



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

SYSTEM WSPARCIA OSÓB STARSZYCH W ŚRODOWISKU ZAMIESZKANIA

PRZEGLĄD SYTUACJI
PROPOZYCJA MODELU

PRACA ZBIOROWA POD REDAKCJĄ
BARBARY SZATUR-JAWORSKIEJ
I PIOTRA BŁĘDOWSKIEGO

Raport Rzecznika Praw Obywatelskich

Warszawa 2016

System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania – przegląd sytuacji, propozycja modelu

Praca zbiorowa pod redakcją:

Barbary Szatur-Jaworskiej
i Piotra Błędowskiego

Raport powstał w ramach prac Komisji Ekspertów ds. Osób Starszych
przy Rzeczniku Praw Obywatelskich

Autorzy:

Piotr Błędowski
Barbara Szatur-Jaworska
Rafał Bakalarczyk
Paweł Łuczak
Joanna Plak
Zofia Szweda-Lewandowska
Maria Zrałek
Aleksandra Zubrzycka-Czarnecka

Recenzja:

Barabara Rysz-Kowalczyk

Wydawca:

Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich
al. Solidarności 77, 00-090 Warszawa
www.rpo.gov.pl
Infolinia Obywatelska 800 676 676

© Copyright by Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich
Warszawa 2016

ISBN 978-83-65029-19-5

Oddano do składu w lipcu 2016 r.
Podpisano do druku w lipcu 2016 r.
Nakład: 1000 egz.

Opracowanie DTP, korekta, druk i oprawa:

Pracownia C&C Sp. z o.o.
www.pracowniacc.pl

SPIS TREŚCI

Wstęp – <i>dr Adam Bodnar, Rzecznik Praw Obywatelskich</i>	5
Wprowadzenie	7
Model wsparcia społecznego osób starszych w środowisku zamieszkania – <i>Piotr Błądowski, Barbara Szatur-Jaworska, Zofia Szweda-Lewandowska, Maria Zrałek</i>	13
Badanie terenowe „Zakres i zasady wsparcia środowiskowego dla osób starszych” – streszczenie raportu – <i>Piotr Błądowski</i>	47
System wsparcia społecznego osób starszych w Polsce – <i>Barbara Szatur-Jaworska</i>	65
System wsparcia dla osób starszych w Niemczech – <i>Piotr Błądowski</i>	109
Wsparcie osób starszych w środowisku zamieszkania we Francji – <i>Aleksandra Zubrzycka-Czarnecka</i>	133
Wsparcie osób starszych w środowisku zamieszkania we Włoszech – <i>Joanna Plak</i>	163
Wsparcie osób starszych w środowisku zamieszkania w Szwecji – <i>Rafał Bakalarczyk</i>	193
Wsparcie środowiskowe osób starszych w Republice Czeskiej – <i>Paweł Łuczak</i>	225
Zakończenie	247
Streszczenie rozdziałów	251
Wykaz tabel, wykresów i schematów	257
Summary of chapters	263
O autorach	267

Wstęp

Podczas gdy w tak wielu państwach europejskich problem starzenia się społeczeństwa urósł do rangi kwestii o znaczeniu strategicznym, na co dzień zapominamy, że każdy z nas – jeśli ma szczęście – będzie kiedyś seniorem lub seniorką. Chociaż opatrzyliśmy starość wieloma eufemizmami, takimi jak „jesień życia”, nie zmienia to faktu, że większość ludzi obawia się jej, czy to ze względów finansowych, emocjonalnych czy zdrowotnych. I tak, wszyscy zdajemy się być świadomi, że gdy posuniemy się w latach wymagać będziemy szczególnego podejścia, wsparcia a niejednokrotnie opieki. Mimo to, na co dzień, znajdując coraz to nowe problemy, ten odkładamy na wyższą półkę. Zapominamy o człowieku – obecnych seniorach, rodzicach, dziadkach, ale i o nas samych za kilka czy kilkanaście lat.

Musimy sobie uzmysłowić, że troska o warunki życia osób starszych dziś, to zapewnienie samemu sobie podstaw do godnej starości. Godność człowieka nie zna wieku. Co więcej, z każdym kolejnym rokiem życia jesteśmy jej bardziej świadomi – wiąże się to z doświadczeniem sensu i poznaniem wartości życia. To właśnie poczucie własnej godności stanowi fundament naszej egzystencji. Konstytucja RP w artykuale 30 nadaje przyrodzonej i niezbywalnej godności rangę źródła naszych praw podstawowych. To właśnie ona zapewnia równość między ludźmi, którą swoim działaniami próbuje zapewnić Rzecznik Praw Obywatelskich.

O tym, że osób starszych jest coraz więcej, że żyjemy dłużej a społeczeństwo się starzeje, nie musimy nikogo przekonywać – wystarczy spojrzeć na statystyki. Mówimy o dużej grupie osób – grupie, którą sami kiedyś zasilimy. Europejska Konwencja Praw Człowieka zakazuje jakiegokolwiek dyskryminacji przy korzystaniu z praw i wolności. Osoby starsze mają, więc takie same prawa jak cała reszta społeczeństwa, a naszym zadaniem jest zapewnienie im możliwości odpowiedniego w tym społeczeństwie funkcjonowania. Nie jest to zadanie proste. Wypracowanie odpowiedniego modelu wsparcia społecznego dla jednostki, która nie jest do końca samodzielna, polega na udzieleniu jej wielopoziomowej pomocy. Może być ona potrzebna każdemu w różnych formach i zakresach, stąd konieczne jest każdorazowe indywidualne podejście.



Kluczowym jest, aby wsparcie udzielane seniorom miało charakter środowiskowy i personalny – było udzielane lokalnie, w miejscu zamieszkania osoby potrzebującej, z uwzględnieniem jej stanu zdrowia i zdolności psychofizycznych. Światowa Organizacja Zdrowia niejednokrotnie zwracała uwagę na to, że to właśnie środowisko społeczne pozwala osobom starszym dłużej pozostać samodzielnymi. Szczególna rola w tym zakresie spoczywa na samorządzie terytorialnym – gminie i powiecie. To właśnie lokalne decyzje stanowią często barierę w realizacji prawa osób starszych do samodzielnego życia zapewnionego przez Kartę Praw Podstawowych Unii Europejskiej. Dom dla każdego człowieka jest miejscem o szczególnym znaczeniu, miejscem silnie związanym z nim samym i z jego emocjami. Tam ma szansę czuć się w pełni bezpiecznie i samowystarczalnie. Organizacja Narodów Zjednoczonych w powszechnej Deklaracji Praw Człowieka włączyła w katalog praw jednostki prawo do mieszkania. Uwzględniając ponadto określone m.in. przez EKPC w artykule 8 prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego – zmiana miejsca zamieszkania przez osobę, której ma zostać udzielone wsparcie, powinna stanowić ostateczność.

Badając sytuację w Europie możemy dostrzec, że wsparcie w środowisku zamieszkania staje się koniecznym standardem. Ta publikacja opisuje sytuację w Polsce, Niemczech, Francji, Czechach, Szwecji i we Włoszech. W dobie globalizacji możemy czerpać z rozwiązań istniejących i sprawdzających się w innych krajach. Być może nie wszystkie warto w prosty sposób przenieść na regulacje krajowe, jednakże mogą one stanowić dobrą inspirację do działania. Przykład rozwiązań stosowanych przez inne państwa jasno pokazuje, jak różne mogą być drogi do zapewnienia odpowiedniego standardu życia.

Za powstanie tej publikacji chciałbym serdecznie podziękować autorom oraz członkom Komisji do spraw Osób Starszych działającej przy Rzeczniku Praw Obywatelskich, którzy już w 2014 roku rozpoczęli debatę nad modelem wsparcia społecznego dla kolejnych pokoleń.

Niniejszą publikację kierujemy do wszystkich, którzy aktywnie działają i myślą o podnoszeniu standardów naszego życia, zarówno do pojedynczych osób, naukowców, aktywistów, jak i instytucji centralnych oraz lokalnych. Mamy nadzieję, że stanowić będzie ona inspirację, motywację do działania i praktyczny podręcznik, który w wielu miejscach zostanie, choć częściowo zastosowany.

Wprowadzenie

Proces starzenia się ludności polega na wzroście odsetka osób starszych w populacji, a więc przynosi zmiany w relacji między różnymi pokoleniami. Z reguły oznacza on nie tylko wzrost procentowego udziału osób w starszym wieku, ale i zwiększanie się ich liczby. Zachwianie proporcji między pokoleniami oraz wzrost znaczenia potrzeb starszego pokolenia są uznawane za najważniejsze zmiany, wobec których zająć muszą stanowisko organizacje międzynarodowe, władze poszczególnych państw, decydenci niższych szczebli oraz organizacje obywatelskie. Zjawiska te stanowią także wyzwanie dla całych społeczeństw, które muszą poddać zasady swojego funkcjonowania wielkim zmianom, by przystosować się do nowej sytuacji demograficznej. Jak duża będzie ta zmiana w Polsce, pokazują następujące liczby: w 2050 roku liczba osób w wieku 65 lat i więcej będzie prawie dwukrotnie większa niż w 2013 roku, a procentowy udział tej grupy wieku w populacji wzrośnie z 14,7% w 2013 roku do 32,7% w 2050 roku. Postępować będzie także zjawisko tzw. podwójnego starzenia demograficznego polegające na zwiększaniu liczby i odsetka osób najstarszych. W 2013 roku osób w wieku 80 lat i więcej było blisko 1,5 mln, a w 2050 roku będzie ich ponad 3,5 mln, a to oznacza, że o ile w 2013 roku osoby sędziwe stanowiły 3,9% ludności, to w 2050 roku będzie ich 10,4%¹. Prognozy demograficzne, opinie ekspertów oraz prace organizacji międzynarodowych przyniosły na początku drugiej dekady XXI wieku istotny wzrost zainteresowania opinii publicznej i decydentów skutkami starzenia się ludności. Zaczęto coraz częściej zadawać sobie pytania o to, jak w obliczu tych wyzwań powinniśmy zmieniać politykę, gospodarkę i społeczne instytucje. Do tych debat włączyli się eksperci skupieni w Komisji ds. Osób Starszych przy Rzeczniku Praw Obywatelskich, którzy w 2014 roku rozpoczęli dyskusję nad modelem społecznego wsparcia, które polskie społeczeństwo powinno zaoferować starszemu pokoleniu. Efektem tej dyskusji jest niniejsza publikacja, która ma kilku

¹ Wszystkie dane liczbowe pochodzą z prognozy ludności na lata 2014-2050 opracowanej przez Główny Urząd Statystyczny.



autorów, ale w debacie o najważniejszych jej założeniach brali udział wszyscy członkowie komisji.

Na wstępie wyjaśnić należy, że wsparcie społeczne jest pojęciem, które nie ma w literaturze naukowej jednej, ustalonej definicji. Jest kategorią, którą interesują się badacze reprezentujący różne dyscypliny naukowe. Dla psychologów wsparcie społeczne oznacza na przykład dostępność dla konkretnego człowieka innych osób, które darzy on zaufaniem, które dają mu poczucie, że ktoś się o niego troszczy i jest gotów pomagać, że komuś na nim zależy. Wsparcie jest więc w tym ujęciu relacją opartą na więzi emocjonalnej i intelektualnej. Socjologowie analizują wsparcie społeczne w kategoriach sieci społecznych, grup społecznych różnej wielkości, społecznej wymiany itd. W tym przypadku wsparcie jest przejawem osadzenia człowieka lub małych grup w większej wspólnotcie. Z punktu widzenia polityki społecznej relację wsparcia społecznego tworzą z jednej strony jednostki i małe grupy społeczne (głównie rodziny), zaś z drugiej instytucje oraz zorganizowane grupy funkcjonujące w sformalizowanych i niesformalizowanych strukturach. W naszej publikacji przyjmujemy punkt widzenia polityki społecznej – a nawet szerszej, polityk publicznych – starając się przedstawić, jakie instytucje dostarczają wsparcia społecznego osobom starszym i proponując model społecznego wsparcia tych osób. Instytucje społecznego wsparcia, jakie istnieją we współczesnych społeczeństwach, dzieli się na: stacjonarne, czyli takie, w których seniorzy mieszkają i realizują całokształt swojej życiowej aktywności; instytucje dziennego pobytu, które stałej grupie klientów oferują możliwość korzystania z różnorodnych usług przez kilka godzin kilka dni w tygodniu; instytucje otwarte oferujące dosyć szerokiej grupie odbiorców różnorodne usługi w czasie krótszym i z mniejszą regularnością niż instytucje dziennego pobytu. Dwa ostatnie typy instytucji oraz usługi świadczone w mieszkaniach osób starszych tworzą sieć wsparcia w środowisku zamieszkania. Jest ona niezwykle ważna z punktu widzenia realizacji jednej z fundamentalnych zasad społecznego funkcjonowania osób starszych, jaką jest jak najdłuższe ich pozostawanie w środowisku zamieszkania.

W niektórych koncepcjach teoretycznych przyjmuje się, że wsparcie społeczne jest swoistym zasobem, z którego człowiek korzysta w sytuacjach problemowych, gdy przeżywa trudności życiowe. W naszej publikacji wychodzimy z założenia, że wsparcie środowiskowe osób starszych jest zasobem, który powinien

być dostępny w środowisku lokalnym nie tylko w trudnych sytuacjach życiowych, ale w codziennym funkcjonowaniu, tak aby sprzyjał on rozwojowi jednostki i pozwalał na umacnianie społecznych relacji. Wsparcie społeczne jest zatem potrzebne każdemu, ale jego formy i zakres zależą od poziomu samodzielności osób starszych. W raporcie Światowej Organizacji Zdrowia na temat starzenia się i zdrowia zwraca się uwagę na to, że środowisko społeczne dostarcza starszym osobom samodzielnym bodźców sprzyjających zachowaniom podtrzymującym stan samodzielności, zaś mniej samodzielnym pozwala na ograniczanie barier społecznego uczestnictwa i kompensuje utratę samodzielności².

W uproszczonym myśleniu o wsparciu społecznym dla seniorów pojawiają się dwie instytucje: rodzina oraz dom opieki (dla tych, którzy rodziny nie mają lub nie mogą na nią liczyć). Celem naszej publikacji jest pokazanie znacznie większej różnorodności instytucji i innych instrumentów wsparcia, jakie już istnieją i jakie należałoby tworzyć. Sięgamy do analizy rozwiązań stosowanych w innych krajach, by z jednej strony szukać tam inspiracji dla własnych pomysłów, a z drugiej strony pokazać, jak zróżnicowane mogą być modele wsparcia. Drugim celem, jaki pragnęliśmy osiągnąć, jest wypracowanie ramowego modelu wsparcia osoby starszej w jej środowisku życia. Propozycja ta z założenia ma charakter kompleksowy, ale jednocześnie nie traktujemy jej jako uniwersalnego zbioru rozwiązań, lecz jako punkt wyjścia do budowania w środowiskach lokalnych własnych, oryginalnych modeli, dostosowanych do specyfiki danego środowiska. Elementem prac naszego zespołu było też przeprowadzenie diagnozy stanu wsparcia osób starszych w środowiskach lokalnych i stosunku władz lokalnych do kluczowych zasad, które muszą być przestrzegane w budowaniu i wdrażaniu modelu wsparcia. Efekty tych badań także przedstawiamy w naszej publikacji.

Książka składa się z ośmiu rozdziałów. Rozdział pierwszy zawiera propozycję modelu wsparcia osób starszych w miejscu zamieszkania. Pokazujemy w niej zarówno konkretne rozwiązania, jak i przedstawiamy cele systemu oraz zasady, które muszą być respektowane w polityce wobec osób starszych – także tej prowadzonej na poziomie lokalnym. Punktem wyjścia tych zasad jest ochrona praw osób starszych. Autorami modelu są: Piotr Błędowski, Barbara Szatur-Jaworska, Zofia Szweda-Lewandowska i Maria Zrałek. Rozdział drugi zawiera

² *Résumé. Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*, OMS, Luxembourg 2015, s. 15-16.



opracowane przez Piotra Błędowskiego streszczenie wyników badań empirycznych przeprowadzonych na zlecenie Biura RPO, przez ośrodek badawczy PBS. W badaniach tych znajdujemy informacje przydatne do określenia, jaki jest punkt wyjścia dla rozwijania lub budowania od podstaw systemu wsparcia społecznego osób starszych w polskich gminach. Pokazują one także sposób myślenia lokalnych decydentów o tym, co można by określić jako aksjologiczne ramy systemu wsparcia. Rozdział trzeci jest – opracowanym przez Barbarę Szatur-Jaworską – syntetycznym przeglądem instytucji i inicjatyw, które realizują w Polsce politykę społeczną wobec osób starszych. W przeglądzie tym największy nacisk położono na instytucje działające na poziomie lokalnym, choć przedstawiono je na szerszym tle sytuacji demograficznej i generalnych ram instytucjonalnych polityki społecznej w Polsce. Rozdział czwarty otwiera przegląd zagranicznych rozwiązań w zakresie wsparcia osób starszych i jest poświęcony naszemu zachodniemu sąsiadowi, czyli Niemcom. Piotr Błędowski przedstawia w nim najważniejsze rozwiązania instytucjonalne, prawne i finansowe, regulujące wsparcie seniorów w tym kraju. W rozdziale piątym Aleksandra Zubrzycka-Czarnecka omawia politykę społeczną wobec osób starszych we Francji – kraju europejskim, w którym najwcześniej rozpoczął się proces starzenia się ludności. Autorka kładzie w swojej analizie największy nacisk na formy realizacji niezwykle mocno podkreślanej w tym kraju zasady zatrzymywania osób starszych w ich miejscu zamieszkania. Rozdział szósty poświęcony jest z kolei polityce społecznej Włoch – kraju, który nie zaczął starzeć się najwcześniej, ale tempo tego procesu jest bardzo wysokie. O instrumentach włoskiej polityki społecznej wobec osób starszych, z uwzględnieniem zróżnicowania regionalnego, pisze Joanna Plak. W rozdziale siódmym Rafał Bakalarczyk zapoznaje czytelników ze szwedzkim modelem wsparcia osób starszych, pokazując przy tym kierunki jego zmian i omawiając ich przyczyny. W rozdziale ósmym Paweł Łuczak przedstawia politykę społeczną wobec osób starszych i na jej tle formy środowiskowego wsparcia seniorów w Republice Czeskiej.

Publikacja nasza jest adresowana do zróżnicowanego grona odbiorców i milelibyśmy wielką satysfakcją, gdyby spotkała się z zainteresowaniem przedstawicieli różnych instytucji i zawodów. Szczególnie jednak zależy nam na dotarciu do samorządów lokalnych. Na nich bowiem spoczywa obowiązek stworzenia takiego środowiska życia, w którym będą dobrze funkcjonować osoby w każdym

wieku, a wśród nich rosnąca liczba osób starszych i sędziwych. Zależy nam nie na przedstawieniu „recepty” podpowiadającej, co należy zrobić, lecz na pokazaniu najważniejszych kierunków działań, potrzeby ich kompleksowości oraz konieczności przestrzegania zasad dobrej polityki społecznej i praw osób starszych.

Piotr Błędowski

Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

Barbara Szatur-Jaworska

Instytut Polityki Społecznej Uniwersytetu Warszawskiego

Zofia Szweda-Lewandowska

Uniwersytet Łódzki

Maria Zratek

Wyższa Szkoła Humanitas w Sosnowcu

Model wsparcia społecznego osób starszych w środowisku zamieszkania

Wsparcie społeczne i jego uwarunkowania³

Wsparcie społeczne to dostarczanie różnorodnych zasobów (emocjonalnych, informacyjnych, rzeczowych itd.) jednostce, która doświadcza jakichś trudności i nie jest w stanie sprostać im samodzielnie. Niewystarczająca jego dostępność skutkuje niezaspokojeniem lub zaspokojeniem na niewystarczającym poziomie potrzeb człowieka. Zakres i formy dostarczania wsparcia społecznego osobom starszym zależą od wielu czynników – kulturowych, struktury rodzin, przestrzennej dostępności osób mogących być źródłem wsparcia, dostępności instytucji, zakresu uprawnień do usług społecznych.

Wsparcie społeczne jest potrzebne ludziom w każdym wieku. Jednak osoby starsze potrzebują go szczególnie, a potrzeba ta nasila się w miarę pojawiania się niesamodzielności, będącej skutkiem przewlekłej choroby lub niepełnosprawności. Spośród podstawowych charakterystyk jednostek wyznaczających możliwość samodzielnej realizacji przez nie potrzeb szczególnie istotny jest bowiem stan zdrowia. Jest on podstawową determinantą aktywności społecznej osób starszych, możliwości samodzielnego zamieszkiwania i konieczności korzystania z pomocy innych osób przy wykonywaniu codziennych czynności. Skorelowana z wiekiem stopniowa utrata samodzielności, częstsze występowanie niepełnosprawności

³ Podrozdział autorstwa Zofii Szwedowej-Lewandowskiej i Barbary Szatur-Jaworskiej.



oraz chorób przewlekłych powoduje, że jednostka musi korzystać ze wsparcia rodziny, znajomych lub pomocy publicznej. Poszczególne osoby potrzebują wsparcia w różnych formach i w różnym zakresie, a te formy i zakres zmieniają się wraz ze zmianą sytuacji człowieka starego. Inaczej mówiąc, wśród osób starszych nie powinno się wyodrębniać dwóch kategorii – potrzebujących i niepotrzebujących wsparcia społecznego. Między zdrowiem a chorobą występuje bowiem continuum (dotyczy to schorzeń somatycznych i psychicznych), podobnie jak między aktywnością a biernością, czy między pełnią społecznego uczestnictwa a samotnością. Poza tym, każdy człowiek – choć w różnym zakresie – potrzebuje wsparcia ze strony innych ludzi i instytucji.

Źródłami wsparcia społecznego są: sieci społeczne tworzone przez członków rodziny, znajomych, sąsiadów (tzw. pierwotne źródła wsparcia) oraz instytucje, grupy samopomocowe itd. (wtórne źródła wsparcia). Wraz z wertykalizacją sieci rodzinnej, czyli zmniejszaniem się liczby osób z tego samego pokolenia i zwiększaniem się liczby jednocześnie żyjących pokoleń, ograniczeniu ulegnie możliwość uzyskania wsparcia w obrębie rodziny, a większa odpowiedzialność będzie spoczywała na samorządzie terytorialnym, organizacjach pozarządowych oraz nieformalnych, nierodzinnych sieciach wsparcia, czyli tzw. wtórnych źródłach wsparcia. Osoba starsza stara się zaspokoić potrzeby samodzielnie, jednak pojawiające się problemy zdrowotne powodują, że nie każdy rodzaj potrzeb senior może zrealizować własnymi siłami. Niemożność zaspokojenia niektórych potrzeb (np. wymagających pewnej sprawności fizycznej, takich jak zakupy) powoduje, że osoby starsze poszukują wsparcia ze strony sąsiadów, kolegów, znajomych. W przypadku osób starszych należy wziąć pod uwagę podział wsparcia na: postrzegane (*perceived social support*) oraz otrzymywane (*received social support*)⁴. Pierwszy rodzaj wsparcia to wsparcie potencjalne. Osoba wie, do kogo może się zwrócić z prośbą o pomoc i zakłada, że dana osoba udzieli jej wsparcia. Istotne są tutaj dwa czynniki – dostępność i szybkość reakcji sieci wsparcia na potrzeby osoby starszej. Drugi rodzaj wsparcia to rzeczywiste wsparcie, które otrzymuje jednostka. Należy brać pod uwagę, że wsparcie badane pod kątem subiektywnych odczuć jednostki uzyskującej pomoc i jej udzielającej oraz pod kątem obiektywnie

⁴ H. Sęk, R. Cieślak, *Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne*, [w:] *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, red. H. Sęk, R. Cieślak, PWN, Warszawa 2004, s. 20.

otrzymywanej pomocy – działanie sieci wsparcia może być różnie oceniane przez jednostki będące jej częściami. Dlatego często trudno ocenić, czy wsparcie otrzymywane przez daną osobę jest wystarczające. Brak nieformalnych sieci wsparcia lub ich nieskuteczność powoduje, że potrzeby osoby starszej w zakresie opieki nie mogą być zaspokojone w jej miejscu zamieszkania. Przy czym zmianę miejsca pobytu w poszukiwaniu lepszego wsparcia traktować należy jako ostateczność, do której sięga się po wyczerpaniu wszystkich możliwości dostępnych w dotychczasowym środowisku zamieszkania. Chyba że osoba starsza jednoznacznie i konsekwentnie wyraża wolę zamieszkania w instytucji, nawet gdy jej sprawność i samodzielność nie są istotnie ograniczone.

Działania instytucji publicznych i samorządu terytorialnego powinny być ukierunkowane zarówno na wspieranie samodzielności w miejscu zamieszkania osób starszych, jak i ich rodzin oraz nieformalnych sieci wsparcia. Należy zwrócić szczególną uwagę, aby działania kierowane w ramach wsparcia społecznego uwzględniały heterogeniczność subpopulacji osób starszych (czynniki warunkujące konieczność korzystania ze wsparcia i różnicujące zbiorowość osób starszych to obok stanu zdrowia, zasoby kulturowe, sytuacja rodzinna, faza życia, status ekonomiczny). Zapotrzebowanie na wsparcie jest dynamiczne – zarówno w wymiarze jednostkowym (zmienia się zależnie od zmiany osobistej sytuacji osoby starszej), jak i w wymiarze zbiorowości. Wraz z postępującym procesem starzenia się populacji obserwowany jest bowiem wzrost liczby jednoosobowych gospodarstw domowych, co zwiększa zapotrzebowanie na wsparcie społeczne. Osoby mieszkające samotnie – głównie kobiety – nie mają możliwości uzyskania wsparcia ze strony współmałżonka i mają znacznie mniejsze możliwości uzyskania pomocy od innych członków rodziny, szczególnie gdy zamieszkują w znacznej odległości od osoby mogącej potencjalnie udzielić wsparcia.

Cele wsparcia społecznego i jego ramy instytucjonalne w Polsce⁵

Wyróżnić można ogólne (realizowane poprzez zróżnicowane działania, w różnych obszarach społecznego funkcjonowania jednostek) i szczegółowe (związane

⁵ Podrozdział autorstwa Barbary Szatur-Jaworskiej.



z określonymi potrzebami jednostek) cele wsparcia społecznego. Ogólnymi celami wsparcia społecznego osób starszych są przede wszystkim:

- zapewnienie seniorom poczucia bezpieczeństwa fizycznego (np. opieka, pomoc w czynnościach dnia codziennego, usługi podtrzymujące zdrowie, ochrona przed przemocą i nadużyciami), socjalnego (świadczenia zapewniające należyty poziom konsumpcji) i społecznego (zapewnienie społecznego uczestnictwa);
- jak najdłuższe utrzymanie aktywności i autonomii osób starszych;
- wzmacnianie nieformalnych więzi społecznych tworzących sieć wsparcia i zastępowanie ich wsparciem formalnym, gdy zachodzi taka potrzeba;
- jak najdłuższe pozostawianie osób starszych w ich dotychczasowym środowisku zamieszkania, jeżeli tego sobie życzą;
- kształtowanie środowiska zamieszkania w taki sposób, by było przyjazne osobom starszym.

Cele te osiąga się, wykorzystując – indywidualnie dobierane – różne formy wsparcia społecznego. Wyróżnić można wśród nich wsparcie:

- emocjonalne (wyrażanie troski, zaufania, współczucia itd.),
- informacyjne (udostępnienie potrzebnych informacji w zrozumiałej, czytelnej formie, włączanie do lokalnych systemów obiegu informacji, odpowiednie oznakowanie przestrzeni publicznej itd.),
- materialne (świadczenia społeczne, darowizny, umożliwienie zarobkowania, odpowiednie do potrzeb wyposażenie mieszkań itd.),
- instrumentalne (pomoc, a jeśli to niezbędne – wyręczenie – w wykonywaniu różnych czynności, organizowanie czasu wolnego, pomoc w przemieszczaniu się w przestrzeni itd.),
- wartościujące (oceniające) (akceptacja, potwierdzanie znaczenia danej osoby, zachęcanie itd.).

Ramy instytucjonalne, w jakich osadzony jest model środowiskowego wsparcia osób starszych, tworzą:

- rodzina i bliscy znajomi;
- lokalne instytucje (należące do wszystkich trzech sektorów) świadczące usługi społeczne, w tym zwłaszcza opiekuńcze, medyczne, rekreacyjne, kulturalne, edukacyjne;

- zatrudniane przez lokalne instytucje fachowe kadry, zawodowo zajmujące się dostarczaniem wsparcia, a wśród nich, między innymi: pracownicy socjalni, opiekunki środowiskowe, lekarze rodzinni, pielęgniarki środowiskowe oraz przedstawiciele tzw. nowych zawodów pomocowych (np. asystent osoby starszej, animator czasu wolnego osób starszych, instruktor aktywności ruchowej osób starszych);
- wolontariusze będący osobami w różnym wieku, także starszym;
- media – szczególnie lokalne – i instytucje oraz osoby prywatne wytwarzające informacje i wprowadzające je do informacyjnego obiegu.

Założenia aksjologiczne modelu wsparcia środowiskowego osób starszych – przegląd dokumentów międzynarodowych⁶

Koncepcja tworzenia warunków pełnoprawnego, aktywnego życia osób starszych w środowisku lokalnym znalazła odzwierciedlenie w wielu dokumentach organizacji międzynarodowych. Prezentacja wybranych spośród nich stanowi punkt wyjścia do ustalenia katalogu wartości i zasad, które muszą być respektowane w procesie dostarczania seniorom wsparcia w ich środowisku zamieszkania

Ponad 20 lat temu, w 1991 roku, uchwalona została przez Zgromadzenie Ogólne Organizacji Narodów Zjednoczonych rezolucja nr 46/91 zawierająca Zasady Działania na Rzecz Osób Starszych. Zawarte w niej postulaty dotyczą określenia odpowiednich warunków mających służyć zagwarantowaniu ludziom starszym niezależnej bezpiecznej i aktywnej egzystencji. Zgromadzenie Ogólne zaleciło, by rządy uwzględniły je w krajowych planach działania na rzecz seniorów. Na katalog, którego hasłem przewodnim jest „Dodać życia do lat, które zostały dodane do życia”, składa się 18 zaleceń dotyczących praw ludzi starych. Zalecenia te przyporządkowane są pięciu podstawowym zasadom: niezależności, uczestnictwa, opieki, samorealizacji i godności. Oto treść tego ważnego dokumentu⁷:

⁶ Podrozdział autorstwa Barbary Szatur-Jaworskiej i Marii Zrałek.

⁷ Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ 46/91, *Annex Principes des Nations Unies pour les personnes âgées*; tekst dokumentu dostępny na: www.un.org/french/documents... (10.07.2012 r.); tłumaczenie własne: B. Sz.-J.



„Niezależność:

1. Osoby starsze powinny mieć wystarczający dostęp do pożywienia, wody, mieszkania, ubrania oraz do opieki zdrowotnej dzięki własnym dochodom, wsparciu rodziny i społeczności oraz samopomocy.
2. Osoby starsze powinny mieć możliwość pracy lub dostęp do innych źródeł dochodów.
3. Osoby starsze powinny mieć możliwość udziału w decyzjach określających, kiedy i w jakim rytmie wycofują się z aktywnego życia.
4. Osoby starsze powinny mieć dostęp do odpowiednich programów edukacyjnych.
5. Osoby starsze powinny mieć prawo do mieszkania w środowisku dostosowanym do ich osobistych preferencji i zmieniających się możliwości.
6. Osoby starsze powinny pozostawać w swoich mieszkaniach tak długo, jak jest to możliwe.

Uczestnictwo:

7. Osoby starsze powinny być zintegrowane ze społeczeństwem, aktywnie uczestniczyć w formułowaniu i realizacji programów mających bezpośredni wpływ na ich warunki życia, a także powinny dzielić się swoją wiedzą i doświadczeniem z młodszymi pokoleniami.
8. Osoby starsze powinny mieć możliwość poszukiwania i wpływu na świadczenia na rzecz społeczności oraz możliwość pracy jako wolontariusze zgodnie z ich zainteresowaniami i możliwościami.
9. Osoby starsze powinny mieć możliwość zakładania ruchów lub stowarzyszeń osób starszych.

Opieka:

10. Osoby starsze powinny korzystać z opieki i wsparcia rodzin oraz społeczności lokalnych, przy poszanowaniu wartości systemu wartości kulturowych każdego społeczeństwa.
11. Osoby starsze powinny mieć dostęp do opieki zdrowotnej, która pomaga utrzymać lub przywrócić optymalny poziom dobrostanu fizycznego, psychicznego i emocjonalnego oraz zapobiega lub opóźnia powstawanie stanów chorobowych.

12. Osoby starsze powinny mieć dostęp do usług społecznych i prawnych, dzięki którym możliwe jest podtrzymanie ich autonomii oraz możliwość korzystania z opieki i wsparcia.
13. Osoby starsze powinny mieć dostęp do usług szpitalnych zapewniających opiekę, rehabilitację i stymulację psychospołeczną w środowisku przyjaznym człowiekowi i dającym poczucie bezpieczeństwa.
14. Osoby starsze powinny korzystać z przysługujących im praw człowieka i podstawowych wolności, przebywając we własnych mieszkaniach, w instytucjach ochrony zdrowia lub w placówkach opiekuńczych; w szczególności powinno być respektowane ich prawo do godności, wolności wyznania, życia prywatnego, podejmowania decyzji w sprawie opieki nad sobą i jakości życia.

Samorealizacja:

15. Osoby starsze powinny mieć warunki, by w pełni rozwijać swój potencjał.
16. Osoby starsze powinny mieć dostęp do edukacyjnych, kulturowych, duchowych i rekreacyjnych zasobów społeczeństwa.

Godność:

17. Osoby starsze powinny mieć możliwość godnego i bezpiecznego życia, bez wyzysku oraz fizycznego i psychicznego przymusu.
18. Osoby starsze powinny być sprawiedliwie traktowane bez względu na wiek, płeć, rasę, pochodzenie etniczne, niepełnosprawność i inne cechy oraz być doceniane niezależnie od ich wkładu w tworzenie ekonomicznych zasobów społeczeństwa”.

Przytoczone wyżej zasady nie są jedynym dokumentem ONZ zawierającym zalecenia dotyczące ram aksjologicznych, jakie określać powinny działania na rzecz osób starszych. Organizacja ta stworzyła także takie dokumenty programowe, jak: Międzynarodowy Plan Działań w sprawie Starzenia się⁸ uchwalony na pierwszym Światowym Zgromadzeniu w sprawie Starzenia (Wiedeń 1982), Międzynarodowy Plan Działań w sprawie Starzenia się i Deklaracja Polityczna przyjęte na

⁸ Tytuł dokumentu w języku angielskim: *Vienna International Plan of Action on Ageing*; w języku francuskim: *Plan International d'Action de Vienne sur le Vieillessement*.



Drugim Światowym Zgromadzeniu w sprawie Starzenia (Madryt 2002), Regionalna Strategia Wdrażania Międzynarodowego Planu Działania w sprawie Starzenia się (MIPAA/RIS) (Berlin 2002). Zalecenia zawarte w tych dokumentach uwzględniamy w prezentowanym katalogu wartości i zasad.

Drugą, obok ONZ, ważną instytucją międzynarodową, która zajmuje się, między innymi, prawami osób starszych i propaguje zasady polityk publicznych respektujące te prawa, jest Rada Europy. W uchwalonej przez tę organizację w 1996 roku Zrewidowanej Europejskiej Karcie Społecznej⁹ w art. 23 podkreśla się prawo osób w podeszłym wieku do ochrony socjalnej mającej na celu:

- „umożliwienie osobom w podeszłym wieku pozostanie pełnoprawnymi członkami społeczeństwa tak długo, jak to możliwe poprzez:
 - a) zapewnienie odpowiednich zasobów umożliwiających im godziwą egzystencję i aktywny udział w życiu publicznym, społecznym i kulturalnym;
 - b) dostarczanie informacji o usługach i ułatwieniach dostępnych dla osób w podeszłym wieku oraz możliwościach korzystania z nich;
- umożliwienie osobom w podeszłym wieku swobodnego wyboru sposobu życia oraz niezależnej egzystencji w znanym im środowisku tak długo, jak długo będą sobie tego życzyły i będą do tego zdolne, poprzez:
 - a) zapewnienie mieszkań dostosowanych do ich potrzeb i stanu ich zdrowia lub zapewnienie stosownej pomocy przy adaptacji ich mieszkań;
 - b) opiekę medyczną i usługi, których wymaga ich stan;
- zagwarantowanie osobom w podeszłym wieku, przebywającym w domu opieki, stosownego wsparcia, z poszanowaniem ich prywatności oraz zagwarantowanie im udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących warunków życia w takiej instytucji”.

W lutym 2014 roku powstał dokument Rady Europy poświęcony prawom osób starszych – „Rekomendacja CM/Rec(2014)2 Komitetu Ministrów dla Państw członkowskich w sprawie promocji praw osób starszych”. Punktem wyjścia rekomendacji jest między innymi teza, że „osoby starsze powinny mieć możliwość pełnego i efektywnego uczestnictwa i bycia częścią społeczeństwa, jak również, że wszystkie starsze osoby powinny mieć zapewnione prawo do życia w sposób godny, bezpieczny, wolny od dyskryminacji, izolacji, zaniedbania i na tyle niezależny,

⁹ Europejska Karta Społeczna została uchwalona w pierwotnej wersji w Turynie w 1961 roku.

jak to tylko możliwe”, a ponadto „ochrona godności osób starszych powinna zostać zagwarantowana we wszelkich okolicznościach, także w przypadku zaburzeń umysłowych, niepełnosprawności, choroby i stanów terminalnych”. W rekomendacji wskazuje się, między innymi, że osoby starsze muszą korzystać z pełni praw człowieka, że muszą mieć pełny dostęp do informacji dotyczących tych praw i powinny być konsultowane, za pośrednictwem reprezentatywnych organizacji, w przypadku decyzji dotyczących ich praw. Dokument ten zaleca rządowi kierowanie się takimi zasadami, jak: niedyskryminacja, autonomia i uczestnictwo osób starszych, ochrona przed przemocą i nadużyciami, zapewnienie zabezpieczenia społecznego i dostępu do zatrudnienia, zapewnienie opieki w przypadku problemów zdrowotnych, zapewnienie odpowiednich procedur wymiaru sprawiedliwości wobec osób starszych. Oto wybrane rekomendacje, ważne z punktu widzenia wsparcia osób starszych w miejscu zamieszkania:

„[...] 9. Osobom starszym przysługuje prawo ochrony ich przyrodzonej godności.

Mają one prawo do kierowania swoim życiem w sposób niezależny, samodzielny i autonomiczny. Obejmuje to możliwość podejmowania niezależnych decyzji we wszystkich sprawach ich dotyczących, w tym sprawach związanych z własnością, przychodem, finansami, miejscem pobytu, zdrowiem, leczeniem lub opieką, jak również przygotowaniem uroczystości pogrzebowych. Jakiegokolwiek ograniczenia w tym względzie powinny być proporcjonalne do zaistniałej sytuacji, jak również zawierać odpowiednie i efektywne zabezpieczenia, w celu zapobiegnięcia nadużyciom i dyskryminacji.

10. Osoby starsze powinny mieć możliwość utrzymywania relacji z innymi osobami, jak również możliwość pełnego uczestnictwa w działalności społecznej, kulturalnej, edukacyjnej, szkoleniowej, a także w życiu publicznym. [...]
22. Państwa członkowskie powinny przyjąć środki ułatwiające osobom starszym mobilność, jak również umożliwić im korzystanie z infrastruktury.
23. Państwa członkowskie powinny zapewnić odpowiednie wsparcie, w celu umożliwienia osobom starszym dostosowania ich domostw do obecnych i przyszłych potrzeb.
24. Państwa członkowskie powinny promować poprzez instytucje publiczne lub poprzez współpracę z organizacjami pozarządowymi albo sektorem prywatnym, odpowiednie usługi uzupełniające, takie jak: opieka dzienna, opieka pielęgnacyjna, przygotowywanie posiłków. [...]



29. Państwa członkowskie powinny przedsięwziąć odpowiednie działania, w tym działania prewencyjne, na rzecz promowania, utrzymywania i poprawy stanu zdrowia i samopoczucia osób starszych. Ponadto powinno zapewnić się odpowiednią opiekę medyczną oraz dostępność wyspecjalizowanej opieki długoterminowej.
30. Usługi powinny być dostępne w ramach danej społeczności, tak aby umożliwić osobom starszym pozostanie w swoich domach tak długo, jak to tylko możliwe. [...]
31. W celu lepszego poznania i spełniania potrzeb osób starszych, Państwa członkowskie powinny promować wielowymiarowe podejście do opieki zdrowotnej i socjalnej, jak również zachęcać do współpracy różne kompetentne służby. [...]
34. Opiekunowie powinni być odpowiednio przeszkoleni i otrzymywać odpowiednie wsparcie w celu zapewnienia adekwatnej jakości świadczonych usług. W przypadkach, gdy opieka sprawowana jest przez opiekunów nieformalnych w domach osób starszych, tacy opiekunowie powinni otrzymać odpowiednie przeszkolenie i wsparcie, tak aby umożliwić im właściwe świadczenie niezbędnej pomocy¹⁰.

Prawami osób starszych, w kontekście kluczowych wartości, które muszą być respektowane w stosunku do seniorów, zajmuje się także międzynarodowa organizacja pozarządowa Age Platform Europe¹¹. Ogłosiła ona w 2010 roku Europejską Kartę Praw i Obowiązków Osób Starszych Wymagających Długoterminowej Opieki i Pomocy. W dokumencie tym uwzględniono następujące prawa:

- prawo do godności, dobrostanu fizycznego i psychicznego, wolności i bezpieczeństwa;
- prawo do samookreślenia;
- prawo do życia prywatnego;
- prawo do opieki dostosowanej do potrzeb i dobrej jakości;
- prawo do informacji i spersonalizowanego poradnictwa i prawo do jasnego wyrażania woli;

¹⁰ Tłumaczenie oficjalne.

¹¹ www.age-platform.eu/images/stories/Charter_POLISH_TRANSLATION.pdf [dostęp: 12.11.2014 r.].

- prawo do kontynuowania kontaktów, udziału w społeczeństwie i aktywności kulturalnej;
- prawo do wolności wyrażania i wolności myśli/sumienia: przekonania, wierzenia, wartości;
- prawo do opieki paliatywnej i śmierci z zachowaniem szacunku i godności;
- prawo do zażalenia (skargi).

W 2010 roku Organizacja Narodów Zjednoczonych podjęła debatę nad celowością opracowania międzynarodowej konwencji praw osób starszych i jej głównymi założeniami. Zgromadzenie Ogólne ONZ powołało wówczas grupę roboczą – *Open-Ended Working Group on Ageing* (OEWG), a w 2012 roku na mocy rezolucji 67/139 powierzyło tej grupie przygotowanie projektu elementów międzynarodowego aktu prawnego dotyczącego praw osób starszych. W 2013 r. powołano Niezależnego Eksperta do spraw przestrzegania praw człowieka względem osób starszych (*Independent Expert on the enjoyment of all human rights by older persons*). Jako jego główne zadanie na lata 2014-2016 określono przegląd wdrożenia obecnie obowiązujących regulacji prawa międzynarodowego odnoszących się do praw osób starszych, w tym ocenę wdrożenia Planu Madryckiego na poziomie krajowym. W 2016 roku Niezależny Ekspert zapowiedział przedstawienie raportu Radzie Praw Człowieka ONZ, a grupa robocza zapowiedziała opracowanie pierwszej wersji założeń i norm konwencji praw osób starszych i poddanie tej propozycji pod konsultacje państw członkowskich ONZ.

W debacie międzynarodowej umacnia się więc przeświadczenie, że dla polityki wobec starości i osób starszych w poszczególnych państwach, w tym dla systemów wsparcia w środowisku zamieszkania, ważną ramą odniesienia są prawa człowieka.

Wartości i zasady stanowiące aksjologiczne podstawy zaproponowanego modelu wsparcia ¹²

Na założenia aksjologiczne planowanego modelu składają się kluczowe wartości, jakie musi on respektować oraz zasady, jakimi kierować się powinny podmioty tworzące i wdrażające wsparcie środowiskowe osób starszych.

¹² Podrozdział autorstwa Barbary Szatur-Jaworskiej.



Do katalogu podstawowych wartości, jakie stanowią aksjologiczne ramy modelu, należą:

- godność,
- podmiotowość jednostki,
- wolność wyboru,
- wolność wyrażania pragnień (preferencji) i opinii,
- sprawiedliwość społeczna,
- równość (rozumiana jako przeciwieństwo dyskryminacji),
- solidarność.

Zasady, którym podporządkowana jest koncepcja modelu wsparcia, dzielimy na dwie kategorie: zasady dotyczące traktowania jednostek i zasady określające funkcjonowanie podmiotów tworzących i wdrażających wsparcie środowiskowe¹³.

Najważniejsze zasady dotyczące traktowania jednostek (w tym zwłaszcza ludzi starych) są następujące:

- zapewnienie jednostkom niezależności i prawa do decydowania o własnym życiu – w tym o miejscu zamieszkania i zakresie pożądanego wsparcia społecznego;
- zaspokajanie przez polityki publiczne potrzeb jednostek z uwzględnieniem specyfiki fazy życia, w jakiej się znajdują, oraz wyzwań, jakie są specyficzne dla kolejnych faz życia;
- zapewnianie bezpieczeństwa socjalnego (rozumianego jako wolność od różnorodnych ryzyk socjalnych, nie tylko od ubóstwa i choroby);
- aktywizacja osób (głównie starszych), które odeszły z rynku pracy, oraz przygotowanie do aktywności poza rynkiem pracy osób pracujących zawodowo;
- zachowanie równowagi (analizowanej z punktu widzenia całego cyklu życia) między prawami i obowiązkami jednostek.

Do zasad określających funkcjonowanie podmiotów tworzących i wdrażających wsparcie środowiskowe należą:

- uwzględnianie wewnętrznego zróżnicowania populacji seniorów (np. różnice ze względu na płeć, wiek, miejsce zamieszkania, stan zdrowia, tradycje

¹³ Por. B. Szatur-Jaworska, *Zasady polityki publicznych w starzejących się społeczeństwach*, [w:] B. Szatur-Jaworska (red.), *Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje*, Biuro RPO, Warszawa 2012, s. 9-16.

- kulturowe), a szczególnie uwzględnianie różnego stopnia samodzielności osób starszych i różnego poziomu ich życiowych kompetencji, które mogą być wykorzystywane w budowaniu systemu wsparcia środowiskowego;
- tworzenie rozwiązań, które dostarczałyby wsparcie zarówno osobom niepełnosprawnym, niesamodzielnym, wykluczonym, jak i cieszącym się dobrym zdrowiem i niezależnością;
 - konsultowanie z osobami starszymi rozwiązań w zakresie wsparcia środowiskowego;
 - wielosektorowość, polegająca na zaangażowaniu sektora publicznego, rynkowego, obywatelskiego i nieformalnego;
 - włączanie przedsięwzięć, składających się na środowiskowe wsparcie seniorów, do wszystkich działań podejmowanych na poziomie lokalnym (*mainstreaming ageing*);
 - ocenianie działań – na etapie ich projektowania i realizacji – z punktu widzenia zagrożenia występowaniem praktyk dyskryminujących;
 - subsydiarność przejawiająca się we wspieraniu podstawowych wspólnot (głównie rodziny), w których żyją ludzie starzy;
 - całościowe podejście do potrzeb poszczególnych osób starszych i koordynacja dostarczanego im wsparcia;
 - profesjonalizacja wsparcia społecznego, rozumiana jako powierzenie go osobom kompetentnym i dobrze przygotowanym.

Wsparcie społeczne w wybranych obszarach¹⁴

Prezentowany poniżej model społecznego wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania został zaprojektowany z myślą o mieszkaniach tych osób oraz środowisku lokalnym i funkcjonujących w nim instytucjach i zbiorowościach. Głównym jego adresatem jest samorząd lokalny.

Własne mieszkanie dla ludzi starszych jest najważniejszym miejscem życia i podstawowym punktem odniesienia. Dom daje schronienie, poczucie bezpieczeństwa i pozwala na zaspokojenie większości potrzeb. Zmniejszająca się często wraz z wiekiem sprawność fizyczna i mentalna powoduje, iż ludzie starsi

¹⁴ Autorzy podrozdziału: Piotr Błędowski, Barbara Szatur-Jaworska, Zofia Szweda-Lewandowska, Maria Zrałek.



spędzają w mieszkaniu coraz więcej czasu. Umożliwienie pozostania we własnym środowisku wymaga przygotowania rozwiązań wspomagających osoby starsze w codziennym funkcjonowaniu. Niezbędne jest tworzenie zróżnicowanych form zamieszkania, uwzględniających ograniczenia sprawności i osobiste preferencje osób starszych oraz rozwój instytucji i usług wspierających osoby starsze zarówno w mieszkaniach, jak i w ich środowisku zamieszkania.

Działania tworzące warunki umożliwiające pozostawanie we własnym mieszkaniu powinny być realizowane w trzech płaszczyznach:

- materialnej – polegającej na adaptacji lokali do potrzeb ich mieszkańców, usuwaniu wszelkiego rodzaju barier architektonicznych, wprowadzaniu udogodnień w poruszaniu się po mieszkaniu i wypełnianiu codziennych czynności;
- organizacyjnej – polegającej na stopniowym zwiększaniu w miarę potrzeb zakresu usług świadczonych w domu w oparciu o zintegrowany system współpracy i współdziałania instytucji i organizacji rządowych, samorządowych, pozarządowych i prywatnych;
- społecznej – polegającej na zawiązaniu i podtrzymaniu sieci wsparcia lokalnego obejmującego opiekunów nieformalnych, sąsiadów i wolontariuszy.

Pozostawanie we własnym mieszkaniu zamiast w placówce przynosi wiele korzyści, takich jak: dłuższa aktywność, niezależność, a także lepsze samopoczucie i zdrowie. Pozwala funkcjonować osobom starszym w dobrze znanym otoczeniu, w sieci kontaktów sąsiedzkich i koleżeńskich, stanowiących dla nich podstawowe źródło naturalnego wsparcia.

Należy przy tym pamiętać, że każde mieszkanie usytuowane jest w określonym szerszym środowisku mieszkalnym – osiedlu czy dzielnicy. Jest to teren, który dla ludzi starszych, z racji ich mniejszej mobilności, jest przestrzenią znaną i przyswojoną, w której dobrze funkcjonują. Większość z nich może, pomimo występujących ograniczeń, poruszać się poza domem i realizować różne zadania, począwszy od zakupów, załatwiania spraw urzędowych, korzystania z sieci usług społecznych, realizacji praktyk religijnych, a kończąc na zróżnicowanych formach zagospodarowania czasu wolnego. Także zaangażowanie ludzi starszych w różnego rodzaju lokalne inicjatywy społeczne, odradzanie się idei społeczności lokalnych koncentruje się w sąsiedztwie miejsca zamieszkania.

Proponowany przez nas model zawiera propozycje uwzględniające fakt, iż wsparcie społeczne powinno mieć charakter ciągły, a to oznacza, że zawarte w nim

działania adresowane są zarówno do w pełni sprawnych seniorów, jak i do osób o ograniczonej samodzielności. W budowaniu sieci wsparcia dla osób starszych uwzględniać należy, że z jednej strony – o czym była mowa wcześniej – każdy potrzebuje jakiejś formy społecznego wsparcia, choćby w niewielkim zakresie, a z drugiej strony pamiętać należy, że osoby starsze – w miarę swoich sił, wiedzy i kompetencji – muszą być traktowane także jako dawcy wsparcia.

Model wsparcia społecznego obejmować powinien różne potrzeby i różne formy ich zaspokajania, a nie tylko niesamodzielność i usługi opiekuńcze. Uwzględniamy w nim zatem następujące obszary wsparcia:

1. bezpieczeństwo ekonomiczne,
2. zdrowie,
3. opieka,
4. bezpieczeństwo w środowisku zamieszkania,
5. czas wolny,
6. edukacja,
7. mieszkalnictwo.

Obszary te zostały podzielone na dziedziny, którym przyporządkowano propozycje działań i instytucji, które powinny być odpowiedzialne za ich realizację oraz wskazano kadry, jakie powinny być zaangażowane w tę realizację. W celu wyjaśnienia szczegółowych założeń, z jakich wynikają działania w ramach poszczególnych dziedzin, w załączonych charakterystykach umieściliśmy komentarze. Struktura prezentacji modelu zawiera także omówienie celów wsparcia w każdym z wymienionych obszarów.

TABELA 1. Wsparcie społeczne w obszarze BEZPIECZEŃSTWA EKONOMICZNEGO

Szczegółowe cele wsparcia społecznego w obszarze bezpieczeństwa ekonomicznego:

- ochrona i poprawa sytuacji materialnej osób starszych,
- promowanie i wspieranie aktywności ekonomicznej seniorów i ich samodzielności ekonomicznej.

Dziedzina	Narzędzia (usługi, sposoby działania)	Komentarz	Podmioty odpowiedzialne	Kadry
<p>Zatrudnienie: Kontynuacja pracy zawodowej. Aktywizacja zawodowa. Zatrudnienie dorywcze.</p>	<p>Diagnoza lokalnego rynku pracy. Działania na rzecz podniesienia kwalifikacji lub rekwalifikacji zawodowej starszych pracowników i młodych emerytów. Akcja informacyjna dla pracodawców. Targi pracy dla seniorów.</p>	<p>Poza pracodawcami prywatnymi, kierującymi się zasadami rynku, podniesienie kwalifikacji starszych pracowników i aktywizacja młodych emerytów powinny być podejmowane przez pracodawców sektora publicznego. Instytucje rynku pracy powinny finansować takie działania w większym niż dotychczas zakresie. Zakładamy, że podmioty rynku pracy powinny adresować swoją działalność nie tylko do osób bezrobotnych (w rozumieniu ustawy), ale i do osób biernych zawodowo.</p>	<p>Samorząd terytorialny, w tym szczególnie: administracja rynku pracy. Niepubliczne (głównie rynkowe) podmioty. Instytucje zaangażowane w realizację kształcenia przez całe życie.</p>	<p>Doradcy zawodowi przygotowani do pracy z osobami starszymi. Pośrednicy pracy przygotowani do pracy z osobami starszymi. Nauczyciele zawodu. Specjaliści ds. zarządzania zasobami ludzkimi w organizacjach zatrudniających pracowników.</p>

<p>Dochody: Świadczenia społeczne. Pomoc społeczna.</p>	<p>Wprowadzenie lokalnych ulg dla seniorów (np. karta seniora). Obniżenie granicy dochodowej uprawniającej do nieodpłatnego korzystania z usług społecznych finansowanych przez samorząd lokalny. Zwiększenie wysokości świadczeń pieniężnych przyznawanych seniorom w trudnej sytuacji materialnej.</p>	<p>Władze lokalne mają ograniczone możliwości oddziaływania na poziom dochodów starszych mieszkańców, które są uzależnione od polityki emerytalno-rentowej państwa i polityki płacowej.</p>	<p>Samorząd terytorialny, a szczególnie ośrodki pomocy społecznej. Lokalni przedsiębiorcy.</p>	<p>Pracownicy socjalni. Członkowie rad seniorów.</p>
<p>Działania informacyjno-edukacyjne</p>	<p>Informowanie o powtarzających się przypadkach oszustw i wyłudzeń. Informowanie o przysługujących prawach konsumenckich.</p>	<p>Zapewnienie bezpieczeństwa ekonomicznego polega nie tylko na dostarczaniu środków utrzymania, ale i na ochronie przed ich utratą, której konsekwencją jest ograniczenie możliwości zaspokajania potrzeb.</p>	<p>Samorząd terytorialny. Organizacje pozarządowe. Policja. Lokalne media.</p>	<p>Miejsca i powiatowi rzecznicy konsumentów. Policjanci. Pracownicy socjalni. Dziennikarze. Rodziny osób starszych.</p>

TABELA 2. Wsparcie społeczne w obszarze ZDROWIA

Szczególne cele wsparcia społecznego w obszarze zdrowia:

- promocja zdrowego starzenia się;
- przeciwdziałanie przedwczesnemu starzeniu się;
- przeciwdziałanie lub opóźnianie momentu wystąpienia niesamodzielności;
- działania na rzecz funkcjonowania w dotychczasowym środowisku życia osób starszych.

Dziedzina	Narzędzia (usługi, instytucje, sposoby działania)	Komentarz	Podmioty odpowiedzialne	Kadry
Profilaktyka zdrowotna i promocja zdrowia	Popularyzowanie informacji dotyczących prawidłowej diety, dostępu do usług ochrony zdrowia, rehabilitacji, zajęć sportowych dla seniorów. Spotkania upowszechniające wiedzę z zakresu zdrowego trybu życia, spotkania ze specjalistami, np. dietetykami, rehabilitantami. Informowanie o ryzykach związanych z postępującym procesem biologicznego starzenia się, np. ryzyko upadków i sposoby zapobiegania.	Osoby przekraczające „próg starości” cierpią zazwyczaj na różne schorzenia, ale nie oznacza to, że nie powinny być do nich adresowane działania profilaktyczne i promocyjne, które służyć powinny ograniczeniu ryzyka wystąpienia dolegliwości wieku starszego i podtrzymaniu jak najwyższej sprawności i dobrego zdrowia funkcjonalnego.	Samorząd lokalny, a szczególnie podległe mu placówki służby zdrowia i ośrodki pomocy społecznej. Organizacje pozarządowe (np. UTTW, organizacje działające na rzecz seniorów).	Lekarze rodzinni. Pielęgniarki. Pracownicy socjalni. Asystenci osób starszych. Opiekunki domowe. Opiekunki środowiskowe. Wolontariusze. Dietetycy. Rehabilitanci.

<p>Wsparcie medyczne-socjalne dla osób z zaburzeniami poznawczymi</p>	<p>Organizacja dziennych form opieki dla osób z zaburzeniami poznawczymi. Organizacja miejsc czasowej opieki dla tych osób. Organizacja systemu wsparcia psychologicznego i organizacyjnego rodzin opiekujących się seniorami z zaburzeniami i poznawczymi.</p>	<p>Osoby z zaburzeniami poznawczymi, zależnie od stopnia nasilenia tych zaburzeń, mogą korzystać z różnych, dostosowanych do ich sytuacji, form wsparcia środowiskowego, zarówno w środowisku zamieszkania, jak i w placówkach półotwartych.</p>	<p>Samorząd lokalny, a szczególnie podległe mu placówki służby zdrowia, ośrodki pomocy społecznej i środki wsparcia działające w systemie pomocy społecznej.</p>	<p>Opiekunowie osób starszych. Opiekunowie środowiskowi. Pielęgniarki środowiskowe. Wolontariusze.</p>
<p>Opieka geriatryczna i rehabilitacja</p>	<p>Rozwój i zwiększenie dostępu do kompleksowej opieki geriatrycznej. Zintegrowanie opieki medycznej i rehabilitacji. Organizacja wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego.</p>	<p>Osoby będące w zaawansowanym wieku (późniejsza faza starości) potrzebują opieki ze strony lekarza geriatry i współpracującego z nim zespołu opieki geriatrycznej. Leczenie się osoby starszej u kilku specjalistów jednocześnie bez możliwości całościowego spojrzenia na pacjenta i jego problemy zdrowotne może zmniejszać skuteczność terapii. Dla utrzymania samodzielności życiowej osoby starszej konieczne jest, by mogła korzystać z zabiegów rehabilitacyjnych i sprzętu rehabilitacyjnego.</p>	<p>Samorząd terytorialny – powiatowy i wojewódzki. Ministerstwo Zdrowia. Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>	<p>Geriatrzy. Pielęgniarki (szczególnie geriatryczne). Pracownicy socjalni. Rehabilitanci.</p>

TABELA 3. Wsparcie społeczne w obszarze OPIEKI

Szczegółowe cele wsparcia społecznego w obszarze opieki:

- wspieranie seniora w miejscu zamieszkania,
- optymalny dobór typu i trybu opieki do potrzeb seniora,
- wspieranie nieformalnych opiekunów osób starszych.

Dziedzina	Narzędzia (usługi, sposoby działania)	Komentarz	Podmioty odpowiedzialne	Kadry
Organizacja dziennych form opieki	<p>Dowóz osób niemogących samodzielnie dotrzeć do placówki dziennego pobytu.</p> <p>Dostosowanie placówki i oferty do stanu zdrowia i potrzeb seniorów (np. dla osób chorych na chorobę Alzheimera).</p> <p>Wspieranie rozwoju instytucji opieki półinstytucjonalnej (np. w ramach sektora ekonomii społecznej).</p> <p>Stworzenie sieci placówek dziennego pobytu dostępnych w otoczeniu seniora.</p> <p>Utworzenie bazy informacji o instytucjach dziennego pobytu, ich ofercie i profilu.</p> <p>Usługi w zakresie pomocy w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opieki higienicznej, rozwijaniu kontaktów ze środowiskiem i rodziną.</p> <p>Usługi w ramach treningów samoobsługi i umiejętności w zakresie czynności dnia codziennego oraz umiejętności i funkcjonowania w życiu społecznym.</p>	<p>Dzienne ośrodki są ośrodkami wsparcia o charakterze lokalnym zapewniającymi pomoc osobom starszym.</p> <p>Świadczą usługi opiekuńcze w ciągu dnia w zakresie podstawowych potrzeb życiowych, w tym posiłki, rehabilitację, udzielają pomocy w organizacji czasu wolnego i aktywizacji społecznej.</p> <p>Takie instytucje powinny być tworzone w każdej gminie.</p>	<p>Samorząd terytorialny, a szczególnie ośrodki pomocy społecznej.</p> <p>Organizacje pozarządowe.</p> <p>Parafie i organizacje wyznaniowe.</p>	<p>Pracownicy socjalni.</p> <p>Wolontariusze.</p> <p>Pedagodzy społeczni.</p> <p>Rehabilitanci.</p> <p>Psychologowie.</p> <p>Instruktorzy terapii zajęciowej.</p> <p>Asystenci osoby niepełnosprawnej.</p> <p>Pielęgniarki.</p>

<p>Usługi opiekuńcze</p>	<p>Poprzedzone dogłębną diagnozą potrzeb jednostki pozwalającą na optymalne dopasowanie usług. Usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania osoby starszej dostosowane do jej potrzeb (liczba godzin, częstotliwość), usługi wspierające w prowadzeniu gospodarstwa domowego. Stworzenie systemu dostarczania posiłków osobom niemogącym samodzielnie ich przygotować. Telefon zaufania dla osób korzystających z usług opiekuńczych, systematyczna ewaluacja i monitoring świadczonych usług. System oceny opiekunów środowiskowych dostępny dla osób poszukujących opiekuna (zarówno dla seniora, jak i jego bliskich). Rozwój i wspieranie wolontariatu osób starszych w obszarze usług opiekuńczych (samopomoc).</p>	<p>Usługi opiekuńcze będą zyskiwały na znaczeniu zarówno ze względu na rosnące potrzeby osób starszych, jak i z powodów natury ekonomicznej i związanych z organizacją pracy oraz optymalnym wykorzystaniem kadr. Zapewnienie właściwej opieki w środowisku zamieszkania może mieć decydujące znaczenie dla jakości życia osoby starszej. Dostosowane do indywidualnych potrzeb usługi opiekuńcze sprzyjają podtrzymaniu samodzielności, zachowaniu podmiotowości osoby starszej i jej pozostawaniu w dotychczasowym środowisku.</p>	<p>Samorząd terytorialny, a szczególnie ośrodki pomocy społecznej. Organizacje pozarządowe. Parafie i organizacje wyznaniowe.</p>	<p>Opiekunowie. Pracownicy socjalni. Psycholodzy. Wolontariusze.</p>
<p>Wsparcie opiekunów rodzinnych (i innych nieformalnych)</p>	<p>Szkolenia dla opiekunów w zakresie wspierania osób starszych. Organizacja opieki krótkookresowej w placówkach świadczących całonocną opiekę (tzw. opieka wytchnieniowa). Opieka psychologiczna dostępna dla bliskich osoby starszej. Rozwój domów dziennego pobytu, klubów seniora.</p>	<p>Trafnie dobrane formy wsparcia dla opiekunów rodzinnych mogą decydować o możliwości sprawowania przez nich swoich funkcji. Czasowe przerwy, konsultacje, porady i opieka psychologiczna są niezbędne, by zapobiec wypaleniu opiekunów rodzinnych.</p>	<p>Samorząd terytorialny, a szczególnie ośrodki pomocy społecznej. Organizacje pozarządowe.</p>	<p>Psycholodzy. Pielęgniarki środowiskowe. Pracownicy socjalni. Opiekunowie osób starszych.</p>



Bank czasu wolnego - centrum wolontariatu	<p>Udostępniona bezpłatnie informacja o możliwościach uzyskania pomocy oferowanej przez wolontariuszy. Organizowanie pomocy sąsiedzkiej w ramach kontraktu.</p>	<p>Internetowa baza danych o osobach dysponujących czasem i umiejętnościami, gotowych zaangażować się w pomoc osobom starszym. Łatwy dostęp do informacji stanowi pomoc dla osób starszych wymagających wsparcia oraz dla ich opiekunów. Powinien charakteryzować się szerokim spektrum usług w zależności od kompetencji wolontariuszy. Wzmacnia nieformalną sieć kontaktów w środowisku lokalnym. Integruje organizacje pozarządowe.</p>	<p>Taka struktura organizacyjna może powstać przy instytucji administracji samorządowej, parafii lub przy związku wyznaniowym, organizacji pożytku publicznego.</p>	<p>Pracownicy socjalni. Wolontariusze. Opiekunowie osób starszych.</p>
Udostępnianie sprzętu rehabilitacyjnego i medycznego	<p>Wypożyczalnie sprzętu medycznego i do opieki nad osobami niesamodzielnymi</p>	<p>Czasowe udostępnienie specjalistycznego sprzętu medycznego niezbędnego do sprawowania opieki nad osobami starszymi realizowanej w warunkach domowych. Organizacja dowozu wypożyczonego sprzętu do miejsca zamieszkania. Prowadzenie instruktażu, w jaki sposób korzystać ze sprzętu.</p>	<p>Jednostki samorządu terytorialnego. Organizacje pożytku publicznego. Instytucje prywatne.</p>	<p>Właściciele i pracownicy wypożyczalni.</p>

<p>Klaster usług senioralnych</p>	<p>Zintegrowane świadczenie usług: opiekuńczych, pielęgnacyjnych, rehabilitacyjnych, gastronomicznych itp. Certyfikacja usług i instytucji działających w tym obszarze.</p>	<p>Wykorzystanie potencjału różnych podmiotów, działających w zakresie szeroko rozumianej działalności medycznej, rehabilitacyjnej, opiekuńczej, wspierającej i aktywizującej; zintegrowanie świadczenia usług ukierunkowanych na potrzeby osób starszych. Idea klastra usług senioralnych opiera się na współdziałaniu wszystkich środowisk działających w obszarach wpływających na poprawę jakości życia osób starszych. Klaster usług senioralnych ma charakter otwarty, tj. przystąpić do niego mogą wszyscy, którzy pragną doświadczyć dotychczas zdobyte doświadczenie do usprawnienia systemu wspierania osób starszych.</p>	<p>Samorząd terytorialny (gminny i powiatowy). Prywatni przedsiębiorcy. Jednostki naukowe. Publiczne i niepubliczne placówki służby zdrowia.</p>	<p>Przedsiębiorcy. Pracownicy socjalni. Lekarze i pielęgniarki. Rehabilitanci. Opiekunowie osób starszych. Dietetycy.</p>
--	--	--	---	--

TABELA 4. Wsparcie społeczne w obszarze BEZPIECZEŃSTWA W ŚRODOWISKU ZAMIESZKANIA

Szczegółowe cele wsparcia społecznego w obszarze bezpieczeństwa w miejscu zamieszkania:

- poprawa poziomu bezpieczeństwa osób starszych w środowisku zamieszkania;
- ukształtowanie nawyków i zachowań sprzyjających ich osobistemu bezpieczeństwu.

Dziedzina	Narzędzia (usługi, instytucje, sposoby działania)	Komentarz	Podmioty odpowiedzialne	Kadry
Zintegrowany system wspierania bezpieczeństwa osób starszych	Opracowanie lokalnej strategii zapewniania bezpieczeństwa starszych osób w środowisku zamieszkania. Tworzenie grup sąsiedzkiej czujności, patroli obywatelskich, stymulowanie pomocy sąsiedzkiej.	Tworzenie piaszczyny współpracy instytucji i organizacji (np. policja, straż miejska, samorząd terytorialny, sanepid, inspekcja handlowa i farmaceutyczna, Kościół) zaangażowanych we wspieranie poczucia bezpieczeństwa osób starszych w środowisku lokalnym.	Samorząd lokalny, w tym szczególnie straż miejska. Policja. Kościoty i związki wyznaniowe.	Przedstawiciele instytucji realizujących zadania. Wspólnoty sąsiedzkie.
Zapobieganie niekorzystnym zjawiskom poprzez odpowiednie kształtowanie przestrzeni publicznej	Projektowanie uniwersalne i realizacja tych projektów.	Kształtowanie przestrzeni publicznej w taki sposób, by wyeliminować sytuacje ułatwiające popełnienie przestępstwa (brak oświetlenia, ograniczona widoczność, łatwa możliwość ucieczki itp.) Ciągi komunikacyjne powinny być ukształtowane w sposób zapobiegający upadkom. Przestrzeń przyjazna osobom starszym jest zarazem przestrzenią przyjazną wszystkim mieszkańcom.	Samorząd lokalny. Przedsiębiorcy lokalni. Deweloperzy rynku nieruchomości.	Urbaniści. Urzędnicy samorządowi. Policja. Miejskie (gminne) służby odpowiedzialne za utrzymanie porządku. Prywatni właściciele nieruchomości.

<p>Bezpieczny transport</p>	<p>Udostępnianie systemu informacji o podróży dojazdowym i środkami transportu publicznego osobom o ograniczonej mobilności. Usługa indywidualnego transportu, za umiarkowaną cenę, dla osób starszych w godzinach wieczornych i nocnych.</p>	<p>Osoby starsze o ograniczonej sprawności nie mogą prowadzić same pojazdy. Potrzebna jest im zatem pomoc w przemieszczaniu się.</p>	<p>Samorząd lokalny (głównie gminy). Przedsiębiorcy lokalni.</p>	<p>Taksówkarze. Kierowcy autobusów i innych środków miejskiej komunikacji. Członkowie rodzin osób starszych. Sąsiedzi.</p>
<p>Pobudzenie i włączenie osób starszych w działania na rzecz bezpieczeństwa w lokalnych społecznościach</p>	<p>Spotkania informacyjne. Budżet partycypacyjny. Międzypokoleniowe zajęcia warsztatowe poświęcone projektowaniu przestrzeni publicznej. Wspieranie poprzez społecznościowe organizowanie ludzi starszych na rzecz bezpieczeństwa w społeczności lokalnej (np. powstanie tzw. szlafrokowej policji).</p>	<p>Osoby starsze są najlepszymi ekspertami w sprawie swojego bezpieczeństwa.</p>	<p>UTW. Rady Seniorów. Ośrodki i pomocy społecznej. Organizacje pozarządowe. Policja. Straż miejska.</p>	<p>Rodziny osób starszych. Pracownicy socjalni. Asystenci osób niepełnosprawnych. Wolontariusze. Pracownicy organizacji trzeciego sektora.</p>
<p>Działania informacyjno-wspierające</p>	<p>Kampanie informacyjne na temat istniejących zagrożeń dla osób starszych (przestępczości, bezpiecznego korzystania z transportu publicznego, bezpieczeństwa przy korzystaniu z usług finansowych). Pomoc psychologiczna dla osób starszych będących ofiarami przestępstw.</p>	<p>Formy przestępczości zmieniają się, a więc ważne jest, by wskazywać osobom starszym na ryzyka wynikające z przemian społecznych, technologicznych itp. Ofiary przestępstw i wykroczeń doświadczają traumatycznych przeżyć, z którymi trudno im sobie poradzić o własnych siłach, zwłaszcza, gdy są osamotnione.</p>	<p>Samorząd lokalny, w tym szczególnie Rady Seniorów. Organizacje pozarządowe. Lokalne media.</p>	<p>Pracownicy socjalni. Policjanci. Psychologowie. Dziennikarze.</p>

TABELA 5. Wsparcie społeczne w obszarze CZASU WOLNEGO

Szczegółowe cele wsparcia społecznego w obszarze czasu wolnego:

- podtrzymanie lub wywoływanie aktywności osób starszych,
- przeciwdziałanie alienacji społecznej starszych mieszkańców,
- wykorzystanie kapitału ludzkiego i społecznego seniorów.

Dziedzina	Narzędzia (usługi, sposoby działania)	Komentarz	Podmioty odpowiedzialne	Kadry
Aktywność kulturalna	Organizacja imprez kulturalnych. Ułatwienie seniorom dostępu do oferty kulturalnej, np. poprzez regulowanie zasad odpłatności, dostosowanie pory imprez do potrzeb seniorów. Działania na rzecz pokonania fizycznych barier dostępu do oferty (transport seniorów). Prowadzenie działań aktywizujących seniorów w tym obszarze wykorzystanie ich wiedzy, doświadczeń i umiejętności. Wsparcie NGOś działających w dziedzinie kultury. Wspieranie dostępu do usług kulturalnych w mieszkaniach (wypożyczanie książek, e-booków, płyt) oraz udostępnianie urządzeń potrzebnych do odtwarzania nagrań.	Wsparcie powinno zapewnić ciągłość dostępu do dóbr kultury, a to oznacza, że przedmiotem troski powinno być udostępnianie tych dóbr w przestroni publicznej i w mieszkaniach seniorów.	Samorząd terytorialny, w zakresie odpowiedzialności za prowadzenie placówek kulturalnych (domów kultury, muzeów) i bibliotek. Organizacje pozarządowe działające na rzecz seniorów. UTW. Placówki oświatowe. Kościoły i związki wyznaniowe.	Animatorzy kultury. Geragodzy (gerontolodzy). Edukatorzy osób starszych. Pracownicy obsługi (kierownicy). Bibliotekarze. Rodziny osób starszych.

