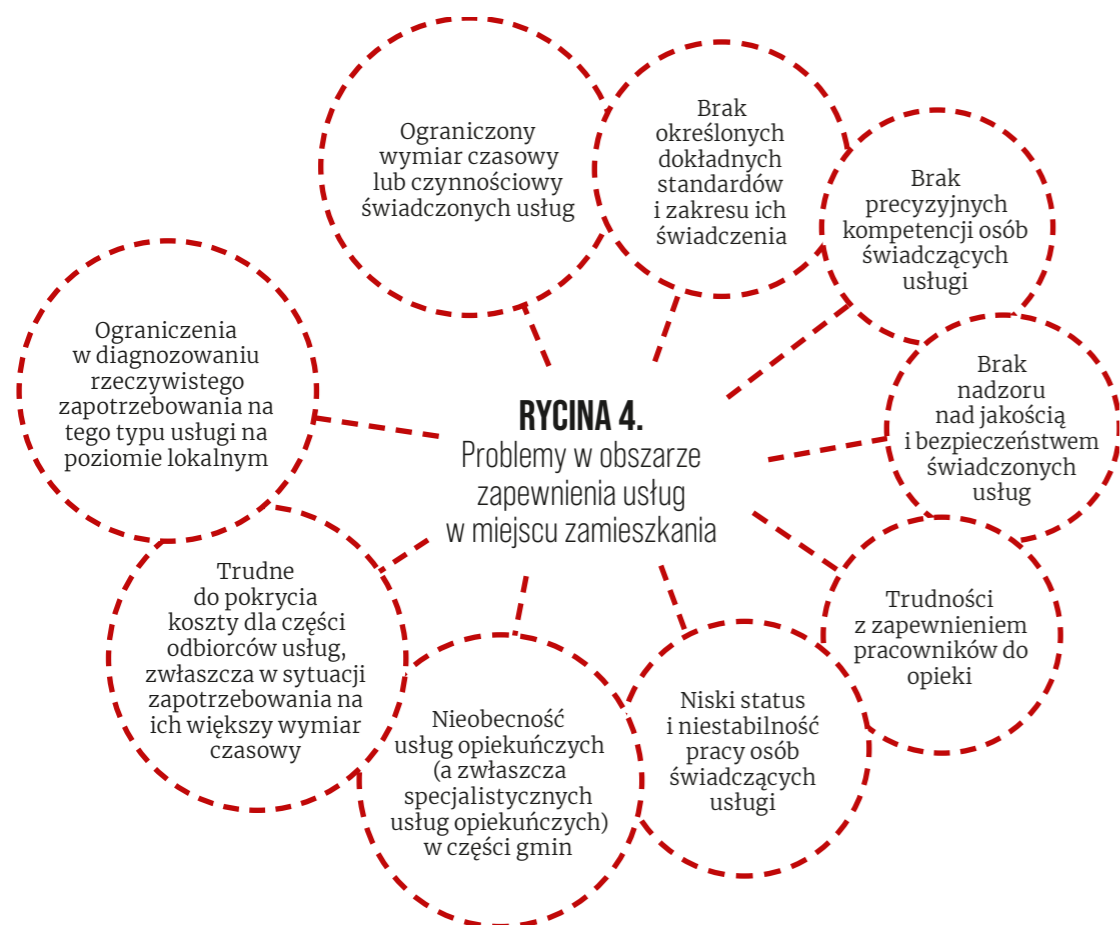
<sup>25</sup> Por. np. Zarządzenie nr 1710/2017 Prezydenta Miasta Stołecznego Warszawy z dnia 30 października 2017 r. w sprawie ustalenia „Standardów usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych realizowanych przez m.st. Warszawę w zakresie zadań własnych gminy”.

<sup>26</sup> Najwyższa Izba Kontroli, *Usługi opiekuńcze świadczone osobom starszym w miejscu zamieszkania*, Warszawa 2018.

wysokości. Ten mechanizm oznacza w praktyce, że część usług opiekuńczych jest w praktyce finansowana przez ich odbiorców i/lub rodziny. W przypadku dużego przekroczenia progu dochodowego i znacznego wymiaru wymaganego wsparcia koszt może być relatywnie wysoki, a to może stanowić barierę korzystania z tychże usług lub powodować, że korzystanie z nich będzie dużo mniejsze, niż to wynika z rzeczywistych potrzeb opiekuńczych danej osoby.

Jeśli chodzi o specjalistyczne usługi opiekuńcze, przyznawane są one na podobnych zasadach, choć prawo – poprzez ministerialne rozporządzenie<sup>27</sup> – dokładniej określa standardy realizacji tychże usług i kwalifikacje osób je wykonujących. Świadczenia te są przyznawane jednak osobom spełniającym określone warunki odnośnie do zaburzeń zdrowia psychicznego lub niepełnosprawności intelektualnej.

W 2018 roku Raport NIK pokazał, że aż 1/5 gmin nie świadczyła na swoim terenie usług opiekuńczych ani specjalistycznych usług opiekuńczych<sup>28</sup>. Aktualnie, jak wynika z danych rządowych, sytuacja jest nieco korzystniejsza – w 2020 roku prawie 90% gmin świadczyło usługi opiekuńcze, ale w przypadku specjalistycznych usług opiekuńczych zaledwie kilkanaście procent gmin<sup>29</sup>. Wiele z nich może mieć trudności kadrowe, by znaleźć osoby o odpowiednich kwalifikacjach do podjęcia się tego typu usługi, i finansowe – by te osoby godnie opłacić.

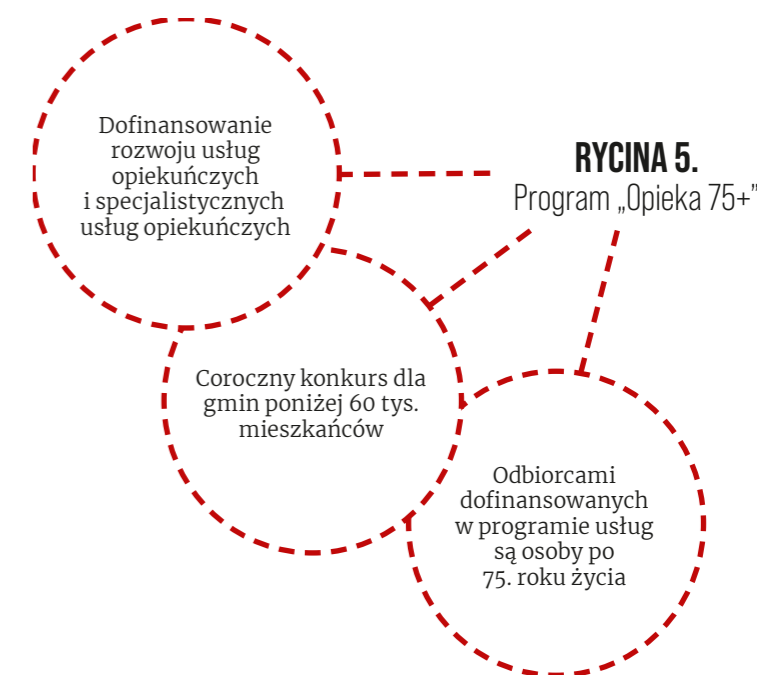


27 Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 22 kwietnia 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz.U. z 2005 r., nr 189 poz)

28 Najwyższa Izba Kontroli, *Usługi opiekuńcze świadczone osobom starszym w miejscu zamieszkania*, Warszawa 2018.

29 Strategia Rozwoju Usług Społecznych. Polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.).

Impulsem do poprawy sytuacji w ostatnich latach, jeśli chodzi o dostępność zarówno usług opiekuńczych, jak i specjalistycznych usług opiekuńczych mógł być działający od 2018 roku program „Opieka 75+”. Jego kształt i zakres uległ ewolucji na przestrzeni lat. Pierwotnie adresowany tylko do najmniejszych gmin, już w kolejnych edycjach, aż do 2022 roku obejmuje wszystkie gminy do 60 tys. Z budżetu programu może być dofinansowane rozszerzenie dostępu do usługi opiekuńczych (w tym specjalistycznych) dla osób po 75. roku życia. Budżet programu pozostaje jednak relatywnie niewielki na poziomie kilkudziesięciu milionów złotych na cały kraj.



Warto też dodać, że oprócz usług opiekuńczych podlegających określonym w ustawie o pomocy społecznej procedurom istnieją także inne usługi świadczone za pośrednictwem ośrodków pomocy społecznej, kierowane do osób starszych w warunkach domowych. Jest to jednak inny strumień wsparcia. Chodzi m.in. o pomoc w zakupach, załatwieniu prostych spraw urzędowych, wyprowadzeniu zwierząt (przewiduje to program „Korpus wsparcia seniorów”)<sup>30</sup>. Program ten uruchomiono w związku z pandemią pod koniec 2020 roku, następnie był parokrotnie przedłużany na kolejne miesiące. Podobnie jak rok wcześniej, w 2022 roku Program obejmuje dwa moduły, wśród których pierwszy obejmuje właśnie możliwość pomocy w prostych czynnościach życia codziennego w gospodarstwie domowym i poza nim, a adresowany jest do samotnych osób w wieku 65+, które mogły zgłosić się czy to bezpośred-

30 Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, Program „Korpus wsparcia seniorów” na rok 2022, Warszawa 2022.

nio do ośrodka pomocy społecznej (podmiotu odpowiadającego za realizację i koordynację programu na poziomie lokalnym), czy dzwoniąc na centralną infolinię programu<sup>31</sup>.

Korzystanie z programu nie wymaga przejścia tak ściśle zdefiniowanej procedury jak w przypadku usług opiekuńczych z pomocy społecznej, choć zakres wsparcia w ramach Korpusu w pewnych miejscach zazębia się tematycznie z tym, co obejmują wspomniane usługi opiekuńcze. Choć prawo do skorzystania z pomocy w ramach Korpusu nie jest zależne od istnienia potrzeb opiekuńczych, złego stanu zdrowia czy niepełnosprawności, z perspektywy samotnych osób starszych w potrzebie wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, istnienie tej dodatkowej ścieżki uzyskania pomocy może być szczególnie cenne. Trudno jednak na ten moment powiedzieć, na ile Korpus wsparcia seniora, mający pandemiczną genezę, okaże się trwałym mechanizmem wspierającym zaspokajanie potrzeb osób starszych w miejscu zamieszkania w kolejnych latach. Można zatem powiedzieć, że wsparcie opiekuńcze w miejscu zamieszkania w ramach pomocy społecznej, choć mocno osadzone w ustawie, a ostatnio wspierane finansowo w formie programu Opieka 75+, nadal wykazuje wiele strukturalnych ograniczeń, które nie pozwalają temu segmentowi wsparcia na pełne rozwinięcie skrzydeł. W przypadku usług opiekuńczych brakuje powszechnych standardów i mechanizmów ich podnoszenia oraz egzekwowania i nadzoru nad jakością i bezpieczeństwem. W przypadku specjalistycznych usług opiekuńczych problemem są choćby trudności kadrowe, a także powiązany z nimi fakt, że w ogromnej części społeczności są one niedostępne. Tymczasem w związku z rozwojem problemów psychicznych i neurologicznych w społeczeństwie i neurodegeneracyjnych, zwłaszcza wśród osób w starszym wieku, często właśnie bardziej specjalistyczne usługi, wymagające odpowiedniego przygotowania, mogą być niezbędne.

Okazuje się jednak, że i zwykłe usługi opiekuńcze wciąż nie są w pełni powszechnie dostępne, a zakres ich wykorzystania jest niewielki, na co składa się wiele przyczyn formalnych i nieformalnych. Program Opieka 75+ należy pod tym względem ocenić jako bardzo potrzebny krok w dobrą stronę, ale zakres jego oddziaływania z uwagi na ograniczony budżet i limitowane reguły korzystania (tylko osoby 75+, tylko gminy do 60 tys.) wydaje się niewystarczający jak na rolę, jaką domowe usługi mogą odegrać. Ich szeroka dostępność mogłaby w części przypadków zapobiec instytucjonalizacji (skierowania do placówek stacjonarnych na stałe) lub opóźnić jej moment. Dla wielu ludzi mogą one stanowić jedno z narzędzi, by dłużej móc pozostać w miejscu zamieszkania, jeśli jest to zgodne z ich preferencjami.

Usługi te, wykraczając poza wąsko rozumianą opiekę, mogą też być ważnym wsparciem dla osób o ograniczeniach sprawności, które jeszcze nie wymagają stałej opieki, a dla tych o głębszych deficytach funkcjonalnych mogą służyć zaspokajaniu potrzeb wykraczających poza czynności pielęgnacyjne czy związane z najbardziej podstawowymi czynnościami. Teoretycznie usługi te powinny także pomóc w prowadzeniu gospodarstwa i kontaktach z szerszym otoczeniem, co może przeciwdziałać izolacji i alienacji starszej osoby.

Znaczenie tychże usług należy widzieć także w kontekście postępującej singularizacji starości (już dziś 1/3 osób w wieku 75+ w Polsce żyje w jednoosobowych gospodarstwach) i kurczących się możliwości wsparcia rodzinnego (o czym szerzej w dalszych częściach

raportu). Usługi te mogą jednak być pomocne także dla rodzin osób starszych, które nie są w stanie zapewnić pomocy i wsparcia swoim bliskim (np. w związku z własnymi ograniczeniami zdrowotnymi, aktywnością zawodową lub mieszkaniem oddalonym od miejsca zamieszkania osoby starszej wymagającej pomocy lub wręcz opieki).

### 1.3.2. Domy pomocy społecznej

Ważnym segmentem wsparcia opiekuńczego zwłaszcza dla osób w podeszłym wieku jest sektor pozamedycznej opieki instytucjonalnej. Podstawową instytucją w tym obszarze są domy pomocy społecznej (DPS-y), prowadzone przez jednostki samorządu terytorialnego, najczęściej na szczeblu powiatowym, a niekiedy także w ramach działań pożytku publicznego zlecane podmiotom zewnętrznym, np. organizacjom pozarządowym. Poza DPS-ami, podlegającymi ścisłym regulacjom i standardom, ustawa o pomocy społecznej przewiduje także funkcjonowanie innych placówek zapewniających całonocowy pobyt i realizujących swoją misję na podstawie działalności statutowej lub gospodarczej. Kategoria ta obejmuje najczęściej spotykane prywatne domy opieki, choć niekiedy funkcjonują one pod nazwą pensjonatów, domów spokojnej starości itp.

Spółeczeństwo polskie cechuje wciąż relatywnie niewielki poziom instytucjonalizacji. Odsetek osób starszych, które otrzymują opiekę w placówkach opieki stacjonarnej, jest jednym z najniższych wśród krajów rozwiniętych OECD<sup>32</sup>. U źródeł tego mogą także leżeć nastroje i oczekiwania społeczne, które tradycyjnie w Polsce, bardziej niż w wielu innych krajach, priorytet nadawały rodzinno-domowej opiece nad tą realizowaną w ramach instytucji.

Ten, dający się zauważyć w perspektywie porównawczej stan rzeczy związany z niskim poziomem korzystania z placówek opieki całonocowej w starszym wieku, powinien także być uwzględniony w dyskusji nad programowaniem i wdrażaniem strategii deinstytucjonalizacji, co zostanie szerzej podjęte w dalszej części raportu. Jak zostało powiedziane, najbardziej powszechną formą świadczenia opieki stacjonarnej są tzw. domy pomocy społecznej. Ustawa o pomocy społecznej poświęca im cały rozdział IV, a szczegółowe zasady ich funkcjonowania określa ministerialne rozporządzenie. Współcześnie, w 2020 roku działało 826 placówek, co oznacza nieznaczny wzrost w ciągu kilku lat (jeszcze w 2016 roku było to 816 placówek). W 2020 roku ogół DPS-ów zamieszkiwało 75 333 mieszkańców, podczas gdy w 2016 roku było 78 954 mieszkańców i mieszkańek<sup>33</sup>.

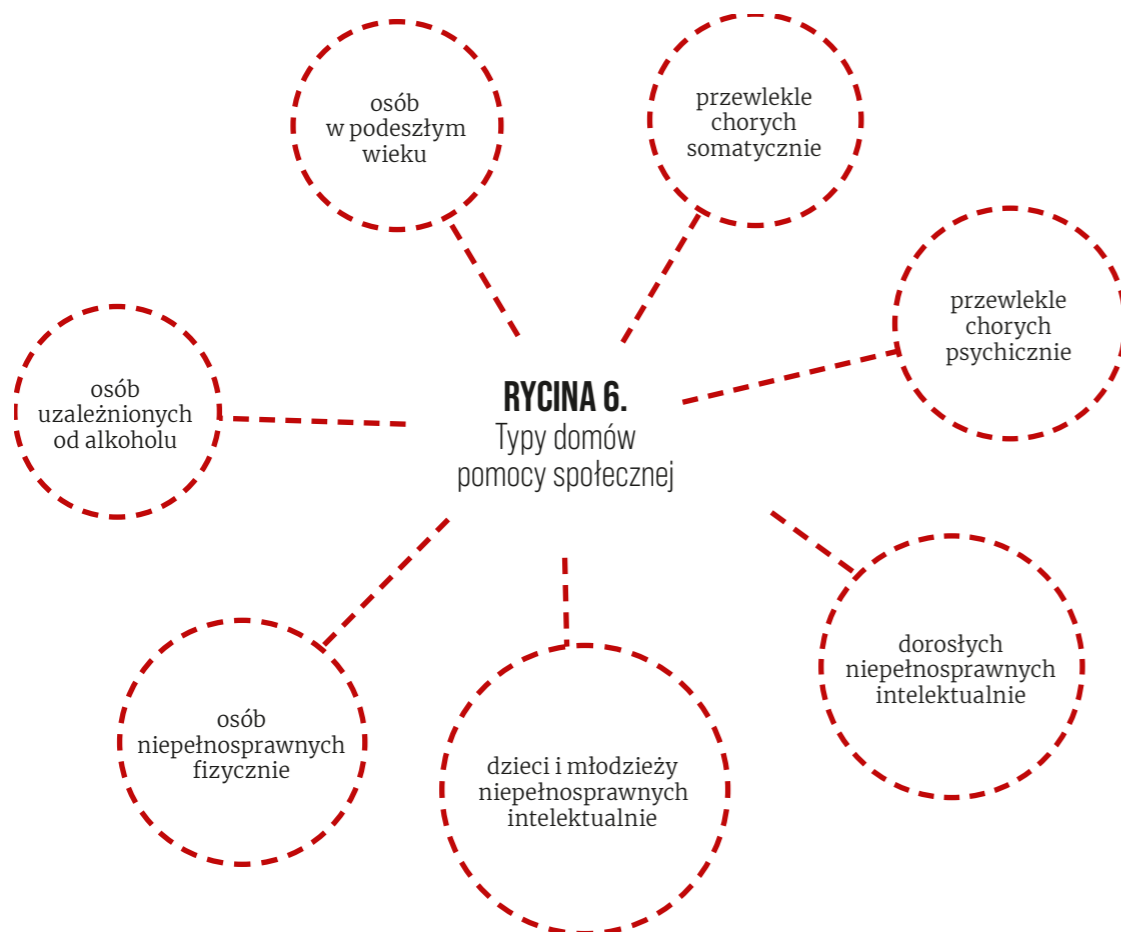
Na podstawie tych danych nie sposób uznać, że sektor opieki instytucjonalnej, przynajmniej w jej wiodącym segmencie, czyli DPS-ów, w ostatnich latach przechodzi rozwój ilościowy. Liczba placówek wzrosła minimalnie, a liczba mieszkańców spadła i to nawet dość zauważalnie (o ponad 3,5 tys. osób). To, co jednak również należy zauważyć w zestawieniu liczby placówek i liczby wszystkich ich mieszkańców, to fakt, że nadal są to placów-

31 Tamże.

32 OECD, *Health at a glance...*, op. cit.

33 Strategia Rozwoju Usług Społecznych. Polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.).

ki niekameralne, zamieszkiwane przez bardzo dużą liczbę osób – średnio około 90, choć zdarzają się i przeszło 200-osobowe domy pomocy społecznej. Ten stan rzeczy z pewnością wymagałby rewizji, chociaż sama wielkość placówki nie musi całkowicie przesądzać o jakości pobytu, życia i otrzymywanej przez nich opieki. Domy pomocy społecznej są wielu rodzajów (por. ramka niżej).



Część współcześnie działających placówek jednak łączy w swoim funkcjonowaniu pobyt dla różnych grup. Niektóre z nich funkcjonują oficjalnie, np. jako domy dla osób w podeszłym wieku i osób przewlekle somatycznie chorych (w 2020 mieszkało w nich 8687 osób) lub domy dla osób w podeszłym wieku i niepełnosprawnych fizycznie (1453 osoby)<sup>34</sup>. Z kolei w domach pomocy dla osób starszych mieszkało w tym czasie 5719 osób, choć też trzeba zaznaczyć, że osoby w podeszłym wieku znajdują się także DPS-ach o innej proveniencji. Wśród wszystkich mieszkańców tego typu placówek – jak można się było spodziewać – zdecydowanie najliczniejsza grupa wiekowa to osoby w starszym wieku.

34 Strategia Rozwoju Usług Społecznych. Polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.).

W świetle regulacji prawnych domy pomocy społecznej nie są jedynie placówkami zapewniającymi całodobowy pobyt opieki, ale powinny stanowić miejsce życia, niekiedy przez lata. Wśród zadań przypisanym tego typu placówkom oprócz zapewnienia warunków i usług bytowych oraz opiekuńczych (których zakres i standardy dokładniej określa treść wspomnianego wcześniej rozporządzenia) przewidziano dość szeroki katalog usług tzw. wspomagających (por. tabela).

Usługi bytowe	Usługi opiekuńcze	Usługi wspomagające
miejsce zamieszkania	udzielanie pomocy w podstawowych czynnościach życiowych	umożliwienie udziału w terapii zajęciowej
wyżywienie	pielęgnacja	podnoszenie sprawności i aktywizowanie mieszkańców domu, w tym w zakresie komunikacji wspomagającej lub alternatywnej, w przypadku osób z problemami w komunikacji werbalnej
odzież i obuwie	niezbędna pomoc w załatwianiu spraw osobistych	umożliwienie zaspokojenia potrzeb religijnych i kulturalnych
utrzymanie czystości		zapewnienie warunków do rozwoju samorządności mieszkańców domu
		stymulowanie nawiązywania, utrzymywania i rozwijania kontaktu z rodziną i społecznością lokalną
		działania zmierzające do usamodzielnienia mieszkańca domu, w miarę jego możliwości
		pomoc usamodzielniającemu się mieszkańcowi domu w podjęciu pracy, szczególnie mającej charakter terapeutyczny, jeżeli mieszkaniec spełnia warunki do takiego usamodzielnienia
		zapewnienie bezpiecznego przechowywania środków pieniężnych i przedmiotów wartościowych
		finansowanie mieszkańcowi domu nieposiadającemu własnego dochodu wydatków na niezbędne przedmioty osobistego użytku, w kwocie nieprzekraczającej 30% zasiłku stałego
		zapewnienie przestrzegania praw mieszkańców domu oraz zapewnienie mieszkańcom dostępności do informacji o tych prawach
		pomoc w sprawnym wnoszeniu i załatwianiu skarg oraz wniosków mieszkańców

**TABELA 2.** Świadczenia realizowane w ramach domów pomocy społecznej w świetle rozporządzenia

Źródło: Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz.U. z 2012 r. poz. 964).



