

Sytuacja zdrowotna, materialna i społeczna osób niepełnosprawnych i niesamodzielnych w Polsce

Health, financial and social situation of the disabled and the dependent in Poland

ANNA WILMOWSKA-PIETRUSZYŃSKA

Zakład Orzecznictwa Lekarskiego i Ubezpieczeń Szkoły Zdrowia Publicznego CMKP

Streszczenie

Na podstawie wielu opublikowanych danych dokonano analizy czynników mających wpływ na sytuację zdrowotną, materialną i społeczną osób niepełnosprawnych i niesamodzielnych w Polsce ze szczególnym uwzględnieniem możliwości zapewnienia im odpowiedniej jakości życia. Z analizy tej wynika, że rozwiązania tych problemów w Polsce są niedostateczne i nie spełniają elementarnych oczekiwań tej grupy społecznej. Polska, wśród innych krajów Unii Europejskiej, zajmuje końcowe miejsca w niemal każdym z analizowanych czynników. Jawi się więc konieczność nowego systemowego rozwiązania narastających problemów zabezpieczenia społecznego osób niepełnosprawnych i niesamodzielnych, a w tym problemu zabezpieczenia ludzi niepełnosprawnych i niesamodzielnych. Zaproponowano szereg działań, których rozważenie staje się pilną potrzebą.

Słowa kluczowe: *niepełnosprawni, niesamodzielni, sytuacja zdrowotna, materialna, społeczna*

Summary

The analysis of the factors influencing health, financial and social situation of the disabled and the dependent in Poland, with the focus on the possibility of providing them with the proper quality of life, was conducted on the basis of the vast data published on this issue. The analysis shows that the solutions existing in Poland are insufficient and do not meet even the basic expectations of the target groups. Poland comes at the end of the list among other European countries in almost each analyzed aspect. There is apparently a strong need for a new, systemic solution of the growing problem to socially secure the disabled and the dependent, including the security of the disabled and the dependent. Several solutions have been suggested. Solutions whose consideration becomes a crucial issue.

Key words: disabled, dependent, health, financial, social situation

© Orzecznictwo Lekarskie 2009, 6(1): 1-12

www.ol.21net.pl

Nadesłano: 15.05.2009

Zakwalifikowano do druku: 25.05.2009

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Anna Wilmowska-Pietruszyńska

e-mail: anna.wilmowska@gmail.com

Celem pracy jest wykazanie na podstawie analizy opublikowanych danych dotyczących sytuacji zdrowotnej, materialnej i społecznej osób niepełnosprawnych i niesamodzielnych w Polsce narastającego problemu braku skutecznych rozwiązań systemowych mogących poprawić jakość życia tych osób.

Wydłużenie długości trwania życia, zwiększenie liczby osób niepełnosprawnych w wieku starszym prognozowany ujemny przyrost naturalny a także dane dotyczące liczby lat przeciętnego trwania życia w zdrowiu i chorobie wskazują na narastanie problemu zapewnienia pielęgnacji i opieki osobom niezdolnym do samodzielnej egzystencji.

Dane dotyczące stanu zdrowia ludności Polski mierzonego zachorowalnością, umieralnością oraz

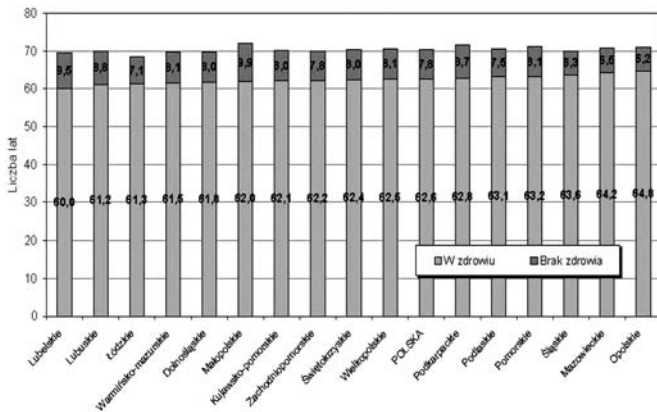
niepełnosprawnością i niezdolnością do samodzielnej egzystencji pozwalają na określenie przypuszczalnej liczby osób wymagających długotrwałej opieki i pomocy w następstwie chorób lub urazów, dla zapewnienia im odpowiedniej jakości życia, a także zapotrzebowania na usługi pielęgnacyjne i ich rodzaj.

Istotną rolę odgrywa dostępność do usług medycznych takich jak:

- działania prewencyjne
- wczesna prawidłowa diagnostyka
- leczenie
- rehabilitacja

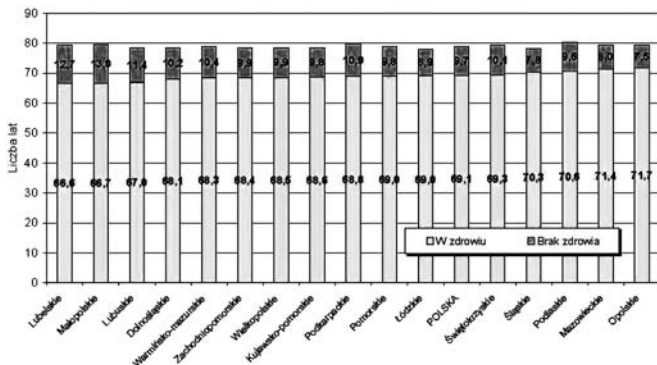
a także organizacja i finansowanie ochrony zdrowia.

Wg szacunków Eurostatu mężczyźni w Polsce przeżywają w zdrowiu (bez ograniczonej sprawności) 86% długości życia, a kobiety 84%.



Ryc. 1. Przekiętne trwanie życia w zdrowiu i przy jego braku wg województw w 2002 r. MEŻCZYŻNI (obliczenia własne z uwzględnieniem wyników NSP 2002)

Źródło: Sytuacja zdrowotna ludności Polski, NIZP 2008



Ryc. 2. Przekiętne trwanie życia w zdrowiu i przy jego braku wg województw w 2002 r. KOBIETY (obliczenia własne z uwzględnieniem wyników NSP 2002)

Źródło: Sytuacja zdrowotna ludności Polski, NIZP 2008

Najczęstszymi przyczynami zgonów w Polsce są:

– Choroby układu krążenia (znacznie częstsze niż w krajach UE).

Obserwowany w ostatnich latach spadek umieralności z powodu tych chorób uległ spowolnieniu.

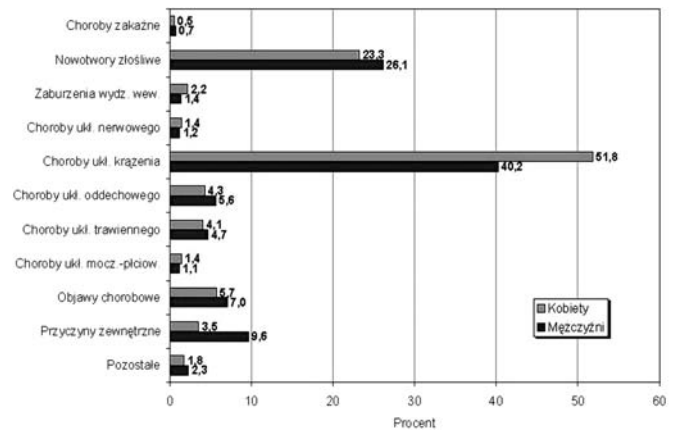
– Nowotwory złośliwe (w 2006 r. – 25% ogółu zgonów).

Najczęstszą przyczyną zgonów jest rak tchawicy, oskrzela i płuca. Nie zmniejsza się umieralność kobiet z powodu raka sutka (niższa niż w krajach UE) natomiast zmniejsza się umieralność z powodu raka szyjki macicy.

– Wypadki komunikacyjne i samobójstwa (przyczyny zewnętrzne: 7% zgonów w 2006 r.).

U kobiet wykazują powolny trend spadkowy, natomiast samobójstwa u mężczyzn powodują taką samą utratę potencjalnych lat życia, jak wypadki komunikacyjne, a większą niż zawał serca.

Powyższe obrazuje rycina 3.



Ryc. 3. Udział najważniejszych przyczyn zgonów w ogólnej liczbie zgonów w Polsce wg płci w 2006 r.

Źródło: Sytuacja zdrowotna ludności Polski, NIZP 2008

Długość życia mieszkańców Polski jest w przypadku mężczyzn krótsza o 4,6 lat, a w przypadku kobiet o 2 lata w porównaniu z przekiętną w krajach UE.