Aktywność społeczna	<p>Zapewnienie bazy i środków materialnych dla organizacji pozarządowych aktywizujących osoby starsze.</p> <p>Zapewnienie transportu dla wymagających takiej pomocy osób starszych, członków NGO's.</p> <p>Organizacja form przedstawicielskich starszych mieszkańców.</p> <p>Udział starszych mieszkańców w procesie decyzyjnym, np. zgłaszanie inicjatyw, diagnoza potrzeb seniorów, budżety partycypacyjne.</p>	<p>Ważne jest zachęcanie seniorów do aktywności na rzecz starszego pokolenia i innych zbiorowości zamieszkujących na danym terenie.</p> <p>Wsparcia wymaga wolontariat osób starszych.</p> <p>Wsparcia wymagają zarówno sformalizowane, jak i niesformalizowane przejawy aktywności osób starszych.</p>	<p>Organizacje pozarządowe. Samorząd terytorialny, w tym Rady Seniorów. UTW.</p> <p>Kościoły i związki wyznaniowe.</p>	<p>Pracownicy socjalni. Geragodzy. Pracownicy instytucji trzeciego sektora. Rodziny osób starszych.</p>
Aktywność turystyczna i rekreacyjna	<p>Propagowanie zdrowego stylu życia i konsumpcji.</p> <p>Organizowanie wspólnych imprez rekreacyjnych dla różnych pokoleń mieszkańców.</p> <p>Budowa infrastruktury dla oferty rekreacyjnej.</p> <p>Wspieranie i dofinansowywanie turystyki i rekreacji wśród osób starszych, także niesamodzielnych.</p>	<p>Wsparcie ma na celu utrzymanie sprawności fizycznej i intelektualnej, integrację międzypokoleniową i wewnątrzpokoleniową oraz promocję zdrowego starzenia się.</p> <p>Osoby starsze mające potrzebną wiedzę powinny aktywnie uczestniczyć w kreowaniu oferty turystycznej i rekreacyjnej.</p>	<p>Samorząd terytorialny, w tym gminne ośrodki sportu i rekreacji, dzienne domy pomocy, domy i kluby SENIOR-WIGOR.</p> <p>Organizacje pozarządowe. UTW.</p> <p>Kościoły i związki wyznaniowe.</p>	<p>Instruktorzy rekreacji osób starszych. Animatorzy kultury. Przewodnicy turystyczni. Rodziny osób starszych.</p>
Aktywność fizyczna	<p>Organizowanie zajęć sportowych.</p> <p>Dofinansowywanie zajęć sportowych dedykowanych osobom starszym.</p> <p>Budowa infrastruktury służącej aktywności fizycznej dostępnej w miejscach publicznych.</p>	<p>Uprawianie sportu jest możliwe w każdym wieku, przy czym formy aktywności fizycznej powinny być dostosowane do poziomu sprawności poszczególnych osób.</p>	<p>Organizacje pozarządowe. Samorząd terytorialny, a szczególnie gminne ośrodki sportu i rekreacji. Związki sportowe. Kluby sportowe. UTW.</p>	<p>Instruktorzy sportu osób starszych. Rodziny osób starszych.</p>

TABELA 6. Wsparcie społeczne w obszarze EDUKACJI

Szczegółowe cele w obszarze edukacji:

- zapewnienie każdemu sprawnemu intelektualnie człowiekowi starszemu – niezależnie od stanu zdrowia fizycznego i poziomu wykształcenia – możliwości uczestnictwa w edukacji;
- podtrzymywanie dotychczasowych kompetencji i wsparcie w nabywaniu nowych; zarówno w zakresie tzw. kompetencji twardych, jak i miękkich;
- wspieranie uczenia się przez całe życie.

Dziedzina	Narzędzia (usługi, sposoby działania)	Komentarz	Podmioty odpowiedzialne	Kadry
Osoby zdolne do samodzielnego funkcjonowania (potrzebne jest im mniejsze wsparcie)	Kształcenie poprzez bezpośrednie kontakty z profesjonalnym wykładowcą; e-learning; wzajemne kształcenie – koła kształceniowe osób starszych.	Samorząd terytorialny we współpracy z organizacjami pozarządowymi organizuje grupowe formy edukacji. Nacisk na grupowość wynika z potrzeby tworzenia okazji do nawiązywania społecznych kontaktów. Samorząd terytorialny we współpracy z uczelniami organizuje grupowe i międzypokoleniowe formy edukacji.	Uniwersytety trzeciego wieku; uniwersytety otwarte (wszystkich grup wieku). Biblioteki. Szkoły (udostępniające infrastrukturę i kadre). Kluby i świetlice środowiskowe, w których osoby starsze pomagają w odrabianiu lekcji starszym uczniom, są też tutorami dla młodych – zdolnych.	Nauczyciele – specjaliści w zakresie różnych dziedzin wiedzy. Geragodzy. Wolontariusze. Rodziny osób starszych.

Osoby niezdolne do samodzielnego funkcjonowania w środowisku zamieszkania (potrzebne jest im większe wsparcie)			
<p>Lektura książek i prasy dla osób mających trudności ze wzrokiem. Nauka obsługi urządzeń ułatwiających codzienne funkcjonowanie osobom nieopuszczającym mieszkania. Instruktaż w zakresie samopielegnacji. Mobilna biblioteka (książki dostarczane „na próg”).</p>	<p>Samorząd terytorialny we współpracy z organizacjami pozarządowymi organizują zindywidualizowane formy edukacji. Starsze osoby niesamodzielne powinny być traktowane jak osoby o szczególnych potrzebach edukacyjnych, z którymi powinna być prowadzona praca indywidualna w ich domach.</p>	<p>Samorząd terytorialny, w tym szczególnie biblioteki, ośrodki pomocy społecznej, domy kultury. Organizacje pozarządowe.</p>	<p>Pracownicy socjalni. Asystenci osób starszych. Nieformalni opiekunowie. Wolontariusze. Rodziny osób starszych.</p>

TABELA 7. Wsparcie społeczne w obszarze MIESZKALNICTWA

Szczegółowe cele w obszarze mieszkalnictwa:

- dostosowanie warunków mieszkaniowych do różnicowanych potrzeb osób starszych, umożliwiających im jak najdłuższe pozostawanie we własnym środowisku zamieszkania;
- udostępnienie nowoczesnych technologii ułatwiających samodzielne życie oraz wspierających ich opiekunów nieformalnych.

Dziedzina	Narzędzia (usługi, sposoby działania)	Komentarz	Podmioty odpowiedzialne	Kadry
Tradycyjne mieszkania osób starszych	Usługi w zakresie pomocy w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opieki higienicznej, pielęgnacji zaleconej przez lekarza oraz zapewnienie kontaktów z otoczeniem. Usługi dotyczące adaptacji, remontowania przestroni mieszkalnej i dostosowania jej do potrzeb osób starszych. Wprowadzanie udogodnień technicznych ułatwiających funkcjonowanie w miejscu zamieszkania. Ewentualna pomoc w zamianie mieszkania lub/ oraz w uzyskaniu świadczenia finansowego na mieszkanie (dodatku mieszkaniowego).	Pozostanie w dotychczasowym mieszkaniu to zdecydowanie preferowana przez osoby starsze forma zamieszkania. Występują jednak znacznie różnice w standardzie mieszkań pod względem ich wyposażenia technicznego i powierzchni oraz układu. Dla osób starszych samodzielną pozostawanie w znanym i usieciowionym społecznie środowisku lokalnym nabiera istotnego znaczenia z punktu widzenia jakości życia. Należy jednak zlikwidować utrudnienia wynikające z istnienia barier architektonicznych. Wysoki udział kosztów związanych z eksploatacją mieszkania w budżecie osób starszych wymaga niejednokrotnie dodatkowego wsparcia.	Samorząd terytorialny. Pomoc społeczna. Wspólnoty mieszkaniowe. Osoby prywatne. Organizacje pożytku publicznego. Komercyjne firmy usługowe.	Nieformalni opiekunowie osób starszych. Opiekunowie osób starszych. Pracownicy socjalni. Lekarze, pielęgniarki. Pracownicy socjalni. Wolontariusze. Pedagodzy społeczni.

Mieszkania serwisowane	Usługi w zakresie pomocy w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opieki, pielęgnacji zaleconej przez lekarza oraz zapewnienia kontaktów z otoczeniem. Usługi w zakresie potrzeb bytowych, w tym sprzątania, prania, dostarczania żywności. Usługi rehabilitacyjne lub pielęgniarские.	Mieszkania serwisowane powinny mieć przede wszystkim charakter mieszkań na wynajem. Wynajmowane, niezależnie mieszkania zlokalizowane w budynku pozbawionym barier architektonicznych i wyposażone w urządzenia ułatwiające samodzielne funkcjonowanie. Budynek powinien być wyposażony w dodatkowe pomieszczenia wykorzystywane wspólnie przez mieszkańców (świetlica, gabinety zabiegowe i rehabilitacyjne). Musi być zapewnione wsparcie dostosowane do indywidualnych potrzeb mieszkańców poprzez możliwość korzystania z usług opiekuńczych, terapeutycznych oraz działań aktywizujących. Powinna być zapewniona możliwość wykupu dodatkowych usług.	Samorząd terytorialny zarządzający lokalami komunalnymi. TBS. Spółdzielnie mieszkaniowe. Firmy komercyjne. Wolontariusze.	Pielęgniarki i opiekunowie medyczni. Opiekunowie osób starszych. Wolontariusze. Pracownicy socjalni. Rehabilitanci.
Mieszkania typu co-housing	Wzajemną pomoc mieszkańców w zaspokajaniu potrzeb bytowych, utrzymaniu autonomii, aktywizowaniu.	Osoby starsze powinny uczestniczyć w projektowaniu koncepcji zespołu mieszkaniowego, dzięki czemu uwzględnione są potrzeby tej grupy. Oferta może być adresowana wyłącznie do osób starszych i samotnych, małżeństw osób starszych, bądź też może mieć charakter międzygeneracyjny. Konieczne jest zapewnienie środowiska zamieszkania wolnego od barier architektonicznych. Mieszkania lub domy zawierają w pełni samodzielne lokale mieszkalne, ale równocześnie mają wspólne przestrzenie, w których korzystają wszyscy mieszkańcy. Wspólnota sama zarządza swoim osiedlem, co znacznie redukuje koszty. Zamieszkanie w osiedlu typu co-housing pozwala osobom starszym na zachowanie niezależności, z równoczesnym zapewnieniem wzajemnej pomocy. Taka forma zamieszkania w znacznym stopniu opóźnia przejście osób starszych do całodobowej instytucjonalnej opieki z uwagi na pomoc świadczoną przez innych mieszkańców.	Wspólnota mieszkaniowa. Samorząd terytorialny. Prywatni inwestorzy. Organizacje pożytku publicznego.	Pracownicy socjalni. Wolontariusze. Pedagodzy społeczni.



Mieszkania chronione	Całodobowa opieka w formie usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych przy jednoczesnych działaniach aktywizujących.	Mieszkania chronione są samodzielnyimi lokalami przeznaczonymi do zaspokajania potrzeb mieszkaniowych m.in. osób starszych, które potrzebują wsparcia w funkcjonowaniu w codziennym życiu. Zastępują pobyt w placówce zapewniającej całodobową opiekę, oferując warunki do samodzielnego funkcjonowania w środowisku i integracji ze społecznością lokalną. Mieszkania chronione są wolne od barier architektonicznych i wyposażone w udogodnienia techniczne ułatwiające funkcjonowanie w miejscu zamieszkania.	Samorząd terytorialny, w tym szczególnie jednostki organizacyjne pomocy społecznej. Organizacje pożytku publicznego.	Pracownicy socjalni. Opiekunowie medyczni. Opiekunowie osób starszych. Rehabilitanci. Wolontariusze.
System informacji przestrzennej	Usługa dostępu do szybkiej konkretnej informacji wraz z wizualizacją lokalizacji danej placówki w miejscowości (udostępnienie danych dotyczących lokalizacji w przestrzeni konkretnych obiektów oraz informacji opisowych o tych obiektach). Wspieranie działań na rzecz zmniejszenia wykluczenia cyfrowego osób starszych.	System ułatwia dostarczanie informacji o usługach i usprawnieniach dostępnych dla osób w podeszłym wieku oraz możliwościach korzystania z nich, dostarcza wiedzy organizacyjnej, której często brakuje osobom starszym, także tym, które są zrzeszone w organizacjach. System zachęca lokalne instytucje publiczne, z których usług korzystają seniorzy, na przykład ośrodki kultury, biblioteki czy ośrodki i domy pomocy społecznej, do udostępniania związanych z instytucją informacji ważnych dla seniorów. System zwiększa kompetencje informacyjne osób starszych, tworzy szeroki dostęp do informacji o możliwościach wsparcia dla opiekunów osób starszych, upowszechnia wiedzę na temat praw konsumenckich.	Samorząd terytorialny.	Osoby zatrudnione w instytucjach samorządowych. Wolontariusze.

<p>Innowacyjne rozwiązania informacyjno-technologiczne</p>	<p>Usługi na rzecz zintegrowanej opieki zdrowotnej. Usługi w teleopiece jako nowej generacji opieki. Wprowadzenie technologii zapobiegających upadkom osób starszych i powiadamiania opiekunów o zagrożeniach. Rozwiązania ułatwiające korzystanie z nowoczesnych urządzeń w domu. Wprowadzenie systemów nawigacji w przestrzemi mieszkańca. Usługi edukacyjne dla seniorów oraz dla opiekunów osób starszych zapobiegające wykluczeniu cyfrowemu.</p>	<p>Nowoczesne technologie informacyjno-komunikacyjne są ważne dla wszystkich osób starszych, szczególnie dla żyjących samotnie, stale przebywających w mieszkaniu. Dzięki technologiom wspomagającym osoby starsze zostały stworzone warunki zapobiegające ich wyłączeniu z codziennego życia, dające im poczucie bezpieczeństwa, poprawy stanu zdrowia i jakości życia, pozwalające im żyć we własnym domu, w sposób aktywny i niezależny. Obejmują szereg rozwiązań: inteligentne przestrzenie mieszkalne, wykrywające i łagodzące problemy występujące u osób w podeszłym wieku, takie jak utrata pamięci, błędzenie, problemy zdrowotne; inteligentne produkty, takie jak podłogi wyposażone w czujniki i obuwie z siłownikami, wykrywające upadki lub zapobiegające im; cyfrowe usługi informacyjne, w tym w zakresie bezpieczeństwa, monitorowania stanu zdrowia i zdalnej opieki. Otoczenie elektroniczne i sieciowe tworzą specyficzne uwarunkowania dla świadczenia usług, wymagają umiejętności posługiwania się nowoczesnymi technologiami</p>	<p>Samorząd terytorialny. PFRON. Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>	<p>Wolontariusze. Pracownicy socjalni. Informatycy. Opiekunowie osób starszych. Personel medyczny.</p>
---	--	---	--	--



Podsumowanie

Kluczową rolę w zaproponowanym modelu wsparcia osób starszych pełni samorząd lokalny (gminny, miejski), który powinien inicjować prace nad lokalną strategią wsparcia seniorów w środowisku zamieszkania, dostarczać część usług, wspierać kształcenie kadr profesjonalnie zapewniających różne formy wsparcia oraz być koordynatorem działań składających się na społeczne wsparcie seniorów. Koordynacja ta powinna być realizowana na dwóch poziomach: na poziomie mikro, czyli „klienta”, oraz na poziomie ponadinstytucjonalnym (ponadorganizacyjnym). Koordynacja na poziomie seniora i jego rodziny powinna być powierzona jednej, dobrze rozpoznawalnej przez mieszkańców instytucji dostarczającej zindywidualizowanego wsparcia, dostosowanego do zróżnicowanych potrzeb seniorów. Roboczo można by nazwać instytucję zajmującą się koordynacją na poziomie gminnym (miejskim) Centrum Usług i Informacji dla Seniorów. Koordynacja na poziomie ponadinstytucjonalnym powinna mieć na celu zorganizowanie sieci podmiotów funkcjonujących w środowisku lokalnym, wdrażanie w praktyce zasady *mainstreaming ageing*, ustalanie minimalnych standardów usług społecznych dla seniorów oferowanych w środowisku lokalnym, racjonalizację wykorzystania kadr dostarczających społecznego wsparcia osobom starszym.

Badanie terenowe „Zakres i zasady wsparcia środowiskowego dla osób starszych” – streszczenie raportu¹⁵

Cele i metodyka badania

Zrealizowane przez PBS Sp. z o.o. w sierpniu i wrześniu 2015 r. badanie miało sformułowane następujące cele:

- określenie zakresu istniejącego w badanych gminach środowiskowego wsparcia niesamodzielnym osób starszych;
- ustalenie, jaki zakres środowiskowego wsparcia lokalni decydenci uważają za pożądany (optymalny);
- ustalenie, czy lokalni decydenci i liderzy projektują i oceniają środowiskowe wsparcie niesamodzielnym osób starszych, uwzględniając przedstawione wyżej zasady.

Do osiągnięcia dwóch pierwszych celów zastosowano badanie ilościowe, do trzeciego – jakościowe. Badanie ilościowe zostało zrealizowane na terenie województwa dolnośląskiego, wytypowanego do badania ze względu na zbliżony do przeciętnej krajowej odsetek mieszkańców w wieku 65 lat lub więcej (16% ogółu ludności). Województwo składa się ze 169 gmin, z czego w badaniu ilościowym udział wzięło 118. Struktura próby została skorygowana za pomocą procedury ważenia analitycznego ze względu na typ gminy. Z uwagi na rozkład liczebności poszczególnych typów gmin, wyróżnione zostały trzy kategorie tej cechy:

- a. gminy miejskie i miasta na prawach powiatu,
- b. gminy miejsko-wiejskie,
- c. gminy wiejskie.

¹⁵ *Zasady i zakres wsparcia środowiskowego dla osób starszych. Raport z badania na zlecenie Biura Rzecznika Praw Obywatelskich, PBS Sp. z o.o., Sopot, październik 2015 r. Wyniki badania zostaną uwzględnione w raporcie RPO, który zostanie opublikowany w 2016 roku w serii: Zasada Równego Traktowania. Prawo i Praktyka.*



Badaniem jakościowym zostało objętych 28 gmin. Próba została dobrana według wysokości odsetka osób w wieku 65 lat i więcej. W próbie znalazło się 13 gmin z grupy demograficznie najmłodszych (o najmniejszym odsetku osób starszych) i 13 z grupy demograficznie najstarszych. W próbie znalazły się również dwie gminy miejskie (mające status powiatu grodzkiego), które nie należały do najmłodszych lub najstarszych gmin w swojej kategorii, ale zostały włączone do próby, by zapewnić reprezentację większych ośrodków miejskich.

Struktura próby uwzględniała podział ze względu na typ gminy:

- a. gminy miejskie (11 wywiadów pogłębionych),
- b. gminy miejsko-wiejskie (8 wywiadów pogłębionych),
- c. gminy wiejskie (9 wywiadów pogłębionych).

Respondentami w badaniu byli:

- a. prezydenci, wójtowie, burmistrzowie lub osoby pełniące funkcję ich zastępcy;
- b. kierownicy ośrodków pomocy społecznej.

Najważniejsze rezultaty

W ramach badania poddano ocenie stosunek władz samorządowych oraz kierownictwa instytucji pomocy społecznej do zasad polityki senioralnej. Wyniki badania jakościowego wskazują, że zasada dotycząca zapewnienia osobom starszym o ograniczonej samodzielności niezależności i prawa do decydowania o własnym życiu jest rozumiana przez kierowników OPS i samorządowców w dwóch perspektywach. Pierwsza z nich zakłada postrzeganie zapewnienia niezależności i prawa do decydowania o własnym życiu, jako przeciwstawienie ubezwłasnowolnieniu. Dla drugiej perspektywy kluczowe jest stwarzanie osobom starszym możliwości wyboru i korzystania z przysługujących im dóbr i usług oraz praw.

Badani przyjmujący szerszą perspektywę uważają, że osoby starsze, ze względu na liczne ograniczenia, tak materialne, jak i zdrowotne, nie mają zapewnionej możliwości wyboru, w związku z czym zadaniem instytucji i organizacji udzielających pomocy jest stworzenie szans na wybór. Osoby starsze powinny mieć dostęp do informacji, z jakiej pomocy lub z jakich form aktywności mogą korzystać, ponieważ dopiero wtedy rzeczywiście będą w stanie dokonać wyboru.

Zapewnienie osobom starszym o ograniczonej samodzielności niezależności i prawa do decydowania o własnym życiu nie jest możliwe, zdaniem niektórych badanych, bez zidentyfikowania barier, które seniorom mogą ograniczać możliwość wyboru. Pierwsza grupa tych barier to ograniczenia materialne lub te związane z funkcjonowaniem rodziny. Badani przyznają, że z tymi barierami czasami bardzo ciężko walczyć.

Druga grupa barier obejmuje bariery w korzystaniu z dóbr kultury i oferty aktywności oferowanej przez gminę. Uwagę na nie zwracają przede wszystkim reprezentanci samorządów, choć niekiedy wspominają o nich również kierownicy OPS. Zdaniem tych osób, zasada dotycząca zapewnienia osobom starszym niezależności i możliwości decydowania powinna być realizowana poprzez znoszenie barier i w rezultacie umożliwianie uczestnictwa w życiu społecznym i politycznym oraz zapewnienie dostępu do dóbr kultury, służby zdrowia czy też możliwości robienia zakupów.

Aktywizacja osób starszych, w szczególności aktywizacja społeczna, często wskazywana jest jako jeden z istotnych czynników upodmiotowienia osób starszych. Jednak głębsza analiza tego, na ile zasada ta jest realizowana, dokonana w oparciu o informacje uzyskane w badaniu jakościowym, pozwala na podkreślenie dwóch kwestii. Pierwszą z nich jest to, czy rzeczywiście zapewnione są możliwości podejmowania aktywności dostosowanych do możliwości osób starszych. Drugą jest rozważenie sytuacji osób starszych o ograniczonej sprawności, zwłaszcza takich, które mają trudności z samodzielnym opuszczeniem własnego domu i poruszaniem się poza nim.

Badanie jakościowe wskazuje, że o stwarzanie możliwości aktywnego spędzania czasu dbają organizacje pozarządowe i kluby seniora oraz uniwersytety trzeciego wieku (UTW). W badaniu ilościowym respondenci deklarowali często, że pożądane jest, by w organizację czasu wolnego dla seniorów oraz wsparcie edukacyjne zaangażowane były także ośrodki kultury (wskazane przez odpowiednio 75% i 65% badanych) i biblioteki (69% i 62%).

Wyniki badania jakościowego wskazują również, że w stosunkowo wielu gminach organizacją zapewniającą seniorom możliwość aktywnego spędzania wolnego czasu jest Polski Związek Emerytów, Rencistów i Inwalidów. Niekiedy również pewną rolę odgrywają organizacje kombatanckie czy koła gospodyń. Przedstawiciele władz JST i OPS wskazują jako formy aktywności, z których chętnie



korzystają osoby starsze, wszelkiego rodzaju koncerty, prelekcje, wycieczki i inne wydarzenia kulturalne. Jako ważna wymieniana jest również aktywność obywatelska seniorów.

Gminy, które mają ku temu możliwości finansowe, chętnie wspierają aktywność organizacji pozarządowych oraz UTW. Samorządy niekiedy finansują także przedsięwzięcia kulturalne skierowane właśnie do osób starszych. Chętnie finansowaną formą aktywności seniorów są organizowane dla nich konkursy.

W mniejszych, w szczególności wiejskich gminach, gdzie nie ma klubu seniora, a organizacje pozarządowe nie są aktywne, możliwości spędzania wolnego czasu i szeroko pojętej aktywizacji osób starszych są niekiedy bardzo ograniczone, niezależnie od stopnia samodzielności seniorów. Potwierdzają to wyniki badania ilościowego, które wykazało, że gminy wiejskie i miejsko-wiejskie rzadziej niż gminy miejskie angażują się w organizację czasu wolnego dla seniorów oraz działania edukacyjne. Badanie jakościowe pokazało jednak przykłady tego, że nawet w niewielkich gminach stworzenie zróżnicowanej oferty aktywności dla seniorów jest możliwe.

Korzystanie z oferty uniwersytetów trzeciego wieku lub część oferty organizacji samorządowych, opierająca się np. na organizacji imprez kulturalnych dla seniorów jest dla wielu osób starszych niedostępna ze względu na dotyczące ich ograniczenia sprawności. Niekiedy, jeżeli umożliwiają to uwarunkowania architektoniczne, starsze osoby niepełnosprawne wykazują jednak dużą determinację, by uczestniczyć w tego typu formach aktywności. Jednostki samorządu terytorialnego mogą dokładać starań, by umożliwiać osobom starszym uczestnictwo w różnych formach aktywności poprzez usuwanie barier uczestnictwa. Wyniki badania jakościowego sugerują jednak, że nie jest to regułą i poza chlubnymi wyjątkami, w wielu gminach mniej sprawni seniorzy mają zdecydowanie mniejszy dostęp do zróżnicowanych form aktywności. Uczestnicy badania jakościowego dostrzegali ten problem, przyznając, że niezależnie od tego, czy osoby stosunkowo sprawne mają szansę uczestniczenia w różnorodnych formach aktywności, wciąż pozostaje grupa osób o najbardziej ograniczonej, sprawności w przypadku których oferta jakiegokolwiek aktywności w tym zakresie jest znikoma.

Ograniczenie szansy na podejmowanie różnego rodzaju aktywności jest szczególnie dostrzegalne w przypadku osób samotnych. W zdecydowanej większości przypadków mają one jedynie możliwość korzystania z usług opiekuńczych

świadczonych przez OPS w miejscu zamieszkania. W nielicznych przypadkach władze gminy lub OPS starają się zapewnić osobom starszym transport, nie tylko po to, by mogły np. pojechać do lekarza, ale także po to, by mogły uczestniczyć w ważnych wydarzeniach społecznych i politycznych, jak np. wyborach.

W związku z realizacją programu „Senior-WIGOR” w niektórych gminach pojawiła się możliwość stworzenia dziennych domów opieki. Były gminy, w których tego typu domy funkcjonowały już wcześniej. Samorządowcy biorący udział w badaniu jakościowym postrzegali to jako szansę na zaktywizowanie osób starszych, w szczególności o ograniczonym poziomie samodzielności. W dziennym domu opieki będą oni mogli liczyć na opiekę, rehabilitację (która często jest trudno dostępna) oraz na spotkania z innymi osobami i wspólne podjęcie nowych form aktywności. Podejmowanie aktywności i włączenie społeczne są postrzegane jako szczególnie istotne, ponieważ osoby starsze często są samotne i w innych warunkach, bez dodatkowego wsparcia, nie miałyby w ogóle możliwości kontaktu z ludźmi i aktywnego spędzania czasu. Dobrą praktykę stanowi zapewnianie możliwości dojazdu do dziennego domu opieki.

Badanie jakościowe wykazało, że w niektórych gminach podejmowane są próby zwiększania integracji osób starszych o ograniczonej samodzielności poprzez odwiedziny wolontariuszy, zwykle reprezentowanych przez młodzież. Jednak tam, gdzie nie ma organizacji pozarządowych, które mogłyby prowadzić takie działania, jedynym środkiem aktywizacji niesamodzielnych osób starszych są odwiedziny opiekunów środowiskowych. Wyniki badania ilościowego wskazują, że w około dwóch trzecich gmin dostrzegana jest potrzeba zatrudnienia większej liczby opiekunów środowiskowych. Jak wskazuje analiza danych uzyskanych w badaniu jakościowym, podejmowane są próby włączenia mniej sprawnych osób starszych w aktywność kulturalną i społeczną. Tę funkcję mają pełnić przede wszystkim dzienne domy opieki. Tam, gdzie nie powstają dzienne domy opieki, sytuacja mniej samodzielnych osób starszych jest pod tym względem jeszcze trudniejsza.

Aby system wsparcia uwzględniał różny poziom samodzielności, musi obejmować zróżnicowane usługi, skierowane niekiedy do stosunkowo wąskiej grupy odbiorców (stanowiącej niewielki odsetek ogółu osób starszych). W małych gminach, w których osób starszych jest niewiele, odbiorcy specyficznych form wsparcia (np. osoby cierpiące z powodu chorób otępiennych) stanowią na tyle małą grupę, że tworzenie oferty sprofilowanej pod kątem ich potrzeb może być



w opinii osób odpowiedzialnych za wsparcie w pewnym sensie nieuzasadnione. Tym samym większe gminy mają większe możliwości budowania zróżnicowanego systemu wsparcia.

Dobrze ilustrują ten problem wyniki badania ilościowego. Gminy miejskie dysponują stosunkowo zróżnicowaną ofertą co najmniej pięciu pozaustawowych form wsparcia w 85% przypadków, podczas gdy w gminach wiejskich analogiczny odsetek wynosi 53%. Gminy, w których z usług opiekuńczych skorzystało do 5 osób stanowiły 8% gmin miejskich, a w gminach wiejskich odsetek ten był aż czterokrotnie wyższy. Przytoczone wyniki badania ilościowego sugerują, że w niewielu gminach wachlarz usług jest na tyle szeroki, by wsparcie środowiskowe odpowiadające nawet na najbardziej podstawowe potrzeby było kompleksowe. Ponieważ oferta „ustawowych” usług socjalnych jest wspólna dla osób potrzebujących niezależnie od wieku, nie zawsze musi ona uwzględniać specyficzne potrzeby seniorów.

W przypadku osób starszych, które mają dostateczne możliwości finansowe, by zapewnić sobie odpłatne wsparcie, przeszkodą może być także to, że oferta podmiotów prywatnych w tym zakresie bywa bardzo ograniczona i nawet gdyby chciały one skorzystać z jakiejś formy wsparcia, nie jest ono dostępne. Badanie ilościowe pokazało, że agencje usług opiekuńczych świadczą usługi na rzecz wsparcia osób starszych jedynie w 11% gmin, przy czym w gminach miejskich agencje takie są obecne w 27% przypadków. W gminach miejsko-wiejskich odsetek ten wynosi 10%, a w gminach wiejskich jedynie 4%. Wypowiedzi respondentów na temat wielosektorowości wsparcia w badaniu jakościowym sugerują ponadto, że zbyt rzadko dostrzegana jest możliwość podjęcia działań, które zachęcałyby podmioty prywatne do rozwijania usług wsparcia środowiskowego na zasadach komercyjnych. Można przypuszczać, że w przypadku mniejszych gmin barierą dla tego typu działań może być to, że stanowią one dla przedsiębiorcy niewielki rynek.

W badaniu jakościowym sam system wsparcia kojarzony był niekiedy przede wszystkim ze wsparciem finansowym lub materialnym. Takie rozumienie samego systemu wsparcia może ograniczać działania sprzyjające budowaniu systemu wsparcia środowiskowego uwzględniającego zróżnicowane potrzeby osób starszych.

Wyniki badania jakościowego wskazują, że konsultowanie z osobami starszymi rozwiązań w zakresie wsparcia środowiskowego to zasada, z której konieczności

wdrażania zdają sobie sprawę zarówno przedstawiciele władz JST, jak i OPS. Badanie ilościowe wykazało, że potrzeby opiekuńcze, materialne i związane z organizacją czasu wolnego najczęściej rozpoznawane są w drodze rozmów z osobami starszymi (odpowiednio 81%, 82% i 78% w zależności od typu potrzeb). Konsultacje społeczne wykorzystywane są zdecydowanie rzadziej. W przypadku potrzeb opiekuńczych i materialnych wykorzystuje je 17–19% gmin. Potrzeby w zakresie organizacji czasu wolnego są przedmiotem konsultacji społecznych nieco częściej – w 28% badanych gmin. W konsultowanie zagadnień związanych z organizacją czasu wolnego seniorów włączani są również przedstawiciele środowiska lokalnego (w niespełną jedną trzecią badanych gmin). Warto zauważyć, że konsultacje społeczne z osobami starszymi blisko dwukrotnie częściej wykorzystywane są w gminach miejskich niż w gminach wiejskich i miejsko-wiejskich.

Badanie jakościowe sugeruje, że generalnie w większych społecznościach konsultacje ze środowiskiem osób starszych przybierają bardziej zorganizowaną formę. W tym celu powoływane są gminne rady seniorów, w skład których wchodzi zarówno osoby starsze, jak i przedstawiciele instytucji i organizacji zaangażowanych w działania na rzecz seniorów. Konsultowane są z nimi podejmowane w gminie inicjatywy, które mogą dotyczyć osób starszych mieszkających na terenie gminy. W mniejszych społecznościach kontakt pomiędzy poszczególnymi placówkami i organizacjami zaangażowanymi w sprawy seniorów – włączając w to kluby seniora, samorząd, ośrodki pomocy społecznej i organizacje pozarządowe – jest bardziej bezpośredni. Osoby wchodzące w skład tych grup znają się stosunkowo dobrze i mają ze sobą w miarę stały kontakt. W niektórych gminach wiejskich setki zaangażowani są w informowanie seniorów o dostępnych dla nich rozwiązaniach. Niekiedy wójtowie na zebraniach wiejskich pytają o występujące w środowisku lokalnym potrzeby, jednak w tym przypadku konieczna jest wspomniana wcześniej organizacja środowiska seniorów, gdyż nie zawsze pytania skierowane są bezpośrednio do grupy osób starszych.

Zarówno przedstawiciele władz JST, jak i OPS wymieniają rozmaite formy konsultacji. Wielu z nich wskazuje na możliwość realizacji ankiet skierowanych bezpośrednio do osób starszych, ale wykorzystanie tej formy jest stosunkowo ograniczone. Badanie jakościowe wykazało, że w przypadku działań prowadzonych przez ośrodki pomocy społecznej często wspomnianą formą konsultowania są działania prowadzone w terenie przez osoby zbierające wywiad środowiskowy



lub świadczące usługi opiekuńcze. Zbierane są również informacje od lekarzy lub pielęgniarek środowiskowych i innych osób, które mają bezpośredni kontakt z osobami starszymi, również tymi, którzy nie korzystają z pomocy OPS. W mniejszych społecznościach sami kierownicy OPS, często mający bezpośredni kontakt z podopiecznymi, korzystają z okazji zadawania im pytań na temat aktualnych potrzeb.

Rozpoznawanie potrzeb osób starszych zostało również uwzględnione w badaniu ilościowym. Z punktu widzenia systemu pomocy społecznej potrzeby seniorów można podzielić na trzy główne kategorie: potrzeby opiekuńcze, potrzeby związane z organizacją czasu wolnego oraz potrzeby materialne. Gminy, które wzięły udział w badaniu, zostały poproszone o wskazanie sposobów, jakie wykorzystują, by rozpoznać konkretne potrzeby osób starszych. Z zebranych w badaniu deklaracji wynika, że najczęściej wykorzystywane są takie procedury, które nie wiążą się z dodatkowymi nakładami finansowymi z budżetu samorządowego. Dla przykładu, rozmowy z mieszkańcami – zarówno z osobami starszymi, jak i młodszymi – są najczęściej stosowaną procedurą rozpoznawania potrzeb osób po 65 roku życia. W większości badanych gmin informacje o potrzebach materialnych, opiekuńczych i związanych z organizacją czasu wolnego, czerpane są wprost od seniorów (odpowiednio po 82%, 81% i 78%). Oprócz tego 7 na 10 gmin potrzeby opiekuńcze rozpoznaje na podstawie rozmów z mieszkańcami w różnym wieku (70%), zaś 71% w tym celu sięga do danych statystycznych zbieranych przez instytucje działające na terenie gminy. Tylko w 40% gmin przyznano, że sprawozdania instytucji opieki stanowią materiał analityczny, na podstawie którego rozpoznawane są potrzeby opiekuńcze seniorów. Większy odsetek gmin, niż ma to miejsce w przypadku potrzeb opiekuńczych, deklaruje rozpoznawanie potrzeb materialnych seniorów na podstawie analizy zbieranych danych statystycznych przez instytucje działające na ich terenie (76%). Na trzecim miejscu pod względem odsetka wskazań uplasowały się rozmowy z mieszkańcami w różnym wieku (64%). Podobne są strategie rozpoznawania potrzeb związanych z organizacją czasu wolnego – 65% gmin deklaruje prowadzenie w tym celu rozmów z mieszkańcami w różnym wieku, a 57% analizuje w tym celu dane statystyczne.

Warto podkreślić, że stosowany przez gminy dialog społeczny prowadzony w celu rozpoznawania potrzeb seniorów ma nieformalny charakter. W niewielu gminach organizowane są konsultacje społeczne. Samorządy lokalne rzadko

angażują przedstawicieli środowiska lokalnego – jeśli już podejmują taką współpracę, to najczęściej w zakresie rozpoznania potrzeb dotyczących organizacji wolnego czasu seniorów (28%). Rzadko analizowane są doniesienia lokalnych mediów lub dane statystyczne zbierane przez inne instytucje. Ponadto niewiele gmin zleca specjalnie w tym celu przygotowane analizy lub badania opinii czy analizy budżetowe.

Badanie jakościowe sugeruje, że przedstawiciele władz JST oraz OPS dosyć często dostrzegają konieczność zaangażowania sektorów: publicznego, rynkowego, obywatelskiego i nieformalnego we wsparcie osób starszych. Zakładają oni, że wielosektorowa pomoc daje lepsze efekty. Jednocześnie zdarzają się osoby zaangażowane w pomoc społeczną, które rozumieją to pojęcie w wąskim zakresie, co implikuje zawężony zakres działania i diagnozowania potrzeb. Niektórzy z uczestników badania jakościowego nie doceniali korzyści płynących z wielosektorowego wsparcia. Nawet jednak w przypadku poprawnego zrozumienia zasady wielosektorowości i chęci wdrażania jej, warunki istniejące w gminie nie zawsze w pełni na to pozwalają. Dotyczy to przede wszystkim działań organizacji pozarządowych oraz przedsiębiorców.

Także w niewielkich gminach pojawiają się możliwości, by przedsiębiorcy zaangażowani byli w działania na rzecz osób starszych, skupiające się przede wszystkim na wsparciu finansowym lub rzeczowym osób starszych, np. finansowanie posiłków dla tych, którzy przekraczają progi dochodowe, ale w dalszym ciągu mają niskie dochody. Z drugiej strony osiągnięcie zaangażowania przedsiębiorców jest niekiedy trudne, również dlatego, że w niektórych gminach sektor rynkowy jest bardzo słabo rozwinięty.

Ważną i ciekawą formą zaangażowania przedsiębiorców w działania na rzecz osób starszych jest utworzenie karty seniora. Jednak, zgodnie z wynikami badania ilościowego, działania takie podejmowane są w zaledwie 2% gmin. Również w badaniu jakościowym tylko jeden z respondentów zadeklarował, że gmina podjęła taką inicjatywę i zaznaczył przy tym, że ocenia ją jako bardzo udaną.

Istotną rolę w systemie środowiskowego wsparcia odgrywa również zaangażowanie sektora obywatelskiego, w szczególności organizacji pozarządowych. W niektórych gminach przedstawiciele władz OPS i JST chwala sobie współpracę z tym sektorem. W szczególności burmistrzowie i wójtowie podkreślają, że istotne są oddolne inicjatywy dotyczące wsparcia seniorów, ponieważ to właśnie one



najcelniej trafiają w aktualne potrzeby. Tego typu działania finansowane są zwykle na drodze konkursów. Niestety nie we wszystkich gminach jest udzielane wsparcie ze strony sektora obywatelskiego. Brak niekiedy organizacji reprezentujących seniorów, a bywa tak, że inne, nawet prężnie działające podmioty obywatelskie kierują swoją pomoc do innych grup, które nie obejmują osób starszych.

Podstawową formą wsparcia ze strony sektora nieformalnego, wspomnianą przede wszystkim przez kierowników OPS, jest pomoc sąsiedzka. Warto jednak zaznaczyć, że od momentu, kiedy przestała być regulowana prawnie, jest ona przede wszystkim zjawiskiem niejako naturalnie występującym w mniejszych, w szczególności wiejskich, społecznościach. Nie można nie docenić jej znaczenia jako wsparcia dla starszych osób. W przypadku osób samotnych sąsiedzi stanowią niekiedy pierwsze źródło informacji, iż dana osoba starsza potrzebuje pomocy. Na podstawie przeprowadzonych wywiadów trudno natomiast wskazać konkretne próby nadania pomocy sąsiedzkiej zorganizowanego charakteru. W wywiadach jakościowych nie pojawiały się również sugestie dotyczące rozwijania współpracy między zamieszkałymi na terenie gminy rodzinami opiekującymi się osobą starszą w taki sposób, by rodziny te wspierały się nawzajem.

Na tle pozostałych zasad, włączanie przedsięwzięć składających się na środowiskowe wsparcie seniorów do wszystkich działań podejmowanych na poziomie lokalnym, jest zasadą stosunkowo często źle rozumianą. Zasada *mainstreamingu* bywa mylona z zasadą wielosektorowości.

Wyniki badania jakościowego wskazują, że tak jak w przypadku innych zasad, poziom wdrożenia zasady *mainstreamingu* w poszczególnych gminach jest zróżnicowany. W niektórych gminach przedstawiciele władz JST i OPS świadomi są tego, że wsparcie osób starszych powinno być istotnym elementem działań podejmowanych na terenie gminy i należy uwzględnić je jako element przyjętej przez gminę strategii rozwoju lub strategii rozwiązywania problemów społecznych. Niekiedy konieczność włączenia działań na rzecz osób starszych do strategii parta jest wynikami przeprowadzonej diagnozy.

Niektórzy z uczestników badania jakościowego akcentowali konieczność uwzględnienia potrzeb osób starszych w dokumentach strategicznych. Jednocześnie nie zawsze lokalni decydenci rozumieją, że wsparcie seniorów powinno być elementem wszystkich lub większości działań podejmowanych na terenie gminy. Z drugiej strony podczas wywiadów jakościowych, np. w części rozmowy

poświęconej aktywnościom dostępnym dla osób starszych, przedstawiciele władz JST wspominali, że w gminie preferencje i możliwości osób starszych lub niepełnosprawnych są brane pod uwagę podczas planowania działań, które nie są w oczywisty sposób skierowane jedynie do tej grupy, np. podczas kształtowania oferty kulturalnej gminy. Niektórzy zaznaczają nawet, że specyficzne potrzeby osób starszych są brane pod uwagę podczas planowania różnych rozwiązań na terenie gminy, np. usuwania barier architektonicznych.

Analiza wypowiedzi przedstawicieli władz JST oraz OPS wskazuje na to, że podstawową barierą dla oceniania działań z punktu widzenia zagrożenia występowaniem praktyk dyskryminujących jest samo rozumienie pojęcia dyskryminacji oraz dostrzeganie jej przejawów. Wypowiedzi niektórych uczestników badania jakościowego wskazywały, że pojmują oni dyskryminację jako aktywne wyłączenie lub stygmatyzowanie wybranej grupy. Przedstawiciele władz JST i OPS opierający się na takiej definicji, wyrażonej wprost lub pośrednio, są przekonani, że na terenie ich gminy dyskryminacja nie występuje i co więcej – nie ma szansy wystąpić. Z tego względu ocenianie podejmowanych działań ze względu na możliwość wystąpienia praktyk dyskryminujących z ich perspektywy nie jest konieczne.

Niekiedy nawet osoby, które postrzegają dyskryminację w nieco szerszej perspektywie, obejmującej również to, że możliwość samorealizacji osób starszych nie może być w żaden sposób ograniczana, w praktyce nie dostrzegają jej przejawów. Oczywiście nie można wykluczyć, że nie mają ku temu przesłanek, co nie zmienia faktu, że zastanawiająco rzadko widzą konieczność wdrażania na terenie gminy oceny działań z punktu widzenia zagrożenia występowaniem praktyk dyskryminujących. Badanie jakościowe sugeruje z kolei, że nieliczni decydenci postrzegają dyskryminację na tyle szeroko, by umożliwiło im to dostrzeżenie jej mniej oczywistych przejawów, takich jak ograniczenie możliwości podejmowania przez osoby starsze niektórych aktywności ze względu na występujące bariery.

Na mocy ustawy spełniający kryterium dochodowe opiekunowie osób niesamodzielnym mają prawo do pobierania z tego tytułu zasiłku. Zasiłki pielęgnacyjne są najczęściej przyznawaną formą świadczeń pieniężnych. Jednocześnie możliwości uzyskiwania przez opiekunów innych form pomocy są z reguły ograniczone i na podstawie danych uzyskanych w badaniu jakościowym można powiedzieć, że sprowadzają się do realizowanych lub rozważanych w niektórych gminach dobrych praktyk w tym zakresie. Nie istnieje natomiast wieloaspektowa oferta skierowana

do opiekunów osób starszych. Jednocześnie badanie ilościowe wykazało, że blisko połowa gmin widzi konieczność usprawnienia systemu przez wspieranie opiekunów rodzinnych poprzez szkolenie ich lub pomaganie w ich inicjatywach.

Do pewnego stopnia za wsparcie dla opiekunów osób starszych uznać można tworzenie dziennych domów opieki. Na podstawie badania jakościowego nie można jednak stwierdzić, by działania te były w gminach z zasady postrzegane jako forma wsparcia opiekunów. Podobnie jest w przypadku innych form wsparcia środowiskowego skierowanego do osób starszych. Pomoc opiekunowi tylko w nielicznych przypadkach postrzegana jest jako jeden z celów podczas wizyt pracowników socjalnych. Jako forma wsparcia rodziny osoby starszej jest natomiast postrzegana możliwość skorzystania z dodatkowej opieki. Jak wskazują wyniki badania ilościowego, w gminach, które opowiadają się za wspieraniem rodzin, najczęściej wskazywaną formą pomocy dla opiekunów jest czasowe zwolnienie lub przeniesienie części obowiązków opiekuńczych.

Jedną z przyczyn ograniczonego zakresu pomocy udzielanej nieformalnym opiekunom osób starszych jest niewątpliwie brak lub niewielka oferta podmiotów prywatnych. OPS-y, ze względu na ograniczone zasoby, nie są w stanie zapewnić szerokiego wachlarza usług dla opiekunów. W związku z tym nawet ci, którzy mogliby korzystać z pomocy odpłatnie, nie mają takiej możliwości. Jak pokazują wyniki badania ilościowego, agencje usług opiekuńczych obecne są zaledwie w co dziesiątej gminie. Po raz kolejny widoczna jest skromna aktywność przedsiębiorców w tym zakresie. Oprócz rodziny na podstawową wspólnotę, w której funkcjonują osoby starsze, składają się sąsiedzi. Tak jak wspomniano wcześniej, pomoc sąsiedzka nie jest aktualnie w większości przypadków koordynowana, głównie ze względu na to, że od wielu lat nie jest ona ujęta w ustawie o pomocy społecznej. Ograniczona jest zatem możliwość realizacji wsparcia w tym wymiarze, choć istnieją takie próby i niektórzy z kierowników OPS podkreślają znaczenie tej formy pomocy.

Całościowe podejście do potrzeb poszczególnych osób starszych jest dosyć powszechnie uważane za wartościowe i konieczne. Uczestnicy badania jakościowego zwrócili uwagę na kilka aspektów kompleksowości wsparcia udzielanego osobom starszym:

- diagnozowanie potrzeb i udzielanie stosownego wsparcia w ramach usług opiekuńczych pozwalających na zabezpieczenie podstawowych potrzeb;

- włączenie wsparcia nie tylko materialnego lub odpowiadającego na podstawowe potrzeby bytowe, ale również związanego z tworzeniem możliwości podejmowania zróżnicowanej aktywności;
- łączenie oferty wsparcia, jaką posiadają różne instytucje lub organizacje, w celu jak najpełniejszego zaspokojenia potrzeb osoby starszej;
- włączanie działań na rzecz osób starszych w inne działania związane z funkcjonowaniem gminy.

Badanie jakościowe wykazało, że w chwili obecnej w zakresie diagnozowania potrzeb osób starszych kluczową rolę odgrywają pracownicy socjalni, którzy przeprowadzając wywiad środowiskowy, mają możliwość określenia – jakie spośród dostępnych form wsparcia – przyniosą największą korzyść danej osobie. Wypowiedzi uczestników badania wskazują, że pracownicy socjalni mają dobre przygotowanie fachowe i wystarczające umiejętności, by dostosować formy wsparcia do potrzeb osoby starszej.

Drugi z aspektów kompleksowości wsparcia pojawiających się w wypowiedziach osób badanych to tworzenie sposobności do podejmowania aktywności. Nie jest to aspekt obecnie standardowo uwzględniany w ramach pomocy osobom starszym. W niektórych gminach istnieje oczywiście tego typu oferta, a osoby starsze są informowane o możliwościach korzystania z niej. Niekiedy nawet działania te uznawane są za jeden z kluczowych elementów udzielania wsparcia osobie starszej. Niestety, niewiele gmin ma taką ofertę. Rozmówcy wspominali również o tym, że kompleksowość wsparcia wymaga korzystania z zasobów różnych podmiotów. Ten aspekt kompleksowości możliwy jest do zrealizowania przede wszystkim w gminach, w których działania na rzecz osób starszych mają wielosektorowy charakter. Jak wspomniano wcześniej, w niektórych gminach stanowi to problem ze względu na ograniczone zaangażowanie organizacji pozarządowych lub przedsiębiorców.

W działania na rzecz organizacji czasu wolnego seniorów powinny zaangażować się, zdaniem pytanych, następujące instytucje: ośrodki kultury (75%), biblioteki (69%), kluby seniora (59%), ośrodki pomocy społecznej (47%) lub uniwersytety trzeciego wieku (41%). Natomiast wsparciem edukacyjnym powinny zajmować się przede wszystkim: ośrodki kultury (65%), biblioteki (62%), OPS (53%), kluby seniora (48%) oraz UTW (44%). W kontekście wspierania rodzin osób starszych najczęściej wymieniano następujące instytucje: ośrodki pomocy społecznej (85%),



zakłady opieki zdrowotnej (55%), pielęgnarska opieka środowiskowa i długoterminowa (55%), powiatowe centra pomocy rodzinie (42%) i kluby seniora (35%). W zapewnianiu potrzeb mieszkaniowych seniorom powinny współpracować ze sobą przede wszystkim: ośrodki pomocy społecznej (63%), powiatowe centra pomocy rodzinie (36%), pielęgnarska opieka środowiskowa i pielęgnarska opieki długoterminowej (29%), zakłady opieki zdrowotnej (24%) i domy pomocy społecznej (20%).

Część z lokalnych decydentów biorących udział w indywidualnych wywiadach pogłębionych zdawała sobie sprawę z konieczności koordynacji wsparcia kierowanego do osób starszych, niekiedy nawet podkreślali oni, że brak koordynacji może spowodować, że wsparcie nie będzie skuteczne. Dane zebrane w badaniu jakościowym wskazują, że jako koordynujące określane są podmioty, które skupiają najwięcej działań na rzecz osób starszych lub mają najszerze kontakty z innymi podmiotami realizującymi wsparcie.

W rzeczywistości zwykle w gminie nie ma podmiotu, który został oficjalnie powołany w celu koordynacji. Zgodnie z danymi pochodzącymi z badania ilościowego, w zdecydowanej większości gmin działania instytucji, które świadczą usługi na rzecz seniorów, nie są koordynowane przez żadną specjalnie do tego przeznaczoną komórkę administracji samorządowej (71%). W 14% gmin istnieje taka komórka i koordynuje wszystkie usługi, także w 14% ogółu przypadków występuje częściowa koordynacja. Oznacza to, że konkretna komórka w gminie koordynuje część usług świadczonych przez różne instytucje na terenie gminy. Najczęściej są to usługi opiekuńcze, natomiast inne usługi, takie jak aktywizacja seniorów, zajęcia edukacyjne/kulturalne, usługi w ramach ochrony zdrowia (rehabilitacja, pielęgnacja itd.), nie leżą już w jej gestii.

Przedstawiciele gmin, w których nie występuje koordynacja usług, zapytano, czy widzą oni potrzebę powołania specjalnej komórki, która zajmowałaby się tą kwestią. Opinie na ten temat są raczej mało skryształizowane. Aż 33% pytanym nie potrafiło udzielić jednoznacznej odpowiedzi, 25% nie dostrzega takiej potrzeby (w tym aż 23% odpowiedzi „raczej nie widzę takiej potrzeby”). Co prawda 41% odpowiadających opowiedziało się za powołaniem takiej komórki, ale w tym aż 32% stanowiły odpowiedzi „raczej widzę taką potrzebę”. Jako potencjalnych koordynatorów usług środowiskowego wsparcia dla osób starszych respondenci

w badaniu jakościowym wskazywali OPS, samorząd gminy lub specjalnie w tym celu powołany organ.

Uczestnicy wywiadów jakościowych wymienili kilka czynników, które pozwalają uznać osobę niosącą wsparcie osobom starszym za profesjonalistę. Są to przede wszystkim: doświadczenie, czynniki osobowościowe oraz empatia. Nie bez znaczenia pozostaje wykształcenie, jednak badani wielokrotnie podkreślali to, że bez odpowiedniego doświadczenia jest ono bezużyteczne. Jako osoby kompetentne i dobrze przygotowane do pomocy osobom starszym wskazywani byli: pracownicy socjalni, lekarze i pielęgniarki. Podobne wyniki dało badanie ilościowe, gdzie jako osoby pracujące w instytucjach świadczących usługi wsparcia środowiskowego na rzecz osób po 65 roku życia najczęściej wskazywani byli: pracownicy socjalni, opiekunowie środowiskowi oraz pielęgniarki i lekarze.

Dwie trzecie przedstawicieli gmin dostrzega potrzebę zatrudnienia w gminie większej liczby specjalistów potrafiących dostarczać usługi wsparcia środowiskowego. W badaniu jakościowym pojawiła się także sugestia, że konieczne jest angażowanie do pomocy osób o bardziej specjalistycznym wykształceniu.

W skali województwa dolnośląskiego zaledwie 7% gmin dysponuje całościową strategią lub polityką poświęconą wyłącznie seniorom. Zjawisko to w niewielkim stopniu jest zróżnicowane ze względu na typ gminy. Co prawda w gminach miejskich oraz w miastach na prawach powiatu samorządy częściej tworzą takie dokumenty niż w przypadku pozostałych kategorii gmin, ale wciąż są to działania rzadko spotykane. O ile tworzenie dokumentów poświęconych polityce senioralnej nie jest powszechnie praktykowane, o tyle częściej stosowne regulacje zawierane są albo w strategii rozwoju gminy (46%) albo w strategii rozwiązywania problemów społecznych gminy (69%). Umieszczanie zapisów poświęconych seniorom w strategii rozwoju gminy jest wyraźnie częściej praktykowane w gminach miejskich oraz miastach na prawach powiatu (62%) oraz w gminach miejsko-wiejskich (51%). Niezależnie od typu gminy, większość samorządów zawiera zapisy nt. seniorów w strategii rozwiązywania problemów społecznych. W 27% gmin strategii rozwoju problemów społecznych nie uwzględniają tej problematyki, zaś w 4% przypadków takie dokumenty w ogóle nie są tworzone.

Jednocześnie, jak wskazują wyniki badania jakościowego, istnienie zapisów dotyczących osób starszych w dokumentach strategicznych nie zawsze musi przełożyć się na uwzględnianie specyficznych potrzeb seniorów

wdziałaniach realizowanych na terenie gminy. Zwykle potrzeby seniorów uwzględniane są w wybranych obszarach, takich jak: dostosowanie oferty kulturalnej czy usuwanie barier architektonicznych, a potrzeba włączania przedsięwzięć składających się na środowiskowe wsparcie seniorów do wszystkich działań podejmowanych na poziomie lokalnym nie jest akcentowana. Pozytywne jest natomiast to, że zapis dotyczący osób starszych w strategii ułatwia organizacjom pozarządowym ubieganie się o dofinansowanie działań na rzecz seniorów.

W dokumentach zdecydowane najczęściej uwzględniane są potrzeby osób starszych związane z niepełnosprawnością i niesamodzielnością (89% ogółem – 95% w gminach miejskich, 92% w gminach miejsko-wiejskich, 84% w gminach wiejskich). Dopiero w co czwartej gminie, która uwzględnia potrzeby seniorów w strategii rozwiązywania problemów społecznych, brany jest dodatkowo pod uwagę aspekt płci (odpowiednio: 32%, 24% i 22%). Zupełnymi wyjątkami są gminy, w których dodatkowo uwzględnia się potrzeby wynikające z pochodzenia etnicznego (6% ogółem – 21% w gminach miejskich oraz 3% w gminach wiejskich). Warto zauważyć, że pochodzenie etniczne jest istotnie częściej uwzględniane w gminach „najstarszych” niż w pozostałych (17% gmin, w których udział seniorów wynosi 15% lub więcej vs. 3% w gminach o udziale seniorów 12%–14% vs. 0% w gminach o udziale poniżej 12%).

Analogicznie jest w grupie gmin, które nie uwzględniają zapisów na temat potrzeb seniorów w strategiach rozwiązywania problemów społecznych. Wśród nich dominują gminy, w których planując usługi opiekuńcze dla osób w wieku 65+, uwzględnia się aspekt niepełnosprawności (76%). Znacznie rzadziej uwzględniana jest dodatkowo płeć (16%), a sporadycznie – pochodzenie etniczne (5%). Instytucje świadczące usługi na rzecz wsparcia środowiskowego osób starszych na terenie gmin można z grubsza podzielić na trzy kategorie: instytucje opieki, zakłady ochrony zdrowia oraz inne instytucje.

Respondenci zostali zapytani o to, jaka część wydatków na usługi opiekuńcze dla seniorów w ich gminie powinna być pokryta przez osoby starsze, ich rodziny i gminę. Aż 43% pytanych nie potrafiło przypisać poszczególnym kategoriom określonej skali wydatków. Zdaniem tej części przedstawicieli gmin, którzy podjęli próbę podziału kosztów, gmina powinna pokrywać średnio 37% ogółu wydatków, rodzina osoby starszej: 35%, zaś osoba starsza: 27%. W opinii przedstawicieli gmin miejskich, udział gminy w tych kosztach powinien być najmniejszy (33%),

największą część wydatków powinny pokrywać rodziny osób starszych (39%), a w drugiej kolejności – same osoby starsze (28%). Strukturę wydatków odmiennie postrzegają przedstawiciele gmin miejsko-wiejskich, którzy przede wszystkim podzieliłiby wydatki między gminę a rodzinę osoby starszej (po 38%), a na końcu seniorów (24%). W gminach wiejskich propozycja jest odmienna – gmina powinna pokrywać 38% kosztów, zaś pozostałą większość – seniorzy (29%) i ich rodziny (po 32%).

Jednocześnie wielu uczestników badania jakościowego, w szczególności przedstawicieli OPS, deklarowało, że koniecznym warunkiem rozszerzenia zakresu usług opiekuńczych lub objęcia nimi większej liczby osób jest zwiększenie nakładu środków finansowych przeznaczanych na opiekę. Zaledwie 3% pytanym o to, czy należałoby wprowadzić jakiegokolwiek zmiany, aby usprawnić system usług opiekuńczych dla seniorów w ich gminie, nie dostrzega takiej potrzeby. Najczęściej wymienianymi postulatami w zakresie zmian były: rozwijanie zarówno opieki instytucjonalnej, jak i środowiskowej (69%; w porównaniu do innych typów gmin, najrzadziej wskazywany przez gminy wiejskie), a także zwiększenie intensywności wsparcia rodzin w opiece nad seniorami (56% – relatywnie częściej wskazywane wśród przedstawicieli gmin wiejskich). 44% pytanym dostrzega potrzebę zaangażowania trzeciego sektora (zwłaszcza wśród gmin miejskich i miast na prawach powiatu), 47% zauważa potrzebę urzeczywistnienia proponowanej oferty wsparcia – aby odpowiadała ona rzeczywistym potrzebom seniorów. 29% pytanym – a zwłaszcza często w gminach miejskich – uważa, że należałoby wpisać działania na rzecz seniorów w inne działania organizowane przez gminę. 28% respondentów postulowało dalszy rozwój istniejących rozwiązań opieki instytucjonalnej. Podobnie niewielu pytanym uważa, że we wsparcie seniorów powinny angażować się podmioty komercyjne (22%). Stosunkowo rzadko – bo tylko w 16% przypadków – postulowano odchodzenie od form opieki instytucjonalnej na rzecz rozwoju form opieki środowiskowej, czyli deinstytucjonalizację opieki długoterminowej.

Zdecydowana większość gmin dostrzega potrzebę wspierania osób starszych w zakresie organizacji czasu wolnego (82%). Na tle pozostałych gmin najczęściej ideę popierano w gminach miejskich (92%) oraz w jednostkach, gdzie odsetek seniorów w ogóle ludności wynosi 15% lub więcej (86%). Najczęściej opowiadano się za wdrożeniem następujących form wsparcia: motywowanie i rozwój świadomości osób starszych o możliwościach spędzania czasu wolnego (65%), wsparcie



organizacyjne polegające np. na pomocy w transporcie (51%) oraz udzielenie wsparcia materialnego lub organizacja zajęć nieodpłatnych (50%). Respondenci zwracali ponadto uwagę na zwiększenie aktywności i zaangażowania instytucji na terenie gminy w organizację czasu wolnego seniorów (27%). Co czwarty pytany był zdania, że osoby starsze powinny być wspierane emocjonalnie przez rodziny, co mogłoby się przełożyć na wzrost ich aktywności w czasie wolnym (25%). Podobny odsetek respondentów uważał, że dostępna oferta spędzania wolnego czasu powinna zostać urozmaicona (24%) i lepiej promowana w lokalnym środowisku (21%). Niewiele osób postulowało udostępnianie zasobów instytucji w mieszkaniu osób starszych, np. dowóz do domu książek z biblioteki (15%).

System wsparcia społecznego osób starszych w Polsce

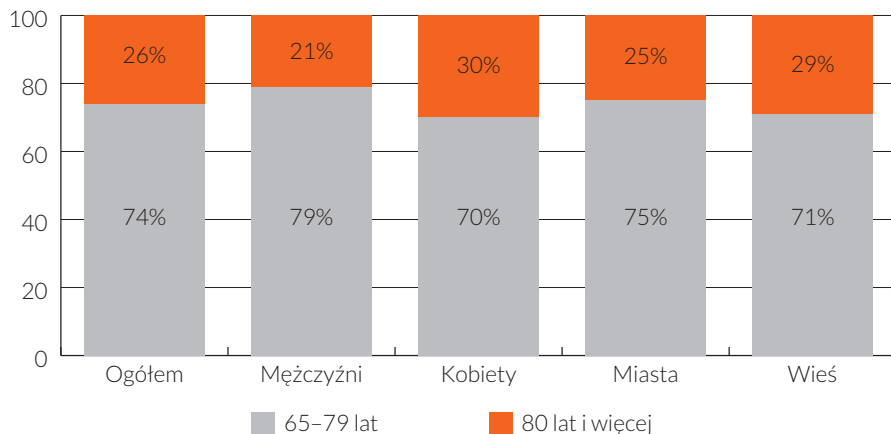
Charakterystyka populacji osób starszych (struktura ze względu na wybrane cechy społeczno-demograficzne, ruchliwość przestrzenna)

Starość jest niejednorodną fazą życia, a zatem wyróżnia się w niej dwie lub trzy subfazy. W niniejszym opracowaniu proponuję wyodrębnić dwie: od 65 do 79 lat oraz od 80 lat. W Polsce wśród osób starszych przeważają osoby będące w pierwszej subfazie starości – wśród mężczyzn jest ich blisko 80%, zaś wśród kobiet – 70% (wykres 1). W 2012 roku żyły w Polsce ponad 4 mln „młodszych starych” i ponad 1,4 mln osób osiemdziesięcioletnich i starszych (tab. 8). Potrzeby tych dwu grup są odmienne, głównie ze względu na stan zdrowia i sytuację rodzinną osób starszych oraz różny poziom feminizacji tych dwóch grup wiekowych, ale także ze względu na różnice pod względem poziomu wykształcenia (młodsze roczniki są lepiej wykształcone niż starsze – tab. 9 i 10) i stylu życia. Pierwsze trzy wymienione czynniki różnicujące populację seniorów to tzw. efekt wieku, zaś dwa kolejne – to tzw. efekt pokolenia (kohorty).

TABELA 8. Liczba osób w wieku 65 lat i więcej w Polsce w 2012 r. według płci i miejsca zamieszkania

	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Miasta	Wieś
65-69 lat	1613,7	711	902,7	1075,8	537,9
70-74	1286,1	522,5	763,6	829,5	456,6
75-79	1144,6	425	719,6	721,9	422,7
80 i więcej	1443,3	436,6	1006,7	873,4	569,9
razem 65+	5487,7	2095,1	3392,6	3500,6	1987,1
w tym 65 - 79 lat	4044,4	1658,5	2385,9	2627,2	1417,2

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Rocznik Demograficzny 2013*, tabl. 14.

WYKRES 1. Struktura ludności w wieku 65 lat i więcej w Polsce w 2012 r. (w %)


Źródło: opracowanie własne na podstawie: Rocznik Demograficzny 2013, tabl. 14.

W 2012 r. odsetek osób w wieku 65 lat i więcej i odsetek osób w wieku 80 lat i więcej w całej populacji kraju wynosił odpowiednio: 14,2% oraz 3,7%. Oba te mierniki przyjmowały istotnie wyższą wartość w populacji kobiet niż w populacji mężczyzn. Nieco inaczej wyglądała natomiast sytuacja, gdy uwzględniono się różnice między miastem a wsią. Odsetek grupy wieku 65+ był bowiem nieco wyższy w miastach niż na wsi, natomiast udział osób sędziwych był w obu środowiskach taki sam (tab. 11).

TABELA 9. Struktura wykształcenia osób w wieku 60 lat i więcej w 2011 r. (NSP)

Grupy wieku (kohorty)	Wyższe	Policealne i średnie	Zasadnicze zawodowe	Podstawowe ukończone	Podstawowe nieukończone i bez wykształcenia szkolnego
60-64 lata (1947-1951)	12,5%	33,4%	27,6%	23,6%	0,5%
65 lat i więcej (1946 i wcześniej)	9,5%	24,0%	13,5%	45,9%	5,1%

Źródło: obliczenia własne na podstawie wyników NSP 2011, GUS.

TABELA 10. Struktura wykształcenia osób w wieku 60 lat i więcej w 2002 r. (NSP)

Grupy wieku (kohorty)	Wyższe	Policealne i średnie	Zasadnicze zawodowe	Podstawowe ukończone	Podstawowe nieukończone i bez wykształcenia szkolnego
60-64 lata (1938-1942)	9,9%	25,7%	16,1%	44,3%	2,3%
65 lat i więcej (1937 i wcześniej)	6,2%	19,2%	9,3%	51,2%	12,5%

Źródło: obliczenia własne na podstawie wyników NSP 2011, GUS.

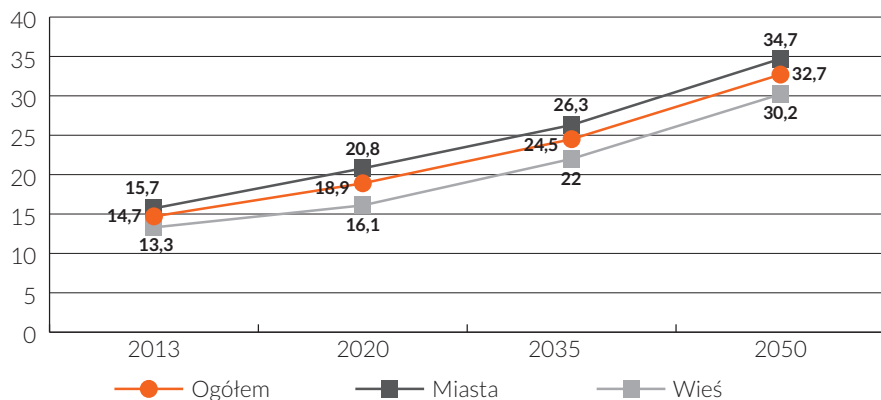
TABELA 11. Współczynniki starości demograficznej (65+ i 80+) w Polsce w 2012 r. według płci i miejsca zamieszkania

	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Miasta	Wieś
65+	14,2%	11,2%	17,1%	15,0%	13,1%
80+	3,7%	2,3%	5,1%	3,7%	3,8%

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Rocznik Demograficzny 2013*, tabl. 14.

Udział ludzi starych w populacji Polski, jak wskazują prognozy demograficzne, będzie w przyszłości rósł. Przy czym poziom starości demograficznej wyższy będzie w miastach niż na wsi. W 2050 r. blisko 35% mieszkańców miast stanowić będą osoby w wieku 65 lat i więcej, zaś na wsiach ich udział będzie wynosił około 30% (wykres 2). Prognozuje się, że w latach 2013-2050 liczebność tej grupy wieku wzrośnie o 5,4 mln. W związku z tym, że do połowy XXI wieku w fazę starości będą wchodziły dwa wyższe demograficzne, proces starzenia się ludności będzie ulegał dużemu przyspieszeniu szczególnie w dwóch okresach: do końca drugiej dekady XXI wieku (starzenie się wyżu z lat 50.) oraz między 2035 a 2050 rokiem (starzenie się wyżu z przełomu lat 70. i 80.), będącym ostatnim rokiem prognozy GUS¹⁶.

¹⁶ Prognoza ludności na lata 2014-2050, s. 132.

WYKRES 2. Współczynnik starości demograficznej (65+) w latach 2013-2050 w Polsce

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Prognoza ludności na lata 2014-2050*, GUS, Warszawa 2014, tabl. 24.

Proces starzenia się ludności przebiega i będzie przebiegał w różnym tempie w poszczególnych regionach kraju. W 2013 r. najniższy współczynnik starości demograficznej odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim (12,8%), zaś najwyższy – w łódzkim (16,6%). GUS prognozuje, że w 2050 r. najstarsze demograficznie będą dwa województwa – opolskie (36,1%) i świętokrzyskie (36,0%), zaś najmłodszy demograficznie będzie województwo pomorskie (30,0%)¹⁷.

Jedną z miar demograficznych opisującą ilościowe relacje między różnymi grupami wieku, w tym populacją osób starszych, jest współczynnik potencjalnego wsparcia, obliczany jako liczba osób w wieku 15-64 lata przypadająca na 100 osób w wieku 65 lat i więcej. W 2012 r. jego wartość dla Polski ogółem wynosiła 497 i była istotnie wyższa na wsi niż w miastach (wykres 3). Główny Urząd Statystyczny prognozuje, że w 2050 r. wartość tego miernika ogółem wyniesie 169¹⁸.

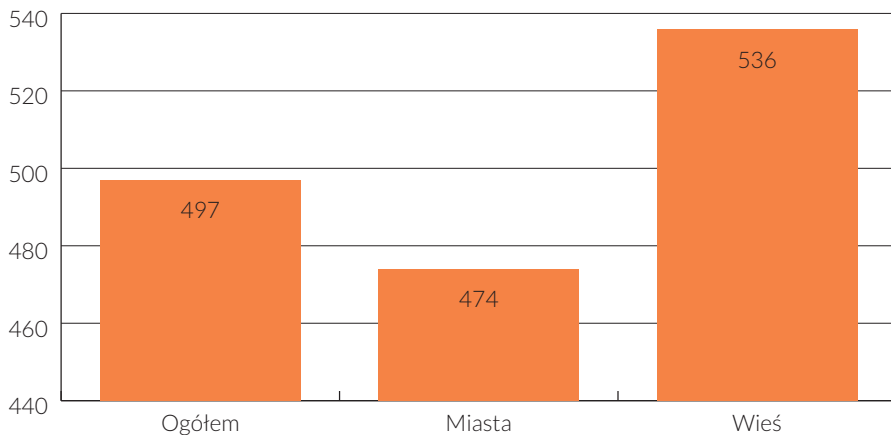
Miarą demograficzną opisującą ilościową relację między populacją osób sędziwych (i co za tym idzie – w znaczącym stopniu zagrożonych niesamodzielnością) a zbiorowością ich potencjalnych, rodzinnych opiekunów jest współczynnik opieki nad rodzicami. Jest to liczba osób w wieku 85 lat i więcej przypadająca na 100 osób w wieku 50-64 lata. W 2012 r. dla Polski ogółem wynosiła ona 7,2 i była

¹⁷ *Ibidem*, tabl. 24.

¹⁸ *Ibidem*, s. 141.

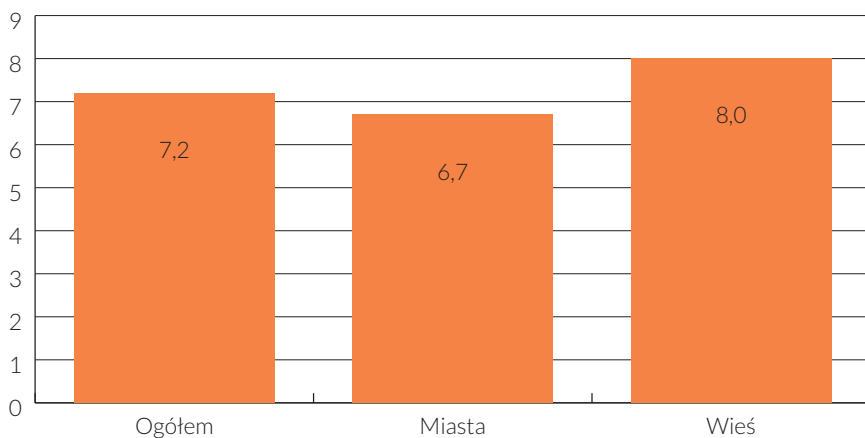
wyższa na wsi niż w miastach (wykres 4). Według prognozy ludnościowej GUS w 2050 r. wartość tego współczynnika dla Polski ogółem wyniesie 38¹⁹.

WYKRES 3. Współczynnik potencjalnego wsparcia w Polsce w 2012 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Rocznik Demograficzny 2013*, GUS, Warszawa 2013, tabl. 14.

WYKRES 4. Współczynnik opieki nad rodzicami w Polsce w 2012 r.

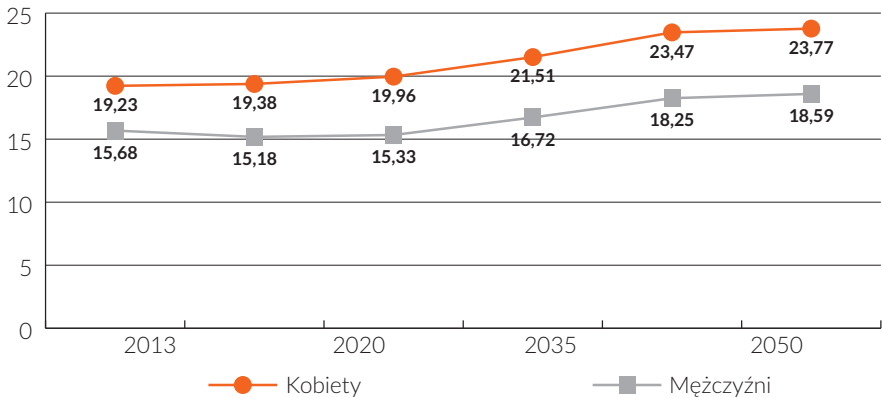


Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Rocznik Demograficzny 2013*, tabl. 14 i 15.

¹⁹ *Ibidem*, s. 141.

Ostatnia faza życia człowieka, jeśli przyjmiemy stałą granicę wieku, w jakim starość ma swój początek, wydłuża się. W Polsce w 1970 r. sześćdziesięcioletnia kobieta miała przed sobą nieco powyżej 19 lat życia, a mężczyzna niecałe 16 lat. W ciągu 42 lat dalsze oczekiwane trwanie życia kobiety w tym wieku wzrosło o blisko 4,5 roku, zaś w przypadku mężczyzny o blisko 3 lata (wykres 5).

WYKRES 5. Przeciętne dalsze trwanie życia dla osób w wieku 60 lat w Polsce w latach 1970-2012



Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Rocznik Demograficzny 2013*, Warszawa 2013, tabl. 122 (173).

