

TEORIA I PRAKTYKA DZIAŁANIA INSTYTUCJI OPIEKI W POLSCE

raport końcowy



Redakcja
Julita Pieńkosz
Anna Matejczuk

WARSZAWA 2015



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



MINISTERSTWO PRACY
I POLITYKI SPOŁECZNEJ

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY





TEORIA I PRAKTYKA DZIAŁANIA INSTYTUCJI OPIEKI W POLSCE

RAPORT KOŃCOWY

Redakcja: Julita Pieńkosz, Anna Matejczuk

Warszawa 2015

Zawarte w tej publikacji poglądy i konkluzje wyrażają opinie autorów i nie muszą odzwierciedlać oficjalnego stanowiska Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej.

Publikacja została opracowana w ramach projektu systemowego realizowanego przez Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich pn. „Formalne i nieformalne instytucje opieki w Polsce. Etap pierwszy prac”, zainicjowanego przez Departament Analiz Ekonomicznych i Prognoz Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej.

Redakcja merytoryczna: Anna Matejczuk, Julita Pieńkosz, (PBS)

Autorzy:

Anna Karasińska
Agata Kosińska
Jolanta Kwiecień
Natalia Hipsz
Katarzyna Smolińska
Agata Szocińska-Oleksiak
Anna Matejczuk
Adam Mordzon
Aleksandra Wzorek
Magdalena Zalega

Konsultacja merytoryczna:

prof. Ewa Leś, Uniwersytet Warszawski
prof. Piotr Błędowski, Szkoła Główna Handlowa
Eliza Iwańska, Departament Analiz Ekonomicznych i Prognoz MPiPS
Monika Siergiejuk, Departament Analiz Ekonomicznych i Prognoz MPiPS

Recenzja:

dr Zofia Szweda-Lewandowska, Uniwersytet Łódzki
dr Ryszard Necel, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

@ Copyright by Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej; Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich

ISBN 978-83-7951-354-3

Publikacja bezpłatna

Nakład 3000 egz.

Redakcja techniczna, korekta i skład: PBS sp. z o.o.

Projekt okładki, druk i dystrybucja:

Proprint Usługi Poligraficzne, biuro@proprint.biz.pl, tel.: 22 711 99 91



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



**Ministerstwo Pracy
i Polityki Społecznej**

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Publikacja współfinansowana przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



SPIS TREŚCI

WSTĘP	5
1. WPROWADZENIE	7
2. METODYKA BADAŃ	11
2.1. Operacjonalizacja pojęć.....	11
2.2. Zakres podmiotowy i przedmiotowy badania	15
2.3. Zastosowane techniki i metody gromadzenia danych.....	17
2.4. Zakres terytorialny prowadzonych badań.....	23
2.5. Zakres czasowy prowadzonych badań	28
3. PUBLICZNE WYDATKI NA OPIEKĘ	29
3.1. Ogólna charakterystyka systemu finansowania opieki ze środków publicznych.....	30
3.2. Wydatki samorządów na opiekę	35
4. KOSZTY OPIEKI NA JEDNEGO PODOPIECZNEGO I ZASADY PONOSZENIA ODPŁATNOŚCI W FORMALNYCH INSTYTUCJACH OPIEKI	53
4.1. Opieka nad dziećmi w wieku 0-5 lat	54
4.2. Opieka nad osobami starszymi, chorymi i niepełnosprawnymi.....	67
5. ZARZĄDZANIE OPIEKĄ.....	85
5.1. Autonomia i odpowiedzialność	86
5.2. Myślenie strategiczne.....	99
5.3. Współpraca	119
5.4. Partycypacyjność i zorientowanie na podopiecznego	138
6. OPIEKUNOWIE FORMALNI.....	165
6.1. Wizja opieki idealnej według opiekunów	167
6.2. Warunki pracy opiekunów	169
7. JAKIE BĘDZIE ZAPOTRZEBOWANIE NA OPIEKĘ, A JAKA PODAŻ INSTYTUCJI OPIEKI I OPIEKUNÓW?.....	183
8. PROBLEMY SYSTEMU MONITOROWANIA OPIEKI W POLSCE.....	199
9. OCENA ROZWIĄZAŃ PRAWNYCH.....	213

SPIS TREŚCI

10. JAKIE GŁÓWNE BARIERY ROZWOJU INSTYTUCJI OPIEKI MOŻNA WSKAZAĆ W POLSCE?	269
11. NA JAKIE POTRZEBY I PROBLEMY NALEŻY ODPOWIEDZIEĆ, BY PLANOWANE DO REALIZACJI W NOWEJ PERSPEKTYWIE FINANSOWEJ UE 2014-2020 DZIAŁANIA W ZAKRESIE OPIEKI BYŁY EFEKTYWNE?.....	279
SPIS TABEL	291
SPIS WYKRESÓW I RYSUNKÓW	293
BIBLIOGRAFIA.....	294



WSTĘP

Szanowni Państwo,

Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich zakończyło realizację projektu systemowego pn.: „Formalne i nieformalne instytucje opieki w Polsce. Etap pierwszy prac”, współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego. Badanie „Diagnoza i analiza funkcjonowania formalnych i nieformalnych instytucji opieki w Polsce” zostało wykonane przez Centrum Badawczo-Rozwojowe PBS na zlecenie Centrum RZL i pod merytorycznym nadzorem Departamentu Analiz Ekonomicznych i Prognoz Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej.

Nadrzędnym celem projektu jest poprawa skuteczności działania instytucji pomocy i integracji społecznej oraz innych instytucji świadczących opiekę osobom zależnym, m.in. dzieciom, osobom niepełnosprawnym oraz osobom starszym. Celem pośrednim jest m.in. wzmocnienie efektywności polityki państwa i samorządów w zakresie wspierania różnych instytucji opieki w Polsce.

Wyniki badania, wraz z rekomendacjami, zawarte zostały m.in. w raporcie końcowym pn.: „**Teoria i praktyka działania instytucji opieki w Polsce**”, który Państwu przekazujemy.

Rezultaty projektu zostaną wykorzystane m.in. do opracowania i realizacji działań wdrożeniowych, które są planowane przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej w nowej perspektywie finansowej UE 2014-2020. Działania wdrożeniowe będą polegały na przetestowaniu i pilotażowym zastosowaniu rozwiązań przełamujących zidentyfikowane w badaniu bariery rozwoju instytucji opieki w Polsce.

Mamy nadzieję, iż niniejszy raport, poprzez dostarczenie pogłębionej diagnozy sytuacji wskazanych grup i określenie skali dopasowania świadczonej opieki do potrzeb podopiecznych, przyczyni się do zwiększenia efektywności działań podejmowanych przez instytucje pomocy i integracji społecznej oraz władze państwowe i samorządowe do właściwego kreowania polityki społecznej na poziomie lokalnym i regionalnym w zakresie organizacji i wspierania opieki w Polsce.

Dariusz Kapusta
Dyrektor Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich



1. WPROWADZENIE

prof. dr hab. Piotr Błędowski, Anna Karasińska

Zapewnienie opieki grupom osób niesamodzielnych staje się coraz ważniejszym zadaniem dla lokalnej polityki społecznej. Rosnące znaczenie tego problemu wynika z dwóch podstawowych przyczyn, a mianowicie zmiany struktury demograficznej osób wymagających wsparcia oraz zmiany struktury i funkcji rodziny, na której dotychczas często spoczywał główny ciężar zapewnienia opieki.

Spadek liczby urodzin powoduje wprawdzie bezpośrednio zmniejszenie liczby rodzin z dziećmi wymagającymi opieki, ale trzeba podkreślić, że zmiany sytuacji na rynku pracy pociągają za sobą zmiany w strukturze zapotrzebowania na różne formy wsparcia. Dotyczy to przede wszystkim opieki nad małym dzieckiem, która umożliwiłaby pogodzenie obowiązków rodzinnych i pracy zawodowej. Równocześnie w populacji korzystającej z opieki wzrasta systematycznie liczba oraz odsetek osób starszych. Ponadto stale wydłuża się okres korzystania z opieki, niezależnie od jej formy i podmiotów jej udzielających. Wynika to z wydłużenia przeciętnego czasu trwania życia i dłuższego okresu korzystania z szeroko rozumianych świadczeń opiekuńczych w przypadku niesamodzielności. Opieka, z której korzystają seniorzy i osoby przewlekle chore, nie ogranicza się jednak do typowych sytuacji opiekuńczych. Coraz częściej ludzie o ograniczonej samodzielności potrzebują takiej pomocy, która ma na celu ułatwienie funkcjonowania w środowisku, a nie tylko zaspokojenie podstawowych potrzeb opiekuńczych. Mamy zatem do czynienia ze zmianami o charakterze ilościowym oraz jakościowym. Te ostatnie wyrażają się w potrzebie organizacji wsparcia wykraczającego poza działania związane z ograniczeniem samodzielności i interwencje związane z chorobą. Miejscem wsparcia nie jest obecnie wyłącznie mieszkanie seniora lub placówka, w której przebywa, ale cała przestrzeń społeczna, z której korzystają osoby starsze.

Postępujące ograniczenie możliwości rodziny i innych opiekunów nieformalnych wymusza zwiększenie zapotrzebowania na świadczenia opiekuńcze udzielane przez jednostki podległe administracji publicznej (np. ośrodki pomocy społecznej), organizacje pozarządowe oraz podmioty działające na rynku usług udzielanych odpłatnie. Kluczowe jest przy tym prawidłowe zdiagnozowanie w skali lokalnej (gminy, ewentualnie powiatu) potrzeb rodzin z dziećmi do lat 5 oraz osobami starszymi, jak również jednoosobowych gospodarstw prowadzonych przez osoby starsze. Taka diagnoza powinna wykroczyć poza rozpoznane już obszary związane z niesamodzielnnością i zapewnieniem równowagi między pracą zawodową a życiem rodzinnym. W rezultacie powinno stać się możliwe określenie, jakie formy opieki wymagają szczególnej uwagi ze strony władz lokalnych, jakie środki muszą zostać zaangażowane, by udzielane świadczenia okazały się skuteczne, oraz zidentyfikowane powinny zostać podmioty mogące udzielić pomocy.

Podkreślenie szczególnej roli diagnozy wynika nie tylko z przekonania, iż każda prawidłowo realizowana polityka musi się opierać na kompetentnie opracowanej diagnozie i strategii działania, ale i ze świadomości, że następuje obecnie istotne przewartościowanie opieki. Polega ono na traktowaniu świadczeń opiekuńczych jako takich, które nie tylko pozwalają na zaspokojenie podstawowych potrzeb związanych z godnym funkcjonowaniem osoby niesamodzielnej w jej mieszkaniu, ale także zapewniają aktywny – na miarę możliwości osoby niesamodzielnej – udział w życiu społecznym i obecność w lokalnej społeczności. Opieka, poza wszystkimi zadaniami społecznymi i zdrowotnymi, ma zapobiegać wykluczeniu osób niesamodzielnych.

W Polsce mamy do czynienia ze znacznymi brakami w zakresie świadczeń środowiskowej pomocy społecznej oraz opieki długoterminowej udzielanej w miejscu zamieszkania. Wynika to w znacznej mierze ze stosunkowo wysokich kosztów świadczeń środowiskowych. W przypadku pomocy społecznej są one ponoszone, zależnie od rodzaju pomocy, przez samorząd gminny lub powiatowy. W obecnym stanie prawnym samorząd praktycznie nie jest w stanie ponieść większych wydatków na ten cel. Potrzeba zatem dyskusji na temat zmiany sposobu finansowania świadczeń opiekuńczych i poprawy ich dostępności, a także na temat prowadzenia rzetelnej i systematycznej diagnozy, która będzie pierwszym krokiem w marszu do skutecznego systemu opieki.



*

Niniejsza publikacja powstała w ramach projektu „Formalne i nieformalne instytucje opieki. Etap pierwszy prac” z myślą o przedstawieniu kwestii podaży na usługi opiekuńcze. Jest to druga z dwóch publikacji książkowych powstałych w ramach projektu, której celem jest podsumowanie głównych wniosków płynących z badań i wynikających z nich rekomendacji.

Pierwsza ze wspomnianych publikacji koncentruje się na tematyce popytu na opiekę, pokazując, jaka jest obecnie skala zapotrzebowania na usługi opiekuńcze wśród różnych grup interesariuszy, jaka jest dostępność tych usług oraz jak duży problem niedopasowania występuje między popytem a podażą, a także: czy i jak na współczesne wyzwania polityki społecznej odpowiada rynek pracy oraz jak współczesne gospodarstwa domowe postrzegają zagadnienia opieki i jak jest ona organizowana w ramach domostwa.

Przedstawiony materiał stanowi łącznie pomoc w poszukiwaniu odpowiedzi na najważniejsze wyzwania polityki społecznej w Polsce w obszarze opieki, o których była mowa w tym wprowadzeniu. Próba kompleksowego spojrzenia na kwestie opieki i odejście od sektorowego rozpatrywania problemu stanowi o wyjątkowości tych pozycji.

Niniejszy raport został podzielony na dwie części. Pierwsza ma za zadanie odpowiedzieć na trzy podstawowe pytania:

Jakie są koszty opieki (1), w tym określenie sytuacji finansowej sektora publicznego i wpływu na funkcjonowanie sektora opieki. W niniejszym rozdziale poddano analizie wysokość wydatków publicznych na opiekę i przedstawiono ogólne mechanizmy finansowania opieki ze środków publicznych i prywatnych.

Na skalę podaży opieki ma również wpływ to, w jaki sposób zarządzany jest system opieki, co stanowi kolejne pytanie (2), na jakie starano się odpowiedzieć w niniejszej publikacji. Zarządzanie w opiece zostało przeanalizowane z perspektywy autonomii i odpowiedzialności samorządów i instytucji opieki w kształtowaniu własnej polityki. Ocenie poddany został także sposób planowania strategicznego oraz zakres współpracy międzyinstytucjonalnej w odniesieniu do opieki w badanych powiatach. Rozdział zamyka analiza uwzględniająca możliwość wpływu podopiecznego na świadczoną opiekę. Trzecie zagadnienie (3), zamykające pierwszą część raportu, odnosi się do współzależności między pracą opiekunów formalnych a kwestią podaży opieki.

WPROWADZENIE

Druga część raportu stanowi podsumowanie wyników badań ze szczególną koncentracją na problemie braków i niedopasowań w systemie instytucji opieki, z wielkim naciskiem na regulacje prawne i kwestie monitoringu. Zakończeniem tej części publikacji jest zbiór rekomendacji i propozycje działań pilotażowych, które – zdaniem autorów – powinny zostać przetestowane, a następnie wdrożone w celu zwiększenia efektywności systemu opieki.



2. METODYKA BADAŃ

2.1. OPERACJONALIZACJA POJĘĆ

Zgodnie z założeniami projektu, prace badawcze i analityczne prowadzone w niniejszym projekcie miały charakter badań naukowych, co niesie za sobą konieczność stosowania wymogów i reguł poprawności metodologicznej i naukowej rzetelności. Zasadniczym elementem metody naukowej jest stosowanie ścisłych definicji opisywanych zagadnień, również w odniesieniu do badanej populacji i składających się na nią jednostek analizy. Warto jednak podkreślić, że mimo precyzyjnego odwoływania się do opieki i związanych z nią kategorii analitycznych, respondenci nieraz interpretowali je wykorzystując własny aparat pojęciowy i poznawczy.

Przede wszystkim konieczne było określenie ram definicyjnych samego pojęcia opieki. Określono, że jest to aktywność polegająca na zaspokajaniu potrzeb, których nie może lub nie umie przejściowo lub trwale samodzielnie zaspokajać podopieczny. Potrzeby te są istotne z uwagi na możliwość przeżycia, zachowanie zdrowia, prawidłowy rozwój i jakość życia. Opieka może przybierać różne formy, charakteryzuje się jednak cyklicznością i przynajmniej przez pewien okres – stałością. W czasie trwania projektu tak szeroka definicja okazywała się czasami problematyczna. Doprecyzowano więc, że opieka nie obejmuje działań takich jak leczenie, terapia, rehabilitacja, nauczanie, aktywizacja zawodowa, poradnictwo. Badani jednak często w swoim rozumieniu kwestii opieki powracali do tej szerokiej definicji, o czym będzie mowa w dalszych rozdziałach.

Podopiecznym jest osoba wymagająca opieki ze względu na niemożność lub nieumiejętność samodzielnego zaspokajania pewnych potrzeb. Podopieczny jest czasami określany jako osoba zależna lub niesamodzielna. W projekcie uwzględniono następujące grupy podopiecznych:

- dzieci w wieku żłobkowym, tj. w wieku do lat 3,
- dzieci w wieku przedszkolnym, tj. w wieku 3-5 lat,
- osoby chore somatycznie,
- osoby chore psychicznie,

METODYKA BADAŃ

- ▮ osoby niepełnosprawne fizycznie,
- ▮ osoby z niepełnosprawnością intelektualną,
- ▮ osoby starsze.



Gospodarstwem domowym nazywamy zespół osób, spokrewnionych ze sobą lub niespokrewnionych, mieszkających razem, wspólnie utrzymujących się lub nie-utrzymujących się razem, ale świadczących sobie wzajemnie opiekę i pomoc w różnych codziennych czynnościach. Do składu gospodarstwa domowego zalicza się:

- ▮ osoby mieszkające razem w gospodarstwie domowym i wspólnie utrzymujące się, przebywające w gospodarstwie domowym przez okres co najmniej 6 miesięcy (należy wziąć pod uwagę rzeczywisty lub zamierzony okres przebywania w gospodarstwie domowym),
- ▮ osoby nieobecne w gospodarstwie domowym z racji pracy zawodowej, jeśli dochody z pracy tych osób przekazywane są rodzinie na utrzymanie, np.: osoby pracujące za granicą, ale przekazujące część swoich zarobków rodzinie w Polsce,
- ▮ osoby nieobecne w gospodarstwie domowym, w wieku do 17 lat włącznie, pobierające naukę poza miejscem zamieszkania, mieszkające w internatach, bursach lub w domach prywatnych,
- ▮ osoby nieobecne w gospodarstwie domowym w okresie badania, przebywające w placówkach zapewniających całodobową opiekę (np. placówka opiekuńczo-wychowawcza, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, hospicjum, dom pomocy społecznej), niezależnie od okresu pobytu poza gospodarstwem domowym, np.: senior domu przebywający w domu pomocy społecznej,
- ▮ osoby nieobecne w gospodarstwie domowym w okresie badania, przebywające w innych niż placówki zapewniające całodobową opiekę zakładach/placówkach (np. szpitale, zakłady poprawcze, hotele robotnicze, domy studenta), jeżeli ich rzeczywisty lub zamierzony okres pobytu poza gospodarstwem domowym jest krótszy niż 6 miesięcy.



Głową gospodarstwa domowego jest osoba najlepiej zorientowana, posiadająca największą wiedzę o sytuacji gospodarstwa domowego.

Instytucje opieki to nieformalne i formalne jednostki świadczące opiekę. Warto podkreślić, że na potrzeby projektu przyjęto ekonomiczne rozumienie instytucji, zgodnie z którym instytucję tworzą wszelkie reguły gry społecznej i normy, które kształtują interakcje międzyludzkie i które możemy podzielić na instytucje formalne i nieformalne. Instytucje opieki to instytucje, których głównym celem jest świadczenie opieki (włączając pielęgnację) lub pomocy. W związku z tym, w badaniu uwzględniono instytucje, których ramy funkcjonowania określa Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, a także wybrane instytucje podlegające Ministerstwu Zdrowia i Ministerstwu Edukacji Narodowej, a mianowicie: żłobki, przedszkola i inne formy wychowania przedszkolnego, kluby dziecięce, dzienni opiekunowie (opieka nad dziećmi do lat 5) oraz pielęgniarki środowiskowe, długoterminowe, opiekunowie środowiskowi, asystenci osób niepełnosprawnych, zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, szpitalne oddziały opieki paliatywnej, hospicja stacjonarne i domowe, domy pomocy społecznej, domy dziennego pobytu, środowiskowe domy samopomocy, kluby samopomocy (opieka nad osobami starszymi, chorymi i niepełnosprawnymi).

Jako instytucje publiczne rozumiane były wszystkie podmioty, które świadczą opiekę i mają publiczny podmiot tworzący/organ prowadzący. Do tej grupy zaliczono też instytucje niepubliczne, realizujące zadania na zlecenie instytucji publicznych, a więc instytucje prowadzone przez podmiot z sektora niepublicznego, które mają podpisany kontrakt na świadczenie usług z instytucją publiczną (zostały wyłonione do realizacji zadań instytucji publicznej w otwartym konkursie lub w trybie zamówień publicznych)¹. Dotyczyło to:

- szpitalnych oddziałów opieki paliatywnej,
- hospicjów stacjonarnych i hospicjów domowych,
- zakładów opiekuńczo-leczniczych,
- zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych,
- pielęgniarskiej opieki długoterminowej i środowiskowej,
- środowiskowych domów samopomocy,
- dziennych opiekunów dzieci w wieku do lat 3.

Jako instytucje niepubliczne rozumiane są w badaniu wszystkie formalne instytucje opieki z II i III sektora, w tym w szczególności firmy świadczące usługi w zakresie opieki oraz organizacje pozarządowe, takie jak stowarzyszenia i fundacje (w tym

¹ Dotyczy tylko próby ogólnopolskiej w badaniu FIO-P1.

METODYKA BADAŃ

prowadzone przez organizacje religijne), z wyłączeniem instytucji niepublicznych finansowanych ze środków publicznych.

Opiekunem nieformalnym jest osoba świadcząca opiekę na zasadach niesformalizowanych poza publiczną lub niepubliczną formalną instytucją opieki, nie w ramach jednoosobowej działalności gospodarczej oraz nie na podstawie umowy cywilnoprawnej (pisemnej lub ustnej). Oprócz kryterium formalizacji, w celu identyfikacji opieki nieformalnej przyjęto też kryterium więzi. Opiekunami nieformalnymi są w jego myśl osoby świadczące opiekę bez umowy, za pieniądze („na czarno”), w celach nie tylko zarobkowych, a więc osoby pozostające z podopiecznym i jego środowiskiem w pozazawodowej, osobistej relacji (nawet wówczas, gdy świadczona przez nich opieka wiąże się z przyjmowaniem korzyści materialnych).

Podaż instytucji opieki zdefiniowano jako miejsca oferowane w formalnych i nieformalnych instytucjach opieki w określonym czasie przy określonej cenie usługi opieki i innych czynnikach niezmiennych (*ceteris paribus*). Podaż zależy nie tylko od ceny finalnej usługi opieki, ale również od wielu innych czynników, np. cen czynników produkcji (np. wynagrodzenia, ceny energii), cen dóbr substytucyjnych i komplementarnych, struktury rynku, rozwiązań prawnych.

Popyt na opiekę był w badaniu rozumiany jako miejsca, które chcą i mogą nabyć podopieczni w określonym czasie przy określonej cenie usługi opieki i innych czynnikach niezmiennych (*ceteris paribus*). Popyt zależy nie tylko od ceny finalnej usługi opieki, ale również od wielu innych czynników, np. wysokości dochodów, elastyczności cenowej, cen dóbr substytucyjnych i komplementarnych oraz preferencji.

W przypadku podopiecznych niewymagających ciągłej opieki i niekorzystających z formalnych instytucji opieki, popyt i podaż będą mierzone poprzez liczbę godzin, podczas których świadczona jest usługa opieki.



2.2. ZAKRES PODMIOTOWY I PRZEDMIOTOWY BADANIA

Wybór badanych podmiotów jest odzwierciedleniem kluczowych grup interesariuszy w obszarze sprawowania opieki i stanowi bezpośrednią konsekwencję przyjętego w projekcie kompleksowego podejścia do tematyki opieki. Badano opinie, postawy, przekonania i działania realizowane przez władze samorządowe, instytucje opieki, opiekunów i organizacje sektora obywatelskiego zaangażowane w opiekę, pracodawców i gospodarstwa domowe z podopiecznymi i samych podopiecznych. Z tego względu badanie zostało podzielone na sześć komponentów: administracji publicznej, formalnych instytucji opieki, gospodarstw domowych, opiekunów, organizacji pozarządowych i pracodawców.

W ramach projektu analizowano następujące tematy:

1. Identyfikacja wszystkich interesariuszy związanych z opieką.
2. Identyfikacja preferencji poszczególnych interesariuszy w odniesieniu do opieki.
3. Określenie aktualnej podaży instytucji opieki oraz czynników w największym stopniu ją kształtujących (np. zmiany legislacyjne, dopływ środków w ramach funduszy strukturalnych, procesy gospodarcze, demograficzne, społeczne).
4. Identyfikacja i charakterystyka nakładów ponoszonych na sprawowanie opieki.
5. Określenie mechanizmów podejmowania decyzji alokacyjnych i zarządzania nakładami oraz zasobami zaangażowanymi w sprawowanie opieki.
6. Określenie aktualnego popytu na opiekę oraz czynników w największym stopniu go kształtujących.
7. Inwentaryzacja polityki publicznej w obszarze wspierania podopiecznych i ich rodzin, opiekunów i instytucji opieki (świadczenia pieniężne, rzeczowe, usługi i inne).
8. Określenie celów, które powinny być realizowane przez instytucje opieki, działań, które składają się na opiekę i dokonanie bilansu udokumentowanych efektów sprawowania opieki, a także wskazanie powiązań opieki z innymi funkcjami, tj. edukacją i wychowaniem, leczeniem i rehabilitacją medyczną, aktywnym uczestnictwem w życiu społeczeństwa.

METODYKA BADAŃ

9. Określenie skali dopasowania świadczonej opieki do potrzeb podopiecznych.
10. Analiza opieki z perspektywy cyklu życia.
11. Identyfikacja interakcji zachodzących między formalnymi i nieformalnymi instytucjami opieki, różnymi rodzajami formalnych instytucji opieki, nieformalnymi opiekunami.
12. Analiza aktywności członków gospodarstwa domowego i rodziny na rynku pracy, w tym analiza barier w podejmowaniu aktywności zawodowej, a także identyfikacja podejścia pracodawców do osób z obowiązkami opiekuńczymi.



2.3. ZASTOSOWANE TECHNIKI I METODY GROMADZENIA DANYCH

Przyjęta metodologia badania zakłada komplementarne wykorzystanie metod jakościowych i ilościowych, a także wykorzystanie danych pochodzących ze źródeł zastanych i danych reaktywnych.

Punktem wyjścia w projekcie było przygotowanie pogłębionej analizy aktualnie dostępnych danych. Następnie zgromadzono znaczną ilość danych w badaniach terenowych. Badania terenowe prowadzone w ramach projektu były podzielone na dwie części – lokalną i ogólnopolską. Szczegółowe informacje o tych badaniach przedstawia poniższy rysunek i tabela.

Badania terenowe były prowadzone od czerwca do września 2015 r. Badania prowadzono w oparciu o 20 narzędzi badawczych, z których niektóre były dodatkowo wersjonowane ze względu na specyfikę respondentów. Realizacja terenowa przebiegła sprawnie, choć wynikły pewne trudności w dotarciu do badanych. Przeważnie były związane z okresem urlopowym i wynikającą z niego niedostępnością potencjalnych respondentów. Wyzwaniem dla zespołu badawczego na etapie realizacji terenowej badania było także zagwarantowanie obecności opiekunów nieformalnych na wywiadach grupowych (z uwagi na swoje obowiązki często musieli odwoływać przybycie). Szczególnego zaangażowania wymagało zrekrowanie do wywiadów osób pełniących wysokie stanowiska w samorządzie, dla których kwestie opieki nie były priorytetowe.

Do realizacji wywiadów pogłębionych skierowano tylko doświadczonych moderatorów. Każdy z nich przed wyruszeniem w teren przeszedł odpowiednie przeszkolenie. Szkolenie obejmowało zarówno problematykę badania, jak i sposób prowadzenia wywiadu z wykorzystaniem wybranych scenariuszy. Ankieterzy terenowi i telefoniczni także przeszli dedykowane szkolenia i pod okiem członków zespołu badawczego wypełniali testowe ankiety.

Z uwagi na dużą liczbę badanych populacji, każdej z prób – dla ułatwienia jej identyfikacji – został przypisany akronim, który jest stosowany w raporcie jako wskazanie źródła danych. Dla ułatwienia interpretacji prezentowanych wyników, tam, gdzie to miało znaczenie, przytaczane są również pytania, jakie były zadawane respondentom.

RYSUNEK 1

Metody i techniki badawcze stosowane w projekcie

BADANIA JAKOŚCIOWE	
Administracja publiczna samorządowa (indywidualne wywiady pogłębione, wywiady eksperckie)	Administracja publiczna rządowa (wywiady eksperckie)
Opiekunowie, w tym nieformalni (indywidualne wywiady pogłębione, wywiady grupowe)	Gospodarstwa domowe (indywidualne wywiady pogłębione, wywiady grupowe, wywiady rodzinne)
Institucje opieki (indywidualne wywiady pogłębione)	Pracodawcy (indywidualne wywiady pogłębione)
Analiza rozwiązań prawnych w zakresie funkcjonowania opieki w Polsce (wywiady grupowe)	Organizacje pozarządowe (indywidualne wywiady pogłębione)

BADANIA ILOŚCIOWE
Badania potrzeb informacyjnych interesariuszy (ankieta internetowa – CAWI)
Badania radnych (wywiady telefoniczne – CATI)
Institucje opieki (wywiady kwestionariuszowe wspomagane komputerowo – CAPI)
Gospodarstwa domowe (wywiady kwestionariuszowe wspomagane komputerowo – CAPI, wywiady CAPI choice experiment)

Źródło: Opracowanie własne.

TABELA 1
Zestawienie informacji o próbach badawczych

KOMPONENT	OZNACZENIE BADANIA	BADANA POPULACJA/ RESPONDENCI	TECHNIKA BADANIA	LICZBA ZREALIZOWANYCH WYWIADÓW - CZĘŚĆ LOKALNA	LICZBA ZREALIZOWANYCH WYWIADÓW - CZĘŚĆ OGÓLNOPOLSKA	DOBÓR PRÓBY
1. Komponent administracji publicznej	1A. samorząd terytorialny (gmina, powiat, województwo)	radni	CATI	500	X	badanie na próbie pełnej, minimalny założony poziom realizacji: 60%
		wójt/burmistrz/prezydent/starosta/marszałek województwa lub ich zastępcy odpowiedzialni za organizowanie i wspieranie instytucji opieki	IDI	39	X	próba celowa, pełna ²
		skarbnik lub pracownicy ds. finansowych zajmujący się finansowaniem instytucji opieki, w tym osoby zajmujące się funduszami strukturalnymi kierowanymi na te cele				próba celowa obejmująca ROPS, PCPR, OPS, wydziały edukacji w urzędach miast i gmin, urzędy marszałkowskie (wydziały/departamenty zdrowia, polityki społecznej), gminne zakłady obsługi szkół i przedszkoli, gminne zarządy oświaty
	AP-ST3	pracownicy komórek, do których należy organizowanie i wspieranie instytucji opieki	wywiady eksperckie	81	X	
		pracownicy odpowiedzialni za strategię rozwoju (np. strategię w zakresie polityki społecznej województwa, gminną i powiatową strategię rozwiązywania problemów społecznych)				

² Dwóch marszałków województw odmówiło udziału w badaniu.

KOMPONENT	OZNACZENIE BADANIA	BADANA POPULACJA/ RESPONDENCI	TECHNIKA BADANIA	LICZBA WYKONANYCH WYWIADÓW - CZĘŚĆ LOKALNA	LICZBA WYKONANYCH WYWIADÓW - CZĘŚĆ OGÓLNOPOLSKA	DOBÓR PRÓBY
1. Komponent administracji publicznej	1B. administracja rządowa	AP-RZ1 pracownicy ds. finansowych, zajmujący się finansowaniem instytucji opieki, w tym osoby zajmujące się funduszami strukturalnymi kierowanymi na te cele	wywiady eksperckie	X	18	próba celowa: osoby lub komórki organizacyjne odpowiedzialne za: budżet zadaniowy; koszty całego systemu i koszty poszczególnych usług; świadczeń; wynagrodzenia i fundusze płac dla opiekunów i innych pracowników w systemie; ogólne koszty administrowania systemem; fundusze europejskie wydatkowane na opiekę; zadania zlecane NGO lub prywatnym podmiotom; koszty kształcenia i dokształcania pracowników systemu, w tym opiekunów; finansowanie zadań realizowanych przez JST z budżetu państwa (dotacje, subwencje); specjalne programy rządowe/resortowe (np. WIGOR, FIO, ASOS itp.)
	AP-RZ2	pracownicy komórek, do których należy organizowanie i wspieranie instytucji opieki pracownicy odpowiedzialni za strategię rozwoju, w których mieszczą się kwestie opieki	wywiady eksperckie	X	33	próba celowa: przedstawiciele Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwa Zdrowia, Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Ministerstwa Edukacji, Rzecznika Praw Obywatelskich, a także krajowi i wojewódzcy konsultanci medyczni; także: pracownicy terenowych urzędów wojewódzkich nadzorujących instytucje opieki i terenowych oddziałów NFZ próba celowa: osoby odpowiedzialne za przygotowanie, wdrażanie lub monitorowanie wybranego celu w wybranych strategiach z Ministerstwa Infrastruktury i Rozwoju, Ministerstwa Administracji i Cyfryzacji, Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej oraz z Ministerstwa Zdrowia



2. Komponent formalnych instytucji opieki	2A. publiczne formalne instytucje opieki	FIO-P1	dyrektorzy instytucji lub inni pracownicy odpowiedzialni za zarządzanie finansami i zasobami placówki	CAPI	96	826	próba losowo-kwotowa
		FIO-P2	dyrektorzy instytucji lub inni pracownicy odpowiedzialni za zarządzanie finansami i zasobami placówki	IDI	51	X	próba celowa
3. Komponent gospodarstw domowych (GD)	2B. niepubliczne formalne instytucje opieki	FIO-NP1	dyrektorzy instytucji lub inni pracownicy odpowiedzialni za zarządzanie finansami i zasobami placówki	IDI	49	X	próba celowa
		GD1	głowa GD	CAPI	5019	X	próba losowa gospodarstw domowych w 6 powiatach, response rate 60%
		GD2	głowa GD lub podopieczny	CAPI (choice experiment)	565	X	podpróba GD1, obejmująca próbę gospodarstw, w których była przynajmniej jedna osoba wymagająca opieki: <ul style="list-style-type: none">• dzieci w wieku 0-5 lat;• osoby starsze
		GD3	podopieczny i jego rodzina	wywiady rodzinne	30	X	próba celowa, osoby chore somatycznie
		GD4	głowa GD, podopieczny	FGI	24	X	próba celowa, osoby niepełnosprawne fizycznie
		GD5	głowa GD, podopieczny	IDI	28	X	próba celowa

KOMPONENT		OZNACZENIE BADANIA	BADANA POPULACJA/ RESPONDENCI	TECHNIKA BADANIA	LICZBA ZREALIZOWANYCH WYWIADÓW - CZĘŚĆ LOKALNA	LICZBA ZREALIZOWANYCH WYWIADÓW - CZĘŚĆ OGÓLNOPOLSKA	DOBÓR PRÓBY
4. Komponent opiekunów	4A. opiekunowie w formalnych instytucjach opieki	OF1	opiekun w formalnych instytucjach opieki	IDI	60	X	próba celowa.
		OF2	opiekun w formalnych instytucjach opieki	FGI	20	X	
	4B. opiekunowie w nieformalnych instytucjach opieki	ON1	opiekun nieformalny	IDI	60	X	próba celowa
		ON2	opiekun nieformalny	FGI	20	X	
5. Komponent organizacji pozarządowych		NGO1	osoby bezpośrednio nadzorujące działania mające na celu wspieranie instytucji opieki, podopiecznych lub ich rodzin	IDI	60	X	próba celowa
6. Komponent pracodawców		P1	osoby bezpośrednio nadzorujące zarządzanie zasobami ludzkimi z ramienia pracodawcy	IDI	60	X	próba celowa: u każdego zrekrutowanego pracodawcy przeprowadzono po 2 wywiady – jeden z próby P1 oraz jeden z próby P2; w sytuacjach, w których nie było to możliwe (np. jedna osoba łączyła funkcję kierownika zespołu pracowników merytorycznych oraz osoby zajmującej się zarządzaniem zasobami ludzkimi w całym przedsiębiorstwie) wówczas u danego pracodawcy realizowano 1 wywiad
		P2	osoby nadzorujące/na stanowiskach kierowniczych, odpowiedzialne za pracę komórek organizacyjnych	IDI	60	X	

Źródło: Badanie /opracowanie własne.

2.4. ZAKRES TERYTORIALNY PROWADZONYCH BADAŃ

W związku z potrzebą dogłębnego rozpoznania uwarunkowań popytu i podaży w zakresie opieki, a także eksploracyjnym charakterem projektu, zdecydowano o realizacji badań **w małej skali, tylko w wybranych powiatach**. Duże zróżnicowanie terytorialne, które uwidacznia się w analizach prowadzonych na istniejących danych, a także silna decentralizacja systemu finansowania i zarządzania publicznymi instytucjami opieki w Polsce dostarczają dodatkowych argumentów przemawiających za takim podejściem. W tej sytuacji zdecydowano się na **celowy dobór powiatów**. Z uwagi na cele projektu konieczne było umieszczenie w próbie jak najbardziej zróżnicowanych powiatów, tak by każdy z nich reprezentował nieco inny typ i aby w każdym występowały nieco inne problemy.

Z prowadzonych dotychczas analiz, które odwołują się do sytuacji społeczno-ekonomicznej w powiatach, wynika, że powiaty w Polsce można podzielić na **około 5-7 klas podobnych do siebie powiatów**. Przykładowo, w analizie przedstawionej w raporcie „Zatrudnienie w Polsce 2006. Produktywność dla pracy”, analiza skupień pozwoliła wyróżnić 6 klastrów, którym nadano następujące nazwy w zależności od ich charakterystyk: centra rozwoju, suburbia, miasta, byłe PGR-y, nisko produktywne rolnictwo i rolniczo-przemysłowe. Badanie celowo dobranych powiatów było również elementem realizowanego w latach 2005-2006 na zlecenie MPiPS projektu „Analiza sytuacji na wybranych powiatowych rynkach pracy”. Stąd określono, że **badania będą realizowane na terytorium 6 celowo dobranych powiatów**.

Przyjęto, że z uwagi na cel badania, podstawą wyboru powiatów do badania powinny być dane na temat popytu na opiekę i podaży opieki. Dokładne dane w tym zakresie nie są jednak dostępne, stąd analizę oparto na **oszacowaniu zapotrzebowania na opiekę** na podstawie danych demograficznych oraz **oszacowaniu podaży opieki** na podstawie wydatków na cele związane z opieką ponoszonych przez jednostki samorządu terytorialnego z danego powiatu.

Pierwotnie planowano wykorzystanie analizy skupień do zbudowania 6 klas powiatów, z każdej miał być wybrany jeden powiat. Analiza ta miała uwzględnić dodatkowe charakterystyki sytuacji społeczno-ekonomicznej powiatów, tj. zamożność, sytuację na rynku pracy, wyposażenie w kapitał ludzki itp. Rozważano też wzięcie pod uwagę wyników analizy *Local Human Development Index* (LHDI). Uznano jednak, że taki sposób wyboru powiatów jest zbyt skomplikowany, rozmywa się w takiej sytuacji powód wyboru powiatu i trudno to wyjaśnić. Ponadto w procesie doboru ważne było uwzględnienie miasta na prawach powiatu, które łączy kompetencje gmin i powiatów ziemskich, a tego dobór oparty na podstawie analizy skupień nie gwarantował.

Ostatecznie zdecydowano więc o zastosowaniu innego podejścia. Na podstawie dwóch głównych zmiennych zbudowano **4 typy powiatów, charakteryzujące się niskim i wysokim zapotrzebowaniem oraz niskimi i wysokimi wydatkami**. Określono, że z każdej klasy wybrany zostanie jeden powiat ziemski. Podobną klasyfikację zbudowano odrębnie dla miast na prawach powiatu. Z powiatów grodzkich wybrano tylko 2 powiaty – o wysokim zapotrzebowaniu i niskich wydatkach i o wysokim zapotrzebowaniu i wysokich wydatkach.

Z założenia, każdy z sześciu wybranych powiatów znajdować się miał w innym województwie.

Podstawowy ranking powiatów został zbudowany w oparciu o dwie kluczowe zmienne: szacunki dotyczące wydatków samorządu terytorialnego na opiekę i szacunki dotyczące populacji wymagającej opieki. Wydatki jednostek samorządu terytorialnego miały stanowić miarę przybliżającą skalę podaży formalnych instytucji opieki na terenie powiatu. Wzięto pod uwagę wydatki samorządu terytorialnego (razem gminy i powiaty w powiatach ziemskich) z 2013 roku na wybrane obszary, które wstępnie zaklasyfikowano jako związane z opieką. Dane o wydatkach pochodziły ze sprawozdań finansowych JST udostępnionych na stronie Ministerstwa Finansów. Do wyboru powiatów posłużyły też informacje dotyczące prognoz demograficznych GUS na 2015 i 2035 rok dla osób w następujących grupach wieku: 0-6 lat i 75+. Dla każdego powiatu policzono, jaką część populacji ogółem będą stanowiły te grupy, każda osobno, w 2015 roku i jak to się zmieni do 2035 roku (dynamika zmian między 2035 i 2015 rokiem). Zmienne poddano też rankingowaniu, to znaczy w obydwu wymiarach ułożono powiaty według kolejności od największego do najmniejszego i przypisano im numery.

W poniższej tabeli przedstawiono informacje o wybranych do badania powiatach.

TABELA 2

Informacja o wybranych do badania powiatach

LP.	TYP POWIATU	KLASA POWIATU	WYBRANY POWIAT	WOJEWÓDZTWO
1.	Powiat ziemski	niskie zapotrzebowanie, niskie wydatki	kazimierski	świętokrzyskie
2.	Powiat ziemski	niskie zapotrzebowanie, wysokie wydatki	nyski	opolskie
3.	Powiat ziemski	wysokie zapotrzebowanie, niskie wydatki	bieruńsko-lędziński	śląskie
4.	Powiat ziemski	wysokie zapotrzebowanie, wysokie wydatki	wejherowski	pomorskie
5.	Miasto na prawach powiatu	wysokie zapotrzebowanie, niskie wydatki	Skierniewice	łódzkie
6.	Miasto na prawach powiatu	wysokie zapotrzebowanie, wysokie wydatki	Olsztyn	warmińsko-mazurskie

Źródło: Opracowanie własne.

Badane powiaty różnią się też istotnie ze względu na sytuację społeczno-ekonomiczną.

