Interpelacja nr 141

do ministra pracy i polityki społecznej

w sprawie sytuacji osób niedołężnych wymagających całodobowej opieki

Szanowna Pani Minister! W ostatnich latach odnotowujemy w Polsce pozytywne zjawisko wydłużania życia zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Jednocześnie rośnie liczba osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji i w związku z tym wymagających często całodobowej opieki, nierzadko przez wiele lat.

Jest to zjawisko, którego skali nie sposób określić, zwłaszcza że niedołężność dotyka najczęściej osoby po 75. roku życia. Osoby te z tytułu pogorszenia stanu zdrowia nie otrzymują żadnego dodatkowego świadczenia, ponieważ po ukończeniu 75. roku życia nabyły już prawo do tzw. dodatku pielęgnacyjnego.

Żadne z dotychczas obowiązujących przepisów nie dotyczą dostatecznego wspomożenia rodziny w opiece nad osobami niezdolnymi do samodzielnej egzystencji. Niedostatecznie rozwiązany jest problem opieki domowej nad samotnymi - niezdolnymi do funkcjonowania bez całodobowego nadzoru. Na miejsca w zakładach opiekuńczo-leczniczych i domach opieki społecznej czeka się bardzo długo. Bywa też często tak, że koszt pobytu w nich chorego członka rodziny przekracza możliwości finansowe ich opiekunów. Niepokojące są zatem sygnały, że wiele starostw likwiduje istniejące domy opieki z przyczyn ekonomicznych.

Jest to trudny społecznie problem i w związku tym wymaga interwencji państwa. Dlatego zwracam się do Pani Minister z pytaniami:

1. Czy rząd zamierza wprowadzić zapowiadaną przez poprzedniego ministra zdrowia koncepcję ubezpieczenia na wypadek niezdolności do samodzielnego życia?

2. Jak rząd zamierza zabezpieczyć osobom niedołężnym godną opiekę, a ich opiekunom warunki do jej sprawowania?

Z poważaniem

Poseł Anna Bańkowska

Bydgoszcz, dnia 1 grudnia 2007 r.

Odpowiedź ministra pracy i polityki społecznej

na interpelację nr 141

w sprawie sytuacji osób niedołężnych wymagających całodobowej opieki

Odpowiadając na pismo Pana Marszałka Nr SPS-023-141/07 z dnia 18 grudnia 2007 r., dotyczące interpelacji Pani Posłanki Anny Bańkowskiej, w sprawie sytuacji osób niesamodzielnych, wymagających stałej opieki ze strony osób trzecich, udzielam następujących wyjaśnień.

W działaniach na rzecz ludzi starszych niesamodzielnych, wymagających stałej opieki ze strony osób trzecich obowiązkiem całego społeczeństwa, a zwłaszcza władz samorządowych wszystkich szczebli jest zapewnienie godnych warunków życia, poszanowania godności i należytej pozycji społecznej. Polityka państwa wobec tej grupy osób nastawiona jest przede wszystkim na wsparcie w ich środowisku naturalnym. Najważniejszym elementem systemu decydującym o przyszłości tej grupy społecznej oraz inicjującym wszelkie formy wsparcia jest samorząd gminny. Do jego zadań należy jak najefektywniejsze wsparcie osoby niesamodzielnej w środowisku. Gmina w tym celu świadczy usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze, tworzy dzienne domy pobytu, w których organizowane są zajęcia dla tych osób, w zależności od potrzeb oraz zainteresowań uczestników. Placówki takie prowadzone są również przez organizacje pozarządowe, często otrzymujące wsparcie finansowe na ten cel ze środków publicznych.

Zgodnie z art. 50 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U Nr 64, poz. 593, z późn. zm.) osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona, przysługuje pomoc w formie usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych. Usługi te mogą być również przyznane osobie, która wymaga pomocy innych osób, a rodzina, a także wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni i zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić. Usługi te są zadaniem własnym gminy.

Usługi opiekuńcze mogą obejmować:

- pomoc w codziennych zajęciach, takich jak: robienie zakupów, sprzątanie, gotowanie, załatwianie spraw w urzędach itp.,

- mycie, kąpanie, ubieranie, pomoc dla osób chorych, dozowanie lekarstw, prześcielanie łóżka, zapobieganie powstawaniu odleżyn i odparzeń, karmienie,

- w miarę możliwości zapewnienie kontaktów z rodziną i otoczeniem.

