

# Starość po polsku

Propozycja reformy systemu opieki  
nad osobami starszymi





**Klub  
Jagielloński**

 **SENIOR.HUB**  
INSTYTUT POLITYKI SENIORALNEJ

# Starość po polsku

Propozycja reformy systemu opieki  
nad osobami starszymi

**dr Rafał Bakalarczyk**

Współfinansowano przez Narodowy Instytut Wolności – Centrum  
Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego ze środków Programu Rozwoju  
Organizacji Obywatelskich na lata 2018-2030.



Redakcja:  
dr Marcin Kędzierski

Projekt graficzny:  
Rafał Gawlikowski  
Magdalena Karpińska  
Magdalena Milert

Skład:  
Magdalena Karpińska

Korekta:  
Karolina Pilawa

Zdjęcie na okładce:  
[Matthew Bennett, Unsplash](#)

ISBN 978-83-958106-5-7

Centrum Analiz Klubu Jagiellońskiego  
Senior Hub. Instytut Polityki Senioralnej  
Kraków-Warszawa 2021

Dziękujemy Synoptis Pharma sp. z o.o. z Grupy NEUCA za wsparcie wydania raportu.

Ten utwór jest udostępniony na licencji [Creative Commons Uznanie Autorstwa 4.0 Międzynarodowe](#). Zachęcamy do jego przedruku i wykorzystania. Prosimy jednak o zachowanie informacji o finansowaniu raportu oraz podanie linku do naszej strony.

**dr Rafał Bakalarczyk**

Ekspert Centrum Analiz Klubu Jagiellońskiego ds. polityki społecznej, dyrektor ds. badań społecznych Instytutu Polityki Senioralnej. W latach 2018-2020 członek komisji ekspertów ds. osób starszych przy Rzeczniku Praw Obywatelskich. Doktor nauk o polityce publicznej, współredaktor naczelny pisma „Polityka senioralna”, działacz społeczny, publicysta.

## **SPIS TREŚCI**

**8 / Słowo wstępne**

**10 / Główne tezy**

**14 / Wprowadzenie**

**16 / Doktryna polityki w zakresie opieki nad seniorami**

**20 / Sytuacja osób starszych w Polsce**

**20 / Sytuacja zdrowotna osób starszych**

**26 / Sytuacja materialna osób starszych**

**29 / Rodzinno-kulturowe uwarunkowania  
zaspokajania potrzeb opiekuńczych  
osób starszych**

**34 / Ogólna charakterystyka systemu opieki  
nad seniorami w Polsce**

**34 / Model opieki nad seniorami**

**36 / Historia prac nad reformą systemu opieki  
dla seniorów w Polsce**

**39 / Analiza systemu opieki nad osobami starszymi w Polsce**

**39 / Opieka w rodzinie i w ramach sektora  
nieformalnego**

**39 / Wsparcie finansowe w opiece rodzinnej  
nad osobą starszą**

**44 / Wsparcie pozafinansowe w opiece  
nad osobą starszą**

**49 / Opieka formalna w domu i w społeczności  
lokalnej**

**58 / Opieka instytucjonalna**

**64 / Główne problemy systemu opieki długoterminowej nad osobami starszymi w Polsce**

**64 / Finansowanie**

**66 / Brak koordynacji i integracji systemu opieki długoterminowej**

**68 / Zaburzone relacje międzysektorowe**

**70 / Problemy z opieką instytucjonalną i deficyty wsparcia opieki środowiskowej**

**73 / Rekomendowane kierunki reform**

**73 / Finansowanie i organizacja systemu**

**77 / Reforma polityki wobec opiekunów rodzinnych i nieformalnych**

**83 / Zmiany w systemie opieki formalnej w sektorze publicznym i niepublicznym**

## Słowo wstępne

Polskie społeczeństwo w ostatnich latach doświadcza ogromnych przeobrażeń. Ich źródłem są m.in. zmiana struktury demograficznej i starzenie się populacji, wzrost skolaryzacji na poziomie edukacji wyższej, wyludnianie się polskiej prowincji czy wreszcie ewolucja ról społecznych kobiet oraz mężczyzn. Przeobrażenia te wpływają na bardzo wiele obszarów życia, w tym na model opieki nad osobami starszymi. Za sprawą zwiększania się średniej długości życia jesteśmy bowiem świadkami pojawienia się całego pokolenia 70+, które rzadziej niż choćby jeszcze kilkadziesiąt lat wcześniej mieszka ze swoimi dziećmi, mogącymi zapewnić im opiekę na starość. Przy jednoczesnej słabości opieki instytucjonalnej, jak i całego systemu opieki nad seniorami, który jest skrajnie niedofinansowany i od lat traktowany po macoszemu, oznacza to systematyczny wzrost obciążeń dla członków rodzin osób starszych. Trzeba bowiem powiedzieć wprost, że nawet niedofinansowany publicznie system opieki pochłania znaczne koszty finansowe i społeczne, tyle że ponoszone przez poszczególne rodziny.

W obliczu wchodzenia w wiek emerytalny osób z powojennego wyżu demograficznego słabość systemu opieki senioralnej wyrasta na jedno z najważniejszych wyzwań na trzecią dekadę XXI wieku. Choć w ostatnich latach podjęto szereg działań mających poprawić sytuację osób starszych, to niestety wobec skali potrzeb są one daleko niewystarczające. Przed polskim państwem zatem ogrom pracy, aby na te rosnące potrzeby odpowiedzieć we właściwy sposób.

Niezależnie jednak od działań, które należy podjąć tu i teraz (a w zasadzie powinno się powiedzieć: „na wczoraj”), nie możemy zapominać o dwóch niezwykle ważnych czynnikach, które w przyszłości uczynią wyzwanie w postaci opieki nad osobami starszymi jeszcze trudniejszym. Pierwszym z nich jest pandemia – istnieje realne zagrożenie, że społeczna percepcja sytuacji osób starszych ulegnie wyraźnemu pogorszeniu. Zresztą już dziś można odnieść wrażenie, że zgony ty-



sięcy seniorów wzmacniają społeczną obojętność na ich los. Co więcej, doświadczenie izolacji dla wielu osób starszych może skutkować istotnym pogorszeniem dobrostanu fizycznego i psychicznego. Tym bardziej, że stan zdrowia polskich seniorów w porównaniu do innych państw członkowskich UE jest często znacząco gorszy.

Drugim czynnikiem jest sytuacja zdrowotna średniego pokolenia. Pandemia jedynie wzmocniła istniejące problemy z otyłością, brakiem ruchu, stresem i depresjami czy szeroko rozumianą słabością profilaktyki zdrowotnej, co będzie mieć dramatyczne skutki za 20-30 lat, kiedy osoby te wejdą w jesień życia. Im bowiem gorsza kondycja fizyczna i psychiczna dzisiejszych 30- i 40-latków, tym większe będą ich potrzeby opiekuńcze. Grozi nam sytuacja, w której jako społeczeństwo nie będziemy w stanie na te potrzeby odpowiedzieć. Dlatego niezależnie od konieczności podjęcia działań na rzecz współczesnych seniorów, trzeba uruchomić poważną społeczną debatę o stanie zdrowia publicznego, i to nie tylko w kontekście pandemii COVID-19.

Mamy głęboką nadzieję, że rozwiązania opisane w raporcie, bazujące na szeregu doświadczeń krajowych i międzynarodowych, będą swoistą mapą drogową dla decydentów odpowiedzialnych za kształtowanie polityki w zakresie opieki senioralnej. Jednocześnie wierzymy, że przedstawiona w raporcie skala wyzwań uświadomi nam wszystkim, że lepiej być mądrym przed niż po szkodzie. Skoro zaprzepaściliśmy szansę na wsparcie pokolenia wyżu demograficznego przełomu lat 70. i 80. XX wieku, czego efektem jest zapaść demograficzna, pomyślmy, jak zawczasu zatroszczyć się o ich (naszą) przyszłość.

dr Marcin Kędziński  
Główny ekspert Centrum Analiz Klubu Jagiellońskiego

Przemysław Wiśniewski  
Dyrektor Instytutu Polityki Senioralnej

## Główne tezy

- Społeczeństwo polskie starzeje się, czemu będzie towarzyszyć zarówno coraz większy udział osób starszych w populacji, jak i coraz mniejszy udział osób w wieku produkcyjnym, od których w ogromnej mierze zależy potencjał finansowania i świadczenia opieki. W najbliższych latach radykalnie zwiększą się liczba i udział osób w wieku 80+, w którym prawdopodobieństwo wystąpienia wielowymiarowych potrzeb opiekuńczych jest najwyższe.
- Wiele osób starszych deklaruje problemy sensoryczne i motoryczne, jak i ograniczenia związane z prowadzeniem gospodarstwa domowego, a nawet samoobsługą i podstawowymi czynnościami. Trzeba też pamiętać o osobach z chorobami neurodegeneracyjnymi, które wymagają szczególnie kompleksowej i intensywnej opieki. Warto dodać, że ograniczonej samodzielności w starszym wieku towarzyszy też często wielochorobowość, która zwiększa i komplikuje potrzeby opiekuńcze.
- Część seniorów żyje w niedostatku, niektórzy wręcz w skrajnym ubóstwie, co utrudnia zaspokojenie potrzeb opiekuńczych zarówno poprzez wykupywanie odpowiednich usług na rynku opieki, jak i współfinansowanie części usług, które dostępne są w ramach publicznych instytucji pomocy społecznej.
- Sytuacja mieszkaniowa osób starszych jest często niekorzystna. Nierzadko żyją one w przeludnionych mieszkaniach, a jeśli nawet samodzielnie, to koszty utrzymania bywają dla nich wysokie ze względu na niskie świadczenia emerytalne. Problemem jest też niedostosowanie pomieszczeń mieszkalnych do potrzeb osób mniej sprawnych lub wymagających opieki.

- Wiodącą rolę w zaspokajaniu potrzeb niesprawnych seniorów odgrywa rodzina, co ma wiele źródeł natury historyczno-kulturowej, jak i instytucjonalno-ekonomicznej. Jednak w związku z zachodzącymi procesami społecznymi, takimi jak zmiana roli kobiet, ruchy ludnościowe (migracje do metropolii, migracje zagraniczne), coraz większa liczba osób bezdzietnych wchodzących w wiek senioralny, dalsze trwanie modelu opieki w takiej postaci stoi pod znakiem zapytania.

- System opieki nad seniorami ma liczne słabości we wszystkich segmentach: opiece w rodzinie, wsparciu w formie usług domowych, półstacjonarnych formach wsparcia w środowisku lokalnym czy wreszcie opiece instytucjonalnej. Istnieje też wiele słabości wykraczających poza wspomniane segmenty. Można wśród nich wymienić rażące niedofinansowanie, rozproszenie i brak koordynacji instytucji wsparcia, nadmierne obciążenie rodziny i nie dość kompleksowe wsparcie dla niej.

- Problemem w obszarze opieki rodzinnej są niskie i niewystarczająco dostępne świadczenia pieniężne dla opiekunów, źle rozwinięte wsparcie usługowe oraz bariery w godzeniu opieki z życiem zawodowym. W zakresie usług zewnętrznych problemem są niewystarczająca dostępność, zakres i jakość usług domowych, a także słabo rozwinięty segment form wsparcia w środowisku lokalnym i niedopasowanie do potrzeb i możliwości osób o znacznych potrzebach opiekuńczych.

- Choć w agendzie publicznej pojawiały się pomysły reform, to nie są one obecnie kontynuowane, a wiele dobrych rozwiązań, takich jak społeczne ubezpieczenie pielęgnacyjne lub czeki opiekuńcze, jest poza głównym nurtem polityki państwa. Ze względu na powyższe w raporcie rekomenduje się najważniejsze kierunki działań: (1) zmianę finansowania i organizacji systemu, (2) wsparcie opieki rodzinnej oraz (3) zmianę systemu opieki formalnej w sektorze publicznym i niepublicznym.

- W zakresie finansowania i organizacji systemu należy rozważyć podjęcie następujących działań:
  - zwiększenie publicznych nakładów na opiekę długoterminową do poziomu średniej dla krajów rozwiniętych w relacji do PKB;
  - konsolidację i racjonalizację wydatków;
  - uwzględnienie kosztów ukrytych i alternatywnych w reformowaniu systemu opieki;
  - stymulowanie innowacji technologicznych i organizacyjnych w systemie opieki;
  - silniejszy nacisk na prewencję niesamodzielności i rehabilitację.
- W zakresie wsparcia opieki rodzinnej należy rozważyć podjęcie następujących działań:
  - wprowadzenie zmian mających na celu sprawienie, by wsparcie finansowe dla opiekunów było wyższe, szerzej dostępne i bardziej zindywidualizowane;
  - stworzenie uzupełnień i alternatyw dla opieki rodzinnej;
  - umożliwienie godzenia pracy zawodowej z opieką nad osobami starszymi;
  - rozszerzenie palety usługowych instrumentów wsparcia rodziny i opiekunów nieformalnych.
- W zakresie systemu opieki formalnej w sektorze publicznym i niepublicznym należy rozważyć podjęcie następujących działań:
  - rozwijanie form opieki półinstytucjonalnej, zakorzenionej w społeczności lokalnej;

- przekształcenie sektora opieki instytucjonalnej (placówek opieki całodobowej) wedle nieco bardziej środowiskowej i kameralnej formuły funkcjonowania;
- zabezpieczenie i rozwój opieki u kresu życia (czyli hospicyjnej);
- wsparcie rozwoju prywatnego rynku opieki (choćby poprzez bon na zakup usług opiekuńczych) – ale i silniejszy publiczny nadzór nad nim.

# Wprowadzenie

Polska podlega od dekad procesowi starzenia się społeczeństwa, który będzie postępował także w najbliższych latach. Generuje to poważne wyzwania polityczne i społeczno-gospodarcze na różnych szczeblach. Wyzwania są wielorakie i ze sobą powiązane. Jednym z kluczowych jest zapewnienie opieki długoterminowej i wsparcia coraz liczniejszej grupie osób w podeszłym wieku. Demografowie mówią o procesie podwójnego starzenia się populacji (tzw. *double ageing*), co oznacza, że oprócz wzrostu udziału w populacji osób starszych (można umownie przyjąć metrykalną granicę 60 lub 65 lat), jeszcze większą dynamikę wzrostu widać w grupie najstarszych seniorów (umownie 80+)<sup>1</sup>. To właśnie wśród tych zaawansowanych wiekiem osób zapotrzebowanie na opiekę długoterminową (tzw. socjalne ryzyko niesamodzielności<sup>2</sup>) jest najwyższe. Należy jednak podkreślić, że ryzyko to zależne jest nie tylko od wieku, ale również i od innych czynników, w tym od stanu zdrowia we wcześniejszych fazach życia, co też powinno być przedmiotem oddziaływania polityki publicznej.

Niniejsze opracowanie ma na celu (1) przedstawienie diagnozy istniejących problemów i stojących przed nami wyzwań, (2) usystematyzowanie wiedzy o instrumentarium, które obecnie jest wykorzystywane do mierzenia się z nimi, a także (3) dostarczenie rekomendacji co do kierunków działań polityki publicznej na rzecz opieki senioralnej.

---

<sup>1</sup> Por. podrozdział: *Sytuacja osób starszych jako kontekst dla reform opieki długoterminowej w Polsce*, w tym tabela nr 1.

<sup>2</sup> Zob. Lach D. E., *Niesamodzielność jako ryzyko socjalne*, Poznań 2018.

Raport oparty jest przede wszystkim na wtórnej analizie danych płynących z opracowań krajowych i zagranicznych (w tym badań o charakterze porównawczym), jak również aktów prawnych i innych dokumentów publicznych, zwłaszcza o strategicznym charakterze. Ponadto wykorzystane zostaną obserwacje wynikające z wieloletniego zaangażowania autora w problematykę senioralną<sup>3</sup>, zwłaszcza w zakresie długoterminowej opieki.

Trzeba zaznaczyć, że choć problematyka opieki senioralnej nie jest ani przedmiotem debaty publicznej, ani istotnym elementem politycznej agendy, doczekała się, szczególnie w minionej dekadzie, licznych opracowań naukowych i eksperckich. Dorobek ten zostanie przywołany w raporcie.

---

<sup>3</sup> Np. w ramach prac komisji ekspertów ds. osób starszych przy Rzeczniku Praw Obywatelskich (2018-2020), czasopiśmie eksperckiego „Polityka senioralna” (od 2015 r.) czy zaangażowania w ruch opiekunów niepełnosprawnych osób dorosłych (od 2013 r.).

## Doktryna polityki w zakresie opieki nad seniorami

Po pierwsze, reforma opieki senioralnej jako priorytetowe wyzwanie strategiczne.

Reforma systemu opieki nad seniorami jest jednym z ważniejszych wyzwań strategicznych w polityce publicznej. Przyszłe losy opieki długoterminowej nie mogą abstrahować od wielu uwarunkowań zdrowotnych, społecznych, psychologicznych, kulturowych i ekonomicznych zarówno starszych pokoleń (kulturowych i biograficznych), jak i tych, które dopiero wejdą w jesień życia. Przykładowo dziś znaczna część przedstawicieli starszego (w tym najstarszego) pokolenia oraz ich opiekunów jest wykluczona cyfrowo<sup>4</sup>, co rzuca negatywnie na skalę i tempo wprowadzenia instrumentów w zakresie teleopieki. Jednocześnie za 10 czy 20 lat ten wyjściowy potencjał pokoleniowy w tym zakresie będzie odmienny. Zmieni się też struktura wartości i aspiracji w polskim społeczeństwie oraz intensywność więzi rodzinnych czy międzypokoleniowych. Niepodjęcie działań w obszarze wsparcia i opieki nad seniorami, potraktowanie tego zadania fragmentarycznie, a także brak przełożenia ogólnych zaleceń na realne działania publiczne może skutkować nasileniem problemów, z którymi będziemy musieli się mierzyć przez dekady.

---

<sup>4</sup> Zob. GUS, *Sytuacja osób starszych w 2018 roku*, Warszawa, Białystok 2020.



Po drugie, oparcie reform na wiedzy.

Projektowanie, a następnie wdrażanie i ewaluowanie strategii, powinno odbywać się w oparciu o zgromadzoną przez lata rzetelną i wieloźródłową wiedzę. Należy przy tym pamiętać, że w wiedzy tej mogą pojawić się luki, które trzeba identyfikować i wypełniać.

Po trzecie, współpraca i włączenie różnych grup w reformowanie.

Proces reformowania systemu opieki nad seniorami wymaga włączenia szerokiego i pluralistycznego kręgu na wszystkich etapach. Wynika to nie tylko z ogólnych zasad dobrego rządzenia, ale także z charakteru tej problematyki. Warto podkreślić, że wobec braku strukturalnych reform w ostatnich kilkunastu latach stoimy przed koniecznością wprowadzenia głębokich zmian, to zaś może prowadzić do zachwiania dotychczasowych układów relacji społecznych, instytucji oraz podziału praw i obowiązków między różne podmioty. Nie można przy tym zapominać, że skuteczność polityki w dużej mierze będzie zależała właśnie od postaw, zrozumienia i zaangażowania różnych stron, nie tylko władz centralnych i samorządu. Odpowiedzialność musi być rozłożona szeroko (choć nierównomiernie) na podmioty wielu sektorów opieki — nie tylko publiczny, ale także społeczny, prywatny i nieformalny. Ustalenie rozkładu obciążeń między poszczególnymi sektorami, a także relacji między nimi, stanowi jedno z kluczowych zagadnień strategicznych.

Po czwarte, zakres i rodzaj opieki.

Refleksja nad reformą systemu opieki nad seniorami wymaga określenia w wymiarze przedmiotowym i podmiotowym granic obszaru, którego reformowanie proponujemy. W wymiarze przedmiotowym należy ustalić, gdzie kończy się to, co nazywamy opieką, a gdzie zaczynają się inne rodzaje wsparcia. W aspekcie podmiotowym zaś należy zdefiniować, na ile przedmiotem refleksji jest opieka długoterminowa nad osobami zależnymi ogółem, a na ile

tylko nad pewną grupą, np. właśnie osobami zależnymi w wieku senioralnym<sup>5</sup>.

Po piąte, opieka senioralna a inne polityki publiczne (społeczna, zdrowotna, etc.).

Opieka długoterminowa musi być reformowana w koordynacji z innymi politykami sektorowymi, w szczególności z polityką społeczną i zdrowotną. Sprawność systemu opieki długoterminowej jest bowiem uzależniona od jakości funkcjonowania różnych elementów polityki zdrowotnej, w tym rehabilitacji i profilaktyki, oraz od skali zapobiegania zjawisk skutkujących niesamodzielnością. Ponadto sprawność ta zależy od jakości systemu polityki (w tym pomocy) społecznej, którego zadaniami są identyfikacja i zaspokajanie potrzeb społecznych i opiekuńczych oraz ocena możliwości ich zaspokajania ze strony najbliższego otoczenia. Warto przy tym podkreślić, że za sprawą spowodowanego pandemią COVID-19 spadku wydolności zarówno systemu ochrony zdrowia, jak i szeroko rozumianego systemu pomocy społecznej, pojawia się silny argument na rzecz wyodrębnienia opieki senioralnej względem ochrony zdrowia i pomocy społecznej.

Po szóste, szukanie silnych fundamentów finansowych.

Biorąc pod uwagę ogromne niedofinansowanie systemu opieki nad seniorami ze źródeł publicznych, dynamikę wzrostu potrzeb

---

<sup>5</sup> W niniejszym raporcie przyjęta zostanie następująca perspektywa: jeśli chodzi o zakres przedmiotowy, autor skoncentruje się na tych segmentach opieki długoterminowej, które odnoszą się do osób w starszym czy podeszłym wieku. Część problemów i instytucji, które na nie odpowiadają, oczywiście jest wspólna dla osób zależnych od opieki w starszym i młodszym wieku (problemy będą jednak głównie analizowane pod kątem opieki nad seniorami), inne zaś odnoszą się wprost do osób starszych. Jeśli chodzi o aspekt przedmiotowy, opieka długoterminowa będzie tu rozumiana szerzej niż działania dotyczące pielęgnacji i osobistego wsparcia w najbardziej podstawowych czynnościach życia codziennego – karmienia, ubierania, mycia etc., ale obejmować będzie szeroki zakres wsparcia tych osób, które z różnych powodów wymagają pomocy osób trzecich w podstawowych czynnościach życia codziennego.

opiekuńczych oraz coraz większe trudności ich zaspokajania na dotychczasowych zasadach (głównie w oparciu o ogromne poświęcenie najbliższych), można stwierdzić, że konieczna jest kompleksowa dyskusja o finansowaniu opieki długoterminowej nad osobami starszymi. Jej ważnymi elementami powinny być wielowymiarowa analiza kosztów i korzyści proponowanych lub przyjmowanych rozwiązań (albo też dokonywanych zaniechań). Co ważne, analiza taka powinna uwzględniać nie tylko bezpośrednie nakłady na rozwój instytucji/form pomocy, ale także koszty ukryte, związane choćby z obciążeniami dla rodzin, które przy braku pomocy nadal będą musiały dźwigać na swych barkach przeciążenia towarzyszące długotrwałej i słabo wspieranej opiece nad seniorami.

Po siódme, etyczne uwarunkowania polityki w zakresie opieki senioralnej.

Choć polityka ta koncentruje się głównie na „twardych” kwestiach instytucjonalnych – finansowych i prawnych – dotyka ona rzeczywistości niezwykle delikatnej, w której sercu są ludzie – zarówno osoby u kresu życia, nierzadko w ogromnej mierze zależne od innych, jak i strudzeni, a często też zagubieni czy osamotnieni w tej sytuacji ich bliscy. Projektując rozwiązania systemowe, należy pamiętać właśnie o tej głęboko ludzkiej perspektywie omawianego zagadnienia. Świadomość tego skłania do pewnej ostrożności w formułowaniu kategoriycznych sądów i uniwersalnych rozwiązań.

