

# STACJONARNA OPIEKA SPOŁECZNA. SPOJRZENIE W PRZYSZŁOŚĆ

**Łukasz Jurek**

Doktorant Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu

## WSTĘP

Prognozy demograficzne jednoznacznie wskazują na postępujący proces starzenia się społeczeństw postmodernistycznych. Wzrost udziału seniorów w ogólnej liczbie ludności oraz zmiany w strukturze i funkcjach rodziny wymuszają nowe podejście do systemu udzielania usług opiekuńczych osobom w podeszłym wieku.

Ustawa o pomocy społecznej z 12 marca 2004 r.\* wymienia instytucje, które odpowiedzialne są za świadczenie usług opiekuńczych osobom starszym. Tworzą one stacjonarną opiekę społeczną dla tych ludzi.

Celem artykułu jest porównanie różnych źródeł informacji dotyczących stacjonarnej opieki społecznej oraz dokonanie analizy liczbowej badanego obszaru na podstawie prowadzonych przez wojewodów rejestrów domów pomocy społecznej i rejestrów placówek zapewniających całodobową opiekę. Dokonana zostanie również analiza jakościowa stacjonarnej opieki społecznej nad ludźmi w podeszłym wieku oraz sformułowane zostaną postulaty w zakresie organizacji i finansowania omawianego systemu.

## ISTOTA STACJONARNEJ OPIEKI SPOŁECZNEJ NAD LUDŹMI W PODESZŁYM WIEKU

Stacjonarna opieka społeczna nad ludźmi w podeszłym wieku to podejmowana przez społeczeństwo opieka nad osobami, które z powodu wieku nie mogą samodzielnie zaspokajać swoich podstawowych potrzeb, świadczona całodobowo w wyspecjalizowanych instytucjach poza miejscem zamieszkania. Działalność ta regulowana jest w Polsce przez Ustawę o pomocy społecznej.

Ustawa uwzględnia trzy rodzaje placówek opiekuńczych dla osób w podeszłym wieku:

- 1) domy pomocy społecznej (DPS) dla osób w podeszłym wieku,
- 2) placówki zapewniające całodobową opiekę osobom w podeszłym wieku (domy opieki),
- 3) rodzinne domy pomocy (RDP).

Placówki opiekuńcze dla osób w podeszłym wieku muszą uzyskać odpowiednie zezwolenie i zarejestrować się jako DPS, dom opieki lub RDP. Niezastosowanie się do tego zalecenia grozi karą w wysokości 10 tys. zł (art. 130 ust. 2 ustawy).

## PLACÓWKI STACJONARNEJ OPIEKI SPOŁECZNEJ – ŹRÓDŁA DANYCH LICZBOWYCH

Podstawowym źródłem danych liczbowych jest rocznik statystyczny. Rozdział 10 *Małego Rocznika Statystycznego Polski 2005* poświęcony jest ochronie zdrowia i opiece społecznej.

\* DzU z 2004 r., nr 64, poz. 593.

W 2004 r. funkcjonowało w Polsce 1154 domów i zakładów stacjonarnej pomocy społecznej, z czego 258 przeznaczonych dla osób w podeszłym wieku. Ze względu na brak definicji „domu” i „zakładu” trudno jest ustalić, czy liczby zawarte w *Małym Roczniku Statystycznym* odnoszą się do DPS, domów opieki czy RDP. Nie ułatwia rozpoznania sytuacji również fakt włączania środowiskowych domów samopomocy do opieki stacjonarnej, gdyż są one placówkami dziennego pobytu (art. 51 ust. 2) i należą do półotwartej formy opieki (pośredniej pomiędzy środowiskową a stacjonarną).

Tabela 1. *Stacjonarna opieka społeczna w latach 1995–2004 w Polsce według Małego Rocznika Statystycznego*

Wyszczególnienie	1995	2000	2003	2004
Domy i zakłady* (bez filii)	831	936	1099	1154
w tym dla osób w podeszłym wieku	157	199	257	258
Miejsca w tys.	79,9	81,7	92,8	96,1
w tym w domach dla osób w podeszłym wieku	12,3	13,6	16,2	16,2
Mieszkańcy w tys.	76,5	80,6	91,8	93,9
w tym umieszczeni w ciągu roku	19,1	20,7	32,4	33,5
w tym w domach dla osób w podeszłym wieku	11,5	13,3	16,0	15,7
Osoby oczekujące na umieszczenie w tys.	10,5	9,4	19,8	8,5

\* W 1995 r. łącznie z zakładami opiekuńczo-leczniczymi i leczniczo-wychowawczymi; od 2000 r. łącznie ze środowiskowymi domami samopomocy.

Źródło: *Mały Rocznik Statystyczny Polski 2005*, GUS, Warszawa 2005, s. 254.

Jednym ze źródeł informacji na temat domów pomocy społecznej jest sprawozdanie roczne Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej z udzielonych świadczeń pomocy społecznej (MPiPS-03).

Według danych zawartych w tab. 2 w 2005 r. w Polsce funkcjonowało 812 domów pomocy społecznej. Niestety, przekrojowy wykaz DPS stworzony na podstawie sprawozdania MPiPS-03 jest niepełny, ponieważ uwzględnia tylko placówki finansowane ze środków publicznych (budżetów gmin lub powiatów). Pomija on wszystkie domy pomocy społecznej prowadzone w ramach działalności gospodarczej oraz przez organizacje pożytku publicznego, które nie działają na zlecenie organów jednostek samorządu terytorialnego.

Ważnym źródłem informacji o placówkach świadczących usługi opiekuńcze są publikacje branżowe, wydawane przez instytucje bezpośrednio zajmujące się problematyką pomocy i opieki społecznej. Przykładem może być publikacja pt. *Domy Pomocy Społecznej w Polsce 2005*, wydana przez Centrum AV z Częstochowy.

