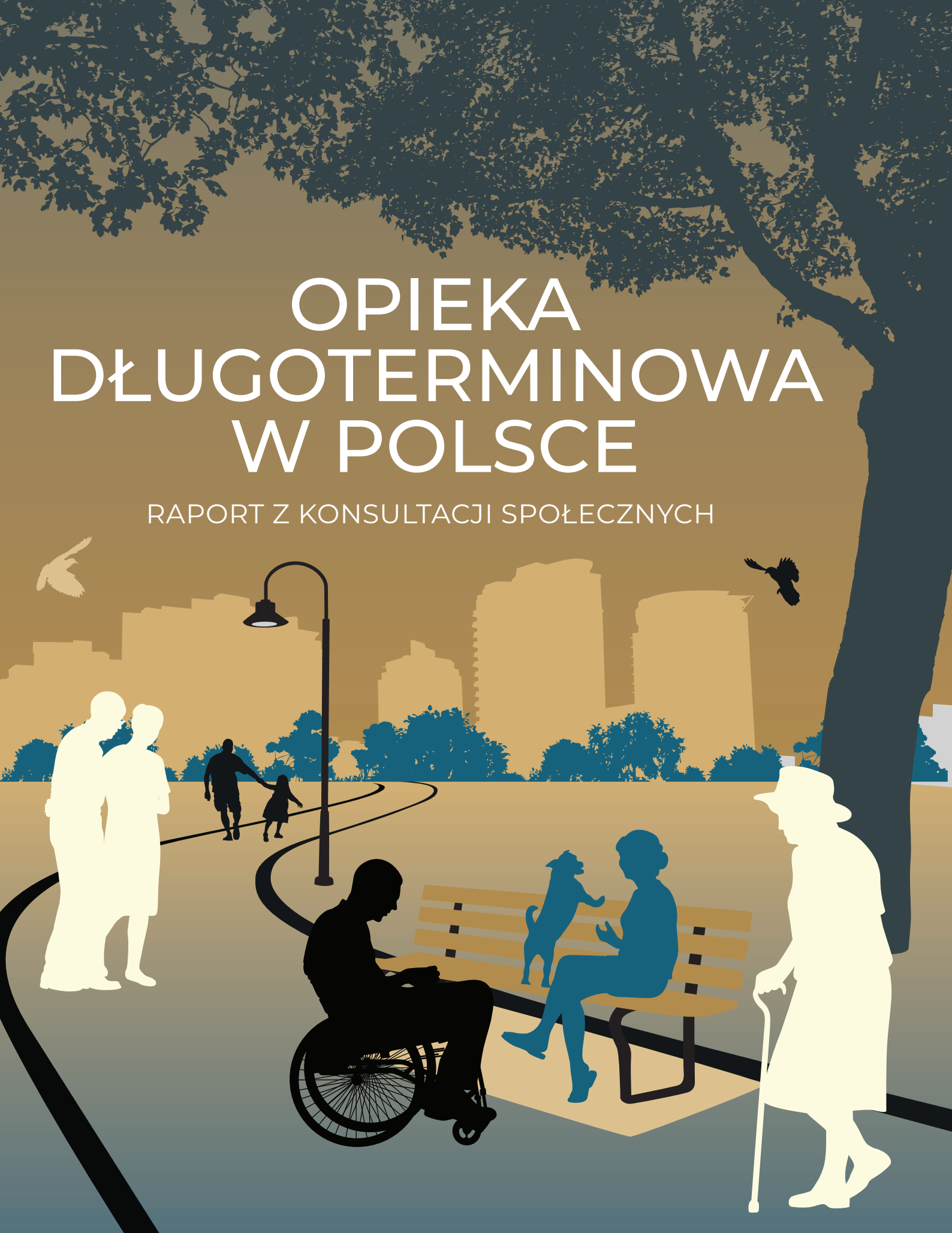


OPIEKA DŁUGOTERMINOWA W POLSCE

RAPORT Z KONSULTACJI SPOŁECZNYCH



WORLD BANK GROUP

SPIS TREŚCI

Streszczenie

Cel raportu	6
Definicje opieki długoterminowej	10
Zlecniodawcy, realizatorzy raportu, współpraca	10
Konsultacje społeczne – proces	14
Grupy docelowe	14
Formuła konsultacji, charakterystyka uczestników	15
Ankieta Banku Światowego	22
Ankieta Ministerstwa Zdrowia	23
Obszary analiz	23
Obszar I: Potrzeby starzejącego się społeczeństwa	25
Obszar II: Cel reformy opieki długoterminowej w Polsce	41
Elementy reformy, główne aspekty wymagające zmian	41
Obszar III: Zaangażowanie instytucji w rozwój opieki długoterminowej	46
Działania na poziomie krajowym i lokalnym	46
Oferta opieki długoterminowej a rodzaj gminy	50
Jakość w opiece długoterminowej (kryteria)	56
Obszar IV: Organizacja opieki długoterminowej	60
Dostęp do opieki długoterminowej	60
Sposób orzekania o niesamodzielności lub niepełnosprawności osob wymagających opieki długoterminowej	67
Dostęp do sprzętu oraz technologii wspomagających opiekę długoterminową	74
Oczekiwane rodzaje organizacji opieki długoterminowej	85
Obszar V: Finansowanie opieki długoterminowej	89
Gotowość do pokrywania z własnej kieszeni kosztów usług opieki długoterminowej	96
Obszar tematyczny VI: Informacje uzupełniające	98

SPIS TABEL

Tabela 1.	Podsumowanie najważniejszych wyzwań wraz z proponowanymi rozwiązaniami	8
Tabela 2.	Problemy i rozwiązania w zakresie potrzeb starzejącego się społeczeństwa – przedstawiciele gminy sołeckiej	26
Tabela 3.	Problemy i rozwiązania w zakresie potrzeb starzejącego się społeczeństwa – przedstawiciele Rzecznika Praw Pacjenta i organizacji pozarządowych	27
Tabela 4.	Problemy i rozwiązania w zakresie potrzeb starzejącego się społeczeństwa – podmioty odpowiedzialne za rozwiązania i działania w Warszawie	28
Tabela 5.	Problemy i rozwiązania w zakresie potrzeb starzejącego się społeczeństwa – przedstawiciele gmin, powiatów, województw, ośrodków zajmujących się pomocą społeczną – I grupa	29
Tabela 6.	Problemy i rozwiązania w zakresie potrzeb starzejącego się społeczeństwa – przedstawiciele gmin, powiatów, województw, ośrodków zajmujących się pomocą społeczną – II grupa	30
Tabela 7.	Problemy i rozwiązania w zakresie potrzeb starzejącego się społeczeństwa – podmioty realizujące świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie	31
Tabela 8.	Problemy i rozwiązania w zakresie potrzeb starzejącego się społeczeństwa – reprezentanci ZOL i ZPO	32
Tabela 9.	Problemy i rozwiązania w zakresie potrzeb starzejącego się społeczeństwa – przedstawiciele podmiotów realizujących świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej	33

Tabela 10.	Problemy i rozwiązania w zakresie potrzeb starzejącego się społeczeństwa – podmioty zajmujące się pomocą społeczną	34
Tabela 11.	Problemy i rozwiązania w zakresie potrzeb starzejącego się społeczeństwa – podmioty realizujące świadczenia pielęgniarstwa domowej opieki długoterminowej	35
Tabela 12.	Problemy i rozwiązania w zakresie potrzeb starzejącego się społeczeństwa – reprezentanci DPS	36
Tabela 13.	Problemy i rozwiązania w zakresie potrzeb starzejącego się społeczeństwa – prywatne podmioty świadczące całodobową opiekę	37
Tabela 14.	Problemy i rozwiązania w zakresie potrzeb starzejącego się społeczeństwa – podmioty realizujące świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze z zakresu opieki długoterminowej domowej i w instytucjach	38
Tabela 15.	Problemy i rozwiązania w zakresie potrzeb starzejącego się społeczeństwa – prawnicy	39
Tabela 16.	Problemy i rozwiązania w zakresie potrzeb starzejącego się społeczeństwa – seniorzy, ich dzieci, organizacje seniorów	40
Tabela 17.	Podsumowanie konsultacji – cel i zakres reformy opieki długoterminowej	42
Tabela 18.	Podsumowanie konsultacji – zaangażowanie instytucji w rozwój opieki długoterminowej, działania na poziomie lokalnym i krajowym	47
Tabela 19.	Podsumowanie konsultacji – jakość opieki długoterminowej	57

SŁOWNIK SKRÓTÓW

ADL	czynności życia codziennego (ang. <i>Activities of Daily Living</i>)
BŚ	Bank Światowy
CDO	całodobowy dom opieki
CUS	Centrum Usług Społecznych
DDOM	dzienny dom opieki medycznej
DG EMPL	Dyrekcja Generalna ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Włączenia Społecznego KE (ang. <i>Directorate-General for Employment, social affairs and inclusion</i>)
DPS	dom pomocy społecznej
GOPS	gminny ośrodek pomocy społecznej
IADL	instrumentalne czynności życia codziennego (ang. <i>Instrumental Activities of Daily Living</i>)
KE	Komisja Europejska
MOPS	miejski ośrodek pomocy społecznej
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NGO	organizacja pozarządowa
ODT	opieka długoterminowa
OPS	ośrodek pomocy społecznej
PCPR	powiatowe centrum pomocy rodzinie
POZ	podstawowa opieka zdrowotna
ROPS	regionalny ośrodek pomocy społecznej
SPC	Komitet Ochrony Socjalnej Rady Unii Europejskiej
SP ZOZ	samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
UE	Unia Europejska
ZOL	zakład opiekuńczo-leczniczy
ZPO	zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia (ang. <i>World Health Organization</i>)

STRESZCZENIE

Konsultacje społeczne zostały przeprowadzone na przełomie czerwca i lipca 2023 r. w różnych formach wśród grup docelowych zaangażowanych w opiekę długoterminową lub nią zainteresowanych. Spotkania odbywały się m.in. z organizacjami pozarządowymi (NGO), przedstawicielami Rzecznika Praw Pacjenta, samorządów (urzędów miasta, urzędów wojewódzkich, wybranych gmin wiejskich, wybranych gmin miejskich), przedstawicielami zakładów opiekuńczo-leczniczych (ZOL), zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO), Domów Pomocy Społecznej (DPS), pracownikami podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), a także z podmiotami świadczącymi pielęgniarstwo domowe, opiekę długoterminową, świadczeniodawcami domowej wentylacji mechanicznej, opiekunami formalnymi i nieformalnymi (takimi jak rodzina, opiekun medyczny, opiekunka środowiskowa, opiekun w domu pomocy społecznej, asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej), regionalnymi ośrodkami polityki społecznej (ROPS), Gminnymi Ośrodkami Pomocy Społecznej (GOPPS), ośrodkami pomocy społecznej (OPS), Miejskimi Ośrodkami Pomocy Społecznej, Centrami Usług Społecznych (CUS), prawnikami i seniorami.

Dyskusje obejmowały następujące obszary: potrzeby starzejącego się społeczeństwa, cele reformy opieki długoterminowej w Polsce, zaangażowanie instytucji w rozwój opieki długoterminowej, organizacja opieki długoterminowej, finansowanie opieki długoterminowej i inne informacje, które chcieli przekazać uczestnicy spotkań.

Konsultacje ujawniły liczne problemy w systemie opieki długoterminowej. Do najczęściej podnoszonych należały: skomplikowany i nieprzyjazny system, brak koordynacji pomiędzy systemami ochrony zdrowia i pomocy społecznej oraz rodzajami opieki, niewystarczające informacje pozwalające na poruszanie się w systemie opieki długoterminowej,

niewystarczająca liczba i kompetencje kadr, a także nie zawsze adekwatne do potrzeb i możliwości opiekunów rodzinnych, zbyt niskie finansowanie i znikome monitorowanie jakości świadczeń opieki długoterminowej. W konsultacjach zwracano też uwagę na dalece niewystarczające zarządzanie opieką długoterminową w obu tych systemach na poziomie krajowym.

W ramach rozwiązań omawianych w czasie spotkań konsultacyjnych proponowano:

- zwiększenie finansowania opieki długoterminowej (szczególnie w systemie pomocy społecznej)
- inwestowanie w kadry poprzez wsparcie systemu szkolenia dla wykwalifikowanych kadr, w tym przez zachęty finansowe
- przyciągnięcie kadr do opieki długoterminowej, a zwłaszcza do systemu pomocy społecznej
- usprawnienie koordynacji opieki poprzez upowszechnienie funkcji koordynatora (środowiskowego lub ścieżki opieki), powierzenie koordynatorom roli przewodnika po systemie dla pacjenta i jego rodziny
- uproszczenie systemu poprzez reformę łączącą poszczególne aspekty obu sektorów, opartą na dobrej koordynacji;
- wydzielenie odrębnego dla opieki długoterminowej finansowania (na zasadzie ubezpieczenia)
- zwiększenie działań w zakresie profilaktyki zdrowotnej i edukacji, np. poprzez edukację w szkołach, warsztaty dla dorosłych, wydarzenia edukacyjne, materiały edukacyjne;
- wdrożenie standardów opieki i monitorowanie jakości za pomocą narzędzi weryfikujących jakość, prowadzenie badań ankietowych
- wsparcie rodzin w zakresie opieki w miejscu zamieszkania pacjenta, np. poprzez szerszy dostęp do opieki wytchnieniowej, wsparcie psychologiczne, organizacyjne, logistyczne, finansowe

- poprawienie dostępności opieki długoterminowej poprzez zwiększenie liczby miejsc w placówkach całodobowych, dziennych i w opiece domowej
- czerpanie inspiracji z rozwiązań sprawdzonych za granicą, w tym. m.in. rozwoju opieki środowiskowej i domowej, a także z zakresu wprowadzenia roli koordynatora opieki
- zintensyfikowanie wysiłków w zakresie komunikacji i edukacji, np. poprzez udostępnienie osobom potrzebującym lub ich rodzinom narzędzi ułatwiających poruszanie się po systemie (infolinia, portal informacyjny).

Z konsultacji wynika także, że zarządzanie systemem opieki długoterminowej wymaga gruntownej reformy. Jednocześnie w ocenie uczestników konsultacji fundamentem opieki pozostaje rodzina. Konsekwencją tego stanu rzeczy jest potrzeba wsparcia rodzin i rozszerzenie dostępu do opieki domowej.

Tabela 1. Podsumowanie najważniejszych wyzwań wraz z proponowanymi rozwiązaniami

ZGŁASZANE WYZWANIA	PROPONOWANE ROZWIĄZANIA
problem z koordynacją świadczeń w ramach systemu ochrony zdrowia i systemu opieki społecznej oraz między systemami	<ul style="list-style-type: none"> ● wprowadzenie funkcji koordynatorów ● zwiększenie przepływu informacji, wzmocnienie komunikacji
wysoki stopień skomplikowania systemów i procedur	<ul style="list-style-type: none"> ● uproszczenie procedur, opracowanie schematów działań ● działania edukacyjne
problem z pozyskaniem informacji przez osoby ubiegające się o opiekę długoterminową lub przez ich rodziny czy opiekunów	<ul style="list-style-type: none"> ● działania edukacyjne, zwłaszcza na poziomie lokalnym ● udostępnianie narzędzi typu infolinia, przewodniki po systemie
problem z dostępnością opieki długoterminowej	<ul style="list-style-type: none"> ● zwiększenie finansowania ● koordynacja (funkcja koordynatora) ● strategia oparta na wzmocnieniu opieki w miejscu zamieszkania ● inwestycja w kadry ● zwiększenie liczby miejsc opieki ● wzmocnienie działań profilaktycznych, także w szkołach
problem z kadrami, zwłaszcza w opiece społecznej	<ul style="list-style-type: none"> ● inwestycja w kształcenie kadr, wprowadzenie zachęt finansowych oraz pozafinansowych mających na celu zwiększenie atrakcyjności zawodów w sektorze pomocy społecznej ● zwiększenie wynagrodzeń, zwłaszcza w opiece społecznej

ZGŁASZANE WYZWANIA	PROPONOWANE ROZWIĄZANIA
wyłączenie opiekunów nieformalnych z rynku pracy, obciążenie rodzin	<ul style="list-style-type: none"> wspieranie finansowe opiekunów, opłacanie im składek, wliczanie lat opieki do emerytury wzmacnianie opieki wytchnieniowej
brak płynności opieki po hospitalizacji	<ul style="list-style-type: none"> wdrożenie mechanizmów zapewniających wsparcie tymczasowe – przed uzyskaniem pomocy na stałe (w miejscu tymczasowego pobytu lub w szpitalu)
poczucie osamotnienia, pozostawienia samym sobie wśród osób potrzebujących wsparcia i ich rodzin	<ul style="list-style-type: none"> działania edukacyjne, informacyjne, integrujące wspieranie organizacji pozarządowych pomagających osobom objętym opieką i ich rodzinom
zbyt niskie finansowanie	<ul style="list-style-type: none"> zwiększenie finansowania oparte na analizie potrzeb oraz wypracowanej strategii zabezpieczenie środków stricte na opiekę długoterminową (w formie ubezpieczenia)
problem z utrzymaniem i monitorowaniem jakości	<ul style="list-style-type: none"> wdrożenie standardów opieki i dążenie do ujednoczenia jakości wprowadzenie narzędzi umożliwiających weryfikację jakości, prowadzenie badań ankietowych
struktura demograficzna, starzenie się opiekunów nieformalnych (z czasem sami zaczynają wymagać opieki)	<ul style="list-style-type: none"> profesjonalizacja opieki – angażowanie wykwalifikowanej kadry do wspierania rodzin

CEL RAPORTU

Raport z konsultacji społecznych ma na celu zebranie i przeanalizowanie problemów, potrzeb i rozwiązań w zakresie opieki długoterminowej w Polsce, zgłaszanych przez uczestników systemu opieki długoterminowej (ODT). Opinie uzyskane bezpośrednio od osób związanych z ODT, w tym partnerami społecznymi, którzy zajmują się przepisami dotyczącymi opieki długoterminowej, opiekunami nieformalnymi, osobami otrzymującymi opiekę, osobami, które nie otrzymują opieki, lecz powinny ją otrzymywać, i samorządami terytorialnymi.

Raport został przygotowany w ramach umowy na wykonanie odpłatnych usług doradczych pomiędzy Bankiem Światowym a Ministerstwem Funduszy i Polityki Regionalnej. Szczegółowa analiza systemu opieki długoterminowej wraz z rozwiązaniami zawarta jest w Produkcie nr 2 ww. umowy: „Raport zawierający przegląd strategiczny oraz proponowaną «mapę drogową» i zalecenia dot. systemu opieki długoterminowej”.

DEFINICJE OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

Komisja Europejska wspiera rozwój usług opieki długoterminowej dla osób potrzebujących opieki jako jeden z celów Europejskiego filaru praw socjalnych¹.

W 2020 r. Unia Europejska ustanowiła europejską strategię opieki na rzecz poprawy jakości, dostępności i przystępności cenowej opieki²,

1 https://commission.europa.eu/system/files/2017-12/social-summit-european-pillar-social-rights-booklet_pl.pdf

2 <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=89&furtherNews=yes&newsId=10382#navItem-relatedDocuments>

która zaleca między innymi, aby wszystkie państwa członkowskie opracowały własne plany działania w celu zapewnienia dostępu do terminowej, kompleksowej i niedrogiej opieki.

W 2021 r. UE opublikowała Wspólny Raport przygotowany przez Komitet Ochrony Socjalnej (SPC) Rady UE i Dyрекcję Generalną ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Włączenia Społecznego KE (DG EMPL) na temat trendów, wyzwań i możliwości rozwoju opieki długoterminowej dla wszystkich krajów unijnych. W raporcie proponuje się przygotowanie ogólnej strategii, poparte wsparciem zawodowym i finansowym, na rzecz rozwoju zrównoważonych usług niemieszkalnych. Kluczowe elementy takiej strategii obejmowałyby przekrojowe definicje potrzeb opieki długoterminowej dla wszystkich wymagających takich usług, sformułowanie finansowo zrównoważonej decentralizacji oraz profesjonalne podejście do opracowywania i egzekwowania standardów jakości.

Nie ma jednej, uniwersalnej definicji opieki długoterminowej, a co za tym idzie – definicji tego, co obejmuje świadczenie i finansowanie opieki długoterminowej. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje opiekę długoterminową jako obejmującą „tradycyjne usługi zdrowotne, takie jak leczenie przewlekłych schorzeń geriatrycznych, rehabilitacja, opieka paliatywna, promocja zdrowia i profilaktyka”. Wykraczając poza usługi zdrowotne, WHO uwzględnia w swojej definicji także „usługi opieki wspomagającej, takie jak opieka i wsparcie społeczne dla osób starszych” i wzywa, aby „wszystkie te usługi [były] zintegrowane i świadczone w kontinuum z podstawowymi zasadami opieki skoncentrowanej na osobie”.

Z drugiej strony KE i SPC definiują opiekę długoterminową jako „zakres usług i pomocy dla osób, które na skutek słabości psychicznej lub fizycznej, lub niepełnosprawności trwającej przez dłuższy czas, wymagają pomocy w codziennych czynnościach życiowych i/lub wymagają stałej opieki pielęgniarskiej”. Czynności życia codziennego, do których

wykonania potrzebna jest pomoc, mogą być związane z samoopieką i wymagać wykonywania każdego dnia (czynności życia codziennego, czyli Activities of Daily Living- ADL, takie jak kąpiel, ubieranie się, jedzenie, wchodzenie i wstawanie z łóżka lub krzesła, poruszanie się, korzystanie z toalety oraz kontrolowanie czynności pęcherza i jelit) lub może być związane z niezależnym życiem (instrumentalne czynności życia codziennego, Instrumental Activities of Daily Living- IADL, takie jak przygotowywanie posiłków, zarządzanie pieniędzmi, kupowanie artykułów spożywczych lub przedmiotów osobistych, wykonywanie lekkich lub ciężkich czynności, prace domowe i korzystanie z telefonu).

W sektorze ochrony zdrowia opieka długoterminowa³ jest rozumiana jako 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.

W polskim prawie termin „opieka długoterminowa” jest wyraźnie używany w odniesieniu do świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w systemie opieki zdrowotnej, natomiast świadczenia opiekuńcze udzielane w ramach systemu pomocy społecznej formalnie określa się mianem usług opiekuńczych różnego rodzaju, zgodnie z art. 50 Ustawy o pomocy społecznej z 12 marca 2004 ze zmianami⁴. Niemniej jednak przez opiekę można rozumieć ogół działań leczniczych i społecznych polegających na świadczeniu długoterminowej opieki pielęgniarstwa, rehabilitacyjnej, leczniczej i opiekuńczej oraz kontynuacji leczenia farmakologicznego i dietetycznego osób przewlekle chorych i niesamodzielnym, które nie wymagają hospitalizacji na oddziale szpitalnym i mają trudności w wykonywaniu codziennych czynności. Opiekę tę mogą sprawować opiekunowie formalni (personel medyczny

3 Ministerstwo Zdrowia. Opieka długoterminowa w Polsce. Dokument dostępny pod adresem: https://analizy.mz.gov.pl/app/mpz_2020_dluga

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

i opiekunowie) lub nieformalni (rodzina, krewni, wolontariusze). Opieka zdrowotna, finansowana z Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), obejmuje usługi pielęgniarstwa, opiekę medyczną i terapeutyczną. To długookresowa, profesjonalna pielęgnacja i rehabilitacja oraz kontynuacja leczenia farmakologicznego i postępowania dietetycznego. Prowadzona jest stacjonarnie i w miejscu zamieszkania pacjenta. Stacjonarnie – w zakładach opiekuńczych podzielonych na zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL) i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO), a w miejscu zamieszkania pacjenta – jako pielęgniarstwo domowe oraz zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie.

Opieka długoterminowa w ramach sektora pomocy społecznej finansowana jest z budżetu państwa oraz przez jednostki samorządu terytorialnego. Realizowana jest w ramach instytucji pomocy społecznej. Obejmuje zapewnienie godnych warunków bytowych, usługi pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz wsparcie w aktywnościach dnia codziennego. W jej zakresie funkcjonują usługi opiekuńcze oraz różnego rodzaju formy opieki stacjonarnej takie jak, środowiskowe domy samopomocy, kluby samopomocy, mieszkania treningowe i wspomagane, rodzinne domy pomocy, domy pomocy społecznej (DPS) i placówki niepubliczne.

ZLECENIODAWCY, REALIZATORZY RAPORTU, WSPÓŁPRACA

Bank Światowy przeprowadził konsultacje społeczne i na ich podstawie sporządził raport w ramach przeglądu systemu opieki długoterminowej w Polsce na zlecenie Ministerstwa Funduszy i Polityki Regionalnej oraz we współpracy z Ministerstwem Zdrowia i Ministerstwem Rodziny i Polityki Społecznej. Do organizacji spotkań konsultacyjnych Bank Światowy zaprosił: Fundację Urszuli Jaworskiej, Koalicję „Na pomoc niesamodzielnym” i stowarzyszenie MANKO – Głos Seniora. Organizacje te udostępniły też przygotowaną przez Bank Światowy ankietę, która wraz z ankietą Ministerstwa Zdrowia stanowi część niniejszego raportu.

KONSULTACJE SPOŁECZNE – PROCES

W ramach konsultacji społecznych między czerwcem a lipcem 2023 r. odbyło się 17 głównych spotkań w formule stacjonarnej, zdalnej lub hybrydowej. Łącznie wysłanych zostało prawie 47 tys. e-maili z zaproszeniami do udziału w spotkaniach i do wypełnienia ankiet. Biorąc pod uwagę role w systemie opieki długoterminowej, wyszczególniono trzy główne grupy, dla których zorganizowane zostały spotkania: organizacje pozarządowe, Rzecznik Praw Pacjenta, samorządy (pięć spotkań zorganizowanych przez Fundację Urszuli Jaworskiej); placówki ochrony zdrowia i pomocy społecznej (dziewięć spotkań zorganizowanych przez Koalicję „Na pomoc niesamodzielnym”); seniorzy (trzy spotkania zorganizowane przez stowarzyszenie MANKO – Głos Seniora).

Publiczną ankietę internetową Bank Światowy zamieścił na platformie MS Forms, ankietę Ministerstwa Zdrowia udostępniona została na stronie internetowej resortu.

GRUPY DOCELOWE

Konsultacje społeczne objęły cały przekrój osób mających w różnym stopniu styczność z opieką długoterminową w Polsce. Spotkania odbywały się z wyżej wymienionymi zainteresowanymi stronami, w tym z partnerami społecznymi, którzy zajmują się przepisami dotyczącymi opieki długoterminowej, a także z opiekunami nieformalnymi, osobami otrzymującymi opiekę, osobami, które nie otrzymują opieki, lecz powinny, i z samorządami terytorialnymi. Zaproszenia na spotkania i do wypełnienia ankiet skierowane zostały więc m.in. do jednostek samorządu terytorialnego, placówek publicznych i prywatnych świadczących usługi z zakresu opieki długoterminowej, podmiotów zajmujących się pomocą społeczną, urzędów wojewódzkich i marszałkowskich, organizacji pozarządowych, organizacji zrzeszających miasta, powiaty, szpitale, pracodawców i lekarzy, do samorządów

zawodów medycznych, rad, fundacji, towarzystw, stowarzyszeń działających na rzecz osób z niepełnosprawnościami, seniorów, opiekunów formalnych i nieformalnych.