System organizacyjny polityki społecznej – trzy sektory²⁰

Politykę społeczną definiuję dla potrzeb dalszej prezentacji, jako działalność państwa i innych podmiotów mającą na celu wspieranie obywateli w zaspokajaniu ich różnorodnych potrzeb, kształtowanie potrzeb i sposobów ich zaspokajania oraz kształtowanie stosunków społecznych. Polityka społeczna jest pojęciem szerszym niż polityka socjalna, która polega na zapewnieniu obywatelom gwarancji prawnych i finansowych w związku z wystąpieniem tzw. typowych ryzyk społecznych. Zakres przedmiotowy polityki społecznej jest znacznie bogatszy.

Podmioty polityki społecznej, czyli różnego typu instytucje społeczne (formalne i nieformalne) i grupy społeczne, które przyczyniają się do kształtowania

²⁰ Analiza stanu z końca 2014 roku.

i realizowania polityki społecznej, dzieli się na trzy sektory. Sektor pierwszy tworzą podmioty publiczne, programujące i realizujące politykę państwa, finansowane ze środków publicznych. Sektor drugi – to sektor rynkowy, który tworzą podmioty, funkcjonujące w różnej formie prawnej, działające na zasadach komercyjnych (dla zysku), uczestniczące w procesie zaspokajania potrzeb społeczeństwa, niekiedy uzyskujące środki publiczne. Trzeci sektor, nazywany też pozarządowym czy obywatelskim, tworzą bardzo zróżnicowane podmioty – funkcjonujące w różnych formach prawnych, realizujące zróżnicowane cele, obejmujące zasięgiem swojego działania obszary o bardzo różnej wielkości oraz zaspokajające potrzeby i interesy bardzo różnych zbiorowości. Tym, co łączy te podmioty jest działanie nienastawione na zysk, dobrowolność członkostwa oraz formalna niezależność od władzy publicznej²¹.

Pierwszy sektor

Centralne podmioty administracji publicznej²², które są odpowiedzialne za realizację polityki społecznej, to:

- Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej,
- Minister Zdrowia,
- Minister Edukacji Narodowej,
- Minister Kultury i Dziedzictwa Narodowego,
- Minister Sportu i Turystyki,
- Minister Rolnictwa i Rozwoju Wsi.

Dodać należy, że także w resorcie sprawiedliwości i tzw. resortach mundurowych działają wyodrębnione komórki organizacyjne, których zadaniem jest realizowanie wobec pracowników podległych ministrom wybranych zadań z zakresu zabezpieczenia społecznego.

Tabela 12 przedstawia, w jakich dziedzinach polityki społecznej realizują zadania centralne organy administracji publicznej i – ewentualnie – jakie centralne instytucje polityki społecznej – inne niż ministerstwa – podlegają (bezpośrednio lub pośrednio) poszczególnym ministrom.

²¹ Brak nastawienia na zysk nie oznacza, iż podmioty trzeciego sektora nie prowadzą działalności zarobkowej, zaś formalna niezależność od władz publicznych nie oznacza braku zależności od środków publicznych, które dla wielu organizacji stanowią główne źródło finansowania.

²² Podział na ministerstwa według stanu w listopadzie 2015 r.

TABELA 12. Zadania centralnych organów administracji publicznej w zakresie polityki społecznej w Polsce (stan na 16.11.2015 r.)

Centralne organy administracji publicznej	Dziedziny polityki społecznej	Jednostki podległe lub nadzorowane
Minister Pracy i Polityki Społecznej	<ul style="list-style-type: none">– polityka rynku pracy;– zatrudnienie i ochrona pracy;– ubezpieczenia społeczne;– pomoc społeczna;– współpraca z organizacjami pozarządowymi;– polityka senioralna;– polityka wobec osób niepełnosprawnych.	<ul style="list-style-type: none">– Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;– Zakład Ubezpieczeń Społecznych.
Minister Zdrowia	<ul style="list-style-type: none">– organizacja i zapewnienie dostępu do usług zdrowotnych;– przeciwdziałanie uzależnieniom;– promocja zdrowia;– opieka długoterminowa.	<ul style="list-style-type: none">– Narodowy Fundusz Zdrowia;– Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii;– Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
Minister Edukacji Narodowej	<ul style="list-style-type: none">– wychowanie przedszkolne;– edukacja szkolna;– edukacja pozaszkolna.	
Minister Kultury i Dziedzictwa Narodowego	<ul style="list-style-type: none">– upowszechnianie kultury	
Minister Sportu i Turystyki	<ul style="list-style-type: none">– powszechna kultura fizyczna;– turystyka i wypoczynek.	
Minister Rolnictwa i Rozwoju Wsi	<ul style="list-style-type: none">– ubezpieczenia społeczne rolników	<ul style="list-style-type: none">– Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego

Źródło: opracowanie własne.

Ustawy określają zadania samorządu terytorialnego każdego z trzech szczebli. Przedstawiam poniżej wykaz zadań, jakie są przypisane samorządom w zakresie polityki społecznej.

Zadania samorządu województwa:

- edukacja publiczna (w tym szkolnictwo wyższe),
- promocja i ochrona zdrowia,
- kultura i ochrona zabytków,
- pomoc społeczna,

- polityka prorodzinna,
- kultura fizyczna i turystyka,
- przeciwdziałanie bezrobociu i aktywizacja lokalnego rynku pracy.
Zadania samorządu powiatowego:
- edukacja publiczna,
- promocja i ochrona zdrowia,
- pomoc społeczna,
- polityka prorodzinna,
- wspieranie osób niepełnosprawnych,
- kultura i ochrona zabytków,
- kultura fizyczna i turystyka,
- przeciwdziałanie bezrobociu i aktywizacja lokalnego rynku pracy,
- współpraca z organizacjami pozarządowymi.
Zadania samorządu gminnego:
- edukacja publiczna,
- ochrona zdrowia,
- pomoc społeczna,
- polityka prorodzinna,
- kultura i ochrona zabytków,
- kultura fizyczna i turystyka,
- współpraca z organizacjami pozarządowymi,
- gminne budownictwo mieszkaniowe.

Drugi sektor

Aktywność sektora rynkowego w polskiej polityce społecznej związana jest przede wszystkim ze świadczeniem usług w dziedzinach zaliczanych do jej zakresu. Organizacje działające dla zysku świadczą część usług edukacyjnych (prywatne przedszkola, szkoły, wyższe uczelnie). Na przykład w roku szkolnym 2013/2014 placówki prowadzone przez osoby fizyczne lub przedsiębiorstwa osób fizycznych stanowiły 11% przedszkoli, 3% szkół podstawowych, 5% gimnazjów i 20% szkół ponadgimnazjalnych²³. Na początku 2015 r. na 519 szkół wyższych aż 378 (73%)

²³ Obliczenia własne na podstawie: *Oświata i wychowanie w roku szkolnym 2013/2014*, GUS, Warszawa 2015.



było szkołami niepublicznymi²⁴ (prowadzonymi przede wszystkim przez podmioty rynkowe). Podmioty rynkowe pełnią znaczącą rolę w polskim systemie podstawowej opieki zdrowotnej i w świadczeniu ambulatoryjnych usług lekarzy-specjalistów (najwcześniej i na największą skalę prywatne praktyki lekarskie zdominowały rynek świadczeń stomatologicznych). Instytucjami rynkowymi są także liczne instytucje kultury oraz podmioty zaspokajające potrzebę rekreacji i wypoczynku. Sektor rynkowy jest aktywny także w dziedzinie usług opiekuńczych, zarówno świadczonych w prywatnych mieszkaniach (podmioty zatrudniające opiekunki domowe), jak i w placówkach stacjonarnych (domy pomocy społecznej i inne placówki całodobowej opieki). Ponadto podmioty rynkowe (agencje zatrudnienia, instytucje szkoleniowe) uczestniczą w realizacji polityki rynku pracy, są elementem systemu emerytalnego (OFE) itd. Rola drugiego sektora jest niejednakowa w poszczególnych dziedzinach polityki społecznej.

Trzeci sektor

Pojęciu „trzeci sektor” nadaje się zróżnicowany zakres podmiotowy, gdyż nie została ustalona i uzgodniona taka lista typów podmiotów, która byłaby akceptowana przez opisujących trzeci sektor, regulujących jego działalność oraz działających w tym sektorze. W przygotowanej przez Stowarzyszenie Klon/Jawor publikacji przywołuje się dwie definicje trzeciego sektora, odnoszące się do sytuacji w Polsce²⁵. Definicja szeroko określająca zakres trzeciego sektora zalicza do niego: fundacje, stowarzyszenia i ich związki, federacje i porozumienia stowarzyszeń i fundacji, partie polityczne, organizacje działające na mocy odrębnych przepisów (m.in. Polski Związek Łowiecki, Polski Czerwony Krzyż, komitety rodzicielskie i rady rodziców, powoływane dla realizacji jakiegoś publicznego celu komitety społeczne), związki zawodowe, związki pracodawców, organizacje samorządów różnych grup zawodowych, z wyjątkiem tych, w których członkostwo jest obowiązkowe (dotyczy to zawodów zaufania publicznego), kółka rolnicze i koła gospodyń wiejskich, organizacje kościelne, nieformalne grupy, jak np. grupy wsparcia, grupy samopomocowe.

²⁴ Dane z bazy: polon.nauka.gov.pl [dostęp: 27.01.2015 r.].

²⁵ *Elementarz III sektora*, s. 13-14.

Według wąskiej definicji trzeci sektor tworzą w Polsce stowarzyszenia (bez Ochotniczych Straży Pożarnych) i fundacje.

Podmioty trzeciego sektora są tworzone i prowadzą działalność na podstawie różnych aktów prawnych (np. ustawa o stowarzyszeniach, ustawa o fundacjach, ustawa o związkach zawodowych itd.). Relacje między trzecim sektorem i pozostałymi podmiotami życia publicznego (w tym podmiotami polityki społecznej) określa ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie²⁶.

Nie wszystkie, rzecz jasna, podmioty trzeciego sektora (i w szerokim, i wąskim znaczeniu) są podmiotami polityki społecznej. Należą do nich te, które uczestniczą w jej programowaniu (np. partie polityczne, niektóre stowarzyszenia naukowe, związki zawodowe, związki pracodawców), kontrolowaniu realizacji celów i przestrzegania zasad (np. związki zawodowe, związki pracodawców) oraz w realizacji zadań, związanej głównie ze świadczeniem usług społecznych (np. organizacje charytatywne, stowarzyszenia edukacyjne, koła gospodyń wiejskich).

Podmioty realizujące w Polsce politykę senioralną – stan oczekiwany

Polityka senioralna jest nową dziedziną aktywności polskich władz publicznych. Jej koncepcję zaczęto opracowywać na szczeblu rządowym w 2012 r., a pod koniec 2013 r. Rada Ministrów przyjęła *Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020*²⁷. W dokumencie tym zdefiniowano politykę senioralną jako „ogół celowych działań organów administracji publicznej wszystkich szczebli oraz innych organizacji i instytucji, które realizują zadania i inicjatywy kształtujące warunki godnego i zdrowego starzenia się”²⁸. Definicję tę uzupełniono o stwierdzenie, że „na potrzeby niniejszego dokumentu polityka senioralna rozumiana jest szeroko jako ogół działań w okresie całego życia człowieka, prowadzących do zapewnienia warunków wydłużenia aktywności, zarówno zawodowej, jak i społecznej oraz samodzielnego, zdrowego, bezpiecznego i niezależnego życia osób starszych”²⁹. Polityka senioralna jest elementem polityki społecznej, ale częściowo zawiera się

²⁶ Ustawa z dnia 5 sierpnia 2015 r. o zmianie ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie oraz ustawy o fundacjach (Dz. U z 2015 r. poz. 1339)

²⁷ Uchwała nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia dokumentu *Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020* („Monitor Polski” 2014, poz. 118).

²⁸ *Ibidem*.

²⁹ *Ibidem*.

także w innych politykach publicznych, takich jak polityka gospodarcza, polityka kształtowania przestrzeni, bezpieczeństwo publiczne, polityka informacyjna itd. Zgodnie z *Załoženiami Długofalowej Polityki Senioralnej* składają się na nią przedsięwzięcia, które podzielono na pięć obszarów: 1) zdrowie i samodzielność, 2) aktywność zawodowa osób 50+, 3) aktywność edukacyjna, społeczna i kulturalna osób starszych, 4) srebrna gospodarka, 5) relacje międzypokoleniowe. Na podstawie analizy treści tego aktu prawnego oraz istniejącej w Polsce struktury instytucjonalnej, przedstawiam wykaz podmiotów, jakim można by, moim zdaniem, powierzyć realizację celów i zadań polityki senioralnej (tab. 13).

TABELA 13. Struktura przedmiotowa i podmiotowa polskiej polityki senioralnej w świetle *Założeń Długofalowej Polityki Senioralnej na lata 2014-2020*

Obszary	Podobszary	Wybrane podmioty realizujące zadania z zakresu polityki społecznej w ramach polityki senioralnej
Zdrowie i samodzielność „Celem głównym [...] jest tworzenie warunków dla jak najdłuższego utrzymywania dobrego stanu zdrowia i autonomii.”	Uwarunkowania rozwiązań medyczo-opiekuńczych dla osób starszych.	<ul style="list-style-type: none"> – uczelnie kształcące kadry specjalistów w zakresie geriatryi; – instytucje systemu ochrony zdrowia (finansowane ze środków publicznych); – instytucje realizujące programy promocji zdrowia (samorząd terytorialny i centralna administracja publiczna); – podmioty (głównie samorząd terytorialny) odpowiedzialne za stwarzanie warunków dla rozwoju rekreacji i kultury fizycznej; – podmioty publiczne i niepubliczne realizujące usługi opiekuńcze; – organizacje pozarządowe rozwijające wolontariat; – podmioty (publiczne, niepubliczne) prowadzące działalność informacyjno-edukacyjną wobec ogółu społeczeństwa.
	Bezpieczeństwo	<ul style="list-style-type: none"> – podmioty (publiczne, niepubliczne) prowadzące działalność informacyjno-edukacyjną wobec osób starszych; – podmioty kształcące pracowników służb społecznych i wolontariuszy.
	Przestrzeń i miejsce zamieszkania	

<p>Aktywność zawodowa osób 50+</p> <p>„Celem głównym [...] jest zaplanowanie i podjęcie działań, które pozwolą na jak najlepsze wykorzystanie potencjału osób starszych na rynku pracy i tym samym pozwolą na zwiększenie i przedłużenie aktywności zawodowej osób 50+ oraz 60+.”</p>		<ul style="list-style-type: none"> – pracodawcy; – instytucje rynku pracy (publiczne służby zatrudnienia i podmioty niepubliczne); – podmioty zabezpieczenia społecznego; – instytucje kształcenia ustawicznego (publiczne i niepubliczne); – związki zawodowe.
<p>Aktywność edukacyjna, społeczna i kulturalna osób starszych</p> <p>„Celem ogólnym [...] jest wspieranie idei uczenia się wśród osób starszych i aktywizowanie do działań obywatelskich i społecznych, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"> – rozwój oferty edukacyjnej dla osób starszych, – rozwój i wspieranie aktywności społecznej osób starszych (w tym zaangażowania obywatelskiego i wolontariatu), – zwiększenie uczestnictwa osób starszych w kulturze zarówno jako jej odbiorców, jak i twórców.” 	<p>Aktywność edukacyjna</p>	<ul style="list-style-type: none"> – instytucje kształcenia ustawicznego (publiczne i niepubliczne); – media (w tym: wykorzystujące Internet); – Uniwersytety Trzeciego Wieku.
	<p>Aktywność w obszarze kultury</p>	<ul style="list-style-type: none"> – lokalne instytucje kultury.
	<p>Aktywność społeczna</p>	<ul style="list-style-type: none"> – samorząd terytorialny; – organizacje pozarządowe; – fora dialogu obywatelskiego.
<p>Srebrna gospodarka</p> <p>„Celem głównym [...] jest wspieranie rozwoju efektywnych rozwiązań dostosowanych do potrzeb i oczekiwań osób starszych.”</p>		
<p>Relacje międzypokoleniowe</p> <p>„Cel główny [...] to solidarność pokoleń jako norma kierunkowa w społeczeństwie, polityce społecznej, kulturze oraz na rynku pracy.”</p>		<ul style="list-style-type: none"> – samorząd lokalny; – organizacje pozarządowe; – instytucje edukacyjne; – media.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Uchwały nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia dokumentu *Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020* („Monitor Polski” 2014, poz. 118). Cytaty pochodzą z w/w dokumentu.

Z analizowanego dokumentu wynika, że polska polityka senioralna ma być – zgodnie z intencjami władz centralnych – polityką wielosektorową, w której realizację zaangażowane są podmioty publiczne, organizacje pozarządowe i instytucje rynkowe.

Świadczenia pieniężne dla osób starszych (centralne, lokalne, z instytucji finansowych)³⁰

Osoby starsze, po spełnieniu wymaganych prawem warunków, mają możliwość uzyskania różnorodnych świadczeń społecznych. Niemal wszystkie te świadczenia mogą otrzymywać także osoby młodsze, czyli mające mniej lat niż wynosi powszechny wiek emerytalny (tę granicę wieku najczęściej wskazuje się w prawie jako określającą wiek podeszły). Źródłami ich finansowania są: składki na ubezpieczenie społeczne, budżet państwa, budżety samorządów terytorialnych. Pieniężne świadczenia społeczne, które są podstawowym źródłem utrzymania osób starszych w Polsce, są dostępne zgodnie z zasadami trzech technik zabezpieczenia społecznego: ubezpieczeniowej (np. emerytury i renty rodzinne wypłacane przez ZUS z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych), zaopatrzeniowej (np. emerytury i renty służb mundurowych, dodatki lub zasiłki pielęgnacyjne) i opiekuńczej (np. zasiłki z pomocy społecznej). To samo świadczenie może być realizowane przez kilka instytucji (tab. 14).

TABELA 14. Najważniejsze świadczenia pieniężne przysługujące w Polsce osobom starszym³¹

Rodzaj świadczenia pieniężnego	Warunki przyznania (główne)	Instytucje realizujące prawo do świadczeń	Liczba świadczeniobiorców ogółem [rok]
Emerytury	– staż pracy, – osiągnięcie wieku emerytalnego, – inne kryteria przewidziane prawem.	Zakład Ubezpieczeń Społecznych	4964 tys. [2013 r.]
		Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego	986 tys. [2013 r.]
		Biura emerytalne dla służb mundurowych	brak danych
Renty z tytułu niezdolności do pracy (służby)	– staż pracy, – niezdolność do pracy (służby), – inne kryteria przewidziane prawem.	Zakład Ubezpieczeń Społecznych	1075 tys. [2013 r.]
		Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego	216 tys. [2013 r.]
		Biura emerytalne dla służb mundurowych	

³⁰ Stan instytucjonalno-prawny na koniec 2014 r.

³¹ Stan formalno-prawny na koniec 2014 roku. Dane liczbowe dla lat podanych w nawiasach.

Renty rodzinne	<ul style="list-style-type: none"> - śmierć małżonka lub opiekuna (rodzica), - wiek, - inne kryteria przewidziane prawem. 	Zakład Ubezpieczeń Społecznych	1268 tys. [2013 r.]
		Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego	44 tys. [2013 r.]
		Biura emerytalne dla służb mundurowych	
Dodatki (zasiłki) pielęgnacyjne	<ul style="list-style-type: none"> - przekroczenie 75 roku życia, - niepełnosprawność w stopniu znacznym lub umiarkowanym - w przypadku osób przed 75 rokiem życia, - całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji - w przypadku osób przed 75 rokiem życia. 	<ul style="list-style-type: none"> - instytucje wypłacające renty lub emerytury (dodatek pielęgnacyjny), 	
		<ul style="list-style-type: none"> - gmina, jako podmiot uprawniony do wypłacania świadczeń rodzinnych (zasiłek pielęgnacyjny) - zadanie zlecone. 	
Dodatki mieszkaniowe	<ul style="list-style-type: none"> - dochód poniżej kryterium dochodowego, - tytuł prawny do lokalu, - wielkość lokalu. 	Gmina - zadanie własne.	
Zasiłki stałe	<ul style="list-style-type: none"> - dochody poniżej kryterium dochodowego, - inne kryteria przewidziane prawem. 	Gmina - zadanie własne.	198 tys. [2012 r.]
Zasiłki celowe	<ul style="list-style-type: none"> - dochody poniżej kryterium dochodowego, - inne kryteria przewidziane prawem. 	Gmina - zadanie własne.	952 tys. [2012 r.]

Źródło: opracowanie własne.

Najliczniejszą grupę świadczeniobiorców obsługuje Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Zważywszy też na fakt, że jest to instytucja, która publikuje najdokładniejsze dane na temat swojej działalności, przedstawiam dalej wybrane informacje o świadczeniobiorcach ZUS. Najstarszą grupą wśród osób uzyskujących świadczenia emerytalno-rentowe z tej instytucji są mężczyźni - emeryci. Wśród kobiet najstarsze są emerytki oraz wdowy otrzymujące renty rodzinne (tab. 15, 16, 17). W 2013 r. osoby, które przekroczyły ustawy - obowiązujący do końca 2012 r. - wiek emerytalny (65 lat dla mężczyzn i 60 lat dla kobiet), stanowiły 81% wśród emerytów i 96% wśród emerytek (tab. 15).

TABELA 15. Struktura wieku osób pobierających emerytury z ZUS w grudniu 2013 r.

Wiek	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
	<i>w odsetkach</i>		
Ogółem	100,0	100,0	100,0
54 lata i mniej	1,4	2,8	0,4
55 - 59	3,3	2,8	3,6
60 - 64	26,4	13,7	35,1
65 - 69	25,6	29,3	23,0
70 - 74	16,5	19,8	14,3
75 - 79	13,7	16,3	11,9
80 lat i więcej	13,1	15,3	11,7
Średni wiek w latach	69,9	71,1	69,0

Źródło: Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych 2013, ZUS, Warszawa 2014, s. 17.

TABELA 16. Struktura wieku osób pobierających z ZUS renty z tytułu niezdolności do pracy w grudniu 2013 r.

Wiek	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
	<i>w odsetkach</i>		
Ogółem	100,0	100,0	100,0
29 lat i mniej	0,4	0,5	0,4
30 - 34	1,3	1,3	1,3
35 - 39	3,0	2,8	3,3
40 - 44	4,5	4,2	5,2
45 - 49	7,6	6,7	9,1
50 - 54	14,7	12,7	18,4
55 - 59	29,9	25,7	37,9
60 - 64	22,0	31,2	4,5
65 - 69	4,2	4,1	4,4
70 - 74	3,9	3,3	4,9

75 – 79	3,9	3,5	4,9
80 lat i więcej	4,6	4,0	5,7
Średni wiek w latach	58,5	58,9	57,8

Źródło: Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych 2013, ZUS, Warszawa 2014, s. 18.

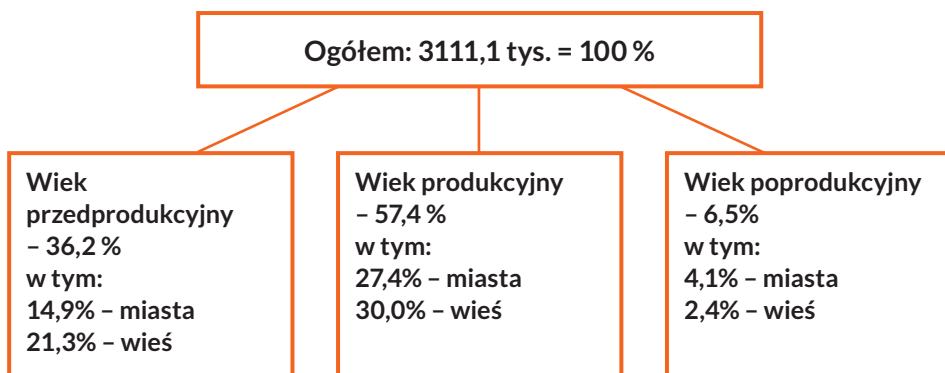
TABELA 17. Struktura wieku osób pobierających z ZUS renty rodzinne w grudniu 2013 r.

Wiek	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
	w odsetkach		
Ogółem	100,0	100,0	100,0
4 lata i mniej	0,2	1,1	0,1
5 – 9	1,0	4,1	0,5
10 – 14	2,3	9,9	1,3
15 – 19	5,1	21,1	2,9
20 – 24	6,6	23,6	4,3
25 – 29	0,5	2,1	0,3
30 – 34	0,7	2,5	0,4
35 – 39	0,9	2,8	0,7
40 – 44	0,9	2,7	0,7
45 – 49	0,9	2,3	0,7
50 – 54	3,2	3,8	3,1
55 – 59	7,5	7,4	7,5
60 – 64	8,1	8,3	8,0
65 – 69	9,4	3,0	10,3
70 – 74	11,8	1,8	13,2
75 – 79	14,5	1,6	16,3
80 lat i więcej	26,4	1,9	29,7
Średni wiek w latach	64,	32,9	68,3

Źródło: Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych 2013, ZUS, Warszawa 2014, s. 19.

W 2012 r. z pomocy społecznej skorzystało 3111,1 tys. osób. 6,5 % spośród nich stanowiły osoby w wieku poprodukcyjnym, co odpowiada 202,2 tys. osób (schemat 1). Większość tej zbiorowości (127,6 tys., czyli 63%) stanowili mieszkańcy miast. Ponadto znacząco przeważały w niej kobiety (149,3 tys., czyli 74%), które częściej niż starsi mężczyźni żyją w jednoosobowych gospodarstwach³².

SCHEMAT 1. Struktura wieku osób korzystających z pomocy społecznej w 2012 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Beneficjenci pomocy społecznej i świadczeń rodzinnych w 2012 r.*, GUS, Warszawa 2013, s.54.

Z danych Narodowego Spisu Powszechnego z 2011 r. wynika, że 93% ludności w wieku poprodukcyjnym utrzymywało się z emerytur lub rent. Zatem praca zarobkowa i inne niż emerytury i renty świadczenia społeczne stanowiły źródła utrzymania nielicznych osób w starszym wieku. W 2012 r. wśród beneficjentów pomocy społecznej w wieku poprodukcyjnym – a zatem w niewielkiej subpopulacji osób starszych – emerytura lub renta (rodzinna, z tytułu niezdolności do pracy lub socjalna) stanowiła źródło utrzymania dla 76% osób, a pozostali byli pozbawieni takiego stałego źródła dochodów³³. Dochody pieniężne z pomocy społecznej stanowią zatem główne źródło utrzymania dla bardzo nielicznej zbiorowości seniorów.

³² *Beneficjenci pomocy społecznej i świadczeń rodzinnych w 2012 r.*, GUS, Warszawa 2013, s. 54.

³³ *Beneficjenci...*, op. cit., s. 92.

Usługi świadczone w mieszkaniach

Osoby mieszkające w prywatnych mieszkaniach i mające trudności z samodzielnym zaspokajaniem potrzeb, mogą uzyskać – na mocy ustawy o pomocy społecznej – pomoc w formie usług opiekuńczych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych. Usługi opiekuńcze obejmują: pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zarządzoną przez lekarza pielęgnację oraz, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktu podopiecznego z otoczeniem. Specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone są osobom o szczególnych potrzebach zdrowotnych, w związku z ich stanem zdrowia i niepełnosprawnością³⁴. Wyróżnia się następujące ich rodzaje: uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia (np. samoobsługa, organizowanie czasu wolnego, różne formy pomocy w funkcjonowaniu w rodzinie), pielęgnacja, stanowiąca wsparcie dla procesu leczenia, rehabilitacja, pomoc mieszkaniowa³⁵. Usługi opiekuńcze są świadczone przez opiekunki zatrudniane przez podmiot realizujący to zadanie na terenie gminy. Osoby świadczące usługi opiekuńcze są w różnym trybie przygotowywane do wykonywania swojej pracy – począwszy od krótkich (kilkudniowych) szkoleń (jak w przypadku opiekunek domowych), aż po naukę w szkołach policealnych realizowaną zgodnie z podstawą programową określoną przez Ministra Edukacji Narodowej (dotyczy to takich zawodów, jak: opiekun osoby starszej i opiekunka środowiskowa). Bardziej rygorystycznie określa się wymagania w stosunku do osób wykonujących usługi specjalistyczne. Według rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej ten rodzaj usług może być świadczony przez osoby mające kwalifikacje do wykonywania następujących zawodów: pracownik socjalny, psycholog, pedagog, logopeda, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka, asystent osoby niepełnosprawnej, opiekunka środowiskowa, fizjoterapeuta, specjalista w zakresie rehabilitacji medycznej. W szczególnych przypadkach usługi specjalistyczne mogą być wykonywane przez osoby przygotowujące się do któregoś z wymienionych wcześniej zawodów. Od osób wykonujących usługi specjalistyczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi wymagane jest dodatkowo doświadczenie zawodowe związane z instytucjami opieki psychiatrycznej. Usługi opiekuńcze wykonują

³⁴ Art. 50 ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2014 r., (Dz.U. nr 64, poz. 593 z późn. zm.)

³⁵ Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych, (Dz.U. nr 189, poz. 1598).

zatem osoby o bardzo zróżnicowanym zakresie i poziomie kwalifikacji. Najczęściej nie są one pracownikami ośrodków pomocy społecznej, lecz zatrudniane są przez podmioty niepubliczne, z którymi gminy zawierają umowy o zlecenie wykonywania usług na podstawie art. 25 ustawy o pomocy społecznej (organizacje pozarządowe i kościelne) lub zakupują usługi u podmiotów gospodarczych na podstawie ustawy o zamówieniach publicznych. W 2013 r. ośrodki pomocy społecznej zatrudniały 5491 pracowników świadczących usługi opiekuńcze i 876 pracowników świadczących specjalistyczne usługi opiekuńcze³⁶. Liczba opiekunek i opiekunów zatrudnianych przez podmioty niepubliczne nie jest znana. W związku z tym, że powierzając zadania instytucjom trzeciego sektora lub kupując usługi w organizacjach rynkowych, gminy kierują się głównie kryterium ceny, podmioty te zatrudniają zazwyczaj osoby o niskich kwalifikacjach, którym można zaproponować jak najniższe wynagrodzenie. Skutkuje to w wielu wypadkach niską jakością usług opiekuńczych świadczonych w domach podopiecznych.

Ustawodawca nie wskazuje, w jakim wieku mają być osoby, którym świadczy się usługi opiekuńcze. Kryterium ich przyznania jest niesamodzielność (potrzeba uzyskiwania pomocy innych osób) i brak możliwości uzyskania pomocy ze strony rodziny. Usługi opiekuńcze są świadczeniami niezależnymi od dochodu (od dochodu zależy wysokość ponoszonych przez podopiecznego odpłatności). Jak pokazują analizy GUS dla 2012 r., w grupie osób korzystających tylko z tych świadczeń przeważają osoby w starszym wieku. Są to przede wszystkim kobiety i mieszkańcy miast³⁷.

Jak wynika z tabeli 18, w 2013 r. 84% osób, którym przyznano usługi opiekuńcze, korzystała z ich podstawowej formy. Ponadto na ten rodzaj świadczeń przeznaczono relatywnie najwięcej środków. Roczny koszt usług w przeliczeniu na jedną osobę, której przyznano świadczenie, wynosił: w przypadku usług opiekuńczych – 4312 zł, w przypadku specjalistycznych usług opiekuńczych (finansowanych przez gminę) – 3294 zł, zaś w przypadku świadczeń specjalistycznych dla osób z zaburzeniami psychicznymi (finansowanych z budżetu państwa) – 6468 zł. Dostępne statystyki nie pozwalają niestety na określenie, jak dużo było osób starszych wśród korzystających z usług opiekuńczych. Można natomiast stwierdzić,

³⁶ Sprawozdanie roczne MPiPS-03 za 2013 r. (korekta z dnia 24.09.2014).

³⁷ *Beneficjenci pomocy społecznej...*, op. cit., s. 59.

że 86 967 osób, które otrzymały takie usługi (bez specjalistycznych dla osób z zaburzeniami psychicznymi), należało do rodzin tworzonych przez 106899 osób, a to oznacza, że przeciętna rodzina, w której świadczone usługi opiekuńcze, liczyła zaledwie 1,2 osoby. Wynika stąd, że usługobiorcami byli w znacznej części ludzie samotni.

TABELA 18. Usługi opiekuńcze w 2013 r. świadczone w systemie pomocy społecznej w Polsce

	Liczba osób, którym przyznano świadczenia	Kwota świadczeń w zł
Usługi opiekuńcze	82 776	356 994 973
Usługi opiekuńcze specjalistyczne	4191	13 805 642
Usługi opiekuńcze specjalistyczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi	11 612	75 107 669
Razem:	98 579	445 908 284

Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdania MPIPS-03 za 2013 r. (korekta z dnia 24.09.2014).

Podmiotem odpowiedzialnym za organizację usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych jest gmina, która określa ich zakres, okres i miejsce świadczenia. Usługi opiekuńcze są zadaniem własnym gminy, a specjalistyczne usługi opiekuńcze – zadaniem zleconym. Świadczeniobiorcy mogą być całkowicie lub częściowo zwolnieni z opłat za otrzymywane usługi. Zasady odpłatności za usługi opiekuńcze ustala rada gminy (w drodze uchwały), zaś opłatę za usługi specjalistyczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi określa ośrodek pomocy społecznej, zgodnie z rozporządzeniem ministra właściwego ds. zabezpieczenia społecznego³⁸.

Odpowiedzią na niezadowolającą jakość usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania są inicjatywy polegające na opracowywaniu standardów tych usług. Podejmowane są zarówno na poziomie krajowym, jak i lokalnym.

³⁸ Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 roku w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych, Dz.U. nr 189, poz. 1598.

Przykładem działań lokalnych jest opracowanie przez władze samorządowe *Gdyńskiego standardu usług opiekuńczych*. Prace nad standaryzacją podjęto tam w 2009 r., a standard ogłoszono w 2011 r. Bardzo ważny jest proces wypracowywania gdyńskich standardów, gdyż miał on charakter zespołowy i polegał na dialogu i współpracy przedstawicieli samorządu miasta, pracowników socjalnych z Gdyni i z Sopotu, przedstawicieli organizacji pozarządowych, policji, pracowników ochrony zdrowia, opiekunek i osób korzystających z usług. W procesie tym uwzględniono także społeczne konsultacje przeprowadzone w formie kilkunastu spotkań grupowych i indywidualnych spotkań z osobami, które z powodu ograniczonej sprawności nie opuszczały domów. Uwzględniono także fakt, iż Gdynia jest częścią Trójmiasta, konsultując przygotowywane rozwiązania z przedstawicielami ośrodków pomocy społecznej z Sopotu i Gdańska. Efektem tych prac jest dokument pt. *Gdyński standard usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania* zawierający następujące zagadnienia³⁹:

1. Przedmiot usług opiekuńczych (określony tak jak w ustawie o pomocy społecznej);
2. Cel usług opiekuńczych i oczekiwane efekty;
3. Zakres przestrzenny usług opiekuńczych (na terenie gminy Gdynia i dla jej mieszkańców);
4. Zakres podmiotowy usług opiekuńczych (określony na podstawie ustawy o pomocy społecznej);
5. Zakres rzeczowy usług opiekuńczych (zaproponowano katalog usług o charakterze opiekuńczo-pielęgnacyjnym i o charakterze gospodarczym, uwzględniając różnice między zakresem usług dla osób samotnych i dla osób posiadających rodzinę);
6. Procedura przyznawania i ustalania odpłatności za usługi opiekuńcze oraz ich świadczenia w miejscu zamieszkania i monitorowania (opisano przebieg różnych etapów świadczenia usług – od diagnozy do ewaluacji);
7. Narzędzia stosowane w procesie organizowania i świadczenia usług opiekuńczych (obok kwestionariusza rodzinnego wywiadu środowiskowego obowiązującego w pomocy społecznej, zaproponowano szereg oryginalnych metod dokumentowania sytuacji podopiecznego i przebiegu procesu świadczenia usług);

³⁹ Dokument dostępny na stronie: www.mops.gdynia.pl.

8. Warunki realizacji usług opiekuńczych (wskazano na wymagania, które spełnić musi rodzina podopiecznego, instytucja realizująca usługi i osoba świadcząca usługi; szczegółowo opisano wymagania kwalifikacyjne wobec opiekunek i podano inne kryteria, jakie muszą spełniać osoby wykonujące tę pracę).

Działania gdyńskiego samorządu zostały uznane za dobrą praktykę i są propagowane jako model do naśladowania. To, co wydaje się najistotniejsze w tym modelu, to: konsultacyjno-partycypacyjny sposób dochodzenia do modelu, wykorzystanie istniejących norm prawnych i narzędzi połączone z rozbudowaniem narzędzi, szczegółowe zalecenia dotyczące, jak się wydaje, najniższych punktów w procesie świadczenia usług społecznych, czyli warunków, jakie spełniać muszą realizatorzy usług, zakresu usług i kwalifikacji zawodowych opiekunów.

Z inicjatywy władz centralnych zrealizowano w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007-2013 projekt pt. „Tworzenie i rozwijanie standardu usług pomocy i integracji społecznej”. Liderem projektu było Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, które działało w partnerstwie z organizacjami pozarządowymi. W 2011 r. grupa ekspertów przygotowała w ramach tego projektu opracowanie pt. *Standard usług opiekuńczych dla osób starszych świadczonych w miejscu zamieszkania*⁴⁰. Jego autorzy uznali, że „celem usług opiekuńczych świadczonych dla osób starszych w miejscu zamieszkania jest umożliwienie tym osobom dalszego (jak najdłuższego) funkcjonowania w swoim dotychczasowym środowisku, mimo doświadczanych ograniczeń w samodzielnym zaspokajaniu podstawowych i niezbędnych potrzeb oraz barier w integracji ze środowiskiem. Poprzez odpowiednie wsparcie zapewniane osobie starszej w formie usług opiekuńczych, powyższe ograniczenia oraz bariery powinny być niwelowane, przyczyniając się do zachowania (mimo postępującego procesu starzenia) lub podnoszenia poziomu jej życia. Świadczenie usług w sposób zorganizowany adekwatnie do rozpoznanych potrzeb powinno zawsze zakładać partycypację osoby starszej w wykonywaniu poszczególnych czynności wchodzących w zakres usług (charakter wspierająco-aktywizujący, ale niewyręczający) oraz ścisłą współpracę w realizacji usług z najbliższym otoczeniem osoby starszej (zgodnie z zasadą pomocniczości)⁴¹. W zacytowanych stwierdzeniach wątpliwości budzi przekonanie, że usługi opiekuńcze przyczyniają

⁴⁰ J. Starega-Piasek, K. Balon, G. Rutkiewicz, K. Stec, I. Szmaglińska, M. Zielony, 2011.

⁴¹ *Ibidem*, s. 5.



się do utrzymania lub podnoszenia poziomu życia, podczas gdy trafniejsze byłoby przywołanie w tym miejscu kategorii jakości życia. Przy tej poprawce uznać należy, że zaproponowano w tym opracowaniu wartościowe upowszechnienie podejście do usług opiekuńczych, w którym wskazuje się, iż ważna jest jakość życia podopiecznego, jego aktywność (oczywiście na miarę możliwości) oraz zaangażowanie rodziny. W dokumencie omówiono zakres przestrzenny, podmiotowy (w tym procedurę przyznawania i ustalania wysokości odpłatności) i rzeczowy usług opiekuńczych. Do obowiązkowych czynności, wykonywanych przez osobę świadczącą usługi, zaliczono: pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych (czynności żywieniowe, gospodarcze, organizacyjne), opiekę higieniczną, pielęgnację zaleconą przez lekarza, zapewnienie kontaktów z otoczeniem. W opracowaniu tym przedstawiono ponadto przykład szczegółowego wykazu zadań i czynności, które należeć powinny do wykazu usługi, zależnie od specyficznych potrzeb podopiecznego. Zaproponowano ponadto narzędzia organizowania i realizacji usług opiekuńczych (np. dziennik czynności opiekuńczych, harmonogram świadczeń opiekuńczych), podkreślając jednak, że podstawowym i obowiązkowym narzędziem jest wywiad środowiskowy⁴², a ponadto zalecane jest stosowanie kontraktu socjalnego⁴³. Kolejnym elementem standardu jest wskazanie warunków realizacji usługi (m.in. ze wskazaniem na wymogi wobec podmiotu realizującego usługi i wobec osoby wykonującej usługi opiekuńcze oraz opisem kwalifikacji tej osoby). Do zakresu standardu zaliczono także monitoring i ewaluację. Autorzy dokumentu zaproponowali opracowanie dla usług opiekuńczych świadczonych osobom starszym dwóch standardów: obowiązkowego oraz optymalnego.

W ogłoszonych w sierpniu 2014 r. założeniach do zmian projektu ustawy o pomocy społecznej (i niektórych innych ustaw) uznano, że konieczne jest „podniesienie efektywności systemu organizacyjnego pomocy społecznej wraz z zapewnieniem jego kompatybilności z innymi systemami wsparcia” (założenie 2), co miałyby być osiągnięte, między innymi dzięki wprowadzeniu do pomocy społecznej standardów usług socjalnych „przy określeniu ich minimalnego oraz optymalnego

⁴² Wzór wywiadu zawiera Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 8 czerwca 2012 r. w sprawie rodzinnego wywiadu środowiskowego (poz. 712).

⁴³ Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 8 listopada 2010 r. w sprawie wzoru kontraktu socjalnego, Dz. U. nr 218, poz. 1439.

poziomu⁴⁴. Zgłoszenie tego projektu – choć nie został przyjęty do końca kadencji Sejmu w 2015 r. – wskazuje na dostrzeganie przez decydentów potrzeby wprowadzenia standardów usług opiekuńczych, których przestrzeganie będzie obowiązkiem wszystkich (a nie tylko tych najbardziej zaangażowanych) samorządów lokalnych odpowiedzialnych za ich zapewnienie.

Niesamodzielne osoby starsze pozostające w swoich mieszkaniach mogą otrzymać opiekę nie tylko od instytucji pomocy społecznej, ale i od instytucji ochrony zdrowia. W podstawowej opiece zdrowotnej są bowiem zatrudnione pielęgniarki środowiskowe/rodzinne, które w domach pacjentów świadczą usługi pielęgniarskie osobom obłożnie chorym, niepełnosprawnym i chorym terminalnie, współpracując z rodzinami pacjentów. Do zadań pielęgniarki środowiskowej należy udzielanie niektórych świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, pielęgnacyjnych, leczniczych i rehabilitacyjnych⁴⁵ oraz współpraca z instytucjami udzielającymi pacjentowi świadczeń socjalnych. Świadczenia pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej finansowane są z Narodowego Funduszu Zdrowia, a prawo do nich ma każdy ubezpieczony, który złożył deklarację wyboru danej pielęgniarki. Obowiązują tutaj identyczne zasady wyboru i rezygnacji z objęcia opieką, jak w przypadku lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (rodzinnego).

Instytucje pobytu czasowego i dziennego

Dzienne domy pomocy

Osoby starsze o ograniczonej samodzielności mogą uzyskać pomoc w postaci usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych świadczonych w ośrodkach wsparcia. Jest to zadanie własne gminy z zakresu pomocy społecznej. Do ośrodków wsparcia – zgodnie z ustawą o pomocy społecznej – zalicza się kilka kategorii instytucji, które mają charakter miejsc dziennego pobytu, chociaż w ich strukturach mogą także istnieć miejsca pobytu całodobowego, ale tymczasowego

⁴⁴ Dokument dostępny na stronie: <http://www.mpips.gov.pl/bip/projekty-aktow-prawnych/projekty-ustaw/pomoc-spoeczna/projekt-zalozen-projektu-ustawy-o-zmianie-ustawy-o-pomocy-spoecznej-oraz-niektorych-innych-ustaw-/#akapit6> [dostęp 10.10.2014 r.].

⁴⁵ Podstawę prawną do wykonywania tych czynności daje m.in. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, Dz.U. 2007 nr 210, poz. 1540. Szczegółowo zakres czynności oraz wymagania stawiane pielęgniarkom środowiskowym opisują zarządzenia Prezesa NFZ.



(zazwyczaj ograniczonego do kilku miesięcy). Ośrodkami wsparcia w systemie pomocy społecznej, które przeznaczone są przede wszystkim dla osób starszych, są dzienne domy pomocy (DDP). Ich prowadzenie należy do zadań gminy. Zadanie to jest realizowane przez jednostki organizacyjne gminy lub powierzane podmiotom niepublicznym, takim jak organizacje pozarządowe, organizacje kościelne, spółdzielnie socjalne. W 2013 r. działało w całym kraju 226 dziennych domów pomocy (w tym 192 prowadzone przez samorząd gminny i 34 prowadzone przez inne podmioty), co oznacza, że jedna taka placówka przypadała na 11 gmin. Łączna liczba osób korzystających z DDP wynosiła 19 278, z czego 90% stanowiły osoby korzystające z placówek prowadzonych przez gminy. Dienne domy pomocy zatrudniały w 2013 r. 1763 pracowników⁴⁶, a zatem na jedną osobę zatrudnioną w DDP (niezależnie od charakteru wykonywanej pracy) przypadało przeciętnie 11 podopiecznych.

Dla dziennych domów pomocy nie określono standardów wyposażenia pomieszczeń, zatrudnienia ani standardów świadczenia usług. Decyzje w sprawie kryteriów przyjęcia do DDP i zasad odpłatności za korzystanie z ich usług podejmują organy samorządu gminnego. Pobyt w DDP trwa 8 godzin – w dni powszednie. Zakres świadczonych usług jest bardzo zróżnicowany. Domy realizujące najuboższy program ograniczają się do zapewniania 2 posiłków dziennie, udostępniania prasy, oglądania telewizji i ewentualnie zajęć z zakresu terapii zajęciowej (szydełkowanie, rysowanie). Domy o rozbudowanym programie oferują: posiłki, dostęp do prasy i telewizji, dostęp do biblioteki, rehabilitację ruchową, odczyty, wspólne wyjścia na imprezy kulturalne, wycieczki, bogaty program terapii zajęciowej.

Wielofunkcyjne centra usług socjalnych

Na podstawie przepisów o pomocy społecznej działają w Polsce nieliczne wielofunkcyjne centra usług socjalnych dla osób starszych. Jak się wydaje, najstarszym z nich jest warszawskie Centrum Usług Socjalnych i Kształcenia Kadr Pomocy Społecznej „Ośrodek Nowolipie”. Placówka ta istnieje od 1992 r. jako „miejsce spotkań i pomocy dla osób starszych”⁴⁷, by z czasem stać się centrum kształcenia

⁴⁶ Sprawozdanie MPiPS-03 za 2013 r.

⁴⁷ www.osrodeknowolipie.pl [dostęp: 13.11.2014 r.].

pracowników służb społecznych (głównie pomocy społecznej) i wolontariuszy. Oferta ośrodka obejmuje: usługi edukacyjno-kulturalne (m.in. organizację wystaw, odczytów, prowadzenie biblioteki), klubo-kawiarnię, terapię zajęciową, usługi rehabilitacyjne i pielęgniarstwa, posiłki (na miejscu i dowożone do mieszkań), usługi wspierające (fryzjerskie, pralnicze, kąpielowe), poradnictwo prawne, koła zainteresowań. Ponadto na terenie ośrodka zlokalizowane są pokoje gościnne dla osób starszych⁴⁸. Jest to zatem instytucja oferująca osobom starszym – mającym różne potrzeby i różne możliwości – wszechstronne wsparcie w środowisku zamieszkania pozwalające na ich względnie samodzielne funkcjonowanie.

Innym, także z terenu Warszawy, przykładem wielofunkcyjnego centrum socjalnego jest Śródmiejski Ośrodek Opiekuńczy Dzielnicy Śródmieście im. prof. Andrzeja Tymowskiego (rozpoczął działalność w 1993 r.). W jego strukturze znajdują się trzy dzienne domy pomocy oraz hostel z miejscami czasowego, całodobowego pobytu dla osób potrzebujących stałej opieki medycznej. Osoby starsze, uzyskujące wsparcie w formie dziennej, mogą korzystać z posiłków (osobom chorym, niewychodzącym z domu są one dowożone), biblioteki, porad lekarskich i zabiegów rehabilitacyjnych, usług pralniczych, fryzjerskich i krawieckich, zróżnicowanej terapii zajęciowej. Mają także możliwość udziału w odczytach i imprezach kulturalnych organizowanych w ośrodku i poza nim. Na terenie placówki działa chór złożony z osób starszych. Instytucja ta udziela zatem wsparcia i pomocy zarówno osobom o bardzo ograniczonej samodzielności, jak i osobom aktywnym, niewymagającym pomocy w wykonywaniu codziennych czynności⁴⁹.

Opisane wyżej przykłady dowodzą, że istniejące regulacje prawne pozwalają na znaczące rozszerzanie oferty instytucji pomocy społecznej i wszechstronne wykorzystanie istniejącej infrastruktury społecznej.

Dzienne Domy i Kluby „Senior – WIGOR” – projektowane rozwiązania

31 grudnia 2014 r. Minister Pracy i Polityki Społecznej ogłosił projekt rządowego programu „Senior-WIGOR” na lata 2015-2020, stanowiącego realizację części *Założeń Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020*. Program przewiduje możliwość tworzenia przez jednostki samorządu terytorialnego

⁴⁸ *Ibidem*.

⁴⁹ <http://www.srodmiescie.it.pl/cms/prt/view/soo-dni-otw.html> [dostęp: 13.11.2014 r.].

dwóch typów placówek typu dziennego dla osób starszych: Dziennego Domu „Senior-WIGOR” lub Klubu „Senior-WIGOR”. Instytucje te mają różnić się zakresem oferowanych usług. Wyboru formy placówki ma dokonywać samorząd terytorialny zainteresowany udziałem w programie, zależnie od lokalnych potrzeb. Diagnoza tych potrzeb i wynikające z niej zadania powinny być uwzględnione w lokalnych strategiach rozwiązywania problemów społecznych (opracowywanych na podstawie ustawy o pomocy społecznej). Wsparcie z budżetu państwa w ramach programu ma trafić w szczególności do „jednostek samorządu, charakteryzujących się niskimi dochodami i/lub wysokim odsetkiem seniorów w populacji ogółem oraz brakiem infrastruktury pomocy społecznej służącej do realizacji usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób starszych poza miejscem ich zamieszkania. Celem programu jest w szczególności zapewnienie wsparcia seniorom (osobom nieaktywnym zawodowo w wieku 60+) poprzez umożliwienie korzystania z oferty na rzecz społecznej aktywizacji, w tym oferty prozdrowotnej, obejmującej także usługi w zakresie aktywności ruchowej lub kinetyterapii, edukacyjnej, kulturalnej, rekreacyjnej i opiekuńczej, w zależności od potrzeb stwierdzonych w środowisku lokalnym. W ramach programu przewiduje się udostępnienie seniorom infrastruktury pozwalającej na aktywne spędzanie czasu wolnego, a także zaktywizowanie i zaangażowanie seniorów w działania samopomocowe i na rzecz środowiska lokalnego”⁵⁰.

Zakłada się, że tworzenie Dziennych Domów „Senior-WIGOR” i Klubów „Senior-WIGOR” ma odbywać w drodze adaptacji lub remontu już istniejących obiektów. Program przewiduje jednorazowe dofinansowanie z budżetu państwa na pokrycie kosztów utworzenia i/lub wyposażenia placówki oraz dofinansowanie (w drodze konkursu) jej bieżącej działalności. W omawianym dokumencie opisano minimalne standardy, jakim powinny odpowiadać obiekty, w jakich usytuowane mają być placówki. Wskazano też na minimalny standard zatrudnienia – jeden pracownik (o niesprecyzowanych kwalifikacjach) na 15 uczestników oraz specjalista z zakresu usług medycznych (pielęgniarka i/lub fizjoterapeuta i/lub ratownik). „Podstawowy zakres usług świadczonych przez Dzienny Dom „Senior-WIGOR” oraz Klub „Senior-WIGOR” może obejmować w szczególności usługi: socjalne,

⁵⁰ Projekt programu - wersja z dnia 3 lutego 2015 r.: <http://www.mpips.gov.pl/bip/projekty-aktow-prawnych/projekty-programow-i-inne/projekt-programu-senior-wigor/> [dostęp: 6.02.2015 r.].

w tym posilek, edukacyjne, kulturalno-oświatowe, aktywności ruchowej lub kinezyterapii, sportowo-rekreacyjne”⁵¹.

Inne instytucje działające w i dla środowisk lokalnych adresowane do osób starszych

Uniwersytety trzeciego wieku

Pod koniec 2014 r. w Polsce działało około 500 uniwersytetów trzeciego wieku. UTW nie prowadzą działalności według jednego, wspólnego dla wszystkich modelu. Po pierwsze różny jest ich status prawny, po drugie – różnie kształtują swój program. Biorąc pod uwagę działalność programową, wyróżnić można dwa skrajne tzw. idealne typy UTW. Pomiędzy nimi mieszczą się poszczególne podmioty jako bardziej zbliżone do jednego lub drugiego typu. Typ pierwszy stanowi UTW nastawiony przede wszystkim na zorganizowanie czasu wolnego i kultywowanie towarzyskości. Jego program edukacyjny jest *de facto* bardziej pretekstem do organizowania spotkań niż formą zaspokajania skonkretyzowanych potrzeb edukacyjnych słuchaczy. Model ten pojawia się najczęściej w małych miejscowościach, pozbawionych zaplecza akademickiego. Drugi skrajny typ – to UTW z ambicjami akademickimi, nastawiony przede wszystkim na realizację programu edukacyjnego, gdzie przy okazji buduje się także więzi towarzyskie. Model akademicki występuje z reguły tam, gdzie jest zaplecze szkół wyższych i wysoko wykwalifikowana kadra wykładowców. Takie UTW funkcjonują przy szkołach wyższych. Pierwszy scharakteryzowany tu model jest niewątpliwie propozycją na miarę potrzeb i możliwości uczestników oraz ograniczonych zasobów środowiska lokalnego. Słabością tej formuły jest jednak to, że nie sprzyja ona łączeniu pokoleń we wspólnym działaniu, a UTW stanowi pokoleniową enklawę w środowisku lokalnym. Model akademicki jest natomiast bardziej wymagający wobec uczestników, czerpie z większych zasobów środowiska i jednocześnie ma szansę rozwinąć się w międzypokoleniowe „uniwersytety dla wszystkich grup wieku”.

W 2012 r. Towarzystwo Inicjatyw Twórczych „ę” przeprowadziło ogólnopolskie badanie „Zoom na uniwersytety trzeciego wieku”. Potwierdziło ono hipotezę, którą badacze UTW formułowali dotychczas na podstawie niesystematycznych

⁵¹ *Ibidem*.

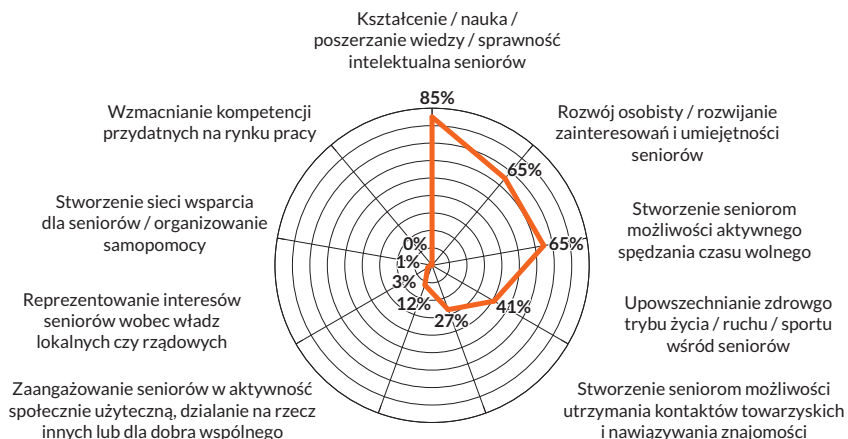


obserwacji, iż instytucje te nie przygotowują osób starszych do kontynuowania aktywności zawodowej i działają w oderwaniu od potrzeb i wyzwań rynku pracy. Są prowadzone wyłącznie z myślą o osobach biernych zawodowo. W ich propozycjach programowych nie ma oferty dla osób zbliżających się do granicy wieku emerytalnego, aktywnych na rynku pracy. UTW nie przygotowują 50-latków do starości (rozumianej jako etap bierności zawodowej) ani nie stawiają sobie za cel przedłużenia aktywności zawodowej starzejących się osób. Ich celem jest ogólnie pojmowana aktywizacja osób w starszym wieku. Tymczasem badania wskazują na to, że aktywność zawodowa osób starzejących się i starszych wcale nie musi stanowić konkurencji dla aktywności społecznej (rozumianej jako działanie na rzecz innych ludzi), intelektualnej czy kulturalnej⁵². Można zatem wyobrazić sobie takiego słuchacza UTW, który dzięki tej instytucji nie tylko ciekawie spędza wolny czas, ale także otrzymuje wsparcie dla swojej aktywności zawodowej (niekoniecznie realizowanej w pełnym wymiarze czasu pracy). Rzecz nie w tym, by UTW organizowały kursy zawodowe (to lepiej zrobią wyspecjalizowane instytucje szkoleniowe), ale by dawały uniwersalne umiejętności i kompetencje potrzebne przy wykonywaniu różnorodnych zadań zawodowych – począwszy od obsługi bardziej zaawansowanych aplikacji komputerowych, a skończywszy na kształtowaniu tzw. miękkich umiejętności, które są przydatne starszym pracownikom pełniącym rolę nauczycieli młodszych kolegów, pragnącym poprawić swoje funkcjonowanie w zespołach wielopokoleniowych, chcącym doskonalić umiejętności z zakresu komunikacji interpersonalnej itd.

Niezależnie od tego, czy uniwersytety trzeciego wieku będą funkcjonowały w dotychczasowej formie, czy też wzbogacą swoją ofertę programową, są one instytucjami dostarczającymi społecznego wsparcia tylko części osób starszych – samodzielnych i mieszkających w miastach; wyraźnie częściej są to kobiety niż mężczyźni. Podkreślić także należy, że są instytucjami nastawionymi na zaspokajanie indywidualnych potrzeb – aktywizowanie osób starszych i zaspokajanie ich zainteresowań, nie zaś na celowe tworzenie sieci wsparcia dla seniorów. Raczej nie wytwarzają kapitału społecznego, który mógłby być wykorzystywany w budowaniu sieci wsparcia (schemat 2).

⁵² Por. np. *Sposoby...*, op. cit., 2012, s.15.

SCHEMAT 2. Cele UTW – wyniki badania ilościowego w projekcie badawczym „Zoom na UTW”



Odpowiedź na pytanie: Uniwersytety trzeciego wieku w swojej działalności stawiają sobie różne cele. Proszę zaznaczyć stwierdzenia, które najlepiej opisują cel Państwa UTW (proszę zaznaczyć **trzy najważniejsze**).

Źródło: Ł. Ostrowski, Zoom na UTW. Zestawienie danych z badania ilościowego, Warszawa 2014, s. 11.

Kluby seniora

Poszczególne kluby seniora obejmują swoją działalnością stosunkowo nieduże zbiorowości osób – seniorów mieszkających blisko siedziby klubu, sprawnych fizycznie. Nie dysponujemy danymi pozwalającymi na ocenę liczby tych placówek, gdyż są one prowadzone przez bardzo różne lokalne instytucje: domy kultury, biblioteki, ośrodki pomocy społecznej, spółdzielnie mieszkaniowe, stowarzyszenia, parafie itd. Różnią się między sobą pod względem skali działalności (mierzonej liczbą klubowych bywalców) oraz oferty programowej. Kluby seniora mają bardzo zróżnicowane warunki lokalowe (wielkość i funkcjonalność pomieszczeń, użytkowanie wyłączone lub wspólne z innymi podmiotami) i warunki finansowe. Kluby dysponujące odpowiednimi pomieszczeniami i środkami finansowymi organizują prelekcje, spotkania autorskie, wystawy prac plastycznych, prowadzą zajęcia warsztatowe z różnych dziedzin, kursy języków obcych, zajęcia rekreacyjno-sportowe itd. Mniejsze kluby są przede wszystkim otwartym dla wszystkich miejscem towarzyskich spotkań, które uzupełniane są prelekcjami, amatorskimi występami. Działalność klubów polega zatem na



stwarzaniu możliwości nawiązywania kontaktów między ludźmi, zaspokajaniu potrzeb edukacyjnych, organizowaniu amatorskiej twórczości artystycznej, organizowaniu zajęć rekreacyjnych. Kluby (podobnie jak UTW) pełnią też rolę pośrednika między osobami starszymi a innymi instytucjami kultury, głównie tzw. kultury wysokiej, organizując wspólne wyjścia do teatrów, muzeów czy na koncerty. Niekiedy kluby seniora są miejscem aktywności obywatelskiej – dyskusji o sprawach lokalnych.

Przedstawiam poniżej, pochodzące z Poznania, dwa przykłady oferty programowej klubów seniora. Klub Seniora „U Salezjanów” miał w swojej ofercie zajęcia stałe, takie jak: nauka obsługi komputera i Internetu, nauka języka angielskiego i niemieckiego, zajęcia na siłowni, gimnastyka rehabilitacyjna i relaksacyjna, warsztaty artystyczne, poradnictwo psychologiczne, *nordic walking*, brydż. Członkom klubu oferowano także: zwiedzanie zabytków Poznania, program „Poznajemy Pomniki Historii” (wyjazdy krajoznawcze), wczasy turystyczno-krajoznawcze, wspólne wyjścia na imprezy kulturalne (teatr, kino, opera, wystawy, koncerty itp.), cykliczne spotkania z Pismem Świętym, spotkania i imprezy okolicznościowe. Inny przykład to Klub Seniora Oddziału Wielkopolskiego Polskiego Związku Głuchych, gdzie proponowano członkom: spotkania ze specjalistami w formie prelekcji, rehabilitację, porady prawne, wycieczki, imprezy okolicznościowe, grę w brydża⁵³. Te przykłady ilustrują formułę klubu seniora, która skupiona jest na zaspokajaniu indywidualnych zainteresowań klubowiczów w formie spotkań w większej lub mniejszej grupie. Inaczej w porównaniu z wielkomiejskimi, kształtuje się program małych wiejskich klubów seniora. Na przykład klub działający przy Gminnym Ośrodku Kultury w Werbkowicach⁵⁴ proponuje: spotkania i wymianę doświadczeń z innymi klubami seniora, wyjazdy i wycieczki krajoznawcze, imprezy taneczne, przygotowywanie potraw do degustacji na takie imprezy, jak: Dni Werbkowic, Dożynki, Wigilia, Senioriada, kursy kulinarne, udział w zespole wokalnym Lotos. Klub ma w swoim kalendarium cykliczne imprezy, takie jak: Zimowy Bal Seniora, Dzień Babci i Dziadka, Dzień Kobiet, Jesienny Dzień Seniora, Rocznica Powołania Klubu Seniora, Wigilia, Wielkanoc. Wspólnie obchodzone są także imieniny

⁵³ Przykłady podaję za stroną internetową poznańskiego Centrum Inicjatyw Senioralnych: http://centrumis.pl/oferta_klubow.html [dostęp: 2.02.2015 r.].

⁵⁴ Gmina w województwie lubelskim, w powiecie hrubieszowskim, licząca ponad 10 tys. mieszkańców.

członków klubu⁵⁵. Jak się wydaje ten model klubu jest nastawiony przede wszystkim na zapewnienie kontaktów i dostarczenie społecznego wsparcia osobom starszym.

Instytucje stałego pobytu dla osób starszych

Instytucje stałego pobytu dla osób starszych należą w Polsce do systemu ochrony zdrowia oraz do pomocy społecznej. Zgodnie z ustawą o pomocy społecznej instytucje te mogą działać jako: domy pomocy społecznej, rodzinne domy pomocy, działalność gospodarcza w zakresie prowadzenia placówki zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku.

Domy pomocy społecznej

Domy pomocy społecznej (DPS), zależnie od tego, dla kogo są przeznaczone, dzielą się na 7 podstawowych typów⁵⁶:

1. dla osób w podeszłym wieku,
2. dla osób przewlekle somatycznie chorych,
3. dla osób przewlekle psychicznie chorych,
4. dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie,
5. dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie,
6. dla osób niepełnosprawnych fizycznie,
7. dla osób uzależnionych od alkoholu⁵⁷.

Ponadto możliwe jest prowadzenie w jednym budynku łącznie domów pomocy społecznej dla:

1. osób w podeszłym wieku i osób przewlekle somatycznie chorych,
2. osób przewlekle somatycznie chorych oraz osób niepełnosprawnych fizycznie,
3. osób w podeszłym wieku oraz osób niepełnosprawnych fizycznie,
4. dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie oraz dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie.

⁵⁵ <http://gokwerbkowice.pl/?klub-seniora,30> [dostęp: 2.02.2015 r.].

⁵⁶ Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r., Dz.U. 2004, nr 64, poz. 593 z późn. zm.

⁵⁷ Ten typ DPS wprowadzono nowelizacją ustawy o pomocy społecznej z dnia 22 lutego 2013 r.

Domy pomocy społecznej mogą prowadzić – po uzyskaniu zezwolenia wojewody – jednostki samorządu terytorialnego, Kościoły i związki wyznaniowe, fundacje i stowarzyszenia, inne osoby prawne oraz osoby fizyczne. Działalność gospodarcza w zakresie prowadzenia placówki zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku także wymaga zgody wojewody.

TABELA 19. Domy pomocy społecznej w 2013 r. w Polsce

Rodzaje domów	Rzeczywista liczba domów	Liczba mieszkańców		
		Ogółem	61-74 lata	Powyżej 74 lat
Ponadgminne - samorządów powiatowych	572	62 465	16 526	18 594
Ponadgminne - podmiotów niepublicznych	211	13 747	2322	4036
Gminne - samorządów	21	985	252	596
Gminne - podmiotów niepublicznych	2	82	22	52

Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdania MPiPS-05 za 2013 r.

W 2013 r. funkcjonowało w Polsce 806 domów pomocy społecznej. 97% spośród nich miało zasięg ponadgminny. Trzy na cztery DPS prowadzone były przez samorząd terytorialny – głównie powiatowy. W DPS mieszkało 77 279 osób, z czego 25% stanowiły osoby w wieku 61-74 lata, a 30% osoby mające powyżej 74 lat (tab. 19). W 2013 r. w DPS zatrudnionych były 51 674 osoby (MPiPS-03 za 2013), a zatem przeciętnie na jednego pracownika (niezależnie od charakteru wykonywanej pracy) przypadało 1,5 mieszkańca. Dodać należy, że w 2013 r. w 291 placówkach całodobowej opieki (prowadzonych w ramach działalności statutowej lub gospodarczej) przebywało 6903 mieszkańców, z tego połowa w placówkach dla osób w podeszłym wieku. Nie dysponujemy natomiast danymi na temat struktury wieku mieszkańców tych placówek.

TABELA 20. Domy pomocy społecznej w 2012 r. w Polsce

Rodzaje domów	Rzeczywista liczba domów	Liczba mieszkańców		
		Ogółem	61-74 lata	Powyżej 74 lat
Ponadgminne - samorządów powiatowych	574	62 737	15 937	18 824
Ponadgminne - podmiotów niepublicznych	206	13 522	2 253	4 010
Gminne - samorządów	20	937	237	21
Gminne - podmiotów niepublicznych	2	90	583	50

Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdania MPIPS-05 za 2012 r.

Rok wcześniej – w 2012 r. – w DPS mieszkało blisko 42 tys. osób w wieku 61 i więcej, co stanowiło 0,6% populacji w tym wieku (tab. 20). Natomiast w przypadku grupy wieku 75 lat i więcej mieszkańcy DPS stanowili 0,9% populacji w tym wieku⁵⁸. Nawet jeśli podane tutaj liczby uzupełnimy o osoby mieszkające w placówkach całodobowej opieki (należących do systemu pomocy społecznej) innych niż DPS, z danych tych wynika, że znaczenie stacjonarnych form zbiorowego zamieszkiwania jest znikome dla ludzi starych w Polsce.

Rodzinne domy pomocy

Rodzinne domy pomocy (RDP) są stosunkowo nową i zarazem słabo rozwiniętą formą stacjonarnej instytucji dla osób starszych. W ustawie o pomocy społecznej (art. 52) określa się je jako „formę usług opiekuńczych i bytowych świadczonych całodobowo”. W placówce może przebywać od trzech do ośmiu osób. Rodzinny dom pomocy może prowadzić – na podstawie umowy zawartej z wójtem – osoba fizyczna lub organizacja pożytku publicznego. Podopieczni RDP korzystają z usług bytowych i opiekuńczych, które są realizowane przez osoby prowadzące dom (w przypadku osób fizycznych) lub kierujące domem (w przypadku organizacji pożytku publicznego). Osoby te mogą korzystać z pomocy innych osób. Rodzinne domy pomocy dzieli się na dwa typy: dla osób wymagających wsparcia z powodu

⁵⁸ Obliczenia własne na podstawie sprawozdania MPIPS-05 za rok 2012 i „Rocznika Demograficznego GUS”.

wieku (dom dla osób starszych) i dla osób wymagających wsparcia z powodu niepełnosprawności⁵⁹. Tego podziału nie uwzględniają jednak dostępne statystyki. W 2012 r. istniały w Polsce 23 rodzinne domy pomocy, a mieszkało w nich 188 osób⁶⁰. W 2013 r. wzrosła liczba RDP – było ich 29, z czego 14 prowadzonych przez gminy i 15 prowadzonych przez inne podmioty. Spadła natomiast, do 168 osób, liczba mieszkańców RDP (MPiPS-03 za 2013 r.). Dane te dobitnie pokazują, że ten typ instytucji pomocowych pełni w systemie marginalną rolę.

Instytucje opieki długoterminowej w systemie ochrony zdrowia

Jak już wspomniano wcześniej, w Polsce zakłady stacjonarne, w których przebywają osoby starsze, działają nie tylko jako instytucje pomocy społecznej, ale także występują w systemie ochrony zdrowia. Te placówki to: zakłady opiekuńczo-lecznicze i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze. W obu przypadkach placówki te mogą mieć profil ogólny lub psychiatryczny. Udzielają one stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne. Świadczenia te polegają na pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów niewymagających hospitalizacji, zapewnieniu im leków i wyrobów medycznych, miejsca pobytu i wyżywienia. Usługi powinny także obejmować edukację zdrowotną pacjentów i ich rodzin oraz przygotowanie pacjentów do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych⁶¹. Pacjenci ponoszą koszty wyżywienia i zakwaterowania w zakładach opiekuńczych. Miesięczna opłata wynosi – zgodnie z ustawą⁶² – 250% minimalnej emerytury, jednak nie może być wyższa niż 70% miesięcznego dochodu pacjenta. Świadczenia gwarantowane (finansowane ze środków publicznych) w zakładach opiekuńczych udzielane są osobom, które w skali Barthel uzyskały 40 i mniej punktów⁶³.

W 2012 r. istniało 516 zakładów opieki długoterminowej. 90% spośród nich stanowiły zakłady opiekuńczo-lecznicze i leczniczo-pielęgnacyjne o profilu

⁵⁹ Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 31 maja 2012 r. w sprawie rodzinnych domów pomocy, Dz.U. 2012, nr 0, poz. 719.

⁶⁰ *Pomoc społeczna i opieka nad dziećmi i rodziną w 2012 r.*, GUS, Warszawa 2013 (*op. cit.*, s. 189).

⁶¹ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. 2011, nr 112, poz. 654 z późn. zm.

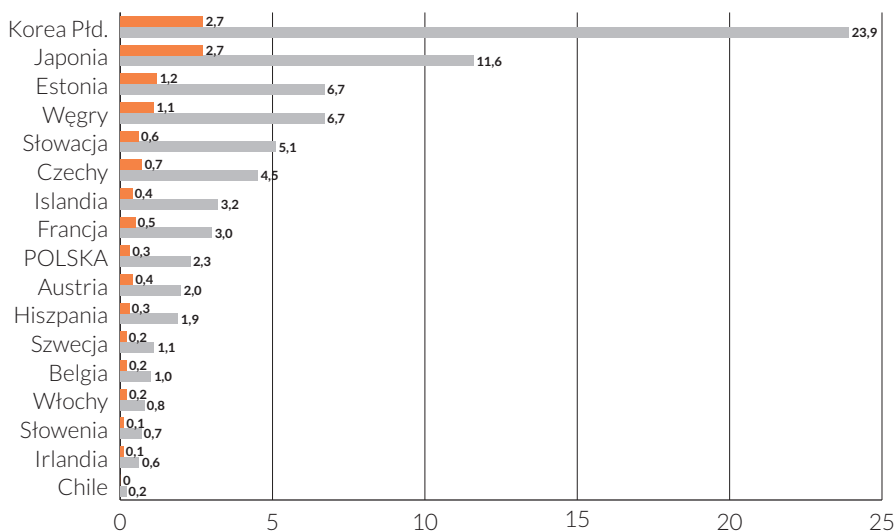
⁶² Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. 2004, nr 210, poz. 2135 z późn. zm.

⁶³ Karta oceny świadczeniobiorcy stanowi załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, Dz.U. 2013, nr 0, poz. 1480, 2013.12.24.

ogólnym. W 2012 r. dysponowały one 80% łóżek opieki długoterminowej. Główny Urząd Statystyczny podaje łączną liczbę pacjentów zakładów opieki długoterminowej i hospicjów, która wyniosła 76,6 tys. Ponad 60% spośród nich stanowiły osoby w wieku 65 lat i więcej, z tego połowa miała 80 lat i więcej⁶⁴. Z danych Ministerstwa Zdrowia wynika, że w 2013 r. zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL) przyjęły w opiece stacjonarnej 43 675 pacjentów, zaś zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO) – 14 776 pacjentów. Ponadto ZOL psychiatryczne miały 31 pacjentów opieki dziennej, zaś ZPO – 277 pacjentów opieki domowej i 81 pacjentów opieki dziennej⁶⁵. Zestawienie tych liczb wyraźnie wskazuje na marginalną rolę dziennych i domowych form opieki długoterminowej realizowanej przez zakłady opiekuńcze podległe Ministrowi Zdrowia.

Stan infrastruktury ochrony zdrowia w opiece długoterminowej w Polsce w porównaniu z wybranymi krajami na świecie ilustruje wykres 6.

WYKRES 6. Łóżka długoterminowe w szpitalach na 1000 ludności i na 1000 ludności w wieku 65 lat i więcej, w wybranych krajach OECD w 2011 r.



Źródło: Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r., GUS, Warszawa 2013, s. 140.

⁶⁴ *Zdrowie i ochrona zdrowia...*, op. cit., s. 81-83).

⁶⁵ *Biuletyn Statystyczny...*, op. cit., s. 97).