Powiat kazimierski to niewielki, biedny, rolniczy powiat na granicy województw świętokrzyskiego i małopolskiego. Charakteryzuje się jednym z najniższych przyrostów naturalnych, istotnym poziomem migracji i dużym udziałem osób w wieku poprodukcyjnym. W związku z położeniem, dostęp z tego terenu do większych ośrodków miejskich jest bardzo utrudniony. Powiat reprezentuje typ o relatywnie niewielkim zapotrzebowaniu i niskich wydatkach na opiekę.

Największym powiatem, z relatywnie najmłodsza populacją, jednym z najwyższych przyrostów naturalnych i wysokim dodatnim saldem migracji, jest graniczący z Trójmiastem powiat wejherowski. W powiecie tym stopa bezrobocia jest wyższa niż przeciętna w kraju, a liczba pracujących dużo mniejsza. Sporo osób wciąż pracuje w rolnictwie. Skutkuje to jednym z wyższych wskaźników zasięgu pomocy społecznej. Dochody własne samorządów są również raczej niskie. Niemniej jednak powiat ten reprezentuje typ o relatywnie dużych wydatkach na opiekę, przy względnie wysokim zapotrzebowaniu.

TABELA 3

Podstawowe wskaźniki charakteryzujące sytuację społeczno-ekonomiczną w wybranych do badania powiatach w 2014 roku

	SKIERNIEWICE	BIERUŃSKO-LĘDZIŃSKI	KAZIMIERSKI	NYSKI	WEJHEROWSKI	OLSZTYN	POLSKA
Dochody własne (łącznie gmin, miast na prawach powiatu i powiatów) <i>per capita</i> (w zł)	2 180,82	2 842,91	1 206,66	1 789,82	1 811,18	2 952,42	2 486,51
Liczba ludności	48 660	58 815	34 689	139 967	207 676	173 831	38 478 602
Przyrost naturalny na 1 tys. ludności	2,0	4,1	-5,1	-2,5	5,9	1,4	0,0
Udział ludności w wieku poprodukcyjnym (w %)	19,2	15,6	21,6	20,0	14,2	19,4	19,0
Saldo migracji na 1 tys. ludności	-0,8	1,2	-2,0	-3,4	3,4	0,3	-0,4
Udział ludności z wyższym wykształceniem (2011, w %)	23,4	13,3	8,9	11,6	14,9	29,0	17,0
Stopa bezrobocia rejestrowanego (w %)	10,1	4,7	12,7	16,9	14,6	6,9	11,5
Pracujący na 1 tys. ludności *	238	328	87	153	142	362	230
Udział zatrudnienia w rolnictwie (2013, w %)**	5,5	4,6	79,6	25,4	13,9	0,7	21,4
Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto *	3 151,06	3 621,81	3 055,63	3 227,41	3 302,51	3 954,40	4 003,99
Udział ludności korzystającej z pomocy społecznej (w %)	4,9	3,4	8,9	8,0	8,4	5,6	7,7

* Dane dotyczą podmiotów gospodarczych, w których liczba pracujących przekracza 9 osób, bez pracujących w gospodarstwach indywidualnych w rolnictwie.

** Dane dotyczą podmiotów gospodarczych, w których liczba pracujących przekracza 9 osób.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS oraz mojapolis.pl.



Powiatem reprezentującym klasę o niedopasowanej strukturze, z uwagi na wysokie zapotrzebowanie i niskie wydatki, jest powiat bieruńsko-lędziński, leżący na pograniczu województwa śląskiego i małopolskiego. Z uwagi na duże znaczenie przemysłu wydobywczego, powiat charakteryzuje się wysokimi dochodami samorządów i też jednymi z wyższych wynagrodzeń. Powiat ma relatywnie młodą populację, wysoki przyrost naturalny i pozytywne saldo migracji. Sytuacja na rynku pracy jest bardzo dobra, stopa bezrobocia nie przekracza 5%. Zaledwie 3,4% ludności powiatu korzysta z pomocy społecznej.

Powiatem ziemskim, reprezentującym klasę powiatów o niskim zapotrzebowaniu i wysokich wydatkach, jest powiat nyski. To powiat z największym ujemnym saldem migracji, z ujemnym przyrostem naturalnym i dużym udziałem ludności w wieku poprodukcyjnym. Ponadto w powiecie tym odnotowuje się najgorszą spośród wszystkich badanych powiatów sytuację na rynku pracy – stopa bezrobocia sięga 17%, sporo osób korzysta z pomocy społecznej. Wciąż duże znaczenie ma sektor rolniczy.

W Skierniewicach, byłym mieście wojewódzkim, dobrze skomunikowanym z Łodzią i Warszawą, wydatki na opiekę należą do jednych z najniższych, przy relatywnie dużym zapotrzebowaniu. W mieście około 19% ludności stanowią osoby w wieku poprodukcyjnym, przyrost naturalny jest dość wysoki, a saldo migracji niskie, choć ujemne. Sytuacja na rynku pracy nie jest najlepsza – stopa bezrobocia wynosi około 10%, wynagrodzenia są jednymi z najniższych wśród badanych jednostek.

Ostatnia z wybranych jednostek, Olsztyn, to miasto wojewódzkie, osiągające relatywnie wysokie dochody własne. Odsetek osób w wieku poprodukcyjnym jest bliski średniej krajowej, saldo migracji jest bliskie zera, a przyrost naturalny jest dodatni. W mieście mieszka najwięcej osób z wyższym wykształceniem, a sytuacja na rynku pracy jest dobra – płace są bliskie średnim w kraju, a bezrobocie istotnie niższe.

Choć zasadnicza część badań była realizowana na terytorium tych 6 celowo dobranych powiatów, to tam, gdzie to było możliwe, starano się również analizować i prezentować dane dla Polski, przede wszystkim z wykorzystaniem danych zastanych.

2.5. ZAKRES CZASOWY PROWADZONYCH BADAŃ

Z założenia okresem odniesienia w analizach był rok 2014, przygotowano również prognozę zapotrzebowania na opiekę do 2020 roku.



CZĘŚĆ I ANALIZA CZYNNIKÓW KSZTAŁTUJĄCYCH PODAŻ FORMALNEJ OPIEKI

3. PUBLICZNE WYDATKI NA OPIEKĘ

Sytuacja finansowa sektora publicznego w istotny sposób wpływa na funkcjonowanie sektora opieki. W niniejszym rozdziale poddano analizie wysokość wydatków publicznych na opiekę i przedstawiono ogólne mechanizmy finansowania opieki ze środków publicznych.

W szczególności koncentrujemy się na udzieleniu odpowiedzi na następujące pytania:

1. Jak wygląda system finansowania opieki ze środków publicznych?
2. Jak dużo środków publicznych jest alokowanych w Polsce na opiekę?
3. Jakie są w Polsce publiczne wydatki na opiekę na tle innych krajów europejskich?
4. Jakiej wysokości są wydatki ponoszone na opiekę w badanych powiatach?
5. Jaką część całego budżetu polityki społecznej stanowią wydatki na opiekę?
6. Jak duże znaczenie w finansowaniu opieki w badanych powiatach mają dochody własne?

Dane, które wykorzystujemy w tym rozdziale, to przede wszystkim dane ze sprawozdań budżetowych jednostek samorządu terytorialnego udostępniane przez Ministerstwo Finansów.

3.1. OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA SYSTEMU FINANSOWANIA OPIEKI ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH

W Polsce nie istnieje jeden koherentny system opieki nad osobami niesamodzielnymi, a nadzorowanie zadań z tego obszaru mieści się w kompetencjach różnych resortów. Podobnie jest z systemem finansowania opieki ze środków publicznych, który jest zdecentralizowany i który – w zależności od stopnia rozproszenia – można lepiej lub gorzej opisać.

Opieka nad dziećmi do lat 3 jest finansowana głównie ze środków publicznych ujętych w budżecie państwa i ze środków z budżetu jednostek samorządu terytorialnego. Na finansowanie z budżetu państwa składają się przede wszystkim środki zarezerwowane na „Resortowy program rozwoju instytucji opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 – Maluch”, w ramach którego wojewodowie, pod nadzorem Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, przekazują dotacje na tworzenie i zapewnianie funkcjonowania miejsc opieki nad dziećmi w wieku do lat 3. Program uruchomiono w 2011 roku. W 2015 roku przeznaczono na jego realizację 151 mln zł, a więc o 50 mln zł więcej niż rok wcześniej. Ponadto z budżetu państwa, za pośrednictwem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, opłacane są składki na ubezpieczenia społeczne (ubezpieczenia emerytalne, rentowe i wypadkowe) oraz ubezpieczenie zdrowotne niań.

Ze sprawozdania z realizacji ustawy z 4 lutego 2011 roku o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3³ wynika, że w 2013 roku wydatki gmin na ten cel wyniosły 565,2 mln zł, z tego gros środków (559,5 mln zł) przekazywano na finansowanie działalności żłobków, niecałe 5 mln skierowano na kluby dziecięce, a tylko 1 mln – na usługi dziennych opiekunów. Zgodnie z danymi ze sprawozdań budżetowych, w latach 2011-2013 wydatki samorządów na żłobki wzrosły o jedną trzecią.

Finansowanie **wychowania przedszkolnego** przez długi czas zależało tylko od możliwości poszczególnych jednostek samorządu terytorialnego. Opieka przedszkolna nie była podstawą naliczania części oświatowej subwencji ogólnej, samorzady nie otrzymywały również dotacji na ten cel. 1 września 2013 roku weszła w życie ustawa zmieniająca ten system finansowania⁴. Nowe przepisy wprowadziły dotacje celowe z budżetu państwa dla gmin na dofinansowanie realizacji zadań z obszaru wychowania przedszkolnego. Jednocześnie ograniczono wysokość opłat rodziców do nie więcej niż 1 zł za godzinę zajęć w czasie przekraczającym ustalony przez radę gminy czas bezpłatnego nauczania, wychowania i opieki.

3 Źródło: Sprawozdanie Rady Ministrów z realizacji ustawy z 4 lutego 2011 roku o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 w 2013 roku, Druk Sejmowy nr 2849 z 22 października 2014 roku, s. 31.

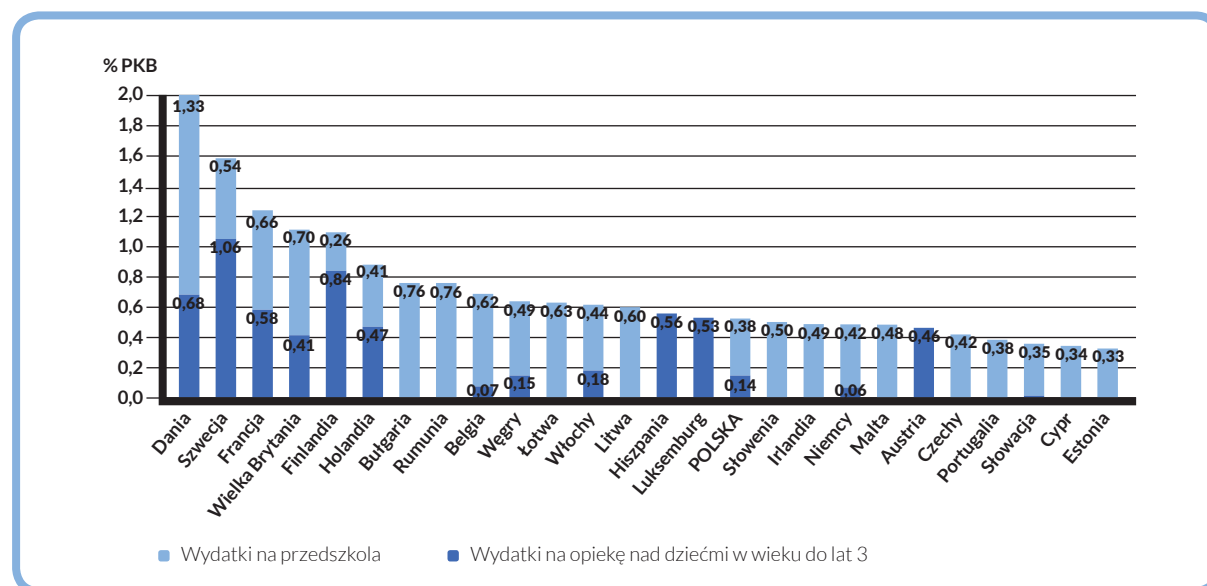
4 Ustawa z 13 czerwca 2013 roku o zmianie ustawy o systemie oświaty oraz niektórych innych ustaw.

W 2013 roku w Polsce przekazano środki publiczne w kwocie 9,1 mld zł na finansowanie opieki nad dziećmi w wieku 3-5 lat, z tego 9 mld zł wydatkowały samorządy gminne (w tym samorządy gminne na prawach powiatu), a 0,03 mld struktury samorządowe wyższego szczebla (powiaty i województwa)⁵.

Szacuje się, że na opiekę nad dziećmi w wieku żłobkowym i przedszkolnym Polska wydaje łącznie ok. 0,5% PKB, z tego 0,1% PKB na opiekę żłobkową. Najwyższymi wydatkami na ten cel w relacji do PKB mogą się pochwalić Dania i Szwecja (ponad 1,5% PKB) oraz Francja, Wielka Brytania i Finlandia (ponad 1% PKB). Warto podkreślić, że w tych krajach opieka nad dziećmi w wieku do lat 3 odgrywa równie ważną rolę, co opieka przedszkolna, podczas gdy w większości pozostałych krajów dominuje opieka przedszkolna. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że statystyki prezentowane na poniższym wykresie obejmują wszystkie formy wsparcia dla rodzin z dziećmi korzystającymi z opieki formalnej, a więc poza samymi usługami, także wsparcie rzeczowe, finansowe i podatkowe.

WYKRES 1

Publiczne wydatki na opiekę nad dziećmi w wieku żłobkowym i przedszkolnym w Polsce i wybranych krajach europejskich w 2011 roku (% PKB)



* Wydatki publiczne na opiekę żłobkową i przedszkolną – dane zgromadzone przez OECD – obejmują wszystkie formy wsparcia (finansowe, rzeczowe i podatkowe) dla rodzin z dziećmi korzystającymi z opieki formalnej.

Źródło: OECD Family Database.

⁵ Źródło: GUS, Oświata i wychowanie w roku szkolnym 2013/2014, Warszawa 2014, s. 57.

Finansowanie **opieki nad osobami starszymi, chorymi i niepełnosprawnymi** jest rozbite między system ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Oba systemy działają niezależnie i są w znacznym stopniu wewnętrznie zdeintegrowane – odpowiedzialność za koordynację działań w tym obszarze jest rozproszona między różne departamenty Ministerstwa Zdrowia oraz Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej.

Źródłami finansowania systemu ochrony zdrowia są środki Narodowego Funduszu Zdrowia, a także Ministerstwa Obrony Narodowej i Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. Do samorządów płyną pieniądze z różnych systemów, ze ściśle określonym przeznaczeniem. Finansowanie instytucji opieki zdrowotnej rozstrzyga się na poziomie województwa. Podział środków Narodowego Funduszu Zdrowia dokonywany jest zgodnie z wytycznymi z artykułu 118 ustęp 3 ustawy z 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i, w dalszej kolejności, z algorytmem uszczegółowionym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego trybu podziału środków na świadczenia opieki zdrowotnej pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia. Warto podkreślić, że Narodowy Fundusz Zdrowia opłaca jedynie konkretne procedury medyczne. Wydatki związane z utrzymaniem infrastruktury i inwestycjami (np. wyposażeniem placówek opieki zdrowotnej) mogą być dofinansowywane m.in. przez samorzady w ramach dotacji celowych. Ze świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia mogą korzystać pacjenci odprowadzający składki na ubezpieczenie zdrowotne.

W 2013 roku Narodowy Fundusz Zdrowia przeznaczył 1,07 mld zł na stacjonarne i środowiskowe świadczenia opieki długoterminowej. W tym samym roku wartość zakontraktowanych usług opieki paliatywnej i hospicyjnej wyniosła 355,9 mln zł (wzrost o 8,5% w stosunku do roku 2012).

Większość zadań związanych z opieką, ujętych w systemie pomocy społecznej, należy do zadań własnych gmin i powiatów. Oznacza to, że źródłem finansowania tych zadań są, co do zasady, dochody własne jednostki samorządu terytorialnego i subwencja ogólna. Jednostki samorządu terytorialnego mogą też otrzymywać dotacje celowe z budżetu państwa na dofinansowanie zadań własnych z zakresu pomocy społecznej, przy czym wysokość dotacji nie może przekroczyć 80% kosztów realizacji zadania. Jednostki samorządu terytorialnego realizują też zadania zlecone z zakresu administracji rządowej (organizowanie i świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania dla osób z zaburzeniami psychicznymi, prowadzenie i rozwój infrastruktury środowiskowych domów samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz wypłacanie wynagrodzenia za sprawowanie opieki). Środki na realizację i obsługę zadań zleconych zapewnia budżet pań-

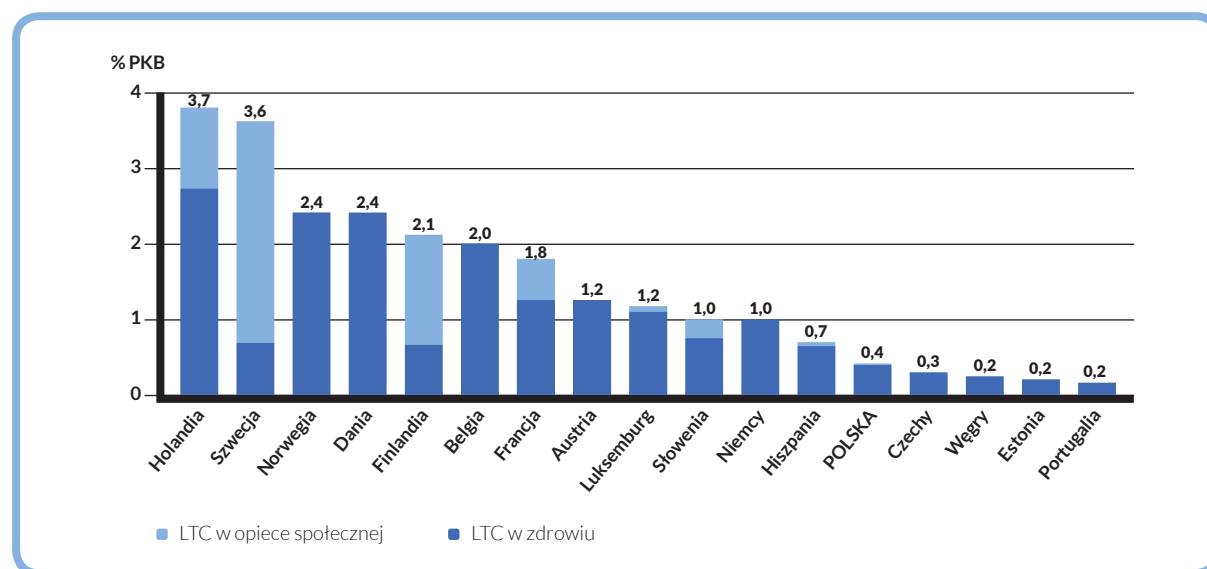


stwa. Budżet państwa współfinansuje również pobyt w domach pomocy osób skierowanych do nich przed 2004 rokiem.

Według danych Ministerstwa Finansów, w 2013 roku w Polsce przeznaczono 529,6 mln zł na zabezpieczanie usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych (o 7% więcej niż w roku 2011) i ok. 2 mld zł na finansowanie działalności domów pomocy społecznej (o 6% więcej niż w roku 2011). W obu przypadkach gros wykazanych środków wydatkowały jednostki samorządu terytorialnego (odpowiednio 451,8 mln zł w przypadku usług opiekuńczych).

WYKRES 2

Publiczne wydatki na opiekę długoterminową (long-term care – LTC) w Polsce i w wybranych krajach europejskich w 2011 roku (% PKB)



* Wydatki na opiekę długoterminową obejmują część zdrowotną i społeczną wsparcia dla osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych potrzebujących ciągłej opieki. Dane bazują na informacjach gromadzonych w ramach System of Health Accounts (SHA).

Źródło: OECD.

Nie ma, niestety, dostępnych dokładnie takich samych danych dla innych krajów. To, co pozwala nieco porównać skalę wydatków w Polsce i w innych krajach w zakresie opieki nad osobami starszymi, chorymi i niepełnosprawnymi, to informacje o wydatkach na opiekę długoterminową. Krajami wydającymi najwięcej na opiekę długoterminową w stosunku do PKB są Holandia i Szwecja (ponad 3,5% PKB), na drugim końcu rankingu lokują się natomiast: Estonia, Węgry i Portugalia (0,2% PKB).

Wydatki na opiekę długoterminową w Polsce również należą do jednych z najniższych (0,4% PKB), choć można przypuszczać, że wydatki przedstawione na poniższym wykresie są w przypadku Polski nieco zaniżone (dane te nie obejmują wydatków na opiekę w ramach systemu pomocy społecznej). Tak duże zróżnicowanie wydatków na opiekę długoterminową pomiędzy krajami jest z jednej strony odzwierciedleniem różnic w strukturze demograficznej, a z drugiej różnego zaangażowania opieki nieformalnej i formalnej w analizowanych krajach.



3.2. WYDATKI SAMORZĄDÓW NA OPIEKĘ

Po roku 1989, w toku reform towarzyszących przemianom ustrojowym, pozycja samorządu terytorialnego w Polsce systematycznie umacniała się. W 1990 roku reaktywowano samorządowe gminy, a dziewięć lat później przywrócono samorządowe województwa oraz powiaty. W kolejnych latach jednostki samorządu różnego szczebla realizowały coraz większą część zadań publicznych. Poszerzenie zakresu zadań powierzanych samorządom szło w parze ze wzrostem kwot finansowania – u schyłku pierwszej dekady XXI wieku jednostki samorządu terytorialnego w Polsce uzyskiwały czterokrotnie większe dochody niż na początku lat 90. (wydatki budżetowe samorządów stanowiły 18,5% ogółu wydatków budżetu państwa w 1991 roku, 47,5% w roku 1999 i już 50,1% w 2000 roku). W odróżnieniu od lat 1996-1999, w których strumień nowych środków był nakierowany głównie na realizację nowych zadań bieżących (np. prowadzenie szkół podstawowych i średnich, świadczenie usług z obszaru pomocy społecznej), okres po roku 2004 – za sprawą akcesji Polski do Unii Europejskiej oraz przekazania samorządom większych udziałów w podatkach dochodowych – cechował się wzmożonym napływem pieniędzy przeznaczanych na zadania rozwojowe⁶.

W związku z tym, że jednostki samorządu terytorialnego odgrywają kluczową rolę w finansowaniu zadań z zakresu opieki, w tej części raportu przedstawiono podstawowe informacje o skali tych wydatków. Trzeba jednak jeszcze raz podkreślić, że wydatki jednostek samorządu terytorialnego na opiekę stanowią większość wydatków publicznych na opiekę, ale nie obejmują pewnych istotnych obszarów, przede wszystkim w obszarze ochrony zdrowia (finansuje je NFZ).

Oceny wielkości i struktury dochodów i wydatków samorządów dokonywano z uwzględnieniem typów jednostek samorządu terytorialnego. Analiza przeprowadzona została w układzie powiatów i gmin (agregowanych do poziomu pojedynczego powiatu), nie uwzględniono w niej innych wydatków, w tym także wydatków samorządów wojewódzkich. Wydatki gmin i powiatów określono na podstawie danych ze sprawozdań finansowych jednostek samorządu terytorialnego za 2014 rok, dostępnych na stronie Ministerstwa Finansów, sporządzonych zgodnie z układem formularzy Rb-27S i Rb-28S, w oparciu o klasyfikację budżetową (działowo-rozdziałowo-paragrafową). Przez środki z budżetu Unii Europejskiej rozumiano dochody klasyfikowane w sprawozdaniach Rb-27S jako: „finansowanie programów ze środków bezzwrotnych pochodzących z Unii Europejskiej”, „płatności w zakresie

⁶ Źródło: ECORYS Polska na zlecenie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego, Analiza struktur dochodów i wydatków jednostek samorządu terytorialnego województwa łódzkiego w kontekście realizacji RPO WŁ, Warszawa 2009.

budżetu środków europejskich”, „finansowanie programów i projektów ze środków funduszy strukturalnych, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rybackiego oraz z funduszy unijnych finansujących Wspólną Politykę Rolną, z wyłączeniem budżetu środków europejskich”.

W pierwszej kolejności przeanalizowano łączne wydatki na politykę społeczną, które stanowią podstawowe tło dla przedstawionej w dalszej części podrozdziału analizy wydatków na opiekę. Budżet polityki społecznej szacowano na podstawie danych ze sprawozdań Rb-28S, sumując wydatki w działach: „oświata i wychowanie”, „ochrona zdrowia”, „pomoc społeczna” oraz „pozostałe zadania w zakresie polityki społecznej”.

W 2014 roku w badanych powiatach przeznaczono od dwóch piątych (42,7% w powiecie bieruńsko-lędzkim) do ponad połowy budżetów samorządów (55,2% w powiecie wejherowskim) na realizację zadań z obszaru polityki społecznej. Najwięcej pieniędzy wydano na terenie dużego powiatu wejherowskiego (456,8 mln zł) i wojewódzkiego Olsztyna (436,1 mln zł), a najmniej – w najstąbiej zaludnionym powiecie kazimierskim (75,1 mln zł). W przeliczeniu na jednego mieszkańca lokalni samorządowcy przeznaczyci na ten cel od 1 947,30 zł (na terenie powiatu bieruńsko-lędzkiego) do 2 496,47 zł (w Olsztynie). W powiatach ziemskich gros wydatków na politykę społeczną ponosiły samorzady gminne.

TABELA 4

Wydatki poniesione w obszarze polityki społecznej w badanych powiatach w 2014 roku

POWIAT	WYDATKI GMIN (W ZŁ)	WYDATKI POWIATÓW (W ZŁ)	WYDATKI OGÓŁEM* (W ZŁ)	WYDATKI OGÓŁEM PER CAPITA** (W ZŁ)	UDZIAŁ WYDATKÓW OGÓŁEM W CAŁYM BUDŻECIE SAMORZĄDÓW*
Skierniewice	-	-	111 758 389,38	2 297,95	52,7%
bieruńsko-lędziański	93 612 725,92	20 493 460,45	114 106 186,37	1 947,30	42,7%
kazimierski	52 607 067,92	20 493 460,45	75 122 408,94	2 149,86	50,1%
nyski	221 044 301,71	68 348 719,76	289 393 021,47	2 057,86	54,4%
wejherowski	380 465 703,83	76 368 881,61	456 834 585,44	2 218,81	55,2%
Olsztyn	-	-	436 071 688,11	2 496,47	47,0%

* W przypadku powiatów ziemskich podano sumę wydatków wszystkich samorządów lokalnych (gmin i powiatu).

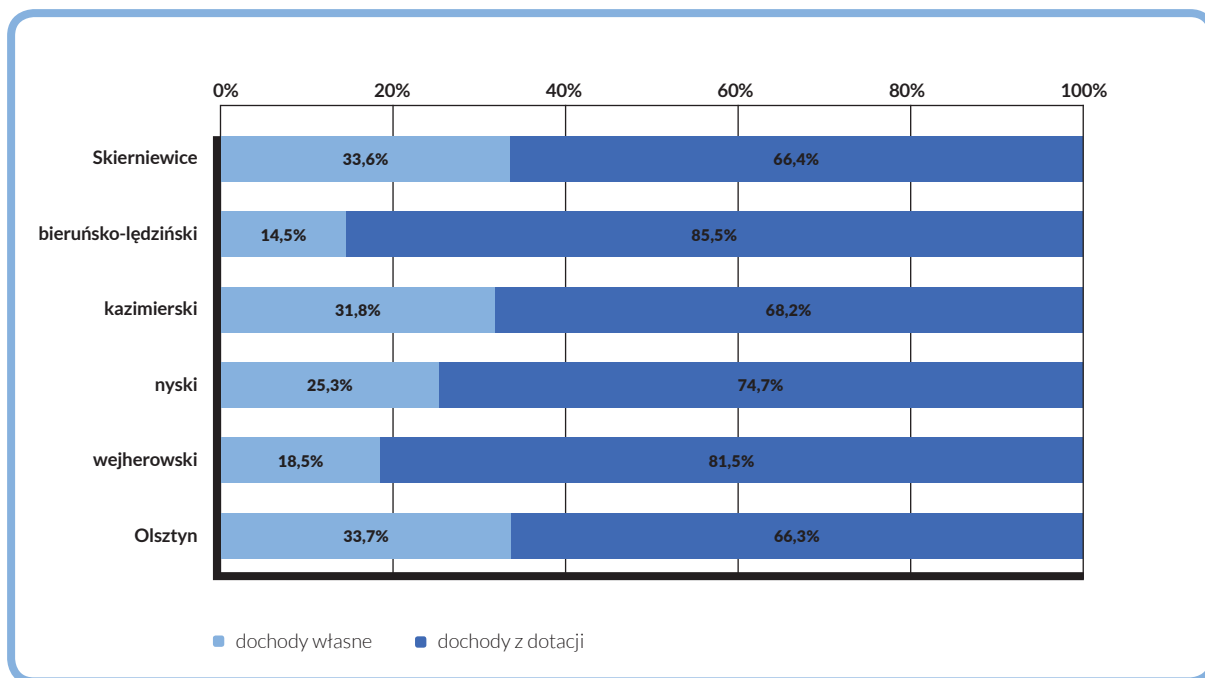
** W przeliczeniu na jednego mieszkańca powiatu.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ze sprawozdań Rb-28S.

W strukturze środków przeznaczonych na lokalną politykę społeczną zdecydowanie dominowały dotacje. Źródła zewnętrzne stanowiły od 2/3 (w obu miastach na prawach powiatu i na terenie powiatu kazimierskiego) do ponad 4/5 dochodów wykonanych (na terenie powiatu bieruńsko-lędziańskiego). Udział źródeł własnych sięgał od jednej siódmej do jednej trzeciej wszystkich dochodów w obszarze polityki społecznej.

WYKRES 3

Źródła dochodów wykonanych w budżecie polityki społecznej w badanych powiatach w 2014 roku *



* W powiatach ziemskich podstawą procentowania jest suma dochodów wszystkich samorządów lokalnych (gmin i powiatu).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ze sprawozdań Rb-27S.

W powiatach ziemskich sposób finansowania polityki społecznej różnił się w zależności od typu samorządu terytorialnego: o ile na poziomie gmin wyraźnie dominowały dotacje i subwencje, w większości starostw powiatowych pieniądze przeznaczone na politykę społeczną (będące nota bene mniej istotnym źródłem jej finansowania) pochodziły raczej z dochodów własnych. Wyjątek od tej reguły stanowi powiat bieruńsko-lędzki, w którym 2/3 ogółu dochodów wykonanych przez starostwo (67,3%) stanowiły dotacje.

TABELA 5

Źródła dochodów wykonanych w budżecie polityki społecznej w badanych powiatach w 2014 roku w podziale na typ samorządu

POWIAT	DOCHODY GMIN		DOCHODY POWIATÓW		DOCHODY OGÓŁEM*	
	WŁASNE	DOTACJE I SUBWENCJE	WŁASNE	DOTACJE I SUBWENCJE	WŁASNE	WŁASNE
Skierniewice	-	-	-	-	33,6%	66,4%
bieruńsko-lędziński	11,7%	88,3%	32,7%	67,3%	14,5%	85,5%
kazimierski	4,5%	95,5%	95,9%	4,1%	31,8%	68,2%
nyski	11,5%	88,5%	86,2%	13,8%	25,3%	74,7%
wejherowski	4,9%	95,1%	99,9%	0,1%	18,5%	81,5%
Olsztyn	-	-	-	-	33,7%	66,3%

* W powiatach ziemskich podstawą procentowania jest suma dochodów wszystkich samorządów lokalnych (gmin i powiatu).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ze sprawozdań Rb-27S.

Od około 3% do jednej dziewiątej budżetów polityki społecznej (odpowiednio: 3,4% w powiecie wejherowskim i 11,0% w bieruńsko-lędzińskim) stanowiły środki z Unii Europejskiej. Wartość nominalna dofinansowań w przeliczeniu na jednego mieszkańca wyniosła od 22,49 zł na terenie powiatu wejherowskiego do 65,19 zł w powiecie kazimierskim. W powiecie bieruńsko-lędzińskim trzy piąte środków europejskich (61,1%) pozyskało starostwo powiatowe, natomiast w pozostałych powiatach ziemskich większą inicjatywą wykazywały się samorzady gminne (pozyskujące odpowiednio 60,7% środków unijnych w powiecie nyskim, 87,7% w powiecie kazimierskim i 95,8% w powiecie wejherowskim).

TABELA 6

Dochody wykonane w obszarze polityki społecznej sfinansowane ze środków Unii Europejskiej w badanych powiatach w 2014 roku

POWIAT	DOCHODY GMIN (W ZŁ)	DOCHODY POWIATÓW (W ZŁ)	DOCHODY OGÓŁEM* (W ZŁ)	DOCHODY OGÓŁEM PER CAPITA** (W ZŁ)	UDZIAŁ W CAŁYM BUDŻECIE POLITYKI SPOŁECZNEJ SAMORZĄDÓW*
Skierniewice	-	-	2 098 784,69	43,15	8,7%
bieruńsko-lędziński	846 559,33	1 330 691,15	2 177 250,48	37,16	11,0%
kazimierski	1 998 838,86	279 237,63	2 278 076,49	65,19	9,4%
nyski	2 766 544,27	1 793 741,75	4 560 286,02	32,43	5,1%
wejherowski	4 434 388,11	196 448,89	4 630 837,00	22,49	3,4%
Olsztyn	-	-	5 119 848,15	29,31	5,2%

* W powiatach ziemskich podano sumę dochodów wszystkich samorządów lokalnych (gmin i powiatu).

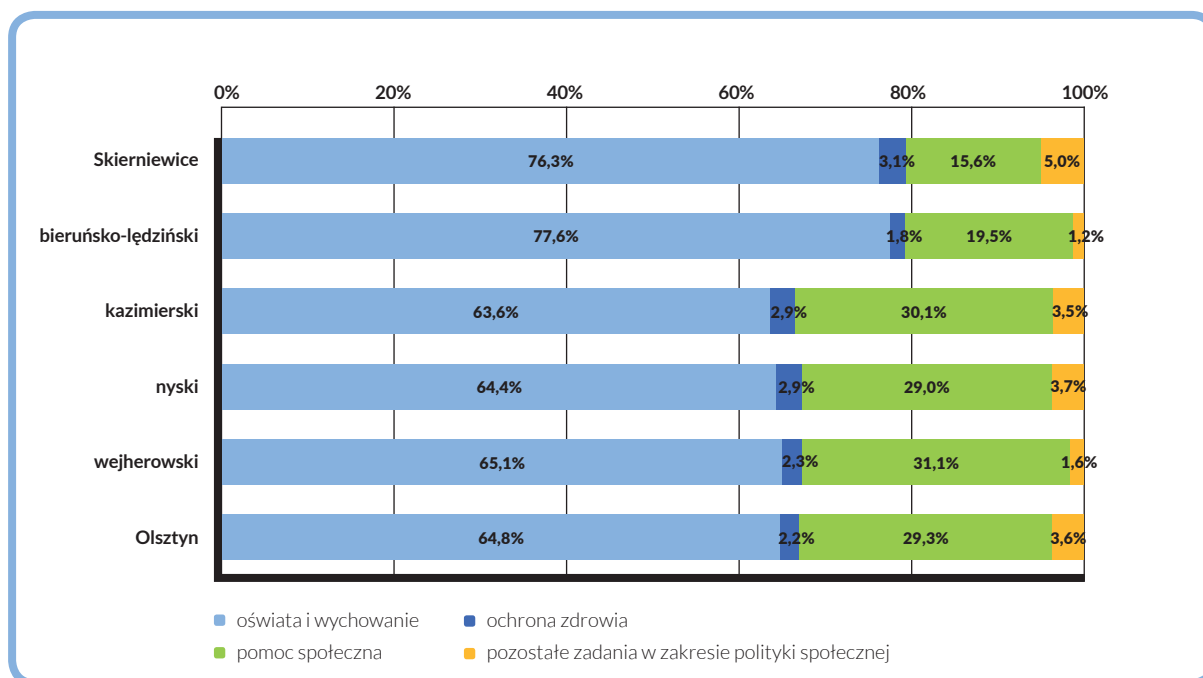
** W przeliczeniu na jednego mieszkańca powiatu.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ze sprawozdań Rb-27S.

Największą część budżetów polityki społecznej (od 63,6% w powiecie kazimierskim do 77,6% w bieruńsko-lędzińskim) przeznaczano na oświatę i wychowanie. Mniej środków – od 15,6% w Skierniewicach do około jednej trzeciej w powiatach: wejherowskim (31,1%), kazimierskim (30,1%), nyskim (29,0%) i w Olsztynie (29,3%) – kierowano na pomoc społeczną. Lokalne samorzady w zdecydowanie najmniejszym stopniu finansowały tzw. pozostałe zadania w zakresie polityki społecznej i ochronę zdrowia.

WYKRES 4

Struktura wydatków wykonanych w budżecie polityki społecznej w badanych powiatach w 2014 roku



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ze sprawozdań Rb-28S.

W powiatach ziemskich finansowanie zadań z działu oświata i wychowanie oraz pomoc społeczna odbywało się w głównej mierze na poziomie gminy. W kosztach pozostałych zadań z obszaru polityki społecznej – angażujących znacznie mniej środków samorządów lokalnych – w zbliżonym, a nawet większym stopniu partycypowały starostwa powiatowe.

TABELA 7

Wydatki wykonane w budżecie polityki społecznej w badanych powiatach w 2014 roku

POWIAT	DZIAŁ KLASYFIKACJI BUDŻETOWEJ				
		OŚWIATA I WYCHOWANIE (W ZŁ)	OCHRONA ZDROWIA (W ZŁ)	POMOC SPOŁECZNE (W ZŁ)	POZOSTAŁE ZADANIA W ZAKRESIE POLITYKI SPOŁECZNEJ (W ZŁ)
Skierniewice	wydatki ogółem	85 303 388,58	3 432 458,42	17 487 807,34	5 534 735,04
bieruńsko- łędziński	wydatki gmin	72 860 207,46	1 834 686,80	18 764 998,56	152 833,10
	wydatki powiatu	15 6 41 286,22	208 898,11	3 429 734,06	1 213 542,06
	wydatki ogółem*	88 501 493,68	2 043 584,91	22 194 732,62	1 366 375,16
kazimierski	wydatki gmin	34 136 475,15	602 698,78	16 457 436,41	1 410 457,58
	wydatki powiatu	13 649 017,12	1 543 129,00	6 130 889,01	1 192 305,89
	wydatki ogółem*	47 785 492,27	2 145 827,78	22 588 325,42	2 602 763,47
nyski	wydatki gmin	142 114 489,80	2 149 735,19	73 492 885,72	3 287 191,01
	wydatki powiatu	44 236 300,36	6 332 858,86	10 433 323,86	7 346 236,68
	wydatki ogółem*	186 350 790,15	8 482 594,05	83 926 209,58	10 633 427,69
wejherowski	wydatki gmin	254 687 437,10	4 400 867,12	118 300 106,90	3 077 292,67
	wydatki powiatu	42 650 455,23	6 109 665,71	23 579 060,88	4 029 699,79
	wydatki ogółem*	297 337 892,35	10 510 532,83	141 879 167,80	7 106 992,46
Olsztyn	wydatki ogółem	282 672 949,08	9 720 995,89	127 885 119,30	15 792 623,84

* W powiatach ziemskich podano sumę wydatków wszystkich samorządów lokalnych (gmin i powiatu).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ze sprawozdań Rb-28S.



Poniżej przedstawiono szczegółowe informacje o tym, co zostało zaklasyfikowane jako wydatki na opiekę.

KLASYFIKACJA WYDATKÓW PUBLICZNYCH NA OPIEKĘ

Analizie poddano wydatki wykonane w wybranych rozdziałach klasyfikacji budżetowej, które powinny w bezpośredni sposób wiązać się z finansowaniem zadań z obszaru opieki. Niedopasowanie struktury klasyfikacji budżetowej do zainteresowań badawczych projektu wymusiło, niestety, redukcję liczby analizowanych rozdziałów.

Dział 801 – oświata i wychowanie

oddziały przedszkolne w szkołach podstawowych (80 103), przedszkola (80 104), przedszkola specjalne (80 103), inne formy wychowania przedszkolnego (80 103)

Dział 851 – ochrona zdrowia

zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze (85 117)

Dział 852 – pomoc społeczna

domy pomocy społecznej (85 202), ośrodki wsparcia (85 203), usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze (85 228)

Dział 853 – pozostałe zadania w zakresie polityki społecznej

żłobki (85 305), kluby dziecięce (85 306), dzienni opiekunowie (85 307)

Źródło: Opracowanie własne.

W 2014 roku najwięcej środków samorządów lokalnych pochłonęło prowadzenie i dofinansowywanie przedszkoli i punktów przedszkolnych. W powiecie kazimierskim, w którym relatywnie dużą część populacji stanowią osoby starsze, porównywalną sumę pieniędzy przeznaczono na finansowanie działalności domów pomocy społecznej, ośrodków wsparcia oraz usług opiekuńczych. W Olsztynie wydatki na te zadania były o 25% mniejsze, a w powiatach: bieruńsko-lędzińskim, nyskim, wejherowskim i w Skierniewicach – co najmniej dwa razy mniejsze od wydatków na wychowanie przedszkolne. W niemal wszystkich powiatach najmniej środków przeznaczano na organizację opieki nad dziećmi w wieku 0-2 lat, sprawowanej w żłobkach, klubach dziecięcych oraz w formie usług dziennego opiekuna. Wyjątek stanowią Skierniewice, w których zadania te pochłonęły więcej środków niż działania z obszaru pomocy społecznej.

