



Warszawa, dnia 4 listopada 2009 r.

KANCELARIA SENATU
BIURO ANALIZ I DOKUMENTACJI

OPIEKA DŁUGOTERMINOWA WE FRANCJI

UWAGI OGÓLNE

Dla potrzeb przygotowania niniejszego opracowania przeprowadzono kwerendę w prawniczych bazach źródłowych, w bazach informacyjnych na internetowych stronach rządowych (Le Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, Ministère de la Santé et des Sports), w dokumentach Senatu francuskiego, na informacyjnych francuskich stronach internetowych poświęconych polityce społecznej, przeznaczonych dla obywateli (Service-Public) oraz na stronach internetowych Komisji Europejskiej i Parlamentu Europejskiego (Portal Zdrowia Publicznego UE).

Na podstawie wyników kwerendy można stwierdzić, że system i struktura opieki długoterminowej we Francji nie są kompleksowo opisane w dostępnych źródłach.

Przepisy regulujące zasady opieki długoterminowej są rozproszone w różnych aktach prawnych. Wynika to z zaangażowania w opiekę długoterminową zarówno służb medycznych, których strukturę, zakres działania i finansowanie regulują odrębne przepisy, jak również służb socjalnych, funkcjonujących w systemie zabezpieczenia społecznego na mocy innych, właściwych dla tego systemu przepisów.

Nie znaleziono więc aktu prawnego regulującego w całości zakres, funkcjonowanie i finansowanie opieki długoterminowej.

We francuskiej bazie prawniczej *Legifrance* sprawdzono przede wszystkim szereg kodeksów, co do których istniało przypuszczenie, że zawierają przynajmniej część przepisów mających zastosowanie w funkcjonowaniu opieki długoterminowej. W żadnych dostępnych źródłach opisujących w sposób bardzo ogólny problemy związane z opieką długoterminową nie powołano konkretnych przepisów kodeksowych. Jedyne informacje o niektórych świadczeniach przysługujących ubezpieczonym zawierała odwołania do przepisów kodeksów. W dołączonym do opracowania załączniku opisano skrótowo zawartość niektórych kodeksów pod kątem przepisów regulujących pewne zagadnienia związane z opieką długoterminową, takie jak np.: rodzaje świadczeń przysługujących ubezpieczonemu, szczegółowe przepisy dotyczące praw chorych, dostęp do świadczeń medycznych

i socjalnych itp. Ich omówienie w całości lub przetłumaczenie wymagałoby dłuższego czasu. Nie jest to z pewnością wyczerpująca lista przepisów.

W 2009 roku Rada ds. Zatrudnienia, Polityki Społecznej, Zdrowia i Ochrony Konsumentów przyjęła *Wspólne sprawozdanie o zabezpieczeniu społecznym i włączeniu społecznym* – COM (2009)58, które przedłożyła następnie Radzie Europejskiej.

Sprawozdanie to, mające charakter raportu, jest podsumowaniem działań wszystkich krajów członkowskich Unii Europejskiej w dziedzinie zabezpieczenia i włączenia społecznego. Do raportu dołączone są informacje pochodzące z poszczególnych krajów, tzw. „profiles”

w zakresie opisanym w raporcie, m.in. dotyczące opieki medycznej i zabezpieczenia społecznego. W opisie dotyczącym Francji, w rozdziale pt. *Zdrowie i opieka długoterminowa* przedstawione są w zarysie elementy funkcjonowania opieki długoterminowej we Francji.

W dalszej części opracowania przedstawiono robocze tłumaczenie fragmentu profilu Francji, dotyczącego opieki długoterminowej.

WSTĘP

Opieka długoterminowa to kompleks usług medycznych i socjalnych na rzecz osób upośledzonych fizycznie lub umysłowo, na ogół, z powodu przebytych chorób lub zmian starczych, związanych z wiekiem. Obejmuje ona szereg typowych świadczeń medycznych oraz świadczeń o charakterze socjalnym, których organizacja i finansowanie należą do różnych podmiotów. System opieki długoterminowej we Francji jest niezwykle skomplikowany

z powodu bardzo zróżnicowanego zakresu opieki medycznej i socjalnej, odpowiedzialności za jej funkcjonowanie, kontroli i finansowania związanych z nią świadczeń.

Celem organizacji systemu opieki długoterminowej jest zbudowanie takiej struktury, która pomimo oczywistych różnic w zakresie opieki medycznej i opieki społecznej będzie dobrze funkcjonowała w systemie ochrony socjalnej państwa.

Organizacja takiej opieki leży w kompetencjach państw członkowskich Unii Europejskiej. W związku ze starzeniem się społeczeństwa, poszczególne kraje stoją przed wielkimi wyzwaniami.

„Unia Europejska proponuje podjęcie wspólnych działań modernizacyjnych. Wspierając państwa członkowskie w reformie ich systemów zaleca równoczesną realizację trzech długoterminowych celów: zapewnienie dobrego dostępu do usług opieki zdrowotnej

i usług socjalnych, polepszenie jakości opieki długoterminowej oraz zapewnienie ciągłości ich finansowania”¹.

Rząd francuski zdaje sobie z tego sprawę, czemu daje wyraz za pośrednictwem swoich przedstawicieli, że objęcie opieką osób starszych, niesamodzielnych będzie coraz trudniejsze. Osób powyżej 85. roku życia jest obecnie we Francji 1, 3 miliona. Do roku 2015 ich liczba wzrośnie do 2 mln. Przewidywalny wzrost liczby osób w podeszłym wieku do roku 2040 będzie rzędu 1 do 1,5 % rocznie.

