



Improving Qualification for Elderly Assistants

[OSOBY STARSZE I (MIGRANCI) PRACOWNICY OPIEKI WE WŁOSZECH, POLSCE I RUMUNII]

Raport badawczy przedstawiający sytuację w każdym z w/w krajów

październik 2013

Ten projekt został zrealizowany przy wsparciu finansowym Komisji Europejskiej.

Projekt lub publikacja odzwierciedlają jedynie stanowisko ich autora i Komisja Europejska nie ponosi odpowiedzialności za umieszczoną w nich zawartość merytoryczną.



SPIS

WPROWADZENIE.....	4	Błąd! Nie zdefiniowano zakładki.
SYSTEM OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ - PRZEGLĄD		Błąd! Nie zdefiniowano zakładki. <u>5</u>
WŁOCHY.....	5	
RUMUNIA.....	6	
POLSKA	8	
DOSTĘPNE USŁUGI SYSTEMU OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ (LTC)		Błąd! Nie zdefiniowano zakładki. <u>9</u>
WŁOCHY.....	9	
RUMUNIA.....	10	
POLSKA	11	
REGULACJE DOT. PROFILII DZIAŁALNOŚCI (NIE MEDYCZNYCH) ŚWIADCZENIODAWCÓW OPIEKI W USŁUGACH OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ		Błąd! Nie zdefiniowano zakładki. <u>14</u>
WŁOCHY.....		Błąd! Nie zdefiniowano zakładki. <u>14</u>
RUMUNIA.....	15	
POLSKA	16	
UDZIAŁ PRACOWNIKÓW ZAGRANICZNYCH W SEKTORZE OPIEKI SPOŁECZNEJ I WSKAŹNIK EMIGRACJI PRACOWNIKÓW OPIEKI.....		Błąd! Nie zdefiniowano zakładki. <u>16</u>
WŁOCHY.....		Błąd! Nie zdefiniowano zakładki. <u>16</u>
RUMUNIA.....		Błąd! Nie zdefiniowano zakładki. <u>17</u>
POLSKA	19	

WPROWADZENIE

Raport ten ma na celu dostarczenie podstawowych informacji dotyczących polityki społecznej, służb socjalnych, polityki dot. kształcenia i szkolenia zawodowego oraz polityki migracyjnej w krajach biorących udział w projekcie IQEA: Włochy, Rumunia i Polska.

Celem dokumentu jest lepsze zrozumienie kontekstu, w którym testy prowadzone przez IQEA będą miały miejsce i który wesprze ich ewaluację.

Głównym źródłem informacji dla raportu były rezultaty europejskiego projektu ANCIEN (www.ancien-longtermcare.eu), które w przypadku zaistnienia takiej potrzeby, zostały potwierdzone i przyjęte przez partnerów projektu.

SYSTEM OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ - PRZEGLĄD

WŁOCHY¹

System opieki długoterminowej we Włoszech charakteryzuje się wysokim poziomem rozdrobnienia instytucjonalnego, jako że źródła finansowania, zarządzania i odpowiedzialność za zarządzanie są rozłożone na lokalne (gminne) i regionalne władze różniące się strukturą w stosunku do form instytucjonalnych w każdym regionie. .

Podmiotami bezpośrednio zaangażowanymi w organizację usług systemu opieki długoterminowej są gminy, lokalne władze medyczne (Aziende sanitarie locali, ASLs), służby socjalne i Krajowy Instytut Ubezpieczeń Społecznych (Istituto Nazionale Previdenza Sociale, INPS), ale inni gracze biorą udział w planowaniu i finansowaniu tych usług - czyli władze państwowe, regionalne i prowincjonalne/.

Dodatkowo, we Włoszech znaczny udział wydatków na system opieki długoterminowej finansowany jest bezpośrednio przez gospodarstwa domowe. Co więcej, duża część udzielanej opieki nadal świadczona jest przez opiekunów nieformalnych, zwłaszcza w regionach, gdzie usługi publiczne są mniej zaawansowane i w rodzinach, które nie mogą sobie pozwolić na usługi prywatne. Prywatnie zakupiona opieka domowa jest często świadczona przez imigrantów.

We Włoszech, publiczna opieka długoterminowa dla osób starszych obejmuje trzy główne rodzaje pomocy formalnej: opieka społeczna, opieka w domach opieki i świadczenia pieniężne. Państwowa Służba Zdrowia (Servizio Sanitario Nazionale, SSN) planuje i zarządza, za pośrednictwem lokalnych jednostek ochrony zdrowia (Aziende sanitarie locali), domowych usług opieki zdrowotnej - tak zwaną "zintegrowaną opieką w miejscu zamieszkania" (przez assistenza domiciliare integrata, ADI) - oraz innymi świadczeniami zdrowotnymi przewidzianymi w domach/punktach opieki. Indywidualne usługi socjalne, zarówno domowe, jak i osobiste zadania opieki świadczonej w domu (przez servizi di assistenza domiciliare, SAD) i instytucjonalna opieka socjalna są zarządzane na poziomie lokalnym przez gminy, choć powinny być zaplanowane w koordynacji z ADI. Opieka długoterminowa jest dostarczana zarówno przez państwowych, jak i akredytowanych prywatnych świadczeniodawców usług medycznych i opiekę świadczoną przez osoby prywatne.

