

*Projekt z dnia 22.09.2021 r.*

# **STRATEGIA ROZWOJU USŁUG SPOŁECZNYCH**

**polityka publiczna na lata**

**2021 – 2035**

**Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej  
Warszawa 2021 r.**

Dokument został przygotowany w Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej, na podstawie ustaleń i wniosków wypracowanych w ramach **Zespołu do spraw opracowania Strategii deinstytucjonalizacji usług społecznych w Polsce** powołanego przez Ministra Rodziny i Polityki Społecznej, a także przy udziale grupy ekspertów z zakresu poszczególnych obszarów usług, których dotyczy deinstytucjonalizacja (osoby z niepełnosprawnościami, osoby starsze, rodziny oraz dzieci i młodzież w ramach pieczy zastępczej, osoby z problemami zdrowia psychicznego oraz osoby w kryzysie bezdomności).

## SPIS TREŚCI

WPROWADZENIE.....	5
Rozdział I. DIAGNOZA STRATEGICZNA OBSZARÓW PROCESU DEINSTYTUCJONALIZACJI .....	9
1. Rodzina – dzieci, w tym dzieci z niepełnosprawnościami .....	9
1.1 Struktura rodzin w Polsce .....	9
1.2 Sytuacja materialna gospodarstw domowych.....	10
1.3 Polityka prorodzinna .....	12
1.4 Program „Rodzina 500+” .....	13
1.5 Dzieci pozbawione opieki rodziców .....	15
1.6 Dzieci z niepełnosprawnością w placówkach całodobowych.....	16
1.7 System wsparcia dzieci .....	17
1.8 Wnioski i rekomendacje .....	21
2. Osoby starsze .....	24
2.1 Starzenie się ludności .....	25
2.2 Wspieranie aktywności osób starszych.....	25
2.3 Wzrost zapotrzebowania na opiekę.....	27
2.4 Zapewnienie opieki .....	29
2.5 Sytuacja materialna.....	35
2.6 Wnioski i rekomendacje .....	36
3. Osoby z zaburzeniami psychicznymi .....	38
3.1 Czym są zaburzenia psychiczne?.....	38
3.2 Liczebność i struktura osób z zaburzeniami psychicznymi.....	39
3.3 Deinstytucjonalizacja usług na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi w obszarze ochrony zdrowia psychicznego w Polsce .....	40
3.4 Wsparcie osób z zaburzeniami psychicznymi .....	43
3.5 Wnioski i rekomendacje .....	45
4. Dorosłe osoby z niepełnosprawnościami .....	46
4.1 Istota niepełnosprawności.....	46
4.2 Liczebność i struktura osób z niepełnosprawnościami w Polsce.....	48
4.3 Rehabilitacja społeczna i zawodowa osób z niepełnosprawnościami .....	49
4.4 Wsparcie osób z niepełnosprawnościami .....	57
4.5 Sytuacja materialna osób z niepełnosprawnościami .....	59
4.6. Kręgi wsparcia .....	64

4.7 Wnioski i rekomendacje .....	65
5. Osoby w kryzysie bezdomności.....	67
5.1 Bezdomność jako skrajna forma wykluczenia .....	67
5.2 Liczebność i struktura osób doświadczających bezdomności .....	68
5.3 Wsparcie osób w kryzysie bezdomności .....	70
5.4 Wnioski i rekomendacje .....	72
6. Diagnoza systemu wsparcia .....	73
6.1 Usługi opiekuńcze .....	73
6.2 Mieszkania chronione .....	74
6.3 Ośrodki wsparcia .....	76
6.4 Rodzinne domy pomocy .....	77
6.5 Domy pomocy społecznej.....	77
6.6 Centra usług społecznych (CUS).....	80
6.7 Kadry realizujące usługi społeczne w pomocy społecznej .....	81
Rozdział II. ISTOTA PROCESU DEINSTYTUCJONALIZACJI.....	83
1. Definicja procesu deinstytucjonalizacji.....	83
2. Opieka nad dzieckiem, w tym dzieckiem z niepełnosprawnością.....	85
3. Opieka nad osobami starszymi oraz osobami z niepełnosprawnościami i z zaburzeniami psychicznymi .....	95
3.1 Opieka nieformalna - rodzinna i świadczona przez osoby z najbliższego otoczenia. ....	96
3.2 Opieka formalna - usługi systemu pomocy społecznej. ....	97
3.3 Opieka formalna - usługi opieki długoterminowej systemu ochrony zdrowia. ....	101
4. Nowy system opieki długoterminowej .....	103
5. Przeciwdziałanie bezdomności w oparciu o usługi środowiskowe .....	107
6. Nadzór nad standardem realizacji usług i ich jakością. ....	110
Rozdział III. WIZJA I CELE STRATEGICZNE .....	112
Rozdział IV. REALIZATORZY I MONITOROWANIE DZIAŁAŃ.....	138
Rozdział V. FINANSOWANIE DZIAŁAŃ STRATEGICZNYCH.....	146
Rozdział VI. WSKAŹNIKI MONITORUJĄCE REALIZACJĘ CELÓW STRATEGII .....	149
WYKAZ TABEL I ILUSTRACJI .....	161

## WPROWADZENIE

Usługi społeczne stanowią coraz ważniejszy komponent państwa opiekuńczego i realizowanej przez niego polityki społecznej. Jest to związane z faktem, że wyzwania społeczne przyszłości powiązane są z wieloma nowymi potrzebami związanymi z takimi procesami jak zmiany demograficzne i starzenie się społeczeństwa, przeobrażenia rynków pracy, wzrost liczby osób niesamodzielnych i z niepełnosprawnościami, nowe zapotrzebowanie na kompetencje i kwalifikacje, przeobrażenia w obrębie rodziny, nowe formy wykluczenia społecznego, nowe ryzyka socjalne w tym pandemii i zagrożeń ekologicznych itd. Państwo i jego instytucje są zobowiązane z wyprzedzeniem reagować na zmieniające się potrzeby i wyzwania socjalne i przewidywać konsekwencje i skutki realizowanej polityki społecznej, która silnie oddziałuje współcześnie na sytuację społeczno-gospodarczą i proces zrównoważonego rozwoju. Usługi społeczne, obok polityki zabezpieczenia dochodu, są niezwykle istotnym komponentem polityki społecznej, ponieważ najczęściej prowadzą do poprawy stanu psychofizycznego obywateli w sensie indywidualnym i zbiorowym lub do zmiany ich sytuacji życiowej.

Usługi społeczne, które są udostępniane i organizowane w profesjonalny sposób przez państwo i podmioty samorządowe, a realizowane często także przez organizacje pozarządowe, realnie wpływają na podniesienie jakości życia i gwarancję praw obywatelskich i socjalnych, które wynikają z Konstytucji, w której podkreślana jest godność człowieka jako naczelną wartość. 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”*. Zatem działania organów państwa i jego instytucji, samorządu terytorialnego, a także organizacji społecznych powinny w pierwszej kolejności mieć na celu poszanowanie godności praw człowieka i obywatela oraz troskę o wysoką jakość życia i satysfakcję z jego przebiegu w różnych fazach życia.

Należy podkreślić, że usługi społeczne są generalnie dedykowane wszystkim obywatelom, ale w sposób szczególny tym osobom, które z racji swoich indywidualnych cech i szeroko rozumianych uwarunkowań, mogą być narażone na jakikolwiek przejaw wykluczenia społecznego czy dyskryminacji.

Dotyczy to w szczególności takich grup jak:

- a) dzieci, w tym dzieci z niepełnosprawnościami;
- b) dorosłych osób niesamodzielnych i z niepełnosprawnościami;
- c) osób mających problemy ze zdrowiem psychicznym;
- d) osób starszych;
- e) osób w kryzysie bezdomności;
- f) wszystkich innych grup zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym.

W wielu dokumentach organizacji międzynarodowych, w tym Unii Europejskiej, wymienia się rozwój usług społecznych, jako ważny cel realizowanej polityki społecznej, który powinien stanowić priorytet w działaniach państw poprzez tworzenie strategii i programów rozwoju usług społecznych i socjalnych. Usługi społeczne mają się przyczyniać do realizacji co najmniej dziesięciu zasad Filaru Praw Socjalnych, przyjętego 17 listopada 2017 r. przez instytucje UE<sup>1</sup>. Także w wielu dokumentach dedykowanych poszczególnym grupom społecznym wymienia się usługi społeczne jako niezwykle istotny element realizowanej polityki społecznej. Polska zobowiązała się do podjęcia działań na rzecz osób z niepełnosprawnościami ratyfikując w 2012 r. Konwencję ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych z dnia 13 grudnia 2006 r. Zgodnie z art. 19 Konwencji osobom niepełnosprawnym przyznaje się prawo dostępu do „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”. Pozostałe grupy społeczne są również wymieniane w innych dokumentach organizacji międzynarodowych, w tym ONZ, Unii Europejskiej czy Rady Europy. Dostęp do usług społecznych zaczyna być traktowany jako priorytetowy w kontekście rozwoju nowych instrumentów polityki społecznej.

Mając na uwadze powyższe należy podjąć aktualnie i w przyszłości wszystkie możliwe działania mające na celu stworzenie godnych warunków życia dla wszystkich obywateli, szczególnie zaś dla grup defaworyzowanych i zagrożonych wykluczeniem społecznym. Przejawiać się to będzie w realizacji działań zmierzających do zaspokojenia potrzeb osób wymagających wsparcia, przez stworzenie kompleksowego systemu realizacji usług

---

<sup>1</sup> The proclamation of the European Pillar of Social Rights on 17 November 2017.

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

Usługi społeczne, zgodnie z najnowszymi badaniami naukowymi i wytycznymi UE w tym zakresie, powinny być organizowane w sposób, który zapewni najbardziej przyjazne i optymalne warunki realizacji potrzeb osób wymagających wsparcia. Stąd też przyjmuje się, że usługi społeczne w przyszłości powinny mieć charakter bardziej zdeinstytucjonalizowany, co oznacza rozwój usług środowiskowych w miejscu zamieszkania. Proces deinstytucjonalizacji należy przeprowadzić jednak bardzo roztropnie, rozważnie i odpowiedzialnie tak aby nie dokonać demontażu systemów wsparcia a jedynie koniecznych przesunięć organizacji usług w środowiskach lokalnych. Stąd też przyjmuje się w Strategii długoterminowe podejście do tego procesu, rozłożonego w czasie do 2035 r. Taka długoterminowa perspektywa pozwala na dokonanie koniecznych inwestycji w rozwój usług społecznych, w tym środowiskowych, mających charakter bardziej zdeinstytucjonalizowanych. Samorządy regionalne i lokalne stają się ważnym partnerem w realizacji tego ważnego i koniecznego do przeprowadzenia procesu, który wymaga współodpowiedzialności i międzysektorowej współpracy. Proces deinstytucjonalizacji i rozwoju usług środowiskowych i w miejscu zamieszkania potwierdzają konkluzje ważnego dokumentu - *„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”*<sup>2</sup>. Proces rozwoju usług społecznych jest skorelowany z nową Agendą UE na lata 2021-2027 dotyczącą programowania funduszy strukturalnych na najbliższe lata.

Osiągnięcie powyższych celów i założeń wymagać będzie podjęcia się realizacji szeregu reform systemowych państwa, których realizacja musi zostać rozłożona w czasie.

---

<sup>2</sup> Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności” ,[www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/17881/12.pdf](http://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/17881/12.pdf), str. 22.

Stąd też Strategia rozwoju usług społecznych jest planem długoterminowych inwestycji społecznych. Rozłożenie w czasie niezbędnych procesów pozwalających na rzeczywistą, trwałą i skuteczną zmianę jest gwarantem tego, aby proces deinstytucjonalizacji, odbył się w sposób gwarantujący poszanowanie praw poszczególnych grup społecznych, minimalizujący ryzyko szkód i zapewniający korzyści wszystkim uczestnikom procesu<sup>3</sup>.

Dokument „*Strategia rozwoju usług społecznych - polityka publiczna na lata 2021 – 2035*” stanowi politykę publiczną w rozumieniu ustawy z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz. U. z 2021 r. poz. 1057). Dokument stanowi wytyczne do działań, które programuje się do realizacji na lata 2021–2035.

Zgodnie z art. 5 pkt 7b ustawy z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju polityką publiczną jest dokument określający podstawowe uwarunkowania, cele i kierunki rozwoju kraju w wymiarze społecznym, gospodarczym i przestrzennym w danej dziedzinie lub na danym obszarze, które wynikają bezpośrednio ze strategii rozwoju.

Na gruncie krajowym, w polskiej polityce społecznej idea deinstytucjonalizacji jest obecna od lat. Znajdowało to wyraz zarówno w przyjmowanych rozwiązaniach prawnych, jak i w dokumentach strategicznych. W Strategii Odpowiedzialnego Rozwoju deinstytucjonalizacja została wskazana jako przyjęty kierunek zmian w systemie usług społecznych, a w Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego jest uwzględniona wprost m.in. przy działaniach dotyczących usług pieczy zastępczej oraz usług społecznych.

Dokument koreluje z projektem aktualizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu - Aktualizacja 2021–2027 z perspektywą do 2030 r. 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. poz. 218).

Opracowanie przedmiotowej strategii dotyczącej deinstytucjonalizacji usług społecznych w Polsce jest jednym z kryteriów spełnienia warunkowości podstawowej dla polityki spójności w obszarze społecznym na lata 2021-2027 (warunek 4.4, dotyczący krajowych ram strategicznych polityki na rzecz włączenia społecznego i ograniczenia ubóstwa).

---

<sup>3</sup> por. Tamże, str. 10.



# Rozdział I. DIAGNOZA STRATEGICZNA OBSZARÓW PROCESU DEINSTYTUCJONALIZACJI

## 1. Rodzina – dzieci, w tym dzieci z niepełnosprawnościami

Rodzina jest naturalnym środowiskiem narodzin i rozwoju człowieka. Z tego powodu jest ona podstawową instytucją społeczną, która przez 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 większości 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 krewnymi<sup>4</sup>.

### 1.1 Struktura rodzin w Polsce

Ostatnie pełne badanie rodzin w Polsce zostało przeprowadzone w ramach „Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2011”, 10 lat temu (obecnie jest przeprowadzany „Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2021”). Z danych tych wynika, że w 2011 r. w Polsce było ok. 10 972,5 tys. rodzin. Niezmiennie najczęstszym typem rodziny pozostawało małżeństwo z dziećmi. W 2011 r. rodzin takich było 5 456,8 tys. i stanowiły prawie połowę (49,7%) ogółu rodzin w Polsce. 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 r. 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 r.<sup>5</sup>. Jak z nich wynika, obecnie niemal połowa Polaków (49%)

---

<sup>4</sup> Fundacja CBOS, *Więzy rodzinne*, komunikat z badań nr 61/2019. Kwiecień 2019.

<sup>5</sup> Fundacja CBOS, *Preferowane i realizowane modele życia rodzinnego*, komunikat z badań nr 46/2019. Kwiecień 2019.

realizuje model rodziny dwupokoleniowej, nuklearnej – składającej się z rodziców i dzieci. Odsetek osób żyjących w dużej, wielopokoleniowej rodzinie wynosi 22%, a w małżeństwie 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”<sup>6</sup>, 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 Sytuacja materialna gospodarstw domowych

W 2020 r. nastąpiła poprawa sytuacji materialnej gospodarstw domowych w Polsce. Gospodarstwa domowe osiągały wyższe dochody i w porównaniu z rokiem poprzednim zauważalnie mniej wydawały. Poziom przeciętnego miesięcznego dochodu rozporządzalnego na osobę w zaokrągleniu do 1 zł wyniósł w 2020 r. - 1 919 zł i był realnie wyższy o 2,0% od dochodu z 2019 r. Przeciętne miesięczne wydatki na 1 osobę w gospodarstwach domowych osiągnęły w 2020 r. wartość 1 210 zł i były realnie niższe o 6,5% od wydatków z 2019 r. Wydatki na towary i usługi konsumpcyjne wyniosły 1 165 zł i były realnie niższe o 6,2% w stosunku do 2019 r.<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> 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,

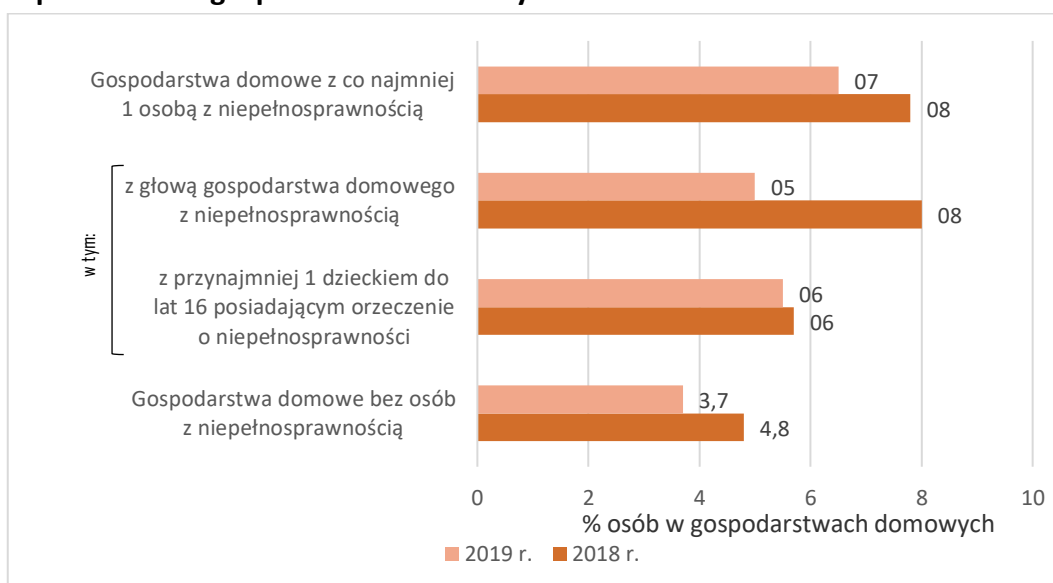
<https://forsa.pl/gospodarka/demografia/artykuly/8102395,badanie-nie-sposob-mowic-dzis-o-jednej-standardowej-polskiej-rodzynie.html>.

<sup>7</sup> GUS, *Sytuacja gospodarstw domowych w 2020 r. w świetle wyników badania budżetów gospodarstw domowych*. Informacja sygnałowa, 31.05.2021 r., s. 1, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/dochody-wydatki-i-warunki-zycia-ludnosci/sytuacja-gospodarstw-domowych-w-2020-r-w-swietle-badania-budzetow-gospodarstw-domowych,3,20.html>.

Przeciętne gospodarstwo domowe w 2020 r. zajmowało mieszkanie o powierzchni 81,9 m<sup>2</sup> (w 2019 r. 80,4 m<sup>2</sup>), składające się z 3 pokoi. Na jedną osobę w gospodarstwie przypadało średnio 29,2 m<sup>2</sup> powierzchni użytkowej oraz 1 pokój (w 2019 r. – 28,7 m<sup>2</sup> oraz 1 pokój). Subiektywna ocena sytuacji materialnej gospodarstw domowych ulega systematycznej poprawie we wszystkich grupach społeczno-ekonomicznych. W 2020 r. nastąpił dalszy wzrost odsetka gospodarstw oceniających swoją sytuację materialną jako dobrą albo raczej dobrą (51,6% gospodarstw domowych ogółem wobec 48,6% w 2019 r.) oraz spadek odsetka gospodarstw postrzegających ją jako raczej złą albo złą (5,8% wobec 7,0% w 2019 r.). Najlepiej swoją sytuację materialną postrzegały gospodarstwa domowe pracujących na własny rachunek poza gospodarstwem rolnym (73,4% ocen pozytywnych, prawie bez zmian w porównaniu z 2019 r.), najgorzej zaś gospodarstwa domowe rencistów (23,5% ocen pozytywnych wobec 22,4% w 2019 r.). Subiektywna ocena sytuacji materialnej gospodarstw domowych w znacznym stopniu zależy od miejsca zamieszkania gospodarstwa domowego. Gospodarstwa domowe znajdujące się 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 2019 r., znacząco się poprawiły. W przypadku gospodarstw domowych, w których występują osoby z niepełnosprawnością, średni miesięczny dochód rozporządzalny na osobę w 2019 r. ukształtował się na poziomie o 16,5% niższym od przeciętnej krajowej (w 2018 r. o 15,5%). W grupie tej 52,6% przeciętnego miesięcznego dochodu rozporządzalnego na osobę stanowiły dochody ze świadczeń społecznych (51,8% w 2018 r.), podczas gdy w gospodarstwach domowych bez osób z niepełnosprawnościami zdecydowanie mniej – 28,5%. (27,5% w 2018 r.). Przeciętne miesięczne wydatki na 1 osobę w gospodarstwach domowych z osobami niepełnosprawnymi w 2019 r. były również niższe od przeciętnych miesięcznych wydatków w gospodarstwach ogółem – o 14,9% (w 2018 r. - o 14,0%). W kwestii analiz dotyczących ubóstwa skrajnego, dane z Badania Budżetów Gospodarstw Domowych przeprowadzonego w 2019 r. wskazują na poprawę sytuacji gospodarstw domowych w których występują osoby z niepełnosprawnościami w porównaniu do sytuacji w 2018 r. Zmniejszenie się zasięgu ubóstwa skrajnego wśród gospodarstw domowych z osobami posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności relatywnie najczęściej dotyczyło gospodarstw, w których orzeczenie takie miała głowa gospodarstwa domowego (spadek o ok. 3 pkt. proc.). Zasięg ubóstwa skrajnego w gospodarstwach z co najmniej jedną osobą z

niepełnosprawnością zmniejszył się o 1,3 pkt. proc.

## Wykres 2. Zasięg ubóstwa skrajnego w 2018 r. i 2019 r. wg obecności osób z orzeczeniem o niepełnosprawności w gospodarstwie domowym



Źródło: Zasięg ubóstwa ekonomicznego w Polsce w 2019 roku, GUS

### 1.3 Polityka prorodzinna

Po 1989 r. 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 r. Rządowa Rada Ludnościowa wskazuje 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”<sup>8</sup>. 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

<sup>8</sup> Rządowa Rada Ludnościowa, *Sytuacja demograficzna Polski, Raport 2003*, Warszawa 2004, s. 18.

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”<sup>9</sup>.

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 urodzeń<sup>10</sup>. Wzrost liczby urodzeń powoduje potrzebę większego wsparciu rodzin z dzieckiem z niepełnosprawnością i stworzenia warunków do dalszego rozwoju rodziny.

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 przez redukcję opodatkowania pracy oraz konsumpcji w Polsce”<sup>11</sup>. Zatem instrumenty prorodzinne będą odgrywać właściwą rolę wówczas, gdy będą stanowiły uzupełnienie dochodów osiąganych z pracy pozwalających na utrzymanie rodziny<sup>12</sup>.