Wynika to ze wzrostu średniej długości życia, która zwiększa się o trzy miesiące na rok: w 2004 r. przekroczyła po raz pierwszy granicę 80 lat. Wynika to również z boomu demograficznego w 1945 roku. Osoby wówczas urodzone, w 2030 roku osiągną wiek 85 lat.

Szacuje się, że populacja osób starszych, w wieku 65 lat i powyżej, wymagających często specjalnej opieki stanowi około 14% ogółu społeczeństwa.

Taki rozwój sytuacji wskazuje na niewątpliwe konsekwencje dla funkcjonowania zabezpieczenia społecznego i służby zdrowia. Zdaniem ministra pracy Republiki Francuskiej, organizacja opieki nad osobami starszymi powinna być odpowiednio dostosowana do obecnej sytuacji. Niezbędne jest, jego zdaniem, zwiększenie liczby domów opieki oraz usług pielęgniarских w domu chorego, a system opieki nad osobami niesamodzielnymi powinien być uporządkowany, aby sprostał rzeczywistości.

Z danych OECD na 2009 r. wynika, że średnia długość życia kobiet we Francji wynosząca obecnie 84,5 roku jest jedną z najwyższych w krajach OECD (drugie miejsce za Japonią – 86 lat). Średnia długość życia mężczyzn to 77,5 roku.

Wiele osób starszych żyje długo w dobrym zdrowiu, dzięki postępom w medycynie (w 2000 roku 80% osiemdziesięciolatków żyło w swoich miejscach zamieszkania). Działania państwa skierowane na rzecz podtrzymania jak najdłużej ich samodzielności kosztują budżet państwa około 19 mld euro rocznie. W tej kwocie mieszczą się: świadczenia zdrowotne, honoraria dla lekarzy w domach opieki, pomoc opiekuńcza i służby pielęgniarские w miejscu zamieszkania oraz świadczenia takie jak zasiłek osobisty związany z zapewnieniem samodzielności osobom starszym (*allocation personnalisée pour l'autonomie des personnes âgées – APA*) i świadczenia wyrównawcze dla niepełnosprawnych (*prestation de compensation du handicap - PCH*). (Le Monde, 2008, *Le plan du gouvernement pour mieux prendre en charge la dependance*).

¹ Zdrowie-UE, portal zdrowia publicznego w Unii Europejskiej, http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/long_term_care/index_pl.htm

U osób powyżej 75 roku życia pojawiają się jednak pewne schorzenia, wybitnie związane z wiekiem. Poza zniedołężnieniem i szeregiem problemów geriatrycznych obserwuje się często pogorszenie sprawności w zakresie wykonywania podstawowych czynności życia codziennego. Do oceny tej sprawności służy m.in. skala Katz'a – ADL (activities of daily living).

W większości przypadków na problemy zdrowotne osób starszych nakładają się inne problemy - warunki społeczne i ekonomiczne, mające wpływ na ich stan zdrowia i komfort życia. „Kurczy” się otoczenie osób starszych, mogące przyjść im z pomocą (rodzina, bliscy znajomi). Tak więc wzrastająca liczba osób starszych w społeczeństwie nakłada na państwo i organizacje społeczne obowiązek zapewnienia im opieki medycznej i pielęgnacyjnej.

Plan rządu francuskiego „Solidarności z osobami w podeszłym wieku” ma na celu m.in. zwiększenie liczby osób zajmujących się zawodowo opieką nad ludźmi starszymi, poprzez rozszerzenie oferty szkoleń kończących się uzyskaniem dyplomu pielęgniarstwa oraz ułatwienie uzyskania tego cenzusu osobom już pracującym w tym sektorze (*Długoterminowa opieka zdrowotna w Unii Europejskiej*, Komisja Europejska, 2008).

Nicolas Sarkozy, nazajutrz po wyborach prezydenckich, obiecał utworzenie dodatkowej, piątej „dziedziny” objętej zabezpieczeniem społecznym, w celu przygotowania kraju do wzrastającej liczby osób o ograniczonej samodzielności. Minister pracy, Xavier Bertrand i Sekretarz stanu ds. solidarności, pani Valéry Létard przedstawili główne kierunki zapowiadanej przez prezydenta reformy w 2008 r. podczas posiedzenia Narodowej Kasy Solidarności na rzecz Samodzielności (*Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie - CNSA*) i grupy reprezentującej Misję informacyjną Senatu Francji w sprawie tzw. „piątego ryzyka”. Jest to nowy obszar objęty ochroną socjalną, obok już istniejących: zdrowie, rodzina, wypadki przy pracy i emerytura. „Piąte ryzyko” nosi również nazwę „risque dépendance”, tzn. ryzyko związane z utratą samodzielności. Wiąże się to z opracowaniem specyficznego planu działania wobec tych osób, umożliwiającego ocenę ich potrzeb, określenie niezbędnych świadczeń, zapewnienie miejsc w placówkach opieki, w tym przypadku osób skazanych na pomoc osób trzecich w placówkach opieki długoterminowej.

Dane dotyczące opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej we Francji.

(na podstawie: *Wspólnego sprawozdania o zabezpieczeniu społecznym i włączeniu społecznym*, przyjętego przez Radę ds. Zatrudnienia, Polityki Społecznej, Zdrowia i Ochrony Konsumentów na posiedzeniu w dniu 9 marca 2009 r. oraz informacji krajowej – „profilu” Francji). Wspólne sprawozdanie jest dostępne w języku polskim, a „profile” krajów członkowskich w ich językach narodowych.

