

ORGANIZACJA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W POLSCE – PROBLEMY I PROPOZYCJE ROZWIĄZAŃ

Piotr Błędowski

Szkoła Główna Handlowa
Instytut Pracy i Spraw Socjalnych

Anna Wilmowska-Pietruszyńska

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego
w Warszawie

WSTĘP

Trwającą od kilku lat dyskusję nad sposobami finansowania oraz zapewnienia wyższej jakości usług w zakresie opieki długoterminowej trudno zaliczyć do bardzo ożywionych. Zainteresowanie opinii publicznej wzbudzają co najwyżej takie spektakularne fakty, jak domaganie się prawa do eutanazji sparaliżowanego mężczyzny, pielęgowanego przez coraz starszych rodziców, czy matki wyczerpanej heroiczną, samodzielną walką o najlepsze warunki egzystencji dla jej dorosłego, zupełnie niesamodzielnego syna. Tymczasem osiłą problemu jest zakres i sposób finansowania opieki długoterminowej, jakość świadczeń i zasady korzystania z nich.

W sierpniu 2007 r. opracowany został projekt Ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym¹. W związku z rozpisaniem wyborów parlamentarnych projekt nie trafił jednak do międzyresortowych konsultacji. W 2008 r. w Senacie powstał Międzyparlamentarny zespół ds. osób starszych, który powołał grupę zadaniową do przygotowania projektu rozwiązania problemu opieki długoterminowej². Można mieć nadzieję, że efekty pracy zespołu przyczynią się do ożywienia dyskusji i podjęcia decyzji, co staje się coraz pilniejsze ze względu na konsekwencje procesów społecznych i demograficznych.

PRZESŁANKI SPOŁECZNO-DEMOGRAFICZNE ZAPOTRZEBOWANIA NA PIELĘGNACJĘ

Do czynników stymulujących zapotrzebowanie na świadczenia pielęgnacyjne udzielane przez pracowników ochrony zdrowia i służb społecznych należą m.in.:

– demograficzne starzenie się społeczeństwa, wpływające bezpośrednio na wzrost liczby osób niesamodzielnych i wydłużający się okres pozostawania w tym stanie;

– sytuacja na rynku pracy, związane z nią procesy migracyjne oraz wzrost mobilności przestrzennej ludności i ograniczenie możliwości wywiązywania się przez rodzinę z jej funkcji opiekuńczych;

– zmiany wielkości i składu gospodarstw domowych, powodujące ograniczenie możliwości sprawowania pielęgnacji w ramach rodziny i gospodarstwa domowego;

– postępująca profesjonalizacja świadczeń pielęgnacyjnych związana ze stosowaniem technik coraz bardziej wymagających uprzedniego przygotowania zawodowego.

Jak podkreślają specjaliści, szczególne znaczenie dla szacunków zapotrzebowania na świadczenia ma liczba osób w wieku 80 lat i więcej, gdyż to głównie spośród nich rekrutują się korzystający ze świadczeń. Jak pokazują sprawozdania niemieckich kas ubezpieczenia pielęgnacyjnego, osoby w wieku 80 lat i więcej stanowią znacznie ponad połowę korzystających ze świadczeń pielęgnacyjnych (Rothgang 2009). Biorąc pod uwagę przewidywany wzrost liczby osiemdziesięciolatków w Polsce, należy spodziewać się poważnego zwiększenia się liczby osób oczekujących pomocy w pielęgnacji.

Do 2035 r. w Polsce obserwować będziemy dwa różnokierunkowe procesy demograficzne: przy oczekiwanym wzroście liczby osób starszych w Polsce nastąpi ogólny spadek liczby ludności. Zakłada się, że w latach 2007–2035 wyniesie on 2123 tys. osób (GUS 2008, s. 195). O ile w grupach wieku 0–17 lat liczba ludności zmniejszy się 1856 tys., a w grupie osób w wieku 18–44 lata aż o 4433 tys., o tyle w wyższych grupach wieku należy spodziewać się wzrostu liczby ludności: o 237 tys. wśród osób znajdujących się w drugim etapie aktywności zawodowej (45–59 lat), o 703 tys. wśród 60–64-latków i aż o 3227 tys. wśród osób w wieku 65 lat i więcej.

