

**Uchwała Nr 8/2023  
Kujawsko-Pomorskiej Wojewódzkiej Rady Dialogu Społecznego  
z dnia 4 maja 2023 roku**

**w sprawie przyjęcia stanowiska nr 4/2023 Kujawsko-Pomorskiej Wojewódzkiej Rady Dialogu Społecznego dotyczącego zabezpieczenia społeczeństwa w opiekę długoterminową i stacjonarną**

Na podstawie art. 42 ust. 1, pkt 1 oraz art. 50 ust. 1 pkt. ustawy z dnia 24 lipca 2018 r. o Radzie Dialogu Społecznego i innych instytucjach dialogu społecznego (Dz.U. z 2018 r. poz. 2232 z późn. zm.) oraz § 6 Regulaminu Kujawsko-Pomorskiej Wojewódzkiej Rady Dialogu Społecznego z dnia 27.02.2020 r., uchwała się, co następuje:

**§ 1.** Kujawsko-Pomorska Wojewódzka Rada Dialogu Społecznego przyjmuje stanowisko nr 4/2023 w sprawie zabezpieczenia społeczeństwa w opiekę długoterminową i stacjonarną. Stanowisko stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

**§ 2.** Wykonanie uchwały powierza się Przewodniczącemu Kujawsko-Pomorskiej Wojewódzkiej Rady Dialogu Społecznego.

**§ 3.** Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Kujawsko-Pomorskiej  
Wojewódzkiej Rady Dialogu Społecznego



**Piotr Calbecki**

**Stanowisko Nr 4/2023**  
**Kujawsko-Pomorskiej Wojewódzkiej Rady Dialogu Społecznego**  
**z dnia 4 maja 2023 r.**

**w sprawie zabezpieczenia społeczeństwa w opiekę długoterminową i stacjonarną**

Na podstawie art. 42 ust. 1 pkt. 1 lit. a ustawy z dnia 24 lipca 2015 r. o Radzie Dialogu Społecznego i innych instytucjach dialogu społecznego (Dz.U. z 2018 r., poz. 2232 z późn. zm.) Kujawsko-Pomorska Wojewódzka Rada Dialogu Społecznego dostrzega silną potrzebę systemowych zmian, dotyczących zabezpieczenia społeczeństwa w opiekę długoterminową i stacjonarną poprzez:

1. Wprowadzenie systemu pomocy dla osób niesamodzielnych, polegającego na wprowadzeniu koordynacji usług opiekuńczych i pielęgnacyjno-zdrowotnych w stosunku do osób niesamodzielnych z tytułu wieku lub choroby.

Uzasadnienie:

Rozdzielność systemów - pomocy społecznej i służby zdrowia w sprawowaniu opieki nad tymi osobami - skutkuje niezaspokojeniem potrzeb tych osób oraz brakiem kontroli nad środkami przeznaczonymi na opiekę. Domy pomocy społecznej, pomimo medycznego charakteru działalności wynikającej z przyjętego profilu, nie zapewniają świadczeń zdrowotnych w takim zakresie jaki wynika z potrzeb osób tam przebywających, jak również placówki opieki długoterminowej pełniące rolę ośrodka opiekuńczego.

2. Zapewnienie w zakresie równego traktowania świadczeniobiorców.

Uzasadnienie:

Pacjent z niektórymi rozpoznanymi jednostkami chorobowymi np.:

G35 - stwardnienie rozsiane,

I42-I43 - kardiomiopatia,

J96 - niewydolność oddechowa niesklasyfikowana gdzie indziej,

L89 - owrzodzenie odleżynowe,

w zależności od lokalnego rynku podaży świadczeń zdrowotnych może zostać skierowany do placówki opieki długoterminowej zakładu opiekuńczo-leczniczego (dalej ZOL), zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego (dalej ZPO) lub do placówki zajmującej się opieką paliatywną. Jednakże stawka osobodnia w opiece paliatywnej jest prawie 180% wyższa.

3. Uregulowanie kwestii odpłatności za zakwaterowanie i wyżywienie w placówkach opieki całodobowej, realizującej świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej do kosztów rzeczywistych.