Tłumaczenie robocze „profilu” Francji w zakresie dotyczącym opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej

Opieka zdrowotna

Francuski system opieki zdrowotnej, obejmujący całą populację, jest oparty na solidarności i powszechności. Podstawowe systemy ubezpieczeń finansowane ze składek społecznych i podatków pokrywają zaledwie $\frac{3}{4}$ wydatków, z tym, że najlepsze pokrycie wydatków występuje w przypadku opieki długoterminowej. 85% populacji posiada ubezpieczenia dodatkowe, w ramach ubezpieczeń zawodowych lub prywatnych; osoby pozbawione takiej możliwości korzystają z dodatkowego, bezpłatnego zasiłku zdrowotnego (*couverture maladie complémentaire gratuite – CMUC*), ale 7,5% populacji nie korzysta w ogóle z dodatkowego ubezpieczenia. Zwrot świadczeń ubezpieczonym jest podstawową zasadą, ale możliwe jest również bezpośrednie wypłacanie honorarium (system „tiers payant”) przez kasy ubezpieczenia chorobowego lub dodatkowe ubezpieczenia. Te zasady dotyczą hospitalizacji.

Dostępność

Dostęp do opieki zdrowotnej jest coraz trudniejszy ze względu na model jej finansowanie i położenie geograficzne ośrodków medycznych. Kolejne rządy, począwszy od lat 90., ograniczały zwrot kosztów ubezpieczonym, pozostawiając pokrycie kosztów w wysokości 12,9% wydatków przez ubezpieczenia dodatkowe, a 9,1% do pokrycia przez ubezpieczonego (2005). CMUC pokrywa w 100% wydatki na zdrowie osób o niskich dochodach, których jest około 7,4% ubezpieczonych. W przypadku osób lepiej uposażonych, o nieco wyższych zasobach finansowych, wyższych od tych, które uprawniają do świadczenia CMUC, można skorzystać z formy pomocy finansowej przy opłacaniu ubezpieczenia dodatkowego w postaci kredytu podatkowego. Chociaż zmalała liczba osób, które rezygnują z ubiegania się o opiekę z przyczyn finansowych (z 4,7% w 2004 r. do 3,7% populacji w 2006 r.), istnieją znaczne kontrasty pomiędzy grupami społecznymi w możliwościach ich dostępu do opieki zdrowotnej. Dotyczy to głównie usług okulistycznych i stomatologicznych z powodu słabszej ich refundacji przez obowiązkowe systemy ubezpieczeń oraz specjalistów, których znacznie zawyżone honoraria przekraczają możliwości finansowe ubezpieczonych. Nierówność pod tym względem w społeczeństwie jest znaczna. Pomimo wysiłków związanych z refundacją i pomimo zachęcania do korzystania z ubezpieczeń dodatkowych, istnieje wciąż problem dostępu do usług medycznych grup niżej uposażonych. Zdarzają się przypadki odmowy leczenia pacjentów korzystających z CMUC (bezpłatnego zasiłku zdrowotnego) przez niektórych specjalistów (41% specjalistów i 39% dentystów w 2006 r.).

Kolejnym problemem w dostępie do opieki jest miejsce zamieszkania. Swoboda w dziedzinie wyboru miejsca na praktykę medyczną i brak środków na podjęcie działań mających na celu zachęcanie specjalistów do zakładania gabinetów w „strefach deficytowych” lub przesuwanie specjalistów w dziedzinie zdrowia do stref deficytowych, pogarsza tę sytuację. Nie bez wpływu jest przewidywalne zmniejszenie liczby czynnych zawodowo lekarzy i wzrost oczekiwań opiekuńczych spowodowanych starzeniem się społeczeństwa. Zauważalny jest również wzrost kosztów leczenia w „strefach deficytowych” (wzrost honorariów). Próba wprowadzenia „przepisów geograficznych” napotyka na ostry sprzeciw służb medycznych.

Jakość usług

Wysoki Urząd ds. Zdrowia (*Haute Autorité de santé*) jest odpowiedzialny za ocenę służb medycznych (leczenie, produkty, usługi), opracowywanie zaleceń dotyczących dobrych praktyk zawodowych oraz zapewnienie odpowiednich procedur akredytacji.

Francuska Agencja Bezpieczeństwa Sanitarnego Produktów Zdrowia (*Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé*) monitoruje jakość produktów zdrowia oraz produktów przeznaczonych do celów kosmetycznych od chwili ich wyprodukowania do oceny ryzyka po wprowadzeniu ich na rynek. Sformalizowanie strategii w dziedzinie ochrony zdrowia poprzez wprowadzenie planów tematycznych (nowotwory, choroby chroniczne, choroby rzadkie, czynniki środowiskowe, postawa wobec ryzyka i inne zachowania) oraz programów celowych (Alzheimer, cukrzyca, infekcje szpitalne, opieka paliatywna, nagłe zachorowania, spożywanie tytoniu i odżywianie) mają wpływ na polepszenie standardów jakości.

Wprowadzenie „instytucji” lekarza koordynującego, odpowiedzialnego za pomoc w wyborze sposobu leczenia pacjentów powyżej 16 roku życia, jest również pewnym sposobem na poprawę jakości świadczenia usług i kontroli wydatków. Wybrany lekarz może być internistą lub specjalistą. Pacjent ma prawo zmienić lekarza pod warunkiem złożenia uprzednio pisemnego wniosku.

Propozycja utworzenia osobistego *dossier* medycznego pacjenta w formie zinformatywizowanej, dla ułatwienia śledzenia przebiegu leczenia, spotkała się ze sprzeciwem Komitetu Etyki.

