

STRATEGIA ROZWOJU USŁUG SPOŁECZNYCH

– ETAP PIERWSZY

OKRES PROGRAMOWANIA:

2021 – 2040

Projekt

SPIS TREŚCI

WPROWADZENIE.....	4
Rozdział I. DIAGNOZA STRATEGICZNA OBSZARÓW PROCESU DI.....	9
1. Rodzina – dzieci z niepełnosprawnościami i dzieci pełnosprawne.....	9
1.1 Struktura rodzin w Polsce	9
1.2 Współczynnik dzietności w Polsce i jego uwarunkowania	10
1.3 Sytuacja materialna gospodarstw domowych	12
1.4 Polityka prorodzinna.....	13
1.5 Program „Rodzina 500+”	15
1.6 Dzieci pozbawione opieki rodziców.....	16
1.7 Dzieci z niepełnosprawnością w placówkach całodobowych.....	17
1.8 System wsparcia dzieci	18
1.9 Wnioski i rekomendacje	20
2. Osoby starsze	22
2.1 Starzenie się ludności	22
2.2 Wspieranie aktywności osób starszych	23
2.3 Wzrost zapotrzebowania na opiekę	24
2.4 Zapewnienie opieki.....	25
2.5 Sytuacja materialna	30
2.6 Wnioski i rekomendacje	31
3. Osoby z zaburzeniami psychicznymi.....	33
3.1 Czym są zaburzenia psychiczne?	33
3.2 Liczebność i struktura osób z zaburzeniami psychicznymi.....	34
3.3 Deinstytucjonalizacja usług na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi w obszarze ochrony zdrowia psychicznego w Polsce.....	36
3.4 Wsparcie osób z zaburzeniami psychicznymi.....	38
3.5 Wnioski i rekomendacje	40
4. Dorosłe osoby z niepełnosprawnościami	41
4.1 Istota niepełnosprawności.....	41
4.2 Liczebność i struktura osób z niepełnosprawnościami w Polsce	43
4.3 Rehabilitacja społeczna i zawodowa osób z niepełnosprawnościami.....	44
4.4 Wsparcie osób z niepełnosprawnościami	48

4.5 Sytuacja materialna osób z niepełnosprawnościami	51
4.6. Kręgi wsparcia.....	55
4.7 Wnioski i rekomendacje	56
5. Osoby w kryzysie bezdomności	57
5.1 Bezdomność jako skrajna forma wykluczenia	57
5.2 Liczebność i struktura osób doświadczających bezdomności	58
5.3 Wsparcie osób w kryzysie bezdomności	60
5.4 Wnioski i rekomendacje	62
6. Diagnoza systemu wsparcia	63
6.1 Usługi opiekuńcze	63
6.2 Mieszkania chronione.....	64
6.3 Ośrodki wsparcia	65
6.4 Rodzinne domy pomocy	66
6.5 Domy pomocy społecznej.....	67
6.6 Kadry realizujące usługi społeczne w pomocy społecznej.....	71
Rozdział II. ISTOTA PROCESU DEINSTYTUCJONALIZACJI	73
1. Definicja procesu deinstytucjonalizacji	73
2. Opieka nad dzieckiem z niepełnosprawnością i pełnosprawnym.....	75
3. Opieka nad osobami starszymi i przewlekle somatycznie chorymi, z niepełnosprawnościami i psychicznie chorymi.....	81
3.1 Opieka nieformalna - rodzinna i świadczona przez osoby z najbliższego otoczenia.....	82
3.2 Opieka formalna - usługi systemu pomocy społecznej.....	84
3.3 Opieka formalna - usługi opieki długoterminowej systemu ochrony zdrowia.	87
4. Nowy system opieki długoterminowej	89
5. Przeciwdziałanie bezdomności w oparciu o usługi środowiskowe	93
6. Nadzór nad standardem realizacji usług i ich jakością.....	95
Rozdział III. WIZJA I CELE STRATEGICZNE	98
Rozdział IV. REALIZATORZY I MONITOROWANIE DZIAŁAŃ	119
Rozdział V. FINANSOWANIE DZIAŁAŃ STRATEGICZNYCH	127
Rozdział VI. WSKAŹNIKI MONITORUJĄCE REALIZACJĘ CELÓW STRATEGII	130
WYKAZ TABEL I ILUSTRACJI	139

WPROWADZENIE

Działania na rzecz godnego życia obywateli to istota funkcjonowania państwa prawa.

Zgodnie z art. 30 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej *„Przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych”*¹. Zatem działania Organów Państwa, instytucji, różnych poziomów władzy, a także organizacji społecznych powinny w pierwszej kolejności mieć na celu poszanowanie praw człowieka i obywatela oraz troskę o jego godność.

Szczególne miejsce w społeczeństwie należy jest grupom społecznym, które z racji swoich indywidualnych cech i szeroko rozumianych uwarunkowań, mogą być narażone na jakikolwiek przejaw dyskryminacji.

Dotyczy to w szczególności takich grup jak:

- a) dzieci z niepełnosprawnościami i pełnosprawnych;
- b) dorosłych osób z niepełnosprawnościami;
- c) osób mających problemy ze zdrowiem psychicznym;
- d) osób starszych;
- e) osób w kryzysie bezdomności.

W art. 19 Konwencji ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych (KPON) osobom niepełnosprawnym przyznaje się prawo do *„życia w społeczeństwie, wraz z prawem dokonywania wyborów, na równi z innymi osobami”*, wymagając od państwa zapewnienia ***„szerokiego zakresu usług wspierających świadczonych w domu lub w placówkach zapewniających zakwaterowanie oraz do innych usług wspierających, świadczonych w społeczności lokalnej, w tym do pomocy osobistej niezbędnej do życia i włączenia w społeczność oraz zapobiegającej izolacji i segregacji społecznej”***².

Mając na uwadze powyższe należy podjąć wszystkie możliwe działania mające na celu stworzenie godnych warunków życia dla wszystkich obywateli, szczególnie zaś dla grup defaworyzowanych. Przejawiać się to będzie w realizacji działań zmierzających do zaspokojenia potrzeb osób wymagających wsparcia, poprzez stworzenie takiego systemu

1 Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, art. 30.

2 Artykuł 19, Konwencja Organizacji Narodów Zjednoczonych o prawach osób niepełnosprawnych.

realizacji usług, który gwarantował będzie możliwość dokonania przez osobę wymagającą wsparcia, osobistego, niczym nie zdeterminowanego wyboru, najbardziej optymalnej formy realizacji usługi.

Powyższe założenie potwierdzają zapisy „*Ogólnoeuropejskich wytycznych dotyczących przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności*”, w których czytamy: „*Każda osoba potrzebująca opieki lub wsparcia powinna być zaangażowana w podejmowanie decyzji dotyczących takiej opieki lub wsparcia oraz mieć jak największą kontrolę nad swoim życiem. Taka wizja osiągnięć życiowych przy zapewnieniu odpowiedniego wsparcia powinna leżeć u podstaw krajowych, regionalnych i lokalnych planów przejścia od opieki instytucjonalnej doświadczonej na poziomie społeczności lokalnych*”³.

Osiągnięcie powyższych założeń wymagać będzie podjęcia się realizacji szeregu reform systemowych państwa, których realizacja musi zostać rozłożona w czasie. Rozłożenie w czasie niezbędnych procesów, pozwalających na rzeczywistą, trwałą i skuteczną zmianę jest gwarantem tego, że proces deinstytucjonalizacji, zwany dalej również „procesem DI”, odbędzie się w sposób gwarantujący poszanowanie praw poszczególnych grup użytkowników, minimalizujący ryzyko szkód i zapewniający korzyści wszystkim uczestnikom procesu⁴.

Zawarte w dokumencie dane ujęte w rozdziale „*Diagnoza strategiczna*”, wskazują jednoznacznie na konieczność realizacji procesów deinstytucjonalizacji w dwóch etapach:

ETAP	PERSPEKTYWA CZASOWA	KLUCZOWE ZADANIA
ETAP PIERWSZY	Realizowany w latach 2021 - 2040	<ul style="list-style-type: none">• edukacja wszystkich interesariuszy procesów DI, w zakresie konieczności podejmowania działań zwiększających udział osoby w wyborze sposobu realizacji usług,

3 Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności” ,www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/17881/12.pdf, str. 22.

4 por. Tamże, str. 10.

		<ul style="list-style-type: none"> • stworzenie krajowych, regionalnych i lokalnych planów deinstytucjonalizacji usług społecznych, • rozbudowa systemu usług środowiskowych pozwalających na rzeczywisty wybór w zakresie sposobu świadczenia usług, • koordynacja usług realizowanych przez różne systemy wsparcia, • kontynuowanie działań z zakresu deinstytucjonalizacji pieczy zastępczej, • zmiana sposobu funkcjonowania placówek opieki całodobowej, • priorytet działań w zakresie profilaktyki środowiskowej, • analiza stanu prawnego i dostosowanie obowiązujących przepisów do wymogów DI, • rozwój kadr świadczących usługi społeczne, • opracowanie narzędzi pozwalających na bieżący monitoring procesów DI, • rozbudowa systemu mieszkalnictwa wspomaganeego, • rozbudowa miejsc czasowego pobytu z usługami, • podejmowanie działań zmierzających do ekonomicznego usamodzielnienia osób z niepełnosprawnościami poprzez ich aktywizację zawodową,
--	--	---

Działania zaproponowane w pierwszym etapie są kluczowe z uwagi na powodzenie

procesów deinstytucjonalizacji usług. Projektowane działania mają spowodować osiągnięcie pierwszego, najistotniejszego celu procesu DI – tj. stworzenia skutecznego systemu realizacji usług w środowisku lokalnym. Projektowane w pierwszym etapie działania są zgodne z zapisami Wytycznych, które określają je następująco: „Zobowiązania te powinny iść w parze z działaniami na rzecz zwiększenia potencjału opieki rodzinnej i środowiskowej bądź ze wsparciem mającym zagwarantować, że zakłady nie zostaną zamknięte przed wdrożeniem odpowiednich usług. Strategiom i planom działania powinien również towarzyszyć budżet, w którym zostanie wskazany sposób finansowania nowych usług”⁵.

<p>ETAP DRUGI</p>	<p>Realizowany w latach 2041 - 2050</p>	<ul style="list-style-type: none"> • moratorium na budowę nowych instytucji opieki całodobowej, • metodyczne i określone w ramach czasowych likwidowanie miejsc stacjonarnej opieki całodobowej, • zagwarantowanie powrotu do społeczności lokalnych wszystkim użytkownikom opieki całodobowej, • pełne zagwarantowanie świadczenia usług w środowisku lokalnym dla każdego obywatela, • praktyczne wdrożenie idei niezależnego życia dla każdej osoby z niepełnosprawnościami,
<p>W drugim etapie realizacji Strategii osiągnięte zostaną cele działań z zakresu deinstytucjonalizacji, w postaci stabilnego i trwałego systemu realizacji usług społecznych w środowisku zamieszkania, trwałego włączenia społecznego osób defaworyzowanych, co przyczyni się do braku konieczności korzystania z usług stacjonarnych całodobowych świadczeń opiekuńczych.</p>		

Tabela nr 1. Etapy wdrażania Strategii Rozwoju Usług Społecznych w Polsce.

⁵ Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności” ,www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/17881/12.pdf, str. 71.

Dokument „*Strategia rozwoju usług społecznych – etap pierwszy. Okres programowania 2021-2040*” jest polityką publiczną w rozumieniu art. 5 pkt 7b ustawy z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz. U. z 2021 r. poz. 1057, z późn. zm.).

Dokument stanowi wytyczne do działań, które programuje się do realizacji w pierwszym etapie procesu przewidzianego na lata 2021 – 2040. Pozostałe działania zostaną szczegółowo opisane i zaplanowane po dokonaniu szczegółowej analizy realizacji celów, wynikających z niniejszego dokumentu.

Dokument koreluje z projektem aktualizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu, Aktualizacja 2021-2027 z perspektywą do roku 2030 oraz Strategią na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami, przyjętą Uchwałą Nr 27 Rady Ministrów z dnia 16 lutego 2021 r., w sprawie przyjęcia dokumentu Strategia na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami 2021–2030 (M. P. z 2021 r. poz. 218)⁶.

Ze względu na swoją złożoność działania zaplanowane do realizacji w: „*Strategia rozwoju usług społecznych – etap pierwszy. Okres programowania 2021-2040*”, wymagają starannego planowania, koordynacji i kontroli oraz zaangażowania wszystkich dostępnych zasobów, a także stworzenia warunków do nowych, niezbędnych do realizacji usług.

⁶ <http://niepelnosprawni.gov.pl/a,1180,strategia-na-rzecz-osob-z-niepelnosprawnosciami-2021-2030-ogloszona-w-dzienniku-urzedowym-rzeczypospolitej-polskiej-monitor-polski>

Rozdział I. DIAGNOZA STRATEGICZNA OBSZARÓW PROCESU DI

1. Rodzina – dzieci z niepełnosprawnościami i dzieci pełnosprawne

Rodzina jest naturalnym środowiskiem narodzin i rozwoju człowieka. Z tego powodu jest ona podstawową instytucją społeczną, która poprzez swoje funkcje kształtuje strukturę społeczną. Realizacja funkcji rodziny wiąże się z zaspokojeniem potrzeb jej członków, którzy jednocześnie są członkami społeczeństwa. Szczęście rodzinne uważane jest za jedną z podstawowych wartości i cel życiowy wielu Polaków. Więzy rodzinne w Polsce cechują się dużą siłą i stabilnością. Wpływa na to nie tylko terytorialna koncentracja, która jest charakterystyczna dla większości rodzin w naszym kraju, ale również powiązana z tym, utrzymująca się na wysokim poziomie częstotliwość spotkań z bliskimi oraz skala zażytych, przyjacielskich relacji między krewnymi⁷.

1.1 Struktura rodzin w Polsce

Ostatnie pełne badanie rodzin w Polsce zostało przeprowadzone w ramach NSP 2011, a więc 10 lat temu (obecnie jest przeprowadzany NSP 2021). Z danych tych wynika, że w 2011 roku w Polsce było ok. 8 153,2 tys. rodzin. Niezmiennie najczęstszym typem rodziny pozostawało małżeństwo z dziećmi. W 2011 roku rodzin takich było 5 456,8 tys. i stanowiły prawie połowę (49,7%) ogółu rodzin. Ok. 316,5 tys. rodzin w Polsce to związki partnerskie (kohabitacyjne), tworzone głównie przez osoby mieszkające w miastach. Ponad połowa tych par (171,3 tys.) były to rodziny z dziećmi. W 2011 roku odnotowano nieco ponad 2 696 tys. małżeństw bez dzieci. Przeszło co czwarta rodzina była tworzona przez samotnego rodzica z dziećmi. Liczba rodzin niepełnych wynosiła 2 503 tys., przy czym ok. 2/3 tych rodzin mieszkało w mieście. W celu zobrazowania bardziej aktualnego składu rodziny w Polsce można posłużyć się badaniami CBOS z 2019 roku⁸. Jak z nich wynika, obecnie niemal połowa Polaków (49%) realizuje model rodziny dwupokoleniowej, nuklearnej – składającej się z rodziców i dzieci. Odsetek osób żyjących w dużej, wielopokoleniowej rodzinie wynosi 22%, a w małżeństwie

⁷ Fundacja CBOS, *Więzy rodzinne*, komunikat z badań nr 61/2019. Kwiecień 2019.

⁸ Fundacja CBOS, *Preferowane i realizowane modele życia rodzinnego*, komunikat z badań nr 46/2019. Kwiecień 2019.

bez dzieci - 11%. Co dziesiąta żyje obecnie samotnie (10%). Grupa żyjących w związkach nieformalnych stanowi 3%, a 1% to osoby samotnie wychowujące dzieci.

W okresie międzypisowym realizowane były m.in. międzynarodowe badania panelowe „Generacja i Rodzina”⁹, z których wynika, że coraz trudniej jest mówić o standardowej polskiej rodzinie, a raczej o różnorodności jej form. Dominującą formą jest nadal małżeństwo z dzieckiem lub dwójką dzieci. Jednak coraz więcej osób będących w związku pozostaje bezdzietnych, a z drugiej strony wiele par świadomie decyduje się na wielodzietność. Coraz częściej małżeństwo się rozpada, a rozwiedzeni małżonkowie tworzą nowe rodziny bądź decydują się samodzielnie wychowywać dzieci (głównie matki). Coraz więcej osób nie decyduje się też na zawarcie związku małżeńskiego, chociaż mają dzieci.

1.2 Współczynnik dzietności w Polsce i jego uwarunkowania

W ostatnich latach można zauważyć wyraźne przesunięcie wieku, w którym podejmowana jest decyzja o zakładaniu rodziny na późniejszy okres. Może to wynikać ze zmian kulturowych, z faktu powszechnego podejmowania studiów, szczególnie przez kobiety oraz z odkładania tej decyzji na bliżej nieokreślony moment osiągnięcia odpowiedniego szczebla w karierze zawodowej. Późniejsze małżeństwo często oznacza późniejsze rodzicielstwo, co skutkuje potencjalnie mniejszą liczbą dzieci. Wynika to chociażby z faktu skrócenia okresu pomiędzy momentem zawarcia małżeństwa a końcem płodności kobiety oraz przesunięciem planów prokreacyjnych na trzydzieste lata jej życia, kiedy to naturalne możliwości poczęcia dziecka zaczynają spadać¹⁰.

Jak wynika z badań CBOS, przeprowadzonych w 2019 roku¹¹, pragnienie posiadania

9 I. Kotowska, M. Mynarska kierują polską edycją badań Generacje i Rodziny w ramach międzynarodowego programu Generations and Gender Programme (GGP). W programie obecnie uczestniczy 21 krajów - głównie z Europy. W ramach niego co 3 lata prowadzone są panelowe badania na losowej próbie od 15 do 20 tys. respondentów w wieku 18–79 lat w każdym z krajów,

<https://forsal.pl/gospodarka/demografia/artykuly/8102395,badanie-nie-sposob-mowic-dzis-o-jednej-standardowej-polskiej-rodzinie.html>,

10 Paweł Ulman, *Polska rodzina w świetle wybranych badań statystycznych*, Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie, *Studia Socialia Cracoviensia* 6 (2014) nr 1 (10), s. 153-167.

11 Fundacja CBOS, *Preferowane i realizowane modele życia rodzinnego*, komunikat z badań nr 46/2019. Kwiecień 2019.

potomstwa jest niemal powszechne. Tylko dwie osoby na sto nie chcą mieć żadnego dziecka (2%). Najliczniejszą grupę stanowią ci, którzy chcieliby mieć dwoje dzieci (47%), a nieco ponad 1/4 Polaków (28%) deklaruje chęć posiadania trojga. Istotnie rzadziej badani za optymalne rozwiązanie uważają posiadanie jedynaka (6%), czworga dzieci (7%) lub jeszcze większej ich liczby (4%), natomiast 2% ankietowanych pozostawia sprawę liczby dzieci otwartą, a 4% nie ma określonej upragnionej liczby dzieci.

Tymczasem wg danych GUS od wielu lat wskaźnik dzietności w Polsce osiąga wskaźniki poniżej prostej zastępowalności pokoleń, wynoszącej 2,1 dziecka przypadającego na kobietę będącą w wieku rozrodczym. W latach 2003 – 2008 współczynnik ten wzrastał z 1,222 do 1,390, następnie w 2014 roku zmniejszył się do poziomu 1,259 i w 2017 roku nastąpił jego ponowny wzrost do wartości 1,453. Od tego czasu dzietność w Polsce nieznacznie spada i w 2019 roku współczynnik ten osiągnął wartość 1,419.

H. Kelm twierdzi, że „posiadanie dzieci nie jest wyłącznie skutkiem ekonomicznych kalkulacji, jednak obawy potencjalnych rodziców o bezpieczeństwo ekonomiczne rodziny i jej poziom życia ciążą na decyzjach o posiadaniu i liczbie dzieci”. Dodaje, że „niski poziom dzietności polskich rodzin jest w części ciągle skutkiem obaw przed wysokimi kosztami posiadania dzieci, w tym kosztami utraconych możliwości zarobkowych”. Podkreśla, że „wychowanie dziecka, oprócz konieczności poniesienia znacznych nakładów finansowych, związane jest z koniecznością zaangażowania ogromnej ilości czasu. Czas poświęcony na wychowanie dziecka, a nie przeznaczony na pracę zarobkową, stanowi tzw. koszt traconych możliwości zarobkowych”¹².

Zgodnie z szacunkami Centrum im. A. Smitha z 2018 roku, koszt wychowania jednego dziecka w Polsce (do osiągnięcia 18 r.ż.) mieści się w przedziale od 190 do 210 tys. zł, a dwójki dzieci od 350 do 385 tys. zł, trójki zaś od 460 do ponad 500 tys. zł (koszty wychowania trzeciego dziecka stanowią ok. 60% kosztów wychowania pierwszego)¹³.

Jak wskazują badania, rodzina i dzieci należą do najważniejszych wartości Polaków, jednakże obawiają się oni posiadania dzieci ze względu na trudne warunki materialne (74%) oraz

12 Koszty wychowania dzieci 2018. Informacja prasowa Centrum Im. Adama Smitha, Warszawa, 30 maja 2018, <http://smith.pl/pl/artykuly/informacja-prasowa-koszty-wychowania-dzieci-w-polsce-2018>, s.1-2,

13 Tamże,

z obawy przed ich pogorszeniem (61%)¹⁴. Powszechne przekonanie społeczne, że większa liczba dzieci prowadzi rodzinę do ubóstwa, w pełni potwierdzają fakty statystyczne - udział rodzin o niskich i bardzo niskich dochodach rośnie wraz z liczbą dzieci wychowywanych w rodzinie. Dziecko staje się jedną z głównych przyczyn ubożenia rodziny¹⁵.

Decyzjom prokreacyjnym sprzyja stworzenie systemu ekonomicznych i infrastrukturalnych zachęt. Do nich można zaliczyć: stabilną pracę, godziwe zarobki, świadczenia dla rodzin, urlopy macierzyńskie i wychowawcze, elastyczne formy zatrudnienia dla osób opiekujących się niesamodzielnymi członkami rodziny, budownictwo mieszkaniowe, tanie kredyty, otoczenie i środowisko zamieszkania przyjazne rodzinom z dziećmi, większy dostęp do różnorodnych form opieki nad dzieckiem, przedszkoli i szkół o wysokiej jakości opieki i nauczania, dostęp do służby zdrowia czy zdrowe środowisko naturalne¹⁶. Mimo, że w ostatnich latach klimat społeczny wokół rodziny i wielodzietności poprawił się, to rodziny wielodzietne są negatywnie postrzegane w przestrzeni społecznej, często jako jedynie „biorcy świadczeń społecznych”¹⁷.

1.3 Sytuacja materialna gospodarstw domowych

W roku 2019 nastąpiła poprawa sytuacji materialnej gospodarstw domowych w Polsce. Gospodarstwa domowe osiągały wyższe dochody i w porównaniu z rokiem poprzednim również nieco więcej wydawały. Poziom przeciętnego miesięcznego dochodu

14 Dom Badawczy Maison, Badanie postaw i przekonań Polaków dotyczących posiadania dzieci i polityki prorodzinnej, Warszawa, luty 2015 roku. Badanie zostało zrealizowane w styczniu 2015 roku na zlecenie Warsaw Enterprise Institute. Było przeprowadzone metodą CAWI na próbie 1 078 osób – dorosłych Polaków na Panelu Badawczym Ariadna, na próbie reprezentatywnej ze względu na płeć, wiek i wielkość miejscowości zamieszkania.

15 Rządowa Rada Ludnościowa, Sytuacja..., dz.cyt., s. 18.

16 Por. *Diagnoza i monitoring wybranych problemów społecznych w województwie śląskim - edycja 2017*, ROPS, Katowice, 2018.

17 Jedną z barier dzietności w rodzinach 3+ są negatywne reakcje otoczenia na pojawienie się kolejnego dziecka w rodzinie. Najczęściej ze strony rodziców i teściów 52%, sąsiadów 46%, lekarzy, pielęgniarek, położnych 44%. Informacje pochodzą z raportu „Wielodzietni w Polsce. Raport 2016”, przygotowanego przez IPSOS na zlecenie Związku Dużych Rodzin „Trzy Plus”, <https://glosdlazycia.pl/wp-content/uploads/2016/06/Raport-print.pdf>; <https://www.3plus.pl/pl/aktualnosci/146,Wielodzietni-w-Polsce-Raport-2016>,

rozporządzalnego na osobę w zaokrągleniu do 1 zł wyniósł w 2019 r. 1 819 zł i był realnie wyższy o 5,0% od dochodu z roku 2018. Przeciętne miesięczne wydatki na 1 osobę w gospodarstwach domowych osiągnęły w 2019 r. wartość 1 252 zł i były realnie wyższe o 3,1% od wydatków z 2018 roku. Wydatki na towary i usługi konsumpcyjne wyniosły 1 201 zł i były realnie wyższe o 3,3% w stosunku do 2018 r.¹⁸

Przeciętne gospodarstwo domowe w 2019 roku zajmowało mieszkanie o powierzchni 80,4 m² (w 2018 r. 79,4 m²), składające się z 3 pokoi. Na jedną osobę w gospodarstwie przypadało średnio 28,7 m² powierzchni użytkowej oraz 1 pokój (w 2018 r. – 28,4 m² oraz 1 pokój)¹⁹.

Subiektywna ocena sytuacji materialnej gospodarstw domowych ulega systematycznej poprawie we wszystkich grupach społeczno-ekonomicznych. W 2019 r. nastąpił dalszy wzrost odsetka gospodarstw oceniających swoją sytuację materialną jako dobrą albo raczej dobrą (48,6% gospodarstw domowych ogółem wobec 44,0% w 2018 r.) oraz spadek odsetka gospodarstw postrzegających ją jako raczej złą albo złą (7,0% wobec 8,1% w 2018 r.).

Najlepiej swoją sytuację materialną postrzegały gospodarstwa domowe pracujących na własny rachunek poza gospodarstwem rolnym (73,4% ocen pozytywnych wobec 70,1% w 2018 r.), najgorzej zaś gospodarstwa domowe rencistów (22,4% ocen pozytywnych wobec 18,1% w 2018 r.). Subiektywna ocena sytuacji materialnej gospodarstw domowych w znacznym stopniu zależy od miejsca zamieszkania gospodarstwa domowego.

Gospodarstwa mieszkające na wsi gorzej oceniały swoją sytuację materialną niż mieszkańcy miast, zwłaszcza tych największych o liczbie mieszkańców 500 tys. lub więcej, choć w obu przypadkach oceny te, w stosunku do roku 2018, znacząco się poprawiły.²⁰

1.4 Polityka prorodzinna

Po 1989 roku nie wprowadzono spójnej, długofalowej polityki rodzinnej, a zaproponowane rozwiązania miały charakter wybiórczy, co nie znaczy, że nie zauważano potrzeby podejmowania rozwiązań w tym zakresie. W 2004 roku Rządowa Rada Ludnościowa pisała,

18 GUS, *Sytuacja gospodarstw domowych w 2019 r. w świetle wyników badania budżetów gospodarstw domowych*. Informacja sygnałna, 29.05.2020 r., s. 1, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/dochody-wydatki-i-warunki-zycia-ludnosci/sytuacja-gospodarstw-domowych-w-2019-r-w-swietle-badania-budzetow-gospodarstw-domowych,3,19.html>,

19 Tamże, s. 11.

20 Tamże, s. 12.

że „świadczenia rodzinne muszą uzupełniać dochód rodziny do poziomu pozwalającego rodzinie prawidłowo wychowywać dzieci. Poziom udzielanych świadczeń musi zapewniać rodzinie z dziećmi społecznie akceptowane warunki materialnego bytu. Rodziny wychowujące dzieci muszą mieć dostęp do wszystkich podstawowych usług cywilizacyjnych: ochrony zdrowia, edukacji, kultury, wypoczynku, muszą stwarzać dziecku możliwość nawiązywania niezbędnych dla jego rozwoju więzi i kontaktów społecznych. Obowiązek pomocy rodzinom w tworzeniu właściwych warunków wychowania dzieci to obowiązek władz publicznych”²¹. Problem ten był postrzegany także w szerszej perspektywie: „pomoc rodzinie nie może skupiać się wyłącznie na środkach oferowanych przez instytucje pomocy społecznej. Lokalna polityka rodzinna i pomoc rodzinie nie może skupiać się na zwalczaniu najbardziej widocznych i dotkliwych objawów ubóstwa i patologii społecznych. Pomoc rodzinie wymaga wielokierunkowych działań programowych i organizatorskich budujących w środowiskach lokalnych oraz w środowiskach pracy bezpieczne i przyjazne warunki oraz atmosferę sprzyjającą rodzinom wychowującym dzieci”²².

Wypracowanie całościowej i długofalowej polityki rodzinnej wydaje się być kluczowe dla efektywnego i skutecznego działania na rzecz rodziny w kontekście obecnej sytuacji demograficznej. Relatywnie niska liczba urodzeń skutkuje starzeniem się społeczeństwa i w dalszej perspektywie prowadzić będzie do zmniejszania się liczby ludności w Polsce i zmian jej struktury, co w konsekwencji może mieć poważne skutki dla sytuacji społeczno-ekonomicznej. Jednym z głównych celów polityki społecznej staje się więc wzrost liczby urodzeń²³.

Ważne jest, aby obok polityki rodzinnej była prowadzona polityka gospodarcza generująca wysokiej jakości miejsca pracy. A. Sadowski uważa, że „powszechnie dostępna i dobrze płatna praca jest najlepszą polityką rodzinną, a można ją zrealizować poprzez redukcję opodatkowania pracy oraz konsumpcji w Polsce”²⁴. Zatem instrumenty prorodzinne będą

21 Rządowa Rada Ludnościowa, *Sytuacja demograficzna Polski, Raport 2003*, Warszawa 2004, s. 18.

22 Tamże, s. 19.

23 J. Kroszel: *Podstawy polityki społecznej: uwarunkowania, pojęcia, instytucje i działania*. Poznań–Wrocław, Wydawnictwo Terra, 1997, s. 123–124. Podano za: P. Grzywna, J. Lustig, M. Mitrega, N. Stępień-Lampa, B. Zasępa, *Polityka społeczna. Rozważania o teorii i praktyce*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2017, s.236-255.

24 Tamże, s.2-3, [odczyt: 18.10.2019 r.].

odgrywać właściwą rolę wówczas, gdy będą stanowiły uzupełnienie dochodów osiągniętych z pracy pozwalających na utrzymanie rodziny²⁵.

1.5 Program „Rodzina 500+”

Promowanie odnowy demograficznej kraju wymaga konsekwentnego i trwałego działania na rzecz zmniejszania zarówno bezpośrednich, jak i pośrednich kosztów ponoszonych przez rodziców na dzieci. Jak pokazują doświadczenia państw europejskich, w których na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci współczynnik dzietności wyraźnie wzrósł, do zmiany negatywnych tendencji w demografii może przyczynić się przyjazna rodzinie polityka państwa, opierająca się przede wszystkim na pozostawieniu rodzicom swobody co do wyboru modelu opieki nad dzieckiem oraz powszechnym i prostym wsparciu materialnym osób posiadających dzieci, rekompensującym koszty podatków pośrednich zapłaconych w związku z wychowaniem dziecka²⁶.

Program „Rodzina 500+” jako systemowe wsparcie rodzin został wprowadzony 1 kwietnia 2016 roku na podstawie ustawy z dnia 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci (Dz. U. z 2019 r., poz. 2407). Jego celem jest poprawa sytuacji materialnej polskich rodzin (przede wszystkim ograniczenie ubóstwa wśród dzieci) oraz stworzenie warunków ułatwiających podejmowanie decyzji o powiększeniu rodziny (cel pronatalistyczny). Źródłem finansowania Programu „Rodzina 500+” jest budżet państwa. Do 1 lipca 2019 r. w ramach Programu „Rodzina 500+” wypłacano świadczenia wychowawcze w wysokości 500 zł miesięcznie na każde drugie i kolejne dziecko niezależnie od dochodu. Wsparcie na pierwsze lub jedyne dziecko przysługiwało także rodzinom o niskich dochodach. W tym ostatnim przypadku obowiązywało kryterium dochodowe w wysokości 800 zł lub 1 200 zł netto. Podwyższone kryterium (1 200 zł) miało zastosowanie do tych rodzin, które wychowywały dziecko z niepełnosprawnością. Od początku lipca 2019 roku świadczenie wychowawcze przysługuje na wszystkie dzieci do 18. roku życia, bez względu na dochody

25 T. Zych, K. Dobrowolska, O. Szczypiński (red. T. Zych), Raport *Jakiej polityki rodzinnej potrzebuje Polska?* Instytut na Rzecz Kultury Prawnej Ordo Iuris, Warszawa 2015, s. 9, http://demografia.ordoiuris.pl/Jakiej_polityki_rodzinnej_potrzebuje_Polska.pdf,

26 Tamże, s. 70.

uzyskiwane przez rodzinę²⁷. Daje to w sumie 6 000 zł netto rocznego wsparcia na dziecko. Transfery pieniężne dla rodzin są sygnałem, że społeczeństwo poprzez budżet państwa chce uczestniczyć w wysiłku wychowywania dzieci. Wsparciem z Programu „Rodzina 500+” objęte są również dzieci do 18 roku życia, umieszczone w pieczy zastępczej (rodzinie zastępczej, rodzinnym domu dziecka oraz placówce opiekuńczo-wychowawczej typu rodzinnego). Przysługuje na nie dodatek wychowawczy w wysokości świadczenia wychowawczego. Transfery finansowe uruchomione poprzez Program „Rodzina 500+” poprawiają bieżącą sytuację materialną znacznej części rodzin. Ponadto w powiązaniu [...] z innymi rozwiązaniami polityki rodzinnej mogą także wpływać na osłabienie obaw rodziców o obniżenie poziomu konsumpcji wskutek pojawienia się kolejnego dziecka²⁸.

1.6 Dzieci pozbawione opieki rodziców

Jednym z najbardziej istotnych problemów w Polsce jest problem wsparcia dzieci pozbawionych opieki rodziców. System wsparcia tej grupy dzieci opiera się na pieczy zastępczej rodzinnej oraz pieczy zastępczej instytucjonalnej.

Według danych MRiPS w 2020 r.:

- w pieczy rodzinnej wszystkich typów przebywało – 55.772 dzieci
- w pieczy instytucjonalnej wszystkich typów przebywało – 15.851 dzieci.

W całym systemie pieczy przebywało – 71.623 dzieci.

Z w/w danych wynika, iż piecza rodzinna jest **zdecydowanie lepiej rozwiniętym** obszarem wsparcia dzieci. Jednak nadal utrzymuje się dość duży bo ponad 28% współczynnik udziału instytucjonalnej pieczy zastępczej w ogólnej liczbie dzieci w systemie.

Oczywiście dostrzegalny jest fakt zmniejszania się liczby dzieci przebywających w pieczy zastępczej. Dla porównania w 2016 r. w rodzinnej pieczy przebywało 56.544 dzieci, natomiast w placówkach - 17.898 dzieci. Oznacza to, że w 2016 r. w systemie pieczy przebywało łącznie 74.442 dzieci.

27 <https://www.gov.pl/web/rodzina/program-rodzina-500-od-1-lipca-2019-bez-kryterium-dochodowego2>

28 I. Kotowska, *Uwagi o urodzeniach i niskiej dzietności w Polsce oraz polityce rodzinnej wspierającej prokreację*, marzec 2020, Studia Demograficzne

https://www.researchgate.net/publication/340178850_Uwagi_o_urodzeniach_i_niskiej_dzietnosci_w_Polsce_oraz_polityce_rodzinnej_wspierajacej_prokreacje, s. 23.

Widoczna jest zatem zmiana w zakresie liczby dzieci przebywających w pieczy, gdyż zmniejszyła się ona o 2.819 osób, co stanowi 3,79%.

Przez okres 5 lat, dokonały się również procesy deinstytucjonalizacji pieczy zastępczej instytucjonalnej, gdyż liczba dzieci przebywających w placówkach spadła o 11,44% (2016 r. 17.898, 2020 r. 15.851).

Prawo do życia w rodzinie jest jednym z najważniejszych i podstawowych praw dziecka, dlatego najbardziej pożądanym stanem jest by dzieci nie musiały korzystać z systemu pieczy zastępczej, a jeżeli już korzystają to tylko z pieczy rodzinnej. Należy również zaznaczyć, iż w Polsce miejscem zamieszkania dzieci są również placówki całodobowego długoterminowego pobytu, funkcjonujące w ramach różnych innych systemów, tj.: pomocy społecznej, ochrony zdrowia oraz oświaty.

1.7 Dzieci z niepełnosprawnością w placówkach całodobowych

Dzieci pozbawione opieki rodziców, które cierpią z powodu chorób lub niepełnosprawności mają zabezpieczone potrzeby opieki i pielęgnacji w ramach różnych systemów.

W systemie pieczy zastępczej, dzieci z niepełnosprawnościami przebywają w:

- rodzinach zastępczych specjalistycznych
- placówkach specjalistycznych - terapeutycznych
- regionalnych placówkach opiekuńczo terapeutycznych
- interwencyjnych ośrodkach preadopcyjnych.

Statystyki publiczne wskazują, iż łącznie w instytucjonalnej pieczy zastępczej w 2020 r. przebywało – 804 dzieci z niepełnosprawnościami, natomiast w pieczy rodzinnej – 510 dzieci. Zatem na 1314 dzieci z niepełnosprawnościami i przewlekle chorymi pozostającymi w pieczy zastępczej 61,19% dzieci przebywało w instytucji.

Ponadto należy zaznaczyć, iż dzieci z niepełnosprawnością przebywają także w placówkach systemu pomocy społecznej – tj. w domach pomocy społecznej dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie.

Liczba domów dla dzieci w roku 2020 wynosiła 39 i zmniejszyła się o 12, w porównaniu z rokiem 2016. Liczba dzieci i młodzieży przebywających w tym typie domów na koniec 2020 r. wyniosła 2.726 i w stosunku do roku 2016 – zmniejszyła się o 928 osób, z liczby 3.708.

Praktycznie wszystkie dzieci trafiające do domów pomocy społecznej są skierowane

z powodów opiekuńczo – wychowawczych, w tym przekierowane z rodzinnej i instytucjonalnej pieczy zastępczej.

1.8 System wsparcia dzieci

ELEMENTY SYSTEMU WSPARCIA		
Dzieci z niepełnosprawnościami i dzieci pełnosprawne		
W RODZINIE	WSPARCIE USŁUGOWE RODZIN	<p>By zagwarantować dzieciom możliwość pełnego rozwoju, konieczne jest wsparcie usługowe rodzin, które przeżywają trudności w pełnieniu swoich funkcji. Wsparcie to powinno być adekwatne do występujących potrzeb oraz deficytów środowiska rodzinnego. Dlatego w systemie wsparcia, rodzina otrzymuje pomoc usługową w postaci:</p> <ul style="list-style-type: none"> • asystentury rodziny, • usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych, • korzystania przez dzieci z usług placówek wsparcia dziennego, • wsparcia dziennego dzieci z niepełnosprawnościami w postaci WTZ, • wsparcia żywieniowego dla dzieci w ramach programów rządowych.
	WSPARCIE ŚWIADCZENIAMI	<p>Rodziny wymagające wsparcia w postaci wyrównywania deficytów ekonomicznych mogą skorzystać z różnych form wsparcia finansowego. Wśród tychże form wyróżniamy:</p> <ul style="list-style-type: none"> • świadczenia rodzinne, w tym zasiłki rodzinne wraz z dodatkami, świadczenia

ELEMENTY SYSTEMU WSPARCIA		
Dzieci z niepełnosprawnościami i dzieci pełnosprawne		
		<p>alimentacyjne, a w przypadku rezygnacji z zatrudnienia przez rodzica opiekującego się dzieckiem – świadczenie opiekuńcze,</p> <ul style="list-style-type: none"> • zasiłki z pomocy społecznej – odpowiadające na aktualne i bieżące potrzeby rodziny. <p>W Polsce wszystkie rodziny wychowujące dzieci mogą otrzymywać wsparcie w ramach „Programu 500+”, „Wyprawka 300+” oraz innych programów celowych.</p>
W PIECZY ZASTĘPCZEJ	RODZINY ZASTĘPCZE	<p>Najbardziej pożądanym i podstawowym elementem systemu wsparcia dzieci pozbawionych opieki rodziców biologicznych. W zależności od statusu dzielą się na:</p> <ul style="list-style-type: none"> • spokrewnione • niezawodowe • zawodowe/specjalistyczne/pełniące funkcję pogotowia rodzinnego.
	RODZINNE DOMY DZIECKA	<p>Prowadzone są w warunkach domu rodzinnego dla maksymalnie 8 dzieci. Zasady ich prowadzenia określone są w przepisach prawa, a szczegółowy zakres usług określa umowa z podmiotem zlecającym zadanie.</p>
	INSTYTUCJONALNA PIECZA ZASTĘPCZA	<p>Opieka nad dzieckiem zorganizowana jest w sposób instytucjonalny. Typologia placówek jest zróżnicowana ze względu na profil działalności. Funkcjonują następujące typy</p>

ELEMENTY SYSTEMU WSPARCIA		
Dzieci z niepełnosprawnościami i dzieci pełnosprawne		
		<p>placówek opiekuńczo – wychowawczych:</p> <ul style="list-style-type: none"> • interwencyjne • socjalizacyjne • specjalistyczne – terapeutyczne • interwencyjne ośrodki adopcyjne • regionalne placówki opiekuńczo - terapeutyczne
W POMOCY SPOŁECZNEJ	DOMY POMOCY SPOŁECZNEJ	<p>W DPS zamieszkują dzieci i młodzież z niepełnosprawnością intelektualną. Są to dzieci kierowane postanowieniami sądowymi. Część z nich kierowana jest do domu pomocy społecznej po wcześniejszym pobycie w rodzinie zastępczej lub placówce opiekuńczo – wychowawczej.</p>

Tabela nr 2. System wsparcia dzieci

1.9 Wnioski i rekomendacje

WNIOSKI I REKOMENDACJE
<p>Działania profilaktyczne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • promowanie rodziny jako naturalnego środowiska wychowywania dzieci; • rozwijanie różnych form materialnego wspierania rodzin z dziećmi, w tym rekompensującego koszty podatków pośrednich płaconych w związku z wychowaniem dzieci; • upowszechnianie działań z zakresu zatrudnienia przyjaznego rodzinie (ang. family friendly employment), łączących interesy zarówno pracujących rodziców, jak i ich pracodawców;

WNIOSKI I REKOMENDACJE

- kontynuowanie i rozwijanie różnych form wspierania rodzin z dziećmi, w tym powszechnego i prostego wsparcia materialnego, rekompensującego koszty podatków pośrednich płaconych w związku z wychowaniem dzieci.

Rozwój usług społecznych ukierunkowanych na wsparcie dzieci w rodzinach:

- wspieranie trwałości rodziny przez organizowanie lokalnych grup wsparcia, szkół dla rodziców/ wychowawców, poradnictwa rodzinnego, asystentury rodzinnej;
- rozwój różnorodnych form opieki nad dzieckiem do lat 3, w tym klubów dziecięcych, opiekunów dziennych i niań;
- zwiększenie liczby miejsc w przedszkolach, liczby placówek opiekuńczych wsparcia dziennego;
- wspieranie rodzin o szczególnych potrzebach: wielodzietnych, niepełnych i z osobami z niepełnosprawnością poprzez usługi opiekuńcze, asystenckie, opieki wytchnieniowej, dziennych form wsparcia itp.

Wsparcie dziecka w kryzysie:

- rozwój sieci środowiskowych ośrodków pomocy psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży;
- promowanie funkcji rodziców zastępczych i adopcyjnych;
- wspieranie rodzin wieloproblemowych;
- tworzenie rodzin zastępczych w miejsce funkcjonujących placówek instytucjonalnej pieczy zastępczej;
- dalsza deinstytucjonalizacja placówek pieczy zastępczej;
- tworzenie lokalnych centrów wsparcia środowisk rodzicielstwa zastępczego;
- likwidacja domów pomocy społecznej dla dzieci na rzecz innych form wsparcia dzieci z niepełnosprawnościami;

2. Osoby starsze

Granica, od której u człowieka rozpoczyna się starość, bywa różnie definiowana.

W niektórych opracowaniach przyjmuje się, że jest to 60 lat. Inne, z uwagi na wydłużenia się przeciętnej długości trwania życia, określają ją na poziomie 65 lat. W analizach demograficznych dotyczących starzenia się ludności często używa się pojęcia wieku poprodukcyjnego czyli wieku, który uprawnia do przejścia na emeryturę. Aktualnie w Polsce wynosi on najczęściej 60 lat dla kobiet i 65 lat w przypadku mężczyzn.

2.1 Starzenie się ludności

Od dłuższego czasu na terenie Polski obserwowany jest proces **demograficznego starzenia się ludności**. Przejawia się on wzrostem udziału osób starszych wśród ogółu populacji. Proces ten jest spowodowany m.in. niską liczbą urodzeń, wydłużaniem się przeciętnej długości trwania życia oraz ujemnym saldem migracji. W latach 2009-2019 liczba osób należących do kategorii wiekowej 60+/65+ wzrosła o 2 096 328 (z 6 311 615 do 8 407 943), tj. o 33,2%, a udział zwiększył się o 5,4 punktu proc. (z 16,5% do 21,9%). Prognoza ludności do 2050 roku przewiduje kontynuację istniejącej tendencji. Liczba osób należących do kategorii wiekowej 60+/65+ zwiększy się o kolejne 1 531 513, do poziomu 9 939 456, a ich udział wyniesie 29,3%, co oznacza wzrost o 7,4 punktu proc. w odniesieniu do roku 2019²⁹.

Na terenie Polski można również dostrzec **proces tzw. podwójnego demograficznego starzenia się**, polegający na wzroście wśród osób starszych udziału osób sędziwych (80 lat i więcej lub 85 lat i więcej)³⁰. Zjawiskiem powszechnie występującym we współczesnym świecie jest także **feminizacja starości** czyli powiększająca się wraz z przechodzeniem do kolejnych grup wieku przewaga liczby kobiet nad liczbą mężczyzn, co jest związane z wyższą przeciętną długością życia tych pierwszych. W 2019 roku wśród osób w wieku 60-64 lat kobiety stanowiły 53,0%. Wraz ze wzrostem kategorii wiekowej udział ten się zwiększał. W przypadku osób należących do przedziału 65-69 lat wynosił 55,2%, 70-74 lat - 57,8%, 75-

29 Główny Urząd Statystyczny, *Bank Danych Lokalnych*, <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/start>,

30 P. Błędowski, *Sytuacja osób starszych w województwie śląskim*, Ekspertyza wykonana na zlecenie Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Katowicach, Warszawa, listopad 2013 r.

79 lat - 61,7%, 80-84 lat - 66,1%, natomiast dla ludności w wieku 85 lat i więcej aż 71,9%³¹.

2.2 Wspieranie aktywności osób starszych

Warunkiem pomyślnego starzenia się jest dobry stan zdrowia, małe ryzyko niepełnosprawności oraz zachowanie aktywności życiowej, wyrażającej się w wysokim poziomie sprawności fizycznej i umysłowej³². Utrzymaniu aktywności sprzyja udział seniorów w różnorodnych inicjatywach organizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego, organizacje pozarządowe i inne podmioty.

Ważną rolę w utrzymaniu aktywności życiowej seniorów pełnią **uniwersytety trzeciego wieku (UTW)**. Są to instytucje, które umożliwiają włączenie osób starszych do systemu kształcenia ustawicznego, proponując edukację nieformalną, niewieńczoną wprowadzając certyfikatami wiedzy i umiejętności, ale za to bogatą pod względem formy i treści³³. UTW gromadzą zazwyczaj osoby posiadające wykształcenie wyższe i mieszkające w miastach. Zatem nie są reprezentatywne dla całej populacji seniorów, w tym dla osób mieszkających poza dużymi skupiskami ludności. Spora grupa seniorów przejawia swoją aktywność także w charakterze wolontariuszy działając np. w organizacjach pozarządowych, parafiach, kołach gospodyń wiejskich czy też klubach seniora. Wiele osób starszych wspiera swoje rodziny sprawując opiekę nad wnukami bądź też swoimi sędziwymi rodzicami. Ponadto osoby starsze zazwyczaj dobrze znają środowisko lokalne i pomagają sobie nawzajem w ramach samopomocy sąsiedzkiej.

Kolejnym przykładem działań wspierających seniorów jest realizowany od 2015 roku przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej Program Wieloletni „Senior+” skierowany do jednostek samorządu terytorialnego (wcześniej Program „Senior-WIGOR”). Celem strategicznym Programu jest zwiększenie aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym seniorów poprzez rozbudowę infrastruktury ośrodków wsparcia w środowisku lokalnym oraz zwiększenie miejsc w placówkach „Senior +” przy dofinansowaniu działań jednostek

31 Główny Urząd Statystyczny, *Bank...*, dz.cyt.,

32 R. J. Kijak, Z. Szarota, *Starość. Między diagnozą a działaniem*, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2013.

33 Z. Hasińska, E. Tracz, *Rola uniwersytetów trzeciego wieku w aktywnym starzeniu się*, [w:] *Nauki Społeczne* 1(7)2013, Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu, Wrocław 2013r.

samorządu w rozwoju na ich terenie sieci Dziennych Domów „Senior +” i Klubów „Senior +”.

2.3 Wzrost zapotrzebowania na opiekę

Daje się zaobserwować silny związek pomiędzy osiągnięciem zaawansowanego wieku a prawdopodobieństwem wystąpienia niepełnosprawności, długotrwałej, często obłożnej choroby. Tak więc rosnąca liczba seniorów przekłada się na wzrost zapotrzebowania na wsparcie³⁴. Jako wymagające w zdecydowanej większości przypadków stałego wsparcia traktowane są osoby mające 80 i więcej lat³⁵.

W latach 2009-2019 liczba osób w wieku 80+ zwiększyła się o 434 515 (z 1 257 221 do 1 691 736), tj. o 34,6%, natomiast ich udział wśród ogółu ludności wzrósł z 3,3% do 4,4%. Prognoza do roku 2050 wskazuje na kontynuację powyższej tendencji. Na koniec tego okresu liczba osób w wieku 80+ ma wynieść 3 537 498, czyli 109,1% więcej niż w 2019 r., a ich udział w ogólnej populacji - 10,4%, co stanowić będzie wzrost o 6,0 punktu proc. w stosunku do 2019 r.

Proces starzenia się ludności skutkuje wzrostem wartości **współczynnika obciążenia demograficznego**³⁶. W latach 2009-2019 współczynnik ten wzrósł z 55,0 do 66,7. Wyżej wymienione negatywne trendy będą się pogłębiać, a co za tym idzie potencjał opiekuńczy rodzin w Polsce będzie systematycznie maleć. Prognoza opracowana do roku 2050 wskazuje, że współczynnik obciążenia demograficznego wyniesie w Polsce 78,2.

Na sytuację osób niesamodzielnych wpływ mają nie tylko zmiany struktury wiekowej, ale także obserwowane procesy społeczne prowadzące do **zmiany modelu gospodarstw domowych**. Od wielu już lat trwa tendencja do zmniejszania się wielkości gospodarstw domowych. O ile w 1999 r. przeciętne gospodarstwo domowe w Polsce liczyło 3,17 osoby, to w 2009 r. było to 2,90, a w 2019 r. już tylko 2,61³⁷. Zmiany te powodują osłabienie funkcji rodziny i ograniczenie jej roli w zapewnieniu opieki osobom niesamodzielnym. Skutkiem tego

34 P. Szukalski, *Starzenie się ludności województwa śląskiego - nieunikniony wzrost zapotrzebowania na wsparcie publiczne?*, [w]: Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Województwa Śląskiego, *Seniorzy w województwie śląskim*, Katowice 2012.

35 Tamże,

36 Ludność w wieku nieprodukcyjnym (przedprodukcyjnym oraz poprodukcyjnym) na 100 osób w wieku produkcyjnym.

37 Główny Urząd Statystyczny, *Bank...*, dz,cyt.,

jest zwiększenie popytu na opiekę świadczoną poza rodziną przez powołane do tego celu instytucje.

2.4 Zapewnienie opieki

Wedle kanonów dzisiejszej gerontologii podstawowym celem odnośnie osób starszych jest jak najdłuższe podtrzymywanie ich autonomii i zapewnienie wysokiej jakości życia poprzez umożliwienie samodzielnego funkcjonowania w środowisku, w którym przeżyli wcześniejsze etapy życia i do którego przywykli³⁸. Dlatego też w przypadku tej kategorii osób szczególnego znaczenia nabierają: teleopieka, usługi sąsiedzkie, usługi opiekuńcze oraz infrastruktura środowiskowa, np. w postaci dziennych domów pomocy, klubów seniora.

ELEMENTY SYSTEMU WSPARCIA		
Osoby starsze		
W RODZINIE W ŚRODOWISKU	WSPARCIE USŁUGOWE RODZIN	<p>W sytuacji konieczności wsparcia seniora w zaspakajaniu codziennych potrzeb, gdy osoba starsza wymaga opieki, to organizacją wsparcia w pierwszej kolejności zajmuje się rodzina. Należy zaznaczyć, iż osoba wymagająca wsparcia oraz jej opiekunowie mogą liczyć na szerokie wsparcie usługowe, w postaci:</p> <ul style="list-style-type: none"> • usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych, świadczonych w miejscu zamieszkania,

³⁸ P. Szukalski, *Starzenie...*, dz.cyt.,

ELEMENTY SYSTEMU WSPARCIA

		<ul style="list-style-type: none">• usług opiekuńczych świadczonych w dziennym ośrodku wsparcia,• usług pielęgniarstwa opieki długoterminowej,• usług dziennego domu opieki medycznej. <p>Wsparcie usługowe może zostać również udzielone w postaci usług opiekuńczych świadczonych w mieszkaniach treningowych i wspieranych i rodzinnych domach pomocy.</p>
	WSPARCIE ŚWIADCZENIAMI	<p>Osoby starsze i ich opiekunowie mogą zostać objęci również wsparciem finansowym.</p> <p>W przypadku osób starszych mogą to być świadczenia:</p> <ul style="list-style-type: none">• z pomocy społecznej (zasiłki na zaspokojenie najpilniejszych potrzeb życiowych),• z systemu świadczeń rodzinnych – zasiłek pielęgnacyjny z tytułu wieku (po 75 roku życia) lub z tytułu niepełnosprawności. <p>W przypadku opiekunów z tytułu rezygnacji z zatrudnienia przez</p>

ELEMENTY SYSTEMU WSPARCIA		
		osobę opiekującą się osoba starszą przysługuje świadczenie opiekuńcze. Coraz częściej proponowane są też usługi odciążeniowe dla opiekunów czy to w ramach programów rządowych lub w ramach projektów finansowanych ze środków wspólnotowych UE.
W INSTYTUCJI	DOMY POMOCY SPOŁECZNEJ	Osobom, którym nie można zabezpieczyć potrzeb w środowisku zamieszkania ze względu na wiek i niepełnosprawność przysługuje również możliwość realizacji pobytu i usług w domu pomocy społecznej. Pobyt ma charakter całodobowy, a mieszkańcy są kierowani do placówki na pobyt stały. Domy pomocy społecznej są prowadzone zazwyczaj przez samorządy lub na zlecenie samorządów – dlatego są nazywane publicznym sposobem świadczenia usług całodobowych. Domy bez zlecenia realizacji zadania przez samorząd są w Polsce rzadkością.
	PLACÓWKI ZAPEWNIAJĄCE CAŁODOBOWĄ OPIEKĘ OSOBOM	Działalność tych placówek jest skierowana do osób

ELEMENTY SYSTEMU WSPARCIA		
	NIEPEŁNOSPRAWNYM, PRZEWLEKLE CHORYM LUB OSOBOM W PODESZŁYM WIEKU	wymagających całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, które nie są zainteresowane usługami w systemie usług publicznych, dlatego wybierają zakup usługi w ramach umowy cywilnoprawnej. Podmiot prowadzący placówkę zobowiązuje się świadczyć usługi na zasadach umówionych z klientem i na czas z nim umówiony.
	ZAKŁADY PIELĘGNACYJNO – OPIEKUŃCZE I ZAKŁADY OPIEKUŃCZO - LECZNICZE	Do zakładu opiekuńczo – leczniczego lub pielęgnacyjno – opiekuńczego trafiają osoby które spełniają minimum dwa podstawowe kryteria: wymagają stałej opieki i pielęgnacji, w tym procesu leczenia oraz po badaniu skalą Barthel nie przekraczają 40 punktów w skali samodzielności. Zakłady te zabezpieczają pobyt całodobowy, jednak o charakterze okresowym, do czasu poprawy stanu zdrowia.

Tabela nr 3. System wsparcia – osoby starsze.

Niepokojącym zjawiskiem jest utrzymująca się **znaczna liczba oczekujących na umieszczenie w domu pomocy społecznej (DPS)**. Według danych aktualnych na koniec 2020 r. na umieszczenie w domu pomocy społecznej oczekiwało 1 478 osób w podeszłym wieku (na

koniec 2010 r. było ich 1 901)³⁹. Zapewnienie opieki w DPS stanowi duże i ciągle rosnące wyzwanie finansowe dla gmin. O ile w 2010 r. wydały one na ten cel 526,7 mln zł, to w 2020 r. już 1 790,8 mln zł, tj. o 240,0% więcej⁴⁰.

Niesamodzielni seniorzy mogą również korzystać z usług całodobowych placówek działających w ramach systemu ochrony zdrowia - **zakładów opiekuńczo-leczniczych oraz pielęgnacyjno-opiekuńczych**. Tego rodzaju instytucje zajmują się: 1) udzielaniem całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem: pielęgnację, opiekę i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji; 2) zapewnianiem produktów leczniczych potrzebnych do kontynuacji leczenia; 3) zapewnianiem pomieszczeń i wyżywienia odpowiednich do stanu zdrowia; 4) prowadzeniem edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin; 5) przygotowaniem tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych⁴¹. Na koniec 2019 r. w Polsce działało 599 zakładów opiekuńczo-leczniczych i zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych. Liczba łóżek, którymi dysponowały wyniosła łącznie 34 669. W 2010 r. analogiczne wartości wyniosły 467 oraz 24 938⁴².

Pewna część seniorów, posiadających odpowiednie zaplecze materialne, może korzystać z opieki oferowanej przez podmioty komercyjne. Na koniec 2020 r. zarejestrowane były 644 placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, które były prowadzone w ramach działalności statutowej lub gospodarczej. Dysponowały one łącznie 24 466 miejscami. Dla porównania w 2010 r. analogiczne liczby wynosiły 86 oraz 2 339⁴³.

Szczególnej troski i wrażliwości wymaga ostatni etap życia seniora. Godnemu odchodzeniu, bez niepotrzebnego bólu i przy kompleksowym wsparciu najbliższych oraz specjalistów, służą **hospicja domowe i stacjonarne oraz oddziały opieki paliatywnej**. Przebywające w nich osoby terminalnie chore mogą liczyć na profesjonalną opiekę. Na koniec 2019 r. w Polsce

39 Tamże,

40 Centralna Aplikacja Statystyczna, sprawozdania *MPiPS/MRPiPS-03* za lata 2010-2020.

41 Źródło: <http://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/3965,pojecie.html?pdf=1>, <http://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/3966,pojecie.html?pdf=1>,

42 Główny Urząd Statystyczny, *Bank...*, dz.cyt.,

43 Centralna Aplikacja Statystyczna, sprawozdania *MPiPS/MRPiPS-05* za lata 2010 i 2020.

funkcjonowały 154 hospicja oraz oddziały opieki paliatywnej. Placówki te posiadały łącznie 2 957 łóżek. W 2014 r. analogiczne wartości wyniosły 142 oraz 2 491⁴⁴.

W kontekście zapewnienia opieki sędziwym seniorom nie można zapominać o wsparciu ich opiekunów, którymi w wielu wypadkach także są osoby po 60 r.ż. Zaangażowanie w sprawowanie opieki często utrudnia realizację innych zadań niezbędnych dla funkcjonowania rodziny i prowadzenia gospodarstwa domowego. Ponadto kondycja zdrowotna osób sprawujących codzienną długotrwałą opiekę z czasem ulega pogorszeniu, co przekłada się na jej mniejszą skuteczność. Przeciwdziałaniu tym negatywnym sytuacjom może zapewnić **opieka wytchnieniowa**. Jej zadaniem jest odciążenie członków rodzin lub opiekunów osób niesamodzielnych poprzez wsparcie ich w codziennych obowiązkach lub zapewnienie czasowego zastępstwa. Dzięki temu opiekunowie zyskują czas, który mogą przeznaczyć na odpoczynek i regenerację, jak również na załatwienie niezbędnych spraw. Usługa opieki wytchnieniowej może również służyć okresowemu zabezpieczeniu potrzeb osoby z niepełnosprawnością w sytuacji, gdy opiekunowie z różnych powodów nie będą mogli wykonywać swoich obowiązków, np. z powodu pobytu w szpitalu lub sanatorium⁴⁵.

2.5 Sytuacja materialna

Głównym źródłem dochodów osób w wieku 60+/65+ są emerytury i renty. Ich przeciętne wysokości na koniec 2020 r. wynosiły: w przypadku emerytury z pozarolniczego systemu ubezpieczeń społecznych 2 544,90 zł, renty z tytułu niezdolności do pracy z pozarolniczego systemu ubezpieczeń społecznych 2 042,02 zł, a świadczenia dla rolników indywidualnych 1376,40 zł⁴⁶. Przeciętna wysokość emerytury z pozarolniczego systemu ubezpieczeń społecznych stanowiła w 2019 r. 46,7% przeciętnego wynagrodzenia brutto (w 2009 r. -

44 Główny Urząd Statystyczny, *Bank...*, dz.cyt.. Najwcześniejsze dane nt. oddziałów paliatywnych pochodzą z 2014 r.

45 Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, *Program „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021*, Warszawa, grudzień 2020 r., <https://www.gov.pl/web/rodzina/komunikat-o-ogloszeniu-programu-opieka-wytchnieniowa--edycja-2021>,

46 Główny Urząd Statystyczny, *Bank...*, dz.cyt... Świadczenia z ubezpieczeń społecznych obejmują emerytury i renty (bez realizowanych na mocy umów międzynarodowych oraz bez emerytur i rent wypłacanych przez: Ministerstwo Obrony Narodowej, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Ministerstwo Sprawiedliwości).

49,8%), przeciętna wysokość renty z tytułu niezdolności do pracy z pozarolniczego systemu ubezpieczeń społecznych – 36,9% przeciętnego wynagrodzenia brutto (w 2009 - 36,7%), a przeciętna wysokość świadczenia dla rolników indywidualnych odpowiadała 24,9% przeciętnego wynagrodzenia brutto (w 2009 r. - 27,5%).

Choć wskaźniki zagrożenia ubóstwem dla osób w wieku 65+ są aktualnie niższe od średniej, to najnowsze badania wskazują, że problem ubóstwa seniorów zaczyna być coraz bardziej widoczny. Pojawia się on zarówno w badaniach budżetów gospodarstw, jak i sondażach opinii społecznej. Wskaźnik zagrożenia ubóstwem skrajnym wśród osób w wieku 65+ wykazuje tendencję rosnącą. O ile w 2016 r. wynosił 3,4%, to w 2019 r. już 3,8%⁴⁷. Wzrósł również wskaźnik zasięgu ubóstwa relatywnego – z 10,3% w 2016 r. do 11,8% w 2019 r. Jedynie w przypadku wskaźnika zasięgu ubóstwa ustawowego zanotowano spadek z 7,0% w 2016 r. do 6,5% w 2019 r.

Z kolei wg badania z 2021 r. przeprowadzonego przez Centrum Badania Opinii Społecznej wynika, że sytuacja finansowa w istotny sposób związana jest m.in. z wiekiem. W gorszej sytuacji znajdowali się starsi respondenci - 22% ankietowanych w wieku 65 lat lub więcej deklarowało, że żyje bardzo biednie lub skromnie, podczas gdy dla całej badanej populacji wartość ta wynosiła 14%⁴⁸. Powyższy proces będzie się prawdopodobnie pogłębiał wraz z wchodzeniem w wiek emerytalny osób, które doświadczyły w życiu zawodowym długotrwałego bezrobocia, pracy w szarej strefie czy też wynagrodzenia na poziomie płacy minimalnej. Należy też pamiętać, że osoby w wieku 60+/65+ znacznie bardziej niż inne kategorie wiekowe narażone są na konieczność ponoszenia zwiększonych wydatków na cele zdrowotne i opiekuńcze.

2.6 Wnioski i rekomendacje

WNIOSKI I REKOMENDACJE

Profilaktyka:

⁴⁷ Główny Urząd Statystyczny, *Aneks do opracowania sygnałnego „Zasięg ubóstwa ekonomicznego w Polsce w 2019 r.”*.

⁴⁸ Fundacja CBOS, *Oceny sytuacji finansowej gospodarstw domowych po roku pandemii*, Komunikat z badań nr 45/ 2021, kwiecień 2021.

WNIOSKI I REKOMENDACJE

- wspieranie aktywności seniorów, m.in. poprzez ułatwienie dostępu do usług świadczonych przez instytucje kultury, rekreacji i edukacji, wspomaganie rozwoju podmiotów zrzeszających osoby starsze oraz promowanie idei wolontariatu świadczonego przez osoby należące do tej kategorii wiekowej,
- realizowanie programów skierowanych do seniorów niwelujących deficyty ekonomiczne tej grupy osób,
- upowszechnianie zrównoważonego wizerunku seniorów jako kategorii osób, które są zarówno odbiorcami wsparcia (osoby niesamodzielne), jak i jego dawcami (sprawowanie opieki nad wnukami, czy też nad swoimi sędziwymi rodzicami, samopomoc sąsiedzka),
- prowadzenie stałego monitoringu sytuacji demograficznej oraz działań prowadzonych na rzecz osób starszych,
- prowadzenie stałego monitoringu sytuacji ekonomicznej seniorów.

Rozwój usług społecznych na rzecz osób starszych:

- wspieranie rodzin pełniących funkcje opiekuńcze nad seniorami,
- dostosowanie systemu wsparcia osób starszych do potrzeb starzejącego się społeczeństwa, m.in. poprzez rozwój dobrej jakości i przystępnych cenowo usług opiekuńczych świadczonych w środowisku zamieszkania przez profesjonalnie przygotowany personel,
- rozwijanie klubów samopomocy (w tym klubów seniora), sieci mieszkań wspomaganych, sieci dziennych domów pomocy (w tym gospodarstw opiekuńczych) oraz sieci rodzinnych domów pomocy, które wraz ze wzrostem populacji osób starszych przejmą część zadań związanych z zapewnieniem opieki całodobowej,
- rozwój alternatywnych form wsparcia, takich jak usługi sąsiedzkie czy teleopieka,
- wsparcie opiekunów osób zależnych m.in. poprzez rozwój opieki wytchnieniowej, w tym placówek środowiskowych oraz instytucji całodobowej opieki

WNIOSKI I REKOMENDACJE

krótkoterminowej.

Wsparcie osób starszych w kryzysie:

- koordynacja usług zdrowotnych z usługami społecznymi, szerszy rozwój opieki środowiskowej,
- kierowanie dodatkowego wsparcia do instytucji publicznych i organizacji pozarządowych działających na terenach charakteryzujących się szczególnie niekorzystnymi wartościami wskaźników społeczno-demograficznych,
- utrzymanie poziomu zasobów instytucji opieki całodobowej na poziomie niezbędnym i adekwatnym do liczby osób, których stan zdrowia i sytuacja rodzinna uniemożliwiają zapewnienie jej w środowisku zamieszkania,
- dostosowanie systemu opieki paliatywnej do stale rosnących potrzeb związanych ze starzeniem się społeczeństwa.

3. Osoby z zaburzeniami psychicznymi

3.1 Czym są zaburzenia psychiczne?

W szerokim rozumieniu, choroba psychiczna to: „stan patologiczny, który charakteryzuje się jakościowym, ilościowym lub łącznie obydwoma zaburzeniami funkcji poznawczych i emocjonalnych przy uwzględnieniu tego, że norma, w stosunku do której odnosimy te zaburzenia jest zmienna, uwarunkowana biologicznie, społecznie i kulturowo”. W wąskim rozumieniu, termin choroby psychiczne obejmuje jedynie psychozy (maniakalno-depresyjna, schizofreniczna, alkoholowa, starcza), pozostawiając poza tym zakresem pojęciowym pozostałe zaburzenia psychiczne. Istnieje również stanowisko, że pod pojęciem choroby psychicznej należy rozumieć takie zaburzenie czynności psychicznych (stałe i okresowe), które utrudniają lub uniemożliwiają adaptację społeczną jednostki, wskutek występowania u niej objawów psychotycznych. Znane jest też stanowisko, w którym choroba psychiczna określana jest jako wszelkie zaburzenia psychiczne tj. nerwice, psychozy, zespoły

psychoorganiczne i zaburzenia osobowości⁴⁹.

Grupę szczególnego ryzyka zaburzeń zdrowia psychicznego stanowią dzieci i młodzież. Około 50% wszystkich zaburzeń zdrowia psychicznego, z których znaczna część powiązana jest z nadużywaniem środków psychoaktywnych, agresją, zachowaniami antyspołecznymi oraz obniżeniem funkcjonowania intelektualnego skutkującego problemami szkolnymi, a w konsekwencji ograniczeniem szans życiowych, zaczyna się w okresie dojrzewania. Pogarszające się samopoczucie psychospołeczne przedstawicieli najmłodszych kategorii wiekowych wynika ze stresu, braku wsparcia oraz różnorodnych form przemocy (zarówno fizycznej, jak i emocjonalnej oraz cyberprzemocy) w środowisku domowym oraz rówieśniczym. Istotne znaczenie ma również dostępność alkoholu oraz narkotyków, która w powiązaniu z przeżywaniem napięć oraz środowiskowo utrwalonymi wzorcami używania substancji psychoaktywnych, stanowi istotny czynnik w etiologii uzależnień oraz związanych z nimi problemów psychicznych obejmujących całe spektrum zaburzeń (zaburzeń organicznych, depresyjnych, lękowych, psychotycznych, zaburzeń osobowości, itd.)⁵⁰. Zaburzenia psychiczne można podzielić na: nerwicowe, nastroju (afektywne), impulsywne oraz związane z używaniem substancji⁵¹.

3.2 Liczebność i struktura osób z zaburzeniami psychicznymi

W 2019 roku w Polsce w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu leczyło się ogółem 1.484.200 osób z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania, w tym:

- 213, 5 tys. osób z ograniczonymi zaburzeniami psychicznymi włącznie z zespołami objawowymi,
- 139,3 tys. osób ze schizofrenią,
- 24,2 tys. osób z innymi zaburzeniami psychotycznymi (nieschizofrenicznymi),
- 344,4 tys. osób z zaburzeniami nastroju (afektywnymi),

49 A. L. Załustowicz, *Jakość życia dorosłych kobiet z wybranymi zaburzeniami psychicznymi zamieszkałych w Domu Pomocy Społecznej*, Poznań, 2013.

50 D. Trawkowska, M. Frąckowiak-Sochańska, K. Czub, S. Szpyrka, M. Zaręba, *System wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi*, Poznań, 2017.

51 Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowy-program-ochrony-zdrowia-psychicznego1>,

- 532,2 tys. osób z zaburzeniami nerwicowymi,
- 46,4 tys. osób z zaburzeniami osobowości i zachowaniami dorosłych,
- 60,6 tys. osób z upośledzeniem umysłowym,
- 107 tys. osób z zaburzeniami rozwojowymi,
- 16,7 tys. osób z innymi zaburzeniami.

Liczba łóżek na oddziałach psychiatrycznych w Polskich szpitalach w 2019 roku wynosiła 5 648, a wskaźnik liczby łóżek na 10 tys. ludności - 1,5. Na jedno łóżko przypadało 11,6 osoby. Łączna liczba leczonych wyniosła 65 932 osoby – 17,2 na 10 tys. ludności, z kolei średnia długość pobytu w dniach wynosiła 28,6⁵².

Liczba mieszkańców przewlekle psychicznie chorych przebywających w placówkach stacjonarnej pomocy społecznej w Polsce w 2020 r. wyniosła 22 841. Liczba ta utrzymuje się na podobnym poziomie od 2010 r.⁵³. W 2020 roku w Polsce były 174 domy pomocy społecznej przeznaczone dla osób przewlekle psychicznie chorych, w których było 20 716 miejsc. Liczba mieszkańców wynosiła 19.948 osoby⁵⁴.

Liczba zgonów spowodowanych zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania w latach 2010-2019 wzrosła o 113,3% z 1 785 w 2010 roku do 3 807 w 2019 roku⁵⁵. Liczba samobójstw w latach 2010-2019 zmalała o 28,0% z 6 342 w 2010 roku do 4 567 w 2019 roku⁵⁶.

Osób chorych z zaburzeniami psychicznymi (bez uzależnień), które były leczone w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej w Polsce w 2018 roku było 1 405 616 (3 659,4 na 100 tys. ludności), w tym 321 134 po raz pierwszy (836,0 na 100 tys. ludności). Osób chorych z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi uzależnieniem od alkoholu, które były leczone w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej w Polsce w 2018 roku było 168 023, w tym 126 889 mężczyzn (437,4 na 100 tys. ludności w tym 682,9 mężczyzn). Z kolei osób które leczyły się po raz pierwszy było 57 239 w tym 43 992 mężczyzn (149,0 na 100 tys. ludności w tym 236,7 mężczyzn).

52 Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Zdrowia, *Zasoby ochrony zdrowia w województwie śląskim w liczbach*, 2019.

53 Główny Urząd Statystyczny, Bank Danych Lokalnych, <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/tablica>

54 Centralna Aplikacja Statystyczna, sprawozdania MRPiPS-05 za okres I-XII 2019 r.

55 Główny Urząd Statystyczny, Bank Danych Lokalnych.

56 Tamże,

Osób chorych z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych, które były leczone w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej w Polsce w 2018 roku było 44 729, w tym 31 122 mężczyzn (116,4,4 na 100 tys. ludności w tym 167,5 mężczyzn). Z kolei osób, które leczyły się po raz pierwszy, było 16 412 - w tym 11 961 mężczyzn (42,7 na 100 tys. ludności w tym 64,4 mężczyzn)⁵⁷.

3.3 Deinstytucjonalizacja usług na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi w obszarze ochrony zdrowia psychicznego w Polsce

W 2017 roku została opublikowana kolejna edycja Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022, którego głównym postulatem jest wdrożenie środowiskowego modelu ochrony zdrowia psychicznego, tj. zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej blisko miejsca ich zamieszkania opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym.

Jednym z warunków rozwoju psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce jest podjęcie wyzwań w dziedzinie ochrony zdrowia psychicznego adekwatne do skali potrzeb i zaniedbań – zaliczenie ochrony zdrowia psychicznego do priorytetowych zadań polityki zdrowotnej i społecznej państwa, podjęcie deinstytucjonalizacji psychiatrycznej opieki zdrowotnej, tj. odchodzenie od opieki instytucjonalnej na rzecz opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności⁵⁸.

Deinstytucjonalizacja, rozumiana jako proces odchodzenia w określonych obszarach polityki społecznej od usług świadczonych w oparciu o niezintegrowane z daną społecznością lokalną instytucje – organizacje, w kierunku usług społecznych bazujących na zasobach lokalnej społeczności wspieranej w tym zakresie przez różne instytucje publiczne, dla lecznictwa psychiatrycznego oznaczać miała istotną zmianę jakościową⁵⁹.

57 Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Zdrowia, *Leczeni z powodu zaburzeń psychicznych, uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych – ambulatoryjna opieka zdrowotna*, 2020.

58 Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowy-program-ochrony-zdrowia-psychicznego1>,

59 W. Skiba, *Uwarunkowania wdrażania deinstytucjonalizacji w obszarze ochrony zdrowia psychicznego w Polsce*, Społeczeństwo i ekonomia Wrocław, 2017, s. 95.

Ze względu na rolę zasobów społecznych w uzyskaniu wysokiej jakości wsparcia w modelu psychiatrii środowiskowej w ocenie szans na implementację tej formy wsparcia istotna wydaje się ocena wskaźników charakteryzujących te zasoby w danym układzie lokalnym. Jest to także ważne ze względu na wciąż istotny dystans społeczny wobec osób z doświadczeniem choroby psychicznej.

Oprócz syntetycznie mierzonego poziomu kapitału społecznego jako takie wskaźniki można przyjąć np. liczbę środowiskowych domów samopomocy (ŚDS), ośrodków interwencji kryzysowej, spółdzielni socjalnych oraz innych form wsparcia prowadzonych przez podmioty niepubliczne oraz liczbę aktywnie działających na danym terenie w obszarze zdrowia psychicznego i pomocy społecznej organizacji pozarządowych (grup wsparcia). Stworzenie na podstawie takich danych map infrastruktury społecznej pozwoliłoby, ocenić na ile reprezentowane są wszystkie konieczne formy świadczenia usług, m.in. interwencja kryzysowa, zintegrowana terapia, powrót do środowiska, wsparcie rodziny, a tym samym ocenić szanse stworzenia kompleksowego systemu wsparcia środowiskowego. Diagnoza w tym względzie powinna poprzedzać proces wdrażania psychiatrii środowiskowej na danym terenie i skutkować dostosowaniem rozwiązań do lokalnej specyfiki.

Nałożenie powyższych wskaźników na dane dotyczące działań prowadzonych bezpośrednio przez jednostki organizacyjne samorządów, takich jak liczba osób objętych różnymi formami wsparcia środowiskowego, przestrzenna dystrybucja placówek realizujących świadczenia zdrowotne z psychiatrii ambulatoryjnej i świadczonej domowo w ciągu ostatnich lat, pozwoli odpowiedzieć na pytanie, które społeczności są lepiej przygotowane na wdrożenie nowego modelu wsparcia, a które gorzej⁶⁰.

Dzięki zmianom w prawie już w 1994 r. rozpoczął się stopniowy demontaż modelu azylowego, czemu towarzyszyło odgórne organizowanie instytucji charakterystycznych dla środowiskowego modelu wsparcia, a więc możemy mówić o stopniowym procesie częściowej deinstytucjonalizacji. Pojawiły się także nowe instytucje. Od tego okresu tworzone są m.in. środowiskowe domy samopomocy. Ich liczba nieustannie wzrasta, co oznacza faktyczną stałą poprawę dostępności usług. Zwiększeniu uległa liczba miejsc kontraktowanych na oddziałach dziennych, a spada liczba na oddziałach zamkniętych. Można

60 W. Skiba, *Uwarunkowania wdrażania deinstytucjonalizacji w obszarze ochrony zdrowia psychicznego w Polsce*, Społeczeństwo i ekonomia Wrocław, 2017, s. 96-97.

zatem mówić o postępującej zmianie instytucjonalnej w obszarze ochrony zdrowia psychicznego, czego wymiernym wskaźnikiem jest wzrost liczby placówek dziennych. Dzięki zmianom legislacyjnym wzrosły także możliwości działania organizacji pozarządowych, które dostarczają często usługi niedostępne w ramach świadczeń oferowanych przez podmioty publiczne. Przykładem może być tzw. wspierane zatrudnienie, oceniane jako najbardziej efektywna forma pomocy w uzyskaniu i utrzymaniu pracy. Jednakże wspólnym mianownikiem dla tych działań jest brak systemowych mechanizmów integracji danej formy wsparcia z pozostałymi, w szczególności świadczeń leczniczych ze świadczeniami społecznymi⁶¹.

3.4 Wsparcie osób z zaburzeniami psychicznymi

ELEMENTY SYSTEMU WSPARCIA		
osoby mające problemy ze zdrowiem psychicznym		
W RODZINIE W ŚRODOWISKU	WSPARCIE USŁUGOWE RODZIN	<p>Osoby cierpiące na zaburzenia psychiczne zamieszkujące w środowisku mogą skorzystać z dwóch rodzajów wsparcia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • systemu opieki zdrowotnej, • systemu pomocy społecznej. <p>W ramach wsparcia zdrowotnego osoby mogą skorzystać z psychiatrycznej opieki zdrowotnej świadczonej w warunkach ambulatoryjnych.</p> <p>W przypadku świadczeń usługowych pomocy społecznej osoby te mogą skorzystać z:</p> <ul style="list-style-type: none"> • specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi, • usług świadczonych w środowiskowym domu samopomocy, • usług klubu samopomocy.

⁶¹ tamże, s. 97-98.

ELEMENTY SYSTEMU WSPARCIA		
		<p>Wsparcie usługowe może zostać również udzielone w postaci usług opiekuńczych świadczonych w mieszkaniach chronionych o profilu adekwatnym do problemów zdrowotnych ich użytkowników.</p> <p>Wsparcie oferowane jest również w ramach systemu wsparcia wynikającego z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych</p>
	WSPARCIE ŚWIADCZENIAMI	<p>Osoby z zaburzeniami psychicznymi i ich rodziny mogą zostać objęci wsparciem finansowym. Są to świadczenia z pomocy społecznej (zasiłki na zaspokojenie najpilniejszych potrzeb życiowych)</p> <p>Proponowane są też usługi odciążeniowe dla opiekunów czy to w ramach programów rządowych lub w ramach projektów finansowanych ze środków wspólnotowych UE.</p> <p>Dla opiekunów osób z zaburzeniami psychicznymi istnieje możliwość objęcia wsparciem w postaci świadczenia pielęgnacyjnego.</p>
W INSTYTUCJI	DOMY POMOCY SPOŁECZNEJ	<p>Osobom, które ze względu na zaburzenia psychiczne nie można zabezpieczyć potrzeb w środowisku zamieszkania przysługuje również możliwość realizacji pobytu i usług w domu pomocy społecznej. Pobyt ma charakter całodobowy, a mieszkańcy są kierowani do placówki na pobyt stały. Często są to skierowania władzy sądowniczej, w wyniku prowadzonych postępowań sądowych.</p>
	ZAKŁADY	<p>Osoby z zaburzeniami psychicznymi mogą</p>

ELEMENTY SYSTEMU WSPARCIA		
	PIELĘGNACYJNO – OPIEKUŃCZE I ZAKŁADY OPIEKUŃCZO - LECNICZE	<p>również skorzystać z usług zdrowotnych świadczonych przez psychiatryczne zakłady opiekuńczo – lecznicze lub pielęgnacyjno – opiekuńcze. Muszą także spełnić minimum dwa podstawowe kryteria, tj.: wymogu konieczności sprawowania nad nimi stałej opieki i pielęgnacji, w tym również konieczność leczenia oraz po badaniu skalą Barthel nie przekraczają 40 punktów w skali samodzielności.</p> <p>Zakłady te zabezpieczają pobyt całodobowy, jednak o charakterze okresowym, do czasu poprawy stanu zdrowia.</p>

Tabela nr 4. Elementy systemu wsparcia dla osób przewlekle psychicznie chorych

3.5 Wnioski i rekomendacje

WNIOSKI I REKOMENDACJE
<p>Profilaktyka:</p> <ul style="list-style-type: none"> • promocja zdrowia psychicznego poprzez realizację działań mających na celu wzmocnienie zdrowia psychicznego, poprawę jakości życia jednostki, grupy i populacji (np. dzieci, młodzieży, pracowników, seniorów, itp.), • podejmowanie działań mających na celu zmniejszenie zagrożeń i liczby incydentów zaburzeń, • edukacja społeczeństwa w zakresie zdrowia psychicznego, • wspieranie rodzicielstwa, pierwszych lat życia oraz zdrowego psychicznie starzenia się, • zapobieganie stygmatyzacji,

WNIOSKI I REKOMENDACJE

- zapobieganie przemocy i szkodliwemu działaniu substancji psychoaktywnych.

Rozwój usług społecznych na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi:

- koordynacja systemu realizacji usług społecznych z usługami zdrowotnymi poprzez rozwój działalności centrów zdrowia psychicznego,
- wspieranie rodzin pełniących funkcje opiekuńcze nad osobami z zaburzeniami psychicznymi m.in. przez rozwój opieki wytchnieniowej, prowadzenie grup samopomocowych i wsparcia, asystentury osób z niepełnosprawnością, rozwój ośrodków wsparcia np. centra opiekuńczo-mieszkalne,
- rozwój usług opiekuńczych specjalistycznych,
- rozwój dziennych form pobytu typu ŚDS,
- rozwój usług wsparcia wynikających z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Wsparcie osób z zaburzeniami psychicznymi w kryzysie:

- zapewnienie skoordynowanych usług społecznych i usług zdrowotnych poprzez rozwój działalności centrów zdrowia psychicznego,
- realizacja programów usamodzielniających i prozatrudnieniowych, w tym pobyt w mieszkaniach chronionych, w tym treningowych usamodzielniających, treningi prowadzenia gospodarstwa domowego, treningi pracy, itp.,
- upowszechnianie usług tzw. asystentów zdrowienia.

4. Dorosłe osoby z niepełnosprawnościami

4.1 Istota niepełnosprawności

Niepełnosprawność staje się współcześnie jedną z kluczowych kwestii społecznych. Wynika to z faktu, że jako społeczeństwo żyjemy coraz dłużej, a dłuższe życie nieuchronnie wiąże się z pogorszeniem sprawności. Problem niepełnosprawności nie dotyczy jednak wyłącznie osób starszych. Wskutek wad wrodzonych, przewlekłych chorób, wypadków oraz urazów może on

wystąpić również wśród osób młodych, a nawet małych dzieci⁶². Szczególną grupą niepełnosprawnych są osoby z zaburzeniami psychicznymi, które wymagają wszechstronnej i kompleksowej pomocy.

Sytuacja zdrowotna osób z niepełnosprawnościami wpływa na ich odmienny status społeczno-ekonomiczny. Różnice te mają bezpośrednie przełożenie na sytuację ekonomiczną, szanse życiowe oraz codzienne funkcjonowanie osób z niepełnosprawnościami. Nadal wiele przeszkód uniemożliwia osobom z niepełnosprawnościami pełne korzystanie z praw podstawowych i ogranicza ich udział w życiu społecznym na równi z innymi. Do praw tych należy możliwość swobodnego przemieszczania się, wyboru miejsca i stylu życia oraz pełnego dostępu do kultury, rekreacji i sportu⁶³. Ważną rolę w przeciwdziałaniu wykluczeniu społecznemu osób z niepełnosprawnościami odgrywają organizacje pozarządowe, w tym grupy samopomocowe. Ich celem jest przeciwdziałanie szeroko rozumianej dyskryminacji, respektowanie prawa osób z niepełnosprawnościami do autonomii, poprawa warunków i jakości życia tej grupy oraz wzajemna pomoc.

Nie istnieje jedna, powszechnie uznawana definicja niepełnosprawności. Niejednorodność wynika z różnego definiowania niepełnosprawności w poszczególnych krajach.

Zróżnicowanie to odnosi się zarówno do definicji niepełnosprawności biologicznej, jak też określania niepełnosprawności prawnej. Definicja stosowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) przyjmuje, że *do kategorii osób niepełnosprawnych zaliczają się osoby z długotrwałą obniżoną sprawnością fizyczną, umysłową, intelektualną lub sensoryczną, która w interakcji z różnymi barierami może ograniczać ich pełne i efektywne uczestnictwo w życiu społecznym na równych zasadach z innymi obywatelami. W zależności od typu schorzenia można mówić o wielu rodzajach niepełnosprawności*⁶⁴.

62 Główny Urząd Statystyczny, *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 roku*, Warszawa 2016, s. 105.

63 *Osoby niepełnosprawne w województwie śląskim w 2017 r. Informacje sygnałne*. Urząd Statystyczny w Katowicach, 22.08.2018 r. <http://katowice.stat.gov.pl/opracowania-biezace/opracowania-sygnalne/inne-opracowania/osoby-niepelnosprawne-w-wojewodztwie-slaskim-w-2017-r-,18,1.html>, s. 5.

64 Zalicza się do nich m.in. choroby neurologiczne, w tym neurodegeneracyjne, niepełnosprawność ruchową, intelektualną, choroby układu oddechowego i krążenia, niepełnosprawność narządu wzroku i głuchoślepotę, niepełnosprawność słuchu i/lub mowy, schorzenia metaboliczne, choroby układu moczowo-płciowego, choroby rzadkie/genetyczne, choroby psychiczne, nowotwory i otyłość, por.

W Polsce stosowane są co najmniej dwie definicje osób z niepełnosprawnościami. Pierwsza wynika z przepisów prawa i dotyczy prawnej podstawy kwalifikacji do grupy osób z niepełnosprawnościami. Natomiast druga, znacznie szersza, stosowana jest w statystyce GUS. Definicja statystyczna obejmuje nie tylko osoby z niepełnosprawnościami prawnie, ale również takie, które choć nie posiadają orzeczenia o niepełnosprawności, to jednak deklarują występowanie ograniczeń w wykonywaniu wybranych czynności. Jest to tzw. niepełnosprawność biologiczna. Używane w badaniach statystycznych dwa niezależne pytania dotyczące niepełnosprawności prawnej i biologicznej pozwalają na prezentację danych o zbiorowości osób z niepełnosprawnościami w rozbiu na trzy podstawowe grupy, tj. osób niepełnosprawnych prawnie i biologicznie, niepełnosprawnych tylko prawnie oraz tylko biologicznie.

Działania systemowe na rzecz osób z niepełnosprawnościami reguluje w Polsce ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573). Ustawa ta dotyczy osób niepełnosprawnych według przyjętej definicji prawnej, a zatem takich, których niepełnosprawność została potwierdzona odpowiednim orzeczeniem. Zadania wynikające z ustawy realizują organy administracji rządowej, organy jednostek samorządu terytorialnego i Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON).

4.2 Liczebność i struktura osób z niepełnosprawnościami w Polsce

Według danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w grudniu 2019 r. w Polsce było 2,4 mln osób⁶⁵, pobierających świadczenia emerytalno-rentowe i/lub ubezpieczonych przez płatników składek, które posiadały orzeczenie o niepełnosprawności (wydane przez zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności) lub orzeczenie o niezdolności do pracy (wydane przez ZUS)⁶⁶.

<http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/203749>,

⁶⁵ Opracowano na podstawie połączonych zbiorów danych z systemów informacyjnych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz po usunięciu powtórzonych i pustych obserwacji. Główny Urząd Statystyczny, *Osoby niepełnosprawne w 2019 r.*, Informacje sygnałowe, 3.12.2019 r.

⁶⁶ Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych orzeczenia lekarza orzecznika ZUS o niezdolności do pracy, niezdolności do

W badanej zbiorowości osób z orzeczeniem przeważali mężczyźni, którzy stanowili 53,7%. Biorąc pod uwagę wiek w zbiorze osób niepełnosprawnych lub niezdolnych do pracy najczęściej występowały mężczyźni w wieku 64 lata (56,4 tys.). Najwięcej kobiet z orzeczeniem o niepełnosprawności lub niezdolności do pracy było w wieku 59 lat (33,7 tys.). Najwięcej mężczyzn i kobiet z orzeczeniem o niepełnosprawności lub niezdolności do pracy mieszkało w województwie śląskim (odpowiednio 146,5 tys. i 120,7 tys.). Połowa badanej zbiorowości mieszkała w województwach: dolnośląskim, małopolskim, mazowieckim, podkarpackim, śląskim i wielkopolskim.

Na możliwość podjęcia zatrudnienia przez osoby z niepełnosprawnościami wpływa poziom wykształcenia i kwalifikacji zawodowych. Tymczasem wykształcenie tej grupy, mimo zauważalnej poprawy, różni się od wykształcenia populacji ogółem. W przeciwdziałaniu wykluczeniu społecznemu osób z niepełnosprawnościami szczególną rolę odgrywa praca zawodowa, podejmowana zarówno na otwartym, jak i chronionym rynku pracy. Daje ona szansę na życiowe usamodzielnienie i zdobycie niezależności ekonomicznej.

4.3 Rehabilitacja społeczna i zawodowa osób z niepełnosprawnościami

Spośród ponad 3 mln osób z niepełnosprawnościami w wieku 16 lat i więcej w Polsce w 2020 r. 529 tys. osób było aktywnych zawodowo, w tym 504 tys. pracowało, a 2,5mln było biernych zawodowo⁶⁷.

Zgodnie z art. 49 ust. 6 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2020 r. poz. 1409, z późn. zm.) bezrobotne osoby niepełnosprawnościami należą do kategorii osób, będących w szczególnej sytuacji na rynku pracy. Od wielu lat prowadzone są w Polsce liczne kampanie społeczne promujące zatrudnienie i równouprawnienie w pracy osób z niepełnosprawnościami. Mimo tego, wiele osób z niepełnosprawnościami, wykazujących aktywność zawodową, nie może znaleźć odpowiedniej pracy.

Nie dziwi zatem fakt, że aktywność zawodowa osób z niepełnosprawnościami różni się

samodzielnej egzystencji oraz celowości przekwalifikowania podlegają przełożeniu na orzeczenia o stopniu niepełnosprawności. Główny Urząd Statystyczny, *Osoby niepełnosprawne w 2019 r.*, Informacje sygnałne, 3.12.2019 r.

67 GUS, BDL.

znacząco od aktywności zawodowej ogółu ludności w Polsce, w tym również osób sprawnych⁶⁸. W 2020 r. współczynnik aktywności zawodowej osób niepełnosprawnościami w Polsce w wieku 16 lat i więcej wynosił 17,5%, zaś wskaźnik zatrudnienia (określający, jaki odsetek ludności w wieku 16 lat i więcej pracuje zawodowo) – 16,7%. Z kolei dla populacji ogółem wskaźniki te kształtowały się na poziomie 56,1 (osób w wieku 15 lat i więcej) i 74,9 (osób w wieku produkcyjnym)⁶⁹.

W połowie 2019 r. w Polsce funkcjonowało 797 zakładów pracy chronionej, w których pracowało 129 tys. osób, w tym 100,1 tys. niepełnosprawnych. Udział osób z niepełnosprawnościami w zatrudnieniu ogółem w zakładach aktywności zawodowej wynosił 77,6%.⁷⁰

Kurczenie się chronionego rynku pracy z pewnością nie jest zjawiskiem korzystnym, bowiem mimo pewnych wad rynek ten jest często jedyną szansą na zatrudnienie dla niektórych grup pracowników. Najbardziej oczywista alternatywa dla zakładów pracy chronionej (ZPCh) – zakłady aktywności zawodowej – oferują zaledwie ułamek miejsc dostępnych w ramach chronionego rynku pracy. Na koniec 2019 roku w kraju działały 124 zakłady aktywności zawodowej, w których pracowało 5,5 tys. osób niepełnosprawnych⁷¹.

W prowadzonej przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych Ewidencji Zatrudnionych Osób Niepełnosprawnych w Polsce w grudniu 2017 roku było zarejestrowanych 261 tys. pracowników niepełnosprawnych, których wynagrodzenia były dofinansowywane ze środków PFRON, w tym: na chronionym rynku pracy - 122 tys. osób oraz na otwartym rynku pracy - 138 tys. osób. W ostatnich latach wyraźnie zmniejsza się dysproporcja między zarejestrowanymi w Systemie Obsługi Dofinansowań i Refundacji (SODiR) PFRON pracownikami niepełnosprawnymi z otwartego i chronionego rynku pracy. Jeszcze w grudniu 2013 r. udział pracowników zakładów pracy chronionej w stosunku do

68 D. Kobus-Ostrowska, *Economic activity of disabled people and their development opportunities*, [w:] P. Ucieklak-Jeż. (red.), *Social aspects of market economy*, Wydawnictwo im. S. Podobińskiego Akademii im. Jana Długosza, Częstochowa 2011, s. 241.

69 GUS, BDL.

70 <http://niepelnosprawni.gov.pl/p,84,dane-dotyczace-zakladow-pracy-chronionej>,

71 PFRON, *Badanie zakładów pracy chronionej*, grudzień 2020 r., s. 42,

https://www.pfron.org.pl/fileadmin/ZPChRaport_koncowy_pelny.pdf?utm_campaign=pfron&utm_source=df&utm_medium=download,

ogółu pracowników niepełnosprawnych, zarejestrowanych w SODiR wynosił 66,2%, tymczasem w grudniu 2017 r. po raz kolejny udział pracowników z otwartego rynku pracy w stosunku do ogółu pracowników niepełnosprawnych był większy od udziału pracowników z rynku chronionego⁷². Jak wykazują badania, ZPCh jedynie w niewielkim stopniu realizują cele społeczne i rehabilitacyjne, które zostały przed nimi postawione – zatrudnianie w dogodnych warunkach osób najbardziej poszkodowanych, w szczególności ze znacznym stopniem niepełnosprawności. Niekorzystną sytuację w tym zakresie potwierdza niemal taki sam odsetek niepełnosprawnych pracowników ze znacznym stopniem niepełnosprawności zatrudniony na otwartym, jak i chronionym rynku pracy. ZPCh zatrudniając przede wszystkim osoby z niższymi stopniami niepełnosprawności powstrzymują je przed wejściem na otwarty rynek pracy, a jednocześnie nie dążą do aktywizacji osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, dla których zatrudnienie chronione jest jedyną szansą na aktywność zawodową⁷³.

Przykładem rozwiązań, pozwalających aktywizować zawodowo osoby z niepełnosprawnościami są przedsiębiorstwa społeczne, których misją jest reintegracja społeczna i zawodowa pracowników, a ich kultura organizacyjna pozwala stworzyć wspierające środowisko pracy, wykorzystując wzajemne oddziaływanie pracowników o podobnym doświadczeniu przebytej choroby.

W 2019 roku w KRS figurowało 1 547 spółdzielni socjalnych. Sytuacja związana z pandemią zakaźnej choroby COVID-19 wywoływanej przez koronawirusa SARS-CoV-2 może wpłynąć na ten trend ze względu na trudności gospodarcze w istniejących już spółdzielniach socjalnych aktywnych w dużej mierze w usługach cateringowych, przetwórstwie przemysłowym czy handlu, ale jednocześnie mogą stać się one atrakcyjnym miejscem pracy dla osób, które w wyniku pandemii straciły swoje miejsce pracy. W celu zapobieżenia utracie płynności i ochrony miejsc pracy przez spółdzielnie socjalne, w ramach tzw. Tarczy Antykryzysowej, wprowadzono szereg rozwiązań pomocowych dedykowanych tym podmiotom, a także dostarczono Ośrodkom Wsparcia Ekonomii Społecznej (OWES) instrumenty mające na celu

72 Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych,
<http://www.niepelnospawni.gov.pl/index.php?c=page&id=80&print=,>

73 PFRON, *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Raport końcowy*, Warszawa, 18 maja 2017 r.,
https://www.pfron.org.pl/fileadmin/Badania_i_analizy/Badanie_potrzeb_ON/Raport_koncowy_badanie_potrzeb_ON.pdf?utm_campaign=pfron&utm_source=df&utm_medium=download, s. 230,

utrzymanie zatrudnienia w podmiotach ekonomii społecznej, w tym w spółdzielniach socjalnych⁷⁴.

Zaawansowana choroba oznacza niepełnosprawność i poważnie utrudnia możliwość podjęcia pracy zarobkowej. Wyłączenie z aktywności zawodowej nierzadko staje się przyczyną kolejnych poważnych problemów ekonomicznych i trudnej sytuacji mieszkaniowej. Ze względu na różnice w poziomie wykształcenia i aktywności zawodowej, a także z uwagi na problemy zdrowotne niepełnosprawni stanowią grupę silnie zagrożoną wykluczeniem społecznym, biedą i ubóstwem⁷⁵. Jak wynika z badań PFRON spośród osób niepełnosprawnych największe problemy finansowe mają gospodarstwa osób z niepełnosprawnością intelektualną⁷⁶.

Możliwość rehabilitacji społecznej i zawodowej osobom z niepełnosprawnościami, niezdolnym do podjęcia pracy dają warsztaty terapii zajęciowej, w których organizowane są zajęcia terapeutyczne i warsztatowe. Z kolei zakłady aktywności zawodowej to miejsca, w których osoby niepełnosprawne uczą się nie tylko wykonywania powierzonych im obowiązków, ale również radzenia sobie w życiu codziennym oraz współpracy z innymi osobami. W 2019 r., funkcjonowało 720 warsztatów terapii zajęciowej (WTZ) i 123 zakłady aktywności zawodowej (ZAZ).⁷⁷ Liczba ZAZ w porównaniu z 2018 r. wzrosła o 7 jednostek (taki sam wzrost nastąpił również między 2017 r. a 2018 r.).

Większość jednostek w 2019 r. (64,2%) prowadziły organizacje non-profit. W przypadku 34,1% ZAZ organem prowadzącym były jednostki samorządu terytorialnego (gminy lub powiaty), a 1,6% zakładów prowadziły spółdzielnie socjalne. Struktura organów prowadzących zakłady aktywności zawodowej nie zmieniła się znacząco od 2018 r., jednakże dla wszystkich nowoutworzonych zakładów organem prowadzącym były organizacje non-profit. Na koniec 2019 r. we wszystkich zakładach aktywności zawodowej zatrudnionych było

74 Informacja Prezesa Rady Ministrów z dn. 22.07.2020 r. o funkcjonowaniu spółdzielni socjalnych działających na podstawie ustawy z dnia 27 kwietnia 2006 r. o spółdzielniach socjalnych za okres 2018-2019.

75 *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych...*, dz.cyt., s. 92.

76 Przede wszystkim wynika to z faktu, że co najmniej jedno z rodziców pozbawione jest zwykle możliwości wykonywania pracy ze względu na konieczność stałej opieki nad dzieckiem. *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych...*, dz.cyt. s. 95.

77 Główny Urząd Statystyczny, *Centra integracji społecznej, kluby integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej, warsztaty terapii zajęciowej w 2019 r.*,

łącznie blisko 7,2 tys. osób. W porównaniu z 2018 r. łączne zatrudnienie w ZAZ zwiększyło się o 8,5%. Działalność reintegracyjna ZAZ ustawowo kierowana jest do osób, które posiadają orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz osób z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, u których stwierdzono autyzm, upośledzenie umysłowe lub chorobę psychiczną. Na koniec 2019 r. liczba reintegrowanych zatrudnionych w ZAZ wynosiła 5,5 tys., w tym osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności stanowiły 59,0%. Liczba zatrudnionych osób ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności w ogólnej liczbie zatrudnionych wyniosła 75,8% i w stosunku do poprzedniego roku zwiększyła się o 0,3 p. proc. Przeciętnie w jednym ZAZ w celach reintegracyjnych zatrudniano w 2019 r. 45 pracowników z niepełnosprawnością.

Na koniec 2019 r. aktywną działalność prowadziło 720 warsztatów terapii zajęciowej, tj. o 2 więcej niż w poprzednim roku. WTZ, najczęściej w porównaniu z innymi rodzajami jednostek reintegracji społeczno-zawodowej, prowadziły organizacje non-profit – w skali kraju były one organizatorem 78,2% warsztatów. Kolejne 17,9% WTZ działało w ramach jednostek samorządu terytorialnego i instytucji im podległych, a 3,9% prowadziły inne podmioty. W 2019 r. z zajęć w warsztatach terapii zajęciowej skorzystało 27,7 tys. osób z orzeczoną niepełnosprawnością, o 0,2 tys. więcej niż rok wcześniej. Przeciętnie w zajęciach w jednym WTZ uczestniczyło 38 takich osób (tak samo jak w poprzednim roku).

4.4 Wsparcie osób z niepełnosprawnościami

ELEMENTY SYSTEMU WSPARCIA		
osoby z niepełnosprawnościami		
W RODZINIE W ŚRODOWISKU	WSPARCIE USŁUGOWE RODZIN	<p>W przypadku świadczeń usługowych pomocy społecznej osoby z niepełnosprawnościami mogą skorzystać z:</p> <ul style="list-style-type: none"> • usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, • dziennych form pobytu (ośrodki wsparcia), • rodzinnych domów pomocy.

ELEMENTY SYSTEMU WSPARCIA

		<p>Wsparcie usługowe może zostać również udzielone w postaci usług opiekuńczych świadczonych w mieszkaniach chronionych o profilu adekwatnym do stopnia niepełnosprawności oraz samodzielności ich użytkowników.</p> <p>Osoby z niepełnosprawnościami mogą również korzystać z warsztatów terapii zajęciowej oraz zakładów aktywności zawodowej.</p>
	WSPARCIE ŚWIADCZENIAMI	<p>Osobie z niepełnosprawnościami przysługują następujące świadczenia:</p> <ul style="list-style-type: none">• renta z tytułu niezdolności do pracy,• renta szkoleniowa przez okres 6 miesięcy – w przypadku, gdy orzeczono celowość przekwalifikowania zawodowego ze względu na niezdolność do pracy w dotychczasowym zawodzie,• renta socjalna,• renta rodzinna,• zasiłek pielęgnacyjny,• świadczenie uzupełniające dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji,• specjalny zasiłek opiekuńczy dla opiekunów,• świadczenie pielęgnacyjne,• dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu kształcenia i rehabilitacji dziecka z niepełnosprawnością.

ELEMENTY SYSTEMU WSPARCIA		
		<p>Ponadto rodziny i osoby z niepełnosprawnościami mogą otrzymywać wsparcie finansowe w ramach systemu pomocy społecznej w postaci zasiłków celowych i okresowych. Osobie z niepełnosprawnościami, niezdolnej do pracy, która nie nabyła uprawnień do świadczeń z ubezpieczenia społecznego przysługuje tzw. zasiłek stały.</p>
W INSTYTUCJI	DOMY POMOCY SPOŁECZNEJ	<p>Osobom, które ze względu na niepełnosprawność nie można zabezpieczyć potrzeb w środowisku zamieszkania przysługuje również możliwość realizacji pobytu i usług w domu pomocy społecznej. Pobyt ma charakter całodobowy, a mieszkańcy są kierowani do placówki na pobyt stały.</p>
	ZAKŁADY PIELĘGNACYJNO – OPIEKUŃCZE I ZAKŁADY OPIEKUŃCZO - LECZNICZE	<p>Osoby z niepełnosprawnościami mogą również skorzystać z usług zdrowotnych świadczonych przez zakłady opiekuńczo – lecznicze lub pielęgnacyjno – opiekuńcze. Muszą także spełnić minimum dwa podstawowe kryteria, tj.: wymogu konieczności sprawowania nad nimi stałej opieki i pielęgnacji, w tym również konieczność leczenia oraz po badaniu skalą Barthel nie przekraczają 40 punktów w skali samodzielności.</p> <p>Zakłady te zabezpieczają pobyt całodobowy, jednak o charakterze okresowym, do czasu</p>

ELEMENTY SYSTEMU WSPARCIA		
		poprawy stanu zdrowia.

Tabela nr 5. System wsparcia osób z niepełnosprawnościami

4.5 Sytuacja materialna osób z niepełnosprawnościami

Według danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w grudniu 2019 r. przeciętne świadczenie główne (obejmujące emeryturę, rentę z tytułu niezdolności do pracy, rentę rodzinną lub rentę socjalną), które zostało wypłacone osobom uznanym za niezdolne do pracy na mocy art. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 573) wynosiło w skali Polski 1 628,38 zł. Mężczyźni przeciętnie otrzymali 1 762,91 zł, a kobiety 1 473,90 zł. Średnia kwota świadczenia była zróżnicowana w układzie województw. Najwyższą wartość (bez podziału na płeć) zaobserwowano w województwie śląskim (1 790,07 zł), natomiast najniższą w województwie podkarpackim (1 494,00 zł).

W 2020 r. w Polsce żyło 703,7 tys. osób pobierających renty z tytułu niezdolności do pracy z pozarolniczego systemu ubezpieczeń społecznych. W 2020 r. przeciętna miesięczna renta z tytułu niezdolności do pracy kształtowała się na poziomie 2 042 zł. Mimo relatywnie lepszej sytuacji w tym obszarze, pobierana renta pozwala jedynie w skromny sposób zaspokajać potrzeby bytowe osób niepełnosprawnych.

W 2019 roku w Polsce przeciętny miesięczny dochód rozporządzalny na 1 osobę w gospodarstwach domowych rencistów wyniósł 1 498 zł i był o 17,7% niższy od średniej ogólnopolskiej (w 2018 r. niższy o 20,0%).

W hierarchii potrzeb osób niepełnosprawnych pierwsze miejsce zajmuje zapewnienie odpowiedniej sytuacji materialno-bytowej⁷⁸, ponieważ w wielu rodzinach z osobami niepełnosprawnymi tego rodzaju potrzeby nie są w pełni zaspokojone. Wobec powyższego, ważne jest utrzymanie pomocy finansowej dla gospodarstw domowych osób z niepełnosprawnościami, będących w trudnej sytuacji, a także prowadzenie działań podnoszących aktywność zawodową osób dotkniętych niepełnosprawnością, gdyż ma ona

⁷⁸ Główny Urząd Statystyczny, *Sytuacja gospodarstw domowych w 2018 r. w świetle wyników badania budżetów gospodarstw domowych. Informacje sygnałowe*, 30.05.2019 r., s. 228.

bardzo duży wpływ na ich ogólną jakość życia. Postulat ten dotyczy również opiekunów osób wymagających ciągłej opieki.

Z badań wynika, że niektóre osoby z niepełnosprawnościami mają tendencję do redukcji własnych potrzeb do tych najbardziej podstawowych, nie posiadają także wiedzy, w jaki sposób mogłyby poprawić jakość swojego życia. Czasami brakuje również kompleksowych informacji – opracowanych w prosty i widoczny sposób, dostosowany do możliwości percepcyjnych osób z niepełnosprawnością - na temat możliwości i sposobu uzyskania wsparcia.

Od pięciu lat zmniejsza się też ilość świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej przyznanych z tytułu niepełnosprawności osoby zamieszkującej w rodzinie lub prowadzącej samodzielne gospodarstwo domowe. Sytuacja została zilustrowana w tabeli poniżej.

DANE O OSOBACH I RODZINACH, KTÓRYM PRYZNANO ŚWIADCZENIA Z POMOCY SPOŁECZNEJ Z POWODU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI ZA LATA 2016-2020						
WYSZCZEGÓLNIENIE		2016	2017	2018	2019	2020
1		2	3	4	5	6
LICZBA OSÓB, KTÓRYM PRYZNANO DECYZJĄ ZASIŁKI OKRESOWE Z POWODU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	1	53 042	53 296	50 745	45 730	40 611
LICZBA RODZIN, KTÓRYM PRYZNANO POMOC SPOŁECZNĄ Z POWODU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	2	393 878	384 939	364 682	347 516	310 968

Tabela nr 6. Świadczenia z pomocy społecznej udzielone z tytułu niepełnosprawności w latach 2016 do 2020.

ŹRÓDŁO: SPRAWOZDANIE MRPiPS-03 (w roku 2016 symbol: MPiPS-03)

Wśród różnych aspektów sytuacji bytowej osób z niepełnosprawnościami szczególne miejsce zajmuje sytuacja mieszkaniowa. Wsparcie w zakresie mieszkalnictwa i dostosowania przestrzeni życiowej do potrzeb związanych z niepełnosprawnością jest najbardziej kluczowe dla osób z niepełnosprawnością ruchową oraz z dysfunkcjami wzroku. Osoby z niepełnosprawnościami dążą do samodzielnego zamieszkania, które pozwala im uzyskać niezależność. W wielu wypadkach mieszkania zajmowane przez osoby z niepełnosprawnościami wymagają podjęcia szeregu działań dostosowawczych.

Wyniki innych badań pokazują, że do problemów, jakich doświadczają na co dzień osoby z niepełnosprawnościami można zaliczyć: trudności finansowe, niewystarczający dostęp do

opieki zdrowotnej i rehabilitacji, brak pracy, bariery architektoniczne, izolację społeczną, ograniczenie kontaktów, brak akceptacji i nietolerancję oraz zbyt małą dostępność zorganizowanych form wsparcia. Rodziny osób niepełnosprawnych doświadczają dodatkowo trudności w pogodzeniu pracy zarobkowej z opieką nad niepełnosprawnym członkiem rodziny oraz wypalenia, przemęczenia i braku sił⁷⁹.

W codziennym funkcjonowaniu osobom niepełnosprawnym potrzebne jest wsparcie w trzech zasadniczych obszarach:

- *mieszkalnictwa i samodzielnego życia* (pomoc asystenta lub pielęgniarki w codziennych czynnościach, dostosowanie mieszkania do indywidualnych potrzeb danej osoby niepełnosprawnej);
- *dostępu do udogodnień technicznych* - przyrządów, urządzeń lub technologii (m.in. sprzęt ortopedyczny lub optyczny, sprzęt umożliwiający/poprawiający słyszenie oraz sprzęt komputerowy, ale też różnego rodzaju urządzenia dnia codziennego pomagające niwelować ograniczenia związane z niepełnosprawnością);
- *transportu i przemieszczania się* – głównie likwidacja barier architektonicznych w przestrzeni publicznej, ale też przystosowanie środka transportu⁸⁰.

Jak wynika z badań PFRON osoby z niepełnosprawnościami niezbyt korzystnie oceniają wielkość wsparcia, jakie otrzymują. Ich zdaniem pomoc finansowa udzielana osobom niepełnosprawnym jest zbyt mała, niewspółmierna do potrzeb lub w ogóle niedostępna. Otrzymywane wsparcie nie jest zindywidualizowane, a system wsparcia osób niepełnosprawnych postrzegany jest jako silnie zbiurokratyzowany, przy jednoczesnym rozproszeniu odpowiedzialności, informacji i wymagań⁸¹.

Brak wystarczającego wsparcia przekłada się na ograniczenia w zaspakajaniu podstawowych potrzeb i na jakość życia osób z niepełnosprawnościami. Globalny wskaźnik jakości życia, przyjęty w powyższych badaniach, będący uśrednioną wartością wskaźników cząstkowych, przyjął wartość 38,5 pkt na 100 możliwych, co oznacza, że jakość życia osób

79 Fundacja CBOS, *Niepełnosprawni wśród nas. Komunikat z badań*, nr 169/ 2017, grudzień 2017, s. 3.

80 *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych...*, dz.cyt., s. 47-48.

81 *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych...*, dz.cyt., s. 45. Por. B. Gąciarz, P. Kubicki, S. Rudnicki, *System instytucjonalnego wsparcia osób niepełnosprawnych w Polsce - diagnoza dysfunkcji*, 2014, [w:] B. Gąciarz, S. Rudnicki Seweryn (red.), *Polscy niepełnosprawni - od kompleksowej diagnozy do nowego modelu polityki społecznej*, Wydawnictwa AGH, Kraków 2014.

z niepełnosprawnościami w Polsce nie jest dobra. Wyższą wartość w/w wskaźnik przyjmował dla osób z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności niż dla osób niepełnosprawnych w stopniu znacznym, a także wśród osób bez sprzężeń w porównaniu z osobami, wobec których orzeczono niepełnosprawność sprzężoną. Ponadto wartość wskaźnika jakości życia wyraźnie malała wraz ze wzrostem wieku osób niepełnosprawnych⁸². Najgorzej swoją sytuację oceniają osoby niepełnosprawne intelektualnie (z upośledzeniem umysłowym – 24,5 pkt) oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi (31,2 pkt).

Rodziny z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie to grupa szczególnie narażona na ponoszenie konsekwencji niepełnosprawności swoich bliskich, z których wielu wymaga stałej opieki, asysty do końca życia i nie podejmuje adekwatnych do swojego wieku ról społecznych.

Bardzo ważnym zagadnieniem jest również wspieranie opiekunów faktycznych osób z niepełnosprawnościami. Od pięciu lat dostrzegalny jest wzrost liczby osób korzystających ze świadczenia pielęgnacyjnego, które przysługuje opiekunowi faktycznemu osoby z niepełnosprawnością w przypadku rezygnacji z podjęcia zatrudnienia z uwagi na konieczność sprawowania stałej i bezpośredniej opieki nad osobą niepełnosprawną. Poniższa tabela przedstawia zmianę ilości świadczeniobiorców świadczenia pielęgnacyjnego w latach 2016 – 2020.

Liczba świadczeniobiorców świadczenia pielęgnacyjnego 2016-2020					
Rok	2016	2017	2018	2019	2020
Liczba świadczeniobiorców* (w tys.)	117,16	123,19	131,18	142,72	164,10

Tabela nr 7. Opracowanie własne MRiPS na podstawie sprawozdań rzeczowo-finansowych z wykonywania zadań z zakresu świadczeń rodzinnych za lata 2016-2020

Kwotę świadczenia pielęgnacyjnego w 2021 r. określa obwieszczenie Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 4 listopada 2020 r. Od 1 stycznia 2021 r. wysokość świadczenia pielęgnacyjnego wynosi 1971,00 zł miesięcznie.

W przypadku grupy osób z niepełnosprawnością intelektualną szczególnie istotny jest

⁸² *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych...*, dz.cyt., s. 5. Badaniem zostały objęte osoby niepełnosprawne prawnie posiadające orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności (osoby do 16 roku życia) w wieku 14-60 lat.

moment wyjścia z systemu edukacji, ponieważ często w terenie brakuje placówek wsparcia z adekwatną do potrzeb ofertą terapeutyczno-zajęciową. W związku z tym rodziny, które zainwestowały kilkadziesiąt lat intensywnej pracy w rehabilitację swoich bliskich są zmuszone albo obserwować ich szybki regres, albo zwiększyć nakłady pracy i środków aby go zatrzymać, w momencie, gdy same zaczynają potrzebować wsparcia w związku z wiekiem, jaki osiągnają⁸³. Ponadto, kluczowe jest zabezpieczenie losu niesamodzielnych osób z niepełnosprawnościami (szczególnie akcentowane przez opiekunów osób niepełnosprawnych intelektualnie) w przypadku choroby lub śmierci ich opiekunów.

4.6. Kręgi wsparcia

Kręgi wsparcia zakładają stworzenie wokół osoby, zgodnie z jej potrzebami, kręgu osób wspierających, łączących wsparcie formalne (np. asystent osobisty, pracownik pomocy społecznej, terapeuta, prawnik) i nieformalne (rodzina, przyjaciele, znajomi, sąsiedzi, sprzedawca w lokalnym sklepie). Ta forma wsparcia jest szczególnie często wykorzystywana w przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną, których dotyczy największy zakres wykluczenia oraz izolacja lub segregacja od życia w społeczności lokalnej, jednakże funkcjonuje z powodzeniem także wobec osób starszych.

Aby realnie zaistniała społeczna inkluzja potrzebne jest animowanie i organizowanie społeczności lokalnej, wydobywanie lokalnego potencjału, integrowanie zasobów, budowanie sieci współpracy i różnych form samopomocy. To utworzenie środowiskowego wsparcia społecznego w tym rozwój kręgów wsparcia, wolontariatu i wsparcia sąsiedzkiego w życiu codziennym w społeczności lokalnej, kreowanie postaw wrażliwości społecznej i solidarności codziennie. To wdrażanie programów edukacji, animacji i wsparcia społecznego w społecznościach lokalnych.

Konieczna jest również praca w społeczności i ze społecznością lokalną w celu włączenia osób wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym w lokalne środowisko umożliwiając im aktywność i życie na równi z innymi członkami społeczności. Wsparcie jest ściśle skoncentrowane na potrzebach osoby zgodnie z jej indywidualnymi preferencjami i zakłada w pełni włączający charakter, tak aby osoba mogła pozostać w wybranym przez siebie miejscu zamieszkania, przy zapewnieniu niezbędnych usług wspierających, także

⁸³ *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych...*, dz. cyt., s. 38.

w sytuacji gdy jej najbliższa rodzina nie będzie już miała możliwości udzielać jej wsparcia (z racji np. choroby, śmierci, stanu epidemii bądź pandemii lub z powodu wyboru samej osoby starszej i z niepełnosprawnością).

Kręgi wsparcia wdrażają w praktyce ideę deinstytucjonalizacji i wsparcia w społeczności lokalnej i mogą mieć zarówno charakter prewencyjny (planowanie długoterminowe, zapewnienie bezpiecznej przyszłości poza instytucjami), interwencyjny (reagowanie w sytuacjach nagłych) oraz wspierający przejście z instytucji do wsparcia w społeczności lokalnej.

Działanie zakłada również pogłębioną analizę i wypracowanie rekomendacji prawnych i pozaprawnych w zakresie narzędzi wspierających bezpieczną przyszłość (m.in. finansową, prawną, organizacyjną) osób z niepełnosprawnościami i osób starszych.

4.7 Wnioski i rekomendacje

WNIOSKI I REKOMENDACJE

Profilaktyka:

- upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej pod kątem przeciwdziałania niepełnosprawności, promowanie aktywności ruchowej i intelektualnej,
- budowanie podmiotowości osób z niepełnosprawnościami, jako pełnowartościowych członków lokalnych społeczności,
- tworzenie warunków do lepszego dostępu osób z niepełnosprawnościami do edukacji na wszystkich poziomach,
- prowadzenie działań na rzecz przeciwdziałania stygmatyzacji osób z niepełnosprawnościami,
- promowanie idei samodzielnego życia, jako alternatywny dla instytucji,
- tworzenie warunków godnego i samodzielnego funkcjonowania osób z niepełnosprawnościami w swoim otoczeniu – w tym trwała likwidacja barier, realizacja idei dostępności,
- upowszechnianie i wdrażanie idei kręgów wsparcia,

WNIOSKI I REKOMENDACJE

- upowszechnianie metod komunikacji alternatywnej.

Rozwój usług społecznych na rzecz osób z niepełnosprawnościami:

- rozwój usług opiekuńczych świadczonych również w formie usług sąsiedzkich oraz asystentury osobistej,
- wsparcie wytchnieniowe dla członków rodzin lub opiekunów sprawujących opiekę nad osobą z niepełnosprawnościami,
- rozwój sektora ekonomii społecznej - tworzenie przedsiębiorstw społecznych jako dostarczycieli usług społecznych użyteczności publicznej oraz potencjalnych pracodawców dla uczestników podmiotów reintegracyjnych,
- rozwój mieszkalnictwa treningowego i wspomagane,
- rozwój sieci centrów opiekuńczo- mieszkalnych.

Wsparcie osób z niepełnosprawnościami:

- utworzenie szybkiej ścieżki dostępu do informacji i oferty wsparcia dla osób niepełnosprawnych poniżej 16 r.ż. oraz tuż po nabyciu niepełnosprawności, w okresie, gdy rehabilitacja jest najbardziej pożądana i skuteczna,
- rozwój potencjału osób z niepełnosprawnościami, aktywne włączanie ich w życie lokalnej społeczności,
- przeciwdziałanie wykluczeniu w tym. m.in. cyfrowemu,
- aktywizacja zawodowa osób z niepełnosprawnościami, tworzenie modeli zatrudnieniowych przyjaznych osobom z niepełnosprawnościami.

5. Osoby w kryzysie bezdomności

5.1 Bezdomność jako skrajna forma wykluczenia

Bezdomność jest jedną z najbardziej skrajnych form wykluczenia społecznego. Zgodnie z definicją określoną w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej za osobę bezdomną uznaje się osobę niezamieszkującą w lokalu mieszkalnym w rozumieniu przepisów

o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy i niezameldowaną na pobyt stały, w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności, a także osobę niezamieszkującą w lokalu mieszkalnym i zameldowaną na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania. Bezdomność jest również jedną ze szczególnych przesłanek do udzielenia wsparcia, wskazanych w ustawie o pomocy społecznej.

Na bezdomność z pewnością mają wpływ takie czynniki jak: trudna sytuacja mieszkaniowa, utrudniony dostęp do rynku pracy, w tym długotrwałe bezrobocie, ubóstwo, pozbawienie mieszkania (eksmisja), brak miejsca do mieszkania po opuszczeniu różnego typu instytucji (np. po powrocie z zakładu karnego, opuszczeniu domu dziecka, po powrocie ze szpitala psychiatrycznego) połączony z brakiem lub niewystarczającą integracją społeczną. Do krytycznych sytuacji życiowych, które mogą wpływać na sytuację zagrożenia bezdomnością, zaliczyć należy również rozpad rodziny i patologie życia rodzinnego (często związane z przemocą domową). Co istotne brak odpowiednich warunków mieszkaniowych koreluje zazwyczaj ze skrajnym ubóstwem, bezrobociem, niską intensywnością pracy, zatrudnieniem w szarej strefie, utratą zdrowia i zagrożeniem życia, problemami zdrowia psychicznego, niemożliwością funkcjonowania w rodzinie i społeczeństwie. Specjaliści pracujący z osobami bezdomnymi wskazują, że różnego rodzaju typologie i schematy nie są w stanie objąć swoim zakresem różnorodności powodów, dla których osoby tracą swoje miejsce zamieszkania. W tym kontekście podkreśla się, że bardzo często nie można mówić o jednej głównej przyczynie bezdomności, ale o współwystępowaniu wielu krytycznych zdarzeń w życiu człowieka, które w konsekwencji prowadzą do stanu wykluczenia.

Dlatego też przeciwdziałanie bezdomności jest zagadnieniem niezwykle złożonym, które wykracza poza ramy pomocy społecznej. Powinno być postrzegane jako szerszy problem polityki społecznej, łączący obszary z zakresu mieszkalnictwa, ochrony zdrowia, dostępu do usług i praw obywatelskich, czy kwestie związane z przestrzeganiem prawa.

5.2 Liczebność i struktura osób doświadczających bezdomności

Na przestrzeni ostatnich lat obserwujemy systematyczny spadek liczby osób w kryzysie bezdomności. Podczas ostatniego Ogólnopolskiego badania liczby osób bezdomnych, które odbyło się z 13 na 14 lutego 2019 r., zdiagnozowano 30 330 osoby bezdomne, z czego 83,6% stanowili mężczyźni (25 369 osób), natomiast 16,4% kobiety (4 961 osób).

W porównaniu z rokiem 2017 liczba osób bezdomnych zmniejszyła się o ponad 9%, gdyż w ostatniej edycji badania zdiagnozowano o 3 078 osób mniej. Spadek zaobserwowano zarówno we wszystkich grupach – zarówno wśród kobiet (o prawie 0,5 tys. osób), mężczyzn (o prawie 2,5 tys. osób), jak i dzieci (209 osób).

Podobnie jak dwa lata wcześniej (2017 r.) wśród przebadanych osób 24 323 (80,2%) przebywało w różnego typu placówkach, głównie w schroniskach dla osób bezdomnych – 11 917 osób (niemalże 50%) oraz w noclegowniach – 2 987 (ponad 12%). W placówkach tych, podobnie jak w większości pozostałych miejsc udzielających schronienia, przeważającą grupę beneficjentów stanowili mężczyźni. Z kolei 6 007 osób bezdomnych (19,8%) zdiagnozowano poza instytucjami – w przestrzeni publicznej i miejscach niemieszkalnych.

Na podstawie danych uzyskanych podczas badania można stwierdzić, iż większość osób bezdomnych ma wykształcenie zawodowe (12 293 osób) oraz podstawowe (8 448 osób). Podobnie jak w 2017 r., najczęściej deklarowanym źródłem dochodu przez osoby objęte badaniem był zasiłek z pomocy społecznej (niespełna 38%). W drugiej kolejności wskazywano jednak emeryturę/rentę (15,8%), a nie jak poprzednio zbieractwo, które obecnie jest trzecim najczęściej deklarowanym źródłem utrzymania osób bezdomnych – 11,6%. Wciąż dość liczną grupę stanowią osoby, które utrzymują, iż w ogóle nie posiadają dochodu (17,8%).

W porównaniu do poprzednich edycji Ogólnopolskiego badania liczby osób bezdomnych nieco zmieniły się okoliczności, które osoby bezdomne wskazywały jako główną przyczynę swojej sytuacji życiowej. Podczas ostatniego badania (2019 r.) konflikt rodzinny był najczęściej podawanym źródłem kryzysu bezdomności przez osoby badane – 32,2% (podczas poprzedniego badania, w 2017 r., był drugą w kolejności przyczyną), zaraz po nim wskazywano uzależnienie – niespełna 28% (w 2017 na trzecim miejscu). W dalszej kolejności znalazły się: eksmisja, wymeldowanie – 26,3%, które podczas poprzedniego badania, w 2017 r., uznawane były za główną przyczynę bezdomności, a następnie rozpad związku – 18,4%.

Na podstawie informacji uzyskanych podczas ostatniej edycji badania można zauważyć, iż podobnie jak w roku 2017, najwięcej osób bezdomnych zdiagnozowano w przedziale wiekowym 41-60 lat (13 801 osób, w tym 1 770 kobiet i 12 031 mężczyzn). Co istotne, niemalże we wszystkich grupach wiekowych nastąpił spadek liczebności. Wyjątek stanowią osoby bezdomne powyżej 60. roku życia - w tej grupie można zaobserwować nieznaczny wzrost liczby osób, zarówno w gronie kobiet jak i mężczyzn, z 9 521 osób zdiagnozowanych

podczas poprzedniej edycji badania, do ponad 10 tys. w ostatniej. Co istotne, podczas ostatniego Ogólnopolskiego badania liczby osób bezdomnych wyodrębniono grupę młodych osób bezdomnych, tj. w przedziale wiekowym 18-25 lat. W niniejszej grupie wiekowej zdiagnozowano 784 osoby bezdomne, w tym 268 kobiet i 516 mężczyzn.

Z najnowszych danych wynika, iż wydłużają się epizody bezdomności wśród badanych osób. Najliczniejszą grupę stanowią obecnie osoby pozostające w kryzysie bezdomności powyżej 5 do 10 lat – 7 961 osób (26,2%). Kolejna pod względem liczebności grupa to osoby bezdomne najkrócej, tj. do 2 lat – 6 677 osób (22%) – w poprzednim badaniu najliczniejsza. Trzecią grupę niezmiennie stanowią osoby będące w kryzysie bezdomności powyżej 2 do 5 lat.

5.3 Wsparcie osób w kryzysie bezdomności

Rozwiązania systemowe oraz dostępne formy w zakresie pomocy osobom bezdomnym określa ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. Do udzielenia schronienia, zapewnienia posiłku oraz niezbędnego ubrania osobom tego pozbawionym ustawowo zobligowane są gminy. Od decyzji samorządu zależy natomiast, czy zadanie własne będzie realizował samodzielnie przy pomocy gminnych jednostek organizacyjnych, czy przekaze je innym podmiotom (np. organizacjom pozarządowym), udzielając dotacji na finansowanie lub dofinansowanie realizacji zleconego zadania.

Udzielenie schronienia następuje przez przyznanie tymczasowego miejsca w noclegowni, schronisku dla osób bezdomnych, schronisku dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi oraz w ogrzewalni. Formy pomocy oraz warunki jej udzielania zostały uregulowane w sposób umożliwiający dostosowanie wsparcia do potrzeb beneficjenta. W ogrzewalniach zapewnia się interwencyjne schronienie, noclegownie oferują głównie spędzenie nocy w warunkach gwarantujących ochronę życia i zdrowia, natomiast schroniska stanowią niejako wyższą formę pracy z osobą bezdomną. Zgodnie z definicją ustawową schronisko dla osób bezdomnych zapewnia osobom bezdomnym, które podpisały kontrakt socjalny, całodobowe, tymczasowe schronienie oraz usługi ukierunkowane na wzmacnianie aktywności społecznej, wyjście z bezdomności i uzyskanie samodzielności życiowej. Przedmiotowa forma udzielenia schronienia jest bowiem przeznaczona dla tych osób bezdomnych, które chcą podjąć działania mające na celu ich aktywizację ukierunkowaną na poprawę sytuacji życiowej – taką

deklarację składają osoby podpisujące kontrakt socjalny, czyli pisemną umowę zawartą z osobą ubiegającą się o pomoc, określającą uprawnienia i zobowiązania stron umowy, w ramach wspólnie podejmowanych działań zmierzających do przezwyciężenia trudnej sytuacji życiowej osoby lub rodziny.

Podobną funkcję pełnią schroniska dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi, które przeznaczone są dla osób niezdolnych do samoobsługi, ale nie wymagających całodobowej opieki, a jedynie częściowej, tymczasowej pomocy w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych i opieki higienicznej. Placówki te zapewniają tymczasowe schronienie wraz z usługami opiekuńczymi oraz usługami ukierunkowanymi na wzmacnianie aktywności społecznej, wyjście z bezdomności i w miarę możliwości uzyskanie samodzielności życiowej. Zgodnie z danymi opracowanymi w Sprawozdaniu z realizacji działań na rzecz osób bezdomnych w województwach w roku 2018, wśród ogólnej liczby placówek udzielających schronienia, finansowanych ze środków publicznych, łączna liczba noclegowni, schronisk dla osób bezdomnych, schronisk dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi i ogrzewalni to 412 jednostek, które dysponowały 15 132 miejscami. W tej grupie większość, bo 286 placówek, prowadzonych jest przez podmioty niepubliczne na zlecenie samorządów gminnych i powiatowych, które przewidują w nich miejsca dla 11 632 osób.

Od lat przeważającą pod względem liczebności kategorią placówek są schroniska dla osób bezdomnych – 217 jednostek z liczbą niemalże 10 tys. miejsc. Z kolei najmniej, bo 22 placówki, funkcjonuje schronisk dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi, które zapewniają łącznie 670 miejsc. Taki stan rzeczy wynika zapewne z wprowadzenia do porządku prawnego tego typu placówek stosunkowo niedawno, na mocy nowelizacji ustawy o pomocy społecznej z dnia 8 lutego 2018 r.

W odniesieniu do danych zgromadzonych w 2016 roku liczba placówek udzielających schronienia wyłącznie osobom bezdomnym, finansowanych ze środków publicznych, w roku 2018 wzrosła o 49 jednostek. Analogicznie zwiększyła się również liczba miejsc schronienia – w sumie o 812. Istotną rolę w systemie przeciwdziałania bezdomności pełnią placówki, które nie korzystają z finansowego wsparcia swojej działalności ze strony samorządu. Na koniec 2018 r. funkcjonowało 127 jednostek udzielających schronienia osobom bezdomnym o tzw. nieuregulowanym sposobie finansowania, tj. schronisk dla osób bezdomnych, noclegowni oraz ogrzewalni, z możliwością udzielenia schronienia 4 634 osobom.

Biorąc pod uwagę, że długotrwałe przebywanie w placówkach wieloosobowych pogłębia

wykluczenie społeczne np. w zakresie braku konieczności podejmowania decyzji za własne życie należy wprowadzać kompleksowe działania w obszarze przejścia od świadczenia usług dla osób bezdomnych w instytucjach do usług środowiskowych poprzez rozwój mieszkalnictwa oraz zapewnienia usług wspierających powrót osób bezdomnych do społeczeństwa.

5.4 Wnioski i rekomendacje

WNIOSKI I REKOMENDACJE

Profilaktyka:

- wczesne udzielenie wsparcia w postaci usług świadczonych w mieszkaniach:
 - skierowane do osób zagrożonych eksmisją: w tym wsparcie w obszarze integracji lub reintegracji społecznej i zawodowej, wsparcie w wychodzeniu z zadłużenia, monitoring i udzielanie pomocy na tym etapie,
 - skierowane do osób zagrożonych bezdomnością opuszczających placówki czy instytucje (np. zakłady penitencjarne, placówki pieczy zastępczej, MOWy): obejmujące stworzenie funkcjonującego systemu mieszkań dla tych osób, w szczególności mieszkań treningowych.
- Wypracowanie procedury pozyskiwania przez ośrodki pomocy społecznej wiedzy o postępowaniach eksmisyjnych lub zagrożeniu eksmisją oraz zadłużeniach czynszowych w celu udzielenia potrzebnego wsparcia i podjęcia działań prewencyjnych,
- zintegrowanie działań na rzecz zapobiegania utraci mieszkania, zadłużenia czynszowego, eksmisji i bezdomności, wsparcie specjalistów, doradztwo finansowe specjalistyczne wsparcie w zakresie zadłużeń, programy odpracowywania długów, monitorowanie efektów działań,
- prowadzenie kampanii społecznych dot. przełamania stereotypów na temat bezdomności.

WNIOSKI I REKOMENDACJE

Rozwój usług społecznych na rzecz osób w kryzysie bezdomności:

- rozwój mieszkalnictwa treningowego i wspomaganego,
- opracowanie gminnych programów uwzględniających mieszkania wspomagane w zakresie mieszkaniowym oraz w zakresie udzielanych tam usług wsparcia,
- wprowadzenie kompleksowych systemów łączących usługi świadczone w mieszkaniach wspomaganych z innymi usługami dostępnymi w danej gminie,
- zintensyfikowanie działań zmierzających do włączenia podmiotów publicznych (gmin) i prywatnych (deweloperów, spółdzielni mieszkaniowych, TBS / SIM) w tworzenie zasobu mieszkań społecznych (wspomaganych / przeznaczonych na realizację celów polityki społecznej).

Wsparcie osób doświadczających bezdomności:

- wzmocnienie partycypacji osób bezdomnych i wykluczonych mieszkaniowo w tworzenie rozwiązań polityki społecznej i kształtowanie pomocy do nich kierowanej zarówno na poziomie indywidualnym, jak i ogólnym – zindywidualizowane wsparcie adekwatne do potrzeb danego odbiorcy oraz włączenie odbiorców w tworzenie rozwiązań,
- rozwój, wzmocnienie i poprawa instrumentów pomocy społecznej ukierunkowanych na integrację społeczną osób bezdomnych i wykluczonych mieszkaniowo,
- zintegrowanie dostępnych usług (metoda „jednego okienka”) w zakresie uzyskania wsparcia dla osób wykluczonych mieszkaniowo.

6. Diagnoza systemu wsparcia

6.1 Usługi opiekuńcze

Usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania są podstawową usługą społeczną skierowaną do wszystkich obszarów wsparcia w zakresie deinstytucjonalizacji. Zarówno

rodziny, osoby starsze, niepełnosprawne oraz z zaburzeniami psychicznymi są potencjalnymi odbiorcami tychże usług. Poniższa tabela ukazuje zestawienie porównawcze usług.

LICZBA ŚWIADCZEŃ I GMIN - USŁUGI OPIEKUŃCZE ZA LATA 2016-2020					
WYSZCZEGÓLNIENIE		2016		2020	
		liczba świadczeń/ gmin	% gmin do ich ogólnej liczby	liczba świadczeń/ gmin	% gmin do ich ogólnej liczby
1		2		6	
LICZBA ŚWIADCZEŃ - USŁUGI OPIEKUŃCZE OGÓŁEM	1	33 813 200		34 551 171	
w tym (z wiersza 1) LICZBA ŚWIADCZEŃ - SPECJALISTYCZNE USŁUGI OPIEKUŃCZE	2	1 208 823		1 365 914	
LICZBA GMIN, w których BYŁY świadczone usługi opiekuńcze	3	2 048	82,65%	2 212	89,30%
w tym (z wiersza 3) LICZBA GMIN, w których BYŁY świadczone specjalistyczne usługi opiekuńcze	4	252	10,17%	309	12,47%
LICZBA GMIN, w których NIE BYŁY świadczone usługi opiekuńcze	5	430	17,35%	265	10,70%
w tym (z wiersza 5) LICZBA GMIN, w których NIE BYŁY świadczone specjalistyczne usługi opiekuńcze	6	2 226	89,83%	2 168	87,53%
OGÓLNA LICZBA GMIN	7	2 478		2 477	

Tabela nr 8 Liczba świadczeń i gmin – usługi opiekuńcze porównawczo 2016/2020

ŹRÓDŁO: SPRAWOZDANIE MRPiPS-03 (w roku 2016 symbol: MPiPS-03)

Zasadniczo od roku 2016 do roku 2020 obserwujemy wzrost realizacji tego zadania przez gminy: od roku 2016 do roku 2020 nastąpił wzrost liczby świadczeń w ramach usług opiekuńczych o około 2% usług, natomiast w przypadku liczby świadczeń w ramach specjalistycznych usług opiekuńczych ten wzrost wyniósł około 13%. Systematycznie rośnie także liczba gmin realizujących usługi opiekuńcze. W roku 2016 to około 83% ogólnej liczby gmin, zaś w roku 2020 to już ponad 89 % wszystkich gmin. Niestety nadal 11% gmin nie realizuje usług opiekuńczych. Warto zaznaczyć, iż na dzień 31 grudnia 2020 r. zmniejszyła się o 1 – liczba gmin w Polsce.

6.2 Mieszkania chronione

Opisywane powyżej usługi opiekuńcze są skorelowane z realizacją usługi w postaci pobytu w mieszkaniu chronionym. Mieszkania chronione mogą być prowadzone przez dowolną jednostkę organizacyjną pomocy społecznej lub organizację pożytku publicznego oraz ukierunkowane na wsparcie różnych profili pomocowych – od zaburzeń psychicznych do

osób starszych. Poniższa tabela obrazuje stan tego rodzaju usług w 2016 r. oraz w roku 2020.

DANE O MIESZKANIACH CHRONIONYCH NA KONIEC ROKU 2016 I 2020										
WYSZCZEGÓLNIENIE	2016			2020			PROCENTOWY WZROST / SPADEK ROK DO ROKU			
	liczba jednostek ¹⁾	liczba miejsc ²⁾	liczba osób korzystających ³⁾	liczba jednostek ¹⁾	liczba miejsc ²⁾	liczba osób korzystających ³⁾	liczba jednostek ¹⁾	liczba miejsc ²⁾	liczba osób korzystających ³⁾	
1	2	3	4	5	6	7	w roku 2020 względem roku 2016			
MIESZKANIA CHRONIONE	1	703	2 922	2 774	1 355	4 098	3 664	92,75%	40,25%	32,08%
z tego (z wiersza 1): MIESZKANIA CHRONIONE TRENINGOWE	4				592	2 120	1 859			
z tego (z wiersza 1): MIESZKANIA CHRONIONE WSPIERANE	5				763	1 978	1 805			
w tym (z wiersza 1):	2	318	1 191	998	380	1 340	1 036	19,50%	12,51%	3,81%
dla osób usamodzielnianych opuszczających niektóre typy placówek opiekuńczo-wychowawczych, schroniska, zakłady poprawcze i inne										
dla osób z zaburzeniami psychicznymi	3	100	432	447	219	663	592	119,00%	53,47%	32,44%

Tabela nr 9. Liczba mieszkań chronionych porównawczo 2016/2020 prowadzonych przez j.s.t. lub na ich zlecenie
 ŹRÓDŁO: SPRAWOZDANIE MRPiPS-03 (w roku 2016 symbol: MPiPS-03)

W latach 2016-2020 ogólna liczba mieszkań chronionych wzrosła o prawie 93% (z 703 do 1355). Podział na mieszkania chronione treningowe i wspierane pojawił się po 2016 roku, dlatego nie można porównać liczby tych mieszkań za lata 2016 i 2020. Natomiast kilkanaście procent ogólnej liczby mieszkań chronionych stanowią mieszkania chronione dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Liczba tych mieszkań w ciągu tych kilku lat znacznie wzrosła (ze 100 w 2016 roku do 219 w 2020 roku, co stanowi wzrost o 119%). Pomimo znaczącego rozwoju tej formy usługi, to jednak liczba mieszkań chronionych w 2020 r. jest niższa (1355) niż liczba gmin (2477), co oznacza że statystycznie, mieszkania chronione nie funkcjonują jeszcze na terenie każdej z gmin.

6.3 Ośrodki wsparcia

Ofertę usługową usług społecznych środowiskowych uzupełniają swą działalnością ośrodki wsparcia, różnych typów. Dane dotyczące wszystkich ośrodków wsparcia z wyszczególnieniem ich typologii przedstawia poniższa tabela.

WYSZCZEGÓLNIENIE		2016		2020	
		liczba jednostek ¹⁾	liczba miejsc ²⁾	liczba jednostek ¹⁾	liczba miejsc ²⁾
1		2	3	10	11
OŚRODKI WSPARCIA	1	1 941	86 360	2 359	84 723
w tym: (z wiersza 1)	2	822	29 671	877	32 565
OŚRODKI WSPARCIA DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI					
w tym: (z wiersza 2)	3	779	28 579	840	31 890
Środowiskowe domy samopomocy					
Kluby samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi	4	32	566	37	675
DZIENNE DOMY POMOCY	5	308	16 198	495	20 447
DOMY DLA MATEK Z MAŁOLETNIAMI DZIEĆMI I KOBIET W CIĄŻY	6	26	693	31	816
NOCLEGOWNIE, SCHRONISKA, DOMY DLA BEZDOMNYCH*	7	297	12 551		
SCHRONISKA DLA OSÓB BEZDOMNYCH	8			169	7 617
SCHRONISKA DLA OSÓB BEZDOMNYCH Z USŁUGAMI OPIEKUŃCZYMI	9			33	942
KLUBY SAMOPOMOCY (inne niż wymienione w wierszu 4)	10	82	3 082	458	11 624
INNE OŚRODKI WSPARCIA	11	270	8 941	312	10 970

Tabela nr 10. Liczba i rodzaj ośrodków wsparcia - porównawczo 2016/2020

ŹRÓDŁO: SPRAWOZDANIE MRPiPS-03 (w roku 2016 symbol: MPiPS-03), z wyjątkiem danych dot. ŚDS za 2016 rok: SPRAWOZDANIE MPiPS-05.

W latach 2016-2020 ogólna liczba ośrodków wsparcia wzrosła o ok. 22% (z 1941 w roku 2016 do 2359 w roku 2020). Największy wzrost dało się zaobserwować wśród klubów samopomocy, których w 2016 roku było 82, a w 2020 już 458. Stopniowo zwiększa się także liczba środowiskowych domów pomocy i dziennych domów pomocy.

6.4 Rodzinne domy pomocy

Rodzinny dom pomocy stanowi formę usług opiekuńczych i bytowych świadczonych całodobowo przez osobę fizyczną lub organizację pożytku publicznego dla nie mniej niż trzech i nie więcej niż ośmiu zamieszkujących wspólnie osób wymagających z powodu wieku lub niepełnosprawności wsparcia w tej formie.

Rozwój tej formy usługi społecznej w latach ilustruje poniższa tabela.

2016		2017		2018		2019		2020 (dane wstępne)	
liczba jednostek ¹⁾	liczba miejsc ²⁾	liczba jednostek ¹⁾	liczba miejsc ²⁾	liczba jednostek ¹⁾	liczba miejsc ²⁾	liczba jednostek ¹⁾	liczba miejsc ²⁾	liczba jednostek ¹⁾	liczba miejsc ²⁾
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
26	150	33	208	29	193	33	228	47	354

Tabela nr 11. Liczba rodzinnych domów pomocy porównawczo w latach od 2016 do 2020.

ŹRÓDŁO: SPRAWOZDANIE MRPiPS-03 (w roku 2016 symbol: MPiPS-03)

W latach 2016-2020 wzrosła ogólna liczba rodzinnych domów pomocy (o prawie 81%: z 26 w roku 2016 do 47 w roku 2020) oraz miejsc w tego typu placówkach (o ponad 136%: ze 150 w roku 2016 do 354 w roku 2020). Największy skok obserwuje się w roku 2020 względem roku 2019 - liczba rodzinnych domów pomocy wzrosła o 14: z 33 do 47 (wzrost o 14 jednostek, tj. ponad 42%), a liczba miejsc o 126: z 228 do 354 (wzrost o ponad 55%).

6.5 Domy pomocy społecznej

Dom pomocy społecznej świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób w nim przebywających. Dom pomocy społecznej może również świadczyć usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób w nim niezamieszkujących. Prawo do umieszczenia w domu pomocy społecznej przysługuje osobom wymagającym całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogących samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, którym nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych.

Ogólną liczbę domów pomocy społecznej funkcjonujących w Polsce, w przedziale 5 lat, ilustruje poniższa tabela:

Typy domów	2016	2017	2018	2019	2020	Porównanie 2020:2016	
						różnica	różnica %
Ogółem liczba gminnych oraz ponadgminnych domów pomocy społecznej w tym:	816	822	825	823	828	12	1,5%

Tabela nr 12. Liczba domów pomocy społecznej w latach.

ŹRÓDŁO: SPRAWOZDANIE MRPiPS-03 (w roku 2016 symbol: MPiPS-03)

W omawianym okresie zwiększyła się liczba domów pomocy społecznej o 12 jednostek, z czego ponad 73% są to domy prowadzone przez samorządy.

Pomimo zwiększenia się liczby domów pomocy społecznej, w 2020 r. znacząco spadła ogólna liczba mieszkańców. Szczegółowe informacje w tej sprawie przedstawia poniższa tabela:

	2016	2017	2018	2019	2020	Porównanie 2020:2016	
						różnica	różnica %
Ogólna liczba mieszkańców ogółem w DPS (stan 31 grudnia) w tym:	78954	79476	79828	79766	75133	-3 821	-4,8%
1) dla osób w podeszłym wieku	7104	7105	6691	6686	5784	-1 320	-18,6%
2) osób przewlekle somatycznie chorych	13996	13952	14047	13734	12299	-1 697	-12,1%
3) osób przewlekle psychicznie chorych	20605	20809	20755	20494	19948	-657	-3,2%
4) dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	10727	10220	9931	10438	9860	-867	-8,1%
5) dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	3610	3078	3321	2561	2649	-961	-26,6%
6) osób niepełnosprawnych fizycznie	666	1037	819	669	709	43	6,5%
7) osób uzależnionych od alkoholu	60	57	60	60	147	87	145,0%
8) osób w podeszłym wieku oraz osób przewlekle	9677	9854	9533	9594	8687	-990	-10,2%

somatycznie chorych							
9) osób przewlekle somatycznie chorych oraz osób niepełnosprawnych fizycznie	1411	1488	1554	1403	1505	94	6,7%
10) osób w podeszłym wieku oraz osób niepełnosprawnych fizycznie	1569	1699	1638	1686	1382	-187	-11,9%
11) osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie oraz dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	5185	5741	5271	5579	5574	389	7,5%
12) inne, zgodnie z art. 56a ust. 2 i 3 ustawy o pomocy społecznej	4344	4436	6208	6862	6589	2 245	51,7%

Tabela nr 13. Liczba mieszkańców w domach pomocy społecznej w latach 2016 – 2020.

ŹRÓDŁO: SPRAWOZDANIE MRPiPS-03 (w roku 2016 symbol: MPiPS-03)

W omawianym okresie liczba mieszkańców domów pomocy społecznej zmniejszyła się o 3.821 osób, co oznacza spadek o 4,8%. Największa liczba mieszkańców przebywa w domach dla osób przewlekle psychicznie chorych.

W kontekście omawiania procesów deinstytucjonalizacji nie sposób nie wskazać na dane dotyczące usamodzielnienia się mieszkańców domów pomocy społecznej. Poniższe zestawienie prezentuje liczbę usamodzielnianych mieszkańców domów na przestrzeni 5 ostatnich lat:

	2016	2017	2018	2019	2020	Porównanie 2020:2016	
						różnica	różnica %
Ogółem liczba osób usamodzielnianych w gminnych oraz ponadgminnych domach pomocy społecznej	324	311	333	324	338	14	4,3%
z tego: ponadgminnych	302	295	305	305	305	3	1,0%
z tego: gminnych	22	16	28	19	33	11	50,0%

Tabela nr 14. Liczba osób usamodzielnianych w domach pomocy społecznej w latach 2016 – 2020.

ŹRÓDŁO: SPRAWOZDANIE MRPiPS-03 (w roku 2016 symbol: MPiPS-03)

Pomiędzy latami 2016 i 2020 wzrosła liczba osób usamodzielnianych z domów pomocy społecznej o 4,3%, co oznacza, iż procesy deinstytucjonalizacji postępują.

Warto również przytoczyć wyniki badań przeprowadzonych w 2020 r. przez jeden z Regionalnych Ośrodków Polityki Społecznej pod tytułem „Mieszkańcy domów pomocy społecznej rokujący na usamodzielnienie”. Badanie przeprowadzono metodą pełną, obejmując 100% tego typu jednostek (104 DPS) funkcjonujących na obszarze regionu. Z badania wynika, iż w regionie w roku 2020, pobyt w domach pomocy społecznej zakończyły – opuszczając jednostkę – 132 osoby. Powody opuszczenia instytucji były różne. Spośród wcześniej przygotowanych kafeterii wskazano:

- *chęć usamodzielnienia się mieszkańca (16 przypadków – 33%);*
- *brak zgody na dalszą izolację (koronawirus) (14 przypadków – 29%);*
- *trudności w przystosowaniu do instytucji (13 przypadków – 27%);*
- *wysokie koszty opłat za pobyt (12 przypadków – 25%).*

Najwięcej, bo łącznie 26 odpowiedzi zostało wskazanych w kategorii „inne”:

- *zmiana DPS-u – 9 przypadków,*
- *powrót do rodziny – 8 przypadków,*
- *przeniesienie do zakładu opiekuńczo-leczniczego – 3 przypadki,*
- *przeniesienie do hospicjum - 2 przypadki,*
- *pojedyncze sytuacje: uzależnienie od alkoholu; brak umiejętności przystosowania się do*

życia w DPS – konfliktowy charakter; na podstawie postanowienia sądu przekazanie mieszkancki pod pieczę opiekuna prawnego oraz pobyty czasowe w DPS ze względu na czas zimy⁸⁴.

6.6 Kadry realizujące usługi społeczne w pomocy społecznej

Podstawową świadczenia usług społecznych w środowisku zamieszkania jest personel świadczący te usługi. Dane dotyczące zmian w zatrudnieniu kadr realizatorów usług społecznych są niepokojące. Pomimo widocznego wzrostu zatrudnienia w zakresie bezpośrednich realizatorów usług społecznych (opiekunowie, pracownicy ośrodków wsparcia), to jednak pomimo bezwzględного wzrostu wartościowego w okresach porównawczych, to nie jest on jednak satysfakcjonujący.

Dane przedstawia poniższa tabela.

DANE O ZATRUDNIENIU W PCPR, OPS I OW NA KONIEC ROKU 2016 i 2020					
WYSZCZEGÓLNIENIE		2016		2020	
		liczba osób	liczba etatów	liczba osób	liczba etatów
1		2	3	4	5
OŚRODKI WSPARCIA	1	11 010	9 538,71	15 811	13 635,09
PRACOWNICY SOCJALNI OGÓŁEM, z tego:	2	20 830	20 666,80	20 213	20 027,73
PRACOWNICY SOCJALNI W PCPR	3	1 145	1 124,28	1 034	1 010,68
PRACOWNICY SOCJALNI W OPS	4	19 685	19 542,52	19 179	19 017,05
PRACOWNICY OPS WYKONUJĄCY USŁUGI OPIEKUŃCZE	5	5 582	5 302,48	6 403	6 087,30
PRACOWNICY OPS WYKONUJĄCY SPECJALISTYCZNE USŁUGI OPIEKUŃCZE	6	744	697,03	811	769,29

Tabela nr 15. Liczba osób zatrudnionych w wybranych jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej porównawczo 2016/2020.

ŹRÓDŁO: SPRAWOZDANIE MRPiPS-03 (w roku 2016 symbol: MPiPS-03)

Zatrudnienie w ośrodkach wsparcia na przestrzeni lat 2016 - 2020 wzrosło: z 11.010 osób

⁸⁴ Mieszkańcy DPS rokujący na usamodzielnienie w województwie śląskim. Raport z badań. Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Województwa Śląskiego 2020, <https://rops-katowice.pl/strategie-programy-badania-raporty-i-analizy/>

zatrudnionych w roku 2016 do 15.811 osób w roku 2020, co stanowi wzrost o około 44%. Liczba pracowników socjalnych w OPS-ach i PCPR-ach natomiast nieznacznie spadła (ok. 3% w ciągu 5 lat). Wzrosła także liczba pracowników ośrodków pomocy społecznej wykonujących usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze, jednak porównując ogólną liczbę etatów pracowników świadczących usługi opiekuńcze z liczbą gmin (2447), okaże się, że średnio na jedną gminę przypada 2,49 etatu. Jest to sytuacja wręcz dramatyczna, gdyż z powyższego zestawienia wynika, iż większość usług opiekuńczych w gminach jest świadczona przez pracowników nie zatrudnionych w jednostkach pomocy społecznej szczebla gminnego, a u podwykonawców – co nie daje gwarancji trwałości i jakości usług.

Rozdział II. ISTOTA PROCESU DEINSTYTUCJONALIZACJI

1. Definicja procesu deinstytucjonalizacji

Zdefiniowanie procesu deinstytucjonalizacji nie jest sprawą łatwą. „Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności” podają bardzo niejasną definicję. Z wytycznych wynika, iż: *„Wszędzie tam, gdzie jest to możliwe, w niniejszych wytycznych unika się używania terminu deinstytucjonalizacja, ponieważ jest on często rozumiany po prostu jako zamknięcie zakładów. W miejscach, gdzie termin ten jest stosowany, odnosi się on do procesu rozwoju usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności (również profilaktycznych), które mają wyeliminować konieczność opieki instytucjonalnej”*⁸⁵. Zatem wytyczne nie wskazują bezpośrednio, iż proces deinstytucjonalizacji ma objąć zamykanie instytucji opieki całodobowej, jednak skupia się w sposób zdecydowany na rozwoju usług świadczonych w środowisku zamieszkania osób wymagających wsparcia w środowisku lokalnym, co ma doprowadzić do sytuacji, w której opieka instytucjonalna – całodobowa nie będzie w ogóle potrzebna.

Proces ten podobnie definiowany jest przez UNICEF. Deinstytucjonalizacja definiowana jest jako *„całość procesu planowania transformacji i zmniejszania rozmiaru zakładów stacjonarnych lub ich likwidacji przy jednoczesnym zapewnieniu innego rodzaju różnorodnych usług opieki nad dziećmi bazujących na standardach wynikających z praw człowieka i zorientowanych na rezultaty”*⁸⁶. Oczywiście definicja ta odnosi się bardziej do opieki nad dziećmi, z uwagi na specyfikę działalności podmiotu definiującego.

Autorzy europejskich wytycznych wskazują jednoznacznie, **iż w żadnym z krajów Europy nie udało się osiągnąć sytuacji, w której nie istniałyby zakłady opieki całodobowej**. Posługują się przy tym następującymi danymi, cyt.: *„Odsetek osób w wieku powyżej 65 lat objętych opieką stacjonarną w Unii Europejskiej wynosi średnio 3,3%. Najwyższy odsetek osób*

⁸⁵ „Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności” ,www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/17881/12.pdf, str. 26.

⁸⁶ UNICEF, *At Home or in a Home?: Formal Care and Adoption of Children in Eastern Europe and Central Asia* [„W domu czy w domu dziecka – formalna opieka nad dziećmi oraz adopcja w Europie Wschodniej i Azji Środkowej”], 2010, s. 52.

(w wieku powyżej 65 lat) objętych stacjonarną opieką długoterminową (9,3%) występuje w Islandii. Europejska Komisja Gospodarcza ONZ (EKG ONZ) szacuje, że kraje skandynawskie zapewniają wsparcie najwyższemu odsetkowi „nieołącznych osób starszych” przy wykorzystaniu modelu zdecentralizowanych publicznych usług opieki domowej. W Norwegii, Finlandii, Szwecji i Szwajcarii podawany odsetek użytkowników opieki stacjonarnej wynosi od 5% do 7%. We wszystkich krajach, dla których dostępne są dane EKG ONZ, odsetek beneficjentów stacjonarnej opieki długoterminowej jest znacznie niższy niż osób objętych opieką domową”⁸⁷.

Zatem działania w zakresie deinstytucjonalizacji powinny w pierwszej kolejności skupiać się na powszechnym dostępie do usług świadczonych w środowisku zamieszkania, gdyż tylko nieograniczony dostęp do szerokiego spektrum interdyscyplinarnych usług środowiskowych może wpłynąć na zmniejszenie popytu na usługi stacjonarnej opieki długoterminowej.

W sytuacji idealnej – zaspokojenie potrzeb społecznych w zakresie realizacji usług w miejscu zamieszkania (w środowisku lokalnym) prowadzić będzie wprost do zamknięcia stacjonarnych instytucji opieki długoterminowej, gdyż nie będzie istniał popyt na tego rodzaju usługi.

Podsumowując, należy stwierdzić, iż definicja procesu deinstytucjonalizacji obejmować będzie szereg działań zmierzających do rozwoju usług w środowisku lokalnym, a wśród nich:

1	Priorytet usług społecznych realizowanych w środowisku zamieszkania nad usługami stacjonarnymi.
2	Rozwój lokalnych i zindywidualizowanych usług, w tym usług o charakterze zapobiegającym, które mają ograniczyć konieczność opieki instytucjonalnej.
3	Działanie zmierzające do wykorzystania zasobów i potencjału instytucjonalnej opieki długoterminowej na poczet rozwoju nowych usług środowiskowych w społeczności lokalnej.

⁸⁷ Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności” ,www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/17881/12.pdf, str. 35.

Tabela nr 16. Podstawowe działania procesu deinstytucjonalizacji.

2. Opieka nad dzieckiem z niepełnosprawnością i pełnosprawnym

Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności⁸⁸ podejmują zagadnienie wdrażania i wspierania trwałego przejścia od opieki instytucjonalnej do alternatywnych rozwiązań rodzinnych i opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności m.in. w przypadku dzieci. Spełnienie postulatów zawartych w Wytycznych wymaga z jednej strony rozwoju usług świadczonych w środowisku lokalnym (lokalnej społeczności), z drugiej – stopniowego ograniczenia usług w ramach opieki instytucjonalnej. Integralnym elementem deinstytucjonalizacji usług jest profilaktyka, mająca zapobiegać rozdzieleniu dziecka z rodziną i umieszczeniu w pieczy zastępczej.

Opieka instytucjonalna, zwłaszcza we wczesnym okresie życia, wywiera szkodliwy wpływ na wszystkie obszary rozwoju dziecka oraz zwiększa podatność na trudności intelektualne, behawioralne i społeczne w późniejszych latach. Badania wykazały, że w przypadku dzieci w wieku poniżej trzech lat pobyt w placówce może negatywnie wpływać na funkcjonowanie mózgu w najbardziej krytycznym okresie jego rozwoju, wywierając długotrwały wpływ na zachowania społeczne i emocjonalne dziecka. Wiele badań pokazuje, że dzieci wychowywane w rodzinach biologicznych, adopcyjnych lub zastępczych radzą sobie dużo lepiej od rówieśników wychowywanych w placówkach, nie tylko pod względem rozwoju fizycznego i poznawczego, ale także osiągnięć edukacyjnych oraz włączenia społecznego już jako niezależni dorośli. Wyniki badań sugerują zatem, że wszystkie placówki dla dzieci do lat pięciu (w tym dzieci niepełnosprawnych) powinno się zastąpić innymi usługami, które zapobiegą oddzieleniu od rodzin i posłużą wsparciu tych rodzin, aby umożliwić im opiekę nad dziećmi. Po dokonaniu oceny rodzin oraz ich doborze i przeszkoleniu, jak też stworzeniu niezbędnych usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności, wszystkie dzieci

⁸⁸ Tamże,

poniżej piątego roku życia powinny zostać przeniesione pod opiekę rodzinną⁸⁹.

Z wytycznych wynika iż, dobro, bezpieczeństwo i ochrona dziecka powinny być głównymi względami, jakimi należy kierować się przy podejmowaniu decyzji o wyborze najodpowiedniejszej formy opieki, przy zastosowaniu następujących zasad⁹⁰:

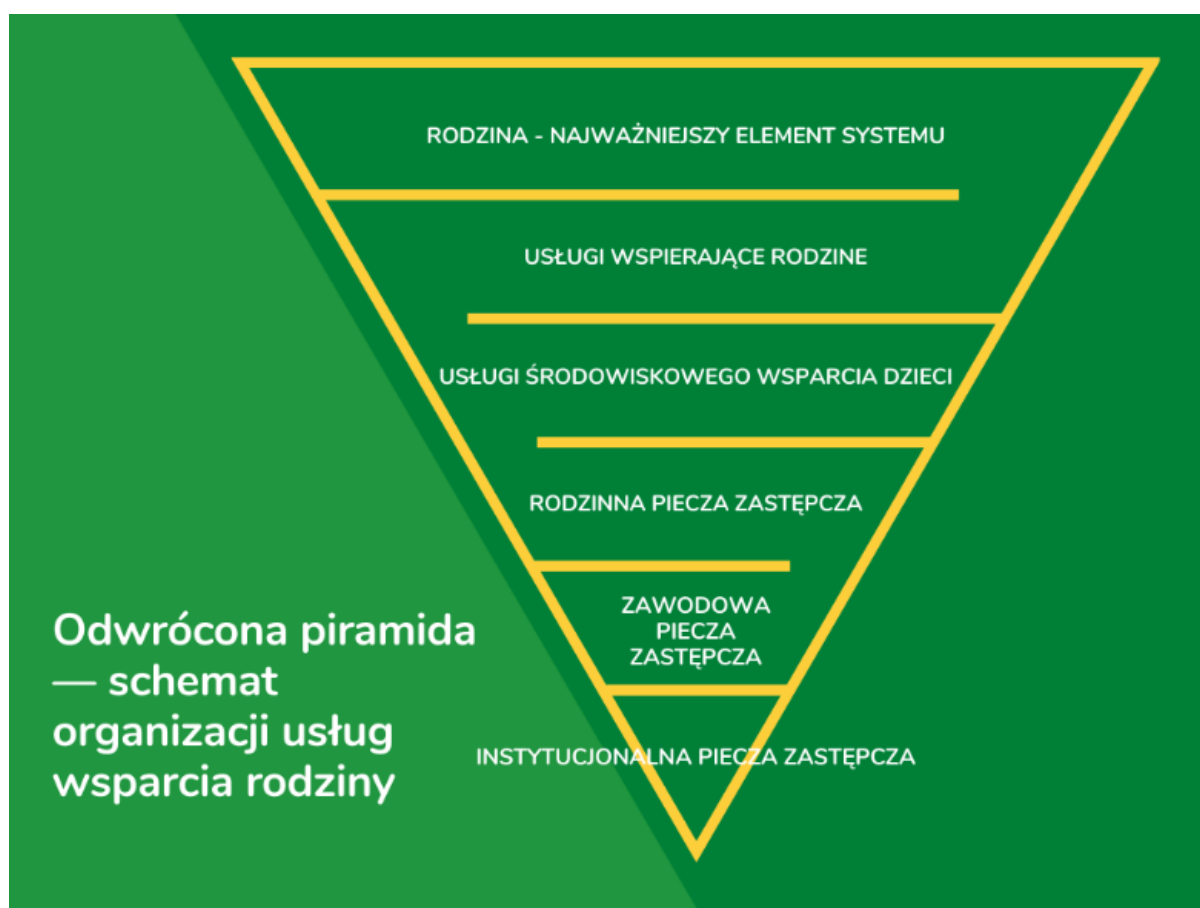
- a) *Rozdzielenie rodziny jest ostatecznością*: oddzielenie dziecka od rodziny należy postrzegać jako środek ostateczny. W miarę możliwości rozwiązanie to powinno być tymczasowe i jak najkrótsze.
- b) *Kontakt z rodziną*: dziecko powinno być umieszczone jak najbliżej domu, aby ułatwić kontakty z rodziną (chyba że nie leży to w najlepszym interesie dziecka) oraz uniknąć zakłóceń w życiu edukacyjnym, kulturalnym i społecznym.
- c) *Reintegracja pierwszym wyborem*: w przypadku oddzielenia od rodziny i umieszczenia w środowisku opieki zastępczej ewentualna reintegracja dziecka powinna być traktowana priorytetowo w stosunku do wszystkich innych rozwiązań. Opiekę zastępczą należy zapewnić jedynie, jeśli rodzina nie jest w stanie odpowiednio zająć się dzieckiem (nawet jeśli otrzyma stosowną pomoc) lub powrót do rodziny nie gwarantuje dziecku bezpieczeństwa.
- d) *Opieka rodzinna dla dzieci poniżej trzeciego roku życia*: małym dzieciom, szczególnie w wieku poniżej trzech lat, opiekę zastępczą należy zapewnić w warunkach rodzinnych.
- e) *Opieka stacjonarna, jeśli jest konieczna i odpowiednia*: opieka stacjonarna powinna być świadczona pod warunkiem, że jest odpowiednia, konieczna i konstruktywna z punktu widzenia danego dziecka i leży w jego najlepszym interesie.
- f) *Nie należy rozdzielać rodzeństwa*: rodzeństwu należy zapewnić możliwość wspólnego wychowywania się, a nie umieszczać w różnych placówkach opieki zastępczej (chyba że w wyniku oceny stwierdzono, że rozłąka leży w najlepszym interesie dzieci). Rodzeństwa są często rozdzielane, gdy trafiają do placówki. Jednym z celów procesu przejścia powinno być zaniechanie tej praktyki.
- g) *Trwałość*: częste zmiany miejsca świadczenia opieki są niekorzystne dla rozwoju dziecka i zdolności do tworzenia więzi, dlatego należy ich unikać. Objęcie opieką tymczasową

89 Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności, www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/17881/12.pdf, s. 53.

90 Wytyczne ONZ dotyczące opieki zastępczej nad dziećmi.

powinno prowadzić do znalezienia stałego rozwiązania.⁹¹

Poniższy schemat opisuje kierunki działań w procesie deinstytucjonalizacji usług. Schemat odwróconej piramidy, wskazuje jednoznacznie na największy obszar działań, tj. wsparcie rodzin w których funkcjonują dzieci, by pozostały w swoim środowisku wychowawczym, przy jednoczesnej zmianie sposobu funkcjonowania rodziny. Trzy górne piętra odwróconej piramidy, odnoszą się do wsparcia środowiskowego, co pozwala urzeczywistnić w praktyce idee deinstytucjonalizacji. Piecza zastępcza opiera się na rodzinnym środowisku wsparcia, a zakres działalności instytucji opieki całodobowej został ograniczony do niezbędnego minimum, i występuje tylko i wyłącznie wtedy gdy jest, konieczna i konstruktywna z punktu widzenia danego dziecka i leży w jego najlepszym interesie.



Ilustracja nr 1 . Odwrócona piramida – schemat organizacji usług wsparcia rodziny.

Przedstawiony powyżej model funkcjonowania usług wsparcia rodziny rodzi konsekwencje w postaci określenia koniecznych priorytetów w zaplanowanych działaniach. Poniżej opisano

⁹¹ Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności, www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/17881/12.pdf, s. 137.

priorytety w działaniach wspierających dziecko i rodzinę.

PRIORYTYZACJA W USŁUGACH WSPARCIA RODZINY			
PRIORYTET	CEL	ELEMENT SYSTEMU	OPIS
NAJWYŻSZY	DZIECKO W RODZINIE	RODZINA	<p>Najważniejszy element systemu. To rodzina jest naturalnym środowiskiem rozwoju człowieka, procesu wychowania i socjalizacji. Zatem to na wszystkich realizatorach polityk publicznych ciąży obowiązek stworzenia takich warunków funkcjonowania rodzin, by w sposób bezpieczny mogły realizować swoją funkcję opiekuńczo – wychowawczą. Niezbędne jest zatem tworzenie odpowiednich, preferujących rodzinę przepisów prawa, rozwiązań systemowych gwarantujących właściwą pozycję rodziny, jej podmiotowości i bezpieczeństwo socjalne. Wszystkie organy władzy muszą realizować działania wspierające rodzinę. Działania profilaktyczne i wspierające środowiska rodzinne mogą zdecydowanie zapobiec konieczności stosowania innych form wsparcia, które ingerują w wewnętrzną spójność rodziny.</p>

PRIORYTYZACJA W USŁUGACH WSPARCIA RODZINY

		<p>USŁUGI WSPIERAJĄCE RODZINĘ</p>	<p>Rodziny wymagające wsparcia w zakresie realizacji swojej funkcji opiekuńczo – wychowawczej muszą zostać objęte profesjonalnym i interdyscyplinarnym systemem wsparcia. Muszą to być usługi skoordynowane, międzyresortowe, obejmujący wszystkie aspekty funkcjonowania rodziny.</p>
		<p>USŁUGI ŚRODOWISKOWE WSPARCIA DZIECI I MŁODZIEŻY</p>	<p>Rodziny przeżywające trudności w pełnieniu roli opiekuńczo – wychowawczych powinny być obejmowane wsparciem w zakresie realizowania usług środowiskowych na rzecz dzieci i młodzieży. Mogą to być różnorodne formy wsparcia od zajęć pozalekcyjnych, świetlic środowiskowych do usług</p>
<p>ŚREDNI</p>	<p>POWRÓT DZIECKA DO RODZINY</p>	<p>RODZINNA PIECZA ZASTĘPCZA</p>	<p>Wsparcie dzieci pozbawionych opieki rodziców powinno odbywać się przede wszystkim w środowisku ich bliższej bądź dalszej rodziny. Tworzenie warunków zbliżonych do warunków rodzinnych jest priorytetem nadrzędnym w sytuacji kryzysu dziecka. Odbywać się to może również w formie tworzenia rodzinnych form wsparcia w tym</p>

PRIORYTYZACJA W USŁUGACH WSPARCIA RODZINY

			<p>rodzinnych domów dziecka.</p> <p>Konieczne jest systemowe przygotowanie rodziców zastępczych do pełnienia tej roli, wsparcie specjalistyczne, doradcze i terapeutyczne.</p>
		<p>ZAWODOWA PIECZA ZASTĘPCZA</p>	<p>Przewiduje się promowanie rodzicielstwa zastępczego – zawodowego. Uwzględnia się przede wszystkim przygotowanie specjalistyczne rodziców zastępczych zawodowych do wsparcia dzieci ze specjalnymi potrzebami.</p> <p>Koordinowanie działań z zakresu wsparcia dziecka w kryzysie jest rozwiązaniem pozwalającym skutecznie wspierać dziecko oraz środowisko wychowawcze. Konieczne jest wprowadzenie nowych rozwiązań dotyczących poziomu wynagradzania (zwiększenie wynagrodzeń) i rozwoju zawodowego rodziców zastępczych (indywidualne formy wsparcia adekwatne do potrzeb rodziców zastępczych).</p>
<p>NAJNIŻSZY</p>	<p>DZIAŁANIA RATUNKOWE – POWRÓT DZIECKA DO</p>	<p>INSTYTUCJONALNA PIECZA ZASTĘPCZA</p>	<p>Ostatni element systemu wsparcia, najmniej pożądanym. Należy dokonywać zmian w sposobie funkcjonowania placówek opiekuńczo</p>

PRIORYTYZACJA W USŁUGACH WSPARCIA RODZINY

	<p>SPOŁECZEŃSTWA</p>	<p>– wychowawczych, by w dalszym ciągu zmniejszać liczbę dzieci w nich przebywających, nadal zmierzać do stworzenia w nich warunków najbardziej zbliżonych do warunków domowych, przy niezbędnym wsparciu specjalistów pieczy. Dziecko umieszczone w instytucjonalnej pieczy zastępczej nie może znaleźć się w tej formie wsparcia bez wykorzystania wszystkich wyżej wymienionych form wsparcia rodziny. Idealnym i najbardziej pożądanym stanem rzeczy byłaby sytuacja braku zapotrzebowania na ten rodzaj usług, dlatego wszystkie działania władz publicznych powinny zmierzać do wyeliminowania potrzeb istnienia placówek.</p>
--	-----------------------------	--

Tabela nr 17. Priorytetyzacja w usługach wsparcia rodziny.

3. Opieka nad osobami starszymi i przewlekle somatycznie chorymi, z niepełnosprawnościami i psychicznie chorymi

Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności doprecyzowują ogólne zasady świadczenia opieki nad osobami starszymi i przewlekle chorymi. Z wytycznych wynika, iż: „Dorośli powinni otrzymać pomoc potrzebną do podjęcia świadomej decyzji o wyborze miejsca zamieszkania i sposobu organizacji wsparcia. Zgodnie z Konwencją o Prawach Osób Niepełnosprawnych (KPON) osoby niepełnosprawne powinny mieć możliwość wyboru miejsca

zamieszkania i podjęcia decyzji co do tego, gdzie i z kim będą mieszkać, na zasadzie równości z innymi osobami, a także [nie mogą być] zobowiązywane do mieszkania w szczególnych warunkach. Oznacza to, że państwo ma obowiązek zapewnić szeroki wachlarz usług wsparcia, w tym warunków mieszkaniowych, aby osoby niepełnosprawne i starsze miały możliwość prawdziwego wyboru”⁹².

W Polsce, zgodnie z przywołaną w niniejszym dokumencie diagnozą nie istnieje jeden spójny, przejrzyste finansowany system opieki długoterminowej.

Usługi opieki długoterminowej realizowane są w ramach trzech podsystemów, w części umownych podsystemów:

3.1 Opieka nieformalna - rodzinna i świadczona przez osoby z najbliższego otoczenia.

Mówiąc o sektorze nieformalnym w sferze opieki bierze się pod uwagę przede wszystkim sprawowanie jej przez członków rodziny, przyjaciół, sąsiadów i przedstawicieli niesformalizowanych inicjatyw pomocowych, wolontariatu etc. Chodzi o ogół podmiotów, które sprawują opiekę w ramach aktywności nieprofesjonalnej i niezawodowej. W praktyce, granice sektora nieformalnego i jego relacji z sektorem formalnym opieki bywają nieostre⁹³. To właśnie na najbliższym otoczeniu osób wymagających wsparcia, opiera się wsparcie środowiskowe osób potrzebujących. Świadczone wsparcie zakorzenione jest w uwarunkowaniach kulturowych, gdzie obowiązek opieki nad osobami starszymi i niesamodzielnymi, ale także dziećmi, był w przeszłości wzorcem kulturowym. Wzajemne wsparcie pomiędzy rodzicami i dziećmi powinno być całkowicie bezinteresowne, co wynika przede wszystkim z norm moralnych, jednak nie zawsze tak jest.

Wsparcie rodzinne ma również swoje korzenie w systemie prawnym. Stosownie do art. 87 ustawy z dnia z dnia 25 lutego 1964 r. - Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz. U. z 2020 r. poz. 1359, z późn. zm.), zwanej dalej również „K. r. i o.”, rodzice i dzieci obowiązani są wspierać się wzajemnie. Przez wzajemne wsparcie, o którym mowa w art. 87 K. r. i o., należy rozumieć pomoc materialną, psychiczne wsparcie w chorobie, cierpieniu i kalectwie, pomoc

⁹² Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności, www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/17881/12.pdf, s. 138.

⁹³ Opieka długoterminowa w Polsce. Dzisiaj i jutro. Raport, red. P. Błędowski, Listopad 2020, s. 24.

intelektualną przy podejmowaniu ważnych decyzji lub załatwianiu spraw życiowych oraz pomoc fizyczną przy wykonywaniu różnych czynności.

Przepisy Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego nakładają także na dzieci obowiązek alimentacji rodziców. Stosownie do art. 128 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego obowiązek dostarczania środków utrzymania, a w miarę potrzeby także środków wychowania obciąża krewnych w linii prostej oraz rodzeństwo. Natomiast zgodnie z art. 129 § 1 K. r. i o. obowiązek alimentacyjny obciąża zstępnych (dzieci, wnuki, prawnuki) przed wstępnymi (rodzice, dziadkowie, pradiadkowie), a wstępnych przed rodzeństwem, jeżeli jest kilku zstępnych lub wstępnych – obciąża bliższych stopniem przed dalszymi.

Obowiązek alimentacyjny dzieci wobec rodziców istnieje bez względu na to, czy dorosłe dzieci mieszkają z rodzicami czy osobno i czy założyły własne rodziny czy też nie. Jeżeli rodzice znajdują się w niedostatku, a dzieci są w stanie zapewnić im środki utrzymania, mają obowiązek płacenia rodzicom alimentów. Alimenty takie mogą być dobrowolne. Może się jednak zdarzyć, że na wniosek uprawnionych, czyli rodziców, wyznaczy je i zasądzi sąd rodzinny.

Stan niedostatku nie jest definiowany przez przepisy prawa. W doktrynie i orzecznictwie przyjmuje się, iż w stanie niedostatku pozostaje osoba, która nie może własnymi siłami samodzielnie zaspokoić swoich usprawiedliwionych, podstawowych potrzeb. Te usprawiedliwione potrzeby to np. potrzeby mieszkaniowe, potrzeby związane z pożywieniem, a także potrzeby zdrowotne. Obowiązek wzajemnej pomocy dzieci i rodziców trwa do śmierci jednych lub drugich.

Pomoc świadczona przez sąsiadów i osoby z najbliższego otoczenia uwarunkowana jest różnymi motywacjami. W wielu sytuacjach będzie to wsparcie całkowicie bezinteresowne, wpływające z relacji międzyludzkich, więzi sąsiedzkich i norm kulturowych. Czasem jest to forma niesformalizowanej płatnej usługi opiekuńczej. Zatem widać, iż wsparcie to ma charakter bardzo zróżnicowany.

Zaangażowanie w sprawowanie opieki przez innych członków rodziny często utrudnia realizację innych zadań niezbędnych dla jej funkcjonowania i prowadzenia gospodarstwa domowego. Ponadto kondycja zdrowotna osób sprawujących codzienną długotrwałą opiekę z czasem ulega pogorszeniu, co przekłada się na jej mniejszą skuteczność. Przeciwdziałaniu tym negatywnym sytuacjom może zapewnić **opieka wytchnieniowa**. Jej zadaniem jest odciążenie członków rodzin lub opiekunów osób niesamodzielnych poprzez wsparcie ich

w codziennych obowiązkach lub zapewnienie czasowego zastępstwa. Dzięki temu opiekunowie zyskują czas, który mogą przeznaczyć na odpoczynek i regenerację, jak również na załatwienie niezbędnych spraw. Usługa opieki wytchnieniowej może również służyć okresowemu zabezpieczeniu potrzeb osoby niepełnosprawnej w sytuacji, gdy opiekunowie z różnych powodów nie będą mogli wykonywać swoich obowiązków, np. z powodu pobytu w szpitalu lub sanatorium⁹⁴.

3.2 Opieka formalna - usługi systemu pomocy społecznej.

System pomocy społecznej w Polsce, realizuje znaczący zakres usług opieki długoterminowej. Usługi te świadczone są na dwóch poziomach realizacji usług, tj. na poziomie powiatu oraz na poziomie gminy. W pierwszej kolejności omówione zostaną usługi realizowane przez gminę.

Usługi opiekuńcze.

W przypadku zadań gminy podstawowy poziom realizacji usług na rzecz osób wymagających wsparcia to realizacja usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania osoby. Zgodnie z art. 50 ust. 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 1876, z późn. zm.), usługi opiekuńcze obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem. W zależności od potrzeb wskazanych przez klienta usługi te mają różnoraki charakter. Są to usługi gospodarcze, opiekuńcze, zabezpieczające podstawowe potrzeby osób z nich korzystających. Gminy realizują te zadania w różnoraki sposób, w tym poprzez realizację usług pracownikami własnych jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, korzystając z zakupu usługi w ramach zamówień publicznych, jak również stosując tryb konkursowy wynikający z ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2020 r. poz. 1057).

Specjalistyczne usługi opiekuńcze.

W przypadku występujących potrzeb świadczenia usług interdyscyplinarnych lub

⁹⁴ Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, *Program „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021*, Warszawa, grudzień 2020 r., <https://www.gov.pl/web/rodzina/komunikat-o-ogloszeniu-programu-opieka-wytchnieniowa--edycja-2021>,

wymagających specjalizacji w ich realizacji, gmina powinna realizować na rzecz osób wymagających wsparcia specjalistyczne usługi opiekuńcze. Usługi te są dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, a świadczone są przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym⁹⁵. Standard usług specjalistycznych oraz wymagania kwalifikacyjne kadr zostały określone w drodze rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz. U. poz. 1598).

Usługi w ośrodkach wsparcia.

Specyficzną formułą realizacji usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych, są usługi realizowane w ośrodku wsparcia. Gminy powołują różnorakie formy ośrodków wsparcia. Przykładowo dzienne domy pomocy lub inne formy wsparcia dziennego. Ośrodki te oferują pobyt w systemie dziennym, niejednokrotnie zapewniając również organizację transportu z miejsca zamieszkania do placówki. Zapewniają one pełen wachlarz usług opiekuńczych, dostosowany do indywidualnych potrzeb osoby wymagającej wsparcia, w tym zabezpieczenie posiłków.

W ośrodku wsparcia mogą być prowadzone miejsca całodobowe okresowego pobytu⁹⁶. Prowadzenie takich miejsc umożliwia opiekunom nieformalnym odciążenie od sprawowania opieki na co dzień. W ramach ośrodków wsparcia prowadzone są również środowiskowe domy samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Usługi w mieszkaniach chronionych.

Pośrednią formułą wsparcia pomiędzy opieką całodobową a środowiskową są mieszkania chronione. Pobyt w nich przysługuje osobom pełnoletnim, które ze względu na trudną sytuację życiową, wiek, niepełnosprawność lub chorobę potrzebują wsparcia w funkcjonowaniu w codziennym życiu, ale nie wymagają usług w zakresie świadczonym przez jednostkę całodobowej opieki, w tym osobom z zaburzeniami psychicznymi⁹⁷.

Mieszkanie chronione jest formą pomocy społecznej przygotowującą pod opieką specjalistów osoby tam przebywające do prowadzenia samodzielnego życia lub wspomagającą te osoby w codziennym funkcjonowaniu.

⁹⁵ Art. 50 ust.4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,

⁹⁶ Art. 51 ust. 3, ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,

⁹⁷ Art. 53 ust.1, Tamże

Mieszkania te mają różny charakter, a w zależności od celu udzielania wsparcia prowadzone są jako mieszkanie chronione treningowe lub mieszkanie chronione wspierane.

Mieszkanie chronione wspierane przeznaczone jest dla:

- osoby niepełnosprawnej, w szczególności osoby niepełnosprawnej fizycznie lub osoby z zaburzeniami psychicznymi;
- osoby w podeszłym wieku lub przewlekle chorej.

W mieszkaniu chronionym treningowym zapewnia się usługi bytowe oraz naukę, rozwijanie lub utrwalanie samodzielności, sprawności w zakresie samoobsługi, pełnienia ról społecznych w integracji ze społecznością lokalną, w celu umożliwienia prowadzenia samodzielnego życia⁹⁸.

Rodzinny dom pomocy.

Gmina może również prowadzić rodzinne domy pomocy. Stanowią one formę usług opiekuńczych i bytowych świadczonych całodobowo. Może być prowadzona przez osoby fizyczne lub organizację pożytku publicznego dla nie mniej niż trzech i nie więcej niż ośmiu zamieszkujących wspólnie osób, wymagających wsparcia w tej formie. Przebywają w nich osoby wymagające wsparcia z powodu wieku lub niepełnosprawności, wymagające pomocy innych osób, którym nie można zabezpieczyć postaci usług świadczonych w środowisku zamieszkania.

Standard realizacji usług przez rodzinny dom pomocy określony został w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 31 maja 2012 r. w sprawie rodzinnych domów pomocy (Dz. U. z 2012 poz. 719).

Usługi realizowane przez powiat w ramach zadań własnych to usługi:

Dom pomocy społecznej.

Pobyt w domu pomocy społecznej przysługuje osobie wymagającej całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogącej samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, a której nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych w środowisku zamieszkania. Dom oferuje usługi kompleksowe i interdyscyplinarne. Zakres usług obejmuje usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób w nim przebywających.

⁹⁸ Art. 53 ust.4, Tamże

Organizacja domu pomocy społecznej, zakres i poziom usług świadczonych przez dom uwzględnia w szczególności wolność, intymność, godność i poczucie bezpieczeństwa mieszkańców domu oraz stopień ich fizycznej i psychicznej sprawności⁹⁹.

Szczegółowy standard realizacji usług przez dom pomocy społecznej został opisany w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 734). Ustawodawca przewidział również możliwość świadczenia przez Dom usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób w nim niezamieszkujących, co oznacza, iż mogą być świadczone również w środowisku zamieszkania.

Inne usługi powiatowe.

Zgodnie z art. 19 pkt 11 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, zadaniem własnym powiatu jest również prowadzenie mieszkań chronionych dla osób z terenu więcej niż jednej gminy oraz powiatowych ośrodków wsparcia, w tym domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży, z wyłączeniem środowiskowych domów samopomocy i innych ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Warunkiem kluczowym jest by usługi ośrodka były realizowane na rzecz mieszkańców więcej niż jednej gminy, która wchodzi w skład danego powiatu. Najczęściej są to mieszkania treningowe dla usamodzielnianych wychowanków placówek opiekuńczo – wychowawczych lub rodzinnej pieczy zastępczej, realizujący program usamodzielnienia, środowiskowe domy samopomocy oraz inne ośrodki wsparcia, głównie dla matek z dziećmi i osób doznających przemocy w rodzinie.

3.3 Opieka formalna - usługi opieki długoterminowej systemu ochrony zdrowia.

Po stronie systemu ochrony zdrowia realizowane są następujące gwarantowane¹⁰⁰ usługi wsparcia osób niesamodzielnych:

1. pielęgniarstwa opieka długoterminowa,
2. zespoły długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży,

⁹⁹ Art. 55 ust. 2, ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,

¹⁰⁰ Zob. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1658, z późn. zm.)

wentylowanych mechanicznie,

3. zakłady opiekuńczo-lecznicze oraz pielęgnacyjno-opiekuńcze,
4. hospicja domowe i stacjonarne oraz oddziały opieki paliatywnej.

Charakterystyka wyżej wymienionych świadczeń przedstawia się następująco:

Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa to świadczenie finansowane ze środków publicznych, skierowane do świadczeniobiorców przewlekle somatycznie chorych i psychosomatycznie oraz psychicznie chorych z wyłączeniem ostrej fazy choroby psychicznej, niezdolnych do samoopieki i samopielęgnacji, którzy w ocenie kartą oceny świadczeniobiorcy uzyskali od 0 do 40 punktów.

Zespoły długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży

wentylowanych mechanicznie, obejmują realizację świadczeń nad świadczeniobiorcami z niewydolnością oddechową, wymagającymi stosowania inwazyjnej, prowadzonej przy pomocy respiratora (przez rurkę tracheotomijną), bądź nieinwazyjnej (prowadzonej przez różnorodne ustniki, maski czy kaski), ciągłej lub okresowej terapii oddechowej, niewymagającej hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii lub pobytu w zakładach opieki całodobowej, wymagającymi jednak stałego specjalistycznego nadzoru lekarza, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji.

Niesamodzielni seniorzy, osoby z niepełnosprawnościami i przewlekle psychicznie chore mogą również korzystać z usług całodobowych placówek stacjonarnych działających w ramach systemu ochrony zdrowia - **zakładów opiekuńczo-leczniczych oraz pielęgnacyjno-opiekuńczych**. Tego rodzaju instytucje zajmują się:

- 1) udzielaniem całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem: pielęgnację, opiekę i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji;
- 2) zapewnianiem produktów leczniczych potrzebnych do kontynuacji leczenia;
- 3) zapewnieniem pomieszczeń i żywienia odpowiednich do stanu zdrowia;
- 4) prowadzeniem edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin;
- 5) przygotowaniem tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych¹⁰¹.

Szczególnej troski i wrażliwości wymaga ostatni etap życia człowieka. Godnemu

¹⁰¹ Źródło: <http://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/3965,pojecie.html?pdf=1>, <http://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/3966,pojecie.html?pdf=1> [odczyt 27.05.2020 r.].

odchodzeniu, bez niepotrzebnego bólu i przy kompleksowym wsparciu najbliższych oraz specjalistów, służą **hospicja domowe i stacjonarne** oraz **oddziały opieki paliatywnej**.

Przebywające w nich osoby terminalnie chore mogą liczyć na profesjonalną opiekę.

Statystyka dotycząca opieki długoterminowej stacjonarnej zilustrowana została w poniższej tabeli:

	2016		2019	
	Liczba ośrodków	Liczba pacjentów objętych świadczeniami	Liczba ośrodków	Liczba pacjentów objętych świadczeniami
Świadczenia w ZOL/ZPO	426	39 831	449	40 738
Świadczenia w ZOL/ZPO dla wentylowanych mechanicznie	41	922	49	1 342
Świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym	163	33 699	191	36 442

Tabela nr 18. Dane z zakresu opieki długoterminowej (Źródło: Baza Analiz Systemowych i Wdrożeńiowych – 20.05.2021 r.)

4. Nowy system opieki długoterminowej

Podobnie jak w przypadku deinstytucjonalizacji usług pieczy zastępczej proponuje się schemat deinstytucjonalizacji usług społecznych skierowanych do osób starszych, z niepełnosprawnościami i przewlekle chorych oparty na schemacie odwróconej piramidy. Schemat ten dotyczy zarówno usług społecznych jak i zdrowotnych:



Ilustracja nr 2 . Odwrócona piramida – schemat organizacji usług opieki długoterminowej.

Powyższy schemat opisuje kierunki działań w procesie deinstytucjonalizacji usług. Schemat odwróconej piramidy wskazuje jednoznacznie na największy obszar działań, tj. wsparcie rodzin w których funkcjonują osoby starsze, z niepełnosprawnościami, przewlekle psychicznie chore, by pozostały w swoim środowisku zamieszkania jak tylko to będzie możliwe. Podstawą systemu wsparcia jest zatem rodzina, która musi zostać wsparta szeregiem usług wspierających.

Cztery górne piętra odwróconej piramidy odnoszą się do wsparcia środowiskowego, co pozwala urzeczywistnić w praktyce idee deinstytucjonalizacji. Usługi skierowane do tej grupy osób skoncentrowane będą na środowisku zamieszkania, a zakres działalności instytucji opieki całodobowej zostanie ograniczony do niezbędnego minimum i występuje tylko i wyłącznie wtedy, gdy jest konieczna i jest wyborem dokonany przez odbiorcę usług, bez żadnej determinanty w postaci braku alternatywnych form opieki.

Poniższy schemat przedstawia wizję funkcjonowania systemu opieki długoterminowej po dokonaniu zmian związanych z deinstytucjonalizacją usług.

SYSTEM OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

GMINNY KOORDYNATOR USŁUG			
OPIEKA RODZINNA	ŚWIADCZONA PRZEZ OSOBY SPOKREWNIONE	WSPIERANA USŁUGAMI SPOŁECZNYMI I ZDROWOTNYMI	WSPIERANA ŚWIADCZENIAMI DLA OPIEKUNÓW
OPIEKA DOMOWA	USŁUGI OPIEKUŃCZE	USŁUGI ZDROWOTNE	USŁUGI WSPIERAJĄCE
OPIEKA STACJONARNA	INSTYTUCJE OPIEKI STACJONARNEJ DPS, ZPO, ZOL		RODZINNE DOMY POMOCY I RODZINY OPIEKUŃCZE
OPIEKA HOSPICYJNA	USŁUGI DOMOWE	USŁUGI STACJONARNE	USŁUGI WSPIERAJĄCE

Ilustracja nr 3. Schemat systemu opieki długoterminowej w Polsce, po wdrożeniu idei DI.

Poniżej przedstawiona została wizualizacja dotycząca pełnienia ról przez podmioty świadczące usługi w ramach opieki długoterminowej.

ROLE W OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ

KOORDYNATOR OPIEKI

na szczeblu Gminy, podmiot odpowiadający za realizację usług opiekuńczych i skoordynowanie ich z usługami zdrowotnymi. Odpowiada za organizację i nadzór nad usługami.

POZIOM
1

OPIEKA RODZINNA

osoby spokrewnione realizujące usługi na rzecz osoby bliskiej. Wspierane przez skoordynowane usługi społeczne i zdrowotne

POZIOM
2

OPIEKA DOMOWA

skoordynowane usługi świadczone przez specjalistów:
1. opiekuńcze
2. pielęgniarские
3. wspierające

POZIOM
3

OPIEKA STACJONARNA

świadczona przez placówki opieki całodobowej:
- domy pomocy społecznej
- zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze
- zakłady opiekuńczo-lecznicze
- rodzinne domy pomocy
- rodziny opiekuńcze

POZIOM
4

OPIEKA HOSPICYJNA

realizowana przez:
- usługi zespołów opieki długoterminowej
- usługi stacjonarne
- usługi wspierające

POZIOM
5

Ilustracja nr 4. Role w systemie opieki długoterminowej.

Tak zorganizowany system gwarantuje osiągnięcie celów Strategii DI, tj. przeniesienie ciężaru realizacji usług na poziom usług świadczonych w miejscu zamieszkania.

Należy też zaznaczyć, iż utworzenie jednego spójnego wewnętrznie i skoordynowanego systemu opieki długoterminowej wymaga również zmian w systemie finansowania usług. Poniższy schemat przedstawia założenia nowego sposobu finansowania usług.

FINANSOWANIE OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ



Ilustracja nr 5. Sposób finansowania usług w systemie opieki długoterminowej.

Przy usługach opiekuńczych należy wskazać dofinansowanie budżetu państwa (specjalistycznie usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi świadczone w miejscu zamieszkania lub ośrodka wsparcia) – zadania realizowane też przez powiat

Oczywistym faktem jest to, iż finansowanie opieki długoterminowej musi zostać wsparte udziałem własnym osób korzystających z usług (odpłatność za usługi), a zapewnienie finansowania w ramach środków budżetowych musi zostać poparte określonymi mechanizmami fiskalnymi.

5. Przeciwdziałanie bezdomności w oparciu o usługi środowiskowe

Wieloletnie doświadczenie w zakresie przeciwdziałania bezdomności, polegające na tworzeniu schronisk i noclegowni, pokazuje, że model ten raczej nie pozwala w wystarczającym stopniu na jej przezwycięzenie i dalszy rozwój tego rodzaju wsparcia nie

przynosi oczekiwanych skutków. Dlatego też tak istotne jest skoncentrowanie systemu wsparcia świadczonego osobom doświadczającym bezdomności wokół koncepcji odejścia od instytucjonalnego modelu „drabinkowego” na rzecz zwiększania zasobu mieszkań, w których rozwiązywany jest problem bezdomności, zgodnie z paradygmatem deinstytucjonalizacji przyjętym zarówno na szczeblu UE, jak i w polskiej krajowej polityce społecznej oraz zgodnie z dokumentem pn. *„Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności”*. Ma to szczególne znaczenie w przypadku młodych osób bezdomnych – zarówno wychowujących się w rodzinach dysfunkcyjnych, jak również mających za sobą pobyt w instytucjonalnej pieczy zastępczej lub różnego rodzaju placówkach dla młodzieży – u których przebywanie w warunkach instytucjonalnych utrwala deficyty w zakresie kompetencji społecznych i emocjonalnych umożliwiającym samodzielne funkcjonowanie w społeczeństwie. Z informacji przedstawionych w raporcie pt. *Usługi mieszkaniowe w pomocy osobom bezdomnym*, zrealizowanym w ramach programu MRiPS *Pokonać bezdomność. Program pomocy osobom bezdomnym* przez Ogólnopolską Federację na rzecz Rozwiązywania Problemu Bezdomności wynika, iż w Polsce nadal w stosunkowo niewielkim zakresie wsparcie osób w kryzysie bezdomności związane jest z efektywną pomocą mieszkaniową. Niniejsza konkluzja dotyczy zarówno dostępu do mieszkań komunalnych oraz z rynku prywatnego, jak również usług mieszkaniowych dedykowanych osobom bezdomnym. Raport pokazuje jednocześnie ogromne zainteresowanie programami mieszkaniowymi i świadomość ich znacznie większej, w porównaniu z rozwiązaniami instytucjonalnymi, skuteczności. Wskazuje przede wszystkim na konieczność adaptacji różnorodnych rozwiązań mieszkaniowych do lokalnych warunków i możliwości, a także potrzebę popularyzacji wiedzy o modelu „Najpierw Mieszkanie”, mającym na celu zapewnienie wsparcia osobom, które z różnych przyczyn nie są w stanie sprostać warunkom obowiązującym w systemie instytucjonalnym.

Dlatego w ramach niwelowania skutków bezdomności oraz profilaktyki w zakresie tego rodzaju wykluczenia społecznego konieczne jest bardziej zdecydowane ukierunkowanie polityki społecznej na te zagadnienia oraz wspieranie rozwoju mieszkalnictwa społecznego, w tym z szeroko rozumianym wsparciem. System wsparcia musi zapewniać realne mechanizmy przeciwdziałania bezdomności i wykluczeniu mieszkaniowemu, połączone ze wsparciem specjalistów i swobodnym dostępem do usług społecznych, zdrowotnych,

edukacyjnych, aktywizacji zawodowej, wsparcia środowiskowego. Powinien także dawać realną możliwość wyjścia z kryzysu bezdomności (uwzględniając, że jest to proces, który może być długotrwały) lub możliwość godnego życia w rozwiązaniach mieszkaniowych osobom, które z uwagi na wiek, niepełnosprawność lub stan zdrowia (w tym uzależnienia) nie są w stanie przejść od bezdomności do pełnej samodzielności.

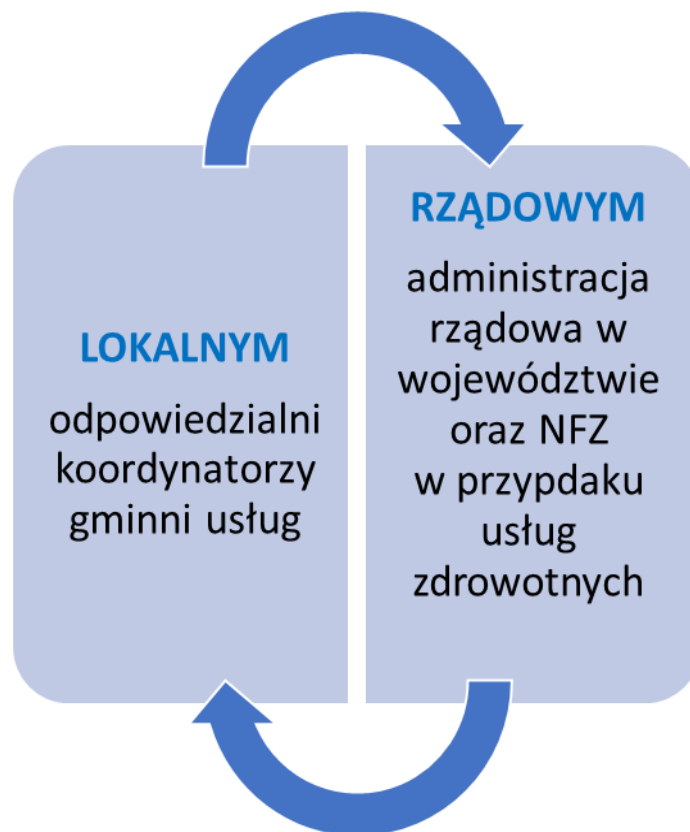
Deinstytucjonalizacja wymaga szybkiego i znaczącego rozwoju mieszkalnictwa wspieranego – indywidualnego i grupowego oraz zdefiniowania sposobu postrzegania usług świadczonych w społeczności lokalnej jako podstawowej formy zapewniania wsparcia. Nie będzie jednak możliwe zapewnienie wsparcia w tej formie, w miejsce placówek instytucjonalnych, bez odpowiedniej infrastruktury mieszkaniowej. Ponadto deinstytucjonalizacja wymaga wsparcia służb socjalnych i kontraktowania usług w zakresie zapewnienia schronienia osobom zagrożonym bezdomnością w mieszkaniach wspieranych zamiast w placówkach dla osób bezdomnych, obejmujące również zapewnienie lokali na potrzeby wspieranego najmu. Najbardziej adekwatną formą świadczenia usług w społeczności lokalnej są mieszkania wspomagane, będące skuteczną formą wychodzenia z kryzysu bezdomności lub świadczenia stałego wsparcia (w zależności od przypadku), prowadzącą do reintegracji społecznej, a także do budowania sprawczości oraz odpowiedzialności. Niezbędne jest stworzenie elastycznego systemu mieszkań wspomaganych, w których świadczone będą usługi (związane z treningiem samodzielności lub stałym wspieraniem osób tam przebywających) każdorazowo dostosowane do potrzeb danej osoby.

W konsekwencji oferta usług świadczonych w placówkach będzie uzupełnieniem, a nie podstawą systemu wsparcia osób bezdomnych.

6. Nadzór nad standardem realizacji usług i ich jakością.

Założeniem procesu deinstytucjonalizacji usług, tj. zmiany sposobu realizacji usług na usługi świadczone w miejscu zamieszkania, jest konieczność wypracowania i wdrożenia standardów realizacji wszystkich usług. Za opracowanie i wdrożenie standardów odpowiedzialni będą liderzy procesów DI – tj. na szczeblu ogólnopolskim Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej w zakresie usług społecznych, natomiast w zakresie usług zdrowotnych – Ministerstwo Zdrowia.

Planuje się monitorowanie jakości realizowanych usług na dwóch poziomach:



Ilustracja nr 6. Sposób finansowania usług w systemie opieki długoterminowej.

Koordinatory usług funkcjonujący na terenie gmin będą odpowiedzialni za badanie jakości usług, a także pomiar satysfakcji osób na rzecz których realizowane są usługi. Usprawni to zdecydowanie proces nadzoru nad usługami, a opracowane i wdrożone standardy będą punktem odniesienia wiążącym dla stron procesu realizacji usług.

Planuje się także rozszerzyć kompetencje istniejących w ramach administracji rządowej w województwie właściwych do spraw pomocy społecznej wydziałów urzędów wojewódzkich. Posiadają one odpowiednie doświadczenie nadzorcze i kontrolne. Należy dookreślić ich kompetencje dotyczące nadzoru nad realizacją zadań własnych gminy w zakresie realizacji usług społecznych oraz wzmocnić kadrowo.

Odrębnym elementem nadzoru nad system realizacji usług są organy państwa takie jak: Rzecznik Praw Obywatelskich, Rzecznik Praw Dziecka oraz Rzecznik Praw Pacjenta. Należy wzmocnić kadrowo, finansowo i organizacyjnie w/w urzędy centralne, by mogły realizować zadania kontrolno – interwencyjne.

Proponuje się również uruchomienie wieloletniego zadania publicznego dla organizacji pozarządowej wybranej w ramach konkursu, dla operatora serwisu internetowego

o prawach człowieka, który posiadałby funkcjonalność zgłaszania interwencyjnego problemów związanych z nieprzestrzeganiem praw człowieka w realizacji usług społecznych i zdrowotnych do odpowiednich organów państwa.

Rozdział III. WIZJA I CELE STRATEGICZNE

WIZJA STRATEGII

Przygotowanie systemu realizacji usług społecznych do rozpoczęcia od 2041 r. świadczenia dla każdej osoby potrzebującej wsparcia z powodów społecznych, takich jak: podeszłego wieku, niepełnosprawności, zdrowia psychicznego - bezpiecznego i niezależnego funkcjonowania w swoim miejscu zamieszkania – w swoim mieszkaniu lub domu – tak długo, jak tego pragnie, zaś dzieciom i młodzieży pozbawionej opieki rodzicielskiej wsparcia jak najbardziej zbliżonego do warunków rodzinnych. Wizja ta pozwoli na rozpoczęcie drugiej części procesu w postaci powolnego wygaszania działalności placówek całodobowych, jako tej formy opieki, która nie spotka się z zainteresowaniem klientów.

CELE STRATEGICZNE

Zrealizowanie wizji Strategii wymaga wyznaczenia szczegółowych celów strategicznych w poszczególnych obszarach interwencji strategicznej. Cele strategiczne osiągnięte zostaną poprzez realizację celów szczegółowych.

OBSZAR:

OPIEKA NAD DZIECKIEM Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ I PEŁNOSPRAWNYM

Cel strategiczny:

Zwiększenie udziału rodzin i rodzinnych form pieczy zastępczej w opiece i wychowaniu dzieci.

Cel szczegółowy nr 1:

Rozwój usług profilaktycznych i bezpośrednich usług środowiskowych

Kierunki działań:

1. Skoordynowanie i uspojnienie współpracy multiprofesjonalnej z rodziną i na jej rzecz

wspierających dzieci i rodzinę.

w celu wzmocnienia zasobów wewnętrznych i zewnętrznych, umożliwiających samodzielne zaspokajanie potrzeb rozwojowych dziecka. Wdrożenie rozwiązań zwiększających partycypację rodziny.

2. Wdrożenie rozwiązań zwiększających partycypację dziecka zagrożonego rozdzieleniem z rodziną lub rozdzielonego z nią w podejmowaniu decyzji, które go dotyczą.
3. Wprowadzenie działań o charakterze profilaktycznym, ukierunkowanych na zwiększenie poziomu wiedzy i poprawę kompetencji rodziców związanych z zaspokajaniem potrzeb dzieci, w tym ochronę ich praw.
4. Wzmocnienie i poszerzenie katalogu usług wspierających dzieci i rodziców ze specjalnymi potrzebami, którzy – ze względu na brak zasobów wewnętrznych i zewnętrznych – mają trudności z zaspokajaniem potrzeb dzieci.
5. Przeniesienie organizacji rodzin spokrewnionych na poziom gminy i włączenie rodzin spokrewnionych do systemu wsparcia rodzin.
6. Wsparcie procesu osiągnięcia stabilizacji życiowej dziecka po separacji od rodziny.
7. Ograniczenie odpływu z rodzin młodzieży

	<p>niedostosowanej społecznie lub zagrożonej tym niedostosowaniem poprzez rozwój środowiskowych form resocjalizacji, terapii i wychowania. Zmiana funkcji młodzieżowych ośrodków wychowawczych (MOW) i młodzieżowych ośrodków socjoterapii (MOS) na turnusową, opartą jednocześnie o systemową pracę z rodziną.</p> <p>8. Zwiększenie liczebności i wzmocnienie kompetencji kadr systemu wsparcia rodziny.</p> <p>9. Zwiększenie liczby Opiniodawczych Zespołów Sądowych Specjalistów w celu usprawnienia pracy sądów rodzinnych i skrócenia okresu postępowań sądowych.</p>
<p>Cel szczegółowy nr 2:</p> <p>Rozwój rodzinnych form pieczy zastępczej.</p>	<p>Kierunki działań:</p> <p>W systemie docelowym tj. w 2040 roku wszystkie dzieci, które nie wychowują się w rodzinach biologicznych lub adopcyjnych są w rodzinnej opiece zastępczej, jednocześnie dzieci te wraz z opiekunami mogą korzystać z oferty instytucjonalnej tj. z oferty specjalistycznych ośrodków wsparcia dzieci i rodzin świadczących pomoc intensywną, interwencyjną, wysokospecjalistyczną, w tym również pobyty całodobowe, ale wyłącznie o charakterze krótkookresowym, realizowane w trybie „turnusowym”. Proponowane rozwiązania doprowadzą do zwiększenia zasobu rodzin</p>

	<p>zastępczych oraz zapewnią dzieciom wsparcie jak najlepiej dopasowane do ich potrzeb (w szczególności dzieciom z niepełnosprawnością, z alkoholowym zespołem płodowym - FAS, z problemami zdrowia psychicznego, doświadczeniem złożonej traumy rozwojowej, przewlekłymi chorobami, niedostosowaniem społecznie lub zagrożonych niedostosowaniem). Ponadto, uwzględniają prawo do wyrażania przez dzieci swojego zdania i uczestniczenia w decyzjach, które ich dotyczą (niezależnie od wieku i poziomu rozwoju).</p>
<p>Cel szczegółowy nr 3:</p> <p>Reforma placówek całodobowych długookresowego pobytu.</p>	<p>Kierunki działań:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reforma placówek całodobowego długoterminowego pobytu dla dzieci zakłada, że potencjał istniejących obecnie placówek (podmiotów instytucjonalnej pieczy zastępczej, młodzieżowych ośrodków wychowawczych, młodzieżowych ośrodków socjoterapii, domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo-leczniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych), a więc kadry, ich kompetencje i infrastruktura, będzie wykorzystany do zapewniania dzieciom i rodzinom wsparcia w społeczności lokalnej, a także – choć w ograniczonym zakresie – do realizacji usług instytucjonalnych w nowej formule. Reforma zakłada stopniową zmianę

funkcji obecnie działających placówek całodobowych dla dzieci.

2. Reforma zakłada, że w systemie docelowym (tj. w 2040 roku):

- żadne dziecko nie przebywa w stacjonarnej i długoterminowej pieczy instytucjonalnej ani w żadnej innej placówce stacjonarnej i długoterminowej;
- każde dziecko jest umieszczone w rodzinie (biologicznej, adopcyjnej, zastępczej). W sytuacji konieczności opuszczenia rodziny niezwłocznie jest powierzone do rodziny zastępczej lub domu rodzinnego, który sprawuje nad nim opiekę i pozostaje w bieżącym kontakcie także w sytuacji konieczności czasowego jego pobytu w specjalistycznym ośrodku wsparcia dzieci i rodzin, który będzie jedyną formą usług instytucjonalnych;
- każde dziecko, którego rodzice biologiczni zostali pozbawieni praw rodzicielskich, posiada opiekuna prawnego, którym może być osoba pozostająca z tym dzieckiem w trwałej, bezpośredniej relacji

	<p>potwierdzonej dotychczasowym lub planowanym wspólnym miejscem zamieszkania (w szczególności krewni, bliskie osoby niespokrewnione, rodzice zastępczy) lub w relacji zamierzonej jako trwała, bezpośrednia i potwierdzona wspólnym miejscem zamieszkania (rodzina podejmująca się funkcji rodziny zastępczej). Przy wyborze opiekuna prawnego należy wziąć pod uwagę zdanie dziecka;</p> <ul style="list-style-type: none"> • maksymalnie 20% dzieci wraz z rodzinami lub opiekunami korzysta z oferty instytucjonalnej.
<p>Cel szczegółowy nr 4:</p> <p>Poprawa jakości usamodzielniania wychowanków pieczy zastępczej i placówek całodobowych i długookresowego pobytu.</p>	<p>Kierunki działań:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Opracowanie indywidualnych planów usamodzielnienia dla mieszkańców domów pomocy społecznej. 2. Wprowadzenie specjalizacji w zawodzie pracownik socjalny - asystent usamodzielnienia. Przygotowanie zasad funkcjonowania i standardów działania asystenta. 3. Stworzenie katalogu usług społecznych niezbędnych w procesie usamodzielnienia. 4. Monitoring losów usamodzielnianych.

	<ol style="list-style-type: none"> 5. Rozwój mieszkalnictwa treningowego. 6. Preorientacja zawodowa – priorytetem procesu usamodzielnienia.
<p>Zakładane efekty realizacji celów:</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Działania wspierające rodziny pochodzenia dzieci będą zapobiegać umieszczeniu dzieci w pieczy zastępczej. 2. Sytuacja dzieci w rodzinach przeżywających kryzys poprawi się, co spowoduje ich integrację i włączenie społeczne. 3. Realizacja celów pozwoli na odejście od konieczności funkcjonowania instytucjonalnej pieczy zastępczej. 4. Działania doprowadzą do usprawnienia systemów ochrony dzieci i pieczy zastępczej. 	
<p>OBSZAR:</p> <p>OPIEKA NAD OSOBAMI STARSZYMI I PRZEWLEKLE SOMATYCZNIE CHORYMI</p>	
<p>Cel strategiczny:</p> <p>Zbudowanie skutecznego i trwałego systemu opieki długoterminowej świadczącego skoordynowane usługi społeczne i zdrowotne.</p>	
<p>Cel szczegółowy nr 1:</p> <p>Wdrożenie systemu koordynacji oraz standaryzacji usług społecznych i zdrowotnych.</p>	<p>Kierunki działań:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ustanowienie na poziomie gmin obowiązku realizacji zadania w postaci ustanowienia instytucji KOORDYNATORA usług społecznych i zdrowotnych, celem właściwego i pełnego zrealizowania potrzeb osób wymagających wsparcia. 2. Ustanowienie standardów i katalogów usług opieki długoterminowej uwzględniającej skoordynowanie usług społecznych i zdrowotnych, tak by następowało zjawisko synergii usług

	<p>i wzajemne uzupełnianie.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Badanie na poziomie gmin jakości realizowanych usług opieki długoterminowej. 4. Kontraktowanie usług opieki długoterminowej w oparciu o standardy i badania jakościowe. 5. Diagnozowanie bieżących potrzeb, jak i szacowanie w jaki sposób będzie przyrastał udział osób wymagających wsparcia na terenie gminy/powiatu i w jaki sposób może wpłynąć to na zwiększenie/zmniejszenie zapotrzebowania na środowiskowe usługi wsparcia i opieki
<p>Cel szczegółowy nr 2:</p> <p>Wsparcie rodziny realizującej opiekę długoterminową.</p>	<p>Kierunki działań:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Skoordynowana przez gminę pomoc usługowa dla rodzin sprawujących funkcję opiekuna osób zależnych. 2. Uzawodowienie osób świadczących opiekę nad osobami zależnymi w rodzinie. Zmiana dotycząca osób świadczących opiekę z świadczeniobiorców, na zawodowych opiekunów rodzinnych. Określenie minimalnych ram wynagrodzenia za pracę. 3. Wsparcie szkoleniowe, odciążeniowe, specjalistyczne, psychologiczne, transportowe, wytchnieniowe

	<p>i technologiczne opiekunów rodzinnych. Organizacja wsparcia zadaniem własnym gminnego Koordynatora usług.</p> <p>4. Monitorowanie przez gminnego Koordynatora usług jakości i standardu realizacji usług przez opiekunów rodzinnych.</p>
<p>Cel szczegółowy nr 3:</p> <p>Rozwój środowiskowych form wsparcia opieki długoterminowej.</p>	<p>Kierunki działań:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rozwój usług społecznych świadczonych w formie usług środowiskowych ze szczególnym uwzględnieniem wystandardyzowanych usług opiekuńczych, ośrodków wsparcia dziennego, rodzin opiekuńczych (funkcjonujących podobnie do rodzin zastępczych), gospodarstw opiekuńczych, rodzinnych domów pomocy. Rozwój pomocy sąsiedzkiej. 2. Tworzenie centrów usług społecznych, w tym sprofilowanych centrów, których działania będą ukierunkowane na konkretną grupę odbiorców (np. centrum usług środowiskowych dla dzieci, dla osób z zaburzeniami psychicznymi, osób starszych itp.). 3. Tworzenie koszyków usług społecznych. 4. Wykorzystanie potencjału lokalnych zasobów, poprzez angażowanie w realizację usług społecznych i zdrowotnych - NGO, tworzenie

	<p>partnerstw zarówno społecznych jak i partnerstw z przedsiębiorcami.</p> <p>5. Przekształcanie stacjonarnych placówek opieki długoterminowej w placówki realizujące usługi środowiskowe.</p>
<p>Cel szczegółowy nr 4:</p> <p>Zmiana sposobu funkcjonowania stacjonarnej instytucji opieki długoterminowej, w tym opieki hospicyjnej.</p>	<p>Kierunki działań:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wykonanie audytu wszystkich instytucji opieki długoterminowej w zakresie realizacji praw wolnościowych osób w nich przebywających. 2. Realizowanie obowiązku przez instytucje opieki długoterminowej w zakresie okresowego badania możliwości usamodzielnienia osoby korzystającej z usług instytucji, a w przypadku stwierdzenia możliwości powrotu do środowiska, podjęcie działań w tym zakresie. 3. Przekształcenie stacjonarnych instytucji opieki długoterminowej w środowiskowe centra opieki długoterminowej, gdzie opieka stacjonarna może być tylko ostatnim z możliwych elementów wsparcia. Określony zostanie wskaźnik liczby miejsc stacjonarnych do innych usług środowiskowych realizowanych przez te instytucje. 4. Zmiana standardów świadczenia usług stacjonarnej opieki długoterminowej

	<p>w zakresie warunków bytowych, w tym zapewnienia wszystkim osobom korzystającym z usług - pokoi jednoosobowych.</p>
<p>Cel szczegółowy nr 5:</p> <p>Zbudowanie trwałego systemu finansowania opieki długoterminowej.</p>	<p>Kierunki działań:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokonanie szczegółowych analiz dotyczących finansowania opieki długoterminowej. 2. Opracowanie modelu stałego finansowania systemu opieki długoterminowej, zapewniającego możliwość korzystania ze wsparcia wszystkich osób wymagających pomocy. 3. Wprowadzenie stabilnego i trwałego rozwiązania finansującego koszty opieki długoterminowej dla obywateli.
<p>Cel szczegółowy nr 6:</p> <p>Wsparcie i rozwój kadr świadczących opiekę długoterminową.</p>	<p>Kierunki działań:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Przekształcenie zawodu opiekuna w zawód specjalista ds. opieki. Nadanie określonych kompetencji zawodowych, ustanowienie stopni specjalizacji, co pozwoli na zmianę wizerunkową zawodu opiekuna. 2. Określenie minimalnych wynagrodzeń na stanowisku specjalisty ds. opieki. 3. Obowiązkiem Koordynatora gminnego będzie opracowanie dla każdego realizatora usług społecznych i zdrowotnych planu doskonalenia

	<p>kompetencji własnych.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Finansowanie przez koordynatora gminnego szkoleń dla realizatorów rodzinnej opieki długoterminowej. 5. Tworzenie lokalnych i regionalnych centrów wsparcia kompetencji opiekunów, z usługami mobilnymi.
<p>Zakładane efekty realizacji celów:</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Stworzony zostanie kompleksowy system opieki długoterminowej oparty na skoordynowanych usługach środowiskowych. 2. Działania wspierające będą zapobiegać umieszczeniu osób starszych i somatycznie chorych w instytucjach opieki całodobowej. 3. Wsparci zostaną opiekunowie rodzinni, którzy są podstawowym elementem systemu opieki długoterminowej. 4. Pobyt w instytucji opieki całodobowej będzie wyborem osoby korzystającej z systemu wsparcia, niczym nie zdeterminowanym. 	
<p>OBSZAR:</p> <p>NIEZALEŻNE ŻYCIE – WSPARCIE OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI</p>	
<p>Cel strategiczny</p> <p>Włączenie społeczne osób z niepełnosprawnościami dające możliwość życia w społeczności lokalnej niezależnie od stopnia niepełnosprawności</p>	
<p>Cel szczegółowy nr 1:</p> <p>Wdrożenie systemu koordynacji oraz standaryzacji usług społecznych i zdrowotnych.</p>	<p>Kierunki działań:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ustanowienie na poziomie gmin obowiązku realizacji zadania w postaci ustanowienia instytucji Koordynatora usług społecznych i zdrowotnych, celem właściwego i pełnego zrealizowania

	<p>potrzeb osób wymagających wsparcia.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Ustanowienie standardów i katalogów usług opieki długoterminowej uwzględniającej skoordynowanie usług społecznych i zdrowotnych, tak by następowało zjawisko synergii usług i wzajemne uzupełnianie. 3. Badanie na poziomie gmin jakości realizowanych usług opieki długoterminowej. 4. Kontraktowanie usług opieki długoterminowej w oparciu o standardy i badania jakościowe. 5. Diagnozowanie bieżących potrzeb, jak i szacowanie w jaki sposób będzie przyrastał udział osób z niepełnosprawnościami wymagających wsparcia na terenie gminy/powiatu i w jaki sposób może wpłynąć to na zwiększenie/zmniejszenie zapotrzebowania na środowiskowe usługi wsparcia i opieki.
<p>Cel szczegółowy nr 2:</p> <p>Wsparcie rodziny realizującej opiekę nad osobą z niepełnosprawnościami, w tym wsparcie w zakresie realizacji usług.</p>	<p>Kierunki działań:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Skoordynowana przez gminę pomoc usługowa dla rodzin sprawujących funkcję opiekuna osób z niepełnosprawnościami. 2. Uzawodowienie osób świadczących opiekę nad osobami z niepełnosprawnościami w rodzinie.

	<p>Zmiana dotycząca osób świadczących opiekę z świadczeniobiorców na zawodowych opiekunów rodzinnych.</p> <p>Określenie minimalnych ram wynagrodzenia za pracę.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Wsparcie szkoleniowe, odciążeniowe, specjalistyczne, psychologiczne, transportowe, wytchnieniowe i technologiczne opiekunów rodzinnych. Organizacja wsparcia zadaniem własnym gminnego Koordynatora usług. 4. Monitorowanie przez gminnego Koordynatora usług jakości i standardu realizacji usług przez opiekunów rodzinnych. 5. Organizacja działań samopomocowych. 6. Upowszechnianie i wdrażanie kręgów wsparcia. 7. Wprowadzenie systemowej usługi asystencji osobistej dla osób z niepełnosprawnościami.
<p>Cel szczegółowy nr 3:</p> <p>Wdrożenie systemowej usługi mieszkalnictwa wspomaganego.</p>	<p>Kierunki działań:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tworzenie sieci mieszkań wspomaganych o różnych profilach. 2. Upowszechnianie i rozwój centrów opiekuńczo – mieszkalnych.
<p>Cel szczegółowy nr 4:</p> <p>Usamodzielnienie mieszkańców</p>	<p>Kierunki działań:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizowanie obowiązku przez instytucje

instytucji opieki całodobowej	<p>opieki długoterminowej w zakresie okresowego badania możliwości usamodzielnienia osoby korzystającej z usług instytucji.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Tworzenie i realizacja indywidualnych planów usamodzielnienia uwzględniających aktywizację społeczną i zawodową osób opuszczających placówki całodobowe. 3. Tworzenie sieci mieszkań wspomaganym 4. Rozwój miejsc i form potencjalnego zatrudnienia osób z niepełnosprawnościami.
Zakładane efekty realizacji celów:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Stworzony zostanie kompleksowy system wsparcia osób i rodzin z niepełnosprawnościami. 2. Działania wspierające będą zapobiegać umieszczaniu osób z niepełnosprawnościami w instytucjach opieki całodobowej. 3. Wdrożona zostanie idea niezależnego życia, wsparta mieszkalnictwem wspomaganym. 4. Pobyt w instytucji opieki całodobowej będzie wyborem osoby korzystającej z systemu wsparcia, niczym nie zdeterminowanym. 	
<p>OBSZAR:</p> <p>WSPARCIE OSÓB PRZEWLEKLE PSYCHICZNIE CHORYCH</p>	
<p>Cel strategiczny:</p> <p>Stworzenie skutecznego systemu wsparcia dla osób w kryzysie psychicznym.</p>	
Cel szczegółowy nr 1:	Kierunki działań:

<p>Wdrożenie systemu koordynacji oraz standaryzacji usług społecznych i zdrowotnych dla osób z zaburzeniami psychicznymi.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ustanowiony KOORDYNATOR usług społecznych i zdrowotnych, którego celem jest właściwe i pełne zrealizowanie potrzeb osób wymagających wsparcia, będzie również koordynował działania z zakresu wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi. 2. Wypracowanie standardów i katalogu usług opieki psychiatrycznej uwzględniającej skoordynowanie usług społecznych i zdrowotnych. 3. Badanie na poziomie gmin jakości realizowanych usług opieki psychiatrycznej. 4. Kontraktowanie usług opieki długoterminowej - psychiatrycznej w oparciu o standardy i badania jakościowe.
<p>Cel szczegółowy nr 2:</p> <p>Rozwój zintegrowanych usług społecznych dla osób z zaburzeniami psychicznymi.</p>	<p>Kierunki działań:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stworzenie na terenie każdej gminy standardu wsparcia dla osób zaburzeniami psychicznymi. 2. Każda gmina ma zabezpieczać możliwość realizacji usług specjalistycznych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w ramach własnej działalności lub zawartych porozumień. 3. Każda gmina ma posiadać własny środowiskowy dom samopomocy lub klub

	<p>samopomocy, a jeżeli nie jest to możliwe to musi zabezpieczyć potrzeby poprzez zawarcie porozumienia komunalnego z gminą która posiada taką infrastrukturę, by zabezpieczyć potrzeby mieszkańców własnej gminy.</p> <p>4. Na poziomie gminy wypracowanie i wdrożenie mechanizmów współpracy służb, w sytuacji wystąpienia kryzysu psychicznego i związanej z nim sytuacji kryzysowej.</p>
<p>Cel szczegółowy nr 3:</p> <p>Reintegracja społeczno – zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi.</p>	<p>Kierunki działań:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stworzenie systemu działań i narzędzi reintegracji społeczno – zawodowej osób w kryzysie psychicznym. 2. Wdrażanie modelu zintegrowanych indywidualnych i dedykowanych usług obejmujących proces leczenia, powrotu do aktywności społecznej i zawodowej. 3. Rozwój sieci mieszkań chronionych treningowych również z asystenturą, doradztwem zawodowym i treningami pracy. 4. Tworzenie centrów usług społecznych, w tym sprofilowanych centrów, których działania będą ukierunkowane na grupę odbiorców z zaburzeniami psychicznymi.
<p>Cel szczegółowy nr 4:</p> <p>Zmiana sposobu funkcjonowania</p>	<p>Kierunki działań:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wykonanie audytu wszystkich instytucji

<p>stacjonarnej instytucji opieki dla osób z zaburzeniami psychicznymi.</p>	<p>opieki dla osób z zaburzeniami psychicznymi (DPS, ZOP, ZPO) w zakresie realizacji praw wolnościowych osób w nich przebywających.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Realizowanie obowiązku przez instytucje opieki w zakresie okresowego badania możliwości usamodzielnienia osoby korzystającej z usług instytucji, a w przypadku stwierdzenia możliwości powrotu do środowiska, podjęcie działań w tym zakresie. 3. Przekształcenie stacjonarnych instytucji opieki dla osób z zaburzeniami psychicznymi w środowiskowe centra wsparcia, gdzie opieka stacjonarna może być tylko ostatnim z możliwych elementów wsparcia. Określony zostanie wskaźnik liczby miejsc stacjonarnych do innych usług środowiskowych realizowanych przez te instytucje. 4. Zmiana standardów świadczenia usług stacjonarnej opieki dla osób z zaburzeniami psychicznymi w zakresie warunków bytowych, w tym zapewnienia wszystkim osobom korzystającym z usług - pokoi jednoosobowych.
<p>Cel szczegółowy nr 5:</p> <p>Zmiana sposobu funkcjonowania systemu usług zdrowotnych poprzez rozwój i wdrażanie środowiskowych</p>	<p>Kierunki działań:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wdrożenie i zakwalifikowanie środowiskowych centrów wsparcia jako podstawowego modelu leczenia

centrów zdrowia psychicznego.	<p>psychiatrycznego, skorelowanego z usługami społecznymi.</p> <p>2. Powstanie i zagwarantowanie trwałości finansowania środowiskowych centrów zdrowia psychicznego.</p>
<p>Cel szczegółowy nr 6:</p> <p>Rozwój psychiatrii dziecięcej.</p>	<p>Kierunki działań:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stworzenie systemu wczesnej interwencji i diagnozy problemów psychicznych dzieci i młodzieży. 2. Stworzenie spójnego systemu wsparcia terapeutycznego dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi obejmującymi obszary edukacji, wychowania, leczenia, opieki i wsparcia. 3. Zwiększenie liczby psychiatrów dzieci i młodzieży. 4. Kształcenie specjalistów, którzy uzyskają kwalifikację w zakresie psychologii klinicznej dzieci i młodzieży lub psychoterapii dzieci i młodzieży lub terapii środowiskowej dzieci i młodzieży. 5. Budowa systemu leczenia psychiatrycznego dzieci i młodzieży.
<p>Zakładane efekty realizacji celów:</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Utworzony zostanie spójny system wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi. 2. Nastąpi intensywny rozwój usług społecznych skierowanych do osób z zaburzeniami psychicznymi, co ograniczy konieczność korzystania z usług opieki całodobowej. 3. Stworzony zostanie kompleksowy system diagnostyczny oraz system wsparcia dzieci 	

i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi, co zapobiegać będzie umieszczeniu dzieci i młodzieży w instytucjach opieki całodobowej.

4. Przygotowana zostanie kadra specjalistyczna realizująca usługi zdrowotne i społeczne dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi.

OBSZAR:

WSPARCIE OSÓB W KRYZYSIE BEZDOMNOŚCI

Cel strategiczny:

Stworzenie skutecznego systemu wsparcia dla osób w kryzysie bezdomności.

Cel szczegółowy nr 1:

Wdrożenie systemu koordynacji oraz standaryzacji usług społecznych dla osób w kryzysie bezdomności

Kierunki działań:

1. Zintensyfikowanie współpracy międzysektorowej w zakresie kompleksowej pomocy osobom w kryzysie bezdomności
2. Wzmocnienie i usprawnienie systemu interwencji, ochrony zdrowia i życia osób bezdomnych, w szczególności rozwijanie specjalistycznego wsparcia w środowisku
3. Rozwój i podnoszenie jakości usług świadczonych osobom bezdomnym
4. Zapewnienie osobom w kryzysie bezdomności partycypacji w budowaniu i rozwoju systemu wsparcia oraz w usamodzielnianiu

Cel szczegółowy nr 2:

Opracowanie i wdrożenie rozwiązań na rzecz przejścia ze wsparcia instytucjonalnego do wsparcia w formie

Kierunki działań:

1. Opracowanie i wdrożenie modelu działań zapobiegających zadłużeniom, eksmisjom i bezdomności

mieszkaniowej

2. Rozwój i wspieranie różnych form mieszkalnictwa jako narzędzi dedykowanych rozwiązywaniu kryzysu bezdomności
3. Opracowanie i wdrożenie rozwiązań mieszkaniowych dla osób zagrożonych bezdomnością oraz wychodzących z kryzysu bezdomności, wymagających wsparcia w utrzymaniu mieszkania.
4. Rozwój programów przeciwdziałania bezdomności opartych na modelu „Najpierw mieszkanie” („Housing First”):

Rozdział IV. REALIZATORZY I MONITOROWANIE DZIAŁAŃ

Osiągnięcie celów strategicznych poprzez wdrożenie zaplanowanych działań wymaga współpracy wielu interesariuszy procesów deinstytucjonalizacji (DI).

Tylko zaangażowanie wszystkich podmiotów, których przedmiotem zainteresowania są usługi społeczne i zdrowotne daje szansę na osiągnięcie planowanych celów strategicznych i rzeczywistą zmianę sposobu realizacji usług.

W poniższej tabeli przedstawione zostają role podmiotów w realizacji celów Strategii.

rola w procesie	nazwa podmiotu	opis zaangażowania podmiotu
LIDERZY	Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej	kluczowa rola w procesie, odpowiedzialność za przeprowadzenie całego procesu DI, koordynacja procesu, działania legislacyjne z zakresu realizacji usług społecznych i skoordynowania ich z usługami zdrowotnymi.
	Ministerstwo Zdrowia	kluczowa rola w procesie, odpowiedzialność za przeprowadzenie całego procesu DI, koordynacja procesu, działania legislacyjne z zakresu realizacji usług zdrowotnych

rola w procesie	nazwa podmiotu	opis zaangażowania podmiotu
		i skoordynowania ich z usługami społecznymi
PARTNERZY RZĄDOWI	Ministerstwo Edukacji i Nauki	partner procesu – szczególnie w zakresie sytuacji dzieci znajdujących się w placówkach całodobowych edukacyjnych, niezbędny partner procesu planowania nowych standardów kształcenia i wsparcia w kształceniu osób niepełnosprawnych.
	Ministerstwo Sprawiedliwości	partner procesu – do jego zadań należeć będzie wsparci procesów legislacyjnych, projektowanie zmian w przepisach prawa rodzinnego, cywilnego oraz ustaw
	Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej	kluczowy partner procesu – współpraca dotycząca sposobów finansowania zmian w systemie świadczenia usług

rola w procesie	nazwa podmiotu	opis zaangażowania podmiotu
		społecznych i zdrowotnych ze środków Unii Europejskiej w ramach perspektywy finansowej 2021 – 2027. Wyznaczanie standardów dla mechanizmów finansowania projektów związanych z wdrażaniem idei DI.
	Ministerstwo Finansów	kluczowy partner procesu – działania projektujące finansowanie procesu wdrażania DI ze środków krajowych. Konieczny udział w tworzeniu finansowych instrumentów i reguł dotyczących finansowego wspierania działań DI.
PARTNERZY Z ZAKRESU RZECZNICTWA NA RZECZ OSÓB I GRUP	Biuro Rzecznika Praw Dziecka	partner – rzecznictwo w zakresie praw dziecka, doradztwo i działania ekspercko - doradcze
	Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich	partner – rzecznictwo w zakresie praw człowieka i obywatela, doradztwo

rola w procesie	nazwa podmiotu	opis zaangażowania podmiotu
		i działania ekspercko - doradcze
	Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych	partner – rzecznictwo w zakresie praw osób z niepełnosprawnościami, doradztwo i działania ekspercko - doradcze
	Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Równego Traktowania	partner – rzecznictwo w zakresie równego traktowania, w szczególności kobiet i dzieci, doradztwo i działania ekspercko - doradcze
PARTNERZY PŁATNICY	Narodowy Fundusz Zdrowia	partner – płatnik w zakresie realizacji usług zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.
	Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych	partner – płatnik w zakresie realizacji działań z zakresu rehabilitacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych
	Zakład ubezpieczeń Społecznych	partner – płatnik

rola w procesie	nazwa podmiotu	opis zaangażowania podmiotu
	(KRUS, Biura Emerytalne)	w zakresie realizacji świadczeń wynikających z uprawnień ubezpieczenia społecznego i innych obowiązkowych ubezpieczeń traktowanych jako daniny publiczne
PARTERZY SAMORZĄDOWI	Samorządy terytorialne: - wojewódzkie - powiatowe - gminne	partnerzy samorządowi – wdrażanie szczegółowych celów strategicznych i działań spoczywać będzie głównie na barkach samorządów wszystkich szczebli. Działania samorządów będą obejmowały wdrażanie celów poprzez: <ul style="list-style-type: none"> • praktyczne wdrażanie rozwiązań, • tworzenie aktów prawa miejscowego, • przekształcanie systemów lokalnych rynków

rola w procesie	nazwa podmiotu	opis zaangażowania podmiotu
		usług społecznych i zdrowotnych, <ul style="list-style-type: none"> • finansowanie zadań własnych samorządów w zakresie usług społecznych i zdrowotnych.
PARTNERZY REALIZATORZY PROCESÓW DI	Instytucje pomocy i integracji społecznej	partnerzy – realizatorzy, organizatorzy wszystkich usług społecznych, na ich barkach będzie spoczywała praktyczna realizacja procesu DI
	Podmioty lecznicze	partnerzy – realizatorzy wszystkich usług zdrowotnych, zróżnicowani pod względem organizacyjno – prawnym, a także statutowym, praktyczni realizatorzy procesu DI
	Podmioty ekonomii społecznej, w tym organizacje pozarządowe	partnerzy – realizatorzy części usług społecznych, wykonywanych zazwyczaj na zlecenie samorządów, w oparciu o konkursy lub

rola w procesie	nazwa podmiotu	opis zaangażowania podmiotu
		zamówienia publiczne, praktyczni realizatorzy procesu DI
	Pomioty reintegracji zawodowej i społecznej osób z niepełnosprawnościami	partnerzy – realizatorzy usług na rzecz osób z niepełnosprawnościami, praktyczni realizatorzy procesu DI
	Kościoły i kościelne osoby prawne	partnerzy – realizatorzy części usług społecznych, wykonywanych na zlecenie samorządów, w oparciu o konkursy, praktyczni realizatorzy procesu DI
	Przedsiębiorcy	partnerzy – realizatorzy usług społecznych i zdrowotnych, zróżnicowani pod względem organizacyjno – prawnym, a także statutowym, praktyczni realizatorzy procesu DI

Tabela nr 19. Role podmiotów w realizacji celów Strategii DI.

Z powyższego zestawienia wynika, iż w realizację celów strategicznych włączonych zostanie wiele podmiotów – zwanych interesariuszami, które działają niezależnie, ale ich wzajemne

relacje muszą opierać się na współpracy i współodpowiedzialności za osiągnięte wyniki. Dlatego bardzo ważnym elementem procesu legislacyjnego przedmiotowego dokumentu jest już etap konsultacji społecznych, którego jakość będzie miała zasadnicze znaczenie dla praktycznej realizacji zaplanowanych działań.

W związku z tym, że dokument „*Strategia rozwoju usług społecznych – etap pierwszy. Okres programowania 2021-2040*” stanowi część krajowych ram strategicznych jego monitorowanie odbywać się będzie w partnerstwie i przy udziale wszystkich interesariuszy, zwłaszcza organizacji społeczeństwa obywatelskiego i podmiotów społecznych zaangażowanych bezpośrednio we wskazanych w dokumencie obszarach.

W Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej zostanie powołany *Zespół ds. realizacji Strategii rozwoju usług społecznych – etap pierwszy. Okres programowania 2021-2040*.

W jego skład wejdą przedstawiciele realizatorów opisanych działań tj. administracji centralnej, samorządów wojewódzkich i lokalnych, organizacji społeczeństwa obywatelskiego i podmiotów społecznych zaangażowanych bezpośrednio w obszarach objętych strategią. Zespół opracuje szczegółowy sposób monitorowania postępu realizacji działań zaplanowanych w dokumencie oraz określi cykliczność sprawozdań z ich realizacji. Punktem odniesienia w monitorowaniu realizacji działań będzie opracowany zestaw wskaźników obrazujących oczekiwane rezultaty realizacji strategii na poziomie celów strategicznych.

Rozdział V. FINANSOWANIE DZIAŁAŃ STRATEGICZNYCH

Niniejszy dokument określa dla polityki społecznej państwa konkretne cele, których osiągnięcie jest uwarunkowane wieloma czynnikami, w tym również czynnikami finansowymi.

Dokument strategiczny, po przeprowadzeniu szerokich konsultacji społecznych i przyjęciu przez Radę Ministrów, powinien zostać zaopatrzony w ramy finansowe niezbędne do realizacji zadań.

Należy zaznaczyć, iż zaplanowane w ramach strategii działania mają bardzo szeroki charakter i porządkują działania na różnych szczeblach władzy oraz w różnych obszarach funkcjonowania państwa. Dlatego najistotniejszym elementem jest montaż finansowy, który musi zostać zaprogramowany, dając efekt synergii i gwarantując, iż projektowane cele zostaną osiągnięte.

Konieczne jest też projektowanie zmian w finansowaniu zadań państwa i samorządów, a także rozważenie, czy na realizację tychże zadań, w przyszłości nie będzie konieczne dokonanie zmian systemowych w zakresie fiskalnym. Przykładem takich rozwiązań są kraje europejskie, które wprowadziły do systemu fiskalnego obciążenie obywateli tzw. ubezpieczeniem od ryzyka niesamodzielności.

Wśród źródeł finansowania celów zawartych w niniejszej Strategii w pierwszej kolejności należy wskazać budżet państwa. Finansowanie zadań z budżetu państwa odbywa się w oparciu o przepisy prawa, które regulują sposób ponoszenia kosztów realizacji zadań z zakresu administracji rządowej. Jednak warto zwrócić również uwagę, iż w dzisiejszej rzeczywistości zabezpieczone są środki na realizację społecznych programów rządowych, a wśród nich m.in.:

1. Program kompleksowego wsparcia dla rodzin "Za życiem" (uchwała nr 160 Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2016 r. w sprawie programu kompleksowego wsparcia dla rodzin "Za życiem" (M.P. poz. 1250));
2. Fundusz Solidarnościowy (ustawa z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym Dz. U. z 2020 r. poz. 1787);
3. Program wieloletni "Senior+" na lata 2021-2025 (Uchwała nr 191 Rady Ministrów z dnia 21 grudnia 2020 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego "Senior+" na lata

2021 - 2025 M.P. 2021 poz. 10);

4. Resortowy Program „Opieka 75+”;
 5. Program wieloletni na rzecz Osób Starszych AKTYWNI+;
- oraz inne programy poszczególnych resortów.

Ponadto w realizacji zadań państwa wobec obywateli pozostają w dyspozycji środki funduszy celowych oraz instytucji, t.j.:

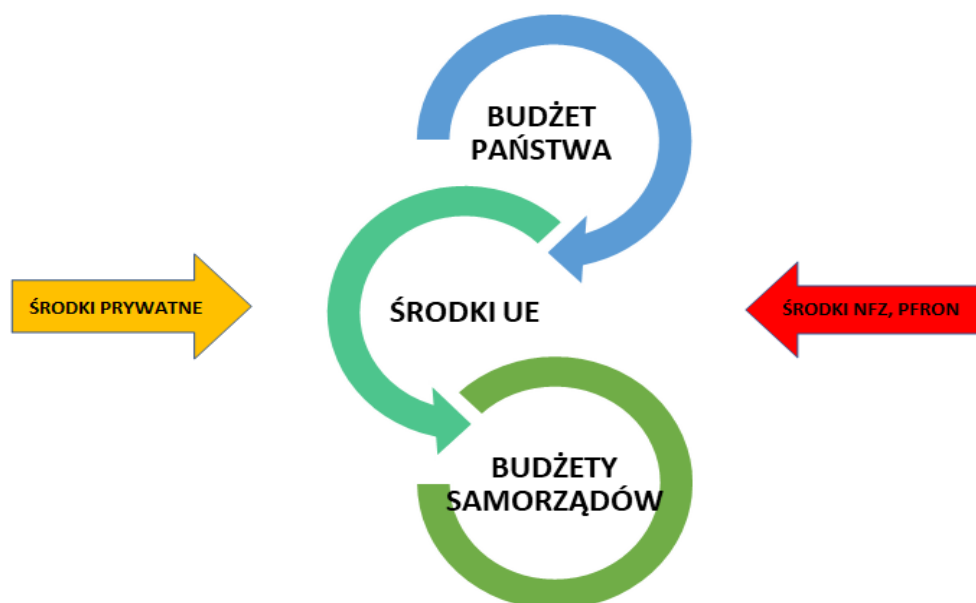
1. Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
2. Narodowego Funduszu Zdrowia,
3. Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Zatem istnieje określona ilość środków finansowych, która przeznaczona jest przez budżet centralny na realizację zadań określonych w Strategii.

Duże nadzieje związane z finansowaniem zmian systemowych w realizacji usług społecznych i zdrowotnych są związane z nowym okresem programowania Unii Europejskiej i środkami pomocowymi. Środki Europejskiego Funduszu Społecznego+ (EFS+), w ramach Programu Fundusze Europejskie na rzecz Rozwoju Społecznego (FERS) oraz Regionalnych Programów Operacyjnych (RPO) będą przeznaczane na realizację działań w zakresie deinstytucjonalizacji usług społecznych poprzez stymulowanie i finansowanie działań rozwojowych.

Nie jest możliwa zmiana sposobu realizacji usług społecznych bez udziału najważniejszych interesariuszy tego procesu – bez udziału samorządów. To właśnie w społecznościach lokalnych dokonywana będzie zasadnicza zmiana jakościowa i ilościowa zakresu usług, ale to też ewolucyjna zmiana sposobu realizacji zadań własnych samorządu z zakresu pomocy i integracji społecznej, ekonomii społecznej, zdrowia, infrastruktury, edukacji itp.

Realizacja usług społecznych generuje ogromne koszty, których pokrycie jest obowiązkiem państwa i samorządów. Jednak konieczna jest również partycypacja w kosztach realizacji usług osób, na rzecz których te usługi są świadczone. Ponoszenie odpłatności za usługi w całości lub części kształtuje odpowiedzialność za dobro wspólne jakim są finanse publiczne. Zatem środki prywatne są kolejnym źródłem finansowania zmian systemowych. Poniższy schemat ilustruje montaż finansowy procesu deinstytucjonalizacji usług społecznych.



Ilustracja nr 7. Montaż finansowy działań z zakresu deinstytucjonalizacji usług społecznych

Po przyjęciu przez Radę Ministrów Strategii, konieczne będzie ustalenie dla całego dokumentu planu finansowego, który będzie przygotowywany co roku z prognozą na kolejne trzy lata, tak aby mogły być zgłaszane propozycje do budżetu państwa na kolejne lata. Ostateczna wysokość środków przewidzianych do realizacji poszczególnych projektów będzie ustalana w każdym roku przez Radę Ministrów w trakcie prac nad ustawą budżetową. Jednostki i inne podmioty wskazane do realizacji działań ujętych w Strategii będą mogły korzystać także ze środków UE, w szczególności w ramach realizowanych projektów. Ponadto możliwe jest rozważenie przyjęcia w zakresie deinstytucjonalizacji kontraktu sektorowego przewidzianego przepisami o zasadach prowadzenia polityki rozwoju.

Rozdział VI. WSKAŹNIKI MONITORUJĄCE REALIZACJĘ CELÓW STRATEGII

I.p.	cel szczegółowy	opis wskaźnika	wartość początkowa	wartość docelowa	termin osiągnięcia wskaźnika	podmiot monitorujący
Cel strategiczny: Zwiększenie udziału rodzin i rodzinnych form pieczy zastępczej w opiece i wychowaniu dzieci.						
1.1	Rozwój usług profilaktycznych i bezpośrednich usług środowiskowych wspierających dzieci i rodzinę.	Na poziomie każdego powiatu działa interdyscyplinarny zespół wsparcia rodziny	bd	100% powiatów	31 grudnia 2025 r.	MRiPS
1.2		Przeniesienie organizacji rodzin spokrewnionych na poziom gminy i włączenie rodzin spokrewnionych do systemu wsparcia rodzin.	0	100% gmin	31 grudnia 2025 r.	MRiPS
1.3	Rozwój rodzinnych form pieczy zastępczej.	Wszystkie dzieci przebywające w pieczy zastępczej wychowują się w pieczy rodzinnej.	72% dzieci	100% dzieci	31 grudnia 2040 r.	MRiPS
1.4	Reforma placówek całodobowych	Przekształcenie placówek opiekuńczo – wychowawczych	0	100%	31 grudnia 2040 r.	MRiPS

	długookresowego pobytu.	wsparcia całodobowego w dzienne ośrodki wsparcia pieczy zastępczej.				
1.5	Poprawę jakości usamodzielniania wychowanków pieczy zastępczej i placówek całodobowych i długookresowego pobytu.	Wprowadzenie specjalizacji w zawodzie pracownik socjalny - asystent usamodzielniania.	0	200	31 grudnia 2030 r.	MRiPS
		Zwiększenie zasobu mieszkalnictwa treningowego dla osób usamodzielnianych	380 mieszkań	500 mieszkań	31 grudnia 2040 r.	MRiPS
Cel strategiczny: Zbudowanie skutecznego i trwałego systemu opieki długoterminowej świadczącego skoordynowane usługi społeczne i zdrowotne.						
2.1	Wdrożenie systemu koordynacji oraz standaryzacji usług społecznych i zdrowotnych.	Na poziomie każdej gminy utworzone zostanie miejsce koordynacji usług społecznych i zdrowotnych	0	100% gmin w Polsce	31 grudnia 2025 r.	MRiPS
2.2	Wsparcie rodziny realizującej opiekę długoterminową.	Uzawodowienie osób świadczących opiekę nad osobami zależnymi w rodzinie.	0	100% opiekunów rodzinnych	31 grudnia 2030 r.	MRiPS

2.3	Rozwój środowiskowych form wsparcia opieki długoterminowej.	Utworzenie centrów usług społecznych	0	25% gmin w Polsce	31 grudnia 2030 r.	MRiPS
		Przekształcanie stacjonarnych placówek opieki długoterminowej w placówki realizujące usługi środowiskowe.	0	100% jednostek typu DPS	31 grudnia 2040 r.	MRiPS
2.4	Zmiana sposobu funkcjonowania stacjonarnej instytucji opieki długoterminowej, w tym opieki hospicyjnej.	Wprowadzenie badania okresowej oceny możliwości usamodzielnienia mieszkańca	0	100% jednostek typu DPS, ZOL, ZPO	31 grudnia 2023 r.	MRiPS MZ
		Zmiana standardów świadczenia usług stacjonarnej opieki długoterminowej w zakresie warunków bytowych, w tym zapewnienia wszystkim osobom korzystającym z usług - pokoi jednoosobowych.	0	100% jednostek typu DPS, ZOL, ZPO	31 grudnia 2030 r.	MRiPS MZ

2.5	Zbudowanie trwałego systemu finansowania opieki długoterminowej.	Wprowadzenie stabilnego i trwałego rozwiązania finansującego koszty opieki długoterminowej dla obywateli.	0	1	31 grudnia 2030 r.	MRiPS MZ
2.6	Wsparcie i rozwój kadr świadczących opiekę długoterminową.	Przekształcenie zawodu opiekuna w zawód specjalista ds. opieki.	bd	1	31 grudnia 2025 r.	MRiPS
		Określenie minimalnych wynagrodzeń na stanowisku specjalisty ds. opieki.	bd	1	31 grudnia 2025 r.	MRiPS
<p>Cel strategiczny</p> <p>Włączenie społeczne osób z niepełnosprawnościami dające możliwość życia w społeczności lokalnej niezależnie od stopnia niepełnosprawności</p>						
3.1	Wdrożenie systemu koordynacji oraz standaryzacji usług społecznych i zdrowotnych.	Na poziomie każdej gminy utworzone zostanie miejsce koordynacji usług społecznych i zdrowotnych	0	100% gmin	31 grudnia 2025 r.	MRiPS

3.2	Wsparcie rodziny realizującej opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, w tym wsparcie w zakresie realizacji usług.	Uzawodowienie osób świadczących opiekę nad osobami zależnymi w rodzinie.	0	100% opiekunów rodzinnych	31 grudnia 2030 r.	MRiPS
3.3	Wdrożenie systemowej usługi mieszkalnictwa wspomagane.	Tworzenie sieci mieszkań wspomaganym o różnych profilach.	bd	3000 mieszkań	31 grudnia 2040 r.	MRiPS
		Upowszechnianie i rozwój centrów opiekuńczo – mieszkalnych.	bd	200 C.O.M.	31 grudnia 2040 r.	MRiPS
3.4	Usamodzielnienie mieszkańców instytucji opieki całodobowej	Tworzenie i realizacja indywidualnych planów usamodzielnienia uwzględniających aktywizację społeczną i zawodową osób opuszczających placówki całodobowe.	0	100% jednostek typu DPS, ZOL, ZPO	31 grudnia 2025 r.	MRiPS

Cel strategiczny: Stworzenie skutecznego systemu wsparcia dla osób w kryzysie psychicznym.						
4.1	Wdrożenie systemu koordynacji oraz standaryzacji usług społecznych i zdrowotnych dla osób z zaburzeniami psychicznymi.	Na poziomie każdej gminy utworzone zostanie miejsce koordynacji usług społecznych i zdrowotnych	0	100% gmin	31 grudnia 2025 r.	MRiPS
4.2	Rozwój zintegrowanych usług społecznych dla osób z zaburzeniami psychicznymi.	Uruchomienie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w każdej gminie	51,8% gmin w Polsce	100% gmin w Polsce	31 grudnia 2030 r.	MRiPS
		Zabezpieczenie dziennych form pobytu i wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi	bd	100% gmin w Polsce	31 grudnia 2030 r.	MRiPS
4.3	Reintegracja społeczno – zawodowa osób z zaburzeniami	Stworzenie sieci mieszkań treningowych z asystenturą, doradztwem zawodowym i	bd	1000 mieszkań	31 grudnia 2040 r.	MRiPS

	psychicznymi.	treningami pracy.				
4.4	Zmiana sposobu funkcjonowania stacjonarnej instytucji opieki dla osób z zaburzeniami psychicznymi.	Wprowadzenie badania okresowej oceny możliwości usamodzielnienia mieszkańca	0	100% jednostek typu DPS, ZOL, ZPO	31 grudnia 2023 r.	MRiPS MZ
		Zmiana standardów świadczenia usług stacjonarnej opieki długoterminowej w zakresie warunków bytowych, w tym zapewnienia wszystkim osobom korzystającym z usług - pokoi jednoosobowych.	0	100% jednostek typu DPS, ZOL, ZPO	31 grudnia 2030 r.	MRiPS MZ
4.5	Zmiana sposobu funkcjonowania systemu usług zdrowotnych poprzez rozwój i wdrażanie środowiskowych centrów zdrowia psychicznego.	Powstanie i zagwarantowanie trwałości finansowania środowiskowych centrów zdrowia psychicznego.	28 jednostek	300 jednostek	31 grudnia 2040 r.	MZ

4.6	Rozwój psychiatrii dziecięcej.	Zwiększenie liczby psychiatrów dzieci i młodzieży.	455 lekarzy specjalistów	1000 lekarzy specjalistów	31 grudnia 2040 r.	MZ
Cel strategiczny:						
Stworzenie skutecznego systemu wsparcia dla osób w kryzysie bezdomności.						
5.1	Wdrożenie systemu koordynacji oraz standaryzacji usług społecznych dla osób w kryzysie bezdomności.	Na poziomie każdej gminy utworzone zostanie miejsce koordynacji usług społecznych	0	100% gmin	31 grudnia 2025 r.	MRiPS
		Zmiana sposobu funkcjonowania instytucjonalnych form wsparcia osób w kryzysie bezdomności	0	50%	31 grudnia 2040	MRiPS
5.2	Opracowanie i wdrożenie rozwiązań na rzecz przejścia ze wsparcia instytucjonalnego do wsparcia w formie	Odsetek osób opuszczających instytucje, kierowanych do miejsc w ramach programów przygotowujących do samodzielnego życia obejmujących zapewnienie lokali	0,1 %	100%	31 grudnia 2030 r.	MRiPS

	mieszkaniowej	Liczba mieszkań wspomaganych dla osób wychodzących z kryzysu bezdomności	1500	4000	31 grudnia 2040 r.	MRiPS
		Tworzenie społecznych agencji najmu i zapewnianie możliwości podnajęcia lokalu mieszkalnego osobom w kryzysie bezdomności lub zagrożonych bezdomnością zastępujących sukcesywnie miejsca w placówkach instytucjonalnych	1	100	31 grudnia 2035 r.	MRPiT

Tabela nr 20. Wskaźniki monitorujące realizację celów strategii

WYKAZ TABEL I ILUSTRACJI

TABELE:

nr tabeli	opis tabeli	strona w dokumencie
1	<i>Etapy wdrażania Strategii Rozwoju Usług Społecznych w Polsce.</i>	5 - 7
2	<i>System wsparcia dzieci</i>	18-20
3	<i>System wsparcia – osoby starsze.</i>	25-28
4	<i>Elementy systemu wsparcia dla osób przewlekle psychicznie chorych</i>	38-40
5	<i>System wsparcia osób z niepełnosprawnościami</i>	48-51
6	<i>Świadczenia z pomocy społecznej udzielone z tytułu niepełnosprawności w latach 2016 do 2020. ŹRÓDŁO: SPRAWOZDANIE MRPiPS-03 (w roku 2016 symbol: MPiPS-03)</i>	52
7	<i>Opracowanie własne MRiPS na podstawie sprawozdań rzeczowo-finansowych z wykonywania zadań z zakresu świadczeń rodzinnych za lata 2016-2020</i>	54
8	<i>Liczba świadczeń i gmin – usługi opiekuńcze porównawczo 2016/2020. ŹRÓDŁO: SPRAWOZDANIE MRPiPS-03 (w roku 2016 symbol: MPiPS-03)</i>	64
9	<i>Liczba mieszkań chronionych porównawczo 2016/2020. ŹRÓDŁO: SPRAWOZDANIE MRPiPS-03 (w roku 2016 symbol: MPiPS-03)</i>	65

10	<i>Liczba i rodzaj ośrodków wsparcia - porównawczo 2016/2020 ŹRÓDŁO: SPRAWOZDANIE MRPiPS-03 (w roku 2016 symbol: MPiPS-03), z wyjątkiem danych dot. ŚDS za 2016 rok: SPRAWOZDANIE MPiPS-05.</i>	66
11	<i>Liczba rodzinnych domów pomocy porównawczo w latach od 2016 do 2020. ŹRÓDŁO: SPRAWOZDANIE MRPiPS-03 (w roku 2016 symbol: MPiPS-03)</i>	67
12	<i>Liczba domów pomocy społecznej w latach</i>	67
13	<i>Liczba mieszkańców w domach pomocy społecznej w latach 2016 – 2020. ŹRÓDŁO: SPRAWOZDANIE MRPiPS-03 (w roku 2016 symbol: MPiPS-03)</i>	67-69
14	<i>Liczba osób usamodzielnianych w domach pomocy społecznej w latach 2016 – 2020. ŹRÓDŁO: SPRAWOZDANIE MRPiPS-03 (w roku 2016 symbol: MPiPS-03)</i>	70
15	<i>Liczba osób zatrudnionych w wybranych jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej porównawczo 2016/2020. ŹRÓDŁO: SPRAWOZDANIE MRPiPS-03 (w roku 2016 symbol: MPiPS-03)</i>	71
16	<i>Podstawowe działania procesu deinstytucjonalizacji.</i>	74-75
17	<i>Priorytetyzacja w usługach wsparcia rodziny.</i>	78-81
18	<i>Dane z zakresu opieki długoterminowej (Źródło: Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych – 20.05.2021r.)</i>	89
19	<i>Role podmiotów w realizacji celów Strategii DI.</i>	119-125
20	<i>Wskaźniki monitorujące realizację celów strategii</i>	130-138

ILUSTRACJE:

nr ilustracji	opis ilustracji	strona w dokumencie
1	<i>Odwrócona piramida – schemat organizacji usług wsparcia rodziny.</i>	77
2	<i>Odwrócona piramida – schemat organizacji usług opieki długoterminowej.</i>	90
3	<i>Schemat systemu opieki długoterminowej w Polsce, po wdrożeniu idei DI.</i>	91
4	<i>Role w systemie opieki długoterminowej.</i>	92
5	<i>Sposób finansowania usług w systemie opieki długoterminowej.</i>	93
6	<i>Sposób finansowania usług w systemie opieki długoterminowej.</i>	96
7	<i>Montaż finansowy działań z zakresu deinstytucjonalizacji usług społecznych</i>	129