##### dr Elżbieta Bojanowska

...Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Witam serdecznie panie ministrze. Witam pana profesora Rafała Wiśniewskiego, dyrektora Narodowego Centrum Kultury. Bardzo serdecznie witam pana profesora Łukasza Arendta, dyrektora Instytutu Badań Edukacyjnych. Witam referenta w tej części debaty, panią doktor Czepulis-Rutkowska i witam bardzo serdecznie wszystkich uczestników panelu. Jeszcze raz pana ministra Pawła Wdówika, panią Iwonę Kulikowską, zastępcę dyrektora Departamentu Finansowania Sfery Budżetu Państwa w Ministerstwie Finansów. Online będzie z nami pani profesor Katarzyna Wieczorowska-Tobis, przewodnicząca zarządu głównego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego. Będzie z nami pani profesor. Agnieszka Sowa-Kofta, pani Magdalena Osińska-Kurzywilk, prezes Koalicji "Na pomoc niesamodzielnym" oraz Pan Tomasz Przybyszewski, sekretarz redakcji portalu niepełnosprawni.pl.

##### dr Elżbieta Bojanowska

Szanowni państwo, witam świat nauki, organizacji pozarządowych, przedstawicieli samorządów i jednostek samorządowych oraz związków zawodowych, którzy łączą się z nami w tej debacie i są online. Wrześniową debatą o bezpieczeństwie finansowym uczestników systemu ubezpieczeń społecznych, w kontekście sytuacji na rynku pracy i sytuacji demograficznej rozpoczęliśmy cykl upowszechniania wiedzy z zakresu polityki społecznej, "Między nauką a praktyką". Dziś już trzecia debata i jeszcze kolejnych sześć przed nami. Dziś niezwykle ważny temat - niesamodzielność. Dlatego też pani minister Marlena Maląg, minister rodziny i polityki społecznej, nie mogąc dzisiaj być z nami, wystosowała do uczestników debaty list. Pozwólcie państwo, że go odczytam.

##### dr Elżbieta Bojanowska

"Szanowni państwo, uczestnicy debaty. Temat debaty jest niezwykle ważny, gdyż niesamodzielność może dotknąć każdego. Powodem może być wypadek, choroba, niektóre formy niepełnosprawności czy powikłania zdrowotne. Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, którym kieruję, dostrzega wagę tego problemu, wymagającego rozwiązania w postaci zapewnienia właściwej opieki długoterminowej. Większość świadczeń adresowanych do osób starszych i niepełnosprawnych, realizowana przez samorządy, jest finansowana z budżetu państwa. Sukcesywnie rosną nakłady na wsparcie osób z niepełnosprawnością. Na nową edycję, na rok przyszły programu Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej wyniosą 80 mln zł. Dofinansowanie rocznego pobytu jednego uczestnika w terapii zajęciowej, w tym roku podwyższyliśmy do kwoty 20496 zł. To wzrost o 2400 zł. W przypadku ZAZów podwyżka wynosiła 2250. To oznacza, że dofinansowanie rocznego pobytu jednej osoby niepełnosprawnej w tej placówce wynosi obecnie 25 tys. Zł. Na 650 tys. świadczeń uzupełniających dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji przeznaczyliśmy cztery i pół miliarda złotych. Wsparcie finansowe na usługi opieki wytchnieniowej oraz sfinansowanie specjalistycznego poradnictwa psychologicznego lub terapeutycznego, a także wsparcie w zakresie nauki, pielęgnacji, rehabilitacji dietetyki, to główne założenia ogłoszonego przez ministerstwo, którym kieruję, programu "Opieka wytchnienia dla członków rodzin lub opiekunów z niepełnosprawnością", edycja 2020-2021. W przyszłym roku przeznaczymy na niego 50 mln zł. Przypomnę także, że powstają kolejne centra opiekuńczo-mieszkalne, pozwalające osobom z niepełnosprawnościami na możliwe samodzielne funkcjonowanie. Wydatki na wsparcie osób z niepełnosprawnościami wyniosły w tym roku ponad 27 mld zł. Szczególnie ważne jest, aby usługi opiekuńcze były realizowane także mniejszych gminach, dlatego wprowadziliśmy program opieka 75 plus, będący konkretnym wsparciem samorządów w gminach liczących do 60 tys. mieszkańców. Celem tego programu jest poprawa dostępności do usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób w wieku 75 lat i więcej, które są osobami samotnymi, ale także dla tych, które pozostają w rodzinie. W roku ubiegłym ten program realizowało 435 gmin, z usługami dla ponad pięciu tysięcy osób, na kwotę ponad 9 600 000 zł. W roku 2020 przystąpienie do realizacji programu zadeklarowały 542 gminy, z usługami dla prawie sześciu i pół tysiąca osób. Zaś wysokość środków z budżetu państwa na realizację programu wyniosła prawie 22 miliony zł. Ministerstwo rodziny podejmuje również działania służące rozwojowi ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w formie Środowiskowych Domów Samopomocy. Szanowni państwo. Jestem przekonana że podjęty dialog, dotyczący przyszłości opieki długoterminowej przyniesie przemyślane i skuteczne rozwiązania, służące przede wszystkim zapewnieniu lepszego wsparcia seniorom, osobom niesamodzielnym oraz ich rodzinom. Uczestnikom debaty online pod tytułem "opieka długoterminowa. Niesamodzielność - nowe ryzyko socjalne." życzę owocnych obrad, twórczej wymiany myśli i dobrych praktyk. Korzystając z okazji, składam również uczestnikom debaty najserdeczniejsze życzenia z okazji zbliżających się świąt Bożego Narodzenia i Nowego Roku 2021. Serdecznie pozdrawiam i łączę wyrazy szacunku. Marlena Maląg, Minister Rodziny i Polityki Społecznej."

##### dr Elżbieta Bojanowska

Pani minister, bardzo serdecznie dziękujemy. Szanowni państwo, mam nadzieję na owocną dyskusję, a wnioski z niej płynące niech służą nowym, dobym i skutecznym rozwiązaniom. Pani profesor, oddaje głos.

##### prof. Gertruda Uścińska

Szanowni państwo, uczestnicy naszej kolejnej debaty. Otwieram sobie prezentację, ale generalnie zanim przejdę do prezentacji, to jeszcze powiem... Oczywiście już włączam pokaz slajdów, żeby było wiadomo co ja tutaj robię. Tak, myślę, że już jestem gotowa. Szanowni państwo, zanim przejdę do tego swojego referatu wprowadzającego, jeszcze krótko poinformuje o porządku, jakiejś agendzie, która jest zaplanowana na dzisiejsze spotkanie. A więc po wykładzie wprowadzającym referat kolejny wygłosi pani dr Elżbieta Bojanowska, na temat niesamodzielności i związanej z nią potrzeby opieki długoterminowej oraz pani dr Zofia Czypulis-Rutkowska. Potem będzie od 11:40 do 12:00 przerwa kawowa, a od 12:00 do 14:00 debata panelistów i dyskusja. Jako moderator bardzo pięknie zapraszam, dlatego że zaprosiliśmy do paneli, zarówno pana ministra Pawła Wdówika, ale także przedstawicieli kluczowych instytucji publicznych, Ministerstwa Finansów, także zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Gerontolicznego, ekspertów, którzy zajmują się niesamodzielnością i również zagadnieniami szeroko rozumianej niepełnosprawności. Będzie można też zadać, rozumiem, pytania do panelistów, tak jak to jest w trakcie naszych debat i będziemy starali się te pytania po prostu uwzględnić.

##### prof. Gertruda Uścińska

Szanowni państwo, przechodzę już oczywiście do tego referatu wprowadzającego To chyba dobrze, że opieka długoterminowa i w ogóle to pojęcie nowego ryzyka socjalnego - niesamodzielności nabiera tak ważnego znaczenia. Myślę, że to wynika z szeregu kluczowych zagadnień, to są te procesy demograficzne czy socjodemograficzne, które przecież zachodzą w Europie i poza Europą. One są bardzo istotne dla szeroko rozumianych systemów zabezpieczenia społecznego i przyjętych w nich różnych rozwiązań prawnych. No i na pewno ta skala niesamodzielności, czyli nowego ryzyka socjalnego, jest w coraz lepszym stopniu ustalana, badana i to wynika nie tylko z badań prowadzonych w Polsce, ale także we wszystkich krajach członkowskich Unii Europejskiej, ale również na poziomie organizacji międzynarodowych. Tak jest, że z panią doktor Czypulis-Rutkowską uczestniczymy w tych badaniach. Prezentujemy wyniki własnych badań, a więc mamy tam rzeczywiście istotny udział, aby też zwracać uwagę na te kwestie najistotniejsze. Tak, te konsekwencje negatywne dotyczące i procesu starzenia się, i wydłużenie przeciętnej długości trwania życia, są w większym stopniu badane, jeżeli chodzi o systemy emerytalne. Ale myślę, że w tej chwili, skoro odkrywamy taką debatę i te debaty odbywają się także w wielu państwach, to oznacza, że jest to problem doceniany, bo to jest jakaś miara też docenienia. Na pewno kluczowym wyzwaniem jest ustalenie, czy i w jakim zakresie, w systemie polskim zabezpieczenia społecznego, należy podjąć się trudu ogromnego żeby budować nowy dział dotyczący opieki długoterminowej. Na pewno to wszystko jest związane z potrzebą takiego kompleksowego podejścia i do ochrony zdrowia, i do systemu emerytalnego, rentowego. Ale tak naprawdę to chciałabym z całą mocą podkreślić, że organizacja opieki długoterminowej absolutnie wymaga rozwiązań prawnych, organizacyjnych, finansowych, z bardzo różnych obszarów polityki społecznej, nie tylko zabezpieczenia społecznego. Czyli gdybyśmy popatrzyli dzisiaj na ustawę o działach administracji publicznej, to największym wyzwaniem jest kwestia koordynacji tych działów, którymi zarządzają różni właściwie ministrowie. To jest kluczowe. Wczoraj uczestniczyłyśmy właśnie w takiej debacie międzynarodowej, gdzie bardzo słusznie jeden z uczestników zadał pytanie, co my na to, że ten obszar znajduje się w gestii zarządzanej przez bardzo liczne różne ministerstwa. A więc ja myślę że ten aspekt koordynacji, do czego jeszcze nawiążę, jest tutaj kluczowy. Absolutnie musimy też zmierzyć się z tym aspektem europejskim i międzynarodowym, zwłaszcza prawnym, jeżeli chodzi o opiekę długoterminową. Oczywiście w jak największym stopniu popatrzymy na dorobek Międzynarodowej Organizacji Pracy, bo przecież on ukonstytuował te ramy prawne, fundamentalne dla zabezpieczenia społecznego, ale także dla innych polityk społecznych, które są bardzo istotne i wspierają czy uzupełniają albo są częścią integralną zabezpieczenia społecznego. A więc mamy tutaj zwłaszcza tę słynną Konwencję 102, o normach minimalnych w dziedzinie zabezpieczenia społecznego, 8 rodzajów ryzyka socjalnego. Nie ma tutaj ryzyka niesamodzielności. Zresztą, w późniejszych konwencjach drugiej i trzeciej generacji także nie ma tutaj ryzyka niesamodzielności. Jeżeli popatrzymy na akty Rady Europy, także one się opierają na regulacjach Konwencji 102, czyli mamy te tradycyjne ryzyka socjalne, wokół których buduje się systemy zabezpieczenia społecznego, a więc choroba, macierzyństwo, bezrobocie, starość i inwalidztwo, śmierć żywiciela, wypadki przy pracy, choroby zawodowe i obciążenia rodzinne. Co do Unii Europejskiej, o której będę mówiła jeszcze w odrębnym punkcie, to tutaj przypominam, że regulacje dotyczą koordynowania, czyli norm kolizyjnych, które mówią o tym, że trzeba zapewnić związki między różnymi systemami zabezpieczenia społecznego państw członkowskich, bo o tym jak jest zorganizowany, finansowany i jaki jest zakres systemu, decyduje ustawodawstwo krajow.

##### prof. Gertruda Uścińska

Definicje i prawne koncepcje opieki długoterminowej. Wydaje się, że w takim dyskursie publicznym, jak dzisiejsza debata, także trzeba się do tego odnieść i jasno powiedzieć, że ani w prawie międzynarodowym, ani też europejskim, nie mamy jakiejś jednej, uniwersalnej definicji opieki długoterminowej. A więc w wielu badaniach, takich prawno-porównawczych, przyjmujemy definicję OECD. Natomiast, kiedy analizujemy z kolei państwa członkowskie i systemy prawa krajowego, to widzimy, że istnieją bardzo różne podejścia do charakteryzowania opieki długoterminowej. I mamy taki stan rzeczy, że niektóre kraje Unii Europejskiej nie posiadają prawnej, uniwersalnej definicji ryzyka społecznego związanego z potrzebą opieki długoterminowej. Ale to wcale nie oznacza, że nie występują z kolei instrumenty, rozwiązania prawne i finansowe, które jednak bezpośrednio realizują skutki zajścia takiego ryzyka. A więc przyjmujemy, że w tych krajach, też w taki sposób domyślny, w ramach innych definicji czy innych ryzyk choroby, właśnie niezdolności do pracy, niepełnosprawności, a także inwalidztwa, ta opieka długoterminowa jest de facto i de iure realizowana. Jest to dość skomplikowany stan prawny, jeżeli chodzi o próbę zdefiniowania tej opieki długoterminowej. i tak jak powiedziałam przed chwilą, kraje członkowskie Unii, w tym Polska, z punktu widzenia tego prawnego katalogu ryzyk socjalnych, budowały swoje systemy w oparciu o Konwencję 102 albo też wyprzedzały czasami. I de facto te osiem ryzyk socjalnych stanowi taki kanon, zakres przedmiotowy systemów zabezpieczenia społecznego, czyli de facto prawo międzynarodowe zatrzymało się na tamtym etapie i do dnia dzisiejszego nie wprowadziło nowego ryzyka niesamodzielności, natomiast to się wydarzyło w wielu krajach Unii Europejskiej. Ja przypominam, że w Niemczech, o ile dobrze pamiętam, w 1974 roku wprowadza się już tę część kodeksu socjalnego, gdzie buduje się pierwsze rozwiązania dotyczące opieki długoterminowej. Z naszych badań europejskich, które przeprowadzamy w ramach badaczy skupionych wokół ważnych projektów, które nam zleca Komisja Europejska wynika, że pierwsze świadczenia dotyczące opieki długoterminowej w krajach Unii Europejskiej zostały wprowadzone już ponad 25 lat temu. A więc można by powiedzieć tak, że rzeczywiście mamy ten podział taki, że w prawie międzynarodowym nie wyodrębnia się tego nowego ryzyka z przyczyn najczęściej politycznych. Z przyczyn politycznych, obaw także, że państwa członkowskie organizacji międzynarodowych nie wyrażą na to zgody, bo wyodrębnienie ryzyka pociąga za sobą konsekwencje na całe dziesięciolecia. Finansowe, organizacyjne i zobowiązaniowe po prostu. I to jest jedna rzecz. A z drugiej strony, mamy te różne działania prawne, które polegają na tym, że w krajach Unii się wyodrębnia to ryzyko albo też podejmuje się działania, które niekoniecznie oparte są jako konsekwencje, de lege lata, wyodrębnionego ryzyka niesamodzielności.

##### prof. Gertruda Uścińska

Kiedy popatrzymy na... Zresztą wczorajsze kolokwium międzynarodowe, webinarium, też pokazało, że ten zakres przedmiotowy opieki długoterminowej to są tak różne rozwiązania. Oczywiście ja patrzę zawsze na świadczenia pieniężne, rzeczowe czy wyrażone w pieniądzu, ale to są bardzo różnego rodzaju działania, rehabilitacja, świadczenia medyczne, opieka społeczna, usługi, transport, pomoc w wypełnianiu podstawowych obowiązków życia codziennego. A więc to są działania różnych sfer polityk społecznych, publicznych, bardzo różnych. To nie są tylko i wyłącznie systemy ubezpieczenia czy zabezpieczenia społecznego w takim kształcie prawnym, o jakim my tutaj mówimy. W badaniach europejskich w naszych projektach, wcześniej Tres, Fresco, teraz Moves, jesteśmy skupieni, 27 ekspertów z krajów członkowskich, od wielu lat badamy różnego rodzaju obszary stosowania prawa Unii Europejskiej na zlecenie Komisji. Czasami z własnej inicjatywy przyjmowaliśmy tę definicją OECD, czyli tę, która mówi, że opieka długoterminowa jest zagadnieniem różnych sfer polityki społecznej, które łączy w sobie szereg usług zapewniających osobom zależnym przez dłuższy czas od pomocy, w odniesieniu do wykonywania podstawowych czynności, niezbędnych w codziennej egzystencji. Czyli mówiąc prostym językiem, że mówimy o tej pomocy w pełnieniu podstawowych czynności, pomocy osób trzecich, jak w prawie mówimy.

##### prof. Gertruda Uścińska

Szanowni państwo, myśmy w ramach tej przynależności mojej do tej grupy badaczy europejskich, w 2012 roku opublikowali taki raport. Te prawne przesłanki, jeżeli chodzi o rewizję, rozporządzenia 883/2004 o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. I to był taki kluczowy raport, który był tym impulsem, używając już tej nomenklatury europejskiej dla prac nad zmianą przepisów unijnych o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Ten nasz raport polegał na tym, że po pierwsze, zrobiliśmy taką diagnozę według definicji OECD, co w danym państwie daje się zakwalifikować do świadczeń z tytułu opieki długoterminowej, a więc powstał ten taki kadr [?00:20:48], takie ramy prawne ustawodawstwa i rodzaju świadczeń dla każdego kraju członkowskiego. Następnie popatrzyliśmy na przepisy Unii Europejskiej, na to nasze rozporządzenie i uznaliśmy, że skoro w tych krajach członkowskich dokonuje się ten postęp, z jednej strony poprzez wyodrębnienie ryzyka, z drugiej strony poprzez uwzględnienie, domniemanie, że nie ma ryzyka, ale jest potrzeba świadczeń, że być może, że skoro w prawie międzynarodowym tego ryzyka dziewiątego nie wprowadza się, to być może impuls powinien pochodzić od przepisów unijnych. I myśmy to właśnie zaproponowali. I to jest początek długiej drogi, która trwa do dzisiaj, bo oczywiście nie jest tak, że rozporządzenie nam wprowadziło już ryzyko, kategorie świadczeń opieki długoterminowej, inne rozwiązania, ale myśmy to rozpoczęli. Odbyliśmy z Komisją Europejską bardzo dużo seminariów, dyskusji, ja także takie seminaria organizuję w Polsce, na temat opieki długoterminowej, także na temat właśnie tych propozycji zmian. Co myśmy zaproponowali? To było bardzo odważne, absolutnie, żeby do tego nowego rozporządzenia wprowadzić właśnie definicję opieki długoterminowej, zaproponowaliśmy dodanie do listy ryzyk społecznych właśnie tego nowego ryzyka, aby prawa do świadczeń opieki długoterminowej miały charakter praw indywidualnych, własny, żeby koordynować te świadczenia, tak jak inne świadczenia. To w ogóle było bardzo trudne do... w ogóle w tym dyskursie z Komisją Europejską do pokazania, jak my to sobie wyobrażamy, w taki sam sposób jak świadczenia emerytalne z tytułu bezrobocia i inne. Przy tak ogromnym zróżnicowaniu, prawda, tych świadczeń w poszczególnych państwach, no i tych obawach państw członkowskich, które te świadczenia mają na wysokim poziomie i tych zastrzeżeniach głównie, że te te świadczenia stałyby się takim świadczeniem jak inne, a więc transferowane także za granicę. Oczywiście też zaproponowaliśmy wprowadzenie specjalnych zasad dla świadczeń przyznawanych opiekunom, uściślenie przepisów o rozdziale pierwszym, żeby był osobny rozdział na temat LTC. No i wypłata świadczeń pieniężnych przez państwo zamieszkania zawsze, a jeśli państwo zamieszkania nie ma takiego świadczenia, to wypłaty w państwie właściwym ze zwrotem kosztów lub bez zwrotu. To było wszystko do dyskusji, do tej pory jest do dyskusji i de facto porównaliśmy tutaj... Aby koordynacja odbywała się porównywalnie jak dla zasiłków rodzinnych. Rzeczywiście wiele rzeczy bardzo kontrowersyjnych, które tutaj proponujemy, z punktu widzenia konsekwencji też dla państw członkowskich, dla zrozumienia tego, że państwa członkowskie dzisiaj z punktu widzenia, nawet wprowadzenia tych przepisów są w bardzo różnej sytuacji. Że są kraje, w których ta opieka i te świadczenia są naprawdę na poziomie jeszcze, powiedzmy pierwszym (jeżeli przyjmiemy skalę do dziesięciu) i są kraje, które są na poziomie dziesiątym. A więc ta kwestia, że różne byłyby też zobowiązania jest bardzo trudna, stąd też może do dnia dzisiejszego nadal dyskutujemy nad tym, jak przyjąć to rozporządzenie w tym zakresie.

