

Leczenie ludzi chorych w sytuacji bezdomności.

Raport Zespołu ds. Zdrowia Warszawskiej Rady Opiekuńczej

Opracowanie: Adriana Porowska, Julia Wygnańska

Warszawa, maj 2012

Spis treści:

Wstęp	3
Definicja problemu	4
Formy pomocy i problemy zdrowotne ludzi w sytuacji bezdomności	6
Procedury – czasowe ubezpieczenie tzw. „prezydenckie”	9
Finansowanie organizacji pozarządowych	11
Podsumowanie	13

Wstęp

Warszawska Rada Opiekuńcza dla bezdomnych jest siecią, która skupia organizacje pozarządowe prowadzące blisko 50 różnych placówek udzielających wsparcia z tytułu bezdomności na terenie Warszawy i okolic. Wśród stałych współpracowników posiada także pracowników instytucji państwowych i niezależnych ekspertów. Członkowie sieci od kilku lat obserwują narastający problem związany z finansowaniem pomocy medycznej udzielanej osobom znajdującym się w sytuacji bezdomności. Było to przedmiotem debat Komisji Dialogu Społecznego ds. Bezdomności m.st. Warszawa oraz spotkań u Rzecznika Praw Obywatelskich. Powstał zespół roboczy prowadzący kampanię na rzecz dostępu osób nieubezpieczonych do świadczeń medycznych¹. Do zespołu trafiły sygnały z całej Polski od praktyków obserwujących podobny problem na swoim terytorium.

Zespół postanowił przygotować raport ilustrujący tę trudną sytuację. Jego celem jest przekonanie interesariuszy o istnieniu, dotkliwości i pilności rozwiązania problemu, jakiego doświadczają osoby znajdujące się w sytuacji bezdomności potrzebujące pomocy medycznej oraz organizacje pozarządowe udzielające im wsparcia. Kształt rozwiązania powinien być wypracowany i wprowadzony w życie przez interesariuszy posiadających do tego ustawowe kompetencje, przede wszystkim Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej oraz samorządy lokalne.

Raport powstał na podstawie relacji pracowników około 15 organizacji z całej Polski nadesłanych w marcu i kwietniu 2012 roku. Został opracowany społecznie przez członków Zespołu Roboczego ds. Zdrowia Warszawskiej Rady Opiekuńczej.

¹ <http://www.bezdomnosc.edu.pl/content/view/133/89/>

Definicja problemu

Według Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej (Art. 68) każdy ma prawo do ochrony zdrowia, a obywatelom niezależnie od ich sytuacji materialnej władze publiczne powinny zapewnić równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Szczegóły określają stosowne ustawy, na mocy których część pieniędzy wpłacanych do budżetu w formie podatków jest przeznaczanych na utrzymanie systemu opieki zdrowotnej i udzielanie stosownych świadczeń obywatelom tak, aby mieli oni poczucie, że ich prawo do ochrony zdrowia jest realizowane.

Jak wszystkie rozwiązania systemowe zaprojektowane w celu regulowania działań państwa adresowanych do dużych grup ludzi o zróżnicowanych potrzebach, rozwiązania ujęte w ustawach mające gwarantować każdemu prawo do ochrony zdrowia, w niektórych przypadkach zawodzą powodując wykluczenie pewnych grup. Taką grupę stanowią ludzie znajdujący się w sytuacji bezdomności w jej najtrudniejszym z możliwych wymiarów: bytujący dosłownie na ulicach, parkach, klatkach schodowych, altankach działkowych, miejskich zaroślach lub w noclegowniach, schroniskach i różnorodnych instytucjach zapewniających czasowe wsparcie. Wiele z nich nie tylko nie posiada domu w sensie fizycznym: brakuje im także poczucia sensu życia, korzeni, relacji społecznych i tożsamości. Znajdują się nie tylko poza systemem opieki zdrowotnej, ale ogólnie poza jakimikolwiek systemami regulującymi życie we współczesnym państwie, min. nie posiadają dowodów tożsamości ani dokumentów określonych w ustawach i przepisach uprawniających do korzystania z pomocy. Często nie posiadają kompetencji niezbędnych do funkcjonowania w ramach systemu społecznego. Istotą ich stanu jest bycie poza systemem.

Jeśli popatrzymy z perspektywy ogółu populacji Polski, zauważymy, że problem ten nie dotyczy wielu mieszkańców. Bazując na szacunkowych danych i przybliżeniach - ludzie w sytuacji bezdomności umykają również masowym statystykom – musimy przyznać, że grupa ta stanowi około półtora procenta populacji (0,8% do 1,6%)². Nie zmienia to jednak faktu, iż są to konkretni ludzie, którzy nawet, jeśli nie mają w danej chwili stosownego dowodu na papierze to posiadają niezbywalną godność ludzką. Bezdomność nie jest trwałą cechą ich charakteru tylko sytuacją „mieszkaniową”, w jakiej się znaleźli z bardzo różnych przyczyn i z której po otrzymaniu wsparcia mogą wyjść. Przy jego braku np. niemożliwość udzielenia pomocy z powodu braku odpowiedniego kwitka – „epizod” staje się (długo)trwały.

W tym miejscu konieczne wydaje się wyjaśnienie dotyczące współczesnego podejścia do definiowania bezdomności, bowiem różni się ono od tradycyjnie przyjętego w Polsce. Odchodzi się bowiem od tworzenia definicji „osoby bezdomnej” - według współczesnych rekomendacji opracowanych przez specjalistów, praktyków i badaczy z Europy, należy mówić o kontinuum „sytuacji mieszkaniowych”, w których znalezienie się oznacza bezdomność lub wykluczenie mieszkaniowe. Wśród sytuacji wymienia się min. przebywanie w przestrzeni publicznej (np. na ławce, w pustostanie, na klatce, na dworcu), mieszkanie w placówce „dla bezdomnych”, przebywanie w ośrodku dla uchodźców ale także mieszkanie „kątem” u przyjaciół lub znajomych”, w podnajmowanym pokoju czy

² Współczesne szacunki dotyczące skali bezdomności w Polsce mieszczą się w przedziale 30.000-60.000 osób. Dotyczą one osób, które znalazły się w sytuacji bezpośredniej bezdomności czyli bez dachu nad głową lub w instytucjach „dla bezdomnych” (kategorie „bez dachu nad głową” oraz „bez mieszkania” wg ETHOS). Wielkość populacji Polski szacuje się na około 38 mln.

przeludnionym lub sub-standardowym lokalu (wszystkie sytuacje (13) opisane są w ETHOS)³. Badania pokazują, że ludzie powszechnie uchodzący za spójną „grupę bezdomnych” znajdują się w bardzo różnych sytuacjach mieszkaniowych od kilku dni do kilku(nastu) lat. Polskie badania nad bezdomnością wypaczają ten fakt, ponieważ koncentrują się na tworzeniu obrazu bezdomności w jednym konkretnym punkcie w czasie, np. jednej nocy⁴. Przy takim podejściu uzyskiwany obraz jest bardzo statyczny, tymczasem w istocie wewnętrzna dynamika w tej populacji jest ogromna. W raporcie piszemy zatem o ludziach znajdujących się w sytuacji bezdomności lub ludziach korzystających z pomocy z tytułu bezdomności aby podkreślić zmienność tego stanu i jego niezależność od cech osobowych.

Wbrew powszechnemu stereotypowi **bezdomność nie jest także wyborem**. Takie przekonanie jest wynikiem uproszczeń oraz głębokiego niezrozumienia sytuacji w jakiej bytują ludzie na ulicach – jego podzielenie, a co więcej używanie go jako uzasadnienia odmowy pomocy świadczy o małej wyobraźni. Nieuprawnionym uproszczeniem jest przyjęcie, iż wybiera bezdomność osoba, która nie chce skorzystać z instrumentów pomocy społecznej przewidzianych dla ludzi bezdomnych, np. podczas mrozu śpi na parkowej ławce mimo tego, iż w miejskiej noclegowni są wolne miejsca czy nie podpisuje indywidualnego programu wychodzenia z bezdomności w miejscowym ośrodku pomocy społecznej mimo tego, iż dałoby jej to prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych finansowanych z budżetu państwa. Pomoc może być odrzucona, ponieważ jest źle zaplanowana i nie rozwiązuje rzeczywistego problemu osoby a nie dlatego, że osoba ta wybiera bezdomność. Rzetelnie analizując relacje ludzi, którzy znajdowali się lub wciąż znajdują się w sytuacji bezdomności łatwo można dostrzec, iż zawsze wiąże się to z ogromnym cierpieniem. Jedynie przypadkowym obserwatorom może wydawać się inaczej...

Wspomniane uwarunkowania systemowe oraz stereotypy znacząco utrudniają a w wielu przypadkach wręcz uniemożliwiają leczenie ludzi chorych znajdujących się w sytuacji bezdomności. Problem występuje mimo rozwiązań szczegółowych przewidzianych przez ustawodawcę – państwo nie zapomniało o bezdomnych i nieubezpieczonych zapewniając możliwość uzyskania czasowego prawa do świadczeń zdrowotnych finansowanych z budżetu państwa poprzez decyzję administracyjną samorządu lokalnego (art. 64 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

Świadectwem występowania problemu są doświadczenia instytucji, które na co dzień pomagają ludziom bezdomnym. Większość z nich jest prowadzona przez organizacje pozarządowe. Sam ten fakt świadczy o niedomaganiu instrumentów państwowych – organizacje pozarządowe z definicji wyrastają tam, gdzie pojawiły się nisze - luki. Ludzie wrażliwi na cudzy los nie potrafią przejść obok cierpienia innych zasłaniając się brakiem przepisów, procedur lub funduszy. Po prostu zatykają nos, czyszczą zaniedbaną ranę, zakładają opatrunek i podają leki mieszkańcowi śmietnikowej altanki bez względu na to czy ma dowód osobisty czy nie. Namawiają swoich znajomych np. lekarzy, aby

³ Europejska Typologia Bezdomności i Wykluczenia Mieszkaniowego ETHOS:

<http://www.bezdomnosc.edu.pl/content/blogcategory/16/71/>

, <http://www.feantsa.org/files/freshstart/Toolkits/Ethos/Leaflet/PL.pdf>

⁴ Więcej o miarach bezdomności w opracowaniu pt. „Metodologia badania bezdomności i miary podstawowe a system pomocy ludziom w sytuacji bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego” (Wygnańska, 2011):

http://www.bezdomnosc.edu.pl/images/PLIKI/Wiadomosci/opracowanie_metodologia-badania-bezdomnosc-miary-podstawowe.pdf

poświęcili pomocy innym kilka godzin społecznej pracy w tygodniu. Organizują się dalej i tworzą np. specjalistyczną poradnię zdrowia czy schronisko, gdzie w przyzwoitych warunkach mogą przebywać pacjenci wypisani ze szpitala, którzy zwyczajnie nie mają się dokąd udać. Poszukują też tańszych bądź niepotrzebnych już innym leków.

Wszystkiego jednak zrobić nie mogą. Powinno im pomóc Państwo przyjmując do wiadomości istnienie problemu, nad którym się pochylają oraz umożliwiając i wspierając jego rozwiązanie. Powinność ta jest określona min. w Preambule do Konstytucji RP poprzez wskazanie dialogu społecznego oraz zasady pomocniczości umacniającej uprawnienia obywateli i ich wspólnot jako podstaw dla naszego prawa.

Formy pomocy i problemy zdrowotne ludzi w sytuacji bezdomności

Ludzie trafiający do placówek „dla bezdomnych” mają za sobą bardzo różne historie i w związku z tym różne potrzeby. Doświadczenia praktyków wskazują, że bardzo wiele osób ma problemy zdrowotne, bez których rozwiązania nie jest możliwe podjęcie trudnej pracy wychodzenia z bezdomności. Instytucje pomocowe starają się dostosować swoją ofertę do pojawiających się potrzeb poprzez specjalizację i podział pracy. Konkretnie kształty rozwiązań lokalnych są pochodną nisz, w jakich powstały. Formy te nie podlegają żadnej standaryzacji tak jak z resztą placówki z podstawowego kanonu pomocy wypracowanego w sferze bezdomności od początku lat 90s. Nie są też ujęte w żadnym rejestrze na poziomie krajowym⁵. Wydaje się, że można mówić o trzech poziomach pomocy:

1. Pomoc lekarska udzielana w placówkach przyjmujących ludzi bezdomnych interwencyjnie, w odpowiedzi na natychmiastową potrzebę np. noclegowniach, czasem schroniskach. Obejmuje pomoc pielęgniarską i podstawową lekarską oraz zapewnienie leków i środków opatrunkowych.
2. Placówki stacjonarne z definicji „dla chorych” czasem nazywane specjalistycznymi (Warszawa), do których są przyjmowane osoby bezdomne w stanie zdrowia uniemożliwiającym im pobyt w „normalnej” placówce dla bezdomnych. Pomoc pielęgniarki, lekarza internisty, czasem lekarza psychiatry, zapewnienie leków i środków opatrunkowych.
3. Domy dla osób bezdomnych starszych, chorych i niepełnosprawnych. Pomoc pielęgniarki i lekarzy specjalistów, leki i środki opatrunkowe.
4. Punkty pomocy medycznej, poradnie zdrowia czyli instytucje o charakterze niestacjonarnym zapewniające podstawową i czasem specjalistyczną pomoc lekarską a także leki i środki opatrunkowe.

Zdarza się, że formy te się mieszają i współwystępują w ramach jednej placówki w zależności od struktury lokalnego systemu pomocy. Warto zauważyć, że praktycznie w każdym większym polskim mieście, w którym występuje problem bezdomności wykształciły się placówki adresujące swoją ofertę specyficznie do osób chorych bezdomnych (Warszawa, Kraków, Wrocław, Pomorze).

⁵ Omówienie rozwiązań występujących w Polsce znajduje się w „Raporcie z fazy diagnozy GSWB” (MPIPS).

Ilustracja pomocy udzielanej w placówkach

Aby zilustrować problem i sposoby radzenia sobie z nim wypracowane przez trzeci sektor przytaczamy niżej relacje pracowników i wolontariuszy. Pierwsza pochodzi od osoby zarządzającej kilkoma placówkami jednej organizacji w dużym mieście (min. miejska noclegownia oraz program streetworkingu). Relacja ilustruje problemy zdrowotne i pomoc udzielaną osobom przebywającym w miejscach publicznych:

Do noclegowni przychodzą z wizytą do lekarza i pielęgniarki uliczni bezdomni w celu dezynfekcji, zaopatrzenia ran, wymiany opatrunków itp. Często ich stan zdrowia okazuje się poważny. Jeżeli nie udzielimy im określonej pomocy w tym momencie, mogą nie pojawić się więcej, a wtedy należy się spodziewać, że prędzej czy później znajdą się w szpitalu gdzie ze względu na zagrożenie życia przejdą kosztowne leczenie min. zabiegi chirurgiczne itd.

Nasi pracownicy realizują także wyjazdy na dworce i w inne miejsca gromadzenia się "ulicznych bezdomnych", aby proponować im pobyt w placówce. Stan higieniczno-sanitarno-zdrowotny niektórych z nich wymaga natychmiastowej diagnostyki pod kątem np. gruźlicy. Niestety nie jest to możliwe, bowiem o ile gruźlicę, jako chorobę społeczną można leczyć bezpłatnie, to już zdjęcia RTG klatki piersiowej nikt nie zrobi nieubezpieczonemu. Tymczasem, skutki przyjęcia do schroniska w którym przebywa 150 osób, osoby prądkującej są dużo bardziej kosztowne społecznie. Bywa, że wykonanie prześwietlenia jest możliwe dopiero po trzech tygodniach tyle bowiem trwa procedura uzyskania prawa do ubezpieczenia. (Wrocław).

Kolejna ilustracja dotyczy problemów zdrowotnych i pomocy udzielanej w specjalistycznym schronisku dla chorych w okolicach dużego miasta. Lista została opracowana przez pielęgniarkę pracującą na co dzień w placówce:

- **Niedożywienie, wyniszczenie, anemia:** najczęściej dotyczą osób z ulicy, z działek lub dworca, wiele z nich ma padaczkę poalkoholową). Pielęgniarka niezbędna jest do: pobrania podstawowych badań, jeżeli lekarz zaleci przetoczenia płynów dożylnych, systematycznego podawania leków zarówno na padaczkę jak i leków wzmacniających, aby osoba taka jak najszybciej „doszła do siebie”, pilnowania przyjmowania posiłków (z reguły na początku osoby takie nie mają apetytu), odpowiedniego postępowania z chorym podczas ataku padaczki.
- **Owrzodzenia podudzi:** zdarzają się bardzo często - również u osób, które przyjechały ze szpitala, ponieważ tam zaproponowano im amputację, na co nie wyrazili zgody i trafili do nas. Owrzodzenia obejmują jedną lub dwie kończyny dolne, trzeba codziennie wykonywać opatrunki, rany są śmierzące i brudne, ponieważ chodzili na zmianę opatrunku raz w tygodniu albo rzadziej. Czasami zdejmując opatrunek, znajduje się robaki w ranie. Konieczne jest odpowiednie dozowanie i podawanie środków przeciwbólowych (oczywiście po konsultacji z lekarzem).
- **Wszawica/świerzb, zaniedbana łuszczyca:** chorzy muszą być na jakiś czas odizolowani. Systematycznie trzeba nie tylko smarować ich środkami p/świerzbowymi i p/wszawicy, ale wykonywać również zabiegi higieniczne, kąpiele, zmianę bielizny, ubrania. Wszawica zdarza się bardzo często, nawet u osób przyjętych ze szpitala. Jeśli chodzi o łuszczycę, konieczna jest konsultacja z lekarzem i smarowanie odpowiednimi środkami.
- **Cukrzyca:** W ostatnim czasie było u nas trzech cukrzyków. Należy im regularnie mierzyć cukier i podawać w odpowiednich dawkach insulinę (nie wszyscy potrafią sami to wykonać). Niedawno był pacjent po udarze, który był cukrzykiem i nie mógł nauczyć się odpowiedniego nastawienia glikometru. Stale potrzebny jest ktoś, kto zna objawy hipoglikemii, aby podczas spadku cukru odpowiednio zareagować (podać coś słodkiego do jedzenia lub odpowiednie środki dożylnie).

- **Chorzy po amputacjach:** wymagają przeważnie zmiany opatrunków. Mamy obecnie pacjenta, który jest po amputacji obydwu kończyn i niestety na jednej kończynie rana przez długi czas nie chciała się zagoić, wyciekaly z niej ogromne ilości ropy. Był wykonany posiew z rany. Pacjent otrzymał odpowiedni antybiotyk, niestety nie pomógł. W tamtym tygodniu rana otworzyła się głębiej i okazało się, że został w niej gruby szew - około 5 cm długości.
- **Chorzy po złamaniach:** Zarówno ci w gipsach jak i ci po operacji wymagają codziennego podawania zastrzyków przeciwzakrzepowych, tabletek przeciw-bólowych zleconych przez lekarza w szpitalu i oczywiście odpowiedniego dozowania, ponieważ kiedy dostają np. 1 blister leku to w trakcie bólu, w przeciągu godziny potrafią zjeść 10 tabletek. Takim chorym pielęgniarka również może zdjąć szwy.
- **Pacjenci po złamaniach z aparatem Ilizarowa:** wymagają codziennego wykonywania opatrunków, zastrzyków p/zakrzepowych i podawania tabletek przeciwbólowych.
- **Schorzenia psychiczne:** zdarzają się często. Tutaj potrzebna jest umiejętność odpowiedniego postępowania z pacjentem i oczywiście regularne podawanie leków i pilnowanie, aby pacjent przyjął je przy pielęgniarce.
- **Nowotwory:** nie zdarzają się często, ale bywają. W ostatnim czasie było dwóch pacjentów- jeden z nowotworem płuc, który jeździł na chemię i po zabiegach potrzebował fachowej pomocy pielęgniarki. Drugi jest obecnie Ośrodkiem z nowotworem pęcherza i wymaga codziennej zmiany opatrunku. Ma cewnik założony bezpośrednio do pęcherza moczowego, który trzeba przepłukiwać i pilnować terminów wymiany. (okolice Warszawy)

Opiekun innego schroniska „dla chorych” tak charakteryzuje mieszkańców:

Są to osoby chore, niesprawne (złamania kończyn, owrzodzenia powstałe w wyniku odmrożeń, poparzeń, zakrzepicy), inwalidzi ruchu poruszający się o kulach, chodzikach, na wózkach, po przebytych udarach, wylewach, amputacjach, osoby niesprawne umysłowo (chore psychicznie, upośledzone, zaburzone), mające trwałe zmiany poalkoholowe (również psychiczne), chore terminalnie. Liczna grupa osób w wyniku swojej niezaradności życiowej, nabytych uzależnień, długo nie leczonych chorób pozostawała długotrwale bezdomna, często bez żadnych dochodów, dokumentów, prawa do korzystania ze świadczeń opieki medycznej. (Warszawa).

Ilustrując dalej, warto przytoczyć skalę działania specjalistycznej poradni zdrowia dla bezdomnych w dużym mieście. Lekarze wolontariusze przyjęli w niej 8444 wizyt w 2011 roku. W poprzednich latach z pomocy poradni korzystało średnio ponad 1100 osób rocznie – część z nich kilkakrotnie. Poniżej znajduje się zestawienie wizyt z roku 2011 w podziale na specjalizacje:

Specjalizacja/rodzaj wizyty	Liczba wizyt, zabiegów
Internista	1404
Kardiolog	167
Chirurg	932
Dermatolog	741
Laryngolog	7
Psychiatra	143
Pulmonolog	459
Stomatolog	958
EKG	59
Zabiegi pielęgniarskie	488
Opatrunki	14175
Iniekcje	35
Badanie poziomu cukru	21
Pomiar ciśnienia	1698

Podobna poradnia w innym dużym mieście adresująca swoją pomoc do ludzi bezdomnych posiada następujący personel: lekarz jednocześnie kierownik zespołu lekarskiego, trzy pielęgniarki, w tym kierownik administracyjny przychodni, psycholog, farmaceuta, czterech lekarzy specjalistów (dwóch ogólnych, kardiolog, ginekolog) oraz zespół piętnastu wolontariuszy (absolwenci medycy, farmaceuci, pielęgniarki). W 2011 roku w poradni odbyło się 2713 konsultacji lekarskich (badania fizykalne, analityka, skierowania na RTG itp.), 1315 zmian opatrunków i zabiegów pielęgniarstwa, oraz konsultacje onkologiczne 22 (kobiet) z badaniem cytologicznym i USG.

Jeśli stan zdrowia człowieka jest wyraźnie i w oczywisty sposób zły, trafia do szpitala. Pomoc ratująca życie jest udzielana bez względu na posiadanie prawa do ubezpieczenia, jednak w wielu przypadkach niezbędne jest dalsze leczenie:

Do naszego szpitala bardzo często przyjmowane są osoby bezdomne nieubezpieczone, przywożone ze schroniska, noclegowni, z ulicy. Najczęściej są hospitalizowani na oddziale wewnętrznym i chirurgicznym ogólnym. Chorzy trafiają w ciężkim lub bardzo ciężkim stanie zdrowia, z ciężkimi zapaleniami płuc, odleżynami, odmrożeniami, ranami, bardzo zaniedbani higienicznie. Najczęściej wymagają izolacji z przyczyn epidemiologicznych, a także drogiej terapii lekowej oraz wielokierunkowej diagnostyki. [...] Po wypisaniu ze szpitala ze względu na brak środków finansowych nie realizują recept, nie leczą się w POZ i nie korzystają z poradni specjalistycznych gdyż nikt ich nie przyjmie bez ubezpieczenia. Nie lecząc się wracają do naszego szpitala. [...] ogólnie wypisywanie ze szpitala jest problematyczne gdyż nie wszyscy mogą ze względu na stan zdrowia wrócić do noclegowni lub schroniska bowiem nie ma tam odpowiedniego personelu do opieki nad np. leżącymi. Tacy pacjenci powinni być umieszczeni w ZOL gdzie nie trafiają ze względu na brak dochodów (Łódź).

Poziom skomplikowania, długotrwałość oraz niepełna skuteczność procedury w ramach której szpitale uzyskują zwrot kosztów poniesionych z tytułu udzielenia pomocy osobie nieubezpieczonej powodują niechęć do przyjmowania osób o takiej charakterystyce.

Procedury – czasowe ubezpieczenie tzw. „prezydenckie”.

Każda placówka przyjmująca osoby chore bezdomne zatrudnia pracownika socjalnego lub posiada ugruntowaną bieżącą współpracę z pracownikiem socjalnym z lokalnego ośrodka pomocy społecznej, pobliskiego schroniska lub szpitala. Podobnie jest w szpitalach. Jeśli tylko jest to możliwe pracownicy przeprowadzają procedurę, w ramach której nieubezpieczeni pacjenci uzyskują prawo do świadczeń zdrowotnych finansowanych z budżetu państwa czyli tzw. „ubezpieczenie prezydenckie” (art. 64 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Pracownik socjalny przeprowadza rodzinny wywiad środowiskowy z pacjentem i na jego podstawie kieruje wnioskiem do prezydenta, burmistrza lub wójta gminy o wydanie decyzji administracyjnej przyznającej okresowe prawo do świadczeń zdrowotnych finansowanych z budżetu państwa. Przeprowadzanie tej procedury to podstawowe zajęcie pracowników socjalnych mających pod opieką osoby chore bezdomne. Przykładowo pracownik socjalny ze specjalistycznej poradni zdrowia w 2011 roku udzielił 1030 konsultacji w tej sprawie. Dwa warszawskie szpitale

miejskie słynące z przyjmowania osób bezdomnych średnio miesięcznie prowadzą trzydzieści takich spraw.

Doświadczenia organizacji pokazują, że mimo szerokiego wykorzystywania tej procedury istnieją sytuacje, w których ludzie wymagają pomocy medycznej a jednocześnie nie posiadają żadnego prawa do ubezpieczenia w momencie, w którym pomoc jest niezbędna. Ludzie właśnie w takich sytuacjach stanowią zasadniczą grupę podopiecznych organizacji pozarządowych, które udzielają im wsparcia w formach opisanych wyżej. Pracownicy organizacji po udzieleniu niezbędnej dla zdrowia pomocy niezwłocznie przechodzą do realizacji procedury. Nie jest to łatwe, ponieważ sytuacja formalno-prawna ludzi w sytuacji bezdomności bywa – najczęściej – bardzo skomplikowana. Ilustruje to relacja pracownika schroniska specjalistycznego dla chorych:

Zazwyczaj mieszkańcy przy przyjęciu nie posiadają kompletu dokumentów: dowodów osobistych, ubezpieczeń zdrowotnych, dokumentacji medycznej. Z pomocą pracownika socjalnego i opiekunów rozpoczynają rozwiązywanie swoich problemów. Stopień skomplikowania ich spraw proporcjonalnie wpływa na długość ich rozwiązywania. W przypadku, gdy mieszkaniec jest nieubezpieczony pracownik przystępuje do przeprowadzenia wywiadu środowiskowego w celu objęcia ubezpieczeniem 90-ciodniowym. Dokument potwierdzający ubezpieczenie przychodzi po około miesiącu. W tym czasie mieszkaniec musi korzystać z pomocy medycznej (lekarskiej i pielęgniarskiej) w schronisku, a także chodzi na wizyty do przychodni dla bezdomnych. Konieczne natychmiastowo wizyty lub badania u specjalistów opłacamy prywatnie, a gdy nastąpi nagle pogorszenie stanu zdrowia wzywamy karetkę pogotowia. Standardowo mieszkaniec rozpoczyna procedurę załatwiania ubezpieczenia zdrowotnego, dowodu osobistego, orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, świadczeń socjalnych, a w dalszej kolejności Domu Pomocy Społecznej, Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego (w przypadku postępującej choroby nowotworowej mieszkańca w stanie paliatywnym – hospicjum). Procedury trwają zazwyczaj wiele miesięcy, podczas których osoba wymaga opieki medycznej. [...] Niejednokrotnie sprawy mieszkańców przedłużają się nawet ponad rok z powodu spraw sądowych poszczególnych gmin, które spierają się o to, do której z gmin osoba bezdomna przynależy (Warszawa).

Podobne problemy dostrzegają pracownicy socjalni zatrudnieni w szpitalach. Przytaczamy relację pracownika szpitala, który słynie z tego, że mimo utrudnień regularnie udziela wsparcia ludziom w sytuacji bezdomności:

Pacjenci [bezdomni] w większości przypadków nie posiadają ubezpieczenia, czasami posiadają decyzję na 90 dni, ponieważ wcześniej byli leczeni w innych szpitalach. Często nie posiadają dowodów osobistych. Jako pracownik socjalny po przeprowadzeniu wywiadu środowiskowego wysyłam wnioski do Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w celu potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ale czas oczekiwania na otrzymanie decyzji jest bardzo długi trwa ponad miesiąc, pacjenta już dawno nie ma w szpitalu (Łódź).

Dalsze utrudnienia cytujemy za kolejnym pracownikiem socjalnym:

- *Na terenie hostelu przebywają dwie osoby ubezwłasnowolnione. Z racji problemów z ustaleniem opiekunów prawnych lub kuratorów dla tych osób nie można ich ubezpieczyć.*
- *Kolejną grupą osób są obcokrajowcy bez karty pobytu, obywatele spoza Unii, rumuńscy Cyganie przebywający w Polsce.*
- *Zdarza się, że gmina nie chce ubezpieczyć osoby ze względu na wcześniejszy „brak współpracy” osoby bezdomnej (poza sytuacjami pilnymi, gdy prosi szpital).*
- *Osoby nie przebywające w stałym miejscu koczowania. Nie można wskazać miejsca pobytu.*

- *Gmina nie chce realizować świadczeń wobec osób, które od lat nie przebywają na jej terenie choć są tam zameldowane, twierdząc, że to już nie jest ich mieszkaniem. Próbują przerzucić odpowiedzialność na gminę przebywania.*

Nie przytoczyliśmy tu rzadko występujących przypadków naprawdę bardzo szczególnych w których mimo ogromnych starań uzyskanie prawa do ubezpieczenia nie tylko jest długotrwałe ale praktycznie niemożliwe. W większości znanych nam przypadków procedura tzw. „Ubezpieczenia prezydenckiego” zawodzi w następujących sytuacjach:

- Niemożliwości ustalenia tożsamości osoby i braku dokumentów
- Niemożliwości ustalenia gminy ostatniego zameldowania na pobyt stały
- Braku przytomności/świadomości osoby
- Opuszczenia szpitala przed zakończeniem a czasem nawet rozpoczęciem procedury
- Zgonu podczas trwania procedury lub przed jej rozpoczęciem

Występowanie tych sytuacji należy wziąć pod uwagę planując efektywny system pomocy adresowany do tej grupy.

Finansowanie organizacji pozarządowych

Sposób finansowania działalności organizacji pozarządowych związanej z leczeniem ludzi w sytuacji bezdomności zależy od rozwiązań przyjętych przez poszczególne samorządy lokalne w odniesieniu do problemu bezdomności w ogóle. Jest to konsekwencją różnic w lokalnym charakterze zjawiska bezdomności. Na przykład według szacunków w Warszawie od 40 do 60% osób korzystających ze schronisk pochodzi spoza Warszawy podczas gdy w innych mniejszych miastach odsetek ten jest znacznie mniejszy. Wpływa to bezpośrednio na możliwości udzielania pomocy, której istotnym kryterium jest ustalenie „przynależności administracyjnej” np. gminy ostatniego zameldowania na pobyt stały.

Bardzo rzadko zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych ludzi trafiających do placówek organizacji pozarządowych finansowane jest wprost. Prawie nigdy organizacja nie uzyskuje całkowitego finansowania z jednego źródła.

W toku gromadzenia danych do raportu zidentyfikowano następujące sposoby finansowania. Nie jest to katalog wyczerpujący ani też szczegółowy – jego celem jest pokazanie głównych modeli:

- Dofinansowanie w ramach powierzenia lub zlecenia zadania w trybie Ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie przez samorząd lokalny, jeśli ten uzna, iż nie ma przeciwwskazań dla finansowania działań o charakterze medycznym prowadzonych przez organizacje pozarządowe (np. Gdynia).
- System finansowania indywidualnego (np. Gdynia): Placówki dla bezdomnych przyjmują osoby skierowane przez ośrodek pomocy społecznej poprzez decyzję administracyjną, w ramach której do placówki wraz z osobą trafia zasiłek celowy na pokrycie kosztów schronienia. Wszystkie zasiłki stanowią podstawowy budżet placówki, z którego finansowana jest jej działalność min. zatrudnienie pielęgniarki czy lekarza, jeśli jest to ujęte w

porozumieniu między organizacją a OPS. Zakres działalności placówki jest przedmiotem porozumienia między samorządem a organizacją, którego zawarcie jest warunkiem kierowania osób do placówki.

- Dofinansowanie projektów organizacji w różnorodnych konkursach dla organizacji pozarządowych min. Krajowym Programie „Powrót osób bezdomnych do społeczności” MPiPS, Funduszu Inicjatyw Pozarządowych, czy konkursów ogłaszanych na poziomie wojewódzkim, i innych. Niektóre organizacje starają się i uzyskują dofinansowanie z Funduszu Postpenitencjarnego (Ministerstwo Sprawiedliwości).
- Zasiłek celowy idący za osobą skierowaną przez OPS w drodze decyzji administracyjnej (Pomorze).
- Środki własne, wkład rzeczowy, wolontariat.

Każdy z powyższych modeli ma swoje ograniczenia, których doświadczają organizacje.

Zdaniem niektórych samorządów lokalnych (min. m.st. Warszawa, Wrocław) nie jest możliwe powierzanie bądź zlecanie zadań o charakterze medycznym organizacjom pozarządowym wspierającym ludzi w sytuacji bezdomności. Aby nie doprowadzać do upadania placówek stosuje się rozwiązania okężne np. pielęgniarki zatrudnia się jako koordynatorki a poradnię zdrowia nazywa punktem informacyjnym dla bezdomnych.

W wydziałowo-resortowej strukturze polskiej administracji bezdomność jest przypisana do „pomocy społecznej” a ta jak wiadomo, nie zajmuje się leczeniem. Z kolei „zdrowie” nie zajmuje się bezdomnością ponieważ jest to domena pomocy społecznej. Dlatego tradycyjnie oczekuje się, iż organizacje zajmujące się bezdomnością będą startować w konkursach jedynie na zadania z zakresu pomocy społecznej.

Krajowe i wojewódzkie programy/konkursy dla organizacji pozarządowych jeśli umożliwiają finansowanie takiej działalności to nie-wprost. Jedynie w ramach funduszu pomocy postpenitencjarnej możliwe jest otwarte aplikowanie o dofinansowanie kosztów leczenia (2012). Fundusz ten jednak nie może być wykorzystywany przez wszystkie organizacje z innych względów. W warunkach pozostałych konkursów figuruje zastrzeżenie o niemożliwości przeznaczenia dotacji na koszty leczenia osób bezdomnych. Warto zauważyć, iż mimo powszechnie występujących problemów zdrowotnych wśród ludzi bezdomnych, w tym chorób niosących zagrożenie dla zdrowia publicznego (min. gruźlica) żaden konkurs prowadzony przez Ministerstwo Zdrowia nie zawiera priorytetu pozwalającego na dofinansowanie działań organizacji tego sektora.

W praktyce organizacje ten rodzaj działania finansują z nielicznych środków własnych czyli darowizn i dotacji od instytucji prywatnych i/lub uzupełniają braki wolontariatem lub pracą po godzinach. Zdarza się, że muszą ograniczyć zakres świadczonej pomocy, ponieważ po prostu nie są w stanie pracować więcej.

Podsumowanie

Doświadczenia każą przypuszczać, że zawsze będą istniały sytuacje, w których ludzie – zwłaszcza znajdujący się w sytuacji bezdomności - będą potrzebowali pomocy lekarskiej i jednocześnie nie będą posiadali prawa do niej w świetle aktualnych procedur. Inne doświadczenia każą przypuszczać, że zawsze będą istnieli ludzie, którzy widząc taką sytuację zechcą udzielić pomocy nie tylko indywidualnej osobie ale również większej grupie tworząc i prowadząc organizacje pozarządowe, mimo trudności. To ludzie z misją, którzy są dumni ze swojej działalności i nie oczekują, iż państwo w całości ich zastąpi. Mają jednak nadzieję na uzyskanie wsparcia wypracowanego w drodze społecznego dialogu i w myśl zasady pomocniczości, tak dumnie wpisanej do Preambuły Konstytucji RP.

Obecnie na hasło „leczenie bezdomnych” wpisane w wyszukiwarce internetowej pojawia się lista artykułów, których autorzy obliczają ile szpitale „tracą” na leczeniu ludzi nieubezpieczonych. Taka retoryka powinna być uzupełniona relacjami ludzi, którym uratowano życie dzięki interwencji bez oglądania się na procedury. Niestety, dziennikarzom, dyrektorom szpitali, urzędnikom, nam, ciężko oceniać efektywność działań miarą inną niż finansowa – uratowane ludzkie życie nie może się przebić jako wskaźnik jakości naszych działań. Trzeba to zmienić.