#### 1.4 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

---

<sup>9</sup> Tamże, s. 19.

<sup>10</sup> J. Kroszel: *Podstawy polityki społecznej: uwarunkowania, pojęcia, instytucje i działania*. Poznań–Wrocław, Wydawnictwo Terra, 1997, s. 123–124. Podano za: P. Grzywina, J. Lustig, M. Mitręga, N. Stępień-Lampa, B. Zasępa, *Polityka społeczna. Rozważania o teorii i praktyce*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2017, s.236-255.

<sup>11</sup> Tamże, s.2-3, [odczyt: 18.10.2019 r.].

<sup>12</sup> 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](http://demografia.ordoiuris.pl/Jakiej_polityki_rodzinnej_potrzebuje_Polska.pdf).

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 dziecka<sup>13</sup>.

Program „Rodzina 500+” jako systemowe wsparcie rodzin został wprowadzony 1 kwietnia 2016 r. na podstawie ustawy z dnia 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci (Dz. U. z 2019 r. poz. 2407, z późn. zm.). 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 30 czerwca 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 r. świadczenie wychowawcze przysługuje na wszystkie dzieci do 18. roku życia, bez względu na dochody uzyskiwane przez rodzinę<sup>14</sup>. 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, lub dodatek w wysokości świadczenia wychowawczego, albo dodatek do zryczałtowanej kwoty (rodzaj dodatku w kwocie 500 zł miesięcznie zależy od formy pieczy zastępczej, w której przebywa dziecko). Transfery finansowe uruchomione poprzez Program „Rodzina 500+” poprawiają bieżącą

---

<sup>13</sup> Tamże, s. 70.

<sup>14</sup> <https://www.gov.pl/web/rodzina/program-rodzina-500-od-1-lipca-2019-bez-kryterium-dochodowego2>.

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 dziecka<sup>15</sup>.

## 1.5 Dzieci pozbawione opieki rodziców

Jednym z najbardziej wrażliwych aspektów polityki prorodzinnej w Polsce jest problem adekwatności wsparcia dla dzieci pozbawionych opieki rodziców. System wsparcia tej grupy dzieci opiera się na pieczy zastępczej rodzinnej oraz pieczy zastępczej instytucjonalnej. Specjalne narzędzia wsparcia powinny być jednak przede wszystkim kierowane do rodzin w celu zapobiegania konieczności oddzielenia dziecka od jego rodziny.

Według danych MRiPS w 2020 r.:

- w pieczy rodzinnej wszystkich typów przebywało – 55 772 dzieci
- w pieczy instytucjonalnej wszystkich typów przebywało – 16 291 dzieci.

W całym systemie pieczy przebywało – 72.063 dzieci. Należy zauważyć, że we wskazanej wyżej liczbie dzieci wykazywane są także osoby powyżej 18 roku życia, które przebywają w dotychczasowych formach pieczy zastępczej, do ukończenia 25 roku życia, jeśli się uczą ( na koniec 2020 r. – 12 088 osób).

Z ww. danych wynika, iż piecza rodzinna jest zdecydowanie lepiej rozwiniętym obszarem wsparcia dzieci pozbawionych opieki rodzin biologicznych. Jednak nadal utrzymuje się dość duży, bo ponad 22%, 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 – 18 213 dzieci. Oznacza to, że w 2016 r. w systemie pieczy przebywało łącznie 74 757 dzieci, z tego 12 253 dzieci w wieku powyżej 18 lat.

Widoczna jest zatem zmiana w zakresie liczby dzieci przebywających w pieczy, gdyż zmniejszyła się ona o 2.694 osób, co stanowi 3,60%.

---

<sup>15</sup> 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](https://www.researchgate.net/publication/340178850_Uwagi_o_urodzeniach_i_niskiej_dzietnosci_w_Polsce_oraz_polityce_rodzinnej_wspierajacej_prokreacje), s. 23.

Przez okres 5 lat, dokonały się również procesy deinstytucjonalizacji pieczy zastępczej instytucjonalnej, gdyż liczba dzieci przebywających w placówkach spadła o 10,55% (2016 r. 18 213, 2020 r. 16 291). Co więcej, odnotowano również spadek o 17,6% przeciętnej liczby wychowanków (2016 r. - 17, w 2020 r. – 14).

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 najlepiej 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.

## 1.6 Dzieci z niepełnosprawnością w placówkach całodobowych

Dzieci pozbawione opieki rodziców, które dotyka choroba lub niepełnosprawność mają zabezpieczone potrzeby opieki i pielęgnacji w ramach różnych systemów.

W systemie pieczy zastępczej, dzieci z niepełnosprawnościami przebywają w:

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

Statystyki publiczne wskazują, iż łącznie w instytucjonalnej pieczy zastępczej w 2020 r. przebywało – 816 dzieci z niepełnosprawnościami, natomiast w pieczy rodzinnej – 510 dzieci. Zatem na 1326 dzieci z niepełnosprawnościami i przewlekłe chorymi pozostającymi w pieczy zastępczej 61,15% 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 pomocy społecznej dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie w 2020 r. wynosiła 39 i zmniejszyła się o 12 w porównaniu z 2016 r. Liczba osób przebywających w tym typie domów na koniec 2020 r. wyniosła 2 649 i w stosunku do 2016 r. zmniejszyła się o 961, z liczby 3 610. Praktycznie wszystkie dzieci trafiające do domów pomocy społecznej są skierowane z powodów zdrowotnych oraz opiekuńczo –



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

Zgodnie z danymi statystycznymi w 2020 r., liczba dzieci powyżej 18. roku życia, które opuściły pieczę zastępczą wyniosła 6 409, z czego 3 939 pełnoletnich osób opuściło rodzinne formy pieczy zastępczej. Pełnoletni wychowankowie pieczy rodzinnej w 79% przypadków założyli własne gospodarstwa domowe (3 095 osób), co należy uznać za bardzo dobry wynik. Spośród osób pełnoletnich, które opuściły rodziny zastępcze w 2020 r., do rodzin naturalnych powróciło 159 osób, natomiast spośród osób pełnoletnich, które opuściły rodzinne domy dziecka, do rodzin naturalnych powróciło 19 osób. Grupa 10 240 wychowanków w wieku 18-24 lata pozostaje w dotychczasowych rodzinach zastępczych i rodzinnych domach dziecka.

Z kolei 2 474 pełnoletnich osób opuściło placówki opiekuńczo-wychowawcze, z czego 771 osób (tj. 31%) powróciło do swoich rodzin naturalnych, natomiast 1 278 osoby (tj. 52%) założyły własne gospodarstwa domowe. Według stanu na 31 grudnia 2020 r. 1 848 wychowanków w wieku 18-24 lata pozostaje nadal w placówkach opiekuńczo-wychowawczych.

## 1.7 System wsparcia dzieci

ELEMENTY SYSTEMU WSPARCIA		
Dzieci, w tym dzieci z niepełnosprawnościami		
<b>W RODZINIE</b>	<b>WSPARCIE USŁUGOWE RODZIN</b>	By zagwarantować dzieciom możliwość pełnego rozwoju, konieczne jest wsparcie usługowe rodzin, które przeżywają trudności w pełnieniu swoich funkcji lub też borykają się z wyzwaniem związanym z niepełnosprawnością i potrzebą intensywnego wsparcia dziecka. Wsparcie to powinno być adekwatne do występujących potrzeb oraz deficytów środowiska rodzinnego. Dlatego w systemie wsparcia rodzina otrzymuje pomoc

ELEMENTY SYSTEMU WSPARCIA		
Dzieci, w tym dzieci z niepełnosprawnościami		
		<p>usługową w postaci:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• asystentury rodziny,</li> <li>• asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością,</li> <li>• usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych,</li> <li>• usług wytchnieniowych,</li> <li>• korzystania przez dzieci z usług placówek wsparcia dziennego,</li> <li>• korzystania z pomocy rodziny wspierającej,</li> <li>• wsparcia dziennego dzieci z niepełnosprawnościami,</li> <li>• wsparcia rehabilitacyjno-terapeutycznego w ośrodku wczesnej interwencji, placówce edukacyjno-wychowawczej,</li> <li>• wsparcia żywieniowego dla dzieci w ramach programów rządowych.</li> </ul>
	<p><b>WSPARCIE ŚWIADCZENIAMI</b></p>	<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"> <li>• świadczenia rodzinne, w tym zasiłki rodzinne wraz z odpowiednimi dodatkami,</li> <li>• świadczenie pielęgnacyjne kierowane do rodzica rezygnującego z aktywności</li> </ul>

<b>ELEMENTY SYSTEMU WSPARCIA</b>		
<b>Dzieci, w tym dzieci z niepełnosprawnościami</b>		
		<p>zawodowej i opiekującego się dzieckiem legitymującym się odpowiednim orzeczeniem o niepełnosprawności lub znacznym stopniem niepełnosprawności,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• świadczenia z funduszu alimentacyjnego przysługujące w przypadku bezskuteczności egzekucji alimentów,</li> <li>• zasiłki z pomocy społecznej – odpowiadające na aktualne i bieżące potrzeby rodziny.</li> </ul> <p>W Polsce wszystkie rodziny wychowujące dzieci mogą otrzymywać wsparcie finansowe w ramach powszechnego (brak kryterium dochodowego) programu „Rodzina 500+”, oraz „Dobry Start” adresowanego do rodziców oraz rodzin zastępczych wychowujących dzieci w wieku szkolnym.</p>
<b>W PIECZY ZASTĘPCZEJ</b>	<b>RODZINY ZASTĘPCZE</b>	<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"> <li>• spokrewnione</li> <li>• niezawodowe</li> <li>• zawodowe/specjalistyczne/pełniące funkcję pogotowia rodzinnego/zwykłe.</li> </ul>
	<b>RODZINNE DOMY</b>	Prowadzone są w warunkach domu

<b>ELEMENTY SYSTEMU WSPARCIA</b>		
<b>Dzieci, w tym dzieci z niepełnosprawnościami</b>		
	<b>DZIECKA</b>	rodzinnego dla maksymalnie 8 dzieci oraz osób, które osiągnęły pełnoletność i pozostają w pieczy zastępczej kontynuując naukę. Zasady ich prowadzenia określone są w przepisach prawa, a szczegółowy zakres usług określa umowa z podmiotem zlecającym zadanie.
	<b>INSTYTUCJONALNA PIECZA ZASTĘPCZA</b>	<p>Opieka nad dzieckiem zorganizowana jest w sposób instytucjonalny. Typologia placówek jest zróżnicowana ze względu na profil działalności. Instytucjonalna piecza zastępcza jest sprawowana w formie:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. placówek opiekuńczo-wychowawczych,</li> <li>2. regionalnych placówek opiekuńczo-terapeutycznych,</li> <li>3. interwencyjnych ośrodków preadopcyjnych.</li> </ol> <p>Funkcjonują następujące typy placówek opiekuńczo – wychowawczych:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• rodzinne (z punktu widzenia funkcjonalnego jest to element systemu pieczy zastępczej rodzinnej),</li> <li>• interwencyjne,</li> <li>• socjalizacyjne,</li> <li>• specjalistyczno – terapeutyczne,</li> <li>• interwencyjne ośrodki preadopcyjne,</li> <li>• regionalne placówki opiekuńczo-</li> </ul>

ELEMENTY SYSTEMU WSPARCIA		
Dzieci, w tym dzieci z niepełnosprawnościami		
		terapeutyczne.
<b>W POMOCY SPOŁECZNEJ</b>	<b>DOMY POMOCY SPOŁECZNEJ</b>	W DPS zamieszkują dzieci i młodzież z niepełnosprawnością intelektualną. Są to dzieci kierowane na podstawie postanowienia sądu rodzinnego. Część z nich kierowana jest do domu pomocy społecznej po wcześniejszym pobycie w rodzinie zastępczej lub placówce opiekuńczo – wychowawczej.

Tabela nr 1. System wsparcia dzieci

## 1.8 Wnioski i rekomendacje

WNIOSKI I REKOMENDACJE
<p><b>Działania profilaktyczne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• promowanie rodziny jako naturalnego środowiska wychowywania dzieci;</li> <li>• wsparcie rodzin z dzieckiem z niepełnosprawnością od zaistnienia niepełnosprawności do śmierci, ze szczególnym uwzględnieniem rodzin, w których pojawi się dziecko z niepełnosprawnością;</li> <li>• upowszechnianie działań z zakresu zatrudnienia przyjaznego rodzinie (ang. family friendly employment), łączących interesy zarówno pracujących rodziców, jak i ich pracodawców;</li> <li>• 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;</li> <li>• profilaktyka wspierająca decyzje prokreacyjne i rodzicielstwo;</li> <li>• wprowadzenie działań o charakterze profilaktycznym, ukierunkowanych na</li> </ul>

## WNIOSKI I REKOMENDACJE

zwiększenie poziomu wiedzy i poprawę kompetencji rodziców związanych z zaspokajaniem potrzeb dzieci, w tym ochronę ich praw;

- skoordynowanie i uspołnienie współpracy multiprofesjonalnej z rodziną i na jej rzecz w celu wzmacniania zasobów wewnętrznych i zewnętrznych, umożliwiających samodzielne zaspakajanie potrzeb rozwojowych dziecka. Wdrożenie rozwiązań zwiększających partycypację rodziny;
- wdrożenie rozwiązań zwiększających partycypację dziecka zagrożonego rozdzieleniem z rodziną lub rozdzielonego z nią w podejmowaniu decyzji, które go dotyczą;
- rozwijanie różnych form materialnego wspierania rodzin z dziećmi, w tym rekompensującego koszty podatków pośrednich płaconych w związku z wychowaniem dzieci;

### **Rozwój usług społecznych ukierunkowanych na wsparcie rodzin z dziećmi:**

- otwieranie się na społeczność lokalną aktualnych placówek całodobowych wspierających dzieci i rodziców ze specjalnymi potrzebami, którzy – ze względu na brak zasobów wewnętrznych i zewnętrznych – mają trudności z zaspakajaniem potrzeb dzieci, środowiskowych form resocjalizacji, terapii i wychowania;
- wizyty patronażowe położnych i pielęgniarek środowiskowych;
- terapie rodzinnej i psychoterapii;
- placówki wsparcia dziennego (i inne zbliżone miejsca wsparcia) mających ofertę dla dzieci i dla całych rodzin (dostępne dla wszystkich rodzin i dzieci);
- oferta edukacyjno-kulturalno-sportowo-rekreacyjna dla rodzin i osób wychowujących dzieci, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci;

## WNIOSKI I REKOMENDACJE

- diagnostyka i terapia uzależnień;
- programy korekcyjno-edukacyjne dla osób stosujących przemoc;
- wsparcie przez trenerów gospodarstwa domowego;
- wsparcie przez rodziny wspierające (w tym specjalistyczne o charakterze terapeutycznym);
- partycypacyjne metody pracy z rodzinami, ukierunkowane na pobudzenie szerszych zasobów rodzinnych i/lub środowiskowych/sąsiedzkich np. Konferencja Grupy Rodzinnej;
- programy dla rodzin z małymi dziećmi, wzorowanych na już istniejących, jak np. HeadStart, ABC itd.;
- mediacja rodzinna;
- 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, opiekę wytchnieniową, dzienne formy wsparcia itp.

### **Wsparcie dziecka w kryzysie:**

- rozwój sieci środowiskowych ośrodków pomocy psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży;
- rozwój małych placówek, takich jak rodzinne domy dziecka, w zamian za zmniejszanie miejsc w dużych ośrodkach;
- promowanie funkcji rodziców zastępczych i adopcyjnych;
- wdrożenie rozwiązań skoncentrowanych na przyspieszeniu osiągnięcia stabilizacji

## WNIOSKI I REKOMENDACJE

życiowej dziecka po separacji od rodziny;

- wspieranie rodzin wieloprotblemowych;
- wspieranie rodzin adoptujących dzieci;
- tworzenie systemu rodzin zastępczych i rodzinnych domów dziecka oraz placówek rodzinnych w miejsce funkcjonujących placówek instytucjonalnej pieczy zastępczej
- dalsza deinstytucjonalizacja placówek pieczy zastępczej;
- tworzenie lokalnych grup wsparcia środowisk rodzicielstwa zastępczego;
- zmniejszanie liczby miejsc w domach pomocy społecznej dla dzieci na rzecz innych nieinstytucjonalnych form wsparcia dzieci z niepełnosprawnościami;
- wsparcie procesu usamodzielnienia wychowanków pieczy zastępczej, ze szczególnym uwzględnieniem osób z niepełnosprawnościami;
- przeprowadzenie na poziomie centralnym, za pośrednictwem Regionalnych Ośrodków Polityki Społecznej, audytu oraz baz danych o wszystkich dzieciach przebywających poza rodziną.

## 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. Zgodnie z definicją zawartą w ustawie z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz. U. poz. 1705), osoba starsza to osoba, która ukończyła 60 r.ż. (art. 4 ustawy).

Strategiczne kierunki obecnie realizowanej w Polsce polityki senioralnej wyznacza dokument rządowy pn.: „Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność”, który został przyjęty przez Radę Ministrów w dniu 26



października 2018 r.<sup>16</sup>. Dokument wyodrębnił obszary uwzględniające działania wobec niesamodzielnych osób starszych.

## 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 r. 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 2019 r.<sup>17</sup>.

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)<sup>18</sup>. 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 r. 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%, 75-79 lat - 61,7%, 80-84 lat - 66,1%, natomiast dla ludności w wieku 85 lat i więcej aż 71,9%<sup>19</sup>.

## 2.2 Wspieranie aktywności osób starszych

Warunkiem pomyślnego starzenia się jest dobry stan zdrowia, małe ryzyko

---

<sup>16</sup> Uchwała nr 161 Rady Ministrów z dnia 26 października 2018 r. (M.P. poz. 1169).

<sup>17</sup> Główny Urząd Statystyczny, *Bank Danych Lokalnych*, <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/start>.

<sup>18</sup> P. Błędowski, *Sytuacja osób starszych w województwie śląskim*, Ekspertyza wykonana na zlecenie Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Katowicach, Warszawa, listopad 2013 r.

<sup>19</sup> Główny Urząd Statystyczny, *Bank...*, dz.cyt.

niepełnosprawności oraz zachowanie aktywności życiowej, wyrażającej się w wysokim poziomie sprawności fizycznej umysłowej<sup>20</sup> i społecznej. Kluczowe znaczenie ma zaspokojenie potrzeb psychicznych, najczęściej przez więzi rodzinne<sup>21</sup> występujące zarówno z małżonkiem, dorosłymi dziećmi, czy wnukami lub innymi członkami rodziny. Nawet jeśli osoby starsze nie żyją w rodzinach wielopokoleniowych, to rodzina stanowi dla nich najważniejszą grupę odniesienia<sup>22</sup>. W tym miejscu należy też podkreślić znaczenie osób starszych dla demografii, które przejawia się w akceptacji dzieciności swoich dzieci i wsparciu ich w wychowaniu wnuków<sup>23</sup>. Utrzymaniu aktywności sprzyja także 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, nieuwieńczoną wprawdzie certyfikatami wiedzy i umiejętności, ale za to bogatą pod względem formy i treści<sup>24</sup>. 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 r. przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej Program Wieloletni „Senior+” skierowany do

---

<sup>20</sup> R. J. Kijak, Z. Szarota, *Starość. Między diagnozą a działaniem*, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2013.

<sup>21</sup> L. Dyczewski *Więź między pokoleniami w rodzinie*, Lublin 2002 s.42.

<sup>22</sup> B. Synak *Ludzie starzy w warunkach transformacji ustrojowej*, Gdańsk 2000, s.82.

<sup>23</sup> „Osoby starsze w znaczący sposób mogą wpływać na pozytywne postawy wobec prokreacji swoich dorosłych dzieci. Mogą to robić, kształtując w nich przekonania, które sprzyjają prokreacji, takie jak pozytywny stosunek do wielodzietności, małżeństwa, życia rodzinnego, a także ucząc postaw altruistycznych” M. Witkowska *Osoby starsze w rodzinie- wpływ na demografię w: Dyskryminacja seniorów w Polsce. Diagnoza i przeciwdziałanie* red. P. Broda-Wysocki, A. Dylus, M. Pawlus, Warszawa 2016 s. 151.

<sup>24</sup> Z. Hasińska, E. Tracz, *Rola uniwersytetów trzeciego wieku w aktywnym starzeniu się*, [w:] *Nauki Społeczne* 1(7)2013, Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu, Wrocław 2013r.

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 samorządu w rozwoju na ich terenie sieci Dziennych Domów „Senior +” i Klubów „Senior +”. Nowa edycja Programu Wieloletniego „Senior+” na lata 2021-2025 została przyjęta uchwałą Nr 191 Rady Ministrów z dnia 21 grudnia 2020 r. w sprawie ustanowienia Programu Wieloletniego „Senior+” na lata 2021–2025 (M. P. z 2021 r. poz. 10).

Wśród działań mających na celu wsparcie aktywności społecznej seniorów wymienić należy realizowany przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej Program „Aktywni+”, w ramach którego organizacje pozarządowe i inne podmioty uprawnione mogą ubiegać się o dofinansowanie projektów adresowanych do osób starszych. Program Wieloletni na rzecz Osób Starszych „Aktywni+” na lata 2021-2025 został przyjęty uchwałą Nr 167 Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2020 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na rzecz Osób Starszych „Aktywni+” na lata 2021–2025 (M. P. poz. 1125). W ramach tegorocznej edycji konkursu wsparcie uzyskało ponad 290 podmiotów na kwotę przekraczającą 37,5 mln złotych. W ramach Priorytetu I przedmiotowego Programu organizacje pozarządowe mogą realizować inicjatywy mające na celu wsparcie w samodzielności, do których zaliczają się m. in. następujące działania:

- usługi w zakresie zaspokajania codziennych potrzeb życiowych, utrzymania higieny, zachowania i rozwijania kontaktów ze środowiskiem oraz rodziną,
- treningi samoobsługi i umiejętności w zakresie czynności dnia codziennego oraz funkcjonowania w życiu społecznym,
- wspieranie rozwoju i tworzenia sieci usług domowych,
- szkolenia dla opiekunów nieformalnych w wieku 60+.

### 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 wsparcie<sup>25</sup>. Jako wymagające w zdecydowanej większości przypadków stałego wsparcia traktowane są osoby mające 80 i więcej lat<sup>26</sup>.

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 2050 r. 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<sup>27</sup>. 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 2050 r. 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 2,61<sup>28</sup>. Zmiany te powodują osłabienie funkcji rodziny i ograniczenie jej roli w zapewnieniu opieki osobom niesamodzielnym. Skutkiem tego jest zwiększenie popytu na opiekę świadczoną poza rodziną przez powołane do tego celu instytucje.

---

<sup>25</sup> 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.

<sup>26</sup> Tamże.