Łącznie w spotkaniach konsultacyjnych wzięły udział 322 osoby, ankietę Banku Światowego wypełniło 246, a ankietę Ministerstwa Zdrowia – 1605 osób. Chętniej w konsultacje angażowały się kobiety, zwłaszcza w wieku okołoemerytalnym. Aktywne były przede wszystkim osoby z perspektywą korzystania z opieki długoterminowej, np. opiekunowie osób starszych, z niepełnosprawnościami, jak też przedstawiciele organizacji pozarządowych, fundacji i organizacji lokalnych. W dyskusje angażowały się głównie osoby prowadzące placówki opiekuńcze, w mniejszym stopniu przedstawiciele administracji. Na każdym spotkaniu łatwiej przychodziło uczestnikom przedstawianie zastrzeżeń i potrzeb niż pomysłów na rozwiązania i konkretne formy wsparcia.

FORMUŁA KONSULTACJI, CHARAKTERYSTYKA UCZESTNIKÓW

Gmina sołecka

15 czerwca w Inowłodzu odbyło się pierwsze z pięciu spotkań konsultacyjnych przeprowadzonych przez Fundację Urszuli Jaworskiej. Zaproszono na nie przedstawicieli władz gminy Inowódz zaangażowanych w organizację, realizację i planowanie opieki długoterminowej na obszarze tej gminy oraz mieszkańców zainteresowanych opieką długoterminową realizowaną w miejscu ich zamieszkania lub korzystających z tej opieki (do zaproszenia mieszkańców wykorzystano system powiadomień SMS dostępny władzom gminy Inowódz). W spotkaniu wzięło udział pięć osób (dwie kobiety w przedziale wiekowym 30-44 lata i trzy kobiety w przedziale wiekowym 45-64 lata). Trzy uczestniczki to opiekunki nieformalne, zajmujące się członkami swojej rodziny wymagającymi opieki długoterminowej. Dwie to pracownice gminy realizujące rozwiązania w ramach opieki długoterminowej.

Przedstawiciele Rzecznika Praw Pacjenta i organizacje pozarządowe

W biurze Rzecznika Praw Pacjenta 4 lipca odbyło się drugie ze spotkań zorganizowanych przez Fundację Urszuli Jaworskiej. Zaproszono przedstawicieli organizacji pozarządowych czynnie zaangażowanych w realizację opieki długoterminowej w Polsce i zainteresowanych tym tematem. Większość uczestników reprezentowała organizacje z województwa mazowieckiego, łódzkiego i małopolskiego. Przeważająca część organizacji uczestniczących w spotkaniu miała przedstawicieli w radzie przy Rzeczniku Praw Pacjenta. Zaproszeni zostali także przedstawiciele biura RPP jako organu monitorującego przestrzeganie praw pacjentów.

Łącznie w spotkaniu organizacji pozarządowych i przedstawicieli RPP uczestniczyły 43 osoby, w tym 28 osób online (wyłącznie przedstawiciele NGO) i 15 osób stacjonarnie w siedzibie RPP (siedmiu przedstawicieli NGO, trzech przedstawicieli RPP, pięciu przedstawicieli Fundacji Urszuli Jaworskiej). Większość uczestników stanowiły kobiety, przeważały osoby w przedziale wiekowym 45-64 lata, ale obecne były także osoby w wieku 30-44 lata oraz powyżej 64. roku życia.

Podmioty odpowiedzialne za rozwiązania i działania w Warszawie

Przedstawiciele władz miasta stołecznego Warszawy oraz władz dzielnic, przedstawiciele Urzędu Marszałkowskiego oraz władz województwa mazowieckiego zaproszono na trzecie ze spotkań organizowanych przez Fundację Urszuli Jaworskiej, które odbyło się 11 lipca w Centrum Kreatywności Targowa. Spotkanie dotyczyło rozwiązań stosowanych w Warszawie (traktowanej jako przykład dużego miasta) – zaproszeni reprezentowali instytucje znajdujące się wśród podmiotów odpowiedzialnych za realizację usług społecznych oraz usług zdrowotnych w stolicy. Na zaproszenie odpowiedziało osiem osób, wyłącznie przedstawiciele władz miasta oraz wybranych dzielnic

Warszawy – odpowiedzialni za realizację polityki zdrowotnej i społecznej na terenie miasta i wybranych dzielnic. Obecni byli przedstawiciele: Biura Pomocy i Projektów Społecznych Urzędu Miasta St. Warszawy, przedstawiciele Urzędu Dzielnicy Bemowo, Ośrodka Pomocy Społecznej na Pradze-Południe, Urzędu Dzielnicy Praga-Południe, Ośrodka Pomocy Społecznej na Bemowie oraz przedstawiciele organizacji pozarządowych. Były to wyłącznie kobiety (połowa w przedziale wiekowym 30-44 lata i połowa w wieku od 45 do 64 lat).

Przedstawiciele gmin, powiatów, województw, ośrodków zajmujących się pomocą społeczną (dwa spotkania)

Na czwarte i piąte spotkanie organizowane przez Fundację Urszuli Jaworskiej zaproszeni zostali przedstawiciele urzędów wojewódzkich, powiatów, gmin, CUS, DPS, ośrodków opiekuńczo-leczniczych itp., a także wojewódzcy i krajowi konsultanci, powołani przez Ministra Zdrowia, przedstawiciele środowisk działających w obszarze opieki długoterminowej i w sektorach z nią związanych. Uczestnicy wybrali 17 lub 20 lipca na termin spotkania na podstawie własnych preferencji.

W pierwszym z dwóch spotkań online wzięły udział 74 osoby. Obecni byli przedstawiciele wszystkich grup wiekowych, jednak najliczniejszą stanowiły osoby w przedziale wiekowym 45-64 lata; przeważały kobiety. Opieka długoterminowa dla uczestników spotkania stanowiła obszar związany z ich pracą zawodową. Większość była zaangażowana w tworzenie rozwiązań i realizację zadań w opiece długoterminowej – bezpośrednio lub pośrednio, na poziomie wojewódzkim i lokalnym.

W spotkaniu 20 lipca, przeznaczonym dla tej samej grupy docelowej, wzięło udział 38 osób. Grupa ta składała się głównie z przedstawicieli urzędów i instytucji im podległych, w większości osób w średnim wieku, z przeważającym udziałem kobiet. Należy przyjąć, że na spotkaniu były obecne osoby z wszystkich grup wiekowych, przy czym najliczniej reprezentowana była grupa osób w wieku 45-64 lata.

Podmioty realizujące świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie

Reprezentanci podmiotów realizujących świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, zrzeszeni w Ogólnopolskim Związku Świadczeniodawców Wentylacji Mechanicznej, wzięli udział w spotkaniu zorganizowanym 20 czerwca w formule online przez Koalicję „Na pomoc niesamodzielnym”. Było to pierwsze z dziewięciu spotkań przeprowadzonych przez tę organizację. W dyskusji wzięło udział 11 osób – trzy w przedziale wiekowym 30-44 lata, osiem w przedziale wiekowym 45-64 lata. Byli to świadczeniodawcy zakontraktowani przez NFZ do realizacji tego świadczenia na terenie wszystkich województw.

Reprezentanci ZOL i ZPO

Reprezentanci podmiotów realizujących świadczenia opieki długoterminowej stacjonarnej w zakładach opiekuńczo-leczniczych oraz pielęgnacyjno-opiekuńczych z Torunia, Prabut (woj. pomorskie), Olsztyna, Chojnowa (woj. dolnośląskie), Krakowa i Bydgoszczy wzięli udział w drugim spotkaniu zorganizowanym przez Koalicję „Na pomoc niesamodzielnym”. Odkonduło się ono 23 czerwca w Toruniu. Ich działalność była finansowana na podstawie kontraktów z NFZ (w przypadku pacjentów nieobjętych kontraktem z Funduszem opłaty są ponoszone przez bliskich pacjenta). W spotkaniu uczestniczyło 10 osób i były to wyłącznie kobiety: jedna w przedziale wiekowym 30-44 lata, cztery w przedziale 45-64 lata, pięć powyżej 64. roku życia.

Przedstawiciele podmiotów realizujących świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej

Na spotkanie 27 czerwca zaproszono osoby wykonujące zawód lekarza, pielęgniarki, położnej, pracujące w podmiotach mających kontrakt z NFZ – przedstawiciele podmiotów realizujących świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej w Gnieźnie, Warszawie, Łodzi, Poznaniu, Woli Krzysztoporskiej (woj. łódzkie) oraz Skaryszewie (woj. mazowieckie). W spotkaniu online zorganizowanym przez Koalicję „Na pomoc

niesamodzielnym” wzięło udział siedem osób (sześć kobiet i mężczyzna; trzy osoby w wieku 30-44 lata, cztery osoby w wieku 45-64 lata).

Podmioty zajmujące się pomocą społeczną

Na spotkanie konsultacyjne 29 czerwca Koalicja „Na pomoc niesamodzielnym” zaprosiła reprezentantów grupy podmiotów realizujących zadania z zakresu pomocy społecznej, zajmujących się przyznawaniem świadczeń społecznych oraz rozwojem usług społecznych organizowanych i świadczonych na poziomie wojewódzkim oraz lokalnym (ROPS, PCPR, OPS, CUS). Zaproszeni reprezentowali zarówno miasta wojewódzkie, jak i mniejsze gminy oraz wsie. Na spotkaniu były obecne osoby z Krakowa, Łodzi, Olsztyna oraz z miast i miejscowości w województwie opolskim: Opola, Kędzierzyna-Koźła, Dobrzec Wielki, Strzelec Opolskich, Głuchołazów oraz Korfantowa. W hybrydowym spotkaniu wzięło udział 11 osób (cztery online, siedem osobiście; 10 kobiet i mężczyzna; trzy osoby w wieku 30-44 lata, osiem osób w wieku 45-64 lata).

Podmioty realizujące świadczenia pielęgnarskiej opieki długoterminowej domowej

Uczestnikami spotkania 30 czerwca w Chorzowie byli reprezentanci podmiotów realizujących świadczenia pielęgnarskiej opieki długoterminowej (pielęgnacyjne i opiekuńcze) w Rybniku (woj. śląskie), Poznaniu, Opolu, Chorzowie, Katowicach i Radzionkowie (woj. śląskie). W piątym spotkaniu zorganizowanym przez Koalicję „Na pomoc niesamodzielnym” udział wzięło osiem kobiet i mężczyzna (dwie osoby w przedziale wiekowym 30-44 lata, pozostałe w przedziale wiekowym 45-64 lata).

Reprezentanci DPS

W spotkaniu zorganizowanym 3 lipca w Warszawie uczestniczyli reprezentanci podmiotów realizujących świadczenia z zakresu pomocy społecznej w domach pomocy społecznej – świadczeniodawcy instytucjonalni, którzy świadczą usługi opiekuńcze i specjalistyczne

w Poznaniu, Konstantynowie Łódzkim, Ostrowie Wielkopolskim, Łęczycy (woj. łódzkie), w Dobiegniewie (woj. kujawsko-pomorskie), Siemianowicach Śląskich, Pstrągowej Woli (woj. podkarpackie), Gliniku Dolnym (woj. podkarpackie), Lubawie (woj. warmińsko-mazurskie), Nowej Wsi Ełckiej (woj. warmińsko-mazurskie), Katowicach oraz Gliwicach. W spotkaniu zorganizowanym przez Koalicję „Na pomoc niepełnosprawnym” wzięło udział 11 mężczyzn i trzy kobiety (trzy osoby w przedziale wiekowym 30-44 lata, 10 osób w przedziale wiekowym 45-64 lata i jedna powyżej 64. roku życia).

Prywatne podmioty świadczące całodobową opiekę

Reprezentanci prywatnych podmiotów świadczących usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na rzecz osób wymagających całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności spotkali się 4 lipca we Wrocławiu, w ramach siódmego spotkania konsultacyjnego zorganizowanego przez Koalicję „Na pomoc niesamodzielnym”. W spotkaniu udział wzięło pięciu mężczyzn i kobieta (trzy osoby w wieku 30-44 lata i trzy osoby w przedziale wiekowym 45-64 lata). Uczestnikami byli świadczeniodawcy instytucjonalni, którzy w całodobowych domach opieki we Wrocławiu, Legnicy, Namysłowie (woj. opolskie), Bystrej (woj. śląskie), Katarzynku (woj. wielkopolskie) i Poznaniu realizowali komercyjne usługi pielęgnacyjne i opiekuńcze, zapewniając mieszkańcom wsparcie w aktywnościach życia codziennego i wsparcie psychospołeczne.

Podmioty realizujące świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze z zakresu opieki długoterminowej domowej i w instytucjach

Ósme spotkanie zorganizowane przez Koalicję „Na pomoc niesamodzielnym” odbyło się również we Wrocławiu 4 lipca i było przeznaczone dla podmiotów realizujących świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze z zakresu opieki długoterminowej, zarówno domowej, jak i prowadzonej w instytucjach (ZOL, ZPO, DPS, CDO) we Wrocławiu, Marcinowicach (woj. dolnośląskie), Namysłowie i Poznaniu. Uczestnicy reprezentowali podmioty świadczące usługi pielęgnacyjne

i opiekuńcze na rzecz osób, które wymagają całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych, rehabilitacyjnych i powinny kontynuować leczenie, a także osób niewymagających hospitalizacji, które w ocenie skali poziomu samodzielności (skala Barthel) otrzymały 40 punktów lub mniej. W spotkaniu wzięło udział sześć kobiet i dwóch mężczyzn (jedna osoba w przedziale wiekowym 18-29 lat, dwie w wieku 30-44 i pięć między 45. a 64. rokiem życia).

Prawnicy

Prawnicy specjalizujący się w prawie pomocy społecznej i prawie ubezpieczeń oraz prowadzący kancelarie prawne obsługujące podmioty realizujące świadczenia z zakresu opieki długoterminowej to adresaci dziewiątego, ostatniego, spotkania zorganizowanego przez Koalicję „Na pomoc niesamodzielnym” 5 lipca. Uczestnikami były osoby zapewniające obsługę prawną podmiotom realizującym świadczenia opieki długoterminowej, autorzy publikacji i komentarzy do ustaw z zakresu prawa pomocy społecznej i orzecznictwa o niepełnosprawności. Na co dzień pracowały one na uczelniach i w kancelariach w Krakowie i Warszawie. Udział wzięło pięć osób, w tym cztery kobiety i mężczyzna; były to cztery osoby w wieku 30-44 lata i jedna osoba w przedziale wiekowym 45-64 lata. Spotkanie odbyło się w formule online.

Seniorzy

Trzy spotkania, które zorganizowało Stowarzyszenie MANKO – Głos Seniora odbyły się w Krakowie, w formule hybrydowej. Na pierwsze spotkanie, zorganizowane 3 lipca, zaproszono seniorów, głównie z Krakowa, posiadaczy Ogólnopolskiej Karty Seniora. W spotkaniu wzięły udział 24 osoby (10 online i 14 stacjonarnie; 17 kobiet i siedmiu mężczyzn; cztery osoby w przedziale wiekowym 45-64 lata, 20 osób powyżej 64. roku życia, przy czym zaproszono wyłącznie osoby po 60. roku życia).

Dzieci seniorów

Dzieci seniorów – osoby niezwiązane z organizacjami dla tej grupy wiekowej – wzięły udział w spotkaniu 4 lipca w Krakowie. Obecnych było

25 osób (osiem online, 17 stacjonarnie; 18 kobiet i siedmiu mężczyzn; sześć osób w przedziale wiekowym 18-29 lat, 10 osób w wieku 30-44 lata, sześć osób w wieku 45-64 lata i trzy osoby powyżej 64. roku życia).

Organizacje seniorów

Uczestnikami byli głównie przedstawiciele Uniwersytetów Trzeciego Wieku, w tym Uniwersytet Trzeciego Wieku Akademii Wychonia Fizycznego w Warszawie Uniwersytetu Rolniczego w Krakowie, Stowarzyszenie Łańcucki Uniwersytet Trzeciego Wieku, Redzka Rada Seniorów, Dolnośląska Społeczna Rada Senioralna, Fundacja ad vocem, gmina Cekcyn, Mogilany, Wieliczka, Szkoła SuperBabci z Lublina, Rada Krakowskich Seniorów. W spotkaniu wzięły udział 24 osoby (13 online, 11 stacjonarnie; 18 kobiet i sześciu mężczyzn; trzy osoby w przedziale wiekowym 18-29 lat, pięć osób w wieku 30-44 lata, po osiem osób w wieku 45-64 lata i powyżej 64. roku życia).

ANKIETA BANKU ŚWIATOWEGO

Ankietę wypełniło 246 osób, wśród których 85 proc. stanowiły kobiety. Najwięcej respondentów (59 proc.) należało do grupy wiekowej 45-64 lata, 30 proc. mieściło się w przedziale 30-44 lata, 9 proc. miało ponad 64 lata, a 2 proc. – od 18 do 29 lat. Ponad jedna trzecia (34 proc.) to osoby z miast do 50 tys. mieszkańców, tyle samo mieszkańcy wsi, 9 proc. stanowiły osoby z miast powyżej 100 tys. mieszkańców i kolejne 9 proc. – z miast mieszczących się w przedziale 50 tys.-100 tys. mieszkańców. Blisko dwie trzecie respondentów (61 proc.) to pracownicy sektora udzielającego świadczeń z obszaru opieki długoterminowej, 20 proc. – osoby zaangażowane w organizację opieki, 10 proc. – osoby działające społecznie, 4 proc. – opiekunowie osób korzystających z takiej opieki, 2 proc. – osoby z niej korzystające. Inną rolę w systemie wskazało 4 proc. ankietowanych.

Spośród osób pracujących w sektorach ochrony zdrowia i pomocy społecznej, 77 proc. to pracownicy ROPS, MOPS, GOPS, PCPR i CUS;

10 proc. – pracownicy ZOL lub ZPO; 7 proc. – zatrudnieni w podmiotach świadczących pielęgnarską opiekę długoterminową; 5 proc. – inni opiekunowie formalni (tacy jak: opiekun medyczny, opiekun środowiskowy, opiekun w domu pomocy społecznej, asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej). Spośród respondentów, którzy w ankiecie zadeklarowali, że są zaangażowani w organizację opieki długoterminowej, 30 proc. to osoby kierujące placówką, 29 proc. – pracownicy placówki, kolejne 28 proc. wskazało, że uczestniczy w organizacji opieki długoterminowej na poziomie lokalnym, a 9 proc. – w ramach rodziny.

ANKIETA MINISTERSTWA ZDROWIA

Ankieta Ministerstwa Zdrowia, zamieszczoną na stronie internetowej resortu i rozpowszechnianą pocztą elektroniczną do grup docelowych, wypełniło 1605 osób. Byli to przedstawiciele sektora społecznego (przedstawiciele jednostek samorządu terytorialnego i DPS), sektora zdrowotnego – opieki długoterminowej publicznej, opiekunowie nieformalni, przedstawiciele publicznego sektora zdrowotnego (ZOZ, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, szpital, pielęgniarstwo, lekarze niezwiązani bezpośrednio z opieką długoterminową), ekosystemu (NGO, środowisko akademickie, wolontariat), z sektora prywatnego, z administracji centralnej (administracja rządowa, NFZ), potrzebujący wsparcia oraz inne

OBSZARY ANALIZ

W czasie spotkań konsultacyjnych dyskusje oscylowały wokół sześciu następujących obszarów tematycznych dotyczących opieki długoterminowej:

- potrzeby starzejącego się społeczeństwa,
- cel reformy opieki długoterminowej w Polsce,
- zaangażowanie instytucji w rozwój opieki długoterminowej,
- organizacja opieki długoterminowej,

- finansowanie opieki długoterminowej,
- informacje uzupełniające.

W tak wyznaczonych ramach w czasie konsultacji uszczegóławiano najistotniejsze wątki. W obszarze tym mieściły się także pytania zawarte w ankiecie internetowej Banku Światowego. Ankieta Ministerstwa Zdrowia skupiała się na opiece długoterminowej w sektorze ochrony zdrowia.

OBSZAR I: POTRZEBY STARZEJĄCEGO SIĘ SPOŁECZEŃSTWA

Gmina sołecka

Uczestnicy spotkania w Inowłodzu (mieszkańcy i przedstawiciele gminy sołeckiej) byli zgodni co do tego, że **rodzina** powinna pomagać osobom objętym opieką długoterminową (czy też wspomagać opiekunów), jednak **za niezbędne uznano zewnętrzne wsparcie**. Argumentowano, że rodzina – choć zazwyczaj odgrywa dużą rolę w codziennej opiece – nie ma w tym zakresie fachowych umiejętności. Nierzadko nikt z rodziny poza rodzicem czy dzieckiem nie potrafi zająć się osobą niesamodzielną, co często uniemożliwia zapewnienie jej właściwej opieki. Zwracano również uwagę na sytuacje, gdy rodzina nie jest skłonna do żadnej pomocy.

Uczestniczący w spotkaniu opiekunowie nieformalni zauważali, że **trudno jest liczyć na pomoc sąsiedzką** – sąsiedzi słabo się znają albo są w starszym wieku i sami wymagają opieki. Jako problem wskazano brak młodych ludzi w gminie wiejskiej i niewielkie zainteresowanie sąsiadami. Podkreślano, że w przypadku osób wymagających całodobowej opieki kluczowe jest zapewnienie wsparcia wykwalifikowanego personelu opiekuńczego w adekwatnym wymiarze godzin. Opiekunowie nie wiedzieli np., czy w ich gminie można skorzystać z transportu dla opiekuna czy podopiecznego ani że dostępne są tam systemy teleopieki w postaci opasek SOS. Przedstawiciele władz lokalnych twierdzili, że system funkcjonuje i że mieszkańcy gminy byli informowani o jego działaniu.

Tabela 2. Problemy i rozwiązania w zakresie potrzeb starzejącego się społeczeństwa – przedstawiciele gminy sołeckiej

ZGŁASZANE PROBLEMY I POTRZEBY	WSKAZYWANE CELE I ROZWIĄZANIA
brak wiedzy mieszkańców o dostępnych rozwiązaniach i formach wsparcia	informacyjna rola koordynatora opieki długoterminowej na szczeblu gminy
zbyt mała liczba opiekunów, opiekunowie w podeszłym wieku i w słabej formie, osoby niewystarczająco wykwalifikowane	<ul style="list-style-type: none"> wsparcie przez osoby pomagające w codziennych czynnościach, np. zakupy
niewystarczające wsparcie usługami opiekuńczymi (gmina) dla opiekunów nieformalnych	<ul style="list-style-type: none"> dostarczenie usług opiekuńczych jak najbliższej osoby potrzebującej opieki
skomplikowany system	<ul style="list-style-type: none"> wprowadzenie rozwiązań prawnych w celu lepszego wyznaczenia ról i uproszczenia systemu, powołanie koordynatora opieki długoterminowej
braki kadrowe w ochronie zdrowia (głównie rehabilitacja, terapia zajęciowa) i pomocy społecznej (opiekunowie)	<ul style="list-style-type: none"> zwiększenie finansowania w celu kształcenia kadr i zachęcania do podejmowania pracy w opiece długoterminowej
brak instytucjonalnego wsparcia, takiego jak dzienny dom opieki	<ul style="list-style-type: none"> reorganizacja opieki długoterminowej
brak opieki wytchnieniowej	<ul style="list-style-type: none"> powołanie ośrodka typu DDOM
trudny dostęp do usług i świadczeń	<ul style="list-style-type: none"> reorganizacja opieki długoterminowej
brak dostępu do transportu umożliwiającego dotarcie do miejsc świadczeń	<ul style="list-style-type: none"> organizacja świadczeń jak najbliższej pacjenta, organizacja transportu
brak odpowiednich rozwiązań dla małych gmin	<ul style="list-style-type: none"> zróżnicowanie rozwiązań na szczeblu centralnym i lokalnym
niewydolność opieki instytucjonalnej	<ul style="list-style-type: none"> deinstytucjonalizacja opieki długoterminowej

Przedstawiciele Rzecznika Praw Pacjenta i organizacji pozarządowych

Podczas spotkania w biurze Rzecznika Praw Pacjenta panowała zgoda, że rodzina czy inne bliskie osoby często nie są w stanie zapewnić bliskiemu wystarczającej opieki podczas jego długotrwałej choroby czy rekonwalescencji. Organizacje, które poniekąd wspierają instytucje samorządowe i systemową opiekę zdrowotną, również nie są w stanie zapewnić wsparcia w opiece długoterminowej, które byłoby dostępne dla wszystkich potrzebujących. Przedstawiciele organizacji zrzeszających pacjentów i opiekunów z chorobami rzadkimi podkreślali, że często to opiekun (rodzic) jest najlepiej wykwalifikowany w opiece

długoterminowej, wobec czego należy tak zmieniać i reformować system, by maksymalnie wspierać rodziny czy opiekunów – finansowo, a także poprzez opiekę wytchnieniową i zwiększanie dostępności usług maksymalnie blisko pacjenta.

Tabela 3. Problemy i rozwiązania w zakresie potrzeb starzejącego się społeczeństwa – przedstawiciele Rzecznika Praw Pacjenta i organizacji pozarządowych

ZGŁASZANE PROBLEMY I POTRZEBY	WSKAZYWANE CELE I ROZWIĄZANIA
obciążenie rodziny (zwłaszcza, gdy to rodzina ma najlepszą wiedzę o rzadkiej chorobie podopiecznego)	<ul style="list-style-type: none"> wdrożenie opieki wytchnieniowej reforma zmierzająca do udzielania świadczeń jak najbliżej pacjenta i wspierania opieki nad osobą niesamodzielną w warunkach domowych wsparcie finansowe dla rodzin
niewydolne i niewystarczające lokalne inicjatywy	<ul style="list-style-type: none"> rozwiązania wprowadzane centralnie, w tym zwiększenie finansowania na realizację działań lokalnie
zbyt wolne wprowadzanie do systemu nowych zawodów	<ul style="list-style-type: none"> szybsze wprowadzenie rozwiązań i mechanizmów rozszerzających rolę nowych zawodów w systemie
konieczność działań profilaktycznych	<ul style="list-style-type: none"> finansowanie, wdrażanie systemowe, m.in. w szkołach
problem z dostępnością	<ul style="list-style-type: none"> zwiększenie finansowania, reorganizacja systemu, kształcenie kadr
skomplikowany system, mnogość i rozproszenie usług, chaos informacyjny	<ul style="list-style-type: none"> obligatoryjne wprowadzenie koordynatora

Podmioty odpowiedzialne za rozwiązania i działania w Warszawie

Na spotkaniu dotyczącym Warszawy wskazywano na ogromną rolę rodziny i bliskich w kształtowaniu opieki długoterminowej. Zwracano uwagę na oczekiwanie, by pacjenci będący pod opieką instytucji mogli przebywać w miejscu zamieszkania, gdyż jest to dla nich środowisko najbardziej znane i przyjazne. Twierdzono, że rola rodziny jest tym bardziej istotna, im większy w danej dzielnicy jest odsetek osób starszych. Władze takich dzielnic dostrzegły wagę pomocy wielopokoleniowej w rodzinach i zadeklarowały, że swoimi działaniami próbują wzmocnić i wesprzeć takie rodziny. Osobom starszym objętym

opieką przez członków własnej rodziny dużo łatwiej dostarczać również instytucjonalne formy opieki oferowane przez miasto czy dzielnicę. Podsumowano, że rodzina bezwzględnie musi być wspierana przez instytucje i społeczność lokalną.

