

PRZEGLĄD STRATEGICZNY SYSTEMU OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W POLSCE



BANK ŚWIATOWY
CZERWIEC 2024 R.



© 2024 International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank
1818 H Street NW,
Washington DC 20433
Telefon: 202-473-1000;
Internet: www.worldbank.org

Niektóre prawa zastrzeżone

Niniejszy raport jest dziełem zespołu Banku Światowego. Zawarte w nim ustalenia, interpretacje i wnioski niekoniecznie odzwierciedlają stanowisko dyrektorów wykonawczych Banku Światowego lub reprezentowanych przez nich rządów. Bank Światowy nie gwarantuje poprawności danych zawartych w raporcie. Granice, barwy, oznaczenia i inne informacje na mapach umieszczonych w raporcie nie odzwierciedlają stanowiska Banku Światowego co do stanu prawnego danego terytorium ani poparcia bądź akceptacji ze strony Banku Światowego.

Prawa i licencje

Prezentowany materiał jest objęty prawem autorskim. Bank Światowy, zgodnie ze swoją misją szerzenia wiedzy, zezwala na powielanie niniejszego raportu – w całości lub w części – w celach niekomercyjnych, pod warunkiem wskazania źródła i autorstwa.

Wszelkie zapytania dotyczące praw i licencji, w tym praw zależnych, należy kierować pod adresem: World Bank Publications, The World Bank Group, 1818 H Street NW, Washington, DC 20433, USA; faks: 202-522-2625; e-mail: pubrights@worldbank.org.

Projekt okładki i opracowanie graficzne: Sylwia Nidaszkowska

PODZIĘKOWANIA

Raport powstał w ramach umowy o wykonanie odpłatnych usług doradczych (RAS), podpisanej w marcu 2023 r. przez Bank Światowy i polskie Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej. Pracami kierowała Anna Kozieł (Senior Health Specialist, Bank Światowy) wraz z zespołem ekspertów merytorycznych w składzie: Anna Król-Jankowska, Agnieszka Sowa-Kofta, Jakub Stokwiszewski, Anna Dzikowska, Adrienne McManus, Andi Orlowski, Alejandro Gonzalez Aquines, Julia Nowicka, Marta Miller, Wiktoria Sobotka i Renata Jeziólkowska.

Szczególne podziękowania należą się następującym ekspertom Banku Światowego za cenne uwagi i sugestie, które poprawiły jakość ostatecznego produktu: Rekha Menon (Practice Manager), Tania Dmytraczenko (Practice Manager), Mukesh Chawla (Adviser), Marcus Heinz (Country Representative) i Barbara Skwarczyńska (Program Assistant).

Podziękowania kierujemy również pod adresem Ministerstwa Funduszy i Polityki Regionalnej, Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwa Zdrowia oraz Narodowego Funduszu Zdrowia za nieocenione rady i wsparcie w trakcie prac nad raportem. Bez ich zaangażowania i strategicznego wsparcia projekt nie mógłby dojść do skutku.

Dziękujemy też uczestnikom spotkań i warsztatów poświęconych propozycjom zawartym w raporcie. Odbył się wiele owocnych dyskusji, a my ze swojej strony dołożyliśmy wszelkich starań, by uwzględnić otrzymane sugestie.

AKRONIMY I SKRÓTY

AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
BASIw	Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych, Ministerstwo Zdrowia
BŚ	Bank Światowy
ChUK	choroby układu krążenia
COM	centra opiekuńczo-mieszkalne
COVID	choroba wywołana koronawirusem SARS-CoV-2
CPD	ciągły rozwój zawodowy (continued professional development)
CQI	Indeks Jakości dla Beneficjenta (Consumer Quality Index)
CUS	centrum usług społecznych
DDOM	dzienny dom opieki medycznej
DPS	dom pomocy społecznej
EFRR	Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego
EFS	Europejski Fundusz Społeczny
FE	Fundusze Europejskie
GUS	Główny Urząd Statystyczny
JST	jednostka samorządu terytorialnego
KPI	główny wskaźnik wydajności (Key Performance Indicator)
KRUS	Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego
M&E	monitorowanie i ewaluacja
MF	Ministerstwo Finansów
MFiPR	Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej
MON	Ministerstwo Obrony Narodowej
MRPiPS	Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
MSWiA	Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NGO	organizacja pozarządowa (non-governmental organization)
NIK	Najwyższa Izba Kontroli
NIZP PZH – PIB	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny – Państwowy Instytut Badawczy

ODT	opieka długoterminowa
OECD	Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (Organization for Economic Cooperation and Development)
ONZ	Organizacja Narodów Zjednoczonych
OPS	ośrodek pomocy społecznej
OW	ośrodek wsparcia
PER	analiza wydatków publicznych (public expenditure review)
PFRON	Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
PKB	produkt krajowy brutto
PLN	złoty polski
POZ	podstawowa opieka zdrowotna
RDP	rodzinny dom pomocy
SHA	system rachunków zdrowia (System of Health Accounts)
SUO	specjalistyczne usługi opiekuńcze
UE	Unia Europejska
UO	usługi opiekuńcze
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization)
ZOL	zakład opiekuńczo-leczniczy
ZPO	zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy
ZER MSWiA	Zakład Emerytalno-Rentowy Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji
ZUS	Zakład Ubezpieczeń Społecznych

SPIS TREŚCI

Podziękowania.....	3
Akronimy i skróty.....	4
Spis rycin.....	8
Spis tabel.....	13
Streszczenie	15
Charakterystyka demograficzna, zdrowotna i społeczna	40
Zmiana demograficzna	40
Zdrowie osób w starszym wieku	43
Uwarunkowania społeczne, gospodarcze i kulturowe.....	50
System opieki długoterminowej w Polsce	57
Struktura organizacyjna opieki długoterminowej w Polsce	57
Kadry w opiece długoterminowej.....	96
Finansowanie opieki długoterminowej.....	102
Najważniejsze wyzwania i rozwiązania dla polskiego systemu opieki długoterminowej.....	125
Rozpoznanie wyzwań i wypracowanie rozwiązań.....	125
Priorytetyzacja rozwiązań w zakresie opieki długoterminowej.....	133
Zarządzanie.....	141
A. Definicja opieki długoterminowej, akty prawne oraz system świadczenia usług	141
B. Kryteria uprawniające do korzystania z usług.....	148
C. Obecne i przyszłe zapotrzebowanie na opiekę długoterminową oraz podaż usług ODT.....	154

D. Dane dotyczące opieki długoterminowej.....	166
E. Różnice regionalne w zakresie planowania strategicznego rozwoju opieki długoterminowej.....	174
F. Informowanie społeczeństwa o usługach opieki i uzyskiwaniu dostępu do nich	180
Podsumowanie rozwiązań z zakresu zarządzania	186
Finansowanie.....	188
A. Wydatki publiczne na opiekę długoterminową.....	188
B. Zwiększenie stabilności programów rządowych.....	200
Podsumowanie rozwiązań w obszarze finansowania	205
Kadry.....	206
A. Personel opieki długoterminowej w Polsce	206
B. Kompetencje wybranych pracowników opieki długoterminowej.....	222
Podsumowanie rozwiązań w obszarze kadr	235
Jakość.....	237
A. Jakość formalnej opieki długoterminowej	237
Podsumowanie rozwiązań w obszarze jakości.....	254
Infrastruktura	255
A. Sytuacja mieszkaniowa osób starszych i osób z niepełnosprawnością.....	255
Podsumowanie rozwiązań w obszarze infrastruktury	265
Rynek usług prywatnych	266
A. Partnerstwo publiczno-prywatne w opiece długoterminowej	266
Podsumowanie rozwiązań w obszarze rynku prywatnego	274
Zgodność z dokumentem dotyczącym wizji opieki długoterminowej	275
Podsumowanie.....	278
Załącznik 1: Metodologia analiz przeprowadzonych na potrzeby raportu.....	281

SPIS RYCIN

Rycina 1. Udział osób w wieku 65 lat i starszych oraz w wieku 80 lat i starszych w populacji kraju	41
Rycina 2. Współczynniki umieralności (2021) i hospitalizacji (2020) dla osób w wieku 65 lat i starszych (na 100 tys. mieszkańców) z powodu chorób układu krążenia, w przekroju województw.....	44
Rycina 3. Współczynniki umieralności (2021) i hospitalizacji (2020) dla osób w wieku 65 lat i starszych (na 100 tys. mieszkańców) z powodu chorób nowotworowych, w przekroju województw	45
Rycina 4. Współczynniki umieralności (2021) i hospitalizacji (2020) dla osób w wieku 65 lat i starszych na 100 tys. mieszkańców z powodu cukrzycy, w przekroju województw	46
Rycina 5. Czy cierpi Pan(i) na jakąś długotrwałą (tzn. trwającą pół roku lub dłużej) chorobę lub problem zdrowotny?	49
Rycina 6. Których aspektów pogorszenia się zdrowia obawia się Pan(i) najbardziej, myśląc o swoim starzeniu się?	50
Rycina 7. Dynamika współczynników demograficznych w Polsce w latach 2022-2060 (współczynnik obciążenia demograficznego osobami starszymi, współczynnik wsparcia rodziców, współczynnik potencjału pielęgnacyjnego).....	54
Rycina 8. Uproszczony schemat dostępnych usług w ODT w Polsce	60
Rycina 9. Liczba klientów i liczba placówek DPS w sektorze pomocy społecznej w Polsce w latach 2017-2021	62
Rycina 10. Placówki DPS według profilu beneficjentów w 2021 r.	63
Rycina 11. Klienci DPS na 100 tys. mieszkańców, w przekroju województw, w latach 2017, 2019 i 2021.....	65
Rycina 12. Klienci DPS według typu placówki i wskaźniki obłożenia DPS (liczba klientów w stosunku do liczby łóżek – prawa oś i wykres liniowy) w 2021 r.	67
Rycina 13. Liczba klientów korzystających z wybranych usług OW.....	69
Rycina 14. Liczba klientów i liczba placówek opieki dziennej (OW i schroniska z UO) w sektorze pomocy społecznej w latach 2017-2021	70

Rycina 15. Klienci korzystający z opieki dziennej (OW i schroniska z UO) w sektorze pomocy społecznej w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców, w przekroju województw, w latach 2017, 2019 i 2021.....	71
Rycina 16. Łączna liczba klientów i średni koszt na klienta z tytułu UO realizowanych w sektorze pomocy społecznej w latach 2017-2021.....	75
Rycina 17. Klienci korzystający z UO w sektorze pomocy społecznej w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców, według województw, w latach 2017, 2019 i 2021.....	76
Rycina 18. Łączna liczba klientów i średni koszt na klienta z tytułu SUO realizowanych w sektorze pomocy społecznej w latach 2017-2021.....	77
Rycina 19. Klienci korzystający z SUO w sektorze pomocy społecznej na 100 tys. mieszkańców, w przekroju województw, w latach 2017, 2019 i 2021	78
Rycina 20. Liczba pacjentów i liczba placówek ZOL/ZPO w sektorze ochrony zdrowia w Polsce w latach 2017-2021	83
Rycina 21. Liczba ZOL i ZPO w przekroju województw, stan na koniec 2021 r.	84
Rycina 22. Liczba pacjentów ZPO/ZOL na 100 tys. mieszkańców w sektorze ochrony zdrowia, w przekroju województw, w latach 2017, 2019 i 2021.....	86
Rycina 23. Łączna liczba pacjentów objętych domową opieką pielęgniarską i łączna liczba podmiotów świadczących domową opieką pielęgniarską w sektorze opieki zdrowotnej w latach 2017-2021	89
Rycina 24. Pacjenci korzystający z domowej opieki pielęgniarskiej na 100 tys. mieszkańców w sektorze ochrony zdrowia, w przekroju województw, w latach 2017, 2019 i 2021	89
Rycina 25. Personel ODT, w tym policzalni pracownicy sektora ODT	98
Rycina 26. Liczba pracowników ODT na 100 osób w wieku 65+ w latach 2019 i 2011 (lub w najbliższym roku)	99
Rycina 27. Udział procentowy personelu ODT (zarówno w sektorze ochrony zdrowia, jak i pomocy społecznej) w populacji pracujących w Polsce w 2019 r.....	100
Rycina 28. Personel ODT w placówkach stacjonarnych sektora pomocy społecznej rozumiany jako personel DPS z wyłączeniem pracowników administracyjnych.....	101
Rycina 29. Personel ODT w placówkach stacjonarnych sektora ochrony zdrowia rozumiany jako personel ZOL i ZPO	102

Rycina 30. Finansowanie i przepływy finansowe w ODT w Polsce.....	103
Rycina 31. Poziom i struktura finansowania ODT w Polsce w 2021 r. (kwoty całkowite podane dla sektora społecznego i zdrowotnego nie uwzględniają świadczeń pieniężnych oraz programów rządowych)	104
Rycina 32. Nakłady na ODT jako odsetek PKB w krajach Europy w 2021 r.	105
Rycina 33. Całkowite wydatki na ODT w sektorze pomocy społecznej (bez świadczeń pieniężnych, bez dopłat klientów ani RDP) w latach 2019, 2020 i 2021	107
Rycina 34. Całkowite wydatki na ODT w sektorze ochrony zdrowia (ZOL/ZPO oraz opieka domowa, bez opłat bezpośrednich) w latach 2019, 2020 i 2021	108
Rycina 35. Beneficjenci korzystający z długoterminowej opieki stacjonarnej (DPS, ZOL/ZPO) lub z opieki domowej jako odsetek ogółu beneficjentów/wydatków w sektorach ochrony zdrowia i pomocy społecznej	109
Rycina 36. Liczba usług oraz kwota wydatków na OW w 2021 r. (bez dopłat klientów)	111
Rycina 37. Łączna liczba i kwota wydatków na UO w sektorze pomocy społecznej (bez dopłat klientów)	112
Rycina 38. Łączna liczba SUO realizowanych w sektorze pomocy społecznej i średnia kwota wydatków SUO na jednego klienta w latach 2017- 2021 (bez dopłat klientów)	114
Rycina 39. Liczba usług oraz kwota wydatków na świadczenia ZOL i ZPO w 2021 r. (bez dopłat pacjentów)	118
Rycina 40. Projekty w obszarze sfinansowane ze środków UE, udział EFRR i EFS w puli środków finansowych z UE w latach 2014-2020	123
Rycina 41. Zagregowana wartość projektów w obszarze ODT oraz kwota dofinansowania z UE w latach 2014-2020	124
Rycina 42. Uzupełniające akty prawne regulujące ODT w Polsce (tj. z wyłączeniem ustawy o pomocy społecznej i ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	143

Rycina 43. Czy należy zmienić sposób orzekania o niesamodzielności/ niepełnosprawności osób wymagających ODT?	151
Rycina 44. Osoby otrzymujące wybrane usługi ODT w 2021 r. (liczba i procent dorosłej populacji)	155
Rycina 45. Udział osób starszych w populacji a średnia długość życia	156
Rycina 46. Analiza porównawcza liczby osób korzystających z ODT w sektorze publicznym (z wyłączeniem świadczeń pieniężnych) w 2021 r.	159
Rycina 47. Współczynnik obciążenia demograficznego a liczba klientów korzystająca z usług ODT – sektor pomocy społecznej	160
Rycina 48. Współczynnik obciążenia demograficznego a liczba pacjentów korzystająca z usług ODT – sektor ochrony zdrowia	161
Rycina 49. Czy według Pana(-i) dostępne w Polsce usługi ODT są wystarczające (odpowiadają potrzebom osób chorych, z niepełnosprawnością i starszych)?	163
Rycina 50. Struktura wykorzystania usług opiekuńczych w sektorze pomocy społecznej, w przekroju województw	174
Rycina 51. Struktura wykorzystania usług opiekuńczych w sektorze ochrony zdrowia, w przekroju województw	175
Rycina 52. Mapa planów regionalnych dotyczących zaplanowanych działań na rzecz ODT, które mają zostać wdrożone w najbliższej przyszłości przez każde z województw	177
Rycina 53. Jakiego rodzaju wsparcie jest najbardziej potrzebne, aby móc opiekować się długoterminowo osobą starszą lub osobą z niepełnosprawnością?	181
Rycina 54. Przewidywany wzrost wydatków na ODT w latach 2019-2070 jako udział w PKB na podstawie scenariusza AWG	190
Rycina 55. „Kiedy myśli Pan(i) o usługach ODT w Polsce, jakie jest Pana(-i) zdanie na temat...”	194
Rycina 56. Gotowość beneficjentów do współpłacenia za ODT	198
Rycina 57. Pielęgniarki ODT w sektorze ochrony zdrowia	207
Rycina 58. Wiek oraz płeć pracowników ODT w sektorze ochrony zdrowia w latach 2017-2021	208

Rycina 59. Prognoza miesięcznego zapotrzebowania na opiekę w Polsce, w godzinach	214
Rycina 60. Zapotrzebowanie na pracowników w sektorze formalnym i nieformalnym	214
Rycina 61. Kto Pana(-i) zdaniem powinien być odpowiedzialny za opiekę i pomoc w codziennych czynnościach w przypadku nagłego pogorszenia się stanu Pana(-i) zdrowia (łagodnego, umiarkowanego, ciężkiego)?	226
Rycina 62. Gdyby w najbliższych dwóch latach Pana(-i) stan zdrowia uległ znacznemu pogorszeniu i wymagał(a)by Pan(i) opieki długoterminowej, jak chciał(a)by Pan(i), aby ta opieka została zorganizowana?	228
Rycina 63. Czy kiedykolwiek omawiał(a) Pan(i) kwestie związane ze starzeniem się i przyszłymi potrzebami opieki ze swoimi bliskimi (rodziną, przyjaciółmi)?	229
Rycina 64. Jak należy rozumieć jakość w ODT?	249
Rycina 65. Jakiego rodzaju narzędzia mogą służyć poprawie oceny jakości ODT w Polsce?	249
Rycina 66. Odsetek osób w wieku 65+ mieszkających samotnie	264

SPIS TABEL

Tabela 1. Główne obszary rozwiązań wyznaczone przez Klienta do oceny i analizy pod kątem adekwatności i wykonalności	38
Tabela 2. Liczba DPS w przekroju województw, w latach 2017-2021 (włącznie z jednym regionalnym DPS).....	64
Tabela 3. Świadczenia pieniężne dla osób zagrożonych niesamodzielnością oraz ich opiekunów.....	93
Tabela 4. Nakłady na ODT jako odsetek polskiego PKB w latach 2019-2021, w podziale na sektory z ODT.....	105
Tabela 5. Wydatki publiczne na ODT w sektorze pomocy społecznej (bez dopłat bezpośrednich beneficjentów).....	107
Tabela 6. Wydatki publiczne na ODT w sektorze ochrony zdrowia (bez dopłat bezpośrednich beneficjentów)	108
Tabela 7. Liczba usług oraz całkowita kwota wydatków na DPS w 2021 r. (bez dopłat klientów)	110
Tabela 8. Liczba usług oraz kwota wydatków na UO (z wyłączeniem SUO) w 2021 r. (bez dopłat klientów)	113
Tabela 9. Liczba usług oraz kwota wydatków na SUO w 2021 r. (bez dopłat klientów).....	114
Tabela 10. Liczba usług oraz kwota wydatków na SUO dla osób z zaburzeniami psychicznymi w 2021 r. (bez dopłat klientów).....	116
Tabela 11. Liczba usług oraz kwota wydatków na długoterminową domową opiekę pielęgniarstwa w 2021 r. (bez dopłat pacjentów).....	119
Tabela 12. Liczba usług oraz kwota wydatków na domową wentylację mechaniczną w 2021 r. (bez dopłat pacjentów)	120
Tabela 13. Liczba beneficjentów oraz koszty poszczególnych typów świadczeń pieniężnych w 2021 r.	122
Tabela 14. Kluczowe obszary umożliwiające osiągnięcie zintegrowanego kontinuum ODT w Polsce, na podstawie wytycznych WHO, 2021 r.	127

Tabela 15. Kluczowe wyzwania w zakresie ODT oraz obszary rozwiązań.....	132
Tabela 16. Rozwiązania rekomendowane do realizacji w pierwszej fazie i ich uzasadnienie	133
Tabela 17. Fazy realizacji dla każdego z obszarów rozwiązań.....	136
Tabela 18. Analiza SWOT dla wdrożenia ustawy lub nowelizacji odnośnych ustaw dotyczących ODT w Polsce.....	147
Tabela 19. Zapotrzebowanie na opiekę w godzinach według polskiego regionu NUTS1 w 2019 r. (definicja regionów GUS z 2013 r.).....	157
Tabela 20. Prognozowane zapotrzebowanie na opiekę w godzinach według polskiego regionu NUTS1 w latach 2022-2060 (definicja regionów GUS z 2013 r.).....	158
Tabela 21. Odsetek osób o ograniczonych kompetencjach zdrowotnych według grup socjodemograficznych w Polsce i wybranych krajach UE	185
Tabela 22. Liczba pacjentów ODT w przeliczeniu na pielęgniarkę w opiece domowej i stacjonarnej (tylko w sektorze ochrony zdrowia) w wybranych krajach UE – dane dla Polski nie były dostępne w analizowanym zbiorze	210
Tabela 23. Prognozy dostępności opiekunów nieformalnych	230
Tabela 24. Wskaźniki obciążenia demograficznego osobami starszymi, wsparcia rodziców i potencjału pielęgnacyjnego w latach 2021-2050.....	232
Tabela 25. Kluczowe obszary i odpowiadające im najważniejsze wskaźniki oceny jakości ODT w Polsce.....	238
Tabela 26. Liczba i wyniki kontroli przeprowadzonych przez wojewodów w latach 2017-2021.....	242
Tabela 27. Liczba beneficjentów z placówek całodobowej opieki prowadzonych w ramach działalności gospodarczej w 2021 r.	268

STRESZCZENIE

Polska przechodzi poważną zmianę demograficzną, wywołaną między innymi dłuższym przeciętnym trwaniem życia czy powojennym wyżem demograficznym, którego przedstawiciele właśnie zbliżają się do wieku emerytalnego, a także niezmiennie niskim wskaźnikiem urodzeń. W Polsce osoby powyżej 65. roku życia stanowią 19,5 proc. ogółu społeczeństwa, a osoby powyżej 80. roku życia – 4,2 proc. W 2023 r. wskaźnik przeciętnego trwania życia w Polsce wyniósł 73,4 roku dla mężczyzn i 81,1 roku dla kobiet. Osoby starsze szczególnie mocno odczuły skutki pandemii COVID-19, w wyniku której zanotowano tymczasowy spadek wskaźników przeciętnego trwania życia. Główny Urząd Statystyczny (GUS) prognozuje dalszy wzrost udziału osób starszych w populacji: w 2040 r. osoby w wieku 65 lat i starsze mają stanowić 24,6 proc. polskiego społeczeństwa, a osoby w wieku 80 lat i starsze – 8,7 proc.

Z uwagi na mnogość definicji niepełnosprawności w Polsce trudno jest podać faktyczną liczbę osób żyjących z niepełnosprawnością, ale według Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań z 2021 r. orzeczenie o różnym stopniu niepełnosprawności posiadało ok. 14 proc. ludności kraju.

W Polsce występują istotne różnice demograficzno-geograficzne. Wskaźniki przeciętnego trwania życia różnią się bowiem w zależności od płci i województwa, charakterystyczne są też dysproporcje dochodowe w zależności od wieku: osoby starsze są szczególnie narażone na ubóstwo. Mamy do czynienia z poważną i narastającą dysproporcją między przeciętnym trwaniem życia a przeciętnym trwaniem życia w zdrowiu, czyli oczekiwaną liczbą lat przeżytych w dobrym zdrowiu. Ważnym czynnikiem w tym kontekście jest płeć, jako że kobiety, choć statystycznie żyją dłużej, częściej niż

mężczyźni zgłaszają występowanie chorób przewlekłych. Rozbieżność między przeciętnym trwaniem życia oraz przeciętnym trwaniem życia w zdrowiu ma również wymiar regionalny: w 2021 r. najdłuższe przeciętne trwanie życia w zdrowiu odnotowano w województwie wielkopolskim, a najniższe w województwie lubelskim. Tymczasem najwyższe wskaźniki przeciętnego trwania życia odnotowano w województwie małopolskim, a najniższe w łódzkim. Według prognoz współczynnik obciążenia demograficznego ulegnie w Polsce podwojeniu z 30 proc. w 2022 r. do 60 proc. w 2060 r., co przekłada się na dodatkową presję opiekuńczą z punktu widzenia ludności w wieku produkcyjnym. Zjawiska te zachodzą w społeczeństwie, które już jest mocno obciążone chorobami układu krążenia (ChUK), nowotworami i cukrzycą, a także upadkami osób starszych – są to główne przyczyny zachorowalności i umieralności wśród seniorów. Jak wskazują wyniki badań ankietowych przeprowadzonych na zlecenie Banku Światowego (BS), samoocena stanu zdrowia pogarsza się wraz z wiekiem, przy czym respondenci szczególnie obawiają się wystąpienia deficytów fizycznych, osłabienia funkcji poznawczych i pojawienia się określonych chorób przewlekłych. W przypadku osób starszych większym obciążeniem zdrowotnym towarzyszą niższe dochody, jako że stopa ubóstwa relatywnego jest wśród seniorów ponadprzeciętnie wysoka, a wielu z nich żyje w złych warunkach mieszkaniowych.

W Polsce opieka długoterminowa (ODT) jest w większości świadczona nieformalnie (w około 80 proc., pozostałe 20 proc. to opieka formalna), przy czym należy się spodziewać wzrostu zapotrzebowania na formalne i nieformalne usługi opiekuńcze. Opiekę nieformalną świadczy rodzina, przyjaciele, znajomi oraz sąsiedzi, natomiast opieka formalna jest organizowana i finansowana z rozmaitych środków publicznych. Rola opiekuna oraz oczekiwania i możliwości w zakresie zaspokajania potrzeb opiekuńczych ewoluują jednak wraz ze zmianami demograficznymi takimi jak starzenie się społeczeństwa, spadek dzietności i przemiany społeczno-gospodarcze. Przed szczególnym wyzwaniem stoją osoby z tzw. pokolenia przegubowego (w wieku 45-64 lat), które muszą

jednocześnie zapewnić opiekę dzieciom i rodzicom. Na tę dynamikę wpływa również struktura gospodarstw domowych: w miejsce rodzin wielopokoleniowych coraz częściej pojawiają się rodziny nuklearne (małe, dwupokoleniowe), co może zwiększać popyt na publiczne bądź prywatne usługi ODT. Tam, gdzie wsparcie nieformalne jest niedostępne albo niewystarczające, pojawia się zapotrzebowanie na formalne mechanizmy opiekuńcze – państwowe lub prywatne. Warto przy tym pamiętać, że grupa osób starszych będzie coraz liczniejsza. W związku z tym przewiduje się, że opiekunowie nieformalni będą coraz bardziej obciążeni, a formalne usługi opiekuńcze – coraz bardziej potrzebne.

W Polsce usługi ODT są realizowane w sektorze ochrony zdrowia oraz w sektorze pomocy społecznej, a świadczenia dzielą się na różnego rodzaju usługi oraz pomoc pieniężną. Usługi mogą być realizowane w trybie stacjonarnym (placówki całodobowe), dziennym oraz środowiskowym lub domowym. W sektorze pomocy społecznej do placówek stacjonarnych zalicza się przede wszystkim domy pomocy społecznej (DPS), które zapewniają opiekę znacznemu odsetkowi potrzebujących opieki osób starszych i osób z niepełnosprawnością oraz realizują szeroką gamę usług bytowych, opiekuńczych, wspomagających i edukacyjnych. Są to także rodzinne domy pomocy (RDP), tj. znacznie mniejsze placówki opieki całodobowej dla osób wymagających stałego wsparcia ze względu na wiek lub niepełnosprawność. W sektorze ochrony zdrowia funkcjonują zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL) i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO), które w zależności od potrzeb oprócz usług bytowych zapewniają również usługi medyczne. W trybie dziennym usługi ODT są świadczone m.in. przez ośrodki wsparcia oraz schroniska funkcjonujące w sektorze pomocy społecznej. Opieka środowiskowa i domowa w sektorze pomocy społecznej jest realizowana w ramach ośrodków wsparcia oraz pakietu usług opiekuńczych, a w sektorze ochrony zdrowia w ramach pielęgniarstwa domowego lub opieki nad osobami wentylowanymi mechanicznie. Ważnym uzupełnieniem opieki środowiskowej w sektorze pomocy społecznej są programy takie jak „Opieka 75+”

czy „Opieka wytchnieniowa”. Świadczenia pieniężne odgrywają ważną rolę jako źródło dofinansowania dla osób starszych i osób z niepełnosprawnością oraz ich opiekunów.

Niezależnie od wszystkich wymienionych rozwiązań Polska mierzy się obecnie z ogromnym wyzwaniem, jakim jest zapewnienie dostępu do przystępnych cenowo usług ODT dobrej jakości. Na potencjał opiekuńczy wpływa niska dostępność kadr, tj. opiekunów formalnych i nieformalnych, a także deficyt innych zasobów, takich jak ramy zarządzania, środki fiskalne i finansowe, nadzór nad jakością i standardy opieki. Mając to na uwadze, Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej (MFiPR), w porozumieniu z Ministerstwem Zdrowia (MZ) oraz Ministerstwem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (MRPiPS) i przy wsparciu tych resortów, zleciło BŚ przygotowanie niniejszego przeglądu strategicznego (zwanego dalej raportem), w którym opisano system ODT w Polsce w jego obecnym kształcie, zidentyfikowano kluczowe wyzwania systemowe i sformułowano rekomendacje na przyszłość.

Niniejszy raport wpisuje się w szerszy program reform publicznych i jest oparty na dokumencie zatytułowanym „Wizja opieki długoterminowej”, który stanowi jeden z produktów przygotowanych przez BŚ na zlecenie MFiPR i nakreśla ambitne cele, jakie przyświecać powinny świadomym zobowiązań decydentom wobec starzejącego się społeczeństwa. Raport to kolejny etap prac nad katalogiem rozwiązań będących odpowiedzią na główne wyzwania i mających doprowadzić do optymalnej realizacji założeń zawartych w „Wizji opieki długoterminowej”. Kolejny krok w ramach reformy ODT to sporządzenie planów działania, w tym budżetu, harmonogramu oraz zasobów niezbędnych do wdrożenia rozwiązań. W związku z tym w raporcie nie przeprowadzono analiz wykonalności dla rozwiązań w poszczególnych obszarach. Jego celem jest sformułowanie zaleceń w odpowiedzi na najistotniejsze krajowe wyzwania zidentyfikowane w strategicznym przeglądzie ODT. Struktura raportu odzwierciedla zatem porządek wyzwań przypisanych do następujących kategorii tematycznych:

zarządzanie, finansowanie, kadry, jakość, infrastruktura, rynek usług prywatnych.

Chcąc przyspieszyć rozwój systemu ODT w Polsce, w ciągu najbliższego roku-dwóch lat należy przeprowadzić trzy główne reformy. Po pierwsze, należy przyjąć prawnie wiążącą, spójną definicję ODT zarówno w sektorze ochrony zdrowia, jak i pomocy społecznej – pomoże to usprawnić zarządzanie i finansowanie oraz podnieść jakość usług. Po drugie, trzeba zwiększyć finansowanie ODT. Korzyści z tego płynące to lepszy dostęp do usług i poprawa ich jakości, a także poprawa zarządzania i efektywności systemu ODT. Trzecie zadanie dotyczy opracowania ram jakości ODT – ma to być dokument z opisem nowego systemu jakości, monitorowania oraz gromadzenia i wykorzystywania danych w celu poprawy jakości usług. Te trzy elementy – jednolita definicja, dodatkowe finansowanie i ramy jakości – stanowią pierwszy etap rozwoju ODT i są fundamentem dalszych reform. Finansowanie i ustawodawstwo to dwa warunki konieczne do zastosowania rozwiązań z innych obszarów opisanych w raporcie, w tym reformy kadrowej, poprawy dostępu do usług i lepszej koordynacji w ramach systemu. Nie tylko poprawią one skuteczność obecnego systemu, ale też utrudnią drogę do dalszych reform w przyszłości. Równolegle trzeba pracować nad jakością, aby mieć pewność, że niezależnie od rodzaju usług opieka będzie świadczona bezpiecznie, skutecznie i celowo. Na podobnej zasadzie proponowane rozwiązania dotyczące rynku prywatnego i polityki mieszkaniowej stanowią dopełnienie dotychczasowych mechanizmów i są możliwe do zrealizowania w kolejnych latach. Rozwiązania proponowane w ramach drugiego i trzeciego etapu przedstawiono w podrozdziale „Priorytetyzacja rozwiązań w zakresie opieki długoterminowej”. Poniżej znajduje się szczegółowy opis wyzwań i rekomendacji dla ODT.

ZARZĄDZANIE

W Polsce zarządzanie ODT jest niewystarczająco rozwinięte, a do tego funkcjonuje w rozbiciu na dwa sektory: ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Dotychczas nie udało się wypracować należytej koordynacji międzysektorowej, przez co opieka jest udzielana fragmentarycznie i nie zawsze efektywnie. Ponadto luki w koordynacji i zarządzaniu mogą być hamulcem w procesie szerokich zmian strategicznych, takich jak odejście od instytucjonalizacji ODT. Do najsłabszych ogniw w łańcuchu zarządzania ODT w Polsce zaliczamy brak wspólnych, dla obu systemów, ram zarządzania oraz rozproszone źródła finansowania. Nadmiernie skomplikowana struktura administracyjna wpływa na realizację usług, co widać choćby po dynamice regulacji czy regionalnych dysproporcjach w finansowaniu i realizacji usług. Ład zarządczy i proces decyzyjny wymagają danych, tymczasem i one są cząstkowe.

W Polsce nie ma jednolitej definicji ODT obowiązującej dla sektora ochrony zdrowia, jak i pomocy społecznej. Istnieje co prawda definicja ODT opracowana przez MZ, lecz nie ma definicji wspólnej dla obu sektorów, tzn. zdrowotnego i społecznego. W użyciu są definicje, a zgodnie z Zaleceniem Rady UE z 2022 r. oraz Komitetu Ochrony Społecznej z 2021 r. ODT powinna obejmować usługi i wsparcie dla osób, które w wyniku słabości, choroby lub niepełnosprawności psychicznej lub fizycznej przez dłuższy czas potrzebują pomocy w czynnościach życia codziennego lub pewnej stałej opieki pielęgnacyjnej. Pojęcia takie jak „osoba starsza”, „niepełnosprawność” czy „niesamodzielność” nie są zdefiniowane prawnie, a tym samym mogą być używane w różnych kontekstach i różnie rozumiane zarówno przez decydentów, jak i usługodawców oraz samych beneficjentów. Ponadto szacuje się, że ODT w Polsce jest regulowana przez aż 70 aktów prawnych.

Brak jednolitego, kompleksowego systemu informacji o usługach ODT w Polsce skutkuje zamieszaniem informacyjno-kompetencyjnym, często też niepotrzebnie wydłuża ścieżkę dostępu

beneficjentów do świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Opóźnienia w dostępie do opieki wynikają po części z czynników popytowych, a po części z czynników podażowych. Po pierwsze, osoby poszukujące opieki z trudem poruszają się po systemie ze względu na skąpe i nie zawsze przystępne informacje o zakresie usług (co i gdzie jest oferowane oraz jak uzyskać dostęp do określonych usług w systemie publicznym). Ma to wpływ na podaż, ponieważ usługodawcy w systemie nie zawsze wiedzą, kto kwalifikuje się do jakiej usługi oferowanej przez inny sektor, i nieraz brakuje im systemowego, zintegrowanego obrazu dostępnych rozwiązań. Poza tym beneficjenci ODT zainteresowani ofertą prywatnego rynku – lub zmuszeni z tej oferty korzystać z braku odpowiednich alternatyw publicznych i/lub informacji o nich – rozważają różne opcje bez wiedzy niezbędnej do podjęcia właściwej decyzji (np. jakie elementy powinna uwzględniać opieka oraz którzy usługodawcy są wiarygodni, w szczególności ci, którzy nie figurują w rejestrach prowadzonych przez wojewodów).

W rezultacie podejmowane decyzje mogą być oparte na niekompletnej wiedzy, a przez to nieoptymalne.

PROPONOWANE ROZWIĄZANIA

- 1.** Opracowanie jednolitych regulacji prawnych dla ODT, w tym definicji ODT, lub nowelizacja odnośnych ustaw;
- 2.** Określenie przejrzystych kryteriów uprawniających do korzystania z usług i programów ODT dla wszystkich beneficjentów, z uwzględnieniem różnych poziomów opieki (stacjonarnej/całodobowej, domowej, środowiskowej);
- 3.** Sporządzenie map placówek ODT w skali lokalnej, aby ułatwić przepływ informacji na temat placówek funkcjonujących w sektorze ochrony zdrowia i w sektorze pomocy społecznej;

4. Wyznaczenie koordynatorów ODT, np. w ośrodkach pomocy społecznej/centrach usług społecznych, oraz poszerzenie zakresu obowiązków wybranych koordynatorów podstawowej opieki zdrowotnej o funkcję osoby do kontaktu w sprawach ODT;
5. Opracowanie wzorów umów o wymianie danych ODT pomiędzy ministerstwami, jednostkami samorządu terytorialnego (JST) i usługodawcami ODT;
6. Przegląd istniejących aktów prawnych w celu zapewnienia odpowiednich i skoordynowanych polityk i wytycznych dotyczących gromadzenia danych ODT;
7. Podjęcie skutecznych starań, by w procesie monitorowania i ewaluacji programów ODT, także tych dofinansowanych z funduszy UE, gromadzono wnioski i informacje o rozwiązaniach, które się sprawdziły, z uwzględnieniem specyfiki potrzeb w wymiarze krajowym i wojewódzkim, w celu wykorzystania ich przy kolejnych interwencjach w obszarze ODT;
8. Opracowanie interaktywnego raportu typu *dashboard*, generującego analizy dotyczące sytuacji demograficznej, zapotrzebowania na opiekę i stanu realizacji usług dla każdego województwa;
9. Przyspieszenie procesu formułowania i wdrażania planów (np. lokalnych planów deinstytucjonalizacji) mających na celu poprawę realizacji usług w skali lokalnej;
10. Podjęcie skutecznych starań, by do zadań koordynatora ODT należało m.in. dbanie o komunikację i dostęp do informacji o usługach ODT;

- 11.** Skuteczne informowanie opinii publicznej o usługach ODT poprzez kampanię informacyjną oraz rządowe i samorządowe strony internetowe;
- 12.** Ciągły rozwój świadomości zdrowotnej społeczeństwa w zakresie potrzeb wynikających ze starzenia się ludności i potrzeb osób z niepełnosprawnością oraz rozwój wiedzy o dostępności i ofercie usług ODT w celu budowania świadomego społeczeństwa przy użyciu dostępnych środków komunikacji.

FINANSOWANIE

W 2021 r. szacowane nakłady publiczne na ODT w Polsce spadły poniżej średniej dla Unii Europejskiej (UE). Jak podaje Eurostat, w 2021 r. wydatki na ten cel w Polsce wyniosły 0,5 proc. PKB, w porównaniu do średnio 1,7 proc. w UE¹. Niskie nakłady na ODT w Polsce to problem o charakterze systemowym, który wymaga kompleksowych i strategicznych działań. Niezadowolenie społeczne z poziomu finansowania ODT uwidoczniło się m.in. w przeprowadzonych na zlecenie BŚ badaniach opinii społecznej i konsultacjach społecznych. Ważnym źródłem finansowania ODT w Polsce są Fundusze Europejskie (FE) ukierunkowane na rozwój opieki w trybie środowiskowym. Wyzwaniem pozostaje jednak kwestia optymalnego wykorzystania dostępnych środków, w tym unijnych, ponieważ dotychczasowa praktyka przyczynia się do rozdrobnienia finansowania w skali regionalnej i pozostawia niedosyt pod względem koordynacji i ukierunkowania strumieni finansowych. Odpowiedzią na brak stabilności, wynikający z krótkoterminowych i adresowanych do

¹ System rachunków zdrowia (ang. SHA) to jedyne roczne, kompleksowe źródło danych o nakładach na ODT w skali całej UE. O ile jednak wszystkie państwa członkowskie zgłaszają dane dotyczące komponentu zdrowotnego, to tylko połowa z nich robi to w odniesieniu do komponentu społecznego. Podane wyżej kwoty nakładów są zatem niekompletne, ponieważ sugerują, że w państwach członkowskich, które nie raportują danych o nakładach na komponent społeczny, nakłady te wynoszą zero (Komisja Europejska [2021], Raport w sprawie opieki długoterminowej 2021. Trendy, wyzwania i szanse w starzejącym się społeczeństwie. Tom I).

wybranej grupy beneficjentów programów rządowych, powinien być starannie przemyślany system ich planowania, zarządzania nimi i ich monitorowania. Po wprowadzeniu rozwiązań opartych na dowodach poprawa efektywności finansowania ODT stanie się bardziej osiągalna.

Struktura wydatków na ODT w Polsce odzwierciedla różnice między liczbą usług świadczonych w ochronie zdrowia, a tymi realizowanymi w ramach pomocy społecznej. I tak, w 2021 r. na wszystkie usługi ODT w systemie publicznym wydano w Polsce 8,5 mld zł (bez świadczeń pieniężnych). Większość tych usług dostarczono w sektorze pomocy społecznej (koszt 6,6 mld zł). System ochrony zdrowia odnotował znacznie mniejszą alokację budżetową na cele ODT (1,9 mld zł). Podobnie jest w przypadku liczby beneficjentów ODT w obu sektorach: zdecydowana większość z nich korzysta z usług oferowanych przez sektor pomocy społecznej. W obu sektorach mamy do czynienia z nierównomiernym rozłożeniem nakładów na poszczególne formy opieki, np. roczny budżet na całodobową opiekę stacjonarną znacznie przewyższa nakłady na domowe usługi ODT.

PROPONOWANE ROZWIĄZANIA:

- 1.** Zwiększenie finansowania ODT z budżetu państwa;
- 2.** Przegląd wydatków publicznych pod kątem efektywności nakładów na ODT i zaproponowanie rozwiązań budżetowych gwarantujących stabilność fiskalną systemu;
- 3.** Zapewnienie adekwatnych nakładów na ODT na każdym poziomie (krajowym, wojewódzkim, lokalnym) i w każdym trybie świadczenia usług (domowym, dziennym, stacjonarnym), z uwzględnieniem mechanizmu, jakim są bony opiekuńcze finansowane ze środków publicznych i dysponowane lokalnie (przez JST) jako adresowana do grupy docelowej dotacja popytowa umożliwiająca zakup usług ODT na dobrze uregulowanym rynku prywatnym;

4. Wprowadzenie mechanizmów wsparcia dla JST, które zobowiążą się do rozwijania inicjatyw w obszarze ODT zgodnie z zalecanymi kierunkami działań;
5. Ocena dotychczasowego systemu współpłacenia i przygotowanie do wdrożenia zmodyfikowanych zasad współpłacenia za usługi ODT w celu pozyskania dodatkowych przychodów bez obciążania finansowego słabszych grup społecznych;
6. Wprowadzenie zachęt i promowanie narzędzi dla osób gotowych zadbać o swoje przyszłe potrzeby w obszarze ODT poprzez inwestycje związane ze zdrowiem i dobrowolne inwestycje finansowe w formie oszczędności, ubezpieczeń i podobnych rozwiązań;
7. Koordynacja publicznego finansowania i legislacji w obszarze ODT;
8. Zapewnienie wieloletniego finansowania inicjatyw w obszarze ODT w celu zagwarantowania stabilności oraz długofalowego podejścia do planowania i alokacji zasobów;
9. Powiązanie finansowania inicjatyw w obszarze ODT z pozytywnymi wynikami procesu ich oceny, premiowanie jakości, doskonałości i elastyczności stosownie do zmieniających się potrzeb.

KADRY

W Polsce występują deficyty w zakresie liczby i dystrybucji pracowników oraz potencjału kadrowego ODT. Jednym z głównych wyzwań dla rozwoju usług ODT jest niedobór pracowników. Zważywszy na dwoisty charakter systemu, w którym część usług jest świadczona przez sektor pomocy społecznej, a część przez sektor ochrony zdrowia, brakuje wspólnych standardów zawodowych i zasad zatrudnienia, które obowiązywałyby w obu sektorach. O ile w przypadku DPS zasady

zatrudnienia są uregulowane, o tyle w innych placówkach pomocy społecznej świadczących usługi ODT nie obowiązują jednolite wymagania kadrowe. Sektor ochrony zdrowia charakteryzuje się natomiast ściśle określonymi wymogami co do kwalifikacji zatrudnionych w nim osób. Obowiązują również minimalne stawki wynagrodzeń dla pielęgniarek i lekarzy zatrudnionych w określonych podmiotach sektora ochrony zdrowia. W praktyce sektor ten jest obecnie bardziej konkurencyjny jako miejsce zatrudnienia niż sektor pomocy społecznej.

Choć prognozy rynku pracy wskazują na wzrost potencjalnej puli pracowników w obu sektorach, wyzwaniem pozostaje starzenie się kadr oraz stosunkowo niski prestiż zawodu. Trzeba też wspomnieć o kilku pozafinansowych czynnikach zniechęcających do podjęcia pracy opiekuńczej, takich jak wymagające warunki pracy, niewielkie możliwości rozwoju i częsty brak adekwatnego wsparcia przy realizacji usług ODT. Kwestie te nasilają się w przypadku usług świadczonych nieformalnie (a jest to model dominujący w przypadku polskiej populacji osób starszych), co rodzi pytania o nieoptymalne doświadczenie, wiedzę i kompetencje opiekunów rodzinnych i zatrudnianych prywatnie. Wdrożenie proponowanych rozwiązań powinno przyczynić się do osiągnięcia celu, jakim jest efektywne wykorzystanie kadr, a jednocześnie zmienić na lepsze rynek pracy w systemie ODT.

PROPONOWANE ROZWIĄZANIA:

- 1.** Podniesienie wynagrodzeń personelu ODT wszędzie tam, gdzie jest to zasadne, aby zapewnić podaż personelu i ciągłość opieki na styku różnych trybów i form udzielania opieki;
- 2.** Zachęcanie podmiotów realizujących usługi ODT do korzystania z dodatkowych źródeł kadrowych, takich jak migranci, opiekunowie rodzinni, NGO;

- 3.** Intensyfikacja działań zmierzających do standaryzacji i formalizacji zawodu opiekuna medycznego;
- 4.** Zwiększenie prestiżu i atrakcyjności zawodów opiekuńczych, np. poprzez kampanie informacyjno-edukacyjne oraz pakiety dodatkowych zachęt pozafinansowych, w tym możliwość wsparcia zdrowia psychicznego, możliwość fizjoterapii, dostęp do kursów/szkoleń zawodowych oraz poszerzania kompetencji;
- 5.** Wdrożenie mechanizmów zabezpieczających pracowników ODT przed wszelkiego rodzaju przemocą i nadużyciami;
- 6.** Ułatwianie dostępu do ścieżek podnoszenia kwalifikacji i szkoleń dla pracowników ODT, opracowanie ram kompetencji i ścieżek kariery, wprowadzenie możliwości rozwoju zawodowego pracowników ODT w oparciu o jednolite ramy kompetencji oraz rotację między różnymi formami i trybami opieki;
- 7.** Zdefiniowanie opieki nieformalnej;
- 8.** Wprowadzenie ułatwień dla opieki realizowanej w trybie nieformalnym i łagodzenie negatywnych konsekwencji ponoszonych przez opiekunów nieformalnych (w tym członków rodziny) na rynku pracy, m.in. poprzez uprawnienia emerytalne, ulgi podatkowe, elastyczność godzin pracy, gwarancje zatrudnienia;
- 9.** Zapewnienie wsparcia finansowego i pozafinansowego dla opiekunów nieformalnych (w tym członków rodziny), m.in. poprzez bony opiekuńcze, szkolenia i edukację, fizjoterapię, wspieranie zdrowia psychicznego, opiekę wytchnieniową/zastępczą;
- 10.** Zapewnienie opieki przejściowej i tymczasowej, aby osoby, które zdecydowały się podjąć roli opiekuna, miały czas na dostosowanie swoich obowiązków zawodowych, przeszkolenie w zakresie opieki i zaadaptowanie przestrzeni domowej do potrzeb beneficjenta ODT.

JAKOŚĆ

Z powodu niskiej dostępności mierników jakości i bardzo ograniczonego nadzoru, kontrola jakości usług ODT jest w Polsce dalece niewystarczająca. Pomimo określonych w poszczególnych rozporządzeniach tzw. standardów, na podstawie których placówki ODT mogą legalnie działać na rynku usług, brakuje spójnej definicji jakości mającej zastosowanie zarówno do sektora ochrony zdrowia, jak i pomocy społecznej, a także uniwersalnych wskaźników do pomiaru i oceny jakości usług. Brakuje odpowiednich standardów jakości, a kontrole w placówkach ODT są realizowane nieregularnie przez różne organy, w tym wojewodów, samorządy lokalne czy Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ).

Do najczęściej spotykanych nieprawidłowości należą m.in. niespełnione standardy opieki medycznej oraz niedobory kadrowe. W przywołanych wyżej badaniach opinii publicznej niemal połowa dorosłych Polaków ma złe zdanie o jakości usług ODT, a wśród osób, które korzystają z tych usług, odsetek negatywnych ocen jest jeszcze wyższy. Przeprowadzone na zlecenie BŚ konsultacje społeczne wskazują dodatkowo na potrzebę systemowego rozwiązania kwestii kontroli jakości, co będzie wymagać zdecydowanych działań instytucji szczebla krajowego oraz zaangażowania władz regionalnych.

PROPONOWANE ROZWIĄZANIA:

1. Powołanie grupy ekspertów w celu opracowania zintegrowanych ram jakości ODT w Polsce wraz z zestawem kluczowych wskaźników efektywności (KPI);
2. Uwzględnienie definicji, ram i wskaźników jakości w odpowiednich przepisach odnoszących się do ODT;

3. Uruchomienie krajowego mechanizmu monitorowania i ewaluacji jakości M&E) mającego zastosowanie do usługodawców, placówek i organizacji ODT;
4. Wdrożenie ankiet dla beneficjentów ODT, by zbierać opinie o systemie wśród beneficjentów ODT i ich bliskich;
5. Opracowanie publicznie dostępnej bazy danych ze wskaźnikami jakości dla poszczególnych placówek ODT (publicznych i prywatnych);
6. Wykorzystanie nowych technologii w celu poprawy zarządzania danymi, opieki nad beneficjentem i wykorzystania danych możliwie w czasie rzeczywistym, z myślą o lepszych rezultatach ODT;
7. Promowanie badań naukowych poświęconych zagadnieniom ODT w celu ulepszenia usług i usprawnienia systemu.

INFRASTRUKTURA

W związku z coraz liczniejszą populacją osób starszych w polskim społeczeństwie na pierwszy plan wysuwają się wyzwania dotyczące warunków mieszkaniowych. Warunki te w znacznym stopniu determinują bezpieczeństwo i jakość życia osób starszych i z niepełnosprawnością, zwłaszcza że często mają one ograniczoną mobilność. Wiele osób starszych w Polsce mieszka samotnie, zatem potencjalne bariery związane z warunkami mieszkaniowymi odgrywają istotną rolę. Dotychczasową politykę trzeba rozbudować pod kątem konkretnych potrzeb wynikających ze starzenia się społeczeństwa, które potrzebuje mieszkań dostosowanych do wymagań osób starszych i osób z niepełnosprawnością. Choć proponowane rozwiązania wykraczają poza kompetencje sektora ochrony zdrowia i pomocy społecznej, odpowiednie do wieku warunki mieszkaniowe są ważnym

czynnikiem determinującym, czy dana osoba będzie musiała zgłosić się po pomoc medyczną lub społeczną (na przykład z powodu upadku) lub wcześniej niż to konieczne przeprowadzić się do placówki opiekuńczej z powodu ryzyka związanego z nieodpowiednimi warunkami bytowymi. Dostępność lokali mieszkalnych dostosowanych do wieku i poziomu sprawności ma kluczowe znaczenie dla deinstytucjonalizacji systemu ODT, ponieważ oddala perspektywę przeniesienia beneficjenta do placówki ODT i umożliwia realizację opieki w trybie domowym, co bardzo często jest preferowanym wyborem. Jak wspomniano, proponowane rozwiązania wykraczają poza zakres kompetencji sektora ochrony zdrowia i pomocy społecznej, poddajemy je więc pod rozagę właściwym ministerstwom i/lub organom resortowym powołanym do realizacji tych zadań.

PROPONOWANE ROZWIĄZANIA:

- 1.** Rozwój zasobów mieszkaniowych przystosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnością i osób starszych;
- 2.** Dalsze prace nad uregulowaniem norm projektowych dla budynków i lokali przeznaczonych dla osób z niepełnosprawnością i osób starszych, z uwzględnieniem technologii i rozwiązań cyfrowych;
- 3.** Zapewnienie dalej idącego dofinansowania adaptacji przestrzeni mieszkalnej, usług asystenckich i technologii cyfrowych, aby osoby starsze i osoby z niepełnosprawnością, które wolą mieszkać we własnym domu, mogły w nim pozostać jak najdłużej;
- 4.** Współpraca z koordynatorami ODT (OPS/CUS) w zakresie dokonywania oceny potrzeb i udzielania beneficjentom wsparcia w pozyskiwaniu środków na adaptację przestrzeni mieszkalnej;
- 5.** Cykliczne diagnozowanie potrzeb mieszkaniowych na podstawie lokalnych uwarunkowań i prowadzenie gospodarki mieszkaniowej w sposób uwzględniający potrzeby ludności;

- 6.** Uregulowanie kwestii planistycznych pod kątem lokalnych uwarunkowań, z uwzględnieniem dostępu do środków komunikacji i bazy usługowej, a także form życia społecznego, zakupów i opieki zdrowotnej.

RYNEK USŁUG PRYWATNYCH

W ODT znane są przykłady partnerstwa publiczno-prywatnego (lub z udziałem podmiotów ekonomii społecznej), ale potencjał współpracy z sektorem prywatnym nie został jeszcze w pełni wykorzystany. Prywatne usługi ODT mogą z powodzeniem uzupełniać ofertę systemu publicznego. Statystyka publiczna zawiera pewne dane na temat prywatnych placówek opiekuńczych, ale niewiele wiadomo o usługach zlecanych przez publiczne instytucje ODT usługodawcom prywatnym. Brak informacji jest przeszkodą na drodze do egzekwowania potencjalnego systemu kontroli jakości, a bez odpowiednich przepisów i mechanizmów monitorowania trudno będzie zabezpieczyć jakość usług świadczonych przez podmioty prywatne. Potrzebna jest wytrwała koordynacja działań w obu sektorach, aby beneficjenci mogli w przyszłości korzystać z nich bez obaw o ciągłość opieki czy standard usług. Z uwagi na obecność rozmaitych podmiotów prywatnych i trzeciego sektora, w tym przedsiębiorstw komercyjnych, organizacji pozarządowych (NGO) i przedsiębiorstw społecznych, istniejące problemy z koordynacją usług ODT stają się jeszcze większym wyzwaniem. Z drugiej strony zróżnicowana oferta usługowa to szansa na wyeliminowanie braków czy wyrównanie dysproporcji międzyregionalnych. Wdrożenie proponowanych rozwiązań przyczyni się do osiągnięcia celu, jakim jest rozwój silnego partnerstwa publiczno-prywatnego, a jednocześnie pomoże sprawniej koordynować usługi ODT. Podobnie jak w obszarze infrastruktury proponowane poniżej rozwiązania wykraczają poza zakres kompetencji sektora ochrony zdrowia i pomocy społecznej, poddajemy je więc pod rozagę właściwym ministerstwom i/lub organom resortowym powołanym do realizacji tych zadań.

PROPONOWANE ROZWIĄZANIA:

- 1.** Bieżące aktualizowanie bazy danych z rejestrem wszystkich placówek opiekuńczych (publicznych i prywatnych tam, gdzie to możliwe) oraz z informacją na temat wolnych miejsc, co ułatwi poszukiwanie miejsca i pomoże wykorzystać istniejący potencjał usług;
- 2.** Zapewnienie koordynatorom ODT dostępu do bazy danych placówek ODT, aby mogli skutecznie doradzać beneficjentom w zakresie wolnych miejsc i dostępnych usług;
- 3.** Usprawnienie i operacjonalizacja mechanizmów nadzoru i kontroli nad prywatnymi placówkami zgodnie z wymogami określonymi w ramach jakości dla prywatnych i publicznych usługodawców ODT;
- 4.** Kontynuacja wysiłków na rzecz partnerstwa publiczno-prywatnego i pozarządowego oraz wymiany informacji.

Raport zawiera przegląd ODT w Polsce pod kątem integracji

i deinstytucjonalizacji opieki oraz rynku pracy. Kluczowe wyzwania stojące przed ODT w Polsce zidentyfikowano na podstawie kilku istotnych źródeł, takich jak: doświadczenia i percepcja beneficjentów ODT (pacjentów, klientów, rodzin, lokalnych środowisk, NGO i innych), systemowa analiza wybranych aspektów ODT, a także uwagi krajowych decydentów i stanowisko Komisji Europejskiej przedstawione w Krajowym Planie Odbudowy i Zwiększania Odporności, który obejmuje reformę A4.6: „Wzrost współczynnika aktywności zawodowej określonych grup poprzez rozwój opieki długoterminowej”. Celem tej reformy jest m.in. strategiczny przegląd ODT w Polsce w celu określenia priorytetowych kierunków niezbędnych reform, w tym deinstytucjonalizacji, wzmocnienia rynku pracy i poprawy koordynacji usług między sektorami. Poniżej przedstawiono trzy główne obszary reform i odpowiadające im rozwiązania.

Koordinacja/integracja: Ten obszar reform ma na celu wypracowanie strategicznego i zintegrowanego podejścia do realizacji usług ODT i zarządzania nimi. Opieka skoncentrowana na osobie, sprzyjająca zachowaniu samodzielności, z trudem pokonuje przeszkody wynikające z podziału na różne sektory i tryby/formy opieki oraz rozproszenie inicjatyw programowych i ustawodawczych. Opieka zintegrowana i skoordynowana oznacza, że beneficjent płynnie przechodzi przez proces opieki, otrzymując świadczenia opiekuńcze realizowane w odpowiednim trybie, dostosowanej formie i na miarę swoich potrzeb, z uwzględnieniem opieki nieformalnej, domowej i środowiskowej oraz, w razie potrzeby, stacjonarnej. Skoordynowany system opieki to warunek konieczny, by od zinstytucjonalizowanych form opieki przejść do systemów osadzonych w środowisku i miejscu zamieszkania². Dla poprawy koordynacji ODT w Polsce proponuje się m.in.: stworzenie ujednoliconego zbioru przepisów dotyczących ODT; zdefiniowanie przejrzystych kryteriów dostępu do wszystkich rodzajów usług ODT; mapowanie zasobów i potrzeb ODT; wyznaczenie koordynatorów ODT; sporządzenie wzorów umów o wymianie danych i uchwalenie przepisów dotyczących gromadzenia danych w ODT; monitorowanie i ewaluacja interwencji w obszarze ODT z myślą o konsekwentnym planowaniu strategicznym; opracowywanie analiz podaży i popytu w zakresie ODT; organizowanie kampanii uświadamiających; koordynowanie finansowania i przepisów dotyczących publicznych programów ODT; troska o to, by istniejące zaangażowanie sektora prywatnego ODT było bardziej efektywnie koordynowane, zarządzane i oceniane.

Rynek pracy: ODT jest usługą wymagającą intensywnego zaangażowania zasobów ludzkich, dlatego system wymaga odpowiedniej liczby dobrze wyszkolonych opiekunów, którzy z kolei potrzebują odpowiedniego wsparcia. W wielu wysokorozwiniętych

2 KE. (2022). *Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on the European Care Strategy*. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52022DC0440>

gospodarkach³ dynamika wzrostu podaży usług ODT nie nadąża za tempem starzenia się ludności. Liczba opiekunów w tych krajach nie rośnie albo wręcz spada, nawet tam, gdzie podaż usług ODT jest stosunkowo wysoka⁴. Tempo starzenia się polskiego społeczeństwa należy do najwyższych w UE⁵, a zważywszy na i tak niską podaż pracowników ODT, przewiduje się, że popyt będzie nadal znacznie ją przewyższał. Chcąc przeciwdziałać takiemu stanowi rzeczy, trzeba znaleźć rozwiązania, które pomogą przyciągnąć i zatrzymać pracowników ODT oraz wzmocnić sektorowy rynek pracy. Trzeba też zastosować mechanizmy wsparcia dla opiekunów nieformalnych i pomóc im zachować jak najlepszy status na rynku pracy. Praca opiekuna to nie tylko pomoc w zachowaniu higieny osobistej i wykonywaniu czynności dnia codziennego, ale również bardziej złożone zadania opiekuńcze. Odpowiednie szkolenia, certyfikacja i wsparcie są zatem niezbędne do zapewnienia opieki wysokiej jakości. Dla rozwoju rynku pracy ODT w Polsce proponuje się m.in.: podwyżki dla pracowników; podniesienie prestiżu zawodów opiekuńczych poprzez kampanie edukacyjne oraz dodatkowe świadczenia finansowe i pozafinansowe; ochronę pracowników przed nadużyciami; ułatwienie pracownikom dostępu do podnoszenia kwalifikacji i szkoleń; wzmocnienie opieki nieformalnej (realizacja i jakość usług) w oparciu o kilka rozwiązań o holistycznym charakterze, opisanych w dalszej części raportu.

Deinstytucjonalizacja: W trosce o dobrostan beneficjentów ODT warto wzmocnić ofertę opieki środowiskowej i domowej poprzez sprawowanie opieki w warunkach preferowanych przez beneficjenta. Wiele osób z niepełnosprawnością, problemami psychicznymi lub w podeszłym wieku przebywa w dużych, całodobowych placówkach. Jest tak nie tylko

3 Ponad połowa krajów OECD.

4 OECD. (2021). *Long-term care workers. Health at a Glance: OECD Indicators*. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/c8078fff-en/index.html?itemId=/content/component/c8078fff-en>

5 Eurostat. (2024). *Population structure and ageing*. [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing#:~:text=Regarding%20the%20share%20of%20people,%25\)%20had%20the%20lowest%20shares](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing#:~:text=Regarding%20the%20share%20of%20people,%25)%20had%20the%20lowest%20shares)

w Polsce, ale też i w innych krajach UE⁶. Opieka całodobowa nie jest jednak wystarczająco inkluzywna, a więc włączająca i równościowa wobec beneficjentów i ich potrzeb, przede wszystkim dlatego, że separuje te osoby od bliskich i znanego im środowiska⁷. W kontekście deinstytucjonalizacji usług ODT w Polsce proponuje się m.in.: mapowanie istniejących zasobów ODT; monitorowanie i ewaluację interwencji, zwłaszcza tych zaprojektowanych z myślą o deinstytucjonalizacji; wzmocnienie inicjatyw planistycznych na rzecz deinstytucjonalizacji, w tym szybsze opracowywanie i wdrażanie lokalnych planów deinstytucjonalizacji, które mają poprawić usługi ODT na poziomie lokalnym; rozpowszechnianie wiedzy o zdrowiu; stosowanie mechanizmów wynagradzania za wyniki, które przyczyniają się do poprawy jakości opieki (z naciskiem na opiekę pozainstytucjonalną); opracowanie rozwiązań mieszkaniowych, które sprzyjają starzeniu się w miejscu zamieszkania i we własnym środowisku.

Kilka spośród proponowanych w niniejszym raporcie rozwiązań odnosi się do wszystkich trzech obszarów reform i ma na celu usprawnienie dotychczasowego systemu realizacji usług. Ustawa o ODT lub nowelizacja odnośnych ustaw jest rozwiązaniem przydatnym z punktu widzenia wszystkich trzech reformowanych obszarów, ponieważ powinna określić uprawnienia beneficjentów do różnych form i trybów opieki, zdefiniować rolę opiekunów nieformalnych i ułatwiać koordynację między podmiotami w całym kontinuum opieki poprzez jasny opis ról i obowiązków. Kolejne przekrojowe rozwiązanie to koordynatorzy ODT, którzy mają wspierać rodziny w dostępie do wszelkiego rodzaju usług opiekuńczych, w tym opieki dziennej i domowej, a także dbać o sprawną koordynację działań w złożonym systemie. Rozwiązania z zakresu finansowania – zwiększenie

6 Europejska Grupa Ekspertów ds. przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej w lokalnej społeczności. (2012). *Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care*. <https://deinstitutionalisation.com/wp-content/uploads/2017/07/guidelines-final-english.pdf>.

7 Europejska Grupa Ekspertów ds. przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej w lokalnej społeczności. (2012). *Common European Guidelines...*

finansowania z budżetu państwa, przegląd wydatków publicznych, rozważenie optymalizacji finansowania i wykorzystania mechanizmów finansowych przez społeczeństwo, adekwatne i zrównoważone finansowanie każdego z trybów opieki, wspieranie regionów zainteresowanych realizacją zalecanych interwencji ODT – również wpływają na wszystkie cele reformy. Na przykład dążąc do deinstytucjonalizacji, trzeba najpierw zainwestować w inne tryby udzielania opieki, w tym w opiekę domową i środowiskową. Rozwiązania dla rynku pracy wymagają wzrostu zatrudnienia, rozwoju szkoleń i rozbudowy świadczeń pracowniczych oraz innych działań mających zapobiec odchodzeniu pracowników, a opisanych w dalszej części raportu. Inwestycje wymagają również wszelkiego rodzaju inicjatywy na rzecz poprawy koordynacji, w tym mapowanie podaży i popytu na usługi. Wreszcie w rozwiązaniach na rzecz poprawy jakości za cel stawiać należy dobre samopoczucie, bezpieczeństwo i zdrowie beneficjentów, co ma wiele punktów stykowych z deinstytucjonalizacją, rynkiem pracy i koordynacją opieki. Analiza opinii i doświadczeń zgłaszanych przez beneficjentów ODT i ich bliskich wskazuje na potrzebę podnoszenia jakości opieki, podczas gdy procesy monitorowania i ewaluacji usług (prowadzone w oparciu o zintegrowane ramy jakości) pozwolą wspierać usługodawców i decydentów we właściwej realizacji wyznaczonych zadań.

Wskazane w raporcie rozwiązania pozostają spójne z rekomendacjami Komitetu Organizacji Narodów Zjednoczonych ds. Praw Osób z Niepełnosprawnościami z 2018 r., które wskazują m.in., że potrzebne jest opracowanie i podjęcie konkretnych działań w zakresie deinstytucjonalizacji i przejścia (w określonych ramach czasowych) do niezależnego życia osób z niepełnosprawnością w społecznościach lokalnych, jak również zapewnienie odpowiednich środków finansowych na ten proces⁸.

8 Komitet Organizacji Narodów Zjednoczonych ds. Praw Osób z Niepełnosprawnościami (2018). *Rekomendacje dla Polski Komitetu ONZ ds. Praw Osób z Niepełnosprawnościami*. <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rekomendacje-dla-polski-komitetu-onz-komitetu-ds-praw-osob-z-niepe%C5%82nosprawnościami>

Niniejszy raport jest głównym produktem będącym przedmiotem umowy zawartej przez BS i MFIPR o wykonanie odpłatnych usług doradczych (RAS). Jego celem jest zaprezentowanie szczegółowej analizy systemu ODT w Polsce oraz zaproponowanie rozwiązań prowadzących do osiągnięcia trzech celów reformy ODT w Polsce: lepszej koordynacji i deinstytucjonalizacji usług w tym systemie oraz wzmocnienia rynku pracy ODT. Aby wypracować odpowiednie rozwiązania, w raporcie przeanalizowano sektor ochrony zdrowia i sektor pomocy społecznej pod względem realizacji i finansowania usług ODT oraz zarządzania nimi w celu zaprojektowania bardziej zintegrowanego i skoordynowanego systemu ODT.

Mając na uwadze systemowy charakter wyzwań, dla jasności przekazu w raporcie w odniesieniu do obu sektorów posługujemy się ujednoliconym nazewnictwem wiodących trybów udzielania opieki (opieka domowa, dzienna, stacjonarna). Należy jednak zauważyć, że termin „opieka domowa” nie funkcjonuje obecnie w sektorze pomocy społecznej i został zastosowany jedynie na potrzeby niniejszego dokumentu. Termin „opieka stacjonarna” stosuje się do celów porównawczych, jako że w sektorze pomocy społecznej zwykle mówi się o opiece całodobowej lub instytucjonalnej. W pierwszej części raportu przedstawiono całokształt usług ODT zarówno w sektorze ochrony zdrowia, jak i pomocy społecznej, koncentrując się na niezbędnych informacjach, bez których czytelnikowi trudno byłoby zrozumieć złożony charakter systemu i specyfikę każdego z sektorów. Druga część raportu zawiera analizę głównych kwestii i propozycje rozwiązań (ogólnosystemowych i projektowych) do ewentualnego wdrożenia w krótkim i średnim okresie.

Propozycje rozwiązań uwzględniają obszary priorytetowe zaproponowane przez Klienta. Każde przedstawione rozwiązanie zostało ocenione pod kątem adekwatności do polskich uwarunkowań i wyzwań. Wnioski z oceny adekwatności przedstawiono w tabeli poniżej (**tabela 1**), a szczegółowe omówienie znajduje się w dalszej części raportu.

Tabela 1. Główne obszary rozwiązań wyznaczone przez Klienta do oceny i analizy pod kątem adekwatności i wykonalności

OBSZAR PODDANY OCENIE	ADEKWATNOŚĆ	UZASADNIENIE
Integracja funkcji ODT ⁹	Na obecnym etapie rozwoju ODT nie wydaje się adekwatne	Obecny system ODT jest zbyt rozproszony, by mógł zostać zintegrowany; w raporcie proponujemy koordynację wybranych rozwiązań, co powinno usprawnić funkcjonowanie ODT
Deinstytucjonalizacja usług ODT	Adekwatne	Możliwa dzięki szybkiemu rozwojowi opieki dziennej i domowej, w tym środowiskowej
Instytucja wiodąca w sprawach ODT	Na obecnym etapie rozwoju ODT nie wydaje się adekwatne	Obecne prawodawstwo wyklucza takie podejście; w raporcie proponujemy zmiany legislacyjne dla usprawnienia koordynacji i zarządzania ODT
Zmniejszenie rozdrobnienia	Adekwatne	Poprzez przegląd ram zarządzania i finansowania ODT
Zbudowanie stabilnego systemu finansowania	Adekwatne	Obecnie istnieje stabilny system finansowania dla podstawowych funkcji ODT, ale należy go poszerzyć o dodatkowe usługi, które wykraczają poza obowiązkowe świadczenia i wymagałyby stałego finansowania; ogólnie finansowanie ODT powinno się zwiększyć
Ramy zarządzania jakością	Adekwatne	Przewiduje się opracowanie ram zarządzania jakością
Świadczenia opiekuńcze	Adekwatne	Przewiduje się przegląd/rewizję świadczeń

Niniejszy raport składa się z dwóch części. Pierwsza przedstawia przegląd systemu ODT (w tym: dostępne usługi, rozwiązania organizacyjne, grupy beneficjentów, skalę realizacji i wykorzystania), a następnie przegląd kadrowo-finansowy. W części drugiej opisano najważniejsze wyzwania w systemie ODT, które zidentyfikowano na podstawie prac analitycznych, ankiet oraz szerokich konsultacji z krajowymi interesariuszami i decydentami. Wyzwania sklasyfikowano

9 Integracja rozumiana jako połączenie usług ODT w systemie ochrony zdrowia i systemie pomocy społecznej w jeden, odrębny system ODT.

w sześciu następujących grupach tematycznych: zarządzanie, finansowanie, kadry, jakość, infrastruktura, rynek usług prywatnych. W każdej grupie zaproponowano rozwiązania odpowiadające na zidentyfikowane wyzwania. Obszary rozwiązań podzielono na trzy etapy realizacji. Raport kończy się podsumowaniem. Szczegółowy opis metodologii prac analitycznych znajduje się w załączniku. Następnym krokiem powinno być opracowanie konkretnych planów działania z podaniem informacji na temat kosztów, zasobów ludzkich, agencji wdrażającej i harmonogramu.

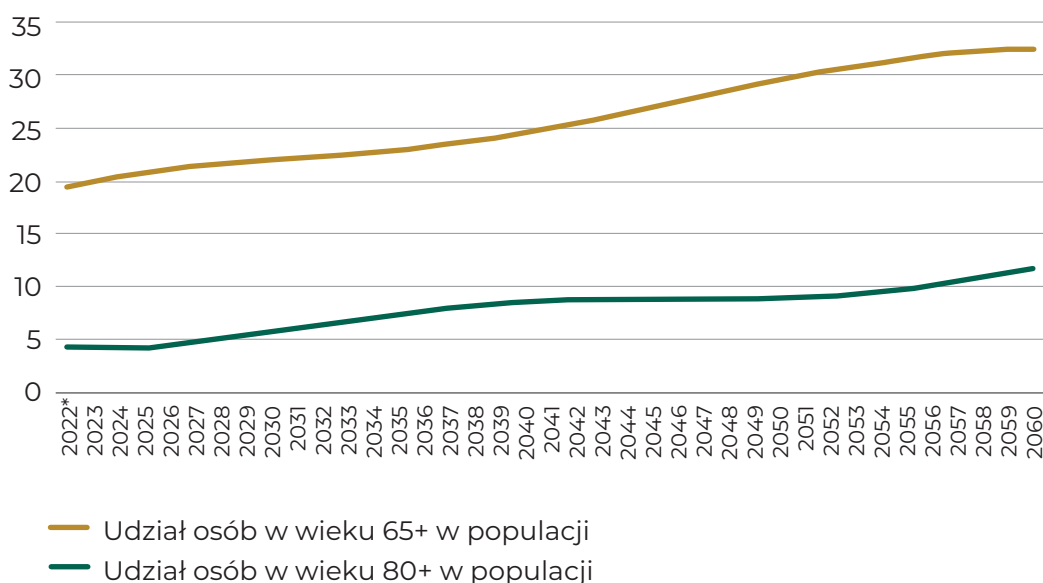
CHARAKTERYSTYKA DEMOGRAFICZNA, ZDROWOTNA I SPOŁECZNA

ZMIANA DEMOGRAFICZNA

Polskie społeczeństwo gwałtownie się starzeje, co wynika z kilku czynników. Po pierwsze, wydłuża się przeciętne trwanie życia, choć trend ten został tymczasowo zakłócony przez gwałtowny wzrost śmiertelności na skutek COVID-19 w okresie pandemii. Po drugie, rośnie odsetek osób starszych w ogóle ludności, ponieważ pokolenia wyżu demograficznego z lat 50. XX w. i boomu urodzeń z przełomu lat 70. i 80. XX w. stopniowo osiągają wiek emerytalny. Po trzecie, Polska ma niski wskaźnik urodzeń (poniżej poziomu zastępowalności pokoleń). Oznacza to większą presję na opiekunów zajmujących się bliskimi w starszym wieku, ponieważ na jednego seniora przypada coraz mniej osób w sile wieku.

Z uwagi na powyższe trendy demograficzne liczba osób powyżej 65. roku życia stale rośnie: w 2022 r. było to 7 353 tys. osób, w tym 59,9 proc. kobiet. Ogółem osoby powyżej 65. r.ż. stanowiły 19,5 proc., a osoby powyżej 80. r.ż. – 4,2 proc. ludności kraju. Ta ostatnia grupa społeczna najbardziej potrzebuje usług ODT. Wśród osób powyżej 80. r.ż. zdecydowaną większość (69,1 proc.) stanowiły kobiety. Jak prognozuje GUS, grupa wiekowa 65+ będzie się nadal powiększać – z 24,6 proc. ludności Polski w 2040 r. do 32,6 proc. w 2060 r. Populacja osób w wieku 80+ ma w 2040 r. stanowić 8,7 proc., a w 2060 r. – 11,6 proc. ludności kraju (**rycina 1**).

Rycina 1. Udział osób w wieku 65 lat i starszych oraz w wieku 80 lat i starszych w populacji kraju



Źródło: BS 2023, opracowanie własne na podstawie danych GUS za 2023 r.

Wskaźnik przeciętnego trwania życia w Polsce zdecydowanie się podniósł, ale uwagę zwracają różnice w długowieczności i oczekiwanej długości życia w zdrowiu między mężczyznami i kobietami. Wyjąwszy spadek wywołany pandemią COVID-19, Polska już od siedmiu dekad notuje stałe postępy w przewidywanej długości życia. I tak, przeciętne trwanie życia w przypadku mężczyzn wydłużyło się o dziewięć, a w przypadku kobiet o 11 lat¹⁰. W 2023 r. średnia przewidywana długość życia w chwili urodzenia wynosi 73,42 roku dla mężczyzn i 81,06 roku dla kobiet. Analizując różnice w przeciętnym trwaniu życia w przypadku mężczyzn i kobiet, trzeba zwrócić uwagę na dwa istotne aspekty. Po pierwsze, mężczyźni żyją krócej od kobiet ze względu na swój tryb życia, ryzyko zawodowe oraz wypadki – wszystkie te czynniki razem wzięte powodują, że starszego wieku dożywa mniej

10 Główny Urząd Statystyczny. (2023). *Sytuacja demograficzna Polski do roku 2022*. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/sytuacja-demograficzna-polski-do-roku-2022,40,3.html>

mężczyzn niż kobiet. Jednak w przypadku osób, którym udało się dożyć 65. r.ż., wspomniana dysproporcja maleje: statystycznie 65-letni mężczyzna ma przed sobą jeszcze 14 lat życia, a 65-letnia kobieta 18,4 roku¹¹. Po drugie, kobiety żyją dłużej, ale w porównaniu z mężczyznami cieszą się mniejszą liczbą lat życia bez poważnych problemów ze zdrowiem, co wyraża wskaźnik trwania życia w zdrowiu. Spośród wszystkich państw UE Polska odnotowuje największą, bo aż trzyletnią, różnicę między mężczyznami i kobietami pod względem długości przeciętnego trwania życia w zdrowiu¹². W 2021 r. przeciętne trwanie życia w zdrowiu w przypadku kobiet stanowiło 79,2 proc. ich przeciętnego trwania życia. Można zatem wnioskować, że chociaż kobiety mają wyższy wskaźnik przeciętnego trwania życia, są bardziej narażone na zachorowanie i związane z nim ograniczenia, które mogą prowadzić do utraty samodzielności. Podobnie jak w przypadku przeciętnego trwania życia, różnice w długości przeciętnego trwania życia w zdrowiu maleją wraz z wiekiem.

Wskaźniki przeciętnego trwania życia oraz przeciętnego trwania życia w zdrowiu w Polsce charakteryzują się także zróżnicowaniem regionalnym. Najdłuższe trwanie życia – tak dla mężczyzn, jak i kobiet – odnotowano w województwie małopolskim (odpowiednio 73,5 roku i 81,0 lat). Z kolei najkrótsze trwanie życia w przypadku mężczyzn odnotowano w województwie lubuskim (75,0), a w przypadku kobiet – w województwie śląskim (78,9). Najdłuższe trwanie życia w zdrowiu zaobserwowano w województwie wielkopolskim (znacznie powyżej średniej dla całego kraju), a najkrótsze w województwie podlaskim, mimo stosunkowo długiego trwania życia kobiet w tej części kraju.

¹¹ GUS (2023), *Sytuacja demograficzna...*

¹² NIZP PZH – PIB. (2020). *Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania – raport za 2020 rok.* <https://www.pzh.gov.pl/sytuacja-zdrowotna-ludnosci-polski-i-jej-uwarunkowania-raport-za-2020-rok/>

ZDROWIE OSÓB W STARSZYM WIEKU

Największym zagrożeniem pod względem śmiertelności i obciążenia chorobami są choroby układu krążenia (ChUK) oraz nowotwory. Choroby przewlekłe i współistniejące często prowadzą do niepełnosprawności i niesamodzielności, a sytuację dodatkowo pogarszają zaburzenia sensoryczne i choroby stawów. Szczególne obawy budzi ryzyko upadku i upośledzenia mobilności, dlatego ważne są środki zapobiegawcze i kompleksowa opieka. Na zagrożenia zdrowotne nakłada się problem ubóstwa, gdy osoby o niskich dochodach nie są w stanie pokryć kosztów dodatkowych usług opieki zdrowotnej niefinansowanych ze środków publicznych; dotyczy to zwłaszcza rencistów. Na stan zdrowia wpływają też złe warunki mieszkaniowe, zwłaszcza na obszarach wiejskich. Zdrowie i dobrostan osób starszych są zatem kwestią wielowymiarową i wymagają holistycznej strategii oraz poprawy warunków życia tych osób.

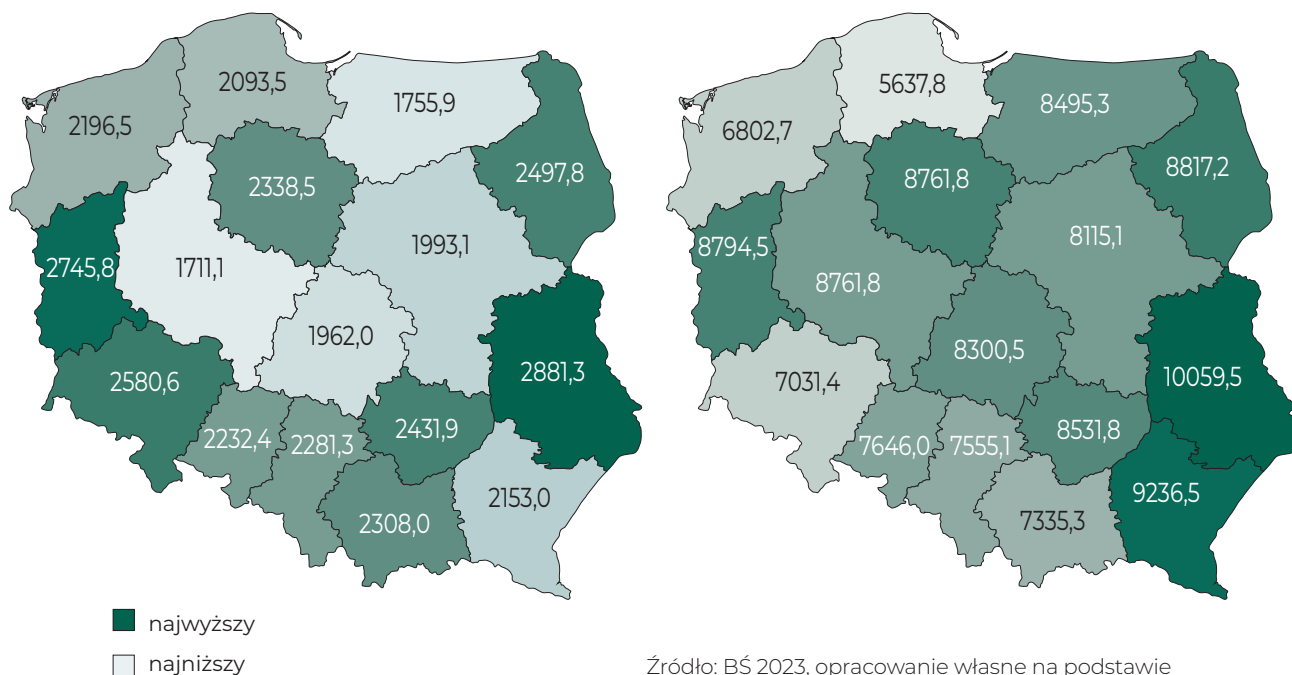
ChUK, w tym udary mózgu, są główną przyczyną zgonów w Polsce i mogą wpływać na zdolność do wykonywania codziennych czynności.

Wskaźniki umieralności z powodu ChUK różnią się znacznie w zależności od województwa. W 2021 r. najwyższe wskaźniki zgonów i hospitalizacji na skutek ChUK wśród osób starszych zanotowano w województwie podlaskim i lubelskim (**rycina 2**). Pacjenci z ChUK, zwłaszcza po udarze mózgu, często wymagają rehabilitacji, fizjoterapii, a nawet całodobowej opieki w stacjonarnych placówkach ODT.

Rycina 2. Współczynniki umieralności (2021) i hospitalizacji (2020)
dla osób w wieku 65 lat i starszych w Polsce (na 100 tys.
mieszkańców) z powodu chorób układu krążenia,
w przekroju województw

Współczynnik umieralności osób w wieku
65+ na 100 tys. mieszkańców z powodu
ChUK w Polsce w 2021 r. (Polska = 2215,0)

Współczynnik hospitalizacji osób w wieku
65+ na 100 tys. mieszkańców z powodu
ChUK w Polsce w 2020 r. (Polska = 7938,9)



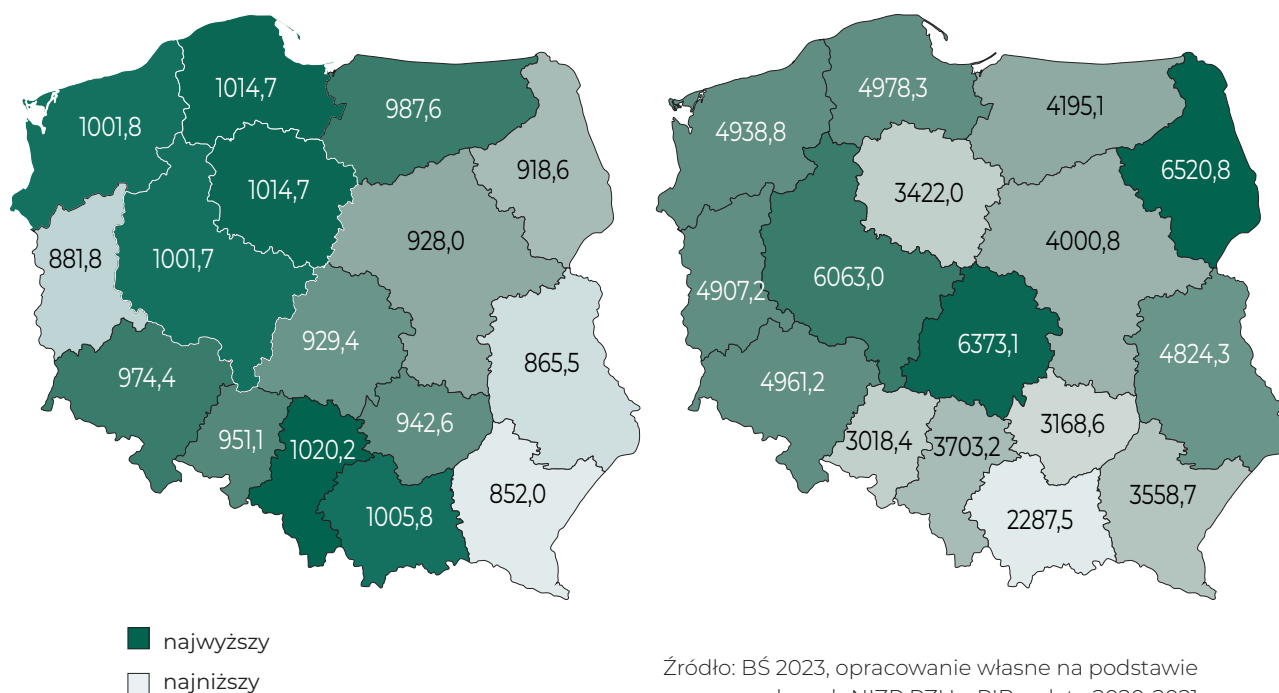
Źródło: BŚ 2023, opracowanie własne na podstawie
danych NIZP PZH – PIB za lata 2020-2021

Drugą w kolejności przyczyną zgonów osób starszych są choroby nowotworowe, które zazwyczaj pociągają za sobą konieczność intensywnej opieki nad pacjentem w trakcie całego postępowania terapeutycznego. Najwyższy wskaźnik umieralności z powodu chorób nowotworowych odnotowano w 2021 r. w województwie małopolskim, pomorskim i kujawsko-pomorskim, z kolei najwyższy wskaźnik hospitalizacji z powodu nowotworów – w województwie podlaskim i świętokrzyskim (**rycina 3**). Pacjent onkologiczny potrzebuje stałej opieki lekarskiej – nie tylko w trakcie zaostrzeń, ale również w fazie remisji, choroba ma bowiem charakter przewlekły. Niezależnie od kosztów zdrowotnych nowotwór w znacznym stopniu przyczynia się również do ryzyka niepełnosprawności.

