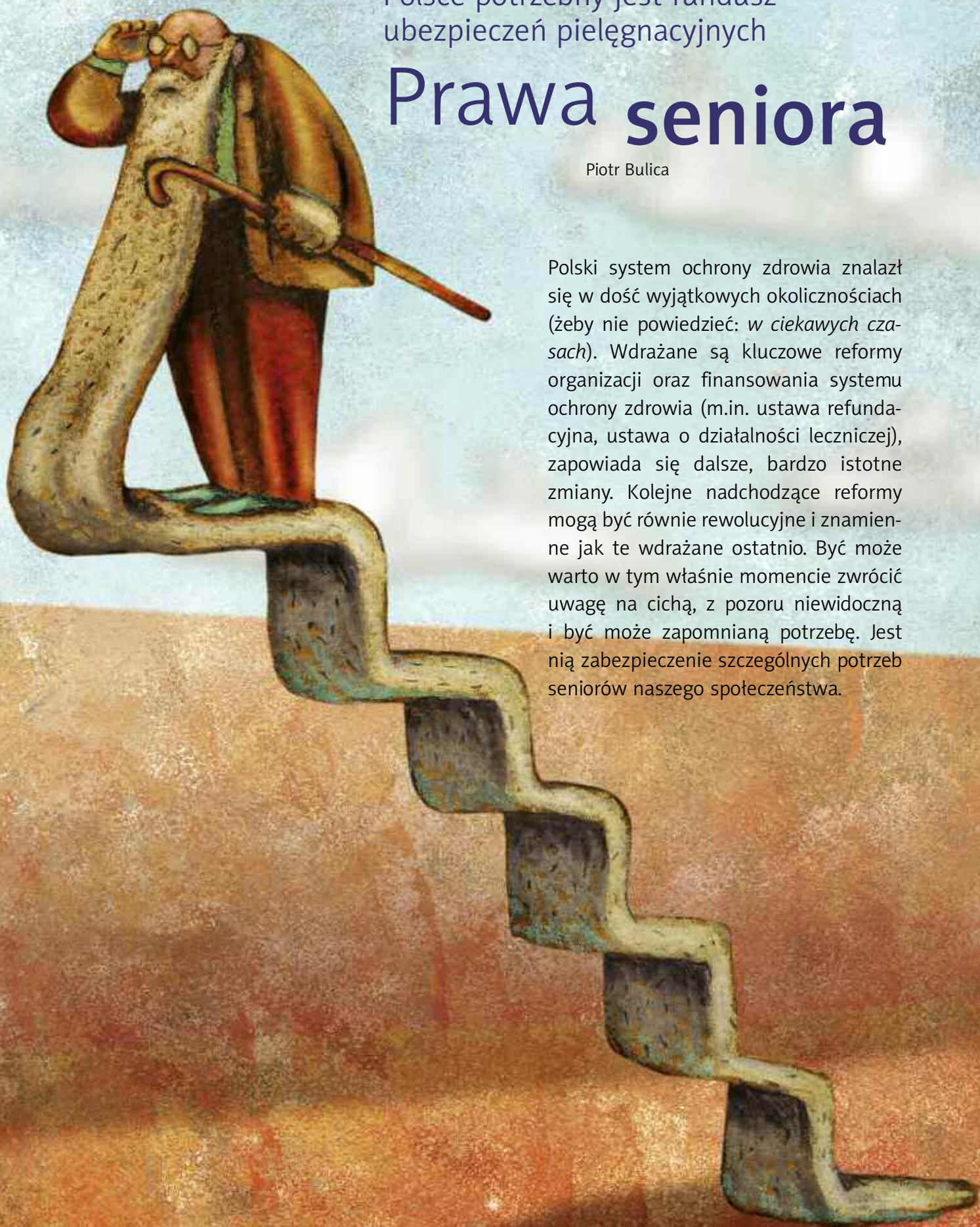


Polsce potrzebny jest fundusz
ubezpieczeń pielęgnacyjnych

Prawa seniora

Piotr Bulica

Polski system ochrony zdrowia znalazł się w dość wyjątkowych okolicznościach (żeby nie powiedzieć: w ciekawych czasach). Wdrażane są kluczowe reformy organizacji oraz finansowania systemu ochrony zdrowia (m.in. ustawa refundacyjna, ustawa o działalności leczniczej), zapowiada się dalsze, bardzo istotne zmiany. Kolejne nadchodzące reformy mogą być równie rewolucyjne i znamienne jak te wdrażane ostatnio. Być może warto w tym właśnie momencie zwrócić uwagę na cichą, z pozoru niewidoczną i być może zapomnianą potrzebę. Jest nią zabezpieczenie szczególnych potrzeb seniorów naszego społeczeństwa.



