

*Joanna Gwarda-Żurańska**

STAN OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W POLSCE W LATACH 2010–2013

Streszczenie. Opracowanie ma na celu przybliżenie sytuacji opieki długoterminowej w Polsce w latach 2010–2013, przede wszystkim na podstawie regulacji prawnych oraz statystyk opublikowanych przez GUS. Celem artykułu jest wskazanie najważniejszych problemów związanych z organizacją opieki długoterminowej w Polsce. Autorka pomija szeroki aspekt finansowy, skupia się na pozostałych, równie ważnych kwestiach, m.in. na: sytuacji demograficznej, kadrowej oraz prawnej osób niesamodzielnych. Oprócz powszechnie znanych problemów związanych z opieką długoterminową, jak starzenie się społeczeństwa, brak odpowiedniego systemu gromadzenia informacji czy niski poziom świadczeń, Autorka porusza bardziej szczegółowe zagadnienia, jak problemy kadrowe, psychologiczne oraz związane z opieką pielęgniarską. Przedstawia zarys informacji na temat opieki długoterminowej w Szwecji, gdzie opieka nad niesamodzielnymi jest uznawana za najbardziej rozwiniętą w Europie.

Słowa kluczowe: opieka długoterminowa, problemy opieki długoterminowej, sytuacja osób niepełnosprawnych.

1. WPROWADZENIE

Sytuacja demograficzna, nie tylko w Polsce, lecz także na całym świecie, zmienia się nieustannie. Wydłuża się czas trwania życia, co jest rezultatem postępu w medycynie i poprawy jakości życia. W konsekwencji społeczeństwo się starzeje, co oznacza zwiększenie się stosunku liczby ludzi starszych do ogółu populacji, w szczególności do liczby osób aktywnych zawodowo. Taka sytuacja powoduje liczne problemy w organizacji opieki długoterminowej. Przede wszystkim osób, które wymagają takiej opieki, jest coraz więcej, zbyt dużo w stosunku do możliwości kadrowych, lokalowych oraz finansowych. Brakuje wykwalifikowanych opiekunów, w domach opieki nie wystarcza miejsc dla potrzebujących pacjentów, a budżety Narodowego Funduszu Zdrowia i Zakładu Ubezpieczeń Społecznych są niewystarczające w stosunku do potrzeb. Ponadto idea opieki długoterminowej zrodziła się stosunkowo niedawno, na początku lat 90., przy jednoczesnym rozłamie opieki społecznej i zdrowotnej na dwa odrębne resorty, co spowodowało

* Doktorantka, Uniwersytet Łódzki, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny, Katedra Ubezpieczeń.

dezintegrację oraz niejasności w zasadach współpracy oraz finansowaniu świadczeń opieki długoterminowej.

Głównym celem opracowania jest określenie stanu opieki długoterminowej w Polsce w latach 2010–2013, przede wszystkim na podstawie regulacji prawnych oraz statystyk opublikowanych przez GUS w latach 2010–2013. Celem szczegółowym artykułu jest wskazanie najważniejszych problemów związanych z organizacją opieki długoterminowej w Polsce.

Hipotezą główną pracy jest stwierdzenie, że wyodrębnienie opieki długoterminowej jako względnie autonomicznej jest ważnym elementem podnoszenia efektywności systemu ochrony zdrowia poprzez jej integracyjne oddziaływanie na pozostałe obszary. Z hipotezą główną związane są hipotezy cząstkowe:

- w zarządzaniu opieką długoterminową uwzględnić należy trzy aspekty: ekonomiczny, społeczny oraz zdrowotny;
- w opiece długoterminowej niezbędna jest głębsza dywersyfikacja podmiotowa i przedmiotowa w alokacji usług medycznych adresowanych do tej specyficznej grupy pacjentów.

2. WYBRANE DEFINICJE OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ ORAZ JEJ ZAKRES

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization, WHO) opieka długoterminowa jest systemem działań podejmowanych przez opiekunów nieformalnych (rodzina, przyjaciele) oraz formalnych (specjalistów w dziedzinie zdrowia, opieki społecznej oraz innych) w celu zapewnienia osobie, która nie jest w pełni zdolna do samodzielnej opieki, najwyższej możliwej jakości życia, według jej indywidualnych preferencji, przy zachowaniu możliwie wysokiego stopnia niezależności, autonomii, samorealizacji i godności ludzkiej (WHO 2000: 6). Według Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (Organization for Economic Co-operation and Development, OECD) opieka długoterminowa to zakres (często podstawowych) usług potrzebnych osobom uzależnionym od pomocy przy wykonywaniu podstawowych czynności ADLs¹ (ECO/WKP 2006: 9). Definicja Ministerstwa Zdrowia brzmi natomiast następująco: „opieka długoterminowa to długookresowa, ciągła i profesjonalna pielęgnacja i rehabilitacja oraz kontynuacja leczenia farmakologicznego i dietetycznego. Opieka ta realizowana jest w zakładach opieki stacjonarnej lub w domu chorego” (Augustyn 2010: 11). W niniejszej pracy autorka przyjmuje, że opieka długoterminowa to nieokreślone bądź określone w czasie świadczenie usług pielęgnacyjno-opiekuńczych i leczniczych,

¹ ADL – *activities of daily living* – samodzielne czynności, które człowiek musi wykonywać każdego dnia: kąpiel, ubieranie się, jedzenie, wychodzenie z łóżka, poruszanie się, korzystanie z toalety, kontrolowanie pęcherza moczowego i jelit.

a także pomoc i wsparcie (w tym finansowe) dla osób przewlekle chorych bądź niepełnosprawnych².

Taka definicja zdaniem autorki jest najbardziej trafna, gdyż definicja OECD jest zbyt zawężona, jeśli chodzi o odbiorców opieki długoterminowej (ograniczenie do osób wymagających pomocy przy wykonywaniu czynności ADLs), zaś według Ministerstwa Zdrowia zbyt wąska, jeśli chodzi o zakres opieki – nie obejmuje zabezpieczenia finansowego ani opieki nieformalnej. Pojęcie opieki długoterminowej według WHO jest z kolei, w jej opinii, zbyt ogólne, nie wskazuje konkretnego zakresu działań zapewniających opiekę.