Zakres i poziom realizacji tychże usług bywa różny. Przeprowadzone badania w okresie pandemii pokazały na wskazywane przez kadry zarządzające trudności w realizacji świadczeń z grupy usług wspomagających przy jednoczesnym unaocznieniu, że jeszcze przed pandemią instytucje miawały trudności na tym polu. Za zasadniczy problem wskazano natomiast problemy kadrowe (głównie, choć nie tylko, jeśli chodzi o pielęgniarki)<sup>35</sup>. Prawo dokładnie określa standardy zatrudnienia przedstawicieli poszczególnych profesji w placówkach. Problematiczna od lat pozostaje kwestia zatrudnienia pielęgniarek w domach pomocy społecznej, które jednak wynagradzane są na mniej korzystnych zasadach niż te pracujące w instytucjach opieki medycznej, do których DPS-y się nie zaliczają.

Wyzwaniem zarówno systemowym, jak i dla poszczególnych instytucji jest przeciwdziałanie przypadkom złego traktowania mieszkańców i łamania ich praw w różnych okolicznościach, o czym przypominają co jakiś czas głośne przypadki nadużyć. Ostatnio mowa była o tym w przypadku wydarzeń w Jordanowie i dotyczyło to traktowania dzieci z niepełnosprawnością intelektualną. Praktyki zaniedbań czy różnych form przemocy (fizycznej, psychicznej, werbalnej itp.) mogą zdarzyć się także w innych placówkach. Przeprowadzane w ramach Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur przez Biuro Rzecznika Obywatelskich kontrole w placówkach opieki instytucjonalnej wskazują na nie tylko incydentalne przykłady łamania poszczególnych praw mieszkańców i pogłębienie problemów na tym polu w okresie obostrzeń pandemicznych<sup>36</sup>. Te nadużycia mogą odnosić się do ograniczenia swobody przemieszczania się, izolacji, okoliczności, częstości i sposobu zastosowania przymusu pośredniego czy sytuacji naruszających prywatność lub nawet intymność mieszkańców.

Nie można jednak na podstawie tych raportów uznać, że łamanie praw (zwłaszcza drastyczne) mieszkańców placówek jest praktyką całkiem powszechną i wynikającą z natury tego typu instytucji. Istnieje potrzeba dalszego monitoringu i doprecyzowania niektórych przepisów, a także uświadamiania i przygotowywania kadr do radzenia sobie w różnych sytuacjach trudnych, jakim towarzyszy opieka. Standardy funkcjonowania placówek typu DPS są wprawdzie dość sprecyzowane (przynajmniej w zestawieniu z placówkami prywatnymi innymi niż DPS), chociaż niektóre procedury, np. w zakresie warunków i sposobów zastosowania przymusu pośredniego, nie są wystarczająco dookreślone i klarowne, co daje pole do nadużyć.

Z pewnością źródłem zagrożeń może być brak wystarczającego nadzoru nad placówkami, zwłaszcza podmiotami innymi niż jednostki samorządu terytorialnego, czy ogólne niekorzystne ramy finansowo-kadrowe funkcjonowania tego typu instytucji. W perspektywie niezależnego, godnego życia mieszkańców sam brak łamania podstawowych praw nie powinien jednak stanowić górnej poprzeczki oczekiwań. Konieczne jest dążenie do tego, by zapewnić i w miarę możliwości poprawiać jakość życia osoby przebywającej w placówce, możliwość kontaktów z wewnętrznym otoczeniem i uczestnictwo społeczne.

Warto odnotować, że w wykazie prac rządu pojawiły się założenia projektu zmian w ustawie o pomocy społecznej, które objęłyby także domy pomocy społecznej. Zgodnie ze wstępnymi założeniami domy pomocy społecznej miałyby mieć możliwość świadczenia pobytu krótkoterminowego (na czas określony do 30 dni, z możliwością przedłużenia). Ponadto miałyby być możliwy także pobyt krótkookresowy w formule dziennej (od 4 do 13 godzin przez okres do 30 dni). Na świadczenie usług pobytu tymczasowego, jak również usługi świadczone w trybie dziennym, a nie całodobowym<sup>37</sup>. Projekt zakłada także uregulowanie i wsparcie formuły usług sąsiedzkich. W chwili pisania raportu projekt ten – idący w słusznym kierunku – nie został jeszcze poddany dalszemu procesowi legislacyjnemu.

### 1.3.3. Inne placówki świadczące opiekę całodobową

Poza domami pomocy społecznej ustawa o pomocy społecznej przewiduje działanie placówek świadczących opiekę całodobową na podstawie działalności gospodarczej lub statutowej<sup>38</sup>. Tego typu placówki podlegają odmiennym – zasadniczo mniej szczegółowym – regulacjom i mniej wyśrubowanym standardom.

Usługi opiekuńcze	Usługi bytowe
udzielanie pomocy w podstawowych czynnościach życiowych	zapewnienie miejsca pobytu
pielęgnacja, w tym pielęgnacja w czasie choroby	utrzymanie czystości
opieka higieniczna	wyżywienie
niezbędna pomoc w załatwianiu spraw osobistych	
kontakty z otoczeniem	

**TABELA 3.** Usługi, które mają zapewnić placówki świadczące opiekę całodobową na podstawie działalności gospodarczej lub statutowej na podst. art. 68. pkt 1. Ustawy o pomocy społecznej]

Węższy niż w przypadku DPS-ów jest też katalog usług, jakie tego typu instytucje powinny zapewnić swoim mieszkańcom. Ustawa mówi o usługach bytowych i opiekuńczych, ale pomija już krąg usług wspierających (co oczywiście nie oznacza, że poszczególne placówki ich w różnym zakresie nie świadczą, ale nie jest to ustawowy wymóg). Do niedawna placówki te nie podlegały praktycznie wymogom kadrowym, co również odróżniało je od

35 Piekutowski J., Turzyniecka A., *Tu nie chodzi o maseczki. Placówki opieki w dobie koronawirusa*, [http://cpt.org.pl/wp-content/uploads/2021/01/Raport-DPS\\_ThinkTank\\_NPS.pdf](http://cpt.org.pl/wp-content/uploads/2021/01/Raport-DPS_ThinkTank_NPS.pdf) (dostęp z 09.03.2021 r.).

36 Biuro RPO, Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, 2020, Raport\_KMPT\_2020\_interaktywny.pdf, brpo.gov.pl (dostęp z 30.09.2022 r.).

37 DPS wesprze z opiece rodzinę, Rzeczpospolita 24.11.2022, [https://www.rp.pl/zadania/art37481631-dps-wesprze-w-opiece-rodzine?fbclid=IwAR2UQUhmmGRVFZJhQdxWtw5H2SWfvcCdC7l0Wm\\_jui0LV8mkfOBdrpD3xQ](https://www.rp.pl/zadania/art37481631-dps-wesprze-w-opiece-rodzine?fbclid=IwAR2UQUhmmGRVFZJhQdxWtw5H2SWfvcCdC7l0Wm_jui0LV8mkfOBdrpD3xQ), (dostęp z 07.01.2023 r.).

38 Zasady ich tworzenia i prowadzenia określa art. 68 ustawy z 12.3.2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 1507 ze zm.), a także przepisy wykonawcze.

DPS-ów, gdzie zatrudnienie kadr określonych profesji jest ściśle w prawie zdefiniowane. W ostatnich latach jednak wprowadzono regulacje określające minima kadrowe i ich kompetencje także w prywatnych placówkach świadczących opiekę całodobową. Zmiany prawne ostatnich lat szły w kierunku dookreślenia standardów funkcjonowania tego typu placówek, ich otwierania i prowadzenia, a także zwiększenia sankcji za nieprawidłowości na tym polu – w szczególności jeśli chodzi o skądinąd nierzadkie prowadzenie placówek nierejestrowanych. Formalnie rzecz biorąc, każdy podmiot prowadzący tego typu placówki powinien być zapisany w rejestrze wojewody i podlegać kontroli jego służb.

Niestety od wielu lat szerzy się proceder uchylania się od tego obowiązku i prowadzenia domu opieki poza publicznym nadzorem (często placówki te działają pod szyldem hosteli czy miejsc z pokojami całodobowego pobytu, co ułatwia uchylanie się od stosownej kontroli służb wojewody). Stanowi to potencjalne i – jak pokazują doniesienia o zdarzających się nieprawidłowościach właśnie w tym częściowo nielegalnym segmencie opieki – realne zagrożenie zarówno dla jakości, jak i bezpieczeństwa opieki i pobytu. Utrudnia to też dokładne określenie rzeczywistej wielkości rynku opieki i zachodzących na nim procesów oraz oddziaływania na zakres i jakość świadczonych na nim usług.

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego pod koniec 2020 roku działało w Polsce 4,08 podmiotów świadczących opiekę całodobową osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym i w podeszłym wieku w ramach działalności gospodarczej lub statutowej (z czego aż 1/4 działała w województwie mazowieckim) mających ponad 15 600 miejsc<sup>39</sup>. Oprócz tego jednak działają placówki niezarejestrowane – skala ich nie jest marginalna. Jak pokazała kontrola NIK w latach 2015–2018, bez wymaganego zezwolenia działało nawet 200 takich podmiotów. Co więcej – jak pokazała kontrola – wiele takich placówek mimo wcześniejszego ujawnienia i nałożenia na nie kary nadal prowadziła swoją działalność, nie dostosowując się do obowiązujących standardów<sup>40</sup>.

Okazuje się, że adaptacja do prawnych wymogów byłaby dla nich droższa niż nałożone kary, wobec czego standardy te nie były tam zastosowane. Ich brak z kolei prowadzi do obniżenia kosztów świadczonych przez nie usług. Z jednej strony więc zwiększa dostępność dla mniej zamożnych odbiorców, ale z drugiej stanowi zagrożenie dla jakości i bezpieczeństwa opieki, a także „psuje” rynek – gdyż legalnie działające na nim podmioty stają się mniej konkurencyjne.

### 1.3.4. Alternatywne formy opieki: rodzinne domy pomocy, mieszkalnictwo chronione, placówki wsparcia dziennego

W ustawie o pomocy społecznej są przewidziane formy wsparcia dla starszych osób, które odbywają się poza przestrzenią domową, ale też poza tradycyjnymi placówkami opieki. Można tu wymienić choćby dzienne domy pomocy społecznej. Oprócz placówek tego typu działających w ramach pomocy społecznej od 2015 roku dynamicznie rozwija się segment placówek dziennych w ramach programu Senior+ (są to tzw. kluby Senior+ i domy dzienne Senior+). Aktualnie działa już ponad 900 takich placówek w skali całego kraju, które zaspokajają różne potrzeby, m.in. integracji, aktywizacji, terapii zajęciowej, a osoby uczestniczące w nich mogą też w ciągu dnia zajęć spożyć bezpłatny posiłek.

Trzeba jednak zaznaczyć, że są to instytucje – zwłaszcza jeśli chodzi o kluby – adresowane do osób mniej lub bardziej sprawnych i nie służą celom opiekuńczym, lecz integracyjno-aktywizacyjnym. W tym sensie nie stanowią one wprost segmentu opieki senioralnej, choć mają nań pośredni wpływ. Po pierwsze, tego typu aktywizacja i integracja (a w przypadku domów dziennych także w pewnym zakresie rehabilitacja) może sprzyjać zdrowiu i zachowaniu sprawności lub opóźnieniu jej utraty i zaistnieniu potrzeb typowo opiekuńczych. Można zatem powiedzieć, że instytucje tego rodzaju i realizowane za ich pośrednictwem aktywności stanowią jedno z narzędzi profilaktyki niesamodzielnosci, nawet jeśli nie jest to ich zasadniczym celem.

Po drugie, okoliczności pandemii wymuszające – zarówno w okresie czasowego zawieszenia działalności stacjonarnej, jak i późniejszego funkcjonowania w trybie podwyższonej ostrożności sanitarnej – adaptację funkcjonowania placówki do nowej sytuacji otworzyły je na funkcje quasi-opiekuńcze. Przykładem mogą być praktyki zaopatrywania pozostających w domach niesprawnych seniorów w rozmaite produkty i formy wsparcia tworzone przez aktywnych uczestników placówek. Konieczność czasowego przestawienia się na formy zdalne oraz pozastacjonarne aktywności i współdziałania uczestników i pracowników placówek było asumptem do wypróbowania przedsięwzięć, które mogą obejmować także te osoby w starszym wieku, które z uwagi na poważne ograniczenia sprawności nie mogą brać udziału w działalności tego typu placówek w regularnej, tradycyjnej formule stacjonarnej<sup>41</sup>. Można w tym widzieć – jeśli praktyki te będą kontynuowane i upowszechniane – szanse dla zbliżenia sektora placówek dziennych dla osób starszych względem sfery potrzeb osób o ograniczonej samodzielności i wymagających wsparcia opiekuńczego<sup>42</sup>. Mimo powyższych realnych i potencjalnych korzyści z istnienia i rozwoju placówek wsparcia dziennego

39 Główny Urząd Statystyczny, *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2020 r.*, Warszawa 2021, s. 153–154.

40 Najwyższa Izba Kontroli, *Działania podejmowane przez wojewodów wobec placówek udzielających całodobowej opieki bez wymaganego zezwolenia*, Warszawa, 2020.

41 Zakładka „Senior+ kontra koronawirus” na stronie senior.gov.pl (dostęp z 30.09.2022 r.).

42 R. Bakalarczyk, *Wsparcie społeczne osób starszych w czasie pandemii zależnie od stopnia ich samodzielności*, ekspertyza przygotowana w ramach projektu badawczo-wdrożeniowego „Łagodzenie skutków pandemii wśród grup wysokiego ryzyka – osoby 60+”, Warszawa 2020. Wsparcie społeczne osób starszych w czasie pandemii zależnie od stopnia ich samodzielności – Referencyjny Ośrodek Badawczy UKSW (dostęp z 30.09.2022 r.).

dla osób starszych trzeba jednak zaznaczyć, że na gruncie pomocy społecznej na większą skalę nie działają dotąd placówki świadczące opiekę długoterminową w formule dziennej.

Inną formą wsparcia alternatywnego dla typowych placówek opieki stacjonarnej jest mieszkalnictwo wspomagane, które jednak dotąd w bardzo ograniczonym zakresie było rozwijane. Istnieje niecałe 1400 mieszkań chronionych działających w skali kraju<sup>43</sup>, a ten skromny liczebnie segment wsparcia nie jest adresowany tylko do osób starszych, ale także innych grup, np. osób z niepełnosprawnościami we wcześniejszych fazach życia. Wykorzystanie tego typu instytucji w odniesieniu do potrzeb tracących sprawność osób starszych jest jeszcze skromniejsze, choć tego typu praktyki, silniej zakorzenione w niektórych krajach zagranicznych, są coraz lepiej w Polsce opisane i silnie postulowane przez badaczy<sup>44</sup>. Gdziekolwiek powstają też ciekawe rozwiązania lokalne wpisujące się w ten nurt<sup>45</sup>, ale póki co funkcjonują one bardziej jako lokalna innowacja niż jeden z kilku równorzędnych segmentów mieszkania, wsparcia i opieki wobec tracących sprawność osób w starszym wieku.

Jeszcze inną formą – z pogranicza wsparcia środowiskowego i instytucjonalnego – są tzw. **rodzinne domy pomocy społecznej**. Choć działają już w polskim porządku prawnym prawie dekady, nie doczekały się szerszego zastosowania. W początkach 2021 roku, wedle danych ministerialnych, funkcjonowało raptem 47 z 318 miejscami, z czego 12 domów było prowadzonych przez organizacje pożytku publicznego, a 35 przez osoby fizyczne. Aż w 4 województwach nie było ani jednego rodzinnego domu pomocy społecznej<sup>46</sup>.

Instytucje te – analogicznie do rodzinnych domów dziecka – mają być z założenia kameralne i sprzyjać stworzeniu warunków i więzi bliższych funkcjonowaniu w tradycyjnym środowisku życia niż w instytucjonalnej placówce. Zgodnie z prawem w jednym rodzinnym domu pomocy społecznej może mieszkać od 3 do 8 osób (mogą to być osoby starsze lub osoby z niepełnosprawnościami), a prowadzący razem mieszkają z podopiecznymi, chociaż mogą też zatrudniać dodatkowych pracowników i korzystać z pomocy zewnętrznych podmiotów. Ostatnie lata przyniosły dowartościowanie tego typu instytucji na poziomie ministerialnym. Mianowicie w 2021 roku uruchomiono program rozwoju rodzinnych domów pomocy<sup>47</sup>. Program przewiduje wsparcie finansowe w dwóch modułach:

1. w zapewnieniu osobom niesamodzielnym pomocy w formie usług opiekuńczych świadczonych w rodzinnych domach pomocy poprzez dofinansowanie kosztów, jakie gminy ponoszą w związku z kierowaniem osób do rodzinnych domów pomocy,

43 Strategia Rozwoju Usług Społecznych. Polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.).

44 Por. np. B. Bugajska, R. Iwański, *Zaspokojenie potrzeb mieszkaniowych niesamodzielnych osób starszych – w poszukiwaniu optymalnych rozwiązań*, Exlibris, Biblioteka Gerontologii Społecznej, 1–2(15)/2018.

45 Przykładem jest gmina Wążownia, gdzie działa specjalistyczne osiedle dla seniorów.

46 Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, Program rozwoju rodzinnych domów pomocy, Warszawa 2021, s. 6.

47 Program rozwoju rodzinnych domów pomocy, Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, www.gov.pl (dostęp z 25.08.2022 r.).

2. wsparcie finansowe tworzenia nowych rodzinnych domów pomocy, poprzez dofinansowanie remontów oraz zakupu wyposażenia niezbędnego do uruchomienia nowego domu w budynku, który gmina planuje udostępnić z własnych zasobów organizacji pożytku publicznego lub osobie fizycznej celem uruchomienia domu<sup>48</sup>.

Trudno powiedzieć w tym momencie – jeszcze przed pierwszoroczną ewaluacją – czy przełoży się to na rozwój tego typu placówek na nieco większą niż dotychczasową, marginalną skalę oraz czy i w jakim kształcie będzie kontynuowany w kolejnych latach. Można zatem powiedzieć, że prawo przewiduje zróżnicowane instrumentarium wsparcia rozpostarte pomiędzy opieką w domu a opieką instytucjonalną, aczkolwiek wiele tych instrumentów pozostaje do dziś słabo rozwiniętych z perspektywy potrzeb w całym kraju.

Potwierdzają to wnioski z wcześniejszych badań sugerujące, że choć formalnie jest wiele narzędzi wsparcia środowiskowego, to w ograniczonym stopniu są one realizowane w praktyce. Przywołane badania i analizy Biura RPO<sup>49</sup> i NIK<sup>50</sup> pochodzą sprzed kilku lat, a w ostatnim czasie nie dokonał się zauważalny przełom w tym zakresie, a co najwyżej drobne kroki. Można jednak wyrazić pewną nadzieję, że wraz z już dokonanym przyjęciem strategii deinstytucjonalizacji i jej spodziewanym wdrażaniem ten wielowymiarowy segment wsparcia – pomiędzy domem a instytucją – będzie stopniowo zyskiwał na znaczeniu.

### 1.2.5. Programy opiekuńczo-wspierające w ramach Funduszu Solidarnościowego

Wymienione wyżej programy zasadniczo osadzone były (nie licząc programu Senior+) w systemie pomocy społecznej i opierały się na powszechnie obowiązujących regulacjach normujących ten sektor polityki publicznej. Należy jednak dodać, że ostatnie lata przyniosły wysyp nowych rozwiązań, finansowanych głównie w oparciu o Fundusz Solidarnościowy<sup>51</sup>, które również swym zakresem obejmują osoby starsze wymagające stałej pomocy w codziennym funkcjonowaniu i tym samym mogą być uznane za część systemu opieki senioralnej.

Przed wszystkim chodzi o trzy programy z Funduszu Solidarnościowego: asystent osobisty osoby niepełnosprawnej, opieka wytchnieniowa i centra opiekuńczo-mieszkalne. W charakterystyce tych programów nie jest zapisana górna granica wiekowa korzystających z tychże programów, o ile spełniają kryteria związane ze stanem i poziomem (nie)spraw-

48 Tamże.

49 P. Błędowski, B. Szatur-Jaworska (red.), *System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania. Przegląd sytuacji*, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2016.

50 Najwyższa Izba Kontroli, *Świadczenie pomocy osobom starszym przez gminy i powiaty*, Warszawa 2016.

51 Fundusz Solidarnościowy to działający od 2019 roku nowy Fundusz celowy zasilany z tzw. daniny solidarnościowej (4% nadwyżki od 1 mln dochodu rocznie) oraz części składki na Fundusz Pracy.

ności. Można widzieć w tych instrumentach współczesne narzędzia wsparcia o charakterze także opiekuńczym. Szczególne znaczenie w kontekście omawianej tu problematyki ma program „Opieka wytchnieniowa”. Wsparcie tego typu, funkcjonujące od lat w zachodnio-europejskich systemach opieki długoterminowej i do niedawna nieobecne poza nielicznymi lokalnymi inicjatywami w Polsce, odpowiada na fundamentalne potrzeby rodzin, w których sprawowana jest długookresowa opieka (także) wobec osób w starszym wieku. Póki co nie są to programy powszechne, działające w każdej gminie na mocy ustaw, a jedynie odnawiane corocznie programy konkursowe dla jednostek samorządu terytorialnego lub organizacji pozarządowej. Nie są to już jednak tylko lokalne dobre praktyki.