Najkrócej żyją mieszkańcy małych miast poniżej 5 tys. mieszkańców, a najdłużej mieszkańcy największych miast z wyjątkiem Łodzi (w woj. łódzkim mężczyźni żyją o ponad 4 lata, a kobiety ponad 2 lata krócej niż osoby w woj. podkarpackim gdzie trwanie życia jest najdłuższe).

Inne analizowane czynniki zdrowotne wskazujące na stan zdrowia ludności Polski:

- W 2006 r. hospitalizowano w Polsce 2900 tys. mężczyzn i 3500 tys. kobiet, częściej mieszkańców miast niż wsi.

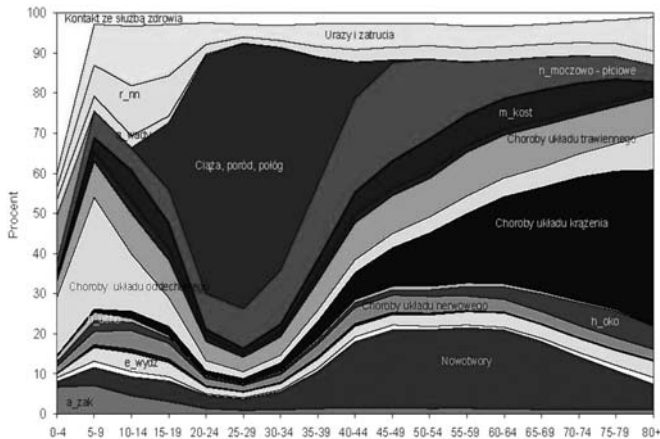
- Najczęstszą przyczyną hospitalizacji były: choroby układu krążenia (16%) nowotwory (11%) choroby układu moczowo-płciowego (9%) urazy, zatrucia (9%) choroby układu trawiennego (9%).

Strukturę przyczyn hospitalizacji w Polsce przedstawiają ryc. 4 i ryc. 5.

Najczęściej są hospitalizowane dzieci z najmłodszych roczników (poniżej 5 r. życia) a znacznie rzadziej osoby powyżej 75 roku życia.

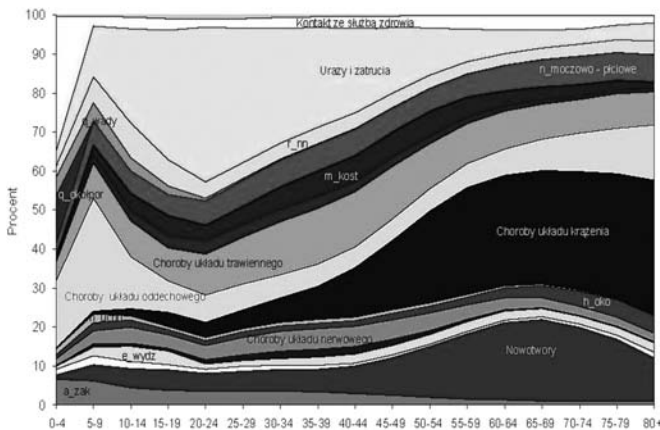
- W 2005 r. liczba zachorowań na nowotwory złośliwe wynosiła około 135 tysięcy.

Najczęściej stwierdzanym nowotworem u mężczyzn jest: rak oskrzeli i płuca, nowotwór jelita grubego, nowotwór skóry, a kobiet: rak sutka, nowotwór skóry, nowotwór trzonu macicy, nowotwór oskrzeli i płuca.



Ryc. 4. Struktura przyczyn hospitalizacji w Polsce w 2006 r. wg wieku leczonych – KOBIETY (dane NIZP-PZH)

Źródło: Sytuacja zdrowotna ludności Polski, NIZP 2008



Ryc. 5. Struktura przyczyn hospitalizacji w Polsce w 2006 r. wg wieku leczonych – MĘŻCZYŻNI (dane NIZP-PZH)

Źródło: Sytuacja zdrowotna ludności Polski, NIZP 2008

- W 2006 r. opieką ambulatoryjną objętych było około 1300 tys. osób z zaburzeniami psychicznymi. W opiece tej dominowały: zaburzenia nerwicowe oraz wynikające z nadużywania alkoholu. W oddziałach psychiatrycznej opieki całodobowej leczono 209 tys. osób. Najczęstszym rozpoznaniem chorobowym były zaburzenia psychiczne spowodowane nadużywaniem alkoholu, zaburzenia nastroju i zaburzenia nerwicowe.

- Zapadalność na większość chorób zakaźnych wykazuje tendencje spadkowe m.in. dzięki konsekwentnie prowadzonymi szczepieniom ochronnym. Nadal jednak zapadalność na wiele chorób zakaźnych w Polsce jest wyższa niż w krajach UE. Tendencję wzrostową wykazują zakażenia wirusowym zapaleniem wątroby typu C oraz kiłą wrodzoną.

- W 2006 r. stwierdzono 3285 zachorowań na choroby zawodowe

Najczęstszymi u mężczyzn są:

- pylice (35%)
- choroby zakaźne i pasożytnicze (20%)
- ubytek słuchu (13%)
- choroby narządu głosu (6%)

a u kobiet:

- choroby narządu głosu (49%)
- choroby zakaźne i pasożytnicze (21%)
- przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego (9%)

W 2006 r. zarejestrowano 116000 osób poszkodowanych w wyniku wypadków przy pracy, w tym 616 śmiertelnych.

- W wypadkach drogowych w roku 2007, zginęło w Polsce 5583 osób.

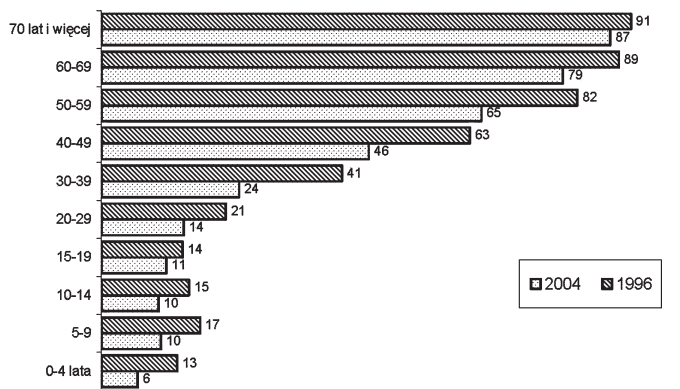
Obserwuje się wysoki odsetek pieszych wśród ofiar śmiertelnych (34,4%), a także wysoki odsetek ofiar śmiertelnych wypadków w obszarach zabudowanych (43,8%).

Na 100 wypadków w 2007 r. zginęło przeciętnie 11,3 osób.

Z opublikowanego w 2006 r. przez GUS raportu „Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r.” wynika, że w ciągu ostatnich 8 lat subiektywny stan zdrowia Polaków istotnie się pogorszył. W 1996 r. poniżej poziomu dobrego swoje zdrowie oceniło 45%, a pod koniec 2004 r. tylko 39% Polaków (ryc. 6).

Największą poprawę oceny stanu zdrowia stwierdzono u osób między 30-60 rokiem życia, natomiast najmniejszą u osób powyżej 70-go roku życia.

Kobiety znacznie częściej oceniały stan swojego zdrowia poniżej dobrego (45%) w porównaniu z mężczyznami (35%).



Ryc. 6. Ludność oceniająca swoje zdrowie poniżej oceny dobrej – w odsetkach

Źródło: Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r., GUS 2006

Stwierdzono również zmniejszenie się dysproporcji w subiektywnej ocenie stanu zdrowia wśród mieszkańców miast i wsi. Nadal jednak mieszkańcy wsi oceniają swoje zdrowie gorzej niż mieszkańcy miasta.

Najlepsze opinie o stanie swojego zdrowia wypowiadali mieszkańcy województw: opolskiego i zachodniopomorskiego. W 1996 r. co piąta osoba oceniła swoje zdrowie jako złe lub bardzo złe, natomiast w 2004 r. rzadziej niż co siódma osoba.

Częstość ocen bardzo dobrych i dobrych zmniejsza się wraz z wiekiem. Wśród osób w wieku powyżej 60 roku życia tylko 16% oceniło swój stan zdrowia jako co najmniej dobry, natomiast połowa czterdziestolatków i $\frac{3}{4}$ trzydziestolatków oceniła stan swojego zdrowia jako dobry lub bardzo dobry.

