

## **II.11.5. Dostępność usług domów pomocy społecznej dla osób starszych**

Katarzyna Szczerbińska, Elżbieta Mirewska

### **II.11.5.1. Zmiany w zakresie organizacji i zadań domów pomocy społecznej w latach 1990–2004**

Domy Pomocy Społecznej (DPS) stanowią alternatywną do środowiskowej formę wsparcia dla osób, które wymagają całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności oraz nie są w stanie samodzielnie funkcjonować w środowisku domowym, a jednocześnie nie można zapewnić im niezbędnej pomocy w formie usług.

---

<sup>18</sup> Sprawozdania publikowane są na stronie internetowej: [www.ops.pl](http://www.ops.pl)

<sup>19</sup> Dyrektor MOPS, dyrektor Szkoły Policealnej Pracowników Służb Społecznych, lekarze, pielęgniarki i pracownicy socjalni.

## *Typy domów pomocy społecznej*

W kolejnych ustawach i rozporządzeniach od 1990 roku obserwujemy zmiany w definiowaniu typów domów pomocy społecznej. W Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z 2 lutego 1993 roku w sprawie domów pomocy społecznej (§ 5, ust. 2; Dz.U., 1993, Nr 13, poz. 63) wyróżniono typy domów w zależności od zakresu świadczonych usług, dzieląc je na:

- domy stacjonarne, tj. stałego pobytu, zapewniające całodobową opiekę,
- domy półstacjonarne, czasowego pobytu, np. dzienne domy pomocy społecznej czy noclegownie, zapewniające pobyt lub usługę przez część doby.

W cytowanym rozporządzeniu pierwszy raz wyróżniono również typy domów ze względu na problem, z powodu którego osoby zostały objęte opieką stacjonarną, np. domy dla osób starych, inwalidów i niepełnosprawnych oraz przewlekle chorych.

Kolejną ważną regulacją było Rozporządzenie MPiPS z dnia 23 kwietnia 1997 roku w sprawie domów pomocy społecznej (Dz.U. 1997, Nr 44, poz. 277), w którym wprowadzono dalsze zmiany w typach DPS. Ze względu na czas pobytu rezydentów domy podzielono na stałego pobytu i pobytu okresowego; do drugiej kategorii zaliczono noclegownie i dzienne domy pomocy społecznej.

W roku 2000 nazwę „dom dla upośledzonych umysłowo” zastąpiono określeniem „dom dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie”. Wprowadzono też nowy rodzaj domu dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie<sup>20</sup>. Według kolejnej regulacji z kategorii „dom pomocy społecznej” wyłączone domy dla samotnych matek i kobiet w ciąży [Art. 56 Ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz.U., 2004, Nr 64, poz. 593)]. W wyniku tych zmian według stanu prawnego na rok 2004 w ramach pomocy społecznej funkcjonują domy dla:

- osób w podeszłym wieku,
- osób przewlekle somatycznie chorych,
- osób przewlekle psychicznie chorych,
- dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie,
- dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie,
- osób niepełnosprawnych fizycznie.

## *Zakres zadań domów pomocy społecznej*

Szczegółowo zakres zaspokajanych potrzeb mieszkańców domów pomocy społecznej uregulowały w latach 1993–2001 kolejne rozporządzenia ministra pracy i polityki socjalnej. Według rozporządzenia z 2 lutego 1993 (Dz.U., 1993, Nr 13, poz. 63) domy te miały w sposób kompleksowy zapewnić każdemu mieszkańcowi:

---

<sup>20</sup> Rozporządzenie z dnia 15 września 2000 roku w sprawie domów pomocy społecznej (Dz.U., 2000, Nr 82, poz. 929).

- miejsce zamieszkania wyposażone w niezbędne sprzęty, pościel oraz środki higieny osobistej,
- odzież i obuwie,
- wyżywienie w ramach obowiązujących norm żywieniowych, a także dietetycznych, zgodnie ze wskazaniami lekarza,
- opiekę lekarską i pielęgniarską, włączając w tym karmienie, mycie i kąpanie osób, które nie mogą samodzielnie wykonywać tych czynności,
- zabiegi lecznicze usprawniające (kinezyterapia, fizykoterapia),
- leki i środki opatrunkowe zalecane przez lekarza,
- warunki nauki i rozwoju dla osób upośledzonych umysłowo,
- terapię zajęciową, a także dobrowolny udział w pracach na rzecz domu,
- dostęp do kultury i rekreacji,
- spokój i bezpieczeństwo na terenie domu oraz opiekę w czasie zajęć zorganizowanych poza domem.

Ważną regulacją było Rozporządzenie MPiPS z dnia 23 kwietnia 1997 roku w sprawie domów pomocy społecznej (Dz.U., 1997, Nr 44, poz. 277), w którym określono standardy podstawowych usług świadczonych przez domy pomocy społecznej. Dotyczyły one warunków lokalowych, kwalifikacji personelu oraz zasad funkcjonowania DPS. W przypadku tych placówek, które z dniem wejścia w życie rozporządzenia nie spełniły tych wymogów, przewidziano długi okres dostosowawczy, trwający do końca 2006 roku. Przyjęto, że każdy DPS ma ocenić świadczone przez siebie usługi oraz przygotować program naprawczy z jasno określoną perspektywą wdrożenia standardów. Zmiany legislacyjne miały zasadnicze znaczenie dla szybkiego rozwoju wielu domów, które w wyniku remontów zdecydowanie poprawiły warunki bytowe mieszkańców. Ponadto wprowadziły zasady respektowania prawa podopiecznego do godności i intymności. W domach pomocy społecznej powołano zespoły opiekuńczo-terapeutyczne składające się z różnych profesjonalistów zatrudnionych w DPS, do których należy opracowywanie indywidualnego planu opieki dla każdego mieszkańca [Szczerbińska, 1999a]. Działania wynikające z indywidualnego planu opieki koordynuje tzw. pracownik „pierwszego kontaktu”, wskazany przez mieszkańca domu. W omawianym rozporządzeniu określono również standard działalności domu pomocy społecznej, do którego zaliczono:

- **usługi bytowe** – zapewnienie miejsca zamieszkania, wyżywienia, odzieży, środków czystości;
- **usługi opiekuńcze** – pomoc w codziennych czynnościach, usprawnianie i aktywizowanie, pomoc w rozwiązywaniu spraw osobistych mieszkańca;
- **działania wspomagające** – terapia zajęciowa, wspomaganie samorządności mieszkańców, swoboda praktyk religijnych, podtrzymywanie kontaktu mieszkańca z rodziną i środowiskiem lokalnym, stymulowanie, o ile jest to możliwe, aktywności zawodowej mieszkańca i ewentualnego jego usamodzielnienia;

- **usługi zdrowotne** – dostęp do lekarza, świadczenia pielęgnacyjne, rehabilitacyjne, zaopatrzenie w leki, artykuły sanitarnie i ortopedyczne<sup>21</sup>;
- **usługi edukacyjne dla dzieci i młodzieży** (w domach dla tej grupy osób)<sup>22</sup>.