**TABELA 4.**

Programy z Funduszu Solidarnościowego, z których mogą korzystać także osoby starsze wymagające opieki lub wsparcia w codziennym funkcjonowaniu i ich bliscy

Nazwa programu	Do kogo jest skierowany	Istota usługi świadczonej w ramach programu	Informacje organizacyjne na temat programu
Opieka wytchnieniowa	Opiekunowie osób ze znaczną niepełnosprawnością (także osób starszych), opiekunowie dzieci niepełnosprawnych ze wskazaniem konieczności stałej opieki lub wsparcia	Opieka zastępcza na czas nieobecności opiekuna. Może być realizowana w dwóch modułach. W ramach wsparcia całodobowego i w ramach wsparcia dziennego w przeliczeniu na godziny. Istnieją limity czasu, w jakim można nieodpłatnie skorzystać z tychże usług	Jednostki samorządu terytorialnego, organizacje pozarządowe
Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej	Osoby z niepełnosprawnością znaczną lub umiarkowaną (co obejmuje także niesprawne osoby starsze, jeśli legitymują się orzeczeniem), dzieci z niepełnosprawnością ze wskazaniem w orzeczeniu do stałej opieki i wsparcia	Usługi wspierające dla ich odbiorców w różnych czynnościach i aktywnościach składających się na niezależne życie. Liczba godzin jest limitowana w zależności od stopnia i rodzaju niepełnosprawności	Jednostki samorządu terytorialnego, organizacje pozarządowe
Centra mieszkalno-opiekuńcze	Dorosłe osoby z niepełnosprawnością znaczną lub umiarkowaną	Centra opiekuńczo-mieszkalne mają łączyć niezależne zamieszkiwanie ze wsparciem udzielanym przez wykwalifikowaną kadrę poprzez pomoc w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych. To pozwoli poprawić jakość życia osób z niepełnosprawnościami, umożliwi im na miarę potrzeb samodzielne i godne funkcjonowanie	Jednostki samorządu terytorialnego. Budżet programu na 2022 rok – 30 mln

Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentów dotyczących programów „Opieka wytchnieniowa”, „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” i „Centra opiekuńczo-mieszkalne” za rok 2022 r.

Słabością pozostaje fakt, że powyższe programy mają ograniczony zasięg, jak też niepewną trwałość. Nie można jednak wykluczyć, że na dalszych etapach rozwoju polityki społecznej w kierunku deinstytucjonalizacji rozwiązania te zaczną funkcjonować na bardziej stabilnych fundamentach. Wówczas pożądanym byłoby, aby usługi asystencji/asysty osobistej, jak również opieki wytchnieniowej funkcjonowały w każdej gminie i powiecie (bez względu na to, czy byłoby to zadanie zlecone, czy własne jednostek samorządu terytorialnego). W przypadku asystencji osobistej trwają już prace (wraz z zewnętrznymi konsultacjami) w Kancelarii Prezydenta RP nad projektem<sup>52</sup>, które czyniłyby ten rodzaj wsparcia rozwiązaniem systemowym, aczkolwiek w chwili pisania niniejszego raportu prace te nie doczekały się jeszcze finału w postaci gotowego projektu.

**1.2.6. Wsparcie rodzin i opiekunów rodzinnych oraz nieformalnych osób starszych, wymagających stałej opieki lub pomocy w codziennym funkcjonowaniu**

W sektorze polityki społecznej można też umieścić narzędzia wsparcia opiekunów i rodzin osób starszych i wymagających opieki. Rodzina nadal stanowi podstawowe źródło zaspokajania potrzeb opiekuńczych (nie tylko) najstarszych pokoleń. Szerzej o rodzinnym modelu opieki i jego ewolucji (czy wręcz erozji) traktowała będzie dalsza część. W tym miejscu zarysujemy istniejące instrumentarium wspierania rodziny w pełnieniu tej ważnej, trudnej i często długotrwałej roli wobec najbliższych. Podstawową pozostaje wciąż pomoc pieniężna, wypłacana na podstawie ustawy o świadczeniach rodzinnych (Dział III poświęcony tzw. świadczeniom opiekuńczym), przyznawanym i wypłacanym przez ośrodki pomocy społecznej. Znacznie słabiej osadzone w porządku prawnym jest wsparcie pozafinansowe, realizowane w formie rozmaitych usług wspierających lub uzupełniających proces opieki i wzmacniające jakość i bezpieczeństwo opieki, jak również jakość życia i zdrowie psychiczne oraz fizyczne samego opiekuna. Jeszcze kilkanaście lat temu praktycznie nie istniała polityka wspierania tej grupy. Ostatnia dekada przyniosła jednak zauważalne zmiany, choć stan rozwoju wsparcia jest w świetle potrzeb wciąż dalece niesatysfakcjonujący.

Autor poddał dokładniejszej analizie system wsparcia rodziny i politykę publiczną w tym zakresie na podstawie wielu innych opracowań. W tym miejscu – jako że nie jest to wiodący aspekt analizy prowadzonej w raporcie – przywołana zostanie po lekkiej modyfikacji i aktualizacji płynąca z innego artykułu tabela podsumowująca stan publicznego wsparcia rodzin z osobami starszymi wymagającymi stałej opieki.

<sup>52</sup> Tu o założeniach projektu prezydenckiego można przeczytać z uwzględnieniem uwag wniesionych przez Rzecznika Praw Obywatelskich: Usługi asystencji osobistej. Uwagi Marcina Wiącka do założeń projektu ustawy, brpo.gov.pl (dostęp z 30.09.2022 r.).

**TABELA 5.**

Wsparcie dla rodzin z osobą starszą pod opieką u progu III dekady XXI wieku (stan prawny pod koniec 2022 roku)

	Istniejące instrumenty i ich ocena
<b>Zabezpieczenie finansowe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niewystarczające co do wysokości i dostępności wsparcie finansowe w postaci specjalnego zasiłku opiekuńczego</li> <li>• Niska wysokość, nieznacznie przekraczająca poziom minimum egzystencji</li> <li>• Trudna dostępność (m.in. ze względu na bardzo niskie i sztywne kryterium dochodowe)</li> <li>• Warunek dezaktywacji zawodowej opiekuna (pobierając specjalny zasiłek opiekuńczy, opiekun nie ma prawa podejmować aktywności zarobkowej)</li> </ul>
<b>Godzenie pracy z opieką</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niedobór rozwiązań wspierających pracę opiekuna osoby starszej</li> <li>• Deficyt regulacji w zakresie prawa do elastycznego czasu pracy lub teleopieki dla opiekuna/członka rodziny osoby starszej</li> <li>• Ograniczony dostęp do bezpłatnych lub niskopłatnych usług opiekuńczych w wymiarze pozwalającym na wykonanie pracy przez opiekunów rodzinnych</li> </ul>
<b>Wsparcie usługowe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ograniczony dostęp do opieki wytchnieniowej (choć od 2018 r. działa rządowy program, z którego korzystają mieszkańcy części gmin)</li> <li>• Brak gwarantowanego wsparcia informacyjnego, szkoleniowego, psychologicznego i psychoterapeutycznego dla opiekunów</li> <li>• Nie zawsze dostępne w większym wymiarze inne usługi w warunkach domowych i środowiskowych dla podopiecznych, odciążające też opiekuna (choć w drugiej połowie drugiej dekady XXI wieku powstały programy mające łagodzić nieco sytuację, np. program Opieka75+)</li> </ul>

Źródło: opracowanie własne na podstawie tabeli z wcześniejszego opracowania – R. Bakalarczyk, *Polityka wobec rodzin z osobami starszymi pod opieką po trzech latach od ustrojowego przełomu*, [w:] A. Durasiewicz, P. Czarnecki (red.), *Polityka społeczna i praca socjalna wobec rodziny w Polsce w latach 1989–2019*, Dom Wydawniczy Elipsa, Warszawa 2021, s. 156.

Poza publicznymi rozwiązaniami systemowymi pewną rolę już dziś odgrywają inicjatywy i działania społeczne, np. w formie grup wsparcia, kampanii społecznych, szkoleń i webinarów, także tych realizowanych online czy materiałów i praktyk informacyjnych. Trzeba pamiętać jednak, że nie dla wszystkich formuła kontaktu online jest wystarczająca czy w ogóle dostępna, dlatego należy wykorzystywać też inne niż cyfrowe formy kontaktu i przekazywania informacji (przykładem są choćby telefony zaufania/wsparcia dla opiekunów, które w niektórych społecznościach lokalnych także prowadzone są przez instytucje samorządowe, np. ośrodki pomocy społecznej). Takie rozwiązanie stosowane jest od kilku lat w Sopocie<sup>53</sup>.

Czas pandemii spopularyzował wykorzystanie narzędzi online dla wsparcia rodzin z osobami niepełnosprawnymi i prowadzenia działań szkoleniowo-edukacyjnych na ich

<sup>53</sup> Telefon wsparcia opiekuna, <https://www.sopot.pl/aktualnosc/7089/telefon-wsparcia-opiekuna> (dostęp z 07.02.2023 r.).

rzecz. Jakkolwiek w okresie pandemicznym – co pokazały zarówno rodzime<sup>54</sup>, jak i zagraniczne badania empiryczne<sup>55</sup> – ogólnie sytuacja tej grupy uległa drastycznemu pogorszeniu, akurat ten wymiar sieciowy mógł ulec wzmocnieniu. W tym sensie wsparcie względem nie tylko samych osób starszych wymagających opieki, ale także ich rodzin i opiekunów to ważne wyzwanie – zarówno dla polityki państwa, jak i różnych podmiotów prywatnych i społecznych (w tym prowadzonych przez związki wyznaniowe) działających w obszarze opieki długoterminowej i wsparcia społecznego.

#### 1.4. Rola instytucji prowadzonych przez organizacje wyznaniowe (Rola Kościoła i instytucji wyznaniowych)

Rola instytucji kościelnych i religijnych w sferze opieki jest trudna do precyzyjnego określania. Organizacje kościelne mogą być i są podmiotami świadczącymi usługi na rzecz osób starszych, niepełnosprawnych czy przewlekle chorych w ramach rozwiązań mieszczących się w sektorze medycznym i społecznym. Co więcej, oprócz bezpośredniego zaangażowania w opiekę, mogą one bezpośrednio na różne sposoby wspierać instytucje i działania prowadzone przez podmioty świeckie czy oddziaływać na świadomość i postawy wiernych w odniesieniu do starości, potrzeb opiekuńczych czy osób przewlekle chorych.

Spośród wszystkich wyznaniowych organizacji społecznych 29,7% zapewniało usługi opiekuńcze i zakwaterowanie (27% świadczyło usługi opiekuńcze i pielęgnacyjne, a 13,6% zapewniało pobyt, nocleg, pobyt). Ponadto 24% zapewniało leczenie, pracę terapeutyczną, rehabilitację<sup>56</sup>.

„Jeśli chodzi o obszar ochrony zdrowia organizacje przyparafialne Kościoła katolickiego prowadziły swoje działania głównie w skali lokalnej. Na obszarze obejmującym całą parafię, stanowiącą podstawową jednostką organizacyjną Kościoła katolickiego działało w 2020 r. 68,3% organizacji kościelnych działających w obszarze opieki zdrowotnej, kolejne 12,0% – jedynie w części parafii. Natomiast prowadzenie działalności w skali większej niż jedna parafia zadeklarowało 15,9% przyparafialnych wspólnot, działających w obszarze zdrowotnym”<sup>57</sup>.

Niektóre organizacje – jak Caritas Polska – prowadzą bardzo różnorodne formy wsparcia opiekuńczego (włączając w to prowadzenie placówek opieki stacjonarnej, w różnych częściach kraju). Przykładowo w ramach Caritas Polska prowadzonych jest 11 zakładów

<sup>54</sup> M. Kocejko, R. Bakalarczyk, *Sytuacja opiekunów rodzinnych osób starszych w czasie pandemii Covid-19*, Raport z badania zrealizowanego w ramach Instytutu Polityki Senioralnej Senior Hub, Warszawa 2021.

<sup>55</sup> Eurocarers, 2021. *Impact of the Covid-19 outbreak on informal carers across Europe. Final report*. EUC-Covid-study-report-2021.pdf, eurocarers.org (dostęp z 10.10.2021 r.).

<sup>56</sup> Główny Urząd Statystyczny, Sektor non-profit w 2020 r., *Stowarzyszenia, fundacje, społeczne podmioty wyznaniowe, samorząd gospodarczy i społeczny*, Warszawa, Kraków 2022.

<sup>57</sup> Tamże, s. 53.

opiekuńczo–lecniczych<sup>58</sup>, ponad 30 domów pomocy społecznej i domów opieki<sup>59</sup>, 22 placówki zdrowotne świadczące opiekę paliatywną lub hospicyjną; 45 środowiskowych domów samopomocy<sup>60</sup>, 10 ośrodków rehabilitacyjnych<sup>61</sup> i kilkadziesiąt wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego w skali całego kraju<sup>62</sup>. Prowadzonych jest też wiele innych działań na rzecz osób z niepełnosprawnościami i potrzebujących w różnym wieku.

Z perspektywy osób starszych o ograniczonej sprawności i słabszym zdrowiu szczególnie warta podkreślenia jest prowadzona przez Caritas Polska akcja pod tytułem „Koperta życia”. Zawiera ona kartę, na której znajdują się najważniejsze aktualne informacje na temat osoby starszej (imię, nazwisko, nr PESEL, grupa krwi, przebyte choroby, przyjmowane leki czy kontakt do bliskiej osoby). Kopertę taką należy umieścić w lodówce (na górnej półce), a więc miejscu łatwo dostępnym dla ratowników. Program jest realizowany z myślą o osobach starszych, samotnych i przewlekle chorych, a pośrednio także ich bliskich, opiekunach, ratownikach medycznych czy innych osobach mogących udzielić pomocy w nagłych okolicznościach.

Można zatem wskazać następujące potencjalne bądź już odgrywane role Kościoła i organizacji wyznaniowych w sferze opieki długoterminowej:

1. Bezpośrednie prowadzenie placówek i świadczenie usług (m.in. w ramach medycznych placówek opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej, DPS-ów czy innych ośrodków wsparcia społecznego).
2. Świadczenie wsparcia duchowego i pozaduchowego w ramach instytucji świeckich działających w obszarze opieki zdrowotnej i opiekuńczej dla osób starszych, przewlekle, nieuleczalnie chorych czy z niepełnosprawnościami.
3. Zbieranie środków na cele opiekuńcze, lecznicze i wspomagające osoby wymagające wsparcia i opieki oraz ich bliskich.
4. Aranżowanie i wspieranie wolontariatu w sferze opieki i wsparcia.
5. Informowanie o potrzebach i możliwościach opiekuńczych na poziomie parafii i wspólnot lokalnych.
6. Działalność wydawnicza i budowanie przekazu na temat zagadnień opiekuńczych i wspierających innych w potrzebie.

58 W 2022 roku wysokość specjalnego zasiłku opiekuńczego jest na poziomie 620 złotych. Wieloletni brak podnoszenia tej kwoty oznacza, że w dobie aktualnej inflacji i wzrostu cen energii, ogrzewania, jak też podstawowych produktów realna wartość nabywczą tego świadczenia z miesiąca na miesiąc spada, pogłębiając ryzyko ubóstwa i wykluczenia opiekunów.

59 Domy Pomocy Społecznej – Caritas Polska <https://caritas.pl/pomoc-w-polsce/nielpeunosprawni/domy-pomocy-spolecznej/> (dostęp z: 07.03.2023 r.).

60 Środowiskowe Domy Samopomocy – Caritas Polska, <https://caritas.pl/pomoc-w-polsce/nielpeunosprawni/srodowiskowe-domy-samopomocy/> (dostęp z: 07.03.2023 r.).

61 Ośrodki rehabilitacyjne – Caritas Polska <https://caritas.pl/pomoc-w-polsce/nielpeunosprawni/osrodki-rehabilitacyjne/> (dostęp z: 07.03.2023 r.).

62 Wypożyczalnie sprzętu rehabilitacyjnego – Caritas Polska <https://caritas.pl/pomoc-w-polsce/nielpeunosprawni/wypożyczalnie-sprzetu-rehabilitacyjnego/> (dostęp z: 07.03.2023 r.).



## PROCESY I TRENDY WPŁYWAJĄCE NA WYZWANIA W SFERZE OPIEKI

**W**szystkie powyższe instytucje i problemy, z jakimi się stykają, podlegają swoistej dynamice wiążącej się z zachodzącymi procesami demograficznymi, ekonomicznymi, społeczno-kulturowymi, ale też związanymi ze zmianami w podejściu do sfery opieki i wsparcia oraz praw osób, których dotyczy. Poniżej zarysowane zostaną wiodące uwarunkowania zmian w sferze potrzeb opiekuńczych i możliwości ich zaspokajania w ramach działań publicznych, jak też społecznych.

### 2.1. Podwójne starzenie się społeczeństwa i procesy ludnościowe

Pierwszym, najbardziej oczywistym uwarunkowaniem wyzwań w opiece długoterminowej, odczuwalnych na poziomie zarówno makro, jak i mikro, jest postępujące starzenie się populacji, a raczej jej tzw. podwójne starzenie się. To ostatnie oznacza, że wzrośtowi

udziału w strukturze wiekowej starszego pokolenia towarzyszy jeszcze bardziej dynamiczny wzrost udziału najstarszych roczników, a te szczególnie zagrożone są występowaniem wielokrotnionych schorzeń zdrowotnych i nierzadko potrzeb opiekuńczych bądź związanych ze wsparciem w codziennym funkcjonowaniu. Prognozy są nieubłagane. Według przeprowadzonej w 2014 roku prognozy odsetek osób starszych może wzrosnąć do 1/4 społeczeństwa około 2030 roku, a w połowie stulecia aż do jednej 1/3<sup>63</sup>. Dziś jest to – w świetle wstępnych wyników najnowszej spisu powszechnego – ponad 21%, czyli nieco ponad jedna piąta, co też stanowi zauważalny wzrost w punktach procentowych względem wyników poprzedniej edycji Spisu Powszechnego z 2011 roku (wówczas około 17% mieszkańców kraju stanowiły osoby w wieku 65+).

Potwierdza to postępowanie starzenia się populacji. Jest to zresztą trend cechujący ogół państw rozwiniętych, a nie tylko lokalna specyfika. Polska jeszcze nie tak dawno uchodziła za kraj relatywnie młody demograficznie, ale wedle prognoz ma być jednym z najszybciej starzejących się społeczeństw. Horyzont połowy wieku nie powinien jednak przysłańcać bliższej przyszłości – w ciągu najbliższych lat odsetek zarówno starszych, jak i najstarszych bardzo wzrośnie. Nie bez znaczenia dla demograficznych trendów jest przechodzenie w różne fazy życia pokoleń wyżów i niżów, jakie następowały w kolejnych dekadach. W obecnej dekadzie w wiek 75+ i 80+ będą wchodzić szczególnie liczne pokolenia wyżów powojennych, co w sposób nieunikniony przyczyni się do dynamicznego wzrostu najstarszych mieszkańców. Jak wynika z prognoz do 2050 roku:

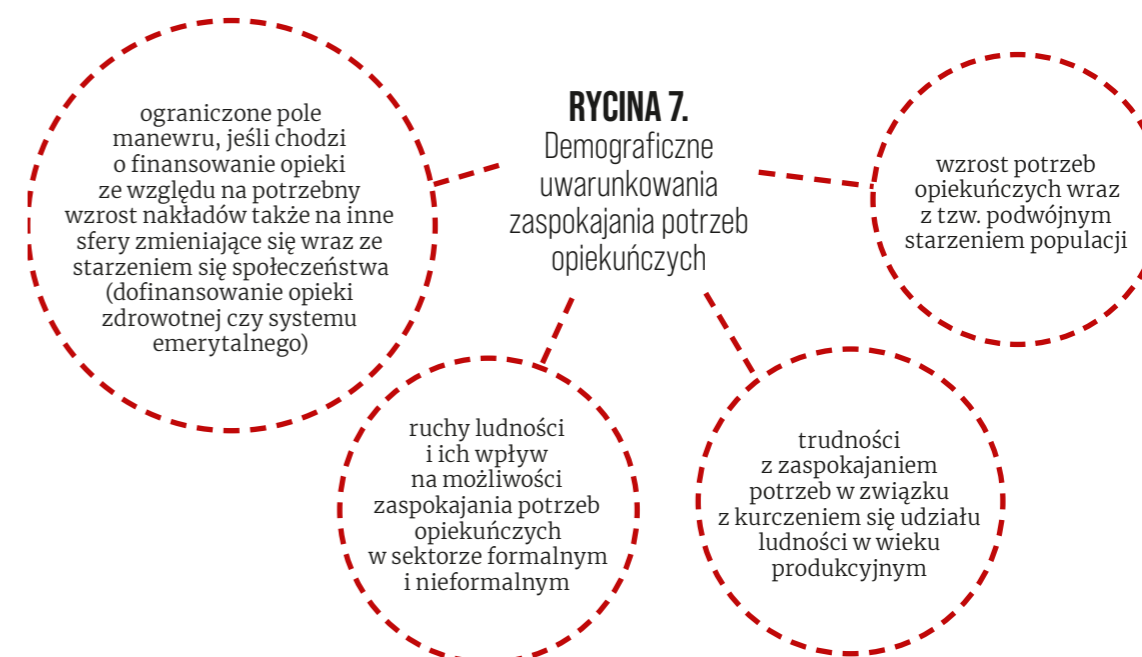


*W 2050 r. w porównaniu z 2021 r. zmniejszy się udział trzech najmłodszych grup wieku w populacji osób starszych. Osoby w wieku 60–64 lata będą stanowiły 19,0% osób w wieku senioralnym (o 7,3 p. proc. mniej niż w 2021 r.). Udział osób w wieku 65–69 lat zmniejszy się o 4,6 p. proc. i osiągnie w 2050 r. poziom 21,0%, natomiast osób w wieku 70–74 lata – o 1,4 p. proc. do poziomu 19,0%. W pozostałych grupach odsetek w populacji osób w wieku 60 lat i więcej zwiększy się, osiągając 15,2% w grupie 75–79 lat (wzrost o 4,2 p. proc.) oraz 10,7% w populacji osób 80–84 lata (wzrost o 2,2 p. proc.). Najwyższy przyrost (o 6,9 p. proc.) będzie dotyczył grupy najstarszej – osób w wieku 85 lat i więcej. Według prognozy odsetek osób z tej grupy wieku w populacji osób w wieku 60 lat i więcej ukształtuje na poziomie 15,1%<sup>64</sup>.*

Procesom tym będzie towarzyszyć wzrost potrzeb opiekuńczych, choć ich skalę można oczywiście próbować kształtować. To, czy i kiedy dana starsza osoba zacznie tracić zdrowie i sprawność (a nawet samodzielność), wszak może wynikać z bardzo wielu czynników, których część może być współkształtowana na wielu poziomach polityki publicznej. Przecież

na proces i jakość starzenia wpływają m.in. wcześniejsze i aktualne warunki życia, styl życia, w tym zachowania prozdrowotne i profilaktyka, a także jakość i dostępność opieki zdrowotnej (nie tylko w rozumieniu medycyny naprawczej, ale też profilaktyki, diagnostyki, medycyny pracy).