##### prof. Gertruda Uścińska

Co do krajowych systemów zabezpieczenia społecznego, to tak jak powiedziałam, absolutnie wyraźnie mamy taką sytuację, że w niektórych krajach to ryzyko zostało wyodrębnione i buduje się działy zabezpieczenia społecznego, a w niektórych w większości nie. Natomiast daje się z prawnego punktu widzenia zakwalifikować szereg świadczeń po prostu do innych ryzyk. Tradycyjnie to jest choroba, ale też inwalidztwo, które jest po prostu w prawie międzynarodowym cały czas tak zwanym ryzykiem. Czy powiedzielibyśmy niepełnosprawność, ale też przecież też przecież bardzo dużą rolę odgrywa pomoc społeczna, my nie możemy o tym w ogóle zapominać. Wręcz przeciwnie, jest tak, że tutaj z punktu widzenia tych różnych świadczeń, no bo świadczenie musimy rozumieć na użytek naszej dyskusji jako przedmiot zobowiązania lub uprawnienia jakiejś instytucji. To nie są tylko zasiłki, a więc te świadczenia z pomocy społecznej odgrywają tutaj bardzo, bardzo ważną rolę. Oczywiście bardzo różny jest też charakter tych świadczeń. Właśnie one są i składkowe, i nieskładkowe, pieniężne, niepieniężne, z funduszy publicznych, niepublicznych. Beneficjenci też są w poszczególnych krajach, z tych naszych badań europejskich wynika, bardzo różni. A więc emeryci, opiekunowie i pracownicy, i bezrobotni, czyli de facto mamy do czynienia z taką bardzo daleko idącą dyferencjają. Oczywiście proces wprowadzania ryzyka socjalnego do reżimu prawnego jest na pewno, nowego ryzyka, jest ogromnym postępem. Takim też cywilizacyjnym, trzeba to jasno powiedzieć, bo jeżeli wyodrębniamy de lege lata jakieś ryzyko socjalne, to także wokół tego ryzyka państwo buduje cały system. Oczywiście często jest tak, że wyodrębniamy ryzyka, a budowanie tego systemu trwa całe dziesięciolecia. Bo przecież wokół ryzyka, gdyby to porównać, starości, mamy zbudowane ogromne zobowiązania państwa do gwarancji prawa do emerytury. To są setki miliardów rocznie budżetu, które realizują właśnie w systemie emerytalnym te uprawnienia. A więc wyodrębnienie ryzyka jest związane z aspektem przedmiotowym. I oczywiście zawsze gdzieś to ryzyko musi być powiązane, czy z metodą ubezpieczeniową, czy nie ubezpieczeniową. Natomiast generalnie przyjmuje się, że mówimy o tej wspólnocie ryzyka, czyli musimy także mówić o tym, że to ryzyko będzie swoim zasięgiem podmiotowym dotyczyło, będzie powszechne, że będzie dotyczyło dużej zbiorowości. No bo w przeciwnym razie trudno jest także uzasadnić ratio legis dla takiej działalności legislacyjnej.

##### prof. Gertruda Uścińska

Nie jest tak, że to ryzyko jest zupełnie oderwane od innych. W żadnym wypadku. Ja widzę w sensie prawnym ścisłe związki między właśnie chorobami zawodowymi, wypadkami, obciążeniami rodzinnymi, świadczeniami rodzinnymi, ale także przecież takie ryzyko niesamodzielności ma swój związek z innymi zdarzeniami, które są przedmiotem ochrony prawnej, a są na przykład wyłączone w ogóle z takiego pojęcia ryzyka socjalnego. Ja myślę, że państwo także, badacze i dzisiaj obecni, i dyskutanci później w naszym w naszej części drugiej, na pewno też posługują się tą definicją OECD, według której to właśnie te osobiste czynności życia codziennego, które osoba musi wykonywać codziennie, by można było ująć w tej definicji niesamodzielności, ale także te instrumentalne czynności, jak przygotowanie, jako robienie zakupów, jak wykonywanie tych prac. I to w tych naszych badania wokół definicji samodzielności jak najbardziej uwzględniamy. I tak jak powiedziałam, tutaj znowu przywołuje prawo Unii Europejskiej. Ono się de facto nie zajmuje katalogami ryzyk socjalnych, bo prawo opiera się na katalogu ryzyk ustalonych w Konwencji 102 i ono gwarantuje, żeby zapewnić tę łączność. A , żeby osoby między krajowymi systemami ubezpieczenia czy zabezpieczenia społecznego. Jeżeli ktoś się przemieszcza, żeby nie był w gorszej sytuacji niż ten, który całe życie spędza w jednym kraju. Tutaj dużą rolę trzeba przypisać dla Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości, który jednak po pewnym okresie orzecznictwa uznało uznało, że rzeczywiście trzeba wyodrębnić ryzyko niesamodzielności i że to ryzyko znajduje się przede wszystkim w oddziaływaniu przepisów unijnych. I to był taki casus wydany przeciwko Republice Federalnej Niemiec. I właśnie to przesłanie wynikające z tego orzeczenia pokazywało, że np. świadczenie usług w zakresie opieki długoterminowej nie może być ograniczone tylko i wyłącznie do faktu jej udzielania tych świadczeń na terytorium tego państwa. Jeżeli nabyte jest prawo i zmienia się miejsce zamieszkania, to także ta swoboda świadczenia usług musi być objęta tym transferem. No to są bardzo poważne właśnie konsekwencje wtedy wobec tej bardzo dużej dyferencjacji w poziomie usług, świadczeń tego wszystkiego co sensu largo tworzy nam opiekę długoterminową. Oczywiście przepisy o koordynacji, tak jak powiedziałam, one tego wątku na razie nie uwzględniają, ale generalnie jest tak, że od wielu lat świadczenie opieki długoterminowej na podstawie orzecznictwa i później rozporządzenia uważają te świadczenia za związane z chorobą. I w odpowiednim momencie ta koordynacja tych świadczeń się rozpoczęła. Oczywiście to jest wąski zakres jak najbardziej, ale generalnie na pewno te świadczenia dają się zakwalifikować jako LTC i po prostu są objęte koordynacją, a więc także transferem do innych państw europejskich, jeżeli ktoś się przemieszcza. Oczywiście w ustawodawstwach wielu krajów Unii Europejskiej dokonano szeregu ograniczeń, a tak naprawdę to obserwujemy od kilku lat taką tendencję, jeżeli chodzi o prawo krajowe rozwoju specjalnych świadczeń nieskładkowych, które zgodnie z prawem unijnym można ograniczyć do udzielenia, jeśli ktoś mieszka na terytorium danego państwa, czyli de facto i de iure nie transferować w związku z przemieszczaniem się uprawnionego. To są dwa wątki, które po prostu ze sobą są w ścisłym związku i one te oddają właśnie tę różną sytuację w poszczególnych państwach Unii Europejskiej.

##### prof. Gertruda Uścińska

Te nasze działania, które rozpoczęliśmy bardzo odważnie jako badacze europejscy w 2012 roku. One znalazły oczywiście odzwierciedlenie w projekcie rozporządzenia czy zmiany rozporządzenia 883/2004, 987/2009. I wprowadzamy do tego rozporządzenia definicje świadczeń opieki długoterminowej i szczegółowych przepisów dotyczących tych świadczeń. A więc myślę, że tutaj mamy tą definicję świadczeń opieki długoterminowej, która też budzi różnego rodzaju kontrowersje, chociaż to już jest definicja dzisiaj, dzisiaj, dokładnie w dniu naszej debaty, jak gdyby trochę ustalona i akceptowana przez kraje członkowskie. I ona na pewno w bardzo dużym stopniu wykorzystuje tę definicję OECD. No i także mamy tutaj bardzo ważne w artykule 33 A, że jeżeli chodzi o tę koordynację tych nowych świadczeń, gdyby te przepisy były przyjęte, to jest tutaj ten załącznik dwunasty, wydany na podstawie artykułu 34, ustępu pierwszego i trzeciego. I tam będą kraje członkowskie zgłaszały jakie świadczenia z ich systemów krajowych odpowiadają tej definicji. I one będą objęte przepisami o koordynacji. No oczywiście tutaj jest, według komisji, na pewno dodatek pielęgnacyjny. Być może i tak jest, chociaż my go bardziej kwalifikujemy, jako z tytułu inwalidztwa. Także z tego punktu widzenia on by się tutaj pewno zmieścił.

##### prof. Gertruda Uścińska

Myślę, że ten kierunek zmian przepisów unijnych, który tak ciężko jest procedowany, trzeba ocenić bardzo pozytywnie, bo jest to zwrócenie uwagi i docenienie tego, że ryzyko niesamodzielności jest kluczowe, że jest nieobecne w prawie międzynarodowym i w prawie Unii Europejskiej. A więc jeżeli ono będzie wprowadzone, to oznacza, że dokonał się ten postęp historyczny, że dotychczasowy katalog ryzyk w sensie prawnym jest poszerzony. No oczywiście szereg wątpliwości budzi kwestia co za świadczenia będą do załącznika dwunastego zgłoszone przez kraje członkowskie. Zresztą Trybunał Sprawiedliwości zawsze może zakwalifikować, że są jeszcze inne świadczenia, których nie ma w załączniku dwunastym, a które mogą być przedmiotem koordynacji.

##### prof. Gertruda Uścińska

I kończąc. To jest tak, podstawowe akty prawa polskiego. Ja zwracam uwagę z punktu widzenia naszego dzisiejszego debatowania, że mamy ten katalog, ten cad juridique, ta baza prawna, to są akty prawne, ja je pokazuję z kompetencji właściwości różnych działów administracji publicznej, że są to ustawy i zdrowotne, i ubezpieczeniowe, i rozporządzenia dotyczące szeroko rozumianej opieki długoterminowej. Ustawa o pomocy społecznej, o usługach społecznych realizowanych przez centra, o emeryturach i rentach, o świadczeniach rodzinnych. Ja przykładowo wymieniam kilkanaście, ale myślę, że do tych ram prawnych trzeba by było dodać jeszcze wiele, wiele pozostałych aktów prawnych. A więc myślę, że dzisiaj z punktu widzenia analizy ram prawnych, co jest kluczowe, trzeba dokonać pełnej diagnozy tych bardzo różnych świadczeń rzeczowych i pieniężnych, które realizowane są w różnych obszarach polityki społecznej. Trzeba by było ustalić ich budżet w okresie ostatnich pięciu lat, ocenić efektywność i zastanowić się właśnie jakich funkcji nie pełnią, a jakie funkcje by pełniły jakieś inne rozwiązania. Odpowiedzieć na pytanie, co by to mogło być z punktu widzenia ubezpieczeń, czy zabezpieczenia z punktu widzenia pomocy społecznej, prawa do szeroko rozumianych usług i świadczeń zdrowotnych w obszarze pomocy społecznej, i tak dalej. Jeszcze mam pięć minut. Z tych badań, które prowadzimy wynika, że liczba osób z niepełnosprawnościami w Polsce może wynosić od 4 do 7 mln, tak wynika z GUS u, z Eurostatu. Z ostatniego spisu powszechnego wynika że 4,7 miliona, to jest 12 proc. ludności. Natomiast jeżeli chodzi o osoby z prawnie potwierdzoną niepełnosprawnością - 3 miliony. Dane z 2,5 miliona osób. Ja myślę, że do tych naszych prac, które prowadzimy w różnych ośrodkach, przez różne osoby, trzeba też trzymać się pewnego stanu formalno-prawnego. Trzeba popatrzeć na reżim prawny orzekania o niepełnosprawności. A więc, jeżeli chodzi o orzekanie o niepełnosprawności, które wydają powiatowe zespoły, mamy tutaj około, przyjmujemy 2 miliony siedemset tysięcy osób w odpowiednim stopniu. Tutaj podaję ile w stopniu lekkim, umiarkowanym i znacznym. Następnie ile wydaje się orzeczeń o niezdolności do pracy przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, a więc mamy tutaj 655 tysięcy, w tym 69 orzeczeń o niezdolności do samodzielnej egzystencji. Trzeba trzymać się także tego reżimu ile wydaje się orzeczeń o niezdolności do pracy w KRUSIE, przez mundurowe organy, następnie przez pozostałe organy i właściwie też mieć to jako punkt wyjścia do dyskusji o tym zakresie podmiotowym tych osób niepełnosprawnych. Także właściwie co do zakresu przedmiotowego, to niektóre świadczenia znamy doskonale, co do wysokości liczby pobieranych tych świadczeń. A więc ja tu pokazuję przykładowo zestawienie od zasiłku pielęgnacyjnego 215,84 - 1,12 mln. Potem jest dodatek pielęgnacyjny do emerytur. A więc też podaje, że około 120 tysięcy. Następnie... Nie działa? Idziemy dalej. Może teraz zadziała. Potem jest renta socjalna, ja już dziękuję. Już sobie poradziłam. Tak, też pobiera ok. 289 tys. Uzupełniające dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji, to jest nowe świadczenie, o którym dzisiaj będziemy mówili i wyodrębnienie ryzyka socjalnego de jure -wniosków 914 tys., w tym 633,5 tys. Świadczeń w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych. Potem wyodrębniłam dla badań też dla osób, które będą korzystały z naszych materiałów z panelu. Świadczenie dla opiekuna osoby z niepełnosprawnością. Przypominam, że myśmy w projekcie przepisów unijnych chcieli też wyodrębnić tę część, ponieważ ten stan prawny występuje w wielu krajach i wyodrębnia się te świadczenia. No i oczywiście świadczenie pielęgnacyjne to jest też 1830 zł. 132 tys., potem jeszcze zaliczam tutaj specjalny zasiłek opiekuńczy, zasiłek dla opiekuna, wcześniejszą emeryturę WK. No i też trzeba mieć na uwadze, że opłacane są składki na ubezpieczenie emerytalne, rentowe dla osób, które rezygnują z aktywności, ponieważ pełnią te ważne funkcje rodzinno-społeczne. Ale my musimy też policzyć, obok świadczeń pieniężnych, i wymienić świadczenia o charakterze rzeczowym usług, jeżeli chodzi o ochronę zdrowia. Wyliczyć co do poszczególnych rodzajów. Następnie świadczenia z pomocy społecznej. Tak samo powinna być egzemplifikacja.

##### dr Elżbieta Bojanowska

No i oczywiście myślę, że dzisiaj powinniśmy powiedzieć, tak naprawdę, po bardzo dużym wysiłku w ubiegłym roku, pierwszego października udało się wprowadzić świadczenie uzupełniające dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji. De lege lata jest to nowe ryzyko socjalne niesamodzielności, ale także trzeba jasno powiedzieć, że to jest dopiero początek budowania, pewno w przyszłości, czy nowego działu zabezpieczenia społecznego, czy też w ogóle systemu opieki długoterminowe

Konkluzje są takie, że na pewno ten stan prawny, który dzisiaj mamy. On wymaga, według mnie, takiej pogłębionej analizy z punktu widzenia zarówno oceny jakościowej funkcjonowania, ustalania także jakie są potrzebne nowe działania, które by rzeczywiście można było uznać, że są w ramach realizacji tych celów opieki długoterminowej. Natomiast na pewno punktem wyjścia tego wszystkiego jest też reforma orzecznictwa o samodzielności i niepełnosprawności, dlatego że ten system po prostu powinien być uproszczony, ujednolicony. Trzeba wyeliminować wielokrotność orzekania tych samych osób dla różnych celów, wprowadzić przejrzyste stopnie niepełnosprawności i tę niesamodzielność, która de lege lata jest wprowadzona. A więc myślę, że to jest jedno z tych takich kluczowych zadań, obok tych wszystkich, które są na bieżąco realizowane. I końcowy wniosek, dokładnie jest mój czas. To jest koordynacja działań, które są umiejscowione w różnych instytucjach, w różnych jednostkach i rzeczywiście jest bardzo potrzebne, aby była instytucja czy osoba, która by po prostu to wszystko scalała, bo w tej chwili to de facto nie mając jednej definicji, mając różne podejścia badawcze, właściwie bardzo trudno będzie osiągnąć ten zamierzony cel, taki rzeczywiście faktycznego działania tej sfery polityki społecznej, bardzo ważnej z punktu widzenia po prostu życia i poprawy życia obywateli. Dziękuję za uwagę. (brawa) Dziękujemy bardzo. Przechodzimy do kolejnego punktu, zgodnie z zapowiedziami, ja już włączam pani doktor, pani doktor Elżbieta Bojanowska, zapraszam.

Szanowna pani przewodnicząca. Szanowni państwo. Tematem mojego wystąpienia będzie niesamodzielność i związana z nią potrzeba opieki długoterminowej. Dyskusje i ustalenia terminologiczne dotyczące niesamodzielności, tak jak powiedziała pani profesor, trwają od lat. I wynikają wydaje się też również z wieloznaczności i wielopłaszczyznowości pojęcia niepełnosprawności oraz jej różnych rodzajów i sposobów klasyfikowania. Dlatego trudno mówić o osobach niepełnosprawnych jako jednolitej grupie napotykającej podobne problemy. Przyjmijmy zatem, że sprawność oznacza zdolność do wykonywania określonych czynności dotyczących zarówno ciała, jak i umysłu. Zatem samodzielność to swoista dyspozycja osoby do kierowania własnym postępowaniem. A zatem te pojęcia łączą się nierozerwalnie z autonomią, niezależnością, samostanowieniem czy możliwością zaspokajania własnych potrzeb. A zatem niesamodzielność powoduje zależność, konieczność korzystania z pomocy bądź opieki innych osób z powodu upośledzenia funkcji organizmu. Czy to fizycznej, psychicznej lub umysłowej. Według profesora Synaka zależność jest stanem interakcji jednostki z drugą osobą, z grupami czy instytucjami, które dysponują wartościami niezbędnymi do zaspokojenia ważnych potrzeb jednostki. Tych potrzeb biologicznych, materialnych, kulturalnych czy psychospołecznych i każdych innych, których we własnym zakresie jednostka nie jest w stanie dokonać. Stąd istnieje konieczność korzystania z pomocy innych. Zjawisko niezależności czy utraty samodzielności wynikające z choroby, czy niepełnosprawności może występować we wszystkich fazach ludzkiego życia. Jednak dane pokazują, że w znacznym stopniu wiąże się ono z procesem starzenia się, a szczególnie z procesem podwójnego starzenia się ludności. Czyli rosnącego udziału najstarszych grup wiekowych, powyżej 80 lat. Jak wskazują dane GUS u, obecnie osoby w wieku 80 lat i więcej stanowią ok. 4,4 proc. populacji. W 2030 roku to będzie około 5,9 procenta, w roku zaś w 2050 będzie powyżej 10 proc. Chcę jednak zaznaczyć, że przeciętny wiek życia w zdrowiu to 60-63 lata. Również trzeba podkreślić, iż w starszych grupach wiekowych maleje liczba osób z orzeczoną niepełnosprawnością, a wzrasta liczba osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji. Dlatego wzrasta prawdopodobieństwo korzystania z pomocy osób trzecich, przy wykonywaniu czynności dnia codziennego. Ten obserwowany wzrost zapotrzebowania na różne formy wsparcia osób starszych o różnym stopniu samodzielności wynika z jednej strony ze zmian jakie zachodzą w strukturze demograficznej naszego społeczeństwa. Ze starzenia się naszego społeczeństwa. Ale także z przemian społecznych, takich jak osłabianie więzi rodzinnych, zanikanie rodzin wielopokoleniowych czy zmniejszanie liczby osób w rodzinie. Także z niskiej liczby potomstwa, poniżej prostej zastępowalności pokoleń, wzrostem gospodarstw jednoosobowych czy wreszcie migracjami. I właśnie te okoliczności wpływają na zakres i formę usług świadczonych w środowisku, które podejmowane są przez instytucje pozarodzinne, niejednokrotnie przez podmioty formalne, działające w sposób profesjonalny i odpłatny. Francesca Colombo przedstawiła klasyfikację opieki długoterminowej biorąc pod uwagę dwa kryteria. Zakres uprawnień do świadczeń opieki długoterminowej. To znaczy czy są one uniwersalne. Oraz stopień złożoności systemu publicznego finansowania. I wyróżniła trzy modele. Po pierwsze finansowanie uniwersalne w ramach jednego systemu, czyli np. usługi pielęgnacyjno-opiekuńcze, finansowane ze środków publicznych, nie wykluczając tutaj współfinansowania i wyróżniła tutaj trzy podsystemy. System finansowania oparty na podatkach. Przykładem może być Norwegia, Szwecja, Dania czy Finlandia. Drugim, w ramach tej klasyfikacji jest system finansowania oparty na obowiązkowym ubezpieczeniu, odrębnym od ubezpieczenia zdrowotnego. Chociażby Niemcy, Japonia, Holandia, Luksemburg. I finansowanie w ramach uniwersalnego publicznego systemu ochrony zdrowia, np. Belgia. Druga kategoria to systemy mieszane, w których uprawnienia do świadczeń mogą być zarówno uniwersalne jak i oparte o kryterium zamożności. Czyli mamy zróżnicowane programy i świadczenia opieki długoterminowej. I mogą w ramach tego systemu występować równoległe systemy uniwersalne, np. które zapewniają uniwersalne finansowanie jednego typu opieki. Np. opieka pielęgnacyjna, finansowana w ramach systemu ochrony zdrowia w Szkocji, czy też dostęp do opieki pielęgnacyjno-opiekuńczych czy zakładach opiekuńczo-leczniczych w Polsce, czy we Włoszech. Drugi to są uniwersalne zasiłki lub subsydia, które są uzależnione od dochodu. Tak mamy od Irlandii, Austrii czy we Francji i połączenie uniwersalnych zasiłków zasiłkami, które są uzależnione od dochodu. Czyli niektóre koszty opieki długoterminowej są pokrywane ze środków publicznych, a niektóre pokrywane są tylko w oparciu o kryterium zamożności. Tak jak w Szwajcarii, czy w Hiszpanii.

