

**Nie** samodzielni:  
**kto**  
się nimi zaopiekuje  
**kto** za to zapłaci ?

Program konferencji  
**Niesamodzielni: kto się nimi zaopiekuje, kto za nich zapłaci?**

7 września 2010 r, Sala Kolumnowa, Sejm RP, Warszawa

Organizatorzy:  
Instytut Obywatelski

Grupa Robocza ds. Projektu Ustawy o Ubezpieczeniu od Ryzyka Niesamodzielnosci

**11.30 – 12.00 Rejestracja uczestników**

**12.00 – 12.10 Otwarcie i powitanie uczestników:**

Jarosław Makowski, dyrektor Instytutu Obywatelskiego

**12.10 – 13.00 Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje.**

Mieczysław Augustyn, przewodniczący Komisji Rodziny i Polityki Społecznej  
Senatu RP - *Zielona Księga o sytuacji w opiece długoterminowej w Polsce*  
Johannes Koettl, ekspert Banku Światowego  
prezentacja *Raportu Banku Światowego o opiece długoterminowej w Polsce*

**13.00 – 13.30 Przerwa kawowa**

**13.30 – 14.30 Panel dyskusyjny:**

Jarosław Duda, sekretarz stanu w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej  
prof. Piotr Będowski, przewodniczący Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego  
prof. Anna Wilmowska-Pietruszyńska, przewodnicząca Rady ds. Osób Niesamodzielných przy Ministerstwie Zdrowia  
Ryszard Grobelny, prezes Związku Miast Polskich  
dr Elżbieta Szałkiewicz, konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych  
Krzysztof Michałkiewicz, poseł na Sejm RP  
**Goście specjalni: Janusz Świtaj, Barbara Jackiewicz**  
**Prowadząca: Aleksandra Klich, Gazeta Wyborcza**

**14.30 – 15.00 Pytania i odpowiedzi**

**15.00 – 15.20 Podsumowanie**

Michał Boni, minister – członek Rady Ministrów  
*Kwestia opieki nad osobami niesamodzielnymi w strategiach rozwoju Polski*

**15.20 – 15.30 Zakończenie**

Mieczysław Augustyn, przewodniczący Komisji Rodziny

Mieczysław Augustyn

## Opieka długoterminowa w Polsce. Streszczenie *Zielonej Księgi*

Polska, w stopniu większym niż inne kraje UE, staje przed trudnym zadaniem zapewnienia godnych warunków życia osobom niezdolnym do samodzielnej egzystencji. Dynamika procesu starzenia się polskiego społeczeństwa należeć będzie w kolejnych dekadach do najwyższych w Europie, bo począwszy od 2010 r. roczniki wyżu demograficznego wejdą w wiek emerytalny. Seniorzy stanowią ponad 80% wszystkich klientów opieki długoterminowej. Najwyższy wśród krajów UE odsetek osób niepełnosprawnych, gorszy stan zdrowotności, duża liczba chorych przewlekle we wszystkich przedziałach wiekowych, wielotysięczna grupa trwale poszkodowanych w wypadkach to dodatkowe przesłanki, które każą uważać, że wprawdzie żyć będziemy coraz dłużej, jednak przybywać będzie osób wymagających pomocy w codziennych czynnościach życiowych.

Ryzyko niesamodzielnosci jest zatem duże (wynosi ok. 50%), ma charakter niemal nieuchronny (dla nas lub naszych najbliższych) i dlatego, wzorem innych krajów, powinno być ono uznane jako samodzielne w systemie zabezpieczenia społecznego. To tym ważniejsze, że dostępność i koszty opieki długoterminowej już dziś stają się poważnym problemem dla osób zależnych od pomocy innych. Z powodu koniecznej aktywizacji zawodowej osób w wieku okołoemerytalnym (program 50+), zmian w modelu rodziny, migracji zarobkowej i niskiej dzietności dostępność opieki krewnej (rodzinnej) będzie coraz mniejsza.

W celu poszukiwania najlepszych rozwiązań dla rozwoju rynku usług w opiece długoterminowej powołany został parlamentarno – ministerialno – ekspercki zespół ds. opracowania projektu ustawy o ubezpieczeniu od ryzyka niesamodzielnosci. Niniejszą *Zieloną Księgą* o sytuacji w opiece długoterminowej zamyka on pierwszy etap swych prac. Przedstawiamy analizę obecnej i przyszłej sytuacji demograficznej pod kątem zapotrzebowania na świadczenia i usługi w opiece nad osobami niesamodzielnymi, opisujemy kondycję materialną i zdrowotną osób niepełnosprawnych i trwale zależnych od pomocy, przedstawiamy stan opieki długoterminowej świadczonej w ramach opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. Odrębne rozdziały poświęciliśmy finansowaniu OD w Polsce oraz analizie porównawczej wybranych, charakterystycznych europejskich modeli opieki nad osobami niesamodzielnymi. *Zielona Księga* ma zachęcać do dyskusji o kierunkach zmian, których rezultatem ma być podniesienie poziomu opieki, zapewnienie trwałych źródeł finansowania, rozwój rynku usług oraz upodmiotowienie osób wymagających trwałej pomocy innych. Z tego względu, na końcu, zamieściliśmy opinię ekspertów Banku Światowego jako pierwszy głos w debacie na temat kształtu polskiego modelu opieki długoterminowej.

### NAJWAŻNIEJSZE ELEMENTY DIAGNOZY

Nie jest łatwo ustalić liczbę osób niesamodzielných w Polsce. Składają się na nią osoby o orzeczonej niezdolności do samodzielnej egzystencji lub/i mające znaczny stopień niepełnosprawności. Było to w 2008 r. łącznie 2.072 tys. osób. Natomiast GUS uogólniając wyniki badań ankietowych szacuje liczbę tych osób na ponad 2,5 mln. Przyszłość przyniesie szybki wzrost liczby osób niesamodzielných. Do roku 2035 grono 65-latków powiększy się o 63%,

a w wyniku tzw. efektu podwójnego starzenia się, osób w wieku 80+ przybędzie aż o 126%. Ci ostatni stanowią ponad 80% wszystkich wymagających wsparcia w formie usług opieki długoterminowej. Choć możliwe są różne scenariusze przyszłego zapotrzebowania na ten rodzaj opieki, to jednak prognozowana wciąż trudna sytuacja ekonomiczna i zdrowotna społeczeństwa polskiego nie pozwala na optymizm. Wzrost potrzeb opiekuńczych będzie systematyczny, w każdym następnym pięcioleciu szybszy, by od roku 2020 gwałtownie przyspieszyć (wzrost liczby 65-latków nałoży się na jeszcze bardziej przyspieszony wzrost liczby 80-latków).

Obecnie przeważająca część (83%) osób niesamodzielnych w Polsce korzysta z jakiejś formy opieki ze strony rodziny. Jednak już 24% gospodarstw domowych to gospodarstwa jednoosobowe, a do roku 2030 liczba osób żyjących samotnie powiększy się o kolejne 15%. Wskaźnik pielęgnacyjny jest już dziś niski i będzie spadał, a współczynnik obciążenia demograficznego wzrośnie z 26 do 46 w roku 2035. Oznacza to, że dotychczasowe możliwości świadczenia i finansowania pomocy osobom niezdolnym do samodzielnej egzystencji znacznie się zmniejszą.

Sytuacja materialna osób wymagających pomocy jest trudna. Średni rozporządzalny dochód emeryta był w 2008 r. jedynie o 173 zł wyższy od minimum socjalnego. Nie pozwala to samodzielnie finansować usług opiekuńczych w potrzebnym wymiarze. Nie zmieniają tego ani dodatek ani zasiłek pielęgnacyjny. Wystarczają one zaledwie na 1/2 - 1 godziny opieki na dobę. Wsparcie samorządów jest niewystarczające. Dostarczały one usług opiekuńczych jedynie do 92.470 osób w roku 2008r. NFZ świadczył domową opiekę długoterminową dla zaledwie 46 tys. niesamodzielnych. W takim stanie rzeczy rośnie napór na stacjonarną opiekę długoterminową. W ZOL i ZPO przebywało 61 tys. osób, a w domach pomocy 96,7 tys. Kolejka do tych placówek rośnie, a ilość miejsc w domach pomocy maleje. Łącznie liczba miejsc w placówkach opieki jest znacznie wyższa niż osób objętych pomocą domową, a powinno być odwrotnie. Brakuje wielu ważnych form opieki: opieka okresowa (tzw. wytchnieniowa), domy dziennego pobytu, mieszkania chronione, wypożyczalnie specjalistycznego sprzętu, kąpiele domowe, catering itd. Sektor obywatelski jest w tej dziedzinie bardzo słaby. Brakuje zwłaszcza seniorskich samopomocowych organizacji pozarządowych.

Opieka długoterminowa w Polsce nie funkcjonuje właściwie ponieważ:

- ◆ Świadczenia i usługi są rozdzielone na bardzo różne resorty i instytucje, brak jest współpracy, a zwłaszcza koniecznej koordynacji działań i ujednoczenia standardów co obniża znacznie efektywność pomocy i tworzy warunki do nierównej konkurencji.
- ◆ Znaczna część świadczeń jest niewłaściwie zaadresowana, a środki publiczne wydatkowane niezgodnie z przeznaczeniem. Niemal połowa nakładów na OD (5,5 mld) trafia do osób po 75 roku życia, niezależnie od stopnia ich samodzielności (w tym wieku jedynie 15% to osoby wymagające pomocy).
- ◆ System prawny jest nieprzejrzysty i niespójny, przez co trudno wywnioskować jakie uprawnienia i usługi należą się osobom zależnym od sektora publicznego. System finansowania jest niewłaściwy i prowadzi do przerzucania kosztów między segmentami opieki i instytucjami.
- ◆ Mimo, że zidentyfikowane nakłady na OD w Polsce – czego z taką precyzją dokonano po raz pierwszy – są na średnim poziomie europejskim, to ich nieracjonalne przeznaczenie powoduje bardzo duże niedofinansowanie domowych i stacjonarnych usług opiekuńczych.
- ◆ Niedomogi publicznych systemów wsparcia stworzyły przestrzeń dla rozwoju czarnego rynku usług w opiece długoterminowej, co jest złe dla budżetu, dla zatrudnionych w sposób nielegalny oraz niebezpieczne dla osób objętych niezestandardyzowaną, nie podlegającą kontroli opieką.