Długoterminowa stabilność

Różnica pomiędzy wpływami a wydatkami pozostaje głównym wyzwaniem dla państwa, pomimo zmniejszonego deficytu pomiędzy 2006 r. (5,9 mld euro) a 2007 r. (4,6 mld euro). Przewiduje się, że deficyt ten wzrośnie w 2008 i 2009 roku. Narodowe wydatki na zdrowie stanowiły w 2005 r. 11,2% dochodu narodowego brutto (8,9% w części finansowanej

z funduszy społecznych) lub 3374 dolary na mieszkańca mierzone w sile nabywczej. W 2007 roku wydatki wzrosły o 4,2% w porównaniu z rokiem 2006. Obciążenie odpowiedzialnością finansową ubezpieczonego, zwiększoną od 2004 r., miało negatywne konsekwencje w dostępie do opieki zdrowotnej pewnych kategorii osób. Do tego należy dodać jeszcze zryczałtowaną opłatę za konkretne działanie, które nie podlega zwrotowi przez ubezpieczenie dodatkowe (określone na 50 euro rocznie za konsultacje i 50 euro za inne działania). Z opłaty ryczałtowej są zwolnione osoby poniżej 18 roku życia, kobiety w ciąży i korzystający z zasiłku CMUC. Podpisanie specjalnej umowy (medical agreement) w 2005 r. doprowadziło do zaoszczędzenia miliarda euro w dziedzinach, w których konsumpcja jest bardzo wysoka (leki psychotropowe, antybiotyki).

Opieka długoterminowa

Opis systemu

System opieki długoterminowej opiera się na podwójnym ubezpieczeniu. Ubezpieczenie chorobowe finansuje opiekę, którą sprawują zakłady opiekuńcze nad osobami niepełnosprawnymi lub niesamodzielnymi, opiekę długoterminową w placówkach szpitalnych nad pacjentami niesamodzielnymi, jak również opiekę pielęgniarstwa w domu. Opieka jest finansowana bezpośrednio z ubezpieczenia chorobowego w ramach systemu „tiers payant” - bezpośredniego wypłacania honorarium przez instytucję ubezpieczającą.

Koszty pobytu pacjenta w placówkach opieki ponosi pacjent lub opieka społeczna, jeśli jego zasoby finansowe są niewystarczające (wysokość jest ustalana dla każdego zakładu przez Radę Generalną departamentu, na którego obszarze znajduje się placówka). Długoterminową opiekę domową osobom powyżej 60. roku życia zapewniają gminy. Koszty opieki pokrywa ubezpieczenie społeczne, poza kosztami kinezyterapii, leków i honorariami lekarzy, które pokrywa pacjent, a następnie są one refundowane na zasadach ogólnych – (przyp. D.M.K. na podstawie opracowania A. Domańskiej)².

Istnieją poza tym dwa rodzaje świadczeń finansowanych głównie przez państwo i społeczności lokalne. Są to zasiłki (w zależności od poziomu dochodów i stanu zdrowia osoby, która utraciła samodzielność), umożliwiające sfinansowanie kosztów pomocy w miejscu zamieszkania lub w domu opieki, związanej z utratą samodzielności: świadczenie wyrównawcze PCH (*Prestation de compensation du handicap - PCH*) oraz osobisty zasiłek APA (*allocation personnalisée d'autonomie - APA*) przyznawany osobom niesamodzielnym w podeszłym wieku³. Zasady przysługiwania w/w zasiłków opisano poniżej.

Kasy ubezpieczenia na wypadek starości (Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse) zwracają również koszty za pomoc w zakresie wykonywania codziennych czynności

² System ubezpieczeń zdrowotnych, A.Domańska, http://www.nursing.com.pl/PielegniarkaPolozna_Francja_11.html#

³ Service-Public, vos droits et démarches – <http://vosdroits.service-public.fr>

domowych, w ramach pomocy socjalnej. Świadczenie pomocy w miejscu zamieszkania wiąże się z również innymi kosztami (poza zasiłkiem osobistym - APA). Osoby w podeszłym wieku lub niepełnosprawne mogą zwrócić się o dofinansowanie z powszechnego systemu opieki tak jak inni ubezpieczeni. Jest to jednak poważne obciążenie finansów publicznych.

Dostępność opieki długoterminowej

Przeprowadzane reformy zmierzają do zwiększenia liczby miejsc w placówkach świadczących opiekę nad osobami niepełnosprawnymi i w podeszłym wieku. Ich liczba jest ciągle jednak niewystarczająca, aby pokryć zapotrzebowanie w związku ze wzrastającą liczbą osób niesamodzielnych. Koszty pobytu chorych w wymienionych wyżej placówkach przekraczają w 80% przypadków ich osobiste dochody. Obciążenie przypadające na pozostałe osoby niesamodzielne jest wysokie (średnio 25% łącznie na opiekę domową i w placówce opiekuńczej). Stwarza to nierówność w dostępie do opieki długoterminowej.

Jakość usług

Rząd podejmuje wysiłki na rzecz polepszenia opieki medycznej w placówkach opiekuńczych, polepszenia kwalifikacji zatrudnionych w nich pracowników oraz na rzecz wsparcia dla pomocy rodzinnej. W 2007 r. został wprowadzony roczny urlop bezpłatny dla rodzin świadczących pomoc, zwiększono liczbę placówek dziennej opieki i ośrodków czasowego pobytu w ramach Planu Alzheimer⁴. Jednak jakość usług i kwalifikacje osób świadczących usługi w miejscu zamieszkania chorego nie spełniają oczekiwań. Niezbędne jest również uwzględnienie wielu innych czynników, dotyczących opieki domowej nad osobami niesamodzielnymi, związanych z infrastrukturą, a więc m.in. z pomocą techniczną i pomocą w przeprowadzeniu zmian adaptacyjnych.