Biorąc pod uwagę jednak, że na wszystkich tych polach mamy bardzo wiele zaniedbań, trudno przyjąć, że w najbliższym czasie zostaną one tak skorygowane – choć oczywiście warto o to usilnie zabiegać – by uwarunkowania zdrowia w procesie starzenia diametralnie się poprawiły, a dalszy wzrost udziału procentowego w społeczeństwie starszych i najstarszych mieszkańców nie będzie implikował wielokrotnionych potrzeb opiekuńczych w całej populacji. Trzeba przy tym uwzględnić jeszcze kilka aspektów zagadnienia pogłębiających skalę wyzwania (por. rycina).



Po pierwsze, potencjalnemu, acz bardzo prawdopodobnemu wzrostowi potrzeb opiekuńczych będą towarzyszyły trudności ich zaspokojenia w oparciu o bieżące zaangażowanie młodszych pokoleń w wieku produkcyjnym. Tych procentowo i liczebnie może być coraz mniej, co również jest integralną częścią procesu starzenia się społeczeństwa. Oznacza też wiele wyzwań związanych z aktywnością na rynku pracy, popytem wewnętrznym, a także poziomem funduszy publicznych zasilanych z podatków i składek. Problemy z niedoborami na rynku pracy będą dotyczyć i już dotyczą także sektorów zawodów związanych ze świadczeniami zdrowotnymi, opieką długoterminową oraz innymi usługami wymagającymi rozwinięcia w obliczu starzenia populacji. Dlatego tak ważna jest przemyślana i konsekwentna polityka przyciągania do tychże zawodów i pozostawania w nich.

63 Główny Urząd Statystyczny, *Prognoza ludności na lata 2014–2050*, Warszawa 2014.

64 Główny Urząd Statystyczny, *Sytuacja osób starszych w 2021 r.*, Warszawa, Białystok, 2022, s. 24.

Jeśli chodzi o rynek pracy, można próbować wykorzystać np. tych, którzy są poza rynkiem pracy (np. dużą część kobiet, osoby z niepełnosprawnościami, inne osoby z różnych powodów defaworyzowane na rynku pracy czy osoby w okresie okołoemerytalnym). Polska w każdej z tych grup ma niewykorzystany potencjał, więc można – a wręcz trzeba wykorzystać ich potencjał zawodowy poprzez działania sprzyjające ich zaangażowaniu w aktywność ekonomiczną i znoszenie ku temu barier. Jednym z wielu ku temu powodów będzie właśnie coraz większa presja na zaspokojenie różnych potrzeb rosnącej liczby osób w wieku podeszłym, które już nie są w stanie pracować.

Ponadto równolegle do potrzeb opiekuńczych będą rosły też inne potrzeby i presja na ich zaspokajanie, także przy udziale środków publicznych. Choćby potrzeby zdrowotne (również te poza sferą opieki długoterminową), ale też emerytalne. Trudności finansowania systemu zabezpieczenia emerytalno-rentowego czy zdrowotnego, m.in. w związku ze zmianą relacji starszych do młodszych pokoleń, może sprawić, że jeszcze trudniej będzie realizować różne programy ze środków budżetowych, a to nie pozostaje bez wpływu na możliwości rozwiązań w zakresie opieki długoterminowej.

Poza tym, jak pokazał 2022 rok – mogą pojawić się nowe „nieoczekiwane” okoliczności wymuszające przekierowanie priorytetów i strumieni wydatków finansowych. Przykładem jest straszne doświadczenie wojny (choćby odbywała się ona za naszymi granicami) sprzyjające wzrostowi nakładów na obronność oraz bezpieczeństwo zewnętrzne i wewnętrzne czy fale migracji, które mogą być spowodowane zarówno migracjami w coraz bardziej niepokojnym świecie, jak i – co jeszcze bardziej nieuniknione – kryzysami klimatycznymi, dotkliwymi w krajach globalnego południa. Jakkolwiek same ruchy migracyjne – w kontekście demograficznym i opiekuńczym – nie powinny być postrzegane wyłącznie w kategoriach ryzyka, ale do pewnego stopnia też szansy, na pewno by była ona wykorzystana, potrzebna będzie przemyślana i kompleksowa odpowiedź polityki publicznej.

Długotrwałe procesy demograficzne i ich przełożenie na przewidywany wzrost potrzeb opiekuńczych oraz możliwości ich zaspokajania nie powinny być postrzegane w całkowitym oderwaniu od równoległe zachodzących trendów czy występujących zjawisk na innych polach. Choć do pewnego stopnia powinniśmy prognozować i przygotowywać się na przyszłość. Ruchy ludności mogą wpłynąć nie tylko na kierunki interwencji polityce publicznej, ale także współkształtować same procesy demograficzne.

Skala, struktura i kierunki ruchów migracyjnych są trudne do przewidzenia, ale z dużym prawdopodobieństwem w najbliższych latach wywoływane będą m.in. poprzez konflikty polityczne i militarne czy katastrofalne (zwłaszcza dla krajów globalnego południa) zmiany klimatyczne. Jedno i drugie może prowadzić do eskalacji wojen (także o charakterze wewnętrznych), kryzysów żywnościowych i humanitarnych, a w konsekwencji nasilenia ruchów migracyjnych, a Europa może być jedną z wiodących destynacji. To, jak te procesy będą przebiegały i na ile wyzwania z nimi związane zostaną przekute na rozwiązania łagodzące problemy starzejącego się społeczeństwa, będzie zależało także od prowadzonej polityki migracyjnej i integracyjnej, a także rynku pracy.

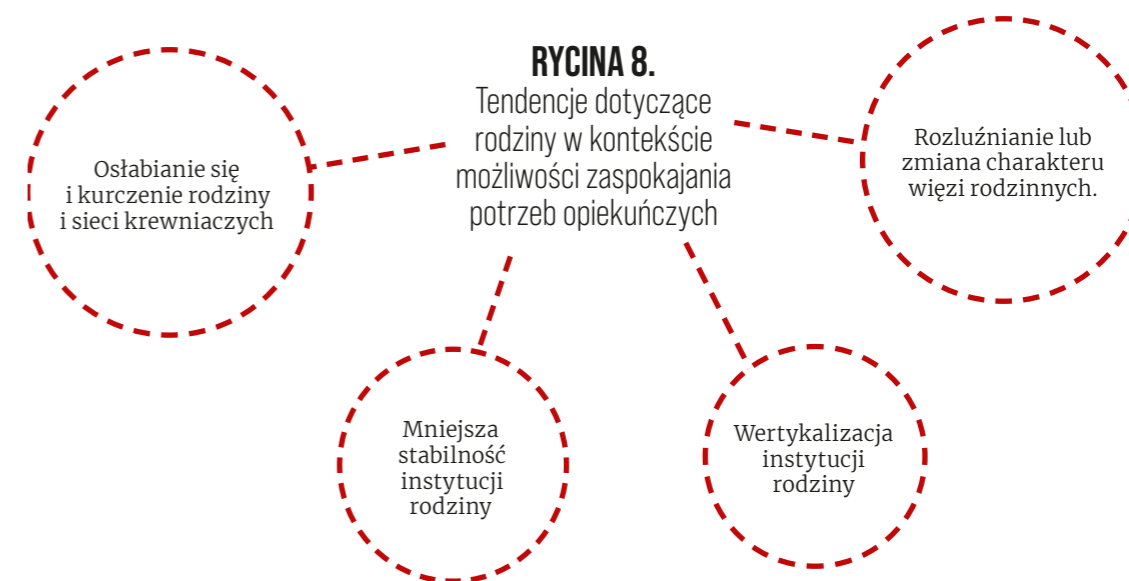
Jednym z elementów potrzebnej strategii było dobre wykorzystanie potencjału przynajmniej pewnej części migrującej ludności na rynku zawodów opiekuńczych, co wymaga jednak stworzenia pewnych rozwiązań systemowych (m.in. w zakresie nabywania uprawnień

zawodowych przez migrantów i migrantki, podnoszenia kompetencji zawodowych, jak też językowych i kulturowych, czytelnych ścieżek zatrudniania w sektorze itp.). Zatrudnienie osób o pochodzeniu migracyjnym w szarej strefie opieki byłoby natomiast scenariuszem niewystarczającym z perspektywy ich dobrostanu, integracji i bezpieczeństwa, jakości oraz trwałości procesów opiekuńczych.

Problematyka wzrostu zapotrzebowania na opiekę i wsparcie wraz ze starzeniem się populacji jest przedmiotem namysłu i dyskusji moderowanej po stronie rządowej, czego wyrazem są debaty i publikacje powstałe w ramach Kongresów Demograficznych<sup>65</sup> organizowanych przez Rządową Radę Ludnościową, Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Polskie Towarzystwo Statystyczne. Rząd przyjął w 2021 roku Strategię Demograficzną, wokół której odbywają się dyskusje w różnych częściach kraju. Choć w samej rządowej strategii demograficznej kwestie senioralno-opiekuńcze praktycznie się nie pojawiają, wydaje się, że w podejściu do demografii właśnie ten aspekt powinien odgrywać równorzędną rolę do zagadnień związanych z promocją dzietności i wsparciem rodzin z dziećmi.

## 2.2. Przemiany instytucji rodziny i sieci krewniaczych

Oprócz procesów ludnościowych i społecznych widzianych w skali makro równie ważne z demograficznego punktu widzenia – jak też pod kątem potencjału opiekuńczego – są przemiany na poziomie rodziny oraz relacji krewniaczych i nieformalnych. Zmiany w tym zakresie, obserwowane już od dłuższego czasu, również mogą wpływać pośrednio na zapotrzebowanie na opiekę formalną.



<sup>65</sup> III Kongres Demograficzny. Publikacje i materiały z Kongresu, stat.gov.pl. Jedną z obszernych publikacji pokongresowych jest zatytułowana *Niesamodzielną starość*, a zagadnienia senioralne i opiekuńcze obecne są także na kartach pozostałych publikacji powstałych przy okazji Kongresu (dostęp z 07.02.2023 r.).



Rodzina historycznie i współcześnie odgrywa w Polsce wiodącą rolę w zaspokajaniu potrzeb osób starszych. Dotyczy to także sytuacji, w których pojawi się konieczność opieki. Badacze posługują się terminem familizmu opieki, dodając, że polski model wpisuje się w schemat tzw. familizmu bez wsparcia. Oznacza to, że dużemu zaangażowania u członków rodziny w sprawowanie opieki nad osobami starszymi i wymagającymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu towarzyszy znikoma pomoc zewnętrzna w sprawowaniu tej roli. Głęboko rodzinny model opieki, choć znajduje potwierdzenie nawet w wynikach dość świeżych badań, jest wystawiony na próbę w obliczu m.in. zmian w samych relacjach rodzinnych, które zarazem odbywają się w szerszym kontekście i w związku z innymi trendami (zmiana pozycji kobiet w społeczeństwie i ich aspiracji czy procesy i zjawiska zachodzące na rynku pracy).

To, co jest już nie tylko prognozowane, ale także obserwowane to tzw. wertykalizacja rodziny. Dawniej osoby ze starszego pokolenia były otoczone szerszym gronem osób z młodszego pokolenia (małżonkowie, dorosłe rodzeństwo), w efekcie czego obciążenia opiekuńcze można było potencjalnie rozłożyć na większą liczbę osób. Inna sprawa, że to rozkładanie obciążeń było często i nadal jest nierównomierne. Ponadto nawet dawniej zdarzały się sytuacje wymykające się z tego schematu. Generalnie jednak statystycznie zmienia się obraz rzeczy w kierunku takiego, w którym na większą liczbę osób sędziwych przypada statystycznie mniejsza liczba osób w młodszym pokoleniu. Nie jest to jednak rezultat tylko tego, że zmieniają się proporcje osób w wieku produkcyjnym i poprodukcyjnym, ale także wzorce życia rodzinnego. Coraz więcej osób nie ma dzieci lub ma co najwyżej jedno dziecko, a w przypadku osób starszych nierzadko te dorosłe już dzieci są w innym mieście lub za granicą.

Ponadto wiele osób nie wchodzi w związki małżeńskie (bądź te się rozpadają), a niekiedy także nawet w trwałe niesformalizowane związki uczuciowe, które cechuje statycznie mniejsza stabilność niż w przypadku małżeństw. W efekcie powyższych zjawisk, mimo że często postrzegamy je w kontekście osób młodych i w średnim wieku, wiele z tych, które dożyją zaawansowanej starości bądź też możliwe potrzeby opiekuńcze dotkną je wcześniej, prawdopodobnie może pozostać bez jakiegokolwiek osoby bliskiej w pobliżu.

Zmieniać się może nie tylko wielkość i struktura rodzin, ale także charakter więzi pomiędzy ich członkami i członkiniami z różnych generacji, co również warunkuje gotowość zaangażowania w obliczu zaistnienia potrzeb opiekuńczych. Wreszcie, zmienia się też zewnętrzne otoczenie funkcjonowania rodzin i też spektrum oczekiwań wobec poszczególnych i ich aspiracji. Zmieniająca się pozycja kobiet w społeczeństwie i ich aspiracji w obszarze np. rynku pracy oddziaływać może na decyzje w obliczu zapotrzebowania na opiekę.

Coraz lepiej uświadomione i opisane są też doświadczenia opiekunów i opiekunek, z których wynikają bardzo daleko idące koszty psychiczne, zdrowotne, zawodowe i socjalne sprawowania opieki nad bliskimi. Mogą pojawiać się związane z tym konflikty rodzinne. W ich obliczu uzasadniona może być presja na odejście od modelu familizmu bez wsparcia, w kierunku takiego, w którym rodzina (a nierzadko jej pojedynczy członkowie) będzie wspomagana i częściowo też uzupełniana w roli opiekuńczej.

### 2.3. Niepewna sytuacja emerytalna i ryzyko ubóstwa jako czynnik wpływający na zaspokojenie potrzeb opiekuńczych

Kolejnym ważnym uwarunkowaniem zaspokajania potrzeb opiekuńczych osób w starszym wieku jest i będzie ich kondycja ekonomiczna oraz ich rodzin. Sytuacja ekonomiczna gospodarstw emeryckich może wpływać na przyjmowane strategie w obliczu utraty sprawności, możliwości zaspokajania potrzeb w warunkach rynkowych, a także pośrednio przełoży się na presję na publiczne i społeczne instytucje pomocowe oraz opiekuńcze. Brak możliwości aranżowania opieki prywatnej może prowadzić z jednej strony do jeszcze większego obciążenia najbliższych (choć potencjał w tym względzie będzie się kurczył, o czym była mowa wyżej) albo pogłębiania się tzw. luki opiekuńczej oraz niezaspokojenia lub niewystarczającego zaspokojenia potrzeb danej osoby, albo wreszcie objęcia takiej osoby wsparciem zewnętrznym, np. w ramach usług z pomocy społecznej.

Dotychczas emeryci nie byli grupą szczególnie zagrożoną niedostatkiem w porównaniu z młodszymi generacjami, choć pewna część już dziś żyje w sferze niedostatku, a niektórzy wręcz skrajnego ubóstwa.



**RYCINA 9.** Ubóstwo skrajne i relatywne seniorów w 2021 roku

**RYCINA 10.** Deprywacja materialna i społeczna seniorów w 2021 roku

Źródło: R. Szarfeberg, *Poverty Watch 2022*, Warszawa 2022

Wydaje się, że ryzyko to może rosnać, niekrotkoterminowo na skutek aktualnej sytuacji, jeśli chodzi o wzrost kosztów życia, ale także w dłuższej perspektywie czasowej, kiedy to w wiek senioralny będą wchodzić dzisiejsze średnie i młodsze pokolenia. Istnieje wiele strukturalnych uwarunkowań ku temu, takich jak relatywnie wczesny wiek przechodzenia na emeryturę w Polsce (zwłaszcza kobiet), co przy rosnącej długości życia przekłada się na niskie świadczenia.

Innym – znów wyższym w przypadku kobiet niż mężczyzn – czynnikiem ryzyka ubóstwa emerytalnego są długie przerwy w zatrudnieniu w cyklu życia oraz płaca nisko wynagradzana bądź nieoskładkowana. Prognozy mówią o ryzyku niskiej stopy zastąpienia dla emerytów w kolejnych latach i dekadach.

Trzeba przy tym dodać, że na sytuację socjalną danej osoby mogą mieć wpływ także inne zasoby (np. zgromadzony kapitał lub poziom zadłużenia), a także skala i struktura potrzeb. Osobom schorowanym czy wymagającym opieki i stałego wsparcia będzie znacznie trudniej wiązać koniec z końcem, a np. wydatki na leki czy leczenie (częściowo zależne od realiów polityki zdrowotnej) mogą rzutować na możliwości zaspokajania typowo opiekuńczych potrzeb.

W przypadku osób starszych oprócz świadczeń emerytalnych pewną rolę odgrywać mogą także inne świadczenia uzupełniające dochód z emerytury. Chodzi np. o formy wsparcia finansowego udzielane w ramach pomocy społecznej czy – wprost powiązane z koniecznością opieki – działające od 2019 roku tzw. uzupełniające świadczenie dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji, w przypadku którego najliczniejszą grupą odbiorców są właśnie niesprawni seniorzy.

Wydaje się jednak, że jeśli chodzi o zdolności nabywania świadczeń opiekuńczych w warunkach komercyjnych wiele osób może mieć z tym trudności ze względu na zbyt skromne środki, jakimi dysponują i będą – w świetle prognoz – dysponować. O ile pewna część starszego pokolenia (być może także przy wsparciu innych członków rodziny) będzie korzystała z oferty rynkowej, z perspektywy polityki publicznej ważna jest także – prawdopodobnie znaczna liczebnie – część seniorów, która nie będzie mogła sobie na to pozwolić, oraz ta, dla których dodatkowe koszty opiekuńcze będą ogromnie trudne do udźwignięcia dla nich i ich rodzin, zwiększając ryzyko ubóstwa i wykluczenia. Działania organizacji społecznych i polityka państwa muszą to zagrożenie uwzględnić i próbować temu przeciwdziałać np. poprzez zwiększanie realnej dostępności do bezpłatnych lub niskopłatnych usług publicznych bądź – zgodnie z omówioną dalej koncepcją czeku opiekuńczego – wyposażenie przynajmniej części osób i rodzin w dodatkowe środki na cele opiekuńcze realizowane w ramach prywatnie wykupywanych usług.

Na wspomnienie choćby zasługuje również inny aspekt ubóstwa dotyczący przede wszystkim osoby starsze – ubóstwo narracyjne czy też po prostu narracja o ubóstwie. Jak

widzimy w opracowaniach naukowych<sup>66</sup> oraz raportach organizacji społecznych<sup>67</sup>, mamy w Polsce i na świecie wciąż problem z samym mówieniem o osobach ubogich, potrzebujących i innych, jakkolwiek defaworyzowanych. Ich problemy często przypisujemy brakowi osobistej zaradności czy też złym wyborom życiowym. Tymczasem większość osób potrzebujących wsparcia znalazła się w tej sytuacji z powodu wad systemowych.

Wyraźnym przykładem takiego stanu rzeczy jest sytuacja osób starszych i dwa największe problemy, jakie się z nią wiążą: zdrowie oraz samotność. Kłopoty zdrowotne wynikają często z trybu wykonywanej przez lata pracy, która z kolei determinowana była sytuacją rynkową w regionie zamieszkania. Ten czynnik – społeczno-ekonomiczny – nierzadko jest również przyczyną samotności osób starszych, których dzieci zmuszone były wyjechać do pracy do większych miast lub za granicę.

Problem ten jest jednak nie tylko ekonomiczny – wiąże się z trendami społecznymi, wśród których dominującą rolę zaczyna odgrywać hedonistyczny relatywizm, prowadzący do katastrofalnej w skutkach indywidualizacji społeczeństwa. Tak wielkie procesy społeczne muszą zostać zaadresowane na najwyższym politycznym poziomie, gdyż w swojej istocie bardzo negatywnie i silnie wpływają na dalsze pogarszanie sytuacji osób starszych.

W tym również kontekście na szczególnie docenienie zasługują wszelkie próby wsparcia opieki rodzinnej oraz społecznych rozwiązań łączących integrację z opieką, jako alternatywy dla alienujących swoich lokatorów prywatnych, dużych i komercyjnych placówek opiekuńczych. Z uwagi na dobro człowieka ta część rzeczywistości społecznej nigdy nie powinna zostać w znaczącym stopniu urynkowiona. Najważniejsze jest bowiem dobro człowieka, które nie powinno być przedmiotem wymiany handlowej.

## 2.4. Tendencje i dążenia w kierunku deinstytucjonalizacji

Wydaje się, że kołem zamachowym zmian w obszarze opieki mogą być tendencje i dążenia w kierunku tzw. deinstytucjonalizacji czy też budowania bardziej środowiskowych modeli wsparcia osób w potrzebie, także wymagających wsparcia o charakterze opiekuńczym. Ten proces jest podejmowany od dłuższego czasu z poziomu instytucji unijnych, a także współgra z duchem myślenia o optymalnym wsparciu, włączeniu społecznym i niezależnym życiu m.in. osób w pieczy zastępczej, w kryzysie bezdomności, z zaburzeniami lub w kryzysach zdrowia psychicznego czy wreszcie seniorów, w tym przede wszystkim tych wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

Proces ten, choć dopiero w ostatnich latach doczekał się stosownych ram w krajowej polityce publicznej, jest wskazywany jako pożądany w działaniach rzeczniczych organizacji,

66 T.L. Miller, A. Volmert, A. Rochman, M. Aassar, *Talking About Poverty: Narratives, Counter-Narratives, and Telling Effective Stories*, *Frame Works*, 2021, <https://www.frameworksinstitute.org/wp-content/uploads/2021/09/Talking-about-poverty.pdf> (dostęp z 16.01.2023 r.).

67 Raport autorstwa fundacji Szlachetna Paczka dostępny online: <https://www.szlachetnapaczka.pl/raport-o-biedzie/> (dostęp z 07.02.2023 r.).

inicjatyw i ekspertów z obszarów, których ta problematyka dotyczy. Także impulsy w tym kierunku płyną z poziomu unijnego. Wytyczne na rzecz deinstytucjonalizacji zostały przyjęte już w 2011 roku<sup>68</sup>, a w kolejnych latach przy udziale środków unijnych były realizowane innowacyjne projekty i programy wpisujące się w deinstytucjonalizację.