W ocenie zespołu bez radykalnych zmian, pomimo ponoszenia coraz większych nakładów, działania mające zapewnić opiekę długoterminową szybko rosnącej grupie osób niesamodzielnych okażą się wkrótce nieadekwatne do potrzeb i nieskuteczne.

Zespół rozważył wszystkie możliwe scenariusze zmian według przyjętych przez siebie kryteriów (matrycy):

- ◆ sfinansowanie kosztów opieki długoterminowej przez samych zainteresowanych i ich bliskich wydaje się niemożliwe ze względu na wysokie koszty tego rodzaju usług. W przyszłości znacznie zmaleje liczba osób zobowiązanych do alimentacji, przybędzie niedołączonych seniorów. Ci zaś będą dysponować relatywnie niższymi dochodami w stosunku do płac niż obecnie;
- ◆ prywatne, dobrowolne ubezpieczenia, przy tak niskiej chęci oszczędzania na starość (patrz: kolejne diagnozy społeczne i badania KE) nie rozwiną się na skalę pozwalającą znacznej części rodzin zabezpieczyć się na wypadek konieczności finansowania długotrwałej opieki. Jednakże komercyjne ubezpieczenia od ryzyka niesamodzielności mogłyby być uzupełnieniem systemu publicznego – dotyczyłoby to jednak osób zamożniejszych;
- ◆ przejęcie i finansowanie opieki długoterminowej przez ochronę zdrowia uznano za nieracjonalne. Spowodowałoby to znaczne i niepotrzebne zawyżenie kosztów opieki, nieracjonalne wykorzystanie personelu medycznego i konieczność istotnego zwiększenia składki na ubezpieczenie zdrowotne;

Zespół rekomenduje wyodrębnienie opieki długoterminowej jako odrębnej dziedziny zabezpieczenia społecznego poprzez całkowitą przebudowę systemu świadczeń finansowych i usług adresowanych do osób niesamodzielnych. Proponujemy przeprowadzenie tych zmian w dwóch etapach. *Zielona Księga* zawiera wstępne założenia obu etapów zmian: ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym oraz ustawy o społecznym ubezpieczeniu opiekuńczym.

## **ETAP I (2010 – 2020). ZMIANA ORGANIZACJI I ZASAD FINANSOWANIA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W RAMACH POMOCY SPOŁECZNEJ.**

Znaczącą poprawę efektywności świadczeń oraz jakości świadczonych usług opiekuńczych mogłaby przynieść zmiana organizacji i zasad finansowania opieki długoterminowej w obrębie systemu pomocy społecznej. Podstawowymi elementami zmian powinny być:

- ◆ uporządkowanie orzecznictwa o niezdolności do samodzielnej egzystencji, tak by zapewnił on szczelność systemu
- ◆ ustanowienie jednego świadczenia uzależnionego co do wysokości od stopnia niesamodzielności,
- ◆ pełna standaryzacja usług,
- ◆ zagregowanie jak największej ilości dotychczasowych nakładów, szczególnie przez zmianę zasad przyznawania dodatku pielęgnacyjnego;
- ◆ wprowadzenie czeku dałoby zainteresowanym możliwość wyboru oferty i świadczeniodawcy,
- ◆ zapewnienie koordynacji i kontroli jakości usług

Organizację i zasady finansowania usług adresowanych do osób niesamodzielnych określiłaby ustawa o pomocy osobom niesamodzielnym.

Przeprowadzenie tych zmian pozwoliłoby stopniowo tworzyć jednolity, coraz bogatszy w oferty i konkurencyjny rynek usług opieki długoterminowej. Zmniejszałaby się szara strefa nielegalnego zatrudnienia, powstawałyby coraz liczniej nowe miejsca pracy, przybywałoby wykształconej kadry opiekunów. Konsolidacja dotychczasowych źródeł finansowania pozwalałaby zdecydowanie celniej zaadresować świadczenia i systematycznie podnosić poziom efektywności

wykorzystania środków publicznych przeznaczanych na OD. Ten etap budowy wyodrębnionego systemu OD nie wymagałby zwiększenia nakładów finansowych. Uwalniałyby się one głównie dzięki zmianie zasad przyznawania dodatku pielęgnacyjnego. Byłby on przyznawany jedynie osobom z orzeczoną stopniową niesamodzielnością. Zaletą tej propozycji jest jej elastyczność. W zależności od możliwości i woli politycznej świadczenia mogłyby być niezależne od dochodu lub od niego uzależnione, tempo wzrostu nakładów (i ograniczania prawa do dodatku pielęgnacyjnego) mogłoby być szybsze lub powolniejsze. Nowe zasady mogłyby objąć wszystkie segmenty systemu lub być stopniowo poszerzane (np. rozpocząć się od najdroższych usług stacjonarnych, potem objąć półstacjonarne skończywszy na usługach domowych). Można by nowym systemem objąć od razu wszystkich niesamodzielnych lub – początkowo – tylko osoby starsze wymagające opieki.

Niezależnie od wyboru opcji i tempa zmian, corocznemu wzrostowi poziomu finansowania usług towarzyszyłby rozwój oferty i poszerzanie obszarów wsparcia. Postęp byłby adekwatny do wzrostu zapotrzebowania na OD w następnych dziesięciu latach, spowodowanego tempem starzenia się społeczeństwa. Te zmiany umożliwią zaspokojenie potrzeb w zakresie opieki nad osobami zależnymi na akceptowalnym poziomie do ok. 2020 r.

Jednakże, im bliżej do 2020 r. tym przyrost osób niesamodzielnych będzie szybszy. W latach trzydziestych tego stulecia będzie miał wręcz gwałtowny. Nieuniknione będzie znaczne zwiększenie poziomu finansowania opieki długoterminowej, aż do podwojenia nakładów. Finansowanie ich z budżetu państwa zwiększyłoby znacząco poziom stałych, socjalnych obciążeń budżetu, już dziś uważanych za nadmierne. Z tego powodu zespół uznał to rozwiązanie za mało realne. Proponuje więc wdrożenie od roku 2020 nowego etapu reformy: ubezpieczenia opiekuńczego.

## **ETAP II. WPROWADZENIE POWSZECHNEGO UBEZPIECZENIA OPIEKUŃCZEGO (OD RYZYKA NIESAMODZIELNOŚCI)**

Rozwiązanie to, funkcjonujące już w wielu krajach, przenosi ciężar zapobiegliwości o finansowanie przyszłych świadczeń z opieki długoterminowej na samych obywateli. Zasada solidarności obniża indywidualną wysokość składki. Proponowany model miałby charakter mieszany: budżetowo – ubezpieczeniowy. Skonsolidowane (w I etapie zmian), dotychczasowe nakłady byłyby przekazywane do funduszu ubezpieczeniowego w formie corocznej dotacji. Wprowadzenie jednolitego, szczerzego orzecznictwa pozwoliłoby na zintegrowanie dotychczasowych systemów i zapobiegło lawinowemu wzrostowi kosztów. Pieniądz podążałby za klientem w formie czeku (bonu), dając mu (lub jego opiekunom) możliwość wyboru świadczenia i świadczeniodawcy. Stymulowałoby to rozwój legalnego rynku w opiece długoterminowej. System preferowałby opiekę krewniczą. NFZ zapewniałby jedynie pielęgnację zabiegową. Natomiast rodziny i samorządy finansowałyby koszty OD tylko wówczas, gdy świadczone byłyby usługi ponadstandardowe lub koszt usługi przewyższałby wysokość przysługującego świadczenia.

Ubezpieczonymi i zobowiązanymi do płacenia comiesięcznych składek byłiby wszyscy objęci ubezpieczeniem zdrowotnym z tą różnicą, że składkę płaciliby również wszyscy rolnicy. Wysokość składki byłaby zależna od możliwości zagregowania dotychczasowych nakładów, w największym stopniu od zmiany zasad wypłacania dodatku pielęgnacyjnego ze względu na wiek. Składkę pobierałby ZUS i przekazywał do Funduszu Ubezpieczenia Opiekuńczego, zarządzanego niezależnie, jednak – dla zminimalizowania kosztów- w oparciu o infrastrukturę i kadry NFZ. Do zawierania umów i kontroli ich wykonania planuje się wykorzystać już istniejące instytucje pomocy społecznej, co skutecznie zapobiegałoby nadużyciom.

Ci wszyscy, którzy pragnęliby zapewnić sobie dostęp do usług ponadstandardowych mogliby skorzystać z prywatnych ubezpieczeń od ryzyka niesamodzielności.

