



Uniwersytet Ekonomiczny
we Wrocławiu

Łukasz Jurek

*Zmiany stacjonarnej opieki społecznej nad ludźmi starymi
w Polsce i wybranych krajach*

Rozprawa doktorska
przygotowywana pod kierunkiem naukowym
dr hab. O. Kowalczyk, prof. UE

Wrocław 2009

Spis treści

Wstęp	3
1. Ludzie starzy a polityka społeczna	12
1.1. Starzenie się i starość w skali jednostkowej i zbiorowej	12
1.2. Polityka społeczna wobec ludzi starych- koncepcje, zadania, modele	28
1.3. Skale realizacji polityki społecznej wobec ludzi starych.....	43
2. Opieka długoterminowa jako zadanie polityki społecznej wobec ludzi starych.....	58
2.1. Zależność funkcjonalna a potrzeby opiekuńcze ludzi starych	58
2.2. Pomoc społeczna i opieka medyczna w systemie opieki długoterminowej.....	66
2.3. Opieka społeczna a pomoc społeczna nad ludźmi starymi w warunkach stacjonarnych	78
3. Determinanty zmian zapotrzebowania na stacjonarną opiekę społeczną nad ludźmi starymi	87
3.1. Zapotrzebowanie a popyt na stacjonarną opiekę społeczną- zarys problematyki.....	87
3.2. Czynniki demograficzne	89
3.3. Czynniki społeczne	98
3.4. Czynniki kulturowe.....	110
4. Zmiany popytu i podaży w zakresie stacjonarnej opieki społecznej nad ludźmi starymi ..	118
4.1. Analiza kosztów stacjonarnej opieki społecznej i modele jej finansowania.....	118
4.2. <i>Moral hazard</i> a popyt na stacjonarną opiekę społeczną	128
4.3. Podaż stacjonarnej opieki społecznej w warunkach deinstytucjonalizacji opieki nad ludźmi starymi.....	139
5. Stacjonarna opieka społeczna nad ludźmi starymi w Polsce	149
5.1. Uwarunkowania prawne funkcjonowania stacjonarnej opieki społecznej w Polsce ...	149
5.2. Stacjonarna opieka społeczna nad ludźmi starymi w Polsce- analiza statystyczna	161
5.3. Profil socjoekonomiczny mieszkańców domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku. Wprowadzenie do badań terenowych.....	170
6. Od opieki do pomocy. Zmiany jakościowe placówek stacjonarnej opieki społecznej nad ludźmi starymi. Komunikat z badań terenowych.....	183
6.1. Rozwój stacjonarnej opieki społecznej- istota zmian organizacyjnych i strukturalnych	183
6.2. Placówka stacjonarnej opieki społecznej- dom czy instytucja totalna	184
6.3. Zmiana jakości usług świadczonych przez placówki stacjonarnej opieki społecznej .	197
6.4. Ewolucja wizerunku stacjonarnej opieki społecznej	209
6.5. Prywatyzacja zadań z obszaru stacjonarnej opieki społecznej- wyzwanie przyszłości	218
Zakończenie	228
Bibliografia	237
Wykaz rysunków i tabel	253
Aneks: kwestionariusz wywiadu	256

Wstęp

Przez większą część historii gatunku ludzkiego poszczególni jego przedstawiciele starzeli się, a populacje nie. Jednostki przechodziły przez typowy cykl życia, podczas kiedy struktura wiekowa społeczeństw pozostawała stosunkowo niezmienna. Odsetek ludzi starych zwykle był znikomy i nie przekraczał 2% lub 3%. Zmianę pod tym względem przyniosła druga połowa XX w. Był to okres intensywnie postępującego wzrostu liczby i odsetka ludzi starych. Starzenie demograficzne jest więc kwestią stosunkowo nową.

Współcześnie starzeje się populacja całego świata, stopień zaawansowania tego procesu nie jest jednak wszędzie taki sam. W regionach wysoko rozwiniętych stopa starości (udział ludzi starych w społeczeństwie) kształtuje się na zdecydowanie wyższym poziomie niż w regionach słabiej rozwiniętych. Najstarsze demograficznie kraje zlokalizowane są głównie w Europie, przez co określenie Stary Kontynent nabiera obecnie całkiem nowego znaczenia.

Prognozy demograficzne jednoznacznie wskazują, że proces starzenia się społeczeństw krajów europejskich zintensyfikuje się w najbliższych dekadach. W okresie 2010-2020 próg starości zaczną przekraczać osoby z powojennego wyżu (tzw. *baby-boomers*), a w okresie 2040-2050 w fazę starości wchodzić zaczną ich dzieci, przedstawiciele tzw. echa powojennego wyżu.

Spółczeństwo polskie, odwołując się do klasycznych skal starości, tkwi obecnie głęboko w fazie starości. Mimo tego, w porównaniu z krajami tzw. starej Unii Europejskiej, sytuację demograficzną w Polsce można uznać za dobrą. W Europie Zachodniej proces demograficznego starzenia rozpoczął się wcześniej i obecnie jest on tam znacznie bardziej zaawansowany. Z drugiej jednak strony, współczesne przeobrażenia w strukturze wieku polskiego społeczeństwa dokonują się bardzo intensywnie, zdecydowanie szybciej niż na Zachodzie. Prognozuje się, że w okresie najbliższych dekad sytuacja demograficzna krajów Unii Europejskiej powinna się względnie ujednoczyć.

W Polsce uwidacznia się wyraźnie proces tzw. podwójnego starzenia. Oznacza to, że udział sędziwych starców (w wieku 85 lat i więcej) wzrasta w powiększającej się populacji ludzi starych. Sędziwi starcy cechują się wieloaspektową zależnością od otoczenia. Często wymagają oni pomocy w związku z deprawacją potrzeb materialnych, emocjonalnych, społecznych. Niezwykle istotna jest również pomoc związana z ograniczoną zdolnością wykonywania czynności życia codziennego (funkcjonalną niesamodzielnością).

Wraz z przeobrażeniami demograficznymi dokonują się istotne zmiany w strukturach i funkcjach rodziny. Już w 1979 r. M. Karczewski komunikował, że *coraz rzadziej pracujący członkowie rodziny mają możliwość zapewnienia niezbędnej opieki i pielęgnacji niedołącznym*

starym rodzicom czy dziadkom. Oczywiście zarówno moralny, jak i prawny obowiązek w tym zakresie istnieje i powinien być on realizowany. Jednakże możliwości realizacji tego obowiązku w obecnym układzie stosunków są powszechnie coraz mniejsze. W tej sytuacji powstała konieczność szukania takich rozwiązań, które by pozwoliły przyjść staremu człowiekowi z odpowiednią formą pomocy¹.

W perspektywie dokonujących się współcześnie przeobrażeń demograficznych i społecznych zapewnienie pomocy niesamodzielnym seniorom jawi się jako niezwykle istotne i pilne wyzwanie dla polityki społecznej. Problematyka ta stanowi obecnie przedmiot wielu badań naukowych podejmowanych zarówno w Polsce, jak i w innych krajach. Niniejsza rozprawa wkomponowuje się właśnie w nurt prac poświęconych polityce społecznej wobec ludzi starych, a jej podstawowym zagadnieniem jest kwestia zmian zachodzących w stacjonarnej opiece społecznej nad ludźmi starymi.

Obecnie w literaturze przedmiotu i praktyce życia społecznego dominuje tendencja do stosowania terminu „pomoc społeczna” zamiast „opieka społeczna”. Wydaje się więc, że w ślad za tym należałoby również stosować termin „stacjonarna pomoc społeczna” (a nie „stacjonarna opieka społeczna”), w odniesieniu do placówek całodobowo świadczących usługi opiekuńcze dla ludzi w podeszłym wieku. Nie ma jednak pewności co do tego, czy zważywszy na obecne cechy tych placówek funkcjonujących w Polsce oraz charakter zależności ludzi starych od dawców pomocy, jest to poprawne. Być może, mimo nieadekwatności terminologicznej uznawanej w literaturze przedmiotu, trafniejsze jest używanie w tym przypadku właśnie nazwy „stacjonarna opieka społeczna”.

Fakt, że w tytule niniejszej pracy zastosowany został termin „stacjonarna opieka społeczna” nie jest przypadkiem. Jest to świadomy zabieg mający sprowokować dyskusję nad obecnym stanem tego obszaru w naszym kraju, jak i nad zmianami w nim zachodzącymi. Stosowanie takiego nazewnictwa jest wręcz pewnego rodzaju „premedytacją”, mającą na celu podkreślenie wad stacjonarnych form wsparcia niesamodzielnych osób starych oraz niedostosowania ich do ogólnie panujących trendów w pomocy społecznej, obserwowanych w praktyce innych krajów Unii Europejskiej oraz wskazywanych w literaturze przedmiotu..

Głównym celem pracy jest ukazanie różnych aspektów zmian stacjonarnej opieki społecznej nad ludźmi starymi, jakie zachodzą w Polsce oraz w wybranych krajach. Tak sformułowany cel obejmuje diagnozę dotychczasowych przeobrażeń tego obszaru, ocenę jego obec-

¹ M. Karczewski, *Opieka społeczna*, [w] A. Rajkiewicz (red.), *Polityka społeczna*, PWE, Warszawa 1979, s. 503.

nego stanu, a także wskazanie kierunku pożądanych reform, jakie powinny pojawić się w przyszłości.

Opis zmian może mieć charakter deskryptywny (ocena stanu obecnego) bądź normatywny (wykaz pożądanych przeobrażeń). Celem niniejszej pracy jest nie tylko przedstawienie stanu faktycznego i prognoz na przyszłość w badanym obszarze. Istotne jest przede wszystkim zaproponowanie aktywnego programu rozwoju, wskazanie kierunku pożądanych reform, których wdrożenie doprowadzi w Polsce do przekształcenia stacjonarnej opieki społecznej w stacjonarną pomoc społeczną.

Pisząc o zmianach stacjonarnej opieki społecznej naturalna wydaje się konieczność uściślenia horyzontu czasowego, jakiego te zmiany dotyczą. Nie jest to jednak proste, gdyż spektrum opisywanych przeobrażeń jest niezwykle rozległe (dotyczy zarówno przeszłości, teraźniejszości, jak i przyszłości) i niedookreślone w czasie. Generalnie jednak za punkt początkowy przyjęty został rok 1989, który był, jak to określił B. Synak, *początkiem gruntownej przebudowy rzeczywistości niemal we wszystkich dziedzinach życia, początkiem długiego i skomplikowanego procesu zwanego transformacją ustrojową*². Jest to zatem okres odchodzenia od centralnego sterowania państwem i gospodarką, upowszechniania samorządności i wdrażania praw rynku. Jest to także okres zasadniczych przeobrażeń w organizacji i funkcjonowaniu pomocy społecznej w naszym kraju.

W pracy przyjęto następujące założenia badawcze:

- skutki demograficznego starzenia stanowią obecnie istotną kwestię społeczną w wielu krajach, w tym również w Polsce,
- rozwój opieki długoterminowej jest zadaniem polityki społecznej wobec ludzi starych,
- wraz ze współczesnymi przeobrażeniami społeczno-demograficznymi zmienia się także popyt i podaż w zakresie stacjonarnej opieki społecznej,
- funkcjonowanie stacjonarnej opieki społecznej nad ludźmi starymi w Polsce wymaga obecnie gruntownych przeobrażeń,
- zmiany ilościowe i jakościowe dokonujące się w stacjonarnej opiece społecznej przestają ją w stacjonarną pomoc społeczną.

Niedołącznym osobom starszym trudno jest samodzielnie funkcjonować w środowisku domowym. Członkowie ich rodzin coraz częściej nie potrafią, nie chcą lub nie mogą im pomóc. Formalne wsparcie świadczone w miejscu zamieszkania seniora nie zawsze okazuje się

² B. Synak, *Problematyka badawcza i charakterystyka badań*, [w:] B. Synak (red.), *Polska starość*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2003, s. 15.

wystarczające. Alternatywą pomocy środowiskowej, kiedy ta okazuje się nieskuteczna, jest pomoc stacjonarna. W tej sytuacji placówki opiekuńcze nie są substytutem opieki środowiskowej, lecz są względem niej komplementarne, stanowią jedyną możliwość godnego życia. Warto zadbać zatem o to, aby pomoc stacjonarna była możliwie jak najlepiej przystosowana do potrzeb i preferencji osób niesamodzielnych.

Stacjonarna opieka społeczna musi reagować na zmiany społeczne i demograficzne, bo w przeciwnym razie staje się skostniała i nieadekwatna do potrzeb społecznych. Nieprzystosowanie się placówek opiekuńczych do warunków otoczenia skutkuje eskalacją krytyki, obnażaniem ich wad i słabych stron.

Okresem rozpoczynającym szczególnie wzmożoną krytykę pomocy stacjonarnej w krajach zachodnich były lata 60. XX wieku, kiedy to M. Foucault czy T. Szasz opisywali placówki opiekuńcze jako miejsca represji oraz społecznej kontroli, natomiast R. Barton oraz E. Goffman przedstawiali proces depersonalizacji uwięzionych w nich osób. Od tego czasu ugruntował się w literaturze przedmiotu nurt deprecjonujący tę formę pomocy, a jej krytyka stała się aksjomatem polityki społecznej. Powszechne stało się kontrastowanie korzyści „dobrej” pomocy środowiskowej z negatywnymi skutkami „złej” pomocy stacjonarnej.

W obliczu powszechnej krytyki stacjonarnej opieki społecznej wykształciły się dwa odmienne postulaty zmian tego obszaru. Pierwszy z nich kładzie nacisk na konieczność ograniczania placówek opiekuńczych, co w efekcie ma prowadzić do zlikwidowania tej formy pomocy. Druga postawa zakłada konieczność stopniowego przekształcania placówek opiekuńczych w taki sposób, aby eliminować lub, gdy jest to niemożliwe, minimalizować ich wady i słabe strony.

Badanie zmian stacjonarnej opieki społecznej w polskiej praktyce sprowadza się do diagnozy problemów tego obszaru oraz określenia sposobów ich rozwiązania (prawdopodobnie gdyby placówki opiekuńcze funkcjonowały prawidłowo, wówczas zmiany nie byłyby konieczne). Boryka się on obecnie z wieloma problemami: jest „przepełniony” (wyrazem tego jest nadmierna aktywność podmiotów publicznych jako świadczeniodawców), placówki opiekuńcze kojarzone są często z instytucjami totalnymi świadczącymi usługi niskiej jakości, dostęp do tych placówek jest ograniczony, a ich wizerunek niekorzystny. Jest to zatem stan wymagający gruntownych zmian zarówno ilościowych, jak i jakościowych.

Rozwój stacjonarnej opieki społecznej w Polsce wymaga innowacyjnych działań ukierunkowanych na przystosowanie do specyficznych uwarunkowań społecznych (takich jak wzorce kulturowe, dominujący model opieki długoterminowej itp.). Z drugiej jednak strony obszar ten powinien być udoskonalany metodą adaptacji rozwiązań typowych dla krajów, w

których proces demograficznego starzenia jest znacznie bardziej zaawansowany i w których kwestia zapewnienia pomocy w formie stacjonarnej została z większym powodzeniem rozwiązana. Takie wdrażanie sprawdzonych rozwiązań pozwala uniknąć „wyważania otwartych drzwi”.

W literaturze przedmiotu system stacjonarnej pomocy społecznej jest analizowany w ujęciu modelowym³. Oznacza to konieczność grupowania krajów ze względu na wyodrębniony zestaw wspólnych cech, takich jak założenia, cele, zasady i metody działania w zakresie organizacji świadczeń oraz ich finansowania.

Tworzenie modeli wprowadza przejrzystość systemową, ułatwia porównania między poszczególnymi krajami. Na tej podstawie można określić, czy jest jakieś „idealne rozwiązanie” kwestii opieki nad niesamodzielnymi ludźmi starymi, a także czy można je zaadaptować w polskich warunkach. Jeżeli natomiast takowego rozwiązania nie ma, to czy przynajmniej możliwe jest „naśladowanie” innych krajów celem uczenia się na ich błędach i unikania konkretnych problemów.

Wzorując się na „dobrych praktykach” innych krajów należy dokonać w Polsce przekształceń w zakresie organizacji, finansowania, integracji i specjalizacji stacjonarnej opieki społecznej. Ponadto obszar ten powinien zmierzyć się z takimi problemami jak: komercjalizacja, prywatyzacja, deinstytucjonalizacja, konkurencyjność, efektywność, samorządność. W kontekście dokonujących się obecnie przeobrażeń społecznych, demograficznych, ekonomicznych i politycznych jest to wręcz konieczne.

W niniejszej pracy poszukiwać się będzie odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

- 1) jaka jest istota i współczesne zadania polityki społecznej wobec ludzi starych w Polsce i innych krajach?
- 2) jaka jest rola pomocy społecznej oraz opieki medycznej w systemie opieki długoterminowej?
- 3) jaka jest istota stacjonarnej opieki społecznej oraz stacjonarnej pomocy społecznej, a także jakie są zasadnicze różnice między nimi?
- 4) co kreuje zapotrzebowanie, popyt i podaż w zakresie stacjonarnej opieki społecznej nad ludźmi starymi w Polsce i wybranych krajach?
- 5) jak kształtuje się system stacjonarnej opieki społecznej w Polsce?

³ Modele są opisowo-wyjaśniającymi konstrukcjami teoretycznymi, które przy wykorzystaniu określonych kryteriów klasyfikacyjnych upraszczają złożoną rzeczywistość. Można powiedzieć, że stanowią one byty idealne w znaczeniu nadanym temu pojęciu przez M. Webera. S. Kamiński, *Koncepcje modeli polityki społecznej*, [w:] O. Kowalczyk, S. Kamiński (red.), *Wymiary polityki społecznej*, Uniwersytet Ekonomiczny, Wrocław 2009, s. 18.

6) na czym polegają zmiany jakościowe i ilościowe stacjonarnej opieki społecznej nad ludźmi starymi w Polsce?

Metody badawcze zastosowane w pracy to: metoda historyczna oraz metoda badań terenowych. W ramach metody historycznej wykorzystano technikę analizy treści aktów prawnych (międzynarodowych i krajowych) oraz innych dokumentów: rejestrów placówek stacjonarnej opieki społecznej w Polsce, danych Eurostatu oraz Głównego Urzędu Statystycznego (roczników statystycznych), literatury przedmiotu (krajowej i zagranicznej, zasobów internetowych).

Wraz ze wzrostem liczby i udziału ludzi starych w społeczeństwie wzrasta także zainteresowanie naukowców zagadnieniami gerontologicznymi. Obecnie stanowią one przedmiot rozległych badań także w Polsce⁴, czego efektem są liczne publikacje naukowe. Niestety stacjonarna opieka społeczna traktowana jest tam nieco „po macoszemu”. Problematyką tą zajmują się tylko nieliczni badacze⁵.

Niedostatek rodzimej literatury z zakresu stacjonarnej opieki społecznej nad ludźmi starymi niwelowany jest licznymi publikacjami zagranicznymi. W krajach zachodnich kwestia organizacji stacjonarnej pomocy, finansowania świadczeń czy reformowania placówek opiekuńczych jest należycie badana i opisywana. Niezwykle istotne w tym zakresie są prace między innymi S. Peace, T. E. Getzena, R. Jacka, W. A. Jacksona, E. Marksona, P. Townsenda. Duże znaczenie mają w tym przypadku także opracowania naukowe dokonane pod auspicjami OECD czy Unii Europejskiej.

Badania terenowe⁶ przeprowadzono w dolnośląskich domach pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku w październiku 2008 r. W ramach tej metody badawczej wykorzystano technikę wywiadu kwestionariuszowego (przeprowadzonego z mieszkańcami tych domów), wywiadu swobodnego (przeprowadzonego z dyrektorami i/lub pracownikami tych domów) oraz obserwacji (między innymi funkcjonowania placówek czy relacji między pracownikami a mieszkańcami).

Celem wywiadów przeprowadzonych z dyrektorami i/lub pracownikami było uzyskanie podstawowych danych o placówkach (liczba miejsc statutowych, koszt pobytu, struktura

⁴ Badania w tym zakresie w Polsce prowadzą współcześnie przede wszystkim andragodzy (M. Halicka, M. Dziegielewska, G. Orzechowska, Z. Szarota, B. Bugajska, A. A. Zych, J. Halicki, A. Fabiś), demografowie (J. T. Kowaleski, P. Szukalski), geriatrzy (B. Bień, A. Wilmowska-Pietruszyńska, K. Wieczorowska-Tobis, B. Tobiasz-Adamczyk, M. Mossakowska, Z. B. Wojszel, K. Szczerbińska, W. Pędich, J. Kocemba, T. Grodzicki, J. Derejczyk, Z. Machaj), politycy społeczni (B. Szatur-Jaworska, L. Frąckiewicz, S. Golinowska, B. Więckowska, E. Trafiałek, M. Zrałek, P. Błędowski), socjologzy (B. Synak, P. Czekanowski).

⁵ W Polsce tą tematyką zajmują się głównie Z. Kawczyńska-Butrym, Z. Szarota, A. Mielczarek, Z. Tarkowski.

⁶ Na temat istoty badań terenowych patrz: D. Katz, *Badania terenowe*, [w:] S. Nowak (red.) *Metody badań socjologicznych*, PWN, Warszawa 1965, s. 333-350.

zatrudnienia personelu opiekuńczo-terapeutycznego i pielęgniarstwa, przebieg procesu standaryzacji usług), zdiagnozowanie różnych aspektów zmian w stacjonarnej opiece społecznej, nakreślenie problemów związanych z funkcjonowaniem placówek oraz ustalenie możliwych wariantów ich rozwiązania. Z kolei celem wywiadów przeprowadzonych z mieszkańcami było: stworzenie profilu (zestawu cech) socjoekonomicznego mieszkańca domu pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku i poznanie ich sytuacji życiowej; zweryfikowanie opinii, jakoby domy pomocy społecznej były instytucjami totalnymi; poznanie opinii mieszkańców w zakresie zmian jakości usług świadczonych w domach pomocy społecznej; określenie wizerunku domów pomocy społecznej w opinii ich mieszkańców; poznanie poglądów mieszkańców na temat komercjalizacji i prywatyzacji zadań publicznych z obszaru stacjonarnej pomocy społecznej.

Praca składa się z sześciu rozdziałów. W **pierwszym** z nich przedstawiono istotę, koncepcję, zadania i modele polityki społecznej wobec ludzi starych. Podjęta została próba zidentyfikowania podmiotów realizujących zadania na rzecz ludzi starych w skali międzynarodowej (m.in. ONZ, OECD, UE), krajowej (m.in. Parlamentarny Zespół ds. Osób Starszych, PTG) i lokalnej (na przykładzie podmiotów działających w województwie dolnośląskim).

Z perspektywy polityki społecznej wobec ludzi starych niezwykle istotne jest zdefiniowanie starzenia się i starości. Te dwa pojęcia są ze sobą powiązane, a rozpatrywać je można w skali jednostkowej (starość osobnicza) i zbiorowej (starość demograficzna). Jednym z poruszanych zagadnień jest ustalenie dolnego progu starości osobniczej, czyli granicy wieku, po przekroczeniu której jednostka uważana jest za należącą do zbiorowości ludzi starych. Zróżnicowanie populacji ludzi starych uzasadnia natomiast konieczność dalszego podziału okresu starości oraz wyszczególniania kolejnych jego podokresów.

Jedną z najistotniejszych przesłanek polityki społecznej wobec ludzi starych jest ogromna i niespotykana wcześniej skala zmian w strukturze wiekowej ludności. W związku z tym niezbędne wydaje się zdiagnozowanie przyczyn tych zmian, a także przedstawienie faktycznej i prognozowanej sytuacji demograficznej.

Cechą podeszłego wieku jest zależność od otoczenia. Zależność ta jest problemem wielowymiarowym. Osoby zależne w wymiarze funkcjonalnym wymagają opieki długoterminowej, która obejmuje niezwykle szeroki zestaw usług świadczonych przez różnorodne podmioty. **Rozdział drugi** poświęcony został właśnie zagadnieniom organizacji systemu opieki długoterminowej oraz określeniu roli pomocy społecznej i opieki medycznej w tym systemie.

Realizacja zadań opieki długoterminowej w dwóch odrębnych i autonomicznych obszarach (ochrony zdrowia i pomocy społecznej) prowadzi do wielu negatywnych konsekwencji, takich jak brak koordynacji świadczeń czy nakładanie się kompetencji. W tej sytuacji konieczne jest wypracowanie narzędzi integrujących i koordynujących poszczególne świadczenia w taki sposób, aby potrzeby opiekuńcze niesamodzielnych seniorów zaspokajane były efektywnie.

Stacjonarna opieka społeczna jest istotnym elementem systemu opieki długoterminowej, a więc przyczyny i konsekwencje zmian zachodzących w tym obszarze należy rozpatrywać w szerszej perspektywie całej opieki długoterminowej.

Rozdział trzeci dotyczy zmian zapotrzebowania na stacjonarną opiekę społeczną. Zdiagnozowano czynniki determinujące to zapotrzebowanie, a mianowicie zjawiska i procesy natury demograficznej (wzrost liczby osób niesamodzielnych, spadek potencjału pielęgnacyjnego), społecznej (sytuacja rodzinna osób starych, wielkość i skład gospodarstw domowych z osobami starszymi, jakość relacji wewnątrz rodzinnych, warunki mieszkaniowe i miejsce zamieszkania osób starszych) i kulturowej (kulturowy model opieki długoterminowej, poziom ingerencji państwa w opiekuńczą funkcję rodziny, przeobrażenie form życia rodzinnego, poziom aktywności zawodowej kobiet).

W **rozdziale czwartym** określono czynniki ekonomiczne kreujące popyt na stacjonarną opiekę społeczną, takie jak cena pobytu w placówce opiekuńczej, ceny alternatywnych form opieki długoterminowej czy zamożność społeczeństwa. Niezwykle istotne jest zagadnienie związane z systemem finansowania opieki długoterminowej. Państwo zwykle stara się w niego ingerować. Partycypuje w kosztach pewnych świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych, a tym samym wpływa na ich ceny. Taka sytuacja rodzi pokusę nadużyć tańszych świadczeń, przez co zmienia się struktura popytu na określone formy opieki.

W rozdziale tym zastanowiono się również nad procesem deinstytucjonalizacji opieki długoterminowej jako czynnikiem kreującym podaż stacjonarnej opieki społecznej. Z powodu licznych wad placówek opiekuńczych postuluje się obecnie odchodzenie od tej formy pomocy, a nawet jej zlikwidowanie.

W **rozdziale piątym** opisano stacjonarną opiekę społeczną w Polsce. Przedstawiono współczesne rozwiązania instytucjonalno-prawne oraz dokonano analizy statystycznej tego obszaru. Podjęto także próbę stworzenia profilu socjoekonomicznego mieszkańca domu pomocy społecznej.

Szósty, ostatni rozdział poświęcony został zmianom jakościowym zachodzącym w stacjonarnej opiece społecznej. Na podstawie badań terenowych określono przeobrażenia or-

ganizacyjne i strukturalne tego obszaru. Uwagę skupiono na czterech głównych zagadnieniach: filozofii działania, jakości świadczonych usług, wizerunku, kwestii prywatyzacji placówek.

1. Ludzie starzy a polityka społeczna

1.1. Starzenie się i starość w skali jednostkowej i zbiorowej

Starzenie się i starość to pojęciami ściśle ze sobą powiązane, które można rozpatrywać zarówno w skali jednostkowej, jak i zbiorowej. W skali jednostkowej mówimy o starości osobniczej, która stanowi jedną z faz składających się na cykl życia ludzkiego, natomiast w skali zbiorowej mówimy o starości demograficznej jako cesze struktury ludności⁷.

Zarówno starość osobnicza, jak również starzenie się osobnicze to pojęcia niedookreślone, które nie doczekały się jeszcze jednoznacznych definicji. W opinii F. X. Kaufmanna naukowe zdefiniowanie procesu starzenia się w ogóle nie jest możliwe, gdyż *jest to swego rodzaju fenomen pierwotny, którego przebieg i prawidłowości można badać i opisywać, ale którego definicji nikt dotychczas nie sformułował*⁸. Brak jednoznacznych definicji to także efekt wieloaspektowego i interdyscyplinarnego podejścia do zagadnień starości i starzenia się. Inaczej te kategorie rozpatrywane są przez przedstawicieli nauk przyrodniczych, a inaczej przez przedstawicieli nauk społecznych. *O ile ci pierwsi w dużej mierze skupiają się na przyczynach starzenia się, to środowisko nauk społecznych poszukuje głównie wiedzy o społecznych cechach i następstwach tego procesu*⁹. W zależności od tego, na który aspekt (biologiczny czy społeczny) starzenia się i starości położony jest główny nacisk, wyróżnić można dwie grupy definicji.

Pierwszą grupę stanowią definicje posługujące się kryterium biologicznym, które stosowane są przede wszystkim w naukach przyrodniczych. Zakładają one, że starość i starzenie się, a także ich konsekwencje mają podłoże biologiczne. Przykładowo J. Piotrowski twierdzi, że *starzenie jest właściwe ontogenezie człowieka; jest procesem zmian zachodzących w ustroju w ciągu całego jego życia, a przejawiającym się, wraz z upływem późniejszych lat, osłabieniem funkcji poszczególnych organów, które prowadzi ostatecznie do śmierci*¹⁰. Według W. Pędicha *starzenie się jest to normalny, długotrwały i nieodwracalny proces fizjologiczny,*

⁷ J. Kocemba zwraca uwagę na trójwymiarowość starzenia, które obejmuje:

- starzenie się gatunku- zawarte w dotychczasowej filogenezie (rozwoju rodowym);

- starzenie osobnicze

- starzenie populacyjne (demograficzne). J. Kocemba, *Starzenie się człowieka*, [w:] T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów*, VIA MEDICA, Gdańsk 2007, s. 7.

⁸ Cyt. za: S. Klonowicz, *Oblicza starości. Wybrane zagadnienia gerontologii społecznej*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1979, s.6.

⁹ P. Błędowski, *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*, Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa 2002, s. 61.

¹⁰ J. Piotrowski, *Gerontologia i geriatrya*, [w:] *Encyklopedia seniora* (praca zbiorowa), Wiedza Powszechna, Warszawa 1986, s. 15.

zachodzący w osobniczym rozwoju żywych organizmów, także człowieka. Procesy starzenia rozpoczynają się u człowieka już w wieku średnim i nasilają się z upływem czasu. Starzenie się jest więc zjawiskiem dynamicznym, przebiegającym w czasie¹¹. Starość (wiek starczy) natomiast jest dla tego autora *końcowym okresem starzenia się, który nieuchronnie kończy się śmiercią. (...) Starość jako okres życia jest pojęciem statycznym*¹². Z kolei S. Fudel-Osipowa określiła starość jako *okres życia ustroju, następujący po wieku dojrzałym, charakteryzujący się obniżeniem funkcji życiowych i szeregiem morfologicznych zmian w poszczególnych systemach i organach, natomiast starzenie się jako długotrwały, stopniowo rozwijający się proces, w którego przebiegu powstają w ustroju, obok atroficznych zjawisk w organach i tkankach, nowe mechanizmy zabezpieczające istnienie ustroju w danych warunkach*¹³.

Drugą grupę stanowią definicje posługujące się kryteriami demograficzno – społecznymi, które stosowane są głównie w naukach społecznych. Ich punktem wyjścia jest założenie, że wiek jest konstrukcją społeczną¹⁴, a tym samym proces starzenia się uformowany jest przez społeczeństwo w obrębie określonych jego struktur¹⁵.

Obecnie w literaturze poświęconej zagadnieniom gerontologicznym¹⁶ widoczna jest tendencja do łączenia powyższych grup definicyjnych i przedstawiania kompleksowego ujęcia starzenia się i starości. Zazwyczaj definicje tego typu odnoszą się do trzech płaszczyzn rozwojowych ludzkiej egzystencji: biologicznej (soma), psychicznej (psyche) i społecznej (ethos)¹⁷. Na ich podstawie można stwierdzić, że starość osobnicza jest to fizjologicznie uwarunkowany etap życia jednostki, który niesie ze sobą określone konsekwencje biologiczne (wielochorobowość, utrata wydolności organizmu, ograniczenie sprawności funkcjonalnej), psychiczne (obniżenie sprawności intelektualnej, podejrzliwość, poczucie wyobcowania) oraz społeczne (degradacja ekonomiczna, utrata kontaktów i ról społecznych)¹⁸. Przykładem takiego podejścia może być definicja A. A. Zycha przytoczona w *Słowniku gerontologii społecznej*, ujmująca starość jako *nieunikniony efekt starzenia się, w którym procesy biologiczne, psychiczne i społeczne zaczynają oddziaływać względem siebie synergetycznie, prowadząc do*

¹¹ W. Pędich, *Gerontologia i geriatria*, [w:] T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), poz. cyt., s. 3.

¹² Tamże, s. 3.

¹³ Cyt. za: E. Rosset, *Ludzie starzy. Studium demograficzne*, Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 1967, s. 12.

¹⁴ E.W. Markson, *Social Gerontology Today*, Roxbury Publishing Company, Los Angeles 2003, s. 5.

¹⁵ P. Błędowski, *Lokalna...*, poz. cyt., s. 62-64.

¹⁶ Gerontologia jest nauką o starzeniu się i starości żywych organizmów, głównie człowieka. J. Piotrowski, poz. cyt., s. 15.

¹⁷ B. Szatur-Jaworska, *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2000, s. 39.

¹⁸ Por. Z. Stasieniuk, *Wizerunek starości w środkach masowego przekazu*, [w:] B. Kromolicka, B. Bugajska, K. Serdyńska (red.), *Pomoc i opieka w starości*, ZAPOL, Szczecin 2007, s. 31.

*naruszenia równowagi biologicznej i psychicznej bez możliwości przeciwdziałania temu, czyli jest to końcowy okres procesu starzenia się; starość jako okres życia następuje po wieku dojrzałym, jest pojęciem statycznym; natomiast starzenie się, jako proces, zjawiskiem dynamicznym*¹⁹.

Jednym z podstawowych zagadnień gerontologicznych jest ustalenie ram wyznaczających początek i koniec okresu starości. Jest to ostatnia faza życia, więc określenie jej końca jest oczywiste- następuje w momencie śmierci. Obiektywne określenie jej początku jest dużo trudniejsze lub wręcz niemożliwe, gdyż granica między fazą dojrzałości a fazą starości jest bardzo elastyczna i rozmyta²⁰. Wynika to z charakteru osobniczego starzenia, będącego procesem bardzo zindywidualizowanym. Stopień jego zaawansowania warunkuje szereg czynników środowiska wewnętrznego i zewnętrznego. Zdaniem P. Szukalskiego *podstawowy problem z jednoznacznym ustaleniem wieku, od którego zaczyna się starość, polega na tym, iż wiek metrykalny (zwany niekiedy chronologicznym lub kalendarzowym) nie pokrywa się w indywidualnych przypadkach z wiekiem biologicznym (wyznaczonym przez poziom zużycia organizmu, przejawiającym się najpełniej w spadku odporności na niekorzystne czynniki zewnętrzne), wiekiem czynnościowym (zwanym niekiedy funkcjonalnym, określającym stan sprawności intelektualnej i motorycznej) i wiekiem społecznym (wyznaczonym przez wypełnianie w danej społeczności role społeczne)*²¹. Zwyczajowo wiec za próg starości przyjmuje się pewne znaczące wydarzenia w życiu jednostki, takie jak przejście na emeryturę i przerwanie pracy zawodowej lub moment pojawienia się na świecie wnuków²². Za osobliwą można uznać opinię M. Samozwaniec, która stwierdziła, iż *naprawdę starym jest się dopiero wtedy, kiedy się to powie o sobie w towarzystwie, a nikt się z tego nie śmieje i nie zaprzecza*²³.

Niewątpliwie z perspektywy naukowo-poznawczej niezbędne jest konkretne określenie progu starości, co w praktyce oznacza przyjęcie pewnej konwencjonalnej dolnej granicy wieku (ze względu na relatywizm tej granicy częściej przyjęło się stosować termin „umowny próg starości”²⁴), po przekroczeniu której jednostka uważana jest za należącą do zbiorowości

¹⁹ A.A. Zych, *Słownik gerontologii społecznej*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2001, s. 202.

²⁰ B. Rysz-Kowalczyk, *Polityka społeczna wobec cyklu życia. Faza starości*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2004, s. 231.

²¹ P. Szukalski, *Uprzedzenia i dyskryminacja ze względu na wiek- przyczyny, przejawy i konsekwencje*, „Polityka Społeczna”, 2004, nr 2 (359), s. 11.

²² A. Tokaj, *Rodzina w życiu seniora a przebieg procesu jego adaptacji do starości*, [w:] A. Fabiś, *Seniorzy w rodzinie, instytucji i społeczeństwie. Wybrane zagadnienia z gerontologii społecznej*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania i Marketingu, Sosnowiec 2005, s. 41.

²³ M. Samozwaniec, *Kobieta, miłość, zdrada. Żarty, anegdoty, złote myśli*, Wydawnictwo Koga, Szczecin 1991, s. 69.

²⁴ Z. Szarota, *Gerontologia...*, poz. cyt., s. 23; P. Błędowski, *Lokalna...*, poz. cyt., s. 11.

ludzi starych. Taki zabieg znacznie ułatwia posługiwanie się pojęciem „starość” i wprowadza przejrzystość terminologiczną²⁵.

W zależności od celów badawczych rozróżnia się następujące progi starości:

- chronologiczne, które wyznacza wiek kalendarzowy,
- biologiczne i psychologiczne, określane przez testy sprawnościowe,
- ekonomiczne, określające wiek produkcyjny,
- prawne, określające uprawnienia emerytalne²⁶.

Z oczywistych względów najczęściej do wyznaczenia proggu starości stosuje się wiek chronologiczny (określający liczbę przeżytych lat od chwili narodzin). Rozpiętość najniżej i najwyżej wyznaczonych w nauce dolnych granic starości jest znaczna i waha się od 45 do 80 roku życia²⁷. Między tymi krańcowymi opiniami mieszczą się wszystkie pozostałe. Zdecydowanie najwięcej badaczy opowiada się za ustaleniem proggu starości na poziomie 60. lub 65. roku życia²⁸.

Zróżnicowanie populacji ludzi starych uzasadnia konieczność dalszego podziału okresu starości oraz wyszczególnienia kolejnych jego podokresów, co w praktyce sprowadza się do wyznaczenia kolejnych umownych progów wieku, które stanowią granice tych podokresów²⁹. Istnieje wiele propozycji periodyzacji okresu starości (tabela 1). Należy jednak pamiętać, że okres starości osobniczej systematycznie wydłuża się w miarę postępu społeczno-ekonomicznego oraz naukowo-technicznego, a to *powoduje konieczność dalszego doskonalenia schematów klasyfikacji*³⁰. Aby tego uniknąć czasami stosuje się tzw. zmienny próg starości, który uzależniony jest od przeciętnej długości życia³¹.

²⁵ B. Szatur-Jaworska, *Ludzie starzy...*, poz. cyt., s. 37.

²⁶ L. Frąckiewicz, *Starość jako problem społeczno- ekonomiczny*, [w:] L. Frąckiewicz (red.), *W obliczu starości*, Ośrodek Wydawniczy Augustyna, Katowice 2007, s. 17.

²⁷ Z. Szarota, *Gerontologia...*, poz. cyt., s. 23.

²⁸ Obszernie na temat określenia chronologicznego proggu starości pisze E. Rosset, *Ludzie...*, poz. cyt., s. 13-18.

²⁹ S. Klonowicz, *Oblicza...*, poz. cyt., s. 17.

³⁰ Tamże, s. 183.

³¹ Por. B. Szatur-Jaworska, *Ludzie starzy...*, poz. cyt., s. 67.

Tabela 1. Podziały wieku starczego

Autor	Klasyfikacja	
	przedział wieku (lata)	nazwa przedziału
B. Żakowska-Wachelko W. Pędich	65-74	młodzi starzy (young old)
	75-89	starzy starzy (old old)
	90 i więcej	długowieczni
Z. Falicki	65-74	wiek podeszły
	75-89	wiek starczy
	90 i więcej	długowieczność
WHO	65-74	wiek podeszły
	75-90	wiek starczy
	pow. 90	wiek sędziwy
B. Bromley	60-65	okres przedemerytalny
	65-70	okres emerytalny
	pow. 70	okres starczy
Badacze amerykańscy	65-74	młodzi starzy, starość wczesna
	75 i więcej	starzy starzy, starość późna
S. Klonowicz	65-80	starość właściwa
	pow. 80	starość sędziwa
M. J. P. Flourens	70-84	pierwszy okres starości
	85 i więcej	drugi okres starości
M. Rubner	pow. 50	starość
	pow. 70	sędziwa starość
L. Aschoff	pow. 45	rozpoczynająca się starość
	65 i więcej	wiek starczy
	85 i więcej	sędziwa starość
K. Dzienio	60-69	początkowa starość
	70-74	wiek przejściowy
	75-84	wiek zaawansowanej starości
	85 i więcej	wiek niedołączonej starości
A. Rosławski	54-64	okres przedstarczy
	65-74	okres wczesnej starości
	75-84	okres późnej starości
	85 i więcej	końcowy okres starzenia się

B. Więckowska, *Ubezpieczenie pielęgnacyjne*, Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa 2008, s. 24.

W niniejszej pracy przez starość osobniczą rozumie się okres niekorzystnych zmian (biologicznych, psychicznych, społecznych) w życiu człowieka powodujących jego zależność

od otoczenia³². Za próg okresu starości osobniczej przyjęto 65 rok życia. Dla potrzeb dalszych analiz i rozważań najbardziej uzasadniony wydaje się być podział okresu starości na dwa podokresy, których przedstawiciele charakteryzują się odmiennymi cechami psychofizycznymi, różnymi pozycjami zajmowanymi w społeczeństwie i pełnionymi w nim rolami, a mianowicie na:

- 65-84 lata- wczesną starość (trzeci wiek), okres względnej sprawności psychofizycznej, funkcjonalnej samodzielności, bierności zawodowej i często obniżonego statusu materialnego, ograniczonej aktywności społecznej;

- 85 lat i więcej- sędziwą starość (czwarty wiek), okres strukturalnej zależności od otoczenia, czyli wzrastającej deprivacji potrzeb materialnych, alienacji społecznej, ograniczonej możliwości wykonywania podstawowych czynności samoobsługowych i samodzielnego prowadzenia gospodarstwa domowego.

Termin „zależność” nie jest jednoznacznie zdefiniowany. Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej, która jest zbiorem fundamentalnych praw człowieka, stwierdza w art. 34, że *Unia uznaje i szanuje uprawnienia do świadczeń z zabezpieczenia społecznego oraz do usług społecznych, zapewniających ochronę w przypadku (między innymi) zależności, zgodnie z zasadami ustanowionymi w prawie Unii oraz ustawodawstwach i praktykach krajowych*. Nie sprecyzowano jednak czym jest owa zależność. Komisja Europejska zaznacza jedynie, że zależność od otoczenia może być spowodowana dużą chorobowością osób starszych oraz poważnymi przypadłościami wieku starczego³³. W literaturze gerontologicznej pojęcie „zależność” także nie zostało w pełni wyjaśnione, chociaż opisywane jest ono od połowy lat 60. XX wieku. Jego istotę przybliżyć może definicja B. Synaka, według którego *zależność jest to stan interakcji jednostki z drugą osobą, z grupami czy instytucjami, dysponującymi wartościami niezbędnymi do zaspokojenia ważnych potrzeb jednostki, która we własnym zakresie nie jest w stanie tego dokonać, stąd istnieje konieczność korzystania z pomocy innych*³⁴. W odniesieniu do rodzaju potrzeb, przy zaspokajaniu których wymagana jest pomoc, wyróżnić można:

- zależność ekonomiczną (potrzeby materialne),
- zależność społeczną (potrzeba przynależności, potrzeby kulturowe),
- zależność psychologiczną (potrzeby duchowe, emocjonalne),

³² Por. L. Greła, *O zintegrowany system pomocy społecznej*, „Polityka Społeczna”, 1982, nr 7, s. 1; W. Pędich, *Ludzie starzy*, Centrum Rozwoju Służb Społecznych, Warszawa 1996, s. 8.

³³ *The future of health care and care for elderly: guaranteeing accessibility, quality and financial viability*, Komunikat Komisji Europejskiej COM (2001) 723 final, 05.12.2001, s. 4.

³⁴ Cyt. za: Z. Szarota, *Gerontologia społeczna i oświatowa. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków 2004, s. 83.

- zależność funkcjonalną (potrzeby związane z wykonywaniem czynności dnia codziennego)³⁵.

Dodatkowo wyróżnić można zależność strukturalną, która cechuje się wieloaspektowym charakterem oraz licznymi źródłami będącymi przyczyną tej zależności³⁶.

W ujęciu demograficznym przez proces starzenia się należy rozumieć zmiany dokonujące się w strukturze wieku ludności, a polegające na wzroście udziału ludzi starych w ogólnej liczbie ludności³⁷. Proces ten spowodowany jest z jednej strony stopniowym wydłużaniem przeciętnej długości życia (przez co okresu starości dożywają coraz większe grupy ludzi- jest to tzw. starzenie się od góry piramidy wieku ludności), z drugiej natomiast spadkiem dzietności (przez co zwiększa się udział osób starych względem młodszych generacji- jest to tzw. starzenie się od dołu piramidy wieku ludności). S. Golinowska twierdzi, że *pierwszy proces- bardzo pozytywny w swym wyrazie- dokonuje się w rezultacie wzrostu dobrobytu (...), postępów medycyny, oraz upowszechnienia zabezpieczenia społecznego obejmującego także opiekę zdrowotną. Drugi proces (...) mimo że w indywidualnych przypadkach jest to niejednokrotnie wynikiem odpowiedzialnych decyzji rodziców, jest procesem negatywnym. Wpływa bowiem na powstawanie dysproporcji rozwojowych o bardzo poważnych skutkach dla możliwości osiągnięcia zrównoważonego wzrostu i harmonii w rozwoju społeczeństw*³⁸.

Starość demograficzna jest sytuacją typu statycznego i wyznacza ją określona proporcja ludzi starych w ogólnej liczbie ludności³⁹. Wyznaczono wiele miar i skal określających starość demograficzną. Najpowszechniejszą z nich jest tzw. stopa starości⁴⁰ (nazywana też współczynnikiem starości) określająca udział ludzi starych w ogólnej liczbie ludności. Na jej podstawie można określić stopień zaawansowania procesu starzenia się danej populacji. Próg starości demograficznej uzależniony jest od przyjętej skali i wyznaczony może być na różnym poziomie (por. tabela 2).

³⁵ J. Pacolet, *Social protection for dependency in old age in the 15 EU Member States and Norway: Synthesis report commissioned by the European Commission and the Belgian Minister of Social Affairs*, Official Publications of the European Communities, Luxemburg 1999, s. 33.

³⁶ W. A. Jackson, *The Political Economy of Population Ageing*, Edward Elgar Publishing Limited, Cheltenham & Northampton, 1998, s. 77.

³⁷ E. Frątczak, *Proces starzenia się ludności Polski a proces urbanizacji*, Szkoła Główna Planowania i Statystyki, Warszawa 1984, s. 9.

³⁸ S. Golinowska, *Starzenie się społeczeństw*, „Polityka Społeczna”, 1999, nr 9 (306), s. 1.

³⁹ E. Frątczak, *Proces...*, poz. cyt., s. 9.

⁴⁰ E. Rosset, *Ludzie...*, poz. cyt., s. 164.

Tabela 2. Wybrane skale starości demograficznej

Lp.	Skala		stopień zaawansowania starzenia się populacji		
	według propozycji				
1	E. Rosseta:	Udział ludności w wieku 60 lat i więcej poniżej 8% 8-10% 10-12% powyżej 12%	młodość demograficzna przedpole starości starzenie rzeczywiste starość		
2	ONZ:	Udział ludności w wieku 65 lat i więcej poniżej 4% 4-7% powyżej 7%	populacja młoda populacja dojrzała populacja stara		
3	J. Beaujeu-Garnier:	<table border="1"> <tr> <td>udział ludności powyżej 60 lat poniżej 12% 12-15% powyżej 15%</td> <td>udział ludności w wieku 0-19 lat powyżej 35% 30,5-35% poniżej 30,5%</td> </tr> </table>	udział ludności powyżej 60 lat poniżej 12% 12-15% powyżej 15%	udział ludności w wieku 0-19 lat powyżej 35% 30,5-35% poniżej 30,5%	młodość demograficzna stadium pośrednie starość demograficzna
udział ludności powyżej 60 lat poniżej 12% 12-15% powyżej 15%	udział ludności w wieku 0-19 lat powyżej 35% 30,5-35% poniżej 30,5%				

Źródło: J. Kurkiewicz, *Podstawowe metody analizy demograficznej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1992, s. 57.

Skale starości demograficznej nie są zadowalającym instrumentem analizy demograficznej. Doskonalszym narzędziem wydają się być piramidy wieku ludności, czyli specyficzne histogramy reprezentujące strukturę ludności według wieku kobiet i mężczyzn. Na ich podstawie wyróżniono trzy typy struktur ludności: progresywną, stacjonarną i regresywną. W zależności od typu struktury zmienia się kształt piramidy. Typ progresywny ma kształt piramidy, stacjonarny- dzwonu, natomiast regresywny ma kształt cebuli lub urny⁴¹.

Przez większą część historii gatunku ludzkiego poszczególni jego przedstawiciele starzeli się, a populacje- nie. Jednostki przechodziły przez typowy cykl życia, podczas kiedy struktura wiekowa społeczeństw pozostawała stosunkowo niezmienna. Udział ludzi starych w populacji był znikomy- nie przekraczał 2% lub 3%. Dopiero XX wiek stał się okresem intensywnie postępującego procesu demograficznego starzenia. Zdaniem B. Tryfan zjawisko to jest produktem cywilizacji współczesnej stanowiącym zaprzeczenie zarówno praw biologicznych, gdyż *przestały działać mechanizmy selekcji naturalnej, skoro dzięki nowoczesnym metodom terapii żyją dłużej i zdrowi i chorzy*⁴², jak i ekonomicznych, ponieważ *nakłady pono-*

⁴¹ M. Kędelski, *Zmiany struktury ludności według płci, wieku i stanu cywilnego*, [w:] M. Kędelski, J. Paradysz, *Demografia*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Poznań 2006, s. 161.

⁴² B. Tryfan, *Starość w rodzinie wiejskiej*, PAN, Warszawa 1991, s. 70.

szzone na szpitale, domy opieki, pomoc środowiskową nie będą się zwracały⁴³, a kosztem czynnych zawodowo ratuje się coraz liczniejszą kategorię ludzi starszych, biernych zawodowo z powodu podeszłego wieku i niesprawności⁴⁴.

W 1950 r. na świecie żyło 130 milionów ludzi w wieku 65 lat i więcej. Ich udział w ogólnej liczbie ludności wynosił wówczas 5,2%. Obecnie światowa populacja ludzi w tym wieku liczy pół miliarda. Stanowi to dwie trzecie całkowitej liczby osób starych, które kiedykolwiek żyły na świecie⁴⁵. Z prognozy demograficznej skonstruowanej przez Organizację Narodów Zjednoczonych wynika, że w 2050 r. całkowita liczba seniorów wyniesie prawie 1,5 miliarda, co oznacza jedenastokrotny wzrost w stosunku do roku 1950. W tym okresie ich udział w populacji wzrośnie ponad trzykrotnie z 5,2% do 16,2%⁴⁶ (dla zilustrowania zmian zachodzących w strukturze wiekowej ludności stosuje się angielskojęzyczne określenia: „*a demographic agequake*” lub „*a new international population order*”⁴⁷).

Demograficzne starzenie dotyczy populacji całego świata, jest więc procesem globalnym (*global ageing*). Stopień jego zaawansowania nie jest jednak wszędzie taki sam. W regionach wysoko rozwiniętych (Europa, Ameryka Południowa, Australia z Nową Zelandią, Japonia) stopa starości kształtuje się na zdecydowanie (obecnie prawie trzy razy) wyższym poziomie niż w regionach słabiej rozwiniętych (Afryka, Azja bez Japonii, Ameryka Łacińska, Karaiby). Wynika z tego, że stopa starości uzależniona jest od poziomu rozwoju społeczno-gospodarczego. Wyższy poziom rozwoju to wyższa jakość życia i większa szansa dożycia okresu starości, co zwiększa liczbę ludzi starych w społeczeństwie.

⁴³ Tamże, s. 70.

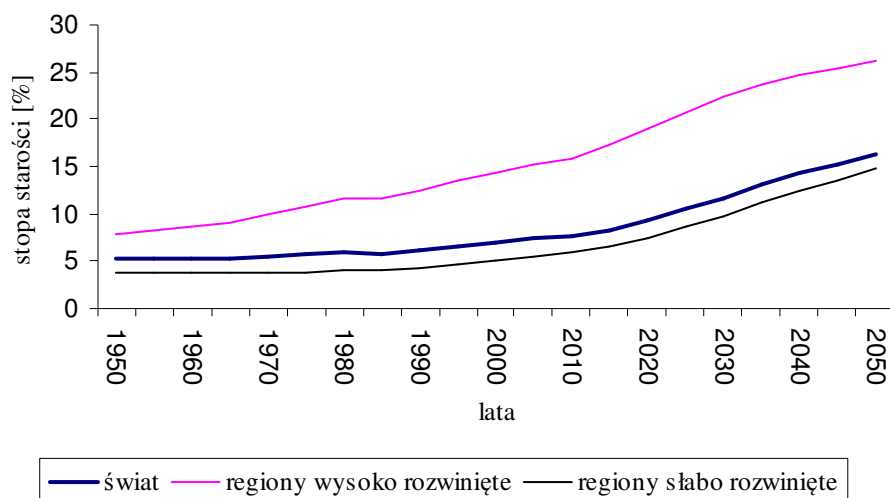
⁴⁴ B. Tryfan, *Wiejska starość w Europie*, PAN, Warszawa 1993, s. 10.

⁴⁵ R. Jackson, N. Howe, *Global Aging. The challenge of the New millennium*, Watson Wyatt & CSIS, Washington 2000, s. 1.

⁴⁶ *World Population Prospects: The 2006 Revision and World Urbanization Prospects: The 2005 Revision*, Population Divisions of the Department and Social Affairs of the United Nations Secretariat, <http://esa.un.org/unpp> (19.12.2007).

⁴⁷ *Towards the Second World Assembly on Ageing*, raport Sekretarza Generalnego ONZ przygotowany na Drugie Światowe Zgromadzenie Na Temat Starzenia Się Społeczeństw, 8-12.04.2002, Madryt, dokument dostępny na stronie internetowej www.un.org/ageing/ecn52001pc2e.pdf (5.04.2008).

Rysunek 1. Stopa starości (udział osób w wieku 65 lat i więcej w ogólnej liczbie ludności) w latach 1950-2050 (świat, wysoko i słabo rozwinięte regiony)

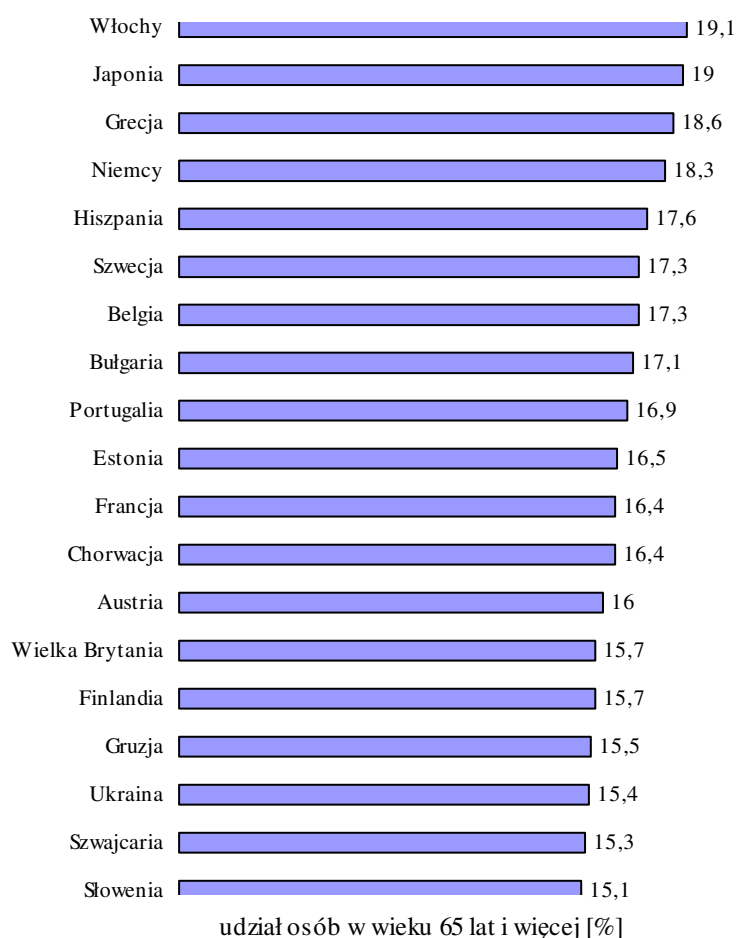


Źródło: opracowanie własne na podstawie *World Population Prospects: The 2006 Revision* and *World Urbanization Prospects: The 2005 Revision*, Population Divisions of the Department and Social Affairs of the United Nations Secretariat, <http://esa.un.org/unpp> (19.12.2007).

Zarówno w regionach wysoko, jak i słabo rozwiniętych stopa starości systematycznie wzrasta (rys. 1). Jest to konsekwencja postępu w medycynie oraz ogólnie wyższego poziomu życia na całym świecie, również w krajach najbiedniejszych i najsłabiej rozwiniętych. Populacja świata przekroczyła na początku XXI w. próg starości demograficznej zaproponowany przez ONZ (udział osób w wieku 65 lat i więcej w populacji powyżej 7%), natomiast według skali Rosseta (udział osób w wieku 60 lat i więcej w populacji powyżej 12%) stanie się ona demograficznie stara w drugiej dekadzie XXI w.

Na rysunku 2 zaprezentowanych zostało dwadzieścia najstarszych demograficznie państw na świecie, czyli tych, w których stopa starości kształtuje się na najwyższym poziomie.

Rysunek 2. 20 „najstarszych” krajów na świecie według stopy starości, 2004 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie K. Kinsell, A.R. Philips, *Global Aging: The Challenge of Success*, „Population Bulletin”, 2005, nr 1(60), s. 7.

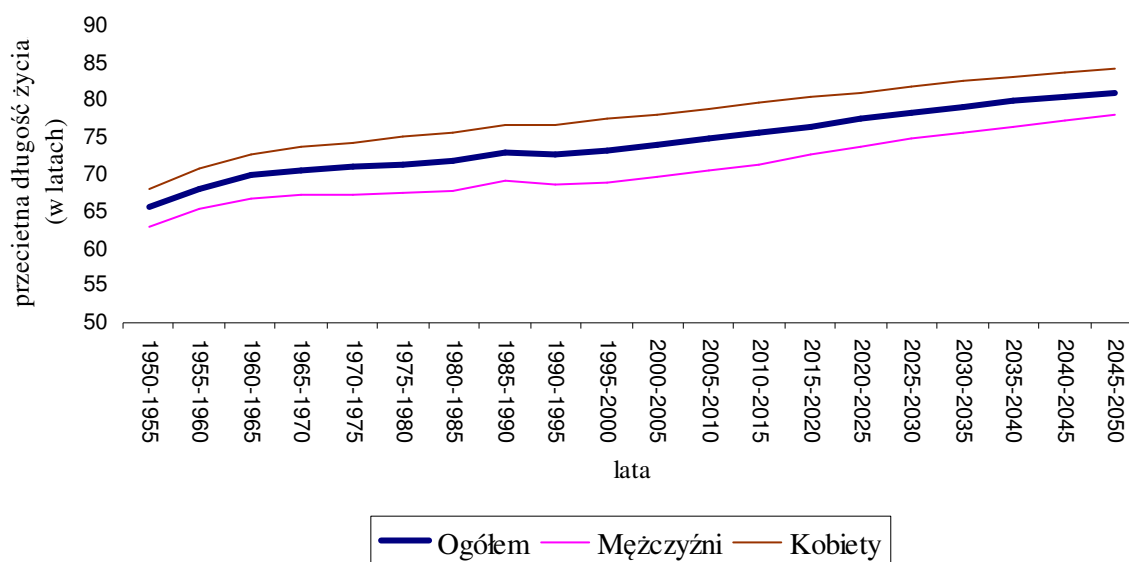
Kraje o najwyższej stopie starości, za wyjątkiem Japonii, to kraje europejskie. W tym kontekście określenie Stary Kontynent nabiera obecnie całkiem nowego znaczenia⁴⁸. Średnia wartość stopy starości dla całej Europy wynosiła w 2005 r. 15,9% i była o 7,7 punktu procentowego wyższa niż w 1950 r. Prognozuje się, że do 2050 r. wzrośnie ona do 27,6%. Wówczas co czwarty Europejczyk będzie osobą starą, natomiast średnia wieku ogółu ludności Europy będzie wynosiła ponad 47 lat.

W okresie 1950-2005 liczba seniorów w Europie wzrosła 2,5 raza, z poziomu 45 milionów (w 1950 r.) do 116 milionów (w 2005 r.). W 2050 r. ich populacja będzie liczyła 183 miliony. Pomimo tego, że Europa „utrzyma” w połowie XXI w. pozycję najstarszego demograficznie regionu świata (mierzoną poziomem stopy starości), to będzie w niej wówczas żyło jedynie 8% światowej populacji seniorów (116 milionów z 1,5 miliarda).

⁴⁸ A. Fabiś, *Seniorzy...*, poz. cyt., s. 5

Systematyczny wzrost liczby osób starszych w krajach europejskich spowodowany jest wydłużaniem się przeciętnej długości trwania życia, dzięki czemu coraz więcej ludzi ma szansę dożyć okresu starości.

Rysunek 3. Przeciętna długość trwania życia w Europie w latach 1950-2050



Źródło: jak na rysunku 1.

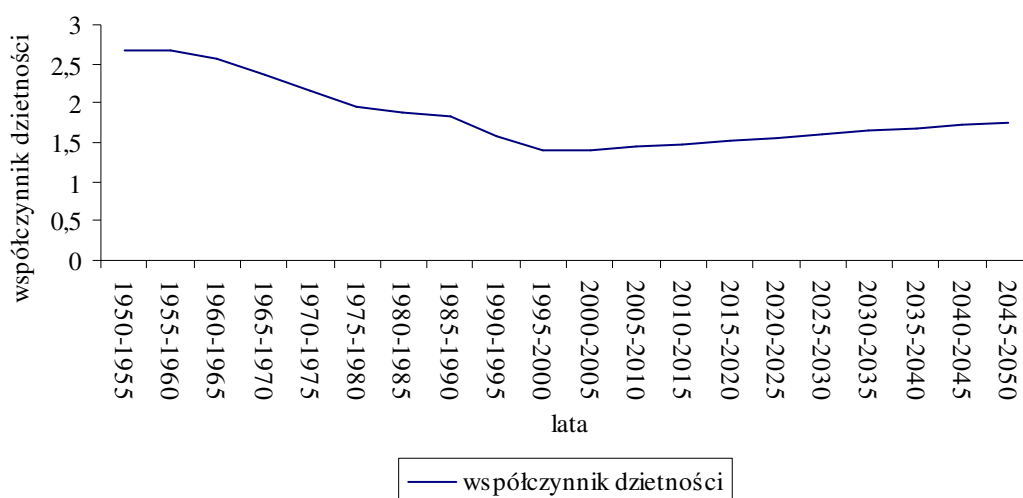
Przeciętna długości trwania życia ulegała znacznym przeobrażeniom w historii ludzkości. Przykładowo: u ludów pierwotnych wynosiła ona około 20 lat, w starożytnym Rzymie (w czasach Chrystusa)- około 23 lata, w XVI w. około 30 lat, a w XIX w. 47 lat⁴⁹. Obecnie mieszkańcy Europy żyją średnio dłużej niż kiedykolwiek w historii. Przeciętna długość życia Europejczyków wynosi 75 lat (mężczyźni 70,5, kobiety 78,8). Dodatkowo wydłuża się ona o 2 lata z każdą dekadą. W rezultacie tych zmian aż połowa dziewczynek i jedna trzecia chłopców urodzonych od początku XXI w. w krajach Unii Europejskiej ma szansę dożyć stu lat⁵⁰.

W krajach wysoko rozwiniętych wydłużaniu długości trwania życia towarzyszy równoległy proces depopulacji, czyli zmniejszania się liczby ludności. Proces ten wywołany jest spadkiem dzietności poniżej 2,1 dziecka przypadającego na kobietę, tj. poniżej poziomu prostej zastępowalności pokoleń. Rzeczywistą oraz prognozowaną zmianę współczynnika dzietności przedstawia rysunek 4.

⁴⁹ A.A. Zych, *Słownik...*, poz. cyt., s. 48.

⁵⁰ E. Sikora, *Starzenie się w europejskich programach badawczych*, materiały z Międzynarodowego Sympozjum Geriatrycznego *Multidyscyplinarne aspekty opieki geriatryczno-gerontologicznej*, 2-3.12.2005, Poznań, dokument dostępny na stronie internetowej www.hospicjum-domowe.poznan.pl/pliki/sesja5.pdf (5.06.2007).

Rysunek 4. Współczynnik dzietności w Europie w latach 1950-2050



Źródło: jak na rysunku 1.

W Europie w latach 1960-2000 współczynnik dzietności ulegał systematycznemu obniżaniu. W połowie XX w. jego wartość kształtowała się na poziomie 2,66, a na przełomie XX i XXI wieku wynosiła już tylko 1,4. Wyróżnić można dwie główne koncepcje przyczyn spadku dzietności. Pierwsza z nich zakłada przeniesienie nacisku z pomnażania liczby dzieci na podwyższanie ich „jakości” w miarę rozwoju ekonomicznego. Druga koncepcja tłumaczy spadek dzietności zmieniającymi się w miarę rozwoju społecznego postawami kobiet wobec macierzyństwa⁵¹.

W krajach Unii Europejskiej poziom dzietności jest dosyć zróżnicowany. Wyróżnić można grupy krajów:

- o niskiej dzietności, lecz dość bliskiej współczynnikowi zastąpienia (Francja i Irlandia- 1,9; Dania, Finlandia, Szwecja i Wielka Brytania- 1,8; Holandia i Luksemburg- 1,7; Belgia- 1,6; Cypr i Estonia- 1,5);

- o bardzo niskiej dzietności, poniżej 1,5 dziecka przypadającego na kobietę (Austria, Malta i Portugalia- 1,4; Czechy, Grecja, Hiszpania, Litwa, Łotwa, Niemcy, Polska, Słowacja, Węgry i Włochy- 1,3);

- o bardzo bardzo niskiej dzietności, poniżej 1,3 dziecka przypadającego na kobietę (Słowenia- 1,2)⁵².

Zróżnicowanie poziomu dzietności między poszczególnymi krajami wynika ze wzajemnego oddziaływania na siebie czynników makro (sytuacja gospodarcza, globalizacja,

⁵¹ A. Sen, *Rozwój i wolność*, Zysk i S-ka, Poznań 2002, s. 233.

⁵² J. Ciechański, *Bomba geriatryczna Europy. Część I*, „Ubezpieczenia Społeczne- teoria i praktyka”, 2007, nr 2 (47), s. 2.

transformacja społeczno-gospodarcza, instytucje państwa opiekuńczego i jego modele, polityka społeczna, trwałe czynniki kulturowe oraz zmiany zachodzące w wyznawanych wartościach) i mikro (model rodziny, poziom dochodów, poczucie bezpieczeństwa, warunki mieszkaniowe)⁵³.

Współczesne przekształcenia demograficzne polegające na starzeniu się społeczeństwa charakterystyczne są dla wszystkich cywilizacji postindustrialnych. Według teorii drugiego przejścia demograficznego⁵⁴ sformułowanej przez D.J. van de Kaa za początek zasadniczych zmian w strukturze wiekowej ludności należy uznać lata sześćdziesiąte XX wieku, kiedy to w krajach wysoko rozwiniętych *nastąpił zwrot ku wartościom postmaterialnym, zorientowanym na indywidualizację życia, osłabienie zaangażowania w wartości związane z tradycją, rodziną, wysoką płodnością, macierzyństwem*⁵⁵. Istotę zmian charakterystycznych dla drugiego przejścia demograficznego van de Kaa określił jako:

- zmniejszanie znaczenia małżeństwa jako formy współżycia ludzi na rzecz kohabitacji;
- przejście od modelu rodziny „dziecko z rodzicami” (the king-child with parents), gdzie dominująca jest rola przedstawicieli najmłodszego pokolenia, do modelu „rodzice z dzieckiem” (the king-pair with a child), gdzie dominująca jest rola rodziców;
- przejście od zapobiegawczej antykoncepcji do świadomej prokreacji;
- przejście od homogenicznych typów rodzin i gospodarstw domowych do form różnorodnych⁵⁶.

Pomimo tego, że teoria drugiego przejścia demograficznego skupia się w głównej mierze na zmianach w obszarze małżeństwa i rozrodczości, odgrywa ona również znaczącą rolę w badaniach gerontologicznych. Wynika to z dwóch powodów. Po pierwsze: efektem tych zmian jest spadek dzietności powodujący (wraz z wydłużaniem się długości życia ludzkiego) demograficzne starzenie się populacji oraz powstanie i utrwalenie struktury nazywanej „odwróconą piramidą demograficzną”⁵⁷. Po drugie: przeobrażenia w modelu rodziny implikują

⁵³ Tamże, s. 3.

⁵⁴ Przez wielu demografów nazywanie tego zjawiska „teorią”, przez co nadaje mu się uniwersalny charakter, jest przedwczesne. Nie ma również pewności czy omawiane zjawisko ma charakter transformacji z jednego względnie stabilnego stanu do innego (co stanowi istotę przejścia demograficznego), czy są to raczej jednokierunkowe zmiany wielu zachowań demograficznych, M. Okólski, *Demografia. Podstawowe pojęcia, procesy i teorie w encyklopedycznym zarysie*, Scholar, Warszawa 2005, s. 144.

⁵⁵ E. Trafiałek, *Zmiany demograficzne a zadania współczesnej polityki społecznej*, [w:] A. Rączaszek (red.), *Sześćdziesiąt lat polityki społecznej w Polsce. Księga pamiątkowa na jubileusz osiemdziesięciolecia prof. zw. dr hab. Lucyny Frąckiewicz*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Katowice 2006, s. 191.

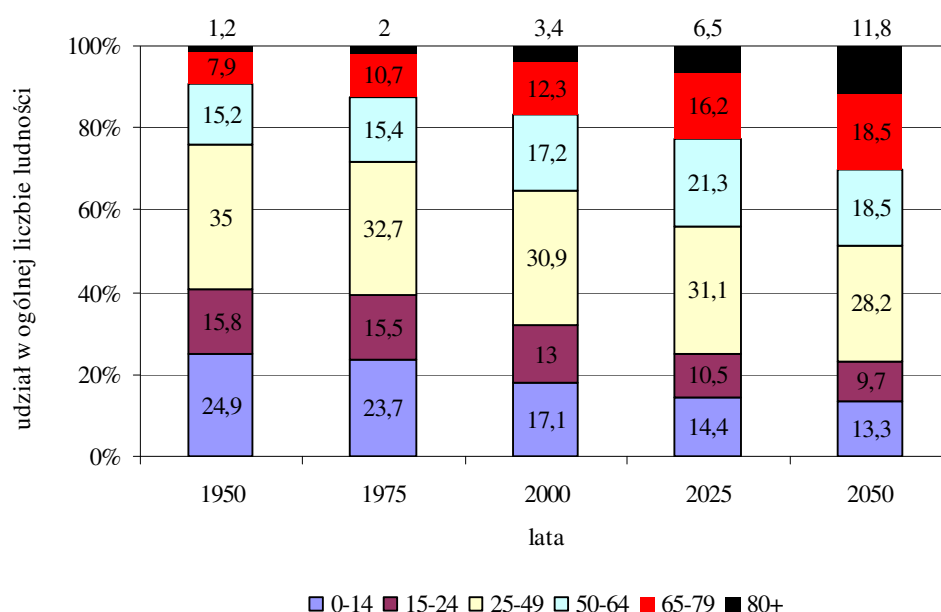
⁵⁶ I. E. Kotowska, *Zmiany modelu rodziny. Polska – kraje europejskie*, „Polityka Społeczna”, 2002, nr 4 (337), s. 2.

⁵⁷ Por. E. Trafiałek, *Zmiany...*, poz. cyt., 192.

zmiany w jej strukturze i funkcjach, efektem czego jest zmiana miejsca i roli osoby starej w rodzinie.

Wskutek zmian wywołanych drugim przejściem demograficznym, w krajach Unii Europejskiej poważnie zachwiane zostają proporcje między różnymi grupami wiekowymi ludności (rys. 5). W 2005 roku udział ludzi starych w populacji wynosił 16,5%, natomiast dzieci (poniżej 15 lat) 16,4%⁵⁸. Oznacza to, że po raz pierwszy w dziejach ludzkości liczba ludzi starych przewyższyła liczbę dzieci.

Rysunek 5. Udział poszczególnych grup wiekowych w ogólnej liczbie ludności krajów UE-25 w latach 1950-2050



Źródło: Zielona księga "Wobec zmian demograficznych: nowa solidarność między pokoleniami", Komunikat Komisji Europejskiej, Bruksela 2005, s. 24.

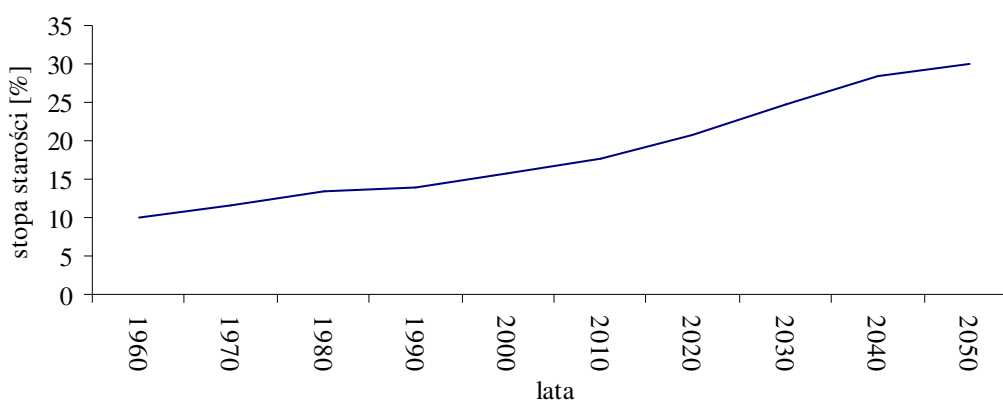
Prognozuje się, że pierwsza połowa XXI będzie okresem znacznego obniżenia udziału dzieci (poniżej 15 lat) w populacji, a także ludzi w wieku 15-24 lat (rys. 5). Najprostszą metodą łagodzenia niedoboru urodzeń oraz uzupełniania struktury ludności poszczególnych społeczeństw wydaje się być wykorzystanie ruchów migracyjnych. Jednak w opinii J. Ciechańskiego *ludność Europy nie da się uzupełnić imigracją. Nie ma tylu imigrantów na świecie, aby utrzymać obecną strukturę wiekową ludności państw europejskich. Poza tym masowa imigracja zlikwidowałaby tożsamość kulturową Europy, a już dzisiejszy jej poziom powoduje w wielu państwach europejskich napięcia społeczne i polityczne wręcz groźne dla*

⁵⁸ Por. *Europe in figures – Eurostat yearbook 2006-2007*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxemburg 2007, s. 54.

demokracji⁵⁹. Ponadto P. Buchanan dodaje, że *imigracja grozi dekonstrukcją kraju (...) oraz przekształceniem go w konglomerat narodów, które nie mają ze sobą prawie nic wspólnego- ani historii, ani bohaterów, ani języka, ani kultury, ani wiary, ani tych samych przodków*⁶⁰.

W UE-25 najdynamiczniej wzrasta liczebność i udział procentowy najstarszych grup wiekowych. Rzeczywistą i prognozowaną zmianę stopy starości w krajach UE-25 przedstawia rysunek 6.

Rysunek 6. Stopa starości w UE-25 w latach 1960-2050



Źródło: opracowanie własne na podstawie *Europe in figures – Eurostat yearbook 2006-2007*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxemburg 2007, s. 54.

W latach 1960-2050 w Unii Europejskiej stopa starości wzrośnie trzykrotnie (z 10% do 30%). Największy wzrost liczby i odsetka seniorów nastąpi w okresie 2010-2020, kiedy próg starości zaczną przekraczać osoby z powojennego wyżu (tzw. *baby-boomers*), a następnie w okresie 2040-2050, wtedy w fazę starości wchodzić zaczną ich dzieci, przedstawiciele tzw. echa powojennego wyżu⁶¹.

Skutki tak poważnych zmian w strukturze ludności według wieku wywołują powszechne obawy. Jeszcze nie tak dawny strach przed eksplozją demograficzną i przeludnieniem ziemi⁶² zastąpiła obawa przed, jak ją określił J. Ciechański, bombą geriatryczną⁶³ i powiązaną z nią groźbą depopulacji. Coraz częstsze są apokaliptyczne wizje związane ze zmianami demograficznymi. Przykładowo P. Buchanan twierdzi, że *Zachód umiera. Jego narody*

⁵⁹ J. Ciechański, poz. cyt., s. 1.

⁶⁰ P. Buchanan, *Śmierć Zachodu*, Wektory, Wrocław 2005, s. 17-18.

⁶¹ Jest to efekt tzw. „falowania demograficznego”, które powstaje na skutek naprzemiennego pojawiania się wyżów i niżów demograficznych.

⁶² Na międzynarodowej konferencji ONZ w Bukareszcie z 1974 r. uznano przeludnienie jako priorytetowy problem światowy.

⁶³ J. Ciechański, poz. cyt., s. 1.

mają ujemny przyrost naturalny , liczba ludności nie wzrasta, ale się kurczy. (...) Obecnie, w siedemnastu europejskich krajach więcej jest pogrzebów niż narodzin, więcej trumien aniżeli kołysek. (...) Nowy hedonizm najwyraźniej nie potrafi zaoferować ludziom żadnego poczucia celowości życia. (...) Człowiek Zachodu uwolniony od obowiązku cywilizowania i chrystianizowania ludzkości, pławiąc się luksusem i rozpasaniu, zdaje się tracić wolę życia i najwyraźniej pogodził się z nieuchronnie nadciągającą śmiercią⁶⁴. Zdaniem Ch. Godina, jeżeli współczynnik dzietności utrzyma się na poziomie 1,4 dziecka przypadającego na kobietę, to gatunek ludzki zaginie całkowicie około 2400 roku⁶⁵. *Nie jest to Apokalipsa. Nasza planeta nie pęka jak orzech po wybuchu bomby atomowej. Nie, my umieramy ze starości*⁶⁶.

1.2. Polityka społeczna wobec ludzi starych- koncepcje, zadania, modele

Starzenie się ludności rozpatrywane w dowolnej skali przestrzennej jest przedmiotem zainteresowania badaczy od wielu dziesięcioleci. Odmiennie przedstawia się natomiast sytuacja w zakresie badania następstw oraz konsekwencji tego procesu⁶⁷. Współczesne przeobrażenia w strukturze wiekowej ludności powodują, że *cała organizacja społeczeństwa i wszystkie działające w nim systemy społeczne ulegają mniejszemu lub większemu przeobrażeniu*⁶⁸. Powstają nowe potrzeby szczególnie w takich obszarach jak rynek pracy, ubezpieczenia społeczne, opieka medyczna, pomoc społeczna. Ich realizacja wymaga ustalenia konkretnych zobowiązań rodziny, społeczeństwa oraz władz publicznych.

Proces demograficznego starzenia uznaje się za jedną z podstawowych kwestii społecznych⁶⁹ współczesnych czasów⁷⁰. Nie oznacza to jednak, że ludzie starzy stanowią szczególnie dotkliwy problem dla społeczeństwa. Problemem są zmiany zachodzące w strukturze demograficznej ludności oraz ich ekonomiczne, społeczne, medyczne i kulturowe konsekwencje⁷¹.

⁶⁴ P. Buchanan, poz. cyt., s. 10.

⁶⁵ Ch. Godin, *Koniec ludzkości*. WAM, Kraków 2004, s. 12.

⁶⁶ Tamże, s. 13.

⁶⁷ J.T. Kowaleski, M. Pietruszek, *Miejsce osób w starszym wieku w strukturze demograficznej mieszkańców Polski*, [w:] J.T. Kowaleski (red.), *Ludzie starzy w polskim społeczeństwie w pierwszych dekadach XXI wieku*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2006, s. 29-30.

⁶⁸ E. Rosset, *Trwanie życia ludzkiego*, Wydawnictwo PAN Wydział Nauk Społecznych Ossolineum, Wrocław 1979, s. 25.

⁶⁹ Termin „kwestia społeczna” oznacza wyodrębnioną grupę problemów społecznych o szczególnej dotkliwości. B. Rysz-Kowaczy, *Teoria kwestii i problemów społecznych*, [w:] G. Firlit-Fesnak, M. Szyłko-Skoczny (red.), *Polityka społeczna. Podręcznik akademicki*, PWN, Warszawa 2007, s. 185.

⁷⁰ Por. S. Golinowska, *Przyszłość państwa opiekuńczego i systemu zabezpieczenia społecznego*, „Polityka Społeczna”, 2005, nr 11-12 (380-381), s. 2.

⁷¹ Por. E. Trafiałek, *O nową politykę społeczną wobec starości*, [w:] Frąckiewicz L. (red.), *Polska a Europa, Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Proces starzenia się społeczeństwa i jego wyzwania dla polityki*

Nauką lub działalnością praktyczną, która wiąże się z zaspokajaniem wybranych potrzeb społecznych, a także diagnozowaniem i rozwiązywaniem kwestii społecznych, jest polityka społeczna.

Brak jest jednej, powszechnie uznanej, definicji polityki społecznej. Jednoznaczne wyjaśnienie tego terminu budzi wiele wątpliwości i kontrowersji⁷². Wynika to przede wszystkim z faktu, że jest to kategoria wielowymiarowa i wewnętrznie złożona, której cele realizowane są przez działania podmiotów z różnych sektorów społecznej aktywności⁷³. Ponadto koncepcje i narzędzia polityki społecznej podlegają dynamicznym przeobrażeniom w czasie. Z tego powodu często odchodzi się od prób teoretycznego ustalania jej istoty twierdząc, że stanowi ona kategorię historyczną nie poddającą się systematyzacji⁷⁴. Dokonuje się jednak pewnych uogólnień, w których eksponowane są wybrane, zdaniem poszczególnych autorów kluczowe, zagadnienia. Można więc wyróżnić definicje polityki społecznej, w których nawiązuje się do potrzeb, kwestii społecznych, integracji społecznej, ładu społecznego, rozwoju społecznego, sprawiedliwości społecznej, bezpieczeństwa socjalnego, dobrobytu.

Określanie polityki społecznej z perspektywy potrzeb sprowadza się do stwierdzenia, iż jest to działalność polegająca na zabezpieczeniu jednostki lub grupy osób przed deprivacją potrzeb, zarówno tych elementarnych, niezbędnych dla fizycznego przetrwania, jak i tych wyższego rzędu, służących rozwojowi. Ponadto często podkreśla się, że polityka społeczna nie tylko zaspokaja potrzeby, ale również odpowiada za ich kreowanie⁷⁵. Opierając się na katalogu potrzeb wymagających interwencji ze strony podmiotów polityki społecznej wyróżnia się szereg polityk szczegółowych stanowiących poszczególne działy polityki społecznej, na przykład: polityka zatrudnienia, polityka zabezpieczenia społecznego, polityka ochrony zdrowia, polityka mieszkaniowa, polityka edukacyjna, polityka organizacji wypoczynku i czasu wolnego.

Potrzeby ludzi kształtują się odmiennie w różnych fazach ich życia, warunkowane są sytuacją rodzinną, zawodową, materialną, stanem zdrowia, sprawnością psychofizyczną. Z

społecznej, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Katowice 2002, s. 183; E. Trafiałek, *Zmiany...*, poz. cyt., s. 194.

⁷² Por. R. Szarfenberg, *Definicje polityki społecznej*, [w:] B. Rysz-Kowalczyk, B. Szatur-Jaworska (red.), *Wokół teorii polityki społecznej*, ASPRA-JR, Warszawa 2003, s. 39-52; R. Szarfenberg, *Krytyka i afirmacja polityki społecznej*, ASPRA-JR, Warszawa 2006, s. 13-16.

⁷³ W państwie demokratycznym można wyróżnić trzy sektory społecznej aktywności: publiczny (obejmujący administrację państwową i samorządową oraz instytucje im podlegające), komercyjny i społeczny. G. Spytek-Bandurska, *Sektory, podmioty, poziomy i organizacja polityki społecznej*, [w:] G. Firlit-Fesnak, M. Szyłko-Skoczny, poz. cyt., s. 185.

⁷⁴ J. Zarzeczny, *Teoretyczne podstawy a praktyka funkcjonowania sektora socjalnego w Polsce. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001, s. 34.

⁷⁵ B. Szatur-Jaworska, *Diagnozowanie w polityce społecznej. Materiały do studiowania*, ASPRA-JR, Warszawa 2005, s. 29.

tego powodu w systemie polityki społecznej funkcjonują takie polityki, które skierowane są na określone grupy społeczne, które wyróżnione zostały ze względu na wspólny i specyficzny zespół potrzeb, na przykład: polityka społeczna wobec rodzin wielodzietnych, polityka społeczna wobec osób niepełnosprawnych.

W zależności od tego, czy działania polityki społecznej skierowane są na określony typ potrzeb czy grupę społeczną, spośród polityk szczegółowych wyróżnić można odpowiednio polityki przedmiotowe (tzw. branżowe) i podmiotowe⁷⁶.

Nie jest pewne, czy ludzie starzy, jako grupa społeczna, są wyodrębnionymi i autonomicznymi adresatami działań polityki społecznej. Zgodnie z rekomendacją Organizacji Narodów Zjednoczonych polityka państwa odnosząca się do ludzi starych powinna być regulowana specjalną ustawą. Seniorzy bronią się jednak przed specjalnym traktowaniem, upatrując w tym przejawów dyskryminacji ze względu na wiek⁷⁷. Można więc spotkać się ze sprzecznymi opiniami dotyczącymi tworzenia odrębnych instytucji i regulacji prawnych odnoszących się do osób starszych⁷⁸.

W Polsce większość działań podejmowanych na rzecz osób starszych ma charakter uniwersalny, czyli odnoszą się one również do innych grup ludności. Działania te realizowane są w ramach wielu polityk branżowych takich jak: zabezpieczenie społeczne, polityka mieszkaniowa, polityka zdrowotna, polityka kulturalna. Takie podejście do rozwiązywania problemów starości i ludzi starych spotyka się jednak z powszechną krytyką. Wynika ona z faktu, że tak jak suma polityk szczegółowych nie oddaje sensu polityki społecznej, tak suma działań wobec ludzi starych realizowanych w ramach poszczególnych polityk branżowych nie oddaje sensu polityki społecznej wobec ludzi starych.

Wyodrębnienie populacji ludzi starych jako autonomicznego adresata działań podmiotów polityki społecznej prowadzi do równoczesnego wyodrębnienia polityki szczegółowej, stanowiącej subdyscyplinę polityki społecznej, którą jest polityka społeczna wobec ludzi starych. Przemawiają za tym następujące przesłanki:

- demograficzne (związane z procesem starzenia się ludności),
- ekonomiczne (odnoszące się do materialnej kondycji gospodarstw domowych ludzi starych),
- zdrowotne (związane ze stanem zdrowia i poziomem sprawności ludzi starych),

⁷⁶ B. Szatur-Jaworska, *Ludzie starzy...*, poz. cyt., s. 108.

⁷⁷ Por. m.in. A.A. Zych, *Człowiek wobec starości*, Interart, Warszawa 1995, s. 131, 135; L. Frąckiewicz, *Karta praw człowieka starego*, Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa 1985, s. 4, 5.

⁷⁸ Por. Tokarz B. (red.), *My też! Seniorzy w Unii Europejskiej*, Akademia Rozwoju Filantropii, Warszawa 2004, s. 12-23.

- społeczne (wynikające z funkcjonowania ludzi starych w rodzinie, środowisku i lokalnej społeczności),
- kulturowe (wynikające ze stosunku społeczeństwa do ludzi starych i problemu starości),
- prawne i instytucjonalne (obejmujące system regulacji prawnych dotyczących zabezpieczenia na starość oraz ofertę różnorodnych podmiotów w zakresie pomocy ludziom starym)⁷⁹.

Tak jak nie ma jednej, powszechnie akceptowanej w literaturze przedmiotu definicji polityki społecznej, tak nie ma również zgodności co do określenia roli polityki społecznej wobec ludzi starych. Przegląd polskich definicji z tego obszaru zaprezentowany został w tabeli 3.

B. Szatur-Jaworska podkreśla konieczność rozróżnienia dwóch perspektyw poznawczych polityki społecznej: strukturalną (której przedmiotem badania jest zbiorowość ludzi starych) oraz cyklu życia (której przedmiotem badania jest starość jako faza życia)⁸⁰. Polityka społeczna wobec starości jest elementem polityki społecznej wobec cyklu życia i określa taką politykę społeczną, *która ma na celu wspomaganie jednostek w radzeniu sobie z kryzysami rozwojowymi i sytuacjami, które są typowe- w określonych warunkach historycznych- dla tej fazy życia; zapewnienie starości pozycji równoprawnej z innymi fazami życia oraz kształtowanie jej pozytywnego obrazu w świadomości społecznej*⁸¹. Według tej autorki jednoczesne stosowanie obu perspektyw poznawczych prowadzi do wzbogacenia problematyki badawczej, a diagnoza, uzyskana w wyniku takich badań, jest pełniejsza i daje podstawy do formułowania bardziej całościowego programu polityki społecznej. Należy jednak pamiętać, że rozróżnienie między polityką społeczną wobec starości i polityką społeczną wobec ludzi starych ma charakter bardziej analityczny niż praktyczny⁸².

⁷⁹ P. Błędowski, *Lokalna...*, poz. cyt., s. 115-164.

⁸⁰ B. Szatur-Jaworska, *Ludzie starzy...*, poz. cyt., s. 109.

⁸¹ Tamże, s. 123.

⁸² Tamże, s. 15, 125.

Tabela 3. Przykłady rozumienia polityki społecznej wobec ludzi starych

Autor	Treść definicji lub określenia
B. Szatur-Jaworska	Przez politykę społeczną wobec ludzi starych rozumie taką politykę społeczną, której celem jest stwarzanie- obecnie i na przyszłość- warunków zaspokojenia potrzeb ludzi starych oraz kształtowanie odpowiednich relacji pomiędzy starszym pokoleniem a młodszymi generacjami, drogą ograniczania uzależnienia starszych od młodszych, zapobiegania marginalizacji ludzi starych oraz kształtowania stosunków międzypokoleniowej solidarności. W przypadku działań strategicznych wynikających z prognoz demograficznych, polityka społeczna wobec ludzi starych staje się polityką wobec starzenia się ludności, określającą gospodarczą i społeczną strategię państwa wobec przyrostu populacji ludzi starych
P. Błędowski	Polityka społeczna wobec ludzi starych jest to system działań, skierowanych do osób w wieku poprodukcyjnym oraz ich rodzin. Działania te mają na celu wszechstronną kompensację malejących z wiekiem możliwości samodzielnego zaspokajanie potrzeb oraz integrację z lokalną społecznością. Polityka ta nakierowana jest przede wszystkim na ograniczanie deficytów, rozumianych jako obszary życia społecznego seniorów, w których poczucie ich satysfakcji oraz bezpieczeństwa socjalnego jest najniższe i staje się powodem odczuwanego dyskomfortu
Z. Woźniak	Polityka społeczna wobec seniorów jest to zbiór celów, strategii i działań systemowych oraz legislacyjnych podejmowanych zarówno na poziomie krajowym, regionalnym jak i lokalnym w celu utrzymania i/lub poprawy statusu społecznego oraz warunków życiowych osób starych, zwiększających ich możliwość prowadzenia aktywnego i niezależnego życia
Rządowa Rada Ludnościowa	Polityka wobec ludzi starych i starości ma na celu stwarzanie warunków optymalnych dla zaspokojenia potrzeb ludzi starych, kształtowania odpowiednich relacji pomiędzy generacjami, ograniczanie uzależnienia starszych od młodszych, zapobieganie wykluczeniu ludzi starych oraz kształtowanie solidarności międzypokoleniowej
J. Auleytner	Politykę społeczną wobec osób starszych określa jako politykę realizacji interesów osób starszych
K. Głąbicka	Polityka wobec osób starych jest sztuką dokonywania wyborów między zwiększaniem obciążeń finansowych ludności pracującej a poprawą warunków życia starszej ludności

Źródło: B. Szatur-Jaworska, *Ludzie starzy...*, poz. cyt., s. 109, 121; P. Błędowski, *Lokalna...*, poz. cyt., s. 175; P. Błędowski, *Ludzie starzy a polityka społeczna*, [w:] B. Synak (red.), *Polska starość*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2003, s. 294; Z. Woźniak, *Priorytety w programach gerontologicznych organizacji międzynarodowych i struktur europejskich jako przesłanka budowy polityki społecznej wobec starości i osób starszych*, referat zaprezentowany na konferencji *Starzenie się populacji wyzwaniem dla polityki społecznej*, Kraków 2003, www.rops.krakow.pl/publikacje/1_21.pdf (5.04.2008); *Sytuacja demograficzna Polski i założenia polityki ludnościowej w Polsce- Raport 2004*, Rządowa Rada Ludnościowa, www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/bip/BIP_raport_RRL_2004.pdf (1.04.2008); J. Auleytner, *Polska polityka społeczna. Ciągłość i zmiany*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Warszawa 2004, s. 158-159; K. Głąbicka, *Polityka społeczna państwa polskiego w progu członkostwa w Unii Europejskiej*, Wydawnictwo Instytutu Technologii Eksploatacji, Radom 2004, s. 139.

Starość, zwłaszcza późna, to okres niekorzystnych zmian mogących powodować strukturalną zależność od otoczenia. Zależność ta ma zróżnicowane podłoże. Jej źródłem może być utrata zdolności zarobkowania, obniżenie statusu materialnego, utrata ról społecznych, zły stan zdrowia, ograniczenie sprawności psychofizycznej, brak szacunku i uznania, alienacja społeczna czy wykluczenie poza istotne obszary życia społecznego. Właśnie w strukturalnym uzależnieniu ludzi starych upatruje się istotę społecznej kwestii ludzi starych⁸³.

W niniejszym opracowaniu proponuje się rozumieć politykę społeczną wobec ludzi starych jako system spójnych działań, podejmowanych przez różnorodne podmioty (publiczne, społeczne, gospodarcze), mających na celu ograniczanie lub niwelowanie zależności osób starych od otoczenia. W wymiarze ekonomicznym działalność ta polega na zapewnieniu ludziom starym środków finansowych, a tym samym możliwości zaspokojenia potrzeb materialnych; w wymiarze społecznym- integracji społecznej ludzi starych oraz kształtowaniu właściwych relacji między generacjami; w wymiarze psychologicznym- zapobieganiu deprivacji potrzeb duchowych i emocjonalnych osób starych, zapewnieniu rozwoju ich osobowości, a także zaspokajaniu potrzeb wyższego rzędu (uznania, szacunku, dążenia do wiedzy, etc.); w wymiarze funkcjonalnym- wspieraniu samodzielności osób starych w wykonywaniu czynności dnia codziennego, a także zapewnieniu opieki medycznej, pielęgnacji i usług opiekuńczych. Definicja ta nawiązuje do proponowanej wcześniej definicji starości osobniczej, określonej w kontekście zależności.

Ograniczanie zależności osób starych od otoczenia to działania o charakterze prewencyjnym, tożsame z podtrzymywaniem zdolności do samodzielnego zaspokajania potrzeb, promowaniem zdrowego i aktywnego starzenia się. Niwelowanie tych zależności to z kolei działania o charakterze interwencyjnym, polegające na udzielaniu pomocy w zaspokajaniu potrzeb, które samodzielnie zaspokojone zostać nie mogą. Na przykład w wymiarze ekonomicznym ograniczanie zależności to podtrzymywanie aktywności ekonomicznej i zdolności samodzielnego zarobkowania przez osobę starszą, a niwelowanie zależności oznacza zapewnienie jej świadczeń emerytalnych. W wymiarze społecznym ograniczanie zależności może wiązać się z aktywowaniem i wykorzystywaniem potencjału tkwiącego w populacji ludzi starszych, podczas kiedy niwelowanie zależności w tym wymiarze oznacza integrację seniorów społecznie wykluczonych lub izolowanych. Ograniczanie zależności psychologicznej to umożliwienie rozwoju osobowości i zapobieganie deprivacji potrzeb emocjonalnych, duchowych, kulturowych i edukacyjnych, natomiast niwelowanie zależności w tym wymiarze to

⁸³ Por. tamże, s. 14, 59.

udzielanie wsparcie psychologicznego. W wymiarze funkcjonalnym ograniczanie zależności to wspieranie możliwości samodzielnego wykonywania codziennych czynności, rehabilitacja; a niwelowanie zależności funkcjonalnej oznacza dostarczanie osobie niesamodzielnej usług opiekuńczych, pielęgnację.