Stwierdzono, iż osoby o wysokim poziomie wykształcenia lepiej oceniały stan swojego zdrowia niż osoby o niższym wykształceniu.

Należy podkreślić, że mimo stwierdzonej poprawy oceny stanu zdrowia dorosłych Polaków nadal tylko połowa powyżej 15 roku życia ocenia stan swojego zdrowia jako dobry lub bardzo dobry w porównaniu z Holandią, Wielką Brytanią, Szwecją, Belgią gdzie takiej oceny dokonuje $\frac{3}{4}$ populacji.

Występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych trwających co najmniej 6 miesięcy deklarował w badaniu średnio co trzeci badany mieszkaniec Polski, w tym:

- w grupie do 30 r. życia – co 6-7 mieszkańców
- powyżej 50 r. życia – 60% badanych
- powyżej 60 r. życia – 73% badanych
- powyżej 70 r. życia – 84% badanych

Długotrwałe problemy zdrowotne częściej występowały u kobiet niż u mężczyzn. Dotyczyły częściej mieszkańców miast niż wsi.

Występowanie chorób przewlekłych stwierdzono u 53% ludności Polski, częściej u kobiet niż u mężczyzn bez względu na miejsce zamieszkania. Częstość ich występowania wzrasta wraz z wiekiem.

Średnią liczbę chorób przewlekłych na 1 osobę w wieku 15 lat i więcej przedstawia tabela I.

Najczęstszymi chorobami przewlekłymi w populacji w wieku 15 lat i więcej są:

- nadciśnienie tętnicze – 17%
- choroby kręgosłupa lub dyskopatie – 15,5%
- choroby stawów zapalne i zwyrodnieniowe – 13,8%
- choroba wieńcowa – 8,6%
- migrena lub częste bóle głowy – 8,0%
- nerwica lub depresja – 7,4% badanej zbiorowości.

Tabela I. Średnia liczba chorób przewlekłych na 1 osobę w wieku 15 lat i więcej

Źródło: Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r., GUS 2006

Wiek	Ogółem	Meżczyźni	Kobiety	Ogółem	Meżczyźni	Kobiety
	na 1 osobę			na 1 osobę obecnie chorującą		
Ogółem	1,26	0,97	1,52	2,48	2,19	2,68
15-19 lat	0,28	0,25	0,31	1,34	1,29	1,38
20-29	0,34	0,27	0,41	1,42	1,32	1,49
30-39	0,54	0,41	0,67	1,60	1,42	1,73
40-49	0,98	0,81	1,15	1,98	1,81	2,11
50-59	1,85	1,54	2,14	2,58	2,32	2,79
60-69	2,60	2,20	2,91	3,11	2,81	3,32
70 lat i więcej	3,19	2,74	3,44	3,50	3,11	3,70

Kobiety częściej niż mężczyźni chorują na nadciśnienie i chorobę wieńcową (bez zawału), choroby kręgosłupa lub dyskopatie, migrenę i częste bóle głowy, choroby stawów oraz nerwicę i choroby tarczycy. Wśród mężczyzn natomiast częściej występuje choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, choroba wieńcowa z przebyłym zawałem a także nieznacznie częściej udar lub wylew krwi do mózgu oraz padaczka.

Najczęściej występujące choroby w poszczególnych grupach wiekowych to:

- 15-19 lat – alergia, migrena lub częste bóle głowy, schorzenia kręgosłupa, a także dolegliwości nerwicowe lub depresja,
- 20-29 lat – poza wyżej wymienionymi wyraźnie wzrasta częstość występowania przewlekłych chorób skóry oraz tarczycy,
- 30-39 lat – częściej stwierdza się chorobę wrzodową żołądka lub dwunastnicy, jak również przewlekłe zapalenie stawów,
- 40-49 lat – częściej niż u młodszych stwierdza się nadciśnienie tętnicze, dwukrotnie częstszą zachorowalność na chorobę wrzodową żołądka lub dwunastnicy, coraz częściej także stwierdzana jest u nich choroba wieńcowa,
- 50-59 lat – wyraźnie zwiększa się liczba osób z nadciśnieniem tętniczym oraz chorobami kręgosłupa, a także częstymi bólami głowy lub migrenami, stanami nerwicowymi lub depresją,
- powyżej 60-ego roku życia coraz liczniejsza jest grupa osób chorujących na: choroby układu krążenia (nadciśnienie tętnicze, miażdżyca, choroba wieńcowa itp.), narządu ruchu (kręgosłup lub stawy), cukrzycę oraz choroby oczu, głównie zaćmę.

W badaniach prowadzonych w 2000 r. pod kierunkiem B. Synaka, B. Bienia wskazuje się na charakterystyczną dla wieku podeszłego wielochorobowość. Aż 63% badanej grupy ludzi starszych uskarżało się na trzy lub więcej dolegliwości. Byli to głównie mieszkańcy wsi, kobiety i osoby po 75 r.ż.

W wieku starszym głównymi schorzeniami były choroby układu kostno-stawowego i układu krążenia oraz typowe zespoły geriatryczne takie jak zaburzenia równowagi z upadkami, nietrzymanie moczu czy zaburzenia pamięci.

Istotne są również zaburzenia funkcji poznawczych. Osoby z zespołem otępiennym stanowią około 10% wszystkich osób po 65 roku życia. Stan zdrowia i sprawność osób z otępieniem są znacznie gorsze niż osób sprawnych intelektualnie.

Niestety badania te nie mogą być porównane z badaniami GUS w 1996 r. i 2004 r. ze względu na różnicę w badanych grupach wiekowych GUS: 60-69 oraz 70+, natomiast w przytoczonym badaniu kategorie wiekowe to 65-, 65-74 i 75+.

W badaniach prowadzonych przez Instytut Spraw Publicznych w 2008 r. wyniki samooceny stanu zdrowia Polaków nie odbiegają znacząco od innych badań w tym zakresie.

Jednocześnie z przeprowadzonych badań wynika, że w miarę upływu lat pogarsza się sprawność narządów wzroku, słuchu i narządu ruchu.

Upośledzenie funkcji narządu wzroku zgłaszało 40% dorosłych Polaków, z czego u 36% ostrość wzroku ulega poprawie po zastosowaniu szkieł korekcyjnych. Upośledzenie funkcji narządu słuchu zgłaszało 4% ogółu osób dorosłych, ale aż co piąta osoba powyżej 70 roku życia. 1,7% osób stosuje korekcję aparatem słuchowym.

Upośledzenie funkcji narządu ruchu zgłaszało 4% osób, podając, że nie może przejść odległości ½ km. W tej grupie 2,7% osób przejdzie ½ km z pomocą laski, kuli, balkonika. Najczęściej problemy upośledzenia funkcji narządu ruchu występują u osób starszych. Kłopoty z samodzielnym wyjściem i zejściem ze schodów (na 1 piętro) zgłaszała co 20-ta osoba dorosła, w tym co 12-ta osoba 60-letnia i co czwarta 70-letnia.

Badano również zdolność do samoobsługi czyli do wykonywania czynności dnia codziennego.

Zgodnie z uogólnionymi na populację osób dorosłych wynikami tego badania „ponad 2 mln osób dorosłych nie może przenieść torby z zakupami o wadze 5 kg na odległość 10 m. Ponad 700 tys. osób nie jest w stanie samodzielnie się umyć, a ponad 350 tys. osób nie ubierze i nie rozbierze się samodzielnie. Prawie ćwierć miliona osób musi mieć pomoc, aby wstać czy położyć się do łóżka, a ponad 100 tys. osób nie zje samodzielnie posiłku i musi być karmiona. Ponadto 200 tys. osób nie może samodzielnie korzystać z ubikacji, a ponad 300 tys. nie odkręci kurka od gazu czy kranu. Są to osoby, które całkowicie lub przynajmniej częściowo wymagają pomocy w codziennym życiu ze strony innych osób”.

Stan zdrowia dzieci

Wyniki badania GUS wykazują, że u co 6 dziecka w wieku 0-14 lat zaobserwowano długotrwałe problemy zdrowotne. Częstość ich występowania rośnie wraz z wiekiem od 12,7%, w wieku 0-4 lat, do 18,3% u dzieci w wieku 10-14 lat i jest bardziej nasiloną u dzieci mieszkających w mieście.