Tabela 2. Liczba domów pomocy społecznej w Polsce w 2005 r. według MPiPS-03

Województwo	DPS o zasięgu lokalnym, finansowane z budżetów gmin		DPS o zasięgu ponadgminnym, finansowane z budżetów powiatów	
	podmiot prowadzący: gmina	inny podmiot prowadzący	podmiot prowadzący: powiat	inny podmiot prowadzący
Dolnośląskie	2	0	39	13
Kujawsko-pomorskie	0	0	41	6
Lubelskie	0	0	36	7
Lubuskie	0	0	23	2
Łódzkie	0	0	49	11
Małopolskie	1	0	56	30
Mazowieckie	2	1	69	20
Opolskie	0	0	18	12
Podkarpackie	0	0	31	17
Podlaskie	0	0	17	4
Pomorskie	2	2	32	9
Śląskie	8	0	48	36
Świętokrzyskie	0	0	24	7
Warmińsko-mazurskie	0	2	28	9
Wielkopolskie	0	0	54	11
Zachodnio-pomorskie	0	0	29	4
Razem	15	5	594	198

Źródło: opracowanie własne na podstawie MPiPS-03, *Sprawozdanie roczne z udzielonych świadczeń pomocy społecznej – pieniężnych, w naturze i usługach*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Departament Pomocy i Integracji Społecznej, Warszawa 2006.

## DOMY POMOCY SPOŁECZNEJ

Wszystkie placówki posiadające status domu pomocy społecznej ujęte są w rejestrze domów pomocy społecznej prowadzonym przez wojewodę. Rejestr powinien zawierać szczegółowe informacje, takie jak:

- numer i data wpisu do rejestru,
- siedziba,
- adres,
- typ domu pomocy społecznej,
- liczba miejsc statutowych (wpisanych do regulaminu organizacyjnego),
- podmiot prowadzący i podmiot nadzorujący jednostkę,
- dane personalne i kwalifikacje zawodowe dyrektora placówki,
- oznaczenia aktu prawnego dotyczącego utworzenia domu,
- datę wydania lub cofnięcia zezwolenia na jego prowadzenie.

Rejestr jest jawny, z wyłączeniem danych objętych Ustawą o ochronie danych osobowych. Informacje zawarte w tab. 3 pochodzą z analizy danych zawartych w tychże rejestrach.

Z danych tab. 3 wynika, że w Polsce funkcjonują 824 domy pomocy społecznej posiadające 80 925 miejsc statutowych. 211 DPS (około 26% z ogólnej liczby) przeznaczonych jest dla osób w podeszłym wieku. Miejsca w nich to 20% ogólnej liczby miejsc we wszystkich domach pomocy społecznej.

Konfrontując dane z MPiPS-03 (812 DPS) z wynikami analizy rejestrów domów pomocy społecznej (824 DPS), można stwierdzić, że 12 domów pomocy społecznej w Polsce nie jest finansowanych ze środków publicznych.

Tabela 3. Domy pomocy społecznej oraz domy pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku w Polsce

Województwo	Liczba DPS	Liczba miejsc statutowych w DPS	Liczba DPS dla osób w podeszłym wieku	Liczba miejsc statutowych w DPS dla osób w podeszłym wieku
Dolnośląskie	55	5 900	9	700
Kujawsko-pomorskie	45	4 161	11	771
Lubelskie	43	4 555	20	1 970
Lubuskie	24	2 380	4	350
Łódzkie	65	7 040	11	915
Małopolskie	86	7 759	19	1 307
Mazowieckie	95	9 775	26	1 810
Opolskie	30	2 883	9	772
Podkarpackie	52	4 821	17	1 118
Podlaskie	22	2 275	6	136
Pomorskie	47	4 065	13	734
Śląskie	91	8 244	30	2 549
Świętokrzyskie	33	3 365	6	298
Warmińsko-mazurskie	38	3 620	9	602
Wielkopolskie	65	6 309	12	888
Zachodniopomorskie	33	3 773	9	884
Razem	824	80 925	211	15 804

Źródło: opracowanie własne na podstawie wojewódzkich rejestrów domów pomocy społecznej: kujawsko-pomorski (stan na 14.06.2006 r.), lubuski (stan na 8.09.2006 r.), łódzki (stan na 30.06.2006 r.), małopolski (stan na 1.06.2005 r.), podkarpacki (stan na 7.07.2006 r.), pomorski (stan na 30.06.2006 r.), podlaski (stan na 30.01.2006 r.), świętokrzyski (stan na 31.07.2006 r.), warmińsko-mazurski (stan na 31.05.2006 r.), zachodniopomorski (stan na 1.07.2006 r.), wielkopolski (stan na 8.06.2006 r.), śląski (stan na 12.05.2006 r.), dolnośląski (stan na 18.05.2006 r.), mazowiecki (stan na 10.10.2006 r.), opolski (stan na grudzień 2005 r.); uzupełnione: MPiPS-03 2005, materiały Wydziałów Polityki Społecznej w Urzędach Wojewódzkich, www.ops.pl.

Średnio w województwie funkcjonuje 13 domów pomocy społecznej dla ludzi w podeszłym wieku. Najwięcej znajduje się ich w województwie śląskim (30); tam też jest największa liczba miejsc statutowych dla seniorów (2549). Najmniej DPS dla ludzi w podeszłym wieku funkcjonuje w województwie lubuskim (4), a najmniej miejsc statutowych jest w województwie podlaskim (136).

Wskaźnik ilustrujący liczbę miejsc statutowych w DPS dla ludzi w podeszłym wieku na 1000 osób w podeszłym wieku (za osobę w podeszłym wieku przyjęto osobę powyżej 65. roku życia) wynosi w Polsce 3,1, natomiast na 1000 osób niepełnosprawnych w podeszłym wieku – 7,9. Jak wynika z tab. 4 wskaźniki te wahają się znacznie w zależności od województwa.