##### dr Elżbieta Bojanowska

I trzeci system, to system oparty o kryterium zamożności, gdzie publiczne finansowanie opieki długoterminowej uzależnione jest zarówno od wysokości dochodu, jak i całego majątku osoby, która tej opieki potrzebuje. I tutaj na przykład Stany Zjednoczone. Polska według klasyfikacji Colombo należy do tych krajów, gdzie mamy mieszany system publicznego finansowania opieki długoterminowej. Przy czym istnieją dwa równoległe, mamy ten system uniwersalny, który jest oparty o kryterium potrzeb, ale i ten uzależniony od dochodu. I te pieniężne, i rzeczowe świadczenia opieki długoterminowej mają zarówno charakter ubezpieczeniowy, jak i zaopatrzeniowy. Czyli ubezpieczeniowy system ubezpieczeń społecznych, czy system ochrony zdrowia (w części) oraz zaopatrzeniowy system polskiej pomocy społecznej. W związku z czym wiąże się to z różnym finansowaniem tych świadczeń i z różnicami uprawnieniach do otrzymywania. Mamy także przeprowadzoną przez European Social Policy Network analizę w trzydziestu pięciu krajach, która to analiza pozwoliła na wyodrębnienie dwóch grup krajów. 20 krajów, w których występują rozwinięte, ugruntowane systemy wsparcia i to wsparcie może być kierowane bezpośrednio do osób sprawujących opiekę bądź do osób zależnych, które wówczas opłacają opiekunów z otrzymanych środków, czyli w sposób pośredni. Mamy dwie podgrupy. Kraje o relatywnie wszechstronnych, kompleksowych systemach wsparcia opiekunów, do których należy Dania, Szwecja, Norwegia, Islandia, Finlandia i kraje, w których mamy wsparcie ukierunkowane na opiekunów, w tym tych opiekunów spokrewnionych, bądź na wsparcie osób zależnych które to osoby opłacają opiekunów z otrzymanych środków. Do tych krajów m.in. należą Austria, Belgia, Szwajcaria, Hiszpania, Niemcy, Francja, Irlandia. Należy też zauważyć że np. w Niemczech, Luksemburgu czy w Belgii (Flandrii dokładnie) wprowadzono ubezpieczenie pielęgnacyjne. I mamy 15 krajów, w których występują w niewielkim stopniu rozwinięte systemy wsparcia opiekunów nieformalnych, jak i opieki instytucjonalnej. Wsparcie wówczas jest kierowane do osoby wymagającej pomocy. Jest to w dużej mierze system oparty na relacjach rodzinnych. Do tej grupy należy m.in. Cypr, Czechy, Polska, Grecja, Estonia, Chorwacja, Węgry, Litwa, Łotwa czy Malta. Tak jak powiedziałam, ryzyko niesamodzielności wiąże się w dużej mierze z okresem starości. I tak jak wielokrotnie podkreślała pani profesor, to jest odrębnym ryzykiem od starości, ale także odrębnym od ryzyka choroby czy inwalidztwa. W wielu krajach, wobec deficytu środków prywatnych oraz słabo rozwiniętego rynku ubezpieczeń komercyjnych, uznano właśnie niesamodzielność za ryzyko socjalne i objęto je zabezpieczeniem społecznym. Dlatego wydaje się, że my właśnie od iluś już lat dyskutujemy w Polsce nad tymi różnymi rozwiązaniami. Jak mówiła pani profesor, nie ma obecnie jednego, uniwersalnego, powszechnie uznanego sposobu orzekania o niesamodzielności czy jednej powszechnie obowiązującej definicji niesamodzielności. Większość organizacji międzynarodowych, takich jak WHO, OECD, ONZ czy Unia Europejska nie ujednoliciły nazewnictwa. Pani profesor wskazywała na definicję OECD, ja tutaj prezentuję definicję niesamodzielności według WHO, która wskazuje, że jest to utrata możliwości zaspokajania swoich potrzeb przez jednostkę. A główne działania systemów opieki nad osobami niesamodzielnymi powinny koncentrować się na zapewnieniu wsparcia przede wszystkim w środowisku zamieszkania osoby, która tej pomocy wymaga.

##### dr Elżbieta Bojanowska

Szanowni państwo, chciałabym pokazać jakie mamy podejście w Polsce do tych rozwiązań. Co mamy dzisiaj i co było już zrobione w przeszłości - dokonania, jakie już nastąpiły. Tak jak wiemy, w polskim systemie prawnym dotąd nie zdefiniowano pojęcia niesamodzielności. Występuje w naszym prawodawstwie w naszym prawodawstwie bliskoznaczne pojęcie niezdolności do samodzielnej egzystencji, z którego tytułu przysługuje m.in. dodatek pielęgnacyjny lub zasiłek pielęgnacyjny. Zgodnie z ustawą o świadczeniach rodzinnych, z tytułu niezdolności do samodzielnej egzystencji mamy zasiłek pielęgnacyjny. Natomiast dodatek pielęgnacyjny przysługuje tym osobom, które zostały uznane za niezdolne do samodzielnej egzystencji przez lekarza, orzecznika ZUSu KRUSu, komisje lekarskie służb mundurowych. Jest też przyznawane z urzędu wszystkim osobom, które ukończyły 75. rok życia. Mamy definicję osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji. Z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych wynika, że jest to osoba, która ma orzeczony znaczny stopień niepełnosprawności. Mamy tutaj również odwołanie się do niezdolności do samodzielnej egzystencji w ustawie o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Chciałam zatrzymać się nad ustawą, która została wprowadzona do polskiego porządku prawnego w roku 2019, o której również wspominała już pani profesor, o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji. Na podstawie tej ustawy przysługuje świadczenie 500 złotych. Jest to stały, comiesięczny dodatek, który przysługuje pełnoletniej osobie, niezdolnej do samodzielnej egzystencji. Wsparcie to przyznaje się osobie po spełnionych ustawowo warunkach. Na dzień 30 listopada tego roku wszystkie organy rentowe przyjęły ponad 914 tysięcy wniosków o świadczenie 500+ dla osób niesamodzielnych. Jeżeli popatrzymy na strukturę wiekową osób składających wnioski, to 45 procent stanowiły osoby powyżej 75. roku życia. 27 proc. wniosków złożyły osoby w wieku 60- 74 lata. Czyli osoby powyżej 60 roku życia i więcej dominują w tej strukturze. 24 proc. było osób w wieku 26-59 lat i 4 proc. osób w wieku od 18 do 25 lat. Były też wnioski osób, którym nie przysługuje, czyli do 18 roku życia. To było tysiąc sto dwadzieścia dwie osoby.

##### dr Elżbieta Bojanowska

Na koniec listopada wypłacono ponad miliard 871 milionów zł. świadczeń uzupełniających. Szanowni państwo, myślę, że tak jak powiedziała pani profesor, jest to początek budowania systemu, być może nowego działu zabezpieczenia społecznego. Ale tak naprawdę dzisiaj jesteśmy w tym miejscu dzięki pracom, które rozpoczęły się zdecydowanie wcześniej. Chcę tutaj nawiązać do prób wprowadzenia ryzyka i niesamodzielności w roku 2006, kiedy to ówczesny minister zdrowia prof. Zbigniew Religa powołał zarządzeniem najpierw zespół do opracowania założeń projektu ustawy pielęgnacyjnego, a potem już do opracowania projektu ustawy. Obu tym zespołom przewodniczyła pani profesor Anna Gilowska. I mam nadzieję, że pani profesor jest z nami online. Również bardzo serdecznie panią profesor witam. W tym projekcie ustawy zaproponowanym przez zespół, za osobę niesamodzielną uznano osobę, która w wyniku następstw choroby bądź urazu wymaga stałej lub długotrwałej opieki i pomocy osób drugich w wykonywaniu zwyczajnych czynności dnia codziennego, w zakresie odżywiania, przemieszczania się, pielęgnacji ciała oraz zaopatrzenia gospodarstwa domowego w okresie powyżej sześciu miesięcy. I ten projekt ustawy przewidywał trzy stopnie niesamodzielności. Niestety zmiana rządu spowodowała wstrzymanie prac nad tą ustawą. Następnie senator Mieczysław Augustyn wraz z zespołem stworzył projekt ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym, wprowadzając pojęcie niesamodzielności z podziałem na trzy stopnie. I ten projekt przewidywał rodzinom opiekującym się osobami niesamodzielnymi możliwość wyboru świadczeń i usług, w zależności od sytuacji. Niestety nie trafił on pod obrady naszego parlamentu. Chcę również powiedzieć o projekcie, którego liderem był Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, a mianowicie o projekcie Power 2.8, czyli profesjonalizacja usług asystenckich i opiekuńczych dla osób niesamodzielnych. Nowe standardy kształcenia i opieki. W tym projekcie podjęto próbę wypracowania, przetestowania i wdrożenia standardów świadczenia usług opiekuńczych i asystenckich w lokalnej społeczności. Z uwzględnieniem świadczenia tych usług przez osoby 50+, a także standardów w zakresie kształcenia osób świadczących usługi asystenckie, opiekuńcze i tele-opieki. Co było głównym celem tego projektu? Głównym celem była profesjonalizacja opieki nad osobami starszymi o różnym stopniu niesamodzielności w ich miejscu zamieszkania. Zespół opracował ustawę definicji osoby samodzielnej, wskazując, że jest to osoba, u której z powodu naruszenia funkcji organizmu stwierdza się ograniczenia aktywności, powodujące konieczność długotrwałego albo stałego wsparcia innej osoby, w celu zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych. Przyjmując, że naruszenie bądź upośledzenie to zmiana funkcji lub struktury ciała, taka jak utrata lub istotne odchylenia od stanu prawidłowego, które nastąpiły na skutek choroby, urazu bądź wieku. I również przyjęto trzy stopnie niesamodzielności. Tak naprawdę ta propozycja standaryzacji usług asystenckich i opiekuńczej oraz standardu kształcenia opiekuna odpowiada poziomowi osobistego zaangażowania opiekuna w opiekę osoby o różnym stopniu niesamodzielności. Dlatego też wprowadzono pewne typy interwencji wspierających osobę niesamodzielną, właśnie w zależności od stopnia samodzielności. Więc to będzie albo stawianie, albo pomaganie, albo tak naprawdę zastąpienie tej osoby, wyręczenie w samoopiece. Te podejmowane czynności miałyby zależeć od indywidualnych, fizjologicznych, psychologicznych, społecznych potrzeb osoby niesamodzielnej. Projekt ten zakładał, że w standardowym postępowaniu opiekuńczym muszą być uwzględnione dwa aspekty. Czyli poziom niesamodzielności objęty opieką i specyfika przyczyn niesamodzielności, która często determinuje sposób udzielania pomocy. Czyli musi być stosowana zasada indywidualizacji, wsparcia odpowiednio do potrzeb, stanu zdrowia, sprawności osoby niesamodzielnej, a dostosowanie do tych potrzeb cechuje pewna dynamiczność.

##### dr Elżbieta Bojanowska

Szanowni państwo, chciałam również zwrócić uwagę, że tak naprawdę pojęcie samodzielności pojawiło się już w dokumencie rządowym, czyli w dokumencie przyjętym 26 października 2018 roku przez Radę Ministrów. "Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo - Uczestnictwo - Solidarność", która uwzględnia szczegółowe rozwiązania w zakresie różnych sfer życia osób starszych. Ale po raz pierwszy również podejmuje kwestię niesamodzielności w oficjalnym dokumencie. Tu macie państwo wymienione te cztery obszary skierowane do osób bezpośrednio niesamodzielnych. To jest od zmniejszania skali zależności, przez ułatwienie dostępu do usług wzmacniających, przez profesjonalizację pewnych usług.

##### dr Elżbieta Bojanowska

I kończąc, bo patrzę że czas się kończy, to chciałam powiedzieć, że niesamodzielność jednej z osób w rodzinie i związana z nią opieka ze strony pozostałych członków rodziny tak naprawdę wpływa na sytuację całej rodziny. Zarówno pod kątem ekonomicznym, funkcjonowania, jak i organizacji całego dnia. Czyli właściwie wpływa na całe życie tejże rodziny. Dlatego wydaje się, że rozważania na temat nowego ryzyka socjalnego, jakim jest niesamodzielność, winny pozostać czy wyjść od wzmacniania więzi społecznych, od spójności społecznej. A osiągnięcie tego celu jest wynikiem budowania naszej solidarności społecznej. Dziękuję bardzo za uwagę (brawa).

##### prof. Gertruda Uścińska

Dziękujemy pięknie. Teraz prosimy o wystąpienie panią doktor Zofię Czepulis-Rutkowską, także 20 minut. Pani doktor prosimy o Opiekę długoterminową w ujęciu porównawczym, bardzo proszę.

##### dr Zofia Czepulis-Rutkowska

Dzień dobry. Chciałem na początek podziękować serdecznie pani przewodniczącej, pani dyrektor, za możliwość wystąpienia dzisiaj na seminarium poświęconym ryzyku niesamodzielności oraz świadczeniu opieki długoterminowej. Zacznę od takich dwóch punktów, które określiłam jako główny przekaz, może trochę nadmiernie, ale chciałam powiedzieć że, trzeba pamiętać o tym, że nasza dzisiejsza debata mieści się już w wieloletnim nurcie dyskusji, projektów, analiz. Wspominała o tym pani profesor, wspominała też o projektach legislacyjnych pani pani dyrektor pani i pani doktor. To są bardzo ważne projekty i analizy, które doprowadziły do stworzenia pewnego dorobku i identyfikacji, wskazania najważniejszych kwestii dotyczących funkcjonowania świadczeń związanych z opieką długoterminową. Jak już mówiła pani profesor, to nie musi być jeden system, to może być wiele świadczeń. Na ogół zresztą tak jest, że one są rozproszone w całym systemie zabezpieczenia społecznego. Kolejna sprawa związana z wykorzystaniem tej perspektywy porównawczej w dyskusji krajowej, w naszej dyskusji, to jest sprawa podejścia do poszczególnych rozwiązań, o których ja dzisiaj będę mówić. Będę mówić może bardziej szczegółowo o trzech modelach, chociaż częściowo tę sprawę podjęła również pani doktor Bojanowska swoim wystąpieniem. Przepraszam bardzo, mamy problemy techniczne.

##### dr Zofia Czepulis-Rutkowska

Przepraszamy bardzo za te problemy techniczne, ale ja będę kontynuować, będę czytać po prostu swoje slajdy, które mam wydrukowane. Plan mojego wystąpienia jest taki: Powiem o opiece długoterminowej, o tym, dlaczego nastąpił wzrost jej znaczenia, chociaż jest to trudność i przywilej osoby, która ma kolejną prezentację, ponieważ część rzeczy już została podjęta. Druga sprawa to są właśnie te zagadnienia i problemy, które są dorobkiem wspomnianych przeze mnie analiz i realizowanych projektów. Trzeci punkt to będzie prezentacja rozwiązań w wybranych krajach, a czwarty - bardzo króciutki punkt, podsumowanie. Jeżeli chodzi o...

##### dr Zofia Czepulis-Rutkowska

Ja tutaj podaję taką definicję, którą sama stworzyłem, ale oczywiście ona jest oparta na innych definicjach, z którymi się stykamy. Jako opiekę długoterminową definiuję świadczenia, usługi udzielane osobom niezdolnym w pełni do samodzielnej egzystencji. Dodatkowo trzeba tutaj ująć również świadczenia dla opiekunów.