Tabela 1. Prognoza ludności w wieku 80 lat i więcej do 2035 r. (w tys.)

Wyszczególnienie	2007	2010	2015	2020	2025	2030	2035
Ogółem	1 140	1 314	1 488	1 566	1 537	2 005	2 574
Mężczyźni	335	396	457	484	479	656	862
Kobiety	806	919	1 031	1 083	1 059	1 349	1 712
Miasta	667	779	912	992	1 004	1 343	1 723
Mężczyźni	191	232	279	304	310	431	557
Kobiety	476	547	633	688	694	912	1 166
Wieś	473	536	576	574	533	662	851
Mężczyźni	144	164	178	180	169	225	305
Kobiety	329	372	398	395	364	437	546

Źródło: (GUS 2009, tab. A6, s. 204 i n.).

Spodziewany spadek liczby ludności implikuje dalsze ograniczenie możliwości wypełniania przez rodzinę zadań opiekuńczych i powoduje wzrost zapotrzebowania na pomoc profesjonalną lub świadczenia udzielane przez wolontariat³.

Odsetek osób w wieku 65 lat i więcej, wynoszący w 2007 r. 13,46%, wzrośnie w Polsce do 2035 r. do 23,22%. Wzrost ten będzie spowodowany przede wszystkim spadkiem dzietności i współczynnika płodności kobiet (co samo w sobie ogranicza potencjał pielęgnacyjny), ale dodatkowo wynika z wydłużającego się czasu trwania życia (co z kolei sprawia, że okres udzielania świadczeń wyraźnie się wydłuża, uniemożliwiając członkom rodziny czy pracownikom zatrudnionym w pielęgnacji udzielanie świadczeń innym osobom). Jeszcze szybciej wzrośnie udział osób w wieku 80 lat i więcej.

Do 2035 r. liczba ludności w wieku 65 lat i więcej wzrośnie w stosunku do 2007 r. o 62,9% (mężczyzn o 76,6 %, a kobiet o 54,6%), ale liczba osób w wieku 80 lat i więcej wzrośnie aż o 125,8%. Szczegóły dotyczące zmian w liczbie osób w wieku 80 lat i więcej zawiera tab. 1.

Jak wynika z tabeli, bardzo znaczny przyrost liczby osób w najwyższej grupie wieku czeka nas w miastach, a więc tam, gdzie rodzinny potencjał pielęgnacyjny jest generalnie mniejszy niż na terenach wiejskich. Ta sytuacja wymaga dostatecznie wczesnego podjęcia kroków zmierzających do stworzenia odpowiedniej bazy usługodawców, zapewniających udzielanie świadczeń w miejscu zamieszkania i w placówkach zakładowych. Będzie to koniecznością wobec malejących możliwości pełnienia funkcji pielęgnacyjnych przez rodzinę. Nawet jeżeli uznać, że wartość wskaźnika pielęgnacji będzie bardziej odzwierciedlała relacja między liczbą kobiet w wieku 50–69 lat a liczbą osób w wieku 80 lat i więcej, to należy oczekiwać, że notowany od początku lat 60. trend malejący będzie w przyszłości kontynuowany⁴.

W latach 2010–2035 wskaźnik pielęgnacji zmaleje prawie o połowę, co dobitnie będzie dowodzić potrzeby interwencji ze strony ochrony zdrowia i pomocy społecznej na poziomie lokalnym. Szczególnie wyraźny spadek wartości wskaźnika pielęgnacji nastąpi po 2025 r. (tab. 2). Świadomość tego faktu powinna już obecnie pobudzić decydentów do podjęcia kompleksowych działań na rzecz nowej organizacji opieki długoterminowej.

