

# System długoterminowej opieki domowej nad osobami starszymi w Polsce i wybranych krajach europejskich

## Streszczenie

Obserwowany w ostatnich latach dynamiczny wzrost odsetka osób starszych wymagających opieki i pomocy w codziennym funkcjonowaniu stwarza konieczność rozwoju systemu opieki długoterminowej w Polsce. Proces starzenia się społeczeństw to zjawisko globalne i chociaż Polska na tle innych krajów Europy wciąż zaliczana jest do krajów młodych, dynamika tego procesu w Polsce przebiega znacznie szybciej niż przyjęta średnia europejska. Doświadczenia w opiece nad niesamodzielnymi osobami starszymi krajów europejskich, które już od lat zmagają się z problemem starzenia się społeczeństwa, stanowią inspirujący kierunek zmian w celu poprawy jakości udzielanych świadczeń. Zmiany te powinny objąć przede wszystkim sektor opieki domowej, celem umożliwienia osobie starszej jak najdłuższego pobytu we własnym środowisku domowym.

**Słowa kluczowe:** opieka długoterminowa, osoby starsze, niesamodzielność, niepełnosprawność, opieka geriatryczna

## Long-term Home Care for the Elderly in Poland in Relation to Solutions Implemented in Selected European Countries

### Summary

The dynamic increase in the percentage of elderly people requiring care and help in everyday functioning observed in recent years creates the need to develop a long-term care system in Poland. The aging process of societies is a global phenomenon. In comparison with other European countries, Poland is still considered to be a young country, but the dynamics of this process are currently much faster in Poland than the European average adopted. Experience in providing long-term care for older people in European countries that have been grappling with the problem of an aging population for years may be a positive direction for changes in improving the quality of services provided in Poland. These changes should primarily cover the home care sector to enable the elderly to stay in their home environment for as long as possible.

**Keywords:** long-term care, elderly people, functionally dependent people, disability, geriatric care

## Wprowadzenie

Obserwowany w ostatnich latach dynamiczny postęp medycyny umożliwiający wydłużanie życia ludzkiego przyczynia się do ciągłego zwiększania się liczby osób starszych w strukturze społeczeństwa polskiego<sup>1</sup>. Według Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) w 2017 r. średnia długość życia wyniosła 74 lata dla mężczyzn oraz 81,1 lat dla kobiet i w porównaniu do roku 2000 była wyższa odpowiednio o 4,7 oraz 3,8 lat<sup>2</sup>. Zjawisko wydłużania czasu trwania życia nie jest jednak równoznaczne z wydłużeniem się trwania życia w zdrowiu i sprawności. W oparciu o dane statystyczne stwierdzono, iż dla osób w wieku 65. lat przeciętna długość trwania życia w zdrowiu i bez niepełnosprawności wynosi średnio 7,6 lat dla mężczyzn oraz 8,4 lat dla kobiet<sup>3</sup>. W związku z tym, w ostatnich latach obserwuje się znaczny wzrost zapotrzebowania na usługi medyczne i opiekuńcze wśród osób starszych<sup>4</sup>.

Osoby wymagające pomocy w wykonywaniu czynności dnia codziennego określano jako osoby niezdolne do samodzielnej egzystencji, a obecnie coraz częściej stosuje się dla określenia tego stanu pojęcie niesamodzielności. Niesamodzielność funkcjonuje obecnie w Polsce jedynie w formie roboczej i określana jest jako niezdolność do samodzielnej egzystencji wynikająca z uszkodzenia lub upośledzenia funkcji organizmu, która stwarza konieczność stałej lub długotrwałej opieki czy pomocy w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego, takich jak odżywianie, przemieszczanie się, komunikacja czy zaopatrzenie gospodarstwa domowego<sup>5</sup>. Pojęcie to nie jest jednoznaczne ze starością, jednakże przyjmuje się, iż osoby nieradzące sobie w zakresie podstawowych czynności życia codziennego to w większości osoby starsze. Szacuje się, iż obecnie stałej pomocy w zakresie podstawowych czynności dnia codziennego wymaga około 30% osób po 60. roku życia i aż 60% osób po 80. roku życia<sup>6</sup>. Według prognoz statystycznych liczba osób starszych wymagających pomocy w codziennym funkcjonowaniu w 2030 r. wyniesie 4 mln<sup>7</sup>. Prognozy te stanowią wyzwanie dla systemu zabezpieczenia

<sup>1</sup> Zob. *Starzenie się społeczeństwa polskiego i jego skutki*, Warszawa, Kancelaria Senatu, Biuro Analiz i Dokumentacji, 2011

<sup>2</sup> Zob. Główny Urząd Statystyczny, *Trwanie życia w 2017 r.*, Warszawa, Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Demograficznych, 2018

<sup>3</sup> Zob. *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2016*, Warszawa, Ministerstwo Pracy, Rodziny i Polityki Społecznej, 2017

<sup>4</sup> Zob. T. B. Kulik, M. Janiszewska, E. Piróg i in., *Sytuacja zdrowotna osób starszych w Polsce i innych krajach europejskich*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2011, Nr 2(17), s. 90–95

<sup>5</sup> *Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje*, Warszawa, Grupa Robocza ds. Przygotowania Ustawy o Ubezpieczeniu od Ryzyka Niesamodzielności przy Klubie Senatorów Platformy Obywatelskiej, 2010

<sup>6</sup> Zob. M. Dziechciarz, E. Guty, A. Wojtowicz i in., *Zapotrzebowanie na opiekę długoterminową wśród starszych mieszkańców wsi*, „Nowiny Lekarskie” 2012, Nr 81(1), s. 26–30

<sup>7</sup> Zob. A. Wilmowska-Pietruszyńska, J. Putz, *Ubezpieczenie pielęgnacyjne jako propozycja rozwiązań systemowych potrzeb osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji*, „Postępy Nauk Medycznych” 2009, Nr 4, s. 264–267

społecznego, w zakresie zapewnienia tym osobom opieki i maksymalnego przedłużenia wysokiego poziomu jakości ich życia<sup>8</sup>.

W Polsce pomoc osobom niesamodzielnym realizowana jest poprzez świadczenia z zakresu opieki długoterminowej. Ten rodzaj pomocy definiowany jest jako profesjonalna, ciągła i długotrwała pielęgnacja i rehabilitacja wraz z kontynuacją leczenia farmakologicznego i dietetycznego, realizowana w formie stacjonarnej lub domowej wobec osób posiadających znaczne ograniczenia w zakresie samopielęgnacji i samoopieki, ale nie kwalifikujących się do leczenia szpitalnego<sup>9</sup>. Według Dziechciarz i wsp. osoby starsze będące w zdecydowanej większości odbiorcami świadczeń opieki długoterminowej z powodu złożoności manifestowanych problemów zdrowotnych i socjalnych stanowią najtrudniejszą grupę pod względem opieki zdrowotnej i społecznej, a opieka ta jest znacznym obciążeniem dla budżetu państwa<sup>6</sup>. Obecnie uważa się również, iż funkcjonujący aktualnie system opieki długoterminowej w Polsce jest niewystarczający, gdyż nie zaspokaja kompleksowo wszystkich potrzeb starszych osób niesamodzielnych w zakresie codziennego funkcjonowania, a jego organizacja i sposób finansowania pozostawiają wiele niejasności<sup>10</sup>.

W ostatnich latach coraz częściej w przygotowywanych propozycjach zmian w aktualnie obowiązującym systemie poszukuje się odniesień do systemów opieki długoterminowej funkcjonujących w innych państwach europejskich i możliwości wykorzystania ich w Polsce<sup>11</sup>. Wydaje się zatem, iż zasadne jest okresowe przeprowadzanie analizy piśmiennictwa dotyczącego kierunku zmian w opiece długoterminowej zachodzących w systemach polskich i zagranicznych.