Rodzice sygnalizowali występowanie co najmniej jednej choroby przewlekłej u prawie 23% dzieci w wieku 0-14 lat. Na choroby przewlekłe częściej chorowały dzieci mieszkające w mieście (25%) niż na wsi (18%). Najczęstszym schorzeniem były schorzenia alergiczne (9%), schorzenia narządu wzroku (3,7%) oraz astma oskrzelowa (3,1%). Prawie u 27% dzieci stwierdzano zaburzenia wzroku oraz mowy.

U 6% populacji dzieci w wieku 0-14 lat występowały wrodzone wady rozwojowe w tym: wady układu krążenia u 27,2% dzieci z wrodzoną wadą rozwojową, a wady układu mięśniowo-kostnego u 15% dzieci.

Oszacowano również na podstawie badań GUS iż co piąty uczeń wymaga opieki lekarskiej z powodu chorób przewlekłych. Najczęstszymi schorzeniami są:

- alergia – 577,8 tys. dzieci
- astma – 279,3 tys. dzieci
- choroby kręgosłupa – 149,1 tys. dzieci
- przewlekłe stany lękowe, depresja oraz zaburzenia zachowania – 114,2 tys. dzieci
- choroby serca i układu krążenia – 109,5 tys. dzieci
- choroby nerek i układu moczowego – 85,2 tys. dzieci
- padaczka – 40,9 tys. dzieci
- cukrzyca – 8,1 tys. dzieci.

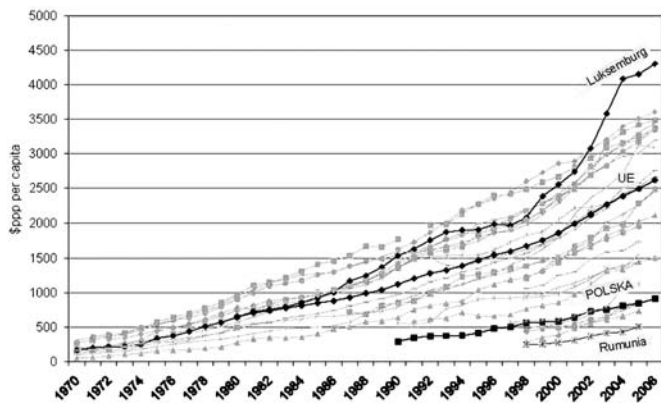
Nakłady na ochronę zdrowia

Wydatki na ochronę zdrowia w Polsce zarówno w przeliczeniu na jednego mieszkańca jak i jako procent PKB należą do jednych z najniższych w krajach Unii Europejskiej.

W 2006 r. wydatki na mieszkańca w Polsce były blisko o 2/3 niższe od średniej dla krajów UE. Jednocześnie w ostatnich latach pogłębia się różnica pomiędzy nakładami w Polsce a średnim poziomem nakładów na zdrowie w krajach UE.

Udział nakładów na hospitalizację w wydatkach na ochronę zdrowia jest niższy niż w większości krajów UE, nie mniej niski jest również udział współpłacenia przez pacjentów.

Udział wydatków na leki w nakładach na ochronę zdrowia jest wysoki przy jednoczesnym niskim udziale środków publicznych.



Ryc. 7. Wydatki na zdrowie w krajach UE, \$ppp na 1 osobę w latach 1970-2006 (dane WHO HFA DB)

Źródło: Sytuacja zdrowotna ludności Polski, NIZP 2008

Wskaźnik liczby lekarzy i pielęgniarek na 1000 mieszkańców

W 2006 roku Polska charakteryzowała się jednym z najniższych wskaźników liczby lekarzy w przeliczeniu na 1000 mieszkańców w porównaniu do innych krajów OECD – 2,2. Wyprzedzaliśmy jedynie Kanadę – 2,1 oraz Turcję – 1,6. Natomiast najwyższy wskaźnik występował w Belgii – 4,0, w Szwajcarii – 3,8, we Włoszech – 3,7, w Niemczech – 3,5.

Wskaźnik liczby pracujących pielęgniarek na 1000 mieszkańców w naszym kraju w 2006 r. wynosił 5,1 i był jednym z najniższych notowanych w krajach Unii Europejskiej.

Najwyższy wskaźnik odnotowano w Norwegii – 31,6, w Irlandii – 15,4, w Wielkiej Brytanii – 11,9, a w Niemczech – 8,8.

Niepełnosprawność i niezdolność do samodzielnej egzystencji

Każdy stan chorobowy niezależnie od jego przyczyny i charakteru może zakończyć się wyzdrowieniem, zgonem lub powodować długotrwałe lub trwałe upośledzenie sprawności fizycznej lub psychicznej.

Niepełnosprawność wg Światowej Organizacji Zdrowia to wynikające z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu w następstwie choroby lub urazu ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka.

Niesamodzielnosc to wynikająca z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu w następstwie choroby lub urazu niezdolność do samodzielnej egzystencji, powodująca konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy osób drugich w wykonywaniu czynności dnia codziennego w zakresie

odżywiania, przemieszczania się, pielęgnacji ciała oraz zaopatrzenia gospodarstwa domowego.

Kondycja zdrowotna polskiego społeczeństwa przejawia się wysokim poziomem umieralności z powodu chorób układu krążenia, nowotworów, urazów i zatruc, a także wzrostem zapadalności na niektóre choroby zakaźne i schorzenia psychiczne.

Towarzyszy temu stałe zwiększanie się liczby osób niepełnosprawnych, które ze względu, na stopień zaawansowania schorzeń i upośledzenia funkcji organizmu wymagają stałej lub długotrwałej pomocy innych osób w wykonywaniu zwykłych czynności dnia codziennego.

Postęp w dziedzinie nauk medycznych powoduje wydłużenie długości trwania życia i zwiększanie się odsetka osób w wieku starszym.

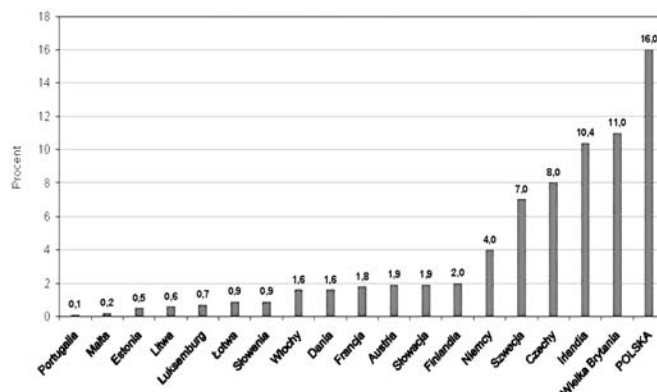
Rosnące oczekiwania lepszej jakości życia i zmieniająca się sytuacja rodziny powodują, że niepełnosprawność i niezdolność do samodzielnej egzystencji stały się w Polsce problemem społecznym.

Liczba osób niepełnosprawnych w Polsce jest według szacunków UE najwyższa wśród jej krajów członkowskich (ryc. 8).

Liczba tych osób w naszym kraju jest bardzo trudna do ustalenia gdyż istnieje pięć różnych systemów orzecznictwa o niepełnosprawności, niezdolności do pracy, służby.

Nie ma także ustalonych standardów orzecznictw.

W Polsce 4 600 000 osób legitymuje się orzeczeniem o niepełnosprawności w tym: w stopniu lekkim – 1,8 miliona osób, umiarkowanym – 1,6 mln osób oraz znacznym 1,3 mln osób.



Ryc. 8. Udział osób niepełnosprawnych wśród ogółu ludności w wieku produkcyjnym w krajach UE w 2006 r. (dane Study Financed by Dg Employment, Social Affairs and Equal Opportunities (contract NO VC/2006/0229 – EUR 363,268.42)

Źródło: Sytuacja zdrowotna ludności Polski, NIZP 2008

Liczba dzieci niepełnosprawnych w wieku 0-14 lat posiadających orzeczenie o niepełnosprawności wynosi około 180 000. Większa część jest mieszkańcami miasta.

Największą grupę dzieci niepełnosprawnych stwierdzono w grupie wiekowej 10-14 lat (4,2%), w grupie 5-9 lat – 3,2%, a wśród najmłodszych dzieci 2%. U 58% dzieci zgłoszono występowanie najmniej jednego problemu zdrowotnego, a u 13% – dwóch problemów zdrowotnych.