Tabela 4. Liczba miejsc statutowych w DPS dla ludzi w podeszłym wieku na 1000 osób w podeszłym wieku oraz na 1000 osób niepełnosprawnych w podeszłym wieku

Województwo	Liczba miejsc w DPS dla ludzi w podeszłym wieku	Liczba ludzi w podeszłym wieku w tys.	Liczba ludzi niepełnosprawnych w podeszłym wieku w tys.	Liczba miejsc w DPS dla ludzi w podeszłym wieku na 1000 osób w podeszłym wieku	Liczba miejsc w DPS dla ludzi w podeszłym wieku na 1000 osób niepełnosprawnych* w podeszłym wieku
Dolnośląskie	700	394	167	1,8	4,2
Kujawsko-pomorskie	771	259	101	3,0	7,6
Lubelskie	1 970	315	162	6,2	12,2
Lubuskie	350	120	60	2,9	5,8
Łódzkie	915	389	137	2,3	6,7
Małopolskie	1 307	443	244	2,9	5,4
Mazowieckie	1 810	760	236	2,4	7,7
Opolskie	772	146	42	5,3	18,4
Podkarpackie	1 118	275	108	4,1	10,3
Podlaskie	136	176	68	0,8	2,0
Pomorskie	734	267	104	2,7	7,1
Śląskie	2549	635	184	4,0	13,8
Świętokrzyskie	298	193	75	1,53	4,0
Warmińsko-mazurskie	602	168	73	3,58	8,2
Wielkopolskie	888	407	163	2,18	5,4
Zachodniopomorskie	884	208	84	4,25	10,5
Razem	15 804	4 948	2 008	3,1	7,9

\* Niepełnosprawni biologicznie i prawnie.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z tab. 3; *Ludność. Stan i struktura w przekroju terytorialnym. Stan w dniu 30 VI 2006 r.*, GUS, Warszawa 2006, s. 20–35 oraz *Osoby niepełnosprawne oraz ich gospodarstwa domowe 2002. Część I Osoby niepełnosprawne*, GUS 2004, Warszawa, s. 45.

Biorąc pod uwagę liczbę miejsc w DPS dla ludzi starych na 1000 niepełnosprawnych seniorów województwo lubelskie plasuje się na trzecim miejscu, za województwami śląskim i opolskim (w tym w Opolskiem jest najwyższy i wynosi 18,4). W województwie podlaskim na 1000 niepełnosprawnych starych przeznaczonych jest najmniej, bo jedynie 2 miejsca w domach pomocy społecznej. Wynik ten jest prawie czterokrotnie niższy od średniej krajowej.

Osoby w podeszłym wieku mogą uzyskać opiekę w domu pomocy społecznej:

a) dla osób w podeszłym wieku – o wąskiej specjalizacji, zajmującym się wyłącznie seniorami;

b) mieszanym – o szerszej specjalizacji, którego pensjonariusze nie mogą samodzielnie funkcjonować z powodu różnych dolegliwości.

Spośród 211 domów pomocy społecznej, w których przebywać mogą seniorzy, 150 jest przeznaczonych tylko dla nich (71%), a 61 sprawuje opiekę nad osobami z dolegliwościami wieku starczego oraz osobami z innymi dolegliwościami (29%).

Seniorzy to osobliwi pensjonariusze, którzy bez wątplenia wymagają dokładnej znajomości ich potrzeb. Opieka nad osobami w podeszłym wieku powinna być udzielana w wyspecjalizowanych placówkach, które oferują profesjonalne usługi skierowane na dolegliwości tego okresu życia.

Tabela 5. Domy pomocy społecznej tylko dla ludzi w podeszłym wieku oraz mieszane z miejscami dla ludzi w podeszłym wieku w Polsce

Województwo	Mieszane	Tylko dla ludzi w podeszłym wieku
Dolnośląskie	0	9
Kujawsko-pomorskie	2	9
Lubelskie	16	4
Lubuskie	3	1
Łódzkie	0	11
Małopolskie	4	15
Mazowieckie	1	25
Opolskie	2	7
Podkarpackie	6	11
Podlaskie	2	4
Pomorskie	6	7
Śląskie	6	24
Świętokrzyskie	3	3
Warmińsko-mazurskie	2	7
Wielkopolskie	1	11
Zachodniopomorskie	7	2
Razem	61	150

Źródło: jak w tab. 3.

Konieczność wprowadzenia specjalizacji stacjonarnej opieki nad osobami w podeszłym wieku została zawarta w punkcie 4.2 *Strategii Polityki Społecznej na lata 2007–2013*.

W bezpośrednie prowadzenie DPS zaangażowane są: jednostki samorządu terytorialnego, organizacje pożytku publicznego w ramach działalności statutowej oraz osoby fizyczne lub prawne w ramach działalności gospodarczej. Tabela 6 przedstawia zestawienie domów pomocy społecznej dla ludzi w podeszłym wieku ze względu na podmiot prowadzący.

Tabela 6. *Domy pomocy społecznej dla ludzi w podeszłym wieku ze względu na podmiot prowadzący*

Województwo	Jednostki samorządu terytorialnego	Organizacje pożytku publicznego	Osoby fizyczne lub prawne
Dolnośląskie	6	2	1
Kujawsko-pomorskie	10	1	0
Lubelskie	16	4	0
Lubuskie	4	0	0
Łódzkie	8	1	2
Małopolskie	15	4	0
Mazowieckie	18	6	2
Opolskie	8	1	0
Podkarpackie	9	7	1
Podlaskie	3	3	0
Pomorskie	10	2	1
Śląskie	25	5	0
Świętokrzyskie	2	4	0
Warmińsko-mazurskie	6	3	0
Wielkopolskie	10	2	0
Zachodniopomorskie	7	2	0
Razem	157	47	7

Źródło: jak w tab. 3.

Spośród 211 DPS dla ludzi w podeszłym wieku 75% jest prowadzonych przez jednostki samorządu terytorialnego, 22% przez organizacje pożytku publicznego, a jedynie 3% przez podmioty prywatne i prawne w ramach działalności gospodarczej.