Tabela 4. Problemy i rozwiązania w zakresie potrzeb starzejącego się społeczeństwa – podmioty odpowiedzialne za rozwiązania i działania w Warszawie

ZGŁASZANE PROBLEMY I POTRZEBY	WSKAZYWANE CELE I ROZWIĄZANIA
głównie rodzina odgrywa rolę w opiece	<ul style="list-style-type: none"> wspieranie rodzin, wspieranie opieki w środowisku rodzinnym, domowym, stwarzanie narzędzi dla rodzin
różnice w strukturze wiekowej pomiędzy dzielnicami miasta	<ul style="list-style-type: none"> kształtowanie strategii opieki długoterminowej dzielnicy dostosowane do struktury wiekowej
indywidualne potrzeby dzielnic	<ul style="list-style-type: none"> angażowanie społeczności lokalnej w budżet partycypacyjny
mnożość instytucji (np. 7 w mieście kształtujących politykę zdrowotną)	<ul style="list-style-type: none"> koordynacja usług
inne grupy niż seniorzy kwalifikujące się do wsparcia są mniej zauważalne przez instytucje publiczne	<ul style="list-style-type: none"> większa koncentracja na rozwiązaniach dotyczących osób niebędących seniorami a kwalifikujących się do wsparcia
problem (niefinansowy) z zapewnieniem opiekunów oraz jakością usług	<ul style="list-style-type: none"> zwiększenie roli CUS w organizacji opieki kształcenie kadr wzmacnianie roli lokalnych społeczności lepsze monitorowanie firm startujących w przetargach i oferujących usługi opiekuńcze zmiany w zakresie organizacji usług stworzenie systemu wsparcia dla opiekunów z organizacji pozarządowych

Przedstawiciele gmin, powiatów, województw, ośrodków zajmujących się pomocą społeczną – I grupa

Uczestnicy spotkania z udziałem przedstawicieli województw, powiatów, gmin i ośrodków zajmujących się pomocą społeczną wskazywali na wiodącą rolę rodziny i bliskich w sprawowaniu opieki długoterminowej, a w związku z tym na potrzebę indywidualnego wsparcia rodziny, zwiększanie liczby podmiotów świadczących opiekę wytchnieniową dla opiekunów faktycznych. Zaznaczano, że bardzo dużym zainteresowaniem cieszą się ośrodki, które świadczą dzienną i czasową opiekę całodobową.

Tabela 5. Problemy i rozwiązania w zakresie potrzeb starzejącego się społeczeństwa – przedstawiciele gmin, powiatów, województw, ośrodków zajmujących się pomocą społeczną – I grupa

ZGŁASZANE PROBLEMY I POTRZEBY	WSKAZYWANE CELE I ROZWIĄZANIA
obciążenie rodzin, rodziny nie stać na DPS	<ul style="list-style-type: none"> indywidualne wsparcie opieka wytchnieniowa edukacja wsparcie finansowe zwiększenie roli teleopieki
za mała liczba miejsc opieki całodobowej	<ul style="list-style-type: none"> stworzenie systemowego rozwiązania wspierającego obecne instytucje takie jak DPS, ZOL, DDOM
zagubienie rodzin w systemie	<ul style="list-style-type: none"> szkolenia dla rodzin zapewnienie opieki poszpitalnej i opracowywanie indywidualnych planów opieki udzielanie informacji przez koordynatora opieki
niedobór opiekunów i narzędzi, szczególnie w małych miejscowościach	<ul style="list-style-type: none"> wzmocnienie profilaktyki działania w kierunku deinstytucjonalizacji kształcenie kadr zrównanie wynagrodzeń w sektorze ochrony zdrowia i opieki społecznej
rozproszenie usług na terenie kraju i problemy organizacyjne	<ul style="list-style-type: none"> koordynacja usług
problemy z koordynacją między sektorami ochrony zdrowia i pomocy społecznej	<ul style="list-style-type: none"> konieczność wprowadzenia ścieżek postępowania w sytuacjach nagłej potrzeby objęcia pacjenta opieką długoterminową wprowadzenie funkcji koordynatora
różnice w dostępie do ZOL i DPS wynikające m.in. z nierówności w finansowaniu	<ul style="list-style-type: none"> zrównanie finansowania
brak kontynuacji unijnych projektów wraz z końcem dofinansowania (np. DDOM)	<ul style="list-style-type: none"> wydłużenie finansowania wzmacnianie szpitalnych form opieki i form przejściowych
bariery architektoniczne	<ul style="list-style-type: none"> systemowe podejście do problemu

Przedstawiciele gmin, powiatów, województw, ośrodków zajmujących się pomocą społeczną – II grupa

Istotność rodziny i bliskich w opiece podkreślano także podczas spotkania z przedstawicielami m.in. urzędów i instytucji im podległych. Wśród obecnych była konsultant krajowa w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, która wskazywała, jak ważną rolę zarówno w opiece

paliatywnej, jak i długoterminowej odgrywa opieka domowa. Zwracano uwagę, że nie można zapominać o tym aspekcie, a tworząc system opieki, zawsze należy dążyć do tego, by opieka domowa była jego podstawą.

Na spotkaniu podkreślano wagę pomocy społeczności lokalnej, pomocy sąsiedzkiej na zasadach wolontariatu. Zwracano uwagę, że aby ten kierunek rozwijać, należy organizować szkolenia i inne formy edukacji dla osób, które chcą pełnić takie role społeczne. Do działań w tym zakresie należy pobudzić lokalne władze – podkreślono.

Tabela 6. Problemy i rozwiązania w zakresie potrzeb starzejącego się społeczeństwa – przedstawiciele gmin, powiatów, województw, ośrodków zajmujących się pomocą społeczną – II grupa

ZGŁASZANE PROBLEMY I POTRZEBY	WSKAZYWANE CELE I ROZWIĄZANIA
potrzeba działań opierających opiekę długoterminową na opiece domowej	<ul style="list-style-type: none"> • wsparcie rodzin • wzmacnianie lokalnych struktur pomocy sąsiedzkiej • szkolenia • zapewnienie kadr wspierających
potrzeba rozwoju wolontariatu	<ul style="list-style-type: none"> • szkolenia • motywowanie lokalnych władz do wprowadzenia wolontariatu do systemu
nieskoordynowane, a w niektórych aspektach przenikające się, opieka paliatywna i opieka długoterminowa	<ul style="list-style-type: none"> • połączenie w części aspektów systemu opieki paliatywnej i systemu opieki długoterminowej • kierowanie do poszczególnych usług w obu systemach, a nie do jednego z nich • odejście od systemu sektorowego, elastyczne podejście do potrzeb pacjenta

Podmioty realizujące świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie

Podczas pierwszego z cyklu spotkań organizowanych przez Koalicję „Na pomoc niesamodzielnym”, z udziałem osób zajmujących się opieką pacjentami wentylowanymi mechanicznie, podkreślano, że rodzina musi mieć zapewniony właściwy kontakt z instytucjami, które opiekują się pacjentem. Aby zapewnić właściwą opiekę, osoby będące najbliżej pacjenta powinny być edukowane w zakresie profilaktyki zdrowotnej,

a także mieć dobry dostęp do planów diet, zdrowej żywności i odpowiednich wyrobów medycznych dla osób starszych i przewlekle chorych, dla których żywienie jest bardzo ważne. Zauważono, że rodzina w opiece długoterminowej daje pacjentowi komfort psychiczny, ale nie może być skazywana na 24-godzinną opiekę nad przewlekle chorym, który często zmagają się z wielochorobowością. Rodzinę trzeba odciążyć, gdyż obecnie państwo przerzuca ciężar opieki właśnie na rodzinę, podczas gdy system odgrywa poboczną rolę, a świadczenia w ramach różnych sektorów nie są skoordynowane – podkreślano.

Tabela 7. Problemy i rozwiązania w zakresie potrzeb starzejącego się społeczeństwa – podmioty realizujące świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie

ZGŁASZANE PROBLEMY I POTRZEBY	WSKAZYWANE CELE I ROZWIĄZANIA
w wyniku odchodzenia od modelu rodziny wielopokoleniowej opieka spoczywa na najbliższej rodzinie	<ul style="list-style-type: none"> instytucjonalne wsparcie rodzin, edukacja rodzin w zakresie właściwej opieki, diety dla podopiecznego, wyrobów medycznych i profilaktyki zdrowotnej stworzenie przez społeczność lokalną odpowiednich warunków rodzinom do opieki nad najbliższymi wdrożenie narzędzi teleopieki zapewnienie w systemie właściwej liczby personelu
nieskoordynowane świadczenia	<ul style="list-style-type: none"> szeroko skoordynowane wsparcie medyczne i socjalne, komplementarne działanie instytucji, sektorów i personelu
brak poczucia bezpieczeństwa	<ul style="list-style-type: none"> wdrożenie systemu ubezpieczeń senioralnych, by zapewnić godną starość w ośrodkach opiekuńczych

Reprezentanci ZOL i ZPO

Na spotkaniu z przedstawicielami ZOL i ZPO w kontekście rodzin mówiono o szeroko pojętej profilaktyce zdrowotnej i zajęciowej. Podkreślano, że opieka domowa – prowadzona przy zewnętrznym wsparciu i w sposób świadomy – to element opieki skoordynowanej, której celem jest kierowanie do placówek wyłącznie osób wymagających całodobowych świadczeń i opieki w zakresie zdrowia.

Zwracano uwagę, że obecnie w takich placówkach przebywają zarówno osoby wymagające podstawowych świadczeń opiekuńczych, jak i te potrzebujące świadczeń specjalistycznych, zdrowotnych. Jak wskazywali uczestnicy, brakuje działań systemowych, które obejmowałyby rodziny pacjentów, a przez to do ZOL lub ZPO trafiają osoby, których stan zdrowia umożliwiłby im przebywanie w domu.

Tabela 8. Problemy i rozwiązania w zakresie potrzeb starzejącego się społeczeństwa – reprezentanci ZOL i ZPO

ZGŁASZANE PROBLEMY I POTRZEBY	WSKAZYWANE CELE I ROZWIĄZANIA
brak działań systemowych dla rodzin opiekunów, wobec czego do ZOL i ZPO trafiają osoby, których stan zdrowia pozwalałby im na przebywanie w domu	<ul style="list-style-type: none"> wspieranie rodzin w opiece domowej, będącej elementem opieki skoordynowanej wspieranie rodzin w zakresie dbania o profilaktykę zdrowotną i zajęciową wobec podopiecznego
zagubienie rodzin w sytuacji nagłej	<ul style="list-style-type: none"> przy wypisie ze szpitala rzetelne informowanie rodzin niesamodzielnego pacjenta o ścieżkach wsparcia – wdrożenie narzędzi edukacja zadbanie o spójność komunikacyjną między sektorami
zbyt mała rola społeczności lokalnej we wspieraniu osób niesamodzielnych	<ul style="list-style-type: none"> wyposażanie społeczeństwa w niezbędną wiedzę i uwrażliwianie
zwiększenie dostępności do świadczeń	<ul style="list-style-type: none"> zwiększenie finansowania, inwestycja w kadry

Przedstawiciele podmiotów realizujących świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej

Przedstawiciele podmiotów realizujących usługi w ramach podstawowej opieki zdrowotnej zwracali uwagę na ogromne zagubienie pacjentów i ich rodzin w systemie. Wskazywano, że rodzina sprawująca opiekę często nie wie, jak skorzystać z poszczególnych usług, gdzie się zgłosić. Zwracano uwagę na zawiłość systemu i problem z dostępem np. do terapii zajęciowej, rehabilitacji oraz fizjoterapii.

Tabela 9. Problemy i rozwiązania w zakresie potrzeb starzejącego się społeczeństwa – przedstawiciele podmiotów realizujących świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej

ZGŁASZANE PROBLEMY I POTRZEBY	WSKAZYWANE CELE I ROZWIĄZANIA
zagubienie pacjentów i rodzin w skomplikowanym systemie	<ul style="list-style-type: none"> narzędzia do kształcenia i edukacji rodzin, stworzenie narzędzi dostępu do informacji dla seniorów (państwo)
problem z dostępem m.in. do terapeutów zajęciowych, rehabilitacji, fizjoterapii	<ul style="list-style-type: none"> Zwiększenie dostępności do usługi z zakresu fizjoterapii na poziomie lokalnym
nadmierne obciążenie lekarzy i pielęgniarek	<ul style="list-style-type: none"> wdrażanie mechanizmów ułatwiających rodzinom sprawowanie opieki domowej
konieczność zadbania o opiekuna	<ul style="list-style-type: none"> wdrażanie przez państwo opieki wytchnieniowej, prowadzenie analizy potencjału opiekuńczego, uproszczenie systemu

Podmioty zajmujące się pomocą społeczną

Uczestnicy spotkania zorganizowanego dla podmiotów zajmujących się pomocą społeczną (ROPS, PCPR, OPS, CUS) podkreślali rolę rodziny w sprawowaniu opieki nad osobami starszymi oraz osobami z niepełnosprawnościami. Zwracano uwagę na problemy, z jakimi muszą mierzyć się rodziny, oraz potrzeby takich rodzin, np. w zakresie edukacji. Zauważono również, że aspekt edukacji ma znaczenie pod względem przygotowania się do starości, wytknięto brak odpowiedniego poinformowania, komunikacji i problem z dostępem do programów profilaktycznych. Podkreślano konieczność zapewnienia opiekunom wsparcia psychologicznego.

Tabela 10. Problemy i rozwiązania w zakresie potrzeb starzejącego się społeczeństwa – podmioty zajmujące się pomocą społeczną

ZGŁASZANE PROBLEMY I POTRZEBY	WSKAZYWANE CELE I ROZWIĄZANIA
w społeczeństwie niewystarczająca wiedza i świadomość problemów związanych z niesamodzielną starością	<ul style="list-style-type: none"> ● prowadzenie przez państwo edukacji rodzin osób niesamodzielnych, w tym edukacji dotyczącej własnej starości i profilaktyki niesamodzielną
problem z dostępem do profilaktyki zdrowotnej oraz usług zdrowotnych i społecznych, szczególnie w małych miejscowościach, z podkreśleniem rehabilitacji	<ul style="list-style-type: none"> ● kompleksowe podejście państwa do opieki, zwiększenie finansowania ● podjęcie działań umożliwiających skrócenie czasu oczekiwania na rehabilitację, przede wszystkim w małych miejscowościach
zagubienie w systemie, szczególnie w sytuacjach nagłych i np. przy wypisie ze szpitala	<ul style="list-style-type: none"> ● przygotowanie standardowego pakietu informacji ● koordynacja usprawniająca informowanie przez instytucje publiczne o ścieżkach postępowania w systemie ● wsparcie psychiczne dla opiekunów

Podmioty realizujące świadczenia pielęgniarstwa domowej opieki długoterminowej

Na spotkaniu z udziałem reprezentantów podmiotów świadczących pielęgniarstwem domową opieką długoterminową także mówiono o profilaktyce i dostępie do zdrowej żywności oraz o znaczeniu aktywności fizycznej. Podkreślano, że aby rodzina mogła dobrze odgrywać swoją rolę w opiece nad osobą potrzebującą pomocy (m.in. poprzez edukowanie tej osoby o profilaktyce zdrowotnej), sama powinna otrzymać wsparcie i otrzymać odpowiednią wiedzę. Na spotkaniu pojawił się pomysł wprowadzenia **asystenta regionalnego**, tj. osoby znającej daną miejscowość czy gminę, będącej w stanie skoordynować pomoc udzielaną rodzinie – tak by bliscy pacjenta wiedzieli, gdzie mają się udać (opieka społeczna, placówka zdrowotna, rehabilitacja), z uwzględnieniem faktycznych potrzeb pacjenta. Mówiono również o roli rodziny w zapewnieniu niesamodzielnemu bliskiemu poczucia bezpieczeństwa i komfortu psychicznego, by czuł się nadal potrzebny. Na spotkaniu wybrzmiało, że najważniejsze w działaniach na poziomie społeczności lokalnej jest poszerzenie świadomości na temat

pozyskiwania informacji o dostępnych formach wsparcia w systemie opieki. Ułatwienie dostępu do usług ochrony zdrowia wskazano jako priorytet dla instytucji publicznych i państwa. Wskazano istotność koordynacji w ramach ochrony zdrowia i opieki społecznej.

Tabela 11. Problemy i rozwiązania w zakresie potrzeb starzejącego się społeczeństwa – podmioty realizujące świadczenia pielęgnarskiej domowej opieki długoterminowej

ZGŁASZANE PROBLEMY I POTRZEBY	WSKAZYWANE CELE I ROZWIĄZANIA
zbyt niska świadomość w kwestiach związanych ze zdrowiem	<ul style="list-style-type: none"> działania profilaktyczne i edukacyjne skierowane przez państwo do osób niesamodzielnych, ich rodzin oraz społeczeństwa, aktywizowanie społeczeństwa
niewiedza społeczeństwa w zakresie poruszania się po systemie	<ul style="list-style-type: none"> wprowadzenie asystenta regionalnego, który lokalnie koordynowałby pomoc dla rodzin i ich podopiecznych, edukacja
niewydolność systemu	<ul style="list-style-type: none"> uzupełnianie luk w systemie przez społeczność lokalną
problem z dostępnością świadczeń oraz pozyskiwaniem informacji na temat opieki długoterminowej	<ul style="list-style-type: none"> ułatwienie dostępu do świadczeń i ich koordynacja przez państwo utworzenie funkcji koordynatorów wdrażanie rozwiązań teleopieki zwiększenie finansowania wzmacnianie kadr

Reprezentanci DPS

Zaproszeni na spotkanie przedstawiciele domów pomocy społecznej zgodnie wskazali rozwój profilaktyki jako istotną kwestię, w której znaczenie ma postawa rodziny. Uwagę zwracano szczególnie na profilaktykę niesamodzielności, np. w przebiegu chorób przewlekłych. Podkreślano, że rolą członków rodziny jest zapewnienie dostępu do zdrowej żywności i dopilnowanie, aby ich bliscy starzeli się w dobrej kondycji. Mówiono o udostępnianiu seniorom miejsc aktywności fizycznej, a także o uświadamianiu rodzinom, jakie wsparcie przysługuje im samym i ich podopiecznym.

Przedstawiciele DPS zgodnie ocenili, że to społeczność lokalna powinna podejmować działania pozwalające na szerszy dostęp do usług pomocy

społecznej, rozumiane również jako poszerzanie świadomości i wiedzy wśród sąsiadów i osób najbliższych z otoczenia.

Osoby reprezentujące DPS jednomyślnie wskazały też główne zadania, jakie ich zdaniem powinny spełniać instytucje publiczne oraz państwo, by udzielać odpowiednie wsparcie osobom starszym i przewlekle chorym. Wskazano tu zapewnienie dostępu do usług ochrony zdrowia i usług pomocy społecznej (w tym różnego rodzaju świadczeń i personelu, także świadczeń w miejscu zamieszkania). Istotne zadanie wymienione kilkakrotnie to dostęp do usług terapeutów zajęciowych oraz fizjoterapeutów w zakresie treningów umiejętności kompensujących utraconą sprawność.

Tabela 12. Problemy i rozwiązania w zakresie potrzeb starzejącego się społeczeństwa – reprezentanci DPS

ZGŁASZANE PROBLEMY I POTRZEBY	WSKAZYWANE CELE I ROZWIĄZANIA
konieczność wzmocnienia świadomości o znaczeniu własnego zdrowia i poprawy jego stanu	<ul style="list-style-type: none"> zwiększanie dostępu do świadczeń, profilaktyki, miejsc aktywności, zdrowej diety, kadr (szczególnie do terapeutów zajęciowych i fizjoterapeutów)
zbyt mała wiedza pacjentów i rodzin na temat zachowań prozdrowotnych oraz systemu	<ul style="list-style-type: none"> edukacja
niewykorzystywanie potencjału narzędzi teleopieki	<ul style="list-style-type: none"> wdrożenie systemów zdalnego monitorowania zdrowia, nowoczesnych technologii
wykluczenie społeczne	<ul style="list-style-type: none"> aktywizacja zawodowa, kulturowa i społeczna, organizowanie służących temu miejsc i wydarzeń
problem z dostępnością świadczeń	<ul style="list-style-type: none"> zwiększenie finansowania inwestycje w kadry zmiany w prawie

Prywatne podmioty świadczące całodobową opiekę

Przedstawiciele prywatnych podmiotów świadczących całodobową opiekę w kontekście rodzin wskazywali wątek dostępności wsparcia, gdy coś już się wydarzy i jest ono natychmiast potrzebne. Zwracali uwagę, że bardziej niż działania profilaktyczne istotne są w tym kontekście działania zwiększające dostęp do usług ochrony zdrowia.

W kontekście roli rodzin rozmawiano też o finansowaniu pobytu osób starszych w prywatnych placówkach. Zwracano uwagę, że zazwyczaj do całodobowych placówek opiekuńczych trafiają osoby, którymi już bardzo trudno jest się zajmować i jednocześnie nadal funkcjonować w społeczeństwie. Mówiono o sytuacjach, gdy pomoc sąsiadów, przyjaciół czy rodziny już nie wystarcza.

Jako główne działanie instytucji publicznych i państwa wskazano zapewnienie dostępu do ochrony zdrowia (w tym fizjoterapeutów) i do usług pomocy społecznej.

Tabela 13. Problemy i rozwiązania w zakresie potrzeb starzejącego się społeczeństwa – prywatne podmioty świadczące całodobową opiekę

ZGŁASZANE PROBLEMY I POTRZEBY	WSKAZYWANE CELE I REKOMENDACJE
nieprzygotowanie zarówno pacjentów, jak i systemu na sytuacje nagłe	<ul style="list-style-type: none"> zwiększenie dostępu do adekwatnej pomocy
nierealizowanie w prywatnych placówkach bezpłatnych świadczeń w ramach pomocy społecznej, koszty obciążające podopiecznych i rodziny	<ul style="list-style-type: none"> zmiany systemowe
różnice w podejściu do wywiadów alimentacyjnych, dotyczących ponoszenia kosztów opieki przez dzieci mieszkające w Polsce i za granicą	<ul style="list-style-type: none"> zmiany w przepisach ujednolicające zasady wywiadów alimentacyjnych, pozwalające na obciążanie kosztami także dzieci mieszkających za granicą
zbyt małe angażowanie się społeczności lokalnych w opiekę, np. sąsiedzką	<ul style="list-style-type: none"> wynagrodzenia dla osób pomagających osobom niesamodzielnym w codziennych czynnościach, nieobciążanie ich dodatkową odpowiedzialnością – gwarancja ochrony
problem z dostępnością świadczeń	<ul style="list-style-type: none"> zwiększenie finansowania i bardziej efektywne wykorzystywanie przez państwo sektora prywatnego
niewiedza osób potrzebujących wsparcia	<ul style="list-style-type: none"> działania edukacyjne
gorsze gospodarowanie środkami finansowymi w placówkach publicznych niż prywatnych	<ul style="list-style-type: none"> lepsz kontrola wydatków

Podmioty realizujące świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze z zakresu długoterminowej opieki domowej i w instytucjach

Według uczestników spotkania zorganizowanego dla podmiotów świadczących długoterminową opiekę domową i w instytucjach (ZOL,

ZPO, DPS, CDO) do zadań rodziny należą przede wszystkim działania profilaktyczne oraz zapewnienie osobie starszej i przewlekle chorej dostępu do odpowiedniej diety i zdrowej żywności. Wskazywali, że również rodzina powinna zadbać o dostęp do usług terapeutów oraz fizjoterapeutów. Jak podkreślali, konieczne jest zapewnienie wsparcia psychologicznego zarówno podopiecznym, jak i ich opiekunom, oraz wdrażanie innych rozwiązań, np. opieki wytchnieniowej.

Większość grupy do zadań społeczności lokalnej zaliczyła zapewnienie dostępu do usług pomocy społecznej (w tym świadczonych w miejscu zamieszkania) oraz wykwalifikowanego personelu. Część uczestników wskazała również konieczność zwiększenia dostępu do usług ochrony zdrowia.

Osoby biorące udział w spotkaniu jako priorytet dla instytucji publicznych i państwa wskazały zapewnienie dostępu do usług ochrony zdrowia.

Tabela 14. Problemy i rozwiązania w zakresie potrzeb starzejącego się społeczeństwa – podmioty realizujące świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze z zakresu opieki długoterminowej domowej i w instytucjach

ZGŁASZANE PROBLEMY I POTRZEBY	WSKAZYWANE CELE I ROZWIĄZANIA
konieczność odciążenia rodzin odpowiedzialnych za opiekę nad osobą niesamodzielną	<ul style="list-style-type: none"> wsparcie psychologiczne i wytchnieniowe
błądzenie po systemie	<ul style="list-style-type: none"> przewodnik po systemie, spotkania informacyjne
potrzeba większego angażowania społeczności lokalnej	<ul style="list-style-type: none"> system współfinansowania ze środków publicznych zachęcający gminy i powiaty do organizowania pomocy lokalnej
problem z dostępem do świadczeń i kadr	<ul style="list-style-type: none"> zwiększenie finansowania
brak koordynacji sektorów zdrowia i opieki społecznej	<ul style="list-style-type: none"> wprowadzenie koordynatora
problem z finansowaniem	<ul style="list-style-type: none"> wydzielenie ze składek ZUS odrębnej kwoty na przyszłą opiekę długoterminową, niezależnie od miejsca świadczenia opieki (dom lub instytucja)

Prawnicy

Na spotkaniu z udziałem grupy prawników uznali oni, że najważniejszym zadaniem rodziny osoby niesamodzielnej powinno być dbanie o tzw. potrzeby miękkie osoby starszej bądź przewlekle chorej, do których zaliczyć można jej dobrostan psychiczny oraz poczucie komfortu w domu i najbliższym otoczeniu. Podkreślano również znaczenie działań na rzecz ograniczania samotności i izolacji osób starszych, niesamodzielnych i przewlekle chorych. Zaznaczano, że gdy zapewnienie wsparcia takim osobom przez rodzinę nie jest możliwe, należy uruchomić działania systemowe, aby nie zostały one bez pomocy.

Zdaniem prawników do najważniejszych zadań społeczności lokalnej i samorządów powinno należeć zwiększenie dostępu do miejsc, w których można dbać o aktywność fizyczną.

Za główne zadanie instytucji publicznych i państwa uznano zapewnienie dostępu do usług ochrony zdrowia oraz teleopieki.

