

REGIONALNA ANALIZA POTRZEB W OBSZARZE OCHRONY ZDROWIA

OPIEKA DŁUGOTERMINOWA
W WOJEWÓDZTWIE KUJAWSKO-POMORSKIM

Projekt do konsultacji

Stanowisko Zarządu Województwa
Kujawsko-Pomorskiego
z dnia 21.06.2017 r.

Toruń, czerwiec 2017

Projekt do konsultacji

Opieka długoterminowa w województwie kujawsko-pomorskim

Spis treści

Wprowadzenie.....	4
1. Potrzeby społeczeństwa w zakresie usług opiekuńczych w województwie kujawsko-pomorskim	6
1.1. Potrzeby opiekuńcze zależne od stopnia niepełnosprawności	6
1.2. Potrzeby opiekuńcze a potencjał opiekuńczy rodziny.....	9
1.2.1. Ludność w województwie kujawsko-pomorskim	10
1.2.2. Starzenie się populacji województwa kujawsko-pomorskiego	13
1.2.3. Wsparcie pokoleniowe w województwie kujawsko-pomorskim	16
2. Opieka długoterminowa	18
2.1. Opieka długoterminowa - kwestie definicyjne.....	18
2.2. Uwarunkowania zapotrzebowania na usługi opiekuńcze.....	20
2.2.1. Uwarunkowania systemowe w opiece nad osobą starszą - zasady finansowania i kryteria dostępności	22
2.2.2. Oczekiwania seniorów co do form opieki - konieczność wsparcie opieki domowej	24
2.3. Usługi opieki długoterminowej oferowane w systemie ochrony zdrowia.....	26
2.3.1. Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze w województwie kujawsko-pomorskim (analiza danych wtórnych)	26
2.3.2. Usługi ZOL i ZPO w świetle badań własnych	29
2.4. Usługi opieki długoterminowej oferowane w systemie pomocy społecznej	32
2.4.1. Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania w województwie kujawsko-pomorskim.....	32
2.4.2. Dzielne domy pomocy.....	34
2.4.3. Opieka całodobowa w instytucji - domy pomocy społecznej	36
2.5. Potrzeby społeczeństwa a usługi opieki długoterminowej - wnioski i rekomendacje.....	38

Wprowadzenie

Zmiany wzorca płodności (spadek dzietności, podwyższenie średniego wieku urodzenia dziecka), zmiany zachowań związanych z tworzeniem i rozpadem związków, wydłużanie się przeciętnego trwania życia, rosnące znaczenie migracji zagranicznych w Polsce powodują, że proces starzenia się populacji przybiera na sile. Prognozuje się, że w 2050 roku blisko 1/3 ogółu ludności Polski będą stanowiły osoby w wieku 65 lat i więcej (podobnie będzie w województwie kujawsko-pomorskim). Nastąpi także znaczny wzrost udziału osób sędziwych (w wieku 80 lat i więcej) w populacji naszego kraju. W 2050 roku poziom tego odsetka będzie kształtował się na poziomie od 9,4% (województwo wielkopolskie) do 12,3% (województwo podlaskie) (GUS 2014). Dożywanie wieku sędziwego nie będzie zatem rzeczą wyjątkową, a populacja osób starszych charakteryzowała się będzie większą różnorodnością. Osiągnięcia medycyny, które w dużej mierze przyczyniły się do tego trendu, wraz ze zwiększającą się świadomością seniorów mogą wpłynąć na zwiększenie się sprawności osób starszych i ich dłuższe pozostawanie w zdrowiu. Wraz ze wzrostem odsetka osób starszych w populacji ogółem rośnie także zapotrzebowanie na opiekę nad tymi, którzy wraz z wiekiem tracą zdolność do samodzielnej egzystencji. Opieka ta do tej pory w dużej mierze była sprawowana przez najbliższych. Przemiany demograficzne wywołują znaczący spadek potencjału opiekuńczego rodziny powodując konieczność rozwoju systemu opieki opartego o sektor publiczny, pozarządowy i prywatny.

W czasie przygotowania podstaw do programowania polityk UE na lata 2014-2020 Komisja Europejska zwróciła w swych dokumentach uwagę na konieczność realizowania działań w obszarze zdrowia z uwzględnieniem planowania strategicznego i operacyjnego.

Na poziomie krajowym przygotowane zostały *Krajowe ramy strategiczne w obszarze zdrowia* (tzw. Policy paper), zawierające m.in. zestaw narzędzie, będących podstawą wydatkowania środków unijnych. Zdefiniowane tam *narzędzie 17* dedykowane zostało wsparciu podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatry, opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej. Ważnym elementem realizacji inwestycji w w/w zakresach jest realizacja zaleceń *Ogólnoeuropejskich wytycznych dotyczących przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności*.

Województwo kujawsko-pomorskie, uwzględniając zalecenia KE, realizuje działania operacyjne w obszarze ochrony zdrowia, w oparciu o dostępne dane i w odniesieniu do

specyfiki regionu. Wśród opracowań dostępnych w tym zakresie należy wymienić dziedzinowe Mapy Potrzeb Zdrowotnych, które zawierają odniesienia do opieki długoterminowej¹.

Na potrzeby niniejszej analizy przeprowadzona została ankieta wśród Zakładów Opiekuńczo-Leczniczych (ZOL) i Zakładów Pielęgnacyjno-Opiekuńczych (ZPO)². Zapytanie skierowano także do ośrodków posiadających umowę na świadczenie w zakresie opieki hospicyjnej.

Niniejszym serdecznie dziękujemy pracownikom tych jednostek, którzy pozytywnie odnieśli się do prośby o informacje dotyczące rzeczywistego wykorzystania miejsc w placówkach, jak i sugestii dotyczących kolejek.

Dokument został przygotowany w Departamencie Spraw Społecznych, Wdrażania EFS i Zdrowia, w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Kujawsko-Pomorskiego przy współpracy z panią dr Agnieszką Furmańską-Maruszak, pracownikiem naukowym Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Instytut Socjologii, Zakład Polityki Społecznej. Stanowi on jeden z elementów Regionalnej analizy potrzeb w obszarze ochrony zdrowia. Analiza obejmować będzie kilka części, m.in:

1. Podstawowa i ambulatoryjna opieka zdrowotna w województwie kujawsko-pomorskim
2. Szpitale powiatowe w województwie kujawsko-pomorskim
3. Profilaktyka w województwie kujawsko-pomorskim
4. Opieka długoterminowa w województwie kujawsko-pomorskim
5. Szpitale wojewódzkie – program inwestycyjny – podsumowanie
6. Inne wg potrzeb

¹ www.mapypotrzebzdrowotnych.gov.pl, np., mapy z zakresu Chorób układu nerwowego, Zaburzeń psychicznych, Wrodzonych wad rozwojowych, Chorób metabolicznych.

² Ankieta została skierowana do jednostek świadczących usługi finansowane ze środków NFZ.

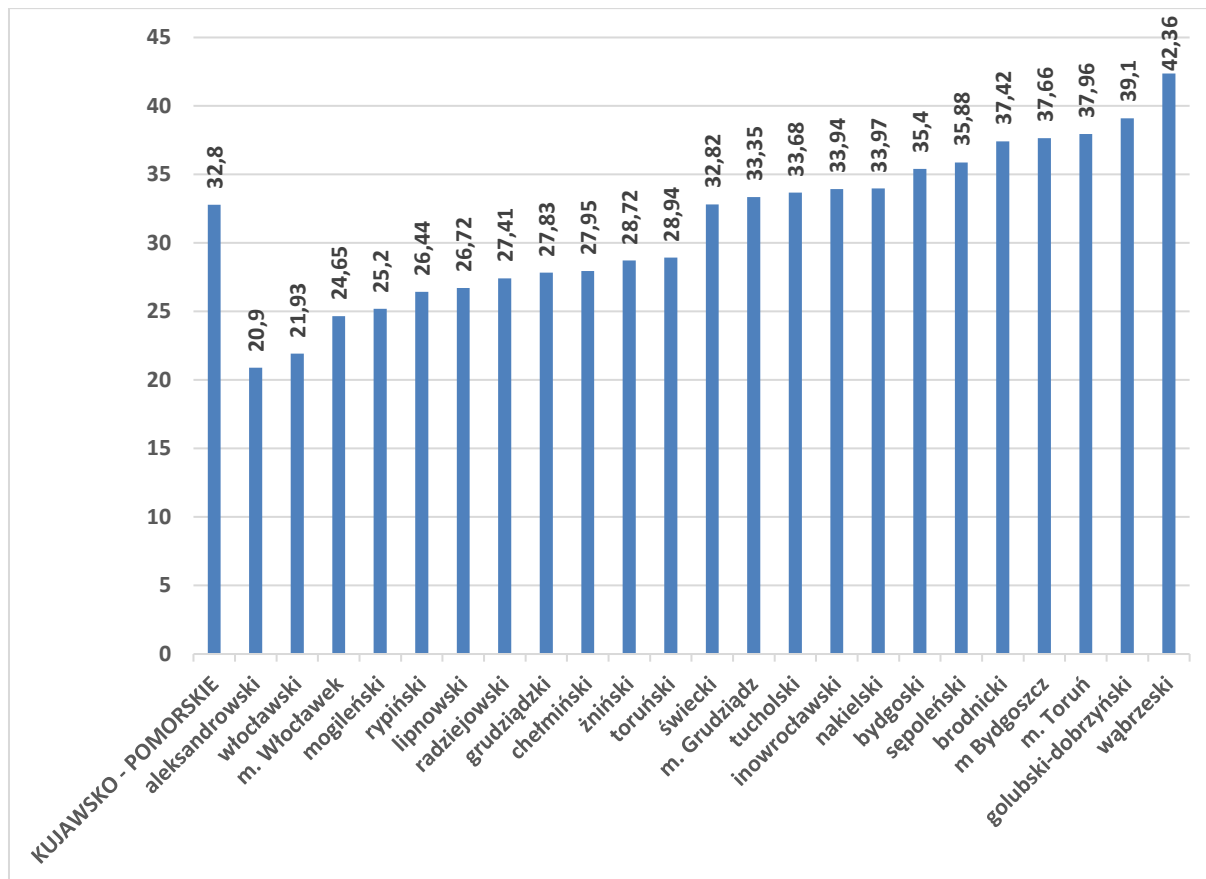
1. Potrzeby społeczeństwa w zakresie usług opiekuńczych w województwie kujawsko-pomorskim

Potrzeby społeczeństwa w zakresie usług opiekuńczych, analogicznie do potrzeb zdrowotnych, można zdefiniować jako rodzaj i ilość usług, które powinny być dostarczone i skonsumowane przez daną populację (Kozierkiewicz 2011, s. 13). W tym ujęciu wielkość potrzeb opiekuńczych nie jest określana przez użytkowników usług, ale przez profesjonalistów na podstawie ich wiedzy o stanie zdrowia i stopniu niepełnosprawności członków danej populacji oraz okoliczności, w których określona usługa powinna zostać dostarczona. Niepełnosprawność, które prowadzi do niesamodzielności, jest jedną z głównych przyczyn korzystania przez seniorów z usług opiekuńczych czy to w formie stacjonarnej czy środowiskowej (Szweda-Lewandowska 2016, s. 64). Część potrzeb opiekuńczych może być przez seniorów nieuświadomiona. W tym znaczeniu wielkość potrzeb opiekuńczych nie jest prostą wypadkową decyzji potencjalnych konsumentów, a jest determinowana wzrostem możliwości medycyny, wiedzy medycznej czy technologii. Ten wzrost powodował będzie zwiększenie potrzeb opiekuńczych, o czym wiedzą profesjonaliści (Kozierkiewicz 2011, s. 14).

1.1. Potrzeby opiekuńcze zależne od stopnia niepełnosprawności

Udział osób niepełnosprawnych w ogólnej populacji osób w wieku 65 lat i więcej daje informacje o tym jaka część osób starszych wymaga wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Niepełnosprawność może być potwierdzona formalnym orzeczeniem (wymiar prawny), jak również może wynikać z poczucia ograniczenia zdolności do wykonywania podstawowych czynności życiowych (całkowicie lub znacznie) (wymiar biologiczny). W województwie kujawsko-pomorskim w 2011 roku udział osób niepełnosprawnych (w wymiarze prawnym i biologicznym) w populacji osób w wieku 65 lat i więcej wyniósł 32,8%. Zauważalne jest duże zróżnicowanie pomiędzy powiatami. Najmniejszy odsetek zanotowano w powiecie aleksandrowskim (20,9%) i włocławskim (21,93%), a największy w powiecie wąbrzeskim (42,36%) oraz golubsko-dobrzyńskim (39,1%).

Wykres 1 Udział osób niepełnosprawnych w populacji osób w wieku 65 lat i więcej w województwie kujawsko-pomorskim w 2011 roku w podziale na powiaty (w %)



Źródło: NSP 2011 GUS, za: ROPS 2015.

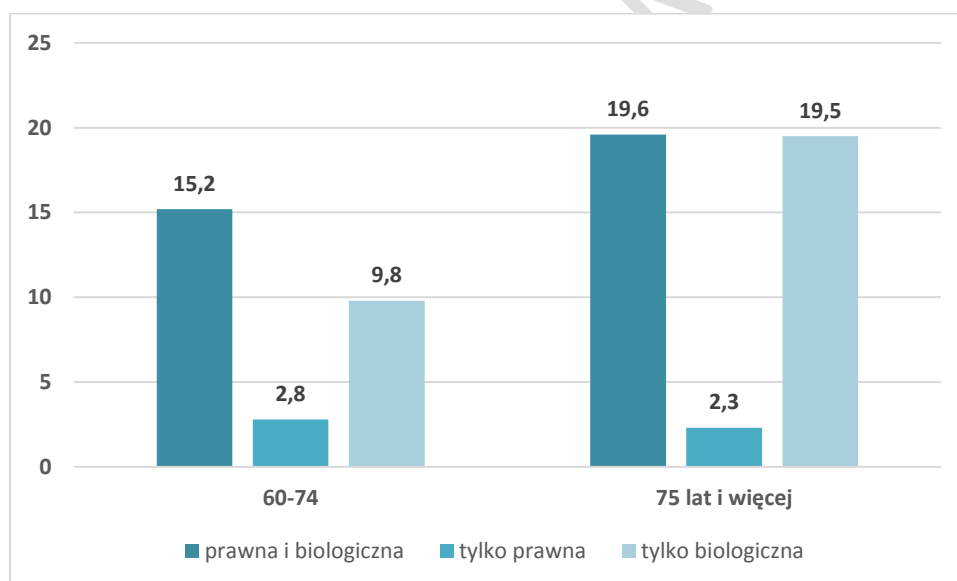
Wyniki badania *Sytuacja życiowa i potrzeby osób starszych z terenu województwa kujawsko-pomorskiego w kontekście starzenia się społeczeństwa* (ROPS 2014) przeprowadzonego na zlecenie ROPS w Toruniu w 2013 roku wskazują, że **w większości przypadków seniorzy w województwie kujawsko-pomorskim nie mają większych trudności w wykonywaniu obowiązków dnia codziennego**. Jednocześnie 2/3 badanych przyznało, iż cierpi na różnego rodzaju przewlekłe schorzenia utrudniające codzienną egzystencję, a 1/3 posiada orzeczoną niepełnosprawność. Co czwarty senior z badanych w województwie cierpi na problemy związane z poruszaniem się (ROPS 2014).

Pomimo braku większych trudności w czynnościach dnia codziennego obecnie, mieszkańcy województwa mogą odczuwać te trudności w przyszłości. Z jednej strony poprawia się samoocena stanu zdrowia oraz wydłuża się życia osób starszych w Polsce. Wiązać się to może z lepszym dostępem do usług zdrowotnych, leków, rehabilitacji oraz sprzętu medycznego. Dodatkowo, działania profilaktyczne oraz większa świadomość seniorów w kwestii dbałości o zdrowie sprzyjają dalszemu wydłużaniu się życia. Ponadto, postęp

medyczny wraz ze zwiększającą się świadomością zdrowotną w młodszych pokoleniach sprawia, że te osoby w lepszym stanie zdrowia będą wkraczać w fazę starości (Szweda-Lewandowska 2016, s. 61).