⁴ Działania prowadzone obecnie w państwach członkowskich UE (ZALECENIE RADY w sprawie środków zwalczania chorób neurodegeneracyjnych, w szczególności choroby Alzheimera, dzięki wspólnemu planowaniu badań naukowych {SEC(2009) 1039}

„(...) Choroba Alzheimera i zaburzenia pokrewne stanowią wspólne wyzwanie dla wszystkich państw członkowskich, ponieważ dane procentowe dotyczące występowania demencji w poszczególnych krajach są dość zbliżone. Schorzenia te stanowią obecnie również szczególnie problem dla świadczenia usług opieki zdrowotnej. Oferowane usługi często nie są dostosowane do aktualnych potrzeb, a ponadto brakuje możliwości, ciągłości i wiedzy.

Z uwagi na przewidywany wzrost zachorowań na choroby neurodegeneracyjne, zwłaszcza chorobę Alzheimera, w perspektywie średnio- i długookresowej w Europie większość krajów europejskich zaczęła uznawać konieczność opracowania szczegółowych i kompleksowych strategii na rzecz zwalczania problemów wynikających z choroby Alzheimera i zaburzeń pokrewnych. W wielu państwach choroba Alzheimera staje się jednym z najważniejszych priorytetów badawczych.

Szereg państw przyjęło lub jest w trakcie przyjmowania krajowych planów dotyczących omawianych chorób. **W 2008 r. Francja nadała chorobom neurodegeneracyjnym, a zwłaszcza chorobie Alzheimera, priorytetowe znaczenie i przyjęła krajowy plan dotyczący tego zagadnienia o budżecie wynoszącym 1,6 mld Euro**”.

Długoterminowa stabilność

Wzrost wydatków publicznych na opiekę długoterminową pociąga za sobą przeznaczenie nowych środków w Narodowej Kasie Solidarności z Niezależnością (*la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie*) (składka solidarnościowa, wynosząca 0,3% uposażenia, w zamian za 1 dzień pracy dodatkowej bez wynagrodzenia; składka dodatkowa w wysokości 0,3% na zabezpieczenie społeczne pochodząca z dochodów od majątku i lokat). Liczba osób w wieku powyżej 60 lat (12,8 mln w 2007 r.) osiągnie 20,9 mln w 2035 i 22,3 mln w 2050 roku. W tym okresie jest spodziewane podwojenie liczby osób w wieku powyżej 75 lat. W wyniku tych zmian demograficznych, liczba osób starszych, niesamodzielnych wzrośnie do 2040 roku o 40%. Mając na uwadze powyższe, wyznaczono ogólne kierunki działań: zachęcanie do prywatnego ubezpieczenia; skierowanie pomocy do osób o niższych i średnich dochodach z uwzględnieniem jednak posiadanych przez nie aktywów przy podejmowaniu decyzji o uprawnieniach do pokrycia kosztów opieki długoterminowej; utworzenie piątej dziedziny zabezpieczenia społecznego w celu ujednoczenia systemu finansowania i zarządzania oraz przeniesienie nadwyżki finansowej z dziedziny „rodzina” do dziedziny „niesamodzielność”. Realizacja projektu połączenia sektora sanitarnego i medyczno-społecznego poprzez utworzenie regionalnych agencji zdrowia ma zapewnić wzrost liczby miejsc opieki. Wreszcie, zasadniczym działaniem podjętym przez rząd jest zachęcanie do promowania pracy w sektorze medyczno-społecznym. Planuje się zatrudnienie w tym sektorze około 400 tys. pracowników do 2015 roku, z naciskiem na jakość i warunki pracy. Stanowi to podwójne wyzwanie społeczne. W sektorze tym bowiem są zatrudnione przeważnie kobiety, praca w nim charakteryzuje się pewną nieciągłością i niepełnym wymiarem zatrudnienia oraz niskimi kwalifikacjami i niskim poziomem uposażenia.

Wyzwania na przyszłość

Niezbędne jest zapewnienie koordynacji instytucji finansujących opiekę długoterminową w celu zagwarantowania wypłacalności systemu w dłuższym terminie i zmniejszenie dodatkowego obciążenia finansowego pacjentów w celu zapewnienia im równości dostępu do świadczeń.

Świadczenia PCH i APA

Świadczenie wyrównawcze PCH (*Prestation de compensation du handicap - PCH*) jest pomocą finansową przeznaczoną na zaspokojenie potrzeb związanych z utratą samodzielności osób niepełnosprawnych. Jego przyznanie ma charakter indywidualny. Indywidualny plan potrzeb kompensacyjnych jest sporządzany przez wielodyscyplinarny zespół Domu opieki dla osób niepełnosprawnych danego departamentu (MDPH) na

podstawie zgłoszonych planów życiowych pacjenta. Świadczenie PCH może być przyznane w przypadku opieki domowej i w zakładzie opiekuńczym.

Świadczenie to pokrywa:

- wydatki związane z podstawowymi potrzebami życiowymi,
- wydatki na pomoc techniczną,
- wydatki związane z zagospodarowaniem pomieszczenia i zakupem wózka dla osób niepełnosprawnych oraz ewentualną nadwyżkę kosztów transportu,
- wydatki awaryjne,
- wydatki związane z opieką nad zwierzętami pacjenta.