### PLACÓWKI ZAPEWNIAJĄCE CAŁODOBOWĄ OPIEKĘ

Sporządzane przez wojewodów rejestry placówek zapewniających całodobową opiekę są jawne, ale nie są publikowane. Z tego powodu udało się zgromadzić informacje jedynie z 8 województw. Dane dotyczące zarejestrowanych domów opieki przedstawia tab. 7.

Tabela 7. *Placówki zapewniające całodobową opiekę w Polsce*

Województwo	Liczba placówek zapewniających całodobową opiekę
Lubelskie	2
Mazowieckie	8
Pomorskie	1
Śląskie	10
Świętokrzyskie	3
Warmińsko-mazurskie	5
Wielkopolskie	6
Zachodniopomorskie	2

Źródło: opracowanie własne na podstawie wojewódzkich rejestrów placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub w podeszłym wieku.

W połowie województw w Polsce zarejestrowanych jest jedynie 37 domów opieki. Dla porównania w tych województwach funkcjonuje 426 DPS, z czego 125 przeznaczonych dla osób w podeszłym wieku.

### PRÓBA OCENY STANU STACJONARNEJ OPIEKI SPOŁECZNEJ W POLSCE

Oceniając stan stacjonarnej opieki społecznej nad ludźmi w podeszłym wieku, należy rozpatrzyć zarówno zalety, jak i wady tej formy opieki.

Można wymienić kilka zalet takiej opieki.

**1. Wprowadzenie nowych form stacjonarnej opieki społecznej nad seniorami.** W 2004 r. Ustawa o pomocy społecznej umożliwiła tworzenie rodzinnych domów pomocy. Placówki te znacznie wzbogaciły wachlarz usług i dają większe możliwości wyboru dla potencjalnych pensjonariuszy. Podobny i bardzo ciekawy jest program *Agrodom Seniora*, zaproponowany przez Stowarzyszenie Domów Opieki. Zakłada on tworzenie kameralnych placówek opiekuńczych dla osób w podeszłym wieku w gospodarstwach agroturystycznych. Taka forma opieki stanowi ciekawą alternatywę szczególnie dla dużych domów pomocy społecznej ze względu na możliwość adaptacji seniora w nowej rodzinie.

**2. Umożliwienie konkurencji między placówkami opiekuńczymi.** Przyjęte rozwiązania systemowe dają możliwość konkurowania na kilku płaszczyznach: pomiędzy różnymi formami usług opiekuńczych (środkowe, półotwarte, instytucjonalne), pomiędzy różnymi rodzajami instytucji (domami pomocy społecznej, domami opieki, rodzinnymi domami pomocy) oraz pomiędzy konkretnymi placówkami prowadzonymi przez różne podmioty (instytucje publiczne, organizacje non-profit, podmioty gospodarcze).

Konkurencja powinna doprowadzić do likwidacji najstarszych placówek i podniesienia ogólnego standardu świadczonych usług. Zdecydowana większość zmian powinna przebiegać z korzyścią dla seniorów będących pensjonariuszami placówek.

**3. Ograniczenie względnej swobody w prowadzeniu placówek.** Nakaz rejestracji, spełnienia standardów i poddawania się kontroli nałożony na wszystkie instytucje świadczące całodobowe usługi opiekuńcze umożliwia likwidację nadużyć i wynaturzeń godzących w godność pensjonariuszy. Udzielenie opieki ludziom niesamodzielnym jest specyficzną działalnością, która musi być monitorowana przez niezależne ośrodki.

**4. Wprowadzenie standardów.** Pojęcie „standard” może być rozumiane w dwojaki sposób. Z jednej strony jako wspólnie ustalone kryterium, które określa powszechne, zwykle najbardziej pożądane cechy czegoś. Z drugiej strony może stanowić podstawową, najprostszą wersję, zejście poniżej której skutkuje dyskryminacją i brakiem popytu.

W odniesieniu do placówek świadczących całodobową opiekę nad osobami w podeszłym wieku standardy wyznaczają dolną granicę dopuszczalnej obsługi, której przekroczenie narusza godność pensjonariuszy. Dlatego rozsądniej byłoby (na wzór angielski) używać terminu „minimalne standardy” (*national minimum standards*).

Można wymienić również wady takiej stacjonarnej opieki.

**1. Niska jakość usług.** Z *Informacji o wynikach kontroli prawidłowości świadczenia usług przez*

domy pomocy społecznej, przeprowadzonej w latach 2004–2005 przez Najwyższą Izbę Kontroli, wynika, że występuje wiele poważnych nieprawidłowości w świadczeniu usług bytowych, opiekuńczych i wspomagających (*Informacja...* 2006, s. 6). Raport ten stwierdza, że żaden ze skontrolowanych DPS nie zapewnia mieszkańcom usług na poziomie wszystkich obowiązujących standardów. Zastrzeżenia dotyczyły w szczególności:

- występowania barier architektonicznych (brak wind, podjazdów, uchwytów przyściennych, poręczy oraz zbyt wąskich wejść do łazienek i toalet),
- za małej powierzchni mieszkalnej przypadającej na mieszkańca (ograniczającej poczucie intymności, niezależności i prywatności),
- niewystarczającej liczby łazienek i toalet,
- braku wyposażenia budynku w system przyzwowowo-alarmowy i system alarmowo-przeciwpożarowy,
- zbyt małej liczby personelu domu, w tym pracowników zespołów terapeutyczno-opiekuńczych.

Kontrole przeprowadzone przez straż pożarną i sanepid wykazały w większości domów pomocy społecznej rażące nieprawidłowości wynikające z nieprzestrzegania przepisów ochrony przeciwpożarowej oraz sanitarno-epidemiologicznej (tamże, s. 7, 20).

Programy naprawcze realizowane w znacznej większości domów nie zagwarantowały osiągnięcia standardów z końcem 2006 r. Opracowywano je wyłącznie w celu spełnienia wymogu formalnego do uzyskania zezwolenia warunkowego na funkcjonowanie DPS. Jednostki samorządów terytorialnych nie przeznaczyły wystarczających środków finansowych na realizację programów naprawczych. Oszacowano, że na wykonanie wszystkich niezbędnych zadań potrzebnych było średnio 10-krotnie więcej nakładów niż zostało zaplanowane w rocznych budżetach (tamże, s. 24, 27).

