

# R A P O R T



## **DEINSTYTUCJONALIZACJA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W POLSCE CELE I WYZWANIA**

Redaktor naukowy:  
**Piotr Błędowski**

LISTOPAD 2021





K O A L I C J A  
— NA POMOC —  
NIESAMODZIELNYM

# DEINSTYTUCJONALIZACJA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W POLSCE CELE I WYZWANIA

Raport opracowany przez zespół w składzie:

**prof. dr hab. Piotr Błędowski, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie - redaktor naukowy raportu**

**dr Rafał Bakalarczyk, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych**

**dr Łukasz Jurek, Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu**

**dr hab., prof. SGH Paweł Kubicki, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie**

**dr Paweł Łuczak, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu**

**dr Zofia Szweda-Lewandowska, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie**

Sekretarz redakcji:

**Karolina Ciepiela**

Opracowanie graficzne i skład:

**Piotr Lisiecki**

Realizacja wydawnicza:

**OCI Sp. z o.o.**

Raport powstał na zlecenie Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym” - Związek Stowarzyszeń

KRS: 0000659917

ul. Hajoty 49, 01-821 Warszawa

e-mail: [biuro@niesamodzielnym.pl](mailto:biuro@niesamodzielnym.pl)

PUBLIKACJA BEZPŁATNA

Warszawa, listopad 2021

ISBN 978-83-948272-7-4

Wersję elektroniczną można pobrać ze strony [www.niesamodzielnym.pl](http://www.niesamodzielnym.pl)

© Koalicja "Na pomoc niesamodzielnym" - Związek Stowarzyszeń

Wszelkie prawa zastrzeżone

All rights reserved

**WSTĘP**

4

**1. DEMOGRAFICZNE PRZESŁANKI DEINSTYTUCJONALIZACJI  
OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ**

5

**2. CELE DEINSTYTUCJONALIZACJI W KONTEKŚCIE OCZEKIWAŃ  
OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI, POLITYKI SPOŁECZNEJ  
I DOKUMENTÓW MIĘDZYNARODOWYCH**

12

**3. ZAKRES PRZEDMIOTOWY  
DEINSTYTUCJONALIZACJI**

15

**4. RYS HISTORYCZNY I DOŚWIADCZENIA  
DEINSTYTUCJONALIZACJI W WYBRANYCH KRAJACH**

17

**5. SPECYFIKA DEINSTYTUCJONALIZACJI  
W OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ**

24

**6. EKONOMICZNE ASPEKTY  
DEINSTYTUCJONALIZACJI**

28

**7. WNIOSKI I REKOMENDACJE**

33

Obecny od wielu lat w dyskursie publicznym wielu krajów problem deinstytucjonalizacji zaczyna powoli nabierać znaczenia także w polskiej polityce publicznej. Wprawdzie nie zawsze jest on jednoznacznie rozumiany, a dyskusja dotyczy niekiedy tylko wybranych aspektów zagadnienia deinstytucjonalizacji, ale ona sama jako temat rozważań i cel działań zyskuje sobie miejsce w debatach publicznych i programach działania tak instytucji, jak i organizacji pozarządowych.

Deinstytucjonalizacja jako proces o bardzo szerokim zakresie wymaga czasu. Trzeba ją należycie przygotować, określając nie tylko cele strategiczne, ale operacyjne, związane z realizacją kolejnych etapów działania. Ze względu na zmieniające się warunki, a zwłaszcza sytuację demograficzną i społeczną, ale i możliwe zmiany w stanie finansów publicznych, trzeba liczyć się z koniecznością wprowadzania modyfikacji samego procesu, a być może i niektórych z jego celów. Sam fakt, że jest to proces wieloletni, wymaga uzyskania politycznej zgody co do jego kierunków i tempa, by ewentualne zmiany polityczne nie zaburzały jego przebiegu. Potrzebna jest zatem ożywiona debata publiczna nad deinstytucjonalizacją. To z kolei wymaga popularyzacji dostępnej na ten temat wiedzy i upowszechniania doświadczeń tych krajów, w których proces ten został podjęty już wcześniej.

Z takim zamiarem przystąpił do działania zespół uznanych w środowisku naukowym autorów, z którymi mam przyjemność nie po raz pierwszy współpracować. Zgodnie z naszymi zainteresowaniami badawczymi, ograniczyliśmy rozważania nad deinstytucjonalizacją do opieki długoterminowej (OD). Nie jest to jedyny obszar możliwej i pożądanej deinstytucjonalizacji, ale - wobec pilnej potrzeby stworzenia kompleksowego i sprawnego systemu OD w Polsce - chyba najważniejszy. Celem niniejszego raportu nie jest zaproponowanie konkretnych kroków zmierzających do deinstytucjonalizacji OD - to powinno być poprzedzone publiczną dyskusją z udziałem przedstawicieli instytucji publicznych (zwłaszcza resortów polityki społecznej oraz finansów, a także samorządu terytorialnego), organizacji pozarządowych i wreszcie samych zainteresowanych, czyli osób wymagających świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych.

W raporcie, stosownie do dotychczasowego przebiegu dyskusji, nie opowiadamy się za przyjęciem konkretnej definicji deinstytucjonalizacji. To powinno być doprecyzowane razem z jej celem. Wydaje się jednak, że przyświecające nam przekonanie o potrzebie zmian w roli i zakresie działania instytucjonalnych i środowiskowych form wsparcia jest czytelne. Nasza filozofia deinstytucjonalizacji opiera się na konieczności zapewnienia osobie zależnej możliwości wyboru formy wsparcia. To traktujemy jako punkt wyjścia do zmian i odrzucenia jakże częstej sytuacji, w której czynnikiem decydującym o udzielaniu świadczeń jest ich podaż, dostępność, a nie faktyczne potrzeby świadczeniobiorcy. Czytelnicy raportu zauważą, że przedstawiamy niektóre kwestie, nie zajmując zdecydowanego stanowiska. Wynika to z naszego przeświadczenia, że prezentowany raport stanowić powinien okazję do podjęcia lub ożywienia dyskusji nad wielowymiarowym procesem deinstytucjonalizacji.

W raporcie używamy różnych terminów dotyczących świadczeniobiorców. Mówimy zatem o osobach z niepełnosprawnością, zależnych czy niesamodzielnych. Niezależnie od faktu, że w przyszłości należałoby ujednoczyć terminologię, nie podejmujemy tej dyskusji obecnie, nie chcąc, by odwróciła ona uwagę od najważniejszego problemu, jakim nie jest nazewnictwo, ale istota deinstytucjonalizacji. Przedstawiając przesłanki demograficzne przemawiające za rozpoczęciem tego procesu, doświadczenia zagraniczne, aspekty finansowe i eksponując różnice w podejściu do tego problemu chcemy przygotować pole do dyskusji, która jest niezbędna po to, aby wszyscy interesariusze deinstytucjonalizacji identyfikowali się z tym procesem, byli zgodni co do jego celów, harmonogramu, korzyści jednostkowych i ogólnospołecznych, ale i - last but not least - kosztów, jakie będzie on generował obecnie i w przyszłości.

Dziękuję Współautorom za przyjęcie zaproszenia do współpracy. Powtórzę zdanie ze wstępu do ubiegłorocznego raportu na temat potrzeby reformy opieki długoterminowej w Polsce: „Jakkolwiek poszczególne fragmenty mają swoich autorów wiodących, wymienionych na początku każdej części, całość opracowania jest efektem wspólnej pracy, lektury i wymiany poglądów”. W pracy nad przygotowaniem procesu deinstytucjonalizacji potrzeba nam nie tylko dyskusji w ramach zespołów, ale i między zespołami zajmującymi stanowisko w tej kwestii. Wierzę, że niniejszy raport taką wymianę poglądów i osiągnięcie konsensusu ułatwi.

W imieniu zespołu autorskiego  
*Piotr Błędowski*

# 1. DEMOGRAFICZNE PRZESŁANKI DEINSTYTUCJONALIZACJI OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

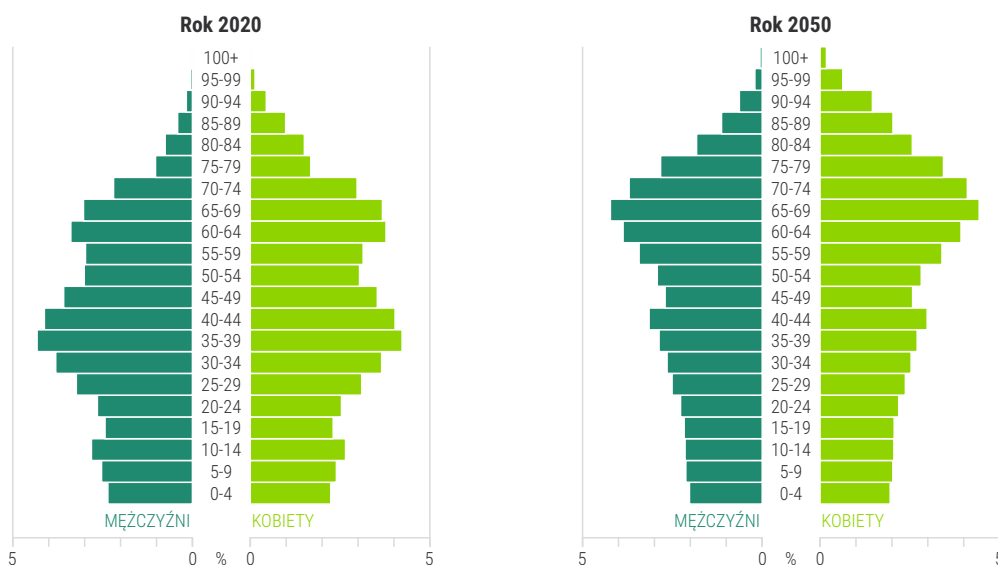
Zofia Szweda-Lewandowska  
ORCID: 0000-0003-2153-5031

Badając kwestie związane z opieką nad osobami wymagającymi wsparcia w wykonywaniu czynności dnia codziennego, z jednej strony analizuje się popyt na usługi opiekuńcze i pielęgnacyjne, a z drugiej strony - podaż tychże usług. Oznacza to konieczność oszacowania populacji osób, które potrzebują korzystać z takich usług oraz oceny wymiaru czasowego i zakresu przedmiotowego usług. Ze strony podażowej niezbędne jest oszacowanie populacji potencjalnych opiekunów. Trudność z oszacowaniem zarówno jednej (korzystający ze wsparcia), jak i drugiej (świadczący je) populacji polega na braku całościowych statystyk publicznych, dotyczących stanu zdrowia i potrzeb. Brak jest także informacji dotyczących opieki sprawowanej w ramach sieci rodzinnej. Nie można także zapominać o szarej strefie usług opiekuńczych.

Przeprowadzane w obszarze zapotrzebowania na świadczenia opiekuńcze i pielęgnacyjne badania pozwalają na dokonanie szacunków, lecz należy mieć na uwadze, że opierają się często one na subiektywnej ocenie stanu zdrowia i potrzeb. Należy podkreślić także fakt, że są to na ogół badania przeprowadzane na pewnej, wybranej próbie osób. W konsekwencji w badaniach często niedoreprezentowana jest grupa osób najbardziej niesamodzielnych, osób, które - ze względu na stan zdrowia i zaburzenia funkcji poznawczych - nie mogą wziąć udziału w badaniach, a jeśli w nich uczestniczą, to jednostką sprawozdawczą (odpowiadającą na pytania ankietera) jest często ich opiekun. Wskazane powyżej czynniki wpływają na jakość danych statystycznych i analiz czyniąc trudnym jednoznaczne określenie wielkości populacji osób wymagających pomocy w wykonywaniu codziennych czynności oraz ich opiekunów.

Analizując z punktu widzenia opieki długoterminowej zmiany zachodzące w populacji mieszkańców Polski, należy zwrócić uwagę na dwie główne tendencje. Pierwsza to dynamicznie postępujący proces starzenia się ludności oraz podwójnego starzenia się ludności (czyli szybki wzrost odsetka osób najstarszych w całej populacji osób starszych), a druga to zmiany rozmieszczenia ludności Polski skutkujące depopulacją, czyli trwałym zmniejszaniem liczby mieszkańców określonych terenów (Szukalski 2019) obserwowanym z różną intensywnością przede wszystkim w gminach województw peryferyjnych oraz wzrostem młodej demograficznie populacji gmin obwarzankowych<sup>1</sup> wielkich i dużych miast. Zarówno proces starzenia się ludności, jak i proces depopulacji bardzo wyraźnie oddziałują na strukturę wieku ludności, którą graficznie najlepiej obrazuje piramida wieku ludności (rysunek 1).

Rysunek 1. Struktura płci i wieku ludności Polski w 2020 r. i 2050 r.



Źródło: GUS, Prognoza ludności rezydującej dla Polski na lata 2014-2050, Warszawa 2016.

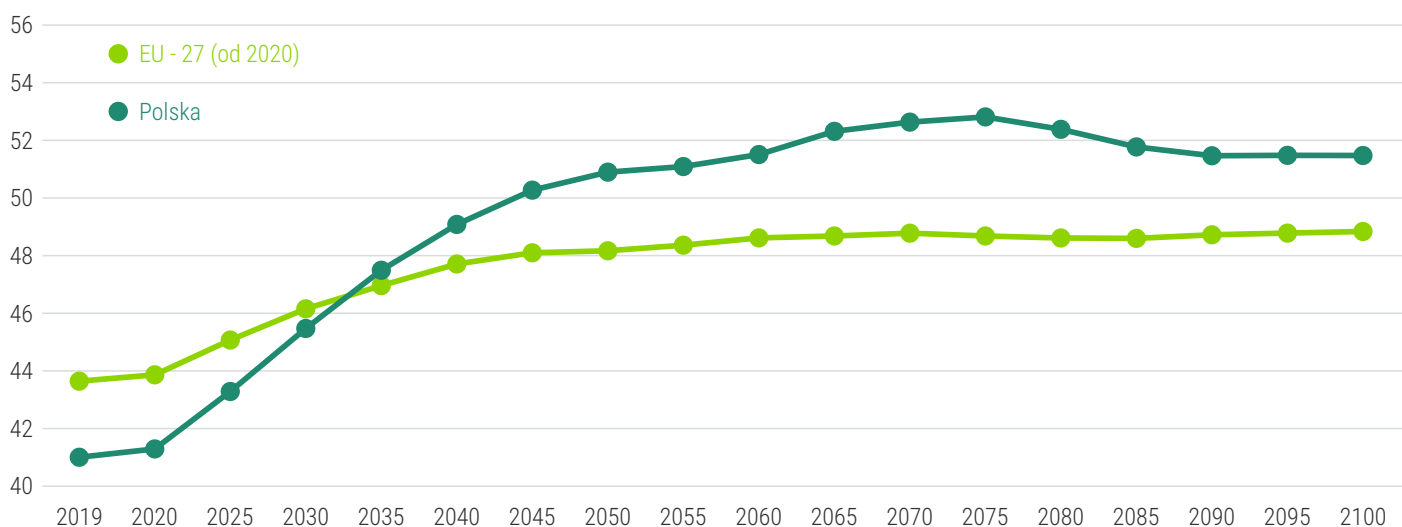
<sup>1</sup> Obszar obwarzankowy to gminy ościennie, okalające wielkie i duże miasta. Ich mieszkańcy często pracują w wielkich i dużych miastach, korzystają z ich infrastruktury, usług itp.

Zmiany udziału poszczególnych grup wieku w ogólnej liczbie ludności wpływają także na podwyższanie się mediany wieku ludności. To, co jest bardzo istotne z punktu widzenia opieki długoterminowej i możliwości zapewnienia adekwatnej do potrzeb opieki, to różnicowanie geograficzne tych dwóch procesów. Gminy charakteryzujące się zaawansowanym procesem starzenia się ludności to zazwyczaj także gminy, gdzie obserwujemy zaawansowany proces depopulacji. Oznacza to, że zwiększonym potrzebom opiekuńczym ludności nie towarzyszy dostateczna podaż potencjalnych opiekunów. W obszarach obwarzankowych dużych miast koszt pracy jest wysoki w zestawieniu z przeciętnymi świadczeniami emerytalno-rentowymi, co powoduje trudności w zakupie usług opiekuńczych w odpowiednim wymiarze czasowym.

Oba wzmiankowane procesy wpływają na zmianę liczebności populacji potencjalnych opiekunów i to zarówno opiekunów rodzinnych, jak i zasobów pracy, z których potencjalnie mogą rekrutować się nierodzinni opiekunowie (w tym formalni - pracownicy sektora pomocy społecznej i agencji opiekuńczych).

O ile obecnie populacja Polski nie zalicza się do najstarszych w Europie, o tyle w najbliższych dziesięcioleciach wyraźnie ulegnie zmianie struktura ludności według wieku. Prognoza ludności sporządzana przez Eurostat przewiduje, że około 2035 roku mediana wieku Polaków przewyższy medianę wieku dla 27 krajów Unii Europejskiej i wyniesie 47,5 roku (wykres 1). W roku 2045 połowa Polaków będzie miała nie mniej niż 50 lat i mediana będzie nadal wrastać, podczas gdy dla 27 krajów UE wartość mediany ustabilizuje się na poziomie około 48 lat. Obecnie mediana wieku Polaków wynosi około 41 lat, a w 2035 roku wyniesie już 47,5 roku. Na szczególną uwagę zasługuje więc tempo, w jakim nastąpi ta zmiana (okres zaledwie 15 lat). Tak szybka zmiana oznacza niewiele czasu na przygotowanie gospodarki i społeczeństwa (w tym systemu opieki długoterminowej) na konsekwencje z niej wynikające.

**Wykres 1. Mediana wieku ludności Polski i Państw Unii Europejskiej w latach 2019-2100 (wariant podstawowy prognozy)**



Źródło: Eurostat, Population projections at national level (2019-2100). Demographic balances and indicators by type of projection and NUTS 3 region, dostęp na stronie: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/main/data/database>.

Proces starzenia się ludności, jako jeden z czynników wpływających na zapotrzebowanie na opiekę długoterminową, polega na wzroście udziału osób starszych i najstarszych w populacji. Analizując proces starzenia się ludności w kontekście opieki długoterminowej należy wziąć pod uwagę, że do 2016 roku obserwowano systematyczne poprawianie się stanu zdrowia, a w konsekwencji wydłużanie dalszego trwania życia oraz dalszego trwania życia w zdrowiu. Po roku 2016 nastąpiło skrócenie trwania życia Polaków (szczególnie w przypadku mężczyzn). Dodatkowo na stan zdrowia Polaków i dalsze trwanie życia wpływają konsekwencje pandemii COVID-19. Pandemia wpłynęła nie tylko na skrócenie trwania życia Polaków poprzez zachorowania wywołane koronawirusem i powikłania po przebytej chorobie, lecz także spowolniła proces diagnostyczny i leczniczy innych chorób, w tym przede wszystkim będących głównymi przyczynami zgonów, czyli chorób układu krążenia i chorób nowotworowych. Badania stanu zdrowia przeprowadzone przez GUS jeszcze przed wybuchem pandemii COVID-19 wskazywały, że granicą wieku po przekroczeniu, której respondenci oceniają swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły jest wiek pomiędzy 70 a 79 lat (GUS 2021). W grupie wieku 70-79 lat 27,2% respondentów określało swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły, w grupie osób 80 lat i więcej prawie 40%. Tymczasem w młodszej grupie seniorów, tj. wśród osób w wieku 60-69 lat odsetek ten wynosił 16,7%. Drugim wskaźnikiem, który może być pomocny do szacowania wielkości populacji potencjalnych adresatów usług opiekuńczych jest odsetek osób z niepełnosprawnością. Wraz z wiekiem wzrasta odsetek osób deklarujących występowanie u nich niepełnosprawności oraz formalnie orzeczonej niepełnosprawności (tabela 1).

Wśród najstarszych respondentów Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia - EHIS 2019, ponad 52% deklaruowało występowanie niepełnosprawności. Należy zwrócić uwagę, że pomimo zachodzących zmian w strukturze ludności według wieku spowodowanych procesem starzenia się populacji zmiany w deklaracjach odnośnie do występowania niepełnosprawności pomiędzy 2014 i 2019 nie są znaczne.