## System opieki długoterminowej realizowany w Polsce ze szczególnym uwzględnieniem opieki domowej

W Polsce opieka długoterminowa obecnie zapewniana jest poprzez sektor ochrony zdrowia, który realizuje świadczenia w formie stacjonarnej lub domowej<sup>12</sup>. Pierwsza z tych form realizowana jest poprzez całodobowy pobyt i opiekę zapewnianą przez Zakłady Opiekuńczo-Lecznicze (ZOL) oraz Zakłady Pie-

<sup>8</sup> Zob. A. Przybyłka, *Starzenie się ludności w Polsce jako wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia*, „Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach” 2017, Nr 309, s. 179–190

<sup>9</sup> E. Skolimowska, *Organizacja opieki długoterminowej*, [w:] *Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej*, red. K. Kędziora-Kornatowska, M. Muszałik, E. Skolimowska, Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2010

<sup>10</sup> Zob. P. Błędowski, A. Wilmowska-Pietruszyńska, *Organizacja opieki długoterminowej w Polsce – Problemy i propozycje rozwiązań*, „Polityka Społeczna” 2009, Nr 7, s. 9–13

<sup>11</sup> Zob. A. Górską, *Rozważania na temat polskiego i szwedzkiego systemu nad osobami starszymi*, <https://das.mpips.gov.pl/source/opiekaseniorna/OPIEKA%20DUGOTERMINOWA%20DLA%20OSB%20STARSZYCH%20W%20SZWECJI.pdf>, [dostęp z dnia: 16.10.2018]

<sup>12</sup> Zob. A. Furmańska-Maruszak, A. Wójtewicz, *Kierunki rozwoju usług opieki długoterminowej w Polsce*, „Studia Oeconomica Posnaniensia” 2016, Nr 4(9), s. 28–42

łęgnacyjno-Opiekuńcze (ZPO) i oferowana jest osobom, których sprawność funkcjonalna zawiera się w przedziale 0–40 punktów na podstawie oceny według 100-punktowej skali Barthel<sup>13</sup>. Pacjenci są kierowani do ośrodków opieki długoterminowej przez lekarza rodzinnego lub lekarza prowadzącego po zakończeniu leczenia szpitalnego. Świadczenia zdrowotne realizowane w ośrodkach finansowane są ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, natomiast osoba przebywająca w ośrodku pokrywa koszty zakwaterowania i wyżywienia<sup>14</sup>. Pomoc w formie stacjonarnej oferowana z ramienia sektora społecznego obejmuje natomiast pobyt w instytucjach i domach pomocy społecznej. Finansowanie tej formy pomocy częściowo pokrywa osoba, nad którą sprawowana jest opieka, częściowo natomiast rodzina lub gmina, w przypadku trudnej sytuacji materialnej rodziny. Odrębnym sektorem zapewniania świadczeń z zakresu opieki długoterminowej jest sektor prywatny, w ramach którego powstają prywatne domy opieki, niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej czy zakłady opieki długoterminowej, które prowadzone są przez stowarzyszenia, fundacje oraz organizacje kościelne<sup>15</sup>.

Obecnie uważa się, iż umieszczenie osoby starszej w środowisku instytucjonalnym ma negatywny wpływ na jej sprawność funkcjonalną oraz zdolności poznawcze i powinno być traktowane jako rozwiązanie ostateczne. Według Szatur-Jaworskiej zmiana miejsca zamieszkania jest dla osoby starszej równie traumatycznym przeżyciem, co przejście na emeryturę, śmierć bliskiej osoby czy choroba<sup>16</sup>. Na podstawie danych statystycznych szacuje się, iż u osób mieszkających w ośrodkach opieki instytucjonalnej występuje trzy razy większe ryzyko wystąpienia depresji niż u osób mieszkających we własnych domach<sup>17</sup>. Doniesienia te powinny ukierunkować działalność organów zajmujących się kształtowaniem opieki długoterminowej w taki sposób, aby poprzez rozbudowę systemu opieki domowej osoba starsza jak najdłużej mogła pozostać we własnym środowisku życia<sup>18</sup>.

Obecnie długoterminowa opieka domowa w Polsce wciąż w zdecydowanej większości przypadków realizowana jest na gruncie nieformalnym, czyli przez członków rodziny osoby wymagającej opieki. Pomoc ze strony państwa wdraża-

<sup>13</sup> Zob. I. Markiewicz, M. Cebulak, *Sprawność funkcjonalna pacjentów objętych opieką długoterminową*, „Nursing Topics” 2013, Nr 21(4), s. 42–51

<sup>14</sup> *Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje*, dz. cyt., s. 59–63

<sup>15</sup> A. Mitek, *Finansowanie i organizacja systemu opieki długoterminowej w Polsce*, „Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Szczecińskiego” 2013, Nr 34(1), s. 224–236

<sup>16</sup> Zob. B. Szatur-Jaworska, *Ludzie starzy i starałość w polityce społecznej*, Warszawa, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, 2000

<sup>17</sup> Zob. M. Kilian, *Rodzinne domy pomocy społecznej alternatywną formą instytucjonalnej opieki dla osób w starszym wieku*, „Praca Socjalna” 2012, Nr 4, s. 39–56

<sup>18</sup> Zob. B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, *System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania, Propozycja modelu oraz wyniki badania dyskryminacyjnego*, Warszawa, Synteza, 2017

na jest zazwyczaj dopiero w sytuacji, kiedy rodzina nie jest w stanie z różnych przyczyn zapewnić osobie starszej odpowiedniego poziomu opieki<sup>19</sup>. Na podstawie danych uzyskanych w badaniu „To idzie starość. Postawy osób w wieku przedemerytalnym” stwierdzono, iż w opinii osób w wieku podeszłym obowiązek sprawowania opieki nad osobą starszą spoczywa głównie na dzieciach. W badaniu tym główną rolę instytucji państwowych w zapewnianiu opieki osobom starszym wskazało niespełna jedna trzecia badanych, co świadczy o dużej wartości rodziny w opinii osób starszych i preferowanej hierarchii w zapewnianiu im opieki<sup>20</sup>. Znaczna presja społeczna na opiekę nad osobami starszymi przez dzieci powoduje jednak, iż 75% opiekunów nieformalnych deklaruje, że czuje się zobowiązana do opieki nad starszym członkiem rodziny, decydując się tym samym niejednokrotnie na pogorszenie własnej sytuacji finansowej, społecznej czy zdrowotnej. W Polsce zapewnianie pomocy opiekunom nieformalnym świadczącym opiekę nad osobami starszymi jest obecnie znacznie ograniczone, co prowadzić może do nadmiernego obciążenia opiekuna obowiązkami i znacznego pogorszenia jakości życia zarówno opiekuna, jak i osoby, nad którą opieka jest sprawowana. Chociaż uważa się, iż opieka zapewniana w sposób nieformalny jest obecnie najtańszą formą opieki z perspektywy budżetu państwa, znaczne obciążenie opiekunów, którzy ze względów finansowych czy zdrowotnych na pewnym etapie sami mogą potrzebować pomocy z środków publicznych, znacząco niweluje wartość ekonomiczną tej formy opieki<sup>21</sup>.