Wśród dzieci niepełnosprawnych z poważnymi kłopotami zdrowotnymi 25% ma upośledzenie funkcji narządu wzroku a także upośledzenie funkcji mowy, a 20% ma upośledzenie funkcji narządu ruchu.

2,2% dzieci posiada orzeczenie o specjalnych potrzebach edukacyjnych, a 1,6% dzieci wymaga nauczania specjalistycznego.

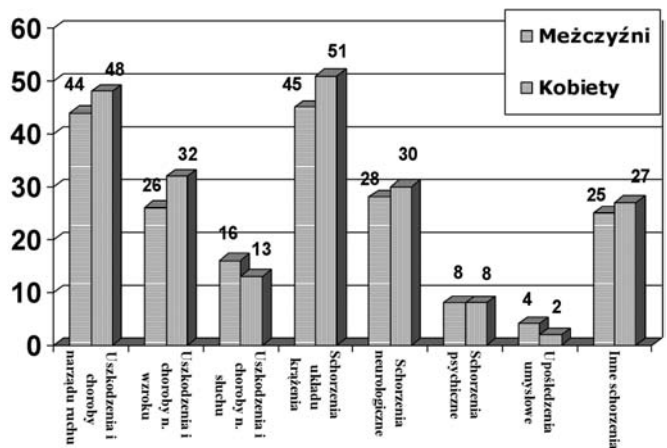
Najczęściej występujące schorzenia w grupie osób niepełnosprawnych powyżej 15-go roku życia przedstawia rycina 9.

Przyczyny chorobowe orzeczeń niezdolności do pracy do celów rentowych w latach 1990-2007 przedstawia rycina 10.

Z przeprowadzonych badań dotyczących wykonywania czynności dnia codziennego przez osoby niepełnosprawne wynika, że:

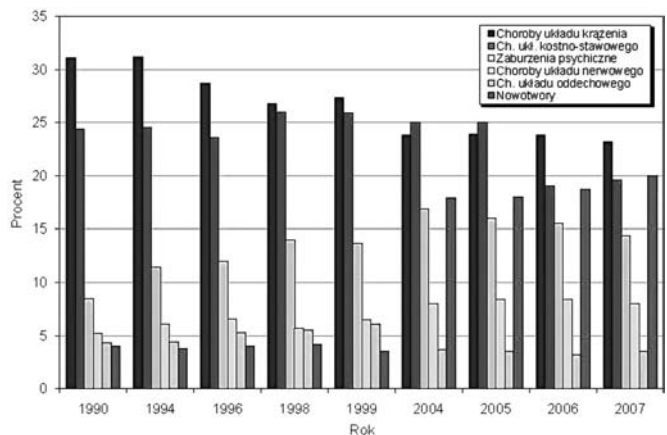
- „co 3 osoba nie przeniesie ciężaru 5 kg na odległość 10 m (np. torby z zakupami),
- co 5 osoba nie pogryzie np. jabłka, ponieważ nie ma protezy zębowej lub ma nieodpowiednią,
- co 10 osoba nie może samodzielnie przeczytać gazety, a w wieku 70 lat i więcej co 5,
- co 10 osoba nie rozpozna twarzy z odległości 4 m, również co 10 wymaga pomocy podczas brania kąpieli,
- blisko co 11 osoba nie słyszy wyraźnie konwersacji prowadzonej z 1 osobą,
- co 15 nie przejdzie samodzielnie 500 metrów, nie wejdzie, nie zejdzie po schodach z 1 piętra, nie ściśnie i nie utrzyma drobnego przedmiotu,
- pomocy innej osoby przy ubieraniu się i rozbieraniu się potrzebuje co 17 osoba,
- co 24 osoba wymaga pomocy przy kładzeniu i wstawaniu z łóżka,
- co 20 osoba niepełnosprawna nie odgrzeje sobie samodzielnie przygotowanego obiadu, a co 29 potrzebuje pomocy przy korzystaniu z wc”.

Oczywiście upośledzenia poszczególnych funkcji występują z niejednakową częstością. Nasilają się one wraz z upływem lat życia. Jednak część populacji osób w podeszłym wieku przy wykonywaniu codziennych czynności życiowych bezwzględnie wymaga pomocy osób drugih.



Ryc. 9. Schorzenia osób niepełnosprawnych w wieku 15 lat i więcej – w odsetkach

Źródło: Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r, GUS



Ryc. 10. Główne przyczyny chorobowe w pierwszorazowych orzeczeniach o niezdolności do pracy do celów rentowych 1990-2007

Źródło: Sytuacja zdrowotna ludności Polski, NIZP 2008

Z badania przeprowadzonego przez GUS w 2006 r. „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych” wynika iż samoocena stanu zdrowia zależy od wieku badanej osoby.

Stan zdrowia jako bardzo dobry oceniło 21,6% badanych osób, jako dobry 42,7%, a 25,1% jako ani dobry ani zły.

Natomiast co piąta osoba w wieku 60-69 lat i niemal 50% osób w wieku ponad 70 lat oceniła swój stan zdrowia jako zły i bardzo zły.

Mężczyźni oceniali lepiej stan swojego zdrowia niż kobiety.

Osoby z wyższym i średnim wykształceniem lepiej oceniają stan swojego zdrowia niż osoby z wykształceniem podstawowym i bez wykształcenia.

Stwierdzono iż w badanej grupie 25,5% osób choruje przewlekłe, a 23,7% korzysta ze stałej opieki medycznej. Częściej występowanie chorób przewlekłych zgłaszały kobiety.

Badane osoby pytano także o ograniczenie zdolności do samoobsługi lub pracy (w przypadku osób uczących się – nauki). Wyniki badania wskazują, że 10,1% osób zgłaszało potrzebę pomocy osób drugich, przy czym 1,2% badanych osób podawało konieczność pomocy przez 24 godziny, natomiast dla 6,8% pomoc taka potrzebna była tylko okresowo.

Biorąc pod uwagę wykształcenie, potrzebę pomocy osób drugich zgłaszało aż 45,3% osób bez wykształcenia. W tej grupie 11,6% osób wymagało takiej pomocy przez 24 godziny. 5,4% potrzebowało pomocy w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego, a 10,4% – w większości podstawowych czynności dnia codziennego. Jeśli chodzi o wiek osób, to potrzebę pomocy osoby drugiej przez 24 godziny na dobę zgłaszano najczęściej w grupie wieku 70 i więcej lat. Niewiele ponad połowa populacji w tej grupie wieku nie zgłaszała potrzeby pomocy osób drugich.

Wyniki badania możliwości samoobsługi osób dorosłych według wieku przedstawia tabela II.

Wg badań GUS potrzebę opieki i pomocy osób drugich w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego zgłaszało 0,6% populacji, a przez 24 godziny na dobę 1,2% populacji.

Świadczenia z tytułu niezdolności do samodzielnej egzystencji

Zgodnie z ustawą o świadczeniach rodzinnych z tytułu niezdolności do samodzielnej egzystencji przysługuje zasiłek pielęgnacyjny. W 2008 roku wypłacono 797 775 zasiłków pielęgnacyjnych w tym:

- 230 753 – niepełnosprawnym dzieciom do ukończenia 16-go roku życia
- 309 728 – osobom z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności
- 225 283 – osobom niepełnosprawnym z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, jeżeli niepełnosprawność powstała przed 21 rokiem życia
- 32 011 – osobom, które ukończyły 75 lat życia

Natomiast dodatek pielęgnacyjny przysługuje osobom, które mają prawo do renty lub emerytury i zostały uznane za niezdolne do samodzielnej egzystencji przez lekarza orzecznika ZUS, lekarza rzeczoznawcę KRUS, komisje lekarskie służb mundurowych. Jest także przyznawany z urzędu tym osobom, jeżeli ukończyły 75 rok życia.