**Tabela 1. Odsetek osób z niepełnosprawnością w Polsce w roku 2014 i 2019**

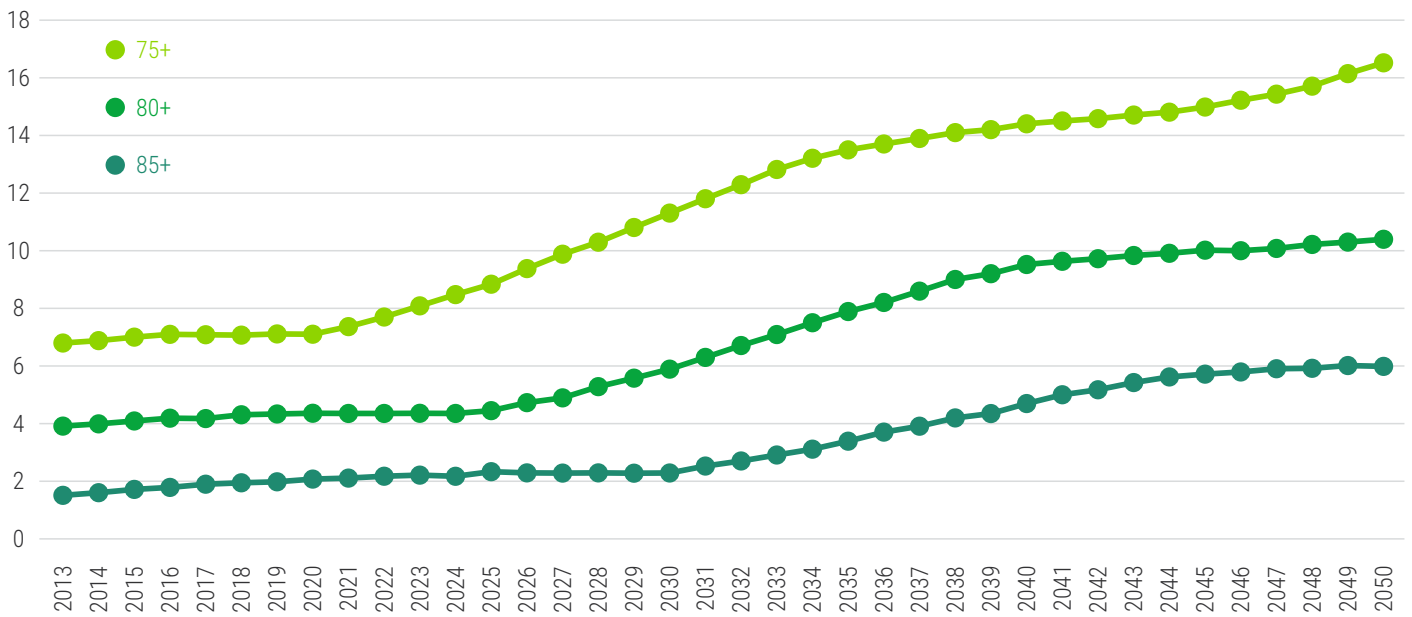
Grupa wieku	ROK 2014		ROK 2019	
	Osoby z niepełnosprawnością	w tym z orzeczeniem o niepełnosprawności	Osoby z niepełnosprawnością	w tym z orzeczeniem o niepełnosprawności
0-4	2,6*	2,2*	3,6*	3,4*
5-9	3,6	3,4	3,7	3,7
10-14	5,0	4,0	5,5	5,4
15-19	3,4	2,7*	4,0*	3,5*
20-29	3,8	3,2	4,6	4,4
30-39	4,8	3,6	5,3	4,9
40-49	9,0	7,6	7,9	6,4
50-59	18,0	15,1	15,1	13,4
60-69	23,5	19,1	22,9	19,4
70-79	36,0	27,1	32,5	23,3
80+	51,4	30,1	52,2	32,1

\* Oznacza liczebność pomiędzy 20 a 50 odpowiedzi. Badanie wykonane przed pandemią COVID-19.

Źródło: GUS, Stan zdrowia ludności Polski w 2019 (na podstawie wyników Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia - EHIS 2019 r.), Warszawa 2021.

Proces starzenia się ludności Polski ulegnie przyspieszeniu po roku 2030, kiedy to osoby z grupy wieku 75 lat i więcej będą już stanowiły ponad 10% ludności Polski (wykres 2). Z punktu widzenia opieki długoterminowej należy przeanalizować szczególnie wzrost udziału i liczby osób w wieku 80 oraz 85 i więcej lat, ponieważ ze względu na zawansowanie biologicznego starzenia się (i to zarówno w sytuacji, gdy pojawiają się schorzenia przewlekłe, jak i gdy proces biologicznego starzenia się przebiega prawidłowo) wymagają różnego rodzaju wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Część osób z tej grupy będzie wymagała niewielkiej pomocy np. przy robieniu cięższych zakupów lub większym sprzątaniu, część - usług pielęgnacyjnych i opiekuńczych świadczonych w środowisku miejsca zamieszkania, a jeszcze inna część - nawet usług świadczonych przez instytucje. Rok 2030 to także rok, po którym odsetek najstarszych osób w populacji będzie bardzo wyraźnie wzrastał. Jest to wynik zasilania najstarszych grup wieku przez osoby urodzone w trakcie powojennego wyżu demograficznego lat 1950. W połowie obecnego stulecia odsetek osób w wieku 85 i więcej lat w populacji Polski wyniesie już ponad 6%, a co dziesiąty mieszkaniec będzie w wieku 80 i więcej lat.

**Wykres 2. Udział osób w wieku 75+, 80+ i więcej lat w populacji Polski w latach 2013-2050 (w procentach)**



Źródło: GUS, Prognoza ludności rezydującej dla Polski na lata 2014-2050, Warszawa 2016.

W kontekście deinstytucjonalizacji opieki długoterminowej niezbędne jest oszacowanie liczby potencjalnych świadczeniobiorców. Znając przyszłe tendencje demograficzne oraz posiłkując się badaniami dotyczącymi populacji osób starszych, na przykład ogólnopolskim badaniem PolSenior, można szacować wielkość populacji osób wymagających wsparcia. Przedstawione w tabeli 2 szacunki zapotrzebowania na wsparcie powstały na podstawie danych o wielkości populacji osób obecnie korzystających nie tylko z pomocy środowiskowej, lecz także instytucjonalnej. Liczba osób wymagających pomocy w codziennym funkcjonowaniu będzie się systematycznie zwiększać, przede wszystkim ze względu na zmiany w strukturze wieku ludności. W 2035 roku wśród osób w wieku 65 lat i więcej prawie co dziesiąty senior będzie wymagał codziennego wsparcia<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Przedstawione szacunki dotyczą osób wymagających intensywnego wsparcia rozumianego jako minimum 1,5 godziny opiekuńczej w ciągu dnia.



**Tabela 2. Liczba osób niesamodzielnych w wieku 65 i 80 lat i więcej w latach 2014-2035**

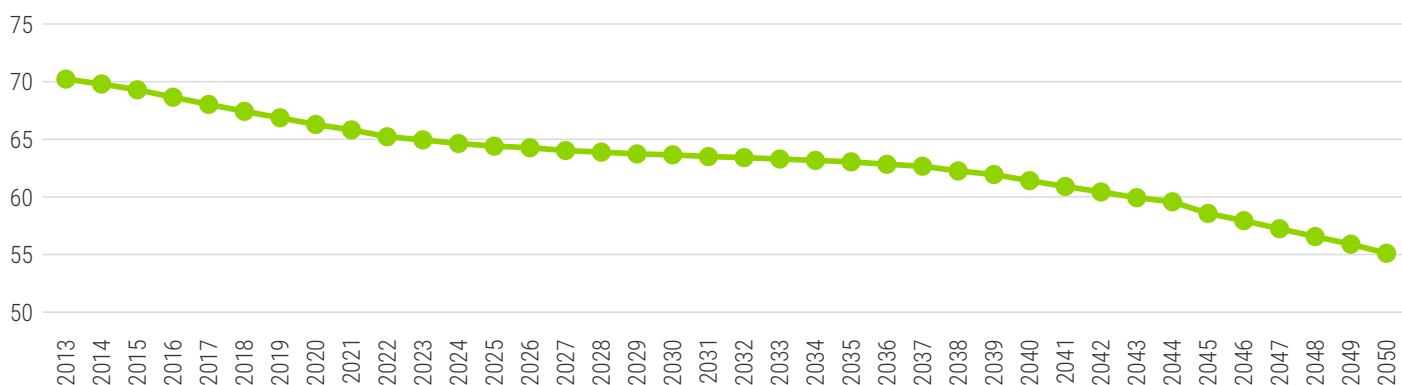
ROK	65+	w tym w wieku 80+
2014	471 802	158 347
2015	485 793	164 727
2016	500 871	171 199
2017	519 086	177 052
2018	541 610	182 411
2019	566 165	187 373
2020	591 227	191 807
2021	623 014	195 844
2022	644 238	198 756
2023	663 003	200 659
2024	678 733	202 388
2025	693 452	204 290
2026	705 524	205 954
2027	714 170	211 644
2028	721 489	218 697
2029	727 919	226 966
2030	734 705	236 427
2031	738 470	247 451
2032	742 600	260 078
2033	745 458	273 734
2034	749 048	288 664
2035	753 717	304 311

Źródło: Szweda-Lewandowska Z. 2015, *Niesamodzielní A.D. 2035 - w poszukiwaniu sposobów i źródeł wsparcia*, *Folia Oeconomica* 4 (315), s. 173-183.  
Obl. wł. na podst. B. Wizner, A. Skalska, A. Klich-Rączka, K. Piotrowicz, T. Grodzicki, *Stan zdrowia i sprawność osób starszych [w:] PolSenior. Aspekty medyczne, psychologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), *Termedia*, Poznań 2012, s. 82-83,  
oraz dane ZUS (Departament Statystyki i Prognoz Aktuarialnych), oraz dane MPiPS (Departament Analiz Ekonomicznych i Prognoz).

Populacja osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu jest bardzo heterogeniczna. Przy projektowaniu działań w ramach procesu deinstytucjonalizacji to zróżnicowanie w zakresie rodzaju i wymiaru niezbędnego wsparcia należy wziąć pod uwagę. Dodatkowe czynniki społeczno-demograficzne, na które warto zwrócić szczególną uwagę to przede wszystkim status rodzinny oraz kategoria miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy. Całościowe podejście i uwzględnienie wszystkich najważniejszych czynników społeczno-demograficznych zadecyduje o sukcesie deinstytucjonalizacji.

Drugim istotnym obszarem z punktu widzenia deinstytucjonalizacji jest podaż opiekunów. Należy rozważyć z jednej strony zmiany struktury i funkcji rodziny, a z drugiej wielkość zasobów pracy, z których potencjalnie mogą rekrutować się opiekunowie formalni. Zgodnie z prognozami demograficznymi, odsetek osób w wieku 15-64 lata w populacji Polski będzie mały (wykres 3). Zmniejszanie się populacji osób w wieku 15-64 lata będzie wpływać na oba wskazane obszary, to jest podaż opieki rodzinnej i opieki formalnej.

**Wykres 3. Udział osób w wieku 15-64 lata w populacji Polski (w procentach)**



Źródło: GUS, Prognoza ludności rezydującej dla Polski na lata 2014-2050, Warszawa 2016.

Z usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych świadczonych w ramach pomocy społecznej, korzysta obecnie rocznie około 100 tys. osób. Rodzina zatem i rodzinni opiekunowie pozostają głównym trzonem systemu opieki w Polsce. Rodzinni opiekunowie są także źródłem wsparcia dla osób korzystających z oferty ośrodków pomocy społecznej, gdyż zazwyczaj wymiar tej pomocy jest niewystarczający do zaspokojenia wszystkich potrzeb danej osoby (Szatur-Jaworska 2012). Część osób korzysta z pomocy prywatnych opiekunów lub prywatnych domów i instytucji świadczących całodobową opiekę. Niektóre potrzeby zostają zapewne niezaspokojone. Z jednej strony, zapotrzebowanie na pomoc jest duże, z drugiej - coraz częściej same osoby starsze, ich rodziny, ale także firmy działające na rynku opiekuńczym poszukują osób gotowych sprawować funkcje opiekuńcze. Zaspokojenie potrzeb opiekuńczych poprzez zakup usług opiekuńczych stwarza możliwość powrotu na rynek pracy lub do pełnego zatrudnienia rodzinnych opiekunów, których praca opiekuńcza byłaby zastąpiona przez osoby zatrudnione w sektorze opieki. Umożliwienie „wyjścia” z szarej strefy opiekunom świadczącym usługi środowiskowe (opiekuńcze, pielęgnacyjne) jest kolejnym wyzwaniem dla procesu deinstytucjonalizacji.

W kontekście deinstytucjonalizacji, która wymaga znacznej podaży zasobów pracy, jednym ze skutecznych sposobów zaradzenia wydaje się polityka migracyjna i zachęcanie pracowników-immigrantów do uzupełniania luki w obszarze świadczenia usług opiekuńczych. Z badań przeprowadzonych wśród osób zamieszkujących Łódź i Warszawę i otrzymujących usługi opiekuńcze od swoich krewnych wynika, że seniorzy nie mają obiekcji dotyczących narodowości, czy też wyznawanej przez opiekuna religii (Kałuża-Kopias, Szweda-Lewandowska 2019). Dodatkowym czynnikiem wpływającym na większe zapotrzebowanie na opiekunów w przypadku świadczenia usług środowiskowych w stosunku do usług stacjonarnych jest konieczność dojazdu opiekuna do świadczeniobiorców (będzie to miało szczególne znaczenie na obszarach wiejskich).

Z perspektywy gospodarki istotne jest z jednej strony umożliwienie osobom, które mając odpowiednie umiejętności i kwalifikacje zawodowe do wykonywania innego typu pracy niż opieka i których praca - ze względu na opiekowanie się tylko jedną osobą - jest mniej wydajna w stosunku do ich potencjału. Z drugiej strony, przeszkolone i wykwalifikowane opiekunki są lepiej przygotowane do pracy w zawodach opiekuńczych, wymagających często pewnego quantum wiedzy i umiejętności medycznych. Jedna wykwalifikowana opiekunka może efektywnie świadczyć usługi opiekuńcze trzem-czterem osobom ich wymagającym<sup>3</sup>. Zakładając, że jedna opiekunka w ciągu dnia może przez osiem godzin udzielić pomocy trzem osobom, można przyjąć, że część z opiekunów osób wymagających pomocy mogłaby powrócić na rynek pracy lub nawet do pełnego zatrudnienia. Przejęcie funkcji opiekuńczych przez przeszkolone w tym zakresie osoby może spowodować, że przeciętnie jedna opiekunka „uwalnia” 1,5 etatu opiekunów nieformalnych. Oznacza to zapotrzebowanie na 350 tys. opiekunek tylko dla osób niesamodzielnych i wzrost zapotrzebowania na osoby świadczące usługi opiekuńcze do 0,5 mln w perspektywie 2035 roku (Szweda-Lewandowska 2015).

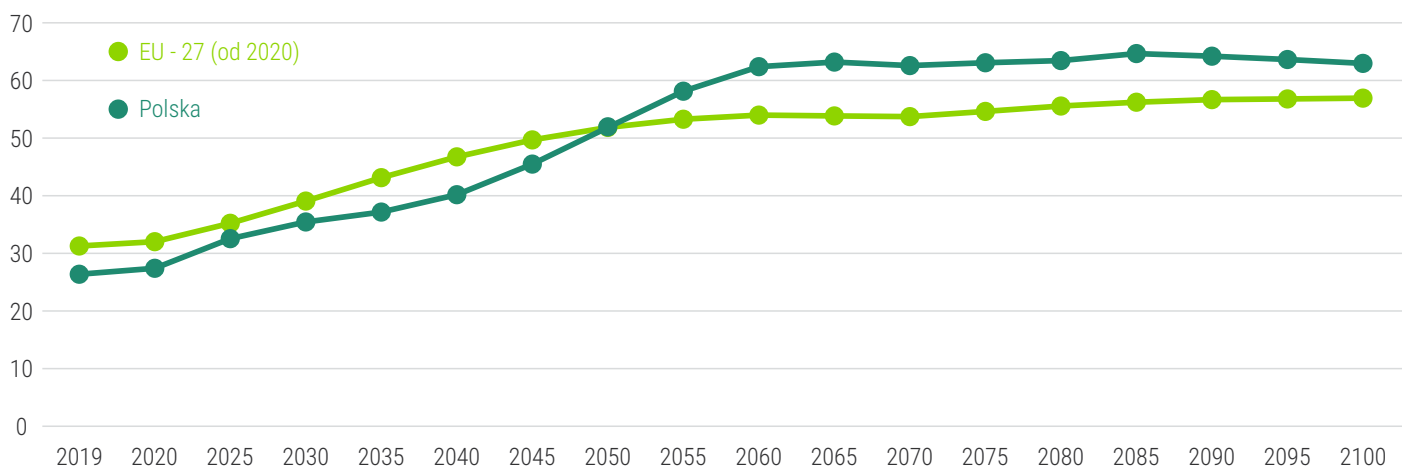
Sektor usług opiekuńczych wspiera z jednej strony rodzinnych opiekunów, którzy chcą pozostać aktywni zawodowo i trudno im godzić pracę z obowiązkami opiekuńczymi, a z drugiej strony stwarza szanse na aktywizację osób biernych zawodowo, które po odpowiednim przeszkoleniu będą świadczyły usługi opiekuńcze. Ekspertki w zakresie opieki długoterminowej zaznaczają, że już 100 godzin szkoleniowych pozwala na zdobycie podstawowych umiejętności niezbędnych do wykonywania pracy opiekuna osoby starszej<sup>4</sup>.

<sup>3</sup> E. Szwałkiewicz, wystąpienie podczas II Panelu Ekspertów, Kryteria oceny stopni niesamodzielności w ramach projektu „Profesjonalizacja usług asystenckich i opiekuńczych dla osób niesamodzielnych - nowe standardy kształcenia i opieki”, CPS „Dialog” 26 października 2017 r.

<sup>4</sup> E. Szwałkiewicz, wystąpienie podczas II Panelu Ekspertów, Kryteria oceny stopni niesamodzielności w ramach projektu „Profesjonalizacja usług asystenckich i opiekuńczych dla osób niesamodzielnych - nowe standardy kształcenia i opieki”, CPS „Dialog” 26 października 2017 r.

Wpływ przemian demograficznych na proces deinstytucjonalizacji spowoduje duże trudności ze znalezieniem potencjalnych opiekunów i może to być największą przeszkodą w rozwoju rynku usług opiekuńczych. Wskaźnikiem obrazującym zmiany zachodzące w strukturze ludności według wieku, które mają wpływ z jednej strony na popyt na usługi opiekuńcze, a z drugiej na ich podaż jest współczynnik obciążenia demograficznego, który obrazuje relację pomiędzy pokoleniami w wieku poprodukcyjnym i pokoleniami w wieku produkcyjnym. W 2050 roku na 100 osób w wieku 15-64 lata będzie przypadać 50 osób w wieku 65 lat i więcej (wykres 4). Obecnie współczynnik ten wynosi 27,5 i jest poniżej współczynnika dla 27 krajów Unii Europejskiej. Zmiany na rynku pracy będą miały istotny wpływ na proces deinstytucjonalizacji i możliwość zaspokojenia potrzeb opiekuńczych na odpowiednim, adekwatnym do potrzeb poziomie.

**Wykres 4. Współczynnik obciążenia demograficznego (osoby w wieku 65+ na 100 osób w wieku 15-64 lata) (wariant podstawowy prognozy)**



Źródło: Eurostat, Population projections at national level (2019-2100). Demographic balances and indicators by type of projection and NUTS 3 region, dostęp na stronie: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/main/data/database>.

Przedstawione zmiany demograficzne będą zachodziły z różną intensywnością na obszarze całego kraju, można jednak z całą pewnością przewidzieć, że największe problemy w zakresie deinstytucjonalizacji będą obserwowane na terenach wiejskich, które jednocześnie ulegają szybkiej depopulacji i starzeniu się ludności. To co istotne, to zatem projektowanie zmian nie tylko z perspektywy wielkich i dużych miast, lecz także branie pod uwagę specyfiki mniejszych miejscowości i obszarów wiejskich.

