

**Jerzy Krzyszkowski**

Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny  
Uniwersytet Łódzki<sup>1</sup>

Faculty of Economics and Sociology  
University of Lodz

## *Deinstytucjonalizacja usług dla seniorów jako element polityki senioralnej*

### *Streszczenie*

Demografię Polski charakteryzują dwa współwystępujące zjawiska: niska dzietność i coraz większa długość życia. W efekcie w naszym społeczeństwie wzrasta udział osób starszych oraz niesamodzielnych. Główną tendencją w formalnej opiece nad osobami niesamodzielnymi, do których należą wymagający wsparcia seniorzy, jest deinstytucjonalizacja. Pod tym pojęciem rozumie się działania podejmowane na rzecz tworzenia różnych form usług (również zdrowotnych) w środowisku mających na celu zapewnienie właściwej opieki oraz wydłużenie okresu sprawności psychofizycznej oraz możliwości pełnienia ról społecznych i zawodowych. Przesłanki deinstytucjonalizacji mają zarówno charakter ekonomiczny (koszt opieki stacjonarnej), jak i społeczny (preferencje klientów). Celem artykułu jest zaprezentowanie deinstytucjonalizacji usług dla seniorów jako elementu polityki senioralnej w Polsce. Analiza przytoczonych wyników badań i kontroli wskazuje na potrzebę pilnych działań informacyjno-edukacyjnych w zakresie przebiegu i efektów procesu deinstytucjonalizacji skierowanych do kadry instytucji świadczących usługi opiekuńcze oraz zawiera konkretne propozycje w tym zakresie.

**Słowa kluczowe:** deinstytucjonalizacja, usługi dla seniorów, polityka senioralna

---

<sup>1</sup> Uniwersytet Łódzki, ul. Narutowicza 68, 90-136 Łódź; adres elektroniczny autora: jerzy.krzyszkowski@uni.lodz.pl.

## Wprowadzenie

Demografię Polski charakteryzują dwa współwystępujące zjawiska: niska dzietność i coraz większa długość życia. W efekcie w naszym społeczeństwie wzrasta udział osób starszych oraz niesamodzielnych. Główną tendencją w formalnej opiece nad osobami niesamodzielnymi, do których należą wymagający wsparcia seniorzy, jest deinstytucjonalizacja. Pod tym pojęciem rozumie się działania podejmowane na rzecz tworzenia różnych form usług (również zdrowotnych) w środowisku mających na celu zapewnienie właściwej opieki oraz wydłużenie okresu sprawności psychofizycznej oraz możliwości pełnienia ról społecznych i zawodowych. Przesłanki deinstytucjonalizacji mają zarówno charakter ekonomiczny (koszt opieki stacjonarnej), jak i społeczny (preferencje klientów i ich dobrostan). Celem artykułu jest zaprezentowanie deinstytucjonalizacji usług dla seniorów jako elementu polityki senioralnej w Polsce. Analiza przytoczonych wyników badań i kontroli wskazuje na potrzebę pilnych działań informacyjno-edukacyjnych w zakresie przebiegu i efektów procesu deinstytucjonalizacji skierowanych do kadry instytucji świadczących usługi opiekuńcze oraz zawiera konkretne propozycje w tym zakresie.

## Starzenie się społeczeństw europejskich

Sytuację ludnościową krajów europejskich charakteryzują dwa współwystępujące zjawiska: niska dzietność i coraz większa długość życia. W efekcie wzrasta udział osób starszych (60+) w populacji<sup>2</sup>. Również w naszym kraju obserwujemy podobne zjawiska i procesy. Współczynnik dzietności w Polsce spada od dwudziestu lat, w 2015 roku osiągnął wartość 1,289, podczas gdy wartość pozwalająca na zastępowalność pokoleń wynosi 2,2 (MRPiPS, 2016). Obserwujemy także starzenie się społeczeństwa — od 1988 roku odsetek osób w wieku 60+ wzrósł o 8,2 punktu procentowego, tj. z 14,7% w 1989 roku do 22,9% w 2015 roku, co oznacza, że Polska należy do krajów demograficznego starzenia się populacji (GUS, 2017). W badaniu *Global Age Watch Index* ze względu na warunki życia seniorów Polska została sklasyfikowana na 38 miejscu (na 98 krajów). Jako główne problemy wskazano wysokie koszty utrzymania, bariery dostępności ruchowej, ograniczony dostęp do transportu publicznego oraz ciągle niedostosowane do wieku warunki mieszkaniowe (Help Age International, 2015).

W badaniach GUS (2016) *Budżety gospodarstw domowych 2015* oceniono relacje seniorów ze społecznością lokalną, ich kontakty społeczne i kapitał społeczny. W zakresie relacji seniorów ze społecznością lokalną analizie poddano udział w wydarzeniach organizowanych w miejscu zamieszkania oraz poczucie bezpieczeństwa osób starszych (60 lat i więcej) w miejscu zamieszkania. Analiza uczestnictwa seniorów w działaniach lub imprezach organizowanych w ich miejscu zamieszkania lub okolicy, w której mieszkali, wskazuje, że poziom partycypacji osób powyżej 60 roku życia jest niższy o blisko cztery punkty procentowe od średniej krajowej i istotnie spada wraz z wiekiem. Jeśli jeszcze 11,3% osób w przedziale wieku 60–69 uczestniczy w wydarzeniach organizowa-

<sup>2</sup> Według Eurostatu w 2015 r. osoby starsze stanowiły 25% ludności 28 krajów UE.