Inne rozwiązania

Teleopieka

W Polsce teleopieka jest cały czas stosunkowo nową formą wsparcia. Funkcjonuje w oparciu o telefonię stacjonarną i komórkową. Internet, pozwalający na nawiązanie komunikacji wizualnej, jest jeszcze rzadko wykorzystywany. Usługi teleopiekuńcze realizowane są w różnych miejscach Polski, choć są to zazwyczaj duże miasta. Oferowane usługi mają przede wszystkim charakter ratowniczy, a więc polegają na przywoływaniu pomocy przez podopiecznego w przypadku, gdy potrzebna jest szybka interwencja osoby trzeciej (pogorszenie samopoczucia, upadek itp.). Podopieczny wykorzystuje w tym celu telefon lub – gdy nie jest możliwe przeprowadzenie zwykłej rozmowy telefonicznej – przycisk SOS umieszczony w breloczku, wisiorku czy bransoletce. Usługi te są oferowane osobom starszym – mieszkającym samotnie, niesamodzielnym lub cierpiącym na przewlekłe schorzenia związane z ryzykiem gwałtownego zachorowania. W przypadku ryzyka gwałtownego pogorszenia stanu zdrowia z teleopieką może być połączony zdalny monitoring stanu zdrowia (np. telekardio). Usługi teleopiekuńcze – realizowane w formule ratowniczej – mogą także polegać na monitorowaniu stanu urządzeń w mieszkaniu podopiecznego, np. poprzez zainstalowanie i kontrolowanie wskazań czujników gazu, dymu, zalania, temperatury. Obok działań ratowniczych teleopieka może także obejmować działania monitorujące, polegające na systematycznym nawiązywaniu kontaktu telefonicznego z podopiecznym w celu sprawdzenia jego samopoczucia, uzyskania informacji o jego potrzebach.

Usługi teleopiekuńcze oferowane są w Polsce głównie przez podmioty gospodarcze, ale istnieją także zajmujące się tym fundacje. Tak było w Sopocie, gdzie w 2013 r. Fundacja Niezależni na zlecenie władz miasta uruchomiła system teleopieki wobec grupy podopiecznych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej. Połączono tutaj dwa rozwiązania: pracę teleopiekunów obsługujących całodobowo centralę telefoniczną oraz „komitety sąsiedzkie”, czyli aktywność osób mieszkających w pobliżu osób objętych monitoringiem, których zadaniem jest reagowanie na informację o zagrożeniu otrzymaną od teleopiekuna i sprawdzenie na miejscu, jakie zagrożenie sygnalizuje podopieczny. Z sopockich doświadczeń wynika, że najwięcej trudności związanych jest z tworzeniem „komitetów sąsiedzkich”. Oprócz działań ratowniczych realizowane też są działania monitorujące, gdyż – jak

deklarują organizatorzy – teleopiekunowie co tydzień przeprowadzają rozmowy monitorujące stan zdrowia osób korzystających z systemów przywoławczych⁶⁶.

Usługi teleopiekuńcze opłacane są najczęściej przez samych podopiecznych lub ich rodziny, ale są też nieliczne samorządy lokalne (np. Sopot, Gdynia, Opole), które zdecydowały się na ich finansowanie dla swoich najbardziej potrzebujących seniorów.

Banki czasu

Bank czasu jest formą samoorganizacji zbiorowości lokalnej i samopomocy poprzez nieodpłatne, wzajemne świadczenie usług. Ci, którzy świadczą usługę, zdobywają punkty (liczone w minutach lub pieniądzech) i tymi punktami mogą „płacić” innej osobie, od której otrzymują jakąś inną usługę. W przedsięwzięciach banku czasu mogą uczestniczyć osoby w różnym wieku, dysponujące bardzo różnymi umiejętnościami. Przedmiotem wymiany w banku czasu są bardzo zróżnicowane usługi: opiekuńcze, edukacyjne, remontowo-budowlane, porządkowe, krawieckie itd. Wymiana ta odbywa się w strukturze sieciowej. Wielkość sieci może być bardzo zróżnicowana – od kilkunastu do kilku tysięcy osób. Kontakty między „akcjonariuszami” banku czasu są koordynowane – także przy wykorzystaniu Internetu – przez wybraną instytucję lub osobę⁶⁷.

W Polsce podejmowano próby tworzenia banków czasu w różnych środowiskach, ale wydaje się, że nadal jesteśmy w fazie „pilotażowej”. Tym bardziej interesujący jest przykład banku czasu skupiającego osoby starsze i niepełnosprawne, który działa od 2005 r. w Tczewie. Jest to inicjatywa realizowana przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej i Zarząd Miejskiego Polskiego Komitetu Pomocy Społecznej, a reguluje ją uchwała Rady Miejskiej. Bank Czasu działa na zasadzie katalogu usług. Świadcząc usługi, uczestnik (uczestniczka) „zarabia” godzinę. W procesie wymiany bierze się pod uwagę tylko czas pracy, nie dokonując wyceny pieniężnej wartości usługi. Uczestnicy Banku Czasu otrzymują specjalne Osobiste Karty Wymiany, w których zapisują swoje usługi-godziny – te przyjęte od innej osoby i dane komuś innemu. W 2015 r. Bank Czasu był przedsięwzięciem zrzeszającym 158 osób (w różnym wieku), które wypracowywały średnio około 5000

⁶⁶ http://www.wiadomosci24.pl/artukul/teleopieka_wspiera_sopockich_seniorow_291085.html [dostęp: 2.02.2015 r.]

⁶⁷ Informacje o zasadach funkcjonowania banku czasu są dostępne m.in. na stronach internetowych: www.timebanks.org i www.TimeDollar.org.



usług – godzin rocznie. Produktem działalności Banku Czasu jest katalog 67 usług obejmujących obszary z zakresu uczestnictwa w życiu społecznym, zawodowym, kulturalnym, edukacyjnym, a także zdrowotnym. Uczestnicy Banku tworzą sieć wymiany usług, ale także wspólnie uczestniczą w imprezach edukacyjnych, kulturalnych i rekreacyjnych. Rolę koordynatora i animatora pełni Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej⁶⁸.

Mieszkania chronione i wspomagane

Mieszkanie chronione zaliczane jest do niepieniężnych usług pomocy społecznej⁶⁹. Osoby w nim przebywające otrzymują ze strony specjalistów pomoc pozwalającą im na podtrzymanie samodzielności lub przygotowanie do samodzielnego życia. Mieszkanie chronione może być prowadzone przez każdą jednostkę organizacyjną pomocy społecznej lub organizację pożytku publicznego, choć ustawa o pomocy społecznej zalicza „prowadzenie i zapewnienie miejsc w mieszkaniach chronionych” do obowiązkowych zadań własnych gminy⁷⁰. Zgodnie z ustawą o pomocy społecznej⁷¹, pobyt w mieszkaniu tego typu może być przyznany osobie, która ze względu na trudną sytuację życiową, wiek, niepełnosprawność lub chorobę potrzebuje wsparcia w funkcjonowaniu w codziennym życiu, ale nie wymaga usług całodobowej opieki w zakresie świadczonym przez jednostkę. Jako osoby, którym w szczególności przysługuje ta forma opieki, ustawodawca wymienia: osoby z zaburzeniami psychicznymi, osoby opuszczające pieczę zastępczą, młodzieżowe ośrodki wychowawcze lub zakłady dla nieletnich oraz cudzoziemców (mających status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą). Nie ma zatem w tej grupie osób starszych, choć w definicji mieszkania chronionego wymienia się wiek jako przesłankę uzyskania tej formy pomocy. Także w rozporządzeniu⁷² do ustawy o pomocy społecznej wskazuje się na osoby starsze, ustalając możliwość przebywania w mieszkaniu chronionym przez czas nieokreślony między innymi dla osób niezdolnych do pracy z tytułu wieku.

⁶⁸ Informacje przekazane przez organizatorów do Biura Rzecznika Praw Obywatelskich.

⁶⁹ Ustawa o pomocy społecznej..., op. cit., art. 36.

⁷⁰ Art. 17.

⁷¹ Art. 53.

⁷² Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 marca 2012 r. w sprawie mieszkań chronionych, Dz.U. 2012.

Wsparcie w mieszkaniach chronionych obejmuje: pracę socjalną, poradnictwo specjalistyczne, naukę lub utrzymanie posiadanego poziomu sprawności w zakresie samoobsługi, samodzielności, rozwijania kontaktów społecznych, pełnienia ról społecznych. Mieszkańcy, w miarę swoich potrzeb, powinni uzyskiwać także pomoc w wykonywaniu codziennych czynności, podtrzymywaniu kontaktów z innymi osobami, zagospodarowaniu czasu wolnego. Powinni uzyskać także pomoc w uzyskaniu mieszkania. Specjalistami pracującymi z użytkownikami mieszkań chronionych są (zależnie od potrzeb): pracownicy socjalni, psychologowie, terapeuci, opiekunowie, asystenci osoby niepełnosprawnej. „Wyposażenie pomieszczeń i pokoi mieszkalnych w mieszkaniu chronionym uwzględnia podstawowe potrzeby i możliwości osób skierowanych, przy czym jedno mieszkanie chronione przeznaczone jest dla nie mniej niż 3 osób, a minimalna powierzchnia użytkowa dla jednej osoby nie może być mniejsza niż 12 m². [...] Mieszkanie chronione, oprócz pomieszczeń mieszkalnych, ma kuchnię lub wnękę kuchenną, łazienkę, ustęp wydzielony lub miskę ustępową w łazience oraz przestrzeń komunikacji wewnętrznej”⁷³. Zatem minimalny standard mieszkania chronionego jest relatywnie skromny i nie zawiera wymogu osobnego pokoju dla każdego mieszkańca.

Mieszkania chronione dla osób starszych istnieją w niewielu miejscach w kraju. Przykładem tego typu rozwiązania jest mieszkanie chronione w Szczecinie. Powstało ono w 2014 r. dzięki współpracy trzech instytucji - Zarządu Budynków i Lokali Komunalnych, Szczecińskiego Stowarzyszenia Budownictwa Społecznego oraz Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie (MOPR). Dysponentem mieszkania jest MOPR, a jest ono zlokalizowane w budynku szczecińskiego TBS. Przeznaczone jest dla sześciu osób (w wieku powyżej 67 lat), które wymagają całodobowej opieki. Jest to 4-pokojowe mieszkanie o powierzchni 110 m², z dwoma łazienkami oraz kuchnią. Lokal znajduje się na parterze budynku, nie ma barier architektonicznych i jest przystosowany do potrzeb osób niepełnosprawnych. Jest to w mieście mieszkanie „pilotażowe”, a władze Szczecina deklarują – o ile inicjatywa ta przyniesie oczekiwane rezultaty – powstawanie kolejnych mieszkań chronionych dla seniorów. Osoby starsze korzystające z tego mieszkania muszą być osobami samotnymi lub pozbawionymi wsparcia rodziny. Muszą posiadać tytuł prawny do lokalu komunalnego będącego w zasobach gminy-miasta Szczecin, który zwolni

⁷³ *Ibidem*.



w całości po 30 dniach od dnia otrzymania decyzji przyznającej prawo pobytu w mieszkaniu i przekażą do dyspozycji gminy-miasta Szczecin i jednocześnie nie mogą posiadać tytułu prawnego do żadnego innego lokalu mieszkalnego. Osoby umieszczane w tym mieszkaniu chronionym muszą być ponadto emerytami lub rencistami (z dochodem netto nie niższym niż 900 zł) i nie mogą mieć zaległości z tytułu jakichkolwiek opłat związanych z utrzymaniem dotychczasowego mieszkania⁷⁴. Miasto Szczecin proponuje zatem mieszkania chronione osobom starszym o wysokim stopniu niesamodzielności, niezależnym materialnie i będącym najemcami lokali komunalnych. Nie jest to więc propozycja dla każdej niesamodzielnej osoby starszej.

Mieszkania wspomagane, podobnie jak mieszkania chronione, mają na celu zapewnienie funkcjonowania w otwartym środowisku osobom o ograniczonej samodzielności oraz młodym dorosłym, którzy usamodzielniają się po opuszczeniu instytucjonalnej opieki zastępczej. Przewiduje się otoczenie mieszkańców tego typu mieszkań opieką specjalistów. Mieszkania wspomagane nie są formą pomocy społecznej, lecz formą specjalistycznego mieszkalnictwa, które finansowane jest zarówno ze środków własnych mieszkańców, jak i ze środków publicznych. Pojęcie mieszkalnictwa wspomaganego zostało upowszechnione przez działaczy Koła Polskiego Stowarzyszenia na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym w Stargardzie Szczecińskim. W 1998 r. organizacja ta, wspólnie ze stargardzkim Towarzystwem Budownictwa Społecznego, wybudowała pierwsze mieszkania wspomagane dla grupy osób niepełnosprawnych intelektualnie. W kolejnych latach z inicjatywy władz Stargardu Szczecińskiego, TBS i organizacji pozarządowych program mieszkalnictwa wspomaganego rozszerzono między innymi o wybudowanie mieszkań dla seniorów (projekt „Nie-sami”) – z systemem przywołania, pomocą świadczoną przez wolontariuszy oraz wspólną przestrzenią w budynkach, pozwalającą na organizowanie przedsięwzięć integrujących mieszkańców domu⁷⁵. Są to samodzielne mieszkania na wynajem, przeznaczone dla jednej lub dwóch osób, a architektura budynków dostosowana jest do potrzeb osób niepełnosprawnych.

⁷⁴ http://mopr.szczecin.pl/aktualnosci/258/Otwarcie_Mieszkania_Chronionego_Dla_Osob_Starszych.html [dostęp: 11.01.2015 r.].

⁷⁵ <http://nonstopTBS.pl/20120829161/aktualnosci/wzorzec-stargardzki-i-co-dalej/> [dostęp: 2.12.2014 r.] oraz obserwacje własne w toku wizyty studialnej w Stargardzie Szczecińskim w 2013 roku.

Podsumowanie

W Polsce występuje wiele form społecznego wsparcia osób starszych w ich miejscu zamieszkania. Niektóre z nich istnieją od kilku dziesięcioleci, inne powstały niedawno. Różny jest też ich zasięg. Są takie, które występują sporadycznie, jak np. banki czasu, teleopieka, mieszkania chronione i wspomagane czy wielofunkcyjne centra usług socjalnych. Formą występującą rzadko, choć mającą wieloletnią tradycję, są dzienne domy pomocy. Natomiast klubów seniora i uniwersytetów trzeciego wieku jest relatywnie dużo. W większości środowisk lokalnych świadczony też są usługi opiekuńcze.

Różnorodność praktykowanych form wsparcia jest zatem znaczna, ale niezadowalająca jest skala realizacji tych działań. Najlepsza sytuacja pod względem „nasylenia” środowiska lokalnego instytucjami środowiskowego wsparcia osób starszych jest w dużych miastach. Są one demograficznie stare, a zatem potrzeby starszych mieszkańców występują tam w dużym natężeniu. Jednocześnie samorządy dużych miast dysponują rozwiniętą infrastrukturą społeczną i relatywnie dużymi środkami finansowymi. W miastach średniej wielkości sytuacja jest bardzo zróżnicowana, gdyż są wśród nich ośrodki realizujące bardzo pożyteczne inicjatywy na rzecz seniorów, ale są i takie, w których oferta wsparcia ogranicza się do świadczenia usług opiekuńczych. Jak się wydaje, najtrudniejsza jest sytuacja na wsi, gdzie najtrudniej o dobrze zorganizowane i trafnie adresowane wsparcie ludzi starych w ich środowisku zamieszkania. Z reguły mogą oni liczyć tylko na rodzinę i na Kościół.

Generalnie skala środowiskowego wsparcia nie jest zadowalająca. Zdecydowana większość osób starszych pozostaje poza jego oddziaływaniem. Niezadowalający jest stan infrastruktury społecznej wykorzystywanej do świadczenia usług wsparcia i organizowania aktywności osób starszych. Brakuje kadr wyspecjalizowanych w pracy z osobami starszymi o różnym stopniu samodzielności, różnym potencjale kulturowym i kapitale społecznym.



Bibliografia

1. „Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia”, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2014.
2. „Rocznik Demograficzny 2013”, GUS, Warszawa 2013.
3. *Elementarz III sektora*, Klon/Jawor, Warszawa 2005.
4. Ostrowski Ł., *Zoom na UTW. Zestawienie danych z badania ilościowego*, Warszawa 2014.
5. *Prognoza ludności na lata 2014-2050*, GUS, Warszawa 2014.
6. *Sposoby spędzania czasu na emeryturze*, CBOS, Warszawa 2012.
7. Staręga-Piasek J., Balon K., Rutkiewicz G., Stec K., Szmaglińska I., Zielony M., *Standard usług opiekuńczych dla osób starszych świadczonych w miejscu zamieszkania*; 2011, tekst w wersji elektronicznej dostępny na stronie: http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/3.%20STANDARD_OS_3p.pdf [dostęp: 10.10.2014 r.].
8. *Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych 2013*, ZUS, Warszawa 2014.
9. *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r.*, GUS, Warszawa 2013.

System wsparcia dla osób starszych w Niemczech

Charakterystyka demograficzna populacji osób starszych w Niemczech

Niemcy należą do grupy krajów o najbardziej zaawansowanym procesie demograficznego starzenia się ludności. Odsetek osób w wieku 65 i więcej lat wyniósł w 2013 r. 20,7 proc. Był o 2,5 punkta procentowego wyższy niż przeciętnie w całej Unii Europejskiej i aż o 6,5 p.p. wyższy niż w tym samym roku w Polsce. Szczegóły dotyczące udziału osób zaliczanych umownie do grupy III oraz IV wieku zawiera tabela 21.

TABELA 21. Udział osób w wieku 65-79 lat oraz 80 lat i więcej w Unii Europejskiej, Niemczech i Polsce w latach 2002–2013 (w proc.)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Odsetek osób w wieku 65-79 lat												
UE 28	12,4	12,5	12,5	12,6	12,7	12,7	12,7	12,7	12,8	12,8	12,9	13,1
Strefa euro 18	12,8	12,9	13,0	13,1	13,2	13,2	13,1	13,1	13,2	13,1	13,3	13,5
Niemcy	13,1	13,4	13,8	14,3	14,8	15,2	15,3	15,4	15,6	15,3	15,2	15,3
Polska	10,5	10,5	10,6	10,6	10,6	10,6	10,5	10,3	10,2	10,0	10,2	10,5
Odsetek osób w wieku 80 lat i więcej												
UE 28	3,6	3,8	3,9	4,0	4,1	4,3	4,4	4,5	4,7	4,8	4,9	5,1
Strefa euro 18	3,9	4,0	4,1	4,3	4,4	4,6	4,7	4,8	5,0	5,2	5,3	5,5
Niemcy	3,9	4,1	4,2	4,3	4,5	4,6	4,8	5,0	5,1	5,3	5,4	5,4
Polska	2,1	2,2	2,4	2,5	2,7	2,9	3,0	3,1	3,3	3,4	3,6	3,7

Źródło: link do ec.europa.eu/eurostat (dostęp 17.11.2014 r.).

W Niemczech zauważalne są przestrzenne różnice w tempie procesu demograficznego starzenia się ludności. Jest ono szybsze w miastach niż na wsi (przed

czterdziestu laty sytuacja była odwrotna, co było spowodowane migracją młodszą ludność do miast). Największe jednak różnice dają się zaobserwować w przypadku starych i nowych krajów związkowych. Proces demograficznego starzenia się nowych landów, tworzących dawniej b. NRD, przebiega znacznie szybciej, nie tylko z uwagi na niski wskaźnik dzietności notowany wcześniej w NRD, ale i ze względu na silny trend do migracji ze wschodniej części zjednoczonych Niemiec do starych landów. W tabeli 22 pokazano szczegóły dotyczące struktury mieszkańców obu części Niemiec według wieku.

TABELA 22. Odsetek ludności wschodniej i zachodniej części Niemiec według grup wieku w latach 1990–2012

Lata	Grupy wieku					Ogółem
	0-19	20-29	30-59	60-79	80+	
Zachodnie landy						
1990	20,8	17,1	41,3	16,9	3,9	100,0
2000	21,4	11,6	43,6	19,6	3,8	100,0
2005	20,8	11,5	43,2	20,0	4,5	100,0
2010	19,3	12,0	42,9	20,5	5,3	100,0
2012	18,9	12,1	42,8	20,9	5,3	100,0
Wschodnie landy						
1990	25,2	15,1	40,9	15,4	3,4	100,0
2000	20,0	11,9	43,9	20,8	3,5	100,0
2005	17,0	12,8	43,6	22,4	4,3	100,0
2010	14,9	12,9	43,8	23,0	5,3	100,0
2012	15,3	12,0	43,1	24,0	5,6	100,0

Źródło: *Deutschland in Zahlen 2014*, Institut der deutschen Wirtschaft, Köln 2014, tab. 1.3.

Utrzymujący się wysoki odsetek starszej ludności od dawna wywołuje konieczność coraz bardziej starannego definiowania potrzeb społecznych i medycznych tej części populacji oraz wprowadzenia na poziomie federacji, krajów związkowych, powiatów i gmin mechanizmów pozwalających na ich zaspokojenie.

W Niemczech polityka wobec osób starszych (*Altenpolitik*) prowadzona jest od ponad 30 lat na poziomie federalnym, a jeszcze dłużej – na poziomie lokalnym, gdzie powszechnie stosowane są takie instrumenty, jak na przykład planowanie działań na rzecz osób starszych (*Altenplanung*)⁷⁶. Ponadto ważną rolę odgrywa administracja samorządowa, która za pośrednictwem wyspecjalizowanych instytucji zabiega o zaspokojenie potrzeb seniorów.

Szczególne miejsce w polityce wobec osób starszych zajmują świadczenia udzielane osobom niepełnosprawnym, wśród których przeważają osoby starsze. Świadczenia te mają nie tylko charakter medyczny, ale również dotyczą społecznych, w tym czysto socjalnych aspektów życia oraz są nakierowane na zapobieganie wykluczeniu społecznemu osób starszych, tak ze względu na ich sytuację materialną, jak i poziom sprawności oraz samodzielności.

Liczba osób korzystających ze świadczeń pielęgnacyjnych w Niemczech⁷⁷ wynosiła w 2013 r. nieco ponad 2,5 mln. Z tego 30 proc. (około 743 tys.) korzystało z opieki w 12 400 placówkach zamkniętych. Pozostałe 1,76 mln objętych było opieką udzielaną przez członków rodziny (1,18 mln osób) lub przez środowiskowe służby pielęgnacyjne (576 tys. osób). Liczba firm i organizacji świadczących usługi pielęgnacyjne wyniosła około 12 300, a liczba w nich zatrudnionych osób – 291 tys.⁷⁸.

Przy tak znacznym udziale osób niesamodzielnich korzystających ze wsparcia w swoim miejscu zamieszkania oczywiste jest, że samo wsparcie związane z pielęgnacją i pomocą dla osób niesamodzielnich adresowane jest nie tylko do nich samych, ale i do członków ich rodzin.

Problemy starości w systemie niemieckiej polityki społecznej

Istniejący w Niemczech system wsparcia dla osób starszych w ich miejscu zamieszkania jest efektem realizowanej w tym kraju od lat polityki wobec osób starszych. Jest ona formułowana na szczeblu państwa, a za jej realizację

⁷⁶ Por. jedną z pierwszych pozycji poświęconych problematyce społecznych aspektów starzenia się i starości *Sozialpolitik für ältere Menschen*, red. M. Dieck, G. Naegele, Quelle & Meyer, Heidelberg 1978.

⁷⁷ Ze względu na odmienną od obowiązującej w Polsce strukturę organizacji i finansowania opieki długoterminowej w Niemczech bezpośrednie porównania między oboma krajami są bardzo utrudnione. Można jednak przyjąć, że osoby objęte w Niemczech świadczeniami pielęgnacyjnymi to osoby, które w Polsce mogłyby korzystać ze świadczeń opiekuńczych, pomocy zakładowej oraz z udzielanych w ramach ochrony zdrowia świadczeń opieki długoterminowej.

⁷⁸ Dane za: *Bevölkerungsentwicklung 2013. Daten, Fakten, Trends zum demografischen Wandel*, Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, Wiesbaden 2013, s. 19.



odpowiedzialne jest Federalne Ministerstwo do spraw Rodziny, Seniorów, Kobiet i Młodzieży (*Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*). Ministerstwo to formułuje standardy dotyczące różnych form wsparcia osób starszych. Za zagadnienia związane z polityką emerytalną i zapewnieniem osobom starszym odpowiednich dochodów odpowiedzialne jest Federalne Ministerstwo Pracy i Spraw Socjalnych (*Bundesministerium für Arbeit und Soziales*). Zadania związane z zapewnieniem odpowiedniego dostępu i jakości świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych pozostają w kompetencjach kas społecznego i prywatnego ubezpieczenia pielęgnacyjnego⁷⁹ (*Pflegekassen, Pflegeversicherung*). Obok instytucji rządowych na szczeblu federalnym i w krajach związkowych istotną rolę w kształtowaniu systemów wsparcia dla seniorów odgrywają instytucje administracji pozarządowej (na przykład wspomniane kasy społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego oraz ubezpieczenia chorobowego), a przede wszystkim – jednostki samorządu terytorialnego – powiaty i gminy, jak również organizacje pozarządowe.

Wsparcie środowiskowe dla osób starszych w Niemczech można najogólniej podzielić pod względem odbiorców na dwie grupy:

- wsparcie udzielane osobom sprawnym lub w miarę sprawnym i aktywnym;
- wsparcie udzielane osobom o ograniczonej samodzielności, korzystającym ze świadczeń społecznego lub prywatnego ubezpieczenia pielęgnacyjnego.

Niezależnie od podziału na grupy beneficjentów wsparcia można wskazać dwa najważniejsze cele udzielanego wsparcia. Są nimi:

- pomoc w podtrzymaniu (ewentualnie odzyskaniu) możliwego poziomu samodzielności seniorów w ich gospodarstwach domowych, w tym poprzez świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz pracę socjalną;
- integracja i reintegracja społeczna, zarówno między-, jak i wewnątrzpokoleniowa.

W pierwszym przypadku istotną rolę odgrywają działania mające na celu pomoc osobom starszym (*Altenhilfe*). Wsparcie tego rodzaju jest udzielane przez placówki pomocy społecznej oraz organizacje pozarządowe, działające często na zlecenie lokalnego samorządu. W drugim przypadku – działań integrujących – główna rola przypada organizacjom pozarządowym, które we współpracy

⁷⁹ Społeczne ubezpieczenie pielęgnacyjne ma charakter obowiązkowy, ale w przypadku osób osiągających dochody przekraczające określony przepisami poziom możliwa jest rezygnacja z powszechnego ubezpieczenia na rzecz ubezpieczenia prywatnego, w którym składki i przysługujące świadczenia określone są na drodze umowy z ubezpieczycielem.

z samorządem podejmują działania sprzyjające wzmocnieniu pozycji osób starszych w środowisku.

Podstawowymi dokumentami konstytuującymi politykę wobec osób starszych są raporty na temat sytuacji osób starszych (*Altenbericht*), przygotowywane przez niezależnych ekspertów, akceptowane przez Federalne Ministerstwo do spraw Rodziny, Seniorów, Kobiet i Młodzieży, a następnie rząd federalny i dyskutowane na forum Bundestagu. Raporty są publikowane i stanowią przedmiot publicznej debaty. Dotychczas opracowano sześć raportów, które pozwoliły na doprecyzowanie hierarchii celów polityki wobec osób starszych oraz zweryfikowanie wcześniejszych działań.

Ze względu na fakt, iż polityka wobec osób starszych realizowana jest przede wszystkim na poziomie lokalnym, bardzo ważną rolę w kształtowaniu zakresu przedmiotowego udzielanego wsparcia i jego organizowaniu spełnia plan działania na rzecz starszych mieszkańców, określane jako *Altenplan*. Plan taki opracowywany jest w każdym dużym mieście, powiecie i w większości gmin⁸⁰. Punktem wyjścia dla sformułowanego planu jest diagnoza społeczna dotycząca starszej ludności, stanowiąca integralną część planu. Obok wskazania najbardziej dotkliwie odczuwanych potrzeb i określenia najważniejszych działań mających na celu ich zaspokojenie, *Altenplan* spełnia rolę swego rodzaju mapy drogowej, pokazującej kolejne kroki, jakie należy podjąć, by osiągnąć zdefiniowane wcześniej cele⁸¹. Wśród tych celów poczesne miejsce zajmuje zaspokojenie potrzeb bytowych seniorów i umożliwienie im w miarę samodzielnego egzystowania, nawet w gospodarstwach jednoosobowych. Druga grupa celów, do osiągnięcia których zgodnie z dokumentem mają dążyć władze samorządowe, to integracja mieszkańców. W tym zakresie plany obejmują zazwyczaj działania samorządu oraz organizacji pozarządowych.

Oprócz planów działania na rzecz osób starszych niektóre miasta opracowują i publikują również plany pomocy dla osób starszych (*Altenhilfepfan*)⁸². Plany takie dotyczą przede wszystkim rozwoju usług adresowanych do osób starszych,

⁸⁰ Zob. np. strona internetowa www.kreis-offenbach.de, zawierająca plan dla powiatu Offenbach i jego poszczególnych gmin; <http://www.soziales.bremen.de/altenplan> zawierająca plan dla gminy miejskiej, a zarazem kraju związkowego Bremy; <http://www.berlin.de/ba-steglitz-zehlendorf/politik-und-verwaltung/aemter/amt-fuer-soziales/artikel.114501.php>, na której zamieszczono plan działań na rzecz osób starszych w Berlinie.

⁸¹ Zob. P. Błądowski, *Polityka i pomoc społeczna wobec ludzi starych w Niemczech*, Biblioteka Pracownika Socjalnego, Wyd. Śląsk, Katowice 1996.

⁸² Zob. np. stronę internetową: [www.giessen.de/PDF/Altenhilfepfan 2013](http://www.giessen.de/PDF/Altenhilfepfan%202013) zawierającą taki plan na rok 2013 dla miasta Giessen; [www.Altenhilfenplan fur den Landkreis Roth.pdf](http://www.Altenhilfenplan.fur.den.Landkreis.Roth.pdf) – plan dla powiatu Roth.



w tym niesamodzielnych. Obejmują jednak również szeroki zakres świadczeń pomocy społecznej, a dokładnie – jej części zajmującej się udzielaniem pomocy w szczególnych sytuacjach życiowych (*Hilfe in besonderen Lebenslagen; HBL*)⁸³.

Świadczenia udzielane w miejscu zamieszkania

Najważniejszym podmiotem organizującym usługi na rzecz zachowania samodzielności przez seniorów jest samorząd terytorialny. W jego imieniu funkcje koordynatorskie spełnia na ogół zastępca burmistrza ds. społecznych oraz podlegający mu Wydział Socjalny⁸⁴ w urzędzie miasta lub gminy. Podobne wydziały funkcjonują w strukturze administracji powiatowej. Świadczone usługi mają charakter odpłatny, częściowo odpłatny lub bezpłatny. Odpłatność zależy od wysokości dochodu w gospodarstwie domowym i charakteru usługi. Z reguły nieodpłatne są usługi pielęgnacyjne i opiekuńcze (przez nieodpłatny charakter rozumie się w tym przypadku fakt niewnoszenia bezpośrednio opłaty za usługę, ponieważ są one w swoim podstawowym zakresie finansowane z kasy ubezpieczenia pielęgnacyjnego).

Za organizację i udzielanie świadczeń pielęgnacyjnych odpowiada stacja socjalna (*Sozialstation*). Dawniej stacje socjalne były prowadzone przez Kościoły i związki wyznaniowe (głównie Kościół katolicki na południu i ewangelicki na północy Niemiec). Wyznawcy Kościołów, które prowadziły stacje, korzystali ze świadczeń nieodpłatnych lub ulgowych. Obecnie wyznawana religia nie może być ani powodem do udzielania lub odmowy udzielenia świadczenia, ani też powodem udzielania jakichkolwiek ulg finansowych lub nakładania dodatkowych obciążeń. W Niemczech działa około 12000 stacji socjalnych, zatrudniających około 250 tys. osób, przy czym znaczna część z nich pracuje w niepełnym wymiarze czasu. Rozmieszczenie stacji socjalnych jest dość równomierne. W większych ośrodkach miejskich na tym samym terenie działa nawet kilka stacji, co oznacza, że konkurują one między sobą jakością i zakresem usług. Około 60 proc. korzystających ze świadczeń pielęgnacyjnych otrzymuje je za pośrednictwem prywatnych firm, działających na zasadach rynkowych i spełniających wymagania wynikające

⁸³ Drugą, obok HBL, część pomocy społecznej w Niemczech, stanowią świadczenia pieniężne – pomoc na utrzymanie (*Hilfe zum Lebensunterhalt; HLU*).

⁸⁴ Odpowiednik polskich wydziałów polityki społecznej.

z przepisów dotyczących opieki długoterminowej. Pozostałe 40 proc. otrzymuje świadczenia udzielane przez organizacje pozarządowe mające najczęściej charakter organizacji pożytku publicznego (Niemiecki Czerwony Krzyż, Caritas, Diakonia Kościoła Ewangelickiego, Zakon Joanitów, Zakon Kawalerów Maltańskich, Stowarzyszenie św. Łazarza).

Zależnie od sytuacji finansowej gminy, jej polityki wobec seniorów oraz sytuacji na lokalnym rynku pracy, gminy mogą dodatkowo zamawiać usługi wykraczające swoim zakresem poza wynikający z ustawy o ubezpieczeniu pielęgnacyjnym. Nie są to w związku z tym zazwyczaj kolejne usługi pielęgnacyjne, ale raczej bytowe.

Jako przykłady mogą służyć serwisy prowadzone przez rozmaite firmy prywatne, które oferują „usługi na telefon”. Osoby, które wykupują abonament, mogą w przypadku każdej awarii, konieczności konserwacji czy przeglądu urządzenia, potrzeby poinstruowania lub rozwiązania doraźnego problemu zamówić przez telefon taką usługę. Dla abonentów jest ona świadczona bez dodatkowych opłat. Samorząd może uchwalić, iż niektóre z takich usług mogą być przez niego zamawiane dla pewnych grup mieszkańców – na przykład mieszkających samotnie, osiągających określoną granicę wieku, legitymujących się dochodem nieprzekraczającym ustalonej wysokości – i opłacane z budżetu samorządowego. Najczęściej stosuje się kilka kryteriów równocześnie, przy czym jednym z najważniejszych pozostaje fakt zamieszkiwania w gospodarstwie jednoosobowym.

Poza usługami mającymi bardziej techniczny charakter świadczone są jeszcze dwa inne rodzaje usług. Po pierwsze, są to usługi związane z dostosowaniem mieszkania do potrzeb starszej osoby, o ile ma ona stwierdzone przez Służbę Medyczną kas chorych ograniczenie samodzielności i jest zaliczana do grupy osób wymagających świadczeń pielęgnacyjnych. Usługi związane z przystosowaniem mieszkania są poprzedzone oceną warunków mieszkaniowych (m.in. stosunki własnościowe, sytuacja finansowa mieszkańca i jego rodziny, wielkość i rozkład, lokalizacja mieszkania w całym budynku mieszkalnym oraz jego lokalizacja względem miejsca świadczonych usług itd.) Dopiero wówczas, gdy ocena wykaże, że nakłady na adaptacje mieszkania są uzasadnione, podejmowana jest decyzja o podjęciu prac adaptacyjnych. W przypadku, gdy analiza wykaże, że podejmowanie prac nie ma uzasadnienia ekonomicznego, osoba niesamodzielna ma prawo do zmiany mieszkania na bardziej dostosowane (przy czym prace dostosowawcze mogą być współfinansowane przez samorząd) lub pozostania w dotychczasowym

mieszkań (co jest równoznaczne z rezygnacją z roszczeń w stosunku do samorządu o dofinansowanie prac adaptacyjnych).

Po drugie, samorząd wspiera realizację usług związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego. Mogą to być zarówno usługi nieformalne (np. sąsiedzka pomoc w zakupach, utrzymaniu mieszkania w czystości), jak i takie same usługi świadczone przez opiekunów osób starszych (*Altenbetreuer, Altenhelfer*), a finansowane przez gminę. W przypadku pomocy nieformalnej wsparcie ze strony samorządu wyraża się w propagowaniu prosąsiedzkich postaw i realizacji hasła „pomoc dla samopomocy”. W drugim natomiast przypadku usługi te mogą być odpłatne. Jeżeli jednak z usług związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego korzysta osoba zakwalifikowana do grupy osób niesamodzielnych (niezależnie od stopnia niesamodzielności), to może ona przeznaczyć na finansowanie takich usług (sformalizowanych lub nie) stosowną część swojego zasiłku pielęgnacyjnego (*Pflegegeld*). Ponadto w przypadku osób osiągających bardzo niskie dochody możliwe jest finansowanie z budżetu pomocy społecznej opłat za eksploatację mieszkania i używanie mediów. Zazwyczaj jednak dąży się do tego, by takich mieszkańców przenieść do mieszkań socjalnych, których eksploatacja w znacznej mierze jest finansowana bezpośrednio z kasy samorządowej.

Udzielane w miejscu zamieszkania wsparcie dla osób chorych i starszych może obejmować:

- zabiegi pielęgnacyjne (nie lecznicze) zapisane przez lekarza i zaopatrzenie w środki i materiały pielęgnacyjne;
- porady na temat wszystkich aspektów opieki pielęgnacyjnej i finansowania świadczeń;
- podstawową opiekę medyczną dla osób ciężko i przewlekle chorych, zwłaszcza wymagających opieki długoterminowej (jako świadczenie z ubezpieczenia pielęgnacyjnego);
- zaopatrzenie i pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego (jako świadczenie z ubezpieczenia pielęgnacyjnego);
- pomoc przy ubieganiu się o inne świadczenia i formy wsparcia (poradnictwo społeczne);
- doradztwo w zakresie pielęgnowania, instruowanie opiekunów nieformalnych (zwłaszcza członków rodziny), prowadzenie grup dyskusyjnych dla opiekunów (praca socjalna z rodziną);

- opieka duszpasterska (udzielana przez stacje społeczne prowadzone przez Kościoły i związki wyznaniowe);
- inne, dostosowane do lokalnych potrzeb usługi i świadczenia oferowane przez lokalnych usługodawców.

Stacje socjalne mogą zajmować się koordynacją takich usług (np. usługi transportowe, sprzątanie, dostarczanie gotowych posiłków do domu osoby niesamodzielnej – *Essen auf Rädern* „jedzenie na kółkach”, pomoc w przygotowaniu i spożywaniu posiłku). Rozliczenie za świadczone usługi może być regulowane w różny sposób, w zależności od rodzaju zawartej umowy ubezpieczenia (ubezpieczenie ustawowe lub prywatne) oraz rodzaju ubezpieczenia (chorobowe lub pielęgnacyjne). Jakkolwiek zwraca się przede wszystkim uwagę na świadczenia udzielane przez stacje socjalne i inne podmioty, zadanie polegające na koordynowaniu udzielania świadczeń zasługuje na szczególne podkreślenie. Umożliwia ono nie tylko racjonalne gospodarowanie czasem opiekunów, ale także wpływa na lepsze wykorzystanie ich umiejętności i kwalifikacji.

Najważniejszą instytucją mającą za zadanie działać na rzecz integracji osób starszych jest biuro do spraw seniorów (*Seniorenbüro*). Biura mają najczęściej status jednostek administracji samorządowej, ale niektóre z nich są stowarzyszeniami, działającymi na zlecenie gminy lub nawet prywatnymi instytucjami, przyjmującymi zlecenia samorządu.

Generalnie biuro jest odpowiedzialne za organizację usług społecznych dla osób starszych, poradnictwo i pośrednictwo w przypadku zapotrzebowania na nietypowe formy wsparcia. Adresatami działalności biura jest cała populacja starszych mieszkańców, a nie tylko grupa osób niesamodzielnych. Oferta biura do spraw seniorów uwzględnia z zasady wewnętrzne zróżnicowanie tej grupy mieszkańców i jest dostosowana do lokalnej specyfiki.

Największym obszarem działania biura jest pośrednictwo między poszukującymi wsparcia seniorami a usługodawcami. Biuro nie zajmuje się akredytacją czy weryfikacją podmiotów oferujących usługi, ale ze względu na istnienie mechanizmów kontrolnych na rynku ryzyko wskazania niekompetentnego usługodawcy jest bardzo niewielkie. Inaczej ma się rzecz w przypadku oferowanego przez biuro ds. seniorów poradnictwa – w tym przypadku usługi poradnictwa oraz praca socjalna świadczone są przez osoby legitymujące się odpowiednim przygotowaniem zawodowym i doświadczeniem w pracy z osobami starszymi.



W tabeli 23 została przedstawiona przykładowa oferta biura do spraw seniorów. Jest ona sporządzona na podstawie dostępnych w Internecie informacji dotyczących działania biur ds. seniorów w kilku niemieckich miastach, a mianowicie Karlsruhe⁸⁵, Speyer⁸⁶ i Hanau⁸⁷.

⁸⁵ <http://www.karlsruhe.de> (dostęp 12.11.2014 r.).

⁸⁶ <http://www.speyer.de> (dostęp 12.11.2014 r.).

⁸⁷ <http://www.hanau.de> (dostęp 13.11.2014 r.).

TABELA 23. Przykłady działań wspierających i podtrzymujących aktywność osób starszych podejmowanych za pośrednictwem biur do spraw seniorów w Niemczech

Charakter działania	Forma działania	Zakres usługi	Uwagi
Pośredniczenie między seniorami a usługodawcami - informacja i doradztwo	Baza informacji o świadczeniach pielęgnacyjnych	Bezpłatne udostępnienie pełnej, obiektywnej informacji o usługach i świadczeniach pielęgnacyjnych dostępnych na terenie miejscowości z uwzględnieniem odległości od miejsca zamieszkania, doradztwo przy wyborze usługodawcy	Usługa świadczona na podstawie porozumienia między biurem ds. seniorów, kasami ubezpieczenia pielęgnacyjnego i instytucjami doradztwa fachowego dla seniorów. W miarę potrzeby możliwe wizyty doradców w mieszkaniu seniora
	Baza informacji o innych punktach, w których można skorzystać z fachowej porady w sprawach osobistych	Koordynacja ofert świadczeń pielęgnacyjnych na terenie działania biura w celu uniknięcia luk zarówno w zakresie przedmiotowym świadczeń, jak i w pokryciu całego terenu miejscowości	Na ogół są to placówki organizacji pozarządowych i religijnych (np. Caritas, Diakonia, Niemiecki Czerwony Krzyż, Centrum Opieki Geriatrycznej)
	Baza informacji o klubach, domach dziennego pobytu i innych miejscach spotkań dla seniorów	Doradztwo w sprawach związanych m.in. ze stosunkami rodzinnymi, sytuacją osobistą, uzależnieniami, wyborami dotyczącymi miejsca i formy zamieszkiwania (np. wejście do wspólnoty zamieszkiwania)	W samym Karlsruhe (liczącym 310 tys. mieszkańców) działa 106 takich placówek! (zob. http://www.karlsruhe.de/b3/soziales/personengruppen/senioren/seniorenwegweiser/aktivitaet/begegnungen/uebersicht)



	<p>Baza informacji o dostępnych formach działalności wolontariackiej oraz zaangażowaniu na rzecz społeczności lokalnej</p>	<p>Obszary działalności adresowanej do seniorów:</p> <ul style="list-style-type: none">- koordynacja zaangażowania seniorów na rzecz społeczności lokalnej (Aktivbüro);- odwiedzić wolontariuszy w mieszkaniach seniorów, głośne czytanie, towarzyszenie przy przemieszczaniu się w mieście;- odwiedzić wolontariuszy w szpitalach, rozmowy, głośne czytanie;- udział seniorów w radach mieszkańców domów pomocy społecznej i innych zakładów opiekuńczych oraz pielęgnacyjnych;- zespoły muzyczne seniorów;- działalność integracyjna w wielopokoleniowym ośrodku integracyjnym;- pomoc dla seniorów (pomoc w drobnych pracach domowych, naprawach i prowadzeniu korespondencji);- wsparcie i pomoc w przeżywaniu okresu żałoby, zwłaszcza przez osoby starsze;- działalność w Miejskiej Radzie Seniorów, grupujące przedstawicieli organizacji seniorskich (grupy robocze: placówki opieki długoterminowej; usługi przyjazdne dla seniorów; bezpieczeństwo seniorów).	
--	--	--	--

		<p>Obszary działalności adresowanej do innych pokoleń, w tym dzieci i młodzieży:</p> <ul style="list-style-type: none"> - opieka nad dziećmi w świątkach; - czytanie dzieciom w klubach i miejscach spotkań; - działalność integracyjna w wielopokoleniowym ośrodku integracyjnym; - działalność na rzecz planowania i kształtowania warunków mieszkaniowych w perspektywie starości i związanych z nią potrzeb; - wsparcie dla młodych matek uczestniczących w kursach zawodowych (pomoc w opiece nad dzieckiem, organizacji dnia itp.); - udział w spotkaniach z przedstawicielami młodszych pokoleń jako świadkowie historii i przekazywanie wiedzy o przeszłości. 	
<p>Działania własne realizowane przez biuro do spraw seniorów</p>	<p>Doradztwo w sprawach osobistych i rodzinnych</p>	<p>Doradztwo w sprawach związanych m.in. ze stosunkami rodzinnymi, sytuacją osobistą, uzależnieniami, wyborami dotyczącymi miejsca i formy zamieszkiwania (np. wejście do wspólnoty zamieszkiwania)</p>	<p>Usługa świadczona za wycieczaj przez osoby z dyplomem pedagoga społecznego lub pracownika socjalnego</p>
	<p>Poradnictwo dla osób niepełnosprawnych</p>	<p>Poradnictwo w zakresie zaspokojenia potrzeb opiekuńczych, sytuacji osobistej, zmiany i podnoszenia kwalifikacji zawodowych, dostosowania mieszkania do potrzeb wynikających z niepełnosprawności</p>	
	<p>Wynajmowanie pomieszczeń na spotkania grup seniorów oraz realizacje podejmowanych przez nich działań</p>		<p>Usługa świadczona z zasady nieodpłatnie</p>

Obok powyżej wymienionego katalogu zadań, jakimi zajmują się biura do spraw osób starszych, warto zwrócić uwagę na zapewnienie mieszkań chronionych (*betruetes Wohnen*) dla seniorów. Tego rodzaju usługa jest najczęściej usługą udzielaną przez organizacje pozarządowe lub prywatne formy zajmujące się wynajmem mieszkań dostosowanych do potrzeb osób starszych. W mieszkaniach tych poszczególne pomieszczenia zaprojektowane są w ten sposób, by można było łatwo skorzystać ze znajdujących się w nich mebli i urządzeń. Łazienki i toalety dostosowane są do potrzeb osób niepełnosprawnych ruchowo. Szafki kuchenne i ubraniowe znajdują się na wysokości, umożliwiającej sięgnięcie do nich bez koniecznego podnoszenia wysoko rąk, oświetlenie zapewnia rozproszone, ale silne światło, brak jest barier architektonicznych. Ponadto najemca zapewnia dostęp do usług związanych z pomocą w prowadzeniu gospodarstwa domowego (zakupy, przygotowanie posiłków, utrzymanie czystości w mieszkaniu), pielęgniarskich (dyżury pielęgniarskie lub opiekuna medycznego) oraz pielęgnacyjno-opiekuńczych (najczęściej w ramach kontraktu z kasą ubezpieczenia pielęgnacyjnego). Mieszkania chronione zajmują często jeden lub dwa poziomy w budynku mieszkalnym, w którym pozostałe mieszkania nie mają charakteru chronionych i są wynajmowane na zasadach rynkowych, co ogranicza ryzyko tworzenia getta i wykluczenia osób niesamodzielnymi i starszych.

Biorąc pod uwagę wpływ aktywności fizycznej na przebieg procesu starzenia się, za niezwykle ważny obszar wsparcia trzeba uznać działania na rzecz wspierania aktywności fizycznej seniorów oraz organizacji zajęć sportowych i rekreacyjnych. W Niemczech często imprezy rekreacyjne mają charakter integracyjny. Przykładem takiego działania są organizowane w wielu miejscowościach tzw. zloty lub rajdy gwiazdzone, które są tak planowane, by o tej samej porze na mecie zlotu spotykali się jego uczestnicy w różnym wieku. Zależnie od wieku i kondycji fizycznej uczestnicy pokonują różne odcinki trasy, ale wszyscy spotykają się na mecie, co pokazuje, że bez względu na wiek można pokonać różne drogi i przeszkody i przyczynia się do obalenia tyleż popularnego, co błędnego poglądu, iż starość nieuchronnie towarzyszyć musi słabość, niski poziom sprawności oraz wycofanie.

Innym ważnym wydarzeniem, ułatwiającym partycypację seniorów w życiu kulturalnym, są specjalnie dla nich organizowane koncerty. Najczęściej odbywają się one w okresie świąteczno-noworocznym lub u progu lata. Seniorzy bywają (nie jest to regułą, ale dobrą praktyką) zapraszani na te koncerty imiennie,



a karty wstępu są bezpłatne lub nabywane za symboliczną opłatą. W początkowej części koncertu burmistrz lub inny wysoki rangą przedstawiciel władz miejskich informuje o najważniejszych osiągnięciach samorządu i planach oraz o działaniach na rzecz poprawy warunków bytu seniorów, a następnie odbywa się koncert. Na życzenie zaproszonych władze samorządowe organizują transport dla osób niepełnosprawnych, co przyczynia się do ograniczenia skali zagrożenia wykluczeniem społecznym na skutek niepełnosprawności lub niesamodzielności.

Kolejnym wartym uwagi elementem wsparcia dla osób starszych są świadczone dla nich usługi bytowe, związane najczęściej z prowadzeniem gospodarstwa domowego. Usługi te – zależnie od stopnia skomplikowania i związanej z tym profesjonalizacji – są udzielane przez osoby zajmujące się nimi amatorsko lub przez pracowników firm usługowych. Usługi te związane są z reguły z odbiorem i dostarczeniem do domu wykonanej pracy – tak jest najczęściej na przykład w przypadku usług pralniczych czy reperacji sprzętu gospodarstwa domowego. Informacja o firmach udzielających usług dostępna jest zazwyczaj w biurach ds. seniorów i na ich stronach internetowych. W przypadku osób amatorsko udzielających usług ważną rolę odgrywa wolontariat, w tym ten angażujący do działań osoby starsze.

Placówki pobytu dziennego i czasowego oraz inne placówki udzielające wsparcia w środowisku miejsca zamieszkania

Jak można odczytać z tabeli 23, zarówno placówki pobytu dziennego, jak i inne placówki udzielające wsparcia są w Niemczech bardzo rozpowszechnione. Ich ścisłe wydzielenie w opisie jest o tyle utrudnione, że celem poprzedniej części było wykazanie, jak ważna jest nie tylko sama integracja służb środowiskowych, ale i zgromadzenie w jednym miejscu kompletnej informacji na temat oferowanych usług. Dla seniorów i ich opiekunów ma to kapitalne znaczenie. Istotne jest również dla podmiotów polityki wobec osób starszych w skali lokalnej, ponieważ pozwala na uzyskanie obiektywnej wiedzy na temat oferty usług oraz jej wykorzystania. Umożliwia to identyfikację luk w ofercie usług oraz dotyczącej form spędzania czasu, jak również określenie na przyszłość kierunków rozwoju instytucji polityki wobec osób starszych.

Placówki pobytu dziennego (domy dziennego pobytu, DDP) są czynne na ogół we wszystkie dni powszednie przez okres od kilku do 10 godzin, co umożliwia

opiekunom rodzinnym łączenie opieki z obowiązkami zawodowymi. Ponieważ w Niemczech znaczna część pracobiorców, zwłaszcza kobiet, jest zatrudniona w niepełnym wymiarze czasu, nawet kilkugodzinny pobyt osoby niesamodzielnej w placówce półinstytucjonalnej może stanowić rozwiązanie problemów dotyczących organizacji opieki. Wśród DDP wyróżnia się placówki dla osób z zaburzeniami funkcji poznawczych i dotkniętych demencją. Tego rodzaju domy nie tylko są wyposażone w dostosowane do specyfiki zaburzeń sprzęty i urządzenia, ale zatrudniają specjalnie przeszkolonych pracowników.

Dowóz osób korzystających z DDP jest na ogół finansowany przez jednostkę prowadzącą dom lub ze środków ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Pierwszeństwo w korzystaniu z możliwości transportu mają osoby zamieszkujące samotnie i wymagające opieki podczas przejazdu.

Poza domami dziennego pobytu w każdym mieście działa sieć klubów i innych miejsc spotkań dla seniorów (zob. uwagi w tab. 23). Wśród tego rodzaju placówek są nie tylko miejsca zapewniające profesjonalną opiekę, ale i prowadzone w ramach wolontariatu, służące podtrzymywaniu lub rozwijaniu umiejętności, zainteresowań i hobby. Takie placówki odgrywają bardzo ważną rolę w integracji wewnątrzpokoleniowej osób starszych oraz podtrzymywaniu ich aktywności społecznej. Częstotliwość spotkań jest różna – od codziennej do 1-2 razy w miesiącu. Warto podkreślić, że w wielu miastach kluby dla seniorów prowadzą wszystkie parafie Kościoła katolickiego i ewangelickiego.

Wsparcie finansowe

Poza świadczeniami z systemu ubezpieczenia rentowo-emerytalnego, który jest podstawą utrzymania osób w wieku emerytalnym, ludzie starsi mają prawo do świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej oraz do innych zasiłków – głównie z ubezpieczenia pielęgnacyjnego i rodzinnych.

Świadczenia z ustawowego systemu ubezpieczenia emerytalnego nie są wysokie w porównaniu z przeciętnym wynagrodzeniem. Ponadto obserwuje się znaczące różnice między wysokością świadczeń wypłacanych mężczyznom i kobietom (te pierwsze są istotnie wyższe) oraz między starymi a nowymi krajami związkowymi (świadczenia są wyższe w nowej części Niemiec, co wiąże się z wyższym dawniej współczynnikiem aktywności zawodowej w b. NRD). W przypadku różnic

między wysokością świadczeń emerytalnych dla mężczyzn i kobiet należy pamiętać o tym, że w zachodniej części Niemiec kobiety znacznie częściej były zatrudnione na części etatu, co przynosi skutek w postaci niższego świadczenia. Należy podkreślić, że dane zamieszczone w tabeli 24 nie obejmują świadczeń z systemów dodatkowych, zwłaszcza zakładowego. Różnice w wysokości emerytur na korzyść nowych landów można dodatkowo wyjaśnić tym, że w tej części kraju było mniej tzw. okresów nieskładkowych, ponieważ w okresie istnienia NRD nie występowało bezrobocie rejestrowane.

TABELA 24. Wybrane informacje o świadczeniach emerytalnych z ustawowego systemu ubezpieczenia emerytalnego w Niemczech w latach 1970–2012

	Lata						
	Stare landy					Nowe landy	
	1970	1980	1990	2000	2012	2000	2012
Liczba emerytów w mln	6017	8038	10369	13475	15491	3757	3904
Przeciętna miesięczna wysokość świadczenia emerytalnego (w euro)							
Mężczyźni	282	601	895	969	1005	1040	1073
Kobiety	126	278	373	445	508	619	730

Źródło: *Deutschland in Zahlen 2014*, Institut der deutschen Wirtschaft, Köln 2014, tab. 7.14.

W przypadku niskich świadczeń emerytalnych i/lub wysokich niespodziewanych wydatków osobom starszym przysługuje świadczenie z pomocy społecznej (część pomocy określana jako pomoc w uzyskaniu środków na utrzymanie, *Hilfe zum Lebensunterhalt*). Wysokość świadczenia stanowi różnicę między określoną dla danego typu gospodarstwa domowego dochodu obliczanego dla jednostek ekwiwalentnych a faktycznie uzyskiwanym dochodem.

Świadczenia z tytułu ubezpieczenia pielęgnacyjnego mogą mieć formę rzeczową lub pieniężną. W tym drugim przypadku wysokość zasiłku jest uzależniona od stopnia niesamodzielności. Od niedawna czynnikiem dodatkowo różnicującym wysokość zasiłku jest występowanie demencji wymagającej intensywnej opieki nad osobą niesamodzielną. Przykład tego zróżnicowania przedstawia tabela 25.

TABELA 25. Wysokość świadczeń z ubezpieczenia pielęgnacyjnego w Niemczech w 2016 r.

Wyszczególnienie	Kwoty
Stopień 0 (dla osób dotkniętych zaawansowaną demencją, ale niewymagających innych form pielęgnacji)	123,00 EUR
Stopień I (dotyczy osób o względnie najmniejszym poziomie ograniczenia samodzielności)	244,00 EUR
Stopień I (dotyczy osób o względnie najmniejszym poziomie ograniczenia samodzielności, ale dodatkowo dotkniętych zaawansowaną demencją)	316,00 EUR
Stopień II (dotyczy osób o średnim poziomie ograniczenia samodzielności)	458,00 EUR
Stopień II (dotyczy osób o średnim poziomie ograniczenia samodzielności, ale dodatkowo dotkniętych zaawansowaną demencją)	545,00 EUR
Stopień III (poważne ograniczenie samodzielności)	738,00 EUR

Źródło: <http://www.dmrz.de/pflege-neuausrichtungs-gesetz-png-pflegegeld-pflegesachleistung-2014-2015.html>, [dostęp 12.01.2016 r.].

Do 10 proc. osób zaliczonych do III stopnia niesamodzielności może otrzymać świadczenie podniesione nawet o połowę, jeśli zakres niezbędnej opieki i pielęgnacji jest szczególnie duży ze względu na całkowitą niesamodzielność.

Zakończenie

Jak wynika z powyższego przeglądu informacji, zakres wsparcia dla osób starszych w Niemczech – choć nie wolny od braków – charakteryzuje się dużą różnorodnością. Formy wsparcia adresowane są zarówno do osób niesamodzielnych, jak i aktywnych. Wsparcie obejmuje nie tylko aspekty materialne życia seniorów i rozwiązywanie codziennych problemów, ale również integrację społeczną. Działania na rzecz integracji dotyczą relacji międzypokoleniowych i wewnątrzpokoleniowych, co jest szczególnie ważne ze względu na postępujące zróżnicowanie populacji seniorów. Ważną cechą systemu wsparcia w Niemczech jest jego wielowymiarowość. Jest ona możliwa dzięki temu, iż w system zaangażowane są różne podmioty: administracja samorządowa, organizacje pozarządowe, grupy samopomocy, organizacje religijne i związki wyznaniowe. Państwo federalne stwarza ramy prawne dla organizacji wsparcia, ale jego zapewnienie jest zadaniem administracji lokalnej.



Bibliografia

1. *Bevölkerungsentwicklung 2013. Daten, Fakten, Trends zum demografischen Wandel*, Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, Wiesbaden 2013.
2. Błądowski P., *Polityka i pomoc społeczna wobec ludzi starych w Niemczech*, Biblioteka Pracownika Socjalnego, Wyd. Śląsk, Katowice 1996.
3. *Deutschland in Zahlen 2014*, Institut der deutschen Wirtschaft, Köln 2014.
4. *Sozialpolitik für ältere Menschen*, red. M. Dieck, G. Naegele, Quelle & Meyer, Heidelberg 1978.

Źródła internetowe

1. <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=tps00010&language=en> (dostęp: 17.11.2014 r.).
2. <http://www.kreis-offenbach.de/index.phtml?NavID=1856.519&La=1> (dostęp: 12.11.2014 r.).
3. <http://www.soziales.bremen.de/altenplan> (dostęp: 12.11.2014 r.).
4. <http://www.berlin.de/ba-steglitz-zehlendorf/politik-und-verwaltung/aemter/amt-fuer-soziales/artikel.114501.php> (dostęp: 12.11.2014 r.).
5. http://www.giessen.de/PDF/Altenhilfeplan_%C3%84lter_werden_in_Gie-%C3%9Fen_2013.PDF?ObjSvrID=684&ObjID=10693&ObjLa=1&Ext=PDF&WTR=1&_ts=1373442992 (dostęp: 12.11.2014 r.).
6. https://www.landratsamt-roth.de/Portaldata/1/Resources/www.landratsamt_roth.de/landratsamt_online/behoerdenwegweiser/dokumente/31/AHP-LK-Roth-Endbericht-komplett.pdf (dostęp: 12.11.2014 r.).
7. <http://www.karlsruhe.de/b3/soziales/personengruppen/senioren/seniorenwegweiser/beratung.de> (dostęp: 12.11.2014 r.).
8. http://www.speyer.de/sv_speyer/de/Leben%20in%20Speyer/Senioren/Seniorenbüro/ (dostęp: 12.11.2014 r.).
9. <http://www.hanau.de/service/oe/005500/> (dostęp: 13.11.2014 r.).
10. <http://www.dmrz.de/pflege-neuausrichtungs-gesetz-png-pflegegeld-pflegesachleistung-2014-2015.html>, (dostęp: 12.01.2016 r.).

Aneks

Przykładowa informacja o ofercie klubu/miejsca spotkań dla seniorów

Zakres informacji dotyczących klubów i innych miejsc spotkań seniorów w Karlsruhe

Osoba do kontaktu:, nr telefonu:

Podmiot prowadzący:

np. parafia, duszpasterstwo seniorów, organizacja pozarządowa, samorząd, władze dzielnicy, związki zawodowe, przedsiębiorstwa (najczęściej organizują spotkania dla swoich byłych pracowników), domy pomocy społecznej, stacje socjalne itd. Adres podmiotu, nr tel., faksu, adres strony internetowej

Nazwa i adres miejsca spotkań:

Częstotliwość spotkań (dzień tygodnia)	Godzina (czas trwania)	Charakter spotkania
--	------------------------	---------------------

Program (najczęściej na okres pół roku) – dostępny na stronie internetowej, w lokalu podmiotu prowadzącego i w miejscu spotkań

Udogodnienia dla osób z niepełnosprawnościami:

<input checked="" type="checkbox"/>	Dojście i wejście bez barier architektonicznych
<input checked="" type="checkbox"/>	Podjazd
<input type="checkbox"/>	Winda
<input type="checkbox"/>	Toaleta dla osób niepełnosprawnych
<input type="checkbox"/>	Pomoc/urządzenia pomocne dla osób niedowidzących

Oferta towarzyska:

<input checked="" type="checkbox"/>	Okazja do rozmów prywatnych
<input type="checkbox"/>	Stałe, cotygodniowe spotkania (<i>Stammtisch</i>)
<input checked="" type="checkbox"/>	Obchodzenie uroczystości osobistych (i ewentualnie rodzinnych)
<input type="checkbox"/>	Z muzyką



Oferta dotycząca ćwiczeń ruchowych:

	Gimnastyka na siedząco
X	Gimnastyka
	Wędrowanie
	Kregle
	Zapobieganie upadkom
	Tai-Chi i/lub Qi Gong
	Boule

Ożywienie umysłowe / Oferta edukacyjna:

	Trening pamięci
	Koła dyskusyjne na określone tematy
X	Wykłady na określone tematy
	Opowiadania przy kawie
	Konwersacja w języku obcym:_____
	Modlitwy, rozważania
	Kursy językowe
	Kursy obsługi komputera i korzystania z Internetu
	(Wirtualne) Orowadzanie po galeriach sztuki i muzeach

Zabawy i hobby:

	Popołudnie gier
	Runda gry w karty (np. w skata)
	Śpiew
	Kółko fotograficzne
	Kółko teatralne
	Kółko malarskie
	Robótki ręczne i majsterkowanie
	Wyszywanie i haftowanie

Aktywności poza miejscem spotkań:

	Wędrówki, maksymalny czas trwania: _____
X	Wycieczki autokarowe, półdniowe
	Prace przygotowawcze do organizowanego co dwa lata bazaru/jarmarku

Tematy łączące pokolenia:

	Projekt „Starsi i młodzi”
--	---------------------------

Oferta wsparcia:

	Obiady w miejscu spotkań
X	Odwiedziny wolontariuszy
	Pielęgnacja stóp

Warsztat idei:

	Rozwijanie własnych idei oraz projektów
--	---

Specyficzne dla płci kółka zainteresowań:

--	-------

Grupa opieki nad osobami dotkniętymi demencją:

--	-------

Koszty:

	Opłata roczna: €
	Opłata miesięczna: _____
	Opłaty za udział w kursach: _____
	Dobrowolne darowizny z tytułu udziału w zajęciach
X	Placówka dostępna bez opłat
	Dobrowolna składka członkowska

Stan na lipiec 2014 r.

Wsparcie osób starszych w środowisku zamieszkania we Francji

Wprowadzenie

Starzenie się populacji jest ważnym wyzwaniem dla francuskiej polityki społecznej. Znaczną część kompetencji w zakresie polityki społecznej wobec osób starszych przekazano jednostkom samorządu terytorialnego. W ostatnich latach coraz częściej podnoszony jest jednak problem braku dostatecznych środków finansowych na realizację zdecentralizowanych zadań. Zwraca się też uwagę na potrzebę większego zaangażowania władz centralnych w tym obszarze.

Uważam, że ze względu na bogate doświadczenia, innowacyjność podejmowanych działań oraz otwartość na zmiany (stanowiące dostosowanie do otoczenia społeczno-gospodarczego), francuska polityka na rzecz osób starszych może stanowić źródło inspiracji dla polskich władz samorządowych oraz instytucji trzeciego sektora, których działalność obejmuje tematykę starości.

Artykuł składa się z dwóch części. Pierwsza z nich w sposób skrótowy sytuuje francuską politykę na rzecz osób starszych na tle francuskiej polityki społecznej oraz szerszego kontekstu instytucji działających na rzecz seniorów. W drugiej części znajduje się opis przykładowych rozwiązań skierowanych do osób starszych w ich środowisku zamieszkania. Artykuł zamyka zakończenie, w którym zawarte są wnioski wynikające z przeprowadzonych analiz.

Charakterystyka populacji osób starszych we Francji

W społeczeństwie francuskim wzrasta udział osób starszych. W 2013 r. osoby w wieku 65 lat i więcej stanowiły 17,5% społeczeństwa francuskiego⁸⁸. Z kolei w po-

⁸⁸ *Tableaux de l'économie française* (2013), Insee, http://www.insee.fr/fr/mobile/etudes/document.asp?reg_id=0&id=3806 [dostęp: 20. 10.2014 r.].



pulacji osób starszych wzrasta odsetek osób powyżej 75. roku życia – w 2013 r. stanowiły one ok. 9,2% mieszkańców Francji. Większość społeczności osób starszych to kobiety (ok. 58% osób w wieku 65+)⁸⁹. Proces starzenia się populacji Francji będzie się nasilał w najbliższych latach. Według prognoz Eurostatu w 2060 r. udział seniorów w społeczeństwie francuskim wzrośnie do poziomu 26,6%⁹⁰.

Osoby najstarsze cechuje niski udział w rynku pracy. W 2012 r. aktywność zawodowa kształtowała się na poziomie 72,5% dla grupy wiekowej 55-59 lat, na poziomie 23,1% dla grupy wiekowej 60-64 lata oraz na poziomie 6% dla grupy wiekowej 65-69 lat i na poziomie 1,8% dla seniorów w wieku 70-74 lata⁹¹. Populacja osób starszych jest najliczniejsza w stosunku do innych grup wiekowych w takich regionach, jak: Auvergne, Burgundia, Limousin, Poitou-Charentes, atlantyckie wybrzeże Bretanii oraz atrakcyjne turystycznie departamenty – Hérault i Bouches-du-Rhône.

Znaczna część seniorów 60+ (ok. 22%) korzysta z pomocy rodziny⁹² (w tym kobiety – ok. 30%, mężczyźni – ok. 13%)⁹³. Nieco więcej – z usług w miejscu zamieszkania świadczonych przez osoby spoza rodziny (odpowiednio: 25% seniorów, w tym kobiety – 29% i mężczyźni – 19%)⁹⁴. We Francji prawie 90% osób w wieku powyżej 85 lat zamieszkuje w swoim mieszkaniu⁹⁵. Wśród tych osób około 6 na 10 ma częściowo ograniczoną sprawność. W zinstytucjonalizowanych formach zamieszkania przebywa: 1,6% osób w wieku od 60 do 74 lat, 3,6% osób w wieku od 75 do 79 lat oraz mniej niż 14% osób w wieku powyżej 80 lat⁹⁶. Jedynie około 40% osób starszych niesamodzielnych zamieszkuje w zinstytucjonalizowanych formach zamieszkania.

Według danych z sondażu Sofres z 2005 r., we Francji dziewięć na dziesięć osób starszych deklarowało chęć zamieszkiwania w swoim mieszkaniu najdłużej, jak to będzie możliwe⁹⁷. W rezultacie średni wiek nowego rezydenta w tych

⁸⁹ *La France dans l'Union européenne* (2014), Insee, www.insee.fr/population.pdf [dostęp: 20.10.2014 r.].

⁹⁰ *Population projections 2010-2060. EU27 population is expected to peak by around 2040. One person in eight aged 80 or more in 2060* (2011), Eurostat, "Newsrelease", http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_PUBLIC/3-08062011-BP/EN/3-08062011-BP-EN.PDF [dostęp: 20.10.2014 r.].

⁹¹ Minni 2013, s. 1.

⁹² Pomoc uzyskana w ciągu 12 ostatnich miesięcy.

⁹³ *La France dans l'Union européenne* (2014), Insee, www.insee.fr/population.pdf [dostęp: 20.10.2014 r.].

⁹⁴ *Ibidem*.

⁹⁵ Furet, Méhiri 2008, s. 22.

⁹⁶ *Ibidem*, s. 22.

⁹⁷ ENA 2005, s. 10.

placówkach sięgał w 2005 r. 84 lat, a ok. 75% pensjonariuszy było osobami niesamodzielnymi⁹⁸.

Francuskich seniorów cechuje niski poziom ruchliwości mieszkaniowej (według Paryskiego Instytutu Urbanistycznego, rocznie przeprowadza się jedynie około 200 000 osób starszych)⁹⁹.

Starość we francuskim systemie polityki społecznej

Polityka na rzecz osób starszych jest prowadzona w ramach polityki społecznej. Trzeba tu zauważyć jak ważne miejsce ona zajmuje, nie tylko ze względu na ukierunkowanie działań na środowisko osób starszych, ale także ze względu na wysokość środków finansowych przeznaczanych na ten cel. Francja zajmuje piąte miejsce wśród państw Unii Europejskiej (po Włoszech, Grecji, Portugalii i Austrii), pod względem wielkości udziału wydatków na emerytury w PKB. W 2011 r. we Francji wydatki te stanowiły 14,5% PKB. Wydatki systemu emerytalnego (wypłata emerytur; koszty zarządzania systemem; niektóre świadczenia z zakresu pomocy społecznej, finansowane przez kasy ubezpieczeń emerytalnych) osiągnęły w 2011 r. poziom 282 miliardów euro¹⁰⁰.

Złożoną strukturę polityki na rzecz osób starszych we Francji przedstawia schemat 3. Polityka ta ma charakter horyzontalny i hybrydowy. Obejmuje zarówno zagadnienia związane z ubezpieczeniami społecznymi, jak i z pomocą społeczną.

Polityka społeczna Francji jest oparta na wielosektorowości, ale z przewagą sektora publicznego. W ramach tego sektora znaczna część zadań z zakresu polityki wobec osób starszych jest przypisana samorządowi terytorialnemu, głównie na poziomie departamentu, co wpisuje się w ogólny kształt systemu polityki społecznej we Francji. System ten jest w znacznym stopniu zdecentralizowany, co jest efektem reform z 1982 i 1983 r. oraz z lat 2004-2008. Podział kompetencji między poszczególne szczeble administracji publicznej jest niejednakowy w różnych obszarach polityki społecznej, co obrazuje tabela 26.

⁹⁸ *Ibidem*.

⁹⁹ *Ibidem*, s. 11.

¹⁰⁰ *Population* (2014) „Fiches thématiques”, Insee, www.insee.fr/population.pdf [dostęp: 21.10.2014 r.].

SCHEMAT 3. Polityka na rzecz osób starszych we Francji



Źródło: opracowanie własne.

Na tym tle warto zwrócić uwagę na fakt, że część polityki na rzecz osób starszych we Francji jest ulokowana w trzecim sektorze oraz w sektorze prywatnym – w ramach systemu ubezpieczeń społecznych (ubezpieczenia emerytalne), działalności organizacji non profit oraz ubezpieczeń rynkowych i działań przedsiębiorców. System ubezpieczeń społecznych podlega obecnie procesowi centralizacji i podporządkowywaniu sektorowi publicznemu (w związku z jego fiskalizacją).

TABELA 26. Podział kompetencji w zakresie polityki społecznej we Francji między państwem a samorządem terytorialnym – wybrane obszary

Wybrane obszary polityki społecznej	Szczegółowa administracja publiczna			
	Władza centralna ¹⁰¹	Region ¹⁰²	Departament ¹⁰³	
Pomoc społeczna	Określa ogólne zasady funkcjonowania oraz przeprowadza ewaluację działań jednostek samorządu terytorialnego w obszarze pomocy społecznej. Odpowiada za politykę przeciwdziałania bezdomności. Wyznacza zasady przyznawania pomocy oraz wysokości dochodu narzeczonej solidarności (RSA).	Odpowiada za kształcenie w zakresie pracy socjalnej.	Departament (przy wsparciu Kas Zasiłków Rodzinnych – CAF) dystrybuuje świadczenia społeczne, w tym dochód na rzecz aktywnej solidarności – RSA, świadczenia dla niesamodzielnych seniorów. Odpowiada za najważniejsze obiekty infrastruktury społecznej (np. nadzoruje domy pomocy społecznej) oraz za politykę rodzinną i politykę na rzecz młodzieży.	Gmina ¹⁰⁴ Prowadzi Gminne Centra Pomocy Społecznej – CCAS; pomoc fakultatywną.
Ochrona zdrowia	Opracowuje krajowy plan działań w odniesieniu do bezpieczeństwa sanitarnego oraz koordynuje Pow szechnie Zaopatrzenie Świadczenie Zdrowotne (CMU). Nadzoruje i kontroluje placówki systemu ochrony zdrowia.	Odpowiada za regionalny schemat bezpieczeństwa sanitarnego oraz za infrastrukturę szpitalną (nadzór i ew. finansowanie) oraz za kształcenie w zawodach medycznych i paramedycznych.	Nadzoruje instytucje i infrastrukturę medyczną oraz socjalno-medyczną.	Ma możliwość tworzenia placówek socjalnych i socjalno-medycznych oraz gminne placówki sanitarno-zdrowotne).

¹⁰¹ Dla przykładu, ważniejsze ministerstwa z obszaru polityki społecznej w rządzie Manuela Vallsa (stan z grudnia 2014 r.): Ministerstwo ds. Spraw Społecznych, Zdrowia i Praw Kobiet, Ministerstwo ds. Edukacji, Szkolnictwa Wyższego i Badań Naukowych, Ministerstwo ds. Pracy, Zatrudnienia, Kształcenia Zawodowego i Dialogu Społecznego, Ministerstwo Sprawiedliwości, Ministerstwo ds. Polityki Miejskiej, Polityki wobec Młodzieży i Sportu, Ministerstwo ds. Ekologii, Zrównoważonego Rozwoju i Energii, Ministerstwo ds. Reformy Państwa, Decentralizacji i Funkcji Publicznych, Ministerstwo ds. Kultury i Komunikacji, Ministerstwo ds. Mieszkalnictwa oraz Równości Terytorialnej.

