

Warszawa, dnia 10 sierpnia 2022 r.

Poz. 767

**UCHWAŁA NR 135
RADY MINISTRÓW**

z dnia 15 czerwca 2022 r.

w sprawie przyjęcia polityki publicznej pod nazwą Strategia rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.)

Na podstawie art. 21f ust. 4 ustawy z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz. U. z 2021 r. poz. 1057 oraz z 2022 r. poz. 1079) Rada Ministrów uchwala, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się politykę publiczną pod nazwą Strategia rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.), zwaną dalej „Strategią”, stanowiącą załącznik do uchwały.

§ 2. Monitorowanie realizacji Strategii powierza się ministrowi właściwemu do spraw zabezpieczenia społecznego.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.

Prezes Rady Ministrów: *M. Morawiecki*

Załącznik do uchwały nr 135 Rady Ministrów
z dnia 15 czerwca 2022 r. (M.P. poz. 767)

STRATEGIA ROZWOJU USŁUG SPOŁECZNYCH
polityka publiczna do roku 2030
(z perspektywą do 2035 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 oraz przy udziale ekspertów z zakresu poszczególnych obszarów usług społecznych, 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). W opracowaniu dokumentu uczestniczyli przedstawiciele jednostek samorządu terytorialnego różnego szczebla.

Spis treści

WPROWADZENIE	4
Rozdział I. DIAGNOZA	8
1. Rodzina – dzieci, w tym dzieci z niepełnosprawnościami	8
2. Osoby starsze.....	21
3. Osoby z niepełnosprawnościami	38
4. Osoby z zaburzeniami psychicznymi i w kryzysie psychicznym.....	56
5. Osoby w kryzysie bezdomności	63
Rozdział II. USŁUGI OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ	74
1. Pomoc społeczna w kontekście realizacji usług społecznych	75
1.1 Ośrodki Pomocy Społecznej	76
1.2 Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie	76
1.3 Regionalne Ośrodki Polityki Społecznej	79
1.4 Wydziały Polityki Społecznej	80
1.5 Centra usług społecznych	80
1.6 Kadry realizujące usługi społeczne w pomocy społecznej	82
2. Inne instytucje i podmioty zaangażowane w realizację usług społecznych	82
2.1 Podmioty ekonomii społecznej	82
2.2 Organizacje społeczeństwa obywatelskiego	83
3. Programy na rzecz deinstytucjonalizacji usług społecznych.....	85
Rozdział III. ISTOTA PROCESU DEINSTYTUCJONALIZACJI	96
Rozdział IV. WIZJA I CELE STRATEGICZNE	100
Kierunki działań dla realizacji Celu strategicznego 1	102
Kierunki działań dla realizacji Celu strategicznego 2	107
Kierunki działań dla realizacji Celu strategicznego 3	111
Kierunki działań dla realizacji Celu strategicznego 4	114
Kierunki działań dla realizacji Celu strategicznego 5	117
Rozdział V. ZASADY REALIZACJI POLITYKI PUBLICZNEJ	120
MONITOROWANIE i WSKAŹNIKI	120
Tabela wskaźników	121
FINANSOWANIE	126
WYKAZ TABEL, ILUSTRACJI I WYKRESÓW	130

WPROWADZENIE

Usługi społeczne stanowią coraz ważniejszy komponent polityki społecznej państwa. Jest to związane z takimi procesami jak zmiany demograficzne i starzenie się społeczeństwa, przeobrażenia rynków pracy, wzrost liczby potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu i osób 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. Usługi społeczne, obok polityki zabezpieczenia dochodu, są istotnym komponentem polityki społecznej, ponieważ prowadzą do poprawy stanu psychofizycznego osób w sensie indywidualnym i zbiorowym lub do zmiany ich sytuacji życiowej. Usługi społeczne, które są udostępniane i organizowane w sposób profesjonalny, realnie wpływają na podniesienie jakości życia osób i rodzin.

Należy podkreślić, że usługi społeczne są generalnie dedykowane wszystkim, 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:

- a) dzieci, w tym dzieci z niepełnosprawnościami,
- b) osób z niepełnosprawnościami i osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu,
- c) osób w kryzysie 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 przez 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 UE¹. Punkt 18 odnosi się bezpośrednio do opieki długoterminowej² i mówi, że

¹ The proclamation of the European Pillar of Social Rights on 17 November 2017.

² Według definicji przyjętej w ramach UE (m.in. „Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies” European Commission 2018 oraz „Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society. Report jointly

„każdy ma prawo do przystępnych cenowo i dobrej jakości usług opieki długoterminowej, w szczególności opieki w domu i usług środowiskowych”. 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 o Prawach Osób Niepełnosprawnych sporządzoną w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. (Dz. U. z 2012 r. poz. 1169 oraz z 2018 r. poz. 1217). 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 działania zmierzające do rozwoju usług społecznych w społeczności lokalnej w celu zaspokojenia potrzeb osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, przez opracowanie i wdrożenie kompleksowego systemu realizacji usług społecznych, który będzie gwarantował możliwość dokonania przez osobę potrzebującą wsparcia osobistego niczym niezdeterminowanego 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 potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Stąd też przyjmuje się, że usługi społeczne w przyszłości powinny mieć charakter bardziej zdeinstytucjonalizowany, co oznacza rozwój usług środowiskowych w miejscu zamieszkania.

prepared by Social Protection Committee and the European Commission” 2014), opieka długoterminowa to usługi i pomoc dla osób, które z powodu słabości lub niepełnosprawności fizycznej lub psychicznej przez dłuższy czas wymagają pomocy w czynnościach życia codziennego i/lub wymagają stałej opieki pielęgniarzkiej. System LTC jest rozumiany jako połączenie usług społecznych i opiekuńczych oraz świadczeń pieniężnych finansowanych w całości lub częściowo w ramach systemu zabezpieczenia społecznego. Ilekroć w niniejszym dokumencie jest stosowane sformułowanie „opieka długoterminowa” i nie wskazano na jego inną definicję (np. wynikającą z krajowych przepisów dotyczących ochrony zdrowia), należy je rozumieć zgodnie z przywołaną definicją europejską.

Dokument „Strategia rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.)” stanowi politykę publiczną w rozumieniu ustawy z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz. U. z 2021 r. poz. 1057 oraz z 2022 r. poz. 1079).

Na gruncie krajowym, w polskiej polityce społecznej idea deinstytucjonalizacji jest obecna od lat. Przedmiotowy dokument wpisuje się w cel szczegółowy II Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.) – Rozwój społecznie wrażliwy i terytorialnie zrównoważony, kierunek interwencji – Poprawa dostępności do usług, w tym społecznych i zdrowotnych, gdzie deinstytucjonalizacja została wskazana jako przyjęty kierunek zmian w systemie usług społecznych. W Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego deinstytucjonalizacja jest uwzględniona wprost m.in. przy działaniach dotyczących usług pieczy zastępczej oraz usług społecznych.

Dokument koreluje z Krajowym Programem Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu. Aktualizacja 2021–2027, polityka publiczna z perspektywą do roku 2030 (KPPUiWS)³, Strategią na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami⁴, a także Krajowym Programem Rozwoju Ekonomii Społecznej do 2023 roku. Ekonomia Solidarności Społecznej⁵. Kwestie dotyczące inkluzji społecznej osób w każdym wieku, m.in. przez diagnozę predyspozycji i umiejętności oraz rozwój umiejętności, podkreślono także w dokumencie o statusie polityki publicznej „Zintegrowana Strategia Umiejętności 2030”⁶.

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).

Strategia razem z dokumentem opracowanym przez Ministerstwo Zdrowia pn. „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu zdrowia na lata 2021–2027,

³ Uchwała nr 105 Rady Ministrów z dnia 17 sierpnia 2021 r. w sprawie przyjęcia polityki publicznej pod nazwą „Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu. Aktualizacja 2021–2027, polityka publiczna z perspektywą do roku 2030” (M.P. poz. 843).

⁴ Uchwała 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).

⁵ Uchwała nr 11 Rady Ministrów z dnia 31 stycznia 2019 r. zmieniająca uchwałę w sprawie przyjęcia programu pod nazwą „Krajowy Program Rozwoju Ekonomii Społecznej” (M.P. poz. 214).

⁶ Część ogólna ZSU 2030: uchwała nr 12/2019 Rady Ministrów z dnia 25 stycznia 2019 r., część szczegółowa ZSU 2030: uchwała nr 195/2020 Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2020 r.

z perspektywą do 2030 r.”⁷ stanowi wspólne ramy dla procesu deinstytucjonalizacji. Mimo opracowania dwóch osobnych dokumentów, co wynika z rozdzielności systemów w Polsce, są one wobec siebie komplementarne i wzajemnie się uzupełniają.

Dokument ma charakter programowy i na obecnym etapie nie powoduje skutków finansowych oraz nie stanowi podstawy do ubiegania się o dodatkowe środki finansowe. Jest wyznacznikiem kierunków priorytetów i działań, które w pierwszej kolejności są finansowane ze źródeł już dostępnych. Nowe działania, wskazane w poszczególnych priorytetach nie będą powodować skutków finansowych dla sektora finansów publicznych, jak również nie ulegnie zmianie poziom finansowania zaplanowany ze środków budżetu państwa. Strategia Rozwoju Usług Społecznych powinna więc być wykorzystywana zgodnie z przeznaczeniem jako strategiczny dokument wskazujący cele i kierunki rozwoju usług społecznych, przy wykorzystaniu wskazanych możliwości i indykatywnych źródeł finansowania.

⁷ Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r.

Rozdział I. DIAGNOZA

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.

Ostatnie pełne badanie rodzin w Polsce zostało przeprowadzone w ramach „Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2021” (NSP 2021). Jednakże całościowe wyniki NSP 2021 nie zostały jeszcze opublikowane.⁸ Dlatego na potrzeby niniejszego rozdziału zostały wykorzystane wyniki badania rodzin w Polsce przeprowadzone w ramach „Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2011”. Z danych z roku 2011 wynika, że 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. 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.⁹ Jak z nich wynika, obecnie niemal połowa Polaków (49%) realizuje model rodziny dwupokoleniowej, nuklearnej – składającej się z rodziców i dzieci. Odsetek osób żyjących w dużej, wielopokoleniowej rodzinie wynosi 22%, a w małżeństwie bez dzieci – 11%. Co dziesiąta osoba żyje obecnie samotnie (10%). Grupa żyjących w związkach nieformalnych stanowi 3%, a 1% to osoby samotnie wychowujące dzieci.

W okresie międzypisowym były realizowane m.in. międzynarodowe badania panelowe

⁸ Zgodnie z harmonogramem GUS wstępne wyniki NSP 2021 dotyczące rodzin zostaną opublikowane na Portalu Informacyjnym GUS do listopada 2022 r. Wyniki wstępne publikowane w maju 2022 r. nie obejmują zakresu tematu rodzin.

⁹ Fundacja CBOS, *Preferowane i realizowane modele życia rodzinnego*, komunikat z badań nr 46/2019. Kwiecień 2019.

„Generacja i Rodzina”¹⁰, 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 są to matki). Coraz więcej osób nie decyduje się też na zawarcie związku małżeńskiego, chociaż mają dzieci.

Sytuacja materialna gospodarstw domowych

W 2020 r. nastąpiła poprawa sytuacji materialnej gospodarstw domowych w Polsce. Poziom przeciętnego miesięcznego dochodu rozporządzalnego na osobę w zaokrągleniu do 1 zł wyniósł w 2020 r. – 1919 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 1210 zł i były realnie niższe o 6,5% od wydatków z 2019 r. Wydatki na towary i usługi konsumpcyjne wyniosły 1165 zł i były realnie niższe o 6,2% w stosunku do 2019 r.¹¹. Należy również dodać, że wpływ na spadek wydatków mógł być spowodowany pandemią koronawirusa SARS-CoV-2 np. przez ostrożniejsze podejmowanie decyzji wydatkowych, spadek kosztów związanych z zakupem niektórych usług z uwagi na ich ograniczoną dostępność i inne. 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

¹⁰ 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 są prowadzone panelowe badania na losowej próbie od 15 do 20 tys. respondentów w wieku 18–79 lat w każdym z krajów, <https://forsal.pl/gospodarka/demografia/artykuly/8102395,badanie-nie-sposob-mowic-dzis-o-jednej-standardowej-polskiej-rodzinie.html>.

¹¹ 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>.

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.

Bardzo ważną obiektywną miarą odzwierciedlającą skalę występowania bardzo trudnej sytuacji materialnej jest ubóstwo skrajne. Podstawą wyznaczania granicy ubóstwa skrajnego stanowi minimum egzystencji szacowane przez Instytut Pracy i Spraw Socjalnych (IPiSS). Kategoria minimum egzystencji wyznacza bardzo niski poziom zaspokojenia potrzeb. Konsumpcja poniżej tego poziomu utrudnia przeżycie i stanowi zagrożenie dla psychofizycznego rozwoju człowieka.

W roku 2020 zasięg ubóstwa skrajnego wyniósł ok. 5% wśród osób w gospodarstwach domowych. Był on wyższy o 1 pkt proc. w porównaniu z 2019 r.

W 2020 r. szczególnie narażone na ubóstwo skrajne były gospodarstwa domowe rolników oraz gospodarstwa utrzymujące się głównie z tzw. niezarobkowych źródeł (w obu grupach – prawie 14% osób z tych gospodarstw). Wśród tych ostatnich zwracają uwagę gospodarstwa utrzymujące się ze świadczeń społecznych innych niż emerytury i renty (ok. 15% osób ubogich). Wyższy od przeciętnego poziom ubóstwa skrajnego wystąpił także w gospodarstwach domowych rencistów (ok. 8%).

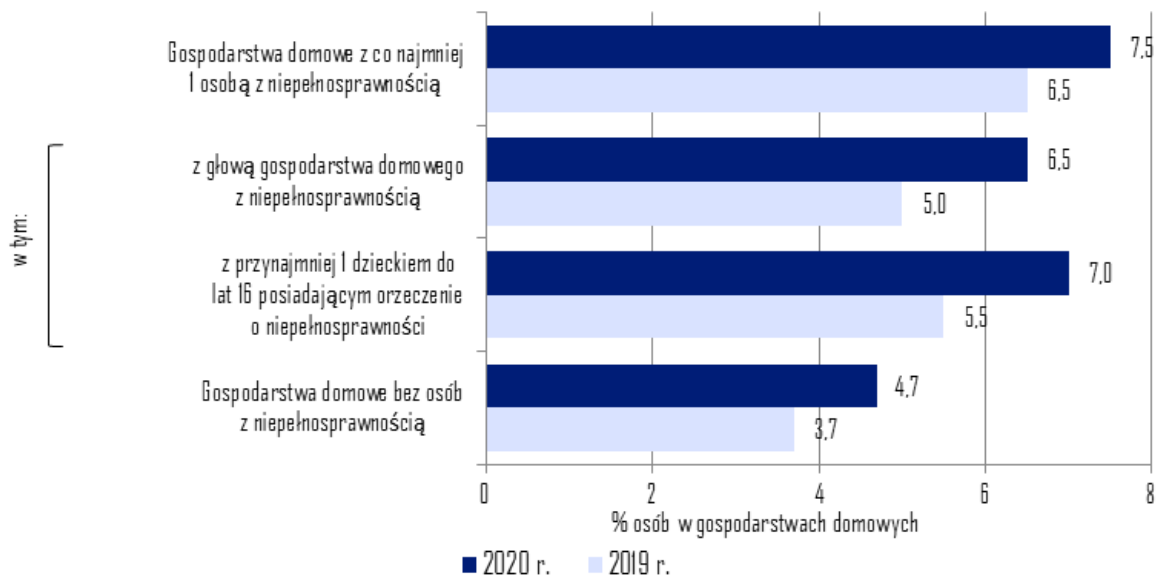
Ponadprzeciętnie ubóstwem skrajnym były dotknięte też gospodarstwa domowe osób mających niski poziom wykształcenia. Stopa ubóstwa wśród gospodarstw, których głowa (Głowa gospodarstwa domowego (określana w badaniu budżetów gospodarstw domowych jako osoba odniesienia) to osoba, która ukończyła 16 lat i osiąga stały w dłuższym okresie czasu najwyższy dochód spośród wszystkich członków gospodarstwa domowego) posiadała wykształcenie co najwyżej gimnazjalne, była ponad dwukrotnie wyższa niż przeciętnie i wyniosła ok. 12% osób w gospodarstwach domowych. Wyższy od przeciętnej był również odsetek ubogich w przypadku gospodarstw osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym (ok. 8% osób). Do grupy gospodarstw domowych o relatywnie wysokiej stopie ubóstwa skrajnego należały gospodarstwa posiadające w swoim składzie osoby z orzeczeniem o niepełnosprawności. Stopa ubóstwa skrajnego w gospodarstwach domowych z co najmniej jedną osobą uznaną za niepełnosprawną wyniosła 7,5%. Wyższą od średniej dla Polski stopą

ubóstwa skrajnego w 2020 r. charakteryzowały się także gospodarstwa domowe z dziećmi poniżej 18. roku życia. Dotyczyło to przede wszystkim gospodarstw domowych z co najmniej trójką dzieci w tym wieku (prawie 9% osób ubogich), ale także gospodarstw domowych z dwojgiem dzieci (6,5% osób ubogich). Stopa ubóstwa skrajnego wśród dzieci i młodzieży do 18. roku życia wyniosła w 2020 r. ok. 6%. Jeśli weźmiemy pod uwagę bezwzględne zmiany zasięgu ubóstwa skrajnego między 2020 r. a 2019 r. wyrażone w pkt proc., to okaże się, że największy wzrost stopy tego rodzaju ubóstwa odnotowano w przypadku gospodarstw domowych rolników (o niecałe 4 pkt proc) oraz gospodarstw utrzymujących się ze źródeł niezarobkowych (prawie 3 pkt proc). W mniejszym stopniu – o ok. 2 pkt proc – wzrósł odsetek osób ubogich wśród gospodarstw rencistów, a także wśród gospodarstw z co najmniej trojgiem dzieci poniżej 18. roku życia. O tyle (czyli o ok. 2 pkt proc) zwiększył się też zasięg ubóstwa skrajnego wśród mieszkańców wsi oraz najmniejszych miast (poniżej 20 tys. mieszkańców), a także wśród osób z gospodarstw domowych, w których głowa legitymowała się wykształceniem co najwyżej gimnazjalnym.

W przypadku pozostałych branż pod uwagę w analizie grup ludności wartości stóp ubóstwa w 2020 r. były na zbliżonym poziomie co w 2019 r. bądź zaobserwowane zmiany nie przekraczały 1,5 pkt proc.¹²

¹² Szerzej nt. zasięgów ubóstwa ekonomicznego w latach 2019 i 2020 w następujących publikacjach GUS:
– Ubóstwo w Polsce w latach 2019 i 2020 (dostęp: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/ubostwo-pomoc-spoeczna/ubostwo-w-polsce-w-latach-2019-i-2020,1,10.html>);
– Zasięg ubóstwa ekonomicznego w Polsce w 2020 roku (dostęp: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/ubostwo-pomoc-spoeczna/zasieg-ubostwa-ekonomicznego-w-polsce-w-2020-roku,14,8.html>)

Wykres 1. Zasięg ubóstwa skrajnego w 2019 r. i 2020 r. wg obecności osób z orzeczeniem o niepełnosprawności w gospodarstwie domowym



Źródło: Zasięg ubóstwa ekonomicznego w Polsce w 2020 roku, GUS.

Polityka prorodzinna

W 2004 r. Rządowa Rada Ludnościowa wskazała, 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”¹³. 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 niwelowaniu najbardziej widocznych i dotkliwych objawów ubóstwa. Pomoc rodzinie wymaga wielokierunkowych działań programowych i organizatorskich budujących w środowiskach lokalnych oraz w środowiskach pracy bezpieczne i przyjazne

¹³ Rządowa Rada Ludnościowa, *Sytuacja demograficzna Polski, Raport 2003*, Warszawa 2004, s. 18.

warunki oraz atmosferę sprzyjającą rodzinom wychowującym dzieci”¹⁴.

Wypracowanie całościowej i długofalowej polityki rodzinnej wydaje się być kluczowe dla efektywnego i skutecznego działania na rzecz rodziny w kontekście obecnej sytuacji demograficznej.

Ważne jest również, 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”¹⁵. Zatem instrumenty prorodzinne będą odgrywać właściwą rolę wówczas, gdy będą stanowić uzupełnienie dochodów osiąganych z pracy pozwalających na utrzymanie rodziny¹⁶.

Od 2015 r. rodzina znajduje się w centrum polityki społecznej rządu. Dlatego są podejmowane liczne działania z zakresu polityki państwa na rzecz dziecka i rodziny. Przykładem takiego działania jest rządowy program „Rodzina 500+”, który jest finansowym fundamentem wsparcia rodzin. Program wszedł w życie 1 kwietnia 2016 r. i przyczynił się do znacznej poprawy sytuacji materialnej rodzin, wzmocnił je i nadał należyty priorytet. W efekcie uruchomienia rządowego programu „Rodzina 500+” nastąpił znaczący wzrost udziału wydatków państwa na politykę rodzinną. W ramach tego programu rodzinom z dziećmi na utrzymaniu przysługuje świadczenie wychowawcze w wysokości 500 zł wypłacane co miesiąc na dziecko w wieku do ukończenia 18. roku życia, bez względu na dochód osiągany przez rodzinę. Drugim rządowym programem wspierającym rodzinę jest program „Dobry Start”, w ramach którego jest świadczone wsparcie stanowiące inwestycję w edukację polskich dzieci w postaci 300 zł jednorazowego wsparcia dla wszystkich uczniów rozpoczynających rok szkolny. Rodziny otrzymują świadczenie bez względu na dochód. To wsparcie dla 4,4 miliona uczniów. Świadczenie „Dobry Start” przysługuje raz w roku na dziecko uczące się w szkole, aż do ukończenia przez nie 20. roku życia. Na dziecko niepełnosprawne, uczące się w szkole, świadczenie przysługuje do ukończenia przez nie 24. roku życia. Z kolei Program „Maluch+” wspiera rozwój instytucji opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 – żłobków, klubów dziecięcych i dziennych opiekunów. Jego celem jest zwiększenie dostępności terytorialnej i finansowej

¹⁴ Tamże, s. 19.

¹⁵ Tamże, s. 2–3, [odczyt: 18.10.2019 r.].

¹⁶ 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.

miejsc opieki w żłobkach, klubach dziecięcych i u dziennych opiekunów dla wszystkich dzieci, w tym dzieci niepełnosprawnych oraz wymagających szczególnej opieki. Najnowsze rozwiązanie wprowadzone przez rząd, które zaczęło obowiązywać od 1 kwietnia 2022 r., to dofinansowanie obniżenia opłaty za pobyt dziecka w żłobku, klubie dziecięcym lub u dziennego opiekuna – to kolejny instrument wsparcia rodzin. Wiemy, że dostęp do instytucji opieki dla najmłodszych dzieci jest ważny dla rodziców. Dofinansowanie będzie przysługiwało rodzicom na dziecko uczęszczające do żłobka, klubu dziecięcego lub znajdujące się pod opieką dziennego opiekuna i niekorzystające z rodzinnego kapitału opiekuńczego.

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 rodzinnej pieczy zastępczej oraz instytucjonalnej pieczy zastępczej. Najbardziej pożądanym i podstawowym elementem systemu wsparcia dzieci pozbawionych opieki rodziców biologicznych to rodziny zastępcze.

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 są wykazywane 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, że piecza rodzinna jest zdecydowanie lepiej rozwiniętym obszarem wsparcia dzieci pozbawionych opieki rodzin biologicznych. Jednak nadal utrzymuje się dość duży, bo 23%, współczynnik udziału instytucjonalnej pieczy zastępczej w ogólnej liczbie dzieci w systemie.

Dostrzegalny jest fakt zmniejszania się liczby dzieci przebywających w pieczy zastępczej ogółem. 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 zastępczej 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 liczba ta na koniec 2020 r. zmniejszyła się o 2694 osób, co stanowi 3,60%.

Przez okres 5 lat dokonały się również procesy deinstytucjonalizacji pieczy zastępczej, 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, aby dzieci nie musiały korzystać z systemu pieczy zastępczej w ogóle, a jeżeli już korzystają, to najlepiej z pieczy o charakterze rodzinnym. Należy również zaznaczyć, że w Polsce miejscem zamieszkania dzieci są również placówki całodobowego długoterminowego pobytu – funkcjonujące w ramach różnych innych systemów, tj.: pomocy społecznej, ochrony zdrowia oraz oświaty.

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 przede wszystkim w:

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

Statystyki publiczne wskazują, że łącznie w instytucjonalnej pieczy zastępczej w 2020 r. przebywało 2017 dzieci z niepełnosprawnościami, natomiast w pieczy rodzinnej – 6446 dzieci. Zatem na 8463 dzieci z niepełnosprawnościami i przewlekle chorymi pozostającymi w pieczy zastępczej 23,83% dzieci przebywało w instytucji.

Ponadto należy zaznaczyć, że 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 do 18. roku życia przebywających w tym typie domów na koniec 2020 r. wyniosła 698 osób. 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 6409, z czego 3939 pełnoletnich osób opuściło rodzinne formy pieczy zastępczej. Pełnoletni wychowankowie pieczy rodzinnej w 79% przypadków założyli własne gospodarstwa domowe (3095 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 2474 pełnoletnich osoby opuściły placówki opiekuńczo-wychowawcze, z czego 771 osób (tj. 31%) powróciło do swoich rodzin naturalnych, natomiast 1278 osób (tj. 52%) założyło własne gospodarstwa domowe. Fakt ten, w zestawieniu z 79% dzieci, które założyły własne gospodarstwa domowe, opuszczając rodziny zastępcze, zdaje się świadczyć o gorszym przygotowaniu do startu w dorosłość dzieci – wychowanków instytucjonalnej pieczy zastępczej. Według stanu na 31 grudnia 2020 r. 1848 wychowanków w wieku 18–24 lata pozostaje nadal w placówkach opiekuńczo-wychowawczych.

PODSUMOWANIE ELEMENTÓW WSPARCIA

Wsparcie w zakresie usług świadczonych w społeczności lokalnej

W systemie wsparcia rodzina otrzymuje pomoc usługową w postaci:

- asystentury rodziny,
- asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością,
- usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych,
- usług wytchnieniowych,
- placówek wsparcia dziennego dla dzieci,
- pomocy rodziny wspierającej, wsparcia dziennego dla dzieci z niepełnosprawnościami,
- wsparcia rehabilitacyjno-terapeutycznego w ośrodku wczesnej interwencji, placówce

- edukacyjno-wychowawczej,
- wsparcia żywieniowego dla dzieci w ramach programów rządowych.

Wsparcie w zakresie pomocy finansowej

Rodziny wymagające wsparcia finansowego mogą skorzystać z różnych form. Wśród tychże form wyróżniamy:

- świadczenia rodzinne, w tym zasiłki rodzinne wraz z odpowiednimi dodatkami,
- świadczenie pielęgnacyjne kierowane do rodzica rezygnującego z aktywności zawodowej i opiekującego się dzieckiem legitymującym się odpowiednim orzeczeniem o niepełnosprawności lub znacznym stopniem niepełnosprawności,
- świadczenia z funduszu alimentacyjnego przysługujące w przypadku bezskuteczności egzekucji alimentów,
- zasiłki z pomocy społecznej.

