



FUNDACJA  
IMI. STEFANA  
BATOREGO

forumIdei



# W stronę sprawiedliwej troski

## Opieka nad osobami starszymi w Polsce

[www.batory.org.pl](http://www.batory.org.pl)



# **W stronę sprawiedliwej troski**

## **Opieka nad osobami starszymi w Polsce**

Anita Abramowska-Kmon, Rafał Bakalarczyk,  
Irena E. Kotowska, Wojciech Łątkowski, Paweł Łuczak,  
Zofia Szweda-Lewandowska, Irena Wóycicka

Redakcja merytoryczna: Irena Wóycicka



**FUNDACJA**  
**BATOREGO** forumIdei

IM. STEFANA



**FUNDACJA  
BATOREGO**

IM. STEFANA

**Fundacja im. Stefana Batorego**

Sapieżyńska 10a  
00-215 Warszawa  
tel. (48 22) 536 02 00  
fax (48 22) 536 02 20  
batory@batory.org.pl  
www.batory.org.pl

**Opracowanie redakcyjne:** Barbara Minkiewicz

**Korekta i redakcja:** Agnieszka Łodzińska

**Projekt graficzny:** hopa studio

**Okładka:** Teresa Oleszczuk

**Skład:** TYRSA Sp. z o.o.

Teksty udostępniane na licencji Creative Commons.

Uznanie autorstwa na tych samych warunkach 3.0 Polska (CC BY 3.0 PL)



ISBN 978-83-66544-30-7

Publikacja jest rozpowszechniana bezpłatnie

Warszawa 2022

# Spis treści

---

<b>Nie ma solidarności społecznej bez sprawiedliwej opieki – dlaczego wydajemy ten raport</b>	9
<b>Wprowadzenie</b>	11
<b>I. Zmiany demograficzne a opieka nad osobami starszymi</b>	13
Uwagi wstępne	13
Zmiany procesu reprodukcji ludności i struktur wieku w Polsce	15
Zmiany modelu rodziny, struktur rodzinnych i gospodarstw domowych	22
Sieci rodzinne i społeczne osób w wieku 65 lat i starszych w Polsce	29
Modele opieki nad osobami starszymi w krajach europejskich	33
<b>II. Model opieki nad osobami starszymi i luka opiekuńcza w Polsce</b>	37
Uwagi wstępne	37
Model opieki nad osobami starszymi w Polsce	39
Luka opiekuńcza wśród osób starszych w Polsce	41
<b>III. Opieka formalna</b>	49
Formalne świadczenia opiekuńcze	49
Dostęp do opieki formalnej	52
Deinstytucjonalizacja	54
<b>IV. Finansowanie opieki</b>	57
Różne cele i warianty finansowania publicznego usług formalnych	59
Finansowanie usług opiekuńczych ze środków publicznych	61

Funkcje finansowania publicznego usług opiekuńczych _____	64
<b>VI. Standardy usług opiekuńczych _____</b>	<b>69</b>
Wstęp _____	69
Standardy środowiskowych usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych _____	71
Standard i jakość usług opiekuńczych świadczonych przez podmioty prywatne ____	72
Standardy pomocy instytucjonalnej _____	73
Monitoring świadczonej opieki i pomocy _____	76
<b>VI. Koordynacja systemu opieki długoterminowej _____</b>	<b>79</b>
Rola koordynacji opieki _____	79
Koordynacja na poziomie indywidualnym _____	82
Koordynacja na poziomie lokalnym _____	84
Koordynacja na poziomie międzysektorowym _____	85
<b>VII. Wsparcie opiekunów nieformalnych _____</b>	<b>87</b>
Ryzyka socjalne związane z opieką _____	87
Problemy i luki w obszarze wsparcia finansowego dla opiekunów _____	88
Usługi społeczne wspomagające opiekunów nieformalnych _____	92
Wsparcie w godzeniu pracy zawodowej z rolą opiekuna _____	94
<b>VIII. Opiekunowie formalni w systemie opieki długoterminowej _____</b>	<b>97</b>
Kadry opieki długoterminowej w Polsce _____	98
<b>IX. Podsumowanie. Kierunki rozwoju opieki nad osobami starszymi w Polsce ____</b>	<b>103</b>
Model opieki w Polsce a zmiany demograficzne _____	103
Rozwój usług formalnych _____	104
Finansowanie usług formalnych _____	106
Standardy usług opieki _____	107
Opieka nieformalna _____	108
Koordynacja usług opiekuńczych _____	109
Opiekunowie formalni _____	110

<b>Aneks. Rekomendacje szczegółowe dotyczące działań związanych z reformą opieki długoterminowej</b>	113
Rozwój usług formalnych	113
Finansowanie usług formalnych	114
Standardy usług opiekuńczych	114
Koordynacja opieki nad osobami starszymi	114
Wsparcie opiekunów nieformalnych	116
Opiekunowie formalni	117
<b>Autorzy</b>	121





Paweł Marczewski

## **Nie ma solidarności społecznej bez sprawiedliwej opieki – dlaczego wydajemy ten raport**

---

Ostatnie trzy dekady przyniosły w Polsce bardzo istotne zmiany demograficzne – zmniejszyła się umieralność, natomiast dzietność spadła poniżej poziomu prostej zastępowalności pokoleń. W kolejnych dekadach nasze społeczeństwo będzie coraz mniej liczne, a jednocześnie coraz większy będzie w nim udział osób starszych. Zgodnie z projekcją ludnościową Eurostatu EURO-POP2019 w roku 2050 ludność Polski będzie liczyć 34,1 mln osób, tj. o 3,85 mln mniej niż dziś, zaś liczba osób starszych wzrośnie do 10,3 mln, czyli o prawie 3,3 mln osób.

Tak duże zmiany będą ogromnym wyzwaniem dla całego społeczeństwa. W tej sytuacji, aby system emerytalny, system wyborczy czy system ochrony zdrowia mogły funkcjonować tak jak dotychczas, konieczne będzie przeprowadzenie głębokich reform. Ze świadomością tych cywilizacyjnych wyzwań w 2020 roku zapoczątkowaliśmy w forumIdei, programie eksperckim Fundacji im. Stefana Batorego, prace nad wpływem przemian demograficznych na polską demokrację.

Uczestnictwo w życiu publicznym osób, które nie mają możliwości zaspokojenia swoich najistotniejszych potrzeb zdrowotnych, jest bardzo trudne, często niepełne, a niekiedy wręcz niemożliwe. Co więcej, jak pokazują dane OECD, utrudniony dostęp i niska jakość usług publicznych, takich jak opieka i ochrona zdrowia, mają negatywny wpływ na zaufanie do państwa. Zachowanie spójności społecznej oraz aktywności obywatelskiej w społeczeństwie, w którym udział osób starszych będzie coraz większy, będzie wymagało poważnej reformy systemu zapewniania im opieki i wsparcia.

Polska już dziś nie radzi sobie z zaspokajaniem potrzeb osób starszych. Z danych zgromadzonych w projekcie badawczym SHARE wynika, że ponad 50% osób powyżej 65 roku życia deklaruje, iż pomoc, którą otrzymują, zaspokaja ich potrzeby „czasami, bardzo rzadko lub wcale”. Jeśli w systemie opieki nic się nie zmieni, liczba niezaspokojonych potrzeb opiekuńczych osób starszych i niesamodzielnych drastycznie wzrośnie.

Do tej pory niedostatki publicznego wsparcia w opiece nad osobami starszymi były z trudem i bardzo często w niewystarczającym stopniu wypełniane przez rodziny. Prognozy ludnościowe są jednak nieubłagane – liczba osób w wieku produkcyjnym, które mogłyby sprawować opiekę nad starszymi, wymagającymi wsparcia członkami swoich rodzin, znacząco zmaleje. Dziś na 100 osób w wieku 15–64 lata przypada 30 osób w wieku 65+. W roku 2050 będzie ich dwukrotnie więcej.

Dlatego łatwo dostępna, dobrej jakości opieka nad osobami starszymi i niesamodzielnymi jest jednym z kluczowych wyzwań cywilizacyjnych wynikających z trendów demograficznych, które stoją przed polskim państwem i społeczeństwem. Jeśli chcemy, by za 30 lat Polska była krajem, w którym osoby z różnych pokoleń będą mogły brać aktywny udział w życiu społecznym, musimy temu wyzwaniu sprostać.

Niniejszy raport zapoczątkowały dyskusje w gronie powołanego przy Fundacji Batorego Zespołu Ekspertckiego ds. Usług Społecznych. Raport zawiera kompleksową analizę potrzeb opiekuńczych osób starszych i niesamodzielnych oraz rekomendacje reform odpowiadających na wyzwania, jakie w tym zakresie stawiają przed Polską przemiany ludnościowe.

Irena Wóycicka

## Wprowadzenie

---

Sprawowanie opieki długo było wyłącznie domeną rodziny. Przyczyniały się do tego zarówno struktury rodzinne (wielopokoleniowość), jak również tradycyjny model rodziny, w którym mężczyźni przypisywano odpowiedzialność za utrzymanie rodziny, a kobiecie obowiązki opiekuńcze. Przekształcanie się struktur rodzinnych oraz zmiany kulturowe, w tym aktywizacja zawodowa kobiet, spowodowały, że instytucje publiczne, organizacje trzeciego sektora oraz rynku włączyły się w sferę opieki. Proces ten nazywany jest procesem defamilizacji opieki. Przebiega on nierównomiernie, zarówno w zależności od kraju, jak również od podmiotu opieki (dzieci, osoby niepełnosprawne, osoby starsze). Defamilizacja nie musi oznaczać zastępowania rodziny w jej funkcjach opiekuńczych, lecz również włączenie innych niż rodzina instytucji w sferę opieki, w szczególności instytucji publicznych.

Przedmiotem raportu jest opieka nad osobami starszymi wymagającymi wsparcia. Ten obszar opieki zachował w Polsce w dużej mierze tradycyjną formę, polegającą na dominacji opieki sprawowanej przez członków rodziny. Jednocześnie jest to obszar podlegający szybkim przemianom demograficznym, mającym wpływ zarówno na potrzeby, jak i na możliwość ich zaspokojenia w ramach rodziny. Kluczowe pytanie, na które szukamy w raporcie odpowiedzi, dotyczy efektywności istniejącego modelu opieki nad osobami starszymi w nowej sytuacji demograficznej. Naszym zdaniem zaspokojenie potrzeb opiekuńczych wymagających wsparcia osób starszych nie jest możliwe bez podjęcia przez państwo, w znacznie większej mierze niż obecnie, współodpowiedzialności za obszar opieki nad tymi osobami, zarówno poprzez publiczne finansowanie, organizowanie usług opiekuńczych, wspieranie opiekunów rodzinnych, jak również zarządzanie tym sektorem (tj. planowanie i informację, koordynację usług, wdrażanie i nadzór nad standardami usług opiekuńczych).

Zaspokojenie potrzeb opiekuńczych powinno zapewniać wsparcie dostosowane do potrzeb osoby wymagającej pomocy. Starzenie się jest bowiem procesem

indywidualnym i stopniowym. Potrzeby związane z opieką mają różny charakter i natężenie, zależne są od indywidualnego procesu starzenia się, występowania chorób i niepełnosprawności oraz uwarunkowań rodzinnych i środowiskowych. Pod pojęciem opieki rozumiemy zatem różne, dostosowane do potrzeb usługi opiekuńcze wspierające samodzielność i niezależność osób starszych.

W ostatnim roku opublikowany został raport i projekty reform<sup>1</sup> podejmujące kwestię deinstytucjonalizacji usług społecznych w tym również opieki długoterminowej. Prezentowany raport umieszcza tę kwestię w szerszym kontekście uwarunkowań demograficznych i instytucjonalnych, wskazując na możliwe kierunki oraz istniejące ograniczenia procesu deinstytucjonalizacji w obszarze opieki nad osobami starszymi.

Raport składa się z autorskich rozdziałów, w których przedstawiono uwarunkowania demograficzne (rozd. I), diagnozę dotyczącą niezaspokojonych potrzeb opiekuńczych osób starszych (luka opiekuńcza) oraz opis dominującego w Polsce modelu opieki i jego ograniczenia (rozd. II). Kolejne rozdziały raportu poświęcone są nierodzinnym formom usług opiekuńczych (opieka formalna) oraz pożądanym kierunkom ich rozwoju (rozd. III), kwestii finansowania tego rozwoju (rozd. IV), rozwiązaniom służącym zapewnieniu odpowiedniej jakości usług (rozd. V) oraz ich koordynacji (rozd. VI), diagnozie potrzeb opiekunów rodzinnych (nieformalnych; rozdz. VII) oraz kadrom opieki formalnej (rozd. VIII). Ostatni rozdział raportu zawiera syntezę przedstawionej diagnozy oraz proponowane kierunki reform. Aneks do raportu prezentuje szczegółowe rekomendacje, które mogą być wykorzystane jako działania służące realizacji określonych polityk.

---

1 P. Błędowski (red.), *Deinstytucjonalizacja opieki długoterminowej w Polsce. Cele i wyzwania*, Koalicja „Na pomoc niesamodzielnym” – Związek Stowarzyszeń, Warszawa 2021; *Strategia Rozwoju Usług Społecznych, polityka publiczna na lata 2021–2035*, projekt Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej, Warszawa 2021; *Strategia Rozwoju Usług Społecznych, polityka publiczna na lata 2021–2035*, projekt Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej, Warszawa 2021, <https://www.zpp.pl/storage/library/2021-10/50af124779471463d47386383def14cc.pdf>; *Usługi społeczne i zdrowotne na rzecz niezależnego i bezpiecznego życia. Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021–2035 oraz Mapa drogowa wdrażania Strategii deinstytucjonalizacji do 2023 r.*, projekt społeczny, kwiecień 2021.

Irena E. Kotowska, Anita Abramowska-Kmon,  
Wojciech Łątkowski

# Zmiany demograficzne a opieka nad osobami starszymi

---

## Uwagi wstępne

Pojęcie „zmiany demograficzne” obejmuje zmiany procesu odtwarzania pokoleń i jego skutki w postaci zmian liczby ludności i struktur wieku, jak i zmian w rodzinach oraz gospodarstwach domowych. Rozważania na ten temat rozpoczyna charakterystyka przekształceń struktur wieku ludności w Polsce na tle zmian w Unii Europejskiej (UE-27) w przeszłości (lata 2010–2020) oraz w przyszłości. Podstawą analiz jest projekcja ludności opracowana w Eurostatie w 2020 roku (EUROPOP2019).

Starzenie się populacji (wzrost liczby osób starszych i ich udziału w całej populacji, tu osób w wieku 65 lat i starszych) wraz ze spadkiem liczby osób najmłodszych (0–14 lat), a także zmniejszaniem się liczby osób w wieku 15–64 lata wpływają na zasadnicze zmiany proporcji między liczebnością tych podstawowych grup wieku reprezentujących różne generacje. Ma to znaczenie zarówno dla podaży pracy w gospodarce, jak i zapotrzebowania na opiekę oraz jej świadczenie. **Podaż usług opiekuńczych obejmuje zarówno wszelkie usługi społeczne świadczone w domu seniora zarówno w ramach struktur rodzinnych, pomocy sąsiedzkiej lub przyjacielskiej, także te nabywane na rynku (opieka nieformalna) oraz świadczone w domu osoby wymagającej wsparcia przez wykwalifikowane osoby z pomocy społecznej lub służby zdrowia, a także opiekę instytucjonalną (opieka formalna) świadczoną przez jakąś część dnia lub całodobowo poza miejscem zamieszkania seniora.** Dyskusja o dystrybucji opieki wymaga zatem uwzględnienia również tego drugiego wymiaru dokonujących się zmian demograficznych – przekształceń rodzin i gospodarstw domowych, a także relacji między państwem, rynkiem

i rodziną jako podmiotami dostarczającymi usługi. W związku z tym omawiane są tu zmiany modelu rodziny, form i struktur rodziny nuklearnej oraz sieci rodzinnych (krewniaczych) i związane z tym zmiany struktur gospodarstw domowych. Są one – z jednej strony – wypadkową zachowań demograficznych dotyczących tworzenia, rozwoju i rozpadu rodziny nuklearnej, a także podziału odpowiedzialności za dostarczanie środków utrzymania i podziału obowiązków domowych między kobiety i mężczyzn, z drugiej zaś strony pozostają pod wpływem zmiany wzorców współzamieszkiwania osób dorosłych, sytuacji mieszkaniowej czy ekonomicznej członków gospodarstw domowych<sup>2</sup>.

**Zmiany struktur wieku ludności wraz z przeobrażeniami demograficznego i ekonomicznego modelu rodziny oraz związanych z nimi zmian struktur gospodarstw domowych i sieci rodzinnych prowadzą do zmniejszania się rodzinnych zasobów opieki (liczby osób, które mogą zajmować się osobami wymagającymi opieki). Te niekorzystne relacje między coraz większą liczbą osób starszych, które mogą potrzebować wsparcia, a zmniejszającą się liczbą potencjalnych opiekunów – członków sieci rodzinnych – wskazują na rosnący deficyt opieki nieformalnej, która stanowi znaczną część wsparcia udzielanego osobom starszym<sup>3</sup>. Unaocznia to konieczność rozwoju opieki formalnej zarówno jako substytutu usług nieformalnych, jak i sposobu wspierania rodzin w ich funkcjach opiekuńczych<sup>4</sup>. Struktury rodzinne osób w wieku 65 lat i starszych w Polsce charakteryzujemy poprzez struktury gospodarstw domowych, w których te osoby żyją, oraz struktury sieci krewniaczych tworzonych zarówno przez członków tych gospodarstw, jak i krewnych spoza gospodarstwa. Ponadto opisujemy sieci społeczne osób starszych, mogące także stanowić źródło ich nieformalnego wsparcia.**

Konieczność rozwoju usług opieki formalnej jako substytutu lub uzupełnienia usług nieformalnych jest reakcją na opisane zmiany demograficzne

---

2 I.E. Kotowska, *Prognozowanie gospodarstw domowych*, [w:] J. Kurkiewicz (red.), *Procesy demograficzne i metody ich analizy*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie 2010, s. 298–325.

3 A. Kalwij, G. Pasini, M. Wu, *Home care for the elderly: the role of relatives, friends and neighbors*, „Review of Economics of the Household” 2012, nr 12, s. 1–26; M. Albertini, M. Kohli (2013), *The Generational Contract in the Family: An Analysis of Transfer Regimes in Europe*, „European Sociological Review” 2013, nr 29 (8), s. 828–840; A. Abramowska-Kmon, *Opieka nad osobami starszymi w wybranych krajach europejskich*, [w:] I.E. Kotowska, A. Chłoń-Domińczak, D. Holzer-Żelażewska (red.), *Pokolenia 50+ w Polsce i w Europie: aktywność, stan zdrowia, warunki pracy, relacje międzypokoleniowe i wykluczenie. Raport podsumowujący wyniki badań 7. rundy badania „SHARE: 50+ w Europie”*, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej – SGH, Warszawa 2019, s. 113–122.

4 A. Abramowska-Kmon, *Zmiany modelu rodziny a zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze dla osób starszych*, praca doktorska, Kolegium Analiz Ekonomicznych, SGH, Warszawa 2011; W. Łątkowski, *Projections of demand for care among the elderly in Poland including health status and living arrangements*, praca doktorska, Kolegium Analiz Ekonomicznych, SGH, Warszawa 2021.

i szczególnie jest potrzebna w tych krajach, w których odpowiedzialność za międzygeneracyjne zobowiązania opiekuńcze w odniesieniu do osób starszych przypisuje się rodzinie. Kraje europejskie różnią się ze względu na podział tej odpowiedzialności między państwo, rynek i rodzinę, czyli różnią się zakresem familizacji/defamilizacji systemu opieki<sup>5</sup>. Omawiamy więc modele opieki nad osobami starszymi w krajach europejskich, ilustrując je wynikami analiz empirycznych luki między potrzebami opiekuńczymi (wynikającymi ze złego stanu zdrowia) a uzyskiwanym wsparciem nieformalnym i formalnym<sup>6</sup>.

## Zmiany procesu reprodukcji ludności i struktur wieku w Polsce

Zmiany procesu reprodukcji ludności obserwowane w Polsce i Europie w ostatnich trzech dekadach charakteryzują się przede wszystkim wydłużaniem się oczekiwanego (przeciętnego) trwania życia i spadkiem płodności do poziomu trwale utrzymującego się poniżej prostej zastępowalności pokoleń. Prowadzi to do określonych zmian struktur wieku i starzenia się populacji. Starzenie w sensie demograficznym oznacza wzrost liczby osób w wieku 65 i więcej lat przy zwiększaniu się odsetka osób w tej grupie wieku w całej populacji. Starzenie się ludności opisuje zatem zmiany w liczebności poszczególnych grup wieku w populacji (ujęcie bezwzględne) oraz w jej strukturze ze względu na wiek (ujęcie względne). Zmiany w strukturze ludności według wieku są kluczowe z punktu widzenia zapotrzebowania na opiekę, zarówno w odniesieniu do opieki nad dziećmi, jak i opieki nad osobami starszymi. Zmiany liczby dzieci oraz liczby osób starszych są bowiem najważniejszym czynnikiem wpływającym na wielkość zapotrzebowania na opiekę. Drugim czynnikiem, szczególnie ważnym dla popytu na opiekę osób starszych, jest stan ich zdrowia, który najczęściej decyduje o samodzielności i niesamodzielności. W naszych rozważaniach skupiamy się przede wszystkim na opiece nad osobami starszymi.

Zmiany umieralności są często charakteryzowane za pomocą oczekiwanego trwania życia. Jest to miara wyznaczana na podstawie tablic trwania życia konstruowanych dla kolejnych lat, która syntetycznie opisuje zmiany natężenia zgonów. Oczekiwane trwanie życia dla osoby w ustalonym wieku to oczekiwana liczba lat, jaką ma ona do przeżycia pod warunkiem utrzymania się określonego wzorca (ryzyka) umieralności.

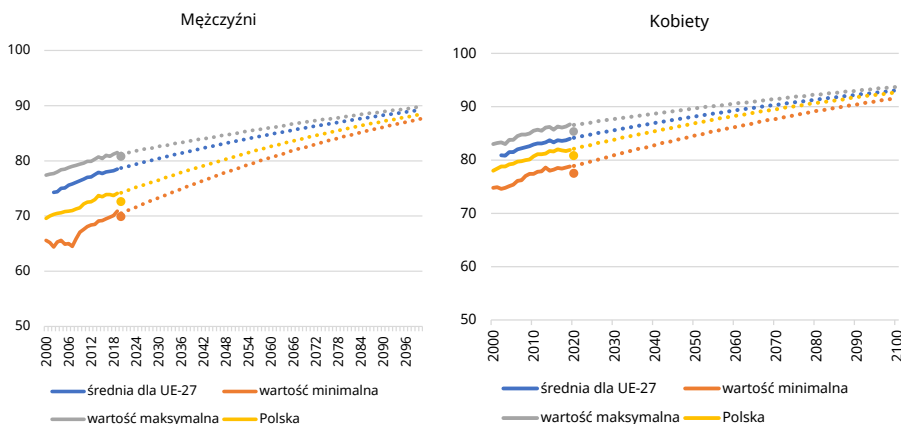
---

5 B. Pfau-Effinger, *Welfare state policies and care arrangements*, „European Societies” 2005, nr 2 (7), s. 321–347; Ch. Saraceno, W. Keck, *Can we identify intergenerational policy regimes in Europe?*, „European Societies” 2010, nr 5 (12), s. 675–696.

6 A. Abramowska-Kmon, *Opieka nad osobami starszymi w wybranych krajach europejskich*, op. cit.

W Polsce przeciętne trwanie życia w momencie urodzenia ( $e_0$ ), wyznaczone na podstawie tablic trwania życia dla lat 2000–2019, wzrosło o 3,8 lat dla mężczyzn i o 3,1 lat dla kobiet, ale pozostawało poniżej wartości średniej dla krajów Unii Europejskiej (w których wzrost wyniósł odpowiednio 4,2 i 3,1 lat (wykres 1).

**Wykres 1. Przeciętne dalsze trwanie życia noworodka ( $e_0$ ), 2000–2100 (w latach)**



Uwaga: obserwacje dla lat 2000–2019 (linia ciągła) i 2020 (kropka), projekcja EUROPOP2019 dla lat 2020–2100 (linia przerywana).

Źródło: obliczenia własne na podstawie Eurostat (baza danych online: demo\_mlexpec oraz proj\_19nalex).

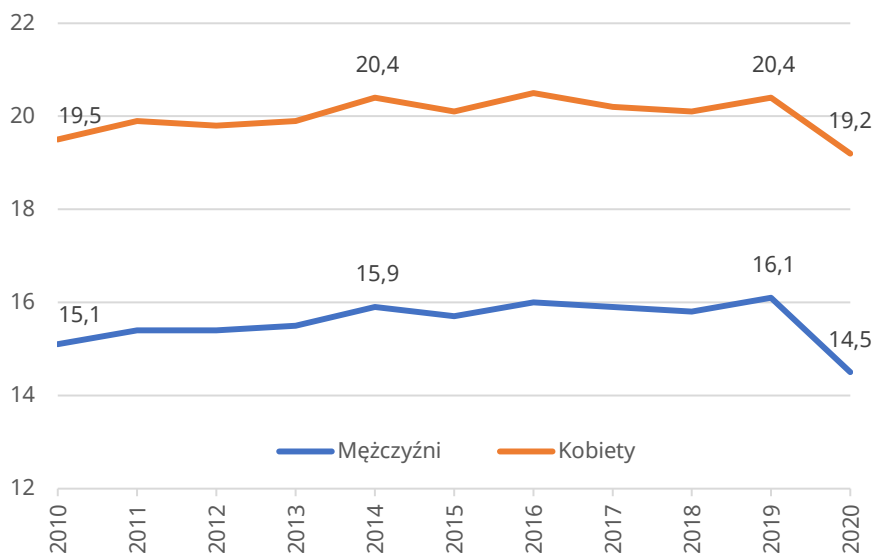
W roku 2020 naznaczonym pandemią COVID-19 przeciętne trwanie życia  $e_0$  w Polsce obniżyło się w porównaniu do roku 2019 o 1,5 roku dla mężczyzn oraz 1,1 roku dla kobiet i wyniosło odpowiednio 72,6 i 80,8 lat. Podobne wartości przeciętnego trwania życia obserwowano w Polsce w 2012 roku (mężczyźni) i w 2010 roku (kobiety).

W przygotowanych przez Eurostat w roku 2020 projekcjach ludności, które nie uwzględniały jeszcze zmian umieralności wskutek pandemii COVID-19, przyjęto założenia utrzymania trendu wydłużania się trwania życia i jego konwergencji w długim horyzoncie czasowym w grupie krajów UE. Zgodnie z tymi założeniami można oczekiwać, że w 2050 roku mężczyźni urodzeni w Polsce będą żyli przeciętnie 80,7 lat (niemal tyle samo, ile kobiety w roku 2020), a kobiety – 86,9 lat. Projekcja zakładała nieco szybszą poprawę długości życia dla mężczyzn niż kobiet, co przekłada się na zmniejszanie się luki płci w trwaniu życia. W 2020 roku luka ta wynosiła 8,2 lat na korzyść Polek, natomiast w roku 2050 prognozowana jest jej redukcja do 6,2 lat.



Od 2014 do 2020 roku obserwowaliśmy w Polsce stagnację oczekiwanego dalszego trwania życia osób w wieku ukończonych 65 lat, a w roku 2020, w wyniku pandemii, nastąpiło jego znaczące pogorszenie do poziomu sprzed 2010 roku (wykres 2).

**Wykres 2. Przeciętne dalsze trwanie życia osób w wieku 65 lat ( $e_{65}$ ) w Polsce, 2010–2020 (w latach)**



Źródło: opracowanie własne na podstawie Eurostat (baza danych online: demo\_mlexpec).

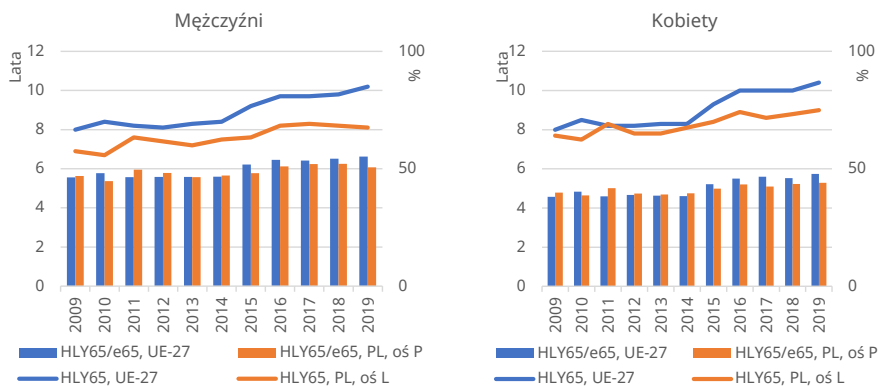
Porównanie danych Eurostatu dotyczących oczekiwanego dalszego trwania życia osób w wieku 65 lat i starszych w krajach Unii Europejskiej w latach 2019 i 2020 wskazuje, iż Polska doświadczyła najsilniejszego pogorszenia tego wskaźnika: spadek  $e_{65}$  dla mężczyzn aż o 1,6 roku (największy w UE), dla kobiet o 1,2 roku, wobec 1,5 roku w Hiszpanii i 1,3 roku w Belgii<sup>7</sup>.

W kontekście oceny zmian zapotrzebowania na opiekę nad osobami starszymi obok informacji o wydłużaniu się ludzkiego życia równie ważna jest informacja o tym, czy te dodatkowe lata życia spędzają one w dobrym zdrowiu, pozwalającym na samodzielne funkcjonowanie, a na ile lata te naznaczone są bezradnością i niesamodzielnością. Jednym z najczęściej stosowanych wskaźników oczekiwanego dalszego trwania życia w zdrowiu jest Healthy Life Years [HLY] – miernik określany jako oczekiwane lata przeżyte w zdrowiu, nazywany również oczekiwaną długością życia bez niepełnosprawności (*Disability*

<sup>7</sup> Eurostat, *Mortality and life expectancy statistics\_YB2021\_21-05-2021*, [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/images/d/dc/Mortality\\_and\\_life\\_expectancy\\_statistics\\_YB2021\\_21-05-2021.xlsx](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/images/d/dc/Mortality_and_life_expectancy_statistics_YB2021_21-05-2021.xlsx), 2021.

*Free Life Expectancy*, DFLE), który obrazuje sytuację zdrowotną ludności. Jest to współczynnik obliczany na podstawie tablic trwania życia oraz indywidualnie i subiektywnie postrzeganej niepełnosprawności. Jego wartości interpretuje się jako przewidywaną średnią liczbę lat, jaką ma do przeżycia bez niepełnosprawności osoba w wieku ukończonych  $x$  lat przy założeniu, że aktualne warunki umieralności i utraty zdrowia populacji utrzymają się<sup>8</sup>.

**Wykres 3. Oczekiwane lata przeżyte w zdrowiu w wieku 65 lat ( $HLY_{65}$ , w latach) i ich udział w oczekiwanym trwaniu życia ogółem ( $HLY_{65}/e_{65}$ , w %), 2009–2019**

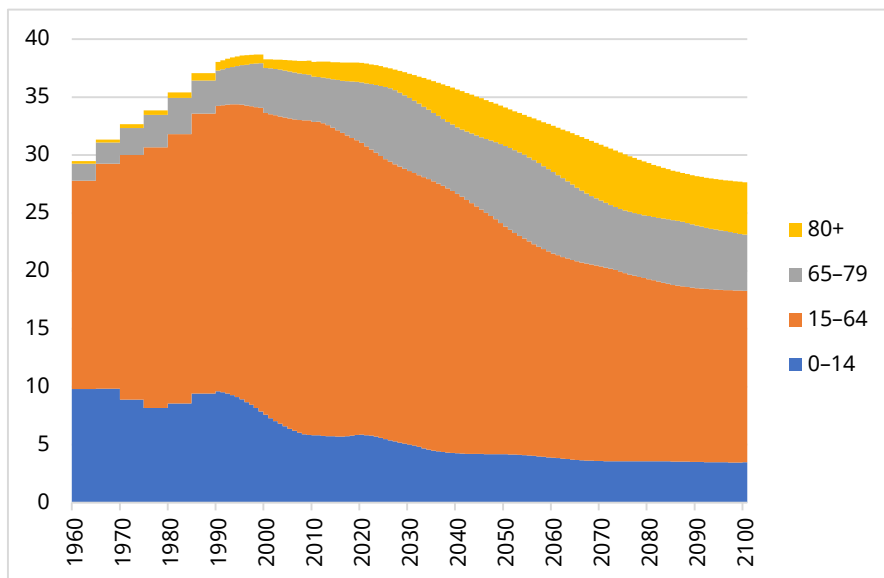


Źródło: opracowanie własne na podstawie Eurostat (baza danych online: hlth\_hlye).

Wartości tego współczynnika w Polsce dla osób w wieku 65 ukończonych lat ( $HLY_{65}$ ) pozostawały poniżej wartości dla średniej krajów UE, zwłaszcza dla mężczyzn (linia pomarańczowa na wykresie 3). W roku 2019 Polacy w tym wieku mogli oczekiwać 8,1 lat życia w zdrowiu, zaś Polki – 9 lat. Mniejsza różnica między mężczyznami i kobietami w wieku 65 lat dla oczekiwanych lat przeżytych w zdrowiu  $HLY_{65}$  w stosunku do luki płci dla oczekiwanego dalszego trwania życia  $e_{65}$  wynika z różnicy odsetka dodatkowych lat życia w dobrym stanie zdrowia dla kobiet (44,1%) i mężczyzn (50,6%). Wskazuje on, jaka część oczekiwanego dalszego trwania życia będzie spędzona w dobrym stanie zdrowia. Należy też zwrócić uwagę, iż od 2014 roku udział lat przeżytych w zdrowiu w oczekiwanym dalszym trwaniu życia Polaków w wieku 65 lat jest wyraźnie niższy od wyznaczonego dla krajów UE-27 – powiększa się luka między Polską a krajami Unii. Na znacznie gorszy stan zdrowia Polaków w wieku 50 lat i starszych w porównaniu do innych krajów, a także wyższe ryzyko wystąpienia poważnych schorzeń i chorób przewlekłych zwłaszcza po 65. roku

życia wskazują też wyniki z 7. rundy badania SHARE zrealizowanego w 2017 roku w 27 krajach europejskich<sup>9</sup>.

**Wykres 4. Liczba ludności Polski i jej struktura według wieku (w milionach), 1960–2100**



Uwaga: obserwacje dla lat 1960–2020, projekcja dla lat 2021–2100.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Eurostat (baza danych online: demo\_pjan oraz proj\_19nalexp).

Zmniejszenie umieralności, jakie wystąpiło w ostatnich 3 dekadach w Polsce, a także kontynuacja tego trendu założona w projekcjach ludnościowych Eurostatu, jak również coraz mniejsza liczba urodzeń (por. wykres 5) wynikająca zarówno z utrzymującej się niskiej dzietności kobiet, jak i z coraz mniejszej liczebności kohort kobiet w wieku rozrodczym (po 2013 roku) powodują istotne zmiany w liczbie i strukturze ludności Polski. Dla zmian struktury wieku ludności mają znaczenie, choć zwykle w mniejszym stopniu, przepływy migracyjne. Dotychczas Polska postrzegana była jako kraj emigracyjny, szczególnie w okresie po przystąpieniu do UE<sup>10</sup>. Jednak w ostatnich latach skala napły-

9 W. Wróblewska, R. Antczak, *Sytuacja zdrowotna osób w wieku okołoemerytalnym i starszych w Polsce na tle innych krajów*, [w:] I.E. Kotowska, A. Chłoń-Domińczak, D. Holzer-Żelaźewska (red.), *Pokolenia 50+ w Polsce i w Europie: aktywność, stan zdrowia, warunki pracy, relacje międzypokoleniowe i wykluczenie. Raport podsumowujący wyniki badań 7. rundy badania „SHARE: 50+ w Europie”*, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej – SGH, Warszawa 2019, s. 69–84.

10 A. Fihel, A. Janicka, W. Kloc-Nowak, *The direct and indirect impact of international migration on the population ageing process: A formal analysis and its application to Poland*, „Demographic Research” 2018, nr 38 (43), s. 1303–1338; *Informacja o rozmiarach i kierunkach czasowej emigracji z Polski*

wu imigrantów zarobkowych do Polski, szczególnie z Ukrainy, jest znacząca i Polska zaczęła przekształcać się w kraj imigracyjno-emigracyjny. Na wykresie 4 pokazano zarówno zmiany historyczne (1960–2020), jak i przewidywane w średnim (do 2060 roku) oraz długim okresie (do 2100 roku). Uwagę skupimy na zmianach w okresie średnim.