**2. Brak jednolitej i jasno sformułowanej strategii rozwoju opieki stacjonarnej.** Nie istnieje jednolita koncepcja ujmująca kształt omawianego systemu, szczególnie na takich płaszczyznach, jak:

- jasny podział zadań między podmiotami publicznymi, prywatnymi i pozarządowymi,
- określenie zasad finansowania świadczeń,
- współpraca międzyresortowa, szczególnie w zakresie udzielania usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych.

Wprowadzenie Ustawy o pomocy społecznej w 2004 r. spowodowało znaczne skrócenie czasu oczekiwania na umieszczenie w domu pomocy społecznej – z około 15 miesięcy (1 stycznia 2004 r.) do około 3 miesięcy (30 czerwca 2005 r.). Zmniejszyła się także prawie o połowę liczba oczekujących na umieszczenie w DPS. Prawdopodobnie powodem tego było wprowadzenie nowych zasad finansowania pobytu mieszkańców. Upřednio zbyt pochopnie kierowano osoby do DPS, zwłaszcza że koszty pobytu pokrywano z budżetu państwa. Obecne rozwiązania są zbyt rygorystyczne dla gmin oraz beneficjentów tej formy opieki (*Informacja...* 2006, s. 28–29).

Powyższa sytuacja uaktywniła poszukiwanie tańszych form sprawowania opieki nad osobami starszymi. W znacznej mierze tę opiekę przejęła rodzina lub opiekunowie prawni.

Gminy wprowadziły też dodatkowe usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania. Osoby bezwzględnie wymagające całodobowej opieki kie-

rowane są przez starostów do zakładów opiekuńczo-leczniczych (ZOL) lub placówki pielęgnacyjno-opiekuńczej (ZPO), które udzielają całodobowych świadczeń zdrowotnych (pielęgnację i rehabilitację osób niewymagających hospitalizacji). Koszty pobytu w ZOL i ZPO pokrywane są ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Osoba tam umieszczona ponosi jedynie koszty żywienia i zakwaterowania.

Ze względów finansowych, w obecnym systemie prawnym gminom korzystniej jest kierować wymagającą opieki osoby starsze do zakładów opiekuńczo-leczniczych zamiast do DPS (tamże, s. 8, 17).

Z jednej strony zaistniała sytuację można uznać za korzystną, gdyż zaprzestano bezrefleksyjnie wydawać środki publiczne, przez co zwiększa się wysiłki w poszukiwanie racjonalniejszych metod opieki. Z drugiej strony ukazał się wyraźniej brak całościowej koncepcji zapewnienia seniorom adekwatnej do ich sytuacji opieki długoterminowej. Zamiast zintegrowanych działań nastawionych na stopniową kompensację utraconych możliwości dochodzi do przerzucania kompetencji, odpowiedzialności i kosztów pomiędzy niezależne ośrodki.

Wnioskować można, że forma opieki nie jest determinowana faktycznymi potrzebami ludzi w podeszłym wieku, ale aktualnymi możliwościami systemowymi gwarantującymi finansowanie poszczególnych świadczeń. Takie rozwiązanie nie jest korzystne w długim okresie zarówno dla organizatora opieki, jak również (zwłaszcza) dla jej beneficjentów.

Nieuregulowana jest w dalszym ciągu kwestia usług pielęgnacyjnych, świadczonych w domach pomocy społecznej. Zakłada się, że DPS jest dla pensionariusza normalnym miejscem zamieszkania, w którym nie świadczy się usług pielęgnacyjnych i leczniczych, a jedynie umożliwia się korzystanie z nich. Usługi pielęgnacyjne powinny być świadczone w domach pomocy przez pielęgniarki rodzinne. Jeżeli mieszkaniowiec w złym stanie zdrowia wymaga całodobowej opieki medycznej, wówczas kierowany jest do zakładu opiekuńczo-leczniczego lub placówki pielęgnacyjno-opiekuńczej, gdzie udzielana jest mu specjalistyczna pomoc. Co prawda dom pomocy społecznej może świadczyć usługi pielęgnacyjne, ale jedynie w zakresie ponadstandardowym, który nie jest objęty Ustawą o świadczeniach zdrowotnych (art. 58 ust. 4 Ustawy o pomocy społecznej).

Założenie takie wydaje się być rozsądne i prawidłowe, jednak w konfrontacji z rzeczywistością uwidaczniają się jego słabe strony. Mieszkańcy domów pomocy społecznej są osobami schorowanymi i wymagają całodobowo usług świadczonych przez profesjonalne pielęgniarki (podawanie leków, robienie zastrzyków, zmienianie opatrunków). Pielęgniarki rodzinne zajmują się zwykle bardzo dużą liczbą pacjentów, ponadto nie mają obowiązku nocnych wyjazdów do potrzebujących, przez co nie są w stanie na bieżąco zajmować się mieszkańcami DPS w należyty sposób.

Koncepcja przenoszenia chorych mieszkańców do zakładów zapewniających wzmożoną opiekę medyczną raczej nie jest realna z powodu długiego okresu oczekiwania na miejsce.

Kontrowersje może budzić fakt, że usługi pielęgnacyjne (także w czasie choroby) są wymagane w placówkach zapewniających całodobową opiekę (art. 68 ust. 1 Ustawy o pomocy społecznej). Ustawodawca nierówno traktuje podmioty publiczne (prowadzące głównie domy pomocy) i podmioty niepublicz-

ne (prowadzące głównie domy opieki). Domom opieki nakazano realizację usług, które w domach pomocy uważa się za zbędne.

