

*Arkadiusz Przybyłka**

ŚWIADCZENIA DLA OSÓB STARSZYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH W RAMACH SYSTEMÓW OCHRONY ZDROWIA I POMOCY SPOŁECZNEJ (WYBRANE ZAGADNIENIA)

Streszczenie. W związku z postępującym procesem starzenia się populacji w Polsce rośnie zapotrzebowanie na usługi zdrowotne i opiekuńcze. Powoduje to rosnące koszty opieki zdrowotnej i świadczeń realizowanych przez system pomocy społecznej. W perspektywie pogłębiania tego procesu należy rozpocząć poszukiwania nowych rozwiązań systemowych w celu zaspokojenia rosnących potrzeb występujących wśród tych kategorii osób. W artykule przedstawione są obowiązujące rozwiązania prawne oraz najczęściej konsumowane świadczenia socjalne przez osoby starsze i niepełnosprawne, a także niektóre ich koszty.

Słowa kluczowe: ochrona zdrowia, pomoc społeczna, osoby starsze, osoby niepełnosprawne.

1. Wprowadzenie

Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej oraz do pomocy społecznej w ramach systemu zabezpieczenia społecznego to podstawowe prawa zagwarantowane w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. W artykule 67 znajduje się zapis, iż obywatel ma prawo do zabezpieczenia społecznego w razie niezdolności do pracy ze względu na chorobę lub inwalidztwo oraz po osiągnięciu wieku emerytalnego [Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej]. Ponadto w ustawie zasadniczej zapisano w artykule 68, iż władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku [Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej].

Artykuł ma na celu przedstawienie istniejących rozwiązań systemowych gwarantujących prawo do wybranych świadczeń dla osób starszych i niepełnosprawnych w ramach systemów ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Oparto się na aktach prawnych oraz danych GUS i NFZ obrazujących skalę korzystania z wybranych świadczeń w skali kraju.

* Uniwersytet Ekonomiczny w Katowice.

2. Populacja osób starszych i niepełnosprawnych

Ludność w wieku poprodukcyjnym zgodnie z wynikami NSP w 2011 wyniosła 17,3%. Polska zalicza się do krajów bardzo starych demograficznie. Świadczy o tym mediana wieku, która wynosi 37,3. W perspektywie najbliższych dwudziestu kilku lat nastąpi dalszy gwałtowny proces starzenia się społeczeństwa. Przewiduje się, że udział osób w wieku poprodukcyjnym będzie wynosił w Polsce 26,7% w perspektywie roku 2035. Mediana wieku zaś w perspektywie do 2035 roku wzrośnie do 47,9 lat [GUS, 2009].

Ze starzeniem się populacji związany jest nieodłącznie problem niepełnosprawności. Częstość występowania niepełnosprawności rośnie bowiem wraz z wiekiem, gwałtownie po ukończeniu 40 roku życia. Wśród czterdziestolatków niepełnosprawną jest co dziesiąta osoba, a w grupie pięćdziesięciolatków – blisko co piąta, natomiast wśród osób 70 letnich i starszych prawie co druga. Problem niepełnosprawności dotyczy w Polsce 5,3 mln osób.

W ramach obowiązujących uregulowań prawnych obowiązują dwa rodzaje orzecznictwa (regulowane odrębnymi ustawami), prowadzone przez różne instytucje, tj. dla celów rentowych – orzecznictwo rentowe prowadzone przez ZUS oraz dla celów pozarentowych – orzecznictwo prowadzone przez zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności. Na mocy prawa, posiadanie aktualnego orzeczenia wydanego przez ww. organy kwalifikuje daną osobę do grupy niepełnosprawnych prawnie i daje podstawę do ubiegania się i korzystania ze specjalnej pomocy, ułatwień czy przywilejów, jakie przysługują tej grupie. Niepełnosprawność biologiczna natomiast informuje jedynie o subiektywnej deklaracji osoby, że ma ograniczoną zdolność wykonywania wyspecyfikowanych czynności [GUS, 2011c]. Najczęstsze przyczyny niepełnosprawności ilustruje wykres 1



Wykres 1. Występowanie grup schorzeń u osób niepełnosprawnych (w%)

Źródło: *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.* GUS, Warszawa 2011, s. 74.