Biorąc pod uwagę długoterminową opiekę domową zapewnianą w sposób formalny przez instytucje państwowe, realizowana jest ona poprzez pielęgniarską opiekę długoterminową domową, jak również przez zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie<sup>22</sup>. Wymogi dotyczące kwalifikacji do otrzymywania świadczeń z zakresu pielęgniarskiej opieki długoterminowej są analogiczne do wymogów stosowanych w przypadku opieki stacjonarnej – z tej formy opieki mogą skorzystać pacjenci, których sprawność funkcjonalna nie przekracza 40 punktów w skali Barthel, a skierowanie wystawiane jest przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Głównym celem tej formy opieki jest zapewnianie świadczeń pielęgniarsko-opiekuńczych w środowisku domowym, ale także edukacja oraz przygotowanie pacjenta i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji. Wizyty pielęgniarki odbywają

<sup>19</sup> Zob. Z. Szweda-Lewandowska, *Modele opieki nad osobami niesamodzielnymi*, [w:] *Polityka społeczna wobec problemu bezpieczeństwa socjalnego w dobie przeobrażeń społeczno-gospodarczych*, red. W. Koczur, A. Rączaszek, Katowice, Wydawnictwo UE, 2014

<sup>20</sup> E. Bojanowska, *Opieki nad ludźmi starszymi*, [w:] *Przygotowanie do starości. Polacy wobec starzenia się*, red. P. Szukalski, Warszawa, ISP, ZUS, 2009, s. 212–213

<sup>21</sup> Zob. O. Beck, K. Kędziora-Kornatowska, M. Kornatowski, *Long-term home care in Poland – framework, problems, prospects*, „Hygeia Public Health” 2014, Nr 49(2), s. 192–196

<sup>22</sup> Zob. *Stan faktyczny i perspektywy rozwoju opieki długoterminowej w Polsce*, Ministerstwo Zdrowia, [http://oipip.opole.pl/wp-content/uploads/2014/04/pod\\_strategia.pdf](http://oipip.opole.pl/wp-content/uploads/2014/04/pod_strategia.pdf), [dostęp z dnia: 17.10.2018]

się zazwyczaj cztery razy w tygodniu, a w uzasadnionych przypadkach również w soboty i dni świąteczne<sup>23</sup>. Świadczenia udzielane przez zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie skierowane są do osób z niewydolnością oddechową, które wymagają terapii oddechowej przeprowadzanej w sposób ciągły lub okresowy, ale nie wymagają pobytu w oddziałach intensywnej terapii. Świadczenia te obejmują wizyty lekarskie, pielęgniarskie oraz fizjoterapeutyczne, a także pełny zakres badań diagnostycznych i obrazowych, jak również wyposażenie osoby, nad którą sprawowana jest opieka w niezbędny sprzęt medyczny i pomocniczy<sup>22</sup>.

Odrębną formą długoterminowej pomocy zapewnianej osobom starszym są świadczenia pieniężne, które finansowane są z pomocy społecznej. Mogą one przybierać formę zasiłków okresowych lub celowych. W przypadku obu tych zasiłków kryterium ich przyznania stanowi wysokość dochodu, przy czym zasiłek okresowy przyznawany jest ze względu na występowanie długotrwałej choroby, natomiast zasiłek celowy przyznawany jest w sytuacji niemożności zapewnienia sobie potrzeb życiowych i najczęściej przeznaczany jest na zakup leków, żywności czy pokrycia kosztów leczenia. Inny rodzaj zasiłku, w przyznaniu którego dużą rolę odgrywa wiek, stanowi dodatek pielęgnacyjny. Stanowi on wsparcie dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji i przyznawany jest wszystkim osobom, które ukończyły 75. rok życia przez instytucje ubezpieczenia i zaopatrzenia społecznego (ZUS/KRUS/Biura Emerytalne MON, MSWiA). Do 75. roku życia dodatek ten jest przyznawany osobom niezdolnym do samodzielnej egzystencji, na podstawie orzeczenia lekarskiego, jako dodatek do emerytury lub renty. Zasiłek pielęgnacyjny przyznawany jest natomiast opiekunom osób wymagających długoterminowej opieki z budżetu jednostek terytorialnych celem pokrycia kosztów bieżących wydatków związanych ze sprawowaną opieką<sup>24</sup>. Sektor pomocy społecznej za pośrednictwem gmin zapewnia również pomoc osobom starszym poprzez świadczenie różnego rodzaju domowych usług opiekuńczych. Skierowane są one do osób, które z powodu wieku lub niepełnosprawności wymagają pomocy w zakresie codziennego funkcjonowania, która nie może być zapewniona przez członków rodziny. Pomoc ta obejmuje zaspokajanie podstawowych potrzeb życiowych, takich jak higiena, pielęgnacja czy przygotowywanie posiłków. Natomiast potrzeby obejmujące m.in. pomoc w załatwianiu spraw urzędowych, pomoc w gospodarowaniu pieniędzmi czy rehabilitację podlegają specjalistycznym usługom opiekuńczym. Świadczenie tego rodzaju usług może być jednak możliwe jedynie przez osoby z odpowiednim przygotowaniem zawodowym<sup>25</sup>. Wyda-

<sup>23</sup> Zob. D. M. Ziębicka, L. Marcinowicz, *Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa*, „Family Medicine & Primary Care Review” 2015, Nr 17(3), s. 232–236

<sup>24</sup> Zob. *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2015*, Warszawa, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, 2016

<sup>25</sup> Zob. P. Błędowski, M. Maciejasz, *Rozwój opieki długoterminowej w Polsce – stan i rekomendacje*, „Nowiny Lekarskie” 2013, Nr 82(1), s. 61–69

wać by się mogło, iż oferowany przez sektor pomocy społecznej szeroki wachlarz usług opiekuńczych powinien w dużej mierze zaspokajać potrzeby opiekuńcze osób starszych. Jak wynika z badania przeprowadzonego przez Fundację SYNOPSIS, istnieje wiele barier ograniczających możliwość pełnego wykorzystania dostępnych form pomocy. Bariery te obejmują często obserwowany brak wiedzy o przysługujących świadczeniach, brak znajomości aktów prawnych dotyczących postępowania administracyjnego w przypadku przyznawania świadczeń wśród pracowników instytucji pomocy społecznej, a także brak wystarczającej liczby specjalistów posiadających odpowiednie wykształcenie i staż pracy, umożliwiający im realizację specjalistycznych usług opiekuńczych. Istotnym wydaje się zatem zwiększanie nacisku na działania upowszechniające wiedzę na temat przysługujących świadczeń oraz szkolenia w zakresie kadry opiekuńczej, jak i pracowników instytucji pomocy społecznej<sup>26</sup>.

Udzielanie świadczeń z zakresu kilku sektorów stwarza także problemy dotyczące jednoznacznej oceny związanej z finansowaniem opieki długoterminowej w Polsce<sup>27</sup>. Wydatkowanie środków na ten rodzaj usług najczęściej podawane jest w odniesieniu do PKB danego kraju. Według danych Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) za rok 2010–2013 udział wydatków na opiekę długoterminową w Polsce szacowany był na 0,4% PKB, co jest jednym z najniższych wyników spośród krajów europejskich<sup>28</sup>. Według Mitek i wsp., przyczyna tak niskiego poziomu wydatkowania na opiekę długoterminową w Polsce może wynikać z trudności w uwzględnieniu wszystkich źródeł finansowania rozproszonych na różne sektory. Należy zauważyć, że świadczenia z zakresu opieki długoterminowej skierowane są do osób w różnym wieku, jednak według danych statystycznych osoby w wieku powyżej 65. roku życia stanowią największą grupę korzystających z tej formy opieki<sup>29</sup>. Na podstawie obserwowanych zmian demograficznych wskazujących na ciągły wzrost odsetka osób starszych w strukturze społeczeństwa prognozuje się, iż wydatki na opiekę długoterminową do 2060 r. zwiększą się dwukrotnie. Według danych Komisji Europejskiej, prognozy dotyczące wzrostu wydatków na opiekę długoterminową uzależnione będą od działań wprowadzanych przez sektor opieki zdrowotnej na rzecz poprawy stanu zdrowia i zmniejszania niepełnosprawności funkcjonalnej osób w starszym wieku, a także wprowadzanych w najbliższych latach zmian w zakresie dostępności i sposobu finansowania usług opieki długoterminowej<sup>30</sup>.