Tabela 15. Problemy i rozwiązania w zakresie potrzeb starzejącego się społeczeństwa – prawnicy

ZGŁASZANE PROBLEMY I POTRZEBY	WSKAZYWANE CELE I ROZWIĄZANIA
osamotnienie osoby niesamodzielnej	<ul style="list-style-type: none">• w przypadku braku wsparcia ze strony rodziny uruchomienie rozwiązań systemowych, np. wynikających z obowiązku alimentacyjnego• aktywizacja poprzez tworzenie miejsc aktywności i wydarzeń integrujących• stworzenie systemu przeciw alienacji osób starszych analogicznie do procedury Niebieskiej Karty (systemu pomocy dla osób, które doznają przemocy domowej)
potrzeba zwiększenia elastyczności w pomocy społecznej dopasowanej do podopiecznego	<ul style="list-style-type: none">• zwiększenie wynagrodzeń dla pracowników opieki społecznej
problemy z finansowaniem, brak mechanizmów egzekwujących i normatywnych	<ul style="list-style-type: none">• analizy bieżących przychodów jednostki i rodziny w celu odpowiedniego finansowania i uporządkowania systemu

Seniorzy, dzieci seniorów, organizacje seniorów

Podczas trzech spotkań organizowanych przez Stowarzyszenie MANKO – Głos Seniora wiele mówiono o odżywianiu i profilaktyce. Seniorzy zwracali uwagę, że rolą rodziny jest dbanie o zdrowe odżywianie osoby wymagającej opieki, a przy okazji zaznaczyli, że należy przestać reklamować suplementy diety. Seniorzy, ich dzieci i organizacje seniorów zaznaczały, że rodzina, społeczność lokalna i instytucje publiczne powinny angażować się w promowanie i rozwój profilaktyki.

Tabela 16. Problemy i rozwiązania w zakresie potrzeb starzejącego się społeczeństwa – seniorzy, ich dzieci, organizacje seniorów

ZGŁASZANE PROBLEMY I POTRZEBY	WSKAZYWANE CELE I ROZWIĄZANIA
konieczność wzmocnienia roli profilaktyki	<ul style="list-style-type: none">• wspieranie wolontariatu• tworzenie miejsc aktywności i integracji osób zagrożonych wykluczeniem, dofinansowanie korzystania z takich miejsc w przypadku istnienia obowiązku opłat• promocja profilaktyki i zdrowego stylu życia• zwiększanie roli organizacji pozarządowych w systemie• zniesienie limitu wieku na badania profilaktyczne
konieczność ułatwienia dostępu do lekarzy specjalistów i świadczeń z zakresu ochrony zdrowia i opieki społecznej	<ul style="list-style-type: none">• ograniczenie wymogu skierowań do specjalistów• stworzenie w gminach centrów profilaktycznych umożliwiających przeprowadzenie kompleksowych badań• wprowadzenie centralnej rejestracji pokazującej, gdzie i kiedy jest możliwość szybkiego zapisania się na wizytę do lekarza• wykorzystywanie nowoczesnych technologii i teleopieki• zachęty (w tym finansowe) dla kadr, promocja wolontariatu
konieczność odciążania rodziny opiekującej się osobą niesamodzielną	<ul style="list-style-type: none">• wdrażanie opieki wytchnieniowej

OBSZAR II: CEL REFORMY OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W POLSCE

ELEMENTY REFORMY, GŁÓWNE ASPEKTY WYMAGAJĄCE ZMIAN

Jako najważniejsze aspekty systemu opieki długoterminowej wymagające zmiany podejścia uczestnicy spotkań konsultacyjnych najczęściej wskazywali: konieczność zwiększenia finansowania, kształcenie wyspecjalizowanego personelu, dla którego równocześnie powinny powstać zachęty do podejmowania pracy w opiece długoterminowej (przede wszystkim w pomocy społecznej), oraz skoordynowanie usług świadczonych w systemie ochrony zdrowia i w systemie pomocy społecznej. Finansowanie znalazło się na pierwszym miejscu w odpowiedziach udzielonych zarówno w ankiecie internetowej BŚ, jak i w ankiecie MZ. W pierwszym kwestionariuszu i na większości spotkań uczestnicy opowiedzieli się za wprowadzeniem zmian poprzez przyjęcie odrębnej ustawy dotyczącej opieki długoterminowej. Część osób miała wątpliwości lub nie miała zdania co do konieczności ujęcia rozwiązań w jednej ustawie. Często w dyskusjach pojawiał się temat wsparcia opiekunów i potrzeby wzmocnienia opieki wytchnieniowej.

Tabela 17. Podsumowanie konsultacji – cel i zakres reformy opieki długoterminowej

SPOTKANIE	OBSZARY DO ZMIANY	CELE I ROZWIĄZANIA	OPINIA
Gmina sołecka	<ul style="list-style-type: none"> • ujęcie rozwiązań finansowych (na poziomie centralnym i lokalnym) • brak monitorowania jakości środków medycznych i sprzętu • brak koordynacji w opiece zdrowotnej i pomocy społecznej 		brak zdania
Przedstawiciele Rzecznika Praw Pacjenta i organizacji pozarządowych	<ul style="list-style-type: none"> • finansowanie • kształcenie kadr • edukacja • system opiekunów domowych • dystrybucja środków medycznych i sprzętu rehabilitacyjnego 	<ul style="list-style-type: none"> • zwiększenie finansowania na poziomie centralnym, optymalizacja wydatkowania na poziomie lokalnym, zgodnie z mapami potrzeb • wydatki celowe dopasowane do potrzeb w konkretnej gminie • zmiany w ulgach lub podatkach na rzecz formalnego zatrudnienia opiekuna (fundusz lub dofinansowanie) • zmiany systemowe w kształceniu, wspieranie inicjatyw zwiększających liczbę kadr, włączenie kadr spoza Polski przy konieczności zachowania wysokiej jakości usług • tworzenie placówek DDOM • zapewnienie opiekunom wsparcia psychologicznego • upowszechnienie funkcji koordynatora • racjonalne wykorzystywanie usług z zakresu e-zdrowia i teleopieki • dostosowywanie opieki długoterminowej do grup o zróżnicowanych potrzebach • rozwój szpitalnej opieki długoterminowej 	pozytywna
Podmioty odpowiedzialne za rozwiązania i działania w Warszawie	<ul style="list-style-type: none"> • finansowanie • konieczność zwiększenia liczby kadr • koordynacja działań • opieka poszpitalna, ciągłość opieki • koordynacja opieki na poziomie lokalnym między ochroną zdrowia a pomocą społeczną • edukacja i profilaktyka zdrowotna • e-zdrowie i obszar nowoczesnych technologii 	<ul style="list-style-type: none"> • zwiększenie finansowania na poziomie centralnym • zwiększenie swobody wydatków celowanych • wprowadzenie funkcji koordynatora, wzmocnienie roli CUS • wprowadzenie standardu związanego z usługami z zakresu e-zdrowia i teleopieki • zmiany w sposobie wyłaniania firm świadczących usługi opiekuńcze, monitorowanie standardów i jakości usług • zapewnienie miejsc opieki poszpitalnej • systemowy rozwój narzędzi teleinformatycznych w urzędach i instytucjach 	zgłaszane wątpliwości

SPOTKANIE	OBSZARY DO ZMIANY	CELE I ROZWIĄZANIA	OPINIA
Przedstawiciele gmin, powiatów, województw, ośrodków zajmujących się pomocą społeczną – I. grupa	<ul style="list-style-type: none"> koordynacja świadczeń, wspieranie istniejących struktur (DPS, ZOL, DDOM) kształcenie kadr opieka poszpitalna zwiększenie finansowania, w tym kadr 	<ul style="list-style-type: none"> deinstytucjonalizacja opieki upowszechnienie funkcji koordynatora rozwój rozwiązań z zakresu teleopieki wzmacnianie kadry pomocniczej zrównanie wynagrodzeń w opiece długoterminowej w sektorach ochrony zdrowia i pomocy społecznej monitoring jakości usług 	zdania podzielone
Przedstawiciele gmin, powiatów, województw, ośrodków zajmujących się pomocą społeczną – II grupa	<ul style="list-style-type: none"> zwiększenie finansowania kadry opieka wytchnieniowa 	<ul style="list-style-type: none"> indywidualne plany opieki zamiast sztywnych zapisów dotyczących liczby usług właściwe rozdzielanie kompetencji pielęgniarek, opiekunów medycznych itp., optymalne wykorzystywanie zasobów kadrowych utrzymywanie i tworzenie placówek DDOM 	brak zdania
Podmioty realizujące świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie	<ul style="list-style-type: none"> reorganizacja opieki szpitalnej finansowanie kadry rozwiązania prawne 	<ul style="list-style-type: none"> zmiany w finansowaniu świadczeń powodujące ograniczanie przebywania w szpitalu oraz wzmacnianie opieki domowej i w instytucjach poszerzenie usług i podwyższenie ich jakości integracja opieki zdrowotnej i polityki socjalnej na każdym szczeblu zapewnienie wieloletniego finansowania i zwiększenie personelu w opiece długoterminowej sformalizowana rola opiekuna w opiece domowej, utworzenie miejsc zatrudnienia, ścieżek rozwoju i standardów dla personelu 	ustawa jako kolejny etap zmian na podstawie nowej strategii, jedynie jako narzędzie
Reprezentanci ZOL i ZPO	<ul style="list-style-type: none"> koordynacja działań w ochronie zdrowia i opiece społecznej finansowanie opieka wytchnieniowa 	<ul style="list-style-type: none"> zwiększenie dostępności usług opieki długoterminowej zwiększenie finansowania wprowadzenie nowych możliwości płacenia za opiekę długoterminową (np. dodatkowe ubezpieczenie) ustanowienie jednego organu zarządzającego opieką długoterminową zwiększenie dostępności usług środowiskowych, szczególnie w małych placówkach odrębnie usankcjonowane normy zatrudnienia w opiece długoterminowej 	zgoda
Przedstawiciele podmiotów realizujących świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej	<ul style="list-style-type: none"> zarządzanie edukacja redefinicja niesamodzielności orzecznictwo finansowanie kształcenie kadr 	<ul style="list-style-type: none"> zarządzanie lokalne i regionalne opieką długoterminową; sprawdzanie i nadzorowanie z poziomu centralnego utworzenie instytucji nadzorującej jakość usług i zarządzającej analiza braków kadrowych i inwestycja w kształcenie 	zdania podzielone

SPOTKANIE	OBSZARY DO ZMIANY	CELE I ROZWIĄZANIA	OPINIA
		<ul style="list-style-type: none"> monitorowanie przez państwo jakości i walka ze szkodliwymi praktykami (takimi jak podbieranie kadr z sektora pomocy społecznej czy sieciowanie rynku, tworzenie biurokratycznej fikcji) 	
Podmioty zajmujące się pomocą społeczną	<ul style="list-style-type: none"> finansowanie dostęp edukacja społeczeństwa koordynacja działań pomiędzy sektorami i ministerstwami 	<ul style="list-style-type: none"> oparcie na istniejących już zasobach i wykorzystanie istniejącego systemu wdrożenie stałego systemu publicznego dofinansowania, by zapewnić bezpieczeństwo finansowania finansowanie centralne, ale lokalne rozdysponowanie środków na wybrane usługi utworzenie stanowiska lokalnego koordynatora opieki długoterminowej standaryzacja usług 	zgłaszane wątpliwości
Podmioty realizujące świadczenia pielęgniarstwa domowej opieki długoterminowej	<ul style="list-style-type: none"> koordynacja działań sektora zdrowia i pomocy społecznej finansowanie kształcenia kadr 	<ul style="list-style-type: none"> stworzenie stanowiska koordynatora (ale nie wspólnego organu zarządzającego) zwiększenie finansowania, w tym wprowadzenie nowych źródeł finansowania zwiększanie dostępności świadczeń przy monitorowaniu czasu oczekiwania na nie 	ponad połowa na tak
Reprezentanci DPS	<ul style="list-style-type: none"> koordynacja działań sektora zdrowia i opieki społecznej dostępność finansowanie kształcenie i rozwój kadr deinstytucjonalizacja 	<ul style="list-style-type: none"> zlikwidowanie konkurencyjności między placówkami ZOL i DPS poprzez dofinansowanie DPS lepsza klasyfikacja osób do poszczególnych rodzajów placówek wprowadzenie roli koordynatora, ale niekoniecznie jednego organu zarządzającego zwiększenie liczby miejsc w placówkach i liczby personelu modernizacja i rozwój usług (standardy usług, placówek, sprzętu itd.) niezależny od płatnika organ kierujący do rodzaju placówek (priorytetem nie będzie bezkosztowość, a realna potrzeba) jedno źródło finansowania dla kadr zatrudnionych w ZOL i DPS (ograniczenie odpływu kadr z opieki społecznej) umożliwienie świadczenia przez DPS usług w ramach opieki wytchnieniowej 	zdecydowana większość na tak
Prywatne podmioty świadczące całodobową opiekę	<ul style="list-style-type: none"> kadry koordynacja działań ochrony zdrowia i opieki społecznej finansowanie modernizacja obecnych elementów systemu edukacja 	<ul style="list-style-type: none"> zwiększenie finansowania dla kadr i wprowadzenie nowych możliwości płacenia za opiekę zwiększenie dostępności do usług powołanie koordynatora między placówkami ochrony zdrowia i pomocy społecznej 	większość na tak

SPOTKANIE	OBSZARY DO ZMIANY	CELE I ROZWIĄZANIA	OPINIA
		<ul style="list-style-type: none"> ● łączenie usług profit i non profit (model francuski) ● połączenie rynku prywatnego i publicznego w celu uzyskania jednego standardu ● określenie jedną ustawą typu instytucji, rodzaju usług, zarządzania planami koordynacji, kadr, czyli norm zatrudnienia ● nowe źródła finansowania, np. wygospodarowanie funduszy na dalszą opiekę ze składki zdrowotnej lub z ubezpieczenia społecznego 	
<p>Podmioty realizujące świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze z zakresu długoterminowej opieki domowej i w instytucjach</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● koordynacja działań ● finansowanie ● niewystarczająca liczba kadr ● standardy 	<ul style="list-style-type: none"> ● zwiększenie finansowania, a w dalszej kolejności wprowadzenie nowych możliwości płacenia za opiekę ● wyrównanie różnic w wynagrodzeniach pomiędzy sektorami ● kształcenie i rozwój kadr (zwiększenie dostępności) ● wypracowanie stopniowalnych standardów – minimalny dla wszystkich, a wyższy dla tych, którzy na to zapracowali 	<p>zgoda</p>
<p>Prawnicy</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● koordynacja 	<ul style="list-style-type: none"> ● spójność systemów i kompatybilność usług ● ustanowienie organu koordynującego działania w obrębie dwóch sektorów (na bazie sprawdzonych rozwiązań, bez tworzenia bytu nadrzędnego) ● koordynacja kierowana dwutorowo: do seniorów i innych osób korzystających lub chcących skorzystać z opieki oraz do kadr opiekuńczych dopasowujących wsparcie 	<p>zgoda</p>

OBSZAR III: ZAANGAŻOWANIE INSTYTUCJI W ROZWÓJ OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

DZIAŁANIA NA POZIOMIE KRAJOWYM I LOKALNYM

Wśród działań do realizacji na poziomie centralnym najczęściej wskazywano finansowanie i decyzje strategiczne, systemowe. Szczebel wojewódzki określano zazwyczaj jako ten, który powinien odpowiadać za działania kontrolne. Gminy i powiaty ocenione zostały jako realizatorzy strategii oraz odbiorcy potrzeb – jako najbliższe lokalnemu środowisku, najbliższej problemów. Zwracano uwagę, że na najniższym szczeblu istotna jest koordynacja świadczeń i edukacja mieszkańców na temat działania systemu, możliwości ubiegania się o konkretne wsparcie i uzyskania go.

Także w internetowej ankiecie BŚ finansowanie wskazywano najczęściej jako zadanie do realizacji na poziomie krajowym. W odniesieniu do szczebla lokalnego najczęściej odpowiadano, że kluczowe jest wsparcie opiekunów rodzinnych i nieformalnych.

W ankiecie internetowej MZ w zakresie zdrowotnej opieki długoterminowej na poziomie centralnym najczęściej wskazywano finansowanie i wycenę świadczeń, a na poziomie jednostek samorządu terytorialnego identyfikację na danym terenie potrzeb opiekuńczych osób, które wymagają wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. W ankiecie tej opowiedziano się za wzmocnieniem koordynacji świadczeń zdrowotnych i społecznych w opiece długoterminowej, przede wszystkim na poziomie lokalnym.

Tabela 18. Podsumowanie konsultacji – zaangażowanie instytucji w rozwój opieki długoterminowej, działania na poziomie lokalnym i krajowym

SPOTKANIE	DZIAŁANIA NA POZIOMIE KRAJOWYM I WOJEWÓDZKIM	DZIAŁANIA NA POZIOMIE LOKALNYM
Gmina sołecka	<ul style="list-style-type: none"> finansowanie stanowienie prawnych rozwiązań dotyczących opieki długoterminowej, tworzenie ram i propozycji rozwiązań monitorowanie wprowadzanych rozwiązań 	<ul style="list-style-type: none"> koordynacja działań realizacja założeń deinstytucjonalizacji opieki dbanie o jakość opieki
Przedstawiciele Rzecznika Praw Pacjenta i organizacji pozarządowych	<ul style="list-style-type: none"> finansowanie tworzenie mapy potrzeb tworzenie norm prawnych adekwatnych do potrzeb obywateli monitorowanie wydatkowania środków tworzenie warunków do kształcenia większej liczby osób wspierających usługi opiekuńcze tworzenie rozwiązań ułatwiających prowadzenie na poziomie lokalnym długoterminowej i adekwatnej profilaktyki zdrowotnej tworzenie finansowych mechanizmów decentralizacji opieki, aby specjaliści mieli motywację do udzielania świadczeń daleko od dużych ośrodków miejskich 	<ul style="list-style-type: none"> koordynacja działań między samorządami, instytucjami już funkcjonującymi w opiece długoterminowej, NGO a samymi pacjentami i ich opiekunami tworzenie i rozwój usług opieki długoterminowej dla lokalnej społeczności zwiększanie przepływu informacji o usługach, metodach wsparcia czy specyficznych potrzebach na danym obszarze wprowadzanie rozwiązań z zakresu e-zdrowia i telemedycyny dostosowanych do potrzeb społeczności lokalnej, popartych akcjami informacyjnymi i edukacyjnymi
Podmioty odpowiedzialne za rozwiązania i działania w Warszawie	<ul style="list-style-type: none"> brak konkretnych propozycji; wszystko czego nie uwzględniono w działaniach na poziomie lokalnym 	<ul style="list-style-type: none"> identyfikacja potrzeb zdrowotnych i społecznych wśród osób wymagających opieki długoterminowej wsparcie opiekunów rodzinnych oraz innych opiekunów nieformalnych wsparcie opiekunów formalnych zwiększanie lokalnych zasobów, które mogą zostać wykorzystane w opiece długoterminowej wspieranie organizacji pozarządowych
Przedstawiciele gmin, powiatów, województw, ośrodków zajmujących się pomocą społeczną – 1. grupa	<ul style="list-style-type: none"> wykonywanie zadań niemożliwych do zrealizowania na szczeblu lokalnym ustawodawstwo finansowanie tworzenie rozwiązań łączących działania na poziomie MZ i MRiPS kontrola i nadzór na poziomie województwa wszelkie formy wspierania kształcenia kadr niezbędnych w opiece długoterminowej 	<ul style="list-style-type: none"> identyfikacja potrzeb zdrowotnych i społecznych wśród osób wymagających opieki długoterminowej tworzenie zespołów opieki długoterminowej i indywidualnych planów takiej opieki wsparcie opiekunów rodzinnych oraz innych opiekunów faktycznych zaangażowanie w profilaktykę zdrowotną i edukację rozwój różnych form teleopieki przy wsparciu w postaci finansowania centralnego zrównoważony rozwój opieki instytucjonalnej i opieki środowiskowej oraz opieki w domu pacjenta narzędzia kontroli i nadzoru – oddolnego, po stronie świadczeniobiorców, a także władz lokalnych

SPOTKANIE	DZIAŁANIA NA POZIOMIE KRAJOWYM I WOJEWÓDZKIM	DZIAŁANIA NA POZIOMIE LOKALNYM
Przedstawiciele gmin, powiatów, województw, ośrodków zajmujących się pomocą społeczną – 2. grupa	<ul style="list-style-type: none"> kontrola lub nadzór nad instytucjami, które oferują usługi opieki długoterminowej (np. na poziomie województwa) finansowanie usług opieki długoterminowej rozwiązania w obszarze teleopieki i e-zdrowia 	<ul style="list-style-type: none"> dostęp oraz przekaz informacji nt. dostępnych usług opieki długoterminowej (np. na poziomie powiatu) koordynacja usług opieki długoterminowej wsparcie opiekunów formalnych finansowanie usług opieki długoterminowej również na poziomie lokalnym oraz ze środków prywatnych identyfikacja potrzeb zdrowotnych i społecznych wśród osób wymagających opieki długoterminowej wsparcie opiekunów rodzinnych oraz innych opiekunów nieformalnych
Podmioty realizujące świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie	<ul style="list-style-type: none"> finansowanie usług kreowanie rynku stworzenie odpowiednich warunków, by zapewnić pełne finansowanie i równy dostęp do świadczeń dla pacjentów, bez różnic między regionami określenie map potrzeb zdrowotnych w zakresie usług długoterminowych 	<ul style="list-style-type: none"> otwarcie dostępu do szybkiej, efektywnej diagnostyki oraz kwalifikacji (również w ramach opieki ambulatoryjnej) do świadczeń opieki długoterminowej
Reprezentanci ZOL i ZPO	<ul style="list-style-type: none"> finansowanie usług opieki długoterminowej systemowe rozwiązania w obszarze teleopieki i e-zdrowia Kontrola lub nadzór nad instytucjami, które oferują usługi opieki długoterminowej, łącznie z wprowadzeniem nadzoru nad prywatnymi ośrodkami całodobowej opieki, którego obecnie brakuje (na poziomie województwa) 	<ul style="list-style-type: none"> identyfikacja potrzeb zdrowotnych i społecznych wśród osób wymagających opieki długoterminowej wsparcie opiekunów rodzinnych i innych opiekunów nieformalnych udostępnianie oraz przekazywanie informacji na temat dostępnych usług opieki długoterminowej i form wsparcia opiekunów formalnych (na poziomie powiatu) koordynacja usług opieki długoterminowej (zadania podzielone między gminę i powiat)
Przedstawiciele podmiotów realizujących świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej	<ul style="list-style-type: none"> wdrożenie rozwiązań mających na celu zatrzymanie procesu kurczenia się liczby kadr w opiece długoterminowej zaangażowanie instytucji oraz środków analitycznych do przeprowadzenia badań i analiz dotyczących: skuteczności i efektywności pracy pielęgniarek w opiece długoterminowej domowej lub instytucjonalnej, skali powrotu pacjentów do zdrowia, opieki sprawowanej przez pielęgniarkę POZ lub środowiskową 	<ul style="list-style-type: none"> zaangażowanie organizacji pacjentów i ich liderów w doradzanie ministrom w zakresie rozwoju opieki długoterminowej edukacja
Podmioty zajmujące się pomocą społeczną	<ul style="list-style-type: none"> koordynacja międzyresortowa opieki zdrowotnej i pomocy społecznej zwiększenie finansowania opieki długoterminowej 	<ul style="list-style-type: none"> koordynacja i współpraca pomiędzy instytucjami świadczącymi usługi zdrowotne (w tym między szpitalami czy ośrodkami POZ) a ośrodkami pomocy społecznej organizacja transportu sanitarnego
Podmioty realizujące świadczenia pielęgniarstwa domowej opieki długoterminowej	<ul style="list-style-type: none"> kontrola lub nadzór nad instytucjami, które oferują usługi opieki długoterminowej systemowe rozwiązania w obszarze teleopieki i e-zdrowia 	<ul style="list-style-type: none"> informowanie na temat dostępnych usług opieki długoterminowej (gmina) koordynacja usług opieki długoterminowej (gmina) identyfikacja potrzeb zdrowotnych i społecznych wśród osób wymagających opieki długoterminowej (gmina)

SPOTKANIE	DZIAŁANIA NA POZIOMIE KRAJOWYM I WOJEWÓDZKIM	DZIAŁANIA NA POZIOMIE LOKALNYM
		<ul style="list-style-type: none"> wsparcie opiekunów rodzinnych oraz innych opiekunów nieformalnych, wsparcie opiekunów formalnych (gmina) zdania co do finansowania usług opieki długoterminowej były podzielone (gmina czy powiat)
Reprezentanci DPS	<ul style="list-style-type: none"> wsparcie opiekunów formalnych (zawody opiekuńcze lub medyczne) systemowe rozwiązania w obszarze teleopieki i e-zdrowia finansowanie usług opieki długoterminowej (odrębne, ale bez różnicowania instytucji) kontrola i nadzór nad instytucjami, które oferują usługi opieki długoterminowej (województwo) 	<ul style="list-style-type: none"> identyfikacja potrzeb zdrowotnych i społecznych wśród osób wymagających opieki długoterminowej (gmina) wsparcie opiekunów rodzinnych oraz innych opiekunów nieformalnych (gmina) dostęp i przekaz informacji na temat dostępnych usług opieki długoterminowej (powiat) koordynacja usług opieki długoterminowej (powiat)
Prywatne podmioty świadczące całodobową opiekę	<ul style="list-style-type: none"> finansowanie usług opieki długoterminowej realizowane systemowe rozwiązania w obszarze teleopieki i e-zdrowia kontrole lub nadzór nad instytucjami, które oferują usługi opieki długoterminowej 	<ul style="list-style-type: none"> dostęp i przekaz informacji na temat dostępnych usług opieki długoterminowej (placówki PCPR) koordynacja usług opieki długoterminowej (powiat) wsparcie opiekunów formalnych (powiat) identyfikacja potrzeb zdrowotnych i społecznych wśród osób wymagających opieki długoterminowej (gmina) wsparcie opiekunów rodzinnych i innych opiekunów nieformalnych
Podmioty realizujące świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze z zakresu opieki długoterminowej domowej i w instytucjach	<ul style="list-style-type: none"> finansowanie utrzymanie określonych standardów realizacji usług pielęgnacyjnych i opiekuńczych, niezależnie od gminy, powiatu czy województwa teleopieka i e-zdrowie ustalenie zasad wspierania opiekunów formalnych 	<ul style="list-style-type: none"> kontrola i nadzór nad instytucjami, które oferują usługi opieki długoterminowej (najwyżej na poziomie województwa) udostępnianie i przekazywanie informacji nt. dostępnych usług opieki długoterminowej (gmina) koordynacja usług opieki długoterminowej (powiat) zidentyfikowanie potrzeb zdrowotnych i społecznych (gmina) wsparcie opiekunów rodzinnych oraz innych opiekunów nieformalnych (gmina)
Prawnicy	<ul style="list-style-type: none"> wydawanie rozporządzeń, zaleceń finansowanie określone w ustawie systemowe wsparcie opiekunów rodzinnych oraz innych opiekunów nieformalnych systemowe rozwiązania w obszarze teleopieki i e-zdrowia kontrola lub nadzór nad instytucjami, które oferują usługi opieki długoterminowej (raczej województwo) 	<ul style="list-style-type: none"> bezpośredni kontakt z osobą wymagającą wsparcia (gmina) koordynacja opieki długoterminowej (powiat lub województwo) wykonawcze wsparcie opiekunów rodzinnych oraz innych opiekunów nieformalnych koordynacja opieki długoterminowej (województwo lub powiat) zadania wykonawcze w obszarze teleopieki i e-zdrowia (gmina) przekazywanie informacji na temat dostępnych usług opieki długoterminowej (gmina) koordynacji usług opieki długoterminowej (gmina) identyfikacja potrzeb zdrowotnych i społecznych wśród osób wymagających opieki długoterminowej (gmina) wsparcie opiekunów formalnych (gmina)

OFERTA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ A RODZAJ GMINY

Dostęp do opieki długoterminowej dla wszystkich potrzebujących, bez względu na miejsce zamieszkania, to według uczestników spotkań najważniejszy cel, jaki powinien przyświecać wprowadzanym zmianom. Osobom biorącym udział w konsultacjach trudno było jednoznacznie odnieść się do kryteriów organizacji wsparcia. Większość była zdania, że wsparcie powinno być uniwersalne, jednak musi uwzględniać zarówno indywidualną sytuację osoby go potrzebującej, jak i istniejące różnice, np. między miastem a wsią.