Na podstawie:

Kodeks Rodzinny i Pomocy Społecznej: artykuły L245-1 do L245-14 (część legislacyjna)

Kodeks Rodzinny i Pomocy Społecznej: artykuły R245-1 do R245-72 (część normatywna)

Szczegółowe przepisy dotyczące świadczenia PCH:

Wszystkie osoby niepełnosprawne mogą skorzystać ze świadczenia wyrównawczego jeśli:

- spełniają warunki związane z miejscem pobytu (szczegółowe wymogi są opisane poniżej - dotyczą one miejsca zamieszkania oraz obywateli obcej narodowości),
- niepełnosprawność jest ostateczna lub jeśli można przewidzieć, że będzie trwała od miesiąca do roku, a osoby niepełnosprawne:
 - mają całkowitą niezdolność do wykonania co najmniej jednej podstawowej czynności,
 - mają duże trudności w wykonaniu co najmniej dwóch podstawowych czynności,
- osoba ma mniej niż 60 lat. Wniosek o przyznanie zasiłku może być składany do 75. roku życia, z zastrzeżeniem, że osoba uprawniona spełniała kryteria przed ukończeniem 60. roku życia.

Dzieci i młodzież niepełnosprawna mogą skorzystać z PCH od chwili, gdy spełniają kryteria przyznania zasiłku wychowawczego dla dzieci niepełnosprawnych (Allocation d'éducation de l'enfant handicapé – AEEH). Mogą także skorzystać z jego uzupełnienia, w ramach prawa wyboru pomiędzy uzupełnieniem do AEEH a PCH.

Warunki szczególne dotyczące miejsca pobytu

Osoba starająca się o świadczenie wyrównawcze PCH w miejscu zamieszkania powinna mieszkać stale i regularnie na terytorium kraju (odrębne przepisy obowiązują dla przypadków pobytu za granicą powyżej 3 miesięcy).

Przepisy szczególne dla osób bez stałego miejsca zamieszkania

Aby skorzystać z uprawnień do PCH, wszystkie osoby nieposiadające stałego miejsca zamieszkania powinny poczynić kroki w celu „umiejscowienia” lub obrać miejsce zamieszkania przy pomocy gminnego ośrodka spraw socjalnych (CCIAS) albo instytucji wyznaczonej przez prefekta departamentu. Są to na ogół stowarzyszenia o charakterze niekomercyjnym, zakłady opiekuńcze lub inne służby przyjmujące osoby lub rodziny będące w trudnej sytuacji.

Specyficzne warunki dla osób posiadających obce obywatelstwo

Osoby posiadające obce obywatelstwo, z wyjątkiem obywateli krajów członkowskich UE oraz Europejskiego Obszaru Gospodarczego, powinny posiadać kartę pobytu lub inny dokument zezwalający na pobyt, zgodnie z przepisami prawnymi odnoszącymi się do warunków wjazdu i pobytu na terytorium Francji.

Warunki otrzymania PCH w domach opieki

Pacjent może być:

- zakwaterowany lub doprowadzany do domu opieki społecznej lub domu opieki medyczno-społecznej,
- hospitalizowany w zakładach zdrowotnych lub w domu (hospitalizacja domowa – jest to świadczenie obejmujące aktywne leczenie, realizowane przez klinicystów w domu pacjenta, często schorzeń wymagających leczenia w oddziale szpitalnym; po raz pierwszy wprowadzone we Francji w 1961 roku, realizowane w wielu krajach – przyp. D.M.K. – na podstawie: Służba Zdrowia, *Geriatría*).

Osoby niepełnosprawne zakwaterowane w domach opieki w kraju graniczącym z Francją (Belgia, Luksemburg, Niemcy, Szwajcaria, Włochy i Hiszpania) z powodu braku możliwości zakwaterowania bliżej, mogą skorzystać z PCH w zakładzie pomocy. W takim przypadku, działania są oparte na decyzji Komisji Praw i Samorządności Osób Niepełnosprawnych (CDAPH) wydawanej na okres od 1 roku do 5 lat, z możliwością przejęcia opieki przez ubezpieczenie chorobowe lub pomoc socjalną.

Przewidziane usługi

Lista usług świadczonych na podstawie oceny zdolności osoby do ich wykonania samodzielnie znajduje się w aneksie 2-5 do Kodeksu Postępowania w sprawach Rodzinnych i Społecznych.

Czynności podlegające ocenie są wyszczególnione w czterech grupach:

- mobilność (przykłady: przemieszczanie się wewnątrz i na zewnątrz mieszkania),
- czynności osobiste (przykłady: mycie, ubieranie, odżywianie i wydalanie),
- porozumiewanie się (przykłady: mowa, słuch, zdolność używania środków komunikacyjnych),
- ogólna zdolność orientacji w środowisku i zdolność ochrony własnych interesów (przykłady: umieć odnaleźć się w czasie i przestrzeni, zapewnić sobie bezpieczeństwo).

Trudności w wypełnieniu tych działań są kwalifikowane:

- jako całkowite, jeśli nie mogą być samodzielnie wykonane przez daną osobę,
- jako poważne, gdy są realizowane z trudem i w sposób spowolniony w stosunku do ich wykonywania przez osobę w tym samym wieku o dobrym zdrowiu.

W związku z możliwością korzystania z PCH od 1 kwietnia 2008 r. przez dzieci i młodzież niepełnosprawną, wytyczne te zostały ostatnio zmodyfikowane. W celu określenia poziomu trudności wykonywania czynności, na jaki napotykają dzieci, konieczne jest odniesienie tych trudności do kolejnych etapów poprawnego rozwoju dziecka, zdefiniowanych w aneksie do decyzji z 24 kwietnia 2002 r.