nych w miejscu zamieszkania, to po przekroczeniu 70 roku życia ta liczba zmniejsza się niemal o połowę (do 6,1%). Podobnie jest z poczuciem bezpieczeństwa seniorów, którego poziom jest nieco niższy od średniej krajowej (83,6% osób po 60 roku życia czuje się bardzo bezpiecznie i raczej bezpiecznie, gdy średnia krajowa w tym zakresie wynosi 88%), ale spada wraz z wiekiem. Bardzo zagrożona czuje się co dwudziesta osoba po 60 roku życia (5,7%), a poczucie całkowitego braku bezpieczeństwa deklarował co dziesiąty senior po 70 roku życia. Ciekawych danych dostarcza analiza kontaktów społecznych seniorów. Jeśli chodzi o możliwość uzyskania pomocy w razie trudności finansowych, to blisko 91% badanych deklarowało, że mogą liczyć na pomoc rodziny, znajomych lub przyjaciół. Sytuacja wyglądała jednak zdecydowanie gorzej w przypadku choroby. Głównymi osobami, po których seniorzy spodziewają się pomocy w sytuacji choroby i konieczności pozostawania w łóżku, są członkowie rodziny. Na własne dzieci i wnuki oraz zięciów i synowe liczy co czwarty (27,5%) senior powyżej 60 roku życia, a co drugi (51,5%) po 70 roku życia. Symptomatyczne jest to, że tylko niecałe 7% (dokładnie 6,9%) seniorów w sytuacji choroby liczy na pomoc osoby niebędącej członkiem rodziny. Sprawa wygląda jeszcze gorzej, gdy chodzi o wsparcie emocjonalne — na możliwość zwrócenia się o pomoc w razie przygnębienia i smutku do innych osób niż członkowie najbliższej rodziny wskazał tylko co dziesiąty senior (9,8% po 60 i 11,2% po 70 roku życia). Najgorszych danych dostarczają analizy kapitału społecznego, które objęły stowarzyszeniowy kapitał społeczny, kapitał rodzinny, kapitał towarzysko-sąsiedzki oraz pracę społeczną w różnego rodzaju organizacjach. Stowarzyszeniowy kapitał społeczny obejmował świeckie organizacje pozarządowe oraz wspólnoty, organizacje lub grupy religijne, a także związki zawodowe, organizacje samorządu gospodarczego, zawodowego, spółdzielnie, partie polityczne itp. W przypadku seniorów poziom stowarzyszeniowego kapitału społecznego jest taki sam jak pozostałej części społeczeństwa i sięga 83%. Kapitał rodzinny jako wysoki i bardzo wysoki oceniło jedynie 14,4% seniorów, a po 70 roku życia 12,5%, co oznacza, że jego poziom jest dwukrotnie niższy niż średnia krajowa w tym zakresie (28,1%). Podobnie wygląda sytuacja, gdy chodzi o kapitał towarzysko-sąsiedzki — za bardzo niski lub niski uznała go ponad połowa (58,4%) badanych powyżej 60 roku życia. Niski poziom kapitału społecznego występuje również wówczas, gdy chodzi o pracę społeczną w różnego rodzaju organizacjach. Zarówno w świeckich organizacjach pozarządowych, jak i w organizacjach, grupach i wspólnotach religijnych udział seniorów jest śladowy (odpowiednio 4,6% dla świeckich i 6,3% dla religijnych).

W subpopulacji seniorów najliczniejszą grupę (niemal jedną trzecią) stanowią osoby w wieku 60–64, ale już niemal co piąty senior (18%) przekroczył 80 lat, co zwiększa ryzyko wystąpienia niesamodzielności i powoduje konieczność podjęcia działań na rzecz osób zależnych. Wyniki *Europejskiego badania warunków życia ludności* (GUS, 2015) wskazują, że ograniczoną zdolność do wykonywania czynności życia codziennego (trwającą od co najmniej sześciu miesięcy) w 2015 roku deklarowała niemal połowa osób starszych. W badaniach *European Health Interview Survey* co trzecia osoba powyżej 65 lat miała trudności z realizacją codziennych czynności związanych z samoobsługą. O skali potrzeb w tym zakresie świadczy fakt, że niemal 45% seniorów mających kłopoty z samoobsługą

nie otrzymuje żadnej pomocy ze strony ludzi lub urzędów (MRPiPS, 2016, s. 268), co wyraźnie wskazuje na potrzebę podjęcia analizy instytucji polityki społecznej powołanych do wspierania tych, którzy tego potrzebują.

### *Opieka rodzinna a polityka senioralna*

W Polsce opieka nad osobami starszymi tradycyjnie należy do rodziny, a kwaterowanie w publicznych domach pomocy społecznej dla osób starszych jest rzadkością (przebywa tam mniej niż 0,5% osób powyżej 65 roku życia (Raclaw, 2010). Jak wskazuje Paweł Łuczak (2015, s. 123), poparcie dla umieszczania rodziców w instytucjach opieki stacjonarnej choć jest w Polsce najmniejsze wśród krajów Unii Europejskiej, nie oznacza jednoznacznie siły tradycyjnych więzi rodzinnych, a może być skutkiem trudnego dostępu do instytucji opieki stacjonarnej. Niestety publiczna polityka społeczna w nikłym stopniu wspomaga opiekunów rodzinnych, na co wskazują badacze (Bakalarczyk, 2015, s. 107–150) zajmujący się tą problematyką, a opiekunowie nieformalni są niewidocznymi podmiotami lokalnej polityki społecznej (Raclaw, 2011, s. 13–33). Brak infrastrukturalnego zaplecza pomocy rodzinie oraz instrumentów pozwalających na godzenie pracy zawodowej i opieki nad osobami starszymi skutkuje dezaktywizacją zawodową opiekunów rodzinnych (Grewiński, Zasada - Chorab, 2014, s. 9–32). Wsparcie finansowe opiekunów jest niewystarczające i trudno dostępne (test dochodów, konieczność rezygnacji z zatrudnienia).

Według badań porównawczych SHARE z lat 2011–2012 w Polsce prawie 13% osób po 50 roku życia deklaroowało, że było — w większości przypadków (80%) — codziennym opiekunem nieformalnym osoby starszej (Łuczak, 2015, s. 121). Pod względem intensywności opieki wyprzedzają nas jedynie Portugalczycy i Hiszpanie (niecałe 90%). W Polsce mamy do czynienia z modelem opieki długoterminowej bazującym na rodzinie świadczącej intensywną opiekę, przy słabym wsparciu zewnętrznym oraz kosztem pełnienia innych ról i aspiracji jej członków. Jak wskazał Rafał Bakalarczyk, model ten wymaga przebudowy, zachodzą bowiem istotne przeobrażenia rodziny, takie jak procesy migracyjne, zmniejszenie wielkości rodzin oraz osłabienie więzi rodzinnych, a także rosnące aspiracje kobiet, na które głównie spadały dotąd obowiązki opiekuńcze. W efekcie maleje potencjał opiekuńczy rodziny, a to z kolei generuje zagrożenia dla opiekuna, a w dłuższej perspektywie rodzi koszty społeczne i ekonomiczne dla całego społeczeństwa. Jednym z nich jest całkowite wycofanie z życia zawodowego niemałej części opiekunów, co może w przyszłości zagrozić zdolności do osiągania wysokiego poziomu zatrudnienia jako warunku rozwoju gospodarki i utrzymania państwa opiekuńczego (Bakalarczyk, 2015).