Tabela 2. *Wskaźnik pielęgnacyjny w Polsce w latach 2010–2035*

Lata	Szacowana liczba kobiet w wieku 50–69 lat	Szacowana liczba osób w wieku 80 lat i więcej	Wartość wskaźnika pielęgnacji
2010	5 027 310	1 314 176	382,5
2015	5 316 450	1 487 799	357,3
2020	5 121 614	1 566 446	327,0
2025	4 939 302	1 537 400	321,3
2030	4 967 505	2 005 163	247,7
2035	5 333 928	2 574 010	207,2

Źródło: obliczenia własne na podstawie (GUS 2009).

Bezpośredni wpływ procesów migracyjnych na skalę zapotrzebowania na świadczenia pielęgnacyjne jest trudny do oszacowania, ale można oczekiwać, iż wzrost mobilności przestrzennej ludności częściej niż

obecnie będzie powodował potrzebę korzystania ze świadczeń udzielanych przez sprofesjonalizowane służby.

W tej sytuacji szczególnego znaczenia nabiera potrzeba takiego wspierania rodziny w jej funkcjach opiekuńczych, by mogły one być wypełniane z pożytkiem dla osoby niesamodzielnej, ale bez nadmiernej uszczerbku dla życia rodzinnego i zawodowego (Kotowska, Wóycicka red. 2008).

Dodatkowym czynnikiem modyfikującym zapotrzebowanie na organizowane przez służby społeczne świadczenia pielęgnacyjne będą zmiany w strukturze i wielkości gospodarstw domowych.

Jak należy się spodziewać, znacznie zwiększą się liczba i odsetek jednoosobowych gospodarstw domowych prowadzonych przez osoby w wieku 65 lat i więcej. W 2030 r. będą one stanowić ogółem ponad połowę wszystkich jednoosobowych gospodarstw domowych w Polsce. Najbardziej wzrośnie odsetek „singli” w grupie osób wieku 80 lat i więcej, gdzie co szóstą osobą będzie prowadziła jednoosobowe gospodarstwo domowe (tab. 3).

Ten fakt zwraca uwagę na potrzebę równoczesnego uwzględniania w projektach rozwoju opieki długoterminowej świadczeń zdrowotnych i opiekuńczych, udzielanych przez system pomocy społecznej. Coraz częściej bowiem ujawniać się będą nie tylko potrzeby medyczne, ale i związane z pomocą w prowadzeniu gospodarstwa domowego i zapewnieniem obsługi przy czynnościach dnia codziennego.

Tabela 3. *Gospodarstwa jednoosobowe prowadzone w Polsce przez osoby w wieku 65 lat i więcej w latach 2002–2030*

Grupy wieku	2002	2030	
	w %	w %	w tys.
65–69 lat	9,4	9,5	487,5
70–74 lata	10,7	12,9	663,5
75–79 lat	9,5	13,7	702,3
80 i więcej lat	9,2	17,3	886,9
Razem	38,7	53,3	2 740,3

Źródło: obliczenia własne na podstawie (Prognoza... 2002).

Liczba około 900 tys. jednoosobowych gospodarstw domowych prowadzonych w 2030 r. przez najstarsze osoby to sygnał, iż konieczne staje się rozbudowanie systemu świadczenia usług pielęgnacyjnych w miejscu zamieszkania. Ze względu na terytorialne rozproszenie, może okazać się to szczególnie trudne na terenach wiejskich, gdzie sporą część czasu przeznaczoną na udzielanie świadczeń zajmie dotarcie do osoby niesamodzielnej.

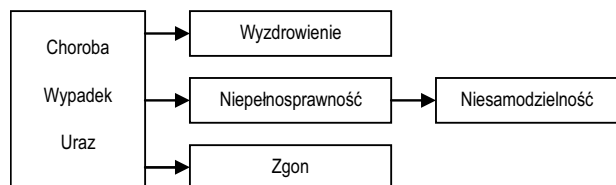
W tej sytuacji ponownie należy podkreślić potrzebę traktowania przez profesjonalne służby pielęgnacyjne rodziny jako sprzymierzeńca i partnera w zapewnieniu opieki i wspierania jej w wysiłkach na rzecz zapewnienia niesamodzielnej osobie godnych warunków w jej miejscu pobytu⁵.