Warunki przejścia do innych świadczeń zamiast PCH

Prawo wyboru dla korzystających ze świadczenia wyrównawczego (ACTP lub ACFP).

Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) – Zasiłek wyrównawczy dla osób trzecich.

Allocation compensatrice pour frais professionnels (ACFP) – Zasiłek wyrównawczy związany z kosztami zawodowymi.

Świadczenie wyrównawcze dla osób niepełnosprawnych (PCH) nie może być kumulowane z zasiłkiem wyrównawczym. Jednak osoby otrzymujące zasiłek ACTP lub zasiłek ACFP mogą, niezależnie od wieku, korzystać ze świadczenia wyrównawczego zamiast zasiłku, gdy w chwili odnowienia ich prawa do świadczeń zadeklarują chęć korzystania z tego ostatniego.

Zasiłek osobisty APA – Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)

Jest przeznaczony dla osób starszych na zaspokojenie potrzeb związanych z wykonywaniem czynności życia codziennego. Może być wykorzystany na opiekę pielęgniarstwa nad osobami wymagającymi stałego dozoru. Mogą z niego skorzystać osoby potrzebujące, przebywające w domu lub w placówce opiekuńczej.

Warunki uzyskania zasiłku APA:

- wiek 60 lat lub więcej,
- utrata samodzielności wymagająca pomocy w wykonywaniu czynności życia codziennego,
- przebywanie stale i regularnie we Francji,
- osoby z obcym obywatelstwem powinny mieć uregulowaną sytuację pobytu na terenie Francji.

Zasiłek ten nie może być łączony z szeregiem świadczeń, z wyjątkiem pomocy uznaniowej, świadczonej przez instytucje pomocy społecznej.

Warunek zastąpienia zasiłku spersonalizowanego APA

Świadczenie wyrównawcze zastępuje zasiłek, jeśli o jego przyznanie wystąpi się przed ukończeniem 60. roku życia, bez możliwości kontynuowania jego otrzymywania po odnowieniu praw.

Na podstawie:

Kodeks Postępowania w Sprawach Społecznych i Rodzinnych

Artykuły: L245-1 do L245-14 i R245-1 do R245-72

Rozporządzenia z 24 kwietnia 2002 odnoszącego się do przyznawania 6 kategorii specjalnych dodatkowych zasiłków wychowawczych.

Placówki opieki długoterminowej

Okólnik nr DHOS/02/F2/DGAS/DSS/CNSA/2007 z 10 maja 2007 w sprawie zastosowania art. 46 ustawy o finansowaniu zabezpieczenia społecznego na 2006 r., znowelizowanej o przepisy dotyczące jednostek opieki długoterminowej. Na podstawie: Załącznik 2 do okólnika z 10 maja 2007 r.

Opieka długoterminowa we Francji jest realizowana przez specjalne placówki opieki długoterminowej USLD (*Les unités de soins de longue durée - USLD*), zdefiniowane w Rozporządzeniu z 12 maja 2006 r.

Placówki opieki długoterminowej przyjmują i biorą odpowiedzialność za osoby dotknięte chroniczną patologią organiczną lub wieloma patologiami (polypathologie), długotrwałą lub podatną na powtarzające się epizody niewydolności, które mogą spowodować utratę samodzielności lub pogorszyć aktualny stan. Wymienione wyżej sytuacje kliniczne wymagają szybkiej interwencji medycznej, wielokrotnego powtarzania działań medycznych, permanentnej opieki medycznej, stałej obecności pielęgniarskiej i dostępu do minimalnej pomocy technicznej.

Placówki opieki długoterminowej biorą odpowiedzialność za pacjentów, którym potrzebna jest pomoc i towarzyszenie bądź po opuszczeniu zakładu opieki zdrowotnej, bądź podczas ich pobytu w zakładach opieki medyczno-społecznej lub bezpośrednio w miejscu zamieszkania.

Cele rozwijania zakładów opieki długoterminowej:

- zapewnienie pacjentom opieki w celu utrzymania ich przy życiu, sprawowania stałej opieki medycznej i technicznej,
- zapobieganie pojawianiu się symptomów braku samodzielności lub pogarszaniu się istniejącego stanu przez podtrzymywanie istniejących zdolności (możliwości) chorego,
- opracowanie indywidualnego programu życiowego dla każdego pacjenta w trosce o jego jakość życia,
- zapewnienie dostępu do placówek członków rodzin i bliskich, którzy mogą towarzyszyć choremu.

Warunki sprawowania opieki

Warunki sprawowania opieki są przystosowane do typu przyjętych chorych, szczególnie w przypadku chorych dotkniętych patologiami chronicznymi (takimi jak np. choroby degeneracyjne centralnego układu nerwowego).

W celu sprawowania opieki nad pacjentami w wieku poniżej 60 lat, dotkniętymi degeneracyjnymi chorobami nerwowymi, należy zwrócić się do Regionalnych Agencji Szpitalnictwa (*Les Agences régionales de l'hospitalisation – ARH*), skorzystać z możliwości utworzenia na miejscu specyficznych jednostek funkcjonujących pod opieką lekarzy specjalistów w zależności od występujących patologii (neurolog) lub przeznaczyć kilka łóżek w zakładach opieki długoterminowej na opiekę nad takimi pacjentami.

W przypadku pacjentów w podeszłym wieku, mających problemy psychiczne, ale będących w stanie stabilnym, Regionalne Agencje Szpitalnictwa mogą zawrzeć porozumienie z zakładami, których to dotyczy, w sprawie przemieszczenia lub rozproszenia pacjentów w placówkach opieki długoterminowej, na czas przystosowania architektonicznego danej placówki, w celu ułatwienia opieki nad chorym i zapobieżenia nieprzewidzianym wyjściom.