Z drugiej strony, pomimo tych pozytywnych trendów, nadal w grupie osób starszych na tle ogółu ludności występuje wysoki poziom niepełnosprawności. Według danych Narodowego Spisu Powszechnego 2011 w Polsce było 4,7 mln osób niepełnosprawnych, wśród nich osoby co najmniej sześćdziesięcioletnie stanowiły 53%. Szacuje się, że do 2035 roku wzrośnie odsetek osób starszych z orzeczoną niepełnosprawnością z powodu przechodzenia do starszych grup wiekowych osób obecnie w wieku przedemerytalnym, wśród których odsetek osób z prawną niepełnosprawnością jest wysoki. Ponadto, obserwuje się, że wraz z wiekiem maleje udział osób niepełnosprawnych w wymiarze prawnym, a rośnie udział osób niepełnosprawnych w wymiarze biologicznym. Starsze osoby (po 75 r. ż) rzadziej zgłaszają się do odpowiednich organów orzekających o niepełnosprawności, choć czują się niepełnosprawne (Szweda-Lewandowska 2016, s. 61).

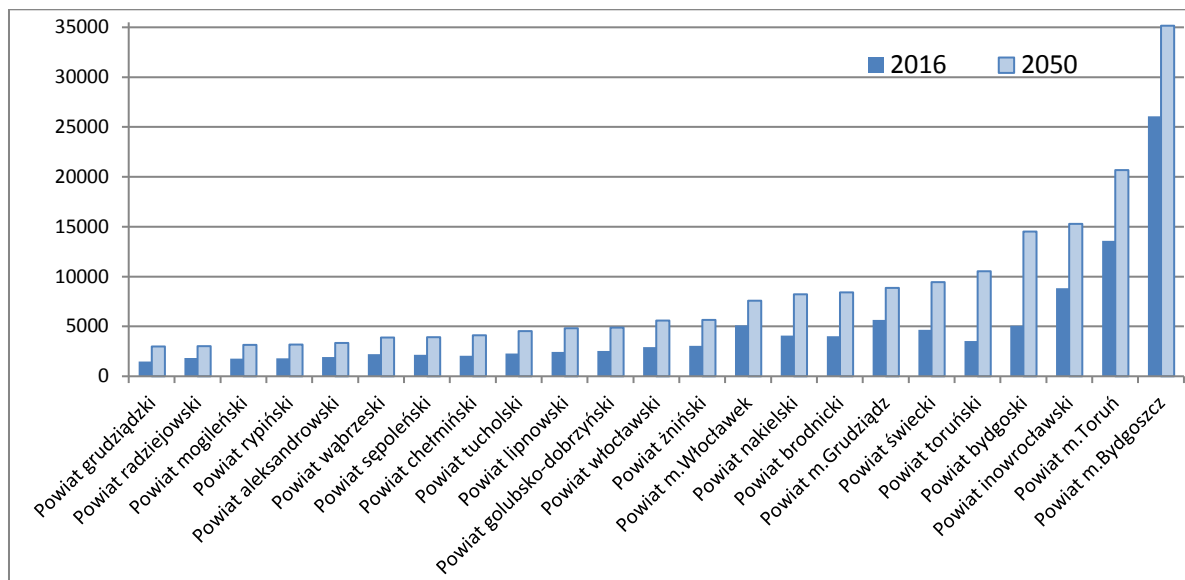
Wykres 2 Starsze osoby niepełnosprawne według rodzaju niepełnosprawności i grup wieku w Polsce w 2011 roku (% ogółu ludności w danym wieku)



Źródło: NPS 2011, za: Szweda-Lewandowska 2016.

Na wykresie 3 zaprezentowano oszacowaną liczbę osób niepełnosprawnych w wieku 65 lat i więcej w województwie kujawsko-pomorskim w roku 2016 i 2050 przyjmując odsetek osób niepełnosprawnych 65+ w ogóle populacji w tym wieku obliczony na podstawie danych z Narodowego Spisu Powszechnego w 2011 roku.

Wykres 3 Liczba osób niepełnosprawnych w wieku 65 lat i więcej w województwie kujawsko-pomorskim w 2016 i 2050 roku w podziale na powiaty



Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS BDL.

Niepełnosprawność jest jedną z głównych przyczyn korzystania przez seniorów z usług opiekuńczych. Spośród 332 tysięcy osób w wieku 65 lat i więcej zamieszkujących województwo kujawsko-pomorskie blisko 1/3 to osoby niepełnosprawne. Szacuje się, że **liczba ludności w wieku co najmniej 65 lat w 2050 roku wzrośnie do ponad 589 tysięcy**. Jeżeli przyjąć ten sam odsetek osób niepełnosprawnych w wymiarze prawnym i biologicznym, to ich liczba w 2050 roku wyniesie ponad **193 tysiące**, przy czym rozłożenie między powiatami nie będzie równomierne. Największe przyrosty starszych osób niepełnosprawnych odnotują powiaty toruński i bydgoski. W wymiarze absolutnym najwięcej starszych osób niepełnosprawnych zamieszkiwać będzie miasto Bydgoszcz (35174), Toruń (20681) oraz powiat inowrocławski (15280).

1.2. Potrzeby opiekuńcze a potencjał opiekuńczy rodziny

Potrzeby opiekuńcze zależą od stopnia niepełnosprawności członków danej populacji. Niepełnosprawność determinuje stopień niesamodzielnosci seniora, który określa poziom i rodzaj opieki jaki ma być dostarczony. W Polsce pierwszymi dostarczycielami opieki są członkowie rodziny, czyli osoby zobowiązane do alimentacji, a w szczególnych przypadkach – instytucje publiczne.

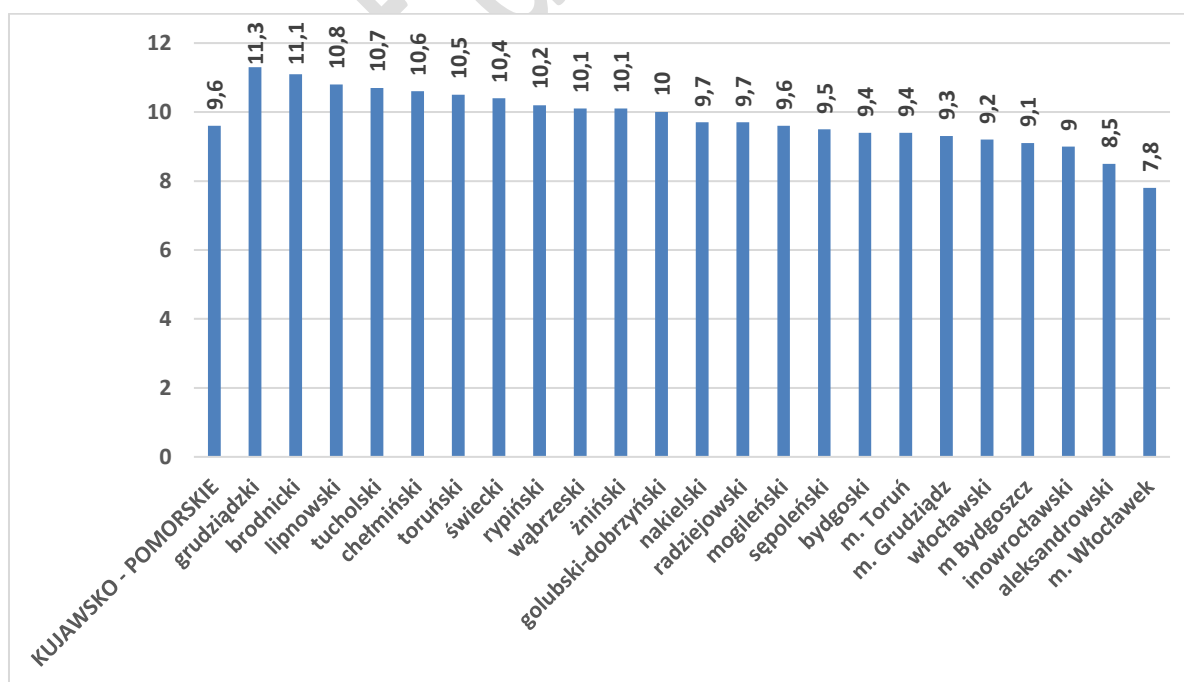
Jeżeli rodzina nie jest w stanie tych usług dostarczyć, pojawia się potrzeba skorzystania z usług opiekuńczych formalnych oferowanych głównie w ramach systemu pomocy społecznej i ochrony zdrowia. Prawo do opieki gwarantuje seniorom ustawa zasadnicza naszego kraju stanowiąc, że obywatel ma prawo do zabezpieczenia społecznego po osiągnięciu wieku emerytalnego (art. 67) oraz jako osoba niepełnosprawna i w podeszłym wieku ma prawo do szczególnej opieki zdrowotnej (art. 68). Zatem okoliczności, tj. dostęp do nieformalnych sieci wsparcia, głównie rodziny, w jakich znajduje się niesamodzielna osoba starsza istotnie determinują jej potrzeby opiekuńcze.

Możliwości opiekuńcze rodziny kształtowane są przez sytuację demograficzną danej populacji, w tym przez ruch naturalny, saldo migracji czy strukturę populacji ze względu na wiek.

1.2.1. Ludność w województwie kujawsko-pomorskim

Liczba urodzeń istotnie determinuje kształtowanie się struktury ludności ze względu na wiek. W 2014 roku liczba urodzeń żywych przypadająca na 1000 mieszkańców wyniosła w województwie kujawsko-pomorskim 9,6 i była niższa niż w Polsce ogółem - 9,7 (GUS 2015).

Wykres 4 Urodzenia żywe na 1000 ludności w województwie kujawsko-pomorskim w 2014 roku w podziale na powiaty



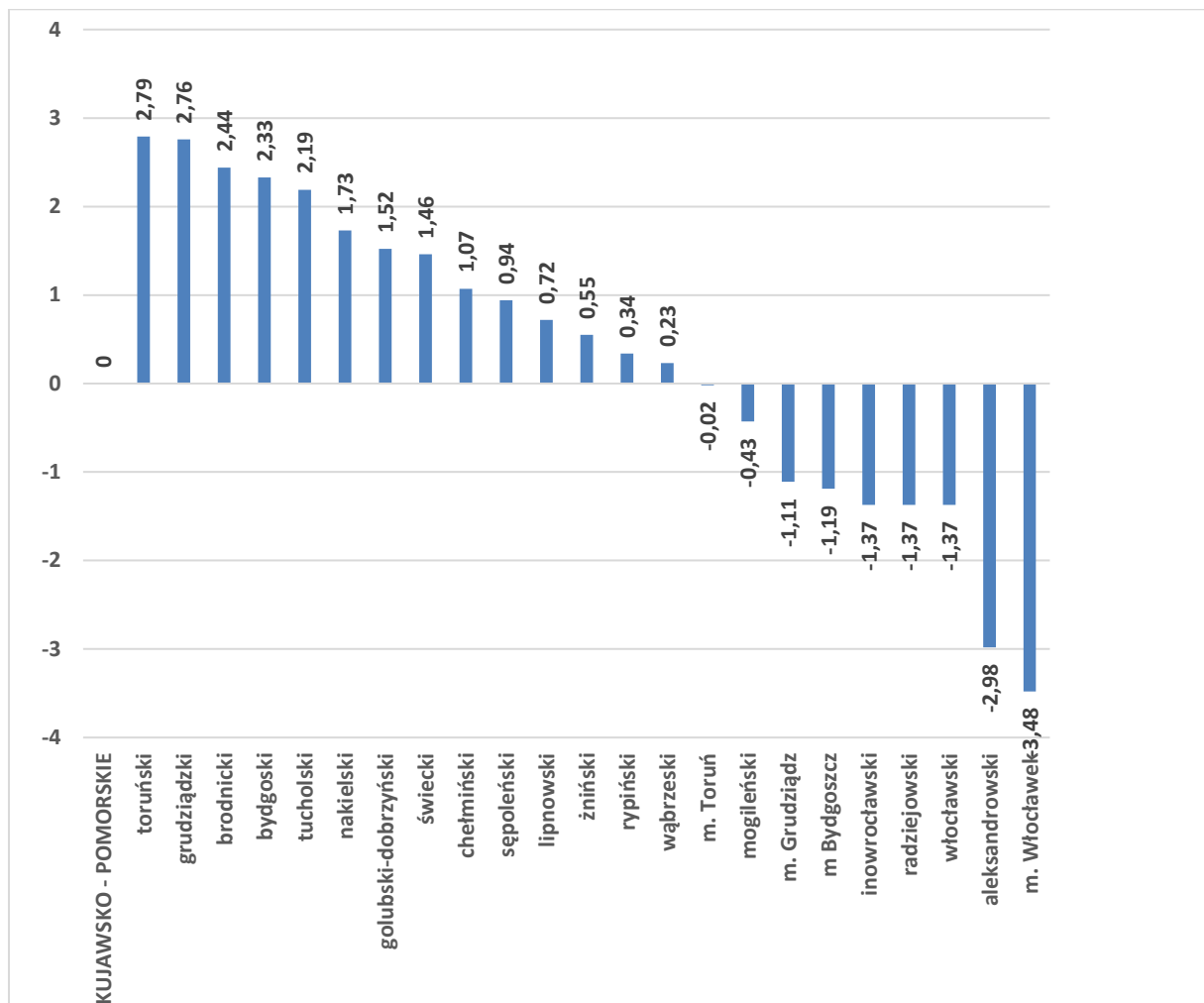
Źródło: BDL GUS, za: ROPS (2015).

Zauważalne są różnice pomiędzy powiatami. W 11 powiatach w 2014 roku urodziło się więcej dzieci (na 1000 mieszkańców) niż przeciętnie w Polsce, a w 12 powiatach tyle samo bądź mniej. Najniższy poziom wskaźnika urodzeń żywych na 1000 mieszkańców odnotowano w mieście Włocławek - 7,8, a najwyższy (powyżej 11) w powiecie grudziądzkim i brodnickim. Generalnie w miastach badanego województwa analizowane wskaźniki były stosunkowo niskie (9,4 i poniżej).

Ogólna liczba ludności w województwie (i w powiatach) kształtowana jest przez ruch naturalny i migracje zagraniczne. Przyrost naturalny to różnica między liczbą urodzeń żywych i liczbą zgonów. W 2014 roku przyrost naturalny w Polsce był dodatni ze względu na mniejszą niż 2013 roku liczbę zgonów oraz niewielki wzrost liczby urodzeń (GUS 2015). Współczynnik przyrostu naturalnego (na 1000 mieszkańców) wyniósł w 2014 roku w Polsce 0,1, a w województwie kujawsko-pomorskim 0,0. Powiaty o wysokiej nadwyżce urodzeń nad zgonami mają szansę na „odmłodzenie”, a powiaty, w których występuje duży ubytek naturalny będą się „starzeć”, chyba że proces ten zostanie zahamowany przez dodatni bilans migracyjny.

W 9 powiatach województwa kujawsko pomorskiego, w tym we wszystkich powiatach grodzkich (miasto Bydgoszcz, Toruń, Włocławek, Grudziądz) w 2014 roku liczba zgonów przewyższała liczbę urodzeń. Najniższy wskaźnik przyrostu naturalnego odnotowano

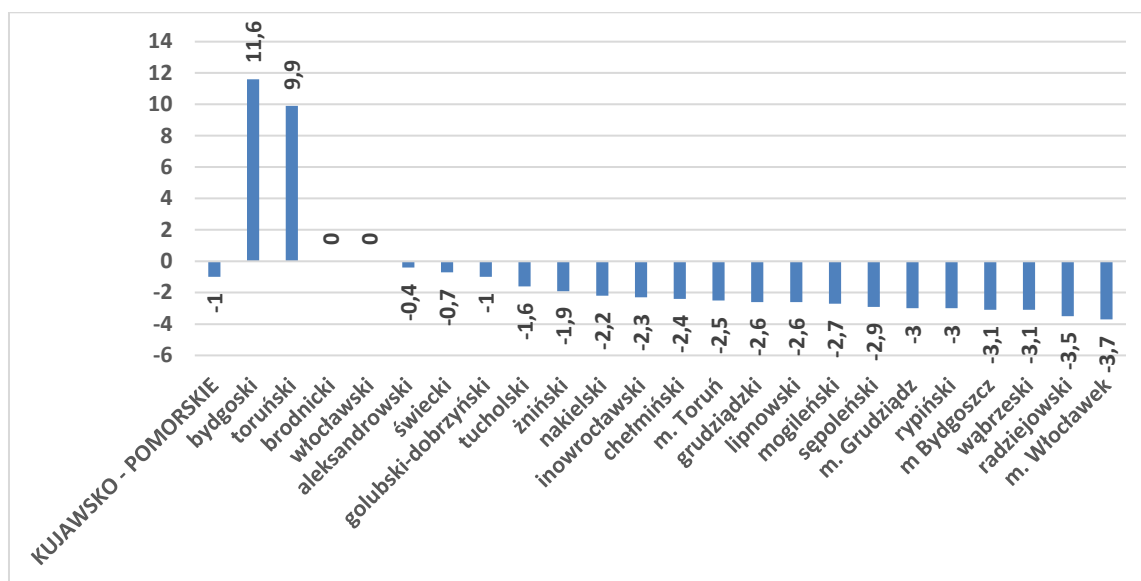
w mieście Włocławek (-3,48) oraz w powiecie aleksandrowskim (-2,98). W pozostałych 14 powiatach współczynnik przyrostu naturalnego był dodatni, choć widoczne było duże zróżnicowanie (od 0,23 w powiecie rypińskim do 2,79 w powiecie toruńskim).