<sup>26</sup> A. Deja, *Wykorzystanie specjalistycznych usług opiekuńczych jako jednej z form wsparcia osób z autyzmem*, Warszawa, Fundacja SYNOPSIS, 2006, <http://www.autyzm.wroclaw.pl/media/wykorzystanie-specjalistycznych-uslug-opiekunczych.pdf>, [dostęp z dnia: 17.10.2018]

<sup>27</sup> A. Furmańska-Maruszak, A. Wójtewicz, dz. cyt., s. 31–36

<sup>28</sup> Zob. *Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce. Uwagi na potrzeby opracowania polityki dotyczącej opieki długoterminowej*, Bank Światowy, 2015

<sup>29</sup> A. Mitek, dz. cyt., s. 224–236

<sup>30</sup> *Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce*, dz. cyt., s. 33–34

## Szwedzki system świadczenia usług domowej opieki długoterminowej i możliwości przeniesienia jego elementów na grunt polski

Szwecja zaliczana jest to jednych z najstarszych społeczeństw na świecie, gdyż w 2017 r. odsetek osób powyżej 65. roku życia wyniósł w tym kraju 19,8%<sup>31</sup>. Jednocześnie kraj ten charakteryzuje największy odsetek osób w wieku powyżej 80. roku życia, czyli osób najczęściej potrzebujących pomocy w zakresie codziennego funkcjonowania. Jak wynika z raportu *Health at a Glance* opublikowanego w 2017 r., Szwecja należy także do krajów, w których wydatkowanie na świadczenia z zakresu opieki długoterminowej jest największe i utrzymuje się na poziomie powyżej 3% PKB<sup>32</sup>.

System zapewniania usług opieki długoterminowej w Szwecji podzielony między trzy szczeble administracyjne, przy czym na szczeblu krajowym realizowane są działania prawne i finansowe, na szczeblu regionalnym zapewniane są świadczenia medyczne, natomiast na szczeblu lokalnym usługi opiekuńcze i socjalne<sup>33</sup>.

Mimo dostępności stacjonarnych (instytucjonalnych) i domowych form wsparcia, w modelu szwedzkim coraz bardziej widoczne są dążenia do deinstytucjonalizacji usług opieki długoterminowej. Jedną z form wsparcia we własnym środowisku jest 24-godzinna opieka domowa, której zakres jest zróżnicowany w zależności od stopnia niesamodzielności osoby starszej<sup>34</sup>. W ramach obowiązującego systemu osoba, nad którą sprawowana ma być opieka, ma możliwość wyboru miejsca lub usługodawcy, z pomocy którego chciałaby skorzystać, zarówno w formie stacjonarnej, jak i domowej. Wybór taki może być dokonany jedynie w sytuacji wystarczającej liczby informacji na temat dostępnych form opieki. W związku z tym organizowane są interdyscyplinarne spotkania dla osób starszych, w których zakres przysługujących form opieki przedstawiany jest przez pracowników gmin, szpitali, ośrodków opieki instytucjonalnej czy pielęgniarek środowiskowych<sup>35</sup>. Formą przejściową między opieką domową a opieką instytucjonalną są natomiast dzienne ośrodki wsparcia. Jest to limitowana forma opieki, której zakres jest uzależniony od poziomu niesprawności funkcjonal-

<sup>31</sup> Zob. *Starzenie się ludności w Unii Europejskiej – stan obecny i prognoza*, Warszawa, Kancelaria Senatu, Biuro Analiz, Dokumentacji i Korespondencji, 2018

<sup>32</sup> Zob. *Health at a Glance 2017: OECD Indicator*, OECD Publishing, Paris, [https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017\\_health\\_glance-2017-en#-page4](https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en#-page4), [dostęp z dnia: 18.10.2018]

<sup>33</sup> Zob. R. Bakalarczyk, *Opieka nad seniorami w państwie opiekuńczym – przykład Szwecji*, „Problemy Polityki Społecznej” 2012, Nr 18, s. 1–12

<sup>34</sup> Zob. E. Kominek, *Usługi opiekuńcze nad osobami starszymi w domu w Polsce oraz w Szwecji*, [w:] *Opieka długoterminowa dla osób starszych w Szwecji*, <https://das.mpips.gov.pl/source/opiekasenioralna/OPIEKA%20DUGOTERMINOWA%20DLA%20OSB%20STARSZYCH%20W%20SZWECJI.pdf>, [dostęp z dnia: 19.10.2018]

<sup>35</sup> Zob. *Długoterminowa opieka zdrowotna w Unii Europejskiej*, Komisja Europejska, Wspólnoty Europejskie, 2008



nej, głównie osobom starszym manifestującym zaburzenia w zakresie funkcji poznawczych. Ośrodki te pełnią funkcję opiekuńczą, jak również integracyjną i rehabilitacyjną, jednak ze względu na wysokie koszty ich finansowania nie są powszechnie dostępną formą opieki. W Szwecji funkcjonuje również system mieszkań dostosowanych do potrzeb niezależnych osób starszych (wyposażonych m.in. w niższe progi czy przestronniejsze łazienki), które są wynajmowane lub zamieszkiwane przez właścicieli łącznie z osobami starszymi. Rozwiązanie to sprzyja integracji seniorów, gdyż mieszkania wyposażone są często w takie pomieszczenia, jak biblioteka, basen czy sale do ćwiczeń. Podobną formą mieszkalną, jednak skierowaną do osób niewymagających specjalistycznej opieki, ale charakteryzujących się problemami w codziennym funkcjonowaniu, są wspomagane miejsca zamieszkania, w których poza seniorami znajduje się wykwalifikowany personel, oferujący usługi medyczne i opiekuńcze<sup>36</sup>. Należy podkreślić, iż w Szwecji świadczenia w formie stacjonarnej i domowej udzielane są osobom starszym w oparciu o zakres potrzeb, nie zaś wielkość dochodu, a rodzaj i zakres przyznanych świadczeń zależy zazwyczaj od możliwości funkcjonalnych, warunków socjalnych oraz wieku osoby wymagającej opieki<sup>37</sup>.

Kierunki rozwoju szwedzkiego modelu opieki długoterminowej i jego efektywność mogą być inspiracją dla polskiego systemu opieki długoterminowej. Kominek stwierdziła, iż do największych różnic w systemie szwedzkim i polskim należy większa różnorodność oferowanych w systemie szwedzkim usług, możliwość aktywnego uczestnictwa osoby starszej w procesie organizacji opieki poprzez wpływ na to, kto będzie świadczył usługi opiekuńcze oraz większa dostępność systemów wsparcia dla osób żyjących we własnych środowiskach domowych<sup>38</sup>. Należy jednak podkreślić, iż szeroki wachlarz oferowanych usług związany jest z finansowaniem znacznie przekraczającym możliwości polskie<sup>39</sup>. Według Lewickiej, wprowadzenie elementów systemu szwedzkiego do polskiego modelu opieki długoterminowej będzie możliwe jedynie w przypadku zwiększenia nakładów finansowych na ten sektor. Autorka podkreśliła, iż nieliczne gminy podejmują próbę tworzenia mieszkań dostosowanych do funkcjonalnych i psychicznych potrzeb osób starszych, jednak na skalę krajową jest to zjawisko obecnie mało dostrzegane<sup>40</sup>.

<sup>36</sup> Zob. N. Fukushima, J. Adami, M. Palme, *The Long-Term Care System For The Elderly in Sweden*, Enepri Research Report, European Network of Economic Policy Research Institutes, 2010

<sup>37</sup> Zob. M. Szebehely, G. B. Trydegard, *Home care for older people in Sweden: a universal model in transition*, „Health and Social Care in the Community” 2012, Nr 20(3), s. 300–309

<sup>38</sup> E. Kominek, dz. cyt., s. 30–34

<sup>39</sup> Ł. Jurek, *Sektory opieki długoterminowej – analiza kosztów*, „Gerontologia Polska” 2007, Nr 15(4), s. 111–115

<sup>40</sup> B. Lewicka, *Senior Housing in Sweden – Organisation of the System and Conclusions for Poland*, „World of the Real Estate Journal” 2015, Nr 94, s. 45–50

## Zapewnianie długoterminowej opieki domowej nad osobami starszymi w doświadczeniu Niemiec

W niemieckim systemie opieki długoterminowej świadczenia dostępne są dla wszystkich osób bez względu na wiek czy poziom dochodów, a ich zakres uzależniony jest od stopnia samodzielności osoby starszej. Kryterium przyznania świadczeń stanowi występowanie ograniczeń w co najmniej dwóch podstawowych czynnościach dnia codziennego (ADL) oraz jednej czynności złożonej (IADL)<sup>41</sup>. W zależności od stopnia niesamodzielności w codziennym funkcjonowaniu, system niemiecki klasyfikuje oferowaną pomoc w oparciu o trzystopniową skalę. Osoby, zakwalifikowane do pierwszego stopnia niesamodzielności, wymagają pomocy w zakresie co najmniej dwóch podstawowych czynności dnia codziennego przynajmniej raz dziennie oraz kilka razy w tygodniu wymagają pomocy w prowadzeniu gospodarstwa domowego. Osoby zaliczone do drugiego stopnia niesamodzielności wymagają pomocy w zakresie co najmniej dwóch podstawowych czynności dnia codziennego co najmniej trzy razy dziennie i kilka razy w tygodniu potrzebują pomocy w wykonywaniu złożonych czynności dnia codziennego. Osoby zaliczone do trzeciego stopnia niesamodzielności wymagają natomiast stałej pomocy w zakresie co najmniej dwóch podstawowych czynności dnia codziennego i kilka razy w tygodniu wymagają pomocy w zakresie czynności złożonych.