Analizy demograficzne jasno wskazują, że polskie społeczeństwo się starzeje. Prognoza Głównego Urzędu Statystycznego podaje, że liczba członków populacji w wieku powyżej 65 lat zwiększy się z 5,1 mln (13 proc.) w 2010 r. aż do 8,35 mln (23 proc.) w 2035 r. Proporcje między liczbą pracujących i niepracujących również istotnie się zmieniają. W 2035 r. na 1000 osób w wieku produkcyjnym ma przypadać 736 osób w wieku nieprodukcyjnym, a już w 2060 r. stosunek ten ma wynosić 1070 osób w wieku nieprodukcyjnym na 1000 osób w wieku produkcyjnym¹.

Wzrost wydatków

Niewątpliwie będzie się to wiązać również ze zwiększeniem wydatków na świadczenia medyczne. Wyniki opracowania Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych wskazują, iż skutek starzenia się społeczeństwa do 2030 r. publiczne wydatki na ochronę zdrowia wzrosną w Polsce o ponad 50 proc.² Według szacunków zaprezentowanych w raporcie „Starzejące się społeczeństwo jako wyzwanie ekonomiczne dla europejskich gospodarek”, opracowanym przez Pracodawców RP i Polsko-Amerykańską Izbę Handlową, pomiędzy 2007 r. a 2060 r. koszty opieki zdrowotnej mają wzrosnąć z 4 proc. do 5,4 proc. PKB³.

Czeka nas wzrost zapotrzebowania na świadczenia pielęgnacyjne dla osób w zaawansowanym wieku, na co (poza powyższymi prognozami) wskazuje obecność wyznaczników popytu na te usługi. Są nimi zmiany w strukturze stanu cywilnego (przewidywana samotność osób starszych mająca genezę we wdowieństwie, rozwodach bądź pozostaniu w stanie wolnym), obniżający się zmodyfikowany wskaźnik potencjału pielęgnacyjnego (liczba kobiet w wieku 45–69 lat przypadająca na 100 osób w wieku 70 i więcej lat), odchodzenie od modelu rodziny wielopokoleniowej oraz spadek dzietności⁴.

Pomimo świadomości zachodzących istotnych zmian wydaje się, że geriatryka jest nadal w Polsce deficytową i niedofinansowaną dziedziną medycyny⁵. Może to wynikać z niedoszacowania procedur (około 30 proc.), a konstrukcja polskiego systemu jednorodnych grup pacjentów ma stanowić biurokratyczną przeszkodę w realizacji kompleksowego procesu diagnostyki i leczenia⁶. Również niewłaściwa koordynacja opieki nad osobami starszymi, deficyt lekarzy specjalistów oraz łóżek na oddziałach geriatrycznych stanowi narastający problem⁷.

Wydzielenie ryzyka

Niedołęstwo starcze, a dokładniej ryzyko pojawiania się jego objawów, jest niewątpliwie ryzykiem społecznym, definiowanym jako ryzyko zajścia zdarzenia powodującego stratę w posiadanych lub spodziewanych zasobach gospodarstwa domowego⁸.

Dawniej było ono traktowane jedynie jako składowa ryzyka starości. Zasadne jest jednak wyodrębnienie go i traktowanie jako niezależnego ryzyka z katalogu ryzyka społecznego⁹.