W wyniku tych dwuetapowych zmian powstałby nowoczesny, sieciowy, zaopatrzeniowo – ubezpieczeniowy system opieki długoterminowej w Polsce. Nasz raport (*Zielona Księga*) zawiera też wstępną ocenę skutków regulacji dla każdego etapu zmian. Ich wdrożenie możliwe będzie po uzyskaniu aprobaty politycznej i społecznej. Rozłożone w czasie, stopniowe przeobrażanie systemu w nowy filar zabezpieczenia społecznego łagodzić będzie nieunikniony opór społeczny wywołany zmianą zasad przyznawania dodatku pielęgnacyjnego (w I etapie) i wprowadzeniem składki ubezpieczenia opiekuńczego (w II etapie). Zmniejsza też do minimum ryzyko polityczne oraz uwzględnia realia budżetu państwa. Jest też dostosowany do możliwości finansowych rodzin, samorządów i systemu ochrony zdrowia. Stąd konieczne jest wykazanie, że państwo zachowuje swoje dotychczasowe zaangażowanie po to, by składka była jak najniższa. W sprzyjających okolicznościach można rozważyć zmniejszenie obciążeń w innych segmentach ubezpieczeń. Najważniejsze jest pokazywanie, że korzyści indywidualne i dla rodzin będą duże. To do ich dyspozycji (w formie czeku lub refundacji) trafią znaczące środki budżetowe, powiększone docelowo o fundusze z ubezpieczenia opiekuńczego. Zwiększy się poziom zabezpieczenia potrzeb opiekuńczych, zmniejszy lęk przed zniedołężnieniem i późną starością własną i osób bliskich.

Szacujemy, w oparciu o doświadczenia innych krajów, że w wyniku zmian powstanie ok. 200 tys. cennych miejsc pracy. Osoby w wieku okołoemerytalnym (50+) uwolnione od nadmiernych obowiązków opiekuńczych można będzie aktywizować zawodowo, także dając zatrudnienie w sektorze OD. Wzrosną dochody budżetu oraz systemów emerytalnego i zdrowotnego. Rozwinie się nowy segment usług opiekuńczych.

### **MIECZYŚLAW AUGUSTYN**

Senator RP (PO). Przewodniczący Komisji Rodziny i Polityki Społecznej, członek Komisji Etyki i Spraw Senatorskich. Pełni funkcję wiceprzewodniczącego Parlamentarnego Zespołu ds. Współpracy z Organizacjami Pozarządowymi. Od 25 czerwca 2008 roku jest przewodniczącym Parlamentarnego Zespołu s. Osób Starszych. Od 27 sierpnia 2008 roku przewodniczący Grupy Roboczej ds. Przygotowania Ustawy o Ubezpieczeniu od Ryzyka Niesamodzielności przy Klubie Senatorów Platformy Obywatelskiej.

*Johannes Koettl*

## **Bieżące wydatki publiczne na długoterminową opiekę medyczną w Polsce oraz ich implikacje dla przyszłych kierunków polityki w tym zakresie**

Obecnie Polska wydaje na świadczenia z tytułu długoterminowej opieki medycznej mniej niż inne kraje OECD. Jednak niedawny wzrost wydatków publicznych rodzi obawy o implikacje fiskalne przyszłych wydatków. Podobnie jak w wielu innych krajach, świadczenia z tytułu długoterminowej opieki medycznej są w Polsce rozbite i realizowane przez różne jednostki i elementy systemu opieki społecznej i zdrowotnej. Ogólnie rzecz biorąc, świadczenia docierają tylko do niewielkiej części ludności Polski, wyjąwszy świadczenia pieniężne, które wypłacane są wszystkim osobom, które przekroczyły 75. rok życia. Z drugiej strony, formalne usługi rzeczowe z zakresu długoterminowej opieki medycznej nie są w Polsce łatwo dostępne, a znaczna część osób niesamodzielnych nie otrzymuje żadnych usług długoterminowej opieki medycznej, bądź też otrzymuje usługi o charakterze nieformalnym. Niemniej, niedawny wzrost wydatków na świadczenia rzeczowe z zakresu długoterminowej opieki medycznej sugerują, że Polska może szybko „dogonić” kraje Europy Zachodniej i znacząco zwiększyć dostępność i jakość formalnych usług długoterminowej opieki medycznej.

Pojawia się pytanie, czy Polska – która jest krajem o średnich dochodach – może sobie pozwolić na taką samą powszechność i zakres usług długoterminowej opieki medycznej, jakie zapewniają swoim mieszkańcom kraje bogate? Odpowiadając na to pytanie należy pamiętać, że Polska – mimo tego, że jest zaliczana do gospodarek wschodzących – ma szybko starzejące się społeczeństwo, a w literaturze przedmiotu wielokrotnie wskazywano, że starzenie się społeczeństwa będzie postępować szybciej, niż bogacenie się kraju.

Celem niniejszej prezentacji jest zbadanie możliwych implikacji fiskalnych przyszłych wydatków publicznych na świadczenia z zakresu długoterminowej opieki medycznej, w kontekście starzejącego się społeczeństwa. Społeczeństwo Polski, podobnie jak społeczeństwa innych krajów Europy Wschodniej, postarzeje się znacznie w ciągu najbliższych 50 lat. Ten trend demograficzny zagrozi stabilności fiskalnej sektora długoterminowej opieki medycznej; z jednej strony, baza podatkowa i płatników składek ubezpieczenia społecznego będzie się w nadchodzących latach kurczyć, z drugiej strony popyt na usługi długoterminowej opieki medycznej musi wzrosnąć, z uwagi na rosnącą liczbę osób starszych i niesamodzielnych oraz malejącą liczbę osób mogących świadczyć nieformalne usługi opiekuńcze. W związku z tym społeczeństwo polskie stanie przed podwójnym wyzwaniem, posiadając coraz większy odsetek osób starszych i niesamodzielnych – pytanie brzmi, kto w przyszłości zapewni opiekę starzejącemu się społeczeństwu i kto za nią zapłaci?

Z niniejszej analizy wynika, że jeśli Polska zechce zapewnić odpowiednie usługi długoterminowej opieki medycznej swojemu starzejącemu się społeczeństwu, stanie przed znaczącym wyzwaniem fiskalnym. Jeśli utrzymany zostanie dotychczasowy trend znacznego wzrostu wydatków z roku na rok, połączony z dużym wzrostem liczby spodziewanych świadczeniobiorców, wydatki

publiczne na długoterminową opiekę medyczną bardzo szybko staną się niemożliwe do utrzymania z fiskalnego punktu widzenia. Równocześnie, rosnący odsetek osób starszych i wymagających opieki rodzi poważne obawy o możliwość finansowania długoterminowej opieki medycznej poprzez mechanizmy repartycyjne. W związku z tym, zagadnieniem o kluczowym znaczeniu dla polskiego rządu będzie analiza możliwości (1) finansowania przyszłych wydatków na długoterminową opiekę medyczną w oparciu o mechanizmy inne niż repartycyjne, np. poprzez oszczędności prywatne; (2) kontrolowania popytu na usługi długoterminowej opieki medycznej i kierowanie go w stronę odpowiednich typów usług, np. opieki w środowisku; oraz (3) kontroli kosztów świadczeń rzeczowych i reformy świadczeń pieniężnych.

### **1. ZAPEWNIENIE FINANSOWANIA PRZYSZŁYCH WYDATKÓW NA DŁUGOTERMINOWĄ OPIEKĘ MEDYCZNĄ**

Kluczem będzie tu zwiększenie roli oszczędności prywatnych w zaspokojeniu przyszłych potrzeb w zakresie długoterminowej opieki medycznej. Nie oznacza to, że sektor publiczny powinien się całkowicie wycofać z finansowania usług długoterminowej opieki medycznej. Koszty długoterminowej opieki medycznej są katastroficznie wysokie i osoby, które tracą możliwość samodzielnego funkcjonowania byłyby w ten sposób zagrożone ubóstwem. Uwzględniając kombinację niskiego prawdopodobieństwa wystąpienia i wysokich kosztów, efektywność ekonomiczna wymaga zastosowania jakiejś formy grupowania ryzyka, tak, by ludzie mogli zapewnić sobie ochronę przed finansowymi skutkami potrzeb w zakresie długoterminowej opieki medycznej. W związku z tym, nie tylko ze względu na kwestie równości, ale także efektywności ekonomicznej, dobrze byłoby, gdyby osoby prywatne łączyły posiadane środki w pulę, tak, by chronić się przed ryzykiem niesamodzielnności – podobnie, jak ze względu na równość i efektywność ekonomiczną pożądana jest ochrona przed ryzykami wynikającymi z choroby lub podeszłego wieku. Z różnych przyczyn związanych z asymetrycznością informacji, selekcją ryzyka, selekcją negatywną oraz niepewnością kosztową, potencjał prywatnych ubezpieczeń od kosztów długoterminowej opieki medycznej w zakresie usług rzeczowych jest ograniczony, i raczej nie sprawdzają się one w praktyce. Wskazuje to, że istnieje potrzeba uczestnictwa sektora publicznego w procesie zapewnienia odpowiednich instrumentów grupowania ryzyka niesamodzielnności (podeszłego wieku).

Zapewnianie usług długoterminowej opieki medycznej przez sektor publiczny może jednak być w starzejącym się społeczeństwie niemożliwe z perspektywy finansowej. Długoterminowa opieka medyczna może być finansowana z podatków lub składek na ubezpieczenie społeczne, lecz oba te systemy oparte są na repartycyjnym mechanizmie finansowania. Pilność reformy długoterminowej opieki medycznej wynika z konieczności przekonania pokolenia X – obecnie w wieku 20 do 35 lat – by zaczęło już teraz oszczędzać pod kątem swoich przyszłych potrzeb w zakresie długoterminowej opieki medycznej, płacąc równocześnie już teraz za długoterminową opiekę medyczną pokolenia swoich rodziców, tzw. baby boomers. Pokolenie X jest największą jak dotąd widzianą grupą demograficzną, a po nim następują coraz mniejsze młodsze grupy wiekowe. Kiedy przedstawiciele pokolenia X zaczną przechodzić na emeryturę w roku 2040, wszelkie systemy oparte na zasadzie solidarności międzypokoleniowej będą coraz trudniejsze do utrzymania i będą wymagały coraz większego zadłużenia, które będzie spłacane przez przyszłe pokolenia.