¹ Tediosi F., Gabriele S., *System opieki długoterminowej dla osób starszych we Włoszech*, ENEPRI raport badawczy nr. 80, czerwiec 2010

Usługi medyczne świadczone przez Państwową Służbę Zdrowia są bezpłatne, natomiast opieka socjalna jest uzależniona od wysokości dochodów i usługobiorcy mogą zapłacić za nią pełną wysokość. Krajowe i lokalne podatki są głównym źródłem finansowania publicznej opieki długoterminowej.

Krajowy Instytut Ubezpieczeń Społecznych zapewnia świadczenie pieniężne (indennità di accompagnamento – zasiłek opiekuńczy) dla osób niepełnosprawnych, niezależnie od ich sytuacji finansowej. To świadczenie pieniężne nie jest bezpośrednio związana z obowiązkiem zakupu towarów lub usług, ale ma na celu poprawę osobistych warunków danej osoby, tak więc może być wykorzystane jako rekompensata dla domowników za nieformalną opiekę. Niemniej jednak, indennità di accompagnamento – zasiłek opiekuńczy we Włoszech, jest zazwyczaj uważany za część wydatków systemu opieki długoterminowej, w przeciwieństwie do renty inwalidzkiej. Niektóre gminy wypłacają inne świadczenia pieniężne, ale są one zazwyczaj uzależnione od wysokości dochodów.

Opieka długoterminowa we Włoszech charakteryzuje się również dużym zróżnicowaniem między regionami i obszarami zarówno na poziomie finansowania jak i struktury świadczonych usług. We Włoszech, zamiast jednego krajowego systemu opieki długoterminowej istnieje wiele regionalnych systemów tej opieki. Ogólnie rzecz biorąc, w północnych Włoszech kultura usługi publicznej w opiece długoterminowej jest dość powszechna, częściowo ze względu na wysoki poziom uczestnictwa kobiet w rynku pracy. Te regiony i gminy – dokonują wysiłku w celu poprawy ich systemu długoterminowej opieki, także dzięki ich bardziej rozwiniętym możliwościom zarządzania i większym zasobom gospodarczym. Na południu, natomiast ciężar opieki spoczywa przede wszystkim na rodzinie, ze słabym wsparciem publicznym.

RUMUNIA²

System opieki długoterminowej w Rumunii obejmuje wszystkie usługi medyczne i socjalne świadczone przez długi okres czasu tym, którzy tego potrzebują, jak przewlekle chorzy, nieuleczalnie chorzy, niepełnosprawni i niesamodzielne osoby starsze, które potrzebują pomocy przy wykonywaniu codziennych czynności lub podstawowych/ czynności życia codziennego. Termin "starszy" jest zdefiniowany w ustawie 17/2000 i odnosi się do ogółu osób, które są lub przekroczyły wiek emerytalny oficjalny w Rumunii.

² Popa D., *System opieki długoterminowej dla osób starszych w Rumunii*, ENEPRI raport badawczy nr. 80, czerwiec 2010

Odnosnie pełnosprawnych osób starszych istnieje sześć aktów prawnych, które regulują uprawnienia i organizację usług: Nie istnieją polityki na poziomie krajowym dotyczące oferty tych usług, władze lokalne mają swoje własne regulacje w zależności od budżetu i potrzeb danej społeczności.

1. Ustawa 17/2000 w sprawie pomocy społecznej dla osób starszych (Legea privind asistenta sociala persoanelor varstnice) z dodatkowymi zmianami (ustawa 281/2006, ustawa 270/2008 i GO 118/2008) oraz
2. Ustawa 47/2006 powołująca Krajowy System Pomocy Społecznej (Sistemul National de Asistenta Sociala)..

Usługi medyczne dla wszystkich kategorii osób obejmujące niepełnosprawne i sprawne osoby starsze są wspierane przez społeczne ubezpieczenie medyczne oraz są regulowane przez:

3. Ustawa 95/2006 o Reformie Zdrowia (Legea privind Reforma w Domeniul sanatatii) która określa podstawy krajowej reformy w systemie opieki zdrowotnej i ustanawia państwowy system społecznego ubezpieczenia zdrowotnego .

7

Regulacja zapewnienia jakości jest objęta następującymi rozporządzeniami:

4. Rozporządzenie (Ordin) nr 318/2003 odnosi się do norm dotyczących organizacji i funkcjonowania opieki domowej, jak również wydawania zezwoleń osobom świadczącym te usługi.
5. Rozporządzenie (Ordin) 246/2006, który ustanawia minimalne określone normy jakości dla usług opieki domowej i domów opieki dla osób starszych w zakresie organizacji i zarządzania, zasobów ludzkich, dostępu do usług, świadczenia usług, prawa i etyki .