Rozporządzenie MPiPS z dnia 15 września 2000 roku w sprawie domów pomocy społecznej (Dz.U., 2000, Nr 82, poz. 929) dostosowało standard realizowanych usług oraz rodzaje domów pomocy do zmian wynikających z procesu reformowania administracji państwa, opieki zdrowotnej oraz ubezpieczeń zdrowotnych i społecznych, a także pomocy społecznej. Jednym z efektów tego rozporządzenia było relegowanie lekarzy z DPS i systematyczne zastępowanie pielęgniarek „opiekunami w domu pomocy społecznej”<sup>23</sup> [Mirewska, 2004].

W niektórych typach domów utrzymano zatrudnienie pielęgniarek, jednocześnie poszerzając zakres ich czynności o zadania opiekuńcze (również o charakterze gospodarczym) i terapeutyczne. W efekcie tych zmian pielęgniarki zatrudnione w DPS mogą również pełnić funkcję pracownika pierwszego kontaktu. W omawianym rozporządzeniu akcentuje się znaczenie poziomu świadczonych usług, a także przestrzegania praw mieszkańca do wolności, intymności, godności i poczucia bezpieczeństwa. Podkreślono, że mieszkaniec domu korzysta z usług, których zakres i rodzaj wynika z indywidualnego planu opieki opracowanego z jego udziałem (na ile umożliwia to jego stan zdrowia).

Kontrola standardów podstawowych usług świadczonych w domach pomocy społecznej dokonywana jest przez odpowiedni mu wydział polityki społecznej (WPS) i obejmuje: zakres i jakość usług realizowanych w DPS, przestrzeganie praw mieszkańców, współdziałanie pracowników z rodziną mieszkańca, kwalifikacje pracowników domu, sposób załatwiania skarg i wniosków. Ponadto wydział polityki społecznej w imieniu wojewody wydaje pozwolenia na prowadzenie domów pomocy społecznej.

---

<sup>21</sup> W wyniku wprowadzenia ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w 1999 roku lekarze stracili możliwość zatrudnienia w DPS, natomiast pielęgniarki były stopniowo wycofywane i zastępowane opiekunami, co uregulowano w kolejnym rozporządzeniu.

<sup>22</sup> Standard podstawowych usług w domach pomocy społecznej został zawarty w załączniku nr 1 do Rozporządzenia MPiPS z dnia 23 kwietnia 1997 roku w sprawie domów pomocy społecznej (Dz.U., 1997, Nr 44, poz. 277).

<sup>23</sup> Wprowadzenie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w 1999 roku spowodowało zmianę w realizacji świadczeń zdrowotnych. DPS przestał realizować opiekę lekarską. W miejsce tego miał umożliwiać dostęp do porad lekarskich i badań diagnostycznych w drodze zapisywania pacjentów do lekarzy rodzinnych. Zwiększono też zakres partycypowania mieszkańców domów w kosztach leczenia w zakresie pełnopłatnych preparatów farmakologicznych i wyrobów medycznych.

### II.11.5.2. Osiągalność usług domów pomocy społecznej dla osób starszych

W okresie od 1990 do 2000 roku całkowita liczba DPS dla dorosłych i dzieci zwiększyła się z 529 do 634 (wyłączając domy dla samotnych matek i kobiet w ciąży). W poniższych analizach dotyczących dostępności domów pomocy społecznej dla ludzi w wieku podeszłym skupiono się jedynie na domach dla osób starszych, przewlekle somatycznie chorych, przewlekle chorych ze schorzeniami układu nerwowego i psychicznie chorych (wykazywanych w statystykach roku 1990)<sup>24</sup> i niepełnosprawnych fizycznie, uznając, że w pozostałych placówkach przebywali przede wszystkim ludzie należący do młodszych grup wiekowych (tj. dzieci, młodzież, samotne matki i dorośli w młodszym wieku). Należy zaznaczyć, że osoby starsze stanowią około 50% mieszkańców wszystkich DPS (w tym nieco ponad 20% to pensjonariusze w wieku 61–74 lat i prawie 30% w wieku 75 lat i więcej). Osoby w wieku powyżej 60 lat stanowią ponad 90% mieszkańców w domach dla osób starszych, około 80% w domach dla przewlekle somatycznie chorych, prawie 40% w domach dla przewlekle psychicznie chorych i więcej niż 55% w domach dla niepełnosprawnych fizycznie<sup>25</sup>.

W latach 1990–2000 nastąpił szybki rozwój infrastruktury placówek w ramach stacjonarnej pomocy społecznej. Zmiany liczbowe charakteryzujące ten okres przedstawia tabela II.11.7.

Liczba domów dla osób starszych zwiększyła się prawie dwukrotnie – ze 100 w roku 1990 [GUS, 2001a, Tab. 10(152)] do 199 w roku 2000 [GUS, 2001b, Tabl. 2(45), s. 57], powodując wzrost wskaźnika z 2,6 do 4,2 placówek na 100 tys. osób w wieku 65 i więcej lat<sup>26</sup>. Jednocześnie w placówkach tych przybyło prawie 50% miejsc – odpowiednio z 9110 [GUS, 2001a, Tab. 10(152)] do 13566 [GUS, 2001b, Tabl. 2(45), s. 57], co odzwierciedliło się jednak w stosunkowo niewielkim (z 2,3 do 2,9) wzroście wskaźnika liczby miejsc w tych domach w przeliczeniu na tysiąc osób starszych<sup>27</sup>.

<sup>24</sup> W roku 2000 te same kategorie mieszkańców lokowane były w domach dla psychicznie przewlekle chorych.

<sup>25</sup> Korzystano z danych GUS z lat 2000–2003.

<sup>26</sup> Obliczenia własne na podstawie: GUS, 1998d, Tab. 4(119), 304; GUS, 2001b, Tabl. 2(45), s. 57.

<sup>27</sup> Obliczenia własne na podstawie: GUS, 1998d, Tab.4(119), 304; GUS, 2001c, Tabl.29 (283), s. 280.