Wydatki wykonane na opiekę w badanych powiatach w 2014 roku

POWIAT	SKIERNIEWICE	BIERUŃSKO- -LĘDZIŃSKI	KAZIMIERSKI	NYSKI	WEJHEROWSKI	OLSZTYN	
Oświata i wychowanie	oddziały przedszkolne w szkołach podstawowych	547 885,11 zł	196 823,67 zł	1 328 552,75 zł	2 988 801,71 zł	11 442 833,81 zł	1 841 707,90 zł
	przedszkola	15 719 182,94 zł	16 923 698,62 zł	2 493 177,86 zł	25 214 748,10 zł	29 320 620,98 zł	52 004 427,49 zł
	przedszkola specjalne	474 751,55 zł	0,00	82 842,76 zł	0,00	1 241 530,80 zł	5 010 351,77 zł
	inne formy wychowania przedszkolnego	49 173,61 zł	0,00	242 155,24 zł	0,00	2 802 582,32 zł	157 156,89 zł
Chrona zdrowia	zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pomoc społeczna	domy pomocy społecznej	732 119,64 zł	244 991,85 zł	3 698 643,98 zł	7 241 810,70 zł	13 810 998,31 zł	17 850 486,62 zł
	ośrodki wsparcia	201 470,40 zł	528 753,48 zł	419 179,00 zł	704 951,00 zł	2 938 500,00 zł	22 037 571,45 zł
	usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze	0,00	130 902,18 zł	16 190,58 zł	1 531 119,86 zł	3 418 752,65 zł	4 882 817,81 zł
Pozostałe zadania w zakresie polityki społecznej	żłobki	1 550 653,03 zł	0,00	0,00	3 021 759,39 zł	0,00	5 458 086,84 zł
	kluby dziecięce	0,00	9 149,00 zł	0,00	0,00	0,00	43 452,00 zł
	dzienni opiekuńcze	0,00	0,00	0,00	4 922,87 zł	0,00	0,00

W powiatach ziemskich podano sumę wydatków wszystkich samorządów lokalnych (gmin i powiatu).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ze sprawozdań Rb-285.

Zadania związane z opieką pochłaniały różną część budżetów badanych samorządów lokalnych. W powiecie kazimierskim stanowiły one jedną dziewiątą wszystkich wydatków wykonanych w obszarze polityki społecznej (11,02%), a w Olsztynie – jedną czwartą (25,06%). Z wyjątkiem wychowania przedszkolnego, finansowanie pojedynczych zadań z obszaru polityki społecznej pochłaniało zazwyczaj marginalną część budżetów samorządów.

TABELA 9

Udział wydatków wykonanych na opiekę w badanych powiatach w budżecie polityki społecznej w 2014 roku

	POWIAT	SKIERNIEWICE	BIERUŃSKO- -LĘDZIŃSKI	KAZIMIERSKI	NYSKI	WEJHEROWSKI	OLSZTYN
Oświata i wychowanie	oddziały przedszkolne w szkołach podstawowych	0,49%	0,17%	0,17%	1,03%	2,50%	0,42%
	przedszkola	14,07%	14,83%	3,32%	8,71%	6,42%	11,93%
	przedszkola specjalne	0,42%	-	0,11%	-	0,27%	1,15%
	inne formy wychowania przedszkolnego	0,04%	-	0,32%	-	0,61%	0,04%
Ochrona zdrowia	zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze	-	-	-	-	-	-
Pomoc społeczna	domy pomocy społecznej	0,66%	0,21%	4,92%	2,50%	3,02%	4,09%
	ośrodki wsparcia	0,18%	0,46%	0,56%	0,24%	0,06%	5,05%
	usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze	-	0,11%	0,02%	0,53%	0,75%	1,12%
Pozostałe zadania w zakresie polityki społecznej	żłobki	1,39%	-	-	1,04%	-	1,25%
	kluby dziecięce	-	0,01%	-	-	-	0,01%
	dzienni opiekunowie	-	-	-	0,00%	-	-
RAZEM		17,25%	15,80%	11,02%	14,07%	13,64%	25,06%

W powiatach ziemskich podano sumę wydatków wszystkich samorządów lokalnych (gmin i powiatu).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ze sprawozdań Rb-28S.

W przeliczeniu na jednego mieszkańca samorządy gminne i powiatowe wydały od nieco ponad stu (w powiatach kazimierskim i wejherowskim) do ponad trzystu złotych (w obu miastach na prawach powiatu) na finansowanie zadań z obszaru wychowania przedszkolnego, od kilku (w powiecie bieruńsko-łędzińskim) do stu złotych (w powiecie kazimierskim i w Olsztynie) na działalność domów pomocy społecznej, od kilku (w powiatach: wejherowskim, nyskim, bieruńsko-łędzińskim i w Skierniewicach) do ponad stu złotych (w Olsztynie) na ośrodki wsparcia, od zera (w Skierniewicach⁷) do niespełna trzydziestu złotych (w Olsztynie) na usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze oraz od zera (w powiatach kazimierskim i wejherowskim) do ponad trzydziestu złotych (w Skierniewicach i Olsztynie) na opiekę nad dziećmi do lat 3.

Zdecydowanie największe wydatki per capita na wybrane zadania związane z opieką poniósł Olsztyn (625,64 zł). Wydatki pozostałych powiatów były wyraźnie mniejsze – w drugim mieście na prawach powiatu kształtowały się na poziomie niespełna 400 zł, w powiatach bieruńsko-łędzińskim, nyskim i wejherowskim oscyływały wokół 300 zł, a w powiecie kazimierskim nie przekraczały 250 zł.

⁷ W trakcie weryfikacji wyników badania CAWI ze skierniewickimi urzędnikami ustalono, iż w 2014 roku środki na ten cel (w przybliżeniu 53 460 zł, a więc nieco ponad 1 zł w przeliczeniu na jednego mieszkańca) były ujmowane poza rozdziałem „usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze”.

TABELA 10

Wydatki wykonane na opiekę *per capita* w badanych powiatach w 2014 roku

	POWIAT	SKIERNIEWICE	BIERUŃSKO- -LĘDZIŃSKI	KAZIMIERSKI	NYSKI	WEJHEROWSKI	OLSZTYN
Oświata i wychowanie	oddziały przedszkolne w szkołach podstawowych	11,27 zł	3,36 zł	38,02 zł	21,25 zł	55,58 zł	10,54 zł
	przedszkola	323,21 zł	288,82 zł	71,35 zł	179,30 zł	142,41 zł	297,72 zł
	przedszkola specjalne	9,76 zł	0,00	2,37 zł	0,00	6,03 zł	28,68 zł
	inne formy wychowania przedszkolnego	1,01 zł	0,00	6,93 zł	0,00	13,61 zł	0,90 zł
Ochrona zdrowia	zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pomoc społeczna	domy pomocy społecznej	15,05 zł	4,18 zł	105,85 zł	51,50 zł	67,08 zł	102,19 zł
	ośrodki wsparcia	4,14 zł	9,02 zł	12,00 zł	5,01 zł	1,43 zł	126,16 zł
	usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze	0,00	2,23 zł	0,46 zł	10,89 zł	16,60 zł	27,95 zł
Pozostałe zadania w zakresie polityki społecznej	żłobki	31,88 zł	0,00	0,00	21,49 zł	0,00	31,25 zł
	kluby dziecięce	0,00	0,16 zł	0,00	0,00	0,00	0,25 zł
	dzienni opiekunowie	0,00	0,00	0,00	0,04 zł	0,00	0,00
RAZEM		396,32 zł	307,77 zł	236,98 zł	289,48 zł	302,74 zł	625,64 zł

* W przeliczeniu na jednego mieszkańca powiatu. W powiatach ziemskich podano sumę wydatków wszystkich samorządów lokalnych (gmin i powiatu).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ze sprawozdań Rb-28S.

Oddziały przedszkolne w szkołach podstawowych były finansowane niemal wyłącznie ze środków zewnętrznych. Choć w odniesieniu do pozostałych form wychowania przedszkolnego – przedszkoli, przedszkoli specjalnych i innych form wychowania przedszkolnego – nieco większe znaczenie odgrywały środki własne samorządów, także w ich przypadku zdecydowanie przeważały pieniądze z dotacji i subwencji. Działalność domów pomocy społecznej i ośrodków wsparcia była w 2014 roku finansowana w całości bądź prawie w całości ze środków własnych samorządów, podczas gdy usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze, w zależności od powiatu, bywały w zbliżonym (w powiatach: bieruńsko-lędzińskim i nyskim oraz w Olsztynie), a nawet w większym stopniu (w powiecie wejherowskim) finansowane ze środków zewnętrznych. Wprawdzie sposób finansowania opieki nad małymi dziećmi różnił się w poszczególnych powiatach, jednak we wszystkich jednostkach samorządu terytorialnego znacząca część środków pochodziła ze źródeł własnych⁸.

⁸ Obserwowane niekiedy różnice w strukturze działań z niezerowymi dochodami i wydatkami wynikają z rozbieżności w sprawozdawanych kwotach wydatków i dochodów wykonanych, u podłoża których, z dużym prawdopodobieństwem, leży brak konsekwencji przy klasyfikowaniu przez jednostki samorządu terytorialnego wydatków i dochodów tego samego typu.

TABELA 11

Źródła dochodów wykonanych na opiekę w badanych powiatach w 2014 roku

	POWIAT		SKIERNIEWICE	BIERUŃSKO- -LĘDZIŃSKI	KAZIMIERSKI	NYSKI	WEJHEROWSKI	OLSZTYN	
Oświata i wychowanie	oddziały przedszkolne w szkołach podstawowych	własne	1,4%	0,0%	0,0%	14,0%	0,0%	-	
		dotacje i subwencje	98,6%	100,0%	100,0%	86,0%	100,0%	-	
	przedszkola	własne	28,9%	22,5%	22,6%	19,4%	15,4%	17,1%	
		dotacje i subwencje	71,1%	77,5%	77,4%	80,6%	84,6%	82,9%	
	przedszkola specjalne	własne	0,0%	-	47,8%	-	0,0%	100,0%	
		dotacje i subwencje	100,0%	-	52,2%	-	100,0%	0,0%	
	inne formy wychowania przedszkolnego	własne	-	-	1,8%	-	19,1%	-	
		dotacje i subwencje	-	-	98,2%	-	80,9%	-	
	Ochrona zdrowia	zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze	własne	-	-	-	-	-	-
			dotacje i subwencje	-	-	-	-	-	-
Pomoc społeczna	domy pomocy społecznej	własne	-	-	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
		dotacje i subwencje	-	-	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
	ośrodki wsparcia	własne	100,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	94,4%	
		dotacje i subwencje	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	5,6%	
	usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze	własne	100,0%	40,2%	93,5%	46,3%	17,0%	52,1%	
		dotacje i subwencje	0,0%	59,8%	6,5%	53,7%	83,0%	47,9%	
Pozostałe zadania w zakresie polityki społecznej	żłobki	własne	42,6%	-	-	60,6%	-	87,1%	
		dotacje i subwencje	57,4%	-	-	39,4%	-	12,9%	
	kluby dziecięce	własne	-	-	-	-	-	-	
		dotacje i subwencje	-	-	-	-	-	-	
	dzienni opiekunowie	własne	-	-	-	100,0%	-	-	
		dotacje i subwencje	-	-	-	0,0%	-	-	

* W powiatach ziemskich podstawą procentowania jest suma dochodów wszystkich samorządów lokalnych (gmin i powiatu).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ze sprawozdań Rb-27S.

Analizując wydatki samorządu na opiekę, warto pamiętać, że samorząd terytorialny ma obecnie dosyć szerokie możliwości zlecania zadań w zakresie opieki podmiotom niepublicznym. W szczególności ustawa z 24 kwietnia 2003 roku o działalności organizacji pożytku publicznego i o wolontariacie przewiduje możliwość zlecania zadań publicznych, jako wspieranie lub powierzanie ich realizacji, po przeprowadzeniu otwartego konkursu ofert. Do tych przepisów odwołuje się m.in. ustawa o opiece nad dziećmi do lat 3 – w ten sposób wójt, burmistrz lub prezydent miasta może zlecić organizację opieki sprawowanej w formie żłobka, klubu dziecięcego lub przez dziennych opiekunów, a także ustawa o pomocy społecznej – w ten sposób organy administracji rządowej i samorządowej mogą zlecać realizację zadania z zakresu pomocy społecznej, udzielając dotacji na jej finansowanie lub dofinansowanie.

Środki publiczne mogą trafiać również do podmiotów niepublicznych w innych trybach. Podmioty niepubliczne prowadzące żłobek lub klub dziecięcy albo zatrudniające dziennych opiekunów mogą otrzymać na każde dziecko objęte opieką w żłobku lub klubie dziecięcym albo przez dziennego opiekuna dotację celową z budżetu gminy. Wysokość i zasady ustalania oraz rozliczania dotacji celowej określa rada gminy w drodze uchwały. W przypadku braku miejsc w domu pomocy społecznej o zasięgu gminnym lub powiatowym, gmina może kierować osoby tego wymagające do domu pomocy społecznej, który nie jest prowadzony na zlecenie wójta (burmistrza, prezydenta miasta) lub starosty. W takim przypadku wysokość opłaty za pobyt w domu określa umowa zawarta przez gminę z podmiotem prowadzącym dom. Niestety, w ramach projektu nie udało się zebrać wiarygodnych, pełnych danych na ten temat.



Oto główne wnioski z przeanalizowanego w tym rozdziale materiału:

- ▶ Wydatki publiczne na opiekę w Polsce są wyjątkowo niskie w porównaniu z innymi krajami, zwłaszcza jeżeli chodzi o opiekę żłobkową i opiekę nad osobami starszymi, chorymi i niepełnosprawnymi. Polska przeznaczają ok. 0,5% PKB na opiekę nad dziećmi w wieku żłobkowym i przedszkolnym i około 0,4% PKB na opiekę długoterminową.
- ▶ Na poziomie kraju obserwuje się dynamiczny wzrost wydatków na opiekę nad dziećmi do lat 3, podczas gdy pula środków wydatkowanych na inne zadania z obszaru opieki powiększa się w niewielkim stopniu.
- ▶ W 2014 roku gros środków samorządów lokalnych kierowano na zadania z obszaru polityki społecznej, w tym w największym stopniu na oświatę i wychowanie oraz pomoc społeczną. Zadania związane z opieką pochłaniają różne części budżetów badanych samorządów: w 2014 roku stanowiły one 1/9 wydatków wykonanych w obszarze polityki społecznej w małym, tradycyjnym powiecie kazimierskim i 1/4 w wojewódzkim Olsztynie.
- ▶ W strukturze środków przeznaczanych na lokalną politykę społeczną przeważają źródła zewnętrzne (dotacje). Wydatki jednostek samorządu terytorialnego są najwyższe w tych obszarach, w których duże znaczenie mają zewnętrzne źródła finansowania.



4. KOSZTY OPIEKI NA JEDNEGO PODOPIECZNEGO I ZASADY PONOSZENIA ODPŁATNOŚCI W FORMALNYCH INSTYTUCJACH OPIEKI

Przeciętny koszt opieki nad podopiecznymi jest bezpośrednią determinantą możliwości tworzenia nowych miejsc opieki. Ważne jest również to, w jakim stopniu ten koszt pokrywany jest ze środków publicznych, a w jakim stopniu ponoszą za niego odpłatność podopieczni i ich rodziny.

W związku z powyższym, w niniejszym rozdziale w szczególności koncentrujemy się na udzieleniu odpowiedzi na następujące pytania:

1. Jaki jest jednostkowy koszt opieki na jednego podopiecznego?
2. Jakie są zasady ponoszenia odpłatności za korzystanie z różnych usług opieki w Polsce?
3. Jaka jest przeciętna odpłatność ponoszona przez podopiecznych i ich gospodarstwa domowe?

W tym rozdziale wykorzystujemy przede wszystkim dane z badania FIO-P1 oraz dane zastane.

4.1. OPIEKA NAD DZIEĆMI W WIEKU 0-5 LAT

Według danych sprawozdawczych Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, przeciętne miesięczne koszty związane z pobytem dziecka do lat 3 w żłobku (na które składają się koszty bezpośrednie, m.in. wynagrodzenia osób sprawujących opiekę nad dziećmi i koszty pośrednie, m.in. koszty administracyjne) oraz koszty związane z wyżywieniem, w przeliczeniu na 1 miejsce, wynosiły w 2013 roku 958 zł, z tego 660 zł ponosiły gminy, a 297 zł – rodzice. W klubie dziecięcym koszty te wynosiły odpowiednio: 513 zł, 239 zł i 274 zł. Natomiast w przypadku dziennych opiekunów, koszty te kształtowały się na poziomie 919 zł przypadających na jednego podopiecznego, z tego 755 zł ponosiły gminy, a 164 zł rodzice⁹. Należy jednak zauważyć, że instytucja dziennych opiekunów jest relatywnie nowa i dotyczy mniej niż stu instytucji, dlatego – jeśli chodzi o skalę – nie są to dane porównywalne z danymi dotyczącymi żłobków i klubów dziecięcych. Oznacza to, iż odpłatność rodziców kształtuje się w żłobkach publicznych (lub w żłobkach niepublicznych otrzymujących dotację) na poziomie 31%, a w klubach dziecięcych – 53%. W niedotowanych żłobkach i klubach dziecięcych koszt ten należy oczywiście szacować na niecałe 100%¹⁰.

Podobne dane dotyczące opieki przedszkolnej nie są publikowane. Wiemy natomiast, ile wynosi dotacja z Ministerstwa Edukacji Narodowej dla samorządu na opiekę przedszkolną. W 2013 roku dotacja wynosiła 414 zł na jedno dziecko w wieku od 2,5 do 6 lat, a w 2014 roku – 1 207,97 zł na jedno dziecko. Jednocześnie nie ma danych o wysokości współfinansowania opieki przedszkolnej przez rodziców. Według obowiązujących przepisów, pięciogodzinny pobyt w publicznej placówce jest bezpłatny, zaś za szóstą i każdą kolejną godzinę pobiera się opłatę nie wyższą niż 1 zł. Przyjmijmy, że przeciętna dzienna stawka żywniowa to 4,50 zł. Możemy zatem obliczyć, że 2 godziny pobytu w przedszkolu ponad podstawę programową kosztują miesięcznie 40 zł, wyżywienie 90 zł, a więc za miesiąc pobytu w przedszkolu rodzic płaci 130 zł przy 7 godzinach pobytu dziecka w przedszkolu. Przy 3 godzinach pobytu w przedszkolu ponad podstawę programową, pobyt kosztuje 60 zł, razem z wyżywieniem za miesiąc pobytu w przedszkolu rodzic płaci 150 zł przy 8 godzinach pobytu dziecka w przedszkolu. Przy 4 godzinach pobytu w przedszkolu ponad podstawę programową 80 zł kosztuje pobyt, a łącznie z wyżywieniem trzeba zapłacić 170 zł; przy 9 godzinach pobytu dziecka w przedszkolu. Przy odpłatności za wyżywienie wynoszącej 8 zł (taka jest np. w Warszawie), dziewięciogodzinny pobyt dziecka w przedszkolu kosztuje rodziców 240 zł miesięcznie.

⁹ Sprawozdanie Rady Ministrów z realizacji ustawy z 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (Dz.U. z 2013 r., poz. 1457) w 2013 r.

¹⁰ Wśród niedotowanych żłobków i klubów dziecięcych mogą być również placówki finansowane przez zakłady pracy lub z EFS.

Zgodnie z danymi Eurydice, w Polsce dzieci w wieku przedszkolnym spędzają w placówkach opieki przeciętnie 34,8 godziny tygodniowo¹¹, co przy założeniu, że korzystają z opieki przez pięć dni w tygodniu, daje średnio siedem godzin opieki dziennie. Oznacza to, że w Polsce przeciętną odpłatność za korzystanie z przedszkola można oszacować na 130 zł przy stawce za wyżywienie wynoszącej 4,50 zł i 200 zł przy stawce za wyżywienie wynoszącej 8 zł.

TABELA 12

Średni miesięczny koszt opieki nad jednym dzieckiem i średnia odpłatność rodziców za opiekę nad jednym dzieckiem w Polsce

INSTYTUCJA	ŚREDNI MIESIĘCZNY KOSZT OPIEKI NAD JEDNYM PODOPIECZNYM	ŚREDNIA MIESIĘCZNA ODPŁATNOŚĆ RODZICÓW ZA OPIEKĘ NAD DZIECKIEM	ŹRÓDŁO DANYCH	UWAGI/ZASTRZEŻENIA
Przedszkole	714,60 zł (2014)	130 zł (2014)	Obliczenia własne na podstawie danych raportu GUS Oświata i wychowanie w roku szkolnym 2013/2014 oraz Ustawy z 13 czerwca 2013r. o zmianie ustawy o systemie oświaty oraz niektórych innych ustaw.	Wartość została obliczona poprzez sumę szacunków nakładów publicznych i nakładów ponoszonych bezpośrednio przez rodziny podopiecznych. Nakłady publiczne zostały obliczone w oparciu o raport GUS, jako iloraz publicznych wydatków na system opieki przedszkolnej (str. 57) oraz liczby dzieci objętych opieką w ramach tego systemu (str. 163). Nakłady indywidualne zostały oszacowane przy założeniu średniego pobytu dzieci w przedszkolu w wymiarze 7 godzin dziennie, przy stawce 1 zł za godzinę pobytu ponad 5 godzin oraz dziennej stawce żywieniowej na poziomie 4,5 zł.
Żłobek	958 zł (2013)	297 zł (2013)	Sprawozdanie Rady Ministrów z realizacji ustawy z 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 w 2013 roku.	Na średni koszt składają się koszty bezpośrednie m.in. wynagrodzenia osób sprawujących opiekę nad dziećmi oraz koszty pośrednie (m.in. koszty administracyjne) i koszty związane z wyżywieniem (m.in. koszt artykułów żywnościowych, wynagrodzenia kucharki lub intendenta). Dotyczy instytucji publicznych i niepublicznych otrzymujących dotacje.
Klub dziecięcy	550 zł (2013)	274 zł (2013)		
Dzienny opiekun	919 zł (2013)	164 zł (2013)		

Źródło: Opracowanie własne.

¹¹ Raport Eurydice i Eurostatu, *Kluczowe dane dotyczące wczesnej edukacji i opieki w Europie*, 2014.

Warto w tym miejscu podkreślić, że przepisy nie określają jednoznacznie wysokości opłat za korzystanie z instytucji opieki nad dziećmi, wskazują jedynie, za jakie usługi mogą być one pobierane. W przypadku opieki nad dziećmi do lat 3 rodzice są zobowiązani do ponoszenia opłat za pobyt oraz wyżywienie dzieci w żłobku, klubie dziecięcym i u dziennego opiekuna. W przypadku przedszkoli odpłatne jest jedynie wyżywienie oraz korzystanie z placówki w czasie przekraczającym czas bezpośredniego nauczania, wychowania i opieki. Konkretnie zasady określają rady gmin i miast. Szczegółowe informacje o tym, co wynika z przepisów w zakresie odpłatności za opiekę nad dziećmi w instytucjach formalnych, przedstawia poniższa tabela.

TABELA 13

Odpłatność za opiekę w formalnych instytucjach opieki nad dziećmi w świetle prawa

TYP INSTYTUCJI	CO JEST ODPŁATNE?	KTO USTALA WYSOKOŚĆ I ZASADY DOKONYWANIA OPŁAT?	OD CZEGO ZALEŻY ODPŁATNOŚĆ?	PODSTAWA PRAWNA
Żłobek, klub dziecięcy	Rodzice są zobowiązani do ponoszenia opłat za pobyt oraz wyżywienie dzieci.	Wysokość opłat ustala rada gminy w drodze uchwały bądź inny podmiot, który tworzy żłobek/klub. Rada gminy może określić, w drodze uchwały, warunki częściowego lub całkowitego zwolnienia od ponoszenia opłat. Podmiot, który utworzył żłobek lub klub dziecięcy, ustala statut, określając w szczególności zasady ustalania opłat za pobyt i wyżywienie w przypadku nieobecności dziecka w żłobku lub klubie dziecięcym.	Nie jest określone w przepisach.	Ustawa z 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3.
Dzienny opiekun	Rodzice są zobowiązani do ponoszenia opłat za pobyt oraz wyżywienie dzieci.	Wysokość opłat ustala rada gminy w drodze uchwały bądź inny podmiot, który zatrudnia dziennego opiekuna. Rada gminy może określić, w drodze uchwały, warunki częściowego lub całkowitego zwolnienia od ponoszenia opłat.	Nie jest określone w przepisach.	Ustawa z 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3.



Przedszkole i inne formy wychowania przedszkolnego	Rodzice są zobowiązani do ponoszenia opłat za wyżywienie i za korzystanie z placówki w czasie przekraczającym czas bezpłatnego nauczania, wychowania i opieki.	Rada gminy określa wysokość opłat za korzystanie z wychowania przedszkolnego w prowadzonych przez gminę placówkach wychowania przedszkolnego w czasie przekraczającym czas bezpłatnego nauczania, wychowania i opieki. Rada gminy może określić warunki częściowego lub całkowitego zwolnienia z opłat. Wysokość opłaty nie może być wyższa niż 1 zł za godzinę zajęć. Maksymalna wysokość opłaty podlega waloryzacji. Wysokość opłat za posiłki w przedszkolu ustala dyrektor placówki w porozumieniu z organem prowadzącym. Do opłat wnoszonych za korzystanie z posiłku w stołówce nie wlicza się wynagrodzeń pracowników i składek naliczanych od tych wynagrodzeń oraz kosztów utrzymania stołówki. Organ prowadzący może zwolnić rodziców z całości lub części opłat w przypadku szczególnie trudnej sytuacji materialnej rodziny lub w szczególnie uzasadnionych przypadkach losowych. Organ prowadzący może upoważnić dyrektora do udzielania zwolnień.	Nie jest określone w przepisach. Ewentualne zwolnienie z odpłatności za wyżywienie zależy od sytuacji materialnej rodziny.	Ustawa z 7 września 1991 r. o systemie oświaty.
--	--	---	---	---

Źródło: Opracowanie własne MPiPS.

Na odpłatność za żłobek składają się więc dwa podstawowe elementy – stawka za pobyt i opłata za wyżywienie. Dodatkowe opłaty wiążą się z przebywaniem w żłobku ponad 10 godzin.

W ramach projektu przeanalizowano, w jaki sposób skonstruowany jest system opłat w dwunastu przykładowych miastach z terenu całej Polski, zróżnicowanych ze względu na wielkość i położenie (Bydgoszcz, Toruń, Kołobrzeg, Poznań, Łódź, Białystok, Sępólno Krajeńskie, Kozienice, Świętochłowice, Suwałki, Konin, Elbląg).

Analiza ta pokazuje, że stosowane są różne sposoby określania stawek za pobyt. Niektóre miasta wskazują konkretną kwotę. Najczęściej jest to stawka godzinowa, która waha się od 0,57 zł w Kozienicach do 1,90 zł w Bydgoszczy. Rzadziej jest to

stawka miesięczna – w Sępólnie Krajeńskim jest to 88 zł, w Białymstoku – 200 zł. Tylko w jednym z analizowanych miast, w Kołobrzegu, stawka jest określana w wymiarze dziennym i wynosi 8 zł. Inne miasta uzależniają stawkę od wysokości minimalnego (Łódź, Elbląg) lub przeciętnego (Poznań) wynagrodzenia za pracę i wynosi ona około 10% tego wynagrodzenia.

Stawki za wyżywienie wahają się od 4 zł (Łódź) do 8,50 zł (Świętochłowice) za dzień.

Opłaty za przedłużony pobyt w żłobku są bardzo zróżnicowane. W Sępólnie Krajeńskim jest to 0,50 zł, a w Suwałkach 3,60 zł za każdą rozpoczętą godzinę, ale w wielu miejscach kwota ta wynosi 30 zł (Poznań, Bydgoszcz, Toruń), w Kozienicach sięga 32 zł, a w Elblągu nawet 50 zł za każdą rozpoczętą godzinę pobytu po przekroczeniu 10 godzin dziennie.

Analizowane miasta wprowadziły też system ulg. Najczęściej wprowadzane przez miasta ulgi dotyczyły rodzin wielodzietnych. Jednak różnie definiowano te uprawnienia, a związane one były z posiadaniem lokalnej lub ogólnokrajowej karty dużej rodziny (Białystok, Elbląg), z korzystaniem ze żłobka drugiego i kolejnego dziecka (Świętochłowice, Sępólno Krajeńskie, Łódź, Poznań, Bydgoszcz, Toruń, Kołobrzeg) lub z posiadaniem trójki albo większej liczby dzieci do ukończenia 18. roku życia lub do ukończenia 25. roku życia w przypadku, gdy dziecko uczy się lub studiuje (Konin, Suwałki). W wielu miastach uwzględniono też zniżki dla najbiedniejszych rodzin (Świętochłowice, Sępólno Krajeńskie, Poznań, Bydgoszcz, Suwałki, Kołobrzeg). Tylko w Poznaniu przewidziano zniżkę dla dzieci niepełnosprawnych.

Podobne szacunki przeciętnego kosztu opieki i odpłatności wykonano dla badanych w projekcie powiatów.

Po szczegółowym przyjrzeniu się objętym badaniem powiatom, możliwe jest podjęcie próby oszacowania kosztów opieki w instytucjach publicznych. W tym celu wykorzystano podane przez dyrektorów zbadanych instytucji dane dotyczące wielkości budżetu w 2014 roku oraz liczby podopiecznych. Tym samym zestawienie uwzględnia wszystkie koszty funkcjonowania placówki, w tym wynagrodzenia pracowników i koszty infrastrukturalne. Badanie FIO-P1, na podstawie którego przedstawiono poniższe obliczenia, nie objęło swoim zasięgiem wszystkich instytucji z terenu powiatów (wartość N w tabeli oznacza liczbę zrealizowanych wywiadów). Tym samym należy traktować je jako obarczone pewnym ryzykiem błędu (budżety placówek na terenie powiatu mogą wyraźnie różnić się w zależności od polityki władz gminnych). Z przedstawionego zestawienia wynika, że środki przypadające



na jednego podopiecznego w zbadanych żłobkach/klubach dziecięcych wynoszą średnio 1 168 złotych, tym samym plasują się nieco powyżej średniej dla całego kraju zaprezentowanej w sprawozdaniu MPiPS. Wyraźnie niższe niż średnie dla kraju są natomiast koszty opieki sprawowanej przez dziennych opiekunów w powiecie nyskim i wynoszą 518 zł (przy średniej 919 zł dla kraju).

W niemal wszystkich powiatach średnie kwoty przypadające na podopiecznego w przedszkolach są niższe niż średni koszt opieki w skali kraju i wynoszą średnio 624 zł. Najwyższy przeciętny koszt opieki nad jednym dzieckiem notuje się w powiecie wejherowskim (945 zł) oraz w Olsztynie (832 zł), nieco niższy natomiast w powiatach nyskim (661 zł) i bieruńsko-lędzimskim (523 zł). Najtańsza jest opieka nad dziećmi w wieku do lat 6 w powiatach kazimierskim (435 zł) i w Skierniewicach (347 zł).

TABELA 14

Średni miesięczny koszt opieki przypadający na jednego podopiecznego w publicznych instytucjach opieki nad dziećmi w wieku do lat 6 w badanych powiatach w 2014 roku

POWIAT	KAZIMIERSKI		NYSKI		BIERUŃSKO- -LĘDZIŃSKI		WEJHEROWSKI		SKIERNIEWICE		OLSZTYN		OGÓŁEM	
	WARTOŚĆ	N	WARTOŚĆ	N	WARTOŚĆ	N	WARTOŚĆ	N	WARTOŚĆ	N	WARTOŚĆ	N	WARTOŚĆ	N
ŻŁÓBEK	x		1157,49	1	x		1179,19	1	BD		1168,34	6		
DZIENNY OPIEKUN	x		517,50	2	x				BD		517,50	2		
PRZEDSZKOLE	434,83	7	635,43	9	522,58	2	346,86	4	944,64	1	832,09	10	623,59	33
Ogółem	434,83	7	661,45	12	522,58	2	513,33	5	944,64	1	832,09	14	653,84	41

* Wartość jest ilorazem podanego przez respondenta całkowitego budżetu instytucji w 2014 roku i zadeklarowanej liczby podopiecznych w tym samym roku.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania FIO-P1.



Po przyjrzeniu się kosztom ponoszonym przez rodziców bezpośrednio na terenie badanych powiatów, konieczne jest dokonanie przeliczeń i pewnych szacunków. Jak wcześniej wspomniano, opłaty w systemie opieki nad najmłodszymi dziećmi składają się z dwóch podstawowych elementów: opłaty za pobyt oraz opłaty za wyżywienie. Ich wysokość samorządy określają w bardzo zróżnicowany sposób, co może powodować i powoduje znaczne trudności zarówno w łatwym zrozumieniu systemu naliczania opłat jak i określaniu ich średniej wysokości.

Opłata za pobyt w żłobkach w Olsztynie jest określoną kwotą miesięczną (216,30 zł), w Skierniewicach i znajdujących się na terenie powiatu nyskiego Głuchołazach opłata miesięczna jest obliczana jako odsetek minimalnego wynagrodzenia na dany rok (odpowiednio 10% i 15,15%), a w Nysie opłatę miesięczną należy obliczyć w oparciu o kwotę opieki za dzień, która również stanowi określony odsetek minimalnej pensji (0,75%). Podobnie zróżnicowany jest sposób naliczania opłaty za wyżywienie. I tak, w Olsztynie i Nysie uchwały określają jedynie jej górną granicę, pozostawiając w gestii dyrektorów określenie ich ostatecznej wysokości (odpowiednio do 6 zł i do 8 zł za dzień), w Skierniewicach opłata jest stała (4,5 zł), a w Głuchołazach powiązana jest z minimalnym wynagrodzeniem (0,3%). Zróżnicowane są również stawki przewidziane za wydłużone godziny opieki (za każdą godzinę powyżej 10 godzin). W tym przypadku to w Olsztynie, podobnie jak w Głuchołazach, jest ona powiązana z minimalnym wynagrodzeniem (odpowiednio 2,5% i 0,6%), natomiast samorządy Skierniewic i Nysy określiły konkretną stawkę (odpowiednio 20 zł i 10 zł).

Niemniej jednak osoby posyłające swoje dzieci do żłobków na terenie badanych powiatów mogą liczyć na szereg zniżek, które również wyraźnie różnią się w zależności od jednostki samorządu terytorialnego. Przeważnie dotyczą one wielkości rodziny, niepełnosprawności dzieci lub korzystania z opieki przez kolejne dziecko w rodzinie.

Szczegółowe informacje o przyjętych w badanych powiatach systemach opłat za opiekę nad dziećmi do lat 3 przedstawia poniższa tabela.

W oparciu o przeanalizowane uchwały, podjęta została próba oszacowania kosztów opieki w każdej z jednostek samorządu terytorialnego.

Obarczona jest ona wieloma wątpliwościami, które można przedstawić na przykładzie Skierniewic. Opłata za pobyt w żłobku w Skierniewicach określona jest jako ułamek minimalnego wynagrodzenia (10%). Minimalne wynagrodzenie w 2014 roku

wynosiło 1 680 zł brutto, co po przemnożeniu daje opłatę za pobyt w wysokości 168 zł miesięcznie. Stawka żywniowa pobierana jest za każdy dzień realnej obecności dziecka w żłobku. Brak jest jednak danych o średniej frekwencji w żłobkach. Z dużym prawdopodobieństwem można jednak powiedzieć, że nigdy nie sięga ona 100%. Według informacji prasowych, w niektórych miastach wynosi ona około 60% i taka wartość została przyjęta przy obliczaniu opłaty za wyżywienie. Przyjmując, że średnio w miesiącu jest 20 dni roboczych, opłaty za wyżywienie ponoszone są przez 12 dni. Tym samym średni, przypadający na dziecko, koszt wyżywienia w żłobku w Skierniewicach wynosi 54 zł. W szacunkach nie uwzględniono dodatkowych opłat za korzystanie z wydłużonej opieki. Nie mamy bowiem wiedzy, jak duża część rodziców decyduje się na taką usługę. Zgodnie z danymi z raportu Eurydice, dzieci do 3 lat przeciętnie korzystają z opieki w wymiarze nieco ponad 39 godzin tygodniowo¹², co daje niecałe 8 godzin dziennie. Nie można jednak mieć pewności, że czas ten rozkłada się równomiernie na poszczególne dni, tym bardziej nie ma takich informacji w odniesieniu do samych Skierniewic. W szacunkach pominięto również stosowane przez Skierniewice zwolnienia z opłat. W efekcie możemy określić podstawową stawkę opłaty za pobyt i wyżywienie. Trzeba oczywiście pamiętać, że rodziny mogą ponosić zdecydowanie wyższe opłaty, gdy korzystają z dodatkowych godzin opieki lub gdy frekwencja jest wyższa niż 60%. Opłaty te mogą też być znacznie niższe, jeżeli rodziny uprawnione są do zniżek.

Omówione szacunki zestawiono również w poniższych tabelach.

Podstawowa odpłatność za żłobek w badanych powiatach waha się od 222 zł w Skierniewicach i Nysie, do niemal 305 zł w Głuchołazach. W przypadku dziennego opiekuna odpłatność wynosi około 150 zł w Wejherowie i Głuchołazach, 160 zł w Łambinowicach i 230 zł w Nysie.

¹² Raport Eurydice i Eurostatu, Kluczowe dane dotyczące wczesnej edukacji i opieki w Europie, 2014.

TABELA 15

Wysokość i zasady ponoszenia odpłatności za opiekę nad dziećmi w publicznych żłobkach w badanych powiatach w 2015 roku

	OLSZTYN	SKIERNIEWICE	POWIAT NYSKI	
			NYSZA	GŁUCHOŁĄZY
Opłata za pobyt (miesięczna)	216,30 zł	10% brutto minimalnego wynagrodzenia za pracę	-	15,15% brutto minimalnego wynagrodzenia za pracę
Opłata za pobyt (dziennie)	-	-	0,75% minimalnego wynagrodzenia za pracę	-
Stawka za wyżywienie (dziennie)	max. 6,00 zł, ustala dyrektor	4,50 zł	max. 8,00 zł, ustala dyrektor	0,30% minimalnego wynagrodzenia za pracę
Stawka za wydłużony pobyt (ponad 10 godzin)	2,5% minimalnego wynagrodzenia za pracę za każdą dodatkową godzinę	20,00 zł za każdą rozpoczętą dodatkową godzinę	10 zł za każdą rozpoczętą dodatkową godzinę	0,60 % minimalnego wynagrodzenia za pracę za każdą dodatkową godzinę
Zniżki, zwolnienia	<ul style="list-style-type: none"> - o zwolnienie z opłat mogą się starać rodziny z niskimi dochodami (kryterium z pomocy społecznej), - użytkownicy olsztyńskiej Karty Dużej Rodziny spełniający to kryterium zwolnieni są całkowicie z opłat za pobyt 	-50% za drugie oraz każde następne dziecko korzystające z tego żłobka	-30% za drugie i kolejne dziecko korzystające ze żłobka, -50% dla dziecka z orzeczoną niepełnosprawnością	<ul style="list-style-type: none"> - z opłaty stałej zwolnieni są rodzice/ opiekunowie prawni wychowujący troje lub więcej dzieci oraz rodzice/ opiekunowie prawni wychowujący co najmniej jedno dziecko niepełnosprawne, - 11,40 % minimalnego wynagrodzenia za pracę w przypadku korzystania z opieki w Żłobku Miejskim przez kolejne dziecko w rodzinie
Szacunkowa miesięczna podstawowa odpłatność*	288,30 zł	222,00 zł	222,00 zł	304,92 zł

* Przy założeniu 60% frekwencji i 20 dni roboczych w miesiącu.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie uchwał rad gmin i miast.

W projekcie przeanalizowano także dostępne informacje o skali odpłatności w niepublicznych instytucjach opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 w badanych powiatach. Zgromadzenie tych informacji nie było łatwe, nie są one pełne, opierają się na danych udostępnianych przez te instytucje na stronach internetowych.

W poniższej tabeli zestawiono szacunki dotyczące średniej odpłatności za korzystanie z publicznej i niepublicznej formalnej opieki nad dziećmi w wieku żłobkowym i przedszkolnym w badanych przez nas powiatach.

Jak wynika z zestawiania, notuje się znaczne różnice pomiędzy odpłatnościami w instytucjach publicznych i niepublicznych. W przypadku żłobków, koszt ponoszony przez rodziców jest niemal trzykrotnie wyższy w placówkach niepublicznych niż w publicznych (dotyczy Skierniewic i Olsztyna). Jednocześnie w niemal wszystkich powiatach (poza nyskim) koszt opieki w niepublicznych klubach dziecięcych sięga ponad 700 zł i jest wyraźnie wyższy niż całkowity koszt przypadający na jednego podopiecznego w publicznych klubach dziecięcych oszacowany przez MPiPS (513 zł). Relatywnie niskie opłaty obciążają rodziny korzystające z usług dziennych opiekunów, w obydwu badanych powiatach nie przekraczają one 200 złotych.

TABELA 16

Wysokość i zasady ponoszenia odpłatności za opiekę nad dziećmi przez dziennego opiekuna w badanych powiatach w roku 2014

	WEJHEROWO	POWIAT NYSKI		
		ŁAMBINOWICE	NYSA	GŁUCHOŁĄZY
Opłata za pobyt (godzinowa)	2,00 zł	1,50 zł	0,075 % minimalnego wynagrodzenia za pracę, 10,84 zł za każdą rozpoczętą godzinę pobytu dziecka u dziennego opiekuna powyżej 9 godzin	1,15 zł
Stawka za wyżywienie (dziennie)	6,00 zł	8,50 zł	do 8,67 zł	do 8,50 zł
Zniżki, zwolnienia	zwalnia się z obowiązku ponoszenia 50% opłaty dzieci z rodzin, które nie przekraczają 100% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie przewidzianego w przepisach o pomocy społecznej i korzystają ze świadczeń pieniężnych przyznanych z pomocy społecznej przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Wejherowie	-	-75% dla rodziny, której na podstawie przepisów ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej przyznano zasiłek stały -30% za drugie i każde następne dziecko z rodziny	- zmniejszenie do kwoty w wysokości 0,87 zł za każdą godzinę w przypadku korzystania z opieki u dziennego opiekuna przez drugie dziecko w rodzinie - całkowite zwolnienie rodziców (opiekunów prawnych) posiadających troje lub więcej dzieci
Szacunkowa miesięczna podstawowa odpłatność*	150,20 zł	160,65 zł	230,04 zł	146,97 zł

Źródło: Obliczenia własne w oparciu o wyniki badania FIO-P1 oraz uchwały rad gmin (publiczne) i dane zastane (niepubliczne).

TABELA 17

Średnia miesięczna odpłatność ponoszona przez rodziców dzieci w wieku do lat 3 korzystających z opieki w badanych powiatach w 2014 roku

POWIAT	KAZIMIERSKI		NYSKI		BIERUŃSKO- -LĘDZIŃSKI		WEJHEROWSKI		SKIERNIEWICE		OLSZTYN	
	P.	NP.	P.	NP.	P.	NP.	P.	NP.	P.	NP.	P.	NP.
ŻŁÓBEK	x	x	278,97	x	x	x	x	629,67	222,00	690,00	288,30	677,91
KLUB DZIECIĘCY	x	x	x	478,00	x	746,24	x	740,00	x	x	x	660,00
DZIENNY OPIEKUN	x	x	179,22	x	x	x	150,20	x	x	x	x	x

P. - publiczne

NP. - niepubliczne

Źródło: Obliczenia własne w oparciu o wyniki badania FIO-P1 oraz uchwały rad gmin (publiczne) i dane zastane (niepubliczne).