Uzasadnienie:

Zgodnie z art. 18 ust. 1 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych, koszty wyżywienia i zakwaterowania ponosi świadczeniobiorca, czyli pacjent. Ustawa definiuje to w ten sposób „miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury z tym, że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej. W konsekwencji tego zapisu - przy niskich dochodach podopiecznych niedoszacowanie (w zależności od warunków jakie zostaną im stworzone) szacuje się na 20-30%. Jest to szczególnie dotkliwy problem wśród placówek realizujących świadczenia długoterminowe dla dzieci.

4. Wprowadzenie w wykazie produktów kontraktowanych przez - alternatywnych form opieki długoterminowej - dziennych domów opieki medycznej (dalej DDOM), opieki wytchnieniowej.

Uzasadnienie:

Wprowadzenie alternatywnych form opieki takich jak DDOM czy środowiskowe wsparcie opiekunów w opiece nad osobą przewlekle chorą są świadczeniami bezwzględnie potrzebnymi. Wprowadzenie pozwoli na stabilność i systematyczność realizacji tych potrzeb, ponieważ dotychczasowe projekty unijne, realizujące ww. usługi, mają krótki czas trwania i nie w pełni rozwiązują problem.

5. Zwiększenie dostępności do opieki domowej i całodobowej dla osób niesamodzielnych.

Uzasadnienie

Rozwiązania systemowe pozwoliłyby na oszacowanie rzeczywistych potrzeb osób wymagających wsparcia czy to w formie opieki domowej, czy całodobowej. Obecnie z wielu powodów kolejki osób oczekujących do obu form opieki są bardzo długie. Czas oczekiwania od kilku miesięcy nawet do kilku lat (szczególnie w przypadku długoterminowej opieki psychiatrycznej). Potwierdzają to statystyki i wskaźniki objęcia opieką.

6. Przeprowadzenie rzetelnej wyceny wszystkich świadczeń w opiece długoterminowej.

Uzasadnienie:

Niedoszacowanie świadczeń towarzyszy nam od początku powstania systemu opieki zdrowotnej, skierowanej do osób przewlekle chorych i niesamodzielnych. Wynika to w dużej mierze z niezrozumienia potrzeb tego środowiska. Podopiecznymi systemu są najczęściej osoby z wielochorobowością, całkowicie lub częściowo unieruchomione. Osoby wentylowane mechanicznie, karmione do lub pozajelitowo, z dramatyczną w skutkach spastyką, czy z chorobą otępienną. Ostatnia wycena świadczeń w opiece całodobowej była dokonana w 2014/2015 roku. Ustalono wówczas niedoszacowanie na poziomie wyższym o ponad 100%, jednakże do tej ceny dochodziliśmy przez okres 5 lat. Jeszcze gorzej wygląda sytuacja z wyceną świadczenia w domowej opiece długoterminowej.

7. Rozwiązanie problemów opieki nad pacjentami z zaburzeniami psychicznymi.

Uzasadnienie

Długoterminowa opieka psychiatryczna wymaga wielu uregulowań prawnych, ze względu na specyfikę potrzeb podopiecznego. Brak kryteriów kwalifikacyjnych, standardów opieki, norm zatrudnienia wprowadza dużą dowolność w realizacji tej usługi. Inne potrzeby reprezentować będą osoby z otępieniem, inne pacjenci ze schizofrenią czy ciężkimi upośledzeniami. Uregulowanie tych kwestii wymaga stworzenia systemu.

W opinii Kujawsko-Pomorskiej Wojewódzkiej Rady Dialogu Społecznego, podejmującej niniejsze stanowisko, wartym rozważenia jest wprowadzenie rozwiązania, które spełni oczekiwania i potrzeby osób objętych opieką długoterminową i stacjonarną oraz ich opiekunów.

Przewodniczący Kujawsko-Pomorskiej  
Wojewódzkiej Rady Dialogu Społecznego



**Piotr Calbecki**

**Otrzymuje:**

Prezes Rady Ministrów  
Rada Dialogu Społecznego

Do wiadomości:

Ministerstwo Zdrowia  
Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej  
Sejm Rzeczypospolitej Polskiej  
Senat Rzeczypospolitej Polskiej  
Przewodniczący Wojewódzkich Rad Dialogu Społecznego