Warto zwrócić uwagę, że nie tylko sytuacja demograficzna w naszym kraju jest przyczyną wzrostu zapotrzebowania na świadczenia pielęgnacyjne dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji. Również istotna jest sytuacja zdrowotna społeczeństwa polskiego.

Każdy stan chorobowy, niezależnie od jego przyczyny i charakteru, może bowiem zakończyć się

wyzdrowieniem lub spowodować długotrwałe bądź trwale upośledzenie sprawności fizycznej i/lub psychicznej. Relacje między chorobą, wypadkiem i urazem a niesamodzielną przedstawia schemat 1.

Schemat 1. *Relacje między chorobą, wypadkiem i urazem a niesamodzielną*



Kondycja zdrowotna polskiego społeczeństwa wyraża się wysokim poziomem umieralności z powodu chorób układu krążenia, nowotworów, urazów i zatruc, a także wzrostem zapadalności na niektóre choroby zakaźne i psychiczne. Towarzyszy temu stałe zwiększenie się liczby osób niepełnosprawnych oraz tych, które ze względu na stopień zaawansowania schorzeń i upośledzenia funkcji organizmu wymagają stałej lub długotrwałej pomocy innych osób w wykonywaniu zwykłych czynności dnia codziennego.

Niepełnosprawność według Światowej Organizacji Zdrowia to wynikające z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu w następstwie choroby lub urazu ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka.

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

Zgodnie z Ustawą o świadczeniach rodzinnych z tytułu niezdolności do samodzielnej egzystencji przysługuje zasiłek pielęgnacyjny (tab. 4).

Tabela 4. *Liczba pobierających zasiłek pielęgnacyjny*

Rodzaj orzeczenia	Liczba osób
Niepełnosprawność dzieci do lat 16	230 753
Znaczny stopień niepełnosprawności	309 728
Umiarkowany stopień niepełnosprawności, jeżeli niepełnosprawność powstała przed 21. rokiem życia	225 283
Razem	765 764

Źródło: dane MPiPS.

W naszym kraju dodatek pielęgnacyjny przysługuje osobom, które zostały uznane za niezdolne do samodzielnej egzystencji z powodu następstw choroby lub urazu przez lekarza orzecznika ZUS, lekarza rzeczoznawcę KRUS lub komisje lekarskie służb mundurowych (tab. 5). Otrzymują go również wszystkie osoby, które ukończyły 75 lat.

Najczęstszymi przyczynami chorobowymi niezdolności do samodzielnej egzystencji w orzeczeniach pierwszorazowych w latach 2007–2008 są:

- schorzenia nowotworowe,
- choroby układu krążenia,
- choroby układu kostno-stawowego,
- choroby układu nerwowego,
- choroby psychiczne.

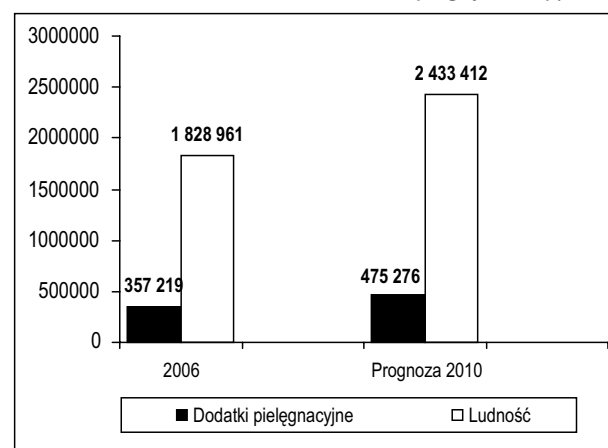
Liczbę dodatków pielęgnacyjnych pobieranych przez osoby po 75. roku życia w 2006 r. i prognozowaną w 2010 r. przedstawia wykres 1. Z przeprowadzonych analiz wynika, że w grupie osób po 75. roku życia co szósta legitymuje się orzeczeniem lekarskim o niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Tabela 5. *Liczba dodatków pielęgnacyjnych wypłacanych na podstawie orzeczenia lekarskiego niezdolności do samodzielnej egzystencji*

Instytucje	Osoby z orzeczeniem niezdolności do samodzielnej egzystencji
ZUS	535 884
KRUS	221 800
MSWIA	5 667
MON	9 485
Razem	772 836

Źródło: opracowanie własne.