##### dr Zofia Czepulis-Rutkowska

Jeżeli chodzi o wzrost znaczenia opieki długoterminowej i wzmocnienie dyskusji ryzyka samodzielności, to też już właściwie była o tym mowa. Są to dwa podstawowe czynniki. Pierwszy czynnik to jest sytuacja demograficzna, czyli starzenie się ludności i tak jak mówiła pani dyrektor, ilustrowała to zresztą danymi z naszych GUSowskich opracowań, to jest to podwójne starzenie się, to jest wzrost liczby osób powyżej 60 czy 65 roku życia, ale również wzrost liczby osób, czy udziału w społeczeństwie osób, które są w wieku sędziwym, czyli powyżej 80 albo 85 roku życia. Drugi czynnik, też już o tym była mowa. To jest zmiana modelu rodziny. Tutaj wiele czynników, w każdym razie ten model głównego żywiciela charakterystyczny dla rozwiniętej gospodarki przemysłowej właściwie odszedł już w przeszłość. W tej chwili mamy inną rodzinę. Trudno powiedzieć, że jeden żywiciel rodziny, mężczyzna, że on będzie pracował w przemyśle 40 lat, że jest w stanie utrzymać żonę, dwoje dzieci. W tej chwili kobiety są na rynku pracy, zmieniła się też struktura, role w rodzinie. I przez to, po pierwsze, ludzie żyją dłużej i to obciążenie związane z niesamodzielnością członków rodziny jest większe, a po drugie, to kobiety są na rynku pracy i trudno jest wymagać, żeby w pełni podjęły obowiązki opiekuńcze. Chociaż oczywiście i tak są te obowiązki opiekuńcze podejmowane przez rodziny i oczywiście głównie przez kobiety, ale nie tylko. Tutaj wytłuściłam taki punkt, że zmiany społeczne są procesem ciągłym i jeżeli dyskutujemy o rozwiązaniach, to nie możemy obecnego status quo traktować jako stan już ugruntowany na zawsze, prawda? Musimy się liczyć z tym, że te zmiany dalej zachodzą i np. zachodzą bardzo istotne zmiany na rynku pracy. To znaczy, nie tylko gospodarka rozwija się w kierunku rozwoju usług, ale również formy zatrudnienia są też dzisiaj inne i one biorą przerwy w zatrudnieniu, trudno jest czasami oskładkować. Trudno jest nawet ściągać podatki przy pewnych formach zatrudnienia i to ma po prostu bezpośredni wpływ na funkcjonowanie różnych działów zabezpieczenia społecznego, w tym ewentualnie różnych świadczeń. Jeżeli jest odrębny system, to odrębnego systemu, natomiast jeśli nie, to różnych świadczeń związanych z opieką długoterminową. Przytaczam tutaj dane dla tych trzech krajów, o których będę mówić troszkę bardziej szczegółowo. Będę się zresztą starała powiedzieć o procesie powstawania i procesie modyfikacji, a także o pewnych konfliktach, pewnych, jak to się mówi "trade-offs", w ramach przyjmowanych rozwiązań, bo uważam że jest to dla dyskusji o rozwiązaniach polskich bardzo korzystne i poruczające. W każdym razie, jeśli chodzi o Niemcy, to w świetle tej tabeli to jest społeczeństwo najstarsze. Tu są dane z 2016 - 2070 roku, bo to jest... Ja tu nie podała źródła, ale źródło to jest aging report - raport unijny z 2018 roku, oczywiście liczymy na to, że będzie kolejny. Pandemia może zmienić te prognozy i zapewne tak się stanie, ale wydaje się, że kierunkowo to one są pomocne w naszych analizach. Czyli Niemcy są tym najstarszym społeczeństwem, jeśli można tak powiedzieć i będą się też najbardziej starzeć. Szwecja trochę mniej, ale widać po prostu, że tutaj rośnie udział, znacząco rośnie udział osób w wieku sędziwym. Tak jak mówiliśmy powyżej 80. roku życia. To jest 2070 rok. Oczywiście zdajemy sobie sprawę, że to jest perspektywa bardzo odległa i te prognozy mogą ulec zmianie. Niemniej jest taki punkt wyjścia, czyli 2016 rok przyjmujemy w stu procentach. Wierzymy natomiast w 2070 rok. To jest z jakimś prawdopodobieństwem, bardzo długa perspektywa czasowa trzeba powiedzieć. To będzie dostępne, więc też z tego samego źródła przytaczam dane dotyczące demograficznej stopy zastąpienia, która jest szalenie istotna dla funkcjonowania wszystkich systemów zabezpieczenia społecznego. Wydatki na opiekę długoterminową jako procent PKB. Tutaj trzeba powiedzieć, że to są dane, które można by oczywiście podważać, w szczególności biorąc pod uwagę analizę pani profesor, która mówiła o tym, że opieka długoterminowa jest umieszczona w różnych systemach. Oczywiście tutaj to nie jest uwzględnione. W każdym razie to co jest istotne, że przewiduje się kierunek wzrostu znaczący i myślę, że on jest niedoszacowany jeżeli chodzi o te wzrosty, bo na przykład Niemcy w 2016 roku mają stosunkowo niski udział wydatków w dochodzie narodowym, ale już w 2017 roku tam nastąpiła bardzo istotna zmiana, która spowodowała wzrost kosztów, mianowicie przyjęcie osób o niepełnosprawności umysłowej czy psychicznej do kategorii niesamodzielności.

##### dr Zofia Czepulis-Rutkowska

Teraz chciałabym przejść do tych zagadnień, które pojawiają się w analizach, o których mówiłem wcześniej, w analizach, we wszystkich projektach OECD, również naszych analizach. Specjalnie tutaj zestawiłam, to nie jest bardzo oryginalne zestawienie. Ono jest oczywiście oparte na literaturze, ale moją intencją było to, żeby spojrzeć na te wszystkie zagadnienia razem. Uczestnicząc w wielu debatach widzę czasami skupianie się na pewnym aspekcie, co ma oczywiście swoje plusy i korzyści, to też trzeba robić, ale trzeba spojrzeć w moim przekonaniu, myśląc o rozwiązaniach trzeba spojrzeć na całość. I z tych zagadnień, które pojawiają się w analizach i w tych projektach, podstawową sprawą, pozwoliłam to sobie wytłuścić jest finansowanie. I finansowanie ma oczywiście bardzo wiele aspektów. Pierwszy aspekt, chociaż trudno o nim w sposób prawny zadecydować, to jest po prostu wielkość środków przeznaczonych na świadczenia. Ile państwo jest w stanie, ile może, ile przeznacza na świadczenia i usługi. To jest sprawa absolutnie podstawowa, na ile nas stać, na ile możemy sobie pozwolić. Druga kwestia związana z finansowaniem to jest finansowanie centralne i lokalne. Czy to z podatków na przykład centralnych, czy lokalnych. Już mówiła o tym pani dyrektor Bojanowska, że to finansowanie jest bardzo często mieszane i oczywiście z mojej prezentacji to samo będzie wynikać. Kolejna kwestia jest współpłacenie. Czy jest współpłacenie, ale jeszcze ważniejsze jest, bo to współpłacenia na ogół jest. Natomiast bardzo istotne jest w jakiej kwocie jest współpłacenie. Czy ono jest znaczące, czy ono jest bardzo obciążające dla osób niesamodzielnych, czy też nie. I tutaj na przykład jest taka sytuacja, że w tym kraju... Pani dyrektor wymieniła Stany Zjednoczone, ja akurat do analizy wzięłam jako przykład kraju z liberalnym reżimem Anglię, nie Wielką Brytanię, bo tam jest akurat podział. To współpłacenie w Anglii jest po prostu katastrofalne, nie jestem pewna czy będę mogła państwu pokazać ten slajd dzisiaj, ale będzie on dostępny. To kryterium wykorzystania zasobów jest naprawdę bardzo niskie, czyli jeżeli ktoś ma jakieś środki, to właściwie musi już opłacać koszty swojej opieki w całości, więc tam to rzeczywiście niepełnosprawność, taka duża niepełnosprawność czy niesamodzielność jest ryzykiem katastroficznym w tym reżimie. Współpłacenie w innym reżimie, uniwersalnym w Szwecji - niekoniecznie, bo jest tam ustalona ta kwota współpłacenia, która zupełnie nie rujnuje, osób które muszą zapłacić.

##### dr Zofia Czepulis-Rutkowska

Kolejna sprawa to jest organizacja środków. Składki versus podatki. Akurat w naszej polskiej debacie bardzo często tę sprawę wysuwa się na plan pierwszy. Ja myślę, że tutaj należałoby, rozważając czy składki, czy podatki (pomijając kwestie, że jest bardzo wiele świadczeń w bardzo wielu wielu działach), to trzeba... To co postulowałam w jednym z poprzednich slajdów, mam nadzieję, że był on widziany, że trzeba patrzeć po prostu też na tendencje zmian. Na przykład na tendencje zmian na rynku pracy. W tym kontekście składki nie są bynajmniej pewnym źródłem dochodów, nawet jeśli jest dofinansowanie. I doświadczyły tego Niemcy, które rzeczywiście miały taki plan, żeby finansować opiekę długoterminową głównie ze składek. I to właśnie zmiany na rynku pracy, wprowadzenie "mini jobs", rozszerzenie się nietypowego zatrudnienia spowodowało, że te składki musiałyby być podwyższone, a i tak, i tak jest wielkie dofinansowanie z podatków, i w ogóle... Ponieważ czas leci, to już mogę to w tej chwili powiedzieć, że też został stworzony specjalny fundusz przez rząd niemiecki dla finansowania tego systemu, od 1935 roku, z przekonaniem że właśnie środków zabraknie.

##### dr Zofia Czepulis-Rutkowska

Druga sprawa to jest dostępność geograficzna czy finansowa. To jest drugi taki bardzo ważny temat, który w dyskusji, biorąc pod uwagę rozwiązania w różnych krajach, należy brać pod uwagę. Dostępność geograficzna zresztą jest bardzo ważnym zagadnieniem w debacie w Japonii. Nie mówię tutaj o tym kraju, ale może warto o tym akurat wspomnieć, że to jest sprawa uniwersalna na całym świecie. Kolejna kwestia, o której się mówi i o której trzeba dyskutować, to jest jakość usług. Jaką metodę oceny jakości świadczeń czy usług przyjąć? Czy mają być to wskaźniki obiektywne? Ile łóżek w pokoju? Nie wiem, ile pielęgniarek na jednego beneficjenta? Czy też również subiektywne. Oczywiście zróżnicowanie jakości jest wielkim problemem, wielkim wyzwaniem, bo większość państw nie chce tego zróżnicowania albo stara się je ograniczyć. To jest bardzo trudne i może być też bardzo kosztowne. Likwidacja tych zróżnicowań. Następna sprawa, o której się mówi, która w świetle tych wszystkich projektów rysuje się jako jedna z ważniejszych. Mogę się powołać na swojej wizyty studyjne, bo akurat miałam przyjemność realizować kilka projektów własnych, indywidualnych, związanych z wyjazdami, z wizytami studyjnymi. Takim bardzo dużym problemem jest liczba i ruch zatrudnionych. Deficyty pracowników, na przykład w Niemczech, są ogromne. A jak wiemy, jest tam bardzo duże zaangażowanie opieki nieformalnej. Kolejna kwestia związana z pracownikami to status pracowników, społeczny i materialny. W większości krajów osoby, które... Tam są różne stopnie, jest pielęgniarka, jest asystent itd., ale ze status społeczny i materialny na ogół nie jest specjalnie wysoki. I to jest oczywiście powiązane z liczbą i z ruchem zatrudnionych. Profesjonalizacja. Chcielibyśmy, żeby nasi opiekunowie byli profesjonalni, ale jeżeli będą profesjonalni, no to wtedy będą oczywiście kosztowni i będzie ich jeszcze mniej. Oczywiście są rozwiązania i to nie jest tak, że państwa są bezradne. Niemcy... To nie działa.

##### dr Zofia Czepulis-Rutkowska

Czyli są różne rozwiązania, tak jak powiedziałam. Niemcy proponują wiele rozwiązań w tym w tym zakresie, nie będę tu w szczegóły w tym momencie wchodzić. W każdym razie są możliwości, nie ma takiej pełnej bezradności. Ja zwracam uwagę na problemy, które się nawzajem warunkują. Opieka nieformalna, rodzina, jaki ma być udział rodziny. Inne osoby, to są często migranci, co powoduje z jednej strony takie drenowanie np. polskich kobiet, które jadą np. do Niemiec. I to nasze zasoby opiekuńcze ogranicza. To niekoniecznie muszą być Niemcy, to też są Włochy, Wielka Brytania. Z jednej strony dobrze, że rodzina się zajmuje i to jest pozytywne, pozwala utrzymywać na jakimś poziomie koszty opieki długoterminowej. Z drugiej jednak strony wiemy, że kurczy się zasób (to zresztą było na tym slajdzie pokazanym wcześniej), kurczą się zasoby osób w wieku produkcyjnym i prawdopodobnie ludzie będą pracować, powinni pracować do troszeczkę wyższego wieku niż wiek emerytalny. W związku z tym jest taki dylemat, ile obowiązków się przeznacza dla rodziny, a jak bardzo można liczyć na państwo. Takim państwem, które właśnie przyjęło założenie, że rodzina nie będzie zaangażowana, to były państwa z tego modelu uniwersalnego albo socjaldemokratycznego. Tutaj w moich slajdach, które będą do dyspozycji państwa jest wymieniona Szwecja. Tam też zresztą następują pewne zmiany. Miejsce świadczenia opieki to jest kolejny problem, "aging in place", to jest hasło. To jest powiedziałabym nawet wielka moda. I oczywiście jest to bardzo pozytywne kierunkowo, względy społeczne, względy finansowe. Natomiast trzeba też się temu przyjrzeć. I właśnie tutaj analiza porównawcza jest bardzo korzystna dla naszej dyskusji, bo na przykład w Szwecji zlikwidowano jedną czwartą opieki instytucjonalnej. I co to spowodowało? Spowodowało to przesunięcie tego obciążenia opieką osób, które powinny były czy powinny być w domach opieki społecznej, na opiekę w domu. Szwedzi właśnie mają taką sytuację, że niektóre osoby, które starzeją się w domu jak to się mówi, mają opiekę i są opiekunki przychodzące nawet trzy razy dziennie. Przez to ten ciężar opieki przenosi się na tę opiekę domową, a osoby, które są niesamodzielne, ale nie aż tak bardzo tej opieki nie mają, bo pierwszeństwo mają osoby, które kiedyś byłyby w domu pomocy społecznej. Także to bardzo słuszne hasło "aging in place" należy przyjmować patrząc po prostu na rozwiązania w różnych krajach.

##### dr Zofia Czepulis-Rutkowska

Mówi się też bardzo dużo o rozwiązaniach środowiska... Już do konkluzji. Dobrze. Moje slajdy będą dostępne...zaraz. Może tylko powiem, że to szalenie istotne, jeżeli bierzemy pod uwagę wykorzystanie tej analizy porównawczej dla naszych celów, że bardzo dobrze jest popatrzeć na genezę i na rozwój sytuacji. Powiem tylko kilka rzeczy o Niemczech. Tutaj czynniki negatywne, tak to określiłam, to było społeczne niezadowolenie z systemu i obciążenie finansowe pomocy społecznej na poziomie regionalnym. Co ciekawe, ten problem wraca, bo właśnie jeżeli patrzymy na inne kraje, jeżeli mamy z tego korzystać, to właśnie bardzo dobrze jest popatrzeć na to w takiej perspektywie dynamicznej, w perspektywie zmian. W Niemczech te dyskusje rozpoczęły się w latach siedemdziesiątych, osiemdziesiątych. To co jest bardzo ważnym czynnikiem to jest współpraca międzypartyjna i zbudowana w długim okresie. To znaczy była taka zgoda społeczna, że jakiś system i że coś trzeba zmienić. Przejdę tylko do finansowania. Składka obecnie wynosi 3,05 proc. To jest naprawdę bardzo bardzo duża zmiana. Nie pamiętam ile na początku wynosiła, ale jest to ogromna zmiana w stosunku do pierwszej składki finansowej, ponieważ środki były niewystarczające, też trzeba o tym pamiętać. Współpłacenie. Akurat w Niemczech jest dość wysokie. Proszę zwrócić uwagę na tzw. hotelowe koszty, to jest wysoki koszt. I wysokie koszty za opiekę w domu, i wysoki koszt za opiekę w instytucji, czyli współpłacenia jest na wysokim poziomie. I to o czym mówiłam, w 2015 roku stworzono federalny system rezerwy, który pozwala, ma pozwolić na zmierzenie się z wyzwaniami finansowymi. Różne dane, także zapraszam oczywiście do korzystania, ale ja tylko do końca dojdę. Szwecja jest przedstawiona jako model uniwersalny, który też ulega bardzo istotnym modyfikacjom. Model liberalny, Anglia. Tylko ten slajd oceniający przedstawię. System brytyjski jest w sumie oceniany dość krytycznie, o ile niemiecki mimo różnych problemów i ciągłych dyskusji jest oceniany pozytywnie, wewnętrznie i zewnętrznie. To brytyjski naprawdę poza systemem oceny jakości jest oceniany dość negatywnie, właśnie z tego powodu, że prowadzi do bardzo poważnego zubożenia, ze względu na to kryterium zależności od dochodu. I ostatni slajd, pani profesor. Właściwie to było mówione w poprzednich prezentacjach, że rozwiązania są zróżnicowane pod kątem tych zagadnień podstawowych, które tak jak powiedziałam, uważam że trzeba zabierając się czy do podsumowania rozwiązań w tym kraju naszym, czy też do planowania czegoś na przyszłość, to te wszystkie zagadnienia warto mieć gdzieś w tyle głowy. Wszystkie razem, nawet zajmując się jakimś szczegółem.

##### dr Zofia Czepulis-Rutkowska

Wszystkie te systemy są przedmiotem dyskusji, podlegają modyfikacjom i system niemiecki ciągle podlega modyfikacjom i ciągle nie wiadomo w jaką stronę te reformy pójdą. Na pewno te ograniczenia finansowe prowadzą do wzrostu zakresu prywatyzacji. To z kolei powoduje wyzwanie dla jakości i dla zróżnicowań społecznych. Więc to trzeba cały czas uwzględniać, te wszystkie jednocześnie. W moim przekonaniu podstawowe wyzwanie to jest właśnie ograniczenie dynamiki wzrostu kosztów poprzez prewencję i rehabilitację, a także być może wykorzystanie technologii, które jest jeszcze przeszłościowe. To "welfare technology", a może nawet sztuczna inteligencja, ponieważ znajduje ona już zastosowanie w medycynie, więc kto wie. Dziękuję bardzo (brawa).

##### prof. Gertruda Uścińska

Bardzo dobre, ciekawe wystąpienie z punktu widzenia wszystkich analiz komparatystycznych. Oba wystąpienia stanowią takie właśnie punkty odniesienia do dalszych prac i debat, nie tylko dzisiejszej, ale i... Uszczegółowienia pewnych działań, których powinniśmy dokonać też tutaj w Polsce. Ale te wystąpienia też potwierdziły, że mamy długą historię prac nad opieką długoterminową, nawet nad projektami ustaw. Natomiast osiągnięcie jakiegoś porozumienia, dotyczącego uporządkowania tego co mamy jest po prostu pożądane, nawet przy takim sensu largo podejściu. Co jest po prostu kluczowe, to są różne sfery polityk publicznych, a więc dobrze by było rzeczywiście pójść krok dalej i to wszystko ogarnąć od strony właśnie rodzaju świadczeń, usług, wydatków, kosztów, ich dynamiki. Czyli dokonać takiej ewaluacji w skali co najmniej pięciu lat, żeby pokazać cokolwiek na przyszłość. Myślę, że wniosek z tych naszych wystąpień przedpołudniowych jest bardzo konkretny, dlatego że tutaj dokonał się jakiś postęp. Nawet niezależnie od... Także musi tutaj dokonać się po prostu, mógłby dokonać się postęp, gdyby właśnie skoordynować te wszystkie rozwiązania, które już tworzą tę opiekę długoterminową sensu largo, w sensie prawnym, organizacyjnym, instytucjonalnym, finansowym. I wtedy też właśnie podjąć dalsze działania, bo możemy sobie wyobrazić i chyba coraz bardziej sobie to wyobrażamy na tle coraz lepszej wiedzy komparatystycznej, i badań, że przecież to mogą być bardzo zróżnicowane obszary polityk społecznych. Problem jest w tym, żeby były dobrze koordynowane, zarządzane, monitorowane. Bo to niekoniecznie musi być tak, że to będzie ciężar tylko i wyłącznie jednej branży działu w zabezpieczeniu społecznym. My przecież musimy to widzieć bardzo, ale to bardzo kompleksowo i to jest chyba takie współczesne podejście. Jednak tak jak wczoraj w tej debacie międzynarodowej, w której brałyśmy udział. Tam gdzieś między wierszami powiedział czy napisał na czacie ktoś, że w tej całej dyskusji opieki długoterminowej to tak naprawdę ważne jest, żeby uczyć od początku życia jak dbać o ciało i o głowę, i w ogóle w taki sposób, żeby dożyć w zdrowiu, tam było napisane stu lat albo dłużej. I myślę, że to też bardzo istotny wątek. Dziękujemy wszystkim, którzy z nami uczestniczyli w tej debacie, w pierwszej części. Zapraszamy 12:20, bo przerwa musi być, taka techniczna, organizacyjna i rozpoczniemy ten panel z udziałem panelistów. Postaramy się tak około 14:00, 14:10 skończyć, żeby też nie przedłużać. Dziękuję bardzo.

##### prof. Gertruda Uścińska

Witam państwa w drugiej części panelu. Jeżeli chodzi o dyskusję nad sprawami opieki długoterminowej i nowego ryzyka niesamodzielności. Mam zaszczyt i przyjemność gościć w tym panelu pana ministra Pawła Wdówika, sekretarza stanu w Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej i pełnomocnika rządu ds. osób niepełnosprawnych. Panie ministrze witam pięknie. Witam panią Iwonę Kulikowską zastępcę dyrektora Departamentu Finansowania Sfery Budżetowej w Ministerstwie Finansów. Witam pięknie panią dyrektor. Panią profesor Katarzynę Wieczorowską-Tobis, przewodniczącą Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Gerontologiczngo. Pani profesor jest zdalnie, witamy panią profesor. Witam również panią profesor Agnieszkę Sowę-Koftę. Profesor Instytutu Pracy i Spraw Społecznych eksperta krajowego European Social Policy Network. Pani profesor, witam serdecznie. Panią Magdalenę Osińską-Kurzywilk, prezes Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym”, witam bardzo serdecznie. Witam pana Tomasza Przybyszewskiego, sekretarza redakcji portalu niepelnosprawni.pl. Szanowni państwo, zanim przejdziemy do dyskusji, takiej typowo panelowej, w tej chwili poprosimy o film nagrany z udziałem pani profesor Katarzyny Wieczorowskiej-Tobis, która dzisiaj jest po prostu poza nami i ma dla nas jakiś przekaz, bardzo proszę.