Wykres 5 Współczynnik przyrostu naturalnego w województwie kujawsko pomorskim w 2014 roku w podziale na powiaty

Źródło: BDL GUS, za: ROPS (2015).

Tendencje te wpisują się w ogólne prawidłowości zaobserwowane dla Polski, gdzie współczynnik przyrostu naturalnego jest zdecydowanie wyższy na wsi niż w miastach. Liczba mieszkańców miast maleje, a rośnie liczba ludności zamieszkałej na obszarach wiejskich. Wynika to z postępującego od 2000 roku kierunku przemieszczeń ludności z miast do wsi - najczęściej gmin podmiejskich zlokalizowanych wokół dużych miast (GUS 2015) (w przypadku województwa kujawsko pomorskiego - powiat toruński i powiat bydgoski).

Wykres 6 Współczynnik salda migracji w województwie kujawsko-pomorskim w 2014 roku w podziale na powiaty



Źródło: BDL GUS, za: ROPS (2015).

W 2014 roku najwyższy dodatni współczynnik salda migracyjnego³ wystąpił właśnie w powiecie bydgoskim (11,6) oraz toruńskim (9,9). W większości powiatów województwa kujawsko-pomorskiego (19) emigracja przewyższała imigrację ludności, a współczynnik salda migracyjnego przyjmował wartości ujemne – najniższe dla powiatu radziejowskiego (-3,5) i miasta Włocławka (-3,7). Największe odpływy ludności obserwuje się w gminach położonych peryferyjnie i słabo rozwiniętych gospodarczo, które są oddalone od większych ośrodków przemysłowych. Wyjeżdżają najczęściej osoby młode, co nie pozostaje bez wpływu na potrzeby opiekuńcze osób starszych pozostających w dotychczasowym miejscu zamieszkania, często samotnie (ROPS 2015).

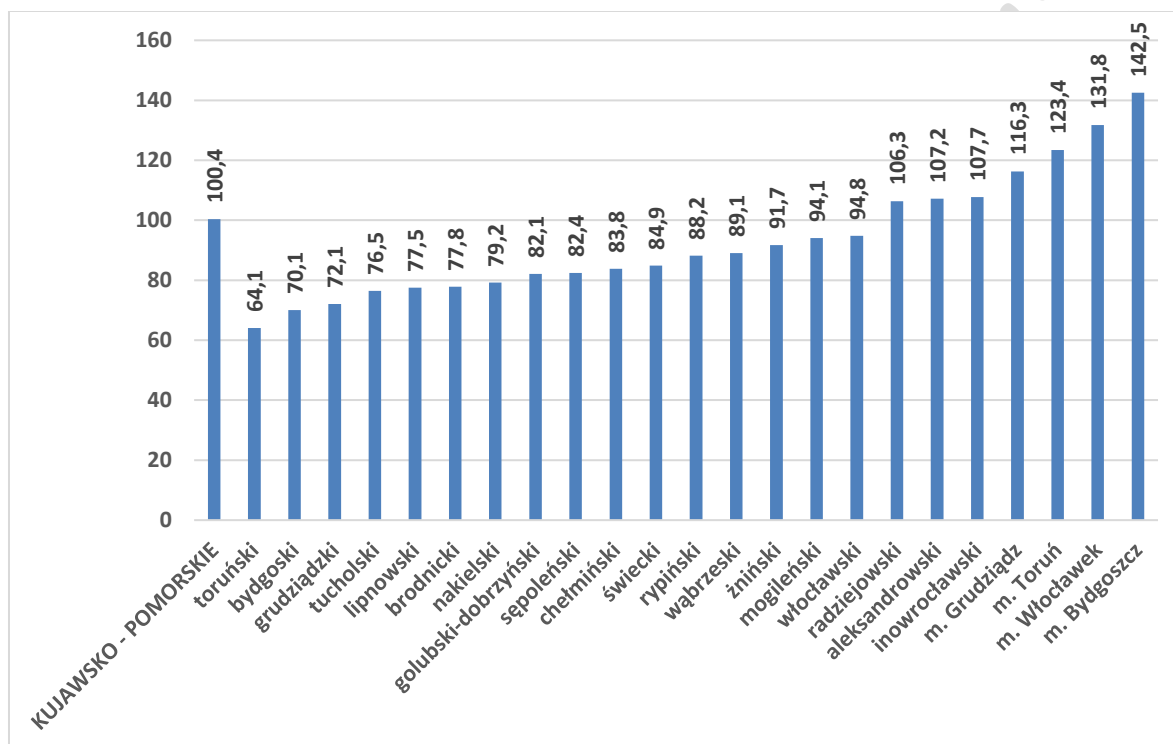
1.2.2. Starzenie się populacji województwa kujawsko-pomorskiego

Obniżenie poziomu dzietności wraz ze wzrastającą długością trwania życia powodują i powodować będą znaczące zmiany w strukturze populacji województwa ze względu na wiek. W efekcie tych przeobrażeń populacja województwa będzie się starzeć – tj. nastąpi wzrost odsetka osób starszych przy jednoczesnym zmniejszeniu odsetka dzieci w ogólnej populacji ludności. W 2014 roku w województwie kujawsko-pomorskim udział ludności w wieku 65 lat

³ różnica między napływem a odpływem ludności z danego obszaru w przeliczeniu na 1000 mieszkańców

i więcej przewyższył udział dzieci i młodzieży w wieku 0-17 lat. Najwyższą wartość wskaźnika odnotowano w miastach: Bydgoszcz (142,5), Włocławek (131,8), Toruń (123,4) oraz Grudziądz (116,3).

Wykres 7 Liczba osób w wieku poprodukcyjnym (65+) przypadająca na 100 osób w wieku przedprodukcyjnym (0-17) w województwie kujawsko-pomorskim w 2014 roku w podziale na powiaty



Źródło: BDL GUS, za: ROPS (2015).

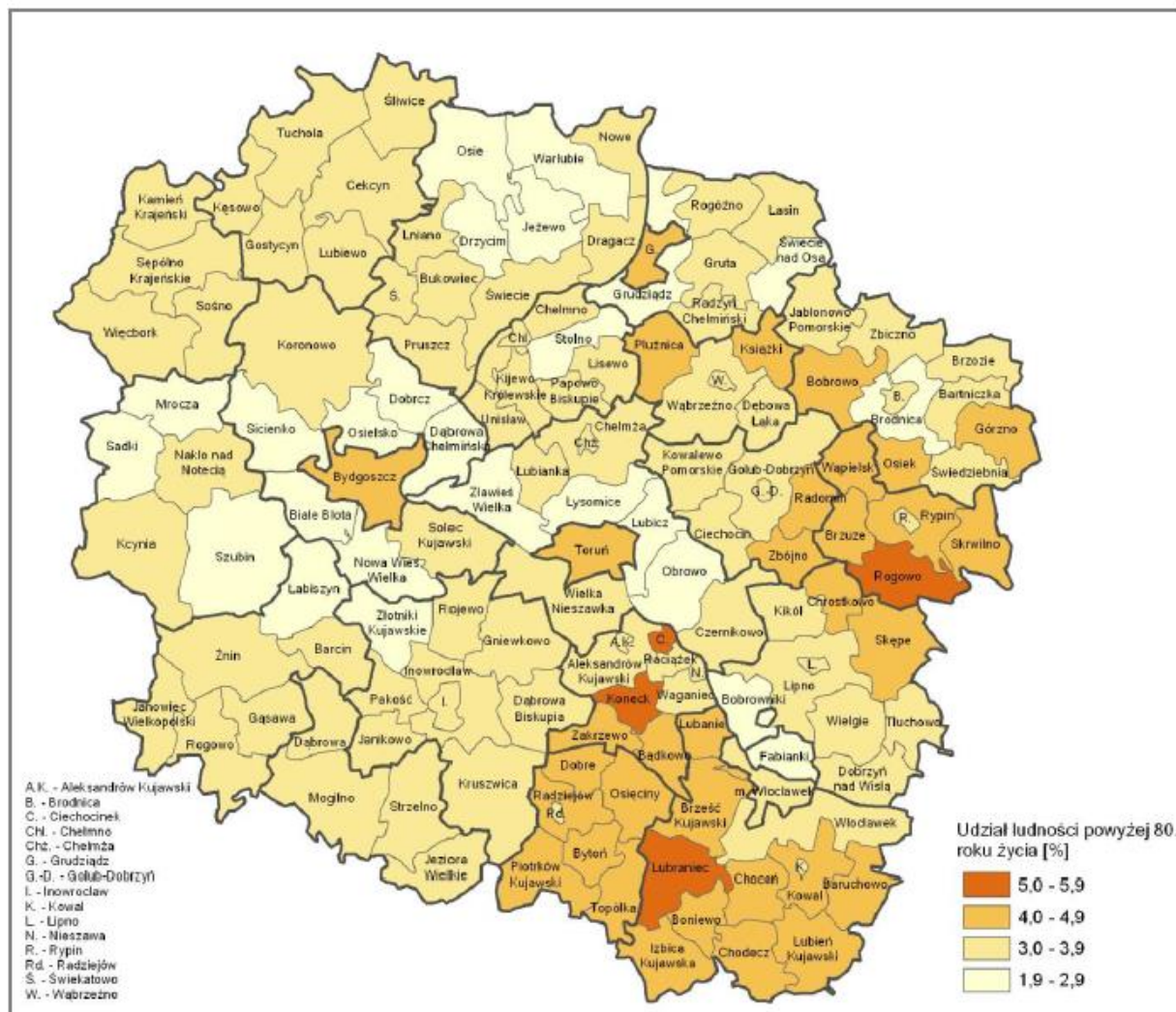
W kolejnych latach można się spodziewać dalszego starzenia się populacji regionu. Indeks starości⁴ w 2013 roku w województwie kujawsko-pomorskim wyniósł 925 (938 dla Polski). Prognozuje się, że w 2050 roku na 1000 wnuków (0-14 lat) w województwie kujawsko-pomorskim przypadnie 2730 dziadków w wieku 65 lat i więcej (2693 dla Polski) (GUS, Prognoza, 2014).

W 2015 roku w województwie kujawsko-pomorskim mieszkało 78.547 osób powyżej 80 roku życia, co stanowiło 3,8% ogółu ludności (wzrost o 1,1 p. p. w porównaniu z rokiem 2007). W latach 2007-2015 we wszystkich powiatach regionu nastąpił wzrost tego wskaźnika, co świadczy o postępującym procesie starzenia się populacji analizowanego województwa.

⁴ liczba osób w wieku 65 lat i więcej przypadająca na 1000 osób w wieku 0-14 lat

W 2015 najwięcej osób w wieku 80+ zamieszkiwało Bydgoszcz (4,8%) i powiat radziejowski (4,3%). Największe wzrosty odsetka osób 80+ notowały duże miasta regionu, a najmniejsze - powiat bydgoski i toruński, co wiąże się z migracją osób w średnim wieku z miast do gmin podmiejskich (Kujawsko-Pomorskie Biuro Planowania Przestrzennego i Regionalnego, 2016).

Rysunek 1 Ludność w wieku powyżej 80 lat w województwie kujawsko-pomorskim w 2015 roku (% ludności ogółem)



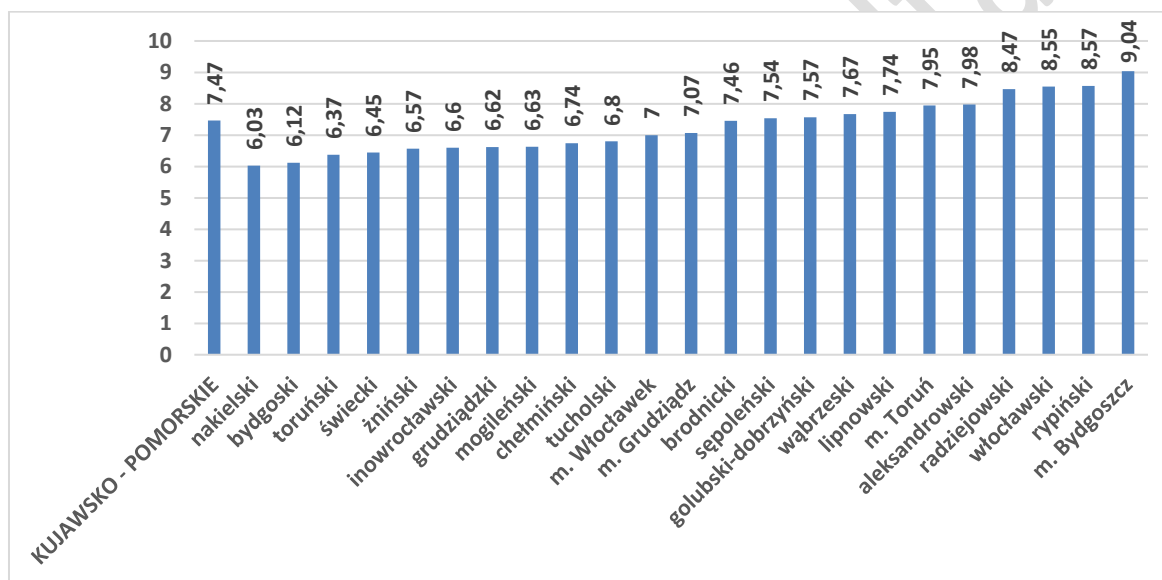
Źródło: DBL GUS, za: Kujawsko-Pomorskie Biuro Planowania Przestrzennego i Regionalnego (2016).

Wyższy odsetek seniorów 80+ występuje w południowo-wschodniej i wschodniej części województwa (Lubraniec, Koneck, Rogowo, Ciechocinek). Gminy o najniższym odsetku osób w wieku sędziwym położone są wokół dużych miast.

1.2.3. Wsparcie pokoleniowe w województwie kujawsko-pomorskim

Opieka nad osobami starszymi jest w pierwszej kolejności sprawowana przez rodzinę (często są to dzieci lub inni młodszy krewni). Współczynnik opieki nad rodzicami informuje jaka liczba osób w wieku 85 lat i więcej przypada na sto osób w wieku 50-64 lata. W 2014 roku w województwie kujawsko-pomorskim wskaźnik ten wyniósł 7,47. Największy wskaźnik osób w wieku sędziwym (85+) przypadających na 100 osób z młodszego pokolenia (50-64 lata) odnotowano w Bydgoszczy - 9,04, a najniższy - w powiecie nakielskim - 6,03.

Wykres 8 Ludność w wieku 85 lat i więcej przypadająca na 100 osób w wieku 50-64 lata w województwie kujawsko-pomorskim w 2014 roku podziale na powiaty



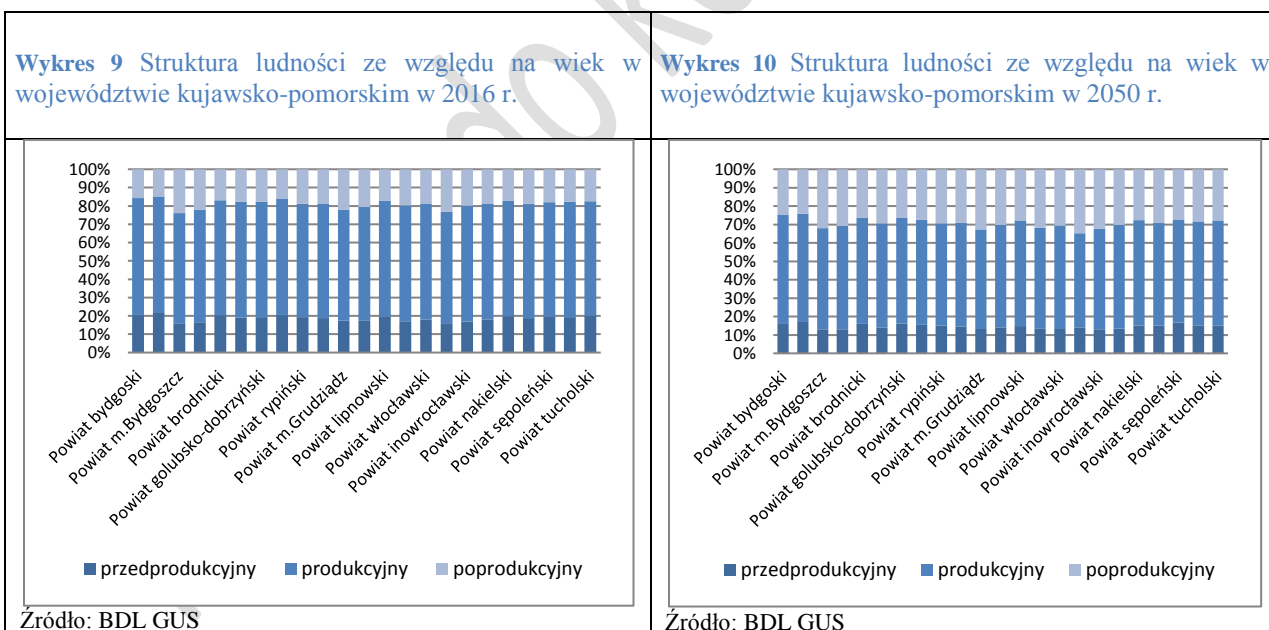
Źródło: BDL GUS, za: ROPS (2015).