Wykres 1. *Liczba dodatków pielęgnacyjnych a ludność powyżej 75. roku życia (orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji)*



Źródło: opracowanie Zespołu ds. opracowania projektu ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym przy Ministrze Zdrowia.

Obowiązujący stan prawny i organizacyjny nie tworzy spójnego systemu opieki pielęgnacyjnej dla osób, które w następstwie chorób lub urazów stają się niezdolne do samodzielnej egzystencji i wymagają opieki oraz pomocy osób innych w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego w zakresie odżywiania, poruszania się, higieny ciała i prowadzenia gospodarstwa domowego albo pobytu w zakładach półstacjonarnych i stacjonarnych.

W obowiązujących przepisach prawnych brak jest wyodrębnienia populacji osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji. Osoby te mieszczą się w większej grupie osób niepełnosprawnych, których status prawny w sposób różnorodny określa kilkanaście ustaw i kilkadziesiąt aktów wykonawczych z zakresu zabezpieczenia społecznego (ubezpieczenia zdrowotne, emerytalno-rentowe, zaopatrzenie społeczne, pomoc społeczna).

Istnieje zatem pilna konieczność **kompleksowej regulacji zagadnień związanych z opieką, pielęgnacją i innymi świadczeniami dla ponad milionowej grupy osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji.**

WYDATKI NA OPIEKĘ DŁUGOTERMINOWĄ W POLSCE – PRÓBA SZACUNKU

Obecny system opieki długoterminowej charakteryzuje się brakiem spójności i koordynacji. W rezultacie część potrzeb osób niesamodzielnych po-

zostaje niezaspokojona, a może wręcz nierozpoznana, ale możliwa jest sytuacja, w której finansowanie zaspokojenia niektórych potrzeb następuje równocześnie z dwóch źródeł. Schemat 2 pokazuje

obecny kształt opieki długoterminowej. Jak widać, nie zapewnia on całościowej, integrującej potrzeby zdrowotne i społeczne, opieki nad osobą niesamodzielną.

Schemat 2. Podmioty opieki długoterminowej w Polsce

Rodzaj świadczeń	Pomoc społeczna	Ochrona zdrowia	Pomoc nieformalna/Sektor prywatny
Świadczenia środowiskowe	Świadczenia opiekuńcze Specjalistyczne świadczenia opiekuńcze Zasiłki pieniężne	Świadczenia pielęgniarki środowiskowej, lekarza pierwszego kontaktu	Opieka rodzinna, grupy nieformalne (rodzina, sąsiedzi, znajomi), opieka płatna ze środków osoby niesamodzielnej lub jej rodziny, świadczenia udzielane odpłatnie (lub za dopłatą) za pośrednictwem ośrodków pomocy społecznej; mieszkanie w zamian za opiekę
Świadczenia półotwarte	Domy dziennego pobytu Ośrodki wsparcia		
Świadczenia zakładowe (instytucjonalne)	Domy pomocy społecznej (6 typów)	Zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL) Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO) Szpitale/oddziały geriatryczne	Prywatne domy opieki

Źródło: opracowanie własne.

Nieprzejrzyste są zasady finansowania świadczeń, zaliczanych do opieki długoterminowej, nie dysponujemy zatem pełną wiedzą, ile już dziś wydajemy ze środków publicznych na ten cel. Próba oszacowania skali wydatków napotyka liczne przeszkody. W przypadku wydatków finansowanych przez NFZ nie wiadomo na przykład, jaka w istocie jest skala pobytów w szpitalach, przedłużanych ze względu na brak możliwości zapewnienia pacjentowi należytej opieki po opuszczeniu szpitala lub z uwagi na konieczność oczekiwania na miejsce w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym czy domu pomocy społecznej.