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, w tym rodziców, którzy przysposobili dziecko, oraz rodzin zastępczych, prowadzących rodzinne domy dziecka, dyrektorów placówek opiekuńczo-wychowawczych, dyrektorów regionalnych placówek opiekuńczo-terapeutycznych, w których wychowują się dzieci w wieku szkolnym. 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 2022 r. poz. 1577). 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. W ramach rządowego programu „Rodzina 500+” rodzinom z dziećmi na utrzymaniu przysługuje świadczenie wychowawcze w wysokości 500 zł na każde dziecko w wieku do ukończenia 18. roku życia. Od 1 lipca 2019 r. świadczenie wychowawcze ma charakter powszechny i przysługuje niezależnie od dochodu rodziny. Dodatkowo, zgodnie z wprowadzonymi od 2022 r. zmianami w ramach programu „Rodzina 500 +”, świadczenie wychowawcze przysługuje na dzieci umieszczone w pieczy zastępczej w miejsce wypłacanego dotychczas dodatku w wysokości świadczenia

wychowawczego na podstawie ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej. W związku z tym o świadczenie wychowawcze na dzieci umieszczone w pieczy zastępczej mogą ubiegać się również osoby pobierające dotychczas dodatek wychowawczy, tj. rodziny zastępcze, osoby prowadzące rodzinny dom dziecka, dyrektorzy placówek opiekuńczo-wychowawczych, dyrektorzy regionalnych placówek opiekuńczo-terapeutycznych oraz dyrektorzy interwencyjnych ośrodków preadopcyjnych.

Wsparcie w zakresie opieki nad dziećmi pozbawionymi opieki rodziców

Rodziny zastępcze

To najbardziej pożądanym i podstawowym elementem systemu wsparcia dzieci pozbawionych opieki rodziców biologicznych. Formami rodzinnej pieczy zastępczej są:

1) rodzina zastępcza:

- a) spokrewniona,
- b) niezawodowa,
- c) zawodowa, w tym zawodowa pełniąca funkcję pogotowia rodzinnego i zawodowa specjalistyczna;

2) rodzinny dom dziecka.

Rodziny zastępcze oraz rodzinne domy dziecka mogą być wspierane przez rodziny pomocowe.

Rodzinne domy dziecka są prowadzone w warunkach domu rodzinnego dla maksymalnie 8 dzieci oraz osób, które osiągnęły pełnoletność i pozostają w pieczy zastępczej, kontynuując naukę. Zasady ich prowadzenia są określone w przepisach prawa, a szczegółowy zakres usług określa umowa z podmiotem zlecającym zadanie.

Instytucjonalna piecza zastępcza

Opieka nad dzieckiem jest zorganizowana w sposób instytucjonalny. Typologia placówek jest zróżnicowana ze względu na profil działalności. Instytucjonalna piecza zastępcza jest sprawowana w formie:

1. placówek opiekuńczo-wychowawczych,
2. regionalnych placówek opiekuńczo-terapeutycznych,
3. interwencyjnych ośrodków preadopcyjnych.

Funkcjonują następujące typy placówek opiekuńczo-wychowawczych:

- rodzinne (z punktu widzenia funkcjonalnego jest to element systemu rodzinnej pieczy zastępczej),
- interwencyjne,
- socjalizacyjne,
- specjalistyczno-terapeutyczne.

Domy pomocy społecznej (DPS)

W DPS zamieszkują dzieci i młodzież z niepełnosprawnością intelektualną i ruchową. Są to dzieci kierowane na podstawie postanowienia sądu rodzinnego lub na wniosek rodzica – za zgodą sądu rodzinnego. Część z nich jest kierowana do domu pomocy społecznej po wcześniejszym pobycie w rodzinie zastępczej lub placówce opiekuńczo-wychowawczej.

REKOMENDACJE

W zakresie działań profilaktycznych:

- promowanie rodziny jako naturalnego środowiska wychowywania dzieci,
- wsparcie rodzin z dzieckiem z niepełnosprawnością od urodzenia lub zaistnienia niepełnosprawności przez całe życie,
- upowszechnianie działań z zakresu zatrudnienia przyjaznego rodzinie (ang. family friendly employment), łączących interesy zarówno pracujących rodziców, jak i ich pracodawców,
- 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,
- propagowanie działań ukierunkowanych na zwiększenie poziomu wiedzy i kompetencji rodziców w zakresie zaspokajania potrzeb dzieci, w szczególności ochrony ich praw,
- skoordynowanie i uspołnienie współpracy multiprofesjonalnej z rodziną i na jej rzecz w celu wzmocnienia zasobów wewnętrznych i zewnętrznych, umożliwiających samodzielne zaspokajanie potrzeb rozwojowych dziecka,
- wspieranie trwałości rodziny przez m.in. organizowanie lokalnych grup wsparcia, szkół dla rodziców/wychowawców, poradnictwa rodzinnego, asystentury rodziny,

- wdrożenie rozwiązań zwiększających partycypację dziecka zagrożonego rozdzieleniem z rodziną lub rozdzielonego z nią w podejmowaniu decyzji, które go dotyczą.

W zakresie rozwoju usług społecznych ukierunkowanych na wsparcie rodzin z dziećmi:

- przekształcanie aktualnych placówek całodobowych wspierających dzieci i rodziców ze specjalnymi potrzebami w celu prowadzenia przez nie środowiskowych form resocjalizacji, terapii oraz działań wspomagających wychowanie,
- rozwój podmiotów świadczących terapie rodzinne i psychoterapie w sposób stały, łatwodostępny oraz przystępny finansowo,
- rozwój różnych form placówek wsparcia dziennego posiadających 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,
- wsparcie przez trenerów gospodarstwa domowego,
- rozwój programów korekcyjno-edukacyjnych dla osób stosujących przemoc,
- wsparcie przez rodziny wspierające (w tym specjalistyczne o charakterze terapeutycznym),
- partycypacyjne metody pracy z rodzinami, ukierunkowane na pobudzanie szerszych zasobów rodzinnych i/lub środowiskowych/sąsiedzkich,
- rozwój różnorodnych form opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 (opieka organizowana w formie żłobka lub klubu dziecięcego, a także sprawowana przez dziennego opiekuna oraz nianię),
- zwiększenie liczby miejsc w przedszkolach, liczby placówek wsparcia dziennego prowadzonych w formie opiekuńczej i specjalistycznej,
- wspieranie rodzin o szczególnych potrzebach: wielodzietnych, niepełnych i z osobami z niepełnosprawnością przez usługi opiekuńcze, asystenckie, opiekę wytchnieniową, dzienne formy wsparcia itp.

W zakresie wsparcia dziecka w kryzysie:

- rozwój sieci środowiskowych ośrodków pomocy psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży,

- rozwój bezpłatnych, czynnych całodobowo telefonów zaufania dla dzieci i młodzieży obsługiwanych przez specjalistów, w tym psychologów, psychoterapeutów,
- rozwój małych placówek, takich jak rodzinne domy dziecka, w zamian za zmniejszanie miejsc w dużych ośrodkach,
- promowanie rodzicielstwa zastępczego i adopcyjnego,
- wdrożenie rozwiązań skoncentrowanych na przyspieszeniu osiągnięcia stabilizacji życiowej dziecka po separacji od rodziny,
- wspieranie rodzin wieloproblemowych,
- 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,
- audyt sytuacji dziecka umieszczonego w pieczy zastępczej w ramach realizacji Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego, za pomocą systemu teleinformatycznego, obejmującego centralny rejestr wolnych miejsc w pieczy zastępczej oraz centralny rejestr placówek opiekuńczo-wychowawczych, dzięki któremu będzie możliwe przeprowadzenie analizy sytuacji dzieci umieszczonych w pieczy zastępczej i opracowanie planu działań w kierunku stabilizacji sytuacji dzieci i docelowego usamodzielnienia.

2. Osoby starsze

Granica, od której u człowieka rozpoczyna się starość, bywa różnie definiowana. 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. rok życia (art. 4 pkt 1 ww. ustawy). 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.

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.

Starzenie się ludności

Od dłuższego czasu na terenie Polski jest obserwowany 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+ dla kobiet i 65+ dla mężczyzn wzrosła o 2 096 328 (z 6 311 615 do 8 407 943), tj. o 33,2%, a udział zwiększył się o 5,4% (z 16,5% do 21,9%). Prognoza ludności do 2050 r. przewiduje kontynuację istniejącej tendencji. Zgodnie z założeniami opracowanej przez Główny Urząd Statystyczny prognozy demograficznej, obejmującej okres do 2050 r., w przyjętej perspektywie wystąpi znaczne zmniejszenie liczby dzieci i osób dorosłych, zaś zwiększy się liczba i udział osób starszych. W stosunku do 2013 r. ubytek dzieci w wieku 0–14 lat jest szacowany na poziomie 1,65 mln, w konsekwencji liczba dzieci w 2050 r. (4,96 mln) będzie stanowić 71,4% ich liczby w bazowym roku prognozy (w miastach – 68,4% oraz 75,2% na wsi). Z kolei liczba osób dorosłych (15–64 lata) zmniejszy się w perspektywie do 2050 r. o 8,3 mln; pod względem liczebności zasoby tej grupy ludności w końcu prognozowanego okresu będą stanowiły w miastach 61,5% stanu z 2013 r., a na wsi 81,2%. Zmniejszenie udziałów dzieci i dorosłych oznacza wzrost odsetka ludzi starszych (65+). Do końca horyzontu prognozy jest spodziewany przyrost o 19 pkt proc. w miastach, nieco mniej na wsi – o 16,8 pkt proc. W rezultacie udział osób starszych przekroczy 30% na obszarach wiejskich, natomiast w miastach zbliży się do 35%. W skali kraju liczebność tej zbiorowości zwiększy się o 5,4 mln w 2050 r. (...). Przebieg zmian liczebności subpopulacji 65+ pokrywa się z występowaniem wyżów i niżów urodzeń w II połowie ubiegłego stulecia. Po 2020 r. dynamika procesu ulegnie spowolnieniu aż do 2035 r., po czym – aż do 2050 r. – nastąpi ponownie znaczne zwiększenie liczebności tej grupy ludności jako konsekwencja wchodzenia w wiek starości demograficznej licznych roczników z lat 1970–1985. W ostatnim roku

prognozowanego okresu liczba osób w wieku 65 lat i więcej będzie stanowiła w miastach 179,3% zasobów z 2013 r. i 224,9% – na terenach wiejskich.¹⁷

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)¹⁸. 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 wieku udział ten się zwiększał. W przypadku osób należących do przedziału wiekowego 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%¹⁹.

Wspieranie aktywności osób starszych

Warunkiem pomyślnego starzenia się jest dobry stan zdrowia, małe ryzyko niepełnosprawności oraz zachowanie aktywności życiowej, wyrażającej się w wysokim poziomie sprawności fizycznej, umysłowej i społecznej. Utrzymaniu aktywności osób starszych sprzyja także ich udział w różnorodnych inicjatywach skierowanych do nich przez jednostki samorządu terytorialnego, organizacje pozarządowe i inne podmioty.

Ważną rolę w utrzymaniu aktywności życiowej seniorów odgrywają uniwersytety trzeciego wieku (dalej: „UTW”). Są to instytucje, które umożliwiają włączenie osób starszych do systemu kształcenia ustawicznego, proponując edukację nieformalną, niewieńczoną wprawdzie certyfikatami wiedzy i umiejętności, ale za to bogatą pod względem formy i treści²⁰. 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. Zgodnie z ostatnimi badaniami GUS, w roku akademickim 2017/18 w Polsce działało 640 UTW. Z zajęć UTW korzystało 113 193

¹⁷ GUS *Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy 2014–2050*.

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

¹⁹ Główny Urząd Statystyczny, *Bank...*, dz. cyt.

²⁰ Z. Hasińska, E. Tracz, *Rola uniwersytetów trzeciego wieku w aktywnym starzeniu się*, [w:] *Nauki Społeczne* 1(7)2013, Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu, Wrocław 2013 r.

seniorów.²¹

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 jednostek samorządu terytorialnego (wcześniej Program „Senior–WIGOR”). Celem Programu jest zwiększenie aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym seniorów przez rozbudowę infrastruktury ośrodków wsparcia w środowisku lokalnym oraz zwiększenie miejsc w placówkach „Senior+” przy dofinansowaniu działań jednostek samorządu terytorialnego 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).

W ramach dotychczasowej realizacji programu wieloletniego „Senior+” na lata 2015–2020 jednostki samorządu terytorialnego utworzyły do końca 2020 r. na terenie kraju w sumie 970 ośrodków wsparcia „Senior+”, w tym 308 Dziennych Domów „Senior+” i 662 Kluby „Senior+”, które oferują ponad 23 tys. miejsc wsparcia dziennego dla osób starszych.

W edycji 2021 przyznano dofinansowanie na utworzenie 113 nowych placówek, czyli ponad 2,5 tys. miejsc dla seniorów, a 560 istniejących klubów i domów Senior+ otrzyma dofinansowanie (ok. 14 tys. miejsc).

Wśród działań mających na celu wsparcie aktywności społecznej seniorów należy wymienić 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

²¹ Główny Urząd Statystyczny / Obszary tematyczne / Edukacja / Edukacja / Szkolnictwo wyższe i jego finanse w 2020 roku; Uniwersytety Trzeciego Wieku w roku akademickim 2017/2018

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 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+.

Tabela nr 1. Liczba uczestników – seniorów 60+ korzystających ze wsparcia w realizowanych programach rządowych w latach 2016–2020

Program/Rok	2016	2017	2018	2019	2020
Program wieloletni „Senior+” na lata 2015–2020 (Program „Senior+”)	2772	5010	11 508	19 082	25 073
Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014–2020 (Program ASOS)	128 560	179 338	106 088	156 152	146 397

Źródło: Sprawozdanie MRiPS.

Sytuacja materialna osób starszych

Głównym źródłem dochodów osób w wieku powyżej 60. roku życia (K) i 65. roku życia (M) są emerytury i renty. Ich przeciętne wysokości na koniec 2020 r. wynosiły: w przypadku emerytury z pozarolniczego systemu ubezpieczeń społecznych – 2544,90 zł, renty z tytułu niezdolności do pracy z pozarolniczego systemu ubezpieczeń społecznych – 2042,02 zł, a świadczenia dla rolników indywidualnych – 1376,40 zł. Relacja przeciętnej miesięcznej emerytury z pozarolniczego systemu do przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia pomniejszonego o składki na ubezpieczenie społeczne wyniosła w 2019 r. 56,4% (w 2009 r. –

60,8%). Dla rolników indywidualnych relacja ta wyniosła 30,4% w 2019 r. (w 2009 r. – 35%), a przeciętna wysokość renty z tytułu niezdolności do pracy z pozarolniczego systemu ubezpieczeń społecznych – 36,9% przeciętnego wynagrodzenia brutto (w 2009 r. – 36,7%). Choć wskaźniki zagrożenia ubóstwem dla osób w wieku 65+ są aktualnie niższe od średniej dla całej populacji, to najnowsze badania wskazują, że problem ubóstwa wśród seniorów zaczyna być coraz bardziej widoczny. Pojawia się on zarówno w badaniach budżetów gospodarstw, jak i sondażach opinii społecznej. Jednakże w przypadku wskaźnika zasięgu ubóstwa ustawowego zanotowano spadek z 7,0% w 2016 r. do 6,5% w 2019 r. Z kolei według badania z 2021 r. przeprowadzonego przez Centrum Badania Opinii Społecznej wynika, że sytuacja finansowa w istotny sposób jest związana m.in. z wiekiem. W gorszej sytuacji znajdowali się starsi respondenci – 22% ankietowanych w wieku 65 lat lub więcej deklaroowało, że żyje bardzo ubogo lub skromnie, podczas gdy dla całej badanej populacji wartość ta wynosiła 14%. Powyższy proces będzie się prawdopodobnie pogłębiał wraz z wchodzeniem w wiek emerytalny osób, które doświadczyły w życiu zawodowym długotrwałego bezrobocia, pracy w szarej strefie czy też wynagrodzenia na poziomie płacy minimalnej. Należy też pamiętać, że osoby w wieku 60+/65+ znacznie bardziej niż inne kategorie wiekowe są narażone na konieczność ponoszenia zwiększonych wydatków na cele zdrowotne i opiekuńcze. Można zaobserwować silny związek między osiągnięciem zaawansowanego wieku a prawdopodobieństwem wystąpienia niepełnosprawności oraz długotrwałej, często obłożnej choroby. Tak więc rosnąca liczba seniorów przekłada się na wzrost zapotrzebowania na codzienne wsparcie i opiekę²². Jako potrzebujące w zdecydowanej większości przypadków stałego wsparcia są uznawane osoby mające 80 i więcej lat²³.

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 o 109,1% więcej niż w 2019 r., a ich udział w ogólnej populacji – 10,4%, co będzie stanowić wzrost o 6,0 pkt proc. w stosunku do

²² 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.

²³ jw.

2019 r.

Proces starzenia się ludności skutkuje wzrostem wartości współczynnika obciążenia demograficznego²⁴. W latach 2009–2019 współczynnik ten wzrósł z 55,0 do 66,7. Mając na uwadze zachodzące zmiany społeczno-demograficzne, prognozuje się dalsze pogłębianie tego negatywnego trendu, a co za tym idzie zmniejszanie się potencjału opiekuńczego rodzin w Polsce. Prognoza opracowana do 2050 r. wskazuje, że na koniec tego okresu współczynnik obciążenia demograficznego wyniesie w Polsce 104,7.

Wedle kanonów dzisiejszej gerontologii podstawowym celem działań na rzecz osób starszych jest jak najdłuższe podtrzymywanie ich autonomii i zapewnienie wysokiej jakości życia przez umożliwienie samodzielnego funkcjonowania w środowisku, w którym przeżyli wcześniejsze etapy życia i do którego przywykli²⁵. Dlatego też w przypadku tej grupy osób szczególnego znaczenia nabierają m.in.: usługi opiekuńcze, usługi asystenta osobistej osoby niepełnosprawnej, usługi sąsiedzkie, wolontariat, teleopieka oraz infrastruktura środowiskowa, np. w postaci dziennych domów pomocy, klubów seniora, klubów samopomocy oraz mieszkań wspomaganych.

Według danych na koniec 2020 r. na umieszczenie w DPS oczekiwało 1478 osób w podeszłym wieku (na koniec 2010 r. było ich 1901)²⁶. W 2020 r. zmniejszyła się liczba mieszkańców DPS (wpływ na to miała m.in. trwająca w 2020 r. epidemia spowodowana rozprzestrzenianiem się koronawirusa SARS-CoV-2).

Seniorzy i inne osoby potrzebujące wsparcia mogą również korzystać z usług całodobowych placówek działających w ramach systemu ochrony zdrowia – zakładów opiekuńczo-leczniczych oraz pielęgnacyjno-opiekuńczych.

W kontekście zapewnienia wsparcia osobom starszym potrzebującym stałej opieki nie można zapominać o wsparciu ich opiekunów nieformalnych, którymi w wielu wypadkach także są osoby po 60. roku życia. 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. Długotrwała opieka może negatywnie wpływać na stan zdrowia psychofizycznego opiekunów –

²⁴ Ludność w wieku nieprodukcyjnym (przedprodukcyjnym oraz poprodukcyjnym) na 100 osób w wieku produkcyjnym.

²⁵ P. Szukalski, *Starzenie...*, dz.cyt.

²⁶ Źródło: Sprawozdanie MPiPS-05 za rok 2010 oraz MRPiPS-05 za rok 2020.

powodując, że oni sami szybciej będą wymagali opieki i wsparcia, a tym samym nie będą już w stanie sami sprawować opieki nad swoimi bliskimi. W przeciwdziałaniu tym negatywnym sytuacjom może pomóc opieka wytchnieniowa. Jej zadaniem jest odciążenie członków rodzin lub opiekunów osób wymagających intensywnego wsparcia przez pomoc w codziennych obowiązkach lub zapewnienie czasowego zastępstwa w ich wykonywaniu. 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 opiekun z różnych powodów nie może przez pewien czas wykonywać swoich obowiązków, np. z powodu pobytu w szpitalu lub sanatorium²⁷.

Elementy systemu wsparcia

Usługi opiekuńcze

Usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania są podstawową usługą społeczną skierowaną do osób ze wszystkich obszarów wsparcia w zakresie deinstytucjonalizacji. Zarówno rodziny, osoby starsze, osoby z niepełnosprawnościami, osoby w kryzysie psychicznym, osoby w kryzysie bezdomności są potencjalnymi odbiorcami tych usług. Poniższa tabela ukazuje zestawienie porównawcze usług.

Tabela nr 2. Liczba świadczeń i gmin – usługi opiekuńcze na koniec roku 2016 i 2020

WYSZCZEGÓLNIENIE		2016		2020	
		liczba świadczeń/ gmin	% gmin do ich ogólnej liczby	liczba świadczeń/ gmin	% gmin do ich ogólnej liczby
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	2048	82,65%	2213	89,34%

²⁷ 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>.

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	2226	89,83%	2168	87,53%
OGÓLNA LICZBA GMIN	7	2478		2477	

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

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%, 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.

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 o różnych profilach pomocowych – od wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi do osób starszych. Poniższa tabela obrazuje stan tego rodzaju usług w 2016 r. oraz w 2020 r.

Tabela nr 3. Liczba mieszkań chronionych porównawczo 2016/2020 prowadzonych przez jednostki samorządu terytorialnego (jst) lub na ich zlecenie

DANE O MIESZKANIACH CHRONIONYCH NA KONIEC ROKU 2016 I 2020							
WYSZCZEGÓLNIENIE		2016			2020		
		liczba jednostek ¹⁾	liczba miejsc ²⁾	liczba osób korzystających ³⁾	liczba jednostek ¹⁾	liczba miejsc ²⁾	liczba osób korzystających ³⁾
MIESZKANIA CHRONIONE	1	703	2922	2774	1348	4098	3664

z tego (z wiersza 1): MIESZKANIA CHRONIONE TRENINGOWE ⁴⁾	2				585	2120	1859
z tego (z wiersza 1): MIESZKANIA CHRONIONE WSPIERANE ⁴⁾	3				763	1978	1805
w tym {z wiersza 1): dla osób usamodzielnianych opuszczających niektóre typy placówek opiekuńczo- wychowawczych, schroniska, zakłady poprawcze i inne	4	318	1191	998	371	1333	1032
dla osób z zaburzeniami psychicznymi	5	100	432	447	219	663	592
<p>1) Liczba jednostek w ostatnim dniu okresu sprawozdawczego (31 grudnia).</p> <p>2) Liczba miejsc wg statutu.</p> <p>3) Rzeczywista liczba osób korzystających w okresie sprawozdawczym.</p> <p>4) W roku 2016 nie istniał jeszcze podział na mieszkania chronione treningowe i mieszkania chronione wspierane.</p>							

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 przedmiotowych 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 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.

Rozwój usług społecznych i realizacja procesu deinstytucjonalizacji powoduje konieczność wprowadzenia zmian prawnych i ujednoczenie nazewnictwa w celu umożliwienia realizacji w społeczności lokalnej usług o szerszym zakresie oraz zwiększenia ich dostępności.

W najbliższym czasie planuje się wprowadzenie zmian prawnych w zakresie mieszkań chronionych, tj. wprowadzenie nazewnictwa – mieszkania wspomagane z koszykiem usług.

Ośrodki wsparcia

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

Tabela nr 4. Liczba i rodzaj ośrodków wsparcia – porównawczo 2016/2020

DANE O OŚRODKACH WSPARCIA NA KONIEC ROKU 2016 I 2020					
WYSZCZEGÓLNIENIE		2016		2020	
		liczba jednostek ¹⁾	liczba miejsc ²⁾	liczba jednostek ¹⁾	liczba miejsc ²⁾
OŚRODKI WSPARCIA	1	1941	86 360	2362	84 811
w tym: (z wiersza 1)					
OŚRODKI WSPARCIA DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI	2	822	29 671	881	32 650
w tym: (z wiersza 2)					
Środowiskowe domy samopomocy	3	779	28 579	844	31 975
Kluby samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi	4	32	566	37	675
DZIENNE DOMY POMOCY	5	308	16 198	495	20 447
DOMY DLA MATEK Z MAŁOLETNIMI DZIEĆMI I KOBIET W CIĄŻY	6	26	693	31	816
NOCLEGOWNIE, SCHRONISKA, DOMY DLA BEZDOMNYCH ³⁾	7	297	12 551		
SCHRONISKA DLA OSÓB BEZDOMNYCH	8			168	7 616
SCHRONISKA DLA OSÓB BEZDOMNYCH Z USŁUGAMI OPIEKUŃCZYMI	9			33	942
KLUBY SAMOPOMOCY (inne niż wymienione w wierszu 4)	10	82	3082	456	11 574
INNE OŚRODKI WSPARCIA	11	270	8941	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.

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.

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

Rozwój tej formy usługi społecznej w latach 2016–2020 ilustruje poniższa tabela.

Tabela nr 5. Liczba rodzinnych domów pomocy i miejsc w rodzinnych domach pomocy porównawczo w latach od 2016 do 2020

2016		2017		2018		2019		2020	
liczba jednostek ¹⁾	liczba miejsc ²⁾	liczba jednostek ¹⁾	liczba miejsc ²⁾	liczba jednostek ¹⁾	liczba miejsc ²⁾	liczba jednostek ¹⁾	liczba miejsc ²⁾	liczba jednostek ¹⁾	liczba miejsc ²⁾
26	150	33	208	29	193	33	228	47	354
<p>1) Liczba jednostek w ostatnim dniu okresu sprawozdawczego (31 grudnia). 2) Liczba miejsc wg statutu.</p>									

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 przyrost 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%).

Domy pomocy społecznej (DPS)

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. DPS oferuje usługi kompleksowe i interdyscyplinarne. Świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób w nim przebywających. DPS może również świadczyć usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób w nim niezamieszkujących.

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

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

Działaniem wymagającym wzmocnienia i zaakcentowania jest opracowanie i rozwój pośrednich form wsparcia zapewniających opiekę w domach pomocy społecznej zgodnie z ideą deinstytucjonalizacji, np. przez rozwój wolontariatu w ośrodkach, wprowadzenie formy rodzin wspierających lub zaprzyjaźnionych z mieszkańcem DPS, 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 aby zapewnić usługi zindywidualizowane do potrzeb, nastawione na wzmocnienie autonomii, podmiotowości i godności mieszkańca, a także tworzenie kameralnych mikrospołeczności w miejsce domów ze znaczną liczbą mieszkańców.

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

Tabela nr 6. Liczba domów pomocy społecznej w latach 2016–2020

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%
---	-----	-----	-----	-----	-----	----	------

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 jednostki samorządu terytorialnego. 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.

Tabela nr 7. Liczba mieszkańców w domach pomocy społecznej w latach 2016–2020

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	-3821	-4,8%
1) osób w podeszłym wieku	7104	7105	6691	6686	5719	-1385	-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	9931	10 438	9860	-867	-8,1%
5) dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	3610	3078	3321	2561	2 649	-961	-26,6%
6) osób niepełnosprawnych fizycznie	666	1037	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	9677	9854	9533	9594	8687	-990	-10,2%
9) osób przewlekle somatycznie chorych oraz osób niepełnosprawnych fizycznie	1411	1488	1554	1403	1505	94	6,7%
10) osób w podeszłym wieku oraz osób niepełnosprawnych fizycznie	1569	1699	1638	1686	1453	-116	-7,4%
11) osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie oraz dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	5185	5741	5271	5579	5574	389	7,5%
12) inne, zgodnie z art. 56a ust. 2 i 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268 i 2270 oraz z 2022 r. poz. 1, 66 i 1079)	4344	4436	6208	6862	6913	2569	59,1%

Źródło: Sprawozdanie mrpips-05 (w roku 2016 symbol: MPiPS-05).