W sytuacji demograficznej starzenia się społeczeństwa oraz osłabienia potencjału opiekuńczego rodziny musi dziwić, że historia polityki społecznej wobec osób starszych w Polsce jest stosunkowo krótka. Pierwszy raz w dokumentach urzędowych uwzględniono rolę seniorów w *Raporcie o kapitale intelektualnym Polski* z 2008 roku. W tym samym roku Rada Ministrów przyjęła program *Solidarność pokoleń* mający na celu zwiększenie zatrudnienia osób powyżej 50 roku życia. W 2012 roku utworzono Departament Polityki Senioralnej w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej, a w 2013 roku przygotowano pakiet senio-

ralny zatytułowany *Założenia długofalowej polityki senioralnej w Polsce 2014–2020*. Wtedy także powstał rządowy program na rzecz aktywności społecznej osób starszych (ASOS), a w 2015 roku program Senior-Wigor wspierający tworzenie centrów wsparcia i opieki dla starszych. W 2015 roku parlament przyjął również ustawę o osobach starszych, w której zawarto definicję polityki społecznej na rzecz osób starszych jako „ogół działań organów administracji publicznej oraz innych organizacji i instytucji, które realizują zadania i inicjatywy kształtujące warunki godnego i zdrowego starzenia” (Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych).

Najnowszym działaniem władz centralnych w obszarze polityki senioralnej jest przyjęcie przez Radę Ministrów 20 grudnia 2016 roku wieloletniego (na lata 2015–2020) programu Senior+, dzięki któremu samorzady będą mogły ubiegać się o uzyskanie środków finansowych na utworzenie Dziennych Domów Senior oraz Klubów Senior+, a także dofinansowanie już istniejących placówek. Celem strategicznym programu jest zwiększenie aktywnego uczestnictwa osób starszych w życiu społecznym przez rozbudowę ośrodków wsparcia i zwiększenie liczby miejsc w tych placówkach.

Niejako równolegle, obok działań władz centralnych, w ostatnich kilku latach jednostki samorządu terytorialnego podjęły samodzielne działania wobec osób starszych obejmujące między innymi uwzględnianie seniorów w strategiach rozwiązywania problemów społecznych oraz tworzenie odrębnych programów działania dla poprawy jakości ich życia. Coraz częściej w ramach polityk szczegółowych, takich jak polityka mieszkaniowa czy przestrzenna, są także dostrzegane specyficzne potrzeby seniorów. Instytucjami lokalnej polityki senioralnej są placówki samorządowej pomocy społecznej, edukacji, kultury i ochrony zdrowia, ale także rady seniorów czy uniwersytety trzeciego wieku.

### ***Instytucje pomocy społecznej dla osób starszych***

W sytuacji rosnącego popytu na usługi opiekuńcze połączonego z narastającą deinstytucjonalizacją rodziny oznaczającą ograniczenie jej tradycyjnych funkcji opiekuńczych coraz większego znaczenia nabiera opieka świadczona przez instytucje publiczne. Odbywa się ona w formie instytucjonalnej opieki całodobowej, instytucjonalnej opieki dziennej i opieki instytucjonalnej w miejscu zamieszkania. Wszystkie wymienione instytucje stanowią część publicznego systemu pomocy społecznej. W analizowanym aspekcie instytucjonalnej opieki nad seniorami można wyróżnić trzy podstawowe formy — instytucje opieki, które pozostają zadaniem własnym samorządu lokalnego (gminy lub powiatu) i są realizowane w ramach jednostek organizacyjnych pomocy społecznej: usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania, ośrodki wsparcia oraz placówki pomocy stacjonarnej.

Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze są niepieniężnymi świadczeniami z zakresu pomocy społecznej, które są adresowane do osób, które z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymagają pomocy innych osób, a są takiej pomocy pozbawione, np. ze względu na brak możliwości zapewnienia odpowiedniej opieki przez rodzinę. Obejmują one pomoc świadczeniobiorcy w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, pielęgnację zaleconą przez lekarza, a także zapewnienie kontaktów

z otoczeniem. Specjalistyczne usługi opiekuńcze od „zwykłych” odróżniają się tym, że są adresowane do klientów posiadających szczególne potrzeby wynikające z ich choroby lub niepełnosprawności i mogą być realizowane tylko przez osoby legitymujące się określonymi kompetencjami. Są one udzielane tylko w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy lub w ośrodku wsparcia. Zakres i miejsce świadczenia tych usług określa ośrodek pomocy społecznej, wydając decyzję administracyjną. Usługi opiekuńcze są zadaniem własnym gminy, która określa zasady dofinansowania i dopłaca do usług z własnego budżetu według kryterium dochodowego. W 2015 roku usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze były świadczone łącznie 93 272 osobom. Kwota wydatkowana na usługi opiekuńcze przez gminy wynosiła ponad 407 milionów złotych (MRPiPS, 2016, s. 29). Badania prowadzone przez autora wskazują, że ilość i jakość tych usług stanowi od lat problem pomocy społecznej. Ogólnopolskie badanie społeczne *Standardy usług w pomocy społecznej* zrealizowane latem 2010 roku przez firmy badawcze Pentor i Laboratorium Badań Społecznych wykazało, że oferta jednostek organizacyjnych pomocy społecznej skierowana do niesamodzielnych osób starszych była w badanym okresie często ograniczona do usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania (dostępnych w 77% badanych jednostek). Warto zwrócić uwagę, iż usługi opiekuńcze były oferowane praktycznie przez wszystkie miejskie lub miejsko-gminne ośrodki pomocy społecznej, natomiast w swojej ofercie nie miał ich co piąty gminny ośrodek pomocy społecznej, czyli pomoc społeczna na wsiach.

Usługi opiekuńcze oraz specjalistyczne usługi opiekuńcze mogą być świadczone również w ośrodku wsparcia, czyli jednostce organizacyjnej pomocy społecznej dziennego pobytu. Ustawodawca przewidział następujące formy działania ośrodków wsparcia: ośrodek wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi (w tym środowiskowy dom samopomocy albo klub samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi), dzienny dom pomocy, dom dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży, schronisko i dom dla bezdomnych oraz klub samopomocy. Dzienny dom pomocy społecznej to typ ośrodka wsparcia o zasięgu lokalnym, w którym są świadczone usługi na rzecz dorosłych znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej: starych, samotnych niepełnosprawnych, wymagających częściowej opieki i pomocy w zaspakajaniu niezbędnych potrzeb życiowych. Placówki te stanowią wydzielone jednostki organizacyjne pomocy w gminie i są finansowane z jej budżetu. Opieka jest z reguły świadczona tylko w dni robocze, jedynie w godzinach od 8:00 do 16:00, co wydatek się niewykorzystaniem zasobów kadrowych i lokalowych tego typu placówek.