Tabela II.11.7

## Rozwój stacjonarnej pomocy społecznej w latach 1990–2003

Wskaźnik	1990	1995	2000	2003	Zmiana 1990– –2000
Placówki ogółem	629	831	936	1099	+48,9%
Miejsca ogółem	68 020	79 898	81 655	99 762	+20,0%
Miejsca na 10 tys. ludności	17,8	20,7	21,2	26,1	+19,1%
Liczba mieszkańców placówek ogółem	65 760	76 487	80 634	91 824	+22,6%
<b>Liczba DPS dla osób starszych</b>	<b>100</b>	<b>157</b>	<b>199</b>	<b>257</b>	<b>+99,0%</b>
<b>Liczba miejsc w DPS dla osób starszych</b>	<b>9110</b>	<b>12 301</b>	<b>13 566</b>	<b>16 218</b>	<b>+48,9%</b>
Liczba DPS dla osób somatycznie przewlekle chorych	207	250	217	229	+4,8%
Liczba DPS dla osób przewlekle chorych na choroby psychiczne i ukł. nerwowego (po-tem przewlekle psychicznie chorych)	101	96	133	155	+31,7%
Liczba DPS dla niepełnosprawnych fizycznie	3	11	12	13	+300%
<b>Razem: liczba DPS dla osób przewlekle chorych somatycznie, psychicznie i neurologicznie oraz niepełnosprawnych fizycznie</b>	<b>311</b>	<b>357</b>	<b>362</b>	<b>397</b>	<b>+16,4%</b>
<b>Razem: liczba miejsc w DPS dla osób przewlekle chorych somatycznie, psychicznie i neurologicznie oraz niepełnosprawnych fizycznie</b>	<b>36 570</b>	<b>40 467</b>	<b>38 465</b>	<b>44 024</b>	<b>+5,2%</b>

Źródło: GUS, 2002c, Tabl. 27(282), s. 282.; GUS, 2004b, Tabl. 2 (41), s. 63

W przypadku domów dla osób przewlekle somatycznie chorych, psychicznie chorych (ze schorzeniami układu nerwowego i psychicznie chorych według nazewnictwa z 1990 roku) oraz niepełnosprawnych fizycznie wykazano niewielki bezwzględny wzrost liczby placówek w omawianym okresie – z 311 [GUS, 1998d] do 362 [GUS, 2001b, Tabl. 2(45), s. 57]. Nie zrównoważył on wpływu starzenia się społeczeństwa i w efekcie nieznacznie obniżył się wskaźnik osiągalności tego typu domów z 8,0 do 7,6 placówek w przeliczeniu na 100 tys.

osób starszych<sup>28</sup>. Należy zaznaczyć, że w domach dla przewlekle chorych przeciętnie około 70% pensjonariuszy to osoby w wieku powyżej 65 lat [GUS, 2004b, Tabl. 5(44), s. 72–77]. Podobnie, mimo zwiększenia w omawianym dziesięcioleciu bezwzględnej liczby miejsc w tych placówkach z 36 570 [GUS, 2002c, Tabl. 27(282), s. 282] do 38 465 [tamże] zmniejszeniu uległa liczba tych miejsc w przeliczeniu na tysiąc osób w wieku 65 lat i więcej – z 9,4 do 8,1<sup>29</sup>.

Podsumowując, od 1990 roku obserwuje się ogólny rozwój stacjonarnych form pomocy społecznej, którego efektem jest zauważalna, aczkolwiek niewielka poprawa osiągalności domów dla osób starszych. Niestety, osiągalność świadczeń dla tych osób zmniejszyła się w domach pomocy społecznej dla przewlekle (somaticznie, psychicznie i fizycznie) chorych, co może oznaczać, że dotychczasowy rozwój infrastruktury tej formy opieki nie nadąża za rosnącymi potrzebami starzejącego się społeczeństwa.

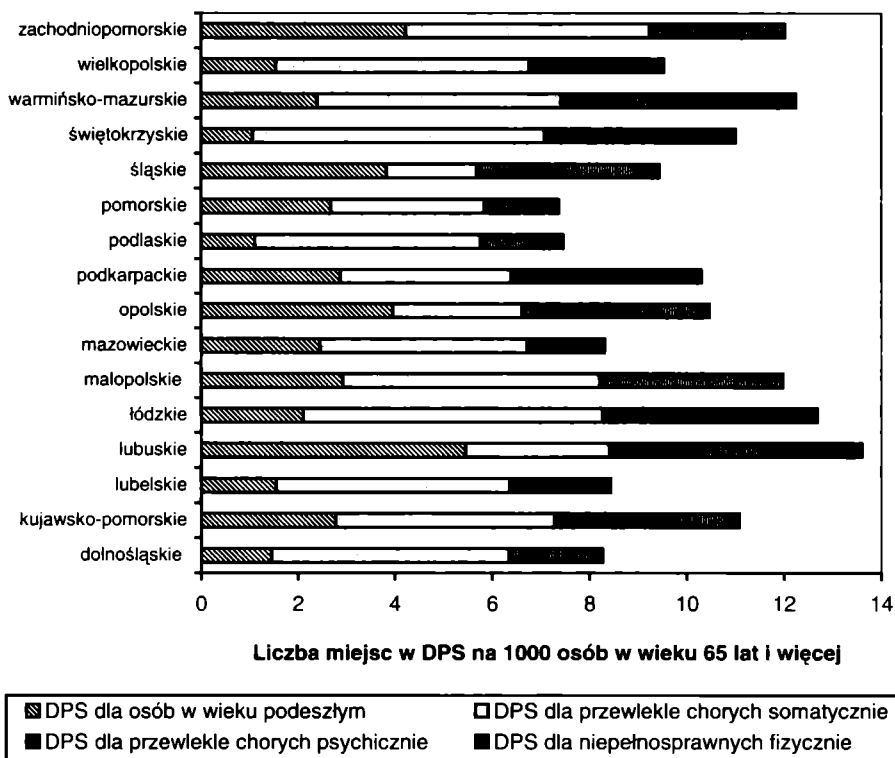
### II.11.5.3. Dostępność przestrzenna DPS

Wykazano terytorialne zróżnicowanie dostępności stacjonarnej pomocy społecznej w odniesieniu do osób starszych. Na rycinie II.11.2 zaprezentowano liczbę miejsc w wybranych typach DPS (dla osób starszych, przewlekle chorych somatycznie, przewlekle chorych psychicznie oraz niepełnosprawnych fizycznie), do których osoby starsze są kierowane, w stosunku do liczby osób w wieku 65 i więcej lat, w poszczególnych województwach.