## Bibliografia

- Eurostat, Population projections at national level (2019-2100). Demographic balances and indicators by type of projection and NUTS 3 region, dostęp na stronie: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/main/data/database>
- GUS 2021, Stan zdrowia ludności Polski w 2019 (na podstawie wyników Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia - EHIS 2019 r.), Warszawa
- GUS, Prognoza ludności rezydującej dla Polski na lata 2014-2050, Warszawa 2016
- MPIPS, dane Departamentu Analiz Ekonomicznych i Prognoz
- Szatur-Jaworska B. 2012, Sytuacja rodzinna i potrzeby opiekuńcze ludzi starych w Polsce, „Studia BAS” nr 2 (30), s. 59-76
- Szukalski P. 2019, Depopulacja - wybrane konsekwencje dla lokalnej polityki społecznej, Polityka Społeczna, nr 10, s. 10-15
- Szweða-Lewandowska Z. 2015, Niesamodzielni A.D. 2035 - w poszukiwaniu sposobów i źródeł wsparcia, Folia Oeconomica 4 (315), s. 173-183
- Szweða-Lewandowska Z., Kałuża-Kopias D. 2019, Demand for the Labor of Foreign Caregivers from the Perspective of Two Generations: The Elderly and Their Family Caregivers, Przedsiębiorstwo i Zarządzanie 20, s. 79-94.
- Wizner B., Skalska A., Klich-Rączka A., Piotrowicz K., Grodzicki T. 2012, Stan zdrowia i sprawność osób starszych [w:] PolSenior. Aspekty medyczne, psychologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce, M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), Termedia, Poznań, s. 82-83
- ZUS, dane Departamentu Statystyki i Prognoz Aktuarialnych

## 2. CELE DEINSTYTUCJONALIZACJI W KONTEKŚCIE OCZEKIWAŃ OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI, POLITYKI SPOŁECZNEJ I DOKUMENTÓW MIĘDZYNARODOWYCH

Paweł Kubicki

ORCID: 0000-0001-7126-3631

Deinstytucjonalizacja w Polsce, niezależnie jaki ostatecznie przybierze kształt, będzie musiała rozwiązać dwa wzajemnie wpływające na siebie wyzwania. Jednym z nich jest wspomniane w rozdziale pierwszym starzenie się ludności Polski i depopulacja niektórych regionów. Jako państwo nie tylko będziemy musieli zapewnić wsparcie większej liczbie osób starszych i z niepełnosprawnościami<sup>5</sup>, ale dodatkowo przy znacznie mniejszym niż obecnie wsparciu opiekunów rodzinnych. Tymczasem opieka nieformalna w ramach rodziny nadal stanowi fundament wsparcia osób z niepełnosprawnościami w naszym kraju.

Drugie wyzwanie związane jest z przemianami prawnymi i społecznymi, które zaszły w ostatnich latach. Chodzi tu o obowiązek, wynikający choćby z art. 19 Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych (dalej KPON), zapewnienia każdej osobie z niepełnosprawnością możliwości niezależnego życia w społeczności lokalnej. Jednak, chyba istotniejsze od norm prawnych jest poczucie bardzo wielu ludzi, że wsparcie instytucjonalne otrzymywane w placówce całodobowej powinno być zastąpione różnego rodzaju usługami środowiskowymi i wsparciem dziennym pozwalającym na jak najdłuższe pozostanie w miejscu zamieszkania. Tym samym prawny wymóg deinstytucjonalizacji rozumianej jako zwiększenie dostępności usług społecznych i zdrowotnych w społeczności lokalnej i stopniowe przejście od opieki instytucjonalnej do wsparcia świadczonego na poziomie lokalnych społeczności jest zgodny z oczekiwaniami społecznymi w tym zakresie. Inaczej mówiąc, ze względu na faktyczną oraz oczekiwaną zmianę fundamentów opieki nieformalnej (rodzina) i sformalizowanej (instytucje opieki całodobowej) czeka nas reforma całego systemu usług społecznych i zdrowotnych sprzyjających niezależnemu życiu, a ten rozdział jest skrótownym omówieniem, dokąd te zmiany powinny prowadzić.

Punktem wyjścia do dyskusji o celu deinstytucjonalizacji jest wspomniany wyżej art. 19 KPON, który w oficjalnym tłumaczeniu zatytułowany jest „Prowadzenie życia samodzielnie i przy włączeniu w społeczeństwo”, natomiast w debacie środowiskowej często mówi się zamiast samodzielności o niezależności i włączaniu w życie społeczności (w domyśle - lokalnej). Artykuł 19 KPON wskazuje, że osoby z niepełnosprawnościami powinny mieć „możliwość wyboru miejsca zamieszkania i podjęcia decyzji co do tego, gdzie i z kim będą mieszkać, na zasadzie równości z innymi osobami, a także, że nie będą zobowiązane do mieszkania w szczególnych warunkach” (czyli instytucjach) oraz będą miały „dostęp do szerokiego zakresu usług świadczonych w domu, w miejscu zamieszkania i innych usług wsparcia świadczonych w ramach społeczności lokalnej, w tym do pomocy osobistej niezbędnej do życia w społeczności i integracji społecznej, która także pozwoli na zapobieganie izolacji i segregacji społecznej”.

W komentarzu ogólnym nr 5 (2017) Komitetu ONZ ds. Praw Osób Niepełnosprawnych<sup>6</sup>, który doprecyzowywał sposób interpretowania tego artykułu przedstawiono prawo do niezależnego życia w szerszym kontekście praw człowieka, wskazano na bariery utrudniające realizację postanowień tego artykułu, doprecyzowano kluczowe pojęcia czyli niezależne życie, prawo do życia w społeczności, rozwiązania gwarantujące wspomnianą niezależność oraz asystencję osobistą i podano przykłady błędnych interpretacji oraz określono co jest, a co nie jest instytucją. **Z perspektywy procesu deinstytucjonalizacji istotne jest podkreślenie, że niezależne życie nie jest równe samodzielności w rozumieniu możliwości funkcjonowania bez wsparcia innych osób, ale raczej decyzyjności i możliwości dokonania realnego wyboru, także w przypadku osób, którym często się ten wybór ogranicza, np. osób z niepełnosprawnością intelektualną.** Usługi wsparcia powinny być zindywidualizowane i dostosowane do potrzeb jednostki, bliskie przestrzennie i fizycznie oraz dostępne cenowo. Co istotne, o tym czy coś ma charakter instytucji, nie decyduje wielkość usługodawcy, ale przede wszystkim zasady funkcjonowania, np. brak możliwości wyboru godziny posiłku, tego co się je, czy planu dnia, czyli brak możliwości podejmowania najprostszych decyzji życiowych. W komentarzu podkreślono też, że instytucji nie należy rozbudowywać, a raczej dążyć do ich stopniowego wygaszania poprzez wstrzymanie przyjmowania kolejnych osób, a także „nie należy też tworzyć „satelickich” rozwiązań mieszkaniowych wywodzących się z instytucji, czyli takich, które przypominają warunki zamieszkania samodzielnego (mieszkań czy domów indywidualnych), a jednocześnie funkcjonują w oparciu o instytucje” (pkt 49).

<sup>5</sup> Warto podkreślić, że choć opracowanie poświęcone jest przede wszystkim tym dwóm kategoriom osób oraz opiece długoterminowej to sam proces deinstytucjonalizacji dotyczy wszystkich, którzy mogliby trafić, lub znajdują się w instytucjach, tzn. także dzieci i młodzieży, osób z problemami zdrowia psychicznego, czy w kryzysie bezdomności.

<sup>6</sup> Polskie tłumaczenie z 2019 r. można znaleźć tutaj: [http://niezaleznezycie.pl/komentarz-ogolny-nr-5-2017/deinstytucjonalizacja/attachment/komentarz\\_ogolny\\_onz\\_5\\_pl/](http://niezaleznezycie.pl/komentarz-ogolny-nr-5-2017/deinstytucjonalizacja/attachment/komentarz_ogolny_onz_5_pl/).

W jednym z dalszych punktów wprost napisano, że „deinstytucjonalizacja również wymaga transformacji systemowej, która obejmie zamknięcie instytucji oraz zniesienie przepisów regulujących proces instytucjonalizacji, które to działania powinny stanowić element rozbudowanej strategii, w której skład wejdzie też uruchomienie zindywidualizowanych usług wsparcia” (pkt 58).

Podsumowując: wytyczne do art. 19 KPON wskazują na proces, który choć może być długotrwały i rozłożony na lata, a z całą pewnością kosztowny, to docelowo powinien doprowadzić do likwidacji instytucjonalnej opieki długoterminowej o charakterze całodobowym i zastąpienia jej zindywidualizowanym wsparciem w miejscu zamieszkania. Wydaje się też, że w przypadku Polski bardziej realnym, choć niezgodnym z KPON, celem politycznym jest zakaz tworzenia nowych instytucji i zaspokajanie rosnących potrzeb wsparcia w ramach usług środowiskowych. Wymagałoby to przede wszystkim znacznej rozbudowy mieszkalnictwa wspomaganego oraz asystencji osobistej. Nie wyklucza też w żaden sposób działania placówek wsparcia o charakterze krótkoterminowym, czy nawet przedłużającej się opieki medycznej lub o charakterze paliatywnym.

W Polsce jedyną grupą, wobec której funkcjonuje zakaz umieszczania w opiece instytucjonalnej są dzieci poniżej 10 roku życia, które nie mogą trafiać do placówek opiekuńczo-wychowawczych. Trudności we wdrażaniu tego zakazu<sup>7</sup> są jednocześnie dobrym przykładem, jak tzw. zarządzanie przez legislację bez wprowadzania szerszych zmian w funkcjonowaniu i finansowaniu pieczy zastępczej czyni egzekwowanie tego zakazu problematycznym, a wręcz prowadzi do rozwiązań patologicznych. To właśnie obawy o praktyczne aspekty wdrażania deinstytucjonalizacji i chęć rozłożenia, czy wręcz odłożenia całego procesu w czasie są główną przyczyną istnienia w Polsce dwóch projektów strategii deinstytucjonalizacji, pierwszego opracowanego w ramach interdyscyplinarnego zespołu koordynowanego przez MRiPS<sup>8</sup> (dalej: Projekt 1) i obecnie konsultowanego przez MRiPS, który go zastąpił i jest właśnie (do 2 listopada 2021 r.) konsultowany<sup>9</sup> (dalej Projekt 2).

Przy okazji należy zaznaczyć, że do konieczności szybkiej finalizacji procesu tworzenia ram strategicznych zmuszają nas przede wszystkim zasady wydatkowania funduszy unijnych, co podkreślono nawet we wstępie jednego z opracowań: „W szczególności zostało to określone na podstawie art. 11 ust. 1 Załącznika IV „Tematyczne warunki podstawowe mające zastosowanie do EFRR, EFS+ i Funduszu Spójności”. Dokument ten wskazuje, iż wymogiem wstępnym korzystania ze środków budżetu Unii Europejskiej w okresie 2021-2027 jest spełnienie warunków podstawowych oraz kryteriów przypisanych poszczególnym warunkom tematycznym i horyzontalnym” (Projekt 1, s. 5). Analizując oba dokumenty można zauważyć, że nie różnią się one w zasadniczy sposób, jeśli chodzi o deklarowane wartości i diagnozę sytuacji. W obydwu istnieje ogólna zgoda, co do przyczyn podjęcia działań na rzecz deinstytucjonalizacji jakimi są przemiany społeczno-demograficzne i samej konieczności przekształcania obecnego systemu, który robi się coraz bardziej niewydolny. Utrzymując ten sam kierunek zmian odbiegają jednak od siebie zasadniczo, jeśli chodzi o tempo oraz ich zakres, a przede wszystkim obowiązkowość przekształceń. I tak wizja obecnie konsultowanej strategii zakłada: **„Przygotowanie systemu realizacji usług społecznych do świadczenia dla każdej osoby potrzebującej wsparcia** (podkreślenie tu i poniżej - PK) z powodów społecznych, takich jak: podeszłego wieku, niepełnosprawności, zdrowia psychicznego - **bezpiecznego i niezależnego funkcjonowania w swoim miejscu zamieszkania** (w swoim mieszkaniu lub domu) - tak długo, jak tego pragnie, zaś dzieciom i młodzieży pozbawionej opieki rodzicielskiej wsparcia jak najbardziej zbliżonego do warunków rodzinnych. Poprzez wsparcie rozumie się zarówno dostęp do usług, dostęp do placówek dziennych, a także mieszkań treningowych, wspomaganych i innych form mieszkalnictwa (np. programy mieszkaniowe ze wsparciem przyjmowane przez jednostki samorządu terytorialnego)” (Projekt 2, s. 112).

Tymczasem poprzednie opracowanie zakładało, że: „Naczelnym celem deinstytucjonalizacji jest zatem ochrona, poszanowanie i realizacja prawa każdego do życia i uczestnictwa w rodzinie i w społeczności. Obowiązki w tym zakresie ma państwo. **Ochrona wyraża się w takich działaniach zapobiegawczych i interwencyjnych, które przeciwdziałają instytucjonalizacji** także przez podmioty prywatne. Z kolei obowiązek poszanowania wymaga działań zapobiegawczych i interwencyjnych nastawionych na to, aby **organy i służby państwa same nie instytucjonalizowały i zapobiegały wszelkim przejawom instytucjonalizacji**. Kluczowe jest zapewnienie przez państwo gwarancji, aby odpowiedniej jakości usługi społeczne i zdrowotne dostarczane były osobom i rodzinom potrzebującym w społeczności, w której żyją. **Cel ten zakłada m.in. przejście od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności**, w oparciu o zapewnienie prawa do swobodnego wyboru sposobu życia i niezależnej egzystencji w znanym im środowisku tak długo, jak długo będą sobie tego życzyły i będą do tego zdolne, oraz prawa do zapewnienia podmiotowości i możliwości podejmowania niezależnych decyzji, a w przypadku dzieci prawa wychowywania się w środowisku rodzinnym, w atmosferze szczęścia, miłości i zrozumienia, a także prawa do ochrony przed krzywdą i złym traktowaniem, dla pełnego i harmonijnego rozwoju swojej osobowości” (Projekt 1, s. 48-49). Tylko stary projekt miał tzw. mapę drogową do roku 2023 i zakładał, że do 2035 roku każda

<sup>7</sup> Patrz np. artykuł „Dzieci jak zasób ruchomy” (Michał Janczura, Przemysław Wilczyński, 24.09.2021), <https://www.tygodnikpowszechny.pl/dzieci-jak-zasob-ruchomy-169113>.

<sup>8</sup> Można go znaleźć wraz z rozbudowanym komentarzem oraz krytyką obecnego projektu MRiPS na stronie: <https://www.deinstytucjonalizacja.info/>.

<sup>9</sup> <https://www.gov.pl/web/rodzina/projekt-uchwaly-rady-ministrow-w-sprawie-ustanowienia-polityki-publicznej-pt-strategia-rozwoju-uslug-spoecznych-polityka-publiczna-na-lata-20212035>.

osoba potrzebująca będzie miała gwarancję uzyskania wsparcia w miejscu zamieszkania i „zmniejszenie do 15%, a w przypadku dzieci do 0, udziału osób zamieszkujących w sposób długoterminowy w instytucjach całodobowych w stosunku do osób objętych wsparciem w społecznościach lokalnych” (Projekt 1, s. 51).

Obecny dokument zwraca uwagę na konieczność rozwoju usług i form wsparcia w miejscu zamieszkania oraz stopniową transformację istniejących instytucji. Pozostawia też, np. w odniesieniu do osób starszych, „furtkę” do świadczenia opieki instytucjonalnej, bowiem jednym z działań w ramach celu 4 pn. „Zmiana sposobu funkcjonowania stacjonarnej instytucji opieki długoterminowej, w tym opieki hospicyjnej” jest: „Przekształcenie instytucji opieki długoterminowej w środowiskowe centra opieki, **gdzie opieka stacjonarna oferowana będzie tylko gdy nie będzie możliwe wsparcie środowiskowe z uwagi na stan zdrowia, stopień niesamodzielności oraz poziom wydolności opiekuńczej rodziny**, lub w ramach opieki krótkoterminowej. Określony zostanie wskaźnik liczby miejsc stacjonarnych do innych usług środowiskowych realizowanych przez te instytucje.” (Projekt 2, str. 125). Jednocześnie do roku 2035 wszystkie domy pomocy społecznej powinny realizować kompleksowe usługi stacjonarne i środowiskowe, ale: „Przekształcenie dotyczyć ma otwarcia na równoległą realizację usług środowiskowych przy **ograniczeniu do niezbędnego minimum wsparcia stacjonarnego**” (Projekt 2, s. 152).

Podsumowując, pierwszy projekt zakładał konieczność głębokiej reformy całego systemu, drugi zachęca do niej „w miarę możliwości”, a zakres „niezbędności” wsparcia instytucjonalnego jest bliżej nieokreślony i może być dosyć szeroki. W praktyce mówimy tu o różnicy między faktyczną deinstytucjonalizacją oraz obowiązkowym przekształceniem wielu DPSów w placówki świadczące różne formy wsparcia środowiskowego, a obowiązkowym poprawieniem komfortu przebywania w instytucjach i wprowadzaniem równoległych usług środowiskowych świadczonych przez zatrudnioną tam kadrę. Tym samym celem obecnie konsultowanej strategii byłaby przede wszystkim poprawa funkcjonowania istniejących instytucji, by były bardziej przyjaznymi, ale nadal instytucjami. W perspektywie 2035 roku pozwoliłoby to uniknąć wielu problemów z transformacją systemu wsparcia, ale w dużej części poprzez uczynienie całego procesu fakultatywnym. Z całą pewnością nie byłaby to też realizacja założeń art. 19 KPO i gwarancja niezależnego życia w społeczności lokalnej.

Oczywiście obawy o praktyczne aspekty deinstytucjonalizacji nie są specyficzne tylko dla Polski i związane są z całym szeregiem wyzwań podkreślanych w literaturze przedmiotu (Birtha 2020; Brennan & Traustadóttir 2020; Crowther 2019; Lewis & Richardson 2020; Šiška & Beadle-Brown 2020). Szerszy kontekst uwarunkowań sprzyjających, bądź utrudniających udaną deinstytucjonalizację w przypadku Polski obejmuje też odmienny kontekst historyczno-instytucjonalny działań na rzecz osób z niepełnosprawnościami w krajach postkomunistycznych (Mladenov 2017; Sumskiene i in. 2019), różnice w finansowaniu poszczególnych form wsparcia, roli opieki świadczonej przez członków rodziny, istnienia alternatywnych wobec instytucji form wsparcia, ale też siły lokalnych samorządów i aktywności samych osób z niepełnosprawnościami (Kubicki i in. 2019). Warto też podkreślić, że deinstytucjonalizacja może budzić wiele obaw dotychczasowych i potencjalnych mieszkańców takich placówek, które to osoby mogą całkiem słusznie obawiać się nieznanych osobiście i niedostępnych lokalnie form wsparcia, czy też nietrwałości i niedofinansowania alternatyw dla placówki całodobowej. Z perspektywy usługodawców - zarówno świadczących usługi specjalistyczne, jak i te dla ogółu ludności - obawy może budzić ewentualna konieczność dostosowania oraz indywidualizacji usług świadczonych lokalnie do nowych klientów, co wiąże się z dodatkowymi kosztami, czy zmiana sposobu finansowania wybranych usług, np. na formę budżetu osobistego zarządzanego przez osobę starszą/ z niepełnosprawnością. Pracownicy i osoby zarządzające instytucjami mogą obawiać się natomiast utraty miejsca zatrudnienia, bądź konieczności przekwalifikowania. Zredukowanie wszystkich powyższych obaw wymaga przede wszystkim zaufania do władz, że będą w stanie odpowiednio zaprogramować i sfinansować cały proces, o którego szczegółowym zakresie wraz z przykładami wdrażania w poszczególnych krajach piszemy w kolejnych rozdziałach.