Decentralizacja organów administracyjnych jest usankcjonowana prawem przez:

6. Ustawa 435-XVI/2006 (Legea privind descentralizarea Administrativă nr. 435-XVI/2006). Na poziomie krajowym, organem odpowiedzialnym za opiekę społeczną jest Minister Ochrony Pracy, Rodziny i Spraw Społecznych. Na poziomie regionalnym, organami odpowiedzialnymi za opiekę społeczną są Regionalne Wydziały Pomocy Społecznej. Na poziomie lokalnym, organami odpowiedzialnymi za opiekę społeczną są: Generalny Departament Pomocy Społecznej w Bukareszcie (z wydziałami we wszystkich 6 dzielnicach Bukaresztu) i Służba Publiczna Pomocy Społecznej dla innych miast w kraju.

Prawo do pomocy społecznej jest zagwarantowane dla wszystkich obywateli rumuńskich i wszystkich cudzoziemców oraz bezpaństwowców, których miejscem zamieszkania jest Rumunia i którzy są osobami starszymi (definiowanymi jako osoby, które osiągnęły standardowy wiek emerytalny). Muszą to być osoby bez rodziny lub opiekunów prawnych, bez domu lub bez możliwości zapewnienia bytu z własnych środków. Nie mogą mieć dochodów lub mają niewystarczające dochody na pokrycie odpowiedniej opieki i nie są w stanie zapewnić sobie takiej opieki, lub potrzebują specjalistycznej opieki, lub nie mogą zaspokoić swoich socjalno-medycznych potrzeb z powodu choroby, stanu fizycznego lub psychicznego (Ustawa 17 / 2000, art. 3 i Ustawa 47/2006, art. 7). Powszechny jest zakup opieki społecznej prywatnie. Wiele starszych osób, które nie spełniają warunków, aby korzystać z publicznej opieki społecznej, wykupuje takie usługi od autoryzowanych dostawców usług lub od osób nieuprawnionych.

POLSKA³

W polskim systemie opieki długoterminowej (LTC), rodzina jest wciąż identyfikowana jako główny opiekun osób starszych z ograniczeniami w zakresie działań niezbędnych w codziennym życiu. W dziedzinie ochrony socjalnej, Polska należy do grupy krajów UE z modelem opieki opartym na rodzinie. Rozwój sformalizowanego, nie rodzinnego systemu długoterminowej opieki jest w fazie początkowej i jest podobny w obu sektorach: medycznym i socjalnym.

Reforma systemu opieki zdrowotnej z 1999r. umożliwiła rozwój publicznych instytucji opieki długoterminowej, które są niezależne od szpitali. W rezultacie, oddziały szpitalne zostały przekształcone w instytucje pielęgnacyjne i opiekuńcze. Opieka instytucjonalna jest jednocześnie świadczona w sektorze społecznym. Domy opieki społecznej i domy dziennej opieki są administrowane w ramach systemu pomocy społecznej.

Opiekują się osobami starszymi, których czynności życia codziennego są ograniczone, a które nie mają rodziny lub wymagają opieki instytucjonalnej z jakichs innych powodów, takich jak np. ubóstwo.

Na obecnym etapie rozwoju opieki długoterminowej, nie ma konkretnych przepisów, które kompleksowo obejmowałyby zagadnienia dot. usług opiekuńczych dla osób starszych, instytucji świadczących te usługi, zasad dostępu do nich ani sposobów ich finansowania. Kategoria opieki

³ Golinowska S., *System opieki długoterminowej dla osób starszych w Polsce*, ENEPRI raport badawczy nr. 83, czerwiec 2010

długoterminowej jest wykorzystywana wyłącznie przez ekspertów w sektorze zdrowia i przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ - powołany w roku 2003). W kategorii sektora społecznego opieka długoterminowa jest używana bardzo rzadko, ponieważ pojęcie pomocy społecznej (1991) podkreśla pomoc, która pozwala jednostkom pozostać niezależnymi. W sektorze pomocy społecznej jednak, praktyka często różni się od teorii i założeń prawnych. W domach opieki społecznej, większość mieszkańców jest zależna, w szerokim zakresie potrzeb, od opieki długoterminowej.

Ministerstwo Pracy i Spraw Socjalnych tworzy strategię rozwoju opieki społecznej oraz standardy dotyczące tej opieki. Władze regionalne udzielają i odbierają uprawnienia do prowadzenia zakładów opieki społecznej oraz prowadzą ich rejestr. Są również odpowiedzialne za kontrolę jakości i monitorowanie. Domy opieki społecznej są prowadzone przez instytucje publiczne – samorządy terytorialne i organizacje pozarządowe: fundacje, stowarzyszenia, kościoły i związki wyznaniowe. Od 2004 roku mogą również być zakładane przez osoby prywatne. Samorządy terytorialne są również odpowiedzialne za przewidywanie potrzeb w zakresie opieki długoterminowej w ich regionie i zapewniając niezbędną liczbę miejsc, kierują osoby wymagające takiej pomocy do zakładów opieki oraz muszą uczestniczyć w kosztach takiej opieki.