Placówkami o charakterze opiekuńczym i zakładowym, czyli stacjonarnym, są domy pomocy społecznej. Są one przeznaczone dla osób, które z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności nie mogą funkcjonować samodzielnie i nie jest możliwe zapewnienie im niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych. Umieszczenie osób niesamodzielnych w domu pomocy społecznej jest ostatecznością, a decyzję powinien poprzedzać wywiad środowiskowy dla stwierdzenia, czy możliwe jest zapewnienie zainteresowanym odpowiedniego standardu opieki w ramach usług opiekuńczych świadczonych w miejscu ich zamieszkania. Dom pomocy społecznej świadczy czworakiego rodzaju usługi skierowane do przebywających w nim podopiecznych: bytowe, opiekuńcze, wspomagające i eduka-

cyjne. Dodatkowo może również wykonywać usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze wobec osób, które nie zostały w nim umieszczone. Domy pomocy społecznej mogą być prowadzone przez jednostki samorządu terytorialnego, kościoły i związki wyznaniowe, fundacje i stowarzyszenia, inne osoby prawne, a także osoby fizyczne. Prowadzenie domu pomocy społecznej jest działalnością reglamentowaną, nad którą kontrolę sprawuje państwo, i wymaga uzyskania zezwolenia wojewody właściwego ze względu na miejsce położenia domu. Decyzja o skierowaniu osoby do domu pomocy społecznej leży w gestii organu gminy, w której mieszka świadczeniobiorca. Również ten organ wydaje decyzję w przedmiocie odpłatności za pobyt w domu pomocy społecznej. Zasadą jest kierowanie osoby do tego domu pomocy społecznej, który znajduje się jak najbliżej jej dotychczasowego miejsca zamieszkania. Jeżeli jednak czas oczekiwania na umieszczenie osoby w domu pomocy społecznej zlokalizowanym najbliżej miejsca jej zamieszkania przekracza trzy miesiące, możliwe jest skierowanie osoby do innego domu pomocy społecznej tego samego typu, w którym czas oczekiwania na umieszczenie byłby krótszy niż trzy miesiące.

W przypadku gdy osoba niesamodzielna wymaga wzmoczonej opieki medycznej i nie mogłaby uzyskać tego rodzaju wsparcia w domu pomocy społecznej, zostaje skierowana do zakładu opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego, czyli instytucji stanowiących element systemu opieki zdrowotnej, a nie systemu pomocy społecznej. Ustawa o pomocy społecznej oraz wydane na jej podstawie rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 roku w sprawie domów pomocy społecznej szczegółowo określają standard domów pomocy społecznej. Prawodawca położył nacisk na konieczność usunięcia barier architektonicznych (umieszczenie pokoi na parterze bądź piętze z dostępną windą), określił minimalne limity powierzchni pokoi mieszkalnych (9 m<sup>2</sup> w przypadku pokoju jednoosobowego lub 6 m<sup>2</sup> na osobę w przypadku pokoju dwu- lub trzyosobowego, z dopuszczalną tolerancją odstępstwa w granicach 5% oraz pokojami czteroosobowymi dla osób leżących), uszczegółowił wyposażenie pokoi oraz całego domu, a także wskazał sposób udzielania posiłków. Na koniec 2015 roku w Polsce były zarejestrowane 783 domy pomocy społecznej, w tym: 1) dla osób w podeszłym wieku: 96 domów posiadających 6876 miejsc, w których przebywało 6653 mieszkańców; 2) dla osób w podeszłym wieku oraz osób przewlekle somatycznie chorych: 95 domów posiadających 9132 miejsc, w których przebywało 8923 mieszkańców; 3) dla osób w podeszłym wieku oraz osób niepełnosprawnych fizycznie: 15 domów posiadających 1602 miejsc, w których przebywało 1498 mieszkańców. Osoby w wieku od 61 do 74 lat stanowiły 26,6% mieszkańców domów pomocy społecznej, a osoby w wieku powyżej 74 roku życia — 29,31% (MRPiPS, 2016).

Szczególnym rodzajem domów pomocy społecznej są niepubliczne domy pomocy prowadzone na zasadach komercyjnych w oparciu o przepisy ustawy o swobodzie działalności gospodarczej z 2004 roku. Warto podkreślić, że w niepublicznych domach pomocy społecznej, które nie są prowadzone przez jednostki samorządu terytorialnego lub na ich zlecenie, nie obowiązują przepisy, które odnoszą się do zasad przyjmowania mieszkańców, ustalania kosztu utrzymania i zasad odpłatności za pobyt. Nie obowiązują tutaj także standardy dotyczące na przykład wskaźnika zatrudnienia personelu. Wszystkie wymienione kwe-

stie są określane arbitralnie przez organizatora niepublicznego domu pomocy społecznej, a usługi mogą być prowadzone na zasadzie umowy cywilnoprawnej. Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej działalność gospodarza w zakresie prowadzenia placówki zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku może być prowadzona po uzyskaniu zezwolenia wojewody. Kontrole w placówkach zapewniających całodobową opiekę nad osobami niepełnosprawnymi, przewlekle chorymi lub osobami w podeszłym wieku są prowadzone na podstawie ustawy o pomocy społecznej przez inspektorów właściwych (ze względu na miejsce położenia placówki) urzędów wojewódzkich. Na koniec 2015 roku w Polsce było zarejestrowanych 439 placówek prowadzących całodobową opiekę nad osobami niepełnosprawnymi, przewlekle chorymi lub w podeszłym wieku.