#### Bibliografia:

- Birtha, M. (2020). Implementation of Article 19 of the CRPD in Hungary and Its Impact on the Deinstitutionalisation Process So Far. W E. J. Kakoullis & K. Johnson (Red.), *Recognising Human Rights in Different Cultural Contexts* (s. 227-256). Springer Singapore. [https://doi.org/10.1007/978-981-15-0786-1\\_11](https://doi.org/10.1007/978-981-15-0786-1_11)
- Brennan, C., & Traustadóttir, R. (2020). Implementing Article 19 of the CRPD in Nordic Welfare States: The Culture of Welfare and the CRPD. W E. J. Kakoullis & K. Johnson (Red.), *Recognising Human Rights in Different Cultural Contexts* (s. 257-268). Springer Singapore. [https://doi.org/10.1007/978-981-15-0786-1\\_12](https://doi.org/10.1007/978-981-15-0786-1_12)
- Crowther, N. (2019). The right to live independently and to be included in the community in European States. ANED synthesis report. The European network of academic experts in the field of disability (ANED)
- Kubicki, P., Bakalarczyk, R., & Mackiewicz-Ziccardi, M. (2019). Protests of people with disabilities as examples of fledgling disability activism in Poland. *Canadian Journal of Disability Studies*, Vol 8(No 5), 141-161
- Lewis, O., & Richardson, G. (2020). The right to live independently and be included in the community. *International Journal of Law and Psychiatry*, 69, 101499. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2019.101499>
- Mladenov, T. (2017). Postsocialist disability matrix. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 19(2), 104-117. <https://doi.org/10.1080/15017419.2016.1202860>
- Šiška, J., & Beadle-Brown, J. (2020). Report on the transition from institutional care to community-based services in 27 EU member states. European expert group on transition from institutional to community-based care. <http://eq-bg.org/wp-content/uploads/2020/02/di-report-final-submitted.pdf>
- Sumskiene, E., Gevorgianene, V., & Geniene, R. (2019). Implementation of CRPD in The Post-Soviet Region. Beetween imitation and authenticity. W *The Routledge Handbook of Disability Activism* (s. 385-397). Routledge

### 3. ZAKRES PRZEDMIOTOWY DEINSTYTUCJONALIZACJI

**Paweł Łuczak**

**ORCID: 0000-0002-9498-7541**

Mówiąc najbardziej ogólnie, deinstytucjonalizacja jest zarówno (Anttonen i Karsio 2016):

- celem polityki państwa charakteryzującym się dużą złożonością oraz
- swoistą filozofią zarządzania publicznego (administrowania), ale także
- efektem działań polityki państwa.

Definicje przedmiotowe zazwyczaj wskazują, że deinstytucjonalizacja jest procesem *rozwoju usług (również profilaktycznych) świadczonych na poziomie lokalnych społeczności, które mają wyeliminować konieczność opieki instytucjonalnej* (por. Europejska Grupa Ekspertów 2012). Biorąc pod uwagę, że deinstytucjonalizacja jest zarówno celem polityki państwa, jak i swoistym sposobem administrowania, uznać można, że proces rozwoju usług ma charakter systemowej regulacji i implementacji, a nie działań projektowych, których trwanie zamyka się zazwyczaj w relatywnie krótkim czasie.

Przykładowa lista konkretnych działań (za: ROPS WŚ 2021, s. 4), które wpisują się w tak definiowany proces deinstytucjonalizacji, obejmuje tworzenie alternatywy dla opieki stacjonarnej w postaci:

- usług asystenckich;
- usług w formie wsparcia dla opiekunów faktycznych, sąsiedzkich usług opiekuńczych, usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania, specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania, dziennych form usług opiekuńczych;
- mieszkań chronionych, mieszkań wspieranych oraz mieszkań treningowych (do 10 miejsc);
- rodzinnych domów pomocy;
- ograniczenia liczby miejsc w ośrodkach wsparcia i domach pomocy społecznej do 30 miejsc.

Wskazywanie w powyższy sposób zakresu przedmiotowego skupia się przede wszystkim na przyjętych metodach działania, w mniejszym zaś stopniu odnosi się natomiast do zakładanych celów deinstytucjonalizacji. Biorąc pod uwagę cele wskazane w rozdziale 2, za zakres przedmiotowy deinstytucjonalizacji można uznać proces wspierający różne grupy osób (m.in. niepełnosprawne, starsze) w dokonywaniu wyborów w zakresie tego, gdzie i z kim te osoby mieszkają, jak korzystają z dostępnych usług oraz w jaki sposób pragną spędzić dalsze lata swojego życia (Knapp i współ. 2021). Wybory, o których mowa wielokrotnie podejmowane są w trudnych okolicznościach wynikających z czynników indywidualnych (np. choroby otępienne) czy sytuacyjnych (np. śmierć bliskiej osoby będącej opiekunem albo pobyt w szpitalu po urazie). Istotą deinstytucjonalizacji jest zatem stworzenie takiego systemu wsparcia, który w jak największej mierze pozwoli świadomie podejmować owe kluczowe wybory oraz sprawi, że nie będą one miały charakteru nieodwracalnego (np. będzie można z powrotem zamieszkać samodzielnie po wcześniejszej decyzji o przeniesieniu się do podmiotu wsparcia stacjonarnego).

Rozpatrując deinstytucjonalizację z punktu wyżej wskazanego celu, należy podkreślić szeroki zakres przedmiotowy tego procesu. W tym szerszym podejściu deinstytucjonalizacja obejmuje również takie działania jak (za: Kubicki 2018, s. 4): zwiększenie profilaktyki zdrowotnej, upowszechnienie teleopieki i telemedycyny, działania mające na celu większą dostępność przestrzeni publicznej razem z mieszkaniami dostosowanymi do potrzeb osób z ograniczoną sprawnością. Idąc jeszcze dalej, szersze podejście odnosi się także do działań, których adresatami są rodziny osób wymagających wsparcia (np. łatwiejsze godzenie opieki z pracą zawodową czy opieka wytchnieniowa) oraz inne nieformalne sieci wsparcia (np. wolontariat sąsiedzki). Deinstytucjonalizacja obejmuje także: terapię zajęciową, upowszechnienie wsparcia psychologicznego dla osób wymagających wsparcia oraz dla ich opiekunów czy usługi pozwalające zaspokajać podstawowe potrzeby w środowisku domowym (np. dowożenie posiłków, dostęp do usług „złotej rączki” pozwalającej na wykonanie niezbędnych i drobnych napraw) czy najbliższym otoczeniu (pomoc w transporcie). Ważnym obszarem działań, który wchodzi w zakres przedmiotowy szeroko rozumianej deinstytucjonalizacji jest wreszcie dostęp do kultury i rekreacji w najbliższym otoczeniu, dzięki czemu miejsca, w którym zamieszkują osoby wymagające wsparcia cechują się rzeczywistym społecznym włączeniem.

Innymi słowy, jeśli proces deinstytucjonalizacji ma realnie osiągać założone cele, to powinien być postrzegany w kategoriach szerszych niż zmiany (ograniczenia) liczby miejsc w placówkach stacjonarnych.

Deinstytucjonalizacja dotyczy rozwoju wsparcia dla osób charakteryzujących się różnymi potrzebami, które wynikają z wielu okoliczności indywidualnych czy sytuacyjnych. Do tych grup zalicza się zazwyczaj osoby starsze, osoby z niepełnosprawnościami, dzieci i młodzież objętą pieczęcią zastępczą, osoby w kryzysie bezdomności, osoby z zaburzeniami psychicznymi (Grabowska i Wójcik 2021). Trzeba pamiętać, że granice między tymi grupami bywają płynne, np. osoba starsza może w pewnym momencie mierzyć się także z niepełnosprawnością, osoby z zaburzeniami psychicznymi starzeją się.

Z punktu widzenia praktycznego wdrożenia deinstytucjonalizacji przyjmuje się, że wsparcie środowiskowe skierowane do każdej z wyżej wymienionych wcześniej grup ma inną charakterystykę (Grabowska i Wójcik 2021), co wynika ze specyfiki potrzeb tych osób jak i dynamiki procesu organizowania wsparcia dla danej grupy. Pomimo istnienia tych różnic, kluczowym elementem deinstytucjonalizacji, stanowiącym o tym, czym w istocie jest ten proces, są działania wspierające kluczowe wybory życiowe. Realizacja tego celu zawsze sprowadza się do personalizacji udzielanego wsparcia i poszanowania indywidualnej godności.

## **Bibliografia**

- Anttonen, A., & Karsio, O. (2016). Eldercare service redesign in Finland: deinstitutionalization of long-term care. *Journal of Social Service Research*, 42 (2), 151-166
- Europejska Grupa Ekspertów ds. Przejścia od Opieki Instytucjonalnej do Opieki świadczonej na poziomie Lokalnych Społeczności (2012), Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności
- Grabowska, I., Wójcik, S. (2021). Analiza skali potrzeb i niezbędnych zmian w ramach procesu deinstytucjonalizacji, *Wspólnota Robotcza Związków Organizacji Socjalnych*
- Kubicki, P. (2018). Opieka długoterminowa i niezależne życie w społeczności lokalnej w kontekście Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych. *Ubezpieczenia Społeczne. Teoria i praktyka*, (3/2018), 71-82
- Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Województwa Śląskiego (2021), *Mieszkańcy DPS rokujący na usamodzielnienie w województwie śląskim. Raport z badań*



## 4. RYS HISTORYCZNY I DOŚWIADCZENIA DEINSTYTUCJONALIZACJI W WYBRANYCH KRAJACH

**Rafał Bakalarczyk**

**ORCID: 0000-0003-3567-5422**

**Łukasz Jurek**

**ORCID: 0000-0002-0078-471X**

Słownik gerontologii społecznej określa deinstytucjonalizację jako *przemysłany proces celowego zmniejszania liczby pacjentów w instytucjach opiekuńczych lub w szpitalach przeznaczonych dla osób przewlekle chorych* (Zych 2001, s. 41). Proces ten polega więc na zastępowaniu odizolowanych miejsc długiego pobytu, mniejszymi i zorientowanymi środowiskowo formami opieki. U podstaw idei deinstytucjonalizacji leży przekonanie, że przyczyną przebywania osób niesamodzielnych w zakładach opieki długoterminowej jest brak środków technicznych i ekonomicznych umożliwiających integrację tych osób w środowisku oraz ich pełne uczestnictwo w życiu społecznym (Szmagałski 2000).

Historia deinstytucjonalizacji sięga lat 60. XX wieku, kiedy to rozpoczęła się szczególnie wzmożona krytyka opieki stacjonarnej. W tym czasie M. Foucault czy T.S. Szasz opisywali placówki opiekuńcze jako miejsca represji oraz społecznej kontroli, natomiast R. Barton oraz E. Goffman przedstawiali proces depersonalizacji umieszczonych tam osób (Peace, Kellaher i Willcock 1997). Od tego czasu ugruntował się w świecie naukowym nurt deprecjonujący tę formę opieki, a jej krytyka stała się aksjomatem opieki długoterminowej. Powszechne stało się kontrastowanie „złej” opieki stacjonarnej z „dobrą” opieką środowiskową.

W drugiej połowie XX w. niemal na całym świecie upowszechniały się różnego rodzaju poglądy i stanowiska, które utwierdzały negatywne opinie na temat opieki stacjonarnej. Te poglądy i opinie kształtowały się głównie pod wpływem medialnych skandali, do jakich dochodziło w zamkniętych placówkach opiekuńczych i które świadczyły o czasami wręcz dramatycznie niskim poziomie świadczonych tam usług. W rezultacie zakwestionowano zasadność funkcjonowania wielu placówek i ograniczono liczbę przebywających tam osób. Przykładowo, w USA w ciągu dwóch dekad (lata 60. i 70. XX w.) zmniejszono liczbę osób przebywających w zakładach opiekuńczych o niemalże 3/4 (Koyanagi 2007).

Od początku lat 90. zaczęła się uwidaczniać generalna tendencja, polegająca z jednej strony na ograniczaniu podaży stacjonarnej opieki w tych krajach, w których jest ona wysoko rozwinięta (odsetek osób starych zamieszkujących w zakładach opieki długoterminowej osiągający wartość powyżej 10%), a z drugiej strony - na zwiększaniu podaży stacjonarnej opieki w tych krajach, gdzie jest ona stosunkowo słabo rozwinięta (odsetek osób starych zamieszkujących w zakładach opieki długoterminowej osiągający wartość poniżej 3%). W ten sposób większość krajów wysoko rozwiniętych zmierza do ustanowienia odsetka osób starych w zakładach opieki długoterminowej na poziomie między 5% a 7% (Kröger 2001).

Obecnie podaż stacjonarnej opieki (liczona liczbą łóżek w placówkach opieki długoterminowej) wciąż jest mocno zróżnicowana (por. tabela 1). Najwięcej miejsc w zamkniętych placówkach opiekuńczych (w przeliczeniu na 1000 osób starych) jest w Luksemburgu, Holandii, Belgii, Szwecji i Szwajcarii. Najmniej ich jest natomiast w Polsce, Łotwie, Izraelu i Włoszech. Jeśli chodzi o zmiany, jakie zaszły w ostatnich latach, to generalnie można stwierdzić, że dodatni przyrost miejsc nastąpił w tych krajach, gdzie baza opieki stacjonarnej była relatywnie słabo rozwinięta, np. w Hiszpanii i Korei Południowej. Zmniejszenie liczby miejsc nastąpiło natomiast w tych krajach, gdzie baza była stosunkowo dobrze rozwinięta, np. w Szwecji, Norwegii, Danii czy Wielkiej Brytanii. Od tej ogólnej zasady jest jednak kilka wyjątków w obu grupach. Przykładowo, w Polsce i na Łotwie, mimo stosunkowo bardzo słabo rozbudowanej opieki długoterminowej, w ostatnich latach zmniejszyła się liczba miejsc w instytucjonalnych placówkach opiekuńczych, z kolei w Niemczech, Australii i Luksemburgu odwrotnie, mimo stosunkowo mocno rozbudowanej bazy opieki stacjonarnej, liczba miejsc w takich placówkach jeszcze się zwiększyła<sup>10</sup>.

<sup>10</sup> W przypadku Polski można to zapewne objaśnić wzrostem liczby osób w wieku 65+, a nie zmniejszeniem liczby placówek.

**Tabela 1. Liczba łóżek w opiece stacjonarnej w przeliczeniu na 1000 osób w wieku 65 lat i więcej, wybrane kraje OECD, 2005-2019**

KRAJ	2005	2010	2015	2019
Australia	40,4	57,6	52,4	51,9
Belgia	70,9	71,7	69,3	68,7
Czechy	48	40,8	37,2	35,6
Dania	54,5	52,2	48,2	37,7
Estonia	30,1	36,4	46,1	48,1
Finlandia	51,6	64,1	59,3	54,2
Francja	47,3	54,4	53,1	49,1
Hiszpania	19,2	31,5	44,4	43,9
Holandia	74,5	67,8	78,2	72,1
Irlandia	42,8	51,1	49,8	46,4
Islandia	59,1	66,7	58,3	53,1
Izrael	26,1	24,9	21,2	18
Japonia	26,4	24,1	24,3	26,3
Kanada	61,6	54	49,1	51,9
Korea	6,9	22,2	24,5	24,8
Litwa	34,7	34,2	35	38,5
Luksemburg	48,8	55,4	86,3	80,8
Łotwa	14,2	16	14	13,4
Niemcy	49,3	52,8	54,4	54,2
Norwegia	60,5	57,1	48,8	43,5
Polska	17,7	12,4	12,2	11,3
Słowacja	46,7	49	53,1	48,6
Szwajcaria	73,9	70,1	65,9	63,6
Szwecja	88,4	78,8	65,5	68,1
USA	42,8	41,1	34,7	31,1
Węgry	48,1	49,6	47,5	44,5
Wielka Brytania	56,2	51,1	47,2	42,5
Włochy	15	17,6	18,5	18,8

Źródło: OECD Stat Data, [https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_LTCR](https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_LTCR) (dostęp 28.20.2021).

## DEINSTYTUCJONALIZACJA W USA

USA to jeden z pierwszych krajów na świecie, który wdrożył proces deinstytucjonalizacji. Rozpoczął się tam już na przełomie lat 60. i 70. XX w. i trwa nieprzerwanie do chwili obecnej. Początkowo dotyczył wyłącznie szpitali psychiatrycznych, ale z czasem objął także inne dziedziny opieki. Przebieg procesu deinstytucjonalizacji w USA nie był jednostajny. Zmieniał się wraz ze zmianą uwarunkowań politycznych i społecznych. Ze względu na zróżnicowaną dynamikę i kierunek zachodzących zmian, przyjęło się go dzielić na kilka etapów (Koyanagi 2007).

### **Pierwszy etap deinstytucjonalizacji: zmiana priorytetów w zakresie miejsca świadczenia opieki**

Początkowo proces deinstytucjonalizacji opierał się na lokalnych inicjatywach i polegał na tworzeniu drobnych programów wsparcia dla osób, których poziom zależności był stosunkowo niewielki i które dość łatwo dało się relokować z instytucji do środowiska. Głównym argumentem przemawiającym za takim inicjatywami była chęć redukcji kosztów ponoszonych na opiekę stacjonarną. Na początku drugiej połowy XX w. wydatki przeznaczane na tę formę opieki rosły w szybkim tempie (około 300% na dekadę), stając się jednym z głównych czynników drenujących budżety federalne i stanowe.

Te lokalne programy nie poprawiły zasadniczo sytuacji. Wyraźna zmiana nastąpiła dopiero wtedy, gdy w sprawę zaangażował się rząd federalny. Momentem przełomowym była publikacja raportu zatytułowanego „Akcja na rzecz zdrowia psychicznego”, który został przygotowany na zlecenie Kongresu przez Komisję ds. Zdrowia Psychicznego. Raport ten wzywał władze publiczne do utworzenia krajowego programu leczenia osób psychicznie chorych w środowisku zamieszkania. Postulowano utworzenie zorientowanych środowiskowo ośrodków wsparcia, które docelowo miałyby zastąpić duże i zamknięte instytucje opiekuńcze. Postulowano też znaczne zwiększenie nakładów na opiekę psychiatryczną.

Reakcja władz federalnych była szybka, lecz nie była w pełni zgodna z zaleceniami Komisji. W 1963 r. prezydent J.F. Kennedy wystosował specjalne przesłanie do Kongresu, wzywające do podjęcia działań na rzecz ograniczenia opieki stacjonarnej i rozwoju środowiskowych form wsparcia. Prezydent zaproponował zmianę modelu finansowania: środki na opiekę miały być kierowane do lokalnych społeczności (np. organizacji pozarządowych), a nie jak dotychczas, do władz stanowych. Ponadto prezydent, zgodnie z rekomendacjami Komisji, wezwał do znacznego (trzykrotnego) zwiększenia funduszy, aby umożliwić realizację zaplanowanych działań.

Pierwszą inicjatywą federalną podjętą w odpowiedzi na wezwanie prezydenta było zapewnienie funduszy na budowę obiektów mających służyć jako środowiskowe ośrodki zdrowia psychicznego. Kolejnym krokiem była zmiana przepisów prawa. Nowe regulacje nałożyły ograniczenia na korzystanie z opieki w instytucjach, a także dały pierwszeństwo opiece, która jest świadczona w możliwie najmniej restrykcyjnych warunkach. Ważne było także priorytetowe podejście do profilaktyki. Skupiono się na identyfikacji i pomocy osobom, które były obciążone wysokim ryzykiem instytucjonalizacji.

Polityka federalna przyczyniła się znacząco do zmiany kursu, jeśli chodzi o sposób opieki nad osobami zależnymi. Inicjatywy, które się do tego przyczyniły, były zarówno intencjonalne, jak i czysto przypadkowe. Przypadkowymi inicjatywami było m.in. wprowadzenie programów socjalnych, takich jak publiczne finansowanie świadczeń zdrowotnych Medicaid czy system zasiłków pieniężnych (SSI) dla osób zależnych. W rezultacie udało się zwiększyć zakres wykorzystania środowiskowych form opieki i równocześnie zmniejszyć skalę korzystania z opieki stacjonarnej (głównie w szpitalach). To ograniczenie korzystania z opieki stacjonarnej wyrażało się zarówno poprzez zmniejszenie liczby pensjonariuszy, jak również poprzez skrócenie czasu opieki w instytucjach (szpitale skoncentrowały się na udzielaniu opieki doraźnej).

### **Drugi etap deinstytucjonalizacji: rozwój opieki środowiskowej**

Dotychczasowe działania władzy publicznej skupiały się w głównej mierze na ograniczaniu dostępu do zamkniętych placówek opiekuńczych. Równoległe działania w zakresie rozwoju środowiskowych form pomocy okazały się dużo bardziej ograniczone i niewspółmierne w stosunku do pojawiających się potrzeb. Działania prowadzone w środowisku sprowadzały się w zasadzie tylko do usług zdrowotnych, pomijając całą gamę innych niezbędnych form wsparcia.