Usługi te są bezpłatne lub odpłatne w części lub w całości. Szczegółowe zasady odpłatności za usługi opiekuńcze ustalają władze gminy, w drodze uchwały. Wysokość opłat uzależniona jest przede wszystkim od dochodu osoby korzystającej z usług opiekuńczych oraz kosztu i zaawansowania usługi specjalistycznej. W przypadku szczególnej i trudnej sytuacji życiowej świadczeniobiorcy istnieje możliwość odstąpienia od opłat za usługi. Osoby, których dochód nie przekracza kwoty kryterium dochodowego określonego w ustawie o pomocy społecznej (dla osoby samotnie gospodarującej - 477 zł, dla osoby w rodzinie - 351 zł), nie ponoszą odpłatności za usługi.

Przez specjalistyczne usługi opiekuńcze należy rozumieć usługi dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym, np. pielęgniarki, rehabilitantów, fizjoterapeutów.

Rodzaje specjalistycznych usług opiekuńczych, warunki i tryb ich ustalania, a także kwalifikacje osób je świadczących określone są w rozporządzeniu ministra polityki społecznej w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych z dnia 22 września 2005 r. (Dz. U. Nr 189, poz. 1598, z późn. zm.). Do specjalistycznych usług opiekuńczych zaliczono: pielęgnację wspierającą proces

leczenia, rehabilitację fizyczną i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu zgodnie z zaleceniami lekarskimi lub zaleceniami specjalisty z zakresu rehabilitacji ruchowej lub fizjoterapii.

W roku 2006 usługi opiekuńcze przyznano 88 525 osobom, w tym 6891 osobom przyznano usługi specjalistyczne. Kwota wydatkowanych świadczeń wyniosła 281 425 076 zł, w tym na usługi specjalistyczne 9 995 724 zł.

Jednym z elementów wzmacniania osób starszych i niepełnosprawnych w ich środowisku naturalnym jest, zgodnie z art. 42 ustawy o pomocy społecznej, opłacanie przez gminę składki na ubezpieczenie emerytalne i rentowe za osobę, która rezygnuje z zatrudnienia w związku z koniecznością sprawowania bezpośredniej, osobistej opieki nad długotrwale lub ciężko chorym członkiem rodziny oraz wspólnie niezamieszkującymi matką, ojcem lub rodzeństwem. Naliczana jest ona od kwoty kryterium dochodowego na osobę w rodzinie, jeżeli dochód na osobę w rodzinie osoby opiekującej się nie przekracza 150% kwoty kryterium dochodowego na osobę w rodzinie i osoba opiekująca się nie podlega obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowemu z innych tytułów lub nie otrzymuje emerytury albo renty. Dotyczy to również osób, które w związku z koniecznością sprawowania opieki pozostają na bezpłatnym urlopie. Składka na ubezpieczenia emerytalne i rentowe w wysokości określonej przepisami o systemie ubezpieczeń społecznych jest opłacana przez okres sprawowania opieki. Składka ta nie przysługuje osobie, która w dniu złożenia wniosku o przyznanie świadczenia: ukończyła 50 lat i nie posiada okresu ubezpieczenia (składkowego i nieskładkowego) wynoszącego co najmniej 10 lat lub posiada okres ubezpieczenia (składkowy i nieskładkowy) wynoszący 20 lat w przypadku kobiet i 25 lat w przypadku mężczyzn.

Ponadto osoby wymagające długotrwałej opieki, znajdujące się w trudnej sytuacji materialnej mogą otrzymywać pomoc finansową w formie świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej. Osoby, których dochód przewyższa kryterium dochodowe, w uzasadnionych przypadkach nieprzewidzianych literą ustawy, uzasadniających przyznanie pomocy społecznej, mogą otrzymać specjalny zasiłek celowy w wysokości nieprzekraczającej odpowiednio kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej lub rodziny, który nie podlega zwrotowi. Może też być przyznany zasiłek okresowy, zasiłek celowy lub pomoc rzeczowa, pod warunkiem zwrotu części lub całości kwoty zasiłku lub wydatków na pomoc rzeczową. Zasiłki celowe finansowane są z budżetu gmin.

Kolejną formą pomocy oferowaną osobom wymagających długoterminowej opieki jest umieszczenie w domu pomocy społecznej.