W roku 2005 istniało 686 publicznych i 510 prywatnych (włączając te, które były prowadzone przez organizacje pozarządowe) zakładów opieki społecznej. W roku 2011 liczba ta wzrosła odpowiednio do 756 i 758.

DOSTĘPNE USŁUGI SYSTEMU OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

WŁOCHY⁴

We Włoszech system opieki długoterminowej, obejmujący ochronę zdrowia, opiekę socjalną i świadczenia pieniężne, składa się z trzech głównych komponentów:

- usługi zdrowotne dla osób starszych i niepełnosprawnych, w tym pomoc ambulatoryjna i opieka domowa, usługi domowe lub częściowo domowe, pomoc psychiatryczna, oraz pomoc dla osób uzależnionych od narkotyków i alkoholu;
- świadczenia pieniężne (*indennità di accompagnamento*) przekazywane (i finansowane) przez Krajowy Instytut Ubezpieczeń Społecznych, bezpośrednio wszystkim osobom niepełnosprawnym, niezależnie od ich wieku i sytuacji finansowej. Ta pieniężna pomoc nie

⁴ Tediosi and Gabriele, *op. cit.*

jest bezpośrednio związana z zakupem usług opieki długoterminowej, ale jest powszechnie uważana za część tego systemu.

- opieka socjalna świadczona na poziomie lokalnym. Usługi opieki socjalnej są świadczone w instytucjach takich jak domy opieki dla osób starszych lub w ośrodkach opieki dziennej, lub jako opieka domowa. W tych usługach są głównie zatrudnieni pracownicy sklasyfikowani jako OSS (Pracownik Opieki Społecznej i Zdrowotnej)
- oprócz tych trzech składników, renty inwalidzkie przewidziane przez Krajowy Instytut Ubezpieczeń Społecznych mogą być uwzględnione jako część systemu opieki długoterminowej i de facto są traktowane jako długoterminowy mechanizm wsparcia dochodów dla osób niesamodzielnych.

Włochy nie mają żadnego prawa krajowego dotyczącego świadczeń pieniężnych dla gospodarstw domowych w celu wsparcia opieki nad krewnymi, mimo, że do tej pory kilka regionów opracowało takie systemy. Takie świadczenia pieniężne początkowo uważane były za środek wsparcia krewnych - zazwyczaj małżonków lub dzieci starszej osoby - a obecnie są głównie ukierunkowane na dofinansowanie prywatnych, domowych pomocników i opiekunów (Beltrametti, 2008). Większość pomocników domowych nadal nie posiada żadnych formalnych kwalifikacji, chociaż liczba pracowników, którzy uczestniczyli w szkoleniach na Asystentów Rodzinnych (lub podobne) zwiększa się.

RUMUNIA⁵

Usługi dostępne w ramach opieki długoterminowej są instytucjonalne i domowe, te ostatnie są formalne jak i nieformalne. Różne rodzaje usług obejmują::

- opieka domowa – usługi czasowe lub stałe: opiekun w domu
- opieka stacjonarna w domach opieki (domy starców) – usługi czasowe lub stałe : asystent medyczny
- opieka instytucjonalna (domy opieki) w ośrodkach opieki dziennej, kluby dla osób starszych, domy opieki tymczasowej, pomoc w kwestiach zw. z problemami życia codziennego, mieszkania socjalne i zakwaterowanie, a także inne podobne kwestie (Ustawa 17/2000): asystent medyczny

⁵ Papo D., *op.cit.*

Obecnie, Rumunia ma duży niedobór zinstytucjonalizowanych usług. Opieka domowa nad osobami starszymi jest najczęściej stosowanym rozwiązaniem ze względu na wygodę rodziny, która zapewnia opiekę i obniżenie kosztów w porównaniu do opieki zinstytucjonalizowanej. Stwarza to jednak wiele problemów. Większość opiekunów rodzinnych to kobiety; małżonki lub córki osób zależnych. Wielu opiekunów, to osoby, które same są w podeszłym wieku i mogą również stać się zależne. Opieka rodzinna jest bardziej powszechna na obszarach wiejskich, gdzie tradycje i wartości moralne są utrzymywane w większym stopniu (Krajowy Raport Strategiczny Dotyczący Ochrony Socjalnej i Wykluczenia Społecznego 2008-2010 - Rumunia).

Usługi społeczne dla osób starszych obejmują:

- *usługi socjalne*, szczególnie w zakresie zapobiegania marginalizacji społecznej oraz wspieranie reintegracji społecznej; doradztwo prawne i administracyjne, płatności za niektóre usługi i zobowiązania bieżące; pomoc/dozór w domu i gospodarstwie domowym; pomoc w sprawach zw. z prowadzeniem domu, i przygotowywanie posiłków;
- *usługi medyczno-socjalne*, w szczególności pomoc w higienie osobistej, dostosowanie domu do potrzeb osoby w podeszłym wieku, wspieranie działań gospodarczych, społecznych i kulturalnych plus tymczasowe uczestnictwo w ośrodkach opieki dziennej, noclegowniach lub innych specjalistycznych ośrodkach;
- *usługi medyczne*, takie jak konsultacje medyczne świadczone w publicznych zakładach opieki zdrowotnej lub w domu przez lekarza rodzinnego, konsultacje stomatologiczne, aministracja lekami, pomocnicze materiały sanitarne i sprzęt medyczny.