Tabela II. Osoby dorosłe* wg wieku i możliwości samoobsługi
Źródło: GUS

Wyszczególnienie	Ogółem	15-19 lat	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 lat i więcej
Ściśnięcie palcami i utrzymanie w dłoni drobnego przedmiotu	31796,6	2980,5	6368,8	5031,3	5679,4	5206,8	3073,2	3456,6
tak, może	31317,8	2978,5	6354,3	5019,2	5643,3	5124,2	2997,0	3201,3
nie, nie może	455,8	1,1	9,6	11,3	33,7	80,1	70,8	249,3
brak danych	23,0	0,9	5,0	0,9	2,4	2,4	5,4	6,0
Odkręcenie kurka od wody lub gazu	31796,6	2980,5	6368,8	5031,3	5679,4	5206,8	3073,2	3456,6
tak, może	31364,7	2969,2	6334,1	5003,5	5630,6	5143,6	3021,7	3261,9
nie, nie może	326,5	3,1	17,2	8,6	25,1	46,0	40,4	186,0
brak danych	105,4	8,1	17,5	19,2	23,6	17,2	11,2	8,6
Podniesienie i przeniesienie torby z zakupami o wadze 5 kg na odległość 10 m	31796,6	2980,5	6368,8	5031,3	5679,4	5206,8	3073,2	3456,6
tak, może	29546,7	2965,3	6327,6	4974,7	5532,6	4851,2	2644,6	2250,8
nie, nie może	2220,5	13,3	34,9	54,1	142,1	351,0	423,1	1202,2
brak danych	29,3	1,9	6,4	2,5	4,7	4,7	5,5	3,6
Samodzielne spożywanie posiłków	31796,6	2980,5	6368,8	5031,3	5679,4	5206,8	3073,2	3456,6
tak, może	31582,0	2970,7	6349,3	5020,0	5641,8	5183,3	3046,4	3370,5
nie, nie może	127,7	1,6	7,1	3,9	14,3	12,5	13,1	75,2
brak danych	86,9	8,3	12,4	7,4	23,3	11,0	13,7	10,8
Samodzielne kładzenie się i wstawanie z łóżka	31796,6	2980,5	6368,8	5031,3	5679,4	5206,8	3073,2	3456,6
tak, może	31495,6	2973,9	6357,7	5021,6	5648,6	5168,0	3019,2	3306,5
nie, nie może	269,9	2,6	8,0	4,6	27,5	36,7	43,4	147,1
brak danych	31,1	3,9	3,0	5,1	3,3	2,2	10,6	2,9
Samodzielne ubranie i rozebranie się	31796,6	2980,5	6368,8	5031,3	5679,4	5206,8	3073,2	3456,6
tak, może	31405,6	2975,3	6345,9	5020,4	5641,1	5161,6	3017,1	3244,1
nie, nie może	363,8	4,3	16,5	8,9	33,8	42,0	49,8	208,5
brak danych	27,2	0,9	6,4	2,0	4,5	3,2	6,4	4,0
Samodzielne korzystanie z ubikacji (WC)	31796,6	2980,5	6368,8	5031,3	5679,4	5206,8	3073,2	3456,6
tak, może	31535,4	2975,9	6342,0	5026,3	5654,6	5183,5	3033,9	3319,1
nie, nie może	227,6	3,2	16,7	1,8	19,5	21,9	29,9	134,5
brak danych	33,5	1,3	10,0	3,2	5,3	1,4	9,4	2,9
Samodzielne kąpanie się lub branie prysznica	31796,6	2980,5	6368,8	5031,3	5679,4	5206,8	3073,2	3456,6
tak, może	31036,1	2971,2	6335,7	5016,5	5628,8	5131,7	2955,2	2996,9
nie, nie może	726,6	7,6	27,6	14,0	42,3	71,0	107,8	456,2
brak danych	34,0	1,6	5,5	0,8	8,3	4,1	10,2	3,4

* w wieku 15 lat i więcej

Dodatki pielęgnacyjne

Tabela III. Liczba rencistów i emerytów którym przyznano dodatki pielęgnacyjne

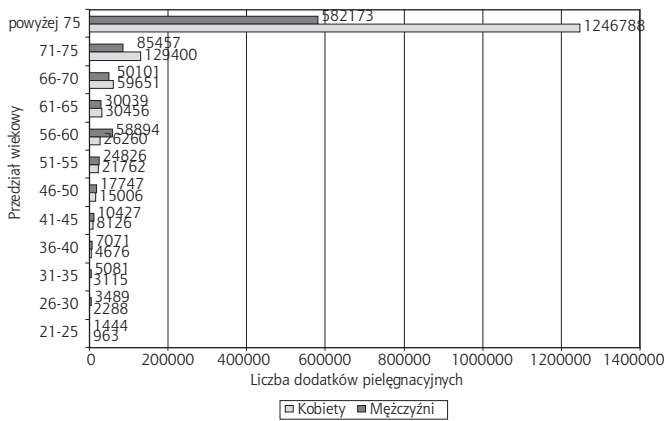
Instytucje	Liczba osób z orzeczeniem niezdolności do samodzielnej egzystencji	Liczba osób, które ukończyły 75 rok życia
ZUS	535 884	1 472 372
KRUS	221 800	472 000
MSWiA	5 667	30 666
MON	9 485	29 962
Razem	772 896	

Najczęstszymi przyczynami chorobowymi niezdolności do samodzielnej egzystencji w orzeczeniach pierwszorazowych w latach 2007 i 2008 są:

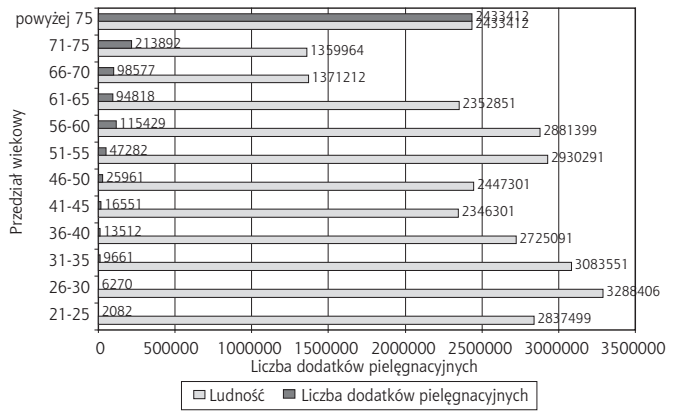
- schorzenia nowotworowe
- choroby układu krążenia
- choroby układu kostno-stawowego
- choroby układu nerwowego
- choroby psychiczne

Sytuacja materialna pracowników, emerytów i rencistów

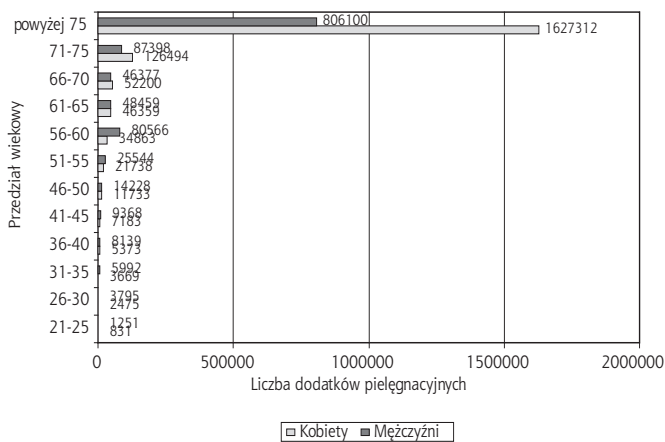
W 2007 r. w gospodarstwach domowych ogółem przeciętny miesięczny nominalny dochód rozporzą-



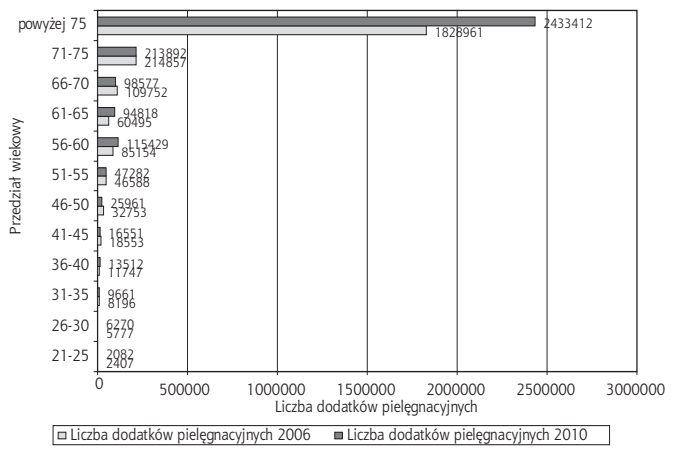
Ryc. 11. Liczba dodatków pielęgnacyjnych wypłacanych w 2006 r.