Pojęcie zależności nierozzerwalnie wiąże się z otoczeniem. Istotne jest zatem sprecyzowanie i dookreślenie tego otoczenia. Osoby starsze mogą być zależne od:

- osób drugih, w zakresie najprostszych potrzeb związanych ze sprawnym funkcjonowaniem (zależność funkcjonalna), potrzeb emocjonalnych (zależność psychologiczna);
- lokalnej społeczności, w zakresie potrzeb związanych z poczuciem przynależności, szacunku i uznania (zależność społeczna);
- młodszych generacji, w zakresie systemu zabezpieczenia społecznego (uzależnienie systemowe, repartycyjne) opartego na zasadzie sprawiedliwości międzypokoleniowej, obrazuje ją wskaźnik obciążenia demograficznego (zależność ekonomiczna).

Wydawać się może, że działania podejmowane w ramach polityki społecznej wobec ludzi starych powinny być skierowane wyłącznie do ludzi starych. Z. Kawczyńska-Butrym twierdzi jednak, że *nie można w sposób optymalny pomóc człowiekowi starszemu mieszkającemu w rodzinie, nie wspierając rodziny w jej funkcjach opiekuńczych*⁸⁴, dlatego realizacja interesów osób w podeszłym wieku powinna uwzględniać także tych członków rodzin, którzy są ich naturalnymi opiekunami. Ma to na celu stwarzanie warunków życia dla człowieka, który w rodzinie przychodzi na świat, rozwija się w niej i w niej powinien przeżyć ostatnie lata⁸⁵. Podobnie przedstawia się sytuacja w przypadku członków społeczności lokalnej, w której funkcjonują osoby starsze. W literaturze przedmiotu często podkreśla się, że działania polityki społecznej wobec ludzi starych powinny być prowadzone także w odniesieniu do tych osób, które nie są jeszcze stare, ale ze względu na dojrzały wiek wymagają przygotowania do starości. W szerokiej perspektywie zakres podmiotowy polityki społecznej wobec ludzi starych powinien obejmować więc całe społeczeństwo.

Zakres przedmiotowy polityki społecznej wobec ludzi starych rozpatrywany jest w dwóch ujęciach⁸⁶. W wąskim ujęciu (które można nazwać polityką socjalną wobec ludzi starych) polityka ta utożsamiana jest wyłącznie ze świadczeniami pieniężnymi (transferami socjalnymi) oraz, ewentualnie, opieką zdrowotną i usługami opiekuńczymi. Tak pojęta polityka

⁸⁴ cyt. za: P. Błędowski, W. Pędich, *Opiekunowie rodzinni jako podstawowe źródło opieki domowej nad niesprawnymi osobami starszymi*, [w:] P. Błędowski (red.), *Między transformacją a integracją. Polityka społeczna wobec problemów współczesności*, Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa 2004, s. 182.

⁸⁵ L. Dyczewski, *Ludzie starzy i starość w społeczeństwie i kulturze*, KUL, Lublin 1994, s. 59.

⁸⁶ Por. P. Błędowski, *Polityka społeczna wobec problemu niepełnosprawności osób starszych*, [w:] A. Rączaszek (red.), poz. cyt., s. 413.

społeczna ogranicza lub niweluje zależność ludzi starych wyłącznie w wymiarze ekonomicznym i funkcjonalnym, czyli odpowiada za zaspokajanie potrzeb materialnych oraz zapewnienie możliwości sprawnego funkcjonowania. Oznacza to, że ogranicza się ona jedynie do zabezpieczenia socjalnego, które wpływa na poziom życia ludzi starych. W szerokim ujęciu polityka społeczna wobec ludzi starych odnosi się do wszechstronnych działań podejmowanych na ich rzecz; obejmuje politykę socjalną oraz wszystkie inne elementy (takie jak integracja, aktywizacja czy edukacja), wpływające nie tylko na poziom, ale również na jakość życia ludzi starych.

W ramach szerokiego ujęcia wyróżnia się „pozytywną” politykę społeczną wobec ludzi starych. Charakteryzuje się ona tym, że główny nacisk kładzie na „miękkie” obszary tejże polityki, takie jak poprawa doświadczeń życiowych seniorów czy stworzenie środowiska oferującego szansę aktywnego uczestnictwa ludzi starych w różnych aspektach życia społecznego. Czynnikiem składowym pozytywnego starzenia się są przede wszystkim: perspektywa starzenia się we własnym środowisku, okazje udzielania się i bycia potrzebnym, a także możliwość wyboru dowolnego stylu życia⁸⁷.

Wąskie ujęcie przedmiotowe polityki społecznej wobec ludzi starych jest pierwotne w stosunku do ujęcia szerokiego. Początkowo ludzi starych kojarzono ze sferą polityki społecznej wyłącznie w kontekście świadczeń emerytalnych, opieki zdrowotnej oraz pomocy społecznej⁸⁸. Zauważono jednak, że sprowadzanie problemu starości przede wszystkim do rozwiązań ekonomicznych i prawnych w obszarze zatrudnienia, konsumpcji czy pielęgnacji powoduje, że śmierć biologiczna ludzi starych poprzedzana jest długim okresem społecznego umierania⁸⁹. E. Rosset stwierdza, że *postawa humanistyczna wymaga pełnego zrozumienia potrzeb i aspiracji człowieka starego. Wymaga też możliwie szerokiego ich uwzględnienia przez państwo i społeczeństwo. Sens walki o przedłużenie życia ludzkiego byłby gruntownie podważony, jeśli nie przekreślony, gdyby uznać ludzi starych za „balast społeczny”, gdyby odmawiano im szacunku i uznania, gdyby zabrakło dla nich miejsca w społeczeństwie*⁹⁰. Z tego powodu dominują obecnie postulaty poszerzania zakresu przedmiotowego polityki spo-

⁸⁷ *Positive Ageing Policy*, Hasting District Council, Hasting 2007, s. 2, dokument dostępny na stronie internetowej www.hastingsdc.govt.nz/community/ageing/pas.pdf (4.04.2008).

⁸⁸ Por. J. Łopato, *Ludzie starsi na wsi*, [w:] A. Piekara, J. Supińska (red.), *Polityka społeczna w okresie przemian*, PWE, Warszawa 1985, s. 467.

⁸⁹ Por. B. Tryfan, *Starość...*, poz. cyt., s. 37.

⁹⁰ E. Rosset, *Trwanie...*, poz. cyt., s. 19.

łecznej wobec ludzi starych⁹¹. Dla przykładu B. Szatur-Jaworska wyróżniła siedem obszarów zadaniowych (nazwanych dziedzinami) tejże polityki (tab. 4).

Tabela 4. Dziedziny i zadania polityki społecznej wobec ludzi starych

Dziedzina polityki społecznej wobec ludzi starych	Zadania szczegółowe wobec osób starych
zatrudnienie	- tworzenie warunków sprzyjających kontynuacji pracy - możliwość łączenia emerytury z pracą zawodową
dochody	- zapewnienie źródła dochodu i ograniczenie zasięgu ubóstwa - niwelowanie dysproporcji dochodowych między populacją w wieku produkcyjnym a populacją w wieku poprodukcyjnym
ochrona zdrowia	- wydłużanie trwania życia i zmniejszanie zachorowań - zapewnienie dostępu do opieki zdrowotnej
pomoc społeczna	- zapewnienie opieki w miejscu zamieszkania lub w instytucji - zapewnienie pomocy stacjonarnej - świadczenia pieniężne dla ubogich seniorów
mieszkanie	- dostosowywanie warunków mieszkaniowych do wieku i poziomu sprawności
organizacja czasu wolnego	- zapewnienie dostępu do podstawowych form uczestnictwa w kulturze oraz umożliwienie czynnego wypoczynku
partycypacja i integracja społeczna	- sprzyjanie społecznej aktywności ludzi starych

Źródło: opracowanie własne na podstawie: B. Szatur-Jaworska, *Polityka społeczna wobec ludzi starych-propozycja wskaźników oceny*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Proces starzenia się ludności: potrzeby i wyzwania*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2002, s. 33.

Do kluczowych obszarów zadaniowych (dziedzin) polityki społecznej wobec ludzi starych, poza wyszczególnionymi powyżej, często zalicza się także: edukację (Uniwersytety Trzeciego Wieku uważane są za istotny element systemu kształcenia ustawicznego), transport (posiadanie dostępu do transportu prywatnego lub publicznego jest ważnym wyznacznikiem możliwości uczestnictwa seniorów w życiu społecznym), technologie informacyjno-komunikacyjne (możliwość korzystania z dostępnych i przyjaznych mass-mediów; zapobieganie „e-wykluczeniu” osób starszych) oraz bezpieczeństwo (wolność od zagrożeń).

⁹¹ Według L. Frąckiewicz rozwiązywanie problemów ludzi starych nie może ograniczać się jedynie do utrzymywania ich przy życiu oraz zaspokajania potrzeb materialnych, lecz wymaga również dbania o jakość ich życia. L. Frąckiewicz, *Spoleczne problemy ludzi starych*, [w:] R. Rauziński, T. Słodra-Gwiżdż, K. Szczygieski (red.), *Sytuacja społeczno-gospodarcza Śląska. Szanse i zagrożenia*, Instytut Śląski, Opole 2006, s. 57; Podobnego zdania jest P. Błędowski, który twierdzi, że *polityka społeczna wobec ludzi starych nie może być wyłącznie polityką organizowania pomocy ludziom starym, ale powinna być polityką pomocy w organizowaniu ich życia*. P. Błędowski, *Lokalna...*, poz. cyt., s. 231.

Stosunek do człowieka starego jest miarą humanistycznych stosunków w społeczeństwie⁹², a tym samym jakość polityki społecznej wobec ludzi starych realizowanej w danym kraju może stanowić wyznacznik jego kultury i rozwoju. Z tego właśnie powodu za jedno z najistotniejszych zadań polityki społecznej wobec ludzi starych można uznać zapewnienie godnego przeżywania okresu starości, a także zapobieganie i przeciwdziałanie wszelkimi przejawom dyskryminacji ze względu na wiek. Zapewnienie godności osób starszych polega na uznaniu ich *prawa do bycia i funkcjonowania w świecie na miarę swoich możliwości i sił oraz prawa do aktywności zgodnej ze swoimi potrzebami*⁹³. Jest to ważne o tyle, że gwarancja tych praw *daje szansę na zaspokojenie potrzeb człowieka, zachowanie jego tożsamości, możliwości „bycia sobą”, prezentowanie sprawdzonych bądź twórczych projektów własnych działań*⁹⁴.

Dyskryminacja osób starszych nazywana jest gerontofobią lub ageismem. Może ona przyjmować różne formy i dotyczyć różnych aspektów życia społecznego: zatrudnienia, poziomu dochodów, dostępu do opieki zdrowotnej, edukacji i usług finansowych, udziału w procesie decyzyjnym i dialogu społecznym, alokacji zasobów i udogodnień⁹⁵. E. Rosset opisywał gerontofobię jako przejawianie niechęci wobec ludzi starych, nie okazywanie im szacunku oraz traktowanie ich jako zbędnych konsumentów, co jest oznaką niskiego poziomu kultury, z którym należy walczyć⁹⁶. Z kolei ageism to zestaw przekonań, uprzedzeń i stereotypów mających swe podstawy w biologicznym zróżnicowaniu ludzi, związanym z procesem starzenia się, które dotyczą kompetencji i potrzeb osób w zależności od ich chronologicznego wieku⁹⁷.

Realizacja każdego obszaru zadaniowego polityki społecznej ma równie istotny wpływ na podnoszenie jakości życia ludzi starych bez względu na to w jakiej sytuacji się oni znajdują. Pamiętać jednak należy, że populacja seniorów jest niezwykle zróżnicowana pod względem kondycji fizycznej, psychicznej, ekonomicznej, rodzinnej czy społecznej. Tym samym ludzie starzy znacznie różnią się od siebie pod wieloma względami. Zdaniem E. Trafiałek *trzeci wiek wymaga aktywizacji i profilaktyki, a czwarty wiek opieki medycznej, stałego wsparcia i pielęgnacji*⁹⁸. Wydaje się zatem, że polityka społeczna powinna uwzględ-

⁹² J. Auleytner, poz. cyt., s. 159.

⁹³ A. Chrapkowska-Zielińska, H. Wilk, *O godne przeżywanie starości*, [w:] B. Kromolicka, B. Bugajska, K. Serdyńska (red.), poz. cyt., s. 19.

⁹⁴ Tamże, s. 19.

⁹⁵ E. Thorpe, *Dyskryminacja ze względu na wiek w Unii Europejskiej*, [w:] Tokarz B. (red.), poz. cyt., s. 51.

⁹⁶ E. Rosset, *Trwanie...*, poz. cyt., s. 44, 45.

⁹⁷ P. Szukalski, *Uprzedzenia...*, poz. cyt., s. 11.

⁹⁸ E. Trafiałek, *O nową...*, poz. cyt., s. 193.

niać heterogeniczność tej grupy i zróżnicować zakres celów i działań wobec obydwu subpopulacji osób starszych.

Podmiotami polityki społecznej wobec ludzi starych są organizacje lub jednostki zajmujące się ustalaniem celów działania na rzecz ludzi starych, stwarzaniem warunków realizacji tych celów, a także samą ich realizacją⁹⁹. Intuicyjnie polityka społeczna utożsamiana jest z aktywnością państwa¹⁰⁰, co sugeruje, że wyłącznym jej podmiotem jest władza publiczna. W tej perspektywie polityka społeczna wobec ludzi starych stanowi ogół decyzji i działań władz rządowych i samorządowych, które wpływają na położenie osób starych oraz ich jakość życia. Taka identyfikacja podmiotów wydaje się jednak zbyt wąska. W opinii R. Szarfenberga należy odróżnić podmiotowość w sensie ustalania celów i zasad działania oraz w sensie ich realizacji¹⁰¹. Można to interpretować w ten sposób, że państwo, jako autor celów oraz zasad ich realizacji, pozostaje istotnym podmiotem polityki społecznej wobec ludzi starych, natomiast podmiotami zaangażowanymi w bezpośrednią realizację tych celów nie jest już tylko władza publiczna, lecz są nimi również aktorzy z innych sektorów społecznej aktywności. *Przy takim rozumieniu podmiotowości kolektywnej w polityce społecznej nie ma sprzeczności między stwierdzeniem, że jest ona rodzajem polityki publicznej, i stanowiskiem, że jej podmiotami realizacyjnymi mogą być organizacje niezależne od rządu. Można wyobrazić sobie model całkowicie sprywatyzowanej polityki społecznej, która jednak nie przestaje być publiczna w tym sensie, że jej cele i zasady określone zostały przez rząd. Na drugim końcu kontinuum będzie całkowita etatyzacja, gdy podmiotami wykonawczymi są wyłącznie jednostki będące własnością państwa.*¹⁰²

Władza publiczna przyjmuje więc rolę zarządcy i kontrolera sfery społecznej. Wyznacza cele, często zapewnia udział finansowy w ich realizacji, określa normy i zasady działania, konstruuje kryteria oceny. Może bezpośrednio angażować się w realizację tych celów, ale równie dobrze może pozostawić lub zlecić to innym organizacjom lub, ewentualnie, jednostkom. Uzasadnione jest zatem mówienie o wielosektorowości polityki społecznej wobec ludzi starych. Realizację jej celów podejmują poza instytucjami publicznymi także organizacje społeczne (*non-profit*), podmioty komercyjne (*for-profit*) oraz, przede wszystkim, opiekunowie

⁹⁹ Por. J. Kroszel, *Podstawy polityki społecznej. Uwarunkowania, pojęcia, instytucje i działania*, Terra, Poznań 1997, s. 110.

¹⁰⁰ L. Dziewięcka-Bokun, *O sposobach rozumienia polityki społecznej*, [w:] B. Ponikowski, J. Zarzeczny (red.), *Uwarunkowania współczesnej polityki społecznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2002, s. 63.

¹⁰¹ R. Szarfenberg, poz. cyt., s. 17.

¹⁰² Tamże, s. 18.

nieformalni¹⁰³. Wszystkie te podmioty (*welfare-mix*) w mniejszym lub większym stopniu wpływają na położenie ludzi starych oraz ich jakość życia. Szczególnie istotną rolę w ograniczaniu lub niwelowaniu zależności osób starych wypełnia rodzina, która jest podstawowym miejscem rozwoju człowieka, zaspokajania różnorodnych potrzeb, budowania tożsamości jednostki, uzyskiwania pomocy i wsparcia¹⁰⁴. We współczesnych społeczeństwach obywatelskich ważną funkcję w realizacji polityki społecznej wobec ludzi starych odgrywają natomiast organizacje *non-profit*. Można wyróżnić spośród nich takie, które zajmują się:

- udzielaniem świadczeń opiekuńczych i usług medycznych niesamodzielnym osobom w podeszłym wieku,
- poszerzaniem zainteresowań kulturalnych, edukacyjnych, organizacją czasu wolnego,
- świadczeniem pomocy żywieniowej oraz udzielaniem wsparcia rzeczowego,
- świadczeniem pomocy prawnej¹⁰⁵.

Realizacja polityki społecznej wobec ludzi starych ma znamiona działań systemowych. Oznacza to, że działania te są trwałe, zorganizowane i spójne. Nie mogą być one prowadzone w oderwaniu od ogółu przedsięwzięć podejmowanych w sferze społecznej¹⁰⁶. Polityka wobec ludzi starych musi być integralną częścią większej całości, którą stanowi model polityki społecznej. Każde społeczeństwo wypracowuje swój własny, zgodny ze specyfiką kulturową, model polityki społecznej, a tym samym system założeń, celów, zasad i metod działania, także w zakresie zaspokajania potrzeb i rozwiązywania problemów osób starszych.

Modele polityki społecznej odzwierciedlają kształt ładu społecznego. Są to konstrukcje teoretyczne oparte na różnorodnych kryteriach, między innymi takich jak: charakter dostępu do świadczeń i usług, selektywność lub powszechność ochrony socjalnej, poziom świadczeń i usług, sposoby finansowania programów socjalnych. W literaturze przedmiotu można obecnie spotkać wiele podziałów modeli polityki społecznej, które w zależności od podejścia danego badacza wyróżniają dwie, trzy, cztery lub więcej kategorii „typów ideal-

¹⁰³ Por. M. Grewiński, S. Kamiński, *Obywatelska polityka społeczna*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP, Warszawa 2007, s. 55-56.

¹⁰⁴ B. Szatur-Jaworska, *Zadania polityki rodzinnej w Polsce na tle sytuacji demograficznej*, [w:] B. Rysz-Kowalczyk (red.), *Problemy społeczne wybranych grup demograficznych*, ASPRA-JR, Warszawa 2001, s. 70.

¹⁰⁵ Por. Z. Hrebenda, *Organizacje pozarządowe a problemy ludzi starych*, [w:] L. Frąckiewicz (red.), *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Proces starzenia się ludności Polski i jego społeczne konsekwencje*, Wydawnictwo Naukowe Śląsk, Katowice 2002, s. 86.

¹⁰⁶ Por. O. Kowalczyk, *Niepełnosprawność ludzi starych. Wybrane aspekty*, [w:] L. Frąckiewicz (red.), *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Proces starzenia się społeczeństwa i jego wyzwania dla polityki społecznej*, poz. cyt., s. 52; P. Błędowski, *Lokalna...*, poz. cyt., s. 160.

nych”¹⁰⁷. Jedną z najczęściej wykorzystywanych jest koncepcja Esping-Andersena¹⁰⁸. Przedstawia ona trzy *światy*: liberalny, konserwatywno-korporacyjny oraz socjaldemokratyczny, nazwane *reżimami* państwa opiekuńczego. Przyporządkowanie poszczególnych krajów do konkretnego reżimu oparte jest na trzech głównych kryteriach:

(1) stopień tzw. dekomodyfikacji dostępu do świadczeń i usług; chodzi o to, na ile dostęp ma charakter bezwarunkowy, a w jakiej mierze jest uwarunkowany uprzednim opłacaniem składek, świadczeniem pracy czy sytuacją materialną osoby zainteresowanej;

(2) wpływ świadczeń i usług socjalnych na zachowanie lub zmianę istniejących podziałów społecznych, czyli na stratyfikację społeczną;

(3) relacje między państwem, rynkiem a rodziną.

Model liberalny głównie w działaniu jednostki upatruje powodów zarówno powstawania, jak i ograniczania problemów społecznych. W związku z tym na indywidualnej przeczności osoby starej spoczywa odpowiedzialność za jej byt i bezpieczeństwo socjalne. Zasoby zgromadzone w okresie aktywności zawodowej decydują o poziomie jej życia w okresie starości. Głównym podmiotem realizującym zadania polityki społecznej wobec ludzi starych jest rodzina, a także wspomagające ją grupy nieformalne oraz organizacje charytatywne. Podstawowe potrzeby ludzi starych zaspokajane są przez rynek. Dostosowywanie warunków mieszkaniowych do potrzeb niesamodzielných seniorów, usługi opiekuńcze, kulturalno-rekreacyjne dostarczane są odpłatnie przez podmioty komercyjne. Działalność państwa w sferze bezpośredniego zaspokajania potrzeb ludzi starych jest bardzo ograniczona (dlatego podejście to nazywane jest strategią marginalną). Dotyczy to zarówno liczby objętych działaniami osób starszych, jak i zakresu realizowanych wobec nich zadań. Podmioty publiczne wkraczają w ostateczności, głównie wówczas, gdy rynek nie spełnia określonych wymogów w zakresie zapewnienia jednostce minimum egzystencji, a rodzina zawodzi jako źródło pomocy. Państwo działalność swoją opiera na *sytuacyjnych, najczęściej dochodowych kryteriach świadczeń socjalnych, niewielkim zakresie transferów dochodowych lub słabo rozbudowanych systemach ubezpieczeń społecznych. Świadczenia są przeznaczone przede wszystkim dla osób o niskich dochodach*¹⁰⁹. Oznacza to objęcie pomocą jedynie ubogich i samotnych starców pozbawionych wsparcia za strony rodziny. Ich podstawowe potrzeby zaspokajane są na

¹⁰⁷ O. Kowalczyk, *Uwarunkowania rozwoju rynku usług socjalnych na Dolnym Śląsku. Perspektywy rozwoju rynku usług socjalnych na Dolnym Śląsku*, [w:] W. Skiba, D. Szrejder (red.), *Dolnośląski Rynek Usług Socjalnych. Stan obecny i perspektywy rozwoju*, Wydawnictwo Edytor, Legnica 2007, s. 21.

¹⁰⁸ Por. S. Golinowska, *Polityka społeczna. Koncepcje, instytucje, koszty*, Poltext, Warszawa 2000, s. 11.

¹⁰⁹ G. Esping-Andersen, *Three Worlds of Welfare Capitalism*, [w:] *Welfare state. Historia, kryzys i przyszłość nowoczesnego państwa opiekuńczego*, wybór i tłumaczenie tekstów na prawach rękopisu Instytut Socjologii UW, Warszawa 1997, s. 61.

minimalnym poziomie i zwykle wiąże się to z obniżeniem ich statusu społecznego (stygmatyzacją). Nie oznacza to oczywiście braku zainteresowania starszą generacją ze strony państwa. Jego działalność celowo nastawiona jest na wspomaganie i stymulowanie rozwoju inicjatyw prywatnych (zarówno tych *for-profit*, jak i *non-profit*), które nierzadko mają lepsze rozeznanie w zakresie potrzeb ludzi starych, a także cechują się wyższą efektywnością ich zaspokajania. Publiczna redystrybucja realizowana jest na minimalnym poziomie, gdyż wolny rynek uważa się za najdoskonalszy mechanizm podziału dóbr. Słabo rozbudowany system ubezpieczeń społecznych stwarza obszar dla rozwoju ubezpieczeń prywatnych związanych z ryzykami typowymi dla podeszłego wieku, takimi jak na przykład ograniczenie możliwości wykonywania czynności życia codziennego. Takie podejście do realizacji zadań polityki społecznej powoduje, że utrwalają, a wręcz pogłębiają się różnice w poziomie zaspokojenia potrzeb ludzi starych. Jednostki pozbawione zasobów umożliwiających dostęp do obszarów życia społecznego są z nich wykluczane. Jest to model typowy dla krajów anglosaskich: USA, Australii, Nowej Zelandii, Kanady.

Cechy reżimu konserwatywno-korporacyjnego charakterystyczne są dla takich krajów jak Austria, Francja, Niemcy czy Włochy. W krajach tych nacisk na rynek (jako podstawowy mechanizm gospodarczej efektywności) nigdy nie był silny, a gwarancje praw socjalnych nigdy nie były kwestionowanym zagadnieniem¹¹⁰. Ingerencja państwa w sprawy społeczne jest tutaj szersza niż w reżimie liberalnym, choć zaznaczyć należy, że nie powinna ona zakłócać działania rynku oraz powinna maksymalnie służyć rozwojowi gospodarczemu¹¹¹. Państwo przejmuje odpowiedzialność za zaspokajanie potrzeb swoich obywateli, a realizuje ją przez zmuszanie ich do uczestnictwa w ubezpieczeniach społecznych. Ta forma zabezpieczenia jest powszechna i obowiązkowa. Ubezpieczeniem społecznym objęte są wszystkie osoby pracujące oraz ich rodziny, a zakres ochrony socjalnej wyznaczony jest przez wiele rodzajów ryzyka społecznego¹¹². Poziom świadczeń jest uzależniony od stażu pracy oraz wysokości wynagrodzenia. Pomoc dla jednostek nie objętych ubezpieczeniem społecznym ma charakter fakultatywny i świadczona jest na minimalnym poziomie. W ten sposób programy socjalne zach-

¹¹⁰ Tamże, s. 61.

¹¹¹ M. Księżopolski, *Polityka społeczna w różnych krajach i modele polityki społecznej*, [w:] G. Firlit-Fesnak, M. Szyłko-Skoczny, poz. cyt., s. 151.

¹¹² Jako ryzyko społeczne rozumiemy zagrożenie zdarzeniem, którego wystąpienie powoduje stratę w zasobach gospodarstwa domowego. cyt. za: B. Więckowska, *Ubezpieczenie...*, poz. cyt., s. 112. Na klasyczny katalog rodzajów ryzyka społecznego składają się: podeszły wiek, trwała lub okresowa niezdolność do pracy, śmierć żywiciela rodziny, choroba, wypadek przy pracy i choroba zawodowa, utrata pracy i brak pracy, urodzenie i wychowanie dziecka, brak zdrowia (pomoc lecznicza), niedostatek dochodu w rodzinie. O. Kowalczyk, *Rola pomocy osobistej w procesie integracji społecznej osób niepełnosprawnych w Polsce i w innych krajach*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Wrocław 2003, s. 19-20.

wują ukształtowane przez rynek różnice w statusie społecznym obywateli. Model konserwatywno-korporacyjny cechuje solidarność społeczeństwa przede wszystkim wobec osób starszych, których dobrobyt i bezpieczeństwo socjalne jest wynagrodzeniem za wcześniejszą pracę. Poziom świadczeń emerytalnych uzależniony jest od wysokości oraz długości okresu odprowadzania składek¹¹³. Poza niezdolnością do zarobkowania z powodu wieku zabezpieczone zostały również inne ryzyka typowe dla okresu starości, takie jak przewlekła choroba czy funkcjonalna niesamodzielność, czego przykładem może być niemiecki system ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Spośród różnych form świadczeń zdecydowanie dominują świadczenia pieniężne, sektor usług opiekuńczych z kolei jest stosunkowo słabo rozbudowany. W krajach realizujących ten model polityki społecznej występują silne wpływy kościoła, stąd też typowe jest w nich przywiązanie do tradycyjnych wartości rodzinnych. Pomoc niedołącznym starcom świadczona jest w głównej mierze w rodzinie przez niepracujące kobiety, zwykle żony, córki lub synowie. Zgodnie z zasadą subsydiarności państwo interweniuje tylko wtedy, gdy możliwości rodziny w zakresie troski o swoich najstarszych członków zostaną wyczerpane.

Głównymi cechami reżimu socjaldemokratycznego są: uniwersalizm, wszechstronne zabezpieczenie przed ryzykami społecznymi, wysoki poziom świadczeń, egalitaryzm i pełne zatrudnienie¹¹⁴. Wolny rynek oraz rodzina nie gwarantują bezpieczeństwa socjalnego, dlatego zostały one zastąpione przez planowe działania władzy publicznej. Kraj najbliższy temu modelowi *proponuje równy dostęp do świadczeń o najwyższym standardzie wszystkim, a nie równy dostęp do świadczeń minimalnych*¹¹⁵ (tak jak w modelu liberalnym i konserwatywno-korporacyjnym). Najwyższy standard świadczeń oznacza dostosowanie ich poziomu do oczekiwań warstw średnich, natomiast równy dostęp do świadczeń oznacza zagwarantowanie takich samych praw socjalnych przedstawicielom wszystkich warstw społecznych. Oznacza to więc, że wszyscy obywatele posiadają te same prawa socjalne w ramach jednego, uniwersalnego systemu zabezpieczenia społecznego, w którym świadczenia przyznawane są według kryterium potrzeb. Tak szeroko zakrojona ingerencja państwa oznacza ponoszenie wysokich kosztów publicznych. W tej sytuacji niezbędne jest dążenie do minimalizacji problemów społecznych i maksymalizacji dochodów budżetów publicznych. Najłatwiej osiągnąć to poprzez politykę pełnego zatrudnienia, gdzie ludzie pracują i jak najmniejsza ich część korzysta z transferów socjalnych. Socjaldemokratyczne państwo opiekuńcze dużą wagę przywiązuje do

¹¹³ B. Szatur-Jaworska, *Ludzie starzy...*, poz. cyt., s. 110; B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dzięgielewska, *Podstawy gerontologii społecznej*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2006, s. 307.

¹¹⁴ E.J. Grassman, *Welfare In Europe: New Trends and Old Regimes*, [w] N.E. Beckman (red.), *Welfare, Church and Gender in Eight European Countries*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Uppsala, Uppsala 2004, s. 17

¹¹⁵ G. Esping-Andersen, poz. cyt., s. 62.

zatrudnienia zarówno mężczyzn, jak i kobiet. Z tego powodu opieka nad osobą starą w rodzinie jest bardzo ograniczona. Zaangażowane w pracę zawodową kobiety nie są w stanie wywiązywać się z tradycyjnie powierzonych im obowiązków względem najstarszych i niesamodzielnych członków rodziny. Odpowiedzią na ten deficyt jest rozbudowany sektor uniwersalnych usług społecznych świadczonych przez podmioty publiczne w niemalże wszystkich ważnych obszarach życia społecznego. *W odróżnieniu od modelu korporatystyczno-subsydiarnego zasadą jest nie tyle czekanie na to, że rodzina wyczerpie swoje opiekuńcze możliwości, lecz profilaktyczne przenoszenie ciężarów związanych z jej funkcjonowaniem na całe społeczeństwo*¹¹⁶.

1.3. Skale realizacji polityki społecznej wobec ludzi starych

Polityka społeczna wobec ludzi starych realizowana jest w następujących skalach:

- międzynarodowej,
- krajowej,
- lokalnej¹¹⁷.

Skoro proces demograficznego starzenia ma wymiar ogólnoświatowy, to wydaje się, że działania w zakresie zaspokajanie potrzeb ludzi starych powinny mieć również zakres międzynarodowy. Zdaniem Z. Woźniaka *rolę rzecznika i obrońcy interesów, gwaranta zaspokojenia potrzeb oraz praw najstarszych mieszkańców Ziemi przejmować powinny organizacje i struktury międzynarodowe pomagając państwom członkowskim w rozumieniu i kompleksowym rozwiązywaniu kwestii jakie w sferze społecznej, ekonomicznej, kulturowej i etycznej niesie globalizacja starzenia się*¹¹⁸. Ogólnoświatowa współpraca w zakresie polityki społecznej wobec osób starszych może przybierać różnorodne formy: poczynając od wspólnej debaty, poprzez naciski polityczne i regulacje prawa międzynarodowego, aż po odpowiednio zintegrowane lub wspólnie koordynowane przedsięwzięcia praktyczne¹¹⁹.

Zdecydowanie najaktywniejszym podmiotem międzynarodowej polityki społecznej wobec ludzi starych jest Organizacja Narodów Zjednoczonych. Problemy ludzi starych oraz wyzwania jakie stawia globalny proces demograficznego starzenia były i są nadal tematem wielu sesji Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych oraz konferencji poświęconych

¹¹⁶ G. Esping-Andersen, poz. cyt., s. 62.

¹¹⁷ Czasami zamiast o skalach realizacji polityki społecznej mówi się o poziomach jej funkcjonowania. Por. m.in. G. Szytko-Bandurska, *Sektory, podmioty, poziomy i organizacja polityki społecznej*, [w:] G. Firlit-Fesnak, M. Szytko-Skoczny, poz. cyt., s. 93-107.

¹¹⁸ Z. Woźniak, *Priorytety...*, poz. cyt., s. 15.

¹¹⁹ Por. W. Anioł, *Międzynarodowy wymiar polityki społecznej*, [w:] A. Rajkiewicz, J. Supińska, M. Księżopolski (red.), *Polityka społeczna. Materiały do studiowania*, Biblioteka Pracownika Socjalnego, Katowice 1998, s. 101.

problemom ludnościowym. Pierwsza debata na ten temat odbyła się na forum ONZ z inicjatywy Argentyny w 1948 r., a kolejna z inicjatywy Malty w 1969 r.¹²⁰.

W 1982 roku w Wiedniu odbyło się Pierwsze Światowe Zgromadzenie ONZ na temat Starzenia Się Społeczeństw (*First World Assembly on Ageing*), na którym opracowany został Międzynarodowy Plan Działań w Kwestii Starzenia Się Społeczeństw (*Vienna International Plan of Action on Ageing*)¹²¹. Był to pierwszy międzynarodowy dokument określający priorytety w przygotowaniu programów (rządowych i lokalnych) dotyczących kwestii starzenia się ludności. Zawiera on 62 zalecenia z zakresu działań w sferze badań naukowych, szkoleń oraz takich obszarów jak: zdrowie i żywienie, ochrona konsumentów w podeszłym wieku, mieszkalnictwo i środowisko, rodzina, pomoc społeczna, zabezpieczenie dochodów, zatrudnienie i edukacja.

W 1991 r. Zgromadzenie Ogólne ONZ przyjęło Zasady Działania Na Rzecz Osób Starszych (*United Nations Principles for Older Persons*) oraz rekomendowało państwom członkowskim włączanie ich do ogólnokrajowych programów. Jest to zbiór 18 zasad (ujętych w pięciu kategoriach: niezależność, uczestnictwo, opieka, samorealizacja, godność) sformułowanych w duchu idei *Dodać życia do lat, które zostały dodane do życia*. Zasady te razem tworzą katalog podstawowych praw ludzi starych¹²². Istotną inicjatywą Zgromadzenia było także ustanowienie dnia 1 października Światowym Dniem Osób Starszych.

Na Międzynarodowej Konferencji na Rzecz Ludności i Rozwoju w Kairze, która odbyła się w 1994 r., ustalono Program Działania na rzecz Osób Starszych. W realizację tego Programu zaangażowana została większość organizacji i agend Narodów Zjednoczonych¹²³. Rok 1999 ustalono Międzynarodowym Rokiem Seniorów obchodzonym pod hasłem *Ku społeczeństwu dla ludzi w każdym wieku*. Jego ideą było pogłębienie świadomości społecznej na temat sytuacji osób starszych, a także zwiększenie skali badań i działań politycznych w tym obszarze.

W 2002 r., w dwudziestą rocznicę zgromadzenia wiedeńskiego, odbyło się w Madrycie Drugie Światowe Zgromadzenie ONZ na temat Starzenia Się Społeczeństw (*Second World Assembly on Ageing*), na którym zrewidowano i ustalono nowy Międzynarodowy Plan Działania w Kwestii Starzenia Się Społeczeństw (*MIPAA- Madrid International Plan of Ac-*

¹²⁰ L. Frąckiewicz, *Polityka społeczna. Zarys wykładu wybranych problemów*, Śląsk, Katowice 2002, s. 34.

¹²¹ *Report of the World Assembly on Ageing*, Wiedeń, 28.07-6.08.1982. Zatwierdzony przez Zgromadzenie Ogólne ONZ w rezolucji 37/51 z 3 grudnia 1982 r.

¹²² Por. L. Frąckiewicz, *Społeczne i ekonomiczne konsekwencje procesu starzenia się ludności*, [w:] L. Frąckiewicz (red.), *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Proces starzenia się ludności Polski i jego społeczne konsekwencje*, poz. cyt., s. 11.

¹²³ Por. S. Golinowska (red.), *Raport o rozwoju społecznym Polska 1999- Ku godnej aktywnej starości*, s. 110, dokument dostępny na stronie internetowej www.unic.un.org.pl/nhdr/1999 (13.03.2008).

tion on Ageing). Jego przyjęcie wiązało się z podpisaniem Deklaracji Politycznej (*Political Declaration*), w której przedstawiciele rządów zobowiązali się do przestrzegania oraz wdrażania postanowień Planu¹²⁴. Madrycki dokument zawiera 33 cele oraz 117 rekomendacji pogrupowanych w trzy główne priorytety: starzy ludzie i rozwój, udoskonalanie opieki medycznej i pomocy społecznej nad ludźmi starymi, zapewnienie ludziom starym wsparcia społecznego. Plan ma stanowić długofalową strategię dla starzejącej się populacji.

W obszarze badań nad starością oraz osobami starymi ważną rolę odgrywa OECD (Organizacja Współpracy i Rozwoju Gospodarczego). Na podstawie badań tej organizacji opracowano szereg raportów identyfikujących zjawisko starzenia demograficznego oraz jego konsekwencje społeczno-ekonomiczne, szczególnie w zakresie zabezpieczenia emerytalnego oraz opieki długoterminowej¹²⁵.

W Unii Europejskiej koncepcja rozwiązywania problemów ludzi starych początkowo przybierała formę bardziej adaptowania rozwiązań wypracowanych przez inne organizacje międzynarodowe niż tworzenia samodzielnych inicjatyw¹²⁶. Był to efekt uznania tej sfery za domenę krajów członkowskich, a przede wszystkim polityki regionalnej i lokalnej¹²⁷. Jedynym obszarem polityki społecznej wobec ludzi starych podlegającym regulacjom ponadnarodowym Unii Europejskiej był system zabezpieczenia dochodów na starość¹²⁸. Tak ograniczone działania okazały się jednak dalece niewystarczające. Systematycznie narastała presja na stworzenie koordynowanej w skali europejskiej polityki społecznej, która *wychodzi daleko poza ramy zabezpieczenia społecznego i uwzględnia coraz szerszy wachlarz niematerialnych potrzeb ludzi starych*¹²⁹. Prowadzenie jednolitych działań we wszystkich krajach członkowskich jest jednak utrudnione (a nawet niemożliwe) ze względu na zróżnicowanie poszczególnych krajów pod względem poziomu świadczeń społecznych, struktury i funkcji rodziny, preferencji społecznych, wpływów religijnych czy roli poszczególnych instytucji społecznych¹³⁰. W tej sytuacji działania władz unijnych skupiły się na zagwarantowaniu pewnego minimalnego poziomu świadczeń dla ludzi starych, pozostawiając poszczególnym regionom możliwość fakultatywnych działań wykraczających ponad ustalone minimum, a których zakres uzależ-

¹²⁴ *Report of the Second World Assembly on Ageing*, Madryt, 8-12.04.2002.

¹²⁵ Por. m.in.: *Reforms for an Ageing Society*, OECD, Paryż 2000; *Long-Term Care for Older People*, OECD, Paryż 2005.

¹²⁶ S. Golinowska (red.), *Raport...*, poz. cyt., s. 112.

¹²⁷ P. Błędowski, *Polityka społeczna wobec ludzi starych w Polsce a w Unii Europejskiej*, referat zaprezentowany na konferencji *Starzenie się populacji wyzwaniem dla polityki społecznej*, poz. cyt., s. 10.

¹²⁸ Por. K. Głębicka, *Polityka społeczna Unii Europejskiej. Aspekty aksjologiczne i empiryczne*, Dom Wydawniczy ELIPSA, Warszawa 2001, s. 241; W. Anioł, *Europejska polityka społeczna. Implikacje dla Polski*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2003, s. 133.

¹²⁹ P. Błędowski, *Polityka społeczna Unii...*, poz. cyt., s. 36.

¹³⁰ Tamże, s. 37.

niony jest od posiadanych środków, priorytetów społecznych oraz realnej sytuacji osób starych¹³¹. Owe minima realizowane są przez formułowanie wspólnych celów, które państwa członkowskie osiągają dowolnymi sposobami i środkami. Taki sposób osiągania wspólnie wyznaczonych celów przy zastosowaniu odmiennych środków nazywany jest metodą otwartej koordynacji. Pozwala ona godzić odmienne uwarunkowania modelowe polityki społecznej wobec ludzi starych.

Z okazji Europejskiego Roku Ludzi Starszych i Solidarności między Pokoleniami w 1993 r. uchwalona została deklaracja wskazująca obszary polityki społecznej wobec ludzi starych, które wymagają szczególnej uwagi ze strony rządów krajów członkowskich Unii Europejskiej. Są to: poziom dochodów i standard życia, mieszkanie i mobilność przestrzenna, usługi pielęgnacyjne i pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego, praca zawodowa osób starszych i przygotowanie do przejścia na emeryturę, uczestnictwo ludzi starych w życiu społecznym. Za priorytet uznano także konieczność integracji osób starszych z lokalną społecznością oraz umożliwienia im uczestnictwa w takich obszarach życia społecznego jak polityka, kultura, rekreacja czy edukacja¹³².

W 1999 r. z okazji Międzynarodowego Roku Seniora Komisja Europejska wydała Komunikat *Europa dla ludzi w każdym wieku (Towards a Europe for All Ages)*. W dokumencie tym uznano, że intensywnie postępujący proces demograficznego starzenia nie jest tylko problemem finansowym, lecz stanowi wieloaspektowe wyzwanie dla wielu organizacji. Za główny cel w tym obszarze wyznaczono wspieranie pomyślności osób starych i międzypokoleniowej solidarności¹³³.

Podstawowym dokumentem Rady Europy służącym ochronie praw człowieka jest Europejska Karta Społeczna. Zapewnia ona każdej osobie w podeszłym wieku prawo do ochrony społecznej, a w szczególności:

- pozostanie pełnoprawnym członkiem społeczeństwa tak długo jak to tylko możliwe (przez zapewnianie zasobów umożliwiających godziwą egzystencję oraz aktywny udział w życiu publicznym, społecznym i kulturalnym, jak również poprzez dostarczanie informacji o usługach i ułatwieniach dostępnych dla osób w podeszłym wieku oraz o możliwościach korzystania z nich),

¹³¹ P. Błędowski, *Polityka społeczna...*, poz. cyt., s. 12.

¹³² *Declaration of principles of the Council of the European Union and the Ministers for Social Affairs, meeting within the Council of 6 December 1993 to mark the end of the European Year of the elderly and of solidarity between generations (1993)*, Official Journal C 343, 21/12/1993, s. 1-3.

¹³³ *Communication from the Commission: Towards a Europe for All Ages*, Komisja Europejska, Bruksela 21.05.1999 r.

- możliwość swobodnego wyboru sposobu życia oraz niezależnej egzystencji w znanym środowisku tak długo, jak długo będą sobie tego życzyły i będą do tego zdolne (przez zapewnienie mieszkań dostosowanych do ich potrzeb oraz opiekę medyczną i usługi, których wymaga ich stan),

- zagwarantowanie tym osobom, które przebywają w domach opieki, stosownego wsparcia, z poszanowaniem ich prywatności oraz zagwarantowanie im udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących warunków życia w takich domach¹³⁴.

Wyrazem uznania praw osób w podeszłym wieku jako autonomicznego podmiotu polityki społecznej w Unii Europejskiej jest art. 25 Karty Praw Podstawowych, który stwierdza, że *Unia uznaje i szanuje prawa osób w podeszłym wieku do godnego i niezależnego życia oraz do uczestniczenia w życiu społecznym i kulturalnym*.

W ramach międzynarodowych starań o poprawę bytu ludzi starych nie można zapomnieć o wysiłkach Jana Pawła II, który osobiście dał świadectwo jak godnie się starzeć i umierać. W listach i wypowiedziach papież podkreślał konieczność podjęcia wszechstronnych działań w celu zapewnienia godności i integracji społecznej osób w podeszłym wieku¹³⁵.

W skali międzynarodowej funkcjonują liczne społeczne organizacje prosenioralne, spośród których wyróżnić należy między innymi¹³⁶:

- *International Association of Gerontology and Geriatrics* (IAGG), organizująca cyklicznie co 4 lata Światowy Kongres Gerontologiczny; w jej ramach działają dwie stałe komisje: *International Network for the Prevention of Elder Abuse* (INPEA) oraz *International Council of Gerontology Students Organization* (ICGSO)¹³⁷;

- *International Federation on Ageing* (IFA) jest agendą ONZ zajmującą się problemami osób starych, która wydaje periodyk *Ageing International* oraz cyklicznie organizuje konferencje *Global Conference on Ageing*¹³⁸;

- *Global Action on Aging* (GAA) jest organem ONZ zajmującym się problemami wynikającymi z globalnego starzenia¹³⁹;

¹³⁴ *Europejska Karta Społeczna (Zrewidowana)*, Strasburg, 3 maja 1996, art. 23.

¹³⁵ Por. m.in.: Jan Paweł II, list papieski *Ludzie starsi w życiu społeczeństwa* skierowany do uczestników Drugiego Światowego Zgromadzenia ONZ na temat Starzenia Się Społeczeństw, Madryt 8-12.04.2002; Jan Paweł II, list papieski *O szacunek dla ludzi w podeszłym wieku* skierowany do uczestników konferencji zorganizowanej przez Papieską Radę ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, Watykan 31.10.1998;

¹³⁶ Więcej na temat światowych organizacji i stowarzyszeń prosenioralnych Z. Szarota, *Gerontologia społeczna i oświatowa. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków 2004, s. 63-66; Tokarz B. (red.), poz. cyt., s. 116-121.

¹³⁷ www.iagg.com.br (29.03.2008).

¹³⁸ www.ifa-fiv.org/en/accueil.aspx (29.03.2008).

¹³⁹ www.globalaging.org (29.03.2008).

- *HelpAge International* (HAI) to światowa sieć organizacji *non-profit*, której działalność ma na celu poprawianie jakości życia osób starszych poprzez wpieranie programów praktycznych oraz wpływanie na politykę społeczną realizowaną na poziomie lokalnym, krajowym oraz międzynarodowym¹⁴⁰;

- Europejska Platforma Ludzi Starych (AGE), której celem jest przedstawianie w sposób jasny i wiarygodny poglądów, potrzeb i zainteresowań ludzi starych oraz pełni rolę mostu pomiędzy organizacjami członkowskimi a instytucjami Unii Europejskiej¹⁴¹;

- Europejska Federacja Osób Starszych (EURAG) jest organizacją mającą na celu między innymi zapobieganie wszelkim przejawom dyskryminacji ze względu na wiek, promowanie solidarności międzypokoleniowej, wspieranie niezależności osób starszych czy zwiększanie udziału osób starszych w procesie podejmowania decyzji¹⁴².

Ramy prawne i finansowe polityki społecznej wobec ludzi starych kształtują się głównie na poziomie krajowym. Ramy te powinny sprzyjać realizacji zadań wspólnych dla wszystkich regionów państwa. Podmioty krajowe formułują generalne cele, wartości i zasady polityki społecznej wobec ludzi starych, umożliwiając usuwanie przestrzennych dysproporcji przez redystrybucję środków i tworzenie ponadlokalnej infrastruktury¹⁴³. Przykładem kraju prowadzącego na tym szczeblu skoordynowane działania prawne w ramach polityki społecznej wobec ludzi starych jest USA. W 1965 r. weszła tam w życie ustawa *Older American Act* (znowelizowana w 2006 r.). Jest to akt prawny ustanowiony w celu obrony interesów osób starszych oraz skupienia uwagi na problemach związanych z procesem starzenia¹⁴⁴. Na jego podstawie utworzono *Administration on Ageing*- narodową sieć planowania, koordynacji oraz organizacji świadczeń dla osób starszych. Na poziomie federalnym organizacja ta nadzoruje, udziela wsparcia technicznego i pomocy różnorodnym podmiotom lokalnie działającym na rzecz ludzi starych¹⁴⁵.

W Polsce często sygnalizowany jest brak polityki społecznej wobec ludzi starych¹⁴⁶. Nie oznacza to jednak, że potrzeby ludzi starych pozostają niezaspokojone oraz brak jest jakichkolwiek działań skierowanych do tej grupy społecznej.

¹⁴⁰ www.helpage.org (29.03.2008).

¹⁴¹ www.age-platform.org (29.03.2008).

¹⁴² www.eurag-europe.org (29.03.2008).

¹⁴³ B. Rysz-Kowalczyk, *Skale polityki społecznej*, [w:] A. Rajkiewicz, J. Słupińska, M. Księżopolski (red.), poz. cyt., s. 90.

¹⁴⁴ znowelizowany dokument dostępny jest na stronie internetowej www.aoa.gov/OAA2006/Main_Site/oaal/oaal_full.asp#_Toc153957624 (29.03.2008).

¹⁴⁵ E.W. Markson, poz. cyt., s. 347.

¹⁴⁶ Por. B. Szatur-Jaworska, *Ludzie starzy...*, poz. cyt., s. 10; E. Trafiałek, *O nową...*, poz. cyt., s. 184; B. Tryfan, *Starość...*, poz. cyt., s. 76; A. Frączkiewicz-Wronka, *Obowiązki samorządu terytorialnego wobec ludzi starych*,

Nieporozumienia w zakresie kompetencji i zobowiązań poszczególnych aktorów życia społecznego wobec ludzi starych wynikają z braku ściśle określonego i powszechnie uznanego modelu polityki społecznej, a co za tym idzie braku strategii i programu działań w kreowaniu ładu społecznego. Taka sytuacja powoduje, że nie można udzielić odpowiedzi na kluczowe pytania dotyczące: docelowego zakresu ingerencji państwa w kreowanie warunków życia osób starszych, zobowiązań rodziny w zakresie rozwiązywania problemów swoich najstarszych członków, a także roli podmiotów gospodarczych i społecznych w zaspokajaniu i kształtowaniu potrzeb ludzi starych w Polsce. Teoretycznie można stwierdzić, że brak działań podmiotów publicznych na rzecz ludzi starych też jest jakąś polityką, co może sugerować realizację modelu liberalnego polityki społecznej wobec ludzi starych. Kojarzenie jednak polskiej hybrydy modelowej ze strategią marginalną jest błędne, między innymi ze względu na wysoki poziom wydatków publicznych czy ograniczoną rolę podmiotów komercyjnych w sferze społecznej¹⁴⁷.

Faktycznie realizowany model polityki społecznej wobec ludzi starych jest uzależniony nie tylko od przyjętych w społeczeństwie rozwiązań światopoglądowych i politycznych, ale także od zachodzących procesów demograficznych i zmian społecznych. Starzenie się ludności oraz zmiany w strukturze i funkcjach rodziny wywierają presję na to, aby państwo przejmowało na siebie coraz większy zakres obowiązków wobec generacji ludzi starych. Nie dotyczy to już tylko finansowania świadczeń emerytalnych i zadań związanych z opieką długoterminową (czyli zadań kojarzonych z wąskim ujęciem polityki społecznej), ale wręcz organizacji życia oraz podnoszenia jego jakości. Obecnie publiczne podmioty polityki społecznej w Polsce skupiają swoją działalność na stworzeniu ram egzystencjalnych dla najsłabszych jednostek głównie w aspekcie materialnym i zdrowotnym¹⁴⁸. Brak jest natomiast ingerencji w zaspokajanie potrzeb wyższego rzędu czy redukcję zjawiska marginalizacji społecznej ludzi starych. Warto nadmienić, że taki stan rzeczy obecny jest również w krajach Europy Zachodniej, gdzie polityka społeczna wobec osób starszych *ma przede wszystkim na celu kompensację malejących szans, a w mniejszym stopniu tworzenie warunków do realizacji nowych szans*¹⁴⁹. Potwierdza to opinia O. Czerniawskiej, że *zawsze system opieki społecznej i zabezpieczeń pozwalał żyć, chronił przed nędzą, żebraniem i poniewierką. Żaden jednak sys-*

[w:] L. Frąckiewicz (red.), *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Proces starzenia się ludności Polski i jego społeczne konsekwencje*, poz. cyt., s. 72.

¹⁴⁷ C. Żołędowski, *Uwarunkowania polityki społecznej*, [w:] G. Firlić-Fesnak, M. Szyłko-Skoczny, poz. cyt., s. 67.

¹⁴⁸ P. Błędowski, *Ludzie starzy a polityka społeczna*, [w:] B. Synak (red.), *Polska starość*, poz. cyt., s. 294; B. Synak, *Polska starość- trzydzieści lat później*, [w:] L. Frąckiewicz (red.), *Polska a Europa, Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Proces starzenia się społeczeństwa i jego wyzwania dla polityki społecznej*, poz. cyt., s. 132.

¹⁴⁹ Por. K. Głębicka, *Polityka społeczna Unii Europejskiej...*, poz. cyt., s. 243.

tem opiekuńczego państwa nie wyzwolił człowieka ze starania o godne przeżywanie własnej starości¹⁵⁰. Pomimo to częste są stwierdzenia, że w krajach zachodnich działania państwa na rzecz osób w podeszłym wieku realizowane są sprawniej i w znacznie szerszym zakresie niż w Polsce¹⁵¹. Pamiętać jednak należy, że tam intensywny proces demograficznego starzenia postępuje od kilku dekad i obecnie jest już bardzo zaawansowany, przez co tamtejsze władze publiczne zdążyły przywyknąć do zmian w strukturze wiekowej ludności oraz wypracować efektywne formy wspierania seniorów. W Polsce natomiast działania państwa wobec ludzi starych poddawane są ostrej krytyce, która skupia się głównie na tym, że:

- sprawy ludzi starych rozdzielone są między różne instytucje państwowe, a koordynacja między nimi jest niezadowalająca,
- nie uwzględnia się w wystarczającym stopniu silnego wewnętrznego zróżnicowania tej zbiorowości, a więc i zróżnicowania potrzeb,
- występuje chroniczny niedostatek środków ekonomicznych,
- syndrom trudnej sytuacji życiowej ludzi starych trudno jest rozbić przy pomocy izolowanych działań¹⁵².

Krytyczna ocena realizowanej w Polsce polityki społecznej wobec ludzi starych opiera się również na przekonaniu, że działania realizowane na rzecz seniorów pozbawione są znamion działań systemowych, podejmowane są *ad hoc* pod presją najbardziej naglących problemów. Jest to więc *polityka wycinkowa, pozbawiona racjonalnych podstaw (pełnej diagnozy społecznej) i racjonalnie ustalonych długookresowych celów*¹⁵³. Ponadto zadania wobec ludzi starych realizowane są w ramach poszczególnych polityk przedmiotowych, a takie „branżowe” podejście do problemów ludzi starych skutkuje tym, że są oni traktowani jak „wiązki potrzeb”, a ponadto uniemożliwia prawidłowe kształtowanie stosunków społecznych¹⁵⁴. Brak spójności i skoordynowania działań powoduje, że wywołują one zarówno zamierzone skutki pozytywne, jak i te niezamierzone- negatywne¹⁵⁵. Do niepożądanych konsekwencji źle realizowanej polityki w tym zakresie zaliczyć można między innymi:

¹⁵⁰ O. Czerniawska, *Starość wczoraj, dziś i jutro*, [w:] E. Woźnicka (red.), *Gerontologia. Ludzie starsi jako jednostkowe siły społeczne*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej, Łódź 2002, s. 51.

¹⁵¹ Na przykład Z. Woźniak sugeruje, że w Polsce *posiadany potencjał pozwala realizować politykę przetrwania i izolacji, podczas gdy Europa zmierza ku rozwiązaniom mieszczącym się w coraz większym stopniu w ramach polityki dobrostanu i integracji*. Z. Woźniak, *Globalne cele polityki społecznej wobec seniorów priorytetem programów gerontologicznych*, dokument dostępny na stronie internetowej www.filantropia.org.pl/atlas/?s=main6-2&conskip=1 (8.03.2008).

¹⁵² J. Hryniewicz, J. Staręga-Piasek, J. Supińska, *Ludzie starzy a polityka społeczna w Polsce*, [w:] B. Rysz-Kowalczyk (red.), *Studia o kwestiach społecznych*, Uniwersytet Warszawski, Warszawa 1991, s. 143.

¹⁵³ P. Błędowski, W. Pędich, poz. cyt., s. 179.

¹⁵⁴ B. Szatur-Jaworska, *Ludzie starzy...*, poz. cyt., s. 11.

¹⁵⁵ J. Staręga-Piasek, *Polityka społeczna wobec ludzi starych*, „Polityka Społeczna, 1982, nr 7, s. 12.

- umacnianie negatywnych skutków starzenia się,
- pauperyzację ludzi starych,
- stwarzanie w różnych sferach szeregu barier utrudniających życie człowieka starego,
- stwarzanie ludziom starym stałego poczucia zagrożenia i niepewności,
- podtrzymywanie braku zaufania do świadczeń instytucjonalnych,
- znaczne obniżenie pozycji człowieka starego w społeczeństwie,
- przekazywanie ludzi starych pod ochronę pomocy społecznej (tak jakby starość była wydarzeniem losowym, trudnym do przewidzenia)¹⁵⁶.

Znaczenie i efektywność publicznej polityki społecznej wobec ludzi starszych zależy w głównej mierze od siły nacisku jaką wywiera ta grupa na decydentów politycznych. Siła ta wynika z wielkości grupy, jej wewnętrznej spójności i umiejętności artykułowania swoich żądań. W celu wywierania wpływu na władze ustawodawcze w Polsce stworzono na początku lat 90. koncepcję politycznej organizacji ludzi starych. Brak porozumienia i wewnętrzne podziały doprowadziły jednak do niemal jednoczesnego utworzenia Krajowej Partii Emerytów i Rencistów politycznie zorientowanej ku lewicy oraz prawicowej Polskiej Partii Emerytów i Rencistów. *Upolitycznienie problemu starości uniemożliwiło powstanie parlamentarnej reprezentacji ludzi starszych z oczywistą szkodą dla tej grupy ludności*¹⁵⁷.

Za poważny problem można uznać brak niezależnej politycznie organizacji broniącej interesów polskich seniorów, która mogłaby wyrażać opinie o rozwiązaniach prawnych i miałaby realny wpływ na władzę publiczną. Spodziewać się jednak można, że w miarę postępu procesu starzenia się polskiej populacji seniorzy będą tworzyć coraz liczniejszy elektorat, a z jego zdaniem będą musiały się liczyć kolejne ekipy rządzące. Siły polityczne chcąc zdobyć władzę będą musiały w przyszłości zabiegać o poparcie właśnie tej części społeczeństwa. *Traktowani dotychczas głównie jako nieprzydatni ekonomicznie, zaczynają być traktowani jako przydatni politycznie*¹⁵⁸. W opinii L. C. Thurowa *demokracja zda swój ostateczny egzamin, kiedy będzie musiała stawić czoła ekonomicznym żądaniom ludzi starszych*¹⁵⁹. Dodaje on również, że *w nadchodzących latach prawdopodobnie zmieni się definicja walki klasowej, która nie będzie odtąd oznaczała walki biednych z bogatymi, lecz młodych ze starymi*¹⁶⁰.

¹⁵⁶ J. Hrynkiewicz, J. Staręga-Piasek, J. Supińska, poz. cyt., s. 150.

¹⁵⁷ T. Kowalak, *Polityka społeczna. Wybrane zagadnienia*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Ekonomicznej, Białystok 2000, s. 91

¹⁵⁸ J. Hrynkiewicz, J. Staręga-Piasek, J. Supińska, poz. cyt., s. 134.

¹⁵⁹ L.C. Thurow, *Płyta trzecia: demografia- wzrost liczby ludności, mobilność, starzenie się*, [w:] L. Dziewięcka-Bokun, K. Zamorska (red.), *Polityka społeczna. Teksty źródłowe*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2003, s. 91, 92.

¹⁶⁰ Tamże, s. 94.

Przy ogólnej krytyce i negatywnym nastawieniu do działań wobec ludzi starych nie sposób pominąć faktu, że w Polsce trwa obecnie proces wyodrębniania polityki społecznej wobec ludzi starych jako polityki szczegółowej oraz krystalizowania się jej celów i zadań praktycznych. Za przełomowe wydarzenie w tym obszarze można uznać powołanie w 2008 r. Parlamentarnego Zespołu ds. Osób Starszych. Prace tego publicznego podmiotu mają stanowić odpowiedź na wyzwania, jakie niesie ze sobą starzenie się społeczeństwa polskiego. Do jego podstawowych zadań należy między innymi:

- sprzyjanie kreowaniu zintegrowanej i długookresowej polityki na rzecz osób starszych,
- inspirowanie władz publicznych do tworzenia ustawodawstwa zabezpieczającego pełnię praw osób starszych oraz realizację ich aspiracji i potrzeb,
- identyfikowanie i reagowanie na wszelkie przejawy dyskryminacji osób starszych, zwłaszcza w systemie prawnym,
- upowszechnienie dobrych praktyk partnerskiego działania samorządów na rzecz ludzi III generacji,
- animowanie i upowszechnianie działalności organizacji pracujących na rzecz osób starszych,
- upowszechnienie i wspieranie badań naukowych dotyczących sytuacji osób starszych,
- propagowanie w opinii publicznej pozytywnego wizerunku osób starszych¹⁶¹.

Pewne zadania z zakresu polityki społecznej wobec ludzi starych określone zostały w *Założeniach programu polityki ludnościowej w Polsce*. Jednym z wyznaczonych tam celów jest tworzenia warunków sprzyjających godnej i aktywnej starości. Cel ten ma być realizowany przez:

- poprawę ochrony zdrowia i dostępu do usług medycznych i pielęgnacyjnych oraz stworzenie systemu pomocy w organizowaniu samodzielnego życia,
- tworzenie warunków podtrzymywania niezależności ekonomicznej osób starszych,
- tworzenie systemu sprzyjającego dostosowaniu warunków mieszkaniowych do możliwości finansowych i potrzeb osób starszych,
- podtrzymywanie aktywności społecznej osób starszych poprzez kształcenie przez całe życie, edukację zdrowotną, wolontariat,

¹⁶¹ *Regulamin Parlamentarnego Zespołu ds. Osób Starszych*, dokument dostępny na stronie internetowej www.senat.gov.pl/k7/senat/zespol/starsi/regulamin.pdf (21.11.2008).

- kształtowanie pozytywnych postaw wobec starości i osób starszych; działania na rzecz między i wewnątrzgeneracyjnej integracji,
- stworzenie systemu przygotowania do starości w wymiarze ekonomicznym, zdrowotnym, edukacyjnym i w zachowaniu aktywności,
- prowadzenie spójnej polityki wobec starości i na rzecz osób starych¹⁶².

Zadania polityki społecznej uwzględnione zostały w resortowych dokumentach towarzyszących realizacji *Narodowego Planu Rozwoju na lata 2007-2013*, takich jak *Strategia polityki społecznej na lata 2007-2013* (za jeden z priorytetów uznano tworzenie warunków sprzyjających integracji w starzejącym się społeczeństwie)¹⁶³ czy *Strategia rozwoju ochrony zdrowia w Polsce na lata 2007-2013* (za jeden z celów uznano dostosowanie opieki zdrowotnej do dynamiki długookresowych trendów demograficznych, w tym zapewnienie właściwej opieki oraz wydłużanie okresu sprawności psychofizycznej i możliwości pełnienia ról społecznych osobom w wieku podeszłym)¹⁶⁴. Również w *Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007-2015* za jeden z celów operacyjnych uznano tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych¹⁶⁵.

Istotny wpływ na diagnozowanie, kształtowanie i realizowanie polityki społecznej w Polsce mają organizacje pozarządowe oraz jednostki naukowe. Spośród najważniejszych ogólnopolskich stowarzyszeń prosenioralnych wymienić należy przede wszystkim Polskie Towarzystwo Gerontologiczne (PTG), Komisję Geriatrii i Gerontologii funkcjonującą przy Polskiej Akademii Nauk, Sekcję Geriatryczną Polskiego Towarzystwa Lekarskiego oraz Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatrów. Działania naukowo-dydaktyczne z zakresu gerontologii prowadzone są między innymi w Zakładzie Demografii i Gerontologii Społecznej na Uniwersytecie Łódzkim oraz w Klinice Geriatrii na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku.

Z perspektywy polityki społecznej wobec ludzi starych szczególnie istotna jest działalność Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego. Powstało ono jesienią 1973 r. z inicjatywy prof. J. Piotrowskiego, który był też pierwszym jego prezesem. Celem działalności PTG jest popieranie i rozwijanie nauk z zakresu gerontologii oraz działanie na rzecz popularyzacji

¹⁶² *Sytuacja demograficzna Polski...*, poz. cyt., s. 33-47.

¹⁶³ *Strategia polityki społecznej na lata 2007-2013*, Ministerstwo Polityki Społecznej, s. 34-37, dokument dostępny na stronie internetowej www.mps.gov.pl/userfiles/File/mps/strategiaps.pdf (1.04.2008).

¹⁶⁴ *Strategia rozwoju ochrony zdrowia w Polsce na lata 2007-2013*, Ministerstwo Zdrowia, s. 50, dokument dostępny na stronie internetowej www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zalacznik_rp_06.pdf (2.04.2008).

¹⁶⁵ *Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015*, Ministerstwo Zdrowia, s. 42-43, dokument dostępny na stronie internetowej www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf (2.04.2008).

problematyki gerontologii społecznej, klinicznej i teoretycznej. Cele te realizowane są poprzez:

- inicjowanie, organizowanie i popieranie badań naukowych z zakresu gerontologii w różnych dyscyplinach specjalistycznych i w ich wzajemnej współpracy,
- ułatwianie kontaktów i organizowanie współdziałania osób i organizacji pracujących na różnych odcinkach gerontologii teoretycznej i stosowanej,
- organizowanie zjazdów naukowych, wykładów, odczytów, zebrań naukowych, konferencji, seminariów oraz kursów o charakterze naukowym i popularno-naukowym,
- krzewienie wymiany myśli i informacji naukowej w środowisku osób zajmujących się problematyką gerontologiczną oraz między przedstawicielami środowiska gerontologów a przedstawicielami innych dyscyplin naukowych i praktyki społecznej,
- prowadzenie działalności wydawniczo-informacyjnej z zakresu gerontologii klinicznej i społecznej,
- fundowanie stypendiów, nagród oraz stosowanie innych form pomocy osobom pracującym naukowo nad problemami gerontologicznymi,
- utrzymywanie stałych kontaktów naukowych z pokrewnymi stowarzyszeniami i placówkami w kraju i za granicą,
- reprezentowanie i propagowanie osiągnięć polskiej gerontologii w międzynarodowych towarzystwach i organizacjach,
- uczestniczenie w krajowych i międzynarodowych kongresach, zjazdach i konferencjach naukowych poświęconych problemom gerontologicznym¹⁶⁶.

Dokonania Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego są niezwykle cenne¹⁶⁷, szczególnie, że działa ono w obszarach najistotniejszych z punktu widzenia osób starszych, takich jak: podejmowanie dialogu z decydentami w celu wypracowania długofalowej, spójnej polityki społecznej wobec ludzi starych; rozwijanie działań popularyzujących problematykę gerontologiczną, m.in. poprzez nawiązanie bliższych kontaktów z mediami centralnymi i lokalnymi, przygotowanie poradnika dla osób starzejących się, zainicjowanie kampanii społecznej służącej integracji międzypokoleniowej; zajmowanie stanowiska w sprawach szczegółowych decyzji politycznych dotyczących ludzi starych¹⁶⁸.

¹⁶⁶ Statut Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, dokument dostępny na stronie internetowej www.borgis.pl/ptg/statut.php (13.03.2008).

¹⁶⁷ Obszernie działalność tę opisuje W. Pędich, *Udział Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego w kształtowaniu polityki społecznej wobec ludzi starych*, [w:] A. Rączaszek (red.), poz. cyt, s. 545.

¹⁶⁸ P. Błędowski, *Sprawozdanie z działalności Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego*, „Gerontologia Polska”, 2006, t. 14, nr 1, s. 49.

Krajowe cele polityki społecznej wobec ludzi starych powinny być modyfikowane w perspektywie środowiska lokalnego w taki sposób, aby uwzględniać specyfikę oraz wykorzystywać potencjał mniejszych grup społecznych¹⁶⁹. Skala lokalna jest niezwykle istotna, ponieważ na tym poziomie ujawniają się potrzeby osób w podeszłym wieku (jak i innych grup ludności) oraz są one na nim zaspokajane¹⁷⁰. Większa jest ponadto elastyczność i mniejsze sformalizowanie procedur przy ich zaspokajaniu¹⁷¹.

Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych została określona przez P. Błędowskiego jako *różne przejawy aktywności na rzecz osób starszych realizowane na terenie działania samorządu terytorialnego w ramach jego zadań zleconych i własnych oraz lokalnych inicjatyw*¹⁷². Ma ona szansę stać się *czynnikiem ułatwiającym procesy integracyjne w skali lokalnej, demokratyzację stosunków społecznych i rozwój społeczeństwa obywatelskiego, zapewniającego zachowanie podmiotowości nawet najstarszym społecznie grupom mieszkańców, przeciwdziałającego ich marginalizacji i dbającego o stworzenie korzystnych warunków dla rozwoju lokalnego*¹⁷³.

W Polsce systematyczny wzrost znaczenia inicjatyw lokalnych tłumaczyć można biernością podmiotów centralnych oraz brakiem ściśle sprecyzowanej strategii państwowej w zakresie zaspokajania potrzeb i rozwiązywania problemów seniorów¹⁷⁴.

Lokalną politykę społeczną wobec ludzi starych zaprezentować można na przykładzie działań podejmowanych na rzecz tej grupy ludności w województwie dolnośląskim. Aktywizacja społeczna seniorów została uznana za jeden z celów *Dolnośląskiej Strategii Integracji Społecznej na lata 2005-2013* sporządzonej przez Dolnośląski Ośrodek Polityki Społecznej. Jego realizacja ma powodować *poprawę komfortu psychicznego oraz kondycji zdrowotnej osób starszych poprzez ich aktywizację, pomoc w odnalezieniu roli społecznej w wieku starszym, integrację społeczną, zwłaszcza ze środowiskiem lokalnym, wykorzystanie potencjału osób w wieku emerytalnym. Przelamywanie utrwalonych stereotypów postrzegania osoby starszej jako osoby biernej w życiu polityczno-społeczno-kulturalnym. Promowanie kierunków zmian pomocy społecznej w stosunku do osób starszych. Popularyzacja wiedzy na temat form pomocy ludziom starszym w ich środowisku lokalnym*¹⁷⁵.

¹⁶⁹ P. Błędowski, *Zmiany...*, poz. cyt., s. 82.

¹⁷⁰ P. Błędowski, *Lokalna...*, poz. cyt., s. 25.

¹⁷¹ B. Rysz-Kowalczyk, *Skale...*, poz. cyt., s. 91

¹⁷² P. Błędowski, *Lokalna...*, poz. cyt., s. 199.

¹⁷³ P. Błędowski, *Polityka społeczna wobec ludzi starych w Polsce w Unii Europejskiej*, poz. cyt.

¹⁷⁴ Por. P. Błędowski, W. Pędich, poz. cyt., s. 178; P. Błędowski, *Zmiany...*, poz. cyt., s. 83.

¹⁷⁵ *Dolnośląska Strategia Integracji Społecznej na lata 2005-2013*, Dolnośląski Ośrodek Polityki Społecznej, s. 102; dokument dostępny na stronie internetowej www.dops.wroc.pl/strategia.htm (3.04.2008).

Od 2006 r. przy Urzędzie Marszałkowskim funkcjonuje Dolnośląska Rada ds. Seniorów, która jest organem opiniodawczo-doradczym z zakresu oceny spraw ludzi starych. Jej działalność polega na:

- współpracy, współdziałaniu i wymianie doświadczeń zmierzających do rozpoznania problemów związanych ze starzeniem się społeczeństw, w celu opracowania strategii działań skierowanych do osób starszych w formie wojewódzkiego programu,
- konsolidacji środowisk wokół szeroko rozumianych spraw ludzi starych w zakresie ich funkcji zdrowotnych, społecznych, życiowych i zawodowych¹⁷⁶.

W 2008 r. ustanowiono w Departamencie Spraw Społecznych stanowisko Doradcy Prezydenta Wrocławia do spraw Seniorów (nazywane też Rzecznikiem Interesu Seniorów przy Prezydencie Miasta) odpowiedzialnego za merytoryczne wsparcie władz miasta w zakresie spraw związanych z seniorami. Osoba powołana na to stanowisko ma się zajmować:

- opiniowaniem projektów działań na rzecz seniorów,
- promowaniem i wspieraniem inicjatyw związanych z problematyką starości,
- konsultowaniem oraz nadzorem merytorycznym nad programami finansowanym przez miasto i adresowanymi do osób starszych,
- podejmowaniem czynności interwencyjnych skracających czas podejmowania decyzji dotyczących środowiska senioralnego,
- opracowaniem założeń polityki senioralnej miasta,
- organizowaniem i koordynowaniem społecznych kampanii dotyczących seniorów,
- nawiązywaniem i utrzymywaniem kontaktów z organizacjami działającymi na rzecz seniorów w innych miastach,
- monitorowaniem jakości usług świadczonych na rzecz osób starszych przez organizacje działające na terenie miasta,
- rozpatrywanie skarg i spraw związanych z problemami osób starszych, zgłaszanych do Urzędu Miejskiego,
- raportowaniem Prezydentowi Miasta o sytuacji w instytucjach działających na rzecz seniorów¹⁷⁷.

Istotną inicjatywą władz miasta jest realizowanie projektu Wrocławskiego Centrum Seniora powstałego i finansowanego w ramach Wrocławskiego Instytutu Zdrowia Publicznego. Jego zadaniem jest zintegrowanie i skoordynowanie organizacji senioralnych oraz przygo-

¹⁷⁶ Zarządzenie Nr 21/2006 Marszałka Województwa Dolnośląskiego z dnia 2 lutego 2006 r. w sprawie powołania Dolnośląskiej Rady do spraw Seniorów.

¹⁷⁷ R. Pawliszko, *Rzecznik Seniorów przy Prezydencie Miasta. Projekt*, „MEDI”, 2008, nr 1 (35), s. 22.

towanie kompleksowego systemu działań aktywizacyjnych i prozdrowotnych dla osób starszych. W ramach Centrum planowane jest utworzenie pod koniec 2008 r. forum instytucji kreujących politykę miasta wobec osób starszych, otwarcie poradni geriatrycznej, punktu informacyjnego oraz warsztatów aktywizacji i terapii¹⁷⁸.

Oferta edukacyjna dla seniorów kreowana jest przez Uniwersytety Trzeciego Wieku. Placówki te pełnią ważną rolę nie tylko ze względu na włączanie osób starszych w system kształcenia ustawicznego oraz ich aktywizację fizyczną i psychiczną, ale również ze względu na prowadzone w nich badania naukowe dotyczące osób w podeszłym wieku. Z kolei działania naukowo-dydaktyczne z zakresu gerontologii prowadzone są na Dolnym Śląsku między innymi w Zakładzie Gerontologii na Wydziale Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej, na Wydziale Fizjoterapii Akademii Wychowania Fizycznego oraz w Zakładzie Andragogiki na Wydziale Nauk Historycznych i Pedagogicznych Uniwersytetu Wrocławskiego.

Dolnośląska polityka społeczna wobec ludzi starych kreowana jest przez szereg organizacji *non-profit* takich jak utworzony w 2007 r. Dolnośląski Oddział Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, Stowarzyszenie Ludzi Wieku Senioralnego, Stowarzyszenie „Przyjaciele Seniorów”.

¹⁷⁸ Wrocławskie Centrum Seniora, „Wrocławianin”, 2007, nr 12 (41), s. 16.

2. Opieka długoterminowa jako zadanie polityki społecznej wobec ludzi starych

2.1. Zależność funkcjonalna a potrzeby opiekuńcze ludzi starych

Poruszając problem zależności ludzi starych od otoczenia najczęściej kładzie się nacisk na jego funkcjonalny aspekt. Przykładem tego jest definicja skonstruowana przez Radę Europy, która określa zależność jako *stan, w którym osoba, z powodu braku lub utraty fizycznej, psychicznej lub umysłowej autonomii, wymaga istotnego wsparcia lub pomocy w wykonywaniu codziennych aktywności*¹⁷⁹. Zależność funkcjonalna jest kategorią wielowymiarową, na którą składają się:

- a) wiek chronologiczny,
- b) stopień utraty samodzielności funkcjonalnej,
- c) tło socjoekonomiczne¹⁸⁰.

Ad a. Zależność funkcjonalna a wiek chronologiczny

Wraz z postępującym wiekiem chronologicznym (mierzonym liczbą lat przeżytych od urodzenia) istotnie zmienia się poziom sprawności życiowej¹⁸¹, która ściśle powiązana jest z poziomem zależności funkcjonalnej. Im jednostka charakteryzuje się niższą sprawnością, tym mniejsza jest jej zdolność wykonywania codziennych aktywności oraz zaspokajania podstawowych potrzeb, a tym samym wymaga ona większego zakresu wsparcia z otoczenia¹⁸².

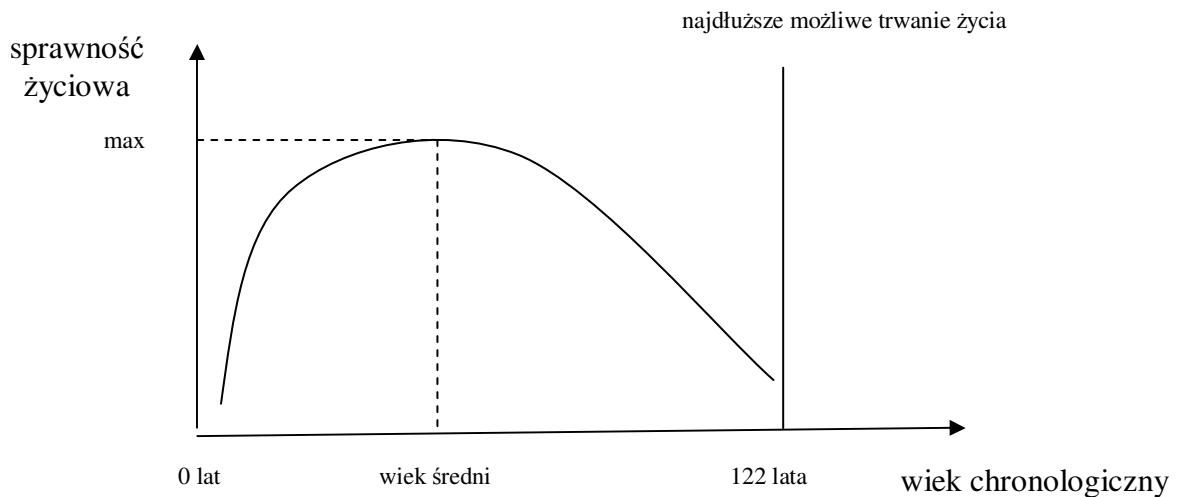
¹⁷⁹ Rekomendacja Rady Europy Nr R (98) 9 na temat zależności przyjęta 18.09.1998, s. 51.

¹⁸⁰ W. A. Jackson, poz. cyt., s. 20.

¹⁸¹ Sprawność życiowa oznacza zdolność (fizyczną i psychiczną) do wykonywania określonych czynności w granicach przyjętych jako prawidłowe dla człowieka w średnim wieku. S. Golinowska (red.), *Raport...*, poz. cyt., s. 20. Stopień sprawności życiowej często wyrażany jest za pomocą tzw. wieku funkcjonalnego (czynnościowego), który jest pochodną wieku biologicznego, psychicznego oraz społecznego. Por. B. Szatur-Jaworska, P. Błądowski, M. Dziegielewska, poz. cyt., s. 49; B. Więckowska, *Ubezpieczenie...*, poz. cyt., s. 17.

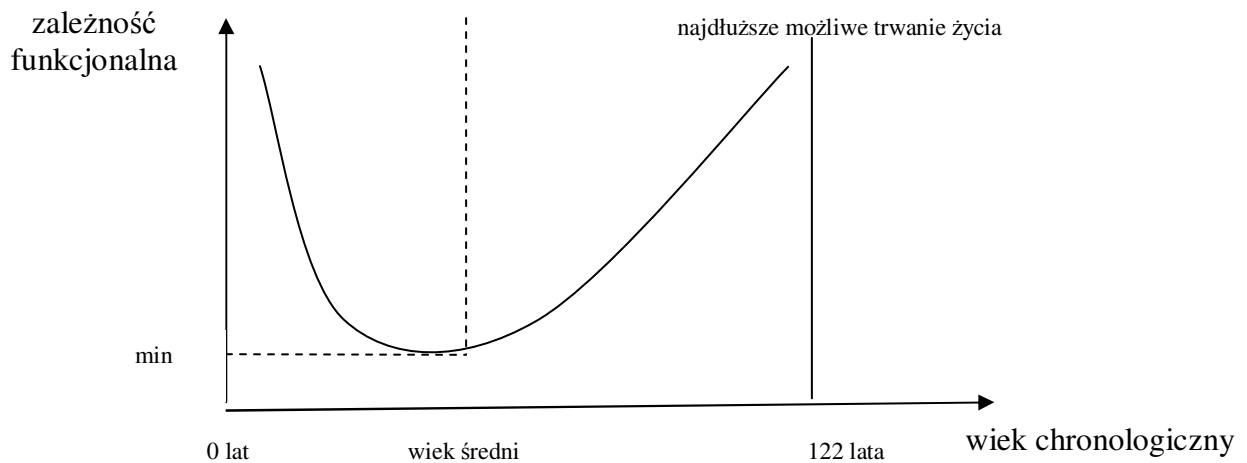
¹⁸² Wsparcie należy rozumieć jako nadzór, kierownictwo lub bezpośrednią pomoc. T. E. Getzen, *Ekonomika zdrowia*, PWN, Warszawa 2000, s. 318.

Rysunek 7. Wiek chronologiczny a sprawność życiowa



Źródło: opracowanie własne.

Rysunek 8. Wiek chronologiczny a poziom zależności funkcjonalnej



Źródło: opracowanie własne.

Z rysunków 7 i 8 wynika, że na pewnym etapie życia (wiek średni) człowiek osiąga maksymalną sprawność życiową¹⁸³. Stan ten odpowiada minimalnemu poziomowi zależności funkcjonalnej. Warty podkreślenia jest fakt, że żaden człowiek, nawet w okresie swojej maksymalnej sprawności życiowej, nie jest w pełni niezależny¹⁸⁴. Każdy, niezależnie od wieku, w pewnych czynnościach wymaga wsparcia drugiego człowieka.

¹⁸³ Biologiczne starzenie to proces bardzo zindywidualizowany i w związku z tym niemożliwe jest określenie konkretnego wieku (mierzonego liczbą lat przeżytych od urodzenia) osiągnięcia tego stanu. Jest on inny dla różnych jednostek. Celem powyższych rysunków nie jest więc przedstawienie konkretnych wartości liczbowych, a jedynie wskazanie generalnych tendencji zmian poziomu sprawności życiowej oraz zależności funkcjonalnej na przestrzeni ludzkiego życia.

¹⁸⁴ Por. G. Orzechowska, *Aktualne problemy gerontologii społecznej*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Olsztyn 1999, s. 17.

Po osiągnięciu wieku średniego *procesy starzenia (oraz procesy chorobowe) wpływają na zmniejszenie sprawności życiowej*¹⁸⁵, co oznacza, że wraz z upływem czasu, systematycznie wzrasta poziom zależności funkcjonalnej. Powody takiego stanu rzeczy mają podłoże biologiczne i wynikają w głównej mierze ze słabnących funkcji poszczególnych narządów. W efekcie, jak twierdzi S. Klonowicz, *kurczą się możliwości wykonywania tych czy innych czynności. To, co za młodu nie wymagało najmniejszego wysiłku, stopniowo staje się coraz trudniejsze i bardziej męczące*¹⁸⁶.

Proces biologicznego starzenia może przebiegać zgodnie z wyznaczonymi tendencjami, ale mogą również występować pewnego rodzaju odstępstwa, zarówno negatywne (starzenie przedwczesne), jak i pozytywne (starzenie opóźnione)¹⁸⁷. Z tego powodu nie można postawić znaku równości między sędziwą starością a funkcjonalną zależnością. Nie zmienia to jednak faktu, że u każdej osoby postępujący proces biologicznego starzenia powoduje z czasem negatywne przeobrażenia¹⁸⁸ i wpływa na obniżenie wydolności organizmu, co prowadzi do erozji sprawności psychofizycznej i pogłębienia zależności funkcjonalnej.

Ad b. Zależność funkcjonalna a stopień utraty samodzielności funkcjonalnej

Utrata sprawności życiowej może być mierzona różnymi narzędziami, takimi jak wskaźnik mobilności czy wskaźnik niepełnosprawności¹⁸⁹. Wskaźnik mobilności określa zdolność lokomocyjną, czyli możliwość samodzielnego przemieszczania się. Wskaźnik niepełnosprawności odnosi się natomiast do trudności, wynikających z uszkodzenia i/lub upośledzenia funkcji organizmu, związanych z wypełnianiem ról społecznych, a w szczególności z wykonywaniem pracy zawodowej.

Niepełna sprawność w różnym stopniu wpływa na status funkcjonalny człowieka¹⁹⁰. Znaczne naruszenie sprawności powoduje ograniczenia w wykonywaniu codziennych czynności życiowych, określanych jako ADL (*Activities of Daily Living*), związanych z samoobsługą lub prowadzeniem gospodarstwa domowego. Osoby, które z powodu ograniczonej sprawności nie są w stanie samodzielnie wykonywać tych czynności, przez co wymagają dłu-

¹⁸⁵ S. Golinowska (red.), *Raport...*, poz. cyt., s. 20.

¹⁸⁶ S. Klonowicz, *Oblicza...*, poz. cyt., s. 109.

¹⁸⁷ S. Golinowska (red.), *Raport...*, poz. cyt., s. 17.

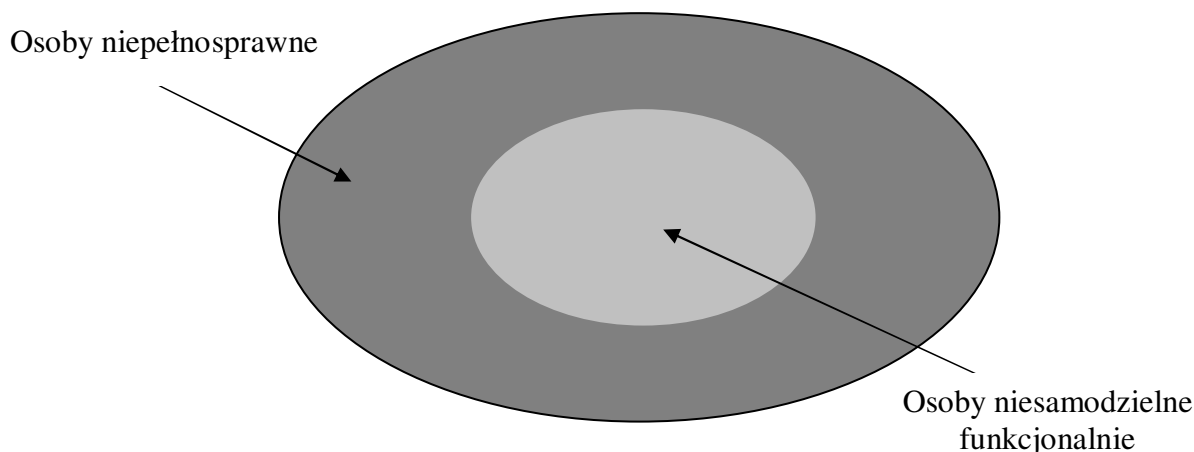
¹⁸⁸ Takie jak: zmniejszanie siły mięśniowej, upośledzenie koordynacji ruchów i równowagi, schorzenia wielonarządowe. M. Żak, *Rehabilitacja osób po 80. roku życia z zaburzeniami czynności życia codziennego*, „Gerontologia Polska”, 2005, t. 13 nr 3, s. 200, 201.

¹⁸⁹ P. Błędowski, W. Pędich, poz. cyt., s. 174.

¹⁹⁰ Por. Z. Kawczyńska – Butrym, *Niepełnosprawność- specyfika pomocy społecznej*, Wydawnictwo INTERART, Warszawa 1996, s. 46, 47.

gookresowego wsparcia osób drugih, określa się jako osoby niesamodzielne¹⁹¹, lub dokładniej, jako osoby niesamodzielne funkcjonalnie.

Rysunek 9. Osoby niepełnosprawne a osoby niesamodzielne



Źródło: opracowanie własne.

Z rysunku 9 wynika, że każda osoba niesamodzielna jest osobą niepełnosprawną, lecz nie każda osoba niepełnosprawna jest osobą niesamodzielną. Oszacowano, że w 2005 roku w Polsce było około 1,4 mln osób niesamodzielnych¹⁹², tymczasem osób niepełnosprawnych (łącznie: prawnie i biologicznie) w 2002 roku było prawie 5,5 mln¹⁹³. Na tej podstawie można stwierdzić, że u 25% osób niepełnosprawnych występują ograniczenia samodzielnego wykonywania czynności związanych z samoobsługą lub prowadzeniem gospodarstwa domowego, czyli średnio jedna na cztery osoby niepełnosprawne jest osobą niesamodzielną.

Niesamodzielnosc funkcjonalna osób starszych (nazywana również niedołęstwem starczym lub starczą niewydolnością życiową) oznacza *taki stan starego człowieka, gdy na skutek zaniku i niewydolności narządów lub przewlekłej ciężkiej choroby, staje się on niezdolny do wykonywania codziennych czynności, koniecznych w normalnym, codziennym życiu*¹⁹⁴. Jest to stan względnie trwały. Zwykle za niesamodzielną uznaje się osobę wymagającą istot-

¹⁹¹ Por. A. Wilmonska-Pietruszyńska, *Sprawność i samodzielność- problemy orzecznictwa i konsekwencje dla służby zdrowia i pomocy społecznej*, materiały konferencyjne: IX Międzynarodowa Konferencja Opieki Długoterminowej *Solidarność międzypokoleniowa. Organizacja opieki długoterminowej*, Toruń, 17-21.09.2006, s. 9.

¹⁹² P. Błędowski, wystąpienie na zebraniu założycielskim Dolnośląskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, Wrocław 11.07.2007.

¹⁹³ *Osoby niepełnosprawne oraz ich gospodarstwa domowe 2002. Część I osoby niepełnosprawne*, GUS, Warszawa 2003, s. 36.

¹⁹⁴ B. Więckowska, *Dobrowolne ubezpieczenie niedołęstwa starczego – ubezpieczenie pielęgnacyjne*, „Monitor Ubezpieczeniowy”, 2005, nr 24, s. 20; K. Wiśniewska-Roszkowska, *Niedołęstwo starcze i jego leczenie*, [w:] *Encyklopedia seniora*, poz. cyt., s. 408.

nej pomocy w wykonywaniu czynności życia codziennego przez okres przynajmniej 6 miesięcy¹⁹⁵.

Do szacowania stopnia utraty samodzielności funkcjonalnej stosuje się wiele narzędzi, jednak do najpowszechniej obecnie stosowanych należą skala Katza- oceniająca możliwość wykonywania podstawowych (prosty) czynności życia codziennego (P-ADL) oraz skala Latona i Brody'ego- oceniająca możliwość wykonywania instrumentalnych (złożonych) czynności życia codziennego (I-ADL). Skala Katza pozwala oszacować poziom niezbędnego wsparcia przy wykonywaniu sześciu podstawowych czynności życia codziennego: mycie się, ubieranie się, utrzymanie higieny, przemieszczanie się, korzystanie z ubikacji oraz jedzenie. Z kolei skala Latona i Brody'ego ocenia możliwość wykonywania złożonych czynności gospodarskich, takich jak: zarządzanie pieniędzmi, telefonowanie, robienie zakupów, korzystanie ze środków transportu, prace domowe, dozowanie leków¹⁹⁶. Na podstawie czynności P-ADL można stwierdzić, czy dana osoba jest zdolna do samoobsługi, natomiast czynności I-ADL określają jej zdolność do niezależnego funkcjonowania we współczesnym społeczeństwie¹⁹⁷.

Na podstawie zdolności do wykonywania podstawowych i instrumentalnych czynności życia codziennego można dokonać podziału całej populacji na trzy grupy:

- osoby poważnie niesamodzielne (*severe disability*)- z ograniczeniami w wykonywaniu jednej lub więcej podstawowych czynności życia codziennego (P-ADL),
- osoby umiarkowanie niesamodzielne (*moderate disability*)- z ograniczeniami w wykonywaniu instrumentalnych czynności życia codziennego (I-ADL) i bez ograniczeń w wykonywaniu czynności podstawowych (P-ADL),
- osoby samodzielne (*little or no disability*)- bez znacznych ograniczeń funkcjonalnych¹⁹⁸.

Granica między osobami niesamodzielnymi poważnie i umiarkowanie nie jest ostra, dlatego dosyć często, w celu ujednoczenia i uproszczenia terminologii, za niesamodzielne funkcjonalnie uznaje się osoby wyłącznie z ograniczeniami w wykonywaniu czynności podstawowych (czyli poważnie niesamodzielne)¹⁹⁹.

¹⁹⁵ M. Żukowski, *Zabezpieczenie na starość w Niemczech*, [w:] L. Frąckiewicz (red.), *W obliczu...*, poz. cyt., s. 81.

¹⁹⁶ C.J. Evashwick, L.G. Branch, *Clients of the Continuum*, [w:] C.J. Evashwick (red.), *The continuum of long – term care*, Delmar, New York 2001, s. 16, 17.

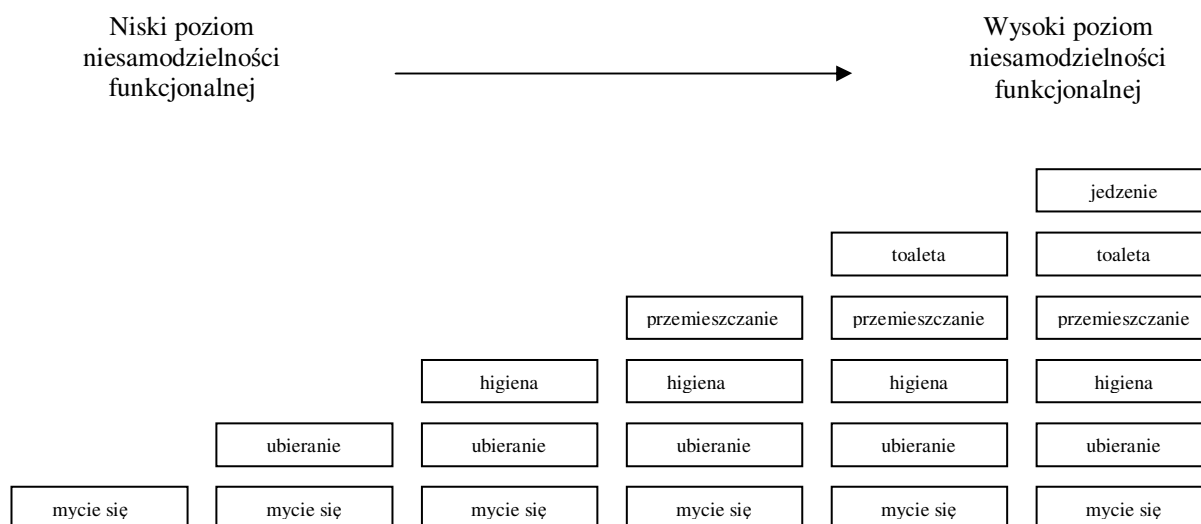
¹⁹⁷ K. Kochanek-Jagielska, *Skale sprawności trzeciego wieku– instrumenty do pełnej oceny geriatrycznej*, „MEDI”, 2006, 4, artykuł dostępny na stronie internetowej www.dps.pl/home_new/index.php?rob=radar&dzial=12&art=814 (9.04.2008).

¹⁹⁸ S. Jacobzone, E. Cambois, J. M. Robine, *Is the health of older persons in OECD countries improving fast enough to compensate for population ageing?*, “OECD Economic Studies”, 2000, nr 30, s. 159.

¹⁹⁹ Tamże, s. 159.

Istnieją dwie metody oceniania stopnia niesamodzielności funkcjonalnej na podstawie skali Katza. Pierwsza z nich opiera się na liczbie (i pośrednio rodzaju) czynności P-ADL, przy wykonywaniu których wymagane jest wsparcie osób innych (por. rysunek 10).

Rysunek 10. Pogłębianie się niesamodzielności funkcjonalnej- podstawowe czynności życia codziennego (P-ADL)



Źródło: J. G. Goetze, *Long – term care*, Dearborn Financial Institute, Dearborn 1999, s. 8.

Druga metoda opiera się nie tylko na liczbie czynności P-ADL, przy wykonywaniu których wymagane jest wsparcie osób innych, lecz również brany jest pod uwagę stopień tegoż wsparcia²⁰⁰. Do określania poziomu niesamodzielności stosowana jest skala punktowa, której zakres zawiera się między minimum 0 punktów (osoba w pełni sprawna), a maksimum 12 punktów (osoba niesprawna- zależna od pomocy innych osób we wszystkich sześciu czynnościach samoobsługowych).

Starość to okres naturalnej, systematycznej utraty samodzielności funkcjonalnej, ale niesamodzielność może być także efektem uszkodzeń lub chorób występujących w każdym wieku. Dlatego wyróżnić należy niesamodzielność fizjologiczną (wynikającą z zaawansowania procesu starzenia się organizmu) oraz niesamodzielność patologiczną (wynikającą ze stanów chorobowych)²⁰¹.