Formą świadczenia adresowaną tylko do osób starszych oraz niepełnosprawnych, którym nie można zapewnić usług opiekuńczych w miejscu ich zamieszkania, są rodzinne domy pomocy. Rodzinny dom pomocy może być prowadzony przez osobę fizyczną lub organizację pożytku publicznego jako forma usług opiekuńczych i bytowych obejmująca od trzech do ośmiu świadczeniobiorców. Szczegółowe regulacje dotyczące rodzinnych domów pomocy zostały wprowadzone rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 31 maja 2012 roku w sprawie rodzinnych domów pomocy. W rozporządzeniu zostały określone standardy, rodzaj i zakres udzielanych usług, a także warunki kierowania, odpłatności i nadzoru nad tego rodzaju placówkami. Rodzinne domy pomocy są tworzone w budynkach mieszkalnych jednorodzinnych, których właścicielem jest osoba fizyczna lub organizacja pożytku publicznego. Możliwe jest także prowadzenie takiego domu w budynku wynajmowanym, jednak umowa najmu musi być tak skonstruowana, żeby zapewnić gwarancję poprawnego wykonywania usług opiekuńczych. Zakres świadczonych usług obejmuje usługi bytowe, czyli zapewnienie miejsca pobytu, wyżywienia i utrzymania higieny, a także usługi opiekuńcze, czyli udzielanie pomocy w zaspakajaniu potrzeb życiowych, pielęgnację, kontakty z otoczeniem i inne czynności wynikające z potrzeb konkretnego świadczeniobiorcy. W rozporządzeniu w sprawie rodzinnych domów pomocy precyzyjnie określono również standardy budynku, jego wyposażenia i świadczonych usług. Pojawiają się tutaj drobne różnice, np. większa minimalna powierzchnia pokoi (12 m<sup>2</sup> w przypadku pokoju jednoosobowego i 8 m<sup>2</sup> na osobę w pokoju dwuosobowym), czy bardziej szczegółowe określenie sposobu udzielania posiłków. Umieszczenie w rodzinnym domu pomocy odbywa się na podstawie decyzji administracyjnej kierownika ośrodka pomocy społecznej. Decyzja jest podejmowana w oparciu o rodzinny wywiad środowiskowy, zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań medycznych do umieszczenia w rodzinnym domu pomocy, zaświadczenie pielęgniarskie co do zakresu usług opiekuńczych oraz dowód otrzymywania emerytury, renty lub zasiłku stałego. Umieszczenie odbywa się na pobyt czasowy lub stały, z czego pierwsze zakwaterowanie jest zawsze na czasowy pobyt przystosowawczy trwający nie krócej niż trzy miesiące. W 2015 roku w Polsce było 26 rodzinnych domów pomocy z ogólną liczbą miejsc 166, z czego 17 prowadzonych przez podmioty niepubliczne — organizacje pożytku publicznego (113 miejsc), co może wskazywać na niewielkie zainteresowanie ze strony podmiotów uprawnionych do



podejmowania takiej formy usług, ale również na niechęć gmin do podpisywania umów w tym zakresie.

Jedną z najrzadziej występujących form pomocy starszym i niepełnosprawnym jest mieszkalnictwo wspomagane/wspierane, czyli formy mieszkalnictwa przeznaczone dla osób o różnym stopniu niesamodzielności. Jedyną określoną prawnie formą mieszkalnictwa wspieranego są mieszkania chronione. Jest to forma niepieniężnych usług pomocy społecznej przygotowująca do samodzielnego życia i zastępująca pobyt w domu pomocy społecznej. Mieszkania chronione są formą wsparcia środowiskowego w krajach, takich jak Szwecja, gdzie stanowią część kompleksów mieszkalnych z mieszkaniami dla osób niesamodzielnych posiadającymi wspólną przestrzeń integracyjną oraz zapewniającymi całonocny dostęp do pracowników pomocy społecznej i pielęgniarek. W Polsce mieszkanie chronione może prowadzić każda jednostka organizacyjna pomocy społecznej lub organizacja pożytku publicznego i jest to — zgodnie z ustawą o pomocy społecznej — zadanie własne gminy. Wskazując tych, którym przysługuje ta forma opieki, ustawodawca wymienił osoby z zaburzeniami psychicznymi, osoby opuszczające pieczę zastępczą, młodzieżowe ośrodki wychowawcze oraz zakłady dla nieletnich, a także cudzoziemców mających status uchodźcy. W rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 marca 2012 roku w sprawie mieszkań chronionych wspomniano również o osobach starszych i niezdolnych do pracy z tytułu wieku. Według stanu na koniec 2015 roku w Polsce funkcjonowało 660 mieszkań chronionych dysponujących 2605 miejscami, których użytkownikami były 2593 osoby (MRPiPS, 2016, s. 31).

Próby oceny realizacji polityki senioralnej podjęło się Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w cytowanym już opracowaniu *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2015*. Jak napisali jego autorzy w części poświęconej ocenie funkcjonowania pomocy społecznej: „Polski system pomocy społecznej gwarantuje szereg instrumentów skierowanych do osób starszych. W związku z rosnącą liczbą osób starszych w społeczeństwie prognozowany jest wzrost zapotrzebowania na usługi pielęgnacyjne i opiekuńcze skierowane do tej grupy osób” (MRPiPS, 2016, s. 265). Oparta na danych demograficznych prognoza wiązała się z rekomendowaniem podjęcia działań dla usprawnienia funkcjonowania systemu pomocy społecznej, w szczególności zalecono:

1. regulację prawną minimalnych standardów usług pielęgnacyjnych i opiekuńczych;
2. rozwój domowej i półstacjonarnej opieki formalnej;
3. upowszechnienie nowych technologii w usługach opiekuńczych;
4. rozwój kształcenia do zawodów opiekuńczych;
5. podniesienie kwalifikacji i poprawę wizerunku pracowników socjalnych.

## *Deinstytucjonalizacja*

Współcześnie główną tendencją w formalnej opiece nad osobami niesamodzielnymi, do których należą wymagający wsparcia seniorzy, jest deinstytucjonalizacja, czyli działania podejmowane na rzecz tworzenia różnych form usług (również zdrowotnych) w środowisku mających na celu zapewnienie właściwej opieki oraz wydłużenie okresu sprawności psycho-

fizycznej oraz możliwości pełnienia ról społecznych i zawodowych. Przesłanki deinstytucjonalizacji mają zarówno charakter ekonomiczny (koszt opieki stacjonarnej), jak i społeczny (preferencje klientów). Nie bez znaczenia są również wytyczne Komisji Europejskiej stanowiące emanację współczesnego myślenia o usługach społecznych. Działaniem podejmowanym w ramach deinstytucjonalizacji jest między innymi rozwój środowiskowych, zindywidualizowanych usług dla zapobiegania umieszczenia w zakładach opieki stacjonarnej. Chodzi także o zamykanie nieprawidłowo funkcjonujących zakładów opieki całodobowej, których mieszkańcy są odizolowani od społeczeństwa, gdzie nie mają odpowiedniej opieki i wsparcia, a niekiedy poszanowania praw. Deinstytucjonalizacja wymaga rozwoju usług świadczonych w środowisku lokalnym, a równocześnie stopniowego ograniczania usług w ramach opieki w instytucjach całodobowych. Integralnym elementem tego procesu powinna być profilaktyka, czyli zapobieganie umieszczaniu osób w opiece instytucjonalnej.