W związku z powyższym systematycznie narastała presja na rozwój kompleksowych działań pomocowych, które byłyby adekwatne do faktycznych potrzeb i które umożliwiłyby bezpieczne funkcjonowanie osób zależnych w ich środowisku zamieszkania. W konsekwencji od 1975 r. uruchomiono Program Wsparcia Społeczności Lokalnej (CSP - *Community Support Program*), w ramach którego przyznawane były granty na opracowanie i wdrożenie kompleksowego pakietu usług opieki środowiskowej. Podkreślono tym samym, że poza leczeniem pomoc powinna obejmować również szereg innych kwestii, takich jak: mieszkalnictwo, aktywizacja, wsparcie materialne, transport, edukacja, zatrudnienie i inne.

Budżet na granty wypłacane w ramach programu CSP był bardzo skromny, jednak miał duże znaczenie symboliczne. Z czasem doprowadził do zmiany perspektywy, a w konsekwencji także do przewartościowania prowadzonych dotychczas działań. Był to przełomowy moment, który rozpoczął nowy etap w procesie deinstytucjonalizacji. Od tego momentu instytucje publiczne skoncentrowały się w głównej mierze na pomyślnej integracji osób zależnych w ich społecznościach lokalnych.

Kluczowym problemem na tym etapie okazała się niestabilność rozwiązań systemowych. Na początku lat 80. administracja prezydenta R. Regana zaczęła redukować wydatki ponoszone na programy socjalne, w tym również te związane z rozwojem opieki środowiskowej. W rezultacie znaczna część osób zależnych na długi czas została pozostawiona bez należytej pomocy.

### **Trzeci etap deinstytucjonalizacji: działanie na rzecz zwiększenia praw obywatelskich**

W 1993 r. osiągnięto kolejny kamień milowy w procesie deinstytucjonalizacji. Po kilkudziesięciu latach zmian wreszcie doprowadzono do sytuacji, że większa część środków publicznych przeznaczanych na opiekę była przeznaczana na udzielanie pomocy w środowisku, a nie na utrzymanie placówek opiekuńczych.

Impulsem do dalszych zmian było dojście do głosu osób zależnych, które zaczęły się organizować i coraz wyraźniej artykułować swoje potrzeby i problemy. W ten sposób zrodziła się nowa filozofia powrotu do zdrowia, rozumiana nie w kategoriach remisji objawów czy też wyleczenia, lecz w kategoriach prowadzenia normalnego życia mimo występujących ograniczeń. Dało to impuls do dalszych reform systemu opieki. Reformy te wdrażane są po dziś dzień.

Proces deinstytucjonalizacji w USA przebiegał zatem nierównomiernie. Odchodzenie od zamkniętych instytucji na rzecz zorientowanych środowiskowo form opieki trwa już od ponad pół wieku. W tym czasie ujawniły się różne problemy i wyzwania. Po pierwsze, nie zawsze udawało się z sukcesem dokonać relokacji osoby zależnej, zwłaszcza w przypadku, gdy problemem była choroba psychiczna. W takich sytuacjach konieczny był powrót do instytucji opiekuńczej, takiej samej lub innej (tzw. reinstytucjonalizacja). Po drugie, niedostateczny nacisk był (i w dużym stopniu jest nadal) kładziony na kompleksowość wsparcia środowiskowego. Część usług albo jest pomijana, albo nienależycie organizowana, przez co opieka nie zaspokaja w pełni ważnych potrzeb osób niesamodzielnych. Po trzecie, problemem była (i jest nadal) słaba koordynacja między podmiotami świadczącymi pomoc, czego efektem jest bądź to dublowanie niektórych zadań, bądź to deficyty w realizacji niektórych zadań. Po czwarte, problemem był (i jest nadal) deficyt środków finansowych. Rozwój opieki środowiskowej generował wysokie koszty, których nie pokryły oszczędności wynikające z ograniczenia opieki stacjonarnej. Po piąte, ograniczenie opieki stacjonarnej spotkało się z ostrą reakcją pracowników placówek opiekuńczych. Okazało się, że nierzadko te placówki były głównym pracodawcą w regionie, w którym funkcjonowały.

## **DEINSTYTUCJONALIZACJA W SZWECJI**

Szwecja to państwo, w którym tendencje deinstytucjonalizacyjne występują od wielu dekad, przy czym proces ten w odmiennym tempie i zakresie przebiegał w odniesieniu do osób starszych, a w innym - w stosunku do osób z niepełnosprawnościami w młodszym wieku (Bakalarczyk 2018).

Jeśli chodzi o wsparcie wobec osób z niepełnosprawnościami, do około połowy XX w. dominowało świadczenie opieki w placówkach zamkniętych. W drugiej połowie XX w. stopniowo zaczęto odchodzić od segregacyjnego modelu w kierunku modelu dualnego. Część osób, zwłaszcza ze znacznymi niepełnosprawnościami intelektualnymi, pozostawała w placówkach stacjonarnych, ale równolegle tworzono formy wsparcia w środowisku dla osób z lżejszymi niepełnosprawnościami (Guerts 2011). Przełom nastąpił w latach 90. kiedy podjęto decyzję o radykalnej deinstytucjonalizacji, polegającej na całkowitym odejściu od instytucji stacjonarnej opieki i rozwoju form wsparcia środowiskowego. W tym to okresie wprowadzono w systemie pomocy społecznej instrument w postaci świadczenia służącego zakupowi usług asysty osobistej, które współcześnie zarówno przysługuje na dziecko z niepełnosprawnościami, jak również osobom dorosłym w wieku produkcyjnym ([www.forsakringskassan.se](http://www.forsakringskassan.se)). W przypadku opieki i wsparcia wobec osób starszych tendencje deinstytucjonalizacyjne zachodziły bardziej ewolucyjnie, choć i w tym wypadku lata 90. XX w. okazały się przełomowe. Usługi opiekuńcze dla osób starszych w warunkach domowych były ważnym filarem szwedzkiego systemu opieki już od połowy XX w., jednak proces zmian w proporcjach między osobami otrzymującymi wsparcie w warunkach środowiska, a tymi którzy otrzymują je w placówkach stacjonarnych zachodził stopniowo w kolejnych dekadach, przyspieszając w latach 90. Wówczas, wraz z tzw. *Adel reform* doszło do zmian w rozkładzie odpowiedzialności między różnymi szczeblami administracji publicznej w kierunku coraz większej roli władz lokalnych w zapewnianiu opieki (pozamedycznej) wobec osób starszych i wsparciu dla nich (Fukushima, Adami, Palme 2010), co również motywowało do rozwoju lokalnych systemów wsparcia i tym samym umacniało deinstytucjonalizację. Współcześnie jedynie niewielki odsetek osób w wieku 60+ pozostaje w placówkach, choć zarazem jest to jeden z wyższych wskaźników wśród krajów europejskich (OECD 2019).

## Osoby z niepełnosprawnościami

Jeśli chodzi o osoby z niepełnosprawnościami we wcześniejszym niż senioralny okresie życia, za ważne narzędzie deinstytucjonalizacji można uznać świadczenie na zakup usług asystenckich. Dziecku, w przypadku którego zostaną orzeczone dodatkowe potrzeby asysty, przysługuje świadczenie pieniężne, zależne od poziomu zapotrzebowania na dodatkowe wsparcie, przeliczane według godzin potrzebnej asysty. W przypadku zapotrzebowania poniżej 20 godzin tygodniowo świadczenia te wypłacają gminy, gdy zaś zapotrzebowanie na asystę jest w większym wymiarze - wsparcie to wypłacone jest przez instytucje powszechnego zabezpieczenia społecznego (analogiczny instrument jest stosowany wobec dorosłych z niepełnosprawnościami). W obydwu przypadkach jest on zależny od skali potrzeb, a nie sytuacji dochodowej osoby ubiegającej się o tego typu pomoc. Nie jest to jedyne świadczenie, które przysługuje osobom z niepełnosprawnościami. Mogą one także starać się o zasiłek pozwalający pokryć część dodatkowych kosztów wynikających z niepełnosprawności, jak również świadczenia rekompensujące ograniczenia w możliwości pracy zawodowej w pełnym wymiarze. Szeroki katalog świadczeń zabezpieczających finansowo, ich godziwa wysokość oraz uniwersalność (z dostępem i wysokością zależnymi nie od progów dochodowych, a od skali potrzeb) przyczyniają się do relatywnie wysokiego poziomu zabezpieczenia finansowego osób z niepełnosprawnościami, co również może sprzyjać ważnym z perspektywy deinstytucjonalizacji możliwościom uczestnictwa w życiu społeczności. Bariera finansowa dla takiej partycypacji jest złagodzona, a sprofilowanie jednego ze świadczeń na usługi asystenckie bezpośrednio przyczynia się do możliwości pełnienia aktywnych ról w społeczeństwie. Należy też dodać, że świadczenie to daje szerokie pole wyboru, jeśli chodzi o wybór świadczeniodawcy, zarówno w ramach sektora publicznego, społecznego (non-profit) czy prywatnego. Może to być również postrzegane jako czynnik niezależnego życia. Funkcjonowaniu społecznemu osób z niepełnosprawnościami - choć kwestia ta wykracza poza sferę opieki długoterminowej - może sprzyjać również zasadniczo udana na tle porównawczym polityka wykorzystania potencjału zawodowego osób z niepełnosprawnościami. Praca nie tylko sama w sobie może stanowić narzędzie integracji i rehabilitacji społecznej, ale i dostarczać środków do życia umożliwiających funkcjonowanie także w innych kontekstach. Innym ważnym elementem szwedzkiego systemu z perspektywy deinstytucjonalizacyjnej jest rozwój mieszkalnictwa wspomaganego i hojnie wspierane przez państwo adaptacje dla infrastruktury mieszkaniowej do potrzeb osób z niepełnosprawnościami w różnym wieku.

## Osoby starsze

Od połowy XX w. ważnym filarem wsparcia umożliwiających osobom starszym pozostawanie w dotychczasowym środowisku życia są szeroko dostępne usługi opiekuńcze w warunkach domowych, które przyznawane są niezależnie od kryterium dochodowego. Podkreślić należy istnienie mechanizmów wzmacniających podmiotowość odbiorcy tychże usług. Jest to procedura wspólnego, wraz z tzw. managerem opieki, opracowania planu opieki, który może być skorygowany już w trakcie jej trwania, a także możliwości odwoławcze od podjętych na poziomie gminy decyzji. Istnieje też szerokie pole wyboru świadczeniodawcy, który będzie świadczył opiekę, przy czym nawet w przypadku wyboru prywatnego podmiotu, odpowiedzialność za finansowanie i nadzór ponoszą lokalne władze publiczne.

Innym narzędziem są granty na dostosowanie pomieszczeń do potrzeb osób z ograniczeniami funkcjonalnymi. Popularne w wielu gminach szwedzkich są także usługi dostarczania posiłków samotnym osobom starszym w miejscu zamieszkania. Seniorzy o szczególnych potrzebach mogą też zamieszkać w ramach różnych form mieszkania chronionego i wspomaganego, gdzie zachowując autonomię i warunki do względnie samodzielnego życia w realiach zbliżonych do tradycyjnych mieszkań, mają też dostęp do usług medycznych, socjalnych i opiekuńczych. W budynkach tego typu nieraz jest też przestrzeń wspólna do spożywania i przygotowania posiłków, integracji społecznej czy działań rehabilitacyjnych (Bakalarczyk 2016). W podobnym duchu działają też w Szwecji w wielu społecznościach lokalnych placówki wsparcia dziennego, pełniące funkcje aktywizujące, integracyjne i rehabilitacyjne. Część z nich także dostarcza możliwości wsparcia opiekunów rodzinnych. Jakkolwiek rodzina nie odgrywa w Szwecji tak dużej roli w opiece długoterminowej jak w wielu innych krajach (zwłaszcza Europy środkowo-wschodniej i południowej), od końca lat 90. rozwijane są różne formy wsparcia opiekunów rodzinnych, do czego samorządy są odgórnie zobligowane. Już w pierwszej dekadzie XXI w. większość gmin świadczyła w różnych formułach pomocy wytchnieniową, usługi doradczo-informacyjne, szkolenia czy grupy wsparcia dla opiekunów rodzinnych (Ljunggren i Emilsson 2009). Podtrzymywanie gotowości bliskich do wspierania osób starszych wymagających pomocy w codziennym funkcjonowaniu to również środek opóźnienia ewentualnej instytucjonalizacji.

Choć instrumenty rozwoju wsparcia w środowisku lokalnym są od lat dynamicznie rozwijane, nie zrezygnowano z placówek stacjonarnych. Trafiają tam najczęściej osoby sędziwe, z zaawansowaną demencją, które nie mogą uzyskać wystarczającego wsparcia w dotychczasowym, domowym otoczeniu. Warto jednak zauważyć, że charakter tychże placówek nie przypomina instytucji - molochów o medycznym profilu. Są to z reguły kameralne placówki, z jedno- lub dwuosobowymi pokojami, osobnymi łazienkami i zaprojektowane tak, by w sposób optymalny zapewnić indywidualną autonomię i atmosferę zbliżoną do domowej (Szebehely 2013). Tym samym funkcjonowanie szwedzkich placówek stacjonarnych do pewnego stopnia również współgra z deinstytucjonalizacyjnym trendem.

## DEINSTYTUCJONALIZACJA W DANII

Dania to państwo, które można uznać za jednego z liderów deinstytucjonalizacji, w szczególności w odniesieniu do opieki nad osobami starszymi. Warto przyjrzeć się tamtejszym rozwiązaniom. Dążenie do zapewnienia wsparcia i umożliwienia uczestnictwa w społeczności dotyczy jednak nie tylko seniorów, ale także osób z niepełnosprawnościami w młodszych wiekach.

### Osoby z niepełnosprawnościami

Kluczowym narzędziem deinstytucjonalizacji wsparcia osób z niepełnosprawnościami w Danii są szeroko dostępne i ułatwiające uczestnictwo w społeczności lokalnej usługi asystencji osobistej, udzielane także osobom wymagającym stałej opieki. Już w latach 70. XX w. wprowadzono pierwszy eksperymentalny program w tym zakresie, w latach 80. przyjęto powszechne regulacje, zaś od 2000 roku jest to wpisane w Ustawę o świadczeniach socjalnych jako narzędzie adresowane do szerszej niż pierwotnie grupy osób z niepełnosprawnościami. W 2009 roku wprowadzono możliwość wyboru usługodawcy przez odbiorcę usług, co również miało umacniać poziom niezależności i samostanowienia po stronie osoby z niepełnosprawnościami korzystającej z tego instrumentu. Zarówno procedura przydzielania, jak i realizacji tego typu usług odbywa się na poziomie lokalnym i stanowi zadanie samorządu lokalnego. Przyznanie wsparcia zależy nie tylko od rozpoznania medycznego, ale od szerszej diagnozy społecznej osoby o nie aplikującej. Nie jest brane pod uwagę natomiast kryterium dochodowe ani majątkowe, co koresponduje z uniwersalnym charakterem wsparcia w Danii (podobnie jak innych krajach nordyckich). Osoba wspierana może uczestniczyć w całej procedurze rozpatrzenia wniosku, a także ma możliwości odwoławcze. Wsparcie asystenckie w Danii skierowane jest do osób przed 65. rokiem życia. Przysługuje przede wszystkim osobom z niepełnosprawnościami w stopniu znacznym i tym samym może być narzędziem wspierania tych, których potrzeby i prawa rozpatrujemy także w kontekście opieki długoterminowej. Sama usługa również może w zależności od potrzeb i preferencji obejmować czynności wchodzące w zakres szeroko pojętej opieki. Asystent może wypełniać zarówno czynności domowe (sprzątanie, gotowanie, karmienie, ubieranie itp.), obsługę osobistą (ubieranie, karmienie, zachowanie higieny), ale także - co warto podkreślić - pomoc w uczestnictwie w pozadomowych aktywnościach, np. podczas załatwiania spraw w urzędach, spaceru, robienia zakupów, korzystania z rekreacji i czasu wolnego (MPIPS 2015).

Dodatkowy moduł wsparcia asystenckiego, czyli tzw. asysta do kontaktów społecznych, przewidziany jest także dla osób z chorobami psychicznymi oraz z niepełnosprawnością intelektualną. W przypadku osób wymagających asysty w wymiarze powyżej 20 godzin tygodniowo możliwy jest wybór - czy to gmina przydzieli usługi, czy też osoby otrzymają bon, w ramach którego same lub wspólnie z bliskimi zatrudnią osoby świadczące tego typu usługę.

### Osoby starsze

W Danii trendy deinstytucjonalizacyjne w opiece nad seniorami pojawiły się również relatywnie wcześnie, już w latach 80. i 90. dwudziestego stulecia (Lindstron 1997). Wówczas zaczęło dominować dążenie władz publicznych do umożliwienia jak najdłuższego pozostawania osób z niepełnosprawnościami w warunkach domowych. Zaczęto rozwijać różne alternatywne dla placówek stacjonarnych formy mieszkalnictwa, jak cohousing czy mieszkalnictwo specjalne przekazane do niesamodzielnych i schorowanych osób starszych.

Już na początku XXI w. postrzegano Danię jako wzorcowy model popularyzowania starzenia się w domu i społeczności (ang. *ageing in place*), a doświadczenia tego kraju uwzględniano jako inspirację także pod kątem szukania efektywności ekonomicznej (Stuart i Weinrich 2001).

Współcześnie w polityce duńskiego państwa odnośnie opieki oficjalnym celem jest zapewnienie możliwości jak najdłuższego pozostawania w domu. Domy opieki istnieją, aczkolwiek i w nich obowiązuje zasada, by ich mieszkańcy czuli się „jak u siebie w domu”. Osoby znajdujące się w tego typu placówkach mają zapewnione nie tylko usługi bytowe i opiekuńcze, ale także społeczne czy rehabilitacyjne (The Danish Care Model, sosufvh.dk).

Jeśli chodzi o świadczenia w warunkach domowych, to zgodnie z duńskim prawem socjalnym możliwe jest uzyskanie świadczeń stałych (wówczas są one bezpłatne) lub świadczeń czasowych (poziom odpłatności jest tu zależny od indywidualnej sytuacji dochodowej, a jedynie dla osób o odpowiednio niskim dochodzie są całkiem bezpłatne). Świadczenia, o których mowa, przyznawane są w zależności od oceny potrzeb, a nie sytuacji ekonomicznej osób o nie starających się (Schulz 2010). Oznacza to świadczenia uniwersalne, które skierowane są do szerokiej grupy mieszkańców w potrzebie, a nie tylko tych najuboższych. Świadczenia te mogą być przyznane osoby w różnym wieku, choć zdecydowaną większość ich odbiorców stanowią osoby starsze.

Jak czytamy na portalu poświęconym służbie zdrowia w Danii, istotną rolę w umożliwieniu podmiotowego, godnego i niezależnego życia odgrywa zastosowanie w sferze opieki przez liczne gminy nowych technologii, w tym tych o charakterze zdalnym (Elderly care, Healthcare DENMARK). Wydaje się, że rozwiązania te pokazują istotną rolę nowych technologii (zwłaszcza w zakresie telemedycyny i teleopieki) w procesie deinstytucjonalizacji.

Warto też zaznaczyć, że rozległy wachlarz świadczeń środowiskowych i ich duża dostępność przy zachowaniu form opieki instytucjonalnej są częściowo możliwe dzięki bardzo szerokim ramom finansowym systemu opieki długoterminowej. Zarówno Dania, jak i omówiona wcześniej Szwecja, wyróżniają się jednym z najwyższych spośród wszystkich krajów rozwiniętych poziomów publicznych wydatków na OD w relacji do PKB (OECD 2019).