Osoby niepełnosprawne gorzej oceniają swój stan zdrowia niż osoby sprawne, częściej występują u nich długotrwałe problemy zdrowotne czy choroby przewlekłe, częściej też muszą korzystać z pomocy medycznej. Problemy zdrowotne tej populacji występują z niejednakową częstością. Nasilają się one bowiem wraz z upływem lat życia. Znaczna część populacji osób w podeszłym wieku przy wykonywaniu codziennych zwykłych czynności bezwzględnie wymaga pomocy ze strony innych osób [GUS, 2011c].

Osoby starsze i niepełnosprawne stanowią łącznie grupę szczególnej troski w zakresie ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Rozwój społeczno-gospodarczy rozbudza bowiem ich potrzeby, a równoległe rozwijający się stan wiedzy medycznej poprawia jakość świadczeń. Powoduje to powstawanie postaw roszczeniowych tych zbiorowości. Rezultatem jest coraz silniejszy nacisk na dostęp do świadczeń ratujących życie oraz poprawiających jakość życia. Należy zaznaczyć, że aktualny system polityki społecznej – głównie ochrony zdrowia oraz pomocy społecznej – nie jest w dostatecznym stopniu przygotowany do rosnących potrzeb tych populacji [Przybyłka A., 2008].

W polskiej tradycji to rodzina spełniała większość funkcji opiekuńczych wobec swych starszych, niepełnosprawnych i chorych członków. Okres transformacji ustrojowej spowodował jednak znaczące zmiany w tych wzorach życia rodzinnego. Coraz częściej następuje wycofywanie się z opieki i pomocy starszym oraz niepełnosprawnym członkom rodzin. Powoduje to zwiększenie zapotrzebowania na usługi medyczne i opiekuńcze.

3. Ochrona zdrowia

Środki na świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych, które są udzielane osobom ubezpieczonym, pochodzą w większości ze składek na ubezpieczenie zdrowotne. Leczenie pozostałych osób, innych niż ubezpieczone, pokrywane jest z budżetu państwa lub ze środków pomocy społecznej.

Liczba świadczeniobiorców wśród ubezpieczonych powyżej 65 roku życia wynosi 13,2%. Częstość hospitalizacji wzrasta wraz z wiekiem. Analiza pacjentów korzystających z usług szpitalnych z uwzględnieniem wieku wykazała, że osoby starsze, tj. po 65 roku stanowiły 26,3% pacjentów ogółem, czyli prawie dwa razy więcej. Dla tej grupy świadczeniobiorców w roku 2009 przeprowadzono 28,3% wszystkich hospitalizacji. Fundusz na sfinansowanie hospitalizacji w roku 2009 przeznaczył ponad 24 mld zł, w tym na hospitalizacje dla osób powyżej 65 roku życia wydano ponad 8 mld zł co stanowiło 33,6% wydatków ogółem [Analiza wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia związanych z finansowaniem hospitalizacji pacjentów od 65 roku życia w 2009 r., 2010]. Spo-