Gdyby jednak zwiększyć prywatne oszczędności, przeznaczone na długoterminową opiekę medyczną pokolenia X, gromadzone od chwili obecnej do roku 2040 – czyli w okresie znacznego wzrostu dochodów – oszczędności te można by przeznaczyć na wsparcie rosnących wydatków na długoterminową opiekę medyczną, w miarę starzenia się pokolenia wyżu demograficznego. Implikuje to konieczność akumulacji rezerw – być może w postaci komponentu w pełni kapitałowego – w ramach systemów finansowanych z podatków lub ubezpieczenia społecznego. Jeśli to nie nastąpi, przyszłe pokolenia będą albo musiały płacić znacznie wyższe składki i podatki, albo też konieczne będzie znaczne ograniczenie świadczeń, tak, by zapewnić stabilność finansową systemu.

Z drugiej strony, biorąc pod uwagę znaczne wyzwania natury politycznej i praktycznej, jakie wiążą się z akumulacją rezerw finansowych w systemie publicznym, Polska powinna rozważyć doświadczenia Francji. We Francji, inaczej niż w większości krajów europejskich, mały rynek ubezpieczeń prywatnych w obszarze długoterminowej opieki medycznej zapewnia uzupełniające świadczenia długoterminowej opieki medycznej. Kluczem do sukcesu tego systemu wydaje się być jego stosunkowo prosta struktura. Świadczenia są jasno zdefiniowane kwotowo i uzależnione od stopnia niepełnosprawności. Dzięki temu obsługa wniosków o wypłatę świadczenia jest o wiele prostsza niż w przypadku produktów ubezpieczeniowych opartych na refundacji usług (jak np. w Wielkiej Brytanii czy Stanach Zjednoczonych). Francuski model oparty jest raczej na produktach finansowych – jak ubezpieczenie na życie – niż na produktach o charakterze ubezpieczenia zdrowotnego. Miesięczne składki są wyrównywane, ale nie gwarantowane, a ubezpieczenia oferowane są po stawkach indywidualnych lub grupowych. Podstawą do ubiegania się o świadczenie jest całkowita lub częściowa nieodwracalna utrata samodzielności, w wyniku której z ubezpieczenia wypłacany jest dożywotni annuitet w kwocie od 300 do 2,500 EUR miesięcznie (średnio 600 EUR). W ten sposób eliminowana jest niepewność odnośnie przyszłych kosztów długoterminowej opieki medycznej oraz zredukowane są inne aspekty, paraliżujące działanie prywatnych ubezpieczeń długoterminowej opieki medycznej w wielu krajach. W przyszłości jednak, w miarę tego, jak rynek tego typu ubezpieczeń będzie we Francji coraz bardziej dojrzały, możliwe jest wprowadzenie również innych świadczeń, w tym rzeczowych.

## **2. KONTROLOWANIE POPYTU NA DŁUGOTERMINOWĄ OPIEKĘ MEDYCZNĄ I ŚWIADCZEŃ PIENIĘŻNYCH**

Kluczowe znaczenie będzie tu miała promocja zdrowego stylu życia i wspieranie opieki nieformalnej. Celem jest zmniejszenie ogólnego przyszłego popytu na usługi długoterminowej opieki medycznej poprzez poprawę stanu zdrowia przyszłej populacji osób starszych i przekierowanie popytu w stronę mniej kosztownych usług długoterminowej opieki medycznej, przy wyższych świadczeniach dla pacjentów. Promowanie zdrowego stylu życia i zdrowych zachowań ma kluczowe znaczenie dla zmniejszenia nie tylko śmiertelności, ale także stopnia niesamodzielności osób starszych w przyszłości. Instytucje zdrowia publicznego będą miały niezwykle istotną rolę do odegrania, zwłaszcza w aspekcie palenia tytoniu, otyłości i aktywności fizycznej.

Cel polega jednak nie tylko na tym, by zmniejszyć popyt na usługi długoterminowej opieki medycznej w przyszłości, ale też by przekierować go do odpowiednich typów usług. W przypadku długoterminowej opieki medycznej oznacza to umożliwienie osobom niesamodzielnym mieszkania we własnych domach tak długo, jak to tylko możliwe, a także poleganie na opiece w środowisku zapewnianej przez społeczeństwo oraz opiece nieformalnej zapewnianej przez członków rodziny. Opieka w środowisku jest tu szczególnie istotna, ponieważ zapewnia osobom niesamodzielnym

opiekę społeczną i wsparcie w czynnościach codziennych, począwszy od prac domowych, poprzez zakupy, higienę osobistą aż po wsparcie w sprawach prawnych i finansowych oraz czynnościach społecznych. Większość tego typu usług świadczona jest u pacjenta w domu, mogą jednak też być oferowane przez ośrodki pobytu dziennego lub pobytu przez pół dnia. Usługi takie nie tylko są wsparciem dla osób niesamodzielnych, ale też dla członków ich rodzin, którzy mogą być głównymi opiekunami w trybie opieki nieformalnej. Innym ważnym sposobem wspierania systemu opieki nieformalnej jest opieka tymczasowa, polegająca na tymczasowym pobycie stacjonarnym w ośrodku opiekuńczym w okresie, kiedy osoba zwykle świadcząca opiekę nieformalną nie jest dostępna. Ogólnie rzecz biorąc, długoterminowa opieka medyczna świadczona w domu bądź w środowisku jest bardziej efektywna kosztowo, jest to forma opieki bezsprzecznie preferowana przez pacjentów, daje również lepsze wyniki. W tym kontekście ważna będzie budowa zdolności instytucjonalnych w zakresie systemów koordynowania opieki zorientowanej na pacjenta.

## **3. KONTROLOWANIE KOSZTÓW USŁUG DŁUGOTERMINOWEJ OPIEKI MEDYCZNEJ ŚWIADCZONYCH W RAMACH SEKTORA PUBLICZNEGO**

Kwestią kluczową będzie tu zapewnienie adekwatnych świadczeń rzeczowych o dobrej jakości i rozsądnych kosztach. Koszty świadczeń rzeczowych prawdopodobnie wzrosną bardzo znacznie, ze względu na wzrost popytu na usługi długoterminowej opieki medycznej przy równoczesnym zmniejszeniu się populacji osób samodzielnych w wieku produkcyjnym. Ważnym krokiem w kierunku zapewnienia adekwatnych świadczeń rzeczowych o rozsądnych kosztach będzie pełny rozwój rynku usług długoterminowej opieki medycznej, obejmującego wielu usługodawców, w tym prywatnych, działających dla zysku bądź na zasadach non-profit. Kluczem do osiągnięcia tego celu będzie opracowanie stosownych standardów opieki, regulacji i kontroli jakości, tak, by ujednoczyć jakość usług długoterminowej opieki medycznej świadczonych przez usługodawców publicznych i prywatnych, a także by wyeliminować rozbicie finansowania długoterminowej opieki medycznej. Instrumenty i instytucje regulacyjne mogą potrzebować czasu, by osiągnąć pełny rozwój, a w międzyczasie warto by rozważyć modele mieszane, publiczno-prywatne, w ramach których usługi świadczone w ramach sektora publicznego wiążą się z podzlecaniem wybranych elementów (pranie, wyżywienie). Z czasem, w miarę dojrzwania systemu finansowania długoterminowej opieki medycznej, a także ustalenia środowiska regulacyjnego, powinno być możliwe włączenie w większym stopniu sektora prywatnego.

Aby stymulować konkurencję na rynku usług długoterminowej opieki medycznej, konieczne jest zapewnienie jednakowych zachęt dla różnego typu podmiotów (publicznych i prywatnych, komercyjnych i non-profit, miejskich i wiejskich, dużych i małych). Oznacza to, że wszyscy usługodawcy będą podlegać takim samym wymogom w zakresie akredytacji, regulacji, standardów opieki i kontroli jakości. Będzie to również oznaczać, że wszyscy usługodawcy będą jednakowo opłacani za usługi długoterminowej opieki medycznej wykonywane w ramach sektora publicznego, być może nawet z uwzględnieniem kosztów inwestycji. Równocześnie, konieczne będzie opracowanie starannie wyważonych zachęt, tak by zapobiec nieuczciwemu zaniżaniu cen przez tych usługodawców, którzy mogą sobie pozwolić na oszczędności skali, w celu osłabienia pozostałych usługodawców. Równocześnie konieczne jest zapewnienie odpowiednich zachęt do świadczenia usług w regionach trudnych. Osiągnięcie takiej równowagi może wymagać znacznych zdolności administracyjnych w zakresie regulacji, monitoringu i oceny, jak również kontroli jakości.