Rycina 3. Współczynniki umieralności (2021) i hospitalizacji (2020) dla osób w wieku 65 lat i starszych w Polsce (na 100 tys. mieszkańców) z powodu chorób nowotworowych, w przekroju województw

Współczynnik umieralności osób w wieku 65+ na 100 tys. mieszkańców z powodu nowotworów złośliwych w Polsce w 2021 r. (Polska = 963,2)

Współczynnik hospitalizacji osób w wieku 65+ na 100 tys. mieszkańców z powodu nowotworów złośliwych w Polsce w 2020 r. (Polska = 4382,0)

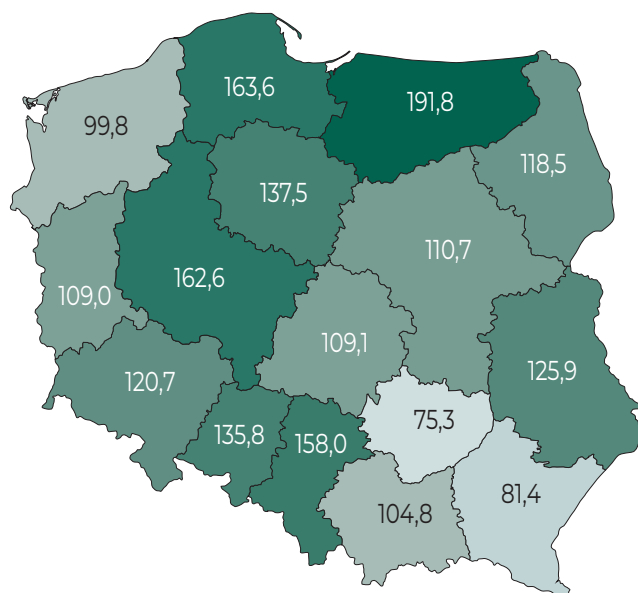


Źródło: BŚ 2023, opracowanie własne na podstawie danych NIZP PZH – PIB za lata 2020-2021

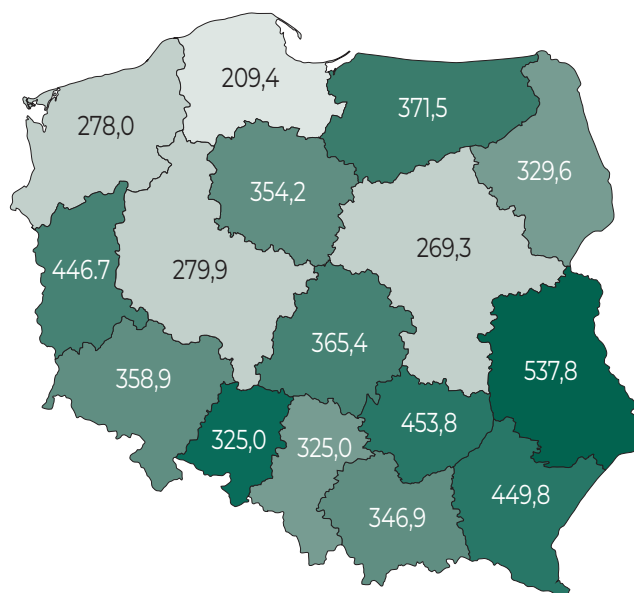
Cukrzyca wprawdzie nie wysuwa się na czoło rankingu pod względem liczby zgonów osób starszych w Polsce, niemniej wiąże się z licznymi powikłaniami zdrowotnymi. Cukrzyca odpowiada jedynie za 2,2 proc. zgonów osób starszych, ale prowadzi do powikłań takich jak ChUK (miażdżyca, udar, choroby mięśnia sercowego), choroby oczu i nerek, a także choroby układu nerwowego. Należy się spodziewać, że wraz z postępującym procesem starzenia się populacji liczba osób z cukrzycą typu II, która najczęściej pojawia się ok. 60. r.ż., będzie gwałtownie wzrastać (**rycina 4**).

Rycina 4. Współczynniki umieralności (2021) i hospitalizacji (2020) dla osób w wieku 65 lat i starszych w Polsce (na 100 tys. mieszkańców) z powodu cukrzycy, w przekroju województw

Współczynnik umieralności osób w wieku 65+ na 100 tys. mieszkańców z powodu cukrzycy w Polsce w 2021 r. (Polska = 126,9)



Współczynnik hospitalizacji osób w wieku 65+ na 100 tys. mieszkańców z powodu cukrzycy w Polsce w 2020 r. (Polska = 345,1)



■ najwyższy
□ najniższy

Źródło: BŚ 2023, opracowanie własne na podstawie danych NIZP PZH – PIB za lata 2020-2021

Trudności z poruszaniem się i ryzyko upadków są pochodną wielu czynników fizycznych i środowiskowych; w przypadku osób starszych istnieje też większe prawdopodobieństwo, że upadek będzie miał daleko idące konsekwencje. Upośledzona mobilność i upadki są związane z zaburzeniami neurodegeneracyjnymi, chorobami kości i stawów oraz zaburzeniami widzenia, a wszystkie wymienione problemy częściej występują w zaawansowanym wieku. Poza uwarunkowaniami fizycznymi danej osoby ryzyko upadku zależy również od warunków mieszkaniowych i jakości wsparcia na co dzień. 16 proc. osób starszych (w wieku 65+) upada co najmniej raz w roku, a prawie 14 proc. tych upadków kończy się złamaniem kości¹³. Ryzyko zgonu na skutek upadku

13 Halik, Rafał. (2023). Wypadki wśród osób 65+. *Niedoszacowane wyzwanie dla opieki długoterminowej*. Zakład Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności NIZP -PZH – PIB.

jest w przypadku seniorów trzy razy większe niż dla ogółu ludności. Jak podaje NIZP PZH – PIB, najwyższe współczynniki zgonów na skutek upadku zanotowano w 2021 r. w województwie lubelskim i śląskim.

Z wiekiem zdecydowanie rośnie ryzyko niepełnosprawności i niezdolności do samodzielnego życia, a także zaburzeń psychicznych.

Ze względu na to, że w Polsce obowiązuje wiele różnych definicji niepełnosprawności, trudno jest wiarygodnie oszacować liczbę osób z niepełnosprawnością, niemniej statystyki publiczne wskazują, że grupa osób z orzeczeniem (wszelkiego rodzaju) o niepełnosprawności stanowi ok. 14 proc. społeczeństwa (5,4 mln osób)¹⁴. W przypadku osób starszych dodatkowo nasila się ryzyko wystąpienia trwałych problemów zdrowotnych i chorób przewlekłych, tj. trwających dłużej niż pół roku. W 2019 r. 32 proc. osób powyżej 80. r.ż. było oficjalnie uznanych za niepełnosprawne, podczas gdy prawie wszystkie (96 proc.) osoby z tej grupy wiekowej deklarują długotrwałe problemy ze zdrowiem. Należy podkreślić, że częstotliwość występowania niepełnosprawności orzeczonej w populacji osób starszych może być niedoszacowana, a w związku z tym zapotrzebowanie na opiekę może być wyższe, niż wynikałoby z oficjalnych rejestrów. Niepełnosprawność wynika po części z bardzo rozpowszechnionych chorób nowotworowych i ChUK, ale na degradację zdrowotną wpływa również utrata funkcji sensorycznych (np. zaburzenia wzroku i słuchu), a także problemy fizyczne, które pogłębiają się na skutek dolegliwości reumatycznych, częstszych u kobiet. Obok dolegliwości fizycznych u osób starszych częsta jest depresja i zaburzenia psychiczne: ponad połowa kobiet oraz 40 proc. mężczyzn powyżej 80. r.ż. zgłasza objawy typowe dla depresji¹⁵. Nasilone ryzyko depresji obserwuje się u osób z chorobami neurodegeneracyjnymi. Na skutek połączenia

14 W badaniach GUS definiuje się niepełnosprawność prawną, która dotyczy osób z orzeczeniem o niepełnosprawności lub równoważnym, oraz niepełnosprawność biologiczną, która jest deklarowana w badaniach sondażowych w odpowiedzi na pytania o ograniczenia w funkcjonowaniu spowodowane stanem zdrowia (GUS. (2022). *Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r.*). Według Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań w 2021 r. w Polsce było 5 447 548 osób z niepełnosprawnością w sensie prawnym i biologicznym.

15 GUS. (2022). *Stan zdrowia ludności...*

chorób przewlekłych, niepełnosprawności i zaburzeń psychicznych może dojść do postępującej z wiekiem niesamodzielności. Wiele osób powyżej 65. r.ż. nie radzi sobie z wykonywaniem czynności dnia codziennego, takich jak ciężkie prace domowe (59 proc. osób starszych), zakupy (35 proc.) czy przygotowanie posiłku (19 proc.). Wskaźniki utraty samodzielności są jeszcze wyższe w przypadku osób po 80. r.ż.: ponad 40 proc. osób w tym wieku doświadcza problemów w samoobsłudze (samodzielnym wstawaniu i kładzeniu się, kąpaniu lub myciu się pod prysznicem). Wskaźniki te są jeszcze wyższe wśród starszych kobiet¹⁶.

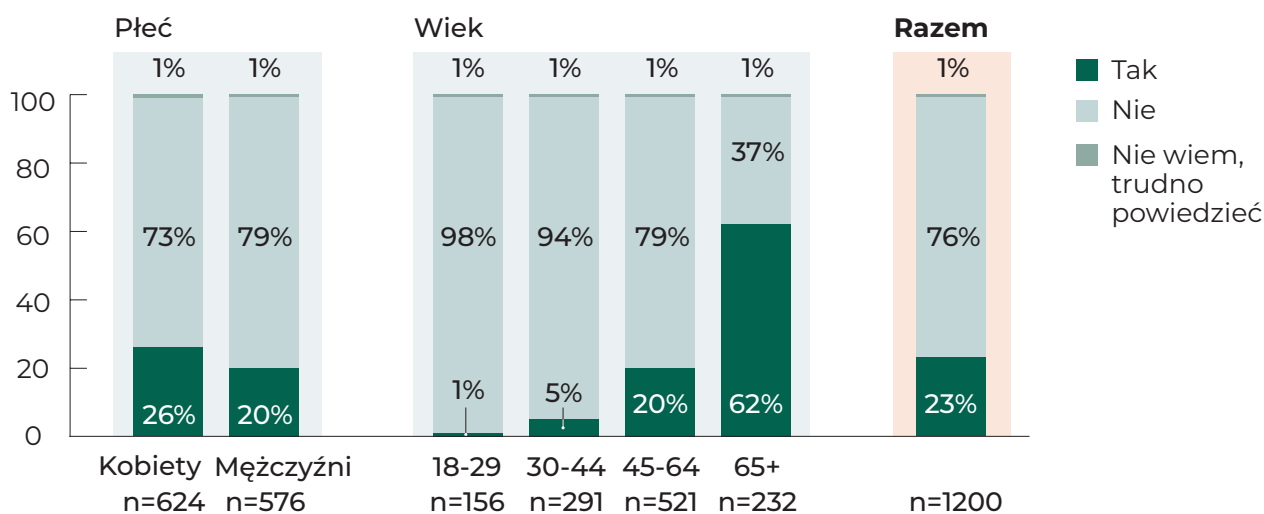
W Polsce choroby przewlekłe częściej występują u kobiet. W 2019 r. 39 proc. dorosłych Polaków (powyżej 18. r.ż.) zgłaszało co najmniej jedną chorobę przewlekłą, co przekracza nieco średnią UE (36 proc.)¹⁷. W grupie wiekowej 65+ u ponad 65 proc. badanych występują co najmniej dwie choroby przewlekłe¹⁸. Badanie ankietowe przeprowadzone w 2023 r. na zlecenie BŚ daje podobne wyniki: prawie co czwarty Polak (23 proc.) zgłasza długotrwałą chorobę lub problem zdrowotny, przy czym częściej są to kobiety (26 proc.) niż mężczyźni (20 proc.). Im bardziej zaawansowany wiek, tym większe prawdopodobieństwo wystąpienia choroby przewlekłej (według deklaracji respondentów). W 2023 r. występowanie choroby przewlekłej deklarował zaledwie jeden procent respondentów przed ukończeniem 30. r.ż., w porównaniu do ponad 60 proc. w grupie wiekowej powyżej 65. r.ż. Respondenci najczęściej skarżą się na nadciśnienie tętnicze (59 proc.), cukrzycę (26 proc.) oraz choroby zwyrodnieniowe stawów (22 proc.) (**rycina 5**).

16 GUS. (2022). *Stan zdrowia ludności...*

17 OECD, European Observatory on Health Systems and Policies. (2021). *State of Health in the EU. Polska: profil systemu ochrony zdrowia 2021*. https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_poland_polish.pdf

18 OECD, European Observatory on Health Systems and Policies. (2021). *State of Health in the EU...*

Rycina 5. Czy cierpi Pan(i) na jakąś długotrwałą (tzn. trwającą pół roku lub dłużej) chorobę lub problem zdrowotny?

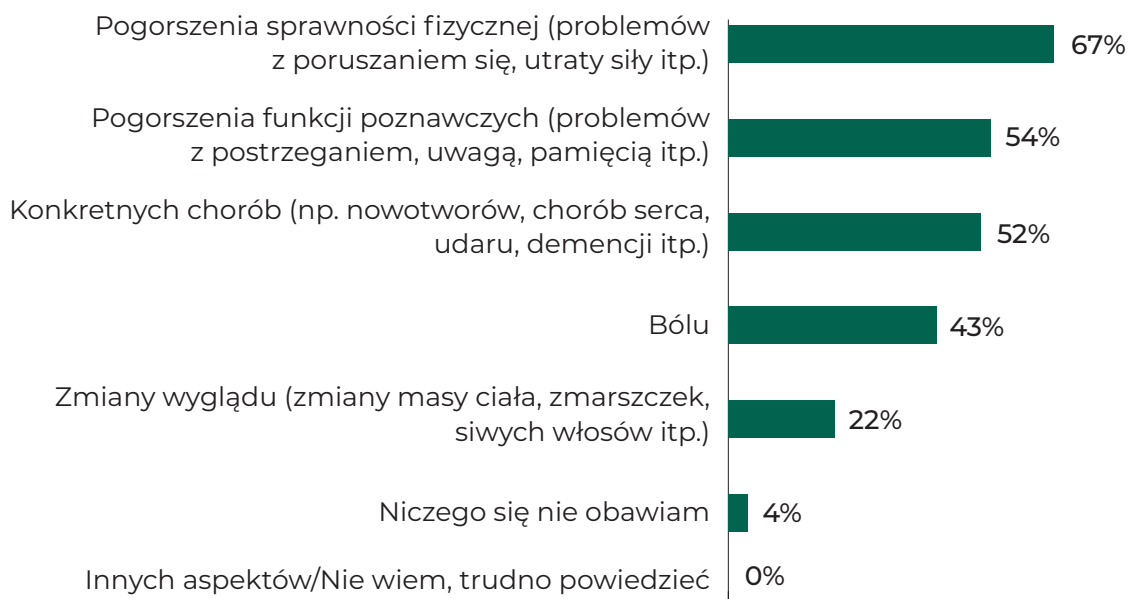


Źródło: BŚ 2023, badanie ankietowe na reprezentatywnej próbie dorosłych Polaków (18+)

Osoby starsze w większości nie oceniają swojego zdrowia pozytywnie, a znaczna część społeczeństwa obawia się fizycznych i poznawczych konsekwencji związanych z utratą zdrowia w związku

z zaawansowanym wiekiem. Samoocena stanu zdrowia pogarsza się wraz z wiekiem. Prawie wszyscy (97 proc.) respondenci poniżej 29. r.ż. ocenili swoje zdrowie jako dobre, w grupie wiekowej 30-44 lata wskaźnik ten wyniósł 92 proc., w grupie wiekowej 45-64 lat – 77 proc., natomiast wśród osób powyżej 65. r.ż. już tylko niespełna połowa (43 proc.). Zapytani, czego obawiają się najbardziej, respondenci wskazywali przede wszystkim pogorszenie sprawności fizycznej, np. problemy z chodzeniem, wstawaniem czy utratę siły (67 proc.). Ponad połowa ankietowanych (54 proc.) obawiała się pogorszenia funkcji poznawczych, czyli problemów z percepcją, pamięcią czy uwagą, natomiast 52 proc. wymieniło konkretne choroby, takie jak nowotwory, choroby serca czy demencja. Wraz z wiekiem nasila się też obawa przed bólem oraz utratą sprawności fizycznej, spada natomiast dyskomfort związany ze zmianą wyglądu. Odsetek osób, które nie mają obaw w związku ze starością, to zaledwie 4 proc. respondentów (**rycina 6**).

Rycina 6. Których aspektów pogorszenia się zdrowia obawia się Pan(i) najbardziej, myśląc o swoim starzeniu się?



Źródło: BŚ 2023, badanie ankietowe na reprezentatywnej próbie Polaków (18+)

UWARUNKOWANIA SPOŁECZNE, GOSPODARCZE I KULTUROWE

Wśród osób starszych w Polsce notuje się wyższe wskaźniki ubóstwa niż w pozostałej części populacji; ich dochody są często poniżej średniej krajowej i poniżej progu płacy minimalnej. W 2022 r. wskaźnik ubóstwa relatywnego osób powyżej 65. r.ż. w Polsce był nieco wyższy niż średnia krajowa i wyniósł 15,2 proc. w porównaniu do 13,7 proc. w skali kraju¹⁹. Jednak na tle regionu wskaźnik ubóstwa seniorów w Polsce plasuje się o 2,1 punktu procentowego poniżej średniej UE. Nierówności dochodowe wśród emerytów są również niższe niż w całej populacji: współczynnik Giniego wynosi odpowiednio 0,240 i 0,314. Z drugiej strony, relatywnie mniejszym nierównościom towarzyszy generalnie niższy poziom emerytur w porównaniu do średnich dochodów: w Polsce

19 GUS. (2022). Europejskie Badanie Warunków Życia Ludności (EU-SILC).

średnia emerytura to około jednej czwartej średniego wynagrodzenia, a 70 proc. emerytów otrzymuje świadczenia emerytalne niższe od płacy minimalnej, która w 2022 r. wynosiła 3010 zł brutto²⁰. Trzeba jednak zauważyć, że choć świadczenia emerytalne są niskie, to wydaje się, że faktycznie zabezpieczają seniorów przed skrajnym ubóstwem; zagrożone nim jest niespełna 4 proc. gospodarstw domowych, w skład których wchodzi co najmniej jedna osoba starsza (w wieku 65+). Abstrahując od słabiej zaznaczonych nierówności, dysproporcje w dochodach emerytalnych są faktem; w dużej mierze wynikają one z uwarunkowań przestrzennych i społeczno-gospodarczych, takich jak posiadanie wyższego wykształcenia, rodzaj pracy i przebieg kariery zawodowej, czy też mieszkanie na obszarach miejskich. Osoby starsze mogłyby zgromadzić większe środki, gdyby zdecydowały się przedłużyć okres aktywności zawodowej, jest to jednak decyzja silnie związana z płcią, jako że kobiety częściej opuszczają rynek pracy ze względów rodzinnych, takich jak opieka nad dziećmi, wnukami, starszymi rodzicami lub współmałżonkiem. W związku z tym kobiety mają zazwyczaj mniej zgromadzonych środków ze względu na stosunkowo niższe zarobki i składki.

Gospodarstwa domowe osób starszych mają wyższe koszty życia i ponoszą więcej wydatków na zdrowie. Jak podaje GUS²¹, w Polsce przeciętny dochód rozporządzalny w gospodarstwie domowym w 2022 r. wyniósł 2250 zł, a w gospodarstwie domowym emerytów i rencistów – 2281 zł, czyli był o 31 zł wyższy od średniej krajowej. Jednocześnie gospodarstwa domowe emerytów i rencistów wydają 1637 zł na osobę, w porównaniu do średniej kwoty wydatków w gospodarstwie domowym wynoszącej 1475 zł (czyli o 162 zł więcej), co może się przekładać na niższy całkowity dochód rozporządzalny. Ta rozbieżność w poziomie konsumpcji gospodarstw domowych może

20 Zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 14 września 2021 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz wysokości minimalnej stawki godzinowej w 2022 r. (Dz.U. 2021, poz. 1690).

21 GUS. (2023). Badania budżetów gospodarstw domowych (BBGD).

w dużej mierze wynikać z wydatków na opiekę zdrowotną, leki i inne produkty farmaceutyczne. Jeszcze gorsza kondycja finansowa jest udziałem gospodarstw domowych utrzymywanych głównie z renty z tytułu niezdolności do pracy, gdzie przeciętna kwota rozporządzalnego dochodu była o 441 zł niższa od średniej krajowej, a wydatki były o 46 zł wyższe. W konsekwencji w gospodarstwach domowych utrzymujących się przede wszystkim z renty z tytułu niezdolności do pracy wydatki pochłaniają aż 84 proc. rozporządzalnego dochodu. Niepełnosprawność dziecka lub dorosłego w gospodarstwie domowym przekłada się na większe ryzyko ubóstwa. Na presję finansową wynikającą z wyższych wydatków na leczenie i rehabilitację może nakładać się presja związana z tym, że osoba z niepełnosprawnością nie jest w stanie podjąć pracy zawodowej ze względu na swój stan zdrowia, a jej opiekun rodzinny nie może być aktywny na rynku pracy ze względu na konieczność zapewnienia opieki.

Znaczna grupa osób starszych w Polsce ma nieodpowiednie warunki mieszkaniowe. Sytuacja mieszkaniowa osób starszych poprawia się, a według subiektywnej oceny osób w starszym wieku ich domy są w odpowiednim stanie technicznym i sanitarnym²². Z badań ankietowych wynika jednak, że w 2020 r. 32,4 proc. mieszkańców miast nadal mieszkało w budynkach, w których występują utrudniające dostęp do nich bariery architektoniczne; na obszarach wiejskich wskaźnik ten wynosi nieco poniżej 20 proc. Biorąc pod uwagę infrastrukturę miejscowości, w której znajdują się budynki mieszkalne, sytuacja się odwraca – słabą infrastrukturę znacznie częściej deklarują gospodarstwa domowe na obszarach wiejskich (11,5 proc.), w porównaniu do 1,4 proc. w miastach²³. Sugeruje to, że sytuacja mieszkaniowa seniorów jest wysoce zależna od kontekstu. Dane te nie uwzględniają doświadczeń seniorów, którzy zostali skierowani do placówek opieki stacjonarnej

22 GUS. (2020). *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2020 r.* <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/osoby-starsze/osoby-starsze/sytuacja-osob-starszych-w-polsce-w-2020-roku,2,3.html>

23 GUS. (2018). *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2020 r.* ...

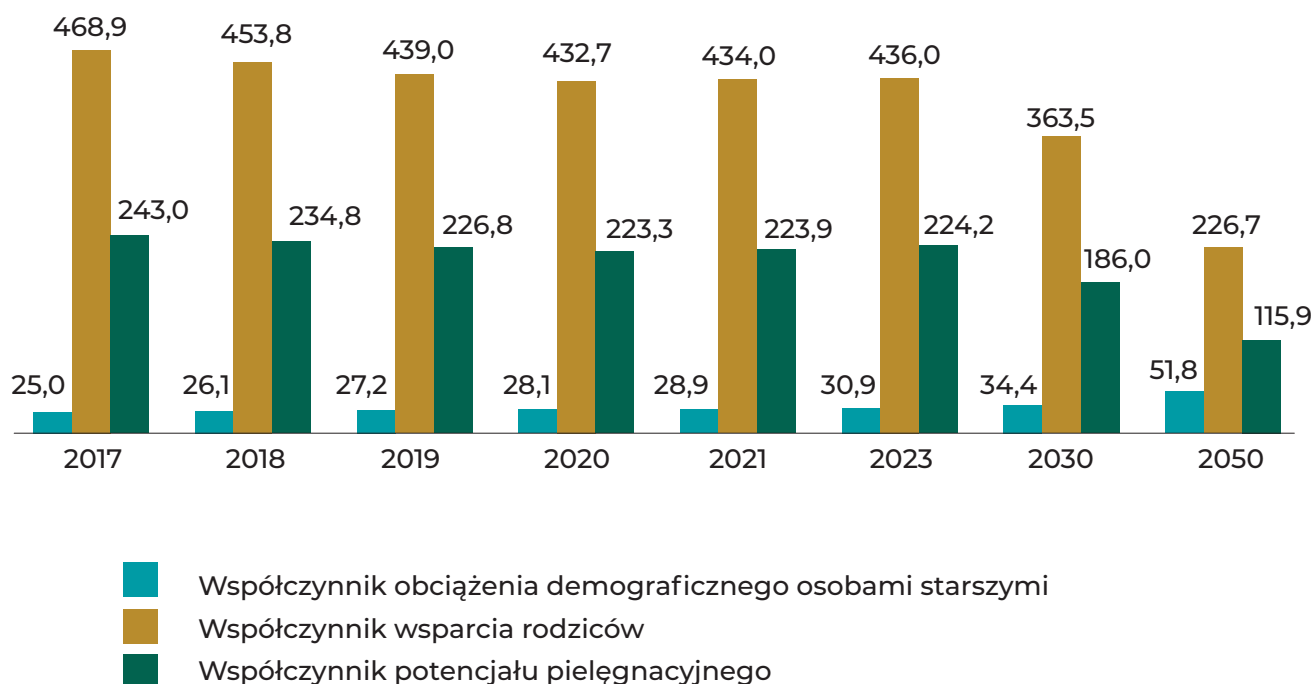
i wymagali pomocy, jakiej nie można było zapewnić im w domu. W związku z tym, mimo że wielu seniorów zgłasza odpowiednie i coraz lepsze warunki bytowe, skuteczne odejście od instytucjonalizacji opieki prawdopodobnie będzie wymagać daleko idącej adaptacji przestrzeni mieszkalnej.

Fundamentem ODT w Polsce jest przede wszystkim opieka nieformalna sprawowana przez bliskich – członków rodziny, znajomych i sąsiadów; w miarę jak rośnie zapotrzebowanie na usługi ODT, spada dostępność opiekunów nieformalnych. Opieka formalna w Polsce stanowi jedynie 20 proc. całości udzielanej ODT, 80 proc. to opieka nieformalna²⁴. Związek między starzeniem się społeczeństwa a dostępnością opieki nieformalnej najtrafniej ilustrują współczynniki demograficzne. Najogólniejszym z nich jest współczynnik obciążenia demograficznego osobami starszymi, czyli relacja liczby osób w wieku poprodukcyjnym (65 lat i starszych) do liczby osób w wieku produkcyjnym (15-64 lata). Według prognoz w przypadku Polski współczynnik obciążenia demograficznego w latach 2022-2060 podwoi się z 30 do 60 osób starszych przypadających na 100 obywateli (**rycina 7**). Współczynnik wsparcia rodziców, czyli liczba osób w wieku 80+ przypadająca na 100 osób w wieku 50-64 lata (**rycina 7**), będzie w 2060 r. o połowę mniejszy niż obecnie. Co istotne, opiekunowie w Polsce to głównie kobiety: to na ich barkach spoczywa ciężar opieki, szczególnie w przypadku czynności najbardziej intensywnych i najczęściej wykonywanych²⁵. Tę dynamikę pokazuje współczynnik potencjału pielęgnacyjnego (tj. liczba kobiet w wieku 50-64 lat przypadająca na 100 osób w wieku 80 lat i starszych) (**rycina 7**), który również ma się skurczyć o połowę w perspektywie 2060 r. W praktyce oznacza to dwa razy większe obciążenie opiekuńcze dla osób w wieku produkcyjnym w stosunku do obecnej sytuacji.

24 WHO. (2022). Long term care. <https://www.who.int/europe/news-room/questions-and-answers/item/long-term-care#:~:text=Long%2Dterm%20care%20allows%20people,and%20human%20dignity%20are%20respected>

25 WHO. (2022). Long term care

Rycina 7. Dynamika współczynników demograficznych w Polsce w latach 2022-2060 (współczynnik obciążenia demograficznego osobami starszymi, współczynnik wsparcia rodziców, współczynnik potencjału pielęgnacyjnego)



Źródło: BŚ 2023, na podstawie danych GUS za 2021 r.

Ciężar opieki nad osobami niesamodzielnymi (młodszymi i starszymi) ponoszą osoby w wieku produkcyjnym, a spadająca dzietność prawdopodobnie przyczyni się do coraz niższego potencjału opiekuńczego. W 2022 r. w Polsce na każde 100 osób w wieku produkcyjnym przypadało 31 osób w wieku przedprodukcyjnym (0-14 lat) i 39 osób w wieku poprodukcyjnym (65 lat i starszych)²⁶, co wskazuje na znaczące obciążenie obowiązkami rodzinnymi osób w wieku produkcyjnym zarówno wobec dzieci, jak i starzejących się rodziców. Pokolenie osób w wieku 45-64 lat, które obarczone jest podwójną

26 GUS. (2023). *Sytuacja demograficzna Polski do roku 2022*.

odpowiedzialnością za najmłodszych i najstarszych członków rodziny, a jednocześnie jest aktywne zawodowo, często nazywa się „pokoleniem przegubowym”. Trudności w łączeniu pracy zarobkowej z obowiązkami opiekuńczymi²⁷ po części wyjaśniają słabą aktywność zawodową opiekunów z tej grupy wiekowej; inne przyczyny to ustawowy wiek²⁸, ograniczony dostęp do formalnych usług opiekuńczych i tradycja, która sprawowanie opieki składa na barki rodziny. Gdy statystycznie mamy mniej dzieci lub nie mamy ich wcale, maleje podaż potencjalnych opiekunów nieformalnych i coraz wyraźniej widać niedopasowanie między rosnącym zapotrzebowaniem na opiekę a względnym spadkiem liczby ludności w wieku produkcyjnym. W 2022 r. Polska odnotowała historycznie niski wskaźnik dzietności wynoszący 1,261, co wiąże się z coraz późniejszym wiekiem macierzyństwa i mniejszą liczbą dzieci w rodzinach²⁹. Ta zmiana demograficzna prowadzi do sukcesywnego zmniejszania się puli opiekunów nieformalnych.

Zmieniają się też skład i struktura rodziny, pojawiają się nowe wzorce i następuje migracja młodych do miast. W Polsce obserwujemy ewolucję struktur rodzinnych: w miejsce rodziny wielopokoleniowej coraz częściej pojawia się rodzina nuklearna z jednym dzieckiem lub dwójką dzieci, przez co osoby starsze są bardziej narażone na izolację społeczną. Tylko 28 proc. osób żyje w gospodarstwach domowych, które zamieszkuje także osoba powyżej 65. r.ż., a 9,8 proc. seniorów (osób w wieku 65+) skarży się na izolację społeczną³⁰. Młodzi ze wsi i małych miast nierzadko wyjeżdżają do dużych miast. Nieobecność bliskich może skutkować niedostatkiem opieki, nawet gdy osoba starsza lub z niepełnosprawnością wymaga jedynie niewielkiej pomocy najbliższych w codziennych czynnościach. Niezależnie od tego, czy wynika to z oddalenia geograficznego, braku możliwości czy braku chęci, luka

27 Jurek, Łukasz. (2015). Polityka łączenia pracy zawodowej z opieką nad osobą starszą. *Acta Universitatis Lodzensis. Folia Oeconomica*, 2(312), s. 368-485.

28 W Polsce kobiety mogą przejść na emeryturę w wieku 60 lat, a mężczyźni w wieku 65 lat.

29 GUS. (2023), *Mały Rocznik Statystyczny Polski 2023*

30 GUS. (2019). *Jakość życia osób starszych w Polsce*.

w opiece zmusi potrzebujących do szukania pomocy w publicznych placówkach ochrony zdrowia lub pomocy społecznej albo w placówkach sektora prywatnego, co wywrze dodatkową presję na istniejące usługi ODT. W tym skomplikowanym pejzażu demograficzno-społeczno-ekonomicznym potrzeba kompleksowych strategii i przemyślanej polityki, aby wesprzeć opiekunów, ułatwić im łączenie pracy zawodowej z rolą opiekuna i zabezpieczyć dostępność potrzebnych usług ODT³¹.

31 GUS. (2019). *Jakość życia...*

SYSTEM OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W POLSCE

STRUKTURA ORGANIZACYJNA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W POLSCE

W Polsce wsparcie z zakresu ODT dostępne jest w dwóch sektorach: pomocy społecznej i ochrony zdrowia, a za organizację systemu odpowiadają rząd i samorządy. Odpowiedzialność za kształtowanie polityki i monitorowanie ODT na szczeblu centralnym ponosi więc zarówno Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (MRPiPS), jak i Ministerstwo Zdrowia (MZ). Istotną funkcję pełnią też instytucje samorządowe różnych szczebli.

W Polsce w świadczenie usług ODT zaangażowane są województwa, powiaty i gminy. Województwa są największą jednostką administracyjną szczebla niższego niż krajowy – w sumie jest ich 16, powiaty stanowią pośredni szczebel w systemie jednostek samorządu terytorialnego – jest ich 380, a gminy są najmniejszym ogniwem – jest ich 2477³². Oprócz świadczeń rzeczowych bardzo ważną częścią systemu ODT są świadczenia pieniężne wypłacane beneficjentom przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS), Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS), Zakład Emerytalno-Rentowy Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji (ZER MSWiA) lub jednostki samorządu terytorialnego (JST).

32 Dane GUS według stanu na 1 stycznia 2023 r.

W sektorze pomocy społecznej za realizację usług ODT odpowiadają samorządy lokalne, które oprócz zadań własnych realizują zadania zlecone z zakresu administracji rządowej. W realizację zadań o charakterze opiekuńczym w sektorze pomocy społecznej w szczególności zaangażowane są:

- 1.** ośrodki pomocy społecznej (OPS) lub centra usług społecznych (CUS),
- 2.** ośrodki wsparcia (OW), w tym dzienne domy pomocy, schroniska dla osób w kryzysie bezdomności z usługami opiekuńczymi, pozostałe kluby i ośrodki wsparcia; w tej grupie znajdziemy również podmioty świadczące usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi (kluby samopomocy i środowiskowe domy samopomocy),
- 3.** domy pomocy społecznej (DPS),
- 4.** rodzinne domy pomocy (RDP).

Każdy z tych podmiotów może realizować swoje zadania we współpracy z podmiotami ekonomii społecznej, m.in. z NGO, przedsiębiorstwami społecznymi, spółdzielniami socjalnymi, związkami wyznaniowymi i Kościołem katolickim.

W sektorze ochrony zdrowia usługi ODT realizowane są przez różne podmioty lecznicze na podstawie kontraktów z płatnikiem – NFZ.

Świadczenia w zakresie ODT wyceniane są na podstawie taryfikatora opracowanego przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT). Podmioty lecznicze realizujące świadczenia z zakresu ODT obejmują:

- 1.** podmioty zatrudniające pielęgniarki świadczące ODT, pielęgniarki ODT prowadzące własną działalność gospodarczą lub zatrudnione na umowy cywilnoprawne (tzw. kontraktowe),

2. zespoły długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, młodzieży i dzieci wentylowanych mechanicznie,
3. zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL),
4. zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO).

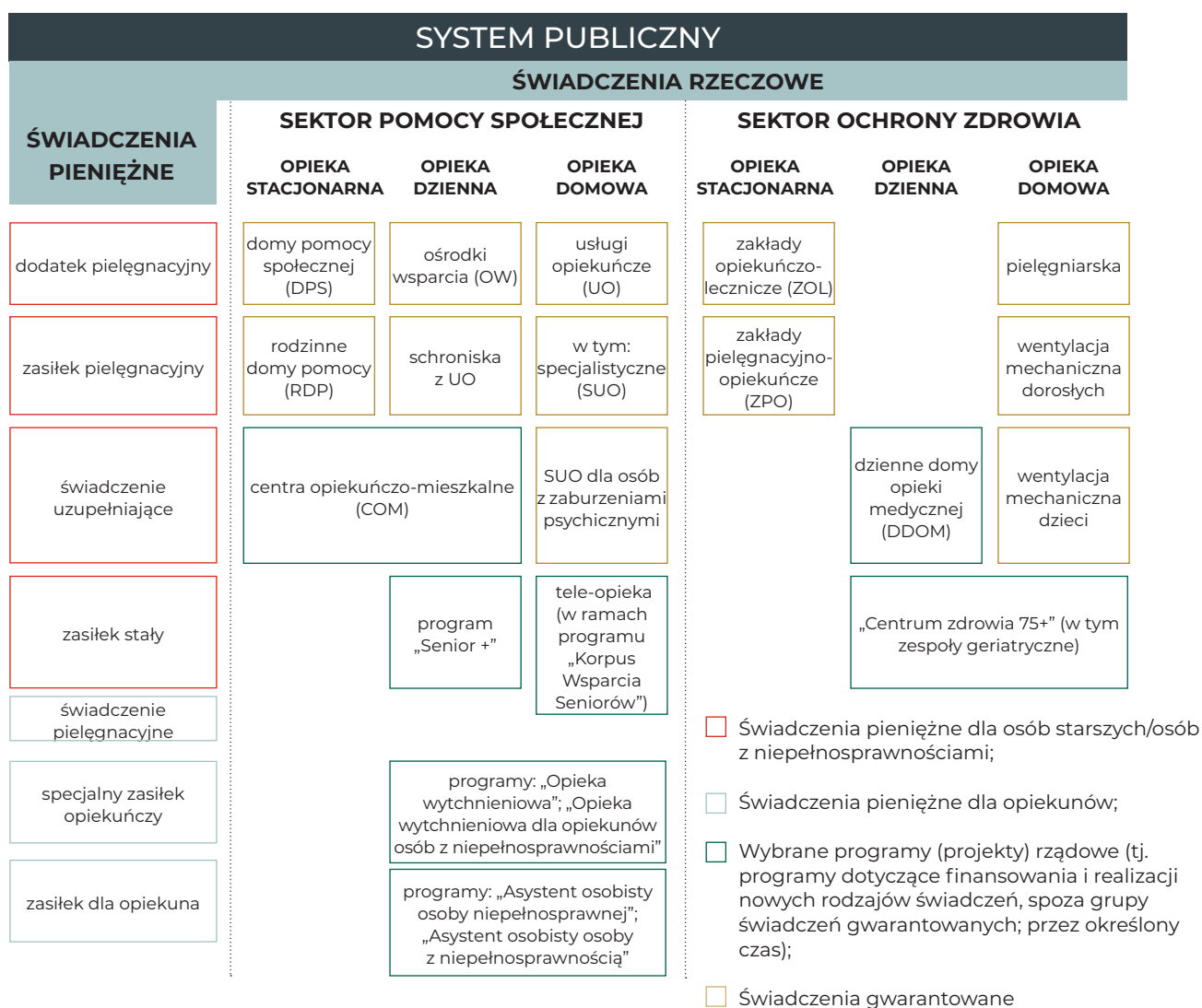
Podmioty mogą być prowadzone przez przedsiębiorców działających zgodnie z przepisami o prowadzeniu działalności gospodarczej, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jednostki budżetowe, w tym prowadzone przez Ministerstwo Obrony Narodowej (MON) i Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji (MSWiA), instytuty badawcze, fundacje i stowarzyszenia, które zgodnie ze swoim statutem prowadzą działalność w sektorze ochrony zdrowia, związki wyznaniowe i Kościół katolicki oraz jednostki wojskowe.

Wybrane inicjatywy ODT realizowane są także w oparciu o środki unijne; są to projekty ukierunkowane na zwiększenie podaży usług oraz deinstytucjonalizację opieki. Sfinansowano je ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS) i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego (EFRR). W ramach perspektyw finansowych 2014-2020 oraz 2021-2027 realizowane jest wsparcie dotyczące m.in. rozwiązań na rzecz deinstytucjonalizacji, tworzenia mieszkań chronionych i wspomaganych oraz wsparcia działalności środowiskowych domów samopomocy i dziennych domów pomocy. Część środków z UE przeznaczono na programy szkoleniowe dla personelu ODT, w tym świadczącego usługi opiekuńcze.

Chcąc stworzyć kompletny obraz szeroko rozumianej ODT w Polsce, trzeba uwzględnić działania realizowane w obu sektorach, tzn. w sektorze pomocy społecznej i w sektorze ochrony zdrowia. Na potrzeby niniejszego przeglądu strategicznego powstał uproszczony schemat usług ODT w Polsce finansowanych ze środków publicznych i prywatnych (**rycina 8**). Dla jasności przekazu w raporcie posługujemy

się ujednoliconym nazewnictwem wiodących trybów udzielania opieki (opieka domowa, dzienna, stacjonarna) w odniesieniu do obu sektorów. Należy jednak zauważyć, że termin „opieka domowa” nie funkcjonuje obecnie w sektorze pomocy społecznej i został zastosowany jedynie na potrzeby raportu. Termin „opieka stacjonarna” w sektorze pomocy społecznej stosuje się do celów porównawczych, jako że w tym sektorze zwykle mówi się o opiece całodobowej.

Rycina 8. Uproszczony schemat dostępnych usług w ODT w Polsce



Źródło: BŚ 2023, opracowanie własne

OPIEKA DŁUGOTERMINOWA W SEKTORZE POMOCY SPOŁECZNEJ: STRUKTURA ORGANIZACYJNA I DOSTĘPNE USŁUGI

OPIEKA STACJONARNA

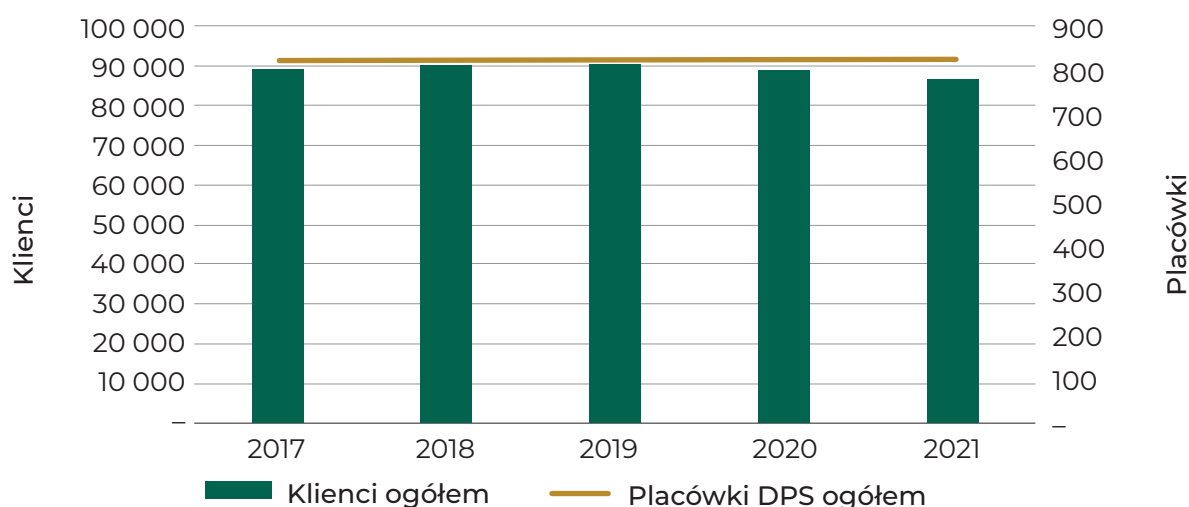
Stacjonarna opieka długoterminowa dostępna w ramach sektora pomocy społecznej jest realizowana w domach pomocy społecznej (DPS) oraz w rodzinnych domach pomocy (RDP). DPS działają na zasadzie domów opieki i zazwyczaj są dużymi placówkami; w 2021 r. średnio w jednym DPS było 98 miejsc³³. DPS oferują stacjonarne usługi opiekuńcze dla osób wymagających całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności i niemogących samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, dla których istniejące wsparcie rodziny lub opieka środowiskowa okazały się niewystarczające. Większość mieszkańców DPS cierpi na choroby przewlekłe (psychiczne lub fizyczne) lub niepełnosprawność fizyczną. Duże DPS często dzielą się na mniejsze oddziały i świadczą usługi w wielu budynkach. Osoba wymagająca wsparcia powinna być kierowana do DPS znajdującego się jak najbliżej jej miejsca zamieszkania, a gdy termin przyjęcia jest dłuższy niż trzy miesiące – do placówki położonej dalej. Na podstawie pisemnego wniosku klienta i w oparciu o rodzinny wywiad środowiskowy pracownik pomocy społecznej wystawia rekomendację. Decyzję o skierowaniu do DPS i decyzję ustalającą opłatę za pobyt w tej placówce wydaje organ gminy właściwej dla tej osoby w dniu jej kierowania do DPS. Z kolei decyzję o umieszczeniu w DPS wydaje organ gminy prowadzącej tę placówkę lub starosta prowadzącego ją powiatu. W przypadku regionalnych domów pomocy społecznej decyzję wydaje marszałek województwa. Znacznie rzadziej alternatywą dla osób poszukujących opieki stacjonarnej jest rodzinny dom pomocy (RDP), który może założyć osoba fizyczna albo podmiot do tego uprawniony na podstawie umowy z gminą. Liczba RDP w skali kraju jest jednak niższa

33 MRPIPS. (2021). *Sprawozdanie MRPIPS-05 za 2021 r.*

niż liczba DPS – w 2021 r. w Polsce funkcjonowały 44 RDP, z łączną liczbą 327 miejsc całodobowego pobytu i z 322 mieszkańcami. Miejsce w RDP może uzyskać osoba, która ze względu na wiek lub niepełnosprawność wymaga całodobowej opieki. Podobnie jak DPS, placówki RDP świadczą usługi bytowe (zakwaterowanie i wyżywienie) oraz opiekuńcze. Jako małe placówki RDP przyjmują od trzech do ośmiu osób. Opłaty za pobyt ustalane są na podstawie umowy z placówką.

DPS może być prowadzony przez jednostkę samorządu terytorialnego, Kościół katolicki lub inny Kościół bądź związek wyznaniowy, organizację społeczną, fundację, stowarzyszenie, inną osobę prawną lub fizyczną. Działalność DPS jest regulowana ustawą, która ma zastosowanie niezależnie od rodzaju podmiotu prowadzącego placówkę. Zgodę na jej założenie wydaje wojewoda. Istnieją różne typy DPS: dla osób w podeszłym wieku, osób z przewlekłymi chorobami fizycznymi, osób z przewlekłymi chorobami psychicznymi, dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną, dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną, osób z niepełnosprawnością fizyczną oraz osób uzależnionych od alkoholu. Jak pokazano na **rycynie 9**, w 2021 r. w Polsce funkcjonowało 826 placówek DPS, czyli nieco więcej niż w 2017 r.

Rycina 9. Liczba klientów i liczba placówek DPS w sektorze pomocy społecznej w Polsce w latach 2017-2021



Źródło: BŚ 2023, opracowane własne na podstawie danych MRPiPS-06 za 2021 r.

DPS świadczą usługi dla różnych grup klientów. Jak podano na **rycinie 10**, w Polsce funkcjonuje 170 DPS dla osób z przewlekłymi chorobami psychicznymi, 137 dla osób z przewlekłymi chorobami fizycznymi, 119 dla osób starszych i osób z przewlekłymi chorobami fizycznymi, 115 dla dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną oraz 93 placówki DPS dla osób starszych. W przypadku, gdy placówka przyjmuje więcej niż jedną grupę beneficjentów, dla potrzeb **ryciny 10** wliczamy ją do statystyki za każdym razem.

Rycina 10. Placówki DPS według profilu klientów w 2021 r.



Źródło: BŚ 2023, opracowanie własne na podstawie danych MRPiPS-05 za 2021 r.

W latach 2017-2021 przybyło pięć DPS w skali kraju. Jest to wartość netto, ponieważ w tym samym czasie część placówek została zlikwidowana. Pięć nowych DPS otwarto w województwie podkarpackim, po dwie placówki powstały w województwie dolnośląskim, lubelskim, podlaskim i świętokrzyskim. Z kolei po dwa DPS ubyło w województwie pomorskim i warmińsko-mazurskim, a po jednym w województwie łódzkim, małopolskim, mazowieckim i wielkopolskim (**tabela 2**). Na terenie województwa podlaskiego funkcjonuje jedyny w Polsce regionalny DPS oferujący miejsce dla 200 klientów³⁴. Jak pokazano na **rycynie 11**, dynamika liczby klientów DPS w poszczególnych województwach utrzymywała się w latach 2017-2021 na dość stabilnym poziomie, natomiast występowały pewne różnice międzyregionalne pod względem liczby klientów.

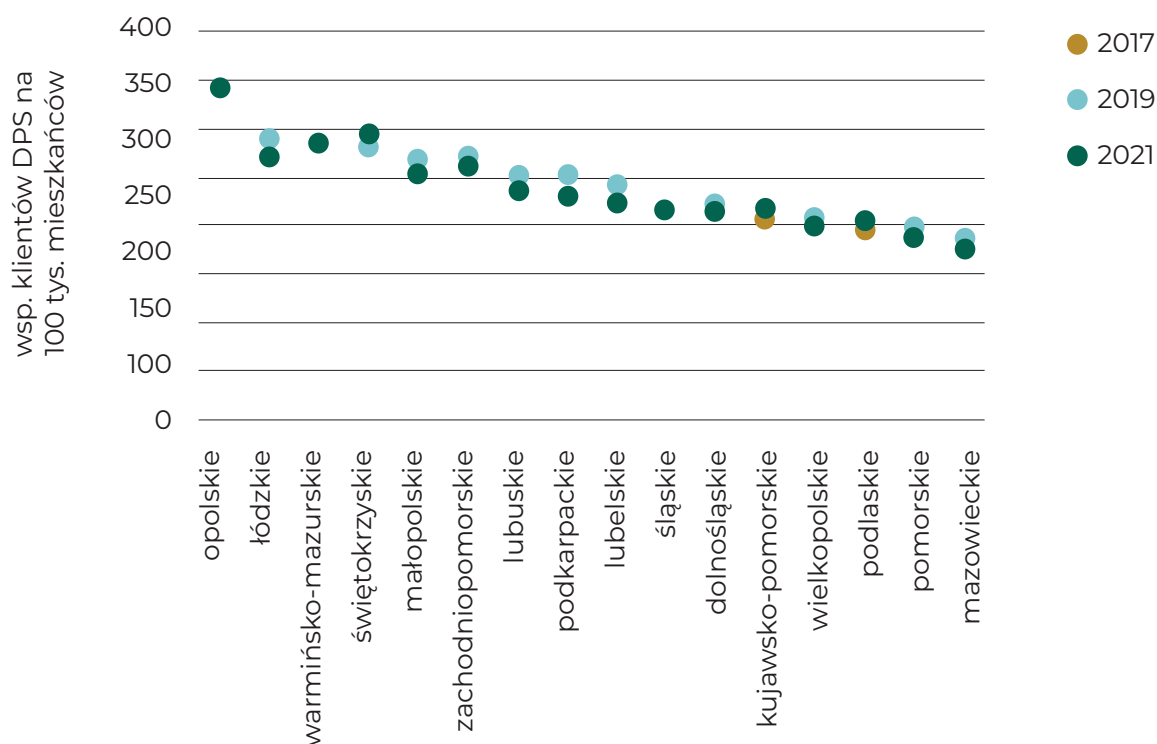
Tabela 2. Liczba DPS w przekroju województw, w latach 2017-2021 (włącznie z jednym regionalnym DPS)

WOJEWÓDZTWO	2017	2018	2019	2020	2021	DYNAMIKA ZMIAN W LATACH 2017-2021
dolnośląskie	58	57	57	59	60	2
kujawsko-Pomorskie	46	46	46	46	46	0
lubelskie	44	44	44	46	46	2
lubuskie	23	23	23	23	23	0
łódzkie	56	56	55	55	55	-1
małopolskie	92	92	92	91	91	-1
mazowieckie	94	94	94	93	93	-1
opolskie	29	29	29	29	29	0
podkarpackie	47	50	50	50	52	5
podlaskie	21	22	22	23	23	2
pomorskie	43	43	42	42	41	-2
śląskie	98	98	98	98	98	0
świętokrzyskie	32	33	34	34	34	2
warmińsko-Mazurskie	43	43	42	42	41	-2
wielkopolskie	64	63	63	63	63	-1
zachodniopomorskie	32	32	32	32	32	0
Polska	822	825	823	826	827	5

Źródło:
BŚ 2023,
opracowanie
własne na
podstawie
danych
MRPiPS-05
za 2021 r.

34 Informacje zawarte w sprawozdaniu MRPiPS-05 przedstawiają charakterystykę DPS w podziale na gminne, powiatowe i wojewódzkie (w 2021 r. w województwie podlaskim funkcjonował jeden wojewódzki DPS). W sprawozdaniu znajdziemy dane na temat liczby ludności i placówek na dzień 31 grudnia roku sprawozdawczego. Na podstawie MRPiPS-05 nie da się zatem określić, ilu mieszkańców przebywało w DPS w trakcie roku. Wiadomo jedynie, że na dzień 31 grudnia 2021 r. w placówce przebywało 199 mieszkańców. Łączna liczba pensionariuszy DPS w województwie podlaskim za cały 2021 r., podana w sprawozdaniu MRPiPS-06, wynosi 2410, a liczba miejsc to 2178.

Rycina 11. Klienci DPS na 100 tys. mieszkańców w przekroju województw, w latach 2017, 2019 i 2021



Źródło: BŚ 2023, opracowanie własne na podstawie danych MRPiPS-06 za 2021 r.

Według danych MRPiPS połowa klientów DPS to osoby starsze.

DPS zapewniają swoim klientom różne usługi, ale nie ma wśród nich opieki medycznej.

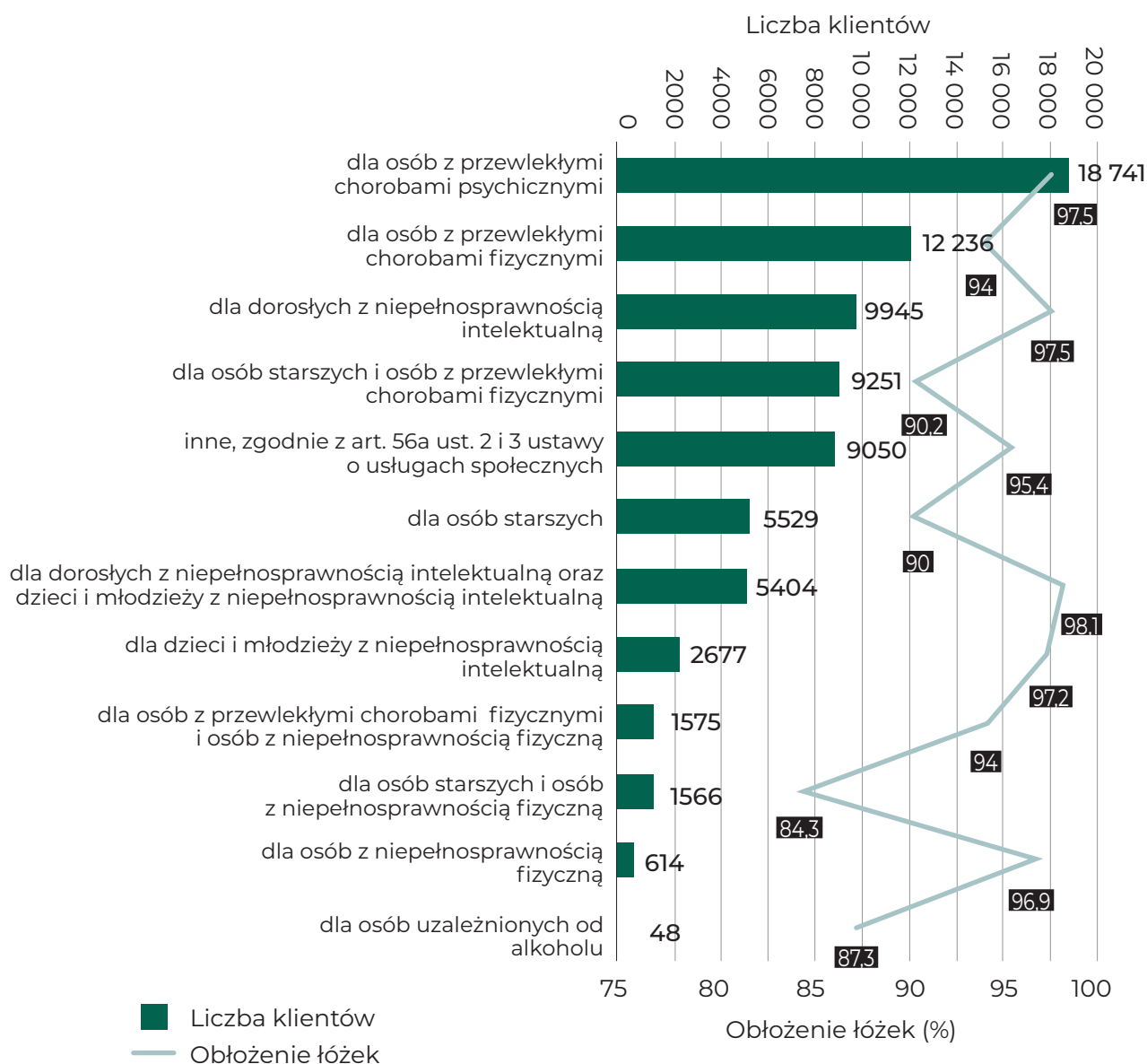
Usługi dostępne w DPS obejmują: usługi bytowe (zakwaterowanie, wyżywienie), usługi opiekuńcze, wsparcie i usługi edukacyjne, w tym świadczenie pracy socjalnej w formie terapii zajęciowej i treningów umiejętności społecznych, opiekę edukacyjną w przypadku dzieci, a w przypadku osób uzależnionych – terapię uzależnień. Jako że osoby starsze (powyżej 65. r.ż.) stanowią 50,5 proc. klientów DPS wszystkich kategorii ogółem, można się spodziewać, że struktura rodzajowa usług będzie dopasowana do ich możliwości funkcjonalnych i potrzeb. Ok. 13 proc. klientów DPS stanowią osoby leżące ze względu na bardzo zły stan zdrowia i poważne ograniczenia funkcjonalne. Wskaźnik obłożenia łóżek w różnych typach DPS waha się od 84 do 98 proc., przy czym odnotowuje się również kolejki do DPS

i listy osób oczekujących na miejsce³⁵. Dla każdego klienta DPS w ciągu pół roku od dnia przyjęcia do placówki powinien zostać sporządzony indywidualny plan wsparcia; w przypadku domów dla osób uzależnionych od alkoholu taki plan powinien być gotowy przed upływem dwóch miesięcy. Jako że katalog usług realizowanych przez DPS nie uwzględnia świadczeń medycznych, osoby wymagające intensywnej pomocy medycznej powinny być kierowane do placówek ochrony zdrowia – ZOL lub ZPO. Pobyt w DPS jest odpłatny do wysokości 70 proc. indywidualnych dochodów klienta. Gdy dana osoba nie jest w stanie samodzielnie pokryć kosztów pobytu, za opłaty odpowiada jej rodzina (małżonek/wstępni/zstępni), a w dalszej kolejności organ samorządowy, który wystawił skierowanie do placówki DPS.

W 2021 r. w DPS mieszkało mniej osób niż w 2017 r., co wynika przede wszystkim z pandemii COVID-19. W 2021 r. w DPS przebywało ok. 86 480 mieszkańców, czyli o 2,8 tys. mniej niż w 2017 r. (**rycina 9**). W ostatnich latach liczba beneficjentów wzrosła jedynie w DPS w województwie kujawsko-pomorskim i świętokrzyskim, podczas gdy w pozostałych województwach odnotowano spadek obłożenia DPS. Na **rycinie 12** przedstawiono obłożenie DPS dla poszczególnych kategorii placówek (w wartościach bezwzględnych i procentowych).

35 MRPiPS. (2021). *Sprawozdanie MRPiPS-05 za 2021 r.*

Rycina 12. Klienci DPS według typu placówki i wskaźniki obłożenia DPS (liczba klientów w stosunku do liczby łóżek – prawa oś i wykres liniowy) w 2021 r.



Źródło: BŚ 2023, opracowanie własne na podstawie danych MRiPS-05 za 2021 r.

OPIEKA DZIENNA

W sektorze pomocy społecznej funkcjonuje kilka kategorii ośrodków wsparcia (OW), które specjalizują się w usługach opiekuńczych realizowanych w trybie dziennym:

- OW dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym środowiskowe domy samopomocy i kluby samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
- schroniska z UO,
- dzienne domy opieki (w tym domy Senior+),
- kluby samopomocy.

Prowadzenie OW należy do zadań własnych zarówno powiatów, jak i gmin, przy czym dla powiatów jest to zadanie obligatoryjne. Odrębną kategorię OW stanowią placówki dla osób z zaburzeniami psychicznymi, których prowadzenie należy do zadań administracji rządowej i jest zlecane gminom i powiatom.

Ośrodki wsparcia w systemie pomocy społecznej to również schroniska dla osób w kryzysie bezdomności oraz domy dla samotnych matek. Tego typu instytucje są objęte niniejszą analizą w ograniczonym stopniu, gdyż nie świadczą usług o charakterze ODT dla osób o ograniczonej samodzielności z uwagi na wiek lub stan zdrowia. OW mogą również świadczyć usługi opieki całodobowej, a w 2021 r. w Polsce funkcjonowało 276 OW działających jako całodobowe placówki tymczasowego pobytu³⁶.

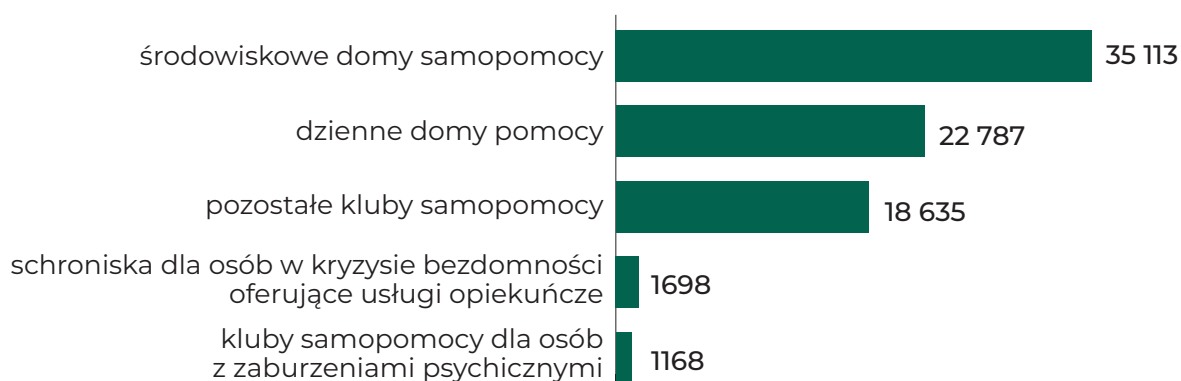
OW świadczą usługi dla osób, które ze względu na wiek, długotrwałą chorobę lub niepełnosprawność wymagają wsparcia w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych. Kryteria dostępu do usług OW są zapisane w ustawie o usługach społecznych. Usługi OW przyznawane są decyzją kierownika ośrodka pomocy społecznej (OPS) i obejmują udział w zajęciach o charakterze terapeutycznym, posiłek, niekiedy usługi

36 MRPIPS. (2021). Sprawozdanie MRPIPS-06 za 2021 r.

opiekuńcze (UO) lub specjalistyczne usługi opiekuńcze (SUO)³⁷.

Dominującą grupę korzystających z OW stanowią osoby z niepełnosprawnością, w tym z zaburzeniami psychicznymi. Co trzecia osoba (33 proc.) objęta wsparciem w formie opieki dziennej korzysta z usług środowiskowych domów samopomocy, które prowadzą różnego rodzaju terapie zajęciowe oraz oferują wsparcie psychologiczne dla osób z niepełnosprawnością oraz z zaburzeniami psychicznymi. Drugą znaczącą grupę odbiorców usług OW (22 proc.) stanowią osoby starsze korzystające z usług dziennych domów pomocy. Liczbę klientów korzystających z wybranych usług OW przedstawia **rycina 13**. W 2021 r. najwięcej beneficjentów korzystało z usług OW oferowanych w ramach środowiskowych domów samopomocy (łącznie 35 113 osób).

Rycina 13. Liczba klientów korzystających z wybranych usług OW



Źródło: BŚ 2023, opracowanie własne na podstawie danych MRPiPS-06 za 2021 r.

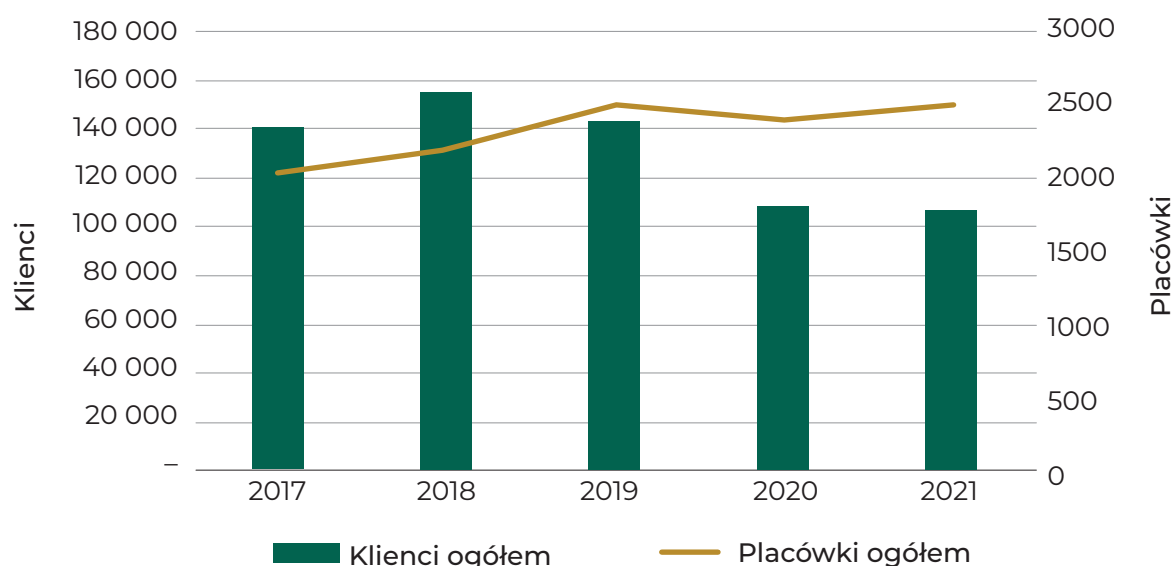
Większość OW kieruje swoją ofertę do osób z zaburzeniami psychicznymi albo funkcjonuje na zasadach dziennego domu opieki, a obecnie liczba ich klientów jest niższa niż w 2017 r. Prowadzenie OW o zasięgu gminnym należy do nieobowiązkowych zadań gminy,

³⁷ Wśród ośrodków wsparcia w systemie pomocy społecznej są również schroniska dla bezdomnych oraz domy dla samotnych matek – tego typu instytucje uwzględniliśmy w naszej analizie tylko w niewielkim stopniu, gdyż nie świadczą one usług o charakterze opieki długoterminowej dla osób o ograniczonej samodzielności z uwagi na wiek lub stan zdrowia.

z wyjątkiem OW dla osób z zaburzeniami psychicznymi: te placówki są utrzymywane w ramach zadań zleconych samorządom gminnym. Powiaty również mają obowiązek prowadzenia OW dla osób z zaburzeniami psychicznymi (w ramach zadań zleconych). Maksymalna długość pobytu w środowiskowym domu samopomocy wynosi trzy miesiące, z możliwością przedłużenia w uzasadnionych przypadkach.

W 2021 r. w Polsce funkcjonowało 2471 OW, w tym 883 ośrodki dla osób z zaburzeniami psychicznymi, 503 dzienne domy pomocy, 628 innych klubów samopomocy (nie dla osób z zaburzeniami psychicznymi) i 31 schronisk z UO dla osób w kryzysie bezdomności. Pula usług OW skurczyła się w porównaniu do 2017 r. W 2021 r. OW zanotowały 104 928 klientów (106 626, jeśli uwzględnimy schroniska z UO), tj. o 24,6 proc. mniej niż w 2017 r. – spadek był najprawdopodobniej spowodowany pandemią COVID-19 (**rycina 14**).

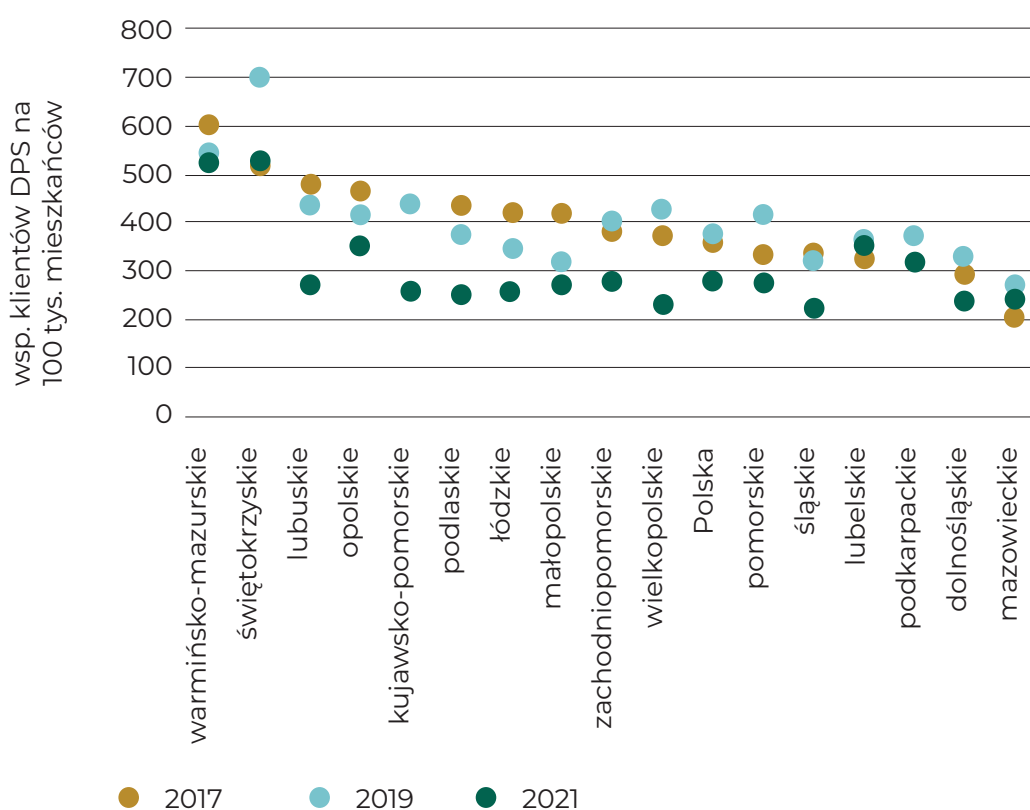
Rycina 14. Liczba klientów i liczba placówek opieki dziennej (OW i schroniska z UO) w sektorze pomocy społecznej w latach 2017-2021



Źródło: BŚ 2023, opracowanie własne na podstawie danych MRPiPS-06 za 2021 r.

Liczba osób korzystających z opieki dziennej w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców zmalała w latach 2017-2021 w niemal każdym województwie (rycina 15). W niektórych województwach trend spadkowy zarysował się jeszcze przed wybuchem pandemii. Liczba korzystających nie oddaje jednak całości obrazu: na poniższym wykresie w województwie mazowieckim jest niemal najmniej korzystających, a jednocześnie działa w nim najwięcej OW w skali kraju (rycina 36 w podrozdziale na temat finansowania).

Rycina 15. Klienci korzystający z opieki dziennej (OW i schroniska z UO) w sektorze pomocy społecznej w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców, w przekroju województw, w latach 2017, 2019 i 2021



Źródło: BŚ 2023, opracowanie własne na podstawie danych MRPiPS-06 za 2021 r.

W ostatnich latach kategorią placówek, która przyrastała najszybciej, były dzienne domy pomocy, a to z uwagi na realizację programu rządowego „Senior+”. Program po raz pierwszy ogłoszono w 2015 r., a jego celem jest zwiększenie partycypacji osób starszych w dziennej formie opieki oferowanej przez różnego rodzaju placówki specjalizujące się we wspieraniu seniorów. Program kierowany jest do samorządów, które mogą rokrocznie ubiegać się o środki finansowe na założenie domu lub klubu seniora oraz utrzymanie jego działalności. Do końca 2020 r. powstało 971 takich placówek dla 55,7 tys. osób, choć zdaniem NIK liczba ta może być zawyżona, gdyż nie uwzględnia rotacji klientów³⁸.

Opieka dzienna prowadzona jest także w ramach działań finansowanych ze środków Funduszu Solidarnościowego. Od 2019 r. samorządy złożyły ponad 100 wniosków o dofinansowanie centrów opiekuńczo-mieszkalnych (COM). Ich zadaniem jest świadczenie usług opieki dziennej oraz całodobowej, przy czym w tym drugim przypadku okres pobytu nie powinien przekraczać roku. Centra mogą być zakładane przez gminy i powiaty, o ile wystąpią one o dofinansowanie, i obejmują opiekę dzienną lub całodobową osoby z orzeczeniem o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub z orzeczeniem traktowanym na równi z orzeczeniem o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności. O umieszczeniu w COM decyduje pracownik OPS lub powiatowego centrum pomocy rodzinie. Do tej pory program miał dwie edycje: w latach 2019-2021 i 2021-2024. Trzecia odsłona programu obejmuje lata 2023-2026. Od 2019 r. zatwierdzono 122 samorządowe wnioski o dofinansowanie, przy czym liczba wniosków dotyczących założenia nowych COM była następująca: 37 w pierwszej edycji, 62 w drugiej i 23 w trzeciej. Na projekty przeznaczono w sumie 330 mln zł.

38 Najwyższa Izba Kontroli. (2022). *Program „Senior+” – dobry pomysł, zasady finansowania do poprawki*. <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/program-senior-plus.html>

OPIEKA DOMOWA³⁹

W Polsce podstawowymi podmiotami powołanymi do udzielania usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania beneficjenta (opieki domowej) są ośrodki pomocy społecznej/centra usług społecznych (OPS/CUS). Działają one na szczeblu samorządowym (gminnym), co skutkuje dużym zróżnicowaniem usług w zależności od lokalizacji. OPS funkcjonują w każdej gminie w kraju, a w Warszawie w każdej dzielnicy. Od 2019 r., na mocy ustawy o realizacji usług społecznych przez centra usług społecznych, OPS mogą przekształcać się w CUS⁴⁰, jednak jak dotąd decyzję o takim przekształceniu podjęły tylko 53 samorządy (z puli ok. 2000 OPS). Świadczenia i usługi realizowane są przez gminne OPS lub CUS w formie zadań zleconych lub zadań własnych gminy. Świadczenie UO i SUO jest zadaniem własnym JST, natomiast zapewnienie dostępu do SUO dla osób z zaburzeniami psychicznymi jest ich zadaniem zleconym. Mimo iż zapewnienie UO jest zadaniem własnym JST o charakterze obowiązkowym, nie każda gmina je realizuje. Wśród przyczyn takiego stanu rzeczy trzeba wymienić braki kadrowe i finansowe, a czasem także brak przychylności lokalnych władz wobec usług społecznych, w tym o charakterze opiekuńczym, ze względu na przekonanie, że nie są to zadania priorytetowe lub zasadnie powierzone gminom. UO mogą być realizowane samodzielnie przez pracowników OPS lub CUS bądź zlecone usługodawcom zewnętrznym (instytucjom sektora prywatnego lub organizacjom non profit). Według danych za 2021 r. ok. 10 proc. OPS nie świadczyło usług opieki domowej.

Usługi opieki domowej w sektorze pomocy społecznej to najczęściej podstawowa pomoc w czynnościach dnia codziennego. Za ich przyznawanie odpowiada kierownik OPS/CUS zgodnie z kryteriami uprawniającymi do świadczeń, a realizację powierza się pracownikowi socjalnemu. Opieka domowa w sektorze pomocy społecznej obejmuje

39 Uwaga: w sektorze pomocy społecznej nie stosuje się terminu „opieka domowa”; jest to sformułowanie używane dla celów niniejszego raportu.

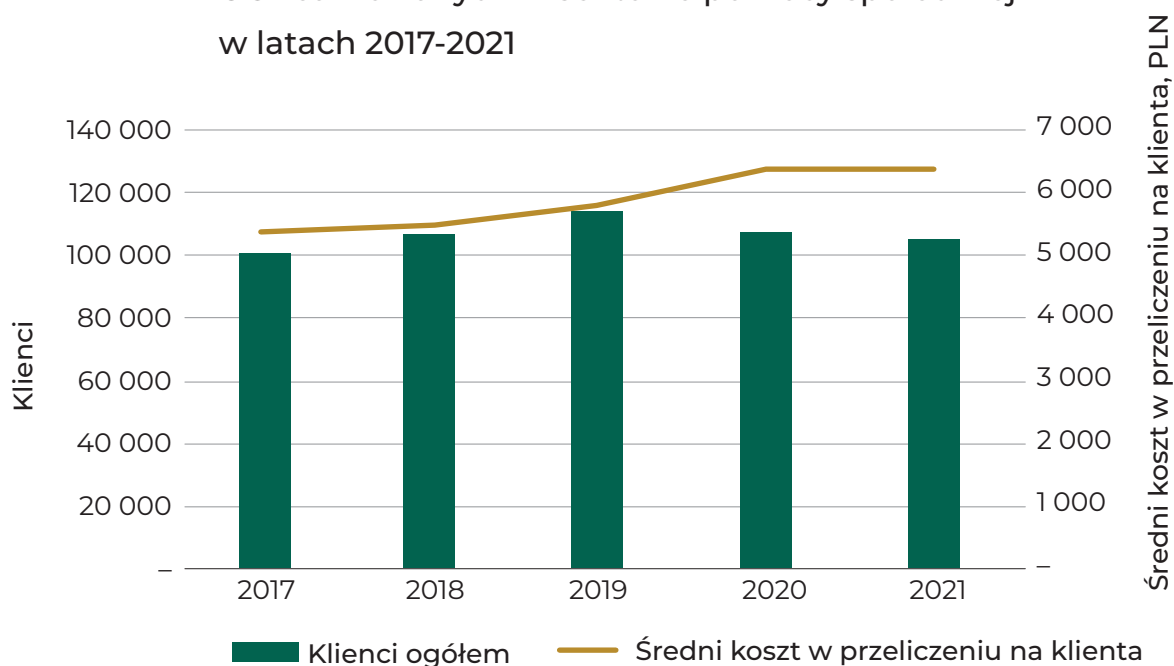
40 Spośród nich 41 utworzono dzięki wsparciu środków europejskich w ramach pilotażu realizowanego w ramach Programu Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 (POWER).

UO oraz SUO. UO przyznawane są osobom, które ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymagają opieki i pomocy w zaspokajaniu potrzeb życiowych i nie mogą jej uzyskać od członków rodziny. Usługi te obejmują: pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, utrzymaniu higieny, zaleconą przez lekarza pielęgnację lub pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego oraz, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem. Z kolei SUO to świadczenia dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności; świadczone są przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem. Usługi te przyznaje OPS lub CUS w oparciu o wywiad środowiskowy i na wniosek bądź za zgodą klienta. W szczególnych przypadkach, np. w sytuacji nagłego pogorszenia stanu zdrowia, usługi mogą być przyznane przez OPS lub CUS w trybie pilnym.

Zapewnienie dostępu do UO i SUO jest zadaniem własnym gmin, które decydują o odpłatności. Wyjąwszy grupę osób z dochodem poniżej kryterium dochodowego pomocy społecznej, UO są częściowo odpłatne, a poziom odpłatności, jak i szczegółowe warunki udzielania świadczeń ustalane są w drodze uchwały przez radę gminy. Wyznacza ona wysokość dopłat z kieszeni klienta w powiązaniu ze wskazanym kryterium dochodowym, a pełna odpłatność obowiązuje dopiero wówczas, gdy dochody beneficjenta lub jego rodziny przekraczają sześciokrotność wymienionego kryterium. Za realizację usług odpowiadają OPS i CUS, które ustalają ich zakres, intensywność, czas trwania i tryb świadczenia. Rada gminy może również decydować o warunkach zwolnienia z opłat. Kryterium dochodowe pomocy społecznej nie jest warunkiem dostępu do usług, natomiast sytuacja finansowa usługobiorcy i jego rodziny może być brana pod uwagę przy ustalaniu poziomu odpłatności bądź stanowić przesłankę do zwolnienia z opłat. Wyjątkiem od tej zasady są specjalistyczne usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi – w tym przypadku kwestia współpłacenia jest regulowana przez MRPiPS. W 2021 r. łączna liczba osób korzystających z UO nieznacznie spadła w porównaniu z 2019 r.,

ale przed pandemią trend był wyżkowy (**rycina 16**). Podobne tendencje można zaobserwować w przypadku SUO, choć ogólna liczba korzystających jest w tym przypadku niższa (**rycina 18**). Dla obu rodzajów opieki średni koszt usług w przeliczeniu na jednego klienta w 2021 r. wzrósł w porównaniu do lat 2017 i 2019.

Rycina 16. Łączna liczba klientów i średni koszt na klienta z tytułu UO realizowanych w sektorze pomocy społecznej w latach 2017-2021

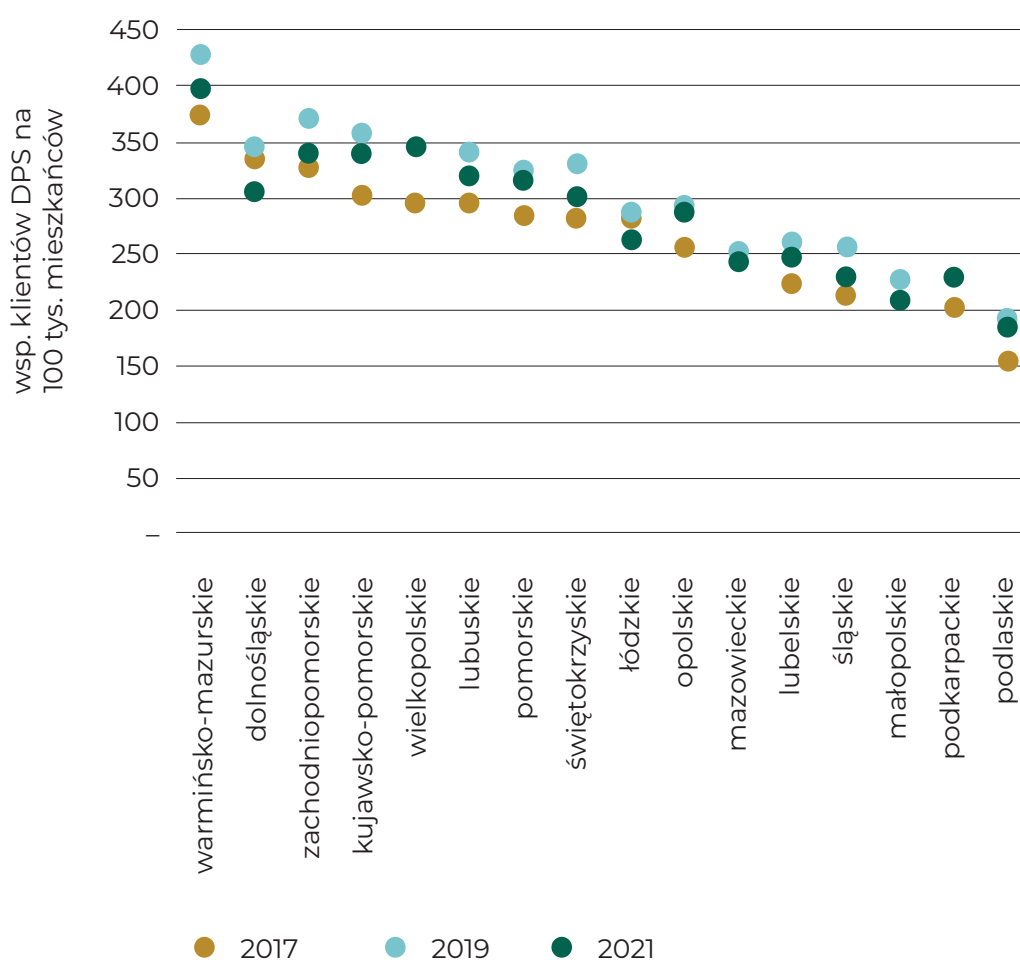


Źródło: BŚ 2023, opracowanie własne na podstawie danych MRPiPS-03 za 2021 r.

W 2021 r. z UO i SUO skorzystało w Polsce ponad 110 tys. osób, co oznacza, że liczba klientów w skali całego kraju wzrosła od 2017 r. o 5,0 proc. Mimo to zasięg usług nie jest duży: średnio w kraju notuje się zaledwie 291 klientów w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców (zob. **rycina 17**). Jest to poniżej oczekiwań, zważywszy na potrzeby starzejącej się ludności oraz skalę występowania niepełnosprawności. Dodatkowo rosnący trend liczby odbiorców usług przed 2019 r. uległ zahamowaniu w pandemii COVID-19. Jednocześnie obserwujemy znaczne zróżnicowanie liczby korzystających z usług w zależności od województwa. W ujęciu bezwzględnym najwięcej odbiorców usług znajdziemy w województwach z największą liczbą ludności,

tj. w województwie mazowieckim, wielkopolskim i śląskim (odpowiednio: 14,5 tys., 12,4 tys. i 11,6 tys. w 2021 r.). W ciągu ostatnich pięciu lat najsilniejszą dodatnią dynamikę zmian liczby osób korzystających z UO odnotowano w województwie podlaskim (18,0 proc.), wielkopolskim (17,5 proc.) oraz pomorskim (13,1 proc.).

Rycina 17. Klienci korzystający z UO w sektorze pomocy społecznej w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców, w przekroju województw, w latach 2017, 2019 i 2021

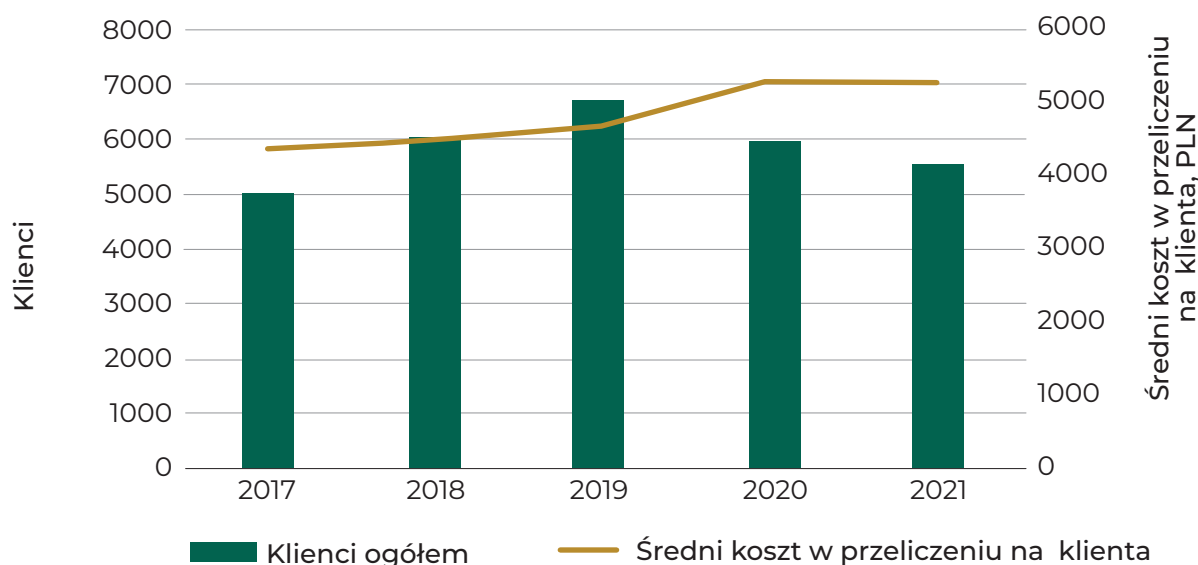


Źródło: BŚ 2023, opracowanie własne na podstawie danych MRPIPS-06 za 2021 r.

SUO, znacznie mniej powszechne niż UO, także charakteryzują się silnym zróżnicowaniem regionalnym. W 2021 r., mimo wzrostu liczby usług o 10,4 proc. w stosunku do 2017 r., przyznano je zaledwie 5,5 tys. klientów (**rycina 18**). Wśród przyczyn tak niskiej dostępności usług

(niespełna 15 osób na 100 tys. mieszkańców) można wskazać problemy z dostępnością wyspecjalizowanych kadr oraz wymóg współfinansowania przez klienta.