Gmina sołecka

Według uczestników spotkania w Inowłodzu oferowanie usług opieki długoterminowej powinno **uwzględniać różną sytuację (finansową, kadrową, itp.) w gminach wiejskich i miejskich**. Zgodzono się, że gminy wiejskie i miejskie różnią się, w związku z czym należy wprowadzać **różne rozwiązania dla tych gmin**. Gminy wiejskie borykają się z brakiem kadr, trudno jest im konkurować z miastami o wykwalifikowany personel. Duży problem stanowi niewystarczające finansowanie, przez co brakuje rozwiązań w zakresie opieki długoterminowej. Posiadane środki gmina często przeznacza na inne cele. Padła propozycja dotycząca **składki przeznaczonej stricte na opiekę długoterminową w przyszłości** – na podobnej zasadzie jak składka rentowo-emerytalna czy zdrowotna. Uczestnicy nie byli jednak w stanie przedstawić konkretnych rozwiązań.

Przedstawiciele Rzecznika Praw Pacjenta i organizacji pozarządowych

Zdaniem uczestników spotkania w biurze RPP oferowanie usług opieki długoterminowej powinno uwzględniać **indywidualną sytuację życiową osoby niesamodzielnej i warunki środowiskowe, w jakich funkcjonuje**. Jak podkreślono, większość rozwiązań w opiece długoterminowej powinna mieć charakter uniwersalny **niezależnie od tego, czy jest oferowana mieszkańcom miast czy wsi**. Zwrócono

uwagę, że niezbędne jest monitorowanie potrzeb i dopasowywanie odpowiednich usług, a w razie potrzeby także specyficznych rozwiązań dla konkretnych miejsc, czy też uwzględniających swoiste potrzeby danej grupy pacjentów.

Podmioty odpowiedzialne za rozwiązania i działania w Warszawie

Uczestnicy spotkania dotyczącego działań podejmowanych w Warszawie zaznaczyli, że większość rozwiązań w opiece długoterminowej powinna być **uniwersalna, niezależnie od tego, czy jest oferowana mieszkańcom miast czy wsi**, a rozwiązania te powinny zapewniać wszystkim określony z góry **standard minimum**. Za niezbędne uznano tu monitorowanie potrzeb i wdrażanie adekwatnych usług, a w razie potrzeby także wprowadzanie **specyficznych rozwiązań dla konkretnych miejsc zamieszkania** (zróżnicowanie demograficzne jest widoczne już na poziomie dzielnic Warszawy), przy uwzględnieniu specyfiki potrzeb danej grupy podopiecznych.

Przedstawiciele gmin, powiatów, województw, ośrodków zajmujących się pomocą społeczną – I grupa

Uczestniczący w spotkaniu konsultacyjnym przedstawiciele gmin, powiatów, województw, ośrodków zajmujących się pomocą społeczną dostrzegali **zróżnicowanie potrzeb systemowych w obszarze opieki długoterminowej w gminach wiejskich i miejskich**. Ich zdaniem nieadekwatne byłoby kryterium miejsca zamieszkania w dostępie do tych usług dla podopiecznych, ale jeśli chodzi o potrzeby samego systemu, to są one różne i jego reforma musi to uwzględniać. Jak zaznaczono, gminy nieposiadające odpowiednich zasobów powinny otrzymywać wsparcie w określonych zadaniach w postaci finansowania centralnego.

Podkreślano, że większość rozwiązań w opiece długoterminowej powinna być **uniwersalna, niezależnie od tego, czy jest ona oferowana mieszkańcom miast czy wsi**, oraz powinna zapewniać określony z góry

standard minimum. Nie powinno być różnic w dostępie do takiej opieki w gminach wiejskich i miejskich, reforma systemu musi więc iść w kierunku ich niwelowania.

Przedstawiciele gmin, powiatów, województw, ośrodków zajmujących się pomocą społeczną – II grupa

Uczestnicy spotkania nie mieli zdania w kwestii kryterium miejsca zamieszkania.

Podmioty realizujące świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie

Osoby zajmujące się opieką nad pacjentami wentylowanymi mechanicznie zgodzili się, że **gminy wiejskie i miejskie różnią się i w związku z tym powinny stosować różne rozwiązania** dla swoich mieszkańców. Jako doskonały przykład przytoczono świadczenie usług wentylacji mechanicznej w warunkach domowych – w mieście koszt dotarcia do pacjenta jest niewspółmiernie niższy od kosztu dotarcia do pacjenta przebywającego w domu oddalonym nawet o ponad 100 km od najbliższej metropolii.

Tłumaczono, że procedura zakwalifikowania pacjenta do wentylacji polega na ustaleniu, czy chory będzie wymagał wspomagania oddechu za pomocą respiratora, jaki sprzęt konieczny będzie do prowadzenia terapii, jaki rodzaj wentylacji będzie najlepszy dla chorego oraz czy jego otoczenie jest odpowiednie do prowadzenia wentylacji mechanicznej w domu. Dodatkowo, jak wspomniano, określone są też warunki mające wpływ na opiekę wentylacyjną i jej jakość (możliwości opiekunów, warunki lokalowe, podstawowa opieka zdrowotna). Zauważono, że zdecydowanie brakuje koordynacji świadczenia medycznego z potrzebami natury socjalnej, o czym świadczeniodawcy są często informowani przez kadrę medyczną.

Reprezentanci ZOL i ZPO

Zdaniem przedstawicieli ZOL i ZPO **należy różnicować dostęp do usług ze względu na miejsce zamieszkania pacjenta** oraz zwrócić uwagę na aspekt dojazdów do domu pacjenta.

Zaznaczono, że **minimalne standardy** usług pielęgnacyjnych i opiekuńczych powinny być takie same dla każdego oraz że bez względu na to, czy ktoś mieszka na wsi, czy w mieście, będzie potrzebował pomocy i opieki. Tłumaczono, że z perspektywy osoby potrzebującej nie powinno mieć znaczenia, gdzie mieszka, natomiast patrząc od strony organizatora systemu ma to ogromne znaczenie. Uczestnicy spotkania zaproponowali **wprowadzenie ewidencji przebiegu pojazdu („kilometrówki”)** i uwzględnienie dostępności kadr w opiece długoterminowej.

Przedstawiciele podmiotów realizujących świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej

Według przedstawicieli podmiotów realizujących świadczenia z zakresu POZ punktem wyjścia powinna być znajomość potrzeb lokalnej społeczności (gminy, miasta, itp.) i **dopasowanie pomocy do tych potrzeb**. Podkreślano, że mając właściwe dane, można ustalać poziom i warunki finansowania, ale nie da się ustalić jednego źródła finansowania różnych potrzeb. W związku z tym zasugerowano, że być może finansowanie powinno być zapewniane z poziomu państwa, województw i gmin, a wreszcie uwzględniać współfinansowanie przez samego pacjenta lub jego rodzinę. Reasumując, wskazano przede wszystkim na konieczność określenia potrzeb i dopiero później przeznaczenia świadczeń na ich zaspokojenie.

Rozmówcy argumentowali, że **nie powinno się brać pod uwagę tylko kryterium zamieszkania, gdyż wsie bywają bogatsze od miast i odwrotnie**. Oznacza to, że osoba mieszkająca np. w uboższym mieście może nie mieć takiego dostępu do świadczeń i usług, jak osoba mieszkająca na zamożniejszej wsi.

Podmioty zajmujące się pomocą społeczną

Według uczestników spotkania dla podmiotów zajmujących się pomocą społeczną dostęp do usług pielęgnacyjnych i opiekuńczych powinien być **taki sam dla większych i mniejszych miejscowości**. Zaznaczono, że jakość usług i dostęp do specjalistów powinny być porównywalne w całym kraju. Obecnie, zdaniem uczestników, w wielu mniejszych miejscowościach i wsiach usługi opiekuńcze i zdrowotne praktycznie nie istnieją.

Opowiedziano się za tym, aby **dochód nie był jedynym kryterium kwalifikującym do objęcia opieką lub usługami pielęgnacyjnymi**. Podkreślano, że należy uwzględnić **indywidualną sytuację** w domu raz stopień niesamodzielności lub niepełnosprawności osoby wymagającej wsparcia.

Podmioty realizujące świadczenia pielęgnarskiej domowej opieki długoterminowej

Zdaniem przedstawicieli podmiotów świadczących pielęgnarską domową opiekę długoterminową należy utrzymywać **jednakowe standardy dla pacjentów z miast i wsi** – minimalny standard świadczonej opieki musi być taki sam dla każdego bez względu na miejsce zamieszkania.

Wszyscy uczestnicy zgodnie ocenili, że nie powinno dochodzić do sytuacji, gdy np. pacjenci ze wschodniej Polski będą gorzej traktowani lub będą otrzymywali opiekę o standardzie niższym niż pacjenci w zachodnich województwach kraju. To samo dotyczy rozróżnienia między pacjentami zamieszkałymi w mieście i na wsi – podkreślili uczestnicy spotkania, zastrzegając, że jeśli mamy do czynienia z bardziej zamożną gminą, którą stać na zapewnienie pacjentowi wyższego standardu opieki, to należy jej to umożliwić.

Reprezentanci DPS

Przedstawiciele DPS podkreślali, że właściwym kierunkiem jest **wyrównywanie różnic między mieszkańcami miast i wsi** oraz że

powinny obowiązywać **jednakowe standardy minimum**, a każdy bez względu na miejsce zamieszkania powinien mieć równe możliwości opieki.

Prywatne podmioty świadczące całodobową opiekę

Osoby reprezentujące prywatne podmioty świadczące całodobową opiekę były zgodne, że **minimalne standardy powinny być jednakowe dla wszystkich** i nie powinno być rozróżnienia ze względu na miejsce zamieszkania pacjenta.

Podmioty realizujące świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze z zakresu opieki długoterminowej domowej i w instytucjach

Zdaniem osób zajmujących się opieką długoterminową świadczoną w domach i w instytucjach **miejsce zamieszkania (miasto lub wieś) nie powinno stanowić wyłącznego kryterium korzystania z usług opieki długoterminowej** – należy uwzględnić też **sytuację życiową i rodzinną** osoby potrzebującej wsparcia. W ocenie uczestników spotkania należy bardziej zaangażować do współpracy pracowników socjalnych, którzy mogą pomóc osobie wymagającej opieki i/lub jej opiekunowi odnaleźć się w systemie (jakie dokumenty przygotować, gdzie złożyć wnioski, itp.). Stwierdzono, że należałoby również ustalić konkretny czas (np. miesiąc) na zebranie i dostarczenie przez przyszłego podopiecznego niezbędnych dokumentów; pracownik socjalny powinien następnie w ściśle określonym terminie rozpatrzyć wnioski, aby procedura ta się nie przeciągała. Uczestnicy spotkania wskazywali, że należy dążyć do maksymalnego uproszczenia procedur, aby skrócić czas oczekiwania na objęcie opieką długoterminową (obecnie czas ten wydłużają liczne dodatkowe dokumenty, ankiety, formularze).

Prawnicy

Zdaniem prawników oferowanie usług opieki długoterminowej **nie powinno podlegać różnicowaniu; bez względu na miejsce zamieszkania** dostęp do usług opieki długoterminowej oraz ich **standard powinny być jednakowe**. Należy również wziąć pod uwagę fakt, iż

obszary **mniej rozwinięte wymagały większego nakładu finansowego** – zaznaczono. Tłumaczono, że trzeba dążyć do **wyrównania poziomu życia** w różnych częściach kraju. Zawsze będzie pojawiała się kwestia finansowania opieki długoterminowej, trzeba jednak zastanowić się również nad stworzeniem mechanizmów zachęcających kadry do pracy w opiece długoterminowej, a od bliskich osoby wymagającej wsparcia skuteczniej egzekwować opłaty alimentacyjne. Jednoznacznie stwierdzono, że nie należy różnicować sposobu i jakości opieki ze względu na rodzaj gminy, w której mieszka chory, a jedynie można tu rozważyć kierunek zmian według zasady **„względem wszystkich podobny cel, ale dojście do niego zróżnicowane”**.

JAKOŚĆ W OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ (KRYTERIA)

Uczestnicy spotkań konsultacyjnych podkreślali kluczowe znaczenie jakości usług w opiece długoterminowej, wskazując przede wszystkim dostępność świadczeń, wysoki standard, wysoko wykwalifikowane kadry i skoordynowane usługi. Z poprawą jakości łączono finansowanie oraz konieczność tworzenia diagnoz i dostosowywania do nich rozwiązań. Wskazywano trudności w określeniu mierników jakości, ale jednocześnie mówiono o konieczności jej monitorowania. Zdecydowana większość (90 proc.) uczestników internetowej ankiety Banku Światowego oceniła, że jakość w opiece długoterminowej ma znaczenie; 10 proc. nie miało zdania. Jakość najczęściej utożsamiano z indywidualnym podejściem oraz wykwalifikowaną kadrą.

Tabela 19. Podsumowanie konsultacji
– jakość opieki długoterminowej

SPOTKANIE	JAKOŚĆ ROZUMIANA JAKO:	ASPEKTY DO POPRAWY	NARZĘDZIA UMOŻLIWIAJĄCE POPRAWĘ
Gmina sołecka	<ul style="list-style-type: none"> dostępność usług w miejscu zamieszkania dostępność sprzętu wysokie kwalifikacje kadry 	<ul style="list-style-type: none"> wszystkie wskazane jako wyznacznik jakości 	<ul style="list-style-type: none"> zwiększenie finansowania kształcenie personelu
Przedstawiciele RPP i organizacji pozarządowych	<ul style="list-style-type: none"> tworzenie rozwiązań na podstawie zbadanych potrzeb wysokie kwalifikacje kadry kompleksowe usługi zlokalizowane możliwie blisko pacjenta zapewnienie opieki, gdy jest niezbędna koordynacja opieki optymalne wykorzystanie zasobów 	<ul style="list-style-type: none"> rozwiązania systemowe (dobra jakość funkcjonuje obecnie wyspowo) procedury na styku ochrony zdrowia i opieki społecznej upowszechnianie wiedzy wśród pacjentów i personelu 	<ul style="list-style-type: none"> zwiększenie finansowania po uprzednim zbadaniu potrzeb i przy monitorowaniu działania systemu zwiększenie nakładów na kształcenie personelu wspierającego (koordynatorzy, opiekunowie medyczni, asystenci, terapeuci zajęciowi, itp.) inspirowanie się sprawdzonymi rozwiązaniami z innych państw (np. osiedla zapewniające osobom starszym wsparcie medyczne i asystę wykwalifikowanego personelu)
Podmioty odpowiedzialne za rozwiązania i działania w Warszawie	<ul style="list-style-type: none"> wysokie kwalifikacje kadry zwiększone wymogi względem firm oferujących usługi opiekuńcze kompleksowość usług i ich adekwatność do potrzeb koordynacja opieki i zastosowanie narzędzi teleinformatycznych i monitorujących przebieg opieki długoterminowej 	<ul style="list-style-type: none"> błędne opieranie systemu opieki formalnej na osobach starszych (takie osoby szybko „wypadają” z systemu; firmy, które świadczą takie usługi dla miasta często w swych zasobach mają głównie opiekunów w starszym wieku) brak poszczególnych rodzajów usług, takich jak opieka całodobowa 	<ul style="list-style-type: none"> zwiększenie nakładów na kształcenie personelu wspierającego (koordynatorzy, opiekunowie medyczni, asystenci, terapeuci zajęciowi, itp.), przy szczególnym uwzględnieniu osób młodych, które będą mogły wesprzeć system opieki długoterminowej przez kilkadziesiąt lat ocena i ewaluacja usług – eliminowanie podmiotów, które nie spełniają określonych standardów
Przedstawiciele gmin, powiatów, województw, ośrodków zajmujących się pomocą społeczną – 1. grupa	<ul style="list-style-type: none"> wysokie kwalifikacje kadry tworzenie standardów opieki i jej ujednoczenie kompleksowość i koordynacja usług odgórne i oddolne monitorowanie standardów (nieoznaczające biurokracji i niepotrzebnego angażowania zasobów, których brakuje) 	<ul style="list-style-type: none"> standardy opieki finansowanie kształcenia kadr uelastycznienie przepisów w prowadzenie dobrego monitorowania jakości 	<ul style="list-style-type: none"> zwiększenie nakładów na kształcenie personelu wspierającego (koordynatorzy, opiekunowie medyczni, asystenci, terapeuci zajęciowi, itp.) wyznaczanie i mierzenie jakości za pomocą odgórnych standardów postępowania wprowadzenie konkretnych rodzajów usług, np. opieki całodobowej

SPOTKANIE	JAKOŚĆ ROZUMIANA JAKO:	ASPEKTY DO POPRAWY	NARZĘDZIA UMOŻLIWIAJĄCE POPRAWĘ
Przedstawiciele gmin, powiatów, województw, ośrodków zajmujących się pomocą społeczną – 2. grupa	<ul style="list-style-type: none"> wysokie kwalifikacje kadry odpowiedni podział kompetencji ustalenie standardów postępowania połączenie niektórych usług zdrowotnych i społecznych oraz możliwość elastycznego dobierania usług w odpowiedzi na indywidualne potrzeby podopiecznego 	<ul style="list-style-type: none"> finansowanie (szczególnie DPS i ZOL na poziomie gmin) wykorzystanie potencjału takich placówek, np. DDOM 	<ul style="list-style-type: none"> zmiany w koszykach świadczeń w opiece paliatywnej i długoterminowej standaryzacja usług i opieki okresowa ocena fizjoterapeutyczna tworzenie zespołów interdyscyplinarnych, z których podopieczny mógłby skorzystać w miejscu opieki (najlepiej w domu)
Podmioty realizujące świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie	<ul style="list-style-type: none"> technologie telemedyczne skuteczność leczenia pacjenta 	<ul style="list-style-type: none"> warunki realizacji świadczenia ustalone przez NFZ, tj. zapewnienie większej liczby wizyt, częstszej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej dostęp pacjentów do diagnostyki i leczenia nowoczesny monitoring jakości i skuteczności leczenia dostęp do technologii telemedycznych wspierających jakość życia i bezpieczeństwo pacjenta 	<ul style="list-style-type: none"> dostosowanie kryteriów realizacji świadczeń do aktualnej sytuacji na rynku
Reprezentanci ZOL i ZPO	<ul style="list-style-type: none"> dbałość o wysokie standardy realizatora 	<ul style="list-style-type: none"> kryteria kwalifikacji wprowadzone przez NFZ mierzenie jakości (zamiast brania pod uwagę jedynie „papierkowej roboty” i dokumentacji – weryfikacja, czy usługi faktycznie spełniają oczekiwania odbiorców) 	<ul style="list-style-type: none"> wprowadzenie zmian sposobu mierzenia jakości (nie poprzez weryfikację dokumentacji i sprzętu, lecz poprzez ocenę opieki długoterminowej z punktu widzenia osoby objętej wsparciem oraz osoby realizującej świadczenia) ankiety wśród pacjentów i opiekunów
Przedstawiciele podmiotów realizujących świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej	<ul style="list-style-type: none"> usystematyzowane usługi 	<ul style="list-style-type: none"> przepływ informacji między pomiotami, które udzielają świadczeń weryfikacja i utrzymanie standardów w placówkach i w opiece długoterminowej 	<ul style="list-style-type: none"> plan pracy i spotkania zespołu w celu weryfikacji, co dzieje się z konkretnym pacjentem objętym opieką długoterminową konstruktywne konsultacje i konfrontacje, czyli próby wskazania, gdzie jest błąd lub gdzie dzieje się źle (anonimowe ankiety) konsultacje z osobami, które sprawują opiekę długoterminową oceniane powinny być osoby realizujące świadczenia konfrontacje wszystkich jednostek zaangażowanych w opiekę długoterminową

SPOTKANIE	JAKOŚĆ ROZUMIANA JAKO:	ASPEKTY DO POPRAWY	NARZĘDZIA UMOŻLIWIĄJĄCE POPRAWĘ
Podmioty zajmujące się pomocą społeczną	<ul style="list-style-type: none"> standardy i procedury kwalifikacje kadr finansowanie 	<ul style="list-style-type: none"> konieczność zwiększenia finansowania odpływ kadr z opieki długoterminowej, zwłaszcza z pomocy społecznej, do sektora szpitalnego 	<ul style="list-style-type: none"> wprowadzenie koordynatora opieki długoterminowej stworzenie ośrodków opieki krótkoterminowej (np. poprzez udostępnianie mieszkań lub pomieszczeń interwencyjnych, do których trafiałyby osoby wychodzące ze szpitala, ale nie w pełni samodzielne, w związku z czym nie mogą zostać same w domu) przekierowanie funduszy na pomoc społeczną, która obecnie jest niedoszacowana
Podmioty realizujące świadczenia pielęgniarstwa domowej opieki długoterminowej	<ul style="list-style-type: none"> sposób prowadzenia opieki wykwalifikowane kadry organizacja pracy przestrzeganie standardów 	<ul style="list-style-type: none"> brak zasad dotyczących oceny opieki w ramach prowadzenia dokumentacji 	<ul style="list-style-type: none"> bezpośrednia rozmowa z rodziną pacjenta i personelem
Reprezentanci DPS		<ul style="list-style-type: none"> standardy i ich przestrzeganie 	<ul style="list-style-type: none"> całościowa kontrola w formie ankiet z punktu widzenia osób objętych opieką, świadczeniodawców oraz osoby nadzorującej mierniki obiektywne i ewidencja czynności wykonanych przez personel
Prywatne podmioty świadczące całodobową opiekę		<ul style="list-style-type: none"> miernik jakości 	<ul style="list-style-type: none"> ujednolicona standaryzacja (zarówno w placówkach zdrowotnych, opiekuńczych, jak i w domach prywatnych) tworzenie „zespołu dobrych praktyk”
Podmioty realizujące świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze z zakresu opieki długoterminowej w domu chorego i w instytucjach	<ul style="list-style-type: none"> działania w placówkach obliczone na jakość, a nie ilość 	<ul style="list-style-type: none"> współpraca z rodzinami podopiecznych 	<ul style="list-style-type: none"> codzienna obserwacja i zwracanie uwagi na potrzeby podopiecznych (ankiety określono jako narzędzia zbyt subiektywne)
Prawnicy		finansowanie, kontrolowanie i bieżące weryfikowanie jakości	<ul style="list-style-type: none"> zwiększone finansowanie świadczeń odpowiednie monitorowanie ankiety w formie ważonych ocen rodziny lub bliskich, pacjentów i osób zatrudnionych w opiece długoterminowej

OBSZAR IV: ORGANIZACJA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

DOSTĘP DO OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

Finansowanie, kadry, ale też koordynacja usług były najczęściej wskazywane jako obszary istotne dla dostępu do opieki długoterminowej. Uczestnicy spotkań zwracali ponadto uwagę na inne, nie mniej istotne z ich perspektywy aspekty systemu. Z kolei respondenci biorący udział w internetowej ankiecie Banku Światowego jako sposób na poprawę dostępu do usług opieki długoterminowej najczęściej postulowali wprowadzenie nowych form opieki. Respondenci ankiety Ministerstwa Zdrowia najczęściej byli zdania, że aby zwiększyć dostępność, należy zwiększyć publiczne finansowanie świadczeń.

Gmina sołecka

Uczestnicy spotkania w Inowłodzu ocenili, że aby poprawić dostęp do usług opieki długoterminowej, konieczne jest:

- zwiększenie liczebności wykwalifikowanego personelu w gminie, który miałby zajmować się realizacją zadań z zakresu opieki długoterminowej, czyli zwiększenie liczby opiekunów społecznych i koordynatorów
- budowa Domu Diennej Opieki, który będzie realizował działania na rzecz podopiecznych i opiekunów, w tym z zakresu opieki wytchnieniowej.

Przedstawiciele Rzecznika Praw Pacjenta i organizacji pozarządowych Podczas spotkania w biurze RPP wskazano, że dostęp do usług opieki długoterminowej mogłoby poprawić:

- funkcjonowanie koordynatora na poziomie lokalnym

- zastosowanie rozwiązań teleinformatycznych, takich jak infolinia na wzór podobnego rozwiązania w RPP i NFZ (szczególnie jeśli chodzi o pomoc socjalną) czy specjalny portal internetowy
- rozwój kształcenia na kierunkach wspierających opiekę zdrowotną i społeczną
- zwiększenie działań edukacyjnych i promujących zdrowy styl życia (m.in. profilaktyka otyłości, cukrzycy, chorób sercowo-naczyniowych i chorób otępiennych)
- tworzenie specjalistycznych rozwiązań w przypadku chorób rzadkich lub wymagających specyficznej opieki
- poszukiwanie sposobów na optymalne wykorzystanie istniejących zasobów
- konieczność szukania synergii rozwiązań i likwidacja dublowania niektórych usług.

Podmioty odpowiedzialne za rozwiązania i działania w Warszawie

Zdaniem uczestników spotkania dotyczącego Warszawy niezmiernie istotne dla poprawy dostępności do usług opieki długoterminowej jest:

- kształcenie kadr i większa liczba szkoleń praktycznych
- ulepszenie przepływu informacji między instytucjami, które realizują zadania opieki długoterminowej – szczególnie między tymi z sektora opieki zdrowotnej a tymi z sektora opieki społecznej.

Przedstawiciele gmin, powiatów, województw, ośrodków zajmujących się pomocą społeczną – 1. grupa

Według przedstawicieli gmin, powiatów, województw, ośrodków zajmujących się pomocą społeczną system opieki długoterminowej w Polsce działa na poziomie dostatecznym, ale jest wiele aspektów, które wymagają poprawy. Wśród nich wymieniono:

- sposób finansowania
- konieczność utworzenia trwałych struktur opartych na dobrze wykwalifikowanych kadrach (poleganie np. na uchodźcach

z Ukrainy stwarza problemy w ich wdrażaniu – oznacza długi czas i duży nakład pracy, a osoby te często wyjeżdżają potem z Polski do innych krajów, np. do Niemiec)

- koordynacja między systemem pomocy społecznej i ochrony zdrowia (obecnie nie ma synergii działania, jest konkurencja o zasoby)
- ułatwienia legislacyjne w tworzeniu nowych form opieki i wsparcia
- wprowadzenie indywidualnych planów opieki długoterminowej oraz zmiany w kryteriach kwalifikacji do instytucjonalnych form opieki długoterminowej (skala Barthel jako nie najlepsze i niewystarczające kryterium)
- potrzeba wyrównania wynagrodzeń w ZOL i DPS oraz zwiększenie finansowania szkoleń dla personelu (szczególnie w DPS)
- utworzenie wyjazdowych zespołów interdyscyplinarnych, które zwiększą dostępność opieki dla osób wykluczonych, niemogących korzystać ze stacjonarnych form opieki
- zlikwidowanie różnic w łatwości zatrudniania obcokrajowców w ZOL i DPS.