POLSKA⁶

Długoterminowa opieka domowa w Polsce ujęta jest w systemie opieki zdrowotnej, jak również w sektorze społecznym (system pomocy społecznej). Wcześniej znajdowała się tylko w systemie opieki zdrowotnej. Przedstawiciele obu zawodów - Opiekun w Domu Opieki Społecznej oraz Opiekun Osoby Starszej - pracują we wszystkich rodzajach instytucji świadczących opiekę długoterminową w systemie opieki zdrowotnej i =społecznej.

Opieka długoterminowa w systemie opieki zdrowotnej

⁶ Golinowska S., *op.cit.*

Następujące rodzaje długoterminowej opieki stacjonarnej są świadczone w ramach system opieki zdrowotnej:

- zakład opiekuńczo – leczniczy, ZOL
- zakład pielęgnacyjno – opiekuńczy, ZPO
- paliatywna opieka domowa.

Opieka długoterminowa w ramach system społecznego

Inna forma opieki stacjonarnej istnieje w sektorze społecznym, głównie w systemie pomocy społecznej. Istnieją dwa rodzaje domów pomocy społecznej: domy pomocy społecznej (DPS) i domy opieki dziennej dla dorosłych (DDPS). Domy opieki dziennej dla dorosłych są dla osób mieszkających w rodzinie, w której członkowie nie są w stanie zapewnić opieki osobie starszej z powodu obowiązków zawodowych (najczęściej są to: żony, córki lub synowie) . W godzinach pracy członków rodziny, tj. 5 dni w tygodniu nie więcej niż 12 godzin dziennie, osoba zależna może iść do centrum opieki dziennej dla dorosłych, które zapewnia wszelką niezbędną pomoc w zakresie opieki i wyżywienia.

Dom Pomocy Społecznej jest zdefiniowany jako instytucja, która zapewnia całodobową opiekę, jak również wspomagające i edukacyjne usługi na poziomie obowiązujących standardów. W domach opieki, są osoby, które nigdy nie opuszczają takich placówek. W Polsce istnieje kilka typów domów opieki w zależności od rodzaju pomocy jakiej dany pensjonariusz wymaga.

Prywatne domy opieki długoterminowej

W Polsce prywatne domy opieki długoterminowej istniały już w czasach komunistycznych i były głównie zarządzane przez organizacje religijne. W latach 90-tych inne rodzaje prywatnych domów opieki były tworzone przez organizacje non-profit i for-profit, na podstawie prawa gospodarczego, które dawało ludziom swobodę tworzenia własnych przedsiębiorstw. Szczegółowe przepisy o opiece długoterminowej w prywatnych domach opieki powstały w latach późniejszych. Nowa ustawa o Pomocy Społecznej (2004) potwierdza, że nie ma przeszkód prawnych do powoływania prywatnych i nastawionych na zys domów opieki i reguluje funkcjonowanie takich domów, które świadczą usługi opiekuńcze dla osób starszych i / lub przewlekle chorych. Mimo to, każdy dom opieki musi mieć pozwolenie od wojewody (tj. rządowego przedstawiciela na szczeblu regionalnym z terytorium, na którym znajduje się placówka) i musi być rejestrowany co roku. Podstawowym warunkiem uzyskania zezwolenia jest dostosowanie się do wymaganych standardów .

Opieka domowa

W polskiej tradycji, rodzina zawsze spełniała większość funkcji opiekuńczych w stosunku do osób starszych, niepełnosprawnych lub przewlekle chorych. Choć ostatnie lata przyniosły znaczące zmiany, rodziny nadal troszczą się o zależnych członków rodziny. Pomoc dla rodzin jest raczej ograniczona. Opieka może być przyznana osobom, które wymagają pomocy od innych, w przypadkach, gdy nie ma rodziny lub jeśli rodzina nie jest w stanie zapewnić takiej pomocy. W ostatnich latach, w wyniku reformy systemu opieki zdrowotnej (1999) wraz z rozwojem opieki podstawowej i instytucji lekarza rodzinnego zaczęła się rozwijać instytucja "pielęgniarki środowiskowej". Taka pielęgniarka aranżuje swoje własne umowy z NFZ na opiekę w domu pacjenta.

Niezależnie od formalnej opieki pielęgniarskiej, w każdej społeczności lokalne centrum pomocy społecznej świadczy usługi opieki we współpracy z odpowiednimi organizacjami pozarządowymi i non-profit, a nawet z for-profit. Takie usługi domowej opieki są w pełni gwarantowane i finansowane przez władze lokalne.