Tak przedstawione dane wskazują na najlepszą dostępność DPS w województwach: lubuskim, łódzkim, warmińsko-mazurskim oraz zachodniopomorskim i małopolskim; najgorszą natomiast w województwach pomorskim i podlaskim [GUS, 2002b, s. 61–64]. Przyczyną tych dysproporcji jest nierównomierny rozwój infrastruktury domów pomocy społecznej oraz zróżnicowanie w procentowym udziale osób starszych w populacji w poszczególnych województwach (patrz rozdział I.1).

<sup>28</sup> Obliczenia własne na podstawie: GUS, 2001b, Tabl. 2(45), s. 57; GUS, 2001c, Tabl. 29(283), s. 280.

<sup>29</sup> Obliczenia własne na podstawie: GUS, 2001b, Tabl. 2(45), s. 57; GUS, 2001c, Tabl. 29(283), s. 280.



Rycina II.11.2. Liczba miejsc w wybranych typach domów pomocy społecznej w przeliczeniu na tysiąc osób w wieku 65 lat i więcej według województw – stan na 31 XII 2001; opracowanie E. Ryś na podstawie: GUS, 2002b, Tab. 4(47): Zakłady stacjonarne pomocy społecznej, s. 61–64; Tabl. 1(3): Ludność według płci, wieku, województw, podregionów, powiatów, miast i gmin, s. 8–9

#### II.11.5.4. Stopień poinformowania o domach pomocy społecznej

Ogólne zasady kierowania do domu pomocy społecznej, mimo iż w okresie od 1990 do 2000 roku podlegały licznym modyfikacjom, nie wymagały istotnych zmian w postępowaniu lekarzy, polegającym na wydawaniu orzeczenia o stanie zdrowia ze wskazaniem określonego typu opieki stacjonarnej. Pracownicy socjalni wykazują bardzo dobrą znajomość infrastruktury domów pomocy społecznej, ponieważ wiedza o zasadach przyznawania świadczeń pomocy spo-



lecznej jest elementem ich kompetencji zawodowych. Należy stwierdzić, iż świadomość istnienia domów pomocy jest w Polsce rozpowszechniona, i można przypuszczać, że ta forma opieki od wielu lat jest znana także osobom starszym. Brak jest natomiast danych dotyczących poziomu szczegółowości tej wiedzy, np. odnośnie do procedury wnioskowania, standardu usług, reguł odpłatności za usługi w domu pomocy społecznej, możliwości wyboru rodzinnej formy opieki.

#### **II.11.5.5. Dostępność organizacyjna domów pomocy społecznej dla osób starszych**

Od 1990 roku zaszło wiele zmian w procedurze starania się o przyjęcie do domów pomocy społecznej. Zasadnicza różnica dotyczy organu administracyjnego wydającego decyzję o skierowaniu do domu pomocy. Pierwszą po 1990 roku regulacją, w której określono zasady dostępności domów pomocy społecznej, było Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 2 lutego 1993 roku w sprawie domów pomocy społecznej (Dz.U., 1993, Nr 13, poz. 63). Decyzję o skierowaniu do DPS wraz z określeniem odpłatności wydawał z upoważnienia wojewody dyrektor wojewódzkiego zespołu pomocy społecznej (WZPS) na podstawie przedłożonych dokumentów.

Na mocy przepisów uzupełniających z 1995 roku do domu pomocy społecznej mogła być kierowana również osoba chora psychicznie lub upośledzona umysłowo, jeżeli nie była zdolna do zaspokojenia swoich podstawowych potrzeb życiowych, nie mogła skorzystać z pomocy innych osób i nie wymagała leczenia szpitalnego<sup>30</sup>. Umieszczenie w DPS następowało na podstawie: wniosku osoby zainteresowanej, przedstawiciela ustawowego lub kierownika szpitala psychiatrycznego lub na podstawie orzeczenia sądu rodzinnego. Decyzję o umieszczeniu w domu wydawał wojewoda wraz z podaniem wysokości odpłatności, według zasad przyjętych w ustawie o pomocy społecznej.

W latach 1999–2000 nastąpiły dalsze zmiany, wynikające z reformy systemu administracji. Od tego czasu decyzję o umieszczeniu w domu pomocy społecznej o zasięgu ponadlokalnym wydaje starosta powiatu. Jeśli DPS prowadzony jest przez powiat, decyzję wydaje z jego upoważnienia kierownik powiatowego centrum pomocy rodzinie (PCPR)<sup>31</sup>. Natomiast w przypadku domu pomocy społecznej prowadzonego przez gminę decyzję o przyznaniu lub odmowie skierowania wydaje z upoważnienia prezydenta, burmistrza lub wójta kierownik ośrodka pomocy społecznej. Od 1999 roku osoba ubiegająca się o przyjęcie do DPS składa wniosek w ośrodku pomocy społecznej właściwym dla swego miejsca zamieszkania. Do wniosku są dołączane:

<sup>30</sup> Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 31 lipca 1995 roku w sprawie szczegółowego sposobu działania w sprawach przyjęcia do domu pomocy społecznej oraz wypisywania z domu pomocy społecznej osoby chorej psychicznie i upośledzonej umysłowo (Dz.U., 1995, Nr 92, poz. 460).

<sup>31</sup> Kwestie te reguluje Rozporządzenie z dnia 15 września 2000 roku w sprawie domów pomocy społecznej (Dz.U., 2000, Nr 82, poz. 929).

- wywiad rodzinny przeprowadzony przez pracownika socjalnego w środowisku,
- opinia ośrodka pomocy społecznej,
- opinia zespołu ds. orzekania o stopniu niepełnosprawności (nie jest to wymóg obowiązkowy),
- decyzja o przyznaniu zasiłku, renty socjalnej, renty wypłacanej przez ZUS lub emerytury.

Ostatecznie w latach 1990–2004 procedura przyznawania miejsca w domu pomocy społecznej została uproszczona, ale nadal dla potencjalnego świadczeniobiorcy (lub jego rodziny) jest ona dość zawiła i czasochłonna. Różne instytucje angażowane są do wydawania orzeczeń i zaświadczeń, co wydłuża czas starania się o to świadczenie. Ponadto w przypadku długiego okresu oczekiwania na miejsce w DPS wymagana jest dodatkowo aktualizacja danych.