Wobec powyższego opieka długoterminowa ma za zadanie zabezpieczenie dostępu, dla osoby niesamodzielnej lub też potrzebującej okresowej pomocy, do niezbędnego leczenia farmakologicznego i dietetycznego, które jest następstwem postawionej diagnozy. Cele, jakie powinna osiągać, to zniesienie cierpienia fizycznego i psychicznego, podtrzymanie kondycji zdrowotnej, poprawa stanu zdrowia lub jego przywrócenie. Taką formę opieki można określić mianem świadczeń w naturze. Należą do nich długoterminowa domowa opieka pielęgniarska, opieka w domach pomocy społecznej, opieka w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych oraz leczenie na oddziałach dla przewlekle chorych. Opieka długoterminowa to także umożliwienie dostępu do pomocy socjalnej, czyli świadczenia pieniężne – renty z tytułu niesamodzielności do pracy, dodatki pielęgnacyjne (do renty lub emerytury) oraz zasiłki pielęgnacyjne.

3. ROZWÓJ OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W POLSCE – RYS HISTORYCZNY

Reforma systemu służby zdrowia w Polsce oraz jednoczesna reforma samorządu i administracji, które zostały przeprowadzone na początku lat 90., wprowadziły szereg zmian w strukturach służby zdrowia. Nastąpiła rewolucja w sposobie finansowania i zarządzania placówkami. Trudno dziś uwierzyć, że zakłady opieki długoterminowej budzące mnóstwo kontrowersji, pytań o przyszłość, są tworem stosunkowo młodym. Ich rozwój rozpoczął się bowiem w roku 1991, wraz ze zmianą ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (Śmiarowska 2007: 4).

Wprowadzenie zmian we wspomnianej ustawie miało na celu rozwiązanie problemu opieki nad osobami przewlekle chorymi, niezdolnymi do samodzielnej egzystencji, w stosunku do których zakończył się proces leczenia i rehabilitacji, a które nadal wymagały całodobowych świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych w warunkach stacjonarnych. Niestety, w tym samym czasie nastąpił rozłam systemu opieki społecznej i opieki zdrowotnej na dwa odrębne resorty.

² www.opiekadlugoterminowa.republika.pl/ (dostęp: 27.03.2014), *Pielęgniarstwo w Dziedzinie Przewlekle Chorych i Niepełnosprawnych / Opieka Długoterminowa*.

Spowodowało to ogólną dezintegrację, niejasne stały się reguły współpracy oraz finansowania świadczeń w obu resortach. W obliczu braku jednoznacznie określonych kryteriów kwalifikacyjnych w opiece zdrowotnej i pomocy społecznej potrzeby osób zainteresowanych zeszyły na dalszy plan, przysłonił je lokalny rynek podaży – tak naprawdę on decydował o realizacji świadczenia zdrowotnego czy społecznego.

Pierwsze placówki pielęgnacyjno-opiekuńcze powstawały w zakładach opieki zdrowotnej w miejsce nierentownych oddziałów noworodkowych i ginekologiczno-położniczych. W tym okresie nie były ustalone żadne standardy opieki, a koszt funkcjonowania takiego oddziału obliczano z bardzo dużym prawdopodobieństwem. Dopiero w latach 1998–2000 około sto zakładów opieki długoterminowej, przy udziale Ministerstwa Zdrowia, zostało doposażonych w wymagany, zgodnie z opracowanym przez Kasę Chorych standardem, sprzęt medyczny. Kolejne lata to czas, kiedy rosły oczekiwania Narodowego Funduszu Zdrowia co do norm, jakie mieli spełniać świadczeniodawcy, paradoksalnie malał wówczas poziom finansowania tych świadczeń. Wprowadzono nowe formy udzielania świadczeń, jak pielęgnarska domowa opieka długoterminowa, opieka nad pacjentami w stanach wegetatywnych oraz wentylowanych mechanicznie. Pojawił się problem odpowiednich kwalifikacji kadry, która wówczas pozyskiwana była z likwidowanych oddziałów i nie była odpowiednio przygotowana do świadczenia usług pacjentom wymagającym specjalistycznej opieki. Pacjenci charakteryzowali się bowiem wielochorobowością, długotrwałą niezdolnością do samodzielnej egzystencji, a co za tym idzie – szczególnymi potrzebami natury fizycznej i psychicznej. Potrzebę odpowiedniego przygotowania personelu dostrzegły w 1997 r. Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych. To one podjęły wyzwanie kształcenia kadry związanej z tą sferą opieki zdrowotnej w ten sposób, by była ona wyposażona w odpowiednią wiedzę i umiejętności (Śmiarowska 2007: 4–5).

Tak zrodziła się idea konferencji z cyklu Toruńskie Dni Opieki Długoterminowej (TDOD). Pierwsza, pod tytułem „Opieka długoterminowa – płaszczyzną integracji systemów ochrony zdrowia i pomocy społecznej”, została zorganizowana w roku 1998. Od tego czasu sympozja odbywają się rokrocznie, ostatnie miało miejsce we wrześniu 2015 pod nazwą „Zrozumieć osobę niesamodzielną. Trudne sytuacje w opiece długoterminowej”. Na spotkaniach podejmuje się tematykę związaną z problemami osób przewlekle chorych, niezdolnych do samodzielnej egzystencji. Wiodącym tematem konferencji od początku była polityka zdrowotna i społeczna wobec ludzi starszych i niepełnosprawnych, nie tylko w Polsce, lecz także na całym świecie. Pewnie dlatego charakter imprezy wraz z upływem czasu zmienił się na międzynarodowy. W roku 2013 do Torunia oraz do Bydgoszczy (wówczas po raz pierwszy impreza odbywała się w dwóch miastach) przybyli goście z 21 krajów (w roku 2012 z 25). W zjeździe w 2000 r. wzięło udział trzystu uczestników, w 2011 – już tysiąc. To wszystko

świadczy niewątpliwie o ważkości i aktualności problematyki związanej z opieką długoterminową³.

Jak podkreśla Grażyna Śmiarowska⁴, najważniejszy w toruńskich konferencjach jest fakt, że „stworzyły one wspólne forum dyskusyjne dla środowisk zajmujących się człowiekiem przewlekle chorym zarówno w sektorze opieki zdrowotnej, jak i opieki społecznej” oraz „spotkania w Toruniu zintegrowały środowisko i wykształciły liderów promujących dobrą jakość w opiece długoterminowej”. I chociaż konferencje nie rozwiązały problemów, to pomagają znaleźć odpowiedni kierunek, w jakim powinna dążyć opieka długoterminowa (Śmiarowska 2007: 5).