W Polsce deinstytucjonalizacja usług społecznych jest obecnie realizowana w oparciu o wytyczne Ministra Rozwoju w zakresie realizacji działań w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014–2020. Działania deinstytucjonalizacyjne, rozumiane jako proces przejścia od opieki instytucjonalnej do usług świadczonych w środowisku lokalnym, są realizowane w oparciu o *Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności* (2012). Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny w 2015 roku zalecił państwom członkowskim opartą o analizę kosztów reformę systemów opieki długoterminowej, wskazując jednocześnie na potrzebę wypracowania strategii oraz zabezpieczenia środków na rozwój alternatywnych usług wsparcia w środowisku lokalnym. Jak dotąd działania legislacyjne umożliwiające deinstytucjonalizację podjęto tylko w zakresie instytucjonalnej pieczy zastępczej (Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej). W przypadku pozostałych kategorii klientów tego rodzaju regulacje nie zostały jeszcze opracowane.

Mimo braku regulacji w poszczególnych regionach są podejmowane badania mające na celu diagnozę usług społecznych<sup>3</sup>. W województwie łódzkim badania zostały przeprowadzone przez Pracownię Badań Społecznych Sopot na zlecenie Regionalnego Centrum Polityki Społecznej w 2016 roku. Miały one na celu analizę zakresu i form opieki, źródeł i możliwości ich finansowania oraz charakterystykę realizatorów usług opieki w województwie łódzkim. Analiza dostępnych danych publicznych wykazała brak informacji na temat instytucji realizujących zadania samorządu lokalnego w zakresie pomocy społecznej dla tej kategorii klientów w Łódzkiem. Brakuje również szczegółowych danych dotyczących opiekuńczych zasobów organizacji pozarządowych działających w obszarze pomocy społecznej w regionie. Niedostępne okazały się także informacje o potencjale opiekuńczym naturalnych systemów wsparcia, co utrudnia ocenę realnego potencjału opiekuńczego w regionie oraz stworzenia planów przyszłych działań w tym obszarze. Kierownicy placówek

---

<sup>3</sup> Przykładem może być raport pt. *Diagnoza sektora usług społecznych w województwie wielkopolskim wraz z rekomendacjami* wydany przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej (Poznań 2015).

opiekuńczych i wykonawcy usług opiekuńczych w województwie łódzkim nie gromadzą systematycznie danych dotyczących popytu (skali oraz rodzaju potrzeb oraz problemów niesamodzielnych dorosłych i ich opiekunów nieformalnych) oraz nie dokonują ewaluacji jakości świadczonych w kierowanych przez nich placówkach.

Systematyczna analiza popytu i podaży opieki i włączenie w to działanie klientów oraz ich opiekunów jest warunkiem koniecznym wdrażania deinstytucjonalizacji. Chodzi o aktualizowanie bazy danych, które powinno opierać się o współpracę badaczy, przedstawicieli pomocy społecznej oraz działaczy organizacji pozarządowych, a także tworzenie lokalnych i regionalnych sieci opiekuńczych, w których uczestniczące podmioty mogą prowadzić partnerską współpracę. Wyniki badań wskazują, że kierownicy i pracownicy publicznych instytucji realizujących zadania samorządu lokalnego w zakresie pomocy społecznej nie cenią roli organizacji pozarządowych w świadczeniu opieki i nie uwzględniają w swoich planach i działaniach opiekuńczych potrzeby partnerskiego traktowania naturalnych systemów wsparcia (przyjaciół, sąsiadów itp.). Sytuacja ta jest niepokojąca, gdyż dla potrzeby budowy systemów opiekuńczych zgodnych z koncepcją deinstytucjonalizacji włączenie klientów i ich opiekunów, w tym organizacji pozarządowych, w realizację wspólnych przedsięwzięć wydaje się najlepszą strategią pomocy. Chodzi o tworzenie inkluzyjnych, a przez to wydajniejszych systemów wsparcia osadzonych w społecznościach lokalnych, z którymi współpracują systemy publiczne. Opieka nad dorosłymi osobami niesamodzielnymi często jest stawiana na równi z usługami świadczonymi przez placówki opieki stacjonarnej. Część kadry kierowniczej instytucji świadczących opiekę w regionie utożsamia proces deinstytucjonalizacji z zamykaniem większości instytucji opieki stacjonarnej i utratą pracy przez opiekunów. Badani preferują model opieki, zgodnie z którym pomoc powinna być świadczona przez najbliższych członków rodziny ze wsparciem ze strony publicznych instytucji ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Tylko w sytuacji pełnej niesamodzielnności wymagającej całodobowej opieki oraz samotności opiekę nad dorosłymi osobami niesamodzielnymi powinny przejąć instytucje publiczne. Na terenie regionu występuje deficyt miejsc w placówkach świadczących usługi opiekuńcze dla dorosłych niesamodzielnych osób<sup>4</sup>. Sytuacja finansowa jest także główną przyczyną deficytów kadrowych w co trzeciej placówce na terenie województwa łódzkiego. Dodatkowym problemem wśród pracowników instytucji opiekuńczych są trudne warunki pracy oraz wysokość wynagrodzenia pracowników nieadekwatna do obciążenia pracą, a także wypalenie zawodowe. Zbyt mała liczba opiekunów skutkuje ograniczeniami w rozwoju usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania. Barrierami wzrostu zatrudnienia są złe, zniechęcające potencjalnych kandydatów do zawodu warunki pracy opiekuna środowiskowego, np. niedobór materiałów do pracy (pampersy itp.), brak zwrotu kosztów dojazdu do podopiecznych itp. W kontekście niedoboru profesjonalnych kadr blisko połowa (40%) domów pomocy społecznej korzysta z wolontariatu, aby wypełniać zadania związane z opieką. Konsekwencją zbyt małej liczby

---

<sup>4</sup> Na dzień 31 grudnia 2015 r. na miejsce w domach pomocy społecznej oczekiwały 174 osoby, w tym 105 to byli mieszkańcy Łodzi. Zob. *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2015*, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2016, s. 197.

profesjonalnych opiekunów osób dorosłych jest zmniejszanie zakresu świadczeń oferowanych przez instytucje opiekuńcze i pogorszenie jakości usług opiekuńczych.