W placówkach opieki długoterminowej powinna być wprowadzona opieka paliatywna. Konieczne jest więc, aby placówki opieki długoterminowej dysponowały pewną liczbą łóżek przeznaczonych dla chorych wymagających opieki paliatywnej.

Warunki przyjmowania pacjentów

Lekarz prowadzący po uzgodnieniu z pacjentem i jego bliskimi formułuje prośbę o przyjęcie pacjenta do placówki opieki długoterminowej. Zgodę na przyjęcie pacjenta

wyraża lekarz zatrudniony w placówce opieki długoterminowej, po uprzednim szczegółowym badaniu geriatrycznym, psychicznym, socjalnym, zawierającym ocenę stanu samodzielności pacjenta. Badania takie wykonują ekipy lekarzy w ruchomych ambulansach medycznych.

Funkcjonowanie

Placówki opieki długoterminowej powinny dysponować minimum 30 łózkami. Powinny być spełnione warunki architektoniczne (np. podjazd dla wózków).

Powinna być zapewniona obecność pielęgniarki i pomocy opiekuńczej przez 24 godziny oraz obecność lekarza w formie dyżuru lub na stałe.

Uwagi końcowe

Każdy, kto pracuje i mieszka we Francji, jest objęty obowiązkowo systemem zabezpieczenia społecznego, w którego skład wchodzi powszechny system zabezpieczenia społecznego dla pracowników, systemy zabezpieczeń dla osób prowadzących działalność na własny rachunek i specjalne systemy zabezpieczeń (np. system państwowych kolei SNCF). Każdy więc z tego tytułu podlega obowiązkowi płacenia składek na następujące systemy zabezpieczeń społecznych: powszechna składka na ubezpieczenie społeczne (*Contribution Sociale Généralisée - CSG*) i składka na rzecz spłaty długu społecznego (*Contribution pour le remboursement de la dette sociale – CRDS*).

W celu podniesienia poziomu ochrony społecznej każdy może korzystać z dodatkowych ubezpieczeń w ramach przedsiębiorstw ubezpieczeniowych, towarzystw ubezpieczeń wzajemnych bądź instytucji opieki społecznej oraz (od 1994 roku) ubezpieczycieli posiadających siedzibę w innym państwie UE.

We Francji ubezpieczenia zawodowe i osobiste stanowią uzupełnienie zabezpieczenia społecznego, ale nie mogą go zastąpić. Wynika to z konstytucji, na mocy której, wszyscy obywatele mają prawo do solidnego zabezpieczenia społecznego na wysokim poziomie. (na podstawie Komunikatu Komisji Petycji PE, 2007 r.).

Pokrywanie kosztów opieki długoterminowej ze środków publicznych we Francji jest częściowe. Znane są już we Francji prywatne umowy indywidualne i umowy zbiorowe dotyczące ubezpieczenia na wypadek opieki długoterminowej. Ubezpieczenie to gwarantuje wypłatę zasiłku o ustalonej wysokości, w postaci miesięcznie wypłacanego świadczenia, prawdopodobnie proporcjonalnego do stopnia samodzielności. W przeciwieństwie do USA, władze publiczne nie stosują motywacyjnych podatków w celu zachęcenia do rozwinięcia prywatnych ubezpieczeń na wypadek opieki długoterminowej.

Wydaje się, że debaty publiczne we Francji, na poziomie narodowym, na temat nowych rozwiązań ułatwiających pokrycie kosztów ryzyka na wypadek opieki długoterminowej, szeroko omawianych w prasie francuskiej, spowodowały znaczny wzrost

świadomości opinii publicznej istnienia takiego zagrożenia i miały wpływ na rozwój ubezpieczeń prywatnych od tego ryzyka. Sukces francuskiego rynku ubezpieczeń tłumaczy się, zdaniem autorów artykułu opublikowanego w *The Geneva papers*⁵, szerokim wachlarzem oferowanych produktów. Podczas gdy amerykański ubezpieczyciel zaproponował odpłatność proporcjonalną do poniesionych wydatków na opiekę długoterminową, francuski ubezpieczyciel zaproponował wypłatę gotówki (Cash benefit products). Wydaje się, że ubezpieczeni wolą otrzymywać świadczenie pieniężne i swobodnie nim zarządzać nawet, jeśli wymaga to z ich strony organizowania sobie opieki indywidualnie, zamiast skorzystania z gotowych usług.

Opr. D. M. Korzeniowska
Dział Analiz i Opracowań Tematycznych

Źródła:

1. Kodeksy: Legifrance: www.legifrance.gouv.fr
2. Documents des travail du Sénat français : www.senat.fr
3. Service-Public, vos droits et démarches : <http://vosdroits.service-public.fr>
4. Ministère du Travail, des Relations Sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la ville : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/>
5. Ministère de la Santé et des Sports : <http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/>
6. Dokument Rady ds. Zatrudnienia, Polityki Społecznej, Zdrowia i Ochrony Konsumentów, *Joint Report on Social Protection and Social Inclusion, on the basis of the Commission proposal for Joint Report COM(2009) 58*,
7. Circulaire du 17 Mai 2007 relative à la mise ne oeuvre de l'article de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 modifiée concernant les units de soins de longue durée
8. *Empirical Evidence on Long-term Care Insurance Purchase in France*, Christophe Courbage and Nolwenn Roudaut, *The Geneva papers* (2008).

⁵ *Empirical Evidence on Long-term Care Insurance Purchase in France*, Christophe Courbage and Nolwenn Roudaut, *The Geneva papers* (2008).