Niemiecki system opieki długoterminowej, podobnie jak system polski, umożliwia opiekę w formie domowej i stacjonarnej, jednakże osoby mające trudności w samodzielnym funkcjonowaniu mają możliwość wyboru odpowiadającej im formy opieki. Świadczenia udzielane są natomiast w formie pieniężnej, rzeczowej lub usług opiekuńczych<sup>42</sup>. Finansowanie świadczeń oparte jest natomiast w głównej mierze na obowiązkowym systemie ubezpieczeń pielęgnacyjnych, których zakres nie obejmuje jednak wszystkich udzielanych świadczeń. Częściowo finansowanie usług opieki długoterminowej pokrywane jest przez dochody własne osoby objętej opieką, częściowo zaś koszty mogą zostać pokryte z innych środków publicznych<sup>43</sup>.

Znaczącą rolę w domowej opiece długoterminowej w Niemczech odgrywa opieka nieformalna, która zazwyczaj zapewniana jest przez członków rodziny. W przeciwieństwie do systemu obowiązującego w Polsce, system niemiecki zapewnia silne wsparcie dla osób pełniących tę rolę, poprzez oferowanie profesjonalnej formalnej opieki osobie starszej w czasie wyjazdu urlopowego opiekuna nieformalnego (urlop wytchnieniowy), opłacanie składek emerytalnych opieku-

<sup>41</sup> Zob. G. Bäcker, *Reform of the long-term care insurance in Germany*, European Social Policy Network, ESPN Flash Report, Berlin, 2016

<sup>42</sup> G. Bäcker, dz. cyt., s. 1–4

<sup>43</sup> Zob. *Germany's latest reforms of the long-term care system*, Long Term Care in Germany, Federal Ministry of Health, Germany, 2018

nom niepodejmującym pracy zarobkowej z powodu konieczności pełnienia opieki, możliwość bezpłatnego urlopu z tytułu pełnienia opieki na okres do 6. miesięcy, czy możliwość korzystania z poradnictwa i uczestniczenia w szkoleniach przeprowadzanych przez wykwalifikowany personel medyczno-opiekuńczy<sup>44</sup>. Szeroki wachlarz świadczeń z zakresu opieki domowej obejmuje poza pomocą skierowaną do opiekunów nieformalnych również formalną opiekę dzienną i nocną, wyposażenie osoby potrzebującej w niezbędny sprzęt medyczny i pomocniczy, jak również świadczenia pieniężne skierowane bezpośrednio do osób wymagających opieki. Dużą wagę przywiązuje się również do jakości świadczonej pomocy, która okresowo jest kontrolowana poprzez domowe wizyty służb medycznych instytucji ubezpieczenia pielęgnacyjnego<sup>45</sup>.

## Organizacja systemu opieki domowej długoterminowej we Francji

System opieki długoterminowej we Francji częściowo finansowany jest ze składek odprowadzanych na ubezpieczenie społeczne i chorobowe, częściowo zaś z dodatkowych ubezpieczeń oraz środków prywatnych osób, nad którymi sprawowana jest opieka. Ubezpieczenie zdrowotne finansuje opiekę świadczoną w zakładach opiekuńczych, szpitalach oraz w domach w postaci długoterminowej opieki pielęgniarstwa. Koszty pobytu w ośrodkach pokrywane są przez pacjenta lub w przypadku jego niedostatecznych zasobów finansowych – pomoc społeczną<sup>46</sup>. Domowy system opieki długoterminowej we Francji zapewniany jest przez gminy, a jego finansowanie pokrywa ubezpieczenie społeczne. Zakres finansowania tego rodzaju opieki nie obejmuje jednak wizyt lekarzy, usprawniania fizjoterapeutycznego oraz leków, których koszty ponoszone są przez pacjenta<sup>47</sup>.

Francuski model opieki długoterminowej oferuje również świadczenia pieniężne, przyznawane w postaci zasiłków. Zasiłki te, w przeciwieństwie do systemu obowiązującego w Szwecji czy Niemczech, przyznawane są na podstawie zarówno stanu zdrowia i stopnia niesamodzielności, jak i poziomu dochodów<sup>48</sup>. Zasiłkiem skierowanym do niesamodzielnych osób starszych jest zasiłek APA (*allocation personnalisée d'autonomie*), który przyznawany jest tylko osobom po 60. roku życia, wymagającym pomocy w zaspokojeniu podstawowych potrzeb

<sup>44</sup> Zob. E. Schultz, *The Long-Term Care System in Germany*, German Institute for Economic Research, Berlin, 2010

<sup>45</sup> *Długoterminowa opieka zdrowotna w Unii Europejskiej*, dz. cyt., s. 8

<sup>46</sup> Zob. C. Courbage, N. Roudaut, *On Insurance for Long Term Care in France*, CESifo DICE Report, 2010, Nr 2, s. 24–28

<sup>47</sup> Zob. *Opieka długoterminowa we Francji*, Warszawa, Kancelaria Senatu, Biuro Analiz i Dokumentacji, 2009

<sup>48</sup> Zob. B. Ciepla, *Standardy świadczenia usług z zakresu pomocy i integracji społecznej we Francji*, <http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/Ekspertyza%20Francja.pdf>, [dostęp z dnia: 20.10.2018]

życia codziennego. Zasiłek ten może być przeznaczony na dofinansowanie długoterminowej opieki domowej, jak również może być pobierany przez osoby będące pod opieką ośrodków stacjonarnych. Ocena stopnia niesamodzielności przeprowadzana jest przez interdyscyplinarny zespół, w skład którego wchodzić musi lekarz i pracownik socjalny, często jednak w zespole tym znajduje się również dietetyk czy psychoterapeuta. Osoby starsze mogą ubiegać się również o wsparcie finansowe na pokrycie kosztów opieki w Kasach Ubezpieczenia na Wypadek Starości (*Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse*)<sup>49</sup>.

Usługi opiekuńcze, które świadczone są w miejscu zamieszkania, wykonywane być mogą wyłącznie przez instytucje, upoważnione do świadczenia tego rodzaju usług na drodze decyzji rady generalnej. Niesamodzielna osoba starsza może ubiegać się o pomoc w charakterze usług w zakresie gospodarstwa domowego, w ramach których udzielana jest pomoc w zakresie robienia zakupów, załatwiania spraw urzędowych czy sprzątanía mieszkania. Usługi o charakterze opiekuńczym obejmują natomiast pomoc w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego. Usługi opiekuńcze skierowane do osób o znacznym stopniu niesamodzielności mogą być również uzupełnione o zabiegi fizjoterapeutyczne oraz opiekę pielęgniarską<sup>50</sup>. Osoby starsze, nad którymi opiekę sprawują członkowie rodziny, mogą skorzystać również z dziennych ośrodków opieki. Rozwiązanie to pozwala uniknąć negatywnych skutków instytucjonalizacji, jednocześnie odciąża opiekunów nieformalnych oraz umożliwia aktywizację i socjalizację seniorów. Formą przejściową między opieką domową a instytucjonalną są natomiast rodzinne domy opieki, w ramach których świadczone są usługi opiekuńcze, jednak wielką wagę przykładą się do respektowania niezależności osoby starszej oraz utrzymywania więzi przyjacielskich i rodzinnych<sup>51, 52</sup>.