## Bibliografia

- Bakalarczyk R. (2018) Deinstytucjonalizacja opieki długoterminowej w Szwecji, Polityka Społeczna nr tematyczny 2
- Bakalarczyk R. (2016), Wsparcie osób starszych w środowisku zamieszkania w Szwecji, w: B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski (red.), System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania. Przegląd sytuacji, propozycja modelu, Rzecznik Praw Obywatelskich, Warszawa, s. 193-224
- Fukushima N., Adami J., Palme M. (2010), The long-term care system for the elderly in Sweden, „Enerpi Research Report” No. 89
- Geurts J. (2011), Social system and disability policy in Sweden, prezentacja podczas konferencji „De-institutionalisation and stimulation of entrepreneurship in the provision of social services for people with disabilities”, 18-19 kwietnia, Społeczna Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Zarządzania, Łódź
- Koyanagi Ch. (2008), Learning From History: Deinstitutionalization of People with Mental Illness As Precursor to Long-Term Care Reform, Washington DC: Henry J Kaiser Family Foundation
- Kröger T. (2001), Comparative research on social care. The state of the art, Bruksela: European Commission
- Lindstrom B. (1997), Housing and service for the elderly in Denmark, Ageing International 23, 115-132
- Ljunggren G., Emilsson T. (2009), The Role of Informal Care in Long-Term Care, Sweden National Report, Stockholm, s. 12
- Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej (2015), Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej - rozwiązania w wybranych państwach europejskich
- OECD (2019), Health at a glance
- OECD (2021), Stat Data, [https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_LTCR](https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_LTCR)
- Peace S., Kellaher L., Willcock D. (1997), Re-evaluating residential care, Buckingham & Philadelphia: Open University Press
- Stanisławski P. (2006), Asystent na miarę, Magazyn „Integracja”
- Stuart M., Weinrich M. (2001), Home- and Community-Based Long-Term Care: Lessons From Denmark, The gerontologist, Vol. 41, No. 4, 474-480.
- Schulz E. (2010), Long-term care in Denmark, ENEPRI RESEARCH REPORT NO. 73
- Szebehely M. (2013), Long-term care policies for older people. Are there lessons to learn?, prezentacja wygłoszona podczas seminarium w szkockim parlamencie
- Szmagałski J. (2000), Deinstytucjonalizacja w pomocy społecznej- zadania dla pracy socjalnej, [w:] K. Marzec-Holka (red.), Społeczeństwo, demokracja, edukacja. Nowe wyzwania w pracy socjalnej, Bydgoszcz: Wydawnictwo Uczelniane Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego
- Zych A.A. (2001), Słownik gerontologii społecznej, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”

## 5. SPECYFIKA DEINSTYTUCJONALIZACJI W OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ

**Paweł Łuczak**

**ORCID: 0000-0002-9498-7541**

*„Aby doszło do deinstytucjonalizacji rozwoju wsparcia środowiskowego w naszym kraju, musimy najpierw uświadomić sobie, że nie jesteśmy nieśmiertelni, i że każdy z nas może znaleźć się w takim położeniu, gdzie będzie potrzebować wsparcia i pomocy drugiego człowieka” (ROPS WŚ 2021, s. 57).*

Powyższe słowa zostały wypowiedziane przez osobę uczestniczącą w badaniu, którego grupą docelową była kadra kierownicza oraz pracownicy domów pomocy społecznej. Przywoływany fragment wypowiedzi odnosi się do ogólnego zagadnienia, jak konkretne społeczeństwo definiuje zaspokajanie potrzeb związanych z opieką długoterminową. To, jak udzielana jest odpowiedź na to pytanie, wiele mówi o specyfice deinstytucjonalizacji w opiece długoterminowej w danym kraju. Deinstytucjonalizacja w opiece długoterminowej - mimo, że jest trendem globalnym - ma charakter bardzo kontekstualny, tzn. jest silnie powiązana z normami i przekonaniem obecnymi w danym społeczeństwie (Anttonen i Karsio 2016).

Idąc tym tropem można wskazać, że społeczeństwo (i politycy) popierać będą deinstytucjonalizację, gdy potrzeba wsparcia związana z opieką długoterminową będzie definiowana jako ryzyko, które dotyczy każdego z nas. Konsekwencją takiego poglądu jest postrzeganie osób wymagających wsparcia jako równoprawnych członków społeczeństwa. Chodzi zatem o rozpatrywanie kwestii zaspokajania potrzeb dotyczących opieki z perspektywy współzależności i solidarności z innymi członkami społeczeństwa, co prowadzi do zerwania z postrzeganiem opieki przede wszystkim jako sprawy prywatnej (famiaryzacja opieki) na rzecz kwestii rozwiązywanej w ramach procesu politycznego.

Zmiana społecznego nastawienia do opieki długoterminowej, o której mowa w przywołanym cytacie, pozwolić może na dowartościowanie opieki w społeczeństwie oraz upowszechnić troskę o jakość opieki (w końcu: *każdy z nas może znaleźć się w takim położeniu, gdzie będzie potrzebować wsparcia i pomocy drugiego człowieka*). Wydaje się, że jest to konieczny czynnik kształtujący społeczne przyzwolenie dla ponoszenia kosztów przebudowy systemu wsparcia w kierunku deinstytucjonalizacji w Polsce.

Z punktu widzenia osiągnięcia zakładanych celów perspektywa troski o jakość jest lepiej uzasadniona niż argumentacja, zgodnie z którą deinstytucjonalizacja prowadzi do ograniczenia kosztów opieki. W przeszłości teza o oszczędnościowym wymiarze deinstytucjonalizacji wydawała się dominować w dyskusjach politycznych i eksperckich. Obecnie wskazuje się, że jeśli system opieki ma charakteryzować się dobrą jakością, to koszty wsparcia kierowanego dla osób niesamodzielnych są zazwyczaj wyższe (w porównaniu do systemu, gdzie jakość nie jest uznawana za priorytet) gdziekolwiek te osoby mieszkają: politycy zatem nie powinni oczekiwać niższych kosztów uzyskiwanych przez rozwój wsparcia środowiskowego (Knapp i wsp. 2021, s. 61). Należy pamiętać, że wsparcie środowiskowe może być rzeczywiście mniej kosztowne niż opieka stacjonarna (por. rozdział 6 niniejszego raportu), ale dotyczy to przede wszystkim osób niewymagających intensywnego wsparcia. Niemniej to, co ma największe znaczenie w społecznym postrzeganiu opieki długoterminowej, to właśnie jakość wsparcia. Wsparcia w podejmowaniu kluczowych wyborów życiowych, którego na pewnym etapie życia może potrzebować każdy z nas.

Szerokie społeczne poparcie dla rozwoju wsparcia środowiskowego (i idąca za tym presja na polityków), wynikająca z troski o jakość, jest konieczne dla powodzenia ogółu przedsięwzięć związanych z deinstytucjonalizacją. Jest o to tyle istotne, że deinstytucjonalizacja w opiece długoterminowej jest skomplikowanym procesem, bowiem charakteryzuje się m.in. dużą złożonością organizacyjną, koniecznością ponoszenia wydatków inwestycyjnych oraz efektami, które trudno bezpośrednio mierzyć.

W dalszej części tekstu odnosimy się do specyfiki deinstytucjonalizacji w opiece długoterminowej biorąc pod uwagę skomplikowane wyzwania z perspektywy:

- a. osób wymagających wsparcia,
- b. świadczeniodawców oraz
- c. organizowania tego procesu przez władze publiczne.



Rozróżnienie trzech wymiarów ma uporządkować wywód, nie ma ono jednak charakteru wyczerpującego. W praktyce wymiary te niejednokrotnie nakładają się na siebie. Opisane niżej wyzwania sugerują, że na deinstytucjonalizację należy patrzeć w sposób realistyczny, pamiętając o ważnych celach, które ten proces pozwala zrealizować, trzeba także zmierzyć się z szeregiem strukturalnych ograniczeń oraz rozwiązać wiele szczegółowych problemów.

### **(1) Specyfika deinstytucjonalizacji w opiece długoterminowej z punktu widzenia osób wymagających wsparcia:**

- Osoby wymagające wsparcia w zakresie opieki długoterminowej to osoby charakteryzujące się najczęściej złym stanem zdrowia. W wielu przypadkach konieczne jest zapewnienie intensywnego, tj. całodobowego lub wielogodzinnego, wsparcia oraz sprawowanie nadzoru nad takimi czynnościami jak przyjmowanie leków, przeciwdziałanie odleżynom czy wsparcie udzielane w sytuacji poważnych zaburzeń pamięci czy funkcji poznawczych. Jeśli opieka czy pielęgnacja ma być udzielana w środowisku domowym, to niezwykle ważna jest częsta obecność opiekuna czy opiekunki. W ogromnej liczbie przypadków obecność opiekunów najwyżej kilka razy w tygodniu może być dalece niewystarczająca.
- Osoby wymagające wsparcia mogą mieć gorszą pozycję przetargową na rynku usług opiekuńczych, co wynika przede wszystkim z dużej asymetrii informacji panującej na tym rynku, ale także z okoliczności indywidualnych (np. zaburzenia funkcji poznawczych) czy sytuacyjnych (np. osoba wymagająca wsparcia jest unieruchomiona i jej możliwość poruszania się zależy od pomocy innych osób).
- Zakres potrzeb zdrowotnych i powiązanych z nimi zakres potrzeb w zakresie pielęgnacji czy opieki mogą zmieniać się w czasie, np. stan zdrowia może się nagle pogorszyć. Wymaga to elastycznego podejścia wyrażającego się w gotowości do przeznaczania dodatkowego czasu na wsparcie.
- Dostosowanie miejsca zamieszkania do zmieniających się potrzeb (np. likwidacja barier architektonicznych) może być utrudnione, kosztowne lub wręcz niemożliwe.
- Większość osób, w tym oczywiście osoby starsze, jest przywiązana do miejsca zamieszkania, które zajmuje od wielu lat. Kwestia ta często stanowi argument na rzecz rozwoju wsparcia w środowisku zamieszkania (ang. *ageing in place*). Trzeba być także świadomym, że pewna część osób wymagających wsparcia może jednak źle czuć się w swoim dotychczasowym domu i pozostaje w nim tylko ze względu na brak alternatywy (ang. *involuntary stayers*, por. Strohschein 2012).
- Osoby starsze mogą przejawiać nieufność w stosunku do osób udzielających im wsparcia w środowisku domowym, co wpływać może na niechęć do korzystania z wsparcia udzielanego w miejscu zamieszkania.
- Deinstytucjonalizacja wsparcia środowiskowego oznacza także rozwój usług skierowanych do opiekunów nieformalnych. Skuteczność wdrożenia deinstytucjonalizacji zależy w dużej mierze od dobrostanu opiekunów nieformalnych.

### **(2) Specyfika deinstytucjonalizacji w opiece długoterminowej z punktu widzenia świadczeniodawców**

- Wraz z wdrażaniem procesu deinstytucjonalizacji zmienia się charakter działalności wielu świadczeniodawców, np. może dojść do włączenia domów pomocy społecznej w koordynację wsparcia środowiskowego w celu opóźnienia ewentualnego przeprowadzenia się osoby wymagającej wsparcia do placówki opieki stacjonarnej (ROPS WŚ 2021, s. 49).
- Deinstytucjonalizacja skutkować będzie także zmianą profilu działalności wielu świadczeniodawców, np. ograniczeniem liczby przyjmowanych osób bądź oferowaniem nowego rodzaju usług (np. podmioty opieki stacjonarnej udzielać będą świadczeń w warunkach półstacjonarnych). W wielu przypadkach wiązać się to może ze znacznym wysiłkiem organizacyjnym i ponoszeniem dodatkowych nakładów finansowych. Dużym wyzwaniem jest również to, że pewna część podmiotów opieki stacjonarnej (zwłaszcza domy pomocy społecznej) zajmuje budynki, które są objęte ochroną konserwatora zabytków, co znacząco utrudnia czy wręcz uniemożliwia przeprowadzenie remontów czy modernizacji (Iwański 2019).

- Wraz z postępującą deinstytucjonalizacją świadczeniodawcy będą musieli dostosować swoją działalność do zmian w zakresie potrzeb zgłaszanych przez osoby wymagające pomocy (zmiana strumienia popytu na usługi). Specyficzne dostosowywanie będzie miało miejsce w ramach opieki stacjonarnej, która docelowo ma przede wszystkim objąć osoby o największych potrzebach, co rodzi konieczność zapewnienia większej intensywności opieki. Świadczeniodawcy opieki stacjonarnej będą musieli podjąć wysiłki zmierzające do lepszego wyposażenia placówek, dbania o kwalifikacje kadry oraz zwiększenie liczby osób pracujących, co biorąc pod uwagę sytuację na rynku pracy, będzie ogromnym wyzwaniem.
- Skuteczność nowych strategii działania świadczeniodawców (np. personalizacja realizowana w ramach opieki półstacjonarnej) w dużej mierze uzależniona jest od tego, jaki zakres wsparcia udzielany był danej osobie wcześniej (np. czy nie trafia ona do danego świadczeniodawcy „za późno”?). Jeśli zatem osoba z określonymi problemami związanymi z samodzielnością miała nieadekwatną opiekę we wcześniejszych etapach wsparcia, to jej stan zdrowia może zbyt poważny na efektywne udzielanie usług zwyczajowo oferowanych przez świadczeniodawcę. Przykład ten pokazuje kluczowe znaczenie koordynacji realizowanej w ramach deinstytucjonalizacji i wzajemne funkcjonalne powiązania świadczeniodawców o różnym profilu działalności, nad którą sami świadczeniodawcy mogą mieć ograniczoną kontrolę.
- W przypadku świadczeniodawców udzielających wsparcia w środowisku zamieszkania, koszty działalności mogą być podwyższone przez wydatki niezwiązane bezpośrednio ze świadczeniem wsparcia, np. rosnące koszty dojazdu wynikające z cen paliwa.

### **(3) Specyfika deinstytucjonalizacji w opiece długoterminowej z punktu organizowania tego procesu przez władze publiczne**

- Sukces we wdrażaniu procesu deinstytucjonalizacji wymaga długookresowego planowania, zapewnienia stabilnego źródła (wzrostu) finansowania oraz działań politycznych, które wykraczają znacznie poza cykl wyborczy. Z drugiej strony, rozwój usług opieki stacjonarnej, łatwiej jest „sprzedać” wyborcom jako sukces, gdyż wsparcie środowiskowe ma charakter bardziej rozproszony i mniej „widoczny” niż opieka stacjonarna (Knapp i wsp. 2021). Deinstytucjonalizacja, rozumiana jako proces polityczny, może także naruszać interesy podmiotów (np. duże sieci placówek stacjonarnych), które dotychczas miały silną pozycję negocjacyjną na rynku usług opiekuńczych.
- Projektowanie i wdrażanie procesu deinstytucjonalizacji wymaga usystematyzowanej ewaluacji wyników projektów (inicjatyw) realizowanych dotąd na poziomie lokalnym. Pozwoli to na jak najlepsze wykorzystanie istniejącego potencjału i wypracowanie ogólnych modeli funkcjonowania, które można stosować w społecznościach lokalnych, które do tej pory nie realizowały podobnych działań.
- Proces deinstytucjonalizacji powinien być poprzedzony systematyczną analizą popytu i podaży opieki na poziomie poszczególnych społeczności lokalnych, która realizowana jest przy włączeniu samych osób wymagających wsparcia i opiekunów tych osób (Krzyszowski 2018).
- Jak wskazano wyżej, proces deinstytucjonalizacji wymaga uruchomienia dodatkowych nakładów finansowych. Rozpatrując koszty deinstytucjonalizacji w opiece długoterminowej należy jednak uwzględnić, że koszty zaniechania (niewprowadzenia deinstytucjonalizacji) mogą okazać się kilkukrotnie wyższe w porównaniu do kosztów związanych z podjęciem działań mających rozwój wsparcia środowiskowego w opiece długoterminowej (Grabowska i Wójcik 2021, s. 17).
- Efekty procesu deinstytucjonalizacji w opiece długoterminowej trudno jest mierzyć, co stanowi w istocie specyficzny przykład ogólnego problemu dotyczącego pomiaru w polityce dotyczącej opieki długoterminowej.
- Jedną z głównych barier we wdrażaniu deinstytucjonalizacji upatruje się w uprzedzeniach, stereotypach czy ostracyzmie, które dotyczą osób wymagających wsparcia (Knapp i wsp. 2021). Stanowią one barierę, często niedefiniowaną wprost, która utrudnia wielu osobom niezależne życie w swoim środowisku zamieszkania (np. osoby cierpiące na chorobę Alzheimera mogą być „niemile widziane” przez osoby zdrowe z powodu lęku przed kontaktem z taką osobą). Deinstytucjonalizacja w opiece długoterminowej wymaga zmiany paternalistycznego stosunku wobec osób wymagających wsparcia.

- Wdrażając proces deinstytucjonalizacji władze publiczne (rządowe i samorządowe) powinny współpracować z podmiotami, które rzadko dotychczas były włączane w realizację polityki wobec starości, np. wspólnoty mieszkaniowe czy deweloperzy budowlani.

Podsumowując, jak wskazano wyżej, deinstytucjonalizacja w opiece długoterminowej wiąże się z szeregiem problemów o charakterze organizacyjnym i finansowym. Problemy te należy jednak postrzegać jako wyzwania, z którymi - przy odpowiednim wysiłku i determinacji władz publicznych - można z powodzeniem się zmierzyć. Aby tak się jednak stało, konieczna jest zmiana perspektywy postrzegania odpowiedzialności za opiekę długoterminową, w której więcej miejsca zajmuje współzależność i solidarność.

## **Bibliografia**

- Anttonen, A., Karsio, O. (2016), Eldercare service redesign in Finland: deinstitutionalization of long-term care. *Journal of Social Service Research*, 42 (2), 151-166
- Grabowska, I., Wójcik, S. (2021), Analiza skali potrzeb i niezbędnych zmian w ramach procesu deinstytucjonalizacji, *Wspólnota Robotnicza Związków Organizacji Społecznych*
- Iwański, R. (2019), System pomocy społecznej a starzenie się populacji-wyzwania i bariery w zakresie opieki długoterminowej. *Studia z Polityki Publicznej*, 21(1), 39-52
- Knapp, M., Cyhlarova, E., Comas-Herrera, A., & Lorenz-Dant, K. (2021), *Crystallising the Case for Deinstitutionalisation*, Care Policy and Evaluation Centre, London School of Economics and Political Science
- Krzyszkowski, J. (2018), Deinstytucjonalizacja usług dla seniorów jako element polityki senioralnej. *Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje*, 42(3), 37-52
- Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Województwa Śląskiego (2021), *Mieszkańcy DPS rokujący na usamodzielnienie w województwie śląskim. Raport z badań*
- Strohschein, L. (2012), I want to move, but cannot: Characteristics of involuntary stayers and associations with health among Canadian seniors. *Journal of Aging and Health*, 24(5), 735-751

## 6. EKONOMICZNE ASPEKTY DEINSTYTUCJONALIZACJI

**Łukasz Jurek**

**ORCID: 0000-0002-0078-471X**

### **Wprowadzenie**

Za postulatem deinstytucjonalizacji przemawiają zwykle dwa argumenty: moralny i ekonomiczny. Argument moralny odnosi się do kwestii godności osób niesamodzielnych, ich podmiotowości, prawa do autonomii i samostanowienia. W kategoriach aksjologicznych opieka środowiskowa uważana jest za „lepszą”, od „gorszej” opieki stacjonarnej, ze względu na to, że bardziej odpowiada cennym wartościom, takim jak godność czy wolność. Argument ekonomiczny z kolei związany jest z koniecznością ograniczenia eskalacji wydatków publicznych ponoszonych na opiekę długoterminową. Z szacunków przeprowadzonych w różnych krajach wynika, że opieka stacjonarna pochłania około połowy całkowitych wydatków przeznaczanych przez państwo na opiekę długoterminową, przy czym udział beneficjentów właśnie tej formy opieki jest marginalny i zwykle nie przekracza 7%. W związku z tym postuluje się odchodzenie od „droższej” opieki stacjonarnej, na rzecz „tańszej” opieki środowiskowej.

O ile trudno jest podważyć argument moralny, to już argument ekonomiczny budzi szereg zastrzeżeń. Przeświadczenie, że opieka środowiskowa jest tańsza od stacjonarnej, jest mocno zakorzenione w świadomości społecznej i powszechnie wykorzystywane w dyskursie politycznym, publicystycznym i naukowym. Przyjmuje się je za pewnik, który nie wymaga ani głębszej refleksji, ani tym bardziej empirycznej weryfikacji. Tymczasem już prosta i zdroworoządkowa analiza problemu rodzi oczywiste wątpliwości.

Po pierwsze, skoro opieka środowiskowa jest najbardziej preferowaną formą opieki i zarazem faktycznie miałaby być najtańszą formą opieki, to z perspektywy ekonomicznej opieka stacjonarna byłaby pozbawiona racji bytu. Przebywanie w zamkniętej placówce byłoby przejawem absolutnego braku racjonalności, oznaczałoby bowiem, że osoba niesamodzielna decyduje się na korzystanie z opieki, która jest droższa i gorsza.

Po drugie, skoro opieka stacjonarna jest droższa od środowiskowej, to powinny z niej korzystać głównie osoby lepiej uposażone, o wysokim statusie ekonomicznym, które stać na to, żeby z niej korzystać. Tymczasem praktyka pokazuje, że w zamkniętych placówkach, zwłaszcza (współ)finansowanych ze środków publicznych przebywają głównie osoby ubogie, borykające się ze złożonymi problemami finansowymi.