W omawianym okresie liczba mieszkańców domów pomocy społecznej zmniejszyła się o 3821 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.

Tabela nr 8. Liczba osób usamodzielnianych w domach pomocy społecznej w latach 2016–2020

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

Źródło: Sprawozdanie mrpips-05 (w roku 2016 symbol: MPiPS-05).

Między latami 2016 i 2020 wzrosła liczba osób usamodzielnianych z domów pomocy społecznej o 4,3%.

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, obejmującą 104 DPS funkcjonujące na obszarze regionu.

Z badania wynika, że w regionie w 2020 r. pobyt w domach pomocy społecznej zakończyły – opuszczając jednostkę – 132 osoby. Powody opuszczenia instytucji były 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; przekazanie osoby pod pieczę opiekuna prawnego na podstawie postanowienia sądu oraz pobyty czasowe w DPS ze względu na okres zimy²⁸.

PODSUMOWANIE SYSTEMU WSPARCIA

W zakresie usług społecznych realizowanych w społeczności lokalnej

Osoba starsza potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu oraz jej opiekunowie mogą liczyć na wsparcie usługowe w postaci:

- usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych, świadczonych w miejscu zamieszkania,
- usług opiekuńczych świadczonych w dziennym ośrodku wsparcia,
- usług opiekuńczych świadczonych w mieszkaniach wspieranych i rodzinnych domach pomocy.²⁹

Coraz częściej są proponowane też usługi odciążeniowe dla opiekunów w ramach programów rządowych lub w ramach projektów finansowanych ze środków UE.

W zakresie świadczeń pieniężnych

Osoby starsze i ich opiekunowie mogą zostać objęci również wsparciem finansowym, które obejmuje świadczenia pieniężne:

- z pomocy społecznej (zasiłki na zaspokojenie niezbędnych potrzeb życiowych),
- z systemu świadczeń rodzinnych,
- z systemu zabezpieczenia społecznego (ZUS).

W zakresie usług świadczonych w instytucjach

Osobom, które potrzebują całodobowej opieki, a nie można im zabezpieczyć potrzeb w środowisku zamieszkania, ze względu na wiek i niepełnosprawność przysługuje również

²⁸ 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-analazy/>.

²⁹ Obecnie, zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, funkcjonują mieszkania chronione treningowe i wspierane. Po planowanej zmianie przepisów ustawy mieszkania chronione i wspierane będą zastąpione mieszkaniami wspomaganyymi.

możliwość realizacji pobytu i usług w domu pomocy społecznej (DPS). Pobyt w DPS ma charakter całodobowy, a mieszkańcy są kierowani do placówki na pobyt stały. DPS są prowadzone zazwyczaj przez samorzady lub na zlecenie samorządów – dlatego są częścią publicznego systemu. DPS prowadzone bez zlecenia przez jednostki samorządu terytorialnego są w Polsce nieliczne (ok. 8%). Osoba potrzebująca całodobowej opieki może skorzystać z pobytu w placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku. 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 ustalony.

REKOMENDACJE

W zakresie działań profilaktycznych:

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

Systemowe rozwiązania profilaktyczne prowadzone na poziomie lokalnym z zaangażowaniem wielu instytucji i organizacji mogą obniżyć zapotrzebowanie na

instytucjonalne formy opieki.

W zakresie rozwoju usług społecznych świadczonych w społeczności lokalnej dla osób starszych:

- wspieranie rodzin pełniących funkcje opiekuńcze nad seniorami,
- rozwój i dostosowanie systemu wsparcia osób starszych do potrzeb starzejącego się społeczeństwa, m.in. przez rozwój dobrej jakości i przystępnych cenowo usług opiekuńczych świadczonych w środowisku zamieszkania lub środowisku lokalnym przez profesjonalnie przygotowany personel opiekuńczy,
- rozwój klubów samopomocy (w tym klubów seniora), dziennych domów pomocy, gospodarstw opiekuńczych oraz rodzinnych domów pomocy,
- rozwój mieszkalnictwa wspomaganego,
- rozwój alternatywnych form wsparcia, takich jak usługi sąsiedzkie czy teleopieka,
- rozwój działalności wolontarystycznej w środowiskach lokalnych oraz współpraca w tym zakresie z organizacjami pozarządowymi,
- wsparcie opiekunów osób wymagających intensywnego wsparcia, chorych m.in. przez rozwój opieki wytchnieniowej, w tym placówek środowiskowych oraz instytucji całodobowej opieki krótkoterminowej,
- wsparcie informacyjne, edukacyjne i psychologiczne dla opiekunów nieformalnych osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu,
- utrzymanie zasobów instytucji opieki całodobowej na poziomie niezbędnym i adekwatnym do liczby osób, których stan zdrowia i sytuacja rodzinna uniemożliwiają zapewnienie im opieki w środowisku zamieszkania. Umieszczenie osoby w instytucji całodobowej powinno być ostatnim, najmniej pożądanym, ogniwem wsparcia,
- dostosowanie systemu usług społecznych do stale rosnących potrzeb związanych ze starzeniem się społeczeństwa.

3. Osoby z niepełnosprawnościami

W Polsce są stosowane 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, jest stosowana 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 i 1981 oraz z 2022 r. poz. 558). Ustawa ta dotyczy osób niepełnosprawnych według przyjętej definicji prawnej, a zatem takich, których niepełnosprawność została potwierdzona odpowiednim orzeczeniem. Zadania wynikające z ustawy realizują organy administracji rządowej, organy jednostek samorządu terytorialnego i Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON). W Strategii na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami 2021–2030 zostały przewidziane zmiany w zakresie funkcjonowania niektórych instrumentów ustawowych, dotyczących osób niepełnosprawnych prawnie.

Według danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w grudniu 2019 r. w Polsce było 2,4 mln osób³⁰, 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)³¹.

W badanej zbiorowości osób z orzeczeniem przeważali mężczyźni, którzy stanowili 53,7%. Biorąc pod uwagę wiek w zbiorze osób niepełnosprawnych lub niezdolnych do pracy,

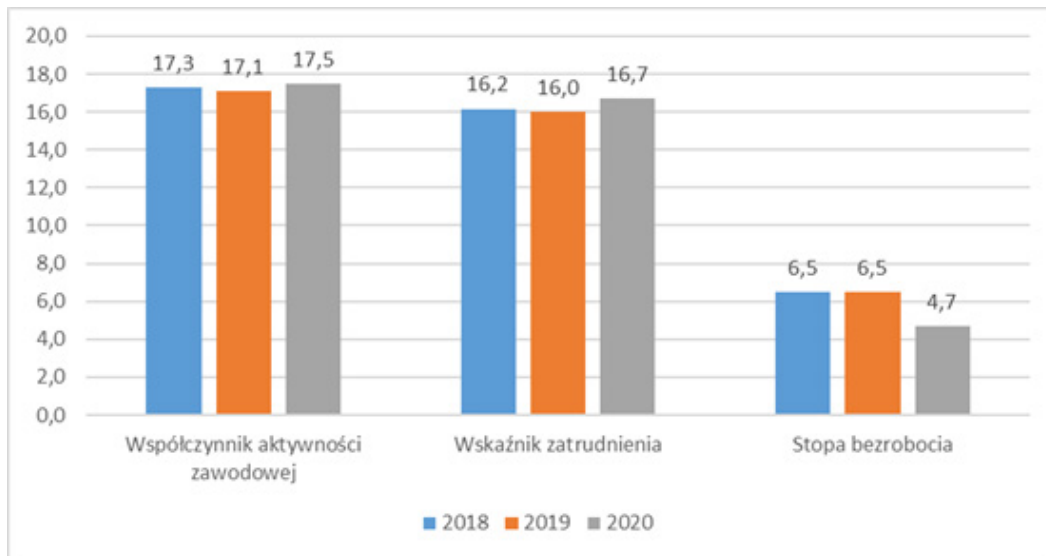
³⁰ Opracowano na podstawie połączonych zbiorów danych z systemów informacyjnych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz po usunięciu powtórzonych i pustych obserwacji. Główny Urząd Statystyczny, *Osoby niepełnosprawne w 2019 r.*, Informacje sygnałne, 3.12.2019 r.

³¹ Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych określone orzeczenia lekarza orzecznika ZUS o niezdolności do pracy, niezdolności do samodzielnej egzystencji oraz celowości przekwalifikowania są traktowane na równi z orzeczeniem o odpowiednim stopniu niepełnosprawności. Główny Urząd Statystyczny, *Osoby niepełnosprawne w 2019 r.*, Informacje sygnałne, 3.12.2019 r.

najczęściej występowali 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. W przeciwdziałaniu wykluczeniu społecznemu osób z niepełnosprawnościami szczególną rolę odgrywa praca zawodowa, podejmowana zarówno na otwartym, jak i chronionym rynku pracy. Daje ona szansę na życiowe usamodzielnienie i zdobycie niezależności ekonomicznej. Na przestrzeni lat 2018–2020 populacja osób niepełnosprawnych w wieku 16 lat i więcej, na podstawie Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności/BAEL, 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 2018 r. do 4,7% w 2020 r.³²

Wykres 2: Wskaźniki ekonomiczne osób niepełnosprawnych w wieku 16 lat i więcej w latach 2018–2020 (dane średnioroczne):

³² BAEL z uwagi na główny cel badania, którym jest dostarczenie danych nt. sytuacji na rynku pracy, nie może być traktowany jako źródło danych nt. wielkości populacji osób niepełnosprawnych. Ponadto BAEL jest badaniem reprezentacyjnym (wyniki są obciążone błędem losowym próby) i obejmuje wyłącznie osoby zamieszkałe w prywatnych gospodarstwach domowych (z tego powodu wyniki m.in. nie uwzględniają osób przybywających w obiektach zbiorowego zakwaterowania np. w domach opieki itp.).

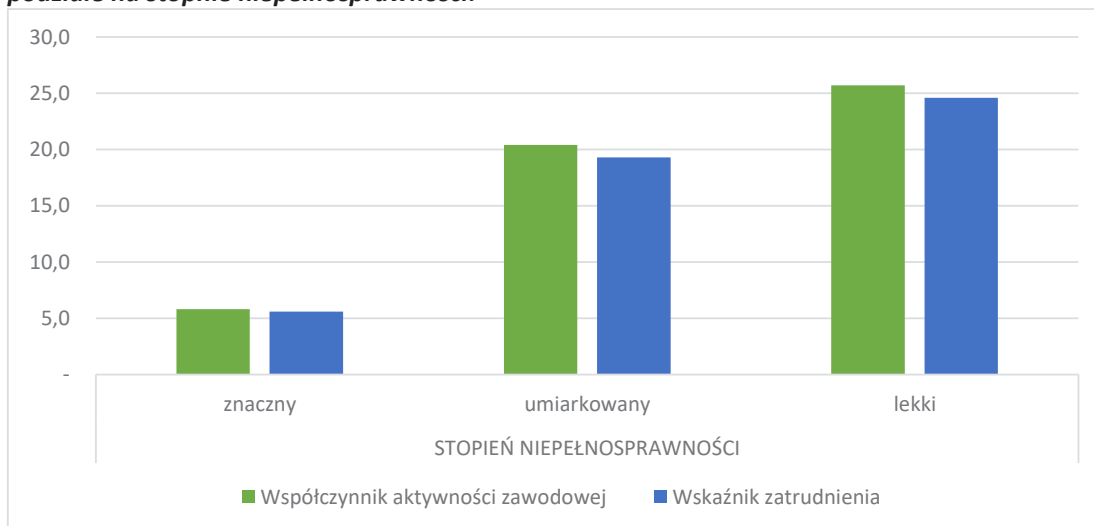


Źródło: opracowanie własne BON w MRiPS na podstawie danych BAEL GUS.

Relatywnie najlepiej w 2020 r. przedstawia się sytuacja osób z niepełnosprawnościami w stopniu lekkim, gdzie współczynnik aktywności zawodowej wynosi 25,7%, a wskaźnik zatrudnienia 24,6%.

W najtrudniejszej sytuacji są osoby z niepełnosprawnościami w stopniu znacznym, których współczynnik aktywności zawodowej wynosi 5,8%, a wskaźnik zatrudnienia 5,6%.

Wykres 3: Wskaźniki ekonomiczne osób niepełnosprawnych w wieku 16 lat i więcej w roku 2020 w podziale na stopnie niepełnosprawności:

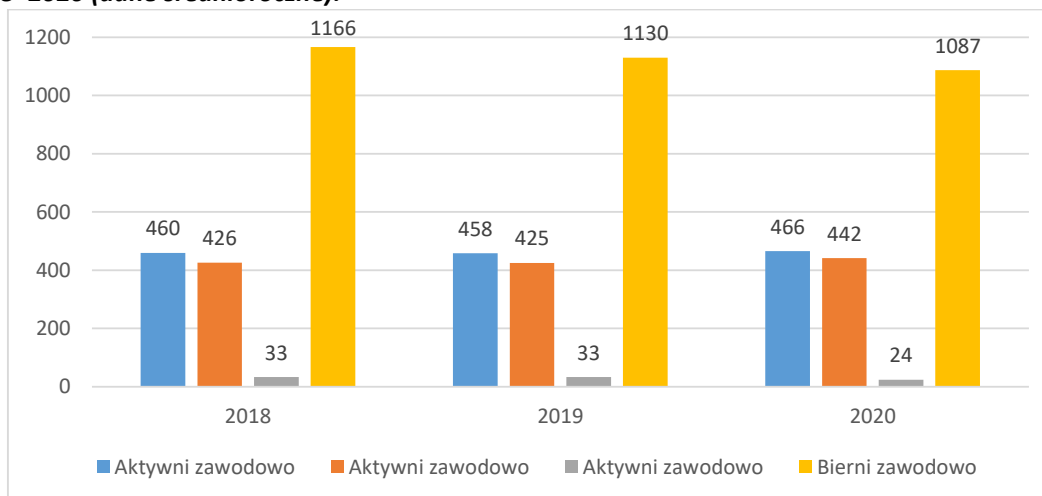


Źródło: opracowanie własne BON w MRiPS na podstawie danych BAEL GUS.

Populacja osób z niepełnosprawnościami 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.

Wykres 4: 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 z niepełnosprawnościami w wieku produkcyjnym w 2020 r. zmniejszyła się o 72 tys. (w 2018 r. – 1 625 tys., w 2019 r. – 1 588 tys.). Natomiast jest widoczny 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. – 33 tys., 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 z niepełnosprawnością prawną 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 pkt 6 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2022 r. poz. 690, 830 i 1079) bezrobotne osoby z niepełnosprawnościami należą do kategorii osób, będących w szczególnej sytuacji na rynku pracy. Od wielu lat są prowadzone 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

Polsce³³. W 2020 r. współczynnik aktywności zawodowej osób z 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)³⁴. Analizując dane z Systemu Obsługi Dofinansowań i Refundacji (dalej: „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 z niepełnosprawnościami 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 z niepełnosprawnościami zarejestrowanych w SODiR. Od maja 2020 r. wraz ze stabilizacją sytuacji w kraju oraz na rynku pracy zatrudnienie na otwartym rynku zaczęło powoli rosnąć. Średniorocznie w 2018 r. udział pracowników zatrudnionych w zakładach pracy chronionej (dalej: „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 r. 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%.³⁵. 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

³³ 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.

³⁴ GUS, BDL.

³⁵ <http://niepełnosprawni.gov.pl/p,84,dane-dotyczace-zakladow-pracy-chronionej>.

Zakładów Aktywności Zawodowej (ZAZ) – oferuje 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 7588 osób, w tym 5820 osób niepełnosprawnych (dla porównania w 2018 r. zatrudnienie wynosiło 7197, z czego 5492 stanowiły osoby niepełnosprawne, a w 2019 r. poziom zatrudnienia wynosił 6663 osób, w tym 5069 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 925 osób, w tym o 751 osób niepełnosprawnych³⁶ 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 zatrudnionych na otwartym, jak i chronionym rynku pracy. ZPCH, zatrudniając przede wszystkim osoby z niższymi stopniami niepełnosprawności, powstrzymują je przed wejściem na otwarty rynek pracy, a jednocześnie nie dążą do aktywizacji osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności, dla których zatrudnienie chronione jest jedyną szansą na aktywność zawodową.

W prowadzonej przez PFRON Ewidencji Zatrudnionych Osób Niepełnosprawnych w Polsce w ciągu dwóch lat (2018–2020) wzrosła ogólna liczba pracodawców zarejestrowanych w 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.,
- zmalała liczba pracodawców na chronionym rynku pracy z 906 w grudniu 2018 r. do 784 w grudniu 2020 r.

Na przestrzeni lat 2018–2020 jest widoczny spadek liczby osób niepełnosprawnych prowadzących działalność gospodarczą zarejestrowanych w ewidencji ubiegających się o refundację składek na ubezpieczenie społeczne: dla danych średniomiesięcznych w 2018 r.

³⁶ PFRON, *Badanie zakładów pracy chronionej*, grudzień 2020 r., s. 42

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

liczba ta wynosiła 22 948 osób, a w 2020 r. wynosiła 17 737 osób³⁷.

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 ubóstwem³⁸. Jak wynika z badań PFRON spośród osób niepełnosprawnych największe problemy finansowe mają gospodarstwa osób z niepełnosprawnością intelektualną³⁹. Możliwość rehabilitacji społecznej i zawodowej osobom z niepełnosprawnościami, niezdolnym do podjęcia pracy, dają warsztaty terapii zajęciowej (WTZ), w których są organizowane 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.⁴⁰ Liczba ZAZ w porównaniu z 2018 r. wzrosła o 7 jednostek (taki sam wzrost nastąpił również między 2017 r. a 2018 r.). Większość jednostek w 2019 r. (64,2%) prowadziły organizacje non-profit. W przypadku 34,1% ZAZ organem prowadzącym były jednostki samorządu terytorialnego (gminy lub powiaty), a 1,6% zakładów prowadziły spółdzielnie socjalne. Struktura organów prowadzących ZAZ nie zmieniła się znacząco od 2018 r., jednakże dla wszystkich nowo utworzonych zakładów organem prowadzącym były organizacje non-profit. Na koniec 2019 r. we wszystkich zakładach aktywności zawodowej było zatrudnionych łącznie blisko 7,2 tys. osób. W porównaniu z 2018 r. łączne zatrudnienie w ZAZ zwiększyło się o 8,5%. Działalność reintegracyjna ZAZ ustawowo jest kierowana 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 osób reintegrowanych zatrudnionych w ZAZ wynosiła 5,5 tys., w tym osoby ze znacznym stopniem

³⁷ Biuro Pełnomocnika Rządu do spraw Osób Niepełnosprawnych, <http://www.niepełnosprawni.gov.pl/index.php?c=page&id=80&print=>

³⁸ *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych...*, dz. cyt., s. 92.

³⁹ Przede wszystkim wynika to z faktu, że co najmniej jedno z rodziców jest pozbawione zwykle możliwości wykonywania pracy ze względu na konieczność stałej opieki nad dzieckiem. *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych...*, dz. cyt. s. 95.

⁴⁰ Główny Urząd Statystyczny, *Centra integracji społecznej, kluby integracji społecznej, zakłady aktywności zawodowej, warsztaty terapii zajęciowej w 2019 r.*

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 pkt proc. Przeciętnie w jednym ZAZ w celach reintegracyjnych zatrudniano w 2019 r. 45 pracowników z niepełnosprawnością. Na koniec 2019 r. aktywną działalność prowadziło 720 WTZ, 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% WTZ. 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 WTZ skorzystało 27,7 tys. osób z orzeczoną niepełnosprawnością, o 0,2 tys. więcej niż rok wcześniej. Przeciętnie w zajęciach w jednym WTZ uczestniczyło 38 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 1547 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 przesłanych 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).⁴¹ Pomimo zauważalnego przyrostu liczby wspomnianych jednostek reintegracyjnych należy zaznaczyć, że ich rozmieszczenie jest nierównomierne na terenie

⁴¹ 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.

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 uczestników⁴². Należy przy tym dodać, że CIS bardziej niż KIS jest zorientowany na działania o charakterze prozatrudnieniowym, a integracja społeczna jest traktowana 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, aby 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)⁴³.

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 1628,38 zł. Mężczyźni przeciętnie otrzymali 1762,91 zł, a kobiety 1473,90 zł. Średnia kwota świadczenia była zróżnicowana w układzie województw. Najwyższą wartość (bez podziału na płeć) zaobserwowano w województwie śląskim (1790,07 zł), natomiast najniższą w województwie

⁴² Tamże, str. 89.

⁴³ Tamże, str. 25.

podkarpackim (1494,00 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 2042 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 1498 zł i był o 17,7% niższy od średniej ogólnopolskiej (w 2018 r. niższy o 20,0%).

W hierarchii potrzeb osób niepełnosprawnych pierwsze miejsce zajmuje zapewnienie odpowiedniej sytuacji materialno-bytowej⁴⁴, ponieważ w wielu rodzinach z osobami z niepełnosprawnościami 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 samodzielne gospodarstwo domowe. Sytuacja została zilustrowana w tabeli poniżej.

Tabela nr 9. Dane o osobach i rodzinach, którym przyznano świadczenia z pomocy społecznej z powodu niepełnosprawności za lata 2016–2020

⁴⁴ Główny Urząd Statystyczny, *Sytuacja gospodarstw domowych w 2018 r. w świetle wyników badania budżetów gospodarstw domowych. Informacje sygnalne*, 30.05.2019 r., s. 228.

WYSZCZEGÓLNIENIE	2016	2017	2018	2019	2020
LICZBA OSÓB, KTÓRYM PRYZNANO DECYZJĄ ZASIŁKI OKRESOWE Z POWODU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	53 042	53 296	50 745	45 730	40 611
LICZBA RODZIN, KTÓRYM PRYZNANO POMOC SPOŁECZNĄ Z POWODU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	393 878	384 939	364 682	347 516	311 006

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 jako 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 brak oferty czasu wolnego, izolację społeczną, ograniczenie kontaktów, brak akceptacji i nietolerancję oraz zbyt małą dostępność zorganizowanych form wsparcia. Rodziny osób z niepełnosprawnościami doświadczają dodatkowo trudności w pogodzeniu pracy zarobkowej z opieką nad niepełnosprawnym członkiem rodziny oraz wypalenia, przemęczenia i braku sił⁴⁵.

W codziennym funkcjonowaniu osobom z niepełnosprawnościami jest potrzebne wsparcie 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, dostęp do możliwości odbywania treningu

⁴⁵ Fundacja CBOS, *Niepełnosprawni wśród nas. Komunikat z badań*, nr 169/2017, grudzień 2017, s. 3.

- niezależnego życia w mieszkalnictwie wspomaganym),
- dostępu do udogodnień technicznych – przyrządów, urządzeń lub technologii (m.in. sprzęt ortopedyczny lub optyczny, sprzęt umożliwiający/poprawiający słyszenie, umożliwiający 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 transportu⁴⁶.

Jak wynika z badań PFRON osoby z niepełnosprawnościami niezbyt korzystnie oceniają wielkość wsparcia, jakie otrzymują. Ich zdaniem pomoc jest zbyt mała, niewspółmierna do potrzeb lub w ogóle niedostępna. Otrzymywane wsparcie nie jest zindywidualizowane, a system wsparcia jest postrzegany jako silnie zbiurokratyzowany, przy jednoczesnym rozproszeniu odpowiedzialności, informacji i wymagań⁴⁷.

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. 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 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 niepełnosprawnych⁴⁸. Najgorzej swoją sytuację oceniają osoby z niepełnosprawnością intelektualną (24,5 pkt) oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi (31,2 pkt).

⁴⁶ *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych...*, dz. cyt., s. 47–48.

⁴⁷ *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.

⁴⁸ *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.

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 wspieranie opiekunów faktycznych osób z niepełnosprawnościami. Od pięciu lat jest dostrzegalny 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 liczby świadczeniobiorców świadczenia pielęgnacyjnego w latach 2016–2020.

Tabela nr 10. Liczba świadczeniobiorców świadczenia pielęgnacyjnego w latach 2016–2020

LICZBA ŚWIADCZENIOBIORCÓW ŚWIADCZENIA PIEŁĘGNACYJNEGO W LATACH 2016–2020					
ROK	2016	2017	2018	2019	2020
LICZBA ŚWIADCZENIOBIORCÓW (W TYS.)	117,16	123,19	131,18	142,72	164,10

Źródło: 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 osób z niepełnosprawnością intelektualną szczególnie istotny jest moment wyjścia z systemu edukacji i płynnego przejścia do ośrodków 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 w wiele 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 osiągają. Ponadto kluczowe jest zabezpieczenie losu 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.

PODSUMOWANIE ELEMENTÓW WSPARCIA

Wsparcie w zakresie usług świadczonych w środowisku:

- usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze,
- dzienne formy pobytu (ośrodki wsparcia), w tym środowiskowe domy samopomocy,
- rodzinne domy pomocy,
- usługi świadczone w mieszkaniach chronionych o profilu adekwatnym do stopnia niepełnosprawności oraz samodzielności ich użytkowników,
- warsztaty terapii zajęciowej oraz centra i kluby integracji społecznej,
- zatrudnienie w zakładach aktywności zawodowej,
- asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością.

Wsparcie w zakresie świadczeń pieniężnych

Osobie z niepełnosprawnościami przysługują następujące świadczenia:

- renta z tytułu niezdolności do pracy,
- renta szkoleniowa przez okres 6 miesięcy – w przypadku, gdy orzeczono celowość przekwalifikowania zawodowego ze względu na niezdolność do pracy w dotychczasowym zawodzie,
- renta socjalna,
- renta rodzinna,
- zasiłek pielęgnacyjny,
- świadczenie uzupełniające dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji,
- specjalny zasiłek opiekuńczy (świadczenie dla opiekuna osoby z niepełnosprawnością bez względu na wiek powstania niepełnosprawności),
- zasiłek dla opiekuna (świadczenie dla opiekuna osoby z niepełnosprawnością

wypłacane w związku z realizacją wyroku Trybunału Konstytucyjnego K27/13 z dnia 5 grudnia 2013 r. nieaktywnym zawodowo opiekunom dorosłych osób niepełnosprawnych, których decyzje w sprawach świadczeń pielęgnacyjnych wygasły z mocy prawa z dniem 1 lipca 2013 r.),

- świadczenie pielęgnacyjne (świadczenie dla opiekuna osoby, której niepełnosprawność powstała nie później niż do ukończenia 18. roku życia lub w trakcie nauki w szkole lub w szkole wyższej, jednak nie później niż do ukończenia 25. roku życia),
- dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu kształcenia i rehabilitacji.

Ponadto rodziny i osoby z niepełnosprawnościami mogą otrzymywać wsparcie finansowe w ramach systemu pomocy społecznej w postaci:

- zasiłków stałych, celowych i okresowych.

Wsparcie w zakresie całodobowych usług świadczonych w instytucjach

Osoby, które ze względu na niepełnosprawność potrzebują wsparcia w formie całodobowej opieki, a 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.

Osoby z niepełnosprawnościami mogą również skorzystać z usług zdrowotnych świadczonych przez zakłady opiekuńczo-lecznicze lub pielęgnacyjno-opiekuńcze, przy założeniu, że w badaniu skalą samodzielności (Bartel) uzyskają poniżej 40 punktów, co będzie równoznaczne z koniecznością sprawowania nad nimi stałej opieki i pielęgnacji, w tym również kontynuacji leczenia. Zakłady te zabezpieczają pobyt całodobowy, jednak o charakterze okresowym, do czasu poprawy stanu zdrowia.

Wsparcie środowiskowe w formie kręgów 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 i solidarności społecznej. 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.