4.2. OPIEKA NAD OSOBAMI STARSZYMI, CHORYMI I NIEPEŁNOSPRAWNYMI

Bardzo trudno uzyskać dokładne, kompletne i spójne dane na temat przeciętnych kosztów opieki nad osobami starszymi, chorymi i niepełnosprawnymi oraz przeciętnej odpłatności za tę opiekę w skali kraju. W niniejszym podrozdziale przedstawione zostaną więc tylko wybrane dane, o wybranych formach opieki nad tymi osobami. Monitoring tego obszaru wymaga wzmocnienia, o czym będzie mowa w kolejnych rozdziałach.

W przypadku domów pomocy społecznej, sprawozdanie MPiPS-05 dostarcza informacji o tym, kto płaci za pobyt mieszkańców – czy jest to gmina, czy mieszkaniec, czy rodzina. Dla osób skierowanych do domów przed 2004 r. dostępne są informacje o tym, ile osób jest zupełnie zwolnionych z opłat, ile płaci pełną opłatę i z jakich źródeł jest to finansowane. Dane te nie mówią jednak o skali wydatków. Trochę więcej informacji na ten temat dostarcza sprawozdanie MPiPS-03, w którym udostępniono dane o odpłatności gmin za pobyt w domach pomocy społecznej. Zgodnie z tym sprawozdaniem, w 2014 roku gminy wydatkowały na ten cel 1 035,0 mln zł, przy czym ta kwota to wyłącznie ustalona opłata gminy za pobyt, bez uwzględnienia ewentualnych opłat wnoszonych przez gminę za osoby nie wywiązujące się z obowiązku ponoszenia odpłatności. Jednocześnie w sprawozdaniu wskazuje się, że liczba tego typu świadczeń wyniosła w 2014 roku ponad 464 tys. Ta liczba świadczeń pokazuje liczbę miesięcy pobytu w DPS, za które gmina wnosi opłatę. Oznacza to, że przeciętnie za miesiąc pobytu w DPS gmina płaciła w 2014 roku 2 227,71 zł.

Na podstawie sprawozdania MPiPS-03 można w podobny sposób wyliczyć, ile kosztuje godzina usług opiekuńczych. Zgodnie ze sprawozdaniem, na usługi opiekuńcze ogółem wydatkowano w 2014 roku 385,6 mln zł, z tego 14,6 mln zł przeznaczono na specjalistyczne usługi opiekuńcze. Ponadto, na specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania dla osób z zaburzeniami psychicznymi wydatkowo 82,2 mln zł. Trzeba jednak pamiętać, że jest to duże przybliżenie, bo kwota świadczeń uwzględniona w tym sprawozdaniu jest iloczynem liczby świadczeń przyznanych w danym okresie sprawozdawczym i kwoty świadczenia wymienionej w decyzji. Tak więc wymieniona w sprawozdaniu łączna kwota świadczeń w danym okresie sprawozdawczym jest wielkością „teoretyczną”, tzn. nie uwzględnia sytuacji, gdy świadczenia z różnych przyczyn nie są wypłacone w danym okresie sprawozdawczym. Co więcej, ilość i wartość usług opiekuńczych liczona jest na podstawie decyzji i nie jest korygowana faktycznymi wydatkami ośrodka na te świadczenia. Jest natomiast pomniejszana obowiązkową odpłatnością klienta, jeśli taka odpłatność jest określona w decyzji.

W 2014 roku około 12,3 tys. osób przyznano 3,95 mln godzin specjalistycznych usług dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Godzina specjalistycznych usług kosztowała więc 20,81 zł. Natomiast usług opiekuńczych, będących zadaniem własnym gmin, w 2014 roku przyznano łącznie 32,15 mln godzin i skorzystało z nich 88,9 tys. osób. Godzina takich usług kosztowała więc niemal 12 zł.

W porównaniu do opieki nad dziećmi, w większości przypadków przepisy bardzo szczegółowo określają zasady ponoszenia opłat za korzystanie z formalnych instytucji opieki nad osobami starszymi, chorymi i niepełnosprawnymi.

Odpłatność za pobyt w DPS, ŚDS i korzystanie ze specjalistycznych usług dla osób z zaburzeniami psychicznymi wynika wprost z zapisów odpowiednich ustaw i rozporządzeń. Uzależniają one wysokość odpłatności od wysokości uzyskanych przez podopiecznego dochodów. Opłata w ZOL i ZPO wynosi 250% minimalnej emerytury, ale jest również korygowana w zależności od dochodów podopiecznego. Jedynie odpłatność za usługi opiekuńcze, będące zadaniem własnym gmin, nie jest uregulowana w przepisach – zasady ponoszenia odpłatności i ich wysokość określa rada gminy. W praktyce jednak, co pokazano w dalszej części tego rozdziału, gminy również uzależniają odpłatność od wysokości dochodów podopiecznego.

Korzystanie z klubów samopomocy jest bezpłatne. Podobnie korzystanie z hospicjów stacjonarnych i oddziałów opieki paliatywnej, mających kontrakt z NFZ, jest bezpłatne. Korzystanie z opłacanej przez NFZ opieki środowiskowej (hospicjum domowe, pielęgniarstwo) jest bezpłatne, ale leki, środki pomocnicze itp. pacjenci kupują we własnym zakresie.

Szczegółowe informacje o tym, co wynika z przepisów w zakresie odpłatności, przedstawia poniższa tabela.

TABELA 18

Odpłatność za opiekę w formalnych instytucjach opieki nad osobami chorymi, starszymi i niepełnosprawnymi w świetle prawa

TYP INSTYTUCJI	KTO USTALA WYSOKOŚĆ I ZASADY DOKONYWANIA ODPLATNOŚCI?	OD CZEGO ZALEŻY ODPLATNOŚĆ?	PODSTAWA PRAWNA
<p>Dom pomocy społecznej</p>	<p>Zasady określania wysokości opłat podano w ustawie, decyzję o wysokości odpłatności w konkretnym przypadku wydaje jednostka samorządu terytorialnego prowadząca dom.</p> <p>Odpłatność maksymalna sięga wysokości średniego miesięcznego kosztu utrzymania mieszkańca, który ustala jednostka samorządu terytorialnego prowadząca dom (co roku do 31 marca).</p> <p>Średni miesięczny koszt utrzymania w domu pomocy społecznej to kwota rocznych kosztów działalności domu wynikająca z utrzymania mieszkańców, z roku poprzedniego, bez kosztów inwestycyjnych i wydatków na remonty, powiększona o prognozowany średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem, przyjęty w ustawie budżetowej na dany rok kalendarzowy, podzielona przez liczbę miejsc, ustaloną jako sumę rzeczywistej liczby mieszkańców w poszczególnych miesiącach roku poprzedniego.</p> <p>Ogłoszony średni miesięczny koszt utrzymania mieszkańca w domu pomocy społecznej może być niższy niż obliczony zgodnie z ww. regułami, jednak pod warunkiem zapewnienia realizacji zadań na poziomie obowiązującego standardu.</p> <p>Rada gminy może określić, w drodze uchwały, korzystniejsze warunki ustalania opłat za pobyt w domu pomocy społecznej o zasięgu gminnym, częściowego lub całkowitego zwolnienia z tych opłat, zwrotu należności za okres nieobecności osoby w domu.</p>	<p>Obowiązani do wnoszenia opłaty za pobyt w domu pomocy społecznej są:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) mieszkaniec domu, a w przypadku osób małoletnich przedstawiciel ustawowy z dochodów dziecka, 2) małżonek, zstępni przed wstępnymi, 3) gmina, z której osoba została skierowana do domu pomocy społecznej <p>– przy tym osoby i gmina, określone w pkt 2 i 3, nie mają obowiązku wnoszenia opłat, jeżeli mieszkaniec domu ponosi pełną odpłatność.</p> <p>Opłatę za pobyt w domu pomocy społecznej wnoszą:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) mieszkaniec domu, nie więcej jednak niż 70% swojego dochodu, a w przypadku osób małoletnich przedstawiciel ustawowy z dochodów dziecka, nie więcej niż 70% tego dochodu; 2) małżonek, zstępni przed wstępnymi – zgodnie z umową: <ol style="list-style-type: none"> a) w przypadku osoby samotnie gospodarującej, jeżeli dochód jest wyższy niż 300% kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej, jednak kwota dochodu pozostająca po wniesieniu opłaty nie może być niższa niż 300% tego kryterium, b) w przypadku osoby w rodzinie, jeżeli posiadany dochód na osobę jest wyższy niż 300% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie, z tym że kwota dochodu pozostająca po wniesieniu opłaty nie może być niższa niż 300% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie; 3) gmina, z której osoba została skierowana do domu pomocy społecznej – w wysokości różnicy między średnim kosztem utrzymania w domu pomocy społecznej a opłatami wnoszonymi przez osoby, o których mowa w pkt 1 i 2. 	<p>Ustawa z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.</p>



CZĘŚĆ I ANALIZA CZYNNIKÓW KSZTAŁTUJĄCYCH PODAŻ FORMALNEJ OPIEKI

TYP INSTYTUCJI	KTO USTALA WYSOKOŚĆ I ZASADY DOKONYWANIA ODPIATNOŚCI?	OD CZEGO ZALEŻY ODPIATNOŚĆ?	PODSTAWA PRAWNA
Zakład opiekuńczo-leczniczy/zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy	<p>Ustawa wskazuje, że minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu oraz Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, określi w drodze rozporządzenia sposób ustalania odpłatności za pobyt w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych.</p> <p>W rozporządzeniu określono, że miesięczna opłata za pobyt w zakładzie opiekuńczym, obejmująca koszty wyżywienia i zakwaterowania, jest ustalana przez kierownika zakładu opiekuńczego.</p>	<p>Osoby wnoszące opłatę za pobyt w domu pomocy społecznej można zwolnić, na ich wniosek, częściowo lub całkowicie z tej opłaty, w szczególności jeżeli:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wnoszą opłatę za pobyt innych członków rodziny w domu pomocy społecznej, ośrodka wsparcia lub innej placówki; 2) występują uzasadnione okoliczności, zwłaszcza długotrwała choroba, bezrobocie, niepełnosprawność, śmierć członka rodziny, straty materialne powstałe w wyniku klęski żywiołowej lub innych zdarzeń losowych; 3) małżonkowie, zstępni, wstępni utrzymują się z jednego świadczenia lub wynagrodzenia; 4) osoba obowiązana do wnoszenia opłaty jest w ciąży lub samotnie wychowuje dziecko. <p>Świadczeniobiorca przebywający w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub pielęgnacyjno-opiekuńczym, który udziela świadczeń całodobowych, ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania. Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym, że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej. Miesięczną opłatę za wyżywienie i zakwaterowanie dziecka do ukończenia 18. roku życia, a jeżeli kształci się dalej – do ukończenia 26. roku życia, przebywającego w ZOŁ/ZPO, który udziela świadczeń całodobowych, ustala się w wysokości odpowiadającej 200% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu na osobę w rodzinie w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej. W przypadku dziecka pozbawionego opieki i wychowania rodziców, umieszczonego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej przez sąd, opłata ta wynosi nie mniej niż 200% najniższej emerytury.</p>	Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

<p>Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze</p>	<p>Rada gminy określa, w formie uchwały, szczególne warunki odpłatności za usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze, z wyłączeniem specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi, oraz szczególne warunki częściowego lub całkowitego zwolnienia od opłat, jak również tryb ich pobierania.</p>	<p>Nie jest określone w przepisach.</p>	<p>Ustawa z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej</p>
<p>Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi</p>	<p>Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia określa, w formie rozporządzenia, warunki i tryb ustalania oraz pobierania opłat za specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone osobom z zaburzeniami psychicznymi, jak również warunki częściowego lub całkowitego zwolnienia z tych opłat, ze względu na szczególne potrzeby osób korzystających z usług, uwzględniając sytuację materialną tych osób.</p> <p>W rozporządzeniu określono, że odpłatność za specjalistyczne usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi ustala ośrodek pomocy społecznej, na wniosek osoby zainteresowanej lub jej opiekuna, w zależności od posiadanego dochodu na osobę w rodzinie.</p>	<p>Opłatność jest uzależniona od wysokości osiągniętych dochodów w rodzinie, w szczególności jeżeli rodzina uzyskuje dochód poniżej kryterium, korzystanie z usług jest nieodpłatne, jeżeli dochód przekracza 330% kryterium – korzystanie z usług jest w pełni płatne.</p> <p>Cenę 1 godziny specjalistycznych usług dla osób z zaburzeniami psychicznymi ustala ośrodek pomocy społecznej na podstawie analizy kosztów realizacji tego zadania lub na podstawie umowy z podmiotem realizującym te usługi na zlecenie.</p> <p>Opłata stanowi iloczyn ceny za 1 godzinę, wskaźnika odpłatności i liczby godzin świadczonych w ciągu miesiąca.</p> <p>Odpłatności nie pobiera się, jeżeli kwota jest niższa niż wysokość minimalna zasiłku, czyli 20 zł.</p> <p>W szczególnie uzasadnionych przypadkach osoba zainteresowana może być, na jej wniosek lub na wniosek pracownika socjalnego, na czas określony częściowo lub całkowicie zwolniona z ponoszenia odpłatności, ze względu na:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) konieczność korzystania z co najmniej dwóch rodzajów specjalistycznych usług; 2) konieczność ponoszenia opłat za pobyt członka rodziny w DPS lub, między innymi, ośrodka wsparcia, ZOL, ZPO; 3) konieczność korzystania przez więcej niż jedną osobę w rodzinie z pomocy w formie specjalistycznych usług lub usług opiekuńczych, w tym co najmniej jedną prze-wlekle chorą; 4) zdarzenie losowe. 	<p>Ustawa z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej Rozporządzenie z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych</p>

TYP INSTYTUCJI	KTO USTALA WYSOKOŚĆ I ZASADY DOKONYWANIA ODPIATNOŚCI?	OD CZEGO ZALEŻY ODPIATNOŚĆ?	PODSTAWA PRAWNA
Środowiskowy dom samopomocy	<p>Decyzję o skierowaniu do ośrodka wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi i decyzję ustalającą odpiatność za korzystanie z usług w tych ośrodkach wydaje właściwy organ jednostki samorządu terytorialnego, prowadzącej lub zlecającej prowadzenie ośrodka wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi.</p> <p>Organ ten może zwolnić osoby zobowiązane do odpiatności za usługi w ośrodkach wsparcia, na ich wniosek, częściowo lub całkowicie z tej odpiatności.</p>	<p>Miesięczną odpiatność za usługi świadczone w ośrodkach wsparcia osobom z zaburzeniami psychicznymi ustala się w wysokości 5% kwoty dochodu na osobę samotnie gospodarującą lub kwoty dochodu na osobę w rodzinie, jeżeli dochód osoby samotnie gospodarującej lub dochód na osobę w rodzinie przekracza 250% odpowiedniego kryterium dochodowego.</p> <p>Odpiatność za usługi całodobowe w ośrodkach wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi ustala się w wysokości 70% dochodu osoby korzystającej z usług, proporcjonalnie do okresu jej pobytu.</p> <p>Odpiatność nie może być wyższa niż średnia miesięczna kwota dotacji na jednego uczestnika, wyliczona dla ośrodka wsparcia, w którym osoba przebywa.</p>	Ustawa z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej

Źródło: Opracowanie własne MPIPS.



Po szczegółowym przyjrzeniu się objętym badaniem powiatom, możliwe jest podjęcie próby oszacowania kosztów opieki w funkcjonujących w nich instytucjach publicznych. W tym celu wykorzystano podane przez dyrektorów badanych instytucji dane dotyczące wielkości budżetu w 2014 roku oraz liczby podopiecznych. Tym samym zaprezentowany koszt uwzględnia wszystkie koszty funkcjonowania placówki, w tym wynagrodzenia pracowników i koszty infrastrukturalne. Badanie FIO-P1, na podstawie którego przedstawiono poniższe obliczenia, nie objęło swoim zasięgiem wszystkich instytucji z terenu powiatów (wartość N w tabeli dotyczy liczby zrealizowanych wywiadów). Dlatego należy je traktować jako obarczone pewnym ryzykiem błędu (budżety placówek na terenie powiatu mogą wyraźnie różnić się w zależności od polityki władz gminnych).

TABELA 19

Średni miesięczny koszt opieki przypadający na jednego podopiecznego w publicznych instytucjach opieki nad osobami starszymi, chorymi i niepełnosprawnymi w badanych powiatach w 2014 roku

POWIAT	KAZIMIERSKI	NYSKI	BIERUNSKO- -LĘDZIŃSKI	WEJHEROWSKI	SKIERNIEWICE	OLSZTYN	OGÓLEM
	WARTOŚĆ N	WARTOŚĆ N	WARTOŚĆ N	WARTOŚĆ N	WARTOŚĆ N	WARTOŚĆ 0	WARTOŚĆ N
Zakład opiekunczo-leczniczy	BD 0	1748,09 2	BD 0	BD 0	BD 0	BD 2	1748,09 2
Dom pomocy spolecznej	BD 0	2449,16 1	BD 0	BD 0	BD 0	3345,69 5	3046,85 3
Dom dziennego pobytu	BD 0	336,36 1	BD 0	BD 0	BD 1	416,67 3	376,52 7
Środowiskowy dom samopomocy	1058,53 1	BD 0	BD 0	BD 0	BD 0	2099,50 0	1752,51 4
Koordynacja pracy opiekunów środowiskowych	337,96 1	437,26 8	BD 2	959,07 5	BD 1	BD 10	636,05 17
Ogółem	698,25 2	940,89 12	BD 3	959,07 5	BD 2	2261,41 14	1250,39 34

* Wartość w kolumnie N odnosi się do liczby przebadanych instytucji poddanych analizie, a nie do liczby wszystkich instytucji na terenie badanego powiatu. Wartość jest ilorazem podanego przez respondenta całkowitego budżetu instytucji w 2014 roku i zadeklarowanej liczby podopiecznych w tym samym roku.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania FIO-P1.



W przypadku domów pomocy społecznej możliwe jest dokładniejsze prześledzenie przeciętnego miesięcznego kosztu utrzymania mieszkańca, z uwagi na obowiązek opublikowania takiego kosztu, nałożony na jednostkę samorządu terytorialnego prowadzącą dom. Średni miesięczny koszt utrzymania w domu pomocy społecznej to kwota rocznych kosztów działalności domu wynikająca z utrzymania mieszkańców, z roku poprzedniego, bez kosztów inwestycyjnych i wydatków na remonty, powiększona o prognozowany średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem, przyjęty w ustawie budżetowej na dany rok kalendarzowy, podzielona przez liczbę miejsc, ustaloną jako sumę rzeczywistej liczby mieszkańców w poszczególnych miesiącach roku poprzedniego. Jest ogłaszany każdego roku w terminie do 31 marca.

Przeanalizowano więc ogłoszenia odpowiednich jednostek samorządu terytorialnego z terenu badanych powiatów. I tak w badanych powiatach wysokość kosztów waha się od 2 497,94 zł w powiecie nyskim do 3 630,00 zł w Olsztynie.

TABELA 20

Średni miesięczny koszt utrzymania mieszkańca w domach pomocy społecznej prowadzonych przez JST lub prowadzonych na zlecenie JST w badanych powiatach

POWIAT	MIEJSCOWOŚĆ	ŚREDNI MIESIĘCZNY KOSZT UTRZYMANIA MIESZKAŃCA	ŹRÓDŁO
Prowadzone przez JST			
Powiat kazimierski	Bejsce	2 990,00 zł	Ogłoszenie nr OR.S.120.2.2015 Starosty Powiatu Kazimierskiego z 27 stycznia 2015 r. w sprawie ustalenia średniego miesięcznego kosztu utrzymania mieszkańca w Domu Pomocy Społecznej w Bejskach w 2015 r.
Powiat nyski	Korfantów	2 601,46 zł	Zarządzenie nr 7/2015 Starosty Powiatu Nyskiego z 9 lutego 2015 r. w sprawie ustalenia średniego miesięcznego kosztu utrzymania mieszkańca w domach pomocy społecznej na terenie powiatu nyskiego w 2015 r.
Olsztyn	Olsztyn, Fałata	3 603,00 zł	Obwieszczenie nr 4 Prezydenta Olsztyna z 17 lutego 2015 r. w sprawie ustalenia wysokości średniego miesięcznego kosztu utrzymania jednego mieszkańca w domach pomocy społecznej funkcjonujących na terenie Olsztyna w roku 2015.
	Olsztyn, Bałtycka	3 342,00 zł	
Prowadzone przez podmioty niepubliczne na zlecenie JST			
Powiat wejherowski	Strzebielinek	3 059,00 zł	Zarządzenie nr 20/2015 Starosty Powiatu Wejherowskiego z 17 lutego 2015 r. w sprawie ustalenia średniego miesięcznego kosztu utrzymania w domach pomocy społecznej na terenie powiatu wejherowskiego.
	Wejherowo, Przebendowskiego	3 159,00 zł	
	Wejherowo, Św. Jacka	2 850,00 zł	



Powiat nyski	Nysa, Wojska Polskiego	2 607,49 zł	Zarządzenie nr 7/2015 Starosty Powiatu Nyskiego z 9 lutego 2015 r. w sprawie ustalenia średniego miesięcznego kosztu utrzymania mieszkańca w domach pomocy społecznej na terenie powiatu nyskiego w 2015 r.
	Nysa, Świętojańska	2 606,64 zł	
	Koperniki	2 497,94 zł	
Olsztyn	Olsztyn, Paukszty	3 395,00 zł	Obwieszczenie nr 4 Prezydenta Olsztyna z 17 lutego 2015 r. w sprawie ustalenia wysokości średniego miesięcznego kosztu utrzymania jednego mieszkańca w domach pomocy społecznej funkcjonujących na terenie Olsztyna w roku 2015.
	Olsztyn, Traktorowa	3 202,00 zł	
	Olsztyn, Hozjusza	3 630,00 zł	
	Olsztyn, Jacka Kuronia	3 285,00 zł	

Źródło: Opracowanie własne MPiPS.

W poniższej tabeli zestawiono informacje o tym, w jaki sposób wybrane gminy z terenu badanych powiatów określiły zasady ponoszenia odpłatności za usługi opiekuńcze. Zebrano je na podstawie uchwał rad gmin dostępnych na stronach wojewódzkich dzienników urzędowych¹³. Przyglądając się zebranym danym należy zwrócić uwagę na fakt, że usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze mogą być realizowane zarówno bezpośrednio przez ośrodki pomocy społecznej/ miejskie ośrodki pomocy rodzinie, jak i być zadaniami zleconymi przez te instytucje zewnętrznym podmiotom wyłonionym w ramach otwartego konkursu. W pierwszym przypadku uchwały rad gmin znacznie częściej precyzują konkretną wysokość opłaty za godzinę świadczonej opieki, w drugim koszty te często ustalane są w oparciu o odrębne umowy zawierane z podmiotami bezpośrednio świadczącymi usługi (np. gmina Imielin, gmina wiejska Wejherowo). Dodatkowo w części gmin zlokalizowanych na terenie badanych powiatów uchwały w ogóle nie określają kwoty godzinowej odpłatności, odwołują się natomiast do decyzji odpowiednich organów gminy (np. skarbnika w gminach Kazimierza Wielka i Bejsce) lub samych ośrodków pomocy społecznej (gmina Choczewo).

Wysokość opłat za świadczenia opiekuńcze różni się w poszczególnych gminach. Począwszy od 8 złotych za godzinę w miastach Reda (powiat wejherowski) i Skiernewice (z wyłączeniem specjalistycznych usług opiekuńczych), skończywszy na mieście Głuchołazy (powiat nyski) gdzie opłata za godzinę usług (w tym opieki specjalistycznej) sięga 15 złotych. Zdarza się, że koszt specjalistycznych usług opiekuńczych jest określany oddzielnie (zawsze wyżej niż pozostałych usług) i dochodzi do 16 zł. Zgodnie z zaprezentowanym zestawieniem, średnia opłata za usługi opiekuńcze w wybranych gminach badanych powiatów wynosi 12 zł, natomiast za specjalistyczne usługi opiekuńcze – 12,74 zł.

Odpłatności te nie są jednak ponoszone przez wszystkich podopiecznych, a stopień i skala zwolnień są różne w zależności od gminy, tym samym można przypuszczać, że tylko niewielki odsetek podopiecznych rzeczywiście ponosi wskazane w uchwałach opłaty, a większość z nich korzysta ze zniżek lub w ogóle nie pokrywa kosztów opieki. W szczególności warto zwrócić uwagę, że gminy istotnie różnicują poziom dochodu, od którego beneficjent zobowiązany jest ponosić pełną odpłatność – wynosi on od 320% kryterium dochodowego w Korfantowie w powiecie nyskim do 500% kryterium w Bejskach w powiecie kazimierskim.

¹³ <http://www.dziennikiurzedowe.gov.pl/dzienniki-wojewodztw.html> [dostęp 22.10.2015].

TABELA 21

Wysokość i zasady ponoszenia odpłatności za usługi opiekuńcze w wybranych gminach z badanych powiatów w 2015 roku

POWIAT	GMINA	WYSOKOŚĆ I ZASADY PONOSZENIA ODPLATNOŚCI
Powiat kazimierski	Kazimierza Wielka	<p>Stawkę za godzinę ustala skarbnik. Odpłatność zależy od dochodu.</p> <p>Zwolnienia:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) więcej niż jedna osoba w rodzinie wymagająca pomocy w formie usług opiekuńczych, w tym co najmniej jedna przewlekłe chora, b) zdarzenie losowe, powodujące znaczne pogorszenie sytuacji materialnej świadczeniobiorcy.
	Bejsce	<p>Wysokość opłat uzależniona jest od dochodu. Przy dochodach nie wyższych niż kryterium, korzystanie z usług jest nieodpłatne, przy dochodzie przekraczającym 500% tego kryterium – korzystanie jest w pełni odpłatne.</p> <p>Koszt 1 godziny usług świadczonych w ramach usług opiekuńczych ustala na każdy rok kalendarzowy Główny Księgowy Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej a zatwierdza Skarbnik Gminy w oparciu o faktycznie poniesione koszty zorganizowania punktów opieki w roku ubiegłym.</p>
	Skalbmierz	<p>Koszt 1 godziny usługi opiekuńczej w 2012 r. ustala się w wysokości 13,39 zł.</p> <p>Koszt 1 godziny specjalistycznej usługi opiekuńczej ustala się w wysokości 16,00 zł.</p> <p>Koszt jednej godziny usługi będzie podlegał waloryzacji o wskaźnik procentowy, wynikający ze zmiany wysokości kosztów wynagrodzenia.</p> <p>Przy dochodach nie wyższych niż kryterium, korzystanie z usług jest nieodpłatne, przy dochodzie przekraczającym 375% tego kryterium – korzystanie jest w pełni odpłatne.</p> <p>Kierownik MGOPS może zwolnić osobę z odpłatności „biorąc pod uwagę sytuację życiową, warunki rodzinne i mieszkaniowe”.</p>

POWIAT	GMINA	WYSOKOŚĆ I ZASADY PONOSZENIA ODPLATNOŚCI
Powiat nyski	Głuchoczały	<p>Koszt jednej godziny usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych ustala się na kwotę 15,00 zł.</p> <p>Wskaźnik odpłatności za 1 godzinę usługi, dla osób korzystających z usług, uzależniony jest od posiadanego dochodu w stosunku do aktualnie obowiązującego kryterium dochodowego. Przy dochodach nie wyższych niż kryterium, korzystanie z usług jest nieodpłatne, przy dochodzie przekraczającym 400% tego kryterium – korzystanie jest w pełni odpłatne.</p> <p>Maksymalna przyznana świadczeniobiorcy liczba godzin usług to 20 tygodniowo.</p>
	Korfantów	<p>Wysokość opłaty za jedną godzinę usług ustala się na:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 13,00 zł za usługi opiekuńcze, - 15,00 zł za specjalistyczne usługi opiekuńcze. <p>Przy dochodach nie wyższych niż kryterium, korzystanie z usług jest nieodpłatne, przy dochodzie przekraczającym 320% tego kryterium – korzystanie jest w pełni odpłatne.</p> <p>Na wniosek świadczeniobiorcy, jego opiekuna prawnego lub pracownika socjalnego zwalnia się świadczeniobiorcę z ustalonej odpłatności za usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) całkowicie w przypadku, gdy: <ul style="list-style-type: none"> - korzysta z co najmniej dwóch rodzajów usług opiekuńczych – po przedstawieniu dowodu zapłaty za co najmniej jedną usługę, - udokumentuje wystąpienie zdarzenia losowego; 2) częściowo, w wysokości 50% wartości usługi, w przypadku, gdy: <ul style="list-style-type: none"> - zaistniała konieczność ponoszenia opłat za pobyt członka rodziny w domu pomocy społecznej lub ośrodka wsparcia i wszelkiego typu placówkach opiekuńczo-wychowawczych i leczniczo-rehabilitacyjnych – po przedstawieniu dowodu wniesienia opłaty za pobyt, więcej niż jedna osoba w rodzinie wymaga pomocy w formie usług opiekuńczych, - udokumentuje zakupy sprzętu rehabilitacyjnego.
	Łambinowice	<p>Stawka, stanowiąca podstawę do naliczenia odpłatności za usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze ustalona na podstawie szczegółowych kosztów wynosi 13,20 zł za jedną godzinę.</p>

<p>Powiat wejherowski</p>	<p>Wejherowo wieś</p>	<p>Godzinowy koszt usługi, uzależniony od jej zakresu, ustalany jest na podstawie odrębnych umów zawartych pomiędzy Gminnym Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Wejherowie, a osobami realizującymi usługi.</p> <p>Poziom odpłatności zależy od uzyskiwanych dochodów i sytuacji rodzinnej. W wieloosobowym gospodarstwie przy dochodach nie wyższych niż kryterium, korzystanie z usług jest nieodpłatne, przy dochodzie przekraczającym 400% tego kryterium – korzystanie jest w pełni odpłatne. W przypadku gospodarstw jednoosobowych kryterium jest podwyższone i zależy od tego, czy są osoby zobowiązane do alimentacji.</p> <p>Całkowite zwolnienie z ustalonej odpłatności w szczególności może przysługiwać w przypadku:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) korzystania przez osobę lub rodzinę z co najmniej dwóch rodzajów usług – po przedstawieniu dowodu zapłaty za usługę; 2) konieczności ponoszenia opłat za pobyt członka rodziny w placówce zapewniającej całodobowe utrzymanie po przedstawieniu dowodu wpłaty; 3) gdy więcej niż jedna osoba w rodzinie wymaga pomocy w formie usług, w tym co najmniej jedna osoba jest obłożnie chora. <p>Częściowe zwolnienie z ustalonej odpłatności może przysługiwać w przypadku:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ponoszenia udokumentowanych wydatków na leki i leczenie, stanowiących ponad 30% dochodu osoby korzystającej z usług; 2) ponoszenia udokumentowanych wydatków związanych ze stosowaniem specjalistycznej diety, stanowiących ponad 30% dochodu osoby korzystającej z usług; 3) udokumentowanego zdarzenia losowego, mającego bezpośredni wpływ na sytuację dochodową osoby lub rodziny; 4) udokumentowania innych przyczyn znacznie zwiększających koszty utrzymania osoby lub rodziny.
	<p>Reda</p>	<p>Stawka godzinowa wynosi 8 zł.</p> <p>Przy dochodach nie wyższych niż kryterium, korzystanie z usług jest nieodpłatne, przy dochodzie przekraczającym 330% tego kryterium – korzystanie jest w pełni odpłatne.</p> <p>Zwolnienia określa kierownik MOPS.</p>
	<p>Choczewo</p>	<p>Cenę jednej godziny usług ustala ośrodek pomocy społecznej, na podstawie analizy kosztów realizacji tego zadania lub wynika ona z umowy zawartej z podmiotem przyjmującym zlecenie/powierzenie realizacji zadania.</p> <p>Przy dochodach nie wyższych niż kryterium, korzystanie z usług jest nieodpłatne, przy dochodzie przekraczającym 400% kryterium – korzystanie jest w pełni odpłatne.</p> <p>W szczególności uzasadnionych przypadkach, z urzędu lub na wniosek osoby zobowiązanej do odpłatności za usługi, osoba korzystając z usług może zostać częściowo lub całkowicie zwolniona z ponoszenia opłat na określony czas, zwłaszcza ze względu na:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) konieczność ponoszenia opłat za pobyt członka rodziny w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej lub innej placówce; 2) konieczność korzystania przez więcej niż jedną osobę w gospodarstwie domowym z pomocy w formie usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych; 3) ponoszenie wysokich wydatków na leczenie, pielęgnię i rehabilitację; 4) zdarzenie losowe.

POWIAT	GMINA	WYSOKOŚĆ I ZASADY PONOSZENIA ODPLATNOŚCI
Powiat bieruńsko-lęczyński	Imielin	<p>Cena za godzinę usługi, stanowiącą podstawę ustalenia opłaty, wyznaczana jest na podstawie umowy zawartej pomiędzy Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Imielinie, a podmiotami realizującymi usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze.</p> <p>Cena nie może przekraczać 10% kwoty najniższej emerytury ustalonej na podstawie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.</p>
Skiernewice	Chelm Śląski	<p>Koszt 1 godziny usług ustala się na 12,00 zł (dwanaście złotych). Wysokość odpłatności za usługi, którą ponoszą świadczeniobiorcy, zależy od:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) dochodu osoby objętej usługami lub dochodu na osobę w rodzinie; 2) sposobu prowadzenia gospodarstwa domowego (samotnie lub w rodzinie). <p>Koszt jednej godziny usługi opiekuńczej ustala się na kwotę 8,00 zł.</p> <p>Koszt jednej godziny specjalistycznej usługi opiekuńczej ustala na kwotę 10,00 zł.</p> <p>Kierownik MOPS może zwolnić podopiecznego z ponoszenia opłat w części lub całości.</p> <p>Przy dochodach nie wyższych niż kryterium, korzystanie z usług jest nieodpłatne, przy dochodzie przekraczającym 350% kryterium – korzystanie jest w pełni odpłatne.</p>

Źródło: Opracowanie własne MPIPS.

Oto główne wnioski, które płyną z materiału przeanalizowanego w tym rozdziale:

- ▶ W skali kraju odpłatność rodziców za opiekę żłobkową kształtuje się w żłobkach publicznych (lub w żłobkach niepublicznych otrzymujących dotację) na poziomie 31%, a w klubach dziecięcych – 53%.
- ▶ Zarówno w skali kraju, jak i w badanych powiatach, notuje się znaczne różnice w sposobie określania wysokości opłat i udzielanych zniżek, a co za tym idzie, kosztów, jakie ponoszą na opiekę rodzice dzieci w wieku 0-3 lat.
- ▶ Stosowane są różne sposoby określania stawek za pobyt. Niektóre gminy wskazują konkretną kwotę, przy czym najczęściej jest to stawka miesięczna, rzadziej godzinowa, zaś inne uzależniają stawkę od wysokości minimalnego lub przeciętnego wynagrodzenia za pracę. Stawki za wyżywienie wahają się od 4,50 zł (Skierniewice) do 8,00 zł za dzień (Nysa). Opłaty za przedłużony pobyt w żłobkach są bardzo zróżnicowane, sięgają nawet kilkudziesięciu złotych za każdą rozpoczętą godzinę pobytu przekraczającą 10 godzin dziennie. Ulgi w ponoszonych opłatach najczęściej dotyczyły rodzin wielodzietnych. Różnie jednak definiowano te uprawnienia, bowiem związane były z posiadaniem lokalnej lub ogólnokrajowej karty dużej rodziny, z korzystaniem ze żłobka drugiego i kolejnego dziecka lub z posiadaniem trójki i więcej dzieci do ukończenia 18. roku życia lub do ukończenia 25. roku życia w przypadku, gdy dziecko uczy się lub studiuje. W niektórych gminach uwzględniono też zniżki dla najbiedniejszych rodzin oraz dla dzieci niepełnosprawnych.
- ▶ Podstawowa odpłatność za żłobek w badanych powiatach waha się od 222 zł w Skierniewicach i Nysie, do niemal 305 zł w Głuchołazach. W przypadku dziennego opiekuna natomiast odpłatność wynosi około 150 zł w Wejherowie i Głuchołazach, 160 zł w Łambinowicach i 230 zł w Nysie.
- ▶ W niepublicznych instytucjach opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 opłaty są niemal trzykrotnie wyższe niż w placówkach publicznych. Jest to szczególnie uciążliwe, gdy na terenie jakiegoś powiatu taka instytucja jest jedyną, która świadczy opiekę nad daną grupą podopiecznych, jak na przykład w powiecie bieruńsko-lędzińskim.

- ▶ Trudno ustalić koszty opieki nad osobami starszymi, chorymi i niepełnosprawnymi. W przypadku opieki świadczonej w ramach systemu pomocy społecznej możliwe jest obliczenie takich kosztów w oparciu o sprawozdania MPiPS. Wynika z nich, że przeciętnie za miesiąc pobytu w DPS gmina płaciła w 2014 roku 2 227,71 zł, godzina specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi kosztowała 20,81 zł, a godzina pozostałych usług opiekuńczych kosztowała niemal 12 zł.
- ▶ W przeciwieństwie do opieki stacjonarnej nad dziećmi, odpłatność za pobyt w DPS, ŚDS i korzystanie ze specjalistycznych usług dla osób z zaburzeniami psychicznymi wynika wprost z zapisów odpowiednich ustaw i rozporządzeń. Uzależniają one wysokość odpłatności od wysokości uzyskiwanych przez podopiecznego dochodów.
- ▶ Wysokość średnich miesięcznych kosztów utrzymania jednego mieszkańca DPS w badanych powiatach waha się od 2 497,94 zł w powiecie nyskim do 3 630,00 zł w Olsztynie.
- ▶ Wysokość opłat za świadczenia opiekuńcze różni się w poszczególnych gminach. Począwszy od stawki 8 złotych za godzinę w miastach Reda (powiat wejherowski) i Skierniewice (z wyłączeniem specjalistycznych usług opiekuńczych), skończywszy na mieście Głuchołazy (powiat nyski), gdzie opłata za godzinę usług (w tym opieki specjalistycznej) sięga 15 złotych. Zdarza się, że koszt specjalistycznych usług opiekuńczych jest określany oddzielnie (zawsze wyżej niż pozostałych usług) i dochodzi do 16 zł.
- ▶ Gminy istotnie różnicują poziom dochodu, od którego beneficjent zobowiązany jest ponosić pełną odpłatność – wynosi on od 320% kryterium dochodowego w Korfantowie w powiecie nyskim do 500% kryterium w Bejskach w powiecie kazimierskim.



5. ZARZĄDZANIE OPIEKĄ

Na skalę podaży formalnych instytucji opieki i ich dopasowanie do zapotrzebowania ma wpływ to, w jaki sposób zarządzany jest system. W tym rozdziale skupimy się na czterech, najważniejszych wątkach. Zarządzanie w opiece zostało przeanalizowane z perspektywy autonomii i odpowiedzialności samorządów i instytucji opieki w kształtowaniu własnej polityki. Ocenie został poddany także sposób planowania strategicznego. Oddzielną kwestią jest zakres współpracy międzyinstytucjonalnej w odniesieniu do opieki w poszczególnych powiatach. Rozdział zamyka analiza uwzględniająca możliwość wpływu podopiecznego i jego rodziny na to, w jaki sposób jest świadczona opieka.

W rozdziale znalazły się odpowiedzi na następujące pytania:

- ▶ Czy samorządy mają możliwość swobodnego zarządzania siecią instytucji? W jakim stopniu samorząd przekazuje instytucjom autonomię w kształtowaniu własnej polityki kadrowej i finansowej oraz oferty?
- ▶ W jakim stopniu polityka wobec opieki wiąże się ze specyficzną sytuacją w powiecie?
- ▶ Kto w powiecie naprawdę decyduje o opiece (czyli kształcie oferty i finansach) – same instytucje, władze czy urzędnicy?
- ▶ Jak bardzo sztywno przepisy regulują realizację konkretnych zadań?
- ▶ Jak jest miejsce opieki wśród priorytetów władz i radnych?
- ▶ Jakie są plany badanych gmin i powiatów w zakresie opieki?
- ▶ Czy plany te wynikają z analizy zapotrzebowania mieszkańców? Czy są prowadzone analizy, monitorowanie, ewaluacja, prognozowanie, a jeżeli tak, to w jaki sposób?
- ▶ Czy i w jakim stopniu stosuje się podejście polityki opartej na dowodach („evidence-based policy“)?
- ▶ W jaki sposób interesariusze widzą opiekę – czy istnieje system, czy też poszczególne elementy są planowane oddzielnie?
- ▶ Czy samorządy przygotowują dokumenty strategiczne zawierające plany dotyczące opieki?
- ▶ Jakie znaczenie ma współpraca?
- ▶ Jaki wpływ na zakres i formy świadczonej opieki mają podopieczni i ich rodziny?

W analizie wykorzystano przede wszystkim wywiady z przedstawicielami samorządów (AP-ST2 i AP-ST3) i instytucji opieki (FIO-P2, FIO-NP1). Jako tło posłużyły informacje zebrane w badaniu administracji rządowej (AP-RZ1, AP-RZ2), a ważnym punktem odniesienia były wypowiedzi przedstawicieli gospodarstw domowych zebrane w badaniach jakościowych (GD3, GD4 i GD5) i w badaniu ilościowym (GD1).

5.1. AUTONOMIA I ODPOWIEDZIALNOŚĆ

W tym rozdziale autonomia jest analizowana z punktu widzenia możliwości zarządzania siecią instytucji, decydowania o finansach i możliwości kształtowania oferty. W tej części raportu pokazano, w jakim stopniu działalność formalnych instytucji opieki i samorządów jest ograniczona przepisami i budżetem, a w jakim wynika z rozpoznania potrzeb osób potrzebujących opieki i ich bliskich.

Miejsce opieki wśród priorytetów władz samorządowych i radnych

Zapewnianie przez samorząd terytorialny dostępu do poszczególnych form opieki nie jest zadaniem priorytetowym żadnej z badanych jednostek samorządowych. W wypowiedziach respondentów najważniejsze miejsca zajmują przede wszystkim:

- projekty infrastrukturalne,
- rynek pracy,
- szkolnictwo.

Nawet szeroko rozumiana pomoc społeczna rzadko znajduje się w priorytetach władz lokalnych. Jak zaobserwowano w powiecie wejherowskim, pomoc społeczną – jako jeden z trzech najważniejszych obszarów – wskazywali jedynie respondenci z gmin biednych, znajdujących się w największym oddaleniu od ośrodków miejskich.