Obecnie obowiązującym aktem określającym warunki zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej jest Zarządzenie Nr 69/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 listopada 2014 r. Określa ono:

- przedmiot postępowania i umowy:
 - katalog świadczeń (załącznik 1 do Zarządzenia),
 - wzór umowy (załącznik 2 do Zarządzenia),
 - warunki wobec świadczeniodawców (załącznik 3 do Zarządzenia, a także przepisy odrębne, w zależności od rodzaju umowy),
- zasady postępowania oraz wymagania wobec świadczeniodawców;
- zasady udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w warunkach stacjonarnych;
 - zasady udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w warunkach domowych;
 - świadczenia w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej⁵;
 - zasady sprawozdawania, rozliczania i finansowania świadczeń (sposobem rozliczania świadczeń jest osobodzień, przy czym w wyszczególnionych w Zarządzeniu przypadkach stosuje się przeliczniki, nawet do 4,2 punktów; podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym jest rachunek wraz z raportem statystycznym).

Renta z tytułu niezdolności do pracy to świadczenie, które od roku 1999 zastąpiło rentę inwalidzką – ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Ustawa reguluje także zasady przyznawania dodatku pielęgnacyjnego. Ustawa o świadczeniach rodzinnych z dnia 28 listopada 2003 r. określa natomiast reguły przyznawania zasiłku pielęgnacyjnego. W dalszej części artykułu pominięte zostaną aspekty finansowania opieki długoterminowej i szczegółowe problemy z tym związane.

³ <http://cim.tzmo.pl/pg/cim/content/Folder.2007-05-10.0454/Folder.2007-05-10.3248/Folder.2007-05-10.3407/pl/Document.2007-05-10.2324> (dostęp: 23.03.2014).

⁴ Kujawsko-pomorski konsultant wojewódzki w dziedzinie opieki długoterminowej.

⁵ Zarządzenie Nr 83/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 listopada 2011 r.

4. PROBLEMY DEMOGRAFICZNE ZWIĄZANE Z OPIEKĄ DŁUGOTERMINOWĄ

Jednym z najistotniejszych problemów związanych z opieką długoterminową jest problem starzenia się społeczeństwa.

Tabela 1

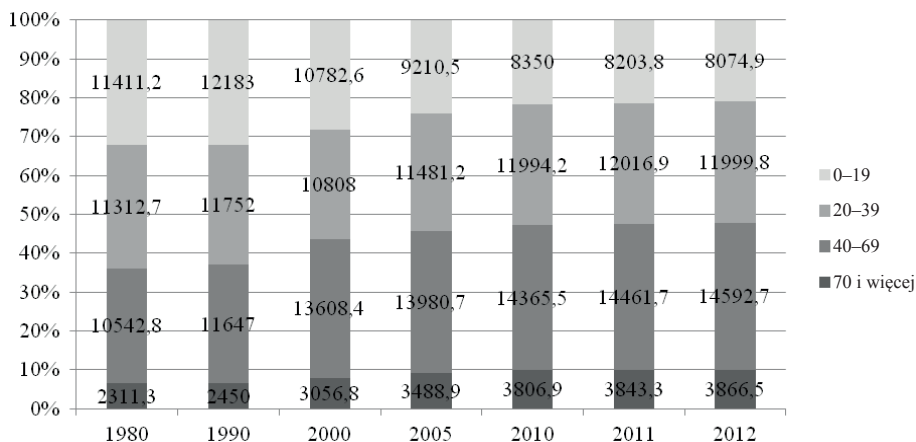
Przeciętne trwanie życia w wybranych krajach (wartości skrajne) oraz w Polsce w roku 2010

Kraj	Chłopcy w wieku 0 lat		Dziewczynki w wieku 0 lat		Mężczyźni w wieku 50 lat		Kobiety w wieku 50 lat	
	trwanie życia	życie w zdrowiu	trwanie życia	życie w zdrowiu	trwanie życia	życie w zdrowiu	trwanie życia	życie w zdrowiu
Bułgaria	70,3	63	77,4	67,1	24	18	29,7	20,8
Francja	78,3	61,8	85,3	63,5	30,8	18,2	36,8	19,5
Litwa	68	57,8	78,9	62,4	22,9	14,3	31	16,5
Malta	79,2	70,2	83,6	71,6	31,3	23,2	34,7	23,8
POLSKA	72,1	58,5	80,7	62,3	25,6	14,6	32,3	16,8
Słowacja	71,7	52,4	79,3	52,1	24,7	9,8	30,9	9,7
Szwajcaria	80,2	65,5	84,8	63,3	31,9	21,7	36	21,8
Szwecja	79,6	71,7	83,6	71,1	31,3	25,4	34,7	26

	wartość najniższa
	wartość najwyższa

Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS (2012b: 177).

W roku 2011 przeciętny czas trwania życia wyniósł dla mężczyzny 72,4 lata, a kobiety 80,9. Dla porównania w roku 1950 czas ten wynosił odpowiednio nieco ponad 56 i niespełna 62 lata. Przełomowy był rok 1991 – w ciągu kolejnych 10 lat średnia życia mężczyzn wydłużyła się o 6,5 roku, zaś kobiet o 5,8 lat (GUS 2012a: 15). Szczegółowe dane prezentuje tab. 1.



Wykres 1. Ludność według płci i wieku w Polsce w latach 1980–2012 (w tys.) – stan w dniu 30 VI

Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS (2013b: 126–128; 2014: 130–132).

Wykres 1 ilustruje, jak zmieniła się struktura wieku w Polsce od roku 1980. Radykalnie zmalała liczba dzieci i młodzieży do lat 19 – o ponad 29% przy jednoczesnym wzroście liczby wszystkich Polaków o 8% oraz wzroście liczby osób powyżej 70 roku życia o 67%.