REKOMENDACJE

W zakresie działań profilaktycznych

- 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,
- prowadzenie działań na rzecz przeciwdziałania stygmatyzacji osób z niepełnosprawnościami,

- zmniejszenie barier, w tym architektonicznych, w środowiskach lokalnych dla osób z niepełnosprawnościami,
- promowanie idei „niezależnego” życia,
- rozwój mieszkalnictwa wspomaganego z koszykiem usług dostosowanych do indywidualnych potrzeb osoby,
- treningi niezależnego życia,
- 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,
- przeciwdziałanie wykluczeniu, w tym m.in. cyfrowemu,
- podejmowanie działań środowiskowych w zakresie wsparcia wdrożenia modelu wspieranego podejmowania decyzji.

W zakresie rozwoju usług społecznych dla osób z niepełnosprawnościami:

- rozwój usług opiekuńczych,
- rozwój usług sąsiedzkich,
- rozwój asystentury osobistej,
- zapewnienie usług umożliwiających wsparcie w podejmowaniu decyzji,
- wsparcie wytchnieniowe dla członków rodzin lub opiekunów sprawujących opiekę nad osobą z niepełnosprawnościami,
- zapewnienie opieki dziennej osobom z niepełnosprawnościami, które jej potrzebują,
- rozwój mieszkalnictwa 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 osób z niepełnosprawnościami,
- utworzenie szybkiej ścieżki dostępu do informacji i oferty wsparcia dla osób niepełnosprawnych poniżej 16. roku życia oraz tuż po nabyciu niepełnosprawności, w okresie, gdy rehabilitacja jest najbardziej pożądana i skuteczna,

- rozwój potencjału osób z niepełnosprawnościami, aktywne włączanie ich w życie lokalnej społeczności,
- 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 z zaburzeniami psychicznymi i w kryzysie psychicznym

Zgodnie z ustawą z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2020 r. poz. 685 oraz z 2022 r. poz. 974) definicja osoby z zaburzeniami psychicznymi odnosi się do osoby:

- a) chorej psychicznie (wykazującej zaburzenia psychotyczne),
- b) upośledzonej umysłowo,
- c) wykazującej inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej są zaliczane do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym.

W 2019 r. w Polsce w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień leczyło się ogółem 1505,73 tys. pacjentów dorosłych oraz 148,81 tys. pacjentów małoletnich. Liczbę pacjentów z podziałem na grupy zaburzeń przedstawiają Tabele nr 11 oraz nr 12.

Tabela nr 11. Liczba dorosłych pacjentów w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień w 2019 r. z podziałem na grupy rozpoznań głównych w sprawozdanych świadczeniach

Grupa zaburzeń	Kod ICD-10	Liczba pacjentów
Zaburzenia lękowe	F40–F45, F48	528130
Zaburzenia nastroju	F30–F34, F38–F39	305799
Uzależnienia	F10–F19, F63, Z81	264479
Zaburzenia organiczne	F00–F07, F09	253625
Schizofrenia	F20, F21, F25	163528
Niepełnosprawność intelektualna	F70–F73, F78–F79	61380

Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych	F60–F62, F68, F69	40465
Zaburzenie psychiczne nieokreślone inaczej	F99, Z03	39409
Psychozy inne niż schizofrenia	F22–F24, F28–F29	18611
Zespoły behawioralne związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi	F51–F55, F59	13594
Zaburzenia rozwoju psychologicznego	F80–F84, F88, F89	5344
Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym	F90–F95, F98	5172
Zaburzenia odżywiania	F50	3351
Zaburzenia identyfikacji płciowej i preferencji seksualnych	F64–F66	1192

Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ.

Tabela nr 12. Liczba małoletnich pacjentów w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień w 2019 r. z podziałem na grupy rozpoznań głównych w sprawozdanych świadczeniach

Grupa zaburzeń	Kod ICD-10	Liczba pacjentów
Całościowe zaburzenia rozwojowe	F84	35 386
Pozostałe zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży	F00, F02–F07, F09, F51–F55, F59–F66, F68–F69, F80–F83, F88–F89, F94, F98–F99, Z03	28 815
Zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i postacią somatyczną	F40–F45, F48	28 266
Zaburzenia hiperkinetyczne	F90	26 214
Zaburzenia zachowania oraz mieszane zaburzenia zachowania i emocji	F91–F92	23 016
Zaburzenia emocji młodzieży	F93	17 186
Niepełnosprawność intelektualna	F70–F73, F78–F79	9583
Zaburzenia nastroju	F30–F34, F38–F39	8176
Zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem środków psychoaktywnych	F10–F13, F15–F19, Z81	3697
Zaburzenia odżywiania	F50	1891
Tiki	F95	1488
Schizofrenia i zaburzenia urojeniowe	F20–F25, F28, F29	1352

Źródło: Opracowanie DAiS MZ na podstawie danych NFZ.

W 2018 r. osób z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych (bez uzależnień), które były leczone

w jednostkach psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej było 1 405 616 (3 659,4 na 100 000 ludności), w tym 321 134 po raz pierwszy (836 osób na 100 000 ludności).

269 980 dorosłym pacjentom udzielono świadczeń w komórkach organizacyjnych dedykowanych leczeniu uzależnień. Łącznie udzielono im 2 880 000 porad, hospitalizacje objęły 2,94 mln osobodni. 35,31 % stanowiły kobiety, 13,7% pacjenci od 60. roku życia⁴⁹.

Liczba mieszkańców z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych przebywających w placówkach stacjonarnej pomocy społecznej w Polsce w 2020 r. wyniosła 22 841. Liczba ta utrzymuje się na podobnym poziomie od 2010 r.⁵⁰ 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 osób⁵¹.

Dzięki zmianom w przepisach prawa już w 1994 r. rozpoczął się stopniowy demontaż modelu azylowego, który opierał się na izolowaniu osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego w dużych szpitalach i został on zastępowany modelem środowiskowym. Towarzyszyło temu odgórne organizowanie instytucji charakterystycznych dla środowiskowego modelu wsparcia. Pojawiły się także nowe instytucje. Od tego okresu są tworzone 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, przy jednoczesnym spadku liczby miejsc 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

⁴⁹ Mapy Potrzeb Zdrowotnych, Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3451>.

⁵⁰ Główny Urząd Statystyczny, Bank Danych Lokalnych, <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/tablica>.

⁵¹ Centralna Aplikacja Statystyczna, sprawozdania MRPiPS-05 za okres I–XII 2019 r.

mianownikiem dla tych działań jest brak systemowych mechanizmów integracji danej formy wsparcia z pozostałymi, w szczególności świadczeń opieki zdrowotnej ze świadczeniami społecznymi⁵².

Rozwój usług społecznych, zwłaszcza usług opiekuńczych, czy też z zakresu wsparcia osób wymagających zarówno pomocy o charakterze społecznym, jak i zdrowotnym, odbywa się na zasadzie komplementarności z działaniami sektora ochrony zdrowia. Warto zaznaczyć, że jest realizowany Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 zawierający cele związane m.in. z upowszechnieniem środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej, skoordynowaniem dostępnych form opieki i pomocy oraz zapobieganiem stygmatyzacji i dyskryminacji osób doświadczających zaburzeń psychicznych.

Od 2018 r. jest realizowany także program pilotażowy w centrach zdrowia psychicznego. Celem pilotażu jest przetestowanie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej opartego na centrach zdrowia psychicznego, o których mowa w art. 5a ustawy z dnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego w aspekcie:

- organizacyjnym,
- finansowym,
- jakościowym,
- równości i dostępności do świadczeń zdrowotnych.

Zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2020 r. poz. 2086, z późn. zm.) udzielanie świadczeń w ramach programu pilotażowego jest możliwe od 1 lipca 2018 r. Nowelizacja rozporządzenia pilotażowego z dnia 21 grudnia 2020 r. wydłużyła czas trwania pilotażu do dnia 31 grudnia 2022 r. Każdy podmiot zakwalifikowany do programu pilotażowego tworzy jedno centrum zdrowia psychicznego. Zadaniem realizatora programu pilotażowego, tj.: podmiotu leczniczego odpowiedzialnego za funkcjonowanie centrum zdrowia psychicznego, jest zapewnienie kompleksowej opieki psychiatrycznej (doraźnej, ambulatoryjnej, środowiskowej, dziennej i całodobowej) dla dorosłej ludności zamieszkałej na obszarze jego działania (od 50 do około 200 tys. mieszkańców). Łączna liczba populacji do

⁵² Tamże, s. 97–98.

objęcia opieką przez 39 centrów to około 4 mln osób z terenu całej Polski.

W związku z potrzebą pilnych zmian w ochronie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży Ministerstwo Zdrowia zajmuje się wdrożeniem reformy, której celem jest stworzenie ogólnokrajowego, kompleksowego systemu zapewniającego wsparcie pacjentom niepełnoletnim doświadczającym zaburzeń psychicznych oraz ich rodzinom. Nowy model systemu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży zakłada stworzenie sieci ośrodków w ramach trzech poziomów referencyjnych. Każdy poziom referencyjny będzie udzielał pomocy pacjentom o różnych potrzebach zdrowotnych. Celem reformy jest deinstytucjonalizacja systemu opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży oraz zwiększenie roli świadczeń środowiskowych. Kluczową zmianą jest upowszechnienie pomocy udzielanej w nowo powstających placówkach umiejscowionych blisko miejsca zamieszkania dziecka – ośrodkach środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży, w których pracują psycholodzy, psychoterapeuci i terapeuci środowiskowi. Pacjenci mogą skorzystać z oferty tych placówek bez skierowania lekarskiego. W ośrodkach tych pomoc mogą uzyskać osoby, które nie potrzebują diagnozy psychiatrycznej lub farmakoterapii. W przypadku wielu zaburzeń psychicznych, pojawiających się w dzieciństwie, można bowiem udzielić skutecznej pomocy za pomocą takich interwencji jak psychoterapia indywidualna i grupowa, terapia rodzinna czy praca z grupą rówieśniczą.

Pierwsze ośrodki środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej (I poziom referencyjny) rozpoczęły działalność w kwietniu 2020 r. Według aktualnych danych (luty 2022) dotyczących konkursów świadczenia na I poziomie psychiatrii dziecięcej są udzielane w ponad 345 miejscach⁵³. Obecnie oddziały wojewódzkie prowadzą kolejne postępowania konkursowe. Na kolejnym etapie zostanie rozpoczęte zawieranie kontraktów na II i III poziom referencyjny.

ELEMENTY SYSTEMU WSPARCIA

Wsparcie w zakresie systemów

Osoby z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych zamieszkujące w środowisku mogą skorzystać

⁵³ Lista ośrodków dostępna na stronie: <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/informacje-o-swiadczeniach/ochrony-zdrowia-psychicznego-dzieci-i-mlodziezy/>

z dwóch rodzajów wsparcia:

- systemu opieki zdrowotnej,
- systemu pomocy społecznej.

W ramach wsparcia zdrowotnego osoby mogą skorzystać z psychiatrycznej opieki zdrowotnej świadczonej w warunkach ambulatoryjnych.

Zespoły leczenia środowiskowego umożliwiają leczenie pacjentów zarówno w miejscu zamieszkania pacjenta, jak i w instytucji.

W zakresie usług pomocy społecznej osoby te mogą skorzystać z:

- specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
- usług świadczonych w środowiskowym domu samopomocy, w tym całodobowym,
- usług klubu samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
- usług świadczonych w ośrodkach interwencji kryzysowej.

Wsparcie usługowe może zostać również udzielone w postaci usług świadczonych w mieszkaniach chronionych o profilu adekwatnym do problemów zdrowotnych ich użytkowników.

Wsparcie w zakresie świadczeń finansowych

Osoby z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych i ich rodziny mogą zostać objęte wsparciem finansowym. Są to świadczenia z pomocy społecznej (zasiłki na zaspokojenie najpilniejszych potrzeb życiowych).

Proponowane są też usługi odciążeniowe dla opiekunów w ramach programów rządowych lub w ramach projektów finansowanych ze środków wspólnotowych UE.

Wsparcie w zakresie usług świadczonych w formie instytucjonalnej

Osobom z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych, którym nie można zabezpieczyć potrzeb w środowisku zamieszkania, przysługuje również możliwość pobytu i usług w domu pomocy społecznej, jeżeli stan zdrowia na to pozwala. Pobyt ma charakter całodobowy, a mieszkańcy są kierowani do placówki, co do zasady, na czas określony. W przypadku skierowań wydanych przez sądy do takich placówek osoby skierowane podlegają okresowym badaniom stanu zdrowia psychicznego w zakresie uzasadniającym ich dalszy pobyt w DPS.

Osoby z zaburzeniami psychicznymi korzystają z różnych form leczenia w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia.

REKOMENDACJE

W zakresie profilaktyki

- promocja zdrowia psychicznego przez 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 zapadalności na zaburzenia psychiczne,
- edukacja społeczeństwa w zakresie zdrowia psychicznego,
- zapobieganie stygmatyzacji osób doświadczających zaburzeń psychicznych,
- zapobieganie przemocy i szkodliwemu działaniu nadużywania substancji psychoaktywnych,
- diagnozowanie potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi na poziomie lokalnym oraz monitorowanie sytuacji tych osób oraz działań podejmowanych lokalnie na ich rzecz.

W zakresie rozwoju usług społecznych dla osób z zaburzeniami psychicznymi i osób w kryzysie psychicznym:

- wspieranie rodzin pełniących funkcje opiekuńcze nad osobami z zaburzeniami psychicznymi m.in. przez rozwój opieki wytchnieniowej, prowadzenie grup samopomocowych i wsparcia, usługi asystenta, 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 z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, ustawy o zatrudnieniu socjalnym, ustawy o spółdzielniach socjalnych,
- realizacja programów usamodzielniających i prozatrudnieniowych, w tym pobyt w mieszkaniach wspomaganych, treningi prowadzenia gospodarstwa domowego, treningi pracy itp.

5. Osoby w kryzysie bezdomności

Bezdomność jest jedną z najbardziej skrajnych form wykluczenia społecznego. Zgodnie z definicją określoną w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej za osobę bezdomną uznaje się osobę niezamieszkującą w lokalu mieszkalnym w rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy i niezameldowaną na pobyt stały, w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności, a także osobę niezamieszkującą w lokalu mieszkalnym i zameldowaną na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania. Bezdomność jest również jedną ze szczególnych przesłanek do udzielenia wsparcia, wskazanych w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

Poważnym utrudnieniem w realizacji kompleksowej pomocy osobom w kryzysie bezdomności z punktu widzenia obowiązującej definicji jest to, że nie obejmuje ona osób korzystających ze wsparcia w ramach programów mieszkaniowych. Osoby kierowane dotychczas np. do mieszkań chronionych w ramach procesu wychodzenia z kryzysu bezdomności częściowo niejako wypadają z systemu wsparcia, gdyż przestają spełniać jedną z głównych przesłanek do uznania ich za osoby bezdomne, dotyczącą niezamieszkiwania w lokalu mieszkalnym. Jednocześnie nie można stwierdzić, że ich potrzeby mieszkaniowe są zaspokojone, gdyż wsparcie udzielane w mieszkaniu chronionym jest świadczeniem z pomocy społecznej, nie zaś elementem realizacji polityki mieszkaniowej. Stąd też potrzeba uzupełnienia definicji osoby bezdomnej o osobę korzystającą w procesie wychodzenia z bezdomności z formy wsparcia realizowanej w mieszkaniu, przygotowującej pod opieką specjalistów osoby tam przebywające do prowadzenia samodzielnego życia lub wspomagającej te osoby w codziennym funkcjonowaniu.

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 (4961 osób). W porównaniu z 2017 r. liczba osób bezdomnych zmniejszyła się o ponad 9%, gdyż w ostatniej edycji badania zdiagnozowano o 3078 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 – 2987 (ponad 12%). W placówkach tych, podobnie jak w większości pozostałych miejsc udzielających schronienia, przeważającą grupę beneficjentów stanowili mężczyźni. Z kolei 6007 osób bezdomnych (19,8%) zdiagnozowano poza instytucjami – w przestrzeni publicznej i miejscach niemieszkalnych.

Na podstawie danych uzyskanych podczas badania można stwierdzić, że większość osób bezdomnych ma wykształcenie zawodowe (12 293 osób) oraz podstawowe (8448 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, że w ogóle nie posiadają dochodu (17,8%).

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. Szczególnym problemem w tym zakresie jest bariera prawna, jaką jest niemożność świadczenia pracy socjalnej osobom osadzonym w więzieniach i aresztach, wynikająca z art. 13 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. Konieczna jest zatem zmiana ustawowa w tym zakresie, która pozwoli na pracę z osobami mającymi opuścić instytucje penitencjarne nad znalezieniem dla nich rozwiązania mieszkaniowego.

Do krytycznych sytuacji życiowych, które mogą wpływać na sytuację zagrożenia bezdomnością, należy zaliczyć 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. Podczas ostatniego badania liczby osób bezdomnych (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 wymieniano uzależnienie – niespełna 28% (w 2017 r. na trzecim miejscu). W dalszej kolejności znalazły się: eksmisja, wymeldowanie – 26,3%, które podczas poprzedniego badania, w 2017 r., były uznawane za główną przyczynę bezdomności, a następnie rozpad związku – 18,4%.

Na podstawie informacji uzyskanych podczas ostatniej edycji badania można zauważyć, że podobnie jak w 2017 r. najwięcej osób bezdomnych zdiagnozowano w przedziale wiekowym 41–60 lat (13 801 osób, w tym 1770 kobiet i 12 031 mężczyzn). Co istotne niemalże we wszystkich grupach wiekowych nastąpił spadek liczebności. Wyjątek stanowią osoby bezdomne powyżej 60. roku życia – w tej grupie można zaobserwować nieznaczny wzrost liczby osób, zarówno w gronie kobiet, jak i mężczyzn, z 9521 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, że wydłużają się epizody bezdomności wśród badanych osób. Najliczniejszą grupę stanowią obecnie osoby pozostające w kryzysie bezdomności powyżej 5 do 10 lat – 7961 osób (26,2%). Kolejna pod względem liczebności grupa to osoby bezdomne najkrócej, tj. do 2 lat – 6677 osób (22%) – w poprzednim badaniu najliczniejsza. Trzecią grupę niezmiennie stanowią osoby będące w kryzysie bezdomności powyżej 2 do 5 lat.

Elementy systemu wsparcia

Wsparcie w formie usług świadczonych w instytucjach

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 przekáže 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. Liczbę przedmiotowych form wsparcia prezentuje poniższa tabela.

Tabela nr 13. Liczba placówek udzielających tymczasowego schronienia osobom bezdomnym w latach 2016–2020

Placówki	Noclegownie		Schroniska dla osób bezdomnych		Schroniska dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi		Ogrzewalnie	
	Liczba jednostek	liczba miejsc	Liczba jednostek	liczba miejsc	Liczba jednostek	liczba miejsc	Liczba jednostek	liczba miejsc
2020 r.								
prowadzone przez gminę/powiat	46	1374	34	1348	3	98	38	642
prowadzone przez inny podmiot w ramach umowy z jednostkami samorządu	74	2287	254	10 338	64	1989	54	1022
Razem	120	3661	288	11 686	67	2087	92	1664
2018 r.								
prowadzone przez gminę/powiat	44	1234	45	1590	4	103	33	573
prowadzone przez inny podmiot w ramach umowy z jednostkami samorządu	58	1796	172	8379	18	567	38	890

Razem	102	3030	217	9969	22	670	71	1463
2016 r.								
prowadzone przez gminę/powiat	46	1322	45	1874			25	499
prowadzone przez inny podmiot w ramach umowy z jednostkami samorządu	54	1600	167	8377			26	648
Razem	100	2922	212	10 251			51	1147

Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań rocznych MRPiPS-03 oraz sprawozdania uzupełniającego DPS.III.73.AB/2017.

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.

Podobną funkcję pełni schroniska dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi, które są przeznaczone dla osób niezdolnych do samoobsługi, ale niewymagających całodobowej opieki, a jedynie częściowej, tymczasowej pomocy w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych i opieki higienicznej.

Poza placówkami, których głównym profilem działalności jest udzielanie tymczasowego schronienia, niezwykle istotną rolę w systemie wsparcia osób w kryzysie bezdomności odgrywają punkty doraźnego wsparcia. Wśród nich wyróżniamy m.in.: jadłodajnie, łaźnie, pralnie, punkty wydawania żywności, punkty wydawania odzieży, świetlice dla osób bezdomnych, punkty konsultacyjno-informacyjne, punkty pomocy medycznej.

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 przez rozwój mieszkalnictwa oraz zapewnienia usług wspierających powrót osób bezdomnych do społeczeństwa oraz na rynek pracy. Jednocześnie, w miarę rozwijania rozwiązań mieszkaniowych dla osób bezdomnych, należy stopniowo wprowadzać ograniczenia w podaży instytucjonalnych form pomocy osobom bezdomnym – w szczególności przez przekształcenia istniejących placówek w rozwiązania mieszkaniowe lub wielofunkcyjne placówki interwencyjne służące pomocy doraźnej na czas do zapewnienia rozwiązania mieszkaniowego, jak również przez ograniczanie możliwości otwierania nowych placówek o charakterze instytucjonalnym.

Wsparcie w formie usług świadczonych w środowisku

Wśród świadczeń z pomocy społecznej bardzo istotną funkcję pełni praca socjalna, która ma na celu pomoc osobom i rodzinom we wzmacnianiu lub odzyskiwaniu zdolności do funkcjonowania w społeczeństwie przez pełnienie odpowiednich ról społecznych oraz tworzenie odpowiednich warunków sprzyjających temu celowi. W tym kontekście istnieje potrzeba integracji działań profilaktycznych i interwencyjnych przez m.in. stworzenie standardu tychże działań, który miałby zastosowanie w trakcie postępowań eksmisyjnych lub w okresie zagrożeń eksmisją, co pozwalałoby w wielu przypadkach na skuteczne zapobieganie kryzysowi bezdomności.

Jedną ze szczególnych form pracy socjalnej z osobami, które już doświadczają bezdomności w ich środowisku, jest streetworking. Liczba streetworkerów w poszczególnych gminach, którzy w 2020 r. pracowali z osobami w kryzysie bezdomności, wyniosła 146 osób, z czego najwięcej było zatrudnionych w województwie mazowieckim (51 osób) oraz w województwie wielkopolskim (20 osób). To o 20 osób mniej niż dwa lata wcześniej, kiedy to gminy wykazały łącznie 166 streetworkerów. Pomimo ogólnego spadku liczby streetworkerów w Polsce w porównaniu do 2018 r. wsparciem w tej formie w 2020 r. objęto łącznie 5419 osób. To wzrost o ponad 0,5 tys. osób. Najwięcej, gdyż 1536 osobom, pomocy udzielono w województwie mazowieckim, a następnie w województwie śląskim – 828 osobom doświadczającym bezdomności.

Streetworking ma kluczowe znaczenie we wsparciu osób w kryzysie bezdomności. Działania prowadzone w środowisku przebywania czy grupowania się osób bezdomnych, czyli w miejscach niemieszkalnych i przestrzeni publicznej, są niezwykle istotne nie tylko z punktu widzenia ochrony życia i zdrowia tych osób, ale także ze względu na pierwszy kontakt w

procesie reintegracji społecznej w rozwiązaniach mieszkaniowych przewidzianych w strategii. Stąd też potrzeba uwzględnienia rozwoju tego rodzaju wsparcia w dokumencie. Istotnym elementem wsparcia świadczonego w środowisku jest wsparcie w mieszkaniu chronionym, które jest formą pomocy społecznej przygotowującą pod opieką specjalistów osoby tam przebywające do prowadzenia samodzielnego życia lub wspomagającą te osoby w codziennym funkcjonowaniu. Liczba osób w kryzysie bezdomności, którym w 2020 r. przyznano świadczenie w formie wsparcia w mieszkaniu chronionym, wyniosła 675 osób, w tym 211 kobiet i 464 mężczyzn. To znaczny, bo ponad 40% wzrost w stosunku do poprzedniego okresu sprawozdawczego.

Warto w tym miejscu zaznaczyć istotną rolę, jaką odgrywa w procesie wsparcia osób bezdomnych udostępnianie i rozwijanie różnych form pomocy pozainstytucjonalnej, innej niż mieszkanie chronione. Są to tzw. mieszkania ze wsparciem, readaptacyjne itp., w których przebywają osoby będące w procesie wychodzenia z bezdomności, przygotowujące się pod opieką specjalistów do prowadzenia samodzielnego życia lub wspomagane w codziennym funkcjonowaniu. Liczba osób w kryzysie bezdomności objętych w 2020 r. wsparciem w innych niż mieszkanie chronione formach pozainstytucjonalnych to 736 osób, w tym 205 kobiet i 531 mężczyzn. Wsparcie jest dedykowane przeważnie osobom opuszczającym placówki udzielające tymczasowego schronienia, w ramach treningu samodzielnego życia, ale także coraz częściej służy realizacji usług opartych na modelu „najpierw mieszkanie” dla osób doświadczających bezdomności chronicznej.

„Najpierw mieszkanie” to specjalistyczna usługa/forma pomocy kierowana do osób od lat korzystających z tradycyjnej pomocy z tytułu bezdomności i mimo tego nadal pozostających bez domu: cierpiących z powodu zaburzeń psychicznych lub uzależnień, czyli z tzw. podwójną diagnozą, i doświadczających długotrwałej bezdomności przejawiającej się wieloletnim przebywaniem w miejscach, których nie można uznać za mieszkanie.

Wzrost popularności wsparcia świadczonego w tej formie w ostatnich latach wynika ze świadomości znacznie większej skuteczności rozwiązań pozainstytucjonalnych w procesie wychodzenia z bezdomności w porównaniu z rozwiązaniami instytucjonalnymi. Stąd potrzeba propagowania i rozwoju różnorodnych rozwiązań mieszkaniowych, mając na uwadze możliwość zaadaptowania ich do lokalnych warunków i możliwości, a także popularyzacja wiedzy o modelu „najpierw mieszkanie”.

Zindywidualizowane wsparcie świadczone w mieszkaniu ma również 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 utrwała deficyty w zakresie kompetencji społecznych i emocjonalnych umożliwiających samodzielne funkcjonowanie w społeczeństwie.

Narzędzia aktywizujące osoby w kryzysie bezdomności

Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej przewiduje, że osoba bezdomna może zostać objęta indywidualnym programem wychodzenia z bezdomności, który polega na wspieraniu osoby bezdomnej w rozwiązywaniu jej problemów życiowych, w szczególności rodzinnych i mieszkaniowych, oraz pomocy w uzyskaniu zatrudnienia. Program powinien uwzględniać sytuację osoby bezdomnej oraz zapewniać szczególne wsparcie osobie aktywnie uczestniczącej w wychodzeniu z bezdomności, jak również stosownie do potrzeb osoby bezdomnej może uwzględniać wszelkie środki pomocy, jakimi dysponuje ośrodek pomocy społecznej realizujący program.

Ponadto, aby określić sposób współdziałania w rozwiązywaniu problemów osób znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej, w tym osób bezdomnych, można zawrzeć z tą osobą kontrakt socjalny. Jego realizacja ma na celu wzmocnienie aktywności i samodzielności życiowej, zawodowej lub przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu.

Dominującą liczebnie grupę stanowią osoby bezdomne objęte kontraktem socjalnym, gdyż w ciągu całego 2020 r. narzędzie to zastosowano wobec 14 593 osób. Z kolei 3696 osób realizowało w 2020 r. indywidualny program wychodzenia z bezdomności.