Prawo do umieszczenia w domu pomocy społecznej przysługuje osobie wymagającej całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogącej samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, której nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania. Osoby wymagające wzmożonej opieki medycznej kierowane są do zakładu opiekuńczo-leczniczego bądź placówki pielęgnacyjno-opiekuńczej.

Dom pomocy społecznej świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, w tym specjalistyczne, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób w nim przebywających, a także może świadczyć usługi zdrowotne.

W zależności od typu dom pomocy społecznej świadczy różne usługi. Rozróżnia się następujące typy domów pomocy społecznej: dla osób w podeszłym wieku, dla osób przewlekle somatycznie chorych, dla osób przewlekle psychicznie chorych, dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie, dla osób niepełnosprawnych fizycznie.

Na koniec 2006 r. funkcjonowały 802 domy pomocy społecznej o zasięgu powiatowym na ogólną liczbę 79 748 miejsc, w których zamieszkiwało 82 908 mieszkańców. Dodatkowo funkcjonowało 57 domów o zasięgu lokalnym na ogólną liczbę miejsc 1867, w których zamieszkiwało 1405 osób.

Jednocześnie wyjaśniam, że konstrukcja przepisów ustawy o pomocy społecznej regulujących kwestię odpłatności mieszkańca za pobyt w domu pomocy społecznej wyklucza sytuację, w której koszt pobytu chorego członka rodziny w domu pomocy społecznej przekracza możliwości finansowe jego rodziny.

Zgodnie z art. 61 ustawy o pomocy społecznej obowiązuje trójstopniowy udział w partycypowaniu w koszcie utrzymania według ustalonej kolejności:

- jako pierwsza opłatę ponosi osoba kierowana do domu pomocy społecznej w wysokości 70% dochodu własnego, nie więcej niż pełny koszt utrzymania;

- w drugiej kolejności rodzina osoby kierowanej - małżonek, zstępni (dzieci, wnuki) przed wstępnymi (rodzicami, dziadkami), jeżeli jej sytuacja na to pozwala (tylko wtedy gdy odpłatność wnoszona przez mieszkańca domu nie pokrywa w pełni średniego miesięcznego kosztu utrzymania w domu pomocy społecznej); ustawa określa ustalanie odpłatności w przypadku dochodu wyższego niż 250% kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej (czyli powyżej 1192,5 zł) i wyższego niż 250% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie (czyli powyżej 877,5 zł); w sytuacji wniesienia odpłatności przez członków rodziny kwota dochodu pozostająca po wniesieniu opłaty w przypadku osoby samotnie gospodarującej nie może być niższa niż 250% tego kryterium, a w przypadku osoby w rodzinie nie może być niższa niż 250% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie;

- trzecia w kolejności jest gmina, z której osoba została skierowana do domu pomocy społecznej, która wnosi opłatę w wysokości różnicy między średnim kosztem utrzymania w domu pomocy społecznej a opłatami wnoszonymi przez osoby, o których mowa wyżej.

Zasady ponoszenia opłat z tytułu pobytu w domu pomocy społecznej uwzględniają zatem sytuację materialną osób i rodzin, ale nie zwalniają ich z odpowiedzialności za swoich niepełnosprawnych członków. Przy ustalaniu odpłatności brana jest pod uwagę rzeczywista sytuacja materialna rodziny w taki sposób, aby obciążona opłatą, sama nie znalazła się w sytuacji wymagającej wsparcia pieniężnego z pomocy społecznej. W przypadku gdy rodzina z jakiegoś powodu nie wpłaci opłaty ustalonej w drodze porozumienia, gmina wnosi ją zastępczo, a potem może wszcząć postępowanie w sprawie zwrotu tych środków.

Ustawa daje także możliwość zwalniania z odpłatności za pobyt w domu pomocy społecznej na wniosek osób zobowiązanych. Zwolnienie może być częściowe lub całkowite. W ustawie wskazane zostały szczególne okoliczności (np. długotrwała choroba, bezrobocie, niepełnosprawność, zdarzenia losowe i inne), w których można ww. osoby zwolnić z odpłatności, co nie oznacza, że niemożliwe jest zwolnienie również w innych wypadkach. W stosunku do mieszkańca domu wydaje się decyzję o zwolnieniu z odpłatności, a w przypadku małżonka, wstępnych i zstępnych wniosek o zwolnienie z odpłatności jest równoznaczny ze zmianą warunków umowy zawartej wcześniej z gminą.