Oferowane usługi

Niektóre jednostki sektora ochrony zdrowia zapewniają usługi opieki długoterminowej w podobnym zakresie, ale które różnią się pod względem dostępności i zakresu usług medycznych i opieki pielęgniarskiej. Główne rodzaje usług w poszczególnych jednostkach są podane poniżej:

- oddziały szpitalne dla opieki długoterminowej i paliatywnej, które zapewniają pomoc medyczną i pielęgniarską;
- ZOL (zakład opiekuńczo-leczniczy), który świadczy pomoc pielęgniarską, rehabilitacyjną i leczenie farmakologiczne (wcześniej świadczone w trakcie leczenia szpitalnego) dla pacjentów, którzy nie wymagają dalszej hospitalizacji, ale którzy są zależni i cierpią z powodu inwalidztwa częściowego lub zaawansowanego i dlatego potrzebują pomocy pielęgniarki i rehabilitacji medycznej w pierwszej kolejności. Usługi świadczone są w oparciu o 24-godzinny grafik głównie przez pielęgniarki i fizjoterapeutów; ZPO (zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze), które oferują pomoc pielęgniarki i 24-godzinną opiekę, w tym odpowiednie żywienia, w zależności od stanu zdrowia i świadomości zdrowotnej/medycznej pacjenta. Ponadto ZPO oferuje usługi fizjoterapeutów i psychologów;
- hospicja i ośrodki opieki paliatywnej, które zapewniają pielęgnację i leczenie farmakologiczne, fizjoterapię, pomoc psychologiczną i religijną, oraz
- pielęgniarki środowiskowe, które oferują opiekę pielęgniarską i pomoc w domu pacjenta.

W domach pomocy społecznej (DPS) usługi opieki długoterminowej są dotąd do innych usług świadczonych pacjentowi. Oprócz zakwaterowania i wyżywienia, pacjenci mogą otrzymywać następujące usługi: pielęgniarskie, pielęgnacyjne, fizjoterapeutyczne, terapii zajęciowej, pracy socjalnej, prozdrowotne, pracy psychologicznej i wsparcia religijnego. Dodatkowo, domy pomocy społecznej zapewniają zajęcia i programy kulturalne i integracyjne. Usługi opieki długoterminowej są świadczone przez pielęgniarki środowiskowe (zespół opieki) lub pielęgniarkę zatrudnioną przez DPS (tak zwaną "własną pielęgniarkę").

REGULACJE DOT. PROFILII DZIAŁALNOŚCI (NIE MEDYCZNYCH) ŚWIADCZENIODAWCÓW OPIEKI W USŁUGACH OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

WŁOCHY

- pełna opieka i częściowa w domu opieki: szczegółowe wymagania dotyczące profili zawodowych definiowane są na poziomie regionalnym. Ogólnie mówiąc, aby być uprawnionym do świadczenia usługi domowej opieki długoterminowej, wśród pracowników niemedycznych, przynajmniej znaczna większość tych pracowników musi mieć kwalifikacje Operatore Socio Sanitario (pracownika pomocy społecznej i ochrony zdrowia - OSS), a mniejsza część tych pracowników może mieć niższe kwalifikacje.⁷
- Formalna opieka domowa (świadczona przez władze lokalne): wymagania są określone na szczeblu regionalnym i są bardzo zróżnicowane. Ogólnie rzecz biorąc, pracownicy mogą mieć kwalifikację Operatore Socio Sanitario (pracownik pomocy społecznej i ochrony zdrowia), ale również mogą mieć niższe kwalifikacje lub nie mieć ich wcale.
- Nieformalna opieka domowa (prywatnie zakupiona przez gospodarstwa domowe): nie ma wymogów prawnych, nawet jeśli niektóre gminy zaczęły łączyć świadczenie wsparcia ekonomicznego na zakup tych usług na rzecz zatrudnienia osób z kwalifikacjami asystenta rodzinnego (lub podobne) i promowania kwalifikacji osób pracujących w tym sektorze.

⁷ Niższe kwalifikacje (nazwane ASA / OSA / OTA / ADB ...) w perspektywie średniookresowej znikną, ponieważ wszystkie nowo oferowane szkolenia w tej dziedzinie powinny zapewniać nową, wyższą kwalifikację OSS. Tylko niektóre regiony zachowały niższe profile w regulacji VET – kształcenia i szkolenia zawodowego.