<sup>27</sup> Ludność w wieku nieprodukcyjnym (przedprodukcyjnym oraz poprodukcyjnym) na 100 osób w wieku produkcyjnym.

<sup>28</sup> Główny Urząd Statystyczny, *Bank...*, dz.cyt.

## 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 przywykli<sup>29</sup>. Dlatego też w przypadku tej kategorii osób szczególnego znaczenia nabierają: usługi opiekuńcze, usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej, usługi sąsiedzkie, wolontariat, teleopieka oraz infrastruktura środowiskowa, np. w postaci dziennych domów pomocy, klubów seniora, kluby samopomocy oraz mieszkań wspomaganych.

<b>ELEMENTY SYSTEMU WSPARCIA</b>		
Osoby starsze		
<b>W RODZINIE W ŚRODOWISKU</b>	<b>WSPARCIE USŁUGOWE RODZIN</b>	<p>W sytuacji konieczności wsparcia seniora w zaspokajaniu 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"> <li>• usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych, świadczonych w miejscu zamieszkania,</li> <li>• usług opiekuńczych</li> </ul>

<sup>29</sup> P. Szukalski, *Starzenie...*, dz.cyt.

ELEMENTY SYSTEMU WSPARCIA		
		<p>świadczonych w dziennym ośrodku wsparcia,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• usług pielęgniarki opieki długoterminowej,</li> <li>• usług dziennego domu opieki medycznej.</li> </ul> <p>Wsparcie usługowe może zostać również udzielone w postaci usług opiekuńczych świadczonych w mieszkaniach wspieranych i rodzinnych domach pomocy.<sup>30</sup></p>
	<b>WSPARCIE ŚWIADCZENIAMI</b>	<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"> <li>• z pomocy społecznej (zasiłki na zaspokojenie najpilniejszych potrzeb życiowych),</li> <li>• z systemu świadczeń rodzinnych dla osób, które nie są uprawnione do dodatku pielęgnacyjnego– zasiłek pielęgnacyjny z tytułu</li> </ul>

<sup>30</sup> Obecnie, zgodnie z ustawą o pomocy społecznej, funkcjonują mieszkania wspierane. Po planowanej zmianie przepisów ustawy, mieszkania chronione wspierane będą zastąpione mieszkaniami wspomaganyymi.

<b>ELEMENTY SYSTEMU WSPARCIA</b>		
		<p>wieku (po ukończeniu 75 r. ż.) lub z tytułu niepełnosprawności.</p> <p>Osobom, które, z racji rezygnacji z zatrudnienia przez osobę opiekującą się osobą starszą, podejmą się tej opieki, przysługuje świadczenie opiekuńcze. Coraz częściej proponowane są też usługi odciążeniowe dla opiekunów w ramach programów rządowych lub w ramach projektów finansowanych ze środków wspólnotowych UE.</p>
<b>W INSTYTUCJI</b>	<b>DOMY POMOCY SPOŁECZNEJ</b>	<p>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</p>

**ELEMENTY SYSTEMU WSPARCIA**

		<p>świadczenia usług całodobowych. Domy bez zlecenia realizacji zadania przez samorząd są w Polsce nieliczne (wg danych ok. 8%).</p>
	<p><b>PLACÓWKI ZAPEWNIAJĄCE CAŁODOBOWĄ OPIEKĘ OSOBOM NIEPEŁNOSPRAWNYM, PRZEWLEKLE CHORYM LUB OSOBOM W PODESZŁYM WIEKU</b></p>	<p>Działalność tych placówek jest skierowana do osób 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.</p>
	<p><b>ZAKŁADY PIELĘGNACYJNO – OPIEKUŃCZE I ZAKŁADY OPIEKUŃCZO - LECZNICZE</b></p>	<p>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.</p>



ELEMENTY SYSTEMU WSPARCIA		
		Zakłady te zabezpieczają pobyt całodobowy, jednak o charakterze okresowym, do czasu poprawy stanu zdrowia.

Tabela nr 2. System wsparcia – osoby starsze.

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)<sup>31</sup>. 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% więcej<sup>32</sup>. Pomimo zwiększenia się liczby domów pomocy społecznej w 2020 r. znacząco spadła liczba mieszkańców DPS.

Seniorzy wymagający intensywnego wsparcia 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 domowych<sup>33</sup>.

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 24 938<sup>34</sup>.

<sup>31</sup> Źródło: Sprawozdanie MPiPS-05 za rok 2010 oraz MRPiPS-05 za rok 2020.

<sup>32</sup> Źródło: Sprawozdanie MPiPS-03 za rok 2010 oraz MRPiPS-03 za rok 2020.

<sup>33</sup> 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>.

<sup>34</sup> Główny Urząd Statystyczny, *Bank...*, dz.cyt.

Pewna część seniorów, posiadających odpowiednie zaplecze materialne, może korzystać z opieki oferowanej przez podmioty komercyjne. Na koniec 2020 r. zarejestrowanych było 667 placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, które były prowadzone w ramach działalności statutowej lub gospodarczej. Dysponowały one łącznie 25 481 miejscami. Dla porównania w 2010 r. analogiczne liczby wynosiły 158 placówek oraz 4 229 osób przebywających<sup>35</sup>. 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 funkcjonowały 154 hospicja oraz oddziały opieki paliatywnej. Placówki te posiadały łącznie 2 957 łóżek. W 2014 r. analogiczne wartości wyniosły 142 oraz 2 491<sup>36</sup>. 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 zapobiec opieka wytchnieniowa. Jej zadaniem jest odciążenie członków rodzin lub opiekunów osób wymagających intensywnego wsparcia poprzez pomoc 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 sanatorium<sup>37</sup>.

---

<sup>35</sup> Źródło: Sprawozdanie MPiPS-05 za rok 2010 oraz MRPiPS-05 za rok 2020.

<sup>36</sup> Główny Urząd Statystyczny, *Bank...*, dz.cyt.. Najwcześniejsze dane nt. oddziałów paliatywnych pochodzą z 2014 r.

<sup>37</sup> 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>.

## 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 zł<sup>38</sup>. Przeciętna wysokość emerytury z pozarolniczego systemu ubezpieczeń społecznych stanowiła w 2019 r. 46,7% przeciętnego wynagrodzenia brutto (w 2009 r. - 49,8%), przeciętna wysokość renty z tytułu niezdolności do pracy z pozarolniczego systemu ubezpieczeń społecznych – 36,9% przeciętnego wynagrodzenia brutto (w 2009 r. - 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%<sup>39</sup>. 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%<sup>40</sup>. Powyższy proces będzie się prawdopodobnie pogłębiał wraz

---

<sup>38</sup> 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).

<sup>39</sup> Główny Urząd Statystyczny, *Aneks do opracowania sygnałowego „Zasięg ubóstwa ekonomicznego w Polsce w 2019 r.”*.

<sup>40</sup> Fundacja CBOS, *Oceny sytuacji finansowej gospodarstw domowych po roku pandemii*, Komunikat z badań nr 45/ 2021, kwiecień 2021.

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:

- 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 na poziomie regionalnym 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;

## WNIOSKI I REKOMENDACJE

- rozwijanie klubów samopomocy (w tym klubów seniora), sieci mieszkań wspomaganych, sieci dziennych domów pomocy, gospodarstw opiekuńczych oraz sieci rodzinnych domów pomocy;
- rozwój mieszkalnictwa wspomaganego;
- rozwój alternatywnych form wsparcia, takich jak usługi sąsiedzkie czy teleopieka;
- rozwój działalności wolontarystycznej w środowiskach lokalnych;
- wsparcie opiekunów osób wymagających intensywnego wsparcia, chorych m.in. przez rozwój opieki wytchnieniowej, w tym placówek środowiskowych oraz instytucji całodobowej opieki krótkoterminowej;
- działania na rzecz ukazania roli osób starszych w przekazywaniu wartości, tradycji i doświadczenia życiowego dla młodego pokolenia oraz znaczenia seniorów dla odnowy demograficznej;

### **Wsparcie osób starszych w kryzysie:**

- koordynacja usług zdrowotnych z usługami społecznymi, szerszy rozwój opieki środowiskowej;
- 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. Umieszczenie osoby w instytucji całodobowej powinno być ostatnim, najmniej pożądanym, ogniwem wsparcia;
- dostosowanie systemu opieki długoterminowej 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 osobowości<sup>41</sup>.

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

---

<sup>41</sup> A. L. Załustowicz, *Jakość życia dorosłych kobiet z wybranymi zaburzeniami psychicznymi zamieszkałych w Domu Pomocy Społecznej*, Poznań, 2013.

organicznych, depresyjnych, lękowych, psychotycznych, zaburzeń osobowości, itd.)<sup>42</sup>.

Zaburzenia psychiczne można podzielić na: nerwicowe, nastroju (afektywne), impulsywne oraz związane z używaniem substancji<sup>43</sup>.

### 3.2 Liczebność i struktura osób z zaburzeniami psychicznymi

W 2019 r. 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),
- 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 r. 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 28,6<sup>44</sup>.

Liczba mieszkańców przewlekle psychicznie chorych przebywających w placówkach stacjonarnej pomocy społecznej w Polsce w 2020 r. wyniosła 22 841. Liczba ta utrzymuje się

---

<sup>42</sup> D. Trawkowska, M. Frąckowiak-Sochańska, K. Czub, S. Szpyrka, M. Zaręba, *System wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi*, Poznań, 2017.

<sup>43</sup> Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowy-program-ochrony-zdrowia-psychicznego1>.

<sup>44</sup> Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Zdrowia, *Zasoby ochrony zdrowia w województwie śląskim w liczbach*, 2019.

na podobnym poziomie od 2010 r.<sup>45</sup>. W 2020 r. w Polsce były 174 domy pomocy społecznej przeznaczone dla osób przewlekle psychicznie chorych, w których było 20 716 miejsc. Liczba mieszkańców wynosiła 19 948 osoby<sup>46</sup>.

Liczba zgonów spowodowanych zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania w latach 2010-2019 wzrosła o 113,3% z 1 785 w 2010 r. do 3 807 w 2019 r.<sup>47</sup>. Liczba samobójstw w latach 2010-2019 zmalała o 28,0% z 6 342 w 2010 r. do 4 567 w 2019 r.<sup>48</sup>. Osób chorych z zaburzeniami psychicznymi (bez uzależnień), które były leczone w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej w Polsce w 2018 r. 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 r. 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).

Osób chorych z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych, które były leczone w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej w Polsce w 2018 r. 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)<sup>49</sup>.

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

W 2017 r. 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

---

<sup>45</sup> Główny Urząd Statystyczny, Bank Danych Lokalnych, <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/tablica>.

<sup>46</sup> Centralna Aplikacja Statystyczna, sprawozdania MRPiPS-05 za okres I-XII 2019 r.

<sup>47</sup> Główny Urząd Statystyczny, Bank Danych Lokalnych.

<sup>48</sup> Tamże.

<sup>49</sup> Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Zdrowia, *Leczeni z powodu zaburzeń psychicznych, uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych – ambulatoryjna opieka zdrowotna, 2020.*



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 społeczności<sup>50</sup>.

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 leczenia psychiatrycznego oznaczać miała istotną zmianę jakościową<sup>51</sup>.

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, przedsiębiorstw społecznych i innych podmiotów ekonomii społecznej 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

---

<sup>50</sup> Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022,

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowy-program-ochrony-zdrowia-psychicznego1>.

<sup>51</sup> W. Skiba, *Uwarunkowania wdrażania deinstytucjonalizacji w obszarze ochrony zdrowia psychicznego w Polsce*, Społeczeństwo i ekonomia Wrocław, 2017, s. 95.

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 gorzej<sup>52</sup>.

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.

W zakresie świadczenia usług zdrowotnych zwiększeniu uległa liczba miejsc kontraktowanych na oddziałach dziennych, a spada liczba na oddziałach zamkniętych. Można 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 podmiotów ekonomii społecznej, w tym przedsiębiorstw społecznych i 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 społecznymi<sup>53</sup>.

---

<sup>52</sup> W. Skiba, *Uwarunkowania wdrażania deinstytucjonalizacji w obszarze ochrony zdrowia psychicznego w Polsce*, Społeczeństwo i ekonomia Wrocław, 2017, s. 96-97.

<sup>53</sup> tamże, s. 97-98.

### 3.4 Wsparcie osób z zaburzeniami psychicznymi

<b>ELEMENTY SYSTEMU WSPARCIA</b>		
<b>osoby z zaburzeniami psychicznymi</b>		
<b>W RODZINIE W ŚRODOWISKU</b>	<b>WSPARCIE USŁUGOWE RODZIN</b>	<p>Osoby z zaburzeniami psychicznymi zamieszkujące w środowisku mogą skorzystać z dwóch rodzajów wsparcia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• systemu opieki zdrowotnej,</li> <li>• systemu pomocy społecznej.</li> </ul> <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"> <li>• specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi,</li> <li>• usług świadczonych w środowiskowym domu samopomocy,</li> <li>• usług klubu samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi.</li> </ul> <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 z niepełnosprawnością.</p>
	<b>WSPARCIE</b>	Osoby z zaburzeniami psychicznymi i ich rodziny

<b>ELEMENTY SYSTEMU WSPARCIA</b>		
	<b>ŚWIADCZENIAMI</b>	<p>mogą zostać objęte wsparciem finansowym. Są to świadczenia z pomocy społecznej (zasiłki na zaspokojenie najpilniejszych potrzeb życiowych).</p> <p>Proponowane są też usługi odciążeniowe dla opiekunów w ramach programów rządowych lub w ramach projektów finansowanych ze środków wspólnotowych UE.</p>
<b>W INSTYTUCJI</b>	<b>DOMY POMOCY SPOŁECZNEJ</b>	<p>Osobom z zaburzeniami psychicznymi, którym 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>
	<b>ZAKŁADY PIELĘGNACYJNO – OPIEKUŃCZE I ZAKŁADY OPIEKUŃCZO - LECZNICZE</b>	<p>Osoby z zaburzeniami psychicznymi mogą 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 3. Elementy systemu wsparcia dla osób przewlekle psychicznie chorych.

### 3.5 Wnioski i rekomendacje

#### WNIOSKI I REKOMENDACJE

##### **Profilaktyka:**

- 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, szczególnie opieki domowej w pierwszych latach życia dziecka oraz zdrowego psychicznie starzenia się;
- zapobieganie stygmatyzacji;
- 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 oraz monitoring zapotrzebowania na pobyty w ŚDS wśród przyszłych absolwentów szkolnictwa specjalnego;
- rozwój usług wsparcia wynikających z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, ustawy o zatrudnieniu socjalnym, ustawy o spółdzielniach socjalnych;

##### **Wsparcie osób z zaburzeniami psychicznymi w kryzysie:**

## WNIOSKI I REKOMENDACJE

- realizacja programów usamodzielniających i prozatrudnieniowych, w tym pobyt w mieszkaniach treningowych, treningi prowadzenia gospodarstwa domowego, treningi pracy, itp.;
- upowszechnianie usług tzw. asystentów zdrowienia.

### 3. 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 dzieci<sup>54</sup>. Szczególną grupą osób z niepełnosprawnościami są osoby z niepełnosprawnością intelektualną, której często dodatkowo towarzyszy niepełnosprawność ruchowa. Są to osoby wymagające intensywnego wsparcia w każdej czynności dnia codziennego.

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 sportu<sup>55</sup>. Ważną rolę w przeciwdziałaniu wykluczeniu społecznemu osób z niepełnosprawnościami odgrywają organizacje pozarządowe, w tym grupy

<sup>54</sup> Główny Urząd Statystyczny, *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 roku*, Warszawa 2016, s. 105.

<sup>55</sup> *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-sygnaalne/inne-opracowania/osoby-niepelnosprawne-w-województwie-slaskim-w-2017-r-,18,1.html>, s. 5.

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<sup>56</sup>.

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 stwierdzonymi, 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 rozbiciu 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

---

<sup>56</sup> 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.

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

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) oraz zostały one przewidziane w Strategii na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami 2021-2030.

## 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 osób<sup>57</sup>, 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)<sup>58</sup>.

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

---

<sup>57</sup> 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.

<sup>58</sup> 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 samodzielnej egzystencji oraz celowości przekwalifikowania podlegają przełożeniu na orzeczenia o stopniu niepełnosprawności. Główny Urząd Statystyczny, *Osoby niepełnosprawne w 2019 r.*, Informacje sygnałowe, 3.12.2019 r.



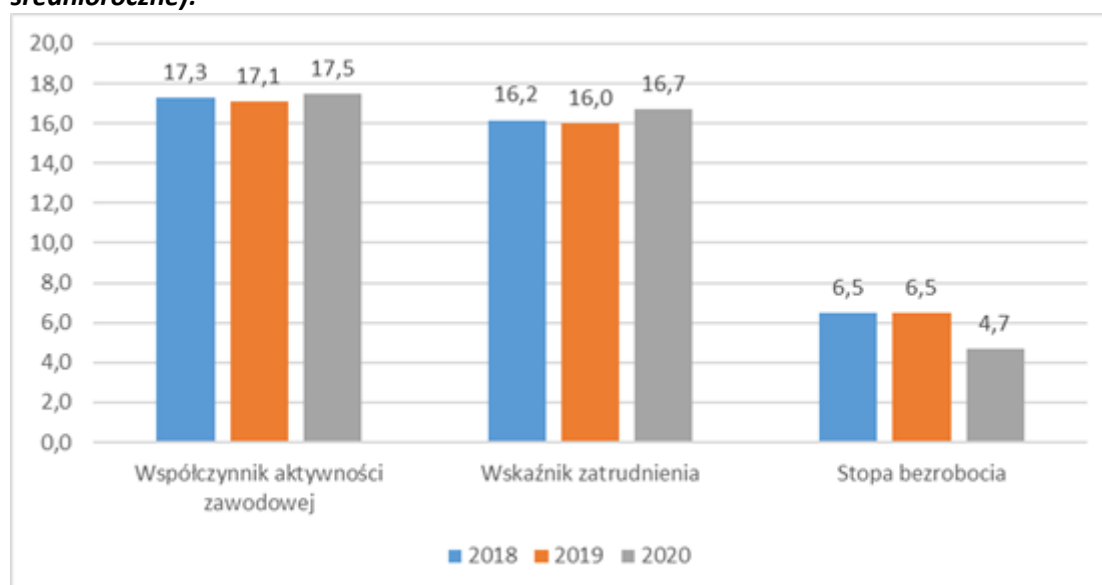
wykluczeniu społecznemu osób z niepełnosprawnościami szczególną rolę odgrywa praca zawodowa, podejmowana zarówno na otwartym, jak i chronionym rynku pracy. Daje ona szansę na życiowe usamodzielnienie i zdobycie niezależności ekonomicznej.

### 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 2,5 mln było biernych zawodowo<sup>59</sup>.

Na przestrzeni lat 2018-2020 populacja osób niepełnosprawnych w wieku 16 lat i więcej nieznacznie się zmniejszyła (2018 r. - 3 040 tys. osób, 2020 r. – 3 024 tys. osób), jednak wzrosła liczba osób pracujących (2018 r. – 491 tys., 2020 r. – 504 tys. osób) a obniżyła się liczba osób biernych zawodowo (2018 r. – 2 514 tys., 2020 r. – 2 495 tys.). Poprawę sytuacji ekonomicznej widać również w analizie wskaźników ekonomicznych. Współczynnik aktywności zawodowej wzrósł o 0,2 pkt proc. – z 17,3% w 2018 r. do 17,5% w 2020 r., wskaźnik zatrudnienia wzrósł o 0,5 pkt. proc. – z 16,2% w 2018 r. do 16,7% w 2020 r. natomiast stopa bezrobocia zmniejszyła się aż o 1,8 pkt proc. – z 6,5% w 2018r. do 4,7% w 2020 r.

**Wskaźniki ekonomiczne osób niepełnosprawnych w wieku 16 lat i więcej w latach 2018-2020 (dane średnioroczne):**

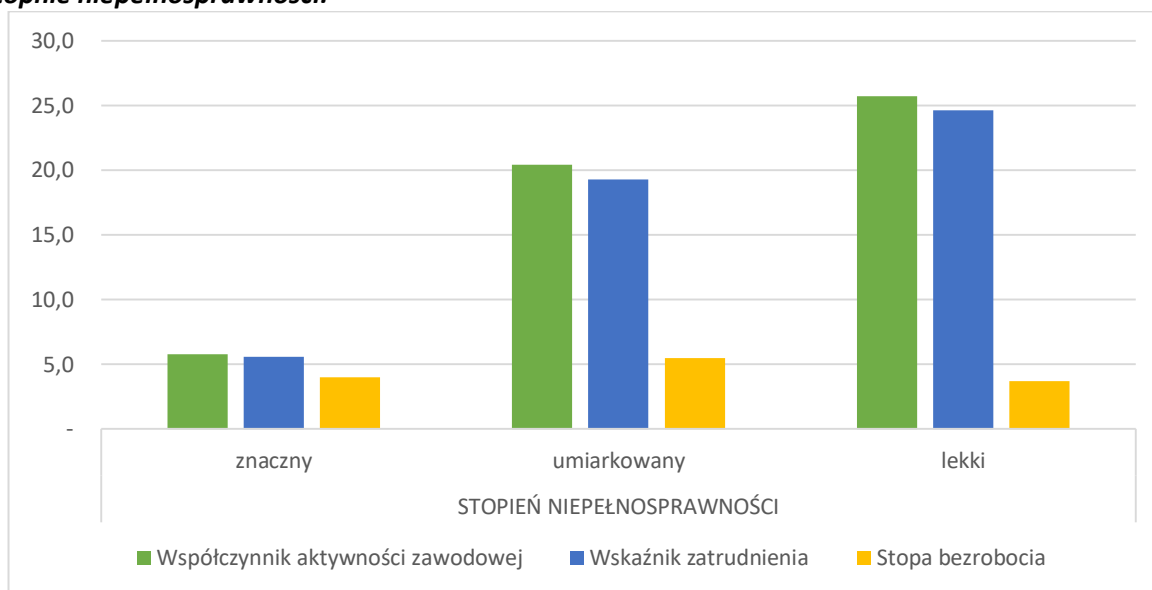


Źródło: opracowanie własne BON w MRiPS na podstawie danych BAEL GUS

<sup>59</sup> GUS, BDL.

Relatywnie najlepiej w 2020 r. przedstawia się sytuacja osób niepełnosprawnych w stopniu lekkim, gdzie poziom aktywności zawodowej wynosi 25,7%, a wskaźnik zatrudnienia 24,6%. W najtrudniejszej sytuacji są osoby niepełnosprawne ze znacznym stopniem niepełnosprawności, których poziom aktywności zawodowej wynosi 5,8%, a wskaźnik zatrudnienia 5,6%.