# Sytuacja osób starszych w Polsce

## Sytuacja zdrowotna osób starszych

Kontekst demograficzny wyzwań opiekuńczych wydaje się oczywisty. Starzenie populacji postępuje, a wraz z wiekiem rośnie ryzyko zapotrzebowania na pomoc w codziennym funkcjonowaniu. Długotrwałe trendy wzrostu udziału starszych i najstarszych mieszkańców w populacji przedstawia poniższa tabela.

**Tabela 1. Prognozowany udział ludności w wieku 65+ i 80+ w Polsce w latach 2015-2050 (%)**

	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
65+	15,8	18,9	21,7	23,3	24,5	26,4	29,3	32,7
80+	4,1	4,4	4,5	5,9	7,9	9,5	10,0	10,4

Źródło: na podstawie: GUS, *Prognoza ludności na lata 2014-2050*, Warszawa 2014

W kontekście zapotrzebowania na opiekę szczególnie ważny jest niezwykle dynamiczny wzrost udziału najstarszych seniorów w populacji. Jak wskazują Paweł Łuczak i Zofia Szweda-Lewandowska, „akceleracja procesu podwójnego starzenia się – jak nazywany jest znaczny przyrost liczby osób najstarszych w populacji – jest wynikiem działania czynnika kohortowego, czyli dożywania sędziwej starości przez osoby należące do generacji powojennego wyżu demograficznego. Generacja powojennego wyżu demograficznego (*baby boomers*) będzie pierwszym tak liczным pokoleniem, którego doświadczeniem będzie za-

awansowana starość i zapewne będzie ona inna od doświadczeń poprzednich pokoleń”<sup>6</sup>.

Fakt, że będzie to zjawisko w swej skali i charakterze nowe, wymaga wyprzedzającego spojrzenia i działań, które już teraz będą przygotowywały różne segmenty systemu społecznego, w tym przede wszystkim sektora opieki zdrowotnej i długoterminowej. W Polsce niezwykle pilnym wyzwaniem jest podjęcie poważnej dyskusji nad takimi reformami, zważywszy, że starzenie się populacji następuje szczególnie dynamicznie i w obliczu niektórych prognoz już niebawem będziemy należeć do najstarszych społeczeństw na świecie.

Mówiąc o procesach demograficznych, warto wspomnieć też o zjawiskach takich jak feminizacja starości czy ruchach migracyjnych, które mogą powodować lub przyspieszać wyludnianie się niektórych społeczności lokalnych, a nawet całych regionów. Towarzyszyć temu może zmiana struktury wiekowej tych obszarów w kierunku nadreprezentacji najstarszych pokoleń względem tych młodszych. Może to oddziaływać negatywnie na możliwości zapewnienia wsparcia i opieki osobom najstarszym pozostającym w wyludniających się społecznościach.

Kluczową determinantą zapotrzebowania na opiekę długoterminową nie jest jednak tylko struktura wieku w społeczeństwie, ale jego kondycja zdrowotna. Osoby w tym samym wieku mogą mieć różny poziom zapotrzebowania na opiekę w związku z odmiennym stanem zdrowia. Kiedy jedna osoba w podeszłym wieku może wymagać całodobowej opieki, inna może nie potrzebować jej w ogóle; bywa i tak, że sama w pewnym zakresie ją świadczy, np. wobec chorego współmałżonka.

---

<sup>6</sup> Szweda-Lewandowska Z., P. Łuczak, *Przesłanki demograficzne, społeczne i ekonomiczne zwiększania zapotrzebowania na świadczenia opieki długoterminowej*, w: *Opieka długoterminowa w Polsce. Dzisiaj i jutro*, red. P. Błędowski, Warszawa 2019, s. 9.

**Tabela 2. Przewidywana dalsza długość życia i dalsza długość życia w zdrowiu dla kobiet i mężczyzn w wieku 65 lat w 2017 r.**

	Przewidywana dalsza długość życia dla mężczyzn w wieku 65+	Przewidywana dalsza długość życia w zdrowiu dla mężczyzn w wieku 65+	Przewidywana dalsza długość życia dla kobiet w wieku 65+	Przewidywana dalsza długość życia w zdrowiu dla kobiet w wieku 65+
Polska	15,9	8,3	20,2	8,6
26 krajów UE należących do OECD	17,8	9,4	21,2	9,6
Czechy	16,2	7,6	19,8	8,5
Francja	19,6	9,3	23,6	10,8
Holandia	18,7	10,1	21,2	9,6
Niemcy	18,1	11,4	21,2	12,4
Szwecja	19,2	15,4	21,5	15,8
Węgry	14,5	6,7	18,4	6,7

Źródło: opracowanie własne na podstawie statystyk OECD 2019

Jak pokazuje tabela 2, statystycznie tylko część fazy starości przebiega we względnym zdrowiu. W przypadku polskich mężczyzn jest to nieco ponad 60% dalszej fazy życia, a w przypadku kobiet, ze względu na większą oczekiwaną długość życia — mniej niż połowa. Na tle średniej dla najbardziej rozwiniętych krajów UE zarówno dalsza długość życia, jak i dalsza długość życia w zdrowiu są w Polsce nieco niższe, choć warto zauważyć, że istnieją i takie państwa (jak np. Szwecja), gdzie długość życia w zdrowiu jest znacznie większa, a okres ograniczonej sprawności — istotnie krótszy (nawet o kilka lat).

**Tabela 3. Ograniczenia sprawności osób starszych w Polsce na tle wybranych państw rozwiniętych**

	Osoby w wieku 65+ z ograniczeniami sprawności jako % wszystkich osób w tym wieku	Osoby 65+ z lekkimi ograniczeniami sprawności jako % wszystkich osób w tym wieku	Osoby 65+ z poważnymi ograniczeniami sprawności jako % wszystkich osób w tym wieku
Polska	51,7	33,5	18,2
OECD	50,1	32,8	17,3
Czechy	52,2	36,5	15,7
Francja	50,3	29,5	20,8
Holandia	47,9	38,0	9,9
Niemcy	37,2	24,0	13,2
Szwecja	21,4	13,2	8,2
Węgry	58,5	39,6	18,9

Źródło: opracowanie własne na podstawie statystyk OECD 2019

Jak pokazują statystyki OECD, w państwach europejskich średnio około połowa społeczeństwa po 65. roku życia deklaruje pewne ograniczenia sprawności, przy czym w większości są to jedynie lekkie ograniczenia. Poważne ograniczenia odnoszą się do 17% osób starszych. Polska nie odbiega istotnie od średniej — ponad połowa osób w wieku 65+ w naszym kraju doświadcza ograniczeń sprawności, z czego 33,5% to osoby o pewnych ograniczeniach, a 18,2% — o ograniczeniach znacznych.

Dla porządku warto podkreślić, że problemy zdrowotne skutkujące popadaniem w zależność od innych mogą wiązać się z postępującym wraz z wiekiem ryzykiem niepełnosprawności sensorycznej (zaburzeniami zmysłu słuchu i wzroku), ruchowej, ale także z rosnącymi ograniczeniami sfery poznawczej (chorobami neurode-

generacyjnymi, w tym różnego rodzaju demencjami). Z raportu NIK z 2017 r. wynika, że cierpiących na chorobę Alzheimera może być nawet pół miliona osób<sup>7</sup>. W perspektywie najbliższych dekad skala zjawiska może wzrosnąć kilkakrotnie.

Innym źródłem wiedzy o sytuacji osób starszych jest raport przygotowany przez GUS w 2016 r. Wskazano w nim najważniejsze problemy, z jakimi boryka się niemała część starszego pokolenia w codziennym funkcjonowaniu<sup>8</sup>. Problemy z widzeniem, mimo korzystania z urządzeń pomocniczych, zgłasza co szósta osoba w starszym wieku (dla osób 80+ wskaźnik ten sięga aż 2/3). U 20% z nich problemy ze wzrokiem są poważne lub takie osoby nie widzą wcale. Ludzie w podeszłym wieku często wykazują także problemy ze słuchem — w rozmowie z jedną osobą w cichym pomieszczeniu słabo słyszał co czwarty badany w grupie 60+, a w grupie 80+ — już co drugi, przy czym 10% osób w tym wieku deklaruje bardzo poważne kłopoty ze słuchem lub nawet głuchotę.

Jednocześnie wraz z wiekiem statystycznie pogarsza się zdolność przemieszczania, także w najbliższym otoczeniu. 1/3 osób zgłosiła trudności w przejściu samodzielnie 500 metrów bez korzystania z pomocy innych osób lub urządzeń wspomagających (laski, kuli, balkonika). W grupie 70-79 lat problemy z chodzeniem wykazuje co druga osoba, a w grupie 80+ to już 75%. Problemem może być nawet opuszczenie lokum, w którym mieszka starsza osoba, zwłaszcza jeśli jest to mieszkanie na piętrze w wielokondygnacyjnym budownictwie bez windy<sup>9</sup>.

---

<sup>7</sup> Zob. NIK, *Opieka nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera oraz wsparcie dla ich rodzin*, Warszawa 2017.

<sup>8</sup> Zob. GUS, *Ludność w wieku 60+. Struktura demograficzna i zdrowie*, Warszawa 2016.

<sup>9</sup> Zob. tamże.



Pojedyncze problemy w jednej sferze funkcjonowania organizmu nie muszą oznaczać popadania w zależność od opieki, ale trzeba pamiętać, że w wypadku osób starszych te ograniczenia występują w mniejszym lub większym zakresie równocześnie. Niekiedy osoby sędziwe mają problemy ze wzrokiem, słuchem i poruszaniem się, a do tego mogą dochodzić jeszcze rozmaite dolegliwości i schorzenia osłabiające starszy organizm. Chodzi tu zarówno o choroby właściwe wiekowi podeszłemu, jak i te, które dotyczą osób w różnych fazach życia (wiek jest czynnikiem sprzyjającym ich występowaniu). Głęboka zależność od innych często pojawia się wówczas, gdy dochodzi do nałożenia się z jednej strony kilku deficytów sprawnościowych i zdrowotnych jednocześnie, a z drugiej strony pewnych czynników środowiskowych, takich jak np. niedostosowanie budownictwa, infrastruktury komunalnej czy transportu. Zdarza się również, że ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu są tak znaczące i wielowymiarowe, że nawet pomimo dość dobrego dostosowania otoczenia dana osoba może potrzebować pomocy innych. Nie chodzi tu wyłącznie o prowadzenie gospodarstwa domowego czy wychodzenie poza nie w celu zaopatrzenia się w zakupy czy załatwienia spraw urzędowych. Niekiedy potrzeba intensywnego wsparcia w codziennym funkcjonowaniu dotyczy podstawowych czynności, takich jak ubieranie się, przygotowanie i spożywanie posiłków, mycie lub korzystanie z toalety.

Należy podkreślić, że szczególnie silnie ryzyko zależności (niekiedy niemalże pełnej) i złożonych potrzeb opiekuńczych rośnie wraz z zaburzeniami poznawczymi<sup>10</sup>. Mogą mieć one różną genezę, ale w swych skutkach prowadzą do stanu, w którym osoby starsze są stopniowo coraz bardziej zależne od stałej pomocy innych, nawet wówczas, gdy ich sprawność motoryczna, wzrokowa i słuchowa utrzymuje się na względnie dobrym poziomie.

---

<sup>10</sup> Zob. NIK, *Opieka nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera oraz wsparcie dla ich rodzin*, dz. cyt.

Trzeba mieć jednak świadomość tego, że zakres potrzeb opiekuńczych wśród najstarszych mieszkańców w dłuższej perspektywie czasowej może podlegać zmianie. Nie można bowiem wykluczyć, że np. w okolicach 2040 czy 2050 r. przeciętny stan zdrowia statystycznego 80-latka będzie lepszy niż dziś. Ogromne znaczenie mogłyby mieć zmiany w zakresie zapobiegania i leczenia chorób neurodegeneracyjnych czy też przełomowe osiągnięcia w innych gałęziach medycyny, które wpłynęłyby na długość życia i stan zdrowia. Skalę tych zmian trudno jednak dziś przewidzieć, ale trzeba pamiętać, że wzrost liczby (i udziału w populacji) osób sędziwych nie musi automatycznie przełożyć się na analogiczny wzrost potrzeb opiekuńczych.

Ponadto trudny do przewidzenia jest (zwłaszcza w perspektywie kilku dekad) rozwój dalszych usprawnień technologicznych i organizacyjnych, dzięki którym część osób starszych, które dziś potrzebują wsparcia, stanie się bardziej niezależna od opieki ze strony osób trzecich. Jakkolwiek nie jesteśmy w stanie dokładnie oszacować dynamiki i rezultatów wspomnianych zmian, z pewnością warto podejmować działania publiczne na rzecz ich przyspieszenia, tak aby znaczny wzrost udziału osób sędziwych w społeczeństwie nie przekładał się na radykalny wzrost potrzeb opiekuńczych.

### **Sytuacja materialna osób starszych**

Na możliwość zaspokajania potrzeb opiekuńczych wpływa także sytuacja ekonomiczna seniorów. Część osób starszych, choć nie należą one w Polsce do grup szczególnie zagrożonych ubóstwem w porównaniu z innymi grupami wiekowymi, faktycznie żyje w niedostatku, niekiedy skrajnym. W 2019 r. poziom zagrożenia ubóstwem wśród seniorów wyniósł 3,6%<sup>11</sup>. Odsetek osób zagro-

---

<sup>11</sup> Zob. GUS, *Zasięg ubóstwa ekonomicznego w Polsce w 2019*, dostęp online, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/ubostwo-pomoc-spoleczna/zasieg-ubostwa-ekonomicznego-w-polsce-w-2019-roku,14,7.html>, dostęp dnia 09.02.2021.

zonych skrajnym ubóstwem lub żyjących poniżej pułapu minimum egzystencji nie powinien jednak stanowić jedyne kryterium opisu sytuacji społeczno-ekonomicznej seniorów. Zasadne jest wielowymiarowe spojrzenie na zjawisko ubóstwa osób starszych, z uwzględnieniem wymiaru ekonomicznego, instytucjonalnego i psychospołecznego<sup>12</sup>. Niekorzystna sytuacja dochodowa stanowi bowiem bardzo istotny czynnik rzutujący na możliwości zaspokajania potrzeb opiekuńczych, zwłaszcza w warunkach komercyjnych. Wiele osób starszych nie jest w stanie nabywać usługi prywatnej opieki ze względu na niewystarczające dochody, co grozi albo niezaspokojeniem tych potrzeb w należyтым zakresie, albo zaspokajaniem ich przy udziale sektora pomocy społecznej lub najbliższych. Ten ostatni scenariusz niekiedy pociąga za sobą konieczność rezygnacji z pracy opiekuna lub ograniczenie jej wymiaru, co dodatkowo przyczynia się do pogorszenia sytuacji ekonomicznej rodziny/gospodarstwa domowego. Jeśli zaś chodzi o zaspokajanie potrzeb opiekuńczych za pośrednictwem pomocy społecznej, to analogicznie jak w przypadku usług prywatnych odbywa się to często odpłatnie (jedynie osoby, które nie przekraczają progu dochodowego z pomocy społecznej, pobierają te świadczenia nieodpłatnie)<sup>13</sup>.

Na warunki życia poza wymiarem dochodowym wpływa także sytuacja mieszkaniowa. Wiele osób starszych żyje w mieszkaniach przeludnionych. Wskaźnik przeludnienia (*overcrowding rate*) dotyka wielu polskich seniorów<sup>14</sup>, którzy często żyją z innymi osoba-

---

<sup>12</sup> Zob. Szarfenberg A., Szarfenberg R., *Wielowymiarowe ubóstwo senioralne*, dostęp online, <http://wrzos.org.pl/download/Ubostwo%20osob%20starszych%20ekspertyza%202020.pdf>, dostęp dnia 09.03.2021.

<sup>13</sup> Próg dochodowy to w 2020 r. to 701 zł netto dla osoby żyjącej samodzielnie i 528 netto na osobę dla żyjących w wieloosobowych gospodarstwach domowych

<sup>14</sup> Zob. Eurostat, *Ageing Europe. Looking at the lives of older people on the EU*, Luksemburg 2019.

mi z młodszych pokoleń<sup>15</sup>. Ma to, co prawda, swoje negatywne konsekwencje w dobie walki z pandemią (trudności z dystansowaniem społecznym), ale poza tym kontekstem sytuacja ta niesie pewne korzyści. Biorąc jednak pod uwagę fakt, że zjawisko to często wymuszone jest trudną sytuacją młodszych generacji na rynku mieszkaniowym, można stwierdzić, że przebywanie wielu ludzi na zbyt małej przestrzeni bywa zarzewiem napięć i konfliktów.

Z drugiej strony część osób starszych żyje w gospodarstwach jednoosobowych. Mogą być to także mieszkania/domy, w których niegdyś przebywali z pozostałymi członkami rodziny. Gdy zostają na starość osamotnieni, mogą mieć trudności zarówno z uregulowaniem wszystkich opłat, jak i po prostu z prowadzeniem gospodarstwa domowego. Trudności z utrzymaniem, zaopatrzeniem czy ogrzewaniem lokum zamieszkiwanego przez samotną osobę starszą występują szczególnie na terenach wiejskich. Z kolei w miastach część mieszkań umieszczonych na wyższych kondygnacjach starego budownictwa bez wind może stanowić trudność dla osób o ograniczonej sprawności ruchowej (w literaturze ukuł się nawet termin „więźniów czwartego piętra”<sup>16</sup>).

Co więcej, samo lokum mieszkalne bywa niedostosowane architektonicznie do potrzeb osób o ograniczonej sprawności. Tymczasem dostosowanie przestrzeni mieszkalnej i budownictwa do potrzeb osób z niepełnosprawnościami<sup>17</sup> stanowi istotne wyzwanie,

---

<sup>15</sup> Zob. Myck M., Oczkowska M., Trzeciński K., *Bezpieczeństwo osób starszych w czasie pandemii Covid-19: sytuacja mieszkaniowa osób w wieku 65+ w Polsce na tle innych krajów Europy*, dostęp online, [https://cenea.org.pl/wp-content/uploads/2020/04/komentarz\\_20200421.pdf](https://cenea.org.pl/wp-content/uploads/2020/04/komentarz_20200421.pdf), dostęp dnia 09.03.2021.

<sup>16</sup> Zob. Wołkanowska-Kołodziej E., *Więźniowie czwartego piętra*, dostęp online, <https://magazynpismo.pl/rzeczywistosc/reportaz/wiezniowie-czwartego-pietra/>, dostęp dnia 09.03.2021.

<sup>17</sup> W polskim ustawodawstwie są przewidziane możliwości uzyskania częściowej refundacji adaptacji pomieszczeń do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Są to środki przyznawane w ramach Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Istnieje jednak limit poziomu refundacji, co czyni je niedostępnymi dla osób o ograniczonych dochodach.

jeśli zależy nam na utrzymaniu przez osoby starsze możliwości jak najdłuższego pozostawania w warunkach domowych, co zresztą jest najczęściej wskazywane w badaniach jako preferowana opcja spędzania starości. Niewykluczone, że załączkiem zmian w tym zakresie<sup>18</sup> będzie z jednej strony już działający wieloletni program „Dostępność+”<sup>19</sup>, z drugiej zaś przyjęcie i realizacja będącej na razie w fazie projektowania strategii deinstytucjonalizacji wsparcia różnych grup. W ramach tej ostatniej ważnym elementem powinno być mieszkalnictwo wspomagane, które polega na łączeniu usług mieszkaniowych ze wsparciem usługowym powalającym na funkcjonowanie w społeczności lokalnej zamiast instytucji.

Warto dodać, że obydwa mechanizmy, tj. program „Dostępność+” i deinstytucjonalizacja, są obecnie w części umocowane zarówno w krajowych, jak i unijnych mechanizmach finansowych. To zewnętrzne osadzenie działań uzależnia wprowadzenie politykę od procesów i zasobów zewnętrznych wobec tego, czym dysponuje polskie państwo, ale i zakorzenia ją w szerszym kontekście, co może dawać nadzieję na większą trwałość tych inicjatyw.

### **Rodzinno-kulturowe uwarunkowania zaspokajania potrzeb opiekuńczych osób starszych**

Kluczowym uwarunkowaniem rozwoju opieki senioralnej w Polsce jest jej silne kulturowe zakorzenienie w relacjach rodzinnych. Badania sprzed dekady pokazały, że Polacy częściej niż przedstawiciele innych europejskich nacji wyrażali oczekiwanie, że w obli-

---

<sup>18</sup> Przykładowo w ramach programu „Dostępność+”, a konkretnie w ramach Funduszu Dostępności, już teraz istnieją możliwości np. starania się o likwidację niektórych barier w budynkach mieszkalnych, np. braku windy.

<sup>19</sup> Zob. Różański M., *10 kroków do wolności. Jak zdobyć pieniądze na instalację windy w budynku mieszkalnym?* - niepełnosprawni.pl, dostęp online, <http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/1269072?fbclid=IwAR2lOKUZ9OfhCkoulTB3LaC-mjTYgnUvP9LkK8-NiWfRhJRBnr-19nu7mQrQ>, dostęp dnia 13.12.2020.

czu utraty samodzielności otrzymają opiekę od najbliższych, czy to w ramach wspólnego zamieszkania, czy też regularnych odwiedzin<sup>20</sup>. Co prawda tradycja rodzinnego modelu opieki jest silnie obecna także w krajach Europy Środkowo-Wschodniej i Południowej<sup>21</sup>, ale Polska nawet na tle państw tych regionów wyróżniała się daleko idącym familializmem. O ile bowiem udział rodziny w opiece cechuje w mniejszym lub większym stopniu praktycznie wszystkie społeczeństwa, dla Polski charakterystyczna jest – na tle porównawczym – znaczna intensywność opieki rodzinnej, wyrażona regularnością i dużym wymiarem czasowym zaangażowania po stronie opiekunów<sup>22</sup>. Tak silne zaangażowanie po stronie rodziny, wynikające ze wskazanych wyżej przyczyn kulturowych, ekonomicznych i instytucjonalnych, ma jednak swoje społeczne i ekonomiczne następstwa, omówione szerzej w dalszej części raportu poświęconej diagnozie problemów w obszarze opieki rodzinno-domowej.

Trzeba mieć jednak świadomość tego, że w społeczeństwie zachodzą długotrwałe procesy, które sprawiają, że ów silnie rodzinny model opieki podlega erozji. Istnieją już badania pokazujące, że młodsze pokolenia niekoniecznie są skłonne poświęcić się opiece i w związku z tym np. rezygnować z pracy zawodowej. Przykładem jest badanie z 2015 r. przeprowadzone przez Krajowy Instytut Gospodarki Senioralnej wśród osób w wieku 35+ mających starszych rodziców. W obliczu utraty przez nich samodzielności badani w większości deklarowali preferencję na rzecz skorzystania z ze-

---

<sup>20</sup> Zob. Komisja Europejska, *Special Eurobarometer 283: Health and long-term care in the European Union*, dostęp online, [http://uploadi.www.ris.org/editor/1236671671ebs\\_283\\_en.pdf](http://uploadi.www.ris.org/editor/1236671671ebs_283_en.pdf), dostęp dnia 09.03.2021.

<sup>21</sup> Bakalarczyk R., *Pozycja opiekunów nieformalnych i rodziny w systemach opieki długoterminowej w Unii Europejskiej*, „Ubezpieczenia Społeczne. Teoria i praktyka” 2018, nr 3 (138), s. 35-54.