#### **II.11.5.6. Udział mieszkańca domu pomocy społecznej w opłaceniu kosztów pobytu**

Zasady odpłatności za pobyt w domu pomocy społecznej zostały określone w ustawie o pomocy społecznej z 1990 roku. Pełnoletnia i uzyskująca dochody osoba mieszkająca w DPS została wówczas zobowiązana do ponoszenia kosztów pobytu w wysokości 200% najniższej emerytury, ale nie wyższych niż 70% swego dochodu. W szczególnie uzasadnionych przypadkach osoba ta mogła zostać zwolniona z odpłatności.

Kolejne regulacje prawne<sup>32</sup> wprowadziły współdział rodziny i gminy w opłaceniu kosztów pobytu mieszkańca w DPS (art. 61). Od 2004 roku pobyt w domu pomocy społecznej jest odpłatny do wysokości średniego miesięcznego kosztu utrzymania w określonym domu (art. 60). Jednocześnie wprowadzono nowe zasady partycypowania w opłatach za tę formę pomocy (art. 61). Udział w kosztach za pobyt w DPS ponoszą:

- osoba skierowana do DPS – w wysokości 70% własnego dochodu netto, ale nie więcej niż rzeczywisty koszt utrzymania miejsca w określonym DPS;
- najbliższa rodzina osoby skierowanej (współmałżonek, wstępni i zstępni) – tylko, jeśli dochód rodziny na osobę jest wyższy niż 250% kryterium dochodowego ustalonego na potrzeby pomocy społecznej;
- gmina – dopełnia opłatę wnoszoną przez osobę skierowaną do DPS do pełnego kosztu utrzymania, jeśli występuje taka potrzeba.

W wyjątkowych wypadkach można częściowo lub całkowicie odstąpić od odpłatności.

---

<sup>32</sup> Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz.U., 2004, Nr 64, poz. 593).

Nowe rozwiązania mają zwiększyć udział rodziny w kosztach opieki oraz zachęcić gminy do budowania wsparcia rodzinnego i rozwijania infrastruktury powszechnie dostępnych usług środowiskowych. Są one podyktowane poszukiwaniem źródeł pokrycia rosnących kosztów pobytu w DPS. Dla przykładu, miesięczny koszt utrzymania pensjonariusza w krakowskich DPS w przypadku osób starszych w roku 2003 wynosił od 1290 do 2129 PLN [Urbanik, 2004, s. 134–135]. Tymczasem według danych GUS w roku 2003 przeciętna emerytura wyniosła 1188,34 PLN<sup>33</sup>. Można więc przypuszczać, że większość mieszkańców DPS nie jest w stanie opłacić realnych kosztów swojego pobytu w placówce<sup>34</sup>. Konsekwencją tego jest nadal wysoki udział samorządów lokalnych w dotowaniu pobytu mieszkańców w DPS (tabela II.11.8.). W przyszłości – zgodnie z ustawą o pomocy społecznej z 12 marca 2004 roku – część tych kosztów będzie przeniesiona na rodziny. Tymczasem dane ze sprawozdania MPiPS za lata 2004 i 2005 wskazują dalszy wzrost przeciętnej miesięcznej dotacji (z 1219 PLN na jednego mieszkańca DPS w roku 2004 do 1293 PLN w roku 2005). Różnice w tym zakresie pomiędzy województwami są niewielkie i kwoty wahają się w przedziale od 1220 do 1355 PLN na miesiąc na jednego mieszkańca (w roku 2005).

Tabela II.11.8

## Średnie miesięczne dotacje na jednego mieszkańca DPS

Województwo	Liczba miejsc w DPS (1.01.04)	Średnia dotacja (styczeń 2004)	Liczba miejsc w DPS (1.01.05)	Średnia dotacja (styczeń 2005)
dolnośląskie	5 749	1 237	5 749	1 307
kujawsko-pomorskie	4 390	1 231	4 056	1 350
lubelskie	4 586	1 240	4 398	1 337
lubuskie	2 504	1 240	2 316	1 300
łódzkie	6 993	1 215	6 453	1 340
małopolskie	7 721	1 207	7 504	1 238
mazowieckie	9 695	1 185	9 683	1 220
opolskie	2 884	1 188	2 707	1 257
podkarpackie	4 835	1 257	4 648	1 321
podlaskie	2 301	1 196	2 175	1 269
pomorskie	3 809	1 311	3 688	1 355
śląskie	7 947	1 235	7 419	1 284
świętokrzyskie	3 337	1 216	3 127	1 302
warmińsko-mazurskie	3 566	1 177	3 373	1 339
wielkopolskie	6 374	1 210	5 974	1 317
zachodniopomorskie	3 858	1 171	3 593	1 252
<b>OGÓLEM</b>	<b>80 549</b>	<b>1 219</b>	<b>76 863</b>	<b>1 293</b>

Źródło: sprawozdania MPiPS za lata 2004 i 2005

<sup>33</sup> Według danych ZUS: [www.statystyka.zus.pl](http://www.statystyka.zus.pl); odczyt: 04.06.2004.

<sup>34</sup> Według J. Hryniewicz w roku 2001 tylko nieco ponad 4% mieszkańców DPS w pełni opłacało swój pobyt w placówce [Hryniewicz, 2003, s. 107].

Należy zwrócić uwagę na jeszcze jeden aspekt: zestawienie wysokości emerytur oraz kosztów utrzymania w placówkach z zasadami odpłatności określonymi w ustawie wskazuje, że wprowadzone rozwiązania mogą przyczynić się do nierównych szans w wyborze domu pomocy społecznej dla osoby starszej (i/lub jej rodziny) o niskich dochodach.

Trzeba dodać, że nie ma danych umożliwiających określenie opłat ponoszonych przez mieszkańców DPS w związku z leczeniem. Do czasu wprowadzenia ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym koszty leczenia w placówce w całości ponosił DPS w ramach budżetu corocznie przyznawanego przez władze samorządowe. Zdecydowana zmiana nastąpiła w 1999 roku, kiedy mieszkańcy DPS, podobnie jak wszystkie osoby objęte powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym, zostali zobowiązani do wnoszenia opłat za leki pełnopłatne oraz opatrzone limitem refundacji. Ta nowa sytuacja spowodowała pojawienie się wielu problemów, zwłaszcza w przypadku chorych, którzy nie byli w stanie podejmować decyzji o zakupach leków z własnych środków, i niekiedy była przyczyną utrudnień w dostępie do świadczeń medycznych w DPS. Można zatem stwierdzić, że w wyniku zwiększania się udziału osób starszych i/lub ich rodzin w opłacaniu kosztów opieki realizowanej w DPS, dostępność kosztowa tych usług pogorszyła się w omawianym okresie, zwłaszcza w odniesieniu do świadczeń medycznych realizowanych w tych placówkach.