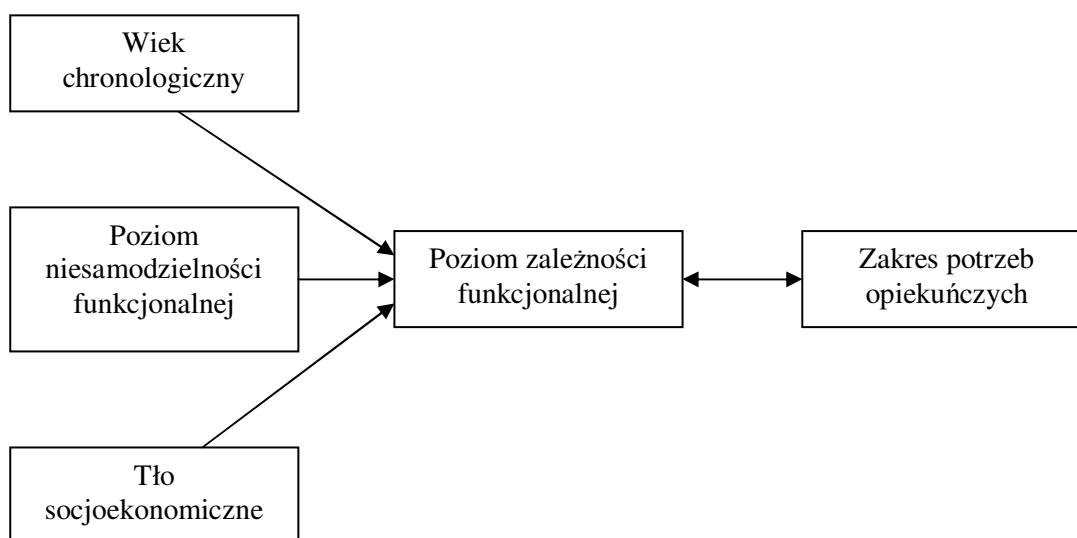
²⁰⁰ W tej metodzie każda czynność oceniana jest według ściśle określonego schematu. Por. T. E. Getzen, poz. cyt., s. 318.

²⁰¹ Por. B. Więckowska, *Ubezpieczenie...*, poz. cyt., s. 55.

Ad c. Zależność funkcjonalna a uwarunkowania socjoekonomiczne

Na zależność funkcjonalną, poza wiekiem i sprawnością życiową, wpływ mają również uwarunkowania środowiskowe, społeczne i ekonomiczne²⁰². Wynika z tego, że osoby w równym stopniu niesamodzielne mogą być w różnym stopniu zależne od otoczenia. Poziom zależności znacząco podnoszą różnego rodzaju bariery utrudniające lub uniemożliwiające osobom niesamodzielnym wykonywanie czynności życia codziennego²⁰³.

Rysunek 11. Czynniki determinujące zakres potrzeb opiekuńczych



Źródło: opracowanie własne.

Poziom zależności funkcjonalnej warunkuje zakres potrzeb opiekuńczych. Im poziom ten jest wyższy- tym większy jest zakres potrzeb opiekuńczych²⁰⁴.

Zależność funkcjonalna osób starych ma trwały i pogłębiający się wraz z wiekiem charakter. Pogłębianie zależności powoduje, że zakres potrzeb opiekuńczych nie jest jednolity w całym okresie starości, ale tworzy progresywny cykl składający się z trzech głównych faz: pełnej aktywności, częściowej zależności (problemy z wykonywaniem czynności I-ADL), pełnej zależności (problemy z wykonywaniem czynności P-ADL)²⁰⁵. Omawiany cykl rozpoczyna się z chwilą, gdy osoba przekracza umowny próg starości i tym samym staje się stara. Początkowo taka osoba jest aktywna i pełna energii. Wykonuje wiele prac w gospodarstwie

²⁰² C.J. Evashwick, L.G. Branch, poz. cyt., s. 16, 17.

²⁰³ P. Błędowski zauważył, że zdolność osoby do przygotowania sobie szklanki herbaty będzie zależała od tego, czy dysponuje ona czajnikiem elektrycznym, kuchenką gazową czy piecem węglowym. Tenże, *Lokalna...*, poz. cyt., s. 144.

²⁰⁴ Por. P. Błędowski, *Starsze osoby wobec świadczeń służby zdrowia i pomocy społecznej- wyniki badań empirycznych*, [w:] M. Halicka, J. Halicki (red.), *Zostawić ślad na ziemi*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2006, s. 177.

²⁰⁵ Por. B. Więckowska, *Ubezpieczenie...*, poz. cyt., s. 59; S. Golinowska (red.), *Raport...*, poz. cyt., s. 20.

domowym- robi zakupy, gotuje, opiekuje się wnukami. Wcale nie potrzebuje pomocy. Jednak w miarę upływu czasu zaczynają się pojawiać problemy natury fizycznej utrudniające wykonywanie złożonych czynności. Niezbędne staje się wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego. W następnej fazie utracona zostaje możliwość wykonywania nawet najprostszych czynności życia codziennego, przez co osoba starsza wymaga wzmożonej, często całodobowej pomocy.

Określanie zakresu potrzeb opiekuńczych osób starych jedynie na podstawie zdolności do wykonywania czynności życia codziennego spotyka się z coraz częstszą krytyką²⁰⁶. Jest ona efektem eksponowania przede wszystkim aspektów sprawności fizycznej, pomijając sprawność psychiczną, której deficyty, szczególnie częste w okresie sędziwej starości, powodują konieczność pomocy²⁰⁷. Z tego powodu do pełnej oceny potrzeb opiekuńczych stosuje się równolegle skalę Katza oraz, na przykład, test Krótkiego Badania Stanu Umysłowego²⁰⁸.

W odniesieniu do zakresu pomocy dostarczanej osobie funkcjonalnie zależnej wyróżnić można następujące sytuacje:

1. Poziom zależności funkcjonalnej jest równy zakresowi dostarczanej pomocy- jest to sytuacja najkorzystniejsza zarówno dla osoby zależnej, jak i dla opiekuna. Pomoc dokładnie kompensuje utracone możliwości wykonywania podstawowych aktywności dnia codziennego. Jest to optymalny stan równowagi usług w stosunku do potrzeb.

2. Zakres pomocy jest wyższy od poziomu zależności funkcjonalnej- jest to sytuacja niekorzystna zarówno dla osoby zależnej, jak i dla jej opiekuna. Pomoc dostarczana jest nieracjonalnie, bo nadmiernie w stosunku do potrzeb. Zbyt duży zakres świadczeń prowadzi do stopniowego ubezwłasnowolnienia, zmniejsza pewność siebie, obniża poczucie własnej wartości i w konsekwencji prowadzi do izolacji od otoczenia²⁰⁹. Zjawisko to świadczy o braku wpływu i kontroli osoby zależnej na zakres pomocy i nazywane jest „negatywną zależnością” (*negative dependency*)²¹⁰.

3. Poziom zależności funkcjonalnej jest wyższy od zakresu świadczonej pomocy- jest to sytuacja szczególnie niekorzystna dla osoby zależnej, gdyż prowadzi do powstania u niej luki opiekuńczej (*care gap*). Objawia się ona tym, że zakres świadczeń jest niewystarczający

²⁰⁶ H. Theobald, *Social Exclusion and Care for the Elderly – Theoretical Concept and Changing Realities in European Welfare States*, WZB Raport nr SP I 2005-301, Berlin 2005, s. 29.

²⁰⁷ Por. B. Bień, *Stan zdrowia i sprawność ludzi starych*, [w:] B. Synak (red.), *Polska starość*, poz. cyt., s. 59.

²⁰⁸ M. Mossakowska, K. Broczek, *Polscy stulatkarze- potrzeby opiekuńcze i ich realizacja*, [w:] B. Kromolicka, B. Bugajska, K. Serdyńska (red.), poz. cyt., s. 306-307.

²⁰⁹ E. Kucyper, K. Kucyper, *Wybrane zagadnienia polityki społecznej wobec osób starych*, [w:] A. Fabiś, poz. cyt., s. 134; L. Grela, poz. cyt., s. 2.

²¹⁰ H. Theobald, poz. cyt., s. 13.

w stosunku do potrzeb (jest ich zbyt mało) osoby zależnej lub ich jakość jest niższa od oczekiwanej²¹¹.

Negatywna zależność jest cechą charakterystyczną pomocy świadczonej w zamkniętych, całodobowych placówkach. Wyraża się w roztaczaniu nadmiernej kontroli nad pensjonariuszami i żądaniu od nich bezwzględności posłuszeństwa²¹². Luki opiekuńczej doświadczają natomiast głównie osoby zamieszkujące samotnie, pozbawione wsparcia ze strony rodziny czy znajomych.

2.2. Pomoc społeczna i opieka medyczna w systemie opieki długoterminowej

W wymiarze funkcjonalnym polityka społeczna wobec ludzi starych polega na zapewnieniu systemu działań kompensujących malejącą wraz z wiekiem możliwość wykonywania czynności życia codziennego (pogłębiającą się wraz z wiekiem zależność funkcjonalną), a tym samym na niwelowaniu deficytu jakim jest luka opiekuńcza. Zależność funkcjonalna osób starych ma trwały charakter, więc i opieka nad nimi powinna mieć charakter długoterminowy²¹³. Zdaniem B. Bień i H. Doroszkiewicz *pojęcie „opieka długoterminowa” (long-term care) jednoznacznie kojarzy się z chorobą o charakterze przewlekłym, jak również trwałym upośledzeniem sprawności fizycznej i/lub psychicznej. Oznacza ono nieokreślone w czasie świadczenie usług, pomocy i wsparcia dla przewlekłe chorych lub niepełnosprawnych, w tym niedołączonych osób starszych*²¹⁴. Przymiotnik „długoterminowa” sugeruje, że oprócz tej formy opieki funkcjonuje jeszcze inna, która nie jest długoterminowa, czyli jest krótkoterminowa. Tego typu rozróżnienie jest powszechne w klasyfikacji anglojęzycznej, gdzie poza opisaną *long-term care* wyróżnia się również *acute care*, czyli intensywną, ostrą pomoc osobom okresowo wymagającym wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności lub opieki medycznej. Opieka długoterminowa odnosi się natomiast do osób trwale niesamodzielnych, wymagających permanentnego wsparcia.

Zdaniem T. Getzena potencjalną potrzebę opieki długoterminowej należy analizować w trzech wymiarach

- choroby ciała,

²¹¹ R. Drago, *The Care Gap*, Washington 2006, dokument dostępny na stronie internetowej www.cepr.net/briefings/presentation_2006_06_26_drago.pdf (19.06.2007).

²¹² Por. m.in.: L. Dyczewski, poz. cyt., s. 70; B. Bugajska, *Godność w życiu ludzi starych. Wyzwani dla profesjonalnej opieki*, [w:] B. Kromolicka, B. Bugajska, K. Serdyńska (red.), poz. cyt., s. 299.

²¹³ Por. m.in. K. Szczerbińska, *Korzystanie osób starszych ze świadczeń medycznych i opiekuńczych w Polsce*, [w:] K. Szczerbińska (red.), *Dostępność opieki zdrowotnej i pomocy społecznej dla osób starszych w Polsce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006, s. 52.

²¹⁴ B. Bień, H. Doroszkiewicz, *Opieka długoterminowa w geriatricii: dom czy zakład*, „Przewodnik Lekarza”, 2006, nr 10, s. 48.

- niesamodzielności funkcjonalnej,
- niedomagań psychicznych, społecznych lub ekonomicznych²¹⁵.

Opieka długoterminowa jest odpowiedzią na potrzeby medyczne, społeczne oraz potrzeby sprawnego funkcjonowania. Z tego powodu powinna obejmować niezwykle szeroki zakres usług świadczonych na rzecz osób niesamodzielnych, w skład których wchodzi przede wszystkim:

- opieka osobista (*personal care*),
- rehabilitacja,
- pielęgnacja,
- opieka lekarska,
- technologia wspierająca (*assistive technology*),
- dostosowywanie mieszkań do potrzeb osób niesamodzielnych (*home modifications*),
- narzędzia koordynujące (*care coordination*),
- usługi transportowe²¹⁶.

Generalnie opieka długoterminowa integruje dwa rodzaje usług: medyczne, których celem jest leczenie i rehabilitacja (czyli przywracanie zdrowia, ale niekoniecznie sprawności) oraz społeczne, których celem jest podnoszenie jakości życia. Taki dualizm powoduje, że realizowana jest ona w dwu obszarach: ochrony zdrowia i pomocy społecznej.

Opiekę długoterminową często rozumie się jako zestaw usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych, gdzie usługi opiekuńcze odnoszą się do wszystkich działań mających na celu ułatwienie starszej osobie funkcjonowanie w społeczeństwie, natomiast usługi pielęgnacyjne odnoszą się do zaspokajania potrzeb związanych z opieką medyczną oraz utrzymaniem stanu zdrowia i poziomu sprawności na możliwie wysokim poziomie²¹⁷. Równie często opieka długoterminowa utożsamiana jest z ogólnie pojętą pielęgnacją, która w tym aspekcie oznacza nie tylko zabiegi czysto medyczne, lecz cały kompleks usług, których celem jest zapewnienie osobie niesamodzielnej godnej egzystencji i udziału (w miarę możliwości) w życiu lokalnej społeczności²¹⁸.

Zdarza się, że opieka długoterminowa kojarzona jest wyłącznie w perspektywie świadczeń medycznych. T. Getzen zaznacza jednak, iż *opieka długoterminowa skupia się bardziej na pielęgnacji niż na leczeniu, zwraca baczniejszą uwagę na jakość życia niż na*

²¹⁵ T. E. Getzen, poz. cyt., s. 306.

²¹⁶ N. Houser, *Long-Term Care. Research Report*, AARP Public Policy Institute, dokument dostępny na stronie internetowej www.aarp.org/research/longtermcare/trends/fs27r_ltc.html (11.04.2008).

²¹⁷ P. Błędowski, *Polityka społeczna wobec problemu niepełnosprawności...*, poz. cyt., s. 425.

²¹⁸ P. Błędowski, *Ludzie starzy...*, poz. cyt., s. 299.

*ostateczne pokonanie choroby*²¹⁹. Czyli głównym celem jest nie tyle leczenie, ile zapewnienie osobom niesamodzielnym możliwości sprawnego funkcjonowania. *Wyżywienie, dach nad głową, wygoda i możliwość kontaktów międzyludzkich są ważniejsze niż badania diagnostyczne i zabiegi chirurgiczne. (...) hospitalizacja, leki i inne zdobycze nowoczesnej medycyny stanowią zaledwie niewielką część opieki, (...), dlatego świadczeń długoterminowych nie można utożsamiać ze świadczeniami „medycznymi”*²²⁰.

B. Tryfan stwierdza, że *medycyna współczesna staje przed dylematem, czy nadal tkwić w upartej walce ze śmiercią, czy też zdobycze wiedzy skierować na to, by życie było lepsze a nie dłuższe*²²¹. Wydaje się jednak, że takiego dylematu nie ma. Podstawowym zadaniem medycyny jest przedłużanie trwania życia. Podnoszenie jakości życia w wydłużającym się okresie starości jest natomiast zadaniem innych elementów zabezpieczenia społecznego, głównie pomocy społecznej.

Opiekę długoterminową porównać można do masywnego pomnika, który, aby stać stabilnie i niezachwianie, musi być usadowiony na dwóch równorzędnych filarach. Pomniejszenie lub powiększenie jednego filara względem drugiego powoduje komplikacje w postaci utraty stabilności. W opiece długoterminowej funkcję takich filarów pełnią opieka medyczna oraz pomoc społeczna. Są to integralne elementy opieki długoterminowej stanowiące o jej stabilnym funkcjonowaniu.

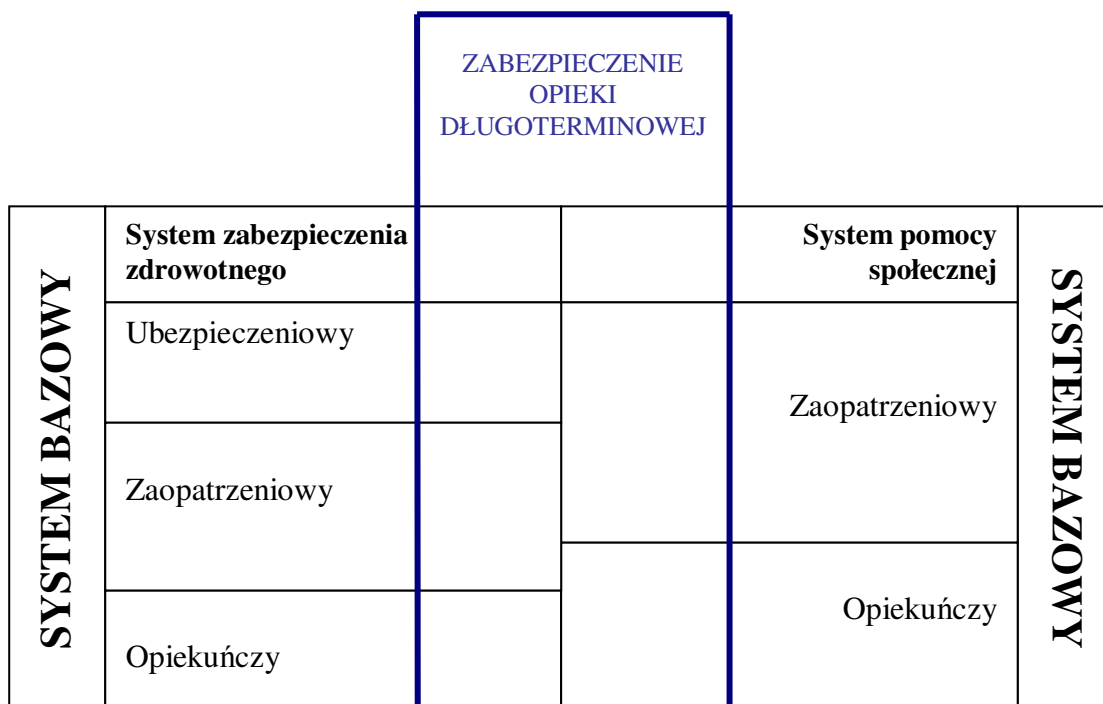
Skoro opieka medyczna i pomoc społeczna są integralnymi elementami opieki długoterminowej, to przyczyny i konsekwencje zmian w nich zachodzących należy rozpatrywać w szerszej perspektywie całej opieki długoterminowej. Ponadto regulacje odnoszące się do opieki długoterminowej powinny mieć równoczesne zastosowanie zarówno do pomocy społecznej, jak i do opieki medycznej.

²¹⁹ T. E. Getzen, poz. cyt., s. 302.

²²⁰ Tamże, s. 302-303.

²²¹ B. Tryfan, *Starość...*, poz. cyt., s. 70.

Rysunek 12. Najczęstsza realizacja opieki długoterminowej w ramach systemu zabezpieczenia społecznego



Źródło: B. Więckowska, *System zabezpieczenia pielęgnacyjnego na świecie. Zarys problematyki*, „MEDF”, 2008, nr 1 (38), s. 24.

Realizacja zadań opieki długoterminowej w dwóch odrębnych i autonomicznych obszarach (ochrony zdrowia i pomocy społecznej) prowadzi do wielu negatywnych zjawisk, takich jak:

- fragmentaryczność opieki długoterminowej spowodowana podejściem zadaniowym,
- brak koordynacji i przepływu informacji między podmiotami działającymi w ramach obu obszarów,
- luki systemowe na styku obu obszarów,
- nakładanie się kompetencji.

Sposobem ograniczenia tych negatywnych zjawisk jest wykorzystanie zarówno usług, jak i mechanizmów (narzędzi) integrujących i koordynujących te usługi. Takie rozwiązanie powoduje, że opieka długoterminowa przestaje być zbiorem różnorodnych i fragmentarycznych świadczeń, lecz stanowi całościowy, skoordynowany i spójny system nazywany „kontinuum opieki” (*Continuum of Care*). Jego idea zakłada holistyczne podejście do oceny stanu zdrowia, sytuacji społecznej oraz kondycji finansowej osoby niesamodzielnej, a także dynamiczną interakcję tych trzech obszarów. W tym systemie potrzeby opiekuńcze zaspokajane są

efektywnie dzięki dostarczaniu usług w odpowiednim czasie, w odpowiednim miejscu oraz w odpowiedniej ilości²²².

Tworzenie „kontinuum opieki” staje się w ostatnich latach przedmiotem reformatorskich inicjatyw w wielu krajach, gdzie organizatorzy opieki długoterminowej starają się uzyskać właściwy poziom współdziałania różnych podmiotów będących dostawcami usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych, a także odpowiednie dostosowanie zakresu świadczeń medycznych i społecznych do poziomu zależności osoby niesamodzielnej.

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) opieka długoterminowa (LTC: *long-term care*) jest to system działań podejmowanych przez opiekunów nieformalnych (rodzina, grupy samopomocowe) i/lub formalnych (medycznych, społecznych), mających na celu zapewnienie osobie, która nie jest w stanie samodzielnie wykonywać czynności życia codziennego, utrzymania najwyższej możliwej jakości życia, zgodnej z osobistymi preferencjami i wymaganiami, przy zachowaniu najwyższego możliwego poziomu niezależności, autonomii, uczestnictwa oraz godności osobistej²²³. Około 80% beneficjentów opieki środowiskowej oraz 90% mieszkańców zakładów opieki długoterminowej to osoby w wieku powyżej 65 lat, dlatego opiekę długoterminową zwykło się traktować jako opiekę nad osobami starszymi²²⁴. Ponadto zaznaczyć należy, iż:

- opieka długoterminowa jest nastawiona w głównej mierze na usprawnienie, lub przynajmniej utrzymanie maksymalnego możliwego poziomu niezależności funkcjonalnej osoby starszej najdłużej jak to tylko możliwe,

- opieka długoterminowa zaspokaja potrzeby społeczne i bytowe osób niesamodzielnych (dominującą rolę pełnią stosunki towarzyskie między beneficjentami opieki, jakością posiłków, otoczenie),

- świadczenie opieki długoterminowej generalnie nie wymaga specjalistycznego przygotowania zawodowego (*low-tech*), chociaż w miarę pogłębiania potrzeb medycznych osób starych staje się to coraz bardziej skomplikowane²²⁵.

Przeobrażenia społeczne ostatnich dekad określone zostały jako przejście od wspólnoty z dominacją struktur rodzinnych do społeczności, w której dominują struktury instytucjo-

²²² B. Abramovice, *Long-Term Care Administration*, The Haworth Press, New York & London 1988, s. 15; C.J. Evashwick, *Definition of the Continuum of Care*, [w:] C.J. Evashwick (red.), poz. cyt., s. 4.

²²³ M. Fathej, *Cultural Change In Long-Term Care Facilities: Changing Facility or Changing the System*, [w:] A. S. Weiner, J. L. Ronch (red.), *Cultural Change in Long-Term Care*, HAWORTH PRESS, New York 2002, s. 36.

²²⁴ *Long-Term...*, poz. cyt., s. 25.

²²⁵ R. I. Stone, *Long-Term Care for the Elderly with Disabilities: Current Policy, Emerging Trends, and Implications for the Twenty-First Century*, Milbank Memorial Fund, New York 2000, s. 3-4.

nalne²²⁶. Odnosząc to do obszaru opieki długoterminowej można stwierdzić, że systematycznie dochodzi do jej formalizacji, czyli przechodzenia od struktur nieformalnych do formalnych. Główne różnice między nimi przedstawia tabela 5.

Tabela 5. Główne cechy opieki formalnej i nieformalnej

	Opieka nieformalna	Opieka formalna
Podmiot świadczący opiekę	rodzina i grupy samopomocowe	podmioty publiczne i prywatne (pozarządowe i komercyjne)
Miejsce świadczenia opieki	w miejscu zamieszkania osoby niesamodzielnej	w miejscu zamieszkania osoby niesamodzielnej lub w wyspecjalizowanej placówce
Typ działalności opiekuńczej	nierejestrowalna i niezarobkowa	rejestrowalna i zarobkowa
Motywy podejmowania opieki	altruizm, więzy uczuciowe, poczucie obowiązku	korzyści finansowe
Umiejscowienie w hierarchii preferencji opiekuńczych	osoby starsze wyżej cenią sobie opiekę świadczoną przez osoby, które bardzo dobrze znają i którym ufają	opiekunowie formalni to anonimowi świadczeniodawcy, dlatego są mniej preferowani przez osoby stare (<i>second-best</i>)
Wpływ na poczucie zależności	redukuje poczucie zależności osób starszych, jednak w pewnych sytuacjach może wywoływać poczucie winy, szczególnie wtedy, gdy obciążenie członków rodziny jest zbyt duże	wywołuje strach u osób starszych, gdyż postrzegana jest jako pierwszy etap całkowitej utraty samodzielności, który ostatecznie prowadzi do konieczności zamieszkania w placówce opiekuńczej
Powiązania w stosunku opiekuńczym	opieka rodzinna jest świadczeniem dobrowolnym zarówno dla biorcy, jak i dostawcy opieki, ponadto członkowie rodziny akceptują swoje obowiązki wobec niesamodzielnych seniorów i wykonują je częściej z satysfakcją	opieka jest profesją, a podmioty w stosunku opiekuńczym łączy zobowiązanie kontraktowe
Jakość opieki	opiekunowie rodzinni dysponują zwykle jedynie podstawową wiedzą z zakresu świadczenia opieki długoterminowej; nie są przygotowani do świadczenia usług wysokiej jakości	profesjonalni opiekunowie mają odpowiednie kwalifikacje zawodowe i są zazwyczaj dobrze przygotowani do świadczenia opieki długoterminowej, co ma istotne znaczenie szczególnie dla osób o wysokim poziomie zależności funkcjonalnej
Kontrola standardów opieki	opieka jest bardzo zindywidualizowana, mało podatna na monitoring jakości, nie może zostać poddana standaryzacji	opieka jest podatna na monitoring jakości oraz może zostać poddana standaryzacji
Znaczenie	pełni dominującą rolę u osób posiadających rozbudowane i trwałe więzy rodzinne	jest jedynym źródłem niwelującym lukę opiekuńczą u osób pozbawionych wsparcia ze strony najbliższego otoczenia

Źródło: opracowanie własne.

Kompleksowe zaspokojenie potrzeb opiekuńczych niesamodzielnej osoby starszej nie może być traktowane jako zadanie tylko opiekunów formalnych lub nieformalnych. Efektywna opieka długoterminowa jest rezultatem właściwego współdziałania różnych świadczeniodawców. Z tego powodu zapewnienie kooperacji opiekunów formalnych i nieformalnych jawi się obecnie jako jedna z najistotniejszych kwestii polityki społecznej wobec ludzi starych. W

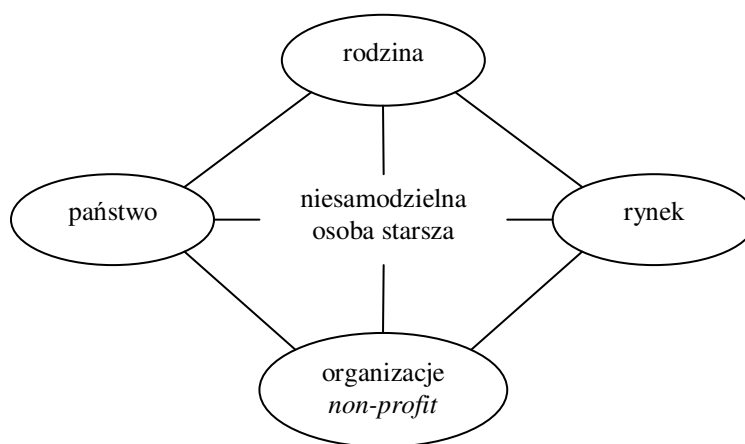
²²⁶ I. E. Kotowska, poz. cyt., s. 3.

celu jej rozwiązania promuje się tzw. „mieszana ekonomia opieki” (*mixed economy of care*)²²⁷. W jej realizację zaangażowane są cztery grupy podmiotów:

- rodziny wraz z siecią wsparcia nieformalnego,
- instytucje publiczne/państwowe,
- organizacje społeczne (*non-profit*, pozarządowe, trzeci sektor),
- podmioty gospodarcze (komercyjne),

tworzące łącznie tzw. „brylant opieki społecznej” (*welfare diamond*)²²⁸.

Rysunek 13. Niesamodzielna osoba starsza w brylancie opieki społecznej



Źródło: opracowanie własne na podstawie B. Bień, H. Doroszkiewicz, *Opieka długoterminowa w geriatricii: dom czy zakład*, „Przewodnik Lekarza”, 2006, nr 10, s. 49.

Podmioty w „brylancie opieki” wypełniają komplementarne zadania i nie powinny traktować siebie jak rywali, lecz jak partnerów realizujących wspólny cel. Skuteczna opieka długoterminowa powinna być efektem synergii działania wszystkich elementów „brylantu”.

Każde państwo wypracowuje swój indywidualny „brylant” będący mieszanym systemem opieki, którego faktyczny kształt uzależniony jest od realizowanego w tym państwie modelu polityki społecznej wobec ludzi starych. To właśnie model określa konfigurację opieki formalnej i nieformalnej w opiece długoterminowej, a także określa, który element „brylantu” odgrywa dominującą rolę, a które z nich pełnią rolę uzupełniającą. Od modelu zależy również sposób organizacji oraz finansowania świadczeń.

W modelu socjaldemokratycznym dominuje system publicznych, uniwersalnych usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych świadczonych przez podmioty publiczne, które finansowane są z

²²⁷ W. A. Jackson, poz. cyt., s. 179.

²²⁸ B. Bień, H. Doroszkiewicz, poz. cyt., s. 49.

podatków centralnych i lokalnych. Model konserwatywno-korporacyjny charakteryzuje się funkcjonowaniem społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego, a usługi opiekuńczo-pielęgnacyjne w głównej mierze dostarczane są przez opiekunów nieformalnych oraz organizacje trzeciego sektora. W modelu liberalnym natomiast powszechna jest tendencja do komercjalizacji usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych i konkurencji między różnymi ich dostawcami tak, aby osoba niesamodzielna mogła wybrać dla siebie optymalną konfigurację świadczeń²²⁹.

Opiekę długoterminową podzielić można, przyjmując za kryterium podziału miejsce świadczenia usług, na opiekę środowiskową (świadczoną osobie niesamodzielnej w jej miejscu zamieszkania) oraz opiekę stacjonarną (świadczoną całodobowo w wyspecjalizowanej placówce). Często wyróżnia się także formę pośrednią między powyższymi- opiekę półotwartą. Można jednak uznać, że opieka półotwarta jest elementem ogólnie pojętej opieki środowiskowej.

Brak ujednoczonych definicji i usystematyzowanych kategorii świadczeń powoduje, że w samej tylko Unii Europejskiej funkcjonuje 8 typów placówek opieki stacjonarnej, 17 kategorii placówek czasowego pobytu oraz 22 rodzaje usług środowiskowych²³⁰. Taka sytuacja znacznie komplikuje międzynarodowe analizy porównawcze. Dla celów badawczych wprowadzono więc podział opieki długoterminowej na trzy sektory²³¹ opiekuńcze:

1) sektor opieki środowiskowej (domowej)- usługi medyczne i społeczne świadczone przez opiekunów nieformalnych i/lub formalnych w miejscu zamieszkania beneficjenta opieki,

2) sektor stacjonarnej opieki społecznej- usługi opiekuńcze zorientowane na wsparcie lub pomoc w wykonywaniu czynności dnia codziennego, świadczone całodobowo poza miejscem zamieszkania, w placówkach pozbawionych barier architektonicznych i przystosowanych do potrzeb osób niesamodzielnych, których stan zdrowia nie wymaga wzmożonej opieki medycznej,

3) sektor stacjonarnej opieki medycznej- usługi zorientowane w głównej mierze na medyczny aspekt opieki, świadczone całodobowo w profesjonalnych placówkach leczniczych²³².

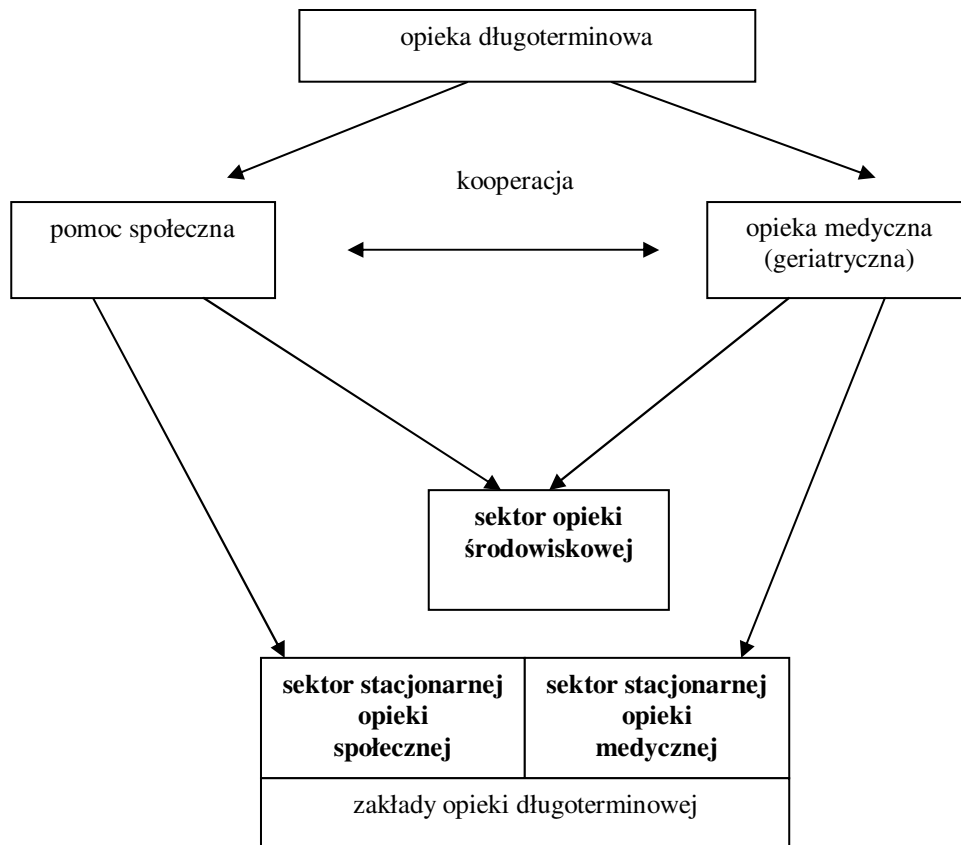
²²⁹ Więcej na ten temat w rozdziale 3.4.

²³⁰ T. Kröger, *Comparative research on social care. The state of the art*, European Commission, Bruksela 2001, s. 13; J. Pacolet, poz. cyt., s. 21.

²³¹ M. E. Porter definiuje sektor jako *grupę firm wytwarzających wyroby będące substytutami*. Tenże. *Strategia konkurencji: metody analizy sektorów i konkurentów*, PWE, Warszawa 1998, s. 23.

²³² Por. W. A. Jackson, poz. cyt., s. 159-160.

Rysunek 14. Sektory opieki długoterminowej



Źródło: opracowanie własne.

W polskich warunkach do sektora opieki środowiskowej zakwalifikować można wszelką opiekę domową oraz półotwartą. Do sektora stacjonarnej opieki społecznej zakwalifikować można: domy pomocy społecznej; placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku; rodzinne domy pomocy²³³. Do sektora stacjonarnej opieki medycznej należą natomiast: zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO); zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL); szpitale lub oddziały geriatryczne; hospicja. Wszystkie placówki należące do sektora stacjonarnej opieki społecznej oraz do sektora stacjonarnej opieki medycznej nazywane są łącznie zakładami opieki długoterminowej. Różnice między poszczególnymi typami zakładów opieki długoterminowej przedstawia tabela 6.

²³³ Więcej na temat zróżnicowania placówek stacjonarnej opieki społecznej w podrozdziale 5.1.

Tabela 6. Różnice strukturalne i funkcjonalne między różnymi typami zakładów opieki długoterminowej

System:	pomocy społecznej		opieki zdrowotnej			
Rodzaj placówki	DPS dla osób starszych	DPS dla przewlekle chorych	ZPO	ZOL	szpitale dla przewlekle chorych	hospicjum
Kierownik	dyrektor- nie jest wymagane wykształcenie medyczne	dyrektor- nie jest wymagane wykształcenie medyczne	kierownik- mgr pielęgniarstwa	dyrektor ds. medycznych (lekarz)	ordynator (lekarz)	dyrektor ds. medycznych (lekarz)
Zatrudnienie lekarzy	lekarz rodzinny	lekarz rodzinny	doraźnie, na zlecenie	stale, dyżury całodobowe	stale, dyżury całodobowe	stale, dyżury całodobowe
Zadania placówki	opieka	opieka, pielęgnacja	pielęgnacja, opieka	kontynuacja leczenia szpitalnego, pielęgnacja	kontynuacja leczenia szpitalnego	leczenie, pielęgnacja, opieka
Zakładany czas pobytu pacjenta	pobyt stały	pobyt stały	2-6 tygodni	do 6 miesięcy	do 30 dni	kilka dni lub tygodni
Forma odpłatności	pomoc społeczna + mieszkanie + rodzina	pomoc społeczna + mieszkanie + rodzina	NFZ + pacjent	NFZ + pacjent	NFZ + sponsorzy	NFZ

Źródło: K. Szczerbińska, K. Czerniecka, *Wpływ rozwoju stacjonarnej opieki długoterminowej na jej dostępność dla osób starszych*, [w:] K. Szczerbińska (red.), *Dostępność opieki zdrowotnej i pomocy społecznej dla osób starszych w Polsce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006, s. 237.

Funkcjonowanie i rozwój poszczególnych sektorów opieki długoterminowej napotyka obecnie na szereg barier (niejasne przepisy prawa, ograniczona możliwość finansowania świadczeń)²³⁴. Taka sytuacja niekorzystna jest zarówno dla świadczeniodawców, jak i (głównie) dla osób niesamodzielnych. Intensywnie postępujący proces demograficznego starzenia sprawia, że nieskuteczne funkcjonowanie opieki długoterminowej staje się problem coraz bardziej poważnym. Szczególnie, że w miarę wzrostu liczby i udziału osób starych w populacji, ich niesamodzielność funkcjonalna przestaje być problemem indywidualnym, a staje się kwestią społeczną. Zdaniem T. E. Getzena *niesprawność rodząca potrzebę opieki długoterminowej jest nie tyle zdarzeniem losowym, co stanem, który z biegiem lat przypadnie w udziale każdemu z nas. Jeżeli nasze życie potrwa wystarczająco długo, prawie wszyscy będziemy w końcu musieli w jakiejś formie skorzystać z opieki LTC*²³⁵. Z tego powodu coraz częściej postuluje się rozszerzenie katalogu rodzajów ryzyka społecznego²³⁶ o ryzyko niesamodzielności

²³⁴ E. Szałkiewicz, *Trudności w funkcjonowaniu i bariery rozwoju opieki długoterminowej*, dokument dostępny na stronie internetowej www.dps.pl/home_new/index.php?rob=radar&dzial=9&art=350 (15.04.2008).

²³⁵ T.E. Getzen, poz. cyt., s. 321.

²³⁶ Jako ryzyko społeczne rozumiemy zagrożenie *zdarzeniem, którego wystąpienie powoduje stratę w zasobach gospodarstwa domowego*. cyt. za: B. Więckowska, *Ubezpieczenie...*, poz. cyt., s. 112. Według MOP na klasyczny katalog rodzajów ryzyka społecznego składają się: podeszły wiek, trwała lub okresowa niezdolność do pracy, śmierć żywiciela rodziny, choroba, wypadek przy pracy i choroba zawodowa, utrata pracy i brak pracy, urodze-

funkcjonalnej oraz wyodrębnianie w ramach systemu zabezpieczenia społecznego podsystemu zabezpieczenia opieki długoterminowej²³⁷.

Różnorodne podmioty polityki społecznej wobec ludzi starych podejmują próby ingerencji w obszar opieki długoterminowej celem poprawy jej jakości i dostępności. Jan Paweł II sygnalizował w 2002 r., że *nasza cywilizacja musi zapewnić ludziom starszym opiekę nacechowaną głębokim człowieczeństwem i przenikniętą prawdziwymi wartościami. Do realizacji tego celu w istotny sposób może się przyczynić (...) humanizacja opieki socjalnej i ochrony zdrowia, które zajmują się ludźmi starszymi*²³⁸.

Opieka długoterminowa jest obszarem zadaniowym uwzględnionym w wielu dokumentach Organizacji Narodów Zjednoczonych. Zgodnie z Zasadami Działania na Rzecz Osób Starszych seniorom należy się opieka długoterminowa ze strony rodzin i społeczności. Powinni oni mieć zapewniony dostęp do opieki medycznej oraz usług socjalnych świadczonych w miejscu zamieszkania, a w razie potrzeby powinni także mieć możliwość korzystania z właściwych form opieki stacjonarnej przy pełnym zachowaniu praw człowieka i podstawowych swobód²³⁹. W Międzynarodowym Planie Działania w Kwestii Starzenia Się Społeczeństw zatwierdzonym na Drugim Światowym Zgromadzeniu ONZ na temat Starzenia Się Społeczeństw za jeden z trzech priorytetów uznano udoskonalanie opieki medycznej i pomocy społecznej. Dokument ten stwierdza, że osoby stare są w pełni uprawnione do pełnego dostępu do usług medycznych i opiekuńczych. Szczególny nacisk położono na konieczność rozwoju „kontinuum opieki” i właściwą koordynację usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych. Ponadto uznano, że rozwój opieki długoterminowej powinien odbywać się przy aktywnym zaangażowaniu osób starszych będących jej beneficjentami²⁴⁰.

W dokumentach Unii Europejskiej zapewnienie pomocy osobom niesamodzielnym jest kompetencją krajów członkowskich. Od kwietnia 2004 r. pewne aspekty organizacyjne opieki długoterminowej stały się jednak obszarami regulowanymi tzw. otwartą metodą koordynacji. Wyznaczone zostały trzy wspólne cele: dostępność, wysoka jakość oraz stabilność finansowa systemu opieki długoterminowej²⁴¹. Raport Komisji Europejskiej na temat zabez-

nie i wychowanie dziecka, brak zdrowia (pomoc lecznicza), niedostatek dochodu w rodzinie. W tych sytuacjach państwa zobowiązane są do tworzenia zabezpieczenia społecznego. O. Kowalczyk, *Rola...*, poz. cyt., s. 19-20.

²³⁷ B. Więckowska, *System zabezpieczenia pielęgnacyjnego na świecie. Zarys problematyki*, „MEDI”, 2008, nr 1 (38), s. 23-25.

²³⁸ Jan Paweł II, list papieski *Ludzie starsi...*, poz. cyt.

²³⁹ *Zasady Działania na Rzecz Osób Starszych*, ONZ, 1991, art. 10, 11, 12, 13, 14, dokument dostępny na stronie internetowej www.unic.un.org.pl/rozwój_spoleczny/age1.pdf (22.04.2008).

²⁴⁰ *Report of the Second World Assembly on Ageing*, Madryt, 8-12.04.2002.

²⁴¹ *Modernising social protection for the development of high-quality, accessible and sustainable health care and long-term care: support for the national strategies using the “open method of coordination”*, COM (2004) 304 final, Bruksela 2004, s. 7-11.

pieczenia społecznego i integracji społecznej z 2007 r. stwierdza ponadto, że *istnieje potrzeba rozwoju systemów opieki długoterminowej w celu zaspokojenia systematycznie rosnących potrzeb w tym obszarze. Obecnie często opieka dostarczana jest na niewystarczającym poziomie, generuje wysokie koszty indywidualne, a czas oczekiwania na nią jest zbyt długi. Zmieniająca się struktura rodzin, wzrastająca mobilność przestrzenna i wzrost zaangażowania kobiet na rynku pracy wymaga zwiększenia formalizacji opieki nad osobami starymi i niesamodzielnymi. Panuje ogólna zgodność w zakresie nadania priorytetu opiece domowej oraz wprowadzania nowoczesnych technologii, które umożliwiają osobom niesamodzielnym pozostawanie w ich własnych domach tak długo jak to tylko możliwe*²⁴².

W Polsce za sprawy związane z konceptualizacją opieki długoterminowej odpowiedzialne są m.in. Zespół do Spraw Geriatrii oraz Rada do Spraw Osób Niesamodzielnych funkcjonujące przy ministrze właściwym do spraw zdrowia. Do zadań realizowanych przez Zespół do Spraw Geriatrii należy w szczególności opracowanie strategii rozwoju systemu opieki geriatrycznej oraz przygotowanie propozycji rozwiązań legislacyjnych i działań w zakresie:

- podnoszenia poziomu wiedzy i kompetencji osób realizujących opiekę (w tym długoterminową) nad ludźmi starymi,
- wdrażania standaryzowanych metod oceny stanu funkcjonalnego i wynikających z tego potrzeb opiekuńczych osób starszych w celu właściwego adresowania deficytowych usług medycznych i społecznych,
- reorganizacji i adaptacji istniejących materialnych, organizacyjnych i ludzkich zasobów systemu dla ich efektywniejszego wykorzystania przez ludzi starszych,
- integracja systemów opieki zdrowotnej i pomocy społecznej w celu lepszej współpracy z zamiarem kompleksowego rozwiązania potrzeb osób starszych i ich opiekunów rodzinnych w zakresie świadczeń zdrowotnych opiekuńczych i socjalnych,
- poprawy dostępności świadczeń geriatrycznych,
- wprowadzenia zasad profilaktyki przedwczesnego starzenia, całościowej oceny geriatrycznej i racjonalnego leczenia chorób zależnych od wieku oraz rehabilitacji celem poprawy jakości życia osób starszych,
- ograniczania niepełnosprawności osób starszych²⁴³.

²⁴² *Joint Report on Social Protection and Social Inclusion. Social inclusion, Pension, Healthcare and Long Term Care*, Komisja Europejska, Luxemburg 2007, s. 11.

²⁴³ Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2007 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw geriatrii, Dz.Urz.MZ.07.11.41.

Zadania Rady do Spraw Osób Niezależnych polegają z kolei na świadczeniu pomocy doradczej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w zakresie spraw dotyczących osób niezależnych, a w szczególności:

- przedstawianie propozycji przedsięwzięć badawczych mających na celu zapobieganie niezależności,
- przedstawianie propozycji rozwiązań systemowych w zakresie zaspokajania potrzeb osób niezależnych wynikających z analizy sytuacji epidemiologicznej i demograficznej,
- opracowanie propozycji dotyczących systemowego wykorzystania rehabilitacji dla zapobiegania powstawaniu niepełnosprawności i niezależności,
- udział w opracowywaniu dokumentów dotyczących spraw osób niezależnych,
- opracowywanie i opiniowanie projektów dokumentów rządowych²⁴⁴.

2.3. Opieka społeczna a pomoc społeczna nad ludźmi starymi w warunkach stacjonarnych

Zapewnienie opieki długoterminowej niedołącznym starcom to problem, który dotykał ludzkość od zarania jej istnienia²⁴⁵. Początkowo działania na rzecz osób wymagających pomocy, nazywane dobroczynnością, realizowane były w głównej mierze przez podmioty prywatne i instytucje kościelne. Wówczas pomoc miała charakter filantropijny, powodowana była współczuciem i względami religijnymi. Państwo włączało się w nią rzadko, kierując się głównie potrzebą ochrony porządku publicznego²⁴⁶.

Pierwsze zorganizowane działania państwa w ramach pomocy udzielanej najsłabszym jednostkom datowane są w krajach skandynawskich na XII w. Powstanie publicznej pomocy społecznej utożsamia się jednak z ustanowieniem angielskiego Prawa Ubogich w 1601 r. Dokument ten nakładał na gminy obowiązek opiekowania się osobami, które nie były zdolne do samodzielnego życia, a pozbawione były wsparcia ze strony rodziny. Od tego momentu instytucje publiczne, w ramach kreujących się funkcji socjalnych państwa, systematycznie przejmowały kontrolę nad działalnością charytatywną. Spontaniczne formy pomocy prywatnej zaczęto regulować przepisami prawa, przez co obywatele zyskali, poza posiadanymi już obowiązkami, przywileje względem państwa²⁴⁷. Dorywcza i nieregularna dobroczynność przekształcona została tym samym w zorganizowaną opiekę społeczną.

²⁴⁴ Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 września 2007 r. w sprawie powołania Rady do Spraw Osób Niezależnych, Dz.Urz. MZ. 07.14.76.

²⁴⁵ A. Tokaj, *U progu starości*, Wydawnictwo ERUDITUS, Poznań 2000, s. 47

²⁴⁶ I. Sierpowska, *Prawo pomocy społecznej*, Kantor Wydawniczy ZAKAMYCZE, Kraków 2006, s. 13.

²⁴⁷ A. Miruć, *O istocie pomocy społecznej*, „Administracja- Teoria, Dydaktyka, Praktyka”, 2006, nr 4, s. 23.

W Polsce pierwszą kompleksową regulacją prawną w sferze opieki społecznej była ustawa z 16 sierpnia 1923 r. o opiece społecznej²⁴⁸. Określała ona istotę i cel opieki społecznej, wyznaczała zadania publicznych podmiotów centralnych i lokalnych, regulowała zasady przyznawania i finansowania świadczeń. W artykule 1 tejże ustawy określono opiekę społeczną jako *zaspokajanie ze środków publicznych niezbędnych potrzeb życiowych tych osób, które trwale lub chwilowo własnymi środkami materialnymi lub własną pracą uczynić tego nie mogą, jak również zapobieganie wytwarzaniu się stanu powyżej określonego*²⁴⁹. Rozwinięta na tej podstawie aktywność miała istotny związek z działaniami w obszarze zdrowia publicznego. Podopiecznymi świadczeń opieki społecznej były głównie osoby z problemami zdrowotnymi spowodowanymi niepełnosprawnością lub uzależnieniami²⁵⁰. Ponadto jednoznacznie stwierdzono, iż w zakresie opieki społecznej mieści się *opieka nad starcami* (art. 2).

W okresie Polski Ludowej władze publiczne przywiązywały marginalne znaczenie do opieki społecznej. Był to efekt przekonania, że ustrój socjalistyczny, zapewniając wszystkim obywatelom pracę, automatycznie usuwa ubóstwo i nędzę. Nie usunęło to jednak potrzeby świadczenia usług opiekuńczych dla rosnącej grupy ludzi w starszym wieku, która bez zastrzeżeń mieściła się w socjalistycznym systemie opiekuńczym²⁵¹. Potwierdzeniem tego może być stwierdzenie M. Karczewskiego z 1979 r., że działalność w ramach opieki społecznej *koncentruje się przede wszystkim wokół problemów starości i bezradności, a więc w coraz większym stopniu obejmuje populację starczą, która staje się głównym celem jej przedsięwzięć*²⁵².

Na przełomie lat 80. i 90. XX wieku rozpoczął się w Polsce proces transformacji ustrojowej. Przedsięwzięto wówczas gruntowną przebudowę niemal wszystkich dziedzin życia społecznego. Model centralnego sterowania państwem i gospodarką zastępuje obecnie samorządność i realizacja procesów gospodarczych w ramach wolnego rynku. Dokonują się także istotne przeobrażenia w organizacji i funkcjonowaniu polityki społecznej.

29 listopada 1990 r. uchwalona została ustawa o pomocy społecznej²⁵³, która zastąpiła ustawę o pomocy społecznej z 1923 r. Po licznych zmianach tego aktu prawnego, 12 marca 2004 r. uchwalono nową ustawę o pomocy społecznej²⁵⁴. Stanowi ona w art. 2, że *pomoc spo-*

²⁴⁸ Dz.U. z 1933 r. Nr 51, poz. 396.

²⁴⁹ Tamże, art. 1.

²⁵⁰ S. Golinowska, *System pomocy społecznej. Główne problemy zmian i reform*, [w:] E. Leś (red.), *Pomoc społeczna. Od klientyzmu do partycypacji*, ASPRA-JR, Warszawa 2002/2003, s. 22.

²⁵¹ P. Czekanowski, *Sytuacja materialna*, [w:] B. Synak (red.), *Polska starość*, poz. cyt., s. 110.

²⁵² M. Karczewski, *Opieka społeczna*, [w] A. Rajkiewicz (red.), *Polityka społeczna*, PWE, Warszawa 1979, s. 503.

²⁵³ Dz.U. z 1998 r. Nr 64, poz. 414, z późn. zm.

²⁵⁴ Dz.U. z 2004 r. Nr 64, poz. 593 z późn. zm.

łeczna jest instytucją polityki społecznej państwa, mającą na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężenie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości. Jest to więc jeden z elementów systemu zabezpieczenia społecznego, którego zadaniem jest:

- zapewnienie rodzinom lub jednostkom bezpieczeństwa socjalnego i dochodów w razie ich braku lub nieoczekiwanego drastycznego pogorszenia sytuacji materialnej,

- udzielanie pomocy w formie usług w przypadku braku możliwości samodzielnego zaspokajania niektórych potrzeb lub niezdolności do samodzielnego prowadzenia gospodarstwa domowego²⁵⁵.

Za organizację świadczeń pomocy społecznej odpowiedzialne są *organy administracji rządowej i samorządowej, współpracujące w tym zakresie, na zasadzie partnerstwa, z organizacjami społecznymi i pozarządowymi, Kościołem Katolickim, innymi kościołami, związkami wyznaniowymi oraz osobami fizycznymi i prawnymi* (art. 2, ust. 2). Oznacza to, że na organach administracji publicznej spoczywa obowiązek organizacji pomocy społecznej. Poszczególne jej zadania mogą być jednak realizowane przez podmioty należące do wszystkich sektorów społecznej aktywności.

Wprowadzona w roku 1990 zmiana nazewnictwa aktów prawnych miała szczególne znaczenie i podkreślała przejście od „opieki społecznej” do „pomocy społecznej”. Wyraźne odróżnienie tych dwóch pojęć nastrocza obecnie wiele trudności. Zdaniem D. Zalewskiego *w sensie organizacyjnym nie funkcjonują i nigdy nie funkcjonowały dwie odmienne struktury- opieki i pomocy społecznej- ale istnieją odmienne reguły działania oraz, będące ich pochodną, odmienne formy aktywności, różniące się przesłankami, zakresem i stosowanymi metodami. Inne wydają się być także cele, a także nieco inne kategorie świadczeniobiorców objętych opieką lub pomocą, które nie pozwalają traktować opieki jako tożsamej z pomocą społeczną*²⁵⁶.

Obecnie w literaturze przedmiotu i praktyce życia publicznego powszechnie stosuje się termin „pomoc społeczna”, który ma podkreślić odcięcie się od opieki społecznej rozumianej jako *działanie ubezwłasnowolniające, ograniczające lub uniemożliwiające własną zaradność podopiecznego, za którego opiekun przejmuje odpowiedzialność*²⁵⁷. Nowoczesna pomoc społeczna służyć ma *społecznej reintegracji podopiecznych, rozwiązaniu ich proble-*

²⁵⁵ P. Błędowski, *Rola administracji rządowej i samorządowej w finansowaniu pomocy społecznej*, [w:] E. Leś (red.), poz. cyt., s. 61.

²⁵⁶ D. Zalewski, *Opieka i pomoc społeczna. Dynamika instytucji*. Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2005, s. 32.

²⁵⁷ Tamże, s. 44.

mów życiowych i trwałemu uniezależnieniu od instytucji pomocy²⁵⁸. Należy jednak pamiętać, że często rozróżnienie „pomocy społecznej” i „opieki społecznej” ma bardziej podtekst ideowy niż dotyczy faktycznych obszarów działalności²⁵⁹. Zdarza się bowiem, że instytucje powszechnie nazywane „pomocą społeczną” nie spełniają jej podstawowych kryteriów definicyjnych²⁶⁰.

Pomimo, że pomoc społeczna i opieka społeczna nie są synonimami, to w odniesieniu do świadczeń kierowanych do seniorów panuje obecnie pewnego rodzaju dualizm pojęciowy. Terminy te używane są praktycznie zamiennie, szczególnie w odniesieniu do usług świadczonych w formie stacjonarnej. Zadać można więc następujące pytania: czy świadczone w formie stacjonarnej usługi opiekuńcze dla osób w podeszłym wieku mają bardziej znamiona opieki społecznej czy pomocy społecznej? Czy bardziej uzasadnione jest zatem mówienie o „stacjonarnej opiece społecznej” czy „stacjonarnej pomocy społecznej” nad ludźmi starymi?

W praktyce ani opieka społeczna, ani pomoc społeczna nie występują w czystej postaci²⁶¹. Tak samo sytuacja przedstawia się w odniesieniu do usług opiekuńczych świadczonych w formie stacjonarnej. Za stosowaniem terminu „pomoc społeczna” przemawia wiele przesłańek. Jedną z nich jest zapis ustawy o pomocy społecznej, która w art. 55 stwierdza, że *organizacja domu pomocy społecznej, zakres i poziom usług świadczonych przez dom uwzględnia w szczególności wolność, intymność, godność i poczucie bezpieczeństwa mieszkańców domu oraz stopień ich fizycznej i psychicznej sprawności*. Zdaniem Z. Szaroty zapis ten *potwierdza wolę podmiotowego traktowania przez ustawodawcę wszystkich mieszkańców domów pomocy społecznej, niejako ubezwłasnowolnionych przez los, ale ciągle będących pełnoprawnymi obywatelami. Do 1990 r. aspekt podmiotowości był w dużej mierze pomijany, niezauważany*²⁶². Dążenie do upodmiotowienia świadczeniobiorców jest istotną cechą pomocy społecznej²⁶³.

Cechą pomocy społecznej jest także dopasowanie zakresu świadczeń do indywidualnych potrzeb opiekuńczych osób niesamodzielnych. W domach pomocy społecznej przejawia się to stosowaniem indywidualnych planów wsparcia, które mają na celu zapewnienie oddzielnego spojrzenia na problemy każdego mieszkańca oraz skoordynowanie działań całego

²⁵⁸ P. Błędowski, *Pomoc społeczna*, [w:] A. Kurzynowski (red.), *Polityka społeczna*, Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa 2001, s. 235.

²⁵⁹ Por. np. S. Golinowska, I. Topińska, *Pomoc społeczna- zmiany i warunki skutecznego działania*, CASE, Warszawa 2002, s. 15.

²⁶⁰ D. Zalewski, poz. cyt., s. 45.

²⁶¹ Tamże, s. 35.

²⁶² Z. Szarota, *Formy aktywności mieszkańców domów pomocy społecznej dla osób starszych*, [w:] A. Panek, Z. Szarota (red.), *Zrozumieć starość*, Oficyna Wydawnicza TEXT, Kraków 2000, s. 49.

²⁶³ P. Błędowski, *Pomoc społeczna*, poz. cyt., s. 238.

personelu na te problemy²⁶⁴. Zwrócić należy również uwagę na funkcjonowanie w domach pomocy społecznej instytucji pracownika pierwszego kontaktu. Pracownik ten odpowiedzialny jest za ustalanie i nadzorowanie realizacji indywidualnego planu wsparcia, reprezentowanie mieszkańca (gdy zajdzie taka potrzeba), aktywizowanie i motywowanie go do różnych działań.

Zaznaczyć należy, że pobyt w domu pomocy społecznej nie ma tylko niwelować zależności osób starych, ale powinien również aktywnie tę zależność ograniczać. Służyć temu mają usługi wspomagające, których celem jest między innymi rewitalizacja (rehabilitacja) geriatryczna²⁶⁵.

Niezwykle istotne z perspektywy pomocy społecznej jest funkcjonowanie w domach pomocy społecznej samorządów mieszkańców. Samorząd wybierany jest przez mieszkańców domu i reprezentuje ich interesy. Służy artykułowaniu potrzeb mieszkańców oraz rozwiązywaniu ich problemów. Może wpływać na kształtowanie i rozwijanie właściwych relacji między personelem i podopiecznymi. Dialog prowadzony między nimi daje możliwość na aktywne uczestniczenie osób niesamodzielnych w procesie rozwiązywania ich problemów.

Wobec powyższych przesłanek przeciwstawić można wiele innych, które dowodzą, że obecnie raczej powinno się stosować termin „stacjonarna opieka społeczna” nad ludźmi w podeszłym wieku. Wynika to przede wszystkim z faktu, że zależność funkcjonalna osób starszych ma trwały i pogłębiający się wraz z wiekiem charakter. W związku z tym usamodzielnienie się osób starszych nie jest możliwe. Wymagają oni wręcz systematycznego zwiększania zakresu usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych. Usługi te świadczone są seniorom bezterminowo (aż do śmierci). Zaprzecza to podstawowej idei pomocy społecznej, którą jest dążenie do uniezależnienia świadczeniobiorców²⁶⁶.

W literaturze przedmiotu można się spotkać z opiniami utożsamiającymi domy pomocy społecznej z instytucjami totalnymi²⁶⁷. Pobyt w tych placówkach odbierany może być jako przykład segregacji społecznej²⁶⁸. Zamknięte instytucje izolują osadzone w nich osoby od lokalnych społeczności, co zmniejsza (lub wręcz przekreśla) szansę na ich reintegrację spo-

²⁶⁴ Por. Z. Takowski, C. Jurkiewicz, *Plan opieki indywidualnej*, [w:] Z. Tarkowski, *Zarządzanie i kierowanie domem pomocy społecznej*, Wydawnictwo Fundacji „ORATOR”, Lublin 1998, s. 151.

²⁶⁵ A. Mielczarek, *Rehabilitacja geriatryczna warunkiem poprawy jakości życia ludzi starych*, „MEDI”, 2007, nr 3, artykuł dostępny na stronie internetowej www.dps.pl/home_new/index.php?rob=radar&dzial=12&art=879 (14.06.2008).

²⁶⁶ P. Błędowski twierdzi, że *pogarszający się poziom sprawności osób starszych i malejąca w związku z tym ich samodzielność powodują, że z biegiem czasu nasila się potrzeba korzystania z pomocy lub wręcz opieki ze strony osób trzecich*. Tenże, *Starsze osoby wobec świadczeń...*, poz. cyt., s. 167.

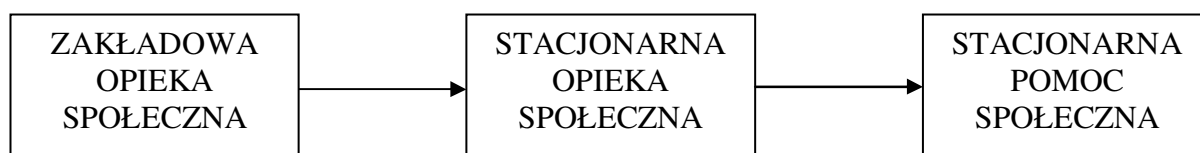
²⁶⁷ Więcej na temat instytucji totalnych w rozdziale 6.2.

²⁶⁸ Por. L. Dyczewski, poz. cyt., s. 46.

łączną. Ponadto domy pomocy społecznej uchodzą za miejsca deprivacji potrzeb psychologicznych i emocjonalnych²⁶⁹, a mieszkańcy tych placówek często traktowani są przedmiotowo, bez poszanowania ich praw i godności²⁷⁰.

Świadczone w domach pomocy społecznej usługi opiekuńcze mogą być nacechowane wysokim poziomem negatywnej zależności²⁷¹. Sytuacja taka ma miejsce wówczas, gdy ich udzielanie powiązane jest z koniecznością bezwzględnego podporządkowania się władzy personelu oraz zasadom panującym w placówce. Ogranicza to autonomię, ubezwłasnowolnia i zabija indywidualną zaradność. Bezrefleksyjne rozpościeranie opieki nad osobami niesamodzielnymi skutkuje tym, że z czasem rezygnują oni ze swoich aspiracji, minimalizują swoje potrzeby, a ich życie zmienia się w wegetację²⁷².

Rysunek 15. Ewolucja nazewnictwa w zakresie usług opiekuńczych świadczonych całodobowo w specjalistycznych placówkach



Źródło: opracowanie własne.

Przejęcie odpowiedzialności za podopiecznego jest istotną cechą opieki²⁷³. Tymczasem, jak podkreśla J. Gałęziak, *celem pomocy społecznej powinno być wspieranie, a nie wyręczanie. Wspieranie pobudza do rozwoju samodzielności, odpowiedzialności i samopomocy. Wyręczanie wyzwala postawę roszczeniową, marazm i bierność*²⁷⁴.

Ustawa o opiece społecznej z 1923 r. wyraźnie odróżniała opiekę zakładową i pozazakładową. W okresie Polski Ludowej odstąpiono jednak od stosowania określenia „zakładowa opieka społeczna” na rzecz „stacjonarnej opieki społecznej”. Placówki nazywane „zakładami

²⁶⁹ L. Dziewięcka-Bokun, *Rodzina „małą ojczyzną” starości*, [w:] L. Frąckiewicz (red.), *Polska a Europa, Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Proces starzenia się społeczeństwa i jego wyzwania dla polityki społecznej*, poz. cyt., s. 169.

²⁷⁰ O. Kowalczyk, *Niepełnosprawność...*, poz. cyt., s. 61

²⁷¹ Z. Szarota twierdzi, że *instytucjonalna pomoc społeczna niestety najczęściej wzmacnia zależność osób z niej korzystających*. Też, poz. cyt., s. 85.

²⁷² I. Rybka, *System pomocy społecznej w Polsce wobec nowej fali ekonomii społecznej: szanse i bariery*, „Trzeci Sektor”, 2007, nr 9, s. 32.

²⁷³ M. Biedroń, *Interpretacje pojęcia „opieka” jako czynnika konstytuującego podejście do pracy socjalnej*, [w:] J. Kędzior, A. Ładyżyński (red.), *Współczesne wyzwania pracy socjalnej*, Dolnośląska Wyższa Szkoła Służb Publicznych „ASESOR” we Wrocławiu i Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2006, s. 62.

²⁷⁴ J. Gałęziak, *O miejscu i roli pomocy społecznej*, [w:] Z. Tarkowski, *Zarządzanie...*, poz. cyt., s. 10.

pomocy społecznej” zaczęto nazywać „domami pomocy społecznej”. M. Karczewski stwierdził, że w zabiegu tym *chodziło nie tylko o zmianę nazwy, lecz przede wszystkim o zmianę, w ślad za zmianą nazwy, warunków zamieszkania oraz o zmianę atmosfery- z zakładowej na domową, zbliżenie warunków pobytu w domu pomocy społecznej do warunków życia w domu rodzinnym. Długi, często dożywotni pobyt mieszkańców w takim domu wymaga innej atmosfery niż w szpitalu czy sanatorium, aby korzystny jej wpływ oddziaływał nie tylko na stan fizyczny, ale- i to przede wszystkim- na psychikę starego człowieka*²⁷⁵.

Współcześnie w literaturze przedmiotu i praktyce życia publicznego dominuje tendencja do stosowania terminu „pomoc społeczna”, więc wydaje się, że w ślad za tym należałoby również stosować termin „stacjonarna pomoc społeczna” w odniesieniu do placówek całodobowo świadczących usługi opiekuńcze dla ludzi w podeszłym wieku. Pojawia się jednak wątpliwość, czy ze względu na opisany wcześniej charakter zależności osób starych, a także cechy tych placówek, używanie tego terminu jest właściwe.

Opinie zaczerpnięte z literatury przedmiotu mogą sugerować, że, mimo nieadekwatności terminologicznej, trafniejsze wydaje się obecnie używanie nazwy „stacjonarna opieka społeczna” wobec placówek całodobowo świadczących usługi opiekuńcze dla ludzi w podeszłym wieku. Stosowanie takiego nazewnictwa jest pewnego rodzaju premedytacją mającą na celu podkreślenie archaiczności stacjonarnych form wsparcia niesamodzielnych osób starszych oraz niedostosowania ich do ogólnie panujących trendów w pomocy społecznej.

Obecnie w Polsce, tak jak i w wielu innych krajach, niezbędne jest gruntowne zreformowanie stacjonarnej opieki społecznej i przeobrażenie jej w nowoczesną stacjonarną pomoc społeczną. Pewne pozytywne zmiany w tym obszarze już się dokonały, o czym świadczyć może między innymi powoływanie samorządów mieszkańców, tworzenie indywidualnych planów opieki czy aktywizowanie mieszkańców specjalnymi usługami wspomagającymi. Należałoby się więc zgodzić z Z. Kawczyńską-Butrym, która podkreśla, iż prawdziwa transformacja wymaga *wielu istotnych zmian nie tylko w organizacji, standardach i formach opieki, lecz także zmiany „filozofii” opieki nad mieszkańcami (...). Głównie chodzi o podmiotowe traktowanie i poszanowanie godności osób, które jako zależne od pomocy innych znalazły się w instytucji opiekuńczej*²⁷⁶.

Nazewnictwo w zakresie usług opiekuńczych świadczonych w specjalistycznych placówkach nieustannie ewoluują (rysunek 15). Nie jest to przypadek, że w tytule niniejszej pra-

²⁷⁵ A. Oleszczyńska, M. Karczewski, *Organizacja pomocy społecznej na rzecz ludzi starych w PRL*, [w:] *Encyklopedia seniora*, poz. cyt., s. 252.

²⁷⁶ Por. Z. Kawczyńska – Butrym, poz. cyt., s. 120.

cy zastosowany został termin „stacjonarna opieka społeczna”. Jest to świadomy zabieg mający na celu sprowokowanie dyskusji nad obecnym stanem tego obszaru, jak i nad zmianami w nim zachodzącymi. Jest to autorskie ujęcie, którego efektem, poza wspomnianą dyskusją, ma być wypracowanie i zaproponowanie aktywnego programu rozwoju przeistaczającego stacjonarną opiekę społeczną w stacjonarną pomoc społeczną.

Tabela 7. Stacjonarna opieka społeczna a stacjonarna pomoc społeczna- podstawowe różnice

Stacjonarna opieka społeczna	Stacjonarna pomoc społeczna
placówki utożsamiane z instytucjami totalnymi	placówki o warunkach zbliżonych do domowych
świadczenia nastawione na niwelowanie zależności, skupiające się na deficytach	świadczenia nastawione na ograniczanie zależności, wykorzystywanie możliwości, rozwój
placówka zamknięta na społeczność lokalną, izolująca i wykluczająca	placówka otwarta na społeczność lokalną, reintegrująca
pobyt w placówce jest efektem braku alternatyw, ostatecznością	pobyt w placówce jest efektem pozytywnej decyzji, stanowi najkorzystniejszą alternatywę (mniejsze zło)
duże placówki o niskim standardzie usług	kameralne placówki o wysokim standardzie usług
słabo rozbudowana infrastruktura, mała dostępność miejsc i długi czas oczekiwania na umieszczenie w placówce	duża dostępność miejsc, konkurencja między placówkami, osoba niesamodzielna jako klient świadczeniodawcy
forma interwencji państwa wobec konkretnego problemu społecznego jakim jest niesamodzielność funkcjonalna; instrument segregacji i kontroli	wyraz troski społeczeństwa o najsłabsze jednostki
przedmiotowe traktowanie pensjonariuszy	podmiotowe traktowanie mieszkańców
nastawienie na opiekę i pielęgnację	nastawienie na poszanowanie godności osobistej i pozytywne stosunki międzyludzkie
świadczenia generujące negatywną zależność	świadczenia sprofilowane na indywidualne potrzeby opiekuńcze
standaryzacja usług	zróżnicowany poziom jakości usług

Źródło: opracowanie własne.

W perspektywie współczesnych przeobrażeń demograficznych oraz zmian zachodzących w strukturze i funkcjach rodziny, transformacja stacjonarnej opieki społecznej nad ludźmi starymi wydaje się być problemem niezwykle istotnym i aktualnym. Wyzwania w tym obszarze dotyczą w szczególności uwarunkowań prawnych funkcjonowania placówek, dostępności usług, ich jakości oraz metod finansowania. Zmiany stacjonarnej opieki społecznej nad ludźmi starymi przeprowadzane są nie tylko w kontekście konkretnych przeobrażeń demograficznych i społecznych, ale również ekonomicznych i politycznych. Wobec tego placówki opiekuńcze powinny zmierzyć się z takimi problemami jak: komercjalizacja, prywatyzacja, deinstytucjonalizacja, konkurencyjność, efektywność, samorządność.

W kolejnych rozdziałach niniejszej pracy ukazane zostaną dotychczasowe zmiany jakie zaszły w stacjonarnej opiece społecznej nad ludźmi starymi w Polsce oraz w wybranych

krajach, a także wyznaczone zostaną kierunki pożądaných reform, jakie powinny pojawić się w przyszłości i które prowadzić będą do utworzenia stacjonarnej pomocy społecznej.

3. Determinanty zmian zapotrzebowania na stacjonarną opiekę społeczną nad ludźmi starymi

3.1. Zapotrzebowanie a popyt na stacjonarną opiekę społeczną- zarys problematyki

Współczesne przeobrażenia demograficzne oraz towarzyszące im zmiany społeczne, kulturowe i ekonomiczne powodują, że wzrasta zarówno zapotrzebowanie, jak i popyt na stacjonarną opiekę społeczną. Zapotrzebowanie i popyt to pojęcia znaczeniowo do siebie zbliżone, ich zamienne stosowanie nie jest jednak właściwe. W odniesieniu do opieki długoterminowej rozróżnienie tych pojęć polega na tym, iż²⁷⁷:

- zapotrzebowanie (*need*) jest wynikiem profesjonalnego osądu (pracownika socjalnego, pracownika medycznego) stwierdzającego, że w danej sytuacji osoba funkcjonalnie zależna wymaga określonego zakresu świadczeń; czyli usługi opiekuńczo-pielęgnacyjne są bezwzględnie niezbędne, gdyż ich brak powoduje powstanie luki opiekuńczej,

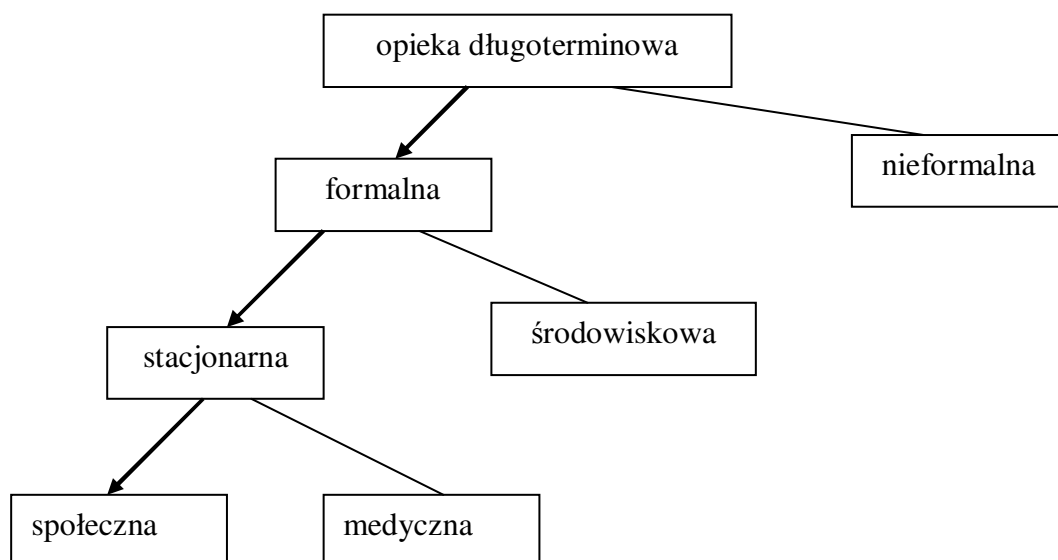
- popyt (*demand*) oznacza zgłaszaną chęć konsumpcji świadczenia przy jego określonej cenie, jest więc wypadkową potrzeb opiekuńczych, preferencji opiekuńczych oraz możliwości finansowych beneficjenta świadczeń.

Zapotrzebowanie na opiekę długoterminową odzwierciedla potrzeby opiekuńcze niesamodzielnych osób starszych. Potrzeby te mogą być zaspokajane przez alternatywne świadczenia, które udzielane są w różnej formie oraz przez różnego typu opiekunów. Popyt zgłaszany przez osobę niesamodzielną na określony rodzaj świadczeń zależy od jej preferencji opiekuńczych, cen poszczególnych usług, a także możliwości ich sfinansowania.

Próbując ustalić czynniki determinujące zapotrzebowanie na stacjonarną opiekę społeczną należy określić kolejno zapotrzebowanie na usługi opiekunów formalnych, które świadczone są w stacjonarnych placówkach, nadzorowanych i kierowanych przez podmioty pomocy społecznej (rysunek 16). Należy przy tym mieć świadomość, że czynniki determinujące zapotrzebowanie na różnego rodzaju świadczenia opieki długoterminowej są do siebie zbliżone i częstokroć od siebie zależne.

²⁷⁷ Por. C.J. Evashwick, L.G. Branch, poz. cyt., s. 19.

Rysunek 16. Rodzaje opieki długoterminowej



Źródło: opracowanie własne.

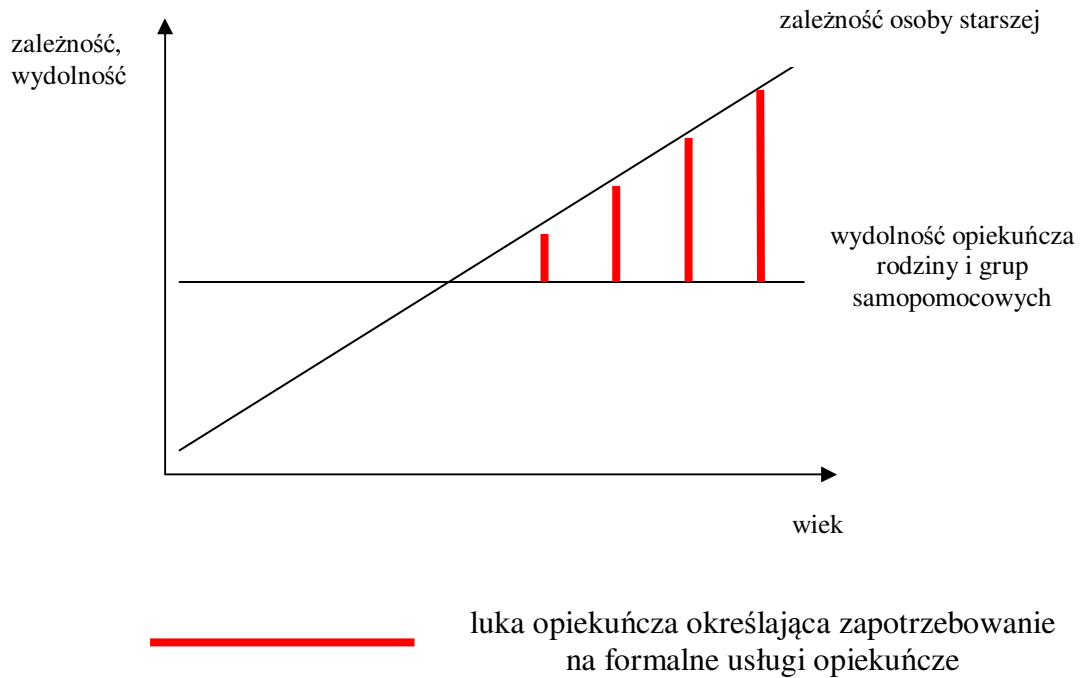
Czynniki determinujące zapotrzebowanie na opiekę formalną są stosunkowo łatwe i jasne do zdiagnozowania. To czy osoba starsza otrzymuje wsparcie formalne zależy z jednej strony od wydolności opiekuńczej rodziny i grup samopomocowych (opiekunów nieformalnych)²⁷⁸, z drugiej natomiast od stopnia obciążenia²⁷⁹ tych opiekunów²⁸⁰. Jeżeli stopień obciążenia opiekunów nieformalnych jest wyższy od ich wydolności opiekuńczej to powstaje wówczas luka opiekuńcza, która musi być niwelowana przez dostarczaną z otoczenia opiekę formalną. Przyjmując, że zależność osób starszych wzrasta wraz z wiekiem, natomiast wydolność opiekuńcza ich rodziny i grup samopomocowych nie zależy od wieku beneficjenta usług, to zapotrzebowanie na opiekę formalną kształtuje się tak, jak przedstawia to rysunek 17.

²⁷⁸ Wydolność opiekuńcza określa zdolność rodziny i grup samopomocowych (opiekunów nieformalnych) do zaspokajania potrzeb opiekuńczych niesamodzielnych osób starszych. Zgodnie z zasadą subsydiarności potrzeby te zaspokajane są w pierwszej kolejności przez opiekunów nieformalnych, zwłaszcza rodzinnych. Rodzina wypełnia w ten sposób swoją opiekuńczą funkcję.

²⁷⁹ Stopień obciążenia opiekunów nieformalnych określony jest przez poziom zależności osoby starszej. Im wyższy jest poziom zależności, tym osoba starsza wymaga większego zakresu świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych, a tym samym w większym stopniu obciążenia opiekunów nieformalnych.

²⁸⁰ Z.B. Wojszel., B. Bień, *Czynniki determinujące obciążenie opiekuna rodzinnego osoby starszej w Polsce*, [w:] Halicka M., Halicki J. (red.), poz. cyt., s. 338.

Rysunek 17. Zapotrzebowanie na opiekę formalną osób starszych



Źródło: opracowanie własne.

Im mniejsza jest wydolność opiekuńcza rodziny i im bardziej zależna jest osoba starsza, tym większa jest luka opiekuńcza, a tym samym większe jest zapotrzebowanie na opiekę formalną.

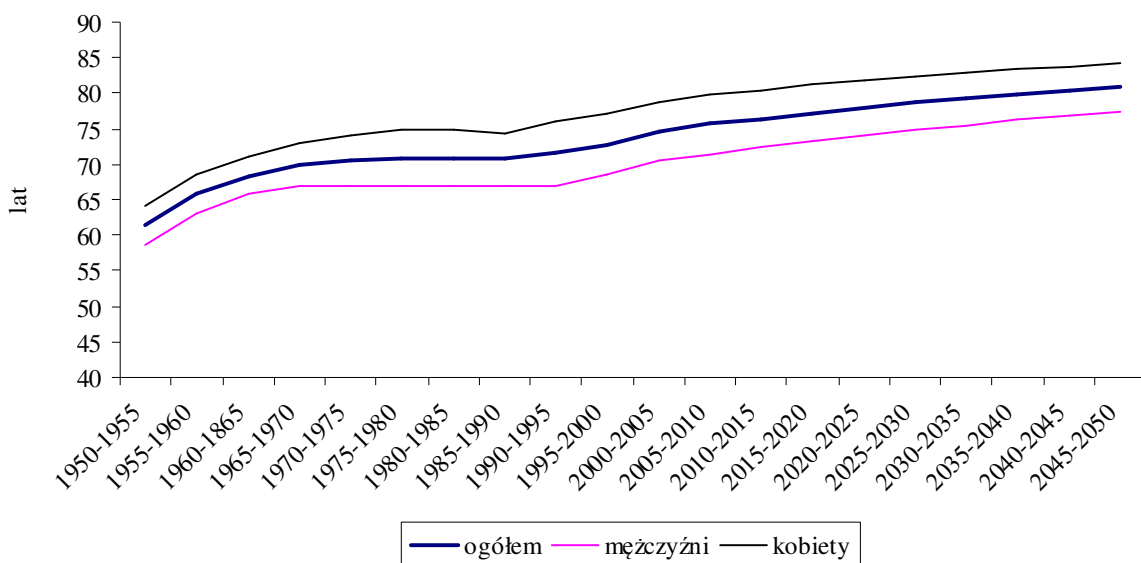
Istotne pozostają jeszcze dwie kwestie, które rodzą następujące pytania. Po pierwsze: co decyduje o tym, że w grupie osób otrzymujących wsparcie formalne i które charakteryzują podobnym poziomem zależności funkcjonalnej, część korzysta z opieki środowiskowej, a inna część to beneficjenci opieki stacjonarnej? A więc dlaczego wśród osób będących w podobnej sytuacji jedni pozostają w swoich dotychczasowych miejscach zamieszkania, podczas gdy inni decydują się na zamieszkanie w zakładzie opieki długoterminowej. Po drugie: dlaczego część osób starych przebywa w placówkach stacjonarnej opieki społecznej (np. domach pomocy społecznej), a część w placówkach podlegających pod resort ochrony zdrowia (np. zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych)? Próba sformułowania odpowiedzi na te pytania jest celem kolejnych dwóch rozdziałów niniejszej rozprawy.

3.2. Czynniki demograficzne

W Europie Wschodniej przeobrażenia demograficzne rozpoczęły się później niż w krajach tzw. Starej Unii Europejskiej, jednak ich przebieg jest znacznie szybszy. Polska jest

krajem, w którym proces demograficznego starzenia postępuje niezwykle intensywnie. Taki stan rzeczy wynika z bardzo niskiego współczynnika dzietności, gwałtownie wydłużającej się długości trwania życia oraz przekraczania progu starości przez roczniki powojennego wyżu demograficznego. Zdaniem S. Golinowskiej *wygląda na to, że tzw. drugie przejście demograficzne dokona się w Polsce w czasie kilkakrotnie krótszym niż w krajach zachodnich*²⁸¹.

Rysunek 18. Średni czas trwania życia (ogółem, kobiety, mężczyźni) w Polsce w latach 1950-2050 (stan faktyczny i prognoza)



Źródło: opracowanie własne na podstawie *World Population Prospects: The 2006 Revision and World Urbanization Prospects: The 2005 Revision*, Population Divisions of the Department and Social Affairs of the United Nations Secretariat, <http://esa.un.org/unpp> (24.06.2008).

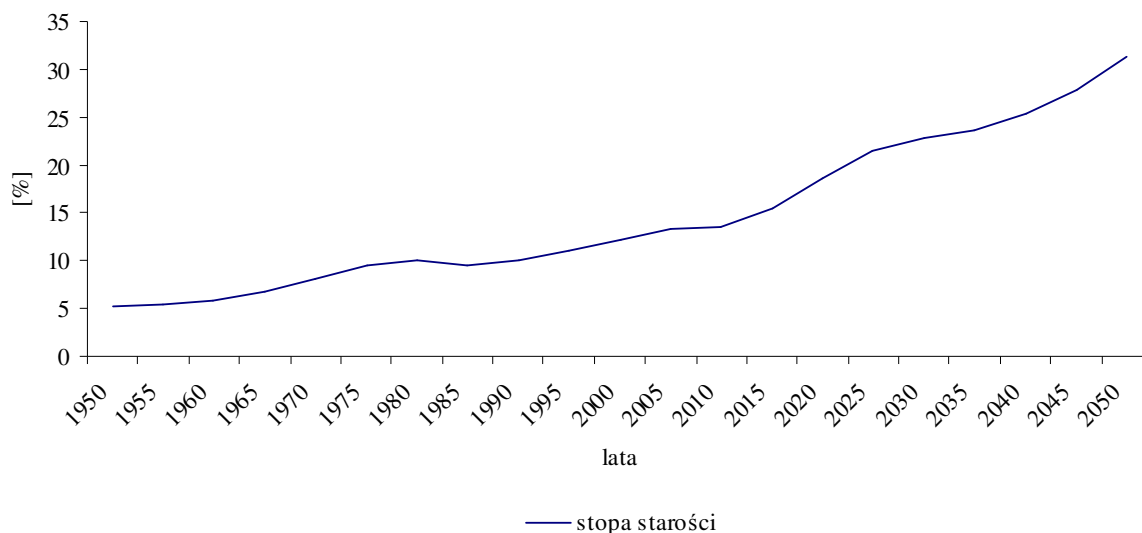
Średnie trwanie życia w Polsce systematycznie wydłuża się. Z rysunku 18 wynika, że na przestrzeni wieku wydłuży się ono prawie o 20 lat z 61,3 do 80,9. Zdecydowanie dłużej żyją kobiety. Obecnie średnie trwanie ich życia wynosi prawie 80 lat, podczas gdy mężczyźni tylko 71 lat. Prognozuje się, że w połowie XXI w. kobiety średnio będą żyły 84,3 lata, a mężczyźni będą żyć średnio 77,4 lata. Wydłużanie trwania życia oznacza wydłużanie okresu starości, również tej funkcjonalnie zależnej, wymagającej interwencji ze strony otoczenia²⁸². Wydłużanie średniego trwania życia zwiększa także prawdopodobieństwo dożycia sędziwej starości, przez co wzrasta liczba osób w najwyższych kategoriach wiekowych (demograficzne starzenie od góry piramidy wieku). Konsekwencją tych zmian jest więc z jednej strony wy-

²⁸¹ S. Golinowska, *Starzenie...*, poz. cyt., s. 1.

²⁸² Por. P. Błędowski, W. Pędich, poz. cyt., s. 173.

dłużenie okresu udzielania pomocy, z drugiej natomiast wzrost liczby osób tejże pomocy wymagających²⁸³.

Rysunek 19. Stopa starości w Polsce w latach 1950-2050 (stan faktyczny i prognoza)



Źródło: jak na rysunku 18.

W okresie 1950-2050 odsetek osób w wieku 65 lat i więcej wzrośnie w Polsce sześciokrotnie z poziomu 5,2% w 1950 r. do prognozowanego poziomu 31,3% w roku 2050 (rysunek 19). W tym czasie ich liczba wzrośnie ponad siedmiokrotnie i w 2050 r. osiągnie poziom 9,5 miliona. Odwołując się do klasycznych skal starości stosowanych w badaniach demograficznych można stwierdzić, że społeczeństwo polskie tkwi obecnie głęboko w fazie starości. Próg starości demograficznej ONZ (udział osób w wieku 65 lat i więcej w populacji powyżej 7%) został przekroczony w 1967 roku²⁸⁴, natomiast według skali Rosseta (udział osób w wieku 60 lat i więcej w populacji powyżej 12%) społeczeństwo polskie wkroczyło w fazę starości demograficznej w 1968 roku²⁸⁵.

W Polsce uwidacznia się wyraźnie proces tzw. podwójnego starzenia, co oznacza systematyczny wzrost udziału sędziwych starców w powiększającej się populacji ludzi starych. Najogólniej można stwierdzić, że im wyższa grupa wiekowa, tym dynamiczniej wzrasta jej liczebność. Od połowy XX w. do połowy XXI w. liczba osób w wieku 85 lat i więcej wzro-

²⁸³ P. Błędowski, *Polityka społeczna wobec problemu niepełnosprawności...*, poz. cyt., s. 414.

²⁸⁴ B. Synak, *Problematyka badawcza...*, poz. cyt., s. 13.

²⁸⁵ S. Klonowicz, *Starzenie się ludności*, [w:] *Encyklopedia seniora*, poz. cyt., s. 45.

śnie w Polsce ponad trzynastokrotnie, natomiast ich udział w populacji wzrośnie ponad dwudziestokrotnie z poziomu 0,22% w 1950 roku do 5,13% w roku 2050²⁸⁶.

Tabela 8. Populacja ludzi w wieku powyżej 85 lat w Polsce w latach 1950-2050
(stan faktyczny i prognoza)

Rok	85 lat i więcej	
	Liczba (w tys.)	Udział w populacji (%)
1950	62	0,22
1960	70	0,24
1970	90	0,28
1980	168	0,47
1990	257	0,67
2000	367	0,95
2010	506	1,34
2020	751	2,03
2030	780	2,21
2040	1373	4,17
2050	1552	5,13

Źródło: jak na rysunku 18.

B. Bień twierdzi, że w rezultacie starzenia demograficznego wyraźnie wzrasta zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze²⁸⁷. Wynika to z faktu, że współczesne przeobrażenia w strukturze wiekowej ludności powodują wzrost liczby osób w podeszłym wieku oraz zmianę proporcji osób starych w odniesieniu do pozostałej części ludności. Skutkuje to:

- a) z jednej strony wzrostem liczby osób niesamodzielnych,
- b) z drugiej strony obniżeniem liczby osób mogących świadczyć opiekę długoterminową.

Ad a. Wzrost liczby osób niesamodzielnych funkcjonalnie

Z badań przeprowadzonych przez J. Pacoleta wynika, że w krajach członkowskich Unii Europejskiej od 3 do 5% populacji osób starszych jest poważnie niesamodzielna, a 15% jest niesamodzielna umiarkowanie. W grupie osób w wieku 75 lat i więcej proporcje te zwiększają się do 10% niesamodzielnych poważnie oraz 25% umiarkowanie. Generalnie zakłada się natomiast, że w całej populacji 3% to osoby poważnie niesamodzielne²⁸⁸.

²⁸⁶ *World Population Prospects: The 2006 Revision and World Urbanization Prospects: The 2005 Revision*, Population Divisions of the Department and Social Affairs of the United Nations Secretariat, <http://esa.un.org/unpp> (24.06.2008).

²⁸⁷ B. Bień, *Starość...*, poz. cyt., s. 7.

²⁸⁸ J. Pacolet, poz. cyt., s. 20.

Z badań amerykańskich wynika, że 22% populacji osób starszych w USA wymaga opieki długoterminowej, a 19% całej populacji osób niesamodzielnych przebywa w zakładach opieki długoterminowej²⁸⁹.

Inne badania wykazały, że w 2004 r. zarówno w USA, jak i w Unii Europejskiej 17% ludzi starych było funkcjonalnie niesamodzielnych. W poszczególnych krajach członkowskich Unii poziom ten był bardzo zróżnicowany i wahał się od 15% (w Austrii) do 30% (w Wielkiej Brytanii).

Tabela 9. Populacja osób niesamodzielnych w krajach członkowskich Unii Europejskiej według rodzaju otrzymywanej opieki (2004 r.)

Kraj*	Liczba niesamodzielnych osób starszych (w tys.)	Odsetek populacji osób w wieku 65 lat i więcej	Odsetek osób niesamodzielnych otrzymujących opiekę długoterminową:		
			formalną stacjonarną	formalną środowiskową	nieformalną lub brak opieki
Belgia	416	23.1	35.3	27.4	37
Dania	139	17.4	9.4	•	•
Niemcy	2790	18.7	19.2	34.9	45.9
Hiszpania	1449	20.4	10.9	19.7	69.3
Irlandia	91	22.8	22.0	31.9	46.2
Włochy	2214	19.9	8.7	42.1	49.1
Luksemburg	13	13.0	23.1	30.8	46.2
Holandia	362	15.7	21.8	•	•
Austria	197	15.2	•	•	•
Finlandia	183	22.9	31.1	28.4	40.4
Szwecja	322	21.5	31.7	44.1	24.5
W. Brytania	2899	30.5	9.6	15.2	75.2
Czechy	299	21.4	25.8	18.7	55.5
Litwa	103	20.6	23.3	4.9	71.8
Łotwa	65	16.3	7.7	6.2	87.7
Malta	19	19.0	68.4	26.3	5.3
Polska	885	17.7	11.9	5.0	83.3
Słowacja	127	21.2	24.4	29.1	46.5
Słowenia	58	19.3	20.7	17.2	62.1
UE25	12631	16.8	14.6	26.2	55.7
UE15	11075	17.0	14.3	28.5	53.4

* brak informacji dla Grecji, Francji, Portugalii, Cypru, Estonii i Węgier

Źródło: S. Tsolova, J. Mortensen, *The Cross-Atlantic Exchange to Advance Long-Term Care. Special CEPS Report*, s. 4, http://shop.ceps.eu/downfree.php?item_id=1374 (21.04.2008).

Na podstawie informacji zawartych w tabeli 9 można stwierdzić, że w 2004 r. żyło w Polsce 885 tysięcy niesamodzielnych seniorów, co stanowiło 17,7% populacji osób starszych. Zdecydowana większość z nich (83,3%) otrzymywała opiekę nieformalną, natomiast pozosta-

²⁸⁹ R.H. Binstock, L.E. Cluff, O. von Mering, *Issues Affecting the Future of Long-Term Care*, [w:] R.H. Binstock, L.E. Cluff, O. von Mering (red.), *The Future of Long-Term Care. Social and Policy Issues*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore&London 1996, s. 6

li korzystali z opieki formalnej świadczonej w ich miejscu zamieszkania (5%) lub w zakładzie opieki długoterminowej (11,9%).

Z badań przeprowadzonych przez Główny Urząd Statystyczny w 2006 r. wynika, że 9,9% ludzi w Polsce wymaga wsparcia osób drugich w wykonywaniu czynności dnia codziennego (kobiety- 10,9%, mężczyźni- 8,7%)²⁹⁰, czyli jest funkcjonalnie niesamodzielnych. Wartości wskaźnika niesamodzielnosci osób starych w podziale na płeć i grupy wiekowe prezentuje tabela 10.

Tabela 10. Współczynniki niesamodzielnosci funkcjonalnej w populacji polskich seniorów według płci według Głównego Urzędu Statystycznego (2006 r.)

Wiek:	Osoby niesamodzielne (w %)		
	Razem	Kobiety	Mężczyźni
65 – 69	21,9	23,0	20,5
70 – 74	33,5	34,0	32,7
75 -79	45,1	47,9	40,2
80 – 84	61,1	69,4	47,2
85 i więcej	77,8	84,8	58,3

Źródło: opracowanie własne na podstawie: A. Baran, E. Malesa, *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2006 roku*, prezentacja na konferencji *Transformacja systemu opieki długoterminowej. Doświadczenia Polski i innych krajów europejskich*, Toruń 25-27 września 2007 r.

Na podstawie danych zawartych w tabeli 10 można stwierdzić po pierwsze, że wartość wskaźnika niesamodzielnosci wzrasta wraz z wiekiem, a po drugie, że kobiety generalnie charakteryzują się wyższym poziomem niesamodzielnosci niż mężczyźni będący ich rówieśnikami. Wynika z tego, że zapotrzebowanie na opiekę długoterminową zależy zarówno od natężenia procesu demograficznego starzenia, jak i od udziału kobiet w danej populacji. Im społeczność jest starsza i im większa jest w niej przewaga kobiet, tym większe jest zapotrzebowanie na różnego rodzaju usługi opiekuńczo-pielęgnacyjne.