Przedstawiciele gmin, powiatów, województw, ośrodków zajmujących się pomocą społeczną – 2. grupa

W ocenie przedstawicieli urzędów i instytucji system opieki długoterminowej w Polsce działa na poziomie dostatecznym i wymaga zmian w następujących obszarach:

- zmiana sposobu finansowania opieki długoterminowej
- utworzenie trwałych struktur opartych na dobrze wykwalifikowanych kadrach oraz optymalnym planowaniu zakresu obowiązków dla poszczególnych członków zespołu opiekuńczego
- poprawa koordynacji między systemem pomocy społecznej i systemem ochrony zdrowia
- zmiany w kryteriach kwalifikacji do instytucjonalnych form opieki długoterminowej

- zmiany w sposobie finansowania na poziomie ZOL-DPS
- wzmocnienie wsparcia środowiskowego i utrzymanie pacjenta w opiece domowej, która jest często najlepszym miejscem opieki długoterminowej
- przegląd instytucjonalnych form opieki i uporządkowanie kompetencji tych instytucji, aby były w stanie zaspokoić wszystkie potrzeby osób wymagających opieki
- rozwijanie form opieki dziennej, co umożliwi dobranie dziennych usług wsparcia instytucjonalnego dla podopiecznego i pozwoli jego rodzinie na pracę w tym czasie (co poprawia sytuację finansową takich rodzin, odciąża psychicznie opiekunów i pozwala im szerzej pełnić role społeczne, a poprzez podatki zapewnia zwiększone wpływy do budżetu państwa)
- inwestowanie w placówki typu DDOM (możliwość interdyscyplinarnego podejścia do pacjenta, optymalne wykorzystanie narzędzi dostępnych w danej chwili).

Podmioty realizujące świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie

W kontekście organizacji opieki długoterminowej i jej dostępności osoby opiekujące się pacjentami wentylowanymi mechanicznie sugerowały:

- zwiększanie liczby kadr medycznych, m.in. poprzez uproszczenie procedury pozyskiwania specjalistów spoza Polski
- koordynację opieki nad pacjentami pomiędzy szpitalem a świadczeniodawcami
- wprowadzenie skoordynowanej ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie w warunkach domowych, co pozwoliłoby na odpowiedni dobór terapii do stanu klinicznego i potrzeb pacjenta oraz na optymalne wykorzystanie zasobów i infrastruktury systemu ochrony zdrowia

- poszerzenie kontraktów – NFZ powinien płacić za rzeczywiste wykonanie świadczenia, a nie blokować je poprzez wprowadzanie limitów.

Reprezentanci ZOL i ZPO

Podczas spotkania dla przedstawicieli ZOL i ZPO za najważniejsze działanie, które należy podjąć, by poprawić dostępność, uznano:

- koordynację usług opiekuńczych, z uwzględnieniem koordynatora na poziomie gminy
- informowanie o procesie leczenia
- tworzenie nowych miejsc opieki długoterminowej
- zwiększenie liczby personelu opiekuńczego.

Przedstawiciele podmiotów realizujących świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej

Przedstawiciele podmiotów realizujących świadczenia z zakresu POZ wskazywali przede wszystkim:

- konieczność zwiększenia liczby kadr medycznych, m.in. poprzez wykorzystanie wolontariatów studenckich i zaangażowanie migrantów (pod warunkiem, że mają wykształcenie kierunkowe i znają język polski, co ma znaczenie dla jakości opieki)
- zachęcanie młodych osób do wyboru zawodu opiekuna medycznego
- tworzenie nowych miejsc opieki długoterminowej i angażowanie w ten proces wszystkich instytucji publicznych, które ułatwiałyby i pomagały nowym pracodawcom na rynku w tworzeniu takich placówek
- koordynację świadczeń.

Podmioty zajmujące się pomocą społeczną

Według przedstawicieli podmiotów zajmujących się opieką społeczną dobrym rozwiązaniem na rzecz zwiększenia dostępności może być:

- wprowadzenie funkcji koordynatora opieki długoterminowej (CUS, DPS, MOPS czy PCPR – do ustalenia). Według przedstawionej na spotkaniu koncepcji stanowisko takie mogłoby powstać przy tych instytucjach i wówczas osoba je zajmująca wiedziałaby o rzeczywistych potrzebach społeczności lokalnej, miałaby dostęp do informacji, np. o wypisanym ze szpitala pacjencie, który będzie wymagał dalszego wsparcia
- stworzenie ośrodków opieki krótkoterminowej, np. poprzez udostępnianie mieszkań lub pomieszczeń interwencyjnych

Podmioty realizujące świadczenia pielęgniarstwa domowej opieki długoterminowej

- W zakresie organizacji i dostępności przedstawiciele podmiotów świadczących pielęgniarstwo domową opiekę długoterminową zwracali szczególną uwagę na:
- koordynację usług opiekuńczych – wskazywano potrzebę utworzenia stanowiska lokalnego koordynatora opieki długoterminowej lub wręcz całej struktury zajmującej się koordynacją działań. Według uczestników dzięki temu dałoby się zrobić dużo więcej mniejszym kosztem, a dodatkowo odciążąłoby to pielęgniarki, które nierzadko wspierają pacjentów również w czynnościach nienależących do ich obowiązków (np. w zrobieniu zakupów czy podaniu posiłku)
- zwiększenie liczby kadr – personelu opiekuńczego.

Reprezentanci DPS

Przedstawiciele DPS byli zdania, że aby zwiększyć dostępność, należy:

- przede wszystkim podjąć działania mające na celu zwiększenie liczby personelu opiekuńczego (w tym kontekście podkreślano m.in., że konieczne jest podniesienie i wyrównanie wynagrodzeń pracowników systemu ochrony zdrowia i pomocy społecznej), a ponadto uprościć procedury, ujednolicić nazewnictwo oraz ustandaryzować zatrudnienie

- tworzyć nowe miejsca opieki długoterminowej oraz wprowadzać nowe formy opieki (w tym opiekę dzienną, domową)
- zwiększyć finansowanie, które w obecnym wymiarze powoduje odpływ kadr do podmiotów medycznych.

Prywatne podmioty świadczące całodobową opiekę

Przedstawiciele prywatnych podmiotów świadczących całodobową opiekę jako sposoby na poprawę dostępności opieki długoterminowej wymienili:

- zwiększenie liczby personelu opiekuńczego, ale z wyodrębnieniem kadry zatrudnionej w opiece długoterminowej oraz stworzenie oddzielnego stanowiska opiekuna, w tym opiekuna geriatrycznego (nie tylko medycznego)
- podniesienie znaczenia pracy opiekuna
- obligatoryjne informowanie o dostępnych usługach i wskazywanie ścieżek postępowania w systemie.

Podmioty realizujące świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze z zakresu opieki długoterminowej domowej i w instytucjach

Uczestnicy spotkania dla osób zajmujących się długoterminową opieką domową i w instytucjach w kontekście zwiększenia dostępności nacisk kładli na:

- zwiększenie kadr medycznych i opiekuńczych, z uwzględnieniem imigrantów, poprzez ułatwienia w potwierdzaniu kwalifikacji i w nostryfikacji dyplomów
- tworzenie nowych miejsc świadczenia opieki długoterminowej. Zaznaczano, że obecnie zarówno w ZOL, jak i DPS są listy oczekujących, a w kolejce czeka się nawet ponad rok
- wprowadzenie nowych form opieki (w tym opieki dziennej, domowej) z uwagi na obecne braki w systemie
- angażowanie osoby w charakterze wsparcia w codziennych czynnościach (opiekun przychodzący do domu)

na 3-4 godziny dziennie). Podkreślano, że wiązałoby się to z zapewnieniem stabilnego źródła finansowania (tak by uniknąć scenariusza analogicznego do placówek DDOM). Celem byłoby przebywanie w domu zamiast w placówkach większej liczby osób wymagających wsparcia

- obligatoryjne udzielanie informacji o procesie leczenia i możliwościach opieki dla takich osób oraz ich rodzin
- wprowadzenie koordynacji usług.

Prawnicy

Uczestniczący w konsultacjach społecznych prawnicy zgodnie uznali, że aby poprawić dostęp do usług, należy podjąć następujące działania:

- zwiększenie liczby kadr
- tworzenie nowych miejsc opieki długoterminowej oraz wprowadzenie nowych form opieki
- zapewnienie odpowiedniego finansowania, niezbędnego do rozwijania opieki długoterminowej
- skupienie się na istniejących elementach systemu oraz poprawa koordynacji
- obligatoryjne informowanie o procesie leczenia i dostępnych możliwościach w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej
- koordynacja usług opiekuńczych
- wdrażanie działań zmierzających do tego, by pacjent mógł pozostać w domu, w swoim środowisku rodzinnym, społecznym, a nie od razu trafiał do placówki opiekuńczej
- zwiększenie płac (by przyciągnąć pracowników).

SPOSÓB ORZEKANIA O NIESAMODZIELNOŚCI LUB NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI OSÓB WYMAGAJĄCYCH OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

Na niemal wszystkich spotkaniach konsultacyjnych uczestnicy opowiadali się za rozdzieleniem ryzyka niepełnosprawności i niesamodzielności. Zdania były podzielone co do tego, czy orzekać

w tego typu sprawach miałyby jedna instytucja, przy czym większość obecnych opowiedziała się za takim rozwiązaniem. Przy tej okazji poruszono problemy związane z obecnie funkcjonującym – i krytykowanym przez uczestników spotkania – orzecznictwem. W ankiecie internetowej Banku Światowego więcej osób opowiedziało się za jedną instytucją orzekającą niż za rozdzieleniem ryzyka niepełnosprawności i niesamodzielności.

Gmina sołecka

Uczestnicy spotkania w Inowłodzu nie mieli zdania co do potrzeby zmiany sposobu orzekania o niesamodzielności lub niepełnosprawności osób wymagających opieki długoterminowej, podobnie jak w kwestii rozwiązań w tym zakresie (np. poprzez rozdzielenie ryzyka niepełnosprawności od niesamodzielności czy wprowadzenie jednej instytucji orzekającej). Nie wyrazili również opinii na temat wpływu, jaki orzekanie o niepełnosprawności ma na opiekę długoterminową zarówno w systemie ochrony zdrowia, jak i pomocy społecznej.

Przedstawiciele Rzecznika Praw Pacjenta i organizacji pozarządowych

Podczas spotkania w biurze RPP wszyscy byli zgodni, że skoro **niesamodzielność i niepełnosprawność to dwie różne kwestie, to sposób orzekania powinien uwzględniać te różnice i prawidłowo identyfikować potrzeby** oraz właściwie adresować rozwiązania.

Uczestnicy **nie mieli zdania w sprawie istnienia jednej instytucji orzekającej**. W dyskusji wybrzmiało jednocześnie, że system orzeczeń jest często zbyt zawiły, niezdolność do pracy i niepełnosprawność orzeka się w sposób niejednolity, a te same orzeczenia są różnie traktowane przez pomoc społeczną i opiekę zdrowotną. Zwracano uwagę na archaiczność systemu ubezwłasnowolnienia (szczególnie wobec osób z chorobami otępiennymi i psychicznymi), który nie spełnia potrzeb pacjentów ani opiekunów.

Podmioty odpowiedzialne za rozwiązania i działania w Warszawie

O tym, że należy zmienić sposób orzekania o niesamodzielności czy niepełnosprawności osób wymagających opieki długoterminowej, mówili także uczestnicy spotkania dotyczącego Warszawy. Podkreślali oni, że **niesamodzielność i niepełnosprawność to dwie różne kwestie**. Zaznaczali, że mają świadomość wielu wynikających z tego problemów, przytaczali sytuacje, gdy w różnych częściach Polski te same jednostki chorobowe były podstawą różnych orzeczeń. Zasugerowali, że być może **należałoby rozdzielić systemy orzekania o niepełnosprawności i niesamodzielności**. Ich zdaniem zawzięłość systemu orzekania powoduje, że w różnych województwach orzeka się tak, jakby stosowano różne kryteria.

Przedstawiciele gmin, powiatów, województw, ośrodków zajmujących się pomocą społeczną – 1. grupa

Wszyscy obecni na spotkaniu podkreślali, że **niesamodzielność i niepełnosprawność to dwie różne rzeczy**, a system orzekania o niepełnosprawności nie jest idealny. Zwrócono jednak uwagę, że system orzecznictwa umożliwia wydanie orzeczenia osobie pod jej nieobecność (zaocznie), co ułatwia uzyskanie orzeczenia osobom niesamodzielnym i tym, dla których przybycie na posiedzenie komisji orzekającej stanowiłoby problem. Przywołano ustawę o świadczeniu wspierającym, która ma obowiązywać od 1 stycznia 2024 r. i wspomóc system orzecznictwa. Uczestnicy spotkania uznali, że **być może należy rozdzielić system orzekania na orzekanie o niepełnosprawności i o niesamodzielności**.

Przedstawiciele gmin, powiatów, województw, ośrodków zajmujących się pomocą społeczną – 2. grupa

Uczestnicy spotkania nie mieli zdania w kwestii orzecznictwa i podejścia do niepełnosprawności oraz niesamodzielności.

Podmioty realizujące świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie

Z perspektywy podmiotów opiekujących się pacjentami, którzy wymagają wentylacji mechanicznej w warunkach domowych, wskazywano, że kwalifikacja jest opisana dobrze, ale zaświadczenie o stopniu niepełnosprawności przydaje się pacjentom do uzyskania także innych świadczeń z obszaru zarówno ochrony zdrowia, jak i pomocy społecznej. Wszyscy zgodzili się, że **niesamodzielność i niepełnosprawność to dwie zupełnie różne sytuacje życiowe, które wiążą się z innymi uwarunkowaniami medycznymi oraz socjalnymi, wobec czego należałoby je rozdzielić.**

Reprezentanci ZOL i ZPO

Zdaniem uczestników spotkania przedstawicieli placówek ZOL i ZPO w Toruniu należy zmienić system orzecznictwa w Polsce, gdyż ich zdaniem prowadzi on do wielu nadużyć. Opowiedzieli się za **rozdzieleniem ryzyka niepełnosprawności od niesamodzielności oraz za powołaniem jednej instytucji orzekającej**, która jednak odrębnie orzekałaby o niesamodzielności i o niepełnosprawności.

Stwierdzono, że orzekanie o niepełnosprawności ma znaczący, negatywny wpływ na działanie opieki długoterminowej. Zdaniem uczestników spotkania należy znieść tryby kolejkowe („pilny” i „stabilny” oraz stopień niepełnosprawności), ponieważ osoby tzw. stabilne mogą nie doczekać się objęcia opieką, podczas gdy inni w sposób niekoniecznie uprawniony mogą przesunąć się na początek wielomiesięcznych kolejek. Zwrócono uwagę, że w sektorze pomocy społecznej problemem jest dyskryminowanie osób, które nie mają orzeczonego znacznego stopnia niepełnosprawności.

Przedstawiciele podmiotów realizujących świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej

Opinie przedstawicieli podmiotów realizujących świadczenia z zakresu POZ na temat potrzeby zmiany sposobu orzekania o niesamodzielności

i niepełnosprawności osób wymagających opieki długoterminowej były jednoznaczne. Według uczestników spotkania **kluczowym uzasadnieniem dla rozdzielenia sposobu orzekania jest różnica między definicją niesamodzielnosci a definicją niepełnosprawności.** Przywołano przykład pacjenta sprawnego, ale niesamodzielnego oraz pacjenta z niepełnosprawnością, ale samodzielnego. Zasugerowano, że należy skupić się na ustaleniu, czy dana osoba ma niepełnosprawność, ale jest zdolna do pracy, czy też jest w pełni sprawna, ale niesamodzielną. Zdaniem uczestników spotkania **mogłaby istnieć jedna instytucja orzekająca, przy jednoczesnym rozdzieleniu orzekania o niesamodzielnosci i o niepełnosprawności.** Poruszono także temat niespójności w orzecznictwie między obecnymi instytucjami (jeden pacjent może otrzymać z dwóch instytucji całkowicie sprzeczne orzeczenia).

Podmioty zajmujące się pomocą społeczną

Osoby zajmujące się pomocą społeczną wskazały problem ze spójnością działań pomiędzy instytucjami orzekającymi, co przyczynia się do braku jednomyślnych decyzji. Zwrócono uwagę na sytuacje, gdy orzeczenie znacznego stopnia niepełnosprawności mimo niejednoznacznych wskazań stoi w sprzeczności z usamodzielnianiem się pacjenta. Wskazano na brak indywidualnego podejścia w orzecznictwie. Dostrzeżono potrzebę zmiany w tym zakresie, w tym w organizacji działania powiatowych zespołów orzekających o trzech stopniach niepełnosprawności. Stwierdzono również, że należy **rozdzielić orzekanie o niepełnosprawności od orzekania o niesamodzielnosci.** Zdaniem uczestników spotkania system orzecznictwa wymaga zmian na poziomie legislacyjnym, systemowym. Podkreślano ograniczenia w dostępności części usług, np. rehabilitacji, ze względu na rzeczywistą niesamodzielnosc lub niepełnosprawność. Zwrócono również uwagę, że przez wadliwość obecnego systemu orzekania wiele osób nie ma orzeczonego stopnia niepełnosprawności, choć powinny go posiadać. Zdaniem uczestników także czas oczekiwania na uzyskanie orzeczenia jest zbyt długi.

Podmioty realizujące świadczenia pielęgnarskiej domowej opieki długoterminowej

Przedstawiciele podmiotów świadczących pielęgnarską domową opiekę długoterminową zaznaczyli, że wiele problemów bierze się stąd, iż obecnie istnieje orzecznictwo o niepełnosprawności, a nie ma orzecznictwa o niesamodzielności. Grupa wyraziła opinię, że należałoby wprowadzić zmiany w sposobie orzekania, tj.

oddzielne orzecznictwa o niepełnosprawności i o niesamodzielności.

Uczestnicy spotkania nie określili się natomiast co do koncepcji orzekania w obu obszarach przez jedną instytucję.

Poruszono problem nadużyć, do których dochodzi zarówno w opiece domowej, jak i stacjonarnej, gdzie orzeczenie o niepełnosprawności stanowi czasem niesprawiedliwie zdobyty przywilej wykorzystywany przez część osób. Uczestnicy spotkania ocenili, że należy znieść tzw. tryby pilne, ponieważ ich zdaniem każdy pacjent zakwalifikowany do opieki długoterminowej jest „pilny”. Zwracali uwagę, że w istniejącym, niedoszacowanym systemie osoby z końca kolejki, czyli „stabilne”, mogą nigdy nie doczekać się objęcia opieką, ponieważ zawsze znajdzie się pacjent bardziej „pilny”, który wyprzedzi ich w tej kolejce.

Zarekomendowano przekształcenie całego systemu orzekania, począwszy od eliminacji skali Barthel, a skończywszy na likwidacji podziału pacjentów na „pilnych” i „stabilnych”. Podkreślono, że w odróżnieniu od leczenia szpitalnego, w którym taki podział się sprawdza, w opiece długoterminowej nie ma on racji bytu. W kontekście pomocy społecznej przestrzegano, by wprowadzane zmiany nie stały się kolejną przeszkodą na drodze pacjenta do otrzymania opieki. Za ważne uznano też ułatwienie rodzinom i opiekunom przechodzenia przez procedury biurowe.

Reprezentanci DPS

Wszyscy uczestniczący w spotkaniu przedstawiciele placówek DPS opowiedzieli się za **rozdzieleniem ryzyka niepełnosprawności od niesamodzielności**, jak również za **jedną instytucją orzekającą**. Żywą

dyskusję wywołał wpływ orzekania o niepełnosprawności na opiekę długoterminową zarówno w systemie ochrony zdrowia, jak i pomocy społecznej. Zwrócono uwagę, że podstawą do objęcia opieką najczęściej jest orzeczenie, a zdarzają się przypadki, że pacjent przebywający w domu pod respiratorem nie ma orzeczenia, bo jest objęty specjalistyczną opieką finansowaną przez NFZ. Jednocześnie grupa zastrzegła, że jest to zależne od specyfiki sytuacji i nie zawsze ma miejsce. W kontekście opieki społecznej wybrzmiało, że świadczeniodawcy zabiegają, aby ich placówki miały charakter specjalistyczny.

Prywatne podmioty świadczące całodobową opiekę

W opinii przedstawicieli prywatnych podmiotów świadczących całodobową opiekę należy zmienić zasady orzecznictwa, w pierwszej kolejności skupiając się na **rozdzieleniu ryzyka niesamodzielności od niepełnosprawności**. Jednocześnie uznano, że powinna istnieć **jedna instytucja orzekająca**. Zwrócono uwagę, że w systemie ochrony zdrowia oraz pomocy społecznej dochodzi do nadużyć, a jest to zauważalne szczególnie w środowisku usług publicznych.

Podmioty realizujące świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze z zakresu opieki długoterminowej domowej i w instytucjach

Podczas spotkania przedstawicieli opieki długoterminowej domowej i w instytucjach dostrzeżono potrzebę **rozdzielenia ryzyka niesamodzielności od niepełnosprawności** oraz stwierdzono, że może orzekać o tym **jedna instytucja** pod warunkiem, że będzie działać sprawnie. Jak zasugerowano, priorytetem powinno być ograniczenie biurokracji oraz skrócenie czasu oczekiwania na uzyskanie orzeczenia. Zdaniem uczestników spotkania powołanie dwóch oddzielnych zespołów orzekających mogłoby przyspieszyć ten proces (bezpośrednio przekazując sobie informacje na temat danego pacjenta).

Zwrócono uwagę, że problemem jest zbyt duża liczba instytucji i specjalistów, do których należy się udać, by uzyskać orzeczenie, oraz przerost biurokracji, wydłużający czas oczekiwania.

Prawnicy

Według prawników, którzy wzięli udział w konsultacjach społecznych, należy zupełnie inaczej podejść do niepełnosprawności i niesamodzielnosci. Obecnie częste nie czyni się rozróżnienia między niepełnosprawnością a niesamodzielnoscią, a przecież osoba z niepełnosprawnością może być całkowicie samodzielna. Wobec tego zdaniem uczestników spotkania należy położyć nacisk na orzekanie w zakresie niesamodzielnosci, która się to z potrzebą konkretnego wsparcia, najczęściej w zupełnie innym zakresie niż niepełnosprawność. Rekomendowano wprowadzenie zmian w systemie orzecznictwa oraz co za tym idzie, w systemie zatrudniania orzeczników. Sugerowano wdrożenie działań holistycznych względem osób niesamodzielnych. Jako bolączkę obecnego orzecznictwa wskazano „rozmnożenie bytów” – systemów orzecznictwa jest pięć, co powoduje brak spójności w orzecznictwie. Według uczestników spotkania dobrym wyjściem byłoby **ograniczenie się do jednego systemu orzecznictwa i jednej instytucji orzekającej, jednak przy rozróżnieniu niesamodzielnosci od niepełnosprawności**. Zdaniem prawników system powinien być budowany w oparciu o potrzeby osób wymagających wsparcia.

W ocenie uczestników spotkania należy uprościć system orzecznictwa nie tylko organizacyjnie, ale także ograniczyć biurokrację oraz angażowanie pacjentów, jak ma to miejsce w przypadku części orzeczeń o niepełnosprawności, która ma charakter ciągły, a osoba niepełnosprawna musi ubiegać się o orzeczenie np. co dwa-trzy lata. Zasugerowano ponadto, by w systemie orzecznictwa uwzględnić ocenę zdolności danej osoby do podjęcia zatrudnienia.

DOSTĘP DO SPRZĘTU ORAZ TECHNOLOGII WSPOMAGAJĄCYCH OPIEKĘ DŁUGOTERMINOWĄ

Stopień dostępności sprzętu i technologii oceniono w zależności od instytucji w różnych systemach, które je dostarczają. Zwracano uwagę

na wiedzę o możliwościach i obsłudze, która u osób niesamodzielnych i ich rodzin bywa niewystarczająca, by mogły one korzystać z dostępnych rozwiązań. Sprzęt i rozwiązania technologiczne były raczej wskazywane jako dodatkowe narzędzie, rozwiązania wspierające, komplementarne. Zauważono jednak otwartość na innowacje.

Gmina sołecka

Wśród sposobów na ułatwienie dostępu do sprzętu oraz technologii wspomagających opiekę długoterminową uczestnicy spotkania w Inowłodzu wskazywali potrzebę zabezpieczenia takiego sprzętu i technologii blisko pacjenta, np. poprzez umożliwienie wypożyczenia sprzętu w gminie. Podkreślali też, że ważne jest posiadanie przez gminę środków transportu dla podopiecznych (np. w razie konieczności przewiezienia na leczenie).

Uczestnicy podkreślali, że rozwiązania telemedyczne nie są dla każdego. Ograniczeniem w ich stosowaniu często jest wiek i wykluczenie cyfrowe oraz brak zaufania do nowoczesnych technologii.

Opiekunowie obawiają się pozostawiać podopiecznych pod nadzorem takich urządzeń, więc ich zdaniem stosowanie tego rodzaju nowinek technologicznych powinno mieć charakter wspomagający.

Przedstawiciele Rzecznika Praw Pacjenta i organizacji pozarządowych

Na spotkaniu w biurze RPP zwracano uwagę na:

- konieczność stałego i adekwatnego do potrzeb rozwoju rozwiązań z zakresu e-zdrowia
- konieczność wprowadzenia ułatwień w dostępie wybranych grup pacjentów do specjalistycznego sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego.

Podmioty odpowiedzialne za rozwiązania i działania w Warszawie

Podczas spotkania dotyczącego Warszawy stwierdzono, że dla poprawy dostępu do sprzętu oraz technologii wspomagających opiekę długoterminową potrzebne są:

- stały i adekwatny do potrzeb rozwój rozwiązań z zakresu e-zdrowia
- ułatwienia dla wybranych grup pacjentów w korzystaniu ze specjalistycznego sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego
- organizowanie warsztatów zwiększających świadomość i umiejętności w zakresie używania nowych technologii oraz dystrybuowanie informatorów wśród pacjentów.

Przedstawiciele gmin, powiatów, województw, ośrodków zajmujących się pomocą społeczną – 1. grupa

Podczas spotkania z udziałem przedstawicieli gmin, powiatów, województw, ośrodków zajmujących się pomocą społeczną nacisk kładziono na:

- stały i adekwatny do potrzeb rozwój rozwiązań z zakresu e-zdrowia i teleopieki
- wdrażanie systemów, które nie wykluczają beneficjentów nieprzyzwyczajonych do korzystania z nowoczesnych rozwiązań
- zwiększenie dostępu do innowacyjnych form opieki, szczególnie w obszarze zdrowia (zdalne monitorowanie glikemii, ciśnienia, rytmu serca, itp.)
- szkolenia dla pacjentów i opiekunów.

Przedstawiciele gmin, powiatów, województw, ośrodków zajmujących się pomocą społeczną – 2. grupa

Odniesiono się pozytywnie do rozwoju wspierających form teleopieki.