Tworzenie barier organizacyjnych i finansowych w przyjmowaniu ludzi starszych do DPS ma na celu między innymi właściwą selekcję osób wymagających opieki w warunkach stacjonarnych oraz stymulowanie gmin do rozwijania różnorodnej infrastruktury środowiskowej. Rosnąca liczba Polaków wymagających opieki stacjonarnej i opisane wyżej trudności w realizacji zadań w zakresie pomocy społecznej środowiskowej nie sprzyjają jednak wypełnianiu zadania, jakim jest umożliwienie osobie starszej jak najdłuższego funkcjonowania w środowisku.

### **II.11.5.7. Czas oczekiwania na przyjęcie do domu pomocy społecznej**

W rozporządzeniu z 1997 roku podjęto pierwszą próbę kontrolowania czasu oczekiwania na przyjęcie do placówki, opracowując standard postępowania dla wojewody, który wydawał decyzję o przyjęciu do DPS<sup>35</sup>. W aktualnie obowiązującym

---

<sup>35</sup> Według Rozporządzenia MPiPS z dnia 23 kwietnia 1997 roku (Dz.U.,1997, Nr 44, poz. 277): a) pozytywna decyzja mogła być wydana jedynie w sytuacji, gdy termin przyjęcia do DPS nie przekraczał 3 miesięcy; b) w przypadku, gdy czas oczekiwania był dłuższy, wojewoda wydawał decyzję o odmowie skierowania w związku z brakiem miejsc i określał przewidywany termin przyjęcia. Rozporządzenie nakładało na wojewodę obowiązek skierowania takiej osoby do domu pomocy społecznej w okresie nieprzekraczającym 6 miesięcy od wskazanego terminu. Ponadto wojewoda prowadził listy osób oczekujących oraz udostępniał je osobom zainteresowanym. Celem tego rozwiązania było zapobieganie nieprawidłowościom.

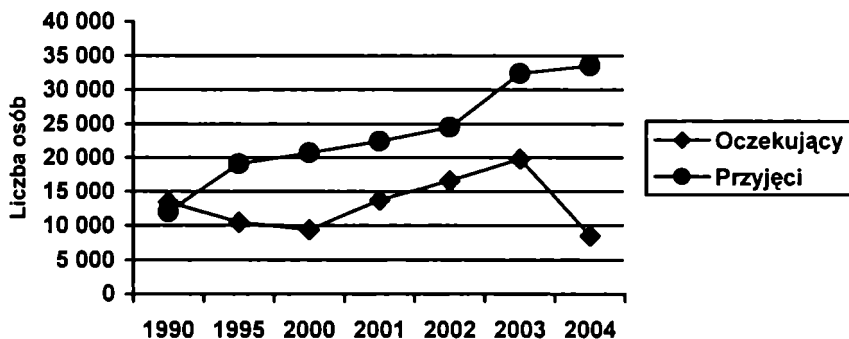
zującej ustawie o pomocy społecznej (z 12 marca 2004 roku) w przypadku braku miejsc w domach o zasięgu gminnym lub powiatowym:

– powiadamia się osoby zainteresowane o umieszczeniu ich na liście oczekujących (art. 59.3);

– gmina może kierować te osoby do domu pomocy społecznej, który nie jest prowadzony na zlecenia wójta (burmistrza, prezydenta miasta) lub starosty; w takim przypadku opłaty za pobyt określa umowa zawarta przez gminę z podmiotem prowadzącym dom (art. 65);

– za zgodą osoby zainteresowanej można ją skierować na przykład do DPS w innym powiecie (art. 54.2) [MOPR, 2003, s. 18–20].

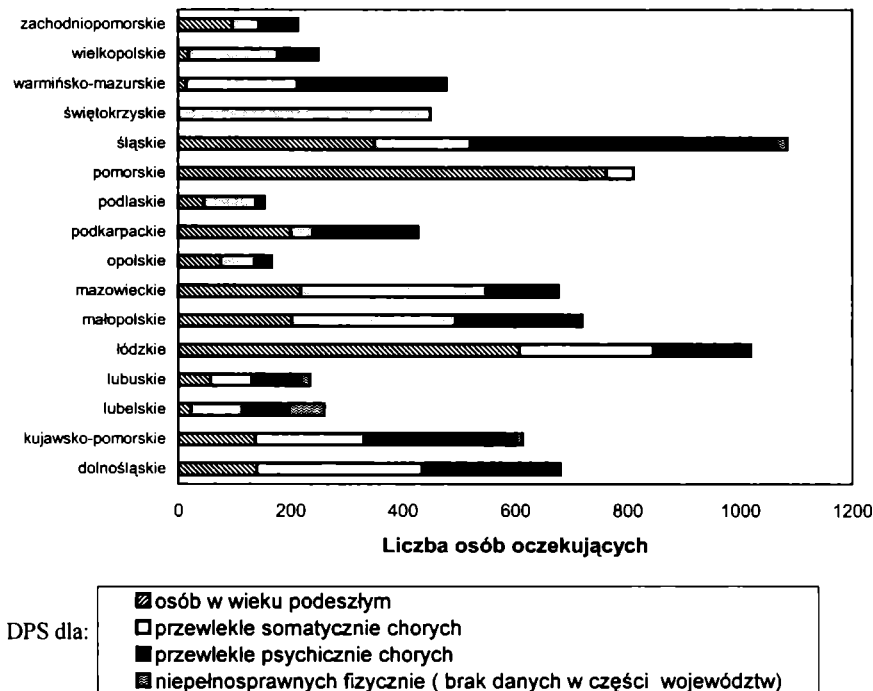
Jednym z kryteriów oceny dostępności świadczeń stacjonarnych jest liczba osób oczekujących na przyjęcie do DPS (rycina II.11.3) W latach 1990–2000 wskaźnik ten uległ zmniejszeniu. Po roku 2000 obserwujemy jednak ponowny wzrost liczby osób oczekujących na miejsce w placówkach opieki stacjonarnej – na przyjęcie do domów pomocy społecznej w 2000 roku oczekiwało 9372 osób, a do roku 2003 liczba ta wzrosła blisko dwukrotnie, do 19 800 [GUS, 2004a, Tabl. 11(155), s. 249].