Wyniki badania przeprowadzonego w 2013 roku na zlecenie ROPS w Toruniu pt. *Sytuacja życiowa i potrzeby osób starszych z terenu województwa kujawsko-pomorskiego w kontekście starzenia się społeczeństwa* (ROPS 2014) wskazują, że seniorzy w województwie kujawsko-pomorskim utrzymują stałe i częste kontakty zarówno z członkami rodziny, jak i z osobami spoza rodziny. Dane wskazują na to, iż osoby te nie są wyobcowane w swoich miejscach zamieszkania. Prawie połowa badanych potwierdziła, że otrzymuje pomoc w życiu codziennym, a druga część respondentów przyznała, że wsparcia nie otrzymuje, gdyż nie ma takiej potrzeby. Blisko 6% badanych zadeklarowało, iż nie ma możliwości uzyskać pomocy ze względu na to, iż członkowie rodziny nie mieszkają w pobliżu. **W największym stopniu wsparciem nieformalnym objęte są osoby na terenach wiejskich**, co wynika z silniejszych

więzi międzypokoleniowych, z częstszym występowaniem rodzin wielopokoleniowych i silniejszą tożsamością społeczności lokalnej (ROPS 2014)

Zaprezentowane dane (na wykresach od 4 do 8 i rysunku 1) wskazują na **stosunkowo młode powiaty toruński i bydgoski**, które są najmniej obciążone demograficznie, mają dodatnie saldo migracyjne oraz dodatni wskaźniki przyrostu naturalnego, z dzietnością kształtująca się w przedziale 9,5-10,5.

Jednocześnie, obecna **sytuacja demograficzna jest dużo trudniejsza w miastach** – szczególnie we Włocławku, gdzie oprócz niskiego poziomu dzietności, dużego obciążenia demograficznego, obserwuje się także stosunkowo duże odpływy ludności. Najbardziej obciążona demograficznie jest Bydgoszcz (wykres 7 i 8). Toruń, po Bydgoszczy i Włocławku charakteryzuje się największą liczbą osób w wieku poprodukcyjnym (65+) przypadającą na 100 osób w wieku przedprodukcyjnym (0-17), choć wskaźnik dzietności jest zbliżony do poziomu dla województwa. Należy zwrócić uwagę, że w przypadku Torunia i Bydgoszczy ujemne saldo migracyjne wskazuje na zwiększoną migrację do gmin podmiejskich położonych wokół tych miast, przy czym mieszkańcy tych gmin najczęściej są powiązani z miastami, np. dojeżdżając do pracy.



W 2016 roku udział osób w wieku poprodukcyjnym w powiatach województwa kujawsko-pomorskiego wahał się w granicach od niecałych 15% (powiat toruński) do blisko 24% (Bydgoszcz). Największy odsetek osób w wieku poprodukcyjnym w 2016 zaobserwowano w Bydgoszczy, Włocławku, Toruniu i Grudziądzu (ponad 1/5 ogółu populacji). Prognozowane na 2050 rok zmiany w strukturze ludności wskazują na znaczący

wzrost odsetka osób w wieku poprodukcyjnym. Jedynie w powiecie bydgoskim i toruńskim udział osób starszych zbliży się, lecz nie przekroczy 1/4 ogółu ludności. We Włocławku i Grudziądzu odsetki te będą największe - osoby w wieku poprodukcyjnym będą stanowiły 1/3 całej populacji. Odsetek osób starszych (w wieku poprodukcyjnym) przekroczy 30% w powiecie inowrocławskim, Bydgoszczy, powiecie radziejowskim, Toruniu, powiatach włocławskim, mogileńskim i aleksandrowskim.

Wraz ze wzrostem udziału osób starszych w ogólnej populacji ludności maleć będzie udział dzieci i osób w wieku produkcyjnym, co prowadzić będzie do większego obciążenia opieką. W tych powiatach, które doświadczą najsilniejszych przemian struktury ludności ze względu na wiek, współczynnik opieki nad rodzicami będzie największy. W Polsce w 2013 roku współczynnik ten wyniósł 8. Prognozuje się, że do 2050 roku jego wartość wzrośnie do 38, co oznacza, że na 100 osób w wieku 50-64 lata przypadnie aż 38 osób w wieku 85 lat i więcej.

Świadczy to o wzrastającym obciążeniu rodziny obowiązkami opiekuńczymi względem seniorów. Współczesna rodzina jest małodzietna, często niestabilna i nie realizuje w pełni swoich funkcji ekonomicznych i opiekuńczych. Rodzina ma charakter nuklearny, funkcjonuje często w oderwaniu od międzypokoleniowych więzi, często w oparciu o związki nieformalne. Prowadzi to do kłopotów w określaniu wzajemnych praw i obowiązków. Ponadto, mniejsza bliższa i dalsza rodzina oznacza mniejszy dostęp do opieki rodzinnej, a przekształcenie rodziny z horyzontalnej w wertykalną zwiększa obciążenie opieką (Szweda-Lewandowska 2016). Współczesne tendencje w kształtowaniu się rodziny mogą skutkować ograniczeniami w sprawowaniu opieki nad seniorem przez najbliższych. Potrzeby opiekuńcze starzejącego się społeczeństwa będą rosły, a potencjał opiekuńczy rodziny będzie malał, nie dając rady sprostać rosnącym oczekiwaniom.

2. Opieka długoterminowa

2.1. Opieka długoterminowa - kwestie definicyjne

Opieka długoterminowa stanowi pewien zakres usług skierowanych do osób z ograniczonymi zdolnościami funkcjonalnymi: fizycznymi lub poznawczymi, które z tego powodu potrzebują przez dłuższy czas pomocy w wykonywaniu czynności dnia codziennego (ADL – mycie, jedzenie, wstawanie z łóżka lub fotela, poruszanie się czy korzystanie z toalety).

Ten komponent opieki osobistej jest często świadczony w połączeniu z podstawową pomocą medyczną, taką jak opieka pielęgnacyjna (opatrzywanie ran, zwalczanie bólu, podawanie leków i monitorowanie stanu zdrowia), a także prewencją, rehabilitacją czy usługami opieki paliatywnej. Opiece długoterminowej może także towarzyszyć opieka niższego rzędu związana z pomocą w domu czy w wykonywaniu tzw. instrumentalnych czynności dnia codziennego (IADL – pomoc przy pracach domowych, posiłkach, zakupach i transporcie). Opieka długoterminowa może być świadczona w instytucjach lub w domu, włączając w to osoby otrzymujące świadczenia pieniężne (Furmańska-Maruszak i in. 2014, za: OECD/European Commission 2013: 10).

Opieka długoterminowa może być sprawowana przez rodzinę, przyjaciół, sąsiadów - ma wówczas charakter nieformalny. Więzy rodzinne i przyjacielskie mobilizują zbudowany wcześniej kapitał społeczny w opiece nad zależnym seniorem. Z uwagi na malejący potencjał opiekuńczy rodziny i na rosnące potrzeby osób starszych w zakresie opieki coraz większego znaczenia nabiera formalna opieka długoterminowa rozumiana jako zestaw świadczeń opiekuńczych występujący w Polsce w ramach systemu ochrony zdrowia, systemu pomocy społecznej i systemu ubezpieczeń społecznych (Więckowska, Szałkiewicz 2011, s. 127).

Stacjonarna specjalistyczna opieka długoterminowa świadczona jest w Polsce w ramach systemu ochrony zdrowia (zól, zpo, hospicja) oraz systemu pomocy społecznej (domy pomocy społecznej, rodzinne domy pomocy społecznej i środowiskowe domy pomocy).

Opieka długoterminowa domowa kierowana jest do osób posiadających ograniczenia funkcjonalne i przebywających głównie w swoim miejscu zamieszkania. W polskim systemie zabezpieczenia społecznego usługi opieki długoterminowej świadczone w domu realizowane są w ramach systemu ochrony zdrowia (pielęgniarska opieka długoterminowa, zespół opieki długoterminowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie i hospicja domowe) oraz systemu pomocy społecznej (usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone w domu). Do opieki długoterminowej domowej zaliczyć można także czasowe korzystanie z pobytu w instytucji, dzięki któremu senior w dłuższej perspektywie jest w stanie pozostawać w środowisku domowym (OECD/European Commission 2013: 10). Mowa tu zarówno o ośrodkach opieki dziennej funkcjonujących w Polsce w ramach systemu ochrony zdrowia (oddziały dzienne działające przy zakładach opiekuńczych i hospicjach, dzienne domu opieki medycznej DDOMy) i pomocy społecznej (dzienne domy pomocy społecznej, środowiskowe domy samopomocy, kluby samopomocy), a także o krótkoterminowych pobytach całodobowych (w ZOL czy ZPO), jako formie opieki wytchnieniowej dla opiekunów nieformalnych.

Tabela 1 Opieka długoterminowa w systemie zabezpieczenia społecznego w Polsce

	Opieka świadczona w instytucjach (stacjonarna)	Opieka świadczona w domu (domowa)		
SYSTEM OCHRONY ZDROWIA	<ul style="list-style-type: none"> – zakłady opiekuńczo-lecznicze (zol) – zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (zpo) – hospicja 	Świadczona wyłącznie w domu (w sposób ciągły)	Świadczona w domu „z przerwami” (ośrodki opieki dziennej i opieka zastępcza)	Świadczenia pieniężne wspierające opiekę w domu (nieformalną)
		<ul style="list-style-type: none"> – pielęgnarska opieka długoterminowa – zespół opieki długoterminowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie – hospicja domowe 	<ul style="list-style-type: none"> – krótkoterminowy pobyt w zakładach opiekuńczo-leczniczych lub pielęgnacyjno-opiekuńczych – placówki (oddziały) dzienne działające przy zakładach opiekuńczych i hospicjach, DDOMy 	–
SYSTEM POMOCY SPOŁECZNEJ	<ul style="list-style-type: none"> – domy pomocy społecznej – rodzinne domy pomocy – środowiskowe domy pomocy 	<ul style="list-style-type: none"> – usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone w domu 	<ul style="list-style-type: none"> – dzienne domy pomocy społecznej – środowiskowe domy samopomocy – kluby samopomocy 	<ul style="list-style-type: none"> – zasiłki stałe, celowe – zasiłek pielęgnacyjny – świadczenie pielęgnacyjne
SYSTEM UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO	–	–	–	<ul style="list-style-type: none"> – dodatek pielęgnacyjny – zasiłek opiekuńczy dla opiekuna pracującego

Źródło: Furmańska-Maruszak i in. 2014.

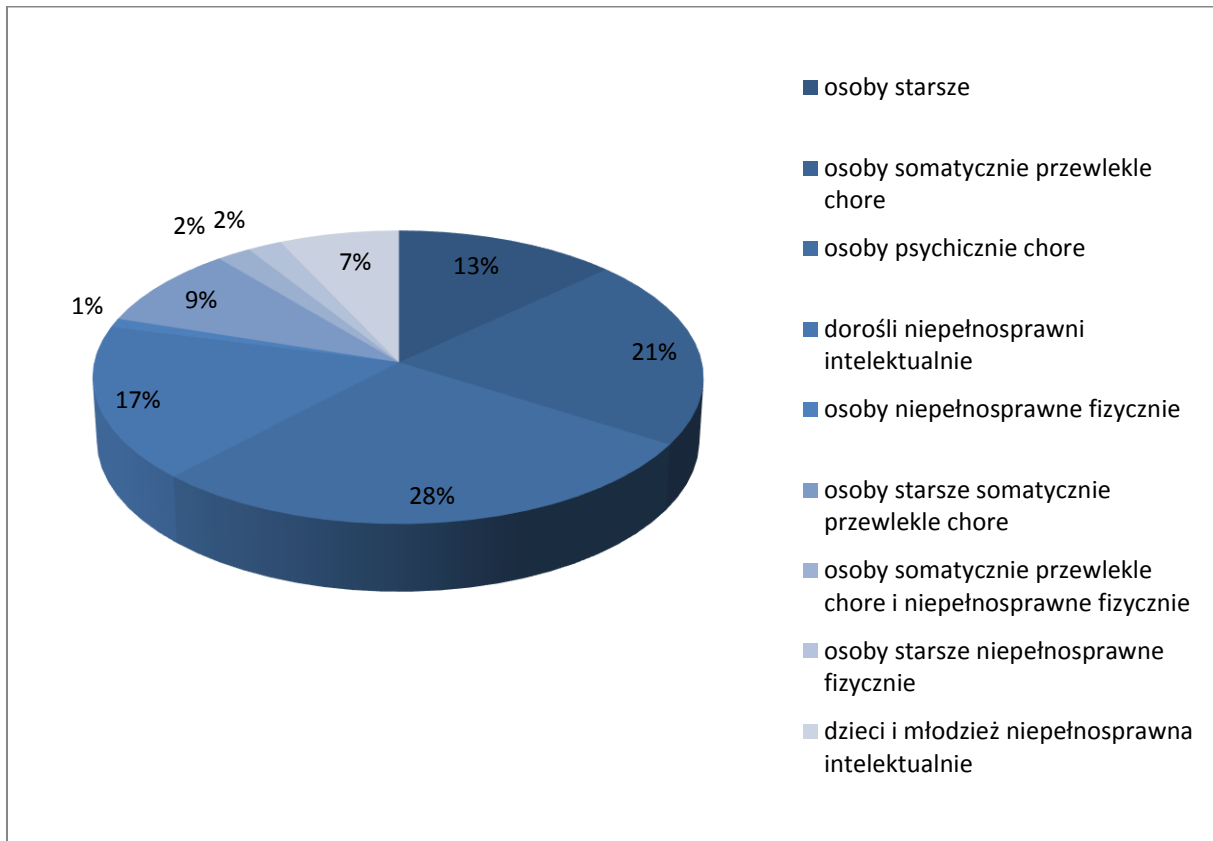
2.2. Uwarunkowania zapotrzebowania na usługi opiekuńcze

Potrzeby opiekuńcze mogą być uświadomione lub nieświadomione. Te drugie powodują, że dana osoba (lub jej rodzina) zaczyna poszukiwać pomocy – zgłasza zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze. Jest ono wynikiem skojarzenia wiedzy o potrzebach opiekuńczych z chęcią i poczuciem konieczności nabycia określonej usługi (Kozierkiewicz 2011, s. 14).