wodowane jest to tym, iż wraz z upływem lat życia pogarsza się stan zdrowia i wzrasta konieczność podjęcia specjalnych działań „naprawczych” [GUS, 2011c]. Najczęściej osoby starsze korzystają z usług takich specjalności oddziałów szpitalnych jak: choroby wewnętrzne (osoby po 65 roku życia stanowią prawie 30% pacjentów), chirurgia ogólna oraz kardiologia. Wśród wizyt u lekarza pierwszego kontaktu osoby najstarsze stanowią dominującą grupę. Bowiem 65% osób w wieku 70 lat i więcej co najmniej raz korzysta w ciągu roku z porady lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Opieka nad osobami starszymi jest realizowana także na szczeblu poradnictwa specjalistycznego. Biorąc pod uwagę typowe niesprawności wieku starszego w leczeniu ich uczestniczą przedstawiciele różnych specjalności medycznych. Do typowych kłopotów ze wzrokiem, słuchem – potrzebni są: okuliści, otolaryngolodzy i chirurdzy. Rosnąca liczba przypadków nowotworów typowych dla wieku starczego, a więc przewodu pokarmowego, prostaty, zwiększa popyt na usługi gastrologów, urologów i onkologów. Natomiast choroby neurologiczne, takie jak choroba Parkinsona, Alzheimerera i stwardnienie rozsiane, także na neurologów [Halik J., 2002].

Z usług lekarzy specjalistów stosunkowo więc najliczniej oprócz dzieci najmłodszych (do 5 roku życia) korzystają właśnie osoby dojrzałe i starsze (po 50 roku życia). Uwzględniając stan zdrowia osób chodzących do lekarzy specjalistów, można stwierdzić, że intensywność tej formy leczenia najwyższa jest wśród chorujących przewlekłe, niepełnosprawnych lub oceniających swoje zdrowie jako złe i bardzo złe. Prawie 3/4 osób niepełnosprawnych w ciągu ostatniego roku odwiedziło lekarza specjalistę, a ponad 46% nawet w ciągu ostatniego miesiąca. Osoby w wieku 60–69 lat częściej niż w innych grupach wiekowych przechodzą kuracje w lecznictwie uzdrowiskowym oraz można zaobserwować u nich najdłuższe hospitalizacje [GUS, 2012]. Odsetek osób zażywających leki będących w wieku 50 lat i więcej jest już bardzo wysoki i wynosi od 78 do 95%, podczas gdy w grupach młodszych od 52 do 68%. Najczęściej leki są stosowane przez osoby starsze w wieku 70 lat i więcej (97%) oraz osoby w wieku 60–69 lat (93%). Ogółem wśród emerytów odsetek stosujących leki wynosił 94% [GUS, 2012].

Stosunkowo rzadko osoby starsze korzystają z porad lekarzy stomatologów, zaledwie 9% osób w wieku 60–69 lat oraz 5% osób w wieku 70 lat i więcej. W przypadku tych osób znaczny udział mają porady i leczenie protetyczne [GUS, 2012]. Osoby najstarsze też należą do grupy, która stosunkowo często rezygnuje z wizyt. Powodem jest głównie długi czas oczekiwania, a w przypadku osób niepełnosprawnych trudności z dojazdem.

Populacji tej przysługują również świadczenia pielęgnacyjne lub opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego [Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki

zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, art. 33a]. Opieka paliatywna i hospicyjna ma na celu poprawę jakości życia chorego i jego bliskich zmagających się z codziennymi problemami związanymi z postępującą, często nieuleczalną chorobą. Opieka ta ma na celu zapobieganie bólom i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzanie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych.

Świadczenia w opiece paliatywnej i hospicyjnej udzielane są w warunkach:

- stacjonarnych – w oddziale medycyny paliatywnej oraz hospicjum stacjonarnym;
- domowych – w hospicjum domowym;
- ambulatoryjnych – w poradni medycyny paliatywnej [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie Świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej].

Świadczenia zdrowotne w opiece paliatywnej udzielane są, w zależności od potrzeb, przez wielodyscyplinarny zespół osób przygotowanych do opieki nad umierającym. W skład takiego zespołu wchodzi lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci, psycholog.