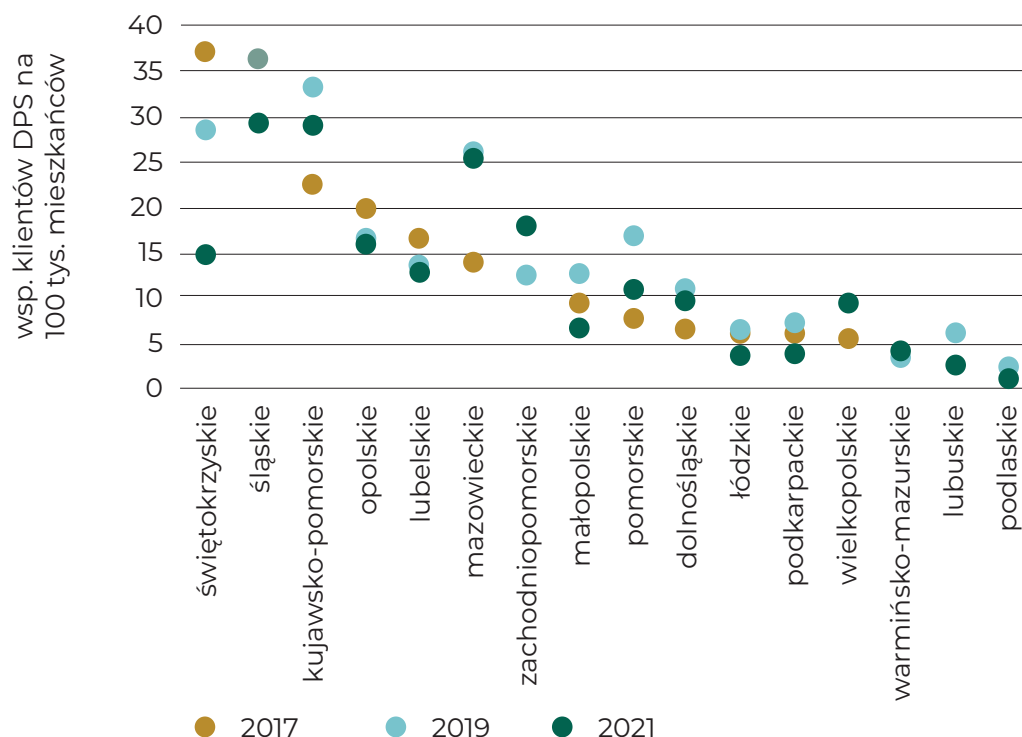
Rycina 18. Łączna liczba klientów i średni koszt na klienta z tytułu SUO realizowanych w sektorze pomocy społecznej w latach 2017-2021



Źródło: BŚ 2023, opracowanie własne na podstawie danych MRPIPS-06 za 2021 r.

Jednocześnie obserwujemy znaczne różnice w dostępności usług pomiędzy województwami (**rycina 19**). Najwyższe wskaźniki dostępu do SUO na 100 tys. mieszkańców zanotowano w województwie śląskim (29,3) i kujawsko-pomorskim (29,1), a najniższy w województwie podlaskim (1,1). Pomiedzy województwem śląskim i podlaskim występuje prawie 30-krotna różnica w liczbie korzystających na 100 tys. mieszkańców. W ostatnich latach zaobserwowano również dużą zmienność liczby usług: np. w województwie mazowieckim wolumen wzrósł o ponad 80 proc., a w świętokrzyskim spadł o ponad 60 proc. Różnice w wielkości puli beneficjentów mogą wynikać również z barier dostępu występujących poza systemem pomocy społecznej, takich jak indywidualny profil zdrowotny lub znajomość oferty dostępnych usług.

Rycina 19. Klienci korzystający z SUO w sektorze pomocy społecznej na 100 tys. mieszkańców, w przekroju województw, w latach 2017, 2019 i 2021



Źródło: BS 2023, opracowanie własne na podstawie danych MRPIPS-06 za 2021 r.

W trybie opieki domowej świadczone są także SUO dla osób z zaburzeniami psychicznymi, jednak wolumen przyznanych usług tego rodzaju jest niewielki. Jest to zadanie finansowane ze środków budżetu państwa i zlecone gminom. Usługi mają na celu poprawę jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi, m.in. poprzez uczenie i rozwijanie umiejętności samodzielnego życia, rehabilitację fizyczną (w zakresie nieuwzględnionym w ramach ochrony zdrowia) oraz pomoc mieszkaniową. O zakresie przyznawania usług, ich rodzaju i wymiarze czasowym decydują OPS/CUS.

Świadczenie usług opieki domowej jest wspomagane przez kilka programów rządowych, takich jak „Opieka 75+” i „Korpus Wsparcia Seniorów”. Program „Opieka 75+”, uruchomiony w 2018 r., jest adresowany do gmin liczących do 60 tys. mieszkańców i oferuje im

środki z budżetu centralnego na dofinansowanie UO dla osób powyżej 75. r.ż. Gminy, które realizują UO w ramach zasobów własnych tudzież we współpracy ze spółdzielniami socjalnymi, mogą uzyskać dofinansowanie w wysokości do 60 proc. przewidywanych kosztów własnych realizacji usług⁴¹. W 2023 r. katalog usług ODT wzbogacono o nową formę, jaką jest pomoc sąsiedzka. Zanim format ten otrzymał pełną podstawę prawną, był testowany przez wybrane JST na zasadach wolontariatu w ramach programu innowacji społecznych. Obecnie, po nowelizacji ustawy o pomocy społecznej, sąsiedzi mogą oferować innym członkom społeczności odpłatne usługi pod nadzorem lokalnego ośrodka OPS lub CUS.

Kolejnym programem wspierającym domowe usługi ODT jest „Korpus Wsparcia Seniorów”, funkcjonujący od wybuchu pandemii COVID-19⁴².

Założeniem programu jest ułatwianie dostępu do usług w środowisku lokalnym osobom powyżej 65. r.ż., ze szczególnym uwzględnieniem wolontariatu i teleopieki. W ramach programu gminy mogą rokrocznie ubiegać się o środki finansowe na pokrycie do 80 proc. kosztów realizowanych zadań. Od 2024 r. „Korpus Wsparcia Seniorów” oferuje też gminom środki finansowe na wdrażanie pomocy sąsiedzkiej (Moduł I) i tzw. opieki na odległość, która ma przyczynić się do poprawy bezpieczeństwa i zwiększenia samodzielności osób starszych w ich miejscu zamieszkania (Moduł II). Trzy wymienione inicjatywy – „Opieka 75+”, „Pomoc sąsiedzka” i „Korpus Wsparcia Seniorów” – nie są stałym mechanizmem systemu pomocy społecznej i wymagają dodatkowego finansowania, stanowią więc element dodatkowy i nie zostały ujęte w zestawieniu na **rycinie 8**.

41 MRPiPS. (2018). Program „Opieka 75+”. <https://www.gov.pl/web/rodzina/program-opieka-75>

42 Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie. (2023). Program „Korpus Wsparcia Seniorów” na 2023 r. <https://www.gov.pl/web/uw-mazowiecki/korpus-wsparcia-seniorow-na-rok-2023>

Dostęp do opieki domowej jest mocno zróżnicowany geograficznie; najwyższe wskaźniki odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim, kujawsko-pomorskim, zachodniopomorskim i wielkopolskim. Największy wzrost liczby usług w analizowanym okresie odnotowano w województwie podlaskim i wielkopolskim (odpowiednio o 19,1 oraz 17,1 proc.). Pomimo zanotowanej poprawy województwo podlaskie wciąż ma najniższą w kraju dostępność UO, a jednocześnie charakteryzuje się najdłuższym przeciętnym trwaniem życia kobiet, najniższym zaludnieniem i wysokim udziałem procentowym obszarów wiejskich. W 2021 r. tego rodzaju usługi nie były dostępne w co dziesiątej gminie w kraju, co i tak stanowi znaczną poprawę w stosunku do sytuacji w 2018 r., kiedy to – jak wskazuje NIK – omawianych usług nie oferowało 20 proc. gmin⁴³. Dostępne dane wskazują na znaczne zróżnicowanie w dostępności usług w grupie 16 województw. Ograniczenia dostępności usług mogą wynikać z niewiedzy co do poziomu niezaspokojonych potrzeb opiekuńczych lokalnej społeczności, w tym osób starszych i osób z niepełnosprawnością, na skutek słabego monitorowania potrzeb. Inne przyczyny to braki kadrowe tudzież brak instytucji sektora prywatnego lub podmiotów ekonomii społecznej, które mogłyby wypełnić lukę w podaży usług.

W ramach Funduszu Solidarnościowego funkcjonują programy dofinansowania dla asystentów osób z niepełnosprawnością „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” oraz „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”⁴⁴. Te dwa podobnie zatytułowane programy odróżnia fakt, że jeden jest przeznaczony dla samorządów, a drugi dla NGO. W ramach każdego z nich JST oraz NGO mogą ubiegać się o środki na zapewnienie usług asystencji osobistej dla osób z niepełnosprawnością.

43 NIK. (2018). *Seniorzy bez opieki – NIK o usługach opiekuńczych świadczonych osobom starszym w miejscu zamieszkania*. <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/seniorzy-bez-opieki.html>

44 Biuro Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych. (2023). *Nabór wniosków w ramach programu resortowego Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024*. <https://niepelnosprawni.gov.pl/a,1478,nabor-wnioskow-w-ramach-programu-resortowego-ministra-rodziny-i-polityki-spolecznej-asystent-osobisty-osoby-z-niepelnosprawnoscia-dla-jednostek-samorzadu-terytorialnego-edycja-2024>

Wspieraniu opiekunów rodzinnych poprzez zwiększenie dostępności usług środowiskowych lub udzielanych okresowo usług stacjonarnych i innego wsparcia ma służyć realizowany od 2019 r. program „Opieka wytchnieniowa”. W latach 2019-2021 z opieki wytchnieniowej organizowanej przez JST skorzystało ponad 16,5 tys. osób. W 2021 r. do programu przystąpiły również NGO – świadczoną przez nie pomoc otrzymało łącznie prawie 4 tys. osób.

O ile programy promujące rozwój opieki domowej czy też rodzinnych domów pomocy niewątpliwie służą wdrażaniu innowacyjnych rozwiązań dla osób niesamodzielnych i ich opiekunów, a zainteresowanie tymi programami rośnie, o tyle ich zakres i zasięg jest ograniczony z uwagi na deficyty kadrowe i finansowe.

OPIEKA DŁUGOTERMINOWA W SEKTORZE OCHRONY ZDROWIA: STRUKTURA ORGANIZACYJNA I DOSTĘPNE USŁUGI

ODT w sektorze ochrony zdrowia obejmuje całokształt działań medycznych i społecznych polegających na świadczeniu długotrwałej opieki pielęgniarstwa, rehabilitacji, świadczeń terapeutycznych i usług pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz kontynuacji leczenia farmakologicznego i dietetycznego osobom przewlekle chorym i niesamodzielnym, które nie wymagają hospitalizacji w warunkach oddziału szpitalnego.

Do świadczeń uprawniona jest osoba ubezpieczona w powszechnym systemie ubezpieczeń zdrowotnych lub uprawniona z innego tytułu⁴⁵. Dostępne usługi obejmują całodobową opiekę stacjonarną, opiekę domową i opiekę dzienną, choć ta ostatnia dopiero zaczyna się rozwijać.

⁴⁵ W sporadycznych przypadkach decyzję podejmuje osoba na stanowisku wójta albo burmistrza.

A. OPIEKA STACJONARNA

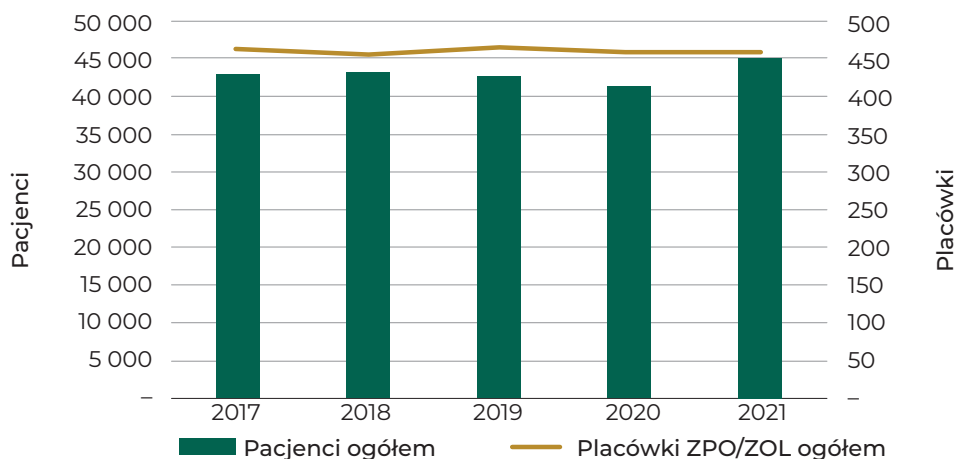
Długoterminową opiekę stacjonarną w ochronie zdrowia świadczą zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL) i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO). W obu kategoriach jednostek świadczone są usługi medyczne, pielęgnacyjne i bytowe dla osób, które nie wymagają hospitalizacji, ale ze względu na stan zdrowia wymagają całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia. Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych w ZOL/ZPO określa rozporządzenie MZ z 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dziennik Ustaw z 2024 r., poz. 253). W przypadku tego rodzaju opieki koszt usług medycznych pokrywa z reguły ubezpieczenie zdrowotne, natomiast od pacjenta pobierane są opłaty za zakwaterowanie i wyżywienie. Oprócz dostępu do odpowiedniej opieki medycznej, pielęgnarskiej i rehabilitacyjnej oraz zapewnienia usług bytowych zadaniem zakładu jest również edukacja pacjentów i ich rodzin oraz przygotowanie najbliższych do samodzielnego sprawowania opieki. Przyjęcie do zakładu odbywa się w oparciu o skierowanie od lekarza, ocenę stopnia samodzielności na podstawie skali Barthel, wniosek pacjenta oraz przedłożone informacje o dochodzie. Każdy zakład ma własny profil zależnie od rodzaju potrzeb i schorzeń pacjentów: ogólne, specjalistyczne (np. dla osób z zaburzeniami psychicznymi, dla osób z chorobami o podłożu neurologicznym), a także dla określonych grup demograficznych (dzieci, dorosłych). Zakład może stanowić odrębną jednostkę organizacyjną lub działać w strukturze innego podmiotu leczniczego, przy czym w praktyce większość ZOL funkcjonuje w strukturze szpitali, a większość ZPO to niezależne jednostki organizacyjne. Zakwaterowanie i wyżywienie w ZOL i ZPO jest odpłatne; miesięczna opłata wynosi 250 proc. najniższej emerytury, ale nie może być wyższa niż 70 proc. miesięcznego dochodu pacjenta. Świadczenia zdrowotne i wyroby medyczne, w tym specjalistyczne, dostępne są w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Pomoc medyczna i pielęgnacyjna w ZOL/ZPO obejmuje: wsparcie

lekarza specjalisty, usługi pielęgniarskie, rehabilitacyjne, dietetyczne, opiekę terapeuty zajęciowego oraz leczenie farmakologiczne.

W Polsce działa 527 ZOL i ZPO, a ich rozmieszczenie w kraju nie

jest równomierne. Według danych NFZ w 2021 r. w Polsce było 461 placówek ODT, w tym 349 ZOL oraz 123 ZPO (**rycina 20**)⁴⁶. Dane GUS są jednak wyższe, co prawdopodobnie wynika z faktu, że GUS wlicza zakłady świadczące usługi opiekuńcze bez kontraktu z NFZ. I tak, według GUS w 2021 r. w Polsce było 370 ZOL i 157 ZPO (**rycina 21**), w tym 47 zakładów zapewniało opiekę całodobową dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, 14 oferowało usługi dla dzieci i młodzieży, a siedem zajmowało się dziećmi i młodzieżą wentylowanymi mechanicznie. Średnia długość pobytu wynosiła 163 dni w przypadku ZOL i 177 dni w przypadku ZPO. W **rycinie 21** podano liczbę ZOL i ZPO w podziale na województwa. Wynika z niej, że w 2021 r. najwięcej ZOL było w województwie mazowieckim i dolnośląskim (po 45), a najmniej w województwie zachodniopomorskim (dziewięć). Z kolei najwięcej ZPO odnotowano w województwie mazowieckim i śląskim (po 22), a najmniej w województwie opolskim (jeden). Należałoby oczekiwać, że skoro 46 proc. pacjentów ZOL/ZPO to osoby powyżej 80. r.ż., więcej placówek będzie działać tam, gdzie jest więcej osób starszych. Struktura demograficzna województw nie wydaje się jednak korelować z liczbą ani rozmieszczeniem ZOL/ZPO.

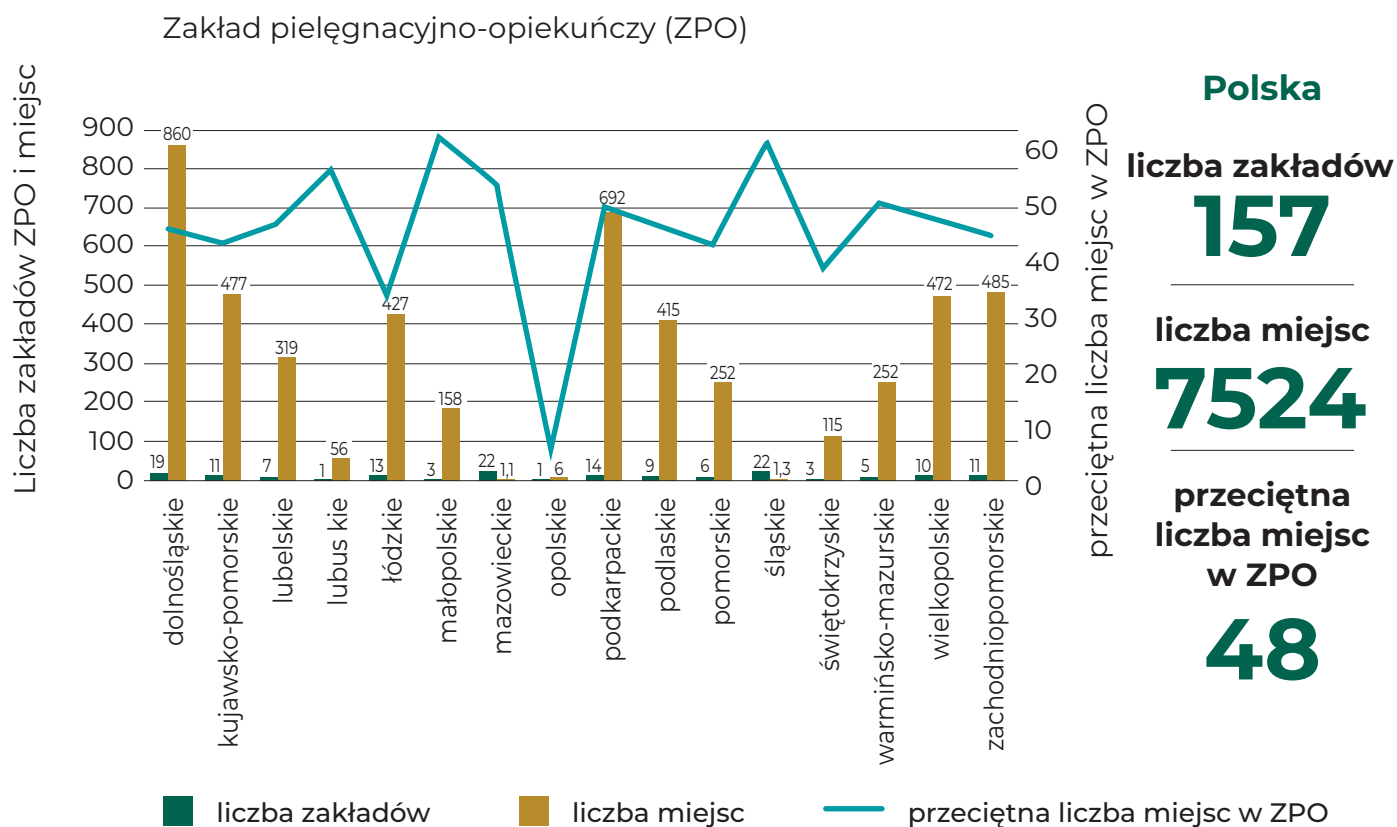
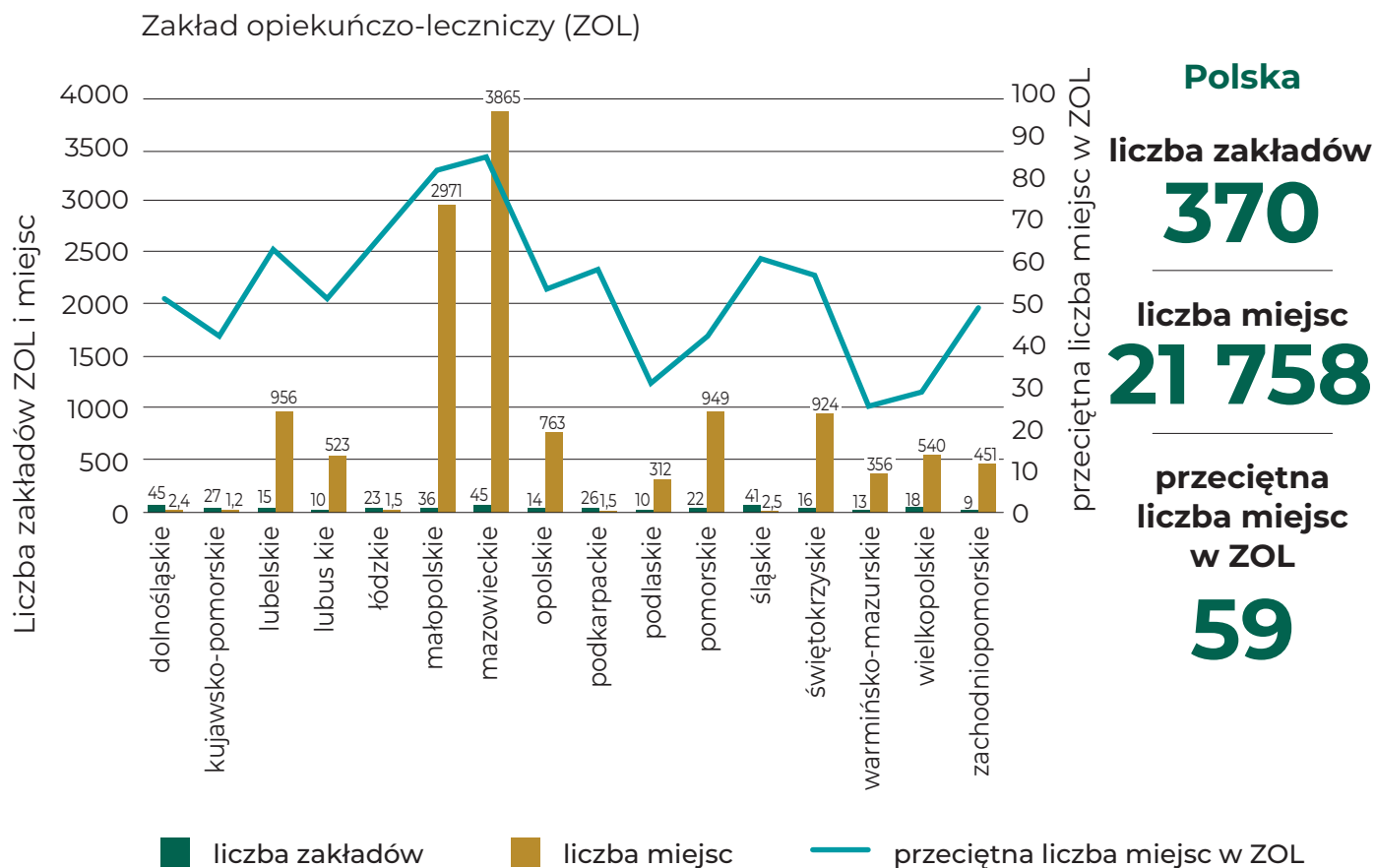
Rycina 20. Liczba pacjentów i liczba placówek ZOL/ZPO w sektorze ochrony zdrowia w Polsce w latach 2017-2021



Źródło:
BŚ 2023,
opracowanie
własne na
podstawie
danych NFZ
za 2021 r.

⁴⁶ Liczba placówek ZOL/ZPO jest większa niż łączna podana suma, ponieważ jeden świadczeniodawca może obsługiwać kilka placówek ZOL i ZPO.

Rycina 21. Liczba ZOL i ZPO w przekroju województw, stan na koniec 2021 r.

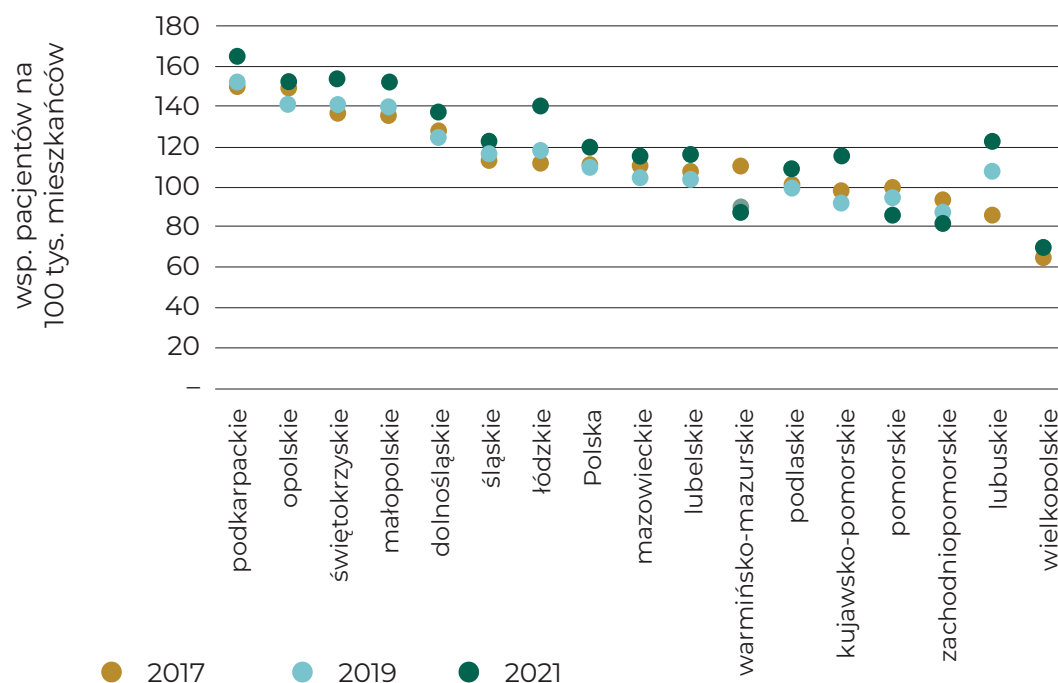


Źródło: GUS 2022, Zdrowie i ochrona zdrowia w 2021 r., tabela na podstawie danych MZ i MSWiA

W latach 2017-2021 liczba pacjentów ZOL/ZPO wzrosła o 5,5 proc.

W 2021 r. w placówkach tego typu w całym kraju przebywało ogółem 45,18 tys. osób, co daje niespełna 119 osób na 100 tys. mieszkańców. Choć liczba pacjentów ZOL/ZPO wzrosła o 5,5 proc. w skali kraju w latach 2017-2021, to na poziomie wojewódzkim dynamika jest bardziej zróżnicowana (**rycina 22**). Na przykład w województwie lubuskim liczba pacjentów ZOL/ZPO wzrosła o ponad 40 proc., podczas gdy w województwie łódzkim i warmińsko-mazurskim spadła o 18 proc. Linia trendu nie pokrywa się zatem z danymi dla placówek DPS, które w analizowanym okresie zanotowały spadek liczby pensjonariuszy w niemal wszystkich województwach. W przypadku ZOL/ZPO mamy do czynienia z długimi listami oczekujących na miejsce: według stanu na koniec 2020 r. na przyjęcie oczekiwały 11 593 osoby, w tym 1420 osób zaklasyfikowanych jako przypadki pilne i 10 173 osób zaklasyfikowanych jako przypadki stabilne. Mediana czasu oczekiwania dla przypadków pilnych wynosiła od 0 do 43 dni (najdłużej w województwie świętokrzyskim – 47 dni). W przypadkach stabilnych mediana czasu oczekiwania wynosiła 15 dni (najdłużej, aż 354 dni, w województwie lubuskim). Chociaż liczba pacjentów jest stosunkowo niska, w analizowanym okresie 2017-2021 wydatki wzrosły o prawie 60 proc. (więcej na ten temat w podrozdziale na temat finansowania).

Rycina 22. Liczba pacjentów ZPO/ZOL na 100 tys. mieszkańców w sektorze ochrony zdrowia, w przekroju województw, w latach 2017, 2019 i 2021



Źródło: BS 2023, opracowanie własne na podstawie danych NFZ za 2021 r.

B. OPIEKA DOMOWA

Długoterminowa opieka domowa w ochronie zdrowia obejmuje głównie usługi domowej opieki pielęgniarskiej. Długoterminowa domowa opieka pielęgniarska przyznawana jest na podstawie skierowania od lekarza (lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, specjalisty lub pracującego w szpitalu). Kryterium kwalifikacji do świadczeń pielęgniarskiej ODT jest zły stan zdrowia skutkujący poważnymi ograniczeniami funkcjonalnymi mierzonymi skalą Barthel⁴⁷. Do objęcia tymi świadczeniami uprawnione są osoby, których stan funkcjonalny został oceniony na poziomie 40 punktów lub mniej w tej skali⁴⁸. Opieka pielęgniarska to m.in.: leczenie ran i zmiana opatrunków,

⁴⁷ Samoobsługa brana pod uwagę przy ocenie funkcjonalnej w skali Barthel to: spożywanie posiłków, siadanie, przemieszczanie się, ubieranie się i rozbieranie, kontrolowanie potrzeb fizjologicznych, utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety.

⁴⁸ Kryterium to nie dotyczy dzieci w wieku poniżej trzech lat ani osób chorych na AIDS.

podawanie leków, wykonywanie zastrzyków, wspieranie opiekunów rodzinnych w wykonywaniu czynności pielęgnacyjnych, prowadzenie ćwiczeń oddechowych i ogólnorozwojowych, doradzanie w zakresie możliwości uzyskania wsparcia medycznego i odpowiedniego sprzętu rehabilitacyjnego. Pielęgniarka ma również uprawnienia do przepisywania wybranych wyrobów farmaceutycznych, wydawania skierowań na określone badania oraz zleceń na wyroby medyczne (np. pieluchomajtki). Wizyty odbywają się regularnie, nie mniej niż cztery razy w tygodniu, i są odnotowywane w karcie pacjenta. Do uzyskania tych usług uprawnione są osoby spełniające wyżej wskazane kryteria, niebędące w ostrej fazie choroby psychicznej i niekorzystające z usług wentylacji domowej, hospicjum domowego ani stacjonarnej placówki opiekuńczej.

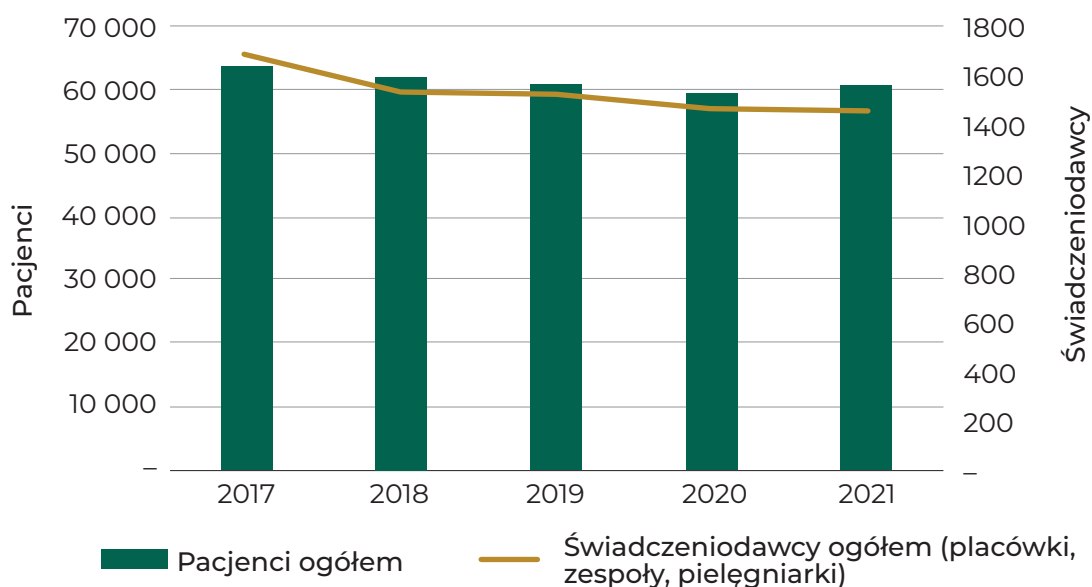
Drugi rodzaj świadczeń długoterminowej opieki domowej realizowanych w sektorze ochrony zdrowia związany jest z wentylacją mechaniczną pacjentów z niewydolnością oddechową. Opieka domowa nad pacjentami wentylowanymi mechanicznie może być również świadczona przez zespół ODT, w tym pielęgniarki ODT, lekarzy i fizjoterapeutów. Niewydolność oddechowa może być spowodowana wieloma schorzeniami, w tym przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, chorobami nerwowo-mięśniowymi, stanami powodującymi poważne deformacje klatki piersiowej, chorobami ośrodkowego układu nerwowego lub chorobami metabolicznymi⁴⁹. Wentylację domową można rozpocząć pod warunkiem, że zastosowano leczenie ostrej niewydolności – zwykle w warunkach szpitalnych – a pulmonolog lub anestezjolog zalecił wentylację domową na podstawie odpowiednich badań diagnostycznych. Do domowej wentylacji mechanicznej nie kwalifikują się osoby korzystające z hospicjum domowego lub domowej opieki pielęgniarstwa.

49 Borys, M., arcin, Kubicz, Michał. (2021). *Raport – wentylacja mechaniczna w Polsce*. <https://ptmr.info.pl/wp-content/uploads/2021/12/Raport-WentylacjaMechaniczna.pdf>

W latach 2017-2021 spadła liczba osób korzystających z domowej opieki pielęgniarstwa, a wzrosła liczba korzystających z domowej wentylacji mechanicznej. W 2021 r. z domowej opieki pielęgniarstwa skorzystało ogółem 60 639 osób, czyli mniej niż 160 na 100 tys. mieszkańców. Oznacza to niewielki spadek o 4,8 proc. w skali kraju w latach 2017-2021 (**rycina 23**). Liczba pacjentów korzystających z domowej opieki pielęgniarstwa w stosunku do liczby mieszkańców była najwyższa w województwie śląskim (308 na 100 tys.) i opolskim (294 na 100 tys.), a najniższa w województwie pomorskim (51 na 100 tys.), co daje sześciokrotną różnicę między województwami pod względem stosunku liczby beneficjentów do liczby mieszkańców (**rycina 24** i **tabela 11** w podrozdziale na temat finansowania). W 2021 r. domowe świadczenia ODT oferowały 1544 placówki ochrony zdrowia; najwięcej takich podmiotów było w województwie mazowieckim (212), śląskim (161) i podkarpackim (160), a najmniej w województwie pomorskim (30) i podlaskim (34)⁵⁰. W 2021 r. usługi domowej opieki pielęgniarstwa oferowało 1544 świadczeniodawców, w tym najwięcej w województwie mazowieckim (212), śląskim (161) i podkarpackim (160), a najmniej w województwie pomorskim (30) i podlaskim (34). Z kolei liczba osób korzystających z domowej wentylacji mechanicznej wzrosła przez pięć lat o 52,3 proc. W 2021 r. z domowej wentylacji mechanicznej korzystało 8120 dorosłych (w wieku 18+), czyli 21 osób na 100 tys. mieszkańców, a także 782 osób poniżej 18. r.ż.

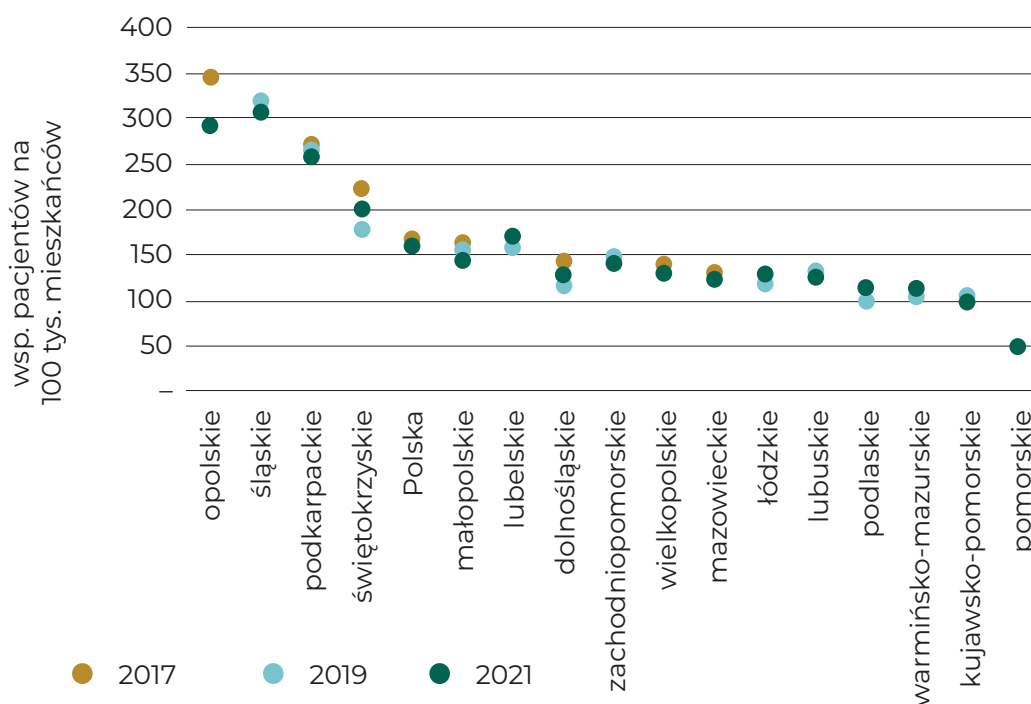
50 Ministerstwo Zdrowia. (2022). *Opieka długoterminowa w Polsce*. <https://basiw.mz.gov.pl/en/maps-of-health-needs/map-of-health-needs-for-the-period-2022-2026/analyses/long-term-care/>

Rycina 23. Łączna liczba pacjentów objętych domową opieką pielęgniarską i łączna liczba podmiotów świadczących domową opiekę pielęgniarską w sektorze opieki zdrowotnej w latach 2017-2021



Źródło: BŚ 2023, opracowanie własne na podstawie danych NFZ za 2021 r.

Rycina 24. Pacjenci korzystający z domowej opieki pielęgniarskiej na 100 tys. mieszkańców w sektorze ochrony zdrowia, w przekroju województw, w latach 2017, 2019 i 2021



Źródło: BŚ 2023, opracowanie własne na podstawie danych NFZ za 2021 r.

C. OPIEKA DZIENNA

Usługi opieki dziennej wprowadzono w formie pilotażowej w ramach projektu finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS), ale część wdrożonych inicjatyw nie przetrwała po zakończeniu pilotażu, ponieważ samorządy nie były w stanie pokryć kosztów ich dalszej realizacji. Opiekę dzienną wprowadzono na pilotażowych zasadach w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014-2020, a niektóre przewidziane w regionalnych programach operacyjnych projekty dotyczące dziennych domów opieki medycznej (DDOM), otrzymały dodatkowe środki z EFS w latach 2014-2020. DDOM oferowały osobom niesamodzielnym i ich opiekunom wsparcie w postaci usług z zakresu rehabilitacji, stymulacji psychomotorycznej, badań diagnostycznych i specjalistycznych konsultacji. Wsparciem objęto przede wszystkim osoby starsze (powyżej 65. r.ż.), które nie korzystały w tym czasie z domowej opieki pielęgniarstwa, nie przebywały w instytucji opieki całodobowej (ZOL/ZPO), niedawno wyszły ze szpitala i uzyskały od 40 do 60 punktów w skali Barthel. Ogółem według bazy uczestników projektów DDOM wsparcie otrzymało 5698 osób, zarówno pacjentów, jak i ich opiekunów. Spośród wszystkich uczestników 93,5 proc. zakończyło udział w projekcie zgodnie z zaplanowaną ścieżką, 3,7 proc. nie ukończyło zaplanowanej ścieżki uczestnictwa, a dla pozostałych 2,8 proc. nie określono, czy ukończyły projekt zgodnie z zaplanowanymi dla nich ścieżkami uczestnictwa. Natomiast według danych z systemu SL2014⁵¹ w projektach DDOM zostało objętych opieką i ukończyło leczenie 3101 pacjentów⁵². Funkcjonowanie DDOM finansowane było w okresie realizacji projektów, natomiast po ich zakończeniu finansowanie pozostaje w gestii JST, w związku z czym większość DDOM została zamknięta, najprawdopodobniej ze względu na niezdolność samorządów lokalnych do samodzielnego finansowania tego typu usług. Jednocześnie program

51 SL2014 to system bazodanowy zawierający informacje o DDOM.

52 Badanie dofinansowane ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Ewaluacja Ex Post Projektów PO WER Dotyczących Tworzenia i Prowadzenia Dziennych Domów Opieki Medycznej.

MZ „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.” przewiduje wsparcie działalności lub tworzenia nowych DDOM.

Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o szczególnej opiece geriatrycznej przewiduje, że w sektorze ochrony zdrowia mają powstać także wspomniane już Centra Zdrowia 75+, które będą świadczyć m.in. usługi opieki dziennej. Świadczenia przewidziane przepisami tej ustawy mają być udzielane zarówno w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ), na szpitalnych oddziałach geriatrycznych, jak również w nowo tworzonych Centrach Zdrowia 75+, które mają być zlokalizowane blisko miejsca zamieszkania pacjenta. Opieka dzienna, będąca w systemie ochrony zdrowia nowym elementem, od kilku lat jest tematem dyskusji ekspertów i decydentów.⁵³ Centra Zdrowia 75+ mają powstać w oparciu o wojewódzkie plany opieki geriatrycznej, a swoją działalnością będą obejmować część powiatu, powiat lub nawet kilka powiatów o liczbie ludności powyżej 75. r.ż. nie mniejszej niż 6 tys. i nie większej niż 12 tys. Rozmieszczenie centrów na terenie województwa zostanie zaplanowane w wojewódzkim planie opieki geriatrycznej. Centra Zdrowia 75+ mogą funkcjonować jako odrębne podmioty lub w strukturach instytucjonalnych innego podmiotu medycznego, a oferowane w nich usługi będą mogły obejmować: świadczenia z zakresu geriatry udzielane przez lekarza i pielęgniarkę, fizjoterapię, opiekę psychiatryczną i psychologiczną, porady dietetyka, terapię zajęciową i edukację zdrowotną. W każdym centrum ma funkcjonować poradnia, opieka dzienna, geriatryczny zespół opieki domowej oraz zespół edukatorów zdrowotnych.

53 Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. *Centra Zdrowia 75+ to opieka geriatryczna blisko domu*. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/centra-zdrowia-75-to-opieka-geriatryczna-blisko-domu>.

ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNE

Świadczenia pieniężne stanowią wsparcie finansowe dla osób zależnych, które nie są w stanie na co dzień samodzielnie funkcjonować, oraz dla ich opiekunów, którzy byli zmuszeni zrezygnować z pracy zarobkowej. Do potrzebujących zalicza się osoby starsze w związku z rosnącymi potrzebami opiekuńczymi z racji wieku oraz osoby z niepełnosprawnością, a także ich opiekunów (**tabela 3**). Świadczenia pieniężne mają więc pomagać w radzeniu sobie z konsekwencjami braku samodzielności. Omawiane świadczenia pieniężne nie obejmują renty socjalnej, która przysługuje osobom dorosłym tymczasowo lub trwale niezdolnym do pracy zarobkowej⁵⁴. W razie poważnych problemów zdrowotnych można się ubiegać o świadczenia z systemu zabezpieczenia społecznego (zarówno ubezpieczeń społecznych, jak i pomocy społecznej), które mają częściowo zrekompensować koszty wynikające z utraty samodzielności. W sytuacji, gdy niezbędna jest intensywna ODT, przewidziano również środki finansowe dla opiekuna, o ile podopieczny jest osobą z niepełnosprawnością.

54 Renta socjalna przysługuje osobom dorosłym, które posiadają całkowitą niezdolność do pracy nabytą w wyniku naruszenia sprawności ruchowej organizmu w dzieciństwie. Dotyczy to osób pełnoletnich całkowicie niezdolnych do pracy z powodu naruszenia sprawności organizmu, które powstało: przed ukończeniem 18. roku życia; w trakcie nauki w szkole lub w szkole wyższej – przed ukończeniem 25. roku życia; w trakcie studiów doktoranckich lub aspirantury naukowej.

Tabela 3. Świadczenia pieniężne dla osób zależnych oraz ich opiekunów

DLA OSOBY STARSZEJ I/LUB OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ	DLA OPIEKUNA OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ
Dodatek pielęgnacyjny Przysługuje osobie uprawnionej do emerytury lub renty, jeżeli osoba ta została uznana za całkowicie niezdolną do pracy oraz do samodzielnej egzystencji albo ukończyła 75 lat Osobie uprawnionej do emerytury lub renty przebywającej w ZOL lub ZPO dodatek pielęgnacyjny nie przysługuje, chyba że przebywa poza tą placówką przez okres dłuższy niż dwa tygodnie w miesiącu Nie można go pobierać razem z zasiłkiem pielęgnacyjnym (wyплаcany przez JST) Kwota: W 2023 r. była to kwota 294,34 zł brutto, od 1 marca 2024 r. dodatek ten wynosi 330,07 zł brutto Wyплаcany co miesiąc Instytucja wypłacająca: ZUS/KRUS/ZER MSWiA	Świadczenie pielęgnacyjne Na zasadach obowiązujących do 31 grudnia 2023 r. świadczenie pielęgnacyjne przysługuje rodzicowi, opiekunowi faktycznemu dziecka, osobie będącej rodziną zastępczą spokrewnioną, innym osobom – jeżeli nie podejmują lub rezygnują z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej w celu sprawowania opieki nad osobą legitymującą się orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji; gdy dana osoba opiekuje się więcej niż jedną osobą zależną, świadczenie jest wypłacane na każdą osobę zależną Świadczenie przysługuje, jeżeli niepełnosprawność osoby wymagającej opieki powstała nie później niż do ukończenia 18. r.ż. lub w trakcie nauki w szkole lub w szkole wyższej, jednak nie później niż do ukończenia 25. r.ż.; świadczenia nie można łączyć z innymi, np. ze specjalnym zasiłkiem opiekuńczym, zasiłkiem pielęgnacyjnym, prawem do emerytury/renty Świadczenie pielęgnacyjne przyznawane od 1 stycznia 2024 r. jest dostępne dla rodziców i innych osób opiekujących się dzieckiem z niepełnosprawnością (do 18. r.ż.) bez żadnych ograniczeń w podejmowaniu zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej i może być łączone z otrzymywaniem emerytury/renty Kwota: wysokość świadczenia jest ogłaszana co roku; w 2023 r. było to 2458 zł, w 2024 r. kwota wynosi 2988 zł Wyплаcane co miesiąc Instytucja wypłacająca: JST
Zasiłek pielęgnacyjny Zasiłek przyznaje się w celu częściowego pokrycia wydatków wynikających z konieczności zapewnienia opieki i pomocy innej osobie w związku z jej niezdolnością do samodzielnej egzystencji Zasiłek pielęgnacyjny przysługuje: - niepełnosprawnemu dziecku, - osobie niepełnosprawnej powyżej 16. r.ż., jeżeli legitymuje się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, - osobie niepełnosprawnej powyżej 16. r.ż. legitymującej się orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, jeżeli niepełnosprawność powstała w wieku do ukończenia 21. r.ż., →	Specjalny zasiłek opiekuńczy Wyплаcany osobom, które nabyły prawo do świadczenia przed końcem 2023 r., od stycznia 2024 r. nie jest już przyznawany nowym wnioskodawcom; do końca 2023 r. przysługiwał osobom, które nie podejmują zatrudnienia/ innej pracy zarobkowej lub rezygnują z zatrudnienia/ innej pracy zarobkowej ze względu na opiekę nad osobą z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności albo orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: „konieczność stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji” oraz „konieczność stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji” →

DLA OSOBY STARSZEJ I/LUB OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**→ Zasilek pielęgnacyjny**

- osobie, która ukończyła 75 lat

Zasilek pielęgnacyjny nie przysługuje:

- osobie uprawnionej do dodatku pielęgnacyjnego,
- osobie umieszczonej w instytucji zapewniającej nieodpłatnie całodobowe utrzymanie,
- jeżeli członkowi rodziny przysługuje za granicą świadczenie na pokrycie wydatków związanych z pielęgnacją tej osoby, chyba że przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego lub dwustronne umowy o zabezpieczeniu społecznym stanowią inaczej

Kwota: 215,84 zł

Wypłacany co miesiąc

Instytucja wypłacająca: JST

Świadczenie uzupełniające dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji (tzw. dodatek 500+)

Dostępne dla osób, które:

- ukończyły 18 lat,
- są niezdolne do samodzielnej egzystencji, a niezdolność ta została stwierdzona orzeczeniem o niezdolności do samodzielnej egzystencji lub orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji, lub orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym i niezdolności do samodzielnej egzystencji, lub orzeczeniem o całkowitej niezdolności do służby i niezdolności do samodzielnej egzystencji,
- nie są uprawnione do emerytury ani renty, nie mają ustalonego prawa do innego świadczenia pieniężnego finansowanego ze środków publicznych, np. zasiłku stałego albo zasiłku okresowego (warunek nie dotyczy jednorazowych świadczeń) ani nie są uprawnione do świadczenia z zagranicznej instytucji właściwej do spraw emerytalno-rentowych, albo są uprawnione do tych świadczeń (emerytury, renty albo innych świadczeń pieniężnych finansowanych ze środków publicznych, łącznie z kwotą wypłacaną przez zagraniczną instytucję właściwą do spraw emerytalno-rentowych), ale ich łączna wysokość brutto nie przekracza 2157,80 zł; przy ustalaniu kwoty 2157,80 zł nie jest brana pod uwagę kwota renty rodzinnej przyznanej dziecku, które stało się całkowicie niezdolne do pracy oraz do samodzielnej egzystencji lub całkowicie niezdolne do pracy przed ukończeniem 16. r.ż. lub w czasie nauki w szkole przed ukończeniem 25. r.ż.

Wypłacane co miesiąc

Instytucja wypłacająca: ZUS/KRUS/ZER MSWiA

DLA OPIEKUNA OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**→ Specjalny zasiłek opiekuńczy**

Kryterium dochodowe – dochód w rodzinie nie może przekraczać kwoty 764 zł netto miesięcznie na osobę w roku poprzedzającym wystąpienie o świadczenie; może go otrzymać opiekun bez względu na wiek osoby z niepełnosprawnością

Od 1 stycznia 2024 r. specjalny zasiłek opiekuńczy przysługuje wyłącznie na zasadzie ochrony praw nabytych

Kwota: Wysokość świadczenia w 2023 r.: 620 zł

Wypłacany co miesiąc

Instytucja wypłacająca: JST

Zasiłek dla opiekuna⁵⁵

Skierowany wyłącznie do osób, które utraciły prawo do świadczenia pielęgnacyjnego 1 lipca 2013 r. w związku z wygaśnięciem z mocy prawa decyzji przyznających prawo do świadczenia pielęgnacyjnego

Kwota: 620 zł

Wypłacany co miesiąc

Instytucja wypłacająca: JST

Źródło: BŚ 2023, opracowanie własne na podstawie danych MRPIPS oraz ZUS za 2021 r.⁵⁶

- 55 Zgodnie z przepisami z 7 grudnia 2012 r. do zasiłku pielęgnacyjnego uprawnieni byli wyłącznie opiekunowie dzieci lub osób dorosłych z niepełnosprawnością, których niepełnosprawność nastąpiła przed ukończeniem 18. roku życia (25. roku życia w przypadku pełnego wykształcenia), natomiast opiekunowie dorosłych z niepełnosprawnością (w tym osób starszych), których niepełnosprawność powstała w późniejszym życiu, utracił prawo do świadczenia. Uznano to za niezgodne z konstytucją i w 2013 r. wprowadzono zasiłek dla opiekuna przysługujący opiekunom, którzy utracili prawo do tego świadczenia.
- 56 Różnica między wysokością świadczeń skierowanych do opiekunów dzieci (świadczenie pielęgnacyjne), które netto są na poziomie zbliżonym do płacy minimalnej, a świadczeniami skierowanymi do opiekunów osób dorosłych (specjalny zasiłek opiekuńczy) może do pewnego stopnia wynikać z faktu, że dorosłe osoby z niepełnosprawnością są uprawnione do renty na podstawie orzeczenia o niezdolności do pracy w systemie ubezpieczeń społecznych, a więc mają własne stałe źródło dochodu. Ponadto za opiekunów otrzymujących świadczenia odprowadzane są składki na ubezpieczenie emerytalne i rentowe.

Największy udział procentowy w całej puli przekazanych świadczeń pieniężnych mają osoby starsze otrzymujące dodatek pielęgnacyjny, przed osobami starszymi i osobami z niepełnosprawnością otrzymującymi zasiłek pielęgnacyjny. Z obliczeń BŚ wynika, że ogółem w 2021 r. świadczenia pieniężne trafiły do 4,1 mln osób, wśród których największą grupę stanowiły osoby starsze otrzymujące dodatek pielęgnacyjny oraz osoby starsze i osoby z niepełnosprawnością otrzymujące zasiłek pielęgnacyjny (3,1 mln beneficjentów). Z kolei 173 tys. świadczeniobiorców stanowiły osoby pobierające zasiłek stały z systemu pomocy społecznej. Zasiłek stały przysługuje pełnoletniej osobie niezdolnej do pracy z powodu wieku lub całkowicie niezdolnej do pracy, jeżeli jej dochód jest niższy od kryterium dochodowego (osoby samotnie gospodarującej/na osobę w rodzinie). Ponadto blisko 222 tys. odbiorców świadczeń stanowili opiekunowie osób posiadających orzeczenie o niepełnosprawności spełniający kryteria dostępu do świadczeń podane w **tabeli 3**.

Wprowadzone z początkiem 2024 r. zmiany w zasadach przyznawania świadczeń pieniężnych umożliwiają opiekunom dzieci z niepełnosprawnością (świadczenie pielęgnacyjne) kontynuowanie pracy zarobkowej. Wcześniej opiekun nie mógł łączyć otrzymywania wskazanych świadczeń pieniężnych z podejmowaniem pracy zarobkowej. Możliwość łączenia aktywności zawodowej z rolą opiekuna nie tylko zmniejsza uzależnienie od świadczeń socjalnych, ale także sprzyja integracji opiekuna z otoczeniem i ułatwia powrót na rynek pracy po zakończeniu sprawowania opieki. Decyzja o podjęciu pracy jest jednak dobrowolna, więc opiekun może nadal pobierać świadczenia socjalne i nie pracować zawodowo.

Począwszy od 2024 r., dorosłe (18+) osoby z niepełnosprawnością są uprawnione do ubiegania się o świadczenie wspierające. Jest ono przyznawane w oparciu o złożony do ZUS wniosek o ustalenie przez wojewódzki zespół ds. orzecznictwa poziomu potrzeb w zakresie wsparcia. Jest to nowe świadczenie z odrębnym mechanizmem

orzecznictwem, niezależne od innych form wsparcia dochodu. Świadczenie wspierające jest zależne od indywidualnie określonego poziomu potrzeb i będzie przyznawane w wysokości 40, 60, 80, 120, 180 lub 220 proc. renty socjalnej. Do uzyskania świadczenia konieczne jest posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności. W 2024 r. do świadczenia są uprawnione tylko osoby z najwyższym poziomem potrzeb (szacuje się, że będzie ich ok. 50 tys.), w 2025 r. dodatkowo osoby ze średnim poziomem potrzeb (ok. 150 tys.), a od 2026 r. również osoby z najniższym poziomem potrzeb (ok. 300 tys. beneficjentów). Świadczenia wspierającego nie będzie można łączyć z pielęgnacyjnym.

W następnej kolejności należy dążyć do uproszczenia systemu świadczeń i stopniowej likwidacji specjalnego zasiłku opiekuńczego oraz zasiłku dla opiekuna w przypadku, gdy osoba niesamodzielna nabywa prawo do świadczenia wspierającego. Opiekunom, którzy chcą powrócić na rynek pracy lub utracili prawo do świadczeń (np. świadczenia pielęgnacyjnego) lub będący w sytuacji, gdy osoba z niepełnosprawnością otrzymuje świadczenie wspierające, należy zapewnić dostęp do instrumentów aktywizacji zawodowej w postaci szkoleń zawodowych i reintegracyjnych prowadzonych przez powiatowe urzędy pracy lub inne powołane do tego podmioty (kluby i centra integracji społecznej). Należy też ułatwić im zdobycie zatrudnienia w sektorze ekonomii społecznej, w tym usług społecznych (np. opiekuńczych).⁵⁷

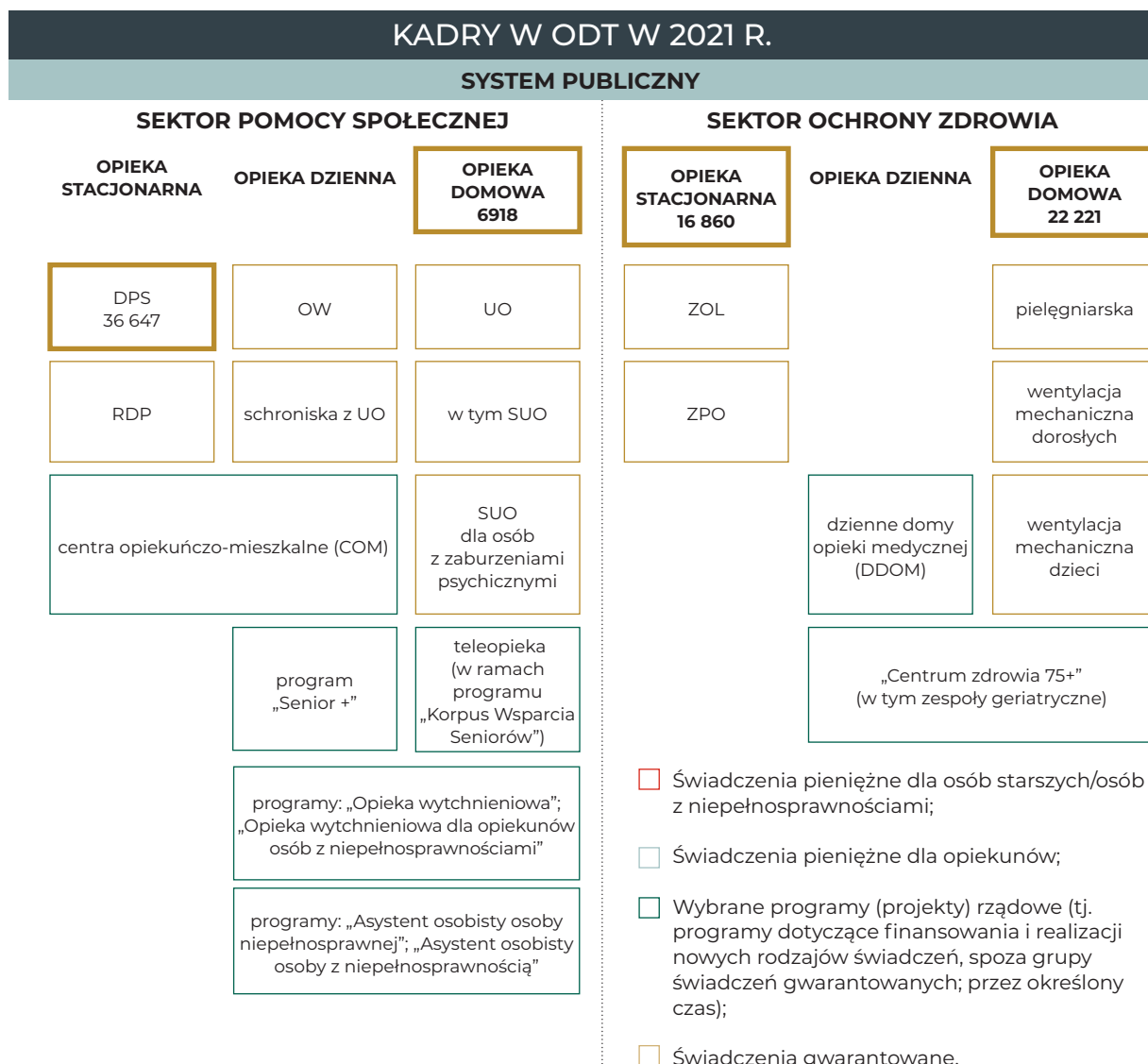
KADRY W OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ

W sektorze ODT występują poważne niedobory kadrowe, które z czasem prawdopodobnie będą się pogłębiać. Prognozy dotyczące przyszłego zapotrzebowania na opiekę wskazują, że na skutek wzrostu popytu systemy publiczne znajdą się pod coraz większą presją i chociaż

⁵⁷ Zob. poprzedni przypis.

innowacje technologiczne mogą poprawiać wydajność, świadczenie opieki będzie wymagać licznych zasobów kadrowych. Sytuacja jest tym bardziej niepokojąca, że Polska już teraz ma zbyt mało pracowników ODT w porównaniu ze średnią UE, która skądinąd jako region zgłasza problemy z podażą takiego personelu. W niniejszym podrozdziale przedstawiono wybrane informacje na temat zasobów kadrowych ODT w Polsce. Dalsze analizy i informacje znajdują się w podrozdziale „Kadry” w rozdziale „Najważniejsze wyzwania i rozwiązania”. W kontekście prezentowanego raportu istotną kwestią o przekrojowym charakterze jest fakt, że nie wszyscy pracownicy ODT są w Polsce ujęci w statystykach, a zgromadzone dane są zbyt skąpe, by na ich podstawie decydować o szczegółowym kształcie polityki. Dane dostępne dla Polski umożliwiają analizę stanu kadrowego jedynie w wybranych stacjonarnych placówkach ODT, w tym w DPS, ZOL i ZPO, oraz w domowej ODT w sektorze ochrony zdrowia. Dane zebrane przez BŚ za pomocą ankiety umożliwiły przeprowadzenie dodatkowej analizy opieki nieformalnej (**rycina 25**). W związku z tym zaproponowane w raporcie rozwiązanie dotyczące lepszego monitorowania i standaryzacji ról powinno obejmować doskonalenie planowania strategicznego na poziomie krajowym w odniesieniu do tego krytycznie ważnego zasobu w systemie ODT.

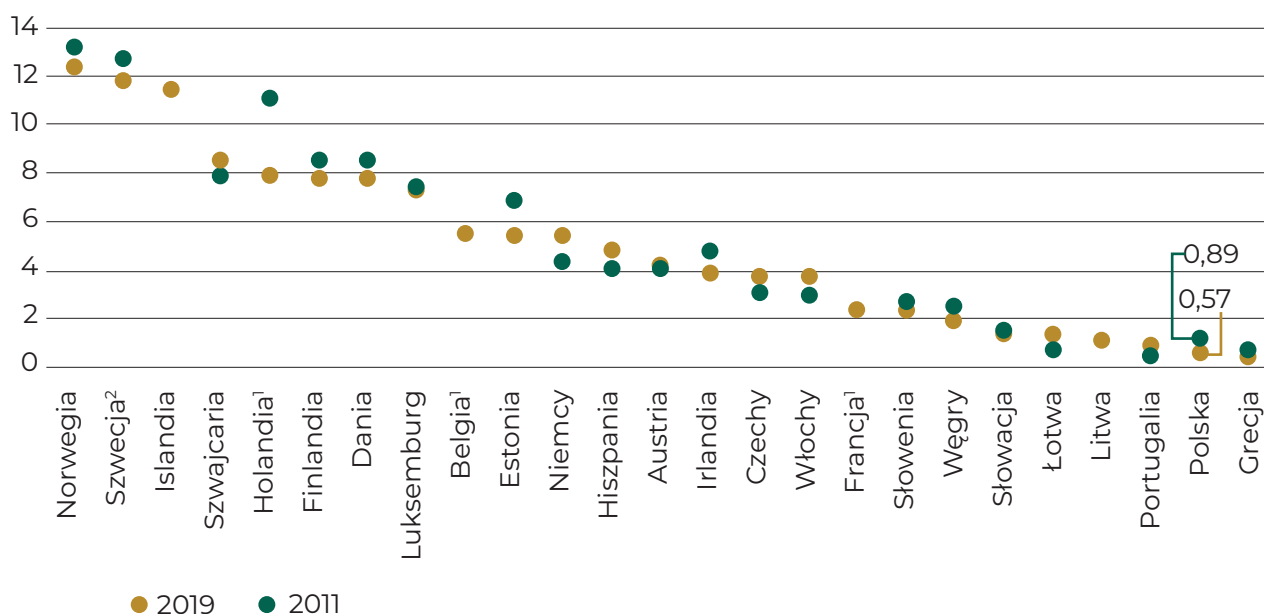
Rycina 25. Personel ODT, w tym policzalni pracownicy sektora ODT



Źródło: BŚ 2023, opracowanie własne.

Według informacji przekazywanych do regionalnych i międzynarodowych baz danych (w tym OECD) Polska jest niemal na końcu pod względem liczby pracowników ODT przypadających na 100 osób w wieku 65 lat lub starszych. Wskaźnik ten nie zmienił się przez ostatnią dekadę i w latach 2011-2019 utrzymywał się na poziomie jednego pracownika ODT na 100 osób starszych (**rycina 26**).

Rycina 26. Liczba pracowników ODT na 100 osób w wieku 65+,
w latach 2019 i 2011 (lub w najbliższym roku)



Źródło: OECD 2021.⁵⁸ Uwaga: 1. Przerwa w szeregu czasowym. 2. Dane dla Szwecji obejmują tylko usługodawców publicznych. W 2016 r. 20 proc. miejsc w placówkach ODT dla osób starszych zapewniały firmy prywatne (finansowane ze środków publicznych).

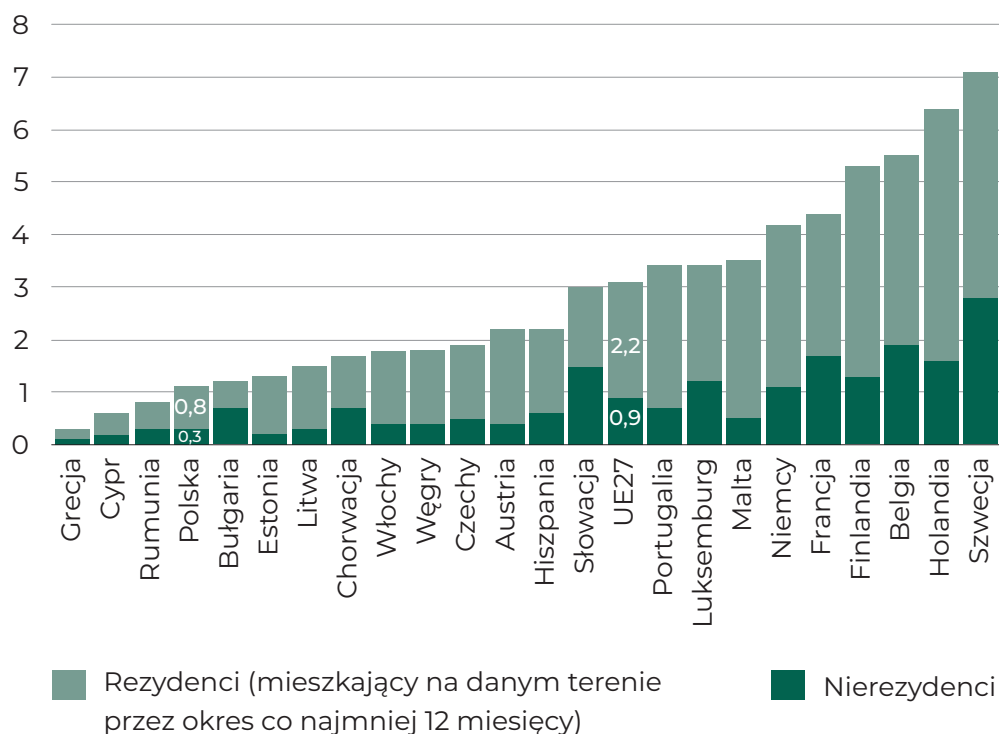
Zdecydowana większość krajów UE, w tym Polska, zgłasza znaczną liczbę nieobsadzonych wakatów lub prognozuje wzrost zapotrzebowania na personel i szacuje jego niedobór w sektorze ODT. W 2020 r. specjaliści w dziedzinie pielęgniarstwa znaleźli się na pierwszym miejscu wśród zawodów o największych niedoborach kadrowych. Pogłębiające się niedobory personelu w przyszłości mogą wynikać z kilku czynników, a w szczególności z oczekiwanego wzrostu zapotrzebowania na formalną ODT ze względu na rosnącą populację osób starszych, oraz z bieżących trendów, takich jak rosnąca aktywność zawodowa kobiet i większa mobilność społeczna, które mogą wpływać na dostępność opiekunów nieformalnych⁵⁹. W 2019 r. w Polsce pracownicy ODT niebędący rezydentami kraju stanowili mniej niż

58 OECD 2021. Long-term care workforce: caring for the ageing population with dignity. <https://www.oecd.org/els/health-systems/long-term-care-workforce.htm>

59 European Commission 2021. 2021 Long-Term Care Report Trends, Challenges, and Opportunities in an Ageing Society, Volume I.

0,3 proc. całkowitej siły roboczej, podczas gdy pracownicy ODT będący rezydentami stanowili 0,8 proc. ogółu pracujących (**rycina 27**).

Rycina 27. Udział procentowy personelu ODT (zarówno w sektorze ochrony zdrowia, jak i pomocy społecznej) w populacji pracujących w wybranych krajach Europy w 2019 r.



Źródło: Eurostat 2019.⁶⁰

Sumaryczne dane dotyczące pracowników ODT wskazują na niewielki wzrost liczby personelu w sektorze pomocy społecznej, niewielki jej spadek w sektorze ochrony zdrowia oraz niepełny obraz dla usług ODT świadczonych w trybie opieki domowej. W latach 2019-2021 liczba osób zatrudnionych w DPS na stanowiskach edukacyjnych, opiekuńczych i terapeutycznych wzrosła o 1250, do łącznej liczby 36,6 tys. (**rycina 28**). W latach 2019-2021 w sektorze ochrony zdrowia zaobserwowano zmniejszenie liczebności personelu medycznego

60 Eurostat 2019. Long-term care workforce: Employment and working conditions. <https://www.eurofound.europa.eu/en/publications/2020/long-term-care-workforce-employment-and-working-conditions>

w placówkach ZOL/ZPO (o 360 osób) do 16 860 pracowników. W skład personelu wchodzi: lekarze, pielęgniarki, rehabilitanci, fizykoterapeuci, psycholodzy i specjaliści terapii uzależnień.

Rycina 28. Personel ODT w placówkach stacjonarnych sektora pomocy społecznej rozumiany jako personel DPS z wyłączeniem pracowników administracyjnych



województwo	pełne etaty w 2021 r.	dynamika zmian w latach 2021-2019
dolnośląskie	2698	-52
kujawsko-pomorskie	1851	24
łódzkie	2643	-87
lubelskie	1976	104
lubuskie	1157	29
małopolskie	4181	-39
mazowieckie	4474	179
opolskie	1380	144
podkarpackie	1913	172
podlaskie	1106	-123
pomorskie	1891	28
śląskie	3702	346
świętokrzyskie	1281	246
warmińsko-mazurskie	1555	133
wielkopolskie	3072	-24
zachodniopomorskie	1767	170

województwo	liczba klientów na jednego pracownika	dynamika zmian w latach 2021-2019
dolnośląskie	2,30	-0,02
kujawsko-pomorskie	2,43	-0,02
łódzkie	2,51	-0,11
lubelskie	2,35	-0,37
lubuskie	2,05	-0,22
małopolskie	2,10	-0,05
mazowieckie	2,15	-0,22
opolskie	2,43	-0,30
podkarpackie	2,56	-0,55
podlaskie	2,18	0,22
pomorskie	2,33	-0,14
śląskie	2,60	-0,34
świętokrzyskie	2,82	-0,68
warmińsko-mazurskie	2,58	-0,31
wielkopolskie	2,27	-0,06
zachodniopomorskie	2,51	-0,39

Źródło: BŚ 2023 na podstawie danych MRPiPS za 2019 i 2021 r.

Rycina 29. Personel ODT w placówkach stacjonarnych sektora ochrony zdrowia rozumiany jako personel ZOL i ZPO



województwo	pełne etaty w 2021 r.	dynamika zmian w latach 2021-2019
mazowieckie	2172	-11
śląskie	2064	-323
małopolskie	1785	-73
dolnośląskie	1566	-67
podkarpackie	1413	-162
łódzkie	1198	45
lubelskie	854	-24
wielkopolskie	843	1
pomorskie	835	13
kujawsko-pomorskie	793	0
świętokrzyskie	667	84
opolskie	644	54
podlaskie	611	29
warmińsko-mazurskie	508	20
zachodniopomorskie	466	-5
lubuskie	441	59

województwo	liczba pacjentów na jednego pracownika	dynamika zmian w latach 2021-2019
zachodniopomorskie	3,00	-0,17
kujawsko-pomorskie	2,93	0,46
małopolskie	2,91	0,34
wielkopolskie	2,90	-0,02
mazowieckie	2,85	0,21
lubelskie	2,80	0,26
świętokrzyskie	2,79	-0,18
łódzkie	2,79	0,25
lubuskie	2,78	-0,07
śląskie	2,63	0,42
dolnośląskie	2,50	0,25
warmińsko-mazurskie	2,48	-0,20
pomorskie	2,46	-0,22
podkarpackie	2,45	0,41
opolskie	2,27	-0,09
podlaskie	2,06	0,03

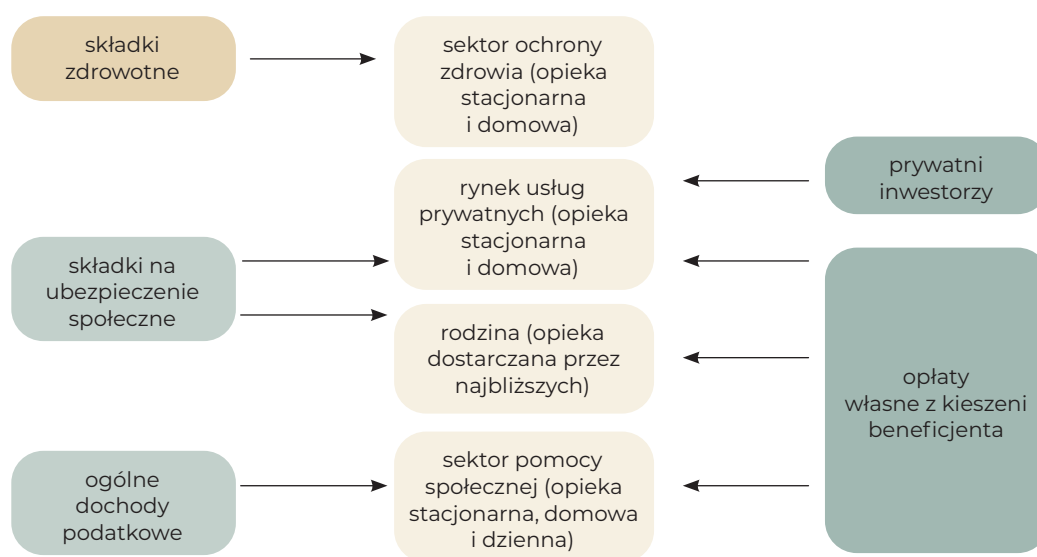
Źródło: BŚ 2023 na podstawie danych NFZ za 2021 r.

FINANSOWANIE OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

ODT w Polsce finansowana jest zarówno ze środków publicznych, jak i prywatnych. Główne źródła finansowania publicznego to: ubezpieczenie zdrowotne i społeczne, budżet centralny, budżety samorządów oraz Fundusze Europejskie. Usługi opiekuńcze zapewniające przez podmioty prywatne oraz opieka nieformalna są w całości opłacane bezpośrednio z kieszeni beneficjenta bądź przez

jego rodzinę. Ocena finansowania ODT w Polsce jest kwestią bardzo skomplikowaną z uwagi na różnorodność mechanizmów finansowania i mnogość świadczeń pieniężnych. Dla lepszego zrozumienia zawłości finansowych przedstawiamy poniżej uproszczony schemat przepływów finansowych dla poszczególnych trybów udzielania opieki (**rycina 30**).

Rycina 30. Finansowanie i przepływy finansowe w ODT w Polsce

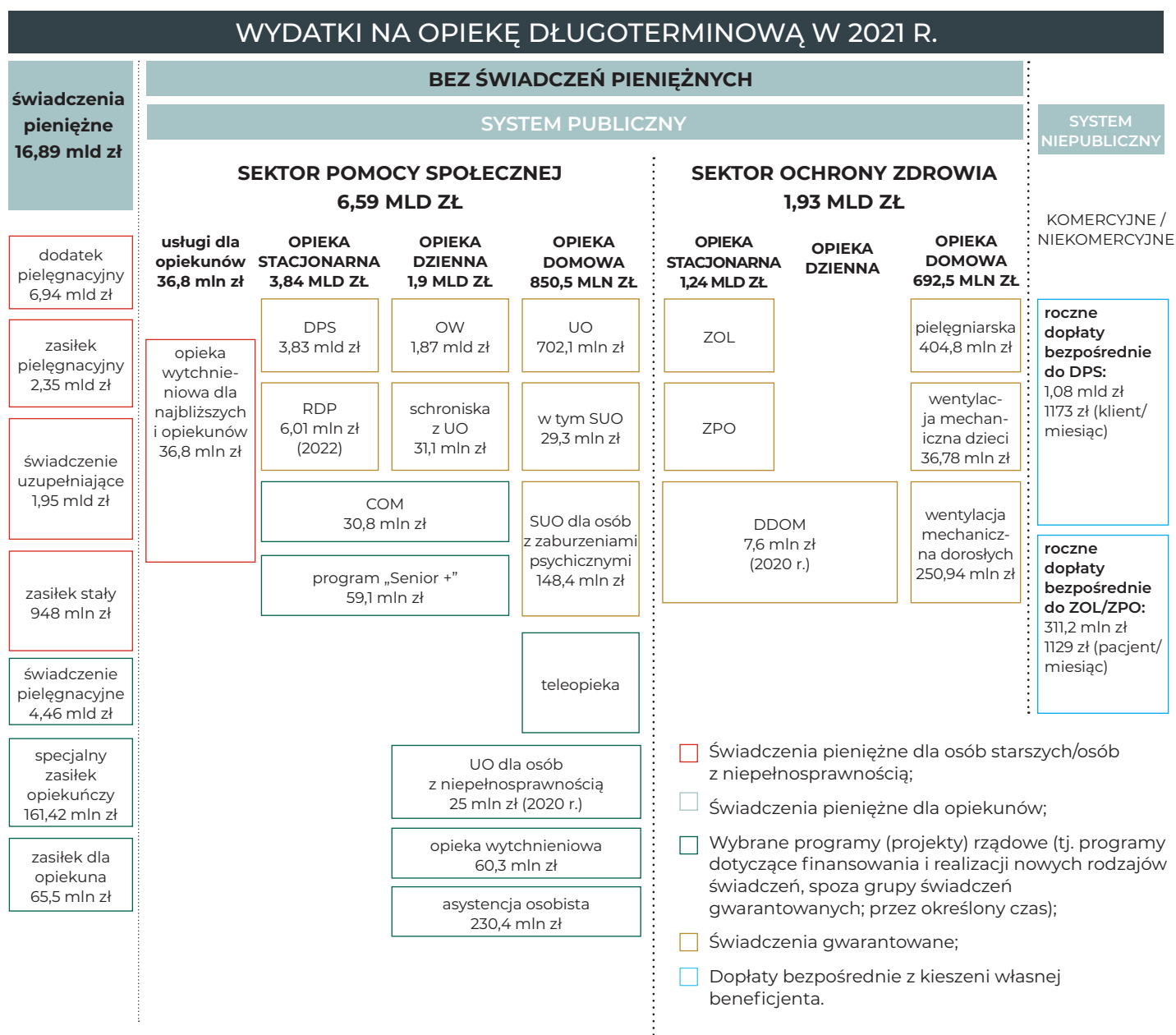


Źródło: BŚ 2023, opracowanie własne

W 2021 r. całkowite wydatki na ODT (bez świadczeń pieniężnych i opłat bezpośrednich z kieszeni beneficjenta) wyniosły 8,5 mld zł.

Dodatkowe 16 mld zł przeznaczono na świadczenia pieniężne, a beneficjenci dopłacili z własnej kieszeni 1,4 mld zł za świadczenia stacjonarne (**rycina 31**).

Rycina 31. Poziom i struktura finansowania ODT Polsce w 2021 r.
(kwoty całkowite podane dla sektora społecznego
i zdrowotnego nie uwzględniają świadczeń
pieniężnych oraz programów rządowych)



Źródło: BŚ 2023, opracowanie własne na podstawie danych MRPIPS, ZUS, KRUS, NFZ za lata 2017-2021

Całkowite wydatki na ODT w Polsce, w tym świadczenia pieniężne, rzeczowe i dopłaty bezpośrednie beneficjentów, wyniosły w 2021 r. 1,02 proc. PKB (26,8 mld zł). Wydatki na same świadczenia rzeczowe stanowią 0,32 proc. PKB (8,5 mld zł), natomiast wydatki na świadczenia rzeczowe i dopłaty bezpośrednie beneficjentów – 0,38 proc. PKB (9,9 mld zł) (**tabela 4**). Poprzez świadczenia rzeczowe rozumiemy usługi inne niż pieniężne w systemie pomocy społecznej oraz świadczenia zdrowotne w systemie ochrony zdrowia.

Wartość ta odbiega od podawanych przez Eurostat danych liczonych w ramach Systemu Rachunków Zdrowia (SHA)⁶¹. Według Eurostatu z porównania podobnych danych wynika, że w 2021 r. w Polsce wydano na ODT 0,5 proc. PKB. Średnia unijna dla tego okresu to 1,7 proc. (**rycina 32**).

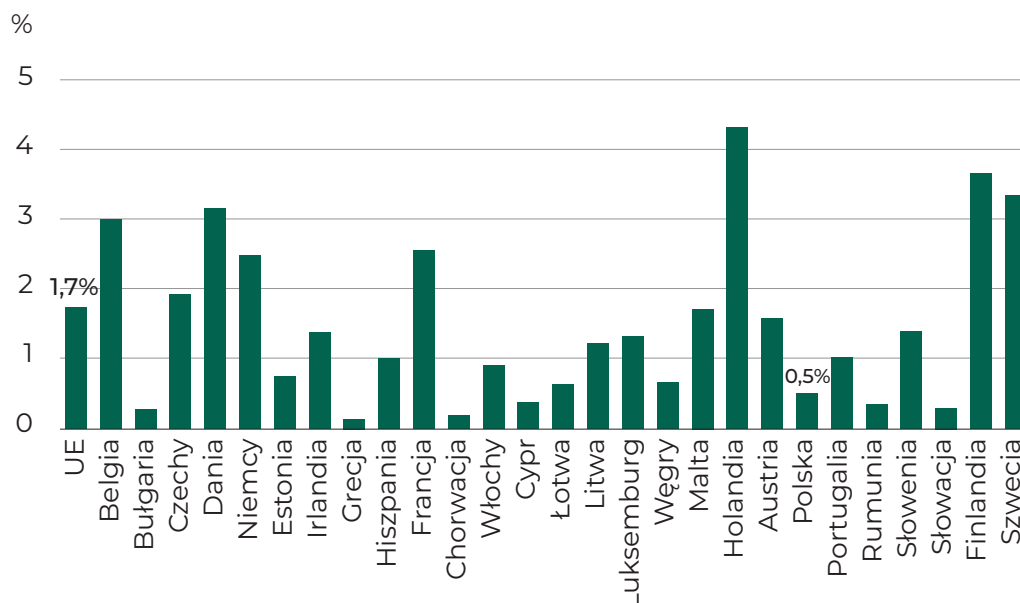
Tabela 4. Nakłady na ODT jako odsetek polskiego PKB w latach 2019-2021, w podziale na sektory ochrony zdrowia i pomocy społecznej

ROK	KWOTA (MLD ZŁ)	ODT W OCHRONIE ZDROWIA JAKO % PKB	ODT W POMOCY SPOŁECZNEJ JAKO % PKB	ODT OGÓŁEM JAKO % PKB
Wyłącznie świadczenia rzeczowe				
2019	7,68	0,07	0,27	0,34
2020	8,36	0,08	0,28	0,36
2021	8,52	0,07	0,25	0,32
Świadczenia rzeczowe + dopłaty bezpośrednie				
2019	—	—	—	—
2020	—	—	—	—
2021	9,91	—	—	0,38
Świadczenia pieniężne + świadczenia rzeczowe				
2019	20,23	—	—	0,88
2020	24,01	—	—	1,03
2021	25,36	—	—	0,97
Świadczenia rzeczowe + świadczenia pieniężne + dopłaty bezpośrednie				
2019	—	—	—	—
2020	—	—	—	—
2021	26,79	—	—	1,02

Źródło: BŚ 2023, opracowanie własne na podstawie danych MRPiPS, ZUS, KRUS, NFZ za lata 2017-2021

61 Całkowite wydatki liczone w Systemie Rachunków Zdrowia (SHA) obejmują: publiczne i obowiązkowe składkowe systemy finansowania opieki zdrowotnej; dobrowolne programy opieki zdrowotnej; kwoty wydawane przez gospodarstwa domowe z własnej kieszeni; zagraniczne systemy finansowania (nierezydentów). Dane dotyczące wydatków na ODT w ramach SHA nie są idealnie porównywalne, wszelkie wnioski należy zatem traktować z ostrożnością.

Rycina 32. Nakłady na ODT jako odsetek PKB w krajach Europy w 2021 r.⁶²



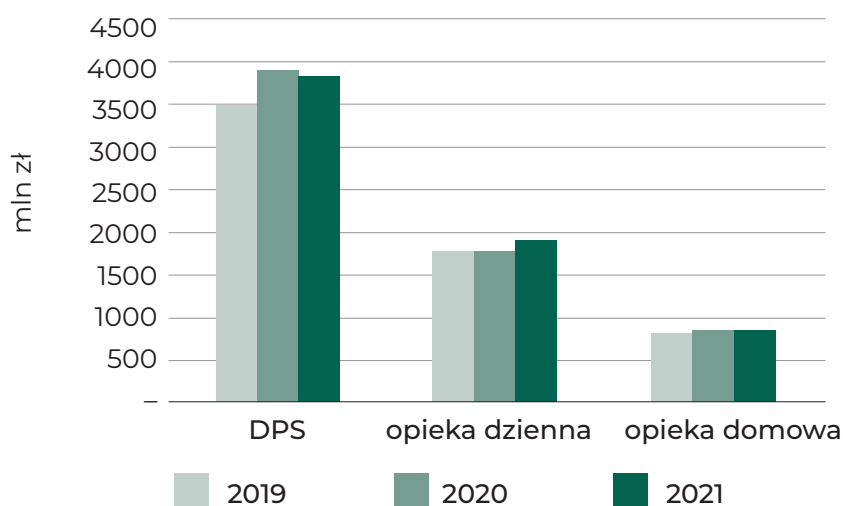
Źródło: BS 2023, opracowanie własne na podstawie danych Eurostatu za 2021 r. / SHA za 2011 r.⁶³

Skala finansowania zadań ODT w sektorze ochrony zdrowia jest inna niż w sektorze pomocy społecznej. W 2021 r. średnie roczne wydatki na ODT w przeliczeniu na pacjenta wyniosły w ochronie zdrowia 17 tys. zł, podczas gdy w pomocy społecznej było to 20,7 tys. zł. Różnice występują także na poziomie trybów świadczenia opieki (opieka stacjonarna, dzienna, domowa), przy czym wyższe wydatki ponosi sektor pomocy społecznej (**tabela 5** i **tabela 6**). Należy jednak pamiętać, że każdy z tych sektorów działa na innych zasadach i na mocy innych aktów prawnych, zatem podobne usługi ODT mogą być rozliczane w inny sposób. Na **rycynie 33** i **rycynie 34** zestawiono całkowite wydatki na ODT w sektorze pomocy społecznej i w sektorze ochrony zdrowia w latach 2019-2021, w podziale na trzy tryby świadczenia opieki.

⁶² Zob. przypis powyżej.