Na koniec, świadczenia pieniężne również odgrywają ważną rolę w sektorze długoterminowej opieki medycznej w Polsce. Jedną z możliwych, konkretnych opcji byłoby zweryfikowanie kryterium wiekowego jako podstawy do otrzymania świadczenia pieniężnego. Jeśli świadczenia pieniężne naprawdę mają służyć potrzebom osób niesamodzielnych, dostęp do świadczeń pieniężnych powinien być oparty wyłącznie na potrzebach związanych z opieką. Uprawnienie do otrzymywania świadczenia wszystkich osób powyżej 75 roku życia wydaje się mieć na celu zapobieganie ubóstwu wśród osób starszych i w związku z tym powinno być częścią systemu emerytalnego, nie zaś systemu długoterminowej opieki medycznej. Aby upewnić się, że osoby potrzebujące długoterminowej opieki medycznej otrzymają właściwą kwotę świadczenia, konieczne jest ustanowienie silnego systemu oceny potrzeb. Ponadto, większość krajów skaluje świadczenia z tytułu długoterminowej opieki medycznej, wypłacając wyższe świadczenia osobom o wyższych potrzebach. W Polsce obecnie tak nie jest, a reforma świadczeń pieniężnych zgodnie z tymi zasadami wymagałaby oceny potrzeb według stosownej skali, co z kolei znów wiązałoby się z potrzebą wzmocnienia zdolności instytucjonalnych w zakresie oceny potrzeb. Ponadto, część świadczenia pieniężnego mogłaby mieć formę vouchera, tak, by zagwarantować, że świadczenie faktycznie zostanie spożytkowane na długoterminową opiekę medyczną.

#### **JOHANNES KOETTL**

Jest ekonomistą w departamencie Human Development regionu Europy i Azji Środkowej Banku Światowego. Zajmował się w Banku Światowym kwestiami dotyczącymi rynków pracy, migracji, zdrowia oraz opieki społecznej od roku 2004. Przedtem zdobył magisterium w dziedzinie stosunków międzynarodowych w School of Advanced International Studies na Johns Hopkins University oraz doktorat z dziedziny ekonomii na Uniwersytecie Wiedeńskim. Obecne kierunki jego pracy dotyczą między innymi długoterminowej opieki medycznej dla osób starszych, nieformalnego zatrudnienia oraz ochrony społecznej dla migrantów.

## *Piotr Błędowski* **Organizacja i finansowanie świadczeń dla osób niesamodzielnych**

**1.** Konieczność zapewnienia godnej egzystencji osobom niesamodzielnym i wsparcia rodzin nimi opiekujących się jest dziś coraz bardziej oczywista. Za udzielaniem zorganizowanych, profesjonalnych świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych przemawiają zarówno względy demograficzne (coraz mniej korzystna wartość współczynnika potencjału pielęgnacyjnego, wzrastająca liczba osób wymagających takich świadczeń, coraz dłuższy okres korzystania z nich przez osobę niesamodzielną), jak i społeczne (ograniczone możliwości rodziny związane z zapewnieniem należytej opieki, spowodowane m.in. zmniejszeniem liczby osób w rodzinie, zmianami struktury, sytuacją na lokalnym rynku pracy czy migracjami zarobkowymi) oraz ekonomiczne (zapewnienie opieki jest coraz bardziej kosztowne i nierzadko przekracza możliwości finansowe samego zainteresowanego, jak również jego najbliższych).

**2.** Zagwarantowanie odpowiedniej godności i jakości życia osobom niesamodzielnym nie jest wyłącznie obowiązkiem rodziny. Obowiązek ten spoczywa na całym społeczeństwie, które powinno podjąć decyzję o sposobie organizacji i finansowania systemu świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych. Rozwiązań organizacyjnych należy szukać w obszarze wyznaczonym z jednej strony przez obecnie działające placówki (świadczenia DPS, ZOL, ZPO i świadczenia środowiskowe udzielane w ramach pomocy społecznej lub ochrony zdrowia), a z drugiej – przez te same placówki, uzupełnione jednak przez wolontariat i usługodawców prywatnych. W przypadku rozwiązań finansowych wachlarz możliwości zawarty jest między rozwiązaniem czysto budżetowym (środki mogłyby pochodzić z budżetu państwa lub samorządu terytorialnego) a ubezpieczeniowym (przy czym chodzi o obowiązkowe, społeczne ubezpieczenie pielęgnacyjne). Innymi słowy decyzja sprowadza się będzie do rozstrzygnięcia dylematu: ile państwa – ile rynku. Centralne miejsce w tych rozważaniach powinna zająć zasada solidarności społecznej.

**3.** Podjęcie decyzji o kształcie systemu świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych wymaga odpowiedzialności i wyobraźni. Gwałtowny wzrost zapotrzebowania na te świadczenia nastąpi za około 8-10 lat, ale stworzenie racjonalnego i efektywnego systemu wymaga także takiego okresu. Czas zatem najwyższy na społeczną debatę zakończoną wiążącymi i konsekwentnie realizowanymi decyzjami. Podejmowane decyzje dotyczą sfery praktycznie nieznannej w Polsce, trudnej do pełnego zdiagnozowania i w której doświadczenia innych krajów mają ograniczoną przydatność. Dokonując wyboru trzeba zatem mieć na uwadze minimalizację możliwych ryzyk dla projektu.

**4.** Nie sądzę, że podjęcie stosownych decyzji może stać się przedmiotem sporu politycznego. Najważniejsze partie dały już wyraz swojemu zrozumieniu wagi tego problemu. O wiele bardziej prawdopodobne jest to, że linię sporu wyznaczać będą opinie tych środowisk, które w swoim życiowym doświadczeniu zapisały już lub mają obecnie kontakt z problemem niesamodzielnymi oraz tych osób czy rodzin, które jak dotąd szczęśliwie nie zetknęły się z tym problemem. Stąd waga publicznej dyskusji na ten temat. Jej kierunek powinny wyznaczać zapisane w Konstytucji RP prawa obywatelskie.

5. Nie wnikając w uwarunkowania polityczne, uważam, że najlepszym rozwiązaniem byłoby wprowadzenie społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego (opiekuńczego? – ważniejsza jest istota, nie nazwa), gdyż stanowiłoby ono bodziec ekonomiczny do tworzenia regulowanego rynku usług pielęgnacyjnych i opiekuńczych, dawałoby szansę na bardziej równomierny rozwój i zintegrowanie obu pionów świadczeń (co z kolei przyczyniłoby się do bardziej racjonalnego wykorzystania środków), ograniczałoby ryzyko hazardu moralnego, a przede wszystkim zapewniłoby większą stabilność finansową systemu, nienarażonego na doraźne zmiany w polityce budżetowej.

6. Niezależnie od przyjętego przez polityków rozwiązania, trzeba podkreślić znaczenie czynnika czasu – coraz bardziej zbliżamy się do momentu, w którym gwarantowane (organizowane? finansowane?) przez administrację publiczną świadczenia opiekuńcze i pielęgnacyjne staną się koniecznością. Im później podejmiemy stosowne działania, tym większe będzie ryzyko nietrafnych, nieracjonalnych decyzji. Ich koszty spadną na całe społeczeństwo, ale w pierwszej kolejności – na osoby najbardziej bezbronne, bo niesamodzielne.

#### **PIOTR BŁĘDOWSKI**

Profesor SGH, dr hab., dyrektor Instytutu Gospodarstwa Społecznego w Szkole Głównej Handlowej, kierownik Zakładu Gerontologii Społecznej w Instytucie Pracy i Spraw Socjalnych, przewodniczący Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego.

*Ryszard Grobelny*

## **Władze lokalne a niesamodzielni**

### **NIESAMODZIELNOŚĆ:**

- ◆ Trwała (o różnym stopniu i różnych przyczynach)
- ◆ Czasowa

### **ZAKRES PODSTAWOWYCH ZADAŃ:**

- ◆ wspieranie osób wymagających opieki – w związku ze zmianami obyczajowymi i kulturowymi, które powodują, że coraz mniejsze znaczenie mają powinności wobec starszego pokolenia; skutkuje to większymi kosztami dla społeczeństwa - świadczenia opieki (więcej usług opiekuńczych i miejsc w domach pomocy społecznej) – rynek usług społecznych;
- ◆ przełamywanie „wyuczonych” bezradności – postawy (będącej spadkiem po poprzednim systemie i niestety obecnie ugruntowywanej), polegającej na braku umiejętności wydobycia się z utartych schematów myślenia i działania, braku wiary we własne możliwości; dotyczy osób, a czasem całych rodzin, wymagających prowadzenia czasochłonnych programów readaptacji społecznej;
- ◆ inkluzja społeczna (tu: „odzyskiwanie dla społeczeństwa”) – zmniejszanie stopnia niesamodzielności - osób z różnymi deficytami; wymagająca przełamywania stereotypów związanych z zaburzeniami psychicznymi, bez których jest ona niemożliwa zarówno w wejściu na rynek pracy jak i w pełnieniu innych ról społecznych;
- ◆ koordynacja działań na rzecz wychowania i socjalizacji dzieci – wspieranie dzieci i rodzin odbywa się przez różne instytucje (pomoc społeczna, służba zdrowia, oświata), z których każda jest skupiona na realizacji własnych zadań; ważne jest tutaj wspieranie m. in. rodzicielstwa zastępczego, działanie na rzecz „od-instytucjonalizowania” form opieki nad dziećmi.

### **KTO JE ZREALIZUJE:**

- ◆ Programy powinny być kształtowane i realizowane przez instytucje publiczne, we współpracy ze środowiskami obywatelskimi, przede wszystkim aktywnymi w szeroko rozumianej ekonomii (przedsiębiorczości) społecznej;
- ◆ Wzrastająca rola rynku usług społecznych (zwłaszcza opiekuńczych), ale wobec osób bez środków materialnych pozostanie to zadaniem instytucji publicznych, istotna rola władz lokalnych w promowaniu i wspieraniu inicjatyw obywatelskich;
- ◆ Podstawowa odpowiedzialność instytucji publicznych, ale współpraca z wolontariatem bardzo ważna;
- ◆ Odinstytucjonalizowanie ma szansę powodzenia tylko poprzez powierzenie zadań zintegrowanych środowiskom obywatelskim; to one właśnie mają największą szansę działania międzysektorowego (odwrotnie niż instytucje, które z natury działają wąsko, branżowo).