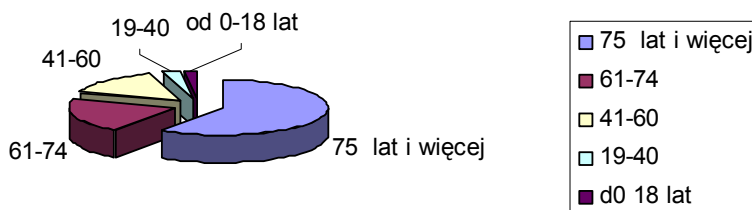
Oddział medycyny paliatywnej i hospicjum stacjonarne przeznaczone są przede wszystkim dla pacjentów z trudnymi do kontroli objawami, bez nadziei na wyleczenie, w ostatnim okresie życia. Oddział medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarne nie może funkcjonować w ramach innego oddziału szpitalnego. Musi być odrębną komórką organizacyjną zakładu opieki zdrowotnej [Tyszką N. (red), 2011].

W hospicjum domowym całościową opieką objęci są pacjenci z zaawansowanymi, niepoddającymi się leczeniu przyczynowemu, postępującymi, zagrażającymi życiu chorobami przewlekłymi o złych rokowaniach. Pacjentom objętym opieką przysługują w zależności od potrzeb – porady lekarskie i wizyty pielęgniarstwa. Ponadto przysługują również m. in.: leczenie farmakologiczne, leczenie bólu, leczenie innych objawów somatycznych, opieka psychologiczna nad świadczeniobiorcą i jego rodziną oraz rehabilitacja [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie Świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej].

W poradni medycyny paliatywnej sprawowana jest opieka nad chorymi, których stan ogólny jest stabilny i którzy mogą przybyć do poradni oraz nad chorymi, którzy ze względu na ograniczoną możliwość poruszania się wymagają wizyt domowych. Chorzy mogą skorzystać z porady lub wizyty dwa razy w tygodniu [Tyszką N. (red), 2011].

W roku 2009 baza łóżkowa typowych zakładów opieki długoterminowej tj. zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno –opiekuńczych o profilu ogólnym i psychiatrycznym na dzień wyniosła 23,1 tys. łóżek. Wzrosła także liczba osób objętych opieką stacjonarną i wyniosła 50,2 tys. Większość pacjen-

tów stacjonarnych zakładów opieki długoterminowej to osoby starsze w wieku powyżej 60 lat (78%), a ponad połowa miała 75 i więcej lat [GUS, 2011a].



Wykres 2. Struktura wieku pacjentów w zakładach stacjonarnych opieki długoterminowej

Źródło: Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 roku. GUS, Warszawa 2011, s. 60.

Liczba zakładów opiekuńczo-leczniczych wzrosła z 126 w roku 1995 do 284 w 2009 roku. Spada natomiast liczba zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, których w 2009 roku było 121. Wzrosła liczba osób leczonych w tych placówkach. O ile w 2000 roku w zakładach opiekuńczo-leczniczych leczonych było 16 340 osób to w roku 2009 liczba ta wzrosła do 33 043. Podobnie rzecz wyglądała w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych gdzie liczba leczonych wzrosła z 5 839 w 2000 roku do 11 310 w roku 2009. Liczba hospicjów w 2009 roku wyniosła 59, a przebywało w nich 14 141 osób.

Fundusz nie finansuje kosztów żywienia i zakwaterowania ubezpieczonego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej. Ustawodawca podkreśla, że świadczeniobiorca przebywający w takim zakładzie, który udziela świadczeń całodobowych, ponosi koszty żywienia i zakwaterowania. Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym, że opłata ta nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy [Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, art. 18].

Osoby bardzo stare, w wieku około 85 lat zazwyczaj cierpią na wiele schorzeń. Opieka nad nimi w zasadzie skupia się na utrzymaniu funkcji życiowych, zapobieganiu pogorszeniu sprawności oraz profilaktyce schorzeń przewlekłych. Osoby w wieku podeszłym zatem oprócz rutynowych działań medycznych obejmujących diagnostykę i leczenie chorób, wymagają równocześnie działań pielęgnacyjnych, opiekuńczych, rehabilitacji innych. Złożoność tej opieki jest przyczyną powstawania i rozwijania się systemów kompleksowej opieki reali-

zowanej przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny. Zasadniczym jej zadaniem powinna być holistyczna ocena potrzeb i rozwiązywanie problemów pacjenta oraz zapewnienie ciągłości opieki. Podobnych usług wymagają osoby niepełnosprawne w różnych grupach wiekowych.