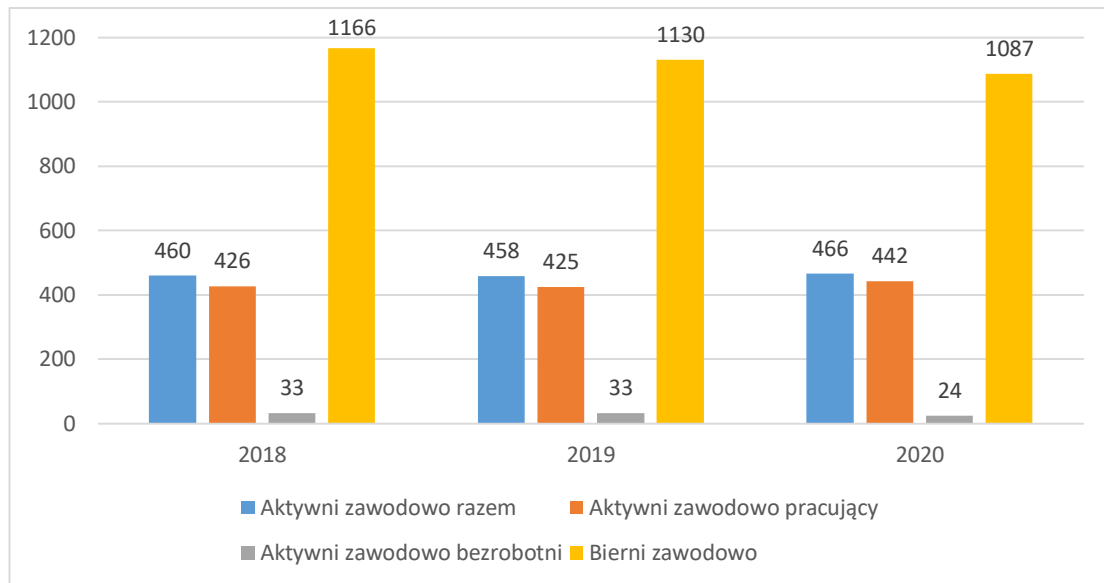
**Wskaźniki ekonomiczne osób niepełnosprawnych w wieku 16 lat i więcej w roku 2020 w podziale na stopnie niepełnosprawności:**



Źródło: opracowanie własne BON w MRiPS na podstawie danych BAEL GUS

Populacja osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym wynosiła w 2020 r. 1 553 tys. osób, z czego 466 tys. było aktywnych zawodowo (w tym 442 tys. pracujących) a 1 087 tys. osób było biernych zawodowo.

**Aktywność ekonomiczna osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym w latach 2018-2020 (dane średnioroczne):**



Źródło: opracowanie własne BON w MRiPS na podstawie danych BAEL GUS

W porównaniu do 2018 r. populacja osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym w 2020 r. zmniejszyła się o 72 tys. (w 2018 r. -1 625 tys., w 2019 r – 1 588 tys.). Natomiast widoczny jest stopniowy wzrost liczby osób pracujących (w 2018 r. 426 tys., w 2019 r. – 425 tys., w 2020 r. – 442 tys.) oraz niewielki spadek liczby bezrobotnych: 2018 r. – 33tys., 2019 r. 33 tys., 2020 r. – 24 tys. Pozytywną zmianą jest zmniejszenie liczebności grupy osób biernych zawodowo z 1 166 tys. w 2018 r. do 1 087 tys. w 2020 r.

W 2020 r. nastąpił -w porównaniu z 2018 r. - wyraźny wzrost współczynnika aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych prawnie w wieku produkcyjnym, tj. o 1,7 pkt. proc. (z 28,3% w 2018 r. do 30,0% w 2020 r.) oraz wzrost wskaźnika zatrudnienia, tj. o 2,3 pkt. proc. (z 26,2% w 2018 r. do 28,5% w 2020 r.). Stopa bezrobocia spadła z 7,2% w 2018 r. do 5,2% w 2020 r.

Zgodnie z art. 49 ust. 6 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2021 r. poz. 1100, z późn. zm.) bezrobotne osoby z 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

znacząco od aktywności zawodowej ogółu ludności w Polsce<sup>60</sup>. 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)<sup>61</sup>. Analizując dane z Systemu Obsługi Dofinansowań i Refundacji (SODiR) Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych udział pracowników zatrudnionych w zakładach pracy chronionej zarejestrowanych w SODiR, w stosunku do ogółu pracowników z niepełnosprawnością ma tendencję spadkową, przy jednoczesnym wzroście zatrudnienia osób niepełnosprawnych na otwartym rynku pracy. Dodatkowo widać wyraźnie, że sytuacja epidemiologiczna w kraju, jak i obostrzenia i regulacje rządowe mające na celu minimalizację transmisji wirusa SARS-COV-2 odbiły się na sytuacji na rynku pracy, w szczególności na otwartym rynku pracy od listopada 2019 r. do kwietnia 2020 r. widać wyraźny spadek w zatrudnieniu pracowników niepełnosprawnych zarejestrowanych w systemie SODiR. Od maja 2020 r. wraz ze stabilizacją sytuacji w kraju oraz na rynku pracy, zatrudnienie na otwartym rynku zaczyna powoli rosnąć. Średniorocznie w 2018 r. udział pracowników zatrudnionych w zakładach pracy chronionej (ZPCH) wynosił 43,9%, w 2019 r. spadł do 41,1% a w 2020 r. uplasował się na poziomie 39,9%.

Na koniec grudnia 2020 r. funkcjonowało 797 zakładów pracy chronionej (w grudniu 2019 r. – 867, w grudniu 2018 r. – 922), które zatrudniały 128 988 osób, w tym 100 079 osób niepełnosprawnych (dla porównania w 2018 zatrudnienie wynosiło 138 483 z czego 107 903 stanowiły osoby niepełnosprawne, a w 2018 r. poziom zatrudnienia wynosił 145 876 osób w tym 113 766 osób niepełnosprawnych). Udział osób niepełnosprawnych zatrudnionych w zakładach pracy chronionej pozostawał na niemal niezmiennym poziomie: w 2018 r. wynosił 78,0%, w 2019 r. 77,9% a w 2020 r. 77,6%.<sup>62</sup>.

---

<sup>60</sup> 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.

<sup>61</sup> GUS, BDL.

<sup>62</sup> <http://niepelnosprawni.gov.pl/p,84,dane-dotyczace-zakladow-pracy-chronionej>.

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 – czyli ZAZ – oferują zaledwie ułamek miejsc dostępnych w ramach chronionego rynku pracy. Na koniec grudnia 2020 r. funkcjonowało 127 zakładów aktywności zawodowej (w grudniu 2019 r. – 124, w grudniu 2018 r. – 116), które zatrudniały 7 588 osób, w tym 5 820 osób niepełnosprawnych (dla porównania w 2018 zatrudnienie wynosiło 7 197 z czego 5 492 stanowiły osoby niepełnosprawne, a w 2018 r. poziom zatrudnienia wynosił 6 663 osób w tym 5 069 osób niepełnosprawnych). Udział osób niepełnosprawnych zatrudnionych w zakładach aktywności zawodowej pozostawał na niemal niezmiennym poziomie: w 2018 r. wynosił 76,1%, w 2019 r. 76,3% a w 2020 r. 76,7%. Ogółem zatrudnienie w ZAZ na przestrzeni lat 2018-2020 wzrosło o 924 osoby, w tym o 751 osoby niepełnosprawne.<sup>63</sup> 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, jaki 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 zawodową .

W prowadzonej przez PFRON Ewidencji Zatrudnionych Osób Niepełnosprawnych w Polsce w ciągu dwóch lat (2018 – 2020) wzrosła ogólna liczba pracodawców zarejestrowanych w Systemie Obsługi Dofinansowań i Refundacji (SODiR) PFRON z 31 294 w grudniu 2018 r. do 32 422 w grudniu 2020 r., przy czym:

- wzrosła liczba pracodawców otwartego rynku pracy z 30 388 w grudniu 2018 r. do 31 638 w grudniu 2020r.),

---

<sup>63</sup> 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](https://www.pfron.org.pl/fileadmin/ZPChRaport_koncowy_pelny.pdf?utm_campaign=pfron&utm_source=df&utm_medium=download).

- zmalała liczba pracodawców na chronionym rynku pracy z 906 w grudniu 2018 r. do 784 w grudniu 2020 r.).

Na przestrzeni lat 2018 – 2020 widoczny jest spadek liczby osób niepełnosprawnych prowadzących działalność gospodarczą zarejestrowanych w ewidencji ubiegających się o refundację składek na ubezpieczenie społeczne: dla danych średniomiesięcznych w 2018 r. wynosiła 22 948 osób, a w 2020 r. wyniosła 17 737 osób.<sup>64</sup>

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 ubóstwem<sup>65</sup>. Jak wynika z badań PFRON spośród osób niepełnosprawnych największe problemy finansowe mają gospodarstwa osób z niepełnosprawnością intelektualną<sup>66</sup>.

Możliwość rehabilitacji społecznej i zawodowej osobom z niepełnosprawnościami, niezdolnym do podjęcia pracy dają warsztaty terapii zajęciowej (WTZ), 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 WTZ i 123 ZAZ.<sup>67</sup> 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

---

<sup>64</sup> Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych,  
[http://www.niepelnosprawni.gov.pl/index.php?c=page&id=80&print=.](http://www.niepelnosprawni.gov.pl/index.php?c=page&id=80&print=)

<sup>65</sup> *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych...*, dz.cyt., s. 92.

<sup>66</sup> 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.

<sup>67</sup> Główny Urząd Statystyczny, *Centra integracji społecznej, kluby integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej, warsztaty terapii zajęciowej w 2019 r.*

prowadzących ZAZ 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 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).

Przykładem rozwiązań, pozwalających aktywizować zawodowo osoby z niepełnosprawnościami są takie podmioty ekonomii społecznej (w tym przedsiębiorstwa społeczne), jak spółdzielnie socjalne, zakłady aktywności zawodowej, 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 r. w KRS figurowało 1 547 spółdzielni socjalnych.

Innymi podmiotami ważnymi w kontekście reintegracji społeczno – zawodowej osób zagrożonych wykluczeniem, w tym osób z niepełnosprawnościami, są centra i kluby integracji społecznej. Na przestrzeni lat 2016–2019 liczba Centrów Integracji Społecznej (CIS)

wykazanych w statystyce MRiPS zwiększyła się o 23 jednostki, co oznacza wzrost o 12,8%. Licząc od 2012 r. suma tych podmiotów wzrosła o ponad 100%. Natomiast liczba Klubów Integracji Społecznej (KIS) przez wspomniane 3 lata wzrosła o 26 jednostek, czyli o 9,6% w stosunku do 2016 r. Nominalna liczba CIS i KIS, na podstawie wypełnionych i przestanych przez te podmioty sprawozdań, w 2018 r. wyniosła 486 (193 CIS i 293 KIS). W 2019 r. liczba podmiotów sprawozdających się wzrosła o 12 jednostek i wynosiła łącznie 498 podmiotów (202 CIS i 296 KIS).<sup>68</sup> Pomimo zauważalnego przyrostu liczby wspomnianych jednostek reintegracyjnych, należy zaznaczyć, że ich rozmieszczenie jest nierównomierne na terenie poszczególnych województw, w związku z czym dostęp do usług świadczonych przez te podmioty także nie jest równy. Ważnym wnioskiem płynącym z regularnych badań jednostek reintegracyjnych jest fakt, że odsetek osób, które ukończyły zajęcia, utrzymuje się na stałym poziomie zarówno w przypadku CIS jak i KIS. Jest to zjawisko pozytywne, świadczące o stosunkowo trafnym profilowaniu oferty zgodnie z potrzebami uczestników<sup>69</sup>. Należy przy tym dodać, że CIS bardziej niż KIS jest zorientowany na działania o charakterze prozatrudnieniowym, a integracja społeczna traktowana jest jako element integracji zawodowej. Natomiast zgodnie z modelowym założeniem procesu reintegracji, osoby o znacznych deficytach kompetencji społecznych i zawodowych powinny najpierw uczestniczyć w zajęciach KIS, następnie trafiać do CIS, by na końcu znaleźć zatrudnienie na otwartym rynku pracy, w tym w sektorze ekonomii społecznej. W kwestii uczestnictwa w centrach i klubach integracji społecznej, trzeba podkreślić, że działania tych podmiotów z łatwością znajdują swoich adresatów. Z usług reintegracji społecznej i zawodowej w ramach CIS w 2018 r. korzystało 12,1 tys. osób, a w 2019 r. 11,1 tys. osób. Natomiast zajęcia w ramach KIS w 2019 r. rozpoczęło 11,9 tys. osób, co stanowiło wynik o 1 tys. osób mniejszy niż w 2018 r. Wśród uczestników w obu typach podmiotów dominują osoby bezrobotne, w tym długotrwale. Według danych z 2019 r. osoby z niepełnosprawnościami stanowią trzecią co do wielkości podgrupę uczestników CIS (1,4 tys. osób, czyli 13% uczestników CIS) oraz drugą co do wielkości podgrupę uczestników KIS (2,1 tys. osób, czyli 17,6% uczestników KIS)<sup>70</sup>.

---

<sup>68</sup> MRiPS 2020, Informacja o funkcjonowaniu Centrów i Klubów Integracji Społecznej działających na podstawie ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym – za okres 2018–2019, str. 7.

<sup>69</sup> *Ibidem*.

<sup>70</sup> *Ibidem*.



#### 4.4 Wsparcie osób z niepełnosprawnościami

<b>ELEMENTY SYSTEMU WSPARCIA</b>		
<b>osoby z niepełnosprawnościami</b>		
<b>W RODZINIE W ŚRODOWISKU</b>	<b>WSPARCIE USŁUGOWE RODZIN</b>	<p>W przypadku świadczeń usługowych pomocy społecznej osoby z niepełnosprawnościami mogą skorzystać z:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych,</li> <li>• dziennych form pobytu (ośrodki wsparcia), w tym środowiskowych domów samopomocy,</li> <li>• rodzinnych domów pomocy.</li> </ul> <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, zakładów aktywności zawodowej oraz centrów i klubów integracji społecznej.</p>
	<b>WSPARCIE ŚWIADCZENIAMI</b>	<p>Osobie z niepełnosprawnościami przysługują następujące świadczenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• renta z tytułu niezdolności do pracy,</li> <li>• renta szkoleniowa przez okres 6 miesięcy – w przypadku, gdy orzeczono celowość</li> </ul>

<b>ELEMENTY SYSTEMU WSPARCIA</b>		
		<p>przekwalifikowania zawodowego ze względu na niezdolność do pracy w dotychczasowym zawodzie,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• renta socjalna,</li> <li>• renta rodzinna,</li> <li>• zasiłek pielęgnacyjny,</li> <li>• świadczenie uzupełniające dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji,</li> <li>• specjalny zasiłek opiekuńczy (świadczenie dla opiekuna osoby z niepełnosprawnością),</li> <li>• zasiłek dla opiekuna (świadczenie dla opiekuna osoby niepełnosprawnej),</li> <li>• świadczenie pielęgnacyjne (świadczenie dla opiekuna osoby z niepełnosprawnością),</li> <li>• dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu kształcenia i rehabilitacji.</li> </ul> <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>
<b>W INSTYTUCJI</b>	<b>DOMY POMOCY SPOŁECZNEJ</b>	Osobom, które ze względu na niepełnosprawność nie można zabezpieczyć

<b>ELEMENTY SYSTEMU WSPARCIA</b>		
		<p>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>
	<p><b>ZAKŁADY PIELĘGNACYJNO – OPIEKUŃCZE I ZAKŁADY OPIEKUŃCZO - LECZNICZE</b></p>	<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 poprawy stanu zdrowia.</p>

Tabela nr 4. 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 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 z niepełnosprawnościami.

W 2019 r. 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 z niepełnosprawnych pierwsze miejsce zajmuje zapewnienie odpowiedniej sytuacji materialno-bytowej<sup>71</sup>, ponieważ w wielu rodzinach z osobami niepełnosprawnością 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 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 liczba świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej przyznanych z tytułu niepełnosprawności osoby zamieszkującej w rodzinie lub prowadzącej

---

<sup>71</sup> Główny Urząd Statystyczny, *Sytuacja gospodarstw domowych w 2018 r. w świetle wyników badania budżetów gospodarstw domowych. Informacje sygnałowe*, 30.05.2019 r., s. 228.

samodzielne gospodarstwo domowe. Sytuacja została zilustrowana w tabeli poniżej.

<b>DANE O OSOBACH I RODZINACH, KTÓRYM PRYZNANO ŚWIADCZENIA Z POMOCY SPOŁECZNEJ Z POWODU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI ZA LATA 2016-2020</b>						
<b>WYSZCZEGÓLNIENIE</b>		<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
<i>1</i>		<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>
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	311 006

*Tabela nr 5. 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. 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 polegających na wprowadzeniu powszechnej zasady projektowania uniwersalnego.

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, komunikacyjne i organizacyjno-kadrowe, ograniczenie dostępu do kultury, sportu i rekreacji oraz oferty czasu wolnego, izolację społeczną, ograniczenie kontaktów, brak akceptacji i nietolerancję oraz zbyt małą dostępność zorganizowanych form wsparcia. Rodziny osób z niepełnosprawnością doświadczają dodatkowo trudności w pogodzeniu pracy zarobkowej z opieką nad niepełnosprawnym członkiem rodziny oraz wypalenia, przemęczenia i braku sił<sup>72</sup>.

W codziennym funkcjonowaniu osobom z niepełnosprawnościami potrzebne jest wsparcie

<sup>72</sup> Fundacja CBOS, *Niepełnosprawni wśród nas. Komunikat z badań*, nr 169/ 2017, grudzień 2017, s. 3.

w trzech zasadniczych obszarach:

- *mieszkalnictwa i samodzielnego życia* (pomoc asystenta osobistego lub pielęgniarki w codziennych czynnościach, dostosowanie mieszkania do indywidualnych potrzeb danej osoby z niepełnosprawnością, dostępu do możliwości odbywania treningu niezależnego życia w mieszkalnictwie wspomaganym);
- *dostępu do udogodnień technicznych* - przyrządów, urządzeń lub technologii (m.in. sprzęt ortopedyczny lub optyczny, sprzęt umożliwiający/poprawiający słyszenie, umożliwiających komunikację ACC oraz sprzęt komputerowy, ale też różnego rodzaju urządzenia dnia codziennego pomagające niwelować ograniczenia związane z niepełnosprawnością);
- *transportu i przemieszczania się* – głównie likwidacja barier architektonicznych i komunikacyjnych w przestrzeni publicznej, ale też przystosowanie i zakup odpowiedniego środka transportu<sup>73</sup>.

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 wymagań<sup>74</sup>.

Brak identyfikacji potrzeb osób z niepełnosprawnościami na danym terenie, a co za tym idzie brak wystarczającego wsparcia przekłada się na ograniczenia w zaspokajaniu 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 z niepełnosprawnościami w Polsce nie jest dobra. Wyższą wartość ww. wskaźnik przyjmował dla osób z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności niż dla osób niepełnosprawnych

---

<sup>73</sup> *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych...*, dz.cyt., s. 47-48.

<sup>74</sup> *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.

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 niepełnosprawnych<sup>75</sup>. Najgorzej swoją sytuację oceniają osoby z niepełnosprawnością intelektualną (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.

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

*Tabela nr 6. 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. w sprawie wysokości świadczenia pielęgnacyjnego w roku 2021 (M.P. poz. 1031). Od 1 stycznia 2021 r. wysokość świadczenia pielęgnacyjnego wynosi 1971,00 zł miesięcznie.

W przypadku grupy osób z niepełnosprawnością intelektualną szczególnie istotny jest

<sup>75</sup> *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 i płynnego przejścia do placówki wsparcia dziennego typu ŚDS i WTZ, ponieważ często w terenie brakuje placówek wsparcia z adekwatną do potrzeb ofertą terapeutyczno-zajęciową do czego, w znacznej mierze, przyczynia się brak zasady monitorowania z wyprzedzeniem zapotrzebowania na tego rodzaju placówki wśród absolwentów szkolnictwa specjalnego. W związku z tym rodziny, które zainwestowały kilkadziesiąt lat intensywnej pracy w rehabilitację i edukację swoich bliskich są zmuszone po zakończeniu obowiązku szkolnego, czyli po ukończeniu około 24 roku życia, 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 osiąągają<sup>76</sup>. Ponadto, kluczowe jest zabezpieczenie losu niesamodzielnych osób wymagających intensywnego wsparcia (szczególnie akcentowane przez opiekunów osób niepełnosprawnych intelektualnie) w przypadku choroby lub śmierci ich opiekunów. Zabezpieczenie to powinno polegać na jak najwcześniejszym treningu niezależnego życia w formach mieszkalnictwa wspomaganego, zarówno w odniesieniu do osoby z niepełnosprawnością jak i całej jego rodziny.

#### 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, wolontariusze, sprzedawca w lokalnym sklepie). Ta forma wsparcia jest szczególnie często wykorzystywana w przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną, których dotyka 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

---

<sup>76</sup> *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych...*, dz. cyt., s. 38.



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 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 oraz dzieci w pieczy zastępczej.

#### 4.7 Wnioski i rekomendacje

##### **WNIOSKI I REKOMENDACJE**

###### **Profilaktyka:**

- upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej pod kątem przeciwdziałania niepełnosprawności, promowanie aktywności ruchowej, intelektualnej, społecznej;
- budowanie podmiotowości osób z niepełnosprawnościami, jako pełnowartościowych członków lokalnych społeczności;
- tworzenie warunków do lepszego dostępu osób z niepełnosprawnościami do edukacji na wszystkich poziomach;

## WNIOSKI I REKOMENDACJE

- prowadzenie działań na rzecz przeciwdziałania stygmatyzacji osób z niepełnosprawnościami;
- zmniejszenie barier architektonicznych w środowiskach lokalnych dla osób z niepełnosprawnościami;
- promowanie idei samodzielnego życia, form mieszkalnictwa wspomaganego, poprzedzone treningiem niezależnego życia, jako alternatywy dla instytucji całodobowej;
- 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;
- 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;
- zapewnienie opieki dziennej osobom z niepełnosprawnościami, które jej potrzebują;
- rozwój mieszkalnictwa treningowego i wspomaganego;
- rozwój sieci centrów opiekuńczo- mieszkalnych;
- rozwój sektora ekonomii społecznej - tworzenie podmiotów ekonomii społecznej, w tym przedsiębiorstw społecznych jako dostarczycieli usług społecznych oraz potencjalnych pracodawców dla uczestników podmiotów reintegracyjnych;

### **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;

## WNIOSKI I REKOMENDACJE

- 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;
- indywidualizacja ścieżki aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnościami uwzględniającej ich potencjał i ograniczenia z wykorzystaniem zakładów aktywności zawodowej, spółdzielni socjalnych, spółdzielni inwalidów i niewidomych, przedsiębiorstw społecznych oraz zakładów pracy chronionej.