Jeżeli zapotrzebowanie na opiekę długoterminową jest największe w najwyższych grupach wieku, to w miarę postępu procesu demograficznego starzenia można się spodziewać wzrostu liczby osób wymagających tej opieki. Uwzględnić należy jednak pozytywny trend

²⁹⁰ A. Baran, E. Malesa, *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2006 roku*, prezentacja na konferencji *Transformacja systemu opieki długoterminowej. Doświadczenia Polski i innych krajów europejskich*, Toruń 25-27 września 2007 r.

polegający na tym, że ludzie starzy są coraz lepiej wyedukowani, zdrowsi i bogatsi²⁹¹, a zatem również bardziej samodzielni funkcjonalnie i mniej zależni od otoczenia. Oznacza to systematyczne przesuwanie się granicy, która stanowi próg starości zależnej. Jest to głównie efekt postępu medycznego, dbania o dobrą formę psychofizyczną, wzrostu aktywności oraz rosnącego nastawienia na samorealizację osób starszych²⁹². Tendencję tę potwierdzają różnorodne badania, z których wynika, że wskaźnik niesamodzielności w najstarszych grupach wiekowych systematycznie obniża się, co powoduje spowalnianie przyrostu liczby osób funkcjonalnie niesamodzielnych w miarę starzenia się populacji²⁹³.

Nawet przy spadku wskaźnika niesamodzielności wśród seniorów proces demograficznego starzenia spowoduje w przyszłości znaczny wzrost liczby osób niesamodzielnych, a tym samym zapotrzebowania na różnego rodzaju usługi opieki długoterminowej, również te świadczone w formie stacjonarnej (tabela 11).

Tabela 11. Osoby niesamodzielne ze względu na formę otrzymywanej opieki długoterminowej w Polsce (2004 r. i prognoza na rok 2050)

Liczba osób niesamodzielnych (w tys.)		Liczba osób niesamodzielnych (w tys.) otrzymujących opiekę:					
		formalną stacjonarną		formalną środowiskową		nieformalną lub brak opieki	
2004 r.	2050 r.	2004 r.	2050 r.	2004 r.	2050 r.	2004 r.	2050 r.
Projekcja zakładająca brak zmian w poziomie wskaźników niesamodzielności ze względu na wiek i płeć:							
885	2004	105	251	44	105	737	1648
Projekcja zakładająca liniowy spadek poziomu niesamodzielności uzależniony od poziomu śmiertelności :							
885	1226	105	156	44	65	737	1006

Źródło: *The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050)*, Komisja Europejska, 2006, s. 155, 156, http://ec.europa.eu/economy_finance/epc/documents/2006/ageingreport_en.pdf (21.042008).

Podkreślić należy, że czynnikiem wpływającym na zapotrzebowanie stacjonarnej opieki długoterminowej jest bardziej poziom sprawności psychicznej niż fizycznej. Dla opiekunów rodzinnych problemem jest nie tyle konieczność fizycznego wspierania seniora w codziennych aktywnościach, co nadmierne obciążenie psychiczne związane z opieką szczególnie nad osobą z demencją. Potwierdza to stwierdzenie T. Getzena, że *konieczność ciągłej uwagi oraz ból i poczucie obcości w związku z opieką nad człowiekiem, który nie rozumie*

²⁹¹ R.B. Friedland, L. Summer, *Demography Is Not Destiny*, National Academy on an Aging Society, Washington 1999, s. 29.

²⁹² J.T. Kowaleski, M. Pietruszek, poz. cyt., s. 29.

²⁹³ *Long-Term...*, poz. cyt., s. 31.

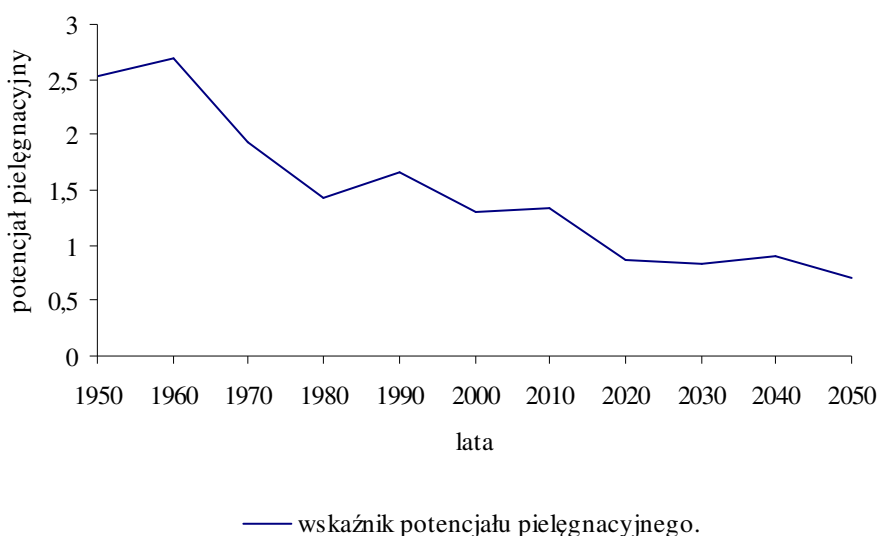
oraz nie docenia tego, co się dla niego robi, staje się w końcu ciężarem ponad siły dla wielu rodzin²⁹⁴.

Ad b. Zmiany w potencjale pielęgnacyjnym

Zdaniem T. Getzena *opieka nad niedołączonymi starcami to tradycyjna rola dorosłych kobiet, od których zawsze oczekiwano, że po wychowaniu potomstwa zajmą się rodzicami lub teściami*²⁹⁵. Stosunek liczby kobiet w wieku 50-69 lat do liczby osób w wieku 70 lat i więcej określany jest jako wskaźnik potencjału pielęgnacyjnego²⁹⁶.

Rysunek 20 prezentuje rzeczywiste i prognozowane zmiany wskaźnika potencjału pielęgnacyjnego w Polsce w latach 1950-2050. Wynika z niego, że od 1960 roku wartość tego wskaźnika wyraźnie spada z poziomu 2,7 do, prognozowanej na 2050 rok, wartości 0,71.

Rysunek 20. Wskaźnik potencjału pielęgnacyjnego w Polsce w latach 1950-2050 (stan faktyczny i prognoza)



Źródło: jak na rysunku 18.

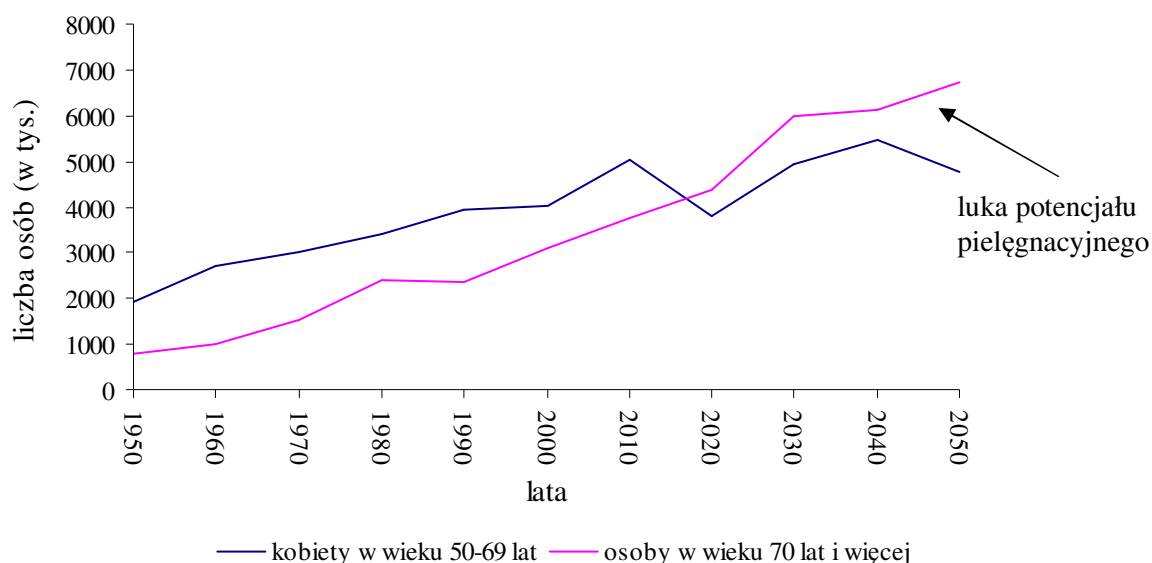
Na przełomie pierwszej i drugiej dekady XXI wieku wartość wskaźnika potencjału pielęgnacyjnego spadnie poniżej 1, co oznacza, że na jednego potencjalnego opiekuna przypadą będzie więcej niż jedna osoba starsza wymagająca opieki długoterminowej

²⁹⁴ T.E. Getzen, poz. cyt., s. 307..

²⁹⁵ Tamże, s. 305.

²⁹⁶ P. Błędowski, *Lokalna...*, poz. cyt., s. 125.

Rysunek 21. Kobiety w wieku 50-69 lat oraz osoby w wieku 70 lat i więcej w Polsce w latach 1950-2050 (stan faktyczny i prognoza)



Źródło: jak na rysunku 18.

Stopniowy spadek wartości potencjału pielęgnacyjnego poniżej 1 oznacza powiększanie się przewagi liczby osób powyżej 70 roku życia nad liczbą kobiet w wieku „pielęgnacyjnym”. Na rysunku 21 widać, że po 2010 roku linie przedstawiające odpowiednie wartości wyraźnie się rozejdą i powiększy się dysproporcja między nimi, co przypomina rozwieranie nożyc. Sytuacja taka zapowiada powstawanie zjawiska, które określić można jako luka potencjału pielęgnacyjnego.

Spadek wartości wskaźnika potencjału pielęgnacyjnego równoznaczny jest ze spadkiem wydolności opiekuńczej rodziny. Oznacza bowiem, że seniorzy stopniowo tracą wsparcie ze strony swoich córek i synowych, które są dla nich naturalnymi dostawcami usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych. Powoduje to wzrost zapotrzebowania na opiekę formalną.

Dodatkowo na powiększenie luki potencjału pielęgnacyjnego wpływa, znacznie większy niż zakładano w prognozach demograficznych, zagraniczny odpływ migracyjny ludności. Według obliczeń GUS w latach 2004-2006, czyli od przystąpienia Polski do Unii Europejskiej, wyemigrowało z kraju 1,16 miliona Polaków²⁹⁷. Były to głównie osoby w wieku produkcyjnym, które w krajach zachodnich poszukiwały dobrze płatnej pracy. Nowa poakcesyjna emigracja cechuje się dużym udziałem migrujących kobiet. Wcześniej grupę emigrantów zarobkowych w 70 % stanowili mężczyźni, a jedynie w 30 % kobiety. Obecnie proporcje te

²⁹⁷ GUS policzył: wyjechało 2 miliony Polaków, „Gazeta Wyborcza” 24.10.2007.

rozkładają się po połowie²⁹⁸. Dodatkowo spodziewać się można, że część emigrantów znacznie powracać do kraju po przekroczeniu progu starości, czyli na okres, w którym sami potrzebować będą opieki długoterminowej.

3.3. Czynniki społeczne

Rysunek 22 ilustruje odsetek ludzi starych mieszkających w zakładach opieki długoterminowej oraz stopę starości w kilku krajach OECD. Wynika z niego, że stopień zaawansowania procesu demograficznego starzenia w jakimś kraju nie jest głównym wyznacznikiem tego, jak bardzo jest w nim rozbudowana stacjonarna opieka długoterminowa. W Japonii i Szwecji w 2000 r. stopa starości kształtowała się na poziomie 17,2 %, natomiast odsetek osób starych w zakładach opieki długoterminowej był w Szwecji prawie 2,5 raza wyższy niż w Japonii. W Szwajcarii odsetek ten był prawie dwukrotnie wyższy niż w Luksemburgu i trzykrotnie wyższy niż w Holandii, które mają zbliżoną wielkość stopy starości. W Korei Południowej jedynie 0,2 % osób starych otrzymuje wsparcie w profesjonalnych placówkach, można więc uznać, że stacjonarna opieka długoterminowa praktycznie w tym kraju nie istnieje.

W Polsce 1,7% populacji osób w podeszłym wieku przebywa w zakładach opieki długoterminowej²⁹⁹. Odsetek ten w USA jest ponad 2,5 razy wyższy, a w Australii aż 3,2 razy wyższy, pomimo tego, że stopa starości kształtuje się tam na zbliżonym poziomie co w Polsce.

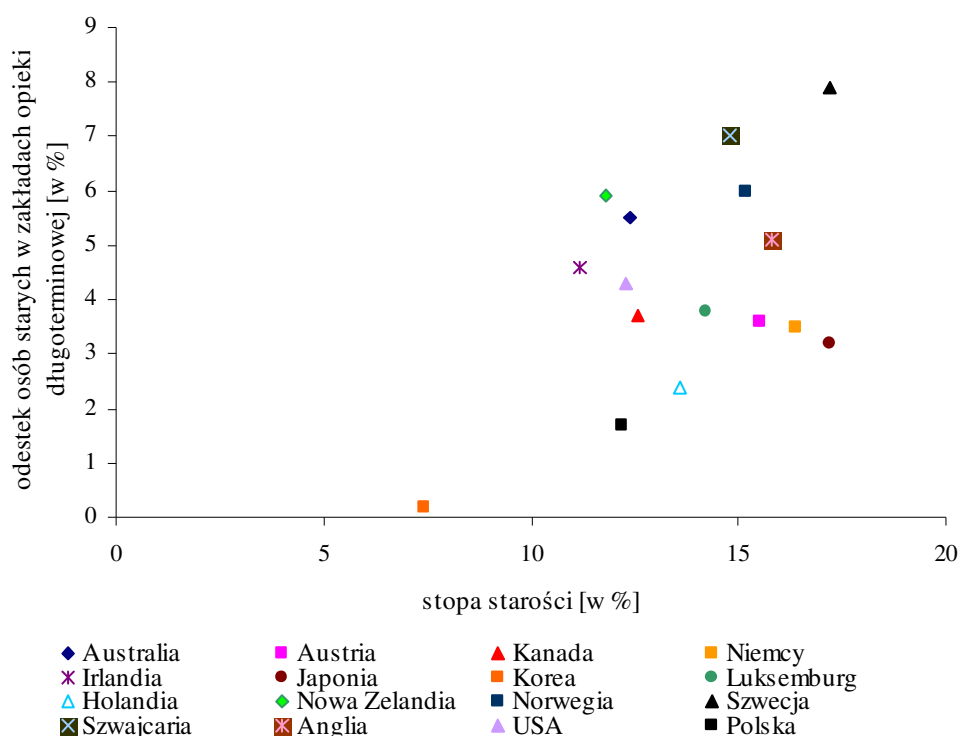
Placówki opiekuńcze dla osób starych są podobnie rozwinięte w krajach zbliżonych do siebie terytorialnie i kulturowo. Przykładem mogą być Niemcy i Austria, w których 3,5 % osób starych mieszka w zakładach opieki długoterminowej. Podobnie jest w Kanadzie i Stanach Zjednoczonych, czy w Australii i Nowej Zelandii. Wynika z tego, że zapotrzebowanie na opiekę stacjonarną zależy bardziej od innych czynników niż uwarunkowania demograficzne. Spośród czynników społecznych, które mają na to wpływ wyróżnić należy przede wszystkim:

- a) sytuację rodzinną osób starych (stan cywilny i liczba dzieci),
- b) wielkość i skład gospodarstw domowych z osobami starymi,
- c) jakość relacji wewnątrzrodzinnych,
- d) warunki mieszkaniowe osób starych,
- e) miejsce zamieszkania (miasto/wieś).

²⁹⁸ R. Jończy, *Procesy migracyjne z województwa opolskiego po akcesji do Unii Europejskiej. Skala i tendencje*, prezentacja na konferencji *Stan i prognoza demograficzna Śląska do 2030 roku (migracje, podaż pracy)*, Opole 29 października 2007 r.

²⁹⁹ *Long-Term...*, poz. cyt. , s. 130.

Rysunek 22. Odsetek osób starych w zakładach opieki długoterminowej a zaawansowanie procesu demograficznego starzenia w wybranych krajach (2000 r.)



Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Long-term Care for Older People. The OECD Health Project*, OECD PUBLISHING, Paris 2005, s. 41, 130; *World Population Prospects: The 2006 Revision and World Urbanization Prospects: The 2005 Revision*, Population Divisions of the Department and Social Affairs of the United Nations Secretariat, <http://esa.un.org/unpp> (11.11.2007).

Ad a. Sytuacja rodzinna (stan cywilny i liczba dzieci) osób starych

Istnieje ścisły związek między stanem cywilnym a zapotrzebowaniem na opiekę stacjonarną. Zdaniem P. Szukalskiego wśród osób starszych *stan cywilny można traktować jako oznakę dostępu do ważnych zasobów- zdrowotnych, opiekuńczych i materialnych. (...). W tej grupie ludności współmałżonka traktuje się jako „naturalnego”, najważniejszego wspierającego- „pomocnika pierwszego kontaktu”*³⁰⁰. Poza tym stan cywilny jest silnie powiązany ze statusem rodzinnym, który determinuje wydolność opiekuńczą rodziny.

Najbardziej narażeni na pobyt w zakładzie opieki długoterminowej są seniorzy, którzy nigdy nie byli w związku małżeńskim. Według P. Townsenda cztery razy więcej kawalerów niż żonatych mężczyzn oraz trzy razy więcej panien niż zamężnych kobiet powyżej 90 roku życia jest mieszkańcami różnego rodzaju zakładów opieki długoterminowej. W Anglii 37% kawalerów i aż 44% panien w tym wieku żyje w różnego rodzaju placówkach opiekuń-

³⁰⁰ P. Szukalski, *Wdowieństwo w starszym wieku w Polsce*, „Gerontologia Polska”, 2006, t. 14, nr 2, s. 63.

czych³⁰¹. Wynika to z faktu, że brakuje im wsparcia ze strony najbliższej rodziny i trudniej jest im zorganizować świadczenia w miejscu zamieszkania. Ponadto B. Szatur – Jaworska twierdzi, iż osoby samotne łatwiej akceptują przeprowadzkę do placówki opiekuńczej niż osoby posiadające rodzinę, gdyż nie towarzyszy im przy tym świadomość odrzucenia przez najbliższych³⁰².

Osoby owdowiałe i rozwiedzione również są narażone na konieczność przeprowadzki do zakładu opieki długoterminowej, jednak znacznie mniej niż kawalerowie i panny. Wynika to z faktu, że dosyć często mogą one liczyć na wsparcie ze strony dzieci lub wnucząt.

Najmniejsze zapotrzebowanie na stacjonarną opiekę długoterminową zgłaszają osoby stare posiadające żyjącego partnera i potomstwo. Wydolność opiekuńcza ich rodzin jest zazwyczaj największa. Małżonkowie wspierają siebie nawzajem w codziennych aktywnościach (np. mąż opiekuje się żoną z demencją, a żona pomaga mężowi ubrać się lub wykąpać), a w razie poważniejszych problemów mogą liczyć na pomoc dzieci.

W przypadku ludzi starych żyjących w Polsce uwidaczniają się zasadnicze różnice między strukturą stanu cywilnego populacji kobiet i mężczyzn. Uwidacznia się to szczególnie w najstarszych kategoriach wiekowych, których przedstawiciele są potencjalnymi beneficjentami opieki stacjonarnej. Jedynie co dziesiąta kobieta w wieku 80 lat i więcej żyje w związku formalnym, natomiast wśród mężczyzn w tym wieku jedynie czterech na dziesięciu nie ma żony. Aż 83% najstarszych kobiet (czyli najbardziej zależnych funkcjonalnie od otoczenia) to wdowy³⁰³. Jest to efekt z jednej strony dominującego dawniej modelu obyczajowego, w którym panna poślubiła o kilka lat starszego od siebie mężczyznę, z drugiej natomiast dłuższego przeciętnego trwania życia kobiet. Wydaje się zatem, że sytuacja mężczyzn jest lepsza niż kobiet, gdyż większość z nich pozostaje w związku małżeńskim aż do śmierci, podczas kiedy większość kobiet doświadcza śmierci męża i dokończy żywota jako wdowa³⁰⁴. Co prawda wśród ludzi starszych zdarza się, choć rzadko, zawieranie nowych związków małżeńskich, jednak skłonność do zmiany stanu cywilnego na stare lata systematycznie spada. Nieznana jest z kolei liczba osób starszych żyjących w konkubinatach. Można domniemywać jedynie, że spadkowi liczby nowych związków małżeńskich towarzyszy wzrost liczby związków nieformalnych (głównie w miastach)³⁰⁵.

³⁰¹ P. Townsend, *The Structured Dependency of the Elderly: A Creation of Social Policy in the Twentieth Century*, „Ageing and Society”, 1986, nr 1, s. 17.

³⁰² B. Szatur-Jaworska, *Ludzie starzy...*, poz. cyt., s. 50.

³⁰³ J. T. Kowaleski, M. Pietruszek, poz. cyt., s. 22.

³⁰⁴ L.J. Waite, *The Demographic Faces of the Elderly*, [w:] L.J. Waite (red.), *Ageing, Health, and Public Policy*, Population Council, New York 2005, s. 13.

³⁰⁵ B. Szatur – Jaworska, *Życie rodzinne ludzi starych w Polsce*, „Polityka Społeczna”, 1999, nr 9 (306), s. 18.

W. Scanlon uważa, że kluczowym czynnikiem decydującym o korzystaniu z usług zakładu opieki długoterminowej jest brak rodziny, a nie (jakby się mogło wydawać) zakres potrzeb opiekuńczych³⁰⁶. Do takiego wniosku doprowadziła go obserwacja cech mieszkańców tych placówek: aż 89% z nich nie miała współmałżonka, a 40% nie miała żyjących dzieci. Wynika z tego, że posiadanie opiekunów rodzinnych jest najlepszym gwarantem pozostania na starość we własnym domu. P. Townsend twierdzi z kolei, że niesamodzielność w połączeniu z brakiem opieki nieformalnej oznacza *utrata praw do samodzielnego prowadzenia gospodarstwa domowego*³⁰⁷. Osoby nie posiadające wsparcia ze strony rodziny przeprowadzają się do placówki opiekuńczej zazwyczaj w młodszym wieku, przy niższym poziomie funkcjonalnej zależności oraz żyją dłużej jako pensjonariusze lub pacjenci, niż ci, którzy takie wsparcie posiadają³⁰⁸.

W Polsce ponad 90% osób w wieku starszym ma lub kiedyś miała dzieci³⁰⁹. Najczęściej realizowanym przez nich modelem dzietności było posiadanie dwójki lub trójki dzieci. Efektem tego jest dosyć korzystna obecnie struktura demograficzna polskiej rodziny, która w znaczącym stopniu wpływa na kształt opieki nieformalnej³¹⁰. Dzieci i wnukowie są w stanie zapewnić seniorom rodu należyłą pomoc. Pod wpływem demograficznego starzenia sytuacja ta będzie ulegać systematycznemu pogarszaniu w przyszłości. Wydłużanie średniej długości życia oraz spadek poziomu dzietności prowadzą do „odwracania piramidy demograficznej”. Proces ten ma swoje odzwierciedlenie w skali mikro, czyli w strukturze współczesnej rodziny. „Odwrócona struktura rodziny” to taka, gdzie czwórka dziadków będzie mieć tylko jednego wnuka lub wnuczkę. Jest to sytuacja odwrotna w porównaniu z rodziną tradycyjną, gdzie jeden dziadek lub babcia przypadali na wiele wnucząt.

³⁰⁶ W.J. Scanlon, *Possible Reforms for Financing Long-Term Care*, “The Journal of Economic Perspectives”, 1992, nr 6(3), s. 44.

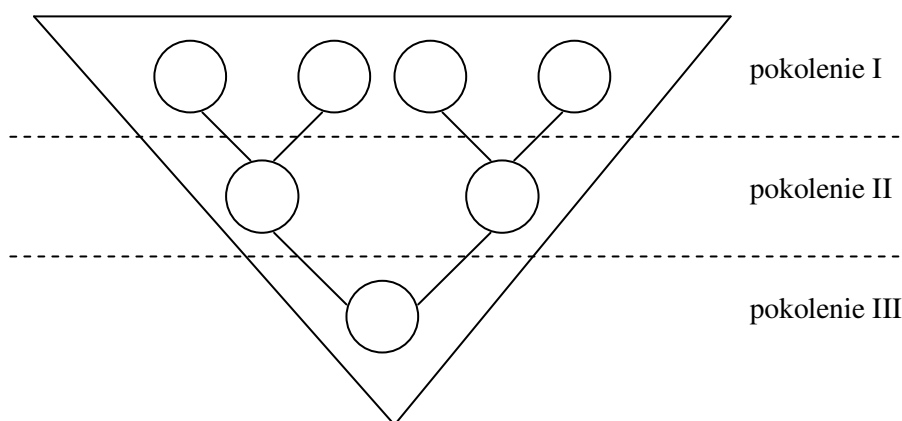
³⁰⁷ P. Townsend, *The Structured Dependency of the Elderly...*, poz. cyt., s. 18.

³⁰⁸ W.J. Scanlon, poz. cyt., s. 44.

³⁰⁹ B. Szatur – Jaworska, *Życie rodzinne...*, poz. cyt., s. 18.

³¹⁰ P. Czekanowski, B. Synak, *Wybrane elementy obrazu rodzinnych sytuacji opiekuńczych ludzi starych w Polsce*, [w:] M. Halicka, J. Halicki (red.), poz. cyt., s. 188.

Rysunek 23. Odwrócona piramida demograficzna a struktura współczesnej rodziny



Źródło: opracowanie własne.

„Odwracanie struktury rodziny” jest w istocie procesem „kurczenia się” jej wydolności opiekuńczej, gdyż na jedną osobę starą przypada w rodzinie coraz mniej potencjalnych opiekunów. Wiąże się to nierozdzielnie z koniecznością zapewnienia opieki formalnej, również tej świadczonej w formie stacjonarnej. Opieka formalna powstaje zatem w wyniku przejmowania przez społeczeństwo funkcji opiekuńczej, której współczesna rodzina nie jest w stanie pełnić w takim zakresie, jak rodzina tradycyjna³¹¹.

Ad b. Wielkość i skład gospodarstw domowych z osobami starymi

Wydolność opiekuńcza rodziny uwarunkowana jest nie tyle jej wielkością (liczbą dzieci, wnucząt czy prawnucząt, które są potencjalnymi opiekunami rodzinnymi), co strukturą gospodarstwa domowego tworzonego przez osoby starsze i ich potomstwo. Dla przykładu senior może mieć tylko jedną córkę lub synową, z którą wspólnie zamieszkuje i otrzymuje od niej odpowiednie wsparcie w codziennych aktywnościach. Inny senior z kolei może posiadać wiele dzieci, a mimo to może być pozbawionym wsparcia ze strony rodziny, gdyż jego potencjalni opiekunowie nieformalni na przykład wyemigrowali w celach zarobkowych lub utrzymują sporadyczny kontakt z rodzicami.

³¹¹ Por. T. Kaźmierczak, *Pomoc społeczna*, [w:] *Encyklopedia socjologii. Tom 3* (praca zbiorowa), Oficyna Naukowa, Warszawa 2000, s. 145.

Tabela 12. Gospodarstwa domowe z osobami w wieku 60 lat i więcej według wielkości w Polsce (2002 r.)

Gospodarstwa domowe	Ogółem w tysiącach	Liczba osób w gospodarstwie			
		1	2	3	4 i więcej
w procentach ogółu danej kategorii					
Ogółem					
Ogółem	13337,0	24,8	23,2	19,9	32,1
Z osobami 60 lat i więcej	4800,5	31,8	35,4	13,3	19,5
z 1 osobą	3220,5	47,4	22,6	10,3	19,7
z 2 osobami	1547,1	-	63,0	18,7	18,3
z 3 osobami i więcej	32,9	-	-	53,0	47,0
Miasta					
Ogółem	8964,5	27,7	24,7	21,1	26,5
Z osobami 60 lat i więcej	2938,5	36,0	38,1	13,2	12,7
z 1 osobą	2016,1	52,4	24,1	10,4	13,1
z 2 osobami	908,5	-	70,0	18,8	11,2
z 3 osobami i więcej	13,9	-	-	64,9	35,1
Wieś					
Ogółem	4372,5	18,8	20,1	17,5	43,6
Z osobami 60 lat i więcej	1861,9	25,2	31,1	13,5	30,2
z 1 osobą	1204,3	39,0	20,0	10,3	30,7
z 2 osobami	638,6	-	53,0	18,5	28,5
z 3 osobami i więcej	19,0	-	-	44,3	55,7

Źródło: W. Nowak-Sapota, *Osoby starsze w strukturze gospodarstw domowych*, [w:] J.T. Kowaleski (red.), *Ludzie starzy w polskim społeczeństwie w pierwszych dekadach XXI wieku*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2006, s. 56.

Z tabeli 12 wynika, że spośród wszystkich 4,8 mln gospodarstw domowych z osobami w wieku 60 lat i więcej w Polsce, 31,8% jest jedno, a 35,4% jest dwuosobowych. Są więc one w zdecydowanej większości małe liczebnie. Wśród gospodarstw z jedną osobą starszą prawie połowę stanowią gospodarstwa jednoosobowe (47,4%), natomiast w strukturze gospodarstw z dwoma osobami starszymi wyraźnie dominują dwuosobowe gospodarstwa (63%), a ich udział jest znacznie wyższy w miastach (70%) niż na wsi (53%). Można przypuszczać, że były to przede wszystkim pary małżeńskie i partnerskie osób starszych lub ewentualnie dzieci, które przekroczyły próg starości i opiekują się sędziwym rodzicem.

Jak już wspomniano, największe zapotrzebowanie na formalne usługi opiekuńcze zgłaszają osoby pozbawione wsparcia ze strony najbliższego otoczenia, głównie zamieszkujące samotnie. Z tego powodu warto uważnie przeanalizować sytuację jednoosobowych gospodarstw domowych tworzonych przez osoby starsze (tabela 13).

Tabela 13. Ludność w gospodarstwach jednoosobowych według grup wieku i płci w Polsce (2002 r.)

Grupy wieku	Ogółem	W tym:		Miasta	Wieś
		mężczyźni	kobiety		
Ogółem	8,7	7,4	10	10,7	5,6
w procentach ogółu danej grupy wieku					
60 lat i więcej	23,8	13,1	30,9	27,3	18,5
60-64	16,0	11,0	30,1	18,9	10,8
65-69	19,9	11,4	26,2	23,3	14,2
70-74	24,9	12,8	33,0	28,9	19,2
75-79	31,4	15,7	39,6	36,0	25,2
80-84	35,3	19,0	42,8	40,4	29,1
85-89	37,2	23,5	42,5	42,6	30,4
90 lat i więcej	35,8	28,6	38,2	41,1	28,4

Źródło: W. Nowak-Sapota, *Osoby starsze w strukturze gospodarstw domowych*, [w:] J.T. Kowaleski (red.), *Ludzie starzy w polskim społeczeństwie w pierwszych dekadach XXI wieku*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2006, s. 61.

W połowie lat 80. J. Piotrowski stwierdził, że *osób starszych żyjących w pojedynkę jest stosunkowo niewiele, mniej niż jedna na sześć*³¹². Tymczasem z tabeli 13 wynika, że obecną cechą starości jest właśnie samotne gospodarowanie. Dodatkowo można stwierdzić, że jednoosobowe gospodarstwa domowe osób starszych występują najczęściej w miastach i tworzone są w zdecydowanej większości przez kobiety.

W populacji osób starszych, wraz z upływem wieku, wzrasta udział gospodarstw jednoosobowych, aż do przedziału 80-89 lat (kobiety 80-84, mężczyźni 85-89), po czym następuje jego systematyczny spadek. Może to sugerować, że gdzieś w tym okresie należy upatrywać funkcjonalnej granicy samodzielnego prowadzenia gospodarstwa domowego, po przekroczeniu której osoba starsza zwykle decyduje się na ponowne zamieszkanie z dziećmi lub przeprowadzkę do zakładu opieki długoterminowej.

Samotne zamieszkiwanie osób starszych ma dwa wymiary. Pierwszy z tych wymiarów to tzw. „intymność na dystans” lub „intymność ze wzajemną niezależnością”. W opinii L. Dyczewskiego *ci, którzy opowiadają się za osobnym, ale bardzo bliskim zamieszkiwaniem dorosłych pokoleń, wykazują równie głębokie i wartościowe powiązania rodzinne, jak i ci, którzy preferują międzypokoleniową wspólnotę domową. (...) Odległość przestrzenna nie może być traktowana jako symptom wzajemnego odizolowania się i zamykania się przed sobą, ale po prostu jako swoistego rodzaju zabieg, by poszczególne pokolenia, które wznoszą w odmiennych warunkach i posiadają odmiennie style życia i potrzeby, mogły egzystować bez*

³¹² J. Piotrowski, *Stosunki rodzinne osób starszych*, [w:] *Encyklopedia seniora*, poz. cyt., 182.

zbytecznych wstrząsów i zderzeń³¹³. Jest to więc struktura, którą określić można jako zmodyfikowaną rodzinę szeroką, czyli typ pośredni między rodziną szeroką a izolowaną nuklearną³¹⁴. Małe gospodarstwa domowe osób starszych tworzone w duchu zasady „intymność na dystans” zdecydowanie negatywnie wpływają na zapotrzebowanie na opiekę stacjonarną.

Drugi wymiar samotnego zamieszkiwania osób starych to rodzina rozproszona. Z badań przeprowadzonych przez CBOS wynika, że rodzina niemal co czwartej osoby (23%) jest rozproszona po całej Polsce, a co szesnastej po całym świecie³¹⁵. Badania te zostały przeprowadzone jednak pod koniec 2003 roku, czyli przed akcesją Polski z UE. Według K. Głąbickiej *należy się spodziewać, że w miarę rozszerzania dostępności rynku pracy poszczególnych krajów (...) oddzielne zamieszkiwanie starszych wiekiem rodziców stanie się coraz bardziej powszechne*³¹⁶.

Zdecydowanie najłatwiej jest realizować swoją funkcję opiekuńczą wobec seniorów rodzinom tradycyjnym, które tworzą duże gospodarstwa domowe. Należy jednak pamiętać, że wspólne prowadzenie gospodarstwa domowego z osobą starszą nie musi być wcale wyrazem troski o los seniora, lecz może być efektem deficytu mieszkań (tak zwanej bezdomności ukrytej). W tej sytuacji przymus wspólnego zamieszkiwania, często w ciasnych mieszkaniach, jest źródłem konfliktów i nieporozumień.

Prognozy demograficzne jednoznacznie wskazują, że w Polsce w najbliższych dekadach przeciętna wielkość gospodarstw domowych będzie systematycznie spadać przy jednoczesnym wzroście udziału gospodarstw jedno i dwuosobowych³¹⁷. Ta tendencja odnosi się również (w szczególności) do gospodarstw domowych z osobami starszymi³¹⁸. Dodatkowo na skutek zwiększającej się mobilności przestrzennej ludności w wieku produkcyjnym coraz częściej osoby starsze nie będą miały w najbliższej okolicy nikogo z rodziny³¹⁹. Na tej podstawie wnioskować można, że w przyszłości wzrastać będzie zapotrzebowanie na opiekę formalną, również tę świadczoną w formie stacjonarnej.

³¹³ L. Dyczewski, poz. cyt., s. 58-59.

³¹⁴ G. Orzechowska, poz. cyt., s. 31.

³¹⁵ B. Wciórka, *W kręgu rodziny i przyjaciół. Komunikat z badań*, CBOS, Warszawa 2004, s. 1.

³¹⁶ K. Głąbicka, *Polityka społeczna państwa polskiego u progu członkostwa w Unii Europejskiej*, Wydawnictwo Instytutu Technologii Eksploatacji, Radom 2004, s. 133.

³¹⁷ W latach 1988-2002 przeciętna wielkość gospodarstwa zmalała z 3,10 osób do 2,84, a udział gospodarstw jednoosobowych wzrósł w tym czasie z 17,4% do 24,8%³¹⁷. Ponadto do 2030 roku prognozuje się dalszy spadek przeciętnej wielkości gospodarstwa domowego do 2,3 oraz wzrost udziału gospodarstw jednoosobowych do 33,8%. *Prognoza demograficzna na lata 2003-2030*, GUS, Warszawa 2004, s. 32, 34.

³¹⁸ Por. P. Błędowski, *Gospodarstwa domowe i sytuacja mieszkaniowa ludzi starych*, [w:] B. Synak (red.), *Polska starość*, poz. cyt., s. 115.

³¹⁹ K. Głąbicka, *Polityka społeczna Unii Europejskiej...*, poz. cyt., s. 239-240.

Ad c. Jakość relacji wewnątrzrodzinnych

Świadczenie opieki długoterminowej przez rodzinę uzależnione jest od jakości relacji między przedstawicielami różnych pokoleń, a te są zróżnicowane i zależą głównie od takich czynników jak: środowisko społeczne, faza starości, wcześniejszy przebieg życia rodzinnego, płeć osób starszych, sytuacja ekonomiczna ich samych i dzieci³²⁰. Zdaniem L. Dyczewskiego 10% rodzin w Polsce jest trwale skłóconych³²¹. Potwierdzają to badania nad jakością relacji rodzinnych, z których wynika, że 10% Polaków ocenia swoje relacje jako dramatycznie złe lub nie czuje żadnej bliskości z rodzicem, 30% ocenia swoje relacje z rodzicami jako średnie lub takie sobie, natomiast 60% ma dobre i serdeczne stosunki z rodzicami³²².

Zdaniem L. Frąckiewicz w Polsce dochodzi obecnie do rozluźniania więzi międzypokoleniowych na skutek dystansów przestrzennych, społeczno–kulturowych i obyczajowych³²³. Podobnego zdania jest B. Szatur-Jaworska, która uważa, że kontakty ludzi starych z rodziną są utrudnione przez oddalenie w przestrzeni geograficznej oraz przez dystans w przestrzeni społecznej (rażąco niski, w porównaniu z młodszymi, poziom wykształcenia starszej populacji oraz dystans kulturowy powodujący brak porozumienia intelektualnego i wspólnoty zainteresowań we wzajemnych kontaktach)³²⁴.

Moralny obowiązek rodzin do świadczenia pomocy na rzecz swoich najstarszych członków pozostaje niezmienny. Świadczyć może o tym wciąż bardzo wysoki odsetek osób korzystających z opieki nieformalnej (bezwzględny wzrost liczby świadczeń formalnych jest efektem procesu demograficznego starzenia i związanego z nim wzrostu liczby niesamodzielnych osób starych). Istotny jest natomiast fakt, że w miarę pogłębiania się zależności osób starych zaspokajanie ich potrzeb opiekuńczych staje się zajęciem wymagającym coraz większej wiedzy i specjalistycznych umiejętności³²⁵. Powoduje to, że opiekunowie rodzinni nie tyle przestają być skłonni do świadczenia opieki długoterminowej, co przestają być do tego zdolni.

Ad d. Warunki mieszkaniowe osób starszych

Zgodnie z wyrokiem Naczelnego Sądu Administracyjnego bezdomność ani złe warunki mieszkaniowe nie są wystarczającymi powodami uzasadniającymi umieszczenie w do-

³²⁰ B. Szatur – Jaworska, *Życie rodzinne...*, poz. cyt., s. 18.

³²¹ L. Dyczewski, poz. cyt., s. 51.

³²² M. Bunda, *Rodzice jak dzieci*, „Polityka”, 2006, nr 36 (2570), s. 10.

³²³ L. Frąckiewicz, *Spoleczne i ekonomiczne...*, poz. cyt., s. 16.

³²⁴ B. Szatur – Jaworska, *Życie rodzinne...*, poz. cyt., s. 18.

³²⁵ Por. P. Błędowski, *Ubezpieczenie społeczne i pielęgnacyjne wobec procesu starzenia się społeczeństwa*, [w:] A. Karpiński, A. Rajkiewicz, *Polska w obliczu starzenia się społeczeństwa*, Komitet Prognoz „Polska 2000 Plus” przy Prezydium PAN, Warszawa 2008, s. 94.

mu pomocy społecznej³²⁶. Pomimo tego, z badań M. Halickiej wynika, że złe warunki mieszkaniowe są jednym z najczęstszych powodów korzystania ze stacjonarnej opieki długoterminowej³²⁷. Wynika to z faktu, że ukształtowanie i wyposażenie środowiska mieszkalnego wpływa na możliwość samodzielnej egzystencji osoby starszej, a tym samym na poziom jej zależności od otoczenia.

Omawiając warunki mieszkaniowe osób starszych należy rozgraniczyć sytuację osób w tzw. trzecim wieku od osób w tzw. czwartym wieku. Według H. Kuleszy przedstawiciele najstarszych grup wiekowych *mają najgorsze warunki mieszkaniowe, gdyż często zajmują mieszkania sprzed 1918 r. lub z okresu 1918-1939, które zasiedlili w swojej młodości, lub w sposób naturalny przejęli po swych rodzicach czy dziadkach. Są to mieszkania stosunkowo duże, lecz na ogół bez centralnego ogrzewania, z reguły bez centralnej ciepłej wody, a nie-rzadko bez łazienki*³²⁸. Młodsze grupy (w wieku 60-70 lat) z kolei *uzyskiwały mieszkania 20-40 lat temu, w okresie stosunkowo dużego nasilenia budownictwa mieszkaniowego, są to mieszkania kompletnie wyposażone we współczesne instalacje, choć o małej powierzchni*³²⁹.

Mieszkania gospodarstw domowych z osobami starszymi cechuje generalnie gorszy standard od mieszkań zajmowanych przez grupy osób, w których składzie nie ma seniorów. Często wymagają one remontów i modernizacji (dotyczy to zarówno budynków wielomieszkaniowych, jak i budynków jednorodzinnych). Mieszkania osób starszych są w dużej mierze pozbawione podstawowych instalacji i urządzeń (prawie połowa nie ma centralnego ogrzewania, co czwarte nie ma ustępu i łazienki, w co dziesiątym nie ma bieżącej wody). Mogą one być zmodernizowane, lecz do tego konieczne są odpowiednie środki finansowe oraz taka sprawność mieszkańców, która pozwoli bez uszczerbku na zdrowiu znieść gruntowny remont³³⁰.

Sytuację mieszkaniową seniorów w Polsce najtrafniej ilustruje stwierdzenie: starzy ludzie w starych domach. Budynki przez nich obecnie zajmowane są w zdecydowanej większości zdekapitalizowane, przez co podnoszą zależność od otoczenia, a tym samym zwiększają zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze. Kierunek realizowanych obecnie zmian prowadzi

³²⁶ I. Sierpowska, poz. cyt., s. 117.

³²⁷ M. Halicka, *Starość i jej jakość w warunkach instytucji opiekuńczej*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Nasze starzejące się społeczeństwo...*, poz. cyt., s. 283.

³²⁸ H. Kulesza, *Sytuacja mieszkaniowa ludzi starszych w Polsce według badań GUS*, [w:] H. Zaniewska (red.), *Mieszkania starszych ludzi w Polsce. Sytuacja i perspektywy zmian*, Instytut Gospodarki Mieszkaniowej, Warszawa 2001, s. 41-42.

³²⁹ Tamże, s. 42.

³³⁰ Tamże, s. 50-52.

jednak do systematycznej poprawy sytuacji mieszkaniowej ludzi starych, co daje im większą możliwość samodzielnego prowadzenia gospodarstwa domowego w przyszłości³³¹.

Obecnie seniorzy w Polsce zamieszkują w tradycyjnych mieszkaniach lub w specjalistycznych placówkach opiekuńczych. Te środowiska stanowią dwa skrajnie odmienne bieguny. Istotnym problemem opieki długoterminowej jest brak pośrednich form budownictwa mieszkaniowego, które uwzględniałyby specyficzne potrzeby osób niesamodzielnych. Placówki *quasi*-stacjonarne, będące specjalnymi mieszkaniami dla seniorów lub mieszkaniami z opieką, pozbawione są cech instytucji totalnej³³² i zdobywają coraz większą popularność w krajach Europy Zachodniej. Ich zadaniem jest umożliwienie osobom starszym zachowania maksymalnej samodzielności tak długo, jak tylko jest to możliwe. Dzięki nim zaciera się granica między „dobrą opieką środowiskową” i „złą opieką instytucjonalną”. Potwierdza to opinia T.E. Getzena, że *odróżnienie starszych obywateli wiodących aktywne życie od pacjentów instytucji opiekuńczych jest w skrajnych przypadkach dość łatwe, lecz między skrajnościami rozciąga się kontinuum przypadków pośrednich, w których dokonanie takiego rozróżnienia nie wydaje się możliwe. Prosty podział na tych, którzy mieszkają „w domu” i tych, którzy znaleźli się w „placówkach opiekuńczych”, wzbogacił się o różnego rodzaju rozwiązania organizacyjne: od placówek intensywnej opieki, które w znacznej mierze przypominają szpitale, przez wielorakie pośrednie instytucje opiekuńcze oraz domy oferujące swoim mieszkańcom takie lub inne wsparcie, do osiedli niczym nie różniących się od osiedli zamieszkiwanych przez młode rodziny*³³³.

Ad e. Miejsce zamieszkania: miasto/wieś

Obecnie zarówno ośrodki miejskie, jak i wiejskie są bardzo zróżnicowane, dlatego nadmierne uogólnianie zjawisk w nich zachodzących może się wydawać błędne. Chodzi jednak o ustalenie pewnych dominujących cech, które mogą wykazać, że miejsce zamieszkania jest istotnym czynnikiem determinującym zapotrzebowanie na stacjonarną opiekę długoterminową.

Kumulacja wielu zjawisk na wsi może sugerować, że zapotrzebowanie na opiekę stacjonarną jest tam większe niż w miastach. Wynika to przede wszystkim ze znacznie bardziej zaawansowanego procesu demograficznego starzenia, czego efektem są różnice w poziomie potencjału pielęgnacyjnego. W Polsce na początku XXI w. na 100 osób w wieku 70 lat i wię-

³³¹ Por. P. Błędowski, *Gospodarstwa domowe...*, poz. cyt., s. 125.

³³² Więcej na temat tych cech w rozdziale 6.2.

³³³ T.E. Getzen, poz. cyt. s. 305.

cej przypadało w miastach 222 kobiety w wieku pielęgnacyjnym, natomiast na wsi tylko 145³³⁴. Ponadto osoby starsze na wsi mają zazwyczaj gorsze warunki egzystencji, biorąc pod uwagę standard mieszkania, niż ich rówieśnicy z miast³³⁵.

Nie ma zgodności co do różnic w poziomie sprawności starych mieszkańców miast i wsi. Zdaniem B. Tryfan ludzie (głównie kobiety) zajmujący się rolnictwem charakteryzują się na starość generalnie lepszą sprawnością fizyczną, niż ich rówieśnicy w miastach³³⁶. Z badań B. Bień wynika natomiast, że to jednak starzy mieszkańcy miast czują się zdrowsi i są sprawniejsi funkcjonalnie niż seniorzy na wsi³³⁷.

Podaż formalnej opieki środowiskowej na wsi jest mocno ograniczona. Z tego powodu zwiększone może być tam zapotrzebowanie na alternatywną opiekę formalną, czyli tę świadczoną w formie stacjonarnej.

Z drugiej jednak strony wydolność opiekuńcza rodzin i grup samopomocowych na wsi jest znacznie wyższa niż w miastach. Ludzie starzy mogą tam liczyć na stosunkowo duże wsparcie ze strony najbliższego otoczenia, gdyż często zamieszkują oni w wieloosobowych gospodarstwach domowych. Ponadto tradycja pomocy rodzinnej czy sąsiedzkiej jest tam znacznie bardziej powszechna niż w miastach. Najistotniejsze jest jednak to, że, jak to określiła B. Tryfan, *pomoc zamknięta ma na wsi specjalną wymowę (...). Mieszkańcy miasta przenosząc się do domu rencisty, pozostają na ogół w swym dotychczasowym środowisku. Tymczasem dla starszych rolników przejście takie związane jest ze zmianą miejsca zamieszkania do oddalonego zwykle o dziesiątki kilometrów miasta, związane jest z utratą przyjaciół, sąsiadów, krewnych, związane jest ze zmianą dotychczasowego stylu życia. Ponieważ jest to rozłąka definitywna tym bardziej więc bolesna, podobna do przesadzania starych drzew, które nie mogą rosnąć w innej glebie*³³⁸. Ogranicza to znacznie zapotrzebowanie na stacjonarną opiekę długoterminową.

W miastach tymczasem dominują małe mieszkania zajmowane przez rodziny nuklearne, w których możliwość świadczenia opieki długoterminowej jest mocno ograniczona. Osoby starsze tworzą głównie małe liczebnie gospodarstwa domowe. Aż 70% jednoosobowych gospodarstw osób starszych to gospodarstwa miejskie³³⁹. Ponadto w dużych miastach sprawne funkcjonowanie osób starszych ograniczone jest przez liczne bariery urbanistyczne. Nie-

³³⁴ B. Szatur-Jaworska, *Zadania polityki rodzinnej w Polsce na tle sytuacji demograficznej*, [w:] B. Rysz-Kowalczyk (red.), *Problemy społeczne wybranych grup demograficznych*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2001, s. 69.

³³⁵ H. Kulesza, poz. cyt., s. 55.

³³⁶ B. Tryfan, *Starość...*, poz. cyt., s. 56.

³³⁷ B. Bień, *Stan zdrowia...*, poz. cyt., s. 37, 63.

³³⁸ B. Tryfan, *Starość...*, poz. cyt., s. 56.

³³⁹ L. Deniszczuk, *Warunki życia ludzi starych w Polsce*, [w:] H. Zaniewska (red.), poz. cyt., s. 13.

formalne wsparcie utrudnia (lub wręcz uniemożliwia) typowa dla miast anonimowość społeczna. Powoduje to, że w dużych aglomeracjach, szczególnie silnie zurbanizowanych, zdecydowanie największe jest zapotrzebowanie na opiekę formalną, świadczoną także w formie stacjonarnej.

3.4. Czynniki kulturowe

Nie ma uniwersalnego i powszechnie uznanego systemu opieki długoterminowej. Każda społeczność wypracowuje indywidualny „brylant opieki”, który stanowi pewnego rodzaju kompromis między potrzebami opiekuńczymi osób starszych, a możliwościami ich zaspokojenia przez dane społeczeństwo. Kształt „brylantu” jest odzwierciedleniem polityki społecznej wobec ludzi starych realizowanej w danym kraju, jak i dominujących w nim wartości, przekonań i historycznie ukształtowanych norm.

Sformułowane przez ONZ Zasady Działania na Rzecz Osób Starszych stwierdzają w punkcie 10, że *osobom starszym należy się opieka ze strony rodzin i społeczności oraz ochrona zgodna z systemem kulturowych wartości poszczególnych narodów*. Stanowi to niewątpliwie wyraz uznania dla lokalnych i regionalnych metod zaspokajania potrzeb opiekuńczych osób starych. Zasady opieki długoterminowej będące normą w jednym kraju mogą nie być akceptowane w innym kraju.

Na system kulturowych wartości, które wpływają na opiekę długoterminową, składają się przede wszystkim:

- a) kulturowy model opieki długoterminowej,
- b) poziom ingerencji państwa w opiekuńczą funkcję rodziny,
- c) przeobrażenia form życia rodzinnego,
- d) poziom aktywności zawodowej kobiet.

Ad a. Kulturowy model (wzorzec) opieki długoterminowej

Wzorzec opieki długoterminowej uwarunkowany jest historycznie. Społeczności na przestrzeni wielu wieków wypracowywały swoje własne metody i formy wspierania niesamodzielnymi starców. W ten sposób kreowały się struktury „brylantów opieki”, które odpowiadały lokalnej specyfice kulturowej.

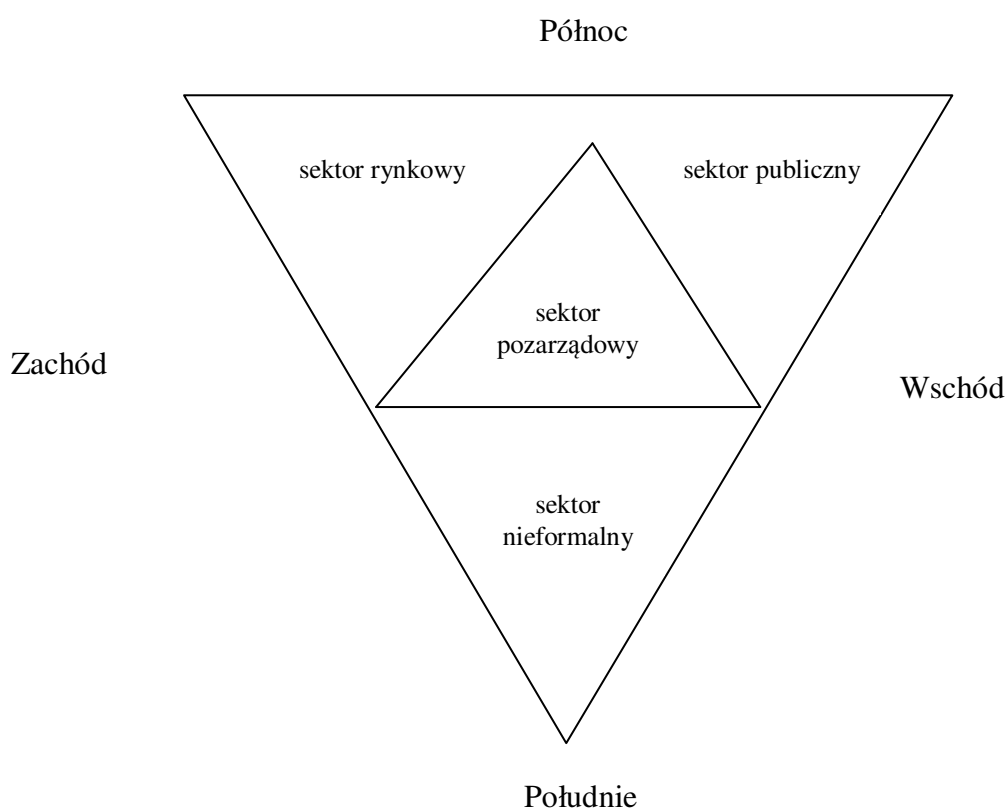
W krajach nordyckich bogata jest tradycja formalnej opieki świadczonej ze strony podmiotów publicznych. W Islandii już w XII w. pojawiły się pierwsze akty prawne nakładające na gminy obowiązek opieki nad biedakami, kalekami i starcami. Stosunkowo wcześniej zaczęły powstawać tam placówki opiekuńcze. Współcześnie Europę Północną (Skandynawię)

wciąż cechuje dominacja formalnych usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych dla niesamodzielnych seniorów, z relatywnie bardzo małą rolą rodziny.

Dla odmiany kraje Europy Południowej (Włochy i Grecja) charakteryzują się tradycyjnym przywiązaniem do opieki nieformalnej. W tym rejonie głównie na rodzinie ciąży obowiązek zaspokajania potrzeb opiekuńczych osób starszych. Współcześnie sieć wsparcia rodzinnego jest tam wciąż silnie rozbudowana i trwała.

W krajach wschodnioeuropejskich typowa jest odpowiedzialność podmiotów publicznych za organizację usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych. Im dalej na zachód kontynentu, tym większe jest znaczenie rynku i podmiotów komercyjnych. Na tej podstawie w literaturze przedmiotu dokonuje się geograficznej konfiguracji „brylantu opieki” krajów europejskich (należy jednak pamiętać, że jest to kwestia umowna i zmieniająca się w czasie). Powstały w ten sposób *welfare triangle* przedstawia rysunek 24.

Rysunek 24. Geograficzna konfiguracja „brylantu opieki” we współczesnej Europie



Źródło: J. Stupińska, *Podmioty polityki społecznej- współzawodnictwo, współistnienie, współpraca*, [w:] B. Rysz-Kowalczyk, B. Szatur-Jaworska (red.), *Wokół teorii polityki społecznej*, ASPRA-JR, Warszawa 2003, s. 237.

Geograficzną konfigurację „brylantu opieki” krajów europejskich potwierdzają dane Eurobarometru. Wynika z nich, że jedynie 4% Szwedów i Holendrów oraz 7% Finów i Duńczyków uważa zamieszkanie osoby starszej z dziećmi za najlepszą opcję opiekuńczą. W krajach tych najwyższej ceni się formalną opiekę środowiskową (60% Szwedów, 58% Duńczyków, 52% Holendrów, 51% Finów uważa ją za najlepszą opcję). Opiekę nieformalną najwyższej ceni się w krajach południowych (Grecja, Turcja, Bułgaria) oraz w krajach Europy Wschodniej (Litwa, Rumunia, Słowacja)³⁴⁰. Najwyższe uznanie dla opieki stacjonarnej jest w Irlandii oraz w Austrii (12% ludności uważa tę formę opieki za najlepszą opcję dla niesamodzielných seniorów).

W Polsce głęboko zakorzeniony jest kulturowy wzorzec środowiskowej opieki nieformalnej. Rodzina jest głównym źródłem usług opiekuńczych i na ogół źródłem najbardziej preferowanym³⁴¹. Opieka stacjonarna nie jest przez seniorów pożądana. Aż 96% starszych ludzi nie akceptuje zakładów opieki długoterminowej jako miejsca, w których chcieliby spędzić swoją starość³⁴². Jedynie 6% populacji osób starszych deklaruje gotowość przeprowadzki do placówki stacjonarnej opieki społecznej w sytuacji utraty zdolności do samoobsługi³⁴³. Niechęć do umieszczania osób starych w placówkach opiekuńczych wykazuje także przytłaczająca większość opiekunów rodzinnych³⁴⁴.

Z danych Eurobarometru wynika, że 59% Polaków uznaje zamieszkanie niesamodzielnego seniora ze swoimi dziećmi za najlepszą opcję opiekuńczą (średnia w UE to 30%), a 27% uważa, że jedno z dzieci powinno regularnie odwiedzać niesamodzielnego rodzica w jego miejscu zamieszkania celem świadczenia mu usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych (średnia w UE to 24%). Według 7% Polaków najlepszą opcją opiekuńczą dla osoby starej jest formalna opieka środowiskowa (średnia w UE to 27%), a jedynie 3% twierdzi, że najlepszym rozwiązaniem jest oddanie rodzica do zakładu opieki długoterminowej (średnia w UE to 10%)³⁴⁵. Podkreślić należy, że spośród wszystkich krajów Unii Europejskiej to właśnie w Polsce jest najniższa akceptacja dla opieki formalnej, zarówno tej świadczonej w środowisku, jak i tej świadczonej w wyspecjalizowanych placówkach.

W Polsce pewnego rodzaju paradoksem jest to, iż w odczuciu społecznym za pomoc osobom starszym powinny być odpowiedzialne w pierwszej kolejności podmioty publiczne,

³⁴⁰ *Health and long-term care in the European Union. Report*, Eurobarometr 2007, s. 67.

³⁴¹ J. Piotrowski, *Stosunki rodzinne...*, poz. cyt., 180.

³⁴² P. Czekanowski, *Sytuacja...*, poz. cyt., s. 112, 113.

³⁴³ L. Frąckiewicz, *Społeczne i ekonomiczne...*, poz. cyt., s. 18

³⁴⁴ P. Czekanowski, B. Synak, poz. cyt., s. 188.

³⁴⁵ *Health and long-term ...*, poz. cyt., s. 67.

natomiast w rzeczywistości główną *instytucję opiekuńczą* stanowi rodzina³⁴⁶. Z pomocy społecznej korzystają tylko nieliczni seniorzy³⁴⁷, za to aż 83% z nich korzysta z pomocy bliższej lub dalszej rodziny³⁴⁸. Funkcję opiekunów rodzinnych osób starych najczęściej sprawują w Polsce: dzieci (znacznie częściej córki i synowie niż synowie i zięciowie), współmałżonkowie, rzadziej inni członkowie rodziny (np. wnuki)³⁴⁹.

Raport „Polityki” zatytułowany *Rodzice jak dzieci* opisuje wyzwania jakie stoją przed opiekunami rodzinnymi niesamodzielnych seniorów w Polsce. Jego autorka zauważa, że *o wychowaniu dzieci powiedziano już wszystko, są poradniki, psychologowie dziecięcy, pedagodzy. Rodziców wspomagają żłobki, przedszkola, rzesze ciotek i babć. Zresztą dzieci rodziło się i jakoś wychowywało od zawsze. Tymczasem długa opieka na starość to zbiorowe doświadczenie dopiero dwóch pokoleń. Z własnym rodzicem człowiek zostaje całkiem sam*³⁵⁰.

W Polsce nie istnieje obecnie żaden formalny system regulujący zasady wspierania opiekunów rodzinnych, nie otrzymują oni wsparcia materialnego za świadczone usługi oraz nie mają żadnych praw do świadczeń czy uprawnień z tytułu wykonywanej z tego tytułu pracy. *Opiekunowie rodzinni są w praktyce pozostawieni sami sobie przez administrację socjalną i nie są podmiotem polityki społecznej*³⁵¹. Takie zarzuty mogą się wydać poniekąd bezpodstawne, ponieważ opieka nieformalna (a do takiej przecież należy opieka rodzinna) opiera się właśnie na działalności nierejestrowalnej oraz niezarobkowej.

Niepokój budzić może, często podkreślany w literaturze przedmiotu, brak koncepcji publicznej polityki społecznej wobec rodzin z niesamodzielnymi osobami starymi. Podmioty centralne wykazują bierność w tym zakresie, a działania lokalnych organizacji pozarządowych mają niespójny i przypadkowy charakter³⁵². Zaniedbaniom w systemie opiekuńczym podmiotów publicznych w Polsce sprzyja obecnie *stereotypowe przekonanie o obowiązku rodziny w wypełnianiu powinności opiekuńczych wraz z sankcjonowanym społecznie nakazem moralnym opieki*³⁵³.

Współczesne przeobrażenia demograficzne oraz społeczno-gospodarcze powodują, że udział rodziny w sprawowaniu opieki długoterminowej ulega zmniejszeniu, a tym samym występuje konieczność objęcia opieką formalną coraz większej liczby osób starych. W

³⁴⁶ K. Szczerbińska, *Korzystanie...*, poz. cyt., s. 51; Z.B. Wojszel, B. Bień, poz. cyt., s. 338.

³⁴⁷ Por. P. Czekanowski, *Sytuacja...*, poz. cyt., s. 111.

³⁴⁸ P. Błędowski, *Polityka rodzinna...*, poz. cyt., s. 272; S. Tsolova, J. Mortensen, poz. cyt., s. 4.

³⁴⁹ Por. m.in. P. Czekanowski, B. Synak, poz. cyt., s. 184

³⁵⁰ M. Bunda, poz. cyt., s. 5.

³⁵¹ W. Pędich, *Pozycja opiekuna rodzinnego osoby starszej niesprawnej w Polsce*, „Gerontologia Polska”, 2005, t. 13 nr 2, s. 141.

³⁵² P. Błędowski, W. Pędich, poz. cyt., s. 178.

³⁵³ B. Bień, *Starość...*, poz. cyt., s. 12.

związku z tym zmianie ulega także kulturowy wzorzec opieki długoterminowej. Do niedawna umieszczanie starego człowieka w placówce opiekuńczej traktowane było w wielu środowiskach nagannie, a odczytywane było *jako publiczne przyznanie się do porażki życiowej, potwierdzenie braku osoby chcącej i odczuwającej obowiązek sprawowania opieki*³⁵⁴. Obecnie coraz częściej zauważalne jest przyzwolenie społeczne na umieszczanie osób niesamodzielnych w placówce stacjonarnej opieki społecznej³⁵⁵. Traktowane jest to jako *naturalna konsekwencja pogarszającej się sprawności osoby starszej, stałego zapotrzebowania na pielęgnację i opiekę czy też niezależnego od woli członków rodziny jej rozproszenia, przykładowo na skutek poszukiwania pracy*³⁵⁶.

Ad b. Poziom ingerencji państwa w opiekuńczą funkcję rodziny

Współczesne przeobrażenia społeczno-demograficzne zwiększają presję na publiczne podmioty polityki społecznej, aby te rozszerzały spektrum działań podejmowanych na rzecz ludzi starych. Powinny one przejmować zadania dotychczas przypisane rodzinie. Rodzinie, która systematycznie traci zdolność do skutecznego realizowania swoich naturalnych funkcji opiekuńczych.

W literaturze przedmiotu można spotkać się także z poglądem, że rodzina traci zdolność skutecznego wypełniania swoich funkcji na skutek wzrastającej ingerencji państwa³⁵⁷. Jego instytucje (takie jak na przykład system zabezpieczenia społecznego) wnikają w strukturę rodziny i rozbijają ją od wewnątrz. W efekcie jej znaczenie jako podstawowego podmiotu gwarantującego bezpieczeństwo socjalne zostaje zmniejszone.

Według P. Buchanana główną przyczyną zmian wzoru i modelu pomocy osobom starszym w krajach europejskich jest właśnie wzrost ingerencji państwa w tę sferę. Jego zdaniem *uwalniając mężów, żony i dzieci od rodzinnych obowiązków, europejscy socjaliści wyelimi-*

³⁵⁴ P. Błędowski, *Starsze osoby wobec świadczeń...*, poz. cyt., s. 180.

³⁵⁵ Dla przykładu jezuita A. Filipowicz w kwestii umieszczania najstarszych członków rodziny w placówkach opiekuńczych stwierdził: *Owszem, istnieje nakaz opieki, ale w teologii jest też prawo stopniowości. Jeśli nie jesteśmy w stanie fizycznie, finansowo i psychicznie zapewnić opieki, jeśli rodzeństwo gdzieś się pochowało, to trzeba odpuścić, bo inaczej samemu będzie się wymagało opieki.* T. Kwaśniewski, *Czy mam oddać ojca do domu starców?*, „Gazeta Wyborcza” 6.11.2007, artykuł dostępny na stronie internetowej <http://wyborcza.pl/1,76842,4640786.html>; z kolei J. Turnał stwierdził: *Ja osobiście wolałbym być obsługiwany przez fachową medycznie opiekę niż przez własne dzieci. W tej chwili domy opieki są naprawdę dobre. Wolałbym nie mieszkać z innym starcem w pokoju, ale i to zniosę. Chodzi tylko o to, by w miarę często w tym domu opieki odwiedzać rodzica.* J. Turnał, M. Stangret, *Czcij ojca i matkę swoją*, „Metro” 28.02.2007, artykuł dostępny na stronie internetowej <http://wyborcza.pl/1,88473,4021574.html>.

³⁵⁶ P. Błędowski, *Starsze osoby wobec świadczeń...*, poz. cyt., s. 180.

³⁵⁷ B. Balcerzak-Paradowska, *Współczesne wyzwania dla polityki rodzinnej*, „Polityka społeczna”, 2007, nr 8 (401), s. 2.

nowali potrzebę istnienia rodziny³⁵⁸. Podobna na ten temat jest także opinia G. Himmelfarb, która twierdzi, że *subsydiując starych i zniedołężniałych rodziców, zarówno biednych, jak i bogatych, zwalnia się dzieci z ich synowskich funkcji. Zaledwie kilka pokoleń wstecz uważano to za powód do wstydu, kiedy stary człowiek popadał w zależność od opieki społecznej- powód do wstydu dla rodziców i dzieci. Dla współczesnych rodziców wstydem jest mieć jakiegokolwiek zobowiązania wobec dzieci, a dzieci (...) czują się zwolnione z zobowiązań moralnych wobec rodziców (...). Wcześniej rodzinę wspomagało państwo, organizacje charytatywne lub tzw. samoubezpieczające się grupy przyjaciół, ale tylko w przypadkach, gdy pomoc wymagała środków wykraczających poza możliwości finansowe rodziny. Pełni najlepszych zamiarów postanowiliśmy zalegalizować, uregulować, rozszerzyć tę pomoc. Wspomaganie, przemianowane na opiekę społeczną, stało się naszym prawem, które możemy egzekwować od państwa. Mimowolnym efektem tej polityki było podkopanie fundamentów rodziny przez zwolnienie rodziców i dzieci z ich tradycyjnych obowiązków³⁵⁹. Według F. Fukuyamy państwo opiekuńcze ingerując w rodzinę przejmuje rolę ojca³⁶⁰. Można to sparafrazować stwierdzeniem, że państwo opiekuńcze ingerując w rodzinę przejmuje również rolę córki opiekującej się zniedołężniałym ojcem.*

Dyskusyjne jest, co zaznaczono wcześniej, czy ingerencja państwa jest odpowiedzią na potrzeby społeczne w zakresie opieki długoterminowej nad populacją niesamodzielną osób starszych, czy może raczej potrzeby te są efektem wzmożonej ingerencji państwa w naturalne funkcje opiekuńcze rodziny. Bezspornym pozostaje jednak fakt, że im większy jest zakres ingerencji państwa w opiekę nad niesamodzielnymi seniorami, tym większy jest udział opieki formalnej, w tym również tej świadczonej w formie stacjonarnej.

Ad c. Przeobrażenie form życia rodzinnego

Rodzina XXI wieku przechodzi reorganizację (tzw. cicha rewolucja) przejawiającą się w występowaniu nowych modeli rodziny takich jak: związki kohabitacyjne, homoseksualne, poligamiczne, małżeństwa bezdzietne, mieszane, otwarte, samotne rodzicielstwo, samotność z wyboru oraz rodziny zrekonstruowane³⁶¹. Nie wiadomo jaka będzie pozycja osób starszych w tych rodzinach oraz jak ukształtuje się w nich pomoc wobec osób niesamozależnych. Przy-

³⁵⁸ P. J. Buchanan, *poz. cyt.*, s. 22

³⁵⁹ G. Himmelfarb, *Jeden naród, dwie kultury*, Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2007, s. 70-71.

³⁶⁰ Cyt. za: S. Golinowska, *Inna rola państwa także w sferze socjalnej*, „Polityka Społeczna”, 2000, nr 9 (318), s. 4.

³⁶¹ W. Szumilas, *Alternatywne formy życia rodzinnego. Nowe wyzwania wobec polityki społecznej*, [w:] E. Trafiałek (red.), *Nowe zadania polityki społecznej. Patologie i dysfunkcje wybranych obszarów życia społecznego*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zawodowej w Tarnobrzegu, Tarnobrzeg 2006, s. 103.

puszczać można jednak, że ich wydolność opiekuńcza będzie znacznie mniejsza niż rodzin tradycyjnych.

Systematycznie pogłębia się także deinstytucjonalizacja życia w rodzinie³⁶². Gwałtownie nasila się skłonność do rozwodów oraz tworzenia związków nieformalnych. Obecnie w Europie odsetek rozwodów sięga prawie 50% (w Polsce rozwodzi się dokładnie co trzecia para), a rodzice co trzeciego noworodka nie mają ślubu (w Polsce co szóste dziecko ma rodziców żyjących bez ślubu)³⁶³. Można domniemywać więc, że w przyszłości coraz więcej ludzi przekraczających próg starości będzie całkowicie pozbawionych wsparcia rodzinnego. Będą to w głównej mierze tzw. single (osoby bez małżonka oraz potomstwa) lub rozwiedzeni mężczyźni (mężczyźni znacznie częściej niż kobiety tracą kontakt z dziećmi po rozwodzie).

Na obniżenie wydolności opiekuńczej wpływ ma także wzrastająca indywidualizacja życia w rodzinie. Ludzie systematycznie tracą chęć posiadania jakichkolwiek zobowiązań wobec innych ludzi, również wobec swoich dzieci czy zniedołężniałych rodziców. Opieka długoterminowa nad nimi przeszkadza w samorealizacji i ogranicza osobistą wolność. Zapracowani rodzice wysyłają swoje dzieci do prestiżowych szkół z internatem, gdzie opiekują się nimi wyspecjalizowani pedagodzy, aby po kilkudziesięciu latach równie zapracowane dzieci, w ramach rewanżu, mogły sfinansować swoim rodzicom pobyt w ekskluzywnym „domu starców”, gdzie wsparcia będą im udzielać wyspecjalizowane pielęgniarki i opiekunki.

Ad d. Poziom aktywności zawodowej kobiet

W okresie Polski Ludowej wyeksponowanie „kobiety pracującej” pociągnęło za sobą obniżenie roli „kobiety opiekunki”³⁶⁴. W nowoczesnej gospodarce *umiejętności i talenty kobiet stały się (...) jeszcze bardziej pożądane. Zaistniały dla nich nowe możliwości pracy w instytucjach rządowych czy szkolnictwie, oraz zawodach (...) w których ich matki i babki nigdy nie mogły pracować*³⁶⁵. Zaczęły one obejmować nowe dla siebie stanowiska w takich obszarach jak medycyna, prawo, media, szkolnictwo wyższe, wyższe urzędy państwowe i biznes. Obecnie kobiety trzy razy częściej niż 30 lat temu studiuje ekonomię i cztery razy częściej wybierają kierunki techniczne wcześniej „zarezerwowane” tylko dla mężczyzn³⁶⁶.

Jednym z celów Europejskiej Strategii na rzecz Zatrudnienia jest zwiększenie aktywności zawodowej kobiet. Taka sytuacja nie pozostaje bez wpływu na system opieki długoter-

³⁶² L. Hantrais, *Bycie rodziną w Europie*, „Biuletyn RRL”, 2006, nr 50, s. 8.

³⁶³ D. Pszczołkowska, *Europa się rozwodzi*, „Gazeta Wyborcza” 8.10.2007, s. 12.

³⁶⁴ H. Worach – Kardas, *Funkcja opiekuńcza rodziny i instytucji społecznych w przebiegu życia*, [w:] B. Rysz-Kowalczyk (red.), *Studia...*, poz. cyt., s. 76.

³⁶⁵ P.J. Buchanan, poz. cyt., s. 46

³⁶⁶ H. Pyrzyńska-Piłat, *Od Matki Polki do żywicielki rodziny*, „Gazeta Wyborcza” 13.11.2007.

minowej. Kobiety podejmując pracę zawodową pozostawiają bez opieki niesamodzielne dzieci i zniedołężniałych rodziców, przez co zwiększają zapotrzebowanie na usługi formalne, również te świadczone w formie stacjonarnej.

Kobiety coraz rzadziej podejmują się opieki długoterminowej nad niedołącznym członkiem rodziny z tych samych powodów, z których rezygnują z macierzyństwa. Opieka nad dzieckiem, a także nad niesamodzielnymi rodzicami oznacza dla kobiety poświęcenie swojej osoby rodzinie. Pozbawiona jest przy tym jakiegokolwiek pomocy. W świadczeniu seniorowi usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych z reguły nie obowiązuje zasada partnerstwa, tak szeroko proklamowana w odniesieniu do opieki nad dzieckiem. Z kolei formalna opieka środowiskowa jest słabo rozwinięta, a więc i mało dostępna. Pozostaje więc wybór, w którym każde rozwiązanie jest złe: albo maksymalne zaangażowanie w opiekę oraz rezygnacja z osobistych planów i aspiracji, albo oddanie osoby starszej do zakładu opieki długoterminowej oraz związane z tym wyrzuty sumienia.

4. Zmiany popytu i podaży w zakresie stacjonarnej opieki społecznej nad ludźmi starymi

4.1. Analiza kosztów stacjonarnej opieki społecznej i modele jej finansowania

Popyt na usługi placówek stacjonarnej opieki społecznej określony jest przez czynniki ekonomiczne, takie jak cena pobytu w tej placówce, ceny alternatywnych form opieki oraz zamożność społeczeństwa³⁶⁷. Należy pamiętać, że korzystanie z określonych świadczeń jest efektem nie tyle potrzeb opiekuńczych, co możliwości ich zaspokajania przy określonych cenach. Struktura, zakres i forma opieki długoterminowej, tak jak i wszystkich innych usług, powinny być wypadkową dwóch zmiennych: potrzeb i możliwości finansowych. Truizmem jest twierdzenie, że opieka nad osobami starymi powinna być: najwyższej jakości, dostosowana do poziomu ich zależności, skierowana na maksymalną aktywizację, świadczona w miejscu zamieszkania (czyli miejscu, które beneficjent opieki bardzo dobrze zna i w którym czuje się bezpiecznie) przez najbliższą rodzinę lub ewentualnie profesjonalny personel. Takie są potrzeby i preferencje, które muszą zostać zweryfikowane możliwościami finansowymi osoby niesamodzielnej.

Teza, że opieka środowiskowa jest najlepszą formą opieki długoterminowej, potwierdzana jest zwykle dwoma argumentami:

- po pierwsze: jest to forma opieki najbardziej zgodna z preferencjami opiekuńczymi osób starych,
- po drugie: jest najtańszą formą opieki³⁶⁸.

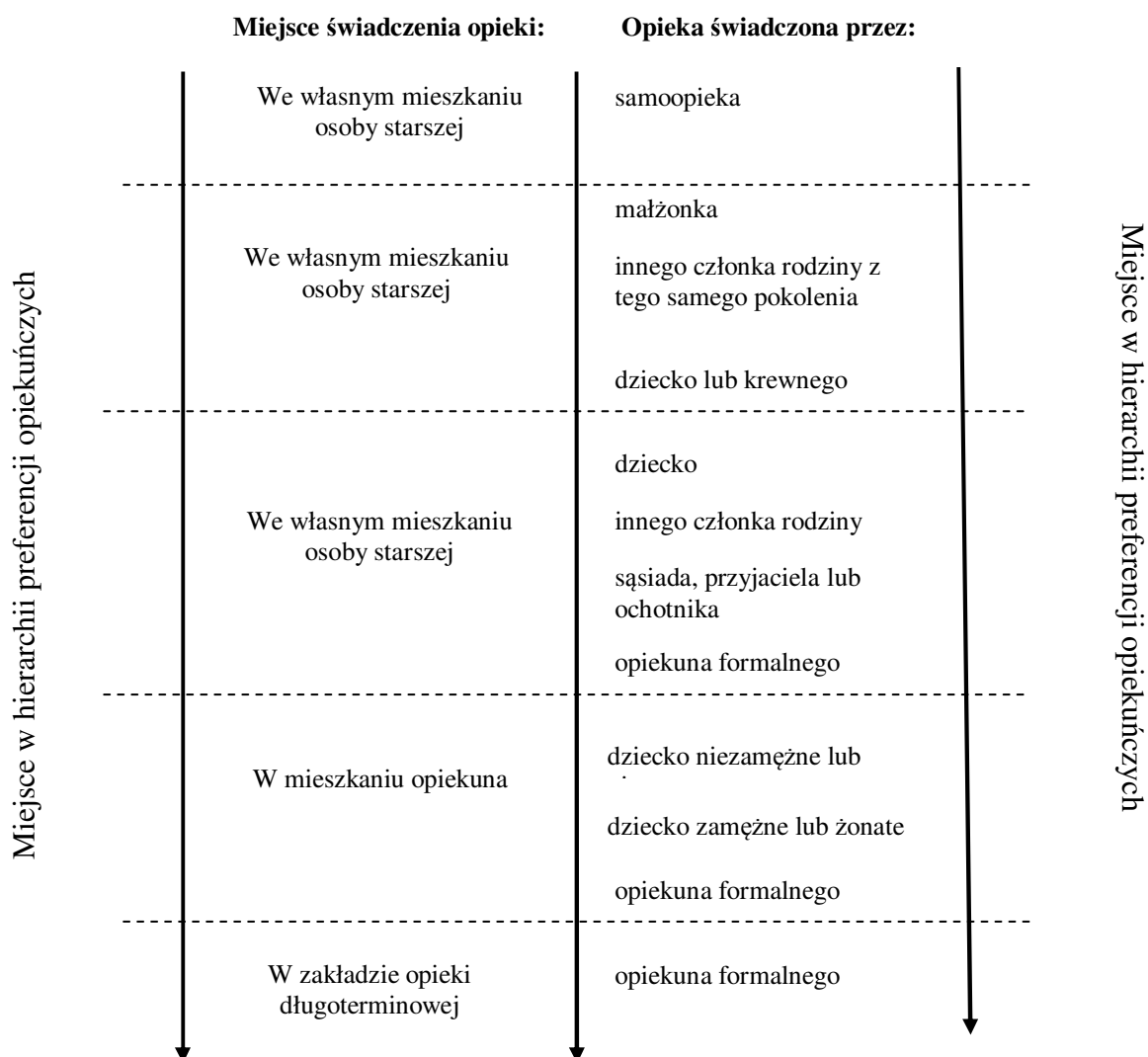
Jeżeli opieka środowiskowa przedstawia najwyższą wartość dla osób niesamodzielnych i dodatkowo jest najtańszą formą opieki, to powstaje zatem pytanie o ekonomiczny sens istnienia opieki stacjonarnej. Funkcjonowanie zakładów opieki długoterminowej jest albo wyrazem braku racjonalności ekonomicznej beneficjentów tejże formy opieki (wybierają oni opiekę gorszą i droższą) albo dowodem na brak słuszności któregoś z powyższych argumentów.

Pierwszy argument wydaje się być niepodważalny. Opieka środowiskowa bezsprzecznie plasuje się najwyżej w hierarchii preferencji opiekuńczych, podczas kiedy opieka stacjonarna nie jest pożądana przez osoby niesamodzielne (rysunek 25).

³⁶⁷ Por. A.E. Headen Jr., *Economic Disability and Health Determinant of the Hazard of Nursing Home Entry*, "The Journal of Human Resources", 1993, nr 28, s. 106.

³⁶⁸ Por. m.in. J. Krzyszkowski, *Usługi opiekuńcze dla ludzi starych w miejscu zamieszkania w krajach UE i w Polsce*, [w:] J.T. Kowaleski, P. Szukalski, *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź. 2006, s. 150.

Rysunek 25. Hierarchia preferencji opiekuńczych osób starych w Polsce



Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Health and long-term care in the European Union. Report*, Eurobarometr, 2007, s. 97.

Jedną z najwyższych wartości dla ludzi starych jest możliwość życia w swoim własnym miejscu zamieszkania, czyli w środowisku, które bardzo dobrze znają i w którym czują się bezpieczni. Tymczasem placówka opiekuńcza *to instytucja totalna, w której mieszkańców najczęściej traktuje się przedmiotowo, bez poszanowania ich godności i praw. Pensjonariusze (tych placówek) są uzależnieni od sposobu funkcjonowania służb w nich istniejących, rzadko przy konstruowaniu planów działań brane są pod uwagę wola i potrzeby mieszkańców*³⁶⁹.

³⁶⁹ O. Kowalczyk, *Niepełnosprawność...*, poz. cyt., s. 61.

Udowodniono ponadto, że zmiana miejsca zamieszkania w podeszłym wieku niekorzystnie wpływa na ogólny stan zdrowia osób starych³⁷⁰.

Aby zweryfikować drugi argument (o najniższych kosztach opieki środowiskowej) należy przeprowadzić analizę kosztów opieki środowiskowej i stacjonarnej oraz porównać je ze sobą. Porównując poszczególne sektory opieki długoterminowej należy oszacować całkowity koszt społeczny opieki (*social cost of care*), który zawiera oprócz wydatków pieniężnych (publicznych i prywatnych), także powiązane koszty niepieniężne (np. amortyzacja) oraz koszty alternatywne (np. koszt alternatywny czasu) związane ze świadczeniem usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych³⁷¹. Główne założenia analizy porównawczej to:

- zakres świadczeń oraz ich jakość w poszczególnych sektorach są takie same,
- koszt opieki długoterminowej wzrasta wraz ze wzrostem poziomu zależności osoby starej.

W sektorze opieki środowiskowej głównymi kosztami są koszty związane z prowadzeniem gospodarstwa domowego (energia elektryczna, ogrzewanie, jedzenie, czynsz lub opłata za wynajem mieszkania jeśli osoba starsza go nie posiada), koszt dostosowania miejsca zamieszkania do potrzeb osoby niesamodzielnej, koszty niepieniężne (amortyzacja sprzętów) i alternatywne (np. utracone korzyści za niewynajmowanie mieszkania, jeśli osoba starsza je posiada), koszt opieki nieformalnej oraz koszty formalnej opieki i pielęgnacji (wizyty domowe opiekunów i lekarzy). Najtrudniejszy do oszacowania, z powodu braku ceny rynkowej, jest oczywiście koszt opieki nieformalnej. Musi on jednak zostać uwzględniony, gdyż stanowi rzeczywistą pracę redukującą koszt opieki formalnej. Jego wycena powinna obejmować koszt utraconych zarobków opiekuna nieformalnego oraz jego „wkład emocjonalny” spowodowany stresem i napięciem³⁷². Dla przykładu, w USA oszacowano, że 80% usług opieki długoterminowej świadczonych jest w sposób nieformalny, a ich wartość wynosi 100 miliardów dolarów rocznie.³⁷³

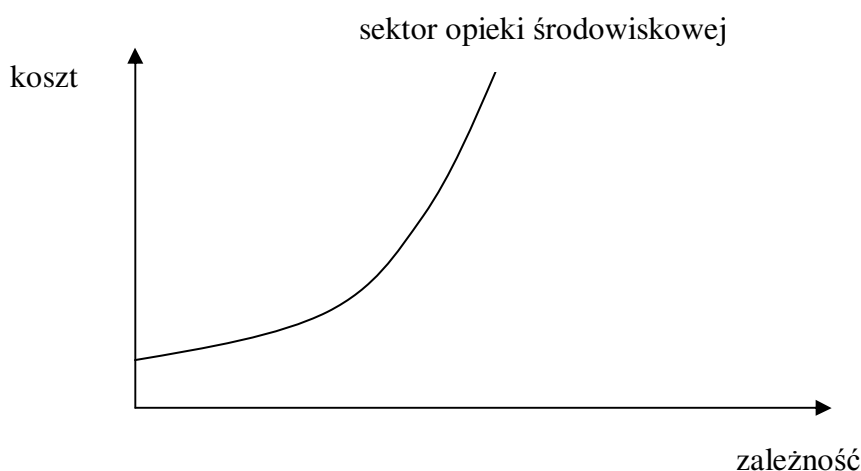
³⁷⁰ E. Kucyper, K. Kucyper, poz. cyt., s. 134.

³⁷¹ W. A. Jackson, poz. cyt., s. 161.

³⁷² Por. B. Balcerzak-Paradowska, *Polityka rodzinna w Unii Europejskiej wobec nowych wyzwań*, [w] P. Błędowski (red.), *Między transformacją...*, poz. cyt., s. 74.

³⁷³ J. G. Carbonell, wystąpienie na konferencji *The Cross Atlantic Exchange to Advance Long Term Care*, 12-12.09.2006, s. 8, dokument dostępny na stronie internetowej http://assets.aarp.org/www.aarp.org/_cs/gap/carbonell_09_13_06_ltcbrussels.pdf (22.04.2008).

Rysunek 26. Poziom zaleźności a koszt opieki środowiskowej



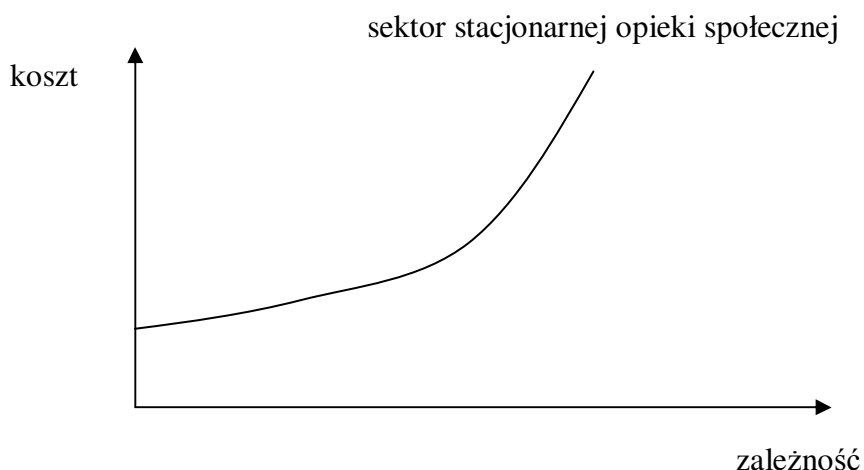
Źródło: opracowanie własne na podstawie W.A. Jackson, *The Political Economy of Population Ageing*, Edward Elgar Publishing Limited, Cheltenham and Northampton 1998, s. 161.

Z rysunku 26 wynika, że przy niskim poziomie zaleźności koszt opieki środowiskowej jest stosunkowo niski, jednak w miarę wzrostu zaleźności koszty te dynamicznie rosną. Jest to spowodowane koniecznością zwiększania zakresu świadczeń wraz ze wzrostem zaleźności funkcjonalnej. Wysoki poziom zaleźności funkcjonalnej generuje potrzebę wsparcia we wszystkich aktywnościach życia codziennego, co równoznaczne jest z potrzebą całodobowej pomocy. Usługi opiekuńczo-pielęgniarskie są zarówno pracochłonne, jak i czasochłonne, dlatego opiekun nieformalny rezygnuje z pracy zarobkowej na rzecz świadczenia opieki długoterminowej (co generuje koszty alternatywne), lub niezbędne jest zaangażowanie opiekuna formalnego (co generuje konkretne koszty pieniężne). Wysokie koszty opieki środowiskowej związane są również z koniecznością przystosowania miejsca zamieszkania do potrzeb osoby niesamodzielnej (m.in. likwidacja barier architektonicznych i urbanistycznych). Mieszkanie i budynki mieszkalne osób niesamodzielnych powinny, podobnie jak zakłady opieki długoterminowej, posiadać rozwiązania architektoniczne oraz wyposażenie zapewniające możliwie najniższy poziom zaleźności od otoczenia. Częstość niezbędne są odpowiednie podjazdy pod dom, wjazd do windy, odpowiednia szerokość drzwi, likwidacja progów i nierówności podłóg, poręcze przy schodach i w łazienkach³⁷⁴.

W sektorze stacjonarnej opieki społecznej oraz stacjonarnej opieki medycznej głównymi kosztami są koszty stałe, koszty operacyjne (catering, utrzymanie czystości, nadzór), koszt opieki (osobistej, pielęgnarskiej, medycznej). Rysunki 27 i 28 ilustrują odpowiednio wpływ zaleźności na koszty w tych sektorach.

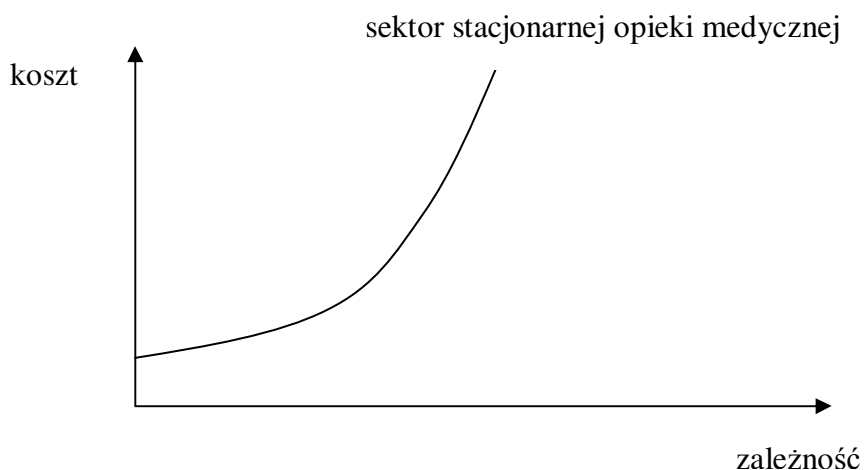
³⁷⁴ W. Ratyński, *Problemy i dylematy polityki społecznej w Polsce*, t. 2, Difin, Warszawa 2003, s. 438.

Rysunek 27. Poziom zależności a koszt opieki w sektorze stacjonarnej opieki społecznej



Źródło: jak na rysunku 26.

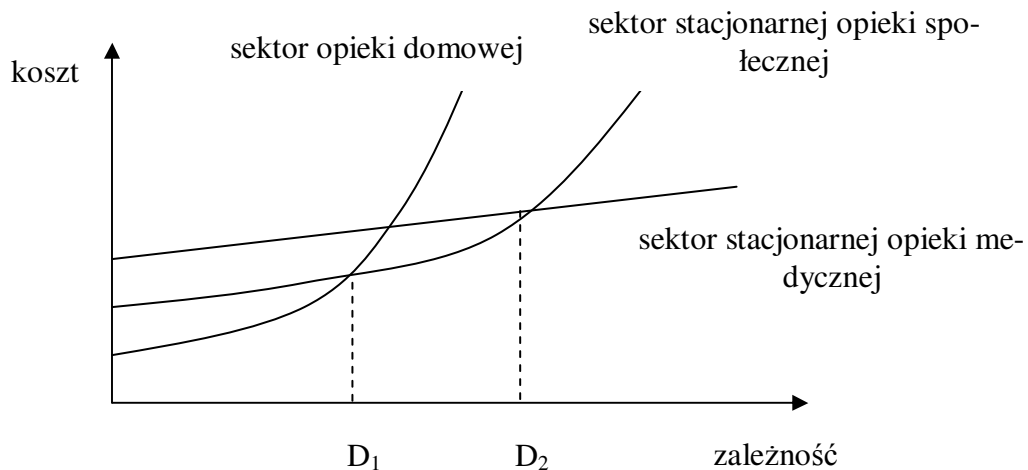
Rysunek 28. Poziom zależności a koszt opieki w sektorze stacjonarnej opieki medycznej



Źródło: jak na rysunku 26.

W sektorze stacjonarnej opieki społecznej koszty utrzymują się na średnim poziomie, jednak przy bardzo wysokiej zależności zaczynają dynamicznie rosnać, co spowodowane jest koniecznością zapewnienia specjalistycznego sprzętu i wzmożonej opieki medycznej. Z kolei w sektorze stacjonarnej opieki medycznej koszty są wysokie niezależnie od poziomu zależności. Porównanie kosztów we wszystkich sektorach opiekuńczych ilustruje rysunek 29.

Rysunek 29. Porównanie kosztów w sektorach opieki długoterminowej



Źródło: jak na rysunku 26.

Przy niskim poziomie zależności (do D_1) najbardziej efektywny kosztowo jest sektor opieki środowiskowej, przy średnim poziomie zależności (D_1 - D_2)- sektor stacjonarnej opieki społecznej, natomiast przy wysokim poziomie zależności (powyżej D_2)- sektor stacjonarnej opieki medycznej. Oznacza to, że opieka środowiskowa faktycznie jest najtańszą formą opieki, ale tylko przy bardzo niskim poziomie zależności. Opieka stacjonarna nie jest natomiast najdroższą formą opieki. Z ekonomicznego punktu widzenia dla ludzi o średniej i wysokiej zależności tańsze jest korzystanie z usług zakładów opieki długoterminowej. Oznacza to, że do placówek opiekuńczych powinny trafiać te osoby, których poziom zależności jest na tyle wysoki, że koszt opieki środowiskowej przewyższa korzyści płynące z korzystania z tej formy opieki.

Popyt na stacjonarną opiekę społeczną nie jest uwarunkowany tylko jej ceną i cenami alternatywnych form opieki. Uwarunkowany jest również poziomem zamożności osób starych. Zamożność, jako czynnik warunkujący popyt na stacjonarną opiekę społeczną, należy rozpatrywać w dwóch aspektach. Po pierwsze, istotny jest jej wpływ na wybór określonej formy opieki długoterminowej. Po drugie, zamożność ściśle powiązana jest z poziomem zależności funkcjonalnej osób starszych.

Skoro, jak udowodniono wcześniej, opieka środowiskowa plasuje się najwyżej w hierarchii preferencji opiekuńczych i zwykle jest stosunkowo drogą formą opieki, to na tej podstawie wnioskować można, że głównym powodem korzystania z zakładów opieki długoterminowej jest brak możliwości sfinansowania opieki w miejscu zamieszkania. Gdyby seniorzy byli w stanie ponieść koszty opieki środowiskowej, to nie korzystaliby oni z placówek opiekuńczych. Oznacza to, że wzrost zamożności populacji osób starych zdecydowanie ogranicza

popyt na opiekę stacjonarną. Potwierdzają to liczne badania, z których wynika, że osoby o wysokim statusie ekonomicznym (osoby zamożne) są jedynie nieznacznie narażone na konieczność zamieszkania w zakładzie opieki długoterminowej (por. tabela 14).

Tabela 14. Osoby w wieku powyżej 75 lat w zakładach opieki długoterminowej według statusu ekonomicznego w Niemczech (1996 r.)

Status ekonomiczny	Osoby w zakładach opieki długoterminowej (w %)
wysoki	0,2
wyższy średni	5,9
średni	11,0
niższy średni	10,2
niski	10,0

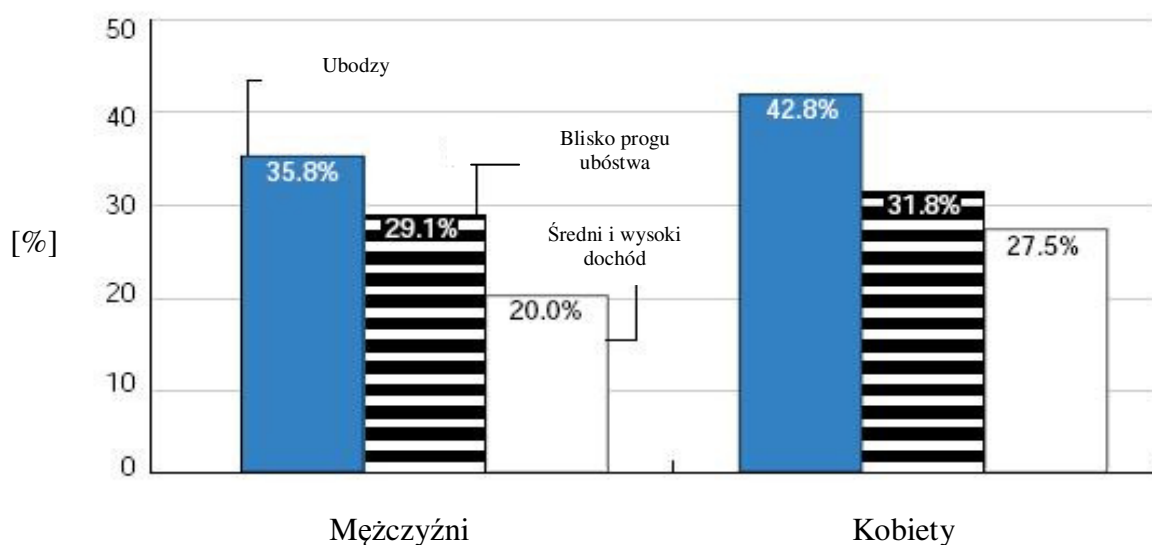
Źródło: U. Dallinger, *Elderly Care in the family in Germany*, dokument dostępny na stronie internetowej www.socsci.aau.dk/cost/gender/Workingpapers/UrsulaDallinger.pdf (17.07.2008).