Oba te argumenty w sposób jasny sugerują, że opieka środowiskowa nie tylko nie jest tańsza od opieki stacjonarnej, ale nawet może być od niej droższa. Głównym powodem korzystania z zamkniętych placówek jest brak możliwości sfinansowania należytej opieki w miejscu zamieszkania.

### **Ekonomia skali w opiece długoterminowej**

Zamknięte placówki opiekuńcze przez długi czas odgrywały ważną rolę w systemie pomocy dla osób z chronicznymi problemami zdrowotnymi i/lub funkcjonalnymi. Przede wszystkim stanowiły one narzędzie wykorzystywane przez władzę publiczną do zapewnienia kontroli i porządku. Grupowano osoby niesamodzielne w jednym miejscu, aby roztoczyć nad nimi opiekę, a także aby uwolnić od nich rodziny i społeczności lokalne, które z różnych względów nie radziły sobie z zapewnieniem wsparcia w środowisku. Dawniej tworzenie dużych zakładów opiekuńczych wydawało się absolutnie zasadne. Po pierwsze, w warunkach deficytów kadrowych, maksymalizowano wykorzystanie profesjonalnego personelu, który w jednym miejscu i w jednym czasie mógł udzielać pomocy bardzo dużej liczbie pensjonariuszy. Po drugie, istotną rolę odgrywał czynnik ekonomiczny. Koszarowanie „problematycznych” jednostek w zamkniętych placówkach było zdecydowanie tańsze, aniżeli zapewnianie indywidualnego wsparcia każdemu z osobna w miejscu zamieszkania. Kluczowe było tutaj znaczenie tzw. ekonomii skali (Knapp i in. 2011).

W naukach ekonomicznych pojęcie „ekonomia skali” odnosi się do zjawiska, które polega na generowaniu korzyści z umasowania produkcji, czyli wytwarzania zestandaryzowanego (zunifikowanego) dobra w bardzo dużej ilości. Korzyścią jest tutaj rozłożenie kosztów produkcji na duży wolumen wytwarzanego dobra. Im większa jest skala produkcji, tym niższy jest przeciętny koszt wytworzenia jednego dobra (produktu, usługi). Analogicznie do tego, jak duże przedsiębiorstwo minimalizuje przeciętny koszt produkcji w przeliczeniu na jednostkę wytwarzanego dobra, tak samo duży zakład opiekuńczy minimalizuje przeciętny koszt opieki w przeliczeniu na jedną osobę niesamodzielną (mieszkańca placówki).

Deinstytucjonalizacja, która kładzie nacisk na opiekę świadczoną w środowisku zamieszkania, czyli zakłada zindywidualizowane podejście oraz małą skalę działania, stoi w oczywistej sprzeczności z ekonomią skali. Odchodzenie od dużych placówek opiekuńczych, na rzecz zorientowanych środowiskowo form opieki, zatem będzie generować wzrost zagregowanych (całkowitych) kosztów.

### **Sektory opieki długoterminowej: analiza kosztów**

Koszt opieki nad osobą niesamodzielną uzależniony jest poziomu zależności tej osoby. Poziom zależności należy utożsamiać z zakresem i złożonością problemów funkcjonalnych, które wynikają z osłabienia organizmu, chorób oraz ograniczeń poznawczych. Oczywiście im większy poziom zależności, czyli im większa skala i złożoność problemów, tym większy zakres niezbędnego wsparcia, a także związany z tym wyższy koszt udzielanej opieki (por. Jurek 2007 2012).

Koszt opieki nad osobą o określonym poziomie zależności jest zróżnicowany w zależności od tego, w jakiej formie świadczona jest ta opieka. Dla celów porównawczych podzielono opiekę długoterminową, ze względu na miejsce świadczenia usług, na trzy sektory:

- 1) sektor opieki środowiskowej, gdzie usługi świadczone są głównie w miejscu zamieszkania osoby niesamodzielnej;
- 2) sektor placówek opiekuńczych, gdzie usługi świadczone są całodobowo poza miejscem zamieszkania, w placówkach pozbawionych barier architektonicznych i dostosowanych do potrzeb osób niesamodzielnych;
- 3) sektor opieki szpitalnej, gdzie usługi świadczone są całodobowo w wyspecjalizowanych i zamkniętych zakładach leczniczych.

W polskich warunkach do sektora opieki środowiskowej kwalifikuje się wszelkiego typu opieka domowa oraz półotwarta. Do sektora placówek opiekuńczych kwalifikują się: mieszkania chronione dla osób niesamodzielnych, domy pomocy społecznej, placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niesamodzielnym, a także rodzinne domy pomocy. Do sektora opieki szpitalnej kwalifikują się zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO) oraz zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL).

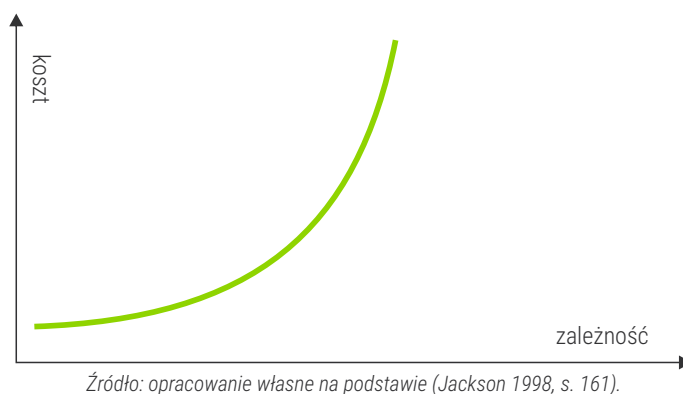
Aby zapewnić porównywalność kosztów w tych trzech sektorach, należy oszacować całkowity koszt opieki. Jest to podstawowe założenie analizy porównawczej. Należy przyjąć analogiczny zakres usług świadczonych we wszystkich sektorach oraz oszacować ich koszt, uwzględniając wydatki pieniężne (prywatne i publiczne), amortyzację oraz koszty alternatywne. Ponadto należy przyjąć, że jakość usług świadczonych w każdym sektorze jest taka sama.

W analizie porównawczej oszacowaniu podlega koszt następujących usług:

- usługi bytowe, tj. miejsce zamieszkania, wyżywienie, odzież i obuwie, utrzymanie czystości;
- usługi opiekuńcze, tj. udzielenie pomocy w wykonywaniu czynności codziennego życia (m.in. robienie zakupów, przygotowywanie i spożywanie posiłków, ubieranie się, mobilność, utrzymanie higieny osobistej), wsparcie przy załatwianiu spraw urzędowych, aktywizacja i organizacja codziennych zajęć;
- usługi pielęgnacyjne, tj. ustalenie diety, pomoc w zażywaniu medykamentów, iniekcje, kontrola temperatury ciała, zmiany opatrunków i leczenie ran, cewnikowanie, zmiana środków absorpcyjnych i pielęgnacja stomii.

W sektorze opieki środowiskowej głównymi kosztami są koszty związane z wynajęciem mieszkania, zakupem/amortyzacją sprzętów, prowadzeniem gospodarstwa domowego (opłata za media, jedzenie, czynsz), dostosowaniem miejsca zamieszkania do potrzeb osoby niesamodzielnej. Poza kosztami usług bytowych należy uwzględnić koszt usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych, które mogą być świadczone w sposób formalny (wizyty domowe opiekunek i pielęgniarek) i/lub nieformalny. Najtrudniejszy do oszacowania, z powodu braku ceny rynkowej, jest oczywiście koszt opieki nieformalnej. Musi on jednak zostać uwzględniony, gdyż stanowi rzeczywistą pracę redukującą koszt opieki formalnej. Jego wycena powinna obejmować koszt utraconych zarobków opiekuna nieformalnego oraz „wkład emocjonalny” spowodowany stresem i napięciem.

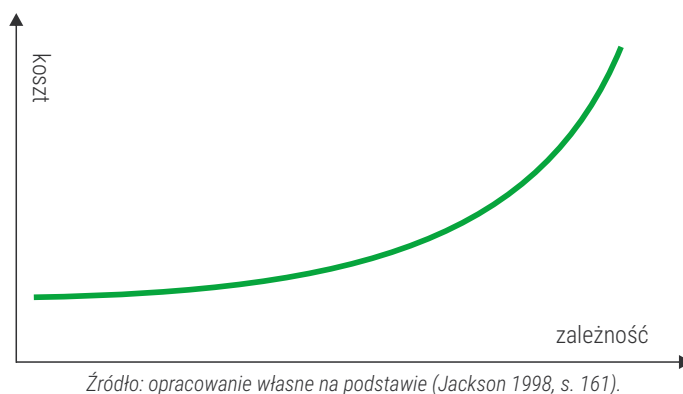
### Rysunek 1. Poziom zależności a koszt w sektorze opieki środowiskowej



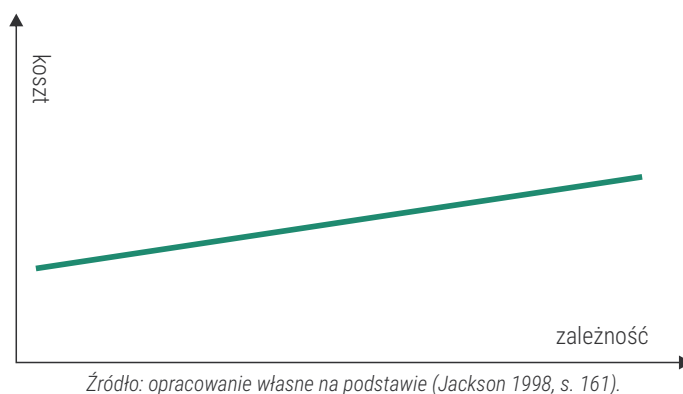
Z rysunku 1 wynika, że przy niskim poziomie zależności koszt opieki środowiskowej jest stosunkowo niski, jednak w miarę wzrostu zależności, koszty gwałtownie rosną. Jest to spowodowane koniecznością zwiększania zakresu świadczonych usług. Na pewnym etapie niezbędne jest udzielanie wsparcia we wszystkich aktywnościach codziennego życia, a także zapewnienie całodobowego nadzoru. W tej sytuacji opiekun nieformalny musi zrezygnować z pracy zarobkowej (co generuje koszty alternatywne), lub konieczne jest zaangażowanie opiekuna formalnego (co generuje koszty pieniężne). Wzrost kosztów w opiece środowiskowej związany jest również z koniecznością przystosowania miejsca zamieszkania do potrzeb osoby niesamodzielnej (m.in. likwidacja barier architektonicznych i urbanistycznych). Mieszkanie, podobnie jak zakłady opieki długoterminowej, powinno posiadać rozwiązania architektoniczne oraz wyposażenie zapewniające wygodne i bezpieczne warunki życia dla osób z ograniczeniami funkcjonalnymi.

W sektorze placówek opiekuńczych oraz opieki szpitalnej głównymi kosztami są koszty stałe (utrzymanie budynku oraz sprzętu, wynagrodzenie personelu) oraz koszty operacyjne (catering, utrzymanie czystości, nadzór). Rysunki 2 i 3 ilustrują wpływ zależności na koszty w tych sektorach.

### Rysunek 2. Poziom zależności a koszt w sektorze placówek opiekuńczych

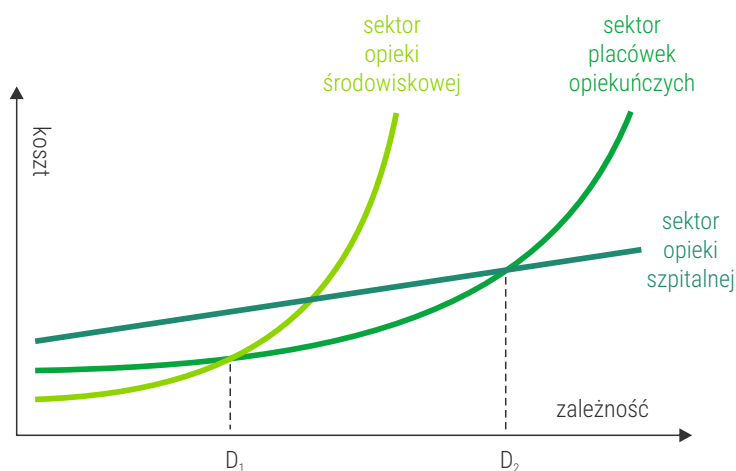


### Rysunek 3. Poziom zależności a koszt w sektorze opieki szpitalnej



W sektorze placówek opiekuńczych koszty utrzymują się na średnim poziomie, jednak przy bardzo wysokim poziomie zależności zaczynają dynamicznie rosnać, co spowodowane jest koniecznością zapewnienia specjalistycznego sprzętu i wzmożonej pielęgnacji. Z kolei w sektorze opieki szpitalnej koszty są wysokie niezależnie od poziomu zależności. Porównanie kosztów we wszystkich sektorach opiekuńczych prezentuje rysunek 4.

**Rysunek 4. Porównanie kosztów w sektorach opieki długoterminowej**



Źródło: Jackson 1998, s. 161.

Przy niskim poziomie zależności (do  $D_1$ ) najniższy jest koszt w sektorze opieki środowiskowej, przy średnim poziomie zależności ( $D_1$ - $D_2$ ) - w sektorze placówek opiekuńczych, natomiast przy wysokim poziomie zależności (powyżej  $D_2$ ) - w sektorze opieki szpitalnej.

Oczywiście powyższa analiza porównawcza ma tylko i wyłącznie charakter teoretyczny. Jest to prezentacja ujęcia modelowego. W rzeczywistości sprawa jest dużo bardziej skomplikowana. Koszty opieki w danym sektorze mogą być mocno zróżnicowane w zależności od: formy własności podmiotu opiekuńczego (podmioty prywatne zwykle są tańsze niż publiczne), jakości usług bytowych (placówki o wysokim standardzie lokalowym są droższe niż te o miernym standardzie), lokalizacji (placówki zlokalizowane w dużych aglomeracjach są z reguły droższe niż te zlokalizowane na terenach peryferyjnych), a także wielkości placówki (duże zakłady opiekuńcze są z reguły tańsze niż kameralne placówki).

### **Efektywność ekonomiczna w opiece długoterminowej**

Koszty to tylko jeden z aspektów analizy ekonomicznej. Drugi to preferencje i możliwości finansowe. Dopiero zestawienie tych dwóch aspektów daje pełny ogląd sytuacji. Koszty są bowiem ważnym, ale nie jedynym kryterium wyboru. Często zdarza się, że mimo wyższych kosztów, wybierana jest droższa forma opieki, ze względu na lepsze dopasowanie do indywidualnych potrzeb czy preferencji.

Deinstytucjonalizacja wiąże się ze wzrostem zagregowanych (całościowych) kosztów ponoszonych na opiekę długoterminową. Z perspektywy polityki społecznej i finansów publicznych kluczowe jest ustalenie, czy ten wzrost jest uzasadniony? Czy ponoszenie wyższych kosztów można wytłumaczyć wyższą efektywnością ekonomiczną?

Efektywność ekonomiczna oznacza osiągnięcie założonego efektu przy wykorzystaniu jak najmniejszej ilości zaangażowanych zasobów, bądź też osiągnięcie najlepszego rezultatu przy zaangażowaniu określonej ilości zasobów. Oznacza to, że efektywność ekonomiczna może być osiągnięta przy zwiększonych kosztach, jednak pod warunkiem, że wzrost tych kosztów przekłada się na odpowiednio duży wzrost uzyskanych efektów. W naszym przypadku chodzi o to, aby wzrost kosztów opieki pociągał za sobą odpowiednio duży przyrost zakładanych efektów. Pytanie tylko, co ma być tym efektem?

Przyjmując, że celem deinstytucjonalizacji ma być poprawa jakości życia osób niesamodzielnych, które w zamian za wyższą cenę otrzymują znacznie lepszą opiekę, to ponoszenie wyższych kosztów można uznać za w pełni racjonalne i uzasadnione.

## Wnioski

Deinstytucjonalizacja jest często postrzegana jako metoda ograniczania kosztów opieki długoterminowej. Decydenci polityczni widzą w niej szansę na powstrzymanie eskalacji wydatków ponoszonych na sferę socjalną. To przekonanie oparte jest jednak na błędnym założeniu, że opieka środowiskowa jest tańsza od opieki stacjonarnej, podczas gdy w rzeczywistości jest dokładnie na odwrót - opieka środowiskowa jest droższa od stacjonarnej.

To nieporozumienie jest konsekwencją formułowania wniosków na podstawie niepełnych przesłanek. Oczywiście, jeśli porównać ze sobą z jednej strony koszt pobytu osoby niesamodzielnej w domu pomocy społecznej czy zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub pielęgnacyjno-opiekuńczym, z drugiej zaś wynagrodzenie opiekunki środowiskowej, to wówczas faktycznie placówki stacjonarne jawią się jako bardzo kosztowna forma opieki. Należy jednak pamiętać, że te kategorie są absolutnie nieporównywalne, bowiem obejmują różne pakiety usług. Koszt opiekunki środowiskowej obejmuje tylko usługi opiekuńcze (i to świadczone w ograniczonym zakresie czasu), podczas gdy pobyt w domu pomocy społecznej obejmuje, poza usługami opiekuńczymi (świadczonymi całodobowo), także usługi bytowe, a pobyt w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub pielęgnacyjno-opiekuńczym dodatkowo obejmuje jeszcze usługi pielęgnacyjne i lecznicze. Porównywanie kosztów w tym przypadku jest jak porównywanie ze sobą jabłek z gruszkami.

Właściwa analiza porównawcza wymaga zestawienia ze sobą całkowitych kosztów opieki, przy założeniu, że zakres i jakość świadczonych usług jest wszędzie taki sam. Z takiego porównania wynika, że opieka środowiskowa jest najtańszą formą opieki tylko przy niskim poziomie zależności. Chodzi o to, że jeśli zakres potrzeb opiekuńczych nie jest mocno rozbudowany, to najmniej kosztowne jest udzielanie pomocy osobie niesamodzielnej w miejscu zamieszkania. Przy średnim i wysokim poziomie zależności najtańsza jest natomiast opieka stacjonarna. Mimo tego, że pobyt w zamkniętych placówkach jest stosunkowo drogi, to jednak koszt zapewnienia porównywalnej opieki w warunkach domowych byłby wyższy.

Niższy koszt opieki stacjonarnej wynika z ekonomii skali. Umasowienie działalności opiekuńczej, czyli jednoczesne udzielanie wsparcia wielu osobom niesamodzielnym, prowadzi do obniżenia przeciętnego kosztu opieki. Koszty funkcjonowania zakładu opieki długoterminowej są wysokie, ale w przeliczeniu na jednego klienta okazują się być dużo niższe, aniżeli zindywidualizowana opieka podobnej jakości udzielana każdemu z osobna w miejscu zamieszkania.

W związku z powyższym, nie można liczyć na to, że deinstytucjonalizacja, która zakłada odchodzenie od dużych placówek opiekuńczych na rzecz zorientowanych środowiskowo form opieki, doprowadzi do obniżenia kosztów. Mało tego, trzeba liczyć się z ich wzrostem. Konsekwencją deinstytucjonalizacji będzie wzrost zagregowanych (całkowitych) kosztów opieki długoterminowej. Tego wzrostu nie należy jednak rozpatrywać w kategoriach problemu, lecz w kategorii „dopłaty za wyższy standard”. Ograniczana jest bowiem opieka stacjonarna, która jest tańsza, ale gorsza i zastępowana jest opieką środowiskową, która jest co prawda droższa, ale za to dużo lepsza.

W związku z powyższym, w perspektywie wzrostu kosztów opieki długoterminowej, należy rekomendować zwiększenie nakładów na tę sferę. Idealnym rozwiązaniem byłoby zapewnienie stałego i niezależnego źródła finansowania, pochodzącego z dedykowanych danin publicznych w formie specjalnej składki na ubezpieczenie społeczne. Takie rozwiązanie było już rekomendowane w raporcie „Opieka długoterminowa w Polsce dzisiaj i jutro” (Błądowski 2019).