<sup>22</sup> Zob. Colombo F. i in., *Help wanted? Providing and paying for long term care*, Paris 2011.

wewnętrznych usług opiekunki lub pielęgniarki zamiast samodzielnie poświęcać się opiece i w związku z tym rezygnowania z pracy zarobkowej<sup>23</sup>.

Zmiany wynikają z dwóch głównych czynników. Po pierwsze, z uwagi na zmieniające się wzorce dzietności. Coraz większym problemem staje się zorganizowanie opieki i wspomóżenie bezdzietnych seniorów<sup>24</sup>. Zjawisko braku otoczenia rodzinnego w obliczu utraty sprawności na starość jest pogłębiane także procesami migracyjnymi młodszych pokoleń, wobec czego nawet osoby sędziwe posiadające dzieci mogą nie mieć możliwości skorzystania z ich wsparcia w miejscu, w którym żyją. Pod tym względem należy z niepokojem patrzeć na procesy depopulacyjne dotyczące w różnym stopniu zarówno całe regiony, jak i społeczności lokalne. Na proces depopulacji małych i średnich miast wskazują np. opracowanie Instytutu Geografii i Przestrzennego Zagospodarowania Polskiej Akademii Nauk pt. *Delimitacja miast średnich tracących funkcje społeczno-gospodarcze*<sup>25</sup> i raport Polskiego Instytutu Ekonomicznego z 2018 r. – *Scenariusze rozwoju małych i średnich miast*. W tym ostatnim czytamy, że „jednym z największych zagrożeń dla reprezentantów tej grupy jest wyludnienie. Choć blisko 2/3 mieszkańców tych miast znajduje się w wieku produkcyjnym, to na każde 100 z nich przypada prawie 30 osób w wieku poprodukcyjnym, co stanowi najgorszy wynik obciążenia demograficznego spośród wszystkich badanych grup

---

<sup>23</sup> Zob. Medi-System, *Ośrodki opieki długoterminowej w świadomości Polaków-opinie i wyzwania*, Warszawa 2015.

<sup>24</sup> Zob. Abramowska-Kmon A., Mynarska M., *Opieka nad bezdzietnymi osobami starszymi w Polsce: opinie, doświadczenia, potrzeby*, „Ubezpieczenia społeczne. Teoria i praktyka” 2020, nr 3 (146), s. 97-117.

<sup>25</sup> Zob. Śleszyński P., *Delimitacja miast średnich tracących funkcje społeczno-gospodarcze*, Warszawa 2016.

miast”<sup>26</sup>. Migracje pokoleń w wieku produkcyjnym w różnym nasileniu zachodzą także na obszarach wiejskich, jak i w dużych ośrodkach miejskich. Niekiedy są to migracje zagraniczne, co szczególnie przekłada się na potencjał opiekuńczo-wspierający wobec starszych krewnych.

Po drugie, nawet tam, gdzie w bliskim otoczeniu osoby starszej jest rodzina, jej członkowie nie zawsze są w stanie zapewnić opiekę. Wiąże się to chociażby z aktywnością zawodową kobiet, oczekiwaniami wobec nich w tym zakresie, ale też postawami i aspiracjami ich samych. Trudno też przewidzieć, na ile kolejne pokolenia (zarówno mężczyźni, jak i kobiety) będą skłonne tak intensywnie oddawać się opiece nad bliskimi w starszym wieku. Na pewno wiele będzie zależało od dyskursu i sfery norm kulturowych, które kształtują postawy. Niebagatelną rolę mogą odegrać również czynniki natury ekonomicznej.

Warto mieć świadomość tego, że silne oparcie opieki nad seniorami na instytucji rodziny ma podłoże nie tylko kulturowe i historyczne, ale także instytucjonalno-ekonomiczne. Ograniczona infrastruktura opieki formalnej determinuje bowiem zaangażowanie ze strony sektora nieformalnego, w szczególności rodziny. Także prawo, a przede wszystkim zapisy Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, mówią o powinności rodziny w tym zakresie. Odwołania do prymatu rodziny nad innymi instytucjami zaspokajania potrzeb, wyrażone w sposób pośredni, znajdują się także w innych aktach prawnych ustawodawstwa socjalnego, np. w Ustawie z dnia 12 marca 2004 r o pomocy społecznej. W obliczu postępujących zmian społecznych niewykluczona jest konieczność analogicznego dostosowania norm prawnych.

---

<sup>26</sup>Zob. Polski Instytut Ekonomiczny, *Scenariusze rozwoju małych i średnich miast*, Warszawa 2018.



Podsumowując, przedstawione w tym rozdziale uwarunkowania dotyczące funkcjonowania osób starszych prowadzą do wniosku, że możliwości zaspokajania potrzeb opiekuńczych starszego pokolenia są i będą coraz trudniejsze, a potrzeba zmian systemowych służących adaptacji do zmieniającego się otoczenia i nabrzmiewających wyzwań — coraz pilniejsza.

# Ogólna charakterystyka systemu opieki nad seniorami w Polsce

## Model opieki nad seniorami

Polska, według jednego z zestawień pojawiających się w typologiach modeli opieki długoterminowej, uchodzi (obok Węgier, Rumunii i Litwy) za kraj o mało hojnym dla odbiorcy i słabo rozwiniętym pod względem organizacyjnym systemie opieki. Polski system cechuje się niskim poziomem nakładów publicznych na opiekę długoterminową i ogólnie słabo rozwiniętym sektorem usług formalnej opieki, znaczną rolę sektora nieformalnego (głównie rodziny) w zaspokajaniu potrzeb opiekuńczych osób starszych i ograniczonym wsparciem dla rodziny w pełnieniu tej funkcji. Choć w Polsce istnieje bardzo szeroki wachlarz różnych form wsparcia opiekuńczego w warunkach domowych, środowiskowych i stacjonarnych (por. tabela nr 4), to w praktyce wiele z nich ma bardzo ograniczoną dostępność. Tym samym mamy jeden z najmniej przyjaznych dla odbiorcy systemów wśród państw europejskich<sup>27</sup>.

---

<sup>27</sup> M. Kraus et al., A typology of long-term care systems in Europe, ENEPRI RESEARCH REPORT NO. 91, AUGUST 2010

Tabela 4. Instytucje i instrumenty szeroko rozumianej opieki długoterminowej nad osobami starszymi u progu trzeciej dekady XXI wieku w Polsce

	Wsparcie finansowe dla osoby wymagającej opieki i opiekuna	Usługi w warunkach domowych	Usługi w warunkach półstacjonarnych, środowiskowych, ambulatoryjnych, etc.	Usługi w warunkach instytucjonalnych/stacjonarnych
Sektor pomocy społecznej i wsparcia socjalnego	<p><u>Dla podopiecznych:</u> zasiłki pielęgnacyjne, dodatki pielęgnacyjne, świadczenie uzupełniające</p> <p><u>Dla opiekunów:</u> świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• usługi opiekuńcze</li> <li>• specjalistyczne usługi opiekuńcze</li> <li>• usługi opieki wytchnieniowej</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• domy pomocy społecznej</li> <li>• Dzielne Domy Senior+</li> <li>• mieszkania wspomagane</li> <li>• rodzinne domy pomocy</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• domy pomocy społecznej (sektor publiczny)</li> <li>• placówki świadczące całonocową opiekę w ramach działalności gospodarczej lub statutowej (sektor prywatny)</li> </ul>
Sektor opieki zdrowotnej		<ul style="list-style-type: none"> <li>• usługi pielęgniarki opieki długoterminowej domowej</li> <li>• domowa opieka hospicyjna</li> <li>• usługi rehabilitacji w warunkach domowych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• domy opieki medycznej (w formule projektowej w ramach dotychczasowej perspektywy finansowania ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (publiczne i prywatne)</li> <li>• całonocowe oddziały geriatryczne</li> <li>• hospicja i oddziały opieki paliatywnej</li> </ul>

Źródło: opracowanie własne

Co prawda, przywołana wyżej typologia pochodzi sprzed dekady, ale od tego czasu nie nastąpiła całościowa reforma ani zbiór częściowych zmian, które doprowadziłyby do jakościowej przemiany. Można jednak wskazać próby i procesy mogące przyczynić się do transformacji w systemie opieki nad osobami starszymi.

### **Historia prac nad reformą systemu opieki dla seniorów w Polsce**

W obliczu postępującego starzenia się polskiego społeczeństwa od kilkunastu lat problem opieki nad osobami starszymi jest obecny w agendzie polityki publicznej państwa, choć nie zajmuje w niej istotnego miejsca. Już za czasów Zbigniewa Religi jako ministra zdrowia (2005-2007) powołano w jego resorcie zespół ds. wprowadzenia ubezpieczenia pielęgnacyjnego<sup>28</sup>. W latach 2007-2015 głównym ośrodkiem myślenia o całościowym reformowaniu sektora opieki długoterminowej stała się grupa robocza skupiona wokół senatora Mieczysława Augustyna, złożona z parlamentarzystów, praktyków i ekspertów. Grupa ta przygotowała w 2010 r. Zieloną Księgę opieki długoterminowej<sup>29</sup> i projekt ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym, wielokrotnie konsultowany i korygowany<sup>30</sup>.

Warto zaznaczyć, że tzw. grupa Augustyna współpracowała z wielopodmiotową koalicją rzeczniczą, działającą obecnie pod nazwą

---

<sup>28</sup> Por. Szwałkiewicz E., Więckowska B., *Usługi społeczne w opiece długoterminowej, w: Przeobrażenia sfery usług w systemie zabezpieczenia społecznego w Polsce*, red. M. Grewiński, B. Więckowska, Warszawa 2011.

<sup>29</sup> Zob. *Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje*, red. M. Augustyn, Warszawa 2009.

<sup>30</sup> Zob. Projekt ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym, dostęp online, [http://orka.sejm.gov.pl/Druki8ka.nsf/Projekty/8-020-969-2018/\\$file/8-020-969-2018.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/Druki8ka.nsf/Projekty/8-020-969-2018/$file/8-020-969-2018.pdf), dostęp dnia 09.03.2021.

Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym”, która do dziś animuje dyskusję o potrzebie całościowych zmian w systemie opieki długoterminowej. Niestety, zarówno założenia i rekomendacje zawarte wówczas w Zielonej Księdze, jak i projekt ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym nie weszły w życie do końca kadencji rządu koalicji PO-PSL. Z kolei po zmianie władzy w 2015 r. Zjednoczona Prawica nie wznowiła prac nad tym projektem.

Z drugiej strony rząd tzw. dobrej zmiany zaczął tworzyć załączki polityki senioralnej z jej instytucjami (Departamentem Polityki Senioralnej w Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej, Radą ds. Polityki Senioralnej, sejmową Komisją Polityki Senioralnej), nowymi programami (np. ASOS czy Senior-WIGOR) i dokumentami strategicznymi. Problematyka opiekuńcza zajęła w tej agendzie poczesne miejsce, mimo że niestety nie zawsze ostatecznie przekładało się to na systemowe zmiany<sup>31</sup>.

Należy podkreślić, że istotną rolę w procesie tworzenia polityki w zakresie opieki nad osobami starszymi odegrali Rzecznik Praw Obywatelskich i Najwyższa Izba Kontroli. W swej aktywności przyczynili się do nagłaśniania licznych problemów w sferze opieki długoterminowej nad osobami starszymi<sup>32</sup>. Ważnym elementem tego procesu były także protesty rodzin osób niepełnosprawnych z lat 2014 i 2018<sup>33</sup>. Choć jedynie część tych protestów odnosiła się do sytuacji opiekunów niepełnosprawnych dorosłych (w tym osób starszych), to za ich przyczyną niektóre problemy rodzin

---

<sup>31</sup> Zob. Bakalarczyk R., *Kwestia opiekuńcza w agendzie polityki senioralnej*, „Studia z Polityki Publicznej/Public Policy Studies” 2017, nr 4 (16), s. 57-85.

<sup>32</sup> Zob. tamże.

<sup>33</sup> Zob. Kubicki P., Bakalarczyk R., Mackiewicz-Ziccardi M., *Protests of People with Disabilities as Examples of Fledgling Disability Activism in Poland*, „Canadian Journal of Disability Studies” 2019, nr 8 (5), s. 141-160.

z osobą starszą pod opieką, zwłaszcza w kwestii zabezpieczenia finansowego, miały szansę dotrzeć do szerszego odbiorcy. Niestety, zarówno wspomniane protesty, jak i oddolne społeczne działania rzecznicze (popierane licznymi interwencjami Rzecznika Praw Obywatelskich) nie przełożyły się na istotną poprawę sytuacji opiekunów osób niepełnosprawnych w podeszłym wieku<sup>34</sup>.

Warto jednak zaznaczyć, że w ostatnich latach przyjęto szereg programów i nowych instrumentów. Wprawdzie były one raczej częścią agendy polityki wobec niepełnosprawności niż wobec osób starszych, ale zainicjowane działania w jakimś stopniu przełożyły się na zakres wsparcia tej ostatniej grupy i jej bliskich. W tym zakresie należy wymienić chociażby niektóre działania przyjęte w 2016 r. w ramach wieloletniego programu „Za Życiem”<sup>35</sup> czy też powstałego dwa lata później Funduszu Solidarnościowego. Beneficjentami niektórych z tych programów i rozwiązań, np. opieki wytchnieniowej, stały się bowiem także osoby zależne od opieki w starszym wieku lub ich rodziny.

Podsumowując, rząd Zjednoczonej Prawicy wprowadził, co prawda, kilka pozytywnych zmian, ale mają one charakter punktowy, nieskoordynowany w ramach jednej przemyślanej całości, a dodatkowo są opatrzone niewielkimi środkami i nie działają w ramach powszechnie obowiązujących ustaw, a jedynie w trybie konkursowym, który obejmuje tylko część społeczności lokalnych. Można zatem powiedzieć, że całościowy proces reformowania systemu opieki długoterminowej wobec osób starszych jest wciąż przed nami.

---

<sup>34</sup> Zob. tamże.

<sup>35</sup> Zob. Uchwała nr 160 Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2016 r. w sprawie programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” (M.P. poz. 1250).

# Analiza systemu opieki nad osobami starszymi w Polsce

## Opieka w rodzinie i w ramach sektora nieformalnego

Potrzeby opiekuńcze osób starszych najczęściej (w ponad 90%) są zaspokajane przez członków rodziny<sup>36</sup>. Sprawowanie opieki ma jednak szereg następstw prowadzących do tego, że i opiekunowie mogą wymagać wsparcia. Wiąże się to z ograniczeniami, jakie dotyczą pełnienia tej roli. Po pierwsze, jest to mniejsze lub większe ograniczenie dla kontynuacji kariery zawodowej. W skrajnych, choć bynajmniej niesporadycznych przypadkach może wiązać się to z koniecznością zaprzestania dalszej pracy na czas sprawowania opieki. To zaś pociąga za sobą zwiększone ryzyko niedostatku, a także inne skutki dezaktywizacji zawodowej, np. zawężenia kręgu kontaktów społecznych. Po drugie, opieka długoterminowa nad bliskimi oznacza ryzyko izolacji społecznej i utrudnienia w pełnieniu różnych ról społecznych, nie tylko tej zawodowej. Po trzecie, sprawowana długotrwale i intensywnie funkcja opiekuńcza stanowi obciążenie i zagrożenie dla zdrowia fizycznego i psychicznego<sup>37</sup>.

## Wsparcie finansowe w opiece rodzinnej nad osobą starszą

Na sytuację finansową rodzin i gospodarstw domowych, w których sprawowana jest opieka nad osobami starszymi, składają się zasoby finansowe pochodzące z różnych źródeł: emerytur lub rent, dochodów z pracy innych członków rodziny, oszczędności,

---

<sup>36</sup> Zob. Błądowski P., *Potrzeby opiekuńcze osób starszych*, w: *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, red. M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błądowski, Poznań 2012, s. 449-466.

<sup>37</sup> Zob. Anioł W. i in., *Opiekunowie poza państwem opiekuńczym*, w: *tychże, Nowa opiekuńczość? Zmieniająca się tożsamość polityki społecznej*, Toruń 2015.

świadczeń niezwiązanych bezpośrednio z opieką oraz tych, które odnoszą się do opieki i niesamodzielności. Z uwagi na szeroki zakres zagadnienia szerzej omówione zostaną tylko te świadczenia, które są bezpośrednio związane z zależnością od długoterminowej opieki lub jej sprawowaniem (por. tabela 5).

**Tabela 5. Świadczenia finansowe powiązane z opieką długoterminową (stan prawny na styczeń 2021 r.)**

Świadczenia dla opiekunów	Świadczenia dla osób o potrzebach opiekuńczych
<p><b>Świadczenie pielęgnacyjne</b> (od stycznia 2021 r., 1971 zł netto):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• niezależne od kryterium dochodowego;</li> <li>• dla opiekunów osób wymagających opieki, które stały się zależne od niej przed okresem dorosłości;</li> <li>• pobierający je opiekun nie ma prawa wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej;</li> <li>• pobierający je opiekun nie może równolegle pobierać emerytury lub renty;</li> <li>• pobierający je opiekun musi podlegać obowiązkowi alimentacyjnemu wobec podopiecznego.</li> </ul> <p><b>Specjalny zasiłek opiekuńczy</b> (620 zł netto):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zależne od kryterium dochodowego;</li> <li>• dla opiekunów osób znacznie niepełnosprawnych, które stały się zależne od opieki już w okresie dorosłości;</li> <li>• pobierający je opiekun nie ma prawa wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej;</li> <li>• pobierający je opiekun nie może równolegle pobierać emerytury lub renty;</li> <li>• pobierający je opiekun musi podlegać obowiązkowi alimentacyjnemu wobec podopiecznego.</li> </ul>	<p><b>Zasiłek pielęgnacyjny</b> (215,84 zł netto):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• niepełnosprawne dzieci, dorośli o znacznym stopniu niepełnosprawności i osoby w wieku 75+, o ile nie pobierają dodatku pielęgnacyjnego (tych dwóch świadczeń nie można łączyć).</li> </ul> <p><b>Dodatek pielęgnacyjny</b> (229,91 zł netto):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dla pobierających emerytury lub renty osób, które mają znaczny stopień niepełnosprawności lub przekroczyły 75. rok życia (wówczas bez względu na stan zdrowia i sprawności).</li> </ul> <p><b>Świadczenie uzupełniające dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji</b> (maksymalnie 500 zł netto):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• w tej wysokości jedynie dla osób z emeryturą lub rentą nie wyższą niż minimalna, a powyżej tego progu świadczenie proporcjonalnie pomniejszane.</li> </ul>

Źródło: opracowanie własne



Oprócz świadczeń dla opiekunów także sama osoba zależna może otrzymać wsparcie finansowe, np. w formie dodatku pielęgnacyjnego, zasiłku pielęgnacyjnego lub od IV kwartału 2019 r. także świadczenia opiekuńczego dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji. Świadczenia te mogą być przeznaczane w zasadzie na dowolne cele, nie tylko te związane z opieką, dlatego też nie będą szerzej omawiane w tym miejscu, a uwaga zostanie skoncentrowana na świadczeniach bezpośrednio adresowanych do opiekunów i opiekunek rodzinnych lub nieformalnych (zob. tabela 5).

Podstawowym świadczeniem finansowym, jakie mogą otrzymać opiekunowie nieformalni osób starszych – a mówiąc ściślej: osób znacznie niepełnosprawnych, których niepełnosprawność powstała w dorosłym życiu – jest tzw. specjalny zasiłek opiekuńczy (SZO) w wysokości 620 zł miesięcznie (stan na styczeń 2021 r.). Przysługuje on osobom, które w okresie sprawowania opieki znajdują się całkowicie poza rynkiem pracy. W czasie pobierania tego świadczenia nie jest możliwa jakakolwiek aktywność zarobkowa, włącznie z tą wykonywaną w ramach umów cywilnoprawnych (umowa o dzieło, umowa zlecenia). Wynika to z konstrukcji prawnej świadczeń dla opiekunów, które są przewidziane dla osób poza wszelkim zatrudnieniem<sup>38</sup>.

Dodatkowym kryterium, od którego uzależniono przyznanie SZO, jest odpowiednio niski dochód. Pod koniec 2020 r. próg dochodowy, którego nie można przekroczyć, starając się o tę pomoc, wynosi 764 zł na osobę w gospodarstwie domowym (tj. poniżej poziomu minimum socjalnego). Ponadto, by otrzymać SZO, sam opiekun nie może być rencistą lub emerytem, a także musi na nim ciążyć obowiązek alimentacyjny wobec podopiecznego. Taki obowiązek mają np. dorosłe dzieci wobec rodziców, małżonkowie,

---

<sup>38</sup> Zakaz ten wynika z konstrukcji prawnej przepisów dotyczącej specjalnego zasiłku opiekuńczego, który zawarty jest w Ustawie z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (stan prawny na grudzień 2020 roku).

ale także dorosłe rodzeństwo. Spełnienie obowiązku alimentacyjnego jako jednego z warunków uzyskania świadczenia prowadzi do tego, że z prawa tego są wykluczeni (nawet przy spełnieniu pozostałych rygorystycznych warunków) opiekunowie z dalszej rodziny (np. siostrzenica opiekująca się wujkiem czy synowa opiekująca się teściem), a także opiekunowie spoza rodziny.

Co jednak najważniejsze, wszystkie wspomniane warunki muszą być spełnione łącznie, co sprawia, że wielu opiekunów nie kwalifikuje się do pobierania nawet tak skromnego zasiłku. Ma to poważne konsekwencje nie tylko dla ich bieżącej sytuacji materialnej (oraz sytuacji podopiecznych, jak również innych członków rodziny, np. wychowujących się w niej niepełnoletnich dzieci), ale także dla bezpieczeństwa socjalnego opiekunów w przyszłości, np. w obliczu osiągnięcia przez nich wieku emerytalnego czy utraty zdrowia i przejścia na rentę z tytułu częściowej lub całkowitej niezdolności do pracy.

Od specjalnego zasiłku opiekuńczego są odprowadzane składki emerytalno-rentowe i zdrowotne. Niestety, w sytuacji, gdy ktoś, sprawując opiekę, nie otrzymuje tego zasiłku, a nie jest ubezpieczony z innego tytułu, może zostać przynajmniej czasowo poza systemem ubezpieczenia emerytalno-rentowego i zdrowotnego. Jednak nawet osoby, które ów zasiłek pobierają, mogą liczyć na odprowadzanie składki emerytalno-rentowej jedynie do czasu, gdy ich staż okresu składkowego przekroczy 25 lat dla mężczyzn i 20 lat dla kobiet (przy czym okres pobierania świadczenia zalicza się do tego okresu składkowego). Oznacza to, że np. za opiekunkę, która ma już przepracowanych 20 lat i w kolejnych latach nie pracuje, gdyż opiekuje się starszym schorowanym rodzicem, państwo nie odprowadza już składek<sup>39</sup>. Pogłębia to i tak wysokie

---

<sup>39</sup> Zob. Bakalarczyk R., *Deficyt bezpieczeństwa emerytalnego opiekunów osób niesamodzielnych jako skutek dezaktywizującego zawodowo systemu opieki w Polsce*, „Ubezpieczenia społeczne. Teoria i praktyka” 2017, nr 4.

ryzyko ubóstwa, zwłaszcza w przypadku kobiet, które częściej niż mężczyźni wchodzą w rolę opiekunów rodzinnych.