Inaczej natomiast kształtuje się odpłatność za pobyt w placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku. Placówek tych nie należy mylić i (przez sam fakt uregulowania ich działalności w ustawie o pomocy społecznej) utożsamiać z domami pomocy społecznej, czy też z innymi jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej. Istotne w przypadku tego typu placówek jest to, że osoby przebywają w nich nie na podstawie decyzji administracyjnej (jednostki organizacyjne pomocy społecznej nie mogą kierować do tego typu placówek osób) wydanej przez odpowiedni organ, a na podstawie umowy cywilnoprawnej z podmiotem, który prowadzi placówkę. Pobyt w tego typu placówkach nie jest więc świadczeniem z pomocy społecznej i, co za tym idzie, pomoc społeczna nie współfinansuje pobytu osób w tych placówkach.

W odniesieniu do osób starszych, niesamodzielnych ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przewiduje w art. 15 ust. 13 i 14 świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, w tym opiekę paliatywno-hospicyjną oraz pielęgnację niepełnosprawnych i opiekę nad nimi.

Po stronie ochrony zdrowia, opieka długoterminowa przeznaczona jest dla osób obłożnie i przewlekle chorych niewymagających hospitalizacji, u których występują istotne deficyty w samoopiece i którzy wymagają całodobowej, profesjonalnej, intensywnej opieki i pielęgnacji oraz kontynuacji leczenia. Przez kontynuację leczenia należy rozumieć dalsze postępowanie medyczne odpowiadające stanowi zdrowia pacjenta, w tym podawanie leków i wykonywanie badań diagnostycznych niezbędnych w chorobach o charakterze przewlekłym oraz stosowanie wskazań po zakończeniu leczenia w oddziale szpitalnym, po indywidualnej ocenie lekarza zakładu opieki długoterminowej.

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w zakresie opieki długoterminowej realizowane są w/ przez:

1) oddziałach dla przewlekle chorych,

2) zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych dla dorosłych,

3) zakładach opiekuńczo-leczniczych (dla dorosłych, dla wentylowanych mechanicznie, dla pacjentów w stanie wegetatywnym/apalicznym),

4) zespół długoterminowej opieki domowej (opieka domowa nad pacjentami wentylowanymi mechanicznie),

5) pielęgniarską opiekę długoterminową.

Z danych przekazanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia wynika, że liczba zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych realizujących w roku 2007 umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia wynosiła 403 zakłady, w tym:

- zakładów opiekuńczo-leczniczych było 299,

- zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych było 104

Liczba pacjentów przebywających w zakładach opiekuńczo-leczniczych i zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych wynosiła łącznie 16 065 osób, w tym:

- w zakładach opiekuńczo-leczniczych było 12 345,

- zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych - 3720.

Pacjenci obłożnie i przewlekle chorzy przebywający w domu, którzy ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają udzielania systematycznych świadczeń pielęgniarskich, mogą skorzystać z pielęgniarskiej opieki długoterminowej realizowanej w warunkach domowych.

Pielęgniarska opieka długoterminowa jest to opieka nad obłożnie i przewlekle chorymi przebywającymi w domu. Pacjenci w pielęgniarskiej opiece długoterminowej nie wymagają hospitalizacji w oddziałach lecznictwa stacjonarnego i z różnych względów nie chcą lub nie mogą przebywać w zakładach opieki długoterminowej, a ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają systematycznej i intensywnej opieki pielęgniarskiej udzielanej w warunkach domowych i realizowanej we współpracy z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej. Celem pielęgniarskiej opieki długoterminowej jest zapewnienie świadczeń pielęgniarskich w środowisku domowym pacjentom obłożnie chorym oraz przygotowanie chorego (i jego rodziny) do samoopieki i

samopielęgnacji, w tym kształtowanie umiejętności w zakresie radzenia sobie z niepełnosprawnością.