Decydenci polityczni zdecydowanie nie powinni szukać w deinstytucjonalizacji szansy na oszczędności. Jeśli faktycznie takie działanie miałyby miejsce, to należałoby je ocenić negatywnie, jako przejaw cynizmu politycznego. Oznaczałoby bowiem, że pod pozorem walki o godność osób niesamodzielnych, państwo ogranicza swoje zaangażowanie i przerzuca odpowiedzialność za ich los na rodzinę i/lub społeczność lokalną. W takiej sytuacji ciężar finansowy zmian byłby scedowany z instytucji publicznych na podmioty prywatne. Mało tego, rodzi to poważne zagrożenie niewłaściwą organizacją usług, co może uderzać w godność, a w skrajnym przypadku wręcz zagrażać bezpieczeństwu osób niesamodzielnych. Uzasadniona wydaje się zatem obawa, że wypaczona idea deinstytucjonalizacji może doprowadzić do patologicznej sytuacji, że zła opieka stacjonarna zostaje zastąpiona przez substandardową, czyli jeszcze gorszą opieką środowiskową.

## Bibliografia:

- Błądowski P. red. (2019), *Opieka długoterminowa w Polsce dzisiaj i jutro*, Warszawa: Koalicja „Na pomoc niesamodzielnym” (1 edycja)
- Jackson W.A. (1998), *The Political Economy of Population Ageing*, Cheltenham and Northampton: Edward Elgar Publishing Limited
- Jurek Ł. (2007), *Sektory opieki długoterminowej. Analiza kosztów*, „Gerontologia Polska”, t. 15, nr 4, s. 111-115
- Jurek Ł. (2012), *Ekonomia starzejącego się społeczeństwa*, Warszawa: Difin
- Knapp M., Beecham J., McDavid D., Matosevic T., Smith M. (2011), *The economic consequences of deinstitutionalisation of mental health services: lesson from a systematic review of European experience*, „Health and Social Care in the Community”, 19(2), s. 113-125



## 7. WNIOSKI I REKOMENDACJE

Piotr Błędowski

ORCID: 0000-0003-4207-2283

Lektura całości raportu prowadzi do konstatacji, że deinstytucjonalizacja (DI) jest tyleż konieczna, co trudna. Jej niezbędność wynika przede wszystkim z faktu, że ma ona niewątpliwie wpływ na jakość życia osób zależnych. Jak podkreślano wcześniej, istotnym elementem tej jakości jest zachowanie podmiotowości, uniknięcie niedogodności płynących z życia w instytucji i podlegania jej reżimowi oraz możliwość dokonywania wyboru. Wybór ten dotyczy - zgodnie z artykułem 19 KPO - także miejsca i formy zamieszkiwania.

Trudności związane z deinstytucjonalizacją dotyczą obecnie przede wszystkim braku jej jasnej i akceptowanej przez wszystkich interesariuszy koncepcji, a w związku z tym i braku szacunku niezbędnych kosztów, braku porozumienia co do jej przebiegu i niepełnego uwzględnienia w planach sytuacji zewnętrznej, w tym stanu finansów publicznych oraz sytuacji na rynku pracy.

Wydaje się, że w ramach prac nad deinstytucjonalizacją opieki długoterminowej można by było równocześnie podjąć lub przyspieszyć prace nad dwoma obszarami. Pierwszy z nich to oczywiście **dyskusja i wypracowanie docelowego kształtu DI**. Drugi to **dokonanie swego rodzaju bilansu otwarcia, a więc inwentaryzacji dostępnych usług świadczonych w środowisku miejsca zamieszkania** i w warunkach półotwartych oraz analizy ich przestrzennego rozmieszczenia. Trzeci, którego realizacja powinna nastąpić nieco później, to **określenie - na podstawie rezultatów dwóch pierwszych zadań - etapów działania, kamieni milowych, jakie powinny zostać w ramach poszczególnych etapów osiągnięte oraz ustalenie harmonogramu działania i budżetu** z wyróżnieniem środków pochodzących z budżetu państwa, budżetów samorządowych oraz programów krajowych i międzynarodowych.

### Docelowy kształt deinstytucjonalizacji

Jakkolwiek powszechny jest pogląd o jej celowości i potrzebie wprowadzenia zmian, to dotychczasowa dyskusja ujawnia wiele różnic w poglądach. Zasadne chyba wydaje się stwierdzenie, że DI nie jest celem samym w sobie, ale instrumentem służącym poprawie jakości życia osób zależnych. To właśnie poprawa tej jakości jest celem nadrzędnym opieki długoterminowej, a jego osiągnięcie będzie możliwe nie tylko dzięki deinstytucjonalizacji rozumianej jako odejście od narzuconego reżimu trybu życia, ale i w wyniku innych aktywności. Skupienie uwagi na deinstytucjonalizacji wynika przede wszystkim stąd, że jest to działanie ze wszystkich najtrudniejsze, wymagające najdłuższego okresu realizacji i najwyższych kosztów.

W Polsce istnieje powszechna zgoda co do potrzeby realizacji jednego z dwóch podstawowych zadań DI, jakim jest rozbudowa usług środowiskowych świadczonych w miejscu zamieszkania. Istnieje jednak różnica zdań co do drugiego z niezbędnych działań, jakim jest ograniczenie funkcjonowania już istniejących instytucji. Piszę specjalnie o ograniczeniu, ponieważ skuteczność polityki społecznej zawsze wymaga działań o charakterze ewolucyjnym, a te z kolei wymagają czasu. Zresztą sam art. 19 KPO mówi o prawie wyboru miejsca zamieszkania i można sobie wyobrazić sytuację, kiedy niektóre osoby, zapewne nie tylko te już mieszkające w placówkach, będą preferowały taką formę zamieszkania.

Dyskusja nad kształtem deinstytucjonalizacji, a więc także nad pytaniem, jak daleko powinna ona sięgnąć (de facto, w jakim stopniu powinna dotknąć istniejące placówki) jest niezbędna także po to, by zidentyfikować głównych aktorów procesu DI. Z jednej strony będzie to państwo i administracja publiczna, które powinny uczestniczyć w nadaniu końcowego kształtu i określeniu celu tego procesu, przyjmując na siebie zapewne większość związanych z nim obciążeń finansowych, a przede wszystkim - odpowiedzialność polityczną za jego realizację i powodzenie. Z drugiej natomiast będą to podmioty opieki długoterminowej. Mają one charakter publiczny lub niepubliczny, co może jednak wpływać na różnicę interesów i odmienne nastawienie do DI. Wśród podmiotów na szczególne wyróżnienie zasługują te, których zadaniem będzie zapewnienie dostępu do środowiskowych świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych. Są to przede wszystkim publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, udzielające usług środowiskowych (zwłaszcza świadczeń pielęgnarskiej opieki długoterminowej domowej) oraz ośrodki pomocy społecznej, organizujące świadczenia opiekuńcze. Istotną - a chwilami wręcz prekursorską - rolę w tym procesie odgrywają domy pomocy społecznej, podejmujące działania w kierunku deinstytucjonalizacji poprzez rozwój mieszkań chronionych i innych form usamodzielnienia. Trzeba jednak pamiętać, że takie działania odbywają się w ramach

działania placówki, toteż nie wszyscy zwolennicy DI uznają je za inicjatywy deinstytucjonalizujące obecną strukturę opieki długoterminowej. Niezależnie od niekwestionowanej wartości tego rodzaju wysiłków, nie zapewnią one faktycznej i trwałej deinstytucjonalizacji, o ile nie zostaną uzupełnione przez wszechstronny rozwój i dostęp do usług środowiskowych.

Działania DI nie powinny zatem przebiegać jednokierunkowo, ani wyłącznie odgórnie, ani też tylko oddolnie, ale wzajemnie się uzupełniać. Deinstytucjonalizacja jest zupełnie nowym procesem, a doświadczenia innych krajów nie dadzą się automatycznie wykorzystać z uwagi na różnice kulturowe i odmienny poziom rozwoju infrastruktury. Należy zatem oczekiwać, że ostateczny model DI w Polsce zostanie ukształtowany w drodze kolejnych przybliżeń i konsultacji wszystkich zainteresowanych stron. Taki stopniowy proces pozwoli na poprawę atmosfery wokół deinstytucjonalizacji poprzez przezwyciężenie nieufności między jej różnymi aktorami co do zamiarów, a także konsekwencji podejmowanych działań. Mamy bowiem na jednej szali jakość życia osób zależnych, a na drugiej - pewność zatrudnienia pracowników instytucji i niejednokrotnie brak przekonania o trwałości i racjonalności zasad finansowania nowo powstających jednostek udzielających usług w miejscu zamieszkania. Ewolucyjny charakter podejmowanych działań powinien sprzyjać rozwiązaniu takich problemów oraz zapewnić odpowiednie zaspokojenie potrzeb osób korzystających z usług opieki długoterminowej.

Istotnym elementem dyskusji powinny być aspekty finansowe. Na razie poruszamy się w obrębie bardzo ogólnych szacunków czy nawet listy przedmiotowej wydatków bez określania ich rozmiarów. Konkretyzacja wiedzy w tym zakresie wymaga zdefiniowania realnego celu DI. Dopiero wówczas możliwa będzie decyzja polityczna, jaką jest przeznaczenie środków publicznych na zmianę struktury, form i skali opieki długoterminowej. Wymaga to długookresowego planowania, a nie doraźnych decyzji, które mogłyby prowadzić do nieoczekiwanych zmian w tempie procesu. Ewentualne ryzyko reinstytucjonalizacji byłoby nie tylko poważną stratą wizerunkową, ale przede wszystkim - traumatycznym przeżyciem dla osób nią dotkniętych. Byłoby to absolutnie niedopuszczalne.

Wydaje się, że zasadny co do meritum i idealny z punktu widzenia KAPON model deinstytucjonalizacji będzie trudny do osiągnięcia nawet w najbardziej zamożnych krajach. Taki cel powinien znajdować się na horyzoncie DI, ale trzeba mieć świadomość, że w pierwszej kolejności będziemy dążyć do osiągnięcia celów częściowych, polegających na radykalnym zwiększeniu dostępności do usług środowiskowych i dzięki temu na stopniowym zmniejszeniu liczby osób pozostających w instytucjach.

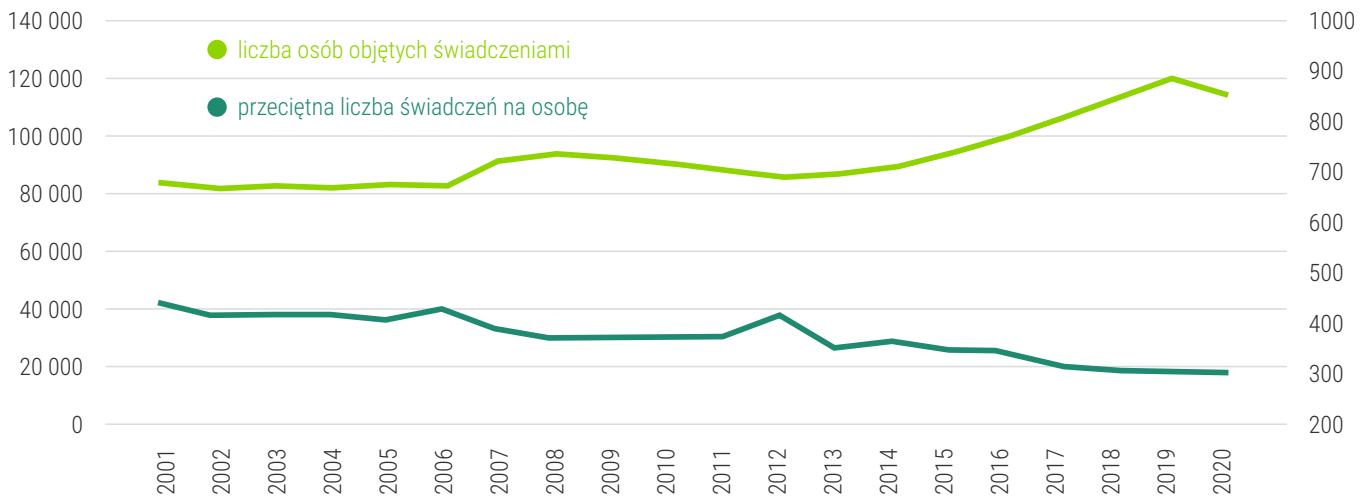
### **Inwentaryzacja dostępnych usług świadczonych w środowisku miejsca zamieszkania**

Bez wchodzenia w szczegóły, należy po raz kolejny podkreślić, że rozwój usług środowiskowych jest warunkiem koniecznym procesu deinstytucjonalizacji. Można go traktować jako drugą stronę medalu: nie ma DI bez dostatecznej dostępności usług w miejscu zamieszkania. Nie chodzi przy tym wyłącznie o usługi pielęgnacyjne i opiekuńcze, choć te oczywiście wysuwają się na pierwszy plan.

Jeżeli wziąć pod uwagę dane pochodzące ze sprawozdań resortowych dotyczących świadczeń pomocy społecznej, to okaże się, że dotychczasowe działania na rzecz rozwoju usług opiekuńczych przyniosły ograniczony efekt. Przypomnieć należy, że jednym z celów nowelizacji ustawy o pomocy społecznej w 2004 roku miało być skłonienie OPSów do działań w kierunku rozwoju usług opiekuńczych jako tańszych niż finansowanie pobytu mieszkańców w placówce. Argument czysto finansowy nie okazał się jednak skuteczny. Od roku 2005, kiedy ustawa weszła w życie, do 2019 roku liczba osób korzystających z usług opiekuńczych (łącznie ze specjalistycznymi) wzrosła o 45,5%. Kwota przeznaczona na finansowanie tych świadczeń wzrosła aż o 156,7%, ale liczba udzielonych świadczeń - tylko o 10,2%<sup>11</sup>. Wykres 1 pokazuje, jak w ciągu ostatnich 20 lat zmieniła się liczba osób korzystających ze świadczeń opiekuńczych oraz przeciętna liczba świadczeń w przeliczeniu na jedną osobę w ciągu roku.

<sup>11</sup> Obl. wł. na podst. corocznych sprawozdań pomocy społecznej MRPiPS-03, dostępnych na stronie <https://www.gov.pl/web/rodzina/statystyki-pomocy-spoecznej>. Nie biorę pod uwagę danych za rok 2020 ze względu na pandemię COVID-19, która spowodowała znaczne zmniejszenie liczby udzielonych świadczeń.

**Wykres 1. Liczba osób korzystających ze świadczeń opiekuńczych w latach 2001-2020 oraz przeciętna liczba świadczeń w przeliczeniu na jedną osobę rocznie**



Źródło: Obl. wł. na podst. corocznych sprawozdań pomocy społecznej MRPIPS-03, dostępnych na stronie <https://www.gov.pl/web/rodzina/statystyki-pomocy-spoolecznej>.

Na uwagę zasługuje fakt, że w Polsce od początku XXI wieku przeciętna liczba świadczeń opiekuńczych przypadająca na jedną osobę w ciągu roku spadła z 420 do 305. Oznacza to, że obecnie osoba korzystająca z tych usług jest odwiedzana rzadziej niż raz dziennie, zapewne głównie w dni powszednie. Zależność/niesamodzielność ma jednak to do siebie, że jest odczuwalna każdego dnia. Obecnie notowany brak możliwości uzyskania wsparcia środowiskowego codziennie jest wart podkreślenia w dyskusji nad deinstytucjonalizacją. Co więcej, na podstawie tych samych sprawozdań można wyliczyć, że w latach 2019 i 2020 osoby korzystające ze świadczeń opiekuńczych stanowią około 10% wszystkich osób korzystających z pomocy środowiskowej. Koszt tych świadczeń przekracza jednak 20% wartości wszystkich świadczeń środowiskowych. Stawia to pod poważnym znakiem zapytania możliwość dalszego zwiększania dostępności usług opiekuńczych w obecnej strukturze pomocy społecznej. Finansowanie usług opiekuńczych jest tylko jednym z jej zadań i nie może zdominować całej działalności tego elementu zabezpieczenia społecznego. Dalszy, i to znaczny, wzrost wydatków samorządowych na pomoc społeczną jest mało prawdopodobny. W tym miejscu godzi się przypomnieć, że jedną z głównych przyczyn powstania w Niemczech społecznego (a więc obowiązkowego) ubezpieczenia pielęgnacyjnego był nacisk samorządów terytorialnych, by odbarczyć je z finansowania świadczeń na zakup usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych oraz samego finansowania takich form wsparcia. Powstanie niezależnego pod względem finansowym ubezpieczenia pielęgnacyjnego w ogromnym stopniu przyczyniło się do zwiększenia podaży usług środowiskowych w Niemczech, choć - co też warto podkreślić - nie wpłynęło to na zmniejszenie znaczenia pomocy instytucjonalnej.

Ocena dostępnych danych wskazuje jednak, że zwiększenie podaży usług środowiskowych, w tym opiekuńczych będzie niezwykle trudne bez zmiany sposobu ich finansowania<sup>12</sup>. To kolejne wyzwanie stojące przed DI, które trzeba wziąć pod uwagę w dalszych pracach. Inny element, jaki wymaga uwzględnienia w analizach, to związany z poprawą dostępności usług wzrost zatrudnienia w tym sektorze. Obecnie zatrudnienie w usługach opiekuńczych jest mało konkurencyjne z powodu niskiego wynagrodzenia przysługującego opiekunom. Podniesienie prestiżu tego zawodu i pozyskanie pracowników wymaga zwiększenia poziomu wynagrodzeń, co należałoby traktować jako szczyt wielkiej góry lodowej zmian, jakie okażą się wówczas niezbędne. Niektóre kraje korzystają chętnie w tym przypadku z możliwości zatrudnienia migrantów zarobkowych lub wręcz imigrantów, ale wymaga to społecznej akceptacji oraz podniesienia atrakcyjności kraju jako celu procesów migracyjnych.

Wprawdzie przytoczone przykłady odnoszą się do pionu pomocy społecznej, ale w pionie medycznym mamy taką samą sytuację. Niedoinwestowanie i braki kadrowe powodują identyczne problemy.

O etapach działania nie piszę, ponieważ ich ustalenie musi być efektem zaakceptowania podstawowych kwestii, jakimi są cel i kształt deinstytucjonalizacji oraz sposób jej finansowania.

<sup>12</sup> Należałoby również uwzględnić możliwość wykorzystania programu Dostępność plus.

Powodzenie procesu deinstytucjonalizacji w opiece długoterminowej uwarunkowane jest zatem wieloma czynnikami, wśród których należy zwrócić uwagę na następujące:

- uzyskanie konsensusu politycznego co do potrzeby samej deinstytucjonalizacji,
- osiągnięcie porozumienia co do zdefiniowania jej celu,
- wskazanie horyzontu czasowego całego procesu,
- wskazanie stabilnych źródeł finansowania deinstytucjonalizacji,
- oszacowanie docelowej skali zmian w strukturze zatrudnienia i podjęcie odpowiednich działań na rynku pracy,
- ustalenie etapów pośrednich realizacji programu i wskaźników służących ewaluacji.

Jakkolwiek wymienione czynniki stwarzają wrażenie technicznych, trzeba pamiętać, że realizacja programu deinstytucjonalizacji, niezwykle ważnego i potrzebnego ze względów humanitarnych, wymaga odpowiedniego oprzyrządowania makroekonomicznego i zarządczego. Kluczową rolę odgrywa jednak uzyskanie akceptacji społecznej dla długotrwałego i kosztownego procesu, którego beneficjentem może być wszakże każdy członek społeczeństwa. Działania w tym zakresie wymagają zgody politycznej, która zagwarantuje, iż zmiany polityczne nie będą pociągały za sobą zmian w realizacji programu.

Pamiętając, że deinstytucjonalizacja jest instrumentem, a nie celem, należy wziąć także pod uwagę inne, uzupełniające działania. Są nimi na przykład: poszukiwanie dodatkowych źródeł finansowania (metoda ubezpieczeniowa czy zaopatrzeniowa?), intensyfikacja programów profilaktycznych i rehabilitacyjnych czy też wspieranie rozwoju wolontariatu i opiekunów rodzinnych. Deinstytucjonalizacja będzie niejako operacją przeprowadzaną na żywym organizmie społeczeństwa, a zwłaszcza na jego najbardziej wrażliwych tkankach, jakimi są osoby zależne. Wymaga to dużej odpowiedzialności, starannego przygotowania, i świadomości, że zapoczątkowany proces nie może zostać przerwany, a jego trudno mierzalne korzyści wynikające z jego realizacji okażą się per saldo znacznie większe od wymiernych i nieuniknionych kosztów.

Projekt badawczy zrealizowany dzięki wsparciu:





ISBN 978-83-948272-7-4



9 788394 827274