¹⁰² Jest ich we Francji 26.

¹⁰³ Jest ich we Francji 101 (96 we Francji metropolitalnej).

¹⁰⁴ Jest ich we Francji ok. 36 tys. Mogą przejmować część kompetencji od departamentów w ramach związków międzygminnych.



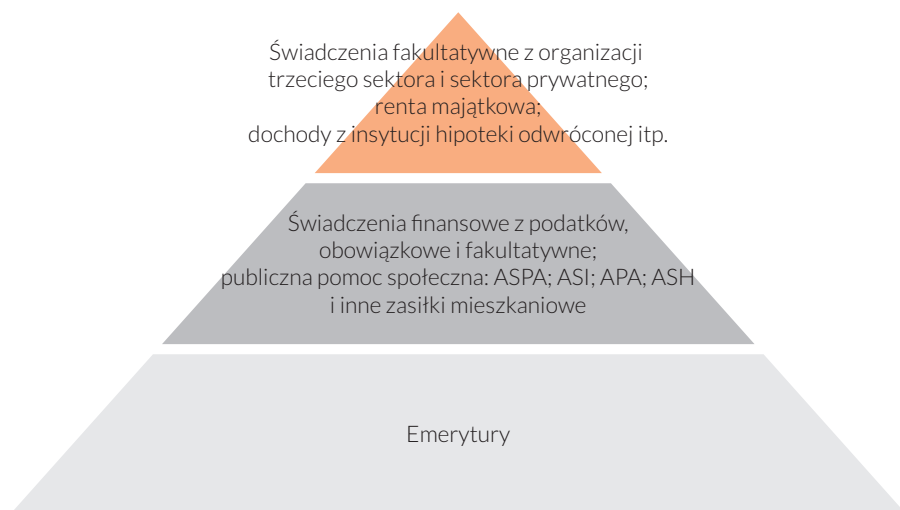
Edukacja	<p>Odpowiada za organizację, finansowanie, ramy programowe systemu edukacji narodowej i personel dydaktyczny. Odpowiada za szkolnictwo wyższe, zasady przyjmowania na studia medyczne i paramedyczne. Określa ramy prawno-instytucjonalne oraz przeprowadza ewaluację działań z zakresu kształcenia zawodowego oraz podnoszenia kwalifikacji zawodowych.</p>	<p>Odpowiada za budowę i funkcjonowanie szkół średnich drugiego stopnia (liceum), ich personel administracyjny-techniczny oraz za szkolnictwo specjalne. Ma szczególne kompetencje (planowanie; programowanie działań) dot. kształcenia zawodowego oraz podnoszenia kwalifikacji zawodowych.</p>	<p>Odpowiada za szkolnictwo średnie pierwszego stopnia (college) – infrastrukturę, funkcjonowanie, personel administracyjno-techniczny.</p>	<p>Ma kompetencje w zakresie edukacji podstawowej i żłobków.</p>
Mieszkalnictwo	<p>Państwo – w coraz większym stopniu w sposób symboliczny – pełni rolę gwaranta mieszkaniowej solidarności. Dysponuje rezerwą części mieszkań w budownictwie społecznym dla osób w najtrudniejszej sytuacji społecznej (pula prefekta w przydziale tych mieszkań).</p>	<p>Odpowiada za innowacje w zaspokajaniu potrzeb mieszkaniowych.</p>	<p>Prowadzi najważniejsze instytucje polityki mieszkaniowej, jak Fundusz na rzecz Solidarności Mieszkaniowej (FSL) oraz programuje zaspokajanie potrzeb mieszkaniowych osób w trudnej sytuacji mieszkaniowej.</p>	<p>Odpowiada za politykę zagospodarowania przestrzeni oraz kwestie związane z mieszkalnictwem (schroniska dla bezdomnych; zarządzanie pulą prefekta w przydziale mieszkań; udział w inwestycjach budownictwa społecznego i dla studentów.</p>
Infrastruktura i transport	<p>Odpowiada za sieć dróg krajowych, autostrad – nadzór – zostają spry-watyzowane) oraz naj-ważniejszych węzłów komunikacyjnych.</p>	<p>Ma kompetencje dot. transportu o znaczeniu regionalnym (kolej, drogi ponadlokalne, porty, lotniska cywilne) i infrastruktury.</p>	<p>Zarządza transportem drogowym i kolejowym na ich obszarze (w tym ok. 18 tys. kilometrów dróg krajowych) oraz dba o bezpieczeństwo drogowe.</p>	<p>Odpowiada za transport lokalny (w tym miejski).</p>

Źródło: opracowanie własne.

Świadczenia pieniężne dla osób starszych

W instrumentarium polityki na rzecz osób starszych we Francji ważne miejsce zajmują świadczenia pieniężne. Należą do nich emerytury, finansowane z podatków świadczenia obowiązkowe i fakultatywne oraz fakultatywne świadczenia pochodzące z trzeciego sektora i sektora prywatnego. Ich znaczenie przedstawiam w schemacie 4.

SCHEMAT 4. Świadczenia pieniężne dla seniorów we Francji



Źródło: opracowanie własne.

W kształtowaniu siły nabywczej osób starszych największe znaczenie mają emerytury. Przypomnieć należy, że ubezpieczenia emerytalne uformowały się we Francji w wyniku pierwszych interwencji państwa na rzecz zabezpieczenia bytu seniorów – regulacji prawnych z lat 1905, 1910, 1930¹⁰⁵. Były one rezultatem współpracy: ruchu robotniczego, organizacji pracodawców oraz państwa. Regulacje te nie doprowadziły, co prawda, do objęcia znacznej części populacji

¹⁰⁵ Caradec 2012, s. 10-11.

ubezpieczeniem społecznym z tytułu starości¹⁰⁶, ale posłużyły wypracowaniu konsensusu społecznego, co do potrzeby dalszych działań zmierzających do zapewnienia bezpieczeństwa socjalnego osobom w starszym wieku. Kluczowym momentem dla zabezpieczenia warunków życia osób starszych było uchwalenie w 1945 r. ustawy o francuskim systemie zabezpieczenia społecznego. Przyjęcie tej bazowej regulacji prawnej, budującej nowoczesny (system repartycyjny, oparty na zasadzie redystrybucji społecznej, zarządzany z udziałem związków zawodowych) i hojny system ubezpieczeń społecznych, było możliwe dzięki silnej pozycji związków zawodowych (zwłaszcza CGT) oraz przychylniej ich postulatów lewicowej opcji politycznej u władzy¹⁰⁷. Jednak już w 1947 r. część z założeń, np. unifikacja instytucjonalna systemu czy quasi-monopolistyczna rola związków zawodowych w zarządzaniu funduszami ubezpieczeniowymi została odrzucona. Warto zauważyć, że odejście od unifikacji instytucjonalnej na rzecz wielu kas branżowych, które z czasem okazały się nierentowne, stanowi do dzisiaj bolączkę francuskiego systemu ubezpieczeń emerytalnych. Dodatkowo starzenie się społeczeństwa oraz polityka niskiego wieku emerytalnego (60 lat)¹⁰⁸ i szerokiej dostępności do świadczeń przedemerytalnych, będąca odpowiedzią na nasilający się od lat 80. XX wieku problem bezrobocia, przyczyniły się do pojawienia się i stopniowego pogłębiania deficytu finansowego omawianej gałęzi francuskiego systemu zabezpieczenia społecznego.

Pomimo zasygnalizowanych powyżej problemów, we Francji świadczenia emerytalne nadal utrzymują się na wysokim, choć zróżnicowanym, poziomie. Na przykład w 2012 r. przeciętna emerytura wynosiła miesięcznie 1288 euro (1654 euro w przypadku mężczyzn oraz 951 euro w przypadku kobiet)¹⁰⁹. Emerytura jest więc instrumentem polityki społecznej, który – jak dotąd – skutecznie łagodzi

¹⁰⁶ W przededniu I wojny światowej jedynie ok. 25 % osób w wieku 60+ otrzymywało (bardzo niskie) emerytury (Caradec 2012, s. 11).

¹⁰⁷ *Ibidem*.

¹⁰⁸ Według ustawy z 2010 r. we Francji ustawowy minimalny wiek emerytalny jest stopniowo podnoszony, by osiągnąć do 2017 r. normę 62 lat. W niektórych przypadkach (duży staż pracy) pracownicy będą mogli nadal przechodzić na emeryturę w wieku 60 lat (Caradec 2012, s. 14-15).

¹⁰⁹ *En 2012, la pension moyenne des retraités était de 1.288 euros*, „Le Figaro”, 30. 04. 2014 r., <http://www.lefigaro.fr/retraite/2014/04/30/05004-20140430ARTFIG00333-en-2012-la-pension-moyenne-des-retraites-etait-de-1288-euros.php> [dostęp: 25.10.2014 r.].

ubóstwo seniorów¹¹⁰, z wyjątkiem osób powyżej 75. roku życia¹¹¹. Warto podkreślić, że stopa relatywnego ubóstwa osób starszych spadła z poziomu ok. 35% w latach 70. XX wieku do poziomu ok. 10% w 1996 r. Na tym poziomie ustabilizowała się do dzisiaj¹¹².

W przypadku bardzo niskich emerytur uzupełniającym je świadczeniem pieniężnym, wypłacanym przez instytucje systemu emerytalnego, ale finansowanym z podatków, jest zasiłek na rzecz solidarności z osobami starszymi (ASPAs – *Allocation de solidarité aux personnes âgées*). Świadczenie to jest zreformowanym w 2006 r. dawnym świadczeniem określanym, jako *minimum vieillesse*, stworzonym w 1956 r.¹¹³. Jego celem jest zapewnienie minimalnego dochodu osobom w wieku co najmniej 65 lat (60 lat w przypadku niezdolności do pracy). Jest ono przyznawane przy uwzględnianiu kryterium dochodowego (limit dochodowy dla jednoosobowego gospodarstwa domowego – 800 euro miesięcznie lub 9 600 euro rocznie; dla wieloosobowego gospodarstwa domowego – 1 242 euro miesięcznie lub 14 904 euro rocznie) oraz domicyliu¹¹⁴. W 2012 r. wysokość świadczenia dla osoby samotnej sięgała 777 euro¹¹⁵. Zasiłek ten jest refinanceowany ze spadku po zasiłkobiorcy.

Z kolei niepełnosprawne osoby starsze, posiadające emeryturę lub rentę, które nie osiągnęły ustawowego wieku emerytalnego, umożliwiającego ubieganie się o wyżej omówione ASPAs, mogą otrzymać zasiłek z tytułu niepełnosprawności (ASIs – *Allocation supplémentaire d'invalidité*). W 2006 r. zasiłek ten zastąpił wcześniejszy dodatek do *minimum vieillesse*. Beneficjenci muszą spełniać kryteria dochodowe (limit dochodowy w jednoosobowym gospodarstwie domowym – 8 424,05 euro rocznie; w wieloosobowym gospodarstwie domowym

¹¹⁰ W 2009 r. osoby z grupy wiekowej 55-74 lata w najmniejszym stopniu, w porównaniu do pozostałych grup wiekowych, były narażone na ubóstwo. Odpowiednio stopa relatywnego ubóstwa (60% mediany ekwiwalentnych dochodów) dla grupy wiekowej 55-64 lata sięgała 10,15%, a dla grupy wiekowej 65-74 lata – 7,65% (*Le Rapport de l'ONPES 2011-2012*, s. 23). Dodatkowo w 2012 r. odnotowano spadek wartości stopy ubóstwa emerytów do poziomu 8,4% (dla całej populacji stopa ubóstwa sięgała 13,9%; dla bezrobotnych usytuowała się na poziomie 37,2%) (Houdré, Ponceau, Zergat, Bonnin 2014). Wskazuje się, że wpłynąć na to mogła rewaloryzacja emerytur oraz wzrost wysokości świadczenia na rzecz solidarności z osobami starszymi (ASPAs).

¹¹¹ W 2009 r. stopa relatywnego ubóstwa tej grupy wiekowej sięgała 12,4%, tj. 651 tys. osób było dotkniętych ubóstwem. Ubogie były przede wszystkim kobiety (stanowiły one nieco ponad 70% ubogich w tej grupie wiekowej, tj. 457 tys. osób) (*Le Rapport de l'ONPES 2011-2012*, s. 23).

¹¹² *Rapport annuel du COR 2014*, s. 44.

¹¹³ Jamot-Robert 2007, s. 94-95.

¹¹⁴ *Allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) : montants*, oficjalny portal administracji francuskiej, Service-Public.fr: <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F16887.xhtml#OuSAd> [dostęp: 24.10.2014 r.].

¹¹⁵ Bultez 2011, s. 25.



– 14 904 euro rocznie), kryteria w zakresie niepełnosprawności oraz kryterium domicylu¹¹⁶. Wysokość tego zasiłku wynosi maksymalnie 403,76 euro miesięcznie¹¹⁷. Zasiłek ten jest także refinansowany ze spadku po zasiłkobiorky.

Ubezpieczenie emerytalne, a także szerzej pozostałe ubezpieczenia społeczne, zwłaszcza ubezpieczenie zdrowotne oraz – uzupełniająco – system pomocy społecznej długo stanowiły podstawowe mechanizmy bezpieczeństwa socjalnego emerytów. Mimo, że problem ten był sygnalizowany już w 1962 r. w tzw. Raplocie Laroque'a¹¹⁸, to dopiero pod koniec lat 90. XX w. w dyskusjach politycznych na szerszą skalę podniesiono potrzebę dodatkowych rozwiązań wychodzących naprzeciw nowemu ryzyku socjalnemu związanemu ze starością – niesamodzielnosci. W tym zakresie Francuzi nie stworzyli dodatkowej, piątej gałęzi systemu ubezpieczeń społecznych. Świadczenia opiekuńcze dla niesamodzielných seniorów zostały ulokowane w systemie pomocy społecznej, przede wszystkim na poziomie departamentu oraz częściowo w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.

W zakresie ryzyka niesamodzielnosci na poziomie centralnym ważną rolę odgrywa Narodowa Kasa Solidarnościowa na rzecz Autonomii (CNSA) utworzona w 2004 r. Jej celem jest gromadzenie środków i wspieranie władz lokalnych, przede wszystkim departamentu, w finansowaniu świadczeń i usług opiekuńczych dla seniorów. Departament jest odpowiedzialny za wypłacanie zasiłku na rzecz autonomii (APA – *Allocation personnalisée d'autonomie*)¹¹⁹. Przysługuje on niesamodzielnym osobom starszym, zarówno tym pozostającym w dotychczasowym miejscu zamieszkania, jak i osobom zamieszkującym w instytucjach. Zasiłek przyznawany jest na czas nieokreślony. Warunkiem ubiegania się o to świadczenie jest kryterium wieku – powyżej 60 lat oraz niesamodzielnosci, czyli trudności w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych oraz potrzeba regularnej opieki. Jego wysokość jest uzależniona od dochodów osób starszych oraz od stopnia niesamodzielnosci i mieści się w przedziale od kwoty 28,59 euro do 1 312,67 euro

¹¹⁶ *Allocation supplémentaire d'invalidité (Asi)*, oficjalny portal administracji francuskiej, Service-Public.fr: <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F16940.xhtml> [dostęp: 24.10.2014 r.].

¹¹⁷ *Ibidem*.

¹¹⁸ Haut Comité consultatif de la population et de la famille (1962), *Politique de la vieillesse, Rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse présidée par P. Laroque*, La Documentation française.

¹¹⁹ Zasiłek ten został wprowadzony w 2001 r. Zastąpił wówczas mniej hojne – istniejące od 1997 r. - specyficzne świadczenie z tytułu niesamodzielnosci (PSD).

miesięcznie¹²⁰. Dla zasiłkobiorky opracowywany jest plan działania, który jest finansowany ze środków z zasiłku APA oraz z wkładu partycypacyjnego zasiłkobiorky (jego wysokość może wynosić od 0% – przy dochodach miesięcznych seniora poniżej 739,06 euro do 90% – przy dochodach miesięcznych powyżej 2 945,23 euro)¹²¹. Zasiłek ten może być przeznaczony na finansowanie usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania i w miejscu pobytu czasowego lub dziennego w placówkach typu domy pomocy społecznej do 90 dni w roku. Z tego świadczenia może być pokrywany koszt dowozu posiłków do domu, zakupu urządzeń technicznych dostosowujących mieszkanie do potrzeb osób starszych czy teleopieki. Może być ono wypłacane bezpośrednio osobie starszej lub instytucji świadczącej usługi na jej rzecz. Zasiłek APA nie podlega refinansowaniu ze spadku po beneficjencie, z wyjątkiem np. sytuacji nieuprawnionego jego pobierania.

Ponadto departament wypłaca osobom starszym socjalny zasiłek mieszkaniowy (ASH – *Aide sociale à l'hébergement*). Uprawnienie do tego zasiłku wiąże się z wiekiem seniora (powyżej 65 lat), kryterium dochodowym oraz zamieszkiwaniem w domu pomocy społecznej. Jego celem jest uzupełnienie dochodów seniorów zamieszkujących w zinstytucjonalizowanych formach zamieszkania. Zasiłek jest refinansowany ze spadku po beneficjencie. W 2010 r. pobierało go około 115 tys. osób. Departamenty wydają na to świadczenie ok. 1 miliarda euro rocznie¹²².

Warto podkreślić, że na poziomie departamentu ulokowano większość aspektów lokalnej polityki społecznej, które uzupełniają działania podejmowane na rzecz seniorów w ramach świadczenia APA. Należy do nich np. pomoc mieszkaniowa, ale inna niż świadczenie ASH. Zasiłki mieszkaniowe dla osób starszych wypłacane są przez Kasy Zasiłków Rodziny – CAF¹²³.

W związku z dużym zróżnicowaniem sytuacji finansowej departamentów, podnoszony jest problem nierównego dostępu seniorów, w zależności od miejsca zamieszkania, do świadczeń i usług¹²⁴.

¹²⁰ *Personne âgée vivant à domicile: montant et versement de l'Apa*, oficjalny portal administracji francuskiej, Service-Public.fr: <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F1802.xhtml> [dostęp: 24.10.2014 r.].

¹²¹ *Ibidem*.

¹²² *Ibidem*, s. 534.

¹²³ por. Zubrzycka-Czarnecka 2011.

¹²⁴ por. *Le Rapport annuel de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie 2007* oraz *Le Bouler 2006*.

Obok omówionych wyżej świadczeń społecznych, ważnym źródłem dochodów seniorów we Francji jest renta majątkowa, np. za wynajem mieszkania. Mniejsze znaczenie dla ich siły nabywczej mają dochody z instytucji hipoteki odwróconej¹²⁵.

Usługi świadczone w mieszkaniach

We Francji świadczenie usług opiekuńczych (SAP – *Service à la personne*) zostało uregulowane prawnie w Kodeksie Pracy¹²⁶. Instytucjonalnie zagadnienie nadzoruje Krajowa Agencja ds. Usług Opiekuńczych (ANSP)¹²⁷, usytuowana w strukturze Ministerstwa ds. Ekonomii, Gospodarki i Zatrudnienia. Celem tej instytucji jest zapewnianie jakości świadczonych usług oraz ich rozwój. Najważniejsze usługi dla seniorów dofinansowane ze środków publicznych świadczone w domu przedstawia schemat 5.

SCHEMAT 5. Usługi świadczone w domu



Źródło: opracowanie własne na podstawie Penaud, Amghar, Bourdais, Deumié, Dupays, Laloue, Léost, Moleux, Scotton 2013, s. 530.

¹²⁵ Por. Zubrzycka-Czarnecka 2012, s. 125-126.

¹²⁶ Artykuły: L. 7231-1, L. 7231-2, D. 7231-1, D. 7231-2 i D. 7231-2.

¹²⁷ Strona internetowa ANSP: <http://www.entreprises.gouv.fr/services-a-la-personne>.

Podstawową usługą finansowaną ze środków publicznych, dostępną dla seniorów w ich miejscu zamieszkania, jest pomoc opiekunki środowiskowej (*aide ménagère*). Dostęp do tej usługi jest przydzielany przez departament. Beneficjenci tej usługi muszą spełnić kryterium wieku – co najmniej 65 lat (60 lat w przypadku niezdolności do pracy)¹²⁸ i muszą wykazać trudności, wynikające z ich stanu zdrowia, w wykonywaniu prac domowych. Złagodzenie tych trudności ma na celu wsparcie osób starszych w ich pozostaniu w dotychczasowym miejscu zamieszkania. Osoby te nie mogą być beneficjentami zasiłku APA, ani nie mogą spełniać warunków jego otrzymania. Zadaniem profesjonalnej opiekunki środowiskowej jest wspieranie seniora w codziennych czynnościach życiowych, w tym związanych m.in. z przygotowywaniem posiłków, utrzymaniem higieny, robieniem zakupów. Obecność opiekunki ma także służyć złagodzeniu izolacji społeczno-przestrzennej osoby starszej. Liczba godzin tej usługi jest uzależniona od potrzeb beneficjentów. Jej finansowanie jest zapewniane przez departament w przypadku dochodów beneficjenta poniżej 800 euro miesięcznie dla jednoosobowego gospodarstwa domowego lub poniżej 1 242 miesięcznie w wieloosobowym gospodarstwie domowym¹²⁹. Z kolei instytucje systemu emerytalnego finansują pomoc opiekunki środowiskowej dla osób o wyższych, niż wskazane powyżej, dochodach. Możliwa jest partycypacja seniorów w kosztach i wynosi od 10% do 73% kosztów usługi, a jej wysokość jest uzależniona od dochodów osób starszych¹³⁰. W niektórych przypadkach, np. gdy nie ma gminnych instytucji świadczących opiekę środowiskową, uprawniona osoba starsza może otrzymać świadczenie pieniężne na zapewnienie sobie realizacji tej usługi.

Podobnym rozwiązaniem jest usługa pomocy domowej (*l'aide ménagère à domicile*), udostępniania przez departamenty i gminy. Jej beneficjentami mogą być osoby starsze (powyżej 65 lat lub 60 – w przypadku niezdolności do pracy) o niskich dochodach, nieotrzymujące emerytury¹³¹. Kolejnym kryterium jest domicyl. Seniorzy otrzymują środki finansowe na zapewnienie sobie usługi pomocy domowej lub dostęp do tej usługi. Wysokość świadczenia – w przypadku jego formy pie-

¹²⁸ *Aide sociale aux personnes âgées: aide ménagère à domicile*, oficjalny portal administracji francuskiej, Service-Public.fr: <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F245.xhtml> [dostęp: 24.10.2014 r.].

¹²⁹ *Ibidem*.

¹³⁰ *Ibidem*.

¹³¹ *Aide à domicile: allocation simple*, oficjalny portal administracji francuskiej, Service-Public.fr: <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F2572.xhtml> [dostęp: 30.10.2014 r.].

niężnej – zależy od dochodów uprawnionych. Maksymalna wysokość świadczenia może sięgać kwoty 800 euro miesięcznie lub 9600 euro rocznie w przypadku jednoosobowego gospodarstwa domowego oraz 1242 euro miesięcznie lub 14 904 euro rocznie w wieloosobowych gospodarstwach domowych¹³². W gminach, w których działają instytucje świadczące usługi pomocy domowej, świadczenie to może być zapewnianie w naturze.

Ważną usługą jest też pomoc pielęgniarki środowiskowej (SSIAD – *Services de Soins Infirmiers à Domicile*). Usługa ta została uregulowana w art. L. 312-1 Kodeksu ds. Akcji Socjalnej i Rodzinnego. Instytucje ją świadczące są nadzorowane przez Regionalne Agencje ds. Zdrowia (ARS – *Agence Régionale de Santé*). Świadczeniodawcy działają, realizując zlecenia publiczne, w oparciu o publiczne przetargi na świadczenie usług publicznych. Celem tej usługi jest wsparcie osoby starszej w pozostaniu w dotychczasowym miejscu zamieszkania, wzmocnienie jej autonomii i sprawności oraz ograniczenie zbędnych hospitalizacji. Pielęgniarki środowiskowe realizują w domu zaplanowaną przez lekarza procedurę leczenia osoby starszej. Dostęp do ich pomocy jest więc uzależniony od zlecenia przez lekarza. Najczęściej usługobiorcy korzystają z tej usługi od 6 miesięcy do 2 lat¹³³. Są to osoby w zaawansowanym wieku (średnia wieku to ok. 82 lata) o znacznym stopniu niepełnosprawności, częściej kobiety (67%)¹³⁴. Średni roczny koszt tej usługi sięga kwoty 10 525 euro na beneficjenta (koszt waha się w przedziale od 1136 euro do 36 659 euro)¹³⁵.

Pomoc pielęgniarki środowiskowej jest realizowana przez instytucje domowej pomocy pielęgniarskiej (SSIAD – *Services de Soins Infirmiers à Domicile*), które działają we Francji od lat 80. XX w. Najczęściej mają formę stowarzyszeń (*nature associative*). W 2010 r. działało ok. 2200 instytucji¹³⁶, które zasięgiem pomocy pielęgniarskiej obejmowały ok. 105 000 osób starszych¹³⁷. Większość z nich to

¹³² *Ibidem*.

¹³³ SSIAD en chiffres, Ministerstwo Spraw Społecznych, Zdrowia i Praw kobiet: <http://www.social-sante.gouv.fr/espaces,770/personnes-agees-autonomie,776/dossiers,758/aide-a-domicile,886/ssiad-services-de-soins-infirmiers,2819/ssiad-en-chiffres,16260.html> [dostęp: 28.10.2014 r.].

¹³⁴ *Ibidem*.

¹³⁵ Tarification, Ministerstwo Spraw Społecznych, Zdrowia i Praw kobiet: <http://www.social-sante.gouv.fr/espaces,770/personnes-agees-autonomie,776/dossiers,758/aide-a-domicile,886/ssiad-services-de-soins-infirmiers,2819/tarification,16321.html> [dostęp: 28.10.2014 r.].

¹³⁶ Présentation, Ministerstwo Spraw Społecznych, Zdrowia i Praw kobiet: <http://www.social-sante.gouv.fr/espaces,770/personnes-agees-autonomie,776/dossiers,758/aide-a-domicile,886/ssiad-services-de-soins-infirmiers,2819/presentation,16250.html> [dostęp: 28.10.2014 r.].

¹³⁷ *Ibidem*.

organizacje trzeciego sektora (63%), część – sektora publicznego (36%), a jedynie 1% należy do sektora prywatnego¹³⁸.

Ważną usługą realizowaną przez departamenty i gminy jest dostęp do stołówek (*un foyer-restaurant*) oraz dowożenie posiłków. Usługa dostępu do tanich stołówek przeznaczona jest dla osób w wieku 65 lat i więcej (od 60 roku życia dla osób niezdolnych do pracy)¹³⁹. Posiłki we wskazanych stołówkach są sprzedawane po przystępnych cenach lub wydawane nieodpłatnie - dotowane przez instytucje pomocy społecznej w przypadku osób o dochodach niższych niż 9 600 euro rocznie¹⁴⁰. Z kolei dowożenie posiłków skierowane jest do osób, których stan zdrowia uniemożliwia przemieszczanie się. Usługa ta przyznawana jest maksymalnie na okres 5 lat¹⁴¹. Jej koszt jest dzielony między gminę i beneficjenta.

Dodatkowo departamenty mogą dofinansowywać świadczenie innych usług opiekuńczych w domu, takich jak: usługi kosmetyczne (w tym fryzjerskie), dowożenie do wskazanych miejsc, drobne naprawy w domu, drobne prace w otoczeniu domu, dowożenie ubrań z pralni, dowożenie zakupów, pomoc w zakresie Internetu, wyprowadzanie zwierząt domowych na spacer.

Ważnym rozwiązaniem skierowanym do opiekunów niesamodzielných osób starszych jest bezpłatny urlop wsparcia rodzinnego. Jest on przyznawany na trzy miesiące. Może być odnawiany, jednak łącznie nie może być przyznany na okres dłuższy niż rok¹⁴². Skierowany jest do członków najbliższej rodziny osoby starszej (partnera/partnerki, konkubenta/konkubentki, wstępnych oraz zstępnych).

We Francji z usług opiekuńczych (SAP) korzystają przede wszystkim osoby starsze w wieku ponad 75 lat¹⁴³. W 2008 r. większość z nich (53%) korzystała z usług instytucji świadczących usługi opiekuńcze (OSP), jedynie 35% zatrudniała opiekunkę/opiekuna. Odpowiednio dla grupy wiekowej 65-74 lata odsetki te kształtowały się następująco: 14% i 17%¹⁴⁴.

¹³⁸ *Présentation*, Ministerstwo Spraw Społecznych, Zdrowia i Praw kobiet: <http://www.social-sante.gouv.fr/espaces,770/personnes-agees-autonomie,776/dossiers,758/aide-a-domicile,886/ssiad-services-de-soins-infirmiers,2819/presentation,16250.html> [dostęp: 28.10.2014 r.].

¹³⁹ *Aide sociale locale: accès aux foyers restaurants et au portage de repas*, oficjalny portal administracji francuskiej, Service-Public.fr: <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F248.xhtml> [dostęp: 30.10.2014 r.].

¹⁴⁰ *Ibidem*.

¹⁴¹ *Ibidem*.

¹⁴² *Le congé de soutien familial*, Ministerstwo ds. Pracy, Zatrudnienia, Kształcenia Zawodowego i Dialogu społecznego: <http://travail-emploi.gouv.fr/informations-pratiques,89/fiches-pratiques,91/conges-et-absences-du-salarie,114/le-conge-de-soutien-familial,12763.html> [dostęp: 30.10.2014 r.].

¹⁴³ Garner H., Lainé F. 2013, s. 3.

¹⁴⁴ *Ibidem*, s. 4.



Większość usługodawców świadczących usługi na rzecz seniorów związanych jest z sektorem publicznym i trzecim sektorem, mniej z sektorem prywatnym. Na przykład w 2011 r. do osób starszych trafiło 67% roboczogodzin tego typu świadczeń z sektora publicznego, 64% roboczogodzin świadczeń z trzeciego sektora oraz 29% roboczogodzin świadczeń z sektora prywatnego¹⁴⁵. Wyliczenia te opierały się na danych pochodzących z baz ANSP-NOVA oraz Dares i obejmowały cztery grupy adresatów usług opiekuńczych (SAP): małe dzieci, osoby starsze, osoby niepełnosprawne oraz inne osoby.

Osoby starsze w małym stopniu korzystają z ulg podatkowych z tytułu współpłacenia za usługi opiekuńcze. Wspierane są jednak poprzez zwolnienia od opodatkowania emerytury czy zasiłków społecznych¹⁴⁶.

Od 2009 r. obserwuje się ograniczanie dostępności do usług opiekuńczych świadczonych w domu¹⁴⁷. Jest to spowodowane pogarszającymi się możliwościami finansowymi departamentów oraz samych klientów tych usług. Warto jednak podkreślić, że na sytuację tę wpływa także niestabilność zatrudnienia podmiotów świadczących usługi opiekuńcze (zatrudnienie czasowe i krótkoterminowe) oraz zarządzanie (*governance*) tym obszarem instytucji społecznych, zwłaszcza w kontekście daleko posuniętego prawa wyboru świadczeniodawcy¹⁴⁸. W literaturze przedmiotu podnosi się także problem niedostatecznej profesjonalizacji zawodu opiekunki/opiekuna osób starszych. Sytuacja ta wpływa na jakość usług skierowanych do seniorów¹⁴⁹. Powyższe obserwacje wpisują się w nurt badań mających na celu wypracowanie zaleceń w zakresie ewaluacji polityki publicznej w obszarze świadczeń opiekuńczych dla osób starszych¹⁵⁰.

Instytucje pobytu czasowego i dziennego

We Francji, z myślą o osobach starszych oraz ich opiekunach, rozwija się sieć placówek pobytu dziennego (*l'accueil de jour*) lub czasowego (*l'hébergement temporaire*). Stanowią one – wraz z domami pomocy społecznej – sieć ponad 10 000

¹⁴⁵ *Ibidem*, s. 3.

¹⁴⁶ Benoteau, Goin 2014, s. 6-7.

¹⁴⁷ Poletti 2012, s. 5.

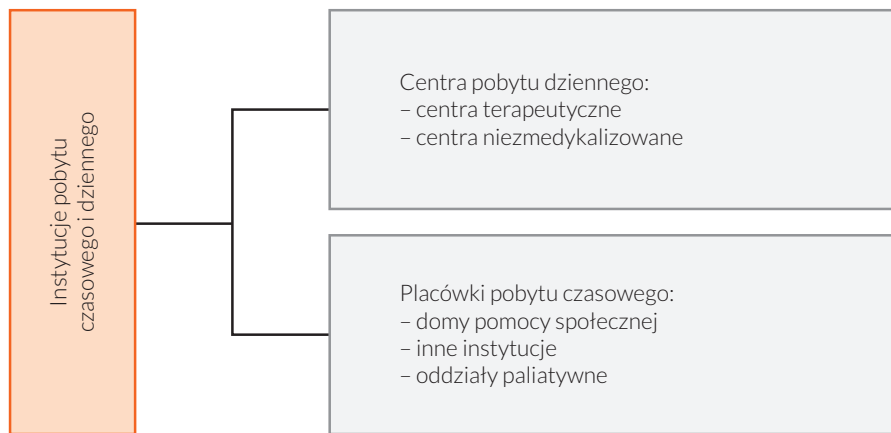
¹⁴⁸ *Ibidem*, s. 7.

¹⁴⁹ por. Weber 2011, s. 55-60.

¹⁵⁰ por. Connangle 2011.

placówek pobytu dla seniorów¹⁵¹. Działalność instytucji pobytu dziennego i czasowego dla osób starszych we Francji regulują przepisy Kodeksu Akcji Socjalnej i Rodzinnego¹⁵². Ich strukturę przedstawia schemat 6.

SCHEMAT 6. Instytucje pobytu dziennego i czasowego dla seniorów we Francji



Źródło: opracowanie własne.

Centra pobytu dziennego (CAJ – *Centre d'accueil de jour*) to placówki przyjmujące osoby starsze z pełną lub ograniczoną sprawnością (np. z chorobą Alzheimera), na pobyty jednodniowe lub na część dnia, wyłącznie na skierowanie lekarza. Dostęp do nich, warunki przyjęcia i odpłatność są określane przez poszczególne placówki. Czas spędzony w centrum pobytu dziennego ma wzmocnić samodzielność osób starszych oraz ich uspołecznic poprzez prowadzone zajęcia grupowe, np. w formie: gimnastyki, plastyki, techniki, ćwiczeń pamięci. Centra dają także możliwość uzyskania wolnego czasu przez opiekunów osób starszych. Centra mogą być organizowane w dziennych szpitalach geriatrycznych – są to dzienne pobyty terapeutyczne lub w domach pomocy społecznej czy innych niezmedykalizowanych placówkach¹⁵³.

¹⁵¹ *Les différentes structures d'accueil pour personnes âgées*, Agevillage, <http://www.agevillage.com/sousTheme-10-Les-differentes-structures-d-accueil-pour-personnes-agees.html> [dostęp: 28.10.2014 r.].

¹⁵² Art.: L. 312-1, O. 312-8, O. 312-9, O. 313-20, R. 314-161, R. 314-162 i R. 314-207.

¹⁵³ Por. *Centres de jour Qu'est ce que c'est?*, "Le Figaro": <http://sante.lefigaro.fr/social/personnes-agees/centres-jour/qu-est-ce-que-cest>, [dostęp: 20.10.2014 r.].



Centra terapeutyczne są przeznaczone zarówno dla seniorów pozostających w dotychczasowym miejscu zamieszkania, jak i dla mieszkańców zinstytucjonalizowanych form zamieszkania.

Centra niezmedykalizowane są otwarte dla seniorów o większym stopniu sprawności. Pobyt w tych placówkach może też być finansowany w ramach świadczenia APA lub przez instytucje pomocy społecznej do 90 dni w roku¹⁵⁴. Koszt transportu osoby starszej z domu do centrum i z powrotem może być finansowany przez ubezpieczenie zdrowotne.

Instytucje pobytu czasowego (*l'accueil temporaire*) przyjmują osoby starsze maksymalnie na okres 6 miesięcy¹⁵⁵. Zasady pobytu są określone w zawartej z wybraną instytucją umowie. Placówki te są ulokowane w domach pomocy społecznej lub innych instytucjach i mają podobne zadania jak wyżej opisane centra pobytu dziennego¹⁵⁶. Do tego typu placówek osoby starsze mogą kierować się bezpośrednio. Osoby przebywające w ramach pobytu czasowego żyją w takim samym trybie i korzystają z takich samych usług, jak pozostali mieszkańcy domu pomocy społecznej. Przeciętny miesięczny koszt pobytu sięga 2200 euro¹⁵⁷. W przypadku braku środków finansowych, zainteresowani mogą zgłaszać się po dofinansowanie do instytucji pomocy społecznej na poziomie departamentu (najbardziej niesamodzielni) lub do instytucji ubezpieczeń emerytalnych (mniejszy stopień niesamodzielności). Świadczenie APA jest niewystarczające, aby pokryć koszty pobytu w placówce pobytu czasowego. Departamenty często oferują dodatkowe świadczenia w tym zakresie.

Instytucjami długotrwałego pobytu osób starszych są oddziały paliatywne w szpitalach (USLD). Są to oddziały przeznaczone dla niewielkiej liczby pacjentów, od 30 do 35 łóżek¹⁵⁸. Sposób funkcjonowania jest taki sam jak na innych oddziałach szpitalnych, np. w zakresie godzin posiłków itp. We Francji placówki tego

¹⁵⁴ Por. *Centres de jour Quelles procédures?*, „Le Figaro”, <http://sante.lefigaro.fr/social/personnes-agees/centres-jour/quelles-procedures> [dostęp: 20.10.2014 r.].

¹⁵⁵ *L'accueil temporaire*, Agevillage: <http://www.agevillage.com/article-962-1-l-accueil-temporaire.html> [dostęp: 28.10.2014 r.].

¹⁵⁶ *L'accueil de jour et l'hébergement temporaire pour les personnes âgées dépendantes*, WEKA, <http://www.weka.fr/action-sociale/base-documentaire/interventions-et-aides-sociales-wk015/le-soutien-aux-personnes-agees-dependantes-sl2411315/l-accueil-de-jour-et-l-hebergement-temporaire-pour-les-personnes-agees-dependantes-sl2411342.html> [dostęp: 20.10.2014 r.].

¹⁵⁷ *Ibidem*.

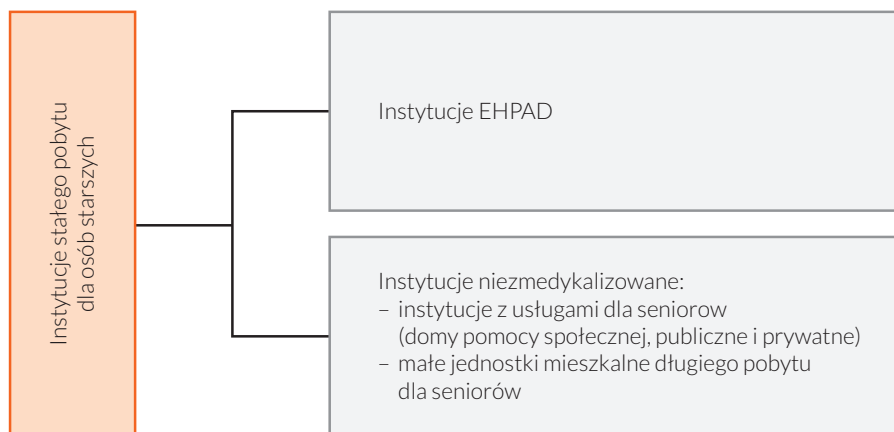
¹⁵⁸ *Les centres de long séjour hospitaliers ou USLD (Unités de soins longue durée)*, Agevillage: <http://www.agevillage.com/article-4174-1-les-centres-de-long-sejour-hospitaliers-ou-usld-unites-de-soins-longue-duree.html> [dostęp: 31.10.2014 r.].

typu oferują ok. 80 000 łóżek w tym 72 000 miejsc w instytucjach publicznych¹⁵⁹. Osoby starsze uzyskują miejsce na oddziale paliatywnym bądź w drodze zalecenia lekarza szpitalnego, bądź przechodząc procedurę u lekarza rodzinnego i lekarza orzekającego dla systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Usługa ta jest finansowana za pośrednictwem świadczenia APA oraz zasiłków mieszkaniowych.

Instytucje stałego pobytu dla osób starszych

Osoby starsze – poza uzyskaniem wsparcia w pozostaniu w dotychczasowej formie zamieszkania – mogą przeprowadzić się do instytucji stałego pobytu. Instytucje te można podzielić na zmedykalizowane, zawierające umowy z departamentem i państwem¹⁶⁰ na okres 5 lat – (EHPAD - *les Etablissements d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes*) oraz placówki niezmedykalizowane, nadzorowane przez departament.

SCHEMAT 7. Instytucje stałego pobytu dla seniorów we Francji



Źródło: opracowanie własne.

¹⁵⁹ *Ibidem*.

¹⁶⁰ Państwo jest reprezentowane przez Regionalne Agencje ds. Zdrowia.



Instytucji zmedykalizowanych (EHPAD) jest we Francji ok. 7000¹⁶¹. Są one przeznaczone dla osób starszych o znacznej niesamodzielności, mających trudności w podstawowych czynnościach życiowych. Większość tych placówek (ok. 75%) należy do sektora publicznego lub trzeciego, co umożliwia uzyskanie świadczeń z pomocy społecznej¹⁶². Jedyne ok. 25% tego typu placówek należy do instytucji sektora prywatnego¹⁶³. Państwo ponosi w tych instytucjach koszty opieki medycznej, departament – koszty związane z niesamodzielnością, a EHPAD zobowiązuje się do dbania o jakość świadczeń¹⁶⁴. Udział osoby starszej w kosztach pobytu w tych placówkach sięga miesięcznie od 1500 euro do 3000 euro. Osoby o niskich dochodach mogą uzyskać pomoc od departamentu, która jest potrącana ze spadku po nich. W tym zakresie departament dopłaca od 150 do 200 euro miesięcznie na miejsca dla osób niesamodzielnych w tych domach.

Warto jednak zauważyć, że niektóre francuskie instytucje zmedykalizowane nie są dostatecznie dostosowane do potrzeb osób starszych. O dotkliwości problemu świadczyć mogą doświadczenia z upalnego lata z 2003 r.¹⁶⁵. Bilans ofiar (około 15 tys. zgonów) wzbudził nad Sekwaną ogólnonarodową debatę o potrzebie dostosowania instytucji publicznych do potrzeb osób starszych mieszkających samotnie oraz o solidarności międzypokoleniowej¹⁶⁶.

Według Stowarzyszenia Dyrektorów Instytucji na rzecz osób starszych w placówkach stałego pobytu i ich rodzin (l'AD-PA), we Francji nasila się zjawisko przemocy instytucjonalnej wobec osób starszych¹⁶⁷, wynikające z niedofinansowania. Brak wystarczających środków finansowych nie pozwala na zatrudnienie wystarczającej ilości personelu, ani na zapewnienie odpowiedniej jakości świadczonych usług opiekuńczych. Problem dotyczy ok. 90% placówek. Szacuje się, że brakuje ok. 100 tys. pracowników, a koszt ich zatrudnienia ma sięgać 3,5 miliarda euro. Tematyka ta jest monitorowana m.in. przez Krajową Agencję na rzecz ewaluacji działalności instytucji świadczących usługi społeczne i medyczno-społeczne

¹⁶¹ EHPAD ou maisons de retraite médicalisées, Agevillage, <http://www.agevillage.com/article-4167-1-ehpad-ou-maisons-de-retraite-medicalisees.html> [dostęp: 28.10.2014 r.].

¹⁶² *Ibidem*.

¹⁶³ *Ibidem*.

¹⁶⁴ *Ibidem*.

¹⁶⁵ Bachelet 2010, s. 96.

¹⁶⁶ Kuczyńska 2007, s. 45.

¹⁶⁷ por. Golla 2014.

(ANESM – *Agence Nationale de l’Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux*).

Instytucje niezmedykalizowane można podzielić na instytucje z usługami dla osób starszych oraz małe jednostki mieszkalne długiego pobytu dla seniorów.

Instytucje niezmedykalizowane z usługami dla osób starszych (*les Résidences Services Seniors*) to placówki o charakterze socjalnym, zarządzane przez instytucje mieszkaniowe o umiarkowanych czynszach – (HLM - *Habitation à loyer modéré* i przez gminne centra pomocy społecznej – (CCAS - *Centres communaux d’action sociale*) oraz jednostki sektora prywatnego. Są to domy, w których seniorzy wynajmują mieszkania (niekiedy są ich właścicielami). W przypadku domów HLM liczą one od 60 do 90 mieszkań pogrupowanych w jednostki składające się z ok. 12 mieszkań usytuowanych wokół przestrzeni wspólnych z usługami¹⁶⁸. Miesięczny koszt pobytu w domach HLM waha się od 900 do 1200 euro¹⁶⁹. Wymagany jest wkład w wysokości ok. 10 000 euro¹⁷⁰. W instytucjach tych zapewnione jest bezpieczeństwo oraz podstawowe usługi. Domy są ulokowane w centrach miast, blisko instytucji użyteczności publicznej. Przeznaczone są dla seniorów o znacznej sprawności, samodzielnych – a w przypadku domów prywatnych¹⁷¹ – także zamożnych.

Wśród małych jednostek mieszkalnych długiego pobytu dla seniorów można przywołać domy dla seniorów ze środowiska wiejskiego (MARPA - *Maison d’accueil rurale pour personnes âgées*). Są to placówki o liczbie łóżek od 15 do 20¹⁷². Przeznaczone głównie dla seniorów mieszkających na wsi, osób sprawnych lub o małym deficycie sprawności. Zostały one zapoczątkowane w latach 80. XX w. przez rolniczy system ubezpieczeń społecznych (MSA). Istnieje ich we Francji ok. 100¹⁷³. W placówkach tego typu dużą wagę przywiązuje się do włączania osób starszych w życie wspólnotowe (np. wspólne przygotowywanie posiłków). Domy

¹⁶⁸ *Les résidences avec services*, Agevillage: <http://www.agevillage.com/article-4172-1-les-residences-avec-services.html> [dostęp: 29.10.2014 r.].

¹⁶⁹ *Ibidem*.

¹⁷⁰ *Ibidem*.

¹⁷¹ Największe firmy prywatne oferujące usługi tego typu: les Hespérides, Domitys, Les Senioriales, Villages et Patios d’or, la Girandière, Les Jardins d’Arcadie, Cogedim Club, Maisons Vill’âge, Les Essentielles, Hameaux de campagne, Espace et Vie, DVD (Domus Vi, Les Templitudes), Les Essentielles, Les résidentiels.

¹⁷² *Les MARPA parmi les petites unités de vie*, Agevillage: <http://www.agevillage.com/article-4169-1-maison-de-retraite-petit-unite-de-vie-hebergement-accueil-personne-agee-marpa.html> [dostęp: 29.10.2014 r.].

¹⁷³ *Ibidem*.



te są prowadzone przez wyspecjalizowaną pielęgniarkę i jej asystenta/asystentkę¹⁷⁴. Dodatkowe usługi świadczą osoby z zewnątrz.

Do małych jednostek należą także placówki dla osób chorujących na chorobę Alzheimera (*Cantous*). Są to domy dla ok. 12 osób, w których poza stworzeniem w jak największym stopniu domowej atmosfery i warunków życia, duży nacisk kładzie się na uczestniczenie mieszkańców w codziennych czynnościach domowych. Dzienny koszt pobytu dla osoby starszej sięga 55 euro¹⁷⁵.

Inną formułą jest dom-schronisko, przypominający formę *co-housingu* (*un logement foyer*)¹⁷⁶. Warunki pobytu seniorów w tych instytucjach są określone w podpisywanej przez nich umowie. Są to domy ulokowane w centrach miast. Osoby starsze wynajmują lub wykupują mieszkania i mają zapewnione niektóre usługi (np. całodobowa obecność opiekuna domu, podstawowa pomoc medyczna, dostosowanie mieszkania do deficytów w sprawności seniorów). Część pomieszczeń jest wspólnych, co ma służyć uspołecznianiu i integrowaniu mieszkańców. Koszt pobytu jest w znacznym stopniu zróżnicowany, m.in. w zależności od dostępności usług fakultatywnych.

Zauważa się występujący w tych placówkach problem dehumanizacji, zatracania domowej atmosfery, jaką miały stwarzać małe instytucje domowe.

Inne rozwiązania

Omawiając zagadnienie wspierania osób starszych w ich środowisku zamieszkania, warto zwrócić uwagę na szerszy kontekst skierowanych do nich rozwiązań, zwłaszcza technologicznych.

We Francji Narodowa Kasa Solidarnościowa na rzecz Autonomii (CNSA – *Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie*) opracowała bazę danych na temat urządzeń technicznych, ułatwiających seniorom wypełnianie codziennych czynności życiowych w sytuacji deficytów sprawności fizycznej. Baza ta jest dostępna na stronie internetowej powyższej instytucji. Podobne informacje można uzyskać na stronie Centrum Badań nad Urządzeniami dla Osób Niepełnosprawnych

¹⁷⁴ *Ibidem*.

¹⁷⁵ *Les Cantous ou Unités spécialisées Alzheimer*, Agevillage: <http://www.agevillage.com/article-4170-1-les-cantous-ou-unites-specialisees-alzheimer.html> [dostęp: 29.10.2014 r.].

¹⁷⁶ *Les logements-foyers*, Agevillage: <http://www.agevillage.com/article-4171-1-les-logements-foyers.html> [dostęp: 20.10.2014 r.].

(CERAHTEC – *Centre d'Etudes et de Recherche sur l'Appareillage des Handicapés*) przy Ministerstwie Obrony. Instytucją doradczą w tym zakresie są też Centra ds. Informacji i Porad na temat Urządzeń Technicznych (CICAT – *Centre d'Information et de Conseil sur les Aides Techniques*).

Zakup tego typu urządzeń, np. wózków inwalidzkich, łóżek medycznych, materaców antyodparzeniowych, kuli itp. jest dotowany przez instytucje systemu zabezpieczenia społecznego (ubezpieczenie zdrowotne), pod warunkiem, że urządzenie posiada odpowiednie homologacje i jest zalecone przez lekarza. Z kolei urządzenia ułatwiające wchodzenie po schodach są dotowane przez Krajową Agencję na rzecz Poprawy Habitatu lub przez Stowarzyszenie na rzecz Mieszkańców Osób Niepełnosprawnych. Zakup systemów przywołujących (teleopieka) może być dofinansowany w ramach świadczenia APA. Dostosowanie mieszkania do potrzeb seniorów jest wspierane poprzez subwencje i ulgi podatkowe z tytułu remontu ze środków Krajowej Agencji na rzecz Poprawy Warunków Mieszkania (ANAH).

Interesującym rozwiązaniem jest utworzenie w 2008 r. bezpłatnego, alarmowego numeru telefonicznego: 3977 dla osób starszych oraz osób niepełnosprawnych, będących ofiarami przemocy, co jest wynikiem niedostatecznej kontroli jakości świadczonych usług (*Enquête sur les conditions de la qualité des services d'aide à domicile pour les personnes âgées* 2009).

Inne instytucje działające w i dla środowisk lokalnych adresowane do osób starszych

Instytucją publiczną działającą na rzecz osób starszych są Lokalne Centra ds. Informacji i Koordynacji Gerontologicznej (CLIC – *Les centres locaux d'information et de coordination*)¹⁷⁷. Utworzono je na mocy ustawy z 2001 r.¹⁷⁸. Ich funkcjonowanie zostało uregulowane w art. 11 Kodeksu ds. Akcji Socjalnej i Rodzinnego. Centra te są ulokowane w strukturze instytucji społecznych departamentu lub gminy. Ich celem jest dostarczenie seniorom informacji na temat przysługujących im świadczeń, usług i skierowanych do nich instytucji. Mają charakter interdyscyplinarny,

¹⁷⁷ CLIC, <http://clic-info.personnes-agees.gouv.fr/clic/construirePageLogin.do> [dostęp: 29.10.2014 r.].

¹⁷⁸ Ustawa nr 2001-647 z 20 lipca 2001 r. dotycząca działań odpowiadających na ryzyko niesamodzielności osób starszych oraz dotycząca świadczenia na rzecz samodzielności.



oparte są na współpracy osób ze środowiska medycznego, ze środowiska pomocy społecznej oraz społeczności lokalnej.

Instytucją wspierającą władze lokalne w realizowaniu działań na rzecz seniorów, a jednocześnie reprezentującą ich głos, jest Departamentalny Komitet Emerytów i Osób Starszych (CODERPA – *Le Comité Départemental des Retraités et Personnes Agées*). Pełni on funkcję organu doradczego rady departamentu przy opracowywaniu departamentalnego schematu gerontologicznego. Obowiązek tworzenia tego dokumentu został wprowadzony w 1982 r.¹⁷⁹. Schemat jest instrumentem służącym do uwzględniania potrzeb seniorów w planowaniu rozwoju społecznego na poziomie departamentu. Podobne cele realizuje także Krajowa Federacja Organizacji Osób Starszych i ich Rodzin (FNAPAEF – *Fédération Nationale des Associations et des Amis des Personnes Âgées et de leurs Familles*)¹⁸⁰.

Ważną rolę w polityce na rzecz osób starszych we Francji odgrywają organizacje pozarządowe, których działania w większym stopniu mają charakter innowacyjny niż działania instytucji publicznych. Dla przykładu warto przywołać inicjatywę stowarzyszenia Arefo z Lyonu, które w ramach projektu *Cyclopousse* zaproponowało seniorom usługę dowozu w formie rikszy¹⁸¹. Inne stowarzyszenie – *ensemble2génération* realizuje projekt polegający na udostępnianiu przez seniorów części mieszkania na najem dla studentów¹⁸². Wieloaspektową pomoc osobom starszym oferuje stowarzyszenie *Les petits frères des Pauvres*¹⁸³. Przykładowo oferowana jest pomoc w robieniu zakupów, organizowanie wyjazdów wakacyjnych, spotkań świątecznych, warsztatów artystycznych czy praca socjalna. Działania te skierowane są szczególnie do osób zagrożonych ubóstwem. Stowarzyszenie *Les compagnons du voyage* proponuje tanią usługę towarzyszenia w podróży osobom starszym¹⁸⁴.

Ważnym obszarem działań organizacji pozarządowych jest wspieranie inicjatywy opieki nad osobami starszymi przez chętne rodziny. Organizacje te są we Francji zrzeszone w Krajowej Unii Organizacji Opieki Rodzinnej (UNAFRA – *Union*

¹⁷⁹ Jamot-Robert 2007, s. 99.

¹⁸⁰ FNAPAEF, <http://www.fnapaef.fr/>.

¹⁸¹ Zrątek 2012, s. 121.

¹⁸² *Ibidem*, s. 121.

¹⁸³ <http://www.petitsfreres.asso.fr/>.

¹⁸⁴ <http://www.compagnons.com/>.

nationale des accueillants familiaux)¹⁸⁵. Rodzina przyjmująca seniora musi spełniać wymagania określone przez departament. Może przyjąć od 1 do 3 osób starszych. Koszt pobytu waha się w przedziale od 1348 do 1900 euro miesięcznie¹⁸⁶.

Obszarem działalności organizacji trzeciego sektora są często solidarność międzypokoleniowa oraz edukacja permanentna. Przykładem może być stowarzyszenie *Ecole des grands-parents européens* (EGPE)¹⁸⁷, które prowadzi zarówno warsztaty edukacyjne dla seniorów oraz z ich udziałem na rzecz dzieci, jak i organizuje konferencje, szkolenia czy propaguje dostęp do kultury. W tym zakresie od 1973 r. działają we Francji także instytucje uniwersytetów trzeciego wieku¹⁸⁸.

Zakończenie

We Francji zagadnienia związane ze starzeniem się populacji stanowią jeden z głównych obszarów polityki społecznej. Francuska polityka na rzecz osób starszych charakteryzuje się zróżnicowanym i rozbudowanym instrumentarium. Odpowiada ono na wieloaspektowe potrzeby seniorów.

Według wskaźnika dobrobytu osób starszych (65+)¹⁸⁹ Francja plasuje się na 4. miejscu wśród krajów UE po Luksemburgu, Szwecji i Holandii¹⁹⁰.

Ostatnie lata wskazują jednak na potrzebę skierowania większych środków finansowych na poprawienie zdolności popytowych osób starszych oraz na poprawienie jakości świadczonych usług przez instytucje pobytu stałego.

Warto zauważyć, że coraz większą rolę w zaspokajaniu potrzeb seniorów i ich rodzin odgrywają organizacje trzeciego sektora. Ich znaczenie przejawia się przede wszystkim we wskazywaniu rozwiązań innowacyjnych, uzupełniających dotychczas podejmowane działania.

¹⁸⁵ <http://www.famidac.fr/forum/read.php?14,5186,5586>.

¹⁸⁶ Grangeret A., *10 associations qui s'occupent des personnes âgées*, <http://www.pratique.fr/10-associations-sites-s-occupent-personnes-agees.html#titre-parag-1> [dostęp: 30.10.2014 r.].

¹⁸⁷ <http://www.egpe.org/index.php/nous-connaitre/l-ecole-egpe>.

¹⁸⁸ *Universités du troisième âge Qu'est ce que c'est?*, "Le Figaro", <http://sante.lefigaro.fr/social/personnes-agees/universites-troisieme-age/quest-ce-que-cest> [dostęp: 31.10.2014 r.].

¹⁸⁹ Obejmującego: zagrożenie ubóstwem osób starszych, nierówności dochodowe, przewidywaną długość życia i długość życia w dobrym zdrowiu oraz stosunek mediany dochodów seniorów do mediany dochodów całej populacji.

¹⁹⁰ Lefebvre, Pestieau 2012, s. 54-55.

Bibliografia

1. *Aide à domicile: allocation simple*, oficjalny portal administracji francuskiej, Service-Public.fr: <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F2572.xhtml> [dostęp: 30.10.2014 r.].
2. *Aide sociale aux personnes âgées: aide ménagère à domicile*, oficjalny portal administracji francuskiej, Service-Public.fr: <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F245.xhtml> [dostęp: 24.10.2014 r.].
3. *Aide sociale locale: accès aux foyers restaurants et au portage de repas*, oficjalny portal administracji francuskiej, Service-Public.fr: <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F248.xhtml> [dostęp: 30.10.2014 r.].
4. *Allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa): montants*, oficjalny portal administracji francuskiej, Service-Public.fr: <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F16887.xhtml#OuSAd> [dostęp: 24.10.2014 r.].
5. *Allocation supplémentaire d'invalidité (Asi)*, oficjalny portal administracji francuskiej, Service-Public.fr: <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F16940.xhtml> [dostęp: 24.10.2014 r.].
6. Bachelet, F., *Les politiques sociales et leurs institutions*, l'Harmattan, Paryż 2010.
7. Benoteau I., Goin A., *Les services à la personne qui y recourt? Et à quel coût?*, „Analyses” 2014, nr 63, DARES.
8. Bultez J.-P., *La paupérisation des personnes âgées*, documents Cleirpaa 2011, nr 44.
9. Caradec V., *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Armand Colin, Paryż 2012.
10. *Centres de jour Quelles procédures?*, „Le Figaro”, <http://sante.lefigaro.fr/social/personnes-agees/centres-jour/quelles-procedures> [dostęp: 20.10.2014 r.].
11. *Centres de jour Qu'est ce que c'est?*, „Le Figaro”: <http://sante.lefigaro.fr/social/personnes-agees/centres-jour/quest-ce-que-cest>, [dostęp: 20.10.2014 r.].
12. Connangle S., *Réflexion visant à proposer des pistes pour une meilleure appropriation des démarches d'évaluation dans le secteur médico-social consacré aux personnes âgées*, Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction Publique, 2011.
13. *EHPAD ou maisons de retraite médicalisées*, Agevillage, <http://www.agevillage.com/article-4167-1-ehpad-ou-maisons-de-retraite-medicalisees.html> [dostęp: 28.10.2014 r.].
14. *En 2012, la pension moyenne des retraités était de 1.288 euros*, „Le Figaro”, 30.04.2014 r., <http://www.lefigaro.fr/retraite/2014/04/30/05004-20140430ARTFIG00333-en-2012-la-pension-moyenne-des-retraites-etait-de-1288-euros.php> [dostęp: 25.10.2014 r.].
15. *Enquête sur les conditions de la qualité des services d'aide à domicile pour les personnes âgées*, Inspection générale des affaires sociales, Paryż 2009.
16. Garner H., Lainé F., *Services à la personne: constats et enjeux*, Commissariat général à la stratégie et à la prospective, 2013.
17. Golla M., *Les maisons de retraite traitent mal leurs pensionnaires faute d'effectifs*, „Le Figaro”, <http://www.lefigaro.fr/retraite/2014/11/03/05004-20141103ARTFIG00185-la-quasi-totalite-des-maisons-de-retraite-en-etat-de-sous-effectifs-permanent.php> [dostęp: 03.11.2014 r.].

18. Grangeret A., *10 associations qui s'occupent des personnes âgées*, <http://www.pratique.fr/10-associations-sites-s-occupent-personnes-agees.html#titre-parag-1> [dostęp: 30.10.2014 r.].
19. Houdré C., Ponceau J., Zergat Bonnin M., *Les niveaux de vie en 2012*, Insee, http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=ip1513 [dostęp: 22. 10.2014 r.].
20. Jamot-Robert Ch., *Politiques sociales*, Vuibert, Paryż 2007.
21. Kuczyńska, A., *Pomoc społeczna i opieka nad osobami starymi we Francji*, [w:] *W obliczu starości*, red. L. Frąckiewicz, Ośrodek Wydawniczy Augustana, Katowice 2007.
22. *L'accueil de jour et l'hébergement temporaire pour les personnes âgées dépendantes*, WEKA, <http://www.weka.fr/action-sociale/base-documentaire/interventions-et-aides-sociales-wk015/le-soutien-aux-personnes-agees-dependantes-sl2411315/l-accueil-de-jour-et-l-hebergement-temporaire-pour-les-personnes-agees-dependantes-sl2411342.html> [dostęp: 20.10.2014 r.].
23. *La France dans l'Union européenne*, Insee, http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/FR-UE14_h_Flot2_population.pdf [dostęp: 20.10.2014 r.].
24. *L'accueil temporaire*, Agevillage: <http://www.agevillage.com/article-962-1-l-accueil-temporaire.html> [dostęp: 28.10.2014 r.].
25. *L'accueil temporaire*, Agevillage: <http://www.agevillage.com/article-962-1-l-accueil-temporaire.html> [dostęp: 28.10.2014 r.].
26. Le Bouler S., *Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix*, Centre d'analyse stratégique, Paryż 2006.
27. Lefebvre M., Pestieau P., *L'Etat-providence en Europe. Performace et dumping social*, Editions Rue d'ULM, Paryż 2012.
28. *Le congé de soutien familial*, Ministerstwo ds. Pracy, Zatrudnienia, Kształcenia Zawodowego i Dialogu społecznego: <http://travail-emploi.gouv.fr/informations-pratiques,89/fiches-pratiques,91/conges-et-absences-du-salarie,114/le-conge-de-soutien-familial,12763.html> [dostęp: 30.10.2014 r.].
29. *Le Rapport annuel de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (2007)*, <http://www.la-documentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000675/0000.pdf> [dostęp: 05.11.2014 r.].
30. *Le Rapport de l'ONPES 2011-2012, Crise économique, marché du travail et pauvreté*, Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale, http://www.onpes.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ONPES_2011-2012_chap_1_.pdf [dostęp: 25.10. 2014 r.].
31. *Les Cantous ou Unités spécialisées Alzheimer*, Agevillage: <http://www.agevillage.com/article-4170-1-les-cantous-ou-unites-specialisees-alzheimer.html> [dostęp: 29.10.2014 r.].
32. *Les centres de long séjour hospitaliers ou USLD (Unités de soins longue durée)*, Agevillage: <http://www.agevillage.com/article-4174-1-les-centres-de-long-sejour-hospitaliers-ou-usld-unites-de-soins-longue-duree.html> [dostęp: 31.10.2014 r.].
33. *Les différentes structures d'accueil pour personnes âgées*, Agevillage, <http://www.agevillage.com/sousTheme-10-Les-differentes-structures-d-accueil-pour-personnes-agees.html> [dostęp: 28.10.2014 r.].



34. *Les logements-foyers*, Agevillage: <http://www.agevillage.com/article-4171-1-les-logements-foyers.html> [dostęp: 20.10.2014 r.].
35. *Les MARPA parmi les petites unités de vie*, Agevillage: <http://www.agevillage.com/article-4169-1-maison-de-retraite-petit-unite-de-vie-hebergement-accueil-personne-agee-marpa.html> [dostęp: 29.10.2014 r.].
36. *Les résidences avec services*, Agevillage: <http://www.agevillage.com/article-4172-1-les-residences-avec-services.html> [dostęp: 29.10.2014 r.].
37. Minni C., *Emploi et chômage des 55-64 ans en 2012*, „Analyses» 2013, nr 083, DARES.
38. Penaud P., Amghar Y.-G., Bourdais J.-F., Deumié B., Dupays S., Laloue F., Léost H., Moleux M., Scotton C., *Politiques sociales*, Presses de Sciences Po i Dalloz, Paryż 2013.
39. *Personne âgée vivant à domicile: montant et versement de l'Apa*, oficjalny portal administracji francuskiej, Service-Public.fr: <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F1802.xhtml> [dostęp: 24.10.2014 r.].
40. Poletti B., *Mission relative aux difficultés financières de l'aide à domicile et aux modalités de tarification et d'allocation de ressources des services d'aide à domicile pour publics fragiles*, Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, 2012.
41. *Population*, „Fiches thématiques”, Insee, http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/FR-UE14_h_Flot2_population.pdf [dostęp: 21.10.2014 r.].
42. *Population projections 2010-2060. EU27 population is expected to peak by around 2040. One person in eight aged 80 or more in 2060* (2011), Eurostat, “Newsrelease”, http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_PUBLIC/3-08062011-BP/EN/3-08062011-BP-EN.PDF [dostęp: 20.10.2014 r.].
43. *Présentation*, Ministerstwo Spraw Społecznych, Zdrowia i Praw Kobiet: <http://www.social-sante.gouv.fr/espaces,770/personnes-agees-autonomie,776/dossiers,758/aide-a-domicile,886/ssiad-services-de-soins-infirmiers,2819/presentation,16250.html> [dostęp: 28.10.2014 r.].
44. *Rapport annuel du COR (2014), Évolutions et perspectives des retraites en France*, Conseil d'orientation des retraites, <http://www.cor-retraites.fr/IMG/pdf/doc-2334.pdf> [dostęp: 15.10.2014 r.].
45. *SSIAD en chiffres*, Ministerstwo Spraw Społecznych, Zdrowia i Praw Kobiet: <http://www.social-sante.gouv.fr/espaces,770/personnes-agees-autonomie,776/dossiers,758/aide-a-domicile,886/ssiad-services-de-soins-infirmiers,2819/ssiad-en-chiffres,16260.html> [dostęp: 28.10.2014 r.].
46. *Tableaux de l'économie française* (2013), Insee, http://www.insee.fr/fr/mobile/etudes/document.asp?reg_id=0&id=3806 [dostęp: 20.10.2014 r.].
47. *Tarification*, Ministerstwo Spraw Społecznych, Zdrowia i Praw Kobiet: <http://www.social-sante.gouv.fr/espaces,770/personnes-agees-autonomie,776/dossiers,758/aide-a-domicile,886/ssiad-services-de-soins-infirmiers,2819/tarification,16321.html> [dostęp: 28.10.2014 r.].
48. *Universités du troisième âge Qu'est ce que c'est?*, “Le Figaro”, <http://sante.lefigaro.fr/social/personnes-agees/universites-troisieme-age/quest-ce-que-cest> [dostęp: 31.10.2014 r.].

49. Weber F., *Handicap et dépendance. Dramas humains, enjeux politiques*, Editions Rue d'Ulm, Paryż 2011.
50. Zrałek M., *Mieszkanie i środowisko zamieszkania ludzi starych [w:] Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje*, Rzecznik Praw Obywatelskich, Warszawa 2012.
51. Zubrzycka-Czarnecka A., *Polityka miejska wobec starzenia się populacji miast – na przykładzie Polski, Francji i Kanady*, „Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje” 2012, nr 18.
52. Zubrzycka-Czarnecka A., *Polityka mieszkaniowa we Francji na przełomie XX i XXI wieku*, Aspra JR, Warszawa 2011.

Wsparcie osób starszych w środowisku zamieszkania we Włoszech

Krótką charakterystyka populacji osób starszych

Włochy są jednym z najszybciej starzejących się krajów europejskich. W 2011 r. w Italii mieszkało 20,3% osób w wieku 65 lat i więcej, w tym 6% w wieku 80+. W latach 1950–2010 liczba osób w wieku 80+ wzrosła blisko siedmiokrotnie¹⁹¹. Poszczególne regiony Włoch są ponadto zróżnicowane w obszarze struktury wiekowej, co obrazują tabele 27, 28 i 29.

TABELA 27. Struktura mieszkańców poszczególnych regionów Włoch według wieku w 2011 r. (w proc.)

Region	Grupy wieku		
	0-14 lat	15-64 lata	65 lat więcej
Włochy – ogółem	14,0	65,7	20,3
Piemonte	12,9	64,3	22,9
Valle d'Aosta	14,0	65,1	20,9
Lombardia	14,2	65,7	20,1
Trentino Alto Adige	15,9	65,5	18,6
Veneto	14,2	65,9	19,9
Friuli Venezia Giulia	12,6	64,0	23,4
Liguria	11,5	61,8	26,7
Emilia Romagna	13,3	64,4	22,3
Toscana	12,7	64,0	23,3

¹⁹¹ De Pretto, Montemurro F., 2012, s. 31.



Umbria	12,9	64,0	23,1
Marche	13,3	64,2	22,5
Lazio	14,0	66,2	19,8
Abruzzo	13,0	65,8	21,2
Molise	12,5	65,7	21,9
Campania	16,4	67,5	16,1
Puglia	14,8	66,7	18,5
Basilicata	13,4	66,5	20,2
Calabria	14,2	67,0	18,8
Sicilia	15,2	66,3	18,5
Sardegna	12,3	68,3	19,5

Źródło: De Pretto D., Montemurro F., *Il Rapporto sulle condizioni sociali degli anziani in Italia*, 2012, s. 38.

Z danych zawartych w tabeli 27 wynika, że regiony południowe są młodszymi demograficznie od regionów północnych i centralnych Włoch. Zamieszkuje je więcej osób z przedziału wiekowego 0–14 lat i mniej osób w wieku 65+.

TABELA 28. Liczba ludności w poszczególnych grupach wieku w latach 1950–2010 (w tys.)

Rok	0-19	20-59	60-79	80+
1950	16 397	24 943	5 254	509
1975	17 494	28 297	8 581	1 068
2000	11 298	32 426	11 667	2 301
2010	11 445	32 999	12 419	3 478

Źródło: Pugliese E., *La terza eta. Anziani e società in Italia*, 2011, s. 31.

Jak pokazano w tabeli 28, w latach 1975–2000 nastąpił znaczący spadek liczby osób w wieku 0–19 lat; od 1975 r. wzrasta natomiast liczba osób w wieku 60+, co przyczynia się do wzrostu wskaźnika obciążenia demograficznego we Włoszech i rodzi wyzwania dla wielu obszarów polityki społecznej w tym kraju.

TABELA 29. Prognozowane zmiany liczebności populacji według wieku w poszczególnych regionach Włoch w latach 2000–2020 (w proc.)

Region	Grupy wieku		
	0-14 lat % zmiana	15-64 lata % zmiana	65+ lat % zmiana
Włochy – ogółem	-10,1	-3,5	+42,5
Sardegna	-18,7	-8,0	+59,9
Liguria	-17,0	-9,9	+19,1
Puglia	-13,6	-4,8	+41,0
Sycylia	-13,5	-3,5	+23,6
Kampania	-13,5	-2,1	+33,4
Kalabria	-12,0	-5,5	+26,5
Molise	-11,7	-4,8	+21,3
Trentino	-11,7	+2,2	+51,0
Basilicata	-10,9	-5,8	+23,3
Veneto	-9,6	-1,8	+59,0
Piemonte	-9,3	-6,2	+45,2
Valle d'Aosta	-8,8	-1,8	+56,0
Toscana	-8,5	-4,2	+39,0
Lombardia	-8,2	-3,2	+60,6
Friuli Venezia Giulia	-6,9	-6,4	+48,9
Lazio	-5,9	-2,6	+45,8
Emilia Romagna	-5,0	-1,6	+43,9
Abruzzo	-2,9	-2,1	+32,5
Marche	-2,9	-1,3	+39,7
Umbria	-0,5	-1,3	+34,0

Źródło: Madia M., *Un welfare Anziana. Invecchiamento della popolazione o ringiovanimento della società?*, 2007, s. 50.

W ciągu dwóch pierwszych dekad XXI wieku największe zmiany dokonają się w liczebności populacji osób w wieku 0–14 lat (znaczące zmniejszenie się tej grupy wiekowej) oraz 65+ (istotny wzrost liczby ludności w tej grupie wieku). Szczególnie duży przyrost liczby osób w wieku 65+ można zauważyć w regionach wysoko rozwiniętych, bogatych, na północy kraju.

Niewątpliwie sytuacja demograficzna we Włoszech rodzi wiele wyzwań dla polityki społecznej, w tym w szczególności dla polityki wobec osób starych (zapewnienie im opieki i stworzenie warunków do niezależnego funkcjonowania w społeczeństwie), jak również dla polityki rodzinnej (zapewnienie wsparcia członkom rodziny, sprawującym opiekę nad seniorami i stworzenie im godziwych warunków do wykonywania czynności opiekuńczych).

Charakterystyka społeczno-ekonomiczna włoskich seniorów

We Włoszech znaczny odsetek osób starych żyje w niedostatku. Jednym z czynników odpowiedzialnych za taki stan rzeczy jest wzrost cen, a tym samym wydatków seniorów na zakup poszczególnych dóbr i usług przy stosunkowo niskiej wysokości świadczeń emerytalnych. W szczególnie trudnej sytuacji znajdują się samotni seniorzy. Szacuje się, że w latach 2003–2010 ich wydatki wzrosły: na energię wydawali o 2,9% więcej, na transport – 0,7% więcej. Spadły jednocześnie wydatki ponoszone przez te osoby na: wyżywienie – o 1,7%, ubrania i buty – o 0,8%, usługi medyczne – o 0,6%¹⁹².

Średnie wydatki gospodarstwa domowego samotnej osoby w wieku 65 lat i więcej we Włoszech w 2010 r. wyniosły 1446 euro. Tym samym nastąpił ich wzrost w porównaniu do roku poprzedniego o 284 euro, co stanowi znaczące obciążenie budżetów gospodarstw domowych seniorów¹⁹³.