Analiza zebranego materiału empirycznego wskazuje na liczne problemy współpracy międzyorganizacyjnej i międzysektorowej podmiotów działających w obszarze opieki. Problemem jest zarówno kooperacja między samorządowymi instytucjami pomocy społecznej, jak i relacje między samorządową pomocą społeczną oraz placówkami ochrony zdrowia, a także relacje międzysektorowe: między samorządową pomocą społeczną a organizacjami pozarządowymi. Wielu badanych reprezentujących trzeci sektor krytycznie wyrażało się na temat charakteru relacji z przedstawicielami instytucji publicznych działającymi w obszarze pomocy społecznej. Potrzebne są pilne działania mające na celu zwiększenie spójności instytucjonalnej współpracy na obszarze gminy, powiatu i całego województwa na rzecz rozwoju usług opiekuńczych dla dorosłych osób zależnych. Dla zwiększenia spójności współpracy instytucjonalnej są potrzebne działania edukacyjno-szkoleniowe wśród pracowników instytucji publicznych oraz organizacji pozarządowych. Celem takich działań organizowanych przez instytucje samorządu terytorialnego we współpracy z władzami lokalnymi powinno być przygotowanie do współpracy międzysektorowej i międzyorganizacyjnej. Potrzebna jest także polityka władz lokalnych i regionalnych stymulująca współpracę.

W okresie od 7 maja do 27 sierpnia 2015 roku NIK przeprowadził kontrolę, której wyniki zostały opisane w dokumencie pt. *Świadczenie pomocy osobom starszym przez gminy i powiaty*. Zakres podmiotowy kontroli objął siedem powiatowych centrów pomocy rodzinie i jedno starostwo powiatowe prowadzące ponadgminne domy pomocy społecznej, sześć gminnych i miejskich ośrodków pomocy społecznej i trzynaście domów pomocy społecznej. Kontrola obejmowała legalność, gospodarność i rzetelność działań w tym obszarze. Ponadto poszukiwano informacji na temat sfery objętej kontrolą w urzędach wojewódzkich, urzędach miast i starostwach powiatowych. W podsumowaniu wyników kontroli można przeczytać, że jakkolwiek prawo do korzystania z usług opiekuńczych uzyskały prawie wszystkie osoby, które o nie wystąpiły, to miejsca w domach pomocy społecznej przyznano około 90% ubiegającym się. Nie zmienia to jednak negatywnej oceny autorów raportu pokontrolnego, którzy stwierdzili, że „Samorzady nie tworzyły jednak własnych systemów pomocy, alternatywnych wobec domów pomocy społecznej, jakkolwiek ustawa o pomocy społecznej przewiduje możliwość tworzenia dla tych celów zróżnicowanych form organizacyjnych: środowiskowych domów samopomocy, mieszkań chronionych, rodzinnych domów pomocy, domów dziennego pobytu. Gminy z tej możliwości korzystały jednak w niewielkim zakresie” (NIK, 2016, s. 8).

Jak wskazali autorzy raportu, opieka środowiskowa ogranicza się niestety do utrzymujących się w badanym okresie na stałym poziomie usług opiekuńczych, natomiast niepokojąco (40%) wzrosła liczba osób kierowanych do stacjonarnych placówek opieki całodobowej. Konsekwencją tej tendencji są rosnące wydatki ośrodków pomocy społecznej na utrzymanie klientów umieszczonych w domach pomocy społecznej (16,3 tysiąca na osobę). W tym samym czasie wydatki na usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania były czterokrotnie niższe (4,2 tysiąca na osobę). Taka sytuacja nie była jednak wystarczającym

powodem do budowy przez gminy własnych systemów usług opiekuńczych. Dodatkowym problemem jest jakość świadczeń, samorządy w swoich wyborach wykonawców usług opiekuńczych kierują się bowiem wyłącznie kryterium ekonomicznym, a w decyzjach przyznających usługi osobom starszym często nie określano ich zakresu.

Koszty opieki wydają się również główną przesłanką zwiększonej liczby skierowań do zakładów opiekuńczych. W tym miejscu trzeba wyjaśnić rolę tych placówek w opiece nad niesamodzielnymi seniorami. Jeśli osoba niesamodzielną wymaga stosowania wzmożonych procedur medycznych, pielęgnacyjnych lub specjalistycznej rehabilitacji, nie ma możliwości umieszczenia jej w domu pomocy społecznej. W takich sytuacjach jest ona kierowana do zakładu opiekuńczo-leczniczego, zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego lub zakładu rehabilitacji leczniczej. Podstawy dla funkcjonowania tego typu zakładów zostały określone w art. 9 i 12 ustawy o działalności leczniczej oraz art. 18–18c i 33a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zakłady opiekuńczo-lecznicze udzielają całodobowych świadczeń zdrowotnych obejmujących pielęgnację i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji, zapewnianie im produktów leczniczych i wyrobów medycznych oraz odpowiednich do stanu zdrowia pomieszczeń i wyżywienia. Zakłady prowadzą także edukację zdrowotną dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowują podopiecznych do samoopieki i samo pielęgnacji w warunkach domowych. Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze świadczą dodatkowo opiekę, nie zapewniając dostępu do wyrobów medycznych. Zakłady rehabilitacji leczniczej udzielają świadczeń zdrowotnych polegających na działaniach usprawniających, które służą zachowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia. Podstawą do umieszczenia w zakładach leczniczo-opiekuńczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych jest skierowanie wydane przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Kierowanie do zakładu opiekuńczo-leczniczego podyktowane wyłącznie względem ekonomicznym<sup>5</sup> jest nadużyciem.

### ***Zakończenie — wnioski i rekomendacje***

Analiza przytoczonych wyników badań i kontroli wskazuje na potrzebę pilnych działań informacyjno-edukacyjnych w zakresie przebiegu i efektów procesu deinstytucjonalizacji skierowanych do kadry instytucji świadczących usługi zdrowotne i opiekuńcze. Skuteczną formą zarówno poprawy wiedzy, jak i umiejętności powinno być wprowadzenie superwizji dla opiekunów w placówkach stacjonarnych i opiekunów środowiskowych. Potrzebne są także inicjatywy ustawodawcze sugerowane przez NIK dotyczące między innymi jednoznacznego określenia, w jakich sytuacjach i na jakich warunkach finansowych przysługuje skierowanie do domu pomocy społecznej, a w jakich do zakładu opiekuńczo-leczniczego. Chodzi także o zdiagnozowanie skali prowadzenia przez podmioty niepubliczne działalności w zakresie całodobowej opieki oraz promowanie stosowania przez jednostki samorządu terytorialnego środowiskowych form pomocy dla osób starszych. Ważne jest

---

<sup>5</sup> W tym przypadku koszt ponosi Narodowy Fundusz Zdrowia, podczas gdy za pobyt w domu pomocy społecznej — samorząd i mieszkaniec.

również określenie standardów usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania oraz podniesienie kwalifikacji opiekunów. Z kolei autorzy rekomendacji przygotowanych pod kierunkiem Andrzeja M. Fala postulują w ramach deinstytucjonalizacji utworzenie nowych zintegrowanych usług w środowisku lokalnym w postaci lokalnych centrów opieki domowej/środowiskowej, koordynujących usługi zdrowotne i opiekuńcze, co stanowiłoby wsparcie dla osób niesamodzielnych i ich opiekunów (Rekomendacje zmian systemowych w opiece nad osobami starszymi w Polsce, 2016).