Warto w tym miejscu przypomnieć stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego mówiące, że niezmiernie ważna jest *współpraca pomiędzy podstawową placówką służby zdrowia (przychodnia zdrowia, ośrodek zdrowia) i podstawową placówką pomocy społecznej (ośrodek pomocy społecznej)*. *Pracownicy obu tych placówek powinni zdawać sobie sprawę z nieodzowności stałej wymiany informacji i występowania z inicjatywami wzajemnych świadczeń. Odrębne źródło finansowania nie powinno stanowić przeszkody we współpracy, lecz przeciwnie, stwarzać lepsze zabezpieczenie działalności opiekuńczej* (Pędich 2006, s. 544).

Wydaje się, że jedynie sprawna kooperacja resortów zdrowia i polityki społecznej pozwoli na wykreowanie funkcjonalnej i kompleksowej opieki długoterminowej nad osobami w podeszłym wieku.

**3. Nierzetelna kontrola placówek opiekuńczych.** Większość wojewodów nie sprawowała w sposób właściwy nadzoru nad instytucjami całodobowo świadczącymi usługi opiekuńcze (*Informacja...* 2006, s. 30). Nieprawidłowości dotyczyły ustalania planów kontroli, wydawania zaleceń pokontrolnych, monitorowania przebiegu realizacji programów naprawczych. Przyczyną zaniedbań były trudności kadrowe w Wydziałach Polityki Społecznej (tamże, s. 31–32).

Według raportu Najwyższej Izby Kontroli, wojewodowie nie posiadali pełnej wiedzy dotyczącej liczby funkcjonujących na ich terenie domów opieki. Kontrola przeprowadzona przez NIK na terenie 14 województw stwierdziła *działalność 222 komercyjnych dps bez zezwolenia na ich prowadzenie* (tamże, s. 33). W samym województwie mazowieckim wykryto 160 takich placówek (zarejestrowanych jest tylko 8).

### **POSTULATY ZMIAN W SYSTEMIE STACJONARNEJ OPIEKI SPOŁECZNEJ NAD LUDŹMI W PODESZŁYM WIEKU**

Na podstawie przeprowadzonej analizy stanu stacjonarnej opieki społecznej nad ludźmi w podeszłym wieku można stwierdzić, że omawiana infrastruktura jest słabo rozwinięta zarówno w aspekcie ilościowym, jak i jakościowym. Obecnie na 1000 niepełnosprawnych seniorów, którzy najbardziej wymagają opieki, przypada zaledwie 7,9 miejsca w DPS dla ludzi w podeszłym wieku.

Ten wskaźnik może ulec znacznemu obniżeniu z początkiem 2011 r., kiedy definitywnie stracą moc zezwolenia warunkowe na prowadzenie placówek, a domy pomocy społecznej nie osiągną wymaganych standardów. Będzie to bardzo prawdopodobne, jeżeli programy naprawcze będą realizowane równie nierzetelnie jak dotychczas.

W przyszłości zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze dla seniorów, także te świadczone w formie stacjonarnej, będzie szybko i systematycznie rosło. Samorządy nie będą w stanie zaspokajać tych potrzeb (Błędowski 2004, s. 276). Wątpliwe jest, aby skłonne były wziąć na siebie ciężar tworzenia nowych placówek, jeżeli nie są w stanie dostosować starych do minimalnych standardów. Dlatego obowiązki związane z organizacją opieki społecznej nad ludźmi w podeszłym wieku stopniowo powinny być przekazywane do sektora drugiego (sfera biznesu) i trzeciego (organizacje non-profit).

Obecnie w Polsce trzy czwarte domów pomocy społecznej prowadzone jest przez jednostki samorządu terytorialnego, 22% przez organizacje pożytku publicznego, a jedynie 3% przez podmioty gospodarcze. Prawdopodobnie w najbliższej przyszłości proporcje te będą musiały ulec zmianie. Dla przykładu, w USA w 1992 r. struktura domów pomocy ze względu na podmiot prowadzący kształtowała się niemalże odwrotnie niż obecnie w Polsce: prowadzone dla zysku – 72,5%, organizacje non-profit – 24,1%, instytucje publiczne – 1,1%, nieklasyfikowane – 2,3% (Spillman i in. 2002, s. 28).

Obecnie w Stanach Zjednoczonych, jak i w większości państw członkowskich Unii Europejskiej, widać wyraźny trend wzrostowy udziału domów pomocy prowadzonych przez organizacje pozarządowe przy równoczesnym spadku udziału domów komercyjnych (Spillman i in. 2002, s. 28).

W Polsce udział domów pomocy prowadzonych przez organizacje non-profit również powinien systematycznie wzrastać. Organizacje te mają lepsze rozeznanie w potrzebach ludzi starych oraz działają sprawniej i efektywniej niż instytucje publiczne.

Domów pomocy społecznej prowadzonych dla zysku przez osoby fizyczne lub prawne w ramach działalności gospodarczej jest w Polsce 7 (z czego 4 w województwach łódzkim i mazowieckim). Domniemywać można, że ich liczba również będzie wzrastać. Prawdopodobnie nowo powstające prywatne DPS w większości zajmować będą niszę placówek o najwyższym standardzie usług bytowych i opiekuńczych. Swoją ofertę skierują do najzamożniejszych seniorów, którzy nie będą zainteresowani pobytem w placówkach o niższym standardzie.

Aby do tego doszło, niezbędne jest stworzenie przez władze centralne funkcjonalnej strategii rozwoju sektora placówek opiekuńczych dla osób starych. Strategia powinna uwzględniać przede wszystkim opracowanie ram prawnych, które stanowić będą stabilny fundament całego systemu stacjonarnej opieki.

Warto zadbać, aby rozwiązania legislacyjne wspierały konkurencję pomiędzy placówkami. Skutkować to będzie urynkowaniem usług opiekuńczych oraz stopniowym generowaniem coraz korzystniejszych ofert dla seniorów zarówno pod względem cenowym, jak i jakościowym.

Konkurencja w sektorze, aby była zdrowa, powinna zostać oparta na równoprawnym traktowaniu wszystkich podmiotów, czyli na równym dostępie do informacji i środków finansowych. Obecnie przedsiębiorcy prowadzący DPS nie mogą działać na zlecenie samorządów i korzystać ze środków publicznych, chociaż wykonują te same zadania i spełniają te same standardy, co placówki publiczne i prowadzone przez organizacje pozarządowe. Przyczyna wyłączenia komercyjnych DPS ze współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego nie jest jasno wytłumaczona.