Należy również wspomnieć o coraz powszechniej wykorzystywanych we Francji usługach fakultatywnych, które nie są systemowo zawarte w modelu opieki długoterminowej, ale coraz częściej oferowane są przez wiele samorządów lokalnych. Zaliczyć do nich można urządzenia z zakresu teleopieki, jak np. telealarmy, które informują służby medyczne o sytuacjach zagrażających zdrowiu lub życiu osób starszych<sup>53</sup>. Inną formą wsparcia mogą być też finansowane

<sup>49</sup> Zob. P. Doty, P. Nadash, i in., *Long-Term Care Financing: Lessons from France*, „A Multi-disciplinary Journal of Population” 2015, Nr 93(2), s. 359–391

<sup>50</sup> B. Ciepła, dz. cyt., s. 30–32

<sup>51</sup> Zob. Z. Szweda-Lewandowska, *Polityka społeczna wobec starości i osób starszych*, [w:] *Elementy gerontologii społecznej. Skrypt dla studentów Podyplomowego Studium Gerontologii Społecznej UŁ*, red. P. Szukalski, Z. Szweda-Lewandowska, Łódź, Wyd. Biblioteka, 2011, s. 111–134

<sup>52</sup> Zob. M. E. Joël, S. Dufour-Kippelen, C. Duchene i in., *The Long-Term Care System For The Elderly in France*, European Network of Economic Policy Research Institutes, 2010

<sup>53</sup> Zob. P. G. Reuter, B. Muller, H. Akodad i in., *Management of Calls from Telealarm System in a French Dispatching Center (SAMU): TELE-AL-ARM Study*, „Annales. Françaises de Médecine D'Urgence” 2015, Nr 5, s. 240–244

w określonych restauracjach posiłki oferowane osobom starszym o niskim poziomie dochodów lub usługa dowozu odpowiednio skomponowanych posiłków bezpośrednio do miejsca zamieszkania osoby niesamodzielnej, celem poprawy często niskiej jakości odżywiania osób starszych<sup>54</sup>.

## System zapewniania usług z zakresu domowej opieki długoterminowej w Wielkiej Brytanii

Finansowanie systemu opieki długoterminowej w Wielkiej Brytanii rozczłonkowane jest pomiędzy władze lokalne a Narodową Służbę Zdrowia (*National Health Service*), której zadaniem jest podejmowanie decyzji o ogólnych kierunkach działań systemowych. Finansowanie usług odbywa się w głównej mierze z ubezpieczenia społecznego, jak również z podatków lokalnych oraz własnych dochodów świadczeniobiorców<sup>55</sup>.

Przed przyznaniem określonego rodzaju pomocy, podobnie jak w systemie niemieckim, dokonywana jest ocena zapotrzebowania na opiekę, na podstawie której klasyfikuje się osobę do jednej z czterech kategorii. Odmiennym rozwiązaniem w stosunku do systemu polskiego jest indywidualne dostosowywanie przyznawanej pomocy finansowej lub usług opiekuńczych do stanu funkcjonalnego i materialnego osoby starszej. Należy zaznaczyć, iż ważnym kryterium przyznawania świadczeń jest wysokość dochodu osoby niesamodzielnej – jeżeli znajduje się on powyżej górnego progu posiadanego kapitału (*upper capital threshold*), całość kosztów związanych z zapewnianiem opieki pokrywa osoba wymagająca opieki<sup>56</sup>.

System domowej opieki długoterminowej oparty jest w głównej mierze na opiece nieformalnej, zapewnianej przez członków rodziny, jak również działalności wolontariuszy. Szacuje się, iż funkcję opiekunów nieformalnych pełni około 5 mln mieszkańców Wielkiej Brytanii<sup>57</sup>. Domowa pomoc formalna otrzymywana jest natomiast w postaci opieki medycznej oraz świadczeń socjalnych, w ramach których osoba starsza może skorzystać z zajęć z terapeutą zajęciowym, poradnictwa prawnego, a także może otrzymywać pomoc w zakresie prowadzenia gospodarstwa domowego. Interesującym rozwiązaniem jest również wolontariat, oferowany przez osoby w wieku przedemerytalnym w celu otrzymywania podobnej opieki w przyszłości. Wysokie koszty opieki instytucjonalnej w Wielkiej Brytanii sprawiają, iż częściej wybieraną opcją są domy opiekuńcze dla osób starszych, będące odpowiednio przystosowane do potrzeb niesamodzielnych

<sup>54</sup> B. Ciepła, dz. cyt., s. 32–34

<sup>55</sup> Zob. *Świadczenia gwarantowane obejmujące świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej*, Agencja Rozwoju Technologii Medycznych i Taryfikacji, 2017, s. 70–80

<sup>56</sup> Zob. A. Jaroń, *Ocena jakości usług publicznych*, Warszawa, Krajowa Szkoła Administracji Publicznej, 2015, s. 29–43

<sup>57</sup> A. Jaroń, *Ocena jakości usług publicznych*, dz. cyt., s. 31

osób starszych. W domach tych, w kilku pokojach zamieszkują obce względem siebie osoby starsze, które wzajemnie sobie pomagają w codziennym funkcjonowaniu<sup>58</sup>. W brytyjski system opieki domowej bardzo mocno wpisuje się także wykorzystanie nowoczesnych technologii w postaci teleopieki, której zadaniem jest zwiększenie bezpieczeństwa osoby starszej żyjącej we własnym środowisku domowym. Szacuje się, iż wydatki na rozwój systemu teleopieki w Wielkiej Brytanii w 2015 r. wyniosły 252 miliony funtów, w porównaniu do 277 milionów funtów wydanych na tę formę opieki nad osobami starszymi łącznie w pozostałych państwach europejskich. Uważa się, iż coraz szersze wykorzystywanie zdalnych form opieki nie tylko zmniejsza potrzebę hospitalizacji oraz instytucjonalizacji osób starszych, co przekłada się na poprawę jakości ich życia, ale również stanowi mniejsze obciążenie finansowe dla państwa niż tradycyjne formy opieki<sup>59</sup>.

W związku z obserwowanym kryzysem finansowym w Wielkiej Brytanii prognozuje się, iż wydatki na opiekę długoterminową nie będą wzrastać analogicznie do postępującego procesu starzenia się społeczeństwa brytyjskiego. W obliczu tego zjawiska obserwowane zmiany w organizacji systemu opieki długoterminowej, zmierzające do wprowadzania rozwiązań ograniczających koszty tej formy opieki stanowią punkt odniesienia dla implementacji zmian w polskim systemie opieki długoterminowej. Wydaje się, że konieczne są strategie wspierające rolę rodziny w opiece nad osobami starszymi oraz wzmocnienie sektora opieki środowiskowej. Niezbędne jest jednak dostosowanie wykorzystywanych w Wielkiej Brytanii strategii do nieco odmiennej tradycji i kultury dotyczącej opieki nad osobami starszymi obowiązujących w Polsce<sup>60</sup>.

## Podsumowanie

W obliczu alarmujących danych statystycznych dotyczących zmian demograficznych i związanych z nimi obciążeń finansowych państwa wydaje się, iż wdrożenie wybranych elementów z systemów opieki długoterminowej wykorzystywanych w wybranych krajach europejskich mogłoby znacząco podnieść efektywność świadczonych usług w Polsce. Opracowywane strategie poza względami ekonomicznymi powinny jednak przede wszystkim opierać się na poszanowaniu

<sup>58</sup> Zob. A. M. Fal, *Rekomendacje zmian systemowych w opiece nad osobami starszymi w Polsce*, Warszawa, Spartańska Fundacja na Rzecz Rozwoju Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie, 2016, s. 29–32

<sup>59</sup> Zob. *Primary care: Working differently Telecare and telehealth – a game changer for health and social care*, Deloitte, <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/uk/Documents/life-sciences-health-care/deloitte-uk-telehealth-telecare.pdf>, [dostęp z dnia: 22.10.2018]

<sup>60</sup> Zob. M. Titterton, S. Pelling-Deeves, P. Nolan, *Usługi i instytucje opieki społecznej w Wielkiej Brytanii. Ekspertyza*, „Health & Life for Everyone”, <http://absta.pl/usugi-i-instytucje-opieki-spolecnej-w-wielkiej-brytanii-eksper.html>, [dostęp z dnia: 22.10.2018]

godności osób starszych i zwiększaniu ich świadomego udziału w procesie zapewniania opieki<sup>61</sup>.