Istnieje jeszcze jeden aspekt wsparcia finansowego, a mianowicie prawo do wsparcia dla byłych opiekunów w okresie już po ustaniu opieki. Opiekun, który musiał zrezygnować z pracy, by zająć się np. zależnym rodzicem, w momencie śmierci swego podopiecznego może zarejestrować się w urzędzie pracy i otrzymać zasiłek dla bezrobotnych. Po zmianie prawnej, która weszła w życie w 2017 r., okres pobierania świadczeń z tytułu opieki jest wliczany do stażu pracy, który jest wymagany, by otrzymać zasiłki dla bezrobotnych.

Niestety, w świetle obowiązujących przepisów z prawa do tego zasiłku nie mogą skorzystać osoby, które w okresie sprawowania opieki nie uzyskały świadczeń opiekuńczych, jak również opiekunowie, w wypadku których opieka ustała nie na skutek śmierci podopiecznego, a z innych powodów, np. trafienia podopiecznego do instytucji opieki czy podjęcia jej przez inną osobę.

Podsumowując finansową część wsparcia rodzin, w których sprawowana jest opieka nad seniorami, można powiedzieć, że wsparcie dla opiekunów jest:

- a. bardzo niskie (obowiązująca w 2020 r. wysokość specjalnego zasiłku opiekuńczego na poziomie 620 zł pozostaje dalece poniżej minimum socjalnego);
- b. bardzo selektywne (istnieje szereg obowiązujących łącznie warunków, które wielu faktycznym opiekunom trudno spełnić);
- c. wyłączające z jakiegokolwiek życia zawodowego;
- d. wyłączające część opiekunów z systemu zabezpieczenia emerytalno-rentowego.

## Wsparcie pozafinansowe w opiece nad osobą starszą

Wsparcie pozafinansowe dla opiekunów obejmuje:

- dostęp do informacji, porad i szkoleń;
- pomoc psychologiczną i psychoterapeutyczną;
- wsparcie wytchnieniowe (w tym urlopy);
- usługi i działania wspomagające sprawowanie opieki;
- pomoc w godzeniu opieki z aktywnością zawodową.

Do 2018 r. powyższe instrumenty wsparcia, o ile się pojawiały, były często lokalne, w ramach oddolnych inicjatyw lub organizacji, nierzadko sprofilowanych na określone rodzaje chorób, niepełnosprawności czy potrzeb opiekuńczych. Po 2015 r. pojawiły się pewne próby rozwijania niektórych instrumentów wsparcia opiekunów przy pomocy narzędzi o ponadlokalnym charakterze i współfinansowanych z poziomu centralnego. Dotyczy to przede wszystkim opieki wytchnieniowej, ale także pewnych elementów wsparcia informacyjno-szkoleniowego oraz pomocy w zakresie godzenia pracy z opieką. Rozwiązania te pojawiły się w programie „Za życiem”<sup>40</sup>, który choć jest skoncentrowany na opiece w bardzo wczesnej fazie życia człowieka, dał impuls do wdrażania rozwiązań obejmujących także osoby zależne w późniejszych fazach życia, łącznie z okresem senioralnym.

Istotną formą wsparcia jest właśnie wspomniana opieka wytchnieniowa. Pod pojęciem tym należy rozumieć opiekę zastępczą na czas, gdy opiekun nie jest w stanie jej sprawować, np. w związku z potrzebą wypoczynku, koniecznością rehabilitacji czy lecze-

---

<sup>40</sup> Zob. Uchwała nr 160 Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2016 r. w sprawie programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” (M.P. poz. 1250).

nia (w tym zwłaszcza hospitalizacji). Jeśli opieka jest realizowana całodobowo przez wiele dni w związku z dłuższą nieobecnością opiekuna przy podopiecznym, można mówić o urlopie wytchnieniowym. W opracowaniach eksperckich, jak i w dokumentach publicznych idea ta pojawiała się od lat, aczkolwiek do niedawna nie funkcjonowała jako rozwiązanie, z którego opiekunowie mogli korzystać na większą skalę.

Zapowiedziana w programie „Za życiem” opieka wytchnieniowa została rozwinięta w ramach programu celowego o tej nazwie z 2019 r. Podzielono go na trzy moduły, z których mogą skorzystać opiekunowie osób niepełnosprawnych zależnych od opieki, a więc także starszych. Wspomniane moduły odnoszą się do (1) zapewnienia opieki całodobowej w razie nieobecności opiekuna przez dłuższy czas, (2) opieki zastępczej wobec podopiecznego przeliczanej na godziny w ciągu dnia, a także (3) usług szkoleniowych dla opiekunów (dotyczących np. odpowiedniego żywienia czy właściwego zapewnienia opieki i wsparcia najbliższym).

Program skierowano do gmin, które na organizację tego typu wsparcia mogą w trybie konkursowym uzyskać dofinansowanie. W 2020 r. wprowadzono także dodatkowy nabór dla organizacji pozarządowych<sup>41</sup>. Niestety, pierwsze edycje programu adresowanego do gmin nie przyniosły zakładanych rezultatów, gdyż jedynie 1/7 gmin skorzystała ze wsparcia<sup>42</sup>. Wiele samorządów nie zgłosiło się do tego konkursu, choć jest kwestią dyskusyjną, na ile to one ponoszą za to odpowiedzialność, a na ile winne są

---

<sup>41</sup> Zob. Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, *Program „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin dotkniętych niepełnosprawnością - edycja 2020-2021”*, Warszawa 2020.

<sup>42</sup> Zob. Dązbłaż B., *Jedynie co siódma gmina chce realizować program „Opieka wytchnieniowa”*, dostęp online, <http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/798552>, dostęp dnia 09.03.2021.

ówczesne wymogi konkursowe, które były trudne do spełnienia dla części gmin. Dodatkowo w pierwszych edycjach programu konieczny był wkład własny, a rozstrzygnięcie konkursu następowało z kilkumiesięcznym opóźnieniem. Wpływ na ograniczoną skalę programu mogła mieć także nowość tego instrumentu oraz trudności organizacyjno-kadrowe w zorganizowaniu tego typu usług, zwłaszcza w wypadku małych i biednych gmin. W rezultacie mimo istnienia takiego mechanizmu dostęp do wsparcia wytchnieniowego nadal nie jest powszechny, także w przypadku opiekunów osób starszych, choć pewne nadzieje przynosi przyjęta 16 lutego 2021 r. rządowa Strategia na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami na lata 2020-2030. Opieka wytchnieniowa została tam uznana za jeden z kluczowych instrumentów w ramach priorytetu „Niezaróżnione życie”<sup>43</sup>.

Ponadto od połowy 2017 r. funkcjonuje odrębne narzędzie wsparcia w postaci programu „Praca w domu”<sup>44</sup>, pozwalającego skierować osoby bezrobotne w ramach prac użytecznych społecznie do pomocy gospodarstwom, w których sprawowana jest opieka nad osobami niesamodzielnymi. Choć osoby skierowane do takich prac nie wyręczają opiekuna w samej opiece, to ich aktywność może jednak częściowo odciążać go w innych obowiązkach i tym samym dostarczać wytchnienia. Skala zastosowania tego instru-

---

<sup>43</sup> W chwili pisania raportu nie ukazała się jeszcze publikacja całego dokumentu strategii, ale dostępna na stronie prezentacja założeń, wcześniejsza wersja projektu strategii poddanego konsultacjom, a także liczne wypowiedzi Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych, Pawła Wdówicka, sugerują, że opieka wytchnieniowa i próba jej upowszechnienia oraz bardziej systemowego uregulowania ma być ważnym celem dążeń obecnego rządu. Zob. Pierwsza polska Strategia na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami, dostęp online, <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/a,1173,pierwsza-polska-strategia-na-rzecz-osob-z-niepelnosprawnosciami>, dostęp dnia. 09.03.2021.

<sup>44</sup> Borski M., *Aktywizacja zawodowa opiekunów osób z niepełnosprawnościami jako ważne zadanie państwa – wybrane zagadnienia*, „Studia z zakresu prawa pracy i polityki społecznej” 2019, nr 26, s.153–165.

mentu w pierwszych latach jego istnienia była jednak niewielka (26 osób w 2017 r., 236 osób w 2018 r.)<sup>45</sup>. Być może jednym z powodów była niewielka świadomość istnienia tego instrumentu po stronie rodzin, które mogłyby być zainteresowane skorzystaniem z takiego wsparcia lub też rezerwa wobec skorzystania z pomocy w takiej formie.

Niewątpliwie w skali systemowej brakuje wsparcia o charakterze informacyjnym, psychologicznym i szkoleniowym. Warto jednak odnotować niektóre lokalne rozwiązania. Za przykład może służyć uruchomiony w Sopocie Telefon Wsparcia Opiekuna, prowadzony przez lokalny ośrodek pomocy społecznej. W ramach telefonu wsparcia dyżuruje psycholog, u którego opiekun może uzyskać pomoc, porozmawiać na ważne dla niego tematy i zyskać informacje o dostępnych formach wsparcia<sup>46</sup>. Niestety brakuje tego rodzaju usług w ustawodawstwie na poziomie krajowym.

Ważnym elementem wsparcia opiekunów osób zależnych i starszych powinny być także działania na rzecz równowagi między opieką a aktywnością zawodową. Według raportu Eurofund z 2015 r. Polska należy do systemów najmniej przyjaznych godzinie opieki z pracą<sup>47</sup>. Problematyka ta doczekała się nawet osob-

---

<sup>45</sup> Jak wynika z odpowiedzi Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, „w 2018 r. ośrodki pomocy społecznej złożyły 133 wnioski na «Pomoc w domu» w ramach prac społecznie użytecznych, z których pozytywnie rozpatrzono 123 (w 2017 r. – 21 wniosków na 25 złożonych). W ramach tej formy pomocy 236 bezrobotnych (w 2017 r. – 26) rozpoczęło prace społecznie użyteczne świadczone na rzecz opiekunów osoby niepełnosprawnej”. Cyt za: Odpowiedź na interpelację nr 2190 w sprawie efektów wdrażania programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”, dostęp online, [https://www.sejm.gov.pl/sejm9.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=BMTDQY&fbclid=IwAR1ZgGr8d-MLMDXahN-w7WQwyw60zjsy1bxpZAmhY5RDFd6\\_GsRjlllHTO\\_4](https://www.sejm.gov.pl/sejm9.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=BMTDQY&fbclid=IwAR1ZgGr8d-MLMDXahN-w7WQwyw60zjsy1bxpZAmhY5RDFd6_GsRjlllHTO_4), dostęp dnia 09.03.2021.

<sup>46</sup> Zob. Telefon Wsparcia Opiekuna, dostęp online, <https://mopssopot.pl/pomoc-osobom-starszym-i-niepelnosprawnym/telefon-wsparcia-opiekuna/>, dostęp dnia 09.03.2021.

<sup>47</sup> Zob. Jungblut J.M., *Working and caring: Reconciliation measures in times of demographic change*, Luksemburg 2015.

nych badań monograficznych<sup>48</sup>. Jednym z głównych problemów w tym zakresie jest brak w Kodeksie pracy uprawnień dla opiekunów osób starszych, by w sposób wiążący dla pracodawcy wnioskowali o możliwość wykonywania pracy w formie zdalnej lub o bardziej elastyczny czas wykonywania obowiązków służbowych<sup>49</sup>. Takie regulacje wprowadzono już w 2018 r. względem pracujących rodziców niepełnosprawnych dzieci, ale nadal nie obowiązują one opiekunów osób starszych. Innym brakującym rozwiązaniem wobec tej grupy są stosowane w części krajów dodatkowe dni urlopowe (płatne lub bezpłatne) przeznaczone właśnie dla opiekunów. Przede wszystkim brakuje jednak odpowiednio dostępnych usług, które odciążąby opiekuna na czas wykonania obowiązków zawodowych, a także upowszechnionej teleopieki pozwalającej na wsparcie nawet wtedy, gdy opiekuna nie ma w pobliżu<sup>50</sup>.

Podsumowanie części dotyczącej wsparcia pozafinansowego dla opieki nieformalnej i rodzinnej w warunkach domowych wygląda następująco:

- a) nowy instrument wsparcia wytchnieniowego dla opiekunów osób starszych niestety nie jest powszechnie wykorzystywany na terenie całego kraju;
- b) wsparcie szkoleniowe, psychologiczne i informacyjne w zakresie możliwej pomocy czy sposobów właściwego sprawowania opieki nie funkcjonuje jako powszechnie dostępny i realizowany instrument wsparcia opiekunów na terenie całego kraju;

---

<sup>48</sup> Zob. Jurek Ł., *Łączenie pracy zawodowej z opieką nad osobą starszą w Polsce*, Wrocław 2016; Stypinska, J., Perek-Białas J., *Working carers in Poland-successful strategies of reconciliation of work and care of an older adult*, „Anthropol Notebooks” 2014, nr 20(1), s. 87-104.

<sup>49</sup> Tamże.

<sup>50</sup> Zob. Jurek Ł., dz. cyt.



c) nadal nie dość powszechnie stosowane jest wsparcie dla opiekunów w godzeniu roli opiekuńczej z zawodową.

### **Opieka formalna w domu i w społeczności lokalnej**

W warunkach domowych wsparcie może być udzielane nie tylko przez najbliższych, ale także w ramach formalnie świadczonych usług — czy to w ramach instytucji państwa, czy też ze strony świadczonych prywatnych lub społecznych (pozarządowych).

Podstawowym instrumentem są usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone w ramach Ustawy o pomocy społecznej. Zgodnie z art. 50 tego dokumentu:

- „usługi opiekuńcze obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem”;
- „specjalistyczne usługi opiekuńcze są to usługi dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem”.

W przypadku usług opiekuńczych nie ma dokładnego określenia zakresu, standardów jakości i kwalifikacji osób je świadczących. Zasady udzielania specjalistycznych usług opiekuńczych określa stosowne rozporządzenie<sup>51</sup>. Dwa rodzaje usług przyznawane są na podstawie wywiadu środowiskowego i w drodze decyzji ośrodka pomocy społecznej. Zasadniczo usługi te mają być kierowane do osób, które w związku z wiekiem, stanem zdrowia lub niepełnosprawnością wymagają pomocy w prowadzeniu gospodarstwa domowego, ale nie wymagają jeszcze całodobowej opieki w instytucjach stałego poby-

---

<sup>51</sup> Zob. Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz.U.2005.189.1598).

tu. Ustawa w pierwszej kolejności wskazuje na osoby żyjące samotnie, ale prawo dopuszcza też przyznanie tego rodzaju usług osobom żyjącym w wieloosobowych gospodarstwach domowych, o ile rodzina nie jest w stanie zapewnić odpowiedniej pomocy.

Zasadniczym problemem jest to, że niektóre gminy nie wywiązują się z zadania zapewnienia tego rodzaju usług. Raport NIK z 2018 r. pokazał, że co piąta skontrolowana gmina nie świadczyła na swoim terenie ani usług opiekuńczych, ani specjalistycznych usług opiekuńczych<sup>52</sup>.

Problemem jest również brak kontroli nad jakością świadczonych usług. Osoby przydzielane do ich świadczenia nie przechodziły bowiem uprzedniej weryfikacji pod kątem posiadanych kompetencji i kwalifikacji, a sam proces realizacji zadania nie podlegał monitoringowi. Niestety prawo w tym zakresie nie zawiera wiążących wymogów dotyczących usług opiekuńczych. Nadal brakuje rozporządzenia regulującego dokładnie ich zakres oraz standard jakości i bezpieczeństwa ich wykonywania, choć warto w tym kontekście wspomnieć, że niektóre gminy same we własnym zakresie taki standard wprowadziły. Inaczej sytuacja wygląda w przypadku specjalistycznych usług opiekuńczych – stosowna regulacja rangi rozporządzenia istnieje<sup>53</sup>. Dużym problemem jest natomiast zapewnienie na poziomie lokalnym odpowiedniego potencjału kadrowego dla świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych w ramach często bardzo skromnych środków, jakimi dysponują ośrodki pomocy społecznej.

Braki kadrowe to zresztą jeden z kluczowych, a jednocześnie trudnych do rozwiązania problemów w kontekście usług opiekuń-

---

<sup>52</sup> Zob. NIK, *Usługi opiekuńcze świadczone osobom starszym w miejscu zamieszkania*, Warszawa 2018.

<sup>53</sup> Zob. Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz.U.2005.189.1598).

czych. Praca osób je wykonujących jest stosunkowo trudna, zaś wynagrodzenie często jedynie nieznacznie przekracza płacę minimalną. Wzrost minimalnego wynagrodzenia w minionej dekadzie przyczynił się do nieznacznego podniesienia płac w sektorze, ale podniósł też koszty realizacji tego typu usług. W efekcie w wielu gminach wymiar przyznawanych godzin na realizację tych usług w okresie kontrolnym (lata 2014-2017) zmalał, co też musiało odbić się na poziomie zaspokojenia potrzeb osób korzystających ze wsparcia<sup>54</sup>. Warto też odnotować, że poziom zaspokojenia potrzeb bywa nieoptymalny nie tylko ze względu na niski wymiar godzinowy świadczonych usług, ale także ze względu na zakres czynności, które usługi te obejmują. Seniorzy wskazywali bowiem w badaniach zwłaszcza na problem samotności czy braku relacji, gdyż przychodzące opiekunki nieraz wykonywały czynności, które nie wymagały zbyt wielu interakcji z odbiorcą usług<sup>55</sup>.

Warto jednak odnotować, że w ostatnich latach pojawiły się dwa nowe programy rządowe mogące nieco wypełnić lukę w zapewnieniu usług opiekuńczych, w tym usług specjalistycznych. Pod koniec 2017 r. uruchomiono program „Opieka 75+”, polegający na dofinansowaniu małych gmin (do 50% kosztu realizacji zadania) w zakresie rozwoju usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób, które ukończyły 75. rok życia. Coroczny budżet programu w latach 2018-2020 wynosił 56 mln zł. Początkowo z programu w trybie konkursowym mogły skorzystać jedynie najmniejsze gminy do 20 tys. mieszkańców, a dopiero z czasem podniesiono ten limit do 60 tys. mieszkańców. Rozszerzono także krąg beneficjentów programu – początkowo mogli to być tylko seniorzy mieszkający samotnie, obecnie program obejmuje także osoby 75+ mieszkające w wieloosobowych gospodarstwach domowych.

---

<sup>54</sup> Zob. tamże.

<sup>55</sup> Zob. tamże.

Z kolei w 2019 r. ruszył mający podobną konstrukcję program „Usługi opiekuńcze dla osób niepełnosprawnych”, finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego, który uruchomiony został w tymże roku, a finansowany jest częściowo z tzw. daniny solidarnościowej od najbogatszych podatników, a częściowo ze środków przeznaczonych na składkę do Funduszu Pracy.

Program „Usługi opiekuńcze” polega na dofinansowaniu (do 50% realizacji zadania) z poziomu centralnego i w drodze konkursu gmin w zakresie realizacji usług opiekuńczych (w tym specjalistycznych) przez gminy dla osób tego wymagających przed 75. rokiem życia. Sprzyja on więc w założeniu zwiększaniu dostępu do usług opiekuńczych. Budżet programu przewidziany na 2020 r. wyniósł 40 mln zł.

Dla kompleksowego obrazu systemowego należy dodać, że poza usługami opiekuńczymi świadczonymi w warunkach domowych w ramach pomocy społecznej (i rządowymi programami je wspierającymi) możliwe jest otrzymanie (po spełnieniu ściśle określonych kryteriów formalnych i zdrowotnych) finansowanych z Narodowego Funduszu Zdrowia usług związanych z opieką długoterminową. Mogą być to usługi: pielęgniarstwa opieki długoterminowej, rehabilitacji w warunkach domowych oraz domowej opieki hospicyjnej. Usługi te świadczone są jednak na gruncie odrębnych przepisów, mają też inny krąg odbiorców i inne przeznaczenie<sup>56</sup>.

Odmianą kwestię stanowią usługi pielęgniarki opieki długoterminowej (której nie należy mylić z pielęgniarką środowiskową). Przepisuje ją lekarz podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie odpowiednich kwalifikacji medycznych. Osoba, której usługi takie mogą być przyznane, musi w skali niesamodzielności Barthel osią-

---

<sup>56</sup> W literaturze przedmiotu pojawia się czasem zalecenie, by wyraźnie oddzielać opiekę długoterminową od hospicyjnej i paliatywnej.

gnąć mniej niż 40 punktów, co oznacza głęboką niesamodzielność. Wśród ekspertów pojawiają się jednak wątpliwości, czy skala ta nie jest stosowana zbyt rygorystycznie<sup>57</sup>, skoro osoby otrzymujące w skali Barthel 50 czy nawet 60 punktów również trudno uznać za zdolne do samodzielnego funkcjonowania. Innym warunkiem przyznania takiego rodzaju wsparcia jest brak ostrych zaburzeń psychicznych u podopiecznego, co może wykluczać osoby cierpiące na takie zaburzenia – czyli ludzi, którzy przebywając w warunkach domowych, również wymagają opieki długoterminowej.

Usługi pielęgniarstwa obejmują zadania takie jak:

- udzielanie świadczeń pielęgnacyjnych;
- przygotowanie świadczeniobiorcy i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji, w tym kształtowania umiejętności w zakresie radzenia sobie z niesprawnością;
- edukacja zdrowotna świadczeniobiorcy i członków rodziny;
- pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym;
- pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego, niezbędnego do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji świadczeniobiorcy w domu<sup>58</sup>.

Z kolei usługi rehabilitacyjne w warunkach domowych przyznawane na gruncie osobnych przepisów<sup>59</sup> również mogą odgrywać waż-

---

<sup>57</sup> Zob. Szwalkiewicz E., Więckowska B., dz. cyt.

<sup>58</sup> Zob. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. 2013 poz. 1480).

<sup>59</sup> Zob. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, par. 6 (Dz.U. 2013 poz. 1522).

ną rolę w procesie wsparcia osób wymagających stałej opieki i ich rodzin. Mogą one też doprowadzić do zmniejszenia stopnia zależności, a tym samym podnieść jakość życia osoby zależnej, jej sprawność, a w efekcie być odciążeniem dla opiekunów. Choć świadczenia rehabilitacyjne często omawiane są niezależnie od dyskusji nad reformą opieki długoterminowej, wśród ekspertów istnieje przekonanie, że rehabilitacja powinna być ważną częścią myślenia o opiece długoterminowej. W tym kontekście warto zwrócić uwagę na fakt, że w niektórych zagranicznych systemach opieki wśród zasad kardynalnych nieraz stawia się prymat profilaktyki i rehabilitacji nad pielęgnacją. Takie zapisy znajdziemy chociażby w ustawodawstwie niemieckim, regulującym tamtejszy system ubezpieczenia pielęgnacyjnego<sup>60</sup>.

Jeszcze innym rodzajem usługi otrzymywanej w domu dla osób stale zależnych od opieki jest opieka hospicyjna w warunkach domowych. Odnosi się ona jednak do schyłkowej fazy życia i terminalnej fazy choroby, a ustawodawstwo dość wąsko definiuje katalog schorzeń u kresu życia, które mogą być objęte przyznaniem tej opieki (także w warunkach domowych). Warto jednak podkreślić, że szczególne trudności w dostępie do tego rodzaju opieki występują na terenach wiejskich. Jak ustalił w swej kontroli NIK, ograniczenia w dostępie do opieki hospicyjnej w warunkach domowych zachodzą w trzech zasadniczych wymiarach związanych z: wąską liczbą chorób kwalifikujących do objęcia tego typu opieką, miejscem zamieszkania (podział na miasto i wieś, ale także różnice między województwami), a także z limitowaniem świadczeń<sup>61</sup>.

---

<sup>60</sup> Zob. Przybyłowicz A., *Ubezpieczenie pielęgnacyjne w Republice Federalnej Niemiec*, Warszawa 2017.

<sup>61</sup> Zob. NIK, *Zapewnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej*, Warszawa 2019.