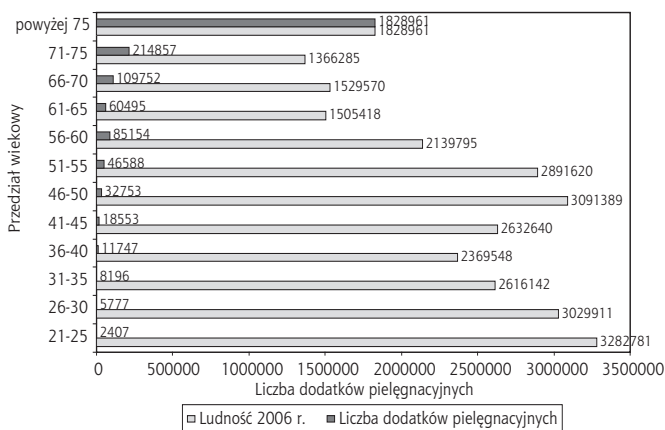
Ryc. 14. Dodatek pielęgnacyjny a ludność – prognoza na 2010 r.



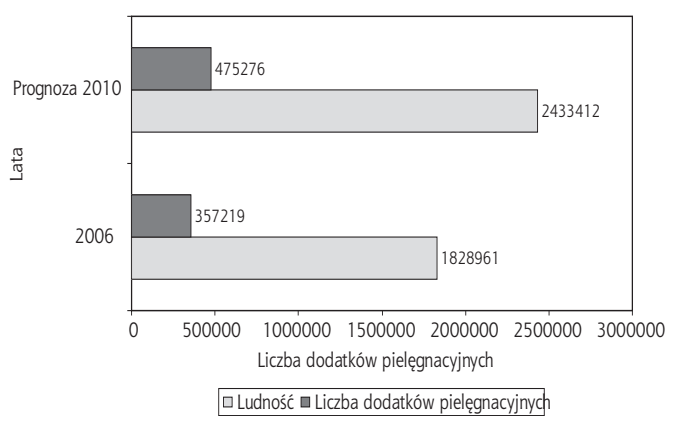
Ryc. 12. Liczba dodatków pielęgnacyjnych – prognoza na 2010 r.



Ryc. 15. Liczba dodatków pielęgnacyjnych wypłacanych w 2006 r. w porównaniu do prognozy na rok 2010



Ryc. 13. Liczba dodatków pielęgnacyjnych wypłacanych w 2006 r. w porównaniu z liczbą ludności



Ryc. 16. Liczba dodatków pielęgnacyjnych a ludność (orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji – grupa powyżej 75 r.ż.)

dzalny na osobę wyniósł około 929 zł i był realnie wyższy o 8,6% od dochodu z roku 2006. Największy wzrost realnego poziomu dochodów wystąpił w gospodarstwach rolników, natomiast najmniejszy w gospodarstwach emerytów.

Średni miesięczny dochód rozporządzalny na 1 osobę w gospodarstwach domowych w 2007 r. wynosił dla:

- pracowników na stanowiskach robotniczych – 700,95 PLN
- pracowników na stanowiskach nierobotniczych – 1232,24 PLN
- rolników – 846,76 PLN
- pracujących na własny rachunek – 1251,07 PLN
- emerytów 999,05 PLN
- rencistów 734,22 PLN

Liczbę i wysokość świadczeń emerytalnych i rentowych w poszczególnych systemach zabezpieczenia społecznego przedstawiają tabele IV i V.

Tabela IV. Świadczenia emerytalne z systemu zabezpieczenia społecznego (2007 r.)

Instytucja	Liczba osób pobierających świadczenia (w tys.)	Średnia wysokość świadczenia w PLN
ZUS	4 626,9	1 346,42
KRUS	1 209,4	852,20
MON	102,9	2 381,39
MSWiA	124,5	2 318,35
służba więzienna	18,0	2 341,36
Razem	6 081,7	

Tabela V. Świadczenia rentowe z zabezpieczenia społecznego z tytułu niezdolności do pracy/służby (2007 r.)

Instytucja	Liczba osób pobierających świadczenia (w tys.)	Średnia wysokość świadczeń (w PLN)
ZUS	1 378,9	1 011,47
inwalidzi wojenni	64,7	2 211,0
renty socjalne	238,2	5 34,48
KRUS	275,5	644,63
MON	18,6	2 457,55
MSWiA	14,8	1 847,87
służba więzienna	2,1	1 994,30

Najniższe świadczenia pieniężne z ZUS od 1.III.2009 (w PLN)

Emerytura, renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy i renta – rodzinna – 675,10

Renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy – 519,30

Renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy w związku z wypadkiem lub chorobą zawodową – 810,12

Renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy w związku z wypadkiem lub chorobą zawodową – 623,16

Wysokość dodatku pielęgnacyjnego w PLN od 1.III.2009 wynosi:

Dodatek pielęgnacyjny – 173,10

Dodatek pielęgnacyjny dla inwalidy wojennego – 259,65

Bardzo niski poziom świadczeń rentowych z tytułu niezdolności do pracy w polskim systemie pracowniczym wg G. Uścińskiej „nie odpowiada w większości przypadków rozwiązaniom międzynarodowym”.

Minimum socjalne czyli wskaźnik określający koszty utrzymania gospodarstw domowych na podstawie „koszyka dóbr” służących do zaspokajania potrzeb bytowo-konsumpcyjnych na niskim poziomie.

Wg IPSS w grudniu 2007 w PLN wynosiło ono dla 1 osoby w gospodarstwach pracowniczych:

– 1 osobowym – 825,1 PLN

– 2 osobowym – 680,1 PLN

– 3 osobowym – 683,6 PLN

a w gospodarstwach emeryckich

– 1 osobowym – 826,5 PLN

– 2 osobowym – 673,8 PLN

B. Szatur-Jaworska twierdzi, że przeciętna renta z tytułu niezdolności do pracy nieznacznie przekracza minimum socjalne dla jednoosobowego gospodarstwa osoby starszej, nie pozwala natomiast na uzyskanie poziomu minimum socjalnego w przypadku gdy z jednego przeciętnego świadczenia miałyby utrzymywać się 2 osoby starsze.

Koszty opieki stacjonarnej i domowej

Przeciętny koszt miesięcznego pobytu w Domu Pomocy Społecznej waha się od 1500 PLN do 3000 PLN i więcej.

Średni koszt podstawowych usług pielęgnacyjnych zleczanych przez Gminę i Miejskie Ośrodki Pomocy Społecznej to 12 zł/godzinę.

Według opinii konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych, koszt ten nie może być niższy niż 18 zł/godz., gdyż jest to granica pozwalająca firmom realizującym usługi pielęgnacyjne zatrudnić opiekunów w ramach umowy o pracę z wynagrodzeniem na poziomie płacy minimalnej.

Zakłady opieki długoterminowej i domy pomocy społecznej

W Polsce zakłady opieki długoterminowej obejmują ZOL, ZPO i hospicja. Wskaźnik łóżek opieki długoterminowej w szpitalach na 1000 mieszkańców wyniósł 0,4, a w Finlandii 3,8 na 1000 mieszkańców.

W 2007 r. funkcjonowało łącznie 407 zakładów długoterminowej opieki zdrowotnej tj. zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych o charakterze ogólnym i psychiatrycznym oraz 59 hospicjów. Dysponowały one łącznie 22,4 tys. łóżek i objęły opieką stacjonarną 61,6 tys. osób, a domową 7,8 tys. osób.

Przeciętny czas pobytu pacjenta wyniósł w ZOL 162 dni, a w ZPO – 144,9 dnia, natomiast w hospicjach (dla osób w terminalnym stanie choroby nowotworowej) czas ten wyniósł 21,8 dnia.

W zakładach opieki długoterminowej przeważającą grupę pacjentów stanowiły osoby w wieku 75 lat i więcej (52,4%), następnie w wieku 61-74 lat (23,7%), oraz pacjenci w wieku 41-60 lat (17,8%). Pacjenci do 41 roku życia stanowili najmniej liczną grupę tj. 6,2%.

W domach i zakładach pomocy społecznej przebywało 96,7 tys. osób (46,5% stanowiły kobiety) w wieku:

- Do 18 lat – 3,7%
- 19-40 lat – 15,8%
- 41-60 lat – 32,6%
- 61-74 lat – 20,5%
- > 75 lat – 27,5%

Wśród ogólnej liczby osób przebywających w stacjonarnych zakładach pomocy społecznej

- 16,6 tys. (17,2%) to osoby w podeszłym wieku
- 21,8 tys. (22,5%) to osoby przewlekle chore somatycznie
- 19,6 tys. (20,3%) to osoby przewlekle chore psychicznie
- 14,4 tys. (14,9%) to osoby dorosłe niepełnosprawne intelektualnie
- 7,9 tys. (8,2%) to dzieci i młodzież niepełnosprawne intelektualnie

Według danych GUS: 86,5% mieszkańców stacjonarnych zakładów pomocy społecznej finansowało przynajmniej w części koszty swojego pobytu ze środków własnych ale tylko 4,5% w pełnej wysokości.