W wielu samorządach działania w zakresie opieki koncentrują się na realizacji obowiązków ustawowych nałożonych na samorzady.

Moim zdaniem najważniejszy jest rynek pracy – to jest najważniejszy element i powiązana z tym edukacja. Dlatego że próbowaliśmy tutaj znaleźć pewne rozwiązanie problemu związanego z bezrobociem, poszukiwaniem pracy, szczególnie jeśli chodzi o młodzież i wspólnie tutaj z powiatem tworzyliśmy szkołę zawodową, umożliwiając młodzieży odbywanie takich praktyk w zakładach tutaj na miejscu. A poprzez to jakby przystosować tutaj to kształcenie młodzieży pod ewentualną później możliwość zatrudnienia. Następnym priorytetem jest cała struktura drogowa. W ostatnim okresie dosyć dużo tych problemów zostało rozwiązanych przy współpracy z powiatem. Pomoc społeczna jest też tutaj ważnym elementem, patrząc na wielkość środków finansowych, które na ten cel gmina przeznacza. [APST2_ŁAM_W-17_21072015]

Działania te dotyczą jedynie opieki świadczonej w ramach systemu pomocy społecznej oraz opieki nad dziećmi do lat trzech i opieki przedszkolnej, a nie obejmują



opieki zdrowotnej mieszkańców. Wynika to z tego, że samorządy nie mają dużego wpływu na politykę w zakresie ochrony zdrowia.

Brak szerzej zakrojonej polityki społecznej w zakresie opieki tłumaczony jest przez przedstawicieli samorządu niedostateczną ilością środków finansowych, które pozwoliłyby zrealizować zamierzenia samorządu. Samorządy gminne są obciążone wydatkami finansowymi związanymi z utrzymaniem infrastruktury oraz koniecznością zapewnienia finansowania szkołom. Wiele z nich w związku z tym nie ma możliwości wygosparowania środków na rozwój miejsc, w których osoby potrzebujące mogłyby otrzymać pomoc.

Tak samo jeśli chodzi o finanse. Baza może być stworzona tutaj u nas. Mamy obiekty w każdej miejscowości. Ale brakuje środków finansowych na to. To jest główna bariera. Bo myślę, że osoby, które mogłyby świadczyć te usługi czy pracować w takich jednostkach, w których raczej nie byłoby problemów. [APST2_ŁAM_W-17_21072015]

Mimo, że opieka nie jest traktowana priorytetowo, władze samorządowe podejmują działania zmierzające do zaspokojenia podstawowych potrzeb mieszkańców w zakresie opieki. Część inwestycji dotyczy właśnie tego obszaru – budowy przedszkoli, żłobków, DPS. O przykładaniu wagi do kwestii związanych z opieką przez władze samorządowe w badanych powiatach świadczą również przesunięcia w budżecie, które pozwalają na dofinansowanie działań związanych z opieką oraz rehabilitacją, takie jak na przykład z powiatu bieruńsko-lędzińskiego.

No ten rok np. charakteryzuje się tym, że stowarzyszenia do nas wystąpiły te, które działają na terenie naszego powiatu o to żeby zakupić, albo w części sfinansować podnośnik basenowy dla osób, które nie mogą samoczynnie wejść do wody i wyjść z tej wody. (...) Komisja przyjmuje, (...) poddaje pod głosowanie. A potem oczywiście rada musi zmienić uchwałę budżetową żeby te pieniądze znaleźć i przesunąć i włożyć na inne zadanie. [APST2_BIE_S_1_20072015]

Dostępne środki na opiekę oraz sposób ich podziału to drugi – obok przepisów prawa – istotny czynnik kształtujący zarządzanie opieką.

Zarówno na poziomie instytucji opieki, jak i finansujących je organów, kształtowanie budżetu od podstaw odbywa się w ograniczonym zakresie. Wśród badanych

przeważają głosy, że dyrektorzy instytucji mają ograniczoną możliwość wpływania na wysokość środków, którymi dysponują. W ograniczonym zakresie nawet władza wykonawcza samorządów wpływa na decyzje o podziałach budżetu podejmowane przez radnych.

W tym zakresie zdecydowanie marginalna jest rola mieszkańców – nie są oni zapraszani do dyskusji nad budżetem. Zdaniem przedstawicieli samorządów i ich jednostek budżetowych, nie są oni zainteresowani takimi kwestiami.

Nie wiem, czy jakby pani poszła się zapytać, czy któregoś mieszkańca interesuje, jaki jest budżet gminy i na co są wydawane pieniądze. Niekoniecznie jest to coś, czym trzeba się interesować. [AP-ST3_IMI_O_7_16072015]

Zarządzanie budżetem

Ogólne zasady ustalania budżetów jednostek budżetowych

Podstawowe zasady planowania finansowego opieki w instytucjach publicznych stanowią regulacje związane z zasadami działania jednostek budżetowych. Ustawa o finansach publicznych wyznacza granice indywidualnej polityki finansowej, wskazując na zakres autonomii tych podmiotów w kształtowaniu własnej polityki finansowej. Kwestię tę szczegółowo reguluje rozporządzenie Ministra Finansów z 7 grudnia 2010 r. w sprawie sposobu prowadzenia gospodarki finansowej jednostek budżetowych i samorządowych zakładów budżetowych.

Proces przygotowania budżetu różnicuje się pomiędzy badanymi gminami i powiatami. Przebiega on na dwa możliwe sposoby:

1. Przygotowanie przez instytucje planów finansowych, które następnie konsultowane są ze skarbnikiem oraz odpowiednią komisją rady gminy, miasta lub powiatu. Kolejnym etapem jest uwzględnienie ewentualnych zmian sugerowanych przez skarbnika lub komisję. Później następuje zatwierdzenie budżetu.
2. Wydanie przez burmistrza/wójta zarządzenia dotyczącego podziału środków budżetowych. Stworzenie przez instytucje planów finansowych dostosowanych do zarządzenia. Dalszy ciąg procesu przebiega w taki sam sposób, jak opisano w punkcie 1.

Kluczowym dokumentem określającym budżet jednostki jest jej plan finansowy¹⁴, w którym zawiera się prognozowana na rok budżetowy wysokość dochodów oraz wydatków. W planie umieszczane są szczegółowe wyliczenia, obejmujące przewidywaną wielkość rocznych przychodów (w tym dotacje) i kalkulację kosztów, a także prognozowany stan środków obrotowych. Tak więc planowanie budżetu w instytucji opieki rozpoczyna sporządzenie preliminarza finansowego, określającego poszczególne paragrafy budżetu. Punktem wyjścia do przygotowania planów, jak mówią badani przedstawiciele kadry zarządzającej instytucjami opieki, jest plan finansowy z poprzedniego roku. Dyrektorzy każde nowe wydatki, w stosunku do roku poprzedniego, muszą uzasadnić. Najważniejszym etapem tworzenia planu finansowego jest jednak analiza planowanych wynagrodzeń, np. nagród jubileuszowych, dodatków stażowych, zastępstw i zwolnień długoterminowych. Ważne są również plany inwestycyjne.

Plan finansowy podlega następnie ocenie skarbnika i radnych. Wraz z uchwaleniem budżetu JST, plany finansowe są weryfikowane i nieraz korygowane przez władzę lokalną i przekazywane kierownikom podległych jednostek. Opisane powyżej podstawowe zasady planowania finansowego odnoszą się także do publicznych instytucji opieki. Zasady te są wspólne zarówno dla placówek działających w systemie opieki zdrowotnej, pomocy społecznej, jak i oświaty. Stanowią one o prawnych ograniczeniach dyirekcji instytucji w zakresie zarządzania finansowego, a częściowo także kadrowego. Odrębne przepisy regulują kwestie oferty i standardów świadczenia usług, a dla niektórych typów instytucji precyzyjnie określają również wymagania co do kwalifikacji i wymiaru czasu pracy kadry placówek.

Ja przedstawiam propozycje, które wynikają z obserwacji i z potrzeb dnia powszedniego. To jest dla gminy informacja, a z informacji wynika, że gmina zgadza się z moimi propozycjami. Do tej pory nie było sytuacji, że potrzeby pilne, wymagające standardu świadczonych usług, nie było problemu. [FIOP2_K_P_162]

W przypadku drugiego sposobu przygotowania budżetu, instytucje mają mniejszą samodzielność – mogą dowolnie planować rozkład środków, ale tylko w zakresie określonej kwoty. Autonomia dyrektorów placówek jest bardzo ograniczona – według ich opinii, są wykonawcami wizji władz, sami nie mają większego wpływu na jej kształtowanie. Dodatkowo, jak wskazują respondenci, środki przyznawane przez rady gmin nie zawsze są zgodne z zapotrzebowaniem.

¹⁴ W przypadku instytucji będących częścią zespołu placówek (np. żłobków), budżety są ustalane przez dyrektorów zespołów, a następnie rozdzielane pomiędzy poszczególne placówki.

My realizujemy tylko budżet gminy, realizujemy to, co radni postanowią i to, co sobie wymyślą. Jakąs mają swoją filozofię, jakąs politykę. (...) Przyjmują jakiś program działania, wizję gminy, że tak powiem, a my to tylko wcielamy w życie. (...) My tylko realizujemy budżet gminy i pomysły radnych, którzy są naszymi przedstawicielami zresztą. [AP-ST3_IMI_O_7_16072015]

Na większość zmian muszą uzyskać zgodę swoich organów nadrzędnych, prowadzących lub tworzących. Planowanie budżetu przeważnie sprowadza się do korekty planów finansowych z poprzednich lat, co utrudnia istotne zmiany. Trudno wskazać, w jakim stopniu planowanie dyrektorów i władz samorządowych uwzględnia potrzeby odbiorców. Nawiązania do potrzeb nie są artykułowane przez żadną ze stron odpowiedzialnych za budżet, co pośrednio świadczy o braku nastawienia na odbiorców na poziomie kształtowania budżetu. Środki finansowe są istotnie ograniczone, a działalność opiekuńcza nie stanowi priorytetu dla władz, dlatego dyrektorzy placówek koncentrują się na zapewnieniu podstawowych środków na funkcjonowanie, a nie na rozszerzanie oferty. Kształt oferty zdecydowanie wynika z poziomu finansowania. Trudność stanowi takie rozplanowanie wydatków, aby możliwa była działalność statutowa, realizowana zgodnie z wymogami prawa, gwarantująca odpowiedni poziom ilościowy i jakościowy kadr. Na samorząd również nakładane są wytyczne w zakresie finansowania, pochodzące z odgórnych decyzji administracyjnych szczebla centralnego. Regulacje te są najwyraźniejsze w przypadku przedszkoli.

Decyzje radnych (powiatów i gmin) mają istotne przełożenie na poziom finansowania w obszarze pomocy społecznej i opieki nad dziećmi (budżety żłobków i przedszkoli). Nie oznacza to jednak, że kierownicy instytucji opieki nie mogą sami decydować o pewnych zmianach w budżecie. Jak relacjonowali przedstawiciele badanych formalnych instytucji opieki (FIO-P2), dyrektor może samodzielnie decydować o przeznaczeniu środków własnych, o ile nie zostaną przeznaczone na wynagrodzenia osobowe. Natomiast w większości przypadków decyzje inwestycyjne muszą być podejmowane w porozumieniu z organem prowadzącym, choć nie wszyscy badani respondenci byli co do tego zgodni.

Są tylko te dwa paragrafy, w których nie mogę poczynić zmian, bo to są paragrafy, które idą przez radę powiatu, natomiast pozostałe żywności na remonty, z remontów na inne jeszcze usługi, to mogę sama przekładać. [FIOP2_N_DPS_15]



Z deklaracji dyrektorów wynika, że budżety ich placówek nieznacznie wzrastają w ostatnich latach, co ma związek z zatrudnieniem dodatkowych osób i wzrostem wynagrodzeń pracowników obsługi, administracji i pracowników pedagogicznych, a także wzrostem cen towarów i usług. Są to jednak nieznaczne zmiany.

Chociaż w planie było ujęte przedszkole pięciogodzinne, do czerwca, a od września, czyli w trakcie roku budżetowego, była zmiana na ośmiogodzinne. Trzeba było zwiększyć wydatki, pisać pismo. Potrzebne były większe zakupy do przedszkola, zmywarka itd. [FIOP2_N_P_106]

Jak potwierdzają badani z różnych powiatów, przesunięcia w budżecie spowodowane nieoczekiwanymi zdarzeniami (np. awarie, w wyniku których konieczny jest remont) są możliwe pod koniec roku kalendarzowego na wniosek dyrektora placówki, poparty stosownymi uzasadnieniami. Jak wskazał przedstawiciel instytucji opieki nad dziećmi w jednym z badanych powiatów, dyrektor nie może samodzielnie decydować o przeznaczeniu środków własnych. Dodatkowe środki, np. z wynajmu pomieszczeń, zwracane są na rachunek organu prowadzącego.

Czasem zdarzają się takie sytuacje, bo w jednym paragrafie zaoszczędzili nam tam pieniędzy na telefonach, bo brakuje nam gdzieś indziej pieniędzy. To wtedy piszemy o zmianę. [FIO-P2_O_Z_34]

Warto odnotować fakt, że w niektórych samorządach ramowe warunki świadczenia usług opiekuńczych określone są w dokumentach strategicznych województwa i powiatu. Jednak na takie źródło zasad decydowania o zakresie działań wskazano tylko w przypadku Skierniewic. Dla władz tego miasta w planowaniu opieki ważne są zapisy np. Strategii Rozwoju Województwa (do 2017 roku), Strategii Rozwoju Polityki Społecznej (do 2017 roku) oraz Strategii Polityki Zdrowotnej (do 2020 roku). Opracowując je posiłkowano się wynikami badań empirycznych i treścią wcześniej obowiązujących dokumentów, a przed uchwaleniem poddano konsultacjom społecznym. Na poziomie powiatu kwestie opieki zostały ujęte w Strategii Rozwoju Miasta (do 2015 roku) tworzonej, w zależności od potrzeb, co 5, 10 lub 15 lat¹⁵.

¹⁵ Źródło: badania AP-ST2, AP-ST3.

Specyficzne zasady przygotowania i realizacji budżetów żłobków

Szczególnym przypadkiem jest złożony sposób finansowania żłobków. Zmiany w obecnym sposobie finansowania opieki nad dziećmi do lat 3 są wynikiem m.in. funkcjonowania rządowego programu „Maluch”. MPiPS skoncentrowało swoje działania na realizacji programu „Maluch”, na który w 2015 roku przeznacza 151 milionów złotych (o 50 milionów więcej niż w 2014 roku).

To jest art. 63 ustawy, który mówi o tym, że gmina może otrzymywać z budżetu państwa dotację celową. Dotychczas nie było to co roku i to było na podstawie zapotrzebowania gmin. Natomiast to jest taki zupełnie dodatkowy środek. Do tej pory to bardziej koncentrowaliśmy się na programie Maluch. W tym roku zostały też zwiększone znacząco środki na ten program, bo o 50 mln. W sumie to było 151 mln w tym roku. (APRZ1_F_6_06072015)

W realizację wdrażania polityki państwa w rozwój usług opiekuńczych dla dzieci do lat 3 włączane są również środki z Europejskiego Funduszu Społecznego. Departament Wdrażania Europejskiego Funduszu Społecznego w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej organizował konkursy na organizację żłobków i klubów dla dzieci w wieku do lat 3 w ramach Działania 1.5 PO KL „Wspieranie rozwiązań na rzecz godzenia życia zawodowego i rodzinnego”. Na ten cel przeznaczono 50 milionów euro. Pieniądze te pozwoliły na utworzenie od 2012 do 2015 roku ponad 300 żłobków, 31 klubów dziecięcych i 49 instytucji dziennego opiekuna na terenie całej Polski. O dofinansowanie mogły starać się jednostki samorządu terytorialnego, osoby fizyczne, fundacje i stowarzyszenia. Warto zaznaczyć, że jednostki samorządu terytorialnego były najmniej zainteresowane tworzeniem takich punktów opieki. Prawdopodobną przyczyną braku wyraźnego zainteresowania konkursem przez JST jest obawa samorządów o sposób finansowania placówek po zakończeniu projektu. Po zakończeniu finansowania projektowego wiele placówek musiało podnieść lub wprowadzić opłaty za czesne. Koszty utrzymania i finansowania placówek zostały więc przeniesione na rodziców małych dzieci. Problemem wskazywanym przez pracowników administracji rządowej jest brak obowiązków współfinansowania niepublicznych placówek opieki nad dziećmi do lat 3 przez władze samorządu terytorialnego. Ustawa nie nakłada na samorządy obowiązku przyznawania dotacji na każde dziecko objęte opieką w niepublicznym żłobku lub klubie dziecięcym, daje jedynie takie możliwości. Wysokość i zasady ustalania takiej dotacji celowej określa rada gminy w drodze uchwały.



No wielkim problemem jest to, że ustawa nie nakłada obowiązku dofinansowania przez gminę dofinansowania tych placówek. Tylko daje możliwość. I to właśnie od gminy zależy, czy ta placówka, która jest na jej terenie, dostanie dofinansowanie na dziecko. (...) Bo przedszkola są obligatoryjnie dofinansowywane, natomiast tutaj ustawa mówi, że gmina może dofinansować a nie musi. [APRZ1_F_4_16072015]

Specyficzne zasady realizacji budżetów przedszkoli

Sposób finansowania działalności przedszkoli wynika w dużej mierze z ogólnych wytycznych nakładanych na samorządy przez władzę centralną. Podstawowym kryterium organizacji edukacji przedszkolnej przez administrację rządową jest zaspokajanie potrzeb rodzin z dziećmi do lat 5 przy uwzględnieniu uchwalonego budżetu państwa. Jednym ze sposobów zaspokajania potrzeb rodziców było ograniczenie opłat za korzystanie z wychowania przedszkolnego. W niektórych środowiskach opłaty ustanawiane przez gminy były barierą uniemożliwiającą korzystanie z edukacji przedszkolnej przez dzieci mniej zamożnych rodziców. Obecnie gmina może ustanowić opłatę ponoszoną przez rodziców na maksymalnie 1 złoty za każdą dodatkową godzinę pobytu dziecka w przedszkolu powyżej bezpłatnego czasu pięciu godzin.

Na poziomie opracowywania planów finansowych przedszkoli, procedura jest taka sama, jak w przypadku innych placówek. W tworzeniu planu finansowego instytucji uczestniczy jej dyrektor i główny księgowy, w miarę potrzeb w prace nad budżetem włączają się również kadrowi i rada pedagogiczna (sygnalizujący potrzeby materialne wynikające z wykonywanych obowiązków¹⁶). Dyrektorzy składają do urzędu plany finansowe, które są omawiane na spotkaniach. Po przekazaniu dyrektorowi uwag wynikających z prowadzonych konsultacji, ponownie składa on poprawiony plan finansowy do urzędu, następnie jest on zatwierdzany przez komisję finansów, a dyrektor otrzymuje informację o przyjęciu projektu.

Jak deklarują respondenci reprezentujący samorządy, wydatki na edukację dzieci w wieku 3-5 lat rozdzielane są zgodnie z potrzebami sygnalizowanymi przez dyrektorów placówek. Dystrybucja pieniędzy nie jest uzależniona od efektów działalności instytucji, ale od liczby dzieci, jakie planuje przyjąć pod opiekę w danym roku. Zarówno propozycja planu finansowego, jak i przesunięcia w obrębie budżetu, są każdorazowo weryfikowane i opiniowane przez miasto.

¹⁶ Źródło: badania AP-ST2, AP-ST3, FIOP2.

Wszelkie zmiany w budżecie placówki wprowadzane są w trybie formalnym i wymagają złożenia wniosku do organu prowadzącego.

Ze względu na ograniczone zasoby, niektóre samorządy pozostawiają dyrektorom przedszkoli pewną autonomię w kształtowaniu polityki finansowej placówki, pod warunkiem pozyskania dochodów z dodatkowych, własnych źródeł (od sponsorów, z darowizn, programów). Pieniądze otrzymane od sponsorów muszą zostać zgłoszone do urzędu, do którego są początkowo kierowane, a następnie urząd przekazuje je do dyspozycji konkretnej jednostki. W przypadku darowizn środki pieniężne od razu trafiają do instytucji, która zobowiązana jest wykorzystać je zgodnie z przeznaczeniem.

Specyficzne zasady realizacji budżetów w ochronie zdrowia

Finansowanie instytucji opieki zdrowotnej rozstrzyga się na poziomie województwa (wojewódzkie oddziały NFZ, wojewódzkie urzędy marszałkowskie).

Materiał z badań empirycznych pozwala odtworzyć ogólną logikę powstawania budżetu Szpitala Zespołonego w Skierniewicach. Instytucja, otrzymując określoną kwotę pieniędzy z Narodowego Funduszu Zdrowia, musi dostosować do niej zakres swojej działalności:

Budżety są planowane... O ile nie brzmi to na wskroś dziwnie, to szpitale, mając jednego płatnika i znając z góry na rok tak naprawdę swoje przychody, mają bardzo proste zadanie, bo jest to tylko i wyłącznie kwestia dostosowania kosztów do przychodów. (...) Mają kontrakt z NFZ-em, muszą tylko mieć pacjentów na to, żeby ich obsłużyć. [APST3_LOD_O_26_30072015]

Jak potwierdzają przedstawiciele badanych samorządów, mają oni **ograniczony wpływ na organizowanie opieki zdrowotnej** przez fakt, iż instytucje prowadzące tego typu działalność często bezpośrednio mu nie podlegają. Brak realnego wpływu na politykę w obszarze ochrony zdrowia powoduje jej alienację od pozostałych ogniw systemu opieki i utrudnia dopasowanie na poziomie planowania do lokalnych potrzeb. Wysokość budżetu instytucji stacjonarnych z obszaru zdrowia uzależniona jest przede wszystkim od długotrwałości kontraktu zawartego z NFZ – w przypadku opieki długoterminowej są to najczęściej kontrakty 5-letnie. Natomiast wysokość kontraktu uzależniona jest m.in. od liczby pacjentów przebywających pod opieką placówki w danym roku. W trakcie tworzenia planu finansowo-rzeczowego,



placówki analizują wcześniejsze kontrakty, wskaźniki wzrostu cen i poziom wydatków. Ważnym punktem jest również określenie potrzeb inwestycyjnych placówki. Ostateczny kształt budżetu zależy jednak od płatnika, czyli NFZ.

Warto podkreślić, że środki NFZ pokrywają jedynie koszt konkretnych procedur medycznych. Wydatki związane z utrzymaniem infrastruktury i inwestycjami (np. wyposażeniem placówki) mogą być dofinansowywane przez samorząd w ramach dotacji celowych. Jak wskazywali przedstawiciele instytucji opieki z obszaru zdrowia, jakość pracy szpitala podlega formalnemu monitoringowi. Wśród pacjentów przeprowadzane są badania ankietowe, na podstawie których opracowuje się kwartalne zestawienia ewaluujące działalność instytucji.

Specyficzne zasady realizacji budżetów w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej

W większości badanych instytucji stacjonarnych z obszaru pomocy społecznej, podstawą do planowania budżetu jest analiza wydatków poniesionych w poprzednim roku oraz potencjalna liczba podopiecznych. Następnie ustalane są potrzeby w zakresie niezbędnych wydatków na media, żywność, remonty i zakupy. Przedłożony projekt podlega ocenie organu prowadzącego, który weryfikuje przyjęte przez podległą instytucję założenia finansowe. Z relacji respondentów wynika, że budżety ich placówek nieznacznie rosną, co ma związek jedynie ze wzrostem cen towarów i usług. Badani dyrektorzy mają samodzielność w dokonywaniu przesunięć w planie finansowym, natomiast decyzje inwestycyjne muszą być podejmowane w porozumieniu z organem prowadzącym.

Głównym źródłem finansowania działalności opieki środowiskowej jest budżet organu prowadzącego. Do dodatkowych środków zaliczono fundusze wojewody, umożliwiające rozwinięcie usług specjalistycznych. Respondenci nie deklarują natomiast pozyskiwania środków unijnych. Usługi środowiskowe są odpłatne, natomiast część podopiecznych, których dochód nie przekracza minimum ustalonego w ustawie o pomocy społecznej, nie ponosi żadnych opłat. W trakcie tworzenia budżetu na opiekę środowiskową brane są pod uwagę zeszłoroczne plany finansowe, planowana liczba etatów opiekunów oraz zmiany wskaźników cen i usług. W planowaniu wydatków uczestniczy dyrektor oraz główna księgowa. Niewykorzystane fundusze wracają do budżetu gminy na rachunek rezerwowy.

Część placówek opieki stacjonarnej jest finansowana z dotacji wojewody oraz środków z organu prowadzącego. Dużym wsparciem okazują się również sponsorzy,

dostarczający niezbędne produkty żywnościowe. Przygotowanie planu finansowego rozpoczyna określenie zapotrzebowania na usługi placówki i oszacowanie kosztu pobytu jednej osoby (kwota jest pochodną algorytmu ustalanego przez wojewodę). Budżet podlega zatwierdzeniu przez organ prowadzący. Na wniosek dyrektora placówki możliwe jest zwiększenie budżetu, w postaci dotacji celowych, przeznaczonych np. na niezbędne inwestycje.

Nieco inaczej kwestia ta wygląda z perspektywy osób decyzyjnych na szczeblu samorządów. Przykładowo, w gminach w powiecie kazimierskim struktura wydatków jest ustalana w trakcie planowania budżetu gminy na nowy rok i zgodnie z zaplanowanymi wydatkami są one dokonywane. Samorządy gminne starają się pozyskiwać środki z dodatkowych źródeł, między innymi z programów realizowanych przez wojewodów, a także występują o dodatkowe środki na wypłatę zasiłków, jeżeli tylko istnieje taka możliwość. Przykładem może być program realizowany przez wojewodę, którego celem jest przeznaczenie środków na dożywianie i gmina otrzymuje 60% rekompensaty od wojewody. Z wypowiedzi respondentów można wywnioskować, iż plan finansowy w zakresie utrzymywania pomocy społecznej jest stały, jednakże w przypadku wystąpienia konieczności zwiększenia wydatków, władza samorządowa stara się podjąć działania, które umożliwiłyby ich pokrycie, tak aby zapewnić wsparcie, które jest potrzebne.

Wpływ dyrekcji placówek na własną politykę kadrową

Podlegające pod samorząd instytucje systemu pomocy społecznej mają autonomię w zakresie kształtowania własnej polityki kadrowej. Zatrudnianie i zwalnianie pracowników leży w wyłącznej gestii dyrektora. Jedyne sam dyrektor wyłaniany jest przez władze w drodze konkursu. W pozostałych kwestiach (np. wynagrodzenie pracowników, liczba podopiecznych, jaką zajmuje się opiekun) działanie dyrektora wyznaczają przepisy. W przypadku niektórych instytucji dodatkowe regulacje nakładają wymagania związane z kwalifikacjami i etatami kadr.

Przykładowo można wskazać wymagania dotyczące działania środowiskowych domów samopomocy. Kierownik ŚDS musi zatrudnić odpowiednio liczną i wykwalifikowaną kadrę. Wskaźnik zatrudnienia pracowników zespołu wspierająco-aktywizującego (należy przez to rozumieć kierownika domu i pracowników: psychologa, terapeutę), świadczących usługi w domu, wynosi nie mniej niż 1 etat na: 7 uczestników w domu typu A (dla osób chorych psychicznie) i 5 uczestników w domu typu B (dla osób z niepełnosprawnością intelektualną) lub C (dla osób wykazujących inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych). Minimalny poziom zatrudnienia



określono także w odniesieniu do funkcjonowania DPS. Wskaźnik zatrudnienia pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego, zatrudnionych w pełnym wymiarze czasu pracy w odpowiednim typie domu waha się od 0,4 do 0,6 na jednego mieszkańca domu. Dodatkowo w przypadku domów pomocy społecznej wskaźnik udziału wolontariuszy, stażystów, praktykantów oraz osób odbywających służbę zastępczą nie może przekroczyć 30% ogólnej liczby osób zatrudnionych w zespole terapeutyczno-opiekuńczym. Ustawodawca określił też precyzyjnie wymagane kwalifikacje opiekunów świadczących usługi specjalistyczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Specjalistyczne usługi mogą być świadczone tylko przez osoby posiadające kwalifikacje do wykonywania zawodu: pracownika socjalnego, psychologa, pedagoga, logopedy, terapeuty zajęciowego, pielęgniarki, asystenta osoby niepełnosprawnej, opiekunki środowiskowej, specjalisty w zakresie rehabilitacji medycznej lub fizjoterapeuty. Do tego konieczny jest co najmniej półroczny staż pracy w szpitalu psychiatrycznym, jednostce organizacyjnej pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi, placówce terapii lub placówce oświatowej, do której uczęszczają dzieci z zaburzeniami rozwoju lub upośledzeniem umysłowym. Dopuszcza się także osoby pracujące wcześniej w ośrodku terapeutyczno-edukacyjno-wychowawczym lub zakładzie rehabilitacji.

Precyzyjne zasady określają także przepisy zawarte w Karcie nauczyciela, która obejmuje osoby zatrudnione w przedszkolach¹⁷. Ustawa reguluje takie kwestie, jak: wymagania kwalifikacyjne, zasady przyznawania awansu zawodowego i związany z tym poziom wynagrodzeń oraz wymiar etatu na poszczególnych szczeblach edukacji. Karta nauczyciela reguluje także zasady zwalniania z pracy. W uzasadnionych przypadkach i tylko za zgodą właściwego kuratora oświaty, w przedszkolach mogą być zatrudnione osoby, które nie posiadają kwalifikacji nauczycielskich, ale ich zatrudnienie jest wskazane z punktu widzenia możliwości zorganizowania dla dzieci zajęć rozwijających ich zainteresowania.

Wskazane powyżej kwestie mają wpływ na zakres i możliwości dyrektora w prowadzeniu polityki karowej.

W przypadku żłobka w skład personelu (poza dyrektorem) powinna wchodzić odpowiednia liczba opiekunów, uzależniona od liczby dzieci korzystających z instytucji. Ustawodawca przyjął, że w żłobku lub klubie dziecięcym jeden opiekun musi przypadać na ośmioro dzieci, bądź pięcioro dzieci, jeśli w skład grupy wchodzi dziecko niepełnosprawne, ze specjalnymi potrzebami wychowawczymi lub takie, które nie ukończyło jeszcze roku życia. W przypadku, gdy ze żłobka korzysta więcej niż

¹⁷ Ustawa z 26 stycznia 1982 r. – Karta nauczyciela.

dwadzieścioro dzieci, w skład personelu powinna wchodzić dodatkowo pielęgniarka lub położna. Ustawodawca szczegółowo określił wymagania, które spełnić musi opiekun w żłobku lub klubie dziecięcym. Może nim zostać osoba posiadająca kwalifikacje nauczyciela wychowania przedszkolnego, nauczyciela edukacji wczesnoszkolnej, pedagoga opiekuńczo-wychowawczego, opiekunki dziecięcej, pielęgniarki lub położnej. Ponadto może nim zostać także osoba posiadająca co najmniej średnie wykształcenie i dodatkowo legitymująca się co najmniej dwuletnim stażem pracy z dziećmi w wieku do trzech lat, albo dwustuosiemdziesięciogodzinnym szkoleniem dla opiekunów. Osiemdziesięciogodzinne szkolenie, aktualizujące wiedzę z zakresu sprawowania opieki nad dziećmi w wieku do trzech lat, powinna odbyć także osoba, która nie pracowała z dziećmi w ciągu ostatnich sześciu miesięcy przed rozpoczęciem pracy w żłobku lub klubie dziecięcym. Szczegółowy zakres tematyczny szkoleń określa rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 25 marca 2011 roku w sprawie zakresu programów szkoleń dla opiekuna w żłobku lub klubie dziecięcym, wolontariusza oraz dziennego opiekuna. Ponadto osoby sprawujące opiekę nad dziećmi w wieku do trzech lat muszą przejść obowiązkowo badania sanitarno-epidemiologiczne, nie mogą być skazane za popełnienie przestępstwa umyślnego, nie mogła być im nigdy odebrana, zawieszona lub ograniczona władza rodzicielska, wykonują obowiązek alimentacyjny oraz dają rękojmię należytego sprawowania opieki.

W skład personelu żłobka lub klubu dziecięcego może wchodzić także wolontariusz. Osoba taka pełni funkcję pomocniczą i musi przejść obowiązkowe czterdziestogodzinne szkolenie, chyba że posiada takie kwalifikacje, jak wymagane dla opiekuna. Obowiązki w zakresie badań, przeszłości kryminalnej, obowiązków rodzinnych i rękojmi są analogiczne jak w przypadku opiekunów.

5.2. MYŚLENIE STRATEGICZNE

Myślenie strategiczne, wyrażające się w projektowaniu działań i wdrażaniu tych planów, może wpływać na dopasowanie popytu i podaży. W tej części raportu przedstawiono sposób podejmowania decyzji o organizacji opieki, głównie na terenie badanych gmin i powiatów. Opisano plany samorządów, a także sposób alokowania środków. Analiza objęła także zakres planowania strategicznego, obejmujący stosowanie podejścia „evidence-based policy” i wykorzystanie dostępnych danych oraz prowadzenie monitoringu i własnych badań zapotrzebowania. Badanie zweryfikowało także zakres dokumentów strategicznych obejmujących kwestie związane z opieką nad osobami niesamodzielnymi.

Perspektywa centralna

Z perspektywy centralnej można zaobserwować brak spójnego sposobu precyzyjnej diagnozy i monitoringu potrzeb osób niesamodzielnymi, zwłaszcza w przypadku osób starszych, niepełnosprawnych i przewlekle chorych. Większość badanych urzędników administracji rządowej podkreślała, że ich celem jest takie kreowanie organizacji opieki nad osobami niesamodzielnymi, aby możliwie najefektywniej zaspokajała potrzeby osób niesamodzielnymi. Na poziomie rządowym opieka jest organizowana w taki sposób, żeby przy ograniczonych środkach finansowych możliwie najpełniej zaspokajała potrzeby osób zależnych. Jednak niepokojące jest to, że brakuje systemu diagnozy i monitoringu tych potrzeb, a także efektywności wydatkowanych środków. Można powiedzieć, że administracja rządowa tworzy system w dobrej wierze i w oparciu o najlepsze chęci, jednak nie ma wystarczającej wiedzy popartej rzetelnymi danymi do tego, aby stworzyć go efektywnie. Sygnalizowany był brak koordynatora wszystkich działań mieszczących się w systemie opieki na poziomie rządowym. Administracja rządowa dostrzega potrzebę wypracowania sposobów umożliwiających pełną opiekę i pomoc osobie niesamodzielnej, niezależnie od tego, czy potrzebuje wsparcia z zakresu systemu pomocy społecznej, czy ochrony zdrowia, czy też obydwu systemów jednocześnie. Nie istnieje też wyodrębniony system finansowania leczenia osób niesamodzielnymi. Finansowanie opieki nad osobami niesamodzielnymi jest bardzo podzielone pomiędzy różne systemy, jest duży podział odpowiedzialności między różne instytucje. Trudno w administracji rządowej znaleźć osoby odpowiedzialne za finansowanie poszczególnych składowych tego systemu. Trudno precyzyjnie ustalić, jaki jest realny poziom finansowania opieki.

Perspektywa lokalna

Badane samorządy w podobny sposób planują swoje działania związane z zapewnieniem opieki. Rzadko jednak można mówić o wydzieleniu tej kategorii jako osobnego tematu analiz.

Analizując dokumenty strategiczne istniejące w powiecie kazimierskim należy podkreślić, iż w samorządach gminnych istnieją duże zaniedbania w zakresie tworzenia strategii. Większość samorządów gminnych nie publikuje na swoich stronach dokumentów strategicznych, a respondenci podczas rozmów wskazywali, iż nie mają wiedzy na temat istnienia strategii lub, jeżeli rozmowa była prowadzona z przedstawicielem samorządu, to wskazywał on najczęściej na istnienie strategii rozwiązywania problemów społecznych. Jednakże na przykładzie gminy miejskiej Kazimierza Wielka należy podkreślić, iż odpowiednie dokumenty istnieją, ale często są nieaktualne. Zgodnie z danymi pozyskanymi z BIP, istnieją następujące strategie związane z tematyką badań:

- Strategia rozwiązywania problemów społecznych gminy Kazimierza Wielka na lata 2005-2012,
- Strategia rozwoju gminy Kazimierza Wielka,
- Plan rozwoju lokalnego 2004-2013.

Wypowiedzi respondentów nie pozwalają na określenie dokładnego sposobu tworzenia niniejszych dokumentów, a fakt publikowania na stronie BIP nieaktualnych dokumentów wskazuje, iż temat jest zaniedbany. Aktualny jest natomiast jeden ważny dokument regulujący kwestie opieki na poziomie powiatu – Powiatowy program działań na rzecz osób niepełnosprawnych dla Powiatu Kazimierskiego na lata 2014-2018.

Należy zaznaczyć, że samorząd podjął ważne działania, zmierzające do podniesienia dostępności nietypowych (mało powszechnych) placówek opieki. Proces tworzenia placówki opiekuńczo-terapeutycznej jest bardzo kosztowny i bez wsparcia wojewody nie byłby możliwy – ze względu na kwotę przekraczającą 2 mln złotych. Zaadaptowanie nieczynnego budynku na potrzeby tej placówki umożliwi wspieranie 30, a w przyszłości 40 dzieci. Powstanie tego ośrodka jest priorytetem dla samorządu, dlatego przeznaczają na to znaczne środki finansowe, które pozyskał od wojewody.



Pewne działania związane z planowaniem prowadzą także instytucje opieki działające na terenie powiatu. Określając zapotrzebowanie na swoje usługi, badana placówka opieki nad dziećmi prowadzi obserwacje środowiska lokalnego, zauważając w ostatnich latach zmniejszenie zapotrzebowania na swoje usługi, związane z:

- mniejszą liczbą urodzeń,
- niższym współczynnikiem dzietności,
- migracjami zagranicznymi.

Jest to spójne z danymi zebranymi w badaniu.

W obszarze opieki nad dziećmi do 5. roku życia, największym problemem wskazanym przez respondenta jest konkurencja między placówkami oraz malejąca liczba klientów, związana z omówionymi wcześniej trendami demograficznymi. Ogólna ocena prowadzonej obecnie polityki samorządowej w tym obszarze jest dość dobra, lecz w związku z planowanymi inwestycjami infrastrukturalnymi i zobowiązaniami finansowymi organu prowadzącego istnieje ryzyko zmniejszenia funduszy przeznaczanych dotychczas na opiekę. Powyższe wnioski są zastanawiające w kontekście wciąż niedostatecznej liczby miejsc opieki dla dzieci w wieku przedszkolnym.

W kwestii opieki nad starszymi, chorymi i niepełnosprawnymi dyrektorzy badanych placówek deklarują monitorowanie całkowitego zapotrzebowanie na udzielane przez nich wsparcie. Poszczególne jednostki gminne koncentrują się na aspekcie kosztów związanych z koniecznością przekazania podopiecznego do ośrodka i to jest jedyna forma monitoringu zapotrzebowania na usługi w tych jednostkach.

Największym problemem instytucji opieki na terenie badanego powiatu jest, zdaniem respondentów, niewystarczający poziom ich finansowania. Biorąc pod uwagę poziom kapitału społecznego na terenie powiatu kazimierskiego, badani dostrzegają możliwość uruchomienia zinstytucjonalizowanej pomocy sąsiedzkiej. Dodatkowo, przedstawiciele instytucji opieki rekomendują stworzenie domu dziennego pobytu, na mocy programu Senior-WIGOR, przeznaczonego dla aktywnej grupy osób starszych. Jednocześnie respondenci zauważają niewielką rolę organizacji pozarządowych na terenie badanego powiatu, które ich zdaniem powinny organizować różne formy pomocy wolontariackiej i hospicyjnej.

W ocenie władz i pracowników samorządowych w Skierniewicach, istniejąca sieć instytucji zaspokaja popyt na opiekę nad dziećmi w wieku 3-5 lat. W warunkach zabezpieczenia podstawowych potrzeb, miasto koncentruje się na minimalizowaniu

stałych kosztów działalności (np. poprzez – w większości dokonane już – modernizacje i remonty placówek) oraz dopasowywaniu oferty do preferencji mieszkańców. Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom rodziców, w ciągu pięciu lat wybudowane zostaną nowe przedszkole. Inwestycja realizowana jest w bliskiej odległości od dworca kolejowego, co ułatwi godzenie obowiązków zawodowych i rodzinnych osobom migrującym wahadłowo. Samorząd planuje ponadto gruntowny remont innej placówki.

W odczuciu badanych znacznie mniej rozbudowany jest system opieki nad dziećmi do lat 3. Usługi takie świadczą przede wszystkim niepubliczne żłobki i kluby dziecięce. Oprócz nich w Skierniewicach działają dwa żłobki publiczne. Korzystanie ze skromnych zasobów miasta wiąże się ze sporym dyskomfortem. Mimo restrykcyjnych kryteriów przyznawania miejsc (zameldowanie na terenie powiatu oraz zatrudnienie obojga rodziców), placówki zmuszone są tworzyć rezerwowe listy kandydatów¹⁸. Żaden ze żłobków nie ma też profilu integracyjnego, przez co opieka nad dziećmi niepełnosprawnymi sprawowana jest niemal wyłącznie w sposób nieformalny, w rodzinach podopiecznych. W związku z występowaniem dużego, a przy tym w znacznej mierze niezaspokojonego popytu, jeszcze w 2015 roku ma zakończyć się budowa nowego żłobka z oddziałami integracyjnymi.

Niedofinansowana i wąska jest także lokalna oferta pomocy społecznej. W świadomości respondentów najważniejszą instytucją działającą na rzecz osób starszych, chorych i niepełnosprawnych jest Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie. Ze względu na brak własnej infrastruktury, w 2014 roku samorząd przeznaczył ponad 730 tysięcy zł na finansowanie pobytu w domach pomocy prowadzonych poza miastem¹⁹. W odpowiedzi na rosnące potrzeby ludności, w ciągu dwóch lat ma zakończyć się budowa obiektu, który zostanie zaadaptowany na dom pomocy społecznej. Natomiast jeszcze na ten rok zaplanowano uruchomienie świetlicy socjoterapeutycznej dla osób niepełnosprawnych²⁰.

Choć system ochrony zdrowia jest w Skierniewicach dość zróżnicowany, w opinii przedstawicieli władz i urzędników brakuje w nim usług sprofilowanych pod kątem potrzeb osób starszych i niepełnosprawnych. W świetle prognoz demograficznych i obserwowanego wzrostu liczby mieszkańców z niepełnosprawnością, władze Skierniewic dostrzegają konieczność utworzenia szpitalnego oddziału geriatrycznego oraz zakładu opiekuńczo-leczniczego. Przeszkodą w organizowaniu opieki

18 Zgodnie z deklaracją dyrektora żłobka publicznego, w trakcie realizacji badania na liście oczekujących znajdowało się 2 dzieci (źródło: badanie FIO-P1).