Jednostki samorządu terytorialnego nie powinny postrzegać podmiotów gospodarczych oraz organizacji non-profit jako konkurentów, lecz jako potencjalnych partnerów we wspólnej realizacji zadań społecznych. Pole do współpracy może stwarzać na przykład partnerstwo prywatno-publiczne.

Ze wspomnianej wyżej kontroli przeprowadzonej przez NIK wynika, że placówki opiekuńcze prowadzone przez podmioty komercyjne działają w zdecydowanej większości nielegalnie. Prawdopodobnie jest to efektem błędnej polityki, która nie uwzględnia

w należyty sposób wspierania tych podmiotów, a skupa się jedynie na restrykcjach i nakazach skierowanych do przedsiębiorców działających w omawianym sektorze. Wydaje się, że potrzeba także więcej czasu na uczenie się godzenia zasad działalności nastawionej na zysk z potrzebami osób korzystających z ich usług.

Jednym z argumentów, który mógłby skłonić podmioty prowadzące placówki opiekuńcze do rejestracji działalności i włączenia się w system kontroli, mógłby być na przykład utworzony przez odpowiednie władze resortowe Lokalizator Opiekuńczy. Byłaby to baza danych teleadresowych i ogólnych informacji o wszystkich funkcjonujących na danym regionie instytucji świadczących usługi opiekuńcze (na wzór amerykańskiego *Eldercare Locator*).

Lokalizator powinien zawierać również, sformułowane w przystępnej dla każdego formie, sprawozdania z przeprowadzonych kontroli. Wybór placówki jest dla pensjonariuszy i ich rodzin poważną decyzją, którą trudno obecnie podejmować na podstawie dostępnych informacji. Podanie do publicznej wiadomości raportów pokontrolnych może stanowić ważne i obiektywne źródło informacji, mówiące o faktycznym poziomie usług świadczonych w danej placówce.

Państwo przez swoje instytucje powinno w miarę możliwości pełnić funkcję niezależnego arbitra i opiniodawcy w celu udroźnienia kanałów komunikacyjnych i zapewnienia symetrii informacji. Tworząc publiczną platformę informacyjną, daje świadczeniodawcom, którzy rzetelnie wykonują swoje zadania, źródło promocji i reklamy, natomiast potencjalnym klientom wykładnię solidności i uczciwości.

Upublicznianie raportów zmieniłoby podejście do przeprowadzanych kontroli. Świadomość, że nadzór wojewody jest równocześnie nadzorem społecznym, wywołałby u podmiotów prowadzących większą staranność oraz dbałość o przestrzeganie zasad.

Strategia rozwoju stacjonarnej opieki społecznej nad ludźmi w podeszłym wieku powinna uwzględniać kreowanie pozytywnego wizerunku placówek opiekuńczych. Obecnie klimat wokół domów pomocy i domów opieki jest bardzo zły, o czym świadczą liczne negatywne artykuły prasowe i reportaże telewizyjne. Są one odzwierciedleniem faktycznych nadużyć i wynaturzeń, ale również efektem braku zastosowań elementarnych działań *public relations*.

Poprawa wizerunku omawianego sektora powinna być długotrwałym procesem, w który włączone zostaną wszystkie podmioty zaangażowane w organizację stacjonarnej opieki. Zadaniem centralnych instytucji publicznych jest określenie docelowego wizerunku branży oraz dobór odpowiednich technik i narzędzi komunikacyjnych.

Przy współpracy z organizacjami pozarządowymi wdrażane powinny być kampanie społeczne i akcje informacyjne. Kompleksowa strategia komunikacyjna musi koordynować przedsięwzięcia centralne z działalnością podmiotów wchodzących w bezpośrednie relacje ze społecznościami lokalnymi.

Nie ulega wątpliwości, że największy wpływ na opinię publiczną w zakresie stosunku do placówek opiekuńczych mają one same. Dbłość o jakość usług i otwartość na otoczenie są głównymi determinantami ich wizerunków. Prowadzenie otwartej polityki informacyjnej skierowane powinno być głównie na zmianę utrwalonych w społeczeństwie niekorzystnych stereotypów.

Kreowanie pozytywnego wizerunku domów pomocy i domów opieki utrudniać będzie zjawisko tzw. fikсации wizerunku (Iwankiewicz-Rak 2006). Oznacza ono przenoszenie na placówki negatywnego wizerunku z przeszłości, pomimo znacznej poprawy w sposobie funkcjonowania (podnoszenie standardów, dbałość o jakość usług, otwartość na otoczenie). Fiksacja wizerunku może przyjąć też formę „rozciągania image'u” (Iwankiewicz-Rak 2006), tj. kreowania opinii o całym sektorze stacjonarnej opieki społecznej nad ludźmi starymi na podstawie wizerunku jednej placówki.

Otwarty wciąż jest temat finansowania stacjonarnej opieki społecznej. Jest to jedna z najistotniejszych kwestii, której rozwiązanie powinno zostać wkomponowane w strategię rozwoju całej opieki długoterminowej. W Polsce najbardziej realną w najbliższej przyszłości wydaje się być wprowadzenie ubezpieczeniowej metody finansowania świadczeń opiekuńczo-pielęgniarskich na starość. Nie wiadomo jeszcze, jak w Polsce skonstruowane zostanie ubezpieczenie pielęgnacyjne (Rakowska-Boroń 2006).

Według P. Błędowskiego (Błędowski 2006, s. 418), ubezpieczenie pielęgnacyjne powinno opierać się na trzech podstawowych zasadach:

- obowiązkowym charakterze,
- zasadzie solidarności,
- metodzie repartycji jako sposobie finansowania.