### **KTO ZA TO ZAPŁACI:**

Pieniądzy publicznych będzie coraz mniej, choć w ostatnich latach wydatki gmin na pomoc społeczną znacząco wzrastały. Zwiększony udział z jednej strony rynku, a z drugiej sektora obywatelskiego (w tym przedsiębiorczości społecznej), stwarza szansę: wzrostu efektywności wydatków publicznych, synergii wysiłków, także finansowych, różnych środowisk.



Jeden z problemów to brak środowisk aktywnych w tej dziedzinie na prowincji. Większość organizacji obywatelskich skupiona jest w miastach na prawach powiatu (40% środków dla NGOs przekazywana jest w dziale pomoc społeczna). W miastach średnich to tylko ok. 10%, a w małych jeszcze mniej. Jednocześnie nakłady na pomoc społeczną sięgają w miastach już 15 % wszystkich wydatków, a w miastach małych jest to nawet ok. 20%.

Trzeba jasno określić źródła finansowania poszczególnych zadań, uwzględniając zarówno: środki publiczne, środki prywatne (darowizny, zbiórki publiczne, pracę wolontariatu itp.), środki z działalności gospodarczej, wpłaty podopiecznych, obowiązki alimentacyjne rodzin.

#### **RYSZARD GROBELNY**

W latach 1990 – 2002 radny Miasta Poznania, w pierwszej kadencji z listy Komitetów Obywatelskich, potem z Samorządnej Wielkopolski i Unii Wolności. W I kadencji RMP był także delegatem do Sejmiku Samorządowego Województwa Poznańskiego i członkiem zespołu orzekającego Samorządowego Kolegium Odwoławczego, oraz członkiem założycielem Wielkopolskiego Ośrodka Kształcenia i Studiów Samorządowych w Poznaniu. W latach 1990-1992 był przewodniczącym Komisji Finansów Rady Miasta Poznania, a od 1992 do 1998 roku członkiem Zarządu Miasta Poznania. Od grudnia 1998 r. pełni funkcję Prezydenta Poznania. W latach 2002 – 2007 członek Zarządu i Rady Fundacji Unii Metropolii Polskich. Od lutego 2003 r. pełni funkcję Prezesa Związku Miast Polskich. Jest członkiem Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego, gdzie pełni funkcję współprzewodniczącego zespołu ds. systemu finansów publicznych KWRiST.

*Elżbieta Szwałkiewicz*

## **Niesamodzielni: niezbędny zakres pomocy, personel i finansowanie**

**N**iesamodzielność to stan uzależnienia od pomocy innych osób. Może dotyczyć różnych obszarów aktywności człowieka i różnić się okresem występowania i czasem trwania. Z uwagi na skalę zjawiska i rosnące koszty społeczne oraz niewydolność systemu społecznego wsparcia powstaje konieczność określenia niezbędnego zakresu pomocy, zabezpieczenia kadrowego oraz poziomu i źródeł finansowania.

Przy założeniu, że opieka długoterminowa dotyczy wielkiej liczby osób, które stały się niesamodzielne w związku z urazem, chorobą lub wiekiem, udzielane im wsparcie powinno ograniczać się do pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych. Za potrzebę podstawową uznaje się tę, której niezaspokojenie wywołuje chorobę. Potrzeby to wchodzi w zakres naturalnej dla każdego człowieka samoopieki i samopielęgnacji. Pojęcie pielęgnacji odnosi się do oddziaływania na ciało, a opieki do oddziaływania na otoczenie, a oba zawierają się w szerokim pojęciu bezpieczeństwa zdrowotne. W sytuacji, gdy człowiek w związku z urazem, chorobą lub wiekiem traci tę podstawową zdolność egzystencjalną jego przetrwanie zależy od pomocy zewnętrznej, czyli nieprofesjonalnej (rodzina) lub profesjonalnej (w ramach ochrony zdrowia i/lub pomocy społecznej).

Pielęgnowanie najczęściej ukazywane jest jako jedna z funkcji pielęgniarских, a przecież nie można pominąć faktu, że funkcja ta jest przypisana także innym zawodom. Pielęgnacja i opieka, ujmowane łącznie jako świadczenie opiekuńcze w Polsce jest realizowana przez różnych profesjonalistów i na różnych poziomach kompetencyjnych, a także przez nieprofesjonalistów i tak:

- ◆ poziom pierwszy – opieka nieprofesjonalna (rodzina, opiekunowie zatrudniani we własnym zakresie, wolontariusze),
- ◆ poziom drugi – opiekunki środowiskowe (społeczne) w ramach usług opiekuńczych podstawowych, pomoc osobom z ograniczoną zdolnością do samodzielnej egzystencji,
- ◆ poziom trzeci – opiekunowie medyczni, usługi opiekuńcze podstawowe, pielęgnowanie osób chorych z ograniczoną zdolnością do samodzielnej egzystencji,
- ◆ poziom czwarty – terapeuci, specjalistyczne usługi opiekuńcze,
- ◆ poziom piąty – pielęgniarки, pielęgnacja podstawowa i specjalistyczna (pielęgnowanie osób ze szczególnymi problemami zdrowotnymi np. karmienie przez gastrostomię, pielęgnowanie pacjenta z respiratorem) oraz ustalanie, zlecenie i nadzorowanie procesów pielęgnacyjnych realizowanych przez opiekunów zarówno w systemie ochrony zdrowia jak i pomocy społecznej.

Mimo tego zróżnicowania ogromna grupa osób niesamodzielnych nie otrzymuje wsparcia lub otrzymuje pomoc nieadekwatną do potrzeb. Dodatkowe koszty w systemie wsparcia społecznego generuje brak kryteriów kwalifikacyjnych do poszczególnych poziomów opieki oraz standaryzacji postępowania na poszczególnych poziomach.

Źle się stało, że w polskim systemie prawnym utożsamiano pojęcie „pielęgnowanie” z szerokim pojęciem „świadczenia pielęgniarского”, a opieka długoterminowa nie ma żadnej teoretycznej podstawy funkcjonowania i opiera się na różnych zapisach w wielu aktach prawnych.

Stąd toczony spór o rolę i znaczenie opiekuna medycznego w kontekście kompetencji zawodowych pielęgniarki, szczególnie w kontekście opieki organizowanej w ramach domów pomocy społecznej. Z racji wykształcenia pielęgniarki i jej znacznie szerszych kompetencji, powinna ona planować i nadzorować przebieg procesów pielęgnacyjnych, a czynności z zakresu podstawowej pielęgnacji i opieki wykonywać tylko w sytuacji szczególnej.

Niezbędny dla bezpieczeństwa zdrowotnego zakres rzeczowy pielęgnacji i opieki to czynności związane z higieną ciała, odżywianiem, wydalaniem, poruszaniem się, komunikowaniem się i zapewnieniem bezpieczeństwa, w tym pomoc w przyjmowaniu leków, utrzymaniu higieny ubrania i otoczenia oraz w prowadzeniu gospodarstwa domowego.

Znany jest zakres niezbędnej pielęgnacji i opieki oraz średni czas potrzebny na wykonanie poszczególnych czynności, co pozwala na precyzyjne ustalanie planów pielęgnowania i wyliczanie norm zatrudnienia personelu zajmującego się opieką nad osobami niesamodzielnymi. W zakresie tym wyróżnia się pielęgnację specjalistyczną, która dotyczy pacjentów ze szczególnymi problemami zdrowotnymi, związana jest bezpośrednio z procesem leczenia, wymaga specjalnych warunków realizacji i jest zastrzeżona do kompetencji pielęgniarek. Pielęgnacja specjalistyczna w każdym przypadku powinna być finansowana przez NFZ.

Biorąc pod uwagę czas trwania niezbędnej pielęgnacji i opieki można wyróżnić trzy zasadnicze grupy pacjentów, które ukazują w odniesieniu do Skali Barthel, będącej obecnie jedynym (poza stanem zdrowia) kryterium kwalifikowania do opieki długoterminowej:

#### **I Stopień + – niesamodzielność całkowita (0 pkt w Skali Barthel),**

Wymagany łączny czas na indywidualną pielęgnację podstawową średnio **260 min.** Pomoc musi być udzielana **przez całą dobę** o różnych porach we wszystkich czynnościach i zakresach podstawowej pielęgnacji oraz 90 min na pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego.

#### **I Stopień – niesamodzielność całkowita (od 5 do 20 pkt w Skali Barthel),**

Wymagany łączny czas na indywidualną pielęgnację podstawową średnio **160 min.** oraz 90 min. na pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego i inne niezbędne czynności. Pomoc musi być udzielana **w ciągu dnia** we wszystkich zakresach podstawowej pielęgnacji.

#### **II Stopień – niesamodzielność znaczna - (od 25 do 75 pkt w Skali Barthel),**

Wymagany łączny czas na indywidualną pielęgnację podstawową średnio **110 min.** oraz 90 min. na pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego i inne niezbędne czynności. Pomoc musi być udzielana **o różnych porach dnia** w co najmniej kilku czynnościach w wymienionych rodzajach świadczeń w zakresie podstawowej pielęgnacji. Czas przeznaczony na wykonywanie czynności za pacjenta może być wydłużony kosztem czasu przeznaczonego na wspomaganie go przy czynnościach wykonywanych częściowo samodzielnie. Zależy to od stanu pacjenta i jest płynne. Jednak łączny średni czas jaki musi przeznaczyć opiekun na pacjenta z niesamodzielną znaczną nie powinien przekraczać 200 minut.