Rosnące zapotrzebowanie na opiekę długoterminową w związku z dynamicznym procesem starzenia się społeczeństwa polskiego stwarza konieczność rozważenia poprawy efektywności aktualnie obowiązującego systemu. Konieczność zapewniania dostępu do opieki długoterminowej jest obowiązkiem wszystkich krajów Unii Europejskiej. Kraje te, znajdując się w odmiennej sytuacji gospodarczej i demograficznej, wykorzystują często zróżnicowane modele w zapewnianiu opieki niesamodzielnym osobom starszym. Pomimo tego powszechnie uznaje się, iż dostęp do opieki długoterminowej nie może stanowić obciążenia dla prywatnego budżetu osoby, nad którą sprawowana jest opieka. Należy jednak pamiętać, iż głównym czynnikiem warunkującym wsparcie systemu opieki długoterminowej w Polsce jest stan finansowy państwa<sup>62</sup>. Obecnie najlepszą z perspektywy wydatków państwa jest opieka nieformalna, świadczona przez członków rodziny. Wydaje się zatem, iż zapewnienie w Polsce zwiększonego wsparcia osobom świadczącym usługi opieki nieformalnej, jak obserwowane jest to w innych krajach europejskich, powinno być uwzględnione w przygotowywanych reformach<sup>63</sup>. Prognozuje się jednak, iż w związku ze wzrostem odsetka osób starszych w społeczeństwie, szczególnie w najstarszych grupach wiekowych, już za kilka lat możliwości zapewniania opieki przez osoby młodsze będą niewystarczające, co powodować będzie konieczność wzmocnienia również sektora opieki formalnej<sup>64</sup>. W wielu krajach europejskich duży nacisk kładzie się na szkolenia kadry świadczącej usługi z zakresu opieki długoterminowej, celem maksymalnego podniesienia efektywności świadczonych usług. Liczne raporty wskazujące na niski poziom zadowolenia niesamodzielnymi osobami starszymi i ich rodzin z jakości świadczonych usług w Polsce sugerują możliwość wykorzystania zagranicznych rozwiązań i projektów zwiększających jakość opieki długoterminowej<sup>65</sup>. Większość krajów europejskich jest zgodna w dążeniach do jak najdłuższego pozostawiania osoby starszej we własnym środowisku domowym. W wielu z nich w celach opiekuńczych coraz powszechniej stosuje się nowoczesne technologie.

<sup>61</sup> Zob. M. Bosacka, G. Bączyk, A. Ulatowska, *Aspekty psychospołeczne życia osób w wieku podeszłym a możliwości opieki*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2016, Nr 3(61), s. 439–447

<sup>62</sup> *Długoterminowa opieka zdrowotna w Unii Europejskiej*, dz. cyt., s. 14–16

<sup>63</sup> Zob. A. Furmańska-Maruszak, *Równowaga między pracą i opieką. Wsparcie nieformalnego opiekuna osoby starszej na rynku pracy w porównaniach międzynarodowych*, „Acta Universitatis Lodzianensis, Folia Oeconomica” 2015, Nr 2(212), s. 111–126

<sup>64</sup> *Stan faktyczny i perspektywy rozwoju opieki długoterminowej w Polsce*, dz. cyt., s. 45–49

<sup>65</sup> Zob. P. Błędowski, M. Gałązka-Sobotka, M. Rudnicka, *Ósrodki opieki długoterminowej w świadomości Polaków – opinie i wyzwania*, Fundacja na Rzecz Zdrowego Starzenia się, [https://kigs.org.pl/wp.../08/medisystem-RAPORT\\_11.02.2015\\_newsletter.pdf](https://kigs.org.pl/wp.../08/medisystem-RAPORT_11.02.2015_newsletter.pdf), [dostęp z dnia: 23.10.2018]

Coraz większa liczba doniesień wskazujących na efektywność tej formy opieki sugeruje zasadność możliwości wdrożenia teleopieki na terenie całego kraju<sup>66, 67</sup>.

## Literatura

- Bakalarczyk R., *Opieka nad seniorami w państwie opiekuńczym – przykład Szwecji*, „Problemy Polityki Społecznej” 2012, Nr 18
- Beck O., Kędziora-Kornatowska K., Kornatowski M., *Long-term home care in Poland – framework, problems, prospects*, „Hygeia Public Health” 2014, Nr 49/2
- Błądowski P., Gałązka-Sobotka M., Rudnicka M., *Ośrodki opieki długoterminowej w świadomości Polaków – opinie i wyzwania*, Warszawa, Fundacja na Rzecz Zdrowego Starzenia się, 2015
- Błądowski P., Maciejasz M., *Rozwój opieki długoterminowej w Polsce – stan i rekomendacje*, „Nowiny Lekarskie” 2013, Nr 82(1)
- Błądowski P., Wilmowska-Pietruszyńska A., *Organizacja opieki długoterminowej w Polsce – Problemy i propozycje rozwiązań*, „Polityka Społeczna” 2009, Nr 7
- Bojanowska E., *Opieki nad ludźmi starszymi*, [w:] *Przygotowanie do starości. Polacy wobec starzenia się*, red. Szukalski P., Warszawa, ISP, ZUS, 2009
- Bosacka M., Bączyk G., Ulatowska A., *Aspekty psychospołeczne życia osób w wieku podeszłym a możliwości opieki*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2016, Nr 3(61)
- Bujanowska-Fedak M. M., Kumięga P., Sapiłak B. J., *Zastosowanie nowoczesnych systemów telemedycznych w opiece nad ludźmi starszymi*, „Family Medicine & Primary Care Rewiev” 2013, Nr 15(3)
- Courbage C., Roudaut N., *On Insurance for Long Term Care in France*, CESifo DICE Report, 2010, Nr 2
- Doty P., Nadash P., Racco N., *Long-Term Care Financing: Lessons from France*, „A Multidisciplinary Journal of Population” 2015, Nr 93(2)
- Dziechciarz M., Guty E., Wojtowicz A. i in., *Zapotrzebowanie na opiekę długoterminową wśród starszych mieszkańców wsi*, „Nowiny Lekarskie” 2012, Nr 81(1)
- Furmańska-Maruszak A., *Równowaga między pracą i opieką. Wsparcie nieformalnego opiekuna osoby starszej na rynku pracy w porównaniach międzynarodowych*, „Acta Universitatis Lodzianensis, Folia Oeconomica” 2015, Nr 2(212)
- Furmańska-Maruszak A., Wójtewicz A., *Kierunki rozwoju usług opieki długoterminowej w Polsce*, „Studia Oeconomica Posnaniensia” 2016, Nr 4(9)

<sup>66</sup> Zob. *The role of telecare in supporting careers of older people*, Cardi Grants Programme, Research Brief, [http://www.cardi.ie/userfiles/Telecare%20\(Brefing%20Paper\)%20Web.pdf](http://www.cardi.ie/userfiles/Telecare%20(Brefing%20Paper)%20Web.pdf), [dostęp z dnia: 23.10.2018]

<sup>67</sup> Zob. M. M. Bujanowska-Fedak, P. Kumięga, B. J. Sapiłak, *Zastosowanie nowoczesnych systemów telemedycznych w opiece nad ludźmi starszymi*, „Family Medicine & Primary Care Rewiev” 2013, Nr 15(3), s. 441–446