Z powodu braku wystarczających środków finansowych duży odsetek seniorów spożywa nisko wartościowe posiłki, nawet o wartości kalorycznej poniżej 400 kcal. Około 25% ogółu hospitalizowanych w ciągu roku seniorów trafia do szpitala z powodu niewłaściwego odżywiania, tj. takiego, które dostarcza zbyt mało kalorii i ma małą wartość odżywczą¹⁹⁴.

¹⁹² *Ibidem*, s. 3.

¹⁹³ *Ibidem*, s. 46

¹⁹⁴ *Ibidem*, s. 27, 10.

Charakterystyczne dla włoskich seniorów jest to, iż osoby w wieku 64+ utrzymują się głównie z emerytur i rent (62%). Jedynie 10% tej osób w tej grupie wieku uzyskuje dochody z pracy. W pozostałych regionach Włoch odsetek zatrudnienia kształtuje się, tak jak przedstawiono w tabeli 30.

TABELA 30. Zatrudnieni w wieku 64+ z podziałem na regiony w 2011 r. (w proc.)

Region	Odsetek zatrudnionych ogółem	(w tym: kobiety)
Piemonte	3,11	1,43
Valle d'Aosta	4,18	2,27
Liguria	2,80	1,11
Lombardia	3,65	1,51
Veneto	3,08	0,89
Friuli Venezia Giulia	2,61	0,78
Emilia Romagna	3,92	2,04
Toscana	3,47	2,01
Umbria	2,37	0,96
Marche	3,70	1,43
Lazio	3,90	1,49
Abruzzo	2,17	0,77
Molise	2,08	0,69
Campania	2,07	0,53
Puglia	1,94	0,59
Calabria	2,01	1,15
Sicilia	1,92	0,71
Sardegna	3,09	0,98
Trentino	5,37	2,00
Basilicata	1,32	0,71

Źródło: De Pretto D., Montemurro F., *Il Rapporto sulle condizioni sociali degli anziani in Italia*, 2012, s.18.



Z danych przedstawionych w tabeli 30 można odczytać, że najbardziej aktywne zawodowo są mieszkanki północnych i centralnych regionów Włoch, gdyż łatwiej tam znaleźć zatrudnienie, a ponadto jest więcej możliwości skorzystania ze wsparcia instytucjonalnego w opiece nad seniorem.

Jak pokazują badania dotyczące stanu zdrowia osób starszych we Włoszech, w 2011 r. 10,3% osób w wieku 65-74 lata cierpiało na problemy kardiologiczne (13,3% stanowili mężczyźni i 7,7% kobiety). W wieku 75+ było to 15,9% populacji, w tym 18,1% mężczyzn i 14,5% kobiet¹⁹⁵. Na osteoporozę cierpiało 19,5% pacjentów w wieku 65-74 lata, w tym: 31,9% stanowiły kobiety i 4,5% mężczyźni. Wśród pacjentów w wieku 75+ na osteoporozę cierpiało 31,7% pacjentów, w tym 45,3% kobiet i 10,8% mężczyzn¹⁹⁶. W 2010 r. osoby starsze w następujący sposób oceniały swój stan zdrowia: wśród osób w wieku 65-74 lata jako dobry oceniło swój stan zdrowia 38,8% (w tym bardzo dobry: 3,1%), 48,2% – jako przeciętny, 11,2% – zły, 1,8% – bardzo zły. W wieku 75+ 22,2% osób oceniło swój stan zdrowia jako dobry (w tym 2% – bardzo dobry), 51,3% – przeciętny, 21,9% – zły, 4,6% – bardzo zły.

Zaprezentowane powyżej dane skłaniają do refleksji na temat kondycji włoskiego społeczeństwa. Można wywnioskować, że jest to społeczeństwo starzejące się, niezbyt zamożne i znajdujące się w dosyć słabej kondycji zdrowotnej. Potrzebuje ono zatem dobrze skonstruowanej polityki społecznej, która będzie w stanie zaspokoić ich potrzeby, w szczególności potrzeby opiekuńcze.

System organizacyjny polityki społecznej – podział zadań między szczeble administracji publicznej

Dla potrzeb niniejszego opracowania system organizacyjny polityki społecznej został omówiony na przykładzie polityki wobec osób starych oraz opieki długoterminowej.

¹⁹⁵ *Ibidem*, s. 48.

¹⁹⁶ *Ibidem*, s. 49.

Polityka społeczna wobec osób starych w ujęciu historycznym

W latach 70. XX w. w polityce społecznej wobec osób starych dominowała pomoc instytucjonalna. Usługi były świadczone w dużych placówkach stacjonarnych. Opiekunowie nie byli wyspecjalizowani w świadczeniu określonych usług. Pracowali oni w kuchni, sprząтали, prali, pomagali seniorom w ubieraniu się, zajmowali się ich higieną. Taka wszechstronność przekładała się na wysoką wydajność pracy¹⁹⁷.

W latach 80. promowano opiekę domową nad seniorami. Była ona spersonalizowana i dostosowana do potrzeb jednostkowych. Opiekunowie zaczęli się specjalizować w wykonywaniu poszczególnych usług, zamiast wykonywać wiele czynności. Jeden zespół opiekunów sprawował nadzór nad grupą 20–30 seniorów. Zaczęły powstawać centra wyspecjalizowane w opiece dziennej – półstacjonarne, centra dzienne zintegrowane; wprowadzono usługi z zakresu opieki domowej i opieki domowej zintegrowanej. Potrzebującym oferowano także możliwość skorzystania ze wsparcia finansowego. W omawianym okresie zainicjowano prace nad PAI (*Piano di assistenza individualizzato relativamente all'anziano*), czyli indywidualnym planem opieki nad seniorem, dostosowanym do jego potrzeb i opracowanym we współpracy z nim. Rozpoczęto także organizowanie kursów podstawowej opieki nad seniorem, których program był opracowany w oparciu o diagnozę potrzeb opiekuńczych i możliwości ich zaspokojenia w danym regionie¹⁹⁸.

W latach 80. podejmowano działania na rzecz zacieśnienia współpracy między prywatnym i publicznym sektorem w obszarze formalnej opieki domowej nad seniorami. Polegała ona na przekazaniu środków publicznych na usługi świadczone w domach przez podmioty prywatne¹⁹⁹.

W latach 90. XX w. nastąpił zwrot w kierunku kontraktowania usług dla starych osób w ich środowiskach domowych. Podmioty świadczące usługi podlegały certyfikacji. Certyfikowanie podmiotów świadczących usługi było formą selekcji ich dostawców, tak by użytkownicy mogli korzystać z usług wysokiej jakości. Użytkownik wybierał, z czyjej oferty chce korzystać. Nastąpił zatem zwrot w kierunku przepływu środków od podmiotów publicznych do użytkownika.

¹⁹⁷ Minelli, 2011, s. 124.

¹⁹⁸ *Ibidem*, s. 127.

¹⁹⁹ Izzo, 2010, s. 16.

W tym samym okresie nastąpił „boom” usług świadczonych przez *badanti*, czyli opiekunów – migrantów. Zapoczątkowano konstruowanie zintegrowanej sieci opieki medyczno-socjalnej nad seniorem, co wymagało stworzenia interdyscyplinarnych zespołów, złożonych z personelu medycznego oraz pracowników socjalnych i opiekunów osób starych. W 1994 r. ustanowiono instytucję „*responsabile del caso*” – menedżera, który był asystentem socjalnym i odpowiadał za dostarczanie seniorowi i jego rodzinie kompleksowych usług w ramach zintegrowanej sieci²⁰⁰.

W polityce wobec osób starych w XXI w. dąży się do zintegrowania usług o charakterze społeczno-socjalnym, zdrowotnym, kulturalnym w poszczególnych regionach Włoch. Charakterystyczna dla tego okresu jest polityka aktywizowania seniorów i pozostawiania ich jak najdłużej w środowisku domowym. Istotną jest dywersyfikacja usług, elastyczność wprowadzanych rozwiązań, jak również wysoka jakość usług mierzona za pomocą określonych wskaźników. Pojawiają się centra multifunkcjonalne, obejmujące seniorów kompleksowym wsparciem i zaspokajające ich różnorodne potrzeby. W tych centrach usługi medyczne są zintegrowane ze społecznymi. Przykładem takiego rozwiązania jest centrum pobytu dziennego o charakterze półstacjonarnym.

Istotną regulacją prawną, wpływającą na kształt polityki wobec osób starych w ostatnich latach, była ustawa nr 328/2000. Miała ona na celu zacieśnienie współpracy sektora zdrowotnego i socjalnego. Wprowadziła ona nowe pojęcie „*Piani di Zona*”. Oznaczało ono, że główne założenia opieki socjalnej winny być ustanawiane na lokalnym poziomie; organizowanie usług, ich finansowanie i zapewnienie obsługi kadrowej, jak również zapewnienie równego dostępu do nich to zadanie regionów. Usługami zarządza jedna instytucja. Założono, iż procedury świadczenia usług powinny być określone w porozumieniu z lokalnymi jednostkami zdrowotnymi (*Aziende Sanitarie Locali*). Należy podkreślić, że państwo określa ogólne zasady opieki długoterminowej, zaś regiony wdrażają je na swoich poziomach wspólnie z prowincjami i gminami. W dalszym ciągu jednak rodziny są podstawową jednostką sprawującą opiekę. Szczególnie widoczne jest to na południu kraju²⁰¹.

Polityka społeczna we współczesnych Włoszech jest zdecentralizowana. Zgodnie z zasadą subsydiarności, za jej kreowanie i realizację na szczeblu regionalnym

²⁰⁰ Minelli, 2011, s. 126.

²⁰¹ Tediosi, Gabriele, 2012, s. 2.

odpowiadają regiony i prowincje. W związku z tym jest ona zróżnicowana terytorialnie. Państwo poprzez *Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali* (Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej) tworzy ramy prawne i wyznacza ogólne wytyczne, w oparciu o które są kreowane polityki regionalne²⁰². Brakuje jednak spójnej polityki społecznej, w tym polityki wobec osób starych (także opieki długoterminowej), realizowanej według jednakowych standardów na terenie całego państwa. Opieka długoterminowa jest ważnym elementem polityki wobec osób starych we Włoszech. Odpowiadają za nią dwaj ministrowie: zdrowia i polityki społecznej.

Opieka długoterminowa we Włoszech obejmuje:

- Usługi opiekuńcze o charakterze zdrowotnym dla osób starych i niesprawnych, w tym opiekę świadczoną w domu, w placówkach półstacjonarnych i stacjonarnych, opiekę psychiatryczną dla osób uzależnionych. Usługi są dostarczane w ramach Narodowej Służby Zdrowia – *Servizio Sanitario Nazionale* – w 21 włoskich regionach. Na poziomie kraju określane są zasady udzielania i korzystania z usług oraz minimalne standardy ich jakości. Regiony – za pośrednictwem lokalnej służby zdrowia – organizują usługi i zarządzają publicznymi pieniędzmi przeznaczonymi na opiekę zdrowotną. ASL dostarcza lub kupuje usługi zdrowotne. Pacjenci mogą wybrać, czy chcą skorzystać z usług świadczonych przez instytucje z sektora publicznego, czy prywatnego²⁰³.
- Świadczenia pieniężne – w przypadku seniorów i osób niepełnosprawnych jest to głównie *indennita di accompagnamento*. Renta inwalidzka, która także jest wypłacana osobom starym i niesprawnym, zalicza się do systemu emerytalnego. Oba świadczenia wypłaca INPS (*Istituto Nazionale di Previdenza Sociale*).
- Usługi socjalne świadczone na poziomie lokalnym w domach pobytu stacjonarnego, półstacjonarnego, w domach seniorów. Usługi socjalne stanowią uzupełnienie usług zdrowotnych. Instytucje świadczące te usługi są kontrolowane przez samorządy²⁰⁴.

System opieki długoterminowej we Włoszech jest bardzo rozdrobniony pod względem: instytucjonalnym, źródeł finansowania i zarządzania. W świadczenie usług opiekuńczych jest zaangażowanych wiele podmiotów i instytucji, zarówno na szczeblu centralnym (INPS), jak i na szczeblu regionalnym (m.in. *Aziende*

²⁰² Strohmeier, Smith, 2008, s. 8.

²⁰³ Tediosi, Gabriele, 2010, s. 1.

²⁰⁴ *Ibidem*, s. 3.

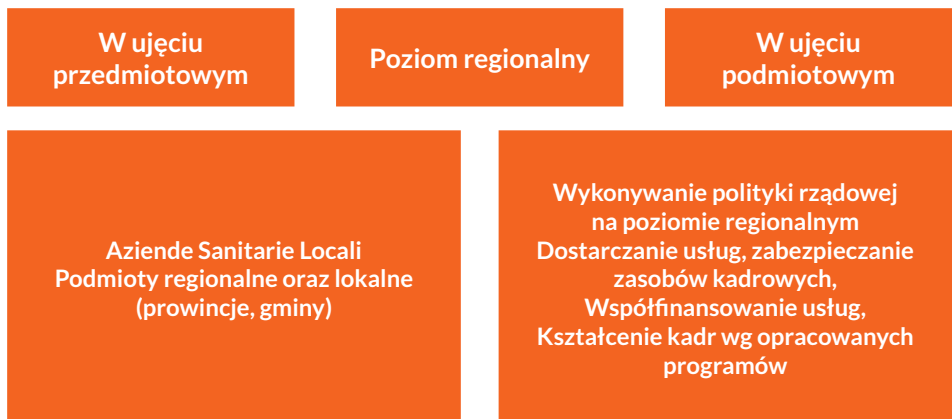
Sanitarie Locali, służby socjalne). (www.ancien-longtermcare.eu). Szczegółowa struktura organizacyjna opieki długoterminowej we Włoszech została przedstawiona na wykresie 7 i 8.

WYKRES 7. Opieka długoterminowa z perspektywy poziomu centralnego



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Casanova G., *Quality assurance policies and indicators for long-term in the UE 2012. Country Report Italy*, 2012.

WYKRES 8. Opieka długoterminowa z perspektywy poziomu regionalnego



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Casanova G., *Quality assurance policies and indicators for long-term in the UE 2012. Country Report Italy*, 2012.

Świadczenia pieniężne dla osób starszych

Podstawowym świadczeniem pieniężnym dla osób starych jest emerytura. Wbrew powszechnym opiniom Włosi otrzymują stosunkowo niskie emerytury. W 2011 r. średnia wysokość emerytury we Włoszech wyniosła 992,47 euro miesięcznie, w tym w przypadku kobiet 655,31 euro, a w przypadku mężczyzn 1271,1 euro. Na północy i w centrum kraju emerytury były wyższe niż na południu. Na północy wynosiły średnio 1053,22 euro, w tym 681,25 euro dla kobiet i 1387,86 euro dla mężczyzn. W centrum kraju było to średnio 1028,10 euro (odpowiednio: 664,05 i 1317,34 euro). Na południu średnia wysokość emerytury wyniosła 812,26 euro, (572,71 i 977,36 euro)²⁰⁵. W 2011 r. aż 85,5% samotnych starszych osób pobierających emeryturę żyło poniżej granicy ubóstwa. Odsetek osób ubogich był zróżnicowany regionalnie. Na północy było to 7%, w na południu – 26%. 5,5% seniorów żyło w warunkach skrajnego ubóstwa, z czego 3,7% – na północy, a 7,2% – na południu kraju²⁰⁶.

Na wysokość emerytury wpływa stosunkowo młody wiek, w jakim Włosi kończą aktywność zawodową. W 2010 r. średni wiek przejścia na emeryturę wyniósł 60,1 lat. Najczęstszą przyczyną dezaktywizacji zawodowej osób w wieku 50-64 lata były: przejście na emeryturę oraz obowiązki rodzinne²⁰⁷.

Informacja na temat wysokości emerytur oraz liczby emerytów w 2012 r. została przedstawiona w tabeli 31.

TABELA 31. Struktura świadczeń emerytalnych według średniej wysokości miesięcznie w 2012 r.

Wysokość emerytur (w euro)	Liczba emerytów	%
< 499,99	7 995 586	33,9
500,00-999,99	7 855 496	33,3
1.000,00-1 499,99	3 211 482	13,6
1500,00-1 999,99	2 081 000	8,8
2 000,00-2 999,99	1 751 265	7,4

²⁰⁵ De Pretto, Montemurro, 2012, s. 25.

²⁰⁶ *Ibidem*, s. 5-6.

²⁰⁷ Pugliese, 2011, s. 91, 85.



3 000,00-4 999,99	509 825	2,2
5 000,00-9 999,99	164 770	0,7

Źródło: *Trattamenti Pensionistici e Beneficiari* [www.inps.it], 2012.

Z powyższych danych wynika, że 80% populacji emerytów pobiera świadczenia w wysokości uniemożliwiającej im pokrycie pełnych kosztów opieki instytucjonalnej, tj. minimum 1500 euro.

W finansowaniu i planowaniu pozostałych usług, świadczonych na rzecz seniorów, uczestniczą władze państwowe, regionalne i prowincjonalne. Wsparcie finansowe dla osób starych obejmuje, oprócz emerytur, także takie świadczenia, jak: *indennita di accompagnamento* oraz *assegno di cura*.

*Indennita di accompagnamento*²⁰⁸ to świadczenie, które zostało ustanowione w 1980 r. Jest ono formą grantu dla osób niesprawnych (zależnych), w tym starych, które nie są w stanie samodzielnie funkcjonować i potrzebują ciągłego wsparcia w wykonywaniu codziennych aktywności życiowych²⁰⁹. Warunkiem przyznania świadczenia jest 100% niezdolność do pracy oraz konieczność uzyskania wsparcia i opieki w wykonywaniu codziennych czynności. Chociaż zasiłek nie ma charakteru celowego, tzn. nie trzeba wskazywać precyzyjnie, na jaki cel zostanie on przeznaczony, to powinien on zostać wykorzystywany na sfinansowanie kosztów usług opiekuńczych świadczonych seniorom w środowisku domowym lub w wyspecjalizowanych instytucjach. Przeciwnicy tego rozwiązania argumentują, że brak precyzyjnego wskazania, jakie usługi winny być sfinansowane z przyznanego świadczenia i jakie instytucje mogą je świadczyć, sprzyja rozwojowi szarej strefy, która oferuje usługi o niższym standardzie, ale jednocześnie za dużo niższą cenę²¹⁰.

Inny rodzaj wsparcia finansowego – *assegno di cura* – oferowany jest na poziomie regionów, a jego przyznanie poprzedzone jest przeprowadzeniem testu dochodowego (świadczenie przysługuje osobom z dochodem rocznym poniżej 15 tys. euro). Dodatek jest przeznaczony dla osób znajdujących się w ciężkiej sytuacji finansowej i wymagających wsparcia. Jego zadaniem jest przedłużenie ich pobytu w środowisku domowym i opóźnienie momentu przejścia do instytucji zewnętrznych typu stacjonarnego. Przyznane pieniądze pozwalają na wybór

²⁰⁸ <http://www.privatassistenza.it/news/anziani-litalia-e-un-paese-per-vecchi-e-il-ssn-e-costretto-ad-adeguarsi>

²⁰⁹ Izzo, 2010, s. 18-19.

²¹⁰ Da Roit, 2011, s. 3-4.

podmiotu, który będzie świadczył usługi opiekuńcze i ich rodzaju/zakresu. Z usługodawcą zawierany jest kontrakt na sprawowanie minimum 20 godzin opieki w tygodniu²¹¹. Niektóre regiony oferują swoim seniorom vouchery na częściowe pokrycie kosztów związanych z wykupieniem usług opiekuńczych. Również w tym przypadku możliwy jest wybór świadczeniodawcy.

W tabelach 32 i 33 zaprezentowano informacje dotyczące wysokości środków przeznaczonych na usługi i działania społeczne dla seniorów, w tym na wypłatę świadczeń pieniężnych oraz odsetka osób korzystających ze świadczeń pieniężnych, innych niż emerytura, w poszczególnych regionach Włoch.

TABELA 32. Voucher *assegno di cura* – 2003 i 2011 r.

	Odsetek regionów, które oferują wsparcie tego typu dla seniorów w 2003 r.	Odsetek regionów, które oferują wsparcie tego typu dla seniorów w 2011 r.	Odsetek seniorów, korzystających ze wsparcia w 2003 r.	Odsetek seniorów, korzystających ze wsparcia w 2011 r.
Włochy	35,8	51,0	0,4	0,5
Północny zachód	53,0	77,4	0,4	0,6
Piemonte	60,7	93,4	0,3	0,7
Valle d'Aosta	0,0	1,4	0,0	0,8
Liguria	12,8	91,9	0,1	0,6
Lombardia	55,6	66,4	0,5	0,5
Północny wschód	83,2	73,2	1,2	1,3
Trentino Alto Adige	100,0	100,0	0,2	0,2
Veneto	81,6	92,1	1,1	2,8
Friuli-Venezia Giulia	58,4	48,6	0,8	0,7
Emilia Romagna	72,1	40,2	1,5	0,3
Centrum	6,9	27,0	0,1	0,1
Toscana	13,2	29,3	0,1	0,3

²¹¹ *Ibidem*, 2011, s. 3-4, 6.



Umbria	23,9	14,1	0,1	0,0
Marche	2,4	54,0	0,4	0,2
Lazio	0,8	11,4	0,0	0,0
Południe	1,6	13,1	0,0	0,1
Abruzzo	0,0	21,3	0,0	0,2
Molise	0,0	3,7	0,0	0,0
Campania	4,0	5,8	0,0	0,1
Puglia	0,8	13,6	0,0	0,1
Basilicata	1,5	41,2	0,0	0,3
Calabria	0,7	10,5	0,0	0,0
Wyspy	0,3	25,4	0,0	0,4
Sycylia	0,0	42,6	0,0	0,5
Sardegna	0,5	7,7	0,0	0,1

Źródło: http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_ASSIDOM&Lang=

Jak wynika z danych przedstawionych w powyższej tabeli, ze świadczeń oferowanych przez regiony korzysta niewielki odsetek seniorów.

TABELA 33. Wydatki na usługi i działania społeczne dla osób starszych w 2003 i 2011 r.

	Kwota w euro w 2003 r.	Kwota w euro w 2011 r.
Włochy	1 311 119 273	1 388 004 602
Północny zachód	431 895 208	440 459 677
Piemonte	115 842 985	130 279 740
Valle d'Aosta	19 082 762	25 344 589
Liguria	47 409 157	45 129 558
Lombardia	249 560 304	239 705 790
Północny wschód	427 112 402	390 156 427
Trentino Alto Adige	76 579 010	61 771 891
Veneto	35 856 322	120 656 582
Friuli-Venezia Giulia	61 819 073	79 956 024

Emilia-Romagna	140 559 735	127 771 930
Centrum	216 953 067	295 659 862
Toscana	103 170 945	121 060 562
Umbria	12 130 074	10 652 227
Marche	24 328 971	22 892 717
Lazio	77 323 077	141 054 356
Południe	120 358 006	132 451 107
Abruzzo	8 854 619	16 567 502
Molise	5 373 520	3 076 841
Campania	2 953 862	47 032 736
Puglia	31 468 974	48 623 450
Basilicata	4 702 099	6 796 270
Calabria	6 727 363	4 956 521
Wyspy	114 800 590	129 277 529
Sycylia	68 754 393	62 906 354
Sardegna	46 046 197	66 371 175

Źródło: http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_ASSIDOM&Lang=

Wydatki na usługi i działania społeczne dla seniorów nie uległy znacznemu zwiększeniu w ciągu 8 lat. Wzrost wydatków jest bardziej widoczny na południu, co wiąże się z większym zapotrzebowaniem seniorów tam mieszkających na wsparcie ze strony państwa. Seniorzy zamieszkujący na północy i w centrum cieszą się lepszym zdrowiem, są bardziej samodzielni i tym samym wykazują mniejsze zapotrzebowanie na korzystanie ze wspomnianego wsparcia.

Usługi świadczone w mieszkaniach

Włochy są nastawione na aktywizację seniora i utrzymywanie jego niezależności w środowisku domowym tak długo, jak jest to możliwe²¹². W związku z tym wiele uwagi przywiązuje się do opieki sprawowanej w środowisku domowym seniora.

²¹² Landuzzi, 2011, s. 27.



Dużą rolę w dostarczaniu usług opiekuńczych w środowisku domowym seniora odgrywa rodzina, gdyż „Włochy cechuje model interwencji społecznej opierający się mocno na rodzinie, jako dawcy indywidualnej opieki i wsparcia”²¹³. Rodzina jest wspierana przez sektor organizacji pozarządowych. Państwo przejmuje opiekę nad seniorem, dopiero wtedy, gdy rodzina nie jest w stanie jej zapewnić.

Starzenie się społeczeństwa jest sporym wyzwaniem dla włoskiej polityki społecznej, zwłaszcza w połączeniu z przemianami demograficznymi i społecznymi. W latach 90. XX w. zaproponowano zmiany polegające m.in. na wprowadzeniu funduszu na opiekę długoterminową. Nie został on jednak wprowadzony. Propozycja została ponowiona po roku 2001. Początkowo zamiast funduszu wprowadzono dodatek dla rodzin zatrudniających regularnie prywatne opiekunki środowiskowe²¹⁴. W 2006 r. zainicjowano uruchomienie funduszu opieki długoterminowej. Ta innowacja nie łączyła się jednak ze zmianami w strukturze organizacyjnej opieki długoterminowej, zatem ograniczyła się do przekazania większych pieniędzy ze strony rządu do samorządów lokalnych i regionalnych.

Obowiązek opieki nad seniorem obciąża głównie kobiety. Są to przeważnie kobiety w średnim wieku, które pełnią jednocześnie wiele ról rodzinnych i zawodowych, co uniemożliwia im poświęcenie się w pełni opiece nad seniorem²¹⁵. Te czynniki wpłynęły na zmianę struktury współczesnej rodziny włoskiej. Nastąpiło przejście od rodzinnego modelu opieki do modelu opieki wspólnie z migrantem w rodzinie. Publiczny system świadczenia opieki dla seniorów ograniczono²¹⁶.

Od 2008 r. zaczęto promować usługi świadczone przez *badante* jako elastyczną usługę, lepiej dopasowaną do potrzeb rodziny²¹⁷. *Badante* to głównie kobiety, pochodzące najczęściej z krajów wschodnich, sprawujące opiekę nad osobami starszymi. Przez długi okres czasu ich prawa nie były regulowane. Obecnie *badante*, które są zatrudnione legalnie i mieszkające z pracodawcą, mają prawo do żywienia; mieszkające oddzielnie, ale pracujące minimum 6 godzin dziennie – do jednego posiłku w miejscu pracy. Maksymalny wymiar czasu pracy dziennej to 10 godzin – przy zamieszkanu z pracodawcą i 8 godzin w razie zamieszkiwania

²¹³ Leś, Bernini, 2010, s. 12.

²¹⁴ *Ibidem*, s. 74.

²¹⁵ Landuzzi, 2011, s. 26.

²¹⁶ Leś, Bernini, 2010, s. 69.

²¹⁷ *Ibidem*, s. 75.

oddzielnie. Wymiar urlopu wynosi 26 dni. *Badante* przysługuje dodatkowy urlop płatny – w wymiarze 16 godzin dla mieszkających z pracodawcą i 12 godzin – dla mieszkających oddzielnie, ale pracujących minimum 30 godzin w tygodniu. Na poziomie regionalnym istnieją instytucje, które zajmują się doбором *badante* do rodzin w oparciu o kryteria wskazane przez daną rodzinę.

Włoskie prawo imigracyjne przewiduje określoną liczbę migrantów, która może przybyć do Włoch w danym roku. Ze względu na duże zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze, w przypadku *badanti* limity zostały zwiększone. „Zamiast reformowania przestarzałego systemu rodzinnej opieki długoterminowej, kolejne rządy wybierały politykę instytucjonalizacji modelu pracownika migracyjnego świadczącego usługi opiekuńcze”²¹⁸. „Łatwiejsza okazała się polityka zezwoleń na wjazd i regulacja statusu prawnego opiekunów migracyjnych niż wprowadzenie w życie poważnej reformy sektora opieki długoterminowej”²¹⁹.

Seniorzy, którzy nie chcą lub nie mogą skorzystać z opieki rodziny lub *badante*, mogą skorzystać z usług świadczonych przez wyspecjalizowane instytucje. Szacuje się, że tylko 1% populacji 65+ korzysta z takiego rozwiązania²²⁰.

Do usług świadczonych w domach seniorów, przez wyspecjalizowane podmioty, można zaliczyć:

- Opiekę paliatywną (hospicjum domowe) – jest ona finansowana głównie przez użytkowników. Opiekunowie, pielęgniarki, a w razie potrzeby także lekarze przychodzą do domu chorego z częstotliwością odpowiadającą zapotrzebowaniu na ich usługi.
- Monitoring z systemem alarmowym – usługa jest oferowana przez podmioty prywatne i opłacana przez użytkowników. Ma na celu zwiększenie bezpieczeństwa seniorów, zwłaszcza mieszkających samotnie.
- SAD (*Assistenza Domiciliare Socio-Assistenziale*) obejmuje usługi świadczone przez wyspecjalizowanych opiekunów, takie jak zabiegi z zakresu higieny osobistej, pomocy przy wstawaniu, kąpieli, pomoc w przemieszczaniu się, dostarczanie posiłków, zakupy (stopień samodzielności seniora, a tym samym zapotrzebowanie na pomoc, mierzone jest według skali ADL Katza).

²¹⁸ *Ibidem*, s. 77.

²¹⁹ *Ibidem*, s. 79.

²²⁰ <http://www.privatassistenza.it/news/anziani-litalia-e-un-paese-per-vecchi-e-il-ssn-e-costretto-ad-adeguarsi/>



- ADI (*Assistenza Domiciliare Integrata con Servizi Sanitari*) – kompleksowa opieka domowa, obejmująca usługi zdrowotne zintegrowane z usługami społecznymi.
- AID (*Assistenza Infermistica Domiciliare*) – pielęgniarska opieka domowa, obejmuje: zmianę opatrunków, kontrolę zwieraczy, pobieranie krwi, wlewy żyłne, zastrzyki, podawanie leków uśmierzających ból, zabiegi dotyczące sztucznych przetok (stomie), pomoc rodzinie w opiece nad seniorem.
- *Telesoccorso* – usługa polegająca na udzieleniu seniorowi pomocy w nagłych wypadkach; umożliwia nawiązanie połączenia z operatorem, który zawiadomi odpowiednie służby i będzie pośredniczył w dostarczeniu usług, z których chce skorzystać senior.
- Telemedycyna – dzięki zastosowaniu nowoczesnych technologii umożliwia kontrolowanie stanu zdrowia seniora na odległość, oraz udzielenie mu pomocy medycznej w sytuacji zagrożenia jego zdrowia lub życia
- *Pronto salute* – to usługa polegająca na dostarczeniu do domu leków zamówionych przez telefon przez seniora, który na skutek złego stanu zdrowia nie jest w stanie sam wykupić recepty. Usługa jest realizowana w określonych aptekach.
- Dostarczenie do domu książek z biblioteki, które zostały wcześniej zamówione telefonicznie przez seniora. Dostawa jest realizowana 1-2 razy w tygodniu.
- Dostarczenie do domu posiłków zamówionych przez seniora. Usługa jest realizowana przez pracowników firmy, która wygrała przetarg.
- CAAD – (*Centro Provinciale per l'Adattamento dell' Ambiente Domestico*). Zespół multidyscyplinarny składający się z architekta, fizjoterapeuty, pracownika społecznego, inżyniera, udziela seniorowi i jego rodzinie kompleksowej porady z zakresu możliwości dostosowania mieszkania do jego potrzeb związanych z postępującą niesprawnością. Dostosowanie mieszkania polega na likwidacji barier architektonicznych (np. wysokie progi) i zamontowaniu elementów przydatnych w poruszaniu się po mieszkaniu oraz niezależnym korzystaniu z niego (np. poręczce przy wannie).

W tabelach 34 i 35 zostały zaprezentowane dane statystyczne obrazujące odsetek regionów oferujących usługi w ramach SAD oraz ADI, jak również odsetek seniorów korzystających z tych usług w latach 2003 i 2011.

TABELA 34. SAD – Assistenza Domiciliare Socio-Assistenziale – 2003 i 2011 r.

	Odsetek gmin w poszczególnych regionach, które oferują usługi opieki domowej tego typu dla seniorów w 2003 r.	Odsetek gmin w poszczególnych regionach, które oferują usługi opieki domowej tego typu dla seniorów w 2011 r.	Odsetek seniorów, korzystających z usługi w 2003 r. (na 100 osób)	Odsetek seniorów, korzystających z usługi w 2011 r. (na 100 osób)
Włochy	79,9	87,1	1,8	0,5
Północny zachód	85,9	91,0	1,6	0,6
Piemonte	94,9	96,2	1,4	0,7
Valle d'Aosta	78,4	83,8	3,9	0,8
Liguria	98,3	98,3	1,2	0,6
Lombardia	77,5	86,2	1,8	0,5
Północny wschód	90,0	94,4	1,9	1,3
Trentino Alto Adige	100,0	100,0	3,5	0,2
Veneto	88,5	94,0	1,7	0,4
Friuli-Venezia Giulia	84,0	100,0	2,6	2,8
Emilia-Romagna	89,7	88,2	1,6	0,3
Centrum	77,0	84,3	1,4	0,1
Toscana	92,0	94,1	2,1	0,3
Umbria	81,5	85,9	0,6	0,0
Marche	72,8	79,5	0,9	0,2
Lazio	67,2	79,6	1,1	0,0
Południe	62,3	77,3	1,5	0,1
Abruzzo	94,8	96,1	2,5	0,2
Molise	78,7	73,5	3,6	0,0
Campania	78,2	89,1	1,7	0,1
Puglia	51,6	86,4	0,9	0,1



Basilicata	51,1	80,2	1,2	0,3
Calabria	21,5	42,1	0,9	0,0
Wyspy	82,5	84,9	3,5	0,4
Sycylia	73,3	77,7	3,5	0,5
Sardegna	92,0	92,3	3,8	0,1

Źródło: http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_ASSIDOM&Lang=

TABELA 35. ADI – Assistenza Domicilare Integrata con Servizi Sanitari (zintegrowana opieka domowa) – 2003 i 2011 r.

	Odsetek regionów, które oferują usługi opieki domowej tego typu dla seniorów w 2003 r.	Odsetek regionów, które oferują usługi opieki domowej tego typu dla seniorów w 2011 r.	Odsetek seniorów, korzystających z usługi w 2003 r.	Odsetek seniorów, korzystających z usługi w 2011 r.
Włochy	29,6	44,4	0,4	0,6
Północny zachód	32,5	43,7	0,2	0,4
Piemonte	54,3	86,2	0,2	0,9
Valle d'Aosta	0,0	28,4	0,1	0,5
Liguria	31,1	17,9	0,1	0,1
Lombardia	17,2	15,2	0,2	0,2
Północny wschód	51,3	66,6	0,9	1,8
Trentino Alto Adige	0,0	82,5	0,0	0,2
Veneto	79,3	88,1	1,5	4,0
Friuli-Venezia Giulia	39,7	33,9	0,2	0,2
Emilia Romagna	44,6	41,4	0,6	0,5
Centrum	35,9	48,4	0,3	0,5
Toscana	77,7	75,6	0,5	0,7
Umbria	18,5	51,1	0,6	0,8

Marche	6,1	6,3	0,1	0,1
Lazio	27,8	53,7	0,2	0,4
Południe	13,9	39,4	0,4	0,2
Abruzzo	42,6	70,2	0,2	0,2
Molise	3,7	1,5	0,1	0,0
Campania	10,3	45	0,8	0,2
Puglia	17,4	53,5	0,2	0,1
Basilicata	1,5	16,8	0,0	0,1
Calabria	2,2	19,8	0,1	0,1
Wyspy	8,2	14,3	0,1	0,1
Sycylia	7,9	12,8	0,1	0,1
Sardegna	8,5	15,9	0,1	0,1

Źródło: http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_ASSIDOM&Lang=

Jak wynika z danych przedstawionych w powyższych tabelach, odsetek osób korzystających z oferowanych usług jest niski i nie uległ znaczącemu zwiększeniu w ciągu ośmiu lat.

W tabelach 36 i 37 przedstawiono informacje na temat średniorocznej liczby godzin przypadających na seniora korzystającego z usług świadczonych w ramach ADI oraz średniomiesięczny koszt opieki nad osobami starszymi w poszczególnych regionach Włoch.

TABELA 36. Liczba godzin rocznie w przeliczeniu na seniora z zakresu ADI – zintegrowanej opieki domowej w 2010 r.

Region	Liczba godzin
Piemonte	14
Valle d'Aosta	61
Lombardia	19
Veneto	10
Friuli-Venezia Giulia	4



Emilia Romagna	20
Toscana	22
Umbria	13
Marche	29
Lazio	16
Abruzzo	32
Molise	75
Campania	36
Puglia	43
Basilicata	54
Calabria	22
Sycylia	28
Sardegna	52
Trentino Alto Adige	26
Włochy ogółem	20

Źródło: *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia 4°. Rapporto Tra crisi e ripartenza*, 2013, s. 17.

TABELA 37. Średni wydatek miesięczny w 2010 r. na opiekę domową dla seniora w przeliczeniu na regiony (w euro)

Region	Kwota
Piemonte	1 629
Valle d'Aosta	4 393
Lombardia	1 826
Veneto	1 628
Friuli-Venezia Giulia	2 352
Emilia Romagna	1 822
Toscana	2 842
Umbria	2 632

Marche	2 339
Lazio	2 950
Abruzzo	1 866
Molise	937
Campania	1 483
Puglia	1 539
Basilicata	1 424
Calabria	1 004
Sycylia	1 665
Sardegna	3 255
Trentino Alto Adige	3 506
Włochy ogółem	2 014

Źródło: *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia 4°. Rapporto Tra crisi e ripartenza*, 2013, s. 18.

Jak widać, koszt opieki jest zróżnicowany w poszczególnych regionach, przy czym różnica między regionami, które osiągnęły najwyższy i najniższy wynik, jest znacząca. Najtaniej za usługi świadczone w domach seniorów płacono w 2010 r. w Molise (937 euro miesięcznie), najwięcej w Valle d'Aosta (4393 euro miesięcznie). Dostyc drogie były także usługi świadczone w Trentino Alto Adige i w Sardegнии (ponad 3 tys. euro miesięcznie).

Jak wynika z informacji zamieszczonych w tym podrozdziale, zapewnienie seniorowi możliwości aktywnego funkcjonowania w środowisku domowym i opóźnienie jego przejścia do wyspecjalizowanych, zewnętrznych instytucji stanowi priorytet włoskiej polityki wobec osób starych. Zważywszy, że głównie rodziny i *badante* sprawują opiekę nad seniorami w ich mieszkaniach, o czym świadczy chociażby niski odsetek osób korzystających z ADI i SAD, polityka społeczna powinna się rozwijać w kierunku zapewnienia im odpowiedniego wsparcia – finansowego, edukacyjnego oraz mającego na celu prewencję wypalenia zawodowego, występującego u opiekunów osób starych i zależnych.

Instytucje pobytu czasowego i dziennego

Jak wspomniano wcześniej, opieka instytucjonalna nie cieszy się dużym zainteresowaniem seniorów. Powodem tej sytuacji są wysokie koszty świadczonych usług, które często przekraczają możliwości finansowe osób niesamodzielnych i ich rodzin. Włascy seniorzy mogą skorzystać z usług świadczonych w domu, ale także z usług świadczonych w instytucjach pobytu dziennego i czasowego oraz czasowego pobytu stacjonarnego (całodobowego).

W niniejszym podrozdziale zostaną pokrótce scharakteryzowane instytucje pobytu czasowego i dziennego. Zaliczamy do nich:

- Centra dzienne – instytucje półstacjonarne otwarte w dni powszednie (przez około 7 godzin, chociaż niektóre centra są otwarte także w dni wolne od pracy). Istnieje możliwość pobytu przez część dnia lub w wybrane dni tygodnia. Oferta jest przeznaczona dla osób w wieku 65+, które są w pewnym stopniu niesamodzielne. W centrach może przebywać około 20 osób jednocześnie. Zapewniają one usługi opiekuńcze (prewencja, rehabilitacja) i społeczne (rozrywka, terapia poprzez pracę, animacja czasu wolnego). Ich głównym zadaniem jest odciążenie rodziny w opiece nad seniorem. Koszt pobytu w centrum dziennym jest ustalany w oparciu o dochód seniora i jego rodziny.
- Wyspecjalizowane centra pobytu dziennego – dla seniorów z zaburzeniami poznawczymi, w tym z chorobą Alzheimera, powyżej 50. roku życia. Pobyt w centrum ma na celu opóźnienie momentu przejścia do instytucji pobytu stacjonarnego, spowolnienie wystąpienia kolejnych etapów i przebiegu choroby, zmniejszenie problemów w funkcjonowaniu pacjenta, redukcję stresu u rodziny, zapewnienie współpracy rodziny z profesjonalnymi służbami. Pobyt jest płatny, a wysokość opłat jest uzależniona od dochodu pacjenta. Wyspecjalizowane centra pobytu dziennego mogą być prowadzone przez instytucje prywatne.
- Szpitale i oddziały geriatryczne – czasowo przebywają w nich seniorzy, którzy wymagają intensywnej opieki medycznej (w szczególności osoby po operacjach lub które doznały gwałtownego pogorszenia swojego stanu zdrowia).

Instytucje pobytu dziennego oraz instytucje oferujące wsparcie czasowe są przykładem wsparcia oferowanego opiekunom rodzinnym seniorów. Dzięki

takim rozwiązaniu mogą oni łączyć wykonywanie pracy zawodowej z opieką nad seniorem.

W kolejnym podrozdziale zostaną szerzej omówione inne możliwości wsparcia opiekunów, jak również oferta aktywizująca – skierowana do seniorów samodzielnych, cieszących się stosunkowo dobrym stanem zdrowia.

Inne instytucje działające w i dla środowisk lokalnych adresowane dla osób starszych. Inne rozwiązania

Sprawni i cieszący się dobrym stanem zdrowia seniorzy mają możliwość skorzystania z szerokiej oferty usług oferowanych w ich środowiskach lokalnych. Należą do nich:

- Kluby/zrzeszenia seniorów – umożliwiające sprawnym seniorom spędzenie czasu w swoim towarzystwie, wspólne gotowanie posiłków, wyjścia do muzeów czy teatrów, rozwijanie własnych pasji i talentów.
- Uniwersytety trzeciego wieku (UTW) – umożliwiające seniorom rozwijanie ich zainteresowań oraz rozwijanie talentów. Oferta UTW jest bardzo zróżnicowana. Począwszy od kursów komputerowych i językowych, po wykłady z historii sztuki lub architektury. Udział w zajęciach ma duże znaczenie dla socjalizacji osób starych, poprzez integrowanie ich ze środowiskiem i zapobieganie wykluczeniu społecznemu.
- W domach pobytu stałego przeznaczonych dla seniorów niesprawnych (odpowiednik naszych domów pomocy społecznej) znajdują się łóżka przeznaczone do pobytu czasowego seniorów, który jest realizowany w ramach „przerwy w opiece nad seniorem”²²¹. Przerwa może trwać maksymalnie 30 dni, a jej koszt jest finansowany ze środków Funduszu Regionalnego dla osób niesprawnych²²². Po tym okresie senior wraca do domu, a opiekę nad nim przejmuje członek rodziny.
- Usługi wolontariuszki – świadczone nie tylko przez osoby młodsze dla osób starszych, ale także przez osoby starsze dla osób starszych oraz przez osoby starsze dla osób młodszych. Dzięki wolontariuszom seniorzy mający problem

²²¹ Przerwa w opiece nad seniorem przysługuje opiekunom rodzinnym.

²²² Z tego funduszu dofinansowane są także koszty: pobytu seniora w domach stacjonarnych, pobytu w centrach dziennych, usług świadczonych w domach (*assegno di cura*).



z poruszaniem się, ze wzrokiem lub słuchem, nie są skazani na pobyt w domach i mogą wyjść na spacer, do teatru lub kina czy po prostu porozmawiać.

- Inną interesującą ofertą skierowaną do seniorów jest bezpłatne ubezpieczenie osób 65+ od następstw kradzieży/rabunku. Umożliwia ono częściowe pokrycie kosztów wystawienia nowych dokumentów, naprawy uszkodzonych drzwi i okien, o ile do ich uszkodzenia doszło w wyniku włamania/rabunku.
- Dla seniorów organizowane są także akcje typu: lato i zima w mieście. W ramach takich przedsięwzięć seniorzy mogą wyjeżdżać na wycieczki, chodzić do kina czy teatru, uczestniczyć w zajęciach sportowych.
- W poszczególnych regionach Włoch znajdują się także punkty informacyjne, gdzie seniorzy mogą uzyskać informacje np. na temat ochrony przed szkodliwymi skutkami upałów; możliwości uczestniczenia w projektach realizowanych dla seniorów w danym regionie itp.

Seniorzy mogą skorzystać także ze: zniżki na korzystanie ze środków transportu publicznego w obrębie danego regionu; zniżki na bilety do teatrów, kin i muzeów; zniżki na opłaty za energię i gaz lub wodę; zniżki w restauracjach. Mają możliwość wzięcia mikrokredytu w sytuacji wystąpienia przejściowych problemów finansowych. Mogą także skorzystać z usług asystenta zakupowego (pomagającego w robieniu zakupów) lub asystenta pomagającego w załatwianiu spraw urzędowych.

Poszczególne regiony Włoch – dbając o dostosowanie przestrzeni publicznej do potrzeb seniorów likwidują bariery architektoniczne oraz inne niedogodności, utrudniające przemieszczanie się osobom niesprawnym, zakupują środki transportu publicznego dostosowane do potrzeb osób starych i niepełnosprawnych, dofinansowują koszty remontu budynków prywatnych, np. koszty zamontowania wind czy poręczy przy schodach.

Instytucje stałego pobytu dla osób starszych

W ostatnim podrozdziale zostaną scharakteryzowane instytucje stałego pobytu dla seniorów, realizujące usługi z zakresu opieki długoterminowej. We Włoszech są to domy pobytu stałego (*Residenze Sanitarie Assistenziali* – RSA) oraz mieszkania chronione (*case protette*).

RSA²²³ w celu podjęcia działalności musi uzyskać akredytację władz samorządowych. W RSA świadczone są usługi społeczne i zdrowotne dla osób niepełnosprawnych i starych, które nie mogą być objęte opieką domową. Zgodnie ze standardem powinno znajdować się w nich 20-120 łóżek. Na każde 10-20 łóżek powinny przypadać: pokój socjalny, kuchnia, jadalnia, toaleta, łazienka dla niepełnosprawnych, miejsce na narzędzia, miejsce na śmieci, w pełni wyposażony pokój rehabilitacyjny, punkt ambulatoryjny. Ponadto na terenie placówki powinny się znajdować: miejsce dla sprawowania kultu religijnego, bar, salon, teren zielony, np. ogródek, zakład fryzjerski. Na osobę powinno przypadać 12 m² pokoju, przy dwóch osobach – 18 m², przy trzech – 26 m². Temperatura w pomieszczeniach powinna wynosić powyżej 20 stopni C w zimie i poniżej 28 stopni C w lecie. W pokoju ambulatoryjnym winny znajdować się urządzenia medyczne i leki mogące być zastosowane w sytuacji nagłej potrzeby. Personel RSA powinien dbać o poszanowanie godności, wolności, prywatności, prawa do religijnych praktyk pensjonariuszy. Pacjenci winni być traktowani podmiotowo.

W zależności od potrzeb powinni uzyskać opiekę pielęgniarską, leki, usługi rehabilitacyjne, usługi dietetyczne, usługi medyczne, transport. Do personelu zatrudnionego w RSA zalicza się: lekarzy, pielęgniarki, pracowników socjalnych, psychologów, dietetyków, rehabilitantów²²⁴.

RSA dzielą się na:

- *Residenze assistenziali* – świadczące usługi na rzecz sprawnych osób, w tym seniorów;
- *Residenze sanitarie assistenziali* – świadczące usługi na rzecz pacjentów zależnych, w tym seniorów.

Szacuje się, że jedna osoba na cztery w wieku 65+ może znaleźć się w RSA²²⁵. Mieszkania chronione – są dostosowane do potrzeb osób starszych i mniej sprawnych. Stanowią alternatywę dla pobytu w instytucjach stacjonarnych. Zapewniają autonomię, podtrzymują więzi z rodziną i ze środowiskiem, pozwalają zachować

²²³ W 2011 roku: na południu Włoch na 1000 osób przypadało 3 łóżka, na północy – 9,5; 67% łóżek znajdowało się na północy kraju; 74% łóżek było przeznaczonych dla osób niezależnych (samodzielnych); 76% łóżek było zajęte przez osoby 65+, z tego 50% – przez osoby w wieku 80+, głównie przez kobiety; 62% łóżek zapewniał prywatny sektor; w RSA mieszkało: na północy 30 osób w wieku 65+ na 1000 osób, na południu – 10 osób na 1000 (Pugliese, 2011, s. 130).

²²⁴ Casanova, 2012.

²²⁵ Landuzzi, 2011, s. 37.



niezależność. Są przeznaczone dla osób w wieku 65+, sprawnych lub częściowo sprawnych. Zapewniają wsparcie domowe połączone z siecią usług socjalnych i społecznych na danym terenie. Zapobiegają izolacji i osamotnieniu seniora.

Pobyty w placówkach RSA jest dosyć kosztowny. W pierwszej kolejności do pokrycia kosztów zobligowani są seniorzy oraz członkowie ich rodzin. W sytuacji, gdy te opłaty nie są wystarczające, pobyt jest dofinansowany przez władze regionalne.

RSA i mieszkania chronione cieszą się większym zainteresowaniem na północy kraju niż na południu, gdzie ciężar opieki spoczywa głównie na rodzinach.

Zamiast podsumowania

1. Włosi nie posiadają jednolitej i spójnej polityki wobec osób starych.
2. Chociaż istnieje wiele możliwości skorzystania ze wsparcia w opiece nad seniorem w środowisku zamieszkania, ciężar opieki nad seniorem spoczywa na rodzinach.
3. Alternatywą wobec opieki sprawowanej przez rodziny jest opieka sprawowana przez *badante*, ponieważ opieka instytucjonalna jest kosztowna i przerasta możliwości finansowe wielu seniorów i ich rodzin.

Bibliografia

1. Casanova G., *Quality assurance policies and indicators for long-term In the EU 2012. Country report: Italy*, 2012.
2. Hooren van F., *Elderly care and migration: New politics of new social risks?*, 2008.
3. *Italy – social support systems. Organisation and financing of social support to people with dementia and carers*, 2008 [www.alzhaheimer.europa.org].
4. Izzo M., *The governance of home care for the elderly in Spain and in Italy*, 2010.
5. *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia 4°: Rapporto Tra crisi e ripartenza*, 2013.
6. Landuzzi C., *Gli anziani nelle nostre case e nelle nostre città. Il maltrattamento*, 2011.
7. Madia M., *Un welfare Anziana. Invecchiamento Della popolazione o ringiovanimento della società?*, 2007.
8. Minelli M., *Intervento conclusivo l'evoluzione delle politiche sociali rivolte agli anziani in Italia*, 2011.
9. *Osoby starsze i pracownicy opieki we Włoszech, Polsce i Rumunii. Raport badawczy (2008)* [www.ancien-longertemcare.eu].
10. *Il Rapporto sulle condizioni sociali degli anziani in Italia*, red. D. de Pretto, F. Montemurro, 2012.
11. *Przemiany rodziny w Polsce i we Włoszech i ich implikacje dla polityki rodzinnej*, red. E. Leś, S. Bernini, 2010.
12. Pugliese E., *La terza eta. Anziani e società In Italia*, 2011.
13. Roit da B., *Cash-for-care schemes in Austria, Italy, France and the Netherlands. Effects on family support and care workers*, 2011.
14. Strohmeier R., Smith N., *Re-organizing elderly care different institutional approaches in Italy, Norway and Switzerland*, 2008.
15. Tediosi F., Gabriele S., *The long term care system for the elderly in Italy*, 2010.
16. *Trattamenti pensionistici e beneficiari (2012)* [www.inps.it].

Wsparcie osób starszych w środowisku zamieszkania w Szwecji

Wprowadzenie

Szwecja w raporcie ONZ „Global Agewatch Index 2013” została zaklasyfikowana jako najbardziej przyjazny kraj dla osób starszych²²⁶. Ranking był oparty na szeregu wskaźników. Wydaje się, że ich korzystny bilans w przypadku Szwecji to efekt zarówno ogólnych warunków wynikających z nordyckiego modelu rozwoju, jak i działań bezpośrednio odnoszących się do pomyślnego starzenia się i starości. W poniższym opracowaniu zostanie omówiona tylko druga grupa czynników, aczkolwiek i one w niemałym stopniu wyrastają z ogólnych założeń szwedzkiego modelu dobrobytu. Wydaje się, że jednym z owych czynników są działania na rzecz umożliwienia pozostawania w domu i dotychczasowym środowisku osobom starszym, nawet tym najbardziej zaawansowanym wiekiem. Przyczynia się do tego system usług otrzymywanych w domu i lokalnej społeczności, w ramach półstacjonarnego wsparcia dziennego i czasowego, a także instrumenty na rzecz nieformalnych opiekunów.

Sytuacja demograficzna i zdrowotna

Szwedzkie społeczeństwo, podobnie jak to ma miejsce w innych krajach rozwiniętych, podlega procesom starzenia się. W przypadku Szwecji proces ten zaszedł szczególnie daleko, czego efektem jest to, że mamy do czynienia z jednym z najstarszych społeczeństw na świecie. W 2010 r. udział osób w wieku poprodukcyjnym wynosił 18% przy średniej dla OECD na poziomie 15%, zaś osób w wieku 80+ – około 5,3% przy średnio 4% w krajach OECD.

²²⁶ ONZ 2013.

Co więcej udział starszych i najstarszych mieszkańców ma wzrosnąć w nadchodzących dekadach. Szacuje się, że w 2050 r. co czwarty mieszkaniec Szwecji będzie miał przekroczone 65 lat, zaś co dziesiąty – 80 lat²²⁷. Prognozę tę przedstawia tabela 38.

TABELA 38. Prognoza demograficzna dla Szwecji – liczba i udział osób w wieku 65+ i 80+

Liczba osób w danym wieku	2005	2020	2030	2040	2050
65+ (%)	17,3	21,2	22,9	23,9	23,6
65+ (mln)	1,56	2,05	2,03	2,46	2,47
80+ (%)	5,4	5,4	7,6	7,9	8,7
80+ (tys.)	487	525	763	812	912

Źródło: SALAR 2006.

Bardzo wysoki – nawet na tle krajów UE – udział osób sędziwych w społeczeństwie wynika z wysokich wskaźników długości życia zarówno kobiet, jak i mężczyzn, którzy jednak także w Szwecji żyją średnio o kilka lat krócej niż kobiety. W najbliższych latach te różnice mogą ulec spłaszczeniu, co może również wpłynąć na strukturę potrzeb opiekuńczych (np. za sprawą zmniejszenia udziału samotnych kobiet w wieku podeszłym przy jednoczesnym zwiększeniu liczby gospodarstw, w których dwie osoby wymagają mniejszej lub większej opieki). Warto w tym momencie nadmienić, że w 2011 r. do ustawy o świadczeniach socjalnych dodano punkt mówiący o prawie pobytu razem dla żyjących ze sobą od lat par – nawet w obliczu konieczności przeniesienia się do segmentu specjalnie przygotowanego dla seniorów i osób niesamodzielnych, mieszkalnictwa w formie instytucjonalnej lub formach pośrednich między instytucją a zwykłym mieszkaniem.

Co istotne, mimo długowieczności dynamika starzenia się społeczeństwa w najbliższych dekadach może się okazać nieco wolniejsza niż w krajach rozwiniętych, które dotąd uchodziły za względnie młode – jak Polska, która niebawem może okazać się jednym z najstarszych społeczeństw w Europie. Owa zamiana miejsc wynika także z tego, że w Szwecji jest względnie wysoki współczynnik

²²⁷ *The future needs for care*, 2010.

dziętności, zbliżający się do poziomu zastępowalności pokoleń, podczas gdy Polska ciągnie się wciąż w ogonie rankingów pod tym względem. Te różnice to po-
niekąd także rezultat skutecznej polityki rodzinnej. Duże znaczenie ma także do-
datnie saldo migracji w tym kraju (dla którego rozwinięte rozwiązania społeczne
stanowią także swoisty *pull factor*). Procesy te – choć bezpośrednio nie odnoszą
się do polityki wobec starości – mają niebagatelny wpływ na kwestie opieki dłu-
goterminowej. Determinują bowiem wskaźniki obciążenia demograficznego, a po-
części określają proporcje między ludnością pracującą aktualnie na dobrobyt, a tą
korzystającą z jego owoców w formie usług dla osób starszych czy niesamodziel-
nych. Warunkiem zachowania korzystnej struktury społeczno-demograficznej są
jednak nie tylko liczebne proporcje między poszczególnymi kohortami, ale rów-
nież – odnotowywane w Szwecji – wysoka stopa zatrudnienia, a także wysoki
poziom zdrowia i samodzielności ograniczające globalny koszt długoterminowej
opieki wysokiej jakości.

Długość życia w zdrowiu jest w Szwecji jedną z najwyższych wśród kra-
jów rozwiniętych na świecie. Przykładowo w 2007 r. przewidywana długość życia
w zdrowiu wynosiła w tym kraju 75 lat dla kobiet i 72 dla mężczyzn, podczas gdy
w Polsce wskaźniki te wynosiły odpowiednio 70 i 64 lata²²⁸. Mówiąc krótko, Szwedzi
nie tylko statystycznie żyją długo, ale też żyją długo w zdrowiu. Możliwość
przeżycia w zdrowiu przez wiele lat może wiązać się z ogólnie korzystnymi wa-
runkami ładu społecznego (wysoki poziom stabilności życiowej, niski poziom nie-
równości, wysoki kapitał społeczny, niskie zagrożenie ubóstwem i wykluczeniem,
które wszak również przekładają się na zdrowie), ale także z czynnikami bezpo-
średnio wpisującymi się w politykę zdrowego starzenia się. Duże znaczenie ma tu-
teższy rozwój opieki geriatrycznej i dostęp do niej. Szwecja jest pod tym względem
światowym liderem. European Union Geriatric Medicine Society kilka lat temu
podawała, że w kraju tym na 100 tys. mieszkańców przypada 7,7 geriatrów, pod-
czas gdy w sąsiedniej Danii ponad dwa razy mniej – 3,1, w Hiszpanii i Niemczech
– 2,2, zaś w Polsce zaledwie 0,2²²⁹. Ów wysoki współczynnik w Szwecji sprawia,
że opieka geriatryczna może mieć charakter bardziej zindywidualizowany i daje
szansę na rzeczywiście kompleksowe spojrzenie na zdrowie starszego pacjenta.

²²⁸ *European health report*, 2009.

²²⁹ por. Bień, 2012, s. 154.



Dość ciekawym rozwiązaniem stosowanym w szwedzkiej służbie zdrowia jest praktyka przepisywania przez lekarza nie tylko leków, ale także adekwatnej do stanu zdrowia aktywności ruchowej (często w połączeniu z przepisywaniem odpowiednich leków). W tym sensie sektor zdrowotny nie tylko świadczy opiekę, ale stymuluje do samoopieki. Szwedzkich seniorów cechuje zresztą nie tylko duża popularność aktywności ruchowej, ale ogólnie społecznej, co też rzutuje na ich psychofizyczną kondycję.

Polityka społeczna i opieka wobec seniorów w Szwecji

System polityki społecznej w Szwecji wpisuje się w socjaldemokratyczny model polityki społecznej obecny w mniejszym lub większym stopniu w krajach Półwyspu Skandynawskiego i Islandii (stąd też nazywany jest modelem nordyckim). Warto o tym wspomnieć, gdyż stanowi to także ramy dla dobrobytu, jakim mogą cieszyć się seniorzy, zwłaszcza w fazie niesamodzielności. Na owe cechy modelowe składa się przede wszystkim rozległa sfera państwowego dobrobytu, zasilanego głównie z wysokich, progresywnych podatków. Usługi publiczne są wysokiej jakości i dostępne powszechnie, przydzielane w zależności od potrzeb w różnych fazach i sytuacjach życiowych, a nie od testu dochodowego. Dominująca technika zabezpieczenia to zaopatrzenie społeczne (czyli świadczenia finansowane z podatków, niezależnie od aktualnej czy wcześniejszej sytuacji dochodowej jednostki, ani od opłacania składek przez nią czy jej członków rodziny). Ponadto w zapewnianiu dobrobytu dużą rolę odgrywa państwo, a mniejszą rynek i rodzina.

Uzupełnieniem tego obrazu jest przywiązanie do przejrzystości polityki publicznej, oparcie jej na mechanizmach dialogu i partycypacji oraz wyczuleniu na różne wymiary dyskryminacji, zwłaszcza ze względu na płeć.

Jeśli pod tym kątem spojrzymy na obecny w Szwecji system opieki wobec seniorów, w dużej mierze odzwierciedla on ogólniejsze podejście do polityki społecznej, co próbowałem wykazać szerzej w innej publikacji²³⁰. Trzeba jednak zauważyć, że system ten od dłuższego czasu podlega nowym procesom, zmierzającym w kierunku większego otwarcia na opiekę sprawowaną przez rodzinę (zachodzi

²³⁰ Bakalarczyk, 2012.

tu wspierana publicznie refamilizacja) i wykorzystanie mechanizmów rynkowych (również przy wsparciu polityki publicznej).

To, co stanowi o obecności nordyckiego czy też socjaldemokratycznego paradygmatu także w szwedzkim systemie opieki długoterminowej i senioralnej, to duży udział sektora publicznego w sferze owej opieki (zwłaszcza w jej finansowaniu, choć obecnie w mniejszym już stopniu, jeśli chodzi o bezpośrednie dostarczanie usług), zaopatrzeniowy charakter finansowania (głównie finansowanie z podatków), a także uniwersalny dostęp do pomocy na wysokim poziomie.

Według współczesnych typologii porównawczych Szwecja należy do krajów o najwyższej hojności i przyjazności systemu opieki dla jego odbiorców²³¹. Jednym z fundamentów tych osiągnięć jest bardzo wysoki poziom publicznego finansowania opieki długoterminowej. Szacuje się, że na ten cel wydaje się rocznie około 3,5% PKB, z czego zaledwie mniej więcej 5% stanowią nakłady prywatne, zaś ponad 95% to środki publiczne, przede wszystkim z podatków. Warto nadmienić, że w Szwecji podatki ściągane są także na poziomie lokalnym i to z nich przede wszystkim jest finansowana opieka długoterminowa. Środki z budżetu państwa na ten cel są istotnie mniejsze i stanowią raczej uzupełnienie, podobnie jak bezpośrednie wpłaty od użytkowników usług. Jeśli chodzi o strukturę wydatków gminnych na opiekę nad osobami starszymi – 64% pochłania opieka instytucjonalna, 34% domowa, a około 2% działania prewencyjne²³². Wysokość opłat osób korzystających z opieki jest ustalana lokalnie, ale górny limit tych opłat jest określony na mocy ustawy o świadczeniach społecznych. W 2007 r. około 19% odbiorców opieki domowej otrzymywało usługi całkowicie bezpłatnie, jeśli uzyskiwali odpowiednio niewysoki dochód (Fukushima, Adami, Palme 2010). Widać w tychże zasadach finansowania dążenie do tego, by korzystanie z publicznej opieki było powszechnie dostępne i finansowo nieuciążliwe dla obywateli.

Organizacja opieki nad seniorami miała w Szwecji różne fazy. Można, uogólniając, powiedzieć, że kierunek tych zmian zmierzał, zwłaszcza od początku lat 90., w stronę decentralizacji, a także deinstytucjonalizacji. W jednym z opracowań wyróżnia się trzy fazy rozwoju szwedzkiego modelu opieki nad seniorami²³³:

²³¹ Kraus, Czyptionka, Riedel, Mot, Willeme, 2011.

²³² Fukushima, Adami, Palme, 2010.

²³³ Edelbalk, 2008, s. 2.

- 1) między 1918 a 1949 gminna opieka nad osobami starszymi ograniczała się do opieki w ramach domów dla osób starszych;
- 2) w latach 1950-1990 wprowadzono i zaczęto rozwijać usługi opieki domowej;
- 3) od 1990 r. do dziś odpowiedzialność za opiekę przekazano ze szczebla województw do gmin i dano tym ostatnim wysokie pole manewru, jeśli chodzi o sposoby organizacji opieki.

Ta ostatnia faza została zapoczątkowana reformą Adel z 1992 r. i wprowadziła podział kompetencji między różnymi szczeblami administracji (tab. 39).

TABELA 39. Podział odpowiedzialności za politykę wobec seniorów

	Poziom centralny	Poziom regionalny (województwa)	Poziom lokalny (gminy)
Zakres odpowiedzialności	Wyznaczenie celów, ogólne ramy prawne, granty celowe, kontrola i nadzór.	Dostarczenie opieki medycznej i zdrowotnej.	Zapewnienie opieki domowej, mieszkalnictwa dla seniorów i usług społecznych.

Źródło: Opracowanie własne.

Jak pokazuje tabela 39 bardzo dużo zadań zostało scedowanych na niższe szczeble administracji publicznej, podczas gdy władza centralna zachowała kompetencje w zakresie formułowania horyzontalnych politycznych celów (także w zakresie opieki i polityki senioralnej), tworzenia ogólnych ram prawnych dla działań władz lokalnych i innych podmiotów, a także nadzór nad ich realizacją i przestrzeganiem. Oprócz tego z budżetu centralnego są w pewnym zakresie przekazywane środki finansowe, najczęściej by motywować samorządy do działań danego typu, które wykraczają poza dotychczas stosowane instrumenty.

Daleko posunięta decentralizacja opieki i ogólnie polityki społecznej była wprowadzana w szerszym pakiecie rozwiązań wpisujących się w popularne zwłaszcza na przełomie lat 80. i 90. tzw. Nowe Zarządzenie Publiczne. Obok decentralizacji obejmowało ono także dążenie do przenoszenia do zarządzania publicznego mechanizmów rynkowych, w tym kontraktowania usług na zewnątrz – z udziałem podmiotów społecznych i prywatnych, konkurujących o pozyskanie środków. To ostatnie stało się bardzo wyraźnym rysem przemian w polityce opieki długoterminowej ostatnich dekad, a z perspektywy czasu widać już niektóre społeczne – nie zawsze pomyślnie – rezultaty tego podejścia.

W okresie tym system szwedzkiej opieki stał się znacznie bardziej wielosektorowy niż był w okresie powojennym. Znacznie większą i bardziej jawną rolę odgrywają w nim podmioty niepubliczne, a także sektor nieformalny na czele z instytucją rodziny (tab. 40). Co prawda rodzina była od dawna obecna w tym obszarze, ale dopiero w tym okresie została dostrzeżona w publicznej agendzie polityki opieki nad seniorami, a także otoczona znacznie szerszym wachlarzem wsparcia, które zostanie omówione w dalszej części. Owa refamilizacja współgra z innym trendem, jakim jest jeszcze większy nacisk niż dawniej na starzenie się w środowisku życia, a nie w ramach opieki instytucjonalnej.

TABELA 40. Opieka domowa i instytucjonalna

Procent osób w wieku 80+ korzystających z danego typu opieki	1960	1970	1980	1990	2000	2010
W domu	10	25	34	26	18	23
W instytucji	20	28	22	22	20	14

Źródło: Opracowanie własne na podstawie M. Szebehely (2013).

Jeśli chodzi o oficjalne cele, jakie obecnie przyświecają rządzącym w odniesieniu do opieki wobec osób starszych, to przede wszystkim: godność osoby starszej, upodmiotowienie osób starszych i jakość opieki. Cele te są realizowane przy pomocy różnych instytucji, zasad ich funkcjonowania i nabywania uprawnień do korzystania z nich.

Zanim omówimy poszczególne formy wsparcia, warto także spojrzeć na kulturowe i społeczne podłoże szwedzkiego systemu opieki i wsparcia wobec osób starszych. Oczekiwania społeczne w tym kraju, jeśli chodzi o wsparcie w obliczu starości, znacznie różnią się od unijnego standardu, a tym bardziej Polski. Pokazało to choćby badanie Eurobarometru, do którego odnosi się tabela nr 41.

Jak wynika z tej tabeli, w Szwecji szczególnie niskie jest poparcie dla poglądu, że to właśnie zamieszkanie wspólnie z dziećmi w obliczu starości jest najlepszą opcją. Wskazało na to zaledwie 4%. Dla porównania Polska jest na drugim biegunie porównawczego zestawienia, gdzie ta opcja jest uważana za najkorzystniejszą (dwukrotnie częściej niż średnio w Unii Europejskiej i 15 razy częściej niż w Szwecji). W przytaczanym badaniu nieco częściej Szwedzi wskazywali na regularne wizyty ze strony dzieci (13%), choć i tak rzadziej niż unijna średnia (24% wskazań)

i Polska (27%). Pokazuje to, że w Szwecji oczekiwania wobec członków rodziny, jeśli chodzi o opiekę nad starszymi krewnymi, są zasadniczo niewysokie.

TABELA 41. Odpowiedzi na pytanie: „Wyobraź sobie, że twój sędziwy ojciec lub matka nie są w stanie samodzielnie funkcjonować w otoczeniu ze względu na stan zdrowia psychicznego lub fizycznego. Jaka w pierwszej kolejności byłaby dla nich najlepsza opcja?” (w proc.)

	Powinni mieszkać z własnymi dziećmi	Prywatne lub publiczne podmioty powinny odwiedzać ich w domu i zapewniać opiekę lub pomoc	Jedno z dzieci powinno regularnie odwiedzać osobę starszą w jej domu	Powinni przenieść się do domu opieki dla osób starszych	Inne odpowiedzi („nie wiem”, „to zależy”, żadna z wskazanych odpowiedzi)
Szwecja	4	60	13	20	3
Polska	59	7	27	3	4
UE 27	30	27	24	10	9
Czechy	36	11	30	13	10
Słowacja	47	11	28	8	6
Węgry	36	12	35	11	6
Niemcy	25	27	30	8	10
Francja	18	46	18	12	6
Holandia	4	52	20	18	6
Wielka Brytania	20	34	23	10	13
Włochy	28	30	22	7	13
Hiszpania	39	15	19	12	15
Dania	7	58	15	14	6

Źródło: Health and long-term in European Union Report, Special Eurobarometer 283/Wave 67.3 – TNS Opinion & Social.

Najbardziej preferowaną formułą wsparcia są za to wizyty ze strony formalnych opiekunów/opiekunek w miejscu zamieszkania (wskazało ją 60% respondentów, co z kolei jest najwyższym wynikiem wśród wszystkich społeczeństw europejskich i ponownie kontrastuje z oczekiwaniami wśród respondentów z Polski, którzy wskazali to rozwiązanie w 7%²³⁴). Preferowanie zamieszkania w ośrodku opieki okazało się natomiast w Szwecji dwukrotnie częstsze niż statystycznie w krajach Unii Europejskiej (20% do 10%) i 7 razy częstsze niż w Polsce (3%). Jednak także w Szwecji ta opcja jest mniej preferowana niż formy opieki i pomocy otrzymywane w miejscu zamieszkania osoby starszej.

Z zestawienia tego wyniku jednak ogromny kontrast nastawienia polskiego i szwedzkiego do odpowiedzialności za opiekę i form, jaką ona przybiera. Warto jednak uzmysłowić sobie, że troska o starszych ze strony bliskich i tam występuje, ale przybiera inną postać. Dobrze pokazuje to cytat z wydanej niedawno książki *Ciepło na Północy* autorstwa polskiej socjolożki i dziennikarki, Katarzyny Molędy, która od lat, zamieszkując w Szwecji, w popularyzatorski sposób postanowiła pokazać tamtejsze społeczeństwo Polaków. W rozdziale pt. *Radość na starość* pisze ona:

„W szwedzkim myśleniu nie mieści się, że osoby, które potrzebują fachowej opieki, miałyby być zdane na rodzinę. Zdarza się oczywiście, że ktoś z rodziny musi pomagać – kiedy opieka domowa nie wystarcza albo kiedy przedłuża się oczekiwanie na miejsce w domu spokojnej starości. Czasem nawet syn lub częściej córka czy synowa ograniczają godziny swojej pracy o na przykład dwadzieścia procent, tak żeby zajmować się rodzicem. Rzadko jednak jest to efekt wyboru, częściej konieczności. W debacie przedstawiane jest to, jako problem systemowy – jak to się dzieje, że państwo dobrobytu nie jest w stanie zapewnić pomocy potrzebującym i znów zmusza kobiety do pełnienia funkcji opiekuńczych kosztem życia zawodowego i dochodu? Nie ma jednak praktycznie sytuacji, w której to bliscy są jedyną pomocą dla chorego seniora. Kiedy mówię tutaj, że w Polsce zdanie »oddali matkę/ojca do domu spokojnej starości« albo jeszcze straszniej: »do domu starców« to wyraz potępienia, Szwedzi bardzo się dziwią. Tak jak ja się dziwiłam, kiedy znajomi

²³⁴ Mimo że w badaniu Eurobarometru mało Polaków wskazało to rozwiązanie jako preferowane, raport z 2015 r. (Medisystem), *Ośrodki opieki długoterminowej w opinii Polaków – opinie i wyzwania* pokazuje, że szukanie opiekunki domowej w obliczu zapotrzebowania na opiekę osoby bliskiej jest wśród respondentów wskazywane jako preferowana opcja.



opowiadali, że ich mama czeka już pół roku na przydział miejsca i chyba znów trzeba będzie zadzwonić. Wedle polskiej matrycy pomyślałam, że jacyś bezduszni są, ale po chwili rozmowy dotarło do mnie, że kochają mamę i się o nią troszczą, i to ona im narzeka, że chce się przeprowadzić”²³⁵.

Wsparcie pieniężne

Jednym z ważnych elementów polityki wobec nie w pełni samodzielnych osób starszych i ich opiekunów wydaje się polityka świadczeń pieniężnych i szerszej wsparcia materialnego. W Szwecji wsparcie pieniężne może przysługiwać – w odróżnieniu od krajów ościennych – zarówno podopiecznemu, jak i opiekunowi. Nie ma uniwersalnej kwoty tych świadczeń. Kwotę i dokładne zasady wynagradzania określa gmina. Opiekun nieformalny może być zatrudniony przez gminę i otrzymać wynagrodzenie o łącznej kwocie zależnej od liczby godzin przeznaczonych na opiekę według stawek, jakie obowiązują na formalnym rynku usług²³⁶.