RUMUNIA

- pełna opieka i częściowa w domu opieki: szczegółowe wymagania dotyczące profili zawodowych są określone na poziomie krajowym – istnieją Minimalne Standardy Jakości dla Centrów Opieki nad Osobami Starszymi. Wszystkie usługi w takim centrum muszą być wykonywane przez medycznych i niemedycznych pracowników wykwalifikowanych (pielęgniarki, asystenci opieki zdrowotnej i opiekunowie). Personel ma obowiązek ciągłego doszkalania w trakcie pracy.
- Formalna opieka domowa (dostarczona przez władze lokalne): wymagania są określone na poziomie krajowym - istnieją Minimalne Standardy Jakości dla usług opieki domowej nad Osobami Starszymi. Pracownicy muszą być kwalifikowani jako domowi opiekunowie osób starszych (i inni pracownicy: pielęgniarka, psycholog, fizjoterapeuta, itp.).
- Nieformalna opieka domowa (prywatnie zakupiona przez gospodarstwa domowe): jeśli gospodarstwa domowe kupują usługi opiekuńcze od upoważnionego, prywatnego usługodawcy, to obowiązują takie same wymogi jak dla usług formalnej, domowej opieki. Jeżeli osoby, które oferują usługi opieki nie mają prawnego upoważnienia, to nie ma wymogów prawnych.

POLSKA

- pełna opieka i częściowa w domu opieki: szczegółowe wymagania dotyczące profili zawodowych, standardów usług są określone na poziomie krajowym w drodze aktów prawnych i rozporządzeń właściwych ministrów - Ministra Zdrowia w przypadku usług opieki długoterminowej w systemie opieki zdrowotnej oraz Ministra Pracy i Polityki Społecznej w przypadku usług opieki długoterminowej w systemie opieki społecznej.
- Formalna opieka domowa (świadczona przez władze lokalne): j.w.
- Nieformalna opieka domowa (prywatnie zakupiona przez gospodarstwa domowe): jeśli jest finansowana / dotowana przez władze lokalne to obowiązują te same wymogi jak przy formalnych usługach. Jednak ponad 80% usług opieki długoterminowej jest wykonywana przez rodzinę, ze względu na kulturowo silne więzi rodzinne. Głównymi opiekunami są kobiety, zwłaszcza córka lub synowa, które mają wykształcenia średnie w miastach a na poziomie podstawowym, na obszarach wiejskich. Sporo zamożnych rodzin zatrudnia nieoficjalnie niewykwalifikowanych opiekunów, bardzo często imigrantów z Ukrainy.

UDZIAŁ PRACOWNIKÓW ZAGRANICZNYCH W SEKTORZE OPIEKI SPOŁECZNEJ I WSKAŹNIK EMIGRACJI PRACOWNIKÓW OPIEKI

WŁOCHY

Według dostępnych danych⁸, udział nie włoskich pracowników w sektorze opieki społecznej i zdrowotnej jest znaczący w zawodach o niższych kwalifikacjach, mniejszy w tych, które wymagają wyższych kwalifikacji :

- 0,5% lekarze
- 1,9% zarejestrowanych pielęgniarek (w stosunku do średniej europejskiej wynoszącej 11%) – głównie z Rumunii (37%) i Polski (16,3%)
- 15% pracowników pomocy socjalnej i zdrowotnej
- 70% asystentów rodzinnych /prywatnie zatrudnieni opiekunowie

⁸ Piperno F, *Welfare e immigrazione. Impatto e sostenibilità dei flussi migratori diretti al settore socio-sanitario e della cura*, CESPI, Working Papers 55/2009, March 2009 and *Mercato occupazionale sanitario e migrazioni qualificate. Infermieri, medici e altri operatori sanitari in Italia*, EMN, Rome, 2006

Nie ma danych dotyczących włoskich pracowników opieki, pracujących za granicą.

RUMUNIA

Nie ma dostępnych danych na temat udziału nie rumuńskich pracowników w sektorze opieki społecznej i zdrowotnej.

Dostępne dane na temat migracji w Rumunii z badania "Zatrudnienie i warunki pracy pracowników emigrantów-Rumunia" (Europejskie Obserwatorium Warunków Pracy - badanie opracowane przez Luminita Chivu w roku 2007)::

“W dniu 1 września 2006 r. wg. informacji przekazanych przez DMS, liczba pozwoleń na pracę udzielonych cudzoziemcom pracującym w Rumunii wyniosła 5,302 w następującym podziale na obszary działalności: 31% handel, 29% działalność produkcyjna, 21% usługi.

Z ogólnej liczby pozwoleń, 29,9% było na stanowiska kierownicze.

Brak dostępnych danych, aby ocenić specyfikę nad lub niedoboru reprezentacji pracowników emigrantów według sektorów lub zawodów..”

CRCE 2010 Colloquium - Migracja w Europie: Rumunia (Oana-Valentina Suci: Migracja i tendencje demograficzne w Rumunii: krótki przegląd historyczny):