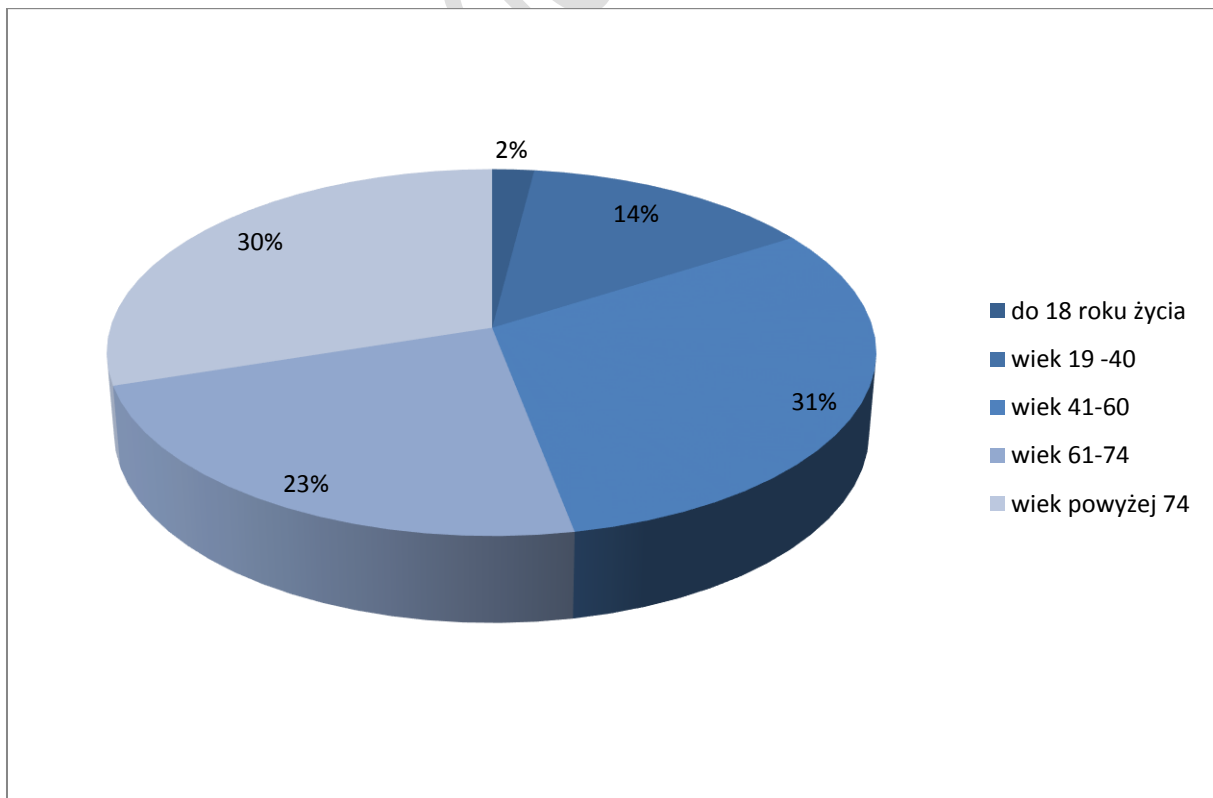
W województwie kujawsko-pomorskim planowana jest realizacja projektu (ze środków EFS) pozwalającego zrealizować choć w części oczekiwania związane z udzielaniem informacji o możliwym wsparciu w opiece nad osobami zależnymi.⁵ Projekt będzie realizowany w formule partnerskiej.

⁵ Analiza skupia się na problemach wieku starszego ze względu na fakt, iż właśnie ta grupa (najliczniejsza wśród korzystających) potrzebować będzie w najbliższym czasie najwięcej opieki, jednak wszystkie kwestie związane z opieką długoterminową dotyczą wszystkich osób zależnych niezależnie od wieku.

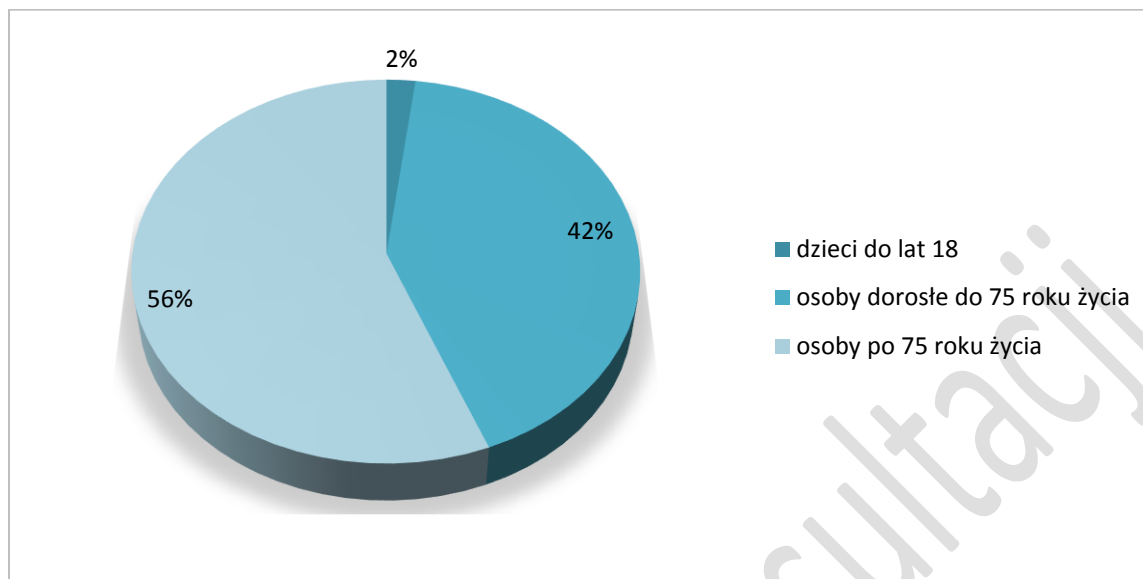
Wykres 11 Odbiorcy opieki długoterminowej – sektor społeczny



Wykres 12 Struktura wieku odbiorców opieki długookresowej (społecznej) na podstawie danych z 2012 roku



Wykres 13 Odsetek pacjentów stacjonarnej opieki długoterminowej (medycznej) wg wieku na podstawie danych z 2012 roku.



2.2.1. Uwarunkowania systemowe w opiece nad osobą starszą - zasady finansowania i kryteria dostępności

W Polsce funkcjonuje mieszany system publicznego finansowania opieki długoterminowej. Działają w nim równoległe dwa systemy: uniwersalny (oparty o kryterium potrzeb) oraz uzależniony od dochodu (Furmańska-Maruszak, Wójtewicz 2016). Świadczenia opieki długoterminowej mają zarówno charakter ubezpieczeniowy (system ochrony zdrowia i ubezpieczeń społecznych), jak i zaopatrzeniowy (system pomocy społecznej). Wiąże się to z różnym sposobem finansowania tych świadczeń (ubezpieczenie, budżet) oraz różnicami w uprawnieniach do korzystania z nich (Więckowska, Szwalkiewicz 2011, s.128-129).

W przypadku usług opieki długoterminowej w systemie zabezpieczenia społecznego w Polsce obok konsumentów i producentów występuje trzeci uczestnik rynku – płatnik. W sytuacji kiedy występuje płatnik konsument często w swoich decyzjach pomija kwestię ceny świadczenia (skoro nie płaci za nią bezpośrednio z własnej kieszeni). W zależności od systemu świadczenia finansowane są albo przez NFZ (sektor medyczny) lub z budżetów samorządów terytorialnych (sektor pomocy społecznej). Wpływa to bardzo mocno na zgłaszane zapotrzebowanie na usługi w obu sektorach przy różnych barierach finansowych i administracyjnych (Kozierkiewicz 2011, s. 15-16):

- bariery finansowe – współpłacenie czy udział własny (np. pokrycie kosztów wyżywienia i zakwaterowania w zol/zpo do określonego poziomu),
- bariery administracyjne – potrzeba uzyskania skierowania po spełnieniu kryterium dostępności (np. 0-40 punktów w skali Barthel), oczekiwanie na liście oczekujących itd.

Pobyt w domu pomocy społecznej jest odpłatny. Do opłaty zobowiązani są w kolejności: mieszkaniec domu, małżonek, zstępni przed wstępnymi i w dalszej kolejności – gmina, z której osoba została skierowana do DPS (w wysokości różnicy między średnim kosztem utrzymania w DPS a opłatami wnoszonymi przez mieszkańca i małżonka, zstępnych lub wstępnych) (Furmańska-Maruszak i in., s. 76). W 2015 roku w województwie kujawsko-pomorskim 80% mieszkańców stacjonarnych zakładów pomocy społecznej opłacało pobyt przynajmniej w części z dochodów własnych (np. emerytury, renty, renty socjalnej czy zasiłku stałego). W przypadku 10% osób zamieszkujących te zakłady pełną odpłatność ponosiła gmina.

Tabela 2 Mieszkańcy zakładów stacjonarnych pomocy społecznej według źródeł finansowania pobytu w województwie kujawsko pomorskim w 2015 roku (stan na dzień 31.12)

	Liczba mieszkańców ogółem	Mieszkańcy opłacający pobyt		Pełna odpłatność członków rodziny	Pełna odpłatność gminy/budżet u państwa	Zwolnieni z odpłatności
		przynajmniej w części z dochodów własnych (np. emerytury, renty, renty socjalnej, zasiłku stałego)	w tym opłacający pobyt w pełnej wysokości			
POLSKA.	106 976	87 199	5 032	2 494	7 204	1 966
kujawsko-pomorskie	5 044	4 026	121	10	490	239

Źródło: GUS (2015), Pomoc społeczna i opieka nad dzieckiem i rodziną, Warszawa.

W przypadku ZOL i ZPO osoba przebywająca w zakładzie ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania. Zgodnie przepisami Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej miesięczna opłata wynosi 250% najniższej emerytury i nie może być większa niż 70% miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy. Świadczenia zdrowotne finansowane są przez Narodowy Fundusz Zdrowia jedynie osobom, których stan zdrowia mierzony w skali Barthel oceniony został w skali od 0 do 40 punktów. Te bariery administracyjne w sposób znaczący ograniczają dostęp do tego typu opieki. Mimo tego zapotrzebowanie na opiekę stacjonarną jest duże o czym często świadczą długie listy oczekujących.

Sposób finansowania świadczeń w opiece stacjonarnej powoduje także, że osoby nieposiadające wsparcia rodziny chętniej kierowane są do zakładów opiekuńczych niż do domów pomocy społecznej, w przypadku których część lub całość kosztów pobytu może obciążyć gminę.

2.2.2. Oczekiwania seniorów co do form opieki - konieczność wsparcie opieki domowej

Zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze jest także uwarunkowane kulturowo, kształtuje się na bazie subiektywnych odczuć seniorów oraz opinii innych konsumentów co do jakości usług. Polska należy do grupy krajów o wysokim poziomie świadczenia opieki nieformalnej. Opieka długoterminowa formalna (w ramach systemu zabezpieczenia społecznego) nie jest rozbudowana. Według danych OECD w Polsce w 2014 roku na ten rodzaj opieki wydano z pieniędzy publicznych zaledwie 0,3% PKB. To niewiele w porównaniu z krajami, w których funkcjonuje model publicznej opieki (Lamura 2007, za: Leichsenring, Billings, Nies 2013) - np. Holandia, w której wydatki na opiekę długoterminową w 2014 roku wyniosły 4,3% PKB (OECD 2017).

Według badania Eurobarometru oczekiwania seniorów w Europie co do form opieki kształtują się dość jednoznacznie - z wyraźnym akcentem na opiekę sprawowaną w domu. Znakomita większość Europejczyków oczekuje opieki w domu: 45% sprawowanej przez najbliższych, 24% stawia na wyspecjalizowane usługi opiekuńcze świadczone w domu, a 10% kieruje swoje oczekiwania do wynajętego przez siebie i rodzinę opiekuna. Zaledwie 8% Europejczyków zdecydowałoby się na pobyt w domu opieki. Jeszcze silniej te tendencje zarysowują się w Polsce, gdzie oczekiwania co do opieki na starość sprawowanej przez najbliższych w swoim miejscu zamieszkania deklarowało aż 70% badanych (European Commission 2007).

Wyniki badania *Sytuacja życiowa i potrzeby osób starszych z terenu województwa kujawsko-pomorskiego w kontekście starzenia się społeczeństwa* wykazały, że osoby starsze w województwie kujawsko-pomorskim są w niewielkim stopniu zainteresowane korzystaniem z formalnych usług opiekuńczych.

Tabela 3 Osoby korzystające i chcące skorzystać z usług opieki długoterminowej w województwie kujawsko-pomorskim

forma opieki	osoby korzystające	osoby chcące skorzystać
pomoc opiekunki przychodzącej do domu	10,6%	8,8%
pomoc pielęgniarki przychodzącej do domu	6,5%	6,5%
dzienny dom pomocy społecznej	0,2%	2,2%
Dom Pomocy Społecznej (DPS)	0,6%	3,9%
Zakład Opiekuńczo-Leczniczy (ZOL/ZPO)	1,9%	2,9%

Źródło: ROPS (2014)

10% badanych seniorów w wieku poprodukcyjnym korzystało z usług opiekunki, a blisko 9% chciałoby skorzystać, lecz nie ma takiej możliwości. Co więcej, 6,5% respondentów korzysta z usług pielęgniarki przychodzącej do domu i ten sam odsetek wyraża chęć korzystania, ale nie może. Dużo mniejszy był stopień korzystania z usług dziennego domu pomocy społecznej (zaledwie 0,2%), a chęć skorzystania wyraziło 2,2% badanych. Stacjonarne formy opieki całodobowej były także mało popularne wśród badanych. Z pomocy ZOL'u korzystało 1,9% respondentów, a DPS'ów - tylko 0,6% badanych. 3,9% respondentów wyraziło chęć korzystania z usług domu pomocy społecznej, a 2,9% - z pomocy zakładu opiekuńczo-leczniczego. Główną przyczyną niemożności skorzystania z usług mimo odczuwanej potrzeby były trudności w dotarciu do placówek świadczących tego typu usługi.

Z powyższych badań wynika, że zainteresowanie usługami opieki długoterminowej w szczególności w formie stacjonarnej jest wśród seniorów niewielkie, co potwierdza tezę o wciąż dużej roli opieki rodzinnej. Wraz z rosnącymi potrzebami opiekuńczymi i malejącym potencjałem opiekuńczym rodziny istnieje pilna potrzeba wsparcia opiekunów nieformalnych sprawujących opiekę nad swoimi najbliższymi w domu. Oprócz bezpośredniego świadczenia opieki długoterminowej w miejscu zamieszkania seniora, wsparcie opieki domowej może nastąpić poprzez wspomniane już formy opieki dziennej czy krótkotrwałe pobytu w instytucjach opieki stacjonarnej, jako forma opieki wytchnieniowej. Dużą rolę odgrywa tu także wsparcie merytoryczne i psychologiczne dla opiekunów (np. szkolenia, warsztaty) czy umiejętność budowania sieci wsparcia - np. sieci sąsiedzkiej. Ważne jest, aby wsparcie opieki domowej miało charakter systemowy, a usługi opieki były zintegrowane i dobrane na miarę potrzeb seniora i jego rodziny.

Jak najdłuższe utrzymanie niesamodzielnego seniora w domu jest korzystne ze względów psychospołecznych i ekonomicznych. Gdyby nawet zakładać, że pobyt w instytucji jest (jak dotychczas) zarezerwowany dla osób najbardziej potrzebujących profesjonalnej opieki, często świadczonej z wykorzystaniem drogiej i specjalistycznej aparatury, to przy tak zwiększających się potrzebach opiekuńczych naszego społeczeństwa będzie potrzebny rozwój opieki stacjonarnej. Ważne jest zróżnicowanie oferty instytucji: pomoc całodobowa, dzienna, szkolenia dla opiekunów, warsztaty, udzielanie porad itd. Ważne jest, aby opieka miała charakter kompleksowy, a system był wewnętrznie spójny mimo tego, że świadczenia udzielane są zarówno w ramach pomocy społecznej, jak i ochrony zdrowia.

2.3. Usługi opieki długoterminowej oferowane w systemie ochrony zdrowia

Opieka długoterminowa w systemie ochrony zdrowia skierowana jest do osób obłożnie i przewlekle chorych, które nie wymagają hospitalizacji i u których występują poważne deficyty w samoopiece. Osoby te wymagają całodobowej, profesjonalnej, intensywnej opieki i pielęgnacji, a także kontynuacji leczenia. Usługi te mają na celu przygotowanie chorego i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych. W Polsce istnieją dwa rodzaje zakładów opieki długoterminowej - są to zakłady opiekuńczo-lecznicze oraz pielęgnacyjno-opiekuńcze (Polska Krajowy Raport Społeczny 2012).

2.3.1. Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze w województwie kujawsko-pomorskim (analiza danych wtórnych)

W Polsce w 2015 roku funkcjonowały 353 zakłady opiekuńczo lecznicze i 148 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, które objęły w ciągu roku opieką **54200 osób** oferując w sumie 25874 łóżka.

Tabela 4 Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i opiekuńczo-lecznicze w Polsce i w województwie kujawsko-pomorskim w 2015 roku

Rodzaj zakładu	kraj/województwo	ogółem	łóżka stan w dniu 31.12	pacjenci
		[ob.]	[-]	[tys. osób]
zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze	Polska	148	6 573	13,9
	kujawsko-pomorskie	11	458	1,2
zakłady opiekuńczo-lecznicze	Polska	353	19301	40,3
	kujawsko-pomorskie	21	868	1,9

Źródło: GUS (2016), Zdrowie i ochrona zdrowia w 2015 roku.

W województwie kujawsko-pomorskim w 2015 roku (wg GUS) działało 21 zakładów opiekuńczo-leczniczych i 11 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, które w ciągu roku objęły opieką **3100 osób** dysponując w sumie **1336 łózkami**.