Jak wynika z przywołanej kontroli, z instytucji hospicjów domowych skorzystało na wsi o 30% mniej osób niż w miastach. Mając to na uwadze, Rzecznik Praw Obywatelskich zaapelował o zmiany i działania mające na celu wdrożenie modelu zapewniania domowej opieki hospicyjnej na terenach wiejskich<sup>62</sup>. Dodajmy, że formuła ta może być szczególnie cenna, biorąc pod uwagę nie tylko przyzwyczajenia ludności, ale także realia jej funkcjonowania (duże oddalenie od placówek medycznych, w tym hospicyjnych, słabą obecność sprofesjonalizowanych organizacji pozarządowych, problemy z wykluczeniem transportowym).

Oprócz usług świadczonych w warunkach domowych można wskazać jeszcze inne formy opieki w społeczności, a nie w instytucjach opieki całodobowej. Chodzi o różne półstacjonarne czy po prostu środowiskowe formy opieki i wsparcia, często działające w formule dziennej. Są to np. instytucje wsparcia dziennego dla osób starszych, choć w gruncie rzeczy trudno powiedzieć, na ile stanowią one segment opieki nad takimi osobami, a na ile segment wsparcia, integracji czy aktywizacji seniorów. Odpowiedź na to pytanie zależy od tego, jak szeroko zdefiniuje się opiekę i gdzie zarysuje się linie demarkacyjne między opieką a innymi obszarami wsparcia społecznego.

Autor niniejszego opracowania bliski jest stanowisku, że instytucje takie jak kluby i Dzielne Domy „Senior+”, a także inne działające poza programem „Senior+” placówki wsparcia dziennego, integracji czy aktywizacji, jak chociażby działające w Krakowie Centra Aktywności Seniora, raczej same w sobie nie stanowią elementu systemu opieki długoterminowej, aczkolwiek mają z nim związek i na nią wpływają. Dostępność placówek w trybie dziennym, sty-

---

<sup>62</sup> Zob. *Jak poprawić sytuację hospicjów domowych na terenach wiejskich*, dostęp online, <https://rpo.gov.pl/pl/content/rpo-jak-poprawic-sytuacje-hospicjow-domowych-na-terenach-wiejskich>, dostęp dnia 09.03.2021.

mulujących aktywność społeczną, fizyczną i psychiczną osób starszych oraz umożliwiających nawiązywanie i podtrzymywanie kontaktów, nawet jeśli nie stanowi ogniwa opieki długoterminowej, mogą sprawić, że nieco zmniejszy się zapotrzebowanie na nią. Osoby korzystające z tego typu placówek mogą bowiem dłużej zachować vitalność, a tym samym zahamować proces popadania w zależność od opieki w warunkach instytucjonalnych czy domowych. Niesie to zatem obok innych walorów funkcjonowania tego typu instytucji także korzyści w zakresie szeroko pojętej profilaktyki niesamodzielności, która to powinna być ważnym motywem w naszym myśleniu o reformowaniu polityki w zakresie opieki długoterminowej wobec seniorów w nadchodzących latach.

Wracając jednak do charakterystyki instytucji wsparcia dziennego, należy zauważyć, że o ile w 2015 r. zakres funkcjonowania takich placówek był dość ograniczony, co pokazał jeden z raportów NIK-u (placówki tego typu były raptem w co 10 gminie)<sup>63</sup>, to w następnych pięciu latach nastąpił dynamiczny wzrost w związku z realizacją programu „Senior+” (pierwotnie ustanowionego przez rząd premier Ewy Kopacz jako program „Senior-WIGOR”)<sup>64</sup>. Pod koniec 2019 r. w kraju działało już ponad 770 placówek utworzonych w ramach wspomnianego programu<sup>65</sup>.

---

<sup>63</sup> Zob. NIK, *Opieka nad osobami starszymi w dziennych domach pomocy*, Warszawa 2017.

<sup>64</sup> Zob. Uchwała nr 34 Rady Ministrów z dnia 17 marca 2015 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego „Senior-WIGOR” na lata 2015-2020 (M.P. 2015 poz. 341).

<sup>65</sup> Zgodnie z ministerialnym sprawozdaniem z realizacji programu „Senior+” za lata 2019-2020 „według sprawozdań wojewodów, do końca 2019 r. funkcjonowało w Polsce 771 ośrodków wsparcia „Senior+” (wraz z utworzonymi w latach poprzednich), w tym 277 Dziennych Domów Senior+ i 494 Kluby Senior+, które łącznie oferowały seniorom 19151 miejsc”. Cyt za: Ministerstwo Pracy, Rodziny i Polityki Społecznej, *Sprawozdanie z realizacji wieloletniego programu Senior+ za lata 2015-2020*, dostęp online, <https://das.mpips.gov.pl/source/2020/sprawozdania/Sprawozdanie%20z%20realizacji%20programu%20wieloletniego%20Senior%20na%20lata%202015-2020%20Edycja%202019.pdf>, dostęp dnia 09.03.2021.



Placówki dzienne dla seniorów, jak pokazują badania, stanowią przede wszystkim przestrzeń aktywności dla osób jeszcze sprawnych lub o ograniczonych deficytach sprawności, natomiast nie są dostosowane do osób o większych ograniczeniach funkcjonalnych lub wymagających całodobowej opieki<sup>66</sup>.

Jednocześnie wciąż brakuje trwale osadzonej w polskim porządku prawnym formuły opieki dziennej dla seniorów, realizowanej w środowisku lokalnym poza domem, ale też poza całodobową instytucją. Zaczynem tego typu instytucji mogły być realizowane w poprzedniej perspektywie wydatkowania unijnych funduszy (2014-2020) dzienne domy opieki medycznej, które jednak bazowały na formule projektowej i w dużej mierze były finansowane ze środków europejskich<sup>67</sup>.

Podsumowując, główne problemy wsparcia w opiece nad seniorami w warunkach domowych i środowiskowych to:

- niewystarczający dostęp do usług opiekuńczych dla osób starszych w skali kraju;
- ograniczony wymiar czasowy świadczonych usług, przejawiający się tym, że statystycznie przez bardzo małą liczbę godzin tygodniowo świadczone są usługi opieki domowej;
- ograniczony zakres świadczonych usług i potrzeb, które zaspokajają;
- niewystarczająca liczba odpowiednio przygotowanych do opieki kadr świadczących usługi opiekuńcze;

---

<sup>66</sup> Zob. Szlązak M., Piłat A., Sarata J., *Opiekunowie rodzinni osób starszych – problemy, potrzeby, wyzwania dla polityki społecznej. Raport z badania*, Kraków 2015.

<sup>67</sup> Zob. Ministerstwo Zdrowia, *Dzienne domy opieki medycznej. Organizacja i zadania*, Warszawa 2017.

- brak standardów jakości i bezpieczeństwa tychże usług;
- brak narzędzi egzekwowania i monitorowania tychże standardów;
- ograniczone prawnie i finansowo ramy rządowych programów wspierających rozwój usług opiekuńczych;
- zawężone kryteria dostępu do niektórych usług zdrowotnych związanych z opieką długoterminową w warunkach domowych;
- ograniczenia realnego dostępu do niektórych usług zdrowotnych związanych z opieką (np. do opieki hospicyjnej) w warunkach domowych;
- wsparcie półstacjonarne (dzienne) skierowane do mniej zależnych od opieki seniorów;
- niedobór w rodzimym porządku prawnym dziennych placówek dla głęboko zależnych od opieki osób starszych.

### **Opieka instytucjonalna**

Całodobowa opieka instytucjonalna może być w świadczona w ramach szeregu instytucji. Są to przede wszystkim:

- domy pomocy społecznej;
- inne placówki opieki długoterminowej prowadzone na podstawie działalności gospodarczej lub statutowej;
- rodzinne domy pomocy<sup>68</sup>;

---

<sup>68</sup> Rodzinne domy pomocy to kameralne instytucje stałego pobytu dla 3-8 osób. Prowadzący RDP mieszka w placówce, którą prowadzi, choć może też zatrudnić dodatkowy personel. Rodzinne Domy Pomocy funkcjonują w oparciu o Ustawę o pomocy społecznej z 2004 roku oraz stosowne rozporządzenie. W polskich realiach jest to jednak forma opieki niestety wykorzystana. Zob. Chechelski D., *Specyficzny charakter rodzinnego domu pomocy*, w: *Starzenie się. Problemat społeczno-socjalny i praktyka działań*, red. M. Nóżka, M. Smagacz-Poziemska, Kraków 2014.

- zakłady opiekuńczo-lecznicze i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze;
- hospicja stacjonarne.

Pierwsze trzy typy instytucji działają w oparciu o Ustawę o pomocy społecznej, z kolei dwa ostatnie w oparciu o ustawodawstwo w zakresie opieki zdrowotnej. Zgodnie z danymi GUS, w Polsce w 2019 r. działało 875 domów pomocy społecznej (co stanowiło 47,6% wszystkich placówek stacjonarnej pomocy społecznej) i 385 placówek prowadzonych w ramach działalności gospodarczej lub statutowej (12% zakładów opieki stacjonarnej). Inne instytucje stacjonarne to schroniska dla bezdomnych, środowiskowe domy pomocy, schroniska dla kobiet w ciąży, noclegownie czy rodzinne domy pomocy. Część tych instytucji wykracza swoim profilem i grupą odbiorców poza obszar opieki długoterminowej nad osobami starszymi, więc sytuacja w nich nie będzie szerzej omawiana.

Najważniejszą instytucją stacjonarnej opieki są domy pomocy społecznej, w których na koniec 2019 r. przebywało 81 795 mieszkańców. Z kolei w placówkach funkcjonujących na podstawie działalności gospodarczej lub statutowej pod koniec 2019 r. przebywało 13 313 osób<sup>69</sup>. Już to zestawienie pokazuje, że średnio na jeden dom pomocy przypada ponad 100 mieszkańców, choć są placówki jeszcze większe. Niestety wielkość tych placówek rzutuje niekorzystnie na możliwość stworzenia w nich realiów życia codziennego, zbliżonych do tych w pozainstytucjonalnym otoczeniu.

W sektorze domów pomocy społecznej zdarzały się odnotowywane jeszcze na długo przed nadejściem pandemii koronawirusa praktyki mogące naruszać poszczególne prawa mieszkańców. Pokazał to chociażby raport przygotowany w ramach Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, opracowany w biurze Rzecznika

---

<sup>69</sup> Zob. GUS, *Zakłady Stacjonarne pomocy społecznej w 2019 roku*, Warszawa 2020.

Praw Obywatelskich. Jako główne problemy sektora domów pomocy społecznej wskazano tam: brak systemu kontroli legalności pobytu osób skierowanych do DPS-ów orzeczeniem sądowym, utrudniony kontakt ze światem zewnętrznym, złą sytuację osób ubezwłasnowolnionych, niewystarczającą opiekę psychologiczno-psychiatryczną, nadużywanie alkoholu przez niektórych mieszkańców DPS-ów czy wreszcie naruszające prywatność stosowanie monitoringu wizyjnego<sup>70</sup>. W związku z tym wśród obszarów wymagających naprawy wyróżniono m.in. model kierowania osób do domów pomocy społecznej, sposób traktowania mieszkańców przez personel, prawo do opieki zdrowotnej (również w zakresie zdrowia psychicznego), dokumentowanie przymusu bezpośredniego, dyscyplinowanie mieszkańców oraz respektowanie ich prawa do informacji<sup>71</sup>.

Podobnie jak w przypadku usług o charakterze domowym czy środowiskowym, tak i w segmencie opieki stacjonarnej pojawiają się problemy natury kadrowej, powiązane z niewysokimi zarobkami, zwłaszcza jak na tak trudną i odpowiedzialną pracę. Jak pisze Rafał Iwański na temat sytuacji kadrowej w domach pomocy społecznej, w wielu tego typu placówkach zarobki pracowników terapeutyczno-opiekuńczych są zbliżone do minimalnego wynagrodzenia, a ponadto często spotykana jest praktyka niewliczania dodatku wynikającego z wysługi lat do podstawy wynagrodzenia. Badacz wskazuje również na nieco odmienną rolę domów pomocy społecznej w małych i dużych miastach. O ile w tych pierwszych DPS bywa często jednym z większych pracodawców zapewniających wprawdzie niskie, ale względnie stabilne dochody, wobec czego potencjalne problemy kadrowe mogą być mniejsze, to w więk-

---

<sup>70</sup> Zob. *Sytuacja osób starszych w Polsce – wyzwania i rekomendacje*, red. B. Szatur-Jaworska, B. Rysz-Kowalczyk, B. Imiołczyk, Warszawa 2020.

<sup>71</sup> Zob. tamże.

szych miastach mamy do czynienia z zauważalnymi niedoborami kadrowymi i znaczną rotacją pracowników<sup>72</sup>.

Strukturalne problemy kadrowe dały o sobie szczególnie znać w dobie pandemii, kiedy z jednej strony zaczęło brakować ludzi przeszkolonych do pracy w tych placówkach (tym bardziej, że część pracowników musiało przejść kwarantannę, w stan izolacji lub na urlopy w związku z chorobą, opieką nad dzieckiem czy inną osobą tego wymagającą), a z drugiej strony krążenie pracowników opieki między różnymi placówkami (co było częste także przed pandemią) zwiększało ryzyko zakażenia i transmisji wirusa. Zresztą pandemia ujawniła szereg innych problemów systemowych opieki długoterminowej w Polsce, ale trudno powiedzieć, czy po wygaśnięciu pandemii będziemy o nich pamiętać i podejmiemy systemowe kroki w tym zakresie.

Światło na ten problem rzuca też napisany przez organizację Nowa Przestrzeń Społeczna raport na temat placówek opieki nad seniorami w dobie pandemii COVID-19. Badane osoby kierujące domami pomocy społecznej wysoko w hierarchii problemów wskazywały braki kadrowe, w szczególności te dotyczące zawodów medycznych, zwłaszcza pielęgniarek<sup>73</sup>. Źródłem tego problemu mogą być ogólniejsze i chroniczne niedobory kadrowe w tym zawodzie, przekierowanie pielęgniarek do innych segmentów opieki zdrowotnej (zwłaszcza na odcinku covidowym), a także różnice w płacach dla pielęgniarek w placówkach opieki medycznej i domach pomocy społecznej, na niekorzyść tych ostatnich.

---

<sup>72</sup> Zob. Iwański R., *System pomocy społecznej a starzenie się populacji – wyzwania i bariery w zakresie opieki długoterminowej*, „Studia z Polityki Publicznej” 2019, nr 1 (21), s. 48.

<sup>73</sup> Zob. Piekutowski J., Turzyniecka A., *Tu nie chodzi o maseczki. Placówki opieki w dobie koronawirusa*, dostęp online, [http://cpt.org.pl/wp-content/uploads/2021/01/Raport-DPS-ThinkTank\\_NPS.pdf](http://cpt.org.pl/wp-content/uploads/2021/01/Raport-DPS-ThinkTank_NPS.pdf), dostęp dnia 09.03.2021, s.10.

Raport Nowej Przestrzeni Społecznej pokazuje też inne problemy. Respondenci zostali zapytani o największe trudności, z którymi borykały się placówki przed pandemią. Okazało się, że w świetle tych analiz największe problemy nastęrczała realizacja usług związanych z życiem mieszkańców poza placówką oraz ich aktywizacja. Chodzi tu o działania dążące do podnoszenia sprawności, usamodzielnienia, kontaktów z otoczeniem czy wreszcie zaspokojenia potrzeb religijnych i kulturalnych — to właśnie te sfery życia mieszkańców najbardziej ucierpiały w dobie koronawirusa<sup>74</sup>. Badanie pokazało też niewielkie wykorzystanie technik cyfrowych w badanych placówkach (40% w ogóle z nich nie korzystało), co również może stanowić barierę w kontaktach z otoczeniem, zwłaszcza w czasie pandemii, i czynnik ograniczający jakość życia i wsparcia w ramach tychże instytucji<sup>75</sup>.

Nie mniej poważne problemy i zagrożenia dotyczą sektora prywatnego opieki instytucjonalnej. Od lat badania wskazują na zjawisko uchylania się od rejestracji części podmiotów, które świadczą usługi stałego pobytu dla osób niesamodzielnych w warunkach komercyjnych. Zgodnie z obowiązującym prawem prowadzenie placówek opieki całodobowej na podstawie działalności gospodarczej lub statutowej wymaga rejestracji we właściwym dla lokalizacji placówki urzędzie wojewódzkim. Z tym związane jest późniejsze podleganie nadzorowi służb wojewody w zakresie wypełniania określonych prawem standardów. Jest to o tyle istotne, że choć standardy dla podmiotów prywatnych są znacznie łagodniejsze i ogólniejsze niż w przypadku domów pomocy społecznej, to i tak część placówek uchyla się publicznemu nadzorowi.

Niedawny raport NIK pokazał, że w latach 2015-2018 aż 200 podmiotów prywatnych działało bez zezwolenia. Co więcej, połowa

---

<sup>74</sup> Zob. tamże. s. 6-7.

<sup>75</sup> Zob. tamże. s.11.

z nich, mimo ujawnienia ich nielegalnej działalności i nałożenia stosownych kar, nadal funkcjonowała bez zezwolenia. Zgodnie z ustaleniami kontroli dostosowanie działalności do obowiązujących standardów miało okazać się droższe niż nałożone kary, co demotyowało nielegalne podmioty do rejestracji<sup>76</sup>. Rezultatem istniejącego stanu rzeczy jest nie tylko ryzyko świadczenia niskiej jakości opieki czy zagrożenie bezpieczeństwa mieszkańców placówek, w których nie są egzekwowane standardy, ale także psucie całego prywatnego rynku opieki. Trzeba bowiem pamiętać, że placówki działające poza rejestrem wojewódzkim i niepełniające ustawowych standardów są tańsze (a przez to bardziej konkurencyjne) od placówek działających zgodnie ze standardami i podlegających nadzorowi wojewody.

---

<sup>76</sup> Zob. NIK, *Działania podejmowane przez wojewodów wobec placówek udzielających całodobowej opieki bez wymaganego zezwolenia*, Warszawa 2020.

# Główne problemy systemu opieki długoterminowej nad osobami starszymi w Polsce

## Finansowanie

Niedofinansowanie jest wskazywane od lat jako jeden z głównych problemów systemu opieki długoterminowej. Dane sugerują, że na tle porównawczym polskie państwo bardzo mało przeznacza na opiekę długoterminową. Jak podaje w swym raporcie *Health at a Glance* OECD, w Polsce w 2017 r. udział publicznych wydatków na opiekę długoterminową (w segmencie społecznym i zdrowotnym łącznie) wyniósł raptem 0,4% PKB, podczas gdy średnia dla krajów rozwiniętych to 1,7% PKB<sup>77</sup>. Relatywnie skromne nakłady publiczne na opiekę przy znacznych i sukcesywnie rosnących potrzebach opiekuńczych mogą prowadzić z jednej strony do częściowego niezaspokojenia tych potrzeb, a z drugiej strony do konieczności zwiększenia nakładów prywatnych na ten cel.

Trzeba przy tym pamiętać, że znaczna część kosztów prywatnych jest niewidoczna w oficjalnych statystykach. Dzieje się tak, gdyż w ramach sektora prywatnego pewną część stanowi szara strefa. Można jednak założyć, że znacznie większa część kosztów prywatnych to te ukryte, które towarzyszą sprawowaniu opieki nieformalnej, najczęściej przez najbliższych. Jeśli dana osoba angażuje się intensywnie w opiekę nad bliskimi, wiąże się to z działalnością wymagającą nakładów czasowych, fizycznych, a także obciążeń psychicznych. Koszt alternatywny w postaci utraconych możliwości (zaniechanie/

---

<sup>77</sup> Zob. OECD, *Health at a glance 2019*, dostęp online, [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019\\_4dd50c09-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en), dostęp dnia 09.03.2021.



ograniczenie pracy zawodowej lub spadek wydajności pracy zawodowej opiekunów nieformalnych) to również istotne obciążenie wpisane w polski model opieki długoterminowej, które często nie jest uwzględniane w analizie, podobnie jak koszty zdrowotne związane z wypaleniem i utratą zdrowia przeciążonych opiekunów. Z drugiej strony część tych ukrytych kosztów w ostatecznym rozrachunku jest jednak widoczna w systemie finansów publicznych za sprawą m.in. mniejszych dochodów podatkowych czy składek na ubezpieczenia społeczne.

Problem z finansowaniem nie tkwi zresztą wyłącznie w niskim poziomie nakładów, ale również w ich nieoptymalnej alokacji, która uniemożliwia zaspokojenie potrzeb opiekuńczych. Niektóre ze świadczeń (medyczna część opieki długoterminowej) są finansowane ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, a niektóre w ramach zasobów pomocy społecznej, jeszcze inne (pieniężne świadczenia opiekuńcze) ze środków na świadczenia rodzinne. W ramach poszczególnych segmentów publicznego zaspokajania potrzeb opiekuńczych osób starszych stosowane jest też współpłacenie za poszczególne usługi — tak jest w przypadku usług opiekuńczych, jeśli przekroczy się próg dochodowy, a także w odniesieniu do opieki instytucjonalnej w ramach tzw. domów pomocy społecznej. Z kolei usługi w ramach pobytu w medycznych placówkach opieki długoterminowej są zasadniczo bezpłatne, choć pacjenci partycypują w kosztach zakwaterowania, co również jest zależne od sytuacji dochodowej.

Efektem tak dużego rozproszenia strumieni finansowania i funkcjonowania zróżnicowanych zasad odpłatności w poszczególnych podsystemach opieki długoterminowej jest powstawanie systemowych bodźców sprzyjających przerzucaniu kosztów między systemem ochrony zdrowia i pomocą społeczną<sup>78</sup>, a nierzadko także rodziną. Taka sytuacja z kolei nie sprzyja dobrostanowi i optymalnemu zaspokojeniu potrzeb starszej osoby.

---

<sup>78</sup> Zob. NIK, Świadczenie pomocy osobom starszym przez gminy i powiaty, Warszawa 2016.

## **Brak koordynacji i integracji systemu opieki długoterminowej**

Zaspokojenie potrzeb opiekuńczych przebiega w sposób źle skoordynowany, i to zarówno na poziomie centralnym, jak i na szczeblu lokalnym. W kontekście braku koordynacji najczęściej mowa o niezintegrowaniu polityki zdrowotnej i społecznej, i to zarówno na etapie przepływu informacji, jak i realizacji poszczególnych działań. Część instytucji i form opieki leży bowiem w domenie Ministerstwa Zdrowia, a część w zakresie Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej. Brakuje zatem podmiotu polityki (na szczeblu centralnym), który w sposób skoordynowany kształtowałby działania mające na celu zaspokajanie potrzeb opiekuńczych osób starszych w tych dwóch segmentach<sup>79</sup>. Z kolei na poziomie operacyjnym poszczególne instytucje w obszarze ochrony zdrowia nie zawsze znają zasady przyznawania wsparcia w ramach pomocy społecznej.

Analogicznie sytuacja wygląda po stronie instytucji pomocy społecznej — nie zawsze dysponują wiedzą o zasadach przyznawania wsparcia w ramach instytucji i usług medycznych. System opieki i wsparcia osób niesamodzielnych i ich bliskich jest regulowany różnymi aktami prawnymi, a w efekcie zostaje rozproszony między różne instytucje nietworzące spójnego, kompleksowego systemu wsparcia, co może prowadzić do sytuacji, w której część potrzeb nie zostanie zaspokojona. To realne utrudnienie dla osób w potrzebie, ich bliskich, ale i przedstawicieli zawodów zajmujących się organizowaniem lub świadczeniem opieki długoterminowej.