Uzasadnieniem takiego postępowania może być przewidywany wzrost popytu oraz wydatków i kosztów związanych z udzielaniem świadczeń opiekuńczych, a zatem i wzrost istotności możliwie dokładnego oszacowania ryzyka niedołęstwa starczego. Warto też zwrócić uwagę na odrębność ryzyka starości (starość metrykalna, społeczna i ekonomiczna) oraz ryzyka niedołęstwa starczego (nałożenie się starości metrykalnej i czynnościowej)¹⁰. Niedołęstwo starcze nie powinno być również utożsamiane z chorobą (i ryzykiem zachorowania), gdyż nie musi mu towarzyszyć konkretna jednostka chorobowa. Z począt-

„ Równocześnie z porządkowaniem lub wydzielaniem państwowego systemu opieki nad seniorami warto rozważyć mądre i sprawiedliwe umiejscowienie w nim dodatkowych ubezpieczeń pielęgnacyjnych „

kiem pojawienia się niedołęstwa niezbędne może być udzielenie świadczeń opiekuńczych, a nie pomocy medycznej, która okazuje się konieczna dopiero w przypadku pogłębienia się objawów niedołęstwa¹¹.

Status quo

Obecnie świadczenia związane z niedołęstwem starczym są udzielane i finansowane przez różne instytucje administracji rządowej, samorządowej, instytucje dobroczynne oraz rodziny osób potrzebujących. Warto zwrócić uwagę na różnorodność zasad finansowania jednego rodzaju ryzyka (ubezpieczeniowe – FUS, NFZ; zaopatrzeniowe – pomoc społeczna; filantropijne – organizacje dobroczynne). Można też przyjąć, iż jakaś część ogólnych kosztów jest finansowana *out-of-pocket* przez seniorów i ich rodziny.

Chcąc określić możliwie dokładnie zakres pomocy dla osób dotkniętych niedołęstwem starczym, musimy wyjść poza spektrum koszyka świadczeń medycznych finansowanych z pieniędzy publicznych, czyli ze składek zdrowotnych, przez NFZ. Kilka rodzajów „koszykowych świadczeń zdrowotnych”, które będą poniżej wymienione, nie dotyczy wyłącznie seniorów, jednak ze względu na specyfikę poruszanego tematu warto o nich przypomnieć.

Świadczenia pielęgnacyjne

Bardzo istotne są świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze udzielane w ramach opieki długoterminowej



foto: iStockphoto

w zakładach opiekuńczych oraz w warunkach domowych. Ich zakres zależy od potrzeb pacjenta oraz miejsca udzielania i obejmuje m.in. opiekę lekarską, pielęgniarską, leczenie farmakologiczne, terapię zajęciową, rehabilitację i zaopatrzenie w wyroby medyczne.

Odrębnym obszarem jest podstawowa opieka zdrowotna, w ramach której udzielane są świadczenia pielęgniarstwa (m.in. w domu pacjenta bądź w domu pomocy społecznej). Korzystają z nich pacjenci w każdym wieku, u których występuje ograniczenie sprawności psychofizycznej w wyniku choroby.

Z funduszy NFZ finansowana jest też rehabilitacja (w tym rehabilitacja słuchu i mowy oraz wzroku), realizowana w warunkach domowych, ambulatoryjnych lub stacjonarnych¹².

Istotnym elementem zabezpieczenia potrzeb osób niepełnosprawnych jest pomoc społeczna, będąca zgodnie z ustawą *instytucją polityki społecznej państwa, mającą na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości*. Organizowana jest ona przez organy administracji rządowej i samorządowej. Ze względu na objętość materiału, pobieżnie przytoczone zostaną wybrane rodzaje świadczeń¹³.

Osobie, która wymaga pomocy innych (przyczyną może być np. wiek lub choroba) i nie otrzymuje jej lub pomoc ta nie jest wystarczająca, przysługują usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze. Mają one na celu m.in. zaspokajanie potrzeb życiowych oraz realizację zleconej przez lekarza pielęgnacji¹⁴. W wypadku konieczności częściowej opieki ze względu m.in. na wiek, chorobę lub niepełnosprawność, wspomniane wyżej świadczenia mogą być udzielane w ośrodku wsparcia (jed-

nostka organizacyjna dziennego pobytu) lub rodzinnym domu pomocy (świadczącym usługi opiekuńcze i bytowe całodobowo)¹⁵.