“W 2007 roku, całkowita liczba obywateli cudzoziemców (zarówno z państw trzecich jak i UE / EOG) z ważnymi zezwoleniami (na pracę) wyniosła 49.775, o 4.225 mniej niż w 2006 roku. Jednak liczba osób ze stałymi zezwoleniami wzrosła o około 18% (z 5, 429 w 2006 r. do 6 652 w 2007). Głównymi krajami, z których pochodzą migranci czasowi pozostawały Mołdawia (11852), Turcja (6227) i Chiny (4336). Mieszkańcy czasowi z UE / EOG pochodzą głównie z Włoch, Niemiec i Francji. Większość stałych imigrantów pochodzi z Chin (1070), Turcji (976) i Syrii (757). Jednak liczba zezwoleń na pracę, przyznawanych obcokrajowcom budzi niepokój, oficjalne dane z Rumuńskiego Biura ds. Imigracji (utworzone w 2007), 3,638 zezwoleń autoryzowanych (nazwa “pozwolenie na pracę” została zmieniona) było wydanych obcokrajowcom w drugiej połowie 2007 r., z wysokim wzrostem w 2008 roku (14,389 zezwoleń na pracę), tylko w celu zmniejszenia do poziomu z 2005 r. (około 4000 zezwoleń na pracę) w roku 2009. Ubiegającymi się o zezwolenie są głównie obywatele Turcji (49%), a następnie Chińczycy (17%) i Mołdawianie (15%). Zarówno pod względem liczby udzielanych

zezwoleń i krajów pochodzenia, sytuacja jest stabilna. Około 74% pozwoleń na pracę (pozwoleń autoryzowanych) wydanych w drugiej połowie 2007 r. było dla pracowników zatrudnionych na stałe, 21% dla pracowników delegowanych .”

W 2007 r. badania na temat rumuńskiej migracji w UE (Nitulescu, OANCEA i Tanase, 2007) wykazały, że Rumuni, którzy zamierzali pracować za granicą jako główny cele podróży wybierali Włochy (23%), Hiszpanię (20%) i Wielką Brytanię (18%). Dlatego dwa główne kierunki emigracji rumuńskiej to były Włochy i Hiszpania. Około 80% rezydentów rumuńskich mieszka we Włoszech i Hiszpanii. W 2009 roku było 3.250.000 rumuńskich imigrantów pracujących za granicą, z czego 2.800.000 w krajach europejskich (Sondaj CURS, 2009)..

W 2009 roku w Niemczech, według Federalnej Agencji Pracy ok. 90,000 zezwoleń na pracę wydano dla pracowników z nowych krajów UE (głównie obywateli polskich (45%) i obywateli rumuńskich (23,5%). Choć liczbę polskich pracowników od 2007 spada, liczba rumuńskich wzrasta (2008: 21,3%). Ponadto, liczba rumuńskich pracowników sezonowych wzrasta znacznie, prawie siedmiokrotnie (ok. 31,7% wszystkich pracowników sezonowych w Niemczech) (EIRP Postępowanie , Tom. 6 (2011)) .

Według oficjalnych danych statystycznych z Instituto Nacional de Estadística z Hiszpanii, w 2009 roku było w Hiszpanii 731,806 Rumunów, (190 000 w Madrycie). (Instituto Nacional de Estadística:<http://www.ine.es/>)

We Włoszech, według Raportu Caritas, w 2008 r. było 1.016.000 Rumunów (749.000 rumuńskich pracowników - 73,7%, 239,000 członków rodziny - 23,5% oraz 28.000 (2,8%), inne kategorie). (Caritas Italiana. Romani immigrazione Lavoro in Italia. Statistiche, problemi e prospettive curadi di Franco Pittau, Antonio Ricci, Alessandro Silji, 2008)

Jeśli chodzi o sektory działalności Rumunów pracujących za granicą ok. 59,6% pracuje w usługach, 36% w przemyśle i 4,3% w rolnictwie..

W latach 2000-2005, było 10,9% lekarzy pracujących za granicą w stosunku do ogółu aktywnych lekarzy i 4,9% pielęgniarek z łącznej liczby pielęgniarek zarejestrowanych.

W 2011, 2841 lekarzy opuściło Rumunię, aby pracować za granicą. W 2012, już 1605 opuściło Rumunię, aby podjąć pracę w innych krajach. Na dzień 1 stycznia 2012 r. było 11200 rumuńskich lekarzy pracujących w krajach rozwiniętych OECD.

Nie ma oficjalnych informacji na temat rumuńskich pracowników socjalnych i ochrony zdrowia czy o prywatnie zatrudnianych rumuńskich opiekunach, którzy pracują w innych krajach.

POLSKA

Według Rocznika Demograficznego 2012, opublikowanego przez Główny Urząd Statystyczny (GUS), w 2011 r. Polskę opuściło 19 858 osób w poszukiwaniu pracy za granicą. Największa grupa (39,19%) wyemigrowała do Niemiec, a 22,32 % to Wielkiej Brytanii. Innymi bardzo popularnymi krajami przeznaczenia były: Holandia – 4,5%, Irlandia – 3,6% i Włochy – 2,6%. Niestety, dane nt. struktury zawodowej osób wyjeżdżających nie są zbierane.

W tym samym roku 15 524 osoby przyjechały do Polski z innych krajów, z czego 609 przybyło z Ukrainy, a 209 z Białorusi. Wiele kobiet z tych krajów znajduje pracę w Polsce nieoficjalnie jako opiekunki osób starszych lub gospodynie domowe, co zazwyczaj nie jest zatrudnieniem rejestrowanym, dlatego też nie ma oficjalnych danych o skali tego zatrudnienia.