19 Pomocą taką objęto 33 mieszkańców miasta (źródło: badanie CAWI jednostek samorządu terytorialnego).

20 Z inicjatywy władz powołano doradcę prezydenta ds. osób niepełnosprawnych, planowane jest też m.in. utworzenie mieszkania chronionego oraz zakładu aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych.



zdrowotnej przez miasto jest fakt, iż instytucje prowadzące tego typu działalność bezpośrednio mu nie podlegają. Brak realnego wpływu na politykę w obszarze ochrony zdrowia powoduje jej alienację od pozostałych ogniw systemu opieki.

Według własnych deklaracji, samorząd przykłada dużą wagę do realizacji zadań z obszaru opieki. Wypowiedzi i działania samorządowców świadczą także o znacznej świadomości zachodzących procesów społecznych i podejmowaniu prób ograniczenia ich negatywnego wpływu na jakość życia mieszkańców. Pracownicy samorządowi i przedstawiciele władzy wykonawczej mają ogólną wiedzę na temat funkcjonowania podległych im placówek, struktury systemu usług opiekuńczych w mieście i jego problemów. Nieco mniej zorientowani w ofercie lokalnych instytucji są skierniewiccy radni, którym zdarza się niekiedy identyfikować formy opieki niedostępne w mieście, w tym te, których brak jest najsilniej odczuwany, np. zakład opiekuńczo-leczniczy (6 spośród 14 ankietowanych).

Jednym z deklarowanych priorytetów polityki samorządu jest zmniejszanie liczby osób korzystających z usług długoterminowych poprzez podnoszenie kompetencji rodzin podopiecznych i rozwój wolontariatu w obszarze opieki²¹. Prawdopodobnie ze względu na znaczne braki w dość podstawowej infrastrukturze publicznej, długofalowe cele polityczne pozostają w opozycji do bieżącej praktyki działania. Realizowana obecnie polityka nie zmierza w kierunku deinstytucjonalizacji usług opiekuńczych – plany tworzenia nowych placówek wskazują raczej na tendencje przeciwne. Organizatorzy opieki sądzą jednocześnie, że w przypadku dzieci do 5 lat stacjonarna forma świadczeń zabezpiecza odpowiednią jakość oferowanych usług. W odniesieniu do osób starszych, chorych i niepełnosprawnych, zarówno na szczeblu powiatowym, jak i wojewódzkim, preferowane jest współwystępowanie opieki instytucjonalnej z opieką środowiskową, sprawowaną w otoczeniu społecznym usługobiorców.

Spośród 10 zaproszonych do badania radnych 14 (71,4%) uważa, że środki przeznaczone przez samorząd na opiekę nad osobami niepełnosprawnymi nie są dostateczne. Respondenci są natomiast podzieleni w ocenie nakładów na usługi adresowane do pozostałych kategorii beneficjentów. Obszarem wymagającym najpilniejszego dofinansowania jest ochrona zdrowia – przeważająca część radnych (8 osób, co stanowi 57,1% ankietowanych) właśnie na ten cel przeznaczyłaby ewentualne dodatkowe środki w budżecie miasta.

²¹ Źródło: badania AP-ST2, AP-ST3.

Ze względu na dość jednostronny tryb wykonywania zadań własnych, negocjowanie budżetu opieki nad małymi dziećmi, osobami starszymi, chorymi i niepełnosprawnymi, a także zasadniczy podział środków finansowych, dokonuje się na poziomie samorządu i publicznych realizatorów usług. Odczucia radnych każą przypuszczać, że do dyskusji tej nie zaprasza się mieszkańców miasta.

Przy planowaniu wydatków na opiekę w żłobkach i przedszkolach uwzględnia się bieżący i przyszły popyt na usługi (statystyki dzieci aktualnie uczęszczających do placówek oraz prognozy demograficzne), planowane inwestycje (np. modernizację budynków), wielkość środków będących w dyspozycji samorządu oraz ramy prawne działalności placówek (np. zmiany w ustawach)²². W opinii organizatorów opieki dane te są wystarczające do alokacji zasobów. Niejako niezależnie, choć nie bez znaczenia dla końcowych ustaleń, prowadzona jest ocena oczekiwań ludności. Diagnoza taka dokonuje się nieformalnie, w drodze kontaktu mieszkańców z przedstawicielami samorządu i instytucji opieki, a także na podstawie luźnej obserwacji prowadzonej przez pracowników żłobka i przedszkoli. Preferencje w zakresie lokalizacji placówek czy godzin świadczenia opieki są, w miarę możliwości, uwzględniane przez decydentów. Dużym utrudnieniem przy planowaniu budżetu są niedawne zmiany w prawie. Wprowadzenie możliwości odroczenia obowiązku szkolnego dla dzieci sześciolletnich powoduje, że samorząd do ostatniej chwili nie wie, do jakiej placówki zostaną one skierowane.

Projektowanie budżetu pomocy społecznej poprzedza analiza wydatków zeszłorocznych, weryfikacja przepisów (pod kątem ewentualnych zmian nakładających na samorząd nowe obowiązki), ocena możliwości pozyskania środków z dodatkowych źródeł (np. z ogólnopolskich programów ministerialnych) oraz szacowanie aktualnego i przyszłego popytu na usługi²³. Diagnoza bieżących potrzeb ma charakter nieformalny – przeprowadza się ją na podstawie informacji uzyskanych od pracowników socjalnych oraz podopiecznych Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie²⁴. Prognozowanie popytu odbywa się w sposób bardziej złożony niż w przypadku opieki nad dziećmi. W tym celu, oprócz danych demograficznych, wykorzystywane są inne dane Urzędu Statystycznego, informacje z Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie, a w przeszłości także wyniki badań socjologicznych zleczanych skierniewickiej szkole wyższej oraz wnioski z innych badań prowadzonych przez studentów. Mimo znacznej dywersyfikacji źródeł, dane znajdujące się w dyspozycji samorządu nie są wystarczające – rzetelna ocena problemów i potrzeb mieszkańców wymagałaby uwzględnienia informacji o rozmiarach i strukturze podaży opieki sprawowanej

²² Źródło: badania AP-ST2, AP-ST3.

²³ Źródło: badania AP-ST2, AP-ST3.

²⁴ Niezależny, sformalizowany monitoring sytuacji lokalnej i zasobów instytucji pomocy społecznej prowadzony jest na szczeblu wojewódzkim.



nieformalnie, w środowisku osób potrzebujących. Innymi barierami w kształtowaniu polityki miasta są: biurokratyzacja przekazywania środków przez władze wyższego szczebla oraz przydzielanie samorządom nowych zadań, niemających poparcia w dodatkowych środkach zabezpieczających ich wykonanie.

Instytucje opieki nad dziećmi także – w miarę swoich możliwości – podejmują trud planowania strategicznego. Określając zapotrzebowanie na swoje usługi, dyrektorzy przedszkoli posługują się danymi GUS oraz prowadzą obserwacje środowisk rodziców i innych placówek.

W Skierniewicach większym problemem okazuje się, zdaniem badanych dyrektorów, zapewnienie odpowiedniej opieki stacjonarnej dla osób starszych. Funkcjonujące domy dziennego pobytu i kluby seniora zrzeszają jedynie aktywną grupę starszego pokolenia. Duże nadzieje wiązane są z ukończeniem budowy domu pomocy społecznej, który zapewni całodobową opiekę osobom jej wymagającym. Ponadto respondenci pozytywnie ocenili stworzenie stanowiska doradcy prezydenta ds. osób niepełnosprawnych, dzięki któremu możliwy będzie większy wpływ środowisk osób niepełnosprawnych na inwestycje miejskie.

W powiecie nyskim polityka samorządu w zakresie opieki ogranicza się w dużej mierze do realizacji ustawowych obowiązków związanych z dystrybucją środków pieniężnych oraz koniecznością zapewnienia opieki w sytuacji wymaganej społecznie oraz prawnie. Przedstawiciele samorządu podkreślają wydatkowanie znacznych środków finansowych na zapewnienie tej pomocy, jednakże dostrzegają również aspekt braku wystarczalności tych środków do pokrycia wszystkich potrzeb.

Ograniczone możliwości realizacji aktywnej polityki społecznej w zakresie opieki wynikają z niedostatecznej ilości środków finansowych, które pozwoliłyby zrealizować zamierzenia samorządu. Samorządy gminne są obciążone finansowo w bardzo dużym stopniu i nie mają możliwości wygosparowania środków, które przeznaczyłyby na rozwój miejsc, w których osoby potrzebujące mogłyby otrzymać pomoc. Uznają one, iż środki obecnie kierowane na opiekę są znacznym obciążeniem dla budżetów gmin i nie są one w stanie wygosparować większych sum.

W celu lepszej odpowiedzi na potrzeby mieszkańców, ale także by rozsądnie lokować środki z budżetu, powiat nyski stara się poznać opinie swoich mieszkańców oraz dyrektorów instytucji udzielających formalnego wsparcia osobom potrzebującym. Jak pokazują wyniki badań, ludność powiatu nyskiego jest aktywnym partnerem negocjacji budżetowych. Najczęściej propozycje zmian przekazywane są radnym

osobiście podczas spotkań, organizowane są również spotkania z mieszkańcami na temat problemów pomocy społecznej na ich terenie zamieszkania. Cenną inicjatywą są ankiety realizowane przez samorzady gmin oraz felietony prezentujące wybrane zagadnienia w lokalnej prasie.

Dyrektorzy nyskich instytucji opieki nad dziećmi nie prowadzą sformalizowanych analiz związanych z określeniem zapotrzebowania na swoje usługi. W związku z dość bliskimi relacjami z rodzicami i społecznością lokalną, obserwują zmiany społeczno-demograficzne zachodzące w ich najbliższym otoczeniu.

W obszarze opieki nad dziećmi do 6. roku życia największym problemem wskazanym przez kierownictwo placówek są braki finansowe i materialne (nieodpowiedni stan techniczny obiektów) oraz niewystarczająca liczba żłobków. Badani dostrzegają potrzebę większego zaangażowania finansowego gminy w proces organizacji nieobligatoryjnych elementów oferty instytucji, co pozwoli odciążyć rodziców i zapewnić dodatkowe zajęcia wszystkim dzieciom, niezależnie od sytuacji materialnej. Respondenci dostrzegają ponadto potrzebę uruchamiania większej liczby projektów umożliwiających rodzinom wsparcie dziennych opiekunów, lecz w większych miastach, gdzie zapotrzebowanie na opiekę jest wyraźnie widoczne i poparte danymi demograficznymi.

Dyrektorzy placówek opieki nad starszymi, chorymi niepełnosprawnymi dosyć dobrze ocenili funkcjonowanie lokalnego systemu opieki w powiecie nyskim, proponując jednocześnie wdrożenie kilku rozwiązań, wpływających m.in. na jakość życia rodzin podopiecznych. Za największy problem instytucji stacjonarnych respondenci uznali zbyt wysoki koszt korzystania z ich usług, dotyczący w szczególności usług całodobowych. Respondenci rekomendują zatem tworzenie bardziej dostępnych pod względem finansowym domów dziennego pobytu (szczególnie dla osób z chorobą Alzheimera), funkcjonujących przy dysponujących odpowiednim zapleczem medycznym i sanitarnym domach pomocy społecznej. Dobrym rozwiązaniem w opinii badanych mogą okazać się również tworzone przy DPS „pokoje wytchnieniowe”, umożliwiające podopiecznym krótkoterminowe korzystanie z usług opiekuńczych, a rodzinom odpoczynek.

Analizując wydatki przeznaczane na pomoc społeczną w Olsztynie, należy zauważyć, iż samorząd stara się wydatkować środki zgodnie z zapotrzebowaniem i dokonuje niezbędnych przesunięć, aby zapewnić wsparcie, które jest od niego oczekiwane.



Rozważając aspekt planowania systemu opieki w mieście można podkreślić, iż większość jednostek świadczących obecnie pomoc nie została utworzona w ciągu ostatnich 10 lat. Jedynie w przypadku form opieki nad dziećmi do lat 3 oraz do lat 5 utworzone zostały nowe żłobki oraz placówki przedszkolne.

Obecnie zapotrzebowanie na formy opieki monitorowane jest przez urząd miasta na podstawie danych statystycznych obrazujących liczebność pensjonariuszy napływających do stacjonarnych form pomocy, liczby wolnych miejsc w ośrodkach, a także zapotrzebowania wyrażanego przez mieszkańców za pośrednictwem ośrodków pomocy społecznej. Dane przekazywane są do urzędu przez dyrektorów ośrodków pomocy społecznej oraz przez kierujących poszczególnymi formami opieki. Zbliżona sytuacja istnieje w przedszkolach, w których dyrektorzy monitorują napływające do placówek zgłoszenia, odnosząc je do liczby dzieci obecnej i prognozowanej, która szacowana jest na podstawie danych z systemu PESEL, dostarczanych przez urząd miasta.

Należy podkreślić, iż samorządowcy w Olsztynie dostrzegają konieczność zwiększenia liczby miejsc w domach pomocy społecznej, szczególnie przeznaczonych dla seniorów, oraz przewidują konieczność rozbudowy opieki domowej, gdyż zapotrzebowanie na pomoc świadczoną w miejscu zamieszkania będzie wzrastała. Dyrektorzy instytucji opierają swoje przewidywania na analizie danych demograficznych, na podstawie których można stwierdzić kilkukrotny wzrost liczby osób starszych, które trzeba będzie objąć opieką stacjonarną lub domową. Drugie rozwiązanie jest mniej kosztowne dla samorządu, dlatego można przewidywać, iż będzie on zainteresowany zwiększeniem liczby osób świadczących taką opiekę, jednakże na podstawie wypowiedzi respondentów nie można przewidzieć jakie dokładnie plany w tym zakresie ma samorząd.

Podsumowując należy podkreślić, iż wszystkie rozwiązania, które można byłoby wdrożyć w zakresie pomocy społecznej, oznaczają większe obciążenie budżetu samorządu, który ma już znaczny deficyt ze względu na remonty infrastrukturalne realizowane w obecnej perspektywie finansowej. Największym utrudnieniem w realizacji planów związanych z zapewnieniem nowych rozwiązań w zakresie pomocy społecznej są ograniczone środki, którymi dysponuje samorząd i które przekładają się na ograniczanie budżetów instytucji.

Jednakże z wypowiedzi respondentów należy wnioskować, iż samorząd planuje inwestycje przeznaczone na remont oddziałów szpitalnych oraz zakup sprzętu medycznego, chociaż w tym wypadku oczekuje na finansowanie zewnętrzne,

ponieważ sam nie mógłby sfinansować 100% inwestycji w aparaturę medyczną oraz infrastrukturę.

Miasto Olsztyn posiada dokumenty strategiczne w różnych dziedzinach (m.in. ekologii, edukacji, spraw społecznych, bezpieczeństwa, komunikacji). Jednakże, biorąc pod uwagę strategie związane pośrednio i bezpośrednio z tematyką badań, należy wskazać:

- Strategię rozwoju miasta,
- Wieloletni program gospodarowania mieszkaniowym zasobem gminy Olsztyn na lata 2012-2016,
- Program współpracy miasta Olsztyna z organizacjami pozarządowymi na rok 2012,
- Program dla osób starszych miasta Olsztyna na lata 2010-2015,
- System profilaktyki i opieki nad rodziną i dzieckiem w mieście Olsztynie na lata 2011-2015,
- Gminny program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii na rok 2012.

Wypowiedzi respondentów nie pozwalają na określenie dokładnego sposobu tworzenia niniejszych dokumentów, jednak można wnioskować, iż są one poddawane konsultacjom społecznym poprzez opublikowanie w Biuletynie Informacji Publicznej.

Dyrektorzy olsztyńskich placówek opieki nad dziećmi nie prowadzą analiz pozwalających im na określenie przyszłego zapotrzebowania na swoje usługi. Dopiero w momencie rekrutacji weryfikują liczbę wniosków o przyjęcie do placówki. Przewidują jednak utrzymywanie się tendencji spadkowej, związanej m.in. z:

- malejącą liczbą urodzeń i rosnącą liczbą zgonów,
- niskim wskaźnikiem dzietności kobiet,
- niskim wskaźnikiem małżeństw.

Za największy problem tych instytucji uznano brak wystarczającej liczby miejsc w placówkach, co nie pozwala zaspokoić potrzeb wszystkich oczekujących wsparcia rodzin. Zgłaszana jest także potrzeba tworzenia dodatkowych form opieki, szczególnie żłobków, ponieważ w sferze opieki nad dziećmi do lat 3 zauważane są największe braki instytucjonalne.



Ze względu na zmiany demograficzne oraz rosnące zaniedbania względem osób starszych i chorych, respondenci przewidują w ciągu najbliższych 5 lat zwiększenie zapotrzebowania na swoje usługi. Respondenci z placówek stacjonarnych dostrzegają możliwość zmiany tej sytuacji w prężnym rozwoju opieki środowiskowej, która będzie mogła dać wsparcie części podopiecznych. W związku z dość dobrze rozwiniętą ofertą usług opiekuńczych, przysługujących osobom starszym i schorowanym na terenie Olsztyna, respondenci przychylnie ocenili dostępność instytucji stacjonarnych i środowiskowych dla tej grupy podopiecznych. Duża zasługa w tym aspekcie przypisywana jest władzom samorządowym, podejmującym innowacyjne wyzwania. Respondenci rekomendują tworzenie na terenie miasta większej liczby ośrodków oferujących pobyt dzienny, co umożliwi aktywizację seniorów dzięki relacjom z innymi osobami starszymi. Ważnym aspektem, na który zwrócił uwagę jeden z respondentów, jest zwiększenie rotacji w domach dziennego pobytu, aby nie blokować miejsca innym osobom, oczekującym tego typu wsparcia. Innym proponowanym rozwiązaniem może być otwarcie większej liczby placówek działających w systemie dziennym. Jednocześnie respondenci wskazali konieczność rozwoju długoterminowej, specjalistycznej opieki, realizowanej w środowisku podopiecznego, oraz wprowadzenie przejrzystego systemu opieki w Polsce.

Podobne problemy wskazywali wejherowscy samorządowcy. Przynajmniej część badanych nie myśli o opiece jako o elemencie, który mogą kształtować według własnych kryteriów, realizując raczej zadania ustawowe zgodnie ze wskazaniami i wytycznymi prawa. Może to wskazywać na brak poczucia sprawczości w organizacji pomocy.

Pomimo powoływania się na potrzeby podopiecznych jako kryterium organizacji opieki nad wszystkimi grupami, samorządy nie prowadzą sformalizowanego badania potrzeb ogółu mieszkańców. Dane na ten temat gromadzone są w dwojaki sposób:

1. Praca terenowa pracowników GOPS, którzy rozpoznają sytuację poprzez bezpośredni kontakt z klientem i jego środowiskiem. W ten sposób JST wie, jakie jest zapotrzebowanie na opiekę, jednak jedynie wśród osób, które z niej korzystają. Jest to podstawowy sposób zbierania informacji.
2. Potrzeby pozostałych mieszkańców rozpoznawane są w sytuacji bezpośredniego zgłoszenia przez mieszkańca do przedstawiciela władzy lokalnej (pracownika urzędu, radnego, wójta, sołtysa) lub pracownika instytucji opieki (w większości wypadków jest to jedynie OPS).

Jedyną formą monitoringu efektów, jaką realizuje samorząd, jest bowiem okresowe sprawozdanie z działalności OPS, jakie kierownik składa przed radnymi na podsumowanie rocznej działalności. W niektórych gminach funkcjonują dodatkowo sprawozdania śródroczne (kwartalne, półroczne). Bieżący monitoring efektów działania instytucji realizują natomiast pracownicy terenowi ośrodków, którzy zdają relację z efektów opieki oraz konieczności jej ewentualnej modyfikacji. Na poziomie władz województwa monitoring zrealizowany został w roku 2013 – miał postać ankiety badającej działanie instytucji opieki. W ten sposób zdiagnozowano również sytuację instytucji zajmujących się osobami starszymi i możliwościami zaspokojenia potrzeb z wykorzystaniem istniejących zasobów instytucjonalnych.

Można stwierdzić, że władze wojewódzkie w większym stopniu monitorują zasoby instytucjonalne, niż efekty świadczenia usług.

Kwestie związane z opieką ujęte są w różnych dokumentach strategicznych. Na poziomie wojewódzkim są to:

- Strategia rozwoju województwa pomorskiego,
- Strategia polityki społecznej,
- Regionalne programy strategiczne.

Dokumenty te swoim horyzontem czasowym dostosowane są do nowego rozdziału funduszy unijnych, tzn. obejmują lata 2014-2020. Stanowią one przełożenie języka ustawy na konkretne działania oraz poszerzają jej zakres.

Dokumenty w znacznej mierze skupiają się na opiece nad osobami starszymi (wymagającymi opieki – pierwsza grupa oraz wymagającymi aktywizacji – druga grupa), a także nad osobami niepełnosprawnymi (ich aktywizacji społecznej i zawodowej, a także opiece zdrowotnej). Szczególny nacisk położono na aktywizowanie członków tych grup do samopomocy oraz wspieranie ich w tych działaniach.

Na poziomie powiatowym takimi dokumentami są:

- Strategia rozwiązywania problemów społecznych,
- Program na rzecz osób niepełnosprawnych.

Ich horyzont czasowy jest zbieżny z horyzontem dokumentów wojewódzkich. Diagnozują one sytuację w powiecie oraz wyznaczają działania, mające na celu przezwyciężenie problemów.



Na poziomie gminnym kwestie związane z opieką ujęte są w takich dokumentach, jak:

- Strategia rozwoju gminy,
- Strategia rozwiązywania problemów społecznych.

Należy jednak zaznaczyć, że nie we wszystkich gminach istnieje lub istniał drugi typ strategii. W pojedynczych gminach kwestie opieki nie były uregulowane w żadnych istniejących dokumentach, zaplanowano jednak ich uwzględnienie w aktualnie powstających.

Horyzont czasowy dokumentów gminnych jest zróżnicowany – większość jest zbieżna z wyżej wymienionym, jednak w niektórych JST dokumenty obejmowały inny zakres czasowy, który różnicował się zarówno pod względem dat rozpoczynających i kończących strategię, jak również rozpiętości czasowej (np. lata 2008-2015 lub 2008-2018). Część respondentów poddawała w wątpliwość tak szeroką rozpiętość czasową, z jaką projektowane są strategie.

Wszystkie wymienione wyżej dokumenty powstawały w taki sam sposób – utworzono zespoły zajmujące się opracowaniem poszczególnych kwestii w nich zawartych. W znaczącej części strategie zostały stworzone przy wsparciu zewnętrznej firmy lub eksperta, do których obowiązków należało konsultowanie diagnozy sytuacji, czasem również wypracowanych rozwiązań. Diagnoza realizowana była najczęściej metodą ankietową. Nie we wszystkich przypadkach udało się jednak zrealizować ją w sposób zadowalający – w gminach oddalonych od ośrodków miejskich response rate był na niskim poziomie, mieszkańcy nie chcieli brać udziału w badaniu.

Wyniki badania nie zawsze były również miarodajne, tzn. nie pokrywały się z wiedzą, jaką posiadają organizatorzy opieki oraz pracownicy terenowi. Wymagało to omówienia uzyskanych wyników i skonfrontowania ich z posiadaną wiedzą, oba te elementy zostały zawarte w strategiach.

Projekty strategii poddawane były konsultacjom społecznym, których powodzenie zróżnicowane jest w zależności od zasięgu dokumentu. Dokumenty wojewódzkie uzyskały najwyższy odzew społeczny, jednak biorąc pod uwagę liczebność województwa, wymieniona przez respondenta liczba odpowiedzi nie jest imponująca.

W przypadku projektów pozostałych dokumentów, które zostały opublikowane na stronach internetowych, odzew był niewielki, a w przypadku niektórych gmin – żaden. Poza publikowaniem w Internecie, niektóre samorządy zapraszały mieszkańców

na spotkania, na których przedstawiano projekt – na takie spotkania zapraszano również przedstawicieli lokalnych NGO. W przypadku dokumentów gminnych przygotowywane strategie były również przedstawiane na spotkaniach wiejskich/sołeckich. Wszelkie zgłoszone przez mieszkańców propozycje zmian zostały rozważone i – w zależności od stopnia adekwatności – uwzględnione w zapisach.

W województwie istnieje PSMiE, czyli Pomorski System Monitoringu i Ewaluacji, z którym dokumenty są zgodne. Jednak na poziomie powiatowym nie ma możliwości weryfikowania realizacji strategii, ponieważ dokumenty z poziomu gminnego nie zawsze są spójne z powiatowymi. Wynika to ze zbyt ogólności dokumentu powiatowego oraz – według jednego z respondentów – zbyt szerokiego zakresu czasowego, jaki ten dokument obejmuje.

Mechanizmy monitoringu zostały zaplanowane w części strategii gminnych, należy jednak zaznaczyć, że nie we wszystkich, a tam, gdzie je zaplanowano, nie zawsze mają one charakter wymiernych wskaźników. Część efektów opisano w sposób jakościowy, a co za tym idzie, są one trudne do weryfikacji. Na poziomie gminy monitoring realizacji zadań w strategii przyjmuje najczęściej formę binarną: wykonano/nie wykonano.

Wynika to również z faktu, że część gminnych strategii ma postać raczej opisową, tzn. diagnozuje problemy – ma to pozwolić na zaplanowanie bieżących działań zmierzających ku rozwiązaniu problemów, nie zawiera jednak konkretnych wskaźników. W takiej sytuacji monitorowanie efektów jest utrudnione.

Dzięki bieżącym kontaktom z poradniami psychologiczno-pedagogicznymi oraz placówkami edukacyjnymi z terenu powiatu, badane instytucje opieki nad dziećmi z powiatu wejherowskiego określają zapotrzebowanie na swoje usługi poprzez stałe monitorowanie liczby dzieci wymagających opieki.

Polityka samorządowa dotycząca dzieci do lat 6 została oceniona dość dobrze, zauważalny jest przede wszystkim wzrost liczby punktów przedszkolnych, których uruchomienie było możliwe dzięki dofinansowaniu z budżetów gminnych. Jeden z respondentów rekomenduje stałe monitorowanie liczby dzieci oraz poszerzenie oferty lokalnych żłobków i przedszkoli, aby każde dziecko mogło zostać objęte profesjonalną opieką instytucji.



W przypadku opieki nad osobami starszymi, chorymi i niepełnoprawnymi dostrzeżona została konieczność czerpania wzorców z innych krajów, które oferują usługi opiekuńcze na znacznie wyższym poziomie niż w Polsce.

Z obserwacji kadry kierowniczej instytucji opieki nad starszymi, chorymi i niepełnosprawnymi wynika, że zdają sobie sprawę z przewidywanego wzrostu zapotrzebowania na usługi opiekuńcze. Za największy problem lokalnego systemu opieki respondenci uznali niewystarczającą liczbę placówek stacjonarnych (m.in. zakładów opiekuńczo-leczniczych i domów pomocy społecznej) oraz brak aktywności samorządów w sferze pozyskiwania środków unijnych. Wśród rekomendacji pojawiło się zatem tworzenie domów dziennego pobytu, przeznaczonych dla aktywnej grupy osób starszych i chorych, a także wykorzystanie wysokiego poziomu kapitału społecznego, poprzez organizowanie nieformalnych grup, mogących pozyskiwać fundusze na inne formy aktywizacji osób starszych i niepełnosprawnych.

Władze niewielkiego powiatu bieruńsko-lędzińskiego aktywnie planują politykę społeczną, także w obszarze opieki. Wśród inwestycji w system ochrony zdrowia, jaki planują władze powiatowe, można wymienić budowę DPS lub ZOL (decyzja nie została jeszcze ostatecznie podjęta). W opinii respondenta budowa ZOL pozwoliłaby odrobinę odciążyć gminę z całkowitego utrzymywania instytucji, stworzyłoby to bowiem możliwość późniejszego pozyskiwania kontraktów z NFZ. Największym problemem byłoby w takiej sytuacji samo pozyskanie kontraktów, które przyznawane są zgodnie z określonymi kryteriami – jednym z nich jest kontynuacja działalności, która w tym wypadku nie istniałaby. W związku z tym placówka planowana jest jako wielofunkcyjna. Władze powiatowe podjęły starania o zdobycie środków z Unii Europejskiej na dofinansowanie budowy placówki, są również w posiadaniu działki, na której mogłaby ona powstać.

Przewidywanie przyszłego zapotrzebowania na opiekę odbywa się w perspektywie roku. Tworzone jest na podstawie informacji dostarczonych przez pracowników socjalnych, opiekunów środowiskowych, ZOZ. Analizowane są również informacje uzyskane z przedszkoli oraz PCPR.

Wymienione wyżej dane w opinii respondentów są wystarczające do planowania przyszłych wydatków oraz tworzenia planów budżetowych. Związane jest to z niewielkim zakresem terytorialnym gmin, a co za tym idzie, ze stałym kontaktem z mieszkańcami.

Jedynymi informacjami, jakich mogłoby brakować samorządom w powiecie bieruńsko-lędzińskim w procesie planowania wydatków, są: dodatkowa informacja o rozwiązaniach prawnych dotyczących funkcjonowania opieki w zakresie pomocy społecznej oraz zbiorcza informacja o możliwościach pozyskania dodatkowych źródeł finansowania opieki. Respondenci tłumaczyli to niejasnością niektórych przepisów prawa oraz trudnością w poszukiwaniu dodatkowych środków – w ich opinii zebranie tych informacji w jednym miejscu pozwoliłoby usprawnić oraz ułatwić pracę organizatorów opieki.

Analizie poddawane są dane demograficzne, które pozwalają przewidzieć, ile dzieci może zostać zapisanych do przedszkoli. Analizuje się również liczbę dzieci aktualnie uczęszczających do placówki. Dane rozpatrywane są również pod kątem niepełnosprawności dzieci i konieczności utworzenia oddziałów integracyjnych (zatrudniany jest w nich tzw. nauczyciel wspomagający). W procesie planowania uwzględniane jest również wynikające z poprzednich danych zapotrzebowanie na nauczycieli oraz zbiorczy koszt wynagrodzenia wszystkich pracowników placówki. Na plany tworzonego budżetu ma również wpływ ubiegłoroczny plan wydatków, konieczność zakupu nowego wyposażenia, pomocy dydaktycznych, przeprowadzenia remontu, itp. Według badanych nie ma zapotrzebowania na dodatkowe dane, które pomogłyby w procesie planowania wydatków.

Na podstawie analizy materiału nie można stwierdzić, czy samorządy przewidują zapotrzebowanie na opiekę nad dziećmi do lat 3 – respondenci nie wypowiedzieli się na ten temat. Można jednak zauważyć, że pewnego typu analizy danych najprawdopodobniej są dokonywane, ponieważ w niektórych gminach planowane jest utworzenie publicznego żłobka lub oddziałów żłobkowych, właśnie w związku ze wzrastającym zapotrzebowaniem – źródłem tych informacji mogą być również zgłaszane bezpośrednio potrzeby mieszkańców.

Instytucje mają powstać w dwóch większych miejscowościach na terenie powiatu. Powstająca już inwestycja (żłobek) finansowana jest ze środków zewnętrznych, pozyskanych z dofinansowania unijnego. Budynek jest już w trakcie budowy, rozpoczęcie działalności instytucji zaplanowano na początek roku 2016, będzie mogła wtedy przyjąć 20 dzieci. Punkty żłobkowe w innej gminie powstają przy wsparciu finansowym programu Maluch. Punkty powstają w pomieszczeniach budynku szkolnego, ich otwarcie zaplanowano również na początek 2016 roku. Oddziały mają liczyć po 16 dzieci każdy.



Kwestie związane z opieką uwzględniane są w dokumentach strategicznych. Istniejące dokumenty, które regulują działania związane z opieką, to:

- Strategie rozwiązywania problemów społecznych,
- Strategie rozwoju gmin/miast,
- Gminne strategie oświatowe,
- Strategia rozwoju województwa,
- Wojewódzka strategia polityki społecznej.

Wymienione dokumenty mają bardzo zróżnicowany horyzont czasowy. Strategie z poziomu wojewódzkiego obejmują aż 14 lat (2006-2020), w bieżącym roku zaktualizowano jednak dokument związany z polityką społeczną. Część strategii kończy się razem z zakończeniem nowego rozdania finansowego środków unijnych, tzn. w roku 2020. Realizacja jednego z utworzonych w tym roku dokumentów przewidziana jest na 2023 rok. Strategia o najkrótszym horyzoncie czasowym jest zaplanowana na lata 2011-2015.

Wymienione dokumenty ujmują kwestie opieki bardzo szeroko. Jest to działanie zaplanowane, ponieważ zapewnia władzom możliwość bieżącego kształtowania polityki oraz dostosowywania działań do aktualnej sytuacji. Tylko w niektórych dokumentach systemy opieki są połączone, w większości przypadków osobno ujęto kwestie związane z edukacją, pomocą społeczną oraz zdrowiem.

Prace nad stworzeniem wyżej wymienionych dokumentów przebiegały w grupach roboczych opracowujących poszczególne zagadnienia. Grupy składały się z pracowników urzędów gmin oraz instytucji opieki (OPS, dyrektorzy szkół i przedszkoli, ZOZ), dokumenty wojewódzkie powstawały przy współudziale środowiska naukowego. W niektórych przypadkach do współtworzenia wynajęto zewnętrzną firmę – jej obowiązkiem było w pierwszej kolejności zrealizowanie badań ankietowych (wśród mieszkańców, przedstawicieli NGO) oraz analiza uzyskanych oraz przekazanych przez gminę danych. W tworzeniu strategii wykorzystywano również wiedzę i doświadczenie pracowników instytucji opieki oraz NGO. Za ostateczny kształt zapisów odpowiadał OPS (w przypadku strategii rozwiązywania problemów społecznych) lub przedstawiciel urzędu gminy (np. sekretarz).

Nie wszystkie strategie zostały poddane konsultacjom społecznym. Dotyczy to jednego z dokumentów związanych z oświatą. Wynikało to z przekonania władz o chęci zlikwidowania jednej ze szkół przez mieszkańców. W pozostałych przypadkach dokumenty były omawiane na spotkaniach, publikowane w Internecie, konsultowane

z przedstawicielami NGO. Zdaniem niektórych badanych, wśród mieszkańców nie ma jednak jeszcze świadomości możliwości realnego wpływu na zapisy.

Zróznicowany jest również sposób wdrażania strategii. W większości dokumentów zaplanowano, że podmiotami odpowiedzialnymi za wdrażanie strategii są odpowiednie instytucje opieki (np. OPS). W niektórych przypadkach odpowiedzialność spoczywa na sekretarzu gminy lub zarządzie urzędu marszałkowskiego województwa. W części dokumentów nie zaplanowano również środków finansowych na realizację działań – są one ustalane na bieżąco, z roku na rok. Tylko część respondentów posiadała wiedzę na tematy związane z wyznaczeniem priorytetów itp. W tych przypadkach każdorazowo zostały one określone.

Podobnie różne są systemy monitoringu realizacji strategii. W tym celu wykorzystywane są:

- badania ewaluacyjne (co 2 lata),
- analiza stopnia wykonania zaplanowanych działań (o charakterze binarnym: wykonano/nie wykonano),
- badanie ankietowe.

Ostatni wymieniony sposób realizowany będzie w ewaluacji strategii na poziomie wojewódzkim. W badaniu wezmą najprawdopodobniej udział: przedstawiciele instytucji, których działalność wpisuje się w realizację celów strategii oraz przedstawiciele samorządów. Metodologia badania nie jest jeszcze jednak dokładnie zaplanowana.

Określając zapotrzebowanie na swoje usługi, instytucje opieki nad dziećmi analizują trendy demograficzne dotyczące powiatu i województwa. Przedszkola w powiecie bieruńsko-lędzińskim dysponują dużą liczbą oddziałów – od 11 do 15 (w tym kilka oddziałów integracyjnych dla dzieci z orzeczoną niepełnosprawnością, ze wspomaganiami rozwoju i o potrzebie kształcenia specjalnego) – a tym samym dużą liczbą miejsc w przedszkolach – około 300 dzieci na jedną placówkę. Mimo tego zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze wciąż przewyższa możliwości samorządów, które szukają dodatkowych lokali, umożliwiających prowadzenie placówek opiekuńczo-educacyjnych.

Polityka samorządowa w powiecie bieruńsko-lędzińskim dotycząca dzieci do lat 6, została oceniona przez przedstawicieli placówek dość dobrze. Zauważalny jest jedynie brak żłobków. Jeden z respondentów wskazał również na brak instytucji,



dzięki której możliwa byłaby integracja rodziców dzieci niepełnosprawnych fizycznie i umysłowo. Zarówno respondenci, jak i otoczenie lokalne, wydają się aktywnie wpływać na politykę opiekuńczą samorządów. Dzięki podpisom zbieranym przez rodziców najmłodszych dzieci udało się rozpocząć nową inwestycję, jaką jest budowa przedszkola.

W przypadku kadry instytucji opieki nad osobami starszymi, chorymi i niepełnosprawnymi, doceniona została praca opiekunów środowiskowych, natomiast respondenci wskazali brak całodobowego domu opieki i dziennego domu pobytu. Badani dyrektorzy starają się uczestniczyć w konferencjach organizowanych przez wojewodów i samorządy lokalne, na których przedstawiane są trendy demograficzne, pozwalające zaplanować działalność ich instytucji w perspektywie długofalowej. Zgodnie z przepisami o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, wprowadzono mapowanie potrzeb zdrowotnych – w chwili obecnej jedynie dla onkologii i kardiologii – w którym można upatrywać szans na bieżący monitoring potrzeb pacjentów z obszaru województwa.

Zdaniem respondentów największym problemem powiatu bieruńsko-lędzińskiego jest niewystarczająca liczba placówek stacjonarnych, w których mogłyby przebywać osoby starsze, przewlekle chore lub niepełnosprawne. Respondenci wielokrotnie zwracali uwagę na brak zakładów opiekuńczo-leczniczych, co starali się również zgłaszać samorządom. Kolejnym problemem sygnalizowanym przez respondentów jest brak formalnej współpracy między ośrodkami pomocy społecznej, a zakładami stacjonarnymi przyjmującymi pod opiekę mieszkańców badanego powiatu. Wobec powyższego, rekomenduje się obserwację trendów demograficznych, na podstawie których będzie można określać zapotrzebowanie na zakłady opieki stacjonarnej i podejmować decyzje odnośnie tworzenia nowych placówek, bądź zawierania umów z innymi instytucjami spoza powiatu.

Podsumowanie

Jak widać z powyższego opisu, samorządy w ograniczonym stopniu podejmują się planowania strategicznego. Działają raczej w perspektywie krótkoterminowej, zwłaszcza w kontekście planowania budżetu. Niektórzy samorządowcy wspierają się w swoich decyzjach danymi ze statystyki publicznej, rzadziej zlecają badania potrzeb mieszkańców i instytucji. Z perspektywy przedstawicieli władz badanych gmin i powiatów wynika to głównie z ograniczeń budżetowych. Możliwości nie ma wiele, dlatego działania urzędników koncentrują się na zapewnieniu sprawnego funkcjonowania działających instytucji.

Pewnym wsparciem w podejmowaniu decyzji są dla nich dokumenty strategiczne. Rzadko jednak są to na tyle szczegółowe zapisy, by uwzględnić problematykę wynikającą z potrzeb opiekuńczych. Niemniej władarze są świadomi trendów demograficznych. Powszechna jest wiedza o braku miejsc w żłobkach i starzeniu się społeczności lokalnych. W swoich planach stawiają przede wszystkim na rozbudowę infrastruktury, w niewielkim stopniu uwzględniając możliwość zaspokojenia popytu przez działalność środowiskową. Większość prowadzonych działań wydaje się być intuicyjna. Trudno dostrzec (poza kilkoma przykładami) elementy zarządzania strategicznego i tworzenia daleko idących prognoz.



5.3. WSPÓŁPRACA

Wiedza na temat współpracy pomiędzy różnymi podmiotami zajmującymi się pomocą i wsparciem stanowi ważny element w procesie wytyczania kierunków dalszego rozwoju systemu pomocy i integracji społecznej. Jak wskazują eksperci, właśnie na zasadach międzysektorowej współpracy powinny być realizowane inicjatywy w obszarze szeroko rozumianej polityki społecznej. W niniejszym podrozdziale zaprezentowano trzy perspektywy – samorządów lokalnych, formalnych instytucji opieki i organizacji pozarządowych działających na terenie wybranych powiatów.

Analizę oparto o wskazania respondentów. Dane pochodzące z tych wskazań obejmują podmioty, z którymi instytucje opieki, samorząd i NGO współpracowały w obszarze opieki.

Perspektywa samorządów

Z wypowiedzi badanych przedstawicieli lokalnych władz wynika, że samorządy wykazują się wysokim poziomem poczucia odpowiedzialności za organizację opieki, o czym świadczy podejmowanie współpracy z organizacjami pozarządowymi działającymi w tym obszarze.

W powiecie nyskim i kazimierskim najważniejszym podmiotem jest Caritas. Placówka Caritasu, zlokalizowana na terenie powiatu kazimierskiego, jest przykładem udanej współpracy organizacji pozarządowej z samorządem, który przeznaczył opuszczony budynek szkoły na potrzeby domu pomocy. Organizacja wyremontowała budynek i obecnie zapewnia w nim pomoc mieszkańcom powiatu.

W powiecie nyskim Caritas zapewnia pomoc pielęgniarzką i przejmuje obowiązki samorządu w tym zakresie. W tym powiecie NGO zajmują się także prowadzeniem dziennych domów środowiskowych i hospicjów domowych. Zapewniane przez nie wsparcie jest uzupełnieniem oferty publicznej, a nawet – w przypadku hospicjów domowych – jedyną dostępną w powiecie formą takiej opieki. Co więcej, z relacji samorządowców wynika, że wsparcie to realizowane jest na bardzo wysokim poziomie.

W Skierniewicach działanie organizacji pozarządowych umożliwia zaspokojenie potrzeb na usługi dla osób niepełnosprawnych.

Władze powiatu bieruńsko-łędzkiego deklarują bliską i intensywną współpracę ze stowarzyszeniami działającymi na rzecz osób niepełnosprawnych. W powiecie powołana została Rada Osób Niepełnosprawnych, w skład której wchodzi przedstawiciele wszystkich NGO z tego obszaru działalności, przedstawiciel starostwa powiatowego i dyrektor OPS. Rada pełni funkcję forum wymiany informacji pomiędzy władzami powiatowymi a mieszkańcami – w trakcie spotkań osoby niepełnosprawne przedstawiają swoje potrzeby.