Jeśli dana osoba wymaga całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, nie jest w stanie samodzielnie funkcjonować w życiu codziennym i nie ma możliwości zapewnienia jej niezbędnej pomocy w formie wyżej przytoczonych świadczeń, przysługuje jej prawo do umieszczenia w domu pomocy społecznej. Jeśli jednak wymagana jest wzmożona opieka medyczna, dana osoba kierowana jest do zakładu opiekuńczo-leczniczego lub placówki pielęgnacyjno-opiekuńczej. Domy pomocy społecznej przeznaczone są m.in. dla osób w podeszłym wieku, przewlekle somatycznie chorych lub niepełnosprawnych fizycznie¹⁶. Co istotne, pobyt w placówkach pomocy społecznej nie jest darmowy, możliwe jest jednak częściowe lub pełne zwolnienie z opłat.

W razie rezygnacji z zatrudnienia (bądź bezpłatnego urlopu) w celu sprawowania opieki nad długoterwale lub ciężko chorym członkiem rodziny oraz wspólnie niezamieszkującymi matką, ojcem lub rodzeństwem pomoc społeczna odprowadza za opiekuna składkę na ubezpieczenia emerytalne i rentowe¹⁷. W takich okolicznościach możliwe jest uzyskanie również pieniężnego świadczenia pielęgnacyjnego, przysługującego osobom sprawującym opiekę nad osobą mającą orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem stałej lub długotrwałej opieki, lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji. Podobnie jest w wypadku opiekuna osoby z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności¹⁸.

Inne świadczenia

Udzielane są również inne świadczenia pieniężne, m.in. zasiłek pielęgnacyjny¹⁹, przyznawany w celu częściowego pokrycia wydatków związanych z koniecznością zapewnienia opieki i pomocy w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji. Przysługuje on np. każdej osobie, która ukończyła 75 lat, nie otrzymuje dodatku pielęgnacyjnego i nie przebywa w instytucji zapewniającej całodobowe utrzymanie. Źródłem finansowania jest budżet państwa.

Istnieje podobne świadczenie pieniężne – dodatek pielęgnacyjny. Jest on przyznawany z budżetu Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (pieniądze pochodzące m.in. ze składki na ubezpieczenie społeczne) i przysługuje osobie uprawnionej do emerytury lub renty. Warunkiem jest całkowita niezdolność do pracy oraz do samodzielnej egzystencji bądź ukończenie 75. roku życia oraz nieprzebywanie w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dłużej niż 2 tygodnie w miesiącu.

Wyzwania

Seniorzy wymagają wyjątkowej troski nie tylko ze względu szczególne potrzeby w zakresie leczenia i pro-

filaktyki. Ta część społeczeństwa jest często dotknięta niedołęstwem, rodzącym potrzebę pomocy zarówno w wykonywaniu prostych, codziennych czynności, jak i profesjonalnej pielęgnacji.

Pojawia się pytanie, czy funkcjonujący w Polsce system ochrony zdrowia i zabezpieczenia społecznego jest przygotowany na skutki nieuniknionych, pogłębiających się zmian w strukturze demograficznej naszego społeczeństwa.

Ze względu na oczekiwany wzrost wydatków na opiekę długoterminową już prawie 10 lat temu podjęto dyskusję dotyczącą wydzielenia systemu zabezpieczenia pielęgnacyjnego. Propozycje zostały przedstawione w Zielonej Księdze Opieki Długoterminowej, opracowanej przez grupę roboczą ds. przygotowania ustawy o ubezpieczeniu od ryzyka niesamodzielności Komisji Rodziny i Polityki Społecznej Senatu. Zakładały one wprowadzenie po 2020 r. ubezpieczenia opiekuńczego. Już w 2007 r. pojawił się natomiast projekt ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym, opracowany przez zespół ministra zdrowia. Ubezpieczenie to miałyby być realizowane przez fundusz ubezpieczenia pielęgnacyjnego – nową, odrębną instytucję. Być może właśnie teraz, w toku bieżących reform, warto zwrócić uwagę na dawno zasygnalizowaną potrzebę zmian?