Pobyt 7% mieszkańców był opłacany w całości przez gminę lub budżet państwa, a 3,3% osób było zwolnione z odpłatności.

Stopniowanie niesamodzielności

Należałoby wzorem innych krajów wprowadzić standaryzację ustalania stopnia niezdolności do samodzielnej egzystencji w zależności od liczby godzin potrzebnej opieki i pielęgnacji i przyznawanie świadczeń rzeczowych lub pieniężnych w zależności od ustalonego orzeczeniem lekarskim stopnia niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Proponuje się rozważenie przyjęcia następujących stopni niesamodzielności:

I stopień umiarkowany – pomoc musi być udzielona co najmniej 3 razy dziennie (o różnych porach dnia) w co najmniej kilku czynnościach dotyczących podstawowej pielęgnacji, w tym co najmniej 2 godziny przeznaczają się na pielęgnację podstawową oraz na prowadzenie gospodarstwa domowego.

II stopień – znaczny – pomoc musi być udzielona co najmniej 3 x dziennie (o różnych porach dnia) w co najmniej kilku czynnościach dotyczących podstawowej pielęgnacji, w tym co najmniej 4 godziny przeznaczają się na pielęgnację podstawową oraz na prowadzenie gospodarstwa domowego;

III stopień – ciężki – pomoc musi być udzielana w różnych porach doby w co najmniej kilku czynnościach dotyczących podstawowej pielęgnacji, w tym co najmniej 6 godzin przeznaczają się na pielęgnację podstawową w ciągu dnia i w nocy

Przyjęcie takiego zróżnicowania niesamodzielności powinno ułatwić nie tylko ustalanie zakresu świadczeń dostosowanego do potrzeb poszczególnych osób niesamodzielnych w zależności od stopnia niesamodzielności, ale i być pomocne w szacowaniu rozmiarów zapotrzebowania na świadczenia w przyszłości.

Przy opracowywaniu zasad orzekania o niesamodzielności i jej stopniu należy zastosować Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) przyjętą przez Światową Organizację Zdrowia 22 maja 2001 r. w Genewie.

Biorąc pod uwagę wysokość minimum socjalnego w przypadku wystąpienia ryzyka niezdolności do samodzielnej egzystencji świadczenie emerytalne lub rentowe powiększone o dodatek pielęgnacyjny nie zapewnia nawet w znikomym stopniu pokrycia kosztów wynikających z konieczności korzystania z pomocy innych osób w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych.

Podsumowanie

Dokonanie oceny stanu zdrowia ludności Polski, a także następstw chorób i urazów w postaci niepełnosprawności i niesamodzielności jest trudne ze względu na fakt, iż istniejące systemy informacyjne są zdecydowanie niewystarczające dla monitorowania i dogłębnej oceny stanu zdrowia, a także następstw chorób i urazów.

Obowiązujący stan prawny i organizacyjny nie tworzy spójnego systemu opieki pielęgnacyjnej dla osób, które w następstwie chorób lub urazów stają się niezdolne do samodzielnej egzystencji i wymagają opieki i pomocy osób drugih w zaspakajaniu podstawowych czynności dnia codziennego w zakresie odżywiania, poruszania się, higieny ciała i prowadzenia gospodarstwa domowego albo zapewnienia pobytu w zakładach półstacjonarnych i stacjonarnych.

W obowiązujących przepisach prawnych brak jest wyodrębnienia ponad milionowej populacji osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji. Osoby te mieszczą się w większej grupie osób niepełnosprawnych, których status prawny w sposób różnorodny określa kilkanaście ustaw i kilkadziesiąt aktów wykonawczych z zakresu zabezpieczenia społecznego (ubezpieczenia zdrowotne, emerytalno-rentowe, zaopatrzenie społeczne, pomoc społeczna).

Taki stan prawny nie gwarantuje w sposób dostateczny zabezpieczenia podstawowych potrzeb osobom niezdolnym do samodzielnej egzystencji w zależności od stwierdzonego orzeczeniem lekarskim jej stopnia oraz zapewnienia im godnego życia.

Istnieje więc pilna konieczność kompleksowej regulacji zagadnień związanych z opieką, pielęgnacją i innymi świadczeniami dla ponad milionowej grupy osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji w drodze ustawowej.

W świetle przedstawionych danych dotyczących: stanu zdrowia ludności Polski, liczby osób, które w następstwie chorób stały się niepełnosprawne, czy niezdolne do samodzielnej egzystencji, poziomu finansowania systemu ochrony zdrowia w Polsce na tle innych krajów UE oraz liczby miejsc i sposobu finansowania opieki długoterminowej zasadne jest rozważenie podjęcia następujących działań:

- racjonalizacja systemu opieki zdrowotnej czyli stosowanie następującej kolejności działań: prewencja → diagnostyka → leczenie → rehabilitacja → kompensacja
- zwiększenie nakładów finansowych na ochronę zdrowia
- zwiększenie liczby lekarzy, pielęgniarek i opiekunów medycznych
- utworzenie Narodowego Programu Rehabilitacji

- stworzenie sprawnego i kompetentnego systemu orzecznictwa o niepełnosprawności i niezdolności do samodzielnej egzystencji i opracowanie standardów orzekania
- realizacja projektów informatycznych pozwalająca na monitorowanie zdrowia i działań w zakresie zdrowia publicznego poprzez ujednoczenie, gromadzenie, analizę i udostępnianie danych dotyczących stanu zdrowia populacji, jego zagrożeń, a także następstw chorób
- rozważenie możliwości wprowadzenia ubezpieczeń pielęgnacyjnych dla zapewnienia godnego życia ludziom niezdolnym do samodzielnej egzystencji.

Na konieczność wprowadzenia ubezpieczenia od ryzyka niezdolności do samodzielnej egzystencji wskazują również liczni autorzy m.in. prof. B. Bień w opracowaniu „Opieka zdrowotna nad ludźmi w starszym wieku – stan a potrzeby w perspektywie starzenia się ludności Polski”, prof. B. Szatur-Jaworska w opracowaniu zespołu eksperckiego powołanego przez RPO – „Stan przestrzegania praw osób starszych w Polsce. Analiza i rekomendacje działań”, dr P. Szukalski w opracowaniu „To idzie starość. Postawy osób w wieku przedemerytalnym” (Instytut Spraw Publicznych). Także dr A. Kozierkiewicz w raporcie opracowanym dla Banku Światowego rozważa możliwość takiego rozwiązania.

Piśmiennictwo

1. Bień B. Opieka zdrowotna nad ludźmi w starszym wieku. Stan a potrzeby w perspektywie starzenia się ludności Polski. Biuletyn nr 53 RRL, Warszawa 2008.
2. Szatur-Jaworska B (red.). Stan przestrzegania praw osób starszych w Polsce. Analiza i rekomendacja działań. Biuro RPO. Warszawa 2008.
3. Szukalski P (red.). To idzie starość. Postawy osób w wieku przedemerytalnym. Fundacja Instytut Spraw Publicznych. Warszawa, 2008.
4. Szymborski J. System opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w Polsce. Stan i zagrożenia. Biuletyn nr 53 RRL, Warszawa 2008.
5. Uścińska G. Aktualne problemy systemu zabezpieczenia społecznego w Polsce. Polityka Społeczna 2007 nr 7
6. Wojtyniak B, Goryński P (red.). Sytuacja zdrowotna ludności Polski. NIZP, Warszawa 2008.
7. GUS. Stan zdrowia ludności Polski 2004. Warszawa 2006.
8. GUS. Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2006 r. Warszawa 2007.
9. GUS. Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2007.
10. GUS. Budżety gospodarstw domowych w 2007 roku.
11. GUS. Rocznik demograficzny 2008.
12. Informacja o świadczeniach pieniężnych z FUS oraz o niektórych świadczeniach z zabezpieczenia społecznego IV kwartał/okres I-XII.2007; ZUS Warszawa, 2008.