Potrzebę całościowej regulacji w tym obszarze zasugerował Rzecznik Praw Obywatelskich w apelu (w sprawie deinstytucjonalizacji systemu wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami) skierowanym do Prezes Rady Ministrów w listopadzie 2017 roku (Rzecznik Praw Obywatelskich, XI.503.4.2016.KK. 2017). Adam Bodnar postulował pilne przygotowanie narodowego planu deinstytucjonalizacji, który zawierałby cele, harmonogram i wskaźniki, a obejmował osoby z niepełnosprawnościami, chorujących psychicznie oraz ludzi starszych i dzieci. Jak wskazał Rzecznik Praw Obywatelskich, takie krajowe programy deinstytucjonalizacji zostały już opracowane między innymi w krajach Europy Środkowo-Wschodniej, takich jak Czechy, Słowacja, Węgry oraz Estonia. Autor apelu dostrzegł także potrzebę przyjęcia moratorium na tworzenie dużych instytucji, tak jak zrobiono to na Słowacji, Węgrzech i w Danii, oraz moratorium na kierowanie do instytucji opieki całodobowej osób, które jeszcze nie potrzebują takiego wsparcia. W odpowiedzi na apel Bodnara Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (list Elżbiety Bojanowskiej, MRPiPS, 2018) przedstawiło wysiłki reformatorskie podjęte w ostatnich latach w obszarze deinstytucjonalizacji. Przykładami takich działań są między innymi program Senior+, regulacje w kwestii mieszkań chronionych oraz dofinansowanie z budżetu centralnego usług opiekuńczych dla seniorów na terenach niskozurbanizowanych: wsi i małych miast (Opieka 75+). Czy wymienione wysiłki przyniosą oczekiwany skutek? To pokaże czas, ale ich podjęcie wskazuje na rosnące znaczenie deinstytucjonalizacji w polityce społecznej w Polsce.

## ***Bibliografia***

- Apel Rzecznika Praw Obywatelskich w sprawie deinstytucjonalizacji systemu wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami i osób starszych.* (2017). Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich.
- Bakalarczyk, R. (2015). Opiekunowie poza państwem opiekuńczym — o wykluczeniu osób opiekujących się niesamodzielnymi bliskimi i polityce społecznej, która mogłaby temu przeciwdziałać. W: W. Anioł, R. Bakalarczyk, K. Frysztacki, K. Piątek, *Nowa opiekuńczość? Zmieniająca się tożsamość polityki społecznej.* (107–151). Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
- Główny Urząd Statystyczny. (2015). *Dochody i warunki życia ludności Polski (raport z badania EU-SILC 2014)*. Warszawa: GUS.
- Główny Urząd Statystyczny. (2016). *Budżety gospodarstw domowych w 2015 r.* Warszawa: GUS.

- Główny Urząd Statystyczny. (2017). *Seniorzy w województwie mazowieckim w świetle wyników narodowego spisu ludności i mieszkań 2011*. Warszawa: GUS.
- Grewiński, M., Zasada-Chorab, A. (2014). Usługi społeczne na rzecz osób starszych w Polsce. W: M. Szyszka, P. Dancák, A. Wąsiński, J. Daszkowska (red.), *Instytucjonalne i pozainstytucjonalne formy wsparcia osób starszych*. (9–32). Stalowa Wola–Bratysława: Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II.
- HelpAge International. (2015). *Global Age Watch Index 2015*. London: HelpAge International.
- Łuczak, P. (2015). *Opieka długoterminowa w Polsce i Republice Czeskiej*. Poznań: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego.
- Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. (2016). *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2015*. Warszawa: MRPiPS.
- Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. (2016). *Sprawozdanie MPiPS-05 za 2015 r.* Pobrane z: <https://www.mpips.gov.pl/pomoc-spoeczna/raporty-i-statystyki/statystyki-pomocy-spoecznej/statystyka-za-rok-2015/#akapit3> [dostęp: 30.09.2016].
- Najwyższa Izba Kontroli. (2016). *Świadczenia pomocy osobom starszym przez gminy i powiaty*. Warszawa: NIK.
- Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności. *Wytyczne w zakresie wdrażania i wspierania trwałego przejścia od opieki instytucjonalnej do alternatywnych rozwiązań rodzinnych i opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności w przypadku dzieci, osób niepełnosprawnych, osób mających problemy ze zdrowiem psychicznym oraz osób starszych w Europie* (2012). Bruksela: Europejska Grupa Ekspertów ds. Przejścia od Opieki Instytucjonalnej do Opieki świadczonej na poziomie Lokalnych Społeczności.
- Raław, M. (2010). Kwestia opieki nad osobami starszymi a zaufanie społeczne. W: E. Giermanowska, M. Raław, M. Rymsza (red.), *Kwestia społeczna u progu XXI wieku. Księga jubileuszowa dla profesor Józefiny Hrynkiewicz*. (312–328). Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Raław, M. (2011). Opiekunowie nieformalni — „niewidoczne” podmioty. W: M. Raław (red.), *Publiczna troska, prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych*. (275–285). Warszawa: Fundacja Instytut Spraw Publicznych.
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 marca 2012 roku w sprawie *mieszkań chronionych*, Dz. U. z 2012 r., poz. 305.
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz. U. z 2004 r. Nr 64, poz. 593.
- Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, Dz. U. z 2011 r. Nr 149, poz. 887.
- Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych, Dz. U. z 2015 r., poz. 1705.

*Deinstitutionalization of social services  
for the elderly as an element of the senior policy*

*Summary*

The demography of Poland is characterized by the two coexisting phenomena: low birth rate and growing longevity. As the result of these mentioned above demographic phenomena there is growing number of the old and dependent people. The main tendency in formal care for the elderly is deinstitutionalization. Deinstitutionalization is defined as the creating of different forms of community services so that good quality care and independent life of the elderly will be longer. There are good economic (cost of residential care) and social (clients' priorities) reasons for deinstitutionalization. The main objective of this article is presentation of deinstitutionalization of social services for the elderly as an element of the senior policy in Poland. The analysis of data coming from empirical studies shows that there is an urgent need for the informative and educational actions in this field.

**Key words:** deinstitutionalization, services for the elderly, senior policy