Brak istnienia spójnego systemu, a co za tym idzie informacji o nim, stanowi spore wyzwanie dla osób zależnych od opieki, zwłaszcza

---

<sup>79</sup> Można rozważyć wprowadzenie Pełnomocnika Rządu ds. Opieki Długoterminowej lub też wyposażyć w zadania i kompetencje w tym zakresie już istniejący organ Pełnomocnika Rządu ds. Polityki Demograficznej.

w starszym wieku — osoby takie często mają bowiem ograniczony dostęp do informacji, także ze względu na wykluczenie cyfrowe. W szczególnie trudnej sytuacji są osoby z zaburzeniami poznawczymi, np. na skutek zaburzeń otępiennych. Sprawne poruszanie się w systemie wsparcia utrudnia zresztą także ograniczona mobilność fizyczna. Co istotne, bariery tego rodzaju dotyczą nie tylko samych osób zależnych, ale także ich opiekunów, którzy statystycznie również są osobami niemłodymi, a więc podatnymi na marginalizację w sferze cyfrowej i informacyjnej.

Niestety w polskim porządku prawnym na poziomie lokalnym brakuje instytucji menedżera lub koordynatora opieki długoterminowej nad osobą starszą, a istniejące w systemie pomocy społecznej instytucje (np. reprezentujący je pracownicy socjalni) nie zawsze wyposażone są w kompetencje do świadczenia takiej pomocy. Co więcej, efektywnemu wchodzeniu w rolę koordynującą proces opieki i wsparcia nie sprzyjają także realia pracy kadr pomocy społecznej, co dobitnie pokazał jeden z pokontrolnych raportów Najwyższej Izby Kontroli<sup>80</sup>, z którego wynika, że pracowników socjalnych jest zbyt mało. Aż 16 z 24 skontrolowanych ośrodków pomocy społecznej nie spełniało wymogu ustawy o pomocy społecznej dotyczącego zatrudnienia jednego pracownika socjalnego na 50 rodzin lub osób samotnie gospodarujących objętych pomocą socjalną. W efekcie są oni przeciążeni pracą, wskazują na braki sprzętu i wyposażenia — jedynie 1/5 dysponuje telefonem służbowym, a 14% z nich nie ma własnego komputera do dyspozycji<sup>81</sup>. Dodajmy, że system szeroko rozumianej opieki jest tylko jednym z wielu obszarów, którymi muszą zajmować się pracownicy ośrodków pomocy społecznej, w tym sami pracownicy socjalni.

---

<sup>80</sup> Zob. NIK, *Organizacja i warunki pracy pracowników socjalnych w gminach*, Warszawa 2019.

<sup>81</sup> Zob. tamże.

Oczywiście pewne nadzieje można pokładać w rozwoju teleopieki i teleinformatycznych systemów gromadzenia, przetwarzania i przekazywania informacji o potrzebach i możliwościach ich zaspokajania. Nie można jednak zapominać, że ze względu na wskazane już wyżej ograniczenia (np. wykluczenie cyfrowe) segment wsparcia oparty na wykorzystaniu nowych technologii nie jest wolny od dylematów<sup>82</sup> i zagrożeń.

### **Zaburzone relacje międzysektorowe**

Kolejnym problemem systemu jest brak równowagi i synergii w zakresie opieki i wsparcia świadczonego w ramach różnych sektorów (publicznego, prywatnego, społecznego, nieformalnego). W Polsce niezbędna wydaje się rewizja relacji międzysektorowych, mamy bowiem do czynienia z ogromnym udziałem sektora nieformalnego (w szczególności rodziny), który często nie otrzymuje wsparcia od podmiotów z sektora publicznego, prywatnego czy społecznego. W drugim rządzie relatywnie dużą rolę odgrywa sektor państwowy (a zwłaszcza różne publiczne instytucje na poziomie samorządowym), natomiast stosunkowo słabo rozwinięty jest sektor prywatny w postaci oficjalnego rynku opieki. Dane GUS na koniec 2018 r. pokazują, że w domach pomocy społecznej było wówczas 82 801 miejsc, natomiast w prywatnych placówkach funkcjonujących na podstawie działalności gospodarczej lub statutowej – zaledwie 13 542 miejsc<sup>83</sup>. Jak czytamy w jednym z opracowań Banku Światowego, relatywnie niewiele wiemy na temat dokładnego funkcjonowania tego rynku i jego skali w związku z tym, że duża jego część jest zanurzona w szarej

---

<sup>82</sup> Por. Szweđa-Lewandowska Z., *Nowoczesne technologie w opiece nad niesamodzielnymi osobami starszymi*, „Ubezpieczenia społeczne. Teoria i praktyka” 2018, nr 3, s. 83-96.

<sup>83</sup> Zob. GUS, *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2018 roku*, Warszawa 2020, s. 60.

strefie (usługi domowe), zaś część działa na zasadach wolnorynkowych i nie podlega publicznemu nadzorowi<sup>84</sup>.

Niektóre badania wskazują też na ograniczoną obecność podmiotów non-profit w systemie świadczenia opieki. Jak wskazuje GUS, „opieka nad osobami starszymi nie jest głównym obszarem działalności polskich organizacji pozarządowych. Z około 80 000 NGO działających obecnie w Polsce tylko niecałe 8% deklaruje świadczenie usług pomocy socjalnej, przy czym 40% z nich prowadzonych jest przez organizacje religijne. Osoby starsze stanowią 14% odbiorców działań tzw. organizacji trzeciego sektora. Ogółem, podstawowa działalność 3% całkowitej liczby organizacji trzeciego sektora polega na świadczeniu usług opiekuńczych i pielęgniarских. Organizacje z tego sektora prowadzą około jedną czwartą wszystkich domów opieki. Z tej liczby ok. 25% domów prowadzonych jest przez organizacje religijne, które stanowią ok. 18% wszystkich organizacji zajmujących się osobami starszymi”<sup>85</sup>.

Z drugiej strony roli sektora społecznego (pozarządowego) nie można postrzegać tylko przez pryzmat bezpośredniego świadczenia opieki. Zajmuje się on bowiem także szeroko rozumianą aktywnością rzeczniczą, związaną np. z dystrybucją środków czy samoorganizacją i samopomocą. Gdy uwzględnimy te pośrednie działania, okaże się, że udział trzeciego sektora w polityce opieki długoterminowej jest znaczący. Choć w Polsce brakuje silnych i wpływowych organizacji rzeczniczych, sprofilowanych na opiekę nad seniorami (aczkolwiek inicjatywy takie jak Koalicja „Na po-

---

<sup>84</sup> Zob. Bank Światowy, *Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce Uwagi na potrzeby opracowania polityki dotyczącej opieki długoterminowej*, dostęp online, [https://www.niesamodzielnym.pl/uploads/Bank%20C5%9Awiatowy%20Opieka\\_dlugoterminowa.pdf](https://www.niesamodzielnym.pl/uploads/Bank%20C5%9Awiatowy%20Opieka_dlugoterminowa.pdf), dostęp dnia, s. 28.

<sup>85</sup> Tamże. s. 30.

moc niesamodzielnym” są na dobrej drodze wejścia w tę rolę), to w przestrzeni publicznej funkcjonują warte odnotowania organizacje, które reprezentują prawa i interesy określonych grup osób starszych, np. dotkniętych chorobami otępiennymi (np. związek stowarzyszeń Alzheimer Polska).

W sektorze prywatnym, zwłaszcza w segmencie instytucjonalnym, istnieje dość szerokie zjawisko nierejestrowania działalności jako opiekuńczej przez podmioty *de facto* ją świadczące, co może odbywać się kosztem standardów jakości i bezpieczeństwa. Część podmiotów prywatnych świadczy w efekcie usługi całodobowego pobytu (i w pewnej mierze także opieki) dla osób starszych, choć nie funkcjonują w oficjalnych rejestrach.

Pojawiają się także zjawiska z pogranicza tych sektorów. To np. rozwój szarej strefy opieki domowej nad seniorami (którą można by zaklasyfikować jako tę na pograniczu sektora prywatnego i nieformalnego). Także na granicy sektora publicznego i prywatnego zachodzą zjawiska, które mogą budzić wątpliwości. Przykładem tego są praktyki outsourcingu usług opiekuńczych świadczone prywatnym podmiotom przez ośrodki pomocy społecznej i branie pod uwagę jako jedyne bądź głównego kryterium ceny realizacji tych usług<sup>86</sup>. Może to odbywać się kosztem ich jakości i bezpieczeństwa, ale także praw opiekunek zatrudnionych przy ich świadczeniu.

### **Problemy z opieką instytucjonalną i deficyty wsparcia opieki środowiskowej**

W Polsce poziom instytucjonalizacji jest relatywnie niewielki, jeśli mierzyć ją odsetkiem osób zależnych od opieki, które otrzymują ją w ramach instytucji stacjonarnych czy całodobowych. Według

---

<sup>86</sup> Zob. NIK. *Świadczenie pomocy osobom starszym przez gminy i powiaty*, dz. cyt.

danych OECD za 2017 r. jedynie 0,9% osób w wieku 65+ otrzymało opiekę długoterminową w instytucjach, podczas gdy średnia dla 25 krajów OECD wziętych pod uwagę w zestawieniu była ponad 12 razy wyższa – 10,8%. Co ciekawe, istotnie różni się pod tym względem od krajów sąsiedzkich – w Słowacji ten wskaźnik wyniósł 4,2%, na Węgrzech – 11,4%, a w Czechach – 13,2%<sup>87</sup>. Mimo tak niskiej wartości wskaźnika instytucjonalizacji opieki nad osobami starszymi polski system opieki jest zarazem w praktyce bardzo daleki od idei deinstytucjonalizacji, czyli zapewnienia wsparcia przede wszystkim w domu oraz w ramach usług świadczonych w warunkach środowiskowych. Zamiast instytucji całodobowych, jak pokazał jeden z raportów Najwyższej Izby Kontroli, gminy stosunkowo słabo wykorzystują istniejący w prawie wachlarz narzędzi alternatywnych wobec domów pomocy społecznej, takich jak rodzinne domy pomocy, dzienne domy pomocy społecznej czy mieszkania wspomagane<sup>88</sup>. Także raport przygotowany w podobnym czasie dla Rzecznika Praw Obywatelskich dowiódł, że choć w samym prawie funkcjonują rozwiązania mogące składać się na środowiskowy model wsparcia osób starszych, ich wykorzystanie bywa ograniczone<sup>89</sup>. W praktyce alternatywą dla pobytu w placówce jest zatem głównie opieka sprawowana w ogromnej mierze przez najbliższych, bez wsparcia ze strony instytucji lokalnych.

Należy wspomnieć, że w ostatnich latach możliwości rozwoju środowiskowych form opieki częściowo dostarczyły programy

---

<sup>87</sup> Zob. OECD, *Health at a glance 2019*, dostęp online, [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019\\_4dd50c09-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en), dostęp dnia 09.03.2021, s. 231.

<sup>88</sup> Zob. tamże.

<sup>89</sup> Zob. *System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania. Przegląd sytuacji*, red. P. Błędowski, B. Szatur-Jaworska, Warszawa 2016.

realizowane na poziomie regionalnym ze środków europejskich. Były to jednak rozwiązania projektowe i czasowe. Aktualnie trwają też prace nad strategią deinstytucjonalizacji, w które włączeni są przedstawiciele resortu zdrowia, polityki społecznej, a także organizacji pozarządowych (w tym rzeczniczych), jednak na ten moment nie znamy jeszcze końcowych efektów prac<sup>90</sup>.

Trzeba mieć jednak świadomość tego, że konsekwencją deficytu rozwoju środowiskowych i półstacjonarnych przestrzeni opieki, takich jak dzienne domy pomocy czy mieszkania chronione, może być rosnąca presja na zapewnienie miejsc w placówkach opieki całodobowej, co jest nie tylko bardziej kosztowne, ale z punktu widzenia oczekiwań części osób starszych i ich bliskich także nieoptymalne. Innym skutkiem wspomnianego deficytu może być nadmierne przeciążenie (a nieraz wręcz wykluczenie z życia społecznego) opiekunów rodzinnych, nieotrzymujących wsparcia i odciążenia w swej roli w ramach swojego otoczenia.

Problem nie wynika jednak wyłącznie z tego, że nie dość rozwinięte są alternatywne i środowiskowe formy opieki, ale także z faktu, że segment opieki instytucjonalnej w Polsce trawią strukturalne problemy. Główną bolączką placówek opieki stacjonarnej (zwłaszcza publicznych domów pomocy społecznej, tzw. DPS-ów) jest przeciążenie. Są to podmioty świadczące całodobową pomoc znacznej liczbie osób (średnio ok. 100), co czyni je instytucjami-molochami, odległymi w swym charakterze od realiów normalnego funkcjonowania w dotychczasowym środowisku życia osoby starszej popadającej w zależność.

---

<sup>90</sup> O przesłankach i kierunkach tychże prac można przeczytać w wywiadzie z ich czołowym uczestnikiem i koordynatorem grupy ds. seniorów, Cezarym Miżejewskim. Zob. Miżejewski C., *Jak przekonać polityków, żeby do deinstytucjonalizacji podeszli poważnie*, rozm. przepr. R. Kowalski, dostęp online, <https://publicystyka.ngo.pl/jak-przekonac-politykow-zeby-do-deinstytucjonalizacji-podeszli-powaznie?fbclid=IwAR0vst9oiWxLSN2sXmXTEs976A5-uNdPzcDidAiajS0xRYaNKyOpyU83vU>, dostęp dnia 09.03.2021.



# Rekomendowane kierunki reform

## Finansowanie i organizacja systemu

### Zwiększenie publicznych nakładów na opiekę długoterminową do poziomu średniej dla krajów rozwiniętych w relacji do PKB

Należy doprowadzić do stopniowego zwiększenia wydatków publicznych na opiekę długoterminową w relacji do PKB do poziomu średniej dla krajów rozwiniętych (dziś jest to procentowo niemal czterokrotnie mniej niż średnia dla OECD). Należy pod tym względem rozważyć różne scenariusze docelowego modelu finansowania opieki długoterminowej, jak uczyniono to w raporcie przygotowanym na zlecenie Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym” przez zespół pod kierunkiem Piotra Błędowskiego<sup>91</sup>. Z pewnością przydałby się też jasno wskazany mechanizm wzrostu wydatków i plan dochodzenia do odpowiedniego poziomu nakładów, rozpisany w czasie oraz z czytelnym określeniem, jakie działania i w jaki sposób mają być w tych ramach finansowane.

Jednym z możliwych i od lat zalecanych w kręgach eksperckich scenariuszy jest wprowadzenie mechanizmu ubezpieczeniowego lub ubezpieczeniowo-zaopatrzeniowego (częściowo ze składek, częściowo z podatków) w odniesieniu do finansowania sfery opieki długoterminowej. Model społecznych ubezpieczeń opiekuńczych/pielęgnacyjnych funkcjonuje od lat Niemczech. Scenariusz stworzenia ubezpieczeniowego modelu finansowania opieki długoterminowej w przywołanym raporcie Piotra Błędowskiego

---

<sup>91</sup> Zob. Błędowski P., *Organizacja i finansowanie świadczeń – rozwiązania wariantowe*, w: *Opieka długoterminowa w Polsce. Dzisiaj i jutro*, dz. cyt., s. 47.

uznany został za najbardziej pożądany. Wśród zalet tego wariantu wskazano m.in.:

- równe rozłożenie ryzyka na całą populację;
- możliwe oszacowanie składki na poziomie równoważącym wydatki;
- edukacyjny wymiar składki ubezpieczeniowej, ułatwiający prowadzenie działań profilaktycznych i prewencyjnych.

Za wady tego wariantu uznano natomiast konieczność zbudowania całego systemu ubezpieczenia, obejmującego także osoby dotychczas nieopłacające składek lub opłacające je w ograniczonej wysokości oraz to, że wprowadzenie nowej składki na ubezpieczenie społeczne jest kojarzone przez polityków z zagrożeniem ich pozycji i popularności<sup>92</sup>.

Równocześnie z dyskusją o ewentualnym wprowadzeniu ubezpieczenia pielęgnacyjnego warto też rozmawiać o alternatywnych metodach wykorzystania techniki ubezpieczeniowej do zabezpieczenia w obliczu utraty samodzielności w starszym wieku. Jednym z takim kierunków myślenia byłoby upowszechnienie prywatnych ubezpieczeń w zakresie opieki długoterminowej. Potencjalne działania, jakie może w tym celu podjąć państwo, dotyczą przyjęcia stosownych regulacji, kształtowania zarówno popytu, jak i podaży<sup>93</sup>.

### **Konsolidacja i racjonalizacja wydatków**

Jak pokazano w części diagnostycznej, problem z finansowaniem nie polega wyłącznie na niewielkich nakładach, ale też na tym, że

---

<sup>92</sup> Zob. P. Błędowski, *Organizacja i finansowanie świadczeń – rozwiązania wariantowe*, w: Błędowski P., dz. cyt., s. 47.

<sup>93</sup> Zob. Jurek Ł., *Polityka proubezpieczeniowa w opiece długoterminowej*, Wrocław 2016.

wydatki są bardzo rozproszone i słabo monitorowane, a koszty przerzucane między sektorami i instytucjami opieki, np. między systemem ochrony zdrowia, pomocą społeczną a rodziną. W celu zmniejszenia marnotrawstwa środków wskazana jest większa konsolidacja funduszy i bardziej precyzyjne oraz transparentne określenie ich alokacji. Należy rozważyć stworzenie odrębnego funduszu (przy modelu ubezpieczeniowym byłby on głównie zasilany ze składek), z którego według przejrzystych zasad finansowane byłyby odpowiednie zadania systemu opieki długoterminowej. Fundusz ten powinien podlegać nadzorowi podmiotów publicznych i być dokładnie umocowany w porządku prawnym.

Konieczne jest jednocześnie rozgraniczenie, co będzie realizowane w ramach opieki zdrowotnej, a co społecznej. Stworzone powinny zostać także mechanizmy integracji i koordynacji obydwu sfer. Nawet przy braku konsolidacji funduszy na opiekę długoterminową i oparciu jej na wielu strumieniach finansowania, kluczowe jest precyzyjne określenie, co i w jaki sposób powinno być finansowane z poszczególnych źródeł w systemie opieki.

### **Uwzględnienie kosztów ukrytych i alternatywnych w reformowaniu systemu opieki**

Kolejnym problemem z ekonomicznym wymiarem rodzimego systemu opieki długoterminowej jest kwestia generowania ogromnych kosztów ukrytych. Choć z pozoru wydajemy na opiekę niewiele ze środków publicznych, to koszty funkcjonowania całego systemu są ogromne, tyle że widać je w innych sferach polityki publicznej. Co więcej, koszty te są nieraz odłożone w czasie, wobec czego nie zawsze są one wkalkulowane w proces podejmowania decyzji publicznych w zakresie zarządzania systemem opieki.

W pierwszej kolejności należy uwypuklić istnienie ukrytych kosztów dla systemu zdrowia związanych z przemęczeniem, wypaleniem oraz utratą zdrowia fizycznego i psychicznego części opiekunów. W dalszej kolejności trzeba wziąć pod uwagę koszt

alternatywny (utracone możliwości), związany z pełnym lub częściowym wyłączeniem z rynku pracy (koszty dla gospodarki, rynku pracy oraz finansów publicznych i ZUS). Dopiero po uwzględnieniu tych dwóch rodzajów kosztów można dokonać próby projektowania reform i wskazywania optymalnych kierunków działań publicznych w tym zakresie.

### **Stymulowanie innowacji technologicznych i organizacyjnych w systemie opieki**

Potrzebne jest finansowe stymulowanie zarówno technologicznych, jak i organizacyjnych innowacji w sferze opieki nad osobami starszymi (np. w zakresie większego wykorzystania teleopieki, robotyki czy alternatywnych form świadczenia opieki). Konieczne jest stworzenie mechanizmów wspierania nowatorskich rozwiązań w sektorze publicznym i prywatnym, jak również rozwijanie tych mechanizmów stymulowania innowacji, które już istnieją, np. działającego Inkubatora Innowacji Społecznych, oraz wykorzystywanie ich w kontekście opiekuńczym.

### **Silniejszy nacisk na prewencję niesamodzielności i rehabilitację**

Jeśli system opieki długoterminowej ma w przyszłości zachować swoją stabilność, trzeba dążyć nie tylko do zaspokojenia potrzeb opiekuńczych, ale także zmniejszenia ich skali. Powinny temu służyć działania o charakterze profilaktycznym i prewencyjnym. Mogłyby się przyczynić do stworzenia sytuacji, w której mniej osób straci sprawność (lub traci ją później), a sama utrata sprawności będzie przebiegała wolniej. Działania te powinny być podejmowane wobec osób w różnych fazach życia, a także wobec osób w różnej kondycji zdrowotnej. Jednocześnie wobec ludzi starszych, u których stwierdzono już objawy schorzeń prowadzących do utraty samodzielności (jak w przypadku chorób otępiennych), należy jak najwcześniej wdrażać działania, które spowolnią rozwój choroby i podtrzymają jak najdłużej względną sprawność funkcjonalną.

Działania prewencyjne i rehabilitacyjne powinny być znacznie bardziej promowane w agendzie polityki zdrowotnej, ale także w dziedzinie opieki długoterminowej wobec osób starszych. Ważna jest przy tym nie tylko dostępność działań i ich promocja, ale także identyfikowanie i przełamywanie barier, z powodu których część osób nie korzysta z niektórych form szeroko rozumianej profilaktyki, nawet jeśli pozostają one dostępne.

## **Reforma polityki wobec opiekunów rodzinnych i nieformalnych**

### **Wsparcie wyższe, szerzej dostępne i bardziej zindywidualizowane**

Dotychczasowa pomoc dla opiekunów rodzinnych i nieformalnych, na których opiera się nasz system opieki, była bardzo skromna i trudno dostępna. Tymczasem należałoby to odwrócić – wsparcie powinno być adresowane szeroko, ale w sposób zróżnicowany. Dyskusji podlega kwestia, jakie powinny być kryteria tego zróżnicowania: poziom potrzeb opiekuńczych, stopień zaangażowania opiekuna czy raczej inne kryteria, np. socjalno-rodzinne<sup>94</sup>. Wydaje się, że należy odejść od przyznawania wsparcia jedynie opiekunom z najbliższej rodziny, których wiąże obowiązek alimentacyjny z podopiecznym.

Docelowo wsparcie powinno być zatem kierowane do ogółu opiekunów nieformalnych, w zakresie zależnym od kryteriów związanych z charakterem i intensywnością opieki. Powiązanie świadczeń i ich wysokości albo z zakresem potrzeb opiekuńczych, albo z zakresem udzielanej opieki mogłoby wyeliminować problem wykluczenia z systemu wsparcia materialnego opiekunów pobierających świadczenia emerytalno-rentowe, którzy w związku ze sprawowaną opieką obecnie nie otrzymują pomocy finansowej.

---

<sup>94</sup> Zob. Bakalarczyk R., *Polityka wsparcia nieformalnych opiekunów niesamodzielnych osób starszych. Na podstawie zmian prawnych z lat 2003-2015*, Warszawa 2018.

Jeszcze dalej idącym krokiem, również wartym rozważenia, byłoby przydzielenie kwoty świadczenia na opiekę nie opiekunowi, a podopiecznemu, który wedle uznania (lub ze wsparciem w podejmowaniu decyzji ze strony najbliższych) mógłby decydować o sposobie przeznaczenia środków na opiekę, np. opłacenie zaangażowania bliskiej osoby oddającej się opiece albo zakup zewnętrznych usług opiekuńczych czy też któryś z wariantów mieszanych. Mówiąc o zabezpieczeniu ekonomicznym opiekunów nieformalnych czy rodzinnych, należy także pamiętać o konieczności zapewnienia uprawnień do korzystania z zabezpieczenia emerytalno-rentowego i zdrowotnego.