Rycina II.11.3. Porównanie liczby osób oczekujących i przyjętych do DPS w ciągu roku; opracowano na podstawie: GUS, 2004a, Tabl. 11(155): Pomoc społeczna stacjonarna, s. 249; GUS, 2005, Tabl. 11(155): Pomoc społeczna stacjonarna, s. 254

Ta tendencja prawdopodobnie jest spowodowana dynamicznym procesem starzenia się społeczeństwa oraz stanem zdrowia osób starszych, który uniemożliwia im samodzielne funkcjonowanie i/lub pozostawanie pod opieką rodziny. Wzrost liczby oczekujących na miejsce w DPS w latach 2000–2003 może być jednak konsekwencją zmian w systemie ochrony zdrowia, polegających między innymi na skróceniu przeciętnego czasu pobytu pacjenta w szpitalu, co skutkuje koniecznością kontynuowania opieki w innych placówkach. Ogólne zubożenie społeczeństwa i wzrost kosztów utrzymania, które wielu osobom starszym utrudniają samodzielną egzystencję, mogą przyspieszać decyzję o staraniu się o miejsce w DPS [Hryniewicz, 2003]. W rzeczywistości każda z wymienionych przyczyn generuje wzrost potrzeb osób starszych na opiekę stacjonarną

w DPS. Z kolei spadek liczby osób oczekujących na przyjęcie do DPS w roku 2004 może być konsekwencją niedawno wprowadzonych zmian w zakresie odpłatności za pobyt w tego typu placówkach, tzn. wspomnianego wcześniej wzrostu udziału rodziny w ponoszeniu kosztów pobytu.



Rycina II.11.4. Liczba osób oczekujących na umieszczenie w domach pomocy społecznej – stan na 31 XII 2000. Opracowanie E. Ryś na podstawie: GUS, 2001b, Tabl. 3(46), s. 58–61

We wszystkich województwach prowadzone są listy osób oczekujących na miejsce w różnych typach domów pomocy społecznej. Jak wynika z danych przedstawionych na rycinie II.11.4, liczba oczekujących w poszczególnych województwach jest bardzo zróżnicowana. Zestawienie danych o liczbie miejsc w tych domach (rycina II.11.2) z liczbą oczekujących oraz procentowym udziałem osób starszych w populacji mieszkańców poszczególnych województw (rycina I.1.1) nie umożliwia wyjaśnienia tych różnic. Z jednej strony, większa liczba miejsc w DPS przypadająca na populację osób starszych powinna zmniejszać liczbę oczekujących. Wniosek taki potwierdza analiza danych z województw zachodnio-pomorskiego, lubuskiego i opolskiego, gdzie w strukturze wieku mieszkańców przeważają ludzie młodzi. Z drugiej strony, w województwach, w których udział osób starszych w strukturze wieku jest wysoki (np. łódzkie), nawet stosunkowo duża liczba miejsc w DPS w przeliczeniu na tyś

osób w wieku 65 lat i więcej nie wpływa na obniżenie liczby oczekujących na przyjęcie do placówki.

Generalnie wysoka liczba oczekujących może sygnalizować niewystarczający rozwój infrastruktury domów pomocy społecznej. Z kolei niska osiągalność usług opiekuńczych, a zwłaszcza jej spadek po roku 1993, może w efekcie przyczynić się do wzrostu zapotrzebowania na opiekę stacjonarną w DPS.

Jaki jest zatem czas oczekiwania na usługi stacjonarne, przy tak wysokiej liczbie oczekujących na terenie całego kraju? W opinii ekspertów projektu CLESA, mimo zwiększenia się liczby miejsc i placówek opieki stacjonarnej, w analizowanym okresie 1990–2000 czas oczekiwania na przyjęcie nadal był bardzo długi i w skali kraju przeciętnie wynosił 6–12 miesięcy w przypadku domów dla przewlekle somatycznie chorych i około 6 miesięcy w przypadku domów dla osób starszych. Dane z wybranych ośrodków pomocy społecznej wskazują na znaczne zróżnicowanie czasu oczekiwania na przyjęcie do DPS, który może wahać się od 3 miesięcy do 6 lat w domach dla przewlekle chorych somatycznie. Na czas oczekiwania wpływa wiele czynników, m.in. typ domu, standard placówki i preferencje klienta oraz jego płeć. Na przykład, czas oczekiwania na przyjęcie do domów dla osób chorych psychicznie i dla osób niepełnosprawnych intelektualnie jest zwykle dłuższy – w Krakowie wynosił on w 2003 odpowiednio 3 i 4 lata [Urbaniak, s. 133–134]. Zdarza się, że tak długi okres oczekiwania wiąże się z dobrowolnym wyborem placówki o lepszej opinii lub niższej miesięcznej odpłatności za pobyt. Najczęściej jednak jest on wynikiem rosnących potrzeb w społeczeństwie. Przykładowo, według danych ze sprawozdania MOPR w Poznaniu w 2003 roku nastąpił dynamiczny wzrost liczby oczekujących w porównaniu rokiem wcześniejszym – z 33 do 333 osób. W 2002 roku średni czas oczekiwania na umieszczenie w domu pomocy dla przewlekle chorych somatycznie i osób w podeszłym wieku wynosił około dwóch lat dla kobiet i trzech lat dla mężczyzn. W tym samym czasie na umieszczenie w domu pomocy dla psychicznie chorych kobiety czekały około 3,5 lat, a mężczyźni 5,5. W sprawozdaniu tym zasygnalizowano bardzo poważne braki w infrastrukturze opieki stacjonarnej. Aby poprawić sytuację, MOPR w Poznaniu podejmował starania o umieszczenie swoich klientów w DPS na terenie innych powiatów [MOPR, 2003, s. 18–20].

Podsumowując, trzeba podkreślić, że mimo zwiększenia liczby miejsc w domach pomocy społecznej czas oczekiwania na przyjęcie do tych placówek jest nadal bardzo długi i stanowi poważną barierę dla osób starszych w dostępie do tej formy opieki na terenie całej Polski. Potwierdza to zwiększająca się z roku na rok (od roku 2000) liczba oczekujących mimo rosnącej liczby osób umieszczonych w DPS (rycina II.11.3). Raptowny spadek tej liczby w roku 2004 wymaga natomiast dalszej obserwacji w celu wyjaśnienia.