- Jaroń A., *Ocena jakości usług publicznych*, Warszawa, Krajowa Szkoła Administracji Publicznej, 2015
- Joël M. E., Dufour-Kippelen S., Duchene C. i in., *The Long-Term Care System For The Elderly in France*, „European Network of Economic Policy Research Institutes” 2010
- Jurek Ł., *Sektory opieki długoterminowej – analiza kosztów*, „Gerontologia Polska” 2007, Nr 15(4)
- Kilian M., *Rodzinne domy pomocy społecznej alternatywną formą instytucjonalnej opieki dla osób w starszym wieku*, „Praca Socjalna” 2012, Nr 4
- Kulik T. B., Janiszewska M., Piróg E. i in., *Sytuacja zdrowotna osób starszych w Polsce i innych krajach europejskich*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2011, Nr 2(17)
- Lewicka B., *Senior Housing in Sweden – Organization of the System and Conclusions for Poland*, „World of the Real Estate Journal” 2015, Nr 94
- Markiewicz I., Cebulak M., *Sprawność funkcjonalna pacjentów objętych opieką długoterminową*, „Nursing Topics” 2013, Nr 21(4)
- Mitek A., *Finansowanie i organizacja systemu opieki długoterminowej w Polsce*, „Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Szczecińskiego” 2013, Nr 34(1)
- Przybyłka A., *Starzenie się ludności w Polsce jako wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia*, „Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach” 2017, Nr 309
- Reuter P. G., Muller B., Akodad H. i in., *Management of Calls from Telealarm System in a French Dispatching Center (SAMU): TELE-AL-ARM Study*, „Annales. Françaises de Médecine D’Urgence” 2015, Nr 5
- Skolimowska E., *Organizacja opieki długoterminowej*, [w:] *Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej*, red. Kędziora-Kornatowska K., Muszaliak M., Skolimowska E., Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2010
- Szatur-Jaworska B., Błędowski P., *System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania. Propozycja modelu oraz wyniki badania dyskryminacyjnego*, Warszawa, Synteza, 2017
- Szatur-Jaworska B., *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*, Warszawa, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, 2000
- Szebehely M., Trydegard G. B., *Home care for older people in Sweden: a universal model in transition*, „Health and Social Care in the Community” 2012, Nr 20(3)
- Szweda-Lewandowska Z., *Modele opieki nad osobami niesamodzielnymi*, [w:] *Polityka społeczna wobec problemu bezpieczeństwa socjalnego w dobie przeobrażeń społeczno-gospodarczych*, red. Koczur W., Rączaszek A., Katowice, Wydawnictwo UE, 2014

Szweda-Lewandowska Z., *Polityka społeczna wobec starości i osób starszych*, [w:] *Elementy gerontologii społecznej. Skrypt dla studentów Podyplomowego Studium Gerontologii Społecznej UŁ*, red. Szukalski P., Szweda-Lewandowska Z., Łódź, Wyd. Biblioteka, 2011

Wilmowska-Pietruszyńska A., Putz J., *Ubezpieczenie pielęgnacyjne jako propozycja rozwiązań systemowych potrzeb osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji*, „Postępy Nauk Medycznych” 2009, Nr 4

Ziębicka D. M., Marcinowicz L., *Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa*, „Family Medicine & Primary Care Review” 2015, Nr 17(3)

## Raporty

Bäcker G., *Reform of the long-term care insurance in Germany*, European Social Policy Network, ESPN Flash Report, Berlin, 2016

*Długoterminowa opieka zdrowotna w Unii Europejskiej*, Komisja Europejska, Wspólnoty Europejskie, 2008

Fal A. M., *Rekomendacje zmian systemowych w opiece nad osobami starszymi w Polsce*, Warszawa, Spartańska Fundacja na Rzecz Rozwoju Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w Warszawie, 2016

Fukushima N., Adami J., Palme M., *The Long-Term Care System For The Elderly in Sweden*, Enepri Research Report, European Network of Economic Policy Research Institutes, 2010

*Germany's latest reforms of the long-term care system*, Long Term Care in Germany, Federal Ministry of Health, Germany, 2018

*Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2015*, Warszawa, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, 2016

*Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2016*, Warszawa, Ministerstwo Pracy, Rodziny i Polityki Społecznej, 2017

*Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje*, Warszawa, Grupa Robocza ds. Przygotowania Ustawy o Ubezpieczeniu od Ryzyka Niezależności przy Klubie Senatorów Platformy Obywatelskiej, 2010

*Opieka długoterminowa we Francji*, Warszawa, Kancelaria Senatu, Biuro Analiz i Dokumentacji, 2009

Schultz E., *The Long-Term Care System in Germany*, German Institute for Economic Research, Berlin, 2010

*Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce*, Uwagi na potrzeby opracowania polityki dotyczącej opieki długoterminowej, Bank Światowy, 2015

*Starzenie się społeczeństwa polskiego i jego skutki*, Warszawa, Kancelaria Senatu, Biuro Analiz i Dokumentacji, 2011

*Starzenie się ludności w Unii Europejskiej – stan obecny i prognoza*, Warszawa, Kancelaria Senatu, Biuro Analiz, Dokumentacji i Korespondencji, 2018

*Świadczenia gwarantowane obejmujące świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej*, Agencja Rozwoju Technologii Medycznych i Taryfikacji, 2017

*Trwanie życia w 2017 r.*, Warszawa, Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Demograficznych, 2018

## Strony internetowe

Ciepła B., *Standardy świadczenia usług z zakresu pomocy i integracji społecznej we Francji*, <http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/Ekspertyza%20Francja.pdf>, [dostęp z dnia: 20.10.2018]

Deja A., *Wykorzystanie specjalistycznych usług opiekuńczych jako jednej z form wsparcia osób z autyzmem*, <http://www.autyzm.wroclaw.pl/media/wykorzystanie-specjalistycznych-uslug-opiekunczych.pdf>, [dostęp z dnia: 17.10.2018]

Górska A., *Rozważania na temat polskiego i szwedzkiego systemu nad osobami starszymi*, [w:] *Opieka długoterminowa dla osób starszych w Szwecji*, <https://das.mpips.gov.pl/source/opiekasenioralna/OPIEKA%20DUGOTERMINOWA%20DLA%20OSB%20STARSZYCH%20W%20SZWECJI.pdf>, [dostęp z dnia: 16.10.2018]

*Health at a Glance 2017: OECD Indicator*, „OECD Publishing”, [https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017\\_health\\_glance-2017-en#page4](https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en#page4), [dostęp z dnia: 18.10.2018]

Kominek E., *Usługi opiekuńcze nad osobami starszymi w domu w Polsce oraz w Szwecji*, [w:] *Opieka długoterminowa dla osób starszych w Szwecji*, <https://das.mpips.gov.pl/source/opiekasenioralna/OPIEKA%20DUGOTERMINOWA%20DLA%20OSB%20STARSZYCH%20W%20SZWECJI.pdf>, [dostęp z dnia: 19.10.2018]

*Primary care: Working differently Telecare and telehealth – a game changer for health and social care*, „Deloitte”, <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/uk/Documents/life-sciences-health-care/deloitte-uk-telehealth-telecare.pdf>, [dostęp z dnia: 22.10.2018]

*Stan faktyczny i perspektywy rozwoju opieki długoterminowej w Polsce*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, 2012, [http://oipip.opole.pl/wp-content/uploads/2014/04/pod\\_strategia.pdf](http://oipip.opole.pl/wp-content/uploads/2014/04/pod_strategia.pdf), [dostęp z dnia: 17.10.2018]

*The role of telecare in supporting careers of older people*, „Cardi Grants Programme, Research Brief”, [http://www.cardi.ie/userfiles/Telecare%20\(Brefing%20Paper\)%20Web.pdf](http://www.cardi.ie/userfiles/Telecare%20(Brefing%20Paper)%20Web.pdf), [dostęp z dnia: 23.10.2018]

Titterton M., Pelling-Deeves S., Nolan P., *Usługi i instytucje opieki społecznej w Wielkiej Brytanii. Ekspertyza*, „Health & Life for Everyone”, <http://absta.pl/usugi-i-instytucje-opieki-spoecznej-w-wielkiej-brytanii-eksper.html>, [dostęp z dnia: 22.10.2018]