Problem starzenia się społeczeństwa polskiego niewątpliwie potęguje fakt, że zmienia się stosunek osób w wieku okołoemerytalnym do osób starszych (po 75 roku życia) i jednocześnie spada liczba dzieci w rodzinach. To z kolei niesie za sobą konsekwencje polegające na rozszerzeniu się zjawiska braku, niegdyś naturalnej i powszechnej, opieki ze strony rodziny, co znow prowadzi do wzrostu liczby osób, które należy uwzględnić w planowaniu opieki długoterminowej. A jeśli nawet starszy człowiek ma rodzinę, to często woli ona zatrudnić opiekunkę (ze swojego otoczenia). Takie rozwiązanie sytuacji z punktu widzenia na przykład dzieci osoby niedołążnej pozwala zapewnić rodzicom opiekę przy zatrudnieniu na pełnym etacie. Niestety jednocześnie napędza rozwój szarej strefy w tej dziedzinie i pośrednio zabiera miejsce pracy oraz możliwość rozwoju firm, które mogłyby legalnie świadczyć usługi opiekuńcze. Ponadto nietrudno zauważyć, że kompetencje takiej opiekunki mogą być niewystarczające do prawidłowego wykonywania powierzonych jej obowiązków. Dodatkowo istnienie szarej strefy utrudnia właściwe oszacowanie potrzeb zdrowotnych w zakresie opieki długoterminowej.

5. NEGATYWNE ASPEKTY ORGANIZACJI OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

Brak odpowiedniego systemu gromadzenia danych jest bardzo ważnym problemem związanym z opieką długoterminową, bowiem powszechnie dostępne raporty nie uwzględniają informacji na temat samodzielnego radzenia sobie z wykonywaniem podstawowych czynności życiowych. Szacunki co do liczby osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji oraz pozostających w znacznym stopniu niepełnosprawności są rozbieżne. Według danych ZUS i KRUS liczba ta wynosiła w 2008 r. 2073 tysiące osób. Unia Europejska (UE) szacuje tę liczbę na 1000 tysięcy, czyli ponad połowę mniej. Wyliczenia Departamentu Analiz Strategicznych Kancelarii Prezesa Rady Ministrów (DAS KPRM) z 2009 r. wykazały, że w Polsce żyje 770 tysięcy takich osób (Augustyn 2012).

W Polsce poza świadczeniami w naturze świadczona jest opieka rodzinna oraz przez niezarejestrowanych opiekunów. Ocenia się, że w naszym kraju 80% osób niesamodzielnych pozostaje pod opieką bliskich. Nie ma danych na temat jakości i zakresu tego typu opieki (Augustyn 2012). Nie wiadomo też, czy te szacunki nie są zawyżone ze względu na zjawisko występowania szarej strefy.

Następną barierą utrudniającą zapewnienie opieki długoterminowej na odpowiednim poziomie jest słaby zakres i niski, zróżnicowany poziom świadczeń. Jak powszechnie wiadomo, poziom usług każdego systemu jest zdeterminowany poziomem zamożności państwa, a ten nie jest w Polsce wysoki (Strzelecka 2009).

Mimo że idea świadczeń na opiekę długoterminową zrodziła się w latach 90., nadal brakuje odpowiednich kryteriów kwalifikacji pacjentów. Dokładniej: do wszystkich zakładów przyjmowany jest pacjent klasyfikowany według skali Barthel (opracowanej przez NFZ), jednak te kryteria nie sprawdzają się w wielu przypadkach, m.in. u osób z zaburzeniami psychicznymi, wymagającymi długotrwałej rehabilitacji czy też z przewlekłymi ranami. Zakwalifikowany według takiej skali pacjent otrzymuje następnie pewne świadczenia. Niestety nie są one w pełni dostosowane do jego stanu zdrowia ani potrzeb – są zdeterminowane przez lokalny rynek podaży.

Brakuje kryteriów wyceny jednostkowego kosztu świadczenia, a co za tym idzie – Narodowy Fundusz Zdrowia ustala cenę należności w sposób dowolny. A przecież kalkulacja kosztu jest niewątpliwie absolutną koniecznością (Śmiarowska 2007: 5).

Usługi opieki długoterminowej mają ograniczoną dostępność, a koszty dla niesamodzielnych, rodzin i samorządów są zbyt wysokie. Świadczenia są niewłaściwie adresowane, a ich efektywność jest niska. Jeśli chodzi o organizację opieki długoterminowej (a raczej dezorganizację), to: brakuje koordynacji, kompleksowości, ciągłości, nakładają się niekiedy orzeczenia i uprawnienia, zasady kwalifikacji i kontroli jakości są zróżnicowane, brakuje jednolitych standardów, konkurencja

jest nierówna. Do tego rynek usług jest słabo rozwinięty, oferta świadczeń jest zbyt uboga, rozwija się „szara strefa” (Augustyn 2012).

Z punktu widzenia Narodowego Funduszu Zdrowia problemy występują na innej płaszczyźnie i są pochodną niewłaściwego funkcjonowania jednostek świadczących usługi w zakresie opieki długoterminowej. NFZ zwraca uwagę na następujące nadużycia ze strony świadczeniodawców:

- brak zasadności przyjęcia pacjenta;
- brak dokumentacji potwierdzającej sprawozdanie opieki nad pacjentem;
- świadczeniodawcy nie wykazują w sprawozdaniach udzielanych pacjentom przepustek;
- wykazywanie do rozliczeń innej liczby dni pobytu pacjentów niż wynika to z dokumentacji medycznej;
- wykazywanie do rozliczeń świadczeń bez potwierdzenia w dokumentacji medycznej;
- wykazywanie do rozliczeń świadczeń zmarłego pacjenta (NFZ 2008: 207).

Każdy rodzaj świadczeń, zarówno tych w naturze, jak i pieniężnych, wiąże się z różnymi dodatkowymi problemami.

Jeśli chodzi o renty, brakuje lekarzy orzeczników – w październiku 2012 r. obsadzonych było 600 stanowisk na 682 etaty. Nie ma chętnych na te wakaty, gdyż praca nie ma charakteru prestiżowego, nie ma możliwości rozwoju, a pensja może być uznana za zbyt niską (ze wszystkimi dodatkami ok. 6200 zł brutto) w porównaniu do możliwości zarobkowych lekarzy innych specjalizacji. Takie niedowartościowanie materialne może się przyczyniać do rozwoju korupcji. Brak orzeczników powoduje z kolei wydłużenie czasu oczekiwania na rozpatrzenie wniosków. Ponadto surowe, niejasne przepisy w zakresie przyznawania rent ograniczają racjonalne, indywidualne podejście do każdego pacjenta⁶.