Podsumowanie elementów wsparcia

Wsparcie w formie usług świadczonych w instytucjach

- schroniska dla osób bezdomnych,
- schroniska dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi,
- noclegownie,
- ogrzewalnie,
- punkty pomocy doraźnej, tj. jadłodajnie, łaźnie, pralnie, punkty wydawania żywności, punkty wydawania odzieży, świetlice dla osób bezdomnych, punkty konsultacyjno-informacyjne, punkty pomocy medycznej.

Wsparcie w formie usług świadczonych w środowisku

- praca socjalna i streetworking,
- mieszkania chronione,
- inne niż mieszkania chronione formy pozainstytucjonalnego wsparcia, tj. tzw. mieszkania wspierane, readaptacyjne itp.

Narzędzia aktywizujące osoby w kryzysie bezdomności

- indywidualny program wychodzenia z bezdomności,
- kontrakt socjalny.

Rekomendacje

W zakresie działań profilaktycznych

- 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 wspomaganych,
- stworzenie standardu działań profilaktycznych i interwencyjnych, w tym 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 dotyczących przełamania stereotypów na temat bezdomności,
- prowadzenie analizy oraz monitorowanie zjawiska bezdomności i sposobów rozwiązywania tego problemu.

W zakresie rozwoju usług społecznych na rzecz osób w kryzysie bezdomności

zmierzających do przejścia ze wsparcia instytucjonalnego do wsparcia w formie mieszkaniowej:

- rozwój mieszkalnictwa wspomaganego, w tym w szczególności wspieranie i pilotaże programów opartych na modelu „najpierw mieszkanie”,
- opracowanie gminnych programów uwzględniających mieszkania wspomagane w zakresie mieszkaniowym oraz w zakresie udzielanych tam usług wsparcia, a także ścieżkę odchodzenia (ograniczania podaży) od rozwiązań instytucjonalnych, w miarę rozwoju usług mieszkaniowych,
- 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,
- sukcesywna zmiana charakteru i rodzaju wsparcia instytucjonalnego.

W zakresie wsparcia osób doświadczających bezdomności:

- zmiana ustawowej definicji osoby bezdomnej przez uwzględnienie osób korzystających w procesie wychodzenia z bezdomności z form wsparcia realizowanych w mieszkaniach, przygotowujących pod opieką specjalistów osoby tam przebywające do prowadzenia samodzielnego życia lub wspomagających te osoby w codziennym funkcjonowaniu,
- rozwój streetworkingu oraz innych usług typu outreach,
- wzmocnienie partycypacji osób doświadczających bezdomności w tworzeniu rozwiązań polityki społecznej i kształtowanie pomocy do nich kierowanej przez powoływanie formalnych lub nieformalnych ciał o charakterze konsultacyjno-doradczym, w skład których wchodziłyby, oprócz przedstawicieli samorządu lokalnego, przedstawiciele usługodawców niepublicznych, instytucji spoza sektora pomocy społecznej oraz osoby doświadczające bezdomności (obecnie lub w przeszłości),
- rozwój, wzmocnienie i poprawa instrumentów pomocy społecznej ukierunkowanych na integrację społeczną osób w kryzysie bezdomności,
- zintegrowanie dostępnych usług (metoda „jednego okienka”) w zakresie uzyskania

wsparcia dla osób wykluczonych mieszkaniowo.

Rozdział II. USŁUGI OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

W Polsce, podobnie jak w większości krajów UE, usługi z zakresu opieki długoterminowej (ang.– LTC Long-tem care) są świadczone zarówno w systemie ochrony zdrowia, jak i w ramach zabezpieczenia społecznego. Usługi te powinny być komplementarne i stanowić spójny system z punktu widzenia odbiorcy, tj. osoby wymagającej wsparcia oraz jej rodziny i środowiska lokalnego.⁵⁴

Ministerstwo Zdrowia równolegle do działań prowadzonych przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej w tym obszarze prowadzi prace w zakresie przygotowania Strategii deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych. Mając na uwadze rozdzielność organizacyjną, prawną i finansową systemów ochrony zdrowia i pomocy społecznej, Ministerstwo Zdrowia – w uzgodnieniu z Ministerstwem Funduszy i Polityki Regionalnej i Ministerstwem Rodziny i Polityki Społecznej – przyjęło model pracy nad stworzeniem ram strategicznych dla deinstytucjonalizacji opierający się na przygotowaniu odrębnego dokumentu odnoszącego się do obszaru ochrony zdrowia. MRiPS postanowiło także opracować analogiczny tematycznie dokument obejmujący działania w obszarze rozwoju usług społecznych. Za przyjęciem takiego modelu pracy przemawia m.in. konieczność wzajemnego uzupełniania się działań na rzecz deinstytucjonalizacji w zakresie usług zdrowotnych z innymi reformami w ochronie zdrowia. Opracowane dokumenty są komplementarne.

Dokument „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.” jest kontynuacją „Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020”. Jest wymagany przez Komisję Europejską jako warunek wydatkowania środków europejskich.

Do „Zdrowej przyszłości” są dołączone dwa inne dokumenty – dotyczące opieki nad osobami starszymi oraz osobami z zaburzeniami psychicznymi. Głównym celem – w zakresie opieki nad osobami starszymi – jest poprawa jakości życia i zdrowia seniorów i ich opiekunów.

⁵⁴Według definicji przyjętej w ramach UE (m.in. „Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies” European Commission 2018 oraz „Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society. Report jointly prepared by Social Protection Committee and the European Commission” 2014), opieka długoterminowa to usługi i pomoc dla osób, które z powodu słabości lub niepełnosprawności fizycznej lub psychicznej przez dłuższy czas wymagają pomocy w czynnościach życia codziennego i/lub wymagają stałej opieki pielęgniarzkiej. System LTC jest rozumiany jako połączenie usług społecznych i opiekuńczych oraz świadczeń pieniężnych finansowanych w całości lub częściowo w ramach systemu zabezpieczenia społecznego.

Służyć ma temu rozwój zasobów kadrowych, rozwój form opieki dziennej, domowej oraz innowacyjnych form opieki. Jest zakładane wsparcie opiekunów nieformalnych i koordynacja opieki środowiskowej.

W zakresie opieki psychiatrycznej są zakładane inwestycje w kadry i poprawa jakości kształcenia w dziedzinie psychiatrii i innych specjalizacji zajmujących się ochroną zdrowia psychicznego. Jest też planowana m.in. zmiana organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i inwestycje infrastrukturalne.

„Zdrowa przyszłość” odnosi się także do innych kluczowych dokumentów przygotowanych przez Ministerstwo Zdrowia, w szczególności do Narodowego Programu Zdrowia i Narodowej Strategii Onkologicznej.

Uwzględniając powyższe podejście do zaplanowanych zmian, należy pamiętać, że kierunki planowane w Strategii Rozwoju Usług Społecznych obejmują działania w obszarze usług społecznych.

1. Pomoc społeczna w kontekście realizacji usług społecznych

Pomoc społeczna jest instytucją polityki społecznej państwa, mającą na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości. Podstawowym aktem prawnym regulującym funkcjonowanie systemu pomocy społecznej jest ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej oraz akty wykonawcze do ustawy.

Pomoc społeczną organizują organy administracji rządowej i samorządowej, współpracując w tym zakresie, na zasadzie partnerstwa, z organizacjami społecznymi i pozarządowymi, Kościołem katolickim, innymi kościołami, związkami wyznaniowymi oraz osobami fizycznymi i prawnymi.

Ze względu na podmioty realizujące zadania pomocy społecznej można wyodrębnić dwa główne źródła finansowania systemu pomocy społecznej: budżet państwa oraz budżety jednostek samorządu terytorialnego w zakresie, w jakim ustawa nakłada na jednostki obowiązki dotyczące realizacji zadań o charakterze obowiązkowym z zakresu pomocy społecznej.

1.1 Ośrodki Pomocy Społecznej

W Polsce funkcjonuje około 2500 ośrodków pomocy społecznej (OPS) i miejskich ośrodków pomocy społecznej, w których jest zatrudnionych około 19 685 pracowników socjalnych, którzy realizują większość zadań z zakresu pomocy społecznej. W ostatnich latach widać wyraźnie brak osób chętnych do wykonywania tego zawodu. Dlatego są podejmowane działania w celu wprowadzenia zmian dotyczących możliwości wykonywania zawodu pracownika socjalnego (zmiany prawne).

Sukcesywnie planowane i wdrażane są działania w celu poprawy sytuacji zawodowej pracowników socjalnych i asystentów rodziny. Kierunki działań na rzecz tych grup zawodowych zostały zawarte w Krajowym Programie Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu. Aktualizacja 2021–2027, polityka publiczna z perspektywą do roku 2030.

Do zadań ośrodka pomocy społecznej należy między innymi:

- organizowanie i świadczenie usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych, w miejscu zamieszkania oraz prowadzenie i zapewnienie miejsc w mieszkaniach chronionych, (zadanie własne gminy o charakterze obowiązkowym),
- przygotowanie dokumentacji oraz kierowanie osób wymagających opieki do domów pomocy społecznej i ośrodków wsparcia o zasięgu gminnym (zadanie własne gminy),
- prowadzenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi, prowadzenie i rozwój infrastruktury ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
- realizacja zadań wynikających z rządowych programów pomocy społecznej, mających na celu ochronę poziomu życia osób, rodzin i grup społecznych oraz rozwój specjalistycznego wsparcia (zadania zlecone z zakresu administracji rządowej).

1.2 Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie

Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie (PCPR) wykonują zadania powiatu z różnych obszarów m.in. z zakresu wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej, wspierania osób niepełnosprawnych wynikające z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej, zatrudniania osób z niepełnosprawnościami oraz zadania z zakresu pomocy społecznej. Do zadań własnych powiatu należy m.in.

- prowadzenie specjalistycznego poradnictwa,

- przyznawanie pomocy pieniężnej na usamodzielnienie oraz na kontynuowanie nauki osobom opuszczającym domy pomocy społecznej dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie, domy dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży oraz schroniska dla nieletnich, zakłady poprawcze, specjalne ośrodki szkolno-wychowawcze, specjalne ośrodki wychowawcze, młodzieżowe ośrodki socjoterapii zapewniające całodobową opiekę lub młodzieżowe ośrodki wychowawcze,
- pomoc w integracji ze środowiskiem osób mających trudności w przystosowaniu się do życia, młodzieży opuszczającej domy pomocy społecznej dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie, domy dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży oraz schroniska dla nieletnich, zakłady poprawcze, specjalne ośrodki szkolno-wychowawcze, specjalne ośrodki wychowawcze, młodzieżowe ośrodki socjoterapii zapewniające całodobową opiekę lub młodzieżowe ośrodki wychowawcze, mających braki w przystosowaniu się,
- prowadzenie i rozwój infrastruktury domów pomocy społecznej o zasięgu ponadgminnym oraz umieszczanie w nich skierowanych osób,
- 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,
- prowadzenie ośrodków interwencji kryzysowej.

Do zadań z zakresu administracji rządowej realizowanych przez powiat należy m.in.:

- prowadzenie i rozwój infrastruktury ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
- realizacja zadań wynikających z rządowych programów pomocy społecznej, mających na celu ochronę poziomu życia osób, rodzin i grup społecznych oraz rozwój specjalistycznego wsparcia.

Tabela nr 14. Liczba osób zatrudnionych w wybranych jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej porównawczo 2016/2020

DANE O ZATRUDNIENIU W PCPR, OPS I OŚRODKACH WSPARCIA NA KONIEC ROKU 2016 i 2020				
WYSZCZEGÓLNIENIE	2016		2020	
	liczba osób	liczba etatów	liczba osób	liczba etatów
OŚRODKI WSPARCIA	11 010	9 538,71	15 846	13 664,40
PRACOWNICY SOCJALNI OGÓŁEM, z tego:	20 830	20 666,80	20 218	20 031,73
PRACOWNICY SOCJALNI W PCPR	1145	1 124,28	1034	1 010,18
PRACOWNICY SOCJALNI W OPS	19 685	19 542,52	19 184	19 021,55
PRACOWNICY OPS WYKONUJĄCY USŁUGI OPIEKUŃCZE	5582	5 302,48	6403	6 087,30
PRACOWNICY OPS WYKONUJĄCY SPECJALISTYCZNE USŁUGI OPIEKUŃCZE	744	697,03	811	769,29

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 i PCPR 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. Z powyższego zestawienia wynika, że większość usług opiekuńczych w gminach jest świadczona przez podwykonawców, nie zaś pracowników zatrudnionych przez jednostki pomocy społecznej szczebla gminnego.

1.3 Regionalne Ośrodki Polityki Społecznej

W Polsce funkcjonuje 16 Regionalnych Ośrodków Polityki Społecznej (ROPS). Są to jednostki organizacyjne pomocy społecznej, które wykonują między innymi zadania z zakresu pomocy społecznej, wspierania rodziny i pieczy zastępczej, rehabilitacji osób z niepełnosprawnościami na szczeblu samorządu wojewódzkiego.

Podstawowe zadania ROPS:

1. Projektowanie polityki samorządu województwa w obszarze polityki społecznej przez m.in. opracowanie, wdrażanie i koordynowanie strategii wojewódzkiej w zakresie polityki społecznej będącej integralną częścią strategii rozwoju województwa oraz programów regionalnych, w tym w szczególności: wspierania rodziny i pieczy zastępczej, przeciwdziałania przemocy w rodzinie, przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu, wyrównywania szans osób niepełnosprawnych, pomocy społecznej, udział w planowaniu środków będących w dyspozycji samorządów województw (w tym unijnych), realizację badań i analiz.
2. Inicjowanie, promowanie i rekomendowanie innowacyjnych rozwiązań w obszarze polityki społecznej.
3. Wspieranie samorządów lokalnych w organizacji, koordynacji i realizacji zadań w obszarze polityki społecznej m.in. przez wsparcie merytoryczne, szkoleniowe, doradcze w obszarze polityki społecznej, w tym w szczególności pomocy społecznej, wspierania rodziny i pieczy zastępczej, rehabilitacji społeczno-zawodowej osób z niepełnosprawnościami, przeciwdziałania przemocy w rodzinie.
4. Wspieranie (finansowe i merytoryczne) organizacji pozarządowych m.in. przez udzielanie dotacji, tworzenie przestrzeni do wymiany doświadczeń, w tym organizacji forów tematycznych.
5. Wspieranie współpracy między instytucjami działającymi w obszarze polityki społecznej, w tym w szczególności pomocy społecznej, wspierania rodziny i pieczy zastępczej, rehabilitacji społeczno-zawodowej osób z niepełnosprawnościami, przeciwdziałania przemocy w rodzinie.

Jednym z nowych rozwiązań zaproponowanych w projekcie Umowy Partnerstwa jest realizacja przez ROPS projektów koordynujących obszar włączenia społecznego w nowej

perspektywie finansowej 2021–2027. Projekty te zaplanowano wstępnie do realizacji w ramach programu krajowego Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego (FERS).

Celem proponowanych rozwiązań jest zapewnienie lepszego przepływu informacji i koordynacji projektów między poziomem krajowym i regionalnym oraz większa standaryzacja realizowanych działań między regionami, a dzięki temu wzmocnienie mniej aktywnych ROPS, a także zwiększenie wpływu Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej jako gestora polityki włączenia społecznego. Wzmocni to pozycję ROPS, umożliwi lepszy przepływ informacji między poziomem krajowym i regionalnym, a w konsekwencji sprawi, że wsparcie będzie lepiej dopasowane zarówno do założeń polityki krajowej, jak i potrzeb regionalnych.

1.4 Wydziały Polityki Społecznej

Jednostka organizacyjna Urzędu Wojewódzkiego zajmująca się między innymi sprawami z zakresu pomocy społecznej, wsparcia rodziny, pieczy zastępczej.

Główne zadania:

- prowadzenie spraw dotyczących nadzoru i kontroli zadań z zakresu pomocy społecznej, świadczeń rodzinnych, funduszu alimentacyjnego, przeciwdziałania przemocy w rodzinie, wspierania rodziny i pieczy zastępczej, realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego oraz nadzór nad zgodnością zatrudnienia pracowników jednostek organizacyjnych pomocy społecznej samorządu terytorialnego z wymaganymi kwalifikacjami,
- koordynowanie i realizowanie programów rządowych z zakresu polityki społecznej,
- realizacja ustawy z dnia 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci,
- wydawanie zezwoleń na prowadzenie domów pomocy społecznej, placówek opiekuńczo-wychowawczych, regionalnych placówek opiekuńczo-terapeutycznych i interwencyjnych ośrodków preadopcyjnych oraz placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub w podeszłym wieku, w tym prowadzonych w ramach działalności gospodarczej.

1.5 Centra usług społecznych

Centra usług społecznych (CUS) zostały powołane ustawą z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych (Dz. U. poz. 1818). Są to

jednostki, które pozwolą gminom na dostosowanie świadczeń usług społecznych do potrzeb mieszkańców i możliwości finansowych samorządów. 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.

Centra są podmiotami koordynującymi lokalne systemy usług społecznych użyteczności publicznej z zakresu:

- 1) polityki prorodzinnej,
- 2) wspierania rodziny,
- 3) systemu pieczy zastępczej,
- 4) pomocy społecznej,
- 5) promocji i ochrony zdrowia,
- 6) wspierania osób niepełnosprawnych,
- 7) edukacji publicznej,
- 8) przeciwdziałania bezrobociu,
- 9) kultury,
- 10) kultury fizycznej i turystyki,
- 11) pobudzania aktywności obywatelskiej,
- 12) mieszkalnictwa,
- 13) ochrony środowiska,
- 14) reintegracji zawodowej i społecznej.

Katalog usług, które mogą być świadczone przez CUS, jest szerszy niż usługi opiekuńcze i skierowany do wszystkich mieszkańców społeczności lokalnej, nie tylko do osób korzystających z pomocy społecznej. Zainteresowani mieszkańcy będą mogli otrzymać w nich pakiety usług dopasowanych do swoich indywidualnych potrzeb.

Zadaniem CUS jest integracja i koordynacja usług świadczonych przez różnych lokalnych usługodawców (publicznych i niepublicznych) współpracujących z centrum. Ustawa zakłada fakultatywność tworzenia centrów usług społecznych przez zainteresowane samorządy gminne działające samodzielnie lub w ramach porozumień międzygminnych oraz szczegółowo wskazuje zadania CUS oraz zasady jego organizacji.

Obecnie tworzenie CUS odbywa się głównie w ramach konkursu pt. Wsparcie tworzenia centrów usług społecznych i rozwój dostarczanych przez nie usług współfinansowanego ze

środków europejskich w Działaniu 2.8 Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020. W ramach środków konkursowych powstało dotychczas 41 CUS. Ponadto są tworzone również Centra ze środków własnych gmin.

Po trzech latach funkcjonowania CUS ustawa przewiduje przygotowanie informacji o realizacji zadań wynikających z ustawy w zakresie CUS. Po przeprowadzeniu ww. zadania zostaną zaproponowane zmiany do ustawy o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych.

1.6 Kadry realizujące usługi społeczne w pomocy społecznej

Podstawą świadczenia usług społecznych w środowisku zamieszkania jest personel świadczący te usługi.

Dane dotyczące zatrudnienia personelu w Ośrodkach Pomocy Społecznej i Domach Pomocy Społecznej wg stanu na 31.12.2020 r. prezentują się następująco:

- w OPS na koniec 2020 r. było zatrudnionych łącznie 56 544 osób, z tego 19 184 osoby stanowili pracownicy socjalni,
- w DPS na koniec 2020 r. były zatrudnione 55 832 osoby, z tego pracownicy zapewniający usługi bytowe – 17 888 osób, pracownicy zapewniający usługi opiekuńcze, edukacyjne i wspomagające – 37 944 osoby, w tym 1 9277 osób to pracownicy socjalni, a 19 473 osoby to personel zatrudniony na stanowisku opiekun.

Kluczem do wysokiej jakości wszelkich usług wspierających jest zmotywowana i chętna do pracy kadra. Założeniem dokumentu na najbliższe lata jest m.in. rozwój i wzmocnienie kadr instytucji pomocy i integracji społecznej, w szczególności kadry świadczącej usługi społeczne, w tym przede wszystkim przez ofertę szkoleniową dostosowującą kadrę do zachodzących zmian, zgodnych z kierunkami działań planowanymi w Strategii.

Ponadto, w założeniach do nowej perspektywy finansowej planowanej na lata 2021–2027, ministerstwo kładzie nacisk na działania promujące zawód pracownika socjalnego i budujące prestiż zawodowy.

2. Inne instytucje i podmioty zaangażowane w realizację usług społecznych

2.1 Podmioty ekonomii społecznej

Z uwagi na swój oddolny charakter i lokalne zakorzenienie podmioty ekonomii społecznej są,

obok samorządów, kluczowym elementem systemu zapewniającego szeroki dostęp do usług społecznych świadczonych w sposób aktywizujący i angażujący społeczność lokalną. Taki stan rzeczy potwierdzają badania GUS⁵⁵.

Działalność podmiotów ekonomii społecznej w obszarze usług społecznych pozwala nie tylko uzupełniać samorządową ofertę, ale również wspiera proces diagnozowania realnych potrzeb odbiorców oraz dostosowania do nich prowadzonych działań, a także aktywizować społeczność lokalną w sprawach jej bezpośrednio dotyczących. W rezultacie ostateczni odbiorcy mają dostęp do usług odpowiadających na ich konkretne i indywidualne potrzeby, sprzyjających jednocześnie włączaniu się w życie społeczności lokalnej i świadczonych przez zakorzenione w niej podmioty.

Do katalogu podmiotów ekonomii społecznej zaliczają się przede wszystkim: spółdzielnie socjalne, organizacje pozarządowe oraz podmioty, o których mowa w art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2022 r. poz. 1327 i 1265), a także spółdzielnie pracy oraz spółdzielnie inwalidów i niewidomych oraz jednostki reintegracyjne (w tym CIS, KIS, ZAZ, WTZ).

Istotnym wyzwaniem jest stworzenie warunków pozwalających na jeszcze silniejsze włączenie podmiotów ekonomii społecznej w rynek usług społecznych. Pozwoli to na zaspokajanie potrzeb wspólnot lokalnych i ich mieszkańców przy jednoczesnym wzmacnianiu PES realizujących funkcje reintegracyjne wobec osób zagrożonych wykluczeniem społecznym oraz przyczyniających się do tworzenia nowych miejsc pracy w społeczności lokalnej, a tym samym ograniczenia ubóstwa oraz wykluczenia społecznego.⁵⁶

2.2 Organizacje społeczeństwa obywatelskiego

Termin „społeczeństwo obywatelskie” odnosi się do wszystkich form działalności społecznej podejmowanych przez pojedyncze osoby lub grupy niezwiązane z państwem i niezarządzane przez to państwo.

Organizacja społeczeństwa obywatelskiego stanowi strukturę organizacyjną, której członkowie kierują się interesem ogólnym przy wykorzystaniu procesu demokratycznego. Odgrywa ona rolę mediacyjną między organami publicznymi a obywatelami.

⁵⁵ Rola sektora non-profit w dostarczaniu usług społecznych w latach 2014–2016, Warszawa, Kraków 2018.

⁵⁶ KPPUiWS, str.43.

Przykłady takich organizacji obejmują:

- partnerów społecznych (związki zawodowe i federacje pracodawców),
- organizacje pozarządowe (np. zajmujące się ochroną środowiska i konsumentów),
- organizacje lokalne (np. stowarzyszenia młodzieżowe lub stowarzyszenia rodzin).

Jak wynika z dokumentu pn. Program współpracy Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z organizacjami pozarządowymi oraz podmiotami wymienionymi w art. 3 ust. 3 ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie na lata 2021–2023 stanowiącego załącznik do zarządzenia nr 35 Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 21 grudnia 2020 r. w sprawie przyjęcia programu współpracy Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z organizacjami pozarządowymi oraz podmiotami wymienionymi w art. 3 ust. 3 ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie na lata 2021–2023 (Dz. U. poz. 38), w 2018 r. aktywną działalność prowadziło 101 tys. rejestrowych organizacji pozarządowych. Wśród nich najliczniejszą grupę stanowiły stowarzyszenia i podobne organizacje społeczne – 69,1 tys. podmiotów (68,4%), fundacje – 14,5 tys. (14,4%) oraz związki zawodowe – 12,5 tys. (12,4%). Działało również 2,7 tys. organizacji samorządu gospodarczego i zawodowego (2,6%) oraz 1,8 tys. społecznych podmiotów wyznaniowych (1,8%). Wśród rejestrowych organizacji pozarządowych 87,3 tys. podmiotów należało do sektora ekonomii społecznej, 9,3 tys. posiadało status organizacji pożytku publicznego, a 0,2 tys. znajdowało się na liście przedsiębiorstw społecznych. W 2018 r. największa część stowarzyszeń i podobnych organizacji społecznych oraz fundacji jako główną dziedzinę swojej działalności wskazała sport, turystykę, rekreację, hobby (30,6%). Z tego 68,5% stanowiły stowarzyszenia sportowe. Najpopularniejszym polem działalności w ramach tej dziedziny było prowadzenie zajęć w zakresie kultury fizycznej, organizowanie zawodów i prowadzenie obiektów sportowych (24,0%), w mniejszym zakresie organizowanie imprez turystycznych i rekreacyjnych oraz prowadzenie obiektów służących turystyce (4,0%).

W ramach zbieżnej z zadaniami realizowanymi przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej dziedziny: pomoc społeczna i humanitarna (7,3%) głównym polem aktywności była pomoc osobom niepełnosprawnym (3,1%). Organizacje, które jako główny obszar swojej działalności wskazały rynek pracy i aktywizację zawodową, stanowiły 1,4%.

Udział organizacji pozarządowych w dostarczaniu usług obrazuje raport pn. Rola sektora *non-profit* w dostarczaniu usług społecznych w latach 2014–2016 opracowany w 2018 r. przez Główny Urząd Statystyczny w Krakowie.

Organizacje pozarządowe od lat odgrywają znaczącą rolę w realizacji usług społecznych na rzecz osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, zarówno jako realizatorzy działań, jak również prowadzący rzecznictwo w zakresie planowanych i wprowadzanych zmian w tym obszarze. Taka rola została również zapisana w niniejszym dokumencie.

3. Programy na rzecz deinstytucjonalizacji usług społecznych

Całość aktualnych działań w obszarze polityki społecznej, zwłaszcza w sferze rozwoju usług społecznych, jest podejmowanych przy uwzględnieniu idei deinstytucjonalizacji. Podejście takie jest przyjęte zarówno na szczeblu ogólnoeuropejskim, w licznych inicjatywach Unii Europejskiej o wymiarze społecznym, jak również jest od lat obecne w naszej krajowej polityce społecznej, w planowanych i wdrażanych rozwiązaniach z zakresu zabezpieczenia społecznego, rozwoju usług społecznych i wsparcia osób potrzebujących pomocy w codziennym funkcjonowaniu.

Działania wpisujące się w ideę deinstytucjonalizacji usług społecznych podejmowane obecnie przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej to m.in.:

- 1) Program „Opieka 75+” – rozwój usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług dla osób z zaburzeniami psychicznymi świadczonych w miejscu zamieszkania,
- 2) Rozwój środowiskowych domów samopomocy i klubów samopomocy – sieć ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
- 3) Rozwój mieszkań chronionych, w tym wspieranych i treningowych,
- 4) Rozwój rodzinnych domów pomocy,
- 5) Rozwój usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej,
- 6) Rozwój usługi opieki wytchnieniowej,
- 7) Rozwój centrów opiekuńczo-mieszkalnych,
- 8) Program „Senior+”,
- 9) Program pn. „Od zależności do samodzielności”,
- 10) Program pn. „Pokonać bezdomność”.