⁶³ Eurostat (2021). *Long-term care (health) expenditure*. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/TPS00214/bookmark/table?lang=en&bookmarkId=b7e42601-5edd-4620-b05b-082f366d9b46> / OECD. *System of Health Accounts 2011*. <https://www.oecd.org/health/a-system-of-health-accounts-2011-9789264270985-en.htm>

Rycina 33. Całkowite wydatki na ODT w sektorze pomocy społecznej (bez świadczeń pieniężnych, bez dopłat klientów ani RDP) w latach 2019, 2020 i 2021



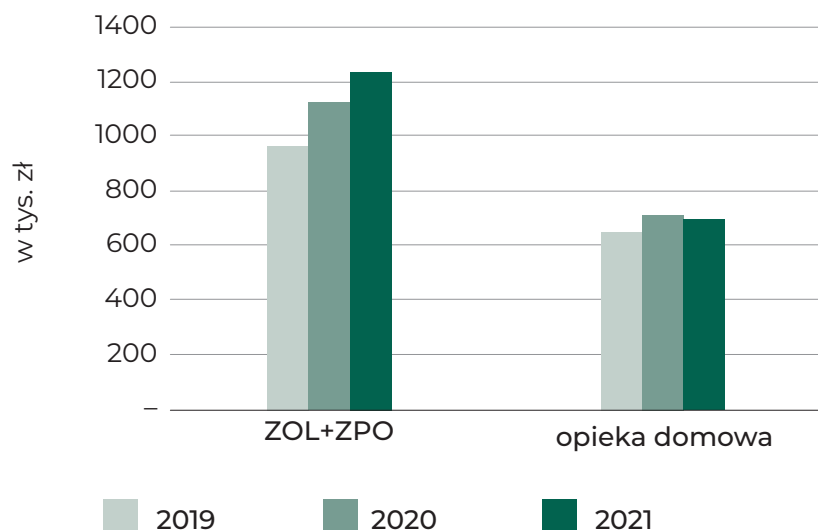
Źródło: BŚ 2023, opracowanie własne na podstawie danych MRPiPS-03 za lata 2019-2021

Tabela 5. Wydatki publiczne na ODT w sektorze pomocy społecznej (bez dopłat klientów)

WYDATKI PUBLICZNE NA JEDNEGO KLIENTA ROCZNIE, W ZŁ	2017	2018	2019	2020	2021
Opieka stacjonarna	–	–	38 578	43 771	44 240
Opieka dzienna	–	–	12 326	16 434	17 806
Opieka domowa	5590	5741	6065	6641	6782
Sektor pomocy społecznej ogółem	–	–	16 469	20 074	20 667
WYDATKI PUBLICZNE NA JEDNEGO KLIENTA MIESIĘCZNIE, W ZŁ	2017	2018	2019	2020	2021
Opieka stacjonarna	–	–	3215	3648	3687
Opieka dzienna	–	–	1027	1370	1484
Opieka domowa	466	478	505	553	565
Sektor pomocy społecznej ogółem	–	–	1372	1673	1722

Źródło: BŚ 2023, opracowanie własne na podstawie danych MRPiPS za lata 2017–2021; „–” oznacza brak danych z MF za lata 2017-2018

Rycina 34. Całkowite wydatki na ODT w sektorze ochrony zdrowia (ZOL/ZPO oraz opieka domowa, bez opłat bezpośrednich) w latach 2019, 2020 i 2021



Źródło: BŚ 2023, opracowanie własne na podstawie danych MZ i NFZ za lata 2019-2021

Tabela 6. Wydatki publiczne na ODT w sektorze ochrony zdrowia (bez dopłat pacjentów)

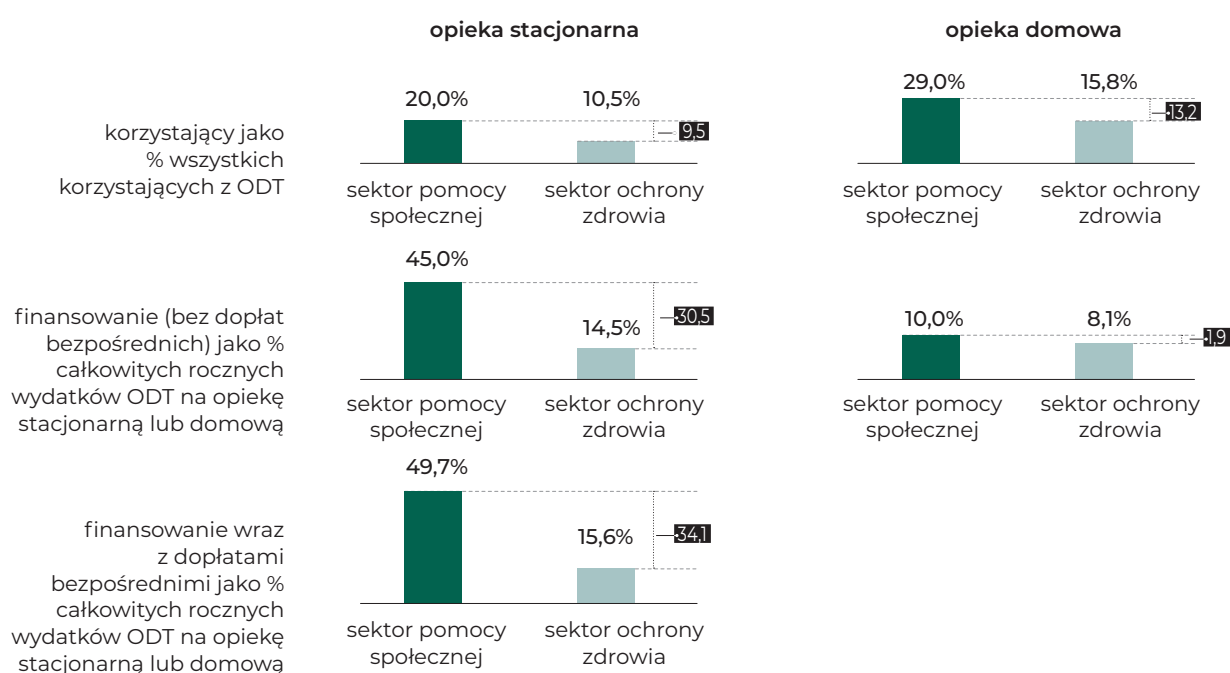
WYDATKI PUBLICZNE NA JEDNEGO PACJENTA ROCZNIE, W ZŁ	2017	2018	2019	2020	2021
Opieka stacjonarna	18 107	19 867	22 530	27,301	27 352
Opieka domowa	8482	9315	9402	10 533	9969
Sektor ochrony zdrowia ogółem	12 326	13 575	14 619	17 070	17 032
WYDATKI PUBLICZNE NA JEDNEGO PACJENTA MIESIĘCZNIE, W ZŁ	2017	2018	2019	2020	2021
Opieka stacjonarna	2930	3164	3755	4550	4559
Opieka domowa	707	776	784	878	831
Sektor ochrony zdrowia ogółem	1027	1131	1218	1423	1419

Źródło: BŚ 2023, opracowanie własne na podstawie danych MZ i NFZ za lata 2017-2021

W sektorze pomocy społecznej opieka stacjonarna odpowiada za 45 proc. całkowitych rocznych wydatków na ODT realizowaną w ramach tego sektora, podczas gdy w sektorze ochrony zdrowia jest to jedynie 14,5 proc. ogółu wydatków na ODT. Po uwzględnieniu dopłat bezpośrednich udział opieki stacjonarnej w sektorze pomocy

społecznej wzrasta do 49,7 proc., a w sektorze ochrony zdrowia do 15,6 proc. Wydatki na opiekę domową stanowią 10 proc. całkowitych rocznych wydatków na ODT w sektorze społecznym, w porównaniu do 8,1 proc. w sektorze ochrony zdrowia (**rycina 35**).

Rycina 35. Beneficjenci korzystający z ODT stacjonarnej (DPS, ZOL/ZPO) lub domowej jako odsetek ogółu beneficjentów/wydatków w sektorach ochrony zdrowia i pomocy społecznej



Źródło: BŚ 2023, opracowanie własne na podstawie danych MRPiPS, MZ i NFZ za 2021 r.

FINANSOWANIE OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W SEKTORZE POMOCY SPOŁECZNEJ

OPIEKA STACJONARNA

W 2021 r. łączne wydatki na DPS wyniosły 3,83 mld zł, a na RDP przeznaczono 6,01 mln zł. Placówki DPS są fundamentem opieki stacjonarnej w sektorze pomocy społecznej – w 2021 r. korzystało z nich ponad 86 tys. pensionariuszy, podczas gdy w tym samym roku w Polsce działały jedynie 44 RDP z 327 miejscami stacjonarnymi

i 322 pensjonariuszami. W **tabeli 7** przedstawiono wydatki na usługi DPS i podano liczbę korzystających, według województw. Dane te nie uwzględniają dopłat bezpośrednich wnoszonych przez klientów.

Tabela 7. Liczba usług oraz całkowita kwota wydatków na DPS w 2021 r. (bez dopłat klientów)

WOJEWÓDZTWO	DOMY POMOCY SPOŁECZNEJ				Polska
	LICZBA PLACÓWEK	LICZBA MIEJSC	LICZBA OSÓB KORZYSTAJĄCYCH	WSP. NA 100 TYS. MIESZKAŃCÓW	
dolnośląskie	60	5815	6213	215,4	liczba placówek 827
kujawsko-pomorskie	46	3982	4503	219,2	
lubelskie	46	4526	4651	222,9	liczba miejsc 80 783
lubuskie	23	2245	2367	236,0	
łódzkie	55	6193	6634	273,4	liczba osób korzystających 86 483
małopolskie	91	8122	8761	257,0	
mazowieckie	93	9461	9607	177,3	wsp. na 100 tys. mieszkańców 226,6
opolskie	29	3082	3354	344,6	
podkarpackie	52	4899	4892	231,2	wydatki roczne całkowite w mld zł 3,83
podlaskie ^{*64}	23	2378	2410 (2625*)	206,1 (224,5*)	
pomorskie	41	4093	4414	188,1	wydatki roczne na klienta w zł 44 200
śląskie	98	8705	9642	215,6	
świętokrzyskie	34	3270	3609	296,3	
warmińsko-mazurskie	41	3708	4011	284,3	
wielkopolskie	63	6419	6985	200,1	
zachodniopomorskie	32	3886	4430	263,4	
Polska	827	80 784	86 483	226,6	

Źródło: BŚ 2023, opracowanie własne na podstawie danych MRPiPS-05 za 2021 r.; *liczby w nawiasach uwzględniają jeden podlaski DPS, jednak nie są one wykorzystywane w obliczeniach dla poziomu krajowego

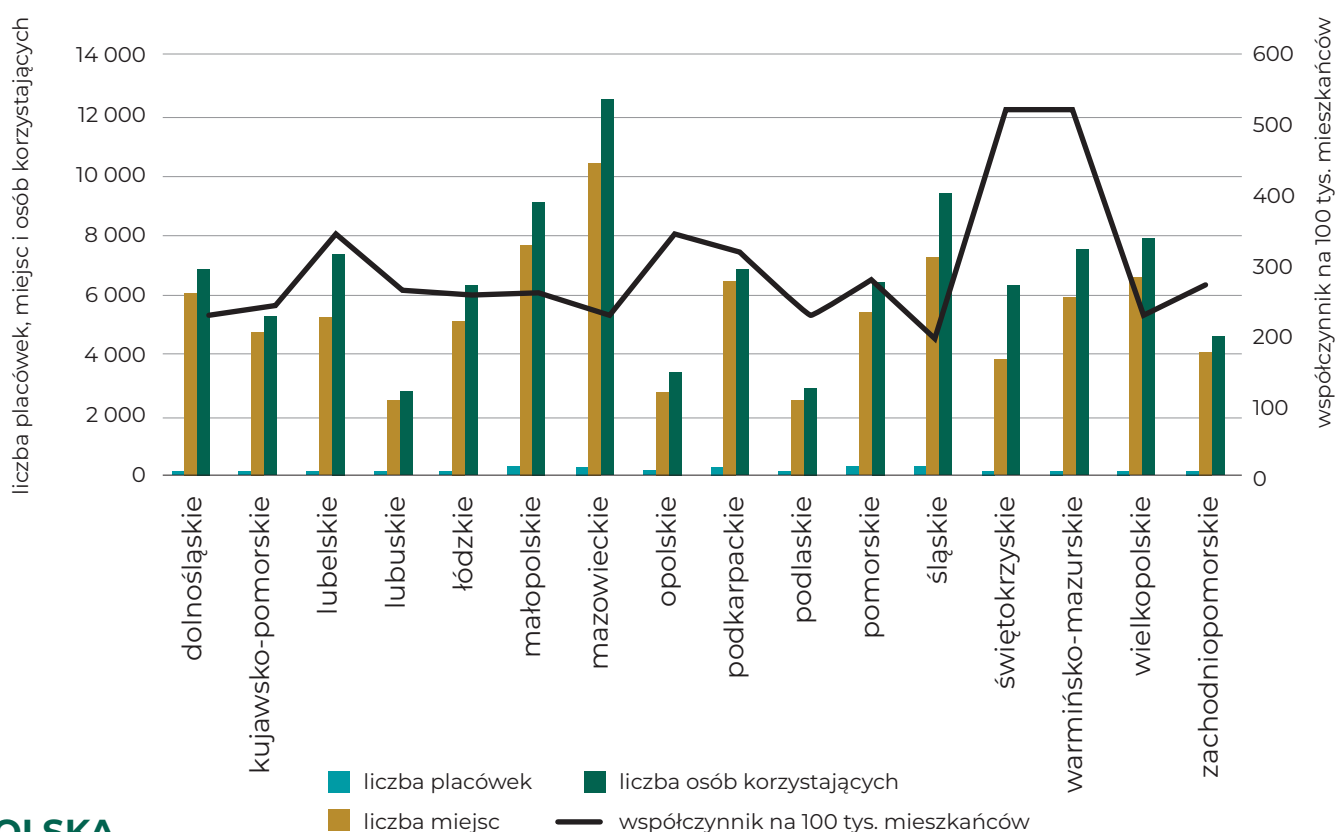
OPIEKA DZIENNA

W 2021 r. wydatki na OW wyniosły w sumie 1,87 mld zł, a na schroniska z UO dla osób w kryzysie bezdomności 31,1 mln zł, bez uwzględnienia dopłat bezpośrednich (z kieszeni klienta). Większość OW

64 Obliczenia w nawiasach uwzględniają podlaski DPS. Liczbę korzystających oszacowano jako sumę liczby korzystających zgłoszonych 31 grudnia (199) i liczby osób, które zmarły w tym DPS w roku sprawozdawczym (16). W obliczeniach ogólnopolskich nie uwzględniono DPS z województwa podlaskiego, ponieważ dokładna liczba mieszkańców tego DPS nie jest znana i nie wpływa znacząco na krajową statystykę.

to ośrodki dla osób z zaburzeniami psychicznymi lub dzienne domy pomocy. Pula usług OW skurczyła się w porównaniu do 2017 r. Podobnie jak w przypadku pozostałych usług ODT profil wykorzystania świadczeń OW charakteryzuje się silnym zróżnicowaniem regionalnym. Pod względem liczby funkcjonujących OW prym wiedzie województwo mazowieckie, natomiast w województwie podlaskim, opolskim i lubuskim nie tylko działa najmniej OW, ale też liczba korzystających z nich osób znacząco spadła w latach 2017-2021 (w Podlaskiem o 43,8 proc., w Lubuskim o 43,3 proc., w Opolskim o 27,2 proc.), co dodatkowo potwierdza regionalne dysproporcje w dynamice OW (rycina 36).

Rycina 36. Liczba usług oraz kwota wydatków na OW w 2021 r. (bez dopłat klientów)



POLSKA

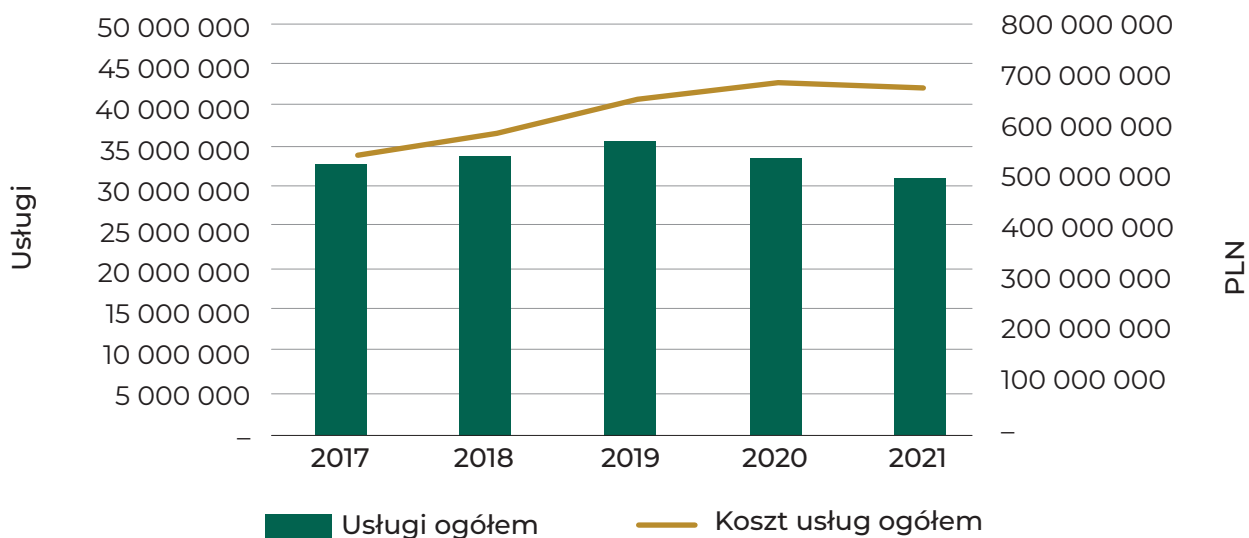
2471 liczba placówek	liczba osób korzystających	współczynnik na 100 tys. mieszkańców	wydatki roczne całkowite w mld zł	wydatki roczne na klienta w zł
85 955 liczba miejsc	104 928	275	1,87	17 800

Źródło: BŚ 2023, opracowanie własne na podstawie danych MRPiPS-03, MRPiPS-06 za 2021 r.

OPIEKA DOMOWA

Pomimo spadku liczby usług wydatki JST na usługi opiekuńcze wzrosły w latach 2017-2021 o 24 proc. W 2021 r. łączne wydatki JST na UO, z wyłączeniem SUO, wyniosły 672,8 mln zł, co daje wzrost o 24 proc. od 2017 r. (**rycina 37**). Wzrost ten wynikał głównie z podwyżek wynagrodzeń i płacy minimalnej, a w znacznie mniejszym stopniu ze wzrostu podaży i konsumpcji usług. W 2021 r. na jednego klienta wydano średnio 6375,9 zł, przy znacznym zróżnicowaniu regionalnym: od 4252,7 zł w województwie śląskim do 9746,4 zł w województwie świętokrzyskim (**tabela 8**). Dane nie uwzględniają dopłat bezpośrednich (z kieszeni klienta).

Rycina 37. Łączna liczba i kwota wydatków na UO w sektorze pomocy społecznej (bez dopłat klientów)



Źródło: BŚ 2023, opracowanie własne na podstawie danych MRPiPS-03 za 2021 r.

Tabela 8. Liczba usług opiekuńczych oraz kwota wydatków na
 UO (z wyłączeniem SUO) w 2021 r. (bez dopłat klientów)

USŁUGI OPIEKUŃCZE, BEZ USŁUG SPECJALISTYCZNYCH						
WOJEWÓDZTWO	LICZBA PLACÓWEK (OPS/CUS) ŚWIADCZĄCYCH USŁUGI	LICZBA PLACÓWEK (OPS/CUS) NIEŚWIADCZĄCYCH USŁUG	LICZBA OSÓB KORZYSTA- JĄCYCH	WSPÓŁCZYNNIK NA 100 TYS. MIESZKAŃCÓW	WYDATKI ROCZNE CAŁKOWITE W MLN ZŁ	WYDATKI ROCZNE NA KLIENTA W ZŁ
dolnośląskie	158	11	8849	306,8	48,29	5456,8
kujawsko-pomorskie	134	10	6987	340,1	40,80	5839,1
lubelskie	181	32	5150	246,8	35,65	6922,3
lubuskie	80	2	3210	320,0	15,73	4901,8
łódzkie	142	35	6432	265,0	33,62	5227,2
małopolskie	175	7	7133	209,3	46,18	6473,7
mazowieckie	285	47	13 168	243,0	73,00	5543,8
opolskie	61	10	2814	289,1	16,40	5826,3
podkarpackie	140	20	4864	229,9	34,87	7168,3
podlaskie	83	35	2168	185,4	14,22	6556,9
pomorskie	116	7	7413	316,0	48,57	6552,0
śląskie	146	21	10 275	229,7	43,70	4252,7
świętokrzyskie	86	16	3674	301,6	35,81	9746,4
warmińsko-mazurskie	115	1	5593	396,5	43,05	7696,7
wielkopolskie	211	15	12 084	346,1	102,56	8487,0
zachodniopomorskie	107	6	5716	339,8	40,42	7071,1

Polska

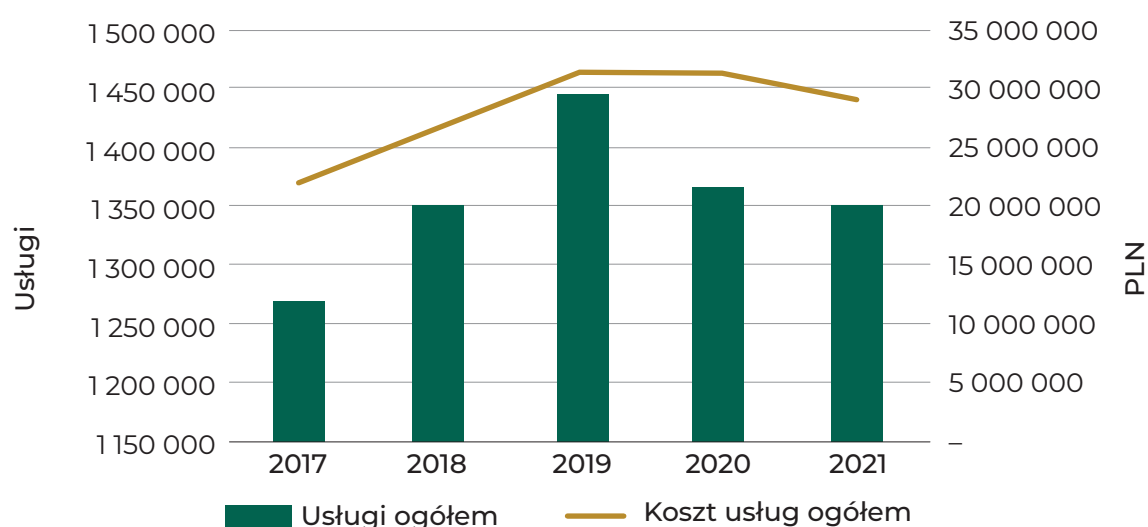
liczba placówek (OPS/CUS) świadczących usługi	275	liczba placówek (OPS/CUS) nieświadczących usług	współczynnik na 100 tys. mieszkańców	wydatki roczne całkowite w mln zł	wydatki roczne na klienta w zł
2220	105 530	liczba osób korzystających	276,5	672,84	6375,9

Źródło: BŚ 2023, opracowanie własne na podstawie danych MRPiPS-03 za 2021 r.

W 2021 r. w Polsce wydatki na specjalistyczne usługi opiekuńcze wyniosły w sumie 29,3 mln zł, czyli o 32,8 proc. więcej niż w 2017 r. Na **rycinie 38** przedstawiono wydatki na SUO w latach 2017-2021. Podobnie jak w przypadku wolumenu usług kwoty wydatków były mocno zróżnicowane w zależności od województwa i wahały się od 0,2 mln zł w województwie podlaskim, opolskim i lubuskim do 5,6 mln zł

w województwie mazowieckim. Wyższe wydatki w województwie mazowieckim i kujawsko-pomorskim wynikają z większej podaży usług w tych regionach. Z kolei najwyższe koszty jednostkowe obserwuje się w województwach o stosunkowo niskiej podaży usług, np. w województwie podlaskim i warmińsko-mazurskim – (tabela 9). Dane te nie uwzględniają dopłat bezpośrednich (z kieszeni klienta).

Rycina 38. Łączna liczba SUO realizowanych w sektorze pomocy społecznej i średnia kwota wydatków SUO na jednego klienta w latach 2017-2021 (bez dopłat klientów)



Źródło: BŚ 2023, opracowanie własne na podstawie danych MRPiPS-03 za 2021 r.

Tabela 9. Liczba usług oraz kwota wydatków na SUO w 2021 r. (bez dopłat klientów)

USŁUGI OPIEKUŃCZE SPECJALISTYCZNE						
WOJEWÓDZTWO	LICZBA PLACÓWEK (OPS/CUS) ŚWIADCZĄCYCH USŁUGI	LICZBA PLACÓWEK (OPS/CUS) NIEŚWIADCZĄCYCH USŁUG	LICZBA OSÓB KORZYSTAJĄCYCH	WSPÓŁCZYNNIK NA 100 TYS. MIESZKAŃCÓW	WYDATKI ROCZNE CAŁKOWITE W MLN ZŁ	WYDATKI ROCZNE NA KLIENTA W ZŁ
dolnośląskie	19	150	281	9,7	1,10	3907,8
kujawsko-pomorskie	22	122	597	29,1	4,65	7794,1
lubelskie	30	183	273	13,1	1,69	6194,1
lubuskie	5	77	27	2,7	0,22	8194,2
łódzkie	10	167	91	3,7	0,25	2749,8

USŁUGI OPIEKUŃCZE SPECJALISTYCZNE						
WOJEWÓDZTWO	LICZBA PLACÓWEK (OPS/CUS) ŚWIADCZĄCYCH USŁUGI	LICZBA PLACÓWEK (OPS/CUS) NIEŚWIADCZĄCYCH USŁUG	LICZBA OSÓB KORZYSTAJĄCYCH	WSPÓŁCZYNNIK NA 100 TYS. MIESZKAŃCÓW	WYDATKI ROCZNE CAŁKOWITE W MLN ZŁ	WYDATKI ROCZNE NA KLIENTA W ZŁ
małopolskie	36	146	230	6.7	2.02	8,773.0
mazowieckie	36	296	1363	25.1	5.59	4,102.4
opolskie	7	64	154	15.8	0.24	1,585.6
podkarpackie	17	143	80	3.8	0.78	9,802.6
podlaskie	3	115	13	1.1	0.21	16,092.0
pomorskie	29	94	258	11.0	1.18	4,558.9
śląskie	45	122	1310	29.3	4.37	3,337.1
świętokrzyskie	10	92	179	14.7	1.51	8,456.1
warmińsko-mazurskie	6	110	59	4.2	1.05	17,869.1
wielkopolskie	24	202	329	9.4	2.32	7,064.2
zachodniopomorskie	10	103	302	18.0	2.06	6,831.6

Polska

liczba placówek (OPS/CUS) świadczących usługi	2186	liczba placówek (OPS/CUS) nieświadczących usług	współczynnik na 100 tys. mieszkańców	wydatki roczne całkowite w mln zł	wydatki roczne na klienta w zł
309	5546	liczba osób korzystających			
			14,5	29,26	5276,5

Źródło: BŚ 2023, opracowanie własne na podstawie danych MRPiPS-03 za 2021 r.

W 2021 r. sumaryczne wydatki na SUO dla osób z zaburzeniami psychicznymi wyniosły 148,38 mln zł, co oznacza wzrost wydatków o 34,8 proc. w porównaniu z 2017 r. W latach 2019-2021 odnotowano wzrost nakładów o 10,1 proc. Całkowita kwota wydatków na SUO udzielane osobom z zaburzeniami psychicznymi i realizowane w warunkach domowych była dość niska, choć i tak prawie trzykrotnie wyższa niż koszt pozostałych SUO (w analizowanym pięcioletnim okresie ten ostatni spadł zresztą o 2,1 proc.). Większość województw odnotowała w tym czasie spadek liczby osób korzystających z tego typu usług. Można to uzasadnić niedoborem odpowiednio wyszkolonego personelu, brakiem diagnoz i lokalnymi lukami w infrastrukturze zdrowia psychicznego. Średni roczny koszt w przeliczeniu na jednego

klienta w Polsce wyniósł 10 362 zł (**tabela 10**), przy czym najwyższe nakłady w przeliczeniu na jednego klienta odnotowano w województwie lubuskim, dolnośląskim i podlaskim, które charakteryzują się stosunkowo niską podażą usług. Dane te nie uwzględniają dopłat bezpośrednich (z kieszeni klienta).

Tabela 10. Liczba usług oraz kwota wydatków na SUO dla osób z zaburzeniami psychicznymi w 2021 r. (bez dopłat klientów)

SPECJALISTYCZNE USŁUGI OPIEKUŃCZE DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI						
WOJEWÓDZTWO	LICZBA PLACÓWEK (OPS/CUS) ŚWIADCZĄCYCH USŁUGI	LICZBA PLACÓWEK (OPS/CUS) NIEŚWIADCZĄCYCH USŁUG	LICZBA OSÓB KORZYSTAJĄCYCH	WSPÓŁCZYNNIK NA 100 TYS. MIESZKAŃCÓW	WYDATKI ROCZNE CAŁKOWITE W MLN ZŁ	WYDATKI ROCZNE NA KLIENTA W ZŁ
dolnośląskie	75	94	459	15,9	7,04	15 334,9
kujawsko-pomorskie	141	3	2405	117,1	28,25	11 745,1
lubelskie	82	131	763	36,6	7,29	9549,1
lubuskie	17	65	62	6,2	1,08	17 374,2
łódzkie	25	152	143	5,9	1,74	12 168,4
małopolskie	91	91	810	23,8	8,78	10 838,1
mazowieckie	162	170	1436	26,5	9,05	6299,0
opolskie	42	29	554	56,9	6,00	10 828,7
podkarpackie	127	33	1342	63,4	11,31	8426,7
podlaskie	52	66	342	29,2	5,04	14 736,5
pomorskie	100	23	1507	64,2	18,91	12 549,0
śląskie	75	92	748	16,7	6,86	9171,4
świętokrzyskie	68	34	1405	115,3	9,84	7003,7
warmińsko-mazurskie	35	81	491	34,8	5,54	11 272,9
wielkopolskie	124	102	1389	39,8	17,66	12 713,6
zachodniopomorskie	46	67	463	27,5	4,01	8663,5

Polska

liczba placówek (OPS/CUS) świadczących usługi	1233	liczba placówek (OPS/CUS) nieświadczących usług	współczynnik na 100 tys. mieszkańców	wydatki roczne całkowite w mln zł	wydatki roczne na klienta w zł
1262	14 319	liczba osób korzystających	37,5	148,38	10 362,3

Źródło: BŚ 2023, opracowanie własne na podstawie danych MRPiPS-03 za 2021 r.

W pięcioletnim okresie ujętym w analizie dostępne były dodatkowe programy:

- **„Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” oraz „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”:** w latach 2019-2022 wsparcie z programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” otrzymało ponad 22,7 tys. osób⁶⁵. W 2023 r. dofinansowanie z obu programów o łącznej wartości 517 mln zł trafiło do 1401 gmin i powiatów⁶⁶, a 147 NGO przekazano 104 mln zł⁶⁷;
- **„Opieka wytchnieniowa”:** o ile w pierwszych dwóch latach funkcjonowania programu dynamika wydatkowania środków była spóźniona w stosunku do planu, o tyle w 2021 r. tempo realizacji znacznie wzrosło i pierwotne cele zostały spełnione z nawiązką (60,3 mln zł wobec pierwotnie planowanych 50 mln zł), co wskazuje na duże zainteresowanie i popularność programu. W 2023 r. do finansowania zakwalifikowano 1043 wnioski na łączną kwotę 153,46 mln zł⁶⁸. Oddzielnym programem jest „Opieka wytchnieniowa dla opiekunów osób z niepełnosprawnością”, adresowana do opiekunów dzieci z orzeczoną niepełnosprawnością oraz opiekunów osób z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności lub równorzędnym. W latach 2021-2023 na program przeznaczono 88,141 mln zł. W 2023 r. dofinansowanie w ramach programu przyznano 77 organizacjom pozarządowym na łączną kwotę 55 mln zł⁶⁹.

65 MRPiPS. (2023). Usługi asystenta osobistego jako wsparcie społeczne dla osób niepełnosprawnych. KPS.430.11.2022 Nr ewid. 149/2022/P/22/033/KPS. <https://www.nik.gov.pl/plik/id,27418,vp,30233.pdf>.

66 MRPiPS. (2023). Lista rekomendowanych wniosków w ramach programu MRiPS „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2023. <https://niepelnosprawni.gov.pl/download/lista-wnioskow-rekomendowanych-aoon-edycja-2023-13.12.2022-1670945132.pdf>

67 MRPiPS. (2023). Lista zatwierdzonych ofert w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2023. <https://niepelnosprawni.gov.pl/a,1433,lista-zatwierdzonych-ofert-w-ramach-programu-resortowego-ministra-rodziny-i-polityki-spoecznej-aoozn-2023>

68 MRPiPS. (2023). Lista rekomendowana wniosków wojewodów na środki finansowe z Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2023. <https://niepelnosprawni.gov.pl/download/lista-wnioskow-rekomendowanych-ow-edycja-2023-13.12.2022-1670945150.pdf>

69 MRPiPS. (2022). Opieka wytchnieniowa dla opiekunów osób z niepełnosprawnością. <https://zazyciem.gov.pl/strona/12314-opieka-wytchnieniowa-dla-opiekunow-osob-z-niepelnosprawnoscia>

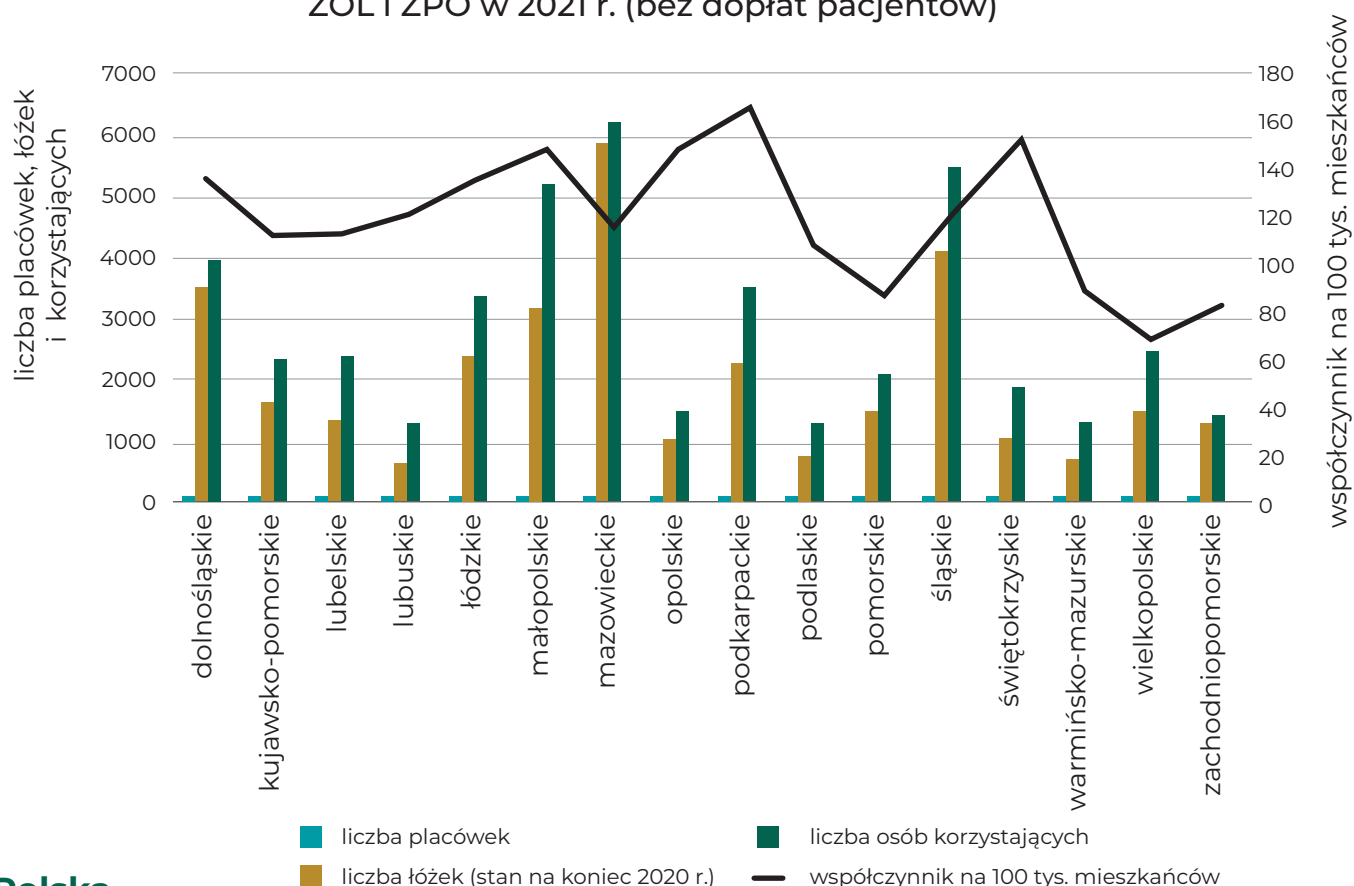
FINANSOWANIE OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W SEKTORZE OCHRONY ZDROWIA

OPIEKA STACJONARNA

Wydatki publiczne na placówki ZOL/ZPO wzrosły w latach

2017-2021 o 59,3 proc. W 2021 r. suma wydatków na stacjonarne świadczenia ODT w ochronie zdrowia wyniosła 1,24 mld zł. Kontrastuje to ze stosunkowo niewielkim wzrostem liczby pacjentów (o 5,5 proc.) w tym samym okresie. Dane te nie uwzględniają dopłat bezpośrednich wnoszonych przez pacjentów (**rycina 39**).

Rycina 39. Liczba świadczeń oraz kwota wydatków na świadczenia ZOL i ZPO w 2021 r. (bez dopłat pacjentów)



Polska

liczba placówek	31 898	liczba łóżek (stan na koniec 2020 r.)	współczynnik na 100 tys. mieszkańców	wydatki roczne całkowite w mld zł	wydatki roczne na pacjenta w zł
461	45 178	liczba osób korzystających	118 64	1,24	27 400

Źródło: BŚ 2023, opracowanie własne na podstawie danych NFZ za 2021 r.

OPIEKA DOMOWA

W latach 2017-2021 pula wydatków na opiekę domową w sektorze ochrony zdrowia wzrosła o 10 proc. W 2021 r. NFZ wydał na świadczenia długoterminowej domowej opieki pielęgniarstwiej 404,78 mln zł, czyli o ponad 10 proc. więcej niż w 2017 r., pomimo mniejszej liczby pacjentów. Wydatki najbardziej wzrosły w województwie podlaskim (o 33,3 proc.), łódzkim (o 31,1 proc.) i lubelskim (o 28,1 proc.). W skali kraju wydatki w przeliczeniu na jednego pacjenta wyniosły rocznie 6,68 tys. zł, co oznacza wzrost o 15,8 proc. w ciągu pięciu lat, przy czym największą dynamikę wzrostu odnotowano ponownie w województwie podlaskim i łódzkim. Podane kwoty nie uwzględniają dopłat bezpośrednich z kieszeni pacjenta (**tabela 11**).

Tabela 11. Liczba świadczeń oraz kwota wydatków na długoterminową domową opiekę pielęgniarstwą w 2021 r. (bez dopłat pacjentów)

DOMOWA OPIEKA PIELĘGNIARSKA					
WOJEWÓDZTWO	LICZBA PLACÓWEK	LICZBA OSÓB KORZYSTAJĄCYCH	WSPÓŁCZYNNIK NA 100 TYS. MIESZKAŃCÓW	WYDATKI ROCZNE CAŁKOWITE W MLN ZŁ	WYDATKI ROCZNE NA PACJENTA W ZŁ
dolnośląskie	150	3628	126,0	22,54	6212
kujawsko-Pomorskie	66	2030	99,1	13,31	6558
lubelskie	70	3550	171,0	23,92	6737
lubuskie	52	1255	125,6	8,63	6876
łódzkie	75	3106	128,5	18,80	6054
małopolskie	117	4935	144,8	33,03	6693
mazowieckie	205	6715	123,9	47,29	7042
opolskie	83	2852	294,2	17,55	6152
podkarpackie	156	5490	260,1	37,57	6843
podlaskie	29	1336	114,7	8,58	6422
pomorskie	27	1196	51,0	6,90	5771
śląskie	153	13 710	307,7	99,85	7283
świętokrzyskie	47	2410	198,8	15,26	6332
warmińsko-Mazurskie	53	1561	111,1	8,93	5721
wielkopolskie	134	4514	129,4	27,56	6105
zachodniopomorskie	45	2351	140,2	14,16	6022

Polska

liczba placówek	60 639	liczba osób korzystających	wydatki roczne całkowite w mln zł	wydatki roczne na pacjenta w zł
1462	159,2	współczynnik na 100 tys. mieszkańców	404 78	6675

Źródło: BŚ 2023, opracowanie własne na podstawie danych NFZ za 2021 r.

W 2021 r. koszt wydatków domowej wentylacji mechanicznej dla osób dorosłych sięgnął 250,94 mln zł, czyli był o 28,6 proc. wyższy niż w 2017 r. Można przypuszczać, że w dużej mierze wynika to ze wzrostu liczby pacjentów korzystających z tych świadczeń, gdyż wydatek jednostkowy na jednego pacjenta obniżył się w tym okresie o 15,6 proc. W tabeli 12 nie ujęto dodatkowej puli 36,78 mln zł przeznaczonych w 2021 r. na pacjentów pediatrycznych (do 18. r.ż.), co daje jednostkowy wydatek na jednego pacjenta pediatrycznego w wysokości 47,03 tys. zł. Podane wydatki nie uwzględniają dopłat bezpośrednich pacjentów.

Tabela 12. Liczba usług oraz kwota wydatków na domową wentylację mechaniczną w 2021 r. (bez dopłat pacjentów)

ŚWIADCZENIA DŁUGOTERMINOWEJ OPIEKI DOMOWEJ DLA DOROSŁYCH PACJENTÓW WENTYLOWANYCH MECHANICZNIE					
WOJEWÓDZTWO	LICZBA PLACÓWEK	LICZBA MIEJSC	WSPÓŁCZYNNIK NA 100 TYS. MIESZKAŃCÓW	WYDATKI ROCZNE CAŁKOWITE W MLN ZŁ	WYDATKI ROCZNE NA PACJENTA W ZŁ
dolnośląskie	7	764	26,5	27,75	36 321
kujawsko-Pomorskie	6	558	27,2	20,80	37 284
lubelskie	8	682	32,9	22,65	33 216
lubuskie	3	251	25,1	7,24	28 835
łódzkie	6	204	8,4	7,18	35 205
małopolskie	9	1202	35,3	30,13	25 068
mazowieckie	12	761	14,0	19,17	25 197
opolskie	5	165	17,0	5,38	32 578
podkarpackie	5	419	19,9	12,66	30 211
podlaskie	7	171	14,7	7,01	40 970
pomorskie	3	208	8,9	8,39	40 324
śląskie	17	1242	27,9	34,01	27 385
świętokrzyskie	9	289	23,8	8,66	29 969
warmińsko-Mazurskie	10	336	23,9	11,67	34 747
wielkopolskie	10	688	19,7	20,09	29 196
zachodniopomorskie	15	180	10,7	7,43	41 284

Polska

liczba placówek	liczba miejsc	współczynnik na 100 tys. mieszkańców	wydatki roczne całkowite w mln zł	wydatki roczne na pacjenta w zł
132	8116	21,3	250,94	30 919

Źródło: BŚ 2023, opracowanie własne na podstawie danych NFZ za 2021 r.

FINANSOWANIE ŚWIADCZEŃ PIENIĘŻNYCH

W puli świadczeń pieniężnych 72 proc. stanowiły wydatki na świadczenia pieniężne dla osób starszych i osób z niepełnosprawnością, a 28 proc. wydatki na świadczenia pieniężne dla opiekunów osób z niepełnosprawnością. W 2021 r. na świadczenia pieniężne wydano łącznie 16,88 mld zł. W kategorii świadczeń pieniężnych dla osób starszych i osób z niepełnosprawnością największe były wydatki na dodatki pielęgnacyjne (6,94 mld zł) i zasiłek pielęgnacyjny (2,35 mld zł), a w kategorii świadczeń pieniężnych dla opiekunów – koszty świadczenia pielęgnacyjnego (4,46 mld zł). Wysokość łącznych wydatków na dodatek i świadczenie pielęgnacyjne wynika z dużej liczby osób uprawnionych do pobierania tych częściowo uzupełniających się typów świadczeń. Z kolei wysokość wydatków na świadczenie pielęgnacyjne powiązana jest ze znaczną liczbą osób uprawnionych do jego otrzymywania oraz wysokością samego świadczenia, które jest na poziomie krajowej płacy minimalnej netto (**tabela 13**).

Tabela 13. Liczba beneficjentów oraz koszty poszczególnych typów świadczeń pieniężnych w 2021 r.

BENEFICJENCI + OPIEKUNOWIE (RAZEM): 4,1 MLN OSÓB

Liczba beneficjentów

Razem:	3 956 000
• dodatek pielęgnacyjny:	2 482 300
• zasiłek pielęgnacyjny:	911 600
• świadczenia uzupełniające:	388 200
• zasiłek stały:	173 900

Liczba opiekunów

Razem:	221 700
• świadczenia pielęgnacyjne:	191 000
• specjalny zasiłek opiekuńczy:	21 900
• zasiłek dla opiekuna:	8800

WYDATKI NA ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNE DLA BENEFICJENTÓW: 16,88 MLD ZŁ

Wydatki na beneficjentów

Razem:	12,19 mld zł
• dodatek pielęgnacyjny:	6,94 mld zł
• zasiłek pielęgnacyjny:	2,35 mld zł
• świadczenie uzupełniające:	1,95 mld zł
• zasiłek stały:	0,948 mld zł

Wydatki na opiekunów

Razem:	4,69 mld zł
• świadczenia pielęgnacyjne:	4,46 mld zł
• specjalny zasiłek opiekuńczy:	0,16 mld zł
• zasiłek dla opiekuna:	0,06 mld zł

Źródło: BŚ 2023, opracowanie własne na podstawie danych MRPiPS oraz ZUS za 2021 r.

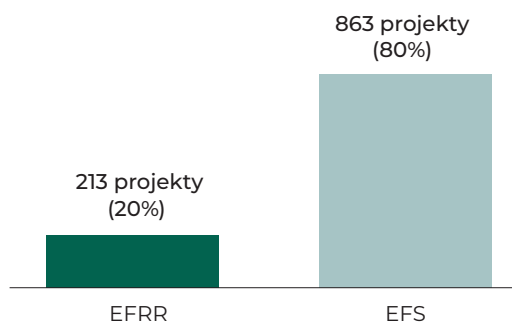
FINANSOWANIE USŁUG OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ ZE ŚRODKÓW UE

Jednym ze źródeł finansowania usług ODT w Polsce są Fundusze Europejskie. Polityka spójności UE, wspierana przez Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego (EFRR) i Europejski Fundusz Społeczny (EFS), ma na celu niwelowanie różnic gospodarczych, społecznych i terytorialnych między państwami członkowskimi. Analiza projektów finansowanych w okresie programowania 2014-2020 wykazała, że 1076 projektów w obszarze ODT o łącznej wartości 1 638 894 733,20 zł zostało dofinansowanych przez UE do poziomu ok. 73,32 proc. wartości projektu. Podział środków pomiędzy EFRR i EFS pokazuje, że 80 proc. zidentyfikowanych projektów zostało sfinansowanych z EFS, a pozostałe

20 proc. z EFRR. Na **rycinie 38** pokazano sumaryczną liczbę projektów oraz udział procentowy każdego z programów Funduszy.

Dalsza analiza oparta na programach operacyjnych realizowanych w latach 2014-2020 wskazuje, że do końca 2023 r. dzięki wsparciu z Funduszy Europejskich prawie 142 tys. osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objęto usługami opiekuńczymi lub asystenckimi oraz wsparto ponad 90,5 tys. miejsc, w których świadczone są usługi społeczne. Ponad 1,4 mln osób objęto programem zdrowotnym dzięki EFS, a prawie 321,5 tys. osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym skorzystało ze wsparcia w ramach projektu usług zdrowotnych. Jako że wsparcie miało na celu zwiększenie podaży usług społecznych, w tym ich deinstytucjonalizację, oraz zwiększenie dostępu do usług zdrowotnych, nie zdefiniowano dogłębnie ODT. Z tego powodu nie da się dokładnie wskazać, ile osób zostało objętych tą formą wsparcia. Z publicznie dostępnych dokumentów dotyczących kolejnego okresu programowania, na lata 2021-2027, wynika, że na działania związane z opieką, w szczególności obejmujące ODT, dostępne będą dotacje w wysokości około 4 mld euro. Choć szacowana kwota ma jedynie charakter orientacyjny, należy zauważyć, że skala dostępnych środków może być znaczącym uzupełnieniem funduszy krajowych.

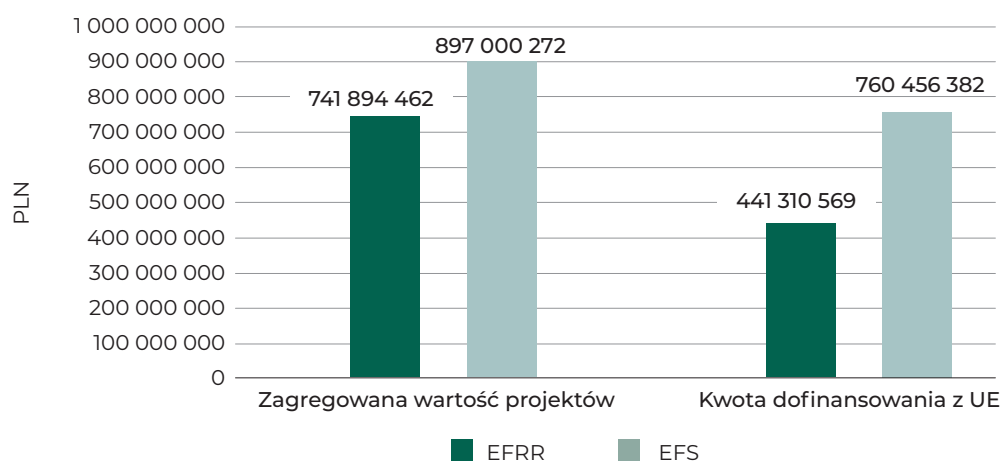
Rycina 40. Projekty w obszarze ODT sfinansowane ze środków UE, udział EFRR i EFS w puli środków finansowych z UE w latach 2014-2020



Źródło: BŚ 2023, opracowanie własne na podstawie bazy danych projektów finansowanych ze środków UE⁷⁰

⁷⁰ Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej. (2024). Lista projektów realizowanych z Funduszy Europejskich w Polsce w latach 2014-2020. <https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/strony/o-funduszach/projekty/lista-projektow/lista-projektow-realizowanych-z-funduszy-europejskich-w-polsce-w-latach-2014-2020/>

Rycina 41. Zagregowana wartość projektów w obszarze ODT oraz kwota dofinansowania z UE w latach 2014-2020



Źródło: BŚ 2023, opracowanie własne na podstawie bazy danych projektów finansowanych ze środków UE⁷¹

71 Opracowanie własne na podstawie bazy projektów dofinansowanych ze środków UE. Źródło: MFIPR. (2024). Lista projektów realizowanych z Funduszy Europejskich w Polsce w latach 2014-2020 <https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/strony/o-funduszach/projekty/lista-projektow/lista-projektow-realizowanych-z-funduszy-europejskich-w-polsce-w-latach-2014-2020/>

NAJWAŻNIEJSZE WYZWANIA I ROZWIĄZANIA DLA POLSKIEGO SYSTEMU OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

Polski system ODT obejmuje różne sektory, przede wszystkim administracji, placówki opiekuńcze, programy i źródła finansowania. Pomimo tej złożoności istnieje sześć obszarów tematycznych, które zidentyfikowano jako mające potencjał, by poprawić cały system ODT. W niniejszym podrozdziale dokonano przeglądu elementów szeroko rozumianego systemu ODT w Polsce, z uwzględnieniem opisu świadczeń, różnych poziomów organizacyjnych świadczenia usług, trybów ich realizacji oraz zróżnicowania geograficznego ODT. Przedstawiono w nim również wstępną charakterystykę ODT w Polsce pod względem zasobów kadrowych i finansowych. Pogłębione omówienie tych dwóch ostatnich tematów znajduje się w kolejnych częściach raportu wraz z opisem innych wyzwań, przed którymi stoi ODT w Polsce. Dla każdego z wyzwań zaproponowano odpowiednie rozwiązania.

ROZPOZNANIE WYZWAŃ I WYPRACOWANIE ROZWIĄZAŃ

Celem tej części raportu jest sformułowanie działań rekomendowanych do podjęcia przez Polskę, zidentyfikowanych w ramach strategicznego przeglądu kluczowych wyzwań w obszarze ODT. Struktura raportu odzwierciedla te działania w następujących obszarach: zarządzanie, finansowanie, zasoby ludzkie, jakość, infrastruktura i rynek usług prywatnych.

Kluczowe wyzwania w zakresie ODT w Polsce zostały zidentyfikowane na podstawie trzech głównych źródeł: doświadczeń i odczuć beneficjentów systemu, analizy systemowej ODT oraz wyzwań wskazanych przez twórców polityki krajowej. Pierwszym, podstawowym źródłem była perspektywa beneficjentów i ich rodzin oraz pracowników i osób zaangażowanych w system organizacji i dostarczania świadczeń. Aby poznać opinie tej grupy interesariuszy, przeprowadzono badania ankietowe na reprezentatywnej próbie dorosłych Polaków (18+), jak również badania jakościowe wśród różnych grup odbiorców ODT oraz konsultacje społeczne. Drugim źródłem identyfikacji wyzwań w ODT była analiza różnych elementów systemu ODT w Polsce przy użyciu usystematyzowanego narzędzia opracowanego przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) oraz analiza dostępnych danych z zakresu ODT w Polsce⁷². Ocena ODT dotyczyła w pierwszej kolejności: ram zarządzania, zrównoważonego finansowania, systemu informacji, monitorowania i ewaluacji, kadr, realizacji usług, innowacji i badań naukowych (**tabela 14**).

Kolejnym etapem pracy powinno być zdefiniowanie harmonogramu konkretnych działań i określenie zasobów niezbędnych do ich realizacji. W związku z tym niniejszy raport nie ma na celu przeprowadzenia analiz wykonalności dla każdego z proponowanych obszarów rozwiązań.

⁷² WHO. (2021). *Framework for countries to achieve an integrated continuum of long-term care*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038844>

Tabela 14. Kluczowe obszary umożliwiające osiągnięcie zintegrowanego kontinuum ODT w Polsce, na podstawie wytycznych WHO, 2021 r.

OBSZAR	OBSZAR NIEDOSTĘPNY	OBSZAR CZĘŚCIOWO FUNKCJONUJĄCY	OBSZAR W PEŁNI FUNKCJONUJĄCY
Zarządzanie (27 warstw)	 19/27	 7/27	 1/27
Stabilne finansowanie (8)	 2/8	 5/8	 1/8
Systemy informacji, monitorowania i ewaluacji (18)	 8/18	 3/18	 7/18
Kadry (9)	 2/9	 6/9	 1/9
Realizacja usług (11)	 8/11	 2/11	 1/11
Badania i innowacje (14)	 13/14	 1/14	 0/14

Źródło: BŚ 2023

Choć w ostatnim czasie poczynione zostały postępy w pokonywaniu wyzwań związanych z ODT, to część obszarów ODT wymaga dalszej poprawy i nowych rozwiązań. Obszary, które wymagają stworzenia niemal od podstaw, oznaczono kolorem czerwonym, wymagające dalszego rozwoju – kolorem pomarańczowym, a już działające, ale potrzebujące wzmocnienia i doskonalenia – kolorem zielonym. Do obszarów wymagających najintensywniejszych interwencji zaliczamy m.in.: poprawę poszczególnych komponentów efektywnego systemu zarządzania ODT, wzmocnienie systemu zbierania danych, monitorowanie, budowę bazy naukowej, ale także elementy sprawnego, skoordynowanego systemu dostarczania usług ODT. Szczegółowe pytania, na bazie których została przygotowana ta ocena, znajdują się w załączniku do niniejszego raportu.

Trzeci poziom analizy koncentruje się na głównych celach ODT przekazanych przez MFiPR przy współpracy z MZ i MRPiPS. Są to: koordynacja i integracja, deinstytucjonalizacja oraz rozwój kadr. Cele te zostały wykorzystane do oceny i kategoryzacji kilku obszarów wyzwań. W oparciu o te procesy analityczne i konsultacje w niniejszym raporcie dokonano kompleksowej oceny systemu ODT w Polsce i wskazano najważniejsze wyzwania utrudniające jego rozwój. Poniżej przedstawiono trzy główne obszary reform i odpowiednie rozwiązania.

Koordynacja/integracja: ten obszar reform ma na celu wypracowanie strategicznego i zintegrowanego podejścia do świadczenia opieki i zarządzania nią. Opieka skoncentrowana na beneficjencie, sprzyjająca samodzielności, jest utrudniona ze względu na rozproszenie usług między różnymi sektorami. Zintegrowana i skoordynowana opieka powinna zapewnić płynne przechodzenie beneficjentów przez kontinuum opieki, a także zapewnienie opieki dostosowanej do potrzeb, co wymaga zintegrowania opieki nieformalnej, domowej i środowiskowej, a także, w razie potrzeby, opieki stacjonarnej. Skoordynowany system opieki jest również niezbędny do wspierania przejścia od zinstytucjonalizowanych form opieki do systemów środowiskowych⁷³. Proponowane rozwiązania mające na celu poprawę koordynacji obejmują m.in.: stworzenie jednolitego zbioru przepisów prawnych dotyczących ODT; zdefiniowanie przejrzystych kryteriów kwalifikujących do dostępu do wszystkich rodzajów opieki; mapowanie zasobów i potrzeb ODT; powołanie koordynatorów ODT; opracowanie umów o udostępnianiu danych i przepisów dotyczących gromadzenia danych dotyczących ODT; prowadzenie monitoringu i oceny podejmowanych działań, które będą stanowić podstawę informacyjną dla spójnego planowania strategicznego; opracowywanie analiz dotyczących świadczenia usług i zapotrzebowania na nie; prowadzenie

⁷³ KE. (2022). *Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, The European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on the European Care Strategy*. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52022DC0440>

uświadamiających kampanii społecznych; koordynowanie finansowania i przepisów dotyczących programów ODT realizowanych przez rząd; a także, choć sektor prywatny jest już zaangażowany, zapewnienie, że działania te będą koordynowane, zarządzane i oceniane w bardziej efektywny sposób.

Rynek pracy: ODT to usługa wymagająca znacznych zasobów kadrowych, dlatego system uzależniony jest od odpowiednio wyposażonych, dobrze wyszkolonych i wspieranych opiekunów. W wielu rozwiniętych gospodarkach⁷⁴ starzenie się społeczeństwa wyprzedza wzrost podaży ODT. W takich warunkach poziom kadry pracowniczej w ODT uległ stagnacji lub spadkowi, nawet w krajach, w których podaż usług ODT jest zazwyczaj wyższa⁷⁵. Społeczeństwo Polski jest jednym z najszybciej starzejących się w UE⁷⁶, a przy i tak niskiej dostępności pracowników ODT przewiduje się, że popyt będzie nadal znacznie przewyższał podaż. Przeciwdziałanie temu trendowi będzie wymagało rozwiązań, które pomogą przyciągnąć nowych pracowników, a także utrzymać i wzmocnić rynek pracy ODT, przy równoczesnym wsparciu nieformalnych opiekunów i zminimalizowaniu negatywnych skutków dla ich statusu na rynku pracy. ODT to więcej niż opieka osobista – często wymaga wykonywania złożonych zadań opiekuńczych. Dla zapewnienia wysokiej jakości opieki niezbędne są zatem odpowiednie szkolenia, certyfikacja i wsparcie. Proponowane rozwiązania, których celem jest rozwój rynku pracy w Polsce, obejmują: podwyższenie wynagrodzeń pracowników; zwiększenie ich prestiżu zawodowego poprzez kampanie edukacyjne oraz świadczenia finansowe i pozafinansowe; ochronę pracowników przed nadużyciami; ułatwienie dostępu do podnoszenia kwalifikacji i szkoleń; wzmocnienie opieki nieformalnej i jej jakości poprzez szereg kompleksowych działań.

74 Ponad połowa państw OECD.

75 OECD. (2021). Long-term care workers. W: *Health at a Glance: OECD Indicators*. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/c8078fff-en/index.html?itemId=/content/component/c8078fff-en>

76 Eurostat. (2024). *Population structure and ageing*. [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing#:~:text=Regarding%20the%20share%20of%20people,%25\)%20had%20the%20lowest%20shares](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing#:~:text=Regarding%20the%20share%20of%20people,%25)%20had%20the%20lowest%20shares)

Deinstytucjonalizacja. W całej UE setki tysięcy osób z niepełnosprawnością, z zaburzeniami psychicznymi lub starszych mieszka w dużych, odseparowanych od społeczności placówkach⁷⁷. Udowodniono, że ten rodzaj otoczenia nie pozwala na zapewnienie opieki skoncentrowanej na beneficjencie, która realizowałaby jego prawo do integracji. Dzieje się tak w szczególności z powodu ograniczenia dostępu beneficjentów do ich społeczności⁷⁸. Wzmocnione opcje opieki środowiskowej i domowej mogą zatem zapewnić dobrostan podopiecznych, oferując opiekę w preferowanym przez nich miejscu. Proponowane rozwiązania dotyczące deinstytucjonalizacji obejmują: mapowanie istniejących zasobów ODT; monitorowanie i ocenę podejmowanych działań, w szczególności tych zmierzających do deinstytucjonalizacji; intensyfikację działań planistycznych zmierzających do deinstytucjonalizacji (takich jak przyspieszenie opracowywania i wdrażania lokalnych planów deinstytucjonalizacji, wspomagających usprawnienie usług lokalnych); zwiększenie świadomości zdrowotnej; wdrażanie finansowania opartego na wynikach, które może wspierać rozwój opieki wysokiej jakości, z naciskiem na opiekę pozainstytucjonalną; opracowywanie rozwiązań mieszkaniowych, które wspierają starzenie się w domu i we własnej społeczności.

Niektóre spośród rozwiązań przedstawionych w niniejszym raporcie obejmują wszystkie trzy cele reformy ODT w Polsce i mają na celu usprawnienie istniejącego systemu świadczenia usług. Ustawa o ODT lub nowelizacja stosownych aktów prawnych przyczyni się do realizacji wszystkich trzech celów reform poprzez: zdefiniowanie uprawnień poszczególnych osób do różnych form opieki w różnych warunkach, zdefiniowanie opiekunów nieformalnych oraz zapewnienie koordynacji między podmiotami w całym kontinuum opieki poprzez

⁷⁷ Europejska Grupa Ekspertów ds. przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej w lokalnej społeczności. (2012). *Common European Guidelines...*

⁷⁸ Europejska Grupa Ekspertów ds. przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej w lokalnej społeczności. (2012). *Common European Guidelines...*

wyjaśnienie ról i obowiązków. Powołanie koordynatorów ODT również wpłynie na wszystkie obszary reform, wspierając rodziny w dostępie do potrzebnych usług opiekuńczych wszystkich rodzajów, w tym opieki dziennej i domowej, a także zapewniając lepszą koordynację złożonego systemu opieki. Niezbędne do osiągnięcia wszystkich celów reformy są rozwiązania w zakresie finansowania: przeprowadzenie przeglądu wydatków publicznych; zbadanie możliwości optymalizacji finansowania i wykorzystania mechanizmów finansowych przez społeczeństwo: zapewnienie wystarczającej i zrównoważonej alokacji środków finansowych na różne rodzaje opieki, wsparcie regionów w realizacji zalecanych działań na rzecz ODT, a także bardzo prawdopodobne zwiększenie finansowania z budżetu państwa. Na przykład deinstytucjonalizacja będzie wymagała inwestycji w system w postaci rozbudowy różnych rodzajów opieki. Rozwój rynku pracy zostanie zintensyfikowany poprzez zwiększenie zatrudnienia, szkolenia i świadczenia oraz inne działania związane z zapewnieniem odpowiedniej liczby pracowników. Konieczne będą również inwestycje w różne działania koordynacyjne, w tym mapowanie usług opieki i popytu na nie. Wreszcie potrzebne będą rozwiązania jakościowe mające na celu zapewnienie dobrostanu, bezpieczeństwa i wyników zdrowotnych osób korzystających z opieki. Przyjęte rozwiązania będą miały przekrojowy wpływ na deinstytucjonalizację, rynek pracy i koordynację działań związanych z opieką zgodnie z celami jakościowymi. Analizowanie opinii beneficjentów i ich rodzin na temat ODT będzie sprzyjać kształtowaniu wizji jakości, natomiast monitorowanie i ocena świadczonej opieki z wykorzystaniem zintegrowanych ram jakości pozwoli rozliczyć świadczeniodawców i decydentów.

W **tabeli 15** przedstawiono przegląd omówionych wyzwań i sklasyfikowano obszary rozwiązań mające zastosowanie do każdego z nich.

Tabela 15. Kluczowe wyzwania w zakresie ODT oraz obszary rozwiązań

LP.	ZIDENTYFIKOWANE WYZWANIE	KLUCZOWE OBSZARY, WOKÓŁ KTÓRYCH SKUPIAJĄ SIĘ NAJWAŻNIEJSZE PROBLEMY I ROZWIĄZANIA DLA ODT W POLSCE		
ZARZĄDZANIE		KOORDYNACJA/ INTEGRACJA	DEINSTYTUCJO- NALIZACJA	ZATRUDNIENIE/ RYNEK PRACY
1.	Mnogość aktów prawnych, skomplikowany system usług, brak spójnej definicji ODT	X		
2.	Wiele poziomów kryteriów kwalifikowalności i definicji niesamodzielności	X		
3.	Trudne do oszacowania obecne i przyszłe zapotrzebowanie na usługi ODT	X	X	X
4.	Możliwości poprawy zbierania danych, większa spójność formatów danych i regularne aktualizowanie dostępności szczegółowych, kompleksowych informacji i badań, poprawa monitorowania i oceny działań na rzecz ODT	X		
5.	Różnice w zakresie świadczenia UO w poszczególnych województwach	X	X	X
6.	Ograniczone zrozumienie usług ODT i możliwości korzystania z nich przez klientów, pacjentów i ich opiekunów	X	X	
FINANSOWANIE		KOORDYNACJA/ INTEGRACJA	DEINSTYTUCJO- NALIZACJA	ZATRUDNIENIE/ RYNEK PRACY
7.	Niskie w porównaniu z innymi krajami UE wydatki na ODT; dysproporcje w wydatkach na różnych poziomach opieki	X	X	X
8.	Zwiększenie stabilności programów rządowych	X	X	X
KADRY		KOORDYNACJA/ INTEGRACJA	DEINSTYTUCJO- NALIZACJA	ZATRUDNIENIE/ RYNEK PRACY
9.	Zróżnicowana dostępność i rozmieszczenie personelu w obrębie poszczególnych sektorów i pomiędzy sektorami	X	X	X
10.	Kompetencje wybranego personelu ODT wymagają podniesienia/dostosowania		X	X
11.	Zapewnienie regulacji oraz maksymalizacja dostępności i jakości opieki nieformalnej		X	X
JAKOŚĆ USŁUG		KOORDYNACJA/ INTEGRACJA	DEINSTYTUCJO- NALIZACJA	ZATRUDNIENIE/ RYNEK PRACY
12.	Poprawa jakości opieki formalnej świadczonej przez indywidualnych opiekunów, organizacje opiekuńcze i system opieki	X	X	X
INFRASTRUKTURA		KOORDYNACJA/ INTEGRACJA	DEINSTYTUCJO- NALIZACJA	ZATRUDNIENIE/ RYNEK PRACY
13.	Słaba sytuacja osób starszych i osób z niepełnosprawnością na rynku mieszkaniowym; niewystarczające dostosowanie mieszkań dla osób potrzebujących usług ODT i osób, które mogą być beneficjentami ODT w bliskiej przyszłości		X	
PRIVATE MARKET		KOORDYNACJA/ INTEGRACJA	DEINSTYTUCJO- NALIZACJA	ZATRUDNIENIE/ RYNEK PRACY
14.	Niewykorzystany potencjał rynku prywatnego przez instytucje publiczne zapewniające ODT; regulacje/nadzór nad prywatnymi podmiotami świadczącymi opiekę wymagają poprawy	X		

PRIORYTYZACJA ROZWIĄZAŃ W ZAKRESIE OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

W niniejszym raporcie zaproponowano kompleksowy katalog rozwiązań dla kluczowych wyzwań stojących przed ODT w Polsce. W ramach analizy BŚ ocenił rozwiązania pod kątem ich priorytetu i kolejności, w oparciu o ankiety i konsultacje z interesariuszami, w tym dyskusje z władzami na szczeblu krajowym. W całym pakiecie rozwiązań znajduje się podgrupa, która powinna być realizowana w pierwszej kolejności ze względu na wysoki priorytet, wpływ na inne obszary rozwiązań i wykonalność. Rozwiązania dotyczące jednolitej definicji ODT, zwiększonego finansowania i opracowania ram jakości ODT to trzy kluczowe obszary, które należy wdrożyć w najbliższej przyszłości i które zostały uznane za możliwe do ukończenia do końca 2026 r. Lista proponowanych rozwiązań na najbliższe 10 lat, w tym rekomendacje do wdrożenia w najbliższych dwóch latach, znajdują się w **tabeli 16**.

Tabela 16. Rozwiązania rekomendowane do realizacji i ich uzasadnienie

OBSZAR TEMATYCZNY	ROZWIĄZANIE	UZASADNIENIE
Zarządzanie	Opracowanie jednolitych regulacji prawnych dla ODT, w tym definicji ODT, lub nowelizacja odnośnych ustaw	Opracowanie stosownych i ujednoliconych przepisów dotyczących ODT będzie miało ogromny wpływ na cały system ODT i wiele obszarów rozwiązań; zapewni fundamenty dla wspólnego zrozumienia uprawnień i funkcjonowania systemu ODT w różnych sektorach i u różnych świadczeniodawców
	Przegląd istniejących aktów prawnych w celu zapewnienia odpowiednich i skoordynowanych polityk i wytycznych dotyczących gromadzenia danych ODT	Lepsze dane na temat ODT będą kluczowe dla realizacji programu reform ODT, dlatego zapewnienie podstawy prawnej do gromadzenia danych jest koniecznością
Finansowanie	Zwiększenie finansowania ODT z budżetu państwa	Aby zwiększyć dostęp do usług ODT i poprawić ich jakość, potrzebne będzie dodatkowe finansowanie
	Wprowadzenie mechanizmów wsparcia dla JST, które zobowiążą się do rozwijania inicjatyw w obszarze ODT zgodnie z zalecanymi kierunkami działań	Chociaż potrzebne będzie zwiększenie finansowania z budżetu centralnego, możliwe jest pozyskanie pewnych środków poprzez planowanie strategiczne na poziomie lokalnym, w tym poprzez ubieganie się o fundusze UE; samorządy lokalne, które zobowiążą się do opracowania interwencji w zakresie ODT, powinny otrzymać wsparcie w ubieganiu się o fundusze i w planowaniu środków na te działania

OBSZAR TEMATYCZNY	ROZWIĄZANIE	UZASADNIENIE
Kadry	Zdefiniowanie opieki nieformalnej	Zdefiniowanie nieformalnej opieki jest krytycznym pierwszym krokiem w kierunku zapewnienia wsparcia i opracowania polityki dla tej grupy
	Zapewnienie wsparcia finansowego i pozafinansowego dla opiekunów nieformalnych (w tym członków rodziny), m.in. poprzez bony opiekuńcze, szkolenia i edukację, fizjoterapię, wspieranie zdrowia psychicznego, opiekę wytchnieniową/zastępczą	Fizjoterapia, wsparcie psychologiczne i opieka wytchnieniowa oraz know-how formalnych pracowników ODT to zasoby, które są już dostępne w sektorze pomocy społecznej i ochrony zdrowia, dlatego wystarczy zmiana polityki, która sformalizuje i zorganizuje dostęp do tych zasobów, aby umożliwić nieformalnym opiekunom korzystanie z tego rodzaju wsparcia, jeśli będzie ono potrzebne; w ramach istniejących ram ODT można również wprowadzić bony opiekuńcze pod warunkiem, że zapewnione zostanie dodatkowe finansowanie
Jakość	Powołanie grupy ekspertów w celu opracowania zintegrowanych ram jakości ODT w Polsce wraz z zestawem KPI	Określenie jakości ODT jest obszarem przekrojowym, który wpłynie na dobrostan, bezpieczeństwo i wyniki zdrowotne osób objętych opieką; poprawa jakości opieki może obejmować spektrum działań, od niskonakładowych (a nawet darmowych), takich jak poprawa komunikacji z odbiorcami opieki i ich rodzinami, po rozwiązania bardziej wymagające, takie jak intensyfikacja opieki (co wymagałoby zatrudnienia większej liczby pracowników); co ważne, jakość musi zostać zdefiniowana w celu ustanowienia standardu dla świadczonej obecnie opieki ODT
	Uwzględnienie definicji ODT, ram i wskaźników jakości w odpowiednich przepisach odnoszących się do ODT	Po opracowaniu kryteriów jakości i wskaźników efektywności muszą one zostać umocowane w ramach prawnych, aby stały się obowiązujące
Infrastruktura	Dalsze prace nad uregulowaniem norm projektowych dla budynków i lokali przeznaczonych dla osób z niepełnosprawnością i osób starszych, z uwzględnieniem technologii i rozwiązań cyfrowych	Standardy projektowe są już regulowane, jednak wiele budynków nadal nie spełnia norm odpowiadających potrzebom osób starszych i osób z niepełnosprawnością, dlatego regulacje należy wzmocnić; jednym ze sposobów jest aktualizacja przepisów i dokumentacji standardowej w celu zapewnienia skuteczniejszego wdrażania i zgodności z przepisami
Rynek usług prywatnych	Usprawnienie i operacjonalizacja mechanizmów nadzoru i kontroli nad prywatnymi placówkami ODT zgodnie z wymogami określonymi w ramach jakości dla prywatnych i publicznych usługodawców ODT	Stanowi to uzupełnienie rozwiązania powyżej, dotyczącego nadzoru nad jakością; dostępne są już procesy i organy kontrolne, które można wykorzystać do poprawy nadzoru nad prywatnymi placówkami ODT

Obszary rozwiązań zostały przedstawione w raporcie według trzech etapów ich wdrażania. Działania pierwszej fazy mają charakter bazowy i mogą zostać zrealizowane w bliższym horyzoncie czasowym (**do końca 2026 r.**); zostały one ujęte w kolumnie „Faza 1” w **tabeli 17**. Ich realizacja jest konieczna, by położyć podwaliny pod dalsze reformy.

Finansowanie i legislacja to dwa czynniki umożliwiające realizację innych obszarów rozwiązań opisanych w niniejszym raporcie, w tym reform kadrowych, poprawy dostępu do usług i promowania koordynacji w całym systemie. Obszary te zwiększają skuteczność istniejącego systemu, jednocześnie torując drogę do dalszych reform w przyszłości. Jakość to obszar, który należy rozwijać równolegle, aby zapewnić, że niezależnie od typu usługi opieka będzie świadczona w sposób bezpieczny, skuteczny i zgodny z założonymi celami. Druga faza to rozwiązania, które również mają krótszy czas realizacji, ale powinny zostać wdrożone jako kolejny etap lub równolegle do poprzedniego, o ile to możliwe **(do 2029 r.)**. Obszary rozwiązań trzeciej fazy będą wymagały średnioterminowego czasu realizacji **(do 2031 r.)**, a ich podstawę będą stanowiły inne zakończone lub rozpoczęte wcześniej działania. Dla poszczególnych działań należy ustalić terminy ich realizacji oraz system monitorowania ich wdrażania. Przedstawione powyżej fazy realizacji nie wykluczają się wzajemnie i mogą być rozpoczynane stopniowo – np. niektóre działania z trzeciej fazy mogą rozpocząć się równolegle z wcześniejszymi działaniami, należy mieć jednak na uwadze, że ich wdrożenie prawdopodobnie potrwa dłużej i będzie wymagało uprzedniej realizacji pewnych bazowych elementów z wcześniejszych faz. Ważnym elementem wdrożenia zmian w systemie ODT będzie opracowanie planu działania, w tym określenie budżetu, harmonogramu oraz zasobów niezbędnych do realizacji rozwiązań. Działania te powinny być prowadzone międzysektorowo.

Tabela 17. Fazy realizacji dla każdego z obszarów rozwiązań

OBSZAR TEMATYCZNY	ROZWIĄZANIA	FAZA 1	FAZA 2	FAZA 3
ZARZĄDZANIE				
1	Opracowanie jednolitych regulacji prawnych dla ODT, w tym definicji ODT, lub nowelizacja odnośnych ustaw	×		
2	Określenie przejrzystych kryteriów uprawniających do korzystania z usług i programów ODT dla wszystkich beneficjentów, z uwzględnieniem różnych poziomów opieki (stacjonarnej/całodobowej, domowej, środowiskowej)			×
3	Sporządzenie map placówek ODT w skali lokalnej, aby ułatwić przepływ informacji na temat placówek funkcjonujących w sektorze ochrony zdrowia i w sektorze pomocy społecznej		×	
4	Wyznaczenie koordynatorów ODT, np. w OPS/CUS, oraz poszerzenie zakresu obowiązków wybranych koordynatorów POZ o funkcję osoby do kontaktu w sprawach ODT		×	
5	Opracowanie wzorów umów o wymianie danych pomiędzy ministerstwami, JST i usługodawcami ODT		×	
6	Przegląd istniejących aktów prawnych w celu zapewnienia odpowiednich i skoordynowanych polityk i wytycznych dotyczących gromadzenia danych ODT		×	
7	Podjęcie skutecznych starań, by w procesie monitorowania i ewaluacji programów ODT, także tych dofinansowanych z funduszy UE, gromadzono wnioski i informacje o rozwiązaniach, które się sprawdziły, z uwzględnieniem specyfiki potrzeb w wymiarze krajowym i wojewódzkim, w celu wykorzystania ich przy kolejnych interwencjach w obszarze ODT		×	
8	Opracowanie interaktywnego raportu typu <i>dashboard</i> , generującego analizy dotyczące sytuacji demograficznej, zapotrzebowania na opiekę i stanu realizacji usług dla każdego województwa			×
9	Przyspieszenie procesu formułowania i wdrażania planów (np. lokalnych planów deinstytucjonalizacji) mających na celu poprawę realizacji usług ODT w skali lokalnej		×	
10	Podjęcie skutecznych starań, by do zadań koordynatora ODT należało m.in. dbanie o komunikację i dostęp do informacji o usługach ODT		×	
11	Skuteczne informowanie opinii publicznej poprzez kampanię informacyjną oraz rządowe i samorządowe strony internetowe		×	
12	Ciągły rozwój świadomości zdrowotnej społeczeństwa w zakresie potrzeb wynikających ze starzenia się ludności i potrzeb osób z niepełnosprawnością oraz rozwój wiedzy o dostępności i ofercie usług ODT w celu budowania świadomego w tym zakresie społeczeństwa przy użyciu dostępnych środków komunikacji		×	

OBSZAR TEMATYCZNY	ROZWIĄZANIA	FAZA 1	FAZA 2	FAZA 3
FINANSOWANIE				
1	Zwiększenie finansowania ODT z budżetu państwa	X		
2	Przegląd wydatków publicznych pod kątem efektywności nakładów na ODT i zaproponowanie rozwiązań budżetowych gwarantujących stabilność fiskalną systemu	X		
3	Zapewnienie adekwatnych nakładów na ODT na każdym poziomie (krajowym, wojewódzkim, lokalnym) i w każdym trybie świadczenia usług (domowym, dziennym, stacjonarnym), z uwzględnieniem mechanizmu, jakim są bony opiekuńcze finansowane ze środków publicznych i dysponowane lokalnie (przez JST) jako adresowana do grupy docelowej dotacja popytowa umożliwiająca zakup usług ODT na dobrze uregulowanym rynku prywatnym			X
4	Wprowadzenie mechanizmów wsparcia dla JST, które zobowiążą się do rozwijania inicjatyw w obszarze ODT zgodnie z zalecanymi kierunkami działań		X	
5	Ocena dotychczasowego systemu współpłacenia i przygotowanie do wdrożenia zmodyfikowanych zasad współpłacenia za usługi ODT w celu pozyskania dodatkowych przychodów bez obciążania finansowego słabszych grup społecznych			X
6	Wprowadzenie zachęt i promowanie narzędzi dla osób gotowych zadbać o swoje przyszłe potrzeby w obszarze ODT poprzez inwestycje związane ze zdrowiem i dobrowolne inwestycje finansowe w formie oszczędności, ubezpieczeń i podobnych rozwiązań		X	
7	Koordinacja publicznego finansowania i legislacji w obszarze ODT			X
8	Zapewnienie wieloletniego finansowania inicjatyw w obszarze ODT w celu zagwarantowania stabilności oraz długofalowego podejścia do planowania i alokacji zasobów			X
9	Powiązanie finansowania inicjatyw w obszarze ODT z pozytywnymi wynikami procesu ich oceny, premiowanie jakości, doskonałości i elastyczności stosownie do zmieniających się potrzeb			X
KADRY				
1	Podniesienie wynagrodzeń personelu ODT wszędzie tam, gdzie jest to zasadne, aby zapewnić podaż personelu i ciągłość opieki na styku różnych trybów i form udzielania opieki			X
2	Zachęcanie podmiotów realizujących usługi ODT do korzystania z dodatkowych źródeł kadrowych, takich jak migranci, opiekunowie rodzinni, NGO		X	
3	Intensyfikacja działań zmierzających do standaryzacji i formalizacji zawodu opiekuna medycznego		X	
4	Zwiększenie prestiżu i atrakcyjności zawodów opiekuńczych, np. poprzez kampanie informacyjno-edukacyjne oraz pakiety dodatkowych zachęt pozafinansowych, w tym możliwość wsparcia zdrowia psychicznego, możliwość fizjoterapii, dostęp do kursów/ szkoleń zawodowych oraz poszerzania kompetencji			X
5	Wdrożenie mechanizmów zabezpieczających pracowników ODT przed wszelkiego rodzaju przemocą i nadużyciami		X	
6	Ułatwianie dostępu do ścieżek podnoszenia kwalifikacji i szkoleń dla pracowników ODT, opracowanie ram kompetencji i ścieżek kariery, wprowadzenie możliwości rozwoju zawodowego w oparciu o jednolite ramy kompetencji oraz rotację między różnymi formami i trybami opieki		X	

OBSZAR TEMATYCZNY	ROZWIĄZANIA	FAZA 1	FAZA 2	FAZA 3
KADRY				
7	Zdefiniowanie opieki nieformalnej	X		
8	Wprowadzenie ułatwień dla opieki realizowanej w trybie nieformalnym i łagodzenie negatywnych konsekwencji ponoszonych przez opiekunów nieformalnych (w tym członków rodziny) na rynku pracy, m.in. poprzez uprawnienia emerytalne, ulgi podatkowe, elastyczność godzin pracy, gwarancje zatrudnienia		X	
9	Zapewnienie wsparcia finansowego i pozafinansowego dla opiekunów nieformalnych (w tym członków rodziny), m.in. poprzez bony opiekuńcze, szkolenia i edukację, fizjoterapię, wspieranie zdrowia psychicznego, opiekę wytchnieniową/zastępczą		X	
10	Zapewnienie opieki przejściowej i tymczasowej, aby osoby, które zdecydowały się podjąć roli opiekuna, miały czas na dostosowanie swoich obowiązków zawodowych, przeszkolenie w zakresie opieki i zaadaptowanie przestrzeni domowej do potrzeb beneficjenta ODT			X
JAKOŚĆ				
1	Powołanie grupy ekspertów w celu opracowania zintegrowanych ram jakości ODT w Polsce wraz z zestawem KPI	X		
2	Uwzględnienie definicji, ram i wskaźników jakości w odpowiednich przepisach odnoszących się do ODT	X		
3	Uruchomienie krajowego mechanizmu monitorowania i ewaluacji jakości (M&E) mającego zastosowanie do usługodawców, placówek i organizacji ODT		X	
4	Wdrożenie ankiet dla beneficjentów ODT, by zbierać opinie o systemie wśród beneficjentów i ich bliskich		X	
5	Opracowanie publicznie dostępnej bazy danych ze wskaźnikami jakości dla poszczególnych placówek ODT (publicznych i prywatnych)			X
6	Wykorzystanie nowych technologii w celu poprawy zarządzania danymi, opieki nad beneficjentem i wykorzystania danych możliwie w czasie rzeczywistym, z myślą o lepszych rezultatach ODT			X
7	Promowanie badań naukowych poświęconych zagadnieniom ODT w celu ulepszenia usług i usprawnienia systemu			X
INFRASTRUKTURA				
1	Rozwój zasobów mieszkaniowych przystosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnością i osób starszych			X
2	Dalsze prace nad uregulowaniem norm projektowych dla budynków i lokali przeznaczonych dla osób z niepełnosprawnością i osób starszych, z uwzględnieniem technologii i rozwiązań cyfrowych		X	
3	Zapewnienie dalej idącego dofinansowania adaptacji przestrzeni mieszkalnej, usług asystenckich i technologii cyfrowych, aby osoby starsze i osoby z niepełnosprawnością, które wolą mieszkać we własnym domu, mogły w nim pozostać jak najdłużej			X
4	Współpraca z koordynatorami ODT (OPS/CUS) w zakresie dokonywania oceny potrzeb i udzielania beneficjentom wsparcia w pozyskiwaniu środków na adaptację przestrzeni mieszkalnej			X
5	Cykliczne diagnozowanie potrzeb mieszkaniowych na podstawie lokalnych uwarunkowań i prowadzenie gospodarki mieszkaniowej w sposób uwzględniający potrzeby ludności			X
6	Uregulowanie kwestii planistycznych pod kątem lokalnych uwarunkowań, z uwzględnieniem dostępu do środków komunikacji i bazy usługowej, a także form życia społecznego, zakupów i opieki zdrowotnej			X

OBSZAR TEMATYCZNY	ROZWIĄZANIA	FAZA 1	FAZA 2	FAZA 3
RYNEK USŁUG PRYWATNYCH				
1	Bieżące aktualizowanie bazy danych z rejestrem wszystkich placówek opiekuńczych (publicznych i prywatnych tam, gdzie to możliwe) oraz z informacją na temat wolnych miejsc, co ułatwi poszukiwanie miejsca i pomoże wykorzystać istniejący potencjał usług		X	
2	Zapewnienie koordynatorom ODT dostępu do bazy danych placówek ODT, aby mogli skutecznie doradzać beneficjentom w zakresie wolnych miejsc i dostępnych usług		X	
3	Usprawnienie i operacjonalizacja mechanizmów nadzoru i kontroli nad prywatnymi placówkami ODT zgodnie z wymogami określonymi w ramach jakości dla prywatnych i publicznych usługodawców ODT		X	
4	Kontynuacja wysiłków na rzecz partnerstwa publiczno-prywatnego i pozarządowego oraz wymiany informacji		X	

Dalsze części raportu zorganizowane są według obszarów zidentyfikowanych jako kluczowe dla pracy nad rozwojem systemu ODT w Polsce. Obszary te zostały określone na podstawie analizy postrzegania systemu ODT przez interesariuszy, analizy systemu ODT oraz dialogu z podmiotami administracji publicznej odpowiedzialnymi za tworzenie polityki w zakresie ODT na szczeblu krajowym. Ponadto, aby uzyskać dodatkowe informacje dotyczące obszarów rozwiązań przedstawionych w raporcie, przeprowadzono przegląd międzynarodowych przykładów systemów ODT. Wyniki tego przeglądu przedstawiono w załączniku do niniejszego raportu. Dla każdego obszaru kluczowego przedstawiono jedno lub więcej wyzwań wraz z proponowanymi rozwiązaniami. Raport został przygotowany na zlecenie MFiPR przy wsparciu MZ i MRPiPS, w związku z czym wiele rozwiązań przewiduje działania tych właśnie resortów. Inne – w szczególności z obszaru finansowania, infrastruktury i rynku prywatnego – będą jednak wymagały zaangażowania i przywództwa innych ministerstw i instytucji publicznych.

Wreszcie obszary rozwiązań i wyzwania przedstawione w kolejnych częściach raportu nie są od siebie całkowicie niezależne ani odrębne. Niektóre wyzwania wymagają więcej niż jednego rozwiązania, np. problem niedoboru personelu ODT wymaga rozwiązań związanych

zarówno z zachętami finansowymi, jak i pozafinansowymi, z kolei powołanie koordynatorów ODT wymaga rozwiązań finansowych, organizacyjnych i kadrowych. W związku z tym dalsze części niniejszego raportu są zorganizowane i zaprezentowane według obszarów rozwiązań i wyzwań, jednak z zastrzeżeniem, że niektóre sekcje mogą się powtarzać lub są oparte na wcześniejszych analizach zawartych w raporcie.