Wielkość i zakres usług zdrowotnych w Polsce determinowana jest w znacznym stopniu przez to, że problematyka profilaktyki i promocji zdrowia zorientowana na utrzymanie zdrowia do najpóźniejszych lat życia nie jest dostatecznie upowszechniona. Określając podstawowe formy opieki geriatrycznej trzeba przede wszystkim pamiętać o specyfice chorobowości osób w wieku podeszłym i starym. W celu ustalenia optymalnych form opieki zdrowotnej nad ludźmi w wieku podeszłym należy określić, jakie zadania winny one spełniać, uwzględniając w tym również duży udział wspomnianej populacji osób niepełnosprawnych. Aktualnie populacji osób niepełnosprawnych przysługują również szczególne świadczenia, takie jak:

- w razie dysfunkcji narządów ruchu uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego, w celu odbycia leczenia (do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej i z powrotem) na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego [Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, art. 41],

- zaopatrzenie w wyroby medyczne na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w ustawie o refundacji. Kontynuacja zaopatrzenia w wybrane wyroby medyczne przysługuje świadczeniobiorcom także na zlecenie pielęgniarki lub położnej ubezpieczenia zdrowotnego na zasadach określonych w ustawie o refundacji [Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, art. 40],

- inwalidom wojskowym oraz jeśli inwalidztwo jest następstwem zranień, kontuzji i innych obrażeń lub chorób doznanych podczas działań wojennych, a także inwalidom wojennym przysługuje bezpłatne, do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych zaopatrzenie w leki objęte wykazem leków refundowanych w całym zakresie wskazań lub przeciwwskazań [Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych- art. 45, Ustawa z 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych],

- inwalidom wojennym oraz osobom represjonowanym, ich małżonkom pozostającym na ich wyłącznym utrzymaniu oraz wdowom i wdowcom po poległych żołnierzach i zmarłych inwalidach wojennych oraz osobach represjonowanych, uprawnionym do renty rodzinnej, a także cywilnym niewidomym ofiarom działań wojennych, przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki o kategorii

dostępności „Rp” lub „Rpz” oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte decyzją o refundacji, dopuszczone do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej [Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, art. 46],

- inwalidom wojennym i wojskowym, cywilnym niewidomym ofiarom działań wojennych oraz osobom represjonowanym przysługuje prawo do bezpłatnych wyrobów medycznych [Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, art. 47].

W związku ze starzeniem się społeczeństwa oraz związanego z tym wzrostem liczby osób niepełnosprawnych należy się spodziewać wzrostu zapotrzebowania na wskazane usługi. Konsekwencją tego będzie wzrost kosztów w ochronie zdrowia oraz pomocy społecznej. Aktualnie w Polsce zdecydowana większość osób niepełnosprawnych (98%) żyje w swoich gospodarstwach domowych. W instytucjach zbiorowego zakwaterowania mieszka nieco ponad 100 tys. osób niepełnosprawnych. Wśród krajów europejskich jest to sytuacja dość nietypowa, która wynika z niewielkiej liczby odpowiednich instytucji [Golinowska S., 2004].

4. Pomoc społeczna

Osobom starszym i niepełnosprawnym przysługują też świadczenia z pomocy społecznej. Jeżeli wymaga tego indywidualna sytuacja, osobom samotnym, które z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymagają pomocy innych, a są jej pozbawione, przysługuje pomoc w formie usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych. Usługi opiekuńcze obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem [Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej, art. 50]. Ponadto osobom, które ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymagają częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych, mogą być przyznane usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze lub posiłek, świadczone w ośrodku wsparcia. Są to placówki, które zapewniają całodzienny pobyt, posiłki, podstawowe świadczenia opiekuńcze, rekreacyjno – kulturalne, edukacyjne, rehabilitacyjne. W razie niemożności zapewnienia usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania przez rodzinę i gminę osoba wymagająca opieki całodobowej może ubiegać się o skierowanie do domu pomocy społecznej [Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej, art. 54].