1. PROGRAM „OPIEKA 75+”

Z punktu widzenia Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej jest istotne, aby usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania były realizowane w każdej gminie. Niektóre

gminy nie realizowały tego zadania w sposób wystarczający, dlatego też od stycznia 2018 r. jest realizowany Program „Opieka 75+”, który jest wsparciem samorządów i jedną z odpowiedzi na wyzwania, jakie stawiają przed Polską zachodzące procesy demograficzne.

Strategicznym celem programu jest poprawa dostępności do usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych, zarówno dla osób samotnych, jak również pozostających w rodzinach, będących w wieku 75 lat i więcej.

Program „Opieka 75+” jest realizowany od stycznia 2018 r. i jest adresowany do gmin miejskich, wiejskich, miejsko-wiejskich do 60 tys. mieszkańców.

Gminy, które przystępują do realizacji programu, uzyskują finansowe wsparcie do 50% przewidywanych kosztów realizacji zadania w zakresie realizacji usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych, dla osób spełniających kryteria określone w programie.

W ramach programu gmina może skorzystać z dofinansowania ze środków budżetu państwa na świadczenie usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych, jeżeli:

- 1) dane świadczenie realizuje samodzielnie, tj. przez pracowników ośrodka pomocy społecznej, urzędu gminy lub innych gminnych jednostek organizacyjnych (zatrudnionych na umowę o pracę) lub
- 2) zleca realizację przedmiotowego zadania organizacjom pozarządowym lub
- 3) kupuje usługi opiekuńcze od podmiotów sektora prywatnego.

W związku z wprowadzeniem programu „Opieka 75+” wzrosła liczba gmin świadczących usługi opiekuńcze.

Z analizy sprawozdań przesłanych przez wojewodów podsumowujących realizację przedmiotowego programu w roku 2020 wynika, że w roku sprawozdawczym program realizowało 509 gmin, usługami w jego ramach objęto 7731 osób na kwotę ponad 15 mln zł. Jednym ze skutków wprowadzenia programu „Opieka 75+” jest wzrost liczby gmin, które świadczą usługi opiekuńcze (z 2148 gmin w 2018 r., przez 2197 gmin w 2019 r. do 2212 gmin w roku 2020), tj. na przestrzeni tych 3 lat wzrost o 64 gminy, przy ogólnej liczbie gmin 2477 funkcjonujących w Polsce w latach 2019–2020 (w 2018 r. funkcjonowało w Polsce 2478 gmin). Oznacza to, że obecnie ponad 89% gmin w Polsce realizuje to zadanie. Realizacja programu pozwoliła również na zwiększenie liczby osób w wieku 75 lat i więcej korzystających z usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług, jak również na

zwiększenie liczby godzin usług dla osób, które już korzystały z tej formy pomocy. Pomoc świadczona osobom starszym przyczyniła się do poprawy ich życia, zwiększenia aktywności w codziennym funkcjonowaniu i zaspokajaniu potrzeb życiowych, a także umożliwiła tym osobom dalsze funkcjonowanie w dotychczasowym środowisku.

2. ROZWÓJ ŚRODOWISKOWYCH DOMÓW SAMOPOMOCY

To placówki okresowego dziennego lub całodobowego pobytu, w którym osoby z zaburzeniami psychicznymi oraz niepełnosprawne intelektualnie mogą otrzymać częściową opiekę i pomoc w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych oraz posiłek.

Działalność ośrodków wsparcia, w tym ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, jest bardzo istotna, działa wspomagająco na całą rodzinę, pomagając w sprawowaniu funkcji opiekuńczych nad członkami rodziny potrzebującymi wsparcia, zapobiega jednocześnie umieszczeniu ich w placówkach całodobowych. Wspiera także osoby samotne, zapobiegając ich wieloaspektowemu wykluczeniu z życia społecznego.

Środowiskowe domy samopomocy są prowadzone przez jednostki samorządu terytorialnego jako zadanie zleczone – ich tworzenie, jak i prowadzenie jest finansowane ze środków budżetu państwa.

Z roku na rok liczba środowiskowych domów samopomocy rośnie. Dzisiaj takich ośrodków jest w całej Polsce już 844, co daje około 32 tys. miejsc.

Również nakłady finansowe z budżetu państwa na rozwój sieci ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi w ostatnich latach znacznie wzrosły. W roku 2020 w ramach rezerwy celowej budżetu państwa na powyższe oraz na podwyższenie miesięcznej dotacji dla uczestników ze spektrum autyzmu i niepełnosprawnościami sprzężonymi rozdysponowano kwotę ponad 45 mln zł.

Należy zauważyć, że wydatki na ośrodki wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi z budżetu państwa z roku na rok są wyższe. Wysokość środków wydatkowanych na ośrodki wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi wynosiły:

- w roku 2015 – 404 866 tys. zł,
- w roku 2016 – 457 396 tys. zł,
- w roku 2017 – 483 948 tys. zł,
- w roku 2018 – 583 170 tys. zł,
- w roku 2019 – 713 232 tys. zł,
- w roku 2020 – 721 395 tys. zł.

W roku 2021 na ten cel w ustawie budżetowej zaplanowano kwotę 713 982 tys. zł. Dodatkowo w roku 2021 zostały uruchomione środki z rezerwy celowej budżetu państwa w wysokości 44 995 128 zł z przeznaczeniem na rozwój sieci ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

3. ROZWÓJ MIESZKAŃ CHRONIONYCH

Mieszkanie chronione to forma pomocy społecznej, przygotowująca – pod opieką specjalistów – osoby tam przebywające do samodzielnego życia lub wspomagająca te osoby w codziennym funkcjonowaniu.

Mieszkania chronione oferują wsparcie osobom pełnoletnim, które ze względu na trudną sytuację życiową, wiek, niepełnosprawność lub chorobę potrzebują pomocy w funkcjonowaniu w codziennym życiu, ale nie wymagają usług w zakresie świadczonym przez jednostkę całodobowej opieki, w szczególności: osoby z zaburzeniami psychicznymi, osoby opuszczające pieczę zastępczą, młodzieżowy ośrodek wychowawczy, zakład dla nieletnich, cudzoziemcy, którzy uzyskali w RP status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy.

Jest to zadanie własne gminy o charakterze obowiązkowym lub zadanie powiatu (prowadzone dla osób z terenu więcej niż jednej gminy).

Mogą być prowadzone przez każdą jednostkę organizacyjną pomocy społecznej lub organizację pożytku publicznego.

W obecnym stanie prawnym mieszkania chronione mogą być prowadzone jako treningowe lub wspierane.

Mieszkanie chronione to element opieki zdeinstytucjonalizowanej.

Pozwala dłużej funkcjonować osobie w jej naturalnym środowisku, co oddala konieczność objęcia opieką instytucjonalną.

Przyczynia się do utrzymania poziomu samodzielności przez nadzorowany trening, a dzięki zajęciom integracyjnym pomaga przezwyciężyć poczucie osamotnienia i wzmocnić wiarę we własne siły. Daje szansę na usamodzielnienie i prowadzenie niezależnego życia.

Realizacja zadania własnego samorządów jest wspierana ze środków budżetu państwa w ramach Działania 4.7. Programu 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 oraz z 2022 r. poz. 64)):

- Na lata 2017–2021 przewidziano środki finansowe z budżetu państwa w ogólnej kwocie 108 mln PLN na budowę lub adaptację lokali na nowe mieszkania chronione (w 2017 r. – 12 mln zł, a od 2018 r. po 24 mln zł).
- W latach 2017–2018 dotacja wynosiła do 50% kosztów realizacji zadania, w roku 2019 wzrosła do 70% kosztów realizacji zadania, zaś od 2020 r. do 80% kosztów realizacji zadania.
- Liczba utworzonych mieszkań chronionych w ramach Programu „Za życiem”:
 - w roku 2017 utworzono 38 mieszkań chronionych dysponujących 147 miejscami,
 - w roku 2018 utworzono 48 mieszkań chronionych dysponujących 187 miejscami,
 - w roku 2019 utworzono 55 mieszkań chronionych dysponujących 180 miejscami,
 - w roku 2020 utworzono 18 mieszkań chronionych dysponujących 59 miejscami.

Liczba mieszkań chronionych – treningowych i wspieranych – ulega zwiększeniu.

- Według stanu na koniec 2020 r.⁵⁷ funkcjonowało 1355 mieszkań chronionych na 4098 miejsc, z których skorzystały 3664 osoby.
- Liczba mieszkań chronionych działających w roku 2020 była wyższa o 249 jednostek w stosunku do liczby mieszkań, które funkcjonowały w roku 2019 (1106 mieszkań chronionych), co stanowi wzrost o ok. 22,5%.

W niniejszym dokumencie zaplanowano wprowadzenie zmian legislacyjnych w zakresie nazewnictwa i funkcjonowania mieszkań chronionych. Nastąpi ujednoczenie nazewnictwa – będą funkcjonowały mieszkania wspomagane z koszykiem usług społecznych określonym dla osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Ujednoczenie nazewnictwa ułatwi tworzenie mieszkań i realizację usług w tej formie pomocy.

4. ROZWÓJ RODZINNYCH DOMÓW POMOCY

Rodzinne domy pomocy są ogniwem pośrednim w systemie pomocy społecznej między usługami opiekuńczymi świadczonymi w miejscu zamieszkania a całodobową placówką specjalistycznego wsparcia, jaką jest dom pomocy społecznej.

Rodzinny dom pomocy stanowi formę usług opiekuńczych i bytowych świadczonych całodobowo przez osobę fizyczną lub organizację pożytku publicznego dla nie mniej niż

⁵⁷ Źródło: sprawozdanie MRPiPS-03 za rok 2020 – dane wstępne, w trakcie weryfikacji.

trzech i nie więcej niż ośmiu zamieszkujących wspólnie osób wymagających z powodu wieku lub niepełnosprawności wsparcia w tej formie.

Jako kameralne placówki przeznaczone dla nie więcej niż ośmiu osób wpisują się one w realizowanie idei deinstytucjonalizacji usług pomocy społecznej, dlatego też w opinii Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej rozwój tego typu placówek jest szczególnie pożądany.

Ze względu na to, że ta forma wsparcia jest bardzo mało popularna (w Polsce funkcjonuje obecnie jedynie 47 rodzinnych domów pomocy⁵⁸), ministerstwo opracowało program wsparcia rozwoju rodzinnych domów pomocy.

Celem Programu jest poprawa dostępności do usług opiekuńczych świadczonych w rodzinnych domach pomocy oraz rozwój tej formy wsparcia.

Program jest nową inicjatywą ministerstwa – jest planowany do realizacji w 2022 r.

Adresat Programu:

Gminy, które mają podpisaną (lub planują podpisać) umowę z OPP lub osobą fizyczną na prowadzenie rodzinnego domu pomocy i kierują bądź planują skierować osoby do rodzinnego domu pomocy.

Gminy, które posiadają w swoich zasobach budynek, który planują w formie najmu udostępnić OPP lub osobie fizycznej w celu uruchomienia rodzinnego domu pomocy.

Środki przewidziane na program:

Gminy uzyskują dofinansowanie ze środków z rezerwy celowej budżetu państwa.

Na realizację programu ze środków budżetu państwa przewiduje się ok. 16 mln zł.

5. ROZWÓJ USŁUG ASYSTENTA OSOBISTEGO OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

W ramach Funduszu Solidarnościowego są realizowane programy:

- „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”,
- „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami”.

Obydwa programy są adresowane do dzieci do 16. roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej

⁵⁸ Dane ze sprawozdania MRPIPS-03 za 2020 r.

egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji oraz do osób niepełnosprawnych posiadających orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, które wymagają usługi asystenta w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym.

Programy mają zapewniać m.in. możliwość skorzystania przez osoby niepełnosprawne z pomocy asystenta przy wykonywaniu codziennych czynności i funkcjonowaniu w życiu społecznym; stymulowanie osoby niepełnosprawnej do podejmowania aktywności i umożliwienie realizowania prawa do niezależnego życia; przeciwdziałanie dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność czy też zwiększenie wsparcia świadczonego przez asystentów ucznia ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi (ASPE) w zakresie wsparcia niepełnosprawnych uczniów, także w innych wymiarach życia i funkcjonowania społecznego. Program „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” jest realizowany za pośrednictwem i z udziałem samorządów szczebla gminnego i powiatowego.

Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” jest realizowany przez organizacje pozarządowe, które otrzymały środki w ramach Programu.

Realizacja programów:

- W 2019 r. 54 jednostki samorządu terytorialnego złożyły wnioski na środki finansowe z Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2019–2020.
- W 2020 r. wnioski zostały złożone przez 492 gminy i powiaty. W ramach tegorocznej edycji Programu (2021) wnioski zostały złożone przez 751 jednostek samorządu terytorialnego.
- Na realizację Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2020–2021 przeznaczono w 2020 r. kwotę 80 mln zł oraz w 2021 r. kwotę 80 mln zł.
- W 2021 r. 86 organizacji pozarządowych z całej Polski uzyskało rekomendacje dofinansowania usług asystenta osoby z niepełnosprawnościami ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2020–2021.
- Na przełomie września/października 2022 r. jest planowane ogłoszenie Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2022 oraz Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022.

6. PROGRAM „OPIEKA WYTCHNIENIOWA”

W ramach Funduszu Solidarnościowego są realizowane programy „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021 oraz „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnością” – edycja 2020–2021.

Do kogo są adresowane programy i dlaczego warto wspierać świadczenie usług opieki wytchnieniowej:

Obydwa programy są adresowane do członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności lub osobami posiadającymi orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, które wymagają usługi opieki wytchnieniowej.

Programy są kierowane do członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnością, którzy wymagają wsparcia w postaci doraźnej, czasowej przerwy w sprawowaniu bezpośredniej opieki nad dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności, a także nad osobami ze znacznym stopniem niepełnosprawności oraz podniesienia swoich umiejętności i wiedzy w tym zakresie – opieka wytchnieniowa ma za zadanie odciążenie członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnością przez wsparcie ich w codziennych obowiązkach lub zapewnienie czasowego zastępstwa.

- Program „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2021 jest realizowany za pośrednictwem i z udziałem samorządów szczebla gminnego i powiatowego.
- Program „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnością” – edycja 2020–2021 jest realizowany przez organizacje pozarządowe, które otrzymały środki w ramach Programu.

Powyższe Programy są realizowane w formie świadczenia usługi opieki wytchnieniowej w ramach pobytu dziennego, w ramach pobytu całodobowego oraz świadczenia usługi przez zapewnienie członkom rodziny lub opiekunom sprawującym bezpośrednią opiekę nad dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności lub osobami ze znacznym stopniem niepełnosprawności/osobami z orzeczeniem równoważnym możliwości skorzystania ze specjalistycznego poradnictwa (psychologicznego lub terapeutycznego) oraz wsparcia w zakresie nauki pielęgnacji/rehabilitacji/dietetyki.

Realizacja programów:

- W 2019 r. 329 jednostek samorządu terytorialnego złożyło wnioski na środki finansowe z Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2019.

- W 2020 r. wnioski zostały złożone przez 359 gmin i powiatów.
- W ramach tegorocznej edycji Programu (2021) wnioski zostały złożone przez 699 jednostek samorządu terytorialnego.
- Na realizację Programów „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2019, 2020 oraz edycja 2021 przeznaczono łączną kwotę 112 471 033,15 zł.
- Na realizację Programu „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnością” – edycja 2020–2021 przeznaczono w 2020 r. kwotę 30 mln zł oraz w 2021 r. kwotę 50 mln zł. W 2021 r. 49 organizacji pozarządowych z całej Polski uzyskało rekomendacje do finansowania usług opieki wytchnieniowej ze środków Funduszu Solidarnościowego w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnością” – edycja 2020–2021.
- W trakcie realizacji jest edycja 2022 Programu „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022 oraz Programu „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnością”.

7. PROGRAM „CENTRA OPIEKUŃCZO-MIESZKALNE”

Centra opiekuńczo-mieszkalne są przeznaczone dla dorosłych osób niepełnosprawnych ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności (oraz orzeczeniem traktowanym na równi).

Wspólny pobyt uczestników w Centrum ma za zadanie wpłynąć pozytywnie na procesy uspołecznienia i nawiązywania relacji interpersonalnych oraz pozwolić na podejmowanie przez osoby niepełnosprawne aktywności na miarę posiadanego potencjału i zasobów.

Infrastruktura Centrum oraz organizacja i rodzaj świadczonych usług w sposób szczególny ma odpowiadać potrzebom uczestników wynikającym z różnego spektrum niepełnosprawności, zapewnić warunki do nawiązywania i utrzymywania relacji z innymi, a także nabywania oraz rozwijania umiejętności i kompetencji decydujących o indywidualnej samodzielności i możliwości podejmowania ról społecznych.

Celem programu jest m.in. wzmocnienie dotychczasowego systemu wsparcia przez rozszerzenie usług dla dorosłych osób z niepełnosprawnościami ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, umożliwienie niezależnego, samodzielnego i godnego funkcjonowania na miarę możliwości i potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

Program „Centra opiekuńczo-mieszkalne” zmierza do stworzenia warunków dla jednostek samorządu terytorialnego szczebla gminnego/powiatowego, pozwalających na tworzenie i utrzymanie placówek pobytu dziennego lub całodobowego dla osób niepełnosprawnych.

- W okresie od sierpnia 2019 r. do maja 2021 r. zatwierdzono 39 wniosków gmin/powiatów na realizację Programu „Centra opiekuńczo-mieszkalne”.
- Kwota dofinansowania zatwierdzonych wniosków wyniosła 92 486 738,29 zł.
- Budżet Programu w latach 2021–2024 wynosi corocznie 75 mln zł.

8. PROGRAM WIELOLETNI „SENIOR+”

Dzięki podejmowanym przez resort działaniom efektywnie rozwija się system wsparcia osób starszych. W całej Polsce powstają dzienne domy „Senior+” i kluby „Senior+”, które zapewniają osobom starszym m.in. opiekę i możliwość rozwijania pasji.

Celem strategicznym programu jest zwiększenie aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym seniorów przez rozbudowę infrastruktury ośrodków wsparcia w środowisku lokalnym, przez zwiększenie liczby miejsc w placówkach „Senior +”, tj. Dziennych Domów „Senior +” i Klubów „Senior +”.

Program jest skierowany do jednostek samorządu terytorialnego i polega na rozbudowie sieci placówek dziennego pobytu dla osób starszych oraz dofinansowaniu już istniejących placówek w ich bieżących działaniach.

W ramach programu jednostki samorządu terytorialnego mogą ubiegać się w trybie otwartego konkursu ofert o środki finansowe przeznaczone na utworzenie lub wyposażenie placówki oraz zapewnienie funkcjonowania już istniejących placówek.

- Na realizację programu Senior+ ministerstwo przeznaczyło w 2021 r. 60 mln zł.
- Ogółem w latach 2016–2020 – 310 mln zł.

9. PROGRAM „OD ZALEŻNOŚCI KU SAMODZIELNOŚCI”

Celem głównym programu jest umożliwienie osobom z zaburzeniami psychicznymi przezwyciężenia trudnej sytuacji życiowej, w jakiej się znalazły, której własnym staraniem, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości nie są w stanie samodzielnie pokonać.

Program jest realizowany w czterech modułach, które mają na celu m.in.:

- umożliwienie dostępu dla rodzin osób z zaburzeniami psychicznymi do różnych usług np. okresowe zastąpienie w sprawowaniu funkcji rodzicielskich, inicjowanie grup samopomocowych rodziców,
- realizację projektów wspierających inicjowanie i wspieranie procesu samoorganizowania się, samopomocy osób chorujących psychicznie i osób z niepełnosprawnością intelektualną,
- rozwój umiejętności, które przyczynią się do uzyskania możliwie jak najpełniejszej samodzielności w codziennym funkcjonowaniu osób z zaburzeniami psychicznymi,
- inicjowanie i wdrażanie nowych form wsparcia środowiskowego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, a zwłaszcza przez jednostki organizacyjne służb pomocy społecznej.

Środki przeznaczone na realizację programu – 3 mln zł.

10. PROGRAM „POKONAĆ BEZDOMNOŚĆ”

Głównym celem programu jest inspirowanie i wspieranie działań nakierowanych na przeciwdziałanie i rozwiązywanie problemu bezdomności, inspirowanie do wdrażania nowych metod pracy z osobami bezdomnymi oraz programów aktywizacji społecznej i zawodowej tych osób.

Program jest realizowany w czterech modułach, które mają na celu m.in.:

- zapobieganie bezdomności przez prowadzenie działań profilaktycznych,
- prowadzenie działań interwencyjnych i aktywizujących skierowanych do osób znajdujących się w kryzysie bezdomności,
- wsparcie podmiotów w dostosowaniu prowadzonych przez nie placówek świadczących usługi dla osób bezdomnych do obowiązujących standardów,
- inspirowanie do wdrażania nowych rozwiązań w zakresie pomocy osobom bezdomnym.

Środki przeznaczone na realizację programu – 5,5 mln zł.

Rozdział III. ISTOTA 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, że *„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”*. Zatem wytyczne nie wskazują bezpośrednio, że 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. Autorzy europejskich wytycznych wskazują również, że w żadnym z krajów Europy nie udało się osiągnąć sytuacji, w której nie istniałyby zakłady opieki całodobowe.

Deinstytucjonalizacja nie jest więc procesem polegającym na bezwzględnym zamykaniu placówek zapewniających całodobową opiekę. Jest to proces polegający na rozwoju usług społecznych świadczonych w społeczności lokalnej oraz na wypracowaniu i wdrożeniu rozwiązań, które umożliwią „niezależne życie” osobom starszym, osobom z niepełnosprawnościami, osobom w kryzysie psychicznym i innym osobom potrzebującym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, a dzieciom życie pod opieką rodzinną lub pod opieką zbliżoną do rodzinnej.

Termin „niezależne życie” nie oznacza jednak posiadania zdolności do „wykonywania czynności samodzielnie” ani „samowystarczalności”. Niezależne życie wiąże się z możliwością dokonywania wyborów i podejmowania decyzji co do miejsca zamieszkania, współmieszkańców oraz sposobu organizacji życia codziennego.

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 również zmiana sposobu

działania dzisiejszych instytucji długoterminowych na turnusowe, świadczące wsparcie w społeczności lokalnej.

Zaspokojenie potrzeb społecznych w zakresie realizacji usług w miejscu zamieszkania (w środowisku lokalnym) będzie prowadzić do ograniczenia zapotrzebowania na instytucjonalne formy usług skierowanych do osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

Podsumowując, należy stwierdzić, że proces deinstytucjonalizacji będzie obejmować następujące kierunki działań:

- priorytet usług społecznych realizowanych w społeczności lokalnej przed usługami stacjonarnymi,
- rozwój zindywidualizowanych usług społecznych świadczonych w społeczności lokalnej, w tym usług o charakterze profilaktycznym, które wpłyną na ograniczenie konieczności opieki instytucjonalnej,
- wykorzystanie zasobów i potencjału instytucjonalnej opieki długoterminowej na poczet rozwoju nowych usług środowiskowych w społeczności lokalnej,
- rozwój różnych form mieszkalnictwa.

Proces deinstytucjonalizacji usług społecznych jest procesem dotyczącym wielu obszarów oraz procesem długoletnim i powinien być wdrażany z zachowaniem podstawowego założenia, że ma on służyć poprawie dobrostanu osób i rodzin. Należy go przeprowadzić jednak bardzo roztropnie, rozważnie i odpowiedzialnie, stwarzając innowacyjną jakość systemów wsparcia każdej z wymienionych grup społecznych, bazującą na transformacji dotychczasowych systemów usług w organizację usług w środowiskach lokalnych oraz na rozwoju nowych narzędzi wsparcia. Przyjmuje się w Strategii rozpoczęcie tego procesu począwszy od daty wejścia w życie niniejszej Strategii i zakończenie go w czasie do 2030 r. (z perspektywą do 2035 r.).

Idea deinstytucjonalizacji jest obecna od lat w polskiej polityce społecznej. Znajdowało to wyraz zarówno w przyjmowanych rozwiązaniach prawnych, jak i w dokumentach strategicznych. Także obecnie obowiązujące i opracowywane dokumenty strategiczne uwzględniają ten aspekt. Równocześnie rozwój koncepcji deinstytucjonalizacji w wymiarze ogólnoeuropejskim oraz jej operacjonalizacja w formie konkretnych wytycznych stanowią obecnie podstawę do wyznaczania kierunków działań na gruncie krajowym oraz określenia kluczowych etapów umożliwiających urzeczywistnienie koncepcji w obszarze usług

społecznych istotnych z punktu widzenia polityki zapobiegania ubóstwu i wykluczeniu społecznemu.

Deinstytucjonalizacja została wskazana w Strategii Odpowiedzialnego Rozwoju 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.

Działania uwzględnione w Strategii są rozwinięciem ww. założeń strategicznych oraz obejmują spójny z tymi dokumentami horyzont czasowy. Równocześnie wpisują się w strategiczne podejście do deinstytucjonalizacji obejmujące dłuższą perspektywę czasową i zgodne z Ogólnoeuropejskimi wytycznymi dotyczącymi przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności. Zgodnie z tym podejściem, w Strategii uwzględniono te etapy procesu, które będą realizowane do 2030 r. i stanowią niezbędny element jego skutecznej realizacji. Działania wykraczające poza ten horyzont czasowy będą odpowiednio modyfikowane i uszczegóławiane, stosownie do zapisów dokumentów strategicznych wyższego rzędu (średniookresowa strategia rozwoju kraju, właściwa strategia rozwoju).

Proces przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności w przypadku zdiagnozowanej sytuacji w naszym kraju wymaga długofalowych działań – w perspektywie kilkudziesięcioletniej – obejmujących następujące etapy i bloki działań:

- 1) zwiększenie podaży, dostępności oraz zapewnienie odpowiedniej jakości usług świadczonych w miejscu zamieszkania oraz w formach zdeinstytucjonalizowanych;
- 2) przygotowanie i wdrożenie lokalnych i regionalnych planów rozwoju usług opieki długoterminowej;
- 3) stopniowe przekształcanie, a następnie ewentualne wygaszanie placówek stacjonarnych.

Kluczowymi etapami działań z zakresu przejścia od opieki instytucjonalnej do świadczonej na poziomie lokalnych społeczności do podjęcia do 2030 r. w obszarze usług społecznych istotnych z punktu widzenia przeciwdziałania ubóstwu i wykluczeniu społecznemu są:

- 1) kompleksowy przegląd i ocena („audyt”) wszystkich całodobowych placówek opieki długoterminowej funkcjonujących jako jednostki organizacyjne pomocy społecznej, a także schronisk dla osób bezdomnych i schronisk z usługami opiekuńczymi dla osób

bezdomnych i innych miejsc schronienia dla osób bezdomnych oraz innych placówek świadczących całodobowe usługi społeczne, ze szczególnym uwzględnieniem analizy struktury mieszkańców tych placówek oraz ich indywidualnych sytuacji pod kątem perspektyw usamodzielniania;

- 2) stały rozwój podaży usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania;
- 3) rozwój mieszkalnictwa wspomaganego;
- 4) opracowanie lokalnych i regionalnych planów/strategii usług opieki długoterminowej, zgodnych z koncepcją deinstytucjonalizacji;
- 5) zaprzestanie kierowania do domów pomocy społecznej osób poniżej 18. roku życia.