ZARZĄDZANIE

A. DEFINICJA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ, AKTY PRAWNE ORAZ SYSTEM ŚWIADCZENIA USŁUG

Ten obszar rozwiązań odnosi się do braku spójnej definicji ODT, mnogości aktów prawnych i skomplikowanego systemu usług. Obszar ten ma kluczowe znaczenie, ponieważ definicje i przepisy stanowią podstawę do wprowadzenia dalszych usprawnień wynikających z kilku rekomendacji zawartych w niniejszym raporcie.

Brak jednolitej, spójnej definicji ODT na poziomie legislacyjnym w Polsce przyczynia się do złożoności i fragmentarycznego charakteru usług. Zróznicowanie definicji ODT rzutuje na spójność i przejrzystość informacyjnych, prawnych, organizacyjnych i finansowych aspektów usług ODT. W sektorze ochrony zdrowia usługi ODT są definiowane jako usługi świadczone przewlekle chorym dorosłym i dzieciom, niewymagającym hospitalizacji, ale wymagającym profesjonalnej opieki pielęgniarstwa, leczenia i rehabilitacji⁷⁹. Natomiast w systemie pomocy społecznej, który zapewnia większość usług poza sektorem ochrony zdrowia, nie ma jasnej definicji ODT⁸⁰. Sprawia to, że niejasne są kryteria kwalifikowalności i zakres usług tego, co uznajemy za ODT. System usług ODT w Polsce jest bardzo skomplikowany i fragmentaryczny, a usługi są rozproszone pomiędzy opieką zdrowotną i społeczną. Złożoność tę

79 Ministerstwo Zdrowia. (2020). Opieka długoterminowa w Polsce. https://analizy.mz.gov.pl/app/mpz_2020_długa

80 Nieco uproszczone brzmienie definicji ODT można znaleźć w dokumencie „Opieka długoterminowa nad osobami starszymi w Polsce”, wydanym przez MRPiPS w 2018 r. Czytamy w nim: „Całokształt działań medycznych i społecznych polegających na świadczeniu długotrwałej opieki pielęgniarstwa, świadczeń terapeutycznych i usług pielęgnacyjno-opiekuńczych osobom przewlekle chorym i niesamodzielnym, które nie wymagają hospitalizacji”. MRPiPS. (2018). *Opieka długoterminowa nad osobami starszymi w Polsce*. <https://archiwum.MRPiPS.gov.pl/download/gfx/mpips/pl/defaultaktualnosci/5530/10219/1/opieka%20nad%20osobami%20starszymi.pdf>

potęguje dostępność wielu różnych świadczeń pieniężnych i rzeczowych zarówno dla świadczeniobiorców ODT, jak i opiekunów osób starszych lub z niepełnosprawnością. W 2021 r. dostępnych było łącznie siedem różnych rodzajów świadczeń pieniężnych, z których cztery były skierowane do odbiorców ODT (dodatek pielęgnacyjny, zasiłek pielęgnacyjny, zasiłek uzupełniający, zasiłek stały), a trzy do opiekunów (świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy, zasiłek dla opiekuna). Świadczenia rzeczowe obejmowały ponad 20 rodzajów usług świadczonych zarówno w ramach systemu opieki zdrowotnej, jak i systemu pomocy społecznej, np. DPS, OW, ZOL, ZPO, usługi opiekuńcze, różne programy rządowe (**rycina 8** w rozdziale „System opieki długoterminowej w Polsce”). Nadal brakuje też skutecznego zarządzania i koordynacji między różnymi świadczeniami.

System ODT w Polsce jest regulowany przez liczne akty prawne. Dwa

z nich o szczególnym znaczeniu to Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej⁸¹ oraz Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁸². Pierwsza należy do kompetencji MRPiPS, a druga – MZ. ODT w Polsce jest również regulowana przez łącznie 70 dodatkowych aktów prawnych: 68 obowiązujących i dwa opracowywane⁸³ (**rycina 42**). Istniejące akty prawne są stale zmieniane i aktualizowane, wprowadzane są nowe, gdy inne tracą moc⁸⁴. Istnieje również wiele innych dokumentów poświęconych rozwojowi ODT na poziomie krajowym, m.in. „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.” oraz załącznik nr 1 do tego dokumentu w postaci dokumentu „Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi”, a ponadto: średniookresowa strategia rozwoju kraju, strategie

81 Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20040640593/U/D20040593Lj.pdf>

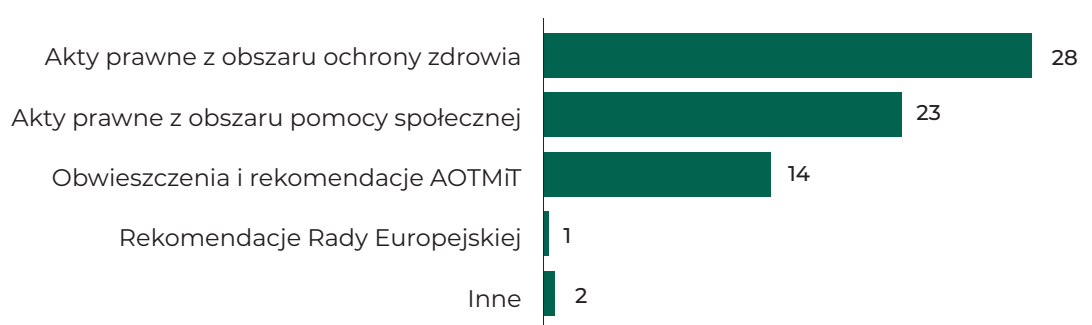
82 Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu20042102135>

83 Pełna lista aktów prawnych znajduje się w załączniku do niniejszego raportu.

84 Badanie zlecone przez Bank Światowy, 2023 r.

zintegrowane (Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2030) oraz inne dokumenty, np. „Strategia rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.)” czy „Strategia na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami 2021-2030”.

**Rycina 42. Uzupełniające akty prawne regulujące ODT w Polsce
(tj. z wyłączeniem ustawy o pomocy społecznej
i ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej
finansowanych ze środków publicznych)**



Źródło: BŚ 2023, opracowanie własne w oparciu o przegląd legislacji

Wyzwaniem pozostaje także ograniczona zależność między strategiami samorządów a potrzebami mieszkańców w zakresie ODT.

Nie wszystkie samorządowe plany działania uwzględniają potrzeby obywateli w zakresie ODT, takie jak tworzenie nowych placówek opiekuńczych (zarówno w sektorze zdrowotnym, jak i społecznym) czy działania mające na celu dostosowanie do potrzeb osób z niepełnosprawnością. Nie udało się zidentyfikować jasnego systemu raportowania, który jednoznacznie łączyłby liczne strategie z konkursami na projekty finansowane ze środków unijnych. Badane dokumenty strategiczne mają charakter statyczny, tj. nie umożliwiają pogłębionej analizy systemu zarządzania⁸⁵.

85 Badanie zleczone przez BŚ, 2023 r.

Opracowanie przepisów regulujących ODT odgrywa zatem kluczową rolę w rozwiązywaniu problemów wynikających z braku jednolitej, spójnej definicji ODT oraz braku przejrzystości w zakresie usług ODT.

Ustawa dotycząca ODT (lub zmiana i skoordynowanie istniejących aktów prawnych dotyczących ODT) powinna pełnić przede wszystkim funkcję definicyjną i koordynacyjną, przy czym – biorąc pod uwagę obowiązujące regulacje prawne – nie musiałaby być jedynym dokumentem dotyczącym funkcjonowania instytucji ODT, a dokumentem o charakterze kierunkowym, łączącym instytucje działające w obu systemach i wyznaczającym podstawowe wspólne definicje. Poziom szczegółowości i obszerność zmian ustawowych ustawy zależy od woli organów je formułujących.

Kluczowym elementem nowych rozwiązań prawnych dotyczących ODT powinno być zaproponowanie jednolitej, obowiązującej w obu systemach definicji ODT. Powinna ona nawiązywać do definicji przyjętej przez Radę UE⁸⁶ lub Komitet Ochrony Socjalnej (Social Protection Committee)⁸⁷ i obejmować całokształt działań i świadczeń dostępnych w ramach ODT zarówno w sektorze ochrony zdrowia, jak i w sektorze pomocy społecznej. Kluczowa w tym zakresie jest decyzja organów formułujących przepisy, jakie świadczenia i usługi odpowiednio do przyjętej definicji ODT włączyć, a jakie wyłączyć z systemu ODT (np. świadczenia pieniężne, leczenie farmakologiczne,

86 Zalecenie Rady UE z dnia 8 grudnia 2022 r. w sprawie dostępu do przystępnej cenowo i dobrej jakościowo opieki długoterminowej (2022/C 476/01); „Dostępna, przystępna cenowo i dobra jakościowo opieka długoterminowa umożliwia osobom potrzebującym opieki jak najdłuższe zachowanie samodzielności i godne życie. Pomaga chronić prawa człowieka, wspierać postęp społeczny i solidarność międzypokoleniową, zwalczać wykluczenie społeczne i dyskryminację oraz może przyczyniać się do tworzenia miejsc pracy”.

87 We wspólnym raporcie SPC i KE na temat opieki długoterminowej można przeczytać: „Opiekę długoterminową definiuje się jako zakres usług i pomocy dla osób, które ze względu na niepełnosprawność umysłową i/lub fizyczną i/lub niepełnosprawność trwającą przez dłuższy czas są zależne od pomocy w codziennych czynnościach życiowych i/lub znajdują się w trudnej sytuacji życiowej i wymagają stałej opieki pielęgniarstwa. Czynnościami dnia codziennego, do wykonania których potrzebna jest pomoc, mogą być czynności związane z samoopieką, które dana osoba musi wykonywać każdego dnia (czynności życia codziennego, czyli ADL, takie jak kąpiel, ubieranie się, jedzenie, kładzenie się do łóżka i wstawanie z niego lub siadanie na krześle, poruszanie się, korzystanie z toalety oraz kontrolowanie czynności płcherza i jelit) lub może być związane z niezależnym życiem (instrumentalne czynności życia codziennego, IADL, takie jak przygotowywanie posiłków, zarządzanie pieniędzmi, robienie zakupów spożywczych lub przedmiotów osobistych, wykonywanie lekkich lub ciężkich czynności, prace domowe i korzystanie z telefonu)”. PSC, KE. (2021). „Trends, challenges and opportunities in an ageing society”. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/484b0ceb-cd83-11eb-ac72-01aa75ed71a1/language-en>

leczenie hospicyjno-paliatywne, wyroby medyczne). Elementy uwzględniane w definicji ODT w krajach UE można znaleźć w załączniku „Przykłady międzynarodowe – istotne dla Polski”.

Proponowane zmiany prawne powinny definiować kluczowych interesariuszy ODT – opiekunów i beneficjentów – albo potwierdzać lub modyfikować istniejące definicje. Uprawnieni do świadczeń beneficjenci systemu mogą zostać zdefiniowani w przepisach ustawowych dotyczących ODT, albo w tych przepisach można zawrzeć odwołania do ustaw szczegółowych definiujących osoby uprawnione do typów świadczeń obowiązujących w ramach każdego z systemów. Ustawa powinna również określać, kim są osoby sprawujące funkcje opiekunów nieformalnych, w tym rodzinnych. Ta ostatnia definicja jest istotna z uwagi na świadczenia i wsparcie kierowane do tej grupy, zarówno pieniężne (np. transfery, ulgi podatkowe), jak i niepieniężne (np. opieka wytchnieniowa). Możliwe jest przy tym sformułowanie w ustawie o ODT definicji ogólnej, z odwołaniem do szczegółowych regulacji w ustawach dotyczących dostępu do świadczeń lub w rozporządzeniach regulujących inne formy wsparcia, takie jak opieka wytchnieniowa czy urlopy opiekuńcze.

Drugą funkcją zmian aktów prawnych lub nowej ustawy powinna być koordynacja świadczeń. Zaproponowane zmiany prawne powinny wskazywać typy instytucji oraz rodzaje świadczeń i usług, które wchodzi w skład systemu ODT. Istotnym elementem koordynacyjnym byłoby też wskazanie organów na szczeblu krajowym, jak również, w miarę możliwości, regionalnym i lokalnym (gminnym), odpowiedzialnych za zbieranie informacji o udzielanych świadczeniach, monitorowanie zapotrzebowania na nie, planowanie działań i koordynowanie świadczenia usług ODT.

Kwestie związane z zarządzaniem jakością ODT także należy uregulować prawnie. W zakresie istniejących standardów ustawa może odwoływać się do obowiązujących regulacji prawnych tam,

gdzie te standardy są ustanowione (np. w kwestii wyposażenia lub minimalnej liczby personelu w relacji do liczby odbiorców usług). W obszarach, w których standardy nie są określone (np. usługi opiekuńcze), podstawy ich opracowywania mogą być sformułowane w ustawie o ODT lub w ustawach przedmiotowych (np. w ustawie o pomocy społecznej). Istotne jest także wskazanie na poziomie ustawowym zasady i sposobu mierzenia i monitorowania jakości ODT. Szczegółowe zalecenia i wytyczne mogą zostać określone w rozporządzeniach przedmiotowych.

Kwestie finansowania usług i świadczeń można ująć w ustawie o ODT poprzez odniesienia do obowiązujących już przepisów w tym zakresie.

Natomiast szczegółowe zmiany finansowania mogą być odrębnie określone w ustawach dotyczących sektorów ochrony zdrowia i pomocy społecznej.

Zaletą wprowadzenia ustawy lub zmian w aktach prawnych dotyczących ODT jest jednocześnie odniesienie się do kilku

problemów będących przedmiotem raportu: ujednolicenia definicji, wprowadzenia odniesień do przepisów dotyczących poprawy jakości usług i świadczeń czy wspierania opiekunów formalnych.

Z uchwaleniem nowych przepisów rangi ustawowej dotyczących ODT wiązać się dodatkowe korzyści, takie jak: wzmocnienie współpracy między sektorami ochrony zdrowia, pomocy społecznej i polityki senioralnej; większa formalna koordynacja zarządzania ODT na szczeblu centralnym, regionalnym i lokalnym; zwiększenie koordynacji zarządzania poszczególnymi elementami ODT; ewentualnie dodatkowe określenie podstaw tworzenia ram jakości ODT; przyspieszenie procesu deinstytucjonalizacji i zmniejszenie fragmentacji opieki zgodnie z kamieniem milowym A69G Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności. Zależnie od obszerności tych przepisów nie muszą one zastępować rozwiązań zapisanych w regulacjach sektorowych, a raczej je organizować, zapewniając większą transparentność systemu ODT oraz poprawę koordynacji i jakości usług.

Zmiany prawne mogą być dokonane poprzez stworzenie nowej ustawy lub zmiany istniejących aktów prawnych w sektorze ochrony zdrowia i sektorze pomocy społecznej. Jedna kompleksowa ustawa o ODT byłaby wprowadzić korzystna z punktu widzenia koordynacji, jednak przy zachowaniu odpowiedniej dbałości o jasność i harmonizację języka, ten sam rezultat można osiągnąć, nowelizując istniejące ustawy. Wymagałoby to przeprowadzenia kompleksowego procesu nowelizacji istniejącego ustawodawstwa, który zapewniłby wzajemną spójność poszczególnych ustaw i wyjaśnił ich rolę, nie powodując przy tym nieporozumień. Rozwiązanie takie nadal musiałyby uwzględniać elementy, które powinny znaleźć się w ustawie o ODT (i zostały omówione w poprzednich akapitach). W ramach prac nad ustawą o ODT lub nowelizacją istniejących ustaw w **tabeli 18** przedstawiono cztery kluczowe kategorie czynników (mocne i słabe strony oraz szanse i zagrożenia) wpływających na ten proces.

Tabela 18. Analiza SWOT dla wdrożenia ustawy lub nowelizacji odnośnych ustaw dotyczących ODT w Polsce

MOCNE STRONY

- w rządzie istnieje poparcie dla programu reformy ODT
- prawne wzmocnienie znaczenia ODT
- istnieje silna zbieżność między polskim programem reformy ODT a programem proponowanym przez partnerów, w tym UE, w związku z czym istnieje opracowany już zakres i przykłady tego rodzaju przepisów dotyczących ODT

SŁABE STRONY

- planowanie i reforma ODT wymagają koordynacji między instytucjami rządowymi, co może potęgować złożoność sytuacji
- wybór instytucji odpowiedzialnej za koordynację prac nad ustawą wiąże się z trudnościami
- przedstawiciele resortów zdrowia i pomocy społecznej zostaną obciążeni dodatkowymi zadaniami

SZANSE

- reforma systemu ODT cieszy się szerokim poparciem społecznym, dlatego nowa ustawa powinna być pozytywnym sygnałem zaangażowania rządu w sprawy starzejącego się społeczeństwa i osób z niepełnosprawnościami; jest mało prawdopodobne, by spotkała się ze sprzeciwem
- dostępne są unijne środki finansowe na wspieranie inicjatyw związanych z ODT, które ustawa ułatwi; dotyczy to np. przyspieszenia deinstytucjonalizacji

ZAGROŻENIA

- w kształtowanie polityki i wdrażanie ODT zaangażowanych jest wielu interesariuszy
- brak koordynacji między interesariuszami
- długi proces legislacyjny

ROZWIĄZANIE Z ZAKRESU ZARZĄDZANIA NR 1: Opracowanie jednolitych regulacji prawnych dla ODT, w tym definicji ODT, lub nowelizacja odnośnych ustaw

KLUCZOWE OBSZARY: KOORDYNACJA/INTEGRACJA

B. KRYTERIA UPRAWNIAJĄCE DO KORZYSTANIA Z USŁUG

Zróznicowane kryteria kwalifikowalności stanowią istotne wyzwanie dla świadczenia usług ODT w Polsce. Problem ten wynika m.in. z braku jednolitych, jasnych definicji kluczowych terminów, takich jak „niepełnosprawność”, „niesamodzielność” i „niezdolność do samodzielnej egzystencji”. Terminy te są używane zamiennie w odmiennych interpretacjach, co powoduje niespójność i zamęt w systemie ODT. W sektorze opieki zdrowotnej nie istnieją ustawowe definicje „niepełnosprawności” i „niesamodzielności”, chociaż są one obecne w terminologii sektora społecznego. Terminy te nie zostały oddzielnie zdefiniowane w przepisach dotyczących ochrony zdrowia, ponieważ nie odnoszą się bezpośrednio do przesłanek medycznych, które determinują kwalifikację do objęcia określonym rodzajem/zakresem świadczeń zdrowotnych (a tylko spełnianie takich przesłanek powinno stanowić podstawę uzyskania określonego świadczenia opieki zdrowotnej).

Ramka 1: Istniejące definicje osób niesamodzielnych oraz osób z niepełnosprawnością

Według ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych⁸⁸ niepełnosprawność definiowana jest jako trwała lub okresowa niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodująca niezdolność do pracy. Osoba z niepełnosprawnością jest definiowana jako osoba, której stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza bądź uniemożliwia wypełnianie ról społecznych, a w szczególności zdolności do wykonywania pracy zawodowej, jeżeli uzyskała odpowiednie orzeczenie. Ustawa o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji⁸⁹ mówi, że świadczenie uzupełniające przysługuje osobom, które ukończyły 18 lat i których niezdolność do samodzielnej egzystencji została stwierdzona orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji. Ustawa o emeryturach i rentach⁹⁰ mówi, że niezdolność danej osoby do samodzielnej egzystencji orzeka się w przypadku stwierdzenia naruszenia sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych. Ponadto ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych definiuje niezdolność do samodzielnej egzystencji jako naruszenie sprawności organizmu w stopniu uniemożliwiającym zaspokajanie bez pomocy innych osób podstawowych potrzeb życiowych, za które uważa się przede wszystkim samoopiekę, poruszanie się i komunikację.

88 Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu19971230776>

89 Ustawa z dnia 31 lipca 2019 r. o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji. <https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzu-dziennik-ustaw/swiadczenie-uzupelniajace-dla-osob-niezdolnych-do-samodzielnej-18885415>

90 Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. <https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzu-dziennik-ustaw/emerytury-i-renty-z-funduszu-ubezpieczen-spolecznych-16832385>

Dodatkowym wyzwaniem dla lepszego zdefiniowania kryteriów kwalifikowalności jest zmiana obecnego systemu orzekania

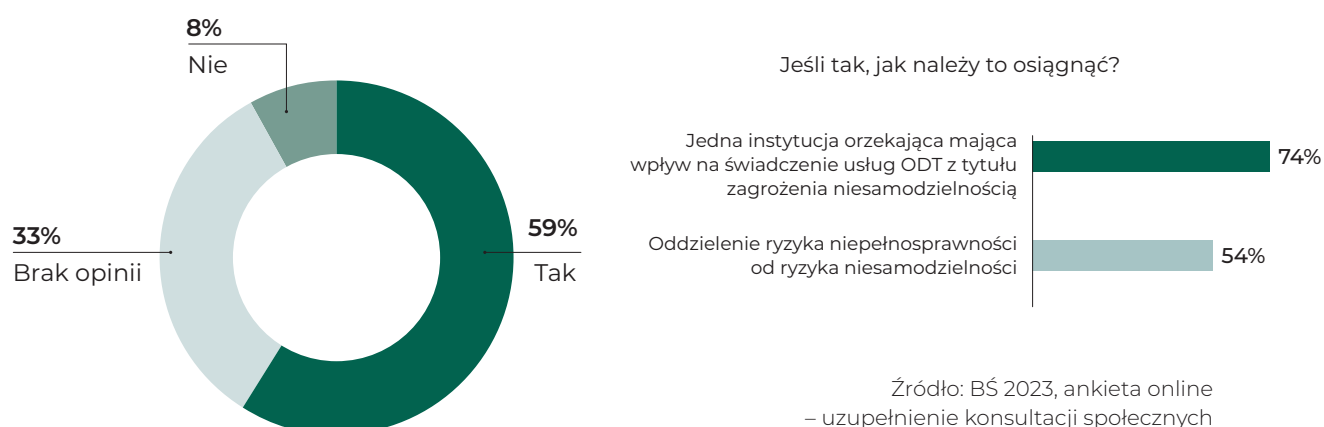
o niepełnosprawności. Obecnie w Polsce o niepełnosprawności orzekają: (1) powiatowe zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności – jako pierwsza instancja, (2) wojewódzkie (regionalne) zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności – jako druga instancja, (3) rejonowe sądy pracy i ubezpieczeń społecznych jako organ odwoławczy dokonujący kontroli prawidłowości orzekania przez wyżej wymienione organy.

Orzeczenia o niepełnosprawności wydawane są przez wielodyscyplinarny zespół w procedurze kilkietapowej.

Większość osób, z którymi przeprowadzono konsultacje, uważa jednak, że system ten powinien leżeć w gestii jednego organu oraz że w orzeczeniach należy dokonać rozróżnienia między niepełnosprawnością a niesamodzielnnością. Formalne orzekanie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności odbywa się co do zasady w postępowaniu dwuinstancyjnym. W składzie orzekającym uczestniczy co najmniej dwóch specjalistów, w tym lekarz. Drugim członkiem składu orzekającego może być pedagog, psycholog, pracownik socjalny, doradca zawodowy lub inny lekarz. Orzeczenie o niepełnosprawności wydawane jest na wniosek osoby zainteresowanej. W zależności od opinii zespołu orzeczenie może określać lekki, umiarkowany lub znaczny stopień niepełnosprawności. „Zgodnie z obowiązującym prawem ocena stanu zdrowia nie jest jedynym wyznacznikiem niepełnosprawności, bowiem orzecznictwo o niepełnosprawności uwzględnia zarówno fizyczne, psychiczne, jak i społeczne aspekty funkcjonowania człowieka. Wystąpienie tylko jednego z elementów, np. naruszenia sprawności organizmu (potocznie utożsamianego z chorobą), nie musi zatem oznaczać, że mamy do czynienia z niepełnosprawnością. Natomiast intensywność tego czynnika nie wpływa bezpośrednio na ustaloną niepełnosprawność lub stopień niepełnosprawności, jeżeli w następstwie jego występowania nie dochodzi do istotnych

ograniczeń w sferze społecznej lub zawodowej”⁹¹. Konsultacje społeczne zlecone przez BŚ wykazały, że zdaniem 59 proc. uczestników system orzekania o niepełnosprawności wymaga zmian. Spośród nich 74 proc. uważa, że za orzekanie powinna być odpowiedzialna jedna instytucja, mająca wpływ na świadczenie usług ODT zarówno w sektorze ochrony zdrowia, jak i pomocy społecznej. Ponadto 54 proc. respondentów ocenia, że ryzyka związane z niepełnosprawnością i niesamodzielną powinny być od siebie oddzielone (**rycina 43**).

Rycina 43. Czy należy zmienić sposób orzekania o niesamodzielną/niepełnosprawności osób wymagających ODT?



Konsultacje społeczne wykazały, że należy zwiększyć precyzyjność określania i definicję potrzeb w zakresie opieki nad jednostką, system certyfikacji powinien być uproszczony, a określenie potrzeb powinno być skoordynowane w obu sektorach.

⁹¹ Biuro Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych (2023). Instytucje Orzekające – procedury orzekania, tryb i zasady. <https://niepelnosprawni.gov.pl/art,13,instytucje-orzekajace-procedury-orzekania-tryb-i-zasady>

Uczestnicy konsultacji społecznych podkreślali, że sposób wydawania orzeczeń powinien nie tylko wskazywać stopień niepełnosprawności i niesamodzielności, ale także uwzględniać i prawidłowo identyfikować potrzeby osoby z niepełnosprawnością w zakresie opieki oraz zapewniać odpowiednie rozwiązania. System orzecznictwa został uznany za zbyt skomplikowany, niezdolność do pracy i niepełnosprawność były zdaniem uczestników oceniane w różny sposób. Stosowaną do oceny potrzeb skalę Barthel należy uzupełnić o ryzyko wystąpienia zaburzeń neurodegeneracyjnych (np. choroby Alzheimera) oraz ocenę stanu zdrowia psychicznego. Oprócz orzeczeń o niepełnosprawności wyzwanie stanowią rozbieżne kryteria kwalifikowalności do świadczeń, zarówno pieniężnych, jak i rzeczowych. Różne świadczenia pieniężne są przyznawane różnym grupom odbiorców przez różne organy. Podobnie jest w przypadku świadczeń rzeczowych, takich jak usługi opieki stacjonarnej, domowej lub dziennej. Uprawnienia poszczególnych osób są definiowane w kontekście różnych świadczeń i różnych sektorów, co powoduje dezorientację zarówno wśród beneficjentów, jak i świadczeniodawców co do przysługujących im uprawnień. Prowadzi to do różnych interpretacji i potencjalnych luk w ocenie kwalifikowalności beneficjentów do poszczególnych usług ODT. Ten brak przejrzystości i spójności może utrudniać sprawiedliwe i skuteczne świadczenie usług ODT w Polsce. Podkreśla to potrzebę stworzenia znormalizowanych i jasnych ram prawnych pozwalających sprostać temu wyzwaniu.

Określenie kryteriów kwalifikujących musi być powiązane z procesem oceny potrzeb i dostosowane do różnych poziomów potrzeb

w zakresie opieki. Kryteria kwalifikujące stosowane w innych krajach, w szczególności w Niemczech, Holandii, Japonii, Kanadzie i Danii, przedstawiono w załączniku „Przykłady międzynarodowe – istotne dla Polski”. Wprowadzenie jasno określonych kryteriów uprawniających do korzystania z usług i programów ODT ma znaczny potencjał rozwiązania problemów związanych z koordynacją i integracją ODT. Po pierwsze, przejrzyste kryteria kwalifikujące odgrywają kluczową rolę w zagwarantowaniu dostępności usług ODT dla osób, które ich

potrzebują. Doprecyzowanie kryteriów kwalifikujących może przełożyć się na bardziej efektywną alokację zasobów, jako że usługodawcy i decydenci będą mogli przydzielać je w oparciu o ujednolicone kryteria. Opiekę można również usprawnić i skoordynować między różnymi świadczeniodawcami, dążąc w ten sposób do powstania systemu opieki skoncentrowanej na beneficjencie. Umożliwi to im przemieszczanie się między różnymi poziomami opieki lub usługodawcami bez nagłych zmian w standardach kwalifikowalności. Kryteria kwalifikujące ułatwiają również beneficjentom zrozumienie przysługujących im uprawnień i zwiększają przejrzystość systemu przyznawania świadczeń. Zapewniają też ramy prawne dla ochrony praw beneficjentów, co z kolei pozwoli na opracowanie wskaźników jakości zgodnych z wystandardyzowanymi kryteriami kwalifikacyjnymi. Klarowne kryteria kwalifikowalności mogą również wspierać rozwój polityk w różnych sektorach, w tym ustalanie uprawnień odbiorców do wsparcia finansowego na potrzeby adaptacji przestrzeni mieszkalnych. Lepsze definicje uprawnień mogą sprawić, że proces będzie bardziej efektywny, co będzie promowało świadczenie terminowej i adekwatnej opieki, podczas gdy przejrzysty i zrozumiały system kryteriów kwalifikujących będzie budował zaufanie wśród zainteresowanych stron, w tym beneficjentów, rodzin, usługodawców i decydentów.

ROZWIĄZANIE Z ZAKRESU ZARZĄDZANIA NR 2: Określenie przejrzystych kryteriów uprawniających do korzystania z usług i programów ODT dla wszystkich beneficjentów, z uwzględnieniem różnych poziomów opieki (stacjonarnej/całodobowej, domowej, środowiskowej)

KLUCZOWE OBSZARY: KOORDYNACJA/INTEGRACJA

C. OBECNE I PRZYSZŁE ZAPOTRZEBOWANIE NA OPIEKĘ DŁUGOTERMINOWĄ ORAZ PODAŻ USŁUG ODT

Ten obszar rozwiązań odnosi się do kwestii związanych z szacowaniem obecnego i przyszłego zapotrzebowania na usługi ODT. Wiedza o tym, kto potrzebuje opieki, gdzie się znajduje i jakiego rodzaju opieki wymaga, to warunek wstępny zapewnienia adekwatności i dostępności systemu ODT, tj. ustalenia, jakie usługi należy zapewnić i w jakiej ilości. Z uwagi na starzenie się społeczeństwa przewidywanie przyszłego zapotrzebowania na opiekę ma kluczowe znaczenie dla alokacji zasobów finansowych, ludzkich i rzeczowych.

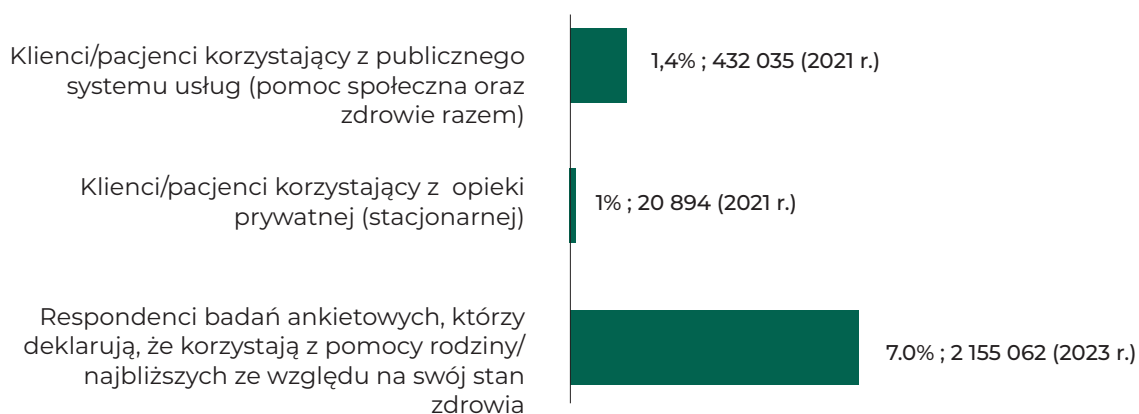
Pomimo złożoności zagadnienia analiza obecnego i prognozowanego zapotrzebowania na ODT wymaga wzmocnienia. W miarę starzenia się ludności Europy rośnie zapotrzebowanie na ODT. Według danych UE za 2019 r. średnio 30,9 proc. mieszkających we własnych gospodarstwach domowych osób w wieku 65 lat lub starszych wymagało ODT⁹². Przewiduje się, że liczba osób w UE wymagających ODT wzrośnie z 30,8 mln w 2019 r. do 38,1 mln w 2050 r. Chociaż trudno jest dokładnie przewidzieć prawdopodobieństwo, z jakim dana osoba w Polsce będzie potrzebować ODT, to biorąc pod uwagę rozpowszechnienie chorób niezakaźnych, oczekuje się, że popyt będzie znaczny. Aby mieć pewność, że Polska będzie w stanie w wystarczającym stopniu zaspokoić rosnące zapotrzebowanie na usługi ODT, niezbędne są dokładne prognozy.

Według obecnych szacunków co najmniej pół miliona osób rocznie w Polsce wymaga ODT. W 2021 r. ze świadczeń ODT korzystało w Polsce 432 035 beneficjentów, przy czym w sektorze pomocy społecznej było

92 SPC, KE. (2021). *Long-Term Care Report. Trends, Challenges and Opportunities in an Ageing Society*. <https://www.socialserviceworkforce.org/resources/long-term-care-report-trends-challenges-and-opportunities-ageing-society>

ich niemal trzykrotnie więcej niż w sektorze ochrony zdrowia. Na tej podstawie należałoby przyjąć, że z ODT będzie korzystać co najmniej pół miliona osób rocznie. Badanie przeprowadzone na zlecenie BŚ w 2023 r. sugeruje jednak, że liczba ta może być jeszcze wyższa – 7 proc. dorosłych Polaków (ok. 2,2 mln osób w wieku 18+) deklaruje, że obecnie korzysta z opieki lub pomocy ze względu na stan zdrowia, a pomoc tę świadczą przede wszystkim bliscy i członkowie rodziny, którzy nie otrzymują za nią wynagrodzenia finansowego (**rycina 44**).

Rycina 44. Osoby otrzymujące wybrane usługi ODT w 2021 r. (liczba i procent dorosłej populacji)



Źródło: BŚ 2023

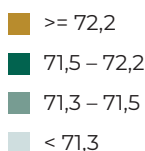
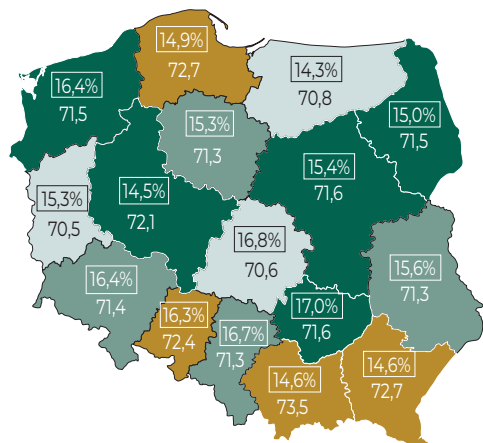
Popyt na ODT wynika z przyczyn bardziej złożonych niż tylko dłuższe życie, jednak w oparciu o obecną strukturę wieku i płci przewiduje się, że potrzeby w zakresie opieki będą rosły. Oczekiwana średnia długość życia może być jednym z kluczowych czynników wpływających na zapotrzebowanie na usługi ODT, przy czym zakłada się, że w regionach o niższej oczekiwanej długości życia i mniejszej liczbie osób starszych (**rycina 45**) popyt będzie niższy⁹³. Korelacja między tymi czynnikami a zakresem korzystania z ODT nie zawsze jest jednak zgodna z oczekiwaniami, np. regiony o niskiej średniej długości życia mogą również wykazywać wysokie zapotrzebowanie na usługi ODT⁹⁴.

93 BŚ. (2015). *The Present and Future of Long-term Care in Ageing Poland; Policy Note for the purposes of long-term care policy.*

94 Zob. przypis powyżej.

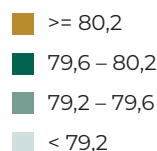
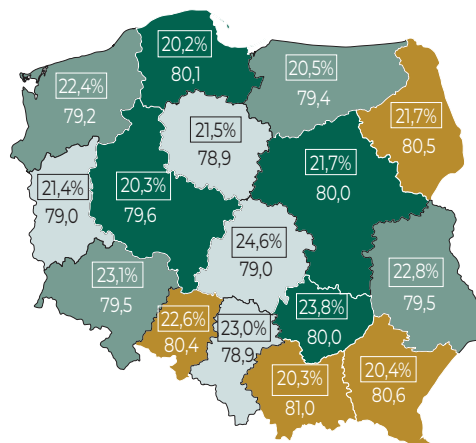
Rycina 45. Udział osób starszych w populacji a średnia długość życia

Oczekiwana długość życia mężczyzn w chwili urodzenia



Odsetek mężczyzn w wieku 65 lat i starszych

Oczekiwana długość życia kobiet w chwili urodzenia



Odsetek kobiet w wieku 65 lat i starszych

Źródło: BŚ 2023, opracowanie własne na podstawie danych GUS za 2023 r.

Nawet po uwzględnieniu różnic w strukturze demograficznej i zapotrzebowaniu na opiekę liczba godzin wymaganej opieki nadal częściowo zależy od płci i wieku. Prognozy pokazują, że średnia liczba potrzebnych godzin opieki, wynikająca z obecnej struktury płci i wieku, wzrośnie z 10,5 godziny miesięcznie w 2022 r. do 13,2 godziny miesięcznie w 2050 r. (**tabela 20**). Analizy wskazują również na znaczne zróżnicowanie regionalne (bazujące na danych historycznych). Na przykład mężczyzna w wieku powyżej 85 lat, mieszkający w północnym regionie Polski, może potrzebować około dwóch godzin opieki dziennie (około 63 godzin miesięcznie), podczas gdy mężczyzna w tym samym wieku w regionie północno-zachodnim potrzebowałby mniej niż jednej trzeciej tego czasu (19 godzin miesięcznie). W 2030 r. liczba osób w wieku przekraczającym 50 lat będzie o 10 proc. (dodatkowe 1,5 mln osób) wyższa niż w 2022 r., a liczba godzin opieki w ujęciu miesięcznym

wzrośnie o 6 proc. Mimo że nie było możliwe modelowanie czynników leżących u źródeł zapotrzebowania na opiekę na tym poziomie, zróżnicowanie regionalne sugeruje, że zapotrzebowanie na opiekę zależy od płci i wieku, ale też innych elementów. Kolejnym kluczowym czynnikiem jest zróżnicowanie występowania chorób w poszczególnych regionach geograficznych. Aby zapewnić opiekę dodatkowym osobom, potrzebnych będzie zatem 17 proc. więcej pracowników dostarczających opiekę domową niż obecnie (około 5100 pracowników więcej)⁹⁵.

Tabela 20 przedstawia prognozy zapotrzebowania na opiekę do 2060 r.

Tabela 19. Zapotrzebowanie na opiekę w godzinach według polskiego regionu NUTS1⁹⁶ w 2019 r. (definicja regionów GUS z 2013 r.)

	REGION CENTRALNY (PL1)	REGION POŁUDNIOWY (PL2)	REGION WSCHODNI (PL3)	REGION PÓŁNOCNO- -ZACHODNI (PL4)	REGION POŁUDNIOWO- -ZACHODNI (PL5)	REGION PÓŁNOCNY (PL6)
Mężczyźni w wieku 50-64 lata	0,6	7,2	3,8	8,9	16,1	9,0
Mężczyźni w wieku 65-74 lata	4,9	12,3	10,7	11,1	7,4	14,7
Mężczyźni w wieku 75-84 lata	5,7	28,0	15,2	23,5	4,7	20,4
Mężczyźni w wieku 85+	44,2	32,5	38,6	19,0	35,6	62,7
Mężczyźni	6,0	10,9	7,9	11,6	12,5	16,3
Kobiety w wieku 50-64 lata	1,4	3,5	2,4	3,3	3,4	3,6
Kobiety w wieku 65-74 lata	4,8	6,1	4,1	8,5	1,2	8,1
Kobiety w wieku 75-84 lata	10,8	40,5	30,1	10,5	5,2	33,6
Kobiety 85+	61,8	65,5	66,5	68,9	27,3	42,1
Kobiety	8,1	10,9	14,9	12,4	4,4	12,3
Razem	7,2	10,9	11,8	12,1	8,0	14,1

Źródło: BŚ 2023, obliczenia własne na podstawie Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) z 2019 r.

95 Metodologia obliczeń: aktualnie zatrudnionych jest około 30 tys. pracowników długoterminowej opieki domowej (niemal 23 tys. pracowników w sektorze ochrony zdrowia oraz 7 tys. pracowników w sektorze pomocy społecznej). Wzrost populacji 50+ w latach 2022-2030 wynosi 10 proc. (14,37 mln vs 15,824 mln). Jednocześnie procentowa różnica w liczbie dostarczanych godzin wynosi 6 proc. (11,1:10,46 h). $1,1 \times 1,06 = 1,166$, czyli ok. 17 proc. więcej pracowników.

96 Nomenklatura jednostek terytorialnych do celów statystycznych, Nomenclature des Unités territoriales statistiques (NUTS) 1 is the largest subnational territorial unit, above there is the 'national' level.

Tabela 20. Prognozowane zapotrzebowanie na opiekę
w godzinach według polskiego regionu NUTS1
w latach 2022-2060 (definicja regionów GUS z 2013 r.)

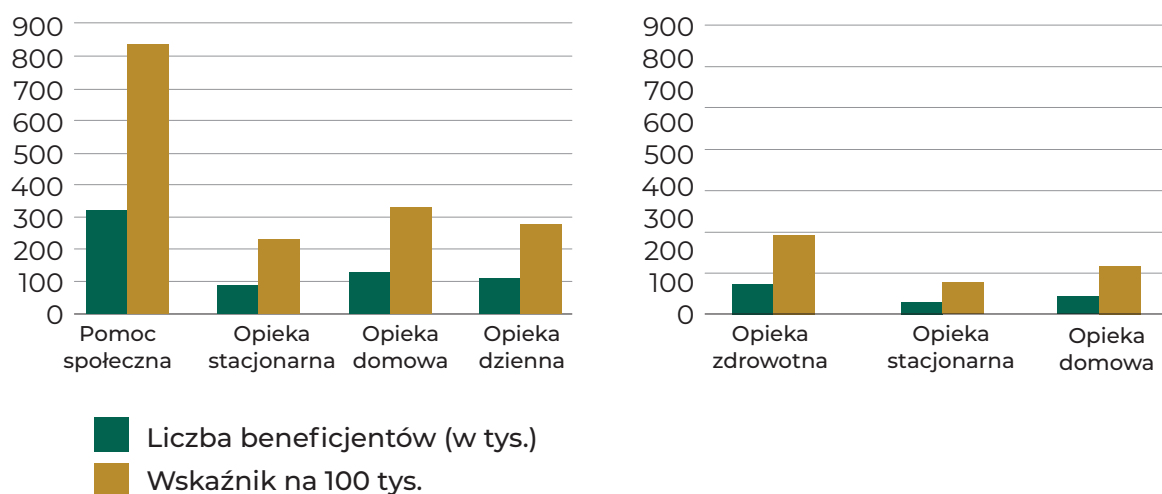
REGION		2022	2030	2040	2050	2060
Region centralny (PL1)	mężczyźni	4,3	4,1	5,2	5,9	6,9
	kobiety	8,7	8,6	10,7	11,3	12,9
	razem	6,8	6,7	8,2	8,9	10,3
Region południowy (PL2)	mężczyźni	12,2	13,0	13,4	14,3	15,9
	kobiety	14,6	16,6	18,2	19,4	22,8
	razem	13,5	15,0	16,0	17,1	19,7
Region wschodni (PL3)	mężczyźni	8,5	8,9	9,7	10,8	11,9
	kobiety	12,3	13,5	15,6	17,1	19,9
	razem	10,6	11,5	12,9	14,2	16,3
Region północno-zachodni (PL4)	mężczyźni	11,5	12,4	12,4	12,9	14,0
	kobiety	10,4	10,3	13,2	14,4	15,8
	razem	10,9	11,2	12,8	13,7	15,0
Region południowo-zachodni (PL5)	mężczyźni	12,7	12,4	13,6	12,9	12,7
	kobiety	4,7	4,8	6,0	6,1	6,6
	razem	8,2	8,2	9,4	9,2	9,3
Region północny (PL6)	mężczyźni	13,8	14,2	15,7	16,9	18,4
	kobiety	12,1	13,8	14,8	15,7	18,1
	razem	12,8	14,0	15,2	16,2	18,2
Średnia liczba wymaganych godzin w miesiącu dla obu płci (poziom ogólnokrajowy)		10,5	11,1	12,4	13,2	14,8
Wzrost procentowy w stosunku do poprzedniego okresu		—	6%	11%	6%	12%

Źródło: BŚ 2023, obliczenia własne na podstawie SHARE 2019

Zrozumienie zapotrzebowania na opiekę wymaga zestawienia różnych źródeł danych i informacji sektorowych, aczkolwiek nadal nie daje to pełnego obrazu sytuacji. Wyniki badań ankietowych przeprowadzonych przez BŚ w 2023 r. wskazują, że opieka domowa świadczona przez członków rodziny dostarczana jest najczęściej w wymiarze od godziny do trzech godzin dziennie każdego dnia. W przypadku opieki formalnej różnice w zakresie korzystania z usług ODT w systemach pomocy społecznej i ochrony zdrowia utrudniają kompleksową ocenę ich wykorzystania. W systemie pomocy społecznej

40,4 proc. klientów skorzystało z opieki domowej, 32,9 proc. z opieki dziennej, a 26,8 proc. z opieki stacjonarnej. W systemie ochrony zdrowia 60,6 proc. pacjentów skorzystało z opieki domowej, a 39,4 proc. z opieki stacjonarnej⁹⁷ (**rycina 46**).

Rycina 46. Analiza porównawcza liczby osób korzystających z ODT w sektorze publicznym (z wyłączeniem świadczeń pieniężnych) w 2021 r.



SEKTOR ZDROWOTNY I SPOŁECZNY RAZEM

432,0 liczba beneficjentów (w tys.)

1132,7 wskaźnik na 100 tys.

Prognozowanie zapotrzebowania na opiekę w całej populacji w Polsce z podziałem na regiony wymaga dalszych prac nad rozpoznaniem czynników wpływających na potrzeby w zakresie ODT. Wskaźnik obciążenia demograficznego nie zawsze jest skorelowany z liczbą beneficjentów korzystających z usług ODT. Istnieją różnice regionalne, a w niektórych regionach wskaźnik obciążenia nie pokrywa

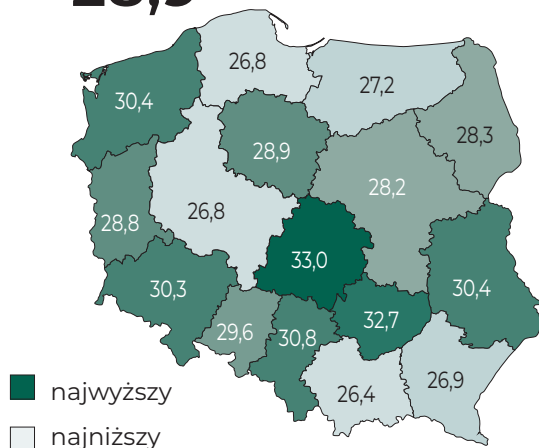
⁹⁷ W analizie liczby pacjentów korzystających ze świadczeń ODT w ramach systemu opieki zdrowotnej nie uwzględniono pacjentów korzystających z programu rządowego DDOM, rozumianego jako opieka domowa, ze względu na brak dostępu do raportowanych danych.

się z zapotrzebowaniem na usługi ODT. Utrudnia to precyzyjne prognozowanie zapotrzebowania na ODT w oparciu wyłącznie o czynniki demograficzne (**ryciny 47 i 48**). Charakterystyczną cechą dynamiki zmian w Polsce jest to, że różnica w oczekiwanej długości życia pomiędzy płciami, znacząca w momencie narodzin, zmniejsza się z upływem czasu. Odzwierciedla to wysokie obciążenie śmiertelnością, tj. lata utraconego życia (YLL) mężczyzn, oraz wysokie obciążenie chorobami, tj. lata zdrowego życia utracone z powodu niepełnosprawności (YLD) kobiet. Główną przyczyną YLD kobiet w wieku 80+, skutkującą niską oczekiwaną długością życia skorygowaną ze względu na stan zdrowia, jest w Polsce choroba otępienna, która wymaga specjalnych usług dla cierpiących na nią osób. Płeć odgrywa zatem istotną rolę nie tylko przy prognozowaniu udziału osób starszych w populacji na poziomie lokalnym, ale także wpływa na rodzaje wymaganej opieki. Sugeruje to, że czynniki wpływające na różne potrzeby w zakresie opieki muszą być brane pod uwagę kompleksowo, aby umożliwić określenie odpowiedniego poziomu i rodzaju usług, które należy opracować.

Rycina 47. Współczynnik obciążenia demograficznego a liczba klientów korzystająca z usług ODT – sektor pomocy społecznej

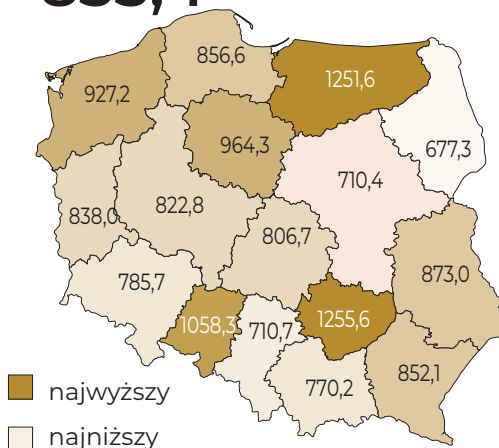
DEMOGRAFIA 2021
Wskaźnik obciążenia demograficznego

28,9



LICZBA KLIENTÓW / NA 100 TYS. MIESZKAŃCÓW
Sektor pomocy społecznej ogółem

835,4



Źródło: BŚ 2023, opracowanie własne w oparciu o dane GUS za 2023 rok.

Rycina 48. Współczynnik obciążenia demograficznego a liczba pacjentów korzystająca z usług ODT – sektor ochrony zdrowia

Wskaźnik obciążenia demograficznego

Map of Poland showing the average number of children per woman by voivodeship in 2019. The map uses a color scale from light blue (lowest) to dark green (highest). The highest value is 33.0 in the Lublin voivodeship, and the lowest is 26.4 in the Lubusz voivodeship.

Voivodeship	Average number of children per woman
Warmińsko-Mazurski	30,4
Pomorski	28,8
Kujawsko-Pomorski	26,8
Wielkopolski	28,9
Łódzki	26,8
Świętokrzyski	28,2
Mazowiecki	27,2
Podlaski	28,3
Lubelski	30,4
Województwo Lubuskie	26,4
Opolski	30,3
Śląski	30,8
Województwo Świętokrzyskie	29,6
Województwo Łódzkie	32,7
Województwo Mazowieckie	33,0
Województwo Wielkopolskie	28,9

Map of Poland showing the average number of children per woman by voivodeship in 2010. The map is color-coded: dark brown for the highest rate and light beige for the lowest rate. The values for each voivodeship are:

Voivodeship	Average number of children per woman
Lubuskie	232,63
Zachodniopomorskie	147,21
Pomorskie	223,43
Wielkopolskie	237,29
Łódzkie	239,32
Świętokrzyskie	251,77
Małopolskie	315,5
Śląskie	438,77
Lubelskie	330,66
Mazowieckie	373,01
Kujawsko-Pomorskie	273,16
Łódzkie	219,94
Wielkopolskie	271,02
Zachodniopomorskie	287,7
Lubuskie	455,53
Pomorskie	451,61

Źródło: BS 2023,
opracowanie
własne w opar-
ciu o dane GUS
za 2023 rok.

Dokładne rozpoznanie usług świadczonych na poziomie lokalnym ma zasadnicze znaczenie dla wsparcia planowania efektywnej i ukierunkowanej alokacji zasobów, w tym finansowych, kadrowych i infrastrukturalnych. Wiedza na temat zasobów już istniejących w systemie (np. na podstawie wykazu świadczeniodawców udzielających ODT w sektorze ochrony zdrowia w ramach dostępnej online platformy Mapy Potrzeb Zdrowotnych), a zatem również potencjalnych luk, pozwoli decydentom przeznaczyć odpowiednie środki na rozbudowę oferty usług ODT, modernizację placówek i zakup niezbędnego sprzętu medycznego. Umożliwi także identyfikację placówek, w których mogą występować niedobory pracowników takich jak pielęgniarki, opiekunowie i terapeuci. Informacje te pomagają w rekrutacji i szkoleniu odpowiedniej liczby personelu, co jest niezbędne do zaspokojenia rosnącego zapotrzebowania na usługi ODT. Znając dostępność usług na poziomie lokalnym, władze mogą zidentyfikować regiony, w których dostęp do ODT jest nierówny, i dzięki zapewnieniu solidnych podstaw informacyjnych w zakresie bazowego zapotrzebowania poprawić

możliwości prognozowania przyszłych potrzeb w poszczególnych regionach.

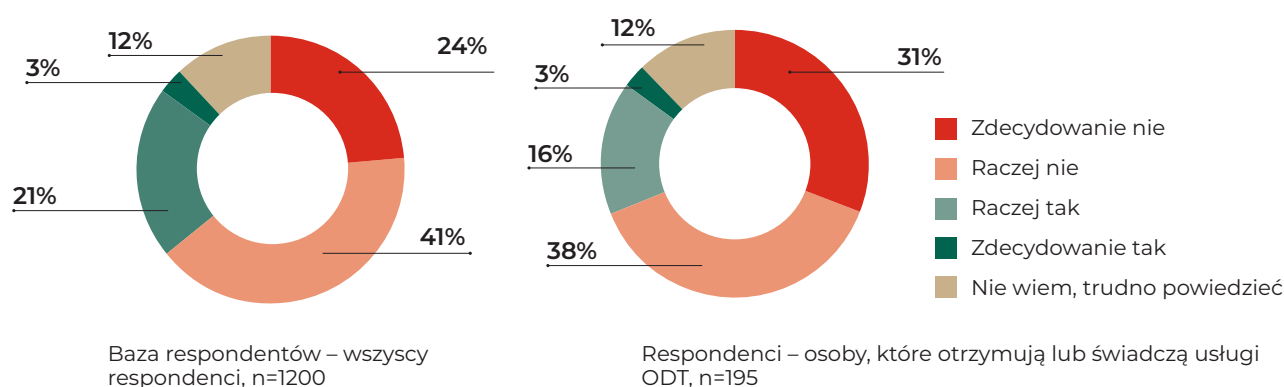
ROZWIĄZANIE Z ZAKRESU ZARZĄDZANIA NR 3: Sporządzenie map placówek ODT w skali lokalnej, aby ułatwić przepływ informacji na temat placówek ODT funkcjonujących w sektorze ochrony zdrowia i w sektorze pomocy społecznej.

KLUCZOWE OBSZARY: KOORDYNACJA/INTEGRACJA/DEINSTYTUCJONALIZACJA/RYNEK PRACY

Choć wdrażane są inicjatywy rozwoju ODT na poziomie regionalnym, a społeczeństwo w przeważającej większości uważa dostęp do usług ODT za ważny, to zdaniem wielu osób dostępne obecnie usługi są niewystarczające. W 2023 r. regionalne ośrodki polityki społecznej (ROPS) sporządziły plany deinstytucjonalizacji i rozwoju usług społecznych obliczone na rozwój działań środowiskowych przeznaczonych dla różnych grup społecznych, w tym osób starszych i osób z niepełnosprawnością. Wyniki ankiety przeprowadzonej przez BŚ w 2023 r. w ramach konsultacji społecznych wskazują, że 96 proc. respondentów uważa dostęp do usług ODT za najważniejszy sposób zapewnienia odpowiedniego wsparcia osobom starszym i z niepełnosprawnością. Ponadto 96 proc. respondentów ocenia, że uprawnienia do korzystania z usług ODT powinny zależeć od indywidualnej sytuacji życiowej osoby niesamodzielnej i warunków środowiskowych, w jakich ta osoba funkcjonuje. Jeśli chodzi o poprawę dostępności, 78 proc. respondentów sugeruje wprowadzenie nowych form opieki, a w dalszej kolejności: tworzenie nowych placówek ODT, zwiększenie liczby personelu, koordynację usług opiekuńczych oraz poprawę informowania o procesie leczenia i możliwościach opieki. Ponadto 91 proc. respondentów opowiada się za poprawą dostępu do sprzętu i technologii wspierających ODT, sugerując działania takie jak zniesienie limitów finansowych i rozszerzenie listy refundowanych

wyrobów medycznych. Na **rycynie 49** widać, że zdaniem 65 proc. respondentów usługi ODT dostępne obecnie w Polsce są niewystarczające, a wśród respondentów już korzystających z systemu ODT odsetek ten wzrasta do 69 proc. Ponad jedna trzecia (36 proc.) respondentów negatywnie ocenia dostęp do informacji na temat możliwości korzystania z usług ODT. Wyniki te podkreślają pilną potrzebę bardziej wystandardyzowanego i sprawiedliwego podejścia do planowania i świadczenia usług ODT we wszystkich województwach, z naciskiem na poprawę dostępu, zaspokojenie konkretnych potrzeb opiekuńczych i lepsze rozpowszechnianie informacji.

Rycina 49. Czy według Pana(-i) dostępne w Polsce usługi ODT są wystarczające (odpowiadają potrzebom osób chorych, z niepełnosprawnością i starszych)?



Źródło: BŚ 2023, badanie ankietowe na reprezentatywnej próbie Polaków

Powołanie koordynatorów w OPS/CUS jest niezbędne, aby zmniejszyć fragmentację, zrozumieć problemy związane z zasobami i monitorować postępy w tych obszarach. Jednym z kluczowych ograniczeń dla poprawy dostępu do opieki i eliminowania luk opiekuńczych na poziomie lokalnym jest brak nadzoru nad zróżnicowaną grupą usługodawców i usług świadczonych na poszczególnych poziomach. Aby ocenić to w sposób dający podstawę do realokacji zasobów i interwencji, konieczna jest znajomość potrzeb mieszkańców na poziomie lokalnym, jak również wiedza, czy potrzeby te są zaspokajane przez istniejące usługi – a jeśli nie, to czy

dzieje się tak dlatego, że ludzie nie wiedzą, jak uzyskać informacje o oferowanych usługach, czy też usługi te nie istnieją. Postęp w tych kwestiach wymaga zaangażowania – co najmniej na poziomie powiatu – koordynatora dobrze zorientowanego w systemie ODT i jego zasobach, który będzie w stanie monitorować i gromadzić odpowiednie dane, a także usprawniać systemy dostępu do informacji, by kierować ludzi do odpowiednich usług opiekuńczych. Nie wymagałoby to zatrudniania nowych pracowników, a jedynie przydzielenia tych obowiązków w ramach istniejącego stanowiska. Rola koordynatora nie jest w Polsce nową koncepcją. W podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) koordynatorzy funkcjonują już od 2021 r. Niemniej rola koordynatorów ODT jest nowa i nie została jeszcze sformalizowana jako część systemu ODT, choć niektóre JST uwzględniły tego typu funkcję w swoich lokalnych planach deinstytucjonalizacji. Ponadto tam, gdzie koordynatorzy POZ już zostali powołani w ramach programu pilotażowego „POZ PLUS”, ich rola powinna zostać rozszerzona o kontakt z koordynatorami ODT w celu zmniejszenia fragmentacji między usługami świadczonymi przez sektor ochrony zdrowia i pomocy społecznej. W placówkach, w których nie ma koordynatora POZ, należy wyznaczyć osobę kontaktową ds. koordynacji ODT. Taka osoba ma wyjątkową możliwość doprowadzenia do poprawy wskaźników opieki, takich jak standaryzacja wypisów ze szpitala. Stworzenie kanału komunikacji między sektorem ochrony zdrowia i sektorem pomocy społecznej umożliwi przywrócenie pozycji pracowników socjalnych w sektorze zdrowotnym. Koordynacja między tymi sektorami na poziomie lokalnym powinna również promować zaangażowanie społeczności lokalnych poprzez mechanizmy informacji zwrotnej, w celu identyfikowania nowo powstających potrzeb i wyzwań oraz zapewnienia opieki uwzględniającej kontekst sytuacyjny.

Koordynatorzy ODT powinni znać potrzeby swojej społeczności i móc współpracować z wybranymi koordynatorami POZ obecnymi już w sektorze ochrony zdrowia w celu zapewnienia odpowiedniego przepływu informacji i dostępu do usług ODT. Koordynatorzy ODT

i osoby do kontaktu w wybranych POZ będą odgrywać kluczową rolę przy niwelowaniu różnic w zakresie świadczenia usług ODT w swoich społecznościach. Będą znali specyficzne potrzeby w zakresie ODT odpowiednio w swoich powiatach, gminach i placówkach, dzięki czemu będą mogli dostosowywać usługi opiekuńcze do konkretnych potrzeb lokalnej społeczności. Działania te należy rozpocząć od kompleksowej oceny potrzeb, analizy charakterystyki demograficznej, profili zdrowotnych i warunków społeczno-ekonomicznych w celu zidentyfikowania potrzeb specyficznych dla danego regionu. Głównym obowiązkiem koordynatorów będzie alokacja zasobów; będą je przydzielać strategicznie, aby personel, sprzęt i środki finansowe były kierowane do obszarów o największych potrzebach, gwarantując dostępność i adekwatność usług ODT. Koordynatorzy ODT i osoby do kontaktu w POZ będą mogli wykorzystać swoją lokalną wiedzę do opracowania niestandardowych rozwiązań dostosowanych do konkretnych potrzeb ich regionu; koordynatorzy ODT będą przekazywać informacje o strategicznych problemach i brakach w opiece na wyższe szczeble zarządzania.

ROZWIĄZANIE Z ZAKRESU ZARZĄDZANIA NR 4:

Wyznaczenie koordynatorów ODT, np. w OPS/CUS, oraz poszerzenie zakresu obowiązków wybranych koordynatorów POZ o funkcję osoby do kontaktu w sprawach ODT

KLUCZOWE OBSZARY: KOORDYNACJA/INTEGRACJA, DEINSTYTUCJONALIZACJA, RYNEK PRACY

D. DANE DOTYCZĄCE OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

Ten obszar rozwiązań ma odpowiedzieć na potrzebę dalszej poprawy procesu gromadzenia i spójności raportowanych danych z zakresu m.in. wykonalności, procesu zarządzania, uzyskanych wyników i podejmowanych decyzji w zakresie opieki. ODT w Polsce stoi przed poważnymi wyzwaniami wynikającymi z trudności w gromadzeniu danych oraz ich niewystarczającej spójności. Publicznie dostępne bazy danych i raporty dotyczące świadczenia usług ODT nie mają często wspólnego mianownika ani formatu, co utrudnia kompleksową analizę. Problem ten wpływa negatywnie na koordynację usług, wykorzystanie zasobów i planowanie przyszłych usług, utrudniając skuteczne zarządzanie i podejmowanie decyzji w tych sektorach.

Zadanie gromadzenia danych, które mogą posłużyć do planowania strategicznego w zakresie ODT, spoczywa na kilku instytucjach w Polsce. Dane te zawierają informacje na temat liczby osób z niepełnosprawnością, statystyki dotyczące ludności, szczegółowe informacje o beneficjentach i rozmieszczeniu usług zdrowotnych ODT, jednak nie zawsze są one regularnie publikowane i kompatybilne. GUS corocznie gromadzi i publikuje dane dotyczące stanu i struktury ludności, uwzględniając różne przedziały wiekowe, w tym osoby w wieku powyżej 60 i/lub 65 lat. GUS opracowuje również prognozy demograficzne. Ponadto Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych publikuje kwartalne wykazy osób posiadających oficjalne orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia sądowe potwierdzające status niepełnosprawności. Wykazy te zawierają szczegółowe informacje na temat przyczyny niepełnosprawności, wieku, płci, stopnia niepełnosprawności, wykształcenia i statusu zawodowego tych osób. Liczba osób z niepełnosprawnością jest również rejestrowana w ramach powszechnego spisu ludności. Chociaż dane te są publicznie dostępne, ich użyteczność jest ograniczona z uwagi na brak spójnych standardów i definicji danych. Jeśli chodzi o ODT w ramach systemu

opieki zdrowotnej, zarówno GUS, jak i MZ gromadzą dane na temat placówek ODT. GUS oferuje dostępne publicznie dane na temat stacjonarnych placówek ODT, w tym łącznej liczby placówek, łóżek i pacjentów. Zbierane przez MZ dane w tym obszarze są jednak bardziej rozbudowane i uwzględniają dokładną strukturę demograficzną pacjentów ODT w systemie zdrowotnym, w tym podział pacjentów według ich płci, wieku, poziomu grupowania chorób, jak również według rodzaju udzielanej opieki i zakresu świadczeń. Ministerstwo gromadzi również dane na temat geograficznego rozmieszczenia usług ODT. Dane MZ, choć aktualizowane co roku, nie są publikowane w czasie rzeczywistym. MSWiA gromadzi podobne dane, ale nie udostępnia ich publicznie. Portal MZ „Mapy Potrzeb Zdrowotnych” oferuje szczegółowe informacje na temat regionalnego rozkładu usług zdrowotnych ODT, w tym opieki stacjonarnej, domowej i teleopieki. Źródła danych zdrowotnych to zarówno formularze sprawozdawcze MZ, jak i dane raportowane do NFZ w ramach kontraktu ze świadczeniodawcą.

Problem braku standardowego formatu, niejasnych definicji, powielania danych i ich rozproszenia w różnych źródłach można skutecznie rozwiązać poprzez umowy o udostępnianiu danych między ministerstwami, instytucjami i usługodawcami. Przede wszystkim umowy o udostępnianiu danych mogą ustanowić ramy dla przyjęcia standardowego formatu danych przez wszystkie zaangażowane podmioty, wymagając spójnego raportowania danych dotyczących ODT. Takie uzgodnienie, oparte na wspólnych definicjach i zmiennych, będzie sprzyjać jednolitości i przejrzystości w prezentacji danych. Można równocześnie zapewnić ustawowe egzekwowanie stosowania precyzyjnych definicji pojęć związanych z ODT, minimalizując możliwość błędnej interpretacji i zapewniając jednoznaczność raportowania. Nieodłącznym elementem podejmowanych działań jest również zwiększenie publicznej dostępności do danych ODT oraz zwiększenie częstotliwości raportowania. Umowy o udostępnianiu danych mogą zawierać zapisy

gwarantujące większą przejrzystość i zapewniające dostęp do danych ODT opinii publicznej, badaczom i decydentom. Mogą też nakładać obowiązek raportowania danych ODT do organizacji międzynarodowych, takich jak OECD i Eurostat, wzmacniając rolę Polski w międzynarodowych inicjatywach wymiany danych i benchmarkingu. Obowiązek ustawowy w tym zakresie będzie podkreślać wagę przekazywania spójnych, kompleksowych danych międzynarodowym instytucjom, zapewniając zgodność polskich danych ODT z globalnymi standardami.

ROZWIĄZANIE Z ZAKRESU ZARZĄDZANIA NR 5: Opracowanie wzorów umów o wymianie danych ODT pomiędzy ministerstwami, JST i usługodawcami ODT

KLUCZOWE OBSZARY: KOORDYNACJA/INTEGRACJA/DEINSTYTUCJONALIZACJA

W uzupełnieniu do umów o udostępnianiu danych dotyczących ODT opracowanie odpowiednich przepisów pomoże zminimalizować powielanie działań, a także usprawni gromadzenie i przechowywanie danych. Umowy o udostępnianiu danych mogą ułatwić konsolidację danych i równocześnie wykluczyć ich duplikację. Umożliwią też ministerstwom, instytucjom i usługodawcom współpracę przy tworzeniu centralnego repozytorium danych ODT. Będzie ono służyć jako jednolite źródło wszystkich informacji związanych z ODT, eliminując nadmiarowość danych oraz zapewniając ich poprawność i aktualność. W tym celu konieczne jest ustanowienie polityk i wytycznych zapewniających zbieranie danych i ich raportowanie do tego centralnego repozytorium, aby usprawnić proces gromadzenia danych i zminimalizować potrzebę zbierania danych przez poszczególne podmioty z osobna. Rozwiąże to problem zbyt rzadkiej aktualizacji danych i zapewni bardziej aktualny obraz usług ODT. Nie ma potrzeby opracowywania całkowicie nowych uprawnień i wytycznych dotyczących gromadzenia danych, a obowiązujące akty prawne, które

pozwalają na gromadzenie danych ODT, mogą zostać przejrane i znowelizowane pod kątem lepszego udostępniania danych. Obowiązkowe gromadzenie danych zapewni ich regularne raportowanie, aktualizację i prawidłowość. Umowy o udostępnianiu danych i wymogi ustawowe będą wymuszać wzajemne udostępnianie odpowiednich danych ODT pomiędzy poszczególnymi podmiotami, promując współpracę między instytucjami. Takie zintegrowane podejście zapewni kompleksowy obraz ODT w Polsce, obejmujący charakterystykę demograficzną ludności, opiekę zdrowotną, usługi społeczne, kadry, finansowanie i inne aspekty. Opisane mechanizmy, czyli umowy o udostępnianiu danych i przepisy dotyczące danych, zapewnią kompleksowe rozwiązanie kluczowych problemów i wyzwań związanych z danymi ODT w Polsce.

ROZWIĄZANIE Z ZAKRESU ZARZĄDZANIA NR 6: Przegląd istniejących aktów prawnych w celu zapewnienia odpowiednich i skoordynowanych polityk i wytycznych dotyczących gromadzenia danych ODT

KLUCZOWE OBSZARY: KOORDYNACJA/INTEGRACJA/DEINSTYTUCJONALIZACJA

Dane na temat zasobów finansowych i ludzkich w ODT są gromadzone, ale proces ten nie jest usystematyzowany i trudno jest ustalić, które zasoby są związane z konkretnymi działaniami w ramach ODT, co utrudnia monitorowanie działań podejmowanych w tym obszarze. Mimo dostępności rocznych planów finansowych NFZ trudno jest szczegółowo zidentyfikować składowe prezentowanych w nich kosztów ODT. MZ prowadzi analizy struktury kosztów związanych z opieką stacjonarną oraz opieką domową w ramach ODT, jednak szczegółowe dane w tym zakresie nie są dostępne publicznie. NFZ posiada także informacje dotyczące liczby osób oczekujących na przyjęcie do placówek ODT w podziale na przypadki pilne oraz stabilne. Dysponuje również istotnymi danymi dotyczącymi zatrudnienia

personelu medycznego w placówkach ODT, ale nie są one dostępne publicznie. Biuletyn Statystyczny MZ zawiera informacje o zatrudnieniu w ODT w ramach stacjonarnej opieki zdrowotnej w podziale na różne grupy zawodowe. MSWiA gromadzi dane dotyczące osób zatrudnionych w ODT, ale dane te nie są publikowane. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych (NIPiP) gromadzi i publikuje dane o liczbie pielęgniarek posiadających tytuł specjalisty w dziedzinach takich jak pielęgniarstwo ODT oraz o pielęgniarkach, które ukończyły kursy kwalifikacyjne w tej dziedzinie. Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych corocznie publikuje dane dotyczące pielęgniarek, które uzyskały tytuł specjalisty w dziedzinie ODT, oraz tych, które ukończyły kursy kwalifikacyjne. Dane te są publicznie dostępne. Natomiast uzyskanie informacji na temat lekarzy pracujących w ODT jest sporym wyzwaniem, gdyż nie istnieje specjalizacja lekarska w dziedzinie ODT, znana jest jedynie ogólna liczba lekarzy zatrudnionych w tym systemie, w tym lekarzy geriatrów. W związku z tym, aby określić liczbę (lub inne charakterystyki) lekarzy zajmujących się ODT, informacje muszą być zbierane z różnych źródeł danych, w tym sprawozdań MZ, strony internetowej „Mapy Potrzeb Zdrowotnych”, izby lekarskiej i pielęgniarstwa oraz świadczeniodawców ODT.

W sektorze społecznym gromadzone są kompleksowe dane na temat placówek ODT, nie ma jednak wystarczająco szczegółowych informacji na temat struktury zasobów kadrowych. Brakuje też spójnych danych na temat finansowania na poziomie krajowym, jak również pełnej charakterystyki wszystkich klientów (wyjątek stanowią klienci DPS). GUS oraz MRPiPS gromadzą dane na temat placówek, oddziałów i wybranych klientów ODT w systemie pomocy społecznej. MRPiPS regularnie publikuje raporty z działalności zawierające szczegółowe informacje na temat osób przebywających w placówkach ODT, przyjęć, wypisów oraz źródeł finansowania. Zakres gromadzonych danych odzwierciedla zadania realizowane zgodnie z przepisami ustawy o pomocy społecznej. Na podstawie tych danych nie można jednak ustalić dokładnej liczby klientów w całym sektorze w jednym roku

sprawozdawczym. Raporty nie uwzględniają ich przepływu pomiędzy różnymi rodzajami opieki. W raportach tych nie znajdziemy także ich charakterystyki, w tym podziału na płeć, grupy wiekowe czy stan zdrowia (wyjątek stanowią raporty MRPiPS z zakresu DPS, gdzie znany jest wiek oraz płeć klienta). Brakuje też informacji o strukturze personelu według płci i wieku. Sprawozdanie z wykonania budżetu państwa Ministerstwa Finansów (MF) zawiera szczegółowe informacje na temat wydatków związanych z funkcjonowaniem DPS i ośrodków wsparcia, UO i SUO. Nie ma jednak obecnie publicznie dostępnych danych dotyczących wydatków państwa na inne usługi ODT. GUS publikuje roczne raporty z serii „Świadczenia na rzecz rodziny”, w których znajdują się dane na temat kosztów świadczeń opiekuńczych skierowanych do osób z niepełnosprawnością, a ZUS publikuje zbiorcze raporty, ale nie udostępnia publicznie szczegółowych danych. Ponadto dla tożsamych lub podobnych pojęć stosowane są różne definicje. Tym samym dane raportowane przez różne instytucje w obu systemach często nie są ze sobą kompatybilne, nie dają też jasnego obrazu systemu ODT w Polsce.

Niektóre dane dotyczące ODT w międzynarodowych zbiorach danych służących do celów porównawczych gromadzone są na bazie niekompatybilnych systemów krajowych. Nie są one także zbierane wystarczająco często. Niemniej międzynarodowe porównania mogą stanowić podstawę informacyjną w zakresie podejścia do zbierania danych. Obszerny katalog wskaźników ODT można znaleźć w międzynarodowych bazach danych, np. prowadzonych przez OECD i Eurostat. Polska przekazuje tym organizacjom pewne dane, ale brakuje w nich informacji na temat personelu czy ujednoliconych kosztów ODT w sektorze pomocy społecznej. Eurostat gromadzi dane na temat różnych aspektów usług ODT w krajach europejskich, ale większość z nich jest zbierana raz na pięć lat. Tak niska częstotliwość raportowania utrudnia porównywanie danych Polski z innymi krajami UE i wyciąganie na ich podstawie wniosków na potrzeby tworzenia polityki na szczeblu krajowym. Starzenie się społeczeństwa i związana z tym presja na ODT

są nowym i coraz ważniejszym zjawiskiem na świecie, w związku z tym poszczególne kraje gromadzą i aktualizują dane dotyczące wyników ODT w swoich uwarunkowaniach. Najlepsze praktyki w zakresie gromadzenia danych mogą być zatem oparte na podejściu przyjętym przez inne kraje. Na przykład w Holandii dostosowano istniejące ramy opieki specjalnie na potrzeby ODT. Wykorzystanie tych wskaźników zaowocowało poprawą realizacji ODT, szczególnie wśród placówek o słabszych wynikach, dostarczając dowodu na istotną rolę wskaźników we wdrażaniu interwencji na rzecz poprawy jakości⁹⁸. Szczegółowe informacje dotyczące międzynarodowych wskaźników ODT znajdują się w załączniku „Przykłady międzynarodowe – istotne dla Polski”.

Starzenie się społeczeństwa i wyzwania związane z zapewnieniem dobrej jakości usług ODT i ich dopasowania wywierają presję na dodatkowe inicjatywy i źródła finansowania, takie jak fundusze unijne. Priorytetyzacja usług ODT ma kluczowe znaczenie dla wspierania organizacji i podmiotów w celu wykorzystania ich działań i zasobów na rzecz najbardziej krytycznych obszarów w oparciu o potrzeby regionalne i krajowe. Dlatego wiedza o tym, co należy traktować priorytetowo, wymaga odpowiedniego monitorowania i oceny podejmowanych interwencji. W Polsce wprowadzono wiele innowacji w ramach projektów pilotażowych i programów ukierunkowanych na osiągnięcie określonych rezultatów w zakresie ODT, jednak potrzebne są dalsze prace, aby ocenić, które programy, w tym finansowane przez UE, powinny być traktowane priorytetowo, rozwijane i kontynuowane. Chociaż UE prowadzi ocenę i monitorowanie programów, trudno jest ustalić, które programy wspierają konkretnie opiekę nad osobami starszymi lub ODT, i wykorzystać wyniki tych badań do opracowania interwencji w zakresie ODT. Tymczasem prowadzenie monitorowania i oceny różnych działań pod kątem skutecznego

98 Zuidgeest, Marloes, Delnoij, Diana, Luijkx, Katrien G., de Boer, Dolf, Westert, Gert P. (2012). Patients' experiences of the quality of long-term care among the elderly: comparing scores over time. BMC Health Services Research, 12, s. 1-10.

zaspokojenia tych potrzeb ma kluczowe znaczenie. Bardziej skoordynowany i wielopoziomowy nadzór pozwoliłby na ustalenie priorytetów i przydział dostępnych środków na działania o najwyższej wartości i oparte na dowodach, co w ostatecznym rozrachunku pozwoliłoby na jak najefektywniejsze wykorzystanie zewnętrznego finansowania. Działania takie obejmowałyby identyfikację obiecujących innowacji społecznych, ponieważ mogą one przyczynić się do rozwiązania trudności z ODT w sposób sprawiedliwy i skuteczny, koncentrując się na szerszych korzyściach społecznych. Zapewnienie monitorowania i oceny finansowanych z funduszy krajowych, regionalnych i unijnych projektów ukierunkowanych na cele związane ze starzeniem się i ODT może dać rezultaty, a tym samym udoskonalić koncepcję i uzasadnienie inwestycyjne dla przyszłych projektów w tych obszarach. Wykazanie pozytywnego wpływu i pomyślniej realizacji wcześniej finansowanych projektów pomaga w budowaniu wiarygodności i kompetencji.

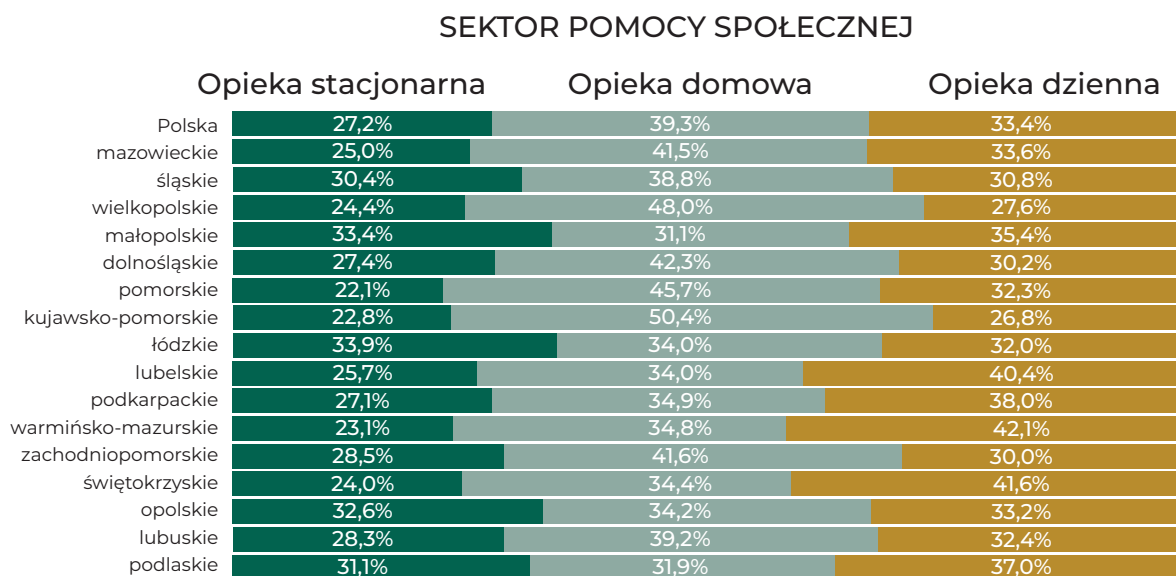
ROZWIĄZANIE Z ZAKRESU ZARZĄDZANIA NR 7: Podjęcie skutecznych starań, by w procesie monitorowania i ewaluacji programów ODT, także tych dofinansowanych z funduszy UE, gromadzono wnioski i informacje o rozwiązaniach, które się sprawdziły, z uwzględnieniem specyfiki potrzeb w wymiarze krajowym i wojewódzkim, w celu wykorzystania ich przy kolejnych interwencjach w obszarze ODT

KLUCZOWE OBSZARY: KOORDYNACJA/INTEGRACJA, DEINSTYTUCJONALIZACJA

E. RÓŻNICE REGIONALNE W ZAKRESIE PLANOWANIA STRATEGICZNEGO ROZWOJU OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

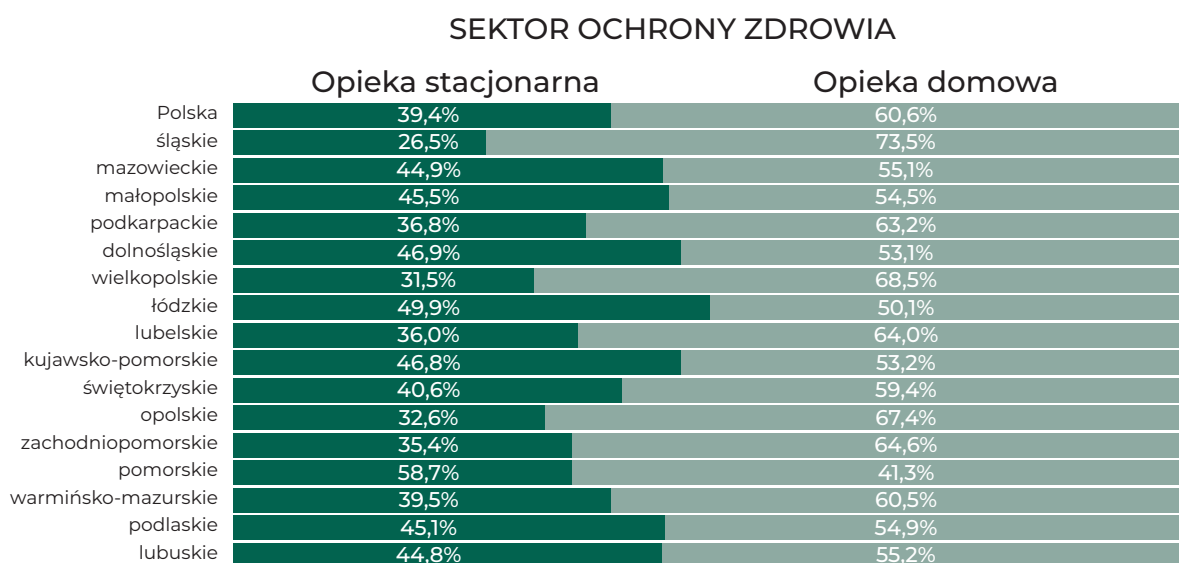
Ten obszar rozwiązań ma na celu uwzględnienie różnic w planowaniu rozwoju ODT w poszczególnych regionach Polski. Różnice pomiędzy województwami są znaczące⁹⁹. Struktura opieki różni się w zależności od regionu, na przykład nieco ponad 30 proc. opieki w woj. małopolskim i podlaskim świadczona jest w warunkach domowych, natomiast w woj. kujawsko-pomorskim odsetek ten wynosi ponad 50 proc. W przypadku sektora ochrony zdrowia różnice są podobne, a odsetek usług opieki domowej waha się od 41 do 73,5 proc. w zależności od regionu. Choć wskaźnik wykorzystania UO również nie oddaje w pełni ich dostępności na poziomie regionalnym, zróżnicowanie między regionami istnieje w aspekcie różnych zasobów ODT, w tym personelu, placówek, usług i finansowania (zob. rozdział „System opieki długoterminowej w Polsce”). Na **rycynach 50 i 51** przedstawiono zróżnicowanie struktury usług ODT w poszczególnych województwach.

Rycina 50. Struktura wykorzystania usług opiekuńczych w sektorze pomocy społecznej, w przekroju województw



Źródło: BŚ 2023 na podstawie danych NFZ i MRPiPS

Rycina 51. Struktura wykorzystania usług opiekuńczych
w sektorze ochrony zdrowia, w przekroju województw



Źródło: BŚ 2023 na podstawie danych NFZ i MRPiPS

Identyfikacja i likwidowanie niedoborów w zakresie zapewnienia

ODT w oparciu o lokalne potrzeby są niezbędne i powinny być wspierane przez standaryzowane narzędzie ułatwiające skuteczne podejmowanie decyzji. Zmniejszenie zróżnicowania w zakresie

świadczenia usług ODT w Polsce pozostaje kluczem do poprawy wyników opieki w całym społeczeństwie. Dokonując kompleksowych ocen potrzeb, uwzględniających dane demograficzne, profile zdrowotne, warunki społeczno-ekonomiczne i inne zmienne lokalne, Polska może uzyskać wiedzę na temat istniejących niedoborów.

Alokacja zasobów w oparciu o lokalne potrzeby będzie mieć fundamentalne znaczenie i zagwarantuje, że usługi ODT będą nie tylko oferowane, ale także adekwatne i dostępne. Oceny zasobów należy dokonać poprzez opracowanie i stosowanie wystandaryzowanego narzędzia takiego jak interaktywny raport typu *dashboard*, które zawiera dostępne dane analityczne dla każdego regionu dotyczące demografii, zapotrzebowania na opiekę i świadczonych usług. Takie podejście będzie sprzyjało zapewnieniu równości poprzez identyfikowanie i korygowanie braków w zasobach na obszarach lub w społecznościach o niedostatecznym dostępie do usług ODT;

tym samym zapewni dostęp do niezbędnych zasobów ODT we wszystkich regionach. Zdolność dostosowania do zmieniających się warunków demograficznych, w szczególności starzenia się społeczeństwa, jest niezbędna do skutecznego niwelowania różnic w dostępie do usług ODT. W związku z tym strategia identyfikowania i eliminowania niedoborów w oparciu o lokalne potrzeby zapewnia podejście oparte na danych, elastyczne i sprawiedliwe, przyczyniając się do tworzenia bardziej jednolitego, dostępnego i charakteryzującego się wysoką jakością systemu ODT w całej Polsce.

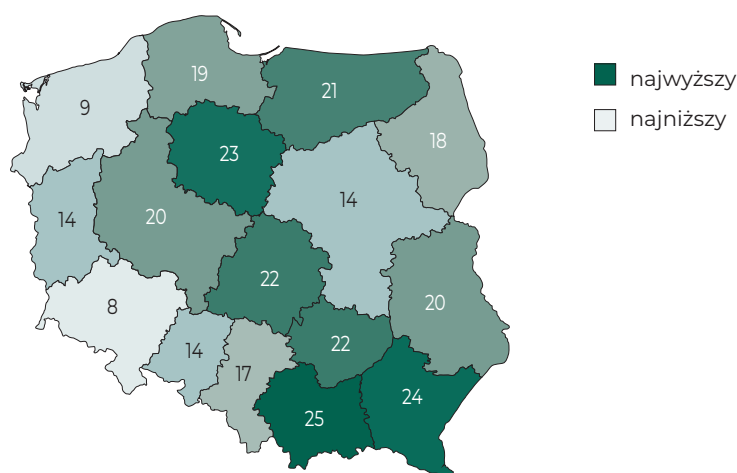
Oszacowanie niezaspokojonych potrzeb pomoże również w opracowaniu strategii opartych na dowodach, przeznaczonych dla konkretnych grup demograficznych na poziomie lokalnym i ułatwiających planowanie długoterminowe. Decydenci będą mogli zatem korzystać z informacji demograficznych w celu tworzenia ukierunkowanych, opartych na dowodach polityk, dostosowanych do specyfiki wyzwań stojących przed poszczególnymi regionami. Dokładne dane demograficzne pomogą również w planowaniu długoterminowym. Stanowią podstawę do prognozowania przyszłych trendów i podejmowania strategicznych decyzji dotyczących rozbudowy lub modyfikacji infrastruktury i usług opieki zdrowotnej, umożliwiając również obliczenie prognozowanych kosztów w oparciu o przewidywane przyszłe potrzeby. Opracowanie raportu *dashboard* może być częściowo oparte na rozwiązaniu nr 3, przewidującym stworzenie mapy placówek ODT na poziomie lokalnym.