## 4. 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 (Dz. U. z 2020 r. poz. 1876, z późn. zm.) 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 z dnia 12 marca 2004 r. 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 w rodzinie). 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 2017 r. liczba osób bezdomnych zmniejszyła się o ponad 9%, gdyż w ostatniej edycji badania zdiagnozowano o 3 078 osób mniej. Spadek zaobserwowano 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 2017 r., 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. r.ż. - 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 przekaże 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 pełni 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 2018 r., 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 r. liczba placówek udzielających schronienia wyłącznie osobom bezdomnym, finansowanych ze środków publicznych, w 2018 r. 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. nieregulowanym 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 oraz na rynek pracy.

## 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, formy pieczy zastępczej, młodzieżowe ośrodki wychowawcze): obejmujące stworzenie funkcjonującego systemu mieszkań dla tych osób, w szczególności mieszkań chronionych 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 utracie 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. przełamywania stereotypów na temat bezdomności;

#### **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;



## WNIOSKI I REKOMENDACJE

- 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 (spółdzielni mieszkaniowych, TBS / SIM) w tworzenie zasobu mieszkań 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.

## 5. 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, z niepełnosprawnościami oraz z zaburzeniami psychicznymi są potencjalnymi odbiorcami tychże usług. Poniższa tabela ukazuje zestawienie porównawcze usług.

<b>LICZBA ŚWIADCZEŃ I GMIN - USŁUGI OPIEKUŃCZE NA KONIEC ROKU 2016 I 2020</b>					
<b>WYSZCZEGÓLNIENIE</b>		<b>2016</b>		<b>2020</b>	
		liczba świadczeń/ gmin	% gmin do ich ogólnej liczby	liczba świadczeń/ gmin	% gmin do ich ogólnej liczby
<i>1</i>		<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
LICZBA ŚWIADCZEŃ - USŁUGI OPIEKUŃCZE OGÓŁEM	1	33 813 200		34 551 443	
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%	2 213	89,34%
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%	264	10,66%
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 7. Liczba świadczeń i gmin – usługi opiekuńcze porównawczo 2016/2020.

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne MRiPS na podstawie sprawozdań rocznych MRPiPS-03 (w roku 2016 symbol: MPiPS-03).

Zasadniczo od 2016 r. do 2020 r. obserwujemy wzrost realizacji tego zadania przez gminy: od 2016 r. do 2020 r. 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 2016 r. to około 83% ogólnej liczby gmin, zaś w 2020 r. to już ponad 89% wszystkich gmin. Niestety nadal prawie 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 2020 r.

DANE O MIESZKANIACH CHRONIONYCH NA KONIEC ROKU 2016 I 2020							
WYSZCZEGÓLNIENIE		2016			2020		
		liczba jednostek <sup>1)</sup>	liczba miejsc <sup>2)</sup>	liczba osób korzystających <sup>3)</sup>	liczba jednostek <sup>1)</sup>	liczba miejsc <sup>2)</sup>	liczba osób korzystających <sup>3)</sup>
1		2	3	4	5	6	7
MIESZKANIA CHRONIONE	1	703	2 922	2 774	1 348	4 098	3 664
z tego (z wiersza 1): MIESZKANIA CHRONIONE TRENINGOWE <sup>4)</sup>	2				585	2 120	1 859
z tego (z wiersza 1): MIESZKANIA CHRONIONE WSPIERANE <sup>4)</sup>	3				763	1 978	1 805
w tym (z wiersza 1):							
dla osób usamodzielnianych opuszczających niektóre typy placówek opiekuńczo-wychowawczych, schroniska, zakłady poprawcze i inne	4	318	1 191	998	371	1 333	1 032
dla osób z zaburzeniami psychicznymi	5	100	432	447	219	663	592

1) Liczba jednostek w ostatnim dniu okresu sprawozdawczego (31 grudnia).  
2) Liczba miejsc wg statutu.  
3) Rzeczywista liczba osób korzystających w okresie sprawozdawczym. Daną osobę należy wykazać tylko raz bez względu na liczbę dni pobytu lub liczbę wizyt.  
4) W roku 2016 nie istniał jeszcze podział na mieszkania chronione treningowe i mieszkania chronione wspierane.

Tabela nr 8. 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 92% (z 703 do 1348). Podział na mieszkania chronione treningowe i wspierane pojawił się po 2016 r., 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 r. do 219 w 2020 r., co stanowi wzrost o 119%). Pomimo znaczącego rozwoju tej formy usługi, to jednak liczba mieszkań chronionych w 2020 r. jest niższa (1348) niż liczba gmin (2477), co oznacza, że statystycznie, mieszkania chronione nie funkcjonują jeszcze na terenie każdej z gmin.

Warto w tym miejscu zaznaczyć, iż w najbliższym czasie planuje się wprowadzenie zmian prawnych w zakresie mieszkań chronionych tj. wprowadzenie nazewnictwa - mieszkania treningowe i wspomagane.

## 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.

<b>DANE O OŚRODKACH WSPARCIA NA KONIEC ROKU 2016 I 2020</b>					
<b>WYSZCZEGÓLNIENIE</b>		<b>2016</b>		<b>2020</b>	
		liczba jednostek <sup>1)</sup>	liczba miejsc <sup>2)</sup>	liczba jednostek <sup>1)</sup>	liczba miejsc <sup>2)</sup>
1		2	3	4	5
<b>OŚRODKI WSPARCIA</b>	1	<b>1 941</b>	<b>86 360</b>	<b>2 362</b>	<b>84 811</b>
w tym: (z wiersza 1)	2	822	29 671	881	32 650
OŚRODKI WSPARCIA DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI					
w tym: (z wiersza 2)	3	779	28 579	844	31 975
Środowiskowe domy samopomocy					
Kluby samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi					
DZIENNE DOMY POMOCY	4	308	16 198	495	20 447
DOMY DLA MATEK Z MAŁOLETNIMI DZIEĆMI I KOBIET W CIĄŻY	5	26	693	31	816
NOCLEGOWNIE, SCHRONISKA, DOMY DLA BEZDOMNYCH <sup>3)</sup>	6	297	12 551		
SCHRONISKA DLA OSÓB BEZDOMNYCH	7			168	7 616
SCHRONISKA DLA OSÓB BEZDOMNYCH Z USŁUGAMI OPIEKUŃCZYMI	8			33	942
KLUBY SAMOPOMOCY (inne niż wymienione w wierszu 4)	9	82	3 082	456	11 574
INNE OŚRODKI WSPARCIA	10	270	8 941	313	11 020

1) Liczba jednostek w ostatnim dniu okresu sprawozdawczego (31 grudnia).

2) Liczba miejsc wg statutu.

3) W tym wierszu nie wszystkie typy jednostek są ośrodkami wsparcia, jednak do roku 2016 włącznie nie były wyszczególnione w sprawozdawczości oddzielnie.

Tabela nr 9. 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 2016 r. do 2362 w 2020 r.). Na przestrzeni tych kilku lat wzrosła liczba każdego z rodzajów ośrodków wsparcia, jednak największy wzrost dało się zaobserwować wśród klubów samopomocy, których w 2016 r. było 82, a w 2020 r. już 456 oraz wśród dziennych domów pomocy,

których w 2016 r. było 308, a w 2020 r. 495.

## 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.

<b>DANE O RODZINNYCH DOMACH POMOCY ZA LATA 2016-2020</b>									
<b>2016</b>		<b>2017</b>		<b>2018</b>		<b>2019</b>		<b>2020</b>	
liczba jednostek <sup>1)</sup>	liczba miejsc <sup>2)</sup>	liczba jednostek <sup>1)</sup>	liczba miejsc <sup>2)</sup>	liczba jednostek <sup>1)</sup>	liczba miejsc <sup>2)</sup>	liczba jednostek <sup>1)</sup>	liczba miejsc <sup>2)</sup>	liczba jednostek <sup>1)</sup>	liczba miejsc <sup>2)</sup>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
26	150	33	208	29	193	33	228	47	354

*1) Liczba jednostek w ostatnim dniu okresu sprawozdawczego (31 grudnia).*  
*2) Liczba miejsc wg statutu.*

Tabela nr 10. Liczba rodzinnych domów pomocy i miejsc w rodzinnych domach 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 2016 r. do 47 w 2020 r.) oraz miejsc w tego typu placówkach (o 136%: ze 150 w 2016 r. do 354 w 2020 r.). Największy skok obserwuje się w 2020 r. względem 2019 r. - liczba rodzinnych domów pomocy wzrosła o 14: z 33 do 47 (wzrost o 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	816	822	825	823	826	10	1,2%

Tabela nr 11. Liczba domów pomocy społecznej w latach 2016-2020.

ŹRÓDŁO: SPRAWOZDANIE MRPiPS-05 (w roku 2016 symbol: MPiPS-05).

W omawianym okresie zwiększyła się liczba domów pomocy społecznej o 10 jednostek, z czego ponad 73% są to domy prowadzone przez samorządy.

Pomimo zwiększenia się liczby domów pomocy społecznej, w 2020 r. względem 2016 r. spadła ogólna liczba mieszkańców. Szczegółowe informacje w tej sprawie przedstawia poniższa tabela:

WYSZCZEGÓLNIENIE	2016	2017	2018	2019	2020	Porównanie 2020:2016	
						różnica	różnica %
Ogólna liczba mieszkańców ogółem w DPS (stan 31 grudnia), w tym dla:	78 954	79 476	79 828	79 766	75 133	-3 821	-4,8%
1) osób w podeszłym wieku	7 104	7 105	6 691	6 686	5 719	-1 385	-19,5%
2) osób przewlekle somatycznie chorych	13 996	13 952	14 047	13 734	12 157	-1 839	-13,1%
3) osób przewlekle psychicznie chorych	20 605	20 809	20 755	20 494	19 765	-840	-4,1%
4) dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	10 727	10 220	9 931	10 438	9 860	-867	-8,1%
5) dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	3 610	3 078	3 321	2 561	2 649	-961	-26,6%
6) osób niepełnosprawnych fizycznie	666	1 037	819	669	704	38	5,7%

7) osób uzależnionych od alkoholu	60	57	60	60	147	87	145,0 %
8) osób w podeszłym wieku oraz osób przewlekle somatycznie chorych	9 677	9 854	9 533	9 594	8 687	-990	-10,2%
9) osób przewlekle somatycznie chorych oraz osób niepełnosprawnych fizycznie	1 411	1 488	1 554	1 403	1 505	94	6,7%
10) osób w podeszłym wieku oraz osób niepełnosprawnych fizycznie	1 569	1 699	1 638	1 686	1 453	-116	-7,4%
11) osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie oraz dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	5 185	5 741	5 271	5 579	5 574	389	7,5%
12) inne, zgodnie z art. 56a ust. 2 i 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej	4 344	4 436	6 208	6 862	6 913	2 569	59,1%

Tabela nr 12. Liczba mieszkańców w domach pomocy społecznej w latach 2016 – 2020.

ŹRÓDŁO: SPRAWOZDANIE MRPiPS-05 (w roku 2016 symbol: MPiPS-05)

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:

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

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

ŹRÓDŁO: SPRAWOZDANIE MRPiPS-05 (w roku 2016 symbol: MPiPS-05)

Pomiędzy latami 2016 i 2020 wzrosła liczba osób usamodzielnianych z domów pomocy

społecznej o 4,3%,. Mimo iż nie jest to znaczny wzrost, zaznaczyć należy iż na przestrzeni ostatnich lat proces deinstytucjonalizacji postępuje.

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 2020 r., pobyt w domach pomocy społecznej zakończyły – opuszczając jednostkę – 132 osoby. Powody opuszczenia instytucji bywały różne. Wśród nich można wymienić:

- *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 osoby pod pieczę opiekuna prawnego oraz pobyty czasowe w DPS ze względu na czas zimy<sup>77</sup>.*

## 6.6 Centra usług społecznych (CUS)

Głównym celem CUS jest koordynacja usług społecznych z różnych systemów-pomocy społecznej, polityki rodzinnej, promocji i ochrony zdrowia, kultury, edukacji publicznej, polityki prorodzinnej, wspierania osób niepełnosprawnych. Ustawa zakłada fakultatywność tworzenia centrów usług społecznych przez zainteresowane samorzady gminne działające samodzielnie

---

<sup>77</sup> 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/>.



lub w ramach porozumień międzygminnych.

Centra usług społecznych to jednostki, które pozwolą gminom na dostosowanie świadczeń usług społecznych do potrzeb mieszkańców i możliwości finansowych samorządów. Centra pomyślane zostały jako podmioty koordynujące lokalne systemy usług społecznych użyteczności publicznej, a więc usług dostępnych dla wszystkich mieszkańców, a nie tylko dla tych biedniejszych czy słabszych. Centra upowszechniają społeczne formy wsparcia usługowego realizowane na zasadzie wolontariatu, samopomocy czy pomocy sąsiedzkiej. Dzięki takim centrom usługi społeczne staną się nie tylko szerzej dostępne, lecz także bardziej spersonalizowane. Zainteresowani mieszkańcy będą mogli otrzymać w nich pakiety usług dopasowanych do swoich indywidualnych potrzeb.

Celem CUS jest integrowanie i koordynowanie usług świadczonych przez różnych lokalnych usługodawców (publicznych i niepublicznych) współpracujących z centrum. Za pośrednictwem centrum gminy będą miały możliwość realizowania już świadczonych usług społecznych oraz wprowadzania nowych, wynikających z programów usług społecznych.

## 6.7 Kadry realizujące usługi społeczne w pomocy społecznej

Podstawą 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), pomimo bezwzględnego wzrostu wartościowego w okresach porównawczych, 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	15 846	13 664,40
PRACOWNICY SOCJALNI OGÓŁEM, z tego:	2	20 830	20 666,80	20 218	20 031,73
PRACOWNICY SOCJALNI W PCPR	3	1 145	1 124,28	1 034	1 010,18
PRACOWNICY SOCJALNI W OPS	4	19 685	19 542,52	19 184	19 021,55
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 14. Liczba osób zatrudnionych w wybranych jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej porównawczo 2016/2020.*

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

Zatrudnienie w ośrodkach wsparcia na przestrzeni lat 2016 - 2020 wzrosło: z 11 010 osób zatrudnionych w 2016 r. do 15 846 osób w 2020 r., 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 (2477), okazuje się, że średnio na jedną gminę przypada 2,46 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.

Kluczem do wysokiej jakości wszelkich usług wspierających jest zmotywowana i chętna do pracy kadra. Początkiem reformy polityki społecznej powinna być głęboka reforma podejścia do zawodów pomocowych na poziomie systemowym, zagładająca ustalenie godnego wynagrodzenia dla szerokiego spectrum zawodów pomocowych oraz zmianę warunków pracy. Ponadto, kluczowe jest zbudowanie kompleksowego systemu wsparcia pracowników – na poziomej dostępu do superwizji, szkoleń, wsparcia psychologicznego. Konieczne jest zaangażowanie legislacyjne np. ustawa o zawodach pomocowych.

## 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 ogólną 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”*<sup>78</sup>. 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 Fundusz Narodów Zjednoczonych na Rzecz Dzieci (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”*<sup>79</sup>.

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*

---

<sup>78</sup> „Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności” ,[www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/17881/12.pdf](http://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/17881/12.pdf), str. 28.

<sup>79</sup> 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.

*opieką stacjonarną w Unii Europejskiej wynosi średnio 3,3%. Najwyższy odsetek osób (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 „niedołączonych 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”<sup>80</sup>.*

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 powszechnym dostępie do usług środowiskowych może pomóc zmiana sposobu działania dzisiejszych instytucji długoterminowych na turnusowe, świadczące wsparcie w społeczności lokalnej.

W sytuacji idealnej – zaspokojenie potrzeb społecznych w zakresie realizacji usług w miejscu zamieszkania (w środowisku lokalnym) prowadzić będzie do ograniczenia zapotrzebowania na instytucjonalne formy usług skierowanych do osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, w tym osób starszych, długotrwale i przewlekle chorych.

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

<b>1</b>	<b>Priorytet usług społecznych realizowanych w środowisku zamieszkania nad usługami stacjonarnymi.</b>
<b>2</b>	<b>Rozwój lokalnych i zindywidualizowanych usług, w tym usług o charakterze zapobiegającym, które mają ograniczyć konieczność opieki instytucjonalnej.</b>

<sup>80</sup> Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności” ,[www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/17881/12.pdf](http://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/17881/12.pdf), str. 35.

<b>3</b>	<b>Działania zmierzające do wykorzystania zasobów i potencjału instytucjonalnej opieki długoterminowej na poczet rozwoju nowych usług środowiskowych w społeczności lokalnej.</b>
<b>4</b>	<b>Rozwój różnych form mieszkalnictwa</b>

*Tabela nr 15. Podstawowe działania procesu deinstytucjonalizacji.*

## 2. Opieka nad dzieckiem, w tym dzieckiem z niepełnosprawnością

„Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności”<sup>81</sup> 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 z niepełnosprawnościami) powinno się zastąpić innymi usługami, które zapobiegą oddzieleniu od rodzin i posłużą wsparciu tych rodzin, aby umożliwić im opiekę

<sup>81</sup> Tamże.

nad dziećmi. Po dokonaniu oceny rodzin oraz ich doborze i przeszkoleniu, jak też stworzeniu niezbędnych usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności, wszystkie dzieci poniżej piątego roku życia powinny zostać przeniesione pod opiekę rodzinną<sup>82</sup>.

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 zasad<sup>83</sup>:

- 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, i dotyczy wyłącznie dzieci o specjalnych potrzebach zdrowotnych czy terapeutycznych.
- 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

---

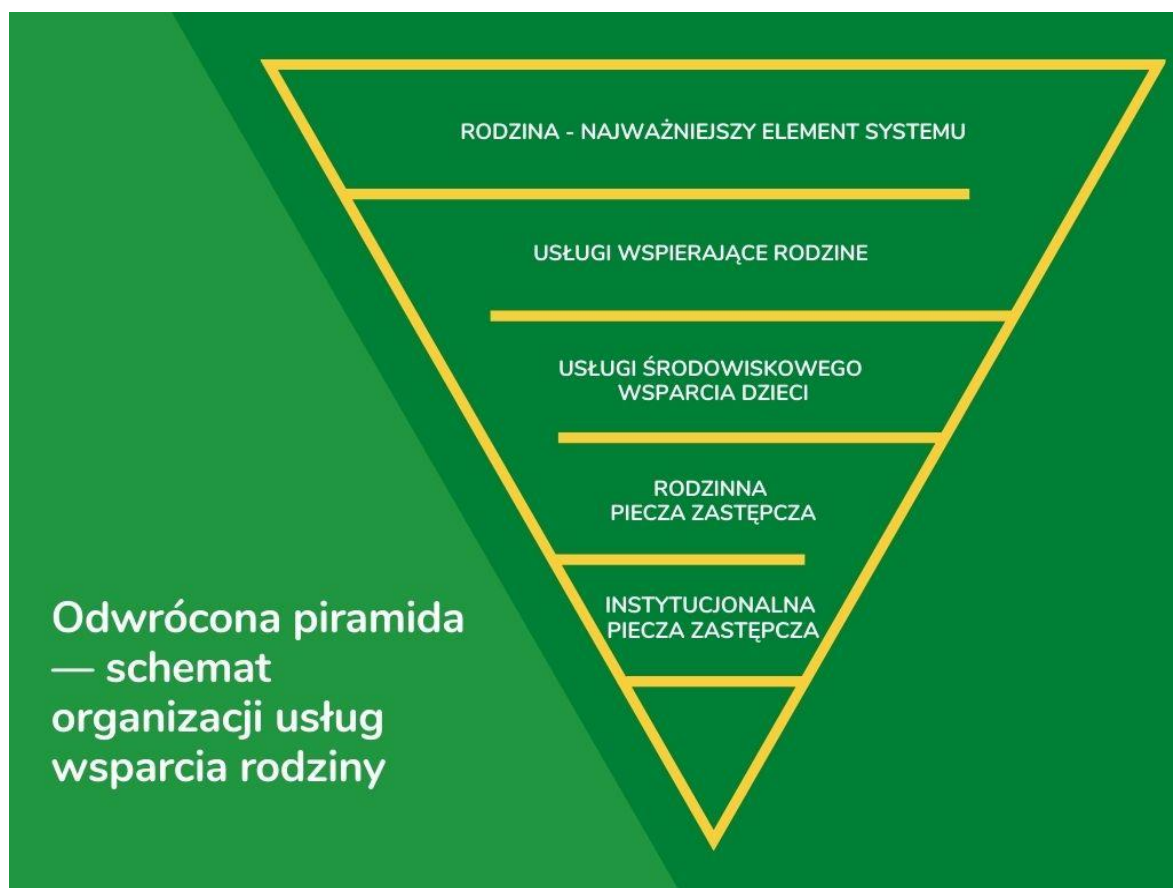
<sup>82</sup> Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności, [www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/17881/12.pdf](http://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/17881/12.pdf), s. 53.

<sup>83</sup> Wytyczne ONZ dotyczące opieki zastępczej nad dziećmi.

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 powinno prowadzić do znalezienia stałego rozwiązania<sup>84</sup>.

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 docelowo zostanie wyeliminowane w formie długoterminowej całodobowej na rzecz wsparcia w środowisku – krótkoterminowego turnusowego.



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

<sup>84</sup> Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności, [www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/17881/12.pdf](http://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/17881/12.pdf), s. 137.

Przedstawiony powyżej model funkcjonowania usług wsparcia rodziny rodzi konsekwencje w postaci określenia koniecznych priorytetów w zaplanowanych działaniach. Poniżej opisano priorytety w działaniach wspierających dziecko i rodzinę.