Poszczególne władze lokalne kształtują nieco inaczej zasady wynagrodzenia opiekunów. Zobaczmy, jak to wygląda na przykładzie gminy Umeå. Przewidziana jest płatna opieka nad osobą bliską, którą może być partner, rodzic, dziecko, przyjaciel, dalszy krewny. Jeśli chodzi o zakres zadań, są to zadania tzw. opieki domowej, czyli higiena osobista, ubieranie itp. Jeśli osoba mieszka na stałe z podopiecznym, to już zakupy, sprzątanie, gotowanie nie wchodzi w zakres płatnych obowiązków, gdyż postrzegane są jako normalny element prowadzenia domu. Jeśli nie mieszka z podopiecznym – czynności wchodzi w zakres odpłatnych zadań. Ważne, że pomagający może mieć inną pracę, ale zsumowany czas pracy nie powinien przekroczyć 48 godzin tygodniowo. Aby otrzymać wynagrodzenie za pełnienie funkcji opiekuńczych, wniosek składa się w gminie u konsultanta ds. seniorów, który podejmuje decyzję, jaki zakres opieki jest potrzebny. Następnie określa się czas potrzebny do wykonania tych zadań i na tej podstawie określa wynagrodzenie. Czas wykonywania owej opieki musi wynosić co najmniej 7 godzin tygodniowo, a jeśli przekracza 28 godzin – można się starać o inne formy wsparcia. Zapłata określana jest zgodnie z przeciętnym wynagrodzeniem pracowników zrzeszonych

²³⁵ Mołęda, 2015, s. 300-301.

²³⁶ OECD, 2011.

w związku zawodowym Kommunal, który zrzesza pracowników gmin bez wykształcenia akademickiego, czyli m.in. pracowników opieki nad osobami starszymi. Część kwoty ponosi sam podopieczny, bez względu na to, czy opiekę wykonuje osoba bliska, pracownik gminy czy firmy zawierającej z gminą kontrakt na świadczenie tego rodzaju usług. Są to jednak niewielkie opłaty miesięczne. Opłaty te wyliczane są na podstawie dochodu osoby korzystającej z opieki. Jeśli odmówi ona podania dochodu w gminie lub jeśli ma wysoki dochód, płaci takse maksymalną, czyli 1780 koron miesięcznie, jednak po opłaceniu opieki domowej osoba ją pobierająca musi mieć co najmniej 5023 korony na życie, zaś jeśli mieszka z osobą bliską, każda z osób musi mieć co najmniej 4255 koron na życie. Dąży się więc do tego, by indywidualne wydatki na opiekę nie były zbyt uciążliwe dla jej odbiorców i nie prowadziły do popadnięcia w ubóstwo.

Co ciekawe, w Szwecji, mimo że wysokość świadczeń związanych z niesamodzielnnością i opieką długoterminową jest dość godziwa, nie odgrywają one pierwszoplanowego znaczenia ani w całym systemie wsparcia, ani w publicznej i politycznej debacie na jego temat. Owa mniejsza waga zagadnienia może wynikać z szeregu przyczyn.

Po pierwsze dodatkowe wsparcie materialne z tytułu niesamodzielnności w wieku starszym nie ma aż tak dużego znaczenia w sytuacji, w której system zabezpieczenia emerytalnego jest dość skuteczny w chronieniu przed brakiem środków do życia, a konieczne do poniesienia wydatki związane ze zdrowiem i niesamodzielnnością są również mniejsze z uwagi na zaopatrzeniowy charakter opieki długoterminowej. Jest to sytuacja odmienna od polskiej, w której świadczenia emerytalno-rentowe nie wszystkich chronią przed ubóstwem, a przynajmniej przed życiem na bardzo skromnym poziomie (nawet dodatkowe środki z tytułu niesamodzielnności są często przeznaczone na finansowanie podstawowych wydatków – typu żywność, mieszkanie etc.), a jednocześnie ogromna część owych domowych budżetów przeznaczana jest na finansowanie potrzeb medyczno-opiekuńczych. W Szwecji struktura dochodów i wydatków seniorów wygląda odmiennie. System emerytalny w tym kraju jest wielowymiarowy i obejmuje także (zgodnie z nordyckim duchem zaopatrzeniowym) instrument emerytury gwarantowanej, a także względnie rozwinięty segment emerytur pracowniczych²³⁷. Do tego dochodzi

²³⁷ Petelczyc, 2012.



fakt, że Szwedzi nadzwyczaj długo pozostają aktywni zawodowo, więc w momencie przejścia na emeryturę mają za sobą długi staż pracy, co również przekłada się na wysokość świadczeń na stare lata. W rezultacie tych procesów zagrożenie seniorów ubóstwem jest w tym kraju niewysokie. Do tego nierówności dochodowe wśród seniorów w Szwecji (tu akurat podobieństwo do Polski) są względnie niewielkie. Szwedzcy seniorzy, także ci już niesamodzielni, statystycznie nie są zatem ludźmi bez środków do życia, a do tego ich wydatki związane z niesamodzielną opieką nie muszą uszczuplać ich budżetów z uwagi na duży udział publicznego sektora w finansowaniu opieki.

Drugi powód wiąże się z tym, że szwedzki system opiera się tradycyjnie na publicznych usługach zewnętrznych, do których dostęp jest względnie powszechny. W efekcie rodzina nie odgrywa w tym zakresie aż tak doniosłej roli, a jeśli nawet jest przez nią sprawowana, to znacznie rzadziej w tak intensywnym stopniu jak w Polsce. Wielu opiekunów w Szwecji, jeśli nawet korzystają ze świadczeń emerytalnych czy rentowych, nadal uczestniczy w rynku pracy. Otrzymują zatem dochód, dzięki któremu pieniężne wsparcie z tytułu opieki nie jest potrzebą aż tak pilną. Co więcej – dochód uzyskany z pracy nie musi być przeznaczany na zakup usług na czas nieobecności przy podopiecznym, gdyż te – jak zostało już wspomniane – są w ogromnej mierze opłacane ze środków publicznych. Szwecja pod względem intensywności opieki długoterminowej i jej wpływu na status rynkowy opiekuna wśród krajów OECD jest na przeciwnym biegunie niż Polska. U nas dominuje opieka intensywna, sprzyjająca całkowitej dezaktywizacji (nierzadko ją wręcz wymuszająca), podczas gdy Szwecja jest krajem, gdzie udział opiekunów intensywnych (powyżej 20 godzin tygodniowo) jest jednym z najniższych, zaś aktywność zawodowa osób, które deklarują wykonywanie czynności opiekuńczych – jedną z najwyższych wśród krajów rozwiniętych²³⁸. Na wysoki poziom aktywności zawodowej opiekunów osób niesamodzielnych i starszych wpływa nie tylko dostęp do wsparcia usługowego, ale także regulacje rynku pracy. Gdy mówimy o wsparciu pieniężnym, warto odnotować, że w Szwecji pracownikom przysługuje płatny urlop z tytułu opieki nad osobą niesamodzielną. Nie ma natomiast na poziomie systemowym uprawnień do uelastycznionego/dostosowanego czasu i miejsca wykonywania powinności zawodowych.

²³⁸ OECD, 2011

W Polsce i Szwecji mamy więc zupełnie inne uwarunkowania: w Szwecji stabilne i godziwe warunki materialne, niewielkie prywatne koszty z tytułu opieki i niewielkie uzależnienie od świadczeń opiekunów, podczas gdy w Polsce znacznie częściej skromna (choć na tle innych grup wiekowych w miarę stabilna) sytuacja dochodowa, wysokie koszty korzystania z zewnętrznych usług opiekuńczych i powszechna dezaktywizacja opiekunów, uzależniająca ich sytuację społeczną od dostępności i wysokości świadczeń socjalnych. Wydaje się, że elementem kluczowym, tak dalece różnicującym obydwie systemy, jest właśnie kwestia publicznego wsparcia usługowego, przekładająca się na poziom wydatków gospodarstw niesamodzielnego seniora, skłonność do korzystania z intensywnego wsparcia ze strony najbliższych oraz możliwość godzenia opieki długoterminowej z pracą.

Opieka w domu i wsparcie w miejscu zamieszkania – stan obecny i przemiany

Znacznie ważniejsze w szwedzkich realiach są świadczenia o charakterze usługowym, często dostarczane w miejscu zamieszkania w ramach opieki domowej i pielęgniarstwa domowego, a także innych form wsparcia wykraczających poza czynności opiekuńcze, a tym bardziej wąsko rozumianą pielęgnację osób. Do nich należy choćby adaptacja pomieszczeń, doposażenie w sprzęt i nowoczesną technologię umożliwiającą teleopiekę, a także usługi wspomagające w czynnościach zagrażających urazem. Dodatkowo stosowane są także inne działania, np. zaopatrzenie w posiłki, które mogą być dowożone do miejsca zamieszkania, jak i dystrybuowane w centrach lokalnych. Te jak i inne działania – nie tylko dla seniora, ale i na rzecz jego nieformalnego opiekuna – zostaną omówione w dalszej części.

Opieka domowa obejmuje z jednej strony wsparcie w czynnościach domowych, takich jak: sprzątanie, robienie zakupów, pranie i gotowanie (lub dostarczanie przygotowanych posiłków), z drugiej – czynności związane z opieką osobistą, takie jak: kąpanie, ubieranie i przemieszczanie się. Odpowiada to stosowanemu w literaturze przedmiotu podziałowi na IADL i ADL. Katalog ten może być uzupełniony także o proste medyczne czynności, jak wstrzykiwanie insuliny czy opatrywanie ran. Wskazuje się także na emocjonalne i społeczne wsparcie, jako istotny komponent. Wymiar przydzielonej opieki może się wahać w zależności



od indywidualnych przypadków i potrzeb od częstotliwości 1 raz w tygodniu aż po kilka wizyt dziennie. Statystycznie odbiorca opieki domowej otrzymuje około 7 godzin tygodniowo²³⁹.

Dostęp do publicznej opieki domowej wydaje się jednak kluczowym warunkiem pozostawania w dotychczasowym środowisku, także dla osób niezamożnych i o ograniczonej samodzielności. Ważne w tym kontekście wydają się być kryteria nabywania uprawnień, które w Szwecji pozostają uniwersalne. Mechanizm nabywania ich jest następujący. Osoba, która uzna, że ma potrzeby w zakresie opieki, może aplikować o wsparcie usługowe ze strony gminy. Wówczas pracownik socjalny – określany jako menedżer opieki – dokonuje rozpoznania potrzeb tej osoby i na tej podstawie wspólnie z nią określa zakres wsparcia, jakie ta osoba może otrzymać i formy, w jakiej będzie się ono dokonywać. Warto już na wstępie zaznaczyć, że kwalifikowanie do świadczeń odbywa się nie na podstawie testu dochodów i sytuacji materialnej, ale właśnie diagnozy potrzeb (*needs assesment*). Jest to ewidentnie zgodne z socjaldemokratycznym (nordyckim) podejściem do pomocy, w którym dominują świadczenia uniwersalne (typu *needs tested*), a nie selektywne (typu *means tested*). Przyjmuje się, że osoby starsze powinny korzystać z opieki w zależności od potrzeb związanych ze stanem sprawności i preferencjami, a nie w zależności od przeszłego czy aktualnego ich statusu ekonomicznego. Wciąż jednak brakuje uniwersalnego standardu diagnozy potrzeb stosowanego we wszystkich gminach, stąd też w różnych częściach kraju może wyglądać to nieco inaczej. Osoby, które nie są zadowolone z decyzji, mogą odwołać się do sądu administracyjnego. Możliwość odwoławcza ogranicza uznaniowość. Innym środkiem w kierunku upodmiotowienia jest zawieranie wspólnie z menadżerem opieki tzw. planu opieki, na którego kształt ma wpływ także odbiorca usług.

Opieka domowa odgrywa szczególną rolę nie tylko z punktu widzenia relatywnie młodych trendów w myśleniu o opiece długoterminowej i starzeniu się, ale także w perspektywie wartości i założeń, jakie leżą u podstaw skandynawskiego *welfare state*. Pokazuje to także historyczne losy owej formuły opieki w tym kraju. Powstanie i rozwój publicznej opieki domowej w okresie powojennym zbiega się w czasie z rozwojem szwedzkiego państwa dobrobytu, w jego klasycznej postaci. To właśnie opieka domowa była tym segmentem, który zrywał z wcześniejszym

²³⁹ Szebehely, Trydegard, 2011.

podejściem wyrastającym z prawa ubogich (pomocy społecznej adresowanej do najbardziej potrzebujących, często wykluczonych grup), a od początku rozwijał się w ramach podejścia uniwersalnego. Dzięki szerokiej dostępności mógł trafić także do uboższych warstw, a publiczna troska o wysoką jakość tego typu usług sprawiała, że pozostawał on atrakcyjny także dla klasy średniej. W tym sensie w ramach danego typu publicznych usług integrowało się użytkowników z klasy niższej i średniej otrzymujących podobne świadczenia. Stanowiło to wyraz właśnie owego uniwersalizmu w szwedzkiej polityce społecznej, a pośrednio przekładało się na trwałość tego typu rozwiązań, ze względu na silną legitymizację po stronie szerokich, zróżnicowanych warstw społecznych, mogących korzystać z tych instytucji. Jak piszą M. Szabehely i G-B. Trydegard, ów uniwersalizm jest współcześnie poddawany próbie ze względu na procesy komercjalizacyjne, za sprawą których ubożsi w większym stopniu przechodzą w kierunku rodzinnego modelu opieki, podczas gdy bogatsi coraz częściej przerzucają się na korzystanie z rynkowych alternatyw.

Po wspomnianej już reformie Adel, w kolejnych latach od jej przyjęcia nastąpiły procesy, które skutkowały ograniczeniem publicznej opieki i segmentacją między osobami starszymi o odmiennym statusie społecznym. Głównym założeniem reformy była decentralizacja, wraz z którą samorządy otrzymały znacznie większą wolność w zakresie podziału środków na różne zadania, ale i ponosiły też większą odpowiedzialność za realizację celów opiekuńczych. Zmiana relacji między władzą centralną (i jej budżetem) a samorządem miała miejsce w 1993 r., kiedy to subsydia na określone obszary zostały zastąpione blokowymi grantami municypalnymi, które samorządy mogły rozdysponować zgodnie z własnym uznaniem, o ile współgrało to z ogólnie ustalonymi ramami i centralnie wyznaczonymi celami. Efektem tej zmiany była konieczność szukania ze strony samorządów odpowiedniego punktu równowagi między różnymi społecznymi potrzebami, grupami i ich interesami. Owa konieczność godzenia i hierarchizowania różnych interesów i oczekiwań musiała przynajmniej w pierwszych latach obowiązywania reformy odbywać się w warunkach ograniczonych, jak na warunki szwedzkie, zasobów do podziału, w związku z dekonstrukcją gospodarczą pierwszej połowy lat 90. Co więcej, w okresie tym nastąpiły ambitne zmiany legislacyjne (przekładające się na strukturę wydatków po stronie samorządów) w innych segmentach polityki społecznej: opieki nad dziećmi i polityki na rzecz niepełnosprawnych. W 1994 r. została uchwalona *Ustawa o niepełnosprawności* ustanawiająca poszerzenie praw



osób o określonych niepełnosprawnościach, zaś w 1995 r. przyjęto *Ustawę szkolną* obligującą gminy do zapewnienia wszystkim dzieciom opieki w wieku do 12 roku życia. Zmiany te przełożyły się także na zwiększenie wydatków na powyższe cele w kolejnych latach aż po czas obecny. W dekadzie 2000-2009 wydatki na opiekę wzrosły o 67%, zaś na wsparcie niepełnosprawnych o 66%. Musiało to odbić się na możliwościach finansowania polityki w zakresie opieki nad seniorami, skoro nawet publiczna instytucja, jaką jest Narodowa Rada Zdrowia i Dobrobytu, oficjalnie stwierdziła, że „potrzeby osób starszych do opieki zostały poświęcone na rzecz wsparcia innych grup”²⁴⁰. Przytoczenie tych danych i opinii wydaje się zasadne bynajmniej nie po to, by antagonizować prawa i interesy poszczególnych grup społecznych i przedstawiać je jako konkurencyjne (zwłaszcza, że mówimy o grupach słabych i zależnych), ale po to, by uzmysłowić sobie pewien proces, w którym na skutek szeregu nie do końca zamierzonych politycznych czynników możliwości finansowania usług opiekuńczych musiały napotykać na ograniczenia.

Kolejną równoległą zmianą były radykalne cięcia w liczbie łóżek szpitalnych, a także redukcje pobytu na łóżkach geriatrycznych w ramach opieki medycznej. Średni czas zajmowania ich w okresie 1993–2005 spadł z 21,5 do 12 dni. Efektem jest to, że ze szpitala częściej wypisywane są osoby po hospitalizacji, nie w pełni zdolne do samodzielnego funkcjonowania w domu, a tym bardziej w szerszym otoczeniu. Stwarza to dodatkowe zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze i rehabilitacyjne w ramach sektora socjalnego.

Kolejne procesy, jakie zachodzą w odniesieniu do opieki domowej, to urynkwienie, na co składa się szereg elementów: wprowadzenie podmiotów rynkowych do sektora opieki domowej i umożliwienie im konkurencji o kontrakty z władzą publiczną na świadczenie usług. Samorządy zgodnie z literą i duchem *Adelreform* miały w tym względzie dużą autonomię. W rezultacie struktura podmiotów świadczących opiekę bardzo się zmieniła w stronę coraz większego udziału prywatnych podmiotów. Warto zauważyć, że nawet wśród dużych miast istnieją odmienne wzorce działania np.: w Sztokholmie ogromny jest udział podmiotów rynkowych, podczas gdy w Goeteborgu całość usług jest dostarczana przez publicznych świadczeniodawców²⁴¹.

²⁴⁰ por. Szabehely, Trydegard, 2011.

²⁴¹ Szabehely i Trydegard, 2011.

W pierwszym okresie, w którym dopuszczono podmioty prywatne do konkurencji o publiczne środki na wykonywanie zadań w zakresie usług opiekuńczych, pojawiły się sygnały, że w praktyce kontraktowania to nie jakość, a cena usług oferowanych przez ich wykonawcę odgrywała główną rolę (co może wręcz prowadzić do obniżenia jakości usług adresowanych do osoby niesamodzielnej). W celu podniesienia jakości, jak i upodmiotowienia odbiorcy opieki w 2009 r. wprowadzono system, zgodnie z którym osoba otrzymująca usługi (a nie samorząd) może decydować o wyborze konkretnego usługodawcy. Choć prywatne i publiczne podmioty działają w ramach systemu publicznej opieki domowej, te pierwsze są uprawnione do świadczenia także dodatkowego wsparcia (poza tym, co jest opłacane ze środków publicznych) na zasadach odpłatności z kieszeni beneficjenta opieki. Ponadto w 2007 r. wprowadzono prawo mówiące, że osoby, które zdecydują się na usługi poza systemem publicznego finansowania, mogą otrzymywać zwolnienia podatkowe z tego tytułu, co stało się atrakcyjną formułą dla części klasy średniej.

Efektom tych zmian, łączących trzy elementy (dopuszczenie do rynku usług publicznych podmiotów, wybór świadczeniodawcy przez klienta i zwolnienia podatkowe dla korzystających z dodatkowych prywatnie świadczonych usług), może być oddolna segregacja. Okazuje się, że osoby o różnym statusie dokonują innych wyborów – osoby o większych zasobach kulturowych, społecznych i materialnych statystycznie znacznie częściej korzystają z formalnej opieki świadczonej przez prywatne podmioty, zaś osoby o niższym statusie częściej decydują się na opiekę rodzinną lub nadal korzystają z publicznych świadczeniodawców. W efekcie zanika uniwersalny charakter systemu. Główne ryzyko wiążące się z ową zmianą jest takie, że gdy publiczni świadczeniodawcy dostarczają usługi głównie osobom o niewielkich zasobach i w związku z tym niskiej sile przebicia i możliwościach egzekwowania jakości usług, owa jakość może spaść, podczas gdy w sektorze prywatnym wykorzystywanym przez klasę średnią i wyższą w tym czasie presja na jakość będzie wyższa. Dojdzie do różnicowania warunków opieki, co może być pogłębione tym, że osoby o wysokim statusie – świadome różnicowania jakości oferty prywatnej i publicznej – jeszcze chętniej będą wybierać prywatne podmioty. Warto odnotować ów mechanizm – a przynajmniej jego ryzyko i społeczne konsekwencje – także w Polsce, gdy stoimy przed reformą systemu opieki długoterminowej za sprawą projektu Ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym, która



zakłada także realizację potrzeb opiekuńczych z udziałem mechanizmów rynkowych (służyć ma temu tzw. czek opiekuńczy). Innym zjawiskiem jest to, że ów rynek w kontekście usług związanych ze zdrowiem niekoniecznie się sprawdza, bowiem osoby niesamodzielne, a nawet ich opiekunowie, nie zawsze są w stanie właściwie ocenić jakość usług, a przynajmniej ich wybory nie zawsze są zgodne z ich własnym dobrem i – jak zostało wspomniane – są różne w różnych grupach społecznych. Model rynkowy zakłada, że osoba niezadowolona z usług będzie wybierać innego usługodawcę, co napędzi rozwój ich jakości. Doświadczenia szwedzkie pokazują, że niekoniecznie się tak dzieje – stosunkowo rzadko dochodzi do zmiany świadczeniodawcy. Być może także dlatego, że przez użytkowników ceniona jest ciągłość opieki. Ewentualne zmiany miejsca i podmiotu sprawowania opieki miewają też skutki uboczne dla dobrostanu osoby niesamodzielnej, jej poczucia stabilności, zakorzenienia, podmiotowości.

Podsumowując część dotyczącą opieki domowej, można powiedzieć, że istnieje szereg czynników nasilonych od czasu decentralizujących i prorynkowych reform z lat 90., które podkopują dotychczasowy, typowo nordycki, uniwersalny charakter publicznej opieki domowej wobec seniorów. Owe nakładające się czynniki można pogrupować następująco: 1) wzrost zobowiązań i nakładów w związku z realizacją innych zadań społecznych przez samorządy odpowiadające za opiekę (jeśli chodzi o politykę na rzecz niepełnosprawnych czy opiekę nad małymi dziećmi); 2) kurczenie się dostępu do instytucjonalnej, długookresowej opieki medycznej dla osób niesamodzielnych, co przekierowuje ich potrzeby w stronę usług świadczonych w sektorze socjalnym; 3) okresowe recesje zmniejszające środki samorządów; 4) procesy częściowego urynkowienia sektora opieki skutkujące segregacją odbiorców opieki pochodzących z różnych warstw. Na podobne procesy wystawiony jest także kształtujący się system opieki nad niesamodzielnymi seniorami w Polsce.

Inne usługi i formy pomocy świadczone w domu

Pewnym *novum*, jakie przyniosła poprzednia dekada, jest upowszechnienie w wielu gminach systemu fixar. Są to usługi pomocnicze, przydzielane przez gminę, w zakresie czynności mogących skutkować urazem (np. wyręczenie osoby starszej przy wieszaniu firanek czy wkręcaniu żarówek). Ów instrument jest warty podkreślenia z dwóch powodów. Po pierwsze otrzymanie tego typu usług jest zależne

wyłącznie od faktu zgłoszenia i odpowiedniej przestanki wieku. Nie jest natomiast brana pod uwagę nie tylko sytuacja dochodowa, ale przy przydzielaniu opieki domowej nie dokonuje się nawet obecnej diagnozy potrzeby. W tym sensie system fixar ma jeszcze silniej zaopatrzeniowy, uniwersalny charakter. Po drugie jest to instrument, który pełni funkcje nie tyle pomocowe, co prewencyjne. Zapobiega bowiem wypadkom i urazom, które mogłyby skutkować niesamodzielnością.

Lokalne władze przydzielają także od lat środki na adaptację mieszkań i pomieszczeń dla ludzi z niepełnosprawnościami. Wsparcie tego typu całkowicie mieści się w podejściu zaopatrzeniowym. Grant na ten cel pokrywa pełen koszt, bez względu na dochód osoby, która o niego aplikuje. Nie ma też górnego limitu kosztu owej adaptacji. Jest to więc inna logika wsparcia niż w Polsce na gruncie *Ustawy o rehabilitacji społecznej i zawodowej i zatrudnieniu osób niepełnosprawnych*, gdzie refundacja jest limitowana, co do wysokości i pokrywa nie pełny koszt, a jego znaczny procent.

W 2005 r. grant przyznano 64 700 tys. osób. Wiele z tych grantów było niewysokich. Około 61% w wysokości poniżej 5000 tys. koron szwedzkich, zaś łącznie około 84% poniżej 20 000 tys. koron. Średnia wysokość jednego grantu w tym okresie wynosiła 13 000 tys. koron szwedzkich. Ogólnie droższe okazały się te w domach niż te w blokach mieszkaniowych (te pierwsze średnio wyniosły 19 000, zaś te drugie 9300). Możliwe jest otrzymanie także alarmu indywidualnego bezpieczeństwa²⁴².

Instytucje wsparcia dziennego, środowiskowego i czasowego

Opieka dzienna i czasowa

Dość istotną rolę z pogranicza opieki środowiskowej i instytucjonalnej odgrywają instytucje pobytu czasowego i dziennego. Są one o tyle znaczące, że choć nie oznaczają pełnej instytucjonalizacji (i opuszczenia dotychczasowego miejsca zamieszkania), pozwalają objąć wymagające opieki osoby starsze działaniami, które trudno byłoby zrealizować w warunkach domowych. Chodzi tu na przykład o działania związane z rehabilitacją, aktywnością i integracją społeczną. Dodatkową korzyścią z istnienia instytucji opieki dziennej może być także czasowe odciążenie opiekuna i umożliwienie godzenia opieki z innymi rolami, w tym zawodową.

²⁴² SALAR, 2006.



W Szwecji istnieje także tzw. opieka krótkookresowa (*Kortidsvard*), która stanowi uzupełnienie innych form opieki. Jest świadczona w półstacjonarnych (dziennych) warunkach w celu zapewnienia rehabilitacji, opieki po czasie hospitalizacji, a także dostarczenia wytchnienia nieformalnym opiekunom. Współcześnie nierzadko pełni funkcję „poczekalni” dla osób, które czekają na miejsce w instytucjach stałego pobytu²⁴³.

Opieka w centrach dziennych ma dwojaką genezę. Z jednej strony wywodzi się z programów socjalizujących i aktywizujących, początkowo realizowanych przy szpitalach psychiatrycznych lub w ich ramach, co dało początek późniejszym programom wsparcia dziennego sprofilowanego na aktywności społeczne, także odnoszącym się do działań na rzecz seniorów. Z drugiej strony wywodzi się z działań bardziej medycznych, początkowo podejmowanych w ramach oddziałów geriatrycznych. Obecnie jedna i druga forma jest stosowana w lokalnej polityce na rzecz seniorów, aczkolwiek nie zawsze pełni funkcje typowo opiekuńcze, a często raczej rehabilitacyjne, aktywizujące i integracyjne. Autorzy jednego z opracowań z końca lat 90. podzielili w celach badawczych funkcjonujące w Szwecji formy wsparcia dziennego na pięć grup: 1) centra dzienne powiązane z domami dla seniorów, 2) niezależne centra dzienne, 3) centra dzienne dla osób starszych z demencją, 4) dzienne centra dla osób z fizycznymi i psychicznymi ograniczeniami, 5) centra dostarczające rehabilitacji²⁴⁴. Rozwój tego typu usług uległ przyspieszeniu wraz z reformą początku lat 90. Samorządom wydawało się to o tyle opłacalne, że koszt takiej opieki jest niższy niż w przypadku opieki domowej i stacjonarnej, a co więcej podejmowane w centrach dziennych działania mogły przyczynić się do opóźnienia niesamodzielności i idącej za nią konieczności instytucjonalizacji. Stąd też, gdy przystąpiono do cytowanego badania u schyłku lat 90., większość sprawdzanych centrów dziennych było względnie nowymi, kilkuletnimi ośrodkami. Wspomniane badanie pokazało, że większość korzystających z działań o charakterze społecznym – aktywizującym i włączającym – stanowiły kobiety, podczas gdy w przypadku działań rehabilitacyjnych i specjalistycznych nie tylko nie zachodziła liczebna przewaga kobiet względem mężczyzn wśród użytkowników, ale wręcz mężczyźni korzystali z nich częściej. Ogólnie, jak pisali autorzy, choć

²⁴³ SALAR, 2007.

²⁴⁴ Samuelson, 1998.

wsparcie w centrach dziennego pobytu jest powszechniejsze i lepiej dostępne niż w innych krajach, to wciąż stanowi ono bardzo niewielką część systemu opieki długoterminowej, pochłaniając niespełna 1% nakładów publicznych na ten cel (Samuelson, 1998).

Nasuwa się też jeden wniosek – autor niniejszego opracowania bazując głównie na anglojęzycznych źródłach, natrafił na trudności w wyszukiwaniu poszerzonych aktualnych informacji, a tym bardziej pogłębionych analiz na temat tego segmentu opieki w porównaniu z dostępną wiedzą na temat np. opieki domowej, instytucjonalnej czy polityki wsparcia rodziny. Także w całościowych opracowaniach analizujących przemiany opieki długoterminowej i senioralnej w Szwecji ogółem, instytucjom dziennym i czasowym poświęcono relatywnie niewiele miejsca. Trudno – ze względu na powyższy deficyt dostępnej wiedzy – jednoznacznie odpowiedzieć na pytanie o przyczyny tego stanu rzeczy, ale autorowi nasuwa się kilka współgrających hipotez, być może wartych zweryfikowania. Pierwszym z powodów może być stosunkowo niewielka rola owego sektora w sprawowaniu opieki, co wyraża nie tylko niski udział tego segmentu w całości nakładów na cele opiekuńcze czy liczba beneficjentów centrum dziennych, ale i fakt, że działania podejmowane w tego typu centrach mają raczej charakter uzupełniający względem tych realizowanych w podstawowej dla danej osoby przestrzeni opieki i życia – czy to w warunkach domowych, czy to w pełni stacjonarnych lub tymczasowo zastępczych wobec nich (funkcja wytchnieniowa centrów opieki dziennej). Druga, nie wykluczająca się z pierwszą, hipoteza odnosi się do bardzo dużej niejednorodności i braku zwartości tego segmentu, zarówno jeśli chodzi o organizacyjną strukturę, jak i cele, jakie przyświecają poszczególnym placówkom wsparcia dziennego, co umiejscawia je nieraz w nieco odrębnych podobszarach polityki społecznej na rzecz seniorów i osób niesamodzielnych.

Usługi transportowe

Ważnym elementem pozostawania w dotychczasowej społeczności jest możliwość przemieszczania się zarówno między domem a różnymi centrami opieki i aktywności dziennej, jak i ogólnie w ramach społeczności. Służą temu specjalne usługi transportowe przeznaczone dla osób o ograniczonej sprawności funkcjonalnej. Każda osoba niesprawna i starsza jest uprawniona do usług transportowych, które najczęściej są realizowane za pośrednictwem taksówek, aczkolwiek

nieraz stosuje się w tym celu specjalne pojazdy. W 2004 r. z tego typu usług korzystało około 4% społeczeństwa, co oznaczało spadek o około 10% względem roku 1994, tłumaczony tym, że w tym okresie znacznie usprawniono ogólnie dostępny transport publiczny, na tyle, że stał się on znacznie lepiej dostosowany, także do możliwości osób starszych i z niepełnosprawnością. Wśród uprawnionych do specjalnych usług transportowych niecałe 20% było przed 25 rokiem życia, 25% w wieku od 65-79 lat, a ponad 50% po 80 roku życia. Opłaty indywidualne są, podobnie jak w przypadku innych usług na rzecz seniorów, niewysokie. Przykładowo w 2004 r. 2,5 miliarda szwedzkich koron wyniosły łączne nakłady na ten cel, z czego 175 milionów szwedzkich koron z prywatnych kieszeni, a więc raptem kilka procent łącznych nakładów. Co więcej, osoby z funkcjonalnymi ograniczeniami, jeśli chcą wyjechać dalej poza własną społeczność, mogą otrzymać specjalny transport w ramach narodowych usług transportowych, co pokrywają jednak lokalne władze decydujące o przyznaniu owych uprawnień (SALAR, 2006).

Usługi żywieniowe

Ważną formą pomocy dostarczanej zarówno do domu osoby starszej (prawie wszystkie gminy), jak i realizowaną w lokalnych centrach jest wydawanie posiłków (ponad połowa gmin), a w szeregu gmin seniorzy nieraz bywają włączani we wspólne gotowanie. Za pośrednictwem wsparcia żywieniowego realizuje się szereg funkcji: od dystrybucyjnych i opiekuńczej, poprzez profilaktyczną i zdrowotną, aż po integracyjną i aktywizującą. Szacuje się, że około 60 tys. osób otrzymuje posiłki z gminy i według prognoz liczba ta może wzrosnąć w kolejnych latach. Warunkiem przyznania tego typu pomocy jest stwierdzenie ograniczenia do samodzielnego pozyskiwania i przygotowania posiłków, co najczęściej bywa spowodowane psychicznymi zaburzeniami lub fizyczną niesprawnością. To, co różni system względem innych krajów, gdzie również świadczone są usługi bliskie koncepcji *Meals on wheels*, jest to, że dystrybucja posiłków jest tu finansowana, organizowana i w dużej mierze dostarczana przez publiczne służby gminne, a mniej przez organizacje społeczne i prywatne. W Szwecji indywidualne koszty są niewielkie, różne w zależności od gminy, ale ogólny ustawowy limit ustalony jest na poziomie nieprzekraczającym 10%²⁴⁵.

²⁴⁵ Odfors, Westergren, 2012.

Jak wynika z danych zebranych przez Szwedzki Związek Władz Lokalnych i Regionalnych w 2006 r. spośród 281 ankietowanych gmin, 276 oferowało usługi żywieniowe, 189 (67% ankietowanych gmin) przygotowywało posiłki w wyłącznie zarządzanych publicznie kuchniach, podczas gdy 51 (18%) zawierało kontrakty z prywatnymi firmami, a reszta korzystała z kuchni prywatnych i publicznych. Ponad połowa gmin przy dystrybucji posiłków bazowała na kadrach zajmujących się opieką domową, 43% korzystała z osobnego personelu, a pozostałe łączyły obydwa modele dystrybucji. Ponad połowa gmin przy dystrybucji posiłków dla seniorów współpracowała w tym celu z innymi systemami społecznymi (ze szkolenictwem, systemem opieki nad dziećmi etc.). 132 gminy (46%) w tym okresie dostarczały wyłącznie ciepłe posiłki, zaś 99 gmin (35%) takie, które trzeba podgrzać w domu. Reszta dostarczała oba rodzaje posiłków. 167 gmin (59%) dostarczało posiłki codziennie, a łącznie 201 (71%) częściej niż raz na tydzień. Prawie połowa gmin organizowała wspólne posiłki w powiązaniu z dziennymi centrami²⁴⁶.

Dystrybucja odpowiedniej żywności przez gminy może być także traktowana jako prewencja niesamodzielności i utraty zdrowia. Badania pokazują, że wiele osób starszych przed znalezieniem się w obrębie działania instytucji jest źle odżywionych – niektórzy cierpią na niedożywienie, część na nadwagę i otyłość. Wiele osób ma trudności z dostarczeniem żywności, jej przyrządzeniem, a w przypadku osób o bardziej zaawansowanej niesamodzielności – także z bezpośrednim jej spożywaniem. W konkluzjach jednego z badań jakościowych znajdujemy informację o potrzebie prowadzenia prewencyjnych wizyt dla osób, które nie zgłosiły wcześniej chęci otrzymania takich posiłków. Inną zalecaną formą może być dowożenie seniorów do centrów, gdzie mogliby korzystać z odpowiedniej diety, a także integrować się z innymi seniorami. We wnioskach innego z badań czytamy, że większa uwaga niż dotąd powinna być kładziona na doświadczeniach osób, które otrzymują posiłki. Z doświadczeń badanych wynika, że posiłki to nie tylko doraźne wsparcie socjalne, ale punkt wyjścia do ochrony przed rosnącą zależnością i osamotnieniem²⁴⁷.

²⁴⁶ SALAR, 2007, s. 26.

²⁴⁷ Odfors, Westergren, 2012.



Wsparcie środowiskowe dla opiekunów osoby starszej i niesamodzielnej

Bardzo ważnym i cechującym się wyraźną dynamiką obszarem działań środowiskowych są różne formy wsparcia, których bezpośrednim beneficjentem jest opiekun osoby starszej i niesamodzielnej. Choć w Szwecji rodzina zawsze była mniej lub bardziej obecna w zaspokajaniu potrzeb opiekuńczych zależnych osób starszych, dostrzeżenie opiekuna nieformalnego i potrzeby jego kompleksowego wsparcia w ramach działań publicznych datuje się dopiero na lata 90. Ma to swoje źródła w instytucjonalnym i ideologicznym kontekście tamtego okresu. Z jednej strony sprzyjał temu kryzys legitymizacji szwedzkiego *welfare state* w dotychczasowym powojennym kształcie i dostrzeżenie wagi niepublicznych aktorów w zaspokojeniu potrzeb i rozwiązywaniu zadań społecznych oraz dążenie do podzielenia się z nimi odpowiedzialnością za sferę dobrobytu. Wzrost znaczenia idei i środowisk sceptycznych wobec tradycyjnie socjaldemokratycznych i etatystycznych rozwiązań skutkowało zwróceniem się – nie tylko w sferze opieki nad osobami starszymi – ku temu, co prywatne, zarówno w rozumieniu rynkowym, jak i rodzinnym. Argumenty ideologiczne współgrały z presją ekonomiczną na racjonalizację kosztów, której upatrywano w większym wykorzystaniu potencjału sektora nieformalnego w zapewnianiu opieki. Trzeba jednak od razu zastrzec dwie rzeczy. Po pierwsze ów kryzys legitymizacji nie zachwiał fundamentem i przewodnią ideą szwedzkiego modelu rozwoju na czele z zasadą zagwarantowanego publicznie uniwersalnego dostępu do świadczeń dla obywateli w potrzebie, a jedynie zmienił formę jej realizacji w kierunku formuły bardziej wielosektorowej i włączającej rynkową logikę. Po drugie tzw. refamilizacja – co też wynika z powyższego – nie następowała za sprawą wycofywania się państwa i wymuszania przejęcia odpowiedzialności za opiekę nad najbliższymi, ale poprzez zwiększanie wsparcia dla rodziny i tworzenie pozytywnych bodźców motywujących do sprawowania długoterminowej opieki przez bliskich. Ta uwaga wydaje się kluczowa także w kontekście dyskusji nad skalą i kierunkiem familizacji opieki w Polsce, gdzie – przynajmniej w odniesieniu do opieki nad małym dzieckiem – w równoległym okresie lat 90. widzieliśmy zupełnie inny model refamilizacji, któremu towarzyszyło zwijanie się publicznej infrastruktury usługowej. Odmierna droga przyjęta w Szwecji została podtrzymana i rozwinięta w kolejnych latach.

W 1997 r. wprowadzono pierwszy grant na rozwój wsparcia opiekunów nieformalnych, zaś rok później wprowadzono do *Ustawy o świadczeniach socjalnych* zapis mówiący o tym, że gminy powinny udzielać wsparcia także osobom opiekującym się niesamodzielnymi bliskimi. Zapis ten mówił bardziej o tym, że powinny, a nie, że muszą to robić, a więc było to słabsze zobowiązanie, co było przedmiotem dyskusji w kolejnych latach.

Po przeszło dekadzie, w 2009 r., zalecenie to zostało wzmocnione zapisem zobowiązującym gminę do zabezpieczenia wsparcia każdej osobie opiekującej się niesamodzielną osobą bliską (nie tylko starszą). Przez cały ten okres miało miejsce ponawianie rządowych programów grantowych dla gmin w celu motywowania ich do podejmowania działań wspierających dla opiekunów. Ostatecznie to na poziomie lokalnym ustalany jest rodzaj i zakres form wsparcia adresowanych do rodzin i jak się okazuje, gminy w większości nie realizowały tylko programu minimum, ale dostarczyły szeroki wachlarz pomocy, co ilustruje tabela 42.

TABELA 42. Odsetek szwedzkich gmin wykorzystujących poszczególne formy wsparcia opiekunów nieformalnych (w proc.)

Wyszczególnienie	2005	2008
Opieka wytchnieniowa w domu krótkiego pobytu	100	99
Opieka wytchnieniowa w centrum dziennym	92	93
Opieka wytchnieniowa w domu	94	98
Doradztwo	81	90
Grupy wsparcia dla nieformalnych opiekunów	76	90
Szkolenia dla nieformalnych opiekunów	33	78
Centra opiekunów nieformalnych	40	65
Centra wolontariatu	brak danych	37
Aktywności na rzecz dobrego samopoczucia opiekunów	18	57
Inne formy wsparcia	34	46

Źródło: G. Ljunggren, T. Emilsson, *The Role of Informal Care in Long Term Care*, Sweden National Report, Stockholm 2009, s. 12.

Powyższa tabela pokazuje, że kilka instrumentów ma charakter niemal powszechny – jest to z jednej strony opieka wytchnieniowa realizowana w zróżnicowanym otoczeniu – od domowego, poprzez dzienne, aż po całodobowe ośrodki stałego pobytu, z drugiej doradztwo i grupy wsparcia dla opiekunów. Także popularność innych form wsparcia, póki co mniej powszechnych, w przeciągu kilku lat odnotowała trend wyraźnie wzrostowy. Z powyższego zestawienia widać wyraźnie, że o polityce wsparcia opiekunów myśli się wielowymiarowo. Po pierwsze z intencją wyręczenia/uzupełnienia sprawowanej przezeń opieki na czas nieobecności przy podopiecznym; po drugie z intencją podniesienia jego kompetencji opiekuńczych poprzez doradztwo, szkolenia etc.; po trzecie z intencją integracji społecznej i podniesienia dobrostanu opiekuna (w ramach centrum wsparcia czy innych aktywności na rzecz dobrego samopoczucia opiekunów). Te trzy wymiary wzajemnie się wzmacniają i uzupełniają oraz rzutują na potencjał długotrwałego sprawowania opieki (przy redukowaniu ryzyka wypalenia) i podtrzymania jej jakości (przez podnoszenie kompetencji opiekuńczych).

Proces refamilizacji opieki w polityce publicznej Szwecji staje się ważnym rysem przemian systemu opieki nad osobami starszymi w ostatnich latach. Ocena tego procesu jest niejednoznaczna i sporna. Pojawiają się opinie o zmierzchu tradycyjnego szwedzkiego modelu opieki, z dominacją sektora publicznego. Inni wskazują jednak, że zmiany te nie podważają fundamentów systemu, bowiem wszystkie jego cechy, jak odpowiedzialność państwa czy uniwersalny dostęp do świadczeń opiekuńczych na wysokim poziomie, pozostają niezachwiane. Co więcej, można widzieć w tym także rozszerzenie zarówno przedmiotowe (nowe instrumenty i wymiary wsparcia), jak i podmiotowe (nie tylko osoba niesamodzielna, ale i jej opiekun) państwa opiekuńczego. Wysuwany nieraz argument krytyczny jednak nie dotyczy zgodności z tradycją *welfare state* jako takiego, ale pośredniego wpływu z jednej strony na zróżnicowanie modeli opieki między różnymi grupami społecznymi (co może przynieść długookresowe straty dla tych słabszych), o czym była już mowa w kontekście urynkowania opieki domowej, a z drugiej zaś wpływu na sytuację zawodową i w przyszłości emerytalną kobiet w wieku niemobilnym, które najczęściej decydują się na oddanie opiece nad bliskimi (zwłaszcza w grupach o niższym statusie społeczno-ekonomicznym).

Bez względu na ocenę zasadności tych obaw i ich społeczną wagę, trudno zaprzeczyć, że wsparcie środowiskowe względem opiekunów jest jednym

z czynników umożliwiających wielu osobom niesamodzielnym i starszym pozostać w środowisku, jak i tym elementem systemu, który na szczególną uwagę zasługuje także w Polsce, gdzie opieka pozostaje w gestii rodziny.

Opieka stacjonarna (instytucjonalna)

Nadal fragmentem systemu opieki długoterminowej pozostają całodobowe domy opieki. Ze względu jednak na popularność domowych, środowiskowych i półstacjonarnych form opieki, liczba osób przebywających w instytucjach stałego pobytu skurczyła się na przestrzeni czasu, mimo że udział osób w wieku podeszłym, najbardziej zagrożonych niesamodzielną, przeciętnie rośnie. Współcześnie przebywają w tych ośrodkach najczęściej osoby z poważnymi zaburzeniami psychicznymi i poznawczymi lub demencją (łącznie mniej niż 5% osób powyżej 65 roku życia, z czego ponad 75% przekroczyło 80 lat.) Warto zwrócić też uwagę na pewne przemiany jakościowe tego sektora. Domy tego typu są statystycznie dość kameralne i dąży się do zachowania optimum godności i prywatności. 98% korzysta z pojedynczych pokoi. Powyżej 90% ma własną łazienkę, przeszło 70% stwarza możliwość samodzielnego przygotowywania posiłków czy gotowania. Średnio w domu opieki mieści się od 8 do 10 pokoi mieszkalnych²⁴⁸. Wszystko to sprawia, że wielkością domy te bardziej przypominają polskie rodzinne domy pomocy niż tradycyjne domy pomocy społecznej.

Z powyższych informacji wynika, że także sektor opieki instytucjonalnej podlega trendom zmierzającym do uczynienia warunków życia osoby sędziwej i niesamodzielną jak najbliższymi warunkom domowym. Także porównując np. fotografie wnętrz szwedzkich domów opieki z lat 70. i 90., widać zachodzący proces demedycyzacji pomieszczeń, jakie się w nich znajdują. Niegdyś przypominały bardziej szpitalne sale, dziś – bardziej przytulne pokoje mieszkalne.

Zjawiskiem, którego ocena może być przedmiotem kontrowersji, jest znaczący spadek miejsc w tego typu domach seniora. Jedni będą widzieli w tym naturalny skutek pożądanej i promowanej deinstytucjonalizacji, inni jednak będą widzieć pewne ograniczenie dostępu do wsparcia, które w określonych sytuacjach życiowych może się przydać właśnie w takiej stacjonarnej formie. Jak podają

²⁴⁸ Szebehely, 2013.



autorzy raportu w ramach projektu ANCIEN, oczekiwanie na uzyskanie miejsca w domu opieki wynosi średnio 57 dni, aczkolwiek istnieje spora rozpiętość między poszczególnymi samorządami – waha się od 10 do 170 dni²⁴⁹. Pojawia się systemowe pytanie: czy trend w postaci kurczenia się tego typu instytucji jest na pewno pożądanym? Jednocześnie przez fakt, że ta forma opieki jest droższa niż formy domowe i półstacjonarne, trudno oczekiwać, że samorzady w najbliższym czasie aktywnie przyczynią się do odwrócenia owej tendencji.

Istnieje też segment opiekuńczo-mieszkalny tzw. mieszkalnictwa chronionego dla osób sędziwych (powyżej 70 roku życia) pod nazwą *Tryggjetsboende*, który zyskuje rosnącą popularność. Są to domy zamieszkiwane przez seniorów, którzy nie czują się dość pewnie, by dalej pozostawać w dotychczasowym środowisku życia, ale czują się wciąż dość sprawni, by nie podlegać instytucjonalizacji w ramach domów opieki²⁵⁰. Sektor ten jest alternatywą zarówno dla tradycyjnej opieki domowej, jak i tej instytucjonalnej. W placówkach tych osoby starsze mogą żyć autonomicznie, przy jednoczesnym podniesionym dostępie do opieki i personelu (możliwość wezwania pomocy przez 24 godziny na dobę), a także obecnością wspólnej przestrzeni z resztą mieszkańców i możliwością wspólnego spożywania posiłków. Od 2009 r. rząd wspiera ową półinstytucjonalną formułę grantami²⁵¹. Niewykluczone, że w przyszłości właśnie działania instytucji leżące na pograniczu opieki domowo-środowiskowej i instytucjonalnej (łącznie elementy obydwu modeli opieki) okażą się znaczącą, jeśli nie kluczową, częścią systemu opieki nad osobami starszymi w tym kraju.

Podsumowanie

Szwecja jawi się jako kraj o bardzo rozbudowanym systemie wsparcia z tytułu niesamodzielności i podeszłego wieku. Wsparcie to obejmuje nie tylko działania związane *stricte* z opieką długoterminową nad osobami niesamodzielnymi, ale także szereg form pomocy dla osób starszych ułatwiający jak najdłuższe pozostawanie w dotychczasowym miejscu zamieszkania i uczestniczenie w życiu społeczności. Wsparcie realizowane jest w otoczeniu bardzo różnym: od domowego,

²⁴⁹ Fukushima, Adami, Palme, 2010.

²⁵⁰ Edström, Gustafsson, 2011.

²⁵¹ Fukushima, Adami, Palme, 2010.

przez środowiskowe i półstacjonarne (czasowe i dzienne), po stacjonarne ośrodki stałego pobytu. Na uwagę zasługuje rozwijający się segment usług adresowanych nie wprost do osoby wymagającej opieki, ale osoby ją sprawującej.

Szwedzki system opieki i polityki senioralnej odzwierciedla ogólne cechy szwedzkiego państwa dobrobytu, co przekłada się na rozległy obszar aktywności państwa w zaspokajaniu potrzeb osób w starszym wieku, między innymi dzięki wysokiej jakości i szerokiej dostępności usług publicznych, które przyznawane są w zależności od potrzeb, a nie niskiego dochodu. Ponadto usługi te w bardzo niewielkim stopniu lub wcale obciążają prywatne środki. System wsparcia jest też wysoko zdecentralizowany, także jeśli chodzi o politykę senioralną, co oznacza zasadniczą odpowiedzialność za zapewnienie pomocy i opieki w rękach samorządów, działających w ramach i w świetle celów wyznaczonych na poziomie centralnym. System opieki podlega jednak nowym procesom, wynikającym tyleż ze zmian demograficznych, co nowych koncepcji zarządzania publicznego i wizji polityki wobec starości. Na przestrzeni ostatnich dekad znacznie zwiększył się udział innych niż państwowy sektorów w świadczeniu opieki, a także zmieniły się wzajemne relacje między podmiotami różnych sektorów: publicznego, rynkowego i nieformalnego. Procesy te – zwłaszcza mechanizm urynkowienia – wywołują w Szwecji sporne oceny, czego niektóre społeczne przesłanki zostały ukazane w powyższym opracowaniu.

Ważnym trendem jest coraz większe przesuwanie akcentów z form instytucjonalnych w kierunku środowiskowych: realizowanych w domu, w społecznościach lub ośrodkach dziennego czy krótkiego pobytu. Sama jednak forma opieki domowej nie jest na gruncie szwedzkim całkowitym *novum*, a jej rozwój datuje się już na lata 50. Ta forma nie jest zagrożona, natomiast zagrożony jest uniwersalny (wspólny dla osób z różnych grup społecznych) charakter tego typu usług, pod wpływem szeregu czynników, w tym wspomnianego już wewnętrznego rynku usług opiekuńczych. Możliwość pozostawania w dotychczasowym miejscu zamieszkania nie wynika wyłącznie z uniwersalnego dostępu do publicznych usług opiekuńczych, ale także z równie uniwersalnego dostępu do adaptacji pomieszczeń, wykorzystania instrumentarium teleopieki, dystrybucji gotowych posiłków czy usług prewencyjnych, wspomagających w czynnościach domowych stosowanych w większości gmin.

Obok wsparcia otrzymanego w przestrzeni domowej dużą rolę odgrywają różne działania na rzecz włączenia osób starszych w życie społeczności. Służy temu



także dostarczanie specjalnie dostosowanego transportu. Działania mają różne funkcje: integracyjne i aktywizujące. Odgrywają one dużą rolę w odniesieniu do osób z zaburzeniami psychicznymi, a także stanowią wytchnieniowe wsparcie dla opiekuna nieformalnego i mogą opóźnić konieczność instytucjonalizacji. Także sektor opieki instytucjonalnej przeszedł na przestrzeni lat daleko idące przeobrażenia w kierunku uczynienia placówek w tym segmencie bardziej kameralnymi i mniej przypominającymi placówki medyczne, a bardziej otoczenie domowe.

Szczególnie rozwojowym segmentem wsparcia środowiskowego w Szwecji są instytucje i formy pomocy opiekunom nieformalnym osób niesamodzielnych. Wśród stosowanych w wielu gminach rozwiązań, które warto byłoby rozważyć także w polskich warunkach, można wymienić: centra samopomocy dla opiekunów, doradztwo, szkolenia, opiekę wytchnieniową. Opiekunowie wykonujący swe czynności opiekuńcze w większym zakresie mogą być wynagradzani finansowo. Z uwagi na to, że polski system opieki w dużej mierze opiera się na instytucji rodziny, jednym z kluczowych wyzwań wydaje się wieloaspektowe wsparcie opiekunów, a także umożliwienie im godzenia opieki z innymi rolami. Rozwiązania szwedzkie wydają się pod tym kątem inspirujące.

Bibliografia

1. Bakalarczyk R., *System opieki nad seniorami w Szwecji – lekcje dla Polski*, Analiza Norden Centrum, nr 6 (11), 2012.
2. Bakalarczyk R., *Opieka nad seniorami w państwie opiekuńczym – przykład Szwecji*, [w:] „Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje” 2012, nr 18, s.107-119.
3. Bakalarczyk R., *Rodzina w zabezpieczeniu społecznym osób niesamodzielnych – przykład Szwecji*, [w:] „Ubezpieczenie Społeczne. Teoria i praktyka”, dwumiesięcznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych 2014, nr 1 (118), s. 8-19.
4. Edelbalk G., *New modes of delivering elderly care in Sweden, presentation at Nordic day*, July 1, Paris 2008.
5. Edström A., Gustafsson M., *Elderly Living in Sweden Present solutions and future trends*, Sztokholm 2011.
6. Fukushima N., Adami J., Palme M., *The long-term care system for the elderly in Sweden*, Energi research report No. 89, 2010.
7. Government Offices of Sweden, *The Future need for care. Results form the Lev project*, 2010.
8. *Health and long-term in European Union Report*, Special Eurobarometer 283/Wave 67.3 – TNS Opinion & Social.
9. Johansson L., Long H., Parker M. G., *Informal Caregiving for Elders in Sweden: An Analysis of Current Policy Developments*, „Journal of ageing and social policy” 2011.
10. Kraus M., Czipionka T., Riedel M., Mot E., Willeme P., *New European Nations Care for Their Elderly*, Enepri policy brief, No 7/2011.
11. Ljunggren G., Emilsson T., *The Role of Informal Care in Long Term Care*, Sweden National Report, Stockholm 2009.
12. Mołęda K., *Szwedzi. Ciepło na Północy*, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2015.
13. OECD, *Help wanted? Providing and Paying for Long- Term care*, 2011.
14. Petelczyc J., *System emerytalny w Szwecji*, Analiza Norden nr 2(7), 2012.
15. Samuelsson L., Malmberg B., Hansson J. H., *Daycare for elderly in Sweden: a national survey*, „Scandinavian Journal of Social Welfare”, Volume 7, Issue 4, str. 310–319, 1998.
16. Swedish Association of Local Authorities and Regions, *Care for the elderly in Sweden today*, 2006 (2007).
17. Szebehely M., *Long-term care policies for older people. Are there lessons to learn?*, prezentacja wygłoszona podczas seminarium w szkockim parlamencie, 2013.
18. Szebehely M., Trydegard G. B., *Home care for older people in Sweden: a universal model in transition*, [w:] *Health and Social Care in the Community*, 2012, s. 200-309.

Wsparcie środowiskowe osób starszych w Republice Czeskiej²⁵²

Wprowadzenie

Republika Czeska jest pierwszym państwem w Europie Środkowo-Wschodniej, w którym wprowadzono kompleksową reformę opieki długoterminowej. Ustawa o usługach społecznych z dnia 14 marca 2006 r. (dalej: Ustawa), obowiązująca od 1 stycznia 2007 r., zmieniła zasady finansowania usług, których beneficjentami są w dużej mierze osoby starsze. Głównym instrumentem nowego systemu jest świadczenie pieniężne przyznawane osobom niesamodzielnym, które stanowić ma subsyduum zwiększające swobodę wyboru w zakresie zaspokajania potrzeb opiekuńczych. Inne, równie ważne, elementy czeskiej reformy dotyczyły m.in. wprowadzenia kryteriów jakości usług, obowiązku rejestracji świadczeniodawców oraz zmierzały do stymulacji rozwoju rynku usług opiekuńczych (przede wszystkim o charakterze środowiskowym). Wsparcie osób starszych w miejscu zamieszkania uznawane jest za ważny element polityki państwa wobec osób starszych w Republice Czeskiej²⁵³. Należy również wskazać, że Ustawa odnosi się do szerokiego, niezwiązanego tylko z niesamodzielnnością, zakresu usług społecznych, w tym o charakterze prewencyjnym, z których korzystać mogą osoby starsze.

W niniejszym opracowaniu przyjęto, że pomoc udzielana seniorom w ich środowisku powinna być analizowana z uwzględnieniem skutków zmian legislacyjnych, przede wszystkim w odniesieniu do oceny przyjętej metody finansowania usług społecznych i jej wpływu na rozwój wsparcia środowiskowego.

²⁵² Artykuł został sfinansowany ze środków Narodowego Centrum Nauki przyznanych na podstawie decyzji numer DEC-2012/07/N/HS5/01730. Niniejszy artykuł opiera się częściowo na tekście rozprawy doktorskiej pt. *Uwarunkowania opieki długoterminowej nad osobami starszymi w Polsce i Republice Czeskiej* przygotowanej na Wydziale Ekonomii Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, pod kierunkiem prof. dr. hab. Józefa Orczyka.

²⁵³ MOLSA, 2008, s. 30.

Charakterystyka populacji osób starszych

Struktura demograficzna populacji osób starszych w Republice Czeskiej przypomina sytuację w Polsce. Proces starzenia się ludności w Republice Czeskiej, którą wciąż można uznać za relatywnie młodą, nabierze bardzo dużej intensywności w najbliższych dekadach. Jednym z jego przejawów będzie zjawisko określane jako tzw. podwójne starzenie się społeczeństw, które definiuje się jako wzrost odsetka ludności w wieku 65+ przy jednoczesnym szybkim wzroście udziału osób w wieku 80+ (tab. 43).

TABELA 43. Udział osób w wieku 80+ w populacji osób 60+ w Polsce i Republice Czeskiej w latach 1960–2040 (w proc.)

	1960	2000	2040 (prognoza)
Polska	12,2	16,2	31,9
Republika Czeska	14,8	17,1	30,9

Źródło: Holmerová i wsp., 2011, s. 142.

W Republice Czeskiej, podobnie jak w naszym kraju, występują duże różnice w zakresie przeciętnego trwania życia zależnie od płci: kobiety żyją statystycznie dłużej niż mężczyźni (tab. 44). Zjawisko to, określane jako feminizacja starości²⁵⁴, ma szczególne znaczenie ze względu na specyfikę zapotrzebowania na wsparcie ze strony osób trzecich.

TABELA 44. Dalsze przeciętne trwanie życia dla osoby w wieku 65 lat w Polsce i Republice Czeskiej

	Dalsze przeciętne trwanie życia dla osoby w wieku 65 lat		Dalsze przeciętne trwanie życia w zdrowiu	
	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
Polska	15,4	19,9	7,6	8,3
Republika Czeska	15,6	19,2	8,4	8,7

Źródło: Opracowanie własne na podstawie strony internetowej Eurostatu. Dane za rok 2011.

²⁵⁴ Błędowski, 2002, s. 108.

W Republice Czeskiej występują istotne międzyregionalne różnice w przeciętnej długości życia. W regionach silnie zindustrializowanych obywatele tego kraju żyją zdecydowanie krócej niż w regionach, które charakteryzują się lepszą sytuacją ekologiczną²⁵⁵. Przykładowe międzyregionalne różnice w dalszym przeciętnym trwaniu życia dla osób starszych wskazane są w tabeli 45.

TABELA 45. Dalsze przeciętne trwanie życia dla osoby w wieku 65 lat w wybranych regionach (w latach)

	Mężczyźni	Kobiety
Praga	16,42	19,52
Kraj ustecki	14,58	17,47
Kraj zliński	15,15	19,22

Źródło: Czeski Urząd Statystyczny, dostęp do bazy <http://www.czso.cz/> [data dostępu 05.11.2014 r.].

TABELA 46. Przemiany demograficzne w największych miastach w Republice Czeskiej w latach 1991–2010

Miasto	Rok	Procentowy udział populacji w wieku 65+	Procentowy udział kobiet w populacji 65+	Średni wiek mieszkańców miast
Praga	1991	15	63	38,9
	2010	16	60	41,6
Brno	1991	14	63	37,9
	2010	18	60	42,2
Ostrawa	1991	11	64	35,8
	2010	16	61	40,9

Źródło: Kafková, Galcanová, 2013, s. 18.

Cechą wyróżniającą Republikę Czeską na tle innych państw Europy Środkowo-Wschodniej jest wysoki poziom urbanizacji. Aż 74% populacji osób, które ukończyły 65 rok życia mieszka w miastach²⁵⁶. Należy jednak wskazać, że w Republice

²⁵⁵ Bobak, Feachiem, 1995.

²⁵⁶ Kafková, 2013, s. 19.



Czeskiej, gdy wyłączymy z obliczeń ludność zamieszkującą Pragę, zdecydowana większość ludności miejskiej, tj. 84%, mieszka w miejscowościach liczących mniej niż 500 tys. mieszkańców. Dynamika przemian demograficznych w mniejszych miastach jest większa niż w stolicy, o czym świadczy porównanie podstawowych danych demograficznych dla Pragi, Brna i Ostrawy zawarte w tabeli 46. Wynika to przede wszystkim z ruchliwości przestrzennej ludności, gdyż Praga jest miejscem docelowym dla zdecydowanej większości ludzi migrujących z innych czeskich miejscowości oraz spoza kraju.

System organizacyjny polityki społecznej

Proces transformacji ustrojowej, charakterystyczny dla państw naszego regionu, miał duże znaczenie dla reform polityki społecznej w Republice Czeskiej. Na tle innych państw postkomunistycznych zmiany w Republice Czeskiej mogą być postrzegane jako wyjątkowe²⁵⁷. W pierwszych latach transformacji w Republice Czeskiej (Czechosłowacji) duże znaczenie miały bowiem postulaty związane z doktryną socjaldemokratyczną czy liberalizmem socjalnym, czego wyrazem był program „Scenariusz reform społecznych”. W praktyce oznaczało to relatywnie dobrą i zgodną współpracę rządu ze związkami zawodowymi²⁵⁸. Mimo że w późniejszym okresie rządy prawicowe realizowały politykę kładącą większy nacisk na urynkowanie polityki społecznej, to w Republice Czeskiej nie doszło do fundamentalnych zmian instytucjonalnych. Kluczowy jest fakt, że reformy egalitarnego czeskiego systemu emerytalnego miały jedynie charakter parametryczny. Dodatkowo w kraju tym reforma systemu opieki zdrowotnej²⁵⁹ traktowana była jako jeden z priorytetów przemian ustrojowych. W konsekwencji zakres świadczeń medycznych, na ogół cechujących się wysoką jakością, finansowanych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, jest bardzo szeroki. Wyrazem tego zjawiska jest relatywnie duża dostępność domowej opieki medycznej.

Jednym z głównych przejawów transformacji ustrojowej po 1989 r. w Republice Czeskiej (do 1993 r. w ramach Czechosłowacji) była decentralizacja zadań

²⁵⁷ Vecerník, 2008, s. 501.

²⁵⁸ Potucek, 2009, s. 37-38.

²⁵⁹ Wyrażająca się odejściem w 1992 roku od scentralizowanego modelu Siemaszki na rzecz Bismarckowskiego modelu ubezpieczeniowego.

wykonywanych przez administrację publiczną. Obecny system usług społecznych opiera się na zasadzie decentralizacji polityki społecznej, tj. przeniesieniu na poziom lokalny obowiązków z zakresu organizowania i finansowania świadczeń społecznych²⁶⁰. Typy usług i warunki ich świadczenia zostały określone jednolicie na poziomie centralnym, ale planowanie, finansowanie i dostarczanie usług zostało w przeważającej mierze powierzone jednostkom samorządu terytorialnego, organizacjom pozarządowym i instytucjom prywatnym.

Zadania dotyczące organizacji systemu usług społecznych zostały podzielone między Ministerstwo Pracy i Spraw Socjalnych, władze regionalne, władze gminy z rozszerzonymi uprawnieniami oraz urzędy pracy. Ministerstwo Pracy i Spraw Socjalnych, oprócz przygotowywania ogólnokrajowych strategii dotyczących zapotrzebowania na usługi społeczne, jest zobowiązane również m.in. do administrowania elektroniczną bazą danych, w której gromadzone są informacje na temat zarejestrowanych świadczeniodawców. Władze regionalne (*krajský úrad*) odpowiedzialne są za rejestrację świadczeniodawców, która jest następstwem uprzedniego ustalenia, czy wnioskujący podmiot jest w stanie spełnić ustawowe kryteria dotyczące jakości usług (m.in. wymagania techniczne, sanitarne czy związane z kwalifikacjami personelu). Zadaniem władz gminy z rozszerzonymi uprawnieniami (*Obec s rozšírenou pusobnosti*), które w strukturze organizacyjnej Republiki Czeskiej stanowią poziom pośredni między władzami regionalnymi a municypalnymi, jest m.in. kontrola, czy przyznane świadczenie pieniężne jest właściwie wykorzystywane w związku z zaspokajaniem potrzeb przez osoby niesamodzielne. Bardzo istotną rolę w systemie usług społecznych spełniają urzędy pracy, które przyjmują wnioski o przyznanie świadczenia pieniężnego oraz wypłacają świadczenia.

Świadczenia pieniężne dla osób starszych

Wysokość emerytur to podstawowa determinanta dobrobytu materialnego seniorów. Świadczenia na wysokim lub choćby adekwatnym poziomie zwiększają autonomię osób starszych, umożliwiając im większą niezależność w wyborze

²⁶⁰ Błędowski, Kubicki, 2009, s. 40.



formy wsparcia²⁶¹. Jak już wspomniano, czeski system emerytalny zachował swój redystrybucyjny charakter. Dodatkowo dobrowolny filar kapitałowy cieszy się dużą popularnością. W konsekwencji sytuację dochodową osób starszych w Republice Czeskiej uznaje się za dobrą, o czym świadczy fakt, że – zgodnie z metodologią Eurostatu – wskaźnik zagrożenia ubóstwem i wykluczeniem społecznym wśród osób starszych w Republice Czeskiej należy do najniższych w Unii Europejskiej²⁶².

Reforma usług społecznych w Republice Czeskiej przede wszystkim związana była z wprowadzeniem nowego, finansowanego z budżetu państwa, świadczenia pieniężnego: dodatku opiekuńczego (*príspevek na péči*). W procedurze ustalania stopnia niesamodzielności wykorzystane są kryteria szczegółowo wymienione w Ustawie, które odnoszą się do wykonywania czynności tzw. samoopieki (np. otrzymywanie posiłków, utrzymywanie higieny osobistej, ubieranie się czy poruszanie się) oraz samodzielności rozumianej, jako możliwość uczestnictwa w życiu społecznym (np. komunikowanie z innymi, rozporządzanie pieniędzmi, przygotowanie posiłków, sprząatanie).

Dodatek opiekuńczy przysługuje zatem niezależnie od sytuacji dochodowej, majątkowej czy rodzinnej osoby wnioskującej. Według przyjętych założeń wykorzystanie tego świadczenia ma pomóc w sfinansowaniu potrzeb opiekuńczych, a wybór najbardziej efektywnej formy wsparcia należy do samej osoby niesamodzielnej. Zgodnie z modelem tzw. bezpośredniej płatności osoby niesamodzielne mogą wykorzystać przyznane środki pieniężne, jako zapłatę za usługi oferowane przez zarejestrowanych świadczeniodawców. Beneficjenci dodatku opiekuńczego są również uprawnieni do przekazania całej bądź części kwoty świadczenia na rzecz osoby fizycznej, którą w praktyce jest najczęściej członek najbliższej rodziny sprawujący opiekę czy pielęgnację nad osobą niesamodzielną²⁶³.

²⁶¹ Bettio, Plantega, 2004, s. 40.

²⁶² Wskaźnik ten w 2012 r. dla populacji osób w wieku 65 lat i więcej wynosił 10,8% przy średniej dla Unii Europejskiej 19,3%. Był to wynik lepszy od takich krajów, jak: Niemcy (15,8%), Austria (16,2%), Finlandia (19,5%), Szwecja (17,9%) czy Polska (23,4%). Wykorzystano dane pochodzące z internetowej strony Eurostatu.

²⁶³ Nie istnieją żadne mechanizmy kontrolne dotyczące wydawania środków. Osoba niesamodzielna bądź jej przedstawiciel prawny we wniosku o przyznanie świadczenia zobowiązana jest do wskazania zarejestrowanego świadczeniodawcy, na rzecz którego przekazywane będą środki pieniężne lub wybrania osoby fizycznej – bez podawania jej danych – jako adresata przyznanej kwoty. Osoba niesamodzielna może również wykorzystać dodatek pielęgnacyjny w sposób mieszany, tj. poprzez połączenie opieki formalnej oraz nieformalnej.

Uprawnionymi do otrzymania dodatku opiekuńczego są wszyscy obywatele Republiki Czeskiej, którzy ukończyli pierwszy rok życia oraz spełniają kryterium niesamodzielnosci przewidziane w Ustawie. Niemniej, zdecydowana większość beneficjentów tego świadczenia to osoby w wieku 76-90 lat, prawie 2/3 spośród wszystkich osób otrzymujących dodatek opiekuńczy to kobiety. W porównaniu do przeciętnej wysokości świadczenia emerytalnego wysokość dodatku opiekuńczego jest znacząca (tab. 47). Dotyczy to przede wszystkim osób z ciężkim czy całkowitym stopniem niesamodzielnosci. Beneficjenci legitymujący się lekkim stopniem niesamodzielnosci otrzymują świadczenie, którego wysokość jest niewielka (800 CZK)²⁶⁴.

TABELA 47. Wysokość dodatku opiekuńczego w Republice Czeskiej na tle emerytury i wynagrodzenia

Stopień niesamodzielnosci	Wysokość świadczenia w 2014 r. dla osób powyżej 18 roku życia*
I stopień (lekka)	800 CZK
II stopień (średnia)	4000 CZK
III stopień (ciężka)	8000 CZK
IV stopień (całkowita)	12000 CZK
Średnia emerytura w 2014 r.	12 259 CZK (mężczyźni) 10 050 CZK (kobiety)
Minimalne wynagrodzenie w 2014 r.	8 500 CZK
Średnie wynagrodzenie w 2014 r.	25 686 CZK

* Wysokość dodatku pielęgnacyjnego dla osób poniżej 18 roku życia wynosi w I stopniu: 3000 CZK, II stopniu: 6000 CZK, III stopniu: 9000 CZK i IV stopniu: 12000 CZK.

Źródło: Opracowano na podstawie danych Czeskiego Urzędu Statystycznego, www.czso.cz/csu/czso/home [dostęp: 29.12.2015 r.].

Dodatek opiekuńczy spełnia bardzo istotną rolę w kontekście rozwoju usług opiekuńczych, gdyż reforma w Republice Czeskiej opierała się na założeniu, że

²⁶⁴ Warto wskazać, że wysokość dodatku opiekuńczego dla osób z lekkim stopniem niesamodzielnosci została znacznie zmniejszona w 2011 roku. Pierwotnie kwota ta wynosiła 2000 CZK. Obniżka ta wystąpiła w związku z dużymi cięciami w wydatkach publicznych, które były efektem poważnych problemów fiskalnych Republiki Czeskiej stojącej w obliczu załamania koniunktury w 2009 roku (kiedy zanotowano ujemny wzrost PKB na poziomie -4,5%).

świadczenie to stanowić będzie główny instrument finansowania usług społecznych. Wedle logiki czeskiej reformy możliwość wyboru usługodawców przez osoby niesamodzielne, które dysponują dodatkowymi środkami pieniężnymi, przyczynić się miała do wzrostu znaczenia podmiotów dostarczających usługi wysokiej jakości. Niemniej jednak dane przedstawione w tabeli 48, dotyczące faktycznego przeznaczania świadczenia pielęgnacyjnego, wskazują na ogromną rolę, którą odgrywa opieka nieformalna. Beneficjenci dodatku opiekuńczego w dużo mniejszym stopniu niż zakładano w dokumentach rządowych przygotowanych przed reformą, wykorzystują to świadczenie w ramach opieki formalnej, przede wszystkim w zakresie usług świadczonych w miejscu zamieszkania osób starszych²⁶⁵. Innymi słowy, większość środków pieniężnych nie zostaje alokowana na regulowanym rynku opiekuńczym i jest wykorzystywana w obrębie gospodarstw domowych, przede wszystkim rodzin. Zjawisko to ma bardzo duże znaczenie w kontekście problemów finansowych, z którymi muszą się zmierzyć świadczeniodawcy usług środowiskowych.

TABELA 48. Beneficjenci dodatku opiekuńczego wybierający opiekę nieformalną oraz opiekę stacjonarną według stopnia niesamodzielności w Republice Czeskiej (w proc.)

	I stopień (lekki)		II stopień (umiarkowany)		III stopień (ciężki)		IV stopień (całkowity)	
	Nieformalna	Stacjonarna	Nieformalna	Stacjonarna	Nieformalna	Stacjonarna	Nieformalna	Stacjonarna
2007	79,3	10,8	78,2	15,2	80,1	15,2	68,5	26,6
2010	73,9	10,1	70,5	16,9	66,9	23,1	52,6	38,3

Źródło: Obliczenia własne na podstawie: MPSV, 2013, s. 90.

Usługi świadczone w miejscu zamieszkania

Przepisy Ustawy oraz wydanego na jej podstawie rozporządzenia²⁶⁶ precyzyjnie określają zakres usług społecznych²⁶⁷ świadczonych w miejscu za-

²⁶⁵ Barviková, Österle, 2013, s. 260.

²⁶⁶ Szczegółowy zakres wsparcia zdefiniowany jest w Rozporządzeniu o wykonaniu niektórych przepisów Ustawy o usługach społecznych (505/2006 Sb. Vyhlaška ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách).

²⁶⁷ Art. 40, ust. 2 Ustawy.

mieszkania, które mogą przybierać formę pomocy osobistej (*Osobní asistence*) lub usług opiekuńczych (*Perovatelská služba*). Drugi z wymienionych rodzajów wsparcia charakteryzuje się szerszym zakresem świadczeń i większą intensywnością. Innym ważnym kryterium różniącym pomoc osobistą i usługi opiekuńcze jest także fakt, że pomoc osobista jest udzielana bez określonego limitu czasu, natomiast w procesie dostarczania usług opiekuńczych taki limit musi być określony.

Podstawową cechą usług społecznych w Republice Czeskiej jest zasada kontraktowania. Zgodnie z przyjętymi rozwiązaniami beneficjent i świadczeniodawca, po przeprowadzonych negocjacjach, zawierają umowę określającą cel i zakres usług, które w jak największym stopniu powinny odpowiadać potrzebom osoby niesamodzielnej. Zawarta umowa określa, oprócz limitu czasu przeznaczanego na wykonywanie usług, także zakres wsparcia oraz miejsce ich udzielania.