## **II.11.6. Wnioski i rekomendacje**

W obecnej koncepcji pomocy społecznej zakłada się wspieranie osób i rodzin w przezwyciężaniu trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości. Stąd w pomocy społecznej w latach 1990–2004 zostały dla poszczególnych świadczeń określone kryteria dostępności (sytuacyjne, dochodowe oraz współpłacenia) i podniesiono rangę pracy socjalnej jako instrumentu mobilizującego osoby do aktywnego radzenia sobie z problemami. Trzeba podkreślić, że osoba starsza jest bardzo specyficznym klientem pomocy społecznej, ponieważ jej zasoby (fizyczne, psychiczne i społeczne oraz materialne i finansowe) ulegają redukcji. Dlatego należy zastanowić się nad złagodzeniem rygorystycznego stosowania różnych (zwłaszcza dochodowych) kryteriów dostępności świadczeń pomocy społecznej, a bardziej dążyć do rozwijania różnych świadczeń wspierających samodzielność osób starszych.

### *Wnioski*

1. **Osiągalność** świadczeń pomocy społecznej dla osób starszych w latach 1990–2000:
  - generalnie zmniejszyła się w odniesieniu do usług opiekuńczych i zasiłków pieniężnych (od 1993 roku);
  - nieznacznie zwiększyła się w przypadku korzystania z pobytu w dziennym domu pomocy społecznej;
  - zwiększyła się w przypadku starań o miejsce w domu pomocy społecznej dla osób w wieku podeszłym;
  - w placówkach dla przewlekle chorych nadal jest niewystarczająca w stosunku do zgłaszanych potrzeb.
2. **Dostępność przestrzenna** stacjonarnej pomocy społecznej wykazuje znaczne różnice między województwami, a dostęp do usług opiekuńczych środowiskowych jest nierównomierny i gorszy na terenach wiejskich.
3. **Stopień poinformowania o zasadach korzystania z usług**
  - Zmieniające się przepisy, w tym określające kryteria przyznawania świadczeń pieniężnych i usług, są jedną z istotnych przyczyn słabej orientacji osób starszych i lekarzy w zakresie świadczeń udzielanych w pomocy społecznej; z kolei znajomość tych zasad przez pracowników socjalnych jest i zawsze była bardzo dobra, ponieważ pozostaje zasadniczym elementem ich pracy.
  - Instytucja domu pomocy społecznej od lat istnieje w świadomości osób starszych oraz lekarzy rodzinnych i pracowników socjalnych, dlatego ich wiedza na temat zasad ubiegania się o pobyt w takiej placówce oraz sposobu kierowania do niej została oceniona wysoko.



#### 4. Dostępność kosztowa

- Dostępność zasiłków pieniężnych generalnie pogorszyła się, co jest wynikiem znacznego wzrostu zapotrzebowania z powodu poszerzającej się sfery ubóstwa. Z założenia osoby posiadające stałe zabezpieczenie w postaci emerytury lub renty niezwykle rzadko stają się świadczeniobiorcami pomocy społecznej, a barierą, która istotnie ogranicza im możliwość skorzystania z zasiłków, jest ustalana na bardzo niskim poziomie wartość kryterium dochodowego uprawniającego do świadczeń pomocy społecznej.
- Jednocześnie możliwość korzystania z usług opiekuńczych przez osoby starsze pogorszyła się z powodu wprowadzenia współfinansowania usługi przez świadczeniobiorców mających dochody powyżej wspomnianego kryterium.
- Podobnie dostępność kosztowa DPS i DDPS od 1990 roku pogorszyła się w wyniku stopniowego zwiększania udziału osób starszych (a od 2004 roku także ich rodzin) w częściowym opłacaniu kosztów pobytu w tych placówkach.

#### 5. Dostępność organizacyjna

- W przypadku zasiłków pieniężnych jest ona dobra, czas oczekiwania na wizytę pracownika socjalnego jest krótki, mimo sygnalizowanych niedoborów kadrowych.
- Usługi opiekuńcze są trudniej osiągalne dla mieszkańców wsi i małych miast z powodu niedorozwoju odpowiedniej infrastruktury na tych terenach.
- Mimo znacznego przyrostu liczby miejsc w domach pomocy społecznej czas oczekiwania na przyjęcie do tych placówek jest nadal długi. Zarówno długie oczekiwanie, jak i zawiła procedura starania się o przyjęcie do DPS wpływają na niską ocenę ich dostępności organizacyjnej.

### *Rekomendacje*

1. Problemy osób starszych należy rozpatrywać **kompleksowo**, uwzględniając pełny zakres zabezpieczenia społecznego (ubezpieczeń społecznych, ochrony zdrowia i pomocy społecznej). Z perspektywy potrzeb człowieka starego istotne jest wyodrębnienie specyficznych elementów decydujących o wielkości i rodzaju zapotrzebowania na określone usługi. Dlatego w zakresie pomocy społecznej powinny decydować nie tylko wysokość stałych dochodów i sytuacja rodzinna, ale również zdefiniowane czynniki zdrowotne (takie jak niepełnosprawność fizyczna, psychiczna lub określona choroba przewlekła). W ten sposób instytucja pomocy społecznej mogłaby istotnie wspierać realizację opieki długoterminowej prowadzonej w warunkach domowych w stosunku do przewlekle chorych, realizując postulat **rozwoju środowiskowych form pomocy**.

2. Kluczowym zagadnieniem pomocy społecznej jest planowanie świadczeń w oparciu o analizę potrzeb różnych grup społecznych. W tym celu konieczne jest **budowanie odpowiedniego zaplecza analitycznego** dla badania procesów

demograficznych, epidemiologicznych i zmian cywilizacyjnych, zarówno na poziomie regionalnym, jak i lokalnym.

3. Wprowadzenie zmian systemowych radykalnie zmieniających funkcjonowanie pomocy społecznej i opieki zdrowotnej oraz pojawienie się nowych podmiotów na rynku usług w obu sektorach (NZOZ, organizacje samorządowe) spowodowały utrudnienia w przepływie informacji pomiędzy nimi i na temat zakresu ich zadań. W celu zwiększenia dostępności usług pomocy społecznej konieczna jest **poprawa współpracy** między instytucjami opieki zdrowotnej (zwłaszcza lekarzami rodzinnymi, pielęgniarkami środowiskowymi) i pomocy społecznej (pracownikami socjalnymi i opiekunkami) oraz organizacjami samorządowymi w zakresie udzielania wsparcia osobom starszym.

4. Procesy prywatyzacji, które w przyszłości mają objąć stacjonarne placówki pomocy społecznej, oraz współpraca instytucji pomocy społecznej z sektorem prywatnym i organizacjami pozarządowymi wymagają pilnego opracowania i **wdrożenia systemu monitorowania jakości świadczeń** realizowanych w tych instytucjach.