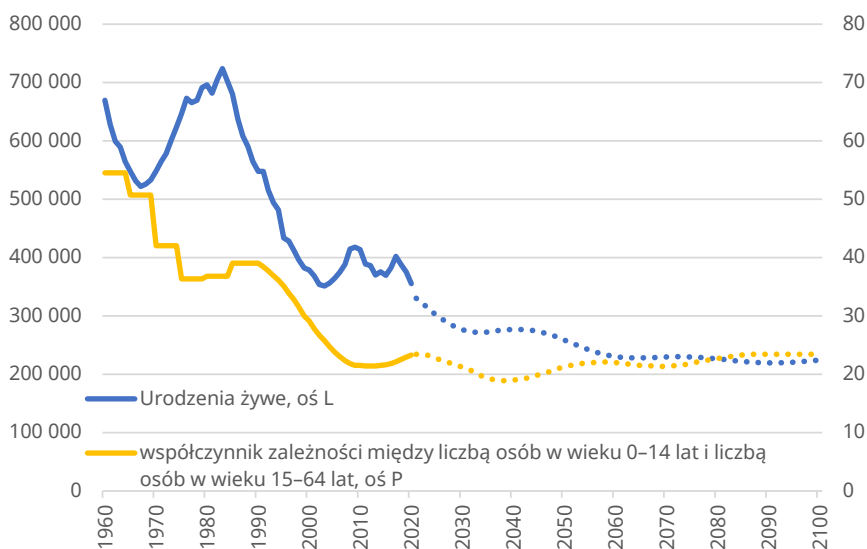
Zgodnie z projekcjami ludnościowymi Eurostatu EUROPOP2019, liczba Polaków w bieżącym stuleciu będzie maleć do 34,1 mln w 2050 roku oraz 32,5 mln dekadę później (wykres 4). Ubytek ludności dotyczy dzieci w wieku 0–14 lat, jednak przede wszystkim zmniejszy się liczba osób w wieku 15–64 lata, zaś liczba osób w wieku 65 lat i więcej będzie znacząco wzrastać. W najbliższej dekadzie przewidywany jest wzrost wielkości grupy osób starszych do 8,4 mln (a więc o blisko 1,4 mln), w roku 2050 do 10,3 mln (czyli będzie ich o prawie 3,3 mln więcej niż w 2020 roku), zaś w roku 2060 do 11 mln. Intensyfikację procesu starzenia się ludności Polski ilustruje też odsetek osób w wieku 65 lat i więcej, który wzrośnie niemal dwukrotnie (z obecnych 18% do 30% w roku 2050 oraz 34% dziesięć lat później). Oznacza to, że po 2050 roku blisko co trzecia osoba w populacji przekroczy tę granicę wieku. Równocześnie znacząco wzrastać będzie udział osób najstarszych, tzn. w wieku 80 lat i starszych, w ogólnej liczbie ludności. Z aktualnych 4,5% udział ten podwoi się już w roku 2040, a w 2060 roku osiągnie 12%. Opisywane zmiany w starszych grupach wieku będą zachodziły przy równoległym spadku od 2040 roku udziału w populacji osób najmłodszych z 15% do 12%; będzie on oscylować wokół tej wartości do roku 2060. W konsekwencji mediana wieku populacji wzrośnie o 10 lat z 42 lat obecnie do 51 lat w roku 2050 i 51,5 lat dekadę później, podczas gdy mediana wieku populacji całej UE-27 nie przekroczy 49 lat w całym horyzoncie projekcji. Ludność Polski będzie więc znacznie starsza od całej populacji Unii Europejskiej.

Zmiany liczebności poszczególnych grup wieku wpływają na relacje między zasobem osób potencjalnie potrzebujących opieki a zasobem osób potencjalnie mogących świadczyć opiekę. O tych relacjach w sposób syntetyczny informują współczynniki zależności między liczbą osób w wieku 0–14 lat oraz 65 lat i więcej w odniesieniu do liczby osób w wieku 15–64 lata, czyli zasobu potencjalnych opiekunów. W polskiej literaturze demograficznej stosuje się zwykle określenie „współczynniki obciążenia”, które nie odpowiada nazwie

tego miernika w języku angielskim *age dependency ratios*. Za Kotowska i in.<sup>11</sup> wprowadzamy nazwę „współczynniki zależności”, która oddaje istotę tego miernika. Zmieniające się struktury wieku powodują, że współczynniki zależności dla osób w wieku 0–14 lat będą stabilnie oscylować wokół 20, co oznacza, że na 100 osób w wieku 15–64 lata przypadać będzie 20 osób w wieku 0–14 lat (wykres 5).

Wartość współczynnika zależności dla osób w wieku 65 lat i starszych wzrosło w Polsce ponad dwukrotnie i od 2050 roku przekroczy odpowiedni współczynnik dla krajów UE (wykres 6). **W 2020 roku na 100 osób w wieku 15–64 lata przypadało w Polsce mniej niż 30 osób w wieku 65 lat i starszych, zaś w roku 2060 będzie przypadać ponad 60 osób w tym wieku. Oznacza to znaczne zachwianie relacji między osobami starszymi a zasobem osób w wieku 15–64 lata, którego wielkość jest decydująca dla potencjału pielęgnacyjnego ludności.**

**Wykres 5. Urodzenia żywe oraz współczynnik zależności między liczbą osób w wieku 0–14 lat i liczbą osób w wieku 15–64 lata, Polska, 1960–2100**

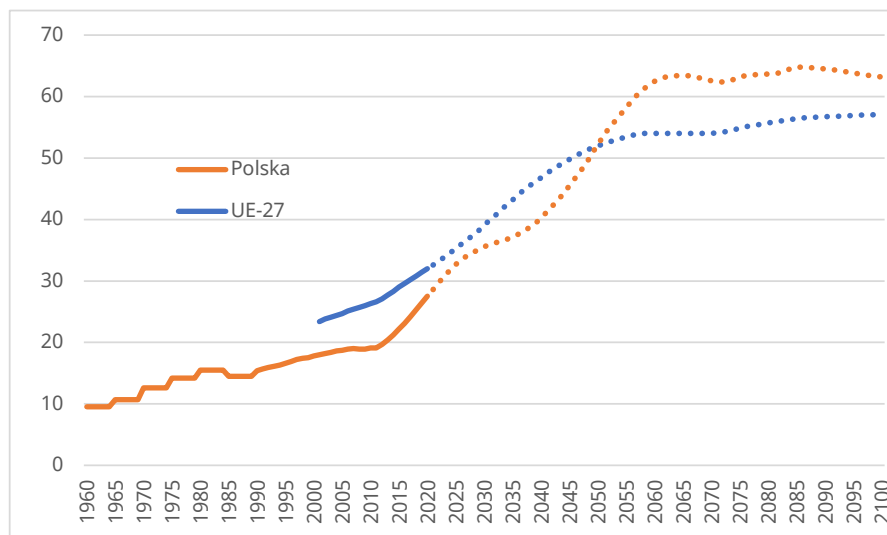


Uwaga: obserwacje dla lat 1960–2020, projekcja dla lat 2021–2100.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Eurostat (baza danych online: demo\_pjanind, demo\_gind oraz proj\_19np).

11 I.E. Kotowska, W. Wróblewska, A. Abramowska-Kmon, P. Strzelecki, *Zmiany demograficzne – pomiar procesów i ocena skutków społeczno-ekonomicznych*, [w:] T. Panek (red.), *Statystyka społeczna. Procesy społeczne, źródła danych i metody analizy*, PWE 2020, s. 84–139.

**Wykres 6. Współczynnik zależności między liczbą osób w wieku 65 lat i więcej a liczbą osób w wieku 15–64 lata, 1960–2100**



Uwaga: obserwacje dla lat 1960–2020, projekcja dla lat 2021–2100.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Eurostat (baza danych online: demo\_pjanind oraz proj\_19ndbi).

Uwzględnienie wpływu pandemii COVID-19 na wzrost umieralności i pogorszenie stanu zdrowia ludności, a także pogłębiający się kryzys systemu opieki zdrowotnej, prowadzą do wniosku, iż założona w projekcji ludnościowej EUROPOP2019 poprawa przeżywalności Polaków jest nierealna. Należy zatem spodziewać się spowolnienia lub wręcz zahamowania wydłużania życia ludzkiego, a przede wszystkim pogorszenia się charakterystyk trwania życia w zdrowiu. Wskutek tego przewidywana liczba zgonów, zwłaszcza osób w wieku 60 lat i starszych, będzie większa, a subpopulacja osób starszych będzie wzrastać wolniej niż to przedstawiono wyżej. Należy jednak oczekiwać także większego spadku liczby urodzeń niż określony w projekcji, a to sprawi, że udział osób starszych w całej populacji się nie zmniejszy. Opisane zależności między rozważanymi grupami wieku mogą więc pozostać bez znaczących zmian.

## Zmiany modelu rodziny, struktur rodzinnych i gospodarstw domowych

Drugim wymiarem zmian demograficznych zachodzących w Polsce i Europie są przeobrażenia struktur rodzin i gospodarstw domowych. Pełnych danych o rodzinach i gospodarstwach domowych dostarcza spis powszechny

ludności<sup>12</sup>. Stąd ocena tych przeobrażeń dokonywana jest na podstawie spisów ludności przeprowadzanych w odstępach dziesięcioletnich. W okresach między spisami sięga się do danych pochodzących z dużych reprezentatywnych badań gospodarstw domowych prowadzonych systematycznie w krajach Unii Europejskiej. Najczęściej są to: badanie aktywności ekonomicznej ludności (*Labour Force Survey – EU-LFS*<sup>13</sup>) lub badanie dochodów i warunków życia ludności (*Survey on Income and Living Conditions – EU-SILC*). Natomiast dane z rejestracji bieżącej o zdarzeniach demograficznych (zawarcie czy rozpad związku małżeńskiego, urodzenie dziecka, zgon, migracja) pozwalają na analizę procesu tworzenia i rozpadu związków małżeńskich, płodności, migracji, generowanych głównie przez określone zachowania demograficzne, bądź procesu umieralności<sup>14</sup>.

Istotną cechą procesu reprodukcji ludności w ostatnim półwieczu, zarówno w krajach europejskich, jak i w innych krajach rozwiniętych, są głębokie przemiany zachowań dotyczących tworzenia rodziny, jej rozwoju i rozpadu. Wyróżnia je: mniejsza skłonność do zawierania małżeństw, rosnąca częstotliwość związków niemałżeńskich (rejestrowane związki partnerskie, kohabitacja, związki typu LAT – *Living-Apart-Together*), opóźnianie zawierania małżeństw, osłabienie trwałości związków, zmniejszanie się pożądanej liczby dzieci, odkładanie decyzji o urodzeniu pierwszego dziecka, wzrost udziału urodzeń pozamałżeńskich w ogólnej liczbie urodzeń, zwiększanie się dobrowolnej

---

12 Wieloosobowe gospodarstwo domowe to grupa osób spokrewnionych lub niespokrewnionych, wyodrębnionych na podstawie kryterium współzamieszkiwania i wspólnego utrzymywania się. Gospodarstwo tworzone przez jedną osobę to gospodarstwo jednoosobowe. Rodzinę stanowi grupa osób wyłonionych w ramach gospodarstwa domowego, które są powiązane przez związki formalne lub nieformalne, więzy krwi lub adopcję. Rodzina biologiczna (nuklearna) to para (małżeństwo/partnerzy) bez dzieci, para (małżeństwo/ partnerzy) z dziećmi, samotny (samodzielny) rodzic z dziećmi. Jako dziecko określa się osobę w każdym wieku, która pozostaje w gospodarstwie domowym wraz z obojgiem lub jednym z rodziców, przy czym do dzieci zalicza się również pasierbów oraz dzieci przysposobione (por. GUS, *Gospodarstwa domowe i rodziny. Charakterystyka demograficzna. Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2014). Rodzina rozszerzona występuje wówczas, gdy wśród członków gospodarstwa domowego oprócz rodziny biologicznej jest osoba (osoby) spokrewniona w linii prostej lub bocznej z jednym członkiem rodziny biologicznej. Oprócz tego wyróżniamy sieci rodzinne lub sieci krewniacze tworzone przez członków własnej rodziny nuklearnej i osoby spokrewnione bądź spowinowacane, by uwzględnić relacje między członkami różnych rodzin reprezentującymi te same oraz różne pokolenia.

13 W Polsce stosuje się nazwę Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności – BAEL.

14 Bieżąca ewidencja ruchu naturalnego w Polsce nie ujmuje innych niż małżeństwo form tworzenia rodziny (związki kohabitacyjne, związki *Living-Apart-Together*), a ich rola wzrasta. Brak tych informacji sprawia, że coraz większa część zachowań dotyczących tworzenia i rozpadu rodzin pozostaje poza rozpoznaniem. Ma to znaczenie dla oceny intensywności procesu tworzenia i rozpadu związków. Innymi słowy, oceny przemian, jakim podlega rodzina, dokonywane jedynie na podstawie zagregowanych miar intensywności procesu tworzenia i rozpadu związków małżeńskich, są obciążone.

bezdziębności<sup>15</sup>. Zasadniczo zmienił się wzorzec przejścia do dorosłości, którego markerami są trzy zdarzenia demograficzne: opuszczenie domu rodzinnego, zawarcie pierwszego związku i zostanie rodzicem. Nowy wzorzec charakteryzuje się destandardyzacją i dywersyfikacją zachowań, opóźnianiem zdarzeń, zmianami ich sekwencji oraz rozluźnieniem powiązań między nimi<sup>16</sup>. Te zmiany wzorca przejścia do dorosłości oraz inne zachowania związane z rodziną (tworzenie i rozpad kolejnych związków, pojawienie się kolejnych dzieci lub rezygnacja z nich) ukazują przemiany demograficznego modelu rodziny, które najkrócej można ująć jako: opóźnienie, spadek płodności oraz deinstytucjonalizacja rodziny przejawiająca się zmniejszeniem znaczenia małżeństwa jako instytucji, a także destabilizacja związków. Ich rezultatem jest rosnące zróżnicowanie form rodzin nuklearnych praktykowanych przez jednostki w przebiegu życia. Oprócz rodzin opartych na małżeństwie, których jest coraz mniej, ale nadal stanowią dominujący typ rodziny, coraz więcej jest rodzin formowanych jako związek niemałżeński (zarejestrowany lub nie) czy związek typu *Living-Apart-Together*. Ponadto coraz więcej jest rodzin zrekonstruowanych, w których przynajmniej jedno z partnerów ma dziecko z innego związku, rośnie także liczba samodzielnych rodziców, głównie matek<sup>17</sup>. Dodatkowo rosnąca mobilność sprawia, że coraz więcej członków gospodarstw domowych okresowo przebywa poza swoją rodziną, a także coraz więcej osób żyje w rodzinie, której członkowie są czasowo nieobecni. Rośnie zatem liczba rodzin bez jednego z partnerów nie tylko w wyniku rozwodu czy separacji, ale także wskutek długotrwałej nieobecności partnera z powodu migracji. Coraz więcej jest więc rodzin bez stałej obecności jednego lub obojga rodziców, a także rodzin, których członkowie regularnie spędzają kilka dni w tygodniu bądź miesiącu poza domem z powodu pracy zawodowej poza miejscem zamieszkania<sup>18</sup>.

---

15 Zmiany te opisuje teoria drugiego przejścia demograficznego sformułowana przez Rona Lesthaegha i Dirka van de Kaa w artykule *Twee demografische transitie?* ([w:] R. Lesthaeghe, D. van de Kaa (red.), *Bevolking-Groei en Krimp*, volume 6, *Mens en Maatschappij*, Van Lohum Slaterus, Deventer, The Netherlands 1986, s. 9–24), którą rozwijali w swych późniejszych pracach. W literaturze polskiej teoria była omawiana w publikacjach: I.E. Kotowska, *Teoria drugiego przejścia demograficznego a przemiany demograficzne w Polsce w latach 1990.*, „Studia Demograficzne” 1998, nr 4 (134), s. 3–36; I.E. Kotowska (red.), *Przemiany demograficzne w Polsce w latach dziewięćdziesiątych w świetle koncepcji drugiego przejścia demograficznego*, SGH, Warszawa 1999.

16 I.E. Kotowska, J. Józwiak, *Nowa demografia Europy a rodzina*, „Roczniki Kolegium Analiz Ekonomicznych” 2012, zeszyt 28, s. 9–33.

17 Por. *ibidem*; L.S. Oláh, I.E. Kotowska, R. Richter, *The New Roles of Men and Women and Implications for Families and Societies*, [w:] G. Doblhammer, J. Gumà (red.), *A Demographic Perspective on Gender, Family and Health in Europe*, Springer 2018, s. 41–64.

18 I.E. Kotowska, J. Józwiak, *Nowa demografia Europy a rodzina*, *op. cit.*



Wskutek utrzymującej się niskiej dzietności i wydłużania się życia ludzkiego zwiększa się liczba współistniejących generacji (do 4, a nawet 5) i jednocześnie zmniejsza się liczba krewnych w tej samej generacji, co powoduje tzw. wertykalizację sieci krewniaczych (rodzinnych)<sup>19</sup>. Zmieniają się liczbowe relacje pomiędzy kolejnymi generacjami dziadków, rodziców i dzieci – proporcje między liczebnością pokolenia dziadków i rodziców oraz dziadków i wnuków ulegają zmianie na korzyść najstarszego pokolenia. **Wertykalizacja sieci rodzinnych powoduje zmniejszenie zasobów opieki nieformalnej nad osobami starszymi świadczonej przez członków sieci rodzinnych i tym samym wzrost zapotrzebowania na formalne usługi opiekuńcze**<sup>20</sup>. Ponadto rosnąca częstotliwość rozwodów, separacji oraz tworzenie kolejnych związków niemażeńskich czy małżeńskich prowadzą do coraz większej różnorodności i złożoności sieci rodzinnych, a relacje między członkami tych sieci mogą ulegać rozluźnieniu albo osłabieniu.

Należy też zaznaczyć, iż opóźnianie występowania zdarzeń demograficznych w biografiach jednostek (opuszczenie domu rodzinnego, zawarcie związku, urodzenie pierwszego i kolejnych dzieci) jest zasadniczą i nieodwracalną zmianą w przebiegu życia jednostek. Wydłuża się czas odgrywania poszczególnych ról rodzinnych przez jednostki, a także czas jednoczesnego pozostawania w kilku rolach. To z kolei ma istotne znaczenie dla **równoległego występowania różnych zobowiązań rodzinnych** (np. wobec wnuków i sędziwych rodziców), a także funkcjonowania poszczególnych jednostek, rodzin i sieci rodzinnych.

Opisane wyżej przeobrażenia demograficznego modelu rodziny wpływają na przekształcenia tzw. *living arrangements*, czyli składu i struktury gospodarstw domowych. Zmiany zachodzące w Polsce wpisują się w prawidłowości obserwowane w Europie: zmniejsza się przeciętna wielkość gospodarstw domowych wskutek wzrostu liczby i udziału gospodarstw jednorodzinnych,

19 P. de Sandre, *From the Life Cycle to Life Paths and to Life Transitions*, [w:] G. Casselli, J. Vallin, G. Wunsch (red.), *Demography: analysis and synthesis: a treatise in population studies*, Elsevier 2006, s. 399–417; T. Fokkema, S. Ter Bekke, P.A. Dykstra, *Solidarity between parents and their adult children in Europe*, Amsterdam University Press 2008, <http://www.jstor.org/stable/j.ctt6wp66q> [dostęp: 9.01.2022]; E. Grundy, J.C. Henretta, *Between elderly parents and adult children: a new look at the intergenerational care provided by the „sandwich generation”*, „Ageing and Society” 2006, nr 5 (26), s. 707; Ch. Saraceno, *Introduction: intergenerational relations in families – a micro-macro perspective*, [w:] Ch. Saraceno (red.), *Families, ageing and social policy: intergenerational solidarity in European welfare states (globalization and welfare)*, Edward Elgar, Cheltenham 2008, s. 1–19; I.E. Kotowska, J. Józwiak, *Nowa demografia Europy a rodzina*, op. cit.

20 A. Puur, L. Sakkeus, A. Pöldma, A. Herm, *Intergenerational family constellations in contemporary Europe: evidence from the Generations and Gender Survey*, „Demographic Research” 2011, nr 25, s. 135–172, <https://doi.org/10.4054/DemRes.2011.25.4> [dostęp: 9.01.2022].

przy czym coraz więcej jest wśród nich rodzin z jednym rodzicem oraz maleje liczba dzieci w rodzinach. Przyczynia się do tego także starzenie się ludności, bowiem dominująca część starszych osób mieszka sama bądź ze współmałżonkiem, lub partnerem. Według danych z kolejnych spisów powszechnych w Polsce w 1970 roku przeciętnie w gospodarstwie domowym mieszkało 3,39 osób, w 1988 roku 3,1 osób, zaś w latach 2002 i 2011 odpowiednio 2,84 i 2,82 osób<sup>21</sup>. Przewidywania GUS wskazują na dalszy spadek średniej wielkości gospodarstwa do 2,50 osób w roku 2050<sup>22</sup>.

Starzenie się ludności ma również wpływ na strukturę gospodarstw domowych według wieku ich członków. Według spisu powszechnego ludności i mieszkań z 2011 roku w 19,3% gospodarstw domowych w Polsce mieszkały wyłącznie osoby w wieku 60 i więcej lat, zaś w kolejnych 22,1% gospodarstw – co najmniej jedna osoba w tym wieku. Wśród gospodarstw jednoosobowych (blisko 3,255 mln) 48% stanowiły gospodarstwa tworzone przez osoby w wieku 60 lat i starsze (1,562 mln), z czego 61,2% (prawie 1 mln) to kobiety. Nowe światło na powyższe kwestie z pewnością rzucą wyniki spisu powszechnego z roku 2021.

Dane z reprezentatywnego badania aktywności ekonomicznej ludności BAEL z roku 2020 wskazują na zróżnicowaną strukturę osób w wieku 15 i więcej lat ze względu na typ gospodarstwa domowego, którego są członkami (wykres 7). Około połowa kobiet i mężczyzn w wieku 15–64 lata, zarówno w Polsce, jak i w całej UE, tworzy wieloosobowe gospodarstwa domowe, pozostając w związku. Większe zróżnicowanie dotyczy pozostałych kategorii gospodarstw domowych tworzonych przez osoby, które nie pozostają w związku z innym członkiem gospodarstwa. Około 13% kobiet i 9% mężczyzn w tym wieku w Polsce tworzy gospodarstwa jednoosobowe, podczas gdy w całej UE ten typ gospodarstw występuje częściej (19% mężczyzn i kobiet w wieku 15–64 lata mieszka samodzielnie). W Polsce natomiast częściej spotykane są inne typy gospodarstw domowych (tzn. współzamieszkiwanie z inną osobą dorosłą, ale nie jako para, bądź z wieloma takimi osobami). Takie gospodarstwa domowe zamieszkuje 36% Polek (przy 30% kobiet w UE) i 41% Polaków (przy 33% mężczyzn w UE). Te różnice wynikają, między innymi, z tego, iż w Polsce młodzi dorośli (24–34 lata) częściej pozostają w gospodarstwie domowym rodziców,

---

21 GUS, *Gospodarstwa domowe w 2011 roku – wyniki spisu ludności i mieszkań 2011*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2013.

22 GUS, *Prognoza gospodarstw domowych na lata 2016–2050*, 27 czerwca 2016, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosc/prognoza-gospodarstw-domowych-na-lata-2016-2050,9,4.html> [dostęp: 9.01.2022].

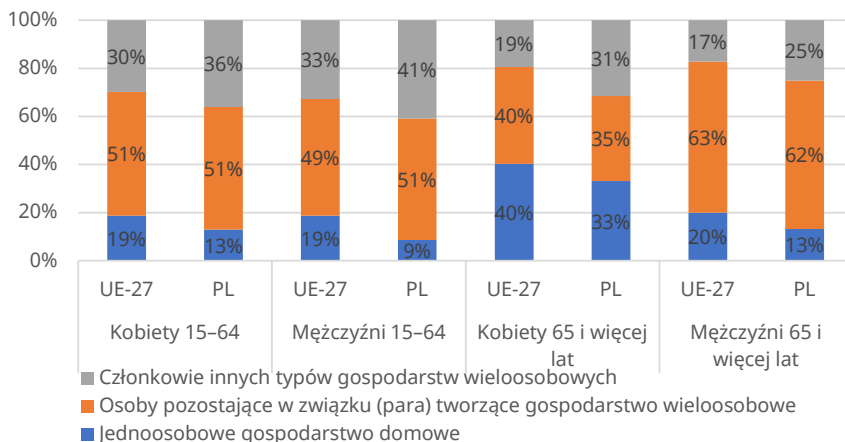
natomiast inni dorośli – nie mając partnera – rzadziej tworzą samodzielne gospodarstwa.

Podobne różnice można zaobserwować wśród osób w wieku 65 lat i starszych. Co trzecia kobieta (33%) i co ósmy mężczyzna (13%) w tym wieku w Polsce tworzy jednoosobowe gospodarstwo domowe, natomiast odpowiednie odsetki w UE są wyraźnie wyższe – 40% kobiet i 20% mężczyzn. W Polsce 35% kobiet w wieku 65 i więcej lat mieszkało z partnerem (i ewentualnie innymi osobami) (w UE 40%), wobec 62% mężczyzn (w UE 63%). Te znaczne różnice według płci typu gospodarstwa domowego, w którym pozostają osoby starsze w Polsce, wynikają nie tylko z dłuższego trwania życia kobiet, ale także z mniejszych dla kobiet szans tworzenia kolejnych związków po rozpadzie poprzednich. Ponadto różnice między Polską i krajami UE są związane, między innymi, z niekorzystnymi dla Polaków różnicami umieralności, zwłaszcza mężczyzn, a także różnicami w sytuacji dochodowej osób starszych. Dłuższe trwanie życia mężczyzn w UE przyczynia się do większego udziału gospodarstw tworzonych przez kobiety mieszkające z partnerem. Ponadto większy niż w Polsce odsetek gospodarstw jednoosobowych może wynikać nie tylko z dłuższego trwania życia i lepszej sytuacji dochodowej, ale także z różnic kulturowych (mniejsza skłonność do współzamieszkiwania z dorosłymi dziećmi) oraz lepszego dostępu do usług, które umożliwiają osobom starszym prowadzenie jednoosobowego gospodarstwa.

**Należy jednak oczekiwać dalszego wzrostu w Polsce liczby i udziału gospodarstw jednoosobowych tworzonych przez osoby starsze**, w tym przez starsze kobiety. Wzrost natężenia rozwodów osób w wieku 50 i więcej lat wraz z niekorzystnymi zmianami umieralności w starszych grupach wieku, szczególnie wśród mężczyzn, może przyczynić się do utrzymania lub nawet powiększenia różnic płci w udziale gospodarstw domowych tworzonych z partnerem.

Oprócz opisanych wyżej zmian demograficznego modelu rodziny, a także wertykalizacji sieci krewniaczych oraz ich rosnącej złożoności i różnorodności, przyczyniających się do zmniejszania się rodzinnych zasobów opieki nad osobami starszymi, ważnym czynnikiem ograniczającym dostępność tej opieki jest wzrost aktywności zawodowej kobiet. Opieka nieformalna jest bowiem sprawowana przede wszystkim przez kobiety.

**Wykres 7. Osoby w wieku 15 i więcej lat według składu gospodarstwa domowego oraz według płci i wieku, 2020 (%)**



Uwaga: procenty mogą nie sumować się do 100 ze względu na zaokrąglenia.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostatu z EU-LFS (baza danych online: lfst\_hhindws).

Rosnące zaangażowanie kobiet na rynku pracy, wynikające zarówno ze wzrostu wykształcenia i aspiracji zawodowych kobiet, zwiększającego się popytu na ich pracę, jak i zmian społecznych ról płci, zmieniło organizację życia rodzinnego. Zmiana ta wiąże się z podziałem między kobiety i mężczyzn zobowiązań dostarczania środków utrzymania, świadczenia usług opiekuńczych oraz czasu przeznaczanego na zajęcia domowe. Zasadniczą cechą tej zmiany jest **przejście od ekonomicznego modelu rodziny z mężczyzną jako jedynym żywicielem do modelu z dwojgiem pracujących partnerów**. Jednak w gospodarstwie domowym **utrzymuje się niekorzystna dla kobiet asymetria w podziale zobowiązań opiekuńczych i czasu zajęć domowych**<sup>23</sup>. To sprawia, iż niekompatybilność pracy zarobkowej i opieki odczuwana jest przede wszystkim przez kobiety. Dodatkowo rośnie presja na lepsze wykorzystanie malejących potencjalnych zasobów pracy w kontekście intensyfikacji procesu starzenia się populacji, a więc presja nie tylko na dalszy wzrost zatrudnienia kobiet, ale także na dłuższe ich pozostawanie na rynku pracy. To **znaczaco redukuje możliwości kobiet dotyczące świadczenia nieformalnych usług opiekuńczych**. Bez rozwoju opieki formalnej deficyt opieki w odniesieniu do osób starszych będzie się więc pogłębiać, zwłaszcza w tych krajach, w których opieka formalna odgrywa niedużą rolę w zaspokajaniu zapotrzebowania na nią. Co więcej, badania empiryczne wskazują, że **rozwój usług opiekuńczych**

zmniejsza zaangażowanie kobiet (córek) w intensywną opiekę nad starszymi rodzicami, zmniejszając nierówności płci w świadczeniu opieki, w przeciwieństwie do świadczeń pieniężnych dla opiekunów<sup>24</sup>.

## Sieci rodzinne i społeczne osób w wieku 65 lat i starszych w Polsce

Sieci rodzinne (sieci krewniacze) tworzone są przez członków gospodarstwa domowego osoby starszej oraz krewnych spoza gospodarstwa (współmałżonek lub partner, dzieci, wnuki, rodzice, rodzeństwo i inni krewni). Sieci te są kształtowane przez biografie rodzinne wszystkich członków rodziny pochodzenia danej osoby<sup>25</sup> oraz rodziny, którą sama tworzy, a także ich przeżywalność. Natomiast sieci społeczne zazwyczaj różnią się od sieci rodzinnych, gdyż tworzone są w wyniku bliskich relacji z ważnymi osobami, będącymi źródłem wsparcia emocjonalnego i/lub pomocy praktycznej w razie potrzeby<sup>26</sup>. Sieci społeczne mogą składać się zatem zarówno z członków sieci rodzinnej, jak i przyjaciół, znajomych czy sąsiadów. Sieci rodzinne, tak jak i sieci społeczne zmieniają się w przebiegu życia jednostki pod wpływem działania różnych czynników, włączając czynniki demograficzno-społeczne. Zmiany sieci społecznych mają wpływ na subiektywną jakość życia jednostek, co w szczególności jest ważne z punktu widzenia osób starszych, które mogą doświadczać utraty bliskich (współmałżonka, rodziców bądź rodzeństwa).

Do niniejszych analiz sieci rodzinnych i społecznych osób starszych w Polsce wykorzystano dane o obecności w nich poszczególnych członków sieci krewniaczych, zebrane w ramach 6. rundy badania Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) zrealizowanej w 2015 roku. Należy podkreślić, że uzyskane wyniki przedstawiają niepełny obraz sieci krewniaczych, gdyż brak jest informacji o posiadaniu dalszych krewnych, np. bratanków czy siostrzeńców. Niemniej jednak można przyjąć, że odzwierciedlają one najbliższe relacje rodzinne, gdyż uwzględniają posiadanie współmałżonka, dzieci i wnuków, żyjących rodziców oraz rodzeństwa. Z kolei dane dotyczące sieci społecznych oszacowano na podstawie specjalnego modułu, gdzie respondenci mogli wymienić do siedmiu najbliższych osób, z którymi rozmawiali o swoich

---

24 T. Schmid, M. Brandt, K. Haberkern, *Gendered support to older parents: do welfare states matter?*, „European Journal of Ageing” 2012, nr 9, s. 39–50.

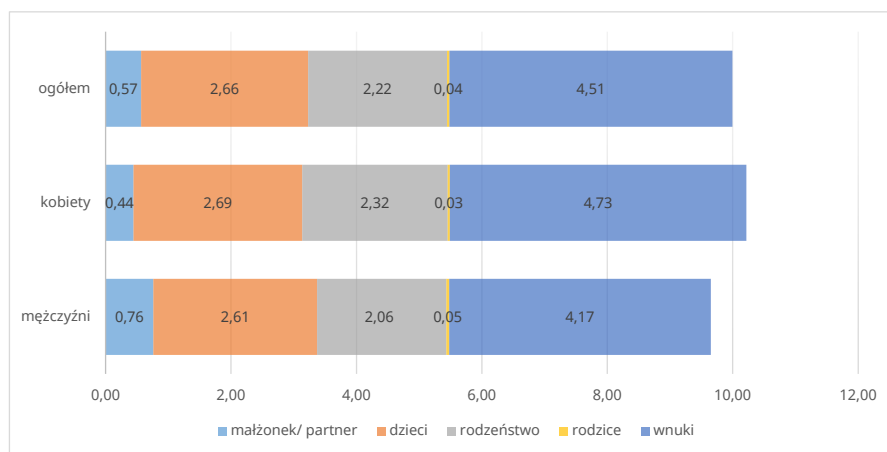
25 Rodzina pochodzenia danej osoby to jej rodzice i rodzeństwo, natomiast rodzina, którą sama tworzy, to partner i dzieci lub tylko dzieci (samodzielny rodzic).

26 A. Abramowska-Kmon, S. Timoszuk, *Family and social networks, subjective well-being and loneliness among older adults in Poland*, „Studia Demograficzne” 2020, nr 1 (177), s. 9–36.

prywatnych sprawach. Innymi słowy, były to osoby, które były postrzegane przez respondentów jako źródło wsparcia emocjonalnego i praktycznego.

Wielkość i struktura sieci rodzinnych osób w wieku 65 lat i więcej w Polsce różnią się nieco między mężczyznami i kobietami (wykres 8). Średnia wielkość sieci krewniczej w analizowanej grupie osób starszych wyniosła 10 osób, przy czym dla mężczyzn była mniejsza niż dla kobiet (9,65 wobec 10,22 osób). Warto zauważyć, że jedna czwarta respondentów miała co najwyżej 6 osób w swej sieci rodzinnej (I kwartyl), natomiast połowa pozostawała w sieci rodzinnej składającej się z co najmniej 9 osób (mediana). W sieciach rodzinnych liczących przynajmniej 12 osób pozostawał co czwarty respondent (III kwartyl). Największą część sieci rodzinnych stanowiły wnuki (średnio 4,5 osób), następnie dzieci (średnio 2,7 osób). Osoby starsze miały średnio 2,2 żyjącego rodzeństwa. Udział współmałżonka/partnera w sieciach rodzinnych był dużo mniejszy (średnio 0,57 osób), przy znaczącej różnicy między mężczyznami i kobietami (0,76 wobec 0,44 osób) ze względu na różnice płci według stanu cywilnego. Kobiety znacznie częściej pozostają bez małżonka/partnera (wdowy, rozwiedzione, panny). Obecność rodziców w sieciach rodzinnych osób starszych była znikoma.

**Wykres 8. Wielkość i struktura sieci rodzinnych osób w wieku 65 lat i więcej według płci w Polsce**

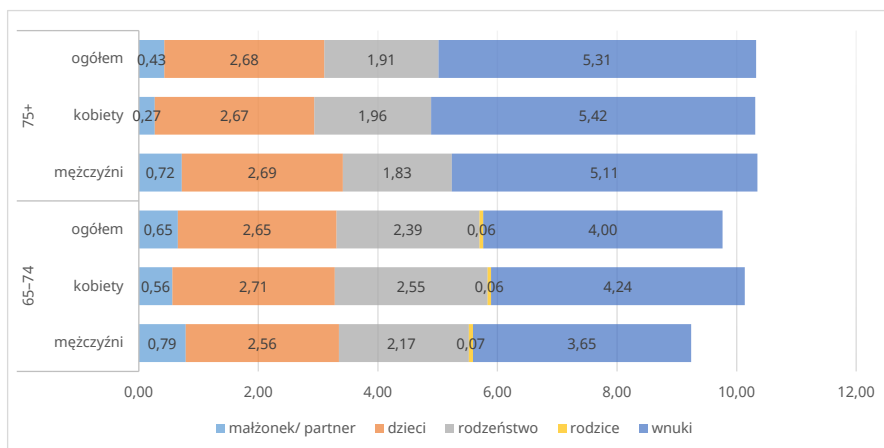


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z 6. rundy badania SHARE (wyniki ważone).

Sieci krewnicze różnią się znacząco według wieku respondentów (wykres 9). Osoby w wieku 65–74 lata miały średnio 9,8 osób w sieciach rodzinnych, zaś osoby w wieku 75 lat i więcej 10,3 osób. Różnice w wielkości i strukturze sieci krewniczych między wyróżnionymi grupami wieku wynikają z różnokierunkowych zmian obecności członków sieci: małżonka/partnera, rodzeństwa

i wnuków. Na przykład osoby w wieku 65–74 lata miały średnio 4 wnuków, zaś osoby w wieku 75 lat i więcej – 5,3. Z kolei średnia liczba rodzeństwa zmniejszyła się w tych przedziałach wieku z 2,4 do 1,9 osób, podobnie jak średnia liczba współmałżonka/partnera, która wyniosła odpowiednio 0,65 i 0,43 osób.

**Wykres 9. Wielkość i struktura sieci rodzinnych osób w wieku 65 lat i więcej według płci i wieku w Polsce**

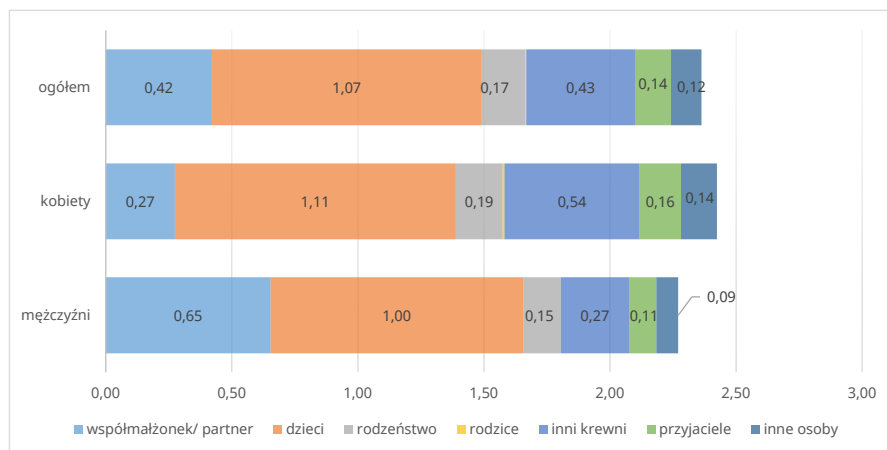


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z 6. rundy badania SHARE (wyniki ważone).