Perspektywa publicznych instytucji opieki

Sieć współzależności i współpracy instytucji jest zróżnicowana w poszczególnych powiatach. Wśród podmiotów, z którymi współpracę deklarowali dyrektorzy instytucji opieki, znalazły się m.in. takie, jak: samorządy, organizacje pozarządowe, służby porządkowe, szeroko rozumiane instytucje kultury i edukacji oraz inne instytucje opieki, nie tylko działające w ramach tego samego systemu.

Powiat kazimierski charakteryzuje niezbyt rozbudowana sieć relacji międzyinstytucjonalnych. Badana placówka opieki nad dziećmi deklaruje współpracę z organem prowadzącym, ośrodkiem kultury, służbami porządkowymi, szkołami oraz organizacjami pozarządowymi działającymi na rzecz społeczności lokalnej. We współpracy dominują relacje oparte na wzajemności, uwydatniające się w przypadku wspólnego organizowania uroczystości.

B: I teraz przedmiot współpracy ze Stowarzyszeniem, to jest inicjatywa przedszkola w różnych aspektach stowarzyszenia?

O: Tak.

B: Dobrze. Ze szkołą główny przedmiot współpracy jak mógłby Pan określić?

O: Uczestnictwo w imprezach, uroczystościach organizowanych przez szkołę, ale również korzystanie z imprez i uroczystości organizowanych przez przedszkolaków. Przedszkolaki organizują dzień 1 maja i przygotowują się od strony organizacyjnej. [FIOP2_K_P_162]

Badana instytucja angażuje również najmłodszych do udziału w konkursach plastycznych organizowanych przez ośrodek kultury. Dzięki współpracy z organami porządku publicznego, na terenie placówki przeprowadzane są prelekcje i pogadanki tematyczne.



Badane instytucje świadczące pomoc osobom starszym, chorym i niepełnosprawnym współpracują ze sobą w ramach 2 odrębnych systemów – zdrowia i pomocy społecznej. Badane instytucje współpracują najczęściej z domami pomocy społecznej w zakresie kierowania tam swoich podopiecznych oraz służbami porządkowymi w obszarze wymiany informacji na temat sytuacji rodzinnej podopiecznych. Respondenci nie pominęli również Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie, jako organu nadzorczego i finansującego część ich działalność. Respondenci deklarują również współpracę z pielęgniarkami środowiskowymi oraz ZOL, w sytuacjach pogorszenia stanu zdrowia ich podopiecznych, co może świadczyć o komplementarności obu systemów – pomocy społecznej i służby zdrowia. W relacjach łączących badane instytucje z ich otoczeniem dominują więzi oparte na wzajemności.

Opisane wyżej relacje określane są przez respondentów jako formalne w przypadku organizacji opieki dla osób jej wymagających lub nieformalne w zakresie dzielenia się doświadczeniem i organizacji imprez. Transfer środków finansowych zachodzi jedynie w przypadku dotowania działalności instytucji przez PCPR. Pomędzy poszczególnymi podmiotami nie występuje konkurencja w żadnym zakresie.

Takie ujęcie współpracy utrudnia uchwycenie komplementarności systemów: oświaty, ochrony zdrowia, polityki społecznej na poziomie współpracy międzyinstytucjonalnej. Mała liczba placówek i niewielka społeczność lokalna mogą pomagać utrzymywać współpracę na wysokim poziomie, choć wydaje się, że jest to realizowane jedynie jako nieformalna wymiana informacji.

Na obszarze Skierniewic funkcjonuje dość rozbudowana sieć intensywnych relacji międzyinstytucjonalnych, zarówno o charakterze formalnym, jak i spontanicznych, nieobligatoryjnych²⁵.

Kontakty nawiązywane przez placówki opieki nad dzieckiem związane są ze świadczeniem usług (na ich rzecz lub przez nie), bądź przyjmują formę partnerskiego współdziałania we wspólnym przedsięwzięciu. Relacje te nigdy nie noszą znamion rywalizacji ani konkurencji. Instytucje podejmują współpracę z innymi placówkami opiekuńczymi działającymi na rzecz dzieci, a także ze szkołami, z samorządem lokalnym, służbami porządkowymi i organizacjami pozarządowymi. Współpraca z innymi placówkami opiekuńczymi i oświatowymi koncentruje się zwykle wokół wymiany informacji, organizacji uroczystości i zajęć adaptacyjnych dla dzieci przygotowujących się do kolejnego etapu edukacji. Ważną rolę odgrywają także relacje z poradnią psychologiczno-pedagogiczną, które umożliwiają wymianę informacji na

²⁵ Źródło: badanie FIO-P2.

temat dzieci z dysfunkcjami. Wszystkie relacje z podmiotami publicznymi określane są jako obligatoryjne i regularne, i – w ogromnej większości przypadków – wiążą się z przepływami finansowymi (np. najem lokali od spółdzielni mieszkaniowej, finansowanie działalności przez organ prowadzący). Najmniej formalny charakter ma nieobowiązkowa współpraca z organizacjami pozarządowymi („Klub Mam”, „Towarzystwo Przyjaciół Dzieci”), polegająca na organizowaniu konkursów i wspólnych spotkań.

Relacje nawiązywane przez dyrektorów placówek dla osób starszych, chorych i niepełnosprawnych są dość jednostronne – inne podmioty działają przede wszystkim na rzecz instytucji opieki. Instytucje współpracują na szeroką skalę z organizacjami pozarządowymi o charakterze pomocowym (PCK, Stowarzyszenie Osób Niepełnosprawnych „Sprawni Inaczej”, „Wspólna troska”, „Ametyst”) oraz z młodzieżą (wolontariuszami oraz uczniami szkół podstawowych i muzycznych, którzy biorą udział w organizowaniu przedstawień i innych uroczystości okolicznościowych). Ważnymi kooperantami podmiotów działających w tym obszarze są także kluby seniora (organizujące wydarzenia artystyczne dla podopiecznych placówki stacjonarnej) oraz służby porządkowe.

Opisane relacje określane są przez respondentów jako nieobligatoryjne i nieformalne („na telefon”), a jednocześnie regularne. Pomiędzy ich uczestnikami nie zachodzą zależności finansowe – współpracownicy instytucji opieki nie oczekują wynagrodzenia za wyświadczane przysługi.

W powiecie nyskim sieć relacji między organizacjami pomocowymi i opiekuńczymi jest umiarkowanie gęsta. W wyniku analizy ustalono, że kontakty te nie są systematyczne ani sprofilowane. Najczęściej opierają się na osobistych znajomościach i zachodzą zazwyczaj w sytuacji niemożności poradzenia sobie samodzielnie z zaistniałą trudną sytuacją lub wynikają z organizacji prawnej instytucji.

Częściej współpracują ze sobą instytucje kierujące pomoc do osób starszych, niepełnosprawnych lub chorych, niż placówki przedszkolne i żłobki. Te ostatnie podejmują niekiedy współpracę na poziomie zarządczym, w ramach wymiany dobrych praktyk – ma ona mocno nieformalny charakter i nie dotyczy wszystkich placówek. Najczęściej instytucje działają w zakresie wymiany informacji (np. tworzenie jadłospisów dla dzieci) oraz przy organizacji imprez, a także (rzadziej) realizacji projektów unijnych. Wśród pozostałych partnerów ze sfery publicznej wskazano organy prowadzące, a także ośrodki pomocy społecznej, wspierające dzieci z uboższych środowisk, będące pod ich opieką (głównie pomoc żywnościowa).



W większości badanych placówek relacje z innymi podmiotami określane są jako regularne, ale fakultatywne. Jedynie współpraca z jednostkami organizacyjnymi gmin i innymi placówkami z obszaru opieki nad dziećmi traktowana jest jako formalna. Pomędzy poszczególnymi podmiotami nie zachodzą transfery finansowe, współpraca jest najczęściej niematerialna. Relacje z innymi placówkami opiekuńczymi z terenu powiatu nie są postrzegane w kategoriach konkurencji.

Pomędzy opisywanymi, dwoma typami instytucji (dla dzieci i dorosłych) nie obserwuje się współpracy ani łączenia usług, wymiany kadry lub wspólnie organizowanych wydarzeń dla podopiecznych.

Wśród instytucji świadczących pomoc osobom starszym, chorym i niepełnosprawnym istnieje znacznie większa potrzeba nawiązywania kontaktów, wymiany usług i doświadczeń. Problematyczne jest, że placówki współpracują ze sobą w ramach 2 odrębnych systemów – zdrowia i pomocy społecznej – co komplikuje formalną współpracę. Placówki stacjonarne współpracują najczęściej z OPS w zakresie wymiany informacji o podopiecznych oraz z wolontariuszami z PCK i Caritasu, którzy pomagają w opiece nad pacjentami. Respondenci nie pominęli również NFZ, jako organu nadzorczego i finansującego ich działalność. Również przedstawiciele opieki środowiskowej współpracują z sektorem pozarządowym, np. przy organizacji transportu dla podopiecznych. Respondenci deklarują również współpracę ze służbą zdrowia, m.in. pielęgniarkami środowiskowymi oraz ZOL, w sytuacjach pogorszenia stanu zdrowia ich podopiecznych. Dostrzegalne są również przykłady współpracy z innymi placówkami opiekuńczymi w zakresie wymiany informacji i organizacji wsparcia dla podopiecznych.

Opisane relacje określane są przez respondentów jako formalne w przypadku organizacji opieki dla osób jej wymagających lub nieformalne w zakresie dzielenia się doświadczeniem i organizacji imprez. Transfer środków finansowych zachodzi jedynie w przypadku dotowania działalności instytucji przez NFZ, urzędy marszałkowskie, gminne i wojewódzkie. Pomędzy poszczególnymi podmiotami nie występuje konkurencja w żadnym zakresie.

Respondenci z Olsztyna dość szeroko rozumieli pojęcie współpracy. Dlatego za przejaw współpracy uważali niemal każdą działalność placówki bądź instytucji, nawet, jeśli była ona obligatoryjna (np. współpraca z organem prowadzącym), czyli wynikająca z mocy prawa, obowiązujących przepisów i celów statutowych. Wspomniane relacje, łączące badane placówki w urzędem miasta, opierają się na zasadzie podległości organowi nadrzędnemu, który sprawuje nad nimi kontrolę,

a także finansuje wszystkie sfery ich działalności. Z analizy relacji między badanymi instytucjami a ich lokalnym otoczeniem wynika, że dyrektorzy podejmują również współpracę z placówkami edukacyjnymi i uniwersytetami, które na podstawie zawartych umów wysyłają swoich uczniów na praktyki do przedszkoli i żłobków. Badane instytucje, funkcjonujące w zespołach, podkreślają również wagę współpracy z pozostałymi placówkami oraz konieczność wypracowania wspólnych standardów w trakcie regularnych narad.

Nie pojawiają się żadne relacje, które można określić mianem konkurencji – jest ona niedostrzegalna. Do konkurencji mogłyby ewentualnie zostać zaliczone niepubliczne żłobki, ale ze względu na wysokie opłaty nie są ostatecznie traktowane jako zagrożenie. Relacje z podmiotami publicznymi określane są raczej jako obligatoryjne, regularne i formalne, nie wiążą się z nimi przepływy finansowe (prócz finansowania działalności placówki przez organ prowadzący). Dostrzec jednak można relacje oparte na wzajemności, które dotyczą kontaktów z urzędem i innymi placówkami opiekuńczymi działającymi na terenie miasta.

W odróżnieniu od placówek opiekuńczych świadczących pomoc dzieciom, instytucje zajmujące się osobami starszymi, chorymi i niepełnosprawnymi nie wymieniają z taką częstotliwością organu prowadzącego jako partnera we współpracy. Respondenci znacznie bardziej koncentrują się na relacjach, które przynoszą rzeczywisty, wymierny efekt, np. organizowanie wykładów wspólnie z uniwersytetami, pozyskiwanie produktów żywnościowych z banku żywności. Niemniej jednak, podobnie jak w przypadku Skierniewic, badane placówki chętnie współpracują ze szkołami, których uczniowie odwiedzają podopiecznych w placówkach, organizując okazjonalne przedstawienia. Istotne i wzajemne relacje łączą badane instytucje z uniwersytetami (integracja międzypokoleniowa, realizacja wspólnych projektów) i organizacjami pozarządowymi (np. kombatanckimi przy wspólnym obchodzeniu świąt patriotycznych). Dzięki relacjom z innymi NGO, podopieczni uzyskują bezpłatne porady prawne i psychologiczne. W Olsztynie dostrzegalna jest również współpraca z systemem zdrowia – szpital specjalistyczny organizuje wykłady oraz umożliwia podopiecznym wykonanie badań przesiewowych – oraz z systemem pomocy społecznej – MOPS kieruje podopiecznych do badanych placówek i udziela opiekunom niezbędnych informacji na ich temat.

Relacje z podmiotami publicznymi określane są w większości przypadków jako fakultatywne, regularne i formalne, nie wiążą się z nimi przepływy finansowe. Respondenci przyznają, że placówki niepubliczne mogą być uznane za ich konkurencje, lecz jest ich jeszcze wciąż zbyt mało, żeby mogły stanowić znaczącą alternaty-



wę dla usług publicznych. Obecnie relacje te ograniczają się do obserwacji oferty i stosowanych rozwiązań w nowopowstałych instytucjach.

W ramach niniejszego procesu badawczego podjęto również próbę uchwycenia komplementarności systemów: oświaty, ochrony zdrowia, polityki społecznej na poziomie współpracy międzyinstytucjonalnej. Badania nie wykazały takiej komplementarności.

Wszystkie przebadane żłobki współpracują z publicznymi instytucjami świadczącymi opiekę tym samym grupom podopiecznych: jednostkami samorządu terytorialnego, poradniami psychologiczno-pedagogicznymi, policją, strażą pożarną, pogotowiem lub innymi służbami ratunkowymi oraz powiatowym urzędem pracy. Trzy z nich współpracują z organami samorządu terytorialnego oraz szkołami i uczelniami, dwa z sądami, PFRON, instytucjami kulturalnymi oraz klubami sportowymi i obiektami sportowymi, zaś jeden z ośrodkami pomocy społecznej, powiatowymi centrami pomocy rodzinie i regionalnymi ośrodkami polityki społecznej, wojewodą i urzędem wojewódzkim, ZUS lub KRUS, prywatnymi przedsiębiorstwami oraz mediami. Wszystkie badane przedszkola z Olsztyna współpracują z poradniami psychologiczno-pedagogicznymi, policją, strażą pożarną, pogotowiem lub innymi służbami ratunkowymi oraz instytucjami kulturalnymi. Dziewięć z nich deklaruje, że współpracuje ze szkołami i uczelniami oraz publicznymi instytucjami świadczącymi opiekę tym samym grupom podopiecznych, osiem z kuratorium oświaty, siedem z jednostkami samorządu terytorialnego, zaś sześć z powiatowym urzędem pracy, klubami sportowymi i obiektami sportowymi, parafiami, Kościołem lub inną organizacją kościelną, prywatnymi przedsiębiorcami oraz mediami. Jednocześnie połowa badanych przedszkoli współpracuje z organami samorządu terytorialnego, cztery z ZUS lub KRUS, trzy z niepublicznymi przedszkolami i sądami, dwa z ośrodkami pomocy społecznej, powiatowymi centrami pomocy rodzinie lub regionalnymi ośrodkami polityki społecznej, zaś jeden z PFRON. Wszystkie przebadane domy pomocy społecznej współpracują z publicznymi instytucjami świadczącymi opiekę tym samym grupom podopiecznych, organami samorządu terytorialnego oraz instytucjami kultury. Jednocześnie sześć z nich działa wspólnie ze szkołami i uczelniami, policją, strażą pożarną, pogotowiem lub innymi służbami ratunkowymi oraz parafiami, Kościołem lub inną organizacją kościelną, pięć z jednostkami samorządu terytorialnego i PFRON, zaś cztery z niepublicznymi instytucjami świadczącymi opiekę tym samym grupom podopiecznych oraz organizacjami pozarządowymi z terenu powiatu. Tymczasem trzy z badanych domów pomocy społecznej współpracują z wojewodą i urzędem wojewódzkim, sądami, NFZ, prywatnymi przedsiębiorcami oraz mediami, dwa z poradniami psychologiczno-pedagogicznymi, powiatowym

urzędem pracy, ZUS lub KRUS, klubami sportowymi i obiektami sportowymi, organizacjami pozarządowymi spoza powiatu lub z organizacjami pozarządowymi o zasięgu ogólnopolskim, zaś jeden współpracuje z ośrodkami pomocy społecznej, powiatowymi centrami pomocy rodzinie lub regionalnymi ośrodkami polityki społecznej. Wszystkie przebadane środowiskowe domy samopomocy współpracują z wojewodą i urzędem wojewódzkim oraz policją, strażą pożarną, pogotowiem lub innymi służbami ratunkowymi, dwa z publicznymi instytucjami świadczącymi opiekę tym samym grupom podopiecznych, organami samorządu terytorialnego, jednostkami samorządu terytorialnego, szkołami i uczelniami, powiatowym urzędem pracy, instytucjami kulturalnymi, organizacjami pozarządowymi z terenu powiatu oraz parafiami, Kościołem lub inną organizacją kościelną, zaś jeden współpracuje z niepublicznymi instytucjami świadczącymi opiekę tym samym grupom podopiecznych, poradniami psychologiczno-pedagogicznymi, sądami, ZUS lub KRUS, klubami sportowymi i obiektami sportowymi, organizacjami pozarządowymi spoza powiatu lub z organizacjami pozarządowymi o zasięgu ogólnopolskim oraz mediami.

Powiat wejherowski charakteryzuje dość rozbudowana sieć relacji międzyinstytucjonalnych. Badane jakościowo placówki opieki nad dziećmi deklarują współpracę przede wszystkim z organami prowadzącymi, sprawującymi kontrolę nad funkcjonowaniem podległych instytucji, a także z poradniami psychologiczno-pedagogicznymi, organizacjami pozarządowymi. W strukturze współpracy dominują relacje oparte na wzajemności, uwydatniające się w przypadku wspólnego przygotowywania przedsięwzięć, takich jak np. otwarcie boiska, wycieczki. Większość relacji określono jako regularne. W przypadku przedszkola dla dzieci niesłyszących podkreślana była rola współpracy z PFRON oraz OPS, dzięki której możliwa jest pomoc rodzicom w zakresie ubiegania się o świadczenia i dofinansowanie.

Jedna z badanych instytucji angażuje również najmłodszych do udziału w konkursach plastycznych organizowanych przez ośrodek kultury. Dzięki współpracy z organizacjami pozarządowymi możliwe było m.in. uruchomienie zajęć z hipoterapii. Konkurencja między podmiotami świadczącymi usługi opiekuńcze dla dzieci w kontekście prowadzenia działalności nie jest dostrzegalna – każde z przedszkoli powinno dążyć do stworzenia atrakcyjnej oferty dla dzieci i ich rodziców.

Badane instytucje opieki nad osobami chorymi, starszymi i niepełnosprawnymi w swojej codziennej pracy nawiązują relacje z dość dużą liczbą podmiotów zewnętrznych, lecz w dużej części dotyczą one obszaru pomocy rodzinie. Współpraca placówek z innymi podmiotami wynika najczęściej ze świadczenia usług na ich rzecz. Wart podkreślenia jest fakt, że nie pojawiają się żadne relacje, które można określić



mianem konkurencji – jest ona niedostrzegalna. Z analizy relacji między badanymi instytucjami a ich otoczeniem wynika, że instytucje świadczące usługi środowiskowe najczęściej podejmują współpracę w obszarze opieki z PCPR, a także pielęgniarkami środowiskowymi, poradnią zdrowia psychicznego i służbami porządkowymi.

Współpraca podejmowana z PCPR ogranicza się jedynie do wydawania podopiecznym zaświadczeń o niepełnosprawności, podobnie relacje z zakładami opieki zdrowotnej dotyczą raczej niewielu obszarów – najczęściej dochodzi między nimi do wymiany informacji o podopiecznych i wydawania zaświadczeń lekarskich.

Zdecydowana większość relacji określana jest przez respondentów jako obligatoryjna i regularna. Wyżej opisane przykłady współpracy nie są oparte na przepływach finansowych.

W ramach niniejszego procesu badawczego podjęto również próbę uchwycenia komplementarności systemów: oświaty, ochrony zdrowia, polityki społecznej na poziomie współpracy międzyinstytucjonalnej. Badania nie potwierdziły tej komplementarności.

Przedszkole, które objęte zostało badaniem, współpracuje przede wszystkim z: publicznymi i niepublicznymi instytucjami świadczącymi opiekę tym samym grupom podopiecznych, organami samorządu terytorialnego, ośrodkami pomocy społecznej, powiatowymi centrami pomocy rodzinie lub regionalnymi ośrodkami polityki społecznej, kuratorium oświaty, szkołami i uczelniami, poradniami psychologiczno-pedagogicznymi, policją, strażą pożarną, pogotowiem lub innymi służbami ratunkowymi, powiatowym urzędem pracy, instytucjami kulturalnymi, klubami sportowymi i obiektami sportowymi, parafiami, Kościołem lub organizacją kościelną, prywatnymi przedsiębiorstwami oraz mediami. Cztery spośród instytucji świadczących usługi opiekuńcze (OPS) współpracują z publicznymi instytucjami świadczącymi opiekę tym samym grupom podopiecznych oraz powiatowym urzędem pracy. Trzy spośród badanych placówek współpracują z niepublicznymi instytucjami świadczącymi opiekę tym samym grupom podopiecznych, organami samorządu terytorialnego, wojewodą i urzędem wojewódzkim, NFZ, instytucjami kulturalnymi, Organizacjami pozarządowymi z terenu powiatu wejherowskiego oraz z parafiami, Kościołem lub inną organizacją kościelną. Dwie instytucje świadczące usługi opiekuńcze (OPS) współpracują z jednostkami samorządu terytorialnego, szkołami i uczelniami, poradniami psychologiczno-pedagogicznymi, policją, strażą pożarną, pogotowiem lub innymi służbami ratunkowymi, sądami, PFRON, ZUS lub KRUS oraz organizacjami pozarządowymi spoza powiatu wejherowskiego

lub z organizacjami pozarządowymi o zasięgu ogólnopolskim. Jedna z badanych instytucji współpracuje z prywatnymi przedsiębiorstwami i mediami.

W powiecie bieruńsko-lędzińskim badane jakościowo instytucje świadczące opiekę nad dziećmi w swojej codziennej pracy nawiązują relacje z dość obszerną siatką podmiotów zewnętrznych. Współpraca placówek z innymi podmiotami może wynikać ze świadczenia usług na ich rzecz lub przez nie, lub wreszcie może chodzić o partnerskie współdziałanie we wspólnym przedsięwzięciu, np. realizowaniu projektu. Warto podkreślić fakt, że nie pojawiają się żadne relacje, które można określić mianem konkurencji – jest ona niedostrzegalna. Z analizy relacji między badanymi instytucjami a ich otoczeniem wynika, że dyrektorzy najczęściej podejmują współpracę z innymi placówkami opiekuńczymi działającymi na rzecz dzieci, szkołami podstawowymi i gimnazjalnymi, ośrodkami pomocy społecznej, PCPR, a także bibliotekami i służbami porządkowymi. Relacje z organem prowadzącym jakie pojawiały się w przypadku innych badanych powiatów, nie zostały uwzględnione przez respondentów.

Współpraca podejmowana z innymi placówkami opiekuńczymi i oświatowymi najczęściej dotyczy wymiany informacji, wspólnej organizacji uroczystości oraz wycieczek. W tym obszarze współpracy pojawiają się najczęściej relacje wzajemności.

W zakresie szeroko rozumianego bezpieczeństwa dzieci badane placówki współpracują z ośrodkami pomocy społecznej i PCPR, którym zgłaszają niepokojące wnioski z obserwacji zachowań dzieci, a także ze służbami porządkowymi, które organizują pokazy pożarnicze oraz pogadanki. Zdecydowana większość relacji określana jest przez respondentów jako obowiązkowa i regularna, jedynie współpraca ze służbami organów porządkowych traktowana jest jako nieobowiązkowa. Wyżej opisane przykłady współpracy nie są oparte na przepływach finansowych.

Z uwagi na fakt, że w powiecie bieruńsko-lędzińskim funkcjonuje niewiele placówek stacjonarnych świadczących usługi opiekuńcze, sieć współpracy instytucjonalnej nie jest rozbudowana. Dążeniem badanych zakładów opiekuńczo-leczniczych zlokalizowanych poza powiatem, jest intensyfikacja relacji z ośrodkami pomocy społecznej i wspólna ewidencja pacjentów kierowanych do ich placówek. Współpraca polegająca na doraźnym kontakcie OPS z ZOL, polegająca na przekazywaniu informacji dotyczących podopiecznych i kierowaniu ich do zakładów stacjonarnych, została oceniona jako niewystarczająca. Zdaniem respondentów istnieje potrzeba stworzenia spójnego, przejrzystego systemu komunikacji między powiatami w ramach województwa.



Znacznie lepiej kształtują się relacje pomiędzy instytucjami świadczącymi podopiecznym usługi środowiskowe na terenie powiatu. Lokalne OPS współpracują najczęściej z ośrodkami zdrowia, z którymi konsultują zakres i rodzaj opieki, jaką powinna być objęta osoba potrzebująca. Tę samą zależność dostrzegli również przedstawiciele badanych zakładów opieki zdrowotnej, co świadczy o stałej i dobrze zakorzenionej współpracy. Wśród innych partnerów respondenci wymienili również organizacje pozarządowe („Fundacja Brata Alberta”, „Lędzińskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób Niepełnosprawnych”) oraz rodziny podopiecznych. Współpraca charakteryzowana była najczęściej jako nieregularna, nawiązywana w zależności od okoliczności, niezwiązana z przepływami finansowymi.

Perspektywa niepublicznych instytucji opieki

Sieć współpracy pomiędzy instytucjami niepublicznymi a innymi podmiotami zajmującymi się pomocą i wsparciem jest – podobnie jak w przypadku instytucji publicznych – zróżnicowana w poszczególnych powiatach.

W Skierniewicach relacje nawiązywane pomiędzy dyrektorami placówek opieki nad dziećmi opierają się przede wszystkim o wymianę informacji dotyczących oferty, cen świadczonych usług, regulacji prawnych i trendów demograficznych. Współpraca nosi jednak znamiona konkurencji. Poziom zaangażowania we współpracę zależy często od osobistych cech dyrektora i jego otwartości. Z obawy przed ujawnieniem konkurencji rozwiązań stosowanych przez własną placówkę, część dyrektorów stara się ograniczyć jej zakres.

Instytucje niepubliczne podejmują współpracę również z samorządem lokalnym, Centrum Kultury, Klubem Seniora, służbami porządkowymi i ośrodkiem szkolno-wychowawczym. Współpraca koncentruje się m.in. na wzajemnym korzystaniu z zasobów, wspólnej organizacji uroczystości i zajęć dydaktycznych dla dzieci.

Przykładem współpracy z samorządem jest prowadzenie przez placówkę kąpieliska zabaw dla dzieci w czasie organizowanych przez lokalne władze festynów i uroczystości miejskich. Przedszkola organizują w Centrum Kultury uroczystości szkolne, korzystając z zaplecza instytucji – np. sceny, rekwizytów. Funkcjonariusze policji i straży pożarnej organizują dla uczniów lekcje na temat bezpieczeństwa i radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych. Podopieczni ośrodka szkolno-wychowawczego uczestniczą w zabawach z przedszkolakami. Współpraca z Klubem Seniora polega na organizacji przedstawień i koncertów seniorów w placówkach i odwrotnie – dzieci w klubie.

Instytucje zajmujące się osobami starszymi, chorymi i niepełnosprawnymi nawiązują współpracę z MOPS, PCPR, szpitalem, organizacjami pozarządowymi i samorządem. Współpraca ta koncentruje się przede wszystkim na znalezieniu odpowiedniej formy opieki dla podopiecznego. Badani nie przytoczyli konkretnych, ponadstandardowych działań realizowanych wspólnie na rzecz wyróżnionych grup podopiecznych. Współpraca z samorządem wiąże się z przepływami finansowymi – dotowaniem działań instytucji ze środków samorządu bądź użytkowaniem przez nie lokali gminnych lub powiatowych.

Ośrodek opiekuńczo-wychowawczy, ze względu na swoją specyfikę, współpracuje ze szkołą integracyjną, ośrodkiem szkolno-wychowawczym, poradnią psychologiczno-pedagogiczną oraz z warsztatami terapii zajęciowej. Współpraca tych instytucji opiera się na założeniu o komplementarnym podejściu do podopiecznego, co wymaga koordynacji działań wymienionych podmiotów.

W powiecie bieruńsko-lędzińskim relacje pomiędzy placówkami opiekuńczymi dla dzieci określane są przez dyrektora badanego przedszkola mianem konkurencji, a nie współpracy. Pozostałe relacje, w które wchodzi badana placówka – z samorządem, biblioteką pedagogiczną, sanepidem oraz kuratorium oświaty – określane są jako regularne. Wiążą się one najczęściej z przepływami finansowymi (UM dotuje badaną placówkę), nadzorem (sanepid, kuratorium) i korzystaniem z zasobów (BP).

Badane instytucje świadczące pomoc osobom starszym, chorym i niepełnosprawnym współpracują ze sobą w ramach 2 odrębnych systemów – zdrowia i pomocy społecznej. Współpraca NZOZ i POZ z MOPS dotyczy przede wszystkim wymiany informacji o usługach świadczonych na rzecz podopiecznych.

Dom opieki współpracuje z parafią (w placówce odprawiane są msze) oraz świetlicą środowiskową i szkołami (dzieci odwiedzają podopiecznych w placówce). Dyrektor ŚDS wskazał na współpracę z PCPR jako organem nadzorczym i finansującym część działalności instytucji.

W Olsztynie działalność placówek opieki nad dziećmi nosi znamiona konkurencji, a nie współpracy. Kontakty, przyjmujące formę partnerskiego współdziałania, nawiązuje się z takimi instytucjami, jak np. schronisko dla zwierząt – dzieci opiekują się zwierzakami, organizują zbiórki pokarmu i akcesoriów.

Dyrektor jednego z badanych przedszkoli wskazał na współpracę w ramach grupy podmiotów, do której zaliczają się: olsztyńska filharmonia, Teatr im. Jaracza,



centrum tańca i biblioteka multimedialna oraz zakłady pracy rodziców. Dzięki tej współpracy tworzona i poszerzana jest oferta zajęć dodatkowych dla dzieci.

Jako istotny kooperant wskazywany był urząd miejski, który nie tylko dofinansowuje działalność placówek, ale pełni również funkcję doradczą w kwestiach organizacyjnych.

Respondenci za przejaw współpracy uznawali również korzystanie z usług różnych podmiotów, m.in. szkół językowych i studia tańca.

Badane placówki opieki nad osobami starszymi, chorymi i niepełnosprawnymi współpracują ze szpitalem, przychodniami specjalistycznymi, POZ oraz MOPS. Współpraca jest najczęściej obligatoryjna – dotyczy przede wszystkim wymiany informacji na temat podopiecznych i świadczonych na ich rzecz usług.

Najwięcej relacji nawiązuje badany rodzinny dom opieki. Współpracuje z Caritasem, Uniwersytetem Warmińsko-Mazurskim oraz dziennym domem pomocy społecznej dla osób chorych na cukrzycę. Utrzymuje też kontakty z innymi rodzinnymi domami opieki na terenie całej Polski, wymieniając się dobrymi praktykami. Ponadto korzysta z porad z zakresu geriatry Koła Naukowego Geragogów oraz poradni żywieniowej.

Instytucje opieki nad dziećmi w powiecie wejherowskim częściej ze sobą rywalizują niż współpracują. Rywalizacja, jak wynika z relacji dyrektorów, ma jednak pozytywny wpływ na ofertę placówek i działa na korzyść rodziców i dzieci. Dyrektorzy przyglądają się funkcjonowaniu konkurencyjnych placówek i adaptują na własne potrzeby najbardziej atrakcyjne i wartościowe, w swojej opinii, elementy. Środowisko integruje się podczas organizowanych przez te placówki oraz przez zewnętrzne podmioty konkursów i uroczystości dla dzieci.

Bardzo pozytywnie oceniona została relacja z Urzędem Miasta – w szczególności pomoc merytoryczna ze strony pracowników urzędu w zakresie regulacji prawnych dotyczących funkcjonowania placówek.

Przedszkole integracyjne współpracuje ponadto z lokalnymi organizacjami pozarządowymi w zakresie pozyskiwania środków na leczenie i rehabilitację swoich podopiecznych.

Za przejaw współpracy badani dyrektorzy uznawali również korzystanie z usług zewnętrznych podmiotów, takich jak firmy cateringowe, wydawnictwa pedagogiczne, hurtownie zabawek i agencje artystyczne oferujące przedstawienia i koncerty.

Współpraca instytucji opieki nad osobami starszymi, chorymi i niepełnosprawnymi w powiecie wejherowskim opiera się przede wszystkim na wymianie informacji na temat podopiecznych. Placówki świadczące usługi środowiskowe utrzymują stały kontakt z placówkami stacjonarnymi, do których kierują swoich podopiecznych. Natomiast szpitale kontaktują się z placówkami stacjonarnymi w celu zabezpieczenia opieki nad podopiecznymi po zakończeniu hospitalizacji.

Ponadto badane placówki współpracują z: Izbą Pielęgniarską (w zakresie opracowania standardów pracy w opiece środowiskowej), organizacjami pozarządowymi, ośrodkiem szkolno-wychowawczym, szkołami, bibliotekami, instytucjami kultury.

W powiecie nyskim badany klub dziecięcy utrzymuje bliskie relacje ze żłobkami – publicznym i niepublicznym. Dyrektorzy wymieniają się informacjami, doradzają sobie w kwestiach organizacyjnych i opiekuńczych. Co ciekawe, polecają też rodzicom wzajemnie swoje usługi, w sytuacji, gdy sami nie dysponują wystarczającą liczbą miejsc. Jednocześnie na terenie powiatu istnieje duża konkurencja pomiędzy żłobkami a opiekunami dziennymi.

Badany żłobek podejmuje współpracę z OPS, który dofinansowuje wyżywienie dla uboższych dzieci. Przedszkole wiejskie współpracuje z poradnią psychologiczno-pedagogiczną, która udziela dzieciom, rodzicom i nauczycielom pomocy związanej z wychowaniem i kształceniem dzieci. Przedszkole miejskie współpracuje z domem kultury, uniwersytetem trzeciego wieku oraz biblioteką w zakresie organizacji wydarzeń i uroczystości okolicznościowych.

Instytucje zajmujące się osobami starszymi, chorymi i niepełnosprawnymi nawiązują współpracę z OPS i PCPR. Współpraca ta jest obligatoryjna i koncentruje się na wymianie informacji na temat podopiecznych. Instytucje te pozostają też w kontakcie ze szpitalem, który kieruje do nich osoby wymagające dalszej opieki po zakończeniu leczenia szpitalnego. Problemem, który dostrzegają badani w powiecie nyskim, jest brak koordynacji działań podejmowanych na rzecz podopiecznego przez różne instytucje.



Podmioty prowadzące terapię, realizując swoje zadania, bardzo często korzystają z zasobów podmiotów publicznych. Jednostronna relacja zachodzi pomiędzy placówkami opieki na rzecz wymienionych grup podopiecznych a szkołami. Uczniowie wystawiają w placówkach przedstawienia okolicznościowe, np. jasełka.

Badane w powiecie kazimierskim przedszkola deklarują współpracę z organem prowadzącym, ośrodkiem kultury, bibliotekami, służbami porządkowymi, szkołami, urzędem pocztowym oraz organizacjami pozarządowymi działającymi na rzecz społeczności lokalnej. Współpraca przyjmuje charakter partnerskiego współdziałania – dominują relacje oparte na wzajemności – koncentruje się na organizowaniu uroczystości oraz uatrakcyjnianiu oferty edukacyjnej dla dzieci.

Relacje pomiędzy samymi placówkami opieki nad dziećmi w powiecie kazimierskim opierają się jednak przede wszystkim na zasadach konkurencji.

Zlokalizowane na terenie powiatu kazimierskiego instytucje opieki dla osób starszych, chorych i niepełnosprawnych współpracują głównie z ośrodkiem pomocy społecznej i miejscowym Caritasem. Współpraca polega na przekazywaniu informacji dotyczących podopiecznych i wyborze dla nich odpowiedniej formy opieki.

Przedstawicielka niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej zwróciła uwagę na istnienie na rynku konkurencji pomiędzy podmiotami oferującymi pielęgniarską opiekę długoterminową.

Perspektywa organizacji pozarządowych

Organizacje pozarządowe współpracują zarówno z innymi instytucjami obywatelskimi, instytucjami publicznymi, jak i rynkowymi. W ostatnim przypadku współpraca dotyczy głównie pozyskiwania środków na działalność i zdarza się najrzadziej. W przypadku najczęstszej współpracy – z innymi NGO, analizowane podmioty przeważnie opierają się na nieformalnych i nieobligatoryjnych porozumieniach, a ze współpracą nie wiążą się przepływy finansowe. Jest ona oparta o regułę wzajemności. Niemal równie często podmioty społeczne współpracują z sektorem publicznym. Współpraca jest oparta o formalne porozumienia (częsty wyjątek stanowi nieformalna współpraca z OPS), jest regularna i zazwyczaj wynika z dotowania III sektora przez sektor publiczny. Co ciekawe, z wypowiedzi większości badanych przedstawicieli NGO (w odróżnieniu od relacji samorządowców) wynika, że współpraca ta nie ma charakteru partnerstwa, ale jest wysoko oceniana. Władza lokalna

coraz częściej zdaje sobie sprawę ze znaczenia NGO jako ważnych ogniw lokalnego systemu opieki.

Poniżej bardziej szczegółowo zaprezentowano sieć współpracy, w której lokują się organizacje pozarządowe z poszczególnych badanych powiatów.

Organizacje pozarządowe z terenu Skierniewic mają wielu partnerów we wszystkich sektorach. Współpracują z organizacjami publicznymi, prywatnymi oraz innymi organizacjami obywatelskimi.

Współpraca wewnątrz trzeciego sektora ma charakter raczej nieformalny, nieobligatoryjny i niezwiązany z przepływami finansowymi. Jest ukonstytuowana na zasadzie wzajemności i przebiega w sposób zadowalający obie strony.

Współpraca skierniewickich organizacji pozarządowych z sektorem publicznym dotyczy przede wszystkim kwestii związanych z finansowaniem działalności niektórych podmiotów, np. prowadząc działalność leczniczą i/lub na rzecz osób niepełnosprawnych, NGO muszą współpracować z takimi instytucjami jak PFRON, NFZ, a także wojewodą, który ma kontrolować te podmioty.

Stowarzyszenie prowadzące hospicjum współpracuje z miejscowym szpitalem. Partnerstwo ma charakter formalny (podpisane porozumienie), ale nie jest związane z przepływami finansowymi. Dotyczy wzajemnej promocji oraz opieki przy pacjencie. Stowarzyszenie planuje zakupić materace przeciwoleżynowe dla szpitala, natomiast placówka ochrony zdrowia zaoferowała NGO budynki do zaadaptowania dla hospicjum. Niestety, nie spełniają one wymogów sanepidu.

Analizując współpracę międzysektorową, nie sposób nie wspomnieć o sektorze prywatnym, który wspiera materialnie niektóre z uczestniczących w badaniu podmiotów. Trzeba podkreślić, że pola współpracy z III sektorem w przypadku podmiotów komercyjnych są znacznie węższe, niż w przypadku instytucji publicznych.

Organizacje pozarządowe z Olsztyna przeważnie współpracują z różnymi instytucjami w środowisku lokalnym, w którym funkcjonują. Wyjątek stanowi jedno ze stowarzyszeń, którego reprezentant twierdzi, że współpraca może być dysfunkcyjna dla organizacji. Być może obawa przed współpracą jest w tym wypadku efektem negatywnych doświadczeń z odbiorcami wsparcia, co było sygnalizowane przez tego respondenta. Jednakże jest to tylko jedno z możliwych wyjaśnień takiego stanu.



Najczęstszym przypadkiem jest współpraca z innymi organizacjami pozarządowymi oraz z jednostkami samorządu terytorialnego. Współpraca w obrębie III sektora zwykle ma postać nieformalnych porozumień o różnym stopniu regularności oraz nie jest związana z przepływami finansowymi. Jest ona jednak oceniana zdecydowanie pozytywnie. Respondenci widzą także potrzebę nawiązywania tej współpracy.

Współpraca z samorządem, z różnych przyczyn, zazwyczaj jest koniecznością – przy czym oceniana jest na ogół pozytywnie. Często w badaniu pojawiają się wypowiedzi dotyczące wsparcia materialnego (w tym finansowego) NGO przez JST.

Olsztyńskie NGO współpracują także z innymi niż JST instytucjami publicznymi, czego przykładem jest kooperacja jednej z badanych organizacji z Uniwersytetem Warmińsko-Mazurskim. Wypowiedzi badanych wskazują także na współpracę z instytucjami pomocy społecznej i służbami zatrudnienia.

Najbardziej pozytywnym przykładem wspólnych działań na rzecz opieki jest funkcjonujące w Olsztynie międzysektorowe partnerstwo podmiotów reprezentujących instytucje publiczne, społeczne i rynkowe.

Organizacje pozarządowe z powiatu nyskiego najczęściej współpracują z innymi organizacjami III sektora. W samej Nysie można wskazać swoistą sieć relacji pomiędzy organizacjami zajmującymi się pomocą dla osób starszych, niepełnosprawnych i przewlekle chorych. Część organizacji dzieli siedzibę z innymi NGO. Im większa organizacja i im większą liczbą spraw się zajmuje, tym gęstsza sieć relacji, w które wchodzi.

Współpraca z innymi organizacjami pozarządowymi, ale także z pozostałymi partnerami niepublicznymi, przyjmuje najczęściej charakter nieformalny, o różnym stopniu regularności.

Wszystkie uczestniczące w badaniu organizacje z tego powiatu współpracują z instytucjami samorządowymi. Najczęściej wymienia się tu PCPR, co należy uznać za naturalne z uwagi na zakres działalności tej instytucji. Ponadto wskazuje się na OPS, PUP. W przypadku małych organizacji wiejskich, instytucjami wspierającymi są sołtys i rada sołecka oraz ksiądz (parafia). Współpraca ta niemal jednogłośnie jest oceniana pozytywnie.

Organizacje zajmujące się osobami niepełnosprawnymi wskazują również na instytucje centralne – PFRON. Organizacja realizująca zadania w obszarze leczenia musi współpracować z wojewodą oraz NFZ. W tym ostatnim przypadku nie szczędząc krytyki pod adresem Funduszu. Krytyka dotyczy przepływów finansowych i odpłatności za pewne usługi świadczone niepublicznie.