Problemy związane *stricte* z opieką pielęgniarską mają odmienne przyczyny. Oczywiście zdaje się, że zakres czynności pielęgniacyjnych, niekiedy bardzo szeroki, powinien być indywidualnie dopasowany do każdego z pacjentów. Nie jest to jednak do końca możliwe, wzięwszy pod uwagę konstrukcję karty czynności pielęgniarskich (załącznik nr 8 do zarządzenia Nr 87/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 grudnia 2013 r.). Dodatkowym paradoksem jest fakt, że na karcie znajduje się czynność o nazwie „założenie lub wymiana cewnika u kobiet”. Nie wnikając w szczegóły, łatwo zauważyć, w czym tkwi problem – NFZ nie finansuje wymiany cewnika u mężczyzn, gdyż oficjalnie czynność tę może wykonać jedynie lekarz. Nieoficjalnie bardzo często wykonuje ją pielęgniarka (która przecież i tak jest na miejscu), jednak nie może wpisać jej do karty, bo następstwem byłby brak refundacji NFZ za danego pacjenta. Wypełnioną kartę podpisuje pacjent lub opiekun (osoba faktycznie sprawująca opiekę nad chorym – w przypadku osób samotnych może to być nawet opiekunka

⁶ <http://wyborcza.biz/finanse/2029020,125887,13076261.html> (dostęp: 3.06.2014).

społeczna). Kolejnym problemem związanym ze sprawowaniem tego typu opieki jest fakt, że pielęgniarki są często traktowane jako pomoc domowa, padają niekiedy ofiarą fałszywych zażaleń i są narażone na różnego rodzaju przykrości i upokorzenia. Przy tym ich wynagrodzenie może zostać uznane za niewspółmierne do charakteru wykonywanej pracy. Ponadto problemem jest odpowiedni dobór kadry: personel zakładu, który świadczy usługi opieki domowej, powinien być dobierany ze szczególną uwagą, wówczas jakość usług jest bezspornie wyższa. Ważną kwestią jest finansowanie opieki domowej. Zarządzenie prezesa NFZ nr 93 z 30 grudnia 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej wprowadziło do załącznika nr 1 tego zarządzenia zapis mówiący o wskaźniku 0,4 osobodnia w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej dla pacjentów przebywających pod tym samym adresem zamieszkania. Zgodnie z Zarządzeniem nr 87/2013/DSOZ z dnia 18 grudnia 2013 r.⁷ od 1 stycznia 2015 r. miał obowiązywać współczynnik korygujący 0,7 osobodnia, jednak na mocy Zarządzenia nr 69/2014/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 6 listopada 2014 od dnia 7.11.2014 r. obowiązuje przelicznik 0,5 osobodnia dla osób przebywających pod tym samym adresem. Jeśli przemnożymy wskaźnik przez 2 (dwie osoby pod jednym adresem zamieszkania) łatwo zauważymy, że w tej sytuacji NFZ finansuje opiekę w wymiarze 1 osobodnia (przy dwóch osobach), do końca 2014 było to jeszcze mniej – 0,8 osobodnia⁸. Sytuacja ta wzbudza wiele kontrowersji. Dodatkowo na terenie kraju są stosowane różne stawki za osobodzień (od 21 do 36 zł), zatem zarobki pielęgniarek mających takie same kompetencje, taką samą liczbę pacjentów i ten sam zakres zadań różnią się lokalnie⁹.

Poza problemami typowymi dla całej opieki długoterminowej należy zwrócić uwagę na kwestię psychiki pacjentów. Poczucie bezradności, niesamodzielności, jakie towarzyszą z reguły wszystkim pacjentom wymagającym opieki długoterminowej, potęguje dodatkowo fakt opuszczenia dotychczasowego otoczenia, wyrowadzenie się z miejsca, w którym spędziło się wiele lat (niekiedy całe życie). Chory w zakładzie opieki nie może samodzielnie decydować o planie swojego dnia, musi się dopasować do porządku ustalonego odgórnie, co zawęża jego autonomię i zmusza do współlistnienia z obcymi ludźmi, na których dobór nie ma wpływu. Sytuacji tej nie poprawią zwiększone nakłady na stacjonarną opiekę długoterminową – tutaj wydaje się właściwe prowadzenie odpowiedniej polityki prorodzinnej, zwiększenie dzietności dzieci w rodzinach oraz edukacja w zakresie podstawowej opieki medycznej i pielęgniarstwie (Mielczarek 2009: 1–4).

⁷ W projekcie zmiany niniejszego zarządzenia z dnia 31.07.2014 nie przewidywano zmian w tym zakresie, www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=17&artnr=6244 (dostęp: 30.08.2014).

⁸ Zgodnie z wcześniejszym Zarządzeniem prezesa NFZ nr 93 z 30 grudnia 2009 r.

⁹ Na podstawie bezpośredniej rozmowy z pracownikiem zakładu świadczącego usługi w zakresie pielęgniarstwa w opiece długoterminowej.

6. POZYTYWNE ASPEKTY ORGANIZACJI OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

Z roku na rok poprawia się sytuacja zakładów stacjonarnej opieki długoterminowej – przybywają nowe ośrodki.

Tabela 2

Liczba miejsc w stacjonarnych zakładach długoterminowej opieki zdrowotnej w latach 2010–2012

Rok	Liczba łóżek	Liczba pacjentów
2010	26,1 tys.	68,2 tys.
2011	28,1 tys.	71,6 tys.
2012	29,2 tys.	76,6 tys.

Źródło: GUS (2011: 91; 2012b: 100; 2013a: 81).

W 2011 r. funkcjonowało łącznie 505 stacjonarnych zakładów długoterminowej opieki zdrowotnej (zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze o charakterze ogólnym i psychiatrycznym) o 8,1% (38) więcej niż w 2010 r. oraz 79 hospicjów o 12 (17,9%) więcej (GUS 2012b: 100). W 2012 r. funkcjonowało 516 stacjonarnych zakładów długoterminowej opieki zdrowotnej (wzrost o 2,2% w stosunku do roku 2011). Hospicjów odnotowano 83, czyli o 5,1% więcej niż przed rokiem. Oczywiście jest, że wraz ze wzrostem liczby placówek rośnie liczba miejsc dla osób wymagających opieki długoterminowej. Dane za lata 2010–2012 prezentuje tab. 2.