Sieci społeczne osób w wieku 65 lat i więcej w Polsce są znacznie mniejsze niż ich sieci rodzinne mimo włączenia do grona potencjalnych członków sieci innych krewnych oraz osób spoza sieci rodzinnych. Średnia wielkość sieci społecznych wyniosła 2,35 osób, nieco więcej dla kobiet niż dla mężczyzn (2,41 wobec 2,27 osób) (wykres 10). Wynika to nie tylko z braku wnuków w tej sieci, ale także zmiany stopnia uczestnictwa innych członków sieci rodzinnej w sieci społecznej. Należy podkreślić, iż udział współmałżonka/partnera, dzieci, a zwłaszcza rodzeństwa w sieciach społecznych osób starszych w Polsce był dużo mniejszy niż ich udział w sieci rodzinnej, który odzwierciedlał liczbę żyjących członków rodziny. Średnia liczba dzieci w sieciach społecznych wyniosła niewiele ponad jedno dziecko (wobec prawie 2,7 osób w sieci rodzinnej), natomiast średnia liczba rodzeństwa w sieciach społecznych zaledwie 0,17 osób (wobec średniej liczby ponad dwojga żyjącego rodzeństwa w sieci rodzinnej). Wyniki te w niewielkim stopniu różnią się dla kobiet i mężczyzn. Także współmałżonkowie/partnerzy w mniejszym stopniu tworzyli sieci społeczne osób starszych w Polsce – średnia wyniosła 0,42 (wobec 0,57 osób w sieci rodzinnej). W szczególności kobiety rzadziej wymieniały współmałżonka/partnera jako osobę, z którą rozmawiały o sprawach osobistych (0,27 wobec 0,67 osób). Inni krewni w nieznacznym stopniu tworzyli sieci społeczne osób starszych: było to średnio 0,43 osób (dla kobiet 0,54 oraz dla mężczyzn 0,27 osób). Warto

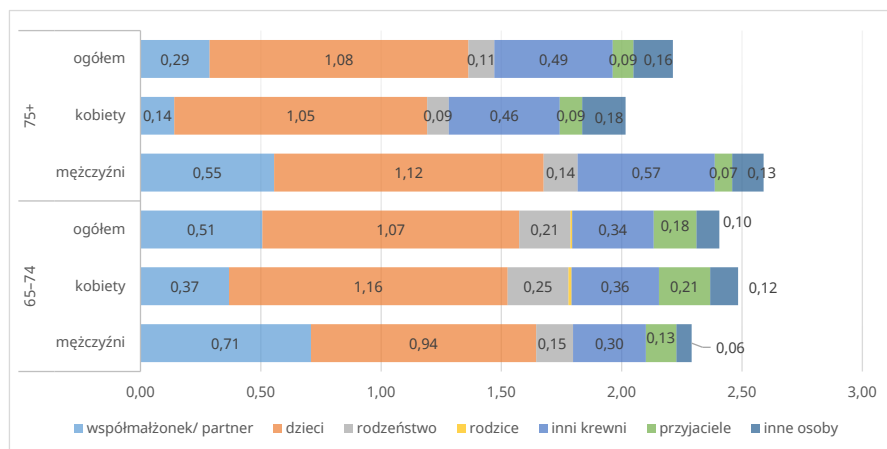
także podkreślić, że wkład osób spoza rodziny (przyjaciele, znajomi, sąsiedzi) w wielkość sieci społecznych był niewielki i dużo mniejszy niż członków rodziny. Średnia liczba przyjaciół w sieciach społecznych osób starszych wyniosła 0,14 osób, zaś innych osób 0,12.

**Wykres 10. Wielkość i struktura sieci społecznych osób w wieku 65 lat i więcej według płci w Polsce**



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z 6. rundy badania SHARE (wyniki ważone).

**Wykres 11. Wielkość i struktura sieci społecznych osób w wieku 65 lat i więcej według płci i wieku w Polsce**



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z 6. rundy badania SHARE (wyniki ważone).

Wielkość i struktura sieci społecznych osób starszych różnią się znacząco dla analizowanych grup wieku (tj. 65–74 lata oraz 75+). Sieci społeczne osób w wieku 75 lat i więcej są mniejsze niż osób w wieku 65–74 lata i sytuacja ta dotyczy kobiet, gdyż w przypadku mężczyzn jest odwrotna (wykres 11). Różnice między rozpatrywanymi grupami wieku polegają głównie na rzadszej



obecności współmałżonka w sieciach społecznych wśród osób 75+ oraz częstszej obecności innych krewnych niż w młodszej grupie wieku (zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn). Wyniki te wskazują, że w sytuacji utraty współmałżonka, a także pogorszenia się stanu zdrowia inni krewni także włączają się we wspieranie takiej osoby.

Podsumowując tę część rozważań, należy podkreślić, że sama wielkość i struktura sieci krewniaczych osób starszych nie determinuje szans uzyskania opieki nieformalnej. Sieci rodzinne stanowią źródło potencjalnego wsparcia. W dużo większym stopniu szanse uzyskania wsparcia określają powstałe w ciągu całego życia relacje osobiste z innymi ludźmi, którzy tworzą sieci społeczne. **Przeciwdziałanie narastającemu deficytowi opieki nieformalnej, generowanemu przez zmniejszające się zasoby opieki rodzinnej, powinno zatem obejmować zarówno działania w skali makro (wspomniany już rozwój usług opieki formalnej), jak i kształtowanie zachowań indywidualnych (skala mikro) dotyczących tworzenia relacji społecznych w przebiegu życia, które będą źródłem wsparcia emocjonalnego i praktycznego dla osób starszych w potrzebie.**

## Modele opieki nad osobami starszymi w krajach europejskich

Odwołanie się w dyskusji o klasyfikacji modeli opieki<sup>27</sup> do podziału odpowiedzialności za międzygeneracyjne zobowiązania opiekuńcze i finansowe wobec osób starszych między państwo i rodzinę prowadzi do wyodrębnienia następujących bazowych modeli:

- **familizm pozbawiony wsparcia** (*familialism by default/unsupported familialisation*) oznacza sytuację, w której międzypokoleniowe zobowiązania opiekuńcze i finansowe ponoszą tylko rodziny, tzn. **brak** jest rozwiązań wspierających rodziny organizacyjnie i finansowo **lub jest ich niewiele**;
- **wspierany familizm** (*supported familialism*) dotyczy sytuacji, w której rozwiązania instytucjonalne, takie jak transfery finansowe, płatne urlopy czy usługi opiekuńcze, wspierają rodziny w wypełnianiu tych zobowiązań;

---

27 Por. B. Pfau-Effinger, *Welfare state policies and care arrangements*, op. cit.; Ch. Saraceno, W. Keck, *Can we identify intergenerational policy regimes in Europe?*, op. cit.; P. Dykstra, *Intergenerational family caregiving in welfare policy context*, [w:] D. Gu, M. Dupre, *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging*, Springer, Cham 2019.

- **defamilizacja opieki** (*de-familialisation*) występuje wówczas, gdy poprzez publiczne usługi, urlopy i świadczenia pieniężne realizowane są prawa jednostek do opieki i zabezpieczenia finansowego.

Wymienia się jeszcze model opieki usytuowany między wspieranym familizmem a defamilizacją. Zwraca się przy tym uwagę, iż te dwa modele nie stanowią przeciwnych rozwiązań – profesjonalne usługi publiczne mogą współwystępować z usługami świadczonymi przez członków sieci rodzinnych<sup>28</sup>.

Kraje skandynawskie, a także Holandia, Belgia i Francja przejawiają stosunkowo wysoki zakres defamilizacji stosowanych rozwiązań, natomiast kraje Europy Południowej i Środkowo-Wschodniej charakteryzuje wspierany familizm (Estonia, Austria, Niemcy, Malta, Portugalia, Wielka Brytania) bądź familizm pozbawiony wsparcia (Polska, Włochy, Hiszpania, Grecja, Węgry, Czechy, Słowenia, Słowacja)<sup>29</sup>.

Dane z 6. rundy badania SHARE pokazują ogólne zróżnicowanie krajów ze względu na zakres opieki formalnej i nieformalnej wśród osób starszych zgodnie z innymi ustaleniami empirycznymi<sup>30</sup>. Wyniki analizy potwierdziły, jak ważne jest wsparcie nieformalne dla osób w wieku 65 lat i starszych. Otrzymują one głównie ten typ wsparcia, przy czym dzieje się tak także wówczas, gdy doświadczają przynajmniej jednego ograniczenia przy wykonywaniu podstawowych lub instrumentalnych czynności życiowych<sup>31</sup>. Nawet w krajach o wysokim zakresie defamilizacji zobowiązań opiekuńczych opieka nieformalna jest ważnym źródłem wsparcia dla osób starszych. Ma ona największe znaczenie w krajach Europy Środkowo-Wschodniej i Południowej, zaś w pozostałych krajach stosunkowo dużą rolę odgrywa łączenie obu form opieki. Jest to spójne z wnioskiem, że **rozwój opieki formalnej tylko uzupełnia, a nie zastępuje opieki nieformalnej, sprawowanej przez członków sieci rodzinnej**. Wniosek ten przeczy tzw. hipotezie *crowding out* formułowanej w odniesieniu

---

28 P. Dykstra, *Intergenerational family caregiving in welfare policy context*, *op. cit.*

29 B. Pfau-Effinger, *Welfare state policies...*, *op. cit.*; Ch. Saraceno, W. Keck, *Can we identify...*, *op. cit.*; K. Haberkern, M. Szydlik, *State care provision, societal opinion and children's care of older parents in 11 European countries*, „Ageing and Society” 2010, nr 2 (30), s. 299–323; M. Albertini, M. Kohli, *The Generational Contract in the Family...*, *op. cit.*

30 A. Abramowska-Kmon, *Opieka nad osobami starszymi w wybranych krajach europejskich*, *op. cit.*

31 Do podstawowych czynności życiowych zalicza się ubieranie się, chodzenie, jedzenie, samodzielna kąpiel czy korzystanie z toalety, natomiast instrumentalne czynności są bardziej skomplikowane i wymagają umiejętności nie tylko fizycznych, ale także poznawczych. Są to przygotowywanie posiłków, pranie, sprząatanie, finanse, zakupy lub transport.

do relacji między opieką formalną i nieformalną<sup>32</sup>. Co więcej, rozróżnienie między wsparciem w czynnościach instrumentalnych a wsparciem w podstawowych czynnościach dnia codziennego prowadzi do konkluzji, iż w krajach o rozwiniętych usługach formalnych członkowie sieci rodzinnych bardziej angażują się w pomoc w zakresie czynności instrumentalnych, a mniej w zakresie czynności podstawowych<sup>33</sup>. **Rozwój opieki formalnej, która uzupełnia opiekę nieformalną, sprzyja lepszemu zaspokojeniu potrzeb opiekunów.** Znajduje to odzwierciedlenie w kształtowaniu się tzw. luki opiekuńczej, określanej jako odsetek osób, które nie otrzymują wsparcia w życiu codziennym, mimo że go potrzebują<sup>34</sup>. Jest ona wyraźnie większa w krajach, w których występuje familizm pozbawiony wsparcia, szczególnie w Polsce, Portugalii i Hiszpanii. W Polsce aż około 53% osób starszych z ograniczeniami zdrowotnymi nie otrzymywało żadnego wsparcia<sup>35</sup>. Wynika to głównie z pogłębiającej się niekorzystnej relacji między rosnącym zapotrzebowaniem na usługi opiekuńcze a ich podażą<sup>36</sup>. **Głęboki niedostatek zarówno formalnych usług świadczonych w miejscu zamieszkania osób starszych, jak i miejsc w domach opieki, wraz z jednym z najniższych w Unii Europejskiej udziałem wydatków na opiekę długoterminową w PKB<sup>37</sup> z jednej strony, a także omawiane wyżej zmiany demograficzne prowadzące do redukcji zasobów opieki w sieciach rodzinnych z drugiej, określają rangę konieczności zdecydowanych działań, by zapobiec zapaści systemu opieki nad osobami starszymi w Polsce.**

---

32 P. Dykstra, *Intergenerational family caregiving in welfare policy context*, *op. cit.*

33 M. Brandt, K. Haber Kern, M. Szydlik, *Intergenerational Help and Care in Europe*, „European Sociological Review” 2009, nr 5 (25), s. 585–601; T. Schmid i in., *Gendered support to older parents*, *op. cit.*

34 A. Abramowska-Kmon, *Opieka nad osobami starszymi w wybranych krajach europejskich*, *op. cit.*

35 Luka opiekuńcza jest szerzej omawiana w podrozdziale *Luka opiekuńcza wśród osób starszych w Polsce*, zob. s. 41.

36 S. Golinowska, A. Sowa-Kofta, *Imbalance between demand and supply of long-term care. The case of post-communist Poland*, [w:] K. Christensen, D. Pilling (red.), *The Routledge Handbook of Social Care Work Around the World*, Routledge, Abingdon, Oxon; New York 2018, s. 172–186; W. Łątkowski, *Projections of demand for care among the elderly in Poland...*, *op. cit.*

37 OECD, *Health at a Glance 2020*, OECD Indicators, OECD Publishing Paris 2020.



Anita Abramowska-Kmon, Zofia Szweda-Lewandowska

# Model opieki nad osobami starszymi i luka opiekuńcza w Polsce

---

## Uwagi wstępne

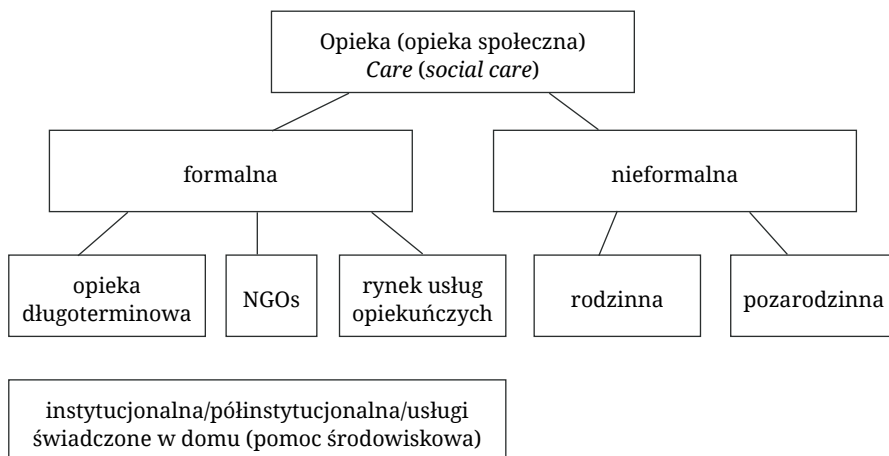
W rozdziale poprzednim omówiono obserwowane i przewidywane zmiany demograficzne, w tym zwłaszcza starzenie się populacji, zmiany rodzin i gospodarstw domowych jako kluczowe czynniki dla kształtowania zarówno zapotrzebowania na opiekę, jak i podaży tej opieki. W tym rozdziale opiszemy model opieki nad osobami starszymi w Polsce oraz dokonamy analizy tzw. luki opiekuńczej.

Przez opiekę rozumiemy tu dostarczanie nieformalnego lub/i formalnego (profesjonalnego) wsparcia wszystkim osobom, które potrzebują pomocy w codziennym życiu, czyli też osobom starszym<sup>38</sup>. Do opieki można zatem zaliczyć wsparcie społeczne, psychologiczne, emocjonalne oraz fizyczne, a także nadzór. Ponadto sprawowanie opieki może polegać na wykonywaniu prac domowych (sprzątaniu, gotowaniu, robieniu zakupów, zarządzaniu finansami itp.), a także na opiece pielęgnacyjnej (np. dbaniu o higienę osobistą). Można wyróżnić opiekę formalną, świadczoną przez publiczne instytucje opieki społecznej i organizacje charytatywne lub komercyjne, oraz opiekę nieformalną, udzielaną przez członków rodziny, przyjaciół lub sąsiadów (schemat 1).

---

38 T. Knij, M. Kremer, *Gender and the caring dimension of welfare states: toward inclusive citizenship*, „Social Policy” 1997, no. 3 (4), s. 485–508.

**Schemat 1. Klasyfikacja opieki nad osobami starszymi**



Źródło: opracowanie własne.

To, ile i w jaki sposób jest udzielane wsparcie osobom starszym, zależy od istniejącego w danym kraju modelu opieki nad tymi osobami. Podział odpowiedzialności za opiekę nad osobami starszymi wymagającymi wsparcia przy wykonywaniu czynności dnia codziennego między państwo i rodzinę znajduje odzwierciedlenie w regulacjach prawnych dotyczących tej odpowiedzialności oraz organizacji opieki formalnej. W pierwszej części bliżej scharakteryzujemy funkcjonujący w Polsce model opieki – zaklasyfikowany jako familizm pozbawiony wsparcia (por. podrozdział *Modele opieki nad osobami starszymi w krajach europejskich*, zob. s. 33).

Zapotrzebowanie na opiekę wśród osób starszych uwarunkowane jest wieloma czynnikami – zarówno na poziomie makro, jak i mikro (przede wszystkim ich wiekiem, stanem zdrowia i sytuacją rodzinną), zaś otrzymywanie opieki zależy od zasobów seniora (np. jego sytuacji rodzinnej i relacji społecznych, kapitału ludzkiego bądź sytuacji materialnej/dochodowej) oraz praktykowanego w danym kraju modelu opieki nad osobami starszymi i dostępności formalnych usług opiekuńczych. Różnica między potrzebami opiekuńczymi wynikającymi ze złego stanu zdrowia a otrzymywanym wsparciem oznacza niezaspokojone potrzeby opiekuńcze, czyli tzw. lukę opiekuńczą. I ta kwestia będzie omówiona w kolejnej części niniejszego rozdziału.

## Model opieki nad osobami starszymi w Polsce

**Model opieki nad osobami starszymi** definiowany jest przez regulacje prawne dotyczące podziału odpowiedzialności za sprawowanie opieki nad osobami starszymi między państwo i rodzinę oraz organizacje usług opiekuńczych. Regulacje uwzględniają normy zwyczajowe w zakresie opieki nad osobami starszymi<sup>39</sup>. Model opieki odzwierciedla więc nie tylko model państwa opiekuńczego danego kraju, ale także kształtowany jest przez uwarunkowania kulturowe. Inaczej mówiąc, model opieki nad osobami starszymi w danym kraju jest wypadkową zarówno opieki nieformalnej świadczonej w ramach sieci rodzinnych czy sieci społecznych, istniejących zwyczajów bądź norm kulturowych dotyczących odpowiedzialności za niesamodzielną członków rodziny, jak i dostępności do formalnych usług opiekuńczych oraz stopnia zamożności osób starszych (mierzonego np. wysokością świadczeń emerytalnych).

Funkcjonujące w różnych krajach modele opieki nad osobami starszymi są zatem sumą zależności uwarunkowań gospodarczych, demograficznych, zaszczości historycznych, tradycji, a także ukształtowanego pod ich wpływem modelu polityki społecznej. Charakteryzują się one różnym rozłożeniem akcentów na poszczególne ogniwa łańcucha opiekuńczego (krewni i bliscy – środowiskowe usługi społeczne – pomoc instytucjonalna) w zakresie podziału sprawowania opieki nad osobą jej wymagającej. **Model opieki nad osobami starszymi w Polsce jest uznany za model familizmu pozbawionego wsparcia<sup>40</sup>. Oznacza to, że zobowiązania opiekuńcze i finansowe są przypisane rodzinie, która albo jest pozbawiona wsparcia zewnętrznego, albo jest wspierana tylko w niewielkim zakresie.**

Najczęściej opiekunami osób wymagających wsparcia w życiu codziennym są kobiety, które, sprawując czynności opiekuńcze, redukują swój czas wolny i/lub czas przeznaczony na pracę zawodową. Należy podkreślić, iż Kodeks Rodziny i Opiekuńczy wyraźnie nakłada obowiązek dostarczania środków utrzymania dla osób niemogących samodzielnie zaspokoić swoich potrzeb (w tym potrzeb opiekuńczych) na krewnych w linii prostej i na rodzeństwo (Dz.U. z 1964 poz. 59 ze zm.). Wynika z tego, że na przykład za dostarczanie środków utrzymania starszym rodzicom odpowiedzialne są w pierwszej kolejności dzieci, a w sytuacji braku dzieci – rodzeństwo i dalsi krewni.

---

39 A. Abramowska-Kmon, *Zmiany modelu rodziny...*, op. cit.; B. Pfau-Effinger, *Welfare state policies and care arrangements*, op. cit.; Ch. Saraceno, W. Keck, *Can we identify intergenerational policy regimes in Europe?*, op. cit.

40 B. Pfau-Effinger, *Welfare state policies...*, op. cit.; Ch. Saraceno, W. Keck, *Can we identify...*, op. cit.; P. Dykstra, *Intergenerational family caregiving in welfare policy context*, op. cit.

w tym samym stopniu są obciążeni obowiązkiem alimentacyjnym w częściach odpowiadających ich możliwościom zarobkowym i majątkowym. Instytucje publiczne są zobowiązane do udzielania opieki osobom starszym tylko w sytuacji braku nieformalnych zasobów opieki, w sytuacji znaczącego pogorszenia się ich stanu zdrowia, a także gdy rodzina nie jest w stanie zapewnić im odpowiedniej opieki. **Wynika stąd, że pomoc publiczna opiera się w zdecydowanej większości na wspieraniu opieki nieformalnej, ale jej zakres jest niewielki.**

## **Rola opieki formalnej w Polsce**

Wsparcie formalne jest udzielane osobom starszym przez instytucje do tego powołane, np. ośrodki pomocy społecznej, Centra Usług Społecznych, dopiero w sytuacji, gdy nie można zapewnić opieki już w inny sposób i gdy dochody osoby wymagającej pomocy i dochody jej rodziny są zbyt niskie, aby zakupić takie usługi na rynku. **Opieka formalna nie jest włączona wtedy, gdy mogłaby być komplementarna w stosunku do opieki nieformalnej i umożliwić osobie wymagającej pomocy dalsze funkcjonowanie w środowisku (tj. wykonywanie przez nią czynności dnia codziennego).** Zbyt późne włączenie opieki formalnej skutkuje tym, że musi być ona intensywniejsza (głównie ze względu na stan zdrowia), albo konieczne jest umieszczenie osoby starszej w domu pomocy społecznej lub zakładzie opiekuńczo-leczniczym. Tymczasem – gdyby środowiskowe usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze zostały włączone na wcześniejszym etapie i wsparły opiekunów rodzinnych w ich zadaniach – osoba wymagająca opieki mogłaby dłużej zamieszkiwać w dotychczasowym środowisku zgodnie z koncepcją starzenia się w miejscu zamieszkania (*ageing in place*). **Państwo systemowo „wpycha” opiekunów w intensywne sprawowanie opieki (nawet całodobowo). Świadczy o tym między innymi konstrukcja świadczenia pielęgnacyjnego. Opiekun, który pobiera świadczenie pielęgnacyjne, nie może wykonywać żadnej pracy ani podejmować zajęć przynoszących dochód. Podsumowując, system opieki nad osobami starszymi w Polsce opiera się na opiekunach rodzinnych, przy czym należy podkreślić brak kompleksowego ich wsparcia w wykonywanych czynnościach i pełnionej przez nich roli.**

## **Rola opieki nieformalnej**

Mimo szerokiego wachlarza usług opiekuńczych w Polsce, dostęp do nich jest bardzo ograniczony: zaledwie co setna osoba w wieku 65+ uzyskuje jakąś formę wsparcia formalnego, zaś co dziesiąta osoba starsza zgłaszająca ograniczenia przy wykonywaniu podstawowych czynności życiowych uzyskuje tego



typu pomoc<sup>41</sup>. Zdecydowana większość osób starszych otrzymuje opiekę w ramach nieformalnych sieci wsparcia, najczęściej od kobiet (małżonek, córek, synowych i innych krewnych)<sup>42</sup>. Starsze kobiety częściej niż starsi mężczyźni otrzymują wsparcie od osób spoza gospodarstwa domowego, co jest związane z różnicami w sytuacji rodzinnej oraz w stanie cywilnym między płciami<sup>43</sup>. Coraz istotniejszą rolę, zwłaszcza w przypadku osób bezdzietnych lub mieszkających w dużej odległości od dorosłych dzieci, odgrywa pomoc nieformalna udzielana w ramach nierodzinnych sieci społecznych<sup>44</sup>. Osoby starsze często korzystają z pomocy sąsiadów i znajomych, najczęściej jednak ta pomoc jest doraźna, udzielana w sytuacji chwilowych problemów zdrowotnych i ogranicza się głównie do robienia zakupów. W sytuacji znacznego i trwałego pogorszenia się stanu zdrowia osoby te poszukują innych rozwiązań (najczęściej formalnych usług opiekuńczych). Należy też podkreślić, że osoby starsze są także opiekunami innych osób w podobnym wieku (współmałżonka, rodzeństwa, przyjaciół itp.).

## Luka opiekuńcza wśród osób starszych w Polsce

### Luka opiekuńcza – ujęcie teoretyczne

Luka opiekuńcza, czyli niezaspokojone potrzeby opiekuńcze (*unmet care needs*), definiowana jest jako różnica pomiędzy zidentyfikowanymi potrzebami opiekuńczymi wynikającymi ze stanu zdrowia osoby starszej, stopnia samodzielności, wieku, statusu rodzinnego, statusu ekonomicznego, zasobów kulturowych (indywidualne cechy jednostki) a otrzymywaną pomocą i wsparciem.

Lukę opiekuńczą identyfikuje się na dwóch poziomach. Pierwszy poziom (luka opiekuńcza I) to niezaspokojone potrzeby opiekuńcze w ramach sieci rodzinnych i sieci społecznych stanowiących tzw. nieformalne sieci wsparcia dla jednostki. Inaczej mówiąc, określa się ją na podstawie różnicy między potrzebami opiekuńczymi jednostki a ich zaspokojeniem ze strony krewnych i osób niespokrewnionych (sąsiadów, znajomych, przyjaciół). Luka opiekuńcza I może

41 A. Abramowska-Kmon, *Opieka nad osobami starszymi w wybranych krajach europejskich*, op. cit.

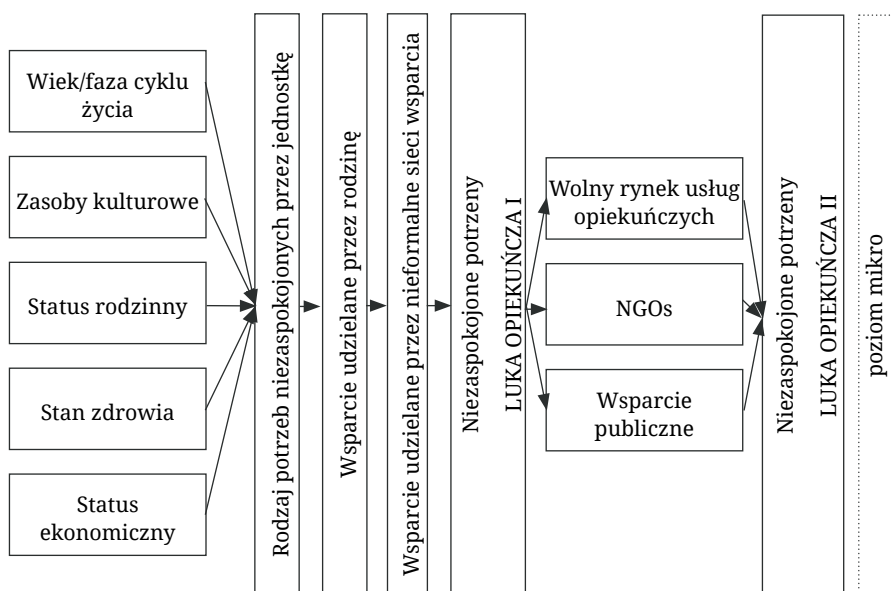
42 *Ibidem*; A. Abramowska-Kmon, *Zmiany modelu rodziny a zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze dla osób starszych*, op. cit.; A. Abramowska-Kmon, I.E. Kotowska, *Usługi opiekuńcze dla osób starszych*, [w:] I.E. Kotowska (red.), *Rynek pracy i wykluczenie społeczne w kontekście percepcji Polaków – Diagnoza Społeczna 2009*, Raport tematyczny dla Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2009.

43 A. Abramowska-Kmon, *Zmiany modelu rodziny...*, op. cit.; zob. też rozdz. I niniejszego raportu.

44 A. Abramowska-Kmon, M. Mynarska, *Opieka nad starszymi osobami bezdzietnymi w Polsce: opinie, doświadczenia, potrzeby*, „Ubezpieczenia Społeczne. Teoria i praktyka” 2020, nr 3, s. 97–116.

zostać zniwelowana przez udzielenie formalnej pomocy środowiskowej i instytucjonalnej. Usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania osoby starszej, pomoc półinstytucjonalna i instytucjonalna powinny redukować stopień niezaspokojonych potrzeb opiekuńczych. W związku z tym drugi poziom niezaspokojonych potrzeb definiuje się jako lukę opiekuńczą II. Powstaje ona wówczas, gdy otrzymanie pomocy ze strony rodziny i bliskich niespokrewnionych, a także zakup usług opiekuńczych, pomoc udzielana przez organizacje pozarządowe oraz pomoc udzielana przez samorządy i władze centralne są niewystarczające do zaspokojenia potrzeb opiekuńczych jednostki. Schematyczne ujęcie luki opiekuńczej I i II przedstawiono na schemacie 2.

**Schemat 2. Luka opiekuńcza**



Źródło: Z. Szweda-Lewandowska, *Opieka nad osobami starszymi. Wspierający i wspierani*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2017, s. 49.

## Luka opiekuńcza wśród osób starszych w Polsce

W celu zobrazowania skali niezaspokojonych potrzeb opiekuńczych osób starszych w Polsce dokonano pomiaru zarówno luki opiekuńczej typu I, jak i luki typu II. Do obliczeń wykorzystano dane pochodzące z 6. rundy badania SHARE zrealizowanej w 2015 roku. Lukę opiekuńczą I zdefiniowano jako różnicę pomiędzy potrzebami opiekuńczymi, które wynikają z sytuacji zdrowotnej ocenionej na podstawie występowania przynajmniej jednego ograniczenia przy wykonywaniu podstawowych czynności życiowych (*Activities of daily living – ADL*) lub instrumentalnych (złożonych) czynności życiowych (*Instrumental*

*activities of daily living* – IADL)<sup>45</sup>, a opieką otrzymywaną w ramach nieformalnych sieci wsparcia (w ramach tego samego gospodarstwa domowego lub od osoby spoza gospodarstwa). Mierząc potrzeby opiekuńcze, uwzględniono odsetek osób odczuwających przynajmniej jedno ograniczenie przy wykonywaniu podstawowych lub instrumentalnych czynności życiowych, zaś skalę udzielonego wsparcia oceniono na podstawie odsetka osób odczuwających te ograniczenia i otrzymujących jakąkolwiek pomoc nieformalną. Luka I odzwierciedla zatem skalę, stopień lub zakres niezaspokojonych potrzeb opiekuńczych przez nieformalne sieci wsparcia. Do oszacowania luki opiekuńczej II wykorzystano dodatkowo informacje o pomocy uzyskiwanej w ramach opieki formalnej, np. nabywanej na rynku usług, świadczonej w ramach sektora publicznego (zarówno w ramach systemu pomocy społecznej, jak i systemu ochrony zdrowia, środowiskowe usługi opiekuńcze, usługi pielęgnacyjne), czy o usługach opiekuńczych świadczonych przez sektor organizacji pozarządowych. Luka typu II mierzona jest zatem jako różnica między udziałem osób zgłaszających przynajmniej jedno ograniczenie przy wykonywaniu podstawowych lub instrumentalnych czynności życiowych a odsetkiem tych osób otrzymujących pomoc nieformalną i/lub formalną. Luka opiekuńcza II pokazuje zatem deficyt w zaspokojeniu potrzeb osób starszych wymagających pomocy w codziennym funkcjonowaniu. Należy podkreślić, że w niniejszych analizach uwzględniona została opieka nieformalna otrzymywana zarówno codziennie, jak i rzadko (np. raz w tygodniu).

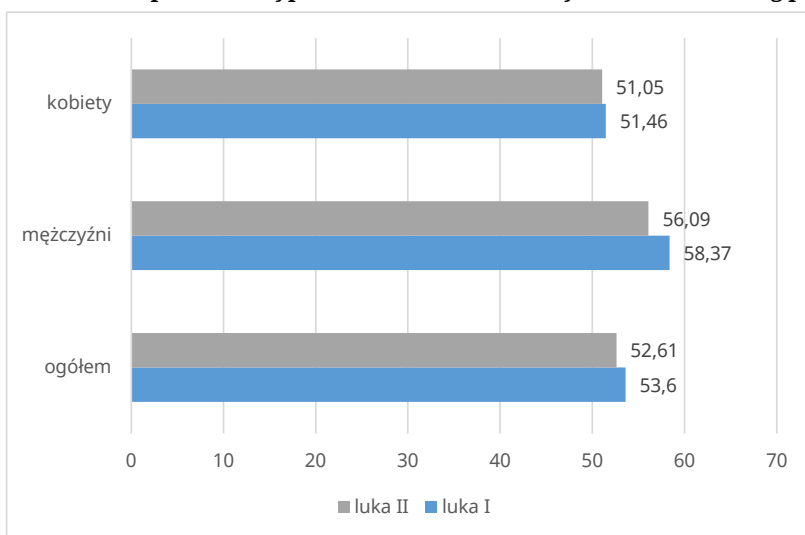
Wyniki analiz pokazują, że 53,6% osób w wieku 65 lat lub więcej w Polsce miało niezaspokojone potrzeby opiekuńcze w ramach nieformalnych sieci wsparcia (luka opiekuńcza I) (wykres 1), przy czym luka typu I była większa dla mężczyzn (58,4%) niż dla kobiet (51,5%). Uwzględnienie formalnych usług opiekuńczych tylko w niewielkim stopniu zniwelowało istniejącą lukę opiekuńczą, zwłaszcza dla kobiet: luka typu II wyniosła 52,6% wśród ogółu osób starszych – dla mężczyzn 56,1% i 51,1% dla kobiet. Występują także różnice w wielkości luki opiekuńczej obu typów według grup wieku (wykres 2). Dla osób w wieku 65–74 lata luka typu I wyniosła 63,9%, zaś dla osób w wieku 75 lat lub więcej 46,9%, natomiast luka typu II odpowiednio 63,2% oraz 45,7%. Należy także podkreślić, iż większe różnice między kobietami i mężczyznami w tym zakresie można zaobserwować dla osób w wieku 65–74 lata niż w grupie 75+. Należy zaznaczyć, że w podejściu tym uwzględnione zostały zarówno

---

45 Na podstawie informacji dotyczących wykonywania ww. czynności (nie, tak, z pomocą) wyznacza się skalę stopnia autonomii (np. skala ADL, IADL, Barthel), które pozwalają na wyodrębnienie jednorodnych grup z punktu widzenia stopnia autonomii oraz powiązanych z nim potrzeb jednostki. Następnym jest dostosowywany zakres i rodzaj wsparcia.

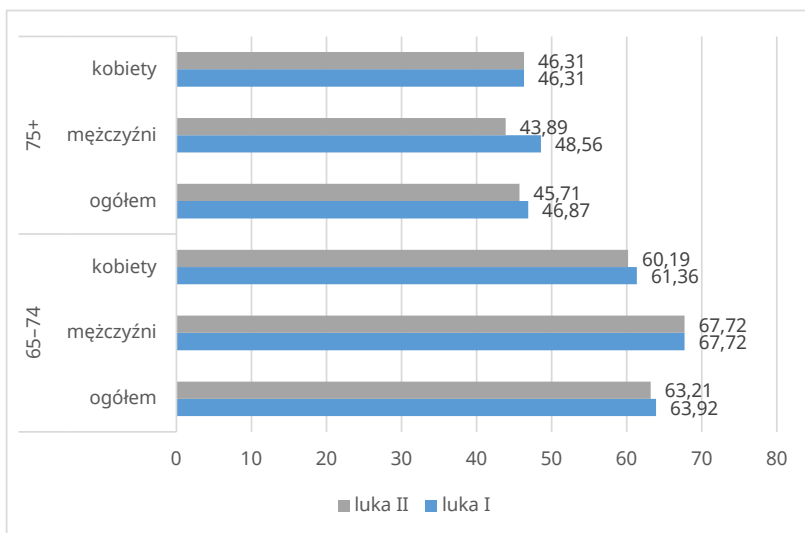
osoby, które charakteryzowały się niewielkimi potrzebami wynikającymi z ich stanu zdrowia (np. posiadające tylko jedno ograniczenie ADL), jak i te, które uzyskiwały niewiele wsparcia przy dużo większych problemach zdrowotnych. Tym samym można też uznać, że luka opiekuńcza odnotowana dla osób w wieku 75+ różni się pod względem jakościowym od luki zaobserwowanej dla osób w wieku 65–74 lata.

**Wykres 1. Luka opiekuńcza typu I i II wśród osób starszych w Polsce według płci**



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z 6. rundy SHARE (wyniki ważone).