##### prof. Katarzyna Wieczorowska-Tobis

Witam państwa bardzo serdecznie. Jest mi niezwykle miło, że mogę wziąć udział w debacie, choć trochę mi przykro, że muszę występować przed ekranem, a nie mogę wziąć udziału bezpośrednio, ale to wynika z warunków pandemii. Nazywam się Katarzyna Wieczorowska-Tobis. Jestem profesorem geriatrii i medycyny paliatywnej, reprezentuję Polskie Towarzystwo Gerontologiczne, jestem przewodniczącą zarządu głównego. Chciałabym powiedzieć kilka słów na temat opieki długoterminowej w czasie COVIDS, na temat mojej perspektywy i na temat wyzwań, które ma opieka długoterminowa w naszym kraju. Jeśli chodzi o COVID-19 i placówki opieki długoterminowej, to chcę podkreślić, że Polska może być przykładem tego jak dobrze poradzono sobie z epidemią na terenie instytucji. Kiedy przyglądamy dane z różnych krajów Europy, patrzymy na to co wydarzyło się np. w Szwecji czy Belgii, to widzimy, że zarówno zachorowania, jak i śmiertelność w instytucjach opieki długoterminowej były ogromne w tych krajach. U nas kiedy patrzymy na dane, to ja wiem, że do końca września jeśli chodzi o ZOLe i ZPO, czyli o opiekę długoterminową sektorze ochrony zdrowia, o instytucje w tym sektorze, to zachorowało niecały tysiąc osób. Jeśli patrzymy na dane z DPS u , to do połowy października zachorowało nieco ponad 1 proc. mieszkańców DPS. Czyli widzimy tak naprawdę, że to są takie dane, które pokazują trochę to co się dzieje w całej populacji. Mimo tego co zdarzyło się na początku, kiedy w ogóle niewiele wiedzieliśmy o kowidzie i wszyscy byliśmy trochę zdezorientowani. Mieliśmy wrażenie, że rzeczywiście mieszkańcy i pacjenci instytucji opieki długoterminowych zostaną w szczególny sposób dotknięci przez COVID, to się w naszym kraju nie zdarzyło. Udało nam się ochronić zarówno mieszkańców jak i personel. I nadal w tych działaniach jesteśmy skuteczni, i niewątpliwie jest to ogromny nasz sukces.

##### prof. Katarzyna Wieczorowska-Tobis

Jeśli chodzi o wyzwania krótkoterminowe, to na pewno jednym z tych wyzwań, takich ważnych wyzwań jest digitalizacja. Wprowadzenie technologii do kontaktu mieszkańców i pacjentów instytucji jest niezwykle ważne, ale proszę zobaczyć, że to jest wyzwanie, które mamy nie tylko w odniesieniu do starszych osób mieszkających czy będących pacjentami instytucji opieki długoterminowej, ale również dla wszystkich osób starszych, ponieważ często izolacja wynikająca z ograniczeń pandemii rzeczywiście zamyka ich w domu i nie potrafią obsługiwać żadnych komunikatorów, co prowadzi do ich całkowitej izolacji. Także wprowadzenie technologii do kontaktu pomiędzy osobami starszymi a innymi osobami, które często chciałyby z nimi porozmawiać jest niezwykle ważne. I jeśli chodzi o wyzwania długoterminowe, to my od dawna dyskutujemy zasady kwalifikacji osób starszych do opieki długoterminowej. W sektorze ochrony zdrowia mamy niski wynik w skali Bartel i tutaj zwracamy uwagę, że ten niski wynik w skali Bartel dobrze sprawdza się o pacjentów z ograniczeniami fizycznymi, natomiast trudniej go zaakceptować dla pacjentów z zaburzeniami funkcji poznawczych. Którzy na przykład mają objaw wędrowania, czyli poruszają się sprawnie, natomiast trudno przyznać im bezkrytycznie punkty, właśnie za sprawne poruszanie, ponieważ to ich ciągłe poruszanie się w ramach wędrowania wymaga jednak stałej kontroli personelu, ponieważ nie kontrolują oni do końca swoich zachowań. I ten stopień ich kontrolowania zależy od głębokości otępienia. Czyli tutaj musimy zdawać sobie z tego sprawę, że powinny być specjalne kryteria dla tych osób. Drugą ważną rzeczą jest to, że mamy bardzo dużo osób starszych w systemie wymagających opieki długoterminowej, tracących swoją samodzielność właśnie z otępieniem. I tym osobom powinniśmy dedykować specjalne działania. Ważną rzeczą jest też to aby wyraźnie zdefiniować kryteria odróżniające te osoby, które trafiają do sektora opieki zdrowotnej i te osoby, które trafiają do domów pomocy społecznej, czyli do sektora społecznego opieki długoterminowej. Bo dzisiaj wydaje się, że płynność tych kryteriów powoduje wtedy, że czasem pacjenci są zagubieni w systemie. I wreszcie ostatnia rzecz, na którą chcę zwrócić uwagę to właśnie to, że ponieważ mamy opiekę długoterminową zarówno w systemie opieki zdrowotnej, jak i pomocy społecznej, to bardzo często ta opieka długoterminowa, domowa opieka długoterminowa jest specyficznym wyzwaniem, ponieważ dla niektórych działań widzimy nakładanie się tych dwóch systemów, a dla innych rzeczywiście występuje luka w systemie.

##### prof. Katarzyna Wieczorowska-Tobis

Jeśli chodzi o personel opieki długoterminowej, to ja jako lekarz szczególnie jestem zainteresowana rolą lekarza w tej opiece. Rolą lekarza, który konsultuje i ocenia, diagnozuje i leczy pacjentów w opiece długoterminowej. I tutaj rozmawiamy o szczególnych kwalifikacjach, które powinien mieć ten lekarz,, taki który jest wzywany przez członków zespołu w razie konieczności. My rzeczywiście prowadzimy taki projekt w tej chwili, jako Uniwersytet Medyczny w Poznaniu w połączeniu z Polskim Towarzystwem Teologicznym, w którym oceniamy leczenie bólu u pacjentów w opiece długoterminowej i rzeczywiście widzimy, że jest tu bardzo dużo do zrobienia. Czyli te szczególne kwalifikacje personelu, w tym szczególne kwalifikacje lekarza są tu niezwykle ważne. Chciałabym też zwrócić uwagę na konieczność niejako rozmów przedstawicieli sektora opieki długoterminowej sektora opieki zdrowotnej i sektora polityki społecznej, ze względu na to, że ponieważ mamy w naszym kraju opiekę długoterminową w tych dwóch systemach, to bardzo często widzimy nakładanie się pewnych usług pochodzących z obu tych systemów. A z drugiej strony widzimy też luki dotyczące tego, że niektóre potrzeby nie są rozpoznawane przez żaden z tych systemów. Stąd koordynacja obydwu systemów jest niezwykle ważna i ona na bieżąco następuje, natomiast im bliżej te dwa systemy w ramach opieki długoterminowej i nie tylko, ale rozmawiamy dzisiaj o opiece długoterminowej, będą ze sobą współpracować tym lepiej dla naszych podopiecznych. Bardzo ważna jest też ocena potrzeb ,ale to wszystko na bieżąco się dzieje i ja mam wrażenie, że to, że ta opieka długoterminowa się zmienia i to, że tak dobrze poradziła sobie w epoce COVID-19 oznacza, że dalej będzie sobie równie dobrze radzić i że gdzieś tam nie możemy wszyscy widzieć tej opieki długoterminowej jako problemu. To jest niesprawiedliwe. Chcę też powiedzieć że ja znam taką sytuację, że zadałam studentom jednego z uniwersytetów, w ramach zajęć z geriatrii, zadanie napisania eseju na temat: "Dom pomocy społecznej moich marzeń". I na początku studenci byli bardzo zdziwieni, nie bardzo wiedzieli jak do tego tematu podejść. Ale po krótkim zastanowieniu się okazało się, że jednak każdy z nich jest w stanie wygenerować cechę czy cechy instytucji takie, które gdyby przyszło mu w przyszłości spędzić jakiś czas w tej instytucji, to rzeczywiście chciałby, żeby ta instytucja spełniała. Myślę, że jest to niezwykle ważne, żebyśmy wszyscy zaczęli tak na to patrzeć, żebyśmy zobaczyli, że to jest rodzaj domu czy rodzaj takiego miejsca gdzie przebywamy przez dłuższy czas. A zatem im bliższa będzie ta instytucja naszym marzeniem, tym z pewnością będzie łatwiej tam żyć i będzie też lepiej dla systemu, ze względu zarówno na jakości opieki, jak i koszty. Bardzo dziękuję.

##### prof. Gertruda Uścińska

Myślę że pani Profesor odniosła się także do tych zagadnień, które chcemy z listami poruszyć dzisiaj. Więc to jest kwestia oczywiście kowidu, to jest kwestia też z tej perspektywy bliższej i dalszej. Szanowni państwo, już przechodzę do pierwszej części panelu i prosiłbym aby każdy z panlistów odniósł się do zagadnienia: Jak oceniamy rozwiązania w zakresie opieki długoterminowej w obecnym kształcie? Mówimy głównie o polskim systemie. W tej części pierwszej mówiliśmy, że de lege lata w sensie prawnym ta opieka musi być szeroko rozumiana, nie mamy ma jednej uniwersalnej definicji. Właśnie trzeba się zastanawiać czy ona ma być, czy też rzeczywiście z punktu widzenia tych bardzo różnych potrzeb, o których też mówiła pani profesor, czy rzeczywiście nie jest to raczej problem jak koordynować, jak oceniać. Rozpoczynamy od pana ministra, panie ministrze bardzo proszę. Gdyby udało się w takich granicach, 3 minuty, udzielić odpowiedzi. Dziękuję bardzo. Oczywiście mamy debatę na żywo, mamy już też na czatach pytania, a więc będziemy się do nich odnosić. Panie ministrze, bardzo proszę.

##### Paweł Wdówik

Dziękuję bardzo pani profesor. Ja przede wszystkim chciałbym zwrócić uwagę na fakt, który tutaj do tej pory może nie wybrzmiał aż tak mocno, to znaczy, że my potrzebujemy widzieć dwie części tego systemu. Opiekę długoterminową wynikającą z niepełnosprawności oraz opiekę długoterminową wynikającą ze zmian powodowanych wiekiem, czyli dotyczących tych obywateli naszego kraju, którzy przekraczają kolejne granice. Właśnie pytanie, jakie granice? Czy to jest 75, czy 80, czy może 65. Wiemy, że są państwa, które bardzo wyraźnie rozdzielają system wsparcia dla tych dwóch grup. Natomiast jeśli chodzi o generalną ocenę, no cóż ja mogę powiedzieć? Jeżeli ktoś by się spodziewał, że powiem, że ocena jest pozytywna, no to jest w błędzie. Ja uważam, że mamy ogromne pole do zagospodarowania, że właściwie system opieki długoterminowej, takich serwisów wspierających osoby zależne, osoby które potrzebują wsparcia w tych wszystkich czynnościach omawianych już w pierwszej części, w różnym zakresie funkcjonowania. To są rzeczy, które się w zasadzie albo nie dzieją, albo się zaczynają działać. Dodatkowo jeszcze pozostając w pewnej opozycji do wypowiedzi pani profesor, która przede mną zabierała głos, muszę jednak wspomnieć o potrzebie deinstytucjonalizacji, bo jeżeli oczywiście będziemy mierzyć skuteczność działań w DPS-ach tylko wskaźnikiem śmiertelności, no to możemy być zadowoleni, ale jeżeli dodamy do tego wskaźnik depresji, to już pewnie nie będzie aż tak dobrze. To może tyle na razie.

##### prof. Gertruda Uścińska

Dziękuję bardzo. Pani dyrektor Iwona Kulikowska, pani dyrektor, to samo pytanie, a więc jak oceniamy te rozwiązania w obecnym kształcie.

##### Iwona Kulikowska

W obecnym kształcie mamy szereg rozwiązań zarówno w zakresie systemu opieki zdrowotnej, jak i w zakresie pomocy społecznej. Obserwując wydatki w zakresie pomocy społecznej już od kliku lat trzeba zauważyć, że one rosną. Te wzrosty czasami są intensywniejsze, czasami mniej intensywne, jednakowoż następują i należałoby zobaczyć i zwrócić uwagę na to, żeby te środki, którymi dysponujemy tak jak pani profesor powiedziała, są takie obszary, do których nie dotarliśmy, o których nawet nie wiemy. Żeby zdiagnozować, zlokalizować i móc wspomóc również te grupy osób, do których te środki nie docierają.

Tak jak najbardziej. Ja myślę, że gdyby przyjąć takie umowne pojęcie tej opieki długoterminowej, takie naprawdę szerokie, to chyba my potrzebujemy, ja mówiłam o tym też w pierwszej części dzisiejszej dyskusji. Potrzebujemy zrobić taką ewaluację tych różnych działań, co do których się zgodzimy, że one mieszczą się w ramach opieki długoterminowej, one są zabudżetowane, tak jak pani dyrektor powiedziała i w systemie ubezpieczenia, i pomocy społecznej, i opieki zdrowotnej i szeregu innych. I popatrzeć jak z perspektywy ostatnich pięciu lat jaka dokonała się zmiana czy nastąpił wzrost. Popatrzeć też na kwalifikacje do kogo one są adresowane. Ocenić ich efektywność. I właściwie wydaje mi się, że na to pytanie jak ocenić te obecne rozwiązania z punktu widzenia makro, tak by trzeba było też popatrzeć, z punktu widzenia właśnie różnych instytucji, różnych budżetów de facto i de iure, budżetu państwa budżetów samorządowych, ale też mając na uwadze bardzo, bardzo różne formy działania. Bardzo różne, nie tylko te, które umownie przyjmujemy, że jest to ta sfera realizacji opieki zdrowotnej, pomocy społecznej, dlatego że to jest, wydaje mi się, tylko jedna część takiej diagnozy obecnego stanu faktyczno-prawnego.

##### Iwona Kulikowska

To fakt, trzeba by zdiagnozować wszystkie te obszary.

##### prof. Gertruda Uścińska

Tak jest, wszystkie te obszary, bo te które byśmy uznali... Pani profesor tutaj jest po mojej prawej stronie, pani profesor, bardzo proszę. Agnieszka Sowa-Kofta. To samo pytanie, gdyby pani tutaj punkt widzenia poznać. Tak bardzo proszę.

##### prof. Agnieszka Sowa-Kofta

Ja absolutnie zgadzam się z postulatem dotyczącym szerokiej diagnozy. Takie próby były podejmowane, one są realizowane też i w ramach różnych działań projektowych w Polsce. Kiedyś taka analiza była wykonywana dla Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, były też analizy dotyczące opieki długoterminowej wykonywane na zlecenie Ministerstwa Zdrowia, bardzo często były te analizy patrząc na wąsko, one patrzyły sektorowo. Komisja Europejska z kolei w ramach prac Aging Working Group, gdzie patrzę na konsekwencje starzenia się populacji dla różnych polityk sektorowych, dla ubezpieczeń społecznych, dla ochrony zdrowia, ale też patrzę na opiekę długoterminową. Ona łączy te elementy u nas znajdujące się w systemie ochrony zdrowia i w systemie pomocy społecznej. Ale jeśli popatrzymy z perspektywy europejskiej na to jak duży jest ten sektor, to on wypada na poziomie Europy Wschodniej, on jest znacznie mniejszy niż w krajach Europy Zachodniej. Wprawdzie wydatki rosną ale to jest około pół procenta PKB. Liczba odbiorców usług lub usług też stale rośnie, w szczególności usług świadczonych w środowisku lokalnym. Ale znowu jeśli popatrzymy na populację osób starszych, a to oni jak spodziewamy się w następnych dziesięcioleciach będą głównymi odbiorcami usług, to te usługi trafiają do mniej niż dwóch procent tejże populacji, także myślę że cały czas są przed nami bardzo duże wyzwania związane z rosnącym zapotrzebowaniem na usługi, związane z problemami, o których wspomniała pani profesor Wieczorowska-Tobis, z koordynacją, z przechodzeniem osób między sektorem ochrony zdrowia, a sektorem usług oferowanych przez ośrodki pomocy społecznej. Kolejne wyzwania to są wyzwania związane z zatrudnieniem i to nie są wyzwania wyłącznie charakterystyczne dla Polski. Obserwujemy je również w innych krajach europejskich, powstają nowe zawody opiekuna, ale one nie cieszą się szczególnym prestiżem i niekoniecznie są adekwatnie wynagradzane. Także zachęcanie pracowników jest niezwykle, niezwykle istotne i monitorowanie potrzeb w tym zakresie również. Tak żebyśmy mogli dopasować podaż pracowników do popytu na usługi. Przed tymi wyzwaniami, bo mówimy dużo z perspektywy makro, ale przed tymi wyzwaniami tak naprawdę realnie stoją gminy, które muszą tychże pracowników usług opiekuńczych pozyskać.

##### prof. Gertruda Uścińska

Tak, oczywiście ja myślę, że to jest też bardzo ważna wypowiedź, która uzupełnia te wcześniejsze nasze wypowiedzi, ale też zwraca uwagę na tę kwestię kluczową tej dywersyfikacji podmiotów, które realizujemy, które powinny odpowiadać też w przyszłości za opiekę długoterminową. Ważnym zadaniem jest także określenie ile państwa, ile samorządu, ile rodziny, ile innych jeszcze podmiotów, też niekoniecznie publicznych. To jest też bardzo ważne zadanie z punktu widzenia tej dywersyfikacji różnych rozwiązań. To jest ten termin bardzo uniwersalny, bo w tym pojęciu rozwiązań mamy i świadczenia społeczne, i usługi, i instytucje, więc to jest chyba też kluczowe, bo tak naprawdę to analizując też inne debaty, które toczą się na takim poziomie międzynarodowym czy europejskim, no ja wczoraj brałam udział w takiej debacie międzynarodowej, organizacji międzynarodowych. I tam dyskutowaliśmy na temat opieki długoterminowej na przykładzie Polski, na przykładzie Francji, Niemiec, ale też doświadczeń tych organizacji międzynarodowych. I właściwie widzimy, że tutaj nie ma takiego jednego, uniwersalnego rozwiązania, że tym clu jest ta szczególność każdego państwa po prawidłowej diagnozie. A więc, że te rozwiązania idą w bardzo różną stronę, chociaż mają szereg wspólnych elementów, a więc ja myślę że to jest tutaj bardzo, bardzo kluczowe. Idziemy dalej, bardzo proszę teraz panią Magdalenę Osińską-Kurzywilk, prezes Koalicji "Na pomoc niesamodzielnym". Jak pani by się odniosła do tej oceny, tej opieki długoterminowej w tym obecnym kształcie.

##### Magdalena Osińska-Kurzywilk

Dziękuję bardzo. Ja bym przede wszystkim chciała podkreślić to co państwo każdy z was po troszku wspomniał. Mamy wiele instytucji i publicznych, i niepublicznych, które świadczą usługi dla naszych podopiecznych. Są to zarówno podmioty prywatne, jak i podmioty publiczne, ale także duża rola tutaj stowarzyszeń i fundacji, które organizują tę opiekę. Czego brakuje? Bo państwo podkreślili że jest więcej pieniędzy, większe finansowanie jest, powstają instytucje, organizacje, które tworzą tę opiekę. To gdzie tkwi problem. Ja bym chciała podkreślić to co pani profesor, jest brak koordynacji. Zarówno międzysektorowej, czyli opieki zdrowotnej, jak i opieki społecznej, jak i na poziomie gminy. Brak jest koordynacji tych działań. Tak jak powiedziałem na początku jest dużo organizacji związanych z fundacjami, stowarzyszeniami i prywatnymi podmiotami, które mogły by razem te działania podjąć. Kto miałby to koordynować. Ja myślę że w dużej mierze ta koordynacja musiałaby się zacząć już od etapu gminy. Dlaczego? Dlatego, że nikt bardziej nie zna w środowisku potrzeb pacjenta, jak właśnie ośrodki pomocy społecznej, jak instytucje stacjonarne opieki zdrowotnej, które te usługi świadczą. Na czym to by miało polegać. No ja myślę, że w dużej mierze na tym, że jeżeli mamy podopiecznego, który opuszcza oddział szpitalny, on musi się znaleźć czy znajduje się po wypisie w środowisku domowym. Wtedy taka informacja o tym pacjencie powinna trafiać właśnie do koordynatora, który znałby wszystkie możliwości pomocy opiekunom faktycznym czy rodzinom w zakresie sprawowanej opieki. Wiemy od tych opiekunów faktycznych, że jeżeli oni by otrzymali wsparcie nawet niewielkiej ilości, wypożyczenia sprzętu, zabezpieczenia w sprzęt rehabilitacyjny, w działania rehabilitacyjne, pomoc pielęgniarki, opiekuna medycznego, to ja myślę, że w dużej części ten pacjent mógłby funkcjonować w domu. I tutaj też mamy to co pani profesor wspomniała, deinstytucjonalizacja, czyli utrzymanie jak najdłużej naszych podopiecznych w środowisku domowym.