ROZWIĄZANIE Z ZAKRESU ZARZĄDZANIA NR 8: Opracowanie interaktywnego raportu typu *dashboard*, generującego analizy dotyczące sytuacji demograficznej, zapotrzebowania na opiekę i stanu realizacji usług dla każdego województwa

KLUCZOWE OBSZARY: KOORDYNACJA/INTEGRACJA/DEINSTYTUCJONALIZACJA

Różnice w zakresie planowania rozwoju ODT w poszczególnych województwach można zidentyfikować na podstawie kompleksowego przeglądu strategii rozwoju województw do 2030 roku. Opisane w tych dokumentach, planowane przez województwa działania na rzecz ODT zostały podzielone przez zespół BŚ na sześć klastrów tematycznych, obejmujących 27 konkretnych inicjatyw. Strategie wykazują znaczne zróżnicowanie pomiędzy województwami pod względem zobowiązań w zakresie ODT. Żadne z województw nie zaplanowało wszystkich 27 działań, przy czym zachodniopomorskie i dolnośląskie zaplanowały ich najmniej (odpowiednio dziewięć i osiem), natomiast małopolskie, podkarpackie i kujawsko-pomorskie plasują się w czołówce z odpowiednio 25, 24 i 23 zaplanowanymi działaniami (**rycina 52**).

Rycina 52. Mapa planów regionalnych dotyczących zaplanowanych działań na rzecz ODT, które mają zostać wdrożone w najbliższej przyszłości przez każde z województw



Źródło: BŚ 2023, opracowanie własne na podstawie przeglądu 16 Strategii Rozwoju Regionalnego 2030

Samorządy wojewódzkie najczęściej zobowiązywały się do integracji i aktywizacji społecznej seniorów oraz do rozwijania inicjatyw z zakresu gospodarki społecznej i solidarnej, natomiast jednym z najrzadziej deklarowanych działań było tworzenie ośrodków opiekuńczych. BŚ przeanalizował deklarowane zobowiązania na rzecz wspierania starzejących się społeczności i chociaż starzenie się społeczeństwa jest pojęciem szerszym i odrębnym od ODT, zobowiązania te obejmują również inicjatywy związane z ODT i niejako wskazują, w jakim stopniu starzenie się jest uwzględniane w lokalnych priorytetach. Samorządy wojewódzkie najczęściej zobowiązywały się do następujących działań: integracja i aktywizacja społeczna seniorów (16 województw); rozwój sektora ekonomii społecznej i solidarnej (16); integracja i aktywizacja społeczna osób z niepełnosprawnością (15); aktywizacja zawodowa osób z niepełnosprawnością (15). Z kolei do najrzadziej deklarowanych w planach rodzajów działań należały: edukacja cyfrowa osób z niepełnosprawnością (trzy województwa); promocja zdrowego stylu życia wśród osób z niepełnosprawnością (cztery); tworzenie ośrodków ODT sektora zdrowotnego i społecznego (odpowiednio cztery i pięć). Klastrem działań, do których samorządy zobowiązywały się najrzadziej, była „Edukacja” – 80 proc. możliwych działań w tym klastrze nie pojawiło się w planach ponad połowy województw. Mapowanie planów regionalnych podkreśla różnice w kwestii zaangażowania w poszczególne rodzaje działań.

Kluczowym elementem planowania strategicznego, który musi być realizowany na poziomie lokalnym, jest dążenie do deinstytucjonalizacji ODT. Podczas gdy dostęp do usług ODT jest w Polsce stosunkowo niski, maleje poleganie na wsparciu rodziny, które jest charakterystyczne dla krajów Europy Środkowo-Wschodniej. Z tej przyczyny, jak również z powodu niższych świadczeń emerytalnych, osoby starsze pozostają bez dochodów i wsparcia, a tym samym są bardziej narażone na instytucjonalizację¹⁰⁰. Problem ten ma również

100 Europejska Grupa Ekspertów ds. przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej w lokalnej społeczności. (2012). *Common European Guidelines...*

wymiar płciowy – istnieje korelacja pomiędzy płcią a instytucjonalizacją, w związku z czym kobiety są częściej instytucjonalizowane niż mężczyźni. Na poziomie europejskim istnieje szerokie zaangażowanie polityczne na rzecz przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki środowiskowej dla wszystkich grup beneficjentów. Fizyczne odseparowanie od społeczności i rodzin poważnie ogranicza zdolność osób mieszkających w placówkach opiekuńczych do pełnego uczestnictwa w życiu społeczności i ogółu społeczeństwa.

Wzmocnienie tego rodzaju działań we wszystkich regionach i w odniesieniu do wszystkich podmiotów świadczących usługi opiekuńcze może utrwalić wspólną wizję ODT, zniwelować nierówności w dostępie do usług opiekuńczych oraz poprawić jakość świadczonej opieki. Podstawą takich działań jest przeprowadzenie oceny oraz opracowanie strategii i planu działania¹⁰¹. Niezbędnym punktem wyjścia jest opracowanie planów na poziomie lokalnym, na przykład lokalnych planów deinstytucjonalizacji, w celu poprawy wyników opieki zgodnie z szerszymi celami reformy ODT, co już ma miejsce w niektórych samorządach. Opracowanie planów lokalnych może również sprzyjać wspólnym staraniom, które angażują wielu interesariuszy, takich jak agencje rządowe, instytucje opieki zdrowotnej i władze lokalne, w celu stworzenia kompleksowych i zintegrowanych propozycji. Co ważne, wymaga to ściślejszej współpracy między interesariuszami na szczeblu krajowym i regionalnym. Ten obszar rozwiązań jest zatem uzupełniany przez obszary rozwiązań opisane w części „Finansowanie”, dotyczące wprowadzania mechanizmów wsparcia dla samorządów lokalnych, które zobowiążą się do opracowywania działań związanych z ODT i realizacji kierunków strategicznych (rozwiązanie z zakresu finansowania nr 4) oraz do tworzenia pętli sprzężenia zwrotnego łączącego finansowanie ODT z oceną wyników, nagradzania jakości, doskonalenia i reagowania

101 Europejska Grupa Ekspertów ds. przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej w lokalnej społeczności. (2012). *Common European Guidelines...*

w kontekście zmieniających się potrzeb (rozwiązanie z zakresu finansowania nr 9). Plany lokalne mogą również wykorzystywać wyniki monitorowania i oceny opisane w rozwiązaniach dotyczących finansowania, jakości i rynku prywatnego. Ważnym elementem planowania przyszłych rozwiązań jest uwzględnienie skutków działań podejmowanych na rzecz ODT, a opracowanie i regularna ocena istniejących planów pomogą uniknąć podejmowania nieefektywnych działań, zwłaszcza takich, których skuteczność nie została potwierdzona.

ROZWIĄZANIE Z ZAKRESU ZARZĄDZANIA NR 9: Przyspieszenie procesu formułowania i wdrażania planów (np. lokalnych planów deinstytucjonalizacji) mających na celu poprawę realizacji usług ODT w skali lokalnej

KLUCZOWE OBSZARY: KOORDYNACJA/INTEGRACJA, DEINSTYTUCJONALIZACJA

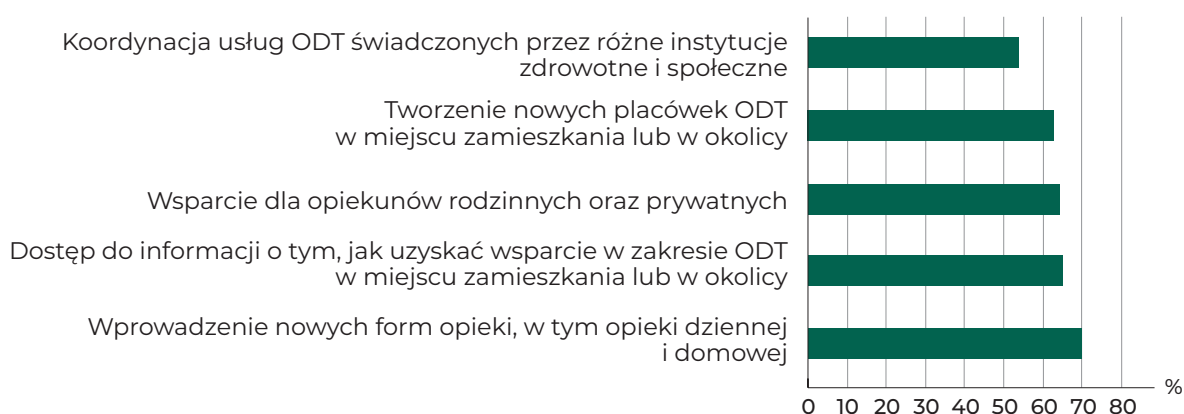
F. INFORMOWANIE SPOŁECZEŃSTWA O USŁUGACH OPIEKI I UZYSKIWANIU DOSTĘPU DO NICH

To rozwiązanie ma na celu przeciwdziałanie niedostatecznej wiedzy klientów i pacjentów oraz ich opiekunów na temat usług ODT, a w szczególności na temat uzyskania do nich dostępu. Ograniczona wiedza beneficjentów i ich opiekunów na temat istniejących usług ODT i sposobów korzystania z nich jest kluczowym problemem, na który zwrócono uwagę zarówno w konsultacjach społecznych, jak i w badaniu ankietowym przeprowadzonym przez BŚ w 2023 r. Podczas konsultacji przeprowadzonych w czerwcu i lipcu 2023 r. beneficjenci konsekwentnie zgłaszali brak informacji wystarczających do skutecznego poruszania się po systemie ODT. Brakowało na przykład szczegółowych informacji na temat dostępnych świadczeń pieniężnych i rzeczowych. Wyniki późniejszego badania ankietowego zleconego przez BŚ podkreśliły powszechność dezorientacji w systemie

ODT, a 65 proc. respondentów zgłosiło potrzebę lepszego dostępu do informacji o tym, jak lokalnie uzyskać wsparcie w ramach ODT.

Rycina 53 ilustruje zapotrzebowanie na wsparcie przy poruszaniu się po systemie ODT, podkreślając kluczową rolę dostępu do informacji w kontekście zapewniania opieki osobom starszym lub z niepełnosprawnością. Uczestnicy konsultacji społecznych podkreślali wagę poprawy komunikacji i działań edukacyjnych, proponując narzędzia takie jak krajowa infolinia lub publicznie dostępny portal informacyjny (strona internetowa), aby pomóc podopiecznym i ich rodzinom w poruszaniu się po złożonym systemie usług ODT.

Rycina 53. Jakiego rodzaju wsparcie jest najbardziej potrzebne, aby móc opiekować się długoterminowo osobą starszą lub osobą z niepełnosprawnością?



Źródło: BŚ 2023, ankiet online – uzupełnienie konsultacji społecznych

W przeprowadzonych przez BŚ badaniach jakościowych opiekunowie nieformalni – rodzina i bliscy zaangażowani w opiekę – zgłaszali problemy z dostępem do informacji o istniejących usługach ODT.

Problemy te obejmowały m.in. brak jednolitej, spójnej dla wszystkich systemów listy dostępnych usług oraz brak jasności co do podlegających refundacji wyrobów medycznych, takich jak wózki inwalidzkie. Choć lista wyrobów medycznych dostępnych na zlecenie jest publicznie dostępna (publikowana w Dzienniku Ustaw jako załącznik do rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych

na zlecenie), to wielu respondentów zgłaszało, że o możliwości refundacji dowiedzieli się od pracowników sklepów, a nie za pośrednictwem formalnych kanałów informacyjnych. Potęgowało to zamieszanie, zwłaszcza w przypadku organizowania usług dla osób wypisywanych ze szpitali. W odpowiedzi na opisane wyzwania uczestnicy konsultacji zaproponowali powołanie funkcji koordynatora ODT. Ułatwiałby on komunikację i wymianę informacji pomiędzy usługodawcami a beneficjentami, odgrywając rolę przewodnika po systemie ODT zarówno dla klientów i pacjentów, jak i ich opiekunów. Zalecenie to odzwierciedla zapotrzebowanie na scentralizowaną i wspierającą funkcję, która wypełniłaby lukę informacyjną oraz poprawiła zrozumienie i dostęp do usług ODT dla beneficjentów i ich opiekunów.

Koordinatory ODT będą mogli działać jako pośrednicy przy rozwiązywaniu problemu ograniczonej wiedzy na temat usług ODT i sposobów uzyskania dostępu do nich. Koordynatorzy mogą być powołani w OPS/CUS, z należytym uwzględnieniem obszaru geograficznego, za który będą odpowiadać. Role koordynatorów ODT powinny być zapewnione co najmniej na poziomie powiatu. Koordynatorzy ODT mogą udzielać bezpośrednich informacji i wskazówek, pomagając klientom/pacjentom i ich opiekunom w poruszaniu się po systemie ODT. Ich rola będzie obejmować działania na rzecz poprawy komunikacji między dostawcami usług a beneficjentami. Zapewnią też dostępność zasobów dostosowanych do specyficznego kontekstu danej społeczności lokalnej. Zaleca się, aby stanowiska koordynatorów zostały utworzone w ramach obszaru rozwiązań „E. Regionalne zróżnicowanie w świadczeniu opieki”, a ich rola powinna obejmować przeciwdziałanie brakowi informacji o lokalnej ofercie usług dla beneficjentów i ich opiekunów. Rozwiązanie to będzie współgrać ze strategią komunikacji (poniżej), ułatwiając obywatelom skuteczne poruszanie się po systemie ODT. Oferowanie praktycznego wsparcia, poszerzanie wiedzy, centralizacja dostępu do informacji i dostosowanie zasobów do regionalnych potrzeb przyczynią się do powstania bardziej przejrzystego, sprawnego i efektywnego systemu

ODT. Docelowo będą prowadzić do poprawy świadczonej opieki i wsparcia dla beneficjentów i ich rodzin.

ROZWIĄZANIE Z ZAKRESU ZARZĄDZANIA NR 10: Podjęcie skutecznych starań, by do zadań koordynatora ODT należało m.in. dbanie o komunikację i dostęp do informacji o usługach ODT

KLUCZOWE OBSZARY: KOORDYNACJA/INTEGRACJA/DEINSTYTUCJONALIZACJA

Brakuje komunikacji i informacji na temat działania systemu ODT na poziomie centralnym i lokalnym. Podczas konsultacji zidentyfikowano problemy związane z dostępnością informacji na temat systemu ODT zarówno na poziomie krajowym, jak i lokalnym. Odnotowano brak ogólnokrajowego zasobu, takiego jak infolinia lub strona internetowa, służącego do rozpowszechniania informacji o usługach ODT; uczestnicy zasugerowali też, że organizacje zapewniające wsparcie finansowe dla osób starszych lub z niepełnosprawnością powinny poprawić proces informowania o swojej ofercie. Wzywano JST do zapewnienia zainteresowanym stronom jednolitego dostępu do informacji o dostępnych usługach wsparcia. Kluczowym problemem jest zatem ograniczona znajomość usług ODT i brak jasno wytyczonych ścieżek dostępu do nich, co podkreśla pilną potrzebę skoordynowanych działań na rzecz poprawy komunikacji i edukacji w zakresie ODT.

Solidna strategia komunikacyjna może przyczynić się do lepszego rozpowszechniania informacji o usługach ODT poprzez: kampanię informacyjną docierającą do ludzi w ich miejscu zamieszkania, rządową stronę internetową pełniącą funkcję centralnego repozytorium informacji o przysługujących uprawnieniach w systemie ODT oraz lokalne strony internetowe dostarczające informacji specyficznych dla danej społeczności. Prowadzenie kampanii informacyjnych odgrywa kluczową rolę w walce z brakiem informacji o systemie ODT. Poprzez rozpowszechnianie istotnych informacji na temat dostępnych usług, kryteriów kwalifikowalności i sposobu

poruszania się po systemie kampanie te będą dostarczać beneficjentom i ich rodzinom wiedzę niezbędną do podejmowania świadomych decyzji. Nie tylko zmniejszy to dezorientację, ale też będzie zwiększać zaufanie odbiorców usług ODT. Scentralizowana rządowa strona internetowa będzie stanowić kompleksowe źródło informacji na temat usług ODT. Znajdą się na niej jednolite i aktualne informacje o usługach, uprawnieniach do korzystania z nich oraz o sposobach uzyskania do nich dostępu. Rozwiąże to problem niespójności w rozumieniu różnych aspektów systemu i zapewni beneficjentom opieki dostęp do spójnej listy usług. Dostarczając przejrzystych informacji na temat refundacji i oferowanych usług, rządowa strona internetowa pomoże zmniejszyć liczbę nieporozumień, które pojawiają się, gdy klienci w kwestii tak kluczowych informacji muszą polegać na pomocy osób trzecich. Ponadto lokalne strony internetowe, specyficzne dla regionów lub gmin, będą dostosowane do miejscowych potrzeb. Będą prezentować lokalne informacje i zasoby, niwelując regionalne nierówności. Będą one cennym źródłem informacji dla osób poszukujących możliwych wariantów opieki nad członkiem rodziny po wypisaniu go ze szpitala. Dzięki współpracy z JST strony te będą mogły udostępniać istotne informacje o ODT osobom potrzebującym, zapewniając bardziej świadome i zorganizowane podejście do świadczenia opieki.

ROZWIĄZANIE Z ZAKRESU ZARZĄDZANIA NR 11: Skuteczne informowanie opinii publicznej o usługach ODT poprzez kampanię informacyjną oraz rządowe i samorządowe strony internetowe

KLUCZOWE OBSZARY: KOORDYNACJA/INTEGRACJA/DEINSTYTUCJONALIZACJA

Kompetencje zdrowotne beneficjentów ODT i ich opiekunów wpływają na przyszłe oczekiwania w zakresie potrzeb opiekuńczych. Polacy charakteryzują się niskim poziomem kompetencji zdrowotnych, które są kluczowym czynnikiem przy podejmowaniu świadomych decyzji dotyczących zdrowia i opieki (**tabela 21**). Wyniki przeprowadzonego przez BŚ badania ankietowego podkreślają

potrzebę prowadzenia kompleksowych kampanii podnoszących świadomość społeczeństwa w kwestii obecnych i przyszłych potrzeb osób starszych i z niepełnosprawnością w zakresie ODT. Chociaż 64 proc. respondentów przyznaje, że kampanie informacyjne mogą mieć wpływ na zwiększanie świadomości społecznej, tylko 17 proc. uważa, że prowadzenie takich działań jest obowiązkiem respondentów. Rozpoznanie wyzwań związanych z kompetencjami zdrowotnymi beneficjentów ODT ma kluczowe znaczenie dla umożliwienia ludziom przygotowania się na przyszłe scenariusze w zakresie zapotrzebowania na opiekę.

Tabela 21. Odsetek osób o ograniczonych kompetencjach zdrowotnych według grup socjodemograficznych w Polsce i wybranych krajach UE

		POLSKA	AUSTRIA	BULGARIA	NIEMCY	GRECJA	IRLANDIA	HOLANDIA	HISZPANIA
stan zdrowia	bardzo zły	77,2	100,0	87,8	54,9	88,3	49,5	47,4	94,8
	zły	71,2	84,2	82,4	54,9	80,3	57,2	41,4	75,3
choroby przewlekłe	tak, więcej niż jedna	54,3	78,5	83,3	58,5	73,8	45,3	32,6	69,5
wiek	76 lat lub więcej	65,5	72,6	75,4	53,9	72,3	46,0	28,8	71,1
	66-75 lat	58,7	71,4	79,7	39,7	66,2	37,1	30,4	77,1
status społeczny	bardzo niski	59,8	78,5	79,7	58,8	79,5	64,0	49,9	84,3
	niski	63,8	59,4	62,10	63,9	57,4	53,3	48,4	59,2

Kampanie społeczne i programy edukacyjne dotyczące zdrowia mogą pomóc obywatelom przygotować się na możliwe przyszłe scenariusze opieki. Adekwatne planowanie nie będzie możliwe, jeśli ludzie nie będą świadomi, czego mogą potrzebować i jak mają radzić sobie z organizacją lub przygotowaniem się na przyszłe potrzeby w zakresie opieki. Kampanie edukacyjne skierowane do ogółu społeczeństwa mogą zwiększyć świadomość wyzwań związanych ze starzeniem się, niepełnosprawnością i opieką długoterminową. Kampanie te mogą również promować znajomość dostępnych usług i systemów wsparcia, umożliwiając ludziom lepsze przygotowanie

do starzenia się i obowiązków związanych z opieką. Wdrażanie programów dotyczących podnoszenia kompetencji zdrowotnych związanych ze starzeniem się w zdrowiu i ODT może także umożliwić ludziom podejmowanie świadomych decyzji dotyczących ich własnego zdrowia i potrzeb w zakresie przyszłej opieki. Wiedza ta może wpłynąć na poprawę opieki profilaktycznej i wczesnej interwencji, zmniejszając obciążenie nieformalnych opiekunów i systemu ODT.

ROZWIĄZANIE Z ZAKRESU ZARZĄDZANIA NR 12: Ciągły rozwój świadomości zdrowotnej społeczeństwa w zakresie potrzeb wynikających ze starzenia się ludności potrzeb i osób z niepełnosprawnością oraz rozwój wiedzy o dostępności i ofercie usług ODT w celu budowania świadomego w tym zakresie społeczeństwa przy użyciu dostępnych środków komunikacji

KLUCZOWE OBSZARY: KOORDYNACJA/INTEGRACJA, DEINSTYTUCJONALIZACJA

Podsumowanie rozwiązań z zakresu zarządzania

ROZWIĄZANIE	ROZWIĄZYWANE WYZWANIE	KLUCZOWY OBSZAR	CEL ODT
1. Opracowanie jednolitych regulacji prawnych dla ODT, w tym definicji ODT, lub nowelizacja odnośnych ustaw 2. Określenie przejrzystych kryteriów uprawniających do korzystania z usług i programów ODT dla wszystkich usługobiorców, z uwzględnieniem różnych poziomów opieki (stacjonarnej/całodobowej, domowej, środowiskowej)	A. Istnieje wiele aktów prawnych, system usług jest skomplikowany i brakuje spójnej definicji ODT B. Istnieje wiele definicji i poziomów kryteriów kwalifikowalności oraz definicji niepełnosprawności i niesamodzielności	Koordinacja/ integracja Koordinacja/ integracja	Efektywne zarządzanie Efektywne zarządzanie
3. Sporządzenie map placówek ODT w skali lokalnej, aby ułatwić przepływ informacji na temat placówek ODT funkcjonujących w sektorze ochrony zdrowia i w sektorze pomocy społecznej 4. Wyznaczenie koordynatorów ODT, np. w OPS/CUS, oraz poszerzenie zakresu obowiązków wybranych koordynatorów POZ o funkcję osoby do kontaktu w sprawach ODT	C. Obecne i przyszłe zapotrzebowanie na usługi ODT jest trudne do oszacowania	Koordinacja/ integracja Deinstytucjonalizacja Rynek pracy	Efektywne zarządzanie

ROZWIĄZANIE	ROZWIĄZYWANE WYZWANIE	KLUCZOWY OBSZAR	CEL ODT
5. Opracowanie wzorów umów o wymianie danych ODT pomiędzy ministerstwami, JST i usługodawcami ODT 6. Przegląd istniejących aktów prawnych w celu zapewnienia odpowiednich i skoordynowanych polityk i wytycznych dotyczących gromadzenia danych ODT 7. Podjęcie skutecznych starań, by w procesie monitorowania i ewaluacji programów ODT, także tych dofinansowanych z funduszy UE, gromadzono wnioski i informacje o rozwiązaniach, które się sprawdziły, z uwzględnieniem specyfiki potrzeb w wymiarze krajowym i wojewódzkim, w celu wykorzystania ich przy kolejnych interwencjach w obszarze ODT	D. Istnieją możliwości poprawy gromadzenia danych, zwiększenia spójności formatów danych i regularnego aktualizowania dostępności szczegółowych, kompleksowych informacji i badań w obszarze ODT	Koordinacja/ integracja Deinstytucjonalizacja	Efektywne zarządzanie
8. Opracowanie interaktywnego raportu typu <i>dashboard</i> generującego analizy dotyczące sytuacji demograficznej, zapotrzebowania na opiekę i stanu realizacji usług dla każdego województwa 9. Przyspieszenie procesu formułowania i wdrażania planów (np. lokalnych planów deinstytucjonalizacji) mających na celu poprawę realizacji usług w skali lokalnej	E. Istnieją różnice pomiędzy regionami w świadczeniu usług opiekuńczych	Koordinacja/ integracja, Deinstytucjonalizacja	Efektywne zarządzanie
10. Podjęcie skutecznych starań, by do zadań koordynatora ODT należało m.in. dbanie o komunikację i dostęp do informacji o usługach ODT 11. Skuteczne informowanie opinii publicznej o usługach ODT poprzez kampanię informacyjną oraz rządowe i samorządowe strony internetowe 12. Ciągły rozwój świadomości zdrowotnej społeczeństwa w zakresie potrzeb wynikających ze starzenia się społeczeństwa i potrzeb osób z niepełnosprawnością oraz rozwój wiedzy o dostępności i ofercie usług ODT w celu budowania świadomego w tym zakresie społeczeństwa przy użyciu dostępnych środków komunikacji	F. Klienci/pacjenci i ich opiekunowie mają ograniczoną wiedzę na temat usług ODT i sposobu uzyskiwania dostępu do nich	Koordinacja/ integracja Deinstytucjonalizacja	Efektywne zarządzanie

FINANSOWANIE

A. WYDATKI PUBLICZNE NA OPIEKĘ DŁUGOTERMINOWĄ

Ten obszar rozwiązań dotyczy niskich, w porównaniu z innymi krajami UE, nakładów na ODT w Polsce oraz problemów związanych z różnicami w poziomie wydatków na opiekę. Problem stosunkowo niskich nakładów na ODT w Polsce jest widoczny w różnych aspektach sektora opieki zdrowotnej i sektora pomocy społecznej. Jednym z widocznych przejawów niskich wydatków publicznych jest zakres płatności prywatnych dokonywanych przez osoby korzystające z publicznych usług ODT. Beneficjenci dopłacili do usług ODT w 2021 r. około 1,4 mld złotych, w tym 1,1 mld płacili z własnej kieszeni klienci placówek DPS, a 0,3 mld – pacjenci ZOL/ZPO. Klient DPS średnio miesięcznie dopłacał z własnej kieszeni 1173 zł, natomiast pacjent ZOL/ZPO – 1129 zł miesięcznie. Koszty prywatnych, niefinansowanych ze środków publicznych placówek ODT nie były możliwe do oszacowania ze względu na brak danych. Wszelkie rozwiązania finansowe muszą zostać zbadane pod kątem ich wykonalności.

ODT finansowana jest na różnych poziomach w zależności od sektora, przy czym łączne wydatki są w Polsce znacznie niższe niż w UE.

W 2021 r. w sektorze publicznym łącznie przeznaczono na ODT prawie 8,5 mld zł (bez dopłat beneficjentów). Większość z tych środków, ponad 6,5 mld zł, przypadła na sektor społeczny, co podkreśla jego pierwszoplanową rolę w realizacji usług ODT, w porównaniu do 1,9 mld zł przeznaczonych na ten cel w sektorze opieki zdrowotnej. Różnica ta wynika również z faktu, że liczba osób korzystających z usług opiekuńczych w sektorze społecznym jest ponad trzykrotnie wyższa niż w sektorze ochrony zdrowia.

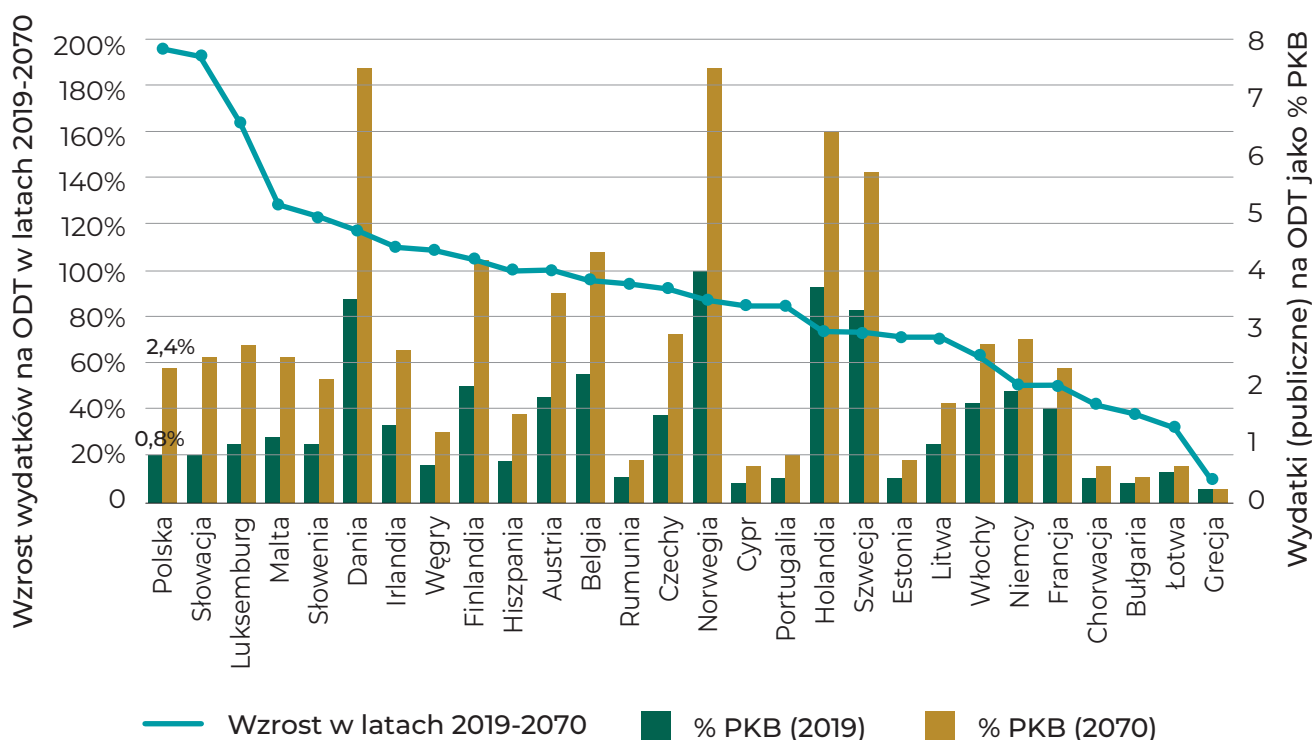
Jak już wspomniano w części opisującej system, trudno jest porównać wydatki Polski na ODT z wydatkami innych krajów europejskich ze względu na różnice w metodologii obliczeń. Niemniej przy zastosowaniu konwencjonalnych metod szacowania wydatków Polska konsekwentnie wydaje na ODT mniej, niż wynosi średnia unijna. Przewiduje się, że średnio w UE wydatki publiczne na ODT wzrosną z 1,7 proc. PKB w 2019 r. do 1,9 proc. PKB w 2030 r., do 2,5 proc. PKB w 2050 r. i do 2,8 proc. w 2070 r., przy znacznych różnicach między państwami członkowskimi (scenariusz referencyjny Ageing Working Group). Prognozy te zakładają, że w polityce obecnie stosowanej w odniesieniu do systemów ODT w państwach członkowskich nie zajdą zmiany oraz że połowa prognozowanego wzrostu oczekiwanej długości życia przypada na okres pełnej sprawności. Według tych szacunków Polska ma odnotować najwyższy wzrost wydatków na ODT – o prawie 200 proc. w latach 2019-2070 (wzrost o 0,8 proc. w 2019 r., o 1,1 proc. w 2030 r., o 1,7 proc. w 2050 r. i o 2,4 proc. w 2070 r.)¹⁰² (**rycina 54**). Przy określaniu wskaźników kosztów przyjęto założenie, że obecna polityka będzie kontynuowana, i choć nie jest to przedmiotem niniejszego raportu, należy zauważyć, że przyszłe koszty ODT są pochodną dzisiejszych inwestycji w profilaktykę. Strategie mające na celu zwiększenie wydatków na ODT powinny być rozważane w połączeniu właśnie z inwestycjami w profilaktykę, a zwłaszcza z efektywnymi kosztowo interwencjami w zakresie zdrowia publicznego. Pod względem wydatków na działania profilaktyczne Polska zajmuje drugie od końca miejsce wśród 27 krajów UE¹⁰³. Jednocześnie wykazano, że interwencje związane z profilaktyką są efektywne kosztowo w aspekcie lat życia skorygowanych o jego jakość (QALY)¹⁰⁴.

102 Na potrzeby tych obliczeń AWG przyjęła, że w 2019 r. Polska wydała na ODT 0,8 proc. PKB.

103 OECD. (2023). *Health Expenditure and Financing*. <https://stats.oecd.org/#>. mierzone w bieżących parytetach siły nabywczej (PPPs) na mieszkańca.

104 Owen, Lesley i in. (2012). The cost-effectiveness of public health interventions. *Journal of Public Health*, 1(2012), s. 37–45. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdr075>

Rycina 54. Przewidywany wzrost wydatków na ODT w latach 2019-2070 jako udział w PKB na podstawie scenariusza AWG



Źródło: Dyrekcja Generalna Komisji Europejskiej ds. gospodarczych i finansowych (2021). The 2021 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2019-2070). Urząd Publikacji UE

Zmniejszenie luki finansowej spowodowałoby transformację systemu ODT i przyniosło szersze korzyści dla gospodarki

i społeczeństwa. Obecne szacunki sugerują, że Polska wydaje kilkakrotnie mniej, niż wynosi średnia unijna, mimo że ma jedną z najszybciej starzejących się populacji w UE. Bez odpowiedniego finansowania jest mało prawdopodobne, aby reformy we wszystkich obszarach rozwiązań osiągnęły pełny potencjał lub skalę niezbędną, by zaspokoić obecne i przyszłe potrzeby polskiego społeczeństwa. Inwestycje w ODT nie tylko poprawiają system i doświadczenia beneficjentów, ale także przynoszą korzyści w wielu różnych obszarach, w tym w sferze aktywności zawodowej – zmniejszają zakłócenia w życiu zawodowym wynikające z obowiązków związanych z opieką, mogą też zmniejszyć stres i wypalenie zawodowe opiekunów rodzinnych, którymi są głównie kobiety. Wszystko to przyczynia się do

budowania zdrowszego i bardziej produktywnego społeczeństwa. Zwiększenie finansowania do poziomu notowanego w innych regionach UE wymagałoby znacznego podniesienia wydatków na ODT w relacji do PKB. Jednoczesne określenie docelowego poziomu wydatków w oparciu o porównywalne wskaźniki notowane w innych krajach UE mogłoby pomóc w perspektywie krótkoterminowej, a bardziej zrównoważone i długoterminowe opcje można by opracować w następstwie przeglądu wydatków publicznych (PER). Należy dokonać przeglądu obecnego systemu finansowania świadczeń (w tym świadczeń pieniężnych) w celu oceny efektywności i optymalizacji przepływów finansowych. Polska otrzymuje finansowanie z funduszy UE, które wspierają projekty ODT. Część tych projektów nie była kontynuowana po okresie pilotażowym ze względu na ograniczone środki władz lokalnych, dlatego zwiększenie wydatków z budżetu państwa zapewni większą stabilność i trwałość oraz zmniejszy zależność rządu od finansowania z UE. Aby jednak zaradzić natychmiastowym i pilnym niedoborom w podaży ODT, najskuteczniejszym rozwiązaniem krótkoterminowym będzie zwiększenie finansowania ODT z budżetu państwa.

ROZWIĄZANIE Z ZAKRESU FINANSOWANIA NR 1: Zwiększenie finansowania ODT z budżetu państwa

KLUCZOWE OBSZARY: KOORDYNACJA/INTEGRACJA, DEINSTYTUCJONALIZACJA, RYNEK PRACY

System ODT w Polsce jest niedofinansowany i słabo rozwinięty – wymaga długoterminowych starań w celu zapewnienia dobrej kondycji fiskalnej systemu oraz zapewnienia dostępnej opieki wysokiej jakości, która będzie w stanie nadążyć za rosnącym popytem. Jak wspomniano w części „Rozwiązanie z zakresu finansowania nr 1”, same tylko prognozy demograficzne wskazują, że wydatki na system ODT muszą wzrosnąć o 200 proc. do 2070 r. Ma to miejsce w sytuacji, w której obecne poziomy świadczeń są

niewystarczające, czas oczekiwania jest długi, a obowiązki związane z opieką spadają na członków rodziny i lokalną społeczność. Aby zapewnić, że system będzie w stanie się utrzymać, sprostać rosnącemu zapotrzebowaniu na opiekę i zmniejszyć nierówności w dostępie do usług, konieczne będzie wygospodarowanie miejsca w budżecie fiskalnym poprzez zwiększenie przychodów, realokację zasobów lub znalezienie oszczędności w innych sektorach. Choć dwie ostatnie opcje wyglądają atrakcyjnie, skala problemu będzie wymagać pozyskania funduszy lub przesunięć budżetowych na znaczną skalę oraz poszukiwania nowych mechanizmów finansowania.

Szczegółowy przegląd wydatków publicznych, PER, może dać krajowym decydentom lepszy obraz wyzwań związanych z zarządzaniem budżetem i polityką fiskalną, jednocześnie wskazując priorytetowe obszary reform i wyznaczając agendę planowania budżetowego. Poprzez zbadanie, w jaki sposób wydatki publiczne są alokowane i zarządzane, można ocenić ich oddziaływanie oraz skuteczność planowania i wykonania budżetu. Należy dokonać przeglądu obecnego systemu finansowania świadczeń (w tym świadczeń pieniężnych) w celu oceny efektywności i optymalizacji przepływów finansowych. Obejmuje to ocenę wykorzystania podatków zdrowotnych, w tym podatków od tytoniu i napojów słodzonych cukrem, na wydatki w sektorze zdrowia. Prognozowanie potrzeb w zakresie ODT w perspektywie średnio- i długoterminowej jest ważne również dla określenia odpowiedniej kwoty wydatków dla Polski. W ramach PER możliwe rozwiązania służące zniwelowaniu luki w finansowaniu ODT mogą obejmować: zmianę składek zdrowotnych, rentowych i emerytalnych; utworzenie dodatkowego funduszu w celu zabezpieczenia budżetu na ODT w przyszłości oraz opracowanie dodatkowych opcji ubezpieczenia publicznego lub prywatnego (informacje o silnych i słabych stronach różnych modeli finansowania ODT w kontekście międzynarodowym, w tym przykłady struktury kosztów, zamieszczono w załączniku)¹⁰⁵.

¹⁰⁵ Foresight Centre. (2021). *The future of long-term care. Development trends up to 2035*. <https://arenguseiree/en/the-future-of-long-term-care-development-trends-up-to-2035/>

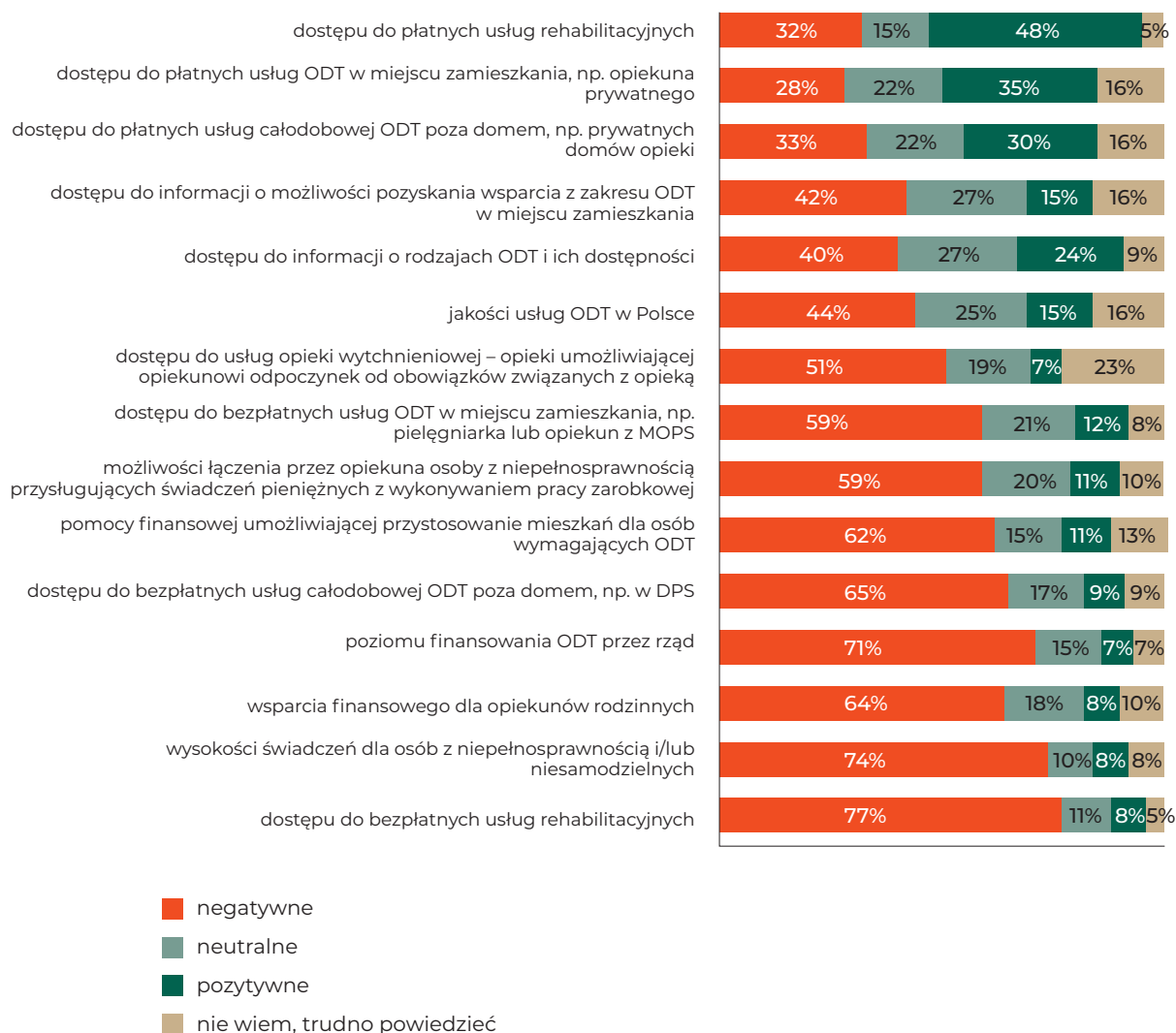
Należy przeprowadzić analizę kosztów i korzyści w celu oceny wpływu zwiększonej składki na świadczenia zdrowotne lub społeczne na stabilność finansową systemu, ale w taki sposób, aby zminimalizować fragmentację finansowania usług.

ROZWIĄZANIE Z ZAKRESU FINANSOWANIA NR 2: Przegląd wydatków publicznych pod kątem efektywności nakładów na ODT i zaproponowanie rozwiązań budżetowych gwarantujących stabilność fiskalną systemu

KLUCZOWE OBSZARY: KOORDYNACJA/INTEGRACJA, DEINSTYTUCJONALIZACJA, RYNEK PRACY

W ankiecie BŚ z 2023 r. respondenci zgłosili obawy związane z niedostatecznym finansowaniem świadczeń. Opinia społeczeństwa na temat poziomu finansowania ODT ze środków publicznych w Polsce jest zdecydowanie negatywna – 57 proc. respondentów wyraziło niezadowolenie w tej kwestii. Szczególnie krytyczne opinie dotyczyły wsparcia finansowego dla opiekunów rodzinnych, świadczeń dla osób z niepełnosprawnością i/lub niesamodzielnych oraz dostępu do bezpłatnych usług rehabilitacyjnych (**rycina 55**). Podobny poziom niezadowolenia odnotowano wśród osób świadczących lub otrzymujących usługi ODT – 72 proc. tej grupy wyraziło opinie negatywne.

Rycina 55. „Kiedy myśli Pan(i) o usługach ODT w Polsce, jakie jest Pana(-i) zdanie na temat...”



Źródło: Badanie ankietowe na reprezentatywnej próbie Polaków, BŚ 2023

Aby podnieść poziom finansowania ze środków publicznych, krajowy system finansowania powinien motywować samorządy lokalne do zwiększania nakładów finansowych. Koszty ponoszone przez samorządy lokalne można byłoby powiązać z dotacją z budżetu centralnego na konkretne zadania z zakresu ODT, np. UO, SUO, opiekę wytchnieniową lub asystencję osobistą. Poziom tej dotacji mógłby być wyznaczany algorytmem uwzględniającym potencjalny popyt na usługi w danym samorządzie (np. wielkość gminy, udział osób starszych w populacji, liczba osób z niepełnosprawnością). Typy dotowanych usług

mogłyby tworzyć koszyk świadczeń, ujętych obecnie w programach rządowych i zadaniach własnych gmin o charakterze opiekuńczym. Innym rozwiązaniem byłoby wprowadzenie bonów na usługi ODT, finansowanych z budżetu centralnego i budżetów regionalnych; bony byłyby dostępne dla beneficjentów, którzy mogliby je wydać na określone usługi z listy usług ODT. Wykorzystanie bonów mogłoby być wspomagane przez usługi wsparcia na poziomie społeczności i koordynatorów ODT. Należy położyć silny nacisk na interwencje, które będą się przyczyniać do dalszej deinstytucjonalizacji, takie jak opieka środowiskowa, w tym opieka dzienna i domowa. Usługodawców świadczących opiekę domową i środowiskową należy potraktować priorytetowo poprzez konkurencyjne procedury przetargowe, szczególnie w przypadku podmiotów ekonomii społecznej. Nowy model finansowania powinien również zawierać wyraźne zachęty do dbania o jakość, innowacyjność i odpowiedzialność oraz zachęcać do integracji pomiędzy sektorami ochrony zdrowia i pomocy społecznej przy pomocy jasno zdefiniowanych wskaźników monitorowania wykorzystania środków finansowych w ramach dotacji.

ROZWIĄZANIE Z ZAKRESU FINANSOWANIA NR 3: Zapewnienie

adekwatnych nakładów na ODT na każdym poziomie (krajowym, wojewódzkim, lokalnym) i w każdym trybie świadczenia usług (stacjonarnym, domowym, dziennym), z uwzględnieniem mechanizmu, jakim są bony opiekuńcze finansowane ze środków publicznych i dysponowane lokalnie (przez JST) jako adresowana do grupy docelowej dotacja popytowa umożliwiająca zakup usług ODT na dobrze uregulowanym rynku prywatnym

KLUCZOWE OBSZARY: KOORDYNACJA/INTEGRACJA, DEINSTYTUCJONALIZACJA, RYNEK PRACY

Chociaż nie dla wszystkich wskaźników dostępne jest finansowanie na poziomie regionalnym, finansowanie usług ODT jest bardzo zróżnicowane, podobnie jak rozmieszczenie finansowania UE.

W ramach przeglądu systemu ODT zaobserwowano znaczne zróżnicowanie regionalne wydatków na beneficjenta w ramach usług opieki domowej w sektorze społecznym. Średnio na jednego beneficjenta w 2021 r. wydano 6375,9 zł, od 4252,7 zł w województwie śląskim do 9746,4 zł w województwie świętokrzyskim (**tabela 8**). Znaczne różnice pomiędzy regionami występują również w przypadku specjalistycznych usług opieki domowej. Najniższe wydatki na beneficjenta wynoszą 1585,6 zł w województwie opolskim, a najwyższe 17 869,1 zł w województwie warmińsko-mazurskim (**tabela 9**). Podobne zróżnicowanie można zaobserwować w przypadku usług opieki zdrowotnej, dla których dostępne są dane. Dysproporcje w finansowaniu występują nie tylko w wydatkach publicznych, finansowanie unijne również nie jest równomiernie wykorzystywane i rozdysponowane w całym kraju. Zróżnicowana jest też dostępność infrastruktury. Przykładowo w województwie opolskim znajduje się tylko jeden ZPO, oferujący sześć miejsc, podczas gdy województwo śląskie dysponuje 1344 łózkami w 22 takich placówkach. Wynika to częściowo z dostępności środków, ale wskazuje również na zróżnicowanie rodzajów dostępnych usług, aktywność władz lokalnych w poszukiwaniu współfinansowania i planowanie strategiczne na tym poziomie. W związku z tym ten obszar rozwiązań uzupełnia rozwiązania opisane w części „E. Różnice regionalne w zakresie planowania strategicznego rozwoju opieki długoterminowej”.

W ramach struktury motywacyjnej dla samorządów lokalnych można zastosować różnego rodzaju zachęty, które wesprą je w podejmowaniu wysiłków na rzecz działań z zakresu ODT współfinansowanych ze środków UE. Pomyślne wdrożenie rozwiązań ODT jest w dużej mierze uzależnione od udziału samorządów lokalnych, a w szczególności od inicjowania przez nie projektów, takich jak identyfikacja potrzeb specyficznych dla ich społeczności, koordynacja z sąsiednimi samorządami regionalnymi w celu wzajemnego uzupełniania posiadanego potencjału oraz przeszukiwanie bazy danych projektów UE w celu zidentyfikowania tych, które mogą

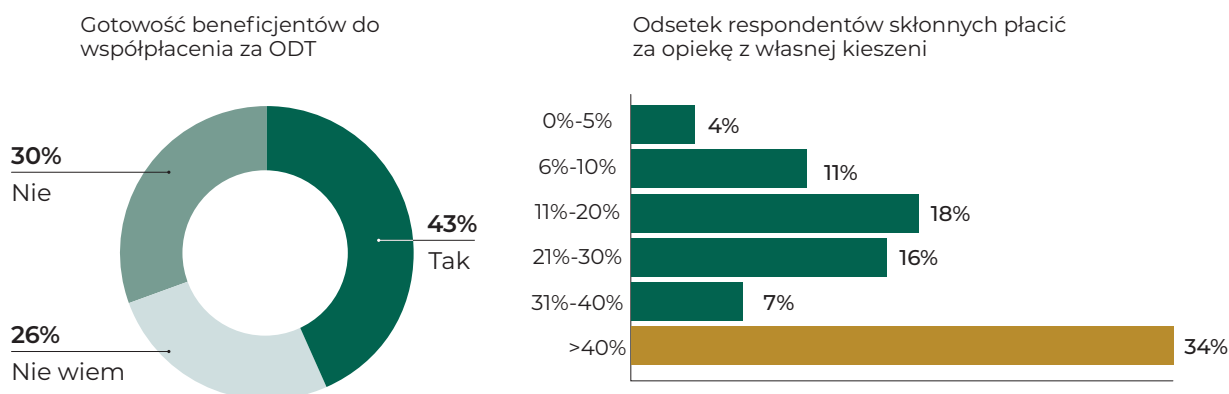
odpowiadać potrzebom ich regionu. Zachętami do wdrażania zalecanych rozwiązań mogą być np.: celowane pakiety informacyjno-edukacyjne ułatwiające samorządom aplikowanie o środki unijnie; stworzenie bazy wymiany informacji o dobrych praktykach wdrażanych w obszarze ODT przez inne samorządy, a współfinansowanych ze środków unijnych, jak również spotkania organizowane przez resort zdrowia i resort pomocy społecznej z wybranymi przedstawicielami samorządów, np. w ramach Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu. Takie spotkania pozwoliłyby na omówienie potencjalnych interwencji i otwierały możliwości uzyskania dodatkowego wsparcia ze strony rządu. Problemem są różnice w kwestii wykorzystania finansowania unijnego, jednak dla zrównoważonego rozwoju ODT w Polsce kluczowe jest również zapewnienie bardziej stabilnej przestrzeni fiskalnej w budżecie państwa i budżetach samorządów (rozwiązanie z zakresu finansowania nr 1).

ROZWIĄZANIE Z ZAKRESU FINANSOWANIA NR 4: Wprowadzenie mechanizmów wsparcia dla JST, które zobowiążą się do rozwijania inicjatyw w obszarze ODT zgodnie z zalecanymi kierunkami działań

KLUCZOWE OBSZARY: KOORDYNACJA/INTEGRACJA, DEINSTYTUCJONALIZACJA, RYNEK PRACY

Mimo powszechnego przekonania o niewystarczającym poziomie finansowania ODT nie ma pełnej zgody co do sposobu, w jaki usługi te powinny być finansowane. Zapotrzebowanie na opiekę w sektorze publicznym szybko rośnie, system musi więc generować dodatkowe przychody, aby zachować wypłacalność, zwłaszcza że liczba ludności w wieku produkcyjnym ma się zmniejszać. Niemal połowa respondentów (43 proc.) jest gotowa współpłacić za ODT (**rycina 56**). Negatywnie na temat współpłacenia wypowiada się 30 proc. respondentów, natomiast 26 proc. nie ma zdania. Spośród 90 respondentów 34 osoby są skłonne zapłacić 40 proc. kosztów godziny opieki prywatnej, przy założeniu, że godzina opieki kosztuje 50 zł (**rycina 56**).

Rycina 56. Gotowość beneficjentów do współpłacenia za ODT



Źródło: BŚ 2023, badanie ankietowe na reprezentatywnej próbie Polaków

W ramach przeglądu wydatków publicznych, PER, nowy model współpłacenia mógłby zostać przeanalizowany jako jeden z możliwych sposobów na zwiększenie przychodów przy jednoczesnej ochronie przystępności usług dla beneficjentów o ograniczonych możliwościach finansowych. Model ten można wdrożyć poprzez wprowadzenie stałych kwot współpłacenia, szczególnie w odniesieniu do osób, które mogą sobie na to pozwolić, bez znacznego obciążania mniej zamożnych grup społecznych. Dostosowanie poziomów współpłacenia może pomóc zrównoważyć różnice w finansowaniu, zapewniając, że osoby, które mogą sobie pozwolić na płacenie więcej, będą wносить proporcjonalny wkład, zmniejszając obciążenie budżetów gmin. Poprzez przejrzystą i wyważoną rewizję poziomów współpłacenia rząd może zademonstrować dążenie do sprawiedliwego podziału obciążeń, odpowiadając na obawy społeczeństwa dotyczące finansowania. Sprawiedliwy system współpłacenia jest niezbędny do utrzymania zaufania publicznego i złagodzenia obaw związanych z finansowaniem ODT. System współpłacenia już istnieje w Polsce i dlatego jego modyfikacja może być rozwiązaniem praktycznym, jednak przegląd, PER, może uwzględnić alternatywne opcje, które zminimalizują trudności finansowe i pozwolą na innowacyjne finansowanie systemu. Ponadto dywersyfikację źródeł finansowania może zapewnić poprzez zachęcanie do łączenia środków publicznych i prywatnych w finansowaniu ODT. Można tu uwzględnić zachęty do prywatnych ubezpieczeń, inwestycji i składek. Każde rozwiązanie

powinno zostać ocenione pod kątem jego skutków finansowych oraz zapewniać, że opieka pozostanie przystępna cenowo i dostępna.

ROZWIĄZANIE Z ZAKRESU FINANSOWANIA NR 5: Ocena dotychczasowego systemu współpłacenia i przygotowanie do wdrożenia zmodyfikowanych zasad współpłacenia za usługi ODT w celu pozyskania dodatkowych przychodów bez obciążania finansowego słabszych grup społecznych

KLUCZOWE OBSZARY: KOORDYNACJA/INTEGRACJA, DEINSTYTUCJONALIZACJA, RYNEK PRACY

Obecnie w Polsce funkcjonuje mieszany rynek usług opiekuńczych, w związku z czym obywatele są nadal w znacznym stopniu zaangażowani w nabywanie usług opiekuńczych, zwłaszcza w sektorze społecznym. Oprócz systemów współpłacenia, w celu zapewnienia beneficjentom większego wyboru w zakresie opieki, należy wspierać ich w przygotowaniu się na przyszłe koszty opieki, jeśli będą jej wymagać. Podobnie jak w przypadku oszczędzania na emeryturę lub na wypadek niekorzystnego zdarzenia losowego powinno istnieć więcej narzędzi umożliwiających obywatelom jak najlepsze wykorzystanie ich oszczędności. Co więcej, mimo że działania profilaktyczne i inwestycje związane ze zdrowiem są skutecznymi i efektywnymi kosztowo sposobami na zapobieganie potencjalnemu uzależnieniu od opieki, 41 proc. respondentów ankiety przeprowadzonej przez BŚ stwierdziło, że nie podejmuje żadnych wysiłków, aby pozostać zdrowym, sprawnym i/ lub niezależnym tak długo, jak to możliwe. Ponadto okazało się, że ludzie nie planują swojej przyszłości w wystarczającym stopniu: 55 proc. osób w wieku powyżej 65 lat nigdy nie rozmawiało z rodziną lub przyjaciółmi o kwestiach związanych ze starzeniem się i przyszłymi potrzebami w zakresie opieki, w przypadku osób w wieku 45-64 lat odsetek ten wynosi 71 proc.

Potencjalnym uzupełnieniem dodatkowego finansowania ODT ze środków publicznych może być zachęcanie obywateli do planowania finansowego pod kątem przyszłych potrzeb w zakresie ODT oraz działań w zakresie profilaktyki zdrowotnej w celu uniknięcia lub opóźnienia ODT na późniejszym etapie życia. Można wprowadzić zachęty promujące oszczędzanie lub inwestowanie w ubezpieczenie od kosztów ODT, zachęcając do przyjęcia osobistej odpowiedzialności za koszty ODT. Dodatkowe formy oszczędzania lub ubezpieczania się powinny brać pod uwagę sprawiedliwość społeczną, osobistą odpowiedzialność. Nowe programy – zarówno oszczędnościowe, jak i ubezpieczeniowe – powinny być zaprojektowane w taki sposób, aby uczestnictwo w nich było przystępne finansowo, a odpowiednia ochrona ubezpieczeniowa zapewniona niezależnie od sytuacji społeczno-ekonomicznej i społeczno-demograficznej danej osoby.

ROZWIĄZANIE Z ZAKRESU FINANSOWANIA NR 6: Wprowadzenie zachęt i promowanie narzędzi dla osób gotowych zadbać o swoje przyszłe potrzeby w obszarze ODT poprzez inwestycje związane ze zdrowiem i dobrowolne inwestycje finansowe w formie oszczędności, ubezpieczeń i podobnych rozwiązań

KLUCZOWE OBSZARY: KOORDYNACJA/INTEGRACJA, DEINSTYTUCJONALIZACJA, RYNEK PRACY

B. ZWIĘKSZENIE STABILNOŚCI PROGRAMÓW RZĄDOWYCH

Ten obszar rozwiązań ma na celu wzmocnienie stabilności programów rządowych w zakresie ODT. Od 2015 r. wprowadzano programy celowe mające wspierać aktywizację osób starszych i z niepełnosprawnością oraz realizację usług na ich rzecz. Niektóre z tych programów funkcjonują nieprzerwanie od tego czasu („Senior+”), inne

zostały wprowadzone później i w cyklu rocznym działają do dziś („Opieka 75+”, „Opieka wytchnieniowa”, „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”). Istniały jednak również programy, które działały przez kilka lat, a następnie zostały zaniechane, np. „Usługi opiekuńcze dla osób niepełnosprawnych”. Programy funkcjonują w cyklu rocznym i co roku JST mogą ubiegać się o dofinansowanie. Co do zasady programy mają na celu uzupełnienie luk w realizacji usług, zwiększenie ogólnej liczby świadczonych usług, wprowadzanie innowacyjnych rozwiązań oraz promowanie nowych rodzajów opieki przeznaczonych dla konkretnych odbiorców (np. opiekunów rodzinnych nieotrzymujących wynagrodzenia). Nierówności wynikają z faktu, że niektóre władze lokalne mogą nie mieć zdolności do ubiegania się o dodatkowe finansowanie, a w rezultacie świadczą mniej usług niż inni lub świadczą je w ograniczonym zakresie.

Programy przeznaczone dla określonych grup docelowych lub takie, które początkowo miały charakter celowy czy miały określone ramy czasowe, powinny być lepiej osadzone w powszechnym systemie ODT. Wymaga to odpowiednich ram prawnych i dedykowanego finansowania. ODT w Polsce jest obecnie świadczona jako zbiór różnorodnych usług. Rozpoczęcie działań mających na celu usprawnienie systemu i identyfikację luk wymagają zrozumienia obecnych elementów systemu i zintegrowania tych usług we wspólnych ramach. Jednym z kluczowych aspektów jest przyjęcie ustawy o ODT, której celem jest restrukturyzacja istniejących systemów. Proponowane przepisy regulowałyby kwestie definicji, dostępności usług, standardów jakości, kompetencji poszczególnych instytucji, rozwoju personelu, systemów bazodanowych, nowych technologii i ich finansowania. O ile samą ustawę można opracować szybko, o tyle jej wdrożenie, w tym przygotowanie personelu, systemów raportowania i narzędzi takich jak protokoły opieki, wymaga systematycznych, długoterminowych wysiłków. Integracja takich programów będzie prawdopodobnie wymagać większej ilości dedykowanych zasobów zarówno publicznych, jak i prywatnych.

ROZWIĄZANIE Z ZAKRESU FINANSOWANIA NR 7: Koordynacja publicznego finansowania i legislacji w obszarze ODT

KLUCZOWE OBSZARY: KOORDYNACJA/INTEGRACJA, DEINSTYTUCJONALIZACJA, RYNEK PRACY

W dłuższej perspektywie organizowanie usług w ramach rocznych programów prowadzi do nierówności pomiędzy różnymi usługodawcami i powoduje brak ich stabilności. Wspomniane programy są często wdrażane na krótki czas, a ich niestabilność wynika po części z rocznego cyklu planowania. Od władz lokalnych oczekuje się opracowania planów deinstytucjonalizacji i świadczenia usług społecznych, jednak nie mają one pewności, czy i o jaki rodzaj usług będą mogły ubiegać się każdego roku. W praktyce rząd regularnie przydziela środki na realizację programów, co oznacza, że ogólny poziom finansowania ODT jest stosunkowo konsekwentnie zwiększany, jednak planowanie finansowania w cyklach rocznych sprawia, że istniejąca w praktyce konsekwencja nie eliminuje niepewności wśród podmiotów wdrażających programy. Aby przeciwdziałać temu problemowi, programy powinny otrzymywać finansowanie na wiele lat albo wybrane rozwiązania powinny być sformalizowane jako element zwykłych zadań OPS lub CUS i finansowane z budżetu ogólnego. Taka rewizja zobowiązań finansowych jest niezbędna do zwiększenia dostępności i trwałości rozwiązań, które funkcjonują od lat i przyniosły pozytywne rezultaty, a także do promowania dodatkowych rozwiązań w zakresie opieki.

Wieloletnie finansowanie ma zatem fundamentalne znaczenie dla zapewnienia inicjatywom z zakresu ODT stabilności, której tak bardzo potrzebują. Dzięki gwarancji finansowania przez wiele lat system ODT zyska solidne podstawy finansowe, pozwalające na lepsze planowanie długoterminowe; będzie mieć również gwarancję stabilności zasobów. Ta stabilność pozwoli usprawnić procesy administracyjne, ograniczyć potrzebę częstego poszukiwania funduszy i skupić się na zapewnieniu

wysokiej jakości opieki. Dzięki wieloletniemu finansowaniu dostawcy ODT będą mogli przeznaczyć więcej środków na szkolenie personelu, rozwój infrastruktury i poprawę jakości usług, co przełoży się na lepsze wyniki opieki nad osobami starszymi. Odpowiednie fundusze powinny zostać zapewnione nie tylko na cele świadczenia usług, ale także na badania, zbieranie danych i analizy w tym zakresie.

ROZWIĄZANIE Z ZAKRESU FINANSOWANIA NR 8: Zapewnienie wieloletniego finansowania inicjatyw w obszarze ODT w celu zagwarantowania stabilności oraz długofalowego podejścia do planowania i alokacji zasobów

KLUCZOWE OBSZARY: KOORDYNACJA/INTEGRACJA, DEINSTYTUCJONALIZACJA, RYNEK PRACY

Aby zapewnić wdrażanie najlepszych usług ODT, należy ocenić ich skuteczność. Wiele krótkoterminowych projektów w Polsce zapewnia usługi o kluczowym znaczeniu dla osób potrzebujących, jednak zasadniczo celem takich programów jest zwykle pilotowanie lub testowanie wybranych interwencji pod kątem ich skuteczności w danej społeczności lub lokalizacji. W związku z tym ocenianie interwencji i określanie, które z nich powinny być skalowane i kontynuowane, powinno odbywać się w sposób bardziej systematyczny i oparty na wynikach. Dzięki temu poprawi się ukierunkowanie finansowania projektów i skuteczne działania będą nagradzane.

Stabilne finansowanie, w postaci wsparcia finansowego opartego na wynikach, może zatem wprowadzić element rozliczalności. Programy, które podlegają niezależnej ewaluacji i otrzymują pozytywne oceny, powinny być nagradzane trwałym finansowaniem. Takie podejście będzie motywować dostawców ODT do utrzymywania wysokich standardów i ciągłego doskonalenia swoich usług w celu spełnienia kryteriów oceny. Element rozliczalności zagwarantuje, że finansowanie będzie przydzielane programom, które będą konsekwentnie świadczyć

opiekę wysokiej jakości, i będzie stanowić silną motywację do doskonalenia. Jedną z opcji nagradzania za wyniki są zakupy strategiczne. Dzięki przeglądowi wydatków publicznych PER (rozwiązanie z zakresu finansowania nr 2) wydatki na ODT będą oceniane pod kątem ich efektywności, a zakupy strategiczne mogą być brane pod uwagę przy alokacji środków finansowych z budżetów centralnych i lokalnych. Zakupy strategiczne polegają na alokacji zasobów w oparciu o informacje o usługodawcy: do jakiej grupy kieruje swoje usługi, jakiego rodzaju usługi świadczy i jak skuteczny jest w zapewnianiu opieki. Realizowane są za pomocą opartego na dowodach procesu identyfikacji usług, jakie powinny być zakupione, przez kogo powinny być opłacane i w jaki sposób¹⁰⁶. Co więcej, będzie to sprzyjać elastyczności w ramach systemu ODT, pozwalając mu ewoluować zgodnie ze zmieniającymi się potrzebami i najlepszymi praktykami. Przykłady takich rozwiązań, zastosowanych np. w Szwecji i Holandii w odniesieniu do zachęt finansowych na rzecz ODT, można znaleźć w załączniku „Przykłady międzynarodowe – istotne dla Polski”. Programy, które wyróżnią się podczas oceny, mogą być rozbudowywane lub replikowane, natomiast te, które osiągają słabsze wyniki, mogą być restrukturyzowane lub wycofywane, dzięki czemu system ODT będzie dynamiczny i elastyczny.

ROZWIĄZANIE Z ZAKRESU FINANSOWANIA NR 9: Powiązanie finansowania inicjatyw w obszarze ODT z pozytywnymi wynikami procesu ich oceny, premiowanie jakości, doskonałości i elastyczności stosownie do zmieniających się potrzeb

KLUCZOWE OBSZARY: KOORDYNACJA/INTEGRACJA, DEINSTYTUCJONALIZACJA, RYNEK PRACY

106 WHO. (2019). *Purchasing health services for universal health coverage: how to make it more strategic?* <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UCH-HGF-PolicyBrief-19.6>

Podsumowanie rozwiązań w obszarze finansowania

ROZWIĄZANIA Z ZAKRESU FINANSOWANIA	ROZWIĄZYWANY PROBLEM	KLUCZOWY OBSZAR	CEL ODT
1. Zwiększenie finansowania ODT z budżetu państwa 2. Przegląd wydatków publicznych pod kątem efektywności nakładów na ODT i zaproponowanie rozwiązań budżetowych gwarantujących stabilność fiskalną systemu 3. Zapewnienie adekwatnych nakładów na ODT na każdym poziomie (krajowym, wojewódzkim, lokalnym) i w każdym trybie świadczenia usług (stacjonarnym, domowym, dziennym), z uwzględnieniem mechanizmu, jakim są bony opiekuńcze finansowane ze środków publicznych i dysponowane lokalnie (przez JST), jako adresowana do grupy docelowej dotacja popytowa umożliwiająca zakup usług ODT na dobrze uregulowanym rynku prywatnym 4. Wprowadzenie mechanizmów wsparcia dla JST, które zobowiążą się do rozwijania inicjatyw w obszarze ODT zgodnie z zalecanymi kierunkami działań 5. Ocena dotychczasowego systemu współpłacenia i przygotowanie do wdrożenia zmodyfikowanych zasad współpłacenia za usługi ODT w celu pozyskania dodatkowych przychodów bez obciążania finansowego słabszych grup społecznych 6. Wprowadzenie zachęt i promowanie narzędzi dla osób gotowych zadbać o swoje przyszłe potrzeby w obszarze ODT poprzez inwestycje związane ze zdrowiem i dobrowolne inwestycje finansowe w formie oszczędności, ubezpieczeń i podobnych rozwiązań	A. Niskie w porównaniu z innymi krajami UE wydatki na ODT; dysproporcje w wydatkach na różnych poziomach opieki	Koordinacja/ integracja, deinstytucjonalizacja, rynek pracy	Efektywne finansowanie
7. Koordinacja publicznego finansowania i legislacji w obszarze ODT 8. Zapewnienie wieloletniego finansowania inicjatyw w obszarze ODT w celu zagwarantowania stabilności oraz długofalowego podejścia do planowania i alokacji zasobów 9. Powiązanie finansowania inicjatyw w obszarze ODT z pozytywnymi wynikami procesu ich oceny, premiowanie jakości, doskonałości i elastyczności stosownie do zmieniających się potrzeb	B. Zwiększenie stabilności programów rządowych	Koordinacja/ integracja, deinstytucjonalizacja, rynek pracy	Efektywne finansowanie

KADRY

PERSONEL OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W POLSCE

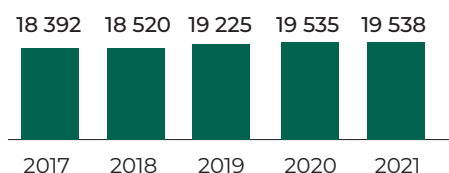
Ten obszar problemów rozwiązań dotyczy dostępności i różnic w zakresie rozmieszczenia i składu personelu w poszczególnych sektorach w Polsce. Jednym z czynników wpływających na dostępność i zróżnicowane rozmieszczenie personelu w polskim systemie ODT jest brak spójnych ram instytucjonalnych. Różne są zwłaszcza przepisy i wymogi kadrowe dla usługodawców ODT w sektorze ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Jest to częściowo konsekwencją podziału odpowiedzialności za usługi ODT pomiędzy te sektory. W opiece stacjonarnej w DPS, gdzie wymagania kadrowe dla placówek DPS określa rozporządzenie MRPiPS, większość personelu (97 proc.) to pracownicy etatowi. Większość placówek DPS egzekwuje określone przepisy dotyczące personelu, podczas gdy inni dostawcy usług ODT w sektorze społecznym nie podlegają rygorystycznej regulacji. Dotyczy to OW, gdzie podstawowy personel składa się z psychologów, terapeutów zajęciowych i rehabilitantów, oraz OPS, zatrudniających opiekunów bez ściśle określonych kwalifikacji. Dla odmiany sektor ochrony zdrowia, regulowany przez MZ, egzekwuje stosowanie minimalnych stawek wynagrodzeń i kwalifikacji na określonych stanowiskach medycznych związanych z usługami ODT. Zaobserwowano jednak zmniejszenie liczebności personelu medycznego w analizowanym okresie (dane liczbowe dotyczące poszczególnych sektorów znajdują się w sekcji „Kadry w opiece długoterminowej”).

Trudno jest oszacować liczbę beneficjentów przypadających na jednego pracownika ODT w różnych placówkach opiekuńczych, ale dostępne dane wskazują, że liczba ta jest nieproporcjonalnie duża

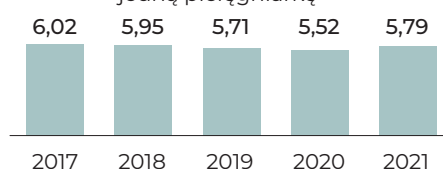
w opiece domowej w sektorze pomocy społecznej w porównaniu z sektorem ochrony zdrowia. W 2021 r. w opiece domowej realizowanej przez sektor społeczny zatrudnionych było łącznie 6918 pracowników, natomiast w systemie ochrony zdrowia aż 22 221, czyli ponad trzykrotnie więcej (**rycina 28** w części Kadry ODT). Różnica ta jednak może częściowo wynikać z formy zatrudnienia, jako że nie było dostępnych danych dotyczących podwykonawców zatrudnionych nie na etat, a w ramach umów kontraktowych.

Rycina 57. Pielęgniarki ODT w sektorze ochrony zdrowia

pielęgniarki - pracownicy ochrony zdrowia NFZ



Liczba pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę



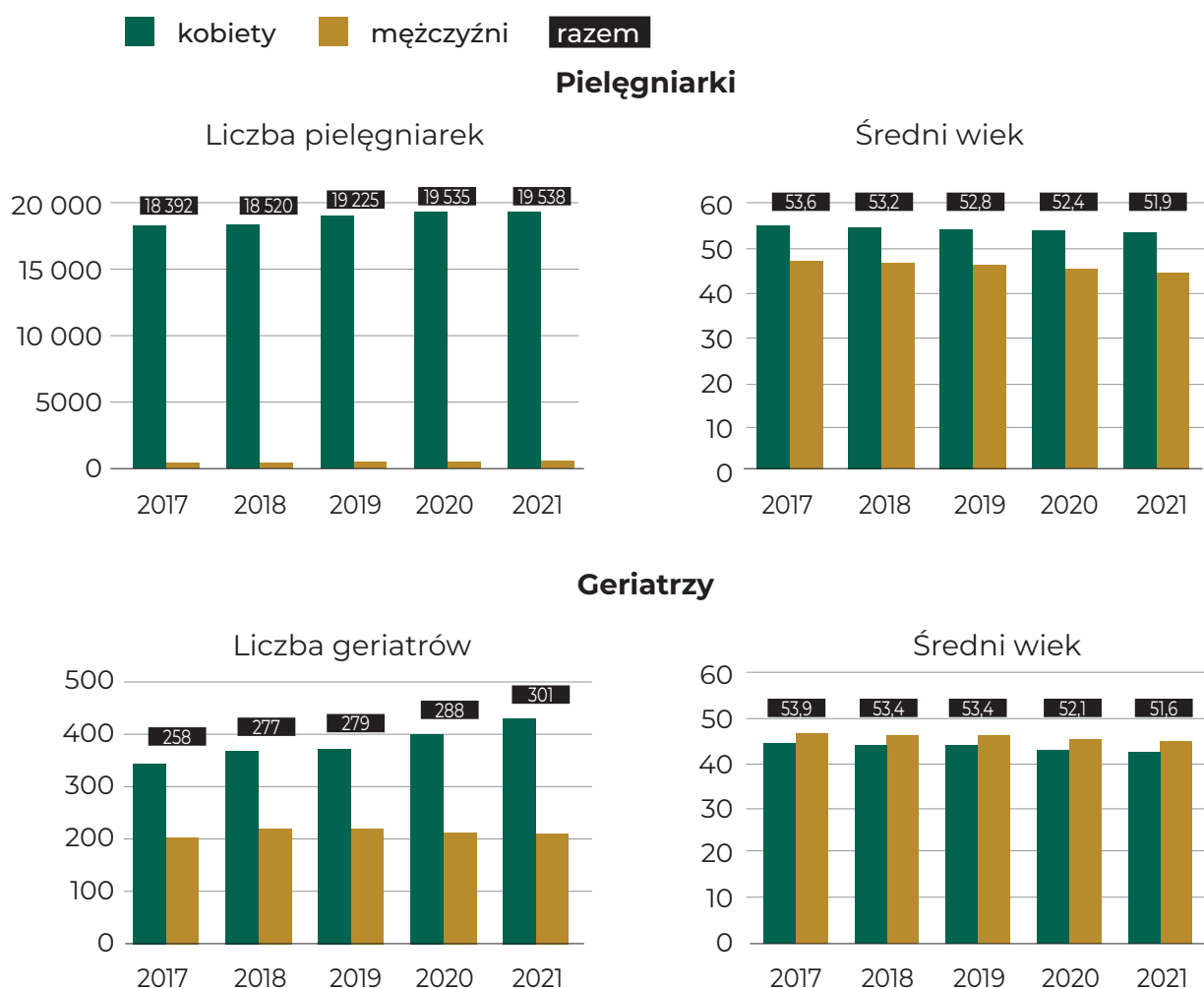
Województwo	Liczba pielęgniarek w 2021 r.	2021 r. w porównaniu do 2017 r.
śląskie	2475	146
mazowieckie	2359	69
małopolskie	2211	184
dolnośląskie	1772	-14
podkarpackie	1710	28
wielkopolskie	1263	6
lubelskie	1132	123
łódzkie	1129	180
pomorskie	898	15
świętokrzyskie	862	53
kujawsko-pomorskie	847	-18
opolskie	684	184
podlaskie	623	67
zachodniopomorskie	559	22
lubuskie	541	77
warmińsko-mazurskie	473	24

Województwo	Wskaźnik liczby pacjentów do liczby pielęgniarek w 2021 r.	2021 r. w porównaniu do 2017 r.
śląskie	8,13	-0,33
zachodniopomorskie	6,98	-0,57
warmińsko-mazurskie	6,64	-0,73
opolskie	6,46	-3,40
wielkopolskie	6,08	0,07
łódzkie	5,85	-0,50
lubelskie	5,79	-0,25
kujawsko-pomorskie	5,79	0,46
mazowieckie	5,78	0,00
podkarpackie	5,42	0,09
świętokrzyskie	5,25	-0,58
małopolskie	5,10	-0,20
lubuskie	5,01	0,14
dolnośląskie	4,68	-0,01
podlaskie	4,44	-0,34
pomorskie	3,85	-0,25

Źródło: BŚ 2023, opracowanie własne na podstawie danych NFZ za 2021 r.

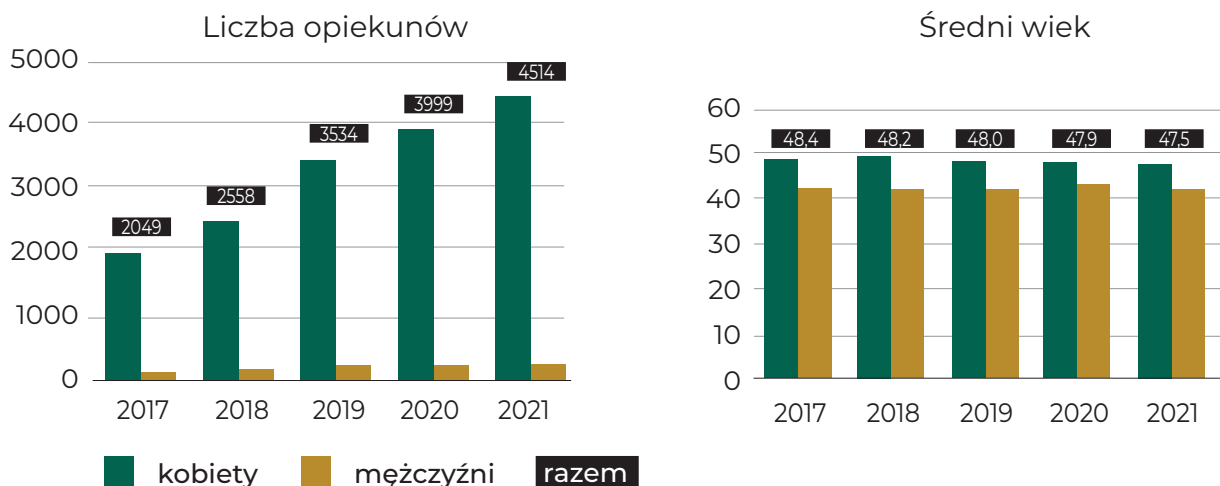
Wśród pracowników ODT w sektorze ochrony zdrowia przeważają kobiety, a mediana ich wieku to 52 lata. Wśród formalnie zatrudnionych pracowników ODT w Europie, z uwzględnieniem zarówno pracowników pomocy społecznej, jak i ochrony zdrowia, liczba kobiet przewyższa liczbę mężczyzn niemal dziewięć do jednego¹⁰⁷. Rozkład w Polsce jest podobny do europejskiego. Dane otrzymane przez BŚ od NFZ pokazują, że w ODT w sektorze ochrony zdrowia zatrudnionych jest znacznie więcej kobiet niż mężczyzn. W 2021 r. średni wiek pracowników ODT w sektorze ochrony zdrowia wynosił około 52 lat (**rycina 58**). Dane dotyczące pracowników otrzymane z MRPiPS dla sektora pomocy społecznej nie pozwoliły na identyfikację ani wieku, ani płci osób świadczących ODT.

Rycina 58. Wiek oraz płeć pracowników ODT w sektorze ochrony zdrowia w latach 2017-2021



¹⁰⁷ Dane KE i OECD, 2021 r.

Opiekunowie medyczni



Źródło: Analiza BŚ na podstawie danych NFZ za 2023 r.

Emigracja pracowników sektora opieki zdrowotnej jest powodem do niepokoju, ale oszacowanie jej poziomu jest trudne ze względu na brak danych na temat pracowników medycznych wyjeżdżających za granicę. NIK w raporcie z 2016 r. podkreślała, że brakuje wiarygodnych narzędzi do monitorowania emigracji pracowników ochrony zdrowia z Polski oraz że nie ma pełnej wiedzy na temat rzeczywistej skali tego zjawiska. Częściowo wynika to z faktu, że nie istnieją spójne mechanizmy gromadzenia statystyk i monitorowania ruchu pracowników medycznych. Dostępne dane opierają się głównie na liczbie zaświadczeń wydanych przez izby zawodowe, które uprawniają do praktykowania w innych krajach UE. Informacje zgromadzone przez krajowe izby zawodowe pokazują, że od 2004 r. (a więc od przystąpienia Polski do UE) 7-9 proc. lekarzy i pielęgniarek zdecydowało się ubiegać o takie zaświadczenia. Niemniej analiza danych z izb zawodowych za lata 2004-2020 wykazuje spadający trend emigracji w ostatnich latach. Można to tłumaczyć dwoma głównymi czynnikami: wzrostem wynagrodzeń krajowych w tym okresie oraz starzeniem się analizowanych grup zawodowych – intencje migracyjne wykazują negatywną korelację z wiekiem i doświadczeniem zawodowym.

W zestawieniu z porównywalnymi wskaźnikami dla UE liczba personelu ODT w Polsce jest niska. Liczba pacjentów ODT przypadających na pielęgniarkę pracującą w ODT w sektorze opieki zdrowotnej w Polsce jest stosunkowo niska w porównaniu z innymi krajami europejskimi. Według danych dostarczonych przez NFZ w 2021 r. na jedną pielęgniarkę przypadało średnio 5,8 pacjentów ODT (**rycina 57**). W przypadku sektora społecznego brakuje danych do przeprowadzenia podobnej analizy. Według danych OECD najniższy wskaźnik liczby pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę w opiece stacjonarnej odnotowano w Szwajcarii (1,8), a najwyższy w Estonii (29,3). Najniższy wskaźnik dla opieki domowej odnotowano w Portugalii (10,2), a najwyższy na Słowacji (aż 554 pacjentów na jedną pielęgniarkę ODT) (**tabela 22**). Polska nie została ujęta w tabeli, ponieważ dane dotyczące tego wskaźnika nie są dostępne w bazie OECD.

Tabela 22. Liczba pacjentów ODT w przeliczeniu na pielęgniarkę w opiece domowej i stacjonarnej (tylko w sektorze ochrony zdrowia) w wybranych krajach Europy – dane dla Polski nie były dostępne w analizowanym zbiorze

KRAJ (2022 LUB OSTATNI DOSTĘPNY ROK)	OPIEKA DOMOWA					OPIEKA STACJONARNA				
	PACJENCI ODT (KAŻDY WIEK)	PACJENCI ODT (65+)	PRACOWNICY ODT	WSKAŹNIK (KAŻDY WIEK)	WSKAŹNIK (65+)	PACJENCI (KAŻDY WIEK)	PACJENCI 65+	PRACOWNICY ODT	WSKAŹNIK (KAŻDY WIEK)	WSKAŹNIK (65+)
Dania	149 949,1	126 137,8	10 195	14,7	12,4	ND	38 908,0	5016	ND	7,8
Estonia	19 982	14 785	264	75,7	56,0	15 308	12 173	522	29,3	23,3
Finlandia	ND	ND	ND	ND	ND	63 847	50 833	5576	11,5	9,1
Niemcy	4 001 344	3 039 859	171 254	23,4	17,8	897 677	721 569	224 980	4,0	3,2
Węgry	205 547	160 353	14 186	14,5	11,3	76 174	54,956	19 471	3,9	2,8
Irlandia	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	6935	ND	ND
Włochy	ND	ND	ND	ND	ND	423 876	ND	31 872	13,3	ND
Luksemburg	10 662	7004	906	11,8	7,7	5402	4759	1404	3,8	3,4
Holandia	382 160	262 175	22 000	17,4	11,9	205 120	135 340	50 000	4,1	2,7
Portugalia	16 992	14 208	1668	10,2	8,5	33 801	27 826	4906	6,9	5,7
Słowacja	ND	ND	ND	ND	ND	39 623	29 944	2371	16,7	12,6
Słowenia	47,663	30 006	86	554,2	348,9	20 520	16 643	2479	8,3	6,7
Szwajcaria	440 747	309 094	33 605	13,1	9,2	89 285	84 368	49 323	1,8	1,7

Źródło: Analiza własna BS na podstawie danych OECD za 2023 r.

Nie są dostępne dane ilościowe, które umożliwiłyby porównanie wynagrodzeń na stanowiskach o podobnym charakterze w obu sektorach, jednak przeprowadzone na zlecenie BŚ badania jakościowe (grupy fokusowe) wskazały na postrzegane przez pracowników nierówności w tym obszarze. ODT w Polsce świadczona jest przez różne grupy zawodowe, w tym pielęgniarki, lekarzy, opiekunów medycznych i niemiedycznych, pracowników świadczących usługi opiekuńcze, edukacyjne i wspierające, pracowników socjalnych, rehabilitantów, terapeutów oraz licznych pracowników administracyjnych. Badania przeprowadzone przez BŚ sugerują, że pracownicy ODT w sektorze pomocy społecznej mają nie tylko niższy prestiż zawodowy, ale są również gorzej wynagradzani niż ich koledzy z sektora opieki zdrowotnej. I choć kompetencje pracowników tych dwóch sektorów mogą być różne, co może być przyczyną takiej dysproporcji, to szczególne niezadowolenie daje się słyszeć w grupie zawodowej pielęgniarek, które choć tak samo wykształcone, w DPS zarabiają mniej niż pielęgniarki zatrudnione w podmiotach leczniczych (ZOL, ZPO). Problem dotyczy więc przede wszystkim długoterminowej opieki stacjonarnej; DPS nie mają statusu podmiotu leczniczego, a tym samym pielęgniarki zatrudnione w systemie pomocy społecznej nie otrzymują podwyżek wynagrodzeń gwarantowanych ustawowo przez MZ. Aby przyciągnąć i utrzymać pracowników ODT, konieczne jest rozwiązanie problemu adekwatności wynagrodzenia do rodzaju wykonywanej pracy i jasnego podziału obowiązków zawodowych pomiędzy sektorem pomocy społecznej i ochrony zdrowia. Decydenci polityczni powinni skupić się na zapewnieniu pracownikom ODT konkurencyjnych wynagrodzeń, porównywalnych z ich odpowiednikami w sektorze ochrony zdrowia. Zwiększenie wynagrodzeń tam, gdzie to potrzebne, nie tylko przyciągnie do sektora ODT nowych pracowników, ale też pomoże zatrzymać doświadczonych specjalistów, którzy w przeciwnym razie mogliby zostać skuszeni lepiej płatną pracą w sektorze ochrony zdrowia. Takie rozwiązanie będzie promować równość i stanowić wyraz uznania dla wkładu pracowników ODT w życie społeczne.