Konieczne wydaje się realne oszacowanie przyszłych potrzeb i bieżących możliwości gromadzenia niezbędnych publicznych pieniędzy. Równoległe do porządkowania lub wydzielenia państwowego systemu opieki nad seniorami warto rozważyć *mądre i sprawiedliwe* umiejscowienie w nim dodatkowych ubezpieczeń pielęgnacyjnych. Ten zabieg powinien mieć na celu stworzenie odpowiednich zachęt i dogodnych warunków (finansowych i organizacyjnych) do indywidualnego oszczędzania na przyszłe potrzeby związane z pielęgnacją i starością w ramach partnerstwa publiczno-prywatnego. ■

Przypisy

¹<http://www.egospodarka.pl/74077,Starzejace-sie-spolescenstwo-zahamuje-gospodarke,1,39,1.html>

²<http://www.case-research.eu/pl/node/55865>

³<http://www.egospodarka.pl/74077,Starzejace-sie-spolescenstwo-zahamuje-gospodarke,1,39,1.html>

⁴Więckowska B. Ubezpieczenie pielęgnacyjne. Szkoła Główna Handlowa – Oficyna Wydawnicza, Warszawa 2008.

⁵<http://www.rynekzdrowia.pl/Uslugi-medyczne/Geriatria-przynosi-oszczednosc,19597,8.html>

<http://www.rynekzdrowia.pl/Rynek-Zdrowia/Krucosc-zobowiazuje,102679.html>

<http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Niska-wycenarnosnace-zagrozenia-strategia-dla-opieki-geriatrycznej-w-kraju,107419,1.html>

<http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/slaskie-brakuje-srodkow-na-leczenie-geriatryczne-klinika-przestanie-istniec,110220,1.htm>

⁶<http://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Trzeba-przygotowac-sie-na-starosc-PolSenior-pozwoli-wyciagnac-wnioski-zdrowotne-i-ekonomiczne,112375,14.html>

Niedołęstwo starcze

(old age infirmity)

to stan osoby w zaawansowanym wieku polegający na tym, że nie potrafi ona wykonywać codziennych czynności, koniecznych w normalnym życiu. Może on być następstwem przewlekłej choroby lub niewydolności narządów. Do opisanego występujących objawów niedołęstwa starczego wykorzystuje się skale stosowane podczas oceny geriatrycznej, m.in. skale Katza, Lawtona i Barthela.

Skala Katza

(activities of daily living – ADL)

dotyczy możliwości wykonywania podstawowych codziennych czynności związanych z samoobsługą (m.in. higiena osobista, potrzeby fizjologiczne, ubieranie się).

Skala Lawtona

(instrumental activities of daily living – IADL)

umożliwia opisanie możliwości samodzielnego funkcjonowania (m.in. czytanie, korzystanie z telefonu, posługiwanie się pieniędzmi). Służy do oceny potrzeby pomocy osób trzecich bądź konieczności udzielenia pomocy finansowej.

Skala Barthela

jest wykorzystywana u pacjentów objętych leczeniem zamkniętym. Ocenia ona zdolność do samodzielnego wykonywania takich czynności, jak spożywanie posiłków, utrzymanie higieny osobistej, poruszanie się po powierzchniach płaskich, kontrolowanie potrzeb fizjologicznych, wchodzenie i schodzenie po schodach.

⁷<http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Niska-wycenarnosnace-zagrozenia-strategia-dla-opieki-geriatrycznej-w-kraju,107419,1.html>

⁸Więckowska B. Ubezpieczenie pielęgnacyjne. Szkoła Główna Handlowa – Oficyna Wydawnicza, Warszawa 2008.

⁹Ibidem.

¹⁰Ibidem.

¹¹Ibidem.

¹²Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane z funduszy publicznych

Vademecum 2012 praca zbiorowa pod redakcją Norberta Tyszki © Narodowy Fundusz Zdrowia Centrala

¹³Ustawa z 12 marca 2004 o pomocy społecznej (Dz.U. 2004 Nr 64 poz. 593)

¹⁴Ibidem.

¹⁵Ibidem.

¹⁶Ibidem.

¹⁷Ibidem.

¹⁸Ustawa z 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz.U. 2010 nr 50 poz. 301).

¹⁹Ibidem.