##### prof. Gertruda Uścińska

Dziękuję bardzo. Jak najbardziej, to jest to podejście różnorodnych podmiotów włączonych w tak obszerną w ogóle politykę społeczną. Na pewno gmina jest tutaj bardzo, bardzo kluczowa, ale też zwraca się uwagę, że trzeba w sposób szczególny popatrzeć na rodzinę, która jest najczęściej tym nieformalnie obciążona. Z punktu widzenia w ogóle często wyłączenia z rynku pracy, często ograniczenia możliwości pozyskiwania dochodów. To też jest coś bardzo ważnego co by wymagało oceny czy te obecne rozwiązania rzeczywiście, które przewidują dla opiekunów różne świadczenia, o czym mówiliśmy w tej części pierwszej dzisiejszej naszego seminarium. Czy one tę funkcję właśnie wypełniają. Czy rzeczywiście tutaj nie potrzebne są działania. Generalnie ten kierunek, o którym mówił pan minister, o którym mówi pani w tej chwili. Nie można tylko i wyłącznie budować tego na tych instytucjonalnych rozwiązaniach, tylko właśnie na tych rozwiązaniach różnych, w tym ten duży udział rodziny. No ale ten komponent jak gdyby, ta rodzina musiałby być odpowiednio przeanalizowany i z punktu widzenia takich funkcji, no też odpowiedzieć czy to co w tej chwili jest realne to jest wystarczające. Bo być może to jest ten kierunek, który także w poszukiwaniu... Jaki nadać impuls najważniejszy, żeby ta opieka długoterminowa rzeczywiście była w Polsce bardziej efektywna.

##### prof. Gertruda Uścińska

Przechodzę teraz do mojego panelisty, Tomasza Przybyszewskiego z portalu niepełnosprawni. Tomasz, jaki punkt widzenia, jeżeli chodzi o tę część naszej debaty.

##### Tomasz Przybyszewski

Dziękuję za zaproszenie, bo akurat jako przedstawiciel mediów integracji, czyli magazynu Integracja, portalu niepełnosprawni.pl, to pani profesor wie doskonale i pan minister też, że mamy dosyć unikatową możliwość przekazywania tego co myślą ludzie. Ci, którzy rzeczywiście na co dzień mierzą się z tym systemem wsparcia, bo tak trzeba to pewnie nazwać. To są osoby z różnymi rodzajami niepełnosprawności. To są ich rodzice, opiekunowie, to są specjaliści, to są czasami urzędnicy szczebla lokalnego czy nie tylko lokalnego. Natomiast, rzeczywiście do naszych centrów Integracja, prowadzonych przez Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji i na portal trafiają dosłownie setki pytań miesięcznie dotyczących zawiłości systemu wsparcia. Duża część z nich dotyczy właśnie opieki długoterminowej. Różnie definiowanej oczywiście, bo to nie jest tak wprost przez ludzi nazywane, ale to są często pytania od osób w średnim wieku, których rodzice nagle w wyniku udaru, wylewu, wypadku stają się niesamodzielni. Ci ludzie, którzy się do nas zwracają są często przerażeni, ale mniej są przerażeni stanem w jakim znalazł się ich rodzic, a bardziej tym, że zostali sami z tym wszystkim. Takich sygnałów do nas płynie bardzo dużo. Ja sobie wypisałem dwie sytuacje, takie symboliczne. Jedna z nich to jest pytanie, które otrzymaliśmy od jednego z czytelników. Nasi prawnicy oczywiście na te pytania odpowiadają tak jak potrafią. Pytanie brzmi: "Gdzie i do kogo złożyć skierowanie o objęcie pielęgniarską opieką długoterminową, domową osobę w wieku 89 lat? Jest niepełnosprawna, udar mózgu, paraliż lewostronny, z cukrzycą typu drugiego. Osoba mieszka sama. Czas oczekiwania w Krakowie 4-6 miesięcy. Co do tego czasu?" To jest właśnie ta rzeczywistość, z którą właśnie, tak jak mówiłem, ludzie się mierzą i rozbijają się gdzieś. Urzędnicy także szczebla lokalnego nie do końca potrafią poinformować, gdzie właściwie skierować swoje kroki. Co robić. Chciałbym drugą sytuację przywołać. Pisaliśmy rok temu artykuł o pewnej kobiecie spod Płocka, mieszkającej na wsi, której 23 letni syn miał wypadek, jest sparaliżowany i po dwóch latach cały czas jest przekonany, że ma 23 lata. Jest niesamodzielny. Ta pani nie mogła się niestety nim opiekować w tym małym mieszkaniu komunalnym, które tak naprawdę było mieszkaniem gdzieś tam w budynku dawnej szkoły, jakimś niedogrzanym, no warunki nieciekawe. Gmina nie ma wolnych lokali, próbowaliśmy, z gminą też rozmawialiśmy czy może coś by się nie znalazło. Spotkała dobrych ludzi na swojej drodze, na szczęście, którzy się do nas odezwali. Nasi prawnicy ustawili jej tę ścieżkę postępowania. Co ona ma zrobić, bo ona nawet nie wiedziała czy coś jej przysługuje, jakieś świadczenie, czy cokolwiek. Udało się znaleźć dla tego syna ZOL blisko domu. Nie jest to szczyt marzeń, ale w tamtych warunkach jest, ta pani jest zachwycona. Ale najbardziej wstrząsające były słowa, które ta pani naszej dziennikarce powiedziała. Brzmiały te słowa tak: "Wszyscy na mnie krzyczą. Lekarze, urzędnicy pytają, oskarżają. Mówią że nie dopilnowałam rehabilitacji, że nie zadbałam o diagnozę, że Dominik powinien być dzisiaj sprawniejszy. Nie mówią tylko co i jak mam zrobić." Jest to o czym chciałbym powiedzieć, to znaczy ten brak, tutaj pani wspomniała, koordynacji jakichkolwiek spraw. Ludzie są przerażeni głównie tym, że zostają z tym wszystkim sami.

##### prof. Gertruda Uścińska

To jest bardzo ważne, na pewno, jeżeli tak jest, to znaczy, że do wykonania jest ogromna praca, z punktu widzenia właśnie dostępności, przygotowania i dostępności informacji co w tych wszystkich sytuacjach można zrobić. Z kim porozmawiać, do kogo się udać, do jakiej instytucji. Ponieważ tak jest, że ta opieka długoterminowa jest rozproszona i często takie sytuacje o których mówił Tomasz Przybyszewski, czy te sytuacje życiowe, no to wydaje się tym osobom, że powinny uzyskać tę informacje albo od lekarza, albo w gminie, albo piszą do ZUS-u, albo piszą do KRUS-u, albo piszą do różnych instytucji. Wydaje mi się, że nigdy nie było też takiego programu, który by postarał się, żeby jednak, to co powiedziałem na początku, widzieć taką koncepcję tej wielkiej platformy integrującej to wszystko co składałoby się w takim szerokim znaczeniu na opiekę. A w pierwszej kolejności chyba dostępu do informacji. Kiedy, komu, co i jak by przysługiwało. Gdzie się zwrócić, na każdym poziomie. No zadanie gigantyczne, ale wydaje mi się, że ono by też nie wymagało jakichś wielkich nakładów, tylko dobrze metodologicznie uporządkowanej. Myślę, że z panem ministrem się nad tym dobrze zastanowimy. Tak, bo to jest rzeczywiście kwestia bardzo, bardzo ważna i chyba byśmy do tego panie ministrze... Czy do tej części jeszcze właśnie budowania takiej platformy, dostępnością informacji, kiedy, komu co przysługuje w tej szerokiej sferze opieki długoterminowej.

##### Paweł Wdówik

Niewątpliwie to jest jedno z głównych wyzwań, bo my je obserwujemy właściwie w każdej sferze dotyczącej pomocy ze strony państwa czy samorządu. Teraz akurat jak analizujemy wsparcie dla rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym, mamy dokładnie to samo odkrycie, że rodziny są pozbawione takiego merytorycznego wsparcia, na zasadzie "Co teraz? Co potem? Do kogo pójść?" I jak widać to dotyczy także osób starszych, także dorosłych osób niepełnosprawnych. Myślę, że ten brak koordynacji jest wynikiem tego rozproszenia systemu. Musimy to na pewno zmienić, poprawić. I cieszę się, że pani prezes deklaruje, że będziemy to robić razem.

##### prof. Gertruda Uścińska

Ja myślę, że po prostu mamy takie doświadczenia w związku z systemem emerytalnym. Ja muszę podać ten casus. Kiedy powrócono do wieku emerytalnego, to oczywiście policzyliśmy setki tysięcy osób, które będą mogły skorzystać i wprowadziliśmy doradcę emerytalnego. 26 mln osób skorzystało do dzisiaj. To jest taka osoba, która musi wiedzieć wszystko w tym obszarze, a tutaj możemy sobie wyobrazić, że będzie ta Platforma i to będzie ten doradca. Jeżeli ktoś jest w takiej sytuacji życiowej, że to nie dotyczy emerytury, renty, zasiłku chorobowego, tylko dotyczy właśnie tej opieki długoterminowej, bo nie wiemy czy to ZOL-e, nie ZOL-e, czy gmina, to generalnie to jest takie zadanie, wydaje mi się, że ono by mogło być konkluzją tego punktu dyskusji. Tak, pani dyrektor? Myślę, że wszyscy się zgadzają, też po mojej prawej stronie. Oczywiście my mamy to pytanie dotyczące przyszłości, ale to pytanie o przyszłość będzie zadane jako ostatnie. Teraz chciałabym, żeby jeszcze odnieść się do tego pytania dotyczącego właśnie co w okresie COVID-u, tak jak tutaj w filmie powiedziała pani profesor Wieczorowska-Tobis. A więc jak COVID wpłynął na oceny obecnych rozwiązań opieki długoterminowej. Każdy ma jakąś ocenę, jakieś doświadczenia z tym związane. Chciałabym żebyście się państwo tymi doświadczeniami podzielili. Zaczniemy w tej chwili w tej drugiej kolejności, żeby był jakiś porządek, a więc zacznę od Tomasza Przybyszewskiego, bardzo proszę.

##### Tomasz Przybyszewski

To jest temat rzeczywiście który bardzo mocno dotknął głównie duże instytucje i ludzie, którzy w tych placówkach są ale też ich rodzin. My też mamy bardzo dużo zgłoszeń od ludzi, którzy pytają nas ciągle kiedy w końcu będzie można kogoś odwiedzić, swoją bliską osobę, która przebywa w zakładzie opiekuńczym, w Domu Pomocy Społecznej, w jakiejkolwiek placówce która wprowadziła pewne obostrzenia. My oczywiście dobrze wiemy, że ministerstwo w pewnym momencie zachęcało do tego wojewodów, żeby pootwierać te placówki, wojewodowie różnie zareagowali, ale wydaje się, że decyzja i tak jest zawsze u samego kierownika, dyrektora tej placówki. Natomiast wiemy to o czym Pan Minister wspominał, że ludzie po prostu cierpią z braku kontaktów. To nie dotyczy tylko osób, które przebywają w placówkach typu DPS. To dotyczy też osób, do których z różnych względów, bezpieczeństwa głównie, przestała przyjeżdżać rodzina. Te kontakty są mniejsze. Ci ludzie sami tak się nazywają, to nie jest moje określenie, więźniami bez wyroku. Mają często taki formalny zakaz opuszczania jakiegoś miejsca. Ile można wytrzymać w ten sposób? Oczywiście wiadomo, że trudno jest wziąć odpowiedzialność za taką decyzję, że otwieramy wszystko, niech się dzieje co chce. Bo rzeczywiście przykłady, które dochodziły z krajów europejskich, głównie z Włoch, były przerażające. Ale wydaje się, że jesteśmy teraz w takim momencie, że już jakoś jesteśmy w stanie opanować tę sferę rozprzestrzeniania się wirusa. Pewne rozwiązania są z powodzeniem stosowane w niektórych miejscach. To są jakieś spotkania telefoniczne przez szybę, jakieś przyjazdy rodziny, zwłaszcza jakiś cieplej, jest kawałek ogrodu, można to jakoś tak zorganizować. Także jeśli miałbym wskazać co się tak naprawdę zmieniło przez COVID, no to właśnie ten poziom samotności ludzkiej, która prowadzi do zdiagnozowanych lub nie zaburzeń psychicznych po prostu i to jest główny kłopot, dotyczący nie tylko placówek dużych, ale też ludzi, którzy sami są w mieszkaniach, starają się nie wychodzić. Oczywiście gmina czy państwo zadba o to, żeby ci ludzie dostali żywność, natomiast to nie jest wszystko.

##### prof. Gertruda Uścińska

Dziękuję bardzo. To jest na pewno kluczowa kwestia, ale wydaje mi się, że jeszcze trzeba popatrzeć w szerszym aspekcie. Ta opieka długoterminowa, sytuacja COVID-owa, to ma bezpośrednie przełożenie do dostępności, do opieki zdrowotnej, do orzecznictwa w pierwszym okresie. Wszystkie te ograniczenia, które były związane z funkcjonowaniem tych instytucji, które mają zapewnić bezpieczeństwo opieki długoterminowej. Pani prezes Osińska-Kurzywilk, bardzo proszę.

##### Magdalena Osińska-Kurzywilk

Dziękuję serdecznie. No ja bym chciała się ustosunkować do tego co pani profesor tutaj wspomniała, w takim szerszym kontekście jednak problemów związanych z COVID w opiece długoterminowej. Musimy przede wszystkim wskazać na to, że COVID obnażył wiele problemów związanych z opieką długoterminową. Nie tylko tutaj zabezpieczenie tych problemów emocjonalnych i psychicznych, ale także niedofinansowanie od wielu lat. Problemy kadrowe, które się pokazały, to że pozamykano domy pomocy społecznej na odwiedziny, to w dużej mierze wynikało z tego, że niestety personel, który tam jest zatrudniony - jest to jego drugie lub trzecie nawet miejsce zatrudnienia. Musimy pamiętać, że powinniśmy wykorzystywać zasoby, które posiadamy w tej chwili, wykorzystywać zawód opiekuna medycznego, który w Polsce jest bardzo niedowartościowany. Jak pani profesor zresztą wspominała. Wynika to z czego? No przede wszystkim z finansów, no nie ma co tego ukrywać. Kolejna rzecz - pacjenci w dobie koronawirusa zaczęli po prostu bać się korzystać z porad lekarza POZ-tu lub wręcz zmniejszono liczbę przyjęć do Domów Pomocy Społecznej. Wynikało to właśnie m.in. z tego, że rodziny boją się, że ich podopieczny zostanie odizolowany od tych kontaktów. Zresztą to widać, że my bardzo kierujemy się na takie zabezpieczenie potrzeb biologicznych. Tak, to jest bardzo ważne u naszych podopiecznych, ale pamiętajmy, że właśnie teraz wyszło to, że te problemy emocjonalne, psychiczne są równie ważne. Ja bym tutaj jeszcze chciała wspomnieć o tym co pani profesor Wieczorowska powiedziała. W dobie koronawirusa system pokazał też, że my zbyt mało korzystamy z innowacji społecznych. Właśnie między innymi z komunikatorów. Z tego żeby rodziny mogły z tymi podopiecznymi choćby porozmawiać. Z czego to wynika? Z tego choćby, że naszych seniorów nie uczymy korzystania z tych komunikatorów, z tych możliwości. I myślę, że tutaj są takie duże braki edukacyjne do nadrobienia. Już od momentu przebywania tych podopiecznych w środowisku domowym, czyli znowu wracamy do edukacji, do przygotowywania odpowiedniego każdego człowieka do etapu starości, tego co brakuje w naszym społeczeństwie. I to dopiero wychodzi gdy nasi podopieczni znajdują się w Domach Pomocy Społecznej. No i przede wszystkim ten kontakt z lekarzem czy z pielęgniarką POZ-tu. W tej chwili bardzo się ograniczył. Musimy pamiętać, że nasi seniorzy to nie jest tylko starość, ale to jest wiele chorób związanych właśnie z wiekiem, tak? Więc przepisywanie leków, nowe choroby, które się pojawiają, kontakt bezpośredni z lekarzem, wykonywanie pewnych badań systematycznie, które w tej chwili znacznie ilość ich się obniżyła. Dlaczego? Dlatego, że jest ten utrudniony dostęp. Będzie to wynikało z tego, że ten stan zdrowia naszych pacjentów w środowisku domowym będzie niestety się pogarszał albo będą trafiali do placówek medycznych w dużo gorszym stanie niż powinni. Dziękuję.

##### prof. Gertruda Uścińska

Dziękuję bardzo, absolutnie podzielam ten punkt widzenia, a w szczególności ta technologiczna edukacja. Dużo lepiej jest, z różnych badań wynika, w wielu krajach Europy Zachodniej niż u nas, a więc jest tutaj jakaś przepaść, którą by trzeba było po prostu nadrabiać. I rzeczywiście z punktu widzenia takiej sytuacji jaka jest, to są czasami jedyne formy komunikowania - telefon i wszystko to co na telefonie można jeszcze zrobić, a więc łącznie z wideo-konferencją rodzinną, bo także można to przecież zrobić. Przez Skype'a czy w jakiś inny sposób co tam za aplikacje pozakładamy na tych telefonach. Natomiast jeszcze poważniejsza jest ta kwestia tej ograniczonej dostępności do diagnozowania, do leczenia systematycznego. Na to też się zwraca uwagę w całej Unii Europejskiej, tak jak mówię, w tych konferencjach międzynarodowych co uczestniczę, to właściwie we wszystkich krajach mówi się, że to w ciągu tych ostatnich miesięcy nastąpiło zdecydowane pogorszenie. Pani profesor bardzo proszę.

##### prof. Agnieszka Sowa-Kofta

Dziękuję bardzo. Ja też oczywiście zgadzam się ze stwierdzeniem, że COVID bardzo boleśnie uwypuklił wszelkie niedoskonałości systemu i instytucji, ale też chyba po raz pierwszy tak silnie przyciągnął uwagę opinii publicznej do kwestii związanych z opieką długoterminową. I teraz bardzo dużo w dyskusji publicznej uwagi poświęconej było, ze względów oczywistych, ze względu na zakażenia, opiece instytucjonalnej. I w tym kierunku też zostało skierowane wsparcie publiczne w sensie zabezpieczenia potrzeb higienicznych czy utrzymaniem reżimu sanitarnego. Ale z drugiej strony pandemia stała się takim stymulantem do uregulowania pewnych sytuacji, które przyczyniały się do szybszego rozprzestrzeniania się koronawirusa. Mówię tutaj o kwestiach zatrudnieniowych, szczególnie w sytuacji pielęgniarek, które pracowały zarówno w szpitalach czy w POZ, jak i w opiece instytucjonalnej. Domy Pomocy Społecznej bardzo intensywnie rozwijały różne formy pracy ze swoimi podopiecznymi prowadząc zajęcia w terenie, zajęcia grupowe w niewielkich grupach, żeby mimo wszystko umożliwiać pensjonariuszom ograniczony, ale jednak kontakt wewnątrz. Wprowadzono różne sposoby na innego rodzaju kontakt z rodziną, a więc tele-konferencje czy urządzano pokoje spotkań. Natomiast to co jeszcze wydaje mi się bardzo ważne, to kwestia tego jakiego rodzaju wsparcie, temu mniej poświęcono uwagi w debacie publicznej, jest potrzebne rodzinie, która pełni funkcje opiekuńcze. Czyli na przykład opieki wytchnieniowej rodzinie, która w sytuacji pandemii jest znacznie silniej obciążona i ma znacznie mniejsze wsparcie z zewnątrz aniżeli w normalny, pozapandemicznym funkcjonowaniu. No i też pytanie co się dzieje w momencie kiedy w rodzinie jest zakażenie, kiedy opiekun trafia do szpitala, w jaki sposób opieka może być zapewniona osobie niesamodzielnej. Wydaje mi się, że to jest kwestia, przed którą stoją, nawet nie gminy, nie samorządy, nie ośrodki pomocy społecznej, ale też rodziny niejednokrotnie same są pozostawione sobie i te problemy muszą rozwiązywać.