W przypadku pionu społecznego nie sposób np. ustalić, jak wysokie są wydatki na świadczenia pieniężne dla osób korzystających z pomocy społecznej ze względu na przewlekłą chorobę lub niepełnosprawność. Zgodnie z danymi MPiPS w 2007 r. takich osób było łącznie 790 tys., podczas gdy liczba osób korzystających ze świadczeń opiekuńczych waha się wokół 110 tys.

Należy zatem przyjąć, że problemy pozostałych osób z tej grupy są rozwiązywane przy pomocy świadczeń pieniężnych, ale ich wysokość jest nieznana.

Niezależnie od wszystkich braków, mając świadomość wielu uproszczeń, można oszacować, iż koszty samej pomocy społecznej związane z pomocą dla osób niesamodzielnych wyniosły w 2007 r. co najmniej 2024 mln zł⁶. Na kwotę tę składają się dające się zidentyfikować wydatki:

- świadczenia opiekuńcze 352,4 mln zł,
- dopłaty z budżetów wojewodów do dps 1 196,9 mln zł,
- ponoszona przez gminy odpłatność za dps 320,1 mln zł,
- wydatki na ośrodki wsparcia 154,4 mln zł.

Jeżeli do tego dodać wydatki na opiekę długoterminową finansowane przez NFZ (w 2007 r. było to 734 mln⁷), to same najłatwiejsze do ustalenia wydatki opiekują na kwotę niemal 2,8 mld zł. W rachunku należałoby również uwzględnić wydatki na świadczenia pielęgnacyjne wypłacane z racji niezdolności do samodzielnej egzystencji. W 2007 r. ZUS przeznaczył na to 984 mln zł⁸.

Oddzielnym problemem są dodatki pielęgnacyjne płacone osobom, które ukończyły 75. rok życia. Tylko z ZUS wypłacono na ten cel w 2007 r. ponad 2,7 mld zł, przy czym wysokość świadczenia (wów-

czas 153 zł miesięcznie) nie pozwala w istocie na zaspokajanie potrzeb osoby pielęgnowanej.

PROPOZYCJE ROZWIĄZAŃ

Biorąc pod uwagę, że opieka długoterminowa pochłania już obecnie tak znaczne środki, które – uwzględniając dodatki pielęgnacyjne i wydatki ponoszone bezpośrednio przez gospodarstwa domowe, na pewno przekraczają 10 mld zł rocznie – należy się zastanowić nad ich skonsolidowaniem i skonstruowaniem takiego systemu, który zapewniłby racjonalne wykorzystanie środków, zapewnienie godności osób niesamodzielnych i zaspokajanie ich podstawowych potrzeb.

Jednym z możliwych rozwiązań jest wprowadzenie w Polsce społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego, o czym wspomniano we wstępnej części artykułu⁹. Jego zasady, a zwłaszcza prymat opieki domowej nad stacjonarną, prymat rehabilitacji nad pielęgnacją i wolny wybór świadczeniodawcy, umożliwiłyby powstanie regulowanego przez kasę ubezpieczenia pielęgnacyjnego rynku usług pielęgnacyjnych, na którym istniałaby możliwość konkurencji za pomocą jakości i terminowości usług, a powstające firmy i organizacje świadczące usługi pielęgnacyjne stworzyłyby jednocześnie nowe miejsca pracy.

Świadczenia powinny mieć formę rzeczową lub finansową, choć te ostatnie, ze względu na możliwość wykorzystania ich niezgodnie z przeznaczeniem, powinny pozostawać pod szczególną kontrolą. Całkowita rezygnacja ze świadczeń finansowych, przeznaczanych na pokrycie przez świadczeniobiorcę kosztów świadczeń udzielanych przez osoby ze środowiska miejsca zamieszkania na rzecz świadczeniodawców profesjonalnych, mogłaby doprowadzić do znacznego zwiększenia skali wydatków i wpłynąć w krótkim czasie od wprowadzenia takiego rozwiązania na konieczność podniesienia składki.