**Wykres 2. Luka opiekuńcza typu I i II wśród osób starszych w Polsce według płci i wieku**

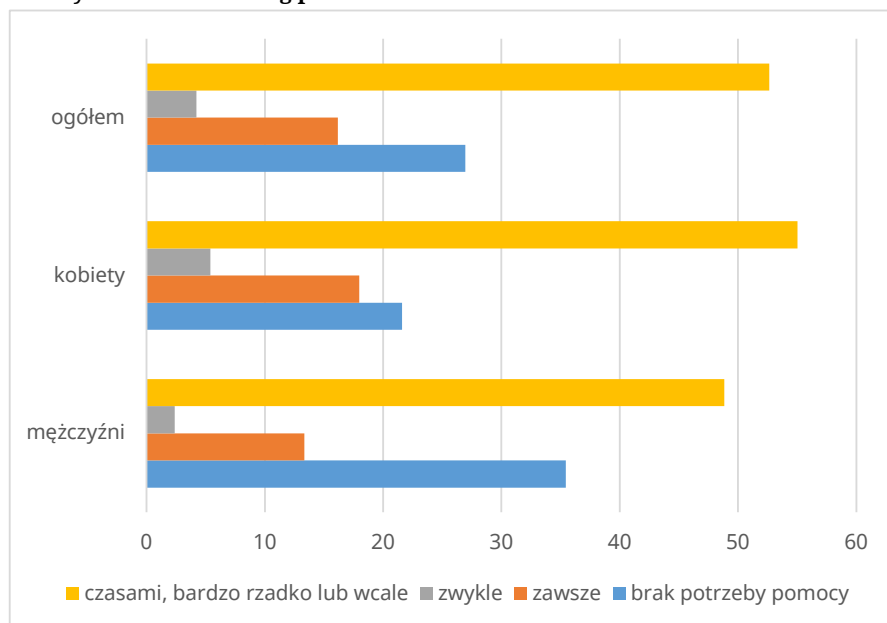


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z 6. rundy SHARE (wyniki ważone).

Dodatkowo dzięki danym badania SHARE możliwe było dokonanie oceny wielkości otrzymywanego wsparcia w subiektywnej ocenie respondentów posiadających przynajmniej jedno ograniczenie przy wykonywaniu podstawowych lub instrumentalnych czynności życiowych (ADL/IADL), a także ograniczenia w mobilności bądź poruszaniu się. Respondenci mieli ocenić, czy otrzymywana pomoc spełniała ich potrzeby (możliwe odpowiedzi to: zawsze, zwykle, czasami lub bardzo rzadko). Ponadto odpowiedzi te zostały zestawione z faktem otrzymywania wsparcia przy występowaniu wyżej wymienionych ograniczeń. Ostateczna zmienna opisująca, czy otrzymywana pomoc spełnia potrzeby ankietowanych, przyjęła zatem następujące kategorie: „brak potrzeby pomocy”, „zawsze”, „zwykle” oraz „czasami, bardzo rzadko lub wcale”.

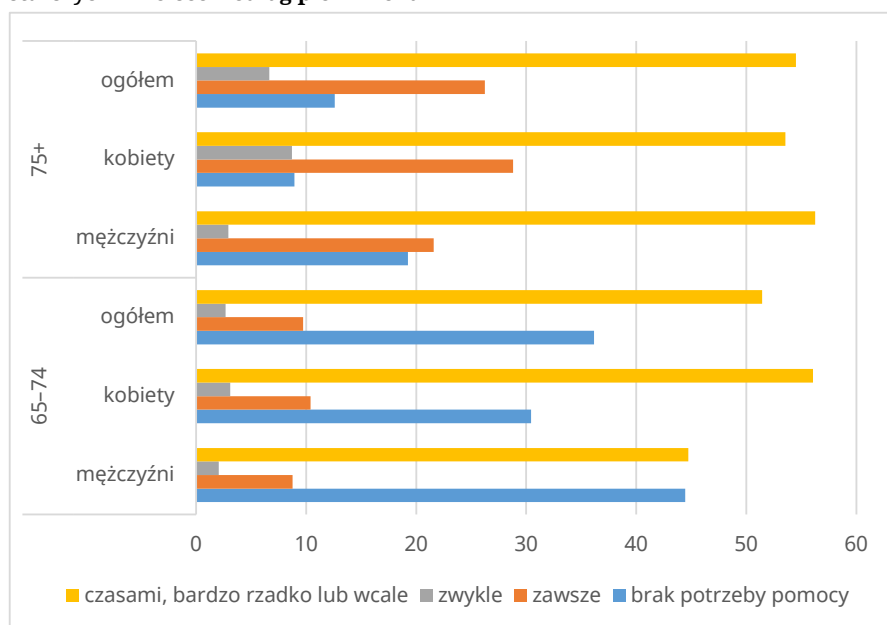
Uzyskane wyniki pokazują, że prawie 27% osób starszych (21,6% kobiet oraz 35,5% mężczyzn) nie potrzebowało pomocy innych osób (wykres 3). Ponad 16% osób w wieku 65+ deklarowało, że otrzymywana pomoc zawsze spełnia ich potrzeby (18% kobiet oraz 13,3% mężczyzn). Natomiast dalsze ponad 4% (5,4% kobiet i 2,4% mężczyzn) przyznało, że uzyskiwana pomoc zwykle spełnia ich potrzeby. Co ważne, ponad połowa ankietowanych starszych dorosłych (52,6%) stwierdziła, że otrzymywana pomoc spełnia ich potrzeby czasami lub rzadziej, z czego 51,3% (55% kobiet i 48,9% mężczyzn) wcale nie otrzymywało wsparcia mimo odczuwania takiej potrzeby. Można także zauważyć znaczne różnice w rozkładach odpowiedzi według grup wieku (wykres 4). Ponad 36% osób w wieku 65–74 lata nie potrzebowało pomocy, zaś w zbiorowości 75+ odsetek ten wyniósł poniżej 13%. Poza tym ponad 26% osób w wieku 75 lat i starszych zadeklarowało, że otrzymywane wsparcie zawsze spełnia ich potrzeby (wobec 9,7% w wieku 65–74 lata). Co więcej, 51,4% osób w wieku 65–74 lata oraz 54,5% zbiorowości w wieku 75+ przyznało, że wcale nie otrzymywało pomocy lub spełniała ona ich potrzeby czasami i bardzo rzadko. Należy podkreślić, że te wyniki odnoszą się zarówno do osób, które odznaczały się niewielkimi ograniczeniami przy wykonywaniu podstawowych i instrumentalnych czynności życiowych, jak i do tych, które doświadczały znacznych problemów zdrowotnych i miały większe trudności w realizacji ww. aktywności i tym samym większe potrzeby opiekuńcze. Niestety, z uwagi na stosunkowo małe liczebności nie były możliwe bardziej pogłębione analizy w tym zakresie.

**Wykres 3. Rozkład odpowiedzi, czy otrzymywana pomoc spełnia potrzeby osób starszych w Polsce według płci**



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z 6. rundy SHARE (wyniki ważone).

**Wykres 4. Rozkład odpowiedzi, czy otrzymywana pomoc spełnia potrzeby osób starszych w Polsce według płci i wieku**



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z 6. rundy SHARE (wyniki ważone).

Podsumowując powyższe rozważania, należy podkreślić, że **w Polsce istnieje dość znaczna luka między potrzebami opiekuńczymi osób starszych a ich zaspokojeniem. Zdecydowana większość tych potrzeb jest zaspokajana w ramach nieformalnych sieci wsparcia (rodzinnych i pozarodzinnych) i tylko w niewielkim stopniu wspierana jest poprzez formalne usługi opiekuńcze.** Ponadto zachodzące obecnie i oczekiwane w przyszłości zmiany społeczno-demograficzne (m.in. starzenie się ludności, zmiany modelu rodziny, dostępność opiekunów nieformalnych) przyczynią się do zwiększenia zapotrzebowania na szeroko rozumianą opiekę dla osób starszych, w tym na formalne usługi opiekuńcze.





## Opieka formalna

---

### Formalne świadczenia opiekuńcze

W Polsce formalne świadczenia opiekuńcze są przyznawane w ramach opieki długoterminowej, która nie jest jednolitym systemem<sup>46</sup>. W związku z tym świadczenia opieki długoterminowej są przyznawane w ramach kilku systemów:

- zabezpieczenia zdrowotnego;
- zabezpieczenia emerytalnego;
- zabezpieczenia rentowego;
- pomocy społecznej.

Świadczenia te mogą przyjąć dwie formy: świadczeń pieniężnych i świadczeń rzeczowych. Świadczenia rzeczowe dostarczane w ramach formalnego systemu pomocy obejmują trzy obszary: pomoc świadczoną w środowisku zamieszkania, pomoc półinstytucjonalną i pomoc instytucjonalną.

### Pomoc środowiskowa

Pomoc formalna osobie wymagającej intensywnego wsparcia w życiu codziennym jest udzielana w formie środowiskowych usług opiekuńczych (w tym usług specjalistycznych) w ramach systemu pomocy społecznej oraz systemu ochrony zdrowia.

---

46 B. Więckowska, *Ubezpieczenie pielęgnacyjne*, Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie, Warszawa 2008; A. Abramowska-Kmon, B. Więckowska, *Prognoza wydatków na opiekę długoterminową w Polsce na lata 2010–2035*, Raport z badań własnych z rezerwy rektora SGH 2009, nr E/89/10/09.

W ramach usług środowiskowych opiekuńki wykonują czynności związane z prowadzeniem gospodarstwa domowego (zakupy, sprząatanie, przygotowywanie posiłku, załatwianie spraw administracyjnych itp.), czynności pielęgnacyjno-higieniczne (pomoc w ubieraniu się, zabiegi pielęgnacyjne). Ponadto, w ramach pomocy społecznej, świadczone są także: specjalistyczne poradnictwo (obejmujące m.in. poradnictwo psychologiczne, prawne i rodzinne) i praca socjalna.

Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania osoby wymagającej pomocy oferuje także dynamicznie rozwijający się rynek usług komercyjnych. Są to zarówno usługi w wymiarze godzinowym, jak i usługi całodobowe (możliwość zamieszkania opiekuńki w gospodarstwie domowym). Do sektora prywatnego włączane są również usługi opiekuńcze nabywane w ramach „szarej strefy”, które pozostają całkowicie poza koordynacją i kontrolą instytucji państwowych i samorządowych.

Sektor organizacji non-profit obejmujący zarówno organizacje pozarządowe (NGOs), jak i związki wyznaniowe, fundacje, stowarzyszenia oraz kościoły różnych wyznań, także świadczy usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania osoby wymagającej pomocy w codziennym funkcjonowaniu. W przeszłości organizacje wyznaniowe świadczyły pomoc najczęściej na rzecz swoich członków, obecnie sytuacja powoli ulega zmianie i pomoc jest kierowana również do innych osób.

W ramach systemu ochrony zdrowia opieka domowa jest zapewniana w ramach domowych hospicjów oraz przez pielęgniarki środowiskowe, terapeutów i rehabilitantów. Pomoc jest również udzielana poprzez poradnie rehabilitacyjne oraz poradnie medycyny paliatywnej, a osobom starszym także przez poradnie geriatryczne.

## **Pomoc półinstytucjonalna**

Pomoc półinstytucjonalna funkcjonuje nie tylko jako oddzielna forma pomocy, lecz najczęściej jest uzupełnieniem pomocy środowiskowej oraz opieki sprawowanej przez krewnych i bliskich. Do form pomocy półinstytucjonalnej zaliczamy przede wszystkim domy dziennego pobytu i domy dziennego pobytu dla osób z chorobą Alzheimera. Szczególną funkcję wspierającą rodzinnych opiekunów pełnią domy dziennego pobytu dla osób z chorobą Alzheimera, gdyż umożliwiają one opiekunowi łączenie opieki z pracą zawodową, a także dają chwilę wytchnienia w opiece i możliwość załatwienia swoich spraw. Niestety, tego typu placówek jest nadal bardzo mało. Domy dziennego pobytu świadczą także usługę polegającą na zapewnianiu posiłków osobom, które

otrzymują środowiskową usługę opiekuńczą. Posiłki przygotowane w domu dziennego pobytu są także dostarczane do domu osoby wymagającej wsparcia przez opiekuna środowiskowego. W ramach wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi system pomocy społecznej oferuje usługi w środowiskowych domach samopomocy<sup>47</sup> lub klubach samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi. W ramach systemu ochrony zdrowia pomoc półinstytucjonalna świadczona jest w placówkach opieki ambulatoryjnej, opieki dziennej, podstawowej opieki zdrowotnej, a także w ramach dziennych oddziałów rehabilitacji.

## Pomoc instytucjonalna

W ramach pomocy społecznej pomoc instytucjonalna świadczona jest w domach pomocy społecznej (DPS) i placówkach zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku. Zgodnie z ustawą o pomocy społecznej prawo do umieszczenia w domu pomocy społecznej przysługuje osobie wymagającej całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogącej samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, której nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych (Dz.U. z 2020 r., poz. 1876).

W ramach systemu ochrony zdrowia pomoc jest świadczona na oddziałach opieki paliatywnej, oddziałach dla osób przewlekle chorych, w hospicjach, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz opiekuńczo-leczniczych<sup>48</sup>.

Celem opieki długoterminowej jest stworzenie warunków umożliwiających osobie wymagającej pomocy w codziennym funkcjonowaniu jak najdłuższego życia w dotychczasowym środowisku przy jednoczesnym zaspokojeniu jej potrzeb i zapewnieniu godnego życia. Zgodnie z zasadą subsydiarności i modelem opiekuńczym funkcjonującym w Polsce kolejne elementy pomocy powinny być włączane w sytuacji, gdy zmieniają się warunki osobiste osoby wymagającej wsparcia, np. pogarsza się stan jej zdrowia, zmienia status rodzinny i niemożliwe jest zapewnienie odpowiedniej pomocy. Jednak jeśli przyjrzymy się potrzebom osób wymagających wsparcia w niezależnym życiu i pomocy, jaką uzyskują, to okazuje się, że istnieje znaczna luka pomiędzy potrzebami a ich zaspokajaniem.

---

47 Jest też możliwość korzystania z miejsca całodobowego pobytu w środowiskowym domu samopomocy.

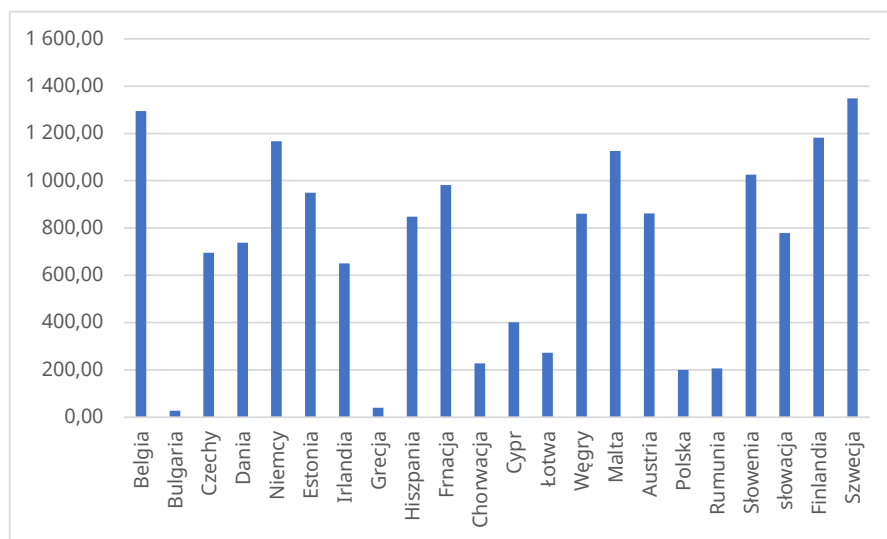
48 A. Koziarkiewicz, K. Szczurbińska (red.), *Opieka długoterminowa w Polsce: ocena stanu obecnego oraz rozwiązania na przyszłość*, TerMedia, Poznań 2007.

## Dostęp do opieki formalnej

Jak pokazaliśmy w rozdziale II, potrzeby ponad połowy osób starszych, które odczuwają ograniczenia w wykonywaniu czynności życia codziennego, pozostają niezaspokojone. Nieformalne sieci wsparcia (krewni i bliscy znajomi) zaspokajają ok. 53% potrzeb opiekuńczych osób w wieku 65+, a usługi formalne (publiczne, dostarczane przez organizacje pozarządowe czy też zakupione na rynku) tylko w znikomym stopniu zmniejszają istniejącą lukę w opiece. Wraz ze zmianami demograficznymi w Polsce liczba osób, które nie będą mogły liczyć na wsparcie ze strony opiekunów nieformalnych, będzie wzrastać.

Choć wśród formalnych usług opieki najczęściej wykorzystywana jest pomoc w formie stacjonarnej, to jednak ta forma pomocy traktowana jest jako ostateczność. Do instytucji opieki trafiają najczęściej osoby w starszym wieku. W 2019 roku korzystało z niej około 160 tys. osób, w tym ponad 60% stanowiły osoby starsze. **Polska należy do krajów UE o najmniejszej liczbie dostępnych miejsc w stacjonarnych instytucjach opieki w przeliczeniu na liczbę mieszkańców.**

**Wykres 1. Liczba miejsc w stacjonarnych instytucjach opieki na 100 tys. mieszkańców (2019)**



Źródło: Eurostat.

Jeszcze rzadziej niż usługi stacjonarne wykorzystywane są usługi środowiskowe (w miejscu zamieszkania). W roku 2019 korzystało z nich niespełna 130 tys. osób. Najmniej rozwiniętą formą pomocy są usługi półstacjonarne. Usługi formalne w Polsce mają charakter rezydualny, korzysta z nich znikoma liczba osób (niespełna 0,8% ludności Polski) (tabela 1).

**Tabela 1: Liczba osób korzystających w usług opiekuńczych w tys.**

Lata	2010	2019
usługi środowiskowe	99	135
placówki stacjonarne	136	158
w tym:		
pomocy społecznej*	82	95
opieki zdrowotnej**	53	63
Razem	235	293

\* bez domów dla matek z małoletnimi dziećmi i w ciąży, dla bezdomnych i uzależnionych od alkoholu

\*\* zakłady opiekuńczo-lecznicze i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz oddziały opieki paliatywnej

Źródło: Rocznik Statystyczny GUS 2020 r.

Obserwowane w ostatnim dziesięcioleciu tendencje **rozwaju formalnych usług opiekuńczych nie sprzyjały zmniejszeniu istniejącej luki w opiece nad osobami starszymi**. W latach 2010–2019 zwiększała się co prawda liczba osób przebywających w stacjonarnych instytucjach opiekuńczych, nastąpił też niewielki wzrost liczby osób korzystających z usług w miejscu zamieszkania, który może być przede wszystkim związany z uruchomieniem wsparcia z budżetu centralnego dla małych gmin w finansowaniu usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania (tzw. program *Opieka 75+*).

Mimo zwiększania się liczby osób korzystających z usług opiekuńczych, tempo rozwoju tych usług nie nadążało za procesem starzenia się ludności. W drugiej dekadzie XXI wieku liczba osób korzystających z usług opiekuńczych w relacji do liczby osób w wieku 65 lat i więcej nieznacznie spadła. Podobnie w relacji do wszystkich Polaków w wieku 65+ zmniejszyła się liczba osób korzystających ze stacjonarnych placówek opieki, a na niezmiennym poziomie, w tej samej relacji, pozostała liczba osób korzystających z usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania.

Co więcej, Polska jest jednym z nielicznych krajów UE, w których liczba osób korzystających z usług w miejscu zamieszkania jest mniejsza niż liczba osób korzystających z usług stacjonarnych. Niedostępność usług w miejscu zamieszkania zwiększa presję na stacjonarne formy opieki oraz ogranicza możliwość

poprawy jakości życia osób wymagających wsparcia, które pozostają w środowisku lokalnym.

**Organizacja sieci wsparcia osób wymagających pomocy nie sprzyja identyfikowaniu potrzeb w zakresie usług opiekuńczych, zarówno stacjonarnych, jak i w miejscu zamieszkania. Rozpoznanie potrzeb w tym zakresie na poziomie lokalnym koncentruje się zazwyczaj na monitorowaniu sytuacji środowisk objętych pomocą społeczną.** Jak stwierdzają kontrolerzy NIK<sup>49</sup>, wsparcie opiekuńcze rzadko przyznawane jest z urzędu, a najczęściej wynika ze zgłoszenia osoby zainteresowanej, jej rodziny lub innych osób i placówek.

Potrzeby osób i rodzin dotyczące usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania są tylko w niewielkim stopniu uwzględniane w działaniach służb publicznych. Realizacja usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania jest zadaniem własnym gmin, które ustalają zasady odpłatności i dostępu do tych usług. Zadanie to realizowane jest przez ośrodki pomocy społecznej (OPS), które nie posiadają wystarczającej wiedzy dotyczącej zapotrzebowania na usługi opiekuńcze w społeczności lokalnej, dlatego koncentrują się na ogół na monitorowaniu tych potrzeb w środowiskach objętych pomocą społeczną. Gminne regulaminy dotyczące warunków przyznania i odpłatności za usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania dotyczą zazwyczaj osób i rodzin spełniających kryteria dochodowe pomocy społecznej lub nieco wyższych. Nieodpłatne usługi przynawane są zazwyczaj samotnym lub samotnie gospodarującym osobom starszym, stosowane są również ulgi w opłacaniu kosztów usług. Brak w większości samorządów lokalnych standardów opieki i jasnych kryteriów przyznawania pomocy w zależności od stopnia niesamodzielności osoby, która otrzymuje wsparcie, powoduje, że pomoc gmin ma charakter „elastyczny”, co – w sytuacji wzrostu jej kosztów – prowadzi niekiedy do rezygnacji z korzystania z części lub całości pomocy<sup>50</sup>.

## Deinstytucjonalizacja

Zmiany demograficzne będą wpływały z jednej strony na wyczerpywanie się zasobów opieki nieformalnej (świadczonej przez rodziny lub sieci nieformalne wsparcia), a z drugiej – na rosnące potrzeby opieki i wsparcia. **Zmniejszenie istniejącej luki opiekuńczej oraz zaspokojenie rosnących potrzeb**

49 *Seniorzy bez opieki*, NIK, Warszawa 2018, <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/seniorzy-bez-opieki.html> [dostęp: 11.01.2022].

50 *Ibidem*.

**opiekuńczych związanych ze zmianami demograficznymi, wymaga zdecydowanego zwiększenia dostępu do formalnych usług opiekuńczych, zarówno instytucjonalnych, jak i środowiskowych. Biorąc pod uwagę niski poziom rozwoju usług w każdej formie, deinstytucjonalizacja usług, rozumiana jako zastępowanie usług stacjonarnych przez usługi środowiskowe, w warunkach polskich może przynieść pogorszenie dostępu do opieki.**

Dyskutując o procesie deinstytucjonalizacji, należy wziąć pod uwagę kontekst społeczno-gospodarczy danego kraju. Niemcy są przykładem państwa, które do niedawna rozwijało instytucjonalne formy pomocy. Jednak, między innymi, wzrastające koszty instytucjonalnej pomocy spowodowały zmianę strategii władz publicznych i wdrożenie zachęt do świadczenia środowiskowych usług opiekuńczych. Obecnie Niemcy promują usługi świadczone w miejscu zamieszkania osoby starszej jako nie tylko realizację idei *ageing in place*, lecz także tańszą formę pomocy w sytuacji, gdy osoba wymagająca pomocy nadal może przebywać w swoim środowisku, a udzielane usługi opiekuńcze są wystarczające. Przykład Niemiec pokazuje, jak **istotna jest równowaga pomiędzy różnymi rodzajami pomocy i wsparcia kierowanymi do jakże zróżnicowanej populacji osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.**

W Polsce podstawą piramidy opiekuńczej jest rodzina i to sprawowana przez nią opieka umożliwia funkcjonowanie osobom wymagającym intensywnego wsparcia w życiu codziennym. W ramach opieki formalnej osoba wymagająca pomocy może skorzystać z pomocy środowiskowej lub instytucjonalnej. Jednak zarówno pomoc środowiskowa, jak i instytucjonalna są świadczone w niewystarczającym zakresie. Ok 20% gmin w ogóle nie świadczy środowiskowych usług opiekuńczych. **Deinstytucjonalizacja** w takiej sytuacji **powinna polegać na rozwijaniu siatki środowiskowych usług opiekuńczych** (jest to szczególnie trudne na obszarach wiejskich, gdzie odległość pomiędzy świadczeniobiorcami jest znaczna i jej pokonanie zabiera czas, który mógłby być przeznaczony na świadczenie usług).

**Konieczny jest również rozwój instytucjonalnych form pomocy ze względu na bardzo niski poziom rozwoju tych usług oraz ze względu na zmiany demograficzne prowadzące do wzrostu zapotrzebowania na opiekę stacjonarną (wzrost liczby osób samotnych wymagających intensywnego wsparcia, wyczerpywanie się rodzinnych zasobów opieki).** Usługi instytucjonalne nie powinny jednak zastępować usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania osoby starszej w sytuacji, gdy pomagają one utrzymać jej samodzielność.

**Rozwój wsparcia i pomocy powinien obejmować nie tylko rozwój usług świadczonych w miejscu zamieszkania, lecz także rozwój, a przede wszystkim zwiększenie, różnorodności wsparcia instytucjonalnego.** Chodzi tu o stworzenie różnorodnej oferty usług stacjonarnych i półstacjonarnych dostosowanych do potrzeb osób wymagających wsparcia, których celem jest zachowanie jak największej samodzielności i niezależności tych osób. Jednocześnie powinny być rozwijane usługi, które pozwolą jak najdłużej przebywać osobom wymagającym opieki w środowisku lokalnym. **Usługi środowiskowe oraz półstacjonarne powinny być traktowane nie jako substytut, lecz jako usługi komplementarne do opieki nieformalnej świadczonej przez krewnych lub bliskich znajomych.** Rozwój tych usług nie tylko poprawi jakość życia osób starszych, ale również jakość życia ich opiekunów i opiekunek, zmniejszając intensywność sprawowanej przez nich opieki.

Obecnie w Polsce funkcjonują programy, których celem jest rozwijanie ośrodków wsparcia dla osób starszych, np. program Senior+<sup>51</sup> (dienne domy „Senior+”, kluby „Senior+”) oraz dla osób z niepełnosprawnościami (w ramach programu „Za życiem”<sup>52</sup> samorzady otrzymują środki na tworzenie mieszkań chronionych treningowych i mieszkań chronionych wspieranych). Jednak programy te pełnią raczej rolę swoistego plastra nakładanego na niewydolny system wsparcia niż spójną, konsekwentną całość, która zapewniałaby bezpieczeństwo i wskazywała jednoznaczne ścieżki działania w sytuacji wystąpienia zapotrzebowania na wsparcie w codziennym funkcjonowaniu.

---

51 Program wieloletni „Senior+” na lata 2021–2025, [http://senior.gov.pl/program\\_senior\\_plus/pokaz/544](http://senior.gov.pl/program_senior_plus/pokaz/544) [dostęp: 11.01.2022].

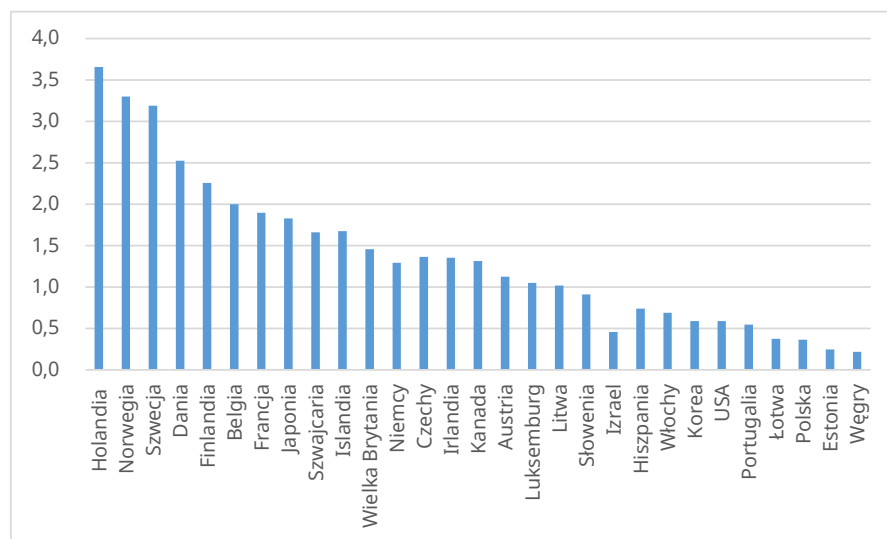
52 Program „Za życiem”, <https://www.gov.pl/web/rodzina/ponad-23-mln-zl-na-mieszkania-chronione> [dostęp: 11.01.2022].



## Finansowanie opieki

Niedorozwój formalnych usług opiekuńczych nad osobami starszymi związany jest z ograniczeniami budżetowymi zarówno po stronie podaży usług, jak i po stronie popytu. Polska należy do krajów OECD o najniższym udziale wydatków publicznych na opiekę długoterminową w PKB (wykres 1).

Wykres 1. Wydatki publiczne na opiekę długoterminową w relacji do PKB w krajach OECD w roku 2017 (%)



Źródło: OECD Health Statistics 2019.

Ograniczenia budżetowe dotyczą również gospodarstw domowych, w których żyją osoby wymagające pomocy. Należy bowiem pamiętać, że są to na ogół gospodarstwa, w których głównym źródłem utrzymania jest emerytura, renta lub inne świadczenia z zabezpieczenia społecznego.

**Zmniejszenie istniejącej luki opiekuńczej oraz zaspokojenie rosnących potrzeb opiekuńczych związanych ze zmianami demograficznymi, wymaga zdecydowanego zwiększenia nakładów.** Nawet przyjmując nierealistyczne założenie, że potrzeby opiekuńcze pozostaną bez zmian w następnych latach, opieka długoterminowa i tak będzie stawać się *realnie* (tj. uwzględniając inflację) coraz kosztowniejsza<sup>53</sup>. Musimy zatem zaakceptować, że opieka długoterminowa będzie wymagać nieporównywalnie większych nakładów niż te, które ponoszone są obecnie w Polsce. Kluczowe pytanie dotyczy tego, czy wzrost tych kosztów powinien być pokrywany ze środków prywatnych, wliczając w to opiekę nieformalną, czy może powinien być finansowany ze środków publicznych na zasadach dzielenia ryzyka.

**Przyjmuje się, że zaspokajanie potrzeb dotyczących opieki długoterminowej przez gospodarstwa domowe, czy to w formie kupowania usług na rynku, czy też w formie opieki nieformalnej, nie jest efektywne<sup>54</sup>.**

Pierwsza z tych metod jest nieskuteczna dlatego, że duża część osób wymagających wsparcia nie jest w stanie pokryć całości kosztów intensywnej opieki. W badaniach ekonomicznych określa się opiekę długoterminową jako przykład kluczowego ryzyka finansowego, przed którym stoją gospodarstwa domowe, zwłaszcza gospodarstwa domowe osób starszych<sup>55</sup>.

Nieskuteczność drugiej metody związanej z opieką nieformalną wynika z tego, że wiele osób potrzebujących wsparcia pozbawionych jest pomocy ze strony bliskiej rodziny czy przyjaciół lub też nie są oni w stanie zapewnić osobie wymagającej pomocy wystarczającej opieki. Wraz ze zmianami demograficznymi zasoby opieki nieformalnej będą się wyczerpywać, ponieważ relacja liczby osób, które będą potrzebowały wsparcia, w stosunku do liczby potencjalnych opiekunów będzie się powiększać.

Należy zwrócić uwagę, że opiekę nieformalną będącą przykładem pracy nieodpłatnej można traktować jako metodę finansowania opieki, gdyż rozważania dotyczące finansowania publicznego powinny uwzględniać perspektywę kosztów alternatywnych. W tym wypadku chodzi o to, że brak publicznego zaangażowania w finansowanie opieki powoduje przerzucanie kosztów na sektor nieformalny. Należy przy tym pamiętać, że oparcie opieki długoterminowej na

---

53 J. Fernandez, J. Forder, *Equity, Efficiency, and Financial Risk of Alternative Arrangements for Funding Long-term Care Systems in an Ageing Society*, „Oxford Review of Economic Policy” 2010, nr 4 (26), s. 716.

54 J.-L. Fernandez, J. Forder, M. Knapp, *Long-term care*, [w:] S. Glied, P. Smith (red.), *The Oxford Handbook of Health Economics*, Oxford University Press, 2011.

55 E. Norton, *Health and Long-Term Care*, [w:] J. Piggott, A. Woodlan (red.), *Handbook of the Economics of Population Aging*, vol. 1B, Amsterdam 2016, s. 996.

opiece nieformalnej wiąże się z licznymi ukrytymi kosztami, które są ponoszone przez różne podmioty: od samych osób wymagających wsparcia przez opiekunów nieformalnych, członków ich rodzin oraz pracodawców, na społeczeństwie jako całości skończywszy<sup>56</sup>. Udział wsparcia udzielonego przez opiekunów nieformalnych, w przeważającej mierze przez kobiety, nie jest ujmowany w oficjalnych statystykach dotyczących wydatków na opiekę, co utrudnia ocenę realnych kosztów związanych z opieką długoterminową oraz uniemożliwia określenie rzeczywistego rozkładu tych kosztów.

Finansowanie publiczne możliwe jest dzięki wcześniejszemu gromadzeniu środków w ramach publicznego funduszu, który powstaje w ramach budżetu państwa czy odrębnego funduszu ubezpieczenia społecznego. Z punktu widzenia gospodarstw domowych finansowanie publiczne prowadzi do dzielenia ryzyka. Oznacza to możliwość rozkładania skutków finansowych związanych z opieką długoterminową w ramach całego społeczeństwa. Innym sposobem dzielenia ryzyka jest prywatne i dobrowolne ubezpieczenie pielęgnacyjne. Niemniej, przyglądając się doświadczeniu wielu państw (np. Stanów Zjednoczonych czy Francji), wyraźnie widzimy, że dobrowolne ubezpieczenie nie gwarantuje powszechnego zabezpieczenia i może być wykorzystane jako element komplementarny w stosunku do wsparcia finansowego ze środków publicznych.

## Różne cele i warianty finansowania publicznego usług formalnych

W niniejszym raporcie opowiadamy się jednoznacznie za zwiększeniem publicznego finansowania usług formalnych, przy utrzymaniu prywatnego finansowania jako formy komplementarnej. **Ogólnie zarysowany postulat wzrostu publicznych nakładów na opiekę długoterminową proponujemy rozpatrywać w kategoriach zwiększenia publicznej odpowiedzialności za opiekę, zwłaszcza jeśli chodzi o zwiększanie powszechności różnego rodzaju usług. Dzięki temu ograniczyć można skalę prywatyzacji ryzyka finansowania opieki długoterminowej, z którą *de facto* mamy do czynienia w naszym kraju.**

Postulat zwiększenia skali publicznego finansowania wymaga uszczegółowienia, jeśli chodzi o to, jakimi metodami można to osiągnąć. Zanim przejdziemy do tych rozważań, chcemy podkreślić, że wzrost zakresu finansowania

---

56 J. Fast, D. Williamson, N. Keating, *The Hidden Costs of Informal Elder Care*, „Journal of Family and Economic Issues” 1999, nr 3 (20), s. 301–326.

publicznego nie może być też postrzegany jako cel sam w sobie. W praktyce bowiem zwiększenie finansowania publicznego może prowadzić do osiągnięcia następujących celów szczegółowych<sup>57</sup>:

- **sprawiedliwość społeczna**, np. sprawiedliwość pozioma, zgodnie z którą osoby o tych samych potrzebach mają dostęp do tego samego wsparcia; innym sposobem rozumienia sprawiedliwości jest ułatwienie dostępu do usług osobom o niższych dochodach (sprawiedliwość pionowa);
- **efektywność**, np. model finansowania pozwala na korzystanie z odpowiednich kombinacji różnych usług; model ten zapewnia wystarczającą podaż zróżnicowanych usług, które zaspokajają indywidualne potrzeby i preferencje, biorąc pod uwagę różne okoliczności;
- **stabilność finansowa** oraz **społeczna akceptacja** ponoszenia nakładów (dodatkowych podatków, składek czy opłat), która opiera się na zaufaniu obywateli do systemu, że wsparcie będzie im udzielone, gdy zajdzie taka potrzeba.

Wskazane wyżej cele mogą stanowić kryteria oceny rozwiązań w zakresie finansowania opieki długoterminowej w Polsce. Możemy zatem stwierdzić, że **obecna sytuacja, w której nieproporcjonalnie duża część ryzyka obciąża osoby wymagające wsparcia i ich nieformalnych opiekunów (opiekunki), jest zarówno niesprawiedliwa, jak i nieefektywna. Wydaje się, że sytuacja taka jest również tylko pozornie stabilna finansowo, gdyż w przypadku opieki nieformalnej trudno jest wycenić jej rzeczywiste koszty (oraz koszty alternatywne).**

Z drugiej strony, wskazane wyżej cele szczegółowe stanowią istotne punkty odniesienia w rekomendacjach dotyczących niezbędnych reform finansowania publicznego. W praktyce jednak bardzo trudno jest osiągnąć wszystkie te trzy cele szczegółowe w równym stopniu. Innymi słowy, należy pogodzić się z tym, że któryś z nich nie będzie realizowany w pełni.