##### prof. Gertruda Uścińska

Tak bardzo proszę jeszcze Tomasz.

##### Tomasz Przybyszewski

Jeśli mogę nawiązać do tego, o czym pani mówiła mówił przed chwilą. Rzeczywiście już na początku obostrzeń związanych z pandemią zaczęliśmy się zastanawiać w redakcji co właściwie z podopiecznym, który jest zupełnie niesamodzielny, kiedy opiekun jedyny zachoruje np. matka. Wysłaliśmy takie pytania np. do Głównego Inspektora Sanitarnego i po dłuższym czasie dopiero dostaliśmy odpowiedź, rzeczywiście jest to problem, na który nikt nie wpadł. Wymyślono procedurę, że w takiej sytuacji obie te osoby trafią do placówki tej samej, bo ta druga osoba też może być zakażona poprzez stały kontakt. Ale rzeczywiście wygląda na to, że te procedury nie do końca chyba funkcjonują. Był taki przykład niedawno gdzie pewna pani uciekła ze szpitala. Policja ją przecież goniła. Ona uciekła dlatego, że zostawiła osobę całkowicie zależną w domu samą, która nie może być dłużej niż parę godzin sama. Więc to jest sprawa rzeczywiście wciąż do rozwiązania. Dziękuję bardzo.

##### prof. Gertruda Uścińska

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, w sprawie tego jak COVID wpłynął na oceny obecnych rozwiązań, bardzo proszę.

##### Paweł Wdówik

Ja należę do tej grupy osób, która zdecydowanie postuluje zachowanie równowagi pomiędzy bezwzględną ochroną życia kosztem wszystkich innych elementów, a właśnie zapewnieniem człowiekowi możliwości normalnego funkcjonowania. Nawet jak rozmawiam z moją mamą, która jest osobą siedemdziesięciokilkuletnią, z różnymi chorobami i sugeruję, żebyśmy jej nie odwiedzali, to ona wprost mówi: "Wolę ryzykować, ale żyć, niż zostać sama i z samotności umrzeć." Ja myślę, że to jest ta potrzeba, która przy bardzo mocno podkreślanej konieczności ratowania życia zniknęła nam z horyzontu. I nawet jak rozmawiałem z wojewodami, którzy mówili "Co my mamy robić?" Ja mówiłem otwierajcie te domy, jeżeli widać wyraźnie, że ludzie już sobie nie dają rady, moje rozmowy w czerwcu, w Krakowie. Ja uważam, że myśmy zresztą sami stworzyli ten mechanizm takiej presji na ochronę życia, że trudno było podjąć decyzję, że podejmiemy ryzyko po to, żeby odpowiedzieć na inne potrzeby. Ale też patrząc na te wszystkie problemy, które się przy tej okazji pojawiły, myślę, że mamy znacznie lepsze warunki do tego, żeby zacząć głośno mówić o deinstytucjonalizacji. Unia Europejska stawia to w ogóle jako warunek horyzontalny, czyli od tego czy my ten proces wejdziemy są zależne środki z funduszy europejskich i ich otrzymanie przez Polskę. A przez deinstytucjonalalizację rozumiemy przede wszystkim tworzenie opieki środowiskowej oraz, jeżeli już jest konieczność tworzenia miejsc pobytu stałego dla osób, które nie są w stanie, mimo stworzenia opieki w miejscu zamieszkania, nie są w stanie już mieszkać w domu. To żeby tworzone miejsca były miejscami jednak przypominającymi dom, a nie coś pomiędzy szpitalem, a zakładem karnym, gdzie człowiek jest bardzo często jednak, nazwijmy rzeczy po imieniu, odzierany ze swojej prywatności i często niestety godności. To są rzeczy, o których musimy mówić jasno i wprost. A dodatkowo jeszcze pokazały się takie mechanizmy, można powiedzieć banalne, ale jednak pokazujące jak bardzo dużą mamy dysproporcje pomiędzy środkami finansowymi adresowanymi do osób pozostających w opiece instytucjonalnej i tych którzy zostają w domach. To są zupełnie nieadekwatne kwoty, jakie są przekazywane wraz z osobą czy za osobą idącą do DPS-u oraz jakie środki dostaje osoba, która jest w domu pod opieką rodziny. To jest na pewno rzecz, już trochę wybiegam do następnego pytania, wymaga zasadniczej zmiany w naszym systemie.

##### prof. Gertruda Uścińska

Tak bardzo dziękuję za zwrócenie uwagi na kolejne aspekty bardzo ważne. Pani dyrektor Iwona Kulikowska też to pytanie.

##### Iwona Kulikowska

Na pewno technologia pozwala nam na kontakt z osobami bliskimi w tych trudnych czasach. Z tym że, o ile łatwy jest taki kontakt z osobami młodymi, wnukami, dziećmi, to kontakt z osobą starszą czasami jest wręcz niemożliwy. Nie dlatego, że nie jesteśmy jako rodzina w stanie zapewnić tych funkcjonalności technicznych, tylko też brak chęci czy kłopot z nauczeniem się obsługi tego urządzenia. Najgorsze są sytuacje, kiedy bliska nam osoba trafia do zamkniętego zakładu szpitalnego, w którym nie możemy jej odwiedzić, nie widzi nas, nie ma tego wsparcia. Nie potrafiąc korzystać z urządzeń też nie możemy nawet z nią porozmawiać. To są bardzo trudne sprawy. Dla mnie to wyzwanie jest jak te osoby starsze namówić, nakłonić, a wręcz nauczyć korzystania z takich urządzeń. Niemniej, tak jak pani minister powiedział z własnego doświadczenia, te starsze osoby nam bliskie chcą z nami rzeczywistego kontaktu, a nie kontaktu online. Może to też powoduje, że chęć zapoznania się z nimi jest dla nich trudna, a wręcz po prostu nawet nie próbują. Chcą tego kontaktu zwyczajnego, ludzkiego, codziennego, obecności. Natomiast, jeżeli chodzi o takie sprawy bardziej finansowe, techniczne, to w tej pandemii wychodzi się z różnymi wydatkami, wsparciem, zaangażowaniem finansowym w potrzeby osób, do których należałoby dotrzeć. Takim programem, jest "Wspieraj Seniora", które ministerstwo rodziny realizuje. Wydaje mi się, że to też spotyka się z dobrym odbiorem i ważne jest tylko, żeby trafić do tych osób, które faktycznie potrzebują i do wszystkich, ale już to rozpoznanie znowu pozostaje na poziomie gminy, więc takie działania lokalne i znajomość swoich mieszkańców jest najważniejsza na poziomie lokalnym. Centralnie nie możemy tego zdiagnozować.

##### prof. Gertruda Uścińska

Dziękuję bardzo. Czy jeszcze ktoś chce zabrać głos w tej części dotyczącej wpływu COVID. Nie widzę. Myślę, że podnieśliśmy wiele aspektów. Jeżeli chodzi o wpływ COVID-u na ocenę tych obecnych rozwiązań i na pewno zwróciliśmy uwagę, że szereg tych rozwiązań jednak wymagałoby pewnej refleksji, dotyczącej zwłaszcza odosobnienia, dotyczącej właśnie kwestii tych rozwiązań. Myślę, że to nawet nie chodzi czasami o te rozwiązania tego kontaktu, takie indywidualne, w przypadku osób rzeczywiście tych naprawdę starszych. Ale, że to mogłyby być rozwiązania, które występują w niektórych krajach Europy Zachodniej. Że te instytucje stwarzają te platformy przez różne systemy i w zasadzie w imieniu tych osób łączą się z tą rodziną. Że to niekoniecznie musimy widzieć przez perspektywę, że to musi być ten fizyczny, prywatny laptop, ta prywatna komórka. Tylko tak jak my instytucjonalnie między sobą rozmawiamy, codziennie setki spotkań przez WebExa, Skype'a, Google itd. W wielu instytucjach wprowadzono właśnie tę możliwość SMS-owania z rodziną, powiadamiania, podawania tych pór, kiedy można usiąść, linka na spotkanie. Także to chyba jest przeniesienie do takiej praktyki w szerszym znaczeniu, nie tylko w niektórych wyjątkowych ośrodkach, gdzie te osoby przebywają. To rozwiązanie już pokazane w innych krajach. Wczoraj na tej konferencji międzynarodowej i przedstawiciel Niemiec, i Francji mówili, że tę samotność,to od izolowanie właśnie w taki sposób można też rozwiązywać. Więc myślę, że to jest jakiś punkt odniesienia.

##### Iwona Kulikowska

I też można zauważyć, bo w zasadzie od paru miesięcy, kiedy mamy taki trudny czas, że tak jak pani powiedziała, ja podzieliłam się z państwem tym okresem wczesnym, kwietniowym można powiedzieć, że były takie problemy. Natomiast nawet możemy zaobserwować w odbiorze kontaktów między różnymi organizacjami, że one są teraz coraz szybsze, łatwiejsze, dostęp jest do nich prostszy. Pierwsze połączenia trwały dosyć długo, trzeba było poznać ścieżkę dojścia, teraz już mamy...

##### prof. Gertruda Uścińska

Oczywiście, jesteśmy bieglejsi, bo tak błyskawicznie potrafimy stworzyć technologiczny link, połączyć się z kim chcemy, zaprosić, a więc absolutnie wydaje mi się, że trzeba mieć jakąś konkluzje. Także z tego wpływu COVID-u na tę sferę i ta konkluzja właściwie powinna iść w tym kierunku, że absolutnie, co do tych wszystkich przeszkód, ta dostępność do świadczeń, opieki zdrowotnej, do innych usług, jednak powinna być zagwarantowana. Przede wszystkim, jeżeli jest to odosobnienie, no to skoro jest ta możliwość, żeby te instytucje, które za to odpowiadają, po prostu takie rozwiązania zaczęły stosować. Takie jak stosujemy normalnie, żeby w tej sferze zawodowej funkcjonować. Szanowni państwo, przechodzimy do trzeciego, ostatniego pytania przygotowanego, bo mamy jeszcze oczywiście tutaj od naszych internautów pytania. A więc jak według państwa, jakie są priorytety i wyzwania opieki długoterminowej w Polsce w krótkiej i długiej perspektywie? Zacznę też od pani profesor Sowy-Kofty. Pani profesor, jak pani widzi, jakie to są te priorytety i wyzwania?

##### prof. Agnieszka Sowa-Kofta

Dziękuję bardzo. Ja myślę, że priorytety i wyzwania stojące przed opieką długoterminową w Polsce, w jakiś sposób w szerokim kontekście, definiuje dokument przyjęty przez Komisję Europejską w 2017 roku, czyli Europejski Filar Praw Socjalnych. Tam są, zresztą po raz pierwszy na dokumencie tej rangi, zaadresowane kwestie związane z opieką długoterminową. W punkcie dziewiątym, gdzie zapisane jest prawo do wsparcia opiekunów, poprzez usługi opieki domowej i możliwości godzenia własnej aktywności, w tym aktywności zawodowej, z opieką. I w punkcie 18, gdzie zapisane jest prawo każdej osoby do otrzymywania usług opieki długoterminowej, z naciskiem na tę opiekę domową. Czyli w kontekście tej deinstytucjonalizacji i rozwoju usług w środowisku lokalnym, o których wcześniej mówił pan minister, także myślę, że w tym kierunku te działania powinny pójść, w kierunku rozwoju usług, ich dostępności. Bo jednak jest tak, że nie w każdej gminie usługi opieki długoterminowej są dostępne. W jednym powiecie jest ZOL, w innym DPS jeśli mowa o usługach opieki instytucjonalnej. W przypadku opieki w środowisku lokalnym, usług opiekuńczych, wprawdzie w ostatnich latach przyjęto programy, którch samą inicjatywę ich powołania oceniam bardzo pozytywnie. Czyli opieka 75 plus, opieka wytchnieniowa czy asystent osobisty osoby niepełnosprawnej. Ale też nie wszystkie gminy, które mogą decydują się na udział w programach z różnych powodów. Braku kompetencji do przygotowania wniosku, braku przekonania radnych do tego, żeby móc wystąpić o grant w projekcie czy po prostu z przekonania, że gmina nie poradzi sobie finansowo, czy organizacyjnie ze świadczeniem usług. Poza tym, jeśli myślę o wyzwaniach, to myślę, że to są wyzwania, o których w pierwszej części mówiliśmy. Czyli z jednej strony zapewnienia odpowiednich kadr, z drugiej strony monitorowania jakości. Bo też i system oceny jakości, monitorowania jakości świadczeń jest bardzo różny w systemie ochrony zdrowia, gdzie on jest ściśle określony kontraktem z NFZ-em, a systemem pomocy społecznej, szczególnie w przypadku usług opieki domowej. No i ostatnia kwestia, taka bardzo ważna, to duże wyzwanie, czyli w jaki sposób te usługi chcemy, możemy finansować i w jakim wymiarze. To znaczy, czy to mają być usługi finansowane po prostu z podatków ogólnych, czy może potrzebne jest ubezpieczenie. To nie jest pytanie na teraz, to nie jest pytanie na szczególnie sytuację kryzysu, być może kryzysu na rynku pracy, który nas czeka. Natomiast gdzieś w nieodległym czasie pewnie przed tym wyzwaniem staniemy.

##### prof. Gertruda Uścińska

Dziękuję bardzo. Pani prezes?

##### Magdalena Osińska-Kurzywilk

Dziękuję bardzo. No ja myślę, że w takiej krótkoterminowej perspektywie przede wszystkim musimy się zastanowić, jak niewielkim kosztem, przede wszystkim legislacyjnym, poprawić funkcjonowanie naszych podopiecznych w środowisku domowym i jak najdłużej ich utrzymać. Tutaj Pani profesor wspomniała właśnie o tych różnicach w zakresie świadczenia działań opiekuńczych czy zdrowotnych w środowisku miejskim i wiejskim. Rzeczywiście te różnice są bardzo zauważalne bo w większych miejscowościach, gdzie jest więcej podmiotów świadczących te usługi, można zaobserwować podmioty prywatne, fundacje, stowarzyszenia, DPS-y, które między innymi pozyskują środki z Unii Europejskiej, żeby móc dodatkowo świadczyć usługi opiekuńczo-społeczne czy usługi zdrowotne. Niestety w środowiskach wiejskich można zaobserwować zdecydowany deficyt tych usług. I co się dzieje? Najczęściej te usługi opiekuńcze w ramach zadań własnych gminy świadczą miejskie ośrodki pomocy społecznej. Jak to wygląda? Bardzo różnie. Wiemy, że ośrodki pomocy społecznej nie dysponują możliwościami w zakresie wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego, zabezpieczenia w ten sprzęt rehabilitacyjny. Jednocześnie nie ma podmiotów, które by zabezpieczyły tę kompleksową usługę. Rzeczywiście, tak jak tu pan minister wspomniał, Unia Europejska daje dość duże pieniądze dla różnych fundacji, stowarzyszeń, ale także niedocenianych obecnie na rynku polskim podmiotom prywatnym, które ubiegają się o takie dofinansowanie i mają możliwości kompleksowego zabezpieczenia swoich podopiecznych w takie usługi jak rehabilitacja, zabezpieczenie w sprzęt rehabilitacyjny, usługi społeczne, w tym jakże coraz ważniejsze porady prawne. Wiemy, że osoby starsze bardzo często zostają na naciągnięte, oszukane, one nawet nie mają możliwości ubiegania się o jakieś działania związane ze zwrotem, odwołaniem się, bo nie wiedzą jak. Ciepły posiłek, jakże ważny dla osób starszych. Ale niestety w środowisku wiejskim jest to znacznie ograniczone. W dłuższej perspektywie przede wszystkim powinniśmy zastanowić się jak wykorzystać właśnie potencjał prywatnych instytucji, które będą współpracowały z państwowymi, z fundacjami, stowarzyszeniami w zakresie pozyskiwania funduszy, z których jest możliwość, bo to nie jest tak, że państwo polskie nie ma rozwiniętych tych możliwości, nie mamy skąd korzystać. My mamy ograniczone możliwości legislacyjne w zakresie wykorzystywania tych środków. Wiemy o funduszu solidarnościowym, tak? Wiemy, że możemy o te pieniądze się ubiegać, wiemy, że jest to zadanie własne gminy o charakterze obowiązkowym. Sprawdźmy ile gmin wykorzystało te środki. Z mojego doświadczenia, z mojej wiedzy wiem, że bardzo mało. Niestety prywatne podmioty czy fundacje, stowarzyszenia, nie mają możliwości ubiegania się o takie środki. Może w perspektywie długoterminowej, żeby wesprzeć tę opiekę długoterminową. Zarówno w zakresie opieki instytucjonalnej, czyli Domy Pomocy Społecznej, ZOL-e, ZPO-le, także domowej opieki, móc mieć możliwości wykorzystywania tych środków. No i kolejna rzecz. Ja myślę, że jednak to co na początku było wspomniane, bez koordynacji działań daleko nie dojdziemy drodzy państwo. Jeżeli nie będzie działań związanych z informacją do rodzin, gdzie mają się zgłosić, w jakim zakresie otrzymać pomoc, to niestety one nie będą podejmowały się opieki nad swoimi podopiecznymi. Nie będziemy dążyli w kierunku deinstytucjonalizacji, na czym nam tak naprawdę zależy. Co zauważamy podczas współpracy międzyresortowej? Niestety jest trudna trudna współpraca z POZ-tami, z lekarzami pierwszego kontaktu, z pielęgniarkami. Tutaj, jak pan wspomniał, średni czas oczekiwania w Krakowie na objęcie pielęgniarską opieką długoterminową to jest 4-6 miesięcy. Ja wiem z informacji z całej Polski, że w większości ten średni czas oczekiwania na przyjęcie do Domu Pomocy Społecznej... Ja myślę, że około roku, nawet półtora w tej chwili. I to są nasze cele długoterminowe. Po to żeby mieć możliwość zwiększyć tych miejsc w Domach Pomocy Społecznej, ale jednocześnie dążyć do tego, żeby jak najdłużej utrzymać tego naszego pacjenta w środowisku domowym, ale jednocześnie ułatwić rodzinie, opiekunom faktycznym, otrzymanie tego wsparcia. On musi wiedzieć skąd to wsparcie może otrzymać. To nie może być tak, że on błądzi po omacku. Nie może być takich sytuacji.

##### prof. Gertruda Uścińska

Bardzo dziękuję za wszystkie te sformułowane i te krótkookresowe, takie naprawdę, bez jakichś specjalnych nakładów do zrealizowania. Zwłaszcza dostęp do informacji, kiedy, komu co, w takich sytuacjach przysługuje gdzie się zwrócić, jak występować. Plus oczywiście te w perspektywie dłuższej, zwłaszcza większa dostępność do tego co jest. No i też myślę, że ewaluacja efektywności i formułowanie tych wniosków, jak należy zmieniać czy udostępniać, czy udoskonalać ten system. Teraz Tomasz, bardzo proszę.