W zakresie rozwoju systemu usług nadrzędne jest zapewnienie rodzinom i osobom wymagającym wsparcia dostępu do przystępnych cenowo usług świadczonych w środowisku lokalnym. Promowanie rozwoju usług środowiskowych jest również podkreślane w najnowszych opracowaniach eksperckich jako niezbędne w strategicznym podejściu do procesu deinstytucjonalizacji, będącym elementem ram strategicznych walki z ubóstwem i wykluczeniem społecznym⁵⁹.

Aby to osiągnąć, jest niezbędne zbudowanie spójnego systemu programowania, koordynowania i monitorowania systemu usług społecznych, którego rozwój powinien być oparty o partnerstwo publiczno-społeczne i udział partnerów sektora ekonomii społecznej we współkreowaniu, realizacji i monitorowaniu działań.

Do 2030 r. celem w zakresie procesu przejścia od usług instytucjonalnych do świadczonych na poziomie społeczności lokalnej jest:

- 1) zwiększenie dostępności środowiskowych usług opiekuńczych na poziomie gminy,
- 2) zwiększenie liczby miejsc zamieszkania w formach mieszkalnictwa wspomaganego,
- 3) zmniejszenie wskaźnika średniej liczby osób w domu pomocy społecznej oraz schronisku dla osób bezdomnych i schronisku z usługami opiekuńczymi dla osób bezdomnych,
- 4) zwiększenie udziału usług świadczonych w środowisku i w miejscu zamieszkania w stosunku do opieki instytucjonalnej (przez zmniejszenie wskaźnika usług instytucjonalnych do środowiskowych).⁶⁰

⁵⁹ EAPN Polska, Poverty Watch 2020, str. 58.

⁶⁰ KPPUiWS, str. 48.

Rozdział IV. WIZJA I CELE STRATEGICZNE

WIZJA STRATEGII

Przygotowanie systemu realizacji usług społecznych dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w szczególności z uwagi na starszy wiek, niepełnosprawność, problemy z zakresem zdrowia psychicznego, bezdomność, w taki sposób, aby mogły bezpiecznie i niezależnie funkcjonować w swoim miejscu zamieszkania tak długo, jak tego chcą, a dzieciom i młodzieży pozbawionej opieki rodzicielskiej zapewnienie opieki w warunkach rodzinnych lub zbliżonych do rodzinnych.

Przedstawiona wizja procesu deinstytucjonalizacji usług społecznych wskazuje na konieczność realizacji zadań, które są kluczowe z uwagi na powodzenie procesu – wdrożenia skutecznego systemu realizacji usług społecznych świadczonych w społeczności lokalnej uwzględniającego potrzeby jej mieszkańców.

Kluczowe działania:

- edukacja wszystkich interesariuszy procesu 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 oraz monitorowania ich jakości,
- opracowanie krajowych wytycznych dotyczących deinstytucjonalizacji usług społecznych oraz regionalnych (województwo) i lokalnych (gminnych i powiatowych) planów deinstytucjonalizacji usług społecznych,
- rozbudowa systemu usług środowiskowych pozwalających na wybór formy i sposobu świadczenia usług społecznych przez osobę potrzebującą wsparcia,
- kontynuowanie działań z zakresu deinstytucjonalizacji pieczy zastępczej,
- zmiana sposobu funkcjonowania domów pomocy społecznej – DPS jako środowiskowe centrum usług,
- analiza stanu prawnego i dostosowanie obowiązujących przepisów do wymogów

- procesu deinstytucjonalizacji,
- rozwój kadr świadczących usługi społeczne,
 - opracowanie lub modyfikacja narzędzi pozwalających na bieżący monitoring procesu deinstytucjonalizacji,
 - wprowadzenie zmian legislacyjnych dotyczących mieszkalnictwa chronionego – ujednoczenie nazewnictwa na „mieszkania wspomagane z koszykiem usług”,
 - rozbudowa miejsc czasowego pobytu z usługami społecznymi zgodnymi z potrzebami osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu,
 - podejmowanie działań zmierzających do ekonomicznego usamodzielnienia osób z niepełnosprawnościami przez ich aktywizację zawodową,
 - zagwarantowanie świadczenia usług społecznych w środowisku lokalnym dla każdego obywatela,
 - praktyczne wdrożenie idei niezależnego życia dla każdej osoby z niepełnosprawnościami,
 - wspieranie rozwoju potencjału podmiotów ekonomii społecznej do realizacji usług społecznych świadczonych w społeczności lokalnej.

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”.⁶¹

Osiągnięcie powyższych założeń będzie wymagać 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.

⁶¹ „Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności”, 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 zostaną osiągnięte przez realizację wyznaczonych kierunków działań.

Cel strategiczny 1: Zwiększenie udziału rodzin i rodzinnych form pieczy zastępczej w opiece i wychowaniu dzieci

Kierunki działań dla realizacji Celu strategicznego 1

1. Rozwój usług profilaktycznych i bezpośrednich usług środowiskowych wspierających dzieci i rodzinę przez:

- 1) skoordynowanie i uspołnienie współpracy multiprofesjonalnej z rodziną i na jej rzecz w celu wzmocnienia zasobów wewnętrznych i zewnętrznych, umożliwiających samodzielne zaspokajanie potrzeb rozwojowych dziecka. Wdrożenie rozwiązań zwiększających partycypację rodziny;
- 2) wdrożenie rozwiązań zwiększających partycypację dziecka zagrożonego rozdzieleniem z rodziną lub rozdzielonego z nią w podejmowaniu decyzji, które go dotyczą, uwzględniając jego stopień dojrzałości;
- 3) wprowadzenie działań o charakterze profilaktycznym, ukierunkowanych na wzmocnienie więzi rodzinnych, zwiększenie poziomu wiedzy i poprawę kompetencji rodziców związanych z zaspokajaniem potrzeb dzieci, w tym ochronę ich praw oraz wsparcie psychologiczne;
- 4) wsparcie dla rodzin adopcyjnych – wsparcie rodziców i dostęp do szybkiej, kompleksowej diagnozy i terapii dzieci;
- 5) wsparcie dla dzieci z niepełnosprawnością oraz dzieci o zaburzonym rozwoju i zagrożonych niepełnosprawnością;
- 6) wzmocnienie i poszerzenie katalogu usług wspierających rodziców dzieci ze specjalnymi potrzebami w celu profilaktyki wypalenia w związku z obciążeniami

wynikającymi ze sprawowania opieki;

- 7) wsparcie procesu osiągania stabilizacji życiowej dziecka po separacji od rodziny;
- 8) rozwój działań ukierunkowanych na młodzież niedostosowaną społecznie lub zagrożoną tym niedostosowaniem przez rozwój środowiskowych form resocjalizacji, terapii i wychowania;
- 9) zwiększenie liczebności i wzmocnienie kompetencji kadr systemu wsparcia rodziny;
- 10) zwiększenie liczby Opiniodawczych Zespołów Sądowych Specjalistów w celu usprawnienia pracy sądów rodzinnych i skrócenia okresu postępowań sądowych;
- 11) tworzenie na terenie gminy tzw. koszyków usług dla rodzin z dziećmi;
- 12) wsparcie rodzin w leczeniu choroby alkoholowej i innych uzależnień.

2. Rozwój rodzinnych form pieczy zastępczej przez:

- 1) rozwój oferty wsparcia dla dzieci pozostających w rodzinnej pieczy zastępczej oraz dla rodziców zastępczych;
- 2) działania na rzecz zwiększenia oferty usług świadczonych przez specjalistyczne ośrodki wsparcia dzieci i rodzin, które świadczą pomoc intensywną, interwencyjną, wysokospecjalistyczną, w tym również pobyty całodobowe, ale wyłącznie o charakterze krótkookresowym, realizowane w trybie „turnusowym”.

Proponowane rozwiązania doprowadzą do zwiększenia zasobu rodzinnych form pieczy zastępczej oraz zapewnią dzieciom wsparcie jak najlepiej dopasowane do ich potrzeb (w szczególności dzieciom z niepełnosprawnością, z alkoholowym zespołem płodowym – FAS, z problemami zdrowia psychicznego, doświadczeniem złożonej traumy rozwojowej, przewlekłymi chorobami, niedostosowaniem społecznie lub zagrożonych niedostosowaniem). Ponadto uwzględniają prawo do wyrażania przez dzieci swojego zdania i uczestniczenia w decyzjach, które ich dotyczą (niezależnie od wieku i poziomu rozwoju).

3. Zmiana funkcjonalności placówek całodobowych długookresowego pobytu przez:

- 1) stopniową zmianę funkcji całodobowych placówek dla dzieci w celu zapewnienia rodzinom i dzieciom wsparcia w społeczności lokalnej oraz realizacji instytucjonalnych usług społecznych w nowej formule (dotyczy: podmiotów instytucjonalnej pieczy zastępczej, młodzieżowych ośrodków socjoterapii, domów

pomocy społecznej);

- 2) przyjęcie (w celu zaplanowania rozwoju usług społecznych świadczonych w społeczności lokalnej) następujących założeń:
 - należy dążyć do tego, aby dziecko przebywało w rodzinnej pieczy zastępczej, a nie instytucjonalnej,
 - instytucjonalna piecza zastępcza powinna być ostatecznością,
 - zakłada się funkcjonowanie małych, do 14 osób, placówek pieczy instytucjonalnej, które będą świadczyły opiekę zbliżoną do rodzinnej,
 - każde dziecko powinno zostać 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 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.

4. Poprawa jakości usamodzielniania wychowanków pieczy zastępczej i placówek całodobowego pobytu przez:

- 1) opracowanie indywidualnych planów usamodzielnienia dla mieszkańców całodobowych domów pomocy społecznej oraz dla wychowanków pieczy zastępczej;
- 2) wzmocnienie roli opiekuna usamodzielnienia;
- 3) tworzenie koszyków usług społecznych dla wychowanków pieczy zastępczej i placówek całodobowego pobytu;
- 4) monitoring losów osób usamodzielnianych;
- 5) rozwój mieszkań wspomaganych z odpowiednim koszykiem usług jako etap przygotowujący przed zamieszkaniem w lokalu do własnej dyspozycji.

Zakładane efekty realizacji kierunków działań:

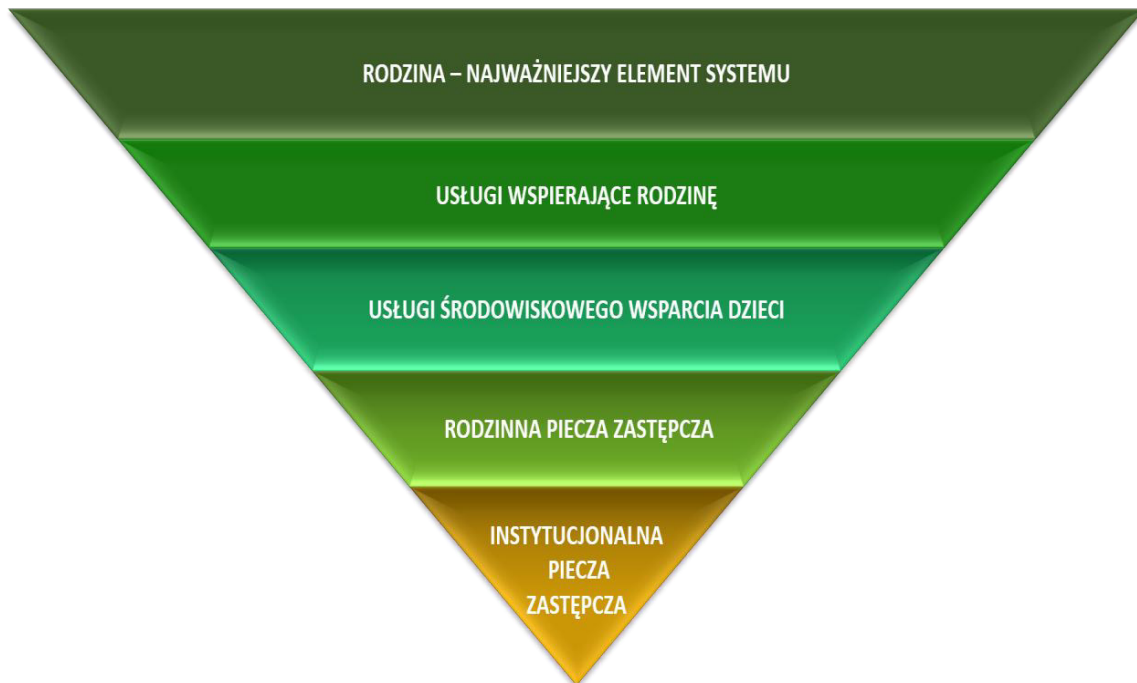
1. Działania wspierające rodziny, z których pochodzą dzieci, będą zapobiegać umieszczeniu dzieci w pieczy zastępczej.
2. Sytuacja dzieci w rodzinach przeżywających kryzys poprawi się, co spowoduje ich integrację i włączenie społeczne.
3. Realizacja kierunków działań pozwoli na odejście od konieczności funkcjonowania instytucjonalnej pieczy zastępczej i zapewnienie podaży odpowiedniej do potrzeb liczby rodzinnych form pieczy zastępczej.
4. Działania doprowadzą do usprawnienia systemów ochrony dzieci i pieczy zastępczej.
5. Nastąpi rozwój rodzinnej pieczy zastępczej, w tym ukierunkowanej na dzieci z niepełnosprawnością i chore.
6. Zostaną wdrożone działania zmierzające do tego, aby każde dziecko mogło wychowywać się w rodzinie lub środowisku zbliżonym do rodzinnego.
7. Nastąpi zmiana funkcjonowania obecnie działających placówek całodobowych dla dzieci z całodobowej opieki długoterminowej na krótkoterminową turnusową oraz usługową w środowisku lokalnym.

Harmonogram realizacji kierunków działań:

		2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2035
Termin realizacji kierunków działań	1											
	2											
	3											
	4											
Indykatywne źródła finansowania	Budżet państwa Budżety jednostek samorządu terytorialnego Fundusze UE											
Realizatorzy	Minister właściwy do spraw rodziny Ministerstwo Sprawiedliwości – Partner procesu – do jego zadań będzie należeć wsparcie procesów legislacyjnych, w tym opiniowanie przedłożonych projektów ustaw Ministerstwo Edukacji i Nauki – Partner procesu – szczególnie w zakresie sytuacji dzieci znajdujących się w placówkach całodobowych edukacyjnych Minister Finansów – w zakresie planowania środków na realizację kierunku działania Samorządy województw, w ramach zadań wynikających z aktualnie obowiązujących aktów prawnych Jednostki samorządu terytorialnego (gminy i powiaty), w ramach zadań wynikających z aktualnie obowiązujących aktów prawnych Organizacje społeczeństwa obywatelskiego – zgodnie z ustawą z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie											

Przedstawiony poniżej model przedstawia nowy sposób funkcjonowania usług wsparcia rodziny.

ODWRÓCONA PIRAMIDA – SCHEMAT ORGANIZACJI USŁUG WSPARCIA RODZINY



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

Cel strategiczny 2. Zbudowanie skutecznego i trwałego systemu świadczącego usługi społeczne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu

Kierunki działań dla realizacji Celu strategicznego 2

1. Wdrożenie systemu koordynacji oraz standaryzacji usług społecznych przez:

- 1) promocję i upowszechnienie wśród jednostek samorządu terytorialnego funkcji koordynatora usług społecznych w celu właściwej realizacji potrzeb osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
- 2) wprowadzenie zmian legislacyjnych w zakresie powołania na terenie jednostek samorządu terytorialnego koordynatora usług społecznych;
- 3) promocję tworzenia Centrum Usług Społecznych (CUS) jako instytucji koordynującej usługi;
- 4) tworzenie nowych CUS i sieciowanie istniejących CUS;
- 5) opracowanie standardów i katalogów usług społecznych dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
- 6) prowadzenie badań i analiz w obszarze ilości, jakości i skuteczności realizowanych usług społecznych;
- 7) kontraktowanie usług społecznych w oparciu o standardy i badania jakościowe i analizy;
- 8) diagnozowanie bieżących potrzeb oraz analizy w zakresie przyrostu udziału osób wymagających wsparcia na terenie gminy/powiatu oraz ocena, w jaki sposób może to wpłynąć na zwiększenie/zmniejszenie zapotrzebowania na usługi społeczne świadczone w społeczności lokalnej.

2. Wsparcie rodziny i osób pełniących opiekę nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu przez:

- 1) koordynację, przez jednostkę samorządu terytorialnego, wsparcia w formie usług społecznych dla rodzin i osób sprawujących funkcję opiekuna osób potrzebujących

wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;

- 2) wsparcie szkoleniowe, psychologiczne, transportowe, wytchnieniowe i technologiczne dla rodzin i opiekunów nieformalnych;
- 3) działania w obszarze popularyzowania i upowszechniania aktywności zawodowej wśród osób pełniących opiekę nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym zmiana przepisów kodeksu pracy, wprowadzenie różnego rodzaju regulacji ułatwiających działalność zawodową opiekunom – elastyczne formy pracy, praca zdalna, teleopieka.

3. Rozwój środowiskowych form wsparcia w postaci usług społecznych przez:

- 1) rozwój usług społecznych świadczonych w społeczności lokalnej ze szczególnym uwzględnieniem wystandaryzowanych usług opiekuńczych, ośrodków wsparcia dziennego, gospodarstw opiekuńczych, rodzinnych domów pomocy;
- 2) dążenie w kierunku zatrudniania, przez jednostki samorządu terytorialnego, osób świadczących środowiskowe usługi opiekuńcze w ramach umowy o pracę, co przyczyni się do większego wpływu jednostek samorządu terytorialnego na jakość świadczonych usług;
- 3) rozwój usług sąsiedzkich realizowanych np. przez opracowanie programu przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz działania promujące wolontariat;
- 4) rozwój mieszkań wspomaganych z koszykiem usług społecznych;
- 5) wykorzystanie lokalnych zasobów, przez angażowanie w realizację usług społecznych podmiotów ekonomii społecznej, w tym przedsiębiorstw społecznych i organizacji pozarządowych, a także rozwijanie potencjału tych podmiotów do realizacji usług społecznych. Tworzenie partnerstw zarówno społecznych, jak i partnerstw z przedsiębiorcami;
- 6) przekształcanie stacjonarnych placówek długoterminowej opieki (domy pomocy społecznej) w placówki realizujące kompleksowe usługi, stacjonarne i środowiskowe, w tym usługi realizujące stacjonarną opiekę krótkoterminową (opieka wytchnieniowa).

4. Zmiana sposobu funkcjonowania stacjonarnej instytucji opieki długoterminowej (domy pomocy społecznej) przez:

- 1) wykonanie audytu instytucji opieki długoterminowej (domy pomocy społecznej)

w zakresie wskazań do pobytu w tej formie opieki osób w nich przebywających, z uwzględnieniem możliwości ich powrotu do społeczności lokalnej;

- 2) przeprowadzenie cyklicznego sprawdzenia możliwości usamodzielnienia osoby korzystającej z usług instytucji, a w przypadku stwierdzenia możliwości powrotu do środowiska, podjęcie działań w tym zakresie;
- 3) przekształcanie domów pomocy społecznej w środowiskowe centra opieki, gdzie opieka stacjonarna będzie oferowana tylko wtedy, gdy nie będzie możliwe wsparcie środowiskowe z uwagi na stan zdrowia, stopień samodzielności oraz poziom wydolności opiekuńczej rodziny, lub w ramach krótkotrwałego pobytu. Zostanie określony wskaźnik liczby miejsc;
- 4) zmianę standardów świadczenia usług stacjonarnej opieki długoterminowej (domy pomocy społecznej) w zakresie warunków bytowych, w tym zapewnienie osobom korzystającym z usług pokoi jednoosobowych (w miarę możliwości poszczególnych DPS).

5. Trwały system finansowania opieki długoterminowej w obszarze usług społecznych:

- 1) dokonanie szczegółowych analiz dotyczących finansowania opieki długoterminowej w obszarze usług społecznych;
- 2) opracowanie modelu stałego finansowania usług społecznych zapewniającego możliwość korzystania ze wsparcia dla wszystkich osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
- 3) wprowadzenie stabilnego i trwałego rozwiązania finansującego koszty usług społecznych dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

6. Wsparcie i rozwój kadr świadczących usługi społeczne przez:

- 1) udział w szkoleniach, w tym specjalistycznych, w celu podniesienia kwalifikacji i kompetencji osób wykonujących zawód: opiekun w domu pomocy społecznej, opiekunka środowiskowa, opiekun osoby starszej, asystent osoby niepełnosprawnej;
- 2) przegląd kadr opiekuńczych i uregulowanie zawodu „specjalista do spraw opieki”. Nadanie określonych kompetencji zawodowych, ustanowienie stopni specjalizacji pozwoli na zmianę wizerunkową osób wykonujących funkcje opiekuńcze w domach pomocy społecznej oraz w środowisku;
- 3) określenie poziomu minimalnego wynagrodzenia dla zawodu „specjalista do spraw

opieki”.

Zakładane efekty realizacji kierunków działań:

1. Zostanie stworzony kompleksowy system realizacji usług społecznych oparty na skoordynowanych, zindywidualizowanych usługach środowiskowych.
2. Działania wspierające będą zapobiegać umieszczaniu osób starszych w instytucjach opieki całodobowej.
3. Wsparciem objęci zostaną opiekunowie rodzinni oraz personel zawodowy.
4. Pobyt w instytucji opieki całodobowej będzie wyborem osoby korzystającej z systemu wsparcia. Umieszczenie osoby w instytucji całodobowej będzie najmniej pożądanym, ostatnim ogniwem wsparcia.

Harmonogram realizacji kierunków działań

		2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2035
Termin realizacji kierunków działań	1											
	2											
	3											
	4											
	5											
	6											
Indykatywne źródła finansowania	Budżet państwa Budżety jednostek samorządu terytorialnego PFRON Fundusze UE											
Realizatorzy	Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego Minister Rolnictwa i Rozwoju Wsi – partner procesu szczególnie w zakresie rozwoju usług społecznych, opiekuńczych świadczonych w gospodarstwach rolnych (wsparcie i rozwój gospodarstw opiekuńczych) Minister Finansów – w zakresie planowania środków na realizację kierunku działania Samorządy województw, w ramach zadań wynikających z aktualnie obowiązujących aktów prawnych Jednostki samorządu terytorialnego (gminy i powiaty), w ramach zadań wynikających z aktualnie obowiązujących aktów prawnych Podmioty ekonomii społecznej – zgodnie z ustawą z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie Organizacje społeczeństwa obywatelskiego – zgodnie z ustawą z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie											

Cel strategiczny 3. Włączenie społeczne osób z niepełnosprawnościami dające możliwość życia w społeczności lokalnej niezależnie od stopnia sprawności

Kierunki działań dla realizacji Celu strategicznego 3

1. Wdrożenie systemu koordynacji oraz standaryzacji usług społecznych dla osób z niepełnosprawnościami przez:

- 1) koordynację, przez jednostkę samorządu terytorialnego, wsparcia w formie usług społecznych dla rodzin i osób sprawujących funkcję opiekuna osób z niepełnosprawnościami;
- 2) wprowadzenie zmian legislacyjnych w zakresie powołania na terenie jednostek samorządu terytorialnego koordynatora usług społecznych;
- 3) promocję tworzenia CUS jako instytucji koordynującej usługi;
- 4) tworzenie nowych CUS i sieciowanie istniejących CUS;
- 5) opracowanie standardów i katalogów usług społecznych dla osób z niepełnosprawnościami;
- 6) prowadzenie badań i analiz w obszarze ilości, jakości i skuteczności realizowanych usług społecznych dla osób z niepełnosprawnościami;
- 7) kontraktowanie usług społecznych w oparciu o standardy i badania jakościowe i analizy;
- 8) diagnozowanie bieżących potrzeb oraz analizy w zakresie przyrostu udziału osób z niepełnosprawnościami na terenie gminy/powiatu oraz ocena, w jaki sposób może to wpłynąć na zwiększenie/zmniejszenie zapotrzebowania na usługi społeczne świadczone w społeczności lokalnej.

2. Wsparcie rodziny realizującej opiekę nad osobą z niepełnosprawnościami, w tym wsparcie w postaci realizacji usług przez:

- 1) kompleksowe działania jednostek samorządu terytorialnego (gmina i powiat) na rzecz wsparcia rodzin, w tym rodzin zastępczych, które sprawują opiekę nad dziećmi z niepełnosprawnościami;

- 2) działania w obszarze popularyzowania i upowszechniania aktywności zawodowej wśród opiekunów rodzinnych osób z niepełnosprawnościami, w tym zmiana przepisów kodeksu pracy, wprowadzenie różnego rodzaju regulacji ułatwiających działalność zawodową opiekunom – elastyczne formy pracy, praca zdalna, teleopieka);
- 3) wsparcie szkoleniowe, odciążeniowe, specjalistyczne, psychologiczne, transportowe, wytchnieniowe i technologiczne opiekunów rodzinnych;
- 4) tworzenie koszyków usług społecznych dla osób z niepełnosprawnościami;
- 5) organizację działań samopomocowych;
- 6) upowszechnianie i wdrażanie kręgów wsparcia;
- 7) wprowadzenie systemowej usługi asystencji osobistej dla osób z niepełnosprawnościami;
- 8) rozwijanie potencjału do realizacji zdeinstytucjonalizowanych usług społecznych i zdrowotnych na rzecz osób z niepełnosprawnościami przez podmioty ekonomii społecznej, w tym przedsiębiorstwa społeczne, oraz zwiększanie udziału tych podmiotów w realizacji usług zleczanych przez samorząd.

3. Wdrożenie systemowej usługi mieszkalnictwa wspomaganego przez:

- 1) wprowadzenie zmian prawnych w zakresie nazewnictwa i funkcji mieszkalnictwa wspomaganego (ujednoczenie obowiązującego nazewnictwa – mieszkania chronione, wspierane, treningowe = mieszkania wspomagane z odpowiednim do potrzeb koszykiem usług);
- 2) rozwój mieszkań wspomaganych z koszykiem usług;
- 3) upowszechnianie i rozwój centrów opiekuńczo-mieszkalnych.

4. Wdrożenie idei niezależnego życia dla osób z niepełnosprawnościami zamieszkujących w społeczności lokalnej oraz mieszkańców domów pomocy społecznej przez:

- 1) wykonanie audytu instytucji opieki długoterminowej – domy pomocy społecznej dla osób z niepełnosprawnościami w zakresie wskazań do pobytu w tej formie osób w nich przebywających, z uwzględnieniem możliwości ich powrotu do społeczności lokalnej;
- 2) przeprowadzenie cyklicznego sprawdzenia możliwości usamodzielnienia osoby korzystającej z usług instytucji, a w przypadku stwierdzenia możliwości powrotu do środowiska, podjęcie działań w tym zakresie;

- 3) tworzenie i realizację indywidualnych planów usamodzielnienia uwzględniających aktywizację społeczną i zawodową osób opuszczających placówki całodobowe;
- 4) rozwój mieszkań wspomaganych z koszykiem usług;
- 5) rozwój miejsc i form potencjalnego zatrudnienia osób z niepełnosprawnościami;
- 6) opracowanie, upowszechnianie i wdrażanie ścieżki reintegracji społeczno-zawodowej osób z niepełnosprawnościami;
- 7) wsparcie podmiotów ekonomii społecznej, a w szczególności przedsiębiorstw społecznych, w reintegracji zawodowej i społecznej osób z niepełnosprawnościami;
- 8) działania profilaktyczne w celu zapobiegania kierowania osób z niepełnosprawnościami do instytucji całodobowego pobytu;
- 9) wdrożenie instrumentów wsparcia dostosowanych w swojej formie i nasileniu do danej osoby;
- 10) wprowadzenie modelu wspieranego podejmowania decyzji;
- 11) rozwój działań środowiskowych w zakresie wsparcia wdrożenia wspieranego podejmowania decyzji;
- 12) prowadzenie działań na rzecz powstawania kręgów wsparcia w celu zapewnienia pełnego włączenia osób z niepełnosprawnościami w społeczność lokalną.