Efektom nadania tym celom różnych priorytetów są różne warianty systemów finansowania publicznego opieki długoterminowej. Systemy publicznego finansowania (wyłączając opiekę dostarczaną w sektorze opieki zdrowotnej) mogą być zatem<sup>58</sup>:

57 J.-L. Fernandez, J. Forder, M. Knapp, *Long-term care, op. cit.*

58 *Ibidem.*

- skoncentrowane głównie na **osobach o niskich dochodach**, przy raczej minimalnym zaangażowaniu finansowania publicznego (jak w przypadku Anglii);
- **powszechne**, a więc obejmujące swoim zakresem wszystkie osoby potrzebujące wsparcia według zdefiniowanego kryterium dostępu, określonego najczęściej przez różne stopnie wymaganego wsparcia (przy różnych metodach finansowania, uwzględniające społeczne ubezpieczenie pielęgnacyjne funkcjonujące np. w Niemczech);
- **mieszane**, w których powszechny dostęp jest powiązany z większym wsparciem udzielanym osobom w trudniejszej sytuacji finansowej (jak np. w przypadku francuskiego systemu APA, w ramach którego o przyznaniu wsparcia decyduje potrzeba, ale miesięczne opłaty za to wsparcie są zróżnicowane w odniesieniu do poziomu dochodu osoby wnioskującej). W tym wariantcie możemy także mówić o określonym limicie prywatnego finansowania, po przekroczeniu którego przyznawane jest wsparcie finansowane ze środków publicznych, najczęściej z budżetu państwa<sup>59</sup>.

Powyższe rozróżnienie systemów finansowania bierze pod uwagę kryterium zakresu podmiotowego (kto jest uprawniony do świadczeń finansowanych i na jakich warunkach), nie wyodrębniając jednak strony podażowej (np. finansowanie usług) oraz strony popytowej (np. świadczenia pieniężne przeznaczane dla osób wymagających wsparcia). Z punktu widzenia naszych rekomendacji, to właśnie podział na instrumenty o charakterze podażowym i popytowym ma kluczowe znaczenie, choć należy go rozpatrywać w ścisłym powiązaniu z perspektywą kryterium podmiotowego.

## Finansowanie usług opiekuńczych ze środków publicznych

Dotychczasowe próby zwiększania finansowania usług opiekuńczych w Polsce dotyczyły wariantu drugiego. Zaliczyć do nich można przede wszystkim pomysł wprowadzenia społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego (pierwsze próby podejmowano z inicjatywy prof. Zbigniewa Religi) oraz projekt legislacyjny zakładający powszechne świadczenie przyznawane na podstawie kryterium potrzeb (inicjatywa tzw. czeku opiekuńczego senatora Mieczysława Augustyna).

59 N. Barr, *Ekonomia polityki społecznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Poznańskiego, Poznań 2016, s. 229.

Realizacja tych projektów byłaby bez wątpienia pozytywną zmianą z punktu widzenia zwiększania zakresu praw socjalnych osób wymagających opieki długoterminowej. Inicjatywy te koncentrowały się na stronie popytowej, gdyż osoby wymagające pomocy miały otrzymać dodatkowe środki pieniężne pozwalające nabyć usługi na regulowanym rynku opiekuńczym.

Cechą wspólną oraz niewątpliwą zaletą wspomnianych projektów było podejście kompleksowe. Były to bowiem propozycje stworzenia nowego systemu wsparcia opartego, zwłaszcza w przypadku ubezpieczenia pielęgnacyjnego, na stabilnych mechanizmach finansowania. Wprowadzenie tego typu reform byłoby z pewnością wyrazem racjonalizmu ze strony rządzących polityków, który określić można również jako „wykraczające poza czas trwania jednej kadencji poczucie odpowiedzialności partii rządzącej za zdrowotną sytuację ludności”<sup>60</sup>. Pomysły te jednak nie doczekały się realizacji, przede wszystkim nie zyskały szerszego wsparcia ze strony polityków<sup>61</sup>. Należy tutaj wskazać, że przypadek naszego kraju nie jest wyjątkiem: prace rządowe czy parlamentarne dotyczące wprowadzenia obowiązkowego ubezpieczenia pielęgnacyjnego w innych krajach często trwają wiele lat i niekoniecznie przekładają się na wprowadzenie tego rozwiązania (ciekawym przykładem jest Słowenia).

**Doświadczenia innych krajów wskazują, że dyskutując o zmianach w podejściu do finansowania publicznego, należy wystrzegać się pokusy wprowadzenia zmian o charakterze prowizorycznym.** Przykłady wielu państw, jak chociażby Włoch, pokazują bowiem, że brak realnej zmiany prowadzić może do tego, że przypadkowe rozwiązania, które przyjęto bez uprzedniej strategii, z czasem nabierają znamion trwałości. W przypadku Włoch chodziło o rozszerzenie zakresu podmiotowego świadczenia pieniężnego, pierwotnie wypłacanego osobom niepełnosprawnym, o osoby starsze. Zmiana ta utrwaliła rolę opieki nieformalnej oraz umocniła znaczenie nierejestrowanej pracy opiekuńczej sprawowanej przez migrantki. Ukształtowany w ten sposób stan prawny, biorąc pod uwagę uwarunkowania polityczne, bardzo trudno jest obecnie zmienić.

Doświadczenie kilkunastu lat dyskusji wokół zmian dotyczących opieki długoterminowej w Polsce, jak również wprowadzane w ostatnich latach programy o stosunkowo małej skali, stanowią przesłankę do propozycji strategii

---

60 P. Błędowski, *Organizacja i finansowanie świadczeń – rozwiązania wariantowe*, [w:] P. Błędowski (red.), *Opieka długoterminowa w Polsce. Dzisiaj i jutro*, Koalicja „Na pomoc niesamodzielnym”, Warszawa 2019, s. 50, [https://niesamodzielnym.pl/uploads/RAPORT\\_OPIEKA\\_DLUGOTERMINOWA\\_2020.pdf](https://niesamodzielnym.pl/uploads/RAPORT_OPIEKA_DLUGOTERMINOWA_2020.pdf) [dostęp: 14.01.2022].

61 A. Safuta, *When policy entrepreneurs fail: Explaining the failure of long-term care reforms in Poland*, „Social Policy & Administration” 2021.

finansowania publicznego opieki długoterminowej. Proponowana przez nas strategia opiera się na dwóch filarach:

- w odniesieniu do strony popytowej **przyjęcie wariantu mieszanego polegającego na dostępie do formalnych usług opiekuńczych uzależnionych od poziomu potrzeb, ale z hojniejszym wsparciem publicznym udzielanym osobom w trudniejszej sytuacji finansowej (na podobnej zasadzie jak francuski system APA)** oraz jednocześnie
- **nowej roli finansowania publicznego, w większej mierze akcentującej stronę podaży usług**, zwłaszcza w odniesieniu do: upowszechnienia szerokiego spektrum usług oraz wyznaczania wysokich standardów usług nie tylko poprzez działalność regulacyjną (jak zakłada koncepcja rynku opiekuńczego), ale i publiczne finansowanie zróżnicowanych usług (dostarczanych przez podmioty publiczne i niepubliczne) charakteryzujących się wysoką jakością i dostępnością.

Wskazane wyżej filary są ze sobą ściśle powiązane. Przykładowo, położenie nacisku na poprawę jakości sprawia, że osoby o dochodach średnich i wyższych (czyli takie, które w większym stopniu mogą ponosić koszty usług w postaci współpłacenia) będą bardziej zainteresowane korzystaniem z odpłatnych usług organizowanych przy wykorzystaniu środków publicznych.

**Realizacja proponowanej strategii odbywać się powinna przede wszystkim ze środków budżetu państwa. Ta metoda finansowania pozwala na elastyczność, jeśli chodzi o wykorzystanie różnych dochodów sektora publicznego oraz nie wymaga okresu wyczekiwania na zgromadzenie odpowiednich funduszy (co jest konieczne w systemie ubezpieczenia reparycyjnego).**

Upowszechnienie i wyznaczanie wysokich standardów usług to cel, który proponujemy osiągnąć przez **radikalne rozszerzenie** programów finansowanych w ramach **dotacji celowej budżetu państwa dla samorządów**. Chodzi przede wszystkim o programy, które zostały wprowadzone w ostatnich latach w Polsce. Inwestowanie w usługi publiczne powinno bowiem odbywać się przy zachowaniu **ciągłości instytucjonalnej**.

Przykładowo, chodzi o znaczące rozszerzenie takich programów, jak *Opieka 75+*. Postulowane zmiany w tym wypadku dotyczą zwiększenia zakresu przedmiotowego (np. usługi adresowane dla szerszego grona potrzebujących, nie tylko osób, które ukończyły 75 lat), podmiotowego (np. umożliwienie większym gminom korzystanie z programu) oraz finansowego (np. obniżenie

wkładu własnego dla gmin)<sup>62</sup>. Pozostawienie programu *Opieka 75+* w obecnej formule, ze względu na ograniczoną skalę tego programu, nie prowadzi do realnej zmiany odczuwalnej na poziomie całego społeczeństwa.

Innym programem, który został uruchomiony w ostatnich latach, a który wymaga znacznego rozszerzenia i oparcia na stabilnej podstawie finansowej, jest *opieka wytchnieniowa*. W naszej strategii kładziemy duży nacisk na rozwój usług, z których korzystać mogą nie tylko osoby wymagające wsparcia, ale także ich opiekunowie. Zakładamy bowiem, że rola opieki nieformalnej w Polsce wciąż będzie duża, choć za kluczowe w odniesieniu do niej uznajemy **związek dzielenia ryzyka**.

## Funkcje finansowania publicznego usług opiekuńczych

Dotychczasowe dyskusje w większości państw koncentrowały się tylko na jednym aspekcie finansowania opieki długoterminowej, którym są różne alternatywy dla gromadzenia środków (ubezpieczenie społeczne, prywatne ubezpieczenie, finansowanie z budżetu, oszczędności prywatne)<sup>63</sup>. Metoda, na podstawie której gromadzimy środki, ma kluczowe znaczenie, choć nie rozpoczyna, ani też nie kończy dyskusji. Należy bowiem wziąć także pod uwagę uwarunkowania występujące **przed** zgromadzeniem środków przy wykorzystaniu jakiegokolwiek metody oraz to, co dzieje się z owymi środkami **po** ich zgromadzeniu.

W pierwszym wypadku („**przed**”) chodzi zatem o **skalę politycznego zainteresowania problemami opieki długoterminowej**, wpływającej na rozmiar i sposób finansowania publicznego. Wysokość publicznych kosztów opieki długoterminowej w przyszłości w dużej mierze będzie konsekwencją decyzji politycznych dotyczących tego, w jakim stopniu powszechne i hojne mają być systemy wsparcia na wypadek niesamodzielności. W przypadku braku zaangażowania państwa (budżetu centralnego czy budżetów samorządowych) koszty opieki – w tym szereg trudno mierzalnych kosztów alternatywnych, jak chociażby mniejsze zaangażowanie opiekunów nieformalnych na rynku pracy – przerzucane będą na gospodarstwa domowe i szeroko pojęty sektor

---

62 Podobne zmiany w zakresie programu *Opieka 75+* zgłaszane były m.in. przez Kongres Polityki Miejskiej, [https://kongres.miasta.pl/wp-content/uploads/2021/06/M.05-1\\_ROZWI%C4%84ZANIE.pdf](https://kongres.miasta.pl/wp-content/uploads/2021/06/M.05-1_ROZWI%C4%84ZANIE.pdf).

63 C. Gori, *Long-term Care Financing: Inserting Politics and Resource Allocation in the Debate: Comment on „Financing Long-term Care: Lessons from Japan”*, „International Journal of Health Policy and Management” 2020, nr 2 (9), s. 77.



nieformalny<sup>64</sup>. Innymi słowy, kluczową kwestią dla finansowania publicznego jest pytanie, **dłaczego politycy chcą bądź nie chcą przeznaczyć więcej środków na opiekę długoterminową.**

Utworzenie odrębnego funduszu finansującego opiekę długoterminową, które byłoby możliwe na przykład dzięki wprowadzeniu obowiązkowej i powszechnej składki na ubezpieczenie pielęgnacyjne, z pewnością przyczyniłoby się do zachowania długookresowej stabilności finansowej systemu. System powszechnego i obowiązkowego ubezpieczenia pielęgnacyjnego – może w dłuższym okresie znacząco zwiększać świadomość społeczną dotyczącą konieczności inwestowania w opiekę długoterminową oraz ugruntowywać polityczny konsensus w zakresie polityki dotyczącej opieki. Niemniej, jedną z przyczyn braku powodzenia wprowadzenia w Polsce tej metody finansowania są krótkookresowe obawy rządzących przed nakładaniem nowych obciążeń wynagrodzeń (bądź przed zmianą struktury opodatkowania etc.). Biorąc pod uwagę niechęć ze strony rządzących, ale i zapewne także ze strony sporej części społeczeństwa, do ponoszenia dodatkowych widocznych kosztów (pamiętajmy, że w przypadku opieki długoterminowej mówić można o kosztach ukrytych, jak wskazano wyżej), w pierwszej kolejności należy podjąć działania odnoszące się do problemu **społecznej akceptacji zwiększenia publicznego finansowania. W dużej mierze dotyczy to zaufania do publicznego systemu świadczeń i, bardziej ogólnie, zaufania obywateli do państwa.**

Wydaje się, że bez osiągnięcia większej gotowości polityków i obywateli bardzo trudno będzie przeprowadzić systemowe zmiany, które były przedmiotem wcześniejszych projektów w Polsce. **Zakładamy, że taką akceptację społeczną można zwiększyć poprzez powszechny program inwestycji w usługi publiczne finansowane z budżetu państwa.**

Zgodnie z koncepcją informacji zwrotnej wynikającej z interwencji politycznej (ang. *policy feedback*), struktura i dostępność świadczeń społecznych wpływają na poparcie społeczne tych świadczeń<sup>65</sup>. Innymi słowy, osoby korzystające ze świadczeń dostrzegają, że prowadzą one do polepszenia jakości ich życia, i dlatego te osoby stają się bardziej skłonne do finansowania świadczeń w przyszłości. W przypadku opieki długoterminowej chodzi o inwestycje w ta-

---

64 Z. Szweda-Lewandowska, P. Łuczak, *Przesłanki demograficzne, społeczne i ekonomiczne zapotrzebowania na świadczenia opieki długoterminowej*, [w:] P. Błędowski (red.), *Opieka długoterminowa w Polsce. Dzisiaj i jutro*, Koalicja „Na pomoc niesamodzielnym”, Warszawa 2019, s. 7, [https://niesamodzielnym.pl/uploads/RAPORT\\_OPIEKA\\_DLUGOTERMINOWA\\_2020.pdf](https://niesamodzielnym.pl/uploads/RAPORT_OPIEKA_DLUGOTERMINOWA_2020.pdf) [dostęp: 14.01.2022].

65 J. Jordan, *Policy Feedback and Support for the Welfare State*, „Journal of European Social Policy” 2013, nr 2 (23), s. 134–148.

kie usługi, które zwiększają zarówno dobrostan osób wymagających wsparcia, jak i opiekunów nieformalnych. Dzięki finansowaniu publicznemu, które w większej mierze niż dotychczas **skierowane będzie na rozwój podaży usług** (nie tylko *stricte* usług opiekuńczych, ale także wspierających), zmienić się powinno postrzeganie roli państwa w zaspokajaniu potrzeb opiekuńczych.

Jak wskazaliśmy wyżej, finansowanie publiczne w odniesieniu do opieki długoterminowej powinno być także rozpatrywane z punktu widzenia alokacji zgromadzonych (dostępnych) środków („**po**”). Z tego punktu widzenia chodzi o to, jak usługi i świadczenia są dystrybuowane w ramach społeczeństwa. Społecznie optymalna alokacja środków zapewnia osiągnięcie odpowiedniej kombinacji usług, z których korzystać mogą osoby o różnych potrzebach (osoby wymagające opieki i ich opiekunowie). Dzięki temu realizowany jest cel związany ze zwiększeniem efektywności finansowania publicznego.

Należy z uwagą przyglądać się przykładom zmian finansowania w różnych krajach, zwłaszcza z punktu widzenia **ograniczeń dotyczących wzmocnienia strony popytowej** najczęściej sprowadzanej do opierania nowego systemu na świadczeniach pieniężnych.

W Czechach na przykład kilkanaście lat temu wprowadzono dość hojne świadczenie pieniężne dla osób wymagających wsparcia (wzmocnienie strony popytowej) bez należytego dbania o zróżnicowaną podaż usług. Przyjęto przy tym zasadę regulowanego rynku opiekuńczego, w ramach którego centralne znaczenie przypisywano roli świadczenia pieniężnego, które miało wpływać na podaż odpowiednich usług. Niemniej, w efekcie tych zmian doszło do wzmocnienia roli opieki instytucjonalnej i stagnacji rozwoju opieki domowej, co stanowi skutek odwrotny do pierwotnych założeń reformy<sup>66</sup>. W odpowiedzi na ten stan rzeczy w ostatnich latach doszło do modyfikacji wysokości świadczenia pieniężnego polegającej na zwiększeniu jego wysokości dla osób, które nie wykorzystują go do zapłaty za usługi opieki stacjonarnej. Z drugiej strony świadczenia pieniężne, których adresatami są osoby wymagające wsparcia, mogą przyczynić się do upodmiotowienia tych osób i zwiększenia ich szans na uzyskanie opieki jak najbardziej zgodnej z ich preferencjami czy potrzebami. Z tego punktu widzenia postulujemy, by wsparcie finansowe przy korzystaniu z usług było powiązane z wysokością dochodu jednostki, co wynika z dążenia do realizacji celów związanych ze sprawiedliwością społeczną.

---

66 P. Łuczak, *How do pension and healthcare systems frame long-term care policy? Comparison of the Czech Republic and Poland*, „Social Policy & Administration” 2018, nr 7(52).

Poprzez upowszechnienie usług, dzięki zwiększeniu skali finansowania publicznego, możliwe będzie także ograniczenie zjawiska wykluczenia w dostępie do usług, które jest widoczne zwłaszcza w mniejszych miejscowościach i na wsi. Jednym z możliwych instrumentów, który realizowałby to krótkoterminowo, są dotacje dla świadczeniodawców z większych ośrodków miejskich na pokrycie kosztów dojazdu.

Rolą finansowania publicznego w Polsce powinno być także inwestowanie w usługi innowacyjne, które ze względu na niską dochodowość i relatywnie wysokie koszty nie będą dostarczane powszechnie na rynku opiekuńczym. Jedną z takich usług jest nowe podejście do rehabilitacji (ang. *reablement*), czyli usług dostarczanych przez wykwalifikowany personel, które mają na celu powrót do sprawności po chorobie czy urazie, bądź pobycie w szpitalu czy instytucji opiekuńczej. Tego typu usługi mają bardzo ważny element prewencyjny. Zwiększenie publicznego finansowania z budżetu państwa dla tego typu usług wpisuje się w postulaty koncepcji wspierania niezależnego życia (ang. *independent living*), która stanowić powinna podstawowy punkt odniesienia przy projektowaniu polityki dotyczącej opieki długoterminowej w Polsce.



# Standardy usług opiekuńczych

---

## Wstęp

Usługi opiekuńcze i pielęgnacyjne są usługami społecznymi realizowanymi w środowisku zamieszkania usługobiorcy lub w instytucji do tego przeznaczonej. Zgodnie z definicją sformułowaną przez Szarfenberga usługi społeczne „to usługi polegające na bezpośrednim obsłudze osób i jednocześnie uznane za podstawowe prawa i/lub obowiązki obywateli, a tym samym w większym stopniu regulowane przez państwo w porównaniu z innymi usługami tego rodzaju. Regulacja przejawia się między innymi w udziale sektora publicznego, np. publiczna opieka zdrowotna, publiczne szkolnictwo, publiczne pośrednictwo pracy, publiczne zabezpieczenia czy publiczna pomoc i opieka”<sup>67</sup>. Jako usługi społeczne usługi opiekuńcze i pielęgnacyjne powinny być świadczone na odpowiednim, podobnym poziomie bez względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy. Zapewnienie pewnego stopnia unifikacji usług to wyznaczanie standardu, który powinien być realizowany, a odstępstwa od niego powinny być tylko powyżej wyznaczonych przez standardy kryteriów. Przy czym standardy usług mogą być zdefiniowane na poziomie centralnym, np. w ustawie czy rozporządzeniach, lub na poziomie lokalnym.

Kwestia standaryzacji w opiece nad osobami wymagającymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu jest szeroko dyskutowana, szczególnie w odniesieniu do usług środowiskowych. Standardy w zakresie pomocy instytucjonalnej zostały wprowadzone do polskiego prawodawstwa pod wpływem prawodawstwa unijnego i są (w przypadku instytucji wpisanych na listę wojewody) kontrolowalne. Natomiast ze względu na większe zindywidualizowanie usług środowiskowych określenie standardu dla danej usługi jest bardziej złożone.

---

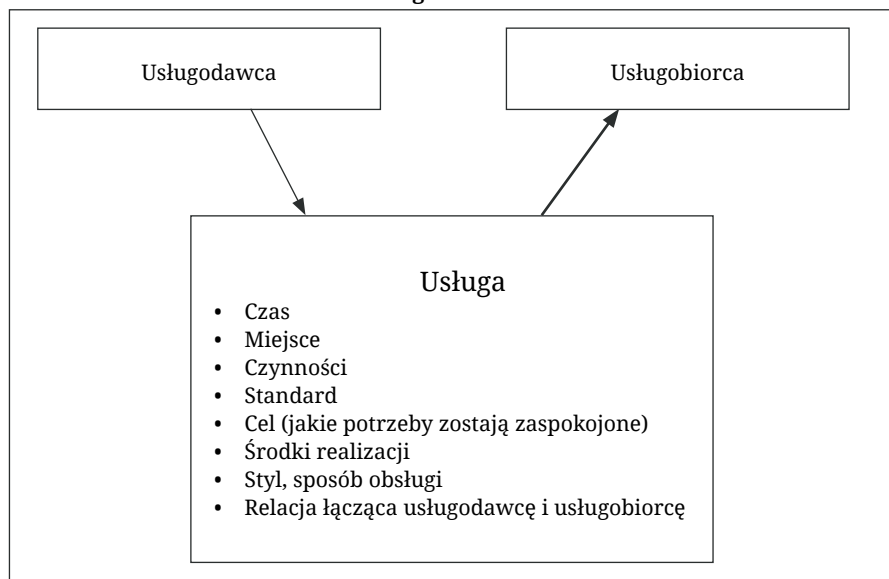
67 R. Szarfenberg, *Polityka społeczna i usługi społeczne*, [w:] M. Grewiński, B. Więckowska (red.), *Przeobrażenia sfery usług w systemie zabezpieczenia społecznego w Polsce*, Wyższa Szkoła Pedagogiczna TWP, Warszawa 2011, s. 72.

Przed przystąpieniem do analizy funkcjonujących standardów, ich wpływu na jakość świadczonych usług pomocy środowiskowej, instytucjonalnej oraz rekomendacji w tym zakresie, zdefiniujemy pojęcie standardu.

Standard rozumiany jest dwojako. Najczęściej przyjmuje się, że jest to minimalna jakość, minimalny zestaw cech, którymi powinna charakteryzować się usługa czy też produkt, aby spełniać potrzeby i oczekiwania osoby z niej korzystającej. Drugi sposób rozumienia standardu, nawiązujący do jego źródłosłowa, to założenie, że standard obrazuje najbardziej typowe, wzorcowe, normalne i przeciętne cechy danej usługi, produktu. Oznacza to, że istnieje pewien zestaw cech, które są pożądane i które powinna mieć usługa czy produkt, aby zapewnić klientowi odpowiednią jakość. Standard w tym rozumieniu to nie minimalne, brzegowe cechy, ale cechy przeciętne, znajdujące się pomiędzy minimalnymi a maksymalnymi wymaganiami.

W przypadku usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych (zarówno świadczonych w miejscu zamieszkania usługobiorcy, jak i świadczonych w instytucji) standard będzie zatem oznaczał przeciętną jakość, jaką powinny mieć te usługi. Przy czym standard dotyczy zarówno sposobu realizacji usługi (procedury jej przeprowadzenia, czynności wykonywanych w jej ramach), czasu poświęconego na jej wykonanie, kwalifikacji osoby świadczącej usługę, jak i potrzeb, które powinny zostać zaspokojone po jej zrealizowaniu.

#### Schemat 1. Schemat świadczenia usług



Źródło: R. Szarfenberg, *Polityka społeczna i usługi społeczne*, op. cit.

## Standardy środowiskowych usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych

Standardy świadczonych przez ośrodki pomocy społecznej usług opiekuńczych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych w przypadku miast na prawach powiatu często są określone w zarządzeniach prezydenta miasta, w zarządzeniach dyrektora ośrodka pomocy społecznej lub ośrodka pomocy rodzinie<sup>68</sup>. Zakres usług w niektórych przypadkach jest bardzo detaliczny (np. realizacja recept w najbliższej aptece), w innych zaś szeroki (np. pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych). O ile osoba wymagająca opieki ma wsparcie rodziny, to zapewne rodzinny opiekun poszuka potrzebnego leku w kilku aptekach, o tyle w przypadku osoby samotnej takie sformułowanie zakresu usługi może spowodować, że nie będzie ona zażywać potrzebnego leku. Z jednej strony standard umożliwia uzyskanie przez każdego usługi na pewnym, określonym poziomie, ale z drugiej strony wymaga jakiejś elastyczności, umożliwiającej „skrojenie” usługi na miarę potrzeb i warunków osobistych usługobiorcy. W przypadku miast na prawach powiatu w zarządzeniu bywa określony także wzór karty kontroli świadczonych usług opiekuńczych.

W przypadku mniejszych gmin w uchwałach rad gmin określone są najczęściej warunki przyznawania i odpłatności za usługi opiekuńcze, ewentualnie sposób ewidencjonowania usługi. Brak jest natomiast katalogu usług, które są świadczone w ramach pomocy społecznej oraz standardów, jakie powinny te usługi spełniać. W zakresie kontroli określony bywa wzór karty pracy, która powinna zostać wypełniona każdorazowo po wykonanej usłudze<sup>69</sup>.

**Brak jest natomiast jednego, ogólnopolskiego standardu środowiskowych usług opiekuńczych, jak również jednego katalogu tych usług, który obejmowałby wszystkie możliwe usługi opiekuńcze i bytowe. Tworzy to sytuację, w której obywatele nie mają równego dostępu do usług opiekuńczych lub świadczone im usługi są różnej jakości.** Z badania Najwyższej Izby Kontroli wynika, że prawie 20% gmin nie oferuje swoim mieszkańcom

---

68 Zob. np. *Standardy usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych realizowane przez m.st. Warszawę w zakresie zadań własnych gminy, wprowadzone Zarządzeniem Prezydenta m.st. Warszawy nr 1684/2018 z dnia 26 października 2018 roku. Standardy usług opiekuńczych w Gdańsku, załącznik nr 8/20 do Zarządzenia Dyrektora MOPR w Gdańsku z dnia 19 lutego 2020 roku.*

69 Zob. np. Uchwała nr XIX/135/2021 Rady Gminy w Czerwoncu z dnia 3 marca 2021 r. w sprawie określenia szczegółowych warunków przyznawania i odpłatności za usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze, z wyłączeniem specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz szczegółowe warunki częściowego lub całkowitego zwolnienia od opłat, jak również trybu ich pobierania.

dostępu do środowiskowych usług opiekuńczych<sup>70</sup>. Zgodnie z Konstytucją RP wszyscy obywatele mają prawo do równego traktowania przez władze publiczne. **Zróznicowanie regionalne w dostępie do usług i różna ich jakość tworzą nierówności, które najczęściej nie mogą być zrekomensowane przez zakup usług opiekuńczych na wolnym rynku (brak dostępności podmiotów świadczących takie usługi, zbyt wysokie koszty).** W szczególnie trudnej sytuacji pozostają mieszkańcy województwa podlaskiego, mazowieckiego, łódzkiego i świętokrzyskiego. Obszary wiejskie, małe i średnie miasta w tych województwach dotknięte są dynamicznie postępującym procesem depopulacji, który polega na ubytku ludności w wieku produkcyjnym i przedprodukcyjnym. W konsekwencji osoby starsze zamieszkujące te obszary nie mogą liczyć na pomoc krewnych. Jednocześnie nie są wspierane przez samorząd lokalny, który nie dysponuje dostatecznymi środkami na sfinansowanie usług na odpowiednim poziomie i w odpowiednim do potrzeb mieszkańców zakresie. W efekcie, osoby wymagające pomocy w wykonywaniu czynności dnia codziennego nie otrzymują tej pomocy w postaci usług opiekuńczych na odpowiednim poziomie i zgodnie z ogólnopolskim standardem jakości. Tworząca się luka opiekuńcza nie zostaje wypełniona, co zwiększa nierówności w zaspokajaniu potrzeb opiekuńczych.

## **Standard i jakość usług opiekuńczych świadczonych przez podmioty prywatne**

Jedną z kluczowych kwestii w zakresie opieki długoterminowej świadczonej przez podmioty prywatne na wolnym rynku jest standard tychże usług oraz kontrola ich jakości. **Obecnie brak jest całościowego unormowania standardów środowiskowych usług opiekuńczych, które obejmowałyby również prywatne podmioty gospodarcze działające na tym rynku.** Brak jest także jednolitych uregulowań dotyczących kwalifikacji, jakie powinny posiadać osoby wykonujące pracę opiekuna świadczącego takie usługi. Pojawiają się próby wprowadzenia certyfikacji podmiotów prywatnych świadczących usługi opiekuńcze, jednak nadal brak jest spójnych, jednolitych uregulowań prawnych dotyczących standardów i jakości tych usług. **Wprowadzenie świadczeń przeznaczonych dla osób wymagających pomocy, aby mogły one nabyć na regulowanym rynku usługi formalne, co rekomendujemy w rozdziale III, powinno być związane z regulacjami umożliwiającymi zachowanie standardów tych usług. Dlatego te świadczenia powinny przybrać formę bonów lub czeków opiekuńczych, które można**



**by było realizować przy nabywaniu usług spełniających określony standard. Oznacza to konieczność wcześniejszego wprowadzenia ogólnokrajowych standardów usług świadczonych na rynku i określenia sposobu ich kontroli.**

Podmioty działające na rynku usług opiekuńczych podejmowały próby wprowadzenia certyfikacji swoich usług m.in. w ramach fundacji i stowarzyszeń zrzeszających podmioty działające na rynku opiekuńczym. Powstają projekty certyfikacji, lecz nadal nie ma unormowania na poziomie ustawowym.

## **Standardy pomocy instytucjonalnej**

Zgodnie z art. 55 Ustawy o pomocy społecznej dom pomocy społecznej świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób w nim przebywających (Dz.U. z 2004 r. poz. 1876). Standardy, które muszą spełniać placówki świadczące całodobową opiekę (zarówno DPS, jak i te prowadzące działalność gospodarczą w zakresie całodobowej opieki świadczonej osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku), określone są w ustawie o pomocy społecznej oraz w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie domów pomocy społecznej<sup>71</sup>. W rozporządzeniu określone są warunki, które musi spełniać budynek i jego otoczenie (muszą być pozbawione barier architektonicznych), pomieszczenia, które powinny znajdować się w budynku, infrastruktura, którą powinien dysponować dom, a także minimalna wielkość pokoju mieszkalnego. Określone są także usługi bytowe, opiekuńcze i wspomagające, które są świadczone w ramach pomocy instytucjonalnej. Standardy dotyczą także zatrudnianej kadry i określają minimalny wskaźnik zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego w przeliczeniu na pełen wymiar czasu pacy. Rozporządzenie obliuguje również pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego do uczestniczenia, przynajmniej raz na dwa lata, w szkoleniach organizowanych przez dyrektora DPS w zakresie praw mieszkańców, kierunków prowadzonej terapii, metod pracy z mieszkańcami, w tym komunikacji, szczególnie z mieszkańcami, u których występują trudności z komunikacją werbalną.

Przytoczone rozporządzenie dość dokładnie definiuje i wyznacza standardy zarówno dotyczące infrastruktury, świadczonych usług oraz kadry domu

---

<sup>71</sup> Załącznik do obwieszczenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z 23 marca 2018 roku w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie domów pomocy społecznej (Dz.U. z 2018 r., poz. 734).

pomocy społecznej. Problemem jest natomiast to, że instytucje będące *de facto* domami pomocy społecznej nie występują o wydanie zezwolenia na prowadzenie DPS. Zazwyczaj przyczyną jest niespełnianie przez nie standardów, do których obliuguje rozporządzenie, co pozwala na obniżenie kosztów pobytu w takiej placówce.

W systemie ochrony zdrowia standardy w zakresie realizacji usług opieki długoterminowej zarówno domowej, jak i stacjonarnej reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. z 2015 r., poz. 1658)<sup>72</sup>. Rozporządzenie określa warunki gwarantowane realizacji świadczeń w ramach opieki długoterminowej. Przy czym rozporządzenie bardzo konkretnie określa, komu może zostać udzielone świadczenie w formie stacjonarnej (świadczeniobiorca, który ze względu na stan zdrowia wymaga całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a nie wymaga hospitalizacji w oddziale szpitalnym, który w ocenie skalą poziomu samodzielności Barthel otrzymał 40 punktów lub mniej), a także standardy dotyczące personelu i jego kwalifikacji.

Obecnie system ochrony zdrowia oraz system pomocy społecznej przenikają się w zakresie świadczonej opieki instytucjonalnej nad osobami wymagającymi intensywnego wsparcia. To wpływa na koszty, jakie ponoszą oba systemy oraz osoby wymagające opieki i ich rodziny, i tworzy nierówności w zakresie odpłatności za pobyt w poszczególnych instytucjach.

Instytucje, takie jak domy pomocy społecznej, przeszły znaczną ewolucję w ciągu ostatnich trzydziestu lat. Na początku okresu transformacji ustrojowej były to placówki o charakterze opiekuńczo-rehabilitacyjno-leczniczym i podlegały ministrowi zdrowia. Dopiero Ustawa o pomocy społecznej z dnia 29 listopada 1990 r. wprowadziła zmianę i kwestie związane z domami pomocy społecznej znalazły się w resorcie pracy. Organizacja i zakres zadań DPS-ów zostały uregulowane Rozporządzeniem Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej z dnia 2 lutego 1993 r. (Dz.U. nr 13 z 1993 r., poz. 63). W rozporządzeniu tym stwierdzono, że „zakres i poziom świadczeń domu powinien uwzględnić stopień psychicznej i fizycznej sprawności mieszkańców, ich prawo do intymnego, godnego życia, ochronę dóbr osobistych oraz możliwość zachowania

---

72 W związku z sytuacją pandemiczną dopuszczono możliwość realizacji usług za pomocą systemu teleinformatycznego. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 marca 2020 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. z 2020 r., poz. 460).

samodzielności i wyboru stylu życia”. Jednak warunki funkcjonowania domów pomocy społecznej nie dostosowują się dostatecznie szybko do zmian demograficznych i społecznych, tj. starzenia się populacji i zwiększania się liczby osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

**Zmiany demograficzne i społeczne wymagają powstania bardziej zróżnicowanej oferty instytucjonalnej, wspierającej samodzielność osób wymagających opieki i umożliwiającej im jak najbardziej niezależne funkcjonowanie.** Forma wsparcia instytucjonalnego powinna zależeć od kondycji fizycznej i psychicznej danej osoby i powinna być ostatnim ogniwem łańcucha pomocowego. **Zmiana w zakresie standardów opieki instytucjonalnej powinna odnosić się do większego upodmiotowienia mieszkańców** tychże instytucji i **zwiększenia różnorodności form ich zamieszkania.** Rozwój mieszkalnictwa wspomaganego wydaje się kierunkiem pożądanym zmian. Wspólnoty mieszkaniowe (*Wohngemeinschaft*), które jeszcze kilka lat temu kojarzyły się wyłącznie z życiem studenckim, obecnie coraz częściej stają się formą mieszkania wybieraną przez seniorów. Mieszkanie w takiej wspólnocie obejmuje pokoje z łazienkami oraz pomieszczenia użytkowane wspólnie: kuchnię, pralnię. Taka forma mieszkania zapobiega alienacji oraz wyobcowaniu mieszkańca, który ma kontakt z osobami znajdującymi się w podobnej sytuacji życiowej i mającymi podobne problemy. Jednocześnie – dzięki efektowi skali – zmniejszane są koszty stałe związane z utrzymaniem i wyposażeniem kuchni czy pralni. Osoby mieszkające w takiej wspólnocie mogą również liczyć na wzajemną pomoc, np. w wypadku choroby.

W niektórych przypadkach niewielkie zmiany architektoniczne lub wewnątrz mieszkania, np. dostosowanie dotychczasowego miejsca zamieszkania do potrzeb danej osoby poprzez zamontowanie systemu czujników na wypadek upadku lub wdrożenie teleopieki, umożliwiają jej dalszą samodzielność. Wśród rozwiązań niemieckich, austriackich, francuskich czy też szwedzkich w zakresie mieszkalnictwa znaleźć można wiele takich, które mogą wspomóc osobę wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu i opóźnić moment jej zamieszkania w instytucji zapewniającej całodobową opiekę. Mieszkania w blokach dostosowanych do potrzeb osób starszych, apartamenty lub pokoje w domach dla osób starszych, posiadających np. sklep w tym samym budynku czy infrastrukturę umożliwiającą skorzystanie z pomocy lekarskiej, to tylko niektóre z takich rozwiązań. W Austrii i w Niemczech osoby wymagające wsparcia w codziennym funkcjonowaniu coraz częściej wybierają wspólnoty mieszkaniowe.