#### **III Stopień – niesamodzielność umiarkowana (od 80 - 100 pkt w Skali Barthel),**

Pacjent z możliwością samodzielnego funkcjonowania przy niewielkiej codziennej pomocy polegającej na pomocy przy co najmniej 2 czynnościach w wymienionych rodzajach świadczeń w zakresie podstawowej pielęgnacji. Pacjent musi otrzymać pomoc polegającą na wyłączeniu go co najmniej **1 x dziennie**. Pacjent wymaga średnio **50 min.** na pielęgnację podstawową wykonaną przez opiekuna oraz **40 min.** na czynności pielęgnacyjne wykonywane przez pacjenta przy pomocy lub pod nadzorem opiekuna i 90 minut na pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego 3 x w tygodniu (dzienny wymiar **13 min.**).

U pacjentów od 80 pkt do 100 w Skali Barthel istnieje możliwość pełnej kompensacji utraconej sprawności poprzez adekwatne do potrzeb zaopatrzenie w sprzęt, materiały medyczne i środki pomocnicze.

Kryteria kwalifikacyjne narzucone przez NFZ ograniczają dostępność do opieki tylko dla pacjentów, których samodzielność nie przekracza 40 pkt w Skali Barthel. Średni czas podstawowej pielęgnacji i opieki wynosi 200 minut indywidualnej opieki na dobę. Do tego należy dodać czas na czynności pielęgnacyjne związane z kontynuacją leczenia, pielęgnacją specjalistyczną, dokumentowaniem, porozumiewaniem się w ramach procesów terapeutycznych i zdawaniem dyżuru, łącznie 40 minut, razem 240 minut.

W przypadku pojedynczej pielęgniarki / opiekuna oznacza to opiekę nad sześcioma pacjentami jednocześnie w ciągu dnia oraz 13 pacjentami w ciągu nocy. W ogólnym rozliczeniu jest to 0,4 etatu na osobę. Oczywiście brane tu są pod uwagę tylko niezbędne czynności, wykonane w możliwie krótkim czasie w sytuacji, gdy pielęgniarka i opiekunka bez przerwy wykonują czynności przy chorych, co z powodu zwykłych ludzkich ograniczeń biologicznych oraz prawa do przerwy, dni wolnych i urlopu jest niemożliwe do osiągnięcia w praktyce. Dlatego też uwzględniając te sytuacje oraz czasy pośrednie, łączne normy zatrudnienia pielęgniarek i opiekunów powinny wynosić około 0,6 etatu na jednego pacjenta. W przypadku pacjentów mających 0 pkt w skali Barthel, wskaźnik zatrudnienia powinien wynosić około 0,8 etatu na jednego pacjenta. Około 80% czasu pracy tych pracowników wypełnia indywidualna podstawowa pielęgnacja, składająca się z prostych czynności opiekuńczych, które mogą i powinny wykonywać opiekunki na zlecenie pielęgniarek i pod ich nadzorem. Jednak te proporcje w zatrudnieniu pielęgniarek i opiekunek mogą ulegać zmianie w zależności od specyfiki zakładu i stanu zdrowia pacjentów.

Rzeczywiste koszty opieki nie są przez narodowy Fundusz Zdrowia uwzględniane. Poziom finansowania jest oparty na nieznanymi kryteriach i wyliczeniach, a niedoszacowanie kosztów przekroczyło już 70%. Podobnie wygląda sytuacja w finansowaniu kosztów usług opiekuńczych i świadczeń pielęgnacyjnych w domu pacjenta.

Podstawą do rzetelnego wyliczenia przeciętnych kosztów świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych jest ich standaryzacja oparta na oficjalnie przyjętej koncepcji wspierania niesamodzielnych przewlekle chorych osób w ramach obu systemów – ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Ustawa o ubezpieczeniu ryzyka niesamodzielnymi mogłaby skutecznie wiele obecnych problemów opieki długoterminowej rozwiązać, między innymi poprzez spowodowanie, już teraz pilnie potrzebnych, zmian w ustawach: o zakładach opieki zdrowotnej, świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, pomocy społecznej.

#### **ELŻBIETA SZWAŃKIEWICZ**

Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych.  
Prezes Stowarzyszenia na Rzecz Chorych Długotrwale Unieruchomionych *Niebieski Parasol*. Autorka modelu - pielęgnacji kompensacyjnej - kompleksowej opieki nad osobami niepełnosprawnymi i przewlekle chorymi. Założycielka Polskiej Szkoły Opiekunów Medycznych. Prowadzi szkolenia dla pielęgniarek świadczących opiekę długoterminową. Stypendystka i członek międzynarodowej organizacji *Ashoka* (Waszyngton).

## By móc godnie żyć

- ◆ Wykształcenie i kompetencje fachowego personelu opiekującego się osobami niesamodzielnymi (umiejętność napełniania chorego wiarą w lepsze jutro i optymizmem, empatia, umiejętność dobrego słuchania).
- ◆ Zindywidualizowanie potrzeb osób przewlekle chorych. Wyszkoleni pracownicy powinni ocenić, jakiego rodzaju pomoc jest potrzebna (psychologiczna, terapeutyczna, medyczna, rehabilitacyjna). Następnie oceniają czy potrzebne są dodatkowe specjalistyczne konsultacje. Wspólne i solidarne działania zespołu opiekuńczego sprawiają, że chory czuje się w centrum zainteresowania, co w dużym stopniu wzmacnia go psychicznie.
- ◆ Istota pomocy psychologicznej udzielanej przez profesjonalnie pomagających. Brak pozytywnych relacji międzyludzkich, a wręcz samotność to jedno z największych niebezpieczeństw grożących umysłowi osoby przewlekle chorej.
- ◆ Główna idea powinna zakładać pomoc choremu, aby mógł godnie żyć, a więc podejmować decyzje, osiągać zamierzone cele i przeżywać własne sukcesy. Znaczenie podnoszenia jakości życia, nie tylko z biologicznego punktu widzenia, ale też duchowego, dotyczącego tego, co najbardziej osobiste, czyli sensu życia.
- ◆ Poszukiwanie takich obszarów, aby pacjent mógł rozwijać swoją aktywność i autonomię w zakresie, który jest możliwy do zrealizowania.
- ◆ Wsparcie dla fachowego personelu poprzez organizowanie regularnych superwizji całego zespołu opiekuńczego (konsultowanie pracy z pacjentem i innych kwestii związanych z wykonywanymi obowiązkami).
- ◆ Rola komunikacji w pracy z osobą przewlekle chorą, czyli jak rozmawiać z pacjentem.
- ◆ Zapewnienie warunków bytowo-mieszkaniowych.
- ◆ Zapewnienie ciągłości opieki niezależnie od tego czy odbywa się w warunkach domowych czy instytucjonalnych. Świadomość posiadania stałego oparcia.

### JANUSZ ŚWITAJ

18 maja 1993 r. uległ wypadkowi komunikacyjnemu, w wyniku którego doszło do zmiążdżenia rdzenia kręgowego i złamania kręgów szyjnych. Skutkiem tego wystąpił u niego uraz z porażeniem czterokończynowym i niewydolnością oddechową. Janusz od 14 lat jest całkowicie sparaliżowany. Oddycha za pomocą respiratora. Od czasu wypadku znajduje się pod stałą 24-godzinną opieką rodziców. Od 2007 roku Janusz Świtaj pracuje w Fundacji Anny Dymnej *Mimo wszystko*. Zajmuje się z kontaktami z niepełnosprawnymi. Wyszukuje osoby, które są w podobnej sytuacji jak on. Organizuje dla nich pomoc.

## Opieka nad chorymi w śpiączce

- ◆ Problemy w opiece długoterminowej chorych w śpiączce:
  1. konieczność 24-godzinnej pełnej opieki
  2. zapewnienie higieny osobistej
  3. walka z odleżynami
  4. żywienie pozajelitowe
  5. zapewnienie drożności dróg oddechowych (odsysanie wydzieliny)
- ◆ Sytuacja w Polsce w zakresie opieki nad tymi chorymi:
  1. brak sieci państwowych zakładów opiekuńczo-leczniczych
  2. brak pomocy lekarsko-pielęgniarskiej w domu
  3. brak możliwości rehabilitacji w domu
  4. trudności z przyjęciem do szpitala w razie potrzeby
- ◆ Zapewnienie warunków pielęgnacyjnych chorym nieprzytomnym:
  1. odpowiednio przystosowane pomieszczenie
  2. odpowiednie łóżko ruchome
  3. materac przeciwoleżynowy
  4. ssak elektryczny
  5. cewniki
- ◆ Porównanie opieki domowej i w domach opieki:
  - wady i zalety (również ekonomiczne)

### KONKLUZJA:

- ◆ konieczne zapewnienie pomocy finansowej i osobowej
- ◆ zapewnienie opiekunom traktowania jako osoby zatrudnione z pełnymi prawami pracowniczymi i emerytalnymi

### Pozostawienie rodzin bez pomocy rodzi pytanie o możliwość eutanazji!!!

### BARBARA JACKIEWICZ

Po ukończeniu w 1965 roku Liceum Ogólnokształcącego i dalej Studium Stenografii, Stenotypii i Języków Obcych pracowała w Centrali Handlu Zagranicznego. Od 1971 r w Centralnym Zarządzie Służby Więziennej.