Składka powinna być zatem skalkulowana w taki sposób, by zapewniać świadczenia na podstawowym, społecznie zaakceptowanym poziomie. Ewentualne świadczenia wykraczające poza podstawowy zakres mogłyby być finansowane za pomocą ubezpieczenia dodatkowego (więcej Więckowska 2008, s. 167 i n.).

Składka na ubezpieczenie obowiązkowe może być obliczana podobnie jak składka na ubezpiecze-

nie zdrowotne, czyli od podstawy pomniejszonej o składkę na ubezpieczenie społeczne, i być opłacana solidarnie przez pracodawcę i ubezpieczonego lub w całości przez ubezpieczonego. To drugie wyjście wydaje się łatwiejsze do realizacji, bowiem niektóre grupy ubezpieczonych, np. emeryci, i tak opłacaliby ze swoich dochodów całość składki.

Ważne jest natomiast, by obowiązkiem opłacania składki z własnych dochodów objąć wszystkich ubezpieczonych, łącznie z rolnikami indywidualnymi, bez potrzeby sięgania do budżetu centralnego po środki na ich składkę.

Oczywiście wysokość składki jest zależna od skali możliwych przesunięć w budżecie ochrony zdrowia, a zwłaszcza pomocy społecznej i ewentualnego dofinansowania wydatków ponoszonych przez kasę ubezpieczenia pielęgnacyjnego.

Możliwe jest także współfinansowanie wydatków na opiekę długoterminową z budżetu, choć to rozwiązanie jest obciążone poważnym ryzykiem podejmowania doraźnych, zależnych od sytuacji finansowej działań i uzależnienia od corocznej decyzji o skali finansowania. Opieka długoterminowa potrzebuje tymczasem długoterminowej wizji finansowania i stabilnych warunków rozwoju. Z tego względu rozwiązanie ubezpieczeniowe należy uznać za bardziej racjonalne z punktu widzenia polityki świadczeń opieki długoterminowej.

Wprowadzenie nowego ubezpieczenia może wywołać niezadowolenie niektórych grup społecznych. Z tego powodu za niezbędne należałoby uznać, po pierwsze, przeprowadzenie społecznej dyskusji i wyjaśnienie przesłanek przemawiających za coraz pilniejszym rozwiązaniem problemu organizacji i finansowania opieki długoterminowej, ze szczególnym zwróceniem uwagi na fakt, że wśród osób korzystających z takich świadczeń przeważają wprawdzie osoby starsze, ale ryzyko niesamodzielności dotyka także ludzi młodych, którzy na ogół przeciętnie dłużej niż starsi pozostają w roli świadczeniobiorców, co uzasadnia powszechny charakter tego ubezpieczenia.

Po drugie, konieczne jest całkowite odpolitycznienie problemu opieki długoterminowej i podjęcie wolnej od politycznej licytacji dyskusji nad sposobem rozwiązania tego zagadnienia. Jakkolwiek z dynamicznym wzrostem liczby osób wymagających świadczeń pielęgnacyjnych należy się liczyć w perspektywie kilku do dziesięciu lat, należyte przygotowanie do tej sytuacji wymaga podjęcia decyzji już wkrótce.

¹ Na temat założeń, celów i proponowanych rozwiązań zob. (Wilmowska, Błędowski 2008, s. 252–271; Błędowski 2008, s. 89–104).

² Artykuł nie odzwierciedla opinii grupy zadaniowej, a jedynie autorów. Opinie grupy zadaniowej zaprezentowane zostaną w *Zielonej Księdze opieki długoterminowej*, która znajduje się w końcowej fazie opracowania.

³ Nie znaczy to w żadnym wypadku, że sektor nieformalny, zwłaszcza rodzina, ma przestać pełnić istotną rolę w zapewnieniu opieki. Przeciwnie, względy społeczne i ekonomiczne przemawiają za wsparciem tej grupy opiekunów jako relatywnie efektywnej i ważnej emocjonalnie dla osób niesamodzielnych. Zob. (Błędowski i in. 2006).