Na dzień 31.12.2015 roku w zakładach opieki długoterminowej (łącznie z zakładami opiekuńczo-leczniczymi i pielęgnacyjno-opiekuńczymi typu psychiatrycznego, hospicjami i oddziałami opieki paliatywnej) w województwie kujawsko-pomorskim przebywały 1653 osoby z czego 3/4 w wieku 65 lat i więcej. Prawie połowę osób (47%) mieszkających w tych zakładach stanowili co najmniej osiemdziesięciolatkowie.

Rysunek 2 Wykaz ZOL/ZPO w województwie kujawsko-pomorskim (posiadających umowę z NFZ w 2017 roku)

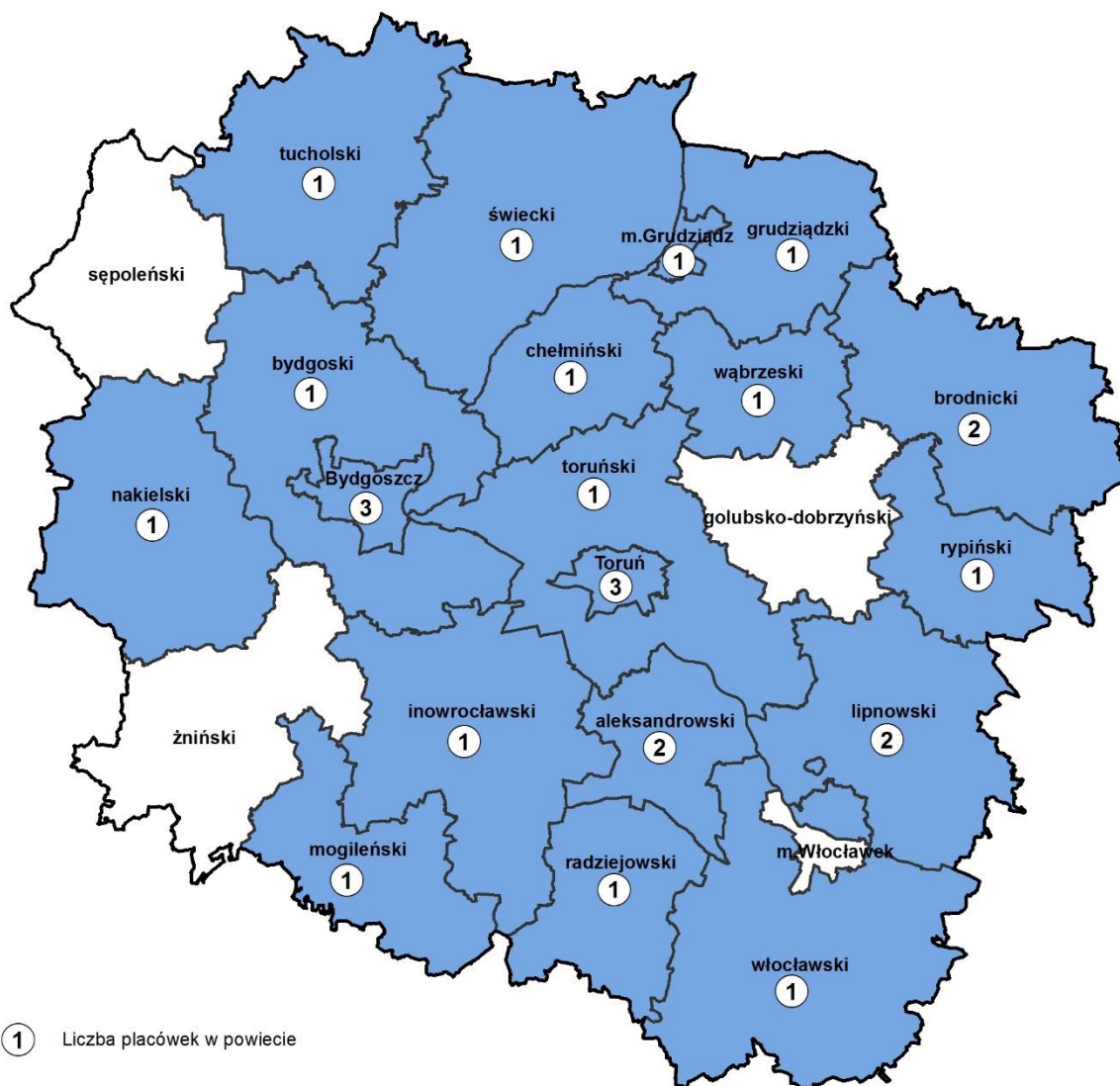
Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	Rok rozpoczęcia umowy z NFZ	Powiat wykonywania usługi	Liczba łóżek wg rejestru
1.	Nicpoń Krzysztof Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne „EPIMIGREN”	2014	bydgoski	13
2.	Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy w Bydgoszczy	2005	Bydgoszcz	44
3.	NZOZ Dom Sue Ryder prowadzony przez Pallmed sp. z o.o.	2005	Bydgoszcz	6
4.	Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA Bydgoszcz	2012	Bydgoszcz	37
5.	Centrum Medyczne SIR Med. sp. z o.o.	2014	inowrocławski	27
6.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilnie	2006	mogileński	25
7.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Nowy Szpital w Nakle i Szubinie” spółka z o.o.	2010	nakielski	45
8.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Florence II” sp z o.o. w Świeciu	2003	świecki	70
9.	Szpital Tucholski spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	2008	tucholski	15
10.	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ars Medica sp. z o.o. w Brodnicy	2007	brodnicki	62
11.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Brodnicy	2003	brodnicki	42
12.	Zespół Opieki Zdrowotnej w Chełmnie	2005	chełmiński	36
13.	RSS im dr W. Biegańskiego w Grudziądzu	2006	Grudziadz	68
14.	SP ZOZ im Macieja z Miechowa w Łasinie	2003	grudziądzki	34
15.	Zakład Pielęgnacyjno –Opiekuńczy im ks J.Popiełuszki w Toruniu	2003	Toruń	60
16.	ZOL prowadzony przez Zgromadzenie Córek Matki Boskiej Bolesnej „Serafitki”	2003	Toruń	87
17.	ZOL fundacji Światło prowadzony przez Fundację Światło	2004	Toruń	46
18.	Szpital Powiatowy sp. z o.o. w Chełmży	2005	toruński	72
19.	NZOZ Nowy Szpital w Wąbrzeźnie	2003	wąbrzeski	57
20.	Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim sp. z o.o.	2008	aleksandrowski	30
21.	NZOZ Kolejowy Szpital Uzdrowski sp. z o.o. w Ciechocinku	2011	aleksandrowski	60
22.	NZOZ WIMED w Lipnie utworzony przez Jolantę Wiśniewską	2004	lipnowski	50
23.	NZOZ Szpital Lipno utworzony przez Szpital Lipno sp. z o.o.	2003	lipnowski	70
24.	SP ZOZ	2003	radziejowski	70
25.	SP ZOZ w Rypinie	2003	rypiński	28
26.	Uzdrowisko Wieniec sp. z o.o.	2004	włocławski	25
razem				1178

Źródło: NFZ, Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki w Bydgoszczy, 12.05.2017r

Zakłady te nie funkcjonują w 4 z 23 powiatów województwa - żnińskim, sępoleńskim, golubsko-dobrzyńskim i na terenie Włocławka.

Oprócz działalności stacjonarnej niektóre placówki opieki długoterminowej i paliatywno-hospicyjnej prowadziły także działalność domową lub dzienną. W 2015 roku **długoterminową opieką domową objęto 3,5 tys. pacjentów**, z czego 51% (1,8 tys.) osób skorzystało z pomocy 8 zespołów opieki domowej funkcjonujących przy zakładach opieki długoterminowej. W przypadku hospicjów opiekę domową otrzymało 1,5 tys. osób (GUS 2016).

Rysunek 3 Rozmieszczenie placówek typu ZOL/ZPO funkcjonujących w publicznym systemie opieki zdrowotnej w województwie kujawsko-pomorskim (stan: maj 2017)



2.3.2. Usługi ZOL i ZPO w świetle badań własnych

W I kwartale 2017 roku Departament Spraw Społecznych, Wdrażania EFS i Zdrowia UM WK-P skierował drogą elektroniczną do jednostek, które można znaleźć w wykazie umów zawieranych przez NFZ ze świadczeniodawcami, kwestionariusz. Adresatami ankiety były głównie ZOL'e i ZPO, jednak o odpowiedź zostały także poproszone hospicja.

Badanie skierowane było do 33 placówek, odpowiedzi udzieliło 30, co stanowi ponad 90 %. Procent udzielonych odpowiedzi pozwala uznać za wiarygodne i miarodajne wnioski jakie na podstawie uzyskanych danych będą prezentowane w niniejszej analizie.

Przedmiot zainteresowania stanowiło przede wszystkim zabezpieczenie miejsc w opiece długoterminowej dla mieszkańców poszczególnych powiatów. Jednostki zostały poproszone m.in. o podanie struktury pacjentów wg powiatu zameldowania.

Tabela 5 Zestawienie pacjentów, korzystających z opieki długoterminowej wg miejsca zameldowania, z danymi dotyczącymi dostępnych (w systemie publicznym) łóżek, w porównaniu z danymi demograficznymi

Powiat	pacjenci z danego powiatu wykazani w badaniu ⁶	łóżka NFZ
aleksandrowski	83	75
brodnicki	106	72
bydgoski	82	12
Bydgoszcz	254	50
chełmiński	56	30
golubsko-dobrzyński	48	0
Grudziądz	114	64
grudziądzki	40	34
inowrocławski	104	22
lipnowski	64	73
mogileński	36	25
nakielski	46	45
radziejowski	39	70
rypiński	102	28
sępoleński	6	0
świecki	84	61
Toruń	354	236
toruński	111	66
tucholski	20	15
wąbrzeski	61	53
Włocławek	83	0
włocławski	64	b.d

⁶ Zestawienie dotyczy pacjentów, nie dostępnych łóżek

Powiat	pacjenci z danego powiatu wykazani w badaniu ⁶	łóżka NFZ
żniński	6	0
inne województwa i bezdomni	154	n/d
razem pacjenci	2117 ⁷	1031 ⁸

Wymieniony w podrozdziale 1.1 powiat golubsko-dobrzyński, w którym występuje najwyższy odsetek osób z niepełnosprawnościami wśród osób starszych, nie dysponuje żadnymi miejscami w publicznej opiece długoterminowej. Pacjenci z tego powiatu zmuszeni są korzystać z jednostek oddalonych od miejsca zamieszkania. Podobnie z mieszkańcami najszybciej starzejącego się miasta jakim jest Włocławek. Najbliżej położony zakład w Wieńcu Zdroju nie gwarantuje zaspokojenia potrzeb.

Kolejną kwestią, która interesowała badaczy był kierunek wypisu. Oczywiście wypis z powodu zgonu jest najczęściej występującym, jednak zapytano także o sytuacje, kiedy wypisano pacjenta do domu, do DPS lub do innej formy opieki (w domyśle formy dzienne). Ze względu na niski udział wypisów do DPS i innej opieki można postawić tezę, że pacjenci badanych jednostek byli w stanach, które nie pozwoliły na podjęcie skutecznych działań medycznych (w tym rehabilitacja), które pozwoliłyby na usamodzielnienie się osoby chorej. Wypisy do domu nie rozróżniały sytuacji związanej z opieką wytchnieniową i wypisem do domu związanym z umieraniem wśród rodziny, stąd nie można tu stawiać ostrych tez. Widać jednak, że zjawisko wypisu do domu jest rzadkim przypadkiem.

Warto wiedzieć

- Odbiorcą SEKTORA MEDYCZNEGO są osoby przewlekle chore i niesamodzielne wymagające świadczeń zdrowotnych (czyli stałej opieki pielęgniarki, lekarza czy fizjoterapeuty) – pobyty w placówkach są okresowe i uzależnione od stanu zdrowia. Świadczenia finansowane z NFZ.
- Odbiorcą SEKTORA POMOCY SPOŁECZNEJ są osoby przewlekle chore i niesamodzielne wymagające świadczeń opiekuńczych – pobyty w domach pomocy społecznej są stałe. Świadczenia finansowane z budżetu samorządów terytorialnych.

⁷ Pacjenci w publicznym i prywatnym systemie – dane dotyczące pacjentów „prywatnych” pochodzą od placówek badanych prowadzących obie formy, badanie nie obejmowało placówek funkcjonujących wyłącznie w systemie prywatnym.

⁸ Łóżka zakontraktowane przez NFZ wykazane w przekazanych ankietach

- Odbiorcą SEKTORA OPIEKI PALIATYWNEJ – osoby w terminalnej fazie choroby.

Kwestionariusz zawierał także pytania o prowadzenie innych form opieki przez badane jednostki. Placówki z obszaru opieki długoterminowej w zasadzie nie wykazały innych form opieki (pytanie dotyczyło opieki dziennej, domowej). W przypadku odpowiedzi udzielonych przez hospicja inne niż stacjonarne formy były popularne i ich udział w działalności placówek był większy niż opieka stacjonarna.

Ostatnim zagadnieniem o jakie zapytano placówki była kwestia oceny czasu oczekiwania pacjenta. W chwili obecnej zgodnie z zaleceniem NFZ usługi związane z opieką długoterminową nie są wykazywane na portalu „kolejkowym” NFZ. Poprosiliśmy placówki o wykazanie „wstecz”, tzn. dla osób, które zostały ich pacjentami w 2016 roku, czasu ich oczekiwania na miejsce (od momentu wystawienia skierowania do momentu przyjęcia). Dane w tym zakresie są niezwykle zróżnicowane. Można jednak potwierdzić tu tezę, że oczekiwanie na miejsce w placówce opieki długoterminowej jest długotrwałe i średnio przekracza 4 miesiące. Jedną z refleksji jaka się przy tej okazji nasuwa to pytanie co powoduje, że w niektórych ośrodkach następuje niezwykle szybka rotacja pacjentów, a w innych nie (przy założeniu, że trafia tam statystyczny, porównywalny pacjent). Można także zapytać, czy w placówkach, w których pacjenci przebywają bardzo długo, podejmowane są wszystkie niezbędne działania pozwalające powrócić osobie chorej do jej środowiska, być może tylko wspierając otoczenie i samego pacjenta w jego własnym domu.

Warto zauważyć	
Wskaźnik liczby łóżek na 10 tys. ludności:	
Zakłady/ Oddziały Opiekuńczo – Lecznicze	4,2
Zakłady / Oddziały Pielęgnacyjno – Opiekuńcze	2,2
Opieka Psychiatryczna długoterminowa	1,4
Średni wskaźnik łóżek w Polsce	6,8
Średni wskaźnik łóżek w Europie	12

Źródło: Biuletyn Statystyczny 2015

Jak pokazuje zestawienie dotyczące wskaźnika liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców w całym kraju występują braki. Województwo kujawsko-pomorskie w tym zakresie notuje lekką poprawę (w 2014 dla ZOL wskaźnik wynosił 4,0) jednak jest to kropla w morzu potrzeb. Poziom dostępności jest w tej chwili niezadawalający (nawet przy założeniu, że wskaźnik na poziomie Europy obejmuje świadczenia prywatne). Oznacza to, że biorąc pod uwagę zalecenia KE w zakresie deinstytucjonalizacji usług w opiece długookresowej i tak niezbędne jest stworzenie „twardej” infrastruktury, która będzie bazą dla prowadzenia innych form opieki.

2.4. Usługi opieki długoterminowej oferowane w systemie pomocy społecznej

Opieka długoterminowa w ramach systemu pomocy społecznej obejmuje (Polska Krajowy Raport Społeczny 2012):

- usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania,
- dzienne usługi świadczone w ośrodkach wsparcia,
- całodobowe usługi świadczone w rodzinnych domach pomocy, domach pomocy społecznej i w placówkach zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku prowadzonym w ramach działalności gospodarczej lub statutowej.

2.4.1. Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania w województwie kujawsko-pomorskim

Świadczone w ramach systemu pomocy społecznej usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze kierowane są do osób, które ze względu na wiek, chorobę czy niepełnosprawność potrzebują pomocy w codziennym funkcjonowaniu. Realizacja usług opiekuńczych należy do zadań własnych gminy, choć rzadko mają one wypracowane procedury i standardy co do sposobu świadczenia tych usług. Odpłatność zależy od wysokości dochodu osoby samotnej lub osoby w rodzinie, której świadczona jest usługa. W województwie kujawsko-pomorskim średnia opłata za godzinę usług opiekuńczych wynosi między 11 zł a 13 zł (ROPS 2016). Usługi opiekuńcze obejmują: zaspokajanie codziennych potrzeb życiowych (sprzątanie, pranie, zakupy, sporządzanie posiłków), opiekę higieniczną, pielęgnację zaleconą przez lekarza oraz zapewnianie kontaktów z otoczeniem. Specjalistyczne usługi opiekuńcze są

dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności i są świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym (Polska Krajowy Raport Społeczny 2012).