Zaobserwować można wzrostową tendencję liczby miejsc i mieszkańców zakładów stacjonarnych pomocy społecznej w latach 2005–2009 co wyraźnie koresponduje z tempem przyrostu liczby osób powyżej 60 roku życia w tym

okresie. Liczba osób w tym wieku wzrosła z 6,3 mln w 2005 roku do 6,8 mln w 2009 roku, co stanowiło 8,5% wzrost. Liczba mieszkańców zakładów stacjonarnych pomocy społecznej powyżej 60 roku życia zwiększyła się w tym samym czasie o 5,8%, co stanowi 47,8% mieszkańców tych placówek. Osoby powyżej 75 roku życia stanowią 27% mieszkańców stacjonarnych zakładów pomocy społecznej, zaś osoby od 61 do 74 lat – 21% [GUS, 2011b]. W domach i na „oddziałach” dla osób w podeszłym wieku przebywało 18,3 tys. osób (18,3% ogółu mieszkańców stacjonarnych zakładów pomocy społecznej) [GUS, 2010].

Wśród różnych typów zakładów stacjonarnych pomocy społecznej w ostatnich latach przeciętnie 80% miejsc i ponad 81% mieszkańców skupiały domy pomocy społecznej, świadczące całodobową pomoc osobom w podeszłym wieku, chorym lub niepełnosprawnym [GUS, 2011b].

Najczęstszym źródłem finansowania pobytu mieszkańców w zakładzie stacjonarnym pomocy społecznej była emerytura lub renta, renta socjalna, zasiłek stały. Stanowiły one źródło finansowania pobytu dla ponad 84% mieszkańców w 2009 roku. Jedynie w przypadku 1–2% osób to rodzina finansowała ich pobyt w placówce. Wydatki na domy pomocy społecznej stanowią 8,4% wydatków na pomoc społeczną.

W zakładach stacjonarnych pomocy społecznej stosuje się również różne usprawnienia dla potrzeb osób niepełnosprawnych. 75% zakładów stacjonarnych pomocy społecznej jest przystosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych. Najczęściej są to pochylnie/podjazdy oraz wind. Najrzadziej, bo jedynie w 2,5% zakładów występują udogodnienia dla osób niewidomych [GUS, 2011b].

5. Podsumowanie

Ludzie starzy stając się coraz częściej głównymi konsumentami świadczeń opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, są także istotnym czynnikiem wzrostu kosztów w ochronie zdrowia oraz w instytucjach pomocy społecznej.

W Polsce nie istnieje system regulujący zasady wspierania opiekunów rodzinnych. Natomiast w polskich regulacjach prawnych istnieje obowiązek alimentacyjny, który można egzekwować na drodze sądowej. Ustawodawca nakłada więc obowiązki pielęgnacyjne na rodzinę, jednak nie reguluje wspierania finansowego. Rodziny przeżywają poważne trudności w realizacji swych funkcji socjalnych i opiekuńczych. Opiekunowie rodzinni i ich podopieczni stanowią niestety zbyt słabą grupę, by wywrzeć skuteczny nacisk na decydentów do zmian tej paradoksalnej sytuacji [Błędowski P., Pędich W., 2004].

Konkludując refleksje o potrzebach socjalnych osób starszych oraz niepełnosprawnych można wysnuć szereg wniosków. Najważniejszym jest niewątpliwie rosnąca presja na rynek usług medycznych oraz system pomocy społecznej.