⁴ Na temat argumentów przemawiających za uwzględnieniem grupy kobiet w wieku 50–69 lat przy obliczaniu wskaźnika pielęgnacji zob. (Błędowski 2002, s. 124). Obecnie odchodzi się od obliczania wartości wskaźnika pielęgnacji dla osób w wieku 70 lat i więcej na rzecz odniesienia do liczby osób w wieku 80 lat i więcej. Z tej przyczyny dane zawarte w cytowanej pozycji nie są porównywalne z podanymi powyżej.

⁵ Wsparcie to – jak dotychczas – jest dość ograniczone, a usługodawcy sami przyznają, że opinie i potrzeby opiekunów rodzinnych rzadko są uznawane za ważne. Zob. (Błędowski 2006, s. 171 i n.).

⁶ Obliczono na podstawie sprawozdania MPiPS-03.

⁷ Dane NFZ dostępne na stronie www.nfz.gov.pl.

⁸ Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

⁹ Podobna sugestia znajduje się w: (Kozierkiewicz, Szczerbińska red. 2007, s. 50).

LITERATURA

Bień B., red. (2006), *Family Caregiving for the Elderly in Poland*, Białystok: TransHumana.

Błędowski P. (2002), *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*, Warszawa: SGH.

Błędowski P. (2006), *Service Providers Study*, w: Bień B. (red.), *Family Caregiving for the Elderly in Poland*, Białystok: TransHumana.

Błędowski P. (2008), *Ubezpieczenia społeczne i pielęgnacyjne wobec procesu starzenia się społeczeństwa, w: Polska w obliczu starzenia się społeczeństwa. Diagnoza i program działania*, Komitet Prognoz „Polska 2000 Plus” PAN, Warszawa: PAN.

Błędowski P., Pędich W., Bień B., Wojszel Z.B., Czekanowski P. (2006), *Supporting Family Carers of Older People in Europe – The National Background Report for Poland*, Hamburg: LIT Verlag.

GUS (2008), *Rocznik Demograficzny 2008*, Warszawa.

GUS (2009), *Prognoza ludności na lata 2008–2035*, Warszawa.

Prognoza gospodarstw domowych na lata 2003–2030 (2002), dostęp [15.05.2009], dostępna w Internecie: <www.stat.gov.pl>.

Rothgang H. (2009), *Long-term care: How to organize affordable, sustainable long-term care?*, Peer Review, The Netherlands, 10–11 February.

Kotowska I.E., Wóycicka I., red. (2008), *Sprawowanie opieki oraz inne uwarunkowania podnoszenia aktywności zawodowej osób w starszym wieku produkcyjnym. Raport z badań*, Warszawa: MPiPS.

Kozierkiewicz A., Szczerbińska K., red. (2007), *Opieka długoterminowa w Polsce: ocena stanu obecnego oraz rozwiązania na przyszłość*, Poznań: TerMedia.

Więckowska B. (2008), *Ubezpieczenie pielęgnacyjne*, Warszawa: SGH.

Wilmowska A., Błędowski P. (2008), *Założenia do ubezpieczenia pielęgnacyjnego*, w: G. Uścińska (red.), *Zabezpieczenie społeczne w Polsce. Problemy do rozwiązania w najbliższej przyszłości*, Warszawa: IPISS.

SUMMARY

The increasing number of the oldest people increases the number of people who need Long-Term Care. Since the ability to provide such benefits by the household is smaller than in the past, and an increasing share of the elderly leads single households, health care and social assistance increasingly have to participate in the organization of proper care for these dependents. Currently, public funds spent for these benefits are false allocated and do not fulfill their assignments. The Long-Time Care Insurance should provide adequate coverage and service quality. The premiums for the insurance should be paid by everyone who receives incomes. Benefits may be awarded in the form of care for people in their homes or in institutions or in the form of allowances, from which the dependent can finance the help provided by the families and informal groups.