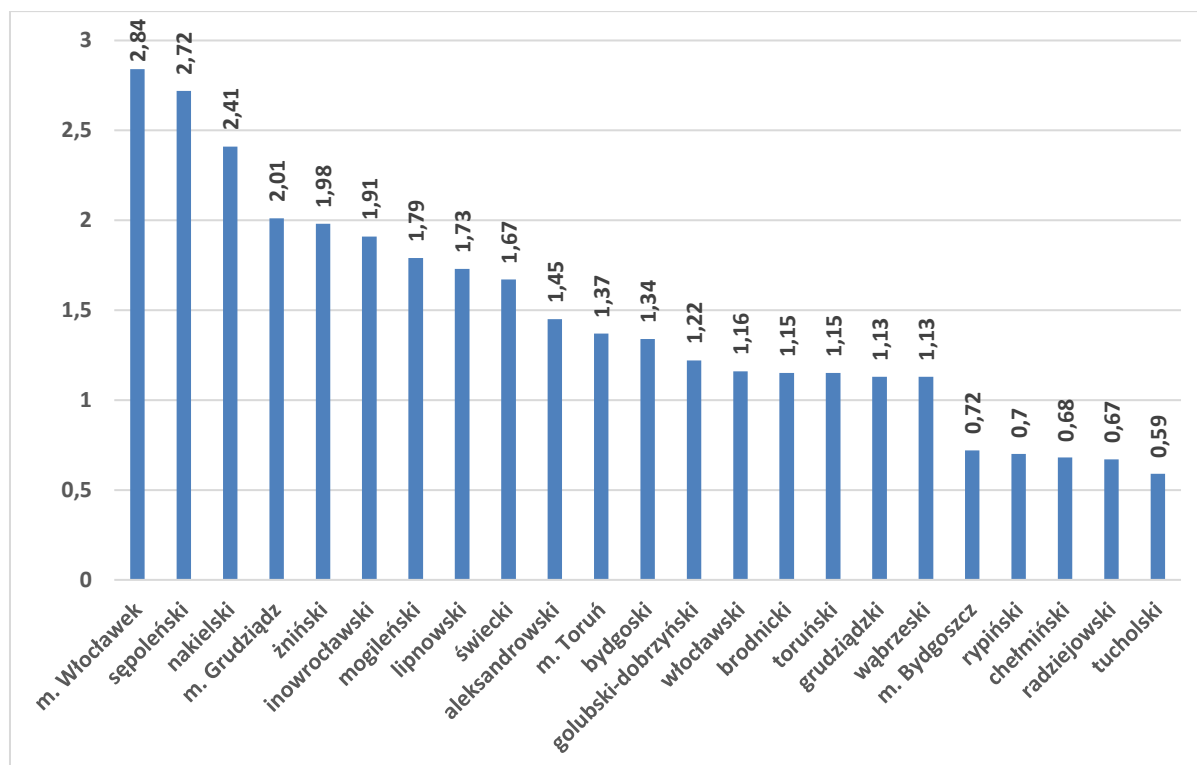
Rysunek 4 Usługi opiekuńcze w gminach województwa kujawsko-pomorskiego w 2014 roku



Źródło: ROPS (2016b).

W 2014 roku usługi opiekuńcze nie były realizowane w 21 gminach (15%) (rys 4). Objęto nimi **5290 osób**. **Wśród osób w wieku poprodukcyjnym w badanym województwie z usług tych skorzystało 1,6%**. Najlepsza sytuacja wystąpiła we Włodawku, gdzie odsetek osób starszych objętych tymi usługami wyniósł 2,84%. najniższy poziom świadczenia usług odnotowano w powiecie tucholskim - zaledwie 0,59%. W pięciu powiatach badanego województwa odsetek osób w wieku poprodukcyjnym objętych usługami opiekuńczymi nie przekroczył 1%.

Wykres 14 Odsetek osób objętych usługami opiekuńczymi w populacji osób w wieku poprodukcyjnym w województwie kujawsko-pomorskim w 2014 roku w podziale na powiaty



Źródło: ROPS (2016)

Zgodnie z wynikami badania *Sytuacja życiowa i potrzeby osób starszych z terenu województwa kujawsko-pomorskiego w kontekście starzenia się społeczeństwa* (ROPS 2014) osoby starsze w większości nie korzystają z pomocy społecznej. Jedynie 18,5% seniorów korzysta z usług pomocy społecznej, najczęściej pomocy w robieniu zakupów, w cięższych pracach domowych, przygotowywaniu posiłków (dla starszych mężczyzn) i w domowych naprawach (dla starszych kobiet). Jednocześnie, zaledwie 5% badanych było by w stanie przeznaczyć środki pieniężne na usługi pomocowe (ROPS 2014).

2.4.2. Dzielne domy pomocy

Dzielne domy pomocy to ośrodki wsparcia, które świadczą pomoc niesamodzielnym osobom starszym w ciągu dnia (posiłki, rehabilitacja, zajęcia edukacyjne itp.). W województwie kujawsko-pomorskim funkcjonuje 11 dziennych domów pomocy i 3 filie

Rysunek 5 Dzielne domy pomocy w województwie kujawsko-pomorskim

	m. Bydgoszcz
1	Dom Dziennego Pobytu „Senior” przy Stowarzyszeniu” Z Potrzeby Serca”
2	Dom Dziennego Pobytu „Kapuściska” S towarzyszenie „Bydgoska Pomoc Społeczna”
	m. Grudziądz
3	Dom Dziennego Pobytu
3a	Dzienny Dom Pomocy Społecznej przy DPS nr 3
	m. Toruń
4	Dzienny Dom Pomocy Społecznej
4a	Filia DDPS
5	Dzienny Dom Pomocy "Samarytanin"
	m. Włocławek
6	Dzienny Dom Pomocy Społecznej
	powiat inowrocławski
7	Dom Dziennego pobytu "Życzliwa Przystań"
7a	Filia DDPS
8	Dzienny Dom Opieki Senior Wigor Janikowo
	powiat sępoleński
9	Dom Dziennego Pobytu
	powiat świecki
10	NZOZ Florencia Dom Dziennego Pobytu dla Osób Starszych
	powiat tucholski
11	Dom Dziennego Pobytu Senior Wigor

Źródło: ROPS (2016a), Informator dla seniora.

Usługi dziennych domów pomocy społecznej wspierają nie tylko seniora, ale i jego rodzinę w pełnieniu obowiązków opiekuńczych, tak by nie było konieczności umieszczenia osoby starszej w ośrodku pomocy całodobowej. Pobyt w dziennym domu pomocy jest odpłatny i kierowany przede wszystkim do osób samotnych w wieku poprodukcyjnym, które ze względu na wiek, chorobę czy niepełnosprawność wymagają opieki. W ostatnim czasie dzielne domy pomocy powstają w ramach programów Senior-WIGOR i Senior +. W ramach Senior Wigor powstały w województwie kujawsko-pomorskim dwa dom opieki - w Janikowie i Gostycynie (ROPS 2016a). Natomiast w ramach Senior + dofinansowanie uzyskały dwa dzielne domy (powiat nakielski i gmina Łubianka) oraz siedem klubów.

2.4.3. Opieka całodobowa w instytucji - domy pomocy społecznej

Usługi opieki stacjonarnej w systemie pomocy społecznej są świadczone głównie przez (Polska Krajowy Raport Społeczny 2012):

- domy pomocy społecznej - instytucje świadczące usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne dostosowane do indywidualnych potrzeb podopiecznych;
- rodzinne domy pomocy - specjalna forma usług opiekuńczych i bytowych świadczonych przez osobę w jej miejscu zamieszkania (działalność gospodarcza) lub przez organizacje pożytku publicznego dla nie mniej niż 3 i nie więcej niż 8 osób starszych lub niepełnosprawnych;
- placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym, w podeszłym wieku w ramach działalności gospodarczej lub statutowej - placówki te świadczą usługi opiekuńcze na zasadach rynkowych (pobyt nie jest współfinansowany z pomocy społecznej);
- środowiskowe domy samopomocy i inne ośrodki dla osób z zaburzeniami psychicznymi - ośrodki wsparcia są dzienną formą pomocy instytucjonalnej, ale przy nich mogą być prowadzone miejsca całodobowe okresowego pobytu

Nadal większość usług stacjonarnej opieki długoterminowej sprawowana jest przez domy pomocy społecznej, choć ich udział na przestrzeni lat 2005-2015 w ogólnej liczbie zakładów stacjonarnych pomocy społecznej zmniejszył się o 17,3 p.p. Na koniec 2015 roku w Polsce funkcjonowały **853 domy**, w których przebywało **79300 mieszkańców**. Na przestrzeni analizowanego okresu najbardziej dynamicznie rozwijała się opieką sprawowaną przez placówki całodobowej opieki dla osób niepełnosprawnych, przewlekle chorych i w podeszłym wieku w ramach działalności gospodarczej lub statutowej. W 2015 roku placówki te stanowiły 16% ogółu zakładów stacjonarnych w systemie pomocy społecznej (wzrost o 10,2 p.p. w stosunku do 2010 roku). Dla 46,4% stacjonarnych zakładów pomocy społecznej i ich filii organem prowadzącym był samorząd terytorialny, a pozostałe zakłady prowadzone były przez kościoły i związki wyznaniowe, osoby fizyczne, stowarzyszenia, fundacje i inne podmioty gospodarcze. Pośród pozostałych – aż 279 było prowadzone przez Kościół Katolicki.

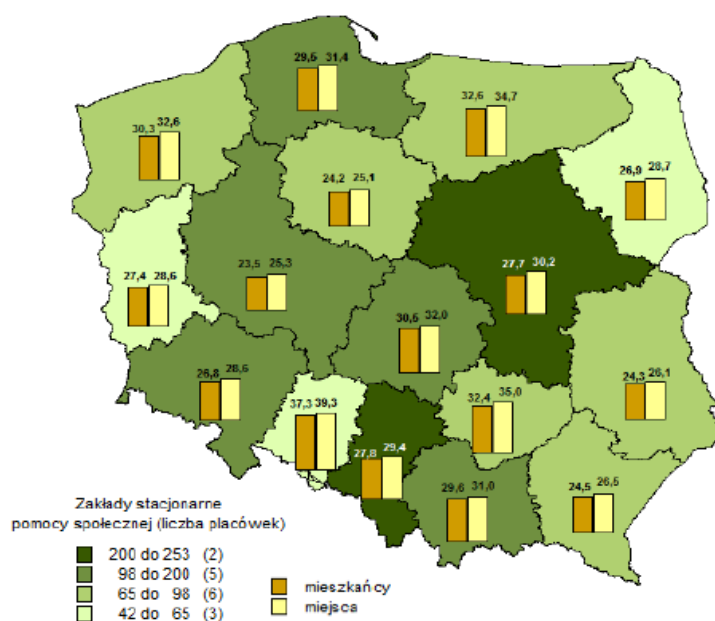
Tabela 6 Stacjonarne zakłady pomocy społecznej świadczące usługi opiekuńcze w Polsce w latach 2005-2015

lata	Zakłady stacjonarne pomocy społecznej ogółem		Domy pomocy społecznej		Rodzinne domy pomocy		Placówki zapewniające całodobową opiekę innym osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub w podeszłym wieku		Środowiskowe domy samopomocy lub inne ośrodki wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi	
	placówki ogółem	mieszkańcy	udział w placówkach ogółem	mieszkańcy	udział w placówkach ogółem	mieszkańcy	udział w placówkach ogółem	mieszkańcy	udział w placówkach ogółem	mieszkańcy
2005	1196	93372	68,8%	78887	0,3%	19	5,8%	1791	1,8%	552
2006	1255	94418	65,4%	78672	0,6%	55	7,6%	2458	1,5%	420
2007	1313	96696	62,5%	78407	0,6%	59	8,6%	3228	1,4%	394
2008	1334	98416	62,0%	78871	1,0%	92	8,8%	3250	2,0%	599
2009	1398	99944	59,3%	77513	0,8%	77	10,1%	4160	1,6%	474
2011	1514	101 949	54,4%	77878	1,1%	144	11,2%	5044	1,1%	316
2012	1564	104 458	53,3%	78021	1,7%	188	12,7%	5820	0,8%	272
2013	1599	104316								
2014	1619	105662	51,9%	78449	1,8%	243	14,2%	6741	0,7%	252
2015	1655	106976	51,5%	79300	1,8%	268	16,0%	7742	0,6%	243

Źródło: Furmańska-Maruszak i in. (2014), GUS (2016).

W województwie kujawsko-pomorskim w 2015 roku funkcjonowało **70 stacjonarnych zakładów pomocy społecznej** oferujących usługi dla **5044 mieszkańców**.

Rysunek 6 Zakłady stacjonarne pomocy społecznej w Polsce 2015 roku według województw



Źródło: GUS (2016).

W 2015 roku lista osób oczekujących na umieszczenie w stacjonarnym zakładzie pomocy społecznej wynosiła 355 osób. W województwie kujawsko-pomorskim odnotowano najniższy

wskaźnik miejsc w stacjonarnych zakładach pomocy społecznej na 10 tysięcy ludności w Polsce (rys. 6).

Osoby starsze (liczące co najmniej 61 lat) stanowiły 55,2% mieszkańców stacjonarnych zakładów pomocy społecznej w Polsce, natomiast w województwie kujawsko-pomorskim – 49,4% (2493 osoby). Pośród 70 funkcjonujących stacjonarnych zakładów pomocy społecznej aż 68,6% stanowiły domy pomocy społecznej. Jest to największy odsetek pośród polskich województw w 2015 roku. W województwie kujawsko-pomorskim działało **48 domów pomocy społecznej, w których przebywało 3971 mieszkańców⁹**.

2.5. Potrzeby społeczeństwa a usługi opieki długoterminowej - wnioski i rekomendacje

Z przeprowadzonej analizy można wyciągnąć wnioski w następujących obszarach:

I. Stan zdrowia ludności i opieka nieformalna:

- 1) 1/3 osób w wieku 65 lat i więcej w województwie kujawsko-pomorskim jest niepełnosprawna (ok. **109 tysięcy osób**);
- 2) w większości przypadków seniorzy w województwie kujawsko-pomorskim nie mają większych trudności w wykonywaniu obowiązków dnia codziennego;
- 3) opieka nad seniorami w badanym województwie sprawowana jest głównie przez rodzinę;
- 4) szczególnie widoczne jest to na obszarach wiejskich, gdzie więzi międzypokoleniowe są większe, a silniejsza tożsamość lokalna podtrzymuje więzi sąsiedzkie;

II. Długoterminowa opieka formalna:

- 5) korzystanie przez seniorów z usług formalnej opieki długoterminowej w województwie jest niewielkie:
 - a. w 2015 roku działało **21 zakładów opiekuńczo-leczniczych i 11 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych**, które w ciągu roku objęły opieką **3100 osób** dysponując w sumie 1336 łózkami. Skala objęcia pacjentów **długoterminową**

⁹ pełny wykaz placówek w Informatorze dla seniora, ROPS (2016a).

opieką domową przez zakłady opiekuńcze jest **znikoma** (zaledwie 1,8 tys. osób w skali kraju w 2015 roku)

- b. **środowiskowymi usługami opiekuńczymi** w ramach pomocy społecznej objęto w 2014 roku w województwie zaledwie **1,6% ludności w wieku poprodukcyjnym** (5290 osób);
 - c. w 2016 roku w całym województwie kujawsko-pomorskim funkcjonowało zaledwie **11 dziennych domów pomocy** (i 3 filie), z czego 2 domy zostały utworzone w 2016 roku w ramach programu SENIOR-WIGOR
 - d. w województwie kujawsko-pomorskim działało **48 domów pomocy społecznej**, w których przebywało **3971 mieszkańców**.
- 6) spośród usług opieki długoterminowej seniorzy województwa zgłaszają przede wszystkim zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze świadczone w domu: przez opiekunkę (8,8% osób w wieku poprodukcyjnym) i pielęgniarkę (6,5% osób w wieku poprodukcyjnym)
- 7) obecne zapotrzebowanie na opiekę stacjonarną jest mniejsze: pobyt w DPS - 3,9% osób w wieku poprodukcyjnym, pobyt w ZOL - 2,9% - osób w wieku poprodukcyjnym)