W sytuacji gdy wsparcie w miejscu zamieszkania jest już znacznie utrudnione i nie zapewnia optymalnego komfortu psychiczno-fizycznego, osobie starszej powinno oferować się możliwość zamieszkania w instytucji opiekuńczej. Przy czym oferowana pomoc instytucjonalna powinna brać pod uwagę heterogeniczność populacji osób z niej korzystających i dostosowywać świadczone usługi do wynikających z tego różnych potrzeb. Tymczasem obecnie w domach pomocy społecznej obok osób wymagających intensywnej pomocy w codziennym funkcjonowaniu mieszkają osoby, które mogłyby żyć w swoim dotychczasowym środowisku, ale są samotne i boją się sytuacji, w której nagle pogorszyłyby się ich stan zdrowia i nie miałyby zapewnionej opieki. Zróżnicowanie pomocy i np. oferowanie tym osobom zamieszkania we wspólnocie mieszkaniowej (Wohngemeinschaft) mogłoby zwiększyć komfort ich życia.

## Monitoring świadczonej opieki i pomocy

Monitoring jakości świadczonej opieki powinien być prowadzony na bieżąco i nie tylko korygować ewentualne odstępstwa poniżej wyznaczonego standardu usługi, lecz także sprawdzać, czy potrzeby osoby wymagającej pomocy są zaspokojone. Ze względu na zmiany stanu zdrowia, ale też np. statusu rodzinnego taka osoba może wymagać zwiększenia wymiaru czasowego świadczonych usług lub przyznania dodatkowych, wcześniej nie świadczonych usług. Monitoring powinien pozwalać na bieżąco oceniać sytuację i umożliwiać szybką reakcję, gdy ulegnie ona zmianie.

**Obecnie monitorowaniu jakości usług środowiskowych oraz ich adekwatności podlegają jedynie usługi realizowane przez pomoc społeczną.** Jeśli natomiast osoba wymagająca pomocy w codziennym funkcjonowaniu nie korzysta z pomocy społecznej i kupuje usługi na rynku usług opiekuńczych, to albo sama monitoruje jakość tych usług, albo (najczęściej) robi to jej krewny sprawujący opiekę. **Nie funkcjonuje** natomiast żaden **zewnętrzny podmiot** (jakim w przypadku usług przyznanych przez ośrodek pomocy społecznej jest pracownik socjalny), **który monitorowałby kupowane na rynku usługi środowiskowe i ewentualnie reagował na istniejące nieprawidłowości.** Jeśli usługi są kontraktowane przez agencje opiekunów, to monitoring bywa prowadzony (ankiety satysfakcji klienta), ale jeśli usługi są świadczone w ramach szarej strefy, jakość opieki nie jest kontrolowana.

W przypadku instytucjonalnych form opieki, takich jak domy pomocy społecznej, uprawniony do kontroli jest wojewoda, który prowadzi rejestr tych domów i corocznie, do 30 czerwca, publikuje go w wojewódzkim dzienniku urzędowym (Dz.U. z 2020 r., poz. 1876). Raport Najwyższej Izby Kontroli z lat

2016–2018 wskazuje na trudności w oszacowaniu liczby placówek działających bez odpowiedniego zezwolenia<sup>73</sup>. Placówki działające bez zezwolenia nie tylko nie spełniały standardów dotyczących personelu, ale i stosownych barier architektonicznych i wymogów ochrony przeciwpożarowej. Raport wykazał także, że wojewodowie, którzy powinni czuwać nad placówkami stacjonarnej pomocy i monitorować ich działalność, rzadko zlecają kompleksowe kontrole. W konsekwencji niektóre placówki działają bez zezwolenia nawet przez kilkanaście lat.

---

73 *Działania podejmowane przez wojewodów wobec placówek udzielających całodobowej opieki bez wymaganego zezwolenia*. Informacja o wynikach kontroli, nr ewid. 172/2019/I/18/003/KPS, NIK, Warszawa 2020, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,21939,vp,24606.pdf> [dostęp: 14.01.2022].



Zofia Szweda-Lewandowska

# Koordynacja systemu opieki długoterminowej

---

## Rola koordynacji opieki

Celem działania systemu opieki długoterminowej nad osobami starszymi jest zapewnienie im godnego funkcjonowania przy jednoczesnym poszanowaniu autonomii i wolności jednostki. Oznacza to takie dostosowanie pomocy, wsparcia i opieki, które najlepiej odpowiada na potrzeby danej osoby i jest zgodne z jej preferencjami. Działania podejmowane w ramach systemu powinny być dostosowane do sytuacji zdrowotnej, rodzinnej, ekonomicznej, społecznej, a także do wieku danej osoby. Rodzaj pomocy – instytucjonalna, środowiskowa, półinstytucjonalna, jej wymiar, a także konkretne usługi powinny odpowiadać potrzebom danej osoby. Jednocześnie osoba, której świadczy się pomoc, powinna być włączona w podejmowanie decyzji dotyczącej rodzaju i wymiaru tej pomocy.

W opiece długoterminowej mamy do czynienia z wielością podmiotów świadczących usługi opieki oraz samych usług. Costa-Font i Courbage definiują opiekę długoterminową jako usługi życia codziennego, zarówno świadczone przez profesjonalne podmioty, jak i przez nieformalne sieci wsparcia, w instytucjach i miejscu zamieszkania osoby, która utraciła samodzielność<sup>74</sup>. Usługi świadczone w ramach opieki długoterminowej mają różnorodny charakter i intensywność: od nieznacznego wsparcia w wykonywaniu czynności dnia codziennego do całkowitej, całodobowej opieki<sup>75</sup>. Aby system usług

---

74 J. Costa-Font, Ch. Courbage, *Financing Long-Term Care: New and Unresolved Questions*, [w:] J. Costa-Font, Ch. Courbage (red.), *Financing Long-Term Care in Europe. Institutions, Markets and Models*, Palgrave Macmillan 2012, s. 3.

75 G. Wunderlich, P. Kohler (red.), *Improving the Quality of Long-Term Care*, National Academy Press, Waszyngton 2001, s. 21.

opiekuńczych, rozumiany jako zespół powiązanych i wzajemnie oddziałujących elementów, działał prawidłowo, wymaga współpracy pomiędzy różnymi podmiotami świadczącymi pomoc oraz koordynacji pomiędzy jego poszczególnymi elementami. System jest wrażliwy na zmiany wprowadzane do jego pojedynczych komponentów.

**W polskim prawodawstwie brak jest definicji niesamodzielności, osoby niesamodzielnej, jak również katalogu usług i świadczeń skierowanych do tej grupy. Dlatego struktury obecnie funkcjonującej w Polsce pomocy w zakresie opieki długoterminowej nie można nazywać systemem, lecz tylko strukturą złożoną z subsystemów, które nie zawsze ze sobą współpracują, co powoduje znaczne trudności wynikające z braku koordynacji pomiędzy nimi.**

Działania systemu opieki nad osobami starszymi należy rozpatrywać na trzech poziomach: indywidualnym, lokalnym i centralnym. To na poziomie indywidualnym świadczona jest pomoc środowiskowa oferowana przez pomoc społeczną oraz pomoc instytucjonalną. Poziom ten związany jest z indywidualnymi cechami osoby wymagającej wsparcia, wpływającymi na konieczność korzystania przez nią z pomocy innych przy wykonywaniu codziennych czynności oraz na interakcje w obrębie małych grup społecznych, które są potencjalnym źródłem wsparcia i pomocy (rodzina, sieć kontaktów sąsiedzkich i przyjacielskich). Spośród podstawowych cech wyznaczających możliwość samodzielnej realizacji potrzeb, szczególne znaczenie posiadają: wiek, zasoby kulturowe, status rodzinny, stan zdrowia oraz sytuacja ekonomiczna. Pomędzy poszczególnymi składowymi zachodzą sprzężenia zwrotne. Przykładowo, poziom wykształcenia będący częścią zasobów kulturowych jest skorelowany z dochodami, które są najistotniejszym elementem statusu ekonomicznego. Wykształcenie wpływa również na stan zdrowia – im wyższy poziom wykształcenia, tym większa świadomość możliwości wystąpienia problemów zdrowotnych oraz tym lepsze rozeznanie w zakresie możliwości leczenia, rehabilitacji, uzyskania pomocy. Wiek jest zmienną niezależną wpływającą na pozostałe cztery obszary i będącą główną ich determinantą. Status rodzinny determinuje możliwość otrzymania wsparcia w postaci opieki ze strony krewnych. Brak potencjalnych opiekunów sprawia, że jednostka musi poszukiwać innych źródeł pomocy. Stan zdrowia może wymagać specjalistycznej opieki pielęgniarsko-lekarskiej lub infrastruktury, np. łazienki przystosowanej do potrzeb osoby niesamodzielnej. Konieczność wykonywania specjalistycznych zabiegów pielęgnacyjno-leczniczych oraz brak dostępu do odpowiedniej infrastruktury mogą uniemożliwiać sprawowanie opieki w miejscu zamieszkania danej osoby.



Należy wspomnieć o miejscu zamieszkania, jako o istotnej determinancie wpływającej na dostęp do pomocy środowiskowej i instytucjonalnej, a także na kwestie związane z koordynacją pomocy i wsparcia. Mieszkańcy wsi mają utrudniony dostęp do sektora prywatnego świadczącego usługi opiekuńcze. Niższe świadczenia emerytalne wypłacane z KRUS wpływają na możliwości zakupu tychże. Dodatkowo na obszarach wiejskich funkcjonuje przekonanie, że seniorem powinna opiekować się rodzina, że znaczne odległości pomiędzy gospodarstwami utrudniają pomoc ze strony sąsiadów, a usługi opiekuńcze wymagają ze strony osób je świadczących większych nakładów czasu i środków na dotarcie do osoby wspieranej.

**To na poziomie indywidualnym powinna być koordynowana pomoc w konkretnych przypadkach.** Koordynacja rozumiana jest jako zsynchronizowanie, uporządkowanie i zarządzanie elementami usług świadczonych w ramach systemu opieki długoterminowej. **Celem koordynacji jest zapewnienie spójności i integralności świadczonej pomocy poprzez kontrolowanie nie tylko wymiaru czasowego pomocy, jej rodzaju, lecz także ocenę jakości świadczonych usług. Celem jest także optymalne wykorzystanie zasobów zarówno finansowych, jak i kadrowych na poziomie indywidualnym oraz lokalnym.**

**Poziom lokalny** odzwierciedla działalność samorządu lokalnego, przejawiającą się w realizacji programów centralnych oraz lokalnych inicjatyw samorządu terytorialnego i budowie strategii w zakresie pomocy społecznej uwzględniającej potrzeby społeczności lokalnej. To na tym poziomie ustalane są priorytety w zakresie lokalnej polityki społecznej i koordynowane są działania systemu pomocy osobom wymagającym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

Natomiast **poziom centralny** wiąże się z działalnością na szczeblu rządowym i ustalaniem priorytetów w zakresie polityki społecznej; odzwierciedla zasady polityki społecznej i możliwości realizacji wyznaczonych celów. Na tym poziomie kształtują się priorytety polityki społecznej. Ustalenie najważniejszych problemów społecznych oraz grup społecznych, które będą beneficjentami działań prowadzonych w ramach polityki społecznej oraz polityki ochrony zdrowia, jest jedną z najistotniejszych kwestii determinujących strukturę pomocy oraz wielkość i sposób dystrybucji środków finansowych. Sposób ustalania priorytetów może być dwojaki: poprzez określenie problemu społecznego, który należy rozwiązać, albo poprzez wskazanie grupy społecznej, której członkowie nie mogą zaspokoić podstawowych potrzeb życiowych.

Wpływ na krajowy system ma także przynależność do organizacji międzynarodowych (poziom mega). Wraz z postępującą integracją w obrębie Unii Europejskiej wzrastać będzie znaczenie zmian wprowadzanych do regulacji prawnych poszczególnych krajów członkowskich pod wpływem UE. Przykładem takiego wpływu jest proces deinstytucjonalizacji systemu opieki długoterminowej<sup>76</sup>. Proces deinstytucjonalizacji wymaga nie tylko efektywnej koordynacji systemu pomocy i wsparcia, lecz także dodatkowych procedur w zakresie kontroli jakości oraz odpowiedniego standardu świadczonych usług.

Wzajemne oddziaływanie poziomu indywidualnego, lokalnego, centralnego i mega wpływa na rodzaj i jakość pomocy udzielanej osobie wymagającej wsparcia w niezależnym życiu. Nie tylko prawidłowe funkcjonowanie każdego z poziomów jest gwarantem stabilnej sytuacji w zakresie pomocy osobom starszym, lecz także współpraca pomiędzy poziomami i koordynacja zarówno między poziomami, jak i elementami tego samego poziomu.

Oprócz wyróżnionych czterech poziomów należy jeszcze uwzględnić trzy obszary, które mają istotne znaczenie z punktu widzenia efektywności świadczonej pomocy oraz jej koordynacji:

- opieka nieformalna (rodzina, krewni, bliscy) – rynek usług opiekuńczych (zarówno podmioty prywatne, jak i organizacje pozarządowe i związki wyznaniowe) – sektor publiczny (usługi społeczne);
- relacja dwóch głównych sektorów, które są zaangażowane w świadczenie usług na rzecz osób wymagających wsparcia, tj. sektor pomocy społecznej – sektor ochrony zdrowia;
- pomoc świadczona w miejscu zamieszkania osoby wymagającej wsparcia (zgodnie z koncepcją *ageing in place*), pomoc półinstytucjonalna oraz pomoc instytucjonalna.

Aby system opieki długoterminowej był efektywny, niezbędna jest koordynacja nie tylko pomiędzy poszczególnymi elementami wszystkich wzmiankowanych obszarów, ale także pomiędzy całymimi tymi obszarami.

## **Koordynacja na poziomie indywidualnym**

**Na poziomie indywidualnym musi być osoba, która kontroluje wszystkie elementy pomocy, czuwa nad tym, aby wszystkie obszary deficytowe były**

---

<sup>76</sup> Zob. *Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności*, [https://www.power.gov.pl/media/70778/ogolnoeuropejskie\\_wytyczne\\_deinstytucjonalizacja.pdf](https://www.power.gov.pl/media/70778/ogolnoeuropejskie_wytyczne_deinstytucjonalizacja.pdf) [dostęp: 14.01.2022].

**uzupełnione odpowiednimi usługami opiekuńczymi, ale także aby pomóc się nie dublowała.** W obecnych realiach osobą koordynującą jest najczęściej sama osoba wymagająca pomocy lub członek jej rodziny, który jednocześnie sprawuje także bezpośrednio rolę opiekuna. **Osoba taka nazywana jest menedżerem opieki i w praktyce to ona próbuje „łatać” niedoskonałości systemu.** Działanie menedżera opieki polega na połączeniu pomocy z różnych źródeł, skompletowaniu usług, sprawdzeniu ich jakości. W przypadku osoby samotnej, nie mającej żadnych krewnych lub innych bliskich osób mogących pełnić funkcję koordynatora, rolę tę częściowo pełni pracownik socjalny. Aby możliwa była koordynacja w indywidualnej sprawie, niezbędne jest uzyskanie pełnych informacji o sytuacji danej osoby. Dlatego też podstawą działania podejmowanego w ramach systemu opieki długoterminowej powinna być kompleksowa diagnoza sytuacji osoby wymagającej pomocy. Zbadanie jej sytuacji życiowej, identyfikacja potrzeb i kręgu potencjalnych wspierających umożliwi optymalne dopasowanie usług i świadczeń w ramach systemu opieki długoterminowej. W tym celu pracownik socjalny, który przy braku całościowej koordynacji w wąskim znaczeniu pełni rolę koordynatora pomocy, przeprowadza wywiad środowiskowy mający na celu ustalenie potrzeb oraz możliwości ich zaspokojenia przez najbliższe otoczenie. Jeśli osoba wymagająca wsparcia ma rodzinę, wywiad jest często przeprowadzany nie tylko z nią samą, lecz także z członkami jej rodziny i zgodnie z zasadą pomocniczości, jeśli rodzina nie może zapewnić pomocy w zakresie zaspokojenia potrzeb osoby starszej, wtedy pomoc zostaje udzielona przez lokalny ośrodek pomocy społecznej. Przy obecnej konstrukcji systemu opieki długoterminowej problemem jest „wejście” w system formalnej opieki. Pracownik socjalny musi posiadać informację o potrzebie wsparcia, np. zostać zawiadomiony przez rodzinę, sąsiadów lub pracowników szpitala. Zgodnie z art. 120 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. 2020 r., poz. 1876) pracowników socjalnych mogą również zatrudniać inne instytucje, a w szczególności jednostki organizacyjne właściwe w sprawach zatrudnienia i przeciwdziałania bezrobociu, szpitale, zakłady karne. Często to właśnie szpital lub przychodnia podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) jest pierwszym ogniwem łańcucha systemu opieki długoterminowej. Szczególnie w przypadku osób starszych to lekarz pierwszego kontaktu jest źródłem informacji o konieczności wsparcia, np. ze strony ośrodka pomocy społecznej. Z punktu widzenia systemu opieki jednym z najbardziej newralgicznych punktów jest właściwa koordynacja pomiędzy pierwszym ogniwem łańcucha a dalszymi działaniami. Brak łączności pomiędzy systemem ochrony zdrowia (szpital, przychodnia) a systemem pomocy społecznej jest jedną z największych przeszkód w działaniu systemu opieki długoterminowej. Obecnie to osoba sprawująca opiekę (najczęściej krewny) lub pracownik socjalny są

głównym ogniwem spinającym i koordynującym pomoc na poziomie indywidualnym. Jednak **brak jest całościowej koordynacji, tzn. że pracownik socjalny koordynuje tylko wsparcie przyznane przez ośrodek pomocy społecznej, ale nie koordynuje już np. usług świadczonych w ramach środowiskowej opieki pielęgniarstwa czy też innego rodzaju pomocy, którą uzyskuje lub może uzyskać osoba potrzebująca wsparcia, np. pomocy świadczonej w ramach poradni diabetologicznej. Brak jest całościowego podejścia do sytuacji takiej osoby, a brak całościowej koordynacji powoduje, że różne fragmenty nie tylko systemu opieki długoterminowej, ale także innego rodzaju wsparcia świadczonego na rzecz danej osoby działają niezależnie od siebie, nie widząc się nawzajem i nie wiedząc, czy nie dublują jakichś działań lub odwrotnie, czy w jakichś obszarach nie ma deficytów.**

## Koordynacja na poziomie lokalnym

Na poziomie lokalnym koordynacją wsparcia i pomocy zajmuje się ośrodek pomocy społecznej. Tu problemem jest koordynacja działań pomiędzy systemem ochrony zdrowia i systemem pomocy społecznej, ponieważ nie funkcjonują procedury postępowania w sytuacji, gdy osoba wypisywana z podmiotu działającego w ramach systemu ochrony zdrowia wymaga pomocy w codziennym funkcjonowaniu. **Brak jest także całościowego monitorowania przez jeden podmiot usług świadczonych przez wiele podmiotów należących do różnych sektorów, tj. usług publicznych, usług świadczonych w ramach rynku usług opiekuńczych oraz usług świadczonych przez organizacje pozarządowe.** Lokalny koordynator, a więc ośrodek pomocy społecznej, powinien mieć wiedzę o wszystkich usługach świadczonych danej osobie (informacje powinien uzyskać pracownik socjalny w ramach wywiadu środowiskowego), ale ponieważ nie ma on stosownych do tego narzędzi prawnych, koordynacja pomocy ogranicza się w zasadzie tylko do świadczeń, które można uzyskać w ramach systemu pomocy społecznej. Oznacza to nie tylko brak koordynacji pomiędzy różnymi podmiotami świadczącymi pomoc, lecz nawet brak koordynacji pomiędzy świadczeniami publicznymi (pomoc społeczna i ochrona zdrowia).

Instytucją, która ma koordynować wsparcie i opiekę, mają być Centra Usług Społecznych (CUS) (Dz.U. z 2019 r., poz. 1818). Niektóre samorządy lokalne tworzyły CUS jeszcze przed uchwaleniem ustawy, jednak najczęściej przejmowały one część zadań ośrodka pomocy społecznej w zakresie świadczenia usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych. Centra miały

także ułatwić koordynację systemu pomocy gminom, które są zbyt małe, aby na ich terenie powstał np. dom dziennego pobytu. Dzięki możliwości utworzenia ponadgminnego CUS możliwe byłoby sprawniejsze i efektywniejsze koordynowanie i udzielanie świadczeń.

## Koordynacja na poziomie międzysektorowym

Na poziomie centralnym (ministerialnym) konsekwencje braku koordynacji pomiędzy sektorem pomocy społecznej, ochrony zdrowia i rynkiem pracy<sup>77</sup> skutkują tym, że podmioty z różnych sektorów często pełnią wobec siebie rolę substytucyjną, np. osoby kierowane do domów pomocy społecznej dla osób somatycznie chorych oraz do zakładów opiekuńczo-leczniczych (ZOL) i zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO) charakteryzują się podobnym stanem zdrowia<sup>78</sup>. **Brak także standardów postępowania w sytuacji, gdy niezbędna jest pomoc z obu systemów jednocześnie. Systemy się przenikają, ale nie ma wypracowanych ścieżek postępowania, gdy niezbędna jest pomoc pielęgnacyjna, opiekuńcza i medyczna.** Koordynacja powinna także dotyczyć działań podejmowanych w ramach rynku pracy. W zakresie kadry opiekuńczej, szkoleń przewidzianych dla opiekunów, a także estymacji zapotrzebowania na opiekę i możliwości jej zaspokojenia powinny ze sobą współpracować trzy ministerstwa, które w swoich kompetencjach mają opiekę, świadczenia medyczne i rynek pracy. Poziom ministerialny to także nadzór i koordynowanie ram kwalifikacji zawodów opiekuńczych i pielęgnacyjnych, także tych nowo powstających.

Poziom centralny to czuwanie nad spójnością systemu opieki na poziomie legislacyjnym, koordynacja świadczeń dla osób wymagających intensywnego wsparcia w życiu codziennym oraz ich opiekunów rodzinnych, a także usług i świadczeń oferowanych w ramach pomocy środowiskowej.

---

77 Kwestie rynku pracy zostały wydzielone i obecnie znajdują się w gestii Ministerstwa Rozwoju, Pracy i Technologii.

78 A. Koziarkiewicz, K. Szczerbińska (red.), *Opieka długoterminowa w Polsce...*, op. cit., s. 23.



## Wsparcie opiekunów nieformalnych

---

### Ryzyka socjalne związane z opieką

Opiekunowie nieformalni osób dorosłych odgrywają na tyle znaczącą rolę w opiece nad osobami niepełnosprawnymi i starszymi, że sami stają się grupą wymagającą wielowymiarowego wsparcia, którego jednak często nie otrzymują w odpowiednim zakresie. **Badania wskazują, że obciążenie obowiązkami opiekuńczymi bywa w Polsce – na tle standardów krajów rozwiniętych – bardzo wysokie<sup>79</sup>, co też pociąga za sobą skutki materialne, zawodowe, psychospołeczne i zdrowotne dla osób świadczących opiekę.** Powyższe wymiary możliwego pogorszenia sytuacji danej osoby na skutek podjęcia i kontynuacji opieki długoterminowej składają się na swoiste socjalne ryzyko bycia opiekunem/opiekunką<sup>80</sup>. Jeśli zaś mówimy o rodzaju socjalnego ryzyka, wymaga ono działań na rzecz zabezpieczenia osób nim dotkniętych. Oprócz zabezpieczenia opiekuna, jego sytuacji socjalno-ekonomicznej, ale też szerszej pojętego dobrostanu (uwzględniającego też aspekty społeczno-relacyjne, zdrowotne czy psychiczne), potrzebne są działania – w tym zwłaszcza te realizowane w formie usług – wspierające trwałość i jakość pełnionej długookresowo roli opiekuńczej, z myślą również o bezpieczeństwie i zaspokojeniu potrzeb osoby, która jest pod opieką. **Można zatem powiedzieć, że opiekunowie wymagają wsparcia i zabezpieczenia zarówno z uwagi na troskę o ich własny dobrostan, jak i jakość opieki, rzutującą na dobrostan osoby, którą się opiekują.**

---

79 F. Colombo et al., *Help wanted? Providing and paying for long-term care*, „OECD Health Policy Studies”, Paris 2011.

80 F. Morgan, *The Treatment of Informal Care-Related Risks as Social Risks: An Analysis of the English Care Policy System*, „Journal of Social Policy” 2018, 1 (47), s. 179–196, <https://doi.org/10.1017/S0047279417000265> [dostęp: 14.01.2022].

Przyjrzyjmy się zatem najważniejszym narzędziom wsparcia dla opiekunów, a także lukom w całej infrastrukturze wsparcia i zabezpieczenia tej grupy w trzech zasadniczych wymiarach: zabezpieczenia socjalno-finansowego, wsparcia instytucjonalno-usługowego i możliwości godzenia opieki długoterminowej z innymi rolami społeczno-zawodowymi. Jest to podział roboczy i bardzo umowny. Zarówno dostęp do usług, jak i zasady kwalifikowania do świadczeń finansowych i ich wysokość rzutują przecież w sposób zasadniczy na możliwości podejmowania i kontynuowania aktywności zawodowej.

## Problemy i luki w obszarze wsparcia finansowego dla opiekunów

W polskich realiach wsparcie finansowe ma zasadnicze znaczenie z kilku powodów. Normy i przyzwyczajenia kulturowe sprzyjające **intensywnemu oddaniu się opiece** nad bliskimi, ograniczony dostęp do usług wspierających oraz utrudnione możliwości kontynuacji pracy przez opiekunów sprawiają, że **sytuacja społeczno-ekonomiczna wielu z nich zaczyna być zależna od tego, na ile dostępne są świadczenia pieniężne i jaka jest ich wysokość**. Oczywiście, całościowa sytuacja społeczno-ekonomiczna opiekunów zależy także od struktury gospodarstwa domowego oraz relacji z innymi osobami, także nie tworzącymi z nimi gospodarstwa domowego. Znaczenie mają też np. świadczenia emerytalno-rentowe pobierane przez osobę wymagającą opieki oraz dochody (a także wydatki) innych członków gospodarstwa domowego czy rodziny, lub innych osób, między którymi a tą osobą i opiekunem zachodzą przepływy zasobów, także o charakterze finansowym. Abstrahując od tej szerszej sieci relacji, która w przypadku różnych opiekunów bywa bardzo różna, warto przeanalizować same świadczenia dla opiekunów i osób, którymi się opiekują.

Podstawą prawną dla przyznawania świadczeń finansowych dla tejże grupy jest dział III Ustawy o świadczeniach rodzinnych (Dz.U. z 2003 r. poz. 2255). Ten akt prawny w analizowanym obszarze podlegał dynamicznej ewolucji (zwłaszcza od 2008 do 2015 roku)<sup>81</sup>, której towarzyszyły liczne protesty, interwencje czy wyroki Trybunału Konstytucyjnego stwierdzającego niekonstytucyjność dotychczasowych przepisów<sup>82</sup>. Niezgodność z Ustawą Zasadniczą poszczególnych zapisów regulujących wsparcie dla opiekunów nie została wciąż wyeliminowana. Przez ostatnie 6 lat, aż do początku III dekady

81 R. Bakalarczyk, *Polityka wsparcia nieformalnych opiekunów niesamodzielnych osób starszych w Polsce. Na podstawie zmian prawnych w latach 2003–2015*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2018.

82 Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 21 października 2014 r. sygn. akt K 38/13.



XXI wieku, ta ewolucja wyhamowała, aczkolwiek w deklaracjach decydentów, jak i w poszczególnych dokumentach strategicznych (np. Strategii na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami<sup>83</sup> czy założeniach tzw. „Polskiego Ładu”<sup>84</sup>) pojawiają się zapowiedzi zasadniczych reform w tym obszarze. Przyjrzyjmy się jednak stanowi prawnemu obowiązującemu w początkach 2022 roku.

Na mocy Ustawy o świadczeniach rodzinnych **świadczeniami** dla opiekunów są: świadczenie pielęgnacyjne (dla opiekunów dzieci niepełnosprawnych wymagających stałej opieki oraz znacznie niepełnosprawnych dorosłych, którzy nabyli niepełnosprawność przed osiągnięciem pełnoletności) i tzw. specjalny zasiłek opiekuńczy (SZO) w wysokości 620 złotych netto (dla opiekunów osób znacznie niepełnosprawnych, które stały się zależne od stałej opieki już w dorosłym życiu). **Obydwa rodzaje wsparcia finansowego opiekunów są warunkowane pełną rezygnacją z zatrudnienia przez opiekuna, niepobieraniem przez niego świadczeń emerytalno-rentowych oraz posiadaniem obowiązku alimentacyjnego wobec podopiecznego.** O ile świadczenie pielęgnacyjne jest niezależne od dochodu, a jego wysokość zrównano z płacą minimalną, o tyle specjalny zasiłek opiekuńczy – szczególnie istotny w kontekście opieki rodzinnej wobec osób starszych – jest od niej (płacy minimalnej) wyraźnie niższy, a także obwarowany szeregiem rygorystycznych kryteriów. By otrzymać tego rodzaju pomoc konieczne jest równoczesne występowanie następujących kryteriów:

- Dochód w przeliczeniu na osobę nie może przekraczać 764 złotych netto. Jeśli podopieczny i opiekun nie tworzą wspólnego gospodarstwa domowego, przelicza się dochód na osobę, biorąc pod uwagę łączny dochód w obydwu gospodarstwach domowych i liczbę mieszkających w nim osób.
- Wymagana jest pełna rezygnacja z jakiegokolwiek legalnej pracy zarobkowej, włącznie z pracą wykonywaną w ramach umów cywilnoprawnych, takich jak umowy zlecenia czy umowy o dzieło.
- Opiekun nie może pobierać równoległe do specjalnego zasiłku opiekuńczego innych wymienionych w ustawie świadczeń z zabezpieczenia społecznego, takich jak rozmaite świadczenia emerytalno-rentowe czy zasiłek stały z pomocy społecznej.

---

83 Uchwała nr 27 Rady Ministrów z dnia 16 lutego 2021 r. w sprawie przyjęcia dokumentu *Strategia na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami 2021–2030*.

84 Dokument Zjednoczonej Prawicy pt. *Polski Ład*, [http://polskilad.pis.org.pl/files/Polski\\_Lad.pdf](http://polskilad.pis.org.pl/files/Polski_Lad.pdf) [dostęp: 14.01.2022].

- Między opiekunem a podopiecznym musi istnieć określony w Kodeksie Rodzinnym i Opiekuńczym obowiązek alimentacyjny, co odnosi się do wstępnych, zstępnych, rodzeństwa i współmałżonków.

Te cztery grupy kryteriów, które – podkreślmy – muszą wystąpić łącznie, sprawiają, że **wsparcie finansowe opiekunów i opiekunek jest bardzo selektywne i niedostępne dla wielu z nich, w tym części z tych, którzy angażują się w opiekę bardzo intensywnie i znajdują się w trudnej sytuacji ekonomicznej**. Przykładowo obowiązek alimentacyjny wyklucza z możliwości uzyskania wsparcia osoby opiekujące się teściem, ciotką, bliskim przyjacielem czy partnerem bądź partnerką, z którym lub którą żyją w związku niesformalizowanym (w polskim porządku prawnym niemożliwym do sformalizowania, np. w przypadku bliskich osób w ramach związków jedнопłciowych). Niezależnie od stopnia poświęcenia się opiece nad drugą osobą nie będzie przysługiwał im specjalny zasiłek opiekuńczy. Z kolei drugi z warunków, związany z niemożnością pobierania tego zasiłku przy pobieraniu innego świadczenia powoduje, że np. córka przebywająca na rencie nie może otrzymać wsparcia, gdy opiekuje się sędziwą matką, nawet jeśli wysokość jej renty jest bardzo niska. Działa to też w drugą stronę i np. starsza matka, emerytka, nie otrzyma specjalnego zasiłku opiekuńczego z tytułu zajmowania się swoim dorosłym dzieckiem wymagającym stałej opieki<sup>85</sup>. Od stycznia 2022 roku wprawdzie rodzice dorosłych niepełnosprawnych pobierający wcześniejsze emerytury (EWK) mogą ubiegać się o dodatkowe wsparcie finansowe, ale osoby te stanowią jedynie część szerszej grupy opiekunów i opiekunek pobierających świadczenia emerytalno-rentowe. Większość z nich nadal nie otrzymuje finansowej pomocy z z tytułu sprawowanej opieki nad bliskimi. **Podnoszona publicznie jest też kwestia kryterium dochodowego, którego wysokość i sztywność powoduje wykluczenie z pomocy wielu relatywnie ubogich opiekunów**. 764 złotych netto to kwota istotnie niższa od minimum socjalnego dla gospodarstw emeryckich (w 2020 roku w dwuosobowym gospodarstwie emeryckim było to 1040,67 złotych netto na osobę)<sup>86</sup>. Próg ów nie został podniesiony ani podczas weryfikacji świadczeń rodzinnych w 2018 roku, ani – zgodnie z projektem

85 Opiekunki pobierające świadczenia rentowe lub emerytalne od lat zabiegają o wyrównanie między nieraz niskimi świadczeniami emerytalno-rentowymi, jakie otrzymują w okresie sprawowania opieki nad niepełnosprawnymi bliskimi, a kwotą świadczenia pielęgnacyjnego. Dotąd postulat ten nie został zrealizowany, mimo licznych petycji tego środowiska, wystąpień RPO, a także projektów przygotowywanych choćby w Senacie RP.

86 Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, *Informacja o poziomie i strukturze minimum socjalnego w 2020 r.*, Warszawa, 12 kwietnia 2021 r.

przekazanym Radzie Dialogu Społecznego przez rząd<sup>87</sup> – nie doszło do zmiany w wysokości świadczeń ani progów w 2021 roku. Na uwagę i krytyczną ocenę zasługuje także sztywność tego kryterium i nieobjęcie go zasadą tzw. złotówki za złotówkę, stosowanej już przy niektórych świadczeniach w polskiej polityce wsparcia (w odniesieniu do zasiłku rodzinnego oraz w odniesieniu do świadczenia uzupełniającego dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji). W praktyce zatem nawet nieznaczne przekroczenie progu (co można zilustrować przykładem niepracującego zarobkowo syna opiekującego się całodobowo cierpiącą na demencję matką, której emerytura jest na poziomie 1550 złotych netto) pozbawia opiekuna prawa do świadczenia. Brak uprawnienia do zasiłku przy jednoczesnej niemożności podjęcia czy kontynuowania pracy ma też dodatkowe wielowymiarowe konsekwencje dla bezpieczeństwa socjalnego po stronie opiekuna, a mianowicie nie są wówczas odprowadzane za niego składki emerytalno-rentowe ani zdrowotne (o ile nie jest on ubezpieczony z innego tytułu), co czyni go potencjalnie niezabezpieczonym socjalnie w obliczu innych rodzajów ryzyka socjalnego, jak nadejście starości, utrata zdrowia czy sprawności.

**Sama wysokość wsparcia również może budzić obiekcje, jako że kwota 620 złotych jest znacznie poniżej minimum socjalnego.** Biorąc pod uwagę, że świadczenia dla opiekunów są powiązane z koniecznością rezygnacji z pracy (co nie wprost może sugerować funkcję kompensacyjną wobec utraty dochodu, jaki ta osoba mogłaby otrzymywać, kontynuując lub podejmując legalną aktywność zawodową), zasadne jest porównanie tej kwoty z wysokością choćby minimalnej płacy w gospodarce narodowej, która w 2021 roku była ponad trzykrotnie wyższa<sup>88</sup>.

**Można zatem powiedzieć, że stan prawny nie gwarantuje opiekunom będącym w podobnej sytuacji równego i godziwego traktowania.** W dokumentach rządowych znalazły się zapowiedzi zmian, które wprawdzie wydają

---

87 I. Maczalska, *Świadczenia rodzinne zamrożone do 2024 roku. Rodzice bez podwyżek przez trzy lata*, pit.pl, 11 czerwca 2021, <https://www.pit.pl/aktualnosci/swiadczenia-rodzinne-zamrozzone-do-2024-roku-rodzice-bez-podwyzek-przez-trzy-lata-1005635> [dostęp: 15.01.2022].

88 Warto nadmienić, że niektóre organy wydające decyzje w sprawie przyznawania świadczeń, powołując się na wspomniany wcześniej wyrok Trybunału z 2014 roku oraz niektóre orzeczenia Sądów Administracyjnych, przydzielają wsparcie na korzystniejszych zasadach, nie w formie specjalnego zasiłku opiekuńczego, a przeszło trzykrotnie wyższego świadczenia pielęgnacyjnego, które jest na poziomie płacy minimalnej. Taka praktyka była prowadzona w Sopocie, ale spotkała się z sankcjami wojewody pomorskiego (zob. Julia Theus, *Wojewoda Drelich z PiS ukarał Sopot za wyższą pomoc opiekunom dorosłych niepełnosprawnych*, OKO.press, 28 maja 2021, <https://oko.press/skandaliczna-decyzja-wojewody-pomorskiego/>). Ponadto części opiekunów nie udaje się uzyskać świadczenia w drodze procedury odwoławczej czy to przed Samorządowymi Kolegiami czy sądami.

się zmierzać ku poprawie sytuacji opiekunów, ale nie są wzajemnie spójne ani dość konkretne<sup>89</sup>.