##### Tomasz Przybyszewski

Bardzo, bardzo nas cieszy, że pan minister jest propagatorem deinstytucjonalizacji, bo to jest rzeczywiście rzecz, o której mówi się, przynajmniej w środowisku pozarządowym, wiele, wiele lat. Natomiast efekty na razie są takie jakie są. Natomiast rzeczywiście deinstytucjonalizacja nie oznacza oczywiście, że zaczniemy nagle zamykać za rok Domy Pomocy Sołecznej. Przykłady z innych krajów pokazują, że to jest proces trzydziesto, piędziesięcioletni, który i tak nie oznacza zbiorowego, można powiedzieć, pobytu stałego. Natomiast rzeczywiście to jest ten kierunek długofalowy, bo bez tego właściwie będziemy dokładnie w tej samej sytuacji, w której jesteśmy w tej chwili. Myślę że wydaje się uprawnione stwierdzenie, że nie do końca jesteśmy obecnie zdolnie do zapewnienia opieki wszystkim, którzy jej wymagają. A co dopiero się stanie w przyszłości, kiedy staniemy przed wyzwaniami demograficznym, kiedy osób, które będą mogły sprawować opiekę będzie coraz mniej, a osób, które będą wymagały opieki będzie coraz więcej. Stąd tutaj pani wspominała o rozwiązaniach typu asystent osoby niepełnosprawnej, typu opieka wytchnieniowa. Z kolei dla opiekuna są to rozwiązania, które potrafią sprawić, że tak długo jak tylko się da, ta opieka będzie sprawowana po prostu w środowisku domowym, w środowisku znajomym dla tej osoby, która wymaga wsparcia. To jest na pewno taki proces długofalowy, natomiast też cieszy oczywiście, że pojawiają się pewne "jaskółki" czy pewne rozwiązania pilotażowe, być może na razie dotyczące właśnie opieki wytchnieniowej, bardzo powoli się to dzieje niestety. Ale także asystentów osobistych. To są rozwiązania, tak przynajmniej je odbieramy, jako pilotażowe. Efektem pilotażu może być też jakaś porażka na jakimś odcinku jakiegoś rozwiązania. Na szczęście ministerstwo reaguje na tę sytuację, jeśli gminy się nie zgłaszały do zapewniania takich usług, to rozszerzono na organizacje pozarządowe. Co jest dobrym kierunkiem, bo rzeczywiście, tak jak panie wspominały... My też widzimy, że w dużych miastach jest o wiele łatwiej. Po pierwsze dotrzeć do informacji, znaleźć te informacje, znaleźć wsparcie. W środowiskach wiejskich czy w mniejszych miejscowościach jest to ekstremalnie trudne. Ludzie nawet decydują się czasami na wyprowadzkę z takiego miejsca, przeprowadzenia się do dużego miasta, to jest czasami jedyna rada jaką mogą od nas dostać. Żeby po prostu stamtąd uciekać. To środowisko lokalne nie jest w stanie zapewnić tego wszystkiego czego potrzeba. I na koniec chciałbym oczywiście wspomnieć raz jeszcze o rzeczywiście sprawie odpowiedniej informacji i kwestii koordynowania drogi tej osoby czy całej rodziny, która potrzebuje wsparcia. Wobec tego rzeczywiście ludzie będą się cały czas rozbijać o ten system i od niego odbijać tak naprawdę. Dziękuję bardzo, to chyba jest taki zbiór rekomendacji zarówno długofalowych, jak i krótkofalowych.

##### prof. Gertruda Uścińska

Bardzo dziękuję, wszystkie one są bardzo ważne do podjęcia w krótkiej i długiej perspektywie. Poza tym państwo je artykułujecie, także to oznacza, że mamy tutaj wspólny kierunek. Pani dyrektor Iwona Kulikowska, w kwestii tych perspektyw i wyzwań krótko i długookresowych.

##### Iwona Kulikowska

Tylko nawiąże do deinstytucjonalizacji, o której mówił pan minister. Trzeba powiedzieć, że już takie sformułowanie, takie określenie występuje w strategii odpowiedzialnego rozwoju i również innych strategiach. Natomiast jeżeli chodzi o działania, to może na przykładzie programu 75 plus, o którym pani profesor mówiła. Chciałam właśnie zauważyć, że on już się dzieje 3 lata i ewoluował, bo raz, że dociera do tych gmin wiejskich, miejskich, tych gmin małych, do 60 tysięcy. I też, tak jak pan powiedział, początkowo był adresowany tylko do jednostek samorządu i potem rozwinął się, i jest kierowany do organizacji pozarządowych. Ja z punktu widzenia wydatków widzę właśnie, że ten program się rozwija. Chociażby jego wydatki wzrosły prawie trzykrotnie w tym roku w stosunku do 2013 roku. Uczymy się wszyscy i pewnie badając i monitorując sytuację możemy te programy poprawiać i chyba też o to chodzi.

##### prof. Gertruda Uścińska

Świetnie. Myślę, że jeśli są takie wnioski, to jak najbardziej ten kierunek jest bardzo ważny. No i pan minister. Bardzo proszę, panie ministrze.

##### Paweł Wdówik

Mnóstwo pomysłów, mnóstwo rzeczy do załatwienia jest w takiej bardzo krótkoterminowej perspektywie. Jak wszedłem do ministerstwa, myślałem, że krótkoterminowa to znaczy miesiąc. Ale teraz, po roku się nauczyłem, że krótkoterminowa co znaczy dwa lata.

##### prof. Gertruda Uścińska

Czasami dziesięć. (śmiech)

##### Paweł Wdówik

Tak (śmiech), a więc w krótkoterminowej perspektywie to niewątpliwie rozwiązań wymaga kwestia finansowania opiekunów, którzy w tej chwili funkcjonują na trzech różnych świadczeniach oraz kwestia, o której już była mowa.

##### prof. Gertruda Uścińska

W różnej wysokości - 620 i 1890 zł.

##### Paweł Wdówik

Tak. Mamy tutaj wyrok Trybunału w tej sprawie. Pytanie tylko... Nie wiem czy odwracać się w lewą, czy w prawą stronę, kto da pieniądze na wykonanie tego. Ale to jest rzecz, którą niewątpliwie musimy też powiązać z tym nowym systemem orzekania o niepełnosprawności, żeby to rzeczywiście adresować tam, gdzie jest ta konieczność finansowania opiekuna. I to jest jest jedna ważna rzecz, którą musimy pilnie rozwiązać. Druga ważna rzecz, którą musimy pilnie rozwiązać i ona się już dzieje, i o tym już była mowa przed chwilą. To są usługi asystenckie, usługi związane z opieką wytchnieniową. Wykonaliśmy już pierwszy krok, udostępnienie takiej możliwości samorządom. W tej chwili wykonujemy drugi krok, równolegle oferując środki z funduszu solidarnościowego dla organizacji pozarządowych, ale wiemy, że to są ciągle rozwiązania fakultatywne. One nie zapewnią dostępu do usług wszystkim potrzebującym tego typu wsparcia. Dlatego planujemy rozwiązania, które przeniosą te usługi w obszar ustawowy i przyniosą konieczność zapewnienia tych usług na samorządy wraz z ośrodkami algorytmowo podzielonymi, być może z funduszu solidarnościowego. To się musi wydarzyć, ludzie muszą mieć pewność, że taka usługa będzie. Długofalowo to niewątpliwie musi się zadziać kilka rzeczy. Przede wszystkim kwestia finansowania tych usług. To jest rzecz, która jest myślę nie załatwiona od dziesiątków lat. Ja teraz próbując szukać rozwiązań zwracam się do Ministerstwa Finansów, co oznacza finansowanie z podatków. Być może powinniśmy szukać tego w systemie ubezpieczeń zdrowotnych. Być może, pani prezes, jeszcze w innym systemie ubezpieczeń społecznych, a być może powinniśmy wprowadzić odrębne ubezpieczenie pielęgnacyjno-opiekuńcze, które wobec procesów starzenia się społeczeństwa, to jest po prostu kwestia, którą naprawdę trzeba rozwiązać systemowo, nie spychać jej w niebyt, bo ona nam wystrzeli poważnymi problemami, jeżeli już w ogóle nie zaczyna się ten proces, wychodzenia tego problemu na wierzch. I kwestia gdzieś na styku krótko i długoterminowości, to jest to, co już powiedziałem wcześniej. Jakiegoś zbalansowanie środków, które są w tej chwili adresowane do instytucji gdzie trafiają osoby oraz środków, które nie trafiają w wystarczającej wysokości do osób pozostających w opiece domowej. I ostatnia rzecz, o której powiem, to jest upodmiotowienie osób korzystających z opieki długoterminowej. Ja jednak jestem zdecydowanym zwolennikiem przesunięcia punktu ciężkości, który u nas, w mocno spaternalizowanym (albo zmaternalizowanym) modelu opieki, gdzie opiekun jest kluczową osobą i mówimy o osobach korzystających z tej pomocy, jako podopiecznych. To definitywnie nie jest podmiotowe podejście. Przeniesienie środków na samą osobę korzystająca z pomocy, to musi być proces. bo my też musimy, jako społeczeństwo, do tego być mentalnie przygotowani. Że to osoba, na przykład z dużą niepełnosprawnością albo osoba starsza, jednak ma prawo decydować kto będzie jej opiekunem, kto będzie jej pomagał, kto będzie jej asystował. I to musimy zacząć robić pilnie, bo tak jak powiedziałem, jest to proces. A także, ponieważ kwestią bardzo ważną jest podaż usług, to znaczy, że my my w tej chwili nie mamy wystarczająco dużo podmiotów, które są w stanie zapewnić odpowiednie wsparcie. Dlatego zgadzam się z panią prezes Kurzywilk, że musimy się otworzyć na podmioty komercyjne i tak adresować środki finansowe, żeby osoba, czy to starsza, czy niepełnosprawna, mogła sama decydować o tym, czy to asystenci zatrudnieni przez samorząd, czy organizacje pozarządowe, czy podmioty komercyjne, które będą się w tym pewnie specjalizować, będą tymi, którym ona zapłaci za konkretną usługę. Tak jak bardzo trafionym pomysłem jest bon turystyczny, to być może też w taką stronę trzeba będzie pójść z adresowaniem środków i ich wydatkowaniem na tego typu usługi.

##### prof. Gertruda Uścińska

Świetnie. Bardzo dziękuję panu ministrowi za to kompleksowe zebranie tych tutaj postulowanych, niezbędnych priorytetów i wyzwań na krótką i długą perspektywę. Ja myślę, że absolutnie to wszystko daje się ująć pod takim hasłem, o którym też wszyscy mówili dzisiaj uczestnicy tego panelu. Koordynacja działań, koordynacja systemów, koordynacji instytucji, koordynacja środków, ocena efektywności. To wszystko jest krótka perspektywa, plus ta platforma informacyjna na rzecz osób, które potrzebują z tytułu tej niepełnosprawności tej opieki długoterminowej czy świadczeń, które zakwalifikujemy, czy rozwiązań. To jest krótka perspektywa. Ta dłuższa to jest absolutnie odpowiedź na to podstawowe pytanie. Czy to ma iść w Polsce w kierunku dywersyfikacji rozwiązań realizowanych przez różne podmioty? Ale przez kogo scalanych, koordynowanych? Czy też ma to być jedna ze szczególnych polityk dedykowanych tylko opiece długoterminowej, łącznie z niesamodzielnością. To są te wybory. Mamy różne podejścia w różnych krajach, jak widzimy, bardzo różne, od 25 lat wprowadza się to co tworzy tę opiekę długoterminową i de facto widzimy, że te działania, które mają dać tę efektywność, osiągnąć ten cel, one zdecydowanie w większym stopniu są w tej chwili dywersyfikowane, z potrzebą ich koordynowania. Dlatego, że ta sytuacja nie jest jednorodna, my mamy do czynienia z taką różnorodnością tych sytuacji, kiedy ta opieka długoterminowa musi zadziałać, że tym nowoczesnym wyzwaniem może być jednolitość z poszanowaniem tej różnorodności. To jest bardzo trudne zadanie, ale jak najbardziej realne. I ja myślę, że my musimy dzisiaj powiedzieć jasno, że COVID wynikają określone doświadczenia i one powinny być też wykorzystane w tej perspektywie krótko i długookresowej. Ale również my musimy widzieć to, że dokonuje się ogromny postęp technologiczny, który także musi być zastosowany w opiece długoterminowej. Tak jest, że to chodzi o kwestie nie tylko tych korzystających, nie tylko środków finansowych. To wszystko powinno być zautomatyzowane, ale myślę że i w samych świadczeniach, usługach także ta technologia musi być zastosowana w zdecydowanie większym stopniu niż to jest w tej chwili. Czy to jest podmiot centralnej administracji, czy to jest podmiot samorządowy, czy podmiot prywatny, musi dokonać się gdzieś to scalenie właśnie w ten sposób, jeżeli chodzi o rejestry i o przebieg korzystania i dostępność, no to po prostu jest z punktu widzenia możliwości technologicznych, proszę mi wierzyć, absolutnie realne. Ja już nie chcę mówić o tym, że będziemy mówić o zautomatyzowanym ubieganiu się, bo będziemy mówić, taka jest prawda w dłuższej perspektywie i absolutnie te technologie muszą być brane pod uwagę także w opiece długoterminowej. Ja wiem, że to może dziwnie zabrzmi, że ja myślę nawet o robotach. To są po prostu komputery, które reagować mogą, tak jak to jest w wielu krajach, na głos, na dotyk, na sygnalizowanie różnych potrzeb, to wszystko trzeba mieć na uwadze. Ale w pierwszej kolejności, tak jak w wielu krajach, trzeba pomyśleć, żeby te ośrodki pobytu różnych pensjonariuszy po prostu inwestowały w te nowoczesne możliwości komunikowania się z rodziną, z bliskimi, niekoniecznie to zawsze musi być ta fizyczna, prywatna komórka.

##### prof. Gertruda Uścińska

Mamy pytanie tutaj ze świata internautów: "Czy zauważacie państwo wzrost znaczenia zaburzeń psychicznych jako przyczyny niesamodzielności? Czy Państwa zdaniem można wykazać specyfikę niesamodzielności spowodowaną zaburzeniami psychicznymi? Jeżeli tak, to czy wymaga to innych działań?" Zaraz poproszę, żeby może ktoś z naszych panelistów się odniósł do tej kwestii. To jest tak, że w zasadzie, jeżeli chodzi o samodzielność, to z punktu widzenia takiego, przepraszam, że użyję tego języka formalno-prawnego, możemy popatrzeć np. na orzekanie o niezdolności do samodzielnej egzystencji z tytułu świadczenia 500+. I to by można było powiedzieć, że to jest uprawnione. Tam mamy ponad 900 tysięcy wniosków, 634 tysiące przyznanych świadczeń. I z tytułu tej samodzielności możemy powiedzieć, że jest tam w ostatnim okresie wzrost osób, które rzeczywiście z powodu właśnie chorób psychicznych mają to orzeczenie. Natomiast to jest jeszcze za mało miarodajne, żeby to tak uogólnić, żeby odpowiedzieć na pytanie jakie tu postawił nam internauta. Natomiast ja mogę powiedzieć z punktu widzenia orzekania o niezdolności do pracy, tej takiej klasycznej, na użytek systemu ubezpieczenia chorobowego, zdrowotnego, że skala tej niezdolności z powodu chorób psychicznych i innych zaburzeń rzeczywiście jest na bardzo wysokim poziomie. I w ciągu ostatnich kilku lat wzrosła i znajduje się na czwartym, na piątym miejscu, jeżeli chodzi o absencję chorobową. Także ja dzielę się tą wiedzą, którą mam. Czy ktoś z państwa, naszych panelistów jeszcze chciałby się odnieść tutaj... O! Bardzo proszę, pani prezes.

##### Magdalena Osińska-Kurzywilk

Dziękuję bardzo. Ja bym chciała wspomnieć w kontekście zaburzeń psychicznych, w zakresie otęmpień. My bardzo często zapominamy, bo my widzimy niepełnosprawność jako niepełnosprawność fizyczną i niestety bardzo dużo ludzi postrzega swoich pacjentów, czy podopiecznych, właśnie w kontekście niepełnosprawności fizycznej. Niepełnosprawności psychicznej nie da się zobaczyć gołym okiem, tak jak bezpośrednio postrzegamy pacjentów. I tutaj pojawia się problem. Z doświadczenia wiem, że niestety powiatowe zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności troszkę odwrotnie podchodzą do tego problemu niż tutaj Pani profesor wspomniała. Bardziej traktują tę niepełnosprawność psychiczną, mogłabym rzec, po macoszemu. Dlatego, że nie widać. To nie jest tak, że pacjent, który sam zaspokaja swoje potrzeby biologiczne w miarę na jakimś poziomie, to jest pacjent, który może samodzielnie funkcjonować. Niestety pacjenci z zaburzeniami psychicznymi bardzo często nie mogą nawet kilku godzin zostać samodzielnie w domu. Oni nie pilnują przyjmowania posiłków, oni nie pilnują regularnego przyjmowania leków, co znacznie problem zaburzeń psychicznych nasila. My, jako koalicja, w tym roku wydaliśmy taki uzupełniony raport z zeszłego roku, który właśnie powiększyliśmy o dodatkowy rozdział związany z chorobami psychicznymi. I tam można dokładnie przeczytać na temat problemów niesamodzielności w zakresie chorób psychicznych, które dotykają naszych pacjentów, naszych podopiecznych. Dziękuję.

##### prof. Gertruda Uścińska

Dziękuję bardzo. To jest bardzo ważna wypowiedź. Ja jeszcze tylko dodam, że z punktu widzenia tej niezdolności do pracy, na podstawie orzeczenia, z powodu chorób psychicznych i innych zaburzeń, te orzeczenia dotyczą ubezpieczonych i często to są osoby w wieku średnim, między 30-45 lat, to jest ten wskaźnik, żeby był też jasny przekaz. Szanowni państwo, czy ktoś z panelistów chce jeszcze zabrać głos. Nie widzę, nie słyszę. Ja chciałam bardzo pięknie państwu podziękować, że przyjęliście zaproszenie do udziału w tym panelu. Myślę, że to są bardzo ważne rzeczy, jeżeli chodzi o opiekę długoterminową, ryzyko niesamodzielności, stawianie dobrej diagnozy, bo jeżeli to jest dobrze zrobione, to później zupełnie inaczej można projektować taką przyszłość najbliższą, jak i też tę odległą. Ja myślę, że wiele takich bardzo istotnych kwestii udało się tutaj przedyskutować i to jest ten pożytek publiczny z tego, że poświęciliśmy nasz czas na to, żeby właśnie podejść w sposób zaangażowany do kwestii opieki długoterminowej. Szanowni państwo paneliści, panie ministrze, pani dyrektor, panie redaktorze, pani prezes, pani profesor, dziękuję pięknie za udział. Była to dla mnie ogromna przyjemność, że mogłam z państwem tutaj dyskutować. Dziękuję bardzo. Pani dyrektor, pani doktor Elżbieta Bojanowska chce na koniec dzisiejszej naszej debaty zabrać głos, bardzo proszę.

##### dr Elżbieta Bojanowska

Szanowni państwo, bardzo serdecznie dziękuję, że przyjęliście nasze zaproszenie na tę debatę. Za niezwykle ciekawe, ale przede wszystkim, bardzo realne, dotykające rodzin i osób z niesamodzielnościami, podejmowane tematy. I za wskazania w jakim kierunku należy iść i co należy zrobić, żeby skutecznie i tym osobom, i całym rodzinom pomagać. Bardzo serdecznie dziękuję. Dziękuję panie ministrze, że był pan z nami i podzielił się swoimi doświadczeniami oraz kierunkami w jakich zmierzamy i co chcemy zrobić. Bardzo serdecznie dziękuję. Jeszcze raz ,bardzo dziękuję pani profesor Gertrudzie Uścińskiej, prezez ZUS-u, ale i przewodniczącej rady naukowej Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych, że podjęła się prowadzenia tej debaty, przygotowania referatu i bycia z nami. Bardzo serdecznie dziękuję pani profesor.

##### prof. Gertruda Uścińska

Dziękuję uprzejmie. Dziękuję.

##### dr Elżbieta Bojanowska

Pozwólcie państwo, że również podziękuje całemu zespołowi Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych za możliwość dzisiejszego debatowania, przygotowania tej i innych debat. I zapraszamy na kolejną debatę, która będzie o godnej pracy, jako społecznej odpowiedzialności biznesu. Już w przyszłym roku. A ponieważ jesteśmy w czasie szczególnym. Ponieważ niedługo będą święta i Nowy Rok, to proszę przyjąć ode mnie i całego zespołu Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych, dla was i dla waszych rodzin, najlepsze życzenia, przede wszystkim zdrowia. Czasu, spokoju. I żeby nikt w te święta i w kolejnym roku nie był sam. Zeby miał zawsze bliskie sobie, bezpieczne otoczenie. Wszystkiego dobrego państwu życzę. (brawa)

##### prof. Gertruda Uścińska

Dziękujemy pięknie.