Dyskusyjne jest, czy zabezpieczenie na wypadek niedołęzności starczej jest indywidualnym zadaniem obywateli oraz czy świadczenia opiekuńcze są standardową „usługą” nabywaną na rynku? Jednak częstokroć można się spotkać z opinią, że rola państwa powinna polegać przede wszystkim na tworzeniu prawa, które wspierać będzie tworzenie pożądanych społecznie produktów i usług, takich jak prywatne ubezpieczenia pielęgnacyjno-lecznicze na starość czy odwrócona hipoteka (odwrócona hipoteka jest usługą finansową, polegającą na wypłacaniu przez bank klientowi, będącemu właścicielem nieruchomości, comiesięcznej raty w zamian za przejście praw własności do lokalu po śmierci klienta).

Prognozy demograficzne jednoznacznie wskazują, że przyjęcie repartycyjnej zasady finansowania ubezpieczenia pielęgnacyjnego będzie rozwiązaniem krótkotrwałym. W perspektywie kilku dziesięcioleci taki system najprawdopodobniej stanie się niewydolny oraz będzie zbyt dużym obciążeniem dla populacji ludzi w wieku produkcyjnym.

## ZAKOŃCZENIE

Obecnie brak jest rzetelnej i pełnej informacji dotyczącej stanu stacjonarnej opieki społecznej nad ludźmi w podeszłym wieku w Polsce. Roczniki statystyczne podają łączną liczbę placówek opieki stacjonarnej oraz półotwartej. Brak jest podziału na rodzaj i kategorię instytucji opiekuńczej. Resortowe sprawozdania MPiPS skupiają się jedynie na domach pomocy społecznej finansowanych ze środków samorządowych.

W artykule autor dokonał, na podstawie rejestrów prowadzonych przez wojewodów, próbę pełnej analizy liczbowej domów pomocy społecznej oraz częściowej placówek zapewniających całodobową opiekę.

Kontrola i finansowanie rodzinnych domów pomocy należy wyłącznie do kompetencji gmin, które, niestety, nie są zobowiązane do prowadzenia rejestrów lub wykazów tych placówek.

Na podstawie przeprowadzonych rozważań można stwierdzić, że infrastruktura stacjonarnej opieki społecznej nad ludźmi w podeszłym wieku jest słabo rozwinięta i nieprzystosowana do zmian demograficznych zachodzących w strukturze wiekowej społeczeństwa oraz potrzeb, które z tego wynikają.

Aby stacjonarna opieka społeczna nad osobami w podeszłym wieku była w stanie sprostać wyzwaniom, jakie niosą ze sobą zmiany w strukturze demograficznej polskiego społeczeństwa, niezbędne wydaje się być przeprowadzenie gruntownych reform w zakresie jej organizacji i finansowania. Wskazane jest zapewnienie zdrowej konkurencji, opartej na równym dostępie do informacji i środków finansowych pomiędzy placówkami opiekuńczymi prowadzonymi zarówno przez jednostki samorządu terytorialnego, organizacje non-profit, jak i podmioty gospodarcze.

## LITERATURA

- Błądowski P. (2004), *Polityka rodzinna wobec zadania organizacji systemu opieki nad ludźmi starymi*, w: J. T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia*, Łódź: Uniwersytet Łódzki.
- Błądowski P. (2006), *Polityka społeczna wobec problemu niepełnosprawności osób starszych*, w: A. Rączaszek (red.), *Sześćdziesiąt lat polityki społecznej w Polsce. Księga pamiątkowa na jubileusz osiemdziesięciolecia prof. zw. dr hab. Lucyny Frąckiewicz*, Katowice: Akademia Ekonomiczna.

*Informacja o wynikach kontroli prawidłowości świadczenia usług przez domy pomocy społecznej* (2006), Warszawa: Najwyższa Izba Kontroli.

Iwankiewicz-Rak B. (2006), *Siła wizerunku organizacji pozarządowej*, „Trzeci Sektor” nr 5.

Rakowska-Boroń I. (2006), *Na ubezpieczenie pielęgnacyjne jeszcze poczekamy*, „Gazeta Prawna” nr 195.

*Ludność. Stan i struktura w przekroju terytorialnym. Stan w dniu 30 VI 2006 r.* (2006), Warszawa: GUS.

*Mały Rocznik Statystyczny Polski 2005* (2005), Warszawa: GUS.

*Osoby niepełnosprawne oraz ich gospodarstwa domowe 2002.* (2003), *Część I Osoby niepełnosprawne*, Warszawa: GUS.

Spillman B.C., Liu K., McGilliard C. (2002), *Trends in Residential Long-Term Care: Use of Nursing Homes and Assisted Living and Characteristics of Facilities and Resident*, Washington: U.S. Department of Health and Human Services.

*Strategia Polityki Społecznej na lata 2007–2013* (2005), Warszawa: Ministerstwo Polityki Społecznej.

Pędich W. (2006), *Udział Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego w kształtowaniu polityki społecznej wobec ludzi starych*, w: A. Rączaszek (red.), *Sześćdziesiąt lat polityki społecznej w Polsce. Księga pamiątkowa na jubileusz osiemdziesięciolecia prof. zw. dr hab. Lucyny Frąckiewicz*, Katowice: Akademia Ekonomiczna.

[www.eldercare.gov](http://www.eldercare.gov) [dostęp 28.01.2007]

[www.ops.pl](http://www.ops.pl) [dostęp 24.10.2006]

[www.stowarzyszenie.domyopieki.pl](http://www.stowarzyszenie.domyopieki.pl) [dostęp 25.10.2006]

[www.uw.rzeszow.pl](http://www.uw.rzeszow.pl) [dostęp 24.10.2006]

[www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org) [dostęp 25.10.2006]

## SUMMARY

The aim of the article was to make an attempt of conducting numerical analysis of residential home care for elderly people. The results of the research indicates that infrastructure of institutional social care in Poland is poorly developed. Only 7.9 places in residential cares fall on every thousand of disabled elderly people. It also presents an attempt of evaluating the current state of institutional social care for the elderly in Poland. It also includes the prospects for development and recommendations concerning organization and financing of the discussed system.