Zakładane efekty realizacji kierunków działań

1. Zostanie stworzony kompleksowy system wsparcia osób i rodzin z niepełnosprawnościami.
2. Działania wspierające będą zapobiegać umieszczaniu osób z niepełnosprawnościami w instytucjach opieki całodobowej.
3. Zostanie wdrożona idea niezależnego życia, wsparta mieszkalnictwem wspomagany.
4. Zostaną wprowadzone instrumenty wsparcia dostosowane w swojej formie i nasileniu do danej osoby.
5. Pobyt w instytucji opieki całodobowej będzie wyborem osoby korzystającej z systemu wsparcia. Umieszczenie osoby w instytucji całodobowej powinno być ostatnim, najmniej pożądanym ogniwem wsparcia.

Harmonogram realizacji kierunków działań

		2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2035
Termin realizacji kierunków działań	1											
	2											
	3											

- 5) opracowanie standardów i katalogów usług społecznych dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

2. Rozwój zintegrowanych usług społecznych dla osób z zaburzeniami psychicznymi i w kryzysie psychicznym przez:

- 1) opracowanie standardu wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
- 2) zwiększenie poziomu realizacji usług specjalistycznych dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
- 3) zabezpieczenie potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi w ramach infrastruktury jednostki samorządu terytorialnego lub w ramach porozumienia zawartego z inną jednostką samorządu terytorialnego;
- 4) wypracowanie i wdrożenie mechanizmów współpracy instytucji i podmiotów, w tym organizacji pozarządowych wykonujących zadania na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi;
- 5) wsparcie w ośrodkach interwencji kryzysowej;
- 6) tworzenie koszyków usług społecznych dla osób z zaburzeniami psychicznymi;
- 7) wzmocnienie ścieżek wsparcia osób w kryzysie psychicznym w ramach istniejącego systemu reintegracji społeczno-zawodowej;
- 8) rozwój mieszkań wspomaganych z koszykiem usług dostosowanym do potrzeb osoby z zaburzeniami psychicznymi;
- 9) rozwój centrów opiekuńczo-mieszkalnych;
- 10) rozwój podmiotów ekonomii społecznej, a w szczególności przedsiębiorstw społecznych wykonujących zadania na rzecz reintegracji zawodowej i społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi;
- 11) rozwój usług społecznych wspierających rodziny z dziećmi z zaburzeniami psychicznymi.

3. Zmiana sposobu funkcjonowania stacjonarnej instytucji opieki dla osób z zaburzeniami psychicznymi przez:

- 1) wykonanie audytu instytucji opieki długoterminowej – domy pomocy społecznej dla

osób z zaburzeniami psychicznymi i w zakresie wskazań do pobytu w tej formie osób w nich przebywających, z uwzględnieniem możliwości ich powrotu do społeczności lokalnej;

- 2) przeprowadzenie cyklicznego sprawdzenia możliwości usamodzielnienia osoby korzystającej z usług instytucji, a w przypadku stwierdzenia możliwości powrotu do środowiska, podjęcie działań w tym zakresie;
- 3) tworzenie i realizację indywidualnych planów usamodzielnienia uwzględniających aktywizację społeczną i zawodową osób opuszczających placówki całodobowe;
- 4) przekształcenie stacjonarnych instytucji opieki dla osób z zaburzeniami psychicznymi (domy pomocy społecznej) w środowiskowe centra wsparcia, gdzie opieka stacjonarna może być tylko ostatnim z możliwych elementów wsparcia. Zostanie określony wskaźnik liczby miejsc;
- 5) zmianę standardów świadczenia usług społecznych stacjonarnej opieki dla osób z zaburzeniami psychicznymi w zakresie warunków bytowych, w tym zapewnienie w miarę możliwości osobom korzystającym z usług pokoi jednoosobowych.

Zakładane efekty realizacji kierunków działań

1. Zostanie utworzony spójny system wsparcia w formie usług społecznych dla osób z zaburzeniami psychicznymi.
2. Nastąpi rozwój usług społecznych skierowanych do osób z zaburzeniami psychicznymi, co ograniczy konieczność korzystania z usług opieki całodobowej.
3. Zostanie przygotowana kadra specjalistyczna realizująca usługi społeczne dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi.

Harmonogram realizacji kierunków działań

		2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2035
Termin realizacji kierunków działań	1											
	2											
	3											
Indykatoryjne źródła finansowania	Budżet państwa Budżety jednostek samorządu terytorialnego PFRON											

	Fundusz Solidarnościowy Fundusze UE
Realizatorzy	Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego Minister Finansów – w zakresie planowania środków na realizację kierunku działania Samorządy województw, w ramach zadań wynikających z aktualnie obowiązujących aktów prawnych Jednostki samorządu terytorialnego (gminy i powiaty), w ramach zadań wynikających z aktualnie obowiązujących aktów prawnych Podmioty ekonomii społecznej – zgodnie z ustawą z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie Organizacje społeczeństwa obywatelskiego – zgodnie z ustawą z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie

Cel strategiczny 5. Stworzenie skutecznego systemu wsparcia dla osób w kryzysie bezdomności oraz osób zagrożonych bezdomnością

Kierunki działań dla realizacji Celu strategicznego 5

1. Wdrożenie systemu koordynacji i standaryzacji usług społecznych zapobiegających bezdomności przez:

- 1) wypracowanie i wdrożenie działań profilaktycznych i interwencyjnych w zakresie mieszkalnictwa pozwalających kontrolować zadłużenie;
- 2) zintensyfikowanie współpracy międzysektorowej w zakresie kompleksowej pomocy osobom w kryzysie bezdomności;
- 3) wprowadzenie możliwości pracy socjalnej z osobami w zakładach penitencjarnych/treningu samodzielności z osobami usamodzielniającymi się;
- 4) prowadzenie kampanii społecznych dotyczących przełamywania stereotypów na temat bezdomności, w tym również kierowanych do JST i jednostek pomocy społecznej, w celu podnoszenia poziomu świadomości i wiedzy w zakresie bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego;
- 5) prowadzenie analizy oraz monitorowanie zjawiska bezdomności i sposobów rozwiązywania tego problemu.

2. Opracowanie i wdrożenie rozwiązań na rzecz przejścia ze wsparcia instytucjonalnego do wsparcia w formie mieszkaniowej przez:

- 1) rozwój i wspieranie różnych form mieszkalnictwa jako narzędzi dedykowanych rozwiązywaniu kryzysu bezdomności;
- 2) rozwój mieszkalnictwa wspomaganego, w tym również uregulowanie ustawowe, wraz z koszykiem usług dla osób w kryzysie bezdomności;
- 3) zmiany w planowaniu i gospodarowaniu mieszkaniowym zasobem gminy uwzględniające perspektywę tworzenia mieszkań wspomaganych, w tym z wykorzystaniem pustostanów;
- 4) opracowanie i wdrożenie rozwiązań mieszkaniowych dla osób zagrożonych bezdomnością oraz wychodzących z kryzysu bezdomności, wymagających wsparcia w utrzymaniu mieszkania, w tym z udziałem Społecznych Agencji Najmu;
- 5) rozwój programów przeciwdziałania bezdomności opartych na modelu „najpierw mieszkanie” lub innych;
- 6) podnoszenie kompetencji i kwalifikacji kadr udzielających wsparcia osobom w kryzysie bezdomności, zwłaszcza wsparcia świadczonego w mieszkaniach;
- 7) przekształcanie dotychczasowych placówek dla osób w kryzysie bezdomności w zespolone mieszkania wspomagane lub w placówki o charakterze interwencyjnym.

3. Wsparcie osób doświadczających bezdomności przez:

- 1) zmiany w zakresie definiowania bezdomności i katalogu osób uprawnionych do wsparcia;
- 2) zintegrowanie dostępnych usług (metoda „jednego okienka”) w zakresie uzyskania wsparcia dla osób w kryzysie bezdomności;
- 3) wzmocnienie i usprawnienie systemu interwencji, ochrony zdrowia i życia osób bezdomnych, przez świadczenie wsparcia w środowisku metodą streetworkingu;
- 4) zapewnienie osobom w kryzysie bezdomności partycypacji w budowaniu i rozwoju systemu wsparcia oraz w usamodzielnianiu przez powoływanie formalnych lub nieformalnych grup/organów o charakterze konsultacyjno-doradczym, w skład których wchodziłoby, oprócz przedstawicieli samorządu lokalnego, przedstawiciele usługodawców niepublicznych, instytucji spoza sektora pomocy społecznej oraz osoby doświadczające bezdomności (obecnie lub w przeszłości).

Zakładane efekty realizacji kierunków działań

1. Zostanie stworzony kompleksowy system wsparcia osób zagrożonych bezdomnością oraz doświadczających bezdomności.
2. Działania wspierające będą zapobiegać umieszczaniu osób w kryzysie bezdomności w instytucjach udzielających tymczasowego schronienia bądź ograniczą do minimum czas pobytu w tego typu placówkach.
3. Zostanie wdrożona idea niezależnego życia, wsparta mieszkalnictwem wspomaganym.
4. Pozostanie w instytucji udzielającej schronienia będzie wyborem osoby korzystającej z systemu wsparcia, a jednocześnie ostatnim, najmniej pożądanym ogniwem wsparcia.

Harmonogram realizacji kierunków działań

		2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2035
Termin realizacji kierunków działań	1											
	2											
	3											
Indykatywne źródła finansowania	Budżet państwa Budżety jednostek samorządu terytorialnego Fundusze UE											
Realizatorzy	Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego Minister właściwy do spraw gospodarki, budownictwa, planowania i zagospodarowania przestrzennego oraz mieszkalnictwa Minister Finansów – w zakresie planowania środków na realizację kierunku działania Samorządy województw, w ramach zadań wynikających z aktualnie obowiązujących aktów prawnych Jednostki samorządu terytorialnego (gminy i powiaty), w ramach zadań wynikających z aktualnie obowiązujących aktów prawnych Podmioty ekonomii społecznej – zgodnie z ustawą z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie Organizacje społeczeństwa obywatelskiego – zgodnie z ustawą z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie											

Rozdział V. ZASADY REALIZACJI POLITYKI PUBLICZNEJ

MONITOROWANIE I WSKAŹNIKI

Monitorowanie wdrażania założeń strategii będzie się odbywać 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 do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.). W jego skład wejdą przedstawiciele administracji centralnej. Do pracy w Zespole zostaną zaproszeni, na zasadzie dobrowolności, przedstawiciele samorządów wojewódzkich i lokalnych, organizacji społeczeństwa obywatelskiego i podmiotów społecznych, które działają w obszarach objętych strategią, jak również przedstawiciele strony samorządowej Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego. Zespół opracuje propozycję planu wdrażania strategii (w wymiarze 2–3-letnim), który będzie przekazywany do decyzji ministra koordynującego realizację Strategii. Zespół opracuje również 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.

Na poziomie regionalnym koordynacja działań będzie realizowana przez samorząd województwa przez działania Regionalnych Ośrodków Polityki Społecznej (ROPS), które będą opracowywać regionalne plany rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji. Plany będą przyjmowane na okres do 3 lat i będą stanowiły uporządkowaną koncepcję zmiany w obszarach objętych deinstytucjonalizacją na poziomie regionalnym (w tym w szczególności: wsparcia rodziny i pieczy zastępczej, osób starszych, osób z niepełnosprawnościami, osób z zaburzeniami psychicznymi, osób w kryzysie bezdomności).

Plany będą zawierały wytyczne co do zakresu i warunków realizacji działań finansowanych ze środków programów regionalnych (w tym o charakterze edukacyjnym, animacyjnym i wspierającym samorządy lokalne) oraz komplementarnych wobec nich działań finansowanych z innych środków, w tym przede wszystkim krajowych, regionalnych i środków samorządów lokalnych.

Plany docelowo będą obejmować również działania finansowane ze środków krajowych,

regionalnych i lokalnych, tworząc synergię i komplementarność działań. Rola ROPS jako koordynatora działań na poziomie regionu jest szczególnie ważna w kontekście działań zaplanowanych w FERS, których celem będzie koordynacja wsparcia z zakresu włączenia społecznego za pośrednictwem ROPS. Koordynacyjna rola ROPS jest istotna ze względu na konieczność zapewnienia zgodności działań finansowanych ze środków europejskich z właściwymi dokumentami strategicznymi, w tym regionalnymi.

Tabela wskaźników

Lp.	Wskaźnik	Jednostka miary	Wartość bazowa	Oczekiwana wartość do 31.12.2025 r.	Oczekiwana wartość do 31.12.2030 r.	Oczekiwana wartość do 31.12.2035r.	Źródło danych
1	Liczba nowo utworzonych mieszkań wspomaganych z koszykiem usług dostosowanych do indywidualnych potrzeb osoby	liczba	0	-	7000	12 000	MRiPS
2	Odsetek gmin, w których zostanie utworzone centrum usług społecznych	%	2%	-	do 25% ⁶²	do 25%	MRiPS
3	Odsetek gmin, w których zostanie utworzone miejsce koordynacji usług społecznych ⁶³	%	0	100%	100%	100%	MRiPS
4	Odsetek dzieci, dla których sporządzono plan pomocy dziecku i rodzinie powstały w oparciu o zespoły multidyscyplinarne (co najmniej z poziomu powiatu) w ogólnej liczbie wszystkich dzieci odseparowanych od rodziny (we wszystkich formach pieczy zastępczej)	%	0	-	-	50%	MRiPS
5	Odsetek rodzin, w stosunku do których zastosowano kompleksową analizę	%	0	20%	50%	100%	MRiPS

⁶² Tworzenie CUS jest obecnie fakultatywne. Wskaźnik określa wartość do 25%.

⁶³ Rolę koordynacji usług na poziomie gminy może odgrywać Centrum Usług Społecznych.

	stacjonarnej opieki długoterminowej (domy pomocy społecznej) w zakresie warunków bytowych, w tym zapewnienia w miarę możliwości osobom korzystającym z usług pokoi jednoosobowych					DPS			
13	Uregulowanie zawodu – specjalista ds. opieki oraz określenie minimalnego wynagrodzenia dla zawodu	nd	bd	1	1	1	1		MRiPS
14	Liczba powstałych centrów opiekuńczo-mieszkalnych (upowszechnianie i rozwój)	liczba	5 COM	100 COM		-	-		MRiPS
15	Liczba utworzonych przedsiębiorstw społecznych	liczba	1606	2500	5000		8300 PS		MRiPS
16	Odsetek gmin, w których uruchomiono specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi	%	50,9%	65%	70%		80%		MRiPS
17	Odsetek gmin, w których zabezpieczono dzienne formy pobytu i wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi	%	bd	30%	60%		80%		MRiPS
18	Odsetek gmin realizujących standard działań profilaktycznych i interwencyjnych w zakresie mieszkalnictwa pozwalających kontrolować zadłużenie i zapobiegać eksmisjom	%	bd	-	15%		30%		MRiPS
19	Liczba gmin, w których są świadczone usługi streetworkerów zintegrowane z systemem interwencyjnych usług	liczba	42	60	80		100		MRiPS

	schronienia i innymi usługami typu outreach								
20	Odsetek placówek dla osób w kryzysie bezdomności przekształconych w zespolone mieszkania wspomagane lub w placówki o charakterze interwencyjnym	%	0	-	25%	60%			MRIPS
21	Liczba utworzonych społecznych agencji najmu, zapewniających możliwość wynajęcia lokalu mieszkalnego m.in. osobom w kryzysie bezdomności lub zagrożonym bezdomnością oraz innym grupom objętym Strategią	liczba	0	20	45	70			MRIPS

Tabela nr 15. Wskaźniki monitorujące realizację celów strategii

Przyporządkowanie wskaźników do poszczególnych celów szczegółowych wygląda następująco:

- Cel szczegółowy 1.1 – wskaźniki 4, 5 i 8
- Cel szczegółowy 1.2 – wskaźnik 6
- Cel szczegółowy 1.3 – wskaźnik 7
- Cel szczegółowy 1.4 – wskaźnik 9
- Cel szczegółowy 2.1 – wskaźniki 2 i 3
- Cel szczegółowy 2.2 – wskaźniki 1, 2 i 10
- Cel szczegółowy 2.3 – wskaźniki 10, 11 i 12
- Cel szczegółowy 2.4 – wskaźniki 10, 11 i 12
- Cel szczegółowy 2.6 – wskaźnik 13
- Cel szczegółowy 3.1 – wskaźnik 3
- Cel szczegółowy 3.2 – wskaźniki 1, 14 i 15
- Cel szczegółowy 4.1 – wskaźniki 2 i 3
- Cel szczegółowy 4.2 – wskaźniki 1, 14, 16 i 17
- Cel szczegółowy 4.3 – wskaźniki 10, 11 i 12
- Cel szczegółowy 5.1 – wskaźniki 3, 18 i 19
- Cel szczegółowy 5.2 – wskaźniki 20 i 21
- Cel szczegółowy 5.3 – wskaźniki 3 i 19

FINANSOWANIE

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. Projektowane w dokumencie kierunki działań są punktem wyjścia do dalszych prac legislacyjnych, których celem będzie stopniowe wprowadzanie do przepisów prawa zmian mających na celu dążenie do osiągnięcia zaplanowanych wskaźników i kierunków działania.

Finansowanie działań przewidzianych w Strategii jest zaplanowane w szczególności ze środków budżetu państwa oraz środków UE w zakresie realizacji projektów w perspektywie 2021–2027 z obszaru deinstytucjonalizacji usług społecznych (w tym w szczególności w ramach EFS+ i EFRR). Ważny wkład w rozwój usług społecznych mogą też stanowić środki z budżetu jednostek samorządu terytorialnego. Działania wynikające z dokumentu, dla których przewidziano finansowanie krajowe, będą realizowane w ramach wydatków zaplanowanych w ustawie budżetowej na dany rok. W wyniku wdrożenia zaplanowanych w Strategii kierunków działań obecne środki przeznaczone na system wsparcia rozwoju usług świadczonych w społeczności lokalnej będą wykorzystywane w sposób bardziej efektywny. Przy wprowadzaniu zmian prawnych, koniecznych do realizacji zaplanowanych kierunków działań będą przeprowadzane szczegółowe analizy kosztów. Obecnie nie można w pełni oszacować, czy wprowadzane zmiany będą generowały dodatkowe skutki finansowe, czy też środki już zaplanowane i przeznaczone na działania związane z usługami społecznymi będą wykorzystane bardziej efektywnie. Dlatego też przy planowaniu wprowadzenia zmian każdorazowo będzie opracowywana Ocena Skutków Regulacji, a w przypadku pojawienia się dodatkowych kosztów na realizację nowych zadań lub modyfikację już realizowanych środki na te cele będą zabezpieczane w szczególności przez środki budżetu państwa lub dedykowane programy.

Zmiany legislacyjne konieczne do wdrażania kierunków działań zaplanowanych w dokumencie będą wprowadzane stopniowo. W celu realizacji działań będą również opracowywane dedykowane programy zapewniające wsparcie finansowe dla instytucji i

podmiotów realizujących wskazane działania. Skutki proponowanych regulacji zostaną określone według metody „Analiza kosztów i korzyści”.

Działania, które zaplanowano w Strategii, mogą być finansowane również w ramach łącznych źródeł finansowania, zarówno z budżetu państwa, jak i środków unijnych, a także z udziałem środków jednostek samorządowych. Środki na niektóre działania i kierunki będą uruchamiane w ramach programów ministerstwa czy też projektów finansowanych ze środków unijnych, z programów regionalnych np. rozwój mieszkalnictwa czy rozwój usług opiekuńczych, a następnie, po zakończeniu finansowania z projektów unijnych, w celu utrzymania trwałości działań, będzie konieczne finansowanie rządowe przez dedykowane temu programy lub wprowadzanie odpowiednich zmian prawnych do odpowiednich ustaw.

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. Rozwój usług społecznych będzie finansowany również w ramach środków 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”);
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. z 2022 r. poz. 377));
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. z 2021 r. poz. 10));
5. Resortowy Program „Opieka 75+”;
6. Program wieloletni na rzecz Osób Starszych „AKTYWNI+” (uchwała 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));

7. Program resortowy „Pokonać bezdomność. Program pomocy osobom bezdomnym”;
– oraz inne programy poszczególnych resortów.

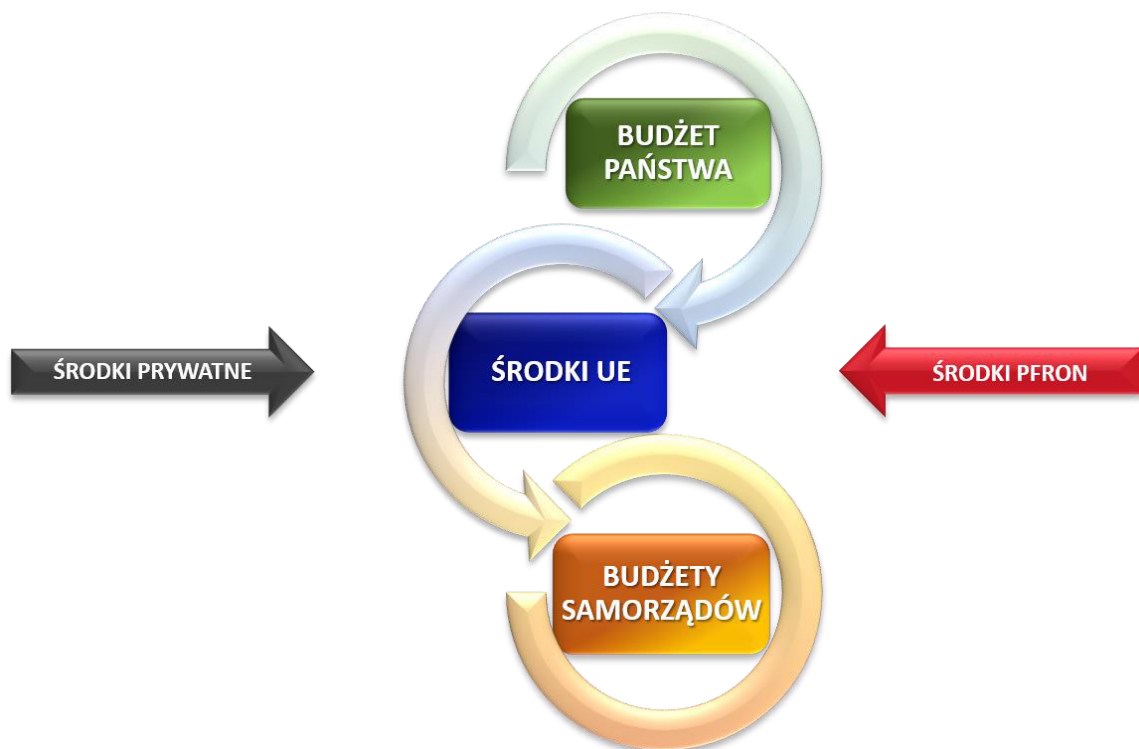
Ponadto w realizacji zadań państwa wobec obywateli pozostają w dyspozycji środki funduszy celowych oraz instytucji np.:

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

Zmiany systemowe w realizacji usług społecznych 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 dla Rozwoju Społecznego na lata 2021–2027 (FERS) oraz programów regionalnych, będą przeznaczane na realizację działań w zakresie deinstytucjonalizacji usług społecznych przez stymulowanie i finansowanie działań rozwojowych, na tworzenie CUS oraz sieciowanie istniejących CUS.

Realizacja usług społecznych jest obowiązkiem państwa i samorządów wynikającym z obowiązujących aktów prawnych. Jednak konieczna jest również partycypacja w kosztach realizacji usług osób, na rzecz których te usługi są świadczone. Realizacja przedsięwzięć określonych w Strategii będzie się odbywać przy zachowaniu stabilności makroekonomicznej Polski, w tym w szczególności sektora finansów publicznych, z uwzględnieniem zasady, że prowadzona polityka budżetowa musi uwzględniać ograniczenia związane z obowiązującymi regułami fiskalnymi, w tym Stabilizującą Regułą Wydatkową.

Poniższy schemat ilustruje montaż finansowy procesu deinstytucjonalizacji usług społecznych.



Ilustracja nr 2. Montaż finansowy działań z zakresu deinstytucjonalizacji usług społecznych

WYKAZ TABEL, ILUSTRACJI I WYKRESÓW**TABELE:**

nr tabeli	opis tabeli	strona w dokumencie
1	<i>Liczba uczestników – seniorów 60+ korzystających ze wsparcia w realizowanych programach rządowych w latach 2016–2020</i>	25
2	<i>Liczba świadczeń i gmin – usługi opiekuńcze na koniec roku 2016 i 2020</i>	28
3	<i>Liczba mieszkań chronionych porównawczo 2016/2020 prowadzonych przez jst lub na ich zlecenie</i>	29
4	<i>Liczba i rodzaj ośrodków wsparcia – porównawczo 2016/2020</i>	30
5	<i>Liczba rodzinnych domów pomocy i miejsc w rodzinnych domach pomocy porównawczo w latach od 2016 do 2020</i>	32
6	<i>Liczba domów pomocy społecznej w latach 2016–2020</i>	33
7	<i>Liczba mieszkańców w domach pomocy społecznej w latach 2016–2020</i>	33
8	<i>Liczba osób usamodzielnianych w domach pomocy społecznej w latach 2016–2020</i>	34
9	<i>Dane o osobach i rodzinach, którym przyznano świadczenia z pomocy społecznej z powodu niepełnosprawności za lata 2016–2020</i>	48
10	<i>Liczba świadczeniobiorców świadczenia pielęgnacyjnego w latach 2016–2020</i>	50

11	<i>Liczba dorosłych pacjentów w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień w 2019 r. z podziałem na grupy rozpoznań głównych w sprawozdanych świadczeniach</i>	55
12	<i>Liczba małoletnich pacjentów w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień w 2019 r. z podziałem na grupy rozpoznań głównych w sprawozdanych świadczeniach</i>	56
13	<i>Liczba placówek udzielających tymczasowego schronienia osobom bezdomnym w latach 2016–2020</i>	65
14	<i>Liczba osób zatrudnionych w wybranych jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej porównawczo 2016/2020</i>	76
15	<i>Wskaźniki monitorujące realizację celów strategii</i>	120–123

ILUSTRACJE:

nr ilustracji	opis ilustracji	strona w dokumencie
1	<i>Odwrócona piramida – schemat organizacji usług wsparcia rodziny</i>	104
2	<i>Montaż finansowy działań z zakresu deinstytucjonalizacji usług społecznych</i>	127

WYKRESY:

nr wykresu	opis wykresów	strona w dokumencie
1	<i>Zasięg ubóstwa skrajnego w 2019 r. i 2020 r. wg obecności osób z orzeczeniem o niepełnosprawności w gospodarstwie domowym</i>	12
2	<i>Wskaźniki ekonomiczne osób niepełnosprawnych w wieku 16 lat i więcej w latach 2018–2020 (dane średnioroczne)</i>	40
3	<i>Wskaźniki ekonomiczne osób niepełnosprawnych w wieku 16 lat i więcej w roku 2020 w podziale na stopnie niepełnosprawności</i>	41
4	<i>Aktywność ekonomiczna osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym w latach 2018–2020 (dane średnioroczne)</i>	41