Na całym świecie stosowane są różne modele opieki długoterminowej, bardziej lub mniej rozwinięte, często wspierane poprzez różnego rodzaju ubezpieczenia dobrowolne. W Polsce natomiast, od roku 1991, nie znaleziono sposobu na rozwiązanie problemów w obszarze opieki długoterminowej, a przynajmniej nie wprowadzono go w życie. Powstał projekt ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym, który po licznych zmianach i poprawkach został przekazany 8.04.2015 r. do Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej¹⁰. Twórcy ustawy planują wprowadzenie ustawy etapami, tak by finałny etap, obejmujący wprowadzenie powszechnego ubezpieczenia opiekuńczego o finansowaniu budżetowo-ubezpieczeniowym, nastąpił nie później niż do 2025 r.¹¹ Projekt, o którym mowa, być może nie poprawiłby natychmiast sytuacji ludzi niedołączonych, jednak jego Autorzy dostrzegają problemy dotyczące obecnego stanu opieki długoterminowej w Polsce, zdają sobie sprawę, że wraz z upły-

¹⁰ <http://niesamodzielnym.pl/?p=2367> (dostęp: 5.04.2016).

¹¹ http://niesamodzielnym.pl/?page_id=1402 (dostęp: 30.08.2014).

wem lat sytuacja będzie się pogarszała i wreszcie: zakładają cele, które wydają się możliwe do zrealizowania. Wprowadzają ciekawe, zdaniem Autorki, rozwiązania mogące rzeczywiście wpłynąć na poprawę jakości życia osób niesamodzielnymi i ich rodzin w Polsce.

7. ROZWIĄZANIA W INNYCH KRAJACH EUROPEJSKICH – PRZYKŁAD SZWECJI

Krajami, które świadczą najbardziej kompleksową opiekę długoterminową w Europie, są Szwecja i Holandia. Świadczenia w zakresie tej opieki uznaje się także za łatwo dostępne (Augustyn 2014). Dania również jest bardzo dobrze oceniana, jeśli chodzi o opiekę długoterminową (Kraus i in. 2011: 5). Trzy wspomniane kraje mają wspólne cechy systemu opieki długoterminowej, należą do nich:

- wysokie nakłady publiczne;
- niski poziom wydatków prywatnych;
- niewielki udział opieki nieformalnej;
- duże wsparcie dla opiekunów nieformalnych;
- ograniczone wsparcie pieniężne (Kraus i in. 2011: 3).

W dalszej części pracy zostanie przybliżony system opieki długoterminowej w Szwecji, która uchodzi za najbardziej klasyczny przykład skandynawskiego modelu polityki społecznej. Zostanie on porównany do systemu funkcjonującego w Polsce.

Tabela 3

Porównanie wybranych cech systemów zabezpieczenia opieki długoterminowej w Szwecji i w Polsce

Państwo	Szwecja	Polska
1	2	3
Finansowanie	– podatki – niski poziom wydatków prywatnych (5–6%)	– podatki – wysoki poziom wydatków prywatnych (brak danych szacunkowych)
Udział państwa w opiece długoterminowej	– bardzo wysoki	– niewielki
Nakłady publiczne na opiekę długoterminową	– wysokie	– niskie
Udział rodziny w opiece długoterminowej	– relatywnie niski	– bardzo wysoki

1	2	3
Dostępność	– mała restrykcyjność – sytuacja materialna nie jest brana pod uwagę	– ograniczona dostępność, raczej znaczna restrykcyjność – sytuacja materialna jest brana pod uwagę
Poziom odpowiedzialności	lokalny	narodowy

Źródło: Więckowska (2008: 156–157), Bakalarczyk (2014: 16–17).

Zarówno Szwecja, jak i Polska finansują opiekę długoterminową z podatków, jednak Szwecja angażuje znacznie więcej środków na ten cel – 3,6% PKB (Bakalarczyk 2014: 11), Polska, według różnych szacunków, 0,1–0,5% PKB (Bakalarczyk 2012: 7). Ocenia się, że w Polsce 80% osób niesamodzielnych pozostaje pod opieką bliskich. Nie ma danych na temat jakości i zakresu tego typu opieki (Augustyn 2012). Nie wiadomo także, czy te szacunki nie są zawyżone ze względu na zjawisko występowania szarej strefy. W Szwecji odsetek ten jest niski, ale polityka społeczna kraju zmierza w kierunku popularyzacji opieki rodzinnej. W 2008 r. utworzono Narodowe Centrum Wsparcia Opiekunów Nieformalnych (NKA). Jego celem jest koordynacja badań nad systemami wsparcia opiekunów nieformalnych i ich rozwoju, propagowanie świadomości tego zagadnienia wśród różnych podmiotów. Dostępne są liczne formy wsparcia dla opiekunów nieformalnych, jak świadczenia o charakterze pieniężnym, doradztwo, szkolenia, opieka wytchnieniowa (zastępcza) i wiele innych (Bakalarczyk 2014: 14–15).

Dostęp do rodzimej opieki długoterminowej jest ograniczony, głównie przez surowe i niejasne przepisy, które nie pozwalają na racjonalne i indywidualne podejście do każdego niepełnosprawnego. W Szwecji diagnozy potrzeb dokonuje menadżer opieki zatrudniony przez gminę, do której potrzebujący obywatel zgłasza się po pomoc. Na podstawie tej diagnozy wyznaczany jest zakres i rodzaj wsparcia (Bakalarczyk 2014: 13).

Kolejna różnica między analizowanymi krajami polega na tym, że w Szwecji władze centralne tworzą ogólne ramy, cele i przyznają granty celowe, władze regionalne odpowiadają za zapewnienie opieki medycznej, zaś finansowaniem i regulowaniem świadczeń socjalno-opiekuńczych zajmują się gminy (Bakalarczyk 2014: 13). W Polsce niemal wszystko odbywa się na szczeblu centralnym: tworzenie regulacji prawnych, finansowanie (NFZ – świadczenia medyczne, ZUS¹² – renty i dodatki pielęgnacyjne). W zakresie działań samorządów terytorialnych leży przyznawanie zasiłków pielęgnacyjnych. Opiekę w stacjonarnych domach opieki współfinansuje pacjent (lub jego małżonek, a gdy jest to niemożliwe – gmina). Ogólnie: odpowiedzialność za zapewnienie potrzebującym opieki długoterminowej jest w Polsce rozmyta.

¹² Także MON, MS, MSW, a w ramach systemu rolniczego KRUS.