Osoby ubogie charakteryzują się generalnie gorszym stanem zdrowia i wyższym poziomem niesamodzielności funkcjonalnej, a tym samym są bardziej zależne, niż osoby zamożne³⁷⁵. Omawiając to zagadnienie należy uważać, aby nie pomylić przyczyn ze skutkami. Nie jest wszak pewne, czy niższy status ekonomiczny determinuje gorszy stan zdrowia, czy może zły stan zdrowia wpływa na uzyskiwanie niższych dochodów. Badania amerykańskie potwierdzają jednak, że to poziom dochodów determinuje status zdrowotny oraz funkcjonalny człowieka. „Zasobność portfela” wpływa na takie obszary jak: zachowanie prozdrowotne (ćwiczenia, dieta, stosowanie używek), opieka medyczna (dostęp do opieki, ubezpieczenie, stosowanie leków) oraz sytuacja społeczno-psychologiczna (wsparcie społeczne, stan cywilny, depresje)³⁷⁶. Obszary te w sposób oczywisty przyspieszają lub opóźniają utratę zależności funkcjonalnej.

³⁷⁵ Por. m.in.: R.B. Friedland, L. Summer, poz. cyt., s. 50; E.M. Crimmins, T.E. Seeman, *Integrating Biology into the Study of Health Disparities*, [w:] L.J. Waite (red.), poz. cyt., s. 89.

³⁷⁶ E.M. Crimmins, T.E. Seeman, poz. cyt., s. 93.

Rysunek 30. Problemy z wykonywaniem czynności życia codziennego w grupie osób w wieku 70 lat i więcej według płci i zamożności



Źródło: R.B. Friedland, L. Summer, *Demography Is Not Destiny*, National Academy on an Aging Society, Washington 1999, s. 50.

Populacja osób starszych w USA, która kumulowała kapitał przez całe życie, uważana jest obecnie za najbardziej zamożną (majątną) grupę społeczną. Amerykanie w wieku 50 lat i więcej (stanowiący pod koniec XX wieku 27% całej populacji) posiadają 75% nieruchomości oraz są właścicielami 80% oszczędności i depozytów bankowych w swoim kraju³⁷⁷.

Sytuację materialną ludzi starych w Polsce określić można obecnie jako średnią i dosyć zróżnicowaną³⁷⁸. W przyszłości spodziewać się jednak można, że ich ogólna sytuacja materialna będzie ulegać systematycznej poprawie. Osoby starsze będą stanowiły generalnie coraz bardziej majątną grupę społeczną. Równocześnie pogłębiać się będą różnice między poszczególnymi jednostkami w tej grupie.

Wskazane jest, aby w placówkach stacjonarnej opieki społecznej przebywali przedstawiciele tej samej klasy społecznej, czyli osoby o podobnym poziomie wykształcenia i podobnych dochodach. Taka sytuacja ograniczałaby konflikty wynikające z różnic kulturowych, mentalnych i ekonomicznych³⁷⁹. W perspektywie pogłębiania się różnic dochodowych między osobami starszymi niezwykle istotne wydaje się być różnicowanie poziomu usług oraz cen w sektorze stacjonarnej opieki społecznej tak, aby świadczenia dostosowane były do in-

³⁷⁷ J.G. Goetze, *Long-term care*, Dearborn Financial Institute, Dearborn 1999, s. 142-143.

³⁷⁸ Por. P. Czekanowski, *Sytuacja...*, poz. cyt., s. 113-114.

³⁷⁹ J. Dominowski, *Warunki mieszkaniowe osób starszych w świetle badań ankietowych*, [w:] H. Zaniewska (red.), poz. cyt., s. 74.

dywidualnych preferencji seniorów oraz ich sytuacji materialnej. System pomocy społecznej powinien uwzględniać funkcjonowanie zarówno tanich placówek o średnim lub niskim poziomie usług, jak i placówek drogiej i ekskluzywnych.

Niezwykle istotnym zagadnieniem jest kwestia finansowania opieki długoterminowej³⁸⁰. W pewnych krajach ludzie indywidualnie zapewniają sobie świadczenia opiekuńczo-pielęgnacyjne. Zwykle jednak państwo stara się ingerować w system finansowania opieki długoterminowej. Zabezpiecza swoich obywateli na wypadek funkcjonalnej niesamodzielności. Partycypuje w kosztach pewnych świadczeń, a tym samym wpływa na ich ceny. Taka sytuacja rodzi pokusę nadużyć tańszych świadczeń, przez co zmienia się struktura popytu na określone formy opieki.

W zależności od tego, jak traktowana jest funkcjonalna niesamodzielność oraz z jakiego źródła opłacane są świadczenia, wyróżnić można generalnie trzy teoretyczne modele finansowania opieki długoterminowej: rezydualny, zaopatrzeniowy i ubezpieczeniowy.

W modelu **rezydualnym** usługi opiekuńczo-pielęgnacyjne traktowane są jak zwykłe świadczenia nabywane na rynku, a każdy obywatel powinien indywidualnie zabezpieczyć się na wypadek funkcjonalnej niesamodzielności. Odpowiedzialność za ponoszenie kosztów opieki długoterminowej spoczywa na beneficjencie opieki i/lub jego najbliższej rodzinie, a dominującym narzędziem finansowania świadczeń są wnoszone przez nich opłaty bezpośrednie (*out of pocket payments*). W ramach tego modelu stosuje się zasadę, że starość jest okresem konsumpcji zasobów zgromadzonych przez całe życie. Programy socjalne finansujące opiekę długoterminową ze środków publicznych mają marginalne znaczenie i uruchamiane są dopiero wówczas, gdy wyczerpana zostanie zdolność indywidualnego jej finansowania. Publiczne programy skierowane do najuboższych osób starych budzą jednak wiele kontrowersji, gdyż prowadzą do nadużyć i nieuczciwych praktyk, takich jak fikcyjne rozwody czy ukrywanie własności. W opinii T. Getzena *fakt, iż chcąc zyskać prawo do świadczeń, ludzie w podeszłym wieku uciekają się do różnego rodzaju nieuczciwych wybiegów sprawia, że proceder ten wydaje się jeszcze bardziej niesmaczny i podejrzany moralnie*³⁸¹.

Jedynie niewielka część populacji osób starych ma możliwość sfinansowania opieki stacjonarnej z bieżących dochodów³⁸², dlatego niezwykle istotnym czynnikiem kształtującym

³⁸⁰ Por. M. E. Joël, S. Dufour-Kippelen, *Financing systems of care for older persons in Europe*, "Aging Clinical and Experimental Research", 2002, nr 14, s. 297.

³⁸¹ T. E. Getzen, poz. cyt. s. 312.

³⁸² Na przykład w USA tylko 10% osób starych przebywających w zakładach opieki długoterminowej ma możliwość sfinansowania swojego pobytu z bieżących dochodów. R. H. Binstock, *The Financing and Organization of Long-Term Care*, [w:] L. C. Walker, E.H. Bradley, T. Wetle (red.), *Public and Private Responsibilities in Long-Term Care*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore & Londyn 1998, s. 6.

popyt na tego typu usługi jest dostępność dodatkowych (alternatywnych) narzędzi finansowania. W modelu rezydującym stosunkowo najbardziej rozpowszechnione są prywatne ubezpieczenia na wypadek niesamodzielności funkcjonalnej. Ich udział w finansowaniu opieki długoterminowej jest jednak bardzo ograniczony³⁸³. Małe zainteresowanie ubezpieczycieli tym produktem jest efektem negatywnej selekcji oraz pokusy nadużyć³⁸⁴. Podstawowym i najcenniejszym dobrem posiadanym przez osoby starsze jest prawo własności nieruchomości. W celu sfinansowania opieki długoterminowej stosuje się więc odwróconą hipotekę, która jest lustrzanym odbiciem kredytu hipotecznego. Umożliwia uwolnienie kapitału kumulowanego przez wiele lat w nieruchomości³⁸⁵.

W modelu **ubezpieczeniowym** (Bismarcka) niesamodzielność i związana z nią potrzeba opieki długoterminowej traktowana jest jako ryzyko społeczne objęte społecznym ubezpieczeniem pielęgnacyjnym. Usługi opiekuńczo-pielęgnacyjne finansowane są ze specjalnego funduszu ubezpieczenia pielęgnacyjnego i przysługują każdej osobie ubezpieczonej. Społeczne ubezpieczenie pielęgnacyjne funkcjonuje w oparciu o następujące zasady: powszechny i obowiązkowy charakter; solidaryzm społeczny; samorządność; prawo wolnego wyboru świadczeniodawcy przez ubezpieczonego; równy dostęp do świadczeń; prymat opieki domowej nad stacjonarną oraz rehabilitacji nad pielęgnacją³⁸⁶. Opieka długoterminowa opłacana jest ze społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego w Niemczech, Holandii, Japonii i Luksemburgu.

W modelu **zaopatrzeniowym** (Beveridge'a) opieka długoterminowa traktowana jest jako prawo obywatelskie. Na podmiotach publicznych spoczywa odpowiedzialność zapewnienia osobom niesamodzielnym usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych, które finansowane są z podatków centralnych lub lokalnych. Model ten typowy jest dla krajów skandynawskich.

W Polsce opieka długoterminowa podlega różnym sferom instytucjonalnej organizacji, koordynacji i kontroli. Rozdzielenie kompetencji w tym zakresie między dwa resorty (Ministerstwo Zdrowia oraz Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej) oznacza oddzielne metody organizacji (scentralizowana służba zdrowia i silnie zdecentralizowana pomoc społeczna) oraz odmienne metody finansowania³⁸⁷. Usługi zdrowotne opłacane są ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, a w opłacaniu usług opiekuńczych z pomocy społecznej

³⁸³ M. V. Pauly, *The Rational Nonpurchase of Long-Term-Care Insurance*, "The Journal of Political Economy", 1990, nr 98 (1), s. 153.

³⁸⁴ W. J. Scanlon, *Possible...*, poz. cyt., s. 48.

³⁸⁵ H. Bartel, M. Daly, P. Wrage, *Reverse Mortgages: Supplementary Retirement Income from Homeownership*, „The Journal of Risk and Insurance”, 1980, nr 47 (3), s. 477.

³⁸⁶ P. Błędowski, *Ubezpieczenie społeczne i pielęgnacyjne...*, poz. cyt. s. 94-96.

³⁸⁷ S. Golinowska, *Przedmowa*, [w:] K. Szczerbińska (red.), poz. cyt., s. 16.

partycypuje samorząd lokalny. Ponadto wyodrębnić można obszar komercyjnych usług świadczonych poza sferą ingerencji władz publicznych. Wynika z tego, że w Polsce występuje model hybrydowy łączący elementy wszystkich modeli finansowania opieki długoterminowej.

Z badań Eurobarometru wynika, że w polskim społeczeństwie nie ma zgody co do pożądanego modelu finansowania opieki długoterminowej. Według 35% osób każdy indywidualnie powinien ponosić opłaty związane ze swoją opieką; 22% uważa, że opiekę długoterminową finansować powinien partner/małżonek; 24% że zstępni lub wstępni; 1% że inni członkowie rodziny bądź znajomi; 7% że ubezpieczyciel prywatny, a 27% że władza publiczna lub ubezpieczyciel społeczny (finansowanie ze środków publicznych)³⁸⁸.

W polskich realiach właściwe wydaje się, aby odpłatność za pobyt w zakładach opieki długoterminowej rozdzielona była na trzy zasadnicze grupy usług, finansowanych odmiennymi metodami (triada finansowania opieki długoterminowej):

- świadczenia medyczne finansowane z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (model ubezpieczeniowy);
- usługi opiekuńcze finansowane ze środków pomocy społecznej lub społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego (model zaopatrzeniowy lub ubezpieczeniowy),
- usługi bytowe (hotelowe) finansowane bezpośrednio przez osobę niesamodzielną (model rezydualny).

Wyodrębnienie kosztów hotelowych z ogólnych kosztów ponoszonych na opiekę stacjonarną wydaje się niezwykle wskazane. Taki zabieg umożliwi różnicowanie jakości usług bytowych w zakładach opieki długoterminowej oraz dostosowanie ich do możliwości finansowych osób niesamodzielnych.

4.2. *Moral hazard* a popyt na stacjonarną opiekę społeczną

Termin *moral hazard* nie ma jeszcze powszechnie uznanego polskiego odpowiednika, choć często tłumaczony jest jako hazard moralny, pokusa nadużyć lub moralne ryzyko. Zjawisko to opisywane jest głównie w literaturze ekonomicznej z zakresu ubezpieczeń. Można się spotkać z dwiema jego interpretacjami:

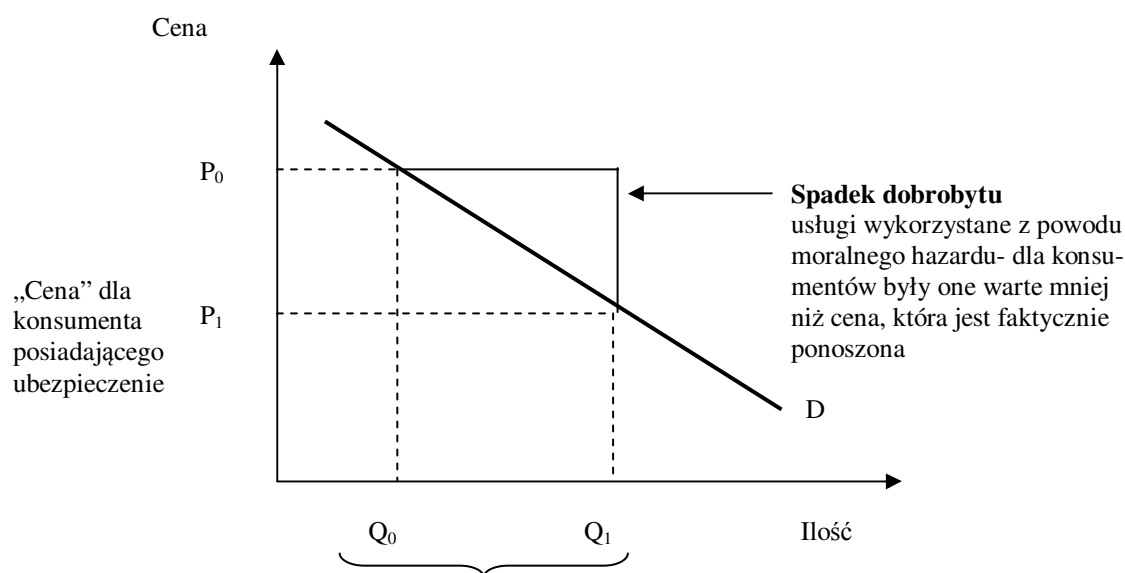
- 1) jako celowe ograniczanie ochrony przed ryzykiem objętym ubezpieczeniem (z tego powodu grupa osób ubezpieczonych przed określonym ryzykiem pada jego ofiarą częściej lub bardziej poważnie niż grupa osób nieubezpieczonych),

³⁸⁸ *Health and long-term ...*, poz. cyt., s. 101.

2) jako wzrost konsumpcji dóbr i usług, których cena jest częściowo lub całkowicie subsydiowana z ubezpieczenia³⁸⁹.

W niniejszej pracy *moral hazard* traktować się będzie w jego drugim znaczeniu. Wprowadził je w 1963 roku K. J. Arrow na podstawie obserwacji rynku usług medycznych objętych ubezpieczeniem zdrowotnym. Z badań tego amerykańskiego ekonomisty wynika, że partycypowanie ubezpieczyciela w kosztach ponoszonych na świadczenia medyczne powoduje wzrost konsumpcji tychże świadczeń, tzn. podmiot ubezpieczony nabywa usługi w znacznie większym zakresie, niż gdyby nie był ubezpieczony. Takie zachowanie prowadzi do nieuzasadnionej medycznie nadkonsumpcji świadczeń³⁹⁰.

Rysunek 31. Spadek dobrobytu spowodowany zjawiskiem *moral hazard*



wzrost konsumpcji spowodowany zjawiskiem *moral hazard*

Legenda:

P₁- cena dla konsumenta posiadającego ubezpieczenie

P₀- cena dla konsumenta nie posiadającego ubezpieczenie

Źródło: T.E. Getzen, *Ekonomika zdrowia. Teoria i praktyka*, PWN, Warszawa 2000, s. 96.

Z rysunku 31 wynika, że subsydiowanie usług medycznych przez ubezpieczyciela obniża cenę świadczeniobiorcy z P_0 do P_1 , co skutkuje wzrostem konsumpcji z Q_0 do poziomu Q_1 , a tym samym wzrostem kosztów całkowitych (ilość razy cena, czyli P razy Q), pono-

³⁸⁹ G. Dionne, *Moral Hazard and Search Activity*, „The Journal of Risk and Insurance”, 1981, nr 3, s. 422-423.

³⁹⁰ K. J. Arrow, *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*, „The American Economic Review”, 1963, nr 53, s. 941-973.

szonych na świadczenia zdrowotne z P_0Q_0 do poziomu P_0Q_1 . Oznacza to, że podmiot ubezpieczony korzysta z usług medycznych nawet wtedy, gdy ich marginalna użyteczność jest mniejsza od marginalnego kosztu, czyli że wartość tych usług jest mniejsza od faktycznie ponoszonych kosztów. Taka nadkonsumpcja prowadzi do nieracjonalnego wykorzystania środków publicznych, a tym samym do spadku dobrobytu.

Wydaje się, że popyt na świadczenia medyczne powinien być doskonale nieelastyczny (sztywny), czyli nie wrażliwy na cenę (co ilustruje pionowa linia popytu- równoległa do osi ceny). Sugerować to może fakt, że o korzystaniu z usług medycznych decyduje konieczność, nie zaś racjonalny wybór. Ponadto specyfika usług medycznych znacznie utrudnia zmianę zakresu korzystania z nich w miarę spadku lub wzrostu ceny (np. trudno wyobrazić sobie, aby ktoś wyrwał kilka dodatkowych zębów z powodu znacznej obniżki ceny na usługi stomatologiczne). Taka sytuacja oznaczałaby, że popyt jest wolny od *moral hazard*. Jednak istnienie tego zjawiska sugeruje, że popyt sztywny nie jest. Dodatkowo, im jest on bardziej elastyczny (im bardziej pochylona jest linia popytu), tym większa jest pokusa nadużyć³⁹¹.

Zdaniem M. V. Pauly'ego nadmierną konsumpcję świadczeń medycznych nie należy rozpatrywać w kategoriach problemu etycznego lub moralnego (*moral perfidy*), gdyż jest to wyraz racjonalnego ekonomicznie zachowania ubezpieczonego podmiotu, który staje w obliczu niższych cen za usługi³⁹². Dopóki koszt nadkonsumpcji jest dzielony na wszystkich ubezpieczonych, dopóty nie ma motywacji do jej ograniczania.

K. J. Arrow uważa, że racjonalizowanie świadczeń medycznych w warunkach ubezpieczenia zdrowotnego może się odbyć przez:

- szczegółowe weryfikowanie przez ubezpieczyciela celowości świadczeń,
- poleganie na etyce zawodowej świadczeniodawcy,
- poleganie na chęci świadczeniobiorcy zachowania się zgodnie z powszechnie akceptowanymi normami³⁹³.

Tymczasem to właśnie decyzje pacjentów i lekarzy doprowadzają do powstania nadkonsumpcji, więc wątpliwe wydaje się, aby poleganie na ich chęciach i zamiarach mogło prowadzić do racjonalizacji świadczeń. Pacjenci korzystający z subsydiowanych usług medycznych zazwyczaj ulegają pokusie większej konsumpcji niż wynikałoby to z ich potrzeb (oczywiście dotyczy to jedynie rutynowych porad lekarskich i badań diagnostycznych). Leka-

³⁹¹ H.G. Grubel, *Risk, Uncertainty and Moral Hazard*, "The Journal of Risk and Insurance", 1971, nr 38, s. 100.

³⁹² M. V. Pauly, *The Economics of Moral Hazard: Comment*, „The American Economic Review”, 1968, nr 58, s. 35.

³⁹³ K. J. Arrow, *Uncertainty...*, poz. cyt., s. 941-973.

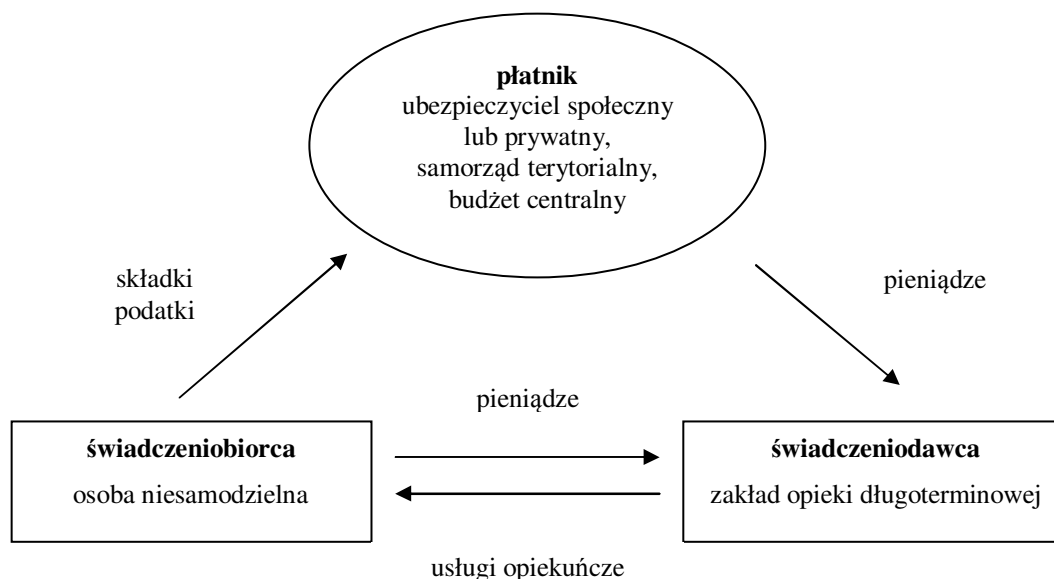
rze natomiast starają się dodatkowo motywować pacjentów do korzystania z większego zakresu świadczeń tym częściej, im są one droższe.

Moral hazard jest zjawiskiem typowym dla każdego rynku, na którym rozdzielona jest funkcja świadczeniobiorcy i płatnika, czyli poza świadczeniobiorcą i świadczeniodawcą występuje trzeci podmiot, którego zadaniem jest partycypowanie w kosztach świadczeń.

Stacjonarna opieka długoterminowa może być finansowana, poza opłatami bezpośrednimi ponoszonymi przez beneficjenta opieki i/lub członków jego rodziny, z następujących źródeł:

- ze środków publicznych pochodzących z budżetów centralnych lub lokalnych,
- ze środków publicznych pochodzących z ubezpieczenia społecznego,
- z ubezpieczeń prywatnych,
- z innych źródeł (np. darowizny)³⁹⁴.

Rysunek 32. System finansowania stacjonarnej opieki długoterminowej



Źródło: opracowanie własne.

W obszarze opieki długoterminowej ubezpieczenia prywatne są bardzo słabo rozwinięte, dlatego generalnie można stwierdzić, że płatnik jest dysponentem środków publicznych (generowanych z ubezpieczeń społecznych lub podatków). Wydatki całkowite ponoszone na usługi opiekuńczo-pielęgnacyjne zawierają więc zarówno środki prywatne beneficjenta opieki, jak i środki publiczne płatnika. Płatnik partycypując w kosztach opieki długoterminowej

³⁹⁴ J. Pacolet, poz. cyt., s. 38.

obniża cenę indywidualną ponoszoną przez osobę niesamodzielną, przez co zwiększa zakres korzystania ze świadczeń.

Zdaniem W. Scanlona w obszarze opieki długoterminowej skala występowania zjawiska *moral hazard* jest znacznie większa niż w przypadku innych zabezpieczonych ryzyk. Subsydiowanie usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych może prowadzić do znacznego wzrostu ich konsumpcji. Spowodowane jest to z jednej strony wypełnianiem luki wcześniej niezaspokojonych potrzeb opiekuńczych (pod wpływem obniżenia ceny opieka formalna staje się bardziej dostępna kosztowo), z drugiej strony natomiast zamianą opieki dostarczanej przez rodzinę lub znajomych na opiekę formalną (pod wpływem obniżenia ceny opieka formalna staje się bardziej korzystna niż opieka nieformalna)³⁹⁵.

Przewidywanie zmian popytu na opiekę stacjonarną pod wpływem dostarczania lub ograniczania środków publicznych jest niezmiernie trudne. Wynika to, jak już wcześniej wspomniano, z faktu, że, poza ceną indywidualną, na popyt wpływają również inne czynniki, takie jak cena alternatywnych form opieki, czy stopień zamożności społeczeństwa. Z amerykańskich badań przeprowadzonych przez B. R. Chiswicka wynika, że elastyczność cenowa popytu na usługi zakładów opieki długoterminowej wynosi -2.3, co oznacza, że wzrost/spadek ceny indywidualnej o 1% redukuje/zwiększa popyt na opiekę stacjonarną o 2,3%³⁹⁶. Na podstawie podobnych badań W. Scanlon wyznaczył elastyczność cenową popytu na poziomie -1,12, co oznacza, że wzrost/spadek ceny indywidualnej o 1% redukuje/zwiększa popyt na opiekę stacjonarną o 1,12%³⁹⁷.

Na podstawie wyników badań B. R. Chiswicka oraz W. Scanlona można stwierdzić, że jeżeli w modelu rezydualnym ryzyko niesamodzielnności zostanie zabezpieczone, czyli znacznie funkcjonować instytucja płatnika (np. Fundusz Ubezpieczenia Pielęgnacyjnego) redukująca cenę indywidualną za usługi zakładów opieki długoterminowej na przykład o 50%, to będzie się to wiązało ze znacznym wzrostem popytu na te usługi, sięgającym 56% (Scanlon) lub nawet 115% (Chiswick). Wzrost ten nie rozłoży się jednak równomiernie w całej populacji osób starszych. Najmniejszy będzie w dwóch grupach:

- wśród najbogatszych seniorów, których stać na drogą opiekę środowiskową,

³⁹⁵ W. J. Scanlon, *Possible...*, poz. cyt., s. 49.

³⁹⁶ B. R. Chiswick, *The Demand for Nursing Home Care: An Analysis of the Substitution Between Institutional and Non-Institutional Care*, "Journal of Human Resources", 1976, nr 11 (3), s. 295.

³⁹⁷ W. J. Scanlon, *A Theory of the Nursing Home Market*, "Inquiry", 1980, nr 17 (2), s. 25-41.

- wśród najuboższych seniorów, dla których subsydiowana opieka stacjonarna jest nadal droższa od alternatywnej opieki środowiskowej świadczonej przez członków rodziny i znajomych³⁹⁸.

Należy pamiętać, że ogólne zapotrzebowanie na opiekę stacjonarną nie zależy tylko od rozwiązań ekonomicznych. Uwarunkowane jest ono również innymi czynnikami (demograficzne, społeczne, kulturowe), jednak wszystkie one, poza ekonomicznymi, charakteryzują się długofalowością zmian, a tym samym stosunkowo długim okresem reakcji w obszarze opieki długoterminowej.

W rozdziale 3 zaznaczono, że uwarunkowania kulturowe w sferze opieki nad niesamodzielnymi starcami w sposób istotny determinują zapotrzebowanie na różnego rodzaju świadczenia (np. w krajach Dalekiego Wschodu opieka stacjonarna praktycznie nie istnieje), jednak ich zmiana trwa zwykle wiele dekad, a nawet pokoleń. Podobnie jest ze zmianami w strukturze ludności według wieku. Wraz z procesem demograficznego starzenia wyraźnie wzrasta zapotrzebowanie na opiekę długoterminową, także tę świadczoną w formie stacjonarnej. Przeobrażenia demograficzne, chociaż obecnie bardzo zasadnicze, nie następują jednak z dnia na dzień, lecz trwają latami. Tylko pod wpływem zmiany uwarunkowań ekonomicznych można zaobserwować w stosunkowo krótkich okresach wzrost lub spadek popytu, na zasadzie akcja-reakcja. Zmiana ceny wywołuje natychmiastową decyzję klienta, który racjonalnie decyduje się o nabyciu świadczenia lub wyborze alternatywnej możliwości.

Przykładem w tym względzie mogą być Stany Zjednoczone, gdzie w 1965 r. wprowadzono Medicare i Medicaid- programy socjalne, w ramach których środki publiczne przeznaczone są między innymi na opiekę długoterminową nad osobami starymi oraz ubogimi³⁹⁹. Efektem tego zabiegu był istotny i nagły wzrost popytu na opiekę stacjonarną. W placówkach opiekuńczych w ciągu zaledwie kilku lat utworzono setki tysięcy nowych miejsc dla niesamodzielnymi seniorów⁴⁰⁰.

Z rysunku 33 wynika, że wysokość wydatków całkowitych ponoszonych w danym państwie na opiekę stacjonarną (a tym samym zakres korzystania z usług) uzależniona jest od tego, czy w jej finansowaniu dominują środki prywatne czy publiczne. Im wyższy jest udział środków publicznych w finansowaniu opieki stacjonarnej, tym większy jest popyt na te świadczenia, a tym samym wyższe są wydatki całkowite. Natomiast jeżeli w finansowaniu dominują wydatki prywatne, to popyt na usługi zakładów opieki długoterminowej jest stosun-

³⁹⁸ Por. A. E. Jr. Headen, poz. cyt., s. 106.

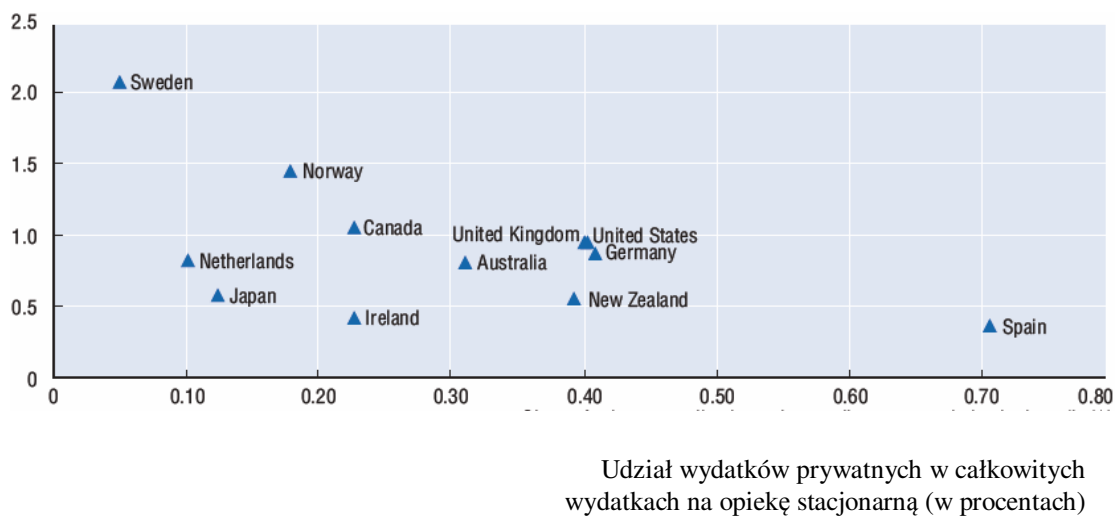
³⁹⁹ Medicare (ubezpieczenie zdrowotne) i Medicaid (pomoc społeczna) są uważane w Stanach Zjednoczonych za najważniejsze ustawy socjalne. Skierowane są one w głównej mierze do osób starych i ubogich.

⁴⁰⁰ B. Abramovice, poz. cyt., s. 13.

kowo niski, a tym samym niskie są całkowite wydatki na nie ponoszone. Skrajnymi przykładami są Szwecja, gdzie najwyższy jest udział wydatków publicznych, a tym samym bardzo wysokie są wydatki całkowite ponoszone na opiekę stacjonarną oraz Hiszpania, gdzie bardzo wysoki jest udział wydatków prywatnych, przez co koszty całkowite ponoszone na opiekę stacjonarną są niskie.

Rysunek 33. Prywatne a całkowite wydatki na stacjonarną opiekę długoterminową

Całkowite wydatki na opiekę stacjonarną jako procent PKB



Źródło: *Long-term Care for Older People. The OECD Health Project*, OECD PUBLISHING, Paryż 2005, s. 30.

W krajach o wysokich wydatkach publicznych na opiekę stacjonarną (w modelu zaprzemysłowym i ubezpieczeniowym) presja na rozwijanie nieformalnych usług wspierających osoby niesamodzielne jest stosunkowo mała. Subsydiowanie ze środków publicznych opieki stacjonarnej obniża indywidualną cenę, a tym samym powoduje, że zakłady opieki długoterminowej stają się bardziej konkurencyjne w porównaniu do innych, alternatywnych form opieki. Taka sytuacja prowadzi do nadmiernej konsumpcji usług stacjonarnej opieki, która nie jest uzasadniona faktycznymi potrzebami osób niesamodzielnych, a jedynie względami ekonomicznymi. Jest to więc przejaw *moral hazard* ze strony świadczeniobiorców.

Zjawisko hazardu moralnego w obszarze stacjonarnej opieki długoterminowej często występuje również po stronie świadczeniodawców. Zakłady opieki długoterminowej, konkurujące w obszarze opieki stacjonarnej, w swoich działaniach kierują się rachunkiem ekonomicznym, co zwykle nie jest korzystne dla mieszkańców tych placówek. Można to zauważyć na dwóch przykładach:

1. Starsza pani wychodzi ze szpitala, jest zupełnie niesamodzielna. Trafia do placówki opiekuńczej. Spotyka się tam z życzliwą pielęgniarką, rehabilitantką, dostaje opiekę psychologa. Po jakimś czasie są efekty- sama je i pije, aktywnie spędza dzień, wychodzi z depresji. Ale placówce wysiłek się nie opłaca, bo za takiego podopiecznego dostaje mniej pieniędzy niż za wymagającego stałej opieki;

2. Starsze osoby często przewracają się i łamią kończyny. Można tego uniknąć, kupując specjalne spodnie amortyzujące upadki. Placówka opiekuńcza musi jednak kupić je za własne pieniądze. Ponadto gdy mieszkaniec złamie rękę czy nogę płatnik finansuje transport do szpitala, opiekę, rehabilitację. To się bardziej opłaca⁴⁰¹.

W polskiej literaturze przedmiotu można spotkać się z opiniami, że w pewnych przypadkach opiekunowie rodzinni ograniczają niesamodzielnym seniorom dostęp do zakładów opieki długoterminowej. W gospodarstwach domowych z osobą starszą świadczenia emerytalno-rentowe mogą być istotnym, a nawet jedynym źródłem stałego dochodu. W związku z tym członkowie rodziny nie chcą „pozbywać się” seniora, gdyż wiąże się to z automatyczną utratą jego świadczeń⁴⁰².

W 1998 roku J. Gałęziak stwierdził, że *mechanizm finansowania pomocy społecznej powinien zabezpieczać przed żerowaniem na niej (...). Należy pamiętać, że w Polsce cwaniactwo cieszy się nadal pewnym szacunkiem społecznym i kojarzone jest z zaradnością, a wręcz przedsiębiorczością. Nie jest ono potępiane przez większość społeczeństwa. (...). Rodzinie nie może opłacać się oddać swego członka do domu pomocy społecznej. Proceder ten kwitnie, jeśli można uzyskać w ten sposób mieszkanie własnościowe lub gospodarstwo. Rodzina zyskuje pieniądze lub dobra materialne, przekazując podatnikom swego krewnego na utrzymanie*⁴⁰³. W tym okresie wpływy uzyskiwane przez domy pomocy społecznej z opłat uiszczanych przez pensjonariuszy pokrywały jedynie 20-25% całkowitych kosztów funkcjonowania tych placówek. Reszta finansowana była z budżetu państwa⁴⁰⁴.

W 2004 roku zmienione zostały metody finansowania stacjonarnej opieki społecznej. W finansowanie pobytu osoby niesamodzielnej w placówce włączeni zostali członkowie rodziny oraz samorząd terytorialny (tab. 15). Zmiana ta miała na celu zracjonalizowanie zasad przyznawania stacjonarnych usług opiekuńczych oraz zmniejszenie wydatków na tę formę

⁴⁰¹ C. Fussek, *Biznes bez kontroli*, „Gazeta Wyborcza” 5.09.2007, s. 11.

⁴⁰² Por. B. Synak, *Polska starość- trzydzieści...*, poz. cyt., s. 128; L. Frąckiewicz, *Spoleczne i ekonomiczne...*, poz. cyt., s. 16.

⁴⁰³ J. Gałęziak, *O miejscu i roli pomocy społecznej*, poz. cyt., s. 10.

⁴⁰⁴ J. Dominowski, *Sytuacja i warunki mieszkaniowe w domach pomocy społecznej*, [w:] H. Zaniewska (red.), poz. cyt. s. 66.

opieki⁴⁰⁵. Zaznaczyć należy, że zasada odpłatności skonstruowana została w taki sposób, aby każdej osobie, nawet najuboższej, zagwarantować dostępność kosztową⁴⁰⁶ placówek stacjonarnej opieki społecznej (jeżeli osoba niesamodzielna i jej rodzina nie są w stanie w całości pokryć kosztów pobytu, wówczas powstały niedobór uzupełnia gmina, z której osoba została skierowana do placówki).

Tabela 15. Mieszkańcy placówek stacjonarnej pomocy społecznej według źródła opłacania pobytu w latach 2002-2006 w Polsce

Lata	Mieszkańcy ogółem	Mieszkańcy opłacający pobyt głównie					w pełnej wysokości
		z emerytury lub renty	z zasiłku stałego	przez członków rodziny	przez gminę*	z innych źródeł*	
2002	87500	55635	22726	1570	-	-	3559
2003	91824	58661	22596	1611	-	-	5187
2004	93930	67280	10652	1685	6418	-	4269
2005	93372	64130	8584	1697	10054	5554	4224
2006	94418	60279	7714	2009	13890	7640	5193

*od 2004 roku

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2002 r.*, GUS, Warszawa 2003, s. 69; *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2003 r.*, GUS, Warszawa 2004, s. 71; *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2004 r.*, GUS, Warszawa 2005, s. 108; *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2005 r.*, GUS, Warszawa 2006, s. 119; *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2006 r.*, GUS, Warszawa 2007, s. 127.

Ograniczenie wydatków publicznych ponoszonych na stacjonarną opiekę społeczną oraz wprowadzenie obowiązku alimentacyjnego rodziny spowodowało zmianę popytu na usługi wszystkich zakładów opieki długoterminowej (zarówno pomocy społecznej, jak i ochrony zdrowia). W 2003 r. na umieszczenie w domu pomocy społecznej oczekiwało prawie 20 tysięcy osób, natomiast w 2004 r. liczba ta obniżyła się do 8,5 tysiąca⁴⁰⁷. Na początku 2007 roku w placówkach tych było już ponad 2500 wolnych miejsc⁴⁰⁸. Równocześnie ze spadkiem popytu na usługi domów pomocy społecznej wzrastał popyt na usługi świadczone

⁴⁰⁵ M. Jerzak, J. Kołodziej, *Pomoc społeczna. Skutki finansowe dla budżetu państwa wynikające ze zmiany ustawy o pomocy społecznej oraz innych ustaw dotyczących zabezpieczenia społecznego*, „Materiały i Studia”, nr 186, NBP, Warszawa 2005, s. 22.

⁴⁰⁶ Dostępność kosztowa oznacza zdolność osoby niesamodzielnej do ponoszenia określonych kosztów związanych z oczekiwanym świadczeniem. J. Klich, *Teoretyczne podstawy metod badawczych zastosowanych w badaniu dostępności świadczeń zdrowotnych*, [w:] K. Szczerbińska (red.), poz. cyt., s. 60.

⁴⁰⁷ *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2004 r.*, GUS, Warszawa 2005, s. 104.

⁴⁰⁸ I. Rakowska-Boroń, D. Sikora, *W domach pomocy społecznej jest coraz więcej pustych miejsc*, „Gazeta Prawna” 12.02.2007; artykuł dostępny na stronie internetowej www.dps.pl/home_new/index.php?rob=radar&dzial=9&art=803 (17.07.2008).

przez zakłady opiekuńczo-lecznicze. Kontrola przeprowadzona przez NIK⁴⁰⁹ potwierdza, że zmiana modelu finansowania stacjonarnej opieki społecznej skutkowała tym, że *odnotowano drastyczny – prawie o 50% - spadek liczby osób oczekujących na umieszczenie w dps. (...) osoby wymagające całodobowej opieki kierowane były do zakładów opiekuńczo – leczniczych (...). Ze względów finansowych, w obecnym stanie prawnym, gminom korzystniej jest kierować osoby do ww. zakładów zamiast do dps.*

Zmiana zasad finansowania pobytu w domach pomocy społecznej spowodowała, że placówki te stały się mniej konkurencyjne w porównaniu z innymi, alternatywnymi formami opieki. Skutki tego są zarówno pozytywne- zaprzestano „bezrefleksyjnego” wydawania środków publicznych oraz rozpoczęto poszukiwanie racjonalnych form opieki (np. skuteczniej rozwijano opiekę środowiskową), jak i negatywne- doszło do paradoksalnej sytuacji, polegającej na tym, że niesamodzielne, ale w miarę zdrowe, osoby zaczęto kierować do zakładów opiekuńczo-leczniczych, aby w ten sposób, korzystając z droższej formy opieki, ograniczyć koszty indywidualne. Należy pamiętać, że koszt utrzymania osoby starszej w zakładzie opiekuńczo-leczniczym jest znacznie wyższy niż w domu pomocy społecznej, gdyż, oprócz kosztów tzw. hotelowych i kosztów usług opiekuńczych, ponoszone są tam również koszty opieki medycznej. Pomimo szerszego zakresu usług świadczonych w zakładach opiekuńczo-leczniczych ich mieszkańcy ponoszą znacznie niższe koszty pobytu niż mieszkańcy domów pomocy społecznej. Wynika to z faktu, że pobyt w zakładach opieki zdrowotnej, a zaliczają się do nich również zakłady opiekuńczo-lecznicze, współfinansowany jest przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Zmiana popytu na usługi domów pomocy społecznej pod wpływem zmiany metody ich finansowania jest zjawiskiem mogącym budzić niepokój. Ustawa o pomocy społecznej jasno stwierdza (art. 54), że prawo pobytu w domu pomocy społecznej przysługuje jedynie osobom niemogącym samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, którym nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie opieki środowiskowej (w świetle ustawy opiekę środowiskową i stacjonarną należy traktować komplementarnie, a nie substytucyjnie, gdyż zamieszkanie w placówce opiekuńczej powinno nastąpić po wyczerpaniu możliwości świadczenia opieki w miejscu zamieszkania). Oznacza to, że dla tych osób stacjonarna opieka społeczna powinna być niezbędna bez względu na jej cenę (popyt sztywny). Natomiast do zakładów opiekuńczo-leczniczych kierowane powinny być wyłącznie osoby wymagające leczenia i rehabilitacji.

⁴⁰⁹ Informacja o wynikach kontroli prawidłowości świadczenia usług przez domy pomocy społecznej, NIK, Warszawa 2006, s. 6, 8.

W Polsce forma opieki długoterminowej nie jest determinowana faktycznymi potrzebami ludzi w podeszłym wieku, ale aktualnymi możliwościami systemowymi gwarantującymi finansowanie poszczególnych świadczeń. Takie rozwiązanie jest niekorzystne zarówno dla organizatorów opieki, jak i dla jej beneficjentów. Ponadto nieuzasadnione medycznie i społecznie korzystanie ze świadczeń finansowanych przez NFZ podnosi społeczny koszt opieki i przyczynia się do nieracjonalnego wydatkowania środków publicznych.

Istotną zależność między średnim wiekiem populacji a wielkością wydatków publicznych ponoszonych na sferę socjalną potwierdził już w połowie lat 70. XX w. H. Wilensky⁴¹⁰. Państwo zwiększa swoje wydatki w miarę postępu procesu demograficznego starzenia. Związane jest to między innymi z koniecznością finansowania usług zaspokajających potrzeby opiekuńcze niesamodzielnych osób starych. Stwarza to naturalną konieczność szukania coraz to nowych źródeł finansowania wydatków społecznych.

W Polsce dominują dwie propozycje rozwiązania problemu finansowania opieki długoterminowej: pierwsza postuluje wprowadzenie społecznych ubezpieczeń pielęgnacyjnych (model ubezpieczeniowy), natomiast druga zmierza do wyodrębnienia środków na finansowanie usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych z podatków ogólnych (model zaopatrzeniowy)⁴¹¹.

Mimo intensywnie postępującego procesu demograficznego starzenia zwiększanie wydatków publicznych na opiekę długoterminową w Polsce ma wielu przeciwników. Jednym z nich jest L. Balcerowicz. Jego zdaniem podnosi to fiskalizm i ogranicza wzrost gospodarczy. Próbę wprowadzenia ubezpieczenia pielęgnacyjnego w Polsce nazwał on *chęcią zarżnięcia gospodarki*⁴¹².

Środki publiczne przeznaczane na opiekę długoterminową trafiają w głównej mierze do podmiotów świadczących opiekę stacjonarną⁴¹³. Skutkuje to nieuzasadnionym medycznie i społecznie wzrostem popytu na usługi zakładów opieki długoterminowej, a tym samym nieracjonalnym wykorzystaniem środków publicznych. Także finansowanie ze środków publicznych opieki środowiskowej może budzić wiele kontrowersji. W. Scanlon zwraca uwagę, iż przy okazji formalnego wsparcia osób niesamodzielnych w ich środowisku domowym często pojawiają się cyniczne wypowiedzi typu *każdy chciałby mieć pokojówkę lub kucharza*⁴¹⁴.

⁴¹⁰ S. Golinowska, *Inna...*, poz. cyt., s. 4.

⁴¹¹ Por. S. Golinowska, *Przedmowa*, poz. cyt., s. 16.

⁴¹² L. Balcerowicz, *Jedziemy szybko, nie należy dociskać pedału gazu*, „Gazeta Wyborcza” 4.09.2007, s. 23.

⁴¹³ *Long-Term...*, poz. cyt., s. 28.

⁴¹⁴ W. J. Scanlon, *Possible...*, poz. cyt., s. 49.

Wydaje się, że w odniesieniu do opieki długoterminowej najbardziej efektywne jest bezpośrednio wspieranie finansowe osób niesamodzielnych, czyli świadczeniobiorców. Wówczas beneficjenci opieki stają się klientami świadczeniodawców i korzystają z usług najbardziej odpowiadających ich potrzebom i preferencjom. Przy takim rozwiązaniu wysokość wydatków publicznych na opiekę długoterminową uzależniona jest od liczby osób niesamodzielnych (którą stosunkowo łatwo określić i przewidzieć), nie zaś od liczby świadczeń (która jest zmienna i trudna do przewidzenia). Oznacza to, że subsydiowanie świadczeniobiorców może ograniczyć zjawisko *moral hazard* i przyczynić się do bardziej racjonalnego wykorzystania środków publicznych.

4.3. Podaż stacjonarnej opieki społecznej w warunkach deinstytucjonalizacji opieki nad ludźmi starymi

Wysokość całkowitych wydatków ponoszonych na opiekę długoterminową różni się w zależności od kraju. Z badań przeprowadzonych przez OECD wynika, że wahają się one od 0,2% do 3% PKB. Zdecydowana większość krajów plasuje się w przedziale 0,5%-1,6% PKB. Najwyższe wydatki na opiekę długoterminową, sięgające znacznie powyżej 2% PKB, ponoszą kraje skandynawskie, głównie Norwegia (2,15% PKB) i Szwecja (2,89% PKB). Polska, z 0,38% PKB⁴¹⁵, należy do grupy krajów o najniższych wydatkach na opiekę długoterminową⁴¹⁶.

Z rysunku 34 wynika, że różnice w poziomie wydatków ponoszonych na opiekę długoterminową nie wynikają z różnic w modelu finansowania opieki długoterminowej (na podobnym poziomie znajdują się Niemcy, Wielka Brytania oraz Stany Zjednoczone). Nie są one również efektem różnic w zaawansowaniu procesu starzenia się populacji (w Hiszpanii odsetek sędziwych starców jest ponad 40% wyższy niż w Irlandii, która przeznaczona na opiekę długoterminową taki sam procent PKB). Różnice w poziomie wydatków na opiekę długoterminową wynikają głównie z odmiennej organizacji opieki formalnej i nieformalnej (różnego kształtu „brylantu opieki”). Opieka nieformalna jest traktowana jako „bezpłatna”, czyli nie generuje kosztów publicznych, ani też nie wymaga prywatnych wydatków ze strony gospodarstw domowych. Zdaniem T. Getzena *opieki sprawowanej przez członków rodzin nie umieszcza się w ogólnonarodowych zestawieniach dochodów: nikt nie wystawia rachunków,*

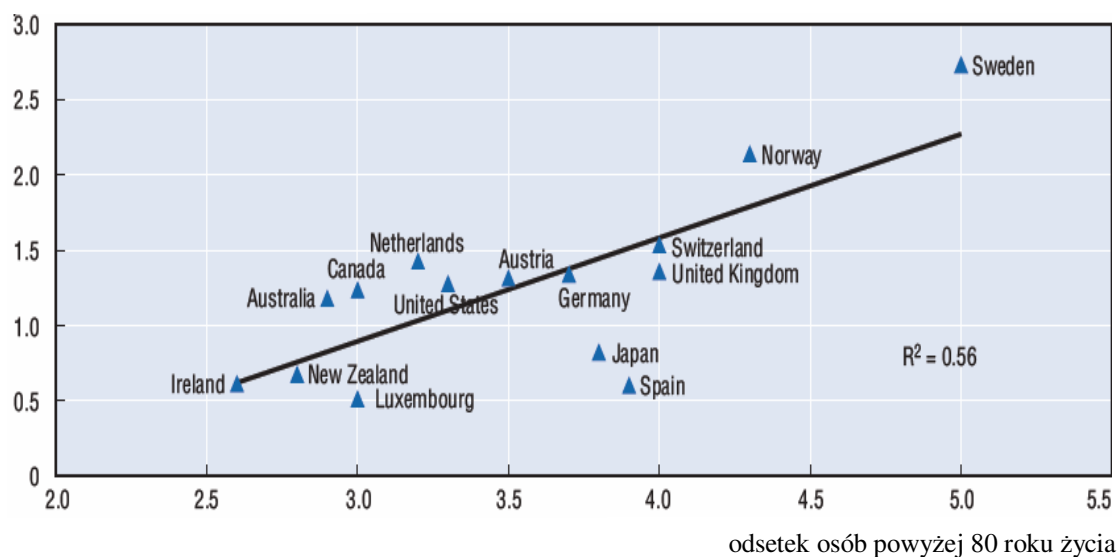
⁴¹⁵ Przybliżona wielkość obejmująca jedynie wydatki publiczne na opiekę długoterminową. Brak jest danych dotyczących prywatnych wydatków gospodarstw domowych, gdyż większość z nich trafia do sfery nierejestrowalnej (placówki działające bez zezwolenia lub osoby świadczące usługi opiekuńcze w szarej strefie), przez co nie są ujmowane w zestawieniach.

⁴¹⁶ *Long-Term...*, poz. cyt., s. 25, 26.

nikt nie płaci, więc z pewnego punktu widzenia nie zachodzi żadna „transakcja”⁴¹⁷. Dlatego właśnie im większa jest aktywność opiekunów formalnych w danym kraju, tym wyższe są tam wydatki ponoszone na opiekę długoterminową.

Rysunek 34. Korelacja pomiędzy całkowitymi wydatkami na opiekę długoterminową (LTC) a udziałem osób powyżej 80 roku życia w ogólnej liczbie ludności (wybrane kraje, 2000 r.)

wydatki na LTC jako procent PKB



Źródło: *Long-term Care for Older People. The OECD Health Project*, OECD PUBLISHING, Paryż 2005, s. 27.

Skoro, co stwierdzono wcześniej, zdecydowana większość środków publicznych wydawanych na opiekę długoterminową przeznaczana jest na opiekę stacjonarną, to nieformalna opieka środowiskowa traktowana jest przez dysponentów tych środków jako tania alternatywa odciążająca budżety publiczne.

W perspektywie współczesnych przeobrażeń demograficznych prognozowany jest znaczny wzrost liczby mieszkańców zakładów opieki długoterminowej, a tym samym wzrost wydatków państwa ponoszonych na opiekę stacjonarną⁴¹⁸. Redukcji tego wzrostu służyć mają, postulowane obecnie, nowe cele opieki długoterminowej. Należą do nich między innymi ograniczenie roli państwa jako dostawcy usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych oraz wspieranie

⁴¹⁷ T.E. Getzen, poz. cyt., s. 306.

⁴¹⁸ Por. m.in. A. Comas-Herrera, R. Wittenberg, *European Study of Long-Term Care Expenditure*, Raport Komisji Europejskiej, Grant nr VS/2001/0272, s. 136; A. Kozierkiewicz, K. Szcherbińska, *Opieka długoterminowa w Polsce: ocena stanu obecnego oraz rozwiązania na przyszłość*, Wspólny Rynek Medyczny oraz Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań b. d., s. 56-60.

rozwoju opieki środowiskowej⁴¹⁹. Przykładem realizacji tych nowych celów może być promowanie w Międzynarodowym Planie Działania w Kwestii Starzenia Się Społeczeństw idei starzenia się na miejscu („*ageing in place*”). Innym przykładem może być art. 23 Europejskiej Karty Społecznej (Zrewidowanej), postulujący umożliwienie osobom w podeszłym wieku *życie w znanym im środowisku tak długo, jak długo będą sobie tego życzyły i będą do tego zdolne*. Również w Polsce przyjęte po 1989 r. założenia pomocy społecznej wyraźnie kładą nacisk na podejmowanie działań umożliwiających jak najdłuższe przebywanie niesamodzielnych seniorów w środowisku domowym⁴²⁰.

Nie jest więc do końca pewne, czy spowodowany procesem demograficznego starzenia wzrost liczby niesamodzielnych starców spowoduje równoczesny wzrost liczby mieszkańców placówek opiekuńczych. Pojawiają się opinie, że podaż stacjonarnej opieki długoterminowej nie jest uzależniona od wielkości popytu na tę formę opieki. Przyczyna zmian w liczbie zakładów opieki długoterminowej leży gdzieś między ideologią polityczną a demografią⁴²¹.

T. Kröger stwierdza wręcz, że dominująca w danym społeczeństwie forma opieki długoterminowej uzależniona jest bardziej od czynników politycznych, niż od faktycznych potrzeb ludzi starych⁴²². Domniemywać więc można, że w sytuacji „siwienia budżetów publicznych”⁴²³ przedstawiciele władzy rządowej i samorządowej starać się będą minimalizować wzrost wydatków ponoszonych na opiekę długoterminową. Oznacza to, że w przyszłości podaż zakładów opieki długoterminowej (w tym również placówek stacjonarnej opieki społecznej) będzie ograniczana, a odpowiedzialność za niesamodzielnych seniorów przerzucana będzie na opiekunów formalnych realizujących zadania opiekuńcze w warunkach domowych⁴²⁴. Stanie się tak bez względu na to czy poziom sprawności, stan zdrowia, sytuacja rodzinna i mieszkaniowa osoby starej klasyfikować ją będą właśnie do opieki środowiskowej, czy też nie.

Ingerowanie podmiotów publicznych w strukturę i kształt „brylantu opieki”, polegające na ograniczaniu podaży opieki stacjonarnej na rzecz rozwoju opieki środowiskowej, może

⁴¹⁹ H. Theobald, poz. cyt., s. 33.

⁴²⁰ A. Zawada, *Funkcjonowanie domów pomocy społecznej w zmieniającej się rzeczywistości*, „Problemy Społeczne”, 2005, wydanie specjalne „Domy Pomocy Społecznej w Polsce”, s. 51.

⁴²¹ S. Peace, L. Kellaher, D. Willcock, *Re-evaluating residential care*, Open University Press, Buckingham & Philadelphia 1997, s. 15.

⁴²² T. Kröger, poz. cyt., s. 12.

⁴²³ Określenie zaczerpnięte z: B. Szatur-Jaworska, *Ludzie starzy...*, poz. cyt., s. 9.

⁴²⁴ W literaturze często podkreślane jest, że jednym z głównych powodów promowania opieki środowiskowej jest konieczność ograniczania wydatków publicznych ponoszonych na opiekę stacjonarną. Por. P. Townsend, *The Structured Dependency of the Elderly ...*, poz. cyt. s. 7.

rodzić szereg konsekwencji ekonomicznych i społecznych. Z jednej strony ingerencja taka powoduje spadek wydatków publicznych ponoszonych na opiekę długoterminową, z drugiej natomiast powoduje wzrost społecznego kosztu tejże opieki. Wzrost kosztu przy obniżonych wydatkach publicznych oznacza, że powstającą różnicą obciążone zostaną niesamodzielne osoby stare oraz ich nieformalni opiekunowie.

Należy zastanowić się nad tym, co się dzieje w sytuacji ograniczonej podaży stacjonarnej opieki społecznej z osobami, które z powodu wieku nie są w stanie samodzielnie funkcjonować, a ich sytuacja rodzinna i finansowa nie daje możliwości wsparcia w miejscu zamieszkania? Powstanie u nich wówczas luka opiekuńcza (*care gap*), co oznacza, że zakres wsparcia osoby zależnej jest niewystarczający w stosunku do jej potrzeb.

Wydawać się zatem może, że zadaniem podmiotów publicznych nie jest ograniczanie podaży stacjonarnej opieki społecznej czy też wspieranie rozwoju opieki środowiskowej. Najważniejsze wydaje się zagwarantowanie zależnej osobie starej możliwości wolnego wyboru formy opieki zgodnej zarówno z osobistymi preferencjami, jak i (głównie) z możliwościami finansowymi tej osoby⁴²⁵.

Minimalizowanie wzrostu wydatków publicznych przeznaczanych na opiekę długoterminową to nie jedyny powód ograniczania podaży miejsc w zakładach opieki długoterminowej. W literaturze przedmiotu tłumaczy się to również ewolucją postaw państwa wobec ludzi starych. Generalnie wyróżnia się cztery dominujące okresy:

okres 1) „starość niewidzialna”- starość traktowana jedynie jako element losu, a nie jako zadanie dla społeczeństwa, władza państwowa interweniuje tylko w wyjątkowych sytuacjach;

okres 2) „starość rozpoznana”- powstają pierwsze prawnie usatysfakcjonowane rozwiązania gwarantujące opiekę i dochód na starość;

okres 3) „starość korzystająca z opieki”- zabezpieczenie społeczne zostaje rozbudowane i upowszechnione, rozwijana jest opieka zamknięta;

okres 4) „starość zintegrowana”- przechodzi się od izolujących form pomocy do form integrujących starsze pokolenie z ich najbliższym otoczeniem⁴²⁶.

Wraz z postawą państwa wobec ludzi starych zmianie ulega również dominująca forma opieki długoterminowej. Początkowy brak zainteresowania problemami niesamodzielnych starców zastępuje opieka pro-stacjonarna, która następnie jest ograniczana i przekształcana w

⁴²⁵ Zdaniem A. Sena dla ludzi dorosłych (a więc odpowiedzialnych) kluczowe jest, aby ustroj społeczny gwarantował wolność osiągnięcia, a nie faktyczne osiągnięcia. Tenże, *Nierówności. Dalsze rozważania*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2000, s. 176.

⁴²⁶ B. Szatur-Jaworska, *Ludzie starzy...*, poz. cyt., s. 142-143.

opiekę pro-środowiskową. Odchodzenie od uwarunkowań stacjonarnych na rzecz wsparcia w środowisku domowym określane jest jako deinstytucjonalizacja opieki długoterminowej.

Słownik gerontologii społecznej określa deinstytucjonalizację jako *przemysłany proces celowego zmniejszania liczby pacjentów w instytucjach opiekuńczych lub w szpitalach przeznaczonych dla osób przewlekle chorych*⁴²⁷. Proces ten polega więc na zastępowaniu odizolowanych miejsc długiego pobytu mniejszymi i środowiskowo zorientowanymi formami opieki. U podstaw idei deinstytucjonalizacji leży przekonanie, że przyczyną przebywania osób niesamodzielnych w zakładach opieki długoterminowej jest brak środków technicznych i ekonomicznych umożliwiających integrację tych osób oraz ich pełne uczestnictwo w życiu społecznym⁴²⁸.

Na konferencji zatytułowanej „*Życie razem w społeczeństwie*”, która odbyła się w 2005 r. z okazji Międzynarodowego Dnia Osób Niepełnosprawnych, proklamowano podjęcie aktywnych działań w celu nie tyle ograniczenia, co wręcz zlikwidowania opieki stacjonarnej w Unii Europejskiej. Podkreślono wówczas, że przebywanie w placówce opiekuńczej jest *życiem w ciemnościach* i obecnie nadszedł czas, aby ludzie niesamodzielni *wreszcie wyszli do światła i stali się aktywnymi obywatelami*⁴²⁹. Jest to przykład skrajnego poglądu negującego w sposób absolutny potrzebę i sens istnienia zakładów opieki długoterminowej.

Okresem rozpoczynającym szczególnie wzmożoną krytykę opieki stacjonarnej były lata 60. XX wieku, kiedy to M. Foucault czy T.S. Szasz opisywali placówki opiekuńcze jako miejsca represji oraz społecznej kontroli, natomiast R. Barton oraz E. Goffman przedstawiali proces depersonalizacji uwięzionych w nich osób⁴³⁰. Od tego czasu ugruntował się w świecie naukowym nurt deprecjonujący tę formę opieki, a jej krytyka stała się aksjomatem opieki długoterminowej. Powszechne stało się kontrastowanie korzyści „dobrej” opieki środowiskowej z negatywnymi skutkami „złej” opieki stacjonarnej⁴³¹.

Podstawowym zarzutem kierowanym pod adresem stacjonarnej opieki długoterminowej jest to, że funkcjonowanie placówek opiekuńczych jest przejawem wykluczania osób niesamodzielnych poza ramy społeczeństwa. Pomimo tego zarzutu we wszystkich krajach wysoko rozwiniętych funkcjonują zakłady opieki długoterminowej. Może to sugerować, że

⁴²⁷ A.A. Zych, *Słownik...*, poz. cyt., s. 41.

⁴²⁸ J. Szmagałski, *Deinstytucjonalizacja w pomocy społecznej- zadania dla pracy socjalnej*, [w:] K. Marzec-Holka (red.), *Spółeczeństwo, demokracja, edukacja. Nowe wyzwania w pracy socjalnej*, Wydawnictwo Uczelniane Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2000. s. 189.

⁴²⁹ G. Adams-Spink, *EU „must end” institutional care*, http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk_news/4485076.stm (29.10.2007).

⁴³⁰ S. Peace, L. Kellaheer, D. Willcock, poz. cyt., s. 9.

⁴³¹ Por. R. Jack, *Institutions in Community Care*, [w:] R. Jack (red.), *Residential Versus Community Care: The Role of Institutions in Welfare Provision*, Palgrave Macmillan, Hampshire 1998, s. 18, 21.

mimo wielu wad, placówki te pełnią ważną funkcję społeczną i są temuż społeczeństwu potrzebne. Należy pamiętać przede wszystkim, że opieka stacjonarna jest integralnym elementem „kontinuum opieki”, niezwykle istotnym dla osób o bardzo wysokim poziomie zależności funkcjonalnej. Ponadto udzielanie pomocy w placówkach o wysokim standardzie usług bytowych i opiekuńczych nie musi być przykładem izolowania osób niesamodzielnych, ich dyskryminacji czy wykluczenia, lecz może być dowodem wysokiego poziomu rozwoju społecznego i troski o najsłabsze jednostki. Warto w tym miejscu zaznaczyć także, że jeżeli środowisko domowe osoby niesamodzielnej nie jest pozbawione barier, wówczas może ono znacznie bardziej ograniczać kontakt z otoczeniem, a tym samym wykluczać z życia lokalnego społeczeństwa, niż placówka opiekuńcza⁴³².

Kolejnym argumentem przemawiającym przeciwko opiece stacjonarnej jest stygmatyzacja społeczna. Mieszkańcy zakładów opieki długoterminowej zwykle postrzegani są przez społeczeństwo jako ucieleśnienie wszelkich nieszczęść- są to ludzie schorowani, biedni, odrzuceni przez rodzinę i przyjaciół. Wydaje się jednak, że to nie placówki stygmatyzują swoich mieszkańców, lecz sytuacja życiowa w jakiej się oni znaleźli.

Postulując ograniczenie podaży opieki stacjonarnej często wysuwa się argument, że utrzymywanie zakładów opieki długoterminowej jest kosztowne. Wcześniej już wykazane jednak zostało, że koszt opieki stacjonarnej wcale nie musi być wyższy od kosztu opieki środowiskowej. Niewątpliwym atutem placówek opiekuńczych jest właśnie to, że w pewnych sytuacjach są one zdecydowanie tańsze od opieki środowiskowej. Możliwość wsparcia osoby niesamodzielnej w jej miejscu zamieszkania najczęściej ograniczona jest środkami finansowymi.

Zakłady opieki długoterminowej często postrzegane są jako instytucje totalne⁴³³. Pobyt w nich może być przyczyną wielu negatywnych konsekwencji. Jedną z nich jest efekt relokacji (*relocation effect*). Polega on na znacznym wzroście umieralności osób starych w okresie przekwaterowywania ich ze środowiska domowego do placówki opiekuńczej. R. Jack twierdzi jednak, że nie przeprowadzono dotychczas rzetelnych badań potwierdzających istnienie efektu relokacji⁴³⁴. Gerontolodzy zgodni są natomiast co do tego, że „starych drzew nie powinno się przesadzać”. Przeprowadzka do zakładu opieki długoterminowej jest zdarzeniem

⁴³² R. I. Stone, poz. cyt., s. 4.

⁴³³ Więcej na temat instytucji totalnych w rozdziale 6.2.

⁴³⁴ R. Jack, poz. cyt., s. 22.

krytycznym w życiu osób starych i jako czynnik traumatyzujący zwykle powoduje pogorszenie ich ogólnej kondycji fizycznej i psychicznej⁴³⁵.

A. Mielczarek twierdzi, że *odpowiednio prowadzony DPS może być substytutem domu rodzinnego, zapobiegać samotności, zapewnić właściwą opiekę starym człowiekowi, której często brakuje w domu rodzinnym*⁴³⁶. Mitem wydaje się być jednak założenie, że placówka opiekuńcza może zastąpić osobie starszej dom, a personel i współmieszkańcy rodzinę. Zakłady opieki długoterminowej zdecydowanie są miejscami deprivacji potrzeb psychologicznych i emocjonalnych, takich jak uczestnictwo w życiu rodzinnym, doświadczanie czułości, obcowanie z bliskimi i bycie dla nich użytecznym.

Utrata ról społecznych, ograniczone kontakty z rodziną, odseparowanie od lokalnej społeczności, to wszystko degradująco wpływa na osobowość osoby osadzonej w zakładzie opieki długoterminowej i w efekcie może doprowadzić do jej depersonalizacji. Przejawem tego jest depresja pensjonariusza. Cechuje go brak zainteresowania przyszłością. Z czasem staje się on apatyczny, mało mówi, nie wykazuje inicjatywy. Czasami ucieka w świat fantazji. Zanikają u niego osobiste nawyki⁴³⁷.

W obliczu tak licznych wad opieki stacjonarnej zastanawiające jest, czy może zamiast umieszczania ludzi starych w zakładach opieki długoterminowej nie lepszym rozwiązaniem byłoby jednak rozwijanie opieki środowiskowej oraz wspieranie opiekunów nieformalnych? Należy jednak pamiętać, że prawo do umieszczenia w placówce opiekuńczej w Polsce przysługuje tylko tym osobom, którym nie można zapewnić niezbędnej pomocy w miejscu zamieszkania lub w ośrodku wsparcia. Zakłady opieki długoterminowej stanowią alternatywę dla opieki środowiskowej w sytuacji, gdy rodzina nie potrafi, nie chce lub nie może podjąć opieki nad niesamodzielnym seniorem. Dla tych osób wybór jest bardzo ograniczony, gdyż albo będą oni otrzymywali pomoc w formie stacjonarnej, albo powstanie u nich luka opiekuńcza. Opcja opieki długoterminowej w placówce stanowi więc jedyną możliwość godnego życia. Jest świadczeniem komplementarnym w stosunku do opieki środowiskowej, nie zaś jej substytutem.

Z tego punktu widzenia postulat likwidacji opieki stacjonarnej jest nie tyle nierealny, co wręcz niebezpieczny dla osób niesamodzielnych. Można zgodzić się z opinią, że zakład

⁴³⁵ Por. B. Żakowska-Wachelko, *Zadania i perspektywy gerontologii*, [w:] L. Frąckiewicz (red.), *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Proces starzenia się ludności Polski i jego społeczne konsekwencje*, poz. cyt., s. 113; E. Kucyper, K. Kucyper, poz. cyt., s. 134.

⁴³⁶ A. Mielczarek, *Życie starszego człowieka w DPS*, „MEDI”, 2006, nr 2, artykuł dostępny na stronie internetowej www.dps.pl/home_new/index.php?rob=radar&dzial=12&art=660 (7.08.2008).

⁴³⁷ P. Townsend, *The Last Refuge*, Routledge & Kegan Paul, Londyn 1976, s. 328-329; S. Tobin, M. A. Lieberman, *Last Home for the Aged*, Jossey-Bass, San Francisco 1976, s. 4; A.A. Zych, *Słownik...*, poz. cyt., s. 44.

opieki długoterminowej jest wyborem „mniejszego zła” lub „ostatecznością”, jednak niewątpliwie zawsze lepsza jest gorsza opieka stacjonarna niż brak należytego wsparcia w środowisku domowym.

Wydaje się, że zamiast ograniczać podaż opieki stacjonarnej, bardziej wskazane jest zmienianie poszczególnych aspektów jej funkcjonowania w taki sposób, aby likwidować lub ograniczać jej „totalny” charakter. Określając kierunek pożądanych zmian funkcjonowania zakładów opieki długoterminowej podkreślić należy przede wszystkim, że świadczona w nich pomoc powinna być udzielana jak najbardziej podmiotowo (*humanistic*), skierowana na indywidualne potrzeby danej osoby (*personal-centered*), a warunki pobytu powinny być maksymalnie zbliżone do domowych (*home-like*)⁴³⁸.

Współczesna idea deinstytucjonalizacji nie neguje w sposób absolutny potrzeby istnienia zakładów opieki długoterminowej. Osoba niesamodzielna powinna przebywać we własnym miejscu zamieszkania tak długo jak to tylko możliwe. W pewnych sytuacjach korzystanie z opieki stacjonarnej jest jednak konieczne. Powstaje zatem pytanie: do kiedy możliwe jest funkcjonowanie w środowisku domowym, a tym samym który moment wyznacza konieczność przeprowadzenia się do zakładu opieki długoterminowej? W opinii Komisji Europejskiej osoba niesamodzielna powinna żyć w środowisku domowym do czasu, kiedy zapewniona jest *równowaga między bezpieczeństwem, wolnością i niezależnością*⁴³⁹. Wynika z tego, że jeżeli mieszkańcy placówki narzucają się zbędne wsparcie, które w sposób nadmierny ogranicza wolność i jest przejawem negatywnej zależności, wówczas osoba taka nie klasyfikuje się do opieki stacjonarnej. Natomiast jeżeli bezpieczeństwo osoby niesamodzielnej otrzymującej pomoc w środowisku jest zagrożone, a jej poziom zależności funkcjonalnej wymaga większego zakresu świadczeń, wówczas powinna ona zostać przeniesiona do placówki opiekuńczej.

Deinstytucjonalizacja opieki nad ludźmi starymi ma na celu wytworzenie odpowiedniej równowagi między opieką środowiskową a stacjonarną. Ten stan równowagi uzależniony jest od szeregu czynników natury demograficznej, społecznej, ekonomicznej, politycznej czy kulturowej i kształtuje się odmiennie w różnych regionach, czy środowiskach. Niezwykle istotne jest, aby proces ten nie był postrzegany jako metoda redukcji kosztów ponoszonych na opiekę długoterminową. Ograniczanie opieki stacjonarnej musi wiązać się z odpowiednim

⁴³⁸ A.S. Weiner, J.L. Ronch, *Foreword*, [w:] A.S. Weiner, J.L. Ronch (red.), poz. cyt., s. xiii.

⁴³⁹ *Sytuacja osób niepełnosprawnych w rozszerzonej Unii Europejskiej: Europejski Plan Działania na lata 2006-2007*, Komunikat Komisji Wspólnot Europejskich, Bruksela 2005.

rozwojem droższej opieki środowiskowej tak, aby zapobiegać powstawaniu luki opiekuńczej u osób pozbawionych wsparcia ze strony placówek.

Deinstytucjonalizacja może odbywać się na trzech płaszczyznach:

- pierwsza: ukierunkowanie polityki na administracyjne, bezpośrednie (za pośrednictwem aktów prawnych) reglamentowanie liczby zakładów opieki długoterminowej (np. austriacka Reforma Opieki nad Ludźmi Starymi wprowadzona w latach 1988-1993);

- druga: poprzez system kryteriów określających dostęp do stacjonarnej opieki długoterminowej finansowanej ze środków publicznych (np. amerykański *Certificate of Need Program*);

- trzecia: stosowanie zachęt mających na celu pobudzenie popytu na opiekę środowiskową bez ingerowania w obszar opieki stacjonarnej, dzięki czemu zmniejszenie liczby mieszkańców zakładów opieki długoterminowej odbywa się bardziej wskutek suwerennych decyzji osób niesamodzielnych niż zewnętrznej ingerencji władz publicznych⁴⁴⁰.

Poziom rozwoju opieki stacjonarnej w poszczególnych krajach europejskich jest niezwykle zróżnicowany. Kraje te podzielić można na 3 grupy:

- o wysokim poziomie rozwoju stacjonarnej opieki: Dania, Holandia, Norwegia, Wielka Brytania;

- o średnim poziomie rozwoju stacjonarnej opieki: Austria, Belgia, Finlandia, Francja, Niemcy, Irlandia, Luksemburg, Szwecja;

- o niskim poziomie rozwoju stacjonarnej opieki: kraje Europy Południowej i Wschodniej⁴⁴¹.

Od początku lat 90. XX wieku w krajach Unii Europejskich dostrzegalna jest istotna tendencja zmian, polegająca z jednej strony na ograniczaniu podaży stacjonarnej opieki w tych krajach, w których jest ona wysoko rozwinięta (odsetek osób starych zamieszkujących w zakładach opieki długoterminowej osiągający wartość powyżej 10%) oraz z drugiej strony na zwiększaniu podaży stacjonarnej opieki w tych krajach, gdzie jest ona stosunkowo słabo rozwinięta (odsetek osób starych zamieszkujących w zakładach opieki długoterminowej osiągający wartość poniżej 3%). W ten sposób większość krajów Unii Europejskiej zmierza do ustanowienia odsetka osób starych w zakładach opieki długoterminowej na poziomie między 5% a 7%⁴⁴².

⁴⁴⁰ S. Jacobzone, E. Cambois, J.M. Robine, poz. cyt., s. 161.

⁴⁴¹ H. Theobald, poz. cyt., s. 34.

⁴⁴² T. Kröger, poz. cyt., s. 13.

W Polsce sieć placówek opiekuńczych dla ludzi starych jest stosunkowo słabo rozbudowana i nie zaspokaja w należytych stopniu potrzeb społeczeństwa⁴⁴³. L. Frąckiewicz uważa, że *pomoc społeczna dla niesprawnych osób starszych realizowana w formie zakładowej napotyka już obecnie na poważne ograniczenia wynikające z niedostatku domów pomocy społecznej, nie mówiąc już o ich standardzie. Wprawdzie liczba domów dla ludzi starych wzrosła (...), ale coraz szybciej rosnące potrzeby są w niewielkim stopniu zaspokajane*⁴⁴⁴.

⁴⁴³ Por. Z. Szarota, *Wielofunkcyjna działalność domów pomocy społecznej dla osób starszych*, Wydawnictwo Naukowe WSP, Kraków 1998, s. 134.

⁴⁴⁴ L. Frąckiewicz, *Demograficzne uwarunkowania polityki społecznej*, [w:] P. Błędowski (red.), *Między...*, poz. cyt., s. 33.

5. Stacjonarna opieka społeczna nad ludźmi starymi w Polsce

5.1. Uwarunkowania prawne funkcjonowania stacjonarnej opieki społecznej w Polsce

Stacjonarną (instytucjonalną, zakładową, zamkniętą) opiekę społeczną tworzą placówki, będące jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej, które całodobowo świadczą usługi opiekuńcze i bytowe. Do tych placówek zalicza się: domy pomocy społecznej; placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub w podeszłym wieku; rodzinne domy pomocy; ośrodki wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi prowadzące miejsca całodobowe okresowego pobytu; domy dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży; noclegownie oraz schroniska dla bezdomnych. Ich beneficjentami są osoby, które z powodu trudnej sytuacji życiowej, podeszłego wieku, choroby lub niepełnosprawności nie mogą samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu.

Obecnie obszar stacjonarnej opieki społecznej regulowany jest ustawą o pomocy społecznej z 12 marca 2004 roku⁴⁴⁵ (u.p.s.).

Ustawa o pomocy społecznej uwzględnia trzy rodzaje placówek całodobowo świadczących usługi opiekuńcze niesamodzielnym osobom starym, które w niniejszej pracy od tej pory nazywane będą ogólnie „placówkami”. Są to:

- a) domy pomocy społecznej;
- b) placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku (PCHNS);
- c) rodzinne domy pomocy (RDP).

Wszystkie placówki działające w obszarze stacjonarnej opieki społecznej nad ludźmi starymi muszą uzyskać odpowiednie zezwolenie oraz zarejestrować się jako dom pomocy społecznej, rodzinny dom pomocy (RDP) lub placówka zapewniająca całodobową opiekę (PCHNS). Niezastosowanie się do tego zalecenia oznacza, że placówka działa nielegalnie, za co grozi kara pieniężna w wysokości 10 000 PLN⁴⁴⁶. Nakaz rejestracji wiąże się z koniecznością spełnienia standardów i poddania się kontroli. Ma to na celu likwidację nadużyć i wynaturzeń godzących w godność beneficjentów tej formy pomocy. Całodobowe udzielanie usług opiekuńczych ludziom niesamodzielnym jest specyficzną działalnością, która musi być monitorowana przez niezależne ośrodki.

⁴⁴⁵ Dz. U. Nr 64, poz. 593, z późn. zm.

⁴⁴⁶ U.p.s., art. 130, ust. 2.

Ad a. Domy pomocy społecznej dla ludzi w podeszłym wieku

Domy pomocy społecznej to placówki charakteryzujące się dużą różnorodnością w zakresie profilu działania i świadczonych usług. W zależności od tego, dla kogo są przeznaczone, dzielą się na domy dla⁴⁴⁷:

- osób w podeszłym wieku,
- osób przewlekle somatycznie chorych,
- osób przewlekle psychicznie chorych,
- dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie,
- dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie,
- osób niepełnosprawnych fizycznie.

Domy pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku powinny świadczyć, na poziomie standardu określonego w rozporządzeniu ministra⁴⁴⁸, następujące usługi:

- opiekuńcze (udzielanie pomocy w podstawowych czynnościach życiowych i załatwianiu spraw osobistych, podstawowa pielęgnacja),
- bytowe (zapewnienie miejsca zamieszkania, wyżywienia, odzieży i obuwia, utrzymanie czystości),
- wspomagające (polegające na umożliwieniu udziału w terapii zajęciowej; podnoszeniu sprawności i aktywizowaniu mieszkańców; umożliwieniu zaspokojenia potrzeb religijnych i kulturalnych; zapewnieniu warunków do rozwoju samorządności mieszkańców; stymulowaniu nawiązywania, utrzymywania i rozwijania kontaktu z rodziną i społecznością lokalną; działaniu zmierzającym do usamodzielnienia mieszkańca domu, w miarę jego możliwości; zapewnieniu bezpiecznego przechowywania środków pieniężnych i przedmiotów wartościowych; zapewnieniu przestrzegania praw mieszkańców domu oraz dostępności do informacji o tych prawach; sprawnym wnoszeniu i załatwianiu skarg i wniosków mieszkańców).

Do domów pomocy społecznej kierowane są osoby, którym nie można zorganizować usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania lub w ośrodku wsparcia, a ich stan zdrowia nie wymaga zapewnienia wzmożonej opieki medycznej⁴⁴⁹ świadczonej w placówkach podlegających pod resort ochrony zdrowia i finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

⁴⁴⁷ U.p.s., art. 56.

⁴⁴⁸ Rozporządzenie ministra polityki społecznej z 19 października 2005 r. w sprawie domów pomocy społecznej, Dz. U. z 31 października 2005 r., Nr 217, poz. 1837.

⁴⁴⁹ U.p.s., art. 54, ust. 3.

Organizacja domów pomocy społecznej powinna uwzględniać w szczególności wolność, intymność, godność i poczucie bezpieczeństwa jego mieszkańców⁴⁵⁰. Zakres i forma świadczonych usług powinny uwzględniać stopień sprawności fizycznej i psychicznej osób niesamodzielnych tak, aby odpowiadały ich indywidualnym potrzebom⁴⁵¹. W tym celu zespół terapeutyczno-opiekuńczy wraz z mieszkańcami domu opracowują i realizują indywidualne plany wsparcia, które koordynowane są przez tzw. pracowników pierwszego kontaktu.

Pobyt w domu pomocy społecznej jest odpłatny do wysokości średniego miesięcznego kosztu utrzymania, który ustala wójt/burmistrz/prezydent (w placówce o zasięgu gminnym), starosta (w placówce o zasięgu powiatowym) lub marszałek województwa (w placówce o zasięgu regionalnym)⁴⁵².

Osoby, które zostały umieszczone w domach pomocy społecznej na podstawie decyzji właściwych organów sprzed 1 stycznia 2001 r. ponoszą opłatę na „starych” zasadach regulowanych przez ustawę o pomocy społecznej z 1990 r. Osoby te są zobowiązane do ponoszenia kosztów w wysokości 200% najniższej emerytury, ale nie wyższych niż 70% swego dochodu. Pozostała część kosztów pobytu w domu pomocy społecznej pokrywana jest z budżetu państwa. W 2004 r. metoda finansowania świadczeń została zmieniona.

„Nowe” zasady zobowiązują do wnoszenia opłaty za pobyt w domu pomocy społecznej w pierwszej kolejności mieszkańca tegoż domu (jednak nie więcej niż 70% jego dochodu); w drugiej kolejności członków jego rodziny- małżonek oraz zstępni przed wstępnymi (wysokość opłat określa umowa z kierownikiem ośrodka pomocy społecznej); ostatnim płatnikiem, pokrywającym różnicę między średnim kosztem utrzymania a dokonanymi opłatami, jest gmina, z której niesamodzielna osoba stara została skierowana do placówki⁴⁵³.

Zmianę zasady odpłatności za pobyt w domu pomocy społecznej, chociaż była ona konieczna, ocenić należy krytycznie. Obecny system finansowania budzi wiele niejasności i jest powodem licznych sporów na linii mieszkańiec – rodzina – gmina. Podstawowym problemem wydaje się być brak racjonalnego wykorzystania zasobów materialnych beneficjenta opieki.

Założmy, że osoba stara jest właścicielem nieruchomości o dużej wartości i gospodaruje samodzielnie. Z powodu pogłębiającej się zależności funkcjonalnej i braku wsparcia ze strony rodziny decyduje się ona na zamieszkanie w dom pomocy społecznej. Świadczenia emerytalno-rentowe, w połączeniu z dochodami ze sprzedaży lub wynajmu nieruchomości,

⁴⁵⁰ U.p.s., art. 55, ust. 2.

⁴⁵¹ U.p.s., art. 55, ust. 1 i 2.

⁴⁵² U.p.s., art. 60.

⁴⁵³ U.p.s., art. 61.

mogą umożliwić opłacanie w całości pobytu w placówce. Osoba ta nie jest jednak zobligowana do racjonalnego wykorzystania swoich zasobów (aktywów) materialnych. Może więc dochodzić do sytuacji, że członkowie rodziny lub gmina współfinansują pobyt w placówce poniekąd bezzasadnie, gdyż osoba stara może go opłacać we własnym zakresie.

Problemem jest także fakt, że zgodnie z ustawą o pomocy społecznej, opłaty mieszkańca za pobyt w domu pomocy społecznej nie mogą przekraczać 70% jego dochodów⁴⁵⁴. Uniemożliwione jest zatem przeznaczenie większej części na opłatę pobytu w placówce. Osoba stara nie może suwerennie dysponować swoim dochodem i decydować o wysokości ponoszonych opłat.

Kolejnym problemem jest to, że członek rodziny dobrowolnie deklarujący chęć partycypowania w kosztach pobytu osoby starej w domu pomocy społecznej, w pierwszej kolejności musi poddać się rodzinnemu wywiadowi środowiskowemu⁴⁵⁵. Jeśli jednak nie chce on ujawniać swoich dochodów, to nie może w tych kosztach partycypować. Wydaje się, że jest to przejaw mnożenia biurokratycznych procedur, które uniemożliwiają człowiekowi suwerennie rozporządzać własnym majątkiem.

Wiele kontrowersji (przy określaniu odpłatności za pobyt w domu pomocy społecznej) rodzi obowiązek alimentacyjny rodziny wobec swoich najstarszych członków. Według ustawy o pomocy społecznej za pobyt osoby starej w domu pomocy społecznej zobowiązany jest płacić w pierwszej kolejności małżonek, a następnie zstępni przed wstępnymi⁴⁵⁶. Ustawa nie precyzuje jednak, do którego pokolenia stosuje się obowiązek alimentacyjny. Można sobie wyobrazić sytuację, że w społeczeństwie, w którym proces demograficznego starzenia jest mocno zaawansowany, jeden wnuk będzie odpowiedzialny finansowo za czwórkę niesamodzielną dziadków i dwójkę rodziców, lub (co nie jest niemożliwe) jeden prawnuk za ósemkę niesamodzielną pradziadków, czwórkę dziadków i dwójkę rodziców.

Nierozwiązany pozostaje ponadto szereg kwestii natury proceduralnej. Zastanawiające jest to, jak przebiegać będzie proces alimentacyjny wobec członków rodziny przebywających poza granicami gminy, powiatu, województwa, czy też (przede wszystkim) państwa. Ponadto wysokość opłat członków rodziny określa umowa zawarta z kierownikiem ośrodka pomocy społecznej⁴⁵⁷, jednak pracownicy socjalni nie mają możliwości ich „przymuszania” do osiągnięcia konsensusu w tym zakresie (umowa jest zgodnym porozumieniem dwóch stron).

⁴⁵⁴ U.p.s., art. 61, ust. 2, punkt 1.

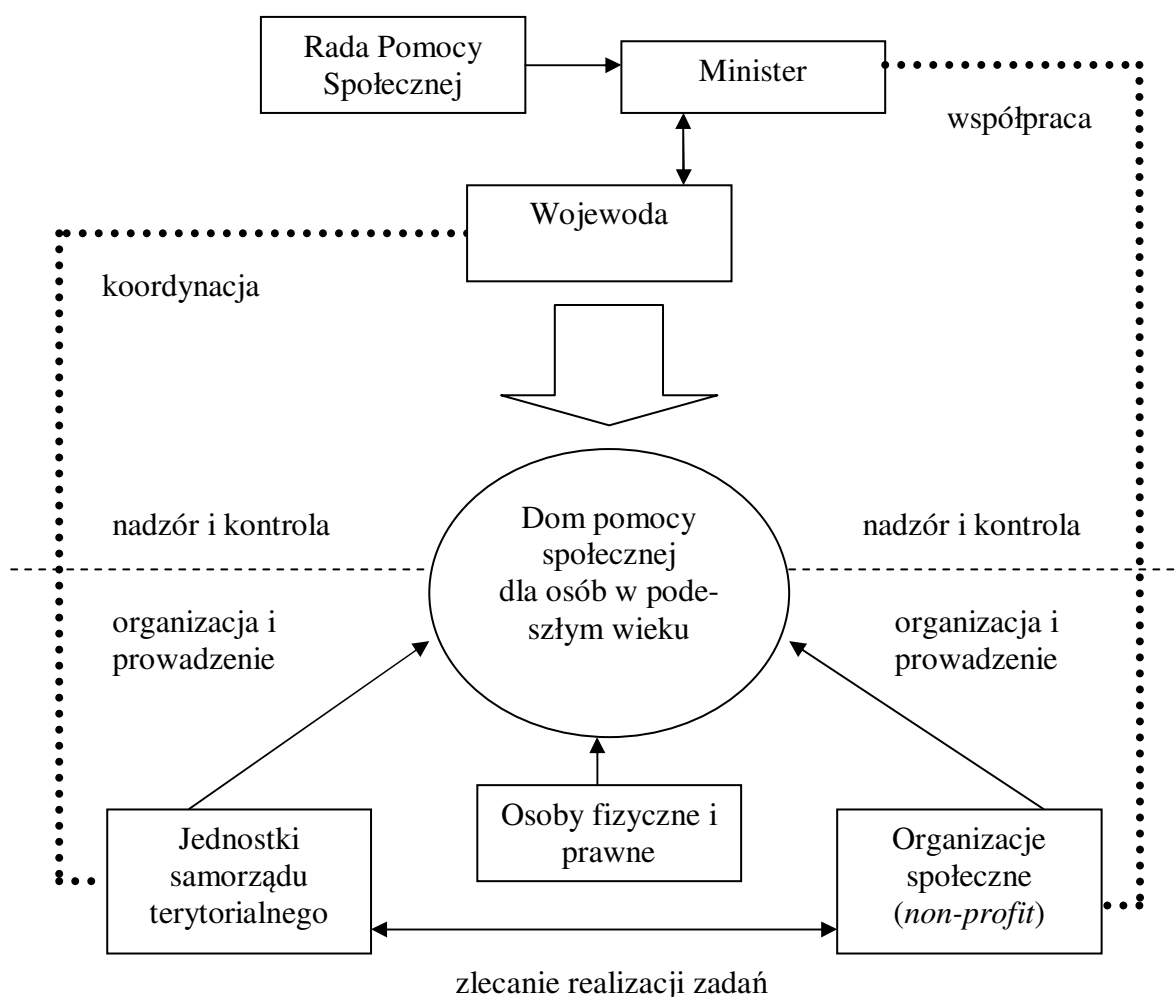
⁴⁵⁵ Wywiad ten ma na celu ustalenie sytuacji osobistej, rodzinnej, dochodowej i majątkowej. U.p.s., art. 107, ust. 1.

⁴⁵⁶ U.p.s., art. 61, ust. 2, punkt 2.

⁴⁵⁷ U.p.s., art. 103, ust. 2.

Wiele podmiotów zaangażowanych jest w organizację działalności domów pomocy społecznej (rysunek 35). Organy administracji rządowej wyznaczają cele długoterminowe, tworzą ramy prawne oraz warunki do prawidłowego funkcjonowania i rozwoju domów pomocy społecznej. Poprzez nadzór i system kar egzekwują realizację ustalonych norm. W bezpośrednie prowadzenie domów pomocy społecznej zaangażowane są jednostki samorządu terytorialnego oraz podmioty niepubliczne.

Rysunek 35. Podmioty odpowiedzialne za funkcjonowanie domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku w Polsce



Źródło: opracowanie własne na podstawie ustawy o pomocy społecznej z 12 marca 2004 r.

Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego (obecnie Minister Pracy i Polityki Społecznej) wyznacza cele strategiczne (tworzy koncepcje i określa kierunki rozwoju, inspiruje i kreuje). Odpowiedzialny jest za współdziałanie z organizacjami pozarządowymi

mi⁴⁵⁸. W drodze rozporządzenia wykonawczego określa standard obowiązujących w domach pomocy społecznej usług⁴⁵⁹. Przy ministrze działa Rada Pomocy Społecznej, która jest organem opiniodawczo-doradczym⁴⁶⁰.

Do kompetencji wojewody, jako terenowego organu administracji rządowej, należy przede wszystkim kontrola jakości usług świadczonych w domach pomocy społecznej, dla których minister wyznaczył standardy⁴⁶¹. Kontrole domów pomocy społecznej prowadzone są w oparciu o roczny plan kontroli ustalany przez inspektorów wydziałów polityki społecznej urzędów wojewódzkich. Mogą one być kompleksowe, problemowe, doraźne i sprawdzające. Kontrole obejmują: zakres i jakość świadczonych usług, przestrzeganie praw mieszkańców, współdziałanie pracowników z rodziną mieszkańca, kwalifikacje pracowników, sposób załatwiania skarg i wniosków⁴⁶². Do zadań wojewody należy ponadto monitorowanie programów naprawczych, wydawanie i cofanie zezwoleń lub zezwoleń warunkowych na prowadzenie domów pomocy społecznej, prowadzenie rejestru domów pomocy społecznej (który do 30 czerwca każdego roku ogłoszony jest w wojewódzkim dzienniku urzędowym).

W bezpośrednie prowadzenie domów pomocy społecznej zaangażowane są:

1. Podmioty publiczne:

- jednostki samorządu terytorialnego,

2. Podmioty niepubliczne:

- organizacje społeczne w ramach działalności statutowej,

- osoby fizyczne i prawne w ramach działalności gospodarczej.

Różnorodność form własności domów pomocy społecznej powoduje zróżnicowanie problemów ich funkcjonowania.

Ad 1. Do zadań własnych gminy należy prowadzenie i zapewnienie miejsc w domach pomocy społecznej o zasięgu gminnym⁴⁶³. Gmina ponadto kieruje do domów pomocy społecznej osoby wymagające opieki oraz zobowiązana jest do partycypowania w kosztach ich pobytu⁴⁶⁴. Do zadań własnych powiatu należy prowadzenie i rozwój infrastruktury domów pomocy społecznej o zasięgu ponadgminnym oraz umieszczanie w nich skierowanych przez

⁴⁵⁸ U.p.s., art. 23.

⁴⁵⁹ U.p.s., art. 24.

⁴⁶⁰ U.p.s., art. 124.

⁴⁶¹ U.p.s., art. 22.

⁴⁶² Rozporządzenie ministra polityki społecznej z dnia 23 marca 2005 r. w sprawie nadzoru i kontroli w pomocy społecznej, Dz. U. z dnia 15 kwietnia 2005 r., Nr 61, poz. 543.

⁴⁶³ U.p.s., art. 17, ust. 2.

⁴⁶⁴ U.p.s., art. 61.

gminę osób⁴⁶⁵. Z kolei do zadań samorządu województwa należy organizowanie i prowadzenie regionalnych (ponadpowiatowych) domów pomocy społecznej⁴⁶⁶.

Ad 2. Podmioty prowadzące domy pomocy społecznej dla ludzi w podeszłym wieku w ramach działalności statutowej lub gospodarczej wspomagają, uzupełniają lub zastępują jednostki publiczne. Organizacje społeczne (non-profit, trzeciego sektora), czyli organizacje kościelne, związki wyznaniowe, fundacje, stowarzyszenia, działają w celu niesienia bezinteresownej pomocy potrzebującym (zasada wyłączności i altruizmu). Ich działalność jest silnie zakorzeniona w tradycji polskiej opieki i pomocy społecznej. Podmioty te dysponują zasobami finansowymi i możliwościami pozyskiwania funduszy niedostępnymi dla jednostek samorządu terytorialnego. Ich atutem jest także bardzo dobre rozeznanie w potrzebach społecznych, mała biurokracja i duża efektywność⁴⁶⁷. Ustawa o pomocy społecznej z 12 marca 2004 r. dała możliwość tworzenia domów pomocy społecznej także osobom fizycznym i prawnym świadczącym usługi na zasadach komercyjnych w ramach działalności gospodarczej⁴⁶⁸.

Organizacje społeczne są podmiotami uprawnionymi do prowadzenia domów pomocy społecznej na zlecenie organów administracji samorządowej. Oznacza to, że do tych placówek osoby stare są skierowywane przez gminę, a ich pobyt może być opłacany ze środków publicznych⁴⁶⁹. Z kolei do domów pomocy społecznej prowadzonych przez podmioty gospodarcze (przedsiębiorców) osoby starsze mogą być skierowywane przez gminę, ale tylko w przypadku braku miejsc w publicznych domach pomocy społecznej oraz tych działających na zlecenie. W tym przypadku warunki pobytu określa umowa zawarta między gminą a podmiotem prowadzącym dom⁴⁷⁰.

W odniesieniu do domów pomocy społecznej prowadzonych przez podmioty niepubliczne i nie działających na zlecenie organu jednostki samorządu terytorialnego nie stosuje się zasad obowiązujących przy wydawaniu skierowań oraz ustalaniu odpłatności za pobyt, które obowiązują w placówkach publicznych oraz niepublicznych działających na zlecenie.

Zapoczątkowana w 1999 r. reforma opieki zdrowotnej (wprowadzenie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym) rozpoczęła „odmedycznianie” pomocy społecznej. Zobowiązanie domów pomocy społecznej do zaspokajania niezbędnych potrzeb zdrowotnych mieszkańców domu, zastąpiono zobowiązaniem do umożliwienia mieszkańcom korzystania ze świadczeń przysługujących im z tytułu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. W

⁴⁶⁵ U.p.s., art. 19.

⁴⁶⁶ U.p.s., art. 21, ust. 5.

⁴⁶⁷ I. Sierpowska, poz. cyt., s. 100.

⁴⁶⁸ U.p.s., art. 57.