<b>PRIORYTETYZACJA W USŁUGACH WSPARCIA RODZINY</b>			
<b>PRIORYTET</b>	<b>CEL</b>	<b>ELEMENT SYSTEMU</b>	<b>OPIS</b>
<b>NAJWYŻSZY</b>	<b>DZIECKO W RODZINIE</b>	<b>RODZINA</b>	<p>Rodzina to najważniejszy element systemu. Ważna jest zatem odpowiedzialność rodziców w wychowywaniu dzieci. 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.</p> <p>Wszystkie organy władzy muszą realizować działania wspierające rodzinę. Działania profilaktyczne i</p>



**PRIORYTETYZACJA W USŁUGACH WSPARCIA RODZINY**

			<p>wspierające środowiska rodzinne mogą zdecydowanie zapobiec konieczności stosowania innych form wsparcia, które ingerują w wewnętrzną spójność rodziny.</p> <p>System wsparcia rodziny w środowisku lokalnym musi oferować lepszy dostęp do infrastruktury usług społecznych oraz systemu dostępnych usług.</p>
		<p><b>USŁUGI WSPIERAJĄCE RODZINĘ</b></p>	<p>Rodziny wymagające wsparcia w zakresie realizacji swojej funkcji opiekuńczo – wychowawczej zostaną objęte profesjonalnym i interdyscyplinarnym systemem wsparcia. Będą to usługi oparte na diagnozie, skoordynowane, dostępne, międzyresortowe, specjalistyczne obejmujące wszystkie aspekty funkcjonowania rodziny. System powinien zawierać w szczególności: wizyty patronażowe położnych i pielęgniarek środowiskowych, cykliczne bilanse dziecka wykonywane przez lekarza i pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej, poradnictwo specjalistyczne dla rodzin, terapię</p>

**PRIORYTYZACJA W USŁUGACH WSPARCIA RODZINY**

		<p>rodzinną i psychoterapię, asystenturę rodziny, dostępne placówki wsparcia dziennego (i inne zbliżone miejsca wsparcia), dostępne zajęcia edukacyjne, kulturalne, sportowo-rekreacyjne, diagnostykę i terapię uzależnień, świadczenia pieniężne, programy korekcyjno-edukacyjne dla osób stosujących przemoc, wsparcie przez trenerów gospodarstwa domowego lub rodziny wspierające, mieszkania o charakterze treningowym, mieszkania wspomagane, grupy wsparcia i grupy samopomocowe, mediacje rodzinne.</p> <p>Istotne jest uspołnienie współpracy wielu specjalistów z rodziną i na jej rzecz, wdrożenie rozwiązań zwiększających partycypację rodziny oraz włączenie dziecka zagrożonego rozdzieleniem z rodziną lub rozdzielonego z nią w podejmowanie decyzji, które go dotyczą.</p>
		<p><b>USŁUGI ŚRODOWISKOWE WSPARCIA DZIECI</b></p>
		<p>Rodziny przeżywające trudności w pełnieniu roli opiekuńczo – wychowawczych powinny być</p>

**PRIORYTYZACJA W USŁUGACH WSPARCIA RODZINY**

		<b>I MŁODZIEŻY</b>	obejmowane wsparciem w zakresie realizowania usług środowiskowych na rzecz dzieci i młodzieży. Mogą to być różnorakie formy wsparcia od zajęć pozalekcyjnych, świetlic środowiskowych do usług specjalistycznych. Istotne jest uspołnienie współpracy wielu specjalistów z rodziną i na jej rzecz, wdrożenie rozwiązań zwiększających partycypację rodziny oraz włączenie dziecka zagrożonego rozdzieleniem z rodziną lub rozdzielonego z nią w podejmowanie decyzji, które go dotyczą. Konieczne jest powstanie dostępnych lokalnie podmiotów oferujących usługi dzienne lub usługi krótkookresowego i turnusowego pobytu całodobowego dla dzieci i młodzieży oraz rodzin. Ponadto ważna jest realizacja działań w zakresie reagowania na sygnały o podejrzeniu łamania praw dziecka, w tym szczególnie ochrony przed przemocą z uwzględnieniem wsparcia dla dzieci i rodziców oraz przygotowanie kadr instytucji i
--	--	--------------------	--

**PRIORYTYZACJA W USŁUGACH WSPARCIA RODZINY**

			<p>osób zaangażowanych w pracę z dziećmi i rodzinami.</p> <p>Wsparcie procesu osiągania stabilizacji życiowej dziecka po separacji od rodziny.</p> <p>Niezbędne jest ograniczenie odpływu z rodzin młodzieży niedostosowanej społecznie lub zagrożonej tym niedostosowaniem poprzez rozwój środowiskowych form resocjalizacji, terapii i wychowania.</p>
<p><b>NAJWYŻSZY</b></p>	<p><b>POWRÓT DZIECKA DO RODZINY</b></p>	<p><b>RODZINNA PIECZA ZASTĘPCZA</b></p>	<p>Wsparcie dzieci pozbawionych opieki rodziców powinno odbywać się przede wszystkim w środowisku ich bliższej bądź dalszej rodziny.</p> <p>Tworzenie warunków zbliżonych do warunków rodzinnych jest priorytetem nadrzędnym w sytuacji kryzysu dziecka. Jeżeli nie jest możliwe zapewnienie dziecku opieki przez osoby z jego rodziny należy zapewnić ją w rodzinnych formach pieczy zastępczej.</p> <p>Odbywać się to może w formie tworzenia rodzinnych form wsparcia, w tym rodzin zastępczych i rodzinnych domów dziecka. Konieczne jest systemowe</p>

**PRIORYTYZACJA W USŁUGACH WSPARCIA RODZINY**

			<p>przygotowanie rodziców zastępczych do pełnienia tej roli, wsparcie specjalistyczne, doradcze i terapeutyczne.</p>
			<p>Przewiduje się promowanie rodzicielstwa zastępczego, w tym – zawodowego. Uwzględnia się przede wszystkim przygotowanie specjalistyczne rodziców zastępczych zawodowych do wsparcia dzieci ze specjalnymi potrzebami. Koordynowanie 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><b>NAJNIŻSZY</b></p>	<p><b>DZIAŁANIA RATUNKOWE – POWRÓT DZIECKA DO</b></p>	<p><b>INSTYTUCJONALNA PIECZA ZASTĘPCZA</b></p>	<p>Ostatni element systemu wsparcia- najmniej pożądany. Należy dokonywać zmian w sposobie funkcjonowania placówek</p>

**PRIORYTYZACJA W USŁUGACH WSPARCIA RODZINY**

	<b>SPOŁECZEŃSTWA</b>		<p>opiekuńczo – 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 w zakresie pieczy - Dziecko umieszczone w instytucjonalnej pieczy zastępczej może znaleźć się w tej formie wsparcia po wyczerpaniu wszystkich wyżej wymienionych form wsparcia rodziny i to tylko w sytuacji szczególnej z punktu widzenia zabezpieczenia dobra dziecka. 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. Należy doprowadzić do zmniejszania liczby miejsc w placówkach instytucjonalnych pieczy zastępczej na rzecz tworzenia form rodzinnych. Należy dążyć do przekształcania</p>
--	----------------------	--	---

## PRIORYTYZACJA W USŁUGACH WSPARCIA RODZINY

			placówek opiekuńczo-wychowawczych w instytucje oferujące usługi dzienne lub usługi krótkookresowego i turnusowego pobytu całodobowego dla dzieci i młodzieży oraz rodzin.
--	--	--	---

Tabela nr 16. Priorytyzacja w usługach wsparcia rodziny.

### 3. Opieka nad osobami starszymi oraz osobami z niepełnosprawnościami i z zaburzeniami psychicznymi

„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”<sup>85</sup>.*

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.

<sup>85</sup> Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności, [www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/17881/12.pdf](http://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/17881/12.pdf), s. 138.

### 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 nieostre<sup>86</sup>. 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.

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 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 K. r. i o. 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, pradziadkowie), a wstępnym przed rodzeństwem, jeżeli jest kilku zstępnych lub wstępnym – 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

---

<sup>86</sup> Opieka długoterminowa w Polsce. Dzisiaj i jutro. Raport, red. P. Błędowski, Listopad 2020, s. 24.



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, wypływające 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. Przeciwdziałanie 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 sanatorium<sup>87</sup>.

### 3.2 Opieka formalna - usługi systemu pomocy społecznej.

System pomocy społecznej w Polsce realizuje znaczący zakres usług opieki długoterminowej.

---

<sup>87</sup> 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>.

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 przez pracowników 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 z późn. zm.).

### **Specjalistyczne usługi opiekuńcze.**

W przypadku występujących potrzeb świadczenia usług interdyscyplinarnych lub 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 zawodowym<sup>88</sup>. 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 z późn. zm.).

### **Usługi w ośrodkach wsparcia.**

Specyficzną formułą realizacji usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych, są usługi realizowane w ośrodku wsparcia. Gminy powołują różnorokie formy

---

<sup>88</sup> Art. 50 ust.4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

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 pobytu<sup>89</sup>.

Prowadzenie takich miejsc umożliwi opiekunom nieformalnym odciążenie od sprawowania opieki na co dzień. Jednym z rodzajów ośrodków wsparcia są 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 psychicznymi<sup>90</sup>.

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

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 życia<sup>91</sup>.

---

<sup>89</sup> Art. 51 ust. 3, ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

<sup>90</sup> Art. 53 ust.1, Tamże.

<sup>91</sup> Art. 53 ust.4, Tamże.

### **Rodzinny dom pomocy.**

Gmina może również prowadzić rodzinne domy pomocy. Stanowią one formę usług opiekuńczych i bytowych świadczonych całodobowo. Mogą być prowadzone przez osoby fizyczne lub organizacje 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 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.

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 sprawności<sup>92</sup>.

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 2012 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.

Działaniem wymagającym wzmocnienia i zaakcentowania jest opracowanie i rozwój pośrednich

---

<sup>92</sup> Art. 55 ust. 2, ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

form wsparcia zapewniających opiekę w domach pomocy społecznej zgodnie z ideą deinstytucjonalizacji, np. poprzez rozwój wolontariatu w ośrodkach, wprowadzenie formy rodzin wspierających lub zaprzyjaźnionych z mieszkańcem DPS, zakładanej możliwości świadczenia przez dom usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób w nim niezamieszkujących, opieki wytchnieniowej czy wyodrębnienia i tworzenia filii (pojedynczych zespołów, mieszkań) w funkcjonujących już DPS ( w ich strukturze), tak by zapewnić usługi zindywidualizowane do potrzeb, nastawione na wzmocnienie autonomii, podmiotowości i godności mieszkańca, a także tworzenie kameralnych mikro-społeczności w miejsc domów po znacznej liczbie mieszkańców.

#### **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, realizujących 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 gwarantowane<sup>93</sup> usługi wsparcia osób niesamodzielnych:

1. pielęgniarska opieka długoterminowa,
2. zespoły długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży, wentylowanych mechanicznie,

---

<sup>93</sup> 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.).

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 z zaburzeniami psychicznymi 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. Niesamodzielnymi 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 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 domowych<sup>94</sup>.

Szczególnej troski i wrażliwości wymaga ostatni etap życia człowieka. Godnemu odchodzeniu, bez niepotrzebnego bólu i przy kompleksowym wsparciu najbliższych oraz specjalistów, służą hospicja domowe i stacjonarne oraz oddziały opieki paliatywnej.

---

<sup>94</sup> 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.].

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 17. Dane z zakresu opieki długoterminowej (Źródło: Baza Analiz Systemowych i Wdrożeń – 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. Podstawą systemu wsparcia jest zatem rodzina, która musi zostać wsparta szeregiem usług wspierających. W przypadku dorosłych osób z niepełnosprawnościami wsparcie w środowisku zamieszkania nie oznacza wyłącznie wsparcia w mieszkaniu z rodziną. Osoba z niepełnosprawnością może podjąć decyzje o niezależnym życiu w mieszkaniu z usługami wspierającymi.

Schemat odwróconej piramidy wskazuje jednoznacznie na największy obszar działań, tj. wsparcie rodzin w których funkcjonują osoby starsze, z niepełnosprawnościami, przewlekłe psychicznie chore, by pozostały w swoim środowisku zamieszkania jak tylko to będzie możliwe.

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 będzie występował tylko i wyłącznie wtedy, gdy będzie konieczna i będzie 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			
<b>OPIEKA RODZINNA</b>	<b>ŚWIADCZONA PRZEZ OSOBY SPOKREWNIONE</b>	<b>WSPIERANA USŁUGAMI SPOŁECZNYMI I ZDROWOTNYMI</b>	<b>WSPIERANA ŚWIADCZENIAMI DLA OPIEKUNÓW</b>
<b>OPIEKA DOMOWA</b>	<b>USŁUGI OPIEKUŃCZE</b>	<b>USŁUGI ZDROWOTNE</b>	<b>USŁUGI WSPIERAJĄCE</b>
<b>OPIEKA DZIENNA</b>	<b>PLACÓWKI DZIENNEGO POBYTU</b>	<b>MIESZKALNICTWO</b>	<b>USŁUGI WSPIERAJĄCE</b>
<b>OPIEKA STACJONARNA</b>	<b>INSTYTUCJE OPIEKI STACJONARNEJ DPS, ZPO, ZOL</b>		<b>RODZINNE DOMY POMOCY I RODZINY OPIEKUŃCZE</b>
<b>OPIEKA HOSPICYJNA</b>	<b>USŁUGI DOMOWE</b>	<b>USŁUGI STACJONARNE</b>	<b>USŁUGI WSPIERAJĄCE</b>

*Ilustracja nr 3. Schemat systemu opieki długoterminowej w Polsce, po wdrożeniu idei deinstytucjonalizacji. W zakresie placówek dziennego pobytu wymienić należy: ŚDS, WTZ, ZAZ, OW*

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



Ilustracja nr 4. Role w systemie opieki długoterminowej.

Tak zorganizowany system gwarantuje osiągnięcie celów Strategii, tj. przeniesienie realizacji usług na poziom usług świadczonych w społeczności lokalnej.

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.



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

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

Oczywistym jest, 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 przezwyciężenie 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. Stąd też potrzeba powołania w gminach wyspecjalizowanych jednostek organizacyjnych odpowiedzialnych za kwestie mieszkalnictwa społecznego w tym zapobieganie zadłużeniom, eksmisjom i bezdomności. System wsparcia musi bowiem 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 – indywidualnego i grupowego oraz zredefiniowania 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 treningowych i wspomaganych, w których świadczone będą usługi (związane z treningiem samodzielności lub stałym wspieraniem osób tam przebywających) każdorazowo dostosowane do potrzeb danej osoby.

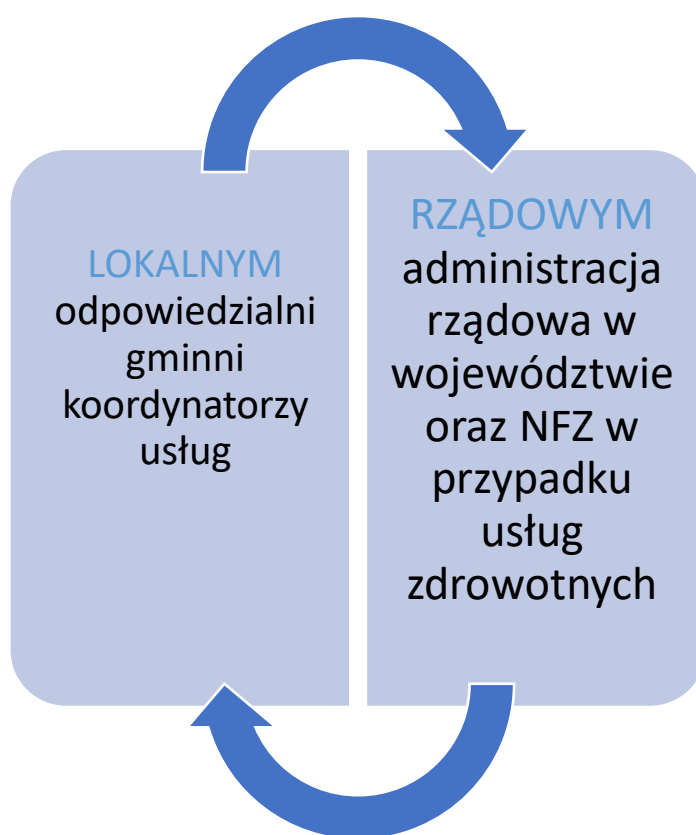
W konsekwencji oferta usług świadczonych w placówkach będzie uzupełnieniem, a nie podstawą systemu wsparcia osób bezdomnych.

Natomiast usługi świadczone w placówkach powinny być uzupełniane świadczeniem usług w środowisku, głównie streetworkingu. Z kolei przestrzeń placówek będzie mogła służyć za bazę i miejsce pracy dla streetworkerów.

Kluczowe jest również prowadzenie analizy oraz monitorowanie zjawiska bezdomności i sposobów rozwiązywania tego problemu. Badania powinny umożliwić uzyskania wiarygodnych danych.

## 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 deinstytucjonalizacji – tj. na szczeblu ogólnopolskim Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej w zakresie usług społecznych we współpracy z przedstawicielami regionów, natomiast w zakresie usług zdrowotnych – Ministerstwo Zdrowia. Planuje się monitorowanie jakości realizowanych usług na dwóch poziomach:



*Ilustracja nr 6. Sposób monitorowania realizacji usług w systemie opieki długoterminowej.*

Celem właściwego i pełnego zrealizowania potrzeb osób wymagających wsparcia będzie ustanowienie koordynatora usług społecznych i zdrowotnych na poziomie gmin. To ważne miejsce, gdzie koordynowane są różne usługi dla mieszkańców. Rolę koordynatora będzie pełniło Centrum Usług Społecznych, w tych gminach w których zostanie ono utworzone. W samorządach, w których Centrum Usług Społecznych nie będzie funkcjonowało, decyzję o powierzeniu funkcji koordynatora usług społecznych i zdrowotnych podejmuje gmina.

Koordynatorzy 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.

Istotną rolę nad realizacją działań zawartych w Strategii oraz nad koordynowaniem regionalnej polityki społecznej w tym zakresie pełnić będą Regionalne Ośrodki Polityki Społecznej. Samorządy Województw ponadto będą wdrażać Regionalne Programy Operacyjne, które staną się bardzo istotnym instrumentem potencjalnego współfinansowania zadań zawartych w Strategii.

Drugim istotnym uczestnikiem w procesie deinstytucjonalizacji będą jednostki samorządu terytorialnego, powiaty i gminy które będą wdrażały działania dotyczące rozwoju usług społecznych.

Jednostki samorządu terytorialnego powinny współpracować w tym zakresie z organizacjami pozarządowymi jako partnerem w realizowaniu usług społecznych.

## Rozdział III. WIZJA I CELE STRATEGICZNE

### WIZJA STRATEGII

Przygotowanie systemu realizacji usług społecznych do 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.

Poprzez wsparcie rozumie się zarówno dostęp do usług, dostęp do placówek dziennych, a także mieszkań treningowych, wspomaganych i innych form mieszkalnictwa (np. programy mieszkaniowe ze wsparciem przyjmowane przez jednostki samorządu terytorialnego).

Zawarte w dokumencie dane ujęte w rozdziale „Diagnoza strategiczna”, a także zaproponowana wizja wskazują na konieczność realizacji następujących zadań, kluczowych z uwagi na powodzenie procesów deinstytucjonalizacji usług społecznych. Projektowane działania mają spowodować osiągnięcie najistotniejszego celu procesu deinstytucjonalizacji – tj. stworzenia skutecznego systemu realizacji usług w środowisku lokalnym:

PERSPEKTYWA CZASOWA	KLUCZOWE ZADANIA
Realizacja w latach 2021 - 2035	<ul style="list-style-type: none"><li>edukacja wszystkich interesariuszy procesów deinstytucjonalizacji, w zakresie konieczności podejmowania działań zwiększających udział osoby w wyborze sposobu realizacji usług. Edukacja w zakresie szerszego upowszechniania m.in. katalogu usług społecznych w środowisku, wytycznych i rekomendacji w zakresie wdrażania poszczególnych form, monitorowania ich jakości;</li></ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• stworzenie krajowych wytycznych dotyczących deinstytucjonalizacji (MRiPS), regionalnych (ROPS) i lokalnych (Gmina) planów deinstytucjonalizacji usług społecznych;</li> <li>• rozbudowa systemu usług środowiskowych pozwalających na rzeczywisty wybór w zakresie sposobu świadczenia usług;</li> <li>• koordynacja usług realizowanych przez różne systemy wsparcia;</li> <li>• kontynuowanie działań z zakresu deinstytucjonalizacji pieczy zastępczej;</li> <li>• zmiana sposobu funkcjonowania placówek opieki całodobowej;</li> <li>• priorytet działań w zakresie profilaktyki środowiskowej;</li> <li>• analiza stanu prawnego i dostosowanie obowiązujących przepisów do wymogów procesów deinstytucjonalizacji;</li> <li>• rozwój kadr świadczących usługi społeczne,</li> <li>• opracowanie lub modyfikacja narzędzi pozwalających na bieżący monitoring procesów deinstytucjonalizacji;</li> <li>• rozbudowa systemu mieszkalnictwa treningowego, wspomaganego oraz innych form;</li> <li>• rozbudowa miejsc czasowego pobytu z usługami;</li> <li>• podejmowanie działań zmierzających do ekonomicznego usamodzielnienia osób z niepełnosprawnościami poprzez ich aktywizację zawodową;</li> <li>• zagwarantowanie świadczenia usług w środowisku lokalnym dla każdego obywatela;</li> <li>• praktyczne wdrożenie idei niezależnego życia dla każdej osoby z niepełnosprawnościami;</li> <li>• moratorium na budowę nowych instytucji opieki całodobowej.</li> </ul>
--	--

Projektowane działania są zgodne z „Ogólnoeuropejskimi wytycznymi dotyczącymi przejścia

*od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności*”, 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”.<sup>95</sup>

Osiągnięcie powyższych założeń wymagać będzie przeprowadzenia 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 odbędzie się w sposób gwarantujący poszanowanie praw poszczególnych grup użytkowników odbiorców, minimalizujący ryzyko szkód i zapewniający korzyści wszystkim uczestnikom procesu.

Określona w powyższej tabeli perspektywa czasowa prezentuje ramy czasowe, w jakich poszczególne etapy i zadania powinny zostać zakończone. Szczegółowy harmonogram osiągania poszczególnych wskaźników został zaprezentowany w dalszej części dokumentu, gdzie określono poszczególne terminy osiągnięcia wskaźników.

---

<sup>95</sup> „Ogólnoeuropejskimi wytycznymi dotyczącymi przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności”, [www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/17881/12.pdf](http://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/17881/12.pdf), str. 71.