W roku 1985 zachorował syn (Podostre stwardniające zapalenie mózgu – z całkowitą utratą świadomości). Zmuszona sytuacją przeszła na emeryturę pielęgnując nieprzytomnego syna przez 25 lat do września 2009. W związku z ciężką chorobą kręgosłupa musiała oddać syna do Niepublicznego Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Fundacji „Światło” w Toruniu.

Każdy stan chorobowy niezależnie od jego przyczyny i charakteru może zakończyć się wyzdrowieniem, zgonem lub powodować długotrwałe bądź trwałe upośledzenie sprawności fizycznej i/ lub psychicznej. Według WHO niepełnosprawność to wynikające z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu w następstwie choroby lub urazu ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka.

Niesamodzielność natomiast to wynikająca z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu w następstwie choroby lub urazu niezdolność do samodzielnej egzystencji powodująca konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy osób drugich w wykonywaniu czynności dnia codziennego w zakresie odżywiania, przemieszczania się, pielęgnacji ciała oraz zaopatrzenia gospodarstwa domowego.

Pogarszająca się kondycja zdrowotna polskiego społeczeństwa przejawia się wysokim poziomem umieralności z powodu chorób układu krążenia, nowotworów, urazów i zatruc, a także wzrostem zapadalności na niektóre choroby zakaźne, schorzenia psychiczne. Towarzyszy temu stałe zwiększanie liczby osób niepełnosprawnych oraz osób niesamodzielnych, które ze względu na stopień zaawansowania schorzeń i upośledzenie funkcji organizmu wymagają stałej lub długotrwałej pomocy innych osób w zwykłych czynnościach dnia codziennego. Postęp w dziedzinie nauk medycznych powoduje wydłużenie długości trwania życia i zwiększanie się odsetka osób w wieku starszym, w tym również najstarszych, tj. powyżej 80r.ż.

Badania dotyczące stanu zdrowia ludności polskiej przeprowadzone w 2004r. wykazały, że w populacji powyżej 70r.ż. około 2% osób nie było w stanie poruszać się samodzielnie, 6% nie mogło się ubrać ani rozebrać, 4,3% nie było w stanie samodzielnie położyć się do łóżka ani z niego wstać, a 2,2% osób wymaga karmienia. Pogarszanie się sprawności fizycznej osób starszych jak i osób w młodszym wieku, które w następstwie choroby, urazu czy wieku stają się niezdolne do samodzielnej egzystencji niesie ze sobą poważne konsekwencje społeczne, gdyż osoby te z oczywistych powodów muszą korzystać z różnych form opieki zdrowotnej, świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych i stałej opieki osób drugich w zwykłych czynnościach dnia codziennego.

Rosnące oczekiwania lepszej jakości życia i zmieniająca się sytuacja rodziny( rzadko wielopokoleniowej) powodują, że niepełnosprawność i niesamodzielność stały się w naszym kraju problemem społecznym.

Szacuje się, że w naszym kraju ponad milion osób to osoby, które w następstwie choroby lub urazu są niezdolne do samodzielnej egzystencji.

Zwrócić należy uwagę, że obowiązujący stan prawny nie tworzy spójnego systemu opieki dla osób, które wymagają pomocy w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych takich jak odżywianie, poruszanie się higiena ciała, a także prowadzenie gospodarstwa domowego.

Dla poprawy tej sytuacji konieczne jest uchwalenie ustawy, która będzie regulowała w sposób kompleksowy zagadnienia związane z opieką i pielęgnacją nad tą grupą osób.

W Polsce z tytułu niezdolności do samodzielnej egzystencji potwierdzonej orzeczeniem lekarskim w instytucjach zabezpieczenia społecznego przysługuje zasiłek lub dodatek pielęgnacyjny. Jest on również przyznawany wszystkim osobom, które ukończyły 75r.ż. Nie we wszystkich więc przypadkach jest uzależniony od stwierdzenia niezdolności do samodzielnej egzystencji, a jego wysokość (ok. 180zł miesięcznie) nie pokrywa nawet znikomej części wydatków związanych z koniecznością opieki i pomocy osób drugich, a przy tym nie jest zróżnicowana zależnie od stopnia niesamodzielności.

W takiej sytuacji konieczne jest podjęcie skoordynowanej akcji promującej zdrowie poprzez edukację zdrowotną oraz zapewnienie rozwoju usług mających na celu poprawę aktywności fizycznej poprzez różne formy rehabilitacji. Niezbędne jest zwiększenie dostępu do usług medycznych, a także stosowanie właściwej kolejności działań w systemie zabezpieczenia społecznego, ponieważ jedynie takie działania mogą ograniczyć przewidywany wzrost populacji osób niepełnosprawnych i niesamodzielnych w naszym kraju, a więc :

prewencja → diagnostyka → leczenie → rehabilitacja → kompensacja

Bardzo ważną sprawą jest zapobieganie niepełnosprawności i niesamodzielności. Konieczne jest zwiększenie nakładów finansowych na ochronę zdrowia, aby umożliwić osobom chorym jak najwcześniejszą, prawidłową diagnostykę choroby w celu wdrożenia właściwego leczenia.

Szczególnie istotną sprawą jest zwiększanie liczby specjalistów geriatrów – obecnie około 130 specjalistów w tej dziedzinie w skali całego kraju. W celu zwiększenia dostępności do świadczeń zdrowotnych należy dostrzegać konieczność uzupełnienia kadry medycznej o specjalistów chirurgii, neurologii, chorób wewnętrznych, których liczba uległa zmniejszeniu w latach 2000- 2005 o 20%, a wykształcenie specjalisty w naszym kraju trwa 5 lat.

Bardzo istotny jest rozwój rehabilitacji, która w wielu przypadkach zapobiega skutkom wynikającym z uszkodzenia poszczególnych struktur organizmu i zwiększa możliwości funkcjonowania poprzez lepsze wykorzystanie struktur sprawnych.

Rehabilitacja wg. jej twórców powinna być wcześniej rozpoczynana, kompleksowa, ciągła, powszechna. Prowadzone coraz częściej analizy kosztów leczenia wskazują, że wskaźnik koszt/ efektywność jest korzystny przy jak najwcześniejszym rozpoczęciu rehabilitacji.

Należałoby rozważyć wdrożenie Narodowego Programu Rehabilitacji dzięki, któremu liczba osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji mogłaby ulec zmniejszeniu.

Natomiast dla osób, które mimo zastosowania dostępnych procedur diagnostyczno-leczniczo-rehabilitacyjnych stały się niezdolne do samodzielnej egzystencji niezbędne było opracowanie modelu opieki i pielęgnacji obejmującego cel pielęgnacji, zakres świadczeń, zasad ich udzielania, a także finansowania.

Ważne jest zróżnicowanie świadczeń dla osób niesamodzielnych w zależności od stopnia niesamodzielności mierzonego stopniem dysfunkcji organizmu i wynikającego z tego zakresu opieki i świadczeń pielęgnacyjnych.

Dlatego bardzo istotne jest stworzenie kompetentnego i sprawnego systemu orzecznictwa lekarskiego o niezdolności do samodzielnej egzystencji i jej stopniach.

Należy podkreślić, że najszybsze zmiany w strukturze demograficznej społeczeństwa Polski będą miały miejsce już po 2010 roku. Oznacza to, że w najbliższym czasie będziemy postawieni wobec bardzo poważnych zmian w poziomie i zakresie potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, a także w zapewnieniu pomocy i opieki osobom, które w następstwie chorób lub urazów stały się niezdolne do samodzielnej egzystencji i wymagają pomocy osób drugich we wszystkich czynnościach życia codziennego. Najwyższy czas podjąć działania zmierzające do ich zaspokojenia.

### PROF. DR HAB. N.MED. ANNA WILMOWSKA-PIETRUSZYŃSKA

Kierownik Zakładu Orzecznictwa Lekarskiego i Ubezpieczeń Szkoły Zdrowia Publicznego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie. Dyrektor Instytutu Fizjoterapii Wydziału Medycznego Uniwersytetu Rzeszowskiego. Wieloletni Lekarz Naczelny ZUS. Współautor reformy orzecznictwa lekarskiego o czasowej i długotrwałej niezdolności do pracy oraz systemu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Pełnomocnik Prezesa KRUS do spraw orzecznictwa lekarskiego. Przewodnicząca Zespołu ds. opracowania projektu ustawy pielęgnacyjnej przy Ministrze Zdrowia. Przewodnicząca Rady do Spraw Osób Niesamodzielnych przy Ministrze Zdrowia. Prezes Polskiego Towarzystwa Orzecznictwa Lekarskiego.

## SPIS TREŚCI

Program konferencji. . . . .	2
<i>Mieczysław Augustyn</i> Opieka długoterminowa w Polsce. Streszczenie <i>Zielonej Księgi</i> . . . . .	3
<i>Johannes Koettl</i> Bieżące wydatki publiczne na długoterminową opiekę medyczną w Polsce oraz ich implikacje dla przyszłych kierunków polityki w tym zakresie. . . . .	8
<i>Piotr Błędowski</i> Organizacja i finansowanie świadczeń dla osób niesamodzielnych . . . . .	13
<i>Ryszard Grobelny</i> Władze lokalne a niesamodzielni . . . . .	15
<i>Elżbieta Szwałkiewicz</i> Niesamodzielni: niezbędny zakres pomocy, personel i finansowanie . . . . .	17
<i>Janusz Świtaj</i> By móc godnie żyć. . . . .	20
<i>Barbara Jackiewicz</i> Opieka nad chorymi w śpiączce. . . . .	21
<i>Anna Wilmowska-Pietruszyńska</i> Niesamodzielność. . . . .	22