⁴⁶⁹ U.p.s., art. 25.

⁴⁷⁰ U.p.s., art. 65.

związku z tym, z placówek pomocy społecznej relegowani zostali lekarze, a pielęgniarki zastąpione zostały opiekunkami. Od tego czasu mieszkańcy domów pomocy społecznej korzystają z usług zdrowotnych na takich samych zasadach jak osoby żyjące w warunkach domowych. Jeżeli stan zdrowia mieszkańca wymaga całodobowej opieki medycznej, wówczas kierowany jest on do placówki medycznej takiej jak zakład opiekuńczo-leczniczy lub placówka pielęgnacyjno-opiekuńcza. Placówki stacjonarnej opieki społecznej mają możliwość świadczenia usług pielęgnacyjnych, ale jedynie w zakresie ponadstandardowym, który nie jest objęty ustawą o świadczeniach zdrowotnych⁴⁷¹.

Konfrontacja obowiązujących przepisów z rzeczywistością obnaża słabe strony takiego rozwiązania. Sędziwi mieszkańcy domów pomocy społecznej są zwykle osobami schorowanymi, które wymagają usług świadczonych przez profesjonalne pielęgniarki (podawanie leków, robienie zastrzyków, zmienianie opatrunków). Pielęgniarki rodzinne zatrudnione w zakładach opieki zdrowotnej zajmują się zwykle bardzo liczną grupą pacjentów, ponadto nie mają one obowiązku nocnych wyjazdów do potrzebujących, przez co nie są w stanie na bieżąco zajmować się mieszkańcami domów pomocy społecznej w należyty sposób. Koncepcja przenoszenia chorych mieszkańców do zakładów opiekuńczo-leczniczych lub zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych raczej nie jest realna z powodu długiego okresu oczekiwania na umieszczenie w nich. W tej sytuacji personel pielęgniarski zatrudniony w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej jest albo przemianowywany na opiekunki z zachowaniem dotychczasowych kompetencji, lecz z utratą uprawnień zawodowych, albo jest pozostawiany i traktowany jako element podwyższający poziom usług świadczonych przez placówkę⁴⁷².

Z powyższych stwierdzeń wynika, że brak tytułu prawnego do świadczenia przez domy pomocy społecznej usług zdrowotnych finansowanych z Narodowego Funduszu Zdrowia godzi w interesy mieszkańców tych placówek. Teoretycznie (w skrajnych przypadkach) może dojść do sytuacji, że trzy razy ponoszą oni opłaty za usługi pielęgnacyjne: po pierwsze w składkach na powszechne ubezpieczenie zdrowotne pobieranych od dochodu, po drugie w opłacie za pobyt w domu pomocy społecznej, który zatrudnia i opłaca pielęgniarkę, po trzecie w indywidualnych (dodatkowych) umowach zawieranych z pielęgniarkami zatrudnionymi w domu pomocy społecznej.

Nieuregulowane relacje między pomocą społeczną oraz ochroną zdrowia są niezwykle kłopotliwe dla samych pielęgniarek zatrudnionych w domach pomocy społecznej. Ich pensje

⁴⁷¹ U.p.s., art. 58, ust. 4.

⁴⁷² Wypowiedzi uczestników IX Międzynarodowej Konferencji Opieki Długoterminowej: *Solidarność między-pokoleniowa. Organizacja opieki długoterminowej*, 19-21.09.2006, Toruń.

nie są finansowane z Narodowego Funduszu Zdrowia i dlatego omijają je kolejne podwyżki ustanawiane przez resort zdrowia. Warto w tym miejscu przypomnieć stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego mówiące, że niezmiernie ważna *jest współpraca pomiędzy podstawową placówką służby zdrowia (przychodnia zdrowia, ośrodek zdrowia) i podstawową placówką pomocy społecznej (ośrodek pomocy społecznej). Pracownicy obu tych placówek powinni zdawać sobie sprawę z nieodzowności stałej wymiany informacji i występowania z inicjatywami wzajemnych świadczeń. Odrębne źródło finansowania nie powinno stanowić przeszkody we współpracy, lecz przeciwnie, stwarzać lepsze zabezpieczenie działalności opiekuńczej*⁴⁷³.

Ad b. Placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku (PCHNS)

Funkcjonowanie placówek zapewniających całodobową opiekę (PCHNS) uregulowane zostało w ustawie o pomocy społecznej z 12 marca 2004 roku. Nie jest to jednak nowa forma opieki stacjonarnej. Ustawa jedynie formalnie określiła status i formę wcześniej działających ośrodków opiekuńczych, pensjonatów dla osób starych, domów opieki emerytów i rencistów, zakładów rekonwalescencyjnych i innych jednostek funkcjonujących dotychczas na podstawie ustawy o swobodzie działalności gospodarczej. Obecnie prowadzenie każdej tego typu placówki wymaga zezwolenia wojewody⁴⁷⁴, który prowadzi ich rejestr⁴⁷⁵, a także przeprowadza kontrole w zakresie standardów świadczonych usług i przestrzegania praw pensjonariuszy⁴⁷⁶.

Placówki całodobowej opieki (PCHNS) prowadzone są przez podmioty niepubliczne (komercyjne i społeczne) w ramach działalności gospodarczej lub statutowej⁴⁷⁷. Jest to jedna z głównych cech odróżniających je od domów pomocy społecznej, których podmiotem prowadzącym mogły być, poza wymienionymi, także jednostki samorządu terytorialnego.

Placówki świadczą przez całą dobę usługi opiekuńcze (zapewniające udzielanie pomocy w podstawowych czynnościach życiowych; pielęgnację, w tym pielęgnację w czasie choroby; opiekę higieniczną; niezbędną pomoc w załatwieniu spraw osobistych; kontakt z otoczeniem) oraz bytowe (zapewniające miejsce pobytu; wyżywienie; utrzymanie czystości)

⁴⁷³ W. Pędich, *Udział...*, poz. cyt., s. 544.

⁴⁷⁴ U.p.s., art. 67, ust. 1.

⁴⁷⁵ U.p.s., art. 67, ust. 3.

⁴⁷⁶ U.p.s., art. 22, ust. 10.

⁴⁷⁷ U.p.s., art. 67 i 69.

na poziomie standardu określonego przez ustawę o pomocy społecznej⁴⁷⁸. Sposób świadczenia usług powinien uwzględniać stan zdrowia, sprawność fizyczną i intelektualną oraz indywidualne potrzeby i możliwości osoby przebywającej w placówce. Powinien także gwarantować zachowanie praw człowieka, w szczególności prawa do godności, wolności, intymności i poczucia bezpieczeństwa⁴⁷⁹.

Częste są opinie, jakoby placówki zapewniające całodobową opiekę (PCHNS) funkcjonowały poza obszarem pomocy społecznej⁴⁸⁰. Uzasadnia się to tym, że działają one na zasadach wolnorynkowych. Taka argumentacja jest prawdopodobnie efektem kojarzenia pomocy społecznej wyłącznie ze świadczeniami dostarczonymi i finansowanymi przez państwo, dostęp do których ściśle uzależniony jest od kryterium dochodowego.

Obecnie w Polsce coraz wyraźniej zarysowuje się tendencja polegająca na tym, że państwo realizuje pomoc społeczną wobec ludzi starych przy użyciu „rąk” podmiotów niepublicznych, wykorzystując do tego „majątek” tychże osób lub członków ich rodzin. Wobec tego pomoc społeczna nie jest określona ani przez podmiot świadczący usługi, ani przez źródło finansowania tych usług. Obszar pomocy społecznej regulowany jest ustawą o pomocy społecznej, a zatem jego granice wyznacza właśnie ten akt prawny.

Opinia, jakoby placówki całodobowej opieki (PCHNS) funkcjonowały poza obszarem pomocy społecznej, jest niesłuszna. Można to uzasadnić na przykład tak:

- założmy, że w jednej gminie funkcjonuje dom pomocy społecznej oraz placówka zapewniająca całodobową opiekę (PCHNS). Koszt pobytu w obu tych placówkach jest taki sam. Obie placówki świadczą te same usługi, których jakość jest taka sama. W obu placówkach mieszkańcy oraz członkowie ich rodzin opłacają pobyt w pełnej wysokości. Sytuacja mieszkańców domu pomocy społecznej oraz placówki zapewniającej całodobową opiekę (PCHNS) jest identyczna, dlatego nie ma podstaw twierdzić, że jedni z nich korzystają z pomocy społecznej, a inni nie;

lub

⁴⁷⁸ U.p.s., art. 68, ust. 3, 4, 5 i 6.

⁴⁷⁹ U.p.s., art. 68, ust. 3.

⁴⁸⁰ Dla przykładu komunikat *Co każdy powinien wiedzieć o „domach seniorów”*, który został zamieszczony na stronach internetowych Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej stwierdza, że *w obecnym stanie prawnym różniamy dwie kategorie placówek całodobowego wsparcia dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji: - domy pomocy społecznej, funkcjonujące w systemie pomocy społecznej, prowadzone przez samorządy terytorialne lub na ich zlecenie przez inne podmioty niepubliczne (...), - placówki całodobowego wsparcia działające w oparciu o przepisy o działalności gospodarczej, a więc poza systemem pomocy społecznej. Placówki te są prowadzone przez osoby prywatne, funkcjonują na zasadach wolnorynkowych, a więc osoba lub rodzina zawiera z podmiotem prowadzącym dwustronną umowę cywilno-prawną na zapewnienie określonych usług.* www.mpips.gov.pl/index.php?gid=339&news_id=941 (4.12.2008).

- założmy, że w domu pomocy społecznej, którego podmiotem prowadzącym jest jednostka samorządu terytorialnego, przebywają osoby ponoszące pełną odpłatność za swój pobyt. Są oni objęci pomocą społeczną. Zmienia się jednak podmiot prowadzący tę placówkę i właścicielem zostaje przedsiębiorca, który przemianowuje dom pomocy społecznej na placówkę zapewniającą całodobową opiekę (PCHNS). W placówce, poza podmiotem prowadzącym, nic więcej się nie zmienia. Mieszkańcy otrzymują te same świadczenia, za które ponoszą taką samą odpłatność. Zgodnie jednak z tezą, że placówki całodobowej opieki (PCHNS) funkcjonują poza obszarem pomocy społecznej, należałoby stwierdzić również, że ich mieszkańcy przestali być objęci pomocą społeczną. Wraz ze zmianą właściciela placówki zostali oni wykluczeni z systemu pomocy społecznej. Takie stwierdzenie jest oczywiście bezpodstawne i nieuzasadnione.

Funkcjonowanie placówek zapewniających całodobową opiekę (PCHNS) jest przykładem prywatyzacji zadań publicznych z obszaru pomocy społecznej. Placówki te, pomimo że działają komercyjnie, podlegają regulacjom ustawy o pomocy społecznej, muszą spełnić szereg wymogów rejestracyjnych i poddać się kontroli ze strony organów administracji publicznej- są więc integralnym elementem pomocy społecznej.

Autor niniejszej pracy wychodzi z założenia, że pomoc społeczna i opieka medyczna są dwiema stronami tej samej monety, którą jest opieka długoterminowa. W tym rozumieniu domeną pomocy społecznej jest świadczenie usług opiekuńczych, a opieki medycznej- pielęgnacja i leczenie. Zgodnie z tym założeniem do obszaru pomocy społecznej kwalifikują się instytucje wyróżnione ze względu na rodzaj działalności, a nie formę własności czy sposób finansowania. W tym ujęciu można wyróżnić państwową pomoc społeczną, która finansowana jest z budżetów publicznych, oraz pomoc społeczną ogółem, gdzie podmioty realizują ściśle określony cel.

Ponadto diagnozując sektor (rozumiany tutaj jako grupa organizacji świadczących usługi będące substytutami) stacjonarnej opieki społecznej niezbędne jest uwzględnienie wszystkich placówek w nim działających. Wykluczenie części z nich powoduje, że diagnoza jest niepełna.

Niezwykle trudno jest wskazać zasadnicze różnice między domami pomocy społecznej a placówkami zapewniającymi całodobową opiekę (PCHNS). Zadania wypełniane przez oba rodzaje placówek są bardzo do siebie zbliżone, podobne są też standardy, które muszą spełniać. Podział taki można więc uznać za sztuczny i niezrozumiały.

Ad c. Rodzinne domy pomocy (RDP)

Rodzinne domy pomocy wprowadzone zostały w 2004 roku ustawą o pomocy społecznej, jest to więc stosunkowo nowa forma stacjonarnej opieki społecznej. Oferta tego typu placówek skierowana jest wyłącznie do niesamodzielnych osób w podeszłym wieku, którym nie można zapewnić usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania⁴⁸¹.

Rodzinne domy pomocy świadczą przez całą dobę usługi opiekuńcze (zapewniające udzielanie pomocy w podstawowych czynnościach życiowych; pielęgnację, w tym pielęgnację w czasie choroby; opiekę higieniczną; niezbędną pomoc w załatwianiu spraw osobistych; kontakt z otoczeniem, organizację czasu wolnego, pomoc w zakupie odzieży i obuwia oraz niezbędnych artykułów osobistego użytku) oraz bytowe (zapewniające miejsce pobytu; wyżywienie; utrzymanie czystości) na poziomie standardu określonego w rozporządzeniu ministra⁴⁸². Sposób świadczenia usług w tych placówkach, tak jak i we wszystkich innych placówkach stacjonarnej opieki społecznej, powinien uwzględniać stan zdrowia, sprawność fizyczną i intelektualną oraz indywidualne potrzeby i możliwości osoby przebywającej w placówce. Powinien także gwarantować zachowanie praw człowieka, w szczególności prawa do godności, wolności, intymności i poczucia bezpieczeństwa.

Usługi opiekuńcze i bytowe świadczone są przez osobę w jej miejscu zamieszkania dla nie mniej niż trzech i nie więcej niż ośmiu osób⁴⁸³. Ustawa nie precyzuje kto ma być podmiotem prowadzącym rodzinne domy pomocy. Idea świadczenia usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania świadczeniodawcy sugeruje jednak, że prowadzone mają być one w głównej mierze przez rodziny, lub ewentualnie pojedyncze osoby, posiadające duże, niewykorzystane domy i doświadczenie w świadczeniu usług opiekuńczych osobom starszym. Osoby lub rodziny zgłaszające gotowość prowadzenia rodzinnych domów pomocy zawierają z gminą porozumienie, na mocy którego określone zostają obowiązki obu stron.

Do rodzinnych domów pomocy osoby stare kierowane są na pobyt stały lub okresowy, a decyzję w sprawie skierowania wydaje kierownik ośrodka pomocy społecznej. Pobyt w rodzinnym domu pomocy jest odpłatny w wysokości odpowiadającej poniesionym miesięcznym wydatkom ustalonym w umowie. Zasady finansowania pobytu w rodzinnym domu pomocy są takie same jak w domu pomocy społecznej. W ramach bezpośredniego nadzoru kierownik ośrodka pomocy społecznej, w imieniu i z upoważnienia wójta, burmistrza lub prezydenta miasta przeprowadza kontrolę w rodzinnym domu pomocy co najmniej raz na kwartał.

⁴⁸¹ U.p.s., art. 52, ust. 1.

⁴⁸² Rozporządzenie ministra polityki społecznej z 28 lipca 2005 r. w sprawie rodzinnych domów pomocy, Dz. U. z 12 sierpnia 2005 r., Nr 153, poz. 1276.

⁴⁸³ U.p.s., art. 52, ust. 2.

Rodzinne domy pomocy znacznie wzbogacają ofertę stacjonarnej opieki społecznej. Taka forma opieki wzorowana jest na rodzinnej opiece zastępczej nad dzieckiem i stanowi ciekawą alternatywę szczególnie dla dużych placówek opiekuńczych. Wynika to między innymi z tego, że rodzinne domy pomocy pozbawione są lub znacznie minimalizują negatywne cechy instytucji totalnych, które charakterystyczne są dla domów pomocy społecznej. Mniejsza liczba mieszkańców zapewnia mniejszą anonimowość, a tym samym większą indywidualizację świadczeń. Ponadto niezwykle istotna jest możliwość adaptacji osoby starszej w nowej rodzinie, co może zwiększać poczucie bezpieczeństwa, sensu egzystencji, a także niwelować poczucie odrzucenia. Rodzinne domy pomocy umożliwiają tworzenie kameralnych placówek opiekuńczych na przykład w gospodarstwach agroturystycznych⁴⁸⁴.

Z drugiej jednak strony wiele cech rodzinnych domów pomocy może negatywnie wpływać na jakość świadczonej w nich pomocy. Wątpliwość może budzić na przykład brak profesjonalnego przygotowania świadczeniodawców do pielęgnacji w czasie choroby (robienia zastrzyków, zmieniania opatrunków). Niepokojący może być również stosunkowo niski poziom kontroli tych placówek (kontrole przeprowadzane przez kierowników ośrodków pomocy społecznej mogą okazać się mniej skuteczne, niż kontrole inspektorów urzędów wojewódzkich).

5.2. Stacjonarna opieka społeczna nad ludźmi starymi w Polsce- analiza statystyczna

Liczba placówek stacjonarnej opieki społecznej w Polsce systematycznie wzrasta. Na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego (tabela 16) wynika, że od czasu drugiej wojny światowej, czyli w okresie sześciu dekad (lata 1946-2006) liczba ta zwiększyła się prawie czterokrotnie. Zaznaczyć należy, że wzrost ten stał się szczególnie intensywny na początku lat 90. Jest to odpowiedź na zaniedbania i zaległości powstałe w tym obszarze w okresie Polski Ludowej, a także odzwierciedlenie dynamicznie wzrastającego, głównie wskutek intensywnie postępującego procesu demograficznego starzenia, zapotrzebowania na usługi tego typu placówek.

⁴⁸⁴ Por. program Agrodom Seniora zaproponowany przez Stowarzyszenie Domów Opieki. www.trybunaludu.pl/agrodom/index.php (25.05.2008).

Tabela 16. Placówki stacjonarnej opieki społecznej w Polsce w latach 1946-2006

Lata	Placówki bez oddziałów lub filii	Placówki z oddziałami lub filiami	Z tego:		Miejsca rzeczywiste*	Miejsca rzeczywiste na 10 tys. ludności	Placówki dla osób w podeszłym wieku** bez oddziałów lub filii	Placówki dla osób w podeszłym wieku** z oddziałami lub filiami	Miejsca w placówkach dla osób w podeszłym wieku*
			publiczne	niepubliczne					
1946	352	•	•	•	•	•	•	•	•
1950	403	•	•	•	25066	10	•	•	•
1955	326	•	•	•	28516	10,4	30	•	2520
1960	389	•	•	•	35322	11,6	42	•	3844
1965	414	•	•	•	40933	13	53	•	5067
1970	462***	•	•	•	47963***	14,8***	95	•	9127
1975	514	•	•	•	55886	16,4	91	•	8782
1980	541	•	•	•	60459	17	101	•	9431
1981	548	•	•	•	61093	17	102	•	9414
1982	565	•	•	•	62535	17,3	106	•	9678
1983	576	•	•	•	63530	17,4	108	•	9754
1984	582	•	•	•	64115	17,4	111	•	10055
1985	588	•	•	•	64269	17,2	110	•	9887
1986	591	•	•	•	65253	17,4	108	•	9691
1987	598	•	•	•	65776	17,4	103	•	9244
1988	599	•	•	•	66387	17,6	103	•	9264
1989	609	•	•	•	67439	17,7	106	•	9648
1990	629	•	•	•	68020	17,8	100	•	9110
1991	695	•	•	•	69701	18,2	128	•	10046
1992	712	738	•	•	71691	18,7	141	144	11259
1993	765	806	•	•	75383	19,6	149	155	11448
1994	811	851	•	•	78417	20,3	159	164	11844
1995	831	874	•	•	79898	20,7	157	164	12301
1996	872	921	•	•	81333	21	178	185	12945
1997	938	995	•	•	83488	21,6	190	199	13424
1998	960	1017	•	•	83692	21,6	201	211	13693
1999	904	962	•	•	78961	20,4	188	198	12902
2000	936	1005	792	213	81655	21,1	199	211	13566
2001	983	1068	785	283	86184	22,3	216	228	14764
2002	999	1111	789	322	88325	23,1	214	227	14682
2003	1099	1179	770	409	92762	24,3	257	270	16218
2004	1154	1240	760	480	96090	25,2	258	271	16178
2005	1196	1274	738	536	97515	25,6	280	289	16833
2006	1255	1335	742	593	99130	26	298	304	17652

*z oddziałami lub filiami

**do 1990 domy rencisty

***łącznie z domami opieki i internatami dla inwalidów

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 1992 r.*, GUS, Warszawa 1993, s. 97-98; *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 1993 r.*, GUS, Warszawa 1994, s. 87-88; *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 1994 r.*, GUS, Warszawa 1995, s. 86-87; *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 1995 r.*, GUS, Warszawa 1996, s. 93; *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 1997 r.*, GUS, Warszawa 1998, s. 97-98; *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 1998 r.*, GUS, Warszawa 1999, s. 75-76; *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2000 r.*, GUS, Warszawa 2001, s. 56-62; *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2001 r.*, GUS, Warszawa 2002, s. 57-65; *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2002 r.*, GUS, Warszawa 2003, s. 60-70; *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2003 r.*, GUS, Warszawa 2004, s. 62-71; *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2004 r.*, GUS, Warszawa 2005, s. 100-104; *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2005 r.*, GUS, Warszawa 2006, s. 111-115; *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2006 r.*, GUS, Warszawa 2007, s. 119-123; *Rocznik statystyczny ochrony zdrowia 1945-1967*, GUS, Warszawa 1969, s. 575; *Rocznik statystyczny 1983*, GUS, Warszawa 1983, s. 457; *Rocznik statystyczny 1987*, GUS, Warszawa 1987, s. 38, 504; *Rocznik statystyczny 1991*, GUS, Warszawa 1991, s. 467; *Rocznik statystyczny 1993*, GUS, Warszawa 1993, s. 470; *Rocznik statystyczny 1995*, GUS, Warszawa 1995, s. 273; *Rocznik statystyczny 1997*, GUS, Warszawa 1997, s. 264; *Rocznik statystyczny 1999*, GUS, Warszawa 1999, s. 293; *Rocznik statystyczny 2001*, GUS, Warszawa 2001, s. 280; *Rocznik statystyczny 2003*, GUS, Warszawa 2003, s. 302; *Rocznik statystyczny 2005*, GUS, Warszawa 2005, s. 391; *Rocznik statystyczny 2007*, GUS, Warszawa 2007, s. 393.

Obecny wzrost liczby placówek opiekuńczych jest zgodny z celami *Strategii Polityki Społecznej na lata 2007-2013*, która kładzie nacisk na promocję, rozwój i wspieranie opieki stacjonarnej⁴⁸⁵. Założenia te realizowane są mimo powszechnego uznania idei deinstytucjonalizacji pomocy społecznej.

Rozbudowa sektora stacjonarnej opieki społecznej w Polsce odbywa się zasadniczo przez wzrost liczby placówek niepublicznych prowadzonych w ramach działalności statutowej lub gospodarczej. W okresie od 2000 do 2006 roku ich udział w ogólnej liczbie wzrósł z 21% do 44%. Wzrostowi liczby placówek prywatnych towarzyszy spadek liczby placówek publicznych, co może sugerować, że przekształcana jest ich forma własności. Samorządy przekazują ich prowadzenie organizacjom społecznym, a także podmiotom komercyjnym. Dochodzi więc do prywatyzacji zadań stacjonarnej opieki społecznej.

Spośród wszystkich typów placówek stacjonarnej opieki społecznej najdynamiczniej rozwijają się te przeznaczone dla ludzi w podeszłym wieku. W ciągu ostatniego półwiecza ich liczba wzrosła ponad dziesięciokrotnie z 30 w 1955 r. (wówczas nazywanych domami rencistów) do 304 (w tym 6 filii) w 2006 r. W tym okresie liczba miejsc w tych placówkach zwiększyła się siedmiokrotnie z 2520 w 1955 r. do 17562 w 2006 r.

Poniższa analiza statystyczna poszczególnych typów placówek stacjonarnej opieki społecznej nad ludźmi starymi odnosi się do podziału zaprezentowanego w podrozdziale 5.1.

Ad a. Domy pomocy społecznej

Domy pomocy społecznej są najpowszechniejszym typem placówek stacjonarnej opieki społecznej w Polsce. Jednym ze źródeł informacji na temat ich stanu liczbowego jest sprawozdanie roczne Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej z udzielonych świadczeń pomocy społecznej MPiPS-03.

Z tabeli 17 wynika, że w 2007 roku w Polsce funkcjonowało 813 domów pomocy społecznej. Przekrojowy wykaz domów pomocy społecznej stworzony na podstawie sprawozdania MPiPS-03 jest niestety niepełny, gdyż uwzględnia tylko placówki finansowane ze środków publicznych (budżetów gmin lub powiatów). Pomija on zatem wszystkie domy pomocy społecznej prowadzone w ramach działalności gospodarczej oraz prowadzone przez organizacje pożytku publicznego, które nie działają na zlecenie jednostek samorządu terytorialnego.

Wszystkie placówki posiadające status domu pomocy społecznej ujęte są w rejestrach domów pomocy społecznej prowadzonych przez wojewodów. Rejestry te powinny zawierać

⁴⁸⁵ *Strategia polityki społecznej na lata 2007-2013*, poz. cyt., s. 35.

szczegółowe informacje, takie jak numer i data wpisu do rejestru, siedziba, adres, typ domu pomocy społecznej, liczba miejsc statutowych (wpisanych do regulaminu organizacyjnego), podmiot prowadzący i nadzorujący jednostkę, a także dane personalne i kwalifikacje zawodowe dyrektora placówki, oznaczenia aktu prawnego dotyczącego utworzenia domu oraz datę wydania lub cofnięcia zezwolenia na prowadzenie domu. Rejestry są jawne, z wyłączeniem danych objętych ustawą o ochronie danych osobowych.

Tabela 17. Domy pomocy społecznej według województw w Polsce na podstawie MPiPS-03 (2007 r.)

Województwo	DPS o zasięgu lokalnym, finansowane z budżetów gmin		DPS o zasięgu ponadgminnym, finansowane z budżetów powiatów	
	Podmiot prowadzący: gmina	Inny podmiot prowadzący	Podmiot prowadzący: powiat	Inny podmiot prowadzący
dolnośląskie	2	0	39	14
kujawsko- pomorskie	0	0	41	6
lubelskie	0	0	36	7
lubuskie	0	0	22	2
łódzkie	0	0	49	11
małopolskie	1	0	56	30
mazowieckie	2	3	70	19
opolskie	1	0	18	12
podkarpackie	0	0	31	17
podlaskie	0	0	15	5
pomorskie	1	2	32	10
śląskie	8	0	48	36
świętokrzyskie	0	1	23	7
warmińsko-mazurskie	0	2	28	9
wielkopolskie	4	0	52	9
zachodniopomorskie	0	0	28	4
Polska	19	8	588	198

Źródło: opracowanie własne na podstawie MPiPS, *sprawozdanie roczne z udzielonych świadczeń pomocy społecznej- pieniężnych, w naturze i usługach*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Departament Pomocy Społecznej, Warszawa 2008.

Dane zawarte w tabeli 18 pochodzą z badania rejestrów domów pomocy społecznej, które przeprowadzone zostało w 2006 r. Pewne rejestry zawierały niestety niekompletne informacje, a ich prezentacja była niejednolita. Brakujące dane zostały uzupełnione z innych źródeł w taki sposób, aby analiza statystyczna była w miarę możliwości całościowa i rzeczowa.

W 2006 r. funkcjonowały w Polsce 824 domy pomocy społecznej dysponujące łącznie 80925 miejscami statutowymi. Konfrontując dane pochodzące z MPiPS-03 (813 domów pomocy społecznej) z wynikiem analizy rejestrów domów pomocy społecznej (824 domy pomocy społecznej) można stwierdzić, że 11 domów pomocy społecznej w Polsce prawdopo-

dobnie nie było w 2007 r. finansowanych ze środków publicznych (należy mieć jednak na uwadze, że dane z tabeli 17 pochodzą z 2007 r., natomiast dane z tabeli 18 pochodzą z 2006 r.).

Tabela 18. Domy pomocy społecznej oraz domy pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku według województw w Polsce (2006 r.)

Województwo	Liczba domów pomocy społecznej	Liczba miejsc statutowych w domach pomocy społecznej	Liczba domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku	Liczba miejsc statutowych w domach pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku
dolnośląskie	55	5900	9	700
kujawsko- pomorskie	45	4161	11	771
lubelskie	43	4555	20	1970
lubuskie	24	2380	4	350
łódzkie	65	7040	11	915
małopolskie	86	7759	19	1307
mazowieckie	95	9775	26	1810
opolskie	30	2883	9	772
podkarpackie	52	4821	17	1118
podlaskie	22	2275	6	136
pomorskie	47	4065	13	734
śląskie	91	8244	30	2549
świętokrzyskie	33	3365	6	298
warmińsko-mazurskie	38	3620	9	602
wielkopolskie	65	6309	12	888
zachodniopomorskie	33	3773	9	884
Polska	824	80925	211	15804

Źródło: opracowanie własne na podstawie wojewódzkich rejestrów domów pomocy społecznej: kujawsko-pomorski (stan na 14.06.2006), lubuski (stan na 8.09.2006), łódzki (stan na 30.06.2006), małopolski (stan na 1.06.2005), podkarpacki (stan na 7.07.2006), pomorski (stan na 30.06.2006), podlaski (stan na 30.01.2006), świętokrzyski (stan na 31.07.2006), warmińsko-mazurski (stan na 31.05.2006), zachodniopomorski (stan na 1.07.2006), wielkopolski (stan na 8.06.2006), śląski (stan na 12.05.2006), dolnośląski (stan na 18.05.2006), mazowiecki (stan na 10.10.2006), opolski (stan na grudzień 2005); MPiPS-03 2005, www.ops.pl.

211 domów pomocy społecznej (26% wszystkich) przeznaczonych jest dla osób w podeszłym wieku. Dysponują one 15804 miejscami statutowymi (20% wszystkich). Poniższa analiza statystyczna dotyczy wyłącznie placówek dla osób w podeszłym wieku i ich mieszkańców. Pamiętać jednak należy, że osoby stare nie zamieszkują tylko i wyłącznie w domach pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku, ale są także mieszkańcami w innego typu domach pomocy społecznej. Stanowią oni 80% mieszkańców domów dla przewlekle somatycznie chorych, więcej niż 55% mieszkańców domów dla niepełnosprawnych fizycznie, prawie 40% mieszkańców domów dla przewlekle psychicznie chorych⁴⁸⁶. Łącznie osoby w

⁴⁸⁶ K. Szczerbińska, E. Mirewska, *Dostępność usług domów pomocy społecznej dla osób starszych*, [w:] K. Szczerbińska (red.), poz. cyt., s. 278.

wieku powyżej 60 roku życia to połowa mieszkańców wszystkich domów pomocy społecznej. Zaznaczyć należy również, że osoby stare nie są wyłącznymi mieszkańcami domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku. Osoby poniżej 60 roku życia stanowią 10% mieszkańców tego typu domów.

Średnio na województwo przypada 13 domów pomocy społecznej dla ludzi w podeszłym wieku. Najwięcej jest ich w województwie śląskim (30), tam też jest największa liczba miejsc statutowych (2549). Najmniej domów pomocy społecznej dla ludzi w podeszłym wieku funkcjonuje w województwie lubuskim (4), a najmniej miejsc statutowych przeznaczonych jest dla nich w województwie podlaskim (136).

Tabela 19. Liczba miejsc statutowych w domach pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku na 1000 osób w podeszłym wieku oraz na 1000 osób niepełnosprawnych w podeszłym wieku według województw w Polsce (2006 r.)

Województwo	Liczba miejsc w domach pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku	Liczba ludzi w podeszłym wieku (w tys.)	Liczba ludzi niepełnosprawnych* w podeszłym wieku (w tys.)	Liczba miejsc w domach pomocy społecznej dla ludzi w podeszłym wieku na 1000 osób w podeszłym wieku	Liczba miejsc w domach pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku na 1000 osób niepełnosprawnych* w podeszłym wieku
dolnośląskie	700	394	167	1,78	4,19
kujawsko- pomorskie	771	259	101	2,98	7,63
lubelskie	1970	315	162	6,25	12,16
lubuskie	350	120	60	2,92	5,83
łódzkie	915	389	137	2,35	6,68
małopolskie	1307	443	244	2,95	5,36
mazowieckie	1810	760	236	2,38	7,67
opolskie	772	146	42	5,29	18,38
podkarpackie	1118	275	108	4,07	10,35
podlaskie	136	176	68	0,77	2
pomorskie	734	267	104	2,75	7,06
śląskie	2549	635	184	4,01	13,85
świętokrzyskie	298	193	75	1,53	3,97
warmińsko-mazurskie	602	168	73	3,58	8,25
wielkopolskie	888	407	163	2,18	5,45
zachodniopomorskie	884	208	84	4,25	10,52
Polska	15804	4948	2008	3,07	7,87

* niepełnosprawni biologicznie i prawnie

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z tabeli 18 oraz *Ludność. Stan i struktura w przekroju terytorialny. Stan w dniu 30 VI 2006 r.*, GUS, Warszawa 2006, s. 20-35; *Osoby niepełnosprawne oraz ich gospodarstwa domowe 2002. Część I osoby niepełnosprawne*, GUS, Warszawa 2003, s. 45.

Wskaźnik ilustrujący liczbę miejsc statutowych w domach pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku na tysiąc osób w podeszłym wieku wynosi w Polsce 3,07, natomiast na tysiąc niepełnosprawnych (prawnie i biologicznie) osób w podeszłym wieku wynosi 7,87. Wskaźniki te wahają się znacznie w zależności od województwa (tabela 19).

Strategia Polityki Społecznej na lata 2007-2013 kładzie nacisk na specjalizację stacjonarnej opieki (punkt 4.2). Niesamodzielne osoby starsze niewątpliwie wymagają znajomości ich specyficznych potrzeb, dlatego opieka nad nimi powinna być prowadzona w wyspecjalizowanych instytucjach. Proces specjalizacji, poza oczywistymi korzyściami dla beneficjentów opieki, może również przyczyniać się do efektywniejszego wykorzystania kwalifikacji personelu oraz wpływać na obniżenie kosztów funkcjonowania placówek⁴⁸⁷. Domy pomocy społecznej mogą być placówkami o wąskiej specjalizacji, świadczącymi usługi tylko jednemu typowi beneficjentów (np. osobom w podeszłym wieku), lub mogą być placówkami mieszаныmi, z miejscami dla osób niemogących samodzielnie funkcjonować z powodu różnych dysfunkcji

Tabela 20. Domy pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku oraz mieszane domy pomocy społecznej z miejscami dla osób w podeszłym wieku według województw w Polsce (2006 r.)

Województwo	Typ domu pomocy społecznej	
	mieszany z miejscami dla osób w podeszłym wieku	tylko dla osób w podeszłym wieku
dolnośląskie	0	9
kujawsko-pomorskie	2	9
lubelskie	16	4
lubuskie	3	1
łódzkie	0	11
małopolskie	4	15
mazowieckie	1	25
opolskie	2	7
podkarpackie	6	11
podlaskie	2	4
pomorskie	6	7
śląskie	6	24
świętokrzyskie	3	3
warmińsko-mazurskie	2	7
wielkopolskie	1	11
zachodniopomorskie	7	2
Polska	61	150

Źródło: jak w tabeli 18.

⁴⁸⁷ P. Błędowski, *Pomoc społeczna*, poz. cyt., s. 245.

Spośród 211 domów pomocy społecznej, w których przebywać mogą osoby w podeszłym wieku- 150 przeznaczonych jest tylko dla nich (71%), natomiast 61 sprawuje opiekę nad osobami z dolegliwościami wieku starczego oraz osobami z innymi dolegliwościami (29%).

W bezpośrednie prowadzenie domów pomocy społecznej zaangażowane są jednostki samorządu terytorialnego, organizacje społeczne w ramach działalności statutowej oraz osoby fizyczne lub prawne w ramach działalności gospodarczej. Tabela 21 przedstawia zestawienie domów pomocy społecznej dla ludzi w podeszłym wieku ze względu na podmiot prowadzący.

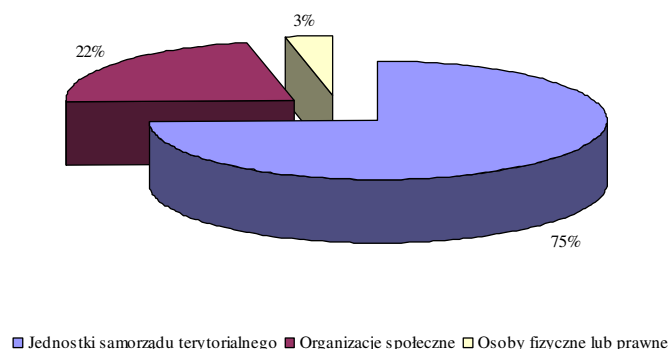
Tabela 21. Domy pomocy społecznej dla ludzi w podeszłym wieku ze względu na podmiot prowadzący według województw w Polsce (2006 r.)

Województwo	Podmiot prowadzący		
	Jednostki samorządu terytorialnego	Organizacje społeczne	Osoby fizyczne lub prawne
dolnośląskie	6	2	1
kujawsko- pomorskie	10	1	0
lubelskie	16	4	0
lubuskie	4	0	0
łódzkie	8	1	2
małopolskie	15	4	0
mazowieckie	18	6	2
opolskie	8	1	0
podkarpackie	9	7	1
podlaskie	3	3	0
pomorskie	10	2	1
śląskie	25	5	0
świętokrzyskie	2	4	0
warmińsko-mazurskie	6	3	0
wielkopolskie	10	2	0
zachodniopomorskie	7	2	0
Polska	157	47	7

Źródło: jak w tabeli 18.

Spośród 211 domów pomocy społecznej dla ludzi w podeszłym wieku 75% jest prowadzonych przez jednostki samorządu terytorialnego, 22% przez organizacje pożytku publicznego, a jedynie 3% przez osoby fizyczne i prawne w ramach działalności gospodarczej.

Rysunek 36. Domy pomocy społecznej dla ludzi w podeszłym wieku ze względu na podmiot prowadzący (w procentach, 2006 r.)



Źródło: jak w tabeli 18.

Ad b. Placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku (PCHNS)

Sporządzane przez wojewodów rejestry placówek zapewniających całodobową opiekę (PCHNS) są jawne, ale nie są publikowane. Dostępność do nich jest ograniczona. Tabela 22 prezentuje dane dotyczące placówek (PCHNS) zarejestrowanych w 8 województwach.

Tabela 22. Placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku (PCHNS) według województw w Polsce (2006 r.)

Województwo	Liczba placówek zapewniających całodobową opiekę
lubelskie	2
mazowieckie	8
pomorskie	1
śląskie	10
świętokrzyskie	3
warmińsko-mazurskie	5
wielkopolskie	6
zachodniopomorskie	2

Źródło: opracowanie własne na podstawie rejestrów placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub w podeszłym wieku.

Z przeprowadzonej w 2005 r. kontroli NIK wynika, że wojewodowie nie posiadają pełnej wiedzy odnośnie liczby funkcjonujących na ich terenie placówek (PCHNS). Na terenie 14 województw wykryto 222 placówki (PCHNS) działające bez zezwolenia⁴⁸⁸. W samym województwie mazowieckim było ich 160 (zarejestrowanych jest 8). Kolejne kontrole, prze-

⁴⁸⁸ Informacja o wynikach kontroli..., poz. cyt, s. 33.

prowadzone przez wojewodów na przełomie 2007 i 2008 r., także wykazały, że wciąż duża część placówek całodobowej opieki (PCHNS) działa nielegalnie. Na przykład spośród 96 skontrolowanych na obrzeżach Warszawy placówek, jedynie 18 posiadało zezwolenie na prowadzenie działalności, natomiast pozostałe funkcjonowały nielegalnie⁴⁸⁹.

Z tabeli 22 wynika, że w 8 województwach zarejestrowanych było (w 2006 r.) jedynie 37 placówek całodobowej opieki (PCHNS). Dla porównania w tym czasie funkcjonowało tam 426 domów pomocy społecznej, z czego 125 dla osób w podeszłym wieku. Tak mała liczba zarejestrowanych placówek całodobowej opieki (PCHNS) daje podstawy do stwierdzenia, że rejestry sporządzane są nierzetelnie, a placówek jest znacznie więcej, lecz prowadzą działalność nielegalnie.

Ad c. Rodzinne domy pomocy

Obecnie w Polsce funkcjonuje 10 rodzinnych domów pomocy (2 w województwie małopolskim, 4 w województwie pomorskim i 4 w województwie wielkopolskim) oferujących łącznie 46 miejsc⁴⁹⁰. Nie jest to dużo. Zważywszy jednak na to, że jest to nowa i stosunkowo atrakcyjna forma opieki domniemywać można, że liczba tego typu placówek będzie systematycznie wzrastać w przyszłości.

5.3. Profil socjoekonomiczny mieszkańców domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku. Wprowadzenie do badań terenowych

Aby zdiagnozować zmiany jakościowe w obszarze stacjonarnej opieki społecznej przeprowadzone zostały badania terenowe w dolnośląskich domach pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku.

W 2008 r. na terenie Dolnego Śląska funkcjonowało 45 domów pomocy społecznej, z czego 8 przeznaczonych było dla osób w podeszłym wieku. Szczegółowy wykaz tych placówek zamieszczony został w tabeli 23.

⁴⁸⁹ *Połowa domów opieki w Polsce jest nielegalna*, „POLSKA Dziennik Zachodni” 01.03.2008, <http://katowice.naszemiasto.pl/wydarzenia/824377.html>

⁴⁹⁰ *MPiPS, sprawozdanie roczne z udzielonych świadczeń pomocy społecznej- pieniężnych, w naturze i usługach*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Departament Pomocy Społecznej, Warszawa 2008.

Tabela 23. Zestawienie domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku funkcjonujących w województwie dolnośląskim w 2008 r.

Lp	Podmiot prowadzący	Kod pocztowy	Poczta	Miejscowość	Ulica
1	Powiat jeleniogórski	58-564	Sosnówka	Sosnówka	Liczyrzepy 87
2	Powiat milicki	56-300	Milicz	Milicz	Kombatantów 1
3	Caritas Archidiecezji Wrocławskiej	55-320	Malczyce	Malczyce	1 Maja 39
4	"MAR-MA" Spółka cywilna	55-081	Borzygniew	Borzygniew	Sportowa 2
5	Miasto Wrocław	54-131	Wrocław	Wrocław	Mączna 3
6	Ewangelickie Centrum Diakonii i Edukacji im.ks. Marcina Lutra	52-018	Wrocław	Wrocław	Świątnicka 25/27
7	Miasto Jelenia Góra	58-560	Jelenia Góra	Jelenia Góra	Leśna 3/5
8	Powiat zgorzelecki	59-900	Zgorzelec	Zgorzelec	Pułaskiego 11-13

Źródło: *Ogłoszenie Wojewody Dolnośląskiego z dnia 24 czerwca 2008 r. w sprawie rejestru domów pomocy społecznej*, „Dziennik Urzędowy Województwa Dolnośląskiego”, nr 181, Wrocław 30 czerwca 2008 r., s. 12940-12943.

Spośród funkcjonujących na Dolnym Śląsku 8 domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku, 5 prowadzonych było przez jednostki samorządu terytorialnego (4 przez powiat i 1 przez gminę), 2 przez organizacje pozarządowe, a tylko 1 przez podmiot gospodarczy.

Badania terenowe przeprowadzone zostały w okresie od 7 do 23 października 2008 r. Składały się one z dwóch części. W pierwszej części przeprowadzone zostały pogłębione wywiady otwarte z dyrektorami i/lub pracownikami dolnośląskich domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku. Celem tychże wywiadów było uzyskanie podstawowych danych o placówkach (liczba miejsc statutowych, koszt pobytu, struktura zatrudnienia personelu opiekuńczo-terapeutycznego i pielęgniarstwa, przebieg procesu standaryzacji usług), zdiagnozowanie różnych aspektów zmian w opiece stacjonarnej, nakreślenie problemów związanych z funkcjonowaniem placówek oraz ustalenie możliwych wariantów ich rozwiązania. W drugiej części badań techniką gromadzenia informacji były pogłębione wywiady indywidualne prowadzone w oparciu o zestandaryzowany kwestionariusz (załącznik nr 1), które prze-

prowadzone były z mieszkańcami dolnośląskich domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku. Celem tych wywiadów było:

- stworzenie profilu (zestawu cech) socjoekonomicznego mieszkańca domu pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku i poznanie ich sytuacji życiowej,
- zweryfikowanie tezy, że domy pomocy społecznej są instytucjami totalnymi,
- poznanie opinii mieszkańców w zakresie zmian jakości usług świadczonych w domach pomocy społecznej,
- określenie wizerunku domów pomocy społecznej w opinii ich mieszkańców,
- poznanie opinii mieszkańców na temat komercjalizacji i prywatyzacji zadań publicznych z obszaru stacjonarnej pomocy społecznej.

Początkowym zamiarem autora było przeprowadzenie reprezentatywnych badań ankietowych na całej populacji osób zamieszkujących dolnośląskie domy pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku. Pierwsze badanie, przeprowadzone 7 października 2008 r. w Mili-czu, zweryfikowało ten pomysł. Okazało się wówczas, że mieszkańcy placówek opiekuń-czych to niezwykle specyficzny „obiekt badawczy”. Z dużą grupą osób, z przyczyn natural-nych (otępienie starcze), kontakt był uniemożliwiony. W rozmowie z dyrekcją domu zdecydowano, aby nie przeprowadzać badań w pokojach mieszkańców. Pani dyrektor zwróciła uwagę, że mogą oni nie życzyć sobie odwiedzin w swojej „strefie prywatnej”, lub po wizycie na przykład oskarżać o kradzież lub napastowanie. Z tego powodu zdecydowano się na prze-prowadzenie badań w stołówce podczas posiłku (obiad).

W porze obiadu w stołówce zjawilo się około 40 osób, co stanowiło tylko jedną trzecią wszystkich mieszkańców. Pozostałym posiłki donoszone były do pokojów. Znaczna część mieszkańców zgromadzonych w stołówce nie wyraziła zgody na udział w badaniach. Zrodzi-ło to obawę, że tak wysegregowana i ograniczona próba istotnie zniekształci wyniki badań. Osoby, które zgodziły się na udział w badaniach nie były w stanie przeczytać (bo nie umiały czytać lub nie miały przy sobie okularów) lub nie chciały czytać kwestionariusza ankiety. Respondenci prosili o odczytywanie im pytań, na które jednak nie udzielali jednoznacznych odpowiedzi. Natomiast z ochotą prowokowali dyskusję.

W realizacji badań pomagały dwie pracownice domu. Pomoc okazała się niekorzystna, gdyż osoby te sugerowały udzielanie pozytywnych odpowiedzi dotyczących ocen funkcyjono-wania domu pomocy społecznej. Ponadto obecność personelu mogła spowodować, że osoby biorące udział w badaniu nie udzielały szczerych odpowiedzi. Fakt, że badania były anoni-mowe, nie miał tutaj żadnego znaczenia. Dużo obaw wzbudziły pytania o sytuację materialną i liczbę posiadanych dzieci. Później okazało się, że osoby przebywające na starych zasa-

dach⁴⁹¹ w domu pomocy społecznej notorycznie straszone są przez personel tym, iż zostaną kiedyś obciążone całkowitymi kosztami opieki, a ich dzieci będą zmuszone do alimentacji. W uspokojeniu sytuacji nie pomagał formalny ubiór (garnitur, biała koszula, krawat) osoby przeprowadzającej badania. Ankieter wyglądał bowiem jak „inspektor” wzbudzający u respondentów bardziej strach niż zaufanie. Ponadto stołówka nie okazała się właściwym miejscem do przeprowadzania badań. Rozmowa o ankiecie przeszkadzała w spożywaniu posiłku, a panujący gwar nie sprzyjał poczuciu zaufania i poufności.

Ogółem w milickim domu pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku przeprowadzono 27 ankiet. Z pełną stanowczością stwierdzić jednak należy, że badania te obciążone zostały podstawowymi uchybieniami, takimi jak błędy sytuacyjne (wynikające z niewłaściwego doboru miejsca, czasu i akcji), błędy o podłożu psychologicznym i socjologicznym, czy też błędy organizacyjne⁴⁹². Oznacza to, że kontynuowanie badań w tej postaci było bezzasadne. Uznano więc, że badanie przeprowadzone w Miliczu należy traktować jako pilotaż, którego wyniki nie będą uwzględniane w ostatecznym rozrachunku.

Błędy popełnione w badaniu pilotażowym stanowiły przestrożę, z której wyciągnięto wnioski mające zapewnić wyższą jakość badań prowadzonych w przyszłości. Przede wszystkim zdecydowano się na zmianę techniki badawczej z ankiety na wywiad kwestionariuszowy.

Ze względu na cel badań wydaje się, że badania ilościowe nie byłyby właściwe. W związku z tym podjęto decyzję o realizacji badań opartych na metodach jakościowych stosowanych w socjologii⁴⁹³. Uznano, że indywidualne rozmowy z każdym respondentem mają odbywać się w ustronnym i odosobnionym miejscu, zapewniającym zaufanie i poufność. Do

⁴⁹¹ Osoby, których pobyt w domu pomocy społecznej finansowany jest z budżetu państwa, a nie (jak w nowych zasadach) przez członków rodziny i gminy.

⁴⁹² Por. H. Januszek, *Wywiad*, [w:] J. Orczyk, J. Szambelańczyk (red.), *Wstęp do badań ekonomiczno-społecznych*, Akademia Ekonomiczna, Poznań 1984, s. 70.

⁴⁹³ Porównanie ilościowych i jakościowych metod badań

Metody ilościowe	Metody jakościowe
<ul style="list-style-type: none"> - odpowiadają na pytanie „ile” - narzędzie pomiaru- kwestionariusz (pytania o stałej, ustalonej formie, przewaga pytań zamkniętych) - koncentracja na pytaniach rozstrzygających - dobór próby: losowy, kwotowy - większe próby (200-1000 osób) - mniejszy wpływ osoby prowadzącej (badającego, ankietera) na przebieg badania - możliwość ilościowej generalizacji wyników na populację - metoda interpretacji: z wykorzystaniem analiz statystycznych- bardziej obiektywna 	<ul style="list-style-type: none"> - odpowiada na pytania „co”, „jak”, „dlaczego” - swobodny sposób pozyskiwania informacji (scenariusz i pytania jako zarys wywiadu, pytania otwarte) - koncentracja na pytaniach eksploracyjnych - dobór próby: celowy - mniejsze próby (20-50 osób) - większy wpływ osoby prowadzącej (moderatora) na przebieg badania - brak możliwości ilościowej generalizacji wyników na populację - metoda interpretacji: bez wykorzystania analiz statystycznych- bardziej swobodna i subiektywna

D. Maison, *Zogniskowane wywiady grupowe. Jakościowa metoda badań marketingowych*, PWN, Warszawa 2001, s. 15.

badania nie mogli być zaangażowani pracownicy placówek. Zrezygnowano z oficjalnego przedstawienia badacza dokonywanego przez osobę kierującą placówką. Miało to na celu przyjęcie neutralnej pozycji między mieszkańcami a personelem. Jakakolwiek ingerencja pracowników domu mogła być odczytana przez mieszkańców jako „stanie po stronie personelu”, co zniechęca do udzielania szczerych, a więc czasami także negatywnych, opinii.

Dobór mieszkańców do właściwych badań terenowych odbywał się w sposób celowy. Wywiady przeprowadzano tylko z osobami, z którymi, po pierwsze: możliwe było nawiązanie rozmowy (z częścią osób z powodów naturalnych, takich jak otępienie starcze, kontakt był ograniczony), po drugie: osoby te były dostępne w momencie przeprowadzania badań i po trzecie: osoby te zgłaszały chęć wzięcia udziału w badaniach (czyli tym samym wyrażały chęć przedstawienia swojego stanowiska, a także uważały, że mają coś ważnego do zakomunikowania). Oznacza to, że badania nie są reprezentatywne i ich wyników nie można uogólniać. Taki dobór próby umożliwił jednak uchwycenie i poznanie nowych aspektów opisu sytuacji i zmian w stacjonarnej opiece społecznej, do których nie można dotrzeć w trakcie masowych badań na wielkich próbach⁴⁹⁴. A to stanowi niewątpliwą zaletę tej metody.

Badanie opinii mieszkańców domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku nie jest łatwym zadaniem. Wywiad z takimi respondentami jest utrudniony ze względu na ich zaangażowanie emocjonalne oraz osobisty charakter rozmowy, której nierzadko towarzyszą bolesne wspomnienia, a nawet łzy. Prowadzenie tego typu badań wymaga empatii, cierpliwości i innych umiejętności niezbędnych do nawiązania kontaktu⁴⁹⁵.

Pogłębiony wywiad indywidualny z mieszkańcami domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku okazał się czasochłonną techniką badawczą. Jedna rozmowa zajmowała średnio od 30 do 45 minut. W każdym z domów pomocy społecznej badania trwały jeden dzień, co dało możliwość przeprowadzenia od 6 do 9 takich wywiadów.

Każdy wywiad z mieszkańcami domów rozpoczynała swobodna rozmowa wstępna, podczas której przeprowadzający badania przedstawiał swoją osobę oraz cele badań. Następnie zapewniano respondenta o anonimowości i proszono o szczerze wyrażanie zarówno pozytywnych, jak i negatywnych opinii. W dalszej kolejności wyrażano wdzięczność za udział w wywiadzie. Prowadzący badania starał się podkreślić, że zdanie mieszkańców ma szczególnie istotne znaczenie dla rozważań dotyczących domów pomocy społecznej. Instruowano także, że celem wywiadu jest poznanie subiektywnych odczuć i opinii respondenta, czego wyrazem

⁴⁹⁴ Por. E. Tarkowska, *Zrozumieć biednego. O dawnej i obecnej biedzie w Polsce*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2000, s. 28.

⁴⁹⁵ Por. O. Kowalczyk, *System zabezpieczenia społecznego wobec potrzeb osób niepełnosprawnych w Polsce na tle krajów UE*, Akademia Ekonomiczna, Wrocław 2002, s. 322.

była następująca sentencja kierowana do wszystkich osób biorących udział w badaniu: *chodzi o poznanie Pani/Pana własnego zdania, dlatego na zadawane pytania nie ma błędnych odpowiedzi.*

Dopiero po rozmowie wstępnej przystępowano do badań za pomocą kwestionariusza, który składał się z dwóch części.

Pierwsza część (pytania 1-10) dotyczyła cech osobowych respondenta i miała na celu stworzenie jego profilu socjoekonomicznego oraz poznanie sytuacji życiowej w jakiej się znajduje.

Druga część (pytania 11-23) to zagadnienia z czterech obszarów tematycznych. Pierwszy z tych obszarów dotyczył cech instytucji totalnych oraz weryfikacji ich występowania w domach pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku. Drugi obszar odnosił się do jakości usług opiekuńczych, bytowych i wspomagających świadczonych w placówkach, a także kierunku zmian tejże jakości. Kolejny obszar dotyczył wizerunku domów pomocy społecznej. Ostatni z obszarów wiązał się z identyfikacją podmiotów odpowiedzialnych za realizację zadań z obszaru stacjonarnej opieki społecznej oraz opinii mieszkańców na temat ewentualnej prywatyzacji domów pomocy społecznej.

Tabela 24. Wiek i płeć mieszkańców dolnośląskich domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku w 2006 r.

Liczba mieszkańców ogółem	w tym kobiety	z liczby ogółem w wieku				
		do 18 lat	19-40 lat	41-60 lat	61-74 lata	75 lat i więcej
758	457	0	2	43	184	529

Źródło: Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2006 r., GUS, Warszawa 2007, s. 128.

Z tabeli 24 wynika, że w 2006 r. w dolnośląskich domach pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku zamieszkiwało 758 osób. 60% mieszkańców to były kobiety. Zdecydowana większość (70%) mieszkańców była w wieku 75 lat i więcej.

W ramach badań terenowych przeprowadzono wywiady z 54 mieszkańcami dolnośląskich domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku (7 z ul. Świątnickiej we Wrocławiu, 8 z Sosnowki, 8 z Jeleniej Góry, 8 ze Zgorzelca, 6 z Malczyc, 8 z Borzygniewa oraz 9 z ul. Mącznej we Wrocławiu). 35 respondentów stanowiły kobiety. 10 osób biorących udział w badaniu to sędziwi starcy (w wieku 85 lat i więcej), 43 to osoby w trzecim wieku (65-84 lata), natomiast 1 respondent nie przekroczył w momencie przeprowadzania badań indywidualnego progu starości (tzn. nie miał jeszcze 65 lat).

Mieszkańcy domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku to przeważnie osoby słabo wykształcone. Z rozmowy przeprowadzonej z pracownikiem zgorzeleckiej placówki wynika, że na 80 tamtejszych mieszkańców jedynie 3 legitymuje się wyższym wykształceniem, 10 średnim, natomiast cała reszta to osoby posiadające wykształcenie podstawowe lub bez wykształcenia. Wielu mieszkańców ma skończone jedynie od 3 do 7 klas szkoły podstawowej. Spośród mieszkańców biorących udział w badaniu - 2 osoby posiadały wyższe wykształcenie, 24 średnie, a 28 skończyło szkołę podstawową lub wcale nie posiadało wykształcenia (2 osoby zakomunikowały, że w ogóle nie chodziły do szkoły).

Niski poziom wykształcenia mieszkańców dolnośląskich domów pomocy społecznej rzutował na komunikację z nimi. Wyniki badań są tego odzwierciedleniem. Respondenci wypowiadali się w sposób prosty i dosadny, a nierzadko wyrażali opinie wręcz nieprzyzwoite lub drastyczne. W dalszej części niniejszej rozprawy przytaczane będą bezpośrednie cytaty osób biorących udział w badaniu (zaznaczone kursywą), aby w ten sposób zachować autentyczność ich wypowiedzi.

32 (z 54) respondentów to mieszkańcy dużych miast, natomiast 14 osób biorących udział w badaniach pochodzi ze wsi. Tylko 8 osób pochodzi z małego lub średniego miasta. Zaznaczyć należy, że w placówkach zlokalizowanych w dużych miastach (Wrocław i Jelenia Góra) lub niezbyt od nich oddalonych (Bożygnew) zamieszkują niemalże wyłącznie osoby pochodzące z dużych miast. W placówkach zlokalizowanych na wsiach lub w małych i średnich miastach jest pod tym względem różnie, a ich mieszkańcy tworzą najbardziej heterogeniczną, jeśli chodzi o wcześniejsze miejsce zamieszkania, grupę.

42 (z 54) respondentów to osoby, które w trakcie przeprowadzania badań nie były w związku małżeńskim: 32 spośród nich to wdowy lub wdowcy, 7 to rozwodnicy, natomiast 3 osoby nigdy nie były w związku małżeńskim. Osoby nie posiadające współmałżonka czasami decydują się w domu pomocy społecznej na związek formalny lub nieformalny. Dla przykładu w jeleniogórskiej placówce, w okresie 12 lat jej funkcjonowania, zarejestrowano powstanie 4 małżeństw oraz 8 konkubinatów.

19 (z 54) respondentów nie miało żyjących dzieci, 13 miało po jednym żyjącym dziecku, 13 miało po dwoje żyjących dzieci, 4 miało po trójce żyjących dzieci, natomiast 5 miało po czworo lub więcej żyjących dzieci. Pytanie o liczbę żyjących dzieci miało na celu ustalenie wielkości potencjalnego wsparcia nieformalnego. Osoby, które miały żyjące dzieci podkreślały jednak często, że przebywają one za granicą lub stosunki z nimi są bardzo złej jakości. Wart podkreślenia jest również fakt, że nierzadko osoby przeprowadzają się do domu pomocy społecznej wraz z najbliższymi członkami swojej rodziny. Najczęściej przeprowa-

dzają się wspólnie małżonkowie. 5 respondentów mieszka wraz ze współmałżonkiem. W dwóch przypadkach zakomunikowano natomiast, że współmałżonek zmarł już w trakcie pobytu w placówce. 3 respondentów przeprowadziło się do domu pomocy społecznej wraz z rodzicem, a 1 osoba mieszkała wraz z dwojgiem rodziców.

Badania nie dotyczyły bezpośrednio analizy poziomu niesamodzielności (statusu funkcjonalnego) mieszkańców domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku. Na podstawie uzyskanych wypowiedzi stwierdzić jednak można, że poziom sprawności mieszkańców tych placówek ulega systematycznemu obniżeniu. Jedna z respondentek oznajmiła, że *teraz ściągają same kalectwo- maksymalnie starych i schorowanych, a coraz mniej jest takich co kumają. Robi się taki typowy dom starców. Wcześniej leżących nie było w ogóle, a obecnie jest ich prawie połowa*. Inna respondentka, która przed zamieszkaniem w domu pomocy społecznej pracowała w nim jako opiekunka, stwierdziła, że wcześniej mieszkańcy byli znacznie sprawniejsi. Jej zdaniem osoby obecnie przyjmowane do placówki *dogorywają tutaj ostatnich swoich dni. Tak jak w hospicjum*. Coraz gorszy stan psychofizyczny mieszkańców potwierdzają także wszyscy pracownicy domów pomocy społecznej. Pani dyrektor z Sosnowki zaznaczyła, że obecnie przyjmowane są osoby coraz bardziej chore i niesamodzielne (*beznadziejne przypadki*). Wcześniej w kierowanej przez nią placówce odnotowywano 5 zgonów rocznie, a obecnie 5 miesięcznie. W zgorzeleckim domu pomocy społecznej spośród 80 mieszkańców aż 30 nie opuszcza samodzielnie łóżka.

W miarę wydłużania się średniej długości życia w Polsce, coraz więcej ludzi dożywa sędziwej starości. Osoby te są zależne od otoczenia i wymagają częstokroć wszechstronnej pomocy, w tym również usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych. Sędziwa starość jest obecnie powszechna jak nigdy wcześniej. W związku z tym coraz większa rzesza mieszkańców placówek stacjonarnej opieki społecznej to osoby charakteryzujące się znacznym poziomem niesamodzielności funkcjonalnej. Wcześniej osób starych w takim stanie nie było lub stanowili oni nieliczne przypadki. Pogarszanie stanu psychofizycznego mieszkańców domów pomocy społecznej to jednak w głównej mierze efekt zmiany prawa w zakresie umieszczenia oraz finansowania pobytu w tych placówkach. Jeden z pracowników socjalnych biorących udział w badaniu zakomunikował: *teraz dopóki staruszek ciągnie jeszcze nogami, to będą starać się go trzymać w domu, bo to się bardziej opłaca*.

Tabela 25. Średni miesięczny koszt utrzymania w dolnośląskich domach pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku (2008 r.)

Podmiot prowadzący	Średni miesięczny koszt utrzymania [w złotych]
Powiat jeleniogórski*	1942
Powiat milicki*	1702
Caritas Archidiecezji Wrocławskiej	2131
"MAR-MA" spółka cywilna	1920
Miasto Wrocław*	2235
Ewangelickie Centrum Diakonii i Edukacji im. Marcina Lutra	2308
Miasto Jelenia Góra	1480
Powiat zgorzelecki*	2174

*domy pomocy społecznej prowadzące działalność na podstawie zezwolenia warunkowego

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań terenowych.

Średni miesięczny koszt utrzymania jednego mieszkańca w dolnośląskich domach pomocy społecznej jest zróżnicowany i wahał się w 2008 r. od 1480 zł do 2308 zł (tabela 25). Zaznaczyć jednak należy, że w momencie przeprowadzania badań 4 domy były w trakcie realizacji programu naprawczego i prowadziły działalność na podstawie zezwolenia warunkowego. W placówkach tych od początku 2008 r. koszt pobytu nie może ulec podwyższeniu, aż do momentu zakończenia programu naprawczego i osiągnięcia obowiązującego standardu usług (art. 152, ust. 6 u.p.s.). Bardzo prawdopodobne jest, co zaznaczyli pracownicy domów, że w niektórych placówkach, z chwilą zakończenia programu naprawczego, koszty utrzymania wzrosną.

Tabela 26. Mieszkańcy dolnośląskich domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku ze względu na źródło finansowania pobytu w 2006 r.

Mieszkańcy ogółem	Mieszkańcy opłacający pobyt głównie					w pełnej wysokości
	z emerytury lub renty	z zasiłku stałego	przez członków rodziny	przez gminę	z innych źródeł	
758	529	587	19	135	1	46

Źródło: Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2006 r., GUS, Warszawa 2007, s. 128.

W 2006 r. w kosztach pobytu 2% mieszkańców dolnośląskich domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku partycypowali członkowie rodziny, a w kosztach pobytu prawie 18% mieszkańców partycypowała gmina. Jedynie 6% mieszkańców posiadało dochód na tyle wysoki, że starczał on na opłacenie w całości średniego kosztu utrzymania w placówce. Pozostali mieszkańcy przebywali na starych zasadach odpłatności za pobyt w domach pomocy społecznej, co oznacza, że w koszcie ich pobytu partycypował budżet państwa.

Respondenci poproszeni o określenie swojej sytuacji materialnej w 25 przypadkach stwierdzili, że nie jest ona ani dobra, ani zła. Przykładowo jedna osoba stwierdziła: *mam tu co jeść, mam co pić, jest dach na głowę i do tego zostaje mi jeszcze 400 złotych, więc nie narzekam. W tym wieku człowiek wielkich wymogów nie ma.* Żaden z badanych nie określił swojej sytuacji materialnej jako bardzo dobrą, natomiast 4 respondentów stwierdziło, że jest ona dobra. 25 badanych negatywnie określiło swoją sytuację materialną (20 osób uznało, że jest ona zła, natomiast 5 osób, że jest bardzo zła). Były to głównie osoby schorowane, którym pozostawione 30% posiadanego dochodu nie wystarcza na zakup leków. Ponadto osoby negatywnie oceniające swoją sytuację materialną zaznaczały, że brakuje im pieniędzy na takie artykuły jak kawa, słodczyce czy owoce. Jeden z respondentów zaznaczył, że *w domu pomocy społecznej są głównie ludzie biedni, bo tu jest złe towarzystwo i niesmaczne jedzenie. Bogaci wynajmują sobie prywatną opiekę w domu.*

Warte podkreślenia jest, że niektórzy respondenci czują się pokrzywdzeni z powodu, iż w zamian za opiekę odbiera im się część posiadanego dochodu, a tym samym pozbawia się środków do życia. Pracownik socjalny jednej z wrocławskich placówek zaznaczył, że taka postawa mieszkańców jest coraz bardziej powszechna. Tłumaczy on to tym, że *obecnie w placówkach dla seniorów zamieszkują osoby wychowane w okresie Polski Ludowej. Znaczna część tych osób cechuje postawa roszczeniowa. Wychodzą oni z założenia, że należy im się darmowa opieka, która całkowicie finansowana jest z podatków. Według ich opinii państwo musi im ten przywilej zapewnić, bo oni na to państwo pracowali.*

W literaturze przedmiotu wyróżnia się pięć głównych powodów zamieszkania w placówce opiekuńczej: samotność, presja opiekunów nieformalnych, pogorszenie sprawności psychofizycznej, przewlekła choroba, uraz po upadku lub złamaniu⁴⁹⁶. W trakcie badań respondentów mieli problem z określeniem dominującego powodu zamieszkania w domu pomocy społecznej. Najczęściej wskazywali na kilka czynników, które jednocześnie i z jednakową siłą wpłynęły na konieczność skorzystania z opieki stacjonarnej. W 18 przypadkach o zamieszkaniu w placówce zdecydowała utrata samodzielności (respondenci bali się obsługiwać kuchenkę gazową lub nie byli w stanie ogrzewać mieszkania węglem), połączona z brakiem wsparcia ze strony rodziny. 4 osoby wskazały na samotność, a 15 osób na powody materialne (głównie niskie świadczenia emerytalno-rentowe, brak mieszkania lub środków finansowych na dostosowanie go do potrzeb osoby niesamodzielnej) jako przyczynę zamieszkania w domu pomocy społecznej. Inne powody o których wspominali respondenci to: konflikty rodzinne, chęć zamieszkania w placówce opiekuńczej wraz z niesamodzielnym członkiem rodziny, problemy alkoholowe, konieczność przekazania nieruchomości, niechęć bycia problemem dla najbliższych.

Z badań M. Halickiej wynika, że w 42,5% przypadków decyzję o konieczności zamieszkania w placówce opiekuńczej podejmował ktoś inny niż osoba niesamodzielna⁴⁹⁷. Najczęściej zapotrzebowanie na stacjonarne usługi opiekuńcze zgłasza w imieniu osoby starszej jej rodzina lub pracownicy socjalni.

Spośród badanych osób, aż 34 (na 54) respondentów deklaruje, że samodzielnie pojęło decyzję o zamieszkaniu w placówce. Są to głównie osoby pozbawione wsparcia ze strony rodziny i znajomych. Jeden z respondentów stwierdził: *jestem, jak to się mówi, starym ramolem. Nie mam dzieci, więc został mi tylko taki dom. Czekam tutaj na swój koniec*. Inna osoba w ten sposób wytłumaczyła swój wybór: *od dawna byłam przekonana, że taki dom mnie czeka, bo nie mam dzieci. Sama nie chcę mieszkać, bo mnie na to nie stać. Musiałabym wszystko sobie ograniczać, a tutaj wszystko mam. Nie mogę narzekać. Aby tylko taki los był do końca moich dni, to Bogu dziękować. W domu u siebie nie byłoby mi tak dobrze jak tutaj*. Kolejny respondent swoją sytuację określał następująco: *nie mam ani rodziny, ani znajomych. Dla mnie dom pomocy jest wybawieniem i ostatnim ratunkiem. Nie wyobrażam sobie życia gdzieś indziej*.

⁴⁹⁶ I. Allen, D. Hogg, S. Peace, *Elderly People: Choice, Participation and Satisfaction*, The Policy Studies Institute, London 1993, s. 158.

⁴⁹⁷ M. Halicka, *Starość i jej jakość...*, poz. cyt., s. 282.

Do grupy respondentów, którzy samodzielnie podjęli decyzję o zamieszkaniu w domu pomocy społecznej zaliczają się także te osoby, które posiadają potencjalne wsparcie nieformalne, jednak nie chcą z niego korzystać. Jedna z badanych osób podkreśliła, że *na starość najważniejsze jest, aby ktoś podał szklankę wody. W domu pomocy jest to zapewnione. A z dziećmi to różnie bywa.* Inna osoba stwierdziła: *krepujące jest dla mnie korzystanie z opieki rodziny, a konkretnie synowej, natomiast córka sama jest niepełnosprawna. Mam poczucie, że w domu byłabym kulą u nogi dla dzieci.* W tej grupie znalazły się także 2 osoby, które kiedyś pracowały w domu pomocy społecznej i wówczas przekonały się, że chcą w nich zamieszkać na starość. Ponadto jedna osoba praktycznie całe życie spędziła w różnego typu placówkach opiekuńczych (najpierw w domu dziecka, następnie w szpitalach) i nie chce samodzielnie mieszkać.

20 respondentów stanowi grupę osób, dla których zamieszkanie w domu pomocy społecznej nie było efektem autonomicznej decyzji. 11 osób uważa, że była to inicjatywa kogoś z członków rodziny, natomiast w 9 przypadkach decydem w tej kwestii był pracownik socjalny lub lekarz.

W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę, że przeprowadzka do domu pomocy społecznej powinna być efektem samodzielnej decyzji (*positive choice*) osoby niesamodzielnej, wyborem optymalnego rozwiązania, w wyniku którego uzyskana zostaje wyższa jakość życia niż w przypadku jakichkolwiek innych opcji⁴⁹⁸. Opieka stacjonarna nie powinna być odbierana jako ostateczność, lecz jako integralny element "kontinuum" opieki długoterminowej. Osoba niesamodzielna powinna mieć zagwarantowany wybór w zakresie formy dostarczanych jej usług opiekuńczych. Nie może być traktowana przedmiotowo, jak bezwolna ofiara czyichkolwiek decyzji.

Czas pobytu respondentów w domu pomocy społecznej jest bardzo zróżnicowany. 14 osób w momencie przeprowadzania badań przebywało w placówce krócej niż 1 rok, 8 osób przebywało w niej od roku do trzech lat, kolejnych 8 osób od trzech do pięciu lat, 17 osób od 5 do dziesięciu lat, natomiast 7 osób spędziło w niej więcej niż dziesięć lat.

Uzyskane wyniki badań dotyczące cech osobowych respondentów, ze względu na charakter badań nie pozwalają na formułowanie ogólnych wniosków dotyczących całej populacji mieszkańców dolnośląskich domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku. Na podstawie przytoczonych powyżej danych liczbowych można jedynie stwierdzić, że staty-

⁴⁹⁸ Por. G. Wagner, *Residential Care: A Positive Choice*, National Institute for Social Work, London 1988. s. 14.

styczny mieszkaniec tych placówek jest wdową w wieku powyżej 75 lat, otrzymującą świadczenia socjalne na stosunkowo niskim poziomie.

Pracownik socjalny zgorzeleckiego domu pomocy społecznej zaznaczył, że generalizowanie i tworzenie ogólnych wniosków dotyczących mieszkańców domów pomocy społecznej jest bezzasadne, gdyż tworzą oni niezwykle zróżnicowaną grupę społeczną. Dyrektor domu w Jeleniej Górze dokonał jednak klasyfikacji mieszkańców ze względu na określony pakiet cech. Wyróżnił on 3 typy mieszkańców.

Pierwszy typ, to osoby dla których przeprowadzka do domu pomocy społecznej była autonomiczną decyzją, skonsultowaną i zaaprobowaną przez rodzinę. Osoby te identyfikują się z placówką, aktywnie uczestniczą w terapii, są wdzięczni za okazaną pomoc. Udział tego typu mieszkańców w ogólnej ich liczbie systematycznie się powiększa. Wcześniej nie przekraczał on 10%, a obecnie sięga 40%.

Drugi typ, to osoby, które „przeżyły swoje życie”. Do domu pomocy społecznej trafiły one z różnego rodzaju uzależnieniami (na przykład nałóg alkoholowy) i złymi nawykami. Zwykle nie posiadają rodziny. Osoby te są bierne, pozbawione ambicji. Nie mają wygórowanych wymagań wobec świadczonych im usług. Z tą grupą mieszkańców trudno się współpracuje, ale nie stanowią oni szczególnego problemu dla personelu. Ich udział stanowi około 10% wszystkich mieszkańców.

Trzeci typ, to osoby posiadające rodzinę i znajomych. Mimo tego są to pewnego rodzaju „sieroty społeczne”, gdyż nie utrzymują kontaktu z najbliższymi. Majątek, jeśli jakiś miały, przepisali na członków rodziny, siebie samych na starość nie zabezpieczając. Zasadniczo, osoby te przez całe życie niczego się nie dorobiły. Nie wypracowały sobie „sensownych” świadczeń emerytalnych. Pomimo tego, to właśnie ta grupa ma najwyższe wymagania. Tego typu mieszkańcy są najbardziej problematyczni i trudni we współpracy. Charakteryzują się oni wiecznym niezadowoleniem z jakości usług świadczonych przez dom pomocy społecznej.

6. Od opieki do pomocy. Zmiany jakościowe placówek stacjonarnej opieki społecznej nad ludźmi starszymi. Komunikat z badań terenowych

6.1. Rozwój stacjonarnej opieki społecznej- istota zmian organizacyjnych i strukturalnych

Wraz z przeobrażeniami demograficznymi, gospodarczymi oraz społeczno-kulturowymi zmieniają się potrzeby w zakresie opieki nad najsłabszymi, najbardziej zależnymi jednostkami. Instytucja pomocy społecznej powinna reagować na te zmiany. W przeciwnym razie staje się ona skostniała i nieadekwatna do otaczającej ją rzeczywistości.

Jednostki organizacyjne pomocy społecznej, aby działać i rozwijać się, muszą (podobnie jak organizmy żywe) przystosowywać się do środowiska w którym funkcjonują⁴⁹⁹. Otoczenie jest turbulentne, więc i organizacje muszą się permanentnie zmieniać. Muszą nieustannie ewoluować. Brak reakcji lub nieprawidłowa odpowiedź na zmiany otoczenia to przyczyny różnorodnych problemów⁵⁰⁰. Domniemywać można, że obecna eskalacja krytyki stacjonarnej opieki społecznej to efekt właśnie braku jej przystosowania do wymogów stawianych przez otoczenie.

Obecnie członkowie rodziny coraz częściej nie potrafią, nie chcą lub nie mogą podjąć opieki nad seniorami. Kiedy pomoc środowiskowa okazuje się nieskuteczna, wówczas placówki stanowią jedyną opcję dla osób niesamodzielnych. W obliczu powszechnej krytyki tej formy opieki decyzja o skorzystaniu z niej jest niezwykle trudna zarówno dla bezpośrednich beneficjentów, jak i dla członków ich rodzin. Warto zapewnić zatem odpowiedni progres stacjonarnej opieki społecznej tak, aby była ona możliwie najlepiej przystosowana do aktualnych potrzeb społecznych.

Progres stacjonarnej opieki społecznej może dokonywać się poprzez wzrost lub rozwój. Wzrost oznacza ilościowy przyrost liczby miejsc statutowych, będący głównie efektem rozbudowy sieci placówek opiekuńczych. Rozwój z kolei jest procesem daleko bardziej skomplikowanym. Jest to „ruch w górę” całego systemu, dokonujący się zarówno poprzez ilościowe, jak i jakościowe zmiany⁵⁰¹.

⁴⁹⁹ A. K. Koźmiński, W. Piotrowski, *Zarządzanie. Teoria i praktyka*, PWN, Warszawa 2004, s. 493.

⁵⁰⁰ Por. R. W. Griffin, *Podstawy zarządzania organizacjami*, PWN, Warszawa 2000, s. 394.

⁵⁰¹ Por. G. Kołodko, *Wędrujący świat*, Prószyński i S-ka, Warszawa 2008, s. 265; E. Sobczak, *Rozwój społeczno-gospodarczy i instrumenty jego realizacji*, [w:] S. Jankowski (red.), *Wybrane problemy polityki społeczno-gospodarczej*, Oficyna Wydawnicza Politechniki Warszawskiej, Warszawa 2007, s. 102; J. Siewierski, *Determinanty rozwoju gospodarczego*, [w:] J. Gardawski, L. Gilejko, J. Siewierski, R. Towalski, *Socjologia gospodarki*, Difin, Warszawa 2006, s. 57.

Transformacja stacjonarnej opieki społecznej w stacjonarną pomoc społeczną wymaga nie tyle zmian ilościowych, co właśnie przeobrażeń jakościowych. Obecnie obszar ten jest „przepaństwowiony” (wyrazem tego jest nadmiar aktywności publicznej), placówki opiekuńcze kojarzone są z instytucjami totalnymi świadczącymi usługi niskiej jakości, ich wizerunek jest niekorzystny. Oznacza to, że stacjonarna opieka społeczna jest w stanie wymagającym potężnego impulsu innowacyjnego. Wyzwania przed jakimi stoi obecnie ten sektor to realizacja przeobrażeń strukturalnych (np. konstrukcja racjonalnego modelu finansowania świadczeń, komercjalizacja i prywatyzacja zadań, zwiększenie dostępności i jakości świadczeń) oraz zmian organizacyjnych.

Zmiana organizacyjna to każda istotna modyfikacja jakiejś części organizacji⁵⁰². Może ona dotyczyć dowolnego obszaru- struktury, polityki, celu, filozofii, klimatu, kultury, wyznawanych wartości, technologii, jakości, wizerunku czy stylu działania⁵⁰³. Zmiana ta jest efektem oddziaływania różnorodnych sił napędowych.

O ile siłą napędową zmian ilościowych w stacjonarnej opiece społecznej są opisane wcześniej przeobrażenia demograficzne, społeczne, kulturowe i ekonomiczne, o tyle jej zmiany jakościowe są odpowiedzią na zmianę postrzegania niesamodzielności funkcjonalnej. Obecnie zaczyna dominować szersza perspektywa postrzegania tej kwestii, zgodnie z którą niesamodzielność funkcjonalna nie jest już tylko brakiem zdolności wykonywania czynności życia codziennego, czemu pomoc społeczna może zaradzić odpowiednimi interwencjami w formie środowiskowych lub stacjonarnych usług opiekuńczych, lecz stanowi także źródło dalekosiężnych ograniczeń w sferze wolności⁵⁰⁴, zdolności decyzyjnej czy uczestnictwa w życiu społecznym⁵⁰⁵.

6.2. Placówka stacjonarnej opieki społecznej- dom czy instytucja totalna

J. Benthama stworzył w XVIII w. ideę panoptikonu- zakładu będącego maszyną społecznego nadzoru. Celem panoptikonu jest *ukaranie niepoprawnych, pilnowanie szalonych, nawracanie złośliwych, zatrzymywanie podejrzanych, zatrudnianie leniwych, utrzymywanie bezradnych, leczenie chorych, przyuczanie chętnych do pracy w przemyśle i wychowanie rasy*

⁵⁰² R. W. Griffin, poz. cyt., s. 393.

⁵⁰³ J. A. Stoner, R. E. Freeman, D. R. Gilbert, *Zarządzanie*, PWE, Warszawa 2001, s. 399.

⁵⁰⁴ Z. Bauman twierdzi, że *aby jeden był wolny, musi ich być dwóch. Wolność oznacza relację społeczną, asymetrię stanów społecznych. (...) Pewni ludzie mogą być tylko o tyle wolni, o ile istnieją formy zależności, od których mają nadzieję uciec*. Tenże, *Wolność*, Znak, Kraków 1995, s. 14.

⁵⁰⁵ Opinia ta jest pochodną stwierdzenia A. Sena, że *rozwój można pojmować jako proces poszerzania wolności, którą cieszą się ludzie*. Wymaga on więc *usunięcia głównych źródeł zniewolenia*. Tenże. *Rozwój i wolność*, poz. cyt., s. 17.

ludzi wykształconych⁵⁰⁶. Osoby osadzone w tego typu zakładach są w nim uwięzione. Choć społeczny status więźnia jest zróżnicowany i uwarunkowany celem osadzenia, to instytucje te w sposób naturalny ograniczają wolność pensjonariuszy.

Panoptikon można uznać za pewnego rodzaju pierwowzór instytucji totalnych (*total institutions*) stworzonych przez E. Goffmana. Instytucje totalne wyróżniają się czterema generalnymi cechami. Po pierwsze, całe życie ich mieszkańców toczy się w jednym i tym samym miejscu i podlega tej samej, jednej władzy (przełamane zostały bariery rozdzielające zwykle trzy dziedziny życia: spania, zabawy i pracy). Po drugie, we wszystkich fazach codziennej działalności ich członkowie pozostają w bezpośrednim towarzystwie dużej liczby innych członków. Wszyscy oni traktowani są jednakowo, muszą pracować razem i wykonywać te same czynności. Po trzecie, cały ich dzień jest ściśle zaplanowany, tak że jedna czynność w wyraźnie przewidzianym czasie przechodzi w drugą. Plan ten narzucony jest z góry przez system formalnych rozporządzeń, a jego przestrzegania pilnuje zespół nadzorców. Wreszcie, po czwarte, poszczególne czynności są przymusowe i stanowią część jednego planu ogólnego, którego celem jest realizacja oficjalnych zadań danej instytucji⁵⁰⁷.

E. Goffman wyróżnił pięć grup instytucji totalnych:

- 1) instytucje powołane do opieki nad osobami niedołączonymi i nieszkodliwymi (domy starców, przytułki dla ociemniałych, żebraków, sierot);
- 2) zakłady opieki nad osobami niezdolnymi do samodzielnego troszczenia się o siebie a zarazem- choć nie z ich winy- niebezpiecznymi dla społeczeństwa (sanatoria przeciwgruźlicze, szpitale psychiatryczne i leprozoria);
- 3) instytucje, których zadaniem jest ochrona społeczeństwa przed szkodzeniem mu w sposób świadomy (więzienia, zakłady poprawcze, obozy dla jeńców wojennych i obozy koncentracyjne);
- 4) instytucje powołane do realizacji zadań technicznych, mające charakter czysto instrumentalny (koszary wojskowe, okręty, internaty, obozy pracy, osady kolonistów, duże majątki z punktu widzenia mieszkającej w ich pomieszczeniach służby);
- 5) instytucje przeznaczone dla osób, które dobrowolnie wycofały się z czynnego życia oraz miejsca kontemplacji religijnej (opactwa, klasztory, zakony)⁵⁰⁸.

⁵⁰⁶ Cyt. za: Z. Bauman, *Wolność*, poz. cyt., s. 17.

⁵⁰⁷ E. Goffman, *Charakterystyka instytucji totalnych*, [w:] W. Derczyński, A. Jasińska-Kania, J. Szacki (red.), *Elementy teorii socjologicznych. Materiały do dziejów współczesnej socjologii zachodniej*, PWN, Warszawa 1975, s. 151, 152.

⁵⁰⁸ Tamże, s. 150, 151.

Jeżeli naturalne środowisko zamieszkania oraz instytucja totalna stanowią dwa skrajne bieguny, dwa przeciwstawne typy idealne wyznaczające zakres „kontinuum opieki”, to współczesne placówki stacjonarnej opieki społecznej plasują się gdzieś pomiędzy nimi. Celem przeobrażeń organizacyjnych tychże placówek powinno być maksymalne oddalenie od opcji „totalnej” i tym samym najbardziej możliwe upodobnienie do opieki środowiskowej. Proces ten winien odbywać się przez ograniczanie lub, kiedy jest to niemożliwe, przez minimalizowanie cech totalnych placówek w taki sposób, aby opieka świadczona była w warunkach maksymalnie zbliżonych do środowiskowych, a tym samym, aby osoba niesamodzielna czuła się w placówce jak we własnym domu, nie zaś jak w zakładzie opiekuńczym.

Tabela 27. Liczba mieszkańców dolnośląskich domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku (październik 2008 r.)

Podmiot prowadzący	Liczba mieszkańców
Powiat jeleniogórski	60
Powiat milicki	123
Caritas Archidiecezji Wrocławskiej	36
"MAR-MA" spółka cywilna	70
Miasto Wrocław	125
Ewangelickie Centrum Diakonii i Edukacji im. Marcina Lutra	104
Miasto Jelenia Góra	88
Powiat zgorzelecki	80

Źródło: opracowanie własne.

Podczas rozmów z dyrektorami i/lub pracownikami dolnośląskich domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku, które przeprowadzone zostały w ramach badań terenowych, wszyscy oni zgodnie podkreślili, że dom pomocy społecznej ma być normalnym miejscem zamieszkania, w którym na rzecz osoby starszej świadczone są usługi opiekuńcze i wspomagające. Dąży się więc do wdrożenia hotelowego modelu stacjonarnej opieki społecznej. Taki model zakłada rozdzielenie świadczeń bytowych i opiekuńczych, czyli że osoba

starsza dysponuje własnym lokum, które jest integralną częścią większego kompleksu budowlanego, do którego dostarczane są świadczenia opiekuńcze.

Jeden z pracowników biorących udział w badaniu zaznaczył, że duże domy pomocy społecznej (*molochy liczące ponad stu mieszkańców*) nie mogą być pozbawione cech instytucji totalnych. Spośród 8 badanych placówek aż 3 udzielały pomocy więcej niż stu mieszkańcom (tabela 27). Obecne przepisy prawne nie zezwalają na to, aby nowo powstające domy pomocy były aż tak duże⁵⁰⁹.

Z ekonomicznego punktu widzenia, kierując się zasadami korzyści skali i standaryzacji procedur, najbardziej efektywnie kosztowo jest tworzenie zakładów opieki długoterminowej skupiających maksymalnie dużą liczbę osób charakteryzujących się podobnymi dolegliwościami. Z drugiej jednak strony zaznaczyć należy, że wraz ze zmniejszeniem liczby miejsc w zakładzie opieki długoterminowej wzrasta jakość życia jego mieszkańców oraz poziom ich obsługi. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że optymalnym rozwiązaniem jest świadczenie wsparcia maksymalnie dla 25-30 osób niesamodzielnych w jednej placówce opiekuńczej. Umożliwia to dokładne poznanie wszystkich podopiecznych oraz indywidualne podejście do ich problemów⁵¹⁰. Zdaniem P. Błędowskiego jedynie w przypadku kameralnych domów pomocy społecznej słowo „dom” nabiera pierwotnego znaczenia⁵¹¹.

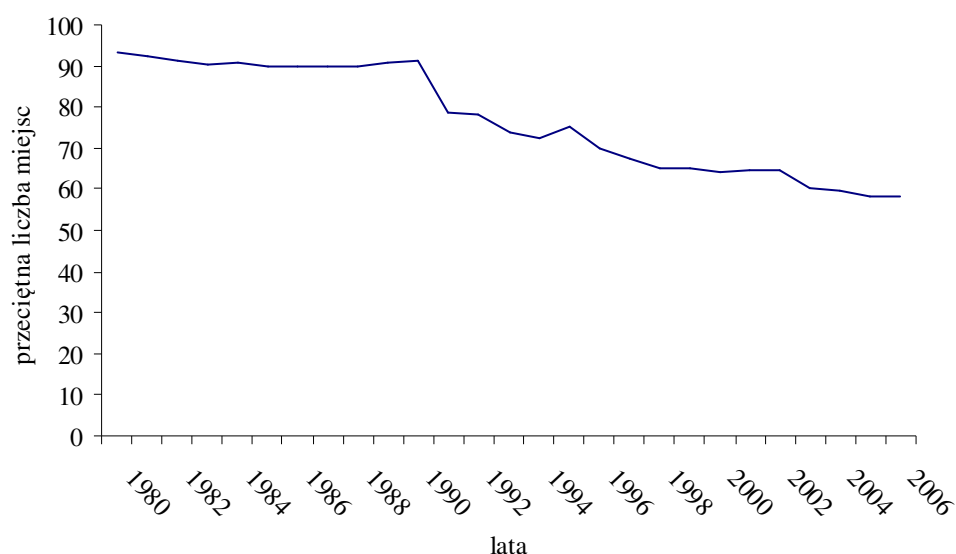
W Polsce przeciętna liczba miejsc statutowych przypadająca na jedną placówkę stacjonarnej opieki społecznej systematycznie spada (por. rysunek 37). W 1980 r. było ich 93, natomiast w 2006 r. już tylko 58.

⁵⁰⁹ Rozporządzenie ministra polityki społecznej z 19 października 2005 r. w sprawie domów pomocy społecznej, Dz. U. z 31 października 2005 r., nr 217, poz. 1837, art. 6, ust. 1.

⁵¹⁰ A. Borowski, *Domy pomocy społecznej- przeszkody w integracji ze społecznością lokalną*, „Problemy Społeczne”, 2005, wydanie specjalne „Domy Pomocy Społecznej w Polsce”, s. 54.

⁵¹¹ P. Błędowski, *Pomoc społeczna*, poz. cyt., s. 245.

Rysunek 37. Przeciętna liczba miejsc statutowych w placówkach stacjonarnej opieki społecznej nad ludźmi starymi w Polsce (1980-2006)



Źródło: tak jak w tabeli 16.

Totalny charakter domów pomocy społecznej *symbolizują często fizyczne bariery uniemożliwiające kontakt ze światem zewnętrznym: zamknięte drzwi, wysokie mury, zasieki z drutu kolczastego, strome brzegi lub woda, otwarta przestrzeń*⁵¹². Współcześnie to właśnie w „odgroźeniu” od społeczności lokalnej krytycy stacjonarnej opieki społecznej dopatrują się przyczyn braku transparentności i odpowiedzialności, co z kolei prowadzi do nadużyć personelu względem podopiecznych⁵¹³.

Domy pomocy społecznej zdecydowanie powinny być otwarte na otoczenie i zapewniać mieszkańcom kontakt z lokalną społecznością. Mieszkańcy bezwzględnie powinni mieć zapewniony dostęp do wszystkich usług oferowanych w otoczeniu placówki. Kontakty mieszkańców ze społecznością lokalną z reguły wywołują u nich wzrost poczucia własnej wartości, poprawę zdrowia psychicznego oraz zwiększają poczucie przynależności do szerszej grupy społecznej⁵¹⁴. Ponadto otwartość placówki opiekuńczej na otoczenie umożliwia przełamywanie istniejących w świadomości społecznej negatywnych stereotypów.

Proces otwierania domów pomocy społecznej na społeczność lokalną realizuje się głównie poprzez organizację „otwartych drzwi”, czy nawiązywanie współpracy z podmiota-

⁵¹² E. Goffman, *Charakterystyka...*, poz. cyt. s. 150.

⁵¹³ L. Parrott, *Social Work and Social Care*, Taylor & Francis Group, London 2003, s. 66.

⁵¹⁴ A. Borowski, *Domy...*, poz. cyt., s. 54.

mi, takimi jak: inne domy pomocy społecznej, domy dziecka, szkoły, stowarzyszenia harcerskie i młodzieżowe, z którymi wspólnie organizowane są spotkania lub imprezy kulturalne.

Już sam fakt, że wszyscy dyrektorzy dolnośląskich domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku wyrazili zgodę na przeprowadzenie badań w kierowanych przez nich placówkach⁵¹⁵, jest pewnego rodzaju dowodem otwartości tych placówek na otoczenie. Potwierdza, że personel nie ma nic do ukrycia, a ich działalność jest transparentna.

Innym dowodem na to, że domy pomocy społecznej nie są „hermetycznie zamkniętą” na otoczenie instytucją może być popularny obecnie outsourcing usług. Polega on na przekazywaniu poszczególnych zadań (niezbędnych dla funkcjonowania placówki) podmiotom zewnętrznym, które realizują je efektywniej niż dom we własnym zakresie. Przykładem tego typu zadań, które najczęściej „zlecane są na zewnątrz”, może być prowadzenie kuchni lub pralni.

Wszyscy mieszkańcy, którzy wzięli udział w badaniu (czyli 54 respondentów), zgodnie stwierdzili, że ich dom pomocy społecznej jest otwarty na otoczenie i zapewnia kontakt z lokalną społecznością. Respondenci podkreślali, że mogą bez przeszkód wychodzić poza placówkę (jedynym utrudnieniem jest konieczność zgłaszania tego na recepcji), a także każda chętna osoba z zewnątrz może swobodnie odwiedzać i spotykać się z mieszkańcami placówki. Jeden z respondentów wyraził następującą opinię: *dom pomocy społecznej jest całkowicie otwarty. Codziennie wychodzę do rodziny i znajomych. Oni też mnie często odwiedzają i nie ma z tym żadnych problemów.* Inny respondent stwierdził, że *każdy kto jest do tego zdolny, może wychodzić gdzie chce i kiedy chce. Nikt nas tu nie więzi.* Mężczyzna poruszający się na wózku zaznaczył, że jedynie niesprawność ogranicza mu kontakt z otoczeniem. Z przekonaniem stwierdza: *gdybym był w stanie, to bym chodził gdzie bym tylko chciał.*

Dolnośląskie domy pomocy społecznej są z reguły zlokalizowane z dala od centrów dużych miast. Najczęściej znajdują się one na wsiach lub w małych miasteczkach. Te które funkcjonują w dużych miastach usytuowane są raczej na peryferiach. Taka lokalizacja zapewnia ludziom starym ciszę i spokój, jednak jednocześnie okazuje się problematyczna dla tych osób, które przyzwyczajone są do funkcjonowania w dużych aglomeracjach. Dla przykładu respondent z placówki w Bożygnowie podkreślił, że całe życie mieszkał w centrum Wrocławia. Na wsi czuje się on opuszczony. Stwierdza: *brakuje mi tramwajów, kasyn, całego tego miejskiego zgiełku.* Narzeka, że z powodu dużej odległości do miasta, jego kontakt ze znajomymi jest ograniczony. Mógłby ich odwiedzać, ale niedogodnością jest słabo funkcyj-

⁵¹⁵ Por. podrozdział 5.3.

nująca komunikacja publiczna. *Można z rana wyjechać PKS-em do Wrocławia, ale powrót wieczorem jest utrudniony.* Ta sytuacja skłania respondenta do następującej refleksji: *może i ten dom jest otwarty na otoczenie, może i nikt mi z niego wychodzić nie zabrania. Ale gdzie mam iść, skoro stąd wszędzie jest tak strasznie daleko?!* Wnioskować można z tego, że w pewnych przypadkach odległość może izolować od społeczności lokalnych tak samo, jak zamknięte drzwi, mury, czy zasieki z drutu kolczastego.

Idealnym rozwiązaniem byłoby funkcjonowanie domów pomocy społecznej w każdej gminie. Dzięki temu zlokalizowane byłyby one w możliwie najmniejszej odległości od dotychczasowego miejsca zamieszkania osób starszych. Domy te powinny być wkomponowane w osiedla mieszkalne lub niedaleko od nich. Dzięki temu osoba starsza, jeśli ma potrzebę zamieszkania w domu pomocy społecznej, nie musi zmieniać dobrze jej znanego otoczenia. *Umieszczanie osób starszych w najbardziej nawet luksusowych, dużych domach pomocy, zlokalizowanych w innym mieście, z dala od rodzinnego domu, traktowane powinno być jako rozwiązanie społecznie nieefektywne, całkowicie ignorujące psychiczne odczucia pacjenta*⁵¹⁶.

Charakterystyczna dla instytucji totalnych jest postawa personelu, który wykazuje paternalistyczne oraz infantyilizujące podejście do podopiecznych. Jest to efekt założenia, że pensjonariusze nie są zdolni do myślenia o sobie i podejmowania decyzji dotyczących nawet najbardziej podstawowych spraw, takich jak sposób spędzenia dnia czy organizacja czasu wolnego⁵¹⁷.