Wynika ona z jednej strony ze zmian struktury demograficznej, z drugiej z gorszego stanu zdrowia osób starszych głównie niepełnosprawnych. Potwierdzają to przedstawiono wcześniej dane statystyczne, które jednoznacznie wskazują iż liczba osób starszych będzie wzrastać. Ponadto sytuacja ekonomiczna tej grupy ludności wskazuje na malejącą siłę nabywczą ich świadczeń, co jest związane z rosnącymi kosztami utrzymania [Przybyłka A., 2008].

Aby zapobiec gwałtownemu wzrostowi wydatków należy podjąć działania, które doprowadzą do wprowadzenia wyodrębnionego podsystemu zabezpieczenia społecznego dedykowanego opiece długoterminowej, w którym, głównym kryterium uprawniającym do świadczeń byłyby potrzeba świadczeń opiekuńczych od osób trzecich. Umożliwiłoby to bardziej efektywne wykorzystanie środków przeznaczanych na te działania [Więckowska B., Szwalkiewicz E., 2011].

Literatura

- Analiza wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia związanych z finansowaniem hospitalizacji pacjentów od 65 roku życia w 2009 r., 2010*, NFZ, Warszawa, 7.
- Błędowski P., Pędich W., 2004, *Opiekunowie rodzinni jako podstawowe źródło opieki domowej nad niesprawnymi osobami starszymi*, [w:] Błędowski P. (red), *Między transformacją a integracją. Polityka społeczna wobec problemów współczesności*. Warszawa, 178 i nast.
- Golinowska S., 2004, *Integracja społeczna osób niepełnosprawnych. Ocena działań instytucji*, IPiSS, Warszawa, 24.
- GUS, 2012, *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2010 r.* ZWS GUS, Warszawa, 38–54.
- GUS, 2011a, *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 roku*. ZWS GUS, Warszawa, 61.
- GUS, 2011b, *Pomoc społeczna w Polsce w latach 2005–2009*. ZWS GUS, Warszawa, 56–60.
- GUS, 2011c, *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.* ZWS GUS, Warszawa, 69–86.
- GUS, 2010, *Pomoc społeczna – infrastruktura, beneficjenci, świadczenia w 2009 roku*. ZWS GUS, Warszawa, 33.
- GUS, 2009, *Prognoza ludności na lata 2008–2035*. ZWS GUS, Warszawa, 153 i nast.
- Halik J., 2002, *Zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa polskiego*, [w:] Halik J. (red), *Starzy ludzie w Polsce*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa, 122.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. 1997, nr 78, poz. 483).
- Przybyłka A., 2008, *Wpływ procesu starzenia na rynek usług medycznych w Polsce*. Zeszyty Naukowe Politechniki Rzeszowskiej. Zarządzanie i Marketing z.13, Rzeszów, 372–377.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie Świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. nr 139, poz. 1138).
- Tyszcza N. (red), 2011, *Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych – vademecum 2011*, NFZ, Warszawa, 77–78.
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz. U. 2008, nr 115, poz. 728 z późniejszymi zmianami)
- Ustawa z 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. 122, poz. 696).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2008, nr 164, poz. 1027 z późniejszymi zmianami).
- Więckowska B., Szwalkiewicz E., 2011, *Usługi społeczne w opiece długoterminowej*. [w:] Grewiński M., Więckowska B. (red), *Przeobrażenia sfery usług w systemie zabezpieczenia społecznego w Polsce*, WSP TWP, Warszawa, 156.

*Arkadiusz Przybyłka***BENEFITS FOR ELDERLY AND DISABLED PEOPLE IN THE FRAMEWORK
OF SYSTEMS OF THE HEALTH CARE AND THE WELFARE (CHOSEN ISSUES)****Abstract**

In relation to the progressing ageing process of the population in Poland grows a demand for health services and welfare. It causes growing costs of the health care and benefits processed by the system of the welfare. In the perspective of deepening this process one should start searching of system new solutions in order to meet the growing appearing needs amongst these categories of persons. In the article law and most often consumed social security benefits applying to solutions are described by elderly and disabled people, as well as some their costs.

Keywords: health care, welfare, elderly people, disabled people.