Aktualnie zostały już sformułowane także krajowe wytyczne w zakresie planowania i realizowania lokalnych planów deinstytucjonalizacji<sup>69</sup>, a w latach 2020–2021 ramy strategiczne pod postacią tzw. Strategii Rozwoju Usług Społecznych przygotowanej w Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej oraz poświęcony opiece nad osobami starszymi załącznik do strategii „Zdrowa Przyszłość” przygotowany przez Ministerstwo Zdrowia i przyjęty w formie rządowej uchwały pod koniec 2021 roku. Treść obydwu dokumentów może wyznaczać kierunki i instrumenty działania, jeśli chodzi o deinstytucjonalizację w najbliższych latach, wobec czego warto przyjrzeć się im nieco bliżej pod kątem tego, co zostało w nich przewidziane, jeśli chodzi o opiekę nad osobami starszymi i wymagającymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

Strategia Rozwoju Usług Społecznych w ramach celu, jakim jest wsparcie dla osób tego wymagających w codziennym funkcjonowaniu, przewiduje 6 kierunków zawartych w następujących punktach:

1. Wdrożenie systemu koordynacji oraz standaryzacji działań.
2. Wsparcie rodziny i osób pełniących opiekę nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.
3. Rozwój środowiskowych form wsparcia w postaci usług społecznych.
4. Zmiana sposobu funkcjonowania stacjonarnej instytucji opieki długoterminowej (domy pomocy społecznej).
5. Trwały system finansowania opieki długoterminowej w obszarze usług społecznych.
6. Wsparcie i rozwój kadr świadczących usługi społeczne<sup>70</sup>.

Każdemu z nich przypisano mniej lub bardziej konkretne działania. Warto zwrócić uwagę na kilka kwestii. Po pierwsze, przewidziano nie tylko rozwój usług środowiskowych, ale także mechanizmy ich koordynacji oraz zapewnienie trwałego systemu, jak też wsparcie i rozwój kadr. Po drugie, uwzględniono jako jeden z celów wsparcie rodzin i opiekunów. Po trzecie, nie zakłada się tu odejścia od opieki instytucjonalnej (stacjonarnej), lecz proponuje ich audyt i reformy. Oto, jakie kroki przewidziane są w odniesieniu do opieki stacjonarnej (niestety niesłusznie utożsamianej z domami pomocy społecznej, podczas gdy istnieją też inne placówki świadczące opiekę stacjonarną):

1. „wykonanie audytu instytucji opieki długoterminowej (domy pomocy społecznej) w zakresie wskazań do pobytu w tej formie opieki osób w nich przebywających, z uwzględnieniem możliwości ich powrotu do społeczności lokalnej;
2. przeprowadzenie cyklicznego sprawdzenia możliwości usamodzielnienia osoby korzystającej z usług instytucji, a w przypadku stwierdzenia możliwości powrotu do środowiska podjęcie działań w tym zakresie;
3. przekształcanie domów pomocy społecznej w środowiskowe centra opieki, gdzie opieka stacjonarna oferowana będzie tylko wtedy, gdy nie będzie możliwe wsparcie środowiskowe z uwagi na stan zdrowia, stopień samodzielności oraz poziom wydolności opiekuńczej rodziny lub w ramach krótkotrwałego pobytu. Określony zostanie wskaźnik liczby miejsc;
4. zmiana standardów świadczenia usług stacjonarnej opieki długoterminowej (domy pomocy społecznej) w zakresie warunków bytowych, w tym zapewnienia osobom korzystającym z usług pokoi jednoosobowych (w miarę możliwości poszczególnych DPS)”<sup>71</sup>.

Plany reform w kierunku deinstytucjonalizacji nie omijają także sektora zdrowotnego, choć zmiany w tym zakresie zostały zaprojektowane w ramach odrębnej strategii przez resort zdrowia. Zagadnienia deinstytucjonalizacji opieki wobec osób starszych ostatecznie znalazły się w formie obszernego załącznika do strategii „Zdrowa Przyszłość”, jaka została ostatecznie przyjęta w drodze uchwały z grudnia 2021 roku<sup>72</sup>. Przewidziano tam kilka kierunków działań, które, jeśli faktycznie będą realizowane, mogą częściowo ukształtować ramy świadczenia opieki długoterminowej i funkcjonowania placówek opiekuńczych w ramach regulacji medycznych:

1. Rozwój zasobów kadrowych;
2. Rozwój form opieki dziennej;
3. Rozwój form opieki domowej;
4. Rozwój innowacyjnych form opieki;
5. Wsparcie opiekunów nieformalnych;
6. Koordynacja środowiskowej opieki zdrowotnej.

Propozycje w zakresie deinstytucjonalizacji zawarte w strategii „Zdrowa przyszłość” wydają się dość konkretne. Znajdujemy tu propozycję włączenia do systemu już wstępnie przetestowanych form wsparcia, jak dzienne domy opieki medycznej, jak również stworzenie nowych, jak dzienne centra treningu pamięci, zorientowane na osoby z zaburzeniami otępiennymi. Różne formy działania miałyby być wprowadzane stopniowo wedle zbliżonego schematu: począwszy od opracowania standardu, przeprowadzania pilotażu, ewaluacji,

68 Europejska Grupa Ekspertów ds. Przejścia od Opieki Instytucjonalnej do Opieki świadczonej na poziomie Lokalnych Społeczności.

69 Ogólnopolskie Ramowe Wytyczne Tworzenia Lokalnych Planów Deinstytucjonalizacji Usług Społecznych, Opracowanie i pilotażowe wdrożenie mechanizmów i planów deinstytucjonalizacji usług społecznych realizowane w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020, Osi Priorytetowej II Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji, Działanie 2.8. Rozwój usług społecznych świadczonych w lokalnej społeczności, współfinansowane z Europejskiego Funduszu Społecznego.

70 Strategia Rozwoju Usług Społecznych. Polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.).

71 Tamże.

72 „Zdrowa Przyszłość” Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na Lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r. Załącznik do uchwały nr 196/2021 Rady Ministrów z 27 grudnia 2021 r.

a z czasem włączenie do systemu w ramach systemu świadczeń zdrowotnych finansowanych z Narodowego Funduszu Zdrowia.

Widać jednak, że strategia nie odnosi się do placówek opieki instytucjonalnej, a kwestie opieki hospicyjnej zostały w niej potraktowane w stopniu szczątkowym. W tym sensie wiele problemów, z jakimi boryka się zarówno sektor opieki długoterminowej finansowanej z NFZ, jak i opieki hospicyjnej i paliatywnej nie będzie rozwiązanych czy złagodzonych w ramach działań przewidzianych w strategii. Dokument ten jawi się natomiast jako szansa wzmocnienia, usprawnienia i uzupełnienia rozwiązań modernizujących te segmenty opieki.

## 2.5. Niejasne ramy i kierunki polityki publicznej w sferze opieki

Prognozowanie dalszych losów opieki długoterminowej i możliwość rozwiązywania problemów w jej obszarze jest utrudnione przez fakt, że nie powstały ramy strategiczne kształtowania tej sfery polityki publicznej. Dość powiedzieć, że widziany kompleksowo system opieki długoterminowej bywa poza głównym nurtem debaty i agendy publicznej. Aktualnie trudno znaleźć całościowe próby zreformowania systemu po stronie wiodących instytucji publicznych, a jedynie podejmowane są niekiedy pewne (nie zawsze wystarczające) działania cząstkowe, w poszczególnych segmentach tej dziedziny. Pod względem zamysłu strategicznego nad opieką mamy w ostatnim czasie wręcz swoisty regres w porównaniu z sytuacją sprzed dekady lub półtorej.

Pierwsze próby z kręgów rządowych wyszły w 2005 roku, kiedy przy Ministerstwie Zdrowia, kierowanym wówczas przez Zbigniewa Religę, powołano zespół ds. opracowania ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Prace te jednak zostały przerwane wraz ze zmianami w resorcie po śmierci ówczesnego ministra Zbigniewa Religii. W kolejnych latach (2007–2015) ośrodkiem najprężniej zmierzającym do reformy opieki długoterminowej była grupa robocza skupiona wokół senatora Mieczysława Augustyna. Owocem tych dążeń była nie tylko całościowa diagnoza systemu wraz z rekomendacjami, zawarta w tzw. zielonej księdze opieki długoterminowej<sup>73</sup>, ale także wielokrotnie aktualizowany i konsultowany projekt ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym<sup>74</sup>, który jednak ostatecznie nie stał się przedmiotem procesu legislacyjnego. Wypracowano wówczas dojrzałe, obejmujące wiele elementów koncepcje zmian systemowych, a w sercu tejsze koncepcji leżała instytucja czeku (bonu) pielęgnacyjnego, który miał być przyznawany tzw. osobom niesamodzielnym na zakup usług opiekuńczych odpowiednio nadzorowanych i kontraktowanych przy udziale instytucji samorządowych. Wypłata czeku zaś miała pochodzić z Funduszu Opiekuńczego, który – w myśl założeń „Zielonej księgi” – na dalszych etapach reformy miał być zasilany ze składek na społeczne ubezpieczenie pielęgnacyjne (zakładano wówczas, że ten etap reformy

nastąpi... w 2020 roku, co wówczas wydawało się jeszcze dość odległą perspektywą czasową, wystarczającą na przygotowanie instytucji składających się na zreformowany system opieki).

Prace nad projektem ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym, samą instytucją czeku opiekuńczego, wprowadzeniem ubezpieczenia pielęgnacyjnego itp. nie były kontynuowane dotąd przez rządy po 2015 roku. Aczkolwiek w swoich postulatach programowych nawiązywało do ducha tamtych propozycji w różnych okolicznościach (głównie kampanijno-wyborczych) środowisko Platformy Obywatelskiej (z którego wywodził się patron koncepcji Mieczysław Augustyn), jak również i przede wszystkim inicjatywa parasolowa, działająca pod szyldem Koalicji na Pomoc Niesamodzielnym<sup>75</sup>, grupująca wiele interesariuszy opieki długoterminowej (głównie w sektorze medycznym). W ramach przygotowywanych przy okazji corocznych konferencji Koalicji raportów na temat aktualnej kondycji systemu i jego przyszłości autorzy proponują zreformowanie systemu według 11 zasadniczych kroków (por. ramka). Jakkolwiek Koalicja mocna angażuje się w działania legislacyjne, mówimy jednak ciągle o środku pozarządowym, a nie podmiocie w strukturach polityki państwa lub mającym na nią bezpośrednie przełożenie.

### Przeprowadzenie debaty publicznej

- na temat celów, organizacji i finansowania opieki długoterminowej w Polsce.

### Zdefiniowanie niesamodzielnosci

- na potrzeby prawa i sformułowanie szczegółowych zasad orzekania o niesamodzielnosci i jej stopniach.

### Dokonanie szczegółowych szacunków

- dotyczących liczby osób wymagających opieki długoterminowej.

### Wstępne oszacowanie kosztów

- świadczeń.

### Oszacowanie kadr

- niezbędnych do zaspokojenia potrzeb w zakresie opieki długoterminowej w początkowym okresie.

### Określenie zasad regulacji rynku

- opieki długoterminowej.

### Utworzenie instytucji odpowiedzialnej/ odpowiedzialnych

- za organizację opieki długoterminowej i gospodarkę finansową.

### Opracowanie koncepcji

- kształcenia kadr na potrzeby opieki długoterminowej.

### Przygotowanie szczegółowych projektów

- rozwiązań.

### Przygotowanie projektów aktów prawnych:

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

### Działania związane z zapewnieniem beneficjentom bezpieczeństwa

- zdrowotnego w sytuacjach kryzysowych.

## RYCINA 11.

Lista zaleceń w zakresie działań w obszarze opieki długoterminowej w raporcie Koalicji na Pomoc Niesamodzielnym

73 M. Augustyn (red.), *Opieka długoterminowa. Opis, diagnoza, rekomendacje*, Warszawa 2009.

74 Założenia do ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym, <https://www.sao.org.pl/public/upload/projekt.pdf> (dostęp z 08.02.2023 r.).

Źródło: P. Błędowski (red.), *Opieka długoterminowa w Polsce dzisiaj i jutro*, wyd. zaktualizowane i rozszerzone, Raport Koalicji na Pomoc Niesamodzielnym, Warszawa 2020.

75 Koalicja Na Pomoc Niesamodzielnym, [www.niesamodzielnym.pl](http://www.niesamodzielnym.pl) (dostęp z 07.02.2023 r.).

W samym raporcie Koalicji każde z powyższych zaleceń zostało rozbudowane i wyjaśnione. Już nawet pobieżny ich przegląd i odniesienie do rzeczywistości wskazuje, że zalecana sekwencja działań nie została podjęta, a nawet trudno mówić o realizacji pojedynczych punktów z powyższego wykazu.

Nie oznacza to jednak, że sfera opieki nie ewoluje w ostatnich latach i nie podlega działaniom publicznym. Odnoszą się one jednak albo do konkretnych aspektów systemu opieki (przykładem jest uruchomiony program „Opieka wytchnieniowa”), albo kwestie opiekuńcze pojawią się jako fragment strategii bardziej ogólnych, uwzględniających też inne niż opieka zagadnienia. Przykładem tego ostatniego jest choćby obecność kwestii opiekuńczych w ramach strategii deinstytucjonalizacji, omówionych wyżej. Można przyjąć, że agenda deinstytucjonalizacji jest w tej chwili głównym – jeśli nie jedynym – kontekstem potencjalnego reformowania zagadnień opieki w nieco bardziej holistyczny sposób. Trzeba jednak pamiętać, że zmian w sektorze opieki mogą wymagać także kwestie wykraczające poza ramy deinstytucjonalizacji i dokumenty strategiczne przyjęte w tym obszarze.

Trudno powiedzieć, jaki będzie układ sił politycznych po nadchodzącym szeregu wyborów, a także jakie w układzie sił w ramach kolejnego rozdania miejsce w agendzie politycznej zostanie przypisane zagadnieniom opieki długoterminowej. Można jedynie przypuszczać, że postępujące starzenie się populacji i wzrost potrzeb opiekuńczych wymuszą większą rangę tych zagadnień na instytucjach państwa, bez względu na to, kto będzie sprawował rządy.

Możliwe są różne scenariusze odpowiedzi na to nabrzmiewające wyzwanie. Jeden z nich – według mnie – najbardziej prawdopodobny, będzie polegał nie na całościowej reformie, lecz bardziej kontynuacji dotychczasowego modelu rozwoju tej sfery poprzez podtrzymanie i rozwijanie istniejących narzędzi, modyfikowanie regulacji i dostosowanie instytucji oraz dodawanie nowych. Przy takim scenariuszu jednym z wiodących katalizatorów zmian w opiece jak też czynnikiem wyznaczającym ich kierunki może być proces deinstytucjonalizacji, który po przyjęciu dwóch – omówionych wcześniej – strategii teoretycznie wchodzi w nowy etap dający perspektywę stopniowego przełożenia na rzeczywistość opiekuńczą. Wiele wskazuje na to, że reformowanie będzie przebiegało przynajmniej dwoma torami: w ramach sektora zdrowotnego i pozazdrowotnego, a wyzwaniem będzie harmonizacja tychże dwóch nurtów.

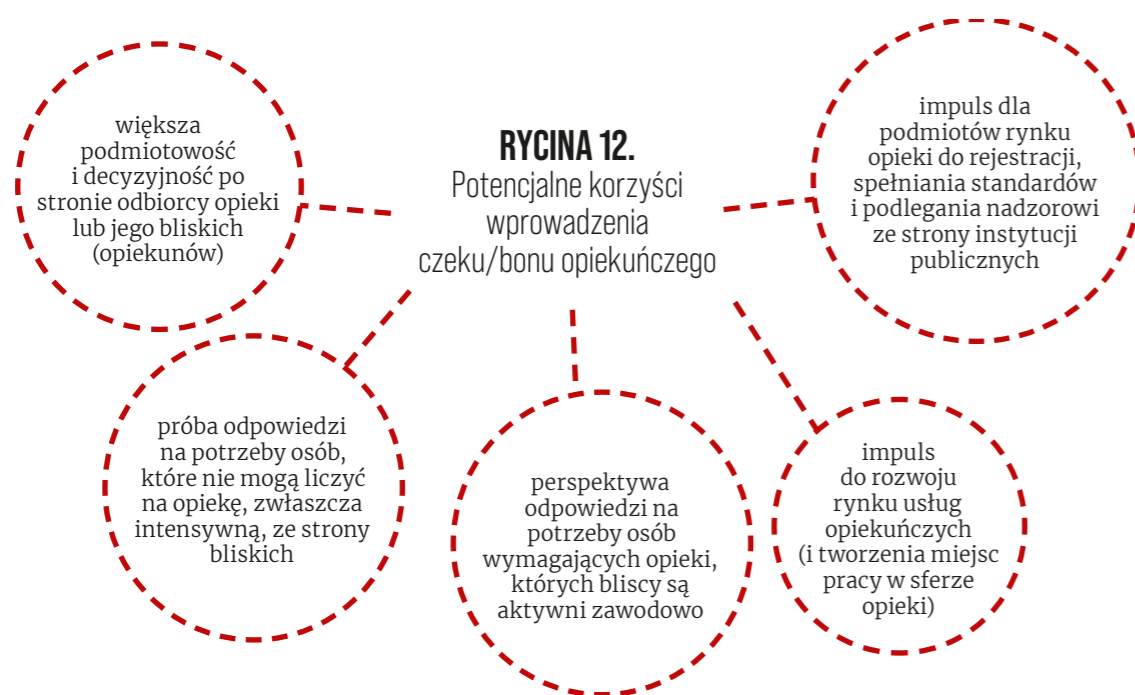
Trudno natomiast przewidzieć, czy jest w najbliższej przyszłości prawdopodobna taka reforma, która by przeobrażała przynajmniej częściowo logikę finansowania i organizacji systemu, co mogłoby się zdarzyć, np. w przypadku powrotu na agendę koncepcji społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego czy instytucji czeku (bonu) jako jednego z wiodących narzędzi zaspokajania potrzeb opiekuńczych. Jeśli chodzi o koncept społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego, na niekorzyść może przemawiać fakt, że wiązałoby się to z dodatkowym oskładkowaniem, co też zapewne przedstawiane było w debacie jako zwiększanie obciążeń fiskalnych. Jakkolwiek można argumentować, że dzięki temu dałoby się rozłożyć bardziej solidarnie i proporcjonalnie do możliwości na niemal całą wspólnotę koszty (i tym samym zmniejszyć indywidualną odczuwalność), które i tak będziemy musieli ponieść, gdy dotknie nas lub naszych bliskich utrata samodzielności, w polskiej debacie tego typu pomysły mogą jednak spotkać się z mniejszym lub większym oporem, co jednak nie znaczy, że na starcie należałoby się z nich wycofywać. Ewentualne wprowadzenie ubezpieczenia pielęgnacyj-

nego niesłoby korzyści w postaci uporządkowania i wzmocnienia w duchu solidaryzmu społecznego finansowania (bez konieczności podnoszenia ogólnych podatków) i pozwalałoby sprawniej zarządzać ryzykiem zapotrzebowania na opiekę w dłuższym horyzoncie czasowym. Samo jednak wprowadzenie techniki ubezpieczeniowej nie rozwiązałoby wielu dylematów i problemów, które i tak będzie trzeba rozwiązywać niezależnie od przyjętego modelu finansowania opieki długoterminowej – np. związanych z doбором form opieki, ich koordynacją, zapewnieniem jakości, godności i wyboru po stronie odbiorców opieki i rodzin czy łagodzeniem problemów kadrowych sektora.

Ponadto, w samym modelu ubezpieczenia społecznego trzeba również ustalić, a następnie egzekwować i monitorować wiele parametrów związanych z wysokością składki, sposobem jej ustalenia, zakresem podmiotów nią objętych, mechanizmy ich gromadzenia i wydatkowania i kontroli funduszy itp. Istnieją opracowania, w których po przeanalizowaniu różnych alternatywnych wariantów reform (na bazie modelu ubezpieczeniowego, budżetowego czy mieszanego) badacze skłaniają się do uznania tego ubezpieczeniowego za optymalny (co nie znaczy – idealny), ale są i opracowania, w których wskazana trudność przeprowadzenia reformy w tym duchu i potrzeba pilnego mierzenia się z wyzwaniem opiekuńczym skłaniają autorów do opowiedzenia się za pozostaniem przy dotychczasowym modelu finansowania opieki (choć i zwiększeniem jego wymiaru).

Kolejnym wartym odświeżenia konceptem, który zmieniłby istotnie mechanizm finansowania i zapewnienia świadczeń w zakresie opieki, byłby wspomniany czek (bon) opiekuńczy, który też w swej istocie nawiązuje do funkcjonującej w różnych zagranicznych systemach formuły tzw. budżetu osobistego/personalnego (aczkolwiek w części z nich, np. w Holandii, jest on raczej uzupełniającym narzędziem niż podstawowym, jak zakładał to tzw. projekt Augustyna). Za przyjęciem tego rozwiązania przemawia kilka racji natury normatywnej – może być to narzędzie upodmiotowienia odbiorców opieki (i/lub opiekunów) poprzez danie im możliwości wyboru świadczeniodawcy. Kryje się też za tym założenie, że quasi-rynkowy mechanizm wyboru mógłby też działać projakościowo, gdyż świadczeniodawcy musieliby zabiegać o bycie wybranym, choć pojawia się tu kwestia, na ile byłoby to konkurowanie rzeczywistą jakością usług. Samo wyposażenie osoby wymagającej opieki w czek, za pomocą którego można dokonywać zakupu usług opiekuńczych, byłoby też bodźcem dla rozwoju rynku usług opiekuńczych (z udziałem także podmiotów publicznych na tymże rynku), a co za tym idzie, także miejsc pracy w sektorze.

W koncepcji zawartej w projekcie o pomocy osobom niesamodzielnym istniało przy tym założenie, że tylko zarejestrowane i spełniające określone standardy jakości podmioty będą mogły być wynagradzane za usługi w ramach czeku opiekuńczego, co też miałyby tworzyć zachętę do rejestrowania się i ograniczania szarej strefy opieki, a więc i uzdrowienia rynku tychże usług. Instytucja czeku miała też wychodzić naprzeciw potrzebom coraz liczniejszej grupy osób zależnych od opieki, ale niemogących otrzymać jej ze strony bliskich, a więc skazanych na wsparcie ze strony zewnętrznych opiekunów, jak też tych rodzin, w których opiekun rodzinny/nieformalny chciałby zachować aktywność zawodową, a wykupienie dodatkowych usług mogłoby to umożliwić.