Z analizy przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w sprawie dostępności świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych rodzajach w 2005 r. (opracowanie z kwietnia 2006 r.) wynika, że średni czas oczekiwania na przyjęcie do zakładu opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego wynosi około 2,5 miesiąca, a na objęcie długoterminową opieką domową poniżej 1 miesiąca. Problem stanowi domowe leczenie tlenem, na które oczekuje ponad 500 osób, przy czym średni czas oczekiwania wynosi 8 miesięcy.

Celem poprawy jakości udzielanych świadczeń w zakresie opieki długoterminowej przeprowadzono analizę istniejących zawodów realizujących zadania na rzecz osób starszych, niesamodzielnych. Analiza wykazała, że aktualne zabezpieczenie kadrowe, zarówno po stronie resortu pracy i polityki społecznej jak i zdrowia, jest niewystarczające. Wobec powyższego dla zabezpieczenia usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych przewidziano powołanie nowego zawodu medycznego - opiekun medyczny. Zawód opiekuna medycznego został wpisany do rozporządzenia ministra edukacji i sportu z dnia 8 maja 2004 r. w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego (Dz. U. Nr 114, poz. 1195, z późn. zm.). We wrześniu 2007 r. rozpoczęto na terenie kraju edukację w tym zawodzie.

Do zadań opiekuna medycznego będzie należało wykonywanie czynności higieniczno-opiekuńczych, co w rezultacie zwiększy efektywność i jakość udzielanych świadczeń na rzecz osób niesamodzielnych.

Wsparciem dla rodzin opiekujących się osobami starszymi w domu mogą być także wolontariusze. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. Nr 96, poz. 873, z późn. zm.) reguluje warunki wykonywania świadczeń przez wolontariuszy oraz korzystania z tych świadczeń.

U kresu życia lub w fazie znacznego zaawansowania choroby pacjent może być objęty opieką paliatywno-hospicyjną. Opieka paliatywno-hospicyjna jest wszechstronną całościową opieką sprawowaną nad pacjentami chorującymi na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące choroby. Opieka ta obejmuje zapobieganie i uśmierzanie bólu i innych objawów somatycznych, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych oraz wspomaganie rodziny chorych w czasie trwania choroby, jak i po śmierci chorego w okresie osierocenia. Świadczenia w opiece paliatywno-hospicyjnej udzielane są w warunkach:

1) stacjonarnych - oddział medycyny paliatywnej oraz hospicjum stacjonarne;

2) domowych - hospicjum domowe;

3) ambulatoryjnych - poradnia medycyny paliatywnej.

Podkreślenia wymaga fakt, że od 1992 r. datuje się dynamiczny rozwój opieki paliatywno-hospicyjnej - liczba ośrodków opieki paliatywno-hospicyjnej już w 1993 r. wzrosła do 81, a w 1996 r. do 160. W 2001 r. funkcjonowało 260 ośrodków, w tym ponad 90 jako jednostki niepubliczne oraz 5 hospicjów dla dzieci i młodocianych. W 2002 r. ośrodków opieki paliatywno-hospicyjnej było łącznie 270, a w 2003 r. - 400. Według ostatnich dostępnych danych w 2004 r. odnotowano łącznie 450 ośrodków opieki paliatywno-hospicyjnej, w tym: 110 oddziałów stacjonarnych o łącznej liczbie łóżek 868 (w tym ośrodków niepublicznych 34 z liczbą łóżek 260). Istnieje ponadto około 200 zespołów domowej opieki paliatywno-hospicyjnej, 126 poradni medycyny paliatywnej i leczenia bólu, 9 poradni leczenia obrzęku limfatycznego, 12 ośrodków opieki dziennej, 7 domowych hospicjów dziecięcych i kilka szpitalnych zespołów wspierających.

Działalność ośrodków opieki paliatywno-hospicyjnej zasługuje na wyjątkowo dobrą ocenę. Zwraca uwagę wysokie zaangażowanie i umiejętności personelu łączone z empatią i poszanowaniem godności ciężko chorych, umierających i ich bliskich oraz dążeniem do zapewnienia najwyższego standardu świadczonych usług.

Odnosząc się do pytania Pani Poseł dotyczącego wprowadzenia w życie zapowiadanej przez poprzedniego ministra zdrowia koncepcji ubezpieczenia na wypadek niezdolności do samodzielnego życia, uprzejmie informuję, że nie zostały jeszcze podjęte żadne decyzje w tej sprawie.

Minister

Jolanta Fedak

Warszawa, dnia 18 stycznia 2008 r.