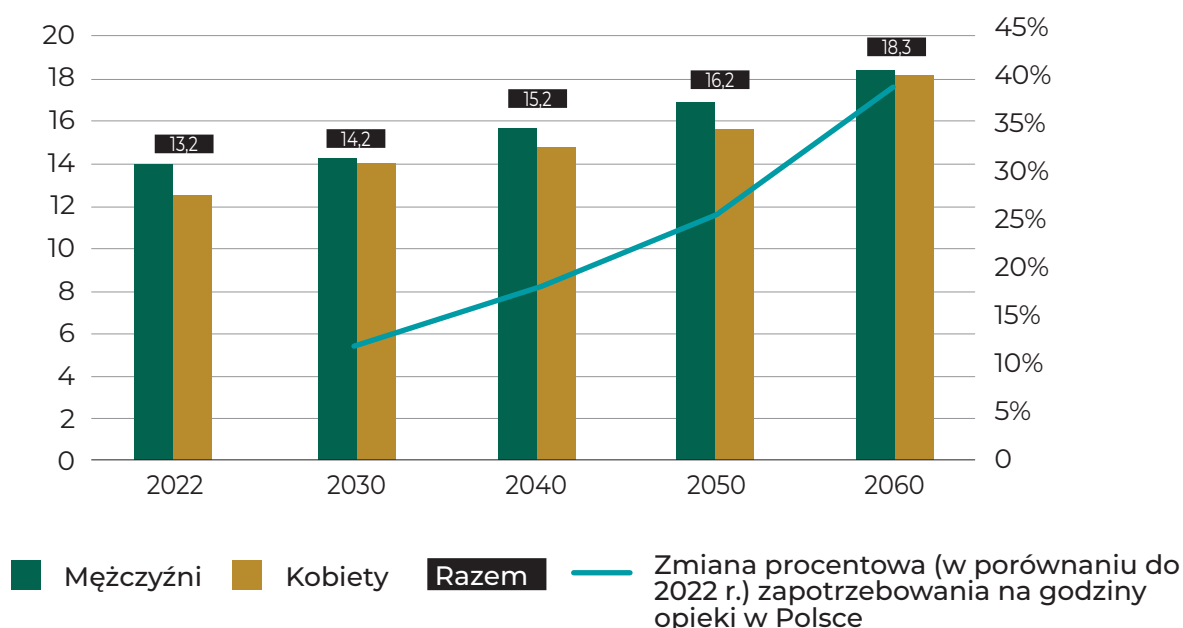
W zawodzie, w którym niezliczona liczba czynników zniechęca do podejmowania pracy, podnoszenie wynagrodzeń pracowników jest nieskomplikowanym, przynajmniej częściowym rozwiązaniem problemu niedoboru kadry. Praca w ODT może być wyczerpująca fizycznie, często wymaga pracy w nietypowych godzinach, bywa, że w trudnych warunkach, a charakteryzuje się niskim potencjałem rozwoju zawodowego i niewielkim prestiżem. Badanie przeprowadzone przez BŚ wykazało, że pracownicy ODT wskazują na takie właśnie wyzwania w ich zawodzie. W szczególności pracownicy socjalni ocenili, że ich wynagrodzenia są niskie, zwłaszcza w kontekście dużego obciążenia pracą i opieki nad niekiedy trudnymi beneficjentami. W związku z tym należy upewnić się – biorąc pod uwagę charakter pracy i zapewniając jako minimum ocenę wynagrodzeń – że nie ma rozbieżności między podobnymi rodzajami pracy, ale także zwrócić uwagę na to, co byłoby potrzebne, aby przyciągnąć pracowników do zawodu i ich zatrzymać. Wszystkie te kwestie wymagają bardziej dogłębnej restrukturyzacji warunków pracy dla pracowników ODT, jednak jednym z najbardziej bezpośrednich sposobów na zwiększenie atrakcyjności tej pracy, a tym samym zmniejszenie niedoborów siły roboczej w ODT, jest podniesienie wynagrodzeń pracowników. Wyższe wynagrodzenia nie tylko sprawią, że zawód ten będzie bardziej atrakcyjny, ale też potwierdzą kluczową rolę, jaką pracownicy ODT odgrywają we wspieraniu osób starszych i innych słabszych grup społecznych. Zwiększenie wynagrodzeń pomoże złagodzić problemy związane z niedoborem personelu i wysokim wskaźnikiem rotacji, prowadząc do lepszej ciągłości opieki i poprawy jakości usług. Odpowiednie wynagrodzenie może również złagodzić stres finansowy pracowników, skutkując większą satysfakcją z wykonywanej pracy, zwiększoną motywacją i oddaniem.

ROZWIĄZANIE Z ZAKRESU KADR NR 1: Podniesienie wynagrodzeń personelu ODT wszędzie tam, gdzie jest to zasadne, aby zapewnić podaż personelu i ciągłość opieki na styku różnych trybów i format udzielania opieki

KLUCZOWE OBSZARY: RYNEK PRACY, KOORDYNACJA/INTEGRACJA, DEINSTYTUCJONALIZACJA

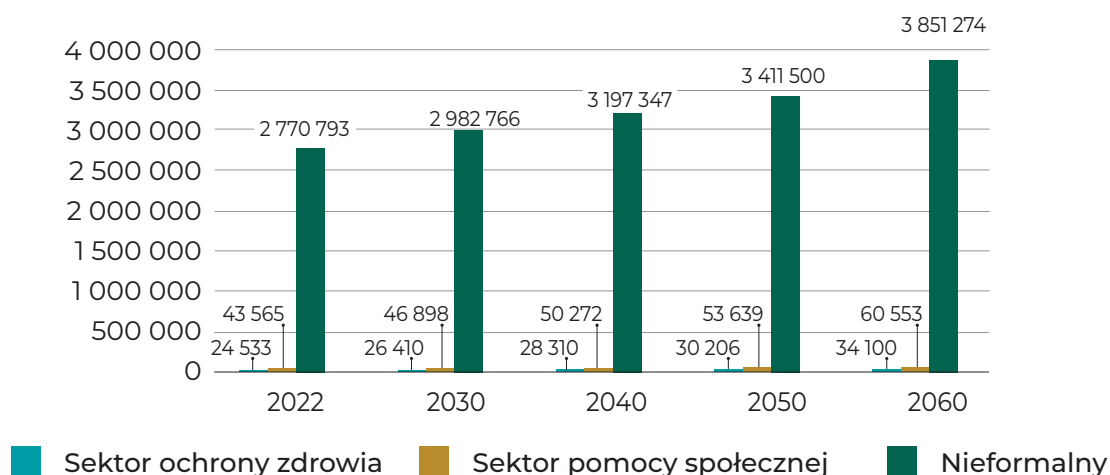
Analiza przeprowadzona przez BŚ prognozuje wzrost zapotrzebowania na opiekę zdrowotną, pomoc społeczną i opiekę nieformalną. Wykazała ona, że do 2060 r. ogólne zapotrzebowanie na opiekę wzrośnie o prawie 40 proc. Na podstawie badania zdrowia, starzenia się i przechodzenia na emeryturę w Europie (SHARE) obliczono potrzebną średnią liczbę godzin opieki miesięcznie w latach 2022-2060, wykorzystując do tego celu prognozę ludności GUS na 2023 r. Przyjęto, że procentowa zmiana będzie prognostykiem procentowej zmiany liczby potrzebnego personelu (**rycina 59**). Następnie obliczono prognozę liczby pracowników w obu sektorach na podstawie danych z 2022 r. Dodatkowo obliczono liczbę nieformalnych opiekunów (według danych z badania BŚ z 2023 r. jest to około 2,77 mln nieformalnych opiekunów – 9 proc. respondentów, deklaruje, że świadczy opiekę najbliższemu) (**rycina 60**). Dane pokazują, że aby utrzymać obecny poziom opieki przy rosnących potrzebach, konieczna byłaby znaczna liczba nieformalnych opiekunów. Sprostanie prognozowanemu zapotrzebowaniu na nich będzie ogromnym wyzwaniem, biorąc pod uwagę malejące wskaźniki populacji w wieku produkcyjnym i już dziś trudną sytuację opiekunów w Polsce. Potencjalnie mniejsza dostępność nieformalnych opiekunów prawdopodobnie spowoduje wzrost zapotrzebowania na formalną opiekę w sektorze zdrowotnym i społecznym; w takim scenariuszu potrzebnych będzie jeszcze więcej pracowników ODT, niż przewidywano. Możliwe czynniki łagodzące to m.in. poprawa efektywności w oparciu o innowacje (wpływająca na podaż opieki) i poprawa wyników zdrowotnych populacji (wpływająca na popyt na opiekę), jednak obie te możliwości również wymagają znacznych wysiłków politycznych.

Rycina 59. Prognoza miesięcznego zapotrzebowania na opiekę w Polsce, w godzinach



Źródło: Analiza własna BŚ w oparciu o dane SHARE 2023

Rycina 60. Zapotrzebowanie na pracowników w sektorze formalnym i nieformalnym



Źródło: Analiza własna BŚ w oparciu o dane MRPiPS i NFZ za 2023 r.

Jeśli wziąć pod uwagę jedynie trendy demograficzne, szacuje się, że pula nieformalnych opiekunów zmniejszy się do 2060 r. o prawie 60 proc. (patrz sekcja „Kadry C. Zapewnienie i jakość opieki nieformalnej”). **Rycina 60** powyżej przedstawia liczbę opiekunów, która

będzie potrzebna do 2060 r. i która znacząco przewyższa przewidywaną dostępność pracowników. **Tabela 23** sugeruje, że aby zaspokoić zwiększone potrzeby, na podjęcie pracy w ODT musiałby zdecydować się znacznie wyższy odsetek osób w wieku produkcyjnym niż obecnie, przy jednoczesnym wzroście presji na system ODT ze względu na mniejszą dostępność opieki nieformalnej.

Trudno jest ocenić odsetek migrantów wśród pracowników ODT, ale do Polski przyjeżdża coraz więcej pracowników migrujących i są oni ogólnie postrzegani pozytywnie. Jedynym krajem w Europie, który był w stanie ustalić liczbę migrantów zatrudnionych w sektorze opieki, jest Austria ze względu na obowiązek rejestracji wszystkich pracowników opieki¹⁰⁸. Szacunki dla Polski sugerują, że w gospodarstwach domowych zatrudniony jest co piąty pracownik migrujący, co daje łączną liczbę około 100 000 migrantów. Jest to kategoria szersza niż pracownicy ODT. W Polsce pracownicy migrujący mogą być legalnie zatrudniani przez gospodarstwa domowe, jednak ogólny brak regulacji i nadzoru może zwiększać ryzyko nadużyć wobec opiekunów i wpływać na jakość usług¹⁰⁹. Zatrudnianie migrantów jako opiekunów jest również łatwiejsze dla zamożniejszych gospodarstw domowych, ponieważ istniejące świadczenia pieniężne są niskie i niewystarczające do pokrycia kosztów zatrudnienia migrantów jako opiekunów; usługi są również częściej dostępne w dużych miastach¹¹⁰. Chociaż dokładna liczba migrantów pracujących w ODT nie jest znana, stanowią oni znaczną część ogółu pracowników¹¹¹. W niedawnym sondażu respondenci w Polsce zgłosili stosunkowo wysoką akceptację społeczną dla pracowników migrujących¹¹². Większość respondentów postrzega zatrudnianie obywateli państw trzecich w Polsce jako korzystne dla zatrudniających

108 Sowa-Kofta, Agnieszka i in. (2019). Long-term care and migrant care work: addressing workforce shortages while raising questions for European countries. *Eurohealth Observer*, 25 (4), s. 15-18.

109 Sowa-Kofta, Agnieszka i in. (2019). *Long-term care...*

110 Sowa-Kofta, Agnieszka i in. (2019). *Long-term care...*

111 KE. (2023). *Poland: Almost 1.3 million foreigners work legally in Poland*. <https://migrant-integration.ec.europa.eu/news/poland-almost-13-million-foreigners-work-legally>

112 KE. (2023). *Poland: Poll shows relatively high public acceptance of migrant workers*. migrant-integration.ec.europa.eu/news/poland-poll-shows-relatively-high-public-acceptance-migrant-workers_en

ich osób i firm (83 proc.), a także dla polskiej gospodarki (72 proc.). Najczęściej spotykanymi grupami narodowościowymi wśród obywateli państw trzecich w Polsce są: Ukraińcy, Białorusini, Mołdawianie, Hindusi i Nepalczycy, przy czym Polacy mieli większą świadomość trendów wzrostowych dotyczących imigrantów z Ukrainy¹¹³. Stosunkowo wysoki poziom akceptacji Polaków dla zatrudniania cudzoziemców może przyczynić się do lepszej integracji migrantów pracujących w Polsce¹¹⁴.

Motywowanie pracowników ODT i uzupełnianie ich liczby o osoby spoza sektora, np. członków społeczności lokalnej lub sektor prywatny, a także zastosowanie technologii, mogą pomóc w rozwiązywaniu problemu niedoboru pracowników i poprawić kontinuum opieki. Ze względu na utrzymujące się niedobory kadrowe ważne jest rozważenie zatrudniania osób spoza sektora, aby sprostać rosnącemu zapotrzebowaniu na usługi ODT. Należy opracować i wdrożyć zasady ułatwiające integrację pracowników zewnętrznych z obecnymi kadrami ODT. Kluczową korzyścią z takiego działania będzie możliwość przeszkolenia formalnych pracowników sektora publicznego i zachęcenia ich do współpracy z rodzinami i innymi rodzajami opiekunów, by zagwarantować, że opieka będzie dopasowana do potrzeb beneficjenta oraz że będzie istniała ciągłość i zaufanie do planu opieki. Zapewnienie kompleksowego szkolenia i wsparcia dla pracowników spoza sektora jest konieczne, by spełniali wymagane standardy opieki. Programy szkoleniowe dla pracowników z grupy imigrantów mogą obejmować szkolenia językowe i kulturowe, a dla partnerów z sektora prywatnego – mechanizmy zapewniania jakości. Programy takie jak usługi sąsiedzkie, poprzez które można będzie oferować odpłatne usługi na rzecz innych członków społeczności pod nadzorem lokalnego OPS lub CUS, mogą potencjalnie bazować na lokalnych grupach osób zaufanych i chętnych do wzięcia udziału w opiece. Wreszcie obecnie istniejącą pulę pracowników ODT można

113 KE. (2023). *Poland: Poll shows...*

114 KE. (2023). *Poland: Poll showsh...*

wesprzeć za pomocą rozwiązań technologicznych, umożliwiającących bardziej efektywne świadczenie usług opiekuńczych lub zastępowanie opiekunów przy wykonywaniu rutynowych zadań, dzięki czemu będą mogli poświęcić czas na opiekę bardziej złożoną i skoncentrowaną na potrzebach człowieka. Dzięki technologii można również poprawić dystrybucję przestrzenną opieki, umożliwiając pracownikom zdalnym świadczenie opieki uzupełniającej w różnych społecznościach. Braki kadrowe w Polsce mogą być skuteczniej niwelowane poprzez efektywne wykorzystanie zasobów zewnętrznych.

ROZWIĄZANIE Z ZAKRESU KADR NR 2: Zachęcanie podmiotów realizujących usługi ODT do korzystania z dodatkowych źródeł kadrowych, takich jak migranci, opiekunowie rodzinni, NGO

KLUCZOWE OBSZARY: RYNEK PRACY, KOORDYNACJA/INTEGRACJA, DEINSTYTUCJONALIZACJA

Istnieje udokumentowane zainteresowanie kształceniem w zawodzie opiekuna medycznego, ale zawód ten jeszcze do niedawna nie był regulowany prawnie. Dane Ministerstwa Edukacji Narodowej (MEN) wskazują, że liczba szkół prowadzących kształcenie w tym zawodzie oraz liczba osób kształconych systematycznie wzrasta co roku. W roku szkolnym 2015/2016 liczba szkół kształcących w zawodzie opiekuna medycznego wynosiła 396, natomiast liczba słuchaczy wynosiła 13 970. W roku 2021/2022 było to już odpowiednio 454 szkoły oraz 21 787 słuchaczy. Jak zaznacza Ogólnopolskie Stowarzyszenie Opiekunów Medycznych na podstawie danych MEN, pomimo dużego zainteresowania kierunkiem tylko mniej więcej jedna trzecia słuchaczy zdobywa dyplom zawodowy. Statystyki te mogą być jednak zaniżone, aktualnie nie jest bowiem prowadzony rejestr opiekunów medycznych. Zawód ten do niedawna nie był regulowany prawnie w Polsce. Brak ustawowej regulacji powodował, że opiekunowie medyczni mogli być zatrudniani na innych, niższych stanowiskach, np. asystenta pacjenta. W sierpniu 2023 r. zawód opiekuna medycznego został objęty

ustawą o niektórych zawodach (Dz. U. Z 2023 r. poz 1972), a także Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2023 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. Z 2023 r. poz 1515), które uwzględnia stanowisko pracy opiekuna medycznego oraz starszego opiekuna medycznego.

Opiekunowie medyczni są zatrudnieni w sektorze ODT w niewystarczającym zakresie i niekiedy pracują na stanowiskach niższego szczebla. Prostem, ale skutecznym rozwiązaniem tego problemu jest kontynuacja działań w zakresie standaryzacji zawodu i określenia zakresu obowiązków. Dalsze prace nad standaryzacją zawodu opiekuna medycznego przyniosą efekt domina pod kątem jego lepszej regulacji, co sprawi, że będzie on bardziej atrakcyjny jako potencjalna ścieżka kariery i ułatwi rekrutację na tego typu stanowiska dzięki zastosowaniu standardowego tytułu i stanowiska pracy. Jednym z pierwszych kroków w kierunku wzmocnienia tej kategorii zawodowej mogłaby być zmiana nazwy stanowiska, np. na „profesjonalista ds. opieki”, co będzie odzwierciedlać umiejętności niezbędne do świadczenia ODT i pozwoli na skuteczniejsze przyporządkowanie profesjonalistów ds. opieki do stanowisk o odpowiednim poziomie zaszerogowania i złożoności. To z kolei umożliwi bardziej precyzyjne sformułowanie wymagań dotyczących umiejętności, zadań i warunków płacowych związanych z tym stanowiskiem. Pozwoli to również na monitorowanie liczby specjalistów ds. opieki działających w systemie ODT w Polsce.

ROZWIĄZANIE Z ZAKRESU KADR NR 3: Intensyfikacja działań zmierzających do standaryzacji i formalizacji zawodu opiekuna medycznego

KLUCZOWE OBSZARY: RYNEK PRACY, KOORDYNACJA/INTEGRACJA, DEINSTYTUCJONALIZACJA

Aktualnie brak jest prognoz kadrowych dla obszaru ODT, co utrudnia prognozowanie przyszłych luk. Co prawda, dane dotyczące liczby osób zapisanych na odpowiednie studia sugerują wzrost podaży pracy, nie wiadomo jednak, ile z tych osób trafi do ODT. Dostępne prognozy kadrowe dotyczą ogólnej liczby pielęgniarek i lekarzy, jak również opiekunów medycznych. W roku akademickim 2015/2016 na kierunku pielęgniarstwo I stopnia naukę rozpoczęło 5935 osób, natomiast w roku 2021/2022 liczba ta zwiększyła się niemal dwukrotnie, do 11 408. Liczba uczelni oferujących kształcenie przyszłych lekarzy wzrosła w roku akademickim 2023/2024 do 36, co stanowi wzrost o 12 uczelni w porównaniu z poprzednim rokiem. Ogólna liczba dostępnych miejsc na studiach medycznych wyniesie 11 627. Na studiach stacjonarnych liczba miejsc wzrosła o 13 proc. w stosunku do roku akademickiego 2022/2023, natomiast liczba miejsc na studiach niestacjonarnych uległa zmniejszeniu. Ponadto, jak wynika z danych Ogólnopolskiego Systemu Monitorowania Ekonomicznych Losów Absolwentów Szkół Wyższych (ELA), w Polsce aż 93 proc. absolwentów kierunku lekarskiego jest zatrudnionych w ochronie zdrowia. Natomiast, zgodnie z informacją Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych (NIPiP), pracę w zawodzie podejmuje tylko 60 proc. absolwentów pielęgniarstwa. Dlatego choć liczba absolwentów studiów medycznych, pielęgniarstwa i opieki medycznej rośnie, dysproporcje w wynagrodzeniach, brak regulacji zawodu opiekuna medycznego i migracja siły roboczej nadal stanowią poważne wyzwania dla sektora ODT w Polsce. Wszystko to w sytuacji, gdy do 2030 r. będzie o 10 proc. więcej osób powyżej 50. r.ż. (dodatkowe 1,5 mln osób) niż w 2022 r., a liczba potrzebnych godzin opieki w miesiącu wzrośnie o 6 proc. Aby zapewnić opiekę tym dodatkowym osobom, potrzeba będzie o 17 proc. więcej pracowników opieki domowej niż obecnie (około 5100 osób).

Podniesienie prestiżu zawodów ODT może zwiększyć ich atrakcyjność jako długoterminowego wyboru zawodowego. Niski prestiż zawodu jest często wymieniany przez respondentów jako czynnik zniechęcający do uczestnictwa w ODT lub podjęcia pracy w tym sektorze. Zapewnienie

możliwości podnoszenia kwalifikacji i ustawicznego szkolenia ma kluczowe znaczenie dla utrzymania bieżącej wiedzy pracowników ODT o najlepszych praktykach i dla rozwoju ich kompetencji. Ponadto oferowanie pracownikom świadczeń takich jak fizjoterapia i wsparcie w zakresie zdrowia psychicznego może poprawić ich ogólne samopoczucie i zadowolenie z pracy. Takie możliwości rozwoju kariery nie tylko przyciągają pracowników do zawodów ODT, ale także zachęcają ich do pozostania w sektorze w dłuższej perspektywie. Stwarzając możliwości rozwoju zawodowego i awansu, sektor ODT może budować stabilne i zaangażowane kadry pracownicze, które zapewnią wysokiej jakości opiekę beneficjentom.

ROZWIĄZANIE Z ZAKRESU KADR NR 4: Zwiększenie prestiżu i atrakcyjności zawodów opiekuńczych, np. poprzez kampanie informacyjno-edukacyjne oraz pakiety dodatkowych zachęt pozafinansowych, w tym możliwość wsparcia zdrowia psychicznego, możliwość fizjoterapię, dostęp do kursów/szkoleń zawodowych oraz poszerzania kompetencji

KLUCZOWE OBSZARY: RYNEK PRACY

Pracownicy ODT mogą być narażeni na trudne warunki pracy, a szczególnie niepokojące jest ryzyko przemocy i nadużyć. Dane z innych rozwiniętych gospodarek wskazują, że pracownicy ODT są narażeni na zwiększone ryzyko przemocy i nadużyć w miejscu pracy. W Stanach Zjednoczonych osoby zatrudnione w sektorze ochrony zdrowia i pomocy społecznej są najbardziej narażone na przemoc bez skutku śmiertelnego, ale zjawisko samo w sobie jest postrzegane jako globalne¹¹⁵. WHO szacuje, że od 8 do 38 proc. pracowników ochrony zdrowia doświadcza przemocy fizycznej w trakcie swojej kariery zawodowej. Jeszcze więcej z nich słyszy groźby lub jest narażonych na

¹¹⁵ Gerberich, Susan. (2019). Verbal abuse against home care aides: another shot across the bow in violence against health care and other workers. *Occupational and Environmental Medicine*, 76(2019), s.593-594.

agresję werbalną. Za większość przypadków stosowania przemocy odpowiadają beneficjenci i odwiedzający¹¹⁶. Badanie przeprowadzone w Polsce na zlecenie BŚ wykazało, że agresji doświadczały przede wszystkim pielęgniarki i opiekunowie medyczni w publicznych ZOL, ZPO, rzadziej w DPS. Byli oni zmuszeni odbyć szkolenie w zakresie samoobrony, czasami na własny koszt, lub polegać na pomocy innych pracowników. W związku z tym osoby świadczące opiekę w warunkach domowych mogą być bardziej narażone, ponieważ często pracują samodzielnie. Ponad jedna piąta (22 proc.) respondentów badania dotyczącego osób pomagających w opiece domowej w Stanach Zjednoczonych padło ofiarą przemocy werbalnej w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie, a czynniki ryzyka obejmowały pacjentów z demencją, domy ze zbyt małą przestrzenią do pracy oraz nieprzewidywalne godziny pracy¹¹⁷. Szczególnie ważne jest zapewnienie, by grupy szczególnie wrażliwe nie były narażone na nadużycia; ich zgłaszanie jest mniej prawdopodobne, ponieważ pracownicy są mniej widoczni w systemie. Chodzi tu m.in. o migrantów, którzy mogą nie być zaznajomieni z dostępnymi usługami, lub migrantów o nieuregulowanej sytuacji prawnej. Nie mają oni poczucia, że mogą zgłosić nadużycie policji bez obawy, że zostaną odesłani do kraju pochodzenia¹¹⁸.

Przemoc w miejscu pracy może być ograniczana za pomocą szeregu interwencji. Przyjęcie przepisów dotyczących przemocy w miejscu pracy lub nowelizacja istniejących aktów prawnych w tej sprawie może zapewnić lepszy nadzór i kontrolę nad tym zjawiskiem na poziomie placówki i zakładu opieki zdrowotnej, zachęcając do przyjęcia polityki na poziomie miejsca pracy i monitorując jej wdrażanie pod kątem ustanawiania standardów. Ważne jest również, aby pracownicy

116 WHO. *Preventing violence against health workers*. <https://www.who.int/activities/preventing-violence-against-health-workers>

117 Karlsson, et al. (2019). Home care aides' experiences of verbal abuse: a survey of characteristics and risk factors *Occupational and Environmental Medicine*, 76(2019), s. 448-454.

118 Agencja Praw Podstawowych (FRA) Unii Europejskiej. (2019). *Protecting migrant workers from exploitation in the EU: workers' perspectives*. <https://fra.europa.eu/en/publication/2019/protecting-migrant-workers-exploitation-eu-workers-perspectives#publication-tab-1>

świadczący opiekę w domu byli chronieni, co można poprawić poprzez ustanowienie odpowiednich protokołów zgłaszania nieprawidłowości. Jest to więc obszar przekrojowy, który należy uwzględnić w obszarze prawodawstwa i jakości. Warto też prowadzić działania komunikacyjne, takie jak budowanie świadomości problemu i domaganie się gromadzenia informacji na temat występowania tego rodzaju przemocy i jej skutków¹¹⁹. Braki kadrowe mogą nasilać problem przemocy, dlatego zapewnienie wystarczającej liczby pracowników i wsparcia dla nich może im pomóc w reagowaniu na niepożądane zdarzenia i zapobieganiu im.

ROZWIĄZANIE Z ZAKRESU KADR NR 5: Wdrożenie mechanizmów zabezpieczających pracowników ODT przed wszelkiego rodzaju przemocą i nadużyciami

KLUCZOWE OBSZARY: RYNEK PRACY

B. KOMPETENCJE WYBRANYCH PRACOWNIKÓW OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

Ten obszar rozwiązań dotyczy problemu ograniczonych kompetencji **wybranych pracowników ODT**. Wyzwanie związane z ograniczonymi kompetencjami wybranego personelu ODT w Polsce jest poważne, co podkreślają wyniki konsultacji społecznych przeprowadzonych przez BŚ. Podczas konsultacji społecznych przeprowadzonych z udziałem NGO, przedstawicieli placówek, opiekunów i samych beneficjentów, szkolenie personelu zostało uznane za trzeci co do ważności środek mający poprawić organizację ODT w kraju. Prawie 50 proc. uczestników uważało, że na poziomie organizacyjnym nie da się wiele zrobić, aby poprawić funkcjonowanie ODT.

¹¹⁹ Międzynarodowa Organizacja Pracy, Międzynarodowa Rada Pielęgniarek, WHO, Public Services International. (2002). *Framework Guidelines for addressing workplace violence in the health sector / Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector*. <https://iris.who.int/handle/10665/42617>

Rozporządzenie, które obecnie przewiduje zatrudnianie opiekunów medycznych w zespołach ODT, nie określa standardów, a tym samym nie precyzuje ani nie zatwierdza kompetencji do świadczenia opieki.

Obowiązujące Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej określa, że opiekun medyczny może wykonywać świadczenia w ramach swoich kompetencji w zespole ODT. Kluczowe jest jednak słowo „może”, które oznacza, że jednostki świadczące ODT nie mają obowiązku zatrudniania ich w swoich zespołach ODT, podczas gdy pielęgniarki są objęte wymogami kadrowymi. Ważnym obszarem, którym należy się zająć, są ograniczone kompetencje wybranego personelu ODT, zwłaszcza opiekunów medycznych, ze względu na brak rygorystycznych przepisów regulujących ich role i obowiązki w ramach opieki zdrowotnej.

Podjęto wysiłki w celu rozszerzenia niektórych kompetencji opiekunów medycznych, jednak mogą one zostać osłabione, jeśli rozszerzone kompetencje nie zostaną umocowane w prawie.

Rozporządzenie ministra edukacji narodowej z 27 stycznia 2021 r. wprowadziło zmiany, które rozszerzyły kompetencje opiekunów medycznych. Włączono do nich takie czynności jak pobieranie krwi obwodowej i żyłnej, pobieranie innych próbek do badań, wykonywanie zastrzyków podskórnych, podawanie osobom niesamodzielnym leków przepisanych przez lekarza lub pielęgniarkę. Pracownicy zawodów medycznych mają ustawowy obowiązek rozwoju zawodowego w trakcie 5-letniego okresu edukacyjnego, jednak brak szczegółowych przepisów regulujących ścieżkę zawodową opiekunów medycznych może utrudniać skuteczne wykorzystanie tych rozszerzonych kompetencji w istniejącym systemie ODT. W resorcie zdrowia procedowany jest aktualnie projekt rozporządzenia w sprawie szczegółowego wykazu czynności zawodowych osób wykonujących niektóre zawody medyczne (MZ 1644). Precyzuje on czynności zawodowe, do których są uprawnione osoby wykonujące zawody medyczne objęte wymienioną ustawą i które uwzględniają wiedzę i umiejętności nabyte w toku kształcenia umożliwiającego uzyskanie kwalifikacji w tych zawodach.

Atrakcyjna, jasno wytyczona ścieżka kariery połączona z możliwościami rozwoju osobistego i awansu sprawi, że pracownicy będą samodzielnie angażować się w rozwijanie umiejętności potrzebnych do świadczenia wysokiej jakości usług ODT. Punktem wyjścia jest stworzenie zatrudnionym już pracownikom możliwości podnoszenia kwalifikacji i odbywania dalszych szkoleń. Można w tym celu oferować programy rozwoju zawodowego, ukierunkowane na konkretne potrzeby i kompetencje wymagane w ODT. Należy opracować ramy kompetencji, aby jasno zdefiniować umiejętności i wiedzę oczekiwane na różnych poziomach świadczenia opieki, od niższych do wyższych stanowisk kierowniczych i specjalistycznych. Pracownicy są bardziej skłonni do inwestowania w swój rozwój zawodowy, jeśli zaoferuje im się jasno określone ścieżki kariery i doradztwo w zakresie postępów w danej dziedzinie. Możliwości podnoszenia kwalifikacji i szkolenia wraz z wyraźnymi ścieżkami kariery motywują pracowników do ciągłego doskonalenia swoich umiejętności. Nie tylko poprawia to kompetencje pracowników ODT, ale też daje im poczucie celu i motywację do pracy.

Wprowadzenie znaczących zmian w obszarze kadr wymaga zmian strukturalnych, w tym formalnego ustanowienia standardów.

Skutecznym sposobem na zagwarantowanie, że pracownicy ODT będą odpowiednio przeszkoleni i przygotowani do pełnienia swoich ról, jest ustanowienie obowiązkowych standardów certyfikacji i profesjonalizacji. Oznacza to, że osoby wchodzące na rynek lub już pracujące w ODT będą musiały spełnić określone wymagania edukacyjne i szkoleniowe, aby wykonywać zawód. Wymagania te powinny być odpowiednie do poziomu świadczonej przez nich opieki, niezależnie od tego, czy będzie to opieka podstawowa, czy specjalistyczne usługi medyczne. Obowiązkowa certyfikacja i profesjonalizacja wyznaczą spójne standardy wejścia do zawodu. Profesjonalizacja pomoże podnieść ogólną jakość personelu ODT, zapewni spójne standardy, zwiększy zaufanie publiczne do świadczonych usług i podniesie prestiż zawodu. Wdrażając te środki, Polska może znacząco poprawić kompetencje wybranych pracowników ODT.

Aby utrzymać wysokie standardy opieki w ODT, konieczne jest wprowadzenie wymogów dotyczących ciągłego rozwoju zawodowego (continuous professional development, CPD). Wiąże się to z ustawicznym szkoleniem i edukacją, dzięki którym pracownicy ODT znają najnowsze osiągnięcia i najlepsze praktyki w swojej dziedzinie. Program CPD powinien być spójny z wcześniej wspomnianymi ramami kompetencji, co zagwarantuje, że specjaliści ODT będą dobrze przygotowani do dostarczania wysokiej jakości opieki. Rotacja pracowników między placówkami, rodzajami opieki i warunkami nadzoru będzie również sprzyjać powstawaniu kultury opartej na nadzorze i rozwoju zawodowym, która będzie pozytywnie wpływać na utrzymywanie i rozwijanie kompetencji zawodowych zgodnie ze standardami. To kompleksowe podejście pomoże złagodzić wyzwania związane z ograniczonymi kompetencjami w sektorze ODT, ostatecznie prowadząc do lepszej jakości opieki i profesjonalizacji zasobów kadrowych.

ROZWIĄZANIE Z ZAKRESU KADR NR 6: Ułatwianie dostępu do ścieżek podnoszenia kwalifikacji i szkoleń, opracowanie ram kompetencji i ścieżek kariery, wprowadzenie możliwości rozwoju zawodowego w oparciu o jednolite ramy kompetencji oraz rotację między różnymi formami i trybami opieki

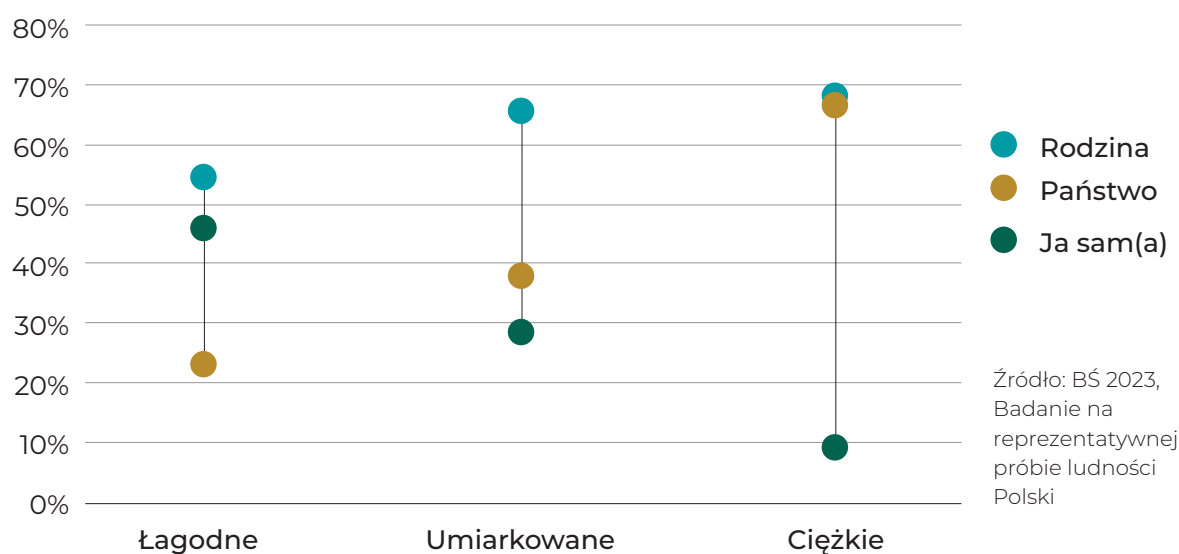
KLUCZOWE OBSZARY: RYNEK PRACY

C. DOSTĘPNOŚĆ I JAKOŚĆ OPIEKI NIEFORMALNEJ

Ten obszar rozwiązań ma na celu uregulowanie i maksymalizację dostępności i jakości opieki nieformalnej; jest to szczególnie ważne, jako że Polska w dużym stopniu polega na opiece nieformalnej. Regulacja i maksymalizacja dostępu do opieki nieformalnej oraz jej jakości jest w Polsce kwestią złożoną, głęboko zakorzenioną w percepcji kulturowej i oczekiwaniach społecznych. Ograniczona dostępność usług pielęgniarских i opiekuńczych w ramach sektorów opieki zdrowotnej

i pomocy społecznej, finansowanych ze środków publicznych, skutkuje m.in. tym, że ODT w Polsce pozostaje w przeważającej mierze obowiązkiem rodzinnym. Tradycyjne role rodzinne są też mocno zakorzenione w świadomości obywateli, a rodzina jest postrzegana jako główne źródło wsparcia i opieki. W badaniu wartości europejskich przeprowadzonym w 2017 r. prawie 74 proc. respondentów w Polsce zgodziło się lub zdecydowanie zgodziło się ze stwierdzeniem, że dorosłe dzieci mają obowiązek zapewnienia długoterminowej opieki swoim rodzicom¹²⁰. Badanie przeprowadzone na zlecenie BŚ w 2023 r. potwierdza te ustalenia, wskazując, że 54 proc. Polaków oczekuje, iż w przypadku niewielkiego pogorszenia stanu zdrowia za opiekę nad nimi będzie odpowiedzialna przede wszystkim rodzina; w przypadku znacznego pogorszenia stanu zdrowia odsetek ten wzrasta do 69 proc. Publiczny sektor ochrony zdrowia i instytucje pomocy społecznej są rozważane w dalszej kolejności (**rycina 61**). Ponadto 80 proc. uczestników konsultacji społecznych podkreśliło rolę rodziny jako fundamentu odpowiedzialności za opiekę i pomoc w przypadku nagłego pogorszenia stanu zdrowia, a instytucje rządowe postrzegane były jako opcja drugorzędna.

Rycina 61. Kto Pana(-i) zdaniem powinien być odpowiedzialny za opiekę i pomoc w codziennych czynnościach w przypadku nagłego pogorszenia się stanu Pan(-i) zdrowia (łagodnego, umiarkowanego, ciężkiego)?



120 EVALUE (2017). Atlas of European Values. <https://www.atlasofeuropeanvalues.eu/maptool.html>

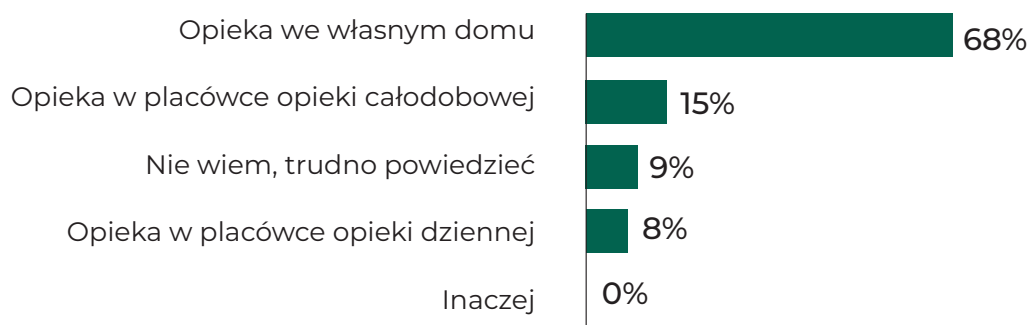
Zdefiniowanie opieki nieformalnej może pomóc w rozwiązaniu problemów wynikających z polegania na opiekunach rodzinnych, ich ograniczonej zdolności do opieki i niskiego poziomu kompetencji zdrowotnych. Aby wdrożyć zmiany strukturalne niezbędne do wprowadzenia rozwiązań wspierających opiekunów nieformalnych, należy najpierw zdefiniować pojęcie opiekuna nieformalnego, aby mogło być spójnie stosowane w kontekście polityki, koordynacji opieki w placówkach opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, koordynacji z zespołem opieki formalnej, poruszania się po systemie świadczeń dla opiekunów itp. Ustalenie definicji ułatwi również uznanie roli opiekunów nieformalnych, zapewnienie im wsparcia oraz współpracę pomiędzy opiekunami nieformalnymi, systemami opieki zdrowotnej i pomocy społecznej oraz całym społeczeństwem. W efekcie przyczyni się to do poprawy jakości opieki oraz dobrostanu zarówno beneficjentów, jak i opiekunów. Co ważne, zdefiniowanie, kto jest opiekunem, może pomóc w lepszym dotarciu do takich osób, i stworzeniu bazy ich danych, co umożliwi skuteczniejsze dotarcie do nich ze wsparciem i ukierunkowanymi działaniami.

ROZWIĄZANIE Z ZAKRESU KADR NR 7: Zdefiniowanie opieki nieformalnej

KLUCZOWE OBSZARY, RYNEK PRACY, DEINSTYTUCJONALIZACJA

Oczekiwanie, że rodzina lub członek społeczności lokalnej przejmie obowiązki związane z opieką, jest tym większe, że beneficjenci pragną otrzymywać opiekę we własnym domu. Badanie BŚ wykazało, że takie rozwiązanie wolałoby 68 proc. respondentów. Preferencje te są niezależne od grupy demograficznej – zarówno mężczyźni, jak i kobiety, ze wszystkich grup wiekowych, wskazują swój dom omy jako preferowane miejsce opieki. Placówki stacjonarne, całodobowe są wybierane tylko przez 15 proc. badanych, natomiast 8 proc. preferuje placówki opieki dziennej (**rycina 62**).

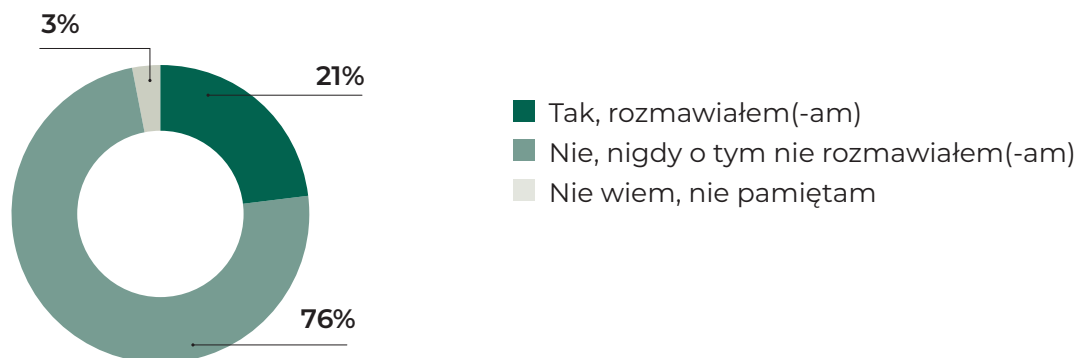
Rycina 62. Gdyby w najbliższych dwóch latach Pan(-i) stan zdrowia uległ znacznemu pogorszeniu i wymagał(a)by Pan(i) opieki długoterminowej, jak chciał(a)by Pan(i), aby ta opieka została zorganizowana?



Źródło: BŚ 2023, badanie ankietowe na reprezentatywnej próbie Polaków

Preferencja w zakresie otrzymywania opieki od członka rodziny lub innej bliskiej osoby nie jest przemyślana, zaplanowana ani zakomunikowana pod kątem realistycznych przyszłych potrzeb w zakresie opieki. Istnieje znaczna luka w świadomości i komunikacji potrzeb związanych z ODT w obrębie rodzin. Niemal 80 proc. badanych nigdy nie rozmawiało z rodziną o potrzebach związanych z ODT (**rycina 63**), przy czym mężczyźni i osoby poniżej 45. r.ż. angażują się w takie rozmowy najrzadziej. Powody, dla których nie omawiano potrzeb związanych z opieką, obejmują m.in. przekonanie, że nie jest to jeszcze konieczne (50 proc.) lub że nigdy nie będzie konieczne (28 proc.). Co więcej, 47 proc. respondentów stwierdziło, że będzie potrzebować potencjalnego wsparcia dopiero po osiągnięciu wieku 80 lat, a według 12 proc. taka pomoc w ogóle nie będzie im w przyszłości potrzebna. Biorąc pod uwagę, że średnia długość życia w zdrowiu w Polsce wynosi około 61 lat, wyobrażenia polskiego społeczeństwa o tym, że potrzeba opieki pojawia się dopiero po osiemdziesiątce, nie mają odzwierciedlenia w rzeczywistości.

Rycina 63. Czy kiedykolwiek omawiał(a) Pan(i) kwestie związane ze starzeniem się i przyszłymi potrzebami opieki ze swoimi bliskimi (rodziną, przyjaciółmi)?



Źródło: BŚ 2023, badanie ankietowe na reprezentatywnej próbie Polaków

Oprócz konieczności zapewnienia opieki w przyszłości, rodziny będą musiały stawić czoło jeszcze większemu obciążeniu związanemu z opieką. Prognozy oparte na zmianach demograficznych w strukturze ludności na podstawie danych GUS uwzględniają spadek ogólnej liczby ludności i wzrost wskaźnika obciążenia demograficznego (**tabela 23**). W scenariuszu, w którym modelowane są spadki ogólnej liczby ludności i starzenie się społeczeństwa (scenariusz 3), szacuje się, że do 2060 r. dostępność nieformalnych opiekunów spadnie do 41 proc. obecnego stanu.

Tabela 23. Prognozy dostępności opiekunów nieformalnych

	2023	2030	2040	2050	2060
SCENARIUSZ 1: Zmiana łącznej liczby ludności					
Zmiana łącznej liczby ludności w porównaniu do 2022 r.	100%	98%	93%	88%	82%
Prognoza dostępności opieki nieformalnej z uwzględnieniem zmiany łącznej liczby ludności	2 770 793	2 718 205	2 586 828	2 435 752	2 268 911
SCENARIUSZ 2: Zmiana wskaźnika obciążenia demograficznego					
Zmiana wskaźnika obciążenia demograficznego osobami starszymi (w porównaniu do 2022 r.)	100%	115%	130%	173%	199%
Dostępność opieki nieformalnej z uwzględnieniem zmiany wskaźnika obciążenia demograficznego osobami starszymi	2 770 793	2 406 274	2 125 504	1 598 171	1 390 707
Zmiana dostępności opieki nieformalnej z uwzględnieniem zmiany wskaźnika obciążenia demograficznego osobami starszymi (w porównaniu do 2022 r.)	100%	87%	77%	58%	50%
SCENARIUSZ 3: Zmiana łącznej liczby ludności i wskaźnika obciążenia demograficznego					
Dostępność opieki nieformalnej z uwzględnieniem zmiany wskaźnika obciążenia demograficznego osobami starszymi i łącznej liczby ludności	2 770 793	2 360 605	1 984 383	1 404 921	1 138 804
Zmiana dostępności opieki nieformalnej z uwzględnieniem zmiany wskaźnika obciążenia demograficznego osobami starszymi i łącznej liczby ludności (w porównaniu do 2022 r.)	100%	85%	72%	51%	41%

Źródło: Analiza własna BS w oparciu o dane MRPIPS i NFZ za 2023 r.

Obciążenie związane z opieką ma wzrosnąć, rola opiekuna nieformalnego będzie więc nadal silnie zaburzać życie zawodowe opiekunów. Dlatego ważne jest, aby łagodzić negatywne skutki, łagodzić trudności finansowe opiekunów i utrzymać ich więź z rynkiem pracy. Oferowanie ulg podatkowych lub zachęt finansowych dla nieformalnych opiekunów może złagodzić niektóre obciążenia finansowe związane ze świadczeniem opieki. Może to zachęcić członków rodziny do podejmowania ról opiekuńczych, ułatwiając im sprawowanie opieki bez nadmiernego obciążenia finansowego. Dodatki do emerytur i inne formy pomocy finansowej to kluczowe rozwiązania, które mogą być realizowane poprzez sektor społeczny (przykład zastosowania dodatków do emerytur dla opiekunów przedstawiono w załączniku „Przykłady międzynarodowe – istotne dla Polski”). Jeśli chodzi o utrzymanie aktywności na rynku pracy, elastyczna organizacja pracy i gwarancje bezpieczeństwa zatrudnienia mogą umożliwić nieformalnym opiekunom pogodzenie obowiązków zawodowych

z opiekuńczymi. Jest to również korzystne dla rynków pracy, ponieważ koszty transakcyjne związane z utratą zatrudnienia i próbą powrotu na rynek pracy mogą być wysokie. Innym rozwiązaniem jest gwarancja ponownego zatrudnienia, która zapewnia, że po zakończeniu obowiązków opiekuńczych dla opiekuna będzie dostępne miejsce na rynku pracy. Takie rozwiązania mogą pomóc opiekunom w utrzymaniu dotychczasowych dochodów i bezpieczeństwa zatrudnienia podczas opieki nad bliskimi, zmniejszając presję finansową, która może zniechęcać do podejmowania się opieki.

ROZWIĄZANIE Z ZAKRESU KADR NR 8: Wprowadzenie ułatwień dla opieki realizowanej w trybie nieformalnym i łagodzenie negatywnych konsekwencji ponoszonych przez opiekunów nieformalnych (w tym członków rodziny) na rynku pracy, m.in. poprzez uprawnienia emerytalne, ulgi podatkowe, elastyczność godzin pracy, gwarancje zatrudnienia

KLUCZOWE OBSZARY, RYNEK PRACY, DEINSTYTUCJONALIZACJA

Opieka nieformalna jest szeroko rozpowszechniona i wielu dorosłych ma trudności z pogodzeniem życia zawodowego i świadczonej opieki. Ponadto nadzór regulacyjny jest niewielki, a coraz więcej osób może być obciążonych taką opieką. Opieka nieformalna w Polsce jest przeważnie zapewniana przez członków rodziny, przy czym 9 proc. respondentów (co odpowiada prawie 2,7 mln dorosłych Polaków) deklaruje, że zapewnia opiekę osobie przewlekle chorej, niepełnosprawnej lub starszej. Nieformalni opiekunowie, głównie osoby w średnim wieku, często znajdują się w roli opiekuna niespodziewanie, co prowadzi do trudności w pogodzeniu życia zawodowego i osobistego. Badanie BŚ z 2023 r. wykazało, że pozainstytucjonalne usługi ODT są świadczone głównie przez opiekunów nieformalnych, a znaczna ich część nie otrzymuje wynagrodzenia; motywuje ich przede wszystkim poczucie obowiązku. Ponadto, biorąc pod uwagę wielkość grupy opiekunów nieformalnych, brak regulacji oznacza, że jakość opieki nieformalnej nie

jest monitorowana ani poprawiana za pomocą środków formalnych. Pośrednie koszty związane z opieką nieformalną, takie jak obciążenie psychiczne, zmiany funkcjonowania na płaszczyźnie zawodowej i uszczerbek na zdrowiu fizycznym, uwiadaczniają znaczne ofiary ponoszone przez nieformalnych opiekunów. Zmiany demograficzne, dłuższe życie i zmiany społeczne przyczyniają się do rosnącego obciążenia opieką, sprawiając, że rodzina nie jest w stanie zaspokoić wszystkich niezbędnych potrzeb opiekuńczych. Prognozowane przez GUS wskaźniki potencjalnego wsparcia, wsparcia rodzicielskiego i zdolności do sprawowania opieki radykalnie się zmieniają (tabela 24). Rozwiązanie kluczowej kwestii regulacji i maksymalizacji dostępności i jakości opieki nieformalnej wymaga podejścia wielopłaszczyznowego, w tym rozwoju opieki formalnej, poprawy komunikacji w obrębie rodzin oraz kampanii edukacyjnych służących podnoszeniu świadomości społecznej i zrozumienia potrzeb związanych z ODT.

Tabela 24. Wskaźniki obciążenia demograficznego osobami starszymi, wsparcia rodziców i potencjału pielęgnacyjnego w latach 2021-2050

ROK	WSKAŹNIK OBCIĄŻENIA DEMOGRAFICZNEGO (LICZBA OSÓB STARSZYCH NA 100 OSÓB W WIEKU PRODUKCYJNYM)	WSKAŹNIK WSPARCIA RODZICÓW (LICZBA OSÓB WIEKU POWYŻEJ 80 LAT NA 100 OSÓB W WIEKU 50-64 LATA)	WSKAŹNIK POTENCJAŁU PIELĘGNACYJNEGO (LICZBA KOBIET W WIEKU 50-64 LATA NA 100 OSÓB POWYŻEJ 80 LAT)
2017	25,0	468,9	243,0
2018	26,1	453,8	234,8
2019	27,2	439,0	226,8
2020	28,1	432,7	223,3
2021	28,9	434,0	223,9
2023	30,9	436,0	224,2
2030	34,4	363,5	186,0
2050	51,8	226,7	115,9

Źródło: Analiza BŚ na podstawie danych GUS i BASiW za 2023 r.

Oprócz finansowego wspierania opiekunów nieformalnych można na wiele sposobów wesprzeć ich rzeczowo, aby pomóc im w walce z fizycznym i emocjonalnym obciążeniem. Opiekunowie nieformalni często zmagają się z wyzwaniami fizycznymi i emocjonalnymi. Zapewnienie usług fizjoterapeutycznych może im pomóc w radzeniu sobie z wymaganiami fizycznymi, takimi jak podnoszenie pacjenta i pomoc w poruszaniu się. Wsparcie psychologiczne może im pomóc w radzeniu sobie ze stresem emocjonalnym związanym z opieką, zmniejszając poczucie wypalenia i poprawiając jakość świadczonej przez nich opieki. Programy opieki zastępczej zapewniają opiekunom wytchnienie, umożliwiając im odpoczynek i zajęcie się własnymi potrzebami. Dzięki temu opiekunowie nie czują się przytłoczeni i są w stanie nadal skutecznie sprawować opiekę.

Gdy opieka staje się potrzebna, większość nieformalnych opiekunów czuje się nieprzygotowana do wzięcia za nią odpowiedzialności, dlatego oferowanie ustrukturyzowanych programów szkoleniowych może wyposażyć ich w umiejętności i wiedzę niezbędne do zapewnienia wysokiej jakości opieki. Z kolei bon opiekuńczy może dać im większe możliwości wyboru w kwestii pomocy przy opiece. Programy takie mogą obejmować podstawowe szkolenia z zakresu opieki zdrowotnej, wiedzę na temat konkretnych schorzeń i umiejętności skutecznego udzielania pomocy. Jak wspomniano w ramach rozwiązania z zakresu finansowania nr 3, należy zbadać możliwość zastosowania bonów opiekuńczych jako sposobu subsydiowania wyboru opieki dla grup docelowych, pod zarządem jednostek samorządu terytorialnego (więcej informacji na temat stosowania bonów opiekuńczych w Finlandii, Francji, Belgii i Niemczech znajduje się w załączniku „Przykłady międzynarodowe – istotne dla Polski”). Podniesienie kompetencji zdrowotnych opiekunów nieformalnych może również pomóc im lepiej zrozumieć potrzeby zdrowotne swoich podopiecznych i tymi potrzebami zarządzać. Chodzi tu m.in. o rozpoznawanie sygnałów i objawów zdarzeń zdrowotnych, przestrzeganie planów przyjmowania leków i w razie potrzeby dostęp

do odpowiednich usług opieki zdrowotnej. W ostatecznym rozrachunku poprawi to zarówno samopoczucie opiekunów, jak i jakość nieformalnej opieki, jaką świadczą swoim podopiecznym.

ROZWIĄZANIE Z ZAKRESU KADR NR 9: Zapewnienie wsparcia finansowego i pozafinansowego dla opiekunów nieformalnych (w tym członków rodziny), m.in. poprzez bony opiekuńcze, szkolenia i edukację, fizjoterapię, wspieranie zdrowia psychicznego, opiekę wytchnieniową/zastępczą

KLUCZOWE OBSZARY, RYNEK PRACY, DEINSTYTUCJONALIZACJA

W badaniu przeprowadzonym przez BŚ nieformalni opiekunowie zgłaszali, że czują się pozostawieni sami sobie, ze znikomym wsparciem. Poczucie braku wsparcia ze strony rządu/systemu jest szczególnie silne u opiekunów rodzinnych, którzy opiekują się bliskimi samodzielnie, bez wsparcia ze strony innych członków rodziny. Są wyczerpani, nie pobierają świadczeń i nie są świadomi żadnych opcji opieki zastępczej. Żaden z ankietowanych opiekunów rodzinnych nie rozważał opieki nad członkiem rodziny, zanim stało się to konieczne, i nie mieli oni innego wyboru niż przeorganizować swoje życie i zmienić codzienny rozkład zajęć. Sytuacja ta jest opisywana przez respondentów jako dość trudna, choćby ze względu na ich aktywność zawodową i potrzebę znalezienia czasu na nowe obowiązki, jak też zajmowanie się własną rodziną. Podjęcie się opieki było decyzją podjętą pod presją chwili, a nie świadomym planem na przyszłość.

Szczególnie ważnym momentem, w którym opiekunom nieformalnym należy zapewnić wsparcie, jest moment przyjęcia przez nich roli opiekuna. Gdy ktoś nagle zaczyna wymagać opieki, na przykład z powodu fazy zaostrenia choroby, może to być szczególnie przytłaczające dla zaangażowanych w opiekę przyjaciół i rodziny. Konieczne jest zatem wsparcie ich w sprawnym przejściu w tryb sprawowania opieki. Nowy beneficjent powinien otrzymać wsparcie

formalnego zespołu opiekuńczego przy współpracy z koordynatorem ODT i przy wsparciu osoby wyznaczonej do kontaktu w POZ. Następnie, od tego samego formalnego zespołu opiekuńczego powinna otrzymać wsparcie rodzina lub przyjaciele, w miarę przejmowania przez nich odpowiedzialności za bliską osobę. Wsparcie powinno być wystarczające do tego, by wyznaczeni nieformalni opiekunowie mogli poczynić niezbędne przygotowania w pracy lub w życiu osobistym. Ponadto rodzina i przyjaciele powinni w tym okresie przejść odpowiednie szkolenie, aby czuli się komfortowo i byli przygotowani do przejęcia obowiązków związanych z opieką. Fizyczne otoczenie podopiecznego będzie miało duży wpływ na efekty opieki i zdolność opiekuna do pracy, należy więc wprowadzić również niezbędne zmiany w jego mieszkaniu. Wsparcie koordynatorów ODT w tym zakresie będzie nieocenione.

ROZWIĄZANIE Z ZAKRESU KADR NR 10:

Zapewnienie opieki przejściowej i tymczasowej, aby osoby, które zdecydowały się podjąć roli opiekuna, miały czas na dostosowanie swoich obowiązków zawodowych, przeszkolenie w zakresie opieki i zaadaptowanie przestrzeni domowej do potrzeb beneficjenta ODT

KLUCZOWE OBSZARY: DEINSTYTUCJONALIZACJA, RYNEK PRACY

Podsumowanie rozwiązań w obszarze kadr

ROZWIĄZANIE Z ZAKRESU KADR	ROZWIĄZYWANY PROBLEM	KLUCZOWY OBSZAR	CEL ODT
1. Podniesienie wynagrodzeń personelu ODT wszędzie tam, gdzie jest to zasadne, aby zapewnić podaż personelu i ciągłość opieki na styku różnych trybów i form udzielania opieki 2. Zachęcanie podmiotów realizujących usługi ODT do korzystania z dodatkowych źródeł kadrowych, takich jak migranci, opiekunowie rodzinni, NGO 3. Intensyfikacja działań zmierzających do standaryzacji i formalizacji zawodu opiekuna medycznego	A. Zróżnicowana dostępność i rozmieszczenie personelu w obrębie sektorów i pomiędzy sektorami w Polsce	Rynek pracy, koordynacja/ integracja, deinstytucjonalizacja	Efektywne zarządzanie kadrami

ROZWIĄZANIE Z ZAKRESU KADR	ROZWIĄZYWANY PROBLEM	KLUCZOWY OBSZAR	CEL ODT
4. Zwiększenie prestiżu i atrakcyjności zawodów opiekuńczych, np. poprzez kampanie informacyjno-edukacyjne oraz pakiety dodatkowych zachęt pozafinansowych, w tym możliwość wsparcia zdrowia psychicznego, możliwość fizjoterapii, dostęp do kursów/szkoleń zawodowych oraz poszerzania kompetencji 5. Wdrożenie mechanizmów zabezpieczających pracowników ODT przed wszelkiego rodzaju przemocą i nadużyciami 6. Ułatwianie dostępu do ścieżek podnoszenia kwalifikacji i szkoleń dla pracowników ODT, opracowanie ram kompetencji i ścieżek kariery, wprowadzenie możliwości rozwoju zawodowego w oparciu o jednolite ramy kompetencji oraz rotację między różnymi formami i trybami opieki	B. Ograniczone kompetencje wybranego personelu ODT wymagają poszerzenia	Rynek pracy	Efektywne zarządzanie kadrami
7. Zdefiniowanie opieki nieformalnej 8. Wprowadzenie ułatwień dla opieki realizowanej w trybie nieformalnym i łagodzenie negatywnych konsekwencji ponoszonych przez opiekunów nieformalnych (w tym członków rodziny) na rynku pracy, m.in. uprawnienia emerytalne, ulgi podatkowe, elastyczność godzin pracy, gwarancje zatrudnienia 9. Zapewnienie wsparcia finansowego i pozafinansowego dla opiekunów nieformalnych (w tym członków rodziny), m.in. poprzez bony opiekuńcze, szkolenia i edukację, fizjoterapię, wspieranie zdrowia psychicznego, opiekę wytchnieniową/zastępczą 10. Zapewnienie opieki przejściowej i tymczasowej, aby rodziny, które zdecydowały się podjąć roli opiekuna, miały czas na dostosowanie swoich obowiązków zawodowych, przeszkolenie w zakresie opieki i zaadaptowanie przestrzeni domowej do potrzeb beneficjenta ODT	C. Opieka nieformalna powinna zostać uregulowana oraz wykorzystywana w maksymalnym stopniu w celu poprawy jej dostępności i jakości	Rynek pracy Deinstytucjonalizacja	Efektywne zarządzanie kadrami

JAKOŚĆ

JAKOŚĆ FORMALNEJ OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

Ten obszar rozwiązań ma na celu podniesienie jakości opieki formalnej świadczonej przez indywidualnych opiekunów, organizacje i placówki opiekuńcze oraz system opieki. Poprawa jakości opieki formalnej ma fundamentalne znaczenie dla zapewnienia dobrostanu osób korzystających z usług ODT. Jakość opieki definiuje się jako stopień, w jakim usługi zwiększają prawdopodobieństwo osiągnięcia pożądaných rezultatów, a w kontekście usług zdrowotnych jakość jest coraz częściej rozumiana jako: efektywność (dostarczanie opartych na dowodach usług opieki zdrowotnej tym, którzy ich potrzebują); bezpieczeństwo (unikanie wyrządzania szkód osobom, dla których opieka jest przeznaczona) i skoncentrowanie na ludziach (zapewnianie opieki, która odpowiada indywidualnym preferencjom, potrzebom i wartościom). Z kolei standardy to zdefiniowane poziomy usług, które powinny być spełnione w celu osiągnięcia wysokiej jakości wyników¹²¹. Według Międzynarodowej Organizacji Normalizacyjnej (ISO) standardy należy rozumieć „jako formułę opisującą najlepszy sposób robienia czegoś”¹²². Standardy są tylko jednym z elementów zapewnienia jakości – wymagają innych działań, w tym szkoleń, budowania świadomości i komunikacji, monitorowania oraz informacji zwrotnych i aktualizacji¹²³. W Polsce zarówno jakość opieki, jak zapewniające ją standardy wymagają poprawy.

121 WHO. (2024). *Quality of Care. Health Topics*. <https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab.1>

122 ISO. *Standards*. <https://www.iso.org/standards.html>

123 WHO, BŚ, OECD. (2018). *Delivering Quality Health Services: A Global Imperative*. <https://doi.org/10.1787/9789264300309-en>

Większa koordynacja między sektorami pomocy społecznej i ochrony zdrowia w zakresie świadczenia ODT skutkuje potrzebą zajęcia się aspektami jakości ODT w obu sektorach jednocześnie. Określając ramy jakości ODT w Polsce, należy uwzględnić jej cztery główne elementy: pomoc społeczną, ochronę zdrowia oraz opiekę formalną i nieformalną. Konieczne jest zatem włączenie do prac nad określeniem ram jakości zarówno przedstawicieli sektora pomocy społecznej, jak i ochrony zdrowia. Proponowane kluczowe obszary i odpowiadające im najważniejsze wskaźniki oceny jakości ODT w Polsce przedstawiono w **tabeli 25** w oparciu o rozwiązania zaczerpnięte z przykładów międzynarodowych. Oprócz aspektów przedstawionych w tabeli przy opracowywaniu obszarów jakości i odpowiednich wskaźników oceny należy wziąć pod uwagę następujące kwestie: krajowe wymagania dotyczące rodzaju, liczby i kwalifikacji personelu, standardy wyposażenia placówek ODT oraz sposób umożliwienia wejścia na rynek jak największej liczbie dobrej jakości usługodawców ODT.

Tabela 25. Kluczowe obszary i odpowiadające im najważniejsze wskaźniki oceny jakości ODT w Polsce

OBSZAR	WSKAŹNIK	ODNIESIENIE W PUBLIKACJACH
Skuteczność	indywidualne plany opieki – w sposób szczegółowy oceniają potrzeby osób korzystających z ODT oraz wsparcie wymagane do zaspokojenia ich potrzeb i poprawy jakości ich życia	Health Information and Quality Authority (2016) ¹²⁴
Zdrowie i dobre samopoczucie	- regularna ocena stanu zdrowia i samopoczucia beneficjentów opieki; zdrowie i dobre samopoczucie beneficjentów ODT mogą być promowane oraz weryfikowane poprzez regularną ocenę na podstawie badań ankietowych/zwalidowanych kwestionariuszy - liczba przyjęć oraz ponownych przyjęć do leczenia szpitalnego	Health Information and Quality Authority (2016) Igarashi et al. (2020) ¹²⁵
Wykorzystanie informacji	wszystkie istotne informacje wykorzystywane do planowania i świadczenia skutecznych, bezpiecznych i skoncentrowanych na beneficjencie usług ODT	Health Information and Quality Authority (2016)

¹²⁴ Health Information and Quality Authority. (2016.) *Your guide to the National Standards for Residential Care Settings for Older People in Ireland*. <https://www.hiqa.ie/sites/default/files/2017-01/National-Standards-for-Older-People-Guide.pdf>

¹²⁵ Igarashi, Ayumi i in. (2020). Quality assurance in long-term care and development of quality indicators in Japan. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 6(2020). DOI: <https://doi.org/10.1177/2333721420975>.

OBSZAR	WSKAŹNIK	ODNIESIENIE W PUBLIKACJACH
Ciągłość opieki	• liczba wizyt kontrolnych • indeks fragmentaryzacji opieki (FCI) • Współpraca między sektorem pomocy społecznej i ochrony zdrowia powinna być mierzona w celu identyfikacji, adresowania i koordynowania usług w całym kontinuum opieki; obejmuje to m.in. zapewnienie beneficjentom ODT udziału w wizytach kontrolnych	Accreditation Canada ¹²⁶
Możliwości i dostępność kadr	• personel sprawujący opiekę nad beneficjentami ODT jest odpowiednio przeszkolony • beneficjenci ODT w opiece stacjonarnej mają całodobowy dostęp do pielęgniarki • beneficjenci ODT objęci opieką stacjonarną mają całodobowy dostęp do lekarza • beneficjenci ODT są prawnie chronieni przed nadużyciami ze strony personelu	Quality Framework Responsible Care (2007) ¹²⁷
Utrzymanie dobrego samopoczucia rodziny	• identyfikacja nieformalnych opiekunów (m.in. nieopłacanych członków rodziny) • opiekunowie nieformalni (członkowie rodziny świadczący opiekę nieodpłatnie) mają dostęp do wsparcia socjalnego i opieki zdrowotnej	Igarashi et al. (2020)

Źródło: World Bank 2023

Opracowane obszary i wskaźniki jakości należy w miarę możliwości ujednolicić dla dostawców podobnych usług. Rozwiązanie to może pomóc wyeliminować różnice w jakości opieki między różnymi placówkami ODT i stworzyć równe szanse dla wszystkich usługodawców. Dzięki temu każdy beneficjent otrzyma opiekę o określonej jakości, co promuje równość i sprawiedliwość.

Należy również ujednolicić ramy i wskaźniki jakości dla prywatnych i publicznych usługodawców, a standardy i mechanizmy jakości powinny obejmować pełny zakres usług ODT we wszystkich rodzajach opieki, niezależnie od formy własności. Aby jak najlepiej opracować zintegrowane obszary jakości i kluczowe wskaźniki efektywności dla Polski, należy powołać zespół ekspertów, który będzie mógł korzystać

126 Accreditation Canada. (2015). *An overview of accreditation results: Alberta*. https://www.scc.ca/sites/default/files/publications/ASB_POV_ASB-Program-Overview_v0_2015-06-30.pdf

127 ACTi, Organisation of Care Entrepreneurs i in. (2007). *Quality Framework Responsible Care: Nursing, Care and Home Care*. https://static-content.springer.com/esm/art%3A10.1186%2F1472-6963-10-95/MediaObjects/12913_2009_1232_MOESM1_ESM.PDF

z istniejących dokumentów krajowych, najlepszych międzynarodowych praktyk w zakresie ram jakości (w tym z informacji zawartych w załączniku „Międzynarodowe przykłady – istotne dla Polski”), a w razie potrzeby konsultować się z zainteresowanymi stronami.

ROZWIĄZANIE Z ZAKRESU JAKOŚCI NR 1: Powołanie grupy ekspertów w celu opracowania zintegrowanych ram jakości ODT w Polsce wraz z zestawem kluczowych wskaźników efektywności (KPI)

KLUCZOWE OBSZARY: KOORDYNACJA/INTEGRACJA, DEINSTYTUCJONALIZACJA

Nadzór nad systemem ODT jest sprawowany przez instytucje rządowe na różnych szczeblach. Nie istnieje także jednolita dla obu sektorów definicja jakości ODT. Odpowiedzialność za nadzór nad usługami ODT spoczywa zarówno na krajowych, jak i regionalnych instytucjach rządowych, z których każda ma uprawnienia kontrolne określone przepisami prawa. Organy kontrolne to m.in.: wojewodowie, Departament Kontroli NFZ oraz Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur (KMPT) działający przy Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich. Obecnie jednak w polskim systemie prawnym brakuje jednolitej definicji jakości ODT, która miałaby zastosowanie zarówno do sektora zdrowotnego, jak i społecznego. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia oraz niedawno uchwalona ustawa o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, regulujące jakość opieki zdrowotnej, nie wykluczają placówek ODT, jednak koncentrują się głównie na działalności leczniczej. Podobnie Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej odnosi się do kontroli placówek z tego sektora, nie definiując wyraźnie jakości ODT.

Jakość ODT musi być uregulowana prawnie, aby zapewnić, że wszystkie zainteresowane strony, w tym władze centralne i regionalne, koordynatorzy opieki, ośrodki opieki i poszczególni opiekunowie, są zobowiązani do jej mierzenia i poprawiania. Włączenie ram i wskaźników jakości do regulacji ODT ma zatem fundamentalne

znaczenie. Oznacza to konieczność zdefiniowania i egzekwowania określonych norm (benchmarków), które świadczeniodawcy ODT będą musieli spełnić w odniesieniu do jakości opieki, bezpieczeństwa i praw beneficjenta. Prawne uregulowanie ram i wskaźników jakości zapewni, że świadczeniodawcy będą konsekwentnie realizować opiekę na wysokim poziomie. Ponadto należy rozważyć wykorzystanie mechanizmów finansowania jako motywacji do zapewniania jakości, np. w formie płatności za wyniki (jak omówiono w sekcji „Rozwiązania z zakresu finansowania”). Poprzez wprowadzenie obowiązku prawnego przestrzegania jakości świadczeniodawcy będą również motywowani do utrzymywania lub poprawiania jakości swoich usług.

ROZWIĄZANIE Z ZAKRESU JAKOŚCI NR 2: Uwzględnienie definicji, ram i wskaźników jakości w odpowiednich przepisach odnoszących się do ODT

KLUCZOWE OBSZARY: KOORYDNACJA/INTEGRACJA, DEINSTYTUCJONALIZACJA

Placówki ODT nie są kontrolowane w sposób systematyczny, a w nielicznych placówkach, które poddano kontroli, w połowie przypadków stwierdzono nieprawidłowości¹²⁸. Rozporządzenie MRPiPS z 18 grudnia 2020 r. w sprawie nadzoru i kontroli w pomocy społecznej wskazuje, że „kontrole kompleksowe w jednostce podlegającej kontroli przeprowadza się nie rzadziej niż raz na cztery lata według planu kontroli”¹²⁹. Z kolei w przypadku podmiotów leczniczych częstość prowadzonych kontroli nie jest ograniczona liczbą, a jedynie warunkami i trybem kontroli oraz dokumentacją z czynności kontrolnych¹³⁰. Na tej podstawie trudno zatem mówić o systematyczności czy regularności kontroli.

128 Stwierdzanie nieprawidłowości wynikać może z samego charakteru kontroli, który ma na celu ich wykrycie.

129 Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18 grudnia 2020 r. w sprawie nadzoru i kontroli w pomocy społecznej. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20200002285/O/D20202285.pdf>

130 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20150001331/O/D20151331.pdf>

Dokonana przez BŚ analiza kontroli przeprowadzonych w latach 2017-2021 ujawnia małą ich liczbę w placówkach ODT. We wskazanym okresie kontrolowano rocznie tylko około 8 proc. placówek ochrony zdrowia ODT i 18 proc. placówek pomocy społecznej ODT, przy czym mała liczba nadzorów może wynikać z trwającej wówczas pandemii COVID-19. Analiza kontroli przeprowadzonych w latach 2017-2021 wskazuje na takie nieprawidłowości, jak: braki systemowe, braki w dokumentacji pacjentów, nieprzestrzeganie prawa, nieodpowiednie warunki bytowe, niespełnione standardy opieki medycznej, braki kadrowe, niewłaściwe stosowanie środków przymusu oraz naruszanie praw beneficjentów. Wymienione nieprawidłowości wykryto w ponad połowie placówek, choć skontrolowano ich bardzo niewiele. **Tabela 26** przedstawia wybrane dane z kontroli, przy czym zawiera tylko informacje o kontrolach przeprowadzanych przez wojewodów, nie uwzględniając kontroli NFZ i RPO.

Tabela 26. Liczba i wyniki kontroli przeprowadzonych przez wojewodów w latach 2017-2021

WOJEWÓDZTWO	RODZAJ PLACÓWKI							
	SEKTOR OCHRONY ZDROWIA (ZOL, ZPO, DDOM)				SEKTOR POMOCY SPOŁECZNEJ (DPSDOMY OPIEKI DLA OSÓB WYMAGAJĄCYCH 24-GODZINNEJ OPIEKI)			
	LICZBA* PLACÓWEK	LICZBA KONTROLI	ODSETEK KONTROLI ROCZNIE	UDZIAŁ KONTROLI, W KTÓRYCH STWIERDZONO NIEPRAWIDŁOWOŚCI	LICZBA* PLACÓWEK	LICZBA KONTROLI	ODSETEK KONTROLI ROCZNIE	UDZIAŁ KONTROLI, W KTÓRYCH STWIERDZONO NIEPRAWIDŁOWOŚCI
dolnośląskie	68	4	1,2%	100%	—	—	—	—
kujawsko-pomorskie	42	5	2,4%	—**	—	—	—	—
lubelskie	37	3	1,6%	100%	81	95	23,5%	49,5%
lubuskie	15	18	24,0%	—	50	16	6,4%	—
łódzkie	41	2	1,0%	50,0%	118	66	11,2%	54,5%
małopolskie	52	14	5,4%	—	167	141	16,9%	—
mazowieckie	113	72	12,7%	72,2%	282	380	30,0%	71,4%**
opolskie	21	14	13,3%	71,4%	68	40	11,8%	—
podkarpackie	40	23	11,5%	—	104	12	2,3%	—
podlaskie	21	14	13,3%	14,3%	50	68	27,2%	63,2%
pomorskie	35	6	3,4%	0,0%	148	209	28,2%	40,7%
śląskie	73	36	9,9%	—	230	169	14,7%	7,7%
świętokrzyskie	22	21	19,0%	—	76	64	16,8%	70,3%
warmińsko-mazurskie	17	12	14,1%	25,0%	86	125	29,0%	—
wielkopolskie ****	42	14	6,6%	71,4%	142	61	8,6%	59,0%
zachodniopomorskie	35	5	2,9%	0,0%	76	66	17,4%	69,7%
	łącznie	łącznie	średnia	średnia	łącznie	łącznie	średnia	średnia
	674	263	7,8%	52,1%	1,678	1,512	18,0%	54,0%

*opracowanie własne na podstawie KRDO (Krajowy Rejestr Domów Opieki), stan na dzień 14.06.2023 r.; ze względu na brak dostępu do danych z tego rejestru od 2021 r. lub jakiegokolwiek innego publicznie dostępnego rejestru wyniki należy traktować ostrożnie, ponieważ liczba placówek mogła ulec zmianie ** brak danych ***dotyczy tylko kontroli doraźnych n=185 **** opracowanie własne na podstawie informacji w Biuletynie Informacji Publicznej

Kontrole KMPT dotyczyły kwestii związanych z bezpieczeństwem i prawami pacjentów oraz wskazywały szkolenia personelu jako kluczowe dla zapobiegania występowaniu tych problemów. W latach 2017-2021 KMPT przeprowadził kontrole w 86 placówkach ODT, w tym 18 w ZOL, 30 w DPS oraz 38 w placówkach zapewniających całodobową opiekę. Kontrole dotyczyły kwestii związanych ze stosowaniem przymusu bezpośredniego, podawaniem leków, warunkami bytowymi oraz prawami beneficjentów. W zaleceniach pokontrolnych podkreślono potrzebę intensyfikacji szkolenia personelu, w szczególności w zakresie Protokołu Stambulskiego¹³¹ oraz przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu. Kontrole przeprowadzone przez wojewodów, obejmujące różne aspekty funkcjonowania placówek, wykazały takie nieprawidłowości jak: prowadzenie działalności bez odpowiednich dokumentów, niekompletna dokumentacja, braki kadrowe, przekraczanie dopuszczalnej liczby beneficjentów oraz brak poszanowania ich praw. Kontrole NFZ, koncentrujące się na usługach opieki zdrowotnej, ujawniły m.in.: niekompletną dokumentację medyczną, braki w dokumentacji wewnętrznej, niedobory personelu i nieprawidłowości w świadczeniu usług zdrowotnych.

Kontrole w placówkach ODT ujawniły nieprawidłowości związanych z jakością opieki świadczonej przez pracowników. Powracającym problemem były niedobory kadrowe, w placówkach często brakowało niezbędnego personelu opiekuńczego i medycznego. Co więcej, zdarzało się, że pracownicy nie posiadali wymaganych licencji i nie byli odpowiednio przeszkoleni. Stosowanie niestandardowych form przymusu, często bez podstawy prawnej, budziło obawy o bezpieczeństwo i dobre samopoczucie beneficjentów. Zwracano również uwagę na praktyki związane z podawaniem leków, w tym podawanie ich przez nieupoważniony personel i stosowanie

¹³¹ Biuro Komisarza Narodów Zjednoczonych do spraw Praw Człowieka (OHCHR). (2022). Protokół stambulski. <https://www.ohchr.org/en/publications/policy-and-methodological-publications/istanbul-protocol-manual-effective-0>

podstępnych metod. Dostęp do specjalistycznego sprzętu, który mógłby wesprzeć świadczenie opieki, szczególnie w zakresie fizykoterapii, został odnotowany jako problematyczny i połączony z niską świadomością dostępnych opcji finansowania. W zaleceniach podkreślono potrzebę intensyfikacji szkoleń, zwłaszcza w obszarach takich jak Protokół Stambulski, w celu wyeliminowania zidentyfikowanych uchybień.

Podczas kontroli organizacji ODT odnotowano nieprawidłowości wskazujące na wyzwania organizacyjne. Dość powszechne były problemy operacyjne – placówki działały bez odpowiedniej dokumentacji. Problemy związane z jej prowadzeniem obejmowały luki w dokumentacji medycznej i wewnętrznej, niezgodne z prawem klauzule w umowach i brakujące podpisy beneficjentów. Często powtarzały się też problemy z personelem, w tym braki kadrowe i niewystarczające kwalifikacje. Warunki bytowe często nie spełniały wymogów w zakresie higieny, warunków sanitarnych i przestrzegania standardów dostępności dla osób z niepełnosprawnością. Wyniki kontroli wykazały wysokie wskaźniki nieprawidłowości, przy czym w ponad 50 proc. placówek problemy stwierdzano regularnie. Kontrole wojewódzkie obejmowały szeroki zakres zagadnień, w tym stan i wyposażenie placówek, dokumentację, kwalifikacje personelu i prawa beneficjentów. Formalni opiekunowie wyrażali również obawy dotyczące osamotnienia pacjentów wpływającego na ich funkcje intelektualne. Ramy prawne regulujące ODT w Polsce wykazują znaczące luki. Nie istnieje ujednolicona definicja jakości ODT stosowana zarówno w sektorze zdrowotnym, jak i społecznym. Nadzór regulacyjny funkcjonuje w opiece zdrowotnej, ale skupia się przede wszystkim na działalności leczniczej (a właściwie na realizacji standardów opieki, tzw. inputs), z pominięciem placówek ODT. Za ich kontrolę odpowiedzialne są różne organy, w tym wojewodowie, NFZ i KMPT. Przeciwdziałanie zidentyfikowanym nieprawidłowościom poprzez regularne kontrole możliwie wszystkich usługodawców ODT oraz kompleksowe zrozumienie jakości ODT ma kluczowe znaczenie dla osiągnięcia nadrzędnego celu, jakim jest poprawa dobrostanu osób objętych tą opieką w Polsce.

Ramka 2: Najczęściej występujące nieprawidłowości w kontrolach wojewódzkich

Kontrole wojewodów brały pod uwagę szeroki aspekt funkcjonowania placówki, w tym stan i wyposażenie placówki, liczbę i kwalifikacje personelu, dostęp do świadczeń opieki medycznej i poszanowanie praw podopiecznych. Najczęściej pojawiającymi się nieprawidłowościami raportowanymi podczas kontroli wojewódzkich były:

1. prowadzenie placówek bez odpowiednich dokumentów (np. brak zezwolenia wojewody);
2. niekompletna dokumentacja medyczna oraz wewnętrzna (np. brak rejestru świadczeń, nieinformowanie odpowiednich jednostek o istotnych zmianach organizacyjno-prawnych);
3. deficyt personelu oraz brak odpowiednich kwalifikacji personelu (np. wykonywanie czynności medycznych bez uprawnień, niespełnienie wskaźnika zatrudnienia, brak specjalistycznego przeszkolenia);
4. przekraczanie limitu przyjęć beneficjentów (np. zbyt duża liczba beneficjentów przebywających w placówce, niezgodności w rzeczywistej i zgłoszonej do organu rejestrowego liczbie łóżek);
5. nieposzanowanie praw beneficjentów (np. łamanie prawa do godności i intymności, ograniczanie wolności, nieuprawnione użycie przymusu bezpośredniego, po śmierci beneficjenta nieodpowiednie poszanowanie zwłok i niezgodne dysponowanie masą spadkową);
6. nieodpowiednie wyposażenie placówki i stan techniczny budynku (np. wymagany pilny remont i modernizacja, zły stan pomieszczeń, niespełnione standardy, brak odpowiedniego wyposażenia, brak pomieszczeń wspólnych takich jak jadalnia i pralnia, brak systemu przyzywowo-alarmowego lub system niesprawny, nieodpowiednie dostosowanie placówki do osób z niepełnosprawnością);
7. niespełniony standard usług medycznych (np. niedopasowanie rodzaju i częstotliwości usług opiekuńczych i medycznych do stanu zdrowia beneficjenta, brak pomocy w uzyskaniu należnych świadczeń, przyjmowanie osób wymagających bardziej specjalistycznej opieki, np. psychiatrycznej).

Po uregulowaniu prawnym obszarów i wskaźników jakości konieczne jest uruchomienie mechanizmu kontroli, monitorowania i ewaluacji jakości ODT, co zapewni spójną i kompleksową ocenę usługodawców ODT. Regularne kontrole pomagają skutecznie monitorować i ewaluować funkcjonowanie usługodawców ODT, w tym jakość oferowanej przez nich opieki. Kontrole powinny być prowadzone regularnie i konsekwentnie oraz powinny dotyczyć wszystkich usługodawców ODT w kraju. Wyznaczenie organu/przedstawiciela zajmującego się monitorowaniem i ewaluacją usługodawców ODT może zapewnić spójny nadzór nad ich działalnością w całym kraju. Ważne jest jednak, aby organ/przedstawiciel ten miał możliwość kontrolowania zarówno usługodawców działających w sektorze pomocy społecznej, jak i w sektorze ochrony zdrowia. Zakres jego pracy obejmowałby bowiem przeprowadzanie regularnych kontroli, egzekwowanie wskaźników jakości i koordynowanie wysiłków na rzecz poprawy jakości ODT. Dzięki scentralizowanym działaniom łatwiej będzie szybko rozwiązywać problemy, standaryzować praktyki i pociągać usługodawców do odpowiedzialności.

ROZWIĄZANIE Z ZAKRESU JAKOŚCI NR 3: Uruchomienie krajowego mechanizmu monitorowania i ewaluacji jakości (M&E) mającego zastosowanie wobec usługodawców, placówek i organizacji ODT

KLUCZOWE OBSZARY: KOORYDNACJA/INTEGRACJA, DEINSTYTUCJONALIZACJA

Nieprzerwane wysiłki na rzecz poprawy jakości bezwzględnie wymagają zrozumienia doświadczeń opiekunów i ich rodzin w systemie. W badaniu zleconym przez BŚ beneficjenci usług i ich rodziny przekazali swoje spostrzeżenia na temat funkcjonowania systemu opieki i obszarów, w których widzą możliwość poprawy. Opiekunowie nieformalni, opierając się na doniesieniach medialnych i doświadczeniach znajomych, niechętnie korzystali ze wsparcia instytucji państwowych ze względu na sposób, w jaki placówki te traktują beneficjentów. Niektórzy respondenci przyznawali, że podczas

wizyt w placówkach słyszeli, jak pracownicy krzyczeli na beneficjentów, widzieli beneficjentów umieszczonych w przepełnionych salach (np. 16 osób w jednym pokoju), a w powietrzu unosił się nieprzyjemny zapach. Jeśli chodzi o pracowników agencji, nieformalni opiekunowie postrzegali niektóre z osób świadczących usługi ODT w imieniu usługodawcy prywatnego jako osoby pozbawione empatii i cierpliwości, otrzymujące niskie wynagrodzenie, co dodatkowo osłabiało ich motywację. Niektórzy opiekunowie rodzinni mieli złe osobiste doświadczenia z opiekunami przysłanymi przez usługodawców prywatnych: jeden nie był fizycznie w stanie odpowiednio zająć się beneficjentem, inny nie stawiał się zgodnie z umową, a jeszcze inni palili w domu beneficjenta. Co więcej, rodziny postrzegają listy oczekujących na miejsce w placówkach stacjonarnych jako bardzo długie, więc składają wnioski na wszelki wypadek (ponieważ nie są w stanie przewidzieć, jak pacjent będzie się czuł w przyszłości, a pewnego dnia może wymagać profesjonalnej opieki przez całą dobę).

Wszystkie te kwestie powinny być uwzględnione w ankietach przeznaczonych dla beneficjentów opieki, aby zapewnić, że usługi spełniają wymagane standardy. Dla przykładu w Holandii istniejące ramy (indeks CQ, Consumer Quality Index) zostały zaadaptowane na potrzeby placówek ODT. Indeks CQ bada doświadczenia beneficjentów w oparciu o 10 wymiarów: 1) plan i ocena opieki, 2) wspólne podejmowanie decyzji, 3) komunikacja i informacja, 4) dobrostan fizyczny, 5) kompetencje i bezpieczeństwo opieki, 6) środowisko bytowe, 7) partycypacja i autonomia, 8) dobrostan psychiczny, 9) bezpieczeństwo i środowisko bytowe oraz 10) dostępność i ciągłość opieki. Zastosowanie tych wskaźników zaowocowało poprawą w świadczeniu ODT, szczególnie wśród placówek o najniższych wynikach¹³², dostarczając dowodów na rolę wskaźników we wdrażaniu interwencji mających na celu poprawę jakości. Informacje na temat indeksu CQ przedstawiono

132 Zuidgeest, Marloes i in. (2012). Patients' experiences of the quality of long-term care among the elderly: comparing scores over time. *BMC Health Services Research*, 12. s. 1-10.

w załączniku „Międzynarodowe przykłady – istotne dla Polski”¹³³.

W Polsce w ramach monitorowania i oceny usług należy przeprowadzać regularne ankiety wśród beneficjentów i ich rodzin, aby upewnić się, że opieka spełnia standardy oraz uwzględnia preferencje i opinie tej grupy interesariuszy.