Podmioty realizujące świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie

Osoby zajmujące się opieką nad pacjentami wentylowanymi mechanicznie zaznaczyły, że istotne jest:

- stawianie na rozwiązania blisko pacjenta (na szczeblu lokalnym bądź gminnym), ponieważ środowiska pacjentów same definiują wówczas swoje potrzeby
- zlikwidowanie przypadkowości i zbieżności świadczeń
- zniesienie limitów finansowych dla świadczeń i technologii ratujących życie.

Reprezentanci ZOL i ZPO

Przedstawiciele placówek ZOL i ZPO w Toruniu zwrócili uwagę na:

- nowoczesne technologie w kontekście opieki w domu
- informowanie opiekunów o możliwych ułatwieniach wspomagających opiekę długoterminową
- potrzebę rozszerzenia wykazu dostępnych wyrobów medycznych – dokupienia specjalistycznego sprzętu np. do wentylacji mechanicznej, co jest bardziej kosztowne niż np. wypożyczenie.

Gdy w dyskusji pojawił się wątek stworzenia centralnej wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego i wspierającego, grupa była zdecydowanie przeciwna takiemu rozwiązaniu. Wśród argumentów pojawiły się kwestie serwisowania sprzętu czy odpowiedniego, indywidualnego doboru sprzętu do potrzeb pacjenta, czego centralna wypożyczalnia nie byłaby w stanie zapewnić.

Przedstawiciele podmiotów realizujących świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej

Zdaniem uczestników spotkania dla podmiotów realizujących świadczenia z zakresu POZ ułatwienie dostępu do sprzętu, ale też innych niezbędnych wyrobów i technologii wspomagających opiekę długoterminową, należy zacząć od dostosowania ich do indywidualnych potrzeb pacjenta i jego schorzenia. Zaproponowano:

- ograniczenie formalności, co również ułatwiłoby dostęp. Jak podkreślano, formalności są potrzebne, ale być może – odwołując się do rozporządzenia w sprawie wykazu wyrobów medycznych na zlecenie – powinny one w mniejszym stopniu angażować pacjenta i opiekuna. Wskazywano, że dotyczy to np. zleceń na wyroby wydawane cyklicznie, takie jak środki absorpcyjne
- by katalog środków wspomagających był ogólnodostępny; ustawicznie pojawiają się nowe środki, warto byłoby więc, aby pacjenci i opiekunowie mieli do takiego katalogu dostęp na bieżąco.

Podmioty zajmujące się pomocą społeczną

Zdaniem przedstawicieli podmiotów zajmujących się pomocą społeczną należy ułatwić dostęp do sprzętu oraz technologii wspomagających opiekę długoterminową. Uczestnicy spotkania nie odnieśli się szczegółowo do tego tematu.

Podmioty realizujące świadczenia

pielęgniarskiej domowej opieki długoterminowej

Podczas kolejnego spotkania podkreślano, że obecnie w pielęgniarstwie długoterminowym **żadne urzędniki nie są zakontraktowane**. Podano przykład 60-letniej pielęgniarki, zajmującej się pacjentem ważącym ponad 100 kg, która nie ma do dyspozycji wózka inwalidzkiego czy wyciągu. Podkreślano, że pielęgniarki nie mogą samodzielnie wypisywać zleceń na środki pomocnicze, takich jak wspomniane wózki inwalidzkie, wyciągi czy specjalistyczne łóżka. Zwracano uwagę, że zmiana w tym zakresie zdecydowanie ułatwiłaby i przyspieszyłaby wspieranie pacjentów.

Grupa opowiedziała się za:

- zwiększeniem i ułatwieniem dostępu do sprzętu i technologii dla pacjentów, ale również za wsparciem osób świadczących pielęgniarstwą opiekę domową. Zaznaczono, że takie wsparcie

powinno być wliczone w cenę świadczeń, co przyspieszyłoby proces wyposażenia pielęgniarki w niezbędny sprzęt

- rozwojem zdalnych form opieki i zniesieniem limitów finansowych. Podkreślono, że świadczeniodawcy zajmujący się pielęgniarską domową opieką długoterminową powinni być pierwszym środowiskiem, z którym minister zdrowia konsultuje, jakie produkty powinny pojawić się w wykazie do refundacji.

Reprezentanci DPS

Przedstawiciele placówek DPS jednogłośnie opowiedzieli się za wprowadzeniem ułatwień w dostępie do wózków inwalidzkich i sprzętu rehabilitacyjnego. Zdaniem świadczeniodawców można to zrobić poprzez rozszerzenie wykazu dostępnych wyrobów medycznych. Większość uznała za słuszny rozwój zdalnych form opieki, natomiast **zniesienie limitów finansowych określono jako działanie ryzykowne**. Zaproponowano alternatywne rozwiązanie – scalenie dwóch systemów: finansowania i różnicowania.

Prywatne podmioty świadczące całodobową opiekę

Również zdaniem reprezentantów prywatnych podmiotów świadczących całodobową opiekę należy ułatwić dostęp do sprzętu oraz technologii wspomagających opiekę długoterminową. Pojawiły się jednak głosy, aby dostęp zwiększać również poprzez **umożliwienie wypożyczenia sprzętu**. Uczestnicy zastrzegli jednak, że nie chodzi im o jedną, centralną wypożyczalnię; ich zdaniem utrudniłoby ona dostęp ze względu na ilość i różnorodność oferowanego sprzętu.

Zaznaczono, że nie ma większych problemów z dostępem do wózków inwalidzkich i sprzętu rehabilitacyjnego, należy jednak pochylić się nad bardziej podstawowymi kwestiami, bo np. zdarzają się sytuacje, że osoba objęta opieką nie ma możliwości zamienienia zwykłego łóżka na rehabilitacyjne czy szpitalne bądź otrzymania innego sprzętu, np. chodzika.

Rekomendowano wprowadzenie rozwiązań systemowych, np. **stworzenie wykazu sprzętów niezbędnych w opiece długoterminowej** i rozszerzenie dostępności wyrobów medycznych oraz dokładne identyfikowanie potrzeb osób wymagających wsparcia i jego personalizowanie.

Podmioty realizujące świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze z zakresu opieki długoterminowej domowej i w instytucjach

Podczas spotkania dla przedstawicieli opieki długoterminowej domowej i w instytucjach zwrócono uwagę, że w domu pomocy społecznej lub całodobowym domu opieki jest łatwiej o dostęp do sprzętu i technologii wspomagających ze względu na współpracę między instytucjami – wystarczy złożyć zamówienie na podstawie orzeczenia. Podkreślano, że **rodziny opiekujące się chorymi w domu mają znacznie trudniej**. Sugerowano, że należy takim rodzinom pomóc, zaczynając od dokładnego informowania, jaka przysługuje im refundacja, jakie wyroby i produkty można nabyć z dofinansowaniem, do kogo się zwracać, dokąd udać. Zarekomendowano, by regulacje dotyczące informowania opiekunów zajmujących się niepełnosprawnymi i niesamodzielnymi bliskimi zostały ustanowione na poziomie krajowym. Ponadto należy rozszerzyć wykaz dostępnych wyrobów medycznych na zlecenie oraz rozwijać zdalne formy opieki.

Prawnicy

Uczestniczący w konsultacjach prawnicy byli zdania, że sprzęt i technologie wspomagające opiekę długoterminową powinny być dostępne dla każdego i trafiać do osób, które tego wsparcia rzeczywiście potrzebują. Zwracano uwagę, że **jeśli dane rozwiązanie może wyeliminować lub ograniczyć konieczność świadczenia opieki przez osoby trzecie i zwiększyć samodzielność, to dostęp do sprzętu jest zdecydowanie wskazany**. Podkreślano, że każdemu potrzebującemu należy zapewnić dostęp do usług i technologii w zakresie, który chroni jego życie i zdrowie.

Seniorzy

Za ułatwieniem dostępu do sprzętu oraz technologii wspomagających opiekę długoterminową opowiedzieli się także seniorzy. Wskazali, że należy ułatwić dostęp m.in. do wytwornicy tlenu i szyny rehabilitacyjnej (wypożyczenie jej kosztuje 30 zł dziennie). Uczestnicy spotkania proponowali **rozszerzenie wykazu dostępnych sprzętów rehabilitacyjno-medycznych**. Własny przykład podała jedna z obecnych osób, która miała problem zarówno z wypożyczeniem, jak i z kupieniem wytwornicy tlenu. Podkreślano, że należy upowszechniać wiedzę o wypożyczalniach sprzętów rehabilitacyjno-medycznych oraz o formach dofinansowania na taki sprzęt.

Uczestnicy konsultacji proponowali utworzenie tańszych wypożyczalni sprzętów rehabilitacyjno-medycznych (wypożyczenie szyny rehabilitacyjnej mogłoby być odliczone od podatku tylko przy pierwszej grupie inwalidzkiej). Zwracali uwagę, że nie każdego stać na zakup danego sprzętu rehabilitacyjno-medycznego. Podkreślano też, jak istotne jest ubieganie się o status osoby niepełnosprawnej, gdy nagle ktoś staje się osobą niesamodzielną i potrzebuje wsparcia.

Dzieci seniorów

Dzieci seniorów proponowały, by lekarz mógł wypisywać **skierowanie na bezpłatne wypożyczenie sprzętu rehabilitacyjnego**. Zgadzano się, że należy zwiększyć liczbę wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego i medycznego oraz zadbać o **lepsze informowanie** o tym, gdzie znajdują się takie wypożyczalnie i na jakich zasadach można z nich korzystać. Proponowano, by pewna **pula dostępnego sprzętu była do wypożyczenia za darmo**. Jako przykłady sprzętu, do którego należy zwiększyć dostęp, wymieniono wytwornice tlenu i mechaniczne szyny rehabilitacyjne.

Zdaniem uczestników spotkania w zwiększeniu dostępności powinno pomóc:

- rozszerzenie wykazu dostępnych wyrobów medycznych (brakuje np. wytwornicy tlenu i mechanicznej szyny rehabilitującej)
- umożliwienie darmowego wypożyczenia sprzętu medycznego, jeżeli osoba, która go wymaga, jest w trudnej sytuacji finansowej
- finansowanie lub dofinansowanie systemów, które monitorują czynności życiowe i o nich informują
- zwiększenie promocji zdalnej formy opieki i obsługi medycznej oraz jej upowszechnianie.

Organizacje seniorów

Na spotkaniu z udziałem organizacji seniorów podkreślano zależność dostępności sprzętu, np. wózków inwalidzkich, od posiadanych środków finansowych. Mówiono też o potrzebie zniwelowania barier infrastrukturalnych, ograniczających korzystanie ze sprzętu.

Uczestnicy konsultacji zwracali uwagę, że wypożyczanie sprzętu jest często zbyt drogie. Ponadto wypożyczalnie często są zamykane, a te działające są źle wyposażone.

Rekomendowano:

- kładzenie nacisku na informowanie, gdzie znajdują się wypożyczalnie i na jakich zasadach można z nich korzystać
- zniesienie limitów czasowych i finansowych na wypożyczanie sprzętu.

Podczas spotkania wybrzmiało, że należy ułatwić dostęp do szyn pacjentom po operacjach kolana. Oceniono też, że **ułatwienie dostępu do niezbędnego sprzętu powinno leżeć w gestii samorządów i organizacji; powinny one pomóc w dostosowaniu budynków do potrzeb osób tego wymagających** (np. wiaty na wózki elektryczne).

Rodzaj potrzebnego wsparcia w opiece długoterminowej nad osobą starszą lub niepełnosprawną

To rodzina ponosi odpowiedzialność za opiekę i pomoc w codziennym funkcjonowaniu w przypadku nagłego pogorszenia się zdrowia bliskiej osoby.

O spojrzenie na kwestię odpowiedzialności – z perspektywy osoby, która nagle potrzebuje wsparcia – poproszeni zostali seniorzy, dzieci seniorów i organizacje seniorów. Wszyscy **na pierwszym miejscu wskazywali rolę rodziny**. Instytucje traktowano raczej jako dodatkowe wsparcie. Mówiąc o roli rodziny, uczestnicy spotkań zwracali uwagę również na potrzebę zrekompensowania członkom rodziny czasu poświęconego na zajmowanie się bliskim, np. poprzez uwzględnienie czasu opieki w stażu pracy. Mowa była także o edukacji rodziny mierzącej się nagle z koniecznością zapewnienia opieki osobie, która staje się niesamodzielna.

Seniorzy

Seniorzy podkreślali, że **rodzina jest głównym wsparciem**, o ile w ogóle jest i może się zaangażować. Wskazano, że należy powołać **opiekuna środowiskowego**, szczególnie dla osób w wieku 75+, oraz że jeżeli istnieją tego rodzaju rozwiązania, to nie funkcjonują one dobrze. Zdaniem seniorów tacy opiekunowie powinni diagnozować na bieżąco potrzeby danej społeczności.

Uznano, że warto zastanowić się nad niewypisywaniem ze szpitala osób, które stały się niesamodzielne, jeśli nie znajdzie się dla nich kolejnego miejsca opieki (np. rehabilitacja, ZOL) – ale jedynie w sytuacji, gdy dalsza opieka jest konieczna.

W kontekście odpowiedzialności rodzin poruszono problem ich niedoinformowania w kwestii poruszania się po systemie i możliwych rozwiązań oraz problem braku wsparcia finansowego dla członków rodziny opiekujących się np. chorą mamą lub babcią. Zasugerowano, że **czas, który opiekunowie nieformalni poświęcają na opiekę nad**

swoimi niesamodzielnymi bliskimi, powinien być im zaliczany do stażu pracy, tak by nie byli de facto „karani” niską emeryturą za swoje zaangażowanie. Ze względu na opiekę nad członkiem rodziny opiekunowie nieformalni często nie są w stanie pracować zawodowo.

Wspomniano, że powinno być więcej możliwości pozyskiwania funduszy od gminy na dofinansowywanie ćwiczeń i zajęć fizycznych dla seniorów. Pojawił się postulat zwiększenia miejsc interwencyjnych w placówkach ZOL na pobyt czasowy, na czas rozpoznania sytuacji przez rodzinę.

Dzieci seniorów

Dzieci seniorów podczas spotkania uznały, że decyzja o tym, kto miałby sprawować nad nimi opiekę w przypadku nagłej niesamodzielności, zależałaby od sytuacji. **W pierwszej kolejności wskazano jednak rodzinę,** następnie sąsiadów, a później instytucje publiczne lub prywatne. Jako dobrą formę wsparcia uznano wolontariat i pomoc sąsiedzką.

Organizacje seniorów

Przedstawiciele organizacji seniorów opowiedzieli się za tym, by w sytuacji nagłej niesamodzielności zaopiekowała się nimi **rodzina** – pod warunkiem, że będzie w stanie się tego podjąć i będzie ją na to stać. W przeciwnym razie powinna skorzystać ze wsparcia samorządu.

Ponownie pojawiły się głosy, że więcej funduszy państwowych na opiekę długoterminową powinno trafiać do samorządów, które powinny tymi środkami dysponować.

Zwrócono uwagę, że w przypadku nagłego pogorszenia się zdrowia ważne jest **zaangażowanie zarówno rodziny, jak i znajomych, przyjaciół czy sąsiadów.** Zdaniem osób obecnych na sali najlepiej byłoby samemu zadbać o swoje długie życie w zdrowiu, ale przy wsparciu instytucji. Dodatkowo wspierani powinni być członkowie rodziny, których sprawność się pogorszyła – oceniono.

Zaznaczano konieczność informowania o tym, na jakie formy pomocy można liczyć w przypadku nagłego pogorszenia stanu zdrowia. Dzięki temu bliscy osoby potrzebującej wsparcia, którzy do tej pory nie mieli styczności z problemem braku sprawności, będą wiedzieli, co robić i na jakie działania mogą liczyć ze strony otoczenia i instytucji.

Pojawiły się głosy, że powinna powstać infolinia udzielająca informacji o opiece długoterminowej.

OCZEKIWANE RODZAJE ORGANIZACJI OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ⁵

Osoby odnoszące się do tego wątku zgodnie deklarowały, że chciałyby **przebywać we własnym domu**. Zdecydowana większość odpowiedziała tak również w ankiecie internetowej Banku Światowego. Dzieci seniorów wskazywały jeszcze opiekę dzienną. W dyskusjach skupiono się na tym, jak wesprzeć osoby, które zapewniają opiekę swoim bliskim przebywającym w domu.

Seniorzy

Seniorzy podkreślali, że gdyby oni sami lub ich bliscy wymagali opieki długoterminowej, to chcieliby, by opieka ta była świadczona **w ich własnym domu i finansowana ze środków publicznych, przy pomocy opiekunów nieformalnych i formalnych**.

Dzieci seniorów

Podczas spotkania z udziałem dzieci seniorów wskazywano uzależnienie organizacji opieki od sytuacji zawodowej, finansowej, itp. oraz od stanu zdrowia opiekuna. Wyrażono jednak oczekiwanie, by opieka – czy to

5 W odniesieniu do hipotetycznej sytuacji, w której w najbliższych dwóch latach stan zdrowia samych respondentów lub członka ich rodziny uległby znacznemu pogorszeniu (wymagałby opieki długoterminowej).

w ich własnym przypadku, czy w przypadku osoby z ich rodziny – była świadczona **w ich własnym domu lub by była to opieka dzienna**.

Podkreślano, że organizując opiekę, należy wziąć pod uwagę oczekiwania osoby, której ta ona dotyczy. Proponowano także formę mieszaną – jeśli rodzinę na to stać, powinna dołożyć się do opłacania opieki, jeśli nie – powinny pomóc instytucje państwowe.

Zgłaszano także potrzebę doinformowania opiekunów oraz skoordynowania usług w ramach systemu opieki. Istotną kwestią dla uczestników spotkania było **zapewnienie wsparcia psychologicznego osobom długotrwale opiekującym się starszymi członkami rodziny**.

Organizacje seniorów

Uczestnicy spotkania dla organizacji seniorów deklarowali, że życzyliby sobie opieki **we własnym domu** – najdłużej jak to będzie możliwe i **przy wsparciu instytucjonalnym**. Zwracano uwagę na potrzebę promowania dziennych domów seniora, które aktywizują osoby starsze. Sugerowano, że warto byłoby organizować transport dla osób niesamodzielnych do takich miejsc oraz na kierowane do seniorów wydarzenia.

O ułatwieniach w transporcie mówiono również w kontekście m.in. wizyt u lekarza; wskazywano szczególnie dowóz na rehabilitację osób niemogących poruszać się samodzielnie lub zaoferowanie alternatywy, czyli zapewnienie dojazdu rehabilitanta do domu pacjenta. Wskazano, że potrzebna jest też koordynacja usług transportowych w miejskich ośrodkach pomocy społecznej.

W kontekście maksymalizacji i wsparcia opieki przez opiekunów nieformalnych w domu zwrócono uwagę, że takie rozwiązanie nie tylko jest bardziej efektywne, ale też odciąża system stacjonarny, który jest droższy i często negatywnie wpływa na komfort psychiczny seniorów, którzy woleliby być w domu. Zdaniem uczestników należy też informować o możliwości uzyskania statusu osoby z niepełnosprawnością, co umożliwi korzystanie ze świadczeń takich jak rehabilitacja. Organizacje otrzymujące dofinansowanie do działań

prowadzonych na rzecz osób starszych czy z ograniczoną sprawnością powinny same w większym stopniu informować o swojej ofercie i możliwościach, a samorządy i placówki MOPS powinny takie informacje udostępniać zainteresowanym – podkreślono.

Argumentowano, że **problemem jest niedoinformowanie**, gdyż zdarza się, że ktoś nie bierze udziału w danym wydarzeniu wyłącznie dlatego, że o nim nie wiedział.

Wspomniano też o formie wsparcia funkcjonującej w Austrii, czyli o odwiedzaniu osób, które nie mogą wychodzić z domu. Nie chodzi tu o odwiedziny np. pielęgniarki, ale osoby, która przychodzi porozmawiać, spędzić z seniorem trochę czasu, by ten nie czuł się osamotniony. Podano również przykład krakowskiego programu „Asystent 85+”, który polegał na tym, że opłacani asystenci raz w tygodniu przychodzili do osób potrzebujących wsparcia. Inny przykład działania, które zdaniem uczestników spotkania mogłoby się sprawdzić na szerszą skalę, to bezpłatny dowóz osób starszych na cmentarze, by mogły odwiedzić groby swoich zmarłych.

Wskazywano ponadto na **konieczność rozwoju opieki wytchnieniowej**. Jest to najbardziej potrzebny rodzaj wsparcia, umożliwiający opiekowanie się długoterminowo osobą starszą lub z niepełnosprawnością.

Seniorzy za szczególnie ważne uznali następujące kwestie:

- lepszy dostęp do informacji o dostępnych formach wsparcia
- lepsza koordynacja usług długoterminowych
- rozbudowanie opieki wytchnieniowej, aby asystent odciążał opiekunów
- wprowadzenie urlopu dla opiekuna nieformalnego.

Dzieci seniorów

Dzieci seniorów podkreślały:

- kluczową rolę informacji o formach opieki

- konieczność lepszej koordynacji usług opieki długoterminowej
- potrzebę wsparcia psychologicznego również dla opiekunów.

Organizacje seniorów Na spotkaniu organizacji seniorów oceniono, że niezbędne jest zwiększenie dostępu do informacji o możliwych formach wsparcia. Podkreślano ponadto znaczenie:

- zwiększenia liczby miejsc w ramach opieki długoterminowej – w stopniu, w jakim pozwalają na to fundusze samorządowe czy państwowe
- wprowadzenia nowych form opieki
- wdrożenia wsparcia dla opiekunów
- lepszej koordynacji usług
- prowadzenia działań informacyjnych również na szczeblu miast i województw.

Podczas spotkania wybrzmiał pomysł pogłębiania dialogu międzypokoleniowego i angażowania młodych ludzi do edukowania seniorów w zakresie rozwiązań cyfrowych – aby mogli oni korzystać np. z centrów informacji seniora. Zwrócono przy tym uwagę, że takie centra powinny być nie tylko w wersji online.

Zarekomendowano również utworzenie **banku informacji dla seniorów** przy Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej, który stanowiłby bazę wszelkich informacji dotyczących opieki długoterminowej i mógłby być powiązany ze specjalną infolinią. Zaproponowano także wprowadzenie samorządowych banków informacji i infolinii.

OBSZAR V: FINANSOWANIE OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

Temat finansowania pojawiał się podczas spotkań konsultacyjnych niemal w każdej części tematycznej. Najczęściej padał ogólny postulat zwiększenia finansowania. W kontekście zabezpieczenia środków na opiekę długoterminową w przyszłości w każdym z omawianych wariantów zwracano uwagę, by w ramach danego ubezpieczenia czy składek środki były wydzielone stricte na opiekę długoterminową.

Gmina sołęcka

Uczestnicy spotkania w Inowłodzu mówili ogólnie o potrzebie zwiększenia finansowania ODT.

Przedstawiciele Rzecznika Praw Pacjenta i organizacji pozarządowych

Uczestnicy spotkania w biurze RPP = doszli do wniosku, że istotne jest przeznaczenie środków finansowych (być może w formie zapisu w ustawie o opiece długoterminowej) stricte na realizację zadań instytucjonalnych w tym zakresie.

Podmioty odpowiedzialne za rozwiązania i działania w Warszawie

Z perspektywy przedstawicieli miasta i jego dzielnic problemem nie jest finansowanie, a brak wykwalifikowanych kadr. Jako ciekawe rozwiązanie podano zmianę finansowania w powiązaniu ze zmianą w orzecznictwie (dodatkowe finansowanie dla osób niesamodzielnych powiązane z ich stopniem niesamodzielności, dzięki czemu dodatkowe środki osoby te mogłyby wykorzystywać do aktywnego poszukiwania na rynku usług odpowiadających ich własnym, specyficznym potrzebom opiekuńczym).

Sugerowano, że być może należałoby rozważyć dodatkowe składki na opiekę długoterminową lub utworzenie czegoś w rodzaju dodatkowego funduszu medycznego przeznaczonego wyłącznie na opiekę długoterminową.

Przedstawiciele gmin, powiatów, województw, ośrodków zajmujących się pomocą społeczną – I grupa

Podczas spotkania dla gmin, powiatów, województw i ośrodków zajmujących się pomocą społeczną poruszono temat wprowadzenia ubezpieczenia pielęgnacyjnego (projekt w tej sprawie został już przygotowany przez ówczesnego ministra zdrowia Zbigniewa Religę i podległy mu resort). Rekomendowano wyrównanie i ujednoczenie finansowania w obszarze zdrowotnym i społecznym.

Zwracano uwagę, że fundusz medyczny w opiece długoterminowej powinien wspierać ośrodki w świadczeniu opieki zdrowotnej i społecznej (jeden z przedstawicieli DPS wielokrotnie wskazywał ogromne różnice w finansowaniu między ZOL a DPS, które nie mają statusu ZOZ). W kontekście wydzielenia źródła finansowania mówiono o wypracowaniu systemowego rozwiązania, które pozwoli na rozwijanie opieki długoterminowej w sytuacji rosnącej liczby korzystających z niej osób.

Przedstawiciele gmin, powiatów, województw, ośrodków zajmujących się pomocą społeczną – II grupa

Jeden z uczestników spotkania z udziałem przedstawicieli m.in. urzędów i instytucji im podległych zgłosił problem znaczącego obciążenia gmin, które ponoszą koszty finansowania dopłat dla osób przenoszonych z ZOL do DPS, jeśli pochodzą one spoza danej gminy. Zaznaczono, że koszt ten ponosi gmina, na terenie której znajduje się DPS, nawet jeśli podopieczny nie jest jej mieszkańcem.

Przedstawiciel wojewódzkiego oddziału NFZ zaproponował przyjrzenie się obecnemu systemowi odpłatności za instytucjonalne formy opieki

długoterminowej – temu, czy i jak działa system współpłacenia przez rodziny za takie usługi, obowiązkowi alimentacyjnemu itp. Podkreślał, że instytucje często nie są w stanie wyegzekwować więcej niż 70 proc. należnych kwot za usługi.

Podmioty realizujące świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie

Osoby zajmujące się opieką nad pacjentami wentylowanymi mechanicznie zaproponowały dwa nowe sposoby finansowania opieki długoterminowej:

- dodatkowe publiczne ubezpieczenie związane z przyszłą potrzebą opieki – na wzór składki zdrowotnej
- prywatne ubezpieczenie związane z przyszłą potrzebą opieki, tzw. indywidualne.

Zwrócono uwagę, że tworzenie tego typu niezależnych kont wiązałoby się z likwidacją monopolu publicznej ubezpieczalni, jaką jest NFZ.

Reprezentanci ZOL i ZPO

Podczas spotkania w Toruniu przedstawiciele ZOL i ZPO opowiedzieli się za wprowadzeniem nowych źródeł finansowania w postaci odrębnego ubezpieczenia związanego z opieką długoterminową, co pozwoliłoby nie podnosić składek zdrowotnych. Zdecydowana większość uczestników opowiedziała się za dodatkowym publicznym ubezpieczeniem (na wzór składki zdrowotnej), ale z zapewnieniem, że te fundusze zostaną przeznaczone wyłącznie na potrzeby związane z opieką długoterminową.