W perspektywie krótkookresowej trzeba wymagać od ustawodawcy realizacji wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 2014 r. w sprawie nierównego traktowania opiekunów niepełnosprawnych dorosłych (a więc także starszych), który wciąż czeka na wykonanie. Trybunał rekomendował zmiany w Ustawie o świadczeniach rodzinnych w taki sposób, by przesłanka wieku powstania niepełnosprawności podopiecznego nie różnicowała wsparcia dla opiekunów osób dorosłych. Dążenie do wykonania wyroku Trybunału w tej materii powinno być jednym z priorytetowych zadań państwa w tym obszarze. Dalsza zwłoka prowadzi do utrwalania się głębokich i wielowymiarowych problemów opiekunów, o których była mowa we wcześniejszej części raportu.

### **Tworzenie uzupełnień i alternatyw dla opieki rodzinnej**

Choć rodzina jest i nadal pozostanie ważnym filarem opieki nad osobami starszymi, trzeba mieć na uwadze, że już teraz, a w przyszłości jeszcze bardziej, nie można opierać opieki senioralnej aż w takim stopniu na zasobach rodzinnych, chociażby dlatego, że coraz więcej jest i będzie osób bez rodziny, z rodziną mieszkającą daleko lub niemogącą z innych względów zaangażować się w opiekę adekwatnie do potrzeb. Z tego też powodu obok wsparcia ze strony najbliższych trzeba rozwijać alternatywne lub uzu-

pełniące systemy zaspokajania potrzeb opiekuńczych starszych osób, np. w ramach usług opiekuńczych, ośrodków dziennych czy wreszcie mieszkalnictwa wspomaganego. Częściowo instrumenty takie istnieją, ale ich rozwój wciąż jest niewystarczający. Należy więc wzmocnić je finansowo i organizacyjnie. W szczególności dotyczy to usług wobec osób starszych, świadczonych w warunkach domowych i środowiskowych.

W wymiarze konkretnych rozwiązań rozwój usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób starszych może zostać stymulowany chociażby poprzez poszerzenie ram już istniejących programów, takich jak „Opieka 75+” oraz „Usług opiekuńczych dla osób niepełnosprawnych”. Roczny budżet każdego z tych programów na poziomie kilkudziesięciu milionów na cały kraj nie jest wysoki i powinien zostać zwiększony. Zarazem poluzowane powinny zostać wymogi ubiegania się o wsparcie w ramach programów, np. poprzez obniżenie wkładu własnego, jaki muszą zapewnić gminy starające się o udział w tych programach. W przypadku programu „Opieka 75+” należałoby też znieść lub podnieść kryterium wielkości gminy starającej się o środki z programu (obecnie mogą z niego korzystać tylko gminy poniżej 60 tys. mieszkańców).

Ponadto zgodnie z tym, co zostało przedstawione w części diagnostycznej, zalecana jest większa aktywność regulacyjna po stronie państwa. Należy przemyśleć określenie w drodze rozporządzenia minimalnych standardów jakości świadczenia tychże usług, kompetencji wymaganych do ich udzielania oraz narzędzi ich egzekucji i monitoringu. Można w tym względzie wykorzystać jako inspirację wypracowane i wdrażane standardy, które funkcjonują już w niektórych społecznościach lokalnych.

Z kolei w segmencie medycznym należy nieco poluzować wymogi uprawniające do skorzystania z usług domowych pielęgniarstwa opieki długoterminowej, a także zwiększyć wycenę tego typu świadczeń. Ważne jest także zadbanie o ich koordynację

z usługami rehabilitacji domowej, a także z leżącymi już poza kompetencjami systemu ochrony zdrowia innymi usługami na rzecz dotkniętego częściową niesprawnością seniora i jego bliskich, np. w ramach pomocy społecznej.

Wreszcie w sytuacji, w której ustawodawca zdecydowałby się na uruchomienie osobnego funduszu zasilanego z nowego ubezpieczenia pielęgnacyjnego, warte rozważenia byłoby częściowe wyodrębnienie (względem sektora pomocy społecznej) usług związanych z opieką. Mogłyby być wówczas nabywane w ramach bonu lub osobistego budżetu opiekuńczego. Docelowo usługi związane z opieką mogłyby być luźniej związane z segmentem pomocy społecznej, jej instytucjami i regulacjami, a bardziej tworzyć osobny segment wsparcia.

Bez względu jednak na to, jakie instrumenty zostaną wykorzystane do rozwoju infrastruktury usług domowych i środowiskowych, niezbędne jest ukierunkowanie zmian z jednej strony na wsparcie i odciążenie opiekunów rodzinnych, a z drugiej strony na pomoc tym seniorom, którzy wymagają wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, a najbliżsi z różnych powodów nie są w stanie im go udzielić.

### **Umożliwienie godzenia pracy zawodowej z opieką nad osobami starszymi**

Kolejnym problemem polskiego systemu wsparcia opiekunów osób starszych jest ich dezaktywizacja zawodowa. Wsparcie otrzymuje się bowiem za cenę pełnej rezygnacji z pracy, zaś dla opiekunów chcących równocześnie pracować, chociażby w niewielkim wymiarze, brakuje w Polsce systemowych rozwiązań. Należy zatem:

- zmienić przepis w Ustawie o świadczeniach rodzinnych, warunkujący otrzymanie wsparcia od pełnej rezygnacji z pracy;
- wprowadzić zmiany w Kodeksie pracy rozszerzające prawo do



bardziej elastycznych form wykonywania pracy (np. jeśli chodzi o czas i miejsce) dla osób, które mają pod opieką osoby starsze;

- rozszerzyć dostęp do usług o charakterze domowym i dziennym w taki sposób, aby opiekun miał czas, by zająć się aktywnością zawodową z gwarancją, że podopieczny nie będzie zostawiony w tym czasie bez opieki;
- wprowadzić dodatkowe rozwiązania urlopowe dla osób w tego typu sytuacji.

Dokładniejsze rekomendacje dla podmiotów polityki publicznej na poziomie centralnym, regionalnym i lokalnym, a także dla aktorów dialogu społecznego na poziomie krajowym (Rada Dialogu Społecznego), regionalnym i branżowym zaprezentowane zostały przez autora tego raportu w odrębnym dokumencie dla Komitetu Dialogu Społecznego Krajowej Izby Gospodarczej<sup>95</sup>. Wskazano tam m.in. wprowadzenie możliwości działania także z poziomu zakładu pracy, takich jak:

- organizacja pracy i atmosfera sprzyjające zatrudnieniu pracowników obciążonych opieką nad bliskimi i umożliwiające kontynuowanie ich pracy;
- respektowanie przepisów odnoszących się do praw pracujących opiekunów (powinny być na poziomie ustawowym rozszerzone);
- informowanie pracowników opiekunów o możliwościach telepracy bądź elastycznej organizacji czasu pracy i o zasadach ubiegania się o te udogodnienia;
- w miarę możliwości promowanie wolontariatu pracowniczego, także w sferze opieki nad osobami niepełnosprawnymi, chorymi

---

<sup>95</sup> Zob. Bakalarczyk R., *Godzenie pracy zawodowej z opieką nad osobami zależnymi wyzwaniem dla dialogu społecznego i polityki publicznej różnych szczebli*, red. E. Buczek, Warszawa 2020.

i sędziwymi, co mogłoby z jednej strony sprzyjać odciążeniu części opiekunów, a z drugiej budować wśród kadr świadomość problemów związanych ze świadczeniem opieki<sup>96</sup>.

Państwo, samorząd i podmioty dialogu społecznego mogą też oddziaływać na przedsiębiorstwa poprzez promowanie i nagradzanie, nawet symboliczne, pracodawców, którzy tworzą dobre otoczenie pracy dla osób muszących łączyć obowiązki służbowe z opieką nad bliskimi. Należy jednak pamiętać, by działania w zakresie godzenia pracy z opieką nad osobami starszymi były projektowane i wdrażane na wielu poziomach, łącznie ze szczeblem samych zakładów pracy.

### **Rozszerzenie palety usługowych instrumentów wsparcia rodziny i opiekunów nieformalnych**

Konieczne jest odejście od dotychczasowego modelu wspierania, który polegał głównie na przekazywaniu przez państwo pieniędzy opiekunom rodzinnym (a mówiąc ściśle, tylko części spośród nich) przy zaniedbaniu świadczeń skierowanych do tej grupy usług. Chodzi głównie o usługi opieki wytchnieniowej, szkolenia, porady czy wsparcie psychologiczne i terapeutyczne dla opiekunów. Pewne kroki w tym kierunku podjęto w ostatnich latach, ale ciągle mają one niewielki zakres i brak im systemowego charakteru. Z tego powodu należy przeprowadzić zmiany prawne (wraz z odpowiednim wsparciem finansowym samorządów i organizacji pozarządowych), by wspomniane usługi były dostępne zgodnie z zapotrzebowaniem w każdym powiecie i w jak największej liczbie gmin.

Należy też, profilując instrumenty wsparcia, uwzględnić specyfikę poszczególnych grup wymagających opieki i ich opiekunów.

---

<sup>96</sup> Zob. tamże, s. 106.

Szczególnej uwagi wymaga sytuacja opiekunów osób z chorobami otępiennymi i zaburzeniami poznawczymi, wobec których opieka musi być szczególnie intensywna, kompleksowa i potencjalnie obciążająca dla opiekunów. Wsparcie powinno uwzględniać dynamikę rozwoju chorób prowadzących do niesamodzielności oraz idące z nimi w parze zmiany w charakterze opieki, wobec których opiekunowie muszą się adaptować, ale też w obliczu których wymagają zewnętrznego, nierzadko profesjonalnego wsparcia.

## **Zmiany w systemie opieki formalnej w sektorze publicznym i niepublicznym**

### **Rozwijanie form opieki półinstytucjonalnej, zakorzenionej w społeczności lokalnej**

Potrzebna jest rozbudowa instrumentarium wsparcia w środowisku (w duchu *ageing in place*), m.in. w zakresie mieszkań wspomaganych, form wsparcia dziennego i domowego (nie tylko ze strony najbliższych).

Konieczne jest zmierzanie w kierunku przynajmniej częściowej deinstytucjonalizacji systemu opieki nad osobami starszymi, a więc przesunięcie akcentu w stronę różnych form wsparcia w środowisku i społeczności lokalnej. Dotychczas na poziomie lokalnym często wybór był ograniczony do następującej alternatywy: albo opieka ze strony najbliższych w domu, albo trafienie do domu opieki instytucjonalnej. Tymczasem, jak pokazały przywołane wcześniej raporty NIK czy RPO, istnieje szerszy wachlarz możliwości, które jednak w wielu gminach nie są w pełni (a nieraz wcale) wykorzystane. Należy więc poszerzyć możliwość korzystania z formy opieki środowiskowej i półstacjonarnej, do których należą rodzinne domy pomocy, dzienne domy opieki medycznej, dzienne domy pomocy społecznej i mieszkania wspomagane, a także inne formy, których prawo dotąd nie przewidywało.

Co ważne, rozwój tego rodzaju form pomocy w dłuższej perspektywie może mieć pozytywne skutki finansowe: model opieki,

w którym dużą rolę odgrywają formyienne i środowiskowe, jest tańszy niż ten oparty na opiece instytucjonalnej (ze stałym pobyttem) oraz rodzinnej (z wypalonymi i wyłączonymi z życia zawodowego i społecznego opiekunami). Nie oznacza to, że tamte segmenty (rodzinny i instytucjonalny) powinny zniknąć, ale niezbędne jest ich zrównoważenie przez segment dzienneo-środowiskowy sprofesjonalizowanej opieki formalnej.

Zresztą ten kierunek zmian (w stronę deinstytucjonalizacji opieki) jest też promowany na poziomie unijnym. Najprawdopodobniej także w kolejnych perspektywach budżetowych UE możliwe będzie częściowe dofinansowanie rozwoju tego typu instytucji ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Duża rola opieki dziennej i środowiskowej to także szansa na zapobieżenie zbyt wczesnej pełnej instytucjonalizacji (przeprowadzenia się do domu opieki) i podtrzymywania przynajmniej częściowej sprawności, co również może ograniczać koszty dla całego systemu.

### **Przekształcenie sektora opieki instytucjonalnej (placówek opieki całodobowej) wedle bardziej środowiskowej i kameralnej formuły funkcjonowania**

Choć placówki opieki całodobowej dla osób starszych zapewne jeszcze na długo z nami pozostaną, to i tak powinny ulec przekształceniu w kierunku:

- większej kameralności (obecnie średnio w placówce jest około 100 osób, co oznacza zdecydowanie zbyt duże zagęszczenie mogące utrudniać spersonalizowane relacje);
- silniejszego respektowania praw mieszkańców placówek;
- większej integracji funkcjonowania placówek i ich mieszkańców z zewnętrznym otoczeniem społecznym i rodzinnym;
- poprawy sytuacji zatrudnieniowej w placówkach poprzez zwiększenie płac oraz dostarczenie superwizji, która może pomóc pra-

ownikom w wykonywaniu tej pracy i zmniejszyć ryzyko wypalenia; takie działania mogą zmniejszyć braki kadrowe, konieczność pracy w kilku miejscach czy wreszcie podnieść poziom zadowolenia kadr — te wszystkie elementy mogą z kolei zwiększyć jakość prowadzonej pracy z mieszkańcami placówek.

Część tych zmian będzie jednak możliwa na większą skalę jedynie za sprawą zwiększenia nakładów finansowych i ich optymalnej alokacji, co powinno się odbyć w ramach ogólnego dofinansowania publicznej opieki długoterminowej. Należy przy tym podkreślić, że tylko pewna część z ewentualnie zwiększonej puli środków na opiekę długoterminową powinna być skierowana na odcinek opieki instytucjonalnej — prymat powinien mieć rozwój opieki domowo-środowiskowej, zgodnie z paradygmatem deinstytucjonalizacji. Powinno do tego dojść tym bardziej, że doinwestowanie środowiskowych i domowych form opieki może zmniejszyć popyt na opiekę instytucjonalną, a tym samym ułatwić jej modernizację w kierunku bardziej środowiskowym i kameralnym.

### **Zabezpieczenie i rozwój opieki u kresu życia (hospicyjnej)**

Należy podnieść rangę systemowego wsparcia opieki u kresu życia. O ile w debacie publicznej i agendzie politycznej ostatnio podczas debaty o miejscu zajmuje kwestia początku życia i narodzin, o tyle kwestia godności i wsparcia w fazie umierania jest praktycznie poza dyskursem publicznym. Należy to zmienić poprzez oddziaływanie na sferę publiczną, ale też decydentów, od których zależą regulacje w tej materii. W odniesieniu do opieki nad osobami starszymi, potrzeb samych osób sędziwych i ich bliskich zagadnienia związane z umieraniem stanowią newralgiczny problem. Konieczne są działania na rzecz:

- ograniczenia barier dostępności do opieki hospicyjnej, związanych z limitowaniem świadczeń, terytorialną niedostępnością czy zbyt wąskim katalogiem schorzeń uprawniających do objęcia tego typu opieką finansowaną ze środków NFZ;

- zwiększenia możliwości zastosowania w większej skali formy domowej opieki hospicyjnej, która może okazać się nie tylko tańsza, ale w wielu przypadkach bardziej preferowana przez osobę umierającą i osoby z jej otoczenia;
- dostosowania się przez Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia (podmioty odpowiedzialne za politykę zdrowotną) do pełnego katalogu zaleceń NIK<sup>97</sup>;
- harmonizacji działań w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej z innymi segmentami opieki długoterminowej (także realizowanej poza domeną medyczną) i wsparcia;
- optymalnego wykorzystania doświadczeń i potencjału podmiotów będących częścią mającego długą tradycję ruchu hospicyjnego;
- kompleksowego (m.in. psychologicznego, duchowego, etc.) wsparcia nie tylko osoby umierającej, ale także jej bliskich; wsparcie to powinno być kontynuowane również w pierwszym okresie po śmierci podopiecznego.

#### **Wsparcie dla rozwoju prywatnego rynku opieki – ale i silniejszy publiczny nadzór nad nim**

Rynek opieki powinien się rozwijać z zachowaniem elementarnego nadzoru ze strony instytucji państwa. Wartym przemyślenia pomysłem jest koncepcja czeku opiekuńczego. Osoba zależna lub jej opiekun otrzymywaliby czek/bon na zakup usług opiekuńczych, które mogliby wydawać dowolnie u świadczeniodawców (prywatnych, publicznych, społecznych). Warunkiem byłaby rejestracja i spełnienie określonych standardów po stronie świadczeniodawcy, które byłyby weryfikowane przed, w trakcie i po świadczeniu usługi. Byłby to zatem dodatkowy bodziec dla prywatnych pod-

---

<sup>97</sup> Zob. NIK, *Zapewnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej*, dz. cyt., s.14-16.

miotów, by oficjalnie rejestrowały swoją działalność. Instrument taki mógłby też osłabić częściowo bariery popytowe, albowiem obecnie wiele osób nie jest w stanie nabywać usług prywatnej opieki z uwagi na niedobór środków w domowym budżecie. Jeśli pojawiłaby się możliwość sfinansowania tychże usług (przynajmniej w części) ze środków pochodzących z bonu/czeku opiekuńczego, podmioty opiekuńcze miałyby popyt na swoje usługi. Kwestią wartą przedyskutowania jest to, na ile państwo powinno regulować maksymalne ceny usług oferowanych przez podmioty dofinansowywane przy pomocy bonu.

## Bibliografia

Abramowska-Kmon A., Mynarska M., Opieka nad bezdzietnymi osobami starszymi w Polsce: opinie, doświadczenia, potrzeby, „Ubezpieczenia społeczne. Teoria i praktyka” 2020, nr 3 (146).

Anioł W. i in., Nowa opiekuńczość? Zmieniająca się tożsamość polityki społecznej, Toruń 2015.

Bakalarczyk R., Deficyt bezpieczeństwa emerytalnego opiekunów osób niesamodzielnych jako skutek dezaktywizującego zawodo-wo systemu opieki w Polsce, „Ubezpieczenia społeczne. Teoria i praktyka” 2017, nr 4.

Bakalarczyk R., Polityka wsparcia nieformalnych opiekunów niesamodzielnych osób starszych. Na podstawie zmian prawnych z lat 2003-2015, Warszawa 2018.

Bakalarczyk R., Godzenie pracy zawodowej z opieką nad osobami zależnymi wyzwaniem dla dialogu społecznego i polityki publicznej różnych szczebli, red. E. Buczek, Warszawa 2020.

Bakalarczyk R., Kwestia opiekuńcza w agendzie polityki senioralnej, „Studia z Polityki Publicznej/Public Policy Studies” 2017, nr 4 (16).

Bakalarczyk R., Pozycja opiekunów nieformalnych i rodziny w systemach opieki długoterminowej w Unii Europejskiej, „Ubezpieczenia Społeczne. Teoria i praktyka” 2018, nr 3 (138).

Bank Światowy, Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce Uwagi na potrzeby opracowania polityki dotyczącej opieki długoterminowej, dostęp online, [https://www.niesamodzielnym.pl/uploads/Bank%20%C5%9Awiatowy%20Opieka\\_dlugoterminowa.pdf](https://www.niesamodzielnym.pl/uploads/Bank%20%C5%9Awiatowy%20Opieka_dlugoterminowa.pdf), dostęp dnia.



Opieka długoterminowa w Polsce. Dzisiaj i jutro, red. P. Błędowski, Warszawa 2019.

Błędowski P., Potrzeby opiekuńcze osób starszych, w: Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce, red. M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski, Poznań 2012.

Bojanowska E., Niesamodzielność – nowe ryzyko społeczne, „Polityka Społeczna” 2018, nr 45.

Borski M., Opieka wytchnieniowa jako ważny instrument wsparcia opiekunów osób z niepełnosprawnościami, „Roczniki Administracji i Prawa” 2019, nr 2 (XIX), s. 151-167.

Borski M., Aktywizacja zawodowa opiekunów osób z niepełnosprawnościami jako ważne zadanie państwa – wybrane zagadnienia, „Studia z zakresu prawa pracy i polityki społecznej” 2019, nr 26.

Chechelski D., Specyficzny charakter rodzinnego domu pomocy, w: Starzenie się. Problemat społeczno-socjalny i praktyka działań, red. M. Nóżka, M. Smagacz-Poziemska, Kraków 2014.

Colombo F. i in., Help wanted? Providing and paying for long-term care, Paris 2011.

Dązbłaż B., Jedynie co siódma gmina chce realizować program „Opieka wytchnieniowa”, dostęp online, <http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/798552>, dostęp dnia 09.03.2021.

Eurostat, Ageing Europe. Looking at the lives of older people on the EU, Luksemburg 2019.

GUS, Ludność w wieku 60+. Struktura demograficzna i zdrowie, Warszawa 2016.

GUS, Prognoza ludności na lata 2014-2050, Warszawa 2014.

GUS, Sytuacja osób starszych w 2018 roku, Warszawa, Białystok 2020.

GUS, Zakłady Stacjonarne pomocy społecznej w 2019 roku, Warszawa 2020.

GUS, Zasięg ubóstwa ekonomicznego w Polsce w 2019, dostęp online, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/ubostwo-pomoc-spoeczna/zasieg-ubostwa-ekonomicznego-w-polsce-w-2019-roku,14,7.html>, dostęp dnia 09.02.2021.

Iwański R., System pomocy społecznej a starzenie się populacji – wyzwania i bariery w zakresie opieki długoterminowej, „Studia z Polityki Publicznej” 2019, nr 1 (21).

Jak poprawić sytuację hospicjów domowych na terenach wiejskich, dostęp online, <https://rpo.gov.pl/pl/content/rpo-jak-poprawic-sytuacje-hospicjow-domowych-na-terenach-wiejskich>, dostęp dnia 09.03.2021.

Jungblut J.M., Working and caring: Reconciliation measures in times of demographic change, Luksemburg 2015.

Jurek Ł., Łączenie pracy zawodowej z opieką nad osobą starszą w Polsce, Wrocław 2016.

Jurek Ł., Polityka proubezpieczeniowa w opiece długoterminowej, Wrocław 2016.

Komisja Europejska, Special Eurobarometer 283: Health and long-term care in the European Union, dostęp online, [http://uploadi.www.ris.org/editor/1236671671ebs\\_283\\_en.pdf](http://uploadi.www.ris.org/editor/1236671671ebs_283_en.pdf), dostęp dnia 09.03.2021.

Kubicki P., Bakalarczyk R., Mackiewicz-Ziccardi M., Protests of People with Disabilities as Examples of Fledgling Disability Activism in Poland, „Canadian Journal of Disability Studies” 2019, nr 8 (5).

Lach D. E., *Niesamodzielność jako ryzyko socjalne*, Poznań 2018.

Łuczak P, *Opieka długoterminowa w Polsce i w Republice Czeskiej*, Poznań 2015.

Medi-System, *Ośrodki opieki długoterminowej w świadomości Polaków-opinie i wyzwania*, Warszawa 2015.

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Program „Opieka wychowawcza dla członków rodzin dotkniętych niepełnosprawnością - edycja 2020-2021”, Warszawa 2020.

Ministerstwo Pracy, Rodziny i Polityki Społecznej, *Sprawozdanie z realizacji wieloletniego programu Senior+ za lata 2015-2020*, dostęp online, <https://das.mpips.gov.pl/source/2020/sprawozdania/Sprawozdanie%20z%20realizacji%20programu%20wieloletniego%20Senior%20na%20lata%202015-2020%20Edycja%202019.pdf>, dostęp dnia 09.03.2021.