Przepływy finansowe dotyczą zazwyczaj współpracy z samorządem gminnym, powiatowym, PFRON i NFZ. NGO są w większości przypadków uzależnione od środków zewnętrznych, pozyskiwanych od tych instytucji. Współpraca polega także na udostępnianiu przez samorzady infrastruktury koniecznej do działalności NGO. Kilku respondentów podkreślało, że mają niepublicznych sponsorów, którzy chętnie im pomagają, ale z uwagi na mogące z tego wyniknąć obciążenia fiskalne, robią to nieoficjalnie.

Organizacje pozarządowe w powiecie bieruńsko-lędzińskim współpracują z wieloma instytucjami z trzech sektorów. Nie dotyczy to wszystkich podmiotów, gdyż zakres współpracy, w sensie ilości nawiązywanych partnerstw, jest dość mocno zróżnicowany. NGO najczęściej współdziałają z samorządem oraz innymi organizacjami społecznymi. Nie powinno dziwić, że najlepsze relacje dotyczą współdziałania w obrębie III sektora. Analizowane stowarzyszenia szczególnie cenią sobie współpracę z OSP i Caritas. Druga z wymienionych organizacji wspiera niektóre podmioty w wypełnianiu funkcji opiekuńczych.

Największe z przebadanych stowarzyszeń współpracuje z kopalnią. Jest to współpraca formalna, obligatoryjna i regularna. Wiąże się z nią przepływy finansowe. Przedstawiciel stowarzyszenia wskazywał także na innego partnera – beneficjenta wsparcia organizacji.

Inne organizacje regularnie współpracują z JST. Współpraca z sektorem publicznym najczęściej przybiera sformalizowany charakter, jest regularna i związana z przepływami finansowymi (NGO otrzymują dotacje z samorządu). Bywa jednak tak, że instytucje publiczne współdziałają z NGO nieformalnie. Dotyczy to np. przepływu informacji na temat potencjalnych podopiecznych pomiędzy stowarzyszeniem i OPS. Współpraca z samorządem oceniana jest na ogół pozytywnie.

W przypadku małego koła gospodyń wiejskich w powiecie kazimierskim nie ma mowy o współpracy międzyinstytucjonalnej. Można stwierdzić, że koło współpracuje jedynie z miejscową panią sołtys. Panie tworzące koło załatwiają jego sprawy raczej na drodze indywidualnych przedsięwzięć. Natomiast w przypadku Stowa-



rzyszenia Rozwoju Wsi współpraca międzyinstytucjonalna istnieje, choć jest raczej okazjonalna i nieobligatoryjna.

Wejherowskie organizacje III sektora współpracują zarówno z podmiotami społecznymi, jak i rynkowymi i publicznymi. Współpraca międzyinstytucjonalna przybiera formalny i obligatoryjny charakter, wiąże się także z przepływami finansowymi. Jednak takie cechy współpracy dotyczą tych podmiotów, które realizują opiekę w formie zadań zleconych przez JST. Tak jest w przypadku Stowarzyszenia Edukacyjnego oraz spółdzielni mieszkaniowej. Współpraca polega czasem także na wsparciu finansowym.

5.4. PARTYCYPACYJNOŚĆ I ZORIENTOWANIE NA PODOPIECZNEGO

Za ideał należy uznać opiekę zorientowaną na podopiecznego – spersonalizowaną i uwzględniającą możliwość wpływu podopiecznego i jego rodziny na to, w jaki sposób jest świadczona. Taki model opieki zakłada, że podopieczny bierze udział w planowaniu opieki i ma przy tym poczucie, że opiekunowie dążą do zrozumienia jego indywidualnych potrzeb, pozostawiając mu jednocześnie kontrolę i możliwość wyboru odpowiednich dla niego usług, w celu osiągnięcia zadowalających go efektów. Najważniejszym elementem tego modelu jest komunikacja. Powinny w niej obowiązywać następujące zasady:

- wszystkie osoby odpowiedzialne za opiekę nad podopiecznym powinny dobrze orientować się w jego sytuacji (np. znać historię jego choroby),
- podopieczny powinien być na bieżąco informowany o tym, jakie działania się w jego przypadku sprawdzają oraz jakie będą następne kroki,
- osoby sprawujące opiekę w różnych zakresach powinny wymieniać się informacjami o podopiecznym i współpracować ze sobą,
- podopieczny musi wiedzieć, kto jest odpowiedzialny za koordynację opieki nad nim,
- podopieczny powinien mieć możliwość zwrócenia się z pytaniami do wybranej osoby.

Bardzo ważne jest, żeby podopieczny i jego rodzina otrzymywali takie informacje, które umożliwią im świadome podejmowanie decyzji dotyczących opieki. Informacja powinna być wyczerpująca, aktualna i zrozumiała. Powinna uwzględniać alternatywne formy organizacji opieki i inne dostępne możliwości otrzymania wsparcia. Ważne jest również udostępnienie źródła, z którego w razie potrzeby można pozyskać dodatkowe informacje.

Opieka nad dziećmi do 6. roku życia

Ideał został odzwierciedlony w przepisach prawa polskiego, dotyczących organizacji opieki nad dziećmi do lat 3 przez kluby dziecięce i dziennych opiekunów (Dz.U. 2011 nr 45 poz. 235). Zgodnie z nimi, do zadań żłobka, klubu dziecięcego i dziennego opiekuna należy zagwarantowanie dziecku właściwej opieki pielęgnacyjnej oraz edukacyjnej, przez prowadzenie zajęć zabawowych z elementami edukacji, z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb dziecka oraz prowadzenie zajęć opiekuńczo-wychowawczych i edukacyjnych, uwzględniających rozwój psychomotoryczny dziecka, właściwych do jego wieku.



Prawo określa również zasady partycypacji rodziców lub opiekunów prawnych w organizacji opieki nad dziećmi do lat 3 przez instytucje. Godziny pracy żłobka lub klubu dziecięcego powinny być ustalone w regulaminie organizacyjnym, z uwzględnieniem opinii rodziców. Co ważne, w szczególnie uzasadnionych przypadkach wymiar opieki w żłobku powinien być, na wniosek rodzica dziecka i za dodatkową opłatą, wydłużony. Opiekun prowadzący zajęcia w żłobku lub klubie dziecięcym powinien współpracować z rodzicami dzieci uczęszczających na zajęcia, w szczególności przez prowadzenie konsultacji i udzielanie porad rodzicom w zakresie pracy z dziećmi. W zajęciach prowadzonych w klubie dziecięcym mogą uczestniczyć rodzice dzieci uczęszczających do klubu dziecięcego. Dzienny opiekun, prowadzący zajęcia z dziećmi, nad którymi sprawuje opiekę, powinien współpracować z rodzicami tych dzieci, w szczególności przez korzystanie z pomocy rodziców w sprawowaniu opieki nad dziećmi w czasie prowadzenia zajęć oraz prowadzenie konsultacji i udzielanie porad rodzicom w zakresie pracy z dziećmi.

Przepisy prawa mówią również o indywidualizacji opieki nad dziećmi w wieku przedszkolnym. Nauczyciel jest obowiązany indywidualizować pracę z uczniem na zajęciach edukacyjnych odpowiednio do potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych ucznia.

W kwestii partycypacji rodziców w procesie organizacji opieki przez placówki przedszkolne, przepisy prawa mówią, że w celu zapewnienia dziecku podczas pobytu w publicznym przedszkolu odpowiedniej opieki, odżywiania oraz metod opiekuńczo-wychowawczych, rodzic dziecka przekazuje dyrektorowi przedszkola uznane przez niego za istotne dane o stanie zdrowia, stosowanej diecie i rozwoju psychofizycznym dziecka. Szkoły i placówki podejmują niezbędne działania w celu tworzenia optymalnych warunków realizacji działalności dydaktycznej, wychowawczej i opiekuńczej oraz innej działalności statutowej, zapewnienia każdemu uczniowi warunków niezbędnych do jego rozwoju, podnoszenia jakości pracy szkoły lub placówki i jej rozwoju organizacyjnego. Działania te obejmują m.in. tworzenie warunków do rozwoju i aktywności uczniów, współpracy z rodzicami i środowiskiem lokalnym. Dyrektor placówki przy wykonywaniu swoich zadań współpracuje z radą szkoły lub placówki, radą pedagogiczną i rodzicami.

Warto postawić pytanie, czy przytoczone przepisy prawa faktycznie znajdują odzwierciedlenie w codziennym funkcjonowaniu instytucji opieki nad dziećmi? Czy instytucje podmiotowo traktują podopiecznych, starają się poznać potrzeby dzieci i ich rodzin i dostosowywać – w miarę możliwości – ofertę do ich oczekiwań?

Z deklaracji badanych dyrektorów instytucji opieki nad dziećmi do lat 6 wynika, że w większości placówek – zarówno publicznych, jak i niepublicznych – dużą wagę przykładają do poszerzenia oferty. Zdecydowanie mniejszą zaś do jej zindywidualizowania, przepływu informacji pomiędzy placówkami a rodzicami oraz możliwości wpływania rodziców na sposób sprawowania opieki. Sytuacja jest jednak zróżnicowana w poszczególnych objętych badaniem powiatach.

Z badania dyrektorów publicznych instytucji opieki wynika, że skierniewickie publiczne przedszkola i żłobki świadczą dzienne usługi stacjonarne od godziny 6.00 do 18.00 we wszystkie robocze dni miesiąca, wyłączając okres wakacyjny²⁶. Instytucje działające w obszarze opieki nad dzieckiem zapewniają swoim podopiecznym wyżywienie i pomoc w utrzymaniu higieny osobistej, organizują zabawę i odpoczynek. Opiekunowie stymulują rozwój duchowy dzieci, uczą je wykonywania prostych czynności, wspomagają nabywanie kompetencji społecznych, a także dbają o sprawność fizyczną. W dodatkowej ofercie instytucji znaleźć można zajęcia edukacyjne, pomoc psychologiczną oraz kompleksowe usługi wspierania rozwoju.

Większą część czasu dzieci spędzają w placówce. Od godziny 8.00 do 13.00 realizowana jest bezpłatna podstawa programowa, wzbogacona o wyjścia tematyczne (kino, teatr, zoo, las, zakłady usługowe). W ciągu dnia przewidziany jest czas na zajęcia dydaktyczne (rytmiczno-ruchowe, plastyczne, muzyczne)²⁷, zabawy dowolne oraz odpoczynek. W ramach opieki dzieciom zapewnia się kilka posiłków przygotowywanych na miejscu z wysokiej jakości świeżych produktów.

Badane placówki starają się również zindywidualizować swoją ofertę, dopasowując ją do szczególnych potrzeb dziecka. W jednym z przedszkoli dużo uwagi poświęca się podopiecznym z wadami wzroku i słuchu.

Placówki nie prowadzą pogłębionej analizy potrzeb rodzin. W działalności publicznych przedszkoli i żłobków uwzględnia się natomiast informacje przekazywane przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie i w związku z tym dzieci z interwencji socjalnych traktowane są priorytetowo. W instytucjach opieki nad dzieckiem stosunkowo często dochodzi do rezygnacji z usług lub przedłużającej się absencji podopiecznego. Rezygnacja z opieki jest zazwyczaj wynikiem migracji (bliskość Łodzi i Warszawy), zmiany sytuacji życiowej (np. zaprzestania pracy, kolejnej ciąży wymagającej „pójścia” na zwolnienie lekarskie) oraz częstych chorób dziecka. Rzadziej powodem przerwania korzystania ze świadczenia jest niezadowolenie ze sposobu zajmowania się dzieckiem.

²⁶ Źródło: badania FIO-P1, FIO-P2.

²⁷ W wyniku zmian systemowych do obowiązkowej oferty placówek włączone zostaną również zajęcia z języka obcego.



Z badania dwóch niepublicznych przedszkoli w Skierniewicach wynika, że ich oferta jest sprofilowana. W jednym z przedszkoli główny nacisk położony jest na naukę języka angielskiego oraz wzrost świadomości ekologicznej (profil językowo-ekologiczny), w drugim – przedszkolu katolickim – na przekazywanie wartości i uczestnictwo w obrzędach religijnych.

Dyrektorzy badanych placówek niepublicznych mają swobodę w kształtowaniu oferty, jednak biorą pod uwagę opinie rodziców oraz kadry pedagogicznej. Ramy funkcjonowania placówki określają przepisy kuratorium oświaty, jednak są one mniej restrykcyjne niż w przypadku podmiotów publicznych, co ułatwia funkcjonowanie.

W powiecie nyskim opieka w badanych publicznych placówkach świadczona jest głównie w sposób stacjonarny, wzbogacona o wyjścia związane z procesem dydaktyczno-wychowawczym (wizyty w domu kultury, w gospodarstwach agroturystycznych, ogniskach plastycznych). Instytucje zapewniają dzieciom kilka posiłków dziennie (najczęściej dysponują własnymi kuchniami, więc posiłki przygotowywane są zgodnie z przyjętymi normami) oraz czas na zabawę, odpoczynek i leżakowanie. W trakcie dnia dzieci uczestniczą także w zajęciach programowych, m.in. dydaktycznych, tematycznych lub bardziej indywidualnych, wyrównawczych, pod kierunkiem nauczycieli.

Opieka środowiskowa nad dziećmi również przebiega według określonego harmonogramu, ustalanego z rodzicami podopiecznego. Do zadań opiekunów dziennych należy przede wszystkim zapewnienie dzieciom opieki pielęgnacyjnej i edukacyjnej w warunkach domowych lub do nich zbliżonych, a także prowadzenie zajęć opiekuńczo-wychowawczych, uwzględniających psychomotoryczny rozwój dziecka, właściwy do jego wieku.

Ostateczny kształt oferty nieobligatoryjnej uzależniony jest w szczególności od opinii rodziców, którzy w anonimowych ankietach lub w trakcie indywidualnych rozmów z pracownikami placówek mogą wyrazić swoje oczekiwania odnośnie rodzajów zajęć prowadzonych w placówkach lub poza ich terenem. Proponowane przez rodziców aktywności są wówczas uruchamiane w ramach dodatkowych, płatnych zajęć. Jeden z badanych żłobków oparł swoją ofertę nie tylko o ustawę, lecz także wypracował własne standardy wg „Standardów jakości opieki, wspierania rozwoju dzieci do lat 3” przygotowanych przez Fundację Rozwoju Dzieci im. Komeńskiego. W ciągu ostatnich 5 lat oferta przedszkoli uległa nieznacznemu rozszerzeniu – wprowadzono m.in. zajęcia logopedyczne. Żłobki natomiast są mniej skłonne do tego, by poszerzać zakres swojej działalności o nowe elementy.

Badane przedszkola starają się przeprowadzać diagnozę środowiskową podopiecznych oraz w pewien sposób zindywidualizować swoją ofertę, np. dopasowując godziny odbioru dzieci do potrzeb rodziców oraz dobierając odpowiednią dla dziecka dietę. W żłobkach proces indywidualizacji jest mniej widoczny, co ma związek z koniecznością dłuższej obserwacji dziecka, którego określone cechy – ze względu na wiek – nie są jeszcze uwydatnione.

Z badania niepublicznych placówek opieki nad dziećmi w Nysie wynika, że ich oferta jest szeroka. W zespole szkolno-przedszkolnym w Nysie funkcjonuje poradnia POZ. Dzięki temu tworzy się swoisty system prorodzinny, w ramach którego rodziny, oprócz opieki edukacyjno-wychowawczej, w jednym miejscu mogą skorzystać z opieki zdrowotnej.

Ocena jakości oferty placówek żłobkowych odbywa się w sposób nieformalny, na podstawie rozmów z rodzicami – podczas codziennych wizyt albo w trakcie organizowanych w placówkach uroczystości. W przedszkolu wiejskim wśród rodziców prowadzona jest ankieta, która ma badać jakość oferowanych usług. Ze względu na niską stopę zwrotu wypełnionych ankiet, nie spełnia ona swojego zadania. W tym przedszkolu ważne dla rodziców komunikaty umieszczane są na tablicy informacyjnej. Ankiety wprowadziło również niepubliczne przedszkole w Nysie, co może świadczyć o podjęciu próby standaryzacji formy oceny w placówkach opiekuńczych.

Działalność publicznych placówek w Olsztynie jest prowadzona w większym stopniu stacjonarnie. Dzieci mają zapewnionych kilka przygotowywanych na miejscu posiłków dziennie. Zarówno oferta instytucji, jak i zakres świadczonych usług wynikają ściśle z ustawy, jednak badane placówki starają się dopasować swoją ofertę do wieku dzieci (młodszym dzieciom dedykowane są inne zajęcia niż starszym grupom) i jednocześnie wymagań rodziców. Dzięki anonimowym ankietom, rodzice mogą zgłaszać swoje obiekcje i proponować zmiany w ofercie placówek. Respondenci przyznają jednak, że nie uwzględniają informacji ze środowiska dziecka, w związku z tym oferta jest raczej standardowa dla wszystkich dzieci, brakuje zindywidualizowania.

Badane instytucje włączają do swojej oferty również nieobligatoryjne elementy, takie jak rytmika, zajęcia z ekologii, języka angielskiego. O udziale dzieci w zajęciach decydują rodzice, ponieważ są to dodatkowo płatne godziny. W placówkach organizowane są również spotkania z przedstawicielami służb porządkowych, w trakcie których dzieci poznają zasady ewakuacji i pracę w różnych zawodach. W ciągu ostatnich lat oferta badanych instytucji nie uległa dużym zmianom. Respondenci



wykazują bierną postawę w procesie kształtowania oferty, którą w dużej mierze uzależniają od postulatów zgłaszanych przez rodziców, rzadko samodzielnie wychodząc naprzeciw ich oczekiwaniom.

Oferta badanych niepublicznych placówek opieki nad dziećmi z Olsztyna jest szeroka – oprócz nauki języków obcych i zajęć z rytmiki, dzieci mają możliwość uczestniczenia w przedstawieniach teatralnych i koncertach filharmoników.

Elementem odróżniającym instytucje prywatne jest, według badanych, większa niż w placówkach publicznych liczba opiekunów przypadających na grupę. Dostrzeżalną jest również zależność: im mniejsza liczba podopiecznych w placówce, tym łatwiej utrzymywać bezpośredni kontakt z rodzicami. Bliskie relacje pedagogów z rodzicami umożliwiają też otrzymywanie od nich (na bieżąco) informacji zwrotnej na temat jakości usług placówek.

W powiecie wejherowskim oferta instytucji realizowana jest zgodnie z podstawą programową, wzbogaconą o zajęcia plastyczne, taneczne, manualne oraz logopedyczne, w zależności od stwierdzonych potrzeb dziecka. Jedną z badanych placówek prowadzi również zajęcia z języka angielskiego. Przy konstrukcji dodatkowej oferty, przede wszystkim brane są pod uwagę: wykwalifikowana kadra oraz potrzeby dzieci. Dodatkowo w proces tworzenia oferty nieobligatoryjnie włączani są rodzice, z którymi w trakcie indywidualnych rozmów konsultowana jest potrzeba objęcia dziecka dodatkową opieką.

W badanym przedszkolu dla dzieci z wadami słuchu dostrzega się raczej potrzebę uruchamiania programów rewalidacyjnych i rehabilitacyjnych, aniżeli dodatkowych zajęć z języków obcych, powszechnych w przedszkolach masowych. Związane jest to z koniecznością wykształcenia u dzieci podstawowych odruchów i niwelowania różnic między dziećmi zdrowymi i niepełnosprawnymi. Zdaniem respondenta, programy rozwijające zainteresowania dzieci powinny być prowadzone na późniejszych etapach edukacji.

Żadna z objętych badaniem instytucji świadczących opiekę nad dziećmi nie oferuje opieki całodobowej. Wszystkie trzy instytucje oferują opiekę stacjonarną, rozpoczynają swoją działalność w godzinach od 6.00 do 6.59 rano i kończą ją między 17.00 a 17.59 po południu. W opinii dyrektorów wiodącymi w ofercie i najistotniejszymi dla podopiecznych i ich rodzin usługami są: zapewnianie wyżywienia, umożliwianie odpoczynku oraz rozwój i podtrzymywanie umiejętności społecznych.

Badane w powiecie wejherowskim niepubliczne placówki uzupełniają obligatoryjną ofertę dodatkowymi elementami, by uatrakcyjnić dzieciom czas spędzany w instytucji oraz skuteczniej pobudzać ich rozwój. W ofercie obu badanych przedszkoli, oprócz realizacji podstawy programowej, znajdują się zajęcia z języka obcego, sportu, spotkania z logopedą, gimnastyka korekcyjna, rytmika oraz taniec.

Podopiecznym żłobków dodatkowe zajęcia organizowane są również na świeżym powietrzu. Zwraca się uwagę na to, by były dopasowane do możliwości dziecka.

Przedstawiciele badanych niepublicznych placówek podkreślali, że tworzenie oferty placówek niepublicznych jest łatwiejsze, ze względu na mniej obowiązujących „odgórnych” reguł i przepisów.

Ambicją dyrektora przedszkola integracyjnego jest poszerzenie oferty również o elementy rehabilitacji. Wprowadzenie takich usług w placówce znacznie poprawiłoby sytuację dzieci oraz stanowiło atrakcyjną propozycję dla rodziców. Do realizacji celu brakuje jednak środków finansowych na stworzenie i wyposażenie sali do rehabilitacji.

W powiecie bieruńsko-lędzińskim badani dyrektorzy publicznych placówek, wypełniając swoje ustawowe zadania, starają się dodatkowo poszerzać zakres oferowanych usług o edukację ekologiczną, regionalną i zdrowotną. Przy konstrukcji dodatkowej oferty brane są przede wszystkim pod uwagę: wykwalifikowana kadra, bogata baza dydaktyczna i przyjazna atmosfera panująca w placówkach. Dodatkowo w proces tworzenia oferty nieobligatoryjnej włączani są rodzice, z którymi w trakcie indywidualnych rozmów konsultowana jest potrzeba objęcia dziecka dodatkową opieką, zmiany jadłospisu lub uruchomienia zajęć dodatkowych.

Badane przedszkola dostrzegają potrzebę uruchamiania większej liczby zajęć sportowych (problemem jest finansowanie zajęć – nie wszystkie instytucje chcą udostępnić swoje obiekty sportowe za darmo) oraz lekcji języka obcego. W jednej z badanych placówek udało się uruchomić zajęcia z języka angielskiego i francuskiego, zanim nauczanie języków obcych weszło w zakres nowej podstawy programowej. Dodatkowe elementy oferty są również pochodną projektów unijnych i systemowych, realizowanych przez przedszkola. Dzięki temu w jednej z placówek zorganizowano szkolenia nauczycieli z pedagogiki cyrku, a następnie wdrożono zajęcia z tego zakresu.



Wśród publicznych instytucji opieki nad dziećmi, które wzięły udział w badaniu ilościowym, znalazły się również placówki mające siedzibę poza terenem powiatu, w których liczba podopiecznych z powiatu bieruńsko-lędzińskiego jest znacząca. Badane instytucje świadczą opiekę stacjonarną (w siedzibie instytucji) od wczesnych godzin porannych do późnego popołudnia. Dyrektorzy badanych instytucji, jako wiodące elementy ich działania, na pierwszym miejscu wskazują wsparcie emocjonalne dla podopiecznych i ich rodzin, zgodnie z ich przekonaniem jest to jednocześnie potrzeba, której zaspokojenie jest najistotniejsze dla beneficjentów opieki. Na kolejnym miejscu pod względem istotności znalazło się zapewnienie podopiecznym wyżywienia, a na trzecim – jako priorytet działania instytucji – znalazło się wsparcie i podtrzymanie umiejętności społecznych dzieci. Zdaniem dyrektorów badanych placówek, z perspektywy podopiecznych i ich rodzin, trzecim priorytetowym zadaniem jest zapewnienie dostępu do kultury i rozrywki. Jako elementy usług opiekuńczych, poszerzające standardową ofertę, najczęściej pojawiały się dodatkowe zajęcia edukacyjne, takie jak rytmika, nauka języków, specjalistyczne wspomaganie rozwoju (np. wsparcie logopedyczne) oraz zapewnienie pomocy psychologicznej.

Badane w powiecie wejherowskim niepubliczne przedszkole ma w swojej ofercie zajęcia plastyczne, z języka angielskiego, matematyczne, muzyczne oraz logopedyczne. Dodatkowo dzieci uczone są czynności dnia codziennego (toaleta, sprząatanie). Oferta początkowo kształtowana była na podstawie *benchmarkingu*, podpatrywania rozwiązań w innych placówkach. Obecnie wpływają na nią potrzeby i opinie rodziców. W porównaniu do placówek publicznych, zaletą badanego przedszkola jest jego kameralność, a przez to możliwość zapewnienia dziecku rzeczowej opieki.

W powiecie kazimierskim zarówno oferta publicznych instytucji, jak i zakres świadczonych przez nie usług, wynikają ściśle z ustawy. Realizacja nieobligatoryjnych elementów oferty instytucji ograniczana jest najczęściej niewystarczającymi środkami finansowymi. Dzieciom zapewnia się kilka przygotowywanych na miejscu posiłków dziennie. Od godziny 8.00 do 13.00 realizowana jest bezpłatna podstawa programowa, wzbogacana o wyjścia związane z procesem dydaktyczno-wychowawczym (np. wycieczki do zoo). W ciągu dnia przewidziany jest również czas na zabawę, zabawy dowolne według zainteresowań dzieci oraz rekreację na świeżym powietrzu. W przedszkolu prowadzone są lekcje języka angielskiego oraz zajęcia z logopedą i psychologiem. Dodatkowe, odpłatne zajęcia mogą być organizowane na wniosek rodziców (prawnych opiekunów) lub za pisemną ich zgodą.

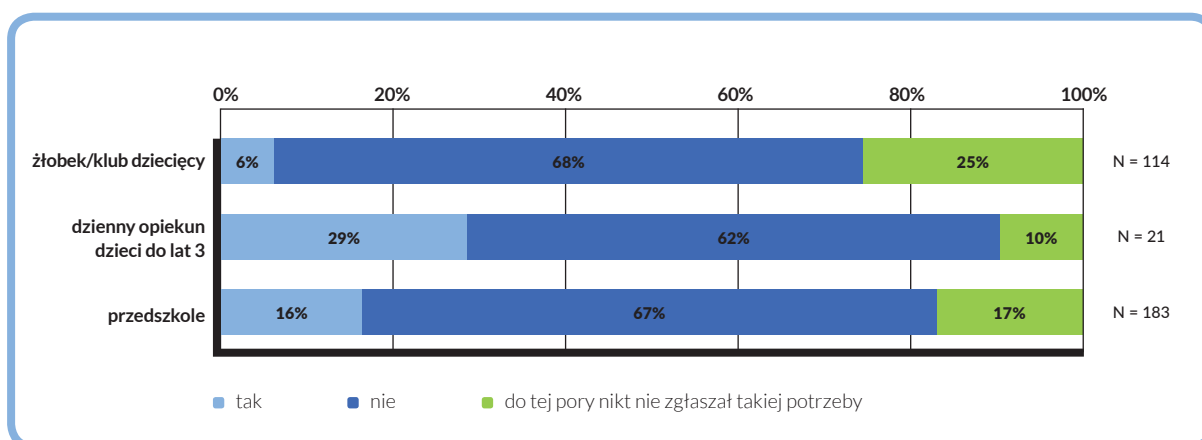
CZĘŚĆ I ANALIZA CZYNNIKÓW KSZTAŁTUJĄCYCH PODAŻ FORMALNEJ OPIEKI

Oferta badanych w powiecie kazimierskim przedszkoli niepublicznych została określona przez respondentów jako zdecydowanie szersza niż oferta placówek publicznych. Lepsze dostosowanie usług do rzeczywistych potrzeb odbiorców umożliwia większa swoboda w poruszaniu się placówek niepublicznych w przepisach prawa oświatowego. Przedstawiciele placówek niepublicznych zwrócili uwagę na to, że wysoka jakość świadczonych przez nich usług stała się bodźcem do poszerzenia oferty placówek publicznych, co świadczy o pozytywnych skutkach konkurencji. Ocena jakości pracy placówek niepublicznych dokonywana jest przez rodziców podczas zebrań i spotkań okolicznościowych.

O stopniu partycypacji rodziców w organizacji opieki nad dziećmi w placówkach świadczy też możliwość wyboru osoby, która tę opiekę będzie świadczyć. Jak pokazuje poniższy wykres, rodzice najczęściej nie mają wpływu na wybór opiekuna. Warto jednak zauważyć, że duża część rodzin nie zgłaszała dotychczas takiej potrzeby. Największy wpływ na wybór opiekuna mają rodzice dzieci do lat 3, korzystający z usług dziennego opiekuna.

WYKRES 5

Możliwość wyboru osoby, która będzie świadczyła opiekę nad podopiecznym w formalnych instytucjach opieki w badanych powiatach



Na podstawie odpowiedzi na pytanie: „Czy w Pani/Pana instytucji podopieczny i/lub jego bliscy mogą wybrać, kto będzie świadczył nad nim opiekę?”

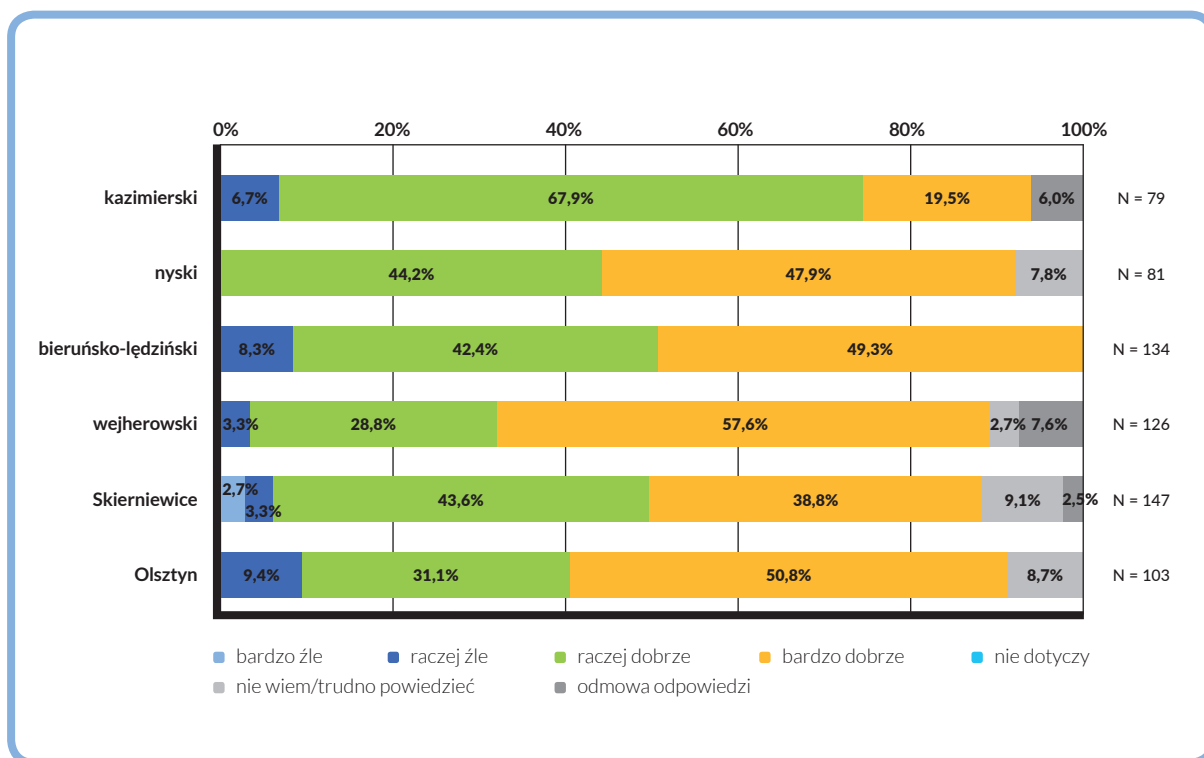
Źródło: Badanie FIO-P1.



Analizując dane ilościowe, dotyczące opinii rodziców na temat ich możliwości wpływu na sposób świadczenia opieki i dopasowania do indywidualnych potrzeb dzieci trzeba pamiętać, że wiedza szczegółowa respondentów ogranicza się najczęściej do tych instytucji, z których korzystają obecnie lub korzystali w przeszłości. Pewien poziom wiedzy ogólnej cechował wszystkich badanych przedstawicieli gospodarstw domowych, aczkolwiek nie zawsze wiedza na temat instytucji, z których się nie korzystało, była pełna i zgodna z faktycznie obowiązującymi zasadami. Na podstawie materiału badawczego trudno zatem jednoznacznie stwierdzić, czy opinie badanych odnoszą się bezpośrednio do instytucji, których deklaracje dyrektorów zostały przytoczone powyżej. Wydaje się jednak, że rodzice korzystający z pomocy zewnętrznej, pozytywnie oceniają dopasowanie opieki do indywidualnych potrzeb podopiecznego. Podobną ocenę wystawiają zapytani o możliwość wpływania na sposób świadczenia opieki. Oba aspekty lepiej opiniują rodzice w powiatach wejherowskim, bieruńsko-lędzińskim i w Olsztynie. Najgorzej rodzice z powiatu kazimierskiego, w którym dostępność placówek i ich oferta jest najbardziej ograniczona.

WYKRES 6

Ocena dopasowania do indywidualnych potrzeb podopiecznego w formalnych instytucjach opieki w badanych powiatach

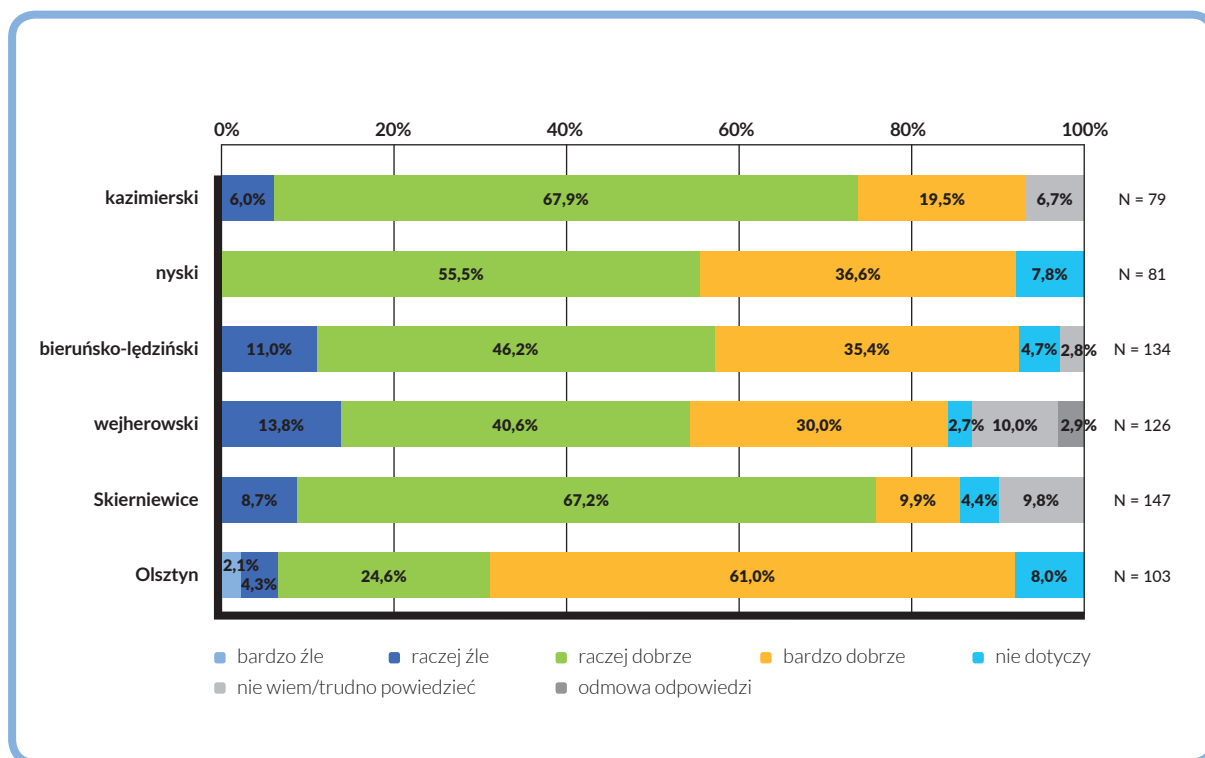


Na podstawie odpowiedzi na pytanie: „Jak ocenia Pani/Pan następujące kwestie dotyczące opieki nad osobą: dopasowanie do indywidualnych potrzeb podopiecznego?”

Źródło: Badanie GD1.

WYKRES 7

Ocena możliwości wpływu osoby wymagającej opieki lub jej bliskich na sposób świadczenia opieki w formalnych instytucjach opieki w badanych powiatach



Na podstawie odpowiedzi na pytanie: „Jak ocenia Pani/Pan następujące kwestie dotyczące opieki nad osobą: możliwość wpływu osoby wymagającej opieki lub jej bliskich na sposób świadczenia opieki?”

Źródło: Badanie GD1.

Jednocześnie badani rodzice podkreślali, że podstawowym problemem nie jest niedopasowanie oferty placówek do ich potrzeb, a ich niewielka liczba. Rodzice mają ograniczony wybór, trudno zatem mówić o realizacji ich preferencji w pełnym zakresie.

Pytani o problemy pojawiające się przy korzystaniu z oferty opiekuńczej dla dzieci do lat 5, rodzice wskazywali przede wszystkim na:

1. zbyt długi czas oczekiwania na opiekę (w niektórych powiatach nawet ok. 1 roku),
2. niedopasowanie godzin pracy placówek do godzin pracy rodziców – niektóre żłobki oferują opiekę do godz. 16.00, co znacznie utrudnia rodzicom, zwłaszcza matkom, aktywność zawodową (zdarza się, że na wsiach godziny pracy przedszkoli są dostosowane do rozkładu jazdy autobusu, a nie do preferencji rodziców),
3. brak w publicznej opiece przedszkolnej bezpłatnych zajęć językowych,
4. lokalizację placówek (np. powiat kazimierski) – jeśli rodzina nie posiada samochodu, uczęszczanie dziecka do przedszkola jest utrudnione, a w wielu przypadkach niemożliwe,
5. zbyt liczne grupy w przedszkolach (np. w Olsztynie),
6. brak opieki w czasie przerw wakacyjnych i świątecznych.

Opieka nad osobami chorymi, starszymi, niepełnosprawnymi

Podmiotowe traktowanie beneficjentów systemu pomocy społecznej i dostosowywanie wsparcia do ich potrzeb wpisane jest w ogólne zasady funkcjonowania tego systemu.

Celem funkcjonowania systemu pomocy społecznej jest bowiem wspieranie osób i rodzin w wysiłkach zmierzających do zaspokojenia niezbędnych potrzeb i umożliwianie im życia w warunkach odpowiadających godności człowieka. Zgodnie z ustawą, rodzaj, forma i rozmiar świadczenia powinny być odpowiednie do okoliczności uzasadniających udzielenie pomocy, a potrzeby osób i rodzin korzysta-



jących z pomocy powinny zostać uwzględnione, jeżeli odpowiadają celom i mieszczą się w możliwościach pomocy społecznej. W przypadku odmowy przyznania albo ograniczenia wysokości lub rozmiaru świadczeń z pomocy społecznej należy uwzględnić sytuację osób będących na utrzymaniu osoby ubiegającej się o świadczenie lub korzystającej ze świadczeń.

Partycypacyjność i współpraca również jest przez polski system pomocy społecznej bardzo akcentowana. Ustawa zobowiązuje osoby i rodziny korzystające z pomocy społecznej do współdziałania w rozwiązywaniu ich trudnej sytuacji życiowej.

W szczegółowych przepisach dotyczących poszczególnych form świadczenia opieki w ramach systemu pomocy społecznej, które były przedmiotem zainteresowania w ramach badania, odwoływanie się do tych ogólnych zasad jest widoczne, ale nie zawsze jest to pogłębiane.

Najmniejszy zakres wymaganego krojenia usług opieki na miarę i partycypacyjności widoczny jest w przepisach dotyczących usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych. Przy standardowych usługach opiekuńczych ustawa określa jedynie, że to ośrodek pomocy społecznej, przyznając usługi opiekuńcze, ustala ich zakres, okres i miejsce świadczenia. W przypadku specjalistycznych usług opiekuńczych, zarówno w ustawie, jak i w rozporządzeniu zwraca się uwagę, że te usługi są dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności i świadczone są przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym.

Podobnie, zgodnie z ustawą, zakres usług świadczonych w klubach samopomocy ustala właściwy organ jednostki samorządu terytorialnego prowadzącej klub samopomocy w uzgodnieniu z wojewodą.

Dużo większe wymagania stawiają przepisy regulujące funkcjonowanie środowiskowych domów samopomocy. Taki dom świadczy usługi w ramach indywidualnych lub zespołowych treningów samoobsługi i treningów umiejętności społecznych, polegających na nauce, rozwijaniu lub podtrzymywaniu umiejętności w zakresie czynności dnia codziennego i funkcjonowania w życiu społecznym. Zgodnie z ustawą, minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego, w drodze rozporządzenia określa zasady funkcjonowania środowiskowych domów samopomocy, uwzględniając potrzeby i możliwości psychofizyczne osób kierowanych do środowiskowych domów samopomocy, a także konieczność zapewnienia sprawnego funkcjonowania tych domów.

Zgodnie z tym rozporządzeniem, podstawowym narzędziem dopasowywania usług świadczonych w domu do potrzeb podopiecznego jest indywidualny plan postępowania wspierająco-aktywizującego. Jest on realizowany w porozumieniu z uczestnikiem lub jego opiekunem. Zespół wspierająco-aktywizujący zbiera się w zależności od potrzeb, jednak co najmniej raz na 6 miesięcy, celem omówienia realizacji indywidualnych planów postępowania wspierająco-aktywizującego i osiągniętych rezultatów, a także ewentualnej możliwości ich modyfikacji.

Przed przyjęciem osoby do domu, pracownik socjalny domu lub inny pracownik wskazany przez kierownika domu, przekazuje osobie kierowanej lub jej opiekunowi informacje o zasadach funkcjonowania domu, a także – w przypadku potrzeby zebrania dodatkowych informacji dotyczących osoby kierowanej lub jej sytuacji rodzinnej – sporządza pisemną notatkę w tej sprawie i przekazuje ją kierownikowi domu.

Po uzgodnieniu z uczestnikami lub ich opiekunami, dopuszcza się możliwość zamknięcia domu na czas ferii na okres nie dłuższy niż 15 dni roboczych w roku kalendarzowym.

Pracownicy domu są także zobowiązani współpracować z rodzinami