Zgodnie z ogólnymi zasadami otrzymywanie wsparcia w miejscu zamieszkania jest odpłatne. Możliwa jest jednak sytuacja, gdy koszt usług będzie dzielony z małżonkiem, partnerem czy dziećmi osoby, na rzecz której usługi mają być świadczone. Rozporządzenie wydane w celu wykonania Ustawy określa maksymalną opłatę za pomoc osobistą i usługi opiekuńcze, która może być pobierana przez świadczeniodawców: wynosi ona 120 CZK za godzinę (w przeliczeniu ok. 18 PLN). W związku z powyższym dodatek opiekuńczy przyznany osobie całkowicie niesamodzielnej może posłużyć na sfinansowanie usług wykonywanych w mieszkaniu w wymiarze ponad 3 godzin dziennie, a osobie z ciężkim stanem niesamodzielności w wymiarze ponad 2 godzin dziennie. Mniej korzystnie wygląda pod tym względem sytuacja osób z lekkim stopniem niesamodzielności, gdyż przyznane świadczenie pieniężne jest zdecydowanie niższe, co wymusza większe zaangażowanie środków osobistych lub rezygnację z zakupu usług w zakresie wsparcia domowego od formalnych świadczeniodawców. Dodatkowo wprowadzono limity cen w odniesieniu do specyficznych aktywności wykonywanych w ramach usług opiekuńczych, takich jak: zapewnianie trzech posiłków dziennie (160 CZK) czy dostarczenie obiadu (75 CZK), przy czym również istnieje dodatkowa opłata za każdy kilometr przewiezienia żywności (25 CZK), oraz maksymalną opłatę za wykonanie prania (60 CZK za każdy kilogram odzieży).

Konsekwencją wprowadzenia dodatku opiekuńczego był wzrost wydatków na usługi opiekuńcze. Średnia miesięczna opłata za korzystanie z usług opieki

środowiskowej wykonywanej w domu osoby niesamodzielnej wzrosła w roku 2007 w stosunku do roku poprzedniego ponad dwukrotnie: z 2156 CZK do 4363 CZK²⁶⁸.

W pierwszym roku obowiązywania nowego systemu usług społecznych zauważyć można nagły spadek liczby osób korzystających z opieki domowej (tab. 49). W następnych latach liczba osób korzystających z usług domowych wzrosła i ustabilizowała się na poziomie zbliżonym do tego przed 2006 r. W związku z tym można stwierdzić, że wprowadzenie reformy usług społecznych nie przyczyniło się do wzrostu beneficjentów opieki domowej. Obserwowalny jest natomiast wzrost udziału wydatków prywatnych w ogólnych wydatkach na usługi domowe. Wyjaśnienie tego zjawiska wiązać należy przede wszystkim z inflacją na rynku usług opiekuńczych. Jak wskazano wyżej, kwota, na którą opieka dodatek opiekuńczy, jest relatywnie wysoka tylko w odniesieniu do osób z najwyższym poziomem niesamodzielności. Osoby, które otrzymują niższą kwotę świadczenia pieniężnego (stopień lekki i umiarkowany), opłacają usługi przede wszystkim z budżetów prywatnych.

TABELA 49. Liczba beneficjentów i udział odpłatności z budżetów prywatnych na usługi domowe

	2000	2005	2007 (reforma)	2010	2012
Liczba beneficjentów opieki domowej	113 528	112 927	95 520	113 238	113 041
Procentowy udział wydatków prywatnych w ogólnych wydatkach na opiekę domową	20,7	23,1	21,2	29,9	32,6

Źródło: Dane Ministerstwa Pracy i Spraw Socjalnych, Czeski Urząd Statystyczny, 2013.

Obecnie dość powszechnie panuje przekonanie, że jeden z celów reformy usług społecznych, jakim miał być dynamiczny rozwój wsparcia środowiskowego, nie został osiągnięty²⁶⁹. Jedną z głównych przyczyn tego stanu rzeczy jest fakt, że duża część beneficjentów świadczenia pieniężnego nie przeznacza

²⁶⁸ MPSV, 2012, s. 35.

²⁶⁹ Holmerová, Vanková, Wija, 2013, s. 100.

przyznanych środków na zakup usług oferowanych przez zarejestrowanych świadczeniodawców, co ma negatywny skutek dla perspektywy powstania nowych, a także funkcjonowania dotychczas istniejących usługodawców²⁷⁰. W konsekwencji wielu mniejszych świadczeniodawców, w tym przede wszystkim organizacje pozarządowe, których funkcjonowanie uzależnione jest od stałego dopływu kapitału, ma problemy z zachowaniem ciągłości funkcjonowania. Dodatkowo jedną z głównych faktycznych przeszkód w ekspansji sektora pozarządowego w zakresie świadczenia usług wykonywanych w domach osób starszych jest to, że w przeciwieństwie do jednostek zarządzanych przez władze publiczne mniejsze podmioty bardzo rzadko otrzymują dotacje z budżetu państwa²⁷¹. Zjawisko to występuje, mimo że na gruncie prawa obowiązuje zasada równouprawnienia różnych rodzajów świadczeniodawców.

W literaturze wskazuje się na nieufność ze strony rodzin w stosunku do świadczeniodawców usług opieki środowiskowej²⁷². Część osób niesamodzielnych i ich rodzin skłania się do wyboru tych świadczeniodawców, których długookresowa sytuacja finansowa postrzegana jest jako stabilniejsza. W związku z tym, preferowane są przede wszystkim duże podmioty opieki stacjonarnej.

Podsumowując, w konsekwencji zmiany systemu finansowania zwiększono ilość środków publicznych, które są przeznaczane na wsparcie osób niesamodzielnych, choć nie osiągnięto zakładanych celów związanych z przekształceniem sposobu dostarczania tych świadczeń związanych z rozwojem wsparcia środowiskowego²⁷³. Nie doszło bowiem do zwiększenia roli wsparcia udzielanego w środowisku domowym oraz nie zmniejszono bardzo dużego popytu na opiekę stacjonarną.

Omawiając wsparcie udzielane w środowisku, nie można pominąć świadczeń realizowanych w sektorze opieki zdrowotnej, które mają formę domowej opieki pielęgniarstwa. Dostarczanie usług medycznych nie jest skoordynowane z usługami społecznymi, gdyż są one realizowane w ramach odrębnego systemu organizacji i finansowania. Opieka zdrowotna wykonywana w domu jest przede wszystkim świadczona na rzecz osób starszych, które stanowią 79% ogółu osób

²⁷⁰ *Ibidem*.

²⁷¹ Šiška, Beadle-Brown, 2011, s. 129.

²⁷² Kubalcíková, Havlíková, 2011, s. 12.

²⁷³ Pruša, 2009, s. 75.

otrzymujących te usługi (85% osób korzystających z tych świadczeń cierpią na choroby przewlekłe)²⁷⁴. W Republice Czeskiej środowiskowe usługi medyczne są dostarczane do ok. 7% populacji osób w wieku 65 lat i więcej²⁷⁵. Należy jednak wskazać na bardzo duże zróżnicowanie regionalne w zakresie wykorzystania i dostępności medycznej opieki domowej. Niemniej liczba osób starszych korzystająca ze wsparcia medycznego udzielanego w domu pacjenta w 2012 r. wynosiła 116 301 osób, co przekracza liczbę beneficjentów domowych usług społecznych zaprezentowanych w tabeli 47²⁷⁶.

Lekarz domowy lub – w wypadku zakończonej hospitalizacji – lekarz specjalista przepisując tę formę usług, wybiera spośród czterech typów opieki określanych wymiarem czasu, który ma być przeznaczony na czynności pielęgnacyjne (wynoszą one 15, 30, 45 i 60 minut)²⁷⁷. Każdy z tych pakietów może być wykonywany do trzech razy dziennie, co w konsekwencji sprawia, że maksymalny zakres otrzymywanego wsparcia wynieść może 180 minut. Lekarz rodzinny przepisuje opiekę domową na okres do 3 miesięcy, natomiast specjalista w szpitalu do 14 dni. Świadczenia opieki domowej są zwykle dostarczane przez prywatne agencje działające komercyjnie lub na zasadach non-profit, które mają podpisane kontrakty z instytucjami ubezpieczeniowymi. Korzystanie z usług pielęgnacyjnych w mieszkaniach objęte jest powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym i nie wymaga dodatkowych opłat ze strony pacjentów.

Instytucje pobytu czasowego i dziennego

Istotne znaczenie dla jakości życia osób starszych, jak również ich opiekunów nieformalnych (głównie rodzinnych), ma dostęp do instytucji, które zapewniają wsparcie przez pewien okres czasu, przede wszystkim wtedy, gdy opiekunowie nieformalni wykonują obowiązki zawodowe. W Republice Czeskiej tego typu infrastruktura, która przeznaczona byłaby dla osób starszych, jest bardzo skromna.

²⁷⁴ ÚZIS R, 2012, s. 4.

²⁷⁵ Dane za 2011 rok. Obliczenie własne na podstawie (ÚZIS, 2012) i danych z Czeskiego Urzędu Statystycznego.

²⁷⁶ Dodatkowo należy wziąć pod uwagę, że dane dotyczące usług społecznych uwzględniają także osoby młodsze i w średnim wieku.

²⁷⁷ Opracowane na podstawie wzoru formularza: *Poukaz na vyšetření (ošetření) DP/PGS (VPL)*, który wykorzystywany jest przez lekarzy do przepisywania opieki domowej, dostępny na stronie [http://www.wikiskripta.eu/index.php/Poukaz_na_vy%C5%A1et%C5%99en%C3%AD_%C5%A1et%C5%99en%C3%AD\)_DP/PGS_\(VPL\)](http://www.wikiskripta.eu/index.php/Poukaz_na_vy%C5%A1et%C5%99en%C3%AD_%C5%A1et%C5%99en%C3%AD)_DP/PGS_(VPL) [dostęp: 08.11.2014 r.].

Na podstawie analizy rejestru świadczeniodawców prowadzonego przez Ministerstwo Pracy i Spraw Socjalnych można wyciągnąć wniosek, że zdecydowana większość instytucji pobytu dziennego adresowana jest do osób młodszych i osób w średnim wieku. Podobną konstatację można sformułować na podstawie danych dotyczących beneficjentów dodatku opiekuńczego korzystających z pozostałych podmiotów oferujących usługi społeczne, takich jak: centra wsparcia dziennego, dzienne domy dla osób niepełnosprawnych, mieszkania chronione oraz weekendowe domy opieki. Z tego typu instytucji korzystały głównie osoby w wieku 19-50 lat, a nie osoby starsze²⁷⁸.

Zamieszczone w tabeli 50 dane wskazują, że wzrost liczby instytucji pobytu dziennego wiąże się przede wszystkim z powstaniem nowych podmiotów prywatnych. Dodatkowo, na podkreślenie zasługuje istotna rola organizacji kościelnych (głównie ewangelickich) w tym zakresie.

TABELA 50. Liczba instytucji pobytu czasowego według podmiotu zarządzającego

	Rok	Liczba całkowita	Władze municypalne	Instytucje kościelne	Instytucje prywatne
Dzienne	2008	238	72	60	65
	2013	265	75	56	86
Tygodniowe	2008	78	15	10	11
	2013	65	9	12	12

Źródło: Czeski Urząd Statystyczny, 2009, Czeski Urząd Statystyczny, 2013.

Instytucje pobytu tygodniowego umożliwiają osobom niesamodzielnym powrót do swojego środowiska domowego na weekendy i święta. Co istotne, w okresie następującym po wprowadzeniu reformy usług społecznych zanotowano spadek liczby tych podmiotów. Dodatkowo dane dotyczące niezaspokojonych potrzeb (osoby wnioskujące o wsparcie, które nie otrzymały danych usług) wskazują, że zgłaszane zapotrzebowanie na instytucje pobytu dziennego, w tym również o charakterze ambulatoryjnym (*centra denních služeb*), jest bardzo niewielkie²⁷⁹.

²⁷⁸ MPSV, 2012, s. 15.

²⁷⁹ Wniosek ten można wysunąć na podstawie danych pochodzących z Czeskiego Urzędu Statystycznego dostępnych na stronie: <https://www.czso.cz/documents/10180/20551511/19002814601.pdf/125893c7-3ba8-454f-8fd9-536ce69e4dca?version=1.0> [dostęp: 29.12.2015 r.], zgodnie z którymi w 2013 roku niezaspokojenie potrzeby w odniesieniu do tego rodzaju świadczeń odnotowano tylko 29 razy w skali całego kraju.



Przy założeniu, że czeski system opiera się przede wszystkim na (subsydiowanym) popycie ze strony osób starszych, zjawisko to nie stanowi dużej zachęty dla potencjalnych świadczeniodawców do rozwoju tego rodzaju usług.

Poza systemem usług społecznych występują także inicjatywy organizowane na zasadach wolontariatu. Jedną z takich form są domy aktywności dla osób starszych, których celem jest integracja osób starszych cieszących się relatywnie dobrym stanem zdrowia w zakresie edukacji czy aktywności sportowych. Instytucje te nie podlegają obowiązkowi sprawozdawczości dla celów statystyki publicznej, stąd nie dysponujemy szczegółowymi danymi dotyczącymi zakresu i powszechności działalności tych podmiotów, niemniej można przyjąć, że występują one przede wszystkim w większych miastach. W jednym z ostatnich numerów renomowanego czasopisma „Ageing & Society” opublikowano artykuł J. Hasmanovej-Marhánkovej dotyczący domów aktywności dla osób starszych. Przedmiotem badania było zjawisko nadreprezentacji starszych kobiet wśród uczestników tych instytucji. Autorka wskazuje, że dysproporcja ta jest bardzo duża, gdyż udział kobiet w badanych domach aktywności domowej wyniósł ponad 90%, co w żaden sposób nie może być wytłumaczone udziałem kobiet w populacji osób starszych wynoszącym, w zależności od kohorty, 60-70%²⁸⁰. Autorka, opierając się na wynikach badań etnograficznych, dowodzi, że za ten stan rzeczy odpowiada m.in. zakres aktywności podejmowany w tych instytucjach, który w dużo większym stopniu wpisuje się we wcześniejsze doświadczenia kobiet, dzięki czemu mogą one czerpać większe indywidualne korzyści z aktywnego uczestnictwa w tych inicjatywach.

Inne instytucje działające w i dla środowisk lokalnych adresowane do osób starszych

W środowisku lokalnym funkcjonują instytucje, których celem jest nie tyle wsparcie w zakresie niesamodzielności, co również zwiększenie aktywności w życiu społecznym czy ochrona praw osób starszych. Na mocy Ustawy zarejestrowani świadczeniodawcy są zobowiązani do świadczenia usług w zakresie poradnictwa socjalnego. Specyficzne potrzeby osób starszych mogą być zaspokajane

²⁸⁰ Hasmanová Marhánková, 2014, s. 1483.

w zakresie usług świadczonych w środowiskach lokalnych, które określane są jako doradztwo specjalistyczne. Cele tego typu świadczeń realizowane są poprzez takie aktywności, jak: pomoc w nawiązywaniu czy utrzymaniu kontaktu z otoczeniem społecznym, zajęcia z socjoterapii²⁸¹, edukacji oraz pomoc przy załatwianiu bieżących spraw. Dodatkowo Ustawa wskazuje na kolejny zakres usług świadczonych w środowisku osób starszych albo w specjalnych podmiotach, jakimi są świadczenia z zakresu pomocy w czytaniu oraz wsparciu osób głuchoniemych. Świadczenia te skierowane są do osób z obniżonymi możliwościami poznawczymi ze względu na podeszły wiek czy niepełnosprawność.

W perspektywie zwiększenia aktywności społecznej i zachowania jak najdłuższej sprawności ważną rolę pełnią usługi rehabilitacji społecznej, które oferują bardzo szeroki zakres wsparcia. Ustawa wskazuje, że świadczenia te mogą być dostarczane zarówno w formach środowiskowych, jak i stacjonarnych. W ramach wsparcia środowiskowego rehabilitacja społeczna odnosi się do tak ważnych aktywności, jak edukacja w zakresie samoopieki czy szkolenia w zakresie czynności zwiększających samodzielność.

Rehabilitacja socjalna, zgodnie z Ustawą, może być świadczona w Centrach Rehabilitacji Społecznej, które najczęściej (79% ogólnej liczby takich podmiotów) są instytucjami prywatnymi funkcjonującymi przy instytucjach wsparcia stacjonarnego. Maksymalny koszt usług świadczonych w Centrach Rehabilitacji Społecznej wynosi 200 CZK za jeden dzień.

Instytucje stałego pobytu dla osób starszych

W sektorze usług społecznych domy dla seniorów (*domovy pro seniory*) stanowią główny rodzaj podmiotów świadczących całodobową opiekę długoterminową nad osobami starszymi. W ostatnich latach w zakresie funkcjonowania tych podmiotów doszło do wielu istotnych przemian o charakterze ilościowym i jakościowym. Przede wszystkim znacząco wzrosła liczba domów dla seniorów, co jednak nie wpłynęło na ilość dostępnych łóżek. Wynika to stąd, że z jednej strony

²⁸¹ Socjoterapia to aktywności mające na celu podtrzymanie czy rozwinięcie kompetencji społecznych i umiejętności promujących pełniejsze uczestnictwo osób w życiu społecznym.

w ostatnich latach powstało więcej mniejszych ośrodków, przede wszystkim prywatnych, z drugiej zaś większe ośrodki zmniejszyły liczbę łóżek.

Wyniki badań ewaluacyjnych przeprowadzonych kilka lat po wprowadzeniu reformy usług społecznych wskazały, że w 2008 r. aż 34% osób przebywających w domach dla seniorów nie była uprawniona do dodatku opiekuńczego^{282,283}. Świadczy to o wyjątkowo dużym popycie na tę formę wsparcia wśród czeskich seniorów, która niekoniecznie odzwierciedla faktyczny poziom zapotrzebowania na opiekę długoterminową świadczoną w podmiotach opieki stacjonarnej. Należy również zwrócić uwagę na bardzo wysoki poziom wykorzystania istniejących miejsc w domach dla seniorów: w ciągu roku kalendarzowego około 95% dostępnych łóżek jest zajętych. Wskaźnik ten utrzymuje się na stabilnym i wysokim poziomie od wielu lat: zarówno przed, jak i po reformie usług społecznych. O bardzo dużym popycie na opiekę stacjonarną świadczy również poziom niezaspokojonych potrzeb. Według danych urzędowych w 2012 r. zanotowano aż 59023 osób, które bezskutecznie wnioskowały o miejsce w domu dla seniora²⁸⁴. Liczba ta w ogromnym stopniu przekracza zasoby tych instytucji (należy wziąć pod uwagę, że dane te uwzględniają fakt, iż jedna osoba może aplikować do kilku podmiotów jednocześnie). Na przestrzeni ostatnich lat ta wysoka liczba osób o niezaspokojonych potrzebach nieznacznie wzrasta. W literaturze wskazuje się, że w wielu przypadkach osoby wnioskuje o miejsce w domu dla seniorów nawet pomimo braku pilnych potrzeb związanych z dysfunkcjami fizycznymi czy psychicznymi. Dzięki temu w momencie wystąpienia takich problemów osoby te szybciej uzyskują dostęp do opieki stacjonarnej²⁸⁵. Znamienne jest to, że skłaniając się do wyboru tej formy opieki, duża część osób starszych nie bierze pod uwagę możliwości korzystania z usług środowiskowych w przyszłości.

Innym rodzajem podmiotów świadczących opiekę stacjonarną są domy dla osób ze specjalnymi potrzebami (*Domovy se zvláštním režimem*), które zapewniają wsparcie dla osób z chronicznymi problemami psychicznymi oraz cierpiącymi

²⁸² Pruša, 2008, s. 18, za: Mariková, Plasová, 2010, s. 6.

²⁸³ Należy podkreślić, iż celem dodatku opiekuńczego jest wsparcie w pokryciu kosztów usług opiekuńczych. Zakwaterowanie i wyżywienie w podmiotach opieki stacjonarnej opłacane jest z emerytury osób niesamodzielnych, a ustawa o usługach społecznych (art. 73, pkt. 3 ustawy) przewiduje, iż maksymalnie wynosić może ona 85% dochodu.

²⁸⁴ MPSV, 2013, s. 80.

²⁸⁵ Kubalcíková, Havlíková, 2011, s. 12.

na demencję czy chorobę Alzheimera. W następstwie wprowadzenia reformy usług społecznych liczba tych podmiotów zwiększyła się bardzo znacznie, przede wszystkim w zakresie podmiotów prywatnych, gdzie w ciągu 5 lat zanotowano prawie trzykrotny wzrost liczby miejsc oferowanych w tych placówkach (tab. 52).

TABELA 51. Instytucje stałego pobytu w podziale na podmiot założycielski w roku 2013

	Władze regionalne		Władze municypalne		Instytucje prywatne	
	Ilość podmiotów	Średnia ilość miejsc	Ilość podmiotów	Średnia ilość miejsc	Ilość podmiotów	Średnia ilość miejsc
Domy dla seniorów	190	91	170	89	131	43
Domy dla osób ze specjalnymi potrzebami	102	60	55	57	71	39

Źródło: Czeski Urząd Statystyczny, 2013, obliczenia własne.

TABELA 52. Dynamika rozwoju infrastruktury w zakresie domów dla osób ze specjalnymi potrzebami w latach 2008 i 2013 (2008=100)

Władze regionalne		Władze municypilane		Prywatne	
Liczba podmiotów	Liczba miejsc	Liczba podmiotów	Liczba miejsc	Liczba podmiotów	Liczby miejsc
118	140	153	138	253	280

Źródło: Czeski Urząd Statystyczny, 2009-2013, obliczenia własne.

Zgodnie z danymi urzędowymi liczba osób deklarujących niezaspokojenie potrzeb w zakresie domów ze specjalnymi potrzebami jest bardzo wysoka i w 2013 r. była prawie półtora raza wyższa od liczby dostępnych miejsc²⁸⁶, co wskazuje na bardzo wysoki popyt na usługi dostarczane przez te instytucje. W związku z powyższym w najbliższych latach należy spodziewać się dalszego rozwoju infrastruktury usług opieki stacjonarnej przeznaczonej dla osób o specjalnych potrzebach, przede wszystkim ze strony prywatnych inwestorów.

²⁸⁶ Obliczenia własne na podstawie danych Czeskiego Urzędu Statystycznego.



Inne rozwiązania

Kolejnym rodzajem usług społecznych regulowanym przez Ustawę, który oferowany jest mieszkającym samotnie osobom starszym, jest pomoc w nagłych wypadkach (*tísnová péče*). Usługi te jak do tej pory mają dość marginalny charakter. Obejmują one szeroki zakres działań mających na celu minimalizację ryzyk zdrowotnych i socjalnych. Wykorzystanie technologii komunikacyjnych ma umożliwić osobom starszym bezpieczne przebywanie w swoim środowisku domowym oraz wezwanie wsparcia w sytuacjach kryzysowych. Głównym świadczeniodawcą tego rodzaju usług w Republice Czeskiej jest prywatne przedsiębiorstwo *Život 90*, które wprowadziło system AREION obejmujący około 1300 klientów w 34 miastach w sześciu czeskich regionach²⁸⁷. System ten umożliwia wezwanie pomocy m.in. w sytuacji niespodziewanych zdarzeń (np. upadki, urazy) czy zagrożenia bezpieczeństwa osób starszych. Działania w ramach wprowadzenia tych rozwiązań były możliwe dzięki współpracy jednostek samorządu terytorialnego (municipalnego i regionalnego), odpowiednich służb (policji czy straży pożarnej) oraz prywatnych inwestorów.

Uwagi końcowe

Reforma usług społecznych z 2007 r. w Republice Czeskiej stanowiła w niniejszym artykule punkt wyjścia do oceny wsparcia osób starszych udzielanego w ich środowisku. Nie ulega wątpliwości, że nowy system finansowania świadczeń, który w jak największym stopniu odzwierciedlać ma wielkość i strukturę popytu na określone usługi, stanowi główną, o ile nie decydującą, determinantę rozwoju określonych form wsparcia. Jak zostało wskazane w tekście, skutki reformy w krótkim okresie są najbardziej widoczne w kontekście rozwoju infrastruktury opieki stacjonarnej. Podobny proces nie wystąpił w odniesieniu do usług środowiskowych. Jednym z wyjaśnień tego stanu rzeczy jest utrzymujący się wysoki popyt na opiekę stacjonarną oraz relatywnie mniejsze zainteresowanie świadczeniami realizowanymi w mieszkaniach. Niemniej uwarunkowania po stronie

²⁸⁷ Głównym źródłem informacji na temat dostarczania wsparcia w postaci nagłych wypadków była strona internetowa: *Život 90*, <http://eng.zivot90.cz/4-social-services/10-areion-emergency-care> (wersja angielskojęzyczna).

podażą również mają duże znaczenie w ocenie braku większych zmian w sektorze usług środowiskowych. Oprócz stanu infrastruktury przed reformą niebagatelną rolę odgrywa kwestia subwencji z budżetu państwa oraz zbyt niskich, w opinii wielu świadczeniodawców²⁸⁸, limitów cen, które stanowią barierę rozwoju dla zazwyczaj niewielkich podmiotów dostarczających wsparcie środowiskowe.

W ocenie rozwoju usług środowiskowych w Republice Czeskiej duże znaczenie odgrywają także kwestie spoza systemu usług społecznych, przede wszystkim związane z opieką zdrowotną. Co prawda domowe usługi pielęgniarskie nie mogą być uznane za prosty substytut wsparcia środowiskowego, przede wszystkim ze względu na inny charakter udzielanej pomocy, to jednak brak koordynacji systemów opieki zdrowotnej i usług społecznych w Republice Czeskiej nie służy zwiększeniu atrakcyjności tych drugich. Potencjalnym rozwiązaniem, które mogłoby zachęcić osoby starsze do korzystania ze wsparcia środowiskowego, jest zwiększenie koordynacji na poziomie jednostki przez specjalne podmioty działające na zasadzie interdyscyplinarnego *case management* (metoda zarządzania indywidualnymi przypadkami).

Przedstawienie rozwiązań wprowadzonych w Republice Czeskiej może być wykorzystane do określenia, czy regulacje dotyczące wsparcia osób starszych przyjęte w tym kraju powinny być brane pod rozważenie w kontekście dyskusji na temat zmian w Polsce. Odpowiedź na tak sformułowany dylemat nigdy nie może być jednoznaczna, gdyż jest ona uwarunkowana celami politycznymi, które mają przyświecać danej reformie. W związku z tym, gdyby przyjąć, że głównym celem reformy jest wsparcie materialne osób starszych, których dotyka problem niesamodzielnosci, to przykład czeskiej reformy uznać można za niezwykle pozytywny. Dodatek opiekuńczy, którego realna wysokość jest znaczna, przysługuje wszystkim osobom niesamodzielnym, co zabezpiecza ich poziom autonomii i stanowi rekompensatę wysokich kosztów wiążących się z ograniczeniami samodzielności.

Niemniej, jeśli akcenty związane z celami reform byłyby inaczej rozłożone, a jednym z założeń zmiany instytucjonalnej byłby również rozwój formalnych usług wsparcia środowiskowego, to ocena czeskiej reformy musi być inna. W takiej sytuacji należy stwierdzić, że próby stymulacji rynku usług opiekuńczych w naszym

²⁸⁸ Informacja uzyskana od Jiriego Horeckého, przewodniczącego Stowarzyszenia Świadczeniodawców Usług Społecznych Republiki Czeskiej, podczas wywiadu udzielonego autorowi niniejszego tekstu w dniu 11 grudnia 2013 roku w Pradze.



kraju powinny opierać się na innej niż w Republice Czeskiej metodzie rozporządzania świadczeniem pieniężnym przez osoby niesamodzielne. Ze względu na wysoki odsetek współzamieszkiwania międzypokoleniowego w Polsce przyjęcie modelu czeskiego wiązałoby się z tym, że większość osób niesamodzielnych najpewniej alokowałaby otrzymane świadczenie w ramach gospodarstw domowych oraz wśród osób bliskich mieszkających w niewielkiej odległości, nie przeznaczając przyznanego świadczenia na zakup usług środowiskowych.

Bibliografia

1. Barvíková J., Österle A., *Long-Term Care Reform in Central-Eastern Europe: The Case of the Czech Republic*, [w:] *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe: Investigating Institutional Change and Social Impacts*, red. C. Ranci, E. Pavolini, Springer, 2013.
2. Bettio F., Plantenga J., *Comparing care regimes in Europe*, "Feminist Economics" 2004, nr 10 (1), s. 85-113.
3. Bobak J., Feachiem B., *Air pollution and mortality in Central and Eastern Europe: An estimate of the impact*, "European Journal of Public Health" 1995, nr 5 (2), s. 82-86.
4. Błędowski P., *Lokalna polityka społeczna*, Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa 2002.
5. Błędowski P., Kubicki P., *Pomoc społeczna – główna instytucja socjalna na szczeblu lokalnym*, „Polityka Społeczna” 2009, nr 11-12, s. 40-44.
6. Czeski Urząd Statystyczny, *Sít' vybraných zařízení sociální péče*, Praga 2009.
7. Czeski Urząd Statystyczny, *Statistická ročenka České republiky*, Praga 2009-2014.
8. Czeski Urząd Statystyczny, *Sít' vybraných zařízení sociální péče*, 2013, <https://www.czso.cz/documents/10180/24489485/19002814201.xlsx/8be1d755-3ce64ed0819fab54b-397f3e8?version=1.0> [dostęp: 29.12.2015 r.].
9. Hasmanová Marháňková J., 'Women are just more active' – gender as a determining factor in involvement in senior centres, „Ageing and Society” 2014, nr 34 (9), s. 1482-1504.
10. Holmerová I., Válková M., Vanková H., Jurašková B., *Vybrané aspekty zdravotní a dlouhodobé péče o stárnoucí populaci*, "Demografie" 2011, nr 53 (2), s. 140-151.
11. Ministry of Labour and Social Affairs, *Quality of Life in Old Age. National Programme of Preparation for Ageing for 2008–2012*, Praga 2008.
12. Ministerstvo práce a sociálních věcí, *Basic indicators of labour and social protection in the Czech Republic in 2011*, MPSV, Praga 2012.
13. Ministerstvo práce a sociálních věcí, *Príspevek na péči – analýza dostupných datových zdrojů*, MPSV, Praga 2013.
14. Holmerová I., Vanková H., Wij P., *Opportunities and Challenges for Integrated Provision of Long-term Care Services in the Czech Republic*, [w:] *Challenges of Ageing Societies in the Visegrad Countries: Hungary, Czech Republic, Poland, Slovakia*, red. Z. Széman, Hungarian Charity Service of the Order of Malta, Budapeszt 2013.
15. Kafková M., *Užívání prostoru a venkovní mobilita městských seniorů*, "FÓRUM sociální politiky" 2013, nr 3, s. 19-23.
16. Kafková M. P., Galcanová L., *Stárnutí městských populací a senior*, „Demografie: Revue pro výzkum populačního vývoje” 2013, nr 54(2), s. 47-61.
17. Kubalcíková K., Havlíková J., *Towards Staying at Home. Could Domiciliary Care Services be a Possible Way?*, "Czech and Slovak Social Work" 2011, nr 5, s. 3-16.
18. Maríková H., Plasová B., *The Czech pathway to home-based elder care model. Discussion of gender consequences*, Contribution to ESPAnet Conference in Budapest, 2010.



19. Potucek M., *The Czech national model of the welfare state. Tradition and changes*, [w:] *Diversity and commonality in European Social Policies: The Forging of a European Social Model*, red. S. Golinowska, P. Hengstenberg, M. Żukowski, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2009.
20. Pruša L., *Efektivnost financování sociálních služeb v domovech pro seniory*, VÚPSV, Praga 2008.
21. Pruša L., *Do Subsidies from the State Budget Enable the Desirable Development of Social Services?*, „Acta Všfs” 2009, nr 1 (3), s. 70-76.
22. Šiška J., Beadle-Brown J., *Developments in Deinstitutionalization and Community Living in the Czech Republic*, „Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities” 2011, nr 8 (2), s. 125–133.
23. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, *Domácí zdravotní péče v České republice v roce 2011*, Praga 2012.
24. Vecerník J., *Social Policy in the Czech Republic: The Past and the Future of Reforms*, „East European Politics & Societies” 2008, nr 22 (3), s. 496-517.

Akty prawne

1. Ustawa z dnia 14 marca 2006, nr 108/2006 Coll. o usługach społecznych (wykorzystano tłumaczenie w języku angielskim: Social Services Act No. 108/2006 of March 14. 2006).
2. Rozporządzenie Ministerstwa Pracy i Spraw Socjalnych No. 505/2006 Sb. z dnia 15 listopada 2006 w sprawie wykonania niektórych przepisów ustawy o usługach społecznych, (wykorzystano tekst w języku czeskim: *Vyhláška ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.*

Zakończenie

Stały wzrost odsetka osób starych w społeczeństwie wymaga podejmowania skoordynowanych działań mających na celu zapewnienie seniorom różnych form wsparcia. Na szczególne podkreślenie zasługuje kilka istotnych cech organizowania wsparcia w sposób systemowy i wpisany w zasady działania całego mechanizmu społecznego.

Po pierwsze, mówimy o systemie, czyli pewnej zorganizowanej całości, skonstruowanej z myślą o realizacji konkretnego celu, jakim jest lepsze zaspokojenie potrzeb osób starszych. Ten system składa się z różnych elementów, które spełniają rozmaite funkcje i które powinny być ze sobą dobrze skomunikowane. Na pierwszy plan wśród zadań związanych z organizacją takiego systemu wysuwa się zatem odpowiednia koordynacja, pozwalająca na udzielanie wszechstronnego wsparcia i dostatecznie szybkie reagowanie na pojawiające się potrzeby.

Po drugie, istotą skutecznego wsparcia jest jego organizacja na poziomie lokalnym. Państwo oczywiście ma obowiązek stworzyć dla instytucji lokalnych odpowiednie warunki prawne i finansowe, ale – jak pokazują przykłady przytoczone w publikacji – dopiero szczebel lokalny stwarza możliwości nie tylko trafnego, ale szybkiego zdiagnozowania potrzeb i podjęcia odpowiednich działań w celu udzielenia wsparcia.

Po trzecie, nowoczesny i dostosowany do obecnie występujących potrzeb system wsparcia nie może opierać się głównie na rodzinie, ale powinien obejmować znacznie szerszą grupę podmiotów lokalnej polityki społecznej. Można by wręcz stwierdzić, że w pewnych obszarach – na przykład, gdy chodzi o osoby niesamodzielne – rodzina sama powinna stać się adresatem wsparcia w deficytowych obszarach po to, by miała warunki do dalszego pełnienia swojej funkcji.

Po czwarte, system wsparcia w warunkach współcześnie przebiegającego procesu demograficznego starzenia się ludności i przy postępującym wewnętrznym zróżnicowaniu populacji osób starszych nie powinien być skierowany tylko do najstarszych pod względem zdrowotnym, społecznym czy ekonomicznym i oferować doraźne działania nakierowane na poprawę sytuacji tych osób. Wyraźnie



zaznacza się potrzeba udzielania wsparcia także osobom bardziej sprawnym i aktywnym, a to z myślą o podtrzymaniu ich aktywności, zachowaniu warunków sprzyjających ich partycypacji w życiu społecznym i wykorzystaniu ich potencjału oraz kapitału ludzkiego i społecznego.

Po piąte wreszcie, skuteczny system wsparcia powinien mieć wielosektorowy charakter. Oznacza to, iż w jego skład powinny wchodzić usługi i świadczenia udzielane przez sektor administracji publicznej (w pierwszym rzędzie – samorządowej), organizacje pozarządowe, grupy nieformalne oraz rodziny. Jest to zgodne ze stosowaną w polityce społecznej zasadą subsydiarności, ale przede wszystkim pozwala na lepsze wykorzystanie środków, wzmocnienie poczucia istnienia więzi lokalnej i współodpowiedzialności, solidarności oraz pewne uniezależnienie działań wspierających od finansowej kondycji samorządu.

Wymienione cechy można znaleźć we wszystkich zagranicznych systemach wsparcia, omówionych w niniejszej publikacji. Oczywiście, cechy te nie występują wszędzie z takim samym nasileniem. Różnice wynikają nie tylko z odmiennego przebiegu procesu starzenia się ludności w poszczególnych krajach, ale i stąd, że na skutek zróżnicowanego przebiegu rozwoju społecznego i gospodarczego w każdym z nich administracja lokalna dysponuje innymi środkami. Również stopień akceptacji i przygotowania społeczeństwa do zorganizowanych działań nie wszędzie jest taki sam. Można jednak stwierdzić, że stworzone zostały systemowe rozwiązania gwarantujące wsparcie, a potrzeby konkretnych subpopulacji ludzi starych są zdiagnozowane i lokalna społeczność czuje się współodpowiedzialna za ich zaspokojenie.

W Polsce udzielany zakres podmiotowy oraz przedmiotowy, jak też techniki wsparcia z trudem można byłoby uznać za te, które składają się na systemowe rozwiązanie. Można jednak dostrzec, że ramy prawne pozwalają już na przyjęcie obowiązujących powszechnie, ale uwzględniających lokalną specyfikę, rozwiązań. Coraz częściej także aktywne osoby starsze postrzegane są jako partnerzy, a praca osób niesamodzielnych staje się przedmiotem coraz większej uwagi ze strony działających na rynku usług społecznych podmiotów.

Największa odpowiedzialność za opracowanie i wdrożenie kompleksowego systemu wsparcia seniorów w Polsce spoczywa obecnie na administracji samorządowej. To samorząd powinien zaliczyć do listy swoich priorytetów wsparcie dla osób starszych, zrezygnować z traktowania rozwoju świadczeń i usług dla

seniorów w kategoriach walki z kolejnym problemem opisanym w strategii rozwiązywania problemów społecznych i zacząć przygotowywać oraz publikować (to znaczy – wystawić pod publiczną ocenę) plany działania na rzecz osób starszych.

We wszystkich systemach ważne lub wręcz centralne miejsce zajmuje organizacja pomocy dla osób niesamodzielnych. Warto podkreślić, że dużą wagę przywiązuje się do udzielania tym osobom świadczeń środowiskowych, to jest takich, z których korzystają w miejscu swojego zamieszkania. W okresie nasilającej się dyskusji nad deinstytucjonalizacją opieki długoterminowej w Polsce warto byłoby sięgnąć do doświadczeń zebranych w tej książce, by upewnić się, że w Polsce jedyną drogą do deinstytucjonalizacji jest zdecydowana poprawa dostępności świadczeń środowiskowych, co wymaga wysiłku i determinacji nie tylko bezpośrednich usługodawców, ale także gmin i państwa jako podmiotu tworzącego generalne rozwiązania.

Powstanie systemowych rozwiązań w zakresie wsparcia, a szczególnie rozwój usług społecznych stanowi istotną szansę na integrację społeczną osób starszych. Zapewnienie im możliwości udziału w życiu lokalnej społeczności to jednak nie tylko szansa dla samych seniorów, ale i dla całej lokalnej społeczności, polegająca na zwiększaniu kapitału społecznego. Wydaje się, że taki sposób rozumowania zaczyna zdobywać należne mu miejsce, choć dla samorządów wprowadzenie rozwiązań systemowych będzie wiązało się z wieloma trudnościami. Potrzebne jest zatem traktowanie wsparcia jako inwestycji społecznej – jej dokonanie (a właściwie – dokonywanie, bo mowa o ciągłym procesie) pozwala na osiągnięcie wielu korzystnych efektów społecznych, nie tylko sprowadzających się do poprawy warunków życia seniorów, ale i synergicznie oddziałujących na sytuację całej społeczności lokalnej, przy czym jej zaniechanie pociągnie za sobą w przyszłości wielokrotnie wyższe koszty ekonomiczne i społeczne.

Streszczenie rozdziałów

Wsparcie społeczne polega na dostarczaniu różnorodnych zasobów jednostce, która doświadcza jakichś trudności i nie jest w stanie sprostać im samodzielnie. Zakres i formy dostarczania wsparcia społecznego osobom starszym zależą od wielu czynników – kulturowych, struktury rodzin, przestrzennej dostępności osób mogących być źródłem wsparcia, dostępności instytucji, zakresu uprawnień do usług społecznych. Poprawa jakości życia seniorów wymaga systemowej organizacji wsparcia. W opracowanym przez Piotra Błędowskiego, Barbarę Szatur-Jaworską, Zofię Szwedę-Lewandowską i Marię Zrałek modelu wsparcia do jego najważniejszych celów zalicza się m.in. zapewnienie seniorom poczucia bezpieczeństwa, wydłużenie okresu ich samodzielności i wzmocnienie więzi społecznych. Obok wsparcia materialnego bardzo ważne jest także emocjonalne, informacyjne oraz instrumentalne. Model uwzględnia treści płynące z najważniejszych dokumentów krajowych i europejskich. Uwzględniono w nim takie obszary wsparcia, jak: bezpieczeństwo ekonomiczne, zdrowie, opieka, bezpieczeństwo w środowisku zamieszkania, czas wolny, edukacja i mieszkalnictwo. W szczegółowym opisie modelu w poszczególnych obszarach zidentyfikowano niezbędne narzędzia, podmioty powołane do realizacji zadań i wskazano konieczny poziom przygotowania kadr do realizacji modelu w skali lokalnej.

Przygotowane przez Piotra Błędowskiego streszczenie raportu z badania zrealizowanego przez PBS, a dotyczącego percepcji wsparcia osób starszych przez gminy i jego zakresu, wskazuje, że – choć w wielu gminach dostrzegana jest potrzeba jego organizacji – zakres podejmowanych działań jest dość skromny. Wynika to przede wszystkim z sytuacji finansowej gmin, niedysponujących dostatecznymi środkami na zbudowanie wielostronnego i trwałego wsparcia. Jakkolwiek większość samorządowców jest świadoma potrzeby systemowego podejścia do wspierania osób starszych, to z uwagi na brak środków oraz inne zadania, wysiłki w tym zakresie odkładane są często na później. Dotyczy to zwłaszcza usług społecznych i budowania sieci wsparcia dla osób niesamodzielnych.



Barbara Szatur-Jaworska przedstawia stan wsparcia społecznego osób starszych w Polsce. Artykuł zawiera analizę podstawowych cech społeczno-demograficznych populacji osób starszych w Polsce oraz przegląd wskaźników opisujących zmiany w strukturze wieku ludności naszego kraju. W syntetyczny sposób zaprezentowana została także struktura instytucjonalna polityki społecznej w Polsce, wraz ze wskazaniem na kluczowe instytucje trzech sektorów polityki społecznej i podział zadań między różne podmioty administracji publicznej. Autorka omawia na tym tle cele i zadania polityki senioralnej, wymieniając instytucje, które są włączone lub mogłyby zostać włączone do ich realizacji. Przedmiotem dalszych rozważań jest prezentacja istniejących w Polsce różnorodnych form wsparcia społecznego osób starszych, w której uwzględniono: świadczenia pieniężne, usługi świadczone w mieszkaniach, domy dziennego, czasowego i stałego pobytu oraz instytucje sprzyjające społecznej aktywizacji seniorów. Omówiono także nietypowe formy organizacyjne dostarczające wsparcia osobom starszym, jak: teleopieka, banki czasu oraz mieszkania chronione i wspomagane. Charakterystyka świadczeń, instytucji i rozwiązań organizacyjnych zawiera omówienie najważniejszych celów, do których realizacji zostały powołane oraz prezentację danych statystycznych ukazujących ich faktyczne funkcjonowanie. Autorka ocenia, że różnorodność praktykowanych w Polsce form wsparcia jest znaczna, ale niezadowalająca jest skala realizacji tych działań i stopień zaspokojenia potrzeb osób starszych. Obserwuje się przy tym znaczne różnice przestrzenne w zakresie dostępności środowiskowego wsparcia osób starszych.

Koncepcja wsparcia osób starszych w Niemczech jest przedmiotem opracowania Piotra Błędowskiego. Niemcy wprowadzili system charakteryzujący się znaczną różnorodnością form wsparcia i ich dostosowaniem do potrzeb różnych grup osób starszych, których potrzeby różnią się zależnie od wieku, stanu zdrowia, sytuacji rodzinnej czy miejsca zamieszkania. System niemiecki odznacza się dużą liczbą podmiotów, zaangażowanych w jego funkcjonowanie, przy czym obok instytucji samorządowych najważniejszą rolę spełniają organizacje pozarządowe. Mocną stroną dostępnych w ramach wsparcia świadczeń jest ich koordynacja, umożliwiająca racjonalne wykorzystanie zasobów oraz dobra i łatwość do uzyskania informacji na temat usług i świadczeń. W rozdziale omówione zostały przykłady stosowanych rozwiązań, integracyjny z założenia charakter

udzielanego wsparcia oraz świadczenia przysługujące osobom niesamodzielnym w ramach społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego, będącego zasadniczą częścią systemu wsparcia dla najmniej sprawnych osób.

Wsparciu środowiskowemu osób starszych we Francji poświęcony jest artykuł Aleksandry Zubrzyckiej-Czarneckiej. Francja jest krajem, w którym proces starzenia się ludności rozpoczął się dawno temu i prowadzona jest w nim rozwinęta polityka społeczna wobec osób starszych. Polityka ta jest oparta na wielosektorowości, ale z przewagą sektora publicznego. W artykule zostały omówione różne elementy polityki wobec starszego pokolenia: świadczenia pieniężne, usługi świadczone w mieszkaniach, instytucje pobytu dziennego, czasowego i stałego oraz rozwiązania służące lepszemu dostępowi seniorów do informacji pomocnych w codziennym funkcjonowaniu. W artykule pokazany został podział zadań między różnymi poziomami administracji publicznej lokalnym, regionalnym i krajowym. We francuskiej polityce społecznej kładzie się duży nacisk na pomoc w środowisku zamieszkania ludzi starych, co w pełni odpowiada oczekiwaniom obywateli francuskich, których zdecydowana większość chce spędzać starość w swoich własnych domach.

Rozdział autorstwa Joanny Plak dotyczący wsparcia ludzi starych we Włoszech składa się z siedmiu części. W pierwszej dokonano charakterystyki demograficznej Włoch oraz charakterystyki społeczno-ekonomicznej włoskich seniorów, które stanowiły tło do dalszych rozważań. W kolejnej części omówiono system organizacyjny polityki społecznej we Włoszech na przykładzie polityki wobec osób starych. W trzeciej części scharakteryzowano świadczenia pieniężne dla osób starszych. W czwartej części omówiono usługi świadczone seniorom w ich mieszkaniach, zwracając szczególną uwagę na rolę rodziny i *badante* (opiekunka migrantka) w tym procesie. W kolejnych częściach artykułu scharakteryzowano instytucje pobytu czasowego, dziennego i stałego dla seniorów, omawiając pokrótce ich ofertę, jak również wskazano na inne produkty i usługi oferowane seniorom w ich środowiskach lokalnych. Z artykułu wynika, iż:

1. Włosi nie skonstruowali dotychczas spójnej polityki wobec osób starych.
2. Chociaż istnieje wiele możliwości skorzystania ze wsparcia w opiece nad seniorem w środowisku zamieszkania, ciężar opieki nad seniorem spoczywa na rodzinach.



3. Alternatywą wobec opieki sprawowanej przez rodziny jest opieka sprawowana przez *badante*, ponieważ opieka instytucjonalna jest kosztowna i przerasta możliwości finansowe wielu seniorów i ich rodzin.

Szwecja powszechnie uchodzi za państwo realizujące politykę społeczną w bardzo szerokim zakresie, jak i na wysokim poziomie. Artykuł Rafała Bakalarczyka omawia system wsparcia seniorów w tym kraju, koncentrując się zwłaszcza na opiece i wsparciu świadczonym w miejscu zamieszkania. Przedstawiono je na tle charakterystyki najważniejszych cech szwedzkiej polityki społecznej. Dostęp osób starszych do pomocy ze strony różnorodnych instytucji jest zasadniczo określony na podstawie diagnozy potrzeb, a nie testu dochodowego, wysokość opłat jest limitowana, a łączny udział środków prywatnych jest niewielki w całości nakładów na system opieki długoterminowej. W artykule pokazany został podział zadań między różnymi poziomami administracji publicznej: lokalnym, regionalnym i krajowym. Główne trendy występujące w szwedzkiej polityce społecznej, na jakie autor artykułu zwraca uwagę, to: decentralizacja, deinstytucjonalizacja, refamilizacja i częściowe urynkowanie. Wsparcie środowiskowe osób starszych realizowane jest przy wykorzystaniu bardzo zróżnicowanych instrumentów, które mają służyć zaspokajaniu ich potrzeb opiekuńczych, zdrowotnych i społecznych (ułatwianie społecznych kontaktów). W wyniku prowadzonej polityki zmieniły się proporcje między korzystającymi z opieki domowej a korzystającymi z opieki stacjonarnej, na rzecz tych pierwszych. W ostatnich dekadach wsparcie opiekunów nieformalnych jest również rozwijanym segmentem polityki wsparcia.

Republika Czeska jest państwem, które w ostatnich latach znacznie rozszerzyło zakres publicznego wsparcia dla osób niesamodzielnych, czego wyrazem było przede wszystkim przyjęcie *Ustawy o usługach społecznych*, obowiązującej od 1 stycznia 2007 r. Jak pisze Paweł Łuczak, głównym instrumentem wprowadzonym przez tę ustawę jest świadczenie pieniężne przyznawane osobom niesamodzielnym, które stanowiąc ma subsydium zwiększające swobodę wyboru w zakresie zaspokajania potrzeb opiekuńczych. W rozdziale dokonano analizy wpływu reformy usług społecznych na system wsparcia środowiskowego osób starszych. W tekście wykorzystano głównie dane pochodzące ze źródeł czeskich. Podstawowym wnioskiem płynącym z analiz jest stwierdzenie, że skutki reformy są najbardziej widoczne w kontekście rozwoju infrastruktury opieki

stacjonarnej. Co istotne, podobny proces nie wystąpił w odniesieniu do usług środowiskowych, gdyż odnotować można dość niewielkie zainteresowanie świadczeniami realizowanymi w mieszkaniach czy najbliższym otoczeniu osób starszych. W niniejszym artykule przedstawiono próbę wyjaśnienia, dlaczego czeska reforma, której głównym elementem są hojne świadczenia pieniężne, w bardzo ograniczonym stopniu wpłynęła na rozwój usług środowiskowych. W części końcowej tekstu sformułowano wnioski płynące z analizy przypadku Republiki Czeskiej, które można wykorzystać w dyskusjach na temat pożądanych kierunków zmian polityki senioralnej w Polsce.



Wykaz tabel, wykresów i schematów

Tabela 1.	Wsparcie społeczne w obszarze BEZPIECZEŃSTWA EKONOMICZNEGO	28
Tabela 2.	Wsparcie społeczne w obszarze ZDROWIA	30
Tabela 3.	Wsparcie społeczne w obszarze OPIEKI	32
Tabela 4.	Wsparcie społeczne w obszarze BEZPIECZEŃSTWA W ŚRODOWISKU ZAMIESZKANIA	36
Tabela 5.	Wsparcie społeczne w obszarze CZASU WOLNEGO	38
Tabela 6.	Wsparcie społeczne w obszarze EDUKACJI	40
Tabela 7.	Wsparcie społeczne w obszarze MIESZKALNICTWA.....	42
Tabela 8.	Liczba osób w wieku 65 lat i więcej w Polsce w 2012 r. według płci i miejsca zamieszkania	65
Tabela 9.	Struktura wykształcenia osób w wieku 60 lat i więcej w 2011 r. (NSP)	66
Tabela 10.	Struktura wykształcenia osób w wieku 60 lat i więcej w 2002 r. (NSP)	67
Tabela 11.	Współczynniki starości demograficznej (65+ i 80+) w Polsce w 2012 r. według płci i miejsca zamieszkania	67
Tabela 12.	Zadania centralnych organów administracji publicznej w zakresie polityki społecznej w Polsce (stan na 16.11.2015 r.) ...	72
Tabela 13.	Struktura przedmiotowa i podmiotowa polskiej polityki senioralnej w świetle <i>Założeń Długofalowej Polityki Senioralnej na lata 2014-2020</i>	76



Tabela 14. Najważniejsze świadczenia pieniężne przysługujące w Polsce osobom starszym	78
Tabela 15. Struktura wieku osób pobierających emerytury z ZUS w grudniu 2013 r.	80
Tabela 16. Struktura wieku osób pobierających z ZUS renty z tytułu niezdolności do pracy w grudniu 2013 r.	80
Tabela 17. Struktura wieku osób pobierających z ZUS renty rodzinne w grudniu 2013 r.	81
Tabela 18. Usługi opiekuńcze w 2013 r. świadczone w systemie pomocy społecznej w Polsce	85
Tabela 19. Domy pomocy społecznej w 2013 r. w Polsce	98
Tabela 20. Domy pomocy społecznej w 2012 r. w Polsce	99
Tabela 21. Udział osób w wieku 65-79 lat oraz 80 lat i więcej w Unii Europejskiej, Niemczech i Polsce w latach 2002–2013 (w proc.)	109
Tabela 22. Odsetek ludności wschodniej i zachodniej części Niemiec według grup wieku w latach 1990–2012	110
Tabela 23. Przykłady działań wspierających i podtrzymujących aktywność osób starszych podejmowanych za pośrednictwem biur do spraw seniorów w Niemczech	119
Tabela 24. Wybrane informacje o świadczeniach emerytalnych z ustawowego systemu ubezpieczenia emerytalnego w Niemczech w latach 1970–2012	126
Tabela 25. Wysokość świadczeń z ubezpieczenia pielęgnacyjnego w Niemczech w 2016 r.	127
Tabela 26. Podział kompetencji w zakresie polityki społecznej we Francji między państwem a samorządem terytorialnym – wybrane obszary	137
Tabela 27. Struktura mieszkańców poszczególnych regionów Włoch według wieku w 2011 r. (w proc.)	163

Tabela 28.	Liczba ludności w poszczególnych grupach wieku w latach 1950–2010 (w tys.)	164
Tabela 29.	Prognozowane zmiany liczebności populacji według wieku w poszczególnych regionach Włoch w latach 2000–2020 (w proc.)	165
Tabela 30.	Zatrudnieni w wieku 64+ z podziałem na regiony w 2011 r. (w proc.)	167
Tabela 31.	Struktura świadczeń emerytalnych według średniej wysokości miesięcznie w 2012 r.	173
Tabela 32.	Voucher <i>assegno di cura</i> – 2003 i 2011 r.	175
Tabela 33.	Wydatki na usługi i działania społeczne dla osób starszych w 2003 i 2011 r.	176
Tabela 34.	SAD – <i>Assistenza Domicilare Socio-Assistenziale</i> – 2003 i 2011 r.	181
Tabela 35.	ADI – <i>Assistenza Domicilare Integrata con Servizi Sanitari</i> (zintegrowana opieka domowa) – 2003 i 2011 r.	182
Tabela 36.	Liczba godzin rocznie w przeliczeniu na seniora z zakresu ADI – zintegrowanej opieki domowej w 2010 r.	183
Tabela 37.	Średni wydatek miesięczny w 2010 r. na opiekę domową dla seniora w przeliczeniu na regiony (w euro)	184
Tabela 38.	Prognoza demograficzna dla Szwecji – liczba i udział osób w wieku 65+ i 80+	194
Tabela 39.	Podział odpowiedzialności za politykę wobec seniorów	198
Tabela 40.	Opieka domowa i instytucjonalna	199
Tabela 41.	Odpowiedzi na pytanie: „Wyobraź sobie, że twój sędziwy ojciec lub matka nie są w stanie samodzielnie funkcjonować w otoczeniu ze względu na stan zdrowia psychicznego lub fizycznego. Jaka w pierwszej kolejności byłaby dla nich najlepsza opcja?” (w proc.)	200



Tabela 42.	Odsetek szwedzkich gmin wykorzystujących poszczególne formy wsparcia opiekunów nieformalnych (w proc.)	217
Tabela 43.	Udział osób w wieku 80+ w populacji osób 60+ w Polsce i Republice Czeskiej w latach 1960–2040 (w proc.)	226
Tabela 44.	Dalsze przeciętne trwanie życia dla osoby w wieku 65 lat w Polsce i Republice Czeskiej	226
Tabela 45.	Dalsze przeciętne trwanie życia dla osoby w wieku 65 lat w wybranych regionach (w latach)	227
Tabela 46.	Przemiany demograficzne w największych miastach w Republice Czeskiej w latach 1991–2010	227
Tabela 47.	Wysokość dodatku opiekuńczego w Republice Czeskiej na tle emerytury i wynagrodzenia	231
Tabela 48.	Beneficjenci dodatku opiekuńczego wybierający opiekę nieformalną oraz opiekę stacjonarną według stopnia niesamodzielności w Republice Czeskiej (w proc.)	232
Tabela 49.	Liczba beneficjentów i udział odpłatności z budżetów prywatnych na usługi domowe	234
Tabela 50.	Liczba instytucji pobytu czasowego według podmiotu zarządzającego	237
Tabela 51.	Instytucje stałego pobytu w podziale na podmiot założycielski w roku 2013	241
Tabela 52.	Dynamika rozwoju infrastruktury w zakresie domów dla osób ze specjalnymi potrzebami w latach 2008 i 2013 (2008=100)	241

Spis wykresów:

Wykres 1. Struktura ludności w wieku 65 lat i więcej w Polsce w 2012 r. (w %)	66
Wykres 2. Współczynnik starości demograficznej (65+) w latach 2013-2050 w Polsce	68
Wykres 3. Współczynnik potencjalnego wsparcia w Polsce w 2012 r.	69
Wykres 4. Współczynnik opieki nad rodzicami w Polsce w 2012 r.	69
Wykres 5. Przeciętne dalsze trwanie życia dla osób w wieku 60 lat w Polsce w latach 1970-2012	70
Wykres 6. Łóżka długoterminowe w szpitalach na 1000 ludności i na 1000 ludności w wieku 65 lat i więcej w wybranych krajach OECD w 2011 r.	101
Wykres 7. Opieka długoterminowa z perspektywy poziomu centralnego ..	172
Wykres 8. Opieka długoterminowa z perspektywy poziomu regionalnego ..	172

Wykaz schematów:

Schemat 1. Struktura wieku osób korzystających z pomocy społecznej w 2012 r.	82
Schemat 2. Cele UTW – wyniki badania ilościowego w projekcie badawczym „Zoom na UTW”	95
Schemat 3. Polityka na rzecz osób starszych we Francji	136
Schemat 4. Świadczenia pieniężne dla seniorów we Francji	139
Schemat 5. Usługi świadczone w domu	144
Schemat 6. Instytucje pobytu dziennego i czasowego dla seniorów we Francji	149
Schemat 7. Instytucje stałego pobytu dla seniorów we Francji	151

Summary of chapters

Social support consists in providing various resources to an individual who experiences some difficulties and is not able to face them alone. The scope and the form of social support provided to seniors depend on many factors – cultural factors, family structure, spatial availability of persons that may provide support, availability of institutions, the scope of entitlements to social services. Improving the quality of life of seniors requires organising the support in a systemic manner. In the support model that was drawn up by Piotr Błędowski, Barbara Szatur-Jaworska, Zofia Szweda-Lewandowska and Maria Zrałek, the major objectives of the support include, but are not limited to, assuring the sense of security to seniors, extending their independence in time and strengthening their social ties. Next to financial support, emotional, informative and instrumental support is very important. The model considers the conclusions derived from the major domestic and European documents. It contains such areas of support as: economic security, health, care, safety at the place of residence, free time, education, and housing. The detailed description of the model in individual areas identifies the tools, entities established to perform tasks, and the necessary level of personnel preparation to implement this model at the local scale.

The summary of the PBS study of how the support for the seniors is perceived at the municipality level and what is its scope, written by Piotr Błędowski, emphasizes that, even though the municipalities do see the need to organise it, the scope of the undertaken tasks is quite limited. It is mostly due to the financial situation of the municipalities that do not dispose of sufficient means to offer comprehensive and sustainable support. While the majority of local government representatives are aware of the need to offer a systemic approach to supporting the seniors, any efforts in this area are postponed due to the lack of funds and other tasks at hand. The above most often concerns social services and establishing support networks for those who cannot function on their own.

Barbara Szatur-Jaworska discusses the status of social support for the seniors in Poland. The paper analyses the fundamental social-demographic characteristics



of the population of seniors in Poland and provides a review of the indicators that describe the changes in the population age structure in our country. A synthetic presentation of the institutional structure of social policy in Poland is included, emphasizing the key institutions of the three sectors of the social policy and the division of tasks among various public administration bodies. The author uses this background to discuss the objectives and tasks of the senior policy, listing the institutions that are or could be involved in implementing it. Consideration is also given to present the existing and diverse forms of social support for the seniors in Poland, including: financial benefits, services provided at home, day-care facilities, temporary and permanent care homes and institutions that facilitate social activation of the seniors. Atypical organisational forms that provide support to the seniors were also discussed, including tele-care, time banks, and protected and supported housing. The characteristics of the services, institutions and organisational solutions includes a description of the major objectives that they were established to cater to and a presentation of statistical data showing how they operate in practice. The author believes that the variety of forms of support available in Poland is high, but the scale of implementation of such actions as well as the level of meeting the needs of the seniors are not satisfactory. Additionally, significant spatial differences as regards the community support rendered to the seniors is observed.

The idea of support to the seniors in Germany is the topic discussed in the paper by Piotr Błędowski. Germany implemented a system that features a high variety of forms of support, which are adapted to the needs of different groups of seniors, whose needs vary due to their age, health condition, family situation, and place of residence. The German system has a high number of entities involved in it, and next to local government institutions, major role is played by NGOs. The strength of the benefits available within this support system lies in coordination, which makes it possible to use the resources in a reasonable manner, and in the fact that it is easy to obtain comprehensive and reliable information about the services and benefits available. This chapter discusses the examples of solutions implemented, the nature of the support granted that facilitates social integration, and the benefits granted to persons that cannot function independently under the social care insurance, which is the fundamental part of the support system for the least abled persons.

Social support to the seniors in France is discussed in the paper by Aleksandra Zubrzycka-Czarnecka. In France, the process of population ageing commenced a long time ago and this country has a developed social policy towards the seniors. This policy is multi-sectoral, yet the public sector plays a major role. The paper discusses different elements of the policy addressed to the seniors: financial benefits, services provided at home, day-care facilities, temporary and permanent care homes, and solutions facilitating access of seniors to information that helps them to function on the day-to-day basis. The paper presents a division of tasks between different levels of the public administration levels: local, regional, and national. The French social policy puts a lot of emphasis on assistance provided within the community where the seniors live, which fully corresponds with the expectations of the French citizens, the majority of which wishes to spend their final years in their own homes.

The chapter by Joanna Plak, discussing the support to the seniors in Italy, has seven sections. The first section contains a description of the demographics in Italy as well as of the social-economic characteristics of the Italian seniors, which serves as the background for further analysis. The next section discusses the organisational system of social policy in Italy, using the senior policy as an example. The third section described financial benefits provided to the seniors. The fourth section discusses services provided to the seniors at home, paying particular attention to the role of the family and *badante* (migrant caregiver) in this process. The next section of the paper presents temporary care homes, day-care facilities and permanent care homes, describing their offer; it also discusses other products and services offered to seniors in their local communities. From the paper it follows that:

1. Italy has not drawn up a cohesive senior social policy until now.
2. Even though there are many support options as regards taking care of a senior at their place of residence, the burden of care lies with the families.
3. An alternative solution is the care provided by *badante*, as institutional care is expensive and exceeds the financial means at the disposal of many seniors and their families.

The popular belief is that Sweden is a country whose social policy is very extensive and of very high quality. The paper by Rafał Bakalarczyk discusses the senior support system in that country, focusing in particular on the care and



support rendered at the place of residence. Such care was discussed in the context of the major features of the Swedish social policy. Access of the seniors to assistance rendered by various institutions is usually determined on the basis of an analysis of needs, not the income test; the fees are limited, and the total participation of private funding in the entire expenses on long-term care is slim. The paper presents a division of tasks between different levels of the public administration levels: local, regional, and national. The main trends of the Swedish social policy emphasized by the author are: decentralisation, deinstitutionalisation, refamilisation, and partial privatisation. Community support to the elderly is implemented using very diverse instruments, which are intended to meet the care, health, and social (facilitating social contacts) needs of seniors. As a result of this policy, the number of persons taken care of at home increased in comparison with the number of persons that are in the institutional care homes. The support of informal caregivers has also been developed over the past decades as a part of the support policy.

In the recent years, the Czech Republic significantly increased the scope of public support for persons who are not independent, which was visible mostly in adopting the Act on social services, which entered into force on 1 January 2007. According to Paweł Łuczak, the main instrument that was introduced by that act is a financial benefit granted to those who cannot function independently, which is to serve as a subsidy to improve the freedom of choice as to meeting the care needs. This chapter analyses the impact of the social services reform on the system of community support to the seniors. The paper was written using data mostly from Czech sources. The basic conclusion derived from the analysis is the fact that the effects of the reform are best visible in the context of the development of the institutional care infrastructure. Importantly, a similar process did not take place as regards the community services, as the interest in the services rendered at home or nearby the seniors is quite low. This paper is an attempt to explain why the Czech reform, whose main element takes the form of generous financial benefits, had a very limited impact on the development of community services. Further in the paper the author forms conclusions derived from the analysis of the case of the Czech Republic, which may be used in the discussions on the desired change directions as regards the senior policy in Poland.

O autorach

Piotr Błędowski – profesor doktor habilitowany, pracownik Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie, dyrektor Instytutu Gospodarstwa Społecznego SGH. Zainteresowania badawcze: polityka społeczna wobec osób starszych, starość i starzenia się ludności, gerontologia społeczna, lokalna polityka społeczna, zabezpieczenie społeczne i polityka społeczna w Niemczech. Kierownik największego interdyscyplinarnego badania dotyczącego sytuacji ludzi starych w Polsce „Pol-Senior” (*Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*) i wykonawca licznych projektów badawczych, jak m.in.: 5 programów finansowanych przez Komisję Europejską, Narodowe Centrum Nauki i Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej. Autor książek: *Podstawy gerontologii społecznej* (wspólnie z B. Szatur-Jaworską i M. Dziegielewską; Warszawa 2006); *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych* (Warszawa 2002); *Pomoc społeczna i opieka nad osobami starszymi w RFN* (Katowice 1996). Redaktor i współredaktor prac zbiorowych, jak np.: *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce* (wspólnie z M. Mossakowską i A. Więckiem, Poznań 2012); *Efektywność usług i instrumentów rynku pracy służących podnoszeniu kwalifikacji bezrobotnych w Polsce i wybranych krajach Unii Europejskiej* (Warszawa 2008); *Między transformacją a integracją. Polityka społeczna wobec problemów współczesności* (Warszawa 2004). Autor ekspertyz dla Sejmu RP, Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej oraz Rzecznika Praw Obywatelskich. Prezes (2005–2013) i obecnie wiceprezes Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, członek Komitetu Nauk o Pracy i Polityce Społecznej Polskiej Akademii Nauk.

e-mail: piotr.bledowski@sgh.waw.pl

Barbara Szatur-Jaworska – doktor habilitowana, profesor Uniwersytetu Warszawskiego, zatrudniona w Instytucie Polityki Społecznej UW. Zainteresowania badawcze: społeczne problemy osób starszych, polityka społeczna wobec osób starszych, starość i starzenia się ludności, teoria i metodologia nauki o polityce społecznej, problemy i kwestie społeczne, praca socjalna i służby społeczne. Uczestniczka licznych projektów badawczych dotyczących problemów

bezrobocia, funkcjonowania instytucji pomocy społecznej, diagnozy sytuacji osób starszych (projekt „PolSenior”) i polityki wobec starzenia się ludności. Autorka książek: *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej* (Warszawa 2000); *Diagnozowanie w polityce społecznej. Materiały do studiowania* (Warszawa 2003 i 2005); *Podstawy gerontologii społecznej* (wspólnie z P. Błędowskim i M. Dziegielewską, Warszawa 2006); *Diagnozowanie w polityce społecznej. Metody i problemy* (Warszawa 2014); *Polska polityka społeczna wobec starzenia się ludności w latach 1971-2013* (Warszawa 2016). Redaktorka prac zbiorowych, jak np.: *Stan przestrzegania praw osób starszych w Polsce. Analiza i rekomendacje działań* (Warszawa 2008); *Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje* (Warszawa 2012); *O sposobach mówienia o starości* (Warszawa 2014). Autorka licznych artykułów publikowanych m.in. w: „Polityce Społecznej”, „Problemach Polityki Społecznej. Studiach i Dyskusjach”, „Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Oeconomica”. Autorka artykułów w pracach zbiorowych. Autorka ekspertyz dla Rzecznika Praw Obywatelskich, rządu polskiego, UNDP i organizacji pozarządowych. Członek Komitetu Nauk o Pracy i Polityce Społecznej Polskiej Akademii Nauk.

e-mail: b.szatur-jaworska@uw.edu.pl

Rafał Bakalarczyk – doktorant w Instytucie Polityki Społecznej Uniwersytetu Warszawskiego. Zainteresowania badawcze: polityka senioralna, opieka długoterminowa, polityka wsparcia wobec osób niepełnosprawnych i ich rodzin, ubóstwo i wykluczenie społeczne oraz nordycki model rozwoju. Autor artykułów poświęconych polityce osób starszych, niepełnosprawnych i wykluczonych, które publikował m.in. w czasopismach: „Ubezpieczenie Społeczne. Teoria i Praktyka”, „Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje”, „Zabezpieczenie Społeczne. Teoria, Prawo i Praktyka”, „Dialog. Pismo Dialogu Społecznego” i „Zoon Politicon”. Autor artykułów w publikacjach książkowych, artykułów w prasie społeczno-politycznej oraz ekspertyz. Współpracownik Instytutu Polityk Publicznych przy Collegium Civitas.

e-mail: raf_19@tlen.pl

Paweł Łuczak – doktor nauk ekonomicznych, adiunkt w Katedrze Pracy i Polityki Społecznej na Uniwersytecie Ekonomicznym w Poznaniu. W latach 2013-2015 był kierownikiem projektu badawczego finansowanego przez Narodowe

Centrum Nauki (konkurs Preludium-4) Zainteresowania badawcze: relacje międzypokoleniowe a polityka państwa, porównawcza polityka społeczna, ekonomia polityki społecznej. Autor monografii *Opieka długoterminowa w Polsce i w Republice Czeskiej* (Poznań, 2015). Członek ESPAnet oraz ILPN.

e-mail: pawel.luczak@ue.poznan.pl

Joanna Plak – doktor, absolwentka Instytutu Polityki Społecznej Uniwersytetu Warszawskiego oraz studiów podyplomowych z zakresu geriatry i opieki długoterminowej w Medycznym Centrum Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Jagiellońskiego. W latach 2005-2014 wykładowca akademicki. Od 2013 r.: praca w administracji publicznej. Od 2016 r. roku współpracuje z portalem internetowym Seniorzy.pl. Zainteresowania badawcze: gerontologia społeczna, polityka społeczna wobec starości i ludzi starych, zabezpieczenie społeczne (w szczególności ubezpieczenia emerytalne), włoska polityka społeczna. Autorka książek: *Reforma emerytalna we Włoszech w latach 90.XX wieku* (2008); *Lokalna polityka społeczna wobec seniorów na przykładzie włoskiego regionu Emilia Romagna* (2013); *Emerytalne systemy ubezpieczeniowe we Włoszech i w Polsce – studium porównawcze* (2014). Redaktor dwóch książek, autorka blisko 60 artykułów poświęconych tematyce społeczno-ekonomicznej. Ekspert merytoryczny w projekcie „Wyrównywanie szans na rynku pracy dla osób 50+” oraz członek Rady Programowej 50+ i współautorka „Programu Solidarność pokoleń. Działania dla zwiększenia aktywności zawodowej osób w wieku 50+” (2013). Członkini Polskiego Towarzystwa Polityki Społecznej i Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego.

Zofia Szweda-Lewandowska – doktor nauk ekonomicznych, absolwentka Informatyki i Ekonometrii oraz Socjologii Uniwersytetu Łódzkiego. Studiowała również na Uniwersytecie w Poczdamie i Magdeburgu. Odyła praktykę w Max Planck Institute for Demographic Research (Rostock). Uczestniczka Oxford Ageing Spring School organizowanej przez Uniwersytet w Oxfordzie. Ukończyła studia doktoranckie w Szkole Nauk Społecznych Instytutu Filozofii i Socjologii PAN. Pracę doktorską w obszarze gerontologii obroniła w 2010 roku w Szkole Głównej Handlowej. Odyła staż w Organizacji Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku oraz w Komisji Europejskiej (DG Employment, Social Affairs & Inclusion). Obecnie adiunkt w Zakładzie Gerontologii Społecznej IPiSS. Główne obszary badawcze:



proces starzenia się ludności, instytucjonalne formy pomocy osobom starszym, domy pomocy społecznej, dyskryminacja osób starszych.

e-mail: z.szweda@ipiss.com.pl

Maria Zrałek – doktor nauk humanistycznych, prof. Wyższej Szkoły Humanitas w Sosnowcu, dziekan Wydziału Nauk Humanistycznych. Zainteresowania badawcze: problematyka osób starszych, niepełnosprawności, polityki mieszkaniowej oraz patologii społecznej. Autorka lub współautorka książek poświęconych osobom starszym: *Warunki i jakość życia seniorów w Sosnowcu. Problemy społeczne uczestnictwo w kulturze. Konsumpcja mediów* (współautor: M. Kaczmarczyk, 2013); *Starość w Polsce. Aspekty społeczne i edukacyjne* (A. Fabiś, M. Muszyński, Ł. Tomczyk, 2014) oraz redaktor książki *Przestrzenie starości* (2012). Autorka ponad 100 artykułów opublikowanych w recenzowanych książkach naukowych w kraju i za granicą oraz w czasopismach naukowych. Autorka ekspertyz opracowywanych dla Rzecznika Praw Obywatelskich, Rządowej Rady Ludnościowej i Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Katowicach. Ekspert w opracowaniu „Wojewódzkiej Strategii Polityki Społecznej 2006-2020. Konsultant „Strategii Rozwoju Górnośląsko-Zagłębiowskiej Metropolii „Silesia” do 2025 r.” Uczestniczka wielu projektów badawczych dotyczących osób starszych, aktywizacji lokalnej społeczności, usług publicznych w Górnośląskim Obszarze Metropolitalnym. Przewodnicząca Śląskiej Rady do spraw Seniorów, Przewodnicząca oddziału katowickiego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego.

e-mail: maria.zralek@o2.pl

Aleksandra Zubrzycka-Czarnecka – doktor nauk humanistycznych w zakresie nauk o polityce, adiunkt w Instytucie Polityki Społecznej Uniwersytetu Warszawskiego. Zainteresowania badawcze: polityka miejska i mieszkaniowa, metodologia komparatystyki w nauce o polityce społecznej, francuska polityka społeczna. Realizatorka krajowych i międzynarodowych projektów badawczych poświęconych tej problematyce. Autorka książki *Polityka mieszkaniowa we Francji na przełomie XX i XXI wieku* (Warszawa 2011). Autorka artykułów w czasopismach naukowych: „Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje” i „Polityka Społeczna” oraz rozdziałów w pracach zbiorowych i ekspertyz. Odbyła liczne staże naukowe we Francji.

e-mail: a.zubrzycka@uw.edu.pl