Ministerstwo Zdrowia, *Dzienne domy opieki medycznej. Organizacja i zadania*, Warszawa 2017.

Miżejewski C., *Jak przekonać polityków, żeby do deinstytucjonalizacji podeszli poważnie*, rozm. przepr. R. Kowalski, dostęp online, <https://publicystyka.ngo.pl/jak-przekonac-politykow-zeby-do-deinstytucjonalizacji-podeszli-powaznie?fbclid=IwAR0vsr9oiWxLSN2sXxmXTEs976A5-uNdPzcDidAiaJS0xRYaNKyOpyU-83vU>, dostęp dnia 09.03.2021.

Myck M., Oczkowska M., Trzeciński K., *Bezpieczeństwo osób starszych w czasie pandemii Covid-19: sytuacja mieszkaniowa osób w wieku 65+ w Polsce na tle innych krajów Europy*, dostęp online, [https://cenea.org.pl/wp-content/uploads/2020/04/komentarz\\_20200421.pdf](https://cenea.org.pl/wp-content/uploads/2020/04/komentarz_20200421.pdf), dostęp dnia 09.03.2021.

NIK, *Opieka nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera oraz wsparcie dla ich rodzin*, Warszawa 2017.

NIK, Działania podejmowane przez wojewodów wobec placówek udzielających całodobowej opieki bez wymaganego zezwolenia, Warszawa 2020.

NIK, Organizacja i warunki pracy pracowników socjalnych w gminach, Warszawa 2019.

NIK, Świadczenie pomocy osobom starszym przez gminy i powiaty, Warszawa 2016.

NIK, Usługi opiekuńcze świadczone osobom starszym w miejscu zamieszkania, Warszawa 2018.

NIK, Opieka nad osobami starszymi w dziennych domach pomocy, Warszawa 2017.

NIK, Zapewnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej, Warszawa 2019.

Odpowiedź na interpelację nr 2190 w sprawie efektów wdrażania programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”, dostęp online, [https://www.sejm.gov.pl/sejm9.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=BMTDQY&fbclid=IwAR1ZgGr8dMLMDXahN-w7WQwyw60zjsylbxpZAmhY5RDFd6\\_GsRljlIHTO\\_4](https://www.sejm.gov.pl/sejm9.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=BMTDQY&fbclid=IwAR1ZgGr8dMLMDXahN-w7WQwyw60zjsylbxpZAmhY5RDFd6_GsRljlIHTO_4), dostęp dnia 09.03.2021.

OECD, Health at a glance 2019, dostęp online, [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019\\_4dd50c09-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en), dostęp dnia 09.03.2021.

Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje, red. M. Augustyn, Warszawa 2009.

Piekutowski J., Turzyniecka A., Tu nie chodzi o maseczki. Placówki opieki w dobie koronawirusa, dostęp online, [http://cpt.org.pl/wp-content/uploads/2021/01/Raport-DPS\\_ThinkTank\\_NPS.pdf](http://cpt.org.pl/wp-content/uploads/2021/01/Raport-DPS_ThinkTank_NPS.pdf), dostęp dnia 09.03.2021.

Polski Instytut Ekonomiczny, Scenariusze rozwoju małych i średnich miast, Warszawa 2018.

Projekt ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym, dostęp online, [http://orka.sejm.gov.pl/Druki8ka.nsf/Projekty/8-020-969-2018/\\$file/8-020-969-2018.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/Druki8ka.nsf/Projekty/8-020-969-2018/$file/8-020-969-2018.pdf), dostęp dnia 09.03.2021.

Przybyłowicz A., Ubezpieczenie pielęgnacyjne w Republice Federalnej Niemiec, Warszawa 2017.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. 2013 poz. 1480).

Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz.U.2005.189.1598).

Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2013 poz. 1522).

Różański M., 10 kroków do wolności. Jak zdobyć pieniądze na instalację windy w budynku mieszkalnym? - niepełnosprawni.pl, dostęp online, <http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/1269072?fbclid=IwAR2lOKUZ9OfhCkoulTB3LaC-mjTYgnUvP9LkK8-NiWfRhj-RBNr19nu7mQrQ>, dostęp dnia 13.12.2020.

Stypinska, J., Perek-Białas J., Working carers in Poland-successful strategies of reconciliation of work and care of an older adult, „Anthropol Notebooks” 2014, nr 20(1).

System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania. Przegląd sytuacji, red. P. Błędowski, B. Szatur-Jaworska, Warszawa 2016.

Sytuacja osób starszych w Polsce – wyzwania i rekomendacje, red. B. Szatur-Jaworska, B. Rysz-Kowalczyk, B. Imiołczyk, Warszawa 2020.

Szarfenberg A., Szarfenberg R., Wielowymiarowe ubóstwo senioralne, dostęp online, <http://wrzos.org.pl/download/Ubostwo%20osob%20starszych%20ekspertyza%202020.pdf>, dostęp dnia 09.03.2021.

Szwałkiewicz E., Więckowska B., Usługi społeczne w opiece długoterminowej, w: Przeobrażenia sfery usług w systemie zabezpieczenia społecznego w Polsce, red. M. Grewiński, B. Więckowska, Warszawa 2011.

Szlązak M., Piłat A., Sarata J., Opiekunowie rodzinni osób starszych – problemy, potrzeby, wyzwania dla polityki społecznej. Raport z badania, Kraków 2015.

Szweda-Lewandowska Z., Wspierający i wspierani. Opieka nad osobami starszymi, Łódź 2017.

Szweda-Lewandowska Z., Nowoczesne technologie w opiece nad niesamodzielnymi osobami starszymi, „Ubezpieczenia społeczne. Teoria i praktyka” 2018, nr 3.

Śleszyński P., Delimitacja miast średnich tracących funkcje społeczno-gospodarcze, Warszawa 2016.

Uchwała nr 160 Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2016 r. w sprawie programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” (M.P. poz. 1250).

Uchwała nr 34 Rady Ministrów z dnia 17 marca 2015 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego „Senior-WIGOR” na lata 2015-2020 (M.P. 2015 poz. 341).

Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. 2004 nr 64 poz. 593).

Ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz.U. 2003 nr 228 poz. 2255).

Wołkanowska-Kołodziej E., Więźniowie czwartego piętra, dostęp online, <https://magazynpismo.pl/rzeczywistosc/reportaz/wieznio-wie-czwartego-pietra/>, dostęp dnia 09.03.2021.

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 21 października 2014 r. sygn. akt K 38/13 (Dz.U. 2014 poz. 1443).



**Klub  
Jagielloński**

Klub Jagielloński to niepartyjne stowarzyszenie łączące społeczników, ekspertów, publicystów i naukowców młodego pokolenia działających wspólnie na rzecz dobra wspólnego. Pracujemy na rzecz sprawnego państwa i podmiotowości obywateli.

Eksperci i współpracownicy Klubu Jagiellońskiego przygotowują opinie, analizy i eseje, które przeczytać można na [www.klubjagiellonski.pl](http://www.klubjagiellonski.pl) i w internetowym czasopiśmie idei „Pressje”. Znaleźć można tam komentarze dotyczące bieżących wydarzeń, ale też tematów, na które brak miejsca w głównym nurcie debaty.

Jeżeli spodobała Ci się niniejszy raport, dołącz do grona darczyńców Klubu Jagiellońskiego!

#### **Możliwości wsparcia:**

- bezpośrednia wpłata na konto Klubu Jagiellońskiego:  
47 1020 2892 0000 5102 0582 9454 (PKO BP S.A.) tytułem:  
„Darowizna na cele statutowe”
- przekazanie 1% podatku na rzecz Klubu Jagiellońskiego – nr KRS 0000128315
- wpłata w formie darowizny przez stronę [www.klubjagiellonski.pl/wesprzyj-nas](http://www.klubjagiellonski.pl/wesprzyj-nas) za pomocą:
  - przelewu ze strony banku
  - karty płatniczej
  - aplikacji BLIK
  - portfela elektronicznego.

**Dziękujemy za Twoje wsparcie!**



Organizatorem SeniorHub. Instytutu Polityki Senioralnej jest Fundacja Zaczyn, zajmująca się rozwijaniem i upowszechnianiem rozwiązań na rzecz podnoszenia jakości życia osób starszych oraz włączaniem pokoleń 60+ do działań obywatelskich.

Wydajemy pismo eksperckie „Polityka Senioralna”, prowadzimy działania badawcze, realizujemy kampanie społeczne. W ramach Instytutu Polityki Senioralnej staramy się pobudzić dyskusję i proponować rozwiązania korzystne dla starzejącego się polskiego społeczeństwa. O naszej misji i programach możesz przeczytać w serwisach:

[www.seniorhub.pl](http://www.seniorhub.pl)

[www.zaczyn.org](http://www.zaczyn.org)

Jeżeli spodobał Ci się niniejszy raport, dołącz do grona darczyńców Fundacji Zaczyn oraz Instytutu Polityki Senioralnej.

#### **Możliwości wsparcia:**

- bezpośrednia wpłata na konto Fundacji Zaczyn:  
12 1750 0012 0000 0000 3298 5513 (BNP Paribas) z tytułem:  
„Darowizna na cele statutowe”
- przekazanie 1% podatku na rzecz Fundacji Zaczyn:  
KRS 0000400912

**Dziękujemy za Twoje wsparcie!**

# Zasady współpracy CAKJ

Centrum Analiz Klubu Jagiellońskiego podejmuje współpracę z podmiotami zewnętrznymi w zakresie rzetelnego opracowania zagadnień wskazanych przez instytucje publiczne oraz przedsiębiorców. Podejmowane przez nas działania badawcze oraz tworzone ekspertyzy opierają się na pracy kolegialnej. Łączymy doświadczenia przedstawicieli nauki, administracji oraz biznesu.

Jednocześnie informujemy, że wszelkie działania we współpracy z podmiotami zewnętrznymi muszą być zgodne z „5 zasadami niezależności eksperckiej Centrum Analiz Klubu Jagiellońskiego”:

## **Misyjność**

Klub Jagielloński, w tym Centrum Analiz Klubu Jagiellońskiego, prowadzi działalność na rzecz zmiany prawa poprzez uczestnictwo w konsultacjach publicznych, udział w posiedzeniach komisji Sejmu i Senatu, kierowanie petycji do organów władzy publicznej oraz udział w innych formach konsultowania rozwiązań prawnych organizowanych przez instytucje publiczne, polityków i organizacje obywatelskie. Działalność ta ma charakter misyjny, jest prowadzona zgodnie z zasadą prymatu dobra wspólnego i finansowana ze środków własnych stowarzyszenia. Zdecydowana większość publikowanych przez nas materiałów ma charakter misyjny. Każdorazowo, jeżeli materiał powstał we współpracy z partnerem zewnętrznym lub został sfinansowany ze środków innych niż środki własne Klubu Jagiellońskiego, jest to wyraźnie zaznaczone w jego treści.

## **Niezależność**

Warunkiem podjęcia współpracy doradczej z podmiotami rynkowymi jest zagwarantowana w umowie pomiędzy stronami niezależność badawcza. Nie dopuszczamy sytuacji, w której publikujemy materiał lub opracowujemy analizę pod tezy opracowane „na zewnątrz”.

## **Przejrzystość**

Warunkiem podjęcia współpracy doradczej z podmiotami rynkowymi jest zagwarantowanie w umowie pomiędzy stronami pełnej transparentności zasad współpracy. Opracowany we współpracy z zewnętrznym partnerem materiał oznaczony jest na stronie tytułowej nazwą i logo partnera. Informacja o partnerstwie zawarta jest również w ewentualnych materiałach dla mediów.

## **Samoograniczenie**

Podjęcie przez stowarzyszenie lub należącą do niego spółkę współpracy z podmiotami rynkowymi w zakresie opracowania analiz, ekspertyz, raportów czy projektów aktów prawnych wyklucza dalsze zaangażowanie Klubu Jagiellońskiego w proces stanowienia prawa w obszarze bezpośrednio związanym z tematem współpracy na co najmniej 12 miesięcy od publikacji materiału powstałego w partnerstwie. Eksperci CAKJ, którzy uczestniczą w procesie stanowienia prawa, a za pośrednictwem CA lub indywidualnie wykonywali zlecenia na zamówienie podmiotów rynkowych, zobowiązani są do uprzedniego, każdorazowego i publicznego przedstawienia tej informacji (np. w stanowisku wysyłanym w ramach konsultacji publicznych lub w informacji do władz odpowiedzialnej komisji parlamentarnej).

## **Odpowiedzialność**

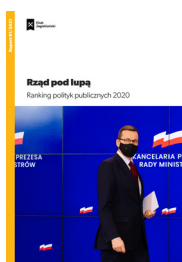
W ramach współpracy z partnerami rynkowymi CAKJ nie pośredniczy w kontaktach pomiędzy ich przedstawicielami a politykami i urzędnikami. Do udziału w spotkaniach promocyjnych i dyskusyjnych wokół materiałów powstałych w partnerstwie z podmiotami rynkowymi, a zawierających rekomendacje legislacyjne, CAKJ nie zaprasza imiennie zawodowych polityków ani urzędników. Klub Jagielloński, w ramach działalności statutowej, organizuje różnego rodzaju debaty, spotkania i seminaria z udziałem przedstawicieli różnych obszarów życia publicznego, w tym osób ze świata biznesu i polityki. Spotkania tego rodzaju, gdy dotyczą zagadnień regulacyjnych i pokrewnych, zawsze mają charakter misyjny i finansowane są wyłącznie ze środków własnych stowarzyszenia.

# Dorobek publikacyjny



## **Jak wydamy ponad 100 miliardów? Ocena projektu Krajowego Planu Odbudowy**

W raporcie „Jak wydamy ponad 100 miliardów? Ocena projektu Krajowego Planu Odbudowy” eksperci CAKJ przygotowali ewaluację projektu, ale także zaproponowali dodatkowe reformy, które mogą być dla politycznych decydentów cenną inspiracją do korekty przedstawionego dokumentu.



## **Rząd pod lupą. Ranking polityk publicznych 2020**

Reakcja rządu na wybuch epidemii była szybka i zdecydowana, a do tego ciesząca się dużym zaufaniem społecznym. Niestety, późniejsze działania, a przede wszystkim przygotowania do II fali pandemii, obnażyły wszystkie słabości polskiego państwa.



## **Pracować po republikańsku. Marzenie o państwie jako dobrym pracodawcy**

Administrację publiczną cechuje przekonanie o niskiej legitymizacji własnego istnienia i własna odmiana folwarcznych stosunków międzyludzkich w pracy. Skutkuje to przyjmowaniem postaw asekuranckich, niską innowacyjnością działań, kompleksem niższości wobec „rynku”.



## **Nierealne oczekiwania. Bilans i perspektywy stosunków polsko-chińskich**

W ostatniej dekadzie Polska osiągnęła niespotykany wcześniej poziom relacji politycznych z Chinami. Nie pomogło to jednak ani w otwarciu chińskiego rynku na import znan Włsy, ani w sprowadzeniu dużych chińskich inwestycji.



## Po dywersyfikacji. Polski rynek gazu – historia i postulaty zmian

Zakończenie wieloletniej umowy gazowej z Gazpromem oraz kluczowych inwestycji dywersyfikacyjnych zamknie pewną epokę na polskim rynku gazu i stworzy zupełnie nowe uwarunkowania wymagające na nowo zdefiniowania kluczowych wyzwań i odpowiedzi na nie.



## Fikcja jawności. Działalność lobbingowa w Sejmie RP w latach 2006-2019

Analiza ustawy o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa prowadzi do wniosku, że mamy do czynienia jedynie z pozorną regulacją.



## Przez Bałkany do Brukseli? Przyszłość Partnerstwa Wschodniego

Polska powinna zbudować na poziomie europejskim narrację tożsamościową opartą na odwołaniach do historii i kultury, która pokazywałaby wspólną przestrzeń bałkańsko-czarnomorską będącą integralną częścią Europy.



## Konfrontacja czy kompromis? Scenariusze decyzji dot. wyborów prezydenckich w cieniu pandemii COVID-19

Z analizy wynika, że negocjacje konstytucyjne są dziś faktycznie propozycją kompromisową. Zarówno rządzący, jak i opozycja ustępują w nim ze swoich przeciwstawnych pozycji pierwszej preferencji i decydują się na współpracę w scenariuszu – obustronnie – drugiego wyboru.



## **Podatkowy labirynt. Wyzwania polskiego systemu danin publicznych**

Arbitraż w podatkach dochodowych i brak sterowności systemu – głównie dlatego polskie podatki są postrzegane jako niesprawiedliwe. Niestety, bez dostępu do danych Ministerstwa Finansów nie da się odpowiedzieć na pytanie, jak powinna wyglądać struktura podatkowa w Polsce.



## **Uciekające metropolie. Ranking 100 największych polskich miast**

Statystyki potwierdzają hipotezę o zwiększającym się dystansie rozwojowym pomiędzy największymi metropoliami a mniejszymi miastami. Nie istnieje już w Polsce podział na biedny wschód i bogaty zachód. Czynnikiem różnicującym stało się posiadanie w regionie dużej metropolii.



## **Zmierzch dyplomacji? Polityka zagraniczna w dobie cyfrowej rewolucji**

Nowe narzędzie czy nowa jakość? Autor, uznany analityk stosunków międzynarodowych, zastanawia się, czy wpływ cyfrowej rewolucji na politykę zagraniczną ogranicza się do wyposażenia dyplomatów w nowe narzędzia, czy też fundamentalnie przeobraża środowisko ich pracy.



## **AlgoPolska. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji w służbie społeczeństwu**

Budując zaufanie do technologii, musimy zachować dbałość o interes społeczny w jej wdrażaniu. W raporcie "AlgoPolska" autorzy z Fundacji Centrum Cyfrowe i Klubu Jagiellońskiego wskazują, że aby Polska dokonała technologicznego skoku, potrzebujemy realnej debaty, modelu regulacji algorytmów, audytów i wyjaśnialności takich systemów, nowych rozwiązań w kwestii zarządzania danymi oraz powszechnej edukacji.



## **Kto powinien dbać o nasze konta? Polska wobec europejskiej unii bankowej**

Niniejszy raport stanowi próbę rozszerzenia dyskusji wokół integracji gospodarczej w Unii Europejskiej, która w Polsce ograniczana jest do zagadnień związanych ze wspólną walutą. Autor analizuje argumenty „za” i „przeciw” obecności Polski w europejskiej unii bankowej.



## **Dostateczna zmiana. Ranking polityk publicznych 2015-2019**

Wiarygodność, determinacja i suwerenność intelektualna, ale z drugiej strony antyinstytucjonalizm, lekceważenie procedur oraz niska kultura dialogu. Podsumowując dorobek Zjednoczonej Prawicy w poszczególnych dziedzinach polityki publicznej, zdecydowaliśmy się wystawić tróję.



## **Kierunek Bałkany! Znaczenie i potencjał współpracy Polski z państwami Bałkanów Zachodnich**

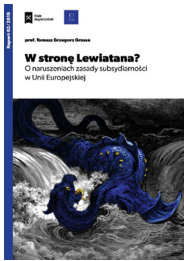
Polska ma potencjał, aby stać się istotnym podmiotem na Bałkanach Zachodnich. Dobrą podstawą tego procesu jest bezprecedensowy wzrost aktywności polskiej dyplomacji na Bałkanach Zachodnich w ostatnich latach.



## **Deglomeracja czy degradacja? Potencjał rozwoju średnich miast w Polsce**

Jeśli poważnie traktujemy hasła o równoważeniu rozwoju kraju, potrzebujemy większej liczby biegunów wzrostu postaci ośrodków subregionalnych. Miasta pozbawione przywilejów „wojewódzkich” nie tylko nie mają równego dostępu do środków i inwestycji, ale tracą również kapitał ludzki.





## **W stronę Lewiatana? O naruszeniach zasady subsydiarności w Unii Europejskiej**

Parlamenty narodowe w niewielkim stopniu przyczyniają się do niwelowania deficytu demokratycznego UE. Zamiast tego pełnią funkcję legitymizującą dla ekspansji kompetencyjnej i rozwoju systemu regulacyjnego w UE. Przedstawiamy kolejny raport CAKJ autorstwa prof. Tomasza Grosse.



## **Nowa współzależność. Perspektywy rozwoju polsko-niemieckiej współpracy gospodarczej**

W najbliższych latach Polska i Niemcy staną przed wyzwaniem wypracowania nowego modelu rozwojowego. Eksperti Centrum Analiz Klubu Jagiellońskiego, Ośrodka Studiów Wschodnich oraz Polskiego Instytutu Ekonomicznego analizują potencjalne pola współpracy oraz największe bariery.



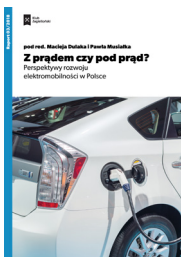
## **Rząd pod lupą. Ranking polityk publicznych 2018**

Fragmentaryczność reform, odwlekanie działań, bierność w wielu obszarach – to wątki przewijające się w licznych rozdziałach syntezy. Rzut oka na wystawione rządowi cenzurki nie nastraja optymistycznie: jakość rządzenia pozostaje w Polsce niska.



## **Lekarstwo dla uniwersytetu. Kolegia jako sposób na decentralizację polskich uczelni**

W raporcie poddajemy pod rozwagę propozycję zmiany struktury uczelni, zakładającą wprowadzenie instytucji tzw. kolegiów, które mogą stać się potrzebnym, skutecznym forum wewnętrznej współpracy, niezbędnej dla spożytkowania energii obecnej na polskich uczelniach.



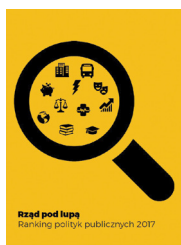
## Z prądem czy pod prąd? Perspektywy rozwoju elektromobilności w Polsce

Raport pokazuje przyczyny i dynamikę rozwoju elektromobilności w poszczególnych segmentach motoryzacji. Publikacja nie ogranicza się jedynie do diagnozy, ale przedstawia rekomendacje, będące propozycją korekty rządowej strategii rozwoju elektromobilności.



## Polska średnich miast. Założenia i koncepcja deglomeracji w Polsce

„Prawdziwe życie toczy się gdzieś indziej” – w tym zdaniu możemy zamknąć doświadczenie „Polski średnich miast”. Jako Klub Jagielloński sprzeciwiamy się rozwojowi naszego państwa ograniczonemu do kilku największych metropolii. Dlatego prezentujemy kompleksowy program deglomeracji.



## Rząd pod lupą. Rankig polityk publicznych 2017

Brakującym wymiarem analizy w debacie są zmiany w polityce publicznej, czyli reformy w poszczególnych obszarach funkcjonowania państwa. Prezentujemy syntetyczne podsumowanie najważniejszych reform dokonanych w 11 kluczowych działach administracji państwowej, od polityki gospodarczej do polityki kulturalnej.



## Tak blisko, a tak daleko. Wyzwania dla współpracy transportowej UE z państwami partnerstwa wschodniego

W raporcie autor dr Michał Beim wykazuje podstawowe bariery we wzajemnej współpracy oraz propozycje możliwych zmian i usprawnień, które mają na celu kompleksową harmonizację systemów transportowych państw UE i PW.

**Kontakt w sprawie  
współpracy:**

**Paweł Musiałek**  
Dyrektor CAKJ,  
członek zarządu Klubu Jagiellońskiego

tel: 792 302 130  
[pawel.musialek@klubjagiellonski.pl](mailto:pawel.musialek@klubjagiellonski.pl)

[www.klubjagiellonski.pl](http://www.klubjagiellonski.pl)