Taką postawę personelu skonfrontować należy z zapisami Europejskiej Karty Społecznej (Zrewidowanej). Artykuł 23 tegoż dokumentu gwarantuje osobom w podeszłym wieku, będącym pensjonariuszami zakładów opieki długoterminowej, prawo do otrzymywania stosowanego wsparcia, a także prawo do podejmowania decyzji dotyczących warunków życia w takiej instytucji.

Poziom wsparcia jest stosowny wtedy, gdy dokładnie odpowiada poziomowi zależności funkcjonalnej, czyli nie generuje ani luki opiekuńczej, ani negatywnej zależności⁵¹⁸. Usługi opiekuńcze powinny więc być dopasowane do indywidualnych potrzeb osób niesamodzielnych.

Aż 50 mieszkańców (spośród 54) biorących udział w badaniu oświadczyło, że świadczone w domu pomocy społecznej usługi opiekuńcze są dopasowane do ich indywidualnych potrzeb. Oznacza to, że nie uważają się oni za biernych beneficjentów świadczeń, lecz biorą

⁵¹⁶ S. Golinowska (red.), *Raport...*, poz. cyt., s. 98.

⁵¹⁷ S. Peace, L. Kellaher, D. Willcock, poz. cyt., s. 47

⁵¹⁸ Por. podrozdział 2.1.

aktywny udział w rozwiązywaniu ich problemów. Poziom udzielanego im wsparcia jest wynikiem dialogu, interakcji pomiędzy świadczeniobiorcą a świadczeniodawcą. Respondenci argumentując tę odpowiedź komunikowali, że *personel nie jest natrętny, ale zawsze do usług, albo ile mogą zrobić sama to robię. Nikt mnie nie wyręcza, ani nie brakuje mi opieki lub opieka jest wtedy, kiedy jej potrzebuję i taka, jaką potrzebuję.*

Niektórzy respondenci stwierdzili, że są zachęceni przez personel do tego, aby w miarę możliwości samodzielnie wykonywali podstawowe aktywności codziennego życia. W innych przypadkach inicjatorami dopasowywania poziomu wsparcia do potrzeb opiekuńczych byli sami mieszkańcy. Na przykład jedna osoba stwierdziła, że zasygnalizowała personelowi opiekuńczemu zakres wymaganego i akceptowanego przez nią wsparcia (*Powiedziałam opiekunkom co mogę robić sama i zrezygnowałam z niepotrzebnej dla mnie pomocy*). Inny z respondentów wyjawiał, że zakres udzielanego mu wsparcia zmieniał się wraz ze zmianami jego poziomu sprawności (*Kiedy byłem po operacji to potrzebowałem dużo opieki i ją miałem. Teraz jest już ze mną dobrze i z opieki tak bardzo nie korzystam*).

Żaden z respondentów nie stwierdził, że zakres świadczonych w domu pomocy społecznej usług opiekuńczych jest zbyt duży, czyli że nikt z badanych nie czuje się zbędnie wyręczany. 4 osoby (spośród 54) oświadczyły natomiast, że usług opiekuńczych jest za mało i że brakuje im niezbędnego wsparcia. Jedna z tych osób zakomunikowała: *jak byłam po operacji to w gnoju leżałam, bo nikt się mną nie chciał zająć.*

W badanych placówkach stosunki między mieszkańcami a personelem są różne i uzależnione z jednej strony od kultury organizacyjnej domu pomocy społecznej, z drugiej natomiast od osobowości poszczególnych pracowników i mieszkańców. Na przykład: w jednym z domów (w Sosnowce) respondent podkreślił ciepłe i przyjacielskie relacje z personelem (*Do opiekunek zwracam się po imieniu. O wszystkim można z nimi spokojnie pogadać*), z kolei w innym domu (w Zgorzelcu) respondent stwierdził, że *personel ma bardzo służbowe podejście do mieszkańców.*

Respondenci zapytani o to, czy ich opinie i decyzje mają wpływ na funkcjonowanie domu pomocy społecznej w którym mieszkają, w zdecydowanej większości odpowiedzieli pozytywnie. 42 osoby (spośród 54) stwierdziły, że mają one wpływ, natomiast 2 osoby stwierdziły, że mają wpływ, ale tylko czasami. Symptomatyczna jest tutaj wypowiedź jednego z respondentów, który stwierdził, że *uwagi mieszkańców są przyjmowane i załatwiane. Dyrektorka często podkreśla, że to personel jest dla mieszkańców, a nie odwrotnie.*

Istotnym elementem, który umożliwia właściwą komunikację personelu z mieszkańcami i tym samym niweluje między nimi asymetrię informacyjną, jest samorząd mieszkań-

ców. Wielu respondentów było członkami takich samorządów osobiście lub znało kogoś, kto takim członkiem jest. Respondenci w Jeleniej Górze zaznaczali ponadto, że dyrektor domu dostępny jest dla nich, poza zebraniem samorządu, także w wyznaczonych terminach. Wyслуčuje wówczas indywidualnych postulatów, które zgłaszają mieszkańcy domu. Jeden z respondentów (z Malczyc) poinformował, że pełni funkcję gospodarza budynku. Do jego kompetencji należy organizowanie okresowych spotkań mieszkańców z personelem oraz zapewnienie odpowiedniej komunikacji między nimi.

4 osoby (z 54) stwierdziły, że raczej nie mają wpływu na funkcjonowanie domu pomocy społecznej. Jedna z tych osób argumentowała odpowiedź tym, że: *nie ma sensu się do nich (czytaj: do personelu) wtrącać*. Druga nie skarży się, bo uważa, że: *to i tak nie pomaga. Ma być tak jak jest i koniec*. Trzecia osoba stwierdziła, że w jej domu *nie ma czegoś takiego jak samorząd mieszkańców, a samemu nie mam siły przebicia*. Ostatnia osoba podkreśliła, że *są narady z mieszkańcami. Ostro debatują. Realnego wpływu jednak to my tutaj nie mamy*.

4 respondentów (z 54) uznało natomiast, że ich opinie i decyzje zdecydowanie nie mają żadnej siły sprawczej w domu pomocy społecznej. Jedna z tych osób oznajmiła, że *personelowi wszystko hurtem „zwisła”*. *Są jakieś narady z mieszkańcami, ale nic z nich nie wynika. Można stwierdzić, że kierownictwo domu jest głuche na postulaty mieszkańców. Tutaj najważniejsze jest zachowanie zgodne z zasadą: mowa jest srebrem, a milczenie- złotem*. Druga osoba zakomunikowała: *często zgłaszam się do dyrektora, ale odmawia mi twierdząc, że musi być tak jak jest*. Kolejna osoba stwierdziła, że *są ekscesy alkoholowe. Ludzie się skarżą, a personel nic z tym nie robi*. Ostatnia z tych osób argumentowała swoją odpowiedź tym, że *głośno mówi się wśród mieszkańców o problemach, ale nie dociera to do kierownictwa. Ludzie proszą na przykład o rosół w niedzielę, albo o kawę i ciastko na deser, ale to wszystko pozostaje bez odzewu*.

2 respondentów (z 54) nie wiedziało czy decyzje i opinie mieszkańców mają wpływ na funkcjonowanie domu pomocy społecznej. Stwierdzili oni, że mieszkają w placówce zbyt krótko, aby móc się na ten temat wypowiadać.

Jeden z respondentów, który zadeklarował, że opinie mieszkańców mają wpływ na funkcjonowanie domu, stwierdził dodatkowo: *ale i tak „oni” tutaj rządzą i robią co chcą*. Inna osoba, pomimo takiej samej deklaracji, wywiad zakończyła wyznaniem: *dużo tutaj brakuje, ale co my możemy zrobić? Musimy być grzeczni i wtedy źle nam nie jest*. Udzielanie takich dwuznacznych odpowiedzi sugeruje, że respondenci nie zawsze odpowiadali na zadawane im pytania szczerze i zgodnie z własnymi przekonaniem. Niektóre odpowiedzi podawane były w niezwykle zawołanej formie.

Takie zachowanie początkowo interpretowane było przez autora badań jako poczucie strachu respondentów przed ewentualnymi konsekwencjami „oczerniania” domu pomocy społecznej. Szukając wyjaśnień w tym względzie skonsultowano się z pracownikami domów pomocy społecznej. Okazało się, że subiektywne opinie mieszkańców wyrażane w badaniach są z reguły bardziej pozytywne niż ich faktyczne odczucia. Jest to prawdopodobnie efekt tego, iż placówka jest ich domem i w związku z tym z trudem przychodzi im mówienie złych rzeczy o swoim miejscu zamieszkania przed obcą osobą.

Analizując wyniki badań (zarówno tutaj przedstawianych, jak i wszystkich innych dotyczących subiektywnych opinii mieszkańców zakładów opieki długoterminowej) należy mieć więc na uwadze fakt, że są one z góry obarczone pewnego rodzaju błędem- zawsze odbiegają *in plus* od rzeczywistych przekonań respondentów.

Niezwykle istotną kwestią jest umożliwienie osobom mieszkającym w domach pomocy społecznej korzystania z ich podstawowych praw. Prawa te nie mogą być w żaden sposób ograniczane ani łamane. Sformułowane przez ONZ Zasady Działania na Rzecz Osób Starszych w punkcie 14 stanowią, że *osoby starsze powinny mieć pełną możliwość korzystania z praw człowieka i podstawowych swobód w trakcie przebywania w instytucjach zapewniających schronienie, opiekę lub pomoc medyczną, włączając w to pełne poszanowanie ich godności, przekonań, potrzeb i prywatności, a także prawa do decydowania o formie opieki i jakości swego życia.*

W niektórych krajach tworzone są specjalne akty prawne zawierające generalne prawa mieszkańców zakładów opieki długoterminowej⁵¹⁹. W Polsce prawa mieszkańców określone są zazwyczaj w regulaminach domów pomocy społecznej. Każdy mieszkaniec podlega tym wewnętrznym regulacjom. Z jednej strony generowanie takich odrębnych dyrektyw może być odbierane jako pozytywny przejaw specjalnej troski o prawa najsłabszych jednostek. Z drugiej jednak strony dyrektywy te mogą stanowić cechę wyróżniającą mieszkańców zakładów opieki długoterminowej, symboliczną barierę oddzielającą ich od zwykłych ludzi.

Jeżeli opieka stacjonarna ma być maksymalnie zbliżona do opieki środowiskowej, czyli wsparcie w placówkach opiekuńczych powinno być analogiczne do wsparcia w miejscu zamieszkania, to tworzenie odrębnych praw mieszkańców placówek można ocenić jako prak-

⁵¹⁹ Dla przykładu w USA funkcjonuje *Karta praw pensjonariusza domu opieki (Resident's Bill of Rights)*, która stanowi część ustawy o reformie zakładów opieki długoterminowej z 1987 r. (*Nursing Home Reform Act*). W dokumencie tym mieszkańcom zagwarantowano prawo do: wolności od przemocy i nadużyć; wolności od fizycznych i psychicznych ograniczeń; prywatności; zaspokajania potrzeb medycznych, fizycznych, psychicznych oraz społecznych; udziału w stowarzyszeniach mieszkańców; traktowania z godnością; samostanowienia; swobodnej komunikacji; współuczestniczenia w tworzeniu planu opieki oraz do pełnej informacji dotyczącej dostarczanej opieki. www.aarp.org/research/legis-polit/legislation/aresearch-import-687-FS84.html (17.11.2008).

tykę negatywną. Skoro w środowisku domowym nie funkcjonują sformalizowane regulaminy, to w placówkach opiekuńczych również nie powinno ich być. Prawa mieszkańców powinny być takie same jak wszystkich innych ludzi, natomiast zasady współżycia w placówce powinny być regulowane ogólnie przyjętymi w społeczeństwie normami.

Prawie wszyscy mieszkańcy biorący udział w badaniu uznali, że pobyt w domu pomocy społecznej nie ogranicza im możliwości korzystania z praw człowieka, takich jak prawo do godności, wolności, prywatności, czy samostanowienia (50 osób stwierdziło, że zdecydowanie nie ogranicza, natomiast 3 osoby stwierdziły, że raczej nie ogranicza). Jedynie jeden respondent stwierdził, że pobyt w placówce ogranicza tę możliwość, ale tylko w pewnych przypadkach. Argumentował to tym, że *personel nie ma powołania, cierpliwości i serca do swojej pracy. Ich działania zabijają indywidualizm mieszkańców. Oni dążą do tego, aby człowiek się nie wychylał.*

Za ciekawą można uznać opinię respondenta domu prowadzonego przez Caritas w Malczycach. Osoba ta oznajmiła, iż czuje się zirytowana faktem, że jest stale inwigilowana przez personel (głównie siostry zakonne). Wyróżniła ona wśród mieszkańców domu dwa „obozy”: pobożnych i niepobożnych. Pobożni to *pupilki personelu*, które z reguły traktowane są na specjalnych warunkach. *Ja z kolei jestem osobą, która nie afiszuje się z modleniem, stwierdza, i często przez to jestem wzywany „na dywanik”.* Taki system nagradzania i karania jest typowy dla instytucji totalnej, która *niwelując różnice wyniesione z zewnątrz tworzy własny system wyróżnień i zmusza do jego respektowania*⁵²⁰.

Pensjonariusze instytucji totalnych poddawani są procesowi deprivacji osobowości. Proces ten odbywa się poprzez usunięcie elementów kreujących tożsamość pensjonariusza, dóbr osobistych wyrażających jego „ja” i warunkujących jego odmiennność. *Typowym przykładem jest tu przechowywanie jego rzeczy osobistych w magazynie, do którego nie ma dostępu*⁵²¹. W zamian za to instytucja przekazuje zestaw przedmiotów, które są takie same dla dużej grupy pensjonariuszy. W efekcie tych zabiegów tworzone są specyficzne warunki bytu, które mają przekształcić pensjonariusza *w kogoś, kim nie są, i w coś, czym stać się nie chcą*⁵²².

Aby maksymalnie oddalić się od opcji „totalnej”, każdemu mieszkańcowi domów pomocy społecznej powinna być zagwarantowana możliwość wyrażania swojej osobowości. Powinni oni dowolnie wyposażać swój pokój, swobodnie ubierać się i zachowywać zgodnie z

⁵²⁰ E. Goffman, *Charakterystyka...*, poz. cyt. s. 176.

⁵²¹ E. Goffman, *Charakterystyka...*, poz. cyt. s. 156.

⁵²² Z. Bauman, *Wolność*, poz. cyt., s. 17.

własnymi normami i zwyczajami. Jeden z dyrektorów badanych placówek podkreślił, że stara się, aby mieszkańcy przeprowadzali się do domu pomocy społecznej *wraz z dobrodziejstwem inwentarza*, czyli wyposażeni we własne przedmioty codziennego użytku. Taka praktyka jest uciążliwa dla personelu, gdyż powoduje, że pokoje nierzadko są zagracone. Należy jednak pamiętać, że przedmioty ludzi starych, nawet jeśli są gorszej jakości niż te oferowane przez placówkę, zwykle mają dla nich znaczenie sentymentalne. Nierzadko są to cenne pamiątki, z którymi wiążą ich ważne życiowe wydarzenia. Obecność tych przedmiotów powoduje, że osoba stara *nie jest wrywana z korzeniami ze swojego środowiska domowego, lecz przenosi do domu pomocy społecznej część swojego poprzedniego życia*.

Mieszkańcy zapytani o to, czy pobyt w domu pomocy społecznej utrudnia im wyrażanie swojej osobowości (przez np. ograniczenie swobody ubioru, wyposażenie pokoju, czy zachowanie zgodne z własnymi normami i zwyczajami), udzielali odpowiedzi zdecydowanie negatywnych. 47 osób (z 54) uznało, że zdecydowanie nie, natomiast 6 osób uznało, że raczej nie odczuwają utrudnień w wyrażaniu swojej osobowości. Ich zachowanie nie jest krępowane przez personel. Jedynym ograniczeniem jest konieczność dostosowania się do ogólnie panujących norm i zwyczajów (*Mogę robić wszystko według własnego uznania. Jak w domu. Nie ma żadnych specjalnych nakazów i zakazów. Byleby tylko nie rozrabiać i być dobrym człowiekiem*). Podobnie jest w przypadku swobody ubioru (*Ubierać się mogę w co chcę, byleby tylko na golasa nie biegać*).

Jeden z respondentów stwierdził, że pokój jest jego *enklawą prywatności*. Może urządzać go zgodnie z własnymi upodobaniami i zachowywać się w nim zgodnie ze swoimi zwyczajami. Respondenci podkreślali, że w pokojach otoczeni są własnymi przedmiotami, zwykle takimi jak: telewizor, radio, lodówka, żelazko, meble, firanki, pościel, ubranie, obrazy i zdjęcia. Możliwość aranżacji pokoju uzależniona jest jednak od tego, czy osoba mieszka w pokoju jedno czy wieloosobowym. Respondenci posiadający do dyspozycji własny pokój nie dopatrzili się żadnych utrudnień w wyrażaniu swojej osobowości, natomiast osoby dzielące pokój z innymi mieszkańcami często oświadczały, że stanowi to znaczne ograniczenie. Na przykład jeden z respondentów stwierdził, że mieszkanie ze współlokatorem wymaga *wypracowania daleko idących ustępstw*.

Tylko jeden respondent zadeklarował, że pobyt w domu pomocy społecznej zdecydowanie utrudnia mu możliwość wyrażania swojej osobowości. To utrudnienie wiąże się właśnie z koniecznością dzielenia pokoju z innym mieszkańcem. Osoba ta została dokwaterowana do pokoju, który był już w pełni urządzony przez współlokatora. Ta sytuacja skłoniła re-

spondenta do następującej refleksji: *we własnym pokoju czuję się gościem. Nie mam w nim nic do powiedzenia. Nie ma tutaj miejsca na moje rzeczy.*

Dla mieszkańców domów pomocy społecznej, zwłaszcza jeśli są nimi osoby starsze, niezwykle istotne jest, aby dysponowali jednoosobowymi pokojami. Należy pamiętać, że przyzwyczajenie ludzi starych są głęboko zakorzenione. Konieczność ich ograniczania przy wypracowywaniu kompromisu ze współlokatorami może być dla tych ludzi niezwykle trudne.

Aby mieszkaniec domu pomocy społecznej miał poczucie autonomicznego gospodarowania, powinien ponosić finansową odpowiedzialność za efekty tegoż gospodarowania. Jeden z respondentów w trakcie wywiadu wyjawiał, że odczuwa satysfakcję z pobytu w placówce, gdyż *nie trzeba tutaj oszczędzać na gazie i na wodzie*. Taką postawę ocenić należy negatywnie. Jest ona bowiem dowodem na to, że mieszkańcy domów pomocy społecznej tracą poczucie racjonalności niezbędnej przy indywidualnym gospodarowaniu w środowisku domowym.

Dyrektorzy domów pomocy społecznej potwierdzili, że brak racjonalności w zachowaniu mieszkańców jest istotnym problemem. Mieszkańcy nie partycypują w kosztach ponoszonych na media i remonty, czego efektem jest nadmierne (w stosunku do faktycznych potrzeb) wykorzystywanie zasobów. Prawdopodobnie przynajmniej częściowe partycypowanie mieszkańców w kosztach swojej działalności spowodowałoby, że zaczęliby oni zachowywać się bardziej racjonalnie. Z tego powodu być może wskazane byłoby indywidualne rozliczanie każdego mieszkańca, na przykład poprzez montowanie, odrębnych dla każdego pokoju, liczników ciepła lub energii elektrycznej. Taki zabieg, poza oczywistymi oszczędnościami, mógłby także przyczynić się do kształtowania wśród mieszkańców postawy odpowiedzialności za swoje zachowanie, co niewątpliwie podkreśliłoby ich podmiotowość.

Na podstawie wyników tej części badań zweryfikować można hipotezę, jakoby domy pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku były instytucjami totalnymi. Przedstawione powyżej wnioski świadczą o tym, że badane placówki nie są dużymi i zamkniętymi instytucjami nastawionymi na pielęgnację i dozór. Są to raczej otwarte na otoczenie domy świadczące pomoc i aktywnie wspierające niesamodzielnych seniorów. Mimo to działalność tych placówek daleka jest od doskonałości. W wielu aspektach ich funkcjonowanie powinno zostać zmienione.

Realizacja wielu zmian organizacyjnych w domach pomocy społecznej jest procesem niezwykle trudnym. Wynika to z faktu, że muszą się one dokonać nie tyle w sferze materialnej (budynki i przedmioty stosunkowo łatwo poddają się modyfikacjom), co w świadomości

personelu i mieszkańców. Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, że rozwój stacjonarnej opieki społecznej powinien polegać na przeobrażeniach w kierunku:

od zakładu do domu
od pielęgnacji do pomocy
od pensjonariusza do mieszkańca
od introwersji do otwartości
od grupy do indywidualności
od planu do wyboru
od bierności do partycypacji.

6.3. Zmiana jakości usług świadczonych przez placówki stacjonarnej opieki społecznej

Na początku lat 90. sektor stacjonarnej opieki społecznej w Polsce cechował się:

- ogromnym zróżnicowaniem standardu budynków i świadczonych tam usług,
- trudnymi warunkami lokalowymi (6-10 osobowe pokoje),
- brakiem możliwości respektowania praw mieszkańca do intymności i prywatności,
- zbyt duże budynki (dla 200-300 mieszkańców),
- zbyt duże zagęszczenie mieszkańców⁵²³

Wysoka jakość stacjonarnej opieki długoterminowej jest jednym ze wspólnych celów Unii Europejskiej, który regulowany jest tzw. otwartą metodą koordynacji. W związku z niekorzystną (lub wręcz dramatyczną) sytuacją w sektorze stacjonarnej opieki społecznej, na długo przed akcesją Polski do UE, powzięto działania mające na celu podwyższenie jakości świadczonych w nim usług. Rozpoczęto proces tzw. standaryzacji placówek.

Pojęcie „standard” może być rozumiane dwojako. Z jednej strony jako wspólnie ustalone kryterium, które określa powszechne, zwykle najbardziej pożądane cechy (czyli standaryzacja oznacza ujednoczanie). Z drugiej strony może stanowić najprostszy wariant, najniższą możliwą do zaakceptowania wersję, zejście poniżej której oznacza, że produkty lub usługi są substandardowe, czyli niedopuszczalne dla klienta, godzące w poczucie jego estetyki lub zagrażające jego bezpieczeństwu. Standaryzacja stacjonarnej opieki społecznej rozumiana jest w tym drugim znaczeniu. Standardy placówek stacjonarnej opieki społecznej wyznaczają dolną granicę dopuszczalnej obsługi, zejście poniżej której narusza godność i zagraża bezpie-

⁵²³ Z. Tarkowski, *Standaryzacja domów pomocy społecznej*, [w:] Z. Tarkowski, *Zarządzanie...*, poz. cyt. s. 133-134.

czeństwu mieszkańców. Z tego powodu wskazane jest stosowanie (na wzór angielski) terminu "minimalne standardy" (*national minimum standards*), przez co unika się niejasności związanych ze znaczeniem terminu „standard”⁵²⁴.

W opinii S. Golinowskiej *standardy usług społecznych stanowią jeden z trudniejszych i ciągle nie rozwiązanych problemów funkcjonowania instytucji polityki społecznej*⁵²⁵. Wynika to z faktu, że o ile łatwo określić pożądaną jakość świadczeń materialnych, o tyle w przypadku usług jest to znacznie utrudnione. J. Gałęziak zaznaczył, że *trudno mówić o standaryzacji usług, skoro są one z natury nie do wystandaryzowania, a ponadto są niewymierne i nietrwałe*⁵²⁶. Wymagany poziomu relacji międzyludzkich, gestów sympatii, przyjaźni i otwartości nie może zostać określony przepisami prawa⁵²⁷. Niska jakość usług wydaje się być problemem tkwiącym bardziej w obyczajowości (uzależniona jest od postaw i zachowań personelu) niż w formalnych dyrektywach.

Przepisy dotyczące standaryzacji domów pomocy społecznej zostały wprowadzone ustawą z 1996 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz ustawy o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu⁵²⁸. Ówczesne rozwiązania prawne wprowadziły 10-letni okres opracowania i realizacji programów naprawczych dla tych placówek, które nie osiągały minimalnego standardu. Wydawane im było wówczas zezwolenie warunkowe na prowadzenie działalności. Miało ono stracić ważność z końcem 2006 roku. Po tym okresie placówki, które w dalszym ciągu nie spełniały minimalnych standardów, powinny zakończyć swoją działalność.

W związku z opóźnieniami w realizacji programów naprawczych w większości placówek stacjonarnej opieki społecznej, ustawą z dnia 8 grudnia 2006 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej⁵²⁹ wydłużono okres dochodzenia do minimalnych standardów. Zezwolenia warunkowe zachowały moc do końca 2010 roku. Zaznaczono jednak, że domy pomocy społecznej prowadzone na podstawie zezwolenia warunkowego, od początku 2008 roku nie

⁵²⁴ Autor jednego z artykułów prasowych stwierdza, że *Dom Pomocy Społecznej w Kaliszu otrzymał stałe zezwolenie na prowadzenie placówki. Oznacza to, że DPS spełnia najwyższe standardy usług pielęgnarskich, opiekuńczych i terapeutycznych. Spełnienie najwyższych standardów argumentowane jest tym, że nie mamy barier architektonicznych, które uniemożliwiłyby mieszkańcom swobodne poruszanie się po obiekcie, pensjonariusze przykuci do łóżka mają możliwość przywołania do siebie personelu i w ten sposób są pod stałą opieką. Co ważne, jesteśmy domem, który zatrudnia odpowiednią liczbę pracowników.* A. Kurzyński, *KALISZ- DPS spełnia standardy*, „POLSKA Głos Wielkopolski”, 24.10.2008, artykuł dostępny na stronie internetowej <http://kalisz.naszemiasto.pl/wydarzenia/913508.html> (14.11.2008).

Wydaje się, że zatrudnienie odpowiedniej liczby personelu, likwidacja barier architektonicznych czy montaż systemu przyzywowego nie jest najwyższym standardem, lecz są to minimalne wymagania, których niespełnienie godzi w godność mieszkańców i zagraża ich bezpieczeństwu.

⁵²⁵ S. Golinowska, *Inna...*, poz. cyt., s. 9.

⁵²⁶ J. Gałęziak, *O miejscu i roli pomocy społecznej*, poz. cyt., s. 11.

⁵²⁷ I. Sierpowska, poz. cyt., s. 117.

⁵²⁸ Dz. U. 1996 nr 100, poz. 459.

⁵²⁹ Dz. U. 2006 nr 249, poz. 1831.

mogą podwyższać opłaty za pobyt, a od początku 2009 roku nie mogą przyjmować nowych mieszkańców. Wprowadzenie tych rozwiązań miało na celu w głównej mierze zmobilizowanie do szybszej realizacji programów naprawczych.

Obecnie przepisy wyznaczające minimalne standardy placówek stacjonarnej opieki społecznej zawarte są w rozporządzeniu ministra (dotyczące domów pomocy społecznej) lub w ustawie (dotyczące rodzinnych domów pomocy oraz placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub w podeszłym wieku). Dotyczą one najbardziej podstawowych kwestii związanych w głównej mierze ze świadczeniem usług bytowych, ale także usług opiekuńczych i (w przypadku domów pomocy społecznej) usług wspomagających. Określają na przykład minimalny metraż pokoi mieszkalnych. Stwierdzają, że pomieszczenia powinny być dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych. Gwarantują mieszkańcom odpowiednie posiłki i pomoc w wykonywaniu codziennych aktywności⁵³⁰.

Minimalne standardy stacjonarnej opieki społecznej wyznaczają podmioty publiczne, aby chronić świadczeniobiorców przed zjawiskami i sytuacjami, które mogą być dla nich niekorzystne. Standardy te muszą być jasne, celowe i uznane za sprawiedliwe zarówno przez władzę publiczną, jak i świadczeniodawców⁵³¹. Poza minimalnymi standardami, które są obligatoryjne dla wszystkich placówek, w wielu krajach ustalane są (przez różnego rodzaju stowarzyszenia profesjonalistów i/lub praktyków) dodatkowe, często bardzo rygorystyczne normy, których przestrzeganie jest fakultatywne. Normy te związane są zwykle ze specjalnym systemem certyfikacji weryfikującym dbałość o wysoki poziom świadczeń.

Pomimo powszechnej krytyki i licznych doniesień medialnych dotyczących nadużyć i nieprawidłowości w placówkach stacjonarnej opieki społecznej, pomimo braku zdecydowanych działań zmierzających do osiągnięcia minimalnych standardów, stwierdzić można, że jakość usług w tym obszarze uległa w Polsce w ciągu ostatnich lat zasadniczej poprawie⁵³². Sytuacja wciąż daleka jest jednak od oczekiwanej poprawności. Z przeprowadzonej w 38 domach pomocy społecznej kontroli NIK (2005 r.) wynika, że żaden z nich *nie zapewnia mieszkańcom usług na poziomie wszystkich obowiązujących standardów*⁵³³. Warunki bytowe ograniczały mieszkańcom poczucie intymności i prywatności. Niezapewniony był odpowiedni

⁵³⁰ Szczegółowe przytoczenie w niniejszej pracy minimalnych standardów wyznaczonych dla poszczególnych placówek stacjonarnej opieki społecznej jest bezzasadne. Są one zawarte w odpowiednich aktach prawnych.

⁵³¹ N. Ikegami, J.P. Hirdes, I. Carpenter, *Measuring the quality of long-term care in institutional and community settings*, [w:] P. Smith (red.), *Measuring Up. Improving health system performance in OECD countries*, OECD Publishing, Paris 2002, s. 279.

⁵³² Por. I. Sierpowska, poz. cyt., s. 121.

⁵³³ *Informacja o wynikach kontroli...*, poz. cyt., s. 6.

metraż pokoi oraz dostęp do urządzeń sanitarnych. Prawie we wszystkich skontrolowanych placówkach realizacja usług opiekuńczych i wspomagających była utrudniona ze względu na niedostateczną ilość personelu. Ponadto kontrolerzy stwierdzili rażące nieprawidłowości wynikające z nieprzestrzegania przepisów ochrony przeciwpożarowej oraz norm sanitarno-epidemiologicznych.

Niska jakość stacjonarnej opieki długoterminowej nie jest wyłącznie polską specyfiką. Jest to problem występujący w wielu krajach. Liczne doniesienia na temat substandardowych świadczeń godzących w godność pensjonariuszy obecne były w latach 60. XX w. w USA, a w Wielkiej Brytanii w połowie lat 80.⁵³⁴. W Niemczech przeprowadzone w 2007 r. kontrole zakładów opieki długoterminowej także wykazały wiele nieprawidłowości, które mass-media nazwały *horrorem w domach opieki*⁵³⁵.

Wydaje się pożądane, aby jakość świadczonych w domach pomocy społecznej usług nie była minimalna (zgodna ze standardami), lecz by była wyższa. Powstaje zatem pytanie: o ile wyższa? Czyli: jaka powinna być faktyczna jakość usług świadczonych w placówkach stacjonarnej pomocy społecznej?

Odpowiedzi na powyższe pytanie udziela J. Gałęziak twierdząc, że *poziom i zakres usług powinien być dostosowany do poziomu życia całego społeczeństwa oraz dotychczasowego stylu życia klienta pomocy społecznej. Trudno mi zgodzić się z opinią, że wyposażenie naszych DPS ma odpowiadać wyposażeniom DPS w krajach skandynawskich, skoro poziom życia jest tam wielokrotnie wyższy niż u nas. DPS nie powinien przypominać pałacu na biednej wsi, bo ten kontrast razi i jest źle odbierany społecznie. Zmiany w pomocy społecznej powinny być stopniowe, dostosowane do naszych możliwości. Dotyczy to także indywidualnego klienta. Jeżeli staruszkę przeniesiemy z ubogiej chaty do bogatego Domu Pomocy Społecznej to możemy być pewni, że będzie się tam czuła obco, zagubiona, a wręcz skrzępowana luksusem. Dla niej bardziej odpowiedni jest skromny Dom Pomocy Społecznej, urządzony w stylu przypominającym jej dotychczasowe życie*⁵³⁶.

Faktyczna jakość usług stacjonarnej opieki społecznej powinna być weryfikowana przez rynek (jednak, co już wcześniej stwierdzono, nie może być ona niższa od pewnych, ustanowionych przez państwo, minimalnych standardów, poniżej których naruszana jest ludzka godność). Najskuteczniejszym bodźcem do podnoszenia jakości usług wydaje się być

⁵³⁴ Por. m. in. I. Allen, D. Hogg, S. Peace, *Elderly People...*, poz. cyt., s. 259.

⁵³⁵ W ciągu dwóch lat skontrolowano około 3 tysiące placówek (około jednej trzeciej wszystkich). Wyniki wykazały, że co trzeci pacjent jest niedożywiony albo otrzymuje zbyt mało płynów. Pojawiające się u nich odleżyny są źle leczone. W co dziesiątym przypadku stwierdzono zagrożenie życia. B. T. Wieliński, *Niemcy: Horror w domach starców*, „Gazeta Wyborcza”, 5.09.2007, s. 11.

⁵³⁶ J. Gałęziak, *O miejscu i roli pomocy społecznej*, poz. cyt., s. 11-12.

zwiększenie podaży świadczeń oraz zapewnienie zdrowej konkurencji w sektorze. W sytuacji ograniczonej podaży presja na poprawę jakości zawsze będzie mocno ograniczona. Zdaniem T. Getzena przyczynę niskiej jakości usług stacjonarnej opieki długoterminowej należy upatrywać właśnie w chronicznej nadwyżce popytu nad podażą. *Jeżeli (...) oczekujący na opiekę tworzą długą kolejkę, nie trzeba dbać o wygląd budynku, który mógłby przyciągnąć nowych klientów, ani starać się o wysoki poziom usług pielęgniarских lub jakość posiłków, aby w ten sposób zatrzymać dotychczasowych pensjonariuszy. Skoro każde miejsce zostanie z całą pewnością zajęte przez następnego oczekującego, jedynym sposobem zwiększania zysku jest ograniczanie wydatków (mniej opieki pielęgniarской, pielęgniarki o mniejszych kwalifikacjach, mniej napraw, remontów itp.)*⁵³⁷. Wydaje się zatem, że dopóki stacjonarna opieka społeczna będzie sektorem (rynkem) świadczeniodawcy, dopóty osoby niesamodzielne będą beneficjentami świadczeń relatywnie niskiej jakości. Tego stanu rzeczy raczej nie zmienią kolejne formalne dyrektywy regulujące jakość usług świadczonych w zakładach opieki długoterminowej.

W Polsce nie tylko brak konkurencji jest tym czynnikiem, który ogranicza presję na podnoszenie jakości stacjonarnej opieki społecznej. Są nimi również zasady finansowania pobytu w placówkach. Oczywistym jest, że koszt pobytu w placówce uzależniony jest od jakości świadczonych tam usług- im usługi wyższej jakości, tym pobyt jest droższy. Przy obecnych zasadach finansowania, dla gmin korzystniejsze jest kierowanie osób niesamodzielnych do placówek oferujących tańsze usługi, niezależnie od tego, jakiej są one jakości. W rezultacie dochodzi do nierównomiernego rozmieszczenia mieszkańców w domach pomocy społecznej- do placówek oferujących tanie usługi niskiej jakości tworzone są kolejki oczekujących, podczas kiedy w placówkach świadczących drogie usługi wysokiej jakości są wolne miejsca. Tym samym można stwierdzić, że obecnie w obszarze pomocy społecznej „gorsze” placówki wypierają placówki relatywnie „lepsze”.

Nadal nie tłumaczy to jednak, dlaczego świadczeniobiorcy tolerują i akceptują substandardowe usługi. Z badań przeprowadzonych przez W. Scanlona wynika, że współfinansowanie stacjonarnej opieki długoterminowej ze środków publicznych powoduje spadek wrażliwości na jakość świadczeń⁵³⁸. Oznacza to, że jeżeli osoba niesamodzielna nie ponosi pełnej odpłatności za świadczenia, to wówczas ma mniejsze wymagania wobec ich jakości niż w przypadku, gdyby ponosiła pełną odpłatność. Tłumaczyć to może niską jakość stacjonarnej

⁵³⁷ T. E. Getzen, poz. cyt., s. 313.

⁵³⁸ W. J. Scanlon, *Possible...*, poz. cyt., s. 47.

opieki społecznej, w kosztach której partycypuje samorząd terytorialny oraz wysoką jakość usług w tych placówkach, które nie korzystają z publicznych subsydiów.

Jeden z pracowników dolnośląskich domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku wyraził opinię, że mieszkańcy czują się w placówce jak w „złotej klatce”. Wynika to z faktu, że mieszkańcami są z reguły ubodzy seniorzy, którzy większą część życia spędzili w trudnych warunkach bytowych. W placówce jakość ich życia znacznie wzrosła- przebywają w pomieszczeniach przystosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych, otrzymują regularne posiłki, mają zapewnione ogrzewanie w pokojach. Podkreślone zostało również, że powyższe określenie „klatka” nie symbolizuje uwięzienia, czy ograniczenia wolności mieszkańców. Jest ona wyrazem braku alternatyw opiekuńczych. Dom pomocy społecznej jest jedyną opcją godnego życia. Symptomatyczna jest w tym przypadku opinia jednej z mieszkanki, która stwierdziła: *niby i jestem tutaj wolna, ale co to za wolność, skoro ja chcę być z rodziną, a rodzina mnie nie chce.*

Jakość usług świadczonych w zakładach opieki długoterminowej uzależniona jest od formy własności i działalności tych zakładów. Z badań amerykańskich wynika, że placówki działające *non-profit* świadczą usługi generalnie wyższej jakości niż placówki komercyjne⁵³⁹, a ponadto jakość usług w placówkach tzw. sieciowych (działających w ramach sieci placówek) jest z reguły znacznie niższa niż w placówkach niezależnych (niezrzeszonych w sieciach)⁵⁴⁰.

Na Dolnym Śląsku, spośród 8 domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku, 4 działały (w okresie przeprowadzania badań) na podstawie zezwolenia warunkowego, czyli nie spełniały minimalnych standardów. Były to publiczne placówki prowadzone przez powiaty. Borykały się one z takimi problemami jak nieodpowiedni metraż pokoi mieszkalnych, bariery architektoniczne lub niedostateczna ilość personelu. Z kolei wszystkie placówki niepubliczne oraz jedna publiczna (gminna w Jeleniej Górze) posiadały zezwolenie bezterminowe.

Zakładając, że spełnianie minimalnych standardów jest pewnego rodzaju wyznacznikiem jakości świadczonych w domach pomocy społecznej usług, to można stwierdzić, że placówki niepubliczne na Dolnym Śląsku świadczą usługi wyższej jakości niż placówki publiczne.

⁵³⁹ W USA zakłady opieki długoterminowej prowadzone przez podmioty publiczne mają znikomy udział w sektorze stacjonarnej opieki i prawdopodobnie z tego powodu nie zostały uwzględnione w badaniach.

⁵⁴⁰ *Nursing homes. Business as usual*, „Consumer Reports”, 2006, nr 9, s. 38.

Opinie mieszkańców na temat jakości świadczonych w dolnośląskich domach pomocy społecznej usług są podzielone, ale generalnie są one pozytywne. Spośród 54 respondentów 21 określiło jakość usług jako bardzo dobrą, 25 jako dobrą, natomiast 7 jako dostateczną. Tylko jedna osoba biorąca udział w badaniach stwierdziła, że jakość usług jest niedostateczna.

Wyrażając opinię na temat jakości usług, respondenci starali się działać na zasadzie porównania. Kontrastowali usługi świadczone w domu pomocy społecznej z jakimiś innymi, znanymi im usługami. Tylko jedna osoba, która określiła jakość usług jako dobrą, zaznaczyła, że wyrażenie opinii na ten temat jest utrudnione, ze względu na brak skali porównawczej (*Znam tylko ten dom. Nie wiem jak jest w innych. Ale tak ogólnie to powiedzieć mogę, że źle tu nie jest*). Zwykle respondenci oceniali jakość usług w odniesieniu do zasłyszanych opinii o innych placówkach (*Nasz dom jest najlepszy w okolicy lub ludzie z innych domów zazdroszczą nam warunków*) lub w odniesieniu do środowiska domowego, w którym wcześniej przebywali (*Tutaj jest bardzo dobrze. Mam wyżywienie, opiekę i, przede wszystkim, spokój na stare lata. W domu spokoju nie miałam, bo syn jest pijakiem lub jest dobrze. Dali mi własny pokój, w którym jest czysto i ciepło. Muszę się jednak podporządkowywać. Nie mogę sobie na przykład gotować tego, co bym chciała. Poza tym we własnym domu byłam młodsza i sprawniejsza*). Wśród tych osób, które dokonały oceny na podstawie porównania ze środowiskiem domowym, wyróżnić można dwa skrajne poglądy. Jedna z respondentek, która jakość usług oceniła bardzo dobrze, zaznaczyła: *wszystko jest super, u siebie w domu bym tak nie miała*. Z kolei inna osoba, twierdząca, że jakość usług jest dobra, oznajmiła: *bardzo dobrze to jest we własnym domu. Tu jest po prostu dobrze*.

Opinia na temat jakości usług uzależniona jest w dużym stopniu od tego, kto podjął decyzję o zamieszkaniu w domu pomocy społecznej. Mieszkańcy deklarujący, że decyzję tę podjęli autonomicznie, oceniali jakość usług generalnie lepiej niż osoby, które znalazły się w placówce z inicjatywy członka rodziny czy pracownika socjalnego. Zależność tę potwierdza opinia jednej z respondentek: *jak osoba podjęła decyzję, żeby tu przyjść samodzielnie, bo nie ma innego wyjścia, albo dzieciom nie chce zawadzać, to zwykle jest zadowolona. Ale jak kogoś tu dzieci wyrzuciły, to taka osoba zawsze narzeka. Co się dziwić- jak mu się we własnym domu nie podobało, to tutaj pewnie też mu się nie spodoba. Takim ludziom nigdzie się nie podoba. Cały czas narzekają, bo po prostu taką mają naturę. Oni narzekali tak bardzo, że z domu ich dzieci wyrzuciły i teraz my się z tymi zrzędami musimy męczyć*.

Respondenci twierdzący, że jakość usług jest bardzo dobra, najczęściej uzasadniali tę ocenę wysokim standardem warunków bytowych (*Wszystko jest bardzo dobre- jedzenie, po-*

koje. Oceniać mogą tylko w samych superlatywach lub ludzie są czysti i najedzeni. Pokoje są ładne i posprzątane) i, ewentualnie, usług opiekuńczych (*Opieka jest idealna. Czystość jest super. Żywność jest dobra. Czego można więcej żądać?*)

Część respondentów, którzy wystawili ocenę dobrą, to osoby, które nie mają zasadniczych zastrzeżeń co do jakości usług, a jednocześnie nie odczuwający generalnej satysfakcji z pobytu w placówce (*Super nie jest, ale źle też nie jest lub do końca nie dogodzi, ale nie narzekam*). Osoby, które zgłaszały konkretne zastrzeżenia, zwracały uwagę na przykład na pracę personelu (*Personel mógłby być grzeczniejszy. Opiekunki są czasem opryskliwe*) lub na problemy lokalowe (*Pokoje są zbyt ciemne i nie mam jak czytać*). Głównie jednak zastrzeżenia te dotyczyły niedogodności związanych z ograniczoną dostępnością świadczeń medycznych lub aktualnie przeprowadzanym remontem.

W czasie realizacji badań terenowych w dwóch domach pomocy społecznej (w Jeleniej Górze i przy ul. Mącznej we Wrocławiu) przeprowadzane były prace remontowe. Jak stwierdzono wcześniej, nie pozostały one bez wpływu na ocenę jakości usług. Jeden z respondentów w Jeleniej Górze zakomunikował, że zakłócają one spokój mieszkańców (*Robotnicy głośno hałasują*). Najbardziej jednak prace remontowe zdeorganizowały życie mieszkańców wrocławskiego domu pomocy społecznej (ul. Mączna). W placówce tej metraż niektórych pokoiów jednoosobowych nie spełniał minimalnych standardów. W związku z tym, na czas remontu, część lokatorów przeniesiono do ośrodka wczasowego, a pozostałych dokwaterowano do innych pokoi.

Wielokrotnie zgłaszanym przez respondentów problemem była ograniczona dostępność usług zdrowotnych (*Wszystko jest super, tylko za mało jest lekarzy i pielęgniarek*). Pomimo, że domy pomocy społecznej utraciły możliwość ich kontraktowania, zdarza się, że personel medyczny zatrudniany jest na etacie lub na zlecenie. Wśród dyrektorów nie ma jednak zgody co do tego, czy na przykład pielęgniarki powinny pracować w domach pomocy społecznej. Wyróżnić można trzy generalne podejścia do tego zagadnienia:

1) personel pielęgniarski nie powinien być zatrudniany w domach pomocy społecznej (np. Sosnówka)- tłumaczone jest to tworzeniem mieszkańcom warunków maksymalnie zbliżonych do domowych. Obecność pielęgniarek może sprawiać, jak twierdzi pani dyrektor domu w Sosnówce, że *warunki stają się sterylne i zbliżone bardziej do szpitala niż do środowiska mieszkalnego*. Ponadto zaznacza ona, że korzystanie z usług pielęgniarek zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej jest zwykle efektywniejsze niż zatrudnianie ich na etacie w domu pomocy społecznej;

2) obecność personelu pielęgniarskiego jest w domach pomocy społecznej koniecznością (np. Jelenia Góra)- wynika to z przekonania, że seniorzy będący mieszkańcami tych placówek są z reguły osobami przewlekle chorymi (cechą podeszłego wieku jest wielochorobowość). Jeżeli nawet nowo przyjmowani mieszkańcy są zdrowi, to zwykle chorują oni w trakcie pobytu. Wymagają wówczas iniekcji, dozowania leków, aplikowania zastrzyków, zmieniania opatrunków. Dyrektor domu w Jeleniej Górze twierdzi, że *dom pomocy społecznej powinien zabezpieczyć przede wszystkim podstawowe potrzeby ludzi starych, a są nimi: po pierwsze- dach nad głową, po drugie- wyżywienie, po trzecie- opieka zdrowotna*. Jego zdaniem idea przenoszenia chorego mieszkańca z placówki pomocy społecznej do zakładu opieki zdrowotnej nie sprawdza się w praktyce (zmiana otoczenia stanowi dla osób starych traumatyczne przeżycie, dlatego dąży się do ograniczenia ich przeprowadzek). Brak możliwości kontraktowania świadczeń zdrowotnych przez domy pomocy społecznej stanowi więc niespójność systemu opieki długoterminowej, z powodu której najbardziej cierpią ludzie starzy;

3) forma pośrednia między powyższymi (np. ul. Świątnicka we Wrocławiu)- brak jest formalnie zatrudnionych pielęgniarek, jednak ich zadania wykonują specjalne opiekunki z uprawnieniami pielęgniarskimi (z wykształceniem pielęgniarskim).

Respondenci, którzy ocenili jakość usług jako dostateczną, skarżyli się między innymi na warunki bytowe. Poza niedogodnościami lokalowymi (małe i wieloosobowe pokoje, brak łazienek w pokojach), negatywnie oceniona została przede wszystkim jakość serwowanego w domu pomocy społecznej wyżywienia (*Jedzenie jest tragiczne lub jedzenie jest słabe i monotonne*). Niektórzy respondenci ze zrozumieniem podchodzili do kwestii żywieniowej. Starali się wytłumaczyć złą jakość posiłków twierdząc, że *wyżywienie jest takie jak w domu- czasem lepsze, czasem gorsze, ale przynajmniej na czas. W domu też nie zawsze obiady pyszne wychodzą*. Dla wielu respondentów był to jednak niezwykle istotny problem, dla którego nie znajdowali usprawiedliwienia.

Zdecydowanie najwięcej uwag dotyczyło jakości stosunków międzyludzkich panujących w placówce (*Jakość stosunków między mieszkańcami jest bardzo zła. Obgadują siebie nawzajem. Często dochodzi do wybryków alkoholowych*). Respondenci skarżyli się na współmieszkańców. Jedna z osób biorących udział w badaniu zakomunikowała, że jej *sąsiadka ma pokręcone w głowie*. Inna osoba stwierdziła z kolei, że *jest tutaj tak dużo ochlapusów, że spokojnie odwykówkę można otworzyć*.

Niektórzy mieszkańcy starają się zrozumieć i zaakceptować niewłaściwe ich zdaniem relacje między mieszkańcami domu pomocy społecznej. Jedna z respondentek tłumaczyła, że *ludzie starzy z natury są niecierpliwi, nieznośni i gderliwi. A tutaj dodatkowo są różni ludzie i*

różne charaktery. Stąd tyle afer i zamieszania. Respondenci wyrażali bezsilność wobec takiego stanu rzeczy (*Ludzie piją i awanturują się. Nic się z tym nie da zrobić. Personel ma powiązane ręce*).

Pani dyrektor domu w Miliczu stwierdziła, że między mieszkańcami dochodzi do konfliktów wynikających z heterogeniczności grupy. Antagonizmy są często efektem ekscesów alkoholowych, niepowodzeń miłosnych, nieporozumień na tle religijnym i narodowościowym. Dyrektor domu w Jeleniej Górze zaznaczył z kolei, że w dużej grupie osoby starsze stają się anonimowe. W tej sytuacji starają się oni podkreślić swoją obecność poprzez hipochondrię i/lub nadużywanie alkoholu, a to stanowi podłoże nieporozumień z innymi osobami. Ponadto mieszkańcy domu pomocy społecznej za swoje życiowe porażki obwiniają zwykle nie siebie, lecz swoje otoczenie- głównie współmieszkańców i personel.

Tylko jeden spośród 54 respondent stwierdził, że jakość usług świadczonych w domu pomocy społecznej jest niedostateczna. Swoją ocenę uzasadnił on tym, że *jedzenie jest monotonne, takie „spod siekiery”*. *Opiekunka nigdy nie ma czasu. Brakuje mi też jakiegoś ciekawego towarzystwa*.

Badając zmiany stacjonarnej opieki społecznej istotna jest nie tyle analiza obecnego poziom świadczeń, co dynamika i kierunek przeobrażeń dokonujących się w tym obszarze. Z tego powodu respondenci zapytani zostali o to, czy i jak zmieniła się jakość usług bytowych, opiekuńczych i wspomagających w okresie ich pobytu w domu pomocy społecznej.

Zdaniem 16 (spośród 54) respondentów jakość usług bytowych polepszyła się, 23- nie zmieniła się, natomiast 6- pogorszyła się w okresie ich pobytu w domu pomocy społecznej. 4 respondentów stwierdziło, że mieszkają w placówce zbyt krótko, aby móc się na ten temat wypowiedzieć. 5 respondentów wyraziło mieszaną opinię. Ich zdaniem część usług bytowych polepszyła się (szczególnie warunki lokalowe), lecz równocześnie inna część uległa pogorszeniu (wyżywienie, utrzymanie czystości).

Respondenci, którzy stwierdzili poprawę usług bytowych, podkreślali szczególnie, że jest to efekt licznych remontów, które przeprowadzane były w nieodległym czasie (prawdopodobnie w głównej mierze remonty te były „wymuszoną” koniecznością osiągnięcia minimalnych standardów). Respondenci ze Zgorzelca wskazali, że powiększony został metraż pokoi mieszkalnych, zakupiono nowe meble, zmodernizowano łazienki, zamontowano w pokojach telefony. Respondent z innej placówki stwierdził ogólnie, że *wcześniej było brudno, a po remoncie jest czystiej i przytulniej*.

Respondenci, którzy stwierdzili pogorszenie usług bytowych, to przede wszystkim mieszkańcy wrocławskiego domu pomocy społecznej (ul. Mączna). Opinia ta uzasadniana

była wspomnianymi wcześniej pracami remontowymi. Wyrazili oni jednak przekonanie, że po zakończeniu remontu warunki bytowe w ich placówce ulegną poprawie. Ponadto jeden respondent ze Zgorzelca stwierdził, że w jego odczuciu usługi bytowe uległy pogorszeniu z powodu konieczności zamiany pokoju na gorszy.

W odniesieniu do usług opiekuńczych, 10 respondentów stwierdziło, że ich jakość polepszyła się, zdaniem 32- nie uległa zmianie, a zdaniem 4- pogorszyła się w okresie ich pobytu w domu pomocy społecznej. 8 respondentów nie miało zdania na ten temat. Spośród 8 respondentów z Jeleniej Góry aż 6 stwierdziło, że usługi opiekuńcze w ich placówce polepszyły się, co jest efektem wzrostu liczby opiekunek. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że dom w Jeleniej Górze osiągnął minimalne standardy pod koniec 2007 r. Wcześniej problemem był właśnie zbyt niski wskaźnik zatrudnienia personelu opiekuńczo-terapeutycznego. Wynika z tego, że proces standaryzacji placówek przynosi efekty w postaci wzrostu subiektywnego poczucia jakości usług wśród mieszkańców. Z kolei mieszkańcy, którzy stwierdzili pogorszenie usług opiekuńczych, argumentowali to zmniejszeniem liczby personelu (*Opiekunek jest coraz mniej*), rotacją personelu i brakiem stabilności (*Opiekunki stale się zmieniają. Wiecznie jest ktoś nowy*) lub ogólnie mniej skuteczną pracą personelu opiekuńczego (*Coraz gorzej robią to, co mają robić*).

W odniesieniu do usług wspomagających, 14 respondentów stwierdziło, że ich jakość polepszyła się, w opinii 19 nie uległa zmianie, a 7- pogorszyła się w okresie ich pobytu w domu pomocy społecznej. 14 respondentów nie miało zdania na ten temat (komunikowali głównie, że nie korzystają z tego typu usług). Osoby, które stwierdziły pogorszenie tych usług to (ponownie) w głównej mierze mieszkańcy wrocławskiego domu (ul. Mączna). W placówce tej na czas remontu, pomieszczenia, w których zwykle odbywa się terapia, przeznaczono na pokoje mieszkalne.

Podsumowując można stwierdzić, iż wyniki badań dotyczących jakości usług mogą wydawać się zadziwiająco pozytywne. Wynika z nich, że respondenci są generalnie zadowoleni z poziomu ich obsługi w domach pomocy społecznej. Nie przeszkadza im to, że mieszkają w placówkach, z których połowa nie spełnia nawet minimalnych standardów. Nie czują się beneficjentami substandardowych świadczeń.

W rozdziale 4.1 niniejszej pracy zaproponowano, aby każdy mieszkaniec zakładu opieki długoterminowej indywidualnie ponosił koszt usług bytowych (tzw. koszty hotelowe). Umożliwiłoby to zróżnicowanie poziomu warunków bytowych, a także dostosowanie ich do możliwości finansowych osób niesamodzielnych. Pogląd ten może spotkać się z zarzutem, że efektem zróżnicowania będzie segregacja osób niesamodzielnych na bardziej i mniej zamoż-

nych. Taki zarzut jest jednak bezpodstawny. Przecież w opiece środowiskowej warunki bytowe także są zróżnicowane i uzależnione od „zasobności portfela”. Wydaje się, że w imię solidarności społecznej, wszystkie osoby niesamodzielne winny otrzymywać usługi opiekuńcze na tym samym poziomie, jednak poziom usług bytowych powinien być zróżnicowany.

Ciekawa jest opinia mieszkańców domów pomocy społecznej na temat idei różnicowania jakości usług. Zapytano więc, czy ich zdaniem osoby płacące więcej za pobyt w domu pomocy społecznej powinny otrzymywać usługi wyższej jakości niż osoby płacące mniej, czy raczej wszystkim powinny być świadczone usługi tej samej jakości, bez względu na wysokość ponoszonych opłat? Pytanie to wzbudziło wśród respondentów wiele emocji. Aż 42 (z 54) osoby biorące udział w badaniu stwierdziły, że w domu pomocy społecznej wszyscy powinni otrzymywać świadczenia tej samej jakości. Podkreślano przede wszystkim, że placówka jest ich domem, w którym wszyscy mieszkańcy powinni być traktowani jednakowo (*To jest nasz dom i jako mieszkańcy musimy być równi lub żyjemy w jednej społeczności i nie możemy nikogo wyróżniać lub jesteśmy takimi samymi ludźmi, żyjącymi we wspólnocie*). Jeden z respondentów zakomunikował: *mieszkam z żoną, która ma o połowę niższe świadczenia. I co to znaczy? Że ja na obiad dostanę dwa kartofelki, a żona tylko jednego? To nie jest jej wina, że całe życie w budżetówce robiła i ma teraz niższe świadczenia*. Inny respondent stwierdził, że *różnicowanie nie jest dopuszczalne ze względów moralnych. Bogaty będzie jeść kotleta, a ktoś inny ma jeść makaron z serem? Wyobraża pan sobie coś takiego u siebie w domu? Tutaj jest nasz dom i wszyscy powinni mieć takie same warunki*. Jeszcze inna osoba oznajmiła: *w domu pomocy społecznej kierujemy się innym sentymentem, bo tutaj jesteśmy jakby z jednej rodziny i wszyscy chcemy być równi*.

Zdaniem osób biorących udział w badaniu różnicowanie jakości usług jest niesprawiedliwe (*Wszyscy jesteśmy jednakowi. Wyróżnianie jest niesprawiedliwe*) i może być źródłem konfliktów (*Nie można dzielić na bogatych i biednych. Taki podział może być powodem konfliktów lub różnice rodzą nienawiść lub wyróżniając jednych można robić innym mieszkańcom krzywdę*). Dla wielu respondentów taka sytuacja byłaby powodem negatywnych emocji (*Byłoby mi bardzo, ale to bardzo przykro widzieć różnicę w jakości usług. To by była rozpacz*).

Zdaniem niektórych respondentów domy pomocy społecznej powinny świadczyć usługi tej samej jakości, gdyż koszt utrzymania w placówce jest jednakowy dla wszystkich mieszkańców (*Państwo dopłaca do tych co nie mają, więc ostatecznie wszyscy tak naprawdę płacimy tyle samo*). Dominował jednak pogląd, że osoby stare nie są przyzwyczajone do różnorodności. Dobitnie potwierdza to stwierdzenie: *ja byłam wychowana w czasie komuny, a*

tam wszyscy byli traktowani jednakowo. To było dobre. Nie można robić różnicy. Jak ktoś ma więcej i chce coś lepiej, to niech idzie do innego domu.

Jedynie 4 (z 54) respondentów wyraziło opinie, że osoby płacące więcej za pobyt w domu pomocy społecznej powinny otrzymywać świadczenia wyższej jakości niż osoby płacące mniej. Jedna osoba uzasadniła to tym, że *jeśli ktoś ma wyższe świadczenia i stać go na usługi wyższej jakości, to powinny być mu one świadczone*. Inny respondent stwierdził: *ja mam 42 lata przepracowane, a inny przez całe życie nic nie robił. ja coś dla tej Polski zrobiłem, a inny wszystko przepił. I teraz na starość mamy mieć to samo? Mówienie, że żółdki mamy takie same, to jest klerykalna bzdura. Na dobre trzeba sobie zapracować*. 8 respondentów stwierdziło, że nie wiedzą czy jakość usług powinna być zróżnicowana.

Na podstawie powyższych wyników badań można stwierdzić, że w opinii respondentów niedopuszczalne jest różnicowanie jakości usług w domach pomocy społecznej. Skoro ma on być dla seniorów domem, a współmieszkańcy mają spełniać rolę członków rodziny, to próbę ich „segregowania” można uznać za niewłaściwą. Wynika z tego, że różnicowanie warunków bytowych może odbywać się tylko i wyłącznie na poziomie placówek. W sektorze stacjonarnej opieki społecznej powinny funkcjonować zarówno placówki, które świadczą usługi bytowe na minimalnym poziomie dla ubogich osób starych, jak i luksusowe domy, których oferta skierowana jest do zamożnych seniorów.

6.4. Ewolucja wizerunku stacjonarnej opieki społecznej

Niestety nie przeprowadzono jeszcze w Polsce spójnych i całościowych badań nad wizerunkiem⁵⁴¹ stacjonarnej opieki społecznej. Na podstawie opinii specjalistów i znawców tego obszaru można jednak stwierdzić, że wizerunek ten jest niekorzystny. Obecnie w literaturze przedmiotu i praktyce życia publicznego dominuje przekonanie, że zamieszkanie w domu pomocy społecznej jest czymś wstydliwym i niekorzystnym⁵⁴². Według J. Kaim dom pomocy społecznej *postrzegany jest jako instytucja, do której oddanie członka rodziny jest decyzją ostateczną, budzącą silne poczucie winy. Nadal pokutuje obiegowa opinia, że najgorsza rodzina jest lepsza od domu pomocy społecznej*⁵⁴³. Do podobnych wniosków doszedł

⁵⁴¹ Pojęcie „wizerunek” pochodzi od łacińskiego słowa *imago* lub *imaginatio*, co oznacza obraz, podobiznę, symbol, wyobrażenie. Stanowi zbiór przekonań, myśli i wrażeń danego podmiotu (osoby lub grupy) o jakimś obiekcie. J. Tkaczyk, *Kształtowanie wizerunku przedsiębiorstwa usługowego*, dokument dostępny na stronie internetowej http://rynkologia.pl/flush.php/l_id/78/l_plik/wizerunek.pdf (25.11.2008).

⁵⁴² Por. m.in. M. Halicka, *Starość i jej jakość...*, poz. cyt., s. 279; J. Prędkiewicz, *Nie bójmy się starości*, „Gazeta Lubuska”, 11.06.2008, artykuł dostępny na stronie internetowej www.gazetalubuska.pl/apps/pbcs.dll/article?AID=2008962923005 (26.11.2008).

⁵⁴³ J. Kaim, *Miejsce człowieka starego w społeczeństwie i rodzinie*, „Problemy Społeczne”, 2005, wydanie specjalne „Domy Pomocy Społecznej w Polsce”, s. 50.

P. Czekanowski, który twierdzi, że dom pomocy społecznej kojarzy się z *miejsmem, w którym życie jest skoszarowane, obwarowane regulaminami i które jest zarazem jednokierunkowym korytarzem bez wyjścia, na którego końcu czai się śmierć*⁵⁴⁴.

Wizerunek placówek stacjonarnej opieki społecznej stanowi zestaw wyobrażeń, które wcale nie muszą odzwierciedlać ich rzeczywistych cech. Placówki te mogą być inaczej postrzegane w różnych grupach otoczenia wewnętrznego i zewnętrznego (inne wyobrażenie o nich mogą mieć mieszkańcy, członkowie ich rodzin, pracownicy socjalni, osoby nie mające bezpośredniego kontaktu z tego typu placówkami). Obecnie silnie utrwalony w opinii publicznej negatywny obraz tego sektora jest prawdopodobnie efektem zjawiska tzw. fiksacji (przenoszenia, transferowania) wizerunku. Fiksacja wizerunku odbywać się może na dwóch płaszczyznach⁵⁴⁵:

- a) przenoszenia wizerunku z przeszłości na teraźniejszość,
- b) „rozciąganiu image'u”, tj. identyfikowaniu opinii o całym sektorze na podstawie jednej organizacji lub odwrotnie.

Ad a. Zorganizowana pomoc udzielana w formie stacjonarnej zaczęła się kształtować w Polsce w XII wieku. Tworzyły ją wówczas szpitale (nazywane też przytułkami, hospicjami), leprozoria (świadczące pomoc osobom dotkniętym zarazą) i alumnaty (świadczące pomoc „ułomnemu rycerstwu”). Szpitale średniowieczne i współczesne różnią się zasadniczo. Dawniej opieka medyczna ograniczała się w nich do instytucji cyrulika, a najczęściej opierała się na tradycyjnej pomocy świadczonej sobie wzajemnie przez pensjonariuszy⁵⁴⁶. Schronienie znajdowały w nich osoby stare, chore i bezdomne, lecz nierzadko także osoby związane ze światem przestępczym. Pojawiają się wręcz opinie, iż placówki te *były nie tylko oazami dla ludzi występnych, lecz i gniazdami grzechu. Przyjmowały one w znacznym stopniu najgorszy element ze społecznego marginesu i ostatecznie często stawały się miejscem pijaństwa, karcciarstwa i nierzędu, o czym świadczy wysoka liczba wydawanych zarządzeń i zaostżeń*⁵⁴⁷. Ponadto, jak stwierdził B. Geremek, szpital *miał wszystkich zastraszyć więziennymi warunkami życia. Administratorzy mieli prawo skazywać pensjonariuszy na chłostę, pręgierz, czy zamknięcie w lochu (...). Ubodzy zamknięci w szpitalu mieli być odziani w szare szaty z kapturami, na szatach nosili znak szpitala oraz przyszyty numer indywidualny*⁵⁴⁸.

⁵⁴⁴ P. Czekanowski, *Sytuacja...*, poz. cyt., s. 112.

⁵⁴⁵ Por. B. Iwankiewicz-Rak, *Siła wizerunku organizacji pozarządowej*, „Trzeci Sektor”, 2006, nr 5, s. 35.

⁵⁴⁶ W. Koziół, *Stacjonarne formy opieki nad ludźmi wymagającymi pomocy socjalnej w perspektywie historycznej*, „Annales UMCS. Sectio I: Philosophia-Sociologia”, 2001, nr 26, s. 163.

⁵⁴⁷ J. Radwan-Pragłowski, K. Frysztański, *Społeczne dzieje pomocy człowiekowi: od filantropii greckiej do pracy socjalnej*, Wydawnictwo Śląsk, Katowice 1998, s. 222-223.

⁵⁴⁸ B. Geremek, *Litość i szubienica. Dzieje nędzy i miłosierdzia*, Czytelnik, Warszawa 1989, s. 267.

Średniowieczne szpitale i późniejsze domy pracy przymusowej powstawały jako swoiste „przechowalnie” tych ludzi, którzy przestali być użyteczni zarówno ekonomicznie, jak i społecznie⁵⁴⁹. Pełniły one funkcję, stosując retorykę Z. Baumana, *wysypisk dla ludzi-odpadów*⁵⁵⁰, miejsc utylizacji jednostek zbędnych, bezużytecznych i nadliczbowych. Właśnie te instytucje uznawane są za pierwowzór współczesnych zakładów opieki długoterminowej⁵⁵¹. Te korzenie mogą obecnie wywoływać przed nimi poczucie obrzydzenia i strachu⁵⁵².

Ad b. Zdaniem Z. Tarkowskiego *przez wiele lat pomoc instytucjonalna była dziedziną bardzo zaniedbaną i społecznie izolowaną. Nic więc dziwnego, że DPS kojarzył się z przytułkiem, „gdzie panuje bieda, brud, smród i przemoc”. Taki wizerunek przetrwał w wielu środowiskach do dnia dzisiejszego, a utrwalany jest systematycznie przez środki masowego przekazu, szczególnie ogólnokrajowe, koncentrujące się na barwnym opisie afer w DPS. Ten posmak sensacji silnie oddziaływał na emocje u odbiorców, na podstawie których budują oni negatywne wyobrażenie o tej instytucji, którą rzadko kto odwiedza*⁵⁵³.

Mass-media wielokrotnie nagłaśniały przykłady nieprawidłowości i nadużyć w zakładach opieki długoterminowej. Trudno jest jednoznacznie stwierdzić, czy zdarzenia te są nagminnie praktykowane, czy mają charakter jedynie incydentalny. Bez względu na to, wizerunek poszczególnych (być może nielicznych) placówek negatywnie wpływa na postrzeganie całego obszaru stacjonarnej opieki długoterminowej. Opinia publiczna ocenia wszystkie zakłady opieki długoterminowej na podstawie wybiórczych, często niepokojących informacji medialnych.

Na przykład artykuł *Upokorzeni pensjonariusze*, którego przedruk z „Dziennika” ukazał się w „Angorze”⁵⁵⁴, relacjonuje sposób zachowania personelu jednego z zakładów opieki długoterminowej wobec swoich podopiecznych: *w brutalny sposób pozbawili ludzkiej godności swoich podopiecznych (...). Pod pozorem walki z wszawicą siłą ogolili głowy prawie wszystkim pensjonariuszom. –Było słychać krzyki, płacz, protestowali ci co mogli. W wielu przypadkach relacje prasowe skupiają się na opisie warunków bytowych panujących w placówkach: to, co dzieje się w domach pomocy społecznej w Polsce, woła o pomstę do nieba. Brak opieki nad pensjonariuszami, niedostateczna liczba wykwalifikowanych pracowników,*

⁵⁴⁹ L. Parrott, poz. cyt., s. 67.

⁵⁵⁰ Z. Bauman, *Życie na przemiał*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2004, s. 13.

⁵⁵¹ Por. B. Abramovice, *Historical Perspective of Long Term Care*, [w:] W. J. Winston (red.), *Marketing Long-Term and Senior Care Services*, The Haworth Press, New York 1984, s. 9; Cz. Kustra, *Opieka nad ludźmi starymi w Kościele*, [w:] B. Kromolicka, B. Bugajska, K. Serdyńska (red.), poz. cyt., s. 343.

⁵⁵² S. Peace, L. Kellaher, D. Willcock, poz. cyt., s. 4.

⁵⁵³ Por. Z. Tarkowski, *Public relations jako funkcja zarządzania domem pomocy społecznej*, [w:] Z. Tarkowski, *Zarządzanie...*, poz. cyt., s. 233.

⁵⁵⁴ M. Janczewska, *Upokorzeni pensjonariusze*, „Angora”, 2006, nr 28 (838), s. 30.

*fatalne warunki higieniczne, a nawet kradzieże pieniędzy - taki obraz zobaczyli kontrolerzy wojewodów, którzy prześwietlili kilkaset placówek w całym kraju*⁵⁵⁵.

Doniesienia o stosowaniu obelg i przemocy w kontaktach opiekunów z podopiecznymi pojawiały się wielokrotnie. Zawsze jednak można było je wytłumaczyć koniecznością używania siły w świadczeniu usług opiekuńczych, czy ośpieniem starczym i, związaną z nim, nadwrażliwością podopiecznego. Przełomowa pod tym względem była relacja z wydarzeń w placówce stacjonarnej opieki społecznej w Radości (2007 r.). Wzbudziła ona szczególne emocje, gdyż potwierdzona była materiałem filmowym przedstawiającym ewidentne, niepozostawiające marginesu wątpliwości, sceny upokarzania mieszkańców (niesamodzielnych seniorów)⁵⁵⁶.

Negatywny wizerunek placówki w Radości „rozciągał się” na cały sektor stacjonarnej opieki społecznej. W reakcji na ten proces, na stronach internetowych Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, ukazało się oświadczenie, że *bicie i lżenie pensjonariuszy nie jest normą w polskich domach seniora. W większości z nich personel z dużym zaangażowaniem i zrozumieniem wykonuje swoją pracę, tworząc atmosferę życzliwości i przyjaźni. Apelujemy do prasy, aby o takich domach nie pisała. Ministerstwu zależy na tym, by nie wywoływać wśród osób starszych czy niepełnosprawnych i ich bliskich przekonania, że „wszystkie placówki są złe” i „dzieją się w nich straszne rzeczy” oraz, że należy się bać momentu, w którym traci się zdolność do samodzielnej egzystencji, bo wówczas spotykają taką osobę same okrutności*⁵⁵⁷.

Wyobrażenie o placówkach stacjonarnej opieki społecznej wśród osób, które nie mają z nimi bezpośredniego kontaktu, budowane jest na zasłyszanych opiniach i przekazach medialnych. Przypuszczać można, że powstały w ten sposób wizerunek jest obrazem zafałszowanym i krzywdzącym zarówno dla pracowników, jak i (przede wszystkim) dla mieszkańców tego typu placówek.

Na sposób postrzegania domów pomocy społecznej przez osoby w nich mieszkające wpływ ma wiele czynników. Należą do nich przede wszystkim: poziom świadczonych usług, jakość stosunków między mieszkańcami, kultura i styl pracy personelu, komunikacja między personelem a mieszkańcami, podejście mieszkańca do otrzymywanej opieki. Istotny wpływ ma również nazwa placówki. Zdaniem A. Borowskiego *tabliczka z nazwą instytucji określa cały świat mieszkańca, determinuje jego tożsamość oraz kształtuje pryzmat, przez który po-*

⁵⁵⁵ *Półowa domów opieki w Polsce jest nielegalna*, <http://katowice.naszemiasto.pl/wydarzenia/824377.html> (25.11.2008).

⁵⁵⁶ *Piekło staruszek w domu opieki w Radości*, www.tvn24.pl/-1,1531063,wiadomosc.html (25.01.2008).

⁵⁵⁷ *Co każdy powinien wiedzieć o „domach seniorów”*, www.mpips.gov.pl/index.php?gid=339&news_id=941 (16.12.2007).

*strzegają go inni*⁵⁵⁸. Nazwa „dom pomocy społecznej” ma raczej pejoratywny wydźwięk. Wynika z niej, że *pensjonariusze tych domów są „na garnuszku państwa”*, kojarzy się z miejscem *dla niechcianych, odrzuconych, niekochanych przez nikogo*⁵⁵⁹. Prawdopodobnie w celu uniknięcia negatywnych konotacji z pomocą społeczną, w Niemczech używa się nazw wywołujących pozytywne skojarzenia, takich jak: Nowa Ojczyzna, czy Raj Seniorów⁵⁶⁰.

W 1990 r. domy rencisty w Polsce zostały przemianowane na domy pomocy społecznej. Zdaniem jednego z pracowników biorącego udział w przeprowadzonym przez autora badaniu *to była trauma dla mieszkańców. Wcześniej byli na swój sposób dumni z tego, że są mieszkańcami domu rencisty. Mieszkanie w domu pomocy społecznej jest natomiast powodem do wstydu. Kojarzy się z „miłosierdziem gmin”- biedakami i bezdomnymi*. Wynika z tej wypowiedzi, że zmiana nazwy negatywnie wpłynęła na wizerunek placówki.

Mieszkańcy dolnośląskich domów pomocy społecznej biorący udział w badaniu poproszeni zostali o wskazanie nazwy, która ich zdaniem najlepiej określa dom pomocy społecznej, w którym mieszkają: raj seniorów, jedna wielka rodzina, dom spokojnej starości, schronienie, przytułek, przechowalnia ludzi starych. Nazwy te dobrane zostały celowo. Mają one wzbudzać skrajne emocje. Dwie spośród nich mają „zabarwienie” pozytywne (raj seniorów i jedna wielka rodzina), dwie- neutralne (dom spokojnej starości i schronienie), natomiast ostatnie dwie- negatywne (przytułek i przechowalnia ludzi starych). Wskazanie przez respondenta na konkretną nazwę miało na celu ustalenie, z czym kojarzy mu się placówka, w której mieszka oraz czy te skojarzenia są pozytywne (ciepłe, jasne, miłe, przyjacielskie.), obojętne (nie wzbudzające skrajnych emocji), czy może negatywne (ciemne, zimne, wrogie, pogardliwe).

Respondenci w większości (33 z 54 badanych) uznali, że ich dom pomocy społecznej najlepiej określają nazwy uznane w badaniu za neutralne. Spośród pozostałych respondentów utworzyły się dwie podobnej wielkości grupy. Przedstawiciele jednej z nich optowali za określeniami zdecydowanie pozytywnymi (10), natomiast przedstawiciele drugiej- za zdecydowanie negatywnymi (11). Oznacza to, że wśród respondentów wizerunek domów pomocy społecznej jest raczej neutralny. Nie kojarzą się one ani skrajnie pozytywnie, ani też skrajnie negatywnie.

⁵⁵⁸ A. Borowski, *Domy...*, poz. cyt., s. 54.

⁵⁵⁹ J. Dominowski, *Warunki mieszkaniowe...*, poz. cyt., s. 75.

⁵⁶⁰ B. Jonda, *Ludzie u schyłku życia. Perspektywa polityków szczebla lokalnego w Nadrenii-Palatynacie*, [w:] J. T. Kowaleski, P. Szukalski, *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, poz. cyt., s. 168.

28 (z 54) respondentów stwierdziło, że ich placówkę najlepiej określa nazwa dom spokojnej starości. Znaczna część z tych osób uzasadnia to tym, że zapewniony jest w niej „spokój ducha” i bezpieczeństwo materialne, których częstokroć brakowało im w środowisku domowym (*Przyszłam z domu, gdzie nie miałam spokoju. Tutaj tego spokoju doznałam*). Kilku respondentów (5 z 54) zaznaczyło jednak, że co prawda spośród podanych nazw ta najlepiej określa ich dom pomocy społecznej, jednak nie jest ona idealna. Przykładem tego może być następująca wypowiedź: *tylko czasami jest to dom spokojnej starości. Starość owszem, jest w tym domu zawsze, ale tego spokoju to często brakuje. Dlatego najlepsze byłoby określenie: dom starości*.

5 osób biorących udział w badaniu określiło swój dom pomocy społecznej jako schronienie. Dla nich jest to miejsce ochrony najsłabszych jednostek, które są społecznie wykluczone (*Tutaj znajdują schronienie ci ludzie, których społeczeństwo się pozbywa*) i w którym zaspokajane są podstawowe ludzkie potrzeby (*Ochroniają biednych i słabych ludzi, którzy sami sobie nie radzą. Pomagają im przeżyć*).

Osoby mające pozytywne skojarzenia z domem pomocy społecznej, identyfikują go w głównej mierze z nazwą jedna wielka rodzina (8 respondentów). Jedna z tych osób zakomunikowała: *personel i mieszkańcy to jakby członkowie mojej rodziny. Wszyscy zachowujemy się tu jak w rodzinie*. 2 respondentów stwierdziło natomiast, że ich dom pomocy społecznej najlepiej określa nazwa raj seniorów.

Spośród respondentów, którzy mają negatywne skojarzenia z domem pomocy społecznej, 3 wskazało na nazwę przytułek. Jeden z nich stwierdził, że *to jest taki przytułek, z którego się wychodzi nogami do przodu*. 8 respondentów wskazało z kolei na przechowalnie ludzi starych. Jedno z uzasadnień tego określenia jest następujące: *w domu pomocy społecznej przebywa dużo ludzi bardzo chorych, którymi opiekują się jak warzywami. Wloką tych ludzi tutaj jak na śmietnik. Oni tutaj cierpią i umierają. To przykre i przygnębiające*. Inne uzasadnienie: *Pan Bóg jest niesprawiedliwy, że tak starość źle skonstruował. To jest właśnie taki magazyn dla tych źle skonstruowanych. Którzy są niedołążni i otepiali*.

Respondenci zapytani zostali także o to, jakie uczucie wywołuje u nich myśl o domu pomocy społecznej, w którym mieszkają. Przedstawiono im uczucia w kolejności od skrajnie negatywnego do skrajnie pozytywnego: obrzydzenie, strach, obojętność, satysfakcję, radość. Nie byli jednak ograniczeni tylko tym zastawem i mogli zaproponować, według uznania, również jakieś inne uczucie.

9 respondentów stwierdziło, że nie sposób wskazać jednego uczucia towarzyszącego myśli o domu pomocy społecznej. Były to osoby „targane” skrajnymi uczuciami. Z jednej

strony satysfakcjonowała i cieszyła je otrzymywana pomoc, z drugiej jednak strony bały się śmierci lub czuły obrzydzenie na widok ludzkiej niedołężności. Na przykład jedna osoba oświadczyła: *widzę wiele ludzi niedołężnych, mam dla nich szacunek, ale boję się, że będę taka sama. Odczuwam jednak satysfakcję, że ze spokojem mogę oczekiwać tego czasu i wiem, że będę miała wtedy opiekę.*

Najwięcej respondentów (17 z 54) uznało, że na myśl o domu pomocy społecznej odczuwa satysfakcję. Jest to efekt przede wszystkim braku trosk (*Mam gdzie przeżyć resztę życia w spokoju i z opieką*), zabezpieczenia potrzeb (*Nie jestem sama i mam zabezpieczony byt*) lub po prostu uzyskania miejsca w placówce (*Zadowolona jestem, że się tu dostałam*). Warto zaznaczyć, że poczucie satysfakcji związane z „własnym” domem pomocy społecznej nie odnosi się do wszystkich tego typu placówek (*Z pobytu w tym domu jestem usatysfakcjonowany, ale jak słyszę w telewizji o innych domach, to ogarnia mnie strach*).

11 (z 54) respondentów wskazało na radość jako to uczucie, które towarzyszy myśli o ich domu pomocy społecznej. Jedna osoba zaznaczyła z ironią: *ale to nie taka Radość, jak ta spod Warszawy* (chodzi o lokalizację opisaną wcześniej placówki, w której dochodziło do lżenia i poniżania mieszkańców). Trafnym uzasadnieniem tego uczucia może być stwierdzenie: *najwięcej mam tu radości- prowadzę różaniec, pomagam księdzu, śpiewam, gram w ping-ponga, bilard i bule. Za swoją aktywność dostałam już wiele medali i dyplomów. W większości przypadków respondenci jednak tak samo traktowali satysfakcję i radość. Te dwa uczucia argumentowane były podobnie lub identycznie (np. *cieszę się że mam opiekę lub bo mam warunki do życia i zapewniony byt lub w domu bym gniła, a tu mam spanie, jedzenie i czysto jest*).*

8 (z 54) respondentów odczuwa obojętność na myśl o domu pomocy społecznej. Symptomatyczna jest w tym przypadku wypowiedź: *nie ma tutaj ani nic strasznego, ani nic wesołego. Dlatego nie ma się czego bać, radować też się nie ma z czego*. Jeden z respondentów zaznaczył jednak, że obojętność jest wynikiem przyzwyczajenia (*Tyle lat widzę tutaj cierpienie i śmierć, że już się do tego przyzwyczaiłem i nie boję się tego. Ale cieszyć tym bardziej nie mam się tutaj z czego*). Inny respondent natomiast oświadczył, że obojętność to efekt pogodzenia się z losem.

Obrzydzenie lub strach na myśl o domu pomocy społecznej odczuwa łącznie tylko 3 respondentów (z 54). Strach wywołany jest brakiem możliwości powrotu do środowiska rodzinnego (*Wszystko oddałam dzieciom i nic już sama nie mam. Córka obiecała, że za jakiś czas mnie odbierze. Boję się jednak, że o mnie zapomniła i będę musiała tu zostać*). Jeden z respondentów, który wskazał na obrzydzenie, argumentował to bezsensownością ludzkiego

życia, drugi natomiast zakomunikował: *ludzie tutaj zachowują się jak świnie- na stołówce kaszlą mi do zupy, zabierają jedzenie, biją się po pijaku.*

Wśród innych uczuć (samodzielnie wskazało na nie 6 respondentów) wywoływanych myślą o domu pomocy społecznej dominuje upokorzenie (*To dla mnie upokarzające, że nie mogę we własnym domu mieszkać, że muszą się mną obcy ludzie opiekować*), wstyd (*Wstydę się mówić na mieście, że tu mieszkam. Ludzie reagują na mnie czasami, jakbym była trędowata*), poczucie bezpieczeństwa (*Nakarmią i umyją, jak człowiek nie będzie mógł koło siebie robić*) i bezsilności (*Nie chciałam tu być. Chciałam sama sobą zarządzać, ale niestety zdrowie mi na to nie pozwala. W takiej sytuacji człowiek godzi się na wszystko, żeby tylko mieć bezpieczny kąt. Idzie tam gdzie go przyjmą*).

W opinii publicznej negatywny jest nie tylko wizerunek sektora stacjonarnej opieki społecznej i poszczególnych placówek, ale również osób zamieszkujących te placówki. Zdaniem E. Subocz *placówki te kojarzą się z miejscem, w którym mieszkają osoby najbiedniejsze, odrzucone przez rodzinę lub społeczeństwo i nie radzące sobie w życiu. Mieszkańcy domów pomocy społecznej to głównie osoby najbardziej osamotnione i znajdujące się w najtrudniejszej sytuacji materialnej i zdrowotnej*⁵⁶¹. Zdaniem M. Halickiej stereotypowe wyobrażenie mieszkańca domów pomocy społecznej uwzględnia starą, zniszczoną i niedopasowaną do pory roku odzież, której poszczególne elementy nie pasują do siebie kolorystycznie ani krojem⁵⁶².

Nieznany jest natomiast wizerunek własny mieszkańców domów pomocy społecznej. Aby go zidentyfikować zapytano respondentów, kim się czują w domu pomocy społecznej: więźniem, pacjentem, pensjonariuszem, mieszkańcem, czy może kimś jeszcze innym. Na tak zadane pytanie zdecydowana większość (34 z 54) respondentów odpowiedziała, że czują się mieszkańcami. Zaznaczali przy tym, że dom pomocy społecznej jest ich domem (*To jest mój dom. Tutaj mieszkam*), czują się w nim jak u siebie (*Tyle lat tu mieszkam, że się zadomowiłam*) i są w nim zameldowani (*Jestem tutaj zameldowany, więc jestem tu mieszkańcem*).

12 (z 54) respondentów stwierdziło, że czują się pensjonariuszami. Podkreślali oni, w przeciwieństwie do osób czujących się mieszkańcami, że domy pomocy społecznej nie są ich domami, lecz zakładami opieki długoterminowej. Nie czują się oni jak w środowisku domowym, lecz jak w zakładzie (*Jak chcę gdzieś wyjść to muszę zgłaszać to na portierni. Pilnują nas tu jak w zakładzie*). Jeden z tych respondentów oświadczył wręcz: *to nie jest mój dom*,

⁵⁶¹ E. Subocz, *Pomoc społeczna wobec osób starszych*, [w:] B. Kromolicka, B. Bugajska, K. Serdyńska (red.), poz. cyt., s. 166.

⁵⁶² Cyt. za. M. Halicka, *Starość i jej jakość...*, poz. cyt., s. 279.

tylko zakład opiekuńczy. Nadzieja, że to będzie mój dom przysła bardzo szybko. Za interesujące można uznać opinie dwóch respondentów, którzy uznali się za pensjonariuszy, bo czują się w placówce jak na wczasach (*Czuję się jak na wczasach w pensjonacie, który jest bardzo ładnie zlokalizowany*).

Warto zaznaczyć w tym miejscu, że dyrektorzy i pracownicy wielokrotnie podkreślali, aby seniorów przebywających w domu pomocy społecznej nazywać mieszkańcami. Ich zdaniem określenie „pensjonariusz” odbierane jest negatywnie i ktoś może się, za nazwanie go w ten sposób, obrazić.

6 (z 54) respondentów stwierdziło, że w domu pomocy społecznej czują się pacjentami. Argumentowali oni ten wybór stanem swojego zdrowia (*Bo jestem chory*) lub, zbliżonymi do szpitalnych, warunkami panującymi w placówce (*Tutaj jest jak w szpitalu*). Żadna osoba biorąca udział w badaniu nie czuje się w domu pomocy społecznej więźniem. 2 osoby natomiast stwierdziły, że trudno im jednoznacznie określić kim się czują. Dla jednej z tych osób placówka jest jej domem, ale trochę innym, więc czuje się w niej w połowie mieszkańcem, a w połowie pensjonariuszem. Druga z tych osób czuje się po części i mieszkańcem (*Bo tu mieszkam*) i pensjonariuszem (*Bo się mną opiekują*) i pacjentem (*Bo są pielęgniarki*).

Rozwój stacjonarnej opieki społecznej nad ludźmi starymi powinien uwzględniać kreowanie pozytywnego wizerunku. Obecnie wizerunek ten nie jest właściwy, o czym świadczą mogą negatywne artykuły prasowe i reportaże telewizyjne. Odzwierciedlają one faktyczne nadużycia i wynaturzenia, ale również są one efektem braku elementarnych działań *public relations*⁵⁶³.

Negatywny wizerunek stacjonarnej opieki społecznej stanowi obecnie istotny problem, w którego rozwiązanie powinny być zaangażowane wszystkie podmioty działające w tym sektorze. Zadaniem centralnych instytucji publicznych powinno być określenie docelowego wizerunku sektora oraz dobór odpowiednich technik i narzędzi komunikacyjnych. Instytucje te powinny stymulować i kontrolować wdrażanie kampanii społecznych i akcji informacyjnych. Strategia komunikacyjna, nastawiona na zmianę niekorzystnych stereotypów, powinna integrować przedsięwzięcia centralne z działalnością podmiotów lokalnych.

Nie ulega jednak wątpliwości, że największy wpływ na kreowanie wizerunku stacjonarnej opieki społecznej mają same placówki. Wysokiej jakości usługi i otwartość na otocze-

⁵⁶³ Jednym z celów *public relations* jest zdobycie przychylności opinii publicznej, co osiągnąć jest poprzez właściwą współpracę z mediami, czyli umiejętne wykorzystanie *media relations*. R. Staszewski, M. D. Głowacka, *Czy szpitalom potrzebny jest wizerunek? Public relations w ochronie zdrowia- szkice z teorii i praktyki*, [w:] E. Hope (red.), *Public relations instytucji użyteczności publicznej*, Scientific Publishing Group, Gdańsk 2005, s. 153.

nie to główne elementy, które mogą zostać do tego wykorzystane. Przyjazny, ciepły i kojarzący się z rodziną wizerunek powinien stanowić dla tych placówek najcenniejszy kapitał, gdyż jest on podstawą społecznego zaufania. Jeżeli jednak polityka informacyjna placówek w dalszym ciągu ograniczana będzie do relacji z dziennikarskich śledztw, to opinia publiczna nadal spoglądać będzie na nie w perspektywie nadużyć i nieprawidłowości, a nie np. dobroczynności, humanizmu i kompetencji.

6.5. Prywatyzacja zadań z obszaru stacjonarnej opieki społecznej- wyzwanie przyszłości

Zasadniczym problemem polityki społecznej w Polsce wydaje się być to, że jest ona „przepaństwowiona”. Wyrazem tego jest nadmierna aktywność podmiotów publicznych⁵⁶⁴. Państwo przez swoje biurokratyczne działania jest mało efektywne, a na dodatek osłabia społeczeństwo pozbawiając je inicjatywy i siły do przewycięzania kryzysów⁵⁶⁵. Zdaniem S. Piechoty w *polityce społecznej dopóty nie będzie przełomu, dopóty nie będzie wyraźnej poprawy, dopóki nie zostanie dokonana reforma, taka jak w gospodarce. W polityce jesteśmy bowiem – czyniąc analogie do gospodarki- jakby na etapie państwowych przedsiębiorstw i centralnego planowania, jest więc naturalne, że większość zadań z dziedziny polityki społecznej wykonują jednostki władzy publicznej*⁵⁶⁶.

Problem ten jest obecny również w sektorze stacjonarnej opieki społecznej, który zdominowany jest przez administrację państwową⁵⁶⁷. Wzrost tego sektora (rozumiany jako zwiększenie sieci placówek), niezbędny w obliczu wzrostu popytu, przy obecnej strukturze może się okazać niemożliwy. Wątpliwe jest bowiem, aby jednostki samorządu terytorialnego zdołały skutecznie tworzyć nowe placówki, jeżeli nie są one w stanie dostosować już istniejących do minimalnych standardów. Konieczne jest więc ustanowienie nowych rozwiązań instytucjonalnych dostosowanych do zasad i logiki gospodarki rynkowej⁵⁶⁸.

Problemy z jakimi obecnie borykają się publiczne placówki stacjonarnej opieki społecznej, to między innymi: problemy kadrowe (a tym samym niska jakość usług opiekuńczych), zdekapitalizowana infrastruktura materialna (a tym samym niska jakość usług bytowych), chroniczny niedobór środków finansowych, niski poziom płac personelu, brak efek-

⁵⁶⁴ J. Słupińska, *Polityka społeczna- upaństwowiona czy uspołeczniona*, [w:] A. Piekara, J. Słupińska (red.), *Polityka społeczna w okresie przemian*, poz. cyt., s. 111.

⁵⁶⁵ Por. S. Golinowska, *Przyszłość państwa opiekuńczego...*, poz. cyt., s. 5.

⁵⁶⁶ Cytat z wywiadu przeprowadzonego między innymi ze S. Piechotą, *Dyskusja redakcyjna*, „Trzeci Sektor”, 2006, nr 5, s. 79.

⁵⁶⁷ W podrozdziale 5.2 zaznaczono, że trzy czwarte sektora stacjonarnej opieki społecznej w Polsce to placówki publiczne prowadzone przez jednostki samorządu terytorialnego. Tylko jedna czwarta to placówki niepubliczne.

⁵⁶⁸ S. Golinowska, I. Topińska, poz. cyt., s. 5.

tywności ekonomicznej. Najistotniejszy z punktu widzenia ekonomisty wydaje się ostatni z tych problemów.

W sytuacji ograniczonej konkurencji w sektorze stacjonarnej opieki społecznej oddziaływanie bodźców skierowanych na zwiększanie efektywności ekonomicznej poszczególnych placówek jest znacznie ograniczone. Placówki korzystające ze środków publicznych zwykle zamiast ograniczać wzrost kosztów własnych, wywierają stałą presję na zwiększanie dotacji i subsydiów. Z kolei podmioty pełniące funkcję płatnika (dopatrując się problemu w nieefektywnym wykorzystaniu zasobów) zalecają placówkom wprowadzanie i realizację programów oszczędnościowo-naprawczych.

Jedną z metod usprawnienia funkcjonowania stacjonarnej opieki społecznej jest prywatyzacja tego sektora. Metoda ta, często odczytywana przez decydentów politycznych jako swoisty zamach na socjalne funkcje państwa, jest jedynie wyrazem pragmatyzmu, a więc dążenia do osiągnięcia wyższej efektywności społecznej i ekonomicznej. Na ogół podmioty niepubliczne (społeczne i komercyjne) są lepiej przygotowane do wypełniania zadań społecznych niż administracja publiczna⁵⁶⁹. Ponadto prywatyzacja placówek może stanowić zysk dla państwa poprzez zahamowanie wzrostu kosztów ich utrzymania oraz trudnego do oszacowania marnotrawstwa⁵⁷⁰. Stwarza także szansę na rozbudowę infrastruktury bez angażowania środków publicznych⁵⁷¹. Celem tak rozumianej prywatyzacji powinno być zwiększenie dostępności, efektywności, innowacyjności oraz jakości świadczeń.

Prywatyzacja zadań publicznych z obszaru pomocy społecznej może odbywać się na dwóch płaszczyznach:

- pierwsza: dopuszczenie do sektora, czyli zezwolenie podmiotom niepublicznym w ogóle na operowanie w obszarze, który dotychczas zarezerwowany był wyłącznie lub w głównej mierze dla administracji publicznej;

- druga: działanie na zlecenie, czyli kooperacja z administracją państwową, która wyznacza podmiotom niepublicznym określony zakres zadań, udzielając dotacji na finansowanie lub dofinansowanie realizacji zleconego zadania.

Państwo nigdy nie miało wyłącznego i niepodzielnego monopolu w sektorze stacjonarnej opieki społecznej. Tradycja funkcjonowania niepublicznych zakładów opieki długoterminowej jest silnie zakorzeniona w polskiej tradycji i kulturze. Wystarczy tylko przypo-

⁵⁶⁹ Wynika to między innymi z tego, że: nierzadko w ich działalność zaangażowane są osoby wykonujące pracę z powodu wewnętrznych przekonań i zainteresowań, dysponują możliwościami pozyskiwania środków finansowych niedostępnymi dla administracji publicznej, mają lepsze rozeznanie w potrzebach społecznych, charakteryzują się mniejszą biurokracją. Zob. I. Sierpowska, poz. cyt., s. 100.

⁵⁷⁰ Tamże, s. 122.

⁵⁷¹ J. Gałęziak, *O miejscu i roli pomocy społecznej*, poz. cyt., s. 10.

mnieć, że średniowieczne zakony sytuowane były przy klasztorach lub kościołach, a ich fundatorami byli przedstawiciele władzy kościelnej oraz osoby świeckie. Inicjatywa państwa w tym przypadku była jedynie incydentalna⁵⁷². Nie ma więc dylematu czy możliwe jest dopuszczenie podmiotów niepublicznych do tego obszaru, tak jak ma to miejsce na przykład w dziedzinie bezpieczeństwa czy porządku publicznego⁵⁷³. Nie jest jednak jasne na jakich zasadach powinny one kooperować z administracją państwową oraz w jakim stopniu mogą partycypować w środkach publicznych.

W art. 2 ustawy o pomocy społecznej (u.p.s.) zapisano, że pomoc społeczną organizują podmioty publiczne (*organy administracji rządowej i samorządowej*), współpracując w tym zakresie, na zasadzie partnerstwa, z podmiotami społecznymi (*organizacjami społecznymi i pozarządowymi, Kościołem Katolickim, innymi kościołami, związkami wyznaniowymi*) i komercyjnymi (*osobami fizycznymi i prawnymi*). Zgodnie jednak z artykułem 25 podmiotami tzw. uprawnionymi, którym można zlecać zadania z zakresu pomocy społecznej i udzielać dotacji na ich realizowanie, są jedynie podmioty społeczne⁵⁷⁴. Oznacza to, że pomimo dopuszczenia podmiotów komercyjnych do sektora stacjonarnej opieki społecznej, są one w tym sektorze nierówno traktowane. Ta nierówność dokonuje się na płaszczyźnie informacyjnej (osoby niesamodzielne są kierowane przez gminy wyłącznie do placówek publicznych lub działających na zlecenie) oraz na płaszczyźnie finansowej (jedynie placówki publiczne i działające na zlecenie mogą partycypować w środkach z budżetów samorządowych na pokrycie kosztu utrzymania mieszkańca, otrzymują też ministerialne dotacje celowe na remont i modernizację budynków).

Placówki stacjonarnej opieki społecznej, niezależnie od tego przez jaki podmiot są prowadzone, realizują te same zadania i są zobowiązane do spełniania takich samych minimalnych standardów. W tej sytuacji nierówne traktowanie części z nich wydaje się działaniem niejasnym i niezrozumiałym. Decydenci polityczni tłumaczą to zwykle tym, że zlecenie zadań podmiotom komercyjnym grozi wypłynięciem środków budżetowych do rąk prywatnych. Trudno jednak uznać taki argument za racjonalną przesłankę ochrony i promowania podmiotów publicznych lub społecznych. Wydaje się raczej, że rozwiązania legislacyjne powinny wspierać zdrową konkurencję (czyli taką, gdzie wszystkie podmioty są równoprawnie traktowane) w sektorze stacjonarnej opieki społecznej, gdyż sprzyja ona ulepszeniu oferty zarówno

⁵⁷² W. Koziół, poz. cyt., s. 160.