ROZWIĄZANIE Z ZAKRESU JAKOŚCI NR 4: Wdrożenie ankiet dla beneficjentów ODT, by zbierać opinie o systemie wśród beneficjentów ODT i ich bliskich

KLUCZOWE OBSZARY: KOORDYNACJA/INTEGRACJA, DEINSTYTUCJONALIZACJA

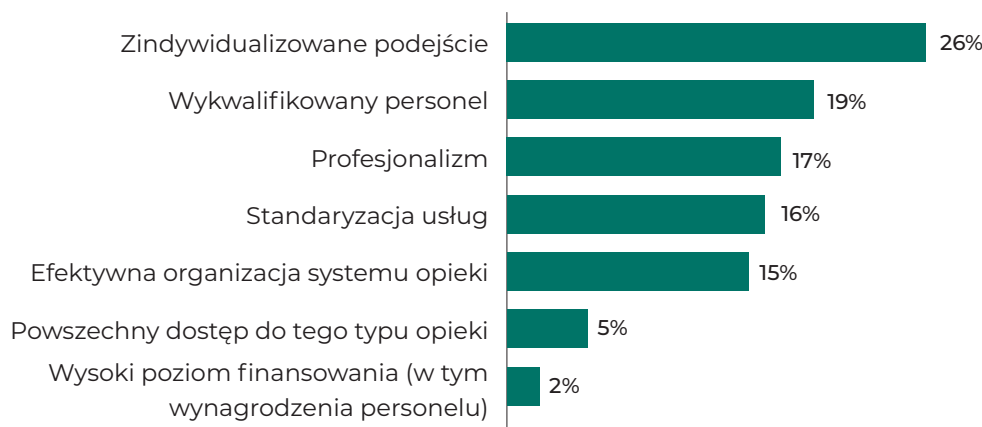
Postrzeganie jakości ODT w Polsce przez opinię publiczną jest zróżnicowane. W opinii 90 proc. respondentów jakość w ODT ma znaczenie. Jednocześnie 43 proc. Polaków negatywnie ocenia obecną jakość tej opieki w kraju¹³⁴. Uczestnicy konsultacji publicznych jako kluczowe aspekty jakości wymieniają: indywidualne podejście, odpowiednią liczbę wykwalifikowanego personelu, profesjonalizm, standaryzację usług, sprawną organizację, dostępność i wystarczające finansowanie (**rycina 64**). Wyniki badania jakościowego zleconego przez BŚ wśród opiekunów formalnych i nieformalnych w 2023 r. uwidoczniły powody do niepokoju, w tym ograniczony dostęp do specjalistycznego sprzętu, niską wiedzę na temat dostępnych możliwości finansowania oraz osamotnienie beneficjentów, wpływające na ich funkcjonowanie¹³⁵. Jako podstawowe narzędzie poprawy jakości ODT wskazywano regularną ocenę opieki z punktu widzenia beneficjenta (**rycina 65**).

133 Triemstra, Mattanja i in. (2010). Measuring client experiences in long-term care in the Netherlands: a pilot study with the Consumer Quality Index Long-term Care. *BMC Health Services Research*, 10(2010). DOI: 10.1186/1472-6963-10-95.

134 Badanie ankietowe zlecone przez BŚ, 2023 r.

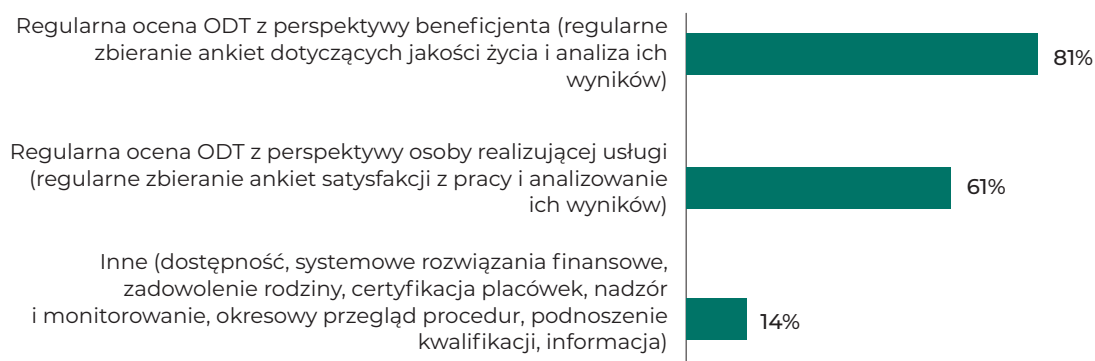
135 Badanie ankietowe BŚ, 2023 r

Rycina 64. Jak należy rozumieć jakość w ODT?



Źródło: BŚ 2023, ankieta online – uzupełnienie konsultacji społecznych

Rycina 65. Jakiego rodzaju narzędzia mogą służyć poprawie oceny jakości ODT w Polsce?



Źródło: BŚ, 2023, ankieta online – uzupełnienie konsultacji społecznych

Utworzenie publicznie dostępnej bazy danych, zawierającej wykaz zarówno publicznych, jak i prywatnych ośrodków opieki, wraz z informacją o rodzaju oferowanej przez nie opieki, liczbie wolnych miejsc oraz liczbie personelu, zapewni przejrzystość systemu dla beneficjentów i ich rodzin. Możliwość porównywania usługodawców i korzystania z publicznie dostępnych informacji na temat ich działalności jest dostępna w kilku krajach. W Stanach Zjednoczonych oficjalna rządowa strona internetowa publikuje oceny usługodawców świadczących szeroki zakres usług, w tym domy opieki, usługi rehabilitacyjne, domowe usługi zdrowotne, szpitale

ODT i inne. Wskaźniki na stronie internetowej obejmują personel, jakość i wyniki inspekcji sanitarnych z użyciem systemu gwiazdek odzwierciedlających względną jakość usług¹³⁶. W przypadku usług domowej opieki zdrowotnej istnieją ocena jakości i ocena na podstawie ankiet pacjentów. Niemniej minimalny zestaw danych (MDS) zawiera więcej informacji, które umożliwiają wystandaryzowaną ocenę (zob. zakres danych dla ODT w placówkach stacjonarnych w załączniku „Międzynarodowe przykłady – istotne dla Polski”). W Anglii funkcjonuje Komisja ds. Jakości Opieki (Care Quality Commission, CQC), niezależny organ regulacyjny usług opieki zdrowotnej i społecznej. Komisja rejestruje, przeprowadza inspekcje i publikuje ich wyniki na swojej stronie internetowej. Osoby zainteresowane mogą wyszukać usługodawcę w swojej okolicy i zobaczyć, jak radzi on sobie w aspektach takich jak: bezpieczeństwo, skuteczność, dbałość, responsywność i dobre zarządzanie. Możliwe oceny to: „nieodpowiednia”, „wymaga poprawy”, „dobra” i „wybitna”¹³⁷. W Polsce tego rodzaju baza danych umożliwiałaby zainteresowanym dokonywanie świadomego wyboru dostawców usług ODT, co promowałoby konkurencję opartą na jakości. Beneficjenci mogliby porównywać placówki i wybierać te, które najlepiej zaspokoją ich potrzeby. To z kolei pozwoli na udostępnianie wyników kontroli jakości, dzięki czemu będą one dostępne w publicznej bazie danych, umożliwiając beneficjentom lepsze zrozumienie jakości oferowanej im opieki. Beneficjenci mogą następnie uwzględnić te wyniki przy podejmowaniu decyzji o wyborze dostawcy usług ODT. Dzięki takiej przejrzystości dostawcy usług są rozliczani z jakości opieki i zachęca się ich do ciągłego doskonalenia. Publikowanie wskaźników opieki powinno jednak odbywać się w odpowiednim kontekście i w towarzystwie odpowiednich analiz, aby można je było prawidłowo interpretować.

136 <https://www.medicare.gov/>

137 <https://www.cqc.org.uk/about-us>

ROZWIĄZANIE Z ZAKRESU JAKOŚCI NR 5:

Opracowanie publicznie dostępnej bazy danych ze wskaźnikami jakości dla poszczególnych placówek ODT (publicznych i prywatnych)

KLUCZOWE OBSZARY: KOORYDNACJA/INTEGRACJA, DEINSTYTUCJONALIZACJA**Do niewystarczającego monitorowania i nieoptymalnej jakości usług ODT przyczyniają się luki w systemie organizacyjnym**

i technologicznym ODT. Analiza BŚ wykazała, że kontrole były prowadzone w niewielu placówkach; każdego roku kontrolowano niewiele ponad 12 proc. placówek, w zależności od sektora. Najczęstsze nieprawidłowości obejmowały: problemy systemowe, błędy w dokumentacji, nieodpowiednie warunki życia i niespełnione standardy opieki medycznej. W przeglądzie zaproponowano ocenę jakości ODT pod kątem zachowania godności, zdrowia, odżywiania, aktywności fizycznej i intelektualnej, zapobiegania izolacji społecznej i zapewnienia bezpiecznego środowiska. Wiele z tych ulepszeń mogłoby być wspieranych przez rozwiązania technologiczne. Przykładowo odpowiednie zarządzanie dokumentacją i ciągłość opieki nad osobami w różnych sektorach można poprawić za pomocą dokumentacji elektronicznej. Izolację społeczną można zmniejszyć poprzez częstsze kontaktowanie osób starszych i niepełnosprawnych z bliskimi (np. dzięki nowym technologiom), co jednocześnie zapewni beneficjentom stymulację intelektualną. System organizujący świadczenie opieki mógłby również być bardziej zautomatyzowany, z ulepszonymi kanałami komunikacji między dostawcami usług w zespołach oraz między sektorami i placówkami.

Ocena i rewizja polskiej Strategii Centrum e-Zdrowia na lata 2023-2027 w kontekście starzenia się i ODT może wesprzeć wykorzystanie technologii do celów reformy. Technologia odgrywa kluczową rolę w dokumencie „Wizja opieki długoterminowej w Polsce”. Innowacje technologiczne mogą ułatwić starzenie się w miejscu zamieszkania, w którym odbiorcy opieki i osoby starsze mogą być monitorowane

zdalnie, a ich opiekunowie mogą otrzymać narzędzia umożliwiające pozostanie w kontakcie z usługami publicznymi. Pozwoliłoby to osobom starszym zachować niezależność i autonomię oraz pozostać w znajomym otoczeniu, zapewniając im jednocześnie w razie potrzeby dostęp do niezbędnego wsparcia. Nowoczesne technologie mogą również być wykorzystywane do wspierania pielęgnacji pamięci, poprawy monitorowania warunków życia i minimalizowania ryzyka. Takiemu celowi mogą służyć np. rozwiązania technologiczne monitorujące ryzyko upadku¹³⁸. Technologie te obejmują m.in. czujniki fizyczne do noszenia na ciele (tzw. wearables), czujniki chemiczne do noszenia na ciele, które mogą gromadzić dane molekularne, a także urządzenia nieprzeznaczone do noszenia na ciele, takie jak paski do glukometrów, inteligentna odzież i robotyka wspomagająca¹³⁹. Podobnie jak większość krajów w UE, Polska opracowała strategię innowacji cyfrowych w dziedzinie zdrowia (DHI), powołała instytucję DHI i finansuje DHI. Strategia DHI musi szczegółowo rozpatrywać długoterminową wizję opieki zdrowotnej, w tym ODT. Powinna być oceniana pod kątem starzenia się, aby ocenić, czy kluczowe grupy opiekunów i odbiorców opieki odpowiednio z niej korzystają. W ramach opracowywania rozwiązań technologicznych należy zwrócić uwagę na umiejętności cyfrowe społeczeństwa, aby zapewnić integrację technologii w całym kontinuum opieki. Powinno to wchodzić w skład cyfrowych strategii zdrowotnych i w szczególnym stopniu brać pod uwagę osoby starsze i niepełnosprawne w aspekcie użyteczności i infrastruktury niezbędnej do zapewnienia operacyjności i zasięgu takich innowacyjnych rozwiązań. Innowacje mogą być oparte na inwestycjach w badania i rozwój (zob. rozwiązanie z zakresu jakości nr 7).

138 Gschwind, Yves J. i in. (2015). ICT-based system to predict and prevent falls (iStoppFalls): results from an international multicenter randomized controlled trial. *European Review of Aging and Physical Activity*, 12(2015).

139 Chen, Chuanrui i in. (2023). Digital health for aging populations. *Nature Medicine*, 29(2023), s. 1623–1630. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41591-023-02391-8>.

Rozwiązanie to uzupełnia mechanizmy zapewnienia jakości i monitorowania nowych standardów poprzez wprowadzenie nowych technologii prowadzących do poprawy jakości opieki. Podniosą one skuteczność monitorowania i świadczenia opieki dzięki np. elektronicznej dokumentacji medycznej, telemedycynie i urządzeniom wspomagającym. Inne rozwiązania technologiczne mogą usprawnić zarządzanie systemem opieki na poziomie systemowym poprzez poprawę zarządzania danymi, komunikacji i monitorowania pacjentów, ostatecznie prowadząc do bardziej efektywnej i lepszej jakościowo opieki.

ROZWIĄZANIE Z ZAKRESU JAKOŚCI NR 6: Wykorzystanie nowych technologii w celu poprawy zarządzania danymi, opieki nad beneficjentem i wykorzystania danych możliwie w czasie rzeczywistym, z myślą o lepszych rezultatach ODT

KLUCZOWE OBSZARY: KOORDYNACJA/INTEGRACJA, DEINSTYTUCJONALIZACJA,

Polska powinna także inwestować w rozwój badań naukowych, z uwzględnieniem obszaru ODT. Istnieją obszary, które należy zbadać w celu wsparcia ODT i działań związanych ze starzeniem się społeczeństwa. Są to: zdrowe starzenie się społeczeństwa; aktywne starzenie się, w tym zapobieganie samotności i aktywizacja na rynku pracy; wdrażanie nowych technologii w opiece nad osobami starszymi i z niepełnosprawnością (co można wdrożyć, co jest akceptowalne); uwarunkowania współpracy między różnymi instytucjami w celu zapewnienia opieki; sposoby wzmocnienia zaangażowania lokalnych instytucji w opiekę oraz finansowanie (rodzaje, modele i akceptowalne poziomy współpłacenia za opiekę).

ROZWIĄZANIE Z ZAKRESU JAKOŚCI NR 7:

Promowanie badań naukowych poświęconych zagadnieniom ODT w celu ulepszenia usług i usprawnienia systemu

KLUCZOWE OBSZARY: KOORDYNACJA/INTEGRACJA, DEINSTYTUCJONALIZACJA, RYNEK PRACY

Podsumowanie rozwiązań w obszarze jakości

ROZWIĄZANIE	ROZWIĄZYWANY PROBLEM	KLUCZOWY OBSZAR	CEL ODT
1. Powołanie grupy ekspertów w celu opracowania zintegrowanych ram jakości ODT w Polsce wraz z zestawem kluczowych wskaźników efektywności (KPI) 2. Uwzględnienie definicji, ram i wskaźników jakości w odpowiednich przepisach odnoszących się do ODT 3. Uruchomienie krajowego mechanizmu monitorowania i ewaluacji jakości (M&E) mającego zastosowanie wobec usługodawców, placówek i organizacji ODT 4. Wdrożenie ankiet dla beneficjentów i ich bliskich, by zbierać opinie o systemie 5. Opracowanie publicznie dostępnej bazy danych ze wskaźnikami jakości dla poszczególnych placówek ODT (publicznych i prywatnych) 6. Wykorzystanie nowych technologii w celu poprawy zarządzania danymi, opieki nad beneficjentem i wykorzystania danych możliwie w czasie rzeczywistym, z myślą o lepszych rezultatach ODT 7. Promowanie badań naukowych poświęconych zagadnieniom ODT w celu ulepszenia usług i usprawnienia systemu	A. Poprawa jakości opieki formalnej świadczonej przez indywidualnych opiekunów, organizacje opiekuńcze i system opieki	Koordinacja/ integracja, deinstytucjonalizacja	Wysoka jakość ODT

INFRASTRUKTURA

SYTUACJA MIESZKANIOWA OSÓB STARSZYCH I OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Ten obszar rozwiązań dotyczy trudnej sytuacji osób starszych i z niepełnosprawnością na rynku mieszkaniowym oraz niewystarczającego dostosowania mieszkań do potrzeb osób wymagających ODT lub zagrożonych taką potrzebą. Wraz ze wzrostem liczebności grupy osób starszych w Polsce coraz bardziej paląca staje się potrzeba rozwiązania problemu złych warunków mieszkaniowych seniorów,. Nie tylko stanowi to problem z punktu widzenia zdrowia osób starszych, ale także pogarsza sytuację gospodarczą, zwiększając wydatki na opiekę zdrowotną i ubezpieczenie społeczne. Warunki bytowe osób starszych znacząco wpływają na ich ogólną jakość życia, ze względu na ich ograniczoną mobilność i znaczną ilość czasu spędzanego w domu. Większość seniorów w Polsce mieszka samodzielnie lub ze swoimi rodzinami we własnych domach, co sprawia, że stan i funkcjonalność ich mieszkań są kluczowymi czynnikami wpływającymi na ich zdrowie i samopoczucie. Polityka mieszkaniowa nie leży w kompetencjach sektorów ochrony zdrowia i opieki społecznej, ale jest kluczowym obszarem interwencji dla wzmocnienia deinstytucjonalizacji ODT i poprawy wyników opieki nad osobami starszymi, dlatego zalecenia i diagnozy przedstawione w niniejszym dokumencie powinny być rozważane przy udziale odpowiedniego ministerstwa lub instytucji.

Zasoby mieszkań dla seniorów w sektorze publicznym są ograniczone, a wielu seniorów mieszka w mieszkaniach prywatnych.

Senioralne programy mieszkaniowe oferują osobom starszym stosunkowo dobre warunki mieszkaniowe, jednak ich skuteczność

jest osłabiana przez postawy samych seniorów, struktury własności mieszkań oraz brak ustalonych praktyk w zakresie organizowania i wspierania mieszkalnictwa senioralnego. Osoby starsze mieszkają głównie w mieszkaniach sektora prywatnego, który jest mniej podatny na interwencje publiczne. Aktualnie w Polsce funkcjonuje kilka programów mających na celu rozwój mieszkalnictwa dostosowanego do potrzeb seniorów. Zaliczają się do nich: program „Dostępność Plus 2018-2025”, program budownictwa socjalnego i komunalnego oraz program społecznego budownictwa czynszowego. Ich celem jest rozwiązanie problemu niewystarczającego dostosowania mieszkań dla osób zagrożonych ODT. Inicjatywy te stanowią kluczowe działania zmierzające do stworzenia bardziej integracyjnego i przyjaznego środowiska mieszkaniowego dla wrażliwych grup ludności.

Problemy związane z mieszkalnictwem dla osób

z niepełnosprawnością to m.in. niewystarczająca podaż mieszkań w sektorze publicznym oraz brak przejrzystych kryteriów przydziału mieszkań. Kontrola NIK z 4 kwietnia 2023 r. wykazała, że nadal nie ma dostatecznej liczby mieszkań w sektorze publicznym bez barier architektonicznych dla osób z niepełnosprawnością. Kontrolą objęto 35 JST z siedmiu województw, w tym 19 miast na prawach powiatu oraz 16 jednostek zarządzających komunalnymi zasobami mieszkaniowymi. Miasta starały się zwiększyć dostępność mieszkań dla osób z niepełnosprawnością głównie poprzez modernizację istniejących budynków oraz budowę nowych, pozbawionych barier architektonicznych. Mimo tych działań niedobór mieszkań nadal występował, co skutkowało długim czasem oczekiwania. Nowe budynki były zazwyczaj dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnością, ale starsze budynki wymagały modernizacji, takich jak instalacja wind lub poszerzenie drzwi. Kontrola wykazała również pewne nieprawidłowości w procesie przydziału mieszkań, w tym nieprzejrzyste kryteria oceny wniosków i błędy w procedurach weryfikacyjnych. Umowy najmu zawierano na czas określony i nieokreślony, ale w niektórych przypadkach nie monitorowano dat zakończenia umów,

co prowadziło do zajmowania mieszkań przez osoby nieposiadające do tego tytułu prawnego. Niemniej większość miast utrzymywała zasoby mieszkaniowe w dobrym stanie, choć zdarzały się przypadki zaniedbań w zakresie przeglądów technicznych budynków, co mogło zagrażać życiu i zdrowiu mieszkańców.

Biorąc pod uwagę zmieniającą się demografię, zapewnienie przystępnych cenowo i odpowiednio dostosowanych mieszkań dla osób starszych i z niepełnosprawnością staje się coraz pilniejsze. Obok już prowadzonych działań rozwój budownictwa mieszkaniowego zaprojektowanego specjalnie dla osób starszych i osób z niepełnosprawnością może być stymulowany przez zachęty dla samorządów lokalnych, które będą podejmować działania na rzecz tworzenia form mieszkalnictwa dostępnych i przyjaznych dla osób starszych.. Ponadto należy rozważyć rozszerzenie innych niż tradycyjne opcje mieszkaniowych, takich jak modele zakwaterowania międzypokoleniowego i usługi mieszkalnictwa wspomaganego, aby stworzyć kontinuum mieszkaniowe obejmujące zakres niskich i średnich potrzeb.

ROZWIĄZANIE Z ZAKRESU INFRASTRUKTURY NR 1: Rozwój zasobów mieszkaniowych przystosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnością i osób starszych

KLUCZOWE OBSZARY: DEINSTYTUCJONALIZACJA

Osoby starsze i osoby z niepełnosprawnością często mieszkają w lokalach, które nie są przystosowane do ich potrzeb; jednocześnie na rynku prywatnym zbyt mała jest podaż mieszkań dostosowanych do potrzeb osób wymagających ODT. Na tle ogółu populacji gospodarstwa domowe, w których są osoby starsze, częściej posiadają własnościowe lub spółdzielcze prawa mieszkaniowe i są mniej skłonne do poszukiwania mieszkań na komercyjnym rynku najmu. Z takimi warunkami mieszkaniowymi wiąże się kilka typowych wyzwań, w tym

wysokie koszty utrzymania, utrudnienia mobilności spowodowane kwestiami dostępności oraz ograniczony dostęp do sieci transportu publicznego. Ponadto osoby starsze często mieszkają w budynkach wybudowanych w latach 1960-1990¹⁴⁰, z których część nie została poddana termomodernizacji bądź nie jest wyposażona w windy, co stanowi wyzwanie szczególnie dla osób mieszkających na wyższych piętrach. Niewystarczające dostosowanie mieszkań do potrzeb osób wymagających dodatkowej opieki, takich jak osoby starsze i osoby z niepełnosprawnością, stanowi wieloaspektowe wyzwanie na rynku mieszkaniowym. Środki przewidziane w ramach polityki mieszkaniowej i społecznej muszą zostać rozbudowane, aby zaspokoić specyficzne potrzeby tych grup, wykraczając poza konwencjonalne interwencje, takie jak schroniska nocne. Kluczowe znaczenie dla wspierania integracji ma wzbogacenie segmentu mieszkaniowego o opcje mieszkań wspomaganych i szkoleniowych.

Zasadnicze znaczenie ma ustanowienie i egzekwowanie standardów projektowania, w tym uwzględniających technologie cyfrowe, dla budynków przeznaczonych dla osób starszych

i z niepełnosprawnością. Standardy takie powinny uwzględniać takie aspekty jak dostępność, bezpieczeństwo i komfort oraz gwarantować wyposażenie mieszkań w taki sposób, by spełniały one specyficzne potrzeby tych populacji. Regulując standardy projektowania, rząd może zagwarantować, że nowo powstające mieszkania będą budowane z myślą o dobrostanie seniorów i osób z niepełnosprawnością. Fundamentalne znaczenie ma integracja technologii i rozwiązań cyfrowych ze standardami projektowymi. Chodzi tu o uwzględnienie funkcji wspierających inteligentne domy, telemedycynę i inne narzędzia cyfrowe, które poprawiają jakość życia i opieki nad osobami starszymi i osobami z niepełnosprawnością. Rozwiązania

140 GUS. (2019). *Opracowanie metodologii i przeprowadzenie badania skali działań termomodernizacyjnych budynków mieszkalnych wielomieszkaniowych*. <https://stat.gov.pl/statystyki-eksperymentalne/srodowisko-efektywnosc-energetyczna/opracowanie-metodologii-i-przeprowadzenie-badania-skali-dzialan-termomodernizacyjnych-budynkow-mieszkalnych-wielomieszkaniowych-w-celu-poprawy-ich-energochlonnosci-oraz-ocena-potrzeb-i-planowanych-,1,1.html>

cyfrowe mogą zapewnić zdalne monitorowanie stanu ich zdrowia oraz poprawić dostępność i promować niezależność tych osób.

ROZWIĄZANIE Z ZAKRESU INFRASTRUKTURY NR 2: Dalsze prace nad uregulowaniem norm projektowych dla budynków i lokali przeznaczonych dla osób z niepełnosprawnością i osób starszych, z uwzględnieniem technologii i rozwiązań cyfrowych

KLUCZOWE OBSZARY: DEINSTYTUCJONALIZACJA

Obecnie realizowane są programy (rządowe, lokalne i pozarządowe) mające na celu wspieranie mieszkalnictwa dla osób z niepełnosprawnością, jednak konieczne jest rozwiązanie kwestii związanych z barierami dostępu i samodzielnością. W 2019 r. zaprezentowano opinii publicznej dziesięciopunktowy plan wsparcia osób z niepełnosprawnością. W jego ramach MRPiPS wprowadziło pakiet rozwiązań „Mój Dom”, którego podstawowym celem jest zapewnienie osobom z niepełnosprawnością odpowiednich warunków mieszkaniowych. Plan przewidywał uruchomienie trzech programów: Centrów Opiekuńczo-Mieszkalnych (COM), budynków bez barier oraz mieszkań bez barier. Ostatni z nich przewiduje dopłaty do czynszu oraz dofinansowanie kosztów przystosowania mieszkań do potrzeb osób z niepełnosprawnością. Odpowiednie programy zostały zatwierdzone w planie wsparcia na 2019 r., ale nie uwzględniono w planach wsparcia w kolejnych latach. Według stanu na 2021 r. plan wsparcia obejmuje jedynie program COM. Kwestia mieszkalnictwa wspomaganego została również uwzględniona w „Strategii na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami na lata 2021-2030”. Zakłada się, że usługa mieszkalnictwa wspomaganego zostanie uregulowana na poziomie ustawowym i ujednolicona z usługą mieszkalnictwa treningowego lub wspomaganego zawartą w art. 53 ustawy o pomocy społecznej. Ujednolicona formuła dotyczy mieszkalnictwa wspomaganego w podziale na typ treningowy (czasowy) i typ wspierany (na czas nieokreślony). Zgodnie z założeniami „Strategii” odpowiednie działania

mają zostać wdrożone do końca 2025 r. Wprowadzone rozwiązania zostały jednak ocenione przez RPO jako niedoskonałe, ponieważ możliwość skorzystania ze wsparcia w postaci mieszkniictwa wspomaganego jest jednak ograniczona czasowo, a tym samym nie zaspokaja praktycznych potrzeb mieszkaniowych poszczególnych osób i ich rodzin. Rozwiązania te nie mają również charakteru systemowego. Dostęp do tej formy wsparcia jest ograniczony ze względu na niewystarczające środki finansowe, czas ich przyznawania oraz ograniczenia terytorialne działalności JST.

Zapewnienie dalszego wsparcia finansowego na adaptację przestrzeni mieszkalnej jest kluczową strategią umożliwiającą osobom z potrzebami ODT pozostanie we własnych domach jak najdłużej. Wsparcie to może dotyczyć zarówno modyfikacji fizycznych, jak i wprowadzenia technologii cyfrowych. Usługi asysty i technologie cyfrowe mogą poprawić samodzielność i niezależność osób starszych i osób z niepełnosprawnością. Powinno to być częścią kompleksowego, zintegrowanego procesu oceny potrzeb. Modyfikacje fizyczne mogą obejmować instalację poręczy, ramp, szerszych drzwi lub poprawienie dostępności łazienek w celu zwiększenia mobilności i bezpieczeństwa. Technologie cyfrowe, takie jak alarmy upadku i systemy przywoławcze, mogą być zintegrowane w celu zapewnienia natychmiastowej pomocy w nagłych wypadkach, zapewniając dobre samopoczucie mieszkańców. Wsparcie finansowe pomoże mieszkańcom zachować niezależność, bezpieczeństwo i komfort w znanym im środowisku domowym, dzięki czemu system ODT jest bardziej dostępny i mniej zinstytucjonalizowany.

ROZWIĄZANIE Z ZAKRESU INFRASTRUKTURY NR 3: Zapewnienie dalej idącego dofinansowania adaptacji przestrzeni mieszkalnej, usług asystenckich i technologii cyfrowych, aby osoby starsze i osoby z niepełnosprawnością, które wolą mieszkać we własnym domu, mogły w nim pozostać jak najdłużej

KLUCZOWE OBSZARY: DEINSTYTUCJONALIZACJA

Dostępne są środki na wsparcie mieszkalnictwa, ale oferowane kwoty bywają niskie, a wybór ograniczony pod względem zakresu i lokalizacji. Rozwiązanie w postaci dopłat do czynszu w mieszkaniach na rynku wtórnym obecnie nie funkcjonuje. Możliwość dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) na likwidację barier architektonicznych nie obejmuje wszystkich barier występujących w mieszkaniach, a pula środków przeznaczonych na to zadanie jest ograniczona. Z tych powodów wielu zainteresowanych nie otrzymuje dofinansowania. Inne działania w zakresie wspierania mieszkalnictwa dla osób z niepełnosprawnością to m.in. Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. o pomocy państwa w ponoszeniu wydatków mieszkaniowych w pierwszych latach najmu mieszkania (Dz. U. 2018 poz. 1540). Rozwiązania te są jednak dostępne przede wszystkim w dużych i średnich miastach, a poziom czynszów może wykluczać z tej możliwości osoby najuboższe. 9 maja 2022 r. PFRON zatwierdził program „Samodzielność – Aktywność – Mobilność!”. Choć wydaje się, że rozwiązania oferowane w ramach programu odpowiadają na wiele postulatów osób potrzebujących, nie są one adresowane do wszystkich osób z niepełnosprawnością, lecz wyłącznie do osób z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, a w przypadku osób z niepełnosprawnością słuchu – z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności. RPO zgłaszał również wątpliwości związane z tym, że osoby, które w chwili składania wniosku ukończyły 65 lat, ostatecznie nie otrzymują pomocy, której potrzebują.

Kolejnym ważnym elementem rozwiązywania problemów mieszkaniowych jest ocena potrzeb poszczególnych osób przez koordynatorów ODT i udzielenie im pomocy w uzyskaniu dostępu do wsparcia finansowego na adaptację domu. Koordynatorzy powinni móc ocenić specyficzne wymagania każdego beneficjenta opieki, stworzyć dla niego indywidualny plan i przeprowadzić go przez proces ubiegania się o pomoc finansową. Oferując fachowe wskazówki i wsparcie, koordynatorzy opieki mogą zapewnić, że osoby wymagające

ODT otrzymają zasoby potrzebne do zmodyfikowania swoich mieszkań zgodnie ze swoimi specyficznymi potrzebami wynikającymi z ODT. Takie podejście umożliwia ludziom pozostanie we własnych, odpowiednio przystosowanych domach.

ROZWIĄZANIE Z ZAKRESU INFRASTRUKTURY NR 4:

Współpraca z koordynatorami ODT (OPS/CUS) w zakresie dokonywania oceny potrzeb i udzielania beneficjentom wsparcia w pozyskiwaniu środków na adaptację przestrzeni mieszkalnej

KLUCZOWE OBSZARY: DEINSTYTUCJONALIZACJA

W kwestii budownictwa mieszkaniowego dla seniorów wprowadzono szereg wybiórczych rozwiązań, jednak nie podjęto próby kompleksowego rozwiązania problemu. Starzenie się społeczeństwa dodatkowo komplikuje istniejące wyzwania, niezbędna jest więc systemowa refleksja nad mieszkalnictwem dla seniorów jako zasobem dostosowanym do potrzeb osób starszych pod względem przestrzennym, środowiskowym i technicznym. Obecnie polityka państwa w zakresie mieszkalnictwa dla osób starszych jest fragmentaryczna, a podejście perspektywiczne przewiduje budowę mieszkań dostosowanych do potrzeb osób starszych, czyli wyposażonych w balustrady, niskie progi, rampy i windy. W 2017 r. Ministerstwo Rozwoju i Technologii (MRiT) opracowało, co prawda, standardy projektowe dla budynków przyjaznych osobom z niepełnosprawnością i osobom starszym, ale niektórzy deweloperzy oferują mieszkania dla nich po wygórowanych cenach. Raport Instytutu Rozwoju Miast i Regionów z 2018 r. podkreśla, że potrzebna jest poprawa jakości mieszkań dla seniorów w Polsce, zwracając uwagę na takie kwestie, jak przestarzałe budynki, niewystarczająca termomodernizacja i zbyt małe metraże. Aby wdrożyć bardziej kompleksowe rozwiązania w zakresie rozwoju mieszkalnictwa, konieczne są szersze działania w celu oceny dostępności i jakości mieszkań dla osób z niepełnosprawnością i osób starszych.

Zintegrowane rejestry na poziomie gminy mogą pomóc w dopasowaniu zapotrzebowania do dostępnych zasobów odpowiednich mieszkań. Zintegrowane rejestry na poziomie gminy mogą gromadzić dane dotyczące charakterystyki społeczno-demograficznej ludności, środowiska lokalnego, pomocy społecznej i opieki zdrowotnej na potrzeby planowania strategicznego. Mogą one pomóc w lepszym planowaniu i koordynowaniu usług opiekuńczych dla osób z niepełnosprawnością i starszych. Ponadto odpowiednia wiedza na temat tego, czy potrzeby ludności mogą być zaspokojone, będzie wspierana poprzez rozwój systemu mieszkaniowego. Będą z niego płynęły informacje o tym, w jakim stopniu poszczególne mieszkania są dostosowane do różnych poziomów potrzeb ODT, a przynajmniej o tym, czy budynki nadają się dla osób z niepełnosprawnością i osób starszych. Mając kompleksową wiedzę na temat potrzeb lokalnej społeczności i dostępnych zasobów, można opracować i wdrożyć bardziej skuteczne rozwiązania w zakresie opieki.

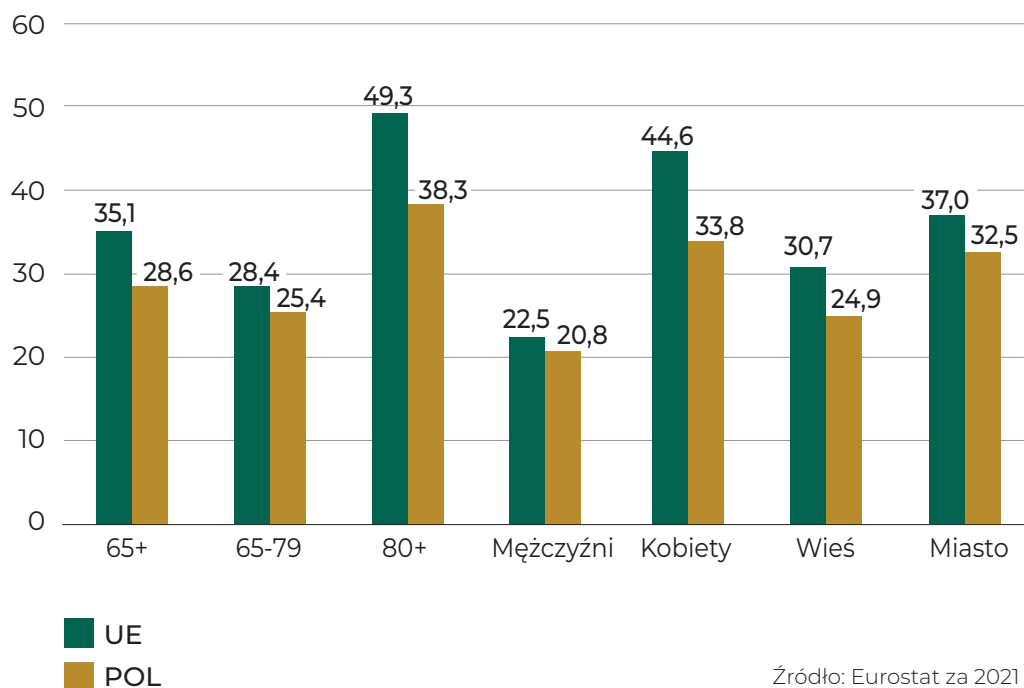
ROZWIĄZANIE Z ZAKRESU INFRASTRUKTURY NR 5: Cykliczne diagnozowanie potrzeb mieszkaniowych na podstawie lokalnych uwarunkowań i prowadzenie gospodarki mieszkaniowej w sposób uwzględniający potrzeby ludności

KLUCZOWE OBSZARY: DEINSTYTUCJONALIZACJA

Zwiększa się udział osób starszych mieszkających w jednoosobowych gospodarstwach domowych, zwłaszcza wśród osób powyżej 80. r.ż. Według danych Eurostatu z 2021 r. około 38,3 proc. Polaków w grupie wiekowej 80+ żyje samotnie (**rycina 66**), a prognozy demograficzne wskazują, że liczba ta szybko wzrośnie. Zmiany demograficzne rodzą więc pilne wyzwania związane z zapewnieniem tym osobom odpowiedniej opieki w ich własnym środowisku. Większość osób w wieku 60 lat i starszych nadal mieszka we własnych domach lub mieszkaniach, a około 12 proc. w wynajmowanych mieszkaniach socjalnych. Dlatego ważniejsze niż kiedykolwiek jest, aby seniorzy

i osoby z niepełnosprawnością byli osadzeni w swoich społecznościach i mieszkali w miejscach, które zaspokajają ich potrzeby.

Rycina 66. Odsetek osób w wieku 65+ mieszkających samotnie



Rozwój stosownego budownictwa mieszkaniowego to tylko część zagadnienia – budynki należy rozpatrywać również w szerszym kontekście środowiska, w którym są zlokalizowane. Oznacza to szersze spojrzenie na społeczności i środowiska, w których żyją osoby starsze i osoby z niepełnosprawnością. Odpowiednie inwestycje w przestrzeń publiczną jako środowiska przyjazne dla tych osób powinny być brane pod uwagę w celu propagowania długowieczności mieszkańców lokalnych społeczności. Dlatego właśnie niniejsze rozwiązanie koncentruje się na regulacji planowania zabudowy mieszkaniowej, która zapewni, że plany jako element zasadniczy będą uwzględniać lokalne środowisko, połączenia transportowe i dostęp do udogodnień, takich jak centra społecznościowe, powierzchnie handlowe i placówki opieki zdrowotnej. Właściwe planowanie zabudowy mieszkaniowej może stworzyć środowisko sprzyjające dobrostanowi osób starszych i z niepełnosprawnością, sprzyjając ich niezależności i zaangażowaniu

w życie społeczności. Regulacja planowania może obejmować przepisy dotyczące zagospodarowania przestrzennego promujące zabudowę wielofunkcyjną i dzielnice przyjazne dla pieszych.

ROZWIĄZANIE Z ZAKRESU INFRASTRUKTURY NR 6: Uregulowanie kwestii planistycznych pod kątem lokalnych uwarunkowań, z uwzględnieniem dostępu do środków komunikacji i bazy usługowej, a także form życia społecznego, zakupów i opieki zdrowotnej

KLUCZOWE OBSZARY: DEINSTYTUCJONALIZACJA

Podsumowanie rozwiązań w obszarze infrastruktury

ROZWIĄZANIE Z ZAKRESU INFRASTRUKTURY	ROZWIĄZYWANY PROBLEM	KLUCZOWY OBSZAR	CEL ODT
1. Rozwój zasobów mieszkaniowych przystosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnością i osób starszych 2. Dalsze prace nad uregulowaniem norm projektowych dla budynków i lokali przeznaczonych dla osób z niepełnosprawnością i osób starszych, z uwzględnieniem technologii i rozwiązań cyfrowych 3. Zapewnienie dalej idącego dofinansowania adaptacji przestrzeni mieszkalnej, usług asystenckich i technologii cyfrowych, aby osoby starsze i osoby z niepełnosprawnością, które wolą mieszkać we własnym domu, mogły w nim pozostać jak najdłużej 4. Współpraca z koordynatorami ODT (OPS/CUS) w zakresie dokonywania oceny potrzeb i udzielania beneficjentom wsparcia w pozyskiwaniu środków na adaptację przestrzeni mieszkalnej 5. Cykliczne diagnozowanie potrzeb mieszkaniowych na podstawie lokalnych uwarunkowań i prowadzenie gospodarki mieszkaniowej w sposób uwzględniający potrzeby ludności 6. Uregulowanie kwestii planistycznych pod kątem lokalnych uwarunkowań, z uwzględnieniem dostępu do środków komunikacji i bazy usługowej, a także form życia społecznego, zakupów i opieki zdrowotnej	A. Słaba sytuacja osób z niepełnosprawnością i osób starszych na rynku mieszkaniowym; niewystarczające dostosowanie mieszkań dla osób potrzebujących i zagrożonych koniecznością ODT	Deinstytucjonalizacja	Bogaty rynek mieszkaniowy dla klientów ODT

RYNEK USŁUG PRYWATNYCH

PARTNERSTWO PUBLICZNO-PRYWATNE W OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ

Ten obszar rozwiązań dotyczy problemu niewykorzystania potencjału rynku prywatnego przez publiczne instytucje ODT oraz poprawy regulacji/nadzoru nad prywatnymi dostawcami usług opieki.

Współistnienie publicznych i prywatnych placówek ODT w Polsce rodzi wyzwania wynikające ze słabej ich koordynacji. Jednym z istotnych problemów jest brak oficjalnych informacji na temat korzystania z usług prywatnych świadczeniodawców przez publiczne placówki ODT. Chociaż statystyki publiczne rejestrują liczbę placówek zapewniających całodobową opiekę szpitalną, brakuje danych dotyczących zaangażowania prywatnych świadczeniodawców w domowe usługi ODT. Ta luka informacyjna utrudnia kompleksowe zrozumienie dynamiki między sektorem publicznym i prywatnym w zakresie zaspokajania potrzeb pacjentów ODT.

Istnieje szereg mechanizmów umożliwiających dostawcom z sektora prywatnego uczestnictwo w świadczeniu usług na rzecz pacjentów ODT, przy czym świadczenie usług prywatnych może odbywać się w placówkach lub w ramach usług świadczonych indywidualnie. Usługodawcy z sektora prywatnego mogą być kontraktowani przez instytucje publiczne, takie jak OPS czy CUS. W takim przypadku prywatni świadczeniodawcy ODT zawierają umowy zgodnie z prawem zamówień publicznych w konkursie ofert składanych przez podmioty sektora prywatnego lub NGO. Prywatni usługodawcy mogą również świadczyć domowe i szpitalne usługi ODT na zasadzie bezpośredniej odpłatności przez klientów i ich rodziny. W tym modelu usługi ODT stanowią część ich działalności

gospodarczej lub statutowej. Nie ma oficjalnej listy prywatnych świadczeniodawców, którzy oferują domowe usługi ODT, więc wielkość tego sektora jest nieznana. Prywatni świadczeniodawcy częściej świadczą usługi na dużych obszarach miejskich. Opieka w formie pomocy w domu może być świadczona przez osoby prywatne. Dzieje się to w ramach tzw. szarej strefy, najczęściej przez kobiety w wieku emerytalnym lub migrantki z Ukrainy lub Białorusi. W Polsce możliwe jest również legalne zatrudnienie osoby spoza UE do świadczenia opieki, pod warunkiem, że cudzoziemiec powiadomi o tym lokalny urząd pracy. Na tej podstawie może przebywać w kraju przez okres do pół roku. Przy tym rodzaju pomocy opiekun opłacany jest bezpośrednio przez osobę wymagającą pomocy lub jej rodzinę.

Informacje na temat świadczeniodawców prywatnych można pozyskać na podstawie ich dokumentacji rejestrowej w województwach, jednak niektóre rodzaje opieki świadczonej prywatnie nie są łatwe do zarejestrowania lub monitorowania.

Prywatni świadczeniodawcy mogą zarejestrować się w urzędzie wojewódzkim, a dane na temat instytucji prowadzącej działalność, adres placówki oraz liczba miejsc w placówce są upubliczniane przez wojewodów i zawarte w statystykach rocznych MRPiPS dotyczących działalności pomocy społecznej. Ogółem w Polsce w 2021 r. funkcjonowały 704 zarejestrowane prywatne placówki ODT. Łącznie dysponowały one 27 154 łóżkami, a przebywały w nich 20 894 osoby. Placówki prywatne zazwyczaj są mniejsze niż placówki sektora publicznego, przeciętnie mogą przyjąć około 30 beneficjentów (**tabela 27**). Najwięcej placówek prywatnych udzielających świadczeń całodobowych było zarejestrowanych w województwie: mazowieckim (140), śląskim (94) i pomorskim (85). Natomiast najwięcej osób w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców korzystało z placówek prywatnych w województwach pomorskim i opolskim. Regionalne zróżnicowanie dostępności prywatnych placówek podkreśla potrzebę skoordynowanego podejścia, by zapewnić równy dostęp do usług ODT w różnych częściach kraju. Choć istnieją dane na temat placówek

świadczących usługi całodobowo, nie ma oficjalnej listy prywatnych świadczeniodawców oferujących usługi opiekuńcze w domu beneficjenta. W związku z tym nieznana jest wielkość tego sektora, wiadomo jednak, że usługi prywatne są częściej świadczone w dużych miastach. Dlatego utworzenie publicznie dostępnej bazy danych prywatnych usługodawców w całym kraju może sprzyjać ściślejszej współpracy, umożliwiając instytucjom publicznym podejmowanie świadomych decyzji dotyczących angażowania prywatnych usług w oparciu o ich możliwości i wiedzę specjalistyczną.

Tabela 27. Liczba beneficjentów z placówek całodobowej opieki prowadzonych w ramach działalności gospodarczej w 2021 r.

WOJEWÓDZTWO	TERYT.	LICZBA PLACÓWEK	LICZBA MIEJSC (ŁÓŻEK)	LICZBA BENEFICJENTÓW	WSKAŹNIK WYKORZYSTANIA MIEJSC (%)	LICZBA BENEFICJENTÓW NA 100 TYS. LUDNOŚCI
dolnośląskie	02	63	2315	1883	81,3	65,3
kujawsko - pomorskie	04	23	772	574	74,4	27,9
lubelskie	06	21	685	495	72,3	23,7
lubuskie	08	9	277	221	79,8	22,0
łódzkie	10	34	1090	956	87,7	39,4
małopolskie	12	52	2001	1665	83,2	48,9
mazowieckie	14	140	6100	4491	73,6	82,9
opolskie	16	32	1164	974	83,7	100,1
podkarpackie	18	17	673	466	69,2	22,0
podlaskie	20	22	842	651	77,3	55,7
pomorskie	22	85	2894	2373	82,0	101,2
śląskie	24	94	3756	2983	79,4	66,7
świętokrzyskie	26	18	826	629	76,2	51,6
warmińsko-mazurskie	28	27	1059	675	63,7	47,9
wielkopolskie	30	41	1479	1070	72,3	30,6
zachodniopomorskie	32	26	1221	788	64,5	46,9
Polska	00	704	27 154	20 894	76,9	54,8

Źródło: BS 2023, opracowanie własne na podstawie danych MRPiPS za 2021 r.

Wprowadzenie regularnie aktualizowanej bazy danych, zawierającej informacje na temat dostępnych miejsc w publicznych i prywatnych placówkach opieki, może przyspieszyć lepszą koordynację usług ODT.

Platforma cyfrowa może pełnić rolę scentralizowanego repozytorium aktualnych informacji o dostawcach usług opiekuńczych, pomagając instytucjom publicznym w identyfikacji dostawców prywatnych i we współpracy z nimi w celu zaspokojenia rosnącego popytu na usługi ODT. Baza danych może być zlokalizowana w urzędach wojewódzkich, docelowo z łączem internetowym, do której będą mogli kierować się beneficjenci w celu budowania świadomości konsumenckiej. Tak elastyczne rozwiązanie pozwoli beneficjentom na szybki dostęp do opieki, rozwiązując kwestię niewystarczającego dostosowania mieszkań do osób potrzebujących ODT i zagrożonych nią. Usprawniając proces dobierania beneficjentów i placówek, baza danych może pomóc w zapewnieniu skutecznej alokacji zasobów i terminowego świadczenia usług opiekuńczych, podnosząc ogólną jakość ODT.

ROZWIĄZANIE Z ZAKRESU RYNKU PRYWATNEGO NR 1: Bieżące

aktualizowanie bazy danych z rejestrem wszystkich placówek opiekuńczych (publicznych i prywatnych tam, gdzie to możliwe) oraz z informacją na temat wolnych miejsc, co ułatwi poszukiwanie miejsca i pomoże wykorzystać istniejący potencjał usług

KLUCZOWE OBSZARY: KOORDYNACJA/INTEGRACJA

Dostępność informacji na temat usług świadczonych przez sektor prywatny również jest ograniczona. Podmioty prywatne mają potencjał, by uzupełniać publiczny system ODT i niwelować jego niedociągnięcia, jednak brak systematycznego podejścia do regulowania i monitorowania działalności sektora prywatnego utrudnia zagwarantowanie wysokiej jakości usług. Aby dowiedzieć się więcej na temat kosztów, rodzaju i jakości usług świadczonych przez prywatnych dostawców, BŚ nawiązał kontakt z 325 zarejestrowanymi prywatnymi dostawcami ODT. Zainteresowanie i reakcja prywatnych

świadczeniodawców była jednak niewielka – uzyskano łącznie dwie odpowiedzi na kontakt). Sugeruje to, że do zaangażowania tego sektora niezbędny będzie silniejszy nadzór i współpraca. Warto o to zadbać, ponieważ zaangażowanie sektora prywatnego może poprawić efektywność publicznego systemu ODT, zwłaszcza w obszarach, w których zasoby sektora publicznego są ograniczone. Jeśli chodzi o świadczenie usług opiekuńczych przez gminy, zlecanie ich prywatnym dostawcom jest już powszechną praktyką.

W systemie ODT oprócz usługodawców komercyjnych działają też inne podmioty niepubliczne, co dodatkowo komplikuje koordynację i monitorowanie usług. W świadczenie usług ODT angażują się NGO, takie jak Polski Czerwony Krzyż, Caritas i liczne organizacje działające lokalnie. Podmioty gospodarki społecznej, w tym przedsiębiorstwa społeczne, również stają się coraz bardziej aktywne w tym obszarze. Zaangażowanie sektora niepublicznego, od przedsiębiorstw nastawionych na zysk po NGO i przedsiębiorstwa społeczne, zwiększa złożoność wyzwań związanych z koordynacją. W takich warunkach integracja prywatnych i publicznych usług ODT wymaga starannego rozważenia ram regulacyjnych, środków zapewniania jakości oraz mechanizmów przejrzystej komunikacji i współpracy. Rozwiązanie tych problemów ma zasadnicze znaczenie dla optymalizacji wspólnego potencjału zarówno sektora publicznego, jak i prywatnego w zakresie świadczenia efektywnych, kompleksowych usług ODT w celu zaspokojenia zróżnicowanych potrzeb ludności.

Wzmocnienie pozycji koordynatorów opieki poprzez zapewnienie im dostępu do aktualnej bazy danych świadczeniodawców będzie prostym rozwiązaniem problemu niewykorzystanego potencjału prywatnych usług ODT w Polsce. Mając do dyspozycji bazę danych, koordynatorzy opieki będą mogli odgrywać kluczową rolę, doradzając beneficjentom i ich rodzinom w zakresie najlepszych dostępnych opcji opieki. Staną się oni świadomymi rzecznikami beneficjentów, pomagając im w poruszaniu się w środowisku ODT. Takie bezpośrednie

połączenie między koordynatorami opieki a bazą danych zagwarantuje kierowanie klientów do placówek opieki, które będą odpowiadać ich konkretnym potrzebom i preferencjom, sprzyjając upodmiotowieniu klienta i dając mu możliwość wyboru przy jednoczesnym zachowaniu standardów jakości.

ROZWIĄZANIE Z ZAKRESU RYNKU PRYWATNEGO NR 2:

Zapewnienie koordynatorom ODT dostępu do bazy danych placówek ODT, aby mogli skutecznie doradzać beneficjentom w zakresie wolnych miejsc i dostępnych usług

KLUCZOWE OBSZARY: KOORDYNACJA/INTEGRACJA

Jednym ze sposobów regulowania działalności prywatnych placówek stacjonarnych jest wydawanie zezwoleń na ich prowadzenie. W tym kontekście zastosowanie mają przepisy Rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 28 sierpnia 2020 r. w sprawie wydawania i cofania zezwoleń na prowadzenie działalności gospodarczej w zakresie prowadzenia placówki zapewniającej całodobową opiekę. Zgodnie z tym rozporządzeniem wojewoda rozpatruje wnioski o wydanie zezwolenia w terminie 14 dni od zakończenia oględzin obiektu, w którym jest usytuowana placówka. Rozpatrując wniosek, wojewoda bierze pod uwagę wyniki oględzin obiektu, w szczególności w zakresie spełniania standardów określonych w art. 68 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

Wydając zezwolenie, wojewoda wpisuje placówkę do rejestru placówek. Podmiot prywatny powinien spełniać standardy obowiązujące w placówkach DPS; są one określone w art. 68 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej i dotyczą zakresu dostępu do usług, żywienia oraz infrastruktury, w tym wielkości pomieszczeń i zainstalowanego wyposażenia. Placówki zapewniające całodobową opiekę stacjonarną muszą spełniać kryteria określone przez MRPiPS.

Wprowadzenie jednolitych norm jakości zarówno dla prywatnych, jak i publicznych instytucji ODT gwarantuje, że wszyscy świadczeniodawcy będą przestrzegać tych samych wysokich standardów opieki. Może to wyrównać szanse świadczeniodawców i zagwarantować klientom jednolity poziom jakości opieki, niezależnie od tego, czy wybiorą świadczeniodawcę publicznego czy prywatnego. Objęcie placówek prywatnych i publicznych tymi samymi ramami prawnymi sprawi, że rynek ODT pozostanie konkurencyjny, a jednolite standardy jakości i rygorystyczny nadzór przyczynią się do zwiększenia bezpieczeństwa i dobrostanu beneficjentów. Zminimalizuje to również ryzyko opieki niespełniającej standardów, jak też nadużyć lub zaniedbań w prywatnych placówkach ODT. Beneficjenci mogą również mieć pewność, że wybrany przez nich dostawca ODT, czy to publiczny, czy prywatny, będzie przestrzegać tych samych rygorystycznych norm bezpieczeństwa i jakości.

Udoskonalenie procedur nadzoru i kontroli zapewni przejrzystość w sposobie monitorowania placówek ODT i będzie promować przestrzeganie standardów jakości. Jeśli standardy te będą konsekwentnie egzekwowane, łatwiej będzie pociągnąć prywatne placówki do odpowiedzialności za wszelkie odchylenia lub niedociągnięcia w oferowanej przez nie opiece. Wystandardyzowany nadzór i kontrole będą stanowić mechanizm ciągłego doskonalenia prywatnych placówek ODT. Regularne oceny i informacje zwrotne od organów nadzoru mogą pomóc prywatnym usługodawcom w identyfikacji obszarów, w których powinni poprawić swoje usługi, co przełoży się na lepszą opiekę nad beneficjentami. Ustanowienie solidnych mechanizmów nadzoru zgodnych ze standardami jakości pomoże utrzymać lub odbudować zaufanie publiczne do prywatnych dostawców ODT. Nadzór i kontrole będą też zniechęcać do stosowania nieetycznych praktyk i nieprzestrzegania przepisów, zmniejszając ryzyko nadużyć wobec beneficjentów.

ROZWIĄZANIE Z ZAKRESU RYNKU PRYWATNEGO NR 3:

Usprawnienie i operacjonalizacja mechanizmów nadzoru i kontroli nad prywatnymi placówkami ODT zgodnie z wymogami określonymi w ramach jakości dla prywatnych i publicznych usługodawców ODT

KLUCZOWE OBSZARY: KOORDYNACJA/INTEGRACJA

Partnerstwa pomiędzy władzami, podmiotami prywatnymi i NGO już funkcjonują w systemie ODT, można jednak dodatkowo wzmocnić relacje między tymi sektorami. Jeśli chodzi o świadczenie usług opiekuńczych przez gminy, zlecanie ich prywatnym dostawcom jest już powszechną praktyką. Można jednak zwiększyć efektywność publicznego systemu ODT, w większym stopniu wykorzystując potencjał sektora prywatnego. Po pierwsze, rola wydatków prywatnych i podziału kosztów jest kluczowa dla finansowania ODT. Wydatki prywatne mogą być źródłem dodatkowych zasobów dla usług finansowanych przez państwo, przyczyniając się do zwiększenia udziału sektora prywatnego w rynku. Instytucje publiczne powinny wspierać obie role i wdrażać polityki, które będą zwiększać siłę nabywczą osób dysponujących mniejszymi zasobami. Utworzenie ogólnokrajowej, publicznie dostępnej bazy danych prywatnych usługodawców i organizacji pozarządowych ułatwi komunikację, mapowanie i rozwój takich partnerstw, promując ściślejszą współpracę oraz umożliwiając instytucjom publicznym podejmowanie świadomych decyzji dotyczących angażowania usług prywatnych i NGO w oparciu o ich możliwości i wiedzę specjalistyczną. Rozwiązanie tych wyzwań ma zasadnicze znaczenie dla zapewnienia trwałości programów rządowych w zmieniającym się krajobrazie ODT.

ROZWIĄZANIE Z ZAKRESU RYNKU PRYWATNEGO NR 4:

Kontynuacja wysiłków na rzecz partnerstwa publiczno-prywatnego i pozarządowego oraz wymiany informacji

KLUCZOWE OBSZARY: KOORDYNACJA/INTEGRACJA

Podsumowanie rozwiązań w obszarze rynku prywatnego

ROZWIĄZANIE Z ZAKRESU RYNKU PRYWATNEGO	ROZWIĄZYWANY PROBLEM	KLUCZOWY OBSZAR	CEL ODT
1. Bieżące aktualizowanie bazy danych z rejestrem wszystkich placówek opiekuńczych (publicznych i prywatnych tam, gdzie to możliwe) oraz z informacją na temat wolnych miejsc, co ułatwi poszukiwanie miejsca i pomoże wykorzystać istniejący potencjał usług 2. Zapewnienie koordynatorom ODT dostępu do bazy danych placówek ODT, aby mogli skutecznie doradzać beneficjentom w zakresie wolnych miejsc i dostępnych usług 3. Usprawnienie i operacjonalizacja mechanizmów nadzoru i kontroli nad prywatnymi placówkami ODT zgodnie z wymogami określonymi w ramach jakości dla prywatnych i publicznych usługodawców ODT 4. Kontynuacja wysiłków na rzecz partnerstwa publiczno-prywatnego i pozarządowego oraz wymiany informacji	A. Instytucje publiczne zapewniające ODT nie wykorzystują potencjału rynku prywatnego; regulacje/nadzór nad prywatnymi podmiotami świadczącymi opiekę wymagają poprawy	Koordinacja/ Integracja	Silne partnerstwa publiczno-prywatne

ZGODNOŚĆ Z DOKUMENTEM DOTYCZĄCYM WIZJI OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

Niniejszy raport uzupełnia wizję ODT w Polsce, która wyznacza cel dla tego systemu; ma on być kompleksowy i skoncentrowany na beneficjencie, zapewniając poszanowanie jego godności, autonomii i dobrostanu na kolejnych etapach życia i starzenia się.

Należy zatem zbudować system, który będzie skoncentrowany na osobie wymagającej opieki i jej indywidualnych potrzebach, przy jednoczesnej ochronie jej godności, autonomii i dobrostanu na zaawansowanych etapach starzenia się. System powinien w miarę potrzeb zapewniać troskliwą opiekę, możliwość decydowania o sobie i realizowania swojego potencjału poprzez aktywne uczestnictwo w życiu społecznym.

Fundamentem wizji ODT jest sprawiedliwość i dostępność usług, a przewodnimi zasadami są koncentracja na człowieku, godność, samodzielność i integracja. Zasady te stanowią podstawę rozwiązań zaproponowanych w niniejszym raporcie. Bez równości i dostępności ODT niemożliwe będzie przestrzeganie zasad sprawiedliwości społecznej, które stanowią, że każdy powinien mieć równe szanse na otrzymanie opieki i wsparcia potrzebnego do godnego życia, niezależnie od kryteriów takich jak dochód, pochodzenie lub miejsce zamieszkania. Sprawiedliwy dostęp do usług ODT poprawia wyniki zdrowotne i zmniejsza dysproporcje zdrowotne. Umożliwia szybką reakcję, wdrożenie profilaktyki i leczenia, co skutkuje lepszym ogólnym stanem zdrowia i samopoczuciem. Dzięki dostępowi do ODT beneficjent może dłużej zachować autonomię, zdolność podejmowania decyzji i jakość życia. Beneficjenci mogą prowadzić satysfakcjonujące życie, w tym

społeczne, i otrzymywać opiekę zgodnie ze swoimi preferencjami. Sprawiedliwość i dostępność ODT przekładają się na pozytywne wyniki ekonomiczne. Zagwarantowanie osobom potrzebującym terminowego dostępu do odpowiedniej opieki pozwala zmniejszyć obciążenie placówek opieki zdrowotnej, zapobiegać niepotrzebnym hospitalizacjom i promować efektywność kosztową. Cztery idee przewodnie wizji – koncentracja na człowieku, godność, samodzielność i integracja – znajdują również odzwierciedlenie w proponowanych rozwiązaniach. Beneficjenci i ich bliscy powinni znaleźć się w centrum systemu ODT, który należy zorganizować zgodnie z ich preferencjami, potrzebami i aspiracjami. Jednym z ważnych aspektów są interakcje społeczne i aktywność, ważne dla zachowania dobrego samopoczucia.

Przedstawiona wizja będzie realizowana poprzez współpracę i koordynację między różnymi zainteresowanymi stronami, w tym między pracownikami opieki zdrowotnej, pomocy społecznej, opiekunami, dostawcami usług społecznych i NGO. Celem jest harmonijna integracja usług w zakresie opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i innych form wsparcia osób starszych i z niepełnosprawnością, by promować podejście kompleksowe i zaspokoić całe spektrum różnorodnych potrzeb poszczególnych osób potrzebujących opieki. Należy poszukiwać innowacyjnych rozwiązań, wykorzystując technologię do usprawnienia opieki, poprawy komunikacji i zapewnienia mieszkańcom większej niezależności. Inteligentne rozwiązania i platformy cyfrowe pomogą przebudować procesy, zwiększyć efektywność i w stosownych przypadkach wdrożyć metody opieki zdalnej.

Kluczem do wdrożenia rozwiązań przedstawionych w niniejszym raporcie w ramach ogólnej wizji zapewnienia wysokiej jakości ODT w Polsce jest dobrze wyszkolony personel. Oznacza to inwestowanie w systematyczny rozwój kadr, edukację, szkolenia i wsparcie dla pracowników ochrony zdrowia i pomocy społecznej, a także stworzenie sprzyjających warunków do

rozwoju współczujących i wykwalifikowanych opiekunów. Ważne będzie również usystematyzowanie wsparcia dla rodzin i bliskich, którzy obecnie zapewniają przeważającą część ODT.

Aby zrealizować wizję ODT w Polsce, konieczne jest uruchomienie procesów zmian w zakresie ram prawnych, finansowania, organizacji usług, rozwoju kadr i innowacyjności. Stymulowanie trwałych zmian może nastąpić tylko poprzez zmianę postaw społecznych, inwestowanie w kadry i korzystanie z danych, na bieżąco gromadzonych, analizowanych i rozpowszechnianych w celu wspierania reform. Takie zmiany są niezbędne do wdrożenia rozwiązań przedstawionych w niniejszym raporcie i uzyskania skutecznej koordynacji systemu, deinstytucjonalizacji opieki i lepszych rynków pracy, aby sprostać wyzwaniu, jakim jest realizacja polskiej wizji ODT.

PODSUMOWANIE

Szybkie starzenie się społeczeństwa wywiera znaczną presję na systemy opieki zdrowotnej i społecznej w całej Europie. Polska nie jest tu wyjątkiem, doświadczając ponadprzeciętnego tempa zmian demograficznych. Rosnący udział osób starszych w ogóle ludności przyniósł nowe wyzwania, takie jak rosnące obciążenie chorobami na poziomie populacji, większe obciążenie osób w wieku produkcyjnym oraz obawy o dobrostan ludzi, ponieważ wiele osób starszych żyje w warunkach nieodpowiednich do ich wieku, doświadcza ubóstwa i wykluczenia społecznego czy przedwczesnej instytucjonalizacji. Jedną z najpilniejszych kwestii politycznych związanych z tym trendem demograficznym i tematem niniejszego raportu jest to, jak opiekować się osobami z niepełnosprawnością i rosnącą liczbą osób starszych w społeczeństwie oraz jak zapewnić opiekę, która będzie gwarantować zachowanie godności i samodzielności, a jednocześnie będzie skuteczna, zrównoważona, sprawiedliwa, dostępna i wysokiej jakości.

W tym kontekście Bank Światowy, na zlecenie Ministerstwa Funduszy i Polityki Regionalnej, opracował niniejszy Przegląd Strategiczny. Ma on na celu oszacowanie kluczowych wyzwań stojących obecnie przed szeroko rozumianą opieką długoterminową w Polsce. Niniejszy raport został podzielony na obszary wyzwań związane z zarządzaniem, finansowaniem, zasobami ludzkimi, jakością, infrastrukturą i sektorem prywatnym. Identyfikacja tych wyzwań była wynikiem konsultacji i zaangażowania głównych interesariuszy opieki długoterminowej, beneficjentów, opiekunów, ogółu społeczeństwa, grup interesu i usługodawców oraz krajowych decydentów. W raporcie przedstawiono również kompleksowe rozwiązania możliwe do realizacji w perspektywie krótko-, średnio- i długoterminowej. Wizją łączącą te cele jest: praca nad poprawą koordynacji i integracji systemu; postęp w kierunku deinstytucjonalizacji opieki, aby

wspierać starzenie się w miejscu zamieszkania (w domu lub w społeczności, w zależności od preferencji); oraz wzmocnienie i dostosowanie rynków pracy jako obszaru przekrojowego, co powinno poprawić satysfakcję z pracy opiekunów formalnych, pomóc rodzinom i bliskim w przewyciężeniu przeciwności związanych z obowiązkami opiekuńczymi oraz poprawić jakość wyników opieki.

Celem raportu jest strategiczny przegląd kontekstu opieki długoterminowej w Polsce w celu opracowania potrzebnych rozwiązań i programu reform w tym systemie, jednak oprócz wymienionych wyzwań z polskim kontekstem wiąże się wiele zalet. Istnieje już szeroko zakrojona struktura opieki, opisana w części dotyczącej organizacji opieki długoterminowej. Obowiązują przepisy dotyczące opieki zarówno w sektorze pomocy społecznej, jak i opieki zdrowotnej, a dostępne świadczenia obejmują usługi opiekuńcze, opiekę stacjonarną i domową oraz świadczenia pieniężne dla osób niesamodzielnych i ich opiekunów. W dodatku do struktury zasadniczego systemu opieki włączono liczne programy pilotażowe i programy mające na celu świadczenie usług; wiele z nich jest realizowanych we współpracy z UE jako kluczowym strategicznym partnerem rozwojowym. W opiekę zaangażowanych jest wiele podmiotów, funkcjonuje także współpraca między partnerami prywatnymi i publicznymi. Decydenci polityczni zaangażowali się w reformy i programy takie jak „Opieka 75+” i wprowadzono wiele aktów prawnych dotyczących opieki długoterminowej. W niniejszym raporcie przedstawiono więc takie rozwiązania, które usprawnią istniejący system, nie zawsze wymagając głębokich reform, takie jak pomoc w rozeznaniu się w różnych oferowanych usługach, np. za pośrednictwem koordynatorów ODT na poziomie lokalnym. Z drugiej strony, szerzej zakrojone reformy, przewidywane w większości europejskich strategii dotyczących opieki długoterminowej, obejmują rozwiązania mające na celu rozwój opieki środowiskowej, w tym opieki domowej, oraz zwiększenie nakładów finansowych na opiekę długoterminową.

Niniejszy raport wpisuje się w szerszy program reform publicznych i jest oparty na dokumencie „Wizja opieki długoterminowej”, w którym nakreślono ambitne cele, jakie przyświecają rządzącym świadomym zobowiązań wobec starzejącego się społeczeństwa. Niniejszy raport to kolejny etap prac nad katalogiem rozwiązań będących odpowiedzią na główne wyzwania i mających doprowadzić do optymalnej realizacji założeń zawartych w wizji opieki długoterminowej. Kolejnym krokiem będzie ustalenie harmonogramu wdrażania priorytetowych rozwiązań służących reformie systemu opieki długoterminowej oraz sukcesywna ich operacjonalizacja, obejmująca m.in. prowadzenie analizy wykonalności poszczególnych działań, potrzeb kadrowych i inwestycyjnych, określenie podmiotów odpowiedzialnych za ich wdrożenie oraz etapów realizacji.

ZAŁĄCZNIK 1: METODOLOGIA ANALIZ PRZEPROWADZONYCH NA POTRZEBY RAPORTU

DANE ILOŚCIOWE

METODOLOGIA CZYSZCZENIA I ANALIZOWANIA DANYCH

Dane do analizy i oceny opieki długoterminowej (ODT) w Polsce pochodzą z rutynowych sprawozdań Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej (MRPiPS); treści definiowane były jako zadania wynikające z ustawy o pomocy społecznej, NFZ oraz Ministerstwa Zdrowia (MZ), danych udostępnionych na stronach Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (BASiW), stron internetowych dotyczących ODT i kadr medycznych oraz ze sprawozdań budżetowych Ministerstwa Finansów (MF).

ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNE

Głównymi źródłami danych dotyczących świadczeń pieniężnych ODT były dane otrzymane z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) oraz MRPiPS. Dane z ZUS dotyczyły świadczeń dla beneficjenta: dodatku pielęgnacyjnego oraz świadczeń uzupełniających. ZUS przekazał zespołowi Banku Światowego zestawienia dotyczące tych świadczeń w podziale na płeć i wiek w latach 2017-2021 dla dodatku pielęgnacyjnego oraz w latach 2020 i 2021 dla świadczeń uzupełniających. Dane zawierały informacje o liczbie osób (według płci i wieku) oraz kwocie świadczeń. Zarówno liczba osób, jak i koszt świadczeń były podane tylko dla grudnia. Głównym ograniczeniem w danych był brak podziału na województwa. Dodatkowo na

podstawie danych za grudzień nie można było dokładnie oszacować liczby beneficjentów oraz kosztu świadczeń w całym roku.

Na zamówienie Banku Światowego MRPiPS przygotowało zestawienia dotyczące świadczeń dla beneficjenta (zasiłku pielęgnacyjnego) oraz świadczeń dla opiekuna (świadczenia pielęgnacyjnego, specjalnego zasiłku opiekuńczego i zasiłku dla opiekuna). Dane te zawierały informację o liczbie świadczeń i beneficjentów oraz o koszcie w latach 2017-2021 w podziale na województwa.

Ograniczeniem tych danych jest brak informacji o płci i wieku beneficjentów.

Dodatkowo ze sprawozdań departamentu MRPiPS-03 zebrano informacje o zasiłku stałym, liczbie osób pobierających zasiłek oraz o koszcie w latach 2017-2021 w podziale na województwa.

SEKTOR SPOŁECZNY

Dane do analizy i oceny opieki długoterminowej w sektorze społecznym pochodziły z dwóch źródeł: MRPiPS oraz MF.

OPIEKA STACJONARNA I DZIENNA

Informacje o liczbie klientów, placówek i miejsc w opiece stacjonarnej pochodziły z domów pomocy społecznej (DPS), rodzinnych domów pomocy (RDP) oraz ośrodków wsparcia (OW). Dane dotyczące schronisk dla osób w kryzysie bezdomności z usługami opiekuńczymi (UO) są co roku raportowane w sprawozdaniu departamentu MRPiPS-06 i zostały udostępnione zespołowi BŚ dla lat 2017-2021. Sprawozdania MRPiPS-06 zawierają informację osobno o gminnych i powiatowych ośrodkach. Dane te zostały połączone przed przystąpieniem do dalszych analiz. W ten sposób zebrano informację o liczbie klientów i placówek w podziale na województwa. Ograniczeniem tych danych jest brak

informacji o płci i wieku beneficjentów. W sprawozdaniu MRPiPS-05 znajdują się informacje o płci i wieku, dotyczą jednak wyłącznie mieszkańców DPS oraz stanu na ostatni dzień roku (31 grudnia).

Dane na temat kadr zebrano dla placówek DPS na podstawie sprawozdania departamentu MRPiPS-05. W analizie uwzględniono łączną liczbę pracowników zapewniających usługi opiekuńcze, edukacyjne i wspomagające: lekarzy, pielęgniarki, pracowników socjalnych, rehabilitantów, terapeutów i opiekunów. Informacje zawarte w sprawozdaniu MRPiPS dotyczą liczby pracowników oraz etatów i są dostępne dla województw. Nie ma natomiast informacji o płci i wieku pracowników, podobnie jak w przypadku innych danych z MRPiPS.

Głównym celem zebrania danych dotyczących kadr w DPS było porównanie ich z analogicznymi danymi dotyczącymi opieki stacjonarnej w sektorze zdrowotnym.

W raporcie nie uwzględniono danych kadrowych dla RDP i OW ze względu na brak odpowiedniej kategorii zatrudnienia w sprawozdaniu departamentu MRPiPS-06 (sprawozdanie sporządzano w oparciu o ustawę o pomocy społecznej oraz rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie wynagradzania pracowników samorządowych).

Koszty dla DPS zostały obliczone na podstawie sprawozdań z wykonania budżetu państwa oraz budżetów województw, powiatów i gmin udostępnianych przez MF. Po konsultacjach z MRPiPS jako koszt DPS przyjęto sumę z wydatków z budżetu państwa, budżetów wojewódzkich, budżetów powiatów oraz 5 proc. budżetów gmin z linii budżetowej 85202. Ograniczeniem tej metody jest niemożność przedstawienia kosztów w podziale na województwa, ponieważ sprawozdanie z wykonania budżetu państwa jest przedstawiane tylko dla całego kraju.

Dane o kosztach dla RDP nie są rutynowo zbierane. W raporcie BŚ przedstawiono koszt za 2022 r., udostępniony jednorazowo przez MRPiPS. Koszty dla OW zostały obliczone na podstawie sprawozdań z wykonania budżetu państwa oraz budżetów województw, powiatów i gmin udostępnianych przez MF. Jako koszt OW przyjęto sumę z wydatków z budżetu państwa oraz budżetów JST z linii budżetowej 85203.

OPIEKA DOMOWA

Dane o klientach i kadrach w opiece domowej pochodzą ze sprawozdania departamentu MRPiPS-03. Zawiera ono informację o liczbie klientów oraz koszcie świadczeń w podziale na województwa. Nie ma w nim natomiast informacji o płci i wieku klientów.

Informacje o kadrach w opiece domowej zostały zebrane na podstawie sprawozdania MRPiPS-06. W analizie uwzględniono pracowników wykonujących usługi opiekuńcze. Dane w sprawozdaniu dostępne są w podziale na województwa, brakuje jednak informacji o płci i wieku pracowników.

Dodatkowym ograniczeniem w danych z sektora społecznego jest to, że są one zbierane niezależnie od typu opieki. Na przykład, klient może równocześnie otrzymywać świadczenia w opiece domowej i w OW. Na podstawie danych z MRPiPS nie można tych osób zidentyfikować. Wtedy taka osoba jest liczona podwójnie w całkowitej liczbie klientów w sektorze społecznym, co prowadzi do zawyżenia liczby osób w całym tym sektorze.

SEKTOR ZDROWOTNY

Dane do analizy i oceny ODT w sektorze zdrowotnym pochodziły z NFZ, MZ i MF.

PACJENCI – INFRASTRUKTURA

Dane o pacjentach w długoterminowej opiece w sektorze zdrowotnym pochodzą z bazy danych MZ o nazwie BASiW – opieka długoterminowa. Dane te są ogólnodostępne i zawierają informację o płci, grupach wieku oraz miejscu zamieszkania pacjentów w podziale na powiaty i województwa. Dane te są oparte na zbiorach NFZ i są obliczane według osobistego numeru identyfikacyjnego pacjenta. Dzięki temu całkowita liczba pacjentów w ODT nie zawiera „zdublowanych” pacjentów. Dodatkowo dostępna jest informacja o liczbie placówek świadczących usługi w ODT i o liczbie dostępnych w nich miejsc.

KADRY

NFZ przekazał zespołowi BŚ dane o kadrach medycznych w ODT w podziale na lekarzy geriatrów, pielęgniarki oraz opiekunów medycznych. Dane te zawierają informację tylko o podstawowym miejscu pracy, co umożliwia obliczenie, jaka jest ogólna liczba personelu (w podziale na zawody) w całej ODT w sektorze zdrowotnym, natomiast nie można na tej podstawie określić, ile osób jest zatrudnionych w opiece stacjonarnej i dziennej. Dane te zostały udostępnione w podziale na płeć, wiek oraz województwo.

Drugim źródłem danych dotyczącym kadr jest BASiW – kadry medyczne. Dane te zawierają informację o liczbie pracowników medycznych ogółem (bez podziału na lekarzy geriatrów, pielęgniarki i opiekunów medycznych). Są one jednak dostępne oddzielnie dla opieki domowej (świadczenia w pielęgniarskiej ODT oraz świadczenia dla osób wentylowanych mechanicznie) i stacjonarnej w ZOL i ZPO. Ograniczeniem tego źródła danych jest brak informacji o płci, wieku i zawodzie pracownika.

KOSZTY

Koszty w opiece stacjonarnej (ZOL/ZPO) zostały obliczone na podstawie sprawozdań z wykonania budżetu państwa (BP), budżetów JST oraz danych NFZ. Jako koszt opieki stacjonarnej przyjęto sumę z wydatków z BP, samorządów JST (linia budżetowa 85117) oraz świadczeń NFZ udzielonych pacjentom w opiece stacjonarnej. Ograniczeniem tej metody jest brak rozróżnienia wydatków na ZOL i ZPO, ponieważ jest to ta sama linia budżetowa. Nie można też obliczyć wydatków według województw, ponieważ sprawozdanie z wykonania BP jest przedstawiane tylko dla całego kraju.

Koszty w opiece dziennej zostały obliczone na podstawie danych przekazanych przez NFZ i są one dostępne według płci, wieku pacjenta oraz województwa, na terenie którego mieszka.

SEKTOR PRYWATNY – OPIEKA STACJONARNA

Źródłem danych dla sektora prywatnego jest sprawozdanie MRPiPS zawierające informację o liczbie placówek, miejsc i beneficjentów w stacjonarnych ośrodkach prywatnych. Nie ma informacji o płci i wieku tych osób.

DEMOGRAFIA

Podstawowe źródła danych to GUS – Bank Danych Lokalnych oraz Spis Powszechny Ludności i Mieszkań. W raporcie BŚ wykorzystano informację o liczbie ludności według płci, wieku i województwa zamieszkania. Wykorzystano też prognozę ludności Polski z 2023 r., w której znajdują się informacje o przewidywanej liczbie mieszkańców Polski według płci, wieku i powiatu zamieszkania do 2060 r.

GUS przekazał również dane wojewódzkie dla 2021 r. określające przeciętne dalsze trwanie życia mężczyzn i kobiet w wieku 0 i 65 lat,

dalsze trwanie życia w zdrowiu, wskaźnik obciążenia demograficznego osobami starszymi, PKB per capita, stopę bezrobocia, przeciętny miesięczny dochód rozporządzalny na jedną osobę, ludność na 1 km kwadratowy, odsetek osób w wieku 65 lat i starszych.

Dodatkowo z BASiW – opieka długoterminowa uzyskano dane dotyczące współczynnika pielęgnacyjnego i współczynnika wsparcia rodziców do 2021 r.

PRZETWARZANIE DANYCH – OBLICZENIA

Na podstawie zebranych danych obliczono współczynniki na 100 tys. ludności dla klientów, pacjentów oraz kadr w każdym z sektorów i na każdym poziomie opieki. Obliczono liczbę pacjentów/klientów przypadającą na jedną osobę personelu (społecznego lub medycznego). Obliczono także koszty na 100 tys. mieszkańców oraz na jednego pacjenta/klienta.

Na podstawie prognozy ludności GUS i danych ze spisu powszechnego obliczono projekcję wskaźników demograficznych (odsetek osób starszych, współczynnik pielęgnacyjny, współczynnik wsparcia rodziców, wskaźnik obciążenia demograficznego osobami starszymi) do 2060 r. dla całego kraju oraz w podziale na województwa i powiaty.

Zebrane dane przedstawiono przy użyciu narzędzia Power BI, które umożliwiło czytelne przeglądanie danych. Zwrócono szczególną uwagę na możliwość porównania sektora zdrowotnego ze społecznym ze względu na liczbę pacjentów/klientów (współczynniki), personel oraz koszty.

ANALIZA PROJEKTÓW W OBSZARZE OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ WSPÓŁFINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW UNII EUROPEJSKIEJ

W celu zestawienia zbioru finansowanych ze środków UE projektów dotyczących ODT, osób starszych i osób z niepełnosprawnością wykorzystano zbiór „Lista projektów realizowanych z Funduszy Europejskich w Polsce w latach 2014-2020”¹⁴¹.

Dostępna na witrynie internetowej lista zawiera około 100 tys. projektów. Projekty te zostały pobrane, a następnie przefiltrowane przy użyciu słowa kluczowego „opieka” i terminów powiązanych: „osoby starsze”, „starość”, „senior”, „opieka długoterminowa”, „dom”, „opieka pielęgnarska”, „opieka”, „opiekun”, „usługi opiekuńcze”, „opieka”, „placówka całodobowej opieki”, „dom seniora”, „DPS”, „dzienny dom opieki”, „dzienny dom pomocy”, „dzienny dom opieki medycznej”, „DDOM”, „domy pomocy społecznej”, „zakład opiekuńczo-leczniczy”, „ZOL”, „zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy”, „ZPO”, „niesamodzielny”, „niepełnosprawny”, „niezdolny do samodzielnej egzystencji”, „wentylacja mechaniczna”, „opieka wytchnieniowa”, „usługi asystenckie”, „mieszkania chronione”, „mieszkania treningowe i wspomagane”, „choroba otępienna”, „teleopieka”.

Lista projektów uzyskana poprzez filtrowanie w opisany powyżej sposób została następnie zweryfikowana ręcznie poprzez szczegółową analizę poszczególnych opisów w celu wyeliminowania projektów, które nie odpowiadały celowi wyszukiwania, a mogły zostać zakwalifikowane do bazy ze względu na podobne słowa kluczowe. Uwzględniono projekty związane z szeroko rozumianym rozwojem ODT oraz mające na celu rozwój kwalifikacji zawodowych

141 <https://www.gov.pl/web/fundusze-regiony/dowiedz-sie-wiecej-o-funduszach-europejskich>

pracowników ODT. Projekty związane wyłącznie z aktywną integracją (np. Środowiskowe Domy Samopomocy, Kluby Seniora) zostały wyłączone z analizy. Nie uwzględniono również projektów związanych ze wsparciem placówek opiekuńczych w czasie pandemii COVID-19. Powstałą w ten sposób listę projektów poddano podstawowej analizie statystycznej, uzyskując informacje o wartości projektów i wysokości dotacji unijnych, z rozróżnieniem na poszczególne fundusze i na środki przypisane do konkretnych projektów.

BADANIA BANKU ŚWIATOWEGO

BADANIE ILOŚCIOWE

Badanie zostało przeprowadzone przez firmę badania rynku PBS pomiędzy kwietniem i lipcem 2023 r. w losowo wybranych miejscach w Polsce. Badanie zostało zrealizowane na próbie ogólnopolskiej, $n=1000$ wywiadów, reprezentatywnej ze względu na podstawowe zmienne demograficzne: płeć, wiek, miejsce zamieszkania respondenta (województwo, typ/wielkość miejscowości).

Dodatkowo zrealizowano tzw. booster, czyli dodatkową podpróbę składającą się z osób w wieku 45-60 lat, $n=200$ wywiadów. Booster również uwzględniał kwotowanie na płeć oraz miejsce zamieszkania respondenta.

Badanie zostało zrealizowane techniką CAPI – bezpośrednich wywiadów indywidualnych (f2f) przeprowadzanych w miejscu zamieszkania respondentów metodą doboru próby random route.

Wyniki z próby podstawowej oraz boostera zostały opatrzone wagą analityczną, aby możliwe było raportowanie zagregowanych wyników ($n=1200$) dla populacji ogólnopolskiej.

Dane pozyskane na etapie badania ilościowego pozwalają więc na wnioskowanie dla populacji ogólnopolskiej, informując

o skali występowania zjawisk w społeczeństwie oraz w wybranych przełamaniach. Jeżeli w raporcie zaprezentowano przełamania przez określone zmienne demograficznie i nie zaznaczono inaczej, oznacza to, że w każdym przełamaniu występują różnice istotne statystycznie.

BADANIE JAKOŚCIOWE

Każde badanie naukowe obciążone jest ryzykiem błędnego rezultatu – to stwierdzenie należy do kanonu podstawowych zasad metodologicznych. Wielkość próby może zarówno stanowić źródło błędów, jak i zabezpieczać przed błędnymi rezultatami badawczymi, niekiedy więc mały jej rozmiar może ograniczać uchwycenie charakteru zjawiska. Jednak nawet bardzo liczna próba nie zastąpi starannie zaplanowanego doboru, który podnosi jakość uzyskiwanych danych, również wówczas, gdy rozmiar próby jest zdecydowanie niewielki. Rozmiar próby w badaniach jakościowych, mimo że traktowany jako drugorzędny, jest jednak przedmiotem pytań o charakterze zarówno praktycznym, jak i teoretycznym. Generalnie samo zagadnienie wielkości próby traktowane jest marginalnie, co nie powinno dziwić, gdy podstawowym dążeniem w badaniach jakościowych czyni się budowanie teorii możliwie bezpośrednio z dostępnych danych.

ZAŁOŻENIA BADANIA JAKOŚCIOWEGO

Na etapie badania jakościowego zrealizowano 48 IDI (indywidualnych wywiadów pogłębionych) on-line w podziale na cztery grupy docelowe po 12 IDI:

- Grupa A: formalni, stacjonarni pracownicy ODT (w tym personel DPS, RDP, ZOL, ZPO);
- Grupa B: osoby świadczące opiekę długoterminową, w tym w ramach współpracy z NGO, a także placówki finansowane ze środków prywatnych;

- Grupa C: pracownicy formalnej opieki domowej ODT (w tym personel zapewniający opiekę w domu, np. pielęgniarki, pracownicy pomocy społecznej, opiekunowie medyczni, asystenci osób z niepełnosprawnością, fizjoterapeuci, psycholodzy pracujący z pacjentami/klientami ODT, inni);
- Grupa D: nieformalni opiekunowie długoterminowi: opiekunowie rodzeni, prywatni (otrzymujący wynagrodzenie od rodzin podopiecznych) oraz migranci.

Opieka formalna rozumiana jest jako grupy: A, B i C

Opieka nieformalna rozumiana jest jako grupa D

Badania jakościowe w przeciwieństwie do ilościowych nie są realizowane na próbie reprezentatywnej. Mogą być realizowane na relatywnie niewielkiej próbie badanych, ponieważ analiza danych jakościowych ma charakter czysto analityczny i nie jest przedstawiana w postaci wykresów i rycin.

W niniejszym badaniu w ramach każdej z wyżej opisanej grup docelowych zrealizowano 12 wywiadów. Liczba ta daje merytoryczne podstawy do wnioskowania per grupa docelowa, przy jednoczesnym optymalizowaniu kosztów projektu i czasu jego realizacji.

WARSZTATY/KONSULTACJE BANKU ŚWIATOWEGO

Dodatkowo analizy prowadzone na potrzeby raportu oraz treści i rekomendacje w nim zawarte były na bieżąco konsultowane w formie warsztatów lub wywiadów informacyjnych zarówno z przedstawicielami resortów, jak i z czołowymi ekspertami w zakresie szeroko rozumianej ODT, w tym z przedstawicielami środowiska akademickiego, przedstawicielami podmiotów właściwych

do konsultowania projektów dokumentów z zakresu pomocy społecznej i ochrony zdrowia oraz z konsultantami krajowymi i wojewódzkimi w dziedzinie geriatry, pielęgniarstwa i ODT.

Załączniki stanowiące odrębną część raportu:

Załącznik 2: Ocena ODT w Polsce na podstawie ram oceny WHO

Załącznik 3: Lista aktów prawnych dotyczących ODT w Polsce

Załącznik 4: Raport z badania opinii publicznej

Załącznik 5: Przykłady międzynarodowe – istotne dla Polski