**Podsumowując, widać, że wsparcie finansowe jest zarówno bardzo niskie, jak i trudno dostępne.** Reguły te zresztą mają niskie oparcie w Ustawie Zasadniczej, co zostało stwierdzone wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego, którego orzeczenie w sprawie koniecznej zmiany prawnej nie zostało do dziś zrealizowane przez Ustawodawcę. **Konsekwencją jest trudna ekonomiczna sytuacja opiekunów oraz wykluczenie ich z innych segmentów zabezpieczenia społecznego (emerytalno-rentowego i zdrowotnego).**

## Usługi społeczne wspomagające opiekunów nieformalnych

W literaturze przedmiotu wymienia się usługi: informacyjne, doradcze, szkoleniowe, psychologiczne, terapeutyczne oraz wytchnieniowe. W jaki sposób te usługi są realizowane i w jakim stopniu są dostępne?

W Polsce, w ramach lokalnych praktyk systemowych, pozarządowych lub realizowanych w ramach partnerstw (niekiedy przy udziale środków zagranicznych, np. z funduszy unijnych) realizowane są usługi wspierające opiekunów nieformalnych. **Usługi te nie mają jednak charakteru systemowego, nie są powszechnie obowiązujące i dostępne w całym kraju.** Nie zostały wymienione w żadnej z ustaw – ani w Ustawie o pomocy społecznej, ani w Ustawie o świadczeniach rodzinnych, ani w Ustawie o rehabilitacji społecznej i zawodowej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych. Ostatnie lata przyniosły quasi-systemowe instrumenty wsparcia rozwoju wspomnianych usług, zwłaszcza o charakterze wytchnieniowym. Od 2019 roku działa w ramach tzw. Funduszu Solidarnościowego konkursowy program „Opieka wytchnieniowa”. Dofinansowanie w ramach programu odbywa się w trybie konkursowym, ze wsparcia skorzystać mogą gminy lub powiaty (a od 2020 roku także organizacje pozarządowe<sup>90</sup>) realizujące na swoim terytorium usługi opieki wytchnieniowej w jednym z trzech modułów przewidzianych w programie. Zasadniczo opieka wytchnieniowa oznacza opiekę zastępczą na czas, gdy opiekun nie może być z podopiecznym (np. w ze względu na konieczność leczenia,

---

89 Zob: Rządowa Strategia na rzecz osób z niepełnosprawnościami (Uchwała nr 27 Rady Ministrów z dnia 16 lutego 2021 r. w sprawie przyjęcia dokumentu *Strategia na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami 2021–2030*, s. 220) oraz Polski Ład – Strona główna (pis.org.pl) [Dostęp: 5.12.2022].

90 Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, Program „Opieka wytchnieniowa – edycja 2021”, Warszawa, grudzień 2020.

rehabilitacji czy potrzebę wypoczynku). W ramach realizowanego programu „Opieka wytchnieniowa” przewidziano trzy moduły<sup>91</sup>.

**Program „Opieka wytchnieniowa” jest niewątpliwie pozytywnym krokiem, jednak nie jest to rozwiązanie systemowe, nie stwarza warunków stabilnego rozwoju tych usług, a środki finansowe przeznaczone na te usługi należy uznać za niewystarczające.** Tryb finansowania usług w ramach programu jest projektowo-konkursowy. Pozwala na dofinansowanie w ramach rocznych projektów, które uzyskują środki z tego tytułu w ramach konkursu ofert. W roku 2019 przeznaczono na program 110 mln złotych, w 2020 – 80 mln złotych, ale już w 2021 roku – jak podaje Pełnomocnik Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych – budżet programu wyniósł jedynie 50 mln złotych, a następnie podniesiono go do 60 mln<sup>92</sup>. Nie jest to duża kwota w skali kraju. Część samorządów, z różnych względów (finansowych, organizacyjnych, kadrowych), nie chciała lub nie była w stanie skorzystać z programu, mimo że pojawiły się ku temu potrzeby ze strony mieszkających tam opiekunów. W pierwszych edycjach programu wymagany był też wkład własny, z którego w edycji za 2021 rok zrezygnowano (co wydaje się słusznym krokiem). W roku 2019, kiedy uruchomiono program, skorzystała z niego jedynie 1/7 gmin w Polsce<sup>93</sup>. Dwa lata później, w 2021 roku, zainteresowanie programem i udział w nim był istotnie większy<sup>94</sup>. Jak podaje portal Niepełnosprawni.pl, w 2021 roku w programie uczestniczy 699 gmin, co stanowi 28% wszystkich gmin w kraju<sup>95</sup>. Ramy finansowe programu są zbyt wąskie, a w dużej części kraju opieka wytchnieniowa nadal jest nieobecna lub dostępna w stopniu zbyt ograniczonym w relacji do potrzeb.

**Nadal brakuje też systemowych rozwiązań dotyczących innych usług na rzecz opiekunów lub innych działań, które choćby pośrednio mogłyby ich wesprzeć.** Dostęp do szkoleń nie jest powszechny, a lukę systemową

---

91 Pierwszy moduł oznacza usługi w trybie całodobowym (limit 14 dni), drugi – usługi w trybie dziennym (w przeliczeniu na godziny) z limitem 240 godzin. Trzeci moduł dotyczy szkoleń i poradnictwa specjalistycznego dla opiekunów (limit 20 godzin).

92 B. Dązbłaż, *Niewiele ponad 28 proc. gmin w Polsce realizuje w tym roku program opieki wytchnieniowej*, niepelnosprawni.pl, 2 lipca 2021, [http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/1823142;jsessionid=B9B729BA69F6B1CA4B782AF6EBAD5193?site\\_id=202321](http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/1823142;jsessionid=B9B729BA69F6B1CA4B782AF6EBAD5193?site_id=202321) [dostęp: 15.01.2022].

93 *Ibidem*.

94 M. Topolewska, *Program „Opieka wytchnieniowa” się rozkręca*, „Dziennik Gazeta Prawna”, 28 stycznia 2021, <https://serwisy.gazetaprawna.pl/samorzad/artykuly/8078987,opieka-wytchnieniowa-dotacje-opiekunowie-osob-niepelnosprawnych.html> [dostęp: 15.01.2022].

95 B. Dązbłaż, *Niewiele ponad 28 proc. gmin w Polsce...*, *op. cit.*

wypełniają niekiedy w formule bezpłatnych webinarium organizacje poza-rządowe<sup>96</sup>, ale nie każdy wie o tej ofercie czy ma do niej dostęp (choćby za sprawą wykluczenia cyfrowego części opiekunów). Podobnie problemem jest brak łatwo dostępnego systemowego wsparcia psychologicznego dla tej mocno obciążonej, a zarazem mało mobilnej i zasobnej grupy, czy wsparcia dla jej przedstawicieli i przedstawicielek w zakresie integracji społecznej. Na podstawowym poziomie brakuje też powszechnie dostępnej informacji i porad, jak poruszać się w sferze wsparcia i zapewnić opiekę bliskim. Łatwy dostęp do tego typu informacji również powinien być rozwiązaniem systemowym, gwarantowanym na terenie całego kraju.

## Wsparcie w godzeniu pracy zawodowej z rolą opiekuna

Na uwagę zasługują też deficyty w zakresie wsparcia w sytuacji godzenia opieki nieformalnej czy rodzinnej z aktywnością zawodową. Nie jest to wyłącznie rezultat omówionych wcześniej zapisów Ustawy o świadczeniach rodzinnych zakazujących pracy zarobkowej opiekunom pobierającym świadczenia z tytułu opieki nad bliskimi. Czynniki uniemożliwiających wielu osobom godzenie opieki z pracą choćby w niewielkim wymiarze jest więcej. Część z nich dotyczy sfery usług i ich (nie)dostępności, a część regulacji i funkcjonowania stosunków pracy. Niedobór wsparcia w formie usług opiekuńczych, które byłyby dostępne przestrzennie, czasowo czy cenowo, sprawia, że wielu opiekunów nie miałoby z kim zostawić bliskich, gdyby planowali zaangażować się zawodowo. Szczególnie dotyczy to profesji wymagających wykonywania czynności służbowych w miejscu pracy, w przypadku których zastosowanie udogodnień w postaci telepracy nie jest możliwe.

Nie dość przyjazne opiekunom wydają się także regulacje rynku pracy. **Niektóre badania pokazują, że część opiekunów korzysta z pewnych nieformalnych udogodnień w miejscu pracy (co zależy od indywidualnego podejścia po stronie pracodawcy)<sup>97</sup>, ale brakuje rozwiązań formalnych adresowanych do tej grupy, takich jak dodatkowe urlopy<sup>98</sup>, wiążące dla**

---

96 Przykładem jest cykl bezpłatnych szkoleń online dla opiekunów rodzinnych, organizowanych przez Fundację Hospicyjną wespół z Fundacją Agory uruchomionych w pierwszej połowie 2021 roku, zob. <https://opiekunrodzinny.pl/aktualnosci/maj-z-bezplatnymi-szkoleniami-dla-opiekunow-rodzinnych-zapisz-sie-juz-dzis> [dostęp:15.01.2022].

97 A. Urbaniak, *Sytuacja opiekunów rodzinnych w kontekście sprawowania opieki nad osobami w wieku 60+ z terenu województwa łódzkiego*, Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi, 2018.

98 A. Schmidt, M. Fuchs, R. Rodrigues, *Juggling family and work – Leaves from work to care informally for frail or sick family members – an international perspective*, European Centre of Social Welfare and

**pracodawcy prawo do bardziej elastycznych godzin pracy czy miejsca jej wykonywania** (np. w formie telepracy czy pracy w trybie hybrydowym). Zarazem badania pokazują, że wiele osób nie informuje w miejscu pracy o swoich doświadczeniach czy potrzebach związanych ze sprawowaniem roli opiekunów wobec starszych krewnych<sup>99</sup>. Wobec tego zasadne jest animowanie działań poszerzających świadomość tych doświadczeń i tworzenie klimatu dla artykułowania potrzeb opiekunów w tym zakresie, także w miejscu pracy.

Badacze wskazują również, że godzeniu pracy z opieką mogłoby sprzyjać też upowszechnienie rozwiązań tzw. teleopieki, dzięki którym część czynności opiekuńczych czy wspomagających mogłaby być wykonana zdalnie, gdy opiekun nie znajduje się obok osoby starszej<sup>100</sup>. Sektor komercyjny wprowadza narzędzia służące teleopiece, ale przydałyby się też odpowiednie działania publiczne – regulacyjne, finansowe bądź informacyjne, sprzyjające upowszechnieniu narzędzi wspierających opiekę w trybie zdalnym. Z pewnością przydałyby się formy miękkiego oddziaływania publicznego na pracodawców, aby tworzyli pracującym opiekunom osób starszych warunki do podejmowania lub kontynuowania aktywności zawodowej. Można rozważyć także zachęty fiskalne czy innego rodzaju bodźce sprawiające, że stworzenie otoczenia pracy przyjaznego opiekunom będzie postrzegane jako opłacalne (choćby ze względów wizerunkowych). Trudno jednak znaleźć przejawy takich działań w dotychczasowej polityce państwa.

---

Policy Research, Policy Brief, 2016.

99 R. Baszun, A. Zamęcki, *Praca zawodowa a pełnienie ról opiekuńczych przez kobiety i mężczyzn w Polsce*, Forum Odpowiedzialnego Biznesu, 2020.

100 Ł. Jurek, *Łączenie pracy zawodowej z opieką nad osobą starszą w Polsce*, Wrocław 2016.





## Opiekunowie formalni w systemie opieki długoterminowej

---

Jednym z kluczowych wyzwań dla przyszłości systemu opieki długoterminowej w Polsce, a w szczególności dla usług publicznych w tym zakresie, jest zapewnienie odpowiedniej liczby kadr o odpowiednich kwalifikacjach. **Polska należy do państw, w których wskaźnik zatrudnienia w sferze opieki długoterminowej jest jednym z najniższych wśród wszystkich krajów rozwiniętych.** Według danych OECD za 2016 rok w Polsce na 100 osób w wieku 65+ przypadało 0,5 osoby pracującej w sektorze opieki długoterminowej. Średnio dla europejskich krajów rozwiniętych współczynnik ten był dziesięciokrotnie wyższy i wynosił 4,9. Najwyższe wskaźniki osiągnęły takie kraje jak Norwegia (12,7), Szwecja (12,4), Izrael (11,1%), Dania (8,1) i Holandia (8). Mniej zatrudnionych w sektorze opieki w relacji do osób starszych niż w Polsce było jedynie w Grecji<sup>101</sup>. Niski – także na tle porównawczym (już na podstawie tej powierzonej statystyki) – poziom zatrudnienia w sferze opieki długoterminowej w Polsce wydaje się sygnałem alarmowym. Na to zagadnienie należy jednak spojrzeć szerzej, nie tylko w kategoriach ilościowych, ale i jakościowych.

Trudności z określeniem sytuacji kadrowej w opiece długoterminowej częściowo wynikają z jej ogromnego rozproszenia na różne zawody, instytucje i segmenty polityki społecznej (zdrowotny i społeczny), a także z ograniczonego poziomu uregulowania lub nieuregulowania części sfery opieki, zwłaszcza w sektorze prywatnym lub na pograniczu sektora publicznego i prywatnego. Także w obrębie tych samych obszarów opieki, a nawet i tych samych lub podobnych instytucji, sytuacja zawodowa poszczególnych grup zaangażowanych w opiekę bywa różna. Inaczej wyglądać może sytuacja płacowa pielęgniarek pracujących w domach pomocy społecznej, a inaczej pracujących

w placówkach medycznych<sup>102</sup>, inaczej wygląda sytuacja zawodowa osób świadczących zwykle usługi opiekuńcze, a inaczej tych, które wykonują specjalistyczne usługi opiekuńcze.

Rozproszenie zawodów opiekuńczych i niekiedy ograniczone poczucie wspólnego, czytelnego, wewnątrzsektorowego interesu przekłada się na niski poziom samoorganizacji i uzwiązkowienia przedstawicieli tej grupy zawodowej<sup>103</sup> i – w konsekwencji – na brak lub niewielką ich presję na godziwe płace, korzystne warunki zatrudnienia, a także na brak artykułowania swoich problemów oraz postulatów w sferze publicznej. Część pracowników opieki może też odczuwać pewne opory przed strajkiem i pozostawieniem podopiecznych samym sobie<sup>104</sup>. Praca opiekuna/opiekunki jest domeną kobiet. W kontekście kulturowym postrzegana jest jako kontynuacja nieodpłatnej, niewymagającej szczególnych kwalifikacji pracy kobiet. To między innymi dlatego zawód ten ma niski prestiż i nie jest dobrze opłacany.

Szczególnie trudna może wydawać się sytuacja pracowników opieki świadczących usługi w warunkach domowych, poza placówkami., Często nie mają oni bezpośrednich kontaktów z przedstawicielami swojej profesji, co również nie sprzyja samoorganizacji i domaganiu się korzystniejszych warunków zatrudnienia.

## Kadry opieki długoterminowej w Polsce

Formalnie istnieje szereg zawodów powiązanych z opieką: opiekun medyczny, opiekun środowiskowy, opiekun w domu pomocy społecznej, opiekun osoby starszej. Ich podejmowaniu towarzyszą odmienne kryteria kwalifikacyjne, wynikające z funkcji i różnic w podstawach kształcenia określonych w stosownym rozporządzeniu<sup>105</sup>. W praktyce jednak, w proces sprawowania opieki,

---

102 M. Mielczarek, *Dysproporcja w wynagrodzeniach pielęgniarek jest dziś ogromna*, 14 września 2020, <https://www.pielegniarki.info.pl/aktualnosci/dysproporcja-w-wynagrodzeniach-pielegniarek-jest-dzis-ogromna> [dostęp: 20.07.2021].

103 R. Iwański, *Pracownicy socjalni, opiekunki środowiskowe i opiekunowie w domach pomocy społecznej – stan i przyszłość wybranych zawodów pomocowych w Polsce*, „Rynek Pracy” 2018, nr 3 (166), s. 46–55.

104 M. Kośka, *Pracuje w Domu Pomocy Społecznej, zarabia 3100 brutto. Nie zamierza strajkować*, Money.pl, 3 maja 2019, <https://www.money.pl/gospodarka/pracuje-w-domu-pomocy-spoecznej-zarabia-3100-brutto-nie-zamierza-strajkowac-6376941230835841a.html> [dostęp: 30.07.2021].

105 Ł. Jurek, R. Bakalarczyk, *Opiekunowie formalni: pracownicy sektora opieki długoterminowej*, [w:] P. Błędowski (red.), *Opieka długoterminowa. Dzisiaj i jutro*, Wydanie uzupełnione i rozszerzone, „Koalicja na Pomoc Niesamodzielnym” 2020, s. 60, [https://niesamodzielnym.pl/uploads/RAPORT\\_OPIEKA\\_DLUGOTERMINOWA\\_2020.pdf](https://niesamodzielnym.pl/uploads/RAPORT_OPIEKA_DLUGOTERMINOWA_2020.pdf) [dostęp: 1.02.2022].

przynajmniej w warunkach domowych, angażowane bywają osoby, od których nie są wymagane formalnie poświadczone kwalifikacje.

**Jeśli chodzi o osoby świadczące usługi opiekuńcze w ramach pomocy społecznej, nie istnieją ustawowe wymogi dotyczące kwalifikacji, jakimi powinny się one legitymować.** Raport Najwyższej Izby Kontroli z 2018 roku pokazał, że w skontrolowanych jednostkach samorządu terytorialnego nie są sprawdzane kwalifikacje opiekunów<sup>106</sup>. Z jednej strony brak tych wymogów może łagodzić trudności z pozyskaniem osób do pracy w tym obszarze, z drugiej zaś strony niesie jednak ryzyko dla jakości i bezpieczeństwa świadczonych tą drogą usług. **Badania wśród opiekunów osób starszych pokazują, że część rodzin nie decyduje się na korzystanie z usług opiekuńczych w ramach pomocy społecznej m.in. w związku z obawą o brak odpowiedniego przygotowania opiekunów do tej roli<sup>107</sup>.** W dłuższej perspektywie **brak standardów jakości i potrzebnych minimalnych kwalifikacji utrwała niski prestiż zawodu i utrzymywanie zarobków osób, które go wykonują na niskim, zbliżonym do poziomu płacy minimalnej, poziomie.** Warto też dodać, że część ośrodków pomocy społecznej nie zatrudnia opiekunów na umowę o pracę, co oznaczać może mniejsze bezpieczeństwo zatrudnienia. Bywają też praktyki outsourcingu usług opiekuńczych, czemu może towarzyszyć konkrowanie ceną przez firmy starające się o kontrakt na ich wykonywanie na zlecenie ośrodka pomocy społecznej. Nierzadko odbywa się to kosztem niskich wynagrodzeń i niestabilnych form zatrudnienia osób świadczących opiekę, bo mniejsze są możliwości kontroli przez OPS zarówno jakości zatrudnienia, jak i jakości sprawowania opieki niż wówczas, gdy to one zatrudniają opiekunów i opiekunki.

W przypadku specjalistycznych usług opiekuńczych istnieją już kryteria, jakie trzeba spełnić. Są one opisane w art. 3 stosownego rozporządzenia: „Specjalistyczne usługi są świadczone przez osoby posiadające kwalifikacje do wykonywania zawodu: pracownika socjalnego, psychologa, pedagoga, logopedy, terapeuty zajęciowego, pielęgniarki, asystenta osoby niepełnosprawnej, opiekunki środowiskowej, specjalisty w zakresie rehabilitacji medycznej, fizjoterapeuty lub innego zawodu dającego wiedzę i umiejętności pozwalające świadczyć określone specjalistyczne usługi” i dalej „W uzasadnionych

---

106 Najwyższa Izba Kontroli, *Usługi opiekuńcze świadczone osobom starszym w miejscu zamieszkania*, Warszawa 2018.

107 M. Kocejko, R. Bakalarczyk, *Sytuacja opiekunów rodzinnych osób starszych w czasie pandemii Covid-19*, Raport z badania Instytutu Polityki Senioralnej Senior Hub, 2021, <https://seniorhub.pl/wp-content/uploads/2021/07/Raport-Sytuacja-opiekunow-rodzinnych-osob-starszych-w-czasie-pandemii-COVID-19.-Raport-z-badania-logo-promedica-1.pdf> [dostęp: 2.02.2021].

przypadkach specjalistyczne usługi mogą być świadczone przez osoby, które zdobywają lub podnoszą wymagane kwalifikacje zawodowe określone w ust. 1, posiadają co najmniej roczny staż pracy w jednostkach, o których mowa w ust. 2, i mają zapewnioną możliwość konsultacji z osobami świadczącymi specjalistyczne usługi, posiadającymi wymagane kwalifikacje” (Dz.U. 2005.189.1598 – Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych).

Problemem jest natomiast fakt, że wielu gminom może być trudno znaleźć na swoim terenie osoby o odpowiednich kompetencjach do świadczenia tego typu specjalistycznych usług, zwłaszcza za niewysokie stawki w tym sektorze. **Jakość i stabilność zatrudnienia oraz płace osób wykonujących zawody opiekuńcze w strukturach pomocy społecznej są w znacznej mierze powiązane z możliwościami finansowymi jednostek samorządu terytorialnego.** Patrząc z tej perspektywy, planowane zmiany fiskalne w ramach tzw. Polskiego Ładu, które przyczynią się do ograniczenia dochodów samorządów, najprawdopodobniej odbiją się na strukturze i jakości zatrudnienia osób świadczących usługi opiekuńcze, zwykłe i specjalistyczne.

W przypadku pracowników placówek opieki, ustawodawstwo wprowadza szerszą i zróżnicowaną kategorię pracowników pełniących różne funkcje (opiekun, pracownik socjalny, psycholog terapeuta etc.) i też podlegających różnym standardom kwalifikacji. W sprawie domów pomocy społecznej rozporządzenie dokładniej określa standardy zatrudnienia pracowników DPS w relacji do liczby mieszkańców w tego typu placówkach. Od lat wskazywanym problemem są niejasne i nieadekwatne do potrzeb przepisy dotyczące wykonywania czynności medycznych w domach pomocy społecznej, które placówkami medycznymi nie są, a także przepisy dotyczące wynagradzania zatrudnionych w nich pielęgniarek. Ponadto niższe wynagrodzenia pielęgniarek w placówkach opieki niż w placówkach leczniczych mogą być czynnikiem zniechęcającym do podejmowania w nich pracy, co dodatkowo pogłębia ich problemy kadrowe.

Należy też pamiętać, że w polskich realiach znaczna, choć trudna do ilościowego określenia, część kadr opiekuńczych wykonuje swoją pracę w szarej strefie, co oznacza z jednej strony brak ochrony zatrudnienia i uregulowania wynagrodzeń, a z drugiej – brak barier wejścia do tego zawodu oraz brak poświadczenia formalnych kompetencji. Część pracowników i pracownic opieki to cudzoziemcy zza wschodniej granicy, niekiedy o nieuregulowanym statusie, jeśli chodzi o możliwość legalnego pobytu i pracy w Polsce. Rodzime badania wskazują, że w Polsce skłonność do zatrudnienia cudzoziemca do opieki lub

do pomocy w opiece nad osobami starszymi jest niższa niż w krajach Europy Zachodniej, ale prognozy przewidują jej wzrost w nadchodzących dekadach<sup>108</sup>. Może to wiązać się nie tylko ze zmieniającą się siłą nabywczą gospodarstw domowych czy sytuacją ich członków na rynku pracy, ale także ze zmianami demograficznymi i dalszym kurczeniem się potencjału opiekuńczego rodziny. Okoliczności, które w przyszłości wpływać mogą na podaż pracy cudzoziemców w tym obszarze, to potencjalne zmiany w ruchu ludności w rzeczywistości (post)covidowej, sytuacja polityczna w krajach sąsiadujących z Polską na wschodzie i relacje z nimi państwa polskiego oraz prowadzona polityka migracyjna.

Z uwagi na jakość zatrudnienia, funkcjonowanie legalnego opiekuńczego rynku, jak i jakość oraz bezpieczeństwo opieki zasadne byłoby przeciwdziałanie szarej strefie, ale z drugiej strony próby regulacji mogłyby oznaczać mniejszą atrakcyjność rynkową pracy opiekunów, a także pojawienie się innych barier utrudniających lub uniemożliwiających wykonywanie zawodu. Dla części osób wymagających opieki i ich rodzin, których nie stać na legalne zatrudnienie opiekunów w warunkach komercyjnych, mogłoby to dodatkowo ograniczyć możliwości uzyskania wsparcia opiekuńczego, jakich dziś dostarcza szara strefa. Mając świadomość złożoności tego problemu i towarzyszących mu dylematów, należy ograniczać szarą strefę nie poprzez proste działania administracyjne, ale przez działania kompleksowe, które pozwolą dzisiejszym opiekunom z szarej strefy wykonywać swoją pracę na oficjalnym rynku pracy.

Czas pandemii przyniósł kadrze sektora opieki długoterminowej dodatkowe problemy. Jej praca stała się źródłem dodatkowego ryzyka zdrowotnego, związanego nie tylko z zagrożeniem koronawirusem, ale i dodatkowym stresem oraz ogromnym przeciążeniem, zwłaszcza w szczytowych momentach poszczególnych fal pandemii. Zachorowania, przymusowa izolacja lub kwarantanna części kadr medycznych wielu DPS-ów to jednocześnie znaczny wzrost obciążeń osób pozostających w pracy. Prowadzone od 2020 roku badanie sytuacji w domach pomocy społecznej pokazało, że sytuacja kadrowa (a w szczególności potrzeba większej liczby pielęgniarek) była postrzegana przez kierownictwo tych placówek jako jedna z najpilniejszych i najdotkliwszych kwestii, z jakimi przyszło im się mierzyć. Wskazywano zarówno na niewystarczającą w stosunku do potrzeb liczbę pracowników, na ich wypalenie i na deficyty przygotowania do wykonywania zadań w warunkach zagrożenia epidemiologicznego. W wypowiedziach badanych osób pojawiły się też

---

108 D. Kałuża-Kopias, *Imigranci w systemie opieki nad osobami starszymi*, „Rynek Pracy”, *op. cit.*, s. 36–45.

obawy dotyczące odpływu części pracowników sektora z branży opiekuńczej, w której doszło do szczególnie dramatycznych następstw w okresie zmagania z koronawirusem<sup>109</sup>. Można zatem spodziewać się w nadchodzącej przyszłości pogłębienia sygnalizowanych już wcześniej problemów kadrowych. Już w czasie trwania pandemii OECD wydało alarmistyczny raport, w którym jako pilne wyzwanie wskazano prowadzenie polityki na rzecz uczynienia atrakcyjnymi zawodów związanych z opieką nad osobami starszymi. Zagrożenia wskazane w raporcie nie wynikają jednak wyłącznie z okoliczności pandemicznych i postpandemicznych, ale z długotrwałych procesów demograficznych, ze strukturalnych problemów zatrudnienia w tym sektorze i z zaniechań polityk publicznych. Raport pokazuje, że w minionej dekadzie jedynie część krajów prowadziła strategiczne działania w tym zakresie, np. jeśli chodzi o zwiększenie poziomu zatrudnienia czy poprawę warunków pracy<sup>110</sup>.

---

109 J. Piekutowski, A. Turzyniecka, *Tu nie chodzi o maseczki. Placówki opieki w dobie koronawirusa*, Think-tank „Nowa przestrzeń społeczna”, Szczecin 2020.

110 OECD, *Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly*, 2020.

Irena Wóycicka

## Podsumowanie. Kierunki rozwoju opieki nad osobami starszymi w Polsce

---

Niniejszy rozdział zawiera syntezę przedstawionych w poprzednich rozdziałach diagnoz dotyczących różnych aspektów funkcjonowania opieki długoterminowej w Polsce oraz przedstawia na ich tle zarys koncepcji reform, których celem jest zapewnienie adekwatnej do potrzeb opieki nad osobami starszymi wymagającymi wsparcia.

### Model opieki w Polsce a zmiany demograficzne

W Polsce podstawą piramidy opieki nad osobami starszymi jest rodzina i to sprawowana przez nią opieka umożliwia im funkcjonowanie w życiu codziennym. Substytutem opieki rodzinnej są usługi formalne, które mają charakter rezydualny: korzysta się z nich dopiero wtedy, gdy opieka rodzinna jest całkowicie niewydolna. Zestaw dostępnych formalnych usług opiekuńczych oraz usług wspierających opiekunów nieformalnych jest ubogi, a wiele z nich ma charakter niewystarczający i nieprzewidywalny. Realizowany w Polsce model opieki nad osobami starszymi jest klasyfikowany w literaturze przedmiotu jako modelu **familizmu bez wsparcia**. Cechy tego modelu niosą ze sobą negatywne konsekwencje zarówno dla osób wymagających opieki, jak i ich opiekunów.

Po pierwsze, ograniczony dostęp do usług formalnych powoduje, że mimo wysokiego zaangażowania opiekunów nieformalnych istnieje znacząca luka opiekuńcza: potrzeby opieki i wsparcia osób starszych nie są zaspokojone w ponad 50%.

Po drugie, ubogi zestaw usług opiekuńczych nie pozwala na dostosowanie form wsparcia do różnorodnych potrzeb osób starszych wymagających opieki.

Po trzecie, opiekunowie nieformalni, którymi są w większości kobiety, doświadczają licznych ryzyk socjalnych i zdrowotnych, takich jak niskie dochody,

brak lub niskie zabezpieczenie dochodowe na starość, niemożność podjęcia lub kontynuowania pracy zawodowej, wyczerpanie i wypalenie wynikające z wysokiej intensywności świadczonej przez nich opieki i braku wsparcia w jej wykonywaniu.

Po czwarte, bardzo ograniczony dostęp do usług środowiskowej opieki formalnej, które pełniłyby rolę komplementarną do opieki rodzinnej, oraz brak innych usług pozwalających na pozostawanie osób wymagających opieki w swoim środowisku, sprawia, że osoby te trafiają do instytucji opieki, mimo iż ich stan pozwalałby na pozostanie w miejscu zamieszkania.

Zachodzące obecnie przemiany demograficzne powodują jednocześnie występowanie dwóch procesów: wzrostu zapotrzebowania na opiekę oraz wyczerpywania się zasobów opieki rodzinnej. Pogorszy się relacja pomiędzy liczbą potencjalnych opiekunów nieformalnych a liczbą osób starszych wymagających opieki. Jednocześnie rosnąć będzie liczba wymagających opieki samotnych osób starszych. Postępująca wertykalizacja sieci rodzinnych prowadzi do zmniejszenia się zasobów świadczonej przez członków rodziny opieki nieformalnej nad osobami starszymi. Ponadto ze względu na trwałe opóźnianie występowania zdarzeń demograficznych w biografiach jednostek potęgować się będzie zjawisko równoległego występowania międzypokoleniowych zobowiązań rodzinnych, w tym wobec dzieci i rodziców.

W świetle dokonujących się zmian demograficznych istniejący model opieki będzie coraz mniej wydolny. **Zmniejszenie istniejącej luki opiekuńczej oraz zaspokojenie rosnącego zapotrzebowania na opiekę wśród osób starszych wymaga pilnego podjęcia działań, których celem jest przekształcenie istniejącego w Polsce modelu opieki typu familizmu bez wsparcia w model familizmu ze wsparciem. Powinny one polegać na rozwoju formalnych usług opiekuńczych i znacznym zwiększeniu ich różnorodności.**

## Rozwój usług formalnych

Rozwój formalnych usług opiekuńczych powinien prowadzić nie tylko do zapewnienia dostępu do nich wymagającym wsparcia osobom starszym, ale również do zwiększenia różnorodności tych usług, tak by były one dostosowane do konkretnych potrzeb osób wspieranych. Starzenie się jest bowiem procesem indywidualnym i ciągłym, w którym zapotrzebowanie na rodzaj i intensywność opieki ulega zmianie.

W rozwijaniu usług formalnych nacisk powinien być położony na to, by pozwalały one osobom wymagającym opieki jak najdłużej przebywać w miejscu



zamieszkania (tzw. starzenie się w miejscu). **W pierwszym rzędzie powinna być rozbudowywana sieć usług w miejscu zamieszkania tych osób (usługi opiekuńcze i pielęgnacyjne, dostarczanie posiłków, asysta przy poruszaniu się poza domem itp.). Usługi środowiskowe powinny być traktowane nie jako substytut, lecz jako usługi komplementarne do opieki nieformalnej świadczonej przez krewnych lub bliskich znajomych.** Rozwój tych usług i włączanie ich jako komponentu opieki nieformalnej nie tylko poprawi jakość życia osób starszych, ale również jakość życia sprawujących nad nimi opiekę członków ich rodzin, zmniejszając jej intensywność.

Należy podkreślić, iż wydłużaniu życia ludzkiego towarzyszy nasilenie się zjawiska chorób neurodegeneracyjnych, co będzie również wymagać rozwoju półstacjonarnych form opieki, dostosowanych do specyficznych potrzeb korystających z nich starszych osób.

Na pozostawanie osób wymagających wsparcia w miejscu zamieszkania pozwolą też inwestycje umożliwiające dostosowanie mieszkań do ich potrzeb, jak również rozwój teleopieki. Wszystkie te działania powinny mieć charakter systemowy i tworzyć całościową i spójną ofertę na wypadek pojawienia się potrzeby wsparcia osoby w jej codziennym funkcjonowaniu.

Budowanie sieci usług środowiskowych musi opierać się na planowaniu potrzeb oraz dobrej ich identyfikacji. **Niezbędne są odpowiednie narzędzia pozwalające rozpoznawać potrzeby wszystkich osób starszych w środowisku lokalnym.** Obecnie wiedza na temat skali tych potrzeb, jaką dysponują władze samorządowe, jest niewystarczająca i najczęściej dotyczy tylko osób objętych pomocą społeczną z innych względów (głównie z powodu uprawnień do zasiłków z pomocy społecznej).

W Polsce usługi formalne są bardzo słabo rozwinięte. W tych warunkach konieczne jest rozwijanie usług formalnych – nie tylko środowiskowych, ale również instytucjonalnych. **Deinstytucjonalizacja rozumiana jako zastępowanie opieki instytucjonalnej przez opiekę środowiskową mogłaby w średnim okresie przynieść pogorszenie jakości życia zarówno osób starszych wymagających wsparcia, jak i ich rodzin.**

Ewentualna likwidacja usług instytucjonalnych w warunkach niedostatecznie rozwiniętej sieci usług środowiskowych oraz innych usług wspomagających samodzielność osób starszych w ich miejscu zamieszkania, zwiększałaby presję na opiekę rodzinną. Jednocześnie wyczerpywanie się zasobów opieki nieformalnej, w tym rodzinnej, w wyniku zmian demograficznych będzie prowadzić do zwiększania się niezaspokojonych potrzeb opiekuńczych osób

starszych. Należy też uwzględnić fakt, iż będzie rosła liczba osób starszych **tworzących gospodarstwa jednoosobowe**, które będą wymagać intensywnej, całodobowej opieki.

**Oferta opieki instytucjonalnej powinna być różnorodna i uwzględniać różne formy zamieszkiwania, tak by świadczone w jej ramach usługi były dostosowane do** stanu zdrowia i potrzeb mieszkańców oraz by prowadziły do jak największej ich autonomii (np. zwiększenie liczby jednoosobowych pokoi, tworzenie wspólnot mieszkaniowych umożliwiających wspieranie, ale jednak samodzielne zamieszkiwanie osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, rozwój mieszkalnictwa wspomaganego itp.).

## Finansowanie usług formalnych

Niedorozwój usług formalnych jest wynikiem niskich nakładów przeznaczanych na usługi opieki, co wynika z ograniczeń budżetowych zarówno po stronie podaży usług, jak i po stronie popytu. Polska należy do krajów OECD o najniższych wydatkach publicznych na formalne usługi opiekuńcze, a koszty opieki kupowanej na rynku są dla większości gospodarstw domowych osób starszych zbyt wysokie. Finansowanie rozwoju usług przez indywidualne gospodarstwa domowe nie zaspokoi rosnących potrzeb na usługi opiekuńcze ze względu na wysokie koszty opieki, przekraczające możliwości finansowe większości gospodarstw, niezbędne jest więc rozłożenie tych kosztów na całe społeczeństwo. Rozwój usług formalnych **musi być w związku z tym związany ze znacznym zwiększeniem publicznych wydatków na opiekę.**

**Opowiadamy się za finansowaniem rozwoju usług formalnych z budżetu państwa, a nie z ubezpieczenia pielęgnacyjnego, jak w dotychczasowych koncepcjach reform. To pozwoli na szybkie uruchomienie programu rozwoju formalnych usług opiekuńczych bez okresu oczekiwania związanego z budowaniem systemu ubezpieczeń.** Budżet państwa powinien wspierać stronę popytową usług poprzez świadczenia finansowe dla osób wymagających wsparcia przeznaczone na zakup usług opiekuńczych na regulowanym rynku (**w formie bonów opiekuńczych**) oraz stronę podażową poprzez finansowanie rozwoju niektórych usług.

Proponujemy, by wsparcie dla osób wymagających opieki uzależnione było od ich potrzeb, jak we wcześniejszych projektach reform systemu opieki. Jednocześnie postulujemy, by wysokość przyznawanych środków powiązana była z wysokością dochodu osoby wymagającej opieki (jak np. we Francji). Tego typu rozwiązanie służy realizacji celów związanych ze sprawiedliwością

społeczną (większe wsparcie dla osób o niższych dochodach) oraz zwiększa stabilność finansową systemu, gdyż proporcjonalnie wyższe opłaty za korzystanie z usług pochodzą od osób o wyższych dochodach.

Środki przekazywane z budżetu państwa samorządom terytorialnym w formie dotacji powinny być przeznaczone na rozwój usług o priorytetowym znaczeniu oraz na rozwój usług o wysokim standardzie.