Tabela 4

System zapewnienia jakości opieki długoterminowej w Szwecji i w Polsce według ENEPRI¹³

Wyszczególnienie		Szwecja	Polska
Regulacje dotyczące zapewnienia jakości	opieka instytucjonalna	tak	brak danych
	opieka domowa		
	pielęgniarska opieka domowa		
	podmiot odpowiedzialny	władze lokalne	
Narzędzia służące zapewnieniu jakości	opieka instytucjonalna	badania porównawcze, wskaźnik jakości	brak danych
	opieka domowa		
	pielęgniarska opieka domowa		
Monitorowanie jakości		– The Elderly Guide (raz do roku począwszy od roku 2007) – The National Board of Health and Welfare	brak danych

Źródło: Dandi i in. (2012: 16–20), Socialstyrelsen (2009).

Co do jakości świadczeń opieki długoterminowej – w raporcie ENEPRI z 2012 r. brakuje danych na temat regulacji dotyczących zapewnienia jakości, narzędzi służących zapewnieniu jakości oraz systemu monitorowania jakości w Polsce (Dandi i in. 2012: 16–20). Już sam brak danych świadczy na niekorzyść naszego kraju (nie tylko) w stosunku do Szwecji, gdzie istnieją regulacje prawne związane z jakością świadczeń, stosuje się narzędzia, które ułatwiają kontrolę tej jakości oraz funkcjonują systemy monitorowania jakości. The Elderly Guide jest stroną internetową adresowaną do osób starszych i ich rodzin. Zawiera informacje o jakości opieki długoterminowej we wszystkich gminach, w tym bardziej szczegółowe: o domach opieki i usługach pomocy domowej. The National Board of Health and Welfare gromadzi dane ilościowe o gminach i formach opieki – domach opieki (w tym dziennych), pomocy domowej i innych, jeśli chodzi o jakość usług i obsługi. W Polsce brakuje sposobu gromadzenia informacji, nie są znane dane na temat jakości opieki długoterminowej, co nie pozwala na jej kontrolę oraz utrudnia dokładną diagnozę całego systemu.

Można się zastanawiać, na ile doświadczenia Szwecji mogą być inspiracją dla Polski. Jest to niewątpliwie problem wymagający dokładniejszej analizy (oraz odrębnego opracowania). Oba kraje niewątpliwie różnią się uwarunkowaniami społecznymi, zdrowotnymi (por. Bakalarczyk 2014) i możliwościami

¹³ European Network of Economic Policy Research Institutes.

finansowymi. Niemniej jednak, w opinii Autorki, wzorowanie się na systemie opieki długoterminowej w Szwecji, w zakresie systemu wsparcia opiekunów osób niesamodzielnych, mogłoby przynieść poprawę sytuacji w Polsce. Przeniesienie odpowiedzialności na poziom lokalny ułatwiłoby kontrolę nad jakością opieki, podobnie jak zastosowanie systemu monitorowania jakości. Informacje przez niego zgromadzone mogłyby wskazać drogę w kierunku poprawy sytuacji osób niepełnosprawnych.

8. PODSUMOWANIE

Z przeprowadzonych rozważań można wysnuć następujące wnioski:

- sytuacja osób niepełnosprawnych w Polsce wymaga zmian;
- na przestrzeni lat społeczeństwo na całym świecie, w tym także w Polsce, znacznie się zestarzało i zjawisko to będzie postępowało nadal;
- należy dążyć w kierunku poprawy jakości świadczonych usług;
- nie ma rozpoznania w zakresie bieżących i przyszłych potrzeb związanych z opieką długoterminową ze względu na wiek, płeć oraz stopień niesamodzielności, co jest niezbędne do efektywnego planowania opieki nad niesamodzielnymi;
- duże znaczenie w planowaniu opieki długoterminowej ma prawidłowa wycena przyszłych kosztów oraz odpowiedni dobór źródeł ich finansowania;
- należy znaleźć sposób gromadzenia informacji, który ułatwi planowanie strategii i źródeł zaspokajania usług pielęgnacyjnych i opiekuńczych;
- problem opieki długoterminowej jest problemem złożonym z wielu czynników, co spowodowane jest różnorodnością świadczeń, zarówno tych w naturze, jak i finansowych; właściwa organizacja musi uwzględniać aspekt zdrowotny, społeczny oraz ekonomiczny;
- być może warto czerpać z doświadczeń krajów, w których opieka długoterminowa jest na wysokim poziomie.

Trudno jednoznacznie wskazać, który z problemów związanych z opieką długoterminową jest najistotniejszy. Najłatwiej byłoby w tym miejscu stwierdzić, że największym problemem związanym z opieką nad osobami niesamodzielnymi jest brak funduszy przy jednoczesnym wzroście potrzeb ich wykorzystania (starzejące się społeczeństwo). Ale tak naprawdę nie wiadomo, ile tych środków potrzeba. Nie jest znana wartość obecna kosztów opieki długoterminowej. W opinii Autorki jest to bardzo poważny problem związany z brakiem odpowiedniego systemu gromadzenia danych. Jeśli są dane, to szacunkowe, obarczone dużym błędem. Nie pozwalają one na rzetelne zaplanowanie wydatków na opiekę długoterminową. Ponadto brak danych o strukturze niesamodzielnych (dotyczących m.in. płci i wieku) oraz o strukturze popytu na usługi opieki długoterminowej (jaki rodzaj pomocy jest potrzebny niepełnosprawnym) nie pozwala

na zróżnicowanie produktów tak, by były adekwatne do potrzeb poszczególnych jednostek.

Problem opieki długoterminowej jest problemem na skalę światową, można powiedzieć, że jednym z kluczowych wyzwań społecznych i zdrowotnych XXI w. Znaczną trudnością jest znalezienie źródła finansowania, które zaspokoiłoby zapotrzebowanie na świadczenia pielęgnacyjne. Ponieważ koszty opieki długoterminowej są zdeterminowane sytuacją demograficzną, której rozwój wpływa na zwiększenie zapotrzebowania na świadczenia, będą one stale rosły. Można się przy tym spodziewać, że wpływy z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, w związku ze spadkiem osób aktywnych zawodowo, będą malały, co jeszcze bardziej utrudni organizację opieki długoterminowej. Do tego dochodzą problemy niezwiązane z finansowaniem: słaba jakość i dostępność świadczeń (jak wcześniej podkreślono), brak odpowiedniego systemu gromadzenia informacji, brak odpowiedniego systemu kwalifikacji pacjentów i wiele innych.