Jako drugie możliwe rozwiązanie wskazano dodatkowe prywatne ubezpieczenia związane z przyszłą potrzebą opieki. Tu pojawiło się zastrzeżenie o możliwości dziedziczenia takich składek, jeśli osoba je opłacająca z nich nie skorzysta. Rozwiązaniem dla osób, które nie chciałyby ponosić dodatkowych kosztów, miałyby być zmiany w składkach zdrowotnych; jak podkreślono – nie poprzez podniesienie

ich, lecz przez podzielenie ich na część zdrowotną oraz część opiekuńczą.

Przedstawiciele podmiotów realizujących świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej

Przedstawiciele podmiotów realizujących świadczenia z zakresu POZ skupili się na możliwości dodatkowego prywatnego ubezpieczenia związanego z przyszłą potrzebą opieki. W ich ocenie jest to najbardziej realna forma zabezpieczenia, jednak nie każdego pacjenta będzie na to stać. Poruszono wątek współfinansowania świadczeń przez osoby ich potrzebujące, ale także zainteresowanych taką formą ubezpieczenia, z możliwością połączenia jej z dofinansowaniem od gminy. Zdaniem uczestników spotkania podniesienie składek zdrowotnych, rentowych i emerytalnych nie będzie możliwe, realne wydaje się jednak przeznaczenie części składek pewnej na opiekę długoterminową. Zasugerowano, że sprawdzić mogłoby się równoległe płacenie prywatnego ubezpieczenia z wykorzystaniem elementów, które już istnieją u płatników publicznych. W obliczu starzenia się społeczeństwa kwestią opieki długoterminowej i zabezpieczenia przyszłości własnej i bliskich należy zainteresować już ludzi młodych – podkreślono.

Podmioty zajmujące się pomocą społeczną

Zdaniem przedstawicieli podmiotów zajmujących się pomocą społeczną kierunek, w którym obecnie zmierza system finansowania opieki długoterminowej, nie jest właściwy. Uczestnicy spotkania ocenili, że dobrym rozwiązaniem nie są ani dodatkowe publiczne ubezpieczenie, ani ubezpieczenie prywatne, ani dofinansowania czy zmiany w składkach. Zwracali uwagę, że podobne propozycje w jakimś stopniu były już testowane (filary, polisy, podnoszenie wysokości składek, itp.) i nie spełniły oczekiwań. Podkreślano brak zaufania do wymienionych pomysłów i poczucie braku gwarancji, że środki będą zabezpieczone na opiekę dla konkretnej osoby. Zasugerowano skorzystanie z rozwiązań systemu amerykańskiego, w którym każdy ma

gwarancję, że składki, które odprowadza, trafią do niego lub zostaną odziedziczone, osoba opłacająca ma do nich wgląd na bieżąco i pewność, że w razie potrzeby zapewnione będą fundusze na pokrycie kosztów leczenia, usług pielęgnacyjnych czy opieki.

Podmioty realizujące świadczenia pielęgnarskiej domowej opieki długoterminowej

Reprezentanci podmiotów świadczących pielęgnarską domową opiekę długoterminową w zdecydowanej większości opowiedzieli się za dodatkowym publicznym ubezpieczeniem związanym z przyszłą potrzebą opieki, na wzór składki zdrowotnej. Zwracano uwagę, że decyzja o kolejnych opłatach dla społeczeństwa, choć politycznie niepopularna, wydaje się nieunikniona. Uznano, że byłby to dodatkowy podatek od dochodów, z którego cała kwota mogłaby zostać przeznaczona na fundusz pielęgnacyjny. Według uczestników spotkania kolejnym zabezpieczeniem mogłoby być dodatkowe ubezpieczenie prywatne.

Reprezentanci DPS

W ocenie większości przedstawicieli placówek DPS dodatkowe ubezpieczenie publiczne związane z przyszłą potrzebą opieki (na wzór składki zdrowotnej) będzie najlepszym rozwiązaniem. Niektórzy uczestnicy opowiedzieli się za dodatkowym prywatnym ubezpieczeniem i dofinansowaniem za pośrednictwem gmin i powiatów. W sprawie zmiany w składkach zdrowotnych, rentowych i emerytalnych wszyscy wstrzymali się od głosu. Padły ponadto pomysły powołania funduszu społecznego w ramach pomocy społecznej oraz ujednoczenia kosztów w placówkach opieki długoterminowej.

Prywatne podmioty świadczące całodobową opiekę

Reprezentanci prywatnych podmiotów świadczących całodobową opiekę zgodnie opowiedzieli się za dodatkowym publicznym ubezpieczeniem związanym z opieką w przyszłości (na wzór składki zdrowotnej), z możliwością zarezerwowania tych środków stricte na

potrzeby osoby, która te składki opłaca. Podkreślali, że osoba odprowadzająca takie składki powinna mieć możliwość wglądu w odłożoną kwotę. Co do prywatnego ubezpieczenia sugerowano, że może to być dodatkowe rozwiązanie, umożliwiające posiadanie np. polisy zapewniającej więcej niż minimalny standard. Z kolei w kontekście składek zdrowotnych, rentowych i emerytalnych pojawiły się wypowiedzi dotyczące wprowadzenia czwartej składki opiekuńczej jako składki celowej, przeznaczonej na opiekę długoterminową i podlegającej dziedziczeniu. Koncepcja dofinansowania opieki długoterminowej przez gminy i powiaty nie została potraktowana przez uczestników spotkania jako konstruktywne rozwiązanie. Generalnie uznano, że o zakresie zabezpieczenia się na wypadek objęcia opieką długoterminową powinny decydować osoby, których te decyzje dotyczą.

Podmioty realizujące świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze z zakresu opieki długoterminowej domowej i w instytucjach

Osoby zajmujące się opieką długoterminową domową i w instytucjach sugerowały, że w przypadku osób, które stać na dodatkowe ubezpieczenia, takie rozwiązanie jest słuszne. Nie uznały za dobry pomysł dofinansowania z gmin i powiatów. Jednomyślnie zauważono, że dodatkowe publiczne ubezpieczenie na wzór składki zdrowotnej może okazać się niemożliwe do wprowadzenia, ponieważ już teraz potraça się bardzo dużo składek na różne ubezpieczenia. Byłoby to więc społecznie nieakceptowalne. Do przemyślenia, zdaniem uczestników spotkania, pozostaje opcja wprowadzenia publicznego ubezpieczenia na zasadzie wyodrębnienia jakiejś części już potrącanych składek na opiekę długoterminową.

Prawnicy

Zdaniem prawników uczestniczących w spotkaniu nie należy wprowadzać dodatkowego obciążenia fiskalnego, czyli dodatkowego publicznego ubezpieczenia na wzór składki zdrowotnej, ponieważ podatnicy czują się mocno obciążeni. Zarekomendowano rozważenie podziału w obrębie środków, które już są w systemie. Podkreślano, że na

poziomie podstawowym w zakresie ochrony rodziny i zdrowia dobrym rozwiązaniem jest dodatkowe prywatne ubezpieczenie związane z przyszłą potrzebą opieki. Zastrzeżono przy tym, że ewentualne dodatkowe ubezpieczenie prywatne nie może zastąpić obowiązku państwa w kwestii zabezpieczenia opieki, choćby w podstawowym wymiarze. Podczas spotkania mowa była też o konieczności edukowania społeczeństwa w zakresie zabezpieczenia się na przyszłość. Prawnicy zauważyli również inny aspekt – finansowanie opieki długoterminowej będzie uzależnione także od szybkości bogacenia się społeczeństwa.

Seniorzy

Wśród seniorów pojawiła się opinia, że należy zwiększyć obowiązkowe ubezpieczenie publiczne w celu pokrycia kosztów opieki długoterminowej. Podkreślano przy tym, że dostęp do opieki długoterminowej powinien być równy dla wszystkich, każdy powinien mieć prawo do godnej opieki długoterminowej w Polsce oraz że należy zadbać o to, by nie dzielić społeczeństwa na bogatych i biednych. Zwrócono uwagę, że wśród tych, których stać na zakup dodatkowego ubezpieczenia, takie rozwiązanie należy promować.

Dzieci seniorów

Dzieci seniorów wskazały, że rozważyć można byłoby dofinansowanie dla gmin i powiatów, ale pod warunkiem, że samorządy będą w stanie świadomie i trafnie wykorzystywać te środki. Za zasadne uznano dodatkowe ubezpieczenie publiczne bądź prywatne na poczet opieki długoterminowej. Podkreślono również prawo do wyboru, czy chce się korzystać z rozwiązań publicznych czy z ubezpieczenia prywatnego.

Organizacje seniorów

Podczas spotkania w gronie przedstawicieli organizacji seniorów padła propozycja, aby niewykorzystane środki ze składki zdrowotnej były przeznaczane na Fundusz na rzecz Opieki Długoterminowej. Zauważono, że nie wszystkich stać na prywatne ubezpieczenia, a także że samorządy powinny być dofinansowywane w zakresie opieki

długoterminowej, gdyż lepiej rozumieją potrzeby swoich mieszkańców niż decydent krajowy. Zasugerowano, że gminy powinny przeprowadzać analizy w kontekście przyszłych potrzeb mieszkańców w zakresie opieki długoterminowej.

GOTOWOŚĆ DO POKRYWANIA Z WŁASNEJ KIESZENI KOSZTÓW USŁUG OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

Do tego złożonego zagadnienia odnieśli się seniorzy, dzieci seniorów i organizacje seniorów. Pytanie pojawiło się również w internetowej ankiecie Banku Światowego.

Seniorzy

Seniorzy wskazali, że mimo rosnącej inflacji każda osoba biorąca udział w spotkaniu konsultacyjnym byłaby w stanie dołożyć do opieki długoterminowej z własnej kieszeni. Oszacowali, że mogłoby to być do 10 proc. ich emerytury. W kwestii przekazywania środków do DPS zgodzono się co do podziału: 70 proc. dla DPS i 30 proc. dla seniora.

Dzieci seniorów

Dzieci seniorów uznały, że należy odciążać system opieki zdrowotnej poprzez symboliczne lub wyższe niż symboliczne opłaty za wizytę u lekarza. Propozycja ta padła w kontekście ograniczenia liczby wizyt osób, które chodzą do lekarza bez uzasadnienia. Jako istotne podkreślano konieczność skrócenia kolejek do specjalistów i do badań oraz uświadamianie, że wizyty u lekarzy w rzeczywistości nie są darmowe. Uczestnicy spotkania zadeklarowali, że mogliby przeznaczyć 5-7 proc. swoich pensji na składkę na opiekę długoterminową. Zaznaczono, że składka powinna być wyliczona w taki sposób, by gwarantowała opiekę.

Organizacje seniorów

Przedstawiciele organizacji seniorów zadeklarowali, że mogą dokładać do opieki długoterminowej, jeżeli wzrosną emerytury. Zaproponowano przeznaczenie na ten cel emerytury po zmarłym małżonku, tak by

przynajmniej 50 proc. tego świadczenia przeszło na rzecz małżonka żyjącego.

Wymieniano różne wartości procentowe miesięcznych dochodów na ewentualne pokrycie kosztów opieki długoterminowej –od 5 do 15 proc., częściej bliżej dolnej granicy tego przedziału.

Dyskutowano też o pomysłach na zmniejszenie wydatków seniorów. Pojawiła się propozycja, aby seniorzy prowadzący działalność gospodarczą nie musieli płacić podwójnych składek zdrowotnych po osiągnięciu wieku emerytalnego. Rekomendowano zachęcanie seniorów do wejścia na rynek pracy i do dłuższej aktywności zawodowej.

Pojawiła się opinia, że zamiast ustalać nowe składki powinno się angażować więcej opiekunów dobrze przygotowanych do pracy z osobami niesamodzielnymi.

Zaproponowano stworzenie „Inkubatorów Przedsiębiorczości 60+”, żeby pomagać seniorom zakładać własne firmy i ułatwić zatrudnianie osób po 60. roku życia. Uczestnicy spotkania byli zdania, że ułatwienie seniorom zakładania firm przełożyłoby się na wsparcie finansowania opieki długoterminowej.

OBSZAR TEMATYCZNY VI: INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

Co może lub powinna zrobić „moja” organizacja/instytucja, aby zwiększyć świadomość społeczeństwa na temat aktualnych i przyszłych potrzeb opiekuńczych osób starszych i z niepełnosprawnościami oraz by poprawić funkcjonowanie opieki długoterminowej?

W dyskusjach najczęściej pojawiały się pomysły dotyczące działań edukacyjnych – spotkania, poradniki, infolinie, itp.

Gmina sołecka

W Inowłodzu podkreślano konieczność zwiększenia działań informacyjnych w gminie, spotkań, wykorzystania wiadomości SMS do informowania mieszkańców gminy o ważnych inicjatywach. Wymieniono organizowanie spotkań poświęconych zagadnieniom opieki długoterminowej, starzenia się społeczeństwa czy niepełnosprawności. Zarekomendowano wykorzystanie istniejących zasobów gminy (np. wsparcia ze strony sołtysów, którzy mogą przekazywać drukowane materiały mieszkańcom gminy czy organizować spotkania poświęcone omówionej tematyce). W zakresie poprawy funkcjonowania opieki długoterminowej przedstawiciele gminy sołeckiej wskazywali przeszkody w postaci niewystarczającego finansowania zadań związanych z opieką długoterminową oraz braki kadrowe w małych miejscowościach. Zaznaczali, że sytuacji nie są w stanie poprawić imigranci z Ukrainy z uwagi na brak systemowych rozwiązań prawnych oraz niewielką chęć obywateli Ukrainy do pracy w tym sektorze.

Przedstawiciele Rzecznika Praw Pacjenta i organizacji pozarządowych

Na spotkaniu w biurze RPP podkreślano, że organizacje pozarządowe w miarę możliwości muszą zintensyfikować **działania dotyczące profilaktyki zdrowotnej i edukacji zdrowotnej**. W materiałach dotyczących programów edukacyjnych NGO powinny uwzględniać zagadnienia z obszaru opieki długoterminowej, starzenia się społeczeństwa i realizacji potrzeb pacjentów w przyszłości. W swoich projektach powinny również uwzględniać działania edukacyjne i wspierające specjalistyczne kształcenie opiekunów, asystentów i koordynatorów w opiece długoterminowej pod kątem specyfiki chorób i pacjentów.

Podmioty odpowiedzialne za rozwiązania i działania w Warszawie

Podczas spotkania dotyczącego Warszawy zaznaczano, że w zakresie zwiększania świadomości społeczeństwa na temat aktualnych i przyszłych potrzeb opiekuńczych osób starszych i z niepełnosprawnościami instytucje w mieście w miarę możliwości muszą zintensyfikować działania dotyczące edukacji zdrowotnej. W materiałach dotyczących programów edukacyjnych powinny uwzględniać zagadnienia opieki długoterminowej, starzenia się społeczeństwa, a także wypracować wspólne standardy postępowania i przekazywać je podmiotom podległym miastu. Jako zadanie wskazano tworzenie informatorów i poradników dla pacjentów, ułatwienie dostępu do tych materiałów kolportowanych przez kanały komunikacyjne, które są w zasobach miasta i dzielnic.

W kontekście poprawienia działania opieki długoterminowej podkreślono, że organizacje i podmioty reprezentowane na spotkaniu już podejmują działania w tym zakresie. Wskazano, że szczególnie w dzielnicach – z wykorzystaniem zasobów dzielnicy i z pomocą np. DPS– organizowane są spotkania edukacyjne, prelekcje i warsztaty, na których wiedza jest przekazywana społeczności lokalnej. Działania są też

prowadzone przez grupy wsparcia i domy seniora. Jednocześnie podkreślano, że potrzeba więcej tego typu działań, co byłoby możliwe przy zwiększeniu zasobów kadrowych. Doceniono pozytywne efekty podejmowanych dotąd przedsięwzięć.

**Przedstawiciele gmin, powiatów, województw,
ośrodków zajmujących się pomocą społeczną – I grupa**

Za ważne zadanie uznano edukację i aktywizację społeczności lokalnej. Do konkretnych działań po stronie własnej zaliczono wolontariat oraz utworzenie w gminach telefonów interwencyjnych.

**Przedstawiciele gmin, powiatów, województw,
ośrodków zajmujących się pomocą społeczną – II grupa**

Reprezentanci drugiej grupy urzędów i instytucji im podległych również wskazali edukację i aktywizację społeczności lokalnej. Stwierdzili, że w gestii reprezentowanych przez nich jednostek mogłyby się znaleźć działania warsztatowe i wspieranie lokalnych form niesienia opieki, w tym pomocy sąsiedzkiej na zasadach wolontariatu.

**Podmioty realizujące świadczenia zespołu długoterminowej
opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie**

Świadczeniodawcy zajmujący się wentylacją mechaniczną domową zaistnieli szerzej w świadomości opinii publicznej w czasie pandemii COVID-19, gdy znaczna część społeczeństwa dowiedziała się, czym jest respirator i jak niebezpieczna jest niewydolność oddechowa. Uczestnicy spotkania podkreślali, że ich środowisko stara się uczestniczyć we wszystkich inicjatywach związanych z opieką długoterminową i jest aktywne, choć reprezentuje niewielką grupę chorych (ok. 10 tys. osób).

Ogólnopolski Związek Świadczeniodawców Wentylacji Mechanicznej (OZŚWM) zadeklarował gotowość do działań proedukacyjnych skierowanych zarówno do społeczeństwa, jak i lekarzy rodzinnych czy lekarzy POZ. Zaproponowano m.in. serię regionalnych warsztatów edukacyjnych finansowanych z budżetu państwa, podczas których

przedstawiciele OZŚWM przybliżyliby kwestie związane z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, tak aby lekarze pierwszego kontaktu wychwytywali osoby, które już mogłyby kwalifikować się do opieki długoterminowej. Świadczeniodawcy podkreślali, że nie należy czekać, aż stan pacjenta zacznie się pogarszać i dopiero hospitalizacja spowoduje, że zostanie skierowany na respiratoterapię.

Reprezentanci ZOL i ZPO

Na spotkaniu ZOL i ZPO w Toruniu wskazano, że kluczowym działaniem na poziomie centralnym byłoby stworzenie systemu, którego realizacją mogliby się zająć już świadczeniodawcy. Mowa była o prowadzeniu kampanii informacyjnych m.in. w szkołach (oswajanie dzieci z tematem starości).. Reakcji wymaga zdaniem uczestników również kwestia „przenoszenia” pacjentów pomiędzy DPS a ZOL lub ZPO.

W kwestii propozycji działań, które mogłyby realizować podmioty reprezentowane przez uczestników spotkania, zwrócono uwagę, że podmioty te mogą rozwiązywać problemy w obrębie instytucji, że starają się one stworzyć dobry standard opieki w warunkach, jakie zapewniają im władze wyższego szczebla. Podkreślano, że opieka długoterminowa na szczeblu lokalnym jest realizowana na poziomie, na jaki pozwala państwo. Uczestnicy spotkania jako zadania dla siebie i reprezentowanych przez nich podmiotów wskazali m.in. zwiększanie działań edukacyjnych i uświadamiających, wychodzenie z inicjatywą w zakresie spotkań.

Przedstawiciele podmiotów realizujących świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej

Osoby reprezentujące podmioty realizujące świadczenia z zakresu POZ jednogłośnie sformułowały postulat wsparcia działań w zakresie tworzenia kampanii informacyjno-edukacyjnej. W ich ocenie brakuje bowiem wsparcia medialnego, dzięki któremu łatwiej byłoby uświadamiać społeczeństwo w kwestiach związanych z opieką długoterminową oraz opieką nad osobami starszymi. Uczestnicy

spotkania zadeklarowali, że chętnie podejmą się pomocy w dotarciu z informacjami do swoich pacjentów.

Dodatkowo chętnie włączyliby się w działania poprawiające przepływ informacji między placówkami świadczącymi opiekę długoterminową. Wielokrotnie podkreślano, że ważna jest edukacja na temat tego, konkretnie jakie wsparcie może otrzymać pacjent, z jakich świadczeń może skorzystać, gdzie może szukać pomocy, jak stosować e-narzędzia. Uczestnicy zadeklarowali gotowość angażowania lekarzy i pielęgniarek w tym zakresie oraz chęć wspierania inicjatyw medialnych i edukacyjnych.

Podmioty zajmujące się pomocą społeczną

Uczestnicy spotkania z udziałem przedstawicieli podmiotów zajmujących się pomocą społeczną również zwracali uwagę na aspekt edukacji pacjentów i rodzin. Jednocześnie dostrzegali swoją rolę w podejmowaniu działań edukacyjnych, ale też kierowaniu zachęt w stronę potencjalnej kadry.

Podmioty realizujące świadczenia pielęgniarstwa domowej opieki długoterminowej

Przedstawiciele podmiotów świadczących pielęgniarstwo domową opiekę długoterminową także podkreślali znaczenie działań edukacyjnych, np. w formie telewizyjnej kampanii społeczno-edukacyjnej o ogólnopolskim zasięgu. Zwracano uwagę nie tylko na ogólne kwestie dotyczące opieki długoterminowej, ale także na zakres obowiązków pielęgniarki stacjonarnej i domowej. Uczestnicy spotkania podkreślali, że w swoich obowiązkach mają po kilka świadczeń (w tym: pielęgniarstwo domową opiekę długoterminową, zespół świadczeń pod nazwą wentylacji domowej, jak również opiekę środowiskową). Z tego powodu stanowią unikalną część systemu opieki długoterminowej i potencjalne źródło informacji o tym, co się dzieje w domach pacjentów, jakie są ich faktyczne potrzeby, jakie rozwiązania sprawdzają się, a jakie nie. Wskazano, że wśród inicjatyw podejmowanych przez podmioty reprezentowane na spotkaniu

mogłyby znaleźć się np.: wsparcie w zwiększaniu wiedzy i kompetencji pracowników (tak jak miało to miejsce w przypadku recept); promowanie informacji o opiece; tworzenie przystępnych materiałów edukacyjnych w formie łatwo przyswajalnych filmików umieszczanych w mediach społecznościowych i na stronach internetowych mniejszych podmiotów; doradzanie, co należy zakupić do domu dla pacjenta (od łóżka po żywność); poszukiwanie i pozyskiwanie zewnętrznych źródeł środków finansowych dla pacjentów (takich jak granty, projekty); w przyszłości poszukiwanie rozwiązań zwiększających dostępność świadczeń, przy odstępowaniu od limitów.

Reprezentanci DPS

Reprezentanci DPS zwracali uwagę, że dla lepszego funkcjonowania tych placówek potrzebne jest finansowanie z budżetu państwa ich działalności informacyjno-edukacyjnej w lokalnych środowiskach. Argumentowano, że przy odpowiednim finansowaniu świadczeniodawcy poradzą sobie z promocją realizowanych świadczeń. Jednocześnie jako środowisko apelowano, by reforma opieki długoterminowej była projektowana i wdrażana z udziałem osób o odpowiednim doświadczeniu i wiedzy, w drodze szeroko zakrojonych konsultacji.

Uczestnicy spotkania przypominali, że organizują szkolenia z sieciowania (formuła otwartej placówki) dla pracowników socjalnych oraz szkolenia dla lekarzy, studentów i przedstawicieli organizacji pozarządowych. Przedstawili formułę otwartej placówki, polegającej na organizowaniu różnych wydarzeń edukacyjnych i zapraszaniu różnych grup. Wskazywano, że placówki DPS angażują się również w urządzenie dni otwartych mających na celu m.in. integrację ze środowiskiem lokalnym, a także biorą udział w gminnych piknikach, łamiąc tym samym stereotypy o domach pomocy społecznej. Podkreślano, że DPS chcą dbać o jak najlepszą opinię i wizerunek instytucji opieki długoterminowej również poprzez organizacje, w których są zrzeszone.

Prywatne podmioty świadczące całodobową opiekę

Przedstawiciele prywatnych podmiotów świadczących całodobową opiekę wymienili wśród koniecznych działań: sprostowanie przekłamań dotyczących opieki długoterminowej, reinstytucjonalizację zamiast deinstytucjonalizacji oraz bardziej mainstreamowe podejście do tematu opieki i mówieniu o nim szerszej opinii publicznej. Uczestnicy spotkania tłumaczyli, że ważnym działaniem po stronie placówek jest otwarcie się na społeczności lokalne (żeby ludzie wiedzieli, jak wygląda życie w takim miejscu), np. poprzez kampanię społeczną. W ich opinii można to zorganizować również na poziomie krajowym.

Uczestnicy spotkania skupili się także na braku strategii długofalowej, mówiącej o większej liczbie instytucji, uregulowaniu cen i wypracowaniu standardów opieki. Ich zdaniem potrzeba standardów szczegółowo określających liczebność personelu, jego obowiązki, informacje o placówce i zasady jej funkcjonowania. Jako bulwersujące określono zaniedbania związane z edukacją, gdyż – jak podkreślano – np. osoby przystępujące do tworzenia sieci placówek często nie mają pojęcia o podstawowych, w tym prawnych, aspektach prowadzenia tego typu działalności. Prowadzi to do sytuacji, że dom opieki może otworzyć każdy, kto posiada wystarczające fundusze. Uczestnicy spotkania nie byli przeciwni powstawaniu nowych miejsc opieki, tłumaczyli jedynie, że takie placówki powinny zatrudniać do współpracy osoby kompetentne, np. dyrektora posiadającego odpowiednie kwalifikacje i doświadczenie.

Zaapelowano o stworzenie think tanku, który tworzyliby ludzie związani z branżą opieki długoterminowej. Idea miałaby polegać na zrzeszeniu przedstawicieli trzech wymiarów opieki: strefy prywatnej, czyli podmiotów reprezentujących najmniejszą część sektora opieki długoterminowej (30 tys. łóżek), sektora państwowego, który podlega Ministerstwu Zdrowia (ZOL, ZPO) oraz sektora publicznego, podlegającego Ministerstwu Rodziny i Polityki Społecznej (DPS). Uczestnicy spotkania wyrazili przekonanie, że dopiero w takiej

konfiguracji uda się wypracować fundamenty do pracy w kolejnej kadencji parlamentu.

Podmioty realizujące świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze z zakresu opieki długoterminowej domowej i w instytucjach

Zdaniem osób zajmujących się opieką długoterminową domową i w instytucjach potrzebne jest organizowanie różnego rodzaju konferencji, spotkań i warsztatów, na których będą poruszane tematy dotyczące opieki długoterminowej. Celem pilnych działań musi być szersze edukowanie społeczności lokalnych, uświadamianie interesariuszy o tym, jakie przysługują im uprawnienia, kto może im pomóc w danej sytuacji, gdzie udać się po pomoc. Uczestnicy spotkania ocenili, że samodzielnie nie mają siły przebiccia, ale jako dobre rozwiązanie wskazali np. angażowanie ich w konsultacje społeczne. Podkreślili, że do działań, jakie mogą podejmować we własnym zakresie, należy pomaganie pacjentom i ich rodzinom w zaopatrzeniu w wyroby medyczne czy leki.

Prawnicy

Według biorących udział w konsultacjach prawników organizacje i instytucje powinny przede wszystkim podjąć działania uświadamiające, czyli jak najszersze edukowanie, nawet już w szkole. Podkreślili, że należy budować świadomość, że jesteśmy społeczeństwem starzejącym się i jednocześnie długo żyjącym. Wobec tego potrzebne są długofalowe działania, zmiana perspektywy i kierowanie uwagi społeczeństwa na temat opieki długoterminowej.