Mysząc o wprowadzeniu bonów opiekuńczych dla osób wymagających wsparcia, warto także uwzględnić powiązanie wysokości tego świadczenia z jego przeznaczeniem, np. zwiększając wysokość kwoty w przypadku wykorzystania środków w ramach opieki środowiskowej (jak od niedawna w Czechach). W ten sposób można zarządzać rozwojem różnych form usług w zależności od przyjętych priorytetów.

Uruchomienie świadczeń kierowanych do konkretnych, wymagających wsparcia osób zwiększy ich samodzielność i umożliwi lepsze dostosowanie form i zakresu pomocy do ich sytuacji i potrzeb. Współfinansowanie priorytetowych usług o wysokim standardzie z budżetu państwa powinno przyczynić się do społecznej akceptacji zwiększenia publicznego finansowania, a tym samym prowadzić do stabilności finansowej programu rozwoju usług opiekuńczych. **Zakładamy, że realne i odczuwalne zmiany mogą sprzyjać większemu poparciu społecznemu dla dalej idących reform systemowych, które docelowo mogłyby wprowadzić ubezpieczenia pielęgnacyjne, co wymagałoby nowych danin publicznych.**

## Standardy usług opieki

Wprowadzenie świadczeń przeznaczonych dla osób wymagających pomocy, aby mogły nabyć usługi formalne na regulowanym rynku, co rekomendujemy, powinno być związane z regulacjami umożliwiającymi zachowanie standardów nabywanych za te świadczenia usług. **Wprowadzenie bonu opiekuńczego pozwoli na kierowanie popytu na te usługi, które spełniają wymagania dotyczące ich standardu.** Obecnie brak jest całościowego unormowania standardów środowiskowych usług opiekuńczych, obejmujących również prywatne podmioty gospodarcze działające na rynku tych usług. Brak jest również jednolitych uregulowań dotyczących kwalifikacji, jakie powinny posiadać osoby wykonujące pracę opiekuna świadczącego te usługi. **Istnieje zatem konieczność stworzenia katalogu środowiskowych usług opiekuńczych i ogólnokrajowych standardów tych usług oraz określenia sposobu nadzoru nad ich realizacją.**

## Opieka nieformalna

Opieka nieformalna (opieka sprawowana przez członków rodziny osoby wymagającej wsparcia lub inne bliskie jej osoby) jest w Polsce prawie wyłączną formą opieki nad osobami starszymi. Zaspokaja ona, zgodnie z wynikami badania SHARE, blisko połowę potrzeb opiekuńczych osób starszych. Sprawowanie opieki przez opiekunów nieformalnych jest w Polsce szczególnie intensywne, co wiąże się z różnymi negatywnymi skutkami, takimi jak konieczność rezygnacji z pracy zawodowej, niskie dochody, wypalenie, pogorszenie stanu zdrowia. Opiekunowie nieformalni pozostawieni są sami sobie. Dopiero w ostatnich latach zaczęły pojawiać się wspierające ich usługi, takie jak opieka wytchnieniowa czy teleopieka. Mają one jednak charakter nieregularny i trudny do przewidzenia. **Niezbędne jest systemowe wsparcie rozwoju usług wspierających opiekunów, tak aby mieli oni zapewniony do nich dostęp bez względu na miejsce zamieszkania.** Zmniejszy to skalę ryzyk socjalnych związanych z wykonywaniem funkcji opiekuna nieformalnego.

System świadczeń pieniężnych dla opiekunów nieformalnych nie jest ani sprawliwy, ani efektywny i wymaga zasadniczej reformy. Obok niezbędnych zmian związanych z wykonaniem wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 2014 roku celem tych reform powinno być dostosowanie systemu świadczeń pieniężnych dla nieformalnych opiekunów do nowych warunków związanych z uruchomieniem programu rozwoju opiekuńczych usług formalnych oraz świadczeń przeznaczonych na pokrycie kosztów tych usług. Po pierwsze, poprawa dostępu do usług środowiskowych oraz możliwość ich wykorzystywania komplementarnie do opieki wykonywanej przez opiekunów nieformalnych pozwoli wielu opiekunom rodzinnym kontynuować lub podjąć aktywność zawodową. **Stworzenie realnych możliwości łączenia pracy zawodowej z opieką wymaga zmiany przepisów. Istniejące dziś uregulowania na to nie pozwalają.** Ponadto wdrożenie dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie równowagi między życiem zawodowym a prywatnym rodziców i opiekunów<sup>111</sup> powinno zapewnić opiekunom nieformalnym prawo do elastycznej organizacji pracy. **System świadczeń dla opiekunów osób dorosłych powinien zapewniać efektywne wsparcie opiekunów oraz być kompatybilny z systemem proponowanych przez nas świadczeń na pokrycie kosztów opieki formalnej.** Ewentualne zmiany w systemie świadczeń dla opiekunów powinny następować stopniowo, tak by uwzględniały, że wielu

---

111 Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2019/1158 z dnia 20 czerwca 2019 r. w sprawie równowagi między życiem zawodowym a prywatnym rodziców i opiekunów oraz uchylająca dyrektywę Rady 2010/18/UE.

opiekunów funkcjonujących w ramach dotychczasowego systemu ze względu na wiek lub długi okres sprawowania opieki nie ma możliwości podjęcia aktywności zawodowej.

Wyczerpywanie się rodzinnych zasobów opieki nieformalnej w wyniku zmian demograficznych można złagodzić poprzez **politykę aktywizującą więzi społeczne, zarówno międzygeneracyjne, jak i wewnątrzgeneracyjne, w środowisku lokalnym**. Wzmocnienie tych więzi przełoży się na budowanie sieci wsparcia wokół osób wymagających pomocy, która może uzupełniać rodzinną opiekę nieformalną i opiekę środowiskową.

## Koordinacja usług opiekuńczych

Reasumując, celem proponowanych zmian jest stworzenie różnorodnych usług opiekuńczych, co pozwoli w przyszłości je lepiej dostosować do potrzeb osoby wymagającej wsparcia. Jednak urzeczywistnienie tego celu będzie możliwe jedynie przy zapewnieniu pełnego dostępu osób wymagających wsparcia i ich opiekunów do informacji na temat istniejących w społeczności lokalnej formalnych usług opiekuńczych. Rozbudowane powinno też zostać wsparcie dla osób wymagających opieki oraz ich rodzin we właściwym doborze usług (menedżerowie opieki). Obecnie funkcje takie pełnią pracownicy socjalni, ale jedynie w odniesieniu do osób samotnych, najczęściej objętych pomocą społeczną.

Usługi opiekuńcze pochodzą z dwóch systemów, co wymaga ich koordynacji zarówno na szczeblu lokalnym, jak i centralnym. **Na szczeblu lokalnym do prowadzić należy do współpracy pomiędzy systemem pomocy społecznej i systemem ochrony zdrowia (podstawowa opieka zdrowotna i szpitale)**. To w instytucjach ochrony zdrowia najczęściej diagnozowany jest stan zdrowia i podejmowane decyzje o niezbędnej pomocy w codziennym funkcjonowaniu.

Raport zawiera przykłady dysfunkcji, do jakich prowadzi brak koordynacji przepisów prawa w ramach pomocy społecznej i systemu ochrony zdrowia (dotyczy to na przykład przepisów odnoszących się do zakładów opieki leczniczej oraz domów pomocy społecznej). Należy zapewnić komplementarność obu systemów na szczeblu centralnym, co wymaga jasnego określenia funkcji świadczonych przez nie usług i stworzenia spójnego systemu zasad dostępności do tych usług.

## Opiekunowie formalni

Wzrost podaży usług formalnych wiąże się z potrzebą znacznego wzrostu zatrudnienia w sektorze usług opiekuńczych. **Niedobór kadr może być poważną przeszkodą w realizacji strategii rozwoju usług formalnych.** W Polsce zatrudnienie w sektorze opieki długoterminowej należy do najniższych w krajach OECD, co wiąże się z niskim poziomem rozwoju usług opiekuńczych. Trzeba jednak pamiętać, że w sektorze tym funkcjonuje również szara strefa zatrudnienia, w której pracownicy pozbawieni są jakiegokolwiek ochrony socjalnej. Niskie płace oraz niski prestiż zawodu mogą być istotną barierą pozyskiwania kadr.

Wprowadzenie bonów opiekuńczych powinno pozwolić na wzrost wynagrodzeń opiekunów formalnych. Powinno też ułatwić ograniczenie szarej strefy zatrudnienia oraz przejście sprawujących opiekę do zatrudnienia na rynku regulowanych usług opiekuńczych. Powinno temu towarzyszyć wprowadzenie standardów kwalifikacji oraz stworzenie łatwych i zróżnicowanych ścieżek ich potwierdzania lub zdobywania, uwzględniających różne wymogi związane z różnorodnością realizowanych usług. Zapewnienie odpowiednich kwalifikacji powinno podnieść prestiż zawodu opiekunki/opiekuna i ułatwić pozyskanie nowych kadr.

Korzystne dla jakości i rozwoju opieki byłoby stworzenie płaszczyzn współpracy pomiędzy opieką formalną i nieformalną (np. poprzez możliwość zaangażowania opiekunów nieformalnych w prace instytucji opieki formalnej czy też przekazywanie i wymianę doświadczeń pomiędzy opiekunami formalnymi a nieformalnymi).

\*\*\*

**Zmian wprowadzających nowy model opieki nad osobami starszymi nie można odkładać na kolejne lata.** Przemiany demograficzne przebiegają w Polsce szybko, mamy za sobą lata zaniechań i niezrealizowanych projektów modyfikacji systemu opieki długoterminowej. **Do podjęcia reform mobilizuje fakt, że kwestia opieki nad osobami starszymi ma wymiar ponadpokoleniowy. Odnosi się nie tylko do jakości życia i godności osób starszych, ale również jakości życia młodszych pokoleń, które muszą uzyskać silne systemowe wsparcie, by podołać rosnącym obowiązkom opiekuńczym. Przejście z modelu familizmu bez wsparcia do modelu familizmu ze wsparciem** ma szczególne znaczenie dla możliwości realizacji aspiracji zawodowych i społecznych kobiet, które ze względów kulturowych przejmują większość obowiązków opiekuńczych. **Zmiany realizowanego modelu opieki**

**nad osobami starszymi zakładają znacznie mocniejsze niż dotychczas zaangażowanie instytucji państwa w rozwój usług opiekuńczych, ich finansowanie, koordynację i nadzór nad jakością.** W przedstawionej przez nas koncepcji to jednostki samorządu terytorialnego pozostają kluczowym szczeblem administracji państwowej, odpowiedzialnym za opiekę długoterminową. Jednak rozwój formalnych usług opiekuńczych wymaga silnego wsparcia ze strony budżetu państwa oraz zapewnienia stabilnej sytuacji finansowej samorządów.





# Aneks. Rekomendacje szczegółowe dotyczące działań związanych z reformą opieki długoterminowej

---

## Rozwój usług formalnych

- Rozwój sieci usług środowiskowych i zwiększenie ich różnorodności (teleopieka, asysta przy poruszaniu się poza miejscem zamieszkania itp.), jak również usług półstacjonarnych, dostosowanych do specyficznych potrzeb osób z nich korzystających, tak aby były one dostępne dla osoby starszej zawsze, kiedy będzie potrzebowała wsparcia w codziennym funkcjonowaniu bez względu na miejsce zamieszkania.
- Zwiększenie różnorodności oferty pomocy instytucjonalnej poprzez dostosowanie jej do stanu zdrowia i potrzeb mieszkańców, np. działania na rzecz zwiększania autonomii mieszkańców, zwiększenie liczby pokoi jednoosobowych, tworzenie wspólnot mieszkaniowych umożliwiających wspierane, ale jednak samodzielne zamieszkiwanie osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu itp.
- Dostosowanie mieszkań do potrzeb osób starszych, tak aby zapewnić im bezpieczne funkcjonowanie w miejscu zamieszkania.
- Dostosowanie świadczeń i usług opiekuńczych do potrzeb osób starszych poprzez dążenie do zapewnienia opieki osobom o różnym poziomie potrzeb opiekuńczych (np. wprowadzenie skali zbierającej osoby potrzebujące pomocy w jednorodne grupy w zależności od stopnia niesamodzielności), opracowanie jasnych kryteriów uzyskania świadczeń opiekuńczych w zależności od stopnia niesamodzielności, tak aby osoby charakteryzujące się zbliżonymi potrzebami opiekuńczymi otrzymywały wsparcie i pomoc na podobnym poziomie.

## Finansowanie usług formalnych

- Wprowadzenie finansowanego z budżetu państwa bonu opiekuńczego, którego wartość powinna być uzależniona od potrzeb i dochodów wymagającej opieki osoby starszej, a przeznaczonego na zakup usług formalnych na regulowanym rynku. Wysokość świadczenia opiekuńczego powinna również zależeć od rodzaju usług, z preferencją dla usług środowiskowych.
- Zwiększenie dotacji z budżetu państwa dla samorządów z przeznaczeniem na rozwój usług opieki długoterminowej o priorytetowym charakterze, usług nowych (innovacyjnych) oraz usług o wysokim standardzie.

## Standardy usług opiekuńczych

- Stworzenie katalogu środowiskowych usług opiekuńczych oraz ich standardu (kto ma je świadczyć, jakie powinien mieć kwalifikacje, jaki sprzęt jest potrzebny, jakie czynności powinny zostać wykonane, jakie procedury powinny zostać wdrożone, aby usługa została wykonana prawidłowo, wymiar czasowy usługi, oczekiwany rezultat usługi, kontrola powykonawcza) przy jednoczesnym pozostawieniu przestrzeni na dopasowanie usługi do indywidualnych cech i sytuacji osobistej usługobiorcy.
- Opracowanie i wdrożenie systemu oceny (satysfakcji klienta z usługi) obejmującego zarówno podmioty publiczne, jak i prywatne.
- Opracowanie systemu monitoringu jakości świadczonych usług środowiskowych zarówno przez podmioty publiczne, jak i prywatne, zapewnienie wdrażania wniosków pokontrolnych z przeprowadzonego monitoringu, audytu, ewaluacji.
- Badanie rezultatów świadczonych usług i ich trwałości.

## Koordinacja opieki nad osobami starszymi

- Opracowanie spójnego systemu oceny stanu zdrowia i sytuacji życiowej osoby wymagającej pomocy w codziennym funkcjonowaniu, tak aby umożliwić optymalne dopasowanie usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych oraz zapewnić jednolite kryteria dostępu do nich osobom o podobnym zakresie potrzeb opiekuńczych. Spójny system oceny stanu zdrowia powinien zapobiegać nakładaniu się wsparcia z systemu pomocy społecznej i ochrony zdrowia oraz wpływać na lepsze, efektywniejsze

wykorzystanie dostępnych zasobów. Systemy te powinny być komplementarne względem siebie, a nie substytucyjne.

- Przeprowadzanie na poziomie lokalnym wywiadu środowiskowego u osób kończących 80, 90 lat i ocena ich sytuacji zdrowotnej, rodzinnej, ekonomicznej (bilans osiemdziesięciolatka, bilans dziewięćdziesięciolatka). Ocena potrzeb danej osoby i przedstawienie usług opiekuńczych świadczonych w ramach systemu opieki długoterminowej, z których mogłaby skorzystać każda osoba wymagająca pomocy w codziennym funkcjonowaniu.
- Szersza współpraca podstawowej opieki zdrowotnej i ośrodków pomocy społecznej w zakresie potrzeb opiekuńczych.
- Upowszechnienie stanowiska pracownika socjalnego w szpitalach. Opracowanie procedury przy wypisie ze szpitala osoby, która będzie wymagała pomocy w codziennym funkcjonowaniu. Kontakt szpitala (pracownika socjalnego zatrudnionego w szpitalu) z pracownikiem socjalnym w miejscu zamieszkania pacjenta.
- Konieczność upowszechniania zawodu menedżera opieki (koordynatora opieki na poziomie indywidualnym), który wspierałby rodzinnych opiekunów i osoby wymagające pomocy w codziennym funkcjonowaniu. Menedżer opieki nie tylko koordynowałby usługi dla osoby wymagającej pomocy, lecz także usługi wspierające opiekunów nieformalnych, np. opieka wytchnieniowa.
- Zapewnienie łatwego dostępu do informacji dotyczącej świadczeń i usług opieki długoterminowej na poziomie lokalnym (gminnym, powiatowym), który uwzględniałby wszystkie sektory i formy opieki (opieka nieformalna – rynek usług opiekuńczych – usługi społeczne; sektor pomocy społecznej – sektor ochrony zdrowia, pomoc w miejscu zamieszkania – pomoc półinstytucjonalna – pomoc instytucjonalna).
- Koordynacja systemów działających w zakresie opieki długoterminowej, szczególnie systemu ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Końcowy użytkownik (osoba wymagająca pomocy w codziennym funkcjonowaniu) powinien otrzymać adekwatne do jego potrzeb wsparcie bez względu na to, z którego podsystemu będzie ono pochodzić. Wsparcie powinno być przyjazne dla osoby nie znającej sposobów funkcjonowania systemu (*user friendly*).

- Powołanie pełnomocnika rządu ds. opieki długoterminowej, którego zadaniem byłaby koordynacja działań systemowych na poziomie międzyresortowym.

## **Wsparcie opiekunów nieformalnych**

- Umożliwienie podjęcia lub kontynuacji pracy przez opiekunów nieformalnych, korzystających ze świadczeń pieniężnych związanych z opieką.
- Reforma świadczeń dla opiekunów nieformalnych (w tym realizacja wyroku Trybunału Konstytucyjnego z roku 2014) oraz zapewnienie kompatybilności tych świadczeń z planowanym systemem bonów opiekuńczych.
- Rozwój opieki wytchnieniowej, by była ona dostępna przestrzennie i finansowo w każdym miejscu w kraju dla opiekunów osób o różnym poziomie sprawności i różnych rodzajach schorzeń (w tym także demencyjnych) oraz w warunkach zarówno domowych, półinstytucjonalnych, jak i instytucjonalnych.
- Zapewnienie w każdej gminie łatwego dostępu do informacji o usługach oraz świadczeniach opieki długoterminowej i wspierających opiekunów nieformalnych oraz usługach doradztwa dla opiekunów. Dostęp do informacji oraz doradztwa powinien być zagwarantowany zarówno w trybie zdalnym, jak i na miejscu, w odpowiednich instytucjach w ramach ochrony zdrowia, a także wsparcia społecznego.
- Rozwijanie dostępnych czasowo, przestrzennie i cenowo szkoleń dla opiekunów. Szkolenia te powinny obejmować zarówno przygotowanie do roli opiekuna, jak też poruszania się po systemie wsparcia lub dbania o własne zdrowie fizyczne i psychiczne (które w okresie sprawowanej opieki jest szczególnie obciążone).
- Zapewnienie nieodpłatnego lub niskopłatnego wsparcia psychicznego i psychoterapeutycznego, także dostępnego w trybie zdalnym lub w warunkach domowych (część opiekunów może mieć trudności z opuszczeniem miejsca przebywania w czasie, gdy takiego wsparcia potrzebuje, z uwagi na obowiązki opiekuńcze). W miarę możliwości tego rodzaju wsparcie powinno być dostępne w formule indywidualnej, ale także grupowej, w zależności od okoliczności lub preferencji opiekuna.
- Stworzenie przestrzeni (także wirtualnej) dla integracji społecznej i pozaopiekuńczej aktywności opiekunów. Należy rozwijać usługi, które

pozwołyłyby opiekunowi na integrację społeczną, na realizację własnych zainteresowań czy rozwój kompetencji wykraczających poza rolę opiekuna i kontekst opieki. Tego typu usługi mogłyby być dostępne dla opiekunów na przykład w ramach placówek dla osób starszych bądź niepełnosprawnych, ale też być w miarę możliwości zapewnione w ramach zajęć i spotkań w trybie zdalnym.

- Upowszechnianie instrumentów teleopieki jako narzędzia wspomagania opieki zarówno nieformalnej, jak i formalnej.
- Usługi wspierające podjęcie zatrudnienia i zwiększające zatrudnialność zarówno aktualnych opiekunów (jeśli chcieliby pracować), jak i byłych opiekunów, którzy po ustaniu opieki chcieliby powrócić lub po raz pierwszy wejść na rynek pracy.
- Stworzenie i respektowanie standardów funkcjonowania usług wspomagających opiekunów (jak i same osoby z niepełnosprawnościami oraz starsze) w warunkach zagrożenia epidemiologicznego, w którego cieniu pozostaniemy przez najbliższe miesiące i lata. Wyzwania pandemicznego nie należy więc traktować jedynie jako bieżących okoliczności zarządzania kryzysem koronawirusowym, ale jako wyzwanie systemowe, strategiczne. Opiekunowie nieformalni są jedną z grup niewidocznych ofiar czasu pandemii, która w tym czasie wymaga wielowymiarowego wsparcia, zwłaszcza o charakterze usługowym<sup>112</sup>.

## Opiekunowie formalni

- Prowadzenie w ramach aktywnej polityki rynku pracy, wspólnie z publicznymi służbami zatrudnienia oraz innymi podmiotami, programów ukierunkowujących osoby aktywizowane do pracy w zawodach powiązanych z szeroko pojętą opieką długoterminową.
- Wprowadzenie mechanizmów włączających do pracy w zawodach powiązanych z opieką w większym zakresie mężczyzn (obecnie sektor usług społecznych oraz opiekuńczych jest silnie sfeminizowany).
- Prowadzenie działań informacyjnych i kampanii zachęcających do pracy w zawodach opiekuńczych. Działania te powinny pokazywać pozytywną

---

112 Problemy tej grupy – wraz z rekomendacjami – omawiamy w raporcie z badania dotyczącego sytuacji opiekunów osób starszych w czasie pandemii. Osoby zainteresowane tym aspektem szerszego zagadnienia odsyłamy do raportu M. Kocejko, R. Bakalarczyk, *Sytuacja opiekunów rodzinnych osób starszych w czasie pandemii Covid-19*, op. cit.

rolę tej profesji, budować jej prestiż, wskazywać jednostkowe (dla odbiorcy opieki), ale i społeczne korzyści z wykonywania tego zawodu, wskazywać wielość ról i miejsc, w których można pracować w ramach tego sektora.

- Prowadzenie aktywnej polityki przyciągania do pracy w tym zawodzie nowych osób, także cudzoziemców. W ramach tej polityki mogą być oferowane dodatkowe świadczenia i usługi w postaci np. bezpłatnych i dostępnych kursów językowych, szkoleń czy pomocy prawnej w legalizacji pobytu i radzenia sobie z adaptacją w nowym otoczeniu społecznym. Znoszenie różnych formalnych oraz nieformalnych barier dla pobytu i pracy migrantów, którzy mogliby zasilić rodzimy sektor opieki.
- Przeciwdziałanie stereotypom w postrzeganiu grup bądź pojedynczych osób, którym świadczona jest opieka, przede wszystkim osób starszych (zwłaszcza z demencją) lub osób z niektórymi rodzajami niepełnosprawności. Negatywne stereotypy i niska świadomość poszczególnych schorzeń, z których wynika potrzeba opieki, mogą zniechęcać do podejmowania pracy w tych zawodach.
- Zwiększanie możliwości kształcenia się na poziomie wyższym, podyplomowym i zawodowym w zakresie profesji opiekuńczych. Ważne jest też wprowadzanie i rozwijanie przedmiotów kierunkowych, fakultatywnych oraz specjalizacji na studiach medycznych i społecznych, mogących sprzyjać podjęciu pracy w zawodach opiekuńczych.
- Promowanie i wspieranie wolontariatu w sferze opieki długoterminowej (także dla ludzi młodych oraz młodzieży), co może też – poprzez zwiększanie kontaktu z tą sferą w nieco luźniejszym zakresie – spowodować chęć podjęcia pracy w tym zawodzie. Przemyślana organizacja wolontariatu może także okazać się pomocna i odciążająca pracowników opieki w ich codziennej pracy.
- Określenie minimalnych standardów kompetencji, jakie muszą spełnić osoby wykonujące usługi opiekuńcze w ramach sektora pomocy społecznej, przy jednoczesnym łatwym dostępie do kursów i szkoleń umożliwiających ich szybkie nabywanie i potwierdzanie.
- Stworzenie opiekunom szerokiego dostępu do kształcenia ustawicznego i to nie tylko w zakresie ściśle związanym z wykonywanymi czynnościami opiekuńczymi, ale i z szerszymi kompetencjami (także miękkimi).

- Podniesienie wynagrodzeń w sektorze opieki długoterminowej, co powinno nastąpić wraz z ogólniejszym podnoszeniem nakładów publicznych na tę sferę. Zasadne będzie też częściowe ujednoczenie zasad wynagradzania osób wykonujących zawody opiekuńcze o podobnym zakresie, ale w różnych rodzajach placówek.
- Opiekunowie formalni powinni mieć możliwość skorzystania z superwizji, a także – jako grupa szczególnie zagrożona wypaleniem – z szeroko dostępnego wsparcia psychologicznego i terapeutycznego, jeśli zajdzie taka potrzeba.
- Wyposażenie opiekunów formalnych w sprzęt oraz pomoc w nabyciu kompetencji potrzebnych do jego obsługi. To usprawniałoby ich pracę i pozwoliło część czynności (np. w zakresie kontaktów z podopiecznymi, ich rodzinami, innymi pracownikami opieki i przełożonymi) realizować w formule zdalnej, co nabiera szczególnego znaczenia w dobie zagrożenia epidemiologicznego.
- Tworzenie opiekunom rodzinnym i nieformalnym możliwości zaangażowania się także w prace instytucji opieki formalnej (np. w domach pomocy społecznej czy zakładach opiekuńczo-leczniczych), co może częściowo odciążać formalnych pracowników opieki w ich rozległych i intensywnych obowiązkach zawodowych, ale również sprzyjać wzajemnemu uczeniu się i wymianie doświadczeń oraz kompetencji podnoszących jakość opieki.
- Wykorzystanie potencjału i doświadczenia byłych opiekunów (zarówno rodzinnych, nieformalnych, jak i formalnych, którzy przeszli już np. na emeryturę) w celu przekazywania umiejętności i doświadczeń, ale też bezpośredniego wsparcia osób wykonujących zawodowo prace opiekuńcze oraz tych, którzy przygotowują się do rozpoczęcia pracy w tym zawodzie.





# Autorzy

**Anita Abramowska-Kmon** – demografka, doktor nauk ekonomicznych, adiunkt w Instytucie Statystyki i Demografii Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie, gdzie od 2016 roku kieruje Zakładem Demografii. Redaktor naczelna czasopisma „Studia Demograficzne”. Członek Rady Naukowej European Doctoral School of Demography (EDSD). Jej zainteresowania badawcze obejmują m.in.: proces starzenia się ludności i jego społeczno-ekonomiczne konsekwencje, głównie z punktu widzenia opieki nad osobami starszymi, ich stanu zdrowia i jakości życia.

**Rafał Bakalarczyk** – doktor nauk o polityce publicznej, adiunkt w Instytucie Pracy i Spraw Socjalnych, członek komisji ekspertów ds. osób starszych przy Rzeczniku Praw Obywatelskich, ekspert Instytutu Polityki Senioralnej Senior Hub oraz Centrum Analiz Klubu Jagiellońskiego. Autor i współautor licznych opracowań naukowych, eksperckich i popularyzatorskich na temat polityki społecznej, w szczególności wsparcia osób z niepełnosprawnościami, opieki długoterminowej, wykluczenia społecznego oraz osób starszych.

**Irena E. Kotowska** – emerytowana profesor zwyczajna w Instytucie Statystyki i Demografii Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie, jego dyrektorka w latach 2016–2018. Członkini Zespołu Ekspertkiego ds. Usług Społecznych Fundacji Batorego. Przewodnicząca Komitetu Nauk Demograficznych PAN w latach 2011–2019, honorowa przewodnicząca Komitetu od 2021 roku, członkini Naukowej Rady Statystycznej Głównego Urzędu Statystycznego oraz Rządowej Rady Ludnościowej. Współpracuje z GUS w zakresie badań demograficznych, rynku pracy i warunków życia gospodarstw domowych. Współautorka Diagnostyki Społecznej – panelowego badania warunków i jakości życia w Polsce prowadzonego w latach 2000–2015. Była jedną z kluczowych ekspertek zespołu opracowującego program polityki rodzinnej w Kancelarii Prezydenta Bronisława Komorowskiego. Doradzała przy programach badawczych realizowanych przez Eurostat i Komisję Europejską. Jest krajową koordynatorką badań realizowanych w Polsce w ramach międzynarodowego programu badawczego Generations and Gender Programme (GGP), włączonego w 2021 roku w Europejską Mapę Drogową Infrastruktury Badawczej 2021 prowadzoną przez Europejskie Forum Strategiczne Infrastruktur Badawczych

(ESFRD); program GGP wraz z programem międzynarodowym Survey for Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) tworzą „Polską Infrastrukturę Badań nad Rodzinami, Generacjami i Kapitałem Ludzkim” wpisaną w 2020 roku w Polską Mapę Infrastruktury Badawczej w naukach humanistycznych i społecznych.

**Wojciech Łątkowski** – asystent w Instytucie Statystyki i Demografii Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie. Zajmuje się prognozowaniem demograficznym oraz badaniami nad stanem zdrowia i jakością życia osób starszych, a także konsekwencjami starzenia się ludności w wymiarze ekonomicznym i społecznym. Absolwent międzynarodowego programu European Doctoral School of Demography. Kierownik projektu Preludium NCN dotyczącego projekcji zapotrzebowania na opiekę wśród osób starszych w Polsce z uwzględnieniem stanu zdrowia i sytuacji rodzinnej, a także członek zespołów naukowych realizujących projekty badawcze (np. badanie Generacje i Rodziny (GGs-PL), SHARE, AGENTA, POLNTA).

**Paweł Łuczak** – doktor, adiunkt w Katedrze Pracy i Polityki Społecznej Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu. Jego zainteresowania badawcze koncentrują się na polityce społecznej, a w szczególności na opiece długoterminowej. Wyniki swoich badań opublikował m.in. w *Housing Studies* czy *Social Policy & Administration*. Kierownik dwóch projektów badawczych finansowanych przez Narodowe Centrum Nauki.

**Paweł Marczewski** – doktor socjologii, szef działu Obywatele w forumIdei Fundacji im. Stefana Batorego, gdzie zajmuje się głównie kwestiami wpływu przemian demograficznych na demokrację, równości dostępu do usług społecznych oraz relacjami między państwem a organizacjami obywatelskimi. Należy do Carnegie Civic Research Network, międzynarodowej grupy badaczek i badaczy analizujących przemiany globalnego społeczeństwa obywatelskiego. Członek redakcji „Przeglądu Politycznego” i stały współpracownik „Tygodnika Powszechnego”. W latach 2012–2017 był adiunktem w Instytucie Socjologii UW, a w latach 2015–2017 dyrektorem ds. publikacji Instytutu Nauk o Człowieku w Wiedniu.

**Zofia Szweda-Lewandowska** – doktor nauk ekonomicznych, absolwentka Informatyki i Ekonometrii, Socjologii oraz Prawa. Studiowała również na Uniwersytecie w Poczdamie i Magdeburgu. Ukończyła studia doktoranckie w Szkole Nauk Społecznych Instytutu Filozofii i Socjologii PAN. Odbiła praktykę w Max Planck Institute for Demographic Research (Rostock). Uczestniczka Oxford Ageing Spring School (warsztaty dotyczące procesu starzenia się) organizowanej przez Uniwersytet w Oxfordzie. Odbiła staż w Organizacji Narodów Zjednoczonych w Nowym Jorku oraz w Komisji Europejskiej (DG Employment, Social Affairs & Inclusion). Uczestniczka I edycji Prezydenckiego Programu Eksperymentalnego „Laboratorium Idei”. Specjalizuje się w zagadnieniach dotyczących społeczno-ekonomicznych konsekwencji procesu starzenia się populacji m.in. analizowała zapotrzebowanie na miejsca w instytucjonalnych formach opieki, zapotrzebowanie na

pomoc środowiskową oraz opiekunki środowiskowe. W ramach grantu Narodowego Centrum Nauki prowadziła także badania rodzinnych opiekunów osób wymagających wsparcia.

**Irena Wóycicka** – ekonomistka, badaczka polityki społecznej. Jej główne obszary badań, analiz i ekspertyz to prognozowanie i modelowanie wydatków społecznych, system zabezpieczenia społecznego ze szczególnym uwzględnieniem systemów emerytalno-rentowych, polityka rodzinna i zagadnienia opieki. Była ekspertką Międzynarodowego Biura Pracy oraz Komisji Europejskiej, pełniła też funkcje w administracji państwowej (m.in. jako podsekretarz stanu w Ministerstwie Pracy i Polityki Socjalnej oraz jako sekretarz stanu ds. społecznych w Kancelarii Prezydenta). Członkini Zespołu ekspertów ds. usług społecznych Fundacji im. Stefana Batorego oraz Komisji ekspertów ds. osób starszych przy RPO.



## Fundacja im. Stefana Batorego wydała m.in.:

---

Ryszard Szarfenberg, *Centra usług społecznych – czy poprawią dostęp do usług społecznych i ich jakość?* (2021); analiza reformy wprowadzonej ustawą o Centrach Usług Społecznych w połowie 2019 roku, dającej samorządom możliwość realizacji usług społecznych za pomocą nowej instytucji, która ma je integrować i koordynować, a w konsekwencji poprawić do nich dostęp beneficjentom.

Kamila Bielawska, Piotr Błędowski, Agnieszka Chłoń-Domińczak, Jerzy Hausner, Anna Ruzik-Sierdzińska, Irena E. Kotowska, Piotr Lewandowski, Iga Magda, Paweł Marczewski, Marcin Stonawski, Paweł Strzelecki, Krystyna Szafraniec, Barbara Więckowska, Hanna Zalewska, *Pokolenia. Solidarni w rozwoju* (2021), raport Fundacji Gospodarki i Administracji Publicznej oraz Fundacja Batorego rekomendujący rozwiązania umacniające solidarność międzypokoleniową w takich segmentach polityki publicznej, jak edukacja i kształtowanie kompetencji, praca i zatrudnienie, migracje, zdrowie, infrastruktura społeczna, zabezpieczenie społeczne, finanse publiczne i porządek demokratyczny.

Irena E. Kotowska, *Zmiany demograficzne w Polsce – jakie wyzwania rozwojowe przyniosą?* (2021); analiza zmian demograficznych czekających Polskę w ciągu najbliższych 30 lat i ich konsekwencji.

Paweł Kaczmarczyk, *Młodzi a migracje – oczywiste i nieoczywiste relacje* (2021); analiza przyczyn i skutków migracji młodych Polaków po przystąpieniu Polski do UE.

Michał Boni, *Młodzi 2020 – w poszukiwaniu tożsamości* (2021); raport o czynnikach kształtujących tożsamość młodego pokolenia Polek i Polaków.

Katarzyna Sztop-Rutkowska, *Czy jesteśmy dobrymi przodkami?* (2021); komentarz wskazujący na strukturalne źródła rosnących napięć między

młodszy a starszymi pokoleniami oraz postulujący nowy, oparty na solidaryzmie kontrakt międzypokoleniowy.

Paweł Marczewski, *Epidemia nieufności. Zaufanie społeczne w czasie kryzysu zdrowotnego* (2020); analiza wyników badań zaufania społecznego w stanie pandemii.

Dawid Sześciło, *Ochrona zdrowia – czekając na katastrofę* (2019); analiza wskazująca dwa główne źródła dramatycznego kryzysu polskiej służby zdrowia – źle zbudowany system instytucjonalny i skrajne niedofinansowanie. Autor rekomenduje decentralizację i podniesienie poziomu wydatków na służbę zdrowia do 7% PKB w ciągu 5 lat oraz wskazuje źródła finansowania, które pozwolą tego dokonać.

Dorota Szelewa, *Polityka opieki nad małym dzieckiem: usługi edukacyjno-opiekuńcze a instrumenty pieniężne* (2019); analiza przedstawiająca próbę ewaluacji różnych instrumentów polityki rodzinnej, w szczególności skupiającą się na porównaniu efektów usług edukacyjno-opiekuńczych oraz instrumentów pieniężnych, które miałyby wprowadzić element „wyboru” w polityce opieki nad małym dzieckiem.

Stanisława Golinowska, *Modele polityki społecznej w Polsce i Europie na początku XXI wieku* (2019); publikacja przedstawiająca, jak europejskie państwa dobrobytu dostosowywały się do sytuacji po kryzysie finansowym lat 2007–2009 oraz jak na tym tle prezentuje się polska polityka społeczna.



**Fundacja im. Stefana Batorego**

Sapieżyńska 10a

00-215 Warszawa

tel. (48-22) 536 02 00

fax (48-22) 536 02 20

batory@batory.org.pl

www.batory.org.pl

Zarówno wyniki przeprowadzonego w 2021 roku spisu powszechnego, jak i prognozy demograficzne nie pozostawiają wątpliwości – w Polsce przybywa osób starszych i stanowią one coraz większą część ogółu ludności Polski. Jednocześnie dotychczasowe sposoby dostarczania seniorom niezbędnej opieki są rażąco nieadekwatne do potrzeb. W obliczu wyzwań demograficznych ta luka będzie się rażąco powiększać, o ile nie zostaną podjęte niezbędne reformy. Niniejszy raport wielostronnie opisuje funkcjonowanie opieki nad osobami starszymi w Polsce i zawiera kompleksowe rekomendacje, które poprawią jakość życia seniorów i ich rodzin.

**ISBN 978-83-66544-30-7**