Reasumując: biernie oczekiwanie na przyszłość, która nie przyniesie poprawy, jest najgorszym z możliwych rozwiązań. Na przestrzeni lat problem będzie się pogłębiał. Sytuacja polskiego systemu opieki długoterminowej wymaga zmian i należy niezwłocznie rozpocząć działania w tym kierunku.

Opracowanie nie wyczerpało problemu, ale jedynie go zasygnalizowało. Konieczne są dalsze badania, które powinny pójść na przykład w kierunku finansowania opieki długoterminowej.

BIBLIOGRAFIA

- Augustyn M. (2014), *Ustawa o pomocy osobom niesamodzielnym. Nowe rozstrzygnięcia i wyliczenia*, prezentacja na konferencji „Pomoc osobom niesamodzielnym – prezentacja projektu ustawy”, grudzień, <http://niasamodzielnym.pl/wp-content/uploads/2014/12/M.Augustyn-zalozenia-UPN.pdf> (dostęp: 30.08.2014).
- Augustyn M. (2012), *Ustawa o pomocy osobom niesamodzielnym, wstępne założenia*, www.niasamodzielnym.pl/zalaczniki/UPN%20-%20prezentacja,%20luty%202012.ppt (dostęp: 30.08.2014).
- Augustyn M. (red.), (2010), *Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje*, Warszawa, s. 6–83.
- Bakalarczyk R. (2012), *System opieki nad seniorami w Szwecji – lekcje dla Polski*, „Analizy Norden Centrum”, nr 6 (11).
- Bakalarczyk R. (2014), *Rodzina w zabezpieczeniu społecznym osób niesamodzielnym – przykład Szwecji*, „Ubezpieczenia społeczne. Teoria i praktyka”, nr 1 (118).
- Błędowski P. (2012), *Zaspokajanie potrzeb opiekuńczych ludzi starych*, „Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje”, Rzecznik Praw Obywatelskich, Warszawa.
- Dandi R., Casanova G., Lillini R. i in. (2012), *Long-Term Care Quality Assurance Policies in European Countries*, „ENEPRI Research Report”, No. 111, Work Package 5, March.
- ECO/WKP (2006), *Projecting OECD health and long-term care expenditures: what are main drivers?*, „Economics Department Working Papers”, No. 477.

- Golinowska S., Sowa A. (2012), *Zdrowie i sprawność. Przemiany w Polsce*, „Polityka Społeczna. «Zdrowie, sprawność i aktywność starzejącej się populacji»”, numer monograficzny, Warszawa.
- GUS (2011), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2010 roku*, Informacje i opracowania statystyczne, Warszawa.
- GUS (2012a), *Trwanie życia w 2011 roku*, Informacje i opracowania statystyczne, Warszawa.
- GUS (2012b), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 roku*, Informacje i opracowania statystyczne, Warszawa.
- GUS (2013a), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 roku*, Informacje i opracowania statystyczne, Warszawa.
- GUS (2013b), *Rocznik demograficzny 2012*, Warszawa.
- GUS (2014) *Rocznik demograficzny 2013*, Warszawa.
- <http://cim.tzmo.pl/pg/cim/content/Folder.2007-05-10.0454/Folder.2007-05-10.3248/Folder.2007-05-10.3407/pl/Document.2007-05-10.2324> (dostęp: 23.03.2014).
- http://niesamodzielnym.pl/?page_id=1402 (dostęp: 30.08.2014).
- <http://niesamodzielnym.pl/?p=2367> (dostęp: 5.04.2016).
- <http://wyborcza.biz/finanse/2029020,125887,13076261.html> (dostęp: 3.06.2014).
- Kraus M., Czypionka T., Riedel M., Mot E., Willeme P. (2011), *How European Nations Care for Their Elderly*, „ENEPRI Policy Brief”, No. 7, July.
- Mielczarek A. (2009), *Człowiek starszy w rodzinie i w placówce opiekuńczej*, „MEDI Forum Opieki Długoterminowej”, nr 1 (39), marzec.
- NFZ (2008), *Raport NFZ za 2007 rok*, Warszawa, www.nfz.gov.pl/new/?katnr=8&dzialnr=2&artnr=3410 (dostęp: 30.08.2014).
- Socialstyrelsen (2009), *Care of older people in Sweden 2008*, www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17857/2009-12-6.pdf (dostęp: 30.08.2014).
- Strzelecka M. (2009), *Rozmowa z senatorem Mieczysławem Augustynem i ekspertem, dr Zofią Czepulis-Rutkowską*, „Ubezpieczenia społeczne, teoria i praktyka”, nr 9, ZUS, www.zus.pl/default.asp?id=1&p=4&idk=1272 (dostęp: 30.08.2014).
- Śmiarowska G. (2007), *Opieka długoterminowa – podsumowanie ostatniej dekady*, „MEDI FORUM” nr 3 (34).
- WHO (2000), *Towards an international consensus on policy for long-term care of the ageing*.
- Więckowska B. (2008), *Ubezpieczenie pielęgnacyjne*, SGH, Warszawa.
- www.niesamodzielnym.pl/zalaczniki/UPN%20-%20prezentacja,%20luty%202012.ppt (dostęp: 30.08.2014).
- www.opiekadlugoterminowa.republika.pl (dostęp: 27.03.2014), *Pielęgniarstwo w Dziedzinie Przewlekłe Chorych i Niepełnosprawnych / Opieka Długoterminowa*.
- Zarządzenie Nr 83/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 listopada 2011 roku.

Joanna Gwarda-Żurańska

LONG-TERM CARE IN POLAND IN 2010–2013

Abstract. The aim of these study is to determine the status of long-term care in Poland in the years 2010–2013, primarily on the basis of legal regulations and the statistics published by the Central Statistical Office. The article is theoretical in its nature, and its purpose is to identify the most important problems related to the organization of long-term care in Poland. The author omits

wide financial aspect, focuses on other, equally important issues, among others: on the demographic situation, human resources and legal dependents. In addition to well-known problems associated with long-term care, such as an aging population, lack of adequate system to collect information on whether the low level of benefits, the author moves more specific issues, such as staffing, psychological and nursing care problems. Author presents information about long-term care in Sweden, where the care of dependents is considered the most advanced in Europe.

Keywords: long-term care, long term care issues, the situation of disabled people.