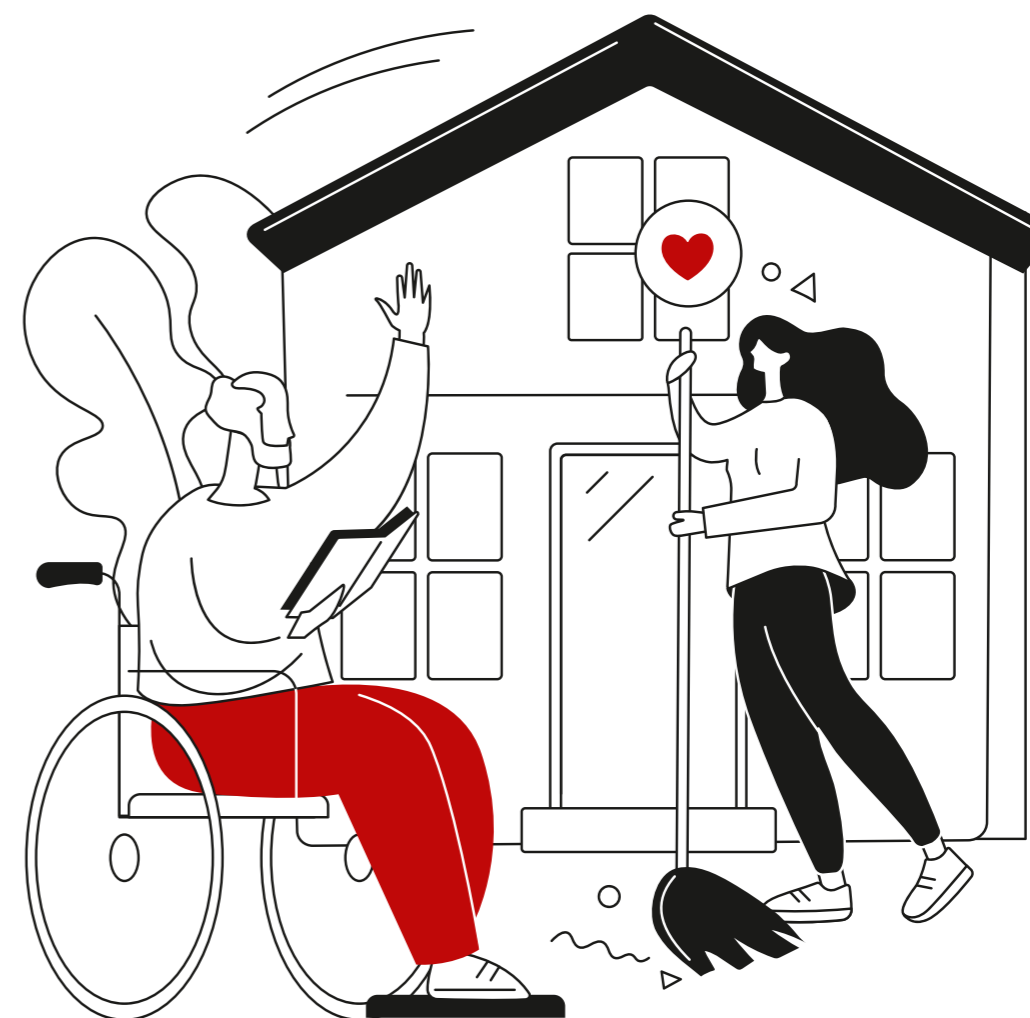
Źródło: opracowanie własne.

Zalet tego rozwiązania jest więc sporo, ale są też kwestie problematyczne, wymagające przedyskutowania. Po pierwsze, jak zapewnić źródło finansowania tychże usług, jaka byłaby wartość finansowa czeku i według jakich kryteriów byłaby zróżnicowana? W projekcie o pomocy osobom niesamodzielnym zakładano zróżnicowanie wedle trójstopniowej skali opartej na nowym modelu orzekania o niesamodzielnosci (nie tożsamym z orzekaniem o niepełnosprawności). Jedną z barier poddania projektu pod dalsze prace legislacyjne było znalezienie i zaakceptowanie odpowiednich strumieni finansowania tego narzędzia.

Po drugie, konieczne byłoby określenie relacji między czekiem a już istniejącymi różnymi formami wsparcia opiekuńczego zarówno w ramach pomocy społecznej, jak i opieki zdrowotnej – na ile czek ów byłby równoległym sposobem nabywania usług do już istniejących, a na ile częściowo wchodziłby w ich zakres i jego wprowadzenie wiązałoby się z ograniczeniem niektórych już istniejących instrumentów.

Po trzecie, należałoby ustalić kryteria świadczenia tychże usług (czy państwo powinno np. regulować maksymalne ceny, czy tylko minimalne warunki jakościowe i proceduralne dla świadczeniodawców), a także to, czy i na ile w ramach tego mechanizmu możliwe byłoby wynagradzanie opieki sprawowanej przez najbliższych.

Wydaje się, że idea czeku może liczyć na ogólne poparcie części środowisk eksperckich, co zostało wyrażone w opracowaniach na ten temat, ale na tym etapie nie widać, by zagadnienie stało się przedmiotem agendy publicznej (ponadto już 10 lat temu, gdy projekt był konsultowany, jego znajomość raczej dotyczyła bezpośrednich interesariuszy niż szerszego grona decydentów czy uczestników debaty publicznych. Niemniej warto mieć na uwadze tę koncepcję jako jedną z możliwych elementów w procesie reformowania opieki.





## WNIOSKI I REKOMENDACJE

**P**rzeprowadzona analiza pokazała, że dzisiejsza sfera opieki nad osobami starszymi, zarówno tymi u kresu życia, jak i innymi wymagającymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu stoi w obliczu poważnych strukturalnych problemów i wyzwań w efekcie procesów mogących istniejące problemy pogłębić. Sfera opieki jest dziś mocno rozczłonkowana na wiele segmentów, niezbyt ze sobą skoordynowanych, a zarazem w każdym z nich pojawiają się właściwe dla niego problemy do rozwiązania, wynikające nieraz z kształtu regulacji, z podaży instytucji i ich dostępności, wielkości środków i ich alokacji czy standardów jakości oraz ich egzekwowania. Dużym problemem dla niemal całej sfery opieki w różnych jej obszarach są trudności kadrowe, które wraz z postępującym starzeniem się społeczeństwa mogą się pogłębiać. Nie jest jednak do końca tak, że system opieki trzeba dopiero zbudować od podstaw.

Jak zostało pokazane, w polskiej rzeczywistości już dziś istnieje multum instytucji opieki i wsparcia, które jednak wymagają naprawy, rozwinięcia i zharmonizowania. Potrzebne są korekty na wielu poziomach: systemowym, regionalnym czy lokalnym, ale też na poziomie funkcjonowania poszczególnych instytucji i publicznego oraz społecznego nad nimi nadzoru. W niektórych aspektach jednak nie wystarczą drobne adaptacje i korekty, ale przeobrażenia w całym modelu udzielania wsparcia.

To, co ewidentnie wymaga zmian kierunkowych, to potrzeba odejścia od modelu tzw. familizmu bez wsparcia (z przeciążonymi słabo wspieranymi bliskimi) w stronę modelu, w którym rodzina – coraz słabsza w możliwościach pełnienia funkcji opiekuńczych – będzie mogła liczyć na holistyczne wsparcie, niekiedy uzupełnienie czy w określonych sytuacjach wyręczenie. Zakres pomocy rodzinie, która nadal jest głównym filarem opieki, wymaga pilnej rozbudowy.

Innym kierunkiem zmian powinno być rozszerzanie dostępnego wachlarza wsparcia środowiskowego realizowanego za pośrednictwem różnego typu instytucji i instrumentów wsparcia (domowego i na poziomie społeczności), co stanowi ważny filar tzw. deinstytucjonalizacji. Placówki opieki stacjonarnej (instytucjonalnej), zarówno te publiczne, jak i społeczne czy prywatne również nie mogą stać zupełnie z boku tych procesów, ale być w nie włączone, do czego niezbędna będzie modyfikacja sposobów funkcjonowania, jak też zmiany w ramach prawnych. W obliczu przyjętych w ostatnich latach dokumentów strategicznych można spodziewać się, że właśnie deinstytucjonalizacja będzie jednym z procesów określających kierunki i tempo zmian w sferze opieki długoterminowej.

Nie mniej ważne jednak będą społeczne, demograficzne i ekonomiczne czynniki: wzrost potrzeb opiekuńczych, kurczący się potencjał opiekuńczy rodziny i sieci nieformalnych, trudności w nabywaniu usług przez seniorów żyjących w niedostatku i uwarunkowania rozwoju usług publicznych i społecznych w zakresie opieki. W chwili pisania niniejszego artykułu wydaje się, że po stronie politycznej nie została przygotowana, a tym bardziej realizowana całościowa, kompleksowa odpowiedź na te wyzwania. Co między innymi ta odpowiedź mogłaby obejmować, sugerują poniższe rekomendacje płynące z przeprowadzonej analizy.



# REKOMENDACJE DLA POLITYK PUBLICZNYCH

## Rekomendacje przekrojowe

(adresowane do decydentów na poziomie centralnym)

**Przyjęcie (a następnie wdrażanie i monitorowanie) strategii reform opieki długoterminowej o dalszym horyzoncie czasowym, z uwzględnieniem istniejących wyzwań i prognoz, instytucji opieki w sektorze zdrowotnym i społecznym oraz harmonizacji z już istniejącymi innymi dokumentami strategicznymi, np. w obszarze tzw. deinstytucjonalizacji.**

Strategia powinna zawierać określone cele, wskaźniki realizacji, podmioty odpowiedzialne za ich realizowanie oraz monitorowanie, a także harmonogram i źródła finansowania poszczególnych działań.

**Uporządkowanie, harmonizacja i koordynacja różnych instytucji odpowiedzialnych za zaspokajanie potrzeb opiekuńczych w starzejącym się społeczeństwie.**

Działania na rzecz koordynacji powinny przebiegać na różnych szczeblach, począwszy od poziomu centralnego, gdzie wyzwaniem jest zasypywanie podziałów i barier między polityką społeczną a zdrowotną w sferze opieki, a skończywszy na poziomie lokalnym. Możliwe rozwiązania służące koordynacji to platformy systematycznych spotkań przedstawicieli różnych interesariuszy opieki, aktualizowane bazy wiedzy i skoordynowanej informacji oraz instytucje wspierające planowanie, koordynowanie i monitorowanie opieki nad daną osobą na poziomie lokalnym (czemu mogłaby służyć nieobecna wciąż w naszym porządku prawnym, a istniejąca w niektórych zagranicznych systemach instytucja menagera lub koordynatora opieki).

**Systematyczne i przemyślane podnoszenie nakładów na opiekę długoterminową adekwatnie do obserwowanego i prognozowanego wzrostu potrzeb opiekuńczych i coraz mniejszych możliwości ich zaspokajania w ramach sieci krewniaczych i nieformalnych.**

Wzrost nakładów konieczny jest w sektorze opieki widzianym jako całość, a także w poszczególnych jego segmentach finansowanych odrębnymi kanałami instytucjonalnymi. Szukając sposobu na podniesienie nakładów na opiekę długoterminową i zrobienie tego w sposób solidarny społecznie, warto jako jeden z możliwych wariantów potraktować wprowadzenie powszechnego ubezpieczenia pielęgnacyjnego wzorem takich krajów jak Niemcy czy Japonia. Biorąc pod uwagę istniejące bariery w przyjęciu tego modelu, należy też rozważać inne możliwości podnoszenia nakładów na działania opiekuńcze (np. zwiększając wy cenę świadczeń w zakresie opieki długoterminowej, opieki hospicyjnej i paliatywnej ze środków NFZ czy w ramach sektora społecznego, rozbudowując, także w wymiarze finansowym, programy realizowane np. z Funduszu Solidarnościowego).

**Prowadzenie aktywnej polityki na rzecz podniesienia potencjału kadrowego systemu opieki, w różnych jej segmentach.**

Służyć temu mogą działania zarówno na rzecz poprawy statusu w wymiarze płacowym i pozapłacowym przedstawicieli różnych profesji (medycznych i pozamedycznych) sektora opieki przy jednoczesnym zapewnieniu finansowania podmiotom odpowiedzialnym za zatrudnienie osób świadczących opiekę. Konieczna jest także aktywna i przemyślana polityka na rzecz kształcenia, nabywania i podnoszenia kompetencji w zawodach opiekuńczych, jak również oddziaływanie na pozytywną zmianę prestiżu tego typu zawodów.

**Wdrażanie już przyjętych strategii w zakresie deinstytucjonalizacji m.in. w obszarze opieki nad osobami starszymi i wymagającymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.**

Konieczne jest zarówno przełożenie założeń na konkretne działania lub regulacje (co niekiedy wymaga zmian ustawowych lub przyjęcia przepisów wykonawczych), a także monitoring i ewaluacja procesu wdrażania tych założeń. Przyjęte i omówione wyżej ramy strategiczne procesu deinstytucjonalizacji na odcinku medycznym (w ramach strategii *Zdrowa przyszłość*) i pozamedycznym (w ramach *Strategii Rozwoju Usług Społecznych*) to z pewnością ważny krok, ale nie ostatni w tymże długofalowym procesie.

**Włączenie przedstawicieli różnych sektorów związanych z opieką nad osobami starszymi w proces reformowania opieki nad osobami starszymi.**

Potrzebne jest wykorzystanie doświadczeń i potencjału organizacji społecznych (w tym prowadzonych przez wspólnoty wyznaniowe) oraz podmiotów prywatnych świadczących różne formy opieki zarówno długoterminowej, jak i hospicyjnej.

**Oddziaływanie na potrzeby i koszty opiekuńcze w cyklu życia.**

Działania publiczne powinny być zorientowane na zapobieganie lub opóźnianie pojawiania się potrzeb opiekuńczych poprzez prewencję utraty samodzielności na skutek nagłych zdarzeń (wypadki, urazy, wylewy, zawały itp.), szybką i kompleksową rehabilitację, ogólną profilaktykę zdrowotną i prewencję określonych schorzeń, w tych statystycznie powiązanych ze starszym wiekiem (jak choroby otępienne), a także kształtowanie otoczenia, by wzmacniać możliwość względnie samodzielnego funkcjonowania osób o ograniczonej sprawności (np. poprzez adaptację przestrzeni, pomieszczeń, dostarczenie sprzętu, działania rewitalizacyjne i asystenckie czy zastosowanie nowych technologii).



## Rekomendacje dla segmentu medycznego opieki nad osobami starszymi

[adresowane do podmiotów odpowiedzialnych za politykę zdrowotną]

### Dokonanie przeglądu realizacji swych zadań ze strony placówek odpowiedzialnych za stacjonarną opiekę długoterminową (głównie zakłady opiekuńczo-lecznicze i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze),

nie tylko pod względem procedur kierowania do placówek i organizacji pobytu (co wykonał już uprzednio NIK), ale także godności i jakości życia pacjentów oraz możliwości podnoszenia ich sprawności czy kontaktów z otoczeniem społecznym. Diagnoza mogłaby pozwolić na bardziej holistyczne i przemyślane usprawnienia w działaniach tego sektora. O ile sfera opieki paliatywnej i hospicyjnej, jak również działań opiekuńczych w ramach pomocy społecznej zostały dość szeroko i wielokrotnie opisywane w ostatnich latach, o tyle wydaje się, że segment medycznej opieki długoterminowej, w tym realia funkcjonowania stacjonarnych placówek ją świadczących, nie doczekały się całościowej i powszechnej diagnozy, która pozwoliłaby na publiczne dyskutowanie i przeprowadzenie przemyślanej polityki publicznej w tym obszarze. Wydaje się, że wskazane byłoby zlecenie badań i analiz na ten temat oraz uwzględnienie ustaleń i wniosków także w agendzie dotyczącej deinstytucjonalizacji i polityki zdrowotnej. Dokument „Zdrowa przyszłość”, choć obejmuje zakłady opiekuńczo-lecznicze w części diagnostycznej, nie przewiduje działań w tym obszarze. Zapewne wymagałoby to ponownego przeanalizowania i uzupełnienia o ewentualne propozycje korekt funkcjonowania tego sektora.

### Naprawa nieprawidłowości i problemów funkcjonowania placówek świadczących stacjonarną opiekę długoterminową finansowaną z NFZ.

W świetle wniosków płynących z kontroli NIK należałoby dążyć do wyrównania nakładów, jakie ponoszone są na świadczenia w zakresie opieki długoterminowej przez poszczególne wojewódzkie oddziały NFZ w celu wyrównania dostępu. Zasadne byłoby też wprowadzenie jednolitych norm zatrudnienia pielęgniarzek i opiekunów medycznych w zakładach opiekuńczo-leczniczych, a także dokonanie analizy wymaganego w ZOL-ach sprzętu pod kątem przydatności w tego typu placówkach. Konieczny jest też zdaniem NIK „Rozwój, w porozumieniu z właściwymi jednostkami samorządu terytorialnego, bazy dla świadczeń opieki długoterminowej w trybie stacjonarnym w miejscowościach, gdzie występują ograniczenia w dostępie do tych świadczeń”<sup>76</sup>.

### Tworzenie i umacnianie mechanizmów otwarcia placówek świadczących opiekę długoterminową na pewne formy wsparcia środowiskowego, dziennego i kontakty personelu, jak też pacjentów z zewnętrznym otoczeniem.

Chodzi zarówno o podniesienie jakości życia, jak i pobytu osób przebywających niekiedy długotrwale w placówkach oraz tworzenie gruntu pod ich powrót (tam, gdzie to możliwe i wskazane) do otoczenia środowiskowego, poza instytucją. O ile same instytucje stacjonarnej opieki długoterminowej w systemie zdrowotnym są potrzebne, o tyle warto dbać, by działały one blisko nurtu środowiskowego, zgodnego z duchem deinstytucjonalizacji.

### Wprowadzenie jako rozwiązania systemowego i upowszechnienie instytucji dziennych domów opieki medycznej (DDOM).

Ta forma opieki została w poprzednich latach wstępnie przetestowana w ramach programów unijnych, jest zgodna z kierunkiem deinstytucjonalizacji i zapisana w strategii Zdrowa przyszłość, wobec czego wydaje się, że istnieją okoliczności uczynienia z dziennych domów opieki medycznej rozwiązaniem systemowym. Może ona stanowić istotne odciążenie bliskich, a w części stanowić alternatywę dla skierowania do instytucji całodobowych oraz długotrwałego opuszczenia własnego miejsca zamieszkania, co z perspektywy wielu osób jawiłoby się jako niekorzystne. Należy zatem podchwycić zapisy zawarte w załączniku strategii „Zdrowa przyszłość” i po opracowaniu, przetestowaniu modelu funkcjonowania tego typu instytucji objąć świadczenia otrzymywane w ich ramach finansowaniem z funduszy publicznej opieki zdrowotnej. Ważne jest też stworzenie warunków do pobytu w tego typu instytucjach osobom wymagającym opieki ze szczególnymi potrzebami, np. w związku ze zmianami otępiennymi.

### Wprowadzenie dziennych centrów treningu pamięci, zgodnie z założeniami strategii dziennych placówek dla osób z zaburzeniami neurodegeneracyjnymi, jak choćby przewidziana w strategii „Zdrowa przyszłość”.

Tego typu formy wsparcia powinny być ukierunkowane na podniesienie jakości życia i kontaktów społecznych w różnych stadiach choroby, począwszy od początku jej rozwoju; opóźnianie postępowania rozwoju choroby, a także łagodzenie lub eliminowanie niekorzystnych objawów im towarzyszących oraz opóźnienie instytucjonalizacji i odciążenie rodziny. Centra tego typu powinny być także otwarte na wsparcie i szkolenie rodzin oraz bliskich osoby chorej, a także – w miarę możliwości – innych uczestników procesu opieki i wsparcia. Centra tego typu mogły być nie tylko ważnym ogniwem systemu opieki, ukierunkowanym na wsparcie grupy pacjentów o specyficznych potrzebach, ale także stanowić element szerszej, skoordynowanej strategii na rzecz osób dotkniętych chorobami neurodegeneracyjnymi. W tym kontekście warto przypomnieć o potrzebie stworzenia Narodowego Planu Alzheimerowskiego<sup>77</sup>, choć centra tego typu powinny być otwarte na pracę z osobami o różnych zespołach otępiennych, nie tylko typu alzheimerowskiego. Z uwagi na dość długą tradycję współpracy i rzecznictwa oraz usieciwienie środowisk alzheimerowskich w ramach „parasolowej” Koalicji Alzheimerowskiej prace nad tego typu rozwiązaniami powinny być przeprowadzone przy ich aktywnym współudziale, a także skorzystaniu z wieloletniego doświadczenia biura RPO w podejmowaniu teź problematyki<sup>78</sup> z udziałem bezpośrednich interesariuszy – pacjentów, rodzin, ekspertów i organizacji.

### Poluzowanie kryteriów samodzielności i zwiększenie dostępu do świadczeń w zakresie opieki długoterminowej – zarówno instytucjonalnej, jak i domowej.

Problem ten dotyczy w szczególności osób, które po opuszczeniu szpitala czy pojawieniu się potrzeb opiekuńczych nie mogą liczyć na wsparcie bliższych, a usługi z pomocy społecznej nie są dostępne od razu i w wystarczającym zakresie. Wobec powyższego zasadne wydaje się podniesienie progu sprawności w skali Barthel (z obecnych 40 punktów) jako warunku koniecznego, by być objętym świadczeniami w zakresie opieki długoterminowej.

### Stworzenie mechanizmów koordynowania prac pielęgniarzki opieki długoterminowej domowej z innymi usługami,

które mogą być świadczone w warunkach domowych, jak też środowiskowych, m.in. z usługami ze strony rehabilitanta, usługami z pomocy społecznej czy dodatkową pomocą nieformalną. W wielu przypadkach funkcjonalny może okazać się hybrydowy model opieki, w którą zaangażowanych jest wiele osób i profesji, mających do odegrania odrębne role. Konieczne jest dobre skoordynowanie i określenie wzajemnego ich oddziaływania. Pielęgniarka opieki długoterminowej domowej z uwagi na przygotowanie zawodowe, jak też ustawowe kompetencje mogłaby odgrywać istotną rolę w procesie koordynacji.

<sup>77</sup> Inspiracji w tym zakresie dostarczają założenia przygotowane przez Koalicję Alzheimerowską. Polski Plan Alzheimerowski, <https://www.alzheimer-polska.pl/polski-plan-alzheimerowski/> (dostęp z 07.02.2023 r.).

<sup>78</sup> Choroba Alzheimera, Rzecznik Praw Obywatelskich, <https://bip.brpo.gov.pl/pl/kategoria-tematyczna/choroba-alzheimera> (dostęp z 07.02.2023 r.).

<sup>76</sup> NIK, *Dostępność opieki długoterminowej finansowanej ze środków NFZ*, Warszawa 2020.

## Rekomendacje w obszarze opieki hospicyjnej i paliatywnej

(adresowane do podmiotów polityki zdrowotnej)

– Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia)

**Zmiany w finansowaniu opieki paliatywnej i hospicyjnej odzwierciedlające dokonujący się wzrost kosztów, w tym kosztów płacowych osób wykonujących tę ważną pracę.**

Konieczne jest podniesienie wysokości stawek zakontraktowania tego typu opieki przez NFZ, a także zniesienie limitów. Nieaktualizowane od lat stawki finansowania tychże świadczeń oraz limitowanie ich finansowania mogą stanowić poważne bariery dostępu, a nieraz i przetrwania podmiotów świadczących tego typu opiekę. Dofinansowanie ze środków prywatnych oraz z 1% wydaje się zbyt niepewnym i ograniczonym źródłem finansowania, by zapewnić tym kluczowym w końcowej fazie życia instytucjom możliwości efektywnego i trwałego pełnienia swojej misji.