⁵⁷³ G. Gozdór, *Prywatyzacja bezpieczeństwa- bujda, abstrakcja czy sposób na poprawę stanu bezpieczeństwa i porządku publicznego*, [w:] D. Kowalski, M. Kwiatkowski, A. Zduniak (red.), *Edukacja dla bezpieczeństwa. Wybrane aspekty*, Wydawnictwo O'CHIKARA, Lublin - Poznań 2004, s. 167.

⁵⁷⁴ Sygnalizowano to już w podrozdziale 5.1.

pod względem cenowym, jak i jakościowym, a tym samym wpływa na skuteczniejsze zaspokajanie potrzeb osób niesamodzielnych.

Zapewne w przyszłości zarówno podmioty publiczne, społeczne, jak i komercyjne odgrywać będą istotną rolę w sektorze stacjonarnej opieki społecznej⁵⁷⁵. Stworzenie takiego pluralizmu musi się jednak opierać na racjonalnych przesłankach. Nie może to być ani reakcja na niedomagania ekonomiczne jednostek samorządu terytorialnego, ani tym bardziej chęć uchylenia się podmiotów publicznych od odpowiedzialności za swoje zobowiązania wobec społeczeństwa⁵⁷⁶.

Proces prywatyzacji (rozumiany tutaj jako przekształcenie praw własności placówek) powinien też mieć jasno zakreślone granice, które zabezpieczają przed tzw. dziką prywatyzacją, gdzie w pierwszej kolejności prywatyzowane są placówki dobrze prosperujące, które zostały wcześniej doinwestowane i są sprawnie zarządzane, podczas gdy placówki deficytowe, stanowiące największe obciążenie dla samorządów, w dalszym ciągu pozostają publicznymi.

W świetle obecnych przepisów prawa firmy komercyjne nie są podmiotami uprawnionymi do prowadzenia domów pomocy społecznej na zlecenie organów administracji samorządowej. Zdarza się jednak, że samorząd lokalny, działając poniekąd wbrew postanowieniom ustawodawcy, zleca zadania z obszaru stacjonarnej opieki społecznej podmiotom komercyjnym. Na przykład jedna z placówek w której przeprowadzane były badania („Dom nad zalewem” w Borzogniewie) działa na zlecenie mimo tego, że jej podmiotem prowadzącym jest spółka cywilna MAR-MA.

Powyższy przykład może być dowodem na to, że obecne rozwiązania prawne z zakresu pomocy społecznej nie odpowiadają współczesnym potrzebom i wyzwaniom społecznym. Władza lokalna właśnie w częściowej prywatyzacji zadań upatruje wyjścia z trudnej sytuacji w sektorze stacjonarnej opieki społecznej.

Presja na prywatyzację jest tym większa, im bardziej nieskuteczne okazują się podmioty publiczne. Mimo tego, że obecne uwarunkowania prawne nie sprzyjają podmiotom komercyjnym działającym w obszarze pomocy społecznej, proces zlecania im zadań już się dokonuje. Jest to oddolna inicjatywa władz samorządowych, którą (z perspektywy ekonomisty) należy ocenić pozytywnie.

⁵⁷⁵ R. L. Hawkins, *Long term care in later life. A mixed economy of care is necessary*, „British Medical Journal” , 1996, nr 312 (7022), s. 55.

⁵⁷⁶ Por. L. Zacharko, *Poglądy doktryny nt. granic prywatyzacji zadań publicznych gminy*, referat zaprezentowany na Międzynarodowej Konferencji Naukowej *Jednostka wobec działań administracji publicznej*, Olszanica 21-23.05.2001, dostępny na stronie internetowej www.prawo.lex.pl/raporty/21_05_01/rz01_42.pdf (28.08.2008).

Nie jest pewne, czy organizacje publiczne, społeczne i komercyjne cieszą się jednakową sympatią i zaufaniem. Być może nie są one w równym stopniu preferowane jako podmioty prowadzące placówki stacjonarnej opieki społecznej. Zapytano więc mieszkańców dolnośląskich domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku o to, które podmioty (publiczne, społeczne, gospodarcze) powinny być ich zdaniem odpowiedzialne za prowadzenie takich placówek.

Wszyscy respondenci (54 osoby) uznali zgodnie, że to głównie na podmiotach publicznych leży obowiązek prowadzenia domów pomocy społecznej. Wychodzą oni z założenia, że skoro obywatele przez wiele lat pracowali w państwowych instytucjach i płacili podatki, to oczywistą tego konsekwencją jest otrzymanie w zamian od państwa pomocy w trudnych sytuacjach (przykładowe odpowiedzi to: *dla państwa ludzie pracowali, to teraz państwo niech się nimi opiekuje* lub *człowiek wypracował lata, to teraz nich państwo da zupełną pomoc* lub *państwo odpowiada za wszystko, a myśmy na to państwo pracowali*). Respondenci pomoc społeczną utożsamiali wyłącznie z funkcją państwa (częste były odpowiedzi typu: państwo powinno zapewnić, państwo musi dbać; na przykład: *konstytucja nakazuje państwu, żeby zapewniło obywatelom godne życie* lub *obowiązkiem państwa jest dbanie o biednych i słabych*). Zaznaczyć też należy, że większość osób biorących udział w badaniu charakteryzowała nadzwyczajną wręcz wiarą w skuteczność działań instytucji publicznych. Stwierdzano przede wszystkim, że:

- *państwo wie co jest ludziom potrzebne, jak ma to wszystko wyglądać i funkcjonować,*
- *państwo jest odpowiedzialne i pewne,*
- *państwo jest bogate i ma na to fundusze,*
- *państwo opiekuje się starymi taniej niż inni,*
- *państwo jest najsprawiedliwsze,*
- *państwo myśli o ludziach i widzi człowieka,*
- *wszystko co państwowe jest dobre,*
- *państwowe to jednak państwowe.*

W odniesieniu do organizacji społecznych nie było już takiej zgodności. 36 (z 54) respondentów uznało, że powinny one być odpowiedzialne za prowadzenie domów pomocy społecznej. Podkreślano przy tym, że panuje tam ciepła atmosfera, a zatrudniony w nich personel z szacunkiem odnosi się do mieszkańców. 15 osób stwierdziło natomiast, że organizacje społeczne nie powinny prowadzić domów pomocy społecznej. Najwięcej zastrzeżeń w tym przypadku budziła instytucja Kościoła katolickiego (*Lepiej żeby kościół był z daleka* lub *kościół ostatnio stracił na wartości* lub *nie wszystkie siostry zakonne są w porządku. One nie są*

święte lub przyszła tu taka jedna od sióstr i mówiła, że tam było bardzo źle, bo na przykład mieli rygor z modlitwami). Jeden z respondentów zakomunikował: *opieka powinna być świadczona bez nacisku żadnej ideologii. W placówkach prowadzonych przez organizacje kościelne możliwy jest nacisk typu: nie byłeś w kościele, to będziesz kartofle obierał.* Dwie osoby uzasadniły swoje negatywne opinie osobistymi doświadczeniami: *byłam w takim domu i nikomu tego nie życzę. Tragedia i rygor oraz miałam doświadczenie z nimi- nie polecam.* 3 respondentów nie miało zdania na ten temat.

Podobnie sytuacja kształtowała się w odniesieniu do podmiotów gospodarczych. 32 (z 54) respondentów uznało, że powinny one być odpowiedzialne za prowadzenie domów pomocy społecznej. Postawiony został jednak warunek: *ale tylko te firmy, które się opiekują, a nie te, które kradną.* Zdaniem tych osób, pomocy osobom starszym powinno udzielać możliwie jak najwięcej różnorodnych podmiotów (*Jak najwięcej jest ich potrzebnych, żeby miał się kto staruszkami zajmować lub jeżeli będzie to dobra opieka, to zawsze się przyda, bo takich domów potrzeba jak najwięcej*). W takiej działalności odnajdują wiele pozytywów (*Młodzi mają pracę, a starzy wygodę*).

17 (z 54) respondentów uznało z kolei, że podmioty gospodarcze nie powinny prowadzić domów pomocy społecznej. Argumentują to głównie złą opinią tego typu placówek (*Nasłuchałam się i naczytałam, że w takich domach źle się dzieje lub wykorzystują, źle się opiekują i poniżają*). Udzielanie pomocy i zarabianie pieniędzy to dwa typy aktywności, które powinny być wyraźnie rozgraniczone (*To nie jest opieka tylko walka o pieniądze lub jak dla zysku, to będzie wyzysk lub prywatniacz patrzy tylko na swoją kieszeń*). Jedna osoba zaznaczyła, że działalność gospodarcza związana jest z ryzykiem: *prywatne domy to koszmar- komuś, dajmy na to, interes nie wyjdzie, a starzy ludzie zostaną na lodzie*. W innym przypadku negatywna opinia była wynikiem ogólnych uprzedzeń do procesu prywatyzacji (*Prywatyzowane już były przedsiębiorstwa. Tam człowiek jest niczym*). 5 respondentów nie miało zdania na ten temat.

W tym względzie respondentów podzielić można generalnie na dwie grupy- zwolenników monopolu państwa oraz zwolenników wielopodmiotowości w realizacji zadań z obszaru pomocy społecznej. Poniżej przedstawiono wybrane opinie zwolenników wielopodmiotowości:

- *ważne żeby mieli rozum i serce, a kto to jest stanowi sprawę drugorzędną,*
- *państwo jest najlepsze, jednak nie mam nic przeciwko prywatnym domom, byleby były one na odpowiednim poziomie i ukierunkowane na starego człowieka,*
- *prywatne podmioty powinny pomagać państwu w pomaganiu ludziom niedołącznym,*

- *niepubliczne niczym się od publicznych nie różnią, jak kogoś na nie stać, to czemu ma ich nie być,*

- *państwowe domy powinny być dla biednych, a prywatne dla bogatych,*

- *niepubliczne domy zapewniają konkurencję, co jest wskazane, ale muszą one bezwzględnie działać pod nadzorem państwa,*

- *powinno być coraz więcej domów pomocy i zapewniona konkurencja między nimi, bo konkurencja to wyścig ku lepszemu.*

Opinię większości zwolenników państwowego monopolu trafnie przedstawia opinia jednego z nich: *państwo jest skuteczne, a prywatne to kupa złodziei. Nikt tego nie dopilnuje i będą afery.* Były też osoby, które nie były przeciwnikami prywatnej inicjatywy, jednak nie znajdowały powodu funkcjonowania placówek innych aniżeli państwowe (np. *po co mają działać prywatne domy, skoro są państwowe i robią to dobrze?*).

Konkurencja w sektorze stacjonarnej opieki społecznej może wzbudzać różnorodne obawy i kontrowersje. Są one związane przede wszystkim z konkurencją cenową, której efektem jest redukcja kosztów funkcjonowania, a w efekcie spadek jakości usług. Doświadczenia wielu krajów wskazują jednak na to, że rywalizacja cenowa jest tylko jednym z wielu elementów budowania przewagi konkurencyjnej w sektorze stacjonarnej opieki społecznej. Dominującą rolę odgrywa raczej promowanie usług wysokiej jakości, budowanie pozytywnych i trwałych relacji z otoczeniem, społeczne zaufanie.

Działalność niepublicznych placówek i urynkowanie sektora stacjonarnej opieki społecznej może z kolei budzić obawę wykluczenia z dostępu do świadczeń członków społeczeństwa niemogących, z powodu trudnej sytuacji materialnej, ich sfinansować. Dostępność kosztowa⁵⁷⁷ uzależniona jest jednak od modelu finansowania usług, a nie od formy własności świadczących je podmiotów.

Podporządkowanie placówek stacjonarnej opieki społecznej prawom rynku może także spowodować, że ich nadrzędnym celem stanie się maksymalizacja zysku, a świadczone w nich usługi zorganizowane będą w taki sposób, aby zaspokajać potrzeby właścicieli i zarządców, a nie mieszkańców. Prawdopodobne jest, że korporacyjni dostawcy opieki długoterminowej, wykorzystując korzyści skali, tworzyć będą ogólnokrajowe lub międzynarodowe sieci dużych i przeludnionych placówek generujących większość negatywnych cech instytucji totalnej. Na przykład w USA spekulacje rynkowe, częste fuzje i przejęcia przez duże korporacje spowodowały skonsolidowanie sektora stacjonarnej opieki długoterminowej. W latach 80.

⁵⁷⁷ Dostępność kosztowa oznacza zdolność osoby niesamodzielnej do ponoszenia określonych kosztów związanych z oczekiwany świadczeniem. Por. podrozdział 4.2.

dwie piąte placówek należało do sieci, a na przełomie wieków już prawie 60%⁵⁷⁸. Nie jest to jednak reguła. Doświadczenia angielskie z kolei świadczą o tym, że podstawowym kryterium wyboru zakładu opieki długoterminowej jest poziom spokoju, prywatności i intymności. Dlatego właśnie większość z nich to kameralne placówki (średnio dla 18 mieszkańców) prowadzone przez małych przedsiębiorców (najczęściej małżeństwa)⁵⁷⁹.

Oczywistym jest, że w polskich warunkach *prywatyzacja nie może oznaczać zgody na taką swobodę, która kłóci się z godnością człowieka i humanitaryzmem*⁵⁸⁰. Ma ona zdecydowanie służyć upodmiotowieniu osoby niesamodzielnej i wzrostowi jakości świadczeń.

Obecnie wzrost liczby niepublicznych placówek w Polsce to efekt dokonanej w 2004 r. zmiany metody finansowania stacjonarnej opieki społecznej, która polegała na włączeniu członków rodziny w jej finansowanie⁵⁸¹. Wynika to w głównej mierze z tego, że koszt pobytu w placówkach niepublicznych jest z reguły niższy niż w placówkach publicznych⁵⁸². Placówki niepubliczne cechują się ponadto większą skutecznością w organizowaniu pomocy osobom niesamodzielnym (efektywniej wykorzystują zasoby, świadczą usługi wyższej jakości)⁵⁸³.

W literaturze przedmiotu często podkreśla się, że osoba niesamodzielna powinna być podmiotem, a nie przedmiotem działań pomocy społecznej. Jednym ze sposobów „upodmiotowienia” jest nadanie jej roli klienta świadczeń. Aby jednak ktoś mógł być klientem, musi mieć zapewniony wybór spośród alternatywnych opcji⁵⁸⁴. Osoba niesamodzielna wybierając placówkę opiekuńczą powinna móc się kierować takimi kryteriami jak: lokalizacja, wielkość, kwalifikacje i ilość personelu, menu, okres próbny, swoboda zagospodarowania pokoju, ogólnie panująca atmosfera, udogodnienia praktyczne (windy, otoczenie), koszty.

W Polsce obecnie trudno jest dokonać świadomego wyboru placówki opiekuńczej na podstawie ogólnie dostępnych informacji. Publiczne rejestry zawierają jedynie dane teledre-sowe, a dostęp do nich jest ograniczony. Brak jest rzetelnych i obiektywnych informatorów lub poradników. Mass-media skupiają się w głównej mierze na piętnowaniu skrajnych przypadków nadużyć i nieprawidłowości. Z kolei rola organizacji społecznych, jako instytucji

⁵⁷⁸ L. K. Olson, *Public Policy and Privatization: Long –Term Care in the United States*, [w:] L. K. Olson (red.), *The Graying of the World. Who Will Care for the Frail Elderly?*, Haworth Press, Philadelphia 1994, s. 31.

⁵⁷⁹ S. Peace, L. Kellaheer, D. Willcock, poz. cyt., s. 28.

⁵⁸⁰ S. Golinowska, *Przedmowa*, [w:] K. Szczerbińska (red.), poz. cyt., s. 17.

⁵⁸¹ S. Golinowska, I. Topińska, poz. cyt., s. 25.

⁵⁸² J. Dominowski, *Sytuacja i warunki mieszkaniowe...*, poz. cyt., s. 68.

⁵⁸³ Por. podrozdział 6.3.

⁵⁸⁴ K. Zamorska twierdzi, że *o podmiotowości, odpowiedzialności, działaniu, wybieraniu sposobu życia da się sensownie mówić przy założeniu, że istnieją opcje, wśród których można wybierać*. Też, *Podmiotowość pracownika socjalnego a podmiotowość klienta pomocy społecznej*, [w:] J. Kędzior, A. Ładyżyński (red.), poz. cyt., s. 55.

monitorujących sytuację w sektorze stacjonarnej opieki społecznej, jest ograniczona. W tej sytuacji wydaje się, że władza publiczna poprzez swoje instytucje powinna w większym stopniu niż obecnie pełnić rolę niezależnego arbitra i opiniodawcy, który udroźnia kanały komunikacyjne i zapewnia symetrię informacji między świadczeniodawcami a świadczeniobiorcami.

Przykładem w tym względzie może być amerykański *Eldercare Locator*⁵⁸⁵ lub angielski *Commision for Social Care Inspection*⁵⁸⁶. Tworzą one bazy danych teleadresowych wraz z opisem działalności wszystkich zakładów opieki długoterminowej, funkcjonujących w danym regionie. Zawierają one także, sformułowane w przystępnej dla każdego czytelnika formie, sprawozdania z przeprowadzonych w nich kontroli. Prowadzą także „ranking” placówek, przyznając od 1 do 3 gwiazdek w zależności od jakości świadczonych usług.

Dzięki takiej publicznej platformie informacyjnej, świadczeniodawcy, którzy rzetelnie wykonują swoje zadania, uzyskują cenne źródło promocji i reklamy, natomiast dla potencjalnych klientów jest ona wiarygodną wykładnią solidności i kompetencji. Za jej pomocą każda zainteresowana osoba jest w stanie stosunkowo łatwo uzyskać informację o placówkach funkcjonujących w jej regionie. Szczególnie istotne w tym przypadku jest podanie do publicznej wiadomości raportów pokontrolnych, które stanowią obiektywne źródło informacji o faktycznym poziomie usług świadczonych w danej placówce.

O niepublicznych placówkach stacjonarnej opieki społecznej w Polsce wiadomo niewiele. Funkcjonują one głównie nielegalnie- poza systemem publicznej rejestracji i kontroli, tworząc tzw. szarą strefę. Prawdopodobnie podmioty prowadzące te placówki nie znajdują dostatecznych korzyści płynących z legalizacji działalności, a jedną z nich mogłoby być właśnie włączenie w publiczną platformę informacyjną.

Prywatyzacja zadań z obszaru stacjonarnej opieki społecznej może przyczynić się do zwiększenia podaży i wzmożenia konkurencji między placówkami. Jest to zgodne z opinią Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego, że *należy dążyć do zapewnienia każdemu jak największej swobody wyboru formy opieki oraz podmiotu, który ją świadczy. Wymaga to nie tylko udostępnienia różnorodnej oferty, lecz także stworzenia odpowiednich warunków ramowych dla działalności dużej liczby usługodawców prywatnych, społecznych i publicznych oraz wspierania konkurencji między nimi służącej stałemu doskonaleniu oferty. Aby konkurencja ta nie obciążała osób korzystających z opieki, musi ona toczyć się w ramach ustalonych standardów jakości, które trzeba także odpowiednio kontrolować. Ponadto, ponieważ*

⁵⁸⁵ www.eldercare.gov (2.12.2008).

⁵⁸⁶ www.csci.org.uk (2.12.2008).

*chodzi tu o usługi społeczne, za konkurencję tę powinien odpowiadać organ ustawodawczy, który określałby zadania do wykonania, cele jakie należałoby zrealizować oraz oceniałby osiągnięte rezultaty*⁵⁸⁷.

Wydaje się jednak, że przeprowadzenie prywatyzacji omawianych zadań w Polsce może być ograniczone. Wyniki badań terenowych wskazują na to, że stosunek części respondentów do podmiotów gospodarczych i społecznych jest raczej sceptyczny. Nie mają oni do tych podmiotów takiego zaufania jak do administracji państwowej. Zastanawiające jest zatem, czy mając takie przekonania byłiby oni skłonni korzystać z usług niepublicznych placówek. Zapytano ich więc o to, czy ma dla nich znaczenie kto prowadzi dom pomocy społecznej, w którym mieszkają.

Zdecydowana większość (44 z 54) respondentów uznała, że nie ma dla nich znaczenia jaki podmiot prowadzi ich dom pomocy społecznej. Oświadczyli oni, że- bardziej niż forma własności- istotne są kompetencje świadczeniodawcy oraz jakość usług (*Ważne żeby stwarzał dobre warunki do życia lub ważne jest, żeby dobrze robił to, co ma robić lub byleby to był fachowiec*). Jedynie 10 respondentów uznało, że ma dla nich znaczenie kto prowadzi dom pomocy społecznej, w którym mieszkają. Wyróżnić można dwie skrajnie odmienne grupy argumentów uzasadniających tę odpowiedź. Jeden z respondentów stwierdził: *jestem osobą wierzącą i istotne jest dla mnie, że prowadzi go Kościół katolicki. Dzięki temu mogę się modlić i rozmawiać o Bogu*. Inny respondent oświadczył z kolei: *rozmawiałem z kimś, kto był w kościelnym domu pomocy społecznej i bardzo narzekał. Ja bym nie chciał w takim być. Zdecydowanie wolę państwowy*.

Z udzielonych przez respondentów wypowiedzi wynika, że wśród części z nich silnie utrwalone jest negatywne wyobrażenie o działalności komercyjnej i społecznej. Wszyscy oni natomiast dużym zaufaniem darzą instytucje publiczne świadczące pomoc społeczną. Opinie te nie miałyby jednak bezpośredniego wpływu na wybór placówki.

⁵⁸⁷ *Guaranteeing universal access to long-term care and the financial sustainability of long-term care system for older people* (punkt 5.5), European Economic and Social Committee, Bruksela 2008, dokument dostępny na stronie internetowej http://eescopinions.eesc.europa.eu/EESCopinionDocument.aspx?identifier=ces\soc\soc293\ces501-2008_ac.doc&language=EN (1.10.2008).

Zakończenie

Starzenie się i starość są pojęciami ściśle ze sobą powiązаныmi, które można rozpatrywać zarówno w skali jednostkowej, jak i zbiorowej. W skali jednostkowej mówimy o starości osobniczej, która stanowi jedną z faz składających się na cykl życia ludzkiego, natomiast w skali zbiorowej mówimy o starości demograficznej jako cesze struktury ludności.

W niniejszej pracy starość osobnicza zdefiniowana została jako okres niekorzystnych zmian (biologicznych, psychicznych, społecznych) w życiu człowieka mogących doprowadzić do jego zależności od otoczenia. Zależność ta jest problemem wieloaspektowym i w związku z tym wyróżnić można zależność ekonomiczną, społeczną, psychologiczną i funkcjonalną.

Starość demograficzna z kolei odnosi się do proporcji ludzi starych w odniesieniu do ogólnej liczby ludności. Społeczeństwo starzeje się, jeśli udział ludzi starych w populacji (stopa starości) wzrasta.

W 1950 r. na świecie żyło 130 milionów ludzi w wieku 65 lat i więcej, a ich udział w ogólnej liczbie ludności wynosił 5,2%. Obecnie światowa populacja ludzi starych liczy pół miliarda. Prognozuje się, że w 2050 r. wzrośnie ona do 1,5 miliarda, a stopa starości będzie wynosić wówczas 16,2%. Oznacza to, że w okresie stu lat (od 1950 r. do 2050 r.) liczba ludzi starych wzrośnie jedenastokrotnie, a ich udział w populacji wzrośnie trzykrotnie⁵⁸⁸.

Demograficzne starzenie to efekt wydłużania się średniej długości życia (starzenie się od góry piramidy wieku) oraz spadku poziomu dzietności (starzenie się od dołu piramidy wieku). W krajach wysoko rozwiniętych przeobrażenia te prowadzą wspólnie do powstania i utrwalenia struktury nazywanej „odwróconą piramidą demograficzną”

Zmiany w strukturze wiekowej ludności są przedmiotem zainteresowania badaczy od wielu dekad. Odmiennie przedstawia się natomiast sytuacja w zakresie badania ich następstw oraz konsekwencji. A przecież wzrost udziału ludzi starych w populacji sprawia, że *cała organizacja społeczeństwa i wszystkie działające w nim systemy społeczne ulegają mniejszemu lub większemu przeobrażeniu*⁵⁸⁹. „Bomba geriatryczna”, jak ją określił J. Ciechański, może oznaczać dla gospodarki - trwałą recesję; dla społeczeństwa - konflikt między młodą a starą generacją; dla państwa - jego marginalizację na arenie międzynarodowej, ze wszystkimi tego konsekwencjami: ekonomicznymi, kulturowymi a nawet geopolitycznymi⁵⁹⁰.

⁵⁸⁸ *World Population Prospects...*, poz. cyt., (16.01.2008)

⁵⁸⁹ E. Rosset, *Trwanie życia ludzkiego*, Wydawnictwo PAN Wydział Nauk Społecznych Ossolineum, Wrocław 1979, s. 25.

⁵⁹⁰ J. Ciechański, poz. cyt., s. 1.

Proces demograficznego starzenia uznaje się za jedną z podstawowych kwestii społecznych współczesnych czasów. Nauką lub działalnością praktyczną, która wiąże się z diagnozowaniem i rozwiązywaniem kwestii społecznych, jest polityka społeczna. Nie ma ona jednej, powszechnie uznanej definicji. Jednoznaczne określenie jej celów oraz zakresu przedmiotowego budzi wiele kontrowersji. Wynika to przede wszystkim z faktu, że jest to kategoria wielowymiarowa i wewnętrznie złożona, której cele realizowane są przez działania różnorodnych podmiotów.

Tak jak nie ma jednej, powszechnie akceptowanej w literaturze przedmiotu definicji polityki społecznej, tak nie ma również zgodności co do określenia roli polityki społecznej wobec ludzi starych. W niniejszej pracy politykę społeczną wobec ludzi starych zdefiniowano jako system spójnych działań, podejmowanych przez różnorodne podmioty (publiczne, społeczne, gospodarcze), mających na celu ograniczanie lub niwelowanie zależności osób starych od otoczenia (definicja ta nawiązuje do proponowanej wcześniej definicji starości osobniczej, określonej w kontekście zależności).

Ograniczanie zależności to działania o charakterze prewencyjnym tożsame z podtrzymywaniem zdolności do samodzielnego zaspokajania potrzeb, promowaniem zdrowego i aktywnego starzenia się. Niwelowanie zależności to z kolei działania o charakterze interwencyjnym polegające na udzielaniu pomocy w zaspokajaniu potrzeb, które samodzielnie zaspokojone zostać nie mogą.

Z perspektywy polityki społecznej wobec ludzi starych zasadniczym zagadnieniem jest wyznaczenie dolnego progu starości osobniczej (pozwala on określić populację ludzi starych będących bezpośrednimi adresatami działań tejże polityki). W niniejszej pracy przedstawiono w głównej mierze działania skierowane na zaspokajanie potrzeb opiekuńczych niesamodzielnych ludzi starych, którzy nie są zdolni do samodzielnego prowadzenia gospodarstwa domowego. W związku z tym bardziej istotne do wyznaczenia progu starości było określenie granicy oddzielającej samodzielnych i aktywnych seniorów od sędziwych i niesamodzielnych starców.

Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, że granicy samodzielnego prowadzenia gospodarstwa domowego należy upatrywać gdzieś między 80 a 90 rokiem życia. Po jej przekroczeniu osoba stara zwykle decyduje się na ponowne zamieszkanie z dziećmi lub przeprowadzkę do placówki opiekuńczej.

W wymiarze funkcjonalnym polityka społeczna wobec ludzi starych polega na zapewnieniu systemu działań kompensujących malejącą wraz z wiekiem możliwość wykonywania czynności życia codziennego (pogłębiającą się wraz z wiekiem zależność funkcjonal-

ną), a tym samym na niwelowaniu deficytu jakim jest luka opiekuńcza. Zależność funkcjonalna osób starych ma trwały charakter, więc i opieka nad nimi powinna mieć charakter długoterminowy.

Opieka długoterminowa jest odpowiedzią na potrzeby medyczne, społeczne oraz potrzeby sprawnego funkcjonowania. Z tego powodu powinna ona obejmować niezwykle szeroki zakres usług świadczonych na rzecz osób niesamodzielnych. Światowa Organizacja Zdrowia definiuje opiekę długoterminową jako system działań podejmowanych przez opiekunów nieformalnych (rodzina, grupy samopomocowe) i/lub formalnych (medycznych, społecznych), mających na celu zapewnienie osobie, która nie jest w stanie samodzielnie wykonywać czynności życia codziennego, utrzymania najwyższej możliwej jakości życia, zgodnej z osobistymi preferencjami i wymaganiami, przy zachowaniu najwyższego możliwego poziomu niezależności, autonomii, uczestnictwa oraz godności osobistej.

Generalnie opieka długoterminowa powinna integrować dwa rodzaje usług: medyczne, których celem jest leczenie i rehabilitacja (czyli przywracanie zdrowia, ale niekoniecznie sprawności) oraz społeczne, których celem jest podnoszenie jakości życia. Taki dualizm powoduje, że realizowana jest ona w dwu obszarach: ochrony zdrowia i pomocy społecznej.

Stacjonarną (instytucjonalną, zakładową, zamkniętą) opiekę społeczną tworzą placówki, będące jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej, które całodobowo świadczą usługi opiekuńcze i bytowe osobom niesamodzielnym. Zapotrzebowanie na usługi tego typu placówek kształtuje się pod wpływem wielu czynników natury demograficznej, społecznej i kulturowej.

Przyczynę wzrostu zapotrzebowania na stacjonarną opiekę społeczną upatruje się głównie w procesie demograficznego starzenia. W Polsce odsetek ludzi starych wzrośnie w okresie 1950-2050 sześciokrotnie (z poziomu 5,2% w 1950 r. do prognozowanego poziomu 31,3% w roku 2050). W tym czasie ich liczba wzrośnie ponad siedmiokrotnie i w 2050 r. osiągnie poziom 9,5 miliona⁵⁹¹. Efektem tych przeobrażeń jest z jednej strony wzrost liczny osób niesamodzielnych, z drugiej natomiast obniżenie liczby osób mogących świadczyć opiekę długoterminową (obniżenie wskaźnika potencjału pielęgnacyjnego).

Poza uwarunkowaniami demograficznymi, także przeobrażenia społeczne w znacznym stopniu implikują zmiany w zakresie zapotrzebowania na stacjonarną opiekę społeczną. Kluczowym czynnikiem decydującym o korzystaniu z usług placówek opiekuńczych przez osoby stare jest brak wsparcia ze strony członków rodziny. Osoby nie posiadające takiego

⁵⁹¹ *World Population Prospects...*, poz. cyt., (16.01.2008)

wsparcia przeprowadzają się do placówki zazwyczaj w młodszym wieku, przy niższym poziomie zależności funkcjonalnej oraz żyją dłużej jako pensjonariusze, niż ci, którzy je posiadają.

Poziom wsparcia osoby starej przez opiekunów rodzinnych uzależniony jest od stanu cywilnego i liczby dzieci, wielkości i składu gospodarstwa domowego, jakości relacji wewnątrzrodzinnych. Obecna struktura demograficzna polskiej rodziny jest dość korzystna. Dzieci i wnukowie z reguły są w stanie zapewnić niesamodzielnym seniorom należytą pomoc. Sytuacja ta będzie jednak ulegać systematycznemu pogorszeniu w przyszłości. „Odwracanie piramidy demograficznej” ma swoje odzwierciedlenie w skali mikro, czyli w strukturze współczesnej rodziny. „Odwrócona struktura rodziny” to taka, gdzie czwórka dziadków będzie mieć tylko jednego wnuka lub wnuczkę. Jest to sytuacja odwrotna w porównaniu z rodziną tradycyjną, gdzie jeden dziadek lub babcia przypadali na wiele wnucząt.

Zapotrzebowanie na stacjonarną opiekę społeczną jest także uzależnione od czynników kulturowych, takich jak: kulturowy model opieki długoterminowej, poziom ingerencji państwa w opiekuńczą funkcję rodziny, przeobrażenia form życia rodzinnego, poziom aktywności zawodowej kobiet.

W Polsce głęboko zakorzeniony jest kulturowy wzorzec środowiskowej opieki nieformalnej. Rodzina jest głównym źródłem usług opiekuńczych i na ogół źródłem najbardziej preferowanym. Opieka stacjonarna nie jest obecnie najbardziej pożądana przez seniorów. Współczesna rodzina przechodzi jednak gruntowną reorganizację (tzw. cicha rewolucja). Nie wiadomo jaki to będzie miało wpływ na opiekę nieformalną w przyszłości. Przypuszczać można jednak, że wydolność opiekuńcza tych rodzin będzie znacznie mniejsza niż rodzin tradycyjnych.

Popyt na usługi placówek stacjonarnej opieki społecznej określony jest przez czynniki ekonomiczne, takie jak cena pobytu w tej placówce, ceny alternatywnych form opieki oraz zamożność społeczeństwa. Należy pamiętać, że korzystanie z określonych świadczeń jest efektem nie tyle potrzeb opiekuńczych, co możliwości ich zaspokajania przy określonych cenach. Struktura, zakres i forma opieki długoterminowej, tak jak i wszystkich innych usług, powinny być wypadkową dwóch zmiennych: potrzeb i możliwości finansowych beneficjentów pomocy.

Powszechnie uważa się, że zakłady opieki długoterminowej są najdroższą formą opieki. W pracy zweryfikowano tę opinię. Koszt w sektorach opieki długoterminowej uzależniony jest od poziomu zależności osoby starej. Przy niskim poziomie zależności najtańszy (najbardziej efektywny kosztowo) jest sektor opieki środowiskowej, przy średnim poziomie zależno-

ści sektor stacjonarnej opieki społecznej, natomiast przy wysokim poziomie zależności sektor stacjonarnej opieki medycznej. Oznacza to, że opieka środowiskowa jest najtańszą formą opieki, ale tylko przy stosunkowo niskim poziomie zależności. Natomiast z ekonomicznego punktu widzenia, dla ludzi o średniej i wysokiej zależności, tańsze jest korzystanie z usług zakładów opieki długoterminowej. Opieka stacjonarna nie jest zatem w każdym wypadku najdroższą formą opieki.

Niezwykle istotnym zagadnieniem jest kwestia finansowania opieki długoterminowej. W niektórych krajach ludzie indywidualnie zapewniają sobie świadczenia opiekuńczo-pielęgnacyjne. Zwykle jednak państwo stara się ingerować w system finansowania opieki długoterminowej. Zabezpiecza swoich obywateli na wypadek funkcjonalnej niesamodzielności. Partycypuje w kosztach pewnych świadczeń, a tym samym wpływa na ich ceny. Taka sytuacja rodzi pokusę nadużyć (*moral hazard*) tańszych świadczeń, przez co wzrasta popyt na określone formy opieki.

W pracy wyróżniono trzy teoretyczne modele finansowania opieki długoterminowej: rezydualny, zaopatrzeniowy i ubezpieczeniowy. Przedstawiono jak traktowana jest w nich funkcjonalna niesamodzielność oraz z jakiego źródła opłacane są świadczenia opiekuńcze i pielęgnacyjne.

W literaturze przedmiotu często pojawiają się opinie, jakoby podaż stacjonarnej opieki społecznej nie była uzależniona od wielkości popytu⁵⁹². Zwraca się uwagę na to, iż dominująca w danym społeczeństwie forma opieki określona jest bardziej uwarunkowaniami politycznymi niż faktycznymi potrzebami osób niesamodzielnych.

Obecnie wobec „siwienia budżetów publicznych” oraz zmiany postaw państwa wobec ludzi starych, kładzie się nacisk na deinstytucjonalizację opieki długoterminowej. Proces ten polega na zastępowaniu odizolowanych miejsc długiego pobytu mniejszymi i środowiskowo zorientowanymi formami opieki. W skrajnych przypadkach kojarzony jest on także z całkowitą likwidacją zakładów opieki długoterminowej. Pamiętać jednak należy o tym, że pomimo licznych wad, jakimi obarczone jest funkcjonowanie placówek opiekuńczych, spełniają one ważną funkcję społeczną. Opieka stacjonarna jest integralnym elementem „kontinuum opieki”, niezwykle istotnym dla osób o bardzo wysokim poziomie zależności funkcjonalnej. Postulat jej likwidacji jest nie tylko nierealny, co wręcz niebezpieczny w kontekście potrzeb opiekuńczych osób niesamodzielnych.

⁵⁹² Por. S. Peace, L. Kellaher, D. Willcock, poz. cyt., s. 15; T. Kröger, poz. cyt., s. 12; P. Townsend, *The Structured Dependency of the Elderly ...*, poz. cyt. s. 7.

Można zgodzić się z opinią, że zakład opieki długoterminowej jest wyborem „mniejszego zła” lub „ostatecznością”, jednak niewątpliwie zawsze lepsza jest gorsza opieka stacjonarna niż brak należytego wsparcia w środowisku domowym. Wydaje się, że zamiast ograniczać podaż opieki stacjonarnej, bardziej wskazane jest zmienianie poszczególnych aspektów jej funkcjonowania w taki sposób, aby lepiej zaspokajała potrzeby opiekuńcze niesamodzielnych seniorów. Określając kierunek pożądaných zmian funkcjonowania placówek opiekuńczych podkreślić należy przede wszystkim, że świadczona w nich pomoc powinna być udzielana jak najbardziej podmiotowo, skierowana na indywidualne potrzeby danej osoby, a warunki pobytu powinny być maksymalnie zbliżone do domowych. Dopiero wtedy będzie to stacjonarna pomoc społeczna (a nie jak obecnie opieka).

Liczba placówek stacjonarnej opieki społecznej dla ludzi starych w Polsce systematycznie wzrasta. W ciągu ostatniego półwiecza liczba ta wzrosła ponad dziesięciokrotnie z 30 w 1955 r. do 304 (w tym 6 filii) w 2006 r. W tym samym okresie liczba miejsc w tych placówkach zwiększyła się siedmiokrotnie z 2520 w 1955 r. do 17562 w 2006 r.

Transformacja istniejącej obecnie w Polsce stacjonarnej opieki społecznej w stacjonarną pomoc społeczną wymaga zmian zarówno ilościowych, jak i (przede wszystkim) jakościowych. Sektor ten musi się rozwijać, a nie tylko wzrastać. Oznacza to, że przyrost liczby miejsc statutowych (a tym samym rozbudowa sieci placówek opiekuńczych) nie jest wystarczającym remedium na wszystkie problemy. Współcześnie niezbędny jest „ruch w górę” całego systemu, dokonujący się także w wymiarze jakościowym, a więc dotyczyć musi również przeobrażeń organizacyjnych i strukturalnych.

Wyzwania stojące obecnie przed stacjonarną opieką społeczną w Polsce to przede wszystkim:

- konstrukcja racjonalnego modelu finansowania świadczeń,
- komercjalizacja i prywatyzacja zadań,
- zwiększenie dostępności i jakości świadczeń,
- zmiany organizacyjne w placówkach,
- prowadzenie działań wizerunkowych,
- zapewnienie kompetentnego personelu.

Wymagane jest zatem gruntowne przewartościowanie celów i zasad pomocy społecznej, szczególnie w odniesieniu do jej formy stacjonarnej.

W celu określenia zmian jakościowych, jakie wymagane są obecnie wobec stacjonarnej opieki społecznej w Polsce, przeprowadzone zostały badania terenowe w dolnośląskich domach pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku. Dotyczyły one przede wszystkim

ustalenia profilu socjoekonomicznego mieszkańców tych placówek oraz takich zagadnień jak: filozofia działania, jakość świadczonych usług, wizerunek, kwestia prywatyzacji placówek. Poniżej przedstawione zostały główne konkluzje i rekomendacje wynikające z tych badań.

Po pierwsze: w badaniu udział wzięło 54 mieszkańców dolnośląskich domów pomocy społecznej (próba była dobrana celowo, więc wnioski z badań nie mogą być traktowane uniwersalnie). Charakteryzowali się oni tym, że:

- dominowały wśród nich kobiety (35 kobiet i 19 mężczyzn),
- byli głównie (43 osoby) w tzw. trzecim wieku (65-84 lata),
- byli słabo wykształceni (tylko dwie osoby posiadało wyższe wykształcenie),
- przed przeprowadzką do domu pomocy społecznej mieszkali z reguły w dużych miastach (32 osoby pochodziły z dużych miast, 14 ze wsi, natomiast 8 z małego lub średniego miasta),
- zwykle nie byli w związku małżeńskim (32 osoby to wdowy lub wdowcy, 7 to rozwodnicy, natomiast 3 osoby nigdy nie były w związku małżeńskim),
- swoją sytuację materialną określali raczej negatywnie (25 osób) lub średnio (25 osób).

Po drugie: badane placówki nie były dużymi i zamkniętymi instytucjami nastawionymi na pielęgnację i dozór. Były to raczej otwarte na otoczenie domy świadczące pomoc i aktywnie wspierające niesamodzielnych seniorów. Mimo to ich działalność daleka jest od doskonałości. Problemem jest między innymi lokalizacja placówek. Położone są one z dala od centrów miast, najczęściej na wsiach lub w małych miasteczkach. Zapewnia to ludziom starszym ciszę i spokój, okazuje się jednak problematyczne dla tych osób, które przyzwyczajone są do funkcjonowania w dużych aglomeracjach, a także ogranicza możliwości odwiedzin ze strony rodziny i znajomych.

Po trzecie: mieszkańcy biorący udział w badaniu byli generalnie zadowoleni z poziomu usług świadczonych w domach pomocy społecznej. Nie przeszkadzało im to, że mieszkali w placówkach, z których połowa nie spełniała nawet minimalnych standardów. Nie czuli się beneficjentami substandardowych świadczeń. Zgłaszane uwagi dotyczyły w głównej mierze niewłaściwych relacji między mieszkańcami. Zdaniem respondentów często dochodzi do ekscesów alkoholowych, kłótni oraz nagabywań. Wskazane jest zatem, aby usługi wspomagające w większym niż dotychczas stopniu skierowane były na poprawę jakości stosunków między mieszkańcami oraz ich wzajemną integrację.

Po czwarte: rozwój stacjonarnej opieki społecznej powinien uwzględniać działania *public relations*. Współczesne wyobrażenie opinii publicznej o placówkach opiekuńczych jest

niekorzystne. Silnie utrwalony negatywny wizerunek tego sektora jest obrazem zafałszowanym i krzywdzącym zarówno dla pracowników, jak i (przede wszystkim) dla mieszkańców tego typu placówek.

Po piąte: jedną z metod usprawnienia funkcjonowania stacjonarnej opieki społecznej w Polsce jest prywatyzacja tego sektora. Metoda ta, często odczytywana przez decydentów politycznych jako swoisty zamach na socjalne funkcje państwa, jest jedynie wyrazem pragmatyzmu, a więc dążenia do osiągnięcia wyższej efektywności społecznej i ekonomicznej. Nie wszystkie podmioty (publiczne, społeczne i komercyjne) cieszyły się wśród respondentów jednakową sympatią i zaufaniem. Charakteryzowała ich nadzwyczajna wręcz wiara w skuteczność działań instytucji publicznych. Liczne zastrzeżenia mieli natomiast do działalności społecznej oraz komercyjnej. Opinie te nie miałyby jednak bezpośredniego wpływu na wybór placówki opiekuńczej.

Podsumowując, należy zaznaczyć, że przekształcanie stacjonarnej opieki społecznej w stacjonarną pomoc społeczną powinno być efektem synergii działań podmiotów działających na trzech poziomach:

- makro (władza centralna): tworzenie prawa wyznaczającego kształt systemu opieki długoterminowej, standard usług, model finansowania;
- mezo (samorządy terytorialne): zlecanie realizacji zadań, kreowanie pozytywnego „klimatu” (zaufania, uznania, pomocy) sprzyjającego funkcjonowaniu placówek opiekuńczych;
- mikro (placówki bezpośrednio świadczące usługi na rzecz niesamodzielnych seniorów): wdrażanie zmian organizacyjnych, podnoszenie kompetencji personelu, dbanie o dobrą jakość stosunki między mieszkańcami, kreowanie pozytywnego wizerunku w otoczeniu lokalnym.

Przy określaniu kierunku zmian stacjonarnej opieki społecznej w Polsce z pewnością należy się wzorować na krajach, w których proces demograficznego starzenia jest bardziej zaawansowany i które stosunkowo udanie rozwiązały kwestię zapewnienia właściwej opieki długoterminowej nad niesamodzielnymi osobami starymi. Wydaje się jednak, że bezpośrednie naśladowanie i przenoszenie aktualnych wzorców nie jest właściwym rozwiązaniem. Wskazane jest raczej, aby decyzje w tym zakresie były analogiczne do tych, które podejmowały inne kraje w momencie, gdy ich sytuacja demograficzna była zbliżona do obecnej sytuacji demograficznej naszego kraju.

Z punktu widzenia ekonomisty niewątpliwie najistotniejszy jest problem finansowania opieki długoterminowej w Polsce. Należy przy tym pamiętać, że nie ma idealnego rozwiązania w tym zakresie. Każdy model ma swoje wady i zalety.

Dominują obecnie dwie koncepcje rozwiązania problemu finansowania opieki długoterminowej w Polsce, z których jedna odpowiada orientacji w stronę modelu ubezpieczeniowego (wprowadzenie społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego), a druga modelu zaopatrzeniowego (wyodrębnienie środków na finansowanie usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych z podatków ogólnych). Wydaje się jednak, że znacznie bardziej promowana jest pierwsza z tych koncepcji⁵⁹³.

Wprowadzenie społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego w Polsce jest koniecznością, która powinna zostać zrealizowana w najbliższych latach. Instrument ten zapewni środki na efektywniejsze niż obecnie zaspokajanie potrzeb opiekuńczych gwałtownie rosnącej rzeszy niesamodzielných starców. Wprowadzi przejrzystość modelową i ujednotwili zasady finansowania świadczeń w obszarze pomocy społecznej i opieki medycznej.

Należy jednak zaznaczyć, iż takie rozwiązanie może być obciążone licznymi wadami. Nie jest to zatem rozwiązanie doskonałe, jednak w porównaniu z alternatywnymi opcjami wydaje się być rozwiązaniem najlepszym.

⁵⁹³ Minister Zdrowia (wówczas był nim Zbigniew Religa w rządzie Jarosława Kaczyńskiego) wydał 26 marca 2006 r. Zarządzenie w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania założeń projektu ustawy pielęgnacyjnej [Dz. Urz. MZ.06.06.23]. Jednym z zadań tego Zespołu miało być opracowanie zasad organizacji i finansowania ubezpieczeń pielęgnacyjnych.

Bibliografia

Druki zwarte:

1. Abramovice B., *Long-Term Care Administration*, The Haworth Press, New York & London 1988
2. Allen I., Hogg D., Peace S., *Elderly People: Choice, Participation and Satisfaction*, The Policy Studies Institute, London 1993
3. Anioł W., *Europejska polityka społeczna. Implikacje dla Polski*, ASPRA-JR, Warszawa 2003
4. Auleytner J., *Polska polityka społeczna. Ciągłość i zmiany*. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Warszawa 2004
5. Bauman Z., *Wolność*, Znak, Kraków 1995
6. Bauman Z., *Życie na przemiał*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2004
7. Beckman N.E. (red.), *Welfare, Church and Gender in Eight European Countries*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Uppsala, Uppsala 2004
8. Bień B. (red.), *Starość pod ochroną*, TEXT, Kraków 2001
9. Binstock R. H., Cluff L. E., Mering O. (red.), *The Future of Long-Term Care. Social and Policy Issues*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore & London 1996
10. Błędowski P., *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*, Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa 2002
11. Błędowski P. (red.), *Między transformacją a integracją. Polityka społeczna wobec problemów współczesności*, Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa 2004
12. Buchanan P., *Śmierć Zachodu*, Wektory, Wrocław 2005
13. Derczyński W., Jasińska-Kania A., Szacki J. (red.), *Elementy teorii socjologicznych. Materiały do dziejów współczesnej socjologii zachodniej*, PWN, Warszawa 1975
14. Dyczewski L., *Ludzie starzy i starość w społeczeństwie i kulturze*, KUL, Lublin 1994
15. Dziewięcka-Bokun L., Zamorska K. (red.), *Polityka społeczna. Teksty źródłowe*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2003
16. *Encyklopedia seniora* (praca zbiorowa), Wiedza Powszechna, Warszawa 1986
17. *Encyklopedia socjologii. Tom 3* (praca zbiorowa), Oficyna Naukowa, Warszawa 2000
18. Evashwick C. J. (red.), *The continuum of long – term care*, Delmar, New York 2001
19. Esping-Andersen G., *Three Worlds of Welfare Capitalism*, wybór i tłumaczenie tekstów na prawach rękopisu, Instytut Socjologii UW, Warszawa 1997
20. *Europe in figures – Eurostat yearbook 2006-2007*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxemburg 2007

21. Fabiś A. (red.), *Seniorzy w rodzinie, instytucji i społeczeństwie. Wybrane zagadnienia z gerontologii społecznej*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania i Marketingu, Sosnowiec 2005
22. Firlit-Fesnak G., Szyłko-Skoczny M. (red.), *Polityka społeczna. Podręcznik akademicki*, PWN, Warszawa 2007
23. Frąckiewicz L., *Karta praw człowieka starego*, Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa 1985
24. Frąckiewicz L., *Polityka społeczna. Zarys wykładu wybranych problemów*, Śląsk, Katowice 2002
25. Frąckiewicz L. (red.), *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Proces starzenia się ludności Polski i jego społeczne konsekwencje*, Śląsk, Katowice 2002
26. Frąckiewicz L. (red.), *Polska a Europa, Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Proces starzenia się społeczeństwa i jego wyzwania dla polityki społecznej*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Katowice 2002
27. Frąckiewicz L. (red.), *W obliczu starości*, Ośrodek Wydawniczy Augustyna, Katowice 2007
28. Frątczak E., *Proces starzenia się ludności Polski a proces urbanizacji*, Szkoła Główna Planowania i Statystyki, Warszawa 1984
29. Friedland R. B., Summer L., *Demography Is Not Destiny*, National Academy on an Aging Society, Washington 1999
30. Gardawski J., Gilejko L., Siewierski J., Towalski R. (red.), *Socjologia gospodarki*, Difin, Warszawa 2006
31. Geremek B., *Litość i szubienica. Dzieje nędzy i miłosierdzia*, Czytelnik, Warszawa 1989
32. Getzen T. E., *Ekonomika zdrowia*, PWN, Warszawa 2000
33. Głąbicka K., *Polityka społeczna Unii Europejskiej. Aspekty aksjologiczne i empiryczne*, Dom Wydawniczy ELIPSA, Warszawa 2001
34. Głąbicka K., *Polityka społeczna państwa polskiego u progu członkostwa w Unii Europejskiej*, Wydawnictwo Instytutu Technologii Eksploatacji, Radom 2004
35. Godin Ch., *Koniec ludzkości*. WAM, Kraków 2004
36. Goetze J. G., *Long – term care*, Dearborn Financial Institute, Dearborn 1999
37. Golinowska S. (red.), *Raport o rozwoju społecznym Polska 1999- Ku godnej aktywnej starości*, www.unic.un.org.pl/nhdr/1999
38. Golinowska S., *Polityka społeczna. Koncepcje, instytucje, koszty*, Poltext, Warszawa 2000

39. Golinowska S., Topińska I., *Pomoc społeczna- zmiany i warunki skutecznego działania*, CASE, Warszawa 2002
40. Grewiński M., Kamiński S., *Obywatelska polityka społeczna*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP, Warszawa 2007
41. Griffin R. W., *Podstawy zarządzania organizacjami*, PWN, Warszawa 2000
42. Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.), *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów*, VIA MEDICA, Gdańsk 2007
43. Halicka M., Halicki J. (red.), *Zostawić ślad na ziemi*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2006
44. *Health and long-term care in the European Union. Report*, Eurobarometr, 2007
45. Himmelfarb G., *Jeden naród, dwie kultury*, Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2007
46. Hope E. (red.), *Public relations instytucji użyteczności publicznej*, Scientific Publishing Group, Gdańsk 2005
47. Houser N., *Long-Term Care. Research Report*, AARP Public Policy Institute, www.aarp.org/research/longtermcare/trends/fs27r_ltc.html
48. Jack R. (red.), *Residential Versus Community Care: The Role of Institutions in Welfare Provision*, Palgrave Macmillan, Hampshire 1998
49. Jackson W. A., *The Political Economy of Population Ageing*, Edward Elgar Publishing Limited, Cheltenham & Northampton, 1998
50. Jackson R., Howe N., *Global Aging. The challenge of the New millennium*, Watson Wyatt & CSIS, Washington 2000
51. Jacobzone S., Cambois E., Robine J.M., *Is the health of older persons in OECD countries improving fast enough to compensate for population ageing?*, "OECD Economic Studies", 2000, nr 30
52. Jankowski S. (red.), *Wybrane problemy polityki społeczno-gospodarczej*, Oficyna Wydawnicza Politechniki Warszawskiej, Warszawa 2007
53. Jerzak M., Kołodziej J., *Pomoc społeczna. Skutki finansowe dla budżetu państwa wynikające ze zmiany ustawy o pomocy społecznej oraz innych ustaw dotyczących zabezpieczenia społecznego*, „Materiały i Studia”, nr 186, NBP, Warszawa 2005
54. Karpiński A., Rajkiewicz A., *Polska w obliczu starzenia się społeczeństwa*, Komitet Prognoz „Polska 2000 Plus” przy Prezydium PAN, Warszawa 2008
55. Kawczyńska – Butrym Z., *Niepełnosprawność- specyfika pomocy społecznej*, Wydawnictwo INTERART, Warszaw 1996

56. Kędelski M., Paradysz J., *Demografia*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Poznań 2006
57. Kędzior J., Ładyżyński A. (red.), *Współczesne wyzwania pracy socjalnej*, Dolnośląska Wyższa Szkoła Służb Publicznych „ASESOR” we Wrocławiu i Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2006
58. Klonowicz S., *Oblicza starości. Wybrane zagadnienia gerontologii społecznej*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1979
59. Kołodko G., *Wędrujący świat*, Prószyński i S-ka, Warszawa 2008
60. Kowalak T., *Polityka społeczna. Wybrane zagadnienia*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Ekonomicznej, Białystok 2000
61. Kowalczyk O., *System zabezpieczenia społecznego wobec potrzeb osób niepełnosprawnych w Polsce na tle krajów UE*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Wrocław 2002
62. Kowalczyk O., *Rola pomocy osobistej w procesie integracji społecznej osób niepełnosprawnych w Polsce i w innych krajach*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Wrocław 2003
63. Kowaleski J. T., Szukalski P. (red.), *Proces starzenia się ludności: potrzeby i wyzwania*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2002
64. Kowaleski J. T., Szukalski P. (red.), *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2004
65. Kowaleski J. T. (red.), *Ludzie starzy w polskim społeczeństwie w pierwszych dekadach XXI wieku*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2006
66. Kowaleski J. T., Szukalski P., *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, 2006
67. Kowalski D., Kwiatkowski M., Zduniak A. (red.), *Edukacja dla bezpieczeństwa. Wybrane aspekty*, Wydawnictwo O’CHIKARA, Lublin – Poznań 2004
68. Kozierkiewicz A., Szczerbińska K., *Opieka długoterminowa w Polsce: ocena stanu obecnego oraz rozwiązania na przyszłość*, Wspólny Rynek Medyczny oraz Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań b. d.
69. Koźmiński A. K., Piotrowski W., *Zarządzanie. Teoria i praktyka*, PWN, Warszawa 2004
70. Kromolicka B., Bugajska B., Serdyńska K. (red.), *Pomoc i opieka w starości*, ZAPOL, Szczecin 2007
71. Kroszel J., *Podstawy polityki społecznej. Uwarunkowania, pojęcia, instytucje i działania*, Terra, Poznań 1997

72. Kröger T., *Comparative research on social care. The state of the art*, European Commission, Bruksela 2001
73. Kurkiewicz J., *Podstawowe metody analizy demograficznej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1992
74. Kurzynowski A. (red.), *Polityka społeczna*, Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa 2001
75. Leś E. (red.), *Pomoc społeczna. Od klientyzmu do partycypacji*, ASPRA-JR, Warszawa 2002/2003
76. *Long-Term Care for Older People*, OECD, Paryż 2005
77. *Ludność. Stan i struktura w przekroju terytorialny. Stan w dniu 30 VI 2006 r.*, GUS, Warszawa 2006
78. Maison D., *Zogniskowane wywiady grupowe. Jakościowa metoda badań marketingowych*, PWN, Warszawa 2001
79. Markson E. W., *Social Gerontology Today*, Roxbury Publishing Company, Los Angeles 2003
80. Marzec-Holka K. (red.), *Spółczesność, demokracja, edukacja. Nowe wyzwania w pracy socjalnej*, Wydawnictwo Uczelniane Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2000
81. Nowak S. (red.) *Metody badań socjologicznych*, PWN, Warszawa 1965
82. Okólski M., *Demografia. Podstawowe pojęcia, procesy i teorie w encyklopedycznym zarysie*, Scholar, Warszawa 2005
83. Olson L. K. (red.), *The Graying of the World. Who Will Care for the Frail Elderly?*, Haworth Press, Philadelphia 1994
84. Orczyk J., Szambelańczyk J. (red.), *Wstęp do badań ekonomiczno-społecznych*, Akademia Ekonomiczna, Poznań 1984
85. *Osoby niepełnosprawne oraz ich gospodarstwa domowe 2002. Część I osoby niepełnosprawne*, GUS, Warszawa 2003
86. Orzechowska G., *Aktualne problemy gerontologii społecznej*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Olsztyn 1999
87. Pacolet J., *Social protection for dependency in old age in the 15 EU Member States and Norway: Synthesis report commissioned by the European Commission and the Belgian Minister of Social Affairs*, Official Publications of the European Communities, Luxemburg 1999

88. Panek A., Szarota Z. (red.), *Zrozumieć starość*, Oficyna Wydawnicza TEXT, Kraków 2000
89. Parrott L., *Social Work and Social Care*, Taylor & Francis Group, London 2003
90. Peace S., Kellaher L., Willcock D., *Re-evaluating residential care*, Open University Press, Buckingham & Philadelphia 1997
91. Pędich W., *Ludzie starzy*, Centrum Rozwoju Służb Społecznych, Warszawa 1996
92. Piekara A., Supińska J. (red.), *Polityka społeczna w okresie przemian*, PWE, Warszawa 1985
- 93-96. *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia* (w 1992; 1993; 1994; 1995; 1997; 1998; 2000; 2001; 2002; 2003; 2004; 2005; 2006 r.), GUS, Warszawa (1993; 1994; 1995; 1996; 1998; 1999; 2001; 2002; 2003; 2004; 2005; 2006; 2007)
97. Ponikowski B., Zarzeczny J. (red.), *Uwarunkowania współczesnej polityki społecznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2002
98. Porter M. E. *Strategia konkurencji: metody analizy sektorów i konkurentów*, PWE, Warszawa 1998
99. Radwan-Pragłowski J., Frysztański K., *Społeczne dzieje pomocy człowiekowi: od filantropii greckiej do pracy socjalnej*, Śląsk, Katowice 1998
100. Rajkiewicz A. (red.), *Polityka społeczna*, PWE, Warszawa 1979
101. Rajkiewicz A., Supińska J., Książkowski M. (red.), *Polityka społeczna. Materiały do studiowania*, Biblioteka Pracownika Socjalnego, Katowice 1998
102. Ratyński W., *Problemy i dylematy polityki społecznej w Polsce*, t. 2, Difin, Warszawa 2003
103. Rauziński R., Słodra-Gwiżdż T., Szczygielski K. (red.), *Sytuacja społeczno-gospodarcza Śląska. Szanse i zagrożenia*, Wydawnictwo Instytut Śląski, Opole 2006
104. Rączaszek A. (red.), *Sześćdziesiąt lat polityki społecznej w Polsce. Księga pamiątkowa na jubileusz osiemdziesięciolecia prof. zw. dr hab. Lucyny Frąckiewicz*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Katowice 2006
105. *Reforms for an Ageing Society*, OECD, Paryż 2000
106. *Rocznik statystyczny ochrony zdrowia 1945-1967*, GUS, Warszawa 1969
- 107-118. *Rocznik statystyczny* (1983; 1987; 1991; 1993; 1995; 1997; 1999; 2001; 2003; 2005; 2007), GUS, Warszawa (1983; 1987; 1991; 1995; 1997; 1999; 2001; 2003; 2005; 2007)
119. Rosset E., *Ludzie starzy. Studium demograficzne*, PWE, Warszawa 1967
120. Rosset E., *Trwanie życia ludzkiego*, Wydawnictwo PAN Wydział Nauk Społecznych Ossolineum, Wrocław 1979

121. Rysz-Kowalczyk B. (red.), *Studia o kwestiach społecznych*, Uniwersytet Warszawski, Warszawa 1991
122. Rysz-Kowalczyk B. (red.), *Problemy społeczne wybranych grup demograficznych*, ASPRA-JR, Warszawa 2001
123. Rysz-Kowalczyk B., Szatur-Jaworska B. (red.), *Wokół teorii polityki społecznej*, ASPRA-JR, Warszawa 2003
124. Samozwaniec M., *Kobieta, miłość, zdrada. Żarty, anegdoty, złote myśli*, Koga, Szczecin 1991
125. Sen A., *Nierówności. Dalsze rozważania*, Znak, Kraków 2000
126. Sen A., *Rozwój i wolność*, Zysk i S-ka, Poznań 2002
127. Sierpowska I., *Prawo pomocy społecznej*, Kantor Wydawniczy ZAKAMYCZE, Kraków 2006
128. Skiba W., Szrejder D. (red.), *Dolnośląski Rynek Usług Socjalnych. Stan obecny i perspektywy rozwoju*, Edytor, Legnica 2007
129. Smith P. (red.), *Measuring Up. Improving health system performance in OECD countries*, OECD Publishing, Paryż 2002
130. Stone R. I., *Long-Term Care for the Elderly with Disabilities: Current Policy, Emerging Trends, and Implications for the Twenty-First Century*, Milbank Memorial Fund, New York 2000
131. Stoner J. A., Freeman R. E., Gilbert D. R., *Zarządzanie*, PWE, Warszawa 2001
132. Synak B. (red.), *Polska starość*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2003
133. Szarfenberg R., *Krytyka i afirmacja polityki społecznej*, ASPRA-JR, Warszawa 2006
134. Szarota Z., *Wielofunkcyjna działalność domów pomocy społecznej dla osób starszych*, Wydawnictwo Naukowe WSP, Kraków 1998
135. Szarota Z., *Gerontologia społeczna i oświatowa. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków 2004
136. Szatur-Jaworska B., *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*, ASPRA-JR, Warszawa 2000
137. Szatur-Jaworska B., *Diagnozowanie w polityce społecznej. Materiały do studiowania*, ASPRA-JR, Warszawa 2005
138. Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dzięgielewska M., *Podstawy gerontologii społecznej*, ASPRA-JR, Warszawa 2006
139. Szczerbińska K. (red.), *Dostępność opieki zdrowotnej i pomocy społecznej dla osób starszych w Polsce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006

140. Tarkowska E., *Zrozumieć biednego. O dawnej i obecnej biedzie w Polsce*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2000
141. Tarkowski Z., *Zarządzanie i kierowanie domem pomocy społecznej*, Wydawnictwo Fundacji „ORATOR”, Lublin 1998
142. Theobald H., *Social Exclusion and Care for the Elderly – Theoretical Concept and Changing Realities in European Welfare States*, WZB Raport nr SP I 2005-301, Berlin 2005
143. Tobin S., Lieberman M. A., *Last Home for the Aged*, Jossey-Bass, San Francisco 1976
144. Tokaj A., *U progu starości*, Wydawnictwo ERUDITUS, Poznań 2000
145. Tokarz B. (red.), *My też! Seniorzy w Unii Europejskiej*, Akademia Rozwoju Filantropii, Warszawa 2004
146. Townsend P., *The Last Refuge*, Routledge & Kegan Paul, Londyn 1976
147. Trafiałek E., *Człowiek starszy w Polsce w latach 1994-1997*, Śląsk, Katowice 1998
148. Trafiałek E. (red.), *Nowe zadania polityki społecznej. Patologie i dysfunkcje wybranych obszarów życia społecznego*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zawodowej w Tarnobrzegu, Tarnobrzeg 2006
149. Tryfan B., *Starość w rodzinie wiejskiej*, PAN, Warszawa 1991
150. Tryfan B., *Wiejska starość w Europie*, PAN, Warszawa 1993
151. Wagner G., *Residential Care: A Positive Choice*, National Institute for Social Work, London 1988
152. Waite L. J. (red.), *Ageing, Health, and Public Policy*, Population Council, New York 2005
153. Weiner A. S., Ronch J. L. (red.), *Cultural Change in Long-Term Care*, HAWORTH PRESS, New York 2002
154. Walker L. C., Bradley E. H., Wetle T. (red.), *Public and Private Responsibilities in Long-Term Care*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore & Londyn 1998
155. Wciórka B., *W kręgu rodziny i przyjaciół. Komunikat z badań*, CBOS, Warszawa 2004
156. Więckowska B., *Ubezpieczenie pielęgnacyjne*, Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa 2008
157. Winston W. J. (red.) , *Marketing Long-Term and Senior Care Services*, The Haworth Press, New York 1984
158. *World Population Prospects: The 2006 Revision and World Urbanization Prospects: The 2005 Revision*, Population Divisions of the Department and Social Affairs of the United Nations Secretariat, <http://esa.un.org/unpp>

159. Woźnicka E. (red.), *Gerontologia. Ludzie starsi jako jednostkowe siły społeczne*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej, Łódź 2002
160. Zalewski D., *Opieka i pomoc społeczna. Dynamika instytucji*. Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2005
161. Zaniewska H. (red.), *Mieszkania starszych ludzi w Polsce. Sytuacja i perspektywy zmian*, Instytut Gospodarki Mieszkaniowej, Warszawa 2001
162. Zarzeczny J., *Teoretyczne podstawy a praktyka funkcjonowania sektora socjalnego w Polsce. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001
163. Zych A.A., *Człowiek wobec starości*, Interart, Warszawa 1995
164. Zych A.A., *Słownik gerontologii społecznej*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2001

Czasopisma:

1. Adams-Spink G., *EU „must end” institutional care*, http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk_news/4485076.stm
2. Arrow K. J., *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*, „The American Economic Review”, 1963, nr 53
3. Balcerowicz L., *Jedziemy szybko, nie należy dociskać pedału gazu*, „Gazeta Wyborcza”, 4.09.2007
4. Balcerzak-Paradowska B., *Współczesne wyzwania dla polityki rodzinnej*, „Polityka społeczna”, 2007, nr 8 (401)
5. Bartel H., Daly M., Wrage P., *Reverse Mortgages: Supplementary Retirement Income from Homeownership*, „The Journal of Risk and Insurance”, 1980, nr 47 (3)
6. Bień B., Doroszkiewicz H., *Opieka długoterminowa w geriatricy: dom czy zakład*, „Przewodnik Lekarza”, 2006, nr 10
7. Błędowski P., *Sprawozdanie z działalności Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego*, „Gerontologia Polska”, 2006, t. 14, nr 1
8. Borowski A., *Domy pomocy społecznej- przeszkody w integracji ze społecznością lokalną*, „Problemy Społeczne”, 2005, wydanie specjalne „Domy Pomocy Społecznej w Polsce”
9. Bunda M., *Rodzice jak dzieci*, „Polityka”, 2006, nr 36 (2570)
10. Chiswick B. R., *The Demand for Nursing Home Care: An Analysis of the Substitution Between Institutional and Non-Institutional Care*, „Journal of Human Resources”, 1976, nr 11 (3)

11. Ciechański J., *Bomba geriatryczna Europy. Część I*, „Ubezpieczenia Społeczne- teoria i praktyka”, 2007, nr 2 (47)
12. *Co każdy powinien wiedzieć o „domach seniorów”*,
www.mpips.gov.pl/index.php?gid=339&news_id=941
13. Dallinger U., *Elderly Care in the family in Germany*,
www.socsci.aau.dk/cost/gender/Workingpapers/UrsulaDallinger.pdf
14. Dionne G., *Moral Hazard and Search Activity*, „The Journal of Risk and Insurance”, 1981, nr 3
15. Drago R., *The Care Gap*, Washington 2006,
www.cepr.net/briefings/presentation_2006_06_26_drago.pdf
16. Fussek C., *Biznes bez kontroli*, „Gazeta Wyborcza”, 5.09.2007
17. Golinowska S., *Starzenie się społeczeństw*, „Polityka Społeczna”, 1999, nr 9 (306)
18. Golinowska S., *Inna rola państwa także w sferze socjalnej*, „Polityka Społeczna”, 2000, nr 9 (318)
19. Golinowska S., *Przyszłość państwa opiekuńczego i systemu zabezpieczenia społecznego*, „Polityka Społeczna”, 2005, nr 11-12 (380-381)
20. Grela L., *O zintegrowany system pomocy społecznej*, „Polityka Społeczna”, 1982, nr 7
21. Szukalski P., *Uprzedzenia i dyskryminacja ze względu na wiek- przyczyny, przejawy i konsekwencje*, „Polityka Społeczna”, 2004, nr 2 (359)
22. Grubel H. G., *Risk, Uncertainty and Moral Hazard*, “The Journal of Risk and Insurance”, 1971, nr 38
23. *GUS policzył: wyjechało 2 miliony Polaków*, „Gazeta Wyborcza” 24.10.2007
24. Hantrais L., *Bycie rodziną w Europie*, „Biuletyn RRL”, 2006, nr 50
25. Hawkins R. L., *Long term care in later life. A mixed economy of care is necessary*, “British Medical Journal” , 1996, nr 312 (7022)
26. Headen A. E., 1993, *Economic Disability and Health Determinant of the Hazard of Nursing Home Entry*, “The Journal of Human Resources”, 1993, nr 28
27. Hoerger T. J., Picone G. A., Sloan F. A., *Public Subsidies, Private Provision of Care and Living Arrangements of the Elderly*, “The Review of Economics and Statistics”, 1996, nr 78 (3)
28. Iwankiewicz-Rak B., *Siła wizerunku organizacji pozarządowej*, „Trzeci Sektor”, 2006, nr 5
29. Janczewska M., *Upokorzeni pensjonariusze*, „Angora”, 2006, nr 28 (838)

30. Joël M. E., Dufour-Kippelen S., *Financing systems of care for older persons in Europe*, "Aging Clinical and Experimental Research", 2002, nr 14
31. Kaim J., *Miejsce człowieka starego w społeczeństwie i rodzinie*, „Problemy Społeczne”, 2005, wydanie specjalne „Domy Pomocy Społecznej w Polsce”
32. Kinsell K., Philips A.R., *Global Aging: The Challenge of Success*, „Population Bulletin”, 2005, nr 1 (60)
33. Kochanek-Jagielska K., *Skale sprawności trzeciego wieku– instrumenty do pełnej oceny geriatrycznej*, „MEDI”, 2006, nr 4
34. Kotowska I. E., *Zmiany modelu rodziny. Polska – kraje europejskie*, „Polityka Społeczna”, 2002, nr 4 (337)
35. Kozioł W., *Stacjonarne formy opieki nad ludźmi wymagającymi pomocy socjalnej w perspektywie historycznej*, „Annales UMCS. Sectio I: Philosophia-Socjologia”, 2001, nr 26
36. Kurzyński A., *KALISZ- DPS spełnia standardy*, „POLSKA Głos Wielkopolski”, 24.10.2008
37. Mielczarek A., *Życie starszego człowieka w DPS*, „MEDI”, 2006, nr 2
38. Mielczarek A., *Rehabilitacja geriatryczna warunkiem poprawy jakości życia ludzi starych*, „MEDI”, 2007, nr 3
39. Miruć A., *O istocie pomocy społecznej*, „Administracja- Teoria, Dydaktyka, Praktyka”, 2006, nr 4
40. *Nursing homes. Business as usual*, „Consumer Reports”, 2006, nr 9
41. Pauly M. V., *The Economics of Moral Hazard: Comment*, „The American Economic Review”, 1968, nr 58
42. Pauly M. V., *The Rational Nonpurchase of Long-Term-Care Insurance*, “The Journal of Political Economy”, 1990, nr 98 (1)
43. Pawliszko R., *Rzecznik Seniorów przy Prezydencie Miasta. Projekt*, „MEDI”, 2008, nr 1
44. Pędich W., *Pozycja opiekuna rodzinnego osoby starszej niesprawnej w Polsce*, „Gerontologia Polska”, 2005, t. 13, nr 2
45. *Piekło staruszek w domu opieki w Radości*, www.tvn24.pl/-1,1531063,wiadomosc.html
46. *Półowa domów opieki w Polsce jest nielegalna*, „POLSKA Dziennik Zachodni”, 01.03.2008
47. Prędkiewicz J., *Nie bójmy się starości*, „Gazeta Lubuska”, 11.06.2008
48. Pszczołkowska D., *Europa się rozwodzi*, „Gazeta Wyborcza”, 8.10.2007
49. Pyrzyńska-Piłat H., *Od Matki Polki do żywicielki rodziny*, „Gazeta Wyborcza”, 13.11.2007

50. Rakowska-Boroń I., Sikora D., *W domach pomocy społecznej jest coraz więcej pustych miejsc*, „Gazeta Prawna”, 12.02.2007
51. Rybka I., *System pomocy społecznej w Polsce wobec nowej fali ekonomii społecznej: szanse i bariery*, „Trzeci Sektor”, 2007, nr 9
52. Scanlon W. J., *A Theory of the Nursing Home Market*, “Inquiry”, 1980, nr 17 (2)
53. Scanlon W. J., *Possible Reforms for Financing Long-Term Care*, “The Journal of Economic Perspectives”, 1992, nr 6 (3)
54. Staręga-Piasek J., *Polityka społeczna wobec ludzi starych*, „Polityka Społeczna”, 1982, nr 7
55. Szatur – Jaworska B., *Życie rodzinne ludzi starych w Polsce*, „Polityka Społeczna”, 1999, nr 9
56. Szatur-Jaworska B., *Starość zaczyna się wczoraj*, „Sprawy Nauki”, 2005, nr 2
Wrocławskie Centrum Seniora, „Wrocławianin”, 2007, nr 12 (41)
57. Szukalski P., *Wdowieństwo w starszym wieku w Polsce*, „Gerontologia Polska”, 2006, t. 14, nr 2
58. Szwałkiewicz E., *Trudności w funkcjonowaniu i bariery rozwoju opieki długoterminowej*, www.dps.pl/home_new/index.php?rob=radar&dzial=9&art=350
59. Szweda-Lewandowska Z., *Domy pomocy społecznej. Projekcja zapotrzebowania*, „Polityka Społeczna”, 2007, nr 5-6
60. Tkaczyk J., *Kształtowanie wizerunku przedsiębiorstwa usługowego*, http://rynkologia.pl/flush.php/l_id/78/l_plik/wizeruneka.pdf
61. Townsend P., *The Structured Dependency of the Elderly: A Creation of Social Policy in the Twentieth Century*, „Ageing and Society”, 1986, nr 1
62. Wieliński B. T., *Niemcy: Horror w domach starców*, „Gazeta Wyborcza”, 5.09.2007
63. Więckowska B., *Dobrowolne ubezpieczenie niedołąstwa starczego – ubezpieczenie pielęgnacyjne*, „Monitor Ubezpieczeniowy”, 2005, nr 24
64. Więckowska B., *System zabezpieczenia pielęgnacyjnego na świecie. Zarys problematyki*, „MEDI”, 2008, nr 1 (38)
65. Woźniak Z., *Globalne cele polityki społecznej wobec seniorów priorytetem programów gerontologicznych*, www.filantropia.org.pl/atlas/?s=main6-2&conskip=1
66. Zawada A., *Funkcjonowanie domów pomocy społecznej w zmieniającej się rzeczywistości*, „Problemy Społeczne”, 2005, wydanie specjalne „Domy Pomocy Społecznej w Polsce”
67. Żak M., *Rehabilitacja osób po 80. roku życia z zaburzeniami czynności życia codziennego*, „Gerontologia Polska”, 2005, t. 13 nr 3

Materiały źródłowe i akty prawne:

1. *Communication from the Commission: Towards a Europe for All Ages*, Komisja Europejska, Bruksela 21.05.1999 r.
2. *Declaration of principles of the Council of the European Union and the Ministers for Social Affairs, meeting within the Council of 6 December 1993 to mark the end of the European Year of the elderly and of solidarity between generations*, Official Journal C 343, 21/12/1993
3. *Dolnośląska Strategia Integracji Społecznej na lata 2005-2013*, Dolnośląski Ośrodek Polityki Społecznej
4. *Europejska Karta Społeczna (Zrewidowana)*, Strasburg, 3 maja 1996
5. *Guaranteeing universal access to long-term care and the financial sustainability of long-term care system for older people*, European Economic and Social Committee, Bruksela 2008
6. *Informacja o wynikach kontroli prawidłowości świadczenia usług przez domy pomocy społecznej*, NIK, Warszawa 2006
7. Jan Paweł II, list papieski *Ludzie starsi w życiu społeczeństwa* skierowany do uczestników Drugiego Światowego Zgromadzenia ONZ na temat Starzenia Się Społeczeństw 8-12.04.2002
8. Jan Paweł II, list papieski *O szacunek dla ludzi w podeszłym wieku* skierowany do uczestników konferencji zorganizowanej przez Papieską Radę ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia 31.10.1998
9. *Joint Report on Social Protection and Social Inclusion. Social inclusion, Pension, Healthcare and Long Term Care*, Komisja Europejska, Luxemburg 2007
10. *Modernising social protection for the development of high-quality, accessible and sustainable health care and long-term care: support for the national strategies using the "open method of coordination"*, COM (2004) 304 final, Bruksela 2004
11. *MPiPS, sprawozdanie roczne z udzielonych świadczeń pomocy społecznej- pieniężnych, w naturze i usługach*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Departament Pomocy Społecznej, Warszawa 2008
12. *Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015*, Ministerstwo Zdrowia
Nursing Home Reform Act, 1987
13. *Ogłoszenie Wojewody Dolnośląskiego z dnia 24 czerwca 2008 r. w sprawie rejestru domów pomocy społecznej*, „Dziennik Urzędowy Województwa Dolnośląskiego”, nr 181, Wrocław 30 czerwca 2008 r.
14. *Positive Ageing Policy*, Hasting Distinct Council, Hasting 2007
15. *Prognoza demograficzna na lata 2003-2030*, GUS, Warszawa 2004

16. *Regulamin Parlamentarnego Zespołu ds. Osób Starszych*
17. Rekomendacja Rady Europy Nr R (98) 9 na temat zależności przyjęta 18.09.1998
18. *Report of the World Assembly on Ageing*, Wiedeń, 28.07-6.08.1982. Zatwierdzony przez Zgromadzenie Ogólne ONZ w rezolucji 37/51 z 3 grudnia 1982
19. *Report of the Second World Assembly on Ageing*, Madryt, 8-12.04.2002
20. Rozporządzenie ministra polityki społecznej z 19 października 2005 r. w sprawie domów pomocy społecznej, Dz. U. z 31 października 2005 r., Nr 217, poz. 1837
21. Rozporządzenie ministra polityki społecznej z dnia 23 marca 2005 r. w sprawie nadzoru i kontroli w pomocy społecznej, Dz. U. z dnia 15 kwietnia 2005 r., Nr 61, poz. 543
22. Rozporządzenie ministra polityki społecznej z 28 lipca 2005 r. w sprawie rodzinnych domów pomocy, Dz. U. z 12 sierpnia 2005 r., Nr 153, poz. 1276
23. *Statut Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego*, Polskie Towarzystwo Gerontologiczne
24. *Strategia polityki społecznej na lata 2007-2013*, Ministerstwo Polityki Społecznej
25. *Strategia rozwoju ochrony zdrowia w Polsce na lata 2007-2013*, Ministerstwo Zdrowia
26. *Sytuacja demograficzna Polski i założenia polityki ludnościowej w Polsce- Raport 2004*, Rządowa Rada Ludnościowa,
27. *Sytuacja osób niepełnosprawnych w rozszerzonej Unii Europejskiej: Europejski Plan Działania na lata 2006-2007*, Komunikat Komisji Wspólnot Europejskich, Bruksela 2005
28. *The future of health care and care for elderly: guaranteeing accessibility, quality and financial viability*, Komunikat Komisji Europejskiej COM (2001) 723 final, 05.12.2001
29. *The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050)*, Komisja Europejska, Bruksela 2006
30. Tsolova S., Mortensen J., *The Cross-Atlantic Exchange to Advance Long-Term Care. Special CEPS Report*
31. *Ustawa o opiece społecznej* z 16 sierpnia 1923 r. Dz.U. nr 92, poz. 726
32. *Ustawa o pomocy społecznej* z 29 listopada 1990 r. Dz.U. z 1998 r. Nr 64, poz. 414
33. *Ustawa o pomocy społecznej* z 12 marca 2004 r. Dz. U. Nr 64, poz. 593
34. Wojewódzkie rejestry domów pomocy społecznej i placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku
35. *Zarządzenie Nr 21/2006 Marszałka Województwa Dolnośląskiego z dnia 2 lutego 2006 r. w sprawie powołania Dolnośląskiej Rady do spraw Seniorów*
36. *Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2007 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw geriatry*, Dz.Urz.MZ.07.11.41

37. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 września 2007 r. w sprawie powołania Rady do Spraw Osób Niezależnych, Dz.Urz.MZ.07.14.76
38. *Zasady Działania na Rzecz Osób Starszych*, ONZ, 1991
39. *Zielona księga "Wobec zmian demograficznych: nowa solidarność między pokoleniami"*, Komunikat Komisji Europejskiej, Bruksela 2005

Materiały konferencyjne:

1. Baran A., Malesa E., *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2006 roku*, prezentacja na konferencji *Transformacja systemu opieki długoterminowej. Doświadczenia Polski i innych krajów europejskich*, Toruń 2007
2. Błędowski P., *Polityka społeczna wobec ludzi starych w Polsce a w Unii Europejskiej*, referat zaprezentowany na konferencji *Starzenie się populacji wyzwaniem dla polityki społecznej*, Kraków 2003
3. Carbonell J. G., wystąpienie na konferencji *The Cross Atlantic Exchange to Advance Long Term Care*, Bruksela 2006
4. Jończy R., *Procesy migracyjne z województwa opolskiego po akcesji do Unii Europejskiej. Skala i tendencje*, prezentacja na konferencji *Stan i prognoza demograficzna Śląska do 2030 roku (migracje, podaż pracy)*, Opole 2007
5. Prot K., *Równowaga pomiędzy opieką stacjonarną a środowiskową: Wyniki programu MHEEN II*, materiały konferencyjne ze Zjazdu Psychiatrów Polskich, *Miejsce psychiatrii wśród nauk medycznych*, Szczecin 2007
- Sikora E., *Starzenie się w europejskich programach badawczych*, materiały z Międzynarodowego Sympozjum Geriatrycznego *Multidyscyplinarne aspekty opieki geriatryczno-gerontologicznej*, Poznań 2005
6. Wilmowska-Pietruszyńska A., *Sprawność i samodzielność- problemy orzecznictwa i konsekwencje dla służby zdrowia i pomocy społecznej*, materiały z IX Międzynarodowa Konferencja Opieki Długoterminowej *Solidarność międzypokoleniowa. Organizacja opieki długoterminowej*, Toruń 2006
7. Woźniak Z., *Priorytety w programach gerontologicznych organizacji międzynarodowych i struktur europejskich jako przesłanka budowy polityki społecznej wobec starości i osób starszych*, referat zaprezentowany na konferencji *Starzenie się populacji wyzwaniem dla polityki społecznej*, Kraków 2003

8. Zacharko L., *Poglądy doktryny nt. granic prywatyzacji zadań publicznych gminy*, referat zaprezentowany na Międzynarodowej Konferencji Naukowej *Jednostka wobec działań administracji publicznej*, Olszanica 2001

Strony internetowe:

1. www.aoa.gov/OAA2006/Main_Site/oaaoaa_full.asp#_Toc153957624 (03.2008)
2. www.csci.org.uk (12.2008)
3. www.eldercare.gov (12.2008)
4. www.iagg.com.br (03.2008)
5. www.ifa-fiv.org/en/accueil.aspx (03.2008)
6. www.globalaging.org (03.2008)
7. www.helpage.org (03.2008)
8. www.age-platform.org (03.2008)
9. www.eurag-europe.org (03.2008)
10. www.trybunaludu.pl/agrodom/index.php (05.2008)

Wykaz rysunków i tabel

Spis rysunków:

Rysunek 1. Stopa starości (udział osób w wieku 65 lat i więcej w ogólnej liczbie ludności) w latach 1950-2050 (świat, wysoko i słabo rozwinięte regiony).....	21
Rysunek 2. 20 „najstarszych” krajów na świecie według stopy starości, 2004 r.....	22
Rysunek 3. Przeciętna długość trwania życia w Europie w latach 1950-2050.....	23
Rysunek 4. Współczynnik dzietności w Europie w latach 1950-2050	24
Rysunek 5. Udział poszczególnych grup wiekowych w ogólnej liczbie ludności krajów UE-25 w latach 1950-2050	26
Rysunek 6. Stopa starości w UE-25 w latach 1960-2050.....	27
Rysunek 7. Wiek chronologiczny a sprawność życiowa.....	59
Rysunek 8. Wiek chronologiczny a poziom zależności funkcjonalnej	59
Rysunek 9. Osoby niepełnosprawne a osoby niesamodzielne	61
Rysunek 10. Pogłębianie się niesamodzielności funkcjonalnej- podstawowe czynności życia codziennego (P-ADL).....	63
Rysunek 11. Czynniki determinujące zakres potrzeb opiekuńczych	64
Rysunek 12. Najczęstsza realizacja opieki długoterminowej w ramach systemu zabezpieczenia społecznego.....	69
Rysunek 13. Niesamodzielna osoba starsza w brylancie opieki społecznej.....	72
Rysunek 14. Sektory opieki długoterminowej.....	74
Rysunek 15. Ewolucja nazewnictwa w zakresie usług opiekuńczych świadczonych całodobowo w specjalistycznych placówkach.....	83
Rysunek 16. Rodzaje opieki długoterminowej	88
Rysunek 17. Zapotrzebowanie na opiekę formalną osób starszych.....	89
Rysunek 18. Średni czas trwania życia (ogółem, kobiety, mężczyźni) w Polsce w latach 1950-2050 (stan faktyczny i prognoza)	90
Rysunek 19. Stopa starości w Polsce w latach 1950-2050 (stan faktyczny i prognoza).....	91
Rysunek 20. Wskaźnik potencjału pielęgnacyjnego w Polsce w latach 1950-2050 (stan faktyczny i prognoza)	96
Rysunek 21. Kobiety w wieku 50-69 lat oraz osoby w wieku 70 lat i więcej w Polsce w latach 1950-2050 (stan faktyczny i prognoza)	97
Rysunek 22. Odsetek osób starych w zakładach opieki długoterminowej a zaawansowanie procesu demograficznego starzenia w wybranych krajach (2000 r.)	99
Rysunek 23. Odwrócona piramida demograficzna a struktura współczesnej rodziny	102
Rysunek 24. Geograficzna konfiguracja „brylantu opieki” we współczesnej Europie.....	111
Rysunek 25. Hierarchia preferencji opiekuńczych osób starych w Polsce	119
Rysunek 26. Poziom zależności a koszt opieki środowiskowej	121
Rysunek 27. Poziom zależności a koszt opieki w sektorze stacjonarnej opieki społecznej... ..	122
Rysunek 28. Poziom zależności a koszt opieki w sektorze stacjonarnej opieki medycznej ..	122
Rysunek 29. Porównanie kosztów w sektorach opieki długoterminowej	123
Rysunek 30. Problemy z wykonywaniem czynności życia codziennego w grupie osób w wieku 70 lat i więcej według płci i zamożności.....	125
Rysunek 31. Spadek dobrobytu spowodowany zjawiskiem <i>moral hazard</i>	129
Rysunek 32. System finansowania stacjonarnej opieki długoterminowej.....	131
Rysunek 33. Prywatne a całkowite wydatki na stacjonarną opiekę długoterminową.....	134
Rysunek 34. Korelacja pomiędzy całkowitymi wydatkami na opiekę długoterminową (LTC) a udziałem osób powyżej 80 roku życia w ogólnej liczbie ludności (wybrane kraje, 2000 r.) ..	140
Rysunek 35. Podmioty odpowiedzialne za funkcjonowanie domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku w Polsce	153

Rysunek 36. Domy pomocy społecznej dla ludzi w podeszłym wieku ze względu na podmiot prowadzący (w procentach, 2006 r.)	169
Rysunek 37. Przeciętna liczba miejsc statutowych w placówkach stacjonarnej opieki społecznej nad ludźmi starszymi w Polsce (1980-2006)	188

Spis tabel:

Tabela 1. Podziały wieku starczego	16
Tabela 2. Wybrane skale starości demograficznej	19
Tabela 3. Przykłady rozumienia polityki społecznej wobec ludzi starych	32
Tabela 4. Dziedziny i zadania polityki społecznej wobec ludzi starych	36
Tabela 5. Główne cechy opieki formalnej i nieformalnej	71
Tabela 6. Różnice strukturalne i funkcjonalne między różnymi typami zakładów opieki długoterminowej.....	75
Tabela 7. Stacjonarna opieka społeczna a stacjonarna pomoc społeczna- podstawowe różnice	85
Tabela 8. Populacja ludzi w wieku powyżej 85 lat w Polsce w latach 1950-2050.....	92
Tabela 9. Populacja osób niesamodzielnych w krajach członkowskich Unii Europejskiej według rodzaju otrzymywanej opieki (2004 r.)	93
Tabela 10. Współczynniki niesamodzielności funkcjonalnej w populacji polskich seniorów według płci według Głównego Urzędu Statystycznego (2006 r.).....	94
Tabela 11. Osoby niesamodzielne ze względu na formę otrzymywanej opieki długoterminowej w Polsce (2004 r. i prognoza na rok 2050).....	95
Tabela 12. Gospodarstwa domowe z osobami w wieku 60 lat i więcej według wielkości w Polsce (2002 r.)	103
Tabela 13. Ludność w gospodarstwach jednoosobowych według grup wieku i płci w Polsce (2002 r.)	104
Tabela 14. Osoby w wieku powyżej 75 lat w zakładach opieki długoterminowej według statusu ekonomicznego w Niemczech (1996 r.)	124
Tabela 15. Mieszkańcy placówek stacjonarnej pomocy społecznej według źródła opłacania pobytu w latach 2002-2006 w Polsce	136
Tabela 16. Placówki stacjonarnej opieki społecznej w Polsce w latach 1946-2006.....	162
Tabela 17. Domy pomocy społecznej według województw w Polsce na podstawie MPiPS-03 (2007 r.)	164
Tabela 18. Domy pomocy społecznej oraz domy pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku według województw w Polsce (2006 r.)	165
Tabela 19. Liczba miejsc statutowych w domach pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku na 1000 osób w podeszłym wieku oraz na 1000 osób niepełnosprawnych w podeszłym wieku według województw w Polsce (2006 r.)	166
Tabela 20. Domy pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku oraz mieszane domy pomocy społecznej z miejscami dla osób w podeszłym wieku według województw w Polsce (2006 r.)	167
Tabela 21. Domy pomocy społecznej dla ludzi w podeszłym wieku ze względu na podmiot prowadzący według województw w Polsce (2006 r.)	168
Tabela 22. Placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku (PCHNS) według województw w Polsce (2006 r.)	169
Tabela 23. Zestawienie domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku funkcjonujących w województwie dolnośląskim w 2008 r.....	171

Tabela 24. Wiek i płeć mieszkańców dolnośląskich domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku w 2006 r.	175
Tabela 25. Średni miesięczny koszt utrzymania w dolnośląskich domach pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku (2008 r.).....	178
Tabela 26. Mieszkańcy dolnośląskich domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku ze względu na źródło finansowania pobytu w 2006 r.	145
Tabela 27. Liczba mieszkańców dolnośląskich domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku (październik 2008 r.).....	182

Aneks: kwestionariusz wywiadu

Wypełnia przeprowadzający badania:

Data badania:

Numer ankiety:

Nazwa domu pomocy społecznej:

Katedra Socjologii i Polityki Społecznej
Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

Kwestionariusz wywiadu badający sytuację mieszkańców domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku

1. Płeć kobieta mężczyzna

2. Wiek:

poniżej 65 lat 65-84 lata 85 lat i więcej

3. Wykształcenie:

podstawowe średnie wyższe

4. Miejsce zamieszkania przed przeprowadzką do domu pomocy społecznej:

- wieś
- małe miasto (do 20 tys. mieszkańców)
- średnie miasto (od 20 tys. do 100 tys. mieszkańców)
- duże miasto (powyżej 100 tys. mieszkańców)

5. Stan cywilny:

w związku małżeńskim wdowiec/wdowa po rozwodzie kawaler/panna

6. Proszę podać liczbę Pana/Pani żyjących dzieci:

nie mam żyjących dzieci jedno dwoje troje czworo i więcej

7. Jak Pan/Pani ocenia swoją sytuację materialną?

bardzo dobrze dobrze ani dobrze, ani źle źle bardzo źle

8. W domu pomocy społecznej zamieszkał/zamieszkała Pan/Pani z powodu:

- samotności
- utraty samodzielności
- braku wsparcia ze strony rodziny
- z powodów materialnych
- innych, jakich.....

9. Kto podjął decyzję o tym, że powinien/powinna Pan/Pani zamieszkać w domu pomocy społecznej?

- ja samodzielnie
- członek mojej rodziny
- pracownik socjalny lub inny (np. lekarz)

10. Jak długo mieszka Pan/Pani w domu pomocy społecznej?

- do roku
- od roku do 3 lat
- od 3 do 5 lat
- od 5 do 10 lat
- powyżej 10 lat

11. Czy uważa Pan/Pani, że dom pomocy społecznej w którym Pan/Pani przebywa:

- jest otwarty na otoczenie i zapewnia kontakt z lokalną społecznością
- jest zamknięty na otoczenie i nie zapewnia kontaktu z lokalną społecznością
- nie mam zdania

12. Czy uważa Pan/Pani, że świadczone w domu pomocy społecznej usługi opiekuńcze dopasowane są do Pana/Pani indywidualnych potrzeb?

- tak
- nie, jest ich zbyt dużo i jestem zbędnie wyręczany/wyręczana
- nie, jest ich za mało i brakuje mi niezbędnego wsparcia

13. Czy decyzje i opinie mieszkańców mają wpływ na funkcjonowanie domu pomocy społecznej w którym Pan/Pani przebywa?

- tak
- czasami
- raczej nie
- nie
- nie wiem

14. Czy uważa Pan/Pani, że pobyt w domu pomocy społecznej ogranicza możliwość korzystania z praw człowieka (do godności, wolności, prywatności, samostanowienia)?

- tak
- tylko w pewnych przypadkach
- raczej nie
- nie
- nie wiem

15. Czy pobyt w domu pomocy społecznej utrudnia Panu/Pani wyrażanie swojej osobowości (przez np. swobodę ubioru, wyposażanie pokoju, zachowanie zgodne z własnymi normami i zwyczajami)?

- tak tylko w pewnych przypadkach raczej nie nie nie wiem

Jeśli uważa Pan/Pani że utrudnia, to proszę uzasadnić odpowiedź:

.....

16. Jak Pan/Pani ocenia jakość usług świadczonych w domu pomocy społecznej?

- bardzo dobrze dobrze dostatecznie niedostatecznie nie mam zdania

Proszę uzasadnić odpowiedź:

.....

17. Czy i jak zmieniła się jakość poniższych usług w okresie Pana/Pani pobytu w domu pomocy społecznej?

Usługi:	poprawiły się	nie uległy zmianie	pogorszyły się	trudno powiedzieć
bytowe (warunki lokalowe, wyżywienie, utrzymanie czystości)				
opiekuńcze (pomoc w wykonywaniu codziennych aktywności, pielęgnacja, pomoc w załatwianiu spraw osobistych)				
wspomagające (umożliwienie zaspokajania potrzeb religijnych i kulturowych, terapia zajęciowa)				

18. Czy uważa Pan/Pani, że osoby płacące więcej za pobyt w domu pomocy społecznej powinny otrzymywać usługi wyższej jakości niż osoby płacące mniej?

- tak, osobom płacącym więcej powinny być świadczone usługi wyższej jakości
 nie, wszystkim powinny być świadczone usługi tej samej jakości
 nie mam zdania na ten temat

19. Która z poniższych nazw najlepiej określa dom pomocy społecznej w którym Pan/Pani mieszka:

- raj seniorów
- jedna wielka rodzina
- dom spokojnej starości
- schronienie
- przytułek
- przechowalnia ludzi starych

20. W domu pomocy społecznej czuje się Pan/Pani:

- więźniem
- pacjentem
- pensjonariuszem
- mieszkańcem
- kimś innym, kim.....

21. Jakie uczucie wywołuje u Pana/Pani myśl o domu pomocy społecznej w którym Pan/Pani przebywa?

- obrzydzenie
- strach
- obojętność
- satysfakcję
- radość
- inne, jakie.....

22. Kto Pana/Pani zdaniem powinien być odpowiedzialny za prowadzenie domów pomocy społecznej?

Podmiot prowadzący	tak	nie	nie wiem	dłaczego?
podmioty publiczne (np. gminy)				
organizacje społeczne (np. kościoł, fundacje, stowarzyszenia)				
podmioty gospodarcze (przedsiębiorcy)				

23. Czy ma dla Pana/Pani znaczenie kto prowadzi (np. gmina, kościół, przedsiębiorca) dom pomocy społecznej w którym Pan/Pani przebywa?

- tak nie

D Z I Ę K U J E M Y