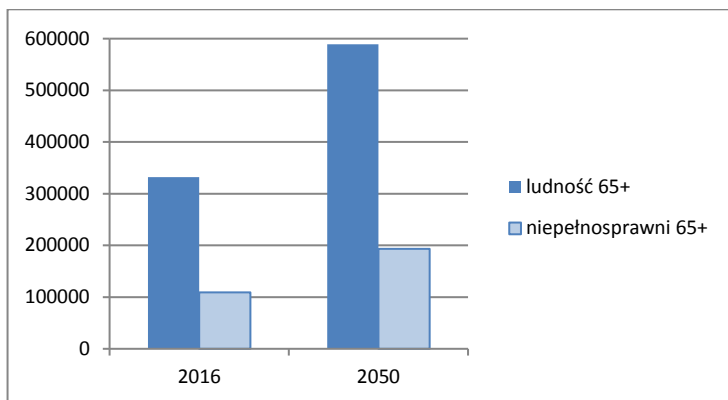
III. Obecna sytuacja demograficzna w województwie:

- 8) najwyższy odsetek osób sędziwych występuje w południowo-wschodniej i wschodniej części województwa;
- 9) najmłodsze obszary to gminy położone w sąsiedztwie większych miast - w szczególności powiaty toruński i bydgoski;
- 10) starzenie się populacji najbardziej widoczne jest w miastach (najbardziej obciążona demograficznie jest Bydgoszcz i Włocławek);

IV. Prognozowane zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze:

- 11) potrzeby opiekuńcze związane ze stopniem niepełnosprawności w województwie kujawsko-pomorskim do 2050 roku zwiększą się prawie dwukrotnie (zakładając, że odsetek osób niepełnosprawnych w ogólnej populacji osób w wieku 65+ nie zmieni się znacznie). Wiąże się to z prognozowanym wzrostem liczby ludności w wieku 65 lat i więcej

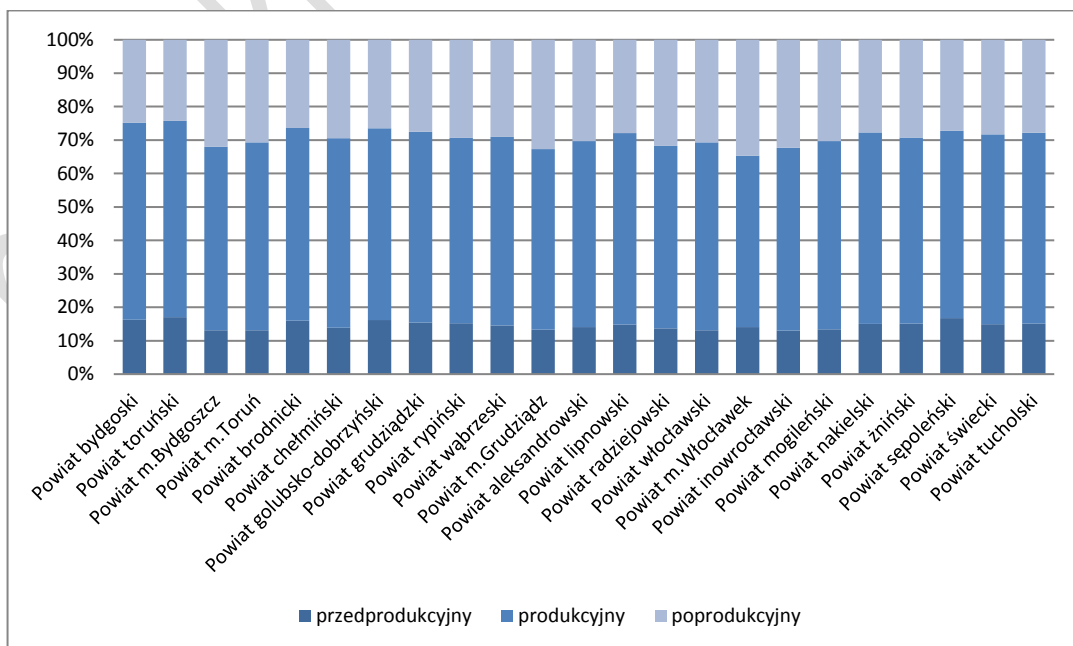
Wykres 15 Osoby niepełnosprawne w wieku 65 lat i więcej w województwie kujawsko-pomorskim w 2016 i 2050 roku



Źródło: BDL GUS.

12) nastąpi znaczne zwiększenie odsetka osób w wieku poprodukcyjnym w populacji ludności ogółem. Największy udział osób w wieku poprodukcyjnym (ponad 30%) obserwowany będzie na południu województwa w powiatach: mogileńskim, inowrocławskim, radziejowskim, aleksandrowskim, włocławskim oraz w miastach: Włocławek, Grudziądz, Bydgoszcz i Toruń. Indeks starości w województwie kujawsko-pomorskim wzrośnie prawie trzykrotnie z poziomu **925 osób** 65+ przypadających na 1000 osób w wieku 0-14 lat w 2013 do poziomu **2730 osób** 65+ na 1000 dzieci 0-14 lat

Wykres 16 Struktura ludności ze względu na wiek w województwie kujawsko-pomorskim w 2050



Źródło: BDL GUS.

- 13) zmiany te spowodują zwiększenie obciążenia opieką przy jednoczesnym spadku potencjału opiekuńczego rodziny
- 14) w obliczu ograniczeń w dostępie do opieki rodzinnej, pojawi się konieczność większego korzystania z formalnych usług opieki długoterminowej, zarówno tych świadczonych w domu, jak i stacjonarnie
- 15) przy zachowaniu obecnych preferencji seniorów województwa co do opieki sprawowanej w domu należy zakładać zwiększone zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze świadczone w domu zarówno przez opiekunkę, jak i pielęgniarkę
- 16) znaczący wzrost udziału osób starszych w ogólnej populacji ludności województwa (w tym w wieku sędziwym) spowoduje także wzrost zapotrzebowania na świadczenia opieki długoterminowej przez ośrodki stacjonarne. Dużą rolę odgrywać mogą zakłady opiekuńcze zarówno jako instytucje oferujące pobyt całodobowy, ale jako instytucje wspierające rodzinę w opiece na seniorem oferując pobyt czasowy (opieka wytchnieniowa), doradztwo czy inne formy opieki dziennej i domowej.

Rekomendacje:

- 1) wsparcie tworzenia nowych miejsc opieki długoterminowej – szczególnie w powiatach w których nie funkcjonują placówki opieki długoterminowej (powiat golubsko-dobrzyński, m. Włocławek, powiat żniński, powiat sępoleński)
- 2) wsparcie zwiększania (dla danego powiatu) liczby łóżek w opiece długoterminowej – w pierwszej kolejności w placówkach, które zgłosiły taką gotowość (przy tworzeniu analizy w zakresie modernizacji szpitali powiatowych), były to: Szpital Powiatowy w Aleksandrowie Kujawskim sp. z o.o., Szpital Powiatowy w Golubiu-Dobrzyniu sp. z o.o., Szpital Powiatowy w Chełmży sp. z o.o., Szpital Tucholski sp. z o.o., SPZOZ w Mogilnie
- 3) wsparcie zwiększania liczby łóżek w opiece długoterminowej w miastach na prawie powiatu (Bydgoszcz, Toruń, Włocławek, Grudziądz) i w promieniu 40 km wokół tych miast,
- 4) rozbudowie bazy łóżkowej powinno towarzyszyć rozwijanie usług z obszaru opieki długoterminowej na poziomie społeczności lokalnych (opieka środowiskowa); Działania te przyczyniają się do zwiększenia aktywności zawodowej szczególnie kobiet (jako najbardziej zaangażowanych w opiekę).
- 5) w związku z ograniczonymi środkami rekomenduje się realizację projektów związanych z finansowaniem do 30 łóżek.

- 6) koszt (kwalifikowalny) związany z utworzeniem 1 m² powierzchni placówki nie może przekroczyć 4 tys. zł. (niezależnie czy mowa jest o budowie, modernizacji budynku i czy obejmuje wyposażenie czy nie).

Podsumowując: zgodność z niniejszą analizą w ramach konkursu finansowanego ze środków UE (poddziałanie 6.1.1 RPO WKP na lata 2014-2020) oznacza spełnienie łączne następujących elementów:

A. dla opieki długoterminowej:

- 1) wnioskodawca wnioskuję o dofinansowanie na tworzenie nowych miejsc opieki w ramach świadczenia opieki długookresowej (maksymalnie 30);
- 2) koszt kwalifikowalny 1 m² tworzonej powierzchni (z wyposażeniem) nie przekracza 4 tys. zł.
- 3) wnioskodawca jest podmiotem z terenu „białej plamy” lub jednym z podmiotów zidentyfikowanych w procesie tworzenia analizy w zakresie modernizacji szpitali powiatowych;

Jeśli podmioty spełniające powyższe warunki nie wyczerpią puli alokacji możliwa jest ocena innych niż wskazane w punkcie 3 wnioskodawców (obowiązują jednak punkty 1 i 2).

B. dla opieki paliatywnej:

- 1) wnioskodawca wnioskuję o modernizację / budowę obiektów służących opiece paliatywnej,
- 2) koszt kwalifikowalny 1 m² budowanej / modernizowanej powierzchni (z wyposażeniem) nie przekracza 4 tys. zł,
- 3) wnioskodawca realizuje świadczenia w opiece domowej w więcej niż 5 powiatach.

Wnioskodawcy podlegać będą ocenie zgodnie z kryteriami przyjętymi przez Komitet Monitorujący.

Spis tabel, wykresów i rysunków

Tabela 1 Opieka długoterminowa w systemie zabezpieczenia społecznego w Polsce	20
Tabela 2 Mieszkańcy zakładów stacjonarnych pomocy społecznej według źródeł finansowania pobytu w województwie kujawsko pomorskim w 2015 roku (stan na dzień 31.12).....	23
Tabela 3 Osoby korzystające i chcące skorzystać z usług opieki długoterminowej w województwie kujawsko-pomorskim	24
Tabela 4 Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i opiekuńczo-lecznicze w Polsce i w województwie kujawsko-pomorskim w 2015 roku	26
Tabela 5 Zestawienie pacjentów, korzystających z opieki długoterminowej wg miejsca zameldowania, z danymi dotyczącymi dostępnych (w systemie publicznym) łóżek, w porównaniu z danymi demograficznymi	29
Tabela 6 Stacjonarne zakłady pomocy społecznej świadczące usługi opiekuńcze w Polsce w latach 2005-2015.....	37
Wykres 1 Udział osób niepełnosprawnych w populacji osób w wieku 65 lat i więcej w województwie kujawsko-pomorskim w 2011 roku w podziale na powiaty (w %)	7
Wykres 2 Starsze osoby niepełnosprawne według rodzaju niepełnosprawności i grup wieku w Polsce w 2011 roku (% ogółu ludności w danym wieku).....	8
Wykres 3 Liczba osób niepełnosprawnych w wieku 65 lat i więcej w województwie kujawsko-pomorskim w 2016 i 2050 roku w podziale na powiaty.....	9
Wykres 4 Urodzenia żywe na 1000 ludności w województwie kujawsko-pomorskim w 2014 roku w podziale na powiaty	10
Wykres 5 Współczynnik przyrostu naturalnego w województwie kujawsko pomorskim w 2014 roku w podziale na powiaty	12
Wykres 6 Współczynnik salda migracji w województwie kujawsko-pomorskim w 2014 roku w podziale na powiaty	13
Wykres 7 Liczba osób w wieku poprodukcyjnym (65+) przypadająca na 100 osób w wieku przedprodukcyjnym (0-17) w województwie kujawsko-pomorskim w 2014 roku w podziale na powiaty	14
Wykres 8 Ludność w wieku 85 lat i więcej przypadająca na 100 osób w wieku 50-64 lata w województwie kujawsko-pomorskim w 2014 roku podziale na powiaty.....	16
Wykres 9 Struktura ludności ze względu na wiek w województwie kujawsko-pomorskim w 2016 r..	17
Wykres 10 Struktura ludności ze względu na wiek w województwie kujawsko-pomorskim w 2050 r.	17
Wykres 11 Odbiorcy opieki długoterminowej – sektor społeczny.....	21
Wykres 12 Struktura wieku odbiorców opieki długookresowej (społecznej) na podstawie danych z 2012 roku.....	21
Wykres 13 Odsetek pacjentów stacjonarnej opieki długoterminowej (medycznej) wg wieku na podstawie danych z 2012 roku.	22
Wykres 14 Odsetek osób objętych usługami opiekuńczymi w populacji osób w wieku poprodukcyjnym w województwie kujawsko-pomorskim w 2014 roku w podziale na powiaty.....	34
Wykres 15 Osoby niepełnosprawne w wieku 65 lat i więcej w województwie kujawsko-pomorskim w 2016 i 2050 roku.....	40
Wykres 16 Struktura ludności ze względu na wiek w województwie kujawsko-pomorskim w 2050.	40

Rysunek 1 Ludność w wieku powyżej 80 lat w województwie kujawsko-pomorskim w 2015 roku (% ludności ogółem)	15
Rysunek 2 Wykaz ZOL/ZPO w województwie kujawsko-pomorskim (posiadających umowę z NFZ w 2017 roku)	27
Rysunek 3 Rozmieszczenie placówek typu ZOL/ZPO funkcjonujących w publicznym systemie opieki zdrowotnej w województwie kujawsko-pomorskim (stan: maj 2017)	28
Rysunek 4 Usługi opiekuńcze w gminach województwa kujawsko-pomorskiego w 2014 roku	33
Rysunek 5 Dzielne domy pomocy w województwie kujawsko-pomorskim	35
Rysunek 6 Zakłady stacjonarne pomocy społecznej w Polsce 2015 roku według województw	37

Bibliografia:

European Commission (2007), Health and long-term care in the European Union, „Special Eurobarometer”, no. 283.

Furmańska-Maruszak A., A. Wójtewicz, M. Zamojska (2014), Dobra i usługi społeczne dla najstarszego pokolenia. Szanse rozwoju w kontekście realiów społeczeństwa masowej konsumpcji, UMK.

Furmańska-Maruszak A., A. Wójtewicz (2016), Kierunki rozwoju usług opieki długoterminowej w Polsce, *Studia Oeconomica Posnaniensia*, vol. 4, no.9.

GUS (2014), Prognoza ludności na lata 2014-2050, Warszawa.

GUS (2016), Pomoc społeczna i opieka nad dzieckiem i rodziną w 2015 roku, Warszawa.

Kozierkiewicz A. (2011), Konsolidacja i integracje opieki zdrowotnej, Ministerstwo Zdrowia-SGH, Warszawa.

Kujawsko-pomorskie biuro planowania przestrzennego i regionalnego (2016), Analiza sytuacji społeczno-ekonomicznej województwa kujawsko-pomorskiego w obszarach oddziaływania Europejskiego Funduszu Społecznego w latach 2007-2015, Bydgoszcz.

Lamura G. i in. (2007), Dimensions of future social service provision in the ageing societies of Europe. „Advances of Gerontology”, no. 20 (3).

Leichsenring K., J. Billings Jenny, H. Nies (2013), Long-term care in Europe. Improving policy and practice. Londyn: Palgrave Macmillan.

OECD (2017), <http://www.oecd.org/els/health-systems/long-term-care.htm>

OECD/European Commission (2013), *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing.

Polska Krajowy Raport Społeczny (2012)

ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=8730&langId=pl

ROPS (2014), Sytuacja życiowa i potrzeby osób starszych z terenu województwa kujawsko-pomorskiego w kontekście starzenia się społeczeństwa. Raport końcowy z badania, Toruń.

ROPS (2015), Indeks obciążenia zjawiskiem starzenia się ludności w powiatach województwa kujawsko-pomorskiego, Toruń.

ROPS (2016a), Informator dla seniora, Toruń.

ROPS (2016b), Pomoc środowiskowa dla osób starszych w województwie kujawsko-pomorskim. Raport z badania, Toruń

Szweda-Lewandowska Z. (2016), Czynniki kształtujące potrzeby osób starszych, w: *Polityka wobec starości i starzenia się w Polsce w latach 2015-20135. Aspekty teoretyczne i praktyczne*, IPiSS, Warszawa.

Więckowska B., E. Szwałkiewicz (2011), *Usługi społeczne w opiece długoterminowej*, w: Mirosław Grewiński, Barbara Więckowska (red.). *Przeobrażenia sfery usług w systemie zabezpieczenia społecznego w Polsce*. Warszawa: Wyższa Szkoła Pedagogiczna TWP w Warszawie.

Projekt do Komisji