**Kształtowanie pozytywnego wizerunku opieki paliatywnej i hospicyjnej jako ważnego elementu w procesie godnego odchodzenia, ale i wsparcia rodzin (także w fazie przechodzenia żałoby).**

Służyć temu mogłyby odpowiednie kampanie informacyjne adresowane do ogółu społeczeństwa i poszczególnych grup społecznych czy zawodowych (w szczególności kadr opieki medycznej i pomocy społecznej).

**Poszerzenie katalogu schorzeń, których przechodzenie u kresu życia pozwalałoby na bycie objętym opieką hospicyjną i paliatywną finansowaną ze środków NFZ.**

W obliczu doświadczenia nieuleczalnej choroby, naznaczonej bólem i cierpieniem fizycznym nie powinno się dodatkowo zawężać jedynie do wybranych (głównie nowotworowych) chorób warunków, w jakich możliwe byłoby skorzystanie z opieki paliatywnej i hospicyjnej.

**Stworzenie powszechnych minimalnych standardów realizacji opieki hospicyjnej, a jednocześnie uruchomienie mechanizmów promujących podmioty świadczące opiekę o ponadstandardowej jakości.**

Zasadne byłoby opracowanie wiążących dla podmiotów realizujących opiekę hospicyjnych wiążących standardów, które zarazem ułatwiałyby organizowanie i wykonywanie skutecznie pracy opiekuńczej i wspierającej. Można także wprowadzić dodatkowe mechanizmy – np. natury finansowej, jak też w formie gratyfikacji symbolicznej (np. poprzez odpowiednie certyfikaty) dla podmiotów świadczących tego typu opiekę w sposób wykraczający pod względem jakościowym poza obowiązujący standard. Byłaby to też zachęta do podnoszenia jakości i kreowania innowacji w tym sektorze.

**Zmniejszanie nierównego dostępu do opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych, ambulatoryjnych i domowych pomiędzy regionami, jak również w podziale na małe i większe ośrodki.**

Szczególny nacisk należy położyć na podniesienie bardzo ograniczonego dziś dostępu do domowej opieki hospicyjnej, realizowanej na terenach wiejskich, dla których funkcjonalną i łatwiejszą do zorganizowania formułą może być instytucja hospicjum domowego, jak dotąd w wielu społecznościach niedostępna.

**Promocja środowiskowego i domowego modelu opieki hospicyjnej jako przydatnego, zwłaszcza (choć nie tylko) na terenach wiejskich i w małych, słabo zaludnionych społecznościach, a także uwzględnienie tych form wsparcia w strategicznych działaniach w zakresie deinstytucjonalizacji wsparcia na poziomie systemowym i lokalnym.**

Warto w tym celu promować już istniejące rozwiązania w tym zakresie (np. opieki hospicyjnej na terenach wiejskich realizowanej przez Fundację Eliasza) oraz dostarczyć podmiotom, które byłyby gotowe świadczyć opiekę hospicyjną w tejsze formule, wsparcia organizacyjnego i merytorycznego. Wskazane byłoby też uwzględnianie domowej opieki hospicyjnej także na różnych etapach wdrażania już przyjętych strategii deinstytucjonalizacji, promowanie tego w kontaktach z interesariuszami na poziomie lokalnym.

**Wykorzystanie i promowanie wolontariatu hospicyjnego oraz włączanie doń w sposób przemyślany i ostrożny osób z różnych środowisk i grup wiekowych.**

Mogłaby powstać w tym celu platforma internetowa, w którym opisywane byłyby pozytywne doświadczenia, dobre praktyki, jak też wskazówki dla wolontariuszy i instytucji angażujących ich w działania, a także materiały informacyjne oraz baza kontaktów, gdzie osoba chcąca włączyć się w tego typu wolontariat może się zgłosić. Mogłyby funkcjonować także sporadyczne zajęcia wśród studentów różnych kierunków studiów i szkół dla osób dorosłych informujące o możliwościach korzystania z takiego wolontariatu oraz o znaczeniu, jakie niesie. Na pewno konieczne są też dostępne formy przeszkolenia i przygotowania osób myślących o tego typu wolontariacie, jak również tych, które już są zaangażowane w tego typu działania wolontaryjne.

**Stworzenie centralnego i najlepiej interaktywnego portalu oraz dystrybucja poradników w zakresie dostępu do opieki paliatywnej i hospicyjnej.**

W tym celu można też uwzględnić już stworzone materiały przygotowane przez praktyków (jak choćby portal *Bliżej chorego* przygotowany przez Hospicjum w Pucku) lub objąć patronatem i wsparciem finansowym oraz pomocą w popularyzacji już istniejących portali tworzonych przez środowiska organizujące opiekę paliatywną i hospicyjną.

## Rekomendacje w zakresie reformy systemu opieki poza obszarem medycznym [adresowane do podmiotów odpowiedzialnych za politykę społeczną, głównie Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej oraz samorządów]

### Rozwój dostępu do usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych w warunkach domowych i środowiskowych.

Jednym z możliwych rozwiązań jest rozbudowanie już działającego programu „Opieka 75+” poprzez znaczne zwiększenie niewielkiego dziś budżetu programu, możliwość objęcia nim także usług dla osób potrzebujących przed 75. rokiem życia, a także rozszerzenie dostępu do programu także dla większych gmin, niż to jest obecnie (do 60 tys. mieszkańców). Biorąc pod uwagę fakt, że szczególnie słabo dostępne pozostają specjalistyczne usługi opiekuńcze, należy tworzyć dodatkowe zachęty dla gmin w celu realizacji tychże usług, a także możliwości znalezienia, kształcenia i zatrudnienia osób, które mogłyby te usługi świadczyć.

### Określenie i egzekwowanie standardów jakości oraz zakresu usług opiekuńczych w warunkach domowych oraz kompetencji osób, które świadczą tego typu usługi.

Zasadne byłoby upowszechnienie kursów dla osób, które byłyby zatrudniane do świadczenia tychże usług, a także stworzenie dodatkowych benefitów dla osób, które będą podnosiły kwalifikacje w tym zakresie. Przydatne byłoby stworzenie w drodze rozporządzenia lub doprecyzowania zapisów w ustawie o pomocy społecznej zasad, na jakich są świadczone tego typu usługi oraz zatrudniane i przygotowywane osoby je świadczące.

### Dalsze upowszechnianie usług asystencji osobistej i uczynienie jej rozwiązaniem systemowym, dostępnym lokalnie.

Część osób starszych, także o ograniczonej możliwości samodzielnego funkcjonowania, może potrzebować także kontaktów z szerszym otoczeniem, poza gospodarstwem domowym (np. wyjście na świeże powietrze, transport do placówki medycznej lub w inne miejsce, z którego starsza osoba musi lub chciałaby skorzystać). Mogłyby służyć temu szeroko dostępne usługi asystenckie. Aktualnie realizowany od 2019 roku program rządowy „AOON” wymaga dalszego rozwoju i przekształcenia z czasem w rozwiązanie systemowe, które byłoby powszechnie dostępne choćby w pewnym wymiarze w zależności od potrzeb na poziomie lokalnym.

### Powrót do dyskusji nad wprowadzeniem czeku (bonu) opiekuńczego przysługującego w wysokości zależnej od stanu samodzielności i poziomu potrzeb opiekuńczych.

Czek ów byłby do wydania na cele opiekuńcze i wspomagające wedle indywidualnych potrzeb i preferencji, ale przy udziale świadczeniodawców spełniających określone standardy i rejestrujących się w ramach publicznego systemu nadzoru. Kwestiami do rozważania jest wysokość czeku i jego zróżnicowanie, warunki, jakie muszą spełnić świadczeniodawcy opłacani w ramach czeku, mechanizmy nadzoru, udział podmiotów rynkowych, publicznych i społecznych w systemie opartym na czeku opiekuńczym, ustalenie relacji między instytucją czeku a innymi już istniejącymi instytucjami wsparcia w sferze opieki, a także kwestia ewentualnego umożliwienia przeznaczenia czeku na opiekę ze strony najbliższych. Koncepcja czeku opiekuńczego jako ważny element reformy opieki była dość dobrze dopracowana w ramach prac zespołu senatora Mieczysława Augustyna sprzed dekady, wobec czego przy uwzględnieniu tego pomysłu w dyskusji nad reformami warto odświeżyć doświadczenia w pracach nad ówczesnym projektem. Zastosowanie koncepcji czeku opiekuńczego w zasugerowanej wyżej postaci wydaje się wychodzić naprzeciw potrzebom samotnych osób w zakresie opieki, jak również tych, których bliscy chcieliby pozostać aktywnymi zawodowo. Może sprzyjać podmiotowości osoby wymagającej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, a także być katalizatorem rozwoju usług opiekuńczych poddanych standardom i nadzorowi, jeśli chodzi o jakość i bezpieczeństwo świadczonej opieki.

### Dalsze upowszechnianie programu opieki wytchnieniowej.

Należy dążyć, by tego typu wsparcie było dostępne w każdej gminie, a nie tylko w niewielkiej ich części, jak to jest obecnie. W gminach, w których opieka ta nie może być zorganizowana, powinien być umożliwiony transport do gmin, które oferują tego typu ofertę, oraz sprawiedliwy system pokrycia kosztów. Aktualnie działający program „Opieka wytchnieniowa” powinien ulec rozszerzeniu, a także usprawnieniu w taki sposób, by możliwa była stabilność i ciągłość wsparcia tego typu. Docelowo jednak należy dążyć do zmian legislacyjnych w kierunku uczynienia opieki wytchnieniowej gwarantowaną na poziomie społecznym – np. w ramach ustawy o pomocy społecznej – świadczeniem wspierających opiekunów, a gminy czy organizacje powinny otrzymywać finansowe i organizacyjne wsparcie w realizacji tego typu zadania.

### Rozwój mieszkalnictwa wspomagane o bardzo zróżnicowanej formule i dostępnej dla osób o różnym poziomie potrzeb i preferencjach.

Konieczne jest promowanie w ramach istniejących programów (jak centra opiekuńczo-mieszkalne z Funduszu Solidarnościowego czy programy mieszkaniowe dofinansowane z PFRON) lub innych mechanizmów rozwoju różnych form pobytu, które łączyłoby dostosowane do potrzeb i możliwości osoby niesprawnej otoczenie komunikacyjno-architektoniczno-sprzętowe z szybkim dostępem do usług socjalnych, medycznych, opiekuńczych, a także – w miarę możliwości – kontaktem z szerszym otoczeniem, by przeciwdziałać izolacji i osamotnieniu. Wspierane ze środków publicznych na różnych szczeblach powinny być różne formy mieszkalnictwa wspomagane, zarówno w formie samodzielnych mieszkań wspomaganych, działających w naturalnym otoczeniu, mieszkań wspomaganych w większych kompleksach mieszkalno-usługowych, zorientowanych na potrzeby starszych i mniej sprawnych osób, jak i formy cohousingowe (w których grupa osób w starszym wieku może mieszkać wspólnie). Ważnym aspektem tego typu działań powinno być przeciwdziałanie zarówno izolacji, jak i gettoizacji osób w sędziwym wieku.

### Rozwijanie form wsparcia środowiskowego w ramach placówek dziennych dla osób o ograniczonym stopniu samodzielności (rekomendacja do podmiotów prowadzących placówki).

Placówki te powinny nie tylko służyć integracji i aktywizacji, ale też realizować funkcje socjalne, profilaktyczne i – wobec osób tego potrzebujących – rehabilitacyjne, a nawet w pewnym zakresie opiekuńcze. Instytucje te powinny także być otwarte na realizację pewnych zadań – za pośrednictwem swoich kadr, uczestników, a także wolontariuszy – wobec osób starszych, które trwale lub tymczasowo nie są w stanie brać regularnego udziału w zajęciach prowadzonych w ramach placówki (np. w związku z bardzo ograniczoną sprawnością lub koniecznością sprawowania opieki nad innym członkiem rodziny, np. niesamodzielnym małżonkiem). Doświadczenia wymuszone pandemią pokazały, że liczne placówkiienne dla seniorów (jak domyienne i kluby Senior+) otwierały się na formy wsparcia mniej sprawnych seniorów oraz angażowanie także tych pozostających w domach. Warto zadbać, by te dobre przykłady były kontynuowane i powielane niezależnie od kontekstu pandemii, a sektor instytucji wsparcia dziennego otwarty na wspieranie niemogących uczęszczać do nich osób.

### Funkcjonalne dostosowanie do potrzeb osób o ograniczonej sprawności otoczenia mieszkalnego i zewnętrznej infrastruktury urbanistycznej i komunikacyjnej.

Oprócz mieszkalnictwa wspomagane warto także dostosowywać dotychczasowe, tradycyjne przestrzenie mieszkalne, zajmowane przez osoby o ograniczonej sprawności i nieraz samodzielności. Chodzi o adaptację pomieszczeń i wdrażanie różnych rozwiązań architektonicznych pomyślanych pod kątem osób starszych, już niesprawnych. Chodzi o odpowiednie oznakowanie pomieszczeń i przedmiotów, odpowiednie uchwyty i nawierzchnie, zniesienie barier i zapobieganie upadkom, a także wykorzystanie sprzętu. Wydaje się, że rozwiązania tego typu, choć częściowo dostępne, nadal nie są w wystarczającym stopniu rozpoznane i upowszechnione, zwłaszcza w środowiskach bardziej peryferyjnych. Potrzebna jest informacja o istniejących formach pomocy, przejrzyste i łatwe procedury, a także usuwanie podażowych, finansowych i transportowych barier w uzyskiwaniu tego typu wsparcia. Trafnym kierunkiem jest system wypożyczalni odpowiedniego sprzętu rehabilitacyjnego i pielęgnacyjnego, dzięki czemu nieodpłatnie lub za niewielką opłatą także osoby niezamożne mogłyby korzystać z rozmaitych udogodnień.

### Uwolnienie od izolacji niesprawnych „więźniów czwartego piętra” i zapewnienie godnych warunków przebywania w miejscach publicznych osób o potrzebach opiekuńczo-pielęgnacyjnych.

Samo pozostawanie w otoczeniu domowym, poza instytucjami całodobowymi, nie gwarantuje jednak godnego czy niezależnego życia ani nie chroni przed izolacją społeczną osób o ograniczonej sprawności. Problemem wymagającym rozwiązania pozostaje syndrom więźniów czwartego piętra – osób o ograniczonej sprawności, które nie są w stanie opuścić miejsca zamieszkania, np. ze względu na niedostosowanie budynków (a starsze osoby często mieszkają w starym budownictwie). W obliczu tych barier może być utrudnione korzystanie z różnych form wsparcia środowiskowego i dziennego (np. z postulatowych dziennych domów opieki medycznej, gdyby takie powstawały). Dlatego konieczne jest dostosowanie szerszej infrastruktury architektonicznej, transportowej i komunikacyjnej. Jednym z narzędzi może być wykorzystanie możliwości wsparcia finansowego w formie pożyczek z Banku Gospodarstwa Krajowego np. na wbudowanie wind<sup>79</sup> w budynkach w ramach programu „Dostępność+” (aczkolwiek pula środków na ten cel jest aktualnie na wyczerpaniu, jak podaje na swojej stronie BGK<sup>80</sup>). Przebywanie w zewnętrznym otoczeniu może obfitować w sytuacje krępujące dla części osób starszych o ograniczonej samodzielności, krępujące np. w związku z trudnościami z kontrolą i załatwianiem potrzeb fizjologicznych. Ważnym krokiem na rzecz uczynienia ich obecności w szerszym otoczeniu bardziej godnym i respektującym intymność i komfort zarówno osoby starszej, jak i opiekuna może być system dostępnych funkcjonalnie toalet w przestrzeni publicznej, a także miejsc do przewijania osób dorosłych (tzw. komfortek<sup>81</sup>). Miejsca takie na skutek oddolnej kampanii „Przewijamy Polskę” zaczęły pojawiać się już w niektórych miastach, a warto zadbać, by upowszechniły się one możliwie szeroko.

### Modernizacja placówek opieki instytucjonalnej (m.in. DPS-ów) w duchu niezależnego życia i środowiskowego.

Jeśli sektor opieki instytucjonalnej (stacjonarnej) ma się obronić w świetle trendów deinstytucjonalizacyjnych, czekają go rozłożone w czasie przekształcenia, w wyniku których ich ogólny obraz może ulec znacznej przemianie względem status quo (choć już dziś wiele placówek, w ramach istniejących możliwości, próbuje podążać za duchem zmian). Placówki opieki całodobowej – zarówno publiczne, prywatne, jak i prowadzone przez podmioty społeczne również powinny podlegać przekształceniom zgodnym z filozofią wsparcia środowiskowego i deinstytucjonalizacji. Nie chodzi jednak o odejście od całodobowego i trwałego pobytu, ale otwarcie – ku czemu potrzebne są także stosowne uregulowania prawne – na świadczenie wsparcia w warunkach dziennych lub w ramach krótkookresowego pobytu (np. w celach wytchnieniowych wobec rodziny). Konieczne jest wzmocnienie i egzekwowanie praw mieszkańców do samostanowienia tam, gdzie to możliwe (np. w zakresie spędzania czasu, organizacji dnia, wyboru posiłków i czasu ich spożywania czy kontaktów z zewnętrznym otoczeniem). Pewnych usprawnień wymaga także pion usług wspomagających, których realizacja w czasie pandemii w wielu placówkach została ograniczona. Należy też popularyzować dobre przykłady w zakresie stosowania form aktywizacji, integracji i działań terapii zajęciowej, np. z uwzględnieniem zooterapii, arteterapii, aktywności fizycznej i prozdrowotnej czy wykorzystania nowych technologii. Kolejnym elementem jest obok zwiększenia decyzyjności mieszkańców także możliwie optymalne zagwarantowanie ich autonomii i prywatności, czemu mogłyby służyć jednoosobowe pokoje. Z pewnością ważnym kierunkiem zmian jest otwarcie się na kontakty z zewnętrznym otoczeniem, zarówno poprzez wizyty osób z zewnątrz (bliskich, przyjaciół, wolontariuszy, specjalnych gości zapraszanych przez placówkę), jak i możliwość aktywności mieszkańców poza murami instytucji, w ramach zorganizowanej współpracy placówki z innymi instytucjami (np. kultury), których oferta może być atrakcyjna dla mieszkańców, jak też z indywidualnej inicjatywy i potrzeby. Docelowo należy zmierzać do tego, by placówki opieki instytucjonalnej stały się znacznie bardziej kameralne niż obecnie.

79 10 kroków do wolności. Jak zdobyć pieniądze na instalację windy w budynku mieszkalnym?, <http://niepelnosprawni.pl/ledge/x/1269072> (dostęp z 07.02.2023 r.).

80 Pożyczka z Funduszu Dostępności – BGK, <https://www.bgk.pl/programy-i-fundusze/fundusze/fundusz-dostepnosci/pozyczki-z-funduszu-dostepnosci/> (dostęp z 07.02.2023 r.).

81 Przewijamy Polskę. Oto lista miejsc, w których skorzystasz z komfortki, czyli przewijaka dla osoby dorosłej, <http://niepelnosprawni.pl/ledge/x/1806883> (dostęp z 07.02.2023 r.).

### Rekomendacje w zakresie wsparcia dla rodzin i opiekunów nieformalnych [adresowane do podmiotów odpowiedzialnych za politykę społeczną na poziomie krajowym i lokalnym, a także do organizacji społecznych mogących świadczyć usługi wspierające osoby starsze, niepełnosprawne i ich rodziny]

#### Rozwój wsparcia psychologicznego i psychoterapeutycznego dla opiekunów.

Pożądanym działaniem byłoby zrealizowanie założeń w tym względzie zawartych w przyjętej już strategii „Zdrowa przyszłość”, jak również w „Strategii Rozwoju Usług Społecznych”. Wsparcie psychologiczne i terapeutyczne powinno być możliwe w różnych formułach – indywidualnej i grupowej. W trybie stacjonarnym, zdalnym, a także domowym. Formy niestacjonarne są ważne zarówno ze względu na okoliczności pandemiczne, jak i uwarunkowania związane z samą opieką (wszak część opiekunów może nie móc zostawić podopiecznego samemu z uwagi na jego bezpieczeństwo). Dobrym, już gdzieś praktykowanym, rozwiązaniem jest telefon wsparcia i zaufania dla opiekunów, prowadzony także przez osoby przygotowane do specyfiki doświadczeń opiekunów. Dla osób, które potrzebowałyby wsparcia psychicznego i terapeutycznego poza miejscem zamieszkania, konieczne jest zapewnienie pieczy zastępczej wobec osoby pod opieką na czas korzystania z wizyty psychologicznej oraz dojazdu.

#### Wsparcie szkoleniowe, doradcze i informacyjne dla opiekunów.

Potrzebne jest udzielanie porad i szkoleń na różnych etapach sprawowania opieki i w różnych aspektach (związanych z czynnościami pielęgnacyjno-opiekuńczymi, komunikacją z osobą chorą, jak też opiekunami formalnymi, żywieniem i leczeniem, a także poruszaniem się w systemie wsparcia oraz dbaniem o własny dobrostan psychiczny, fizyczny i społeczny). Działania w tym kierunku zostały założone już w przyjętych dokumentach strategicznych „Zdrowa Przyszłość” i „Strategia rozwoju usług społecznych”, wobec czego należy dążyć do pilnego i sukcesywnego realizowania tychże założeń poprzez wdrażanie kolejnych kroków. Oprócz dostępu do szkoleń i informacji udzielanych w formie kontaktu (choćby zdalnego) powinien istnieć łatwo dostępny system dystrybucji materiałów szkoleniowych, poradników i podręczników w wersji cyfrowej i papierowej dla opiekunów.

#### Reforma systemu świadczeń finansowych dla rodzin, w których jest sprawowana opieka,

tak by wsparcie to z jednej strony lepiej chroniło przed niedostatkiem, było szerzej dostępne dla opiekunów o różnym statusie na rynku pracy, w systemie zabezpieczenia społecznego i relacji do podopiecznego (nie tylko osoby o obowiązku alimentacyjnym, jak jest obecnie), a także by pozwalało lepiej godzić opiekę z innymi rolami, w tym aktywnością zawodową opiekunów. Aktualnie kwestie wsparcia są regulowane w dziale III ustawy o świadczeniach rodzinnych i ta część aktu prawnego wymaga daleko idącego przeformułowania, czego od dawna domagają się środowiska rodzin (choć nie we wszystkich aspektach ich głos jest jednomyślny), w swoich wystąpieniach kolejni Rzecznicy Praw Obywatelskich, a w niektórych punktach także Trybunał Konstytucyjny zobowiązuje ustawodawcę od lat do niezwłocznych zmian.

### Zbudowanie środowiska pracy pozwalającego na aktywność zawodową opiekunów osób starszych.

Oprócz zmian w systemie świadczeń finansowanych dla opiekunów w kierunku ograniczenia lub usunięcia zakazu łączenia tychże świadczeń z wszelką pracą zarobkową konieczne jest tworzenie rozwiązań w sferze zatrudnienia, ułatwiających godzenie ról w różnym wymiarze. Chodzi z jednej strony o ukształtowanie regulacji w kontekście pracy ułatwiających opiekunom przechodzenie na tryb zdalny lub hybrydowy, jeśli wymaga tego sytuacja opiekuńcza, wprowadzenie dodatkowych uprawnień urlopowych, przynajmniej częściowo płatnych dla osób z takim doświadczeniem czy możliwości skróconego lub bardziej elastycznego czasu wykonywania pracy (np. by dało się skoordynować czas pracy i dojazdu z korzystaniem z zewnętrznej opieki na czas nieobecności opiekuna przy osobie wspieranej). Konieczne jest jednak poza twardymi regulacjami tworzenie klimatu i zrozumienia dla potrzeb i możliwości pracowników i pracownic mających pod stałą opieką swoich bliskich. Z uwagi na to, że nierzadko barierą do kontynuowania aktywności zawodowej dla pracowników opiekunów może być niemożność zapewnienia w tym czasie opieki zastępczej, która niesie często niemałe koszty, zasobniejsze firmy (także te państwowe) mogłyby też z myślą o swoich pracownikach partycypować w kosztach opieki wobec ich bliskich. Warto też na poziomie systemowym i lokalnym promować dobre praktyki proopiekuńcze na rynku pracy i w działalności przedsiębiorstw, które wykraczałyby ponad ustawowe regulacje. Tego typu działania mogą być wobec swoich pracowników praktykowane w przedsiębiorstwach publicznych, organizacjach społecznych i przedsiębiorstwach prywatnych, ale wydaje się, że właśnie sektor publiczny i społeczny mają tu szczególną misję, jeśli chodzi o pionierskie działania na rzecz godzenia pracy z opieką nad osobami starszymi. Dobre praktyki w tym względzie mogłyby być publicznie premiowane (wzorem rozwiązań prorodzinnych, za jakie dziś firmy, samorządy i organizacje mogą być nagradzane w ramach programu rządowego „Po pierwsze rodzina”).

### Otwarcie się na wsparcie i włączenie opiekunów w ramach placówek dziennych i stacjonarnych.

Należy dążyć do tego, by różne placówki wsparcia dziennego dla osób starszych i niepełnosprawnych oraz całodobowe były otwarte na rodziny i opiekunów nieformalnych (np. przyjaciół) tychże osób. Chodzi z jednej strony o włączenie ich (za ich zgodą i zgodnie z preferencjami i możliwościami) w działania realizowane w ramach placówek i umożliwienie im kontynuowania im roli wspierającej wobec bliskich, także wówczas gdy korzystają oni z opieki zewnętrznej, z drugiej strony – o udzielanie im samym wsparcia, np. doradczego, psychologicznego czy aktywizacyjno-integracyjnego. Placówki powinny także w miarę istniejących zasobów świadczyć pewne wsparcie w domu lub w trybie zdalnym, wspierając tym samym opiekunów.

### Łatwy dostęp do usług wspierających w procesie opieki i uzupełniających rolę opiekuna.

Należy zbudować system szybkiego i łatwego dostępu do usług, które wspierałyby opiekunów w czynnościach i obowiązkach życia codziennego oraz w sytuacjach trudniejszych, które towarzyszą opiece. Może to być potrzeba pomocy np. w kąpaniu czy przewożeniu podopiecznego, co nie zawsze opiekun rodzinny/niefORMALNY jest w stanie zrobić samodzielnie. Część opiekunów może wymagać też odciążenia w innych czynnościach związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego, co może być dla nich trudne z uwagi na konieczność intensywnej pieczy wobec osoby bliskiej (np. robienie zakupów, zakup leków czy załatwianie innych spraw poza miejscem zamieszkania). Istnieje już instytucja tak zwanej „Pomocy w domu”, do której w ramach prac społecznie użytecznych mogą być skierowane osoby aktywizowane zawodowo w ramach urzędów pracy. Wydaje się, że ta forma wsparcia wymagałaby większego spopularyzowania, a przepływ informacji o zapotrzebowaniu powinien być jak najbardziej udrożniony pomiędzy rodzinami/opiekunami, instytucjami pomocy społecznej, urzędami pracy i organizacjami społecznymi.

### Włączenie dalszych sieci krewniaczych, sąsiedzkich, wolontariackich i społecznych we wspieranie opiekunów rodzinnych.

Konieczna jest aktywna i skoordynowana polityka na rzecz zwiększenia i wykorzystania środowiskowego potencjału lokalnego we wspieraniu opiekunów. Nie zawsze konieczna, a też nie zawsze wystarczająca i nie zawsze dostępna jest pomoc w ramach usług formalnych. Niekiedy pomocne może być wsparcie mniej sformalizowane, udzielane przez osoby z otoczenia środowiskowego. Zasadne jest tworzenie impulsów na poziomie lokalnym, np. poprzez tworzenie odpowiednich spotkań, szkoleń, zachęt (choćby w formie odpowiednich certyfikatów czy drobnych nagród rzeczowych) dla osób zaangażowanych w pomoc sąsiedzką osobom starszym wymagającym wsparcia i ich bliskich. W tym celu należy też aktywizować na zasadach dobrowolności potencjał adeptów szkół średnich i wyższych do zaangażowania wolontariackiego na rzecz rodzin z osobami wymagającymi stałej opieki. Ważna w tym względzie jest rola koordynacji i nadzoru nad bezpieczeństwem oraz jakością tego typu wsparcia, co może spoczywać na lokalnych instytucjach wsparcia społecznego, jak ośrodki pomocy społecznej czy centra pomocy społecznej (tam, gdzie funkcjonują) lub organizacje pozarządowe sprofilowane na tę problematykę. Warte uwagi jako źródło inspiracji są już istniejące programy lokalne opiekuńczego wsparcia sąsiedzkiego, jakie były realizowane np. w województwie zachodniopomorskim w ramach kampanii „Sąsiadem mi bądźź” z projektu Region Dobrego Wsparcia<sup>82</sup>.



82 <https://dobrewsparcie.wzp.pl/sasiadem-mi-badz-1/> (dostęp z 07.02.2023 r.).

# ANEKS – DOBRE PRAKTYKI, INSPIRACJE

## Zagraniczne inspiracje systemowe

### Szwedzki system opieki środowiskowej na poziomie lokalnym

Szwecja stanowi przykład państwa, które od lat realizuje wielowymiarowe wsparcia opiekuńcze wobec osób starszych, dostępne w warunkach domowych i środowiskowych. Rdzeniem tego modelu są finansowane głównie z lokalnych podatków domowe usługi opiekuńcze, świadczone w zależności od oceny potrzeb (a nie testu niskiego dochodu) oraz wedle planu, jaki odbiorca opieki ustala wspólnie z lokalnym menedżerem opieki. W planie tym mogą być dokonywane też zmiany w trakcie procesu opiekuńczego, a także procedura odwoławcza. Dąży się do tego, by nawet osoba o intensywnych potrzebach opiekuńczych mogła pozostawać w swoim dotychczasowym środowisku zamieszkania.

Ważnym elementem systemu wsparcia jest system dowożenia posiłków, organizowany i koordynowany przez gminę, choć samo świadczenie zlecane jest nieraz organizacjom społecznym lub pozarządowym. Ważnym ogniwem są też centra dzienne, w których osoby wymagające pomocy mogą nie tylko otrzymać wsparcie opiekuńcze czy rehabilitacyjne, ale też integrować z innymi, rozwijać różne aktywności, np. w zakresie wspólnego przygotowania i spożywania posiłku. Innym ważnym elementem jest dostępny i zorganizowany transport czy możliwość uzyskania grantów pokrywających koszty adaptacji pomieszczeń.

Część osób starszych korzysta też z różnych segmentów mieszkalnictwa wspomaganego, a niektórzy (najczęściej są to samotne osoby z demencją) trafiają do placówek opieki instytucjonalnej, choć te w Szwecji mają jedynie uzupełniającą rolę, są kameralne i prowadzone z intencją zapewnienia szerokiej autonomii i niezależności mieszkańców (jeśli ich stan zdrowia na to pozwala). Od lat 90. XX w. rozwijane są też lokalne (choć przy udziale grantów z poziomu centralnego) systemy wsparcia i zaangażowania najbliższych, np. poprzez różne formy wsparcia wytchnieniowego, miejsca treningu umiejętności i informacji czy wsparcie ze strony wolontariuszy. Niektóre gminy – w sytuacji większego zaangażowania bliskich w opiekę – zatrudniają ich w tym celu zgodnie ze stawkami, według których zatrudniani są formalni opiekunowie.

#### PRZYDATNE ŹRÓDŁO:

R. Bakalarczyk, *Wsparcie osób starszych w środowisku zamieszkania w Szwecji*, [w:] P. Błędowski, B. Szatur-Jaworska, *System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania. Przegląd sytuacji, propozycja modelu*, Raport Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2016.

### Niemiecki system ubezpieczenia pielęgnacyjnego

W Niemczech od prawie 3 dekad działa społeczne ubezpieczenie pielęgnacyjne. Zgodnie z tym modelem odprowadzane są obligatoryjnie składki (ich wysokość jest zależna od zarobków), które następnie są gromadzone w odpowiednich funduszach i dystrybuowane w formie szerokiego wachlarza świadczeń wobec osób, które opieki wymagają, oraz ich bliskich. Wymiar otrzymywanych świadczeń nie jest zależny od wysokości wcześniej wpłacanych składek, lecz poziomu niesamodzielności ustalanego według zestandaryzowanej diagnozy potrzeb.

Niemiecki system ubezpieczenia pielęgnacyjnego (sugerowany jako ważny punkt odniesienia także w polskich ekspertyzach) jest oparty na ustawie o ubezpieczeniu pielęgnacyjnym, które reguluje szczegółowo zasady, na jakich powinna opierać się cała logika funkcjonowania systemu, a także szczegółowe kompetencje i działania instytucji, rodzaje świadczeń oraz warunki ich przyznawania. Niemiecki system ubezpieczenia społecznego z tytułu opieki podlegał na przestrzeni czasu również ewolucji, czego wyrazem były choćby reformy z 2013, znacznie silniej akcentujące specyfikę potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi i neurodegeneracyjnymi oraz zmianę w diagnozie potrzeb opiekuńczych, która uwzględnia bardziej możliwości funkcjonowania w otoczeniu osoby wymagającej opieki.

#### PRZYDATNE ŹRÓDŁA:

A. Przybyłowicz, *Ubezpieczenie pielęgnacyjne w Republice Federalnej Niemiec*, Warszawa 2017.

Ł. Jurek, *Reforma systemu orzecznictwa o niesamodzielności w Niemczech*, Ubezpieczenia społeczne. Teoria i praktyka nr 3/2020.



## Inspiracje działające w Polsce

### **Krakowskie Centrum Informacji i Wsparcia Opiekunów Osób Niezależnych**

Krakowskie Centrum to projekt realizowany przez Fundację Pełnia Życia w Partnerstwie z Fundacją Matio i Gminą Miasta Wrocław ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Stanowi formułę lokalnego wieloaspektowego wsparcia dla opiekunów. W ramach centrum realizowane są następujące usługi:

1. opieka wytchnieniowa dla opiekunów osób niezależnych (realizowana wobec osoby niezależnej w miejscu zamieszkania),
2. wsparcie psychologa oraz fizjoterapeuty (zdalnie i w miejscu zamieszkania),
3. wsparcie medyczne oraz pielęgniarstwo (zdalnie i w miejscu zamieszkania),
4. indywidualny plan profilaktyki zdrowotnej (zdalnie),
5. pomoc w dotarciu do placówek zdrowia/rehabilitacji,
6. pomoc w doborze odpowiedniego sprzętu rehabilitacyjnego oraz pielęgnacyjnego,
7. indywidualne szkolenia dla opiekunów w zakresie opieki nad osobą zależną i użytkowania sprzętu rehabilitacyjnego (zdalnie i w miejscu zamieszkania),
8. grupy wsparcia i spotkania dla opiekunów osób niezależnych,
9. doradztwo.

#### PRZYDATNE ŹRÓDŁO:

Strona główna – Krakowskie Centrum Informacji i Wsparcia dla Opiekunów Osób Niezależnych, <https://wsparciekrakow.pl/> (dostęp z 07.02.2023 r.).

### **Hospicjum Proroka Eliasza działające na terenach wiejskich**

Hospicjum działa na terenach wiejskich, gdzie dostęp do opieki hospicyjnej jest szczególnie utrudniony. W ramach fundacji jest realizowana opieka hospicyjna w trybie domowym na terenie Podlasia, jak też wiejskie hospicjum stacjonarne we Wsi Makówka. Hospicjum stacjonarne zapewnia całodobową opiekę osobom nieuleczalnie chorym i wsparcie dla ich bliskich, a także wypożyczalnię sprzętu rehabilitacyjnego i pielęgnacyjnego. Zawiera także przestrzeń edukacyjną dla dzieci i młodzieży, dorosłych oraz specjalistów. Hospicjum domowe zaś działa w formie wizyt pielęgniarek (2 razy na tydzień), lekarzy (2 razy na miesiąc), fizjoterapeutów, psychologów i dietetyków (w zależności od potrzeb). Usługi te w założeniach mają być „szyte na miarę” i dopasowane do indywidualnych potrzeb. Pomoc udzielana jest zarówno osobie chorej, jak i rodzinie.

#### PRZYDATNE ŹRÓDŁO:

Fundacja Hospicjum Proroka Eliasza, <https://hospicjumeliasz.pl> (dostęp z 07.02.2023 r.).  
[http://niepelnosprawni.pl/ledge/x/2040816?fbclid=IwAR0iCNZ2mdno9kfifFNhFCFH6JcKkjMeyXyqsRszmRC\\_\\_\\_VCgVx8eSus-Ydw](http://niepelnosprawni.pl/ledge/x/2040816?fbclid=IwAR0iCNZ2mdno9kfifFNhFCFH6JcKkjMeyXyqsRszmRC___VCgVx8eSus-Ydw) (dostęp z 07.02.2023 r.).

### **Sąsiedzkie usługi opiekuńcze w ramach programu Region Dobrego Wsparcia i kampania „Sąsiadem mi bądź”**

Kampania społeczna „Sąsiadem mi bądź” została przeprowadzona w celu upowszechnienia idei opieki sąsiedzkiej, realizowanej w ramach projektu Region Dobrego Wsparcia w Województwie Zachodniopomorskim. W ramach kampanii przybliżono konkretne historie ludzi, którzy byli włączeni w sąsiedzką opiekę i wsparcie. Mogło ono dotyczyć takich sfer, jak pomoc w zakupach, regulacji spraw urzędowych i rachunków, sprzątanie i pomoc w higienie, jak też rozmowa, spacer, wspólna aktywność z osobą, która otrzymuje pomoc. Podjęte w ramach projektu

działania zmierzały do zatrudnienia opiekunów sąsiedzkich i były finansowane ze Środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014–2020. Informacje na temat sąsiedzkich usług opiekuńczych można znaleźć w lokalnych Centrach Usług Społecznych i Ośrodkach pomocy społecznej.

#### PRZYDATNE ŹRÓDŁO:

<https://dobrewsparcie.wzp.pl/sasiadem-mi-badz/> (dostęp z 07.02.2023 r.).

### **Innowacyjny projekt „Skoordynowana opieka środowiskowa skierowana do osób z chorobą otępienną i ich opiekunów”**

W ramach programu POWER finansowanie uzyskał innowacyjny projekt dostarczający skoordynowanej opieki dla osób z otępieniem i ich opiekunów. Liderem projektu był Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy im. Ks. Jerzego Popiełuszki w Toruniu, odbiorcami projektu zaś osoby z rozpoznaną chorobą otępienną, rodziny i opiekunowie, środowiska medyczne, które w ramach projektu zostały przeszkolone we wczesnym rozpoznaniu otępienia i postępowania z osobą chorą, a także uczestnicy różnych form wsparcia i aktywizacji osób starszych.

Rdzeniem modelu było centrum Consultor, którego zadaniem była interdyscyplinarna skoordynowana pomoc osobom chorym i ich rodzinom. Realizacji tego celu służą następujące funkcje: koordynacja organizacji pomocy, prowadzenie warsztatów, konsultacji oraz zajęć profilaktycznych i edukacyjnych; organizacja opieki wytchnieniowej i pomocy interwencyjnej; współpraca z grupami wsparcia, informacja, promocja i integracja oraz prowadzenie tzw. Pracowni Poznawczej. W ramach wsparcia realizowanego przez centrum przewidziano też dwie – opisane dokładniej w projekcie – ścieżki postępowania: obowiązkową i fakultatywną. W ramach projektu przetestowano 60 osób, 240 osób z grup ryzyka, 100 osób na poziomie społeczności lokalnej, 90 osób stanowili opiekunowie i 100 osoby chore.

#### PRZYDATNE ŹRÓDŁO:

[www.power.gov.pl/media/104028/Model\\_Torun.pdf](http://www.power.gov.pl/media/104028/Model_Torun.pdf) (dostęp z 07.02.2023 r.).

## Kujawsko-Pomorskie Środowiskowe Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otępieniach

To kolejny innowacyjny model wypracowany w ramach konkursu POWER i zorientowany na wsparcie osób z zaburzeniami otępiennymi i ich bliskich. Głównymi komponentami tego modelu było Środowiskowe Centrum Opieki Psychogeriatrycznej w Otępieniach, które koordynuje współpracę między podmiotami medycznymi, socjalnymi i społecznymi w opiece nad pacjentem z otępieniem i jego rodziną. W ramach centrum wdrożono system teleopieki, dzięki czemu możliwe jest prowadzenie

wsparcia także online.

W centrum funkcjonują koordynator, zespół (pielęgniarka, lekarze, psycholog, terapeuta zajęciowy i fizjoterapeuta) oraz operator teleopieki i informatyk. Z centrum współpracuje wiele instytucji: placówki POZ, ośrodki pomocy społecznej, organizacje pozarządowe, ośrodki kultury, placówki dziennego pobytu, a także parafie. W myśl założeń przetestowanego modelu centrum podpisuje z partnerami lokalne porozumienia na rzecz poprawy jakości opieki nad chorymi otępiennie. Na podstawie tych porozumień działają zespoły zajmujące się poszczególnymi obszarami. Model przewidywał ścieżkę wsparcia, poczynając od zgłoszenia, przez zdiagnozowanie zakresu i form oddziaływania, wyposażenie rodziny w sprzęt teleopiekuńczy i kompetencje do korzystania z niego.

Ważnym walorem modelu było stworzenie organu odpowiedzialnego za koordynację różnych elementów opieki, włączenie różnych podmiotów socjalnych, zdrowotnych, a także organizacji społecznych, zastosowanie rozwiązań teleopiekuńczych, a także wytyczenie jasnej ścieżki wsparcia.

W ramach centrum zrealizowane zostały świadczenia medyczne, edukacyjne, a także działalność społeczna. Programem objęto 279 osób chorych, a szkoleniami w zakresie wiedzy i umiejętności dotyczących chorób otępiennych – 506 osób, szkoleniami w zakresie kompetencji cyfrowych – 143 osoby, działaniami w zakresie budowania świadomości zaś 139 189 osób.

### PRZYDATNE ŹRÓDŁO:

[www.power.gov.pl/media/104029/Model\\_Pallmed.pdf](http://www.power.gov.pl/media/104029/Model_Pallmed.pdf) (dostęp z 07.02.2023 r.).

## Innowacyjne formy mieszkalnictwa wspierające niesprawne osoby starsze

Z punktu widzenia osób tracących sprawność, a niekiedy i samodzielność ważna jest odpowiednia adaptacja przestrzeni mieszkalnej, niezależnie, czy jest to mieszkanie, przestrzeń w placówce opieki czy pośrednie formy mieszkaniowe. Niekiedy osoby starsze decydują się na zamieszkanie wspólnie z innymi, co może chronić je przed samotnością oraz ułatwić samopomoc w codziennych sytuacjach. Pojawiają się formy tzw. srebrnego cohousingu (obecnego np. we Francji i w Niemczech), w ramach którego grupa osób starszych osób zamieszkuje wspólnie, zachowując jednak pewną przestrzeń tylko dla siebie. Niekiedy takie formy wspólnego zamieszkania połączone są z ułatwioną ścieżką dostępu do zewnętrznego wsparcia społecznego oraz opieki medycznej i pielęgniarstwa. Zdarza się też, że przy domach opieki skierowanych do osób o intensywniejszych potrzebach opiekuńczych działają segmenty mieszkaniowe dla osób w starszym wieku, które są jeszcze względnie sprawne, mogą mieszkać niezależnie, ale mogą potrzebować pewnych działań pomocowych czy rehabilitacyjnych.

Niezależnie od miejsca, ważne jest odpowiednie dostosowanie przestrzeni do potrzeby o ograniczonej sprawności. Przykładowym rozwiązaniem mogącym być źródłem inspiracji dla różnych instytucji i organizacji jest wzorcowe mieszkanie dla seniora – zaprojektowane przez dr Agnieszkę Cieślę z Politechniki Warszawskiej – które znajduje się na warszawskich Bielanach. Zostało ono zaprojektowane pod kątem potrzeb i możliwości osób starszych, które tracą sprawność – z myślą o ich komforcie i bezpieczeństwie.

Na podłodze nie ma progów, na ścianach zaś są zamontowane poręcze. Zamontowano także specjalny czujnik ruchu, dzięki któremu w nocy włącza się oświetlenie przypodłogowe, czyniąc poruszanie się po ciemku bardziej bezpiecznym i komfortowym. Wszystkie gniazdko i włączniki są również wygodnej wysokości. Łóżko w takim mieszkaniu jest wyposażone w specjalny sterowany elektronicznie materac, dzięki czemu łatwiejsze jest podnoszenie się. Z punktu widzenia niesprawnej osoby szczególne znaczenie ma funkcjonowanie łazienki i kuchni. W łazience wstawiono antypoślizgową posadzkę, pod prysznicem jest specjalne siedzisko. Taras ma przeszkloną balustradę, by możliwe było oglądanie tego, co na zewnątrz także przez osobę siedzącą. Ważna jest też klimatyzacja, a także regulacja świetlna oraz odpowiednia wyrazność kolorystyczna mebli i uchwytów, co może pomóc osobom o słabszym wzroku zorientować się w mieszkalnej przestrzeni.





# Caritas Polska



ul. Okopowa 55,  
01-043 Warszawa



+48 22 334 85 00,  
+48 22 334 85 85



+48 22 334 85 58



caritaspolska@caritas.pl,  
aktualnosci@caritas.pl



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



PKO BP S.A.,  
PL 70 1020 1013 0000 0102 0002 6526