## 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, W TYM DZIECKIEM Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

#### 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 wspierających dzieci i rodzinę.

#### Kierunki działań:

1. Skoordynowanie i uspoźnienie współpracy multiprofesjonalnej z rodziną i na jej rzecz w celu wzmacniania 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, uwzględniając jego stopień dojrzałości.
3. Wprowadzenie działań o charakterze profilaktycznym, ukierunkowanych na

	<p>wzmacnianie więzi rodzinnych, w tym małżeńskich, zwiększenie poziomu wiedzy i poprawę kompetencji rodziców związanych z zaspokajaniem potrzeb dzieci, w tym ochronę ich praw.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>4. Wsparcie dla rodzin adopcyjnych – wsparcie rodziców i dostęp do szybkiej, kompleksowej diagnozy i terapii dzieci.</li><li>5. Wsparcie dla dzieci z niepełnosprawnością oraz dzieci o zaburzonym rozwoju i zagrożonych niepełnosprawnością.</li><li>6. 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.</li><li>7. Przeniesienie organizacji rodzin spokrewnionych na poziom gminy i włączenie rodzin spokrewnionych do systemu wsparcia rodzin.</li><li>8. Wsparcie procesu osiągnięcia stabilizacji życiowej dziecka po separacji od rodziny.</li><li>9. Ograniczenie odpływu z rodzin młodzieży niedostosowanej społecznie lub zagrożonej tym niedostosowaniem poprzez rozwój środowiskowych form resocjalizacji, terapii i wychowania. Zmiana funkcji młodzieżowych ośrodków wychowawczych (MOW) i</li></ol>
--	---

	<p>młodzieżowych ośrodków socjoterapii (MOS) na turnusową, opartą jednocześnie o systemową pracę z rodziną.</p> <p>10. Zwiększenie liczebności i wzmocnienie kompetencji kadr systemu wsparcia rodziny.</p> <p>11. Zwiększenie liczby Opiniodawczych Zespołów Sądowych Specjalistów w celu usprawnienia pracy sądów rodzinnych i skrócenia okresu postępowań sądowych.</p>
<p><b>Cel szczegółowy nr 2:</b></p> <p>Rozwój rodzinnych form pieczy zastępczej.</p>	<p>Kierunki działań:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. W systemie docelowym wszystkie dzieci, które nie wychowują się w rodzinach biologicznych lub adopcyjnych powinny być 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”.</li> <li>2. Proponowane rozwiązania doprowadzą do zwiększenia zasobu rodzin zastępczych oraz zapewnią dzieciom wsparcie jak najlepiej dopasowane do</li> </ol>

	<p>ich potrzeb (w szczególności dzieciom z niepełnosprawnością, z alkoholowym zespołem płodowym - FAS, z problemami zdrowia psychicznego, doświadczeniem złożonej traumy rozwojowej, przewlekłymi chorobami, niedostosowanym 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><b>Cel szczegółowy nr 3:</b></p> <p>Zmiana funkcjonalności placówek całodobowych długookresowego pobytu.</p>	<p>Kierunki działań:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kontynuacja przekształcania placówek całodobowego długoterminowego pobytu dla dzieci zakładu, 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</li> </ol>

instytucjonalnych w nowej formule.

Reforma zakłada stopniową zmianę funkcji obecnie działających placówek całodobowych dla dzieci.

2. Reforma zakłada, że w systemie docelowym:

- należy dążyć do tego, aby dziecko przebywało w pieczy rodzinnej a nie instytucjonalnej,
- piecza instytucjonalna powinna być ostatecznością,
- zakłada się dążenie do rozwoju małych placówek pieczy instytucjonalnej
- 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,
- 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"> <li>• maksymalnie 20% dzieci wraz z rodzinami lub opiekunami korzysta z oferty instytucjonalnej.</li> </ul>
<p><b>Cel szczegółowy nr 4:</b></p> <p>Poprawa jakości usamodzielniania wychowanków pieczy zastępczej i placówek całodobowego pobytu.</p>	<p>Kierunki działań:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Opracowanie indywidualnych planów usamodzielnienia dla mieszkańców całodobowych domów pomocy społecznej oraz dla wychowanków pieczy zastępczej.</li> <li>2. Wzmocnienie roli opiekuna - usamodzielnienia.</li> <li>3. Tworzenie koszyków usług społecznych dla wychowanków pieczy zastępczej i placówek całodobowego pobytu.</li> <li>4. Monitoring losów usamodzielnianych.</li> <li>5. Rozwój mieszkań treningowych jako</li> </ol>



	<p>etap przygotowujący przed zamieszkaniem w lokalu do własnej dyspozycji.</p> <p>6. Preorientacja zawodowa – priorytetem procesu usamodzielnienia.</p>
<p><b>Zakładane efekty realizacji celów:</b></p>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Działania wspierające rodziny pochodzenia dzieci będą zapobiegać umieszczeniu dzieci w pieczy zastępczej.</li> <li>2. Sytuacja dzieci w rodzinach przeżywających kryzys poprawi się, co spowoduje ich integrację i włączenie społeczne.</li> <li>3. Realizacja celów pozwoli na odejście od konieczności funkcjonowania instytucjonalnej pieczy zastępczej i zapewnienie podaży odpowiedniej do potrzeb liczby rodzinnych form pieczy zastępczej.</li> <li>4. Działania doprowadzą do usprawnienia systemów ochrony dzieci i pieczy zastępczej.</li> <li>5. Rozwój rodzinnej pieczy zastępczej, w tym zawodowej, w szczególności ukierunkowanej na dzieci z niepełnosprawnością i chore.</li> <li>6. Działania zmierzające do tego, aby każde dziecko powinno wychowywać się w rodzinie: biologicznej, adopcyjnej, zastępczej lub rodzinnym domu dziecka.</li> <li>7. Zmiana funkcjonowania obecnie działających placówek całodobowych dla dzieci z całodobowej długoterminowej na krótkoterminową turnusową oraz usługową w środowisku lokalnym.</li> </ol>	
<p><b>OBSZAR:</b></p> <p><b>OPIEKA NAD OSOBAMI STARSZYMI</b></p>	
<p><b>Cel strategiczny:</b></p> <p><b>Zbudowanie skutecznego i trwałego systemu opieki długoterminowej świadczącego skoordynowane usługi społeczne i zdrowotne.</b></p>	
<p><b>Cel szczegółowy nr 1:</b></p> <p>Wdrożenie systemu koordynacji oraz</p>	<p><b>Kierunki działań:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ustanowienie na poziomie gmin</li> </ol>

<p>standaryzacji usług społecznych i zdrowotnych.</p>	<p>obowiązku realizacji zadania w postaci ustanowienia instytucji KOORDYNATORA usług społecznych i zdrowotnych, celem właściwego i pełnego zrealizowania potrzeb osób wymagających wsparcia.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Ustanowienie standardów i katalogów usług opieki długoterminowej uwzględniającej skoordynowanie usług społecznych i zdrowotnych, tak by następowało zjawisko synergii usług i wzajemne uzupełnianie.</li> <li>3. Badanie na poziomie gmin jakości realizowanych usług opieki długoterminowej.</li> <li>4. Kontraktowanie usług opieki długoterminowej w oparciu o standardy i badania jakościowe.</li> <li>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.</li> </ol>
<p><b>Cel szczegółowy nr 2:</b></p> <p>Wsparcie rodziny realizującej opiekę długoterminową.</p>	<p>Kierunki działań:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Skoordynowana przez gminę pomoc usługowa dla rodzin sprawujących funkcję opiekuna osób wymagających intensywnego wsparcia.</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Wsparcie szkoleniowe, odciążeniowe, specjalistyczne, psychologiczne, transportowe, wytchnieniowe i technologiczne opiekunów rodzinnych.</li> <li>3. Działania w obszarze popularyzowania i upowszechniania aktywności zawodowej wśród opiekunów rodzinnych osób niesamodzielnych) w tym zmiana przepisów kodeksu pracy, wprowadzenie różnego rodzaju regulacji ułatwiających działalność zawodową opiekunom – elastyczne formy pracy, praca zdalna, teleopieka).</li> </ol>
<p><b>Cel szczegółowy nr 3:</b></p> <p>Rozwój środowiskowych form wsparcia opieki długoterminowej.</p>	<p>Kierunki działań:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rozwój usług społecznych świadczonych w formie usług środowiskowych ze szczególnym uwzględnieniem wystandaryzowanych usług opiekuńczych, ośrodków wsparcia dziennego, gospodarstw opiekuńczych, rodzinnych domów pomocy.</li> <li>2. Realizacja usług opiekuńczych w środowisku poprzez dążenie do zatrudniania opiekunek środowiskowych na umowy o pracę, co przyczyni się do lepszej jakości świadczonych usług.</li> <li>3. Rozwój usług sąsiedzkich (realizowane np. poprzez przyjęcie programu w samorządzie).</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Rozwój mieszkań wspomaganych.</li> <li>5. Tworzenie mieszkań ze wsparciem (umowa najmu z mieszkańcem), poprzez przyjmowane przez samorzady programy mieszkaniowe.</li> <li>6. Tworzenie koszyków usług społecznych m.in. dla osób starszych.</li> <li>7. Wykorzystanie potencjału lokalnych zasobów, poprzez angażowanie w realizację usług społecznych i zdrowotnych podmiotów ekonomii społecznej, w tym przedsiębiorstw społecznych i organizacji pozarządowych. Tworzenie partnerstw zarówno społecznych jak i partnerstw z przedsiębiorcami.</li> <li>8. Przekształcenie stacjonarnych placówek opieki długoterminowej w placówki realizujące kompleksowe usługi, stacjonarne i środowiskowe, w tym usługi realizujące stacjonarną opiekę krótkoterminową (opieka wytchnieniowa).</li> </ol>
<p><b>Cel szczegółowy nr 4:</b></p> <p>Zmiana sposobu funkcjonowania stacjonarnej instytucji opieki długoterminowej, w tym opieki hospicyjnej.</p>	<p>Kierunki działań:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wykonanie audytu wszystkich instytucji opieki długoterminowej w zakresie realizacji praw wolnościowych osób w nich przebywających.</li> <li>2. Realizowanie obowiązku przez instytucje opieki długoterminowej w zakresie</li> </ol>

	<p>okresowego badania możliwości usamodzielnienia osoby korzystającej z usług instytucji, a w przypadku stwierdzenia możliwości powrotu do środowiska, podjęcie działań w tym zakresie.</p> <p>3. Przekształcenie instytucji opieki długoterminowej w środowiskowe centra opieki, gdzie opieka stacjonarna oferowana będzie tylko gdy nie będzie możliwe wsparcie środowiskowe z uwagi na stan zdrowia, stopień niesamodzielnności oraz poziom wydolności opiekuńczej rodziny, lub w ramach opieki krótkoterminowej. Określony zostanie wskaźnik liczby miejsc stacjonarnych do innych usług środowiskowych realizowanych przez te instytucje.</p> <p>4. Zmiana standardów świadczenia usług stacjonarnej opieki długoterminowej w zakresie warunków bytowych, w tym zapewnienia osobom korzystającym z usług - pokoi jednoosobowych.</p>
<p><b>Cel szczegółowy nr 5:</b></p> <p>Zbudowanie trwałego systemu finansowania opieki długoterminowej.</p>	<p>Kierunki działań:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dokonanie szczegółowych analiz dotyczących finansowania opieki długoterminowej.</li> <li>2. Opracowanie modelu stałego finansowania systemu opieki</li> </ol>

	<p>długoterminowej, zapewniającego możliwość korzystania ze wsparcia wszystkich osób wymagających pomocy.</p> <p>3. Wprowadzenie stabilnego i trwałego rozwiązania finansującego koszty opieki długoterminowej dla obywateli.</p>
<p><b>Cel szczegółowy nr 6:</b></p> <p>Wsparcie i rozwój kadr świadczących opiekę długoterminową.</p>	<p>Kierunki działań:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Przekształcenie zawodu opiekuna w zawód specjalista ds. opieki. Nadanie określonych kompetencji zawodowych, ustanowienie stopni specjalizacji, co pozwoli na zmianę wizerunkową zawodu opiekuna. Dotyczy to nie tylko opiekunów zatrudnionych w instytucjach całodobowych, ale również opiekunów pracujących w środowisku.</li> <li>2. Określenie minimalnych wynagrodzeń na stanowisku specjalisty ds. opieki.</li> <li>3. Finansowanie przez samorząd szkoleń dla realizatorów rodzinnej opieki długoterminowej, po ówczesnym zdiagnozowaniu takowych potrzeb przez koordynatora gminnego.</li> <li>4. Tworzenie lokalnych i regionalnych centrów wsparcia kompetencji opiekunów, z usługami mobilnymi.</li> </ol>
<p><b>Zakładane efekty realizacji celów:</b></p>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stworzony zostanie kompleksowy system opieki długoterminowej oparty na skoordynowanych, zindywidualizowanych usługach środowiskowych.</li> <li>2. Działania wspierające będą zapobiegać umieszczaniu osób starszych w instytucjach</li> </ol>	

opieki całodobowej.

3. Wsparci zostaną opiekunowie rodziny, którzy są podstawowym elementem systemu opieki długoterminowej.
4. Pobyt w instytucji opieki całodobowej będzie wyborem osoby korzystającej z systemu wsparcia. Umieszczenie osoby w instytucji całodobowej powinno być ostatnim, najmniej pożądanym, ogniwem wsparcia.

#### **OBSZAR:**

#### **NIEZALEŻNE ŻYCIE – WSPARCIE OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI**

#### **Cel strategiczny**

**Włączenie społeczne osób z niepełnosprawnościami dające możliwość życia w społeczności lokalnej niezależnie od stopnia sprawności**

#### **Cel szczegółowy nr 1:**

Wdrożenie systemu koordynacji oraz standaryzacji usług społecznych i zdrowotnych.

#### **Kierunki działań:**

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 i wzajemne uzupełnianie.
3. Badanie na poziomie gmin jakości realizowanych usług opieki długoterminowej.
4. Kontraktowanie usług opieki długoterminowej w oparciu o standardy

	<p>i badania jakościowe.</p> <p>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>
<p><b>Cel szczegółowy nr 2:</b></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"> <li>1. Skoordynowana przez gminę pomoc usługowa dla rodzin sprawujących funkcję opiekuna osób z niepełnosprawnościami.</li> <li>2. Wsparcie dla rodzinnych form pieczy zastępczej, sprawujących opiekę nad dziećmi z niepełnosprawnościami oraz wsparcie osób, które wspierają byłych wychowanków pieczy zastępczej (po opuszczeniu pieczy zastępczej).</li> <li>3. Wsparcie szkoleniowe, odciążeniowe, specjalistyczne, psychologiczne, transportowe, wytchnieniowe i technologiczne opiekunów rodzinnych.</li> <li>4. Tworzenie koszyków usług społecznych dla osób z niepełnosprawnościami.</li> <li>5. Organizacja działań samopomocowych.</li> <li>6. Upowszechnianie i wdrażanie kręgów wsparcia.</li> </ol>



	<p>7. Wprowadzenie systemowej usługi asystencji osobistej dla osób z niepełnosprawnościami.</p>
<p><b>Cel szczegółowy nr 3:</b></p> <p>Wdrożenie systemowej usługi mieszkalnictwa wspomagane.</p>	<p>Kierunki działań:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rozwój mieszkań wspomaganych.</li> <li>2. Upowszechnianie i rozwój centrów opiekuńczo – mieszkalnych.</li> </ol>
<p><b>Cel szczegółowy nr 4:</b></p> <p>Usamodzielnienie mieszkańców instytucji opieki całodobowej</p>	<p>Kierunki działań:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizowanie obowiązku przez instytucje opieki długoterminowej w zakresie okresowego badania możliwości usamodzielnienia osoby korzystającej z usług instytucji.</li> <li>2. Tworzenie i realizacja indywidualnych planów usamodzielnienia uwzględniających aktywizację społeczną i zawodową osób opuszczających placówki całodobowe.</li> <li>3. Rozwój mieszkań wspomaganych.</li> <li>4. Tworzenie mieszkań ze wsparciem (umowa najmu z mieszkańcem), poprzez przyjmowane przez samorzady programy mieszkaniowe.</li> <li>5. Rozwój miejsc i form potencjalnego zatrudnienia osób z niepełnosprawnościami.</li> <li>6. Opracowanie, upowszechnianie i wdrażanie ścieżki reintegracji społeczno – zawodowej osób z niepełnosprawnościami.</li> </ol>

**Zakładane efekty realizacji celów:**

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 wspomagającym.
4. Pobyt w instytucji opieki całodobowej będzie wyborem osoby korzystającej z systemu wsparcia. Umieszczenie osoby w instytucji całodobowej powinno być ostatnim, najmniej pożądanym, ogniwem wsparcia.

**OBSZAR:****WSPARCIE OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI****Cel strategiczny:****Stworzenie skutecznego systemu wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi****Cel szczegółowy nr 1:**

Wdrożenie systemu koordynacji oraz standaryzacji usług społecznych i zdrowotnych dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

**Kierunki działań:**

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. Wzmocnienie i rozwój usług konsultanta – lekarza psychiatry w miejscu

	<p>zamieszkania osoby wymagającej pomocy.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Badanie na poziomie gmin jakości realizowanych usług opieki psychiatrycznej.</li> <li>5. Kontraktowanie usług opieki długoterminowej - psychiatrycznej w oparciu o standardy i badania jakościowe.</li> </ol>
<p><b>Cel szczegółowy nr 2:</b></p> <p>Rozwój zintegrowanych usług społecznych dla osób z zaburzeniami psychicznymi.</p>	<p>Kierunki działań:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stworzenie standardu wsparcia dla osób zaburzeniami psychicznymi.</li> <li>2. Każda gmina ma zabezpieczać możliwość realizacji usług specjalistycznych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w ramach własnej działalności lub zawartych porozumień, a ich realizacja będzie finansowana z budżetu państwa.</li> <li>3. Każda gmina powinna zabezpieczyć potrzeby osób z zaburzeniami psychicznymi poprzez własną infrastrukturę lub zawarte porozumienie z inną gminą, która posiada taką infrastrukturę.</li> <li>4. Na poziomie gminy wypracowanie i wdrożenie mechanizmów współpracy służb, w sytuacji wystąpienia kryzysu psychicznego i związanej z nim sytuacji kryzysowej.</li> <li>5. Tworzenie koszyków usług społecznych</li> </ol>

	dla osób z zaburzeniami psychicznymi.
<p><b>Cel szczegółowy nr 3:</b></p> <p>Reintegracja społeczno – zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi.</p>	<p>Kierunki działań:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wzmocnienie ścieżek wsparcia osób w kryzysie psychicznym w ramach istniejącego systemu reintegracji społeczno – zawodowej.</li> <li>2. Wdrażanie modelu zintegrowanych indywidualnych i dedykowanych usług obejmujących proces leczenia, powrotu do aktywności społecznej i zawodowej.</li> <li>3. Rozwój sieci mieszkań treningowych również z asystenturą, doradztwem zawodowym i treningami pracy.</li> <li>4. Wsparcie podmiotów zatrudnienia socjalnego, spółdzielni socjalnych, zakładów aktywności zawodowej, przedsiębiorstw społecznych jako podmiotów zaangażowanych w procesy reintegracji zawodowej i społecznej.</li> </ol>
<p><b>Cel szczegółowy nr 4:</b></p> <p>Zmiana sposobu funkcjonowania stacjonarnej instytucji opieki dla osób z zaburzeniami psychicznymi.</p>	<p>Kierunki działań:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wykonanie audytu wszystkich instytucji opieki dla osób z zaburzeniami psychicznymi (DPS, ZOP, ZPO) w zakresie realizacji praw wolnościowych osób w nich przebywających.</li> <li>2. Realizowanie obowiązku przez instytucje opieki w zakresie okresowego badania możliwości usamodzielnienia osoby korzystającej z usług instytucji, a w przypadku stwierdzenia możliwości</li> </ol>

	<p>powrotu do środowiska, podjęcie działań w tym zakresie.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>4. Zmiana standardów świadczenia usług stacjonarnej opieki dla osób z zaburzeniami psychicznymi w zakresie warunków bytowych, w tym zapewnienia osobom korzystającym z usług - pokoi jednoosobowych.</li> </ol>
<p><b>Cel szczegółowy nr 5:</b></p> <p>Zmiana sposobu funkcjonowania systemu usług zdrowotnych poprzez rozwój i wdrażanie środowiskowych centrów zdrowia psychicznego.</p>	<p>Kierunki działań:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wdrożenie i zakwalifikowanie środowiskowych centrów wsparcia jako podstawowego modelu leczenia psychiatrycznego, skorelowanego z usługami społecznymi.</li> <li>2. Powstanie i zagwarantowanie trwałości finansowania środowiskowych centrów zdrowia psychicznego.</li> </ol>
<p><b>Cel szczegółowy nr 6:</b></p> <p>Rozwój psychiatrii dziecięcej.</p>	<p>Kierunki działań:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stworzenie systemu wczesnej interwencji i diagnozy problemów psychicznych dzieci i młodzieży.</li> </ol>

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.

#### **Zakładane efekty realizacji celów:**

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 umieszczaniu 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 oraz osób zagrożonych bezdomnością.**

**Cel szczegółowy nr 1:**

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

**Kierunki działań:**

1. Zmiany w zakresie definiowania bezdomności i katalogu osób uprawnionych do wsparcia.
2. Zintensyfikowanie współpracy międzysektorowej w zakresie kompleksowej pomocy osobom w kryzysie bezdomności.
3. Powołanie w gminach wyspecjalizowanych jednostek organizacyjnych odpowiedzialnych za kwestie mieszkalnictwa społecznego w tym zapobieganie zadłużeniom, eksmisjom i bezdomności.
4. Wzmocnienie i usprawnienie systemu interwencji, ochrony zdrowia i życia osób bezdomnych, poprzez świadczenie wsparcia w środowisku metodą streetworkingu.
5. Wprowadzenie możliwości pracy socjalnej z osobami w zakładach penitencjarnych / treningu samodzielności z osobami usamodzielniającymi się.
6. Zapewnienie osobom w kryzysie bezdomności partycypacji w budowaniu i rozwoju systemu wsparcia oraz w usamodzielnianiu.
7. Prowadzenie kampanii społecznych dot. przełamywania stereotypów na temat bezdomności.

**Cel szczegółowy nr 2:**

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

**Kierunki działań:**

1. Opracowanie i wdrożenie modelu działań zapobiegających zadłużeniom, eksmisjom i bezdomności.
2. Rozwój i wspieranie różnych form mieszkalnictwa jako narzędzi dedykowanych rozwiązywaniu kryzysu bezdomności.
3. Rozwój mieszkalnictwa treningowego i wspomaganego.
4. Przywracanie do użytkowania pustostanów na potrzeby tworzenia mieszkań wspomaganych.
5. Zmiany w planowaniu i gospodarowaniu mieszkaniowym zasobem gminy uwzględniające perspektywę tworzenia mieszkań wspomaganych oraz wprowadzenie systemu gromadzenia danych o osobach korzystających z mieszkań.
6. Opracowanie i wdrożenie rozwiązań mieszkaniowych dla osób zagrożonych bezdomnością oraz wychodzących z kryzysu bezdomności, wymagających wsparcia w utrzymaniu mieszkania.
7. Rozwój programów przeciwdziałania bezdomności opartych na modelu „Najpierw mieszkanie” lub innych.
8. Przekształcanie dotychczasowych placówek dla osób w kryzysie bezdomności w zespolone mieszkania



	<p>wspomagane lub w placówki o charakterze interwencyjnym, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) Wypracowanie standardu dla placówek wielozadaniowych o charakterze interwencyjnym i katalogu usług,</li><li>b) Przeprowadzenie projektów pilotażowych i ewentualna rewizja standardu i dokumentów prawnych,</li></ul> <p>9. Tworzenie koszyków usług społecznych dla osób w kryzysie bezdomności.</p>
--	--

## Rozdział IV. REALIZATORZY I MONITOROWANIE DZIAŁAŃ

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

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.

<b>Rola w procesie</b>	<b>Nazwa podmiotu</b>	<b>Opis zaangażowania podmiotu</b>
<b>LIDERZY</b>	Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej	Kluczowa rola w procesie, odpowiedzialność za przeprowadzenie całego procesu deinstytucjonalizacji, 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 deinstytucjonalizacji, koordynacja procesu, działania legislacyjne z zakresu realizacji usług zdrowotnych i skoordynowania ich

Rola w procesie	Nazwa podmiotu	Opis zaangażowania podmiotu
		z usługami społecznymi.
<b>PARTNERZY RZĄDOWI</b>	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 z niepełnosprawnościami.
	Ministerstwo Sprawiedliwości	Partner procesu – do jego zadań należeć będzie wsparcie 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 społecznych i zdrowotnych ze środków Unii Europejskiej w ramach perspektywy finansowej 2021 – 2027.

Rola w procesie	Nazwa podmiotu	Opis zaangażowania podmiotu
		Wyznaczanie standardów dla mechanizmów finansowania projektów związanych z wdrażaniem idei deinstytucjonalizacji.
	Ministerstwo Finansów	Kluczowy partner procesu – działania projektujące finansowanie procesu wdrażania deinstytucjonalizacji, ze środków krajowych. Konieczny udział w tworzeniu finansowych instrumentów i reguł dotyczących finansowego wspierania działań deinstytucjonalizacji.
<b>PARTNERZY Z ZAKRESU RZECZNICTWA NA RZECZ OSÓB I GRUP</b>	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 i działania ekspercko – doradcze.
	Biuro Pełnomocnika Rządu ds.	Partner – rzecznictwo

Rola w procesie	Nazwa podmiotu	Opis zaangażowania podmiotu
	Osób Niepełnosprawnych	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.
<b>PARTNERZY PŁATNICY</b>	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 (Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Biura Emerytalne)	Partner – płatnik w zakresie realizacji świadczeń wynikających z uprawnień ubezpieczenia społecznego i innych obowiązkowych ubezpieczeń traktowanych jako daniny publiczne.

Rola w procesie	Nazwa podmiotu	Opis zaangażowania podmiotu
<p><b>PARTNERZY SAMORZĄDOWI</b></p>	<p>Samorządy terytorialne:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- wojewódzkie</li> <li>- powiatowe</li> <li>- gminne</li> </ul>	<p>Partnerzy samorządowi – wdrażanie szczegółowych celów strategicznych i działań spoczywać będzie głównie na barkach samorządów wszystkich szczebli. Działania samorządów będą obejmowały wdrażanie celów poprzez:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• praktyczne wdrażanie rozwiązań,</li> <li>• tworzenie aktów prawa miejscowego,</li> <li>• przekształcanie systemów lokalnych rynków usług społecznych i zdrowotnych,</li> <li>• finansowanie zadań własnych samorządów w zakresie usług społecznych i zdrowotnych.</li> </ul>
<p><b>PARTNERZY REALIZATORZY PROCESÓW DI</b></p>	<p>Institucje pomocy i integracji społecznej i instytucje wspierania rodziny i pieczy zastępczej</p>	<p>Partnerzy – realizatorzy, organizatorzy usług społecznych, na ich barkach będzie spoczywała</p>

Rola w procesie	Nazwa podmiotu	Opis zaangażowania podmiotu
		praktyczna realizacja procesu deinstytucjonalizacji.
	Podmioty lecznicze	Partnerzy – realizatorzy wszystkich usług zdrowotnych, zróżnicowani pod względem organizacyjno – prawnym, a także statutowym, praktyczni realizatorzy procesu deinstytucjonalizacji.
	Podmioty ekonomii społecznej, w tym organizacje pozarządowe	Partnerzy – realizatorzy części usług społecznych, wykonywanych zazwyczaj na zlecenie samorządów, w oparciu o konkursy lub zamówienia publiczne, praktyczni realizatorzy procesu deinstytucjonalizacji. Wsparcie procesu przez PES/PS jako podmioty zaangażowane w świadczenie usług społecznych i w realizację procesów reintegracyjnych w społecznościach lokalnych.
	Pomioty reintegracji zawodowej i społecznej osób	Partnerzy – realizatorzy usług na rzecz osób

Rola w procesie	Nazwa podmiotu	Opis zaangażowania podmiotu
	z niepełnosprawnościami (WTZ, ZAZ, CIS, KIS)	z niepełnosprawnościami, praktyczni realizatorzy procesu deinstytucjonalizacji.
	Kościoły i kościelne osoby prawne	Partnerzy – realizatorzy części usług społecznych, wykonywanych na zlecenie samorządów, w oparciu o konkursy, praktyczni realizatorzy procesu deinstytucjonalizacji.
	Przedsiębiorcy	Partnerzy – realizatorzy usług społecznych i zdrowotnych, zróżnicowani pod względem organizacyjno – prawnym, a także statutowym, praktyczni realizatorzy procesu deinstytucjonalizacji.

Tabela nr 18. Role podmiotów w realizacji celów Strategii deinstytucjonalizacji.

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.

Monitorowanie wdrażania założeń strategii 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 - polityka publiczna na lata 2021 – 2035*. 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 cele dla polityki społecznej państwa, których osiągnięcie jest uwarunkowane wieloma czynnikami, w tym również czynnikami finansowymi.

Należy zaznaczyć, że zaplanowane w Strategii działania mają bardzo szeroki charakter i porządkują działania na różnych szczeblach władzy oraz w różnych obszarach funkcjonowania państwa. Dlatego istotnym elementem jest montaż finansowy, dający efekt synergii i gwarantujący, że projektowane cele zostaną osiągnięte.

Finansowanie działań przewidzianych w Strategii zaplanowane jest zarówno ze środków budżetu państwa, budżetów jednostek samorządu terytorialnego, oraz środków UE przy czym działania wynikające z dokumentu dla których przewidziano finansowanie krajowe, będą realizowane w ramach wydatków zaplanowanych w ustawach budżetowych na dany rok i nie będą stanowić podstawy do wystąpienia o dodatkowe środki. Strategia jako polityka publiczna nie spowoduje bezpośrednich skutków finansowych.

Finansowanie działań zaplanowanych w Strategii Rozwoju Usług Społecznych będzie realizowane przez odpowiednią alokację dostępnych środków finansowych, będących w dyspozycji jednostek sektora finansów publicznych, z uwzględnieniem celów ustanowionych w dokumencie, oraz przeorganizowanie dostępnych zasobów ludzkich i zadań poszczególnych jednostek sektora finansów publicznych. Ostateczna wysokość środków przewidzianych do realizacji poszczególnych projektów będzie ustalana corocznie przez Radę Ministrów w trakcie prac nad ustawą budżetową

W wyniku wdrożenia działań zaplanowanych w Strategii obecne środki przeznaczone na system wsparcia rozwoju usług świadczonych w społeczności lokalnej będą wykorzystywane w sposób zdecydowanie bardziej efektywny.

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, że aktualnie 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)); Programy MRiPS finansowane w ramach Funduszu Solidarnościowego: „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”, „Opieka wytchnieniowa”, „Centra opiekuńczo-mieszkalne”;
3. Fundusz Dopłat (ustawa z dnia 8 grudnia 2006 r. o finansowym wsparciu tworzenia lokali mieszkalnych na wynajem, mieszkań chronionych, noclegowni, schronisk dla bezdomnych, ogrzewalni i tymczasowych pomieszczeń (Dz.U. 2020 poz. 508));
4. 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));
5. Resortowy Program „Opieka 75+”;
6. Program wieloletni na rzecz Osób Starszych AKTYWNI+;
7. Program resortowy „Pokonać bezdomność. Program pomocy osobom bezdomnym”;

- oraz inne programy poszczególnych resortów.

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

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

Skutki finansowe projektu Strategii, w obszarze zdrowia, zostaną sfinansowane w ramach środków na ochronę zdrowia, w tym w ramach ustalonego funduszu wynagrodzeń określonych zgodnie z art. 131c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, bez możliwości ubiegania się o dodatkowe środki. Ponadto, w odniesieniu do NFZ, skutki finansowe zostaną sfinansowane w ramach zatwierdzonego planu finansowego, w tym w ramach ustalonego limitu funduszu wynagrodzeń, bez możliwości ubiegania się o dodatkowe środki ponad wskazane tam kwoty.

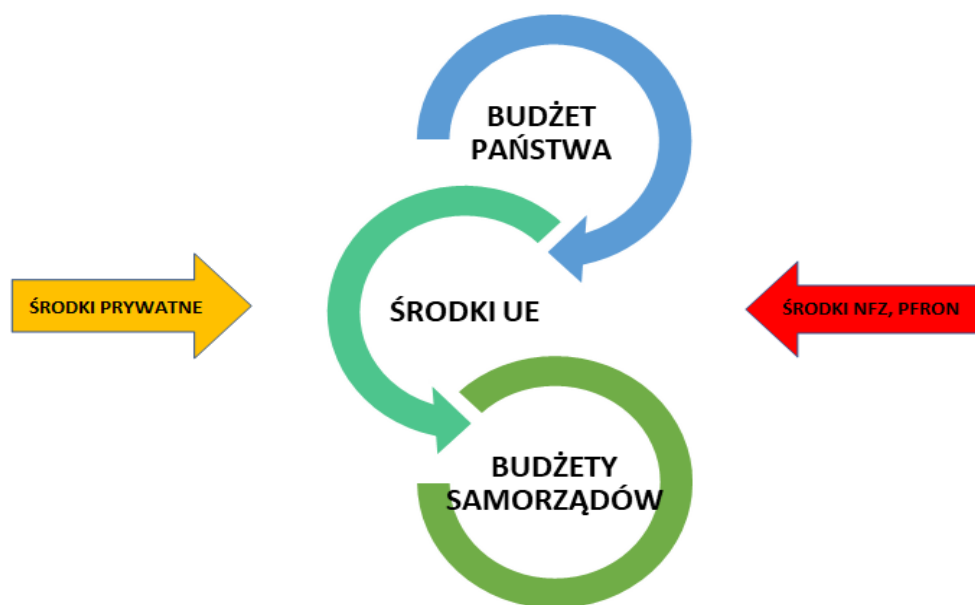
Zmiany systemowe w realizacji usług społecznych i zdrowotnych będą również finansowane ze środków Unii Europejskiej przewidzianych w nowym okresie programowania na lata 2021 - 2027. Środki Europejskiego Funduszu Społecznego+ (EFS+), w ramach Programu Fundusze Europejskie na rzecz Rozwoju Społecznego (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.

Poniższy schemat ilustruje montaż finansowy procesu deinstytucjonalizacji usług społecznych.



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

## Rozdział VI. WSKAŹNIKI MONITORUJĄCE REALIZACJĘ CELÓW STRATEGII

I.p.	cel szczegółowy	opis wskaźnika	wartość początkowa	wartość docelowa	termin osiągnięcia wskaźnika do..	podmiot monitorujący
<b>Cel strategiczny: Zwiększenie udziału rodzin i rodzinnych form pieczy zastępczej w opiece i wychowaniu dzieci.</b>						
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		Odsetek planów pomocy dziecku i rodzinie powstałych w oparciu o zespoły multidyscyplinarne (co najmniej z poziomu gminy i powiatu) w ogólnej liczbie wszystkich dzieci odseparowanych od rodziny (we	0	100%	31 grudnia 2035 r.	MRiPS

		wszystkich formach opieki długoterminowej)				
1.4		Odsetek rodzin w stosunku do których zastosowano, kompleksową analizę możliwości reintegracji	0	100%	31 grudnia 2035 r.	MRiPS
1.5	Rozwój rodzinnych form pieczy zastępczej.	Dzieci przebywające w pieczy zastępczej wychowują się w pieczy rodzinnej.	77% dzieci	100% dzieci	31 grudnia 2035 r.	MRiPS
1.6	Zmiana funkcjonalności placówek całodobowych długookresowego pobytu.	Przekształcenie placówek opiekuńczo – wychowawczych wsparcia całodobowego w dzienne ośrodki wsparcia pieczy zastępczej.	0	100%	31 grudnia 2035 r.	MRiPS
1.7	Poprawę jakości usamodzielniania wychowanków pieczy	Zwiększenie zasobu mieszkalnictwa treningowego dla osób usamodzielnianych.	380 mieszkań	700 mieszkań	31 grudnia 2035 r.	MRiPS

1.8	zastępczej i placówek całodobowych i długookresowego pobytu.	Odsetek wychowanków, którzy w okresie do 3 lat od usamodzielnienia zamieszkują w lokalu do własnej dyspozycji.	bd	100%	31 grudnia 2035 r.	MRiPS
<b>Cel strategiczny:</b>						
<b>Zbudowanie skutecznego i trwałego systemu opieki długoterminowej świadczącego skoordynowane usługi społeczne i zdrowotne.</b>						
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	Rozwój środowiskowych form wsparcia opieki długoterminowej.	Utworzenie centrów usług społecznych.	0	25% <sup>96</sup> gmin w Polsce	31 grudnia 2030 r.	MRiPS
		Utworzenie mieszkań	0	2000	31 grudnia 2035 r.	MRiPS

<sup>96</sup> Obecnie fakultatywnie tworzenie CUS (wskaźnik 25%). W przypadku zmiany przepisów prawa na obligatoryjne tworzenie CUS – wskaźnik 100% gmin.

		wspomaganych				
		Przekształcanie stacjonarnych placówek opieki długoterminowej w placówki realizujące kompleksowe usługi, stacjonarne i środowiskowe, w tym usługi realizujące stacjonarną opiekę krótkoterminową. Przekształcenie dotyczyć ma otwarcia na równoległą realizację usług środowiskowych przy ograniczeniu do niezbędnego minimum wsparcia stacjonarnego.	0	100% jednostek typu DPS	31 grudnia 2035 r.	MRiPS
2.3	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	0	100% jednostek	31 grudnia 2030 r.	MRiPS MZ



		długoterminowej w zakresie warunków bytowych, w tym zapewnienia osobom korzystającym z usług - pokoi jednoosobowych.		typu DPS, ZOL, ZPO		
2.4	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
2.5	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
<b>Cel strategiczny</b>						
<b>Włączenie społeczne osób z niepełnosprawnościami dające możliwość życia w społeczności lokalnej niezależnie od stopnia sprawności</b>						
3.1	Wdrożenie systemu koordynacji oraz	Na poziomie każdej gminy utworzone zostanie miejsce	0	100% gmin	31 grudnia 2025 r.	MRiPS

	standaryzacji usług społecznych i zdrowotnych.	koordynacji usług społecznych i zdrowotnych.				
3.2	Wdrożenie systemowej usługi mieszkalnictwa wspomaganego.	Utworzenie mieszkań wspomaganych.	bd	5000 mieszkań	31 grudnia 2035 r.	MRiPS
		Upowszechnianie i rozwój centrów opiekuńczo – mieszkalnych.	bd	100 COM	31 grudnia 2024 r.	MRiPS
3.3	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
<b>Cel strategiczny:</b>						
<b>Stworzenie skutecznego systemu wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi</b>						
4.1	Wdrożenie systemu koordynacji oraz	Na poziomie każdej gminy utworzone zostanie miejsce	0	100% gmin	31 grudnia 2025 r.	MRiPS

	standaryzacji usług społecznych i zdrowotnych dla osób z zaburzeniami psychicznymi.	koordynacji usług społecznych i zdrowotnych.				
4.2	Rozwój zintegrowanych usług społecznych dla osób z zaburzeniami psychicznymi.	Uruchomienie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w każdej gminie.	50,9 % 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 psychicznymi.	Stworzenie sieci mieszkań treningowych z asystenturą, doradztwem zawodowym i treningami pracy.	219 <sup>97</sup>	1000 mieszkań	31 grudnia 2035 r.	MRiPS
		Tworzenie przedsiębiorstw	1606	8300 PS	31 grudnia 2035 r.	MRiPS

<sup>97</sup> 219- liczba mieszkań chronionych ogółem dla osób z zaburzeniami psychicznymi – dane za 2020 r.

		społecznych				
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 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 2035 r.	MZ
4.6	Rozwój psychiatrii	Zwiększenie liczby psychiatrów	455 lekarzy	1000 lekarzy	31 grudnia 2035 r.	MZ

	dziecięcej.	dzieci i młodzieży.	specjalistów	specjalistów		
<b>Cel strategiczny:</b>						
<b>Stworzenie skutecznego systemu wsparcia dla osób w kryzysie bezdomności oraz zagrożonych bezdomnością.</b>						
5.1	Wdrożenie systemu koordynacji oraz standaryzacji usług społecznych dla osób w kryzysie bezdomności oraz osób zagrożonych bezdomnością.	Na poziomie każdej gminy utworzone zostanie miejsce koordynacji usług społecznych.	bd	100% gmin	31 grudnia 2025 r.	MRiPS
		Zmiana sposobu funkcjonowania instytucjonalnych form wsparcia osób w kryzysie bezdomności.	0	80%	31 grudnia 2035 r.	MRiPS
		Udział gmin realizujących standard działań profilaktycznych i interwencyjnych w zakresie mieszkalnictwa pozwalających kontrolować zadłużenie.	bd	25% 100%	2025 r. 2030 r.	MRiPS
		Odsetek osób przebywających w instytucjach, z którymi podjęto pracę socjalną przed opuszczeniem	bd	100%	31 grudnia 2025 r.	MRiPS

		instytucji.				
		Liczba gmin, w których świadczone są usługi streetworkerów zintegrowane z systemem interwencyjnych usług schronienia i innymi usługami typu outreach.	42	500	2030 r.	MRiPS
5.2	Opracowanie i wdrożenie rozwiązań na rzecz przejścia ze wsparcia instytucjonalnego do wsparcia w formie mieszkaniowej.	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
		Liczba mieszkań dla osób wychodzących z kryzysu bezdomności.	bd	6400	31 grudnia 2035 r.	MRiPS
		Tworzenie społecznych agencji najmu i zapewnianie możliwości	1	100	31 grudnia 2035 r.	MRPiT

		podjęcia lokalu mieszkalnego m.in. osobom w kryzysie bezdolności lub zagrożonym bezdolnością zastępujących sukcesywnie miejsca w placówkach instytucjonalnych.				
		Odsetek miejsc dla osób w kryzysie bezdolności zapewnionych przez gminę (na terenie gminy lub poprzez wykupienie miejsca w innej gminie) w mieszkaniach wspomaganych w stosunku do osób w kryzysie bezdolności z terenu danej gminy.	bd	25% 50% 80%	2025 r. 2030 r. 2035 r.	MRiPS
		Liczba gmin objętych działaniami edukacyjnymi w zakresie możliwości tworzenia i prowadzenia, sposobu działania, dostępnych mechanizmów finansowych, kwestii organizacyjnych związanych z	bd	50 150 300	2025 r. 2030 r. 2035 r.	MRPiT

		zakładaniem i prowadzeniem społecznych agencji najmu.				
		Liczba gmin, w których stworzono programy pilotażowe systemowego wprowadzania mieszkań wspomaganych, w tym realizowanych w oparciu o metodę „Najpierw Mieszkanie”.	bd	30	2025 r.	MRiPS

*Tabela nr 19. Wskaźniki monitorujące realizację celów strategii.*



## WYKAZ TABEL I ILUSTRACJI

### TABELE:

nr tabeli	opis tabeli	strona w dokumencie
1	<i>System wsparcia dzieci.</i>	17-21
2	<i>System wsparcia – osoby starsze.</i>	29-33
3	<i>Elementy systemu wsparcia dla osób przewlekle psychicznie chorych.</i>	43-45
4	<i>System wsparcia osób z niepełnosprawnościami.</i>	57-59
5	<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>	61
6	<i>Opracowanie własne MRiPS na podstawie sprawozdań rzeczowo-finansowych z wykonywania zadań z zakresu świadczeń rodzinnych za lata 2016-2020.</i>	63
7	<i>Liczba świadczeń i gmin – usługi opiekuńcze porównawczo 2016/2020. ŹRÓDŁO: SPRAWOZDANIE MRPiPS-03 (w roku 2016 symbol: MPiPS-03).</i>	74
8	<i>Liczba mieszkań chronionych porównawczo 2016/2020. ŹRÓDŁO: SPRAWOZDANIE MRPiPS-03 (w roku 2016 symbol: MPiPS-03).</i>	75
9	<i>Liczba i rodzaj ośrodków wsparcia - porównawczo 2016/2020 ŹRÓDŁO: SPRAWOZDANIE MRPiPS-03 (w roku</i>	76

	<i>2016 symbol: MPiPS-03), z wyjątkiem danych dot. ŚDS za 2016 rok: SPRAWOZDANIE MPiPS-05.</i>	
10	<i>Liczba rodzinnych domów pomocy porównawczo w latach od 2016 do 2020. ŹRÓDŁO: SPRAWOZDANIE MRPiPS-03 (w roku 2016 symbol: MPiPS-03).</i>	77
11	<i>Liczba domów pomocy społecznej w latach 2016-2020. ŹRÓDŁO: SPRAWOZDANIE MRPiPS-05 (w roku 2016 symbol: MPiPS-05).</i>	78
12	<i>Liczba mieszkańców w domach pomocy społecznej w latach 2016 – 2020. ŹRÓDŁO: SPRAWOZDANIE MRPiPS-03 (w roku 2016 symbol: MPiPS-03).</i>	78-79
13	<i>Liczba osób usamodzielnianych w domach pomocy społecznej w latach 2016 – 2020. ŹRÓDŁO: SPRAWOZDANIE MRPiPS-03 (w roku 2016 symbol: MPiPS-03).</i>	79
14	<i>Liczba osób zatrudnionych w wybranych jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej porównawczo 2016/2020. ŹRÓDŁO: SPRAWOZDANIE MRPiPS-03 (w roku 2016 symbol: MPiPS-03).</i>	82
15	<i>Podstawowe działania procesu deinstytucjonalizacji.</i>	84-85
16	<i>Priorytetyzacja w usługach wsparcia rodziny.</i>	88-95
17	<i>Dane z zakresu opieki długoterminowej (Źródło: Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych – 20.05.2021r.).</i>	103
18	<i>Role podmiotów w realizacji celów Strategii deinstytucjonalizacji.</i>	138-144
19	<i>Wskaźniki monitorujące realizację celów strategii.</i>	149-160

**ILUSTRACJE:**

nr ilustracji	opis ilustracji	strona w dokumencie
1	<i>Odwrócona piramida – schemat organizacji usług wsparcia rodziny.</i>	88
2	<i>Odwrócona piramida – schemat organizacji usług opieki długoterminowej.</i>	104
3	<i>Schemat systemu opieki długoterminowej w Polsce, po wdrożeniu idei deinstytucjonalizacji.</i>	105
4	<i>Role w systemie opieki długoterminowej.</i>	106
5	<i>Sposób finansowania usług w systemie opieki długoterminowej.</i>	107
6	<i>Sposób finansowania usług w systemie opieki długoterminowej.</i>	110
7	<i>Montaż finansowy działań z zakresu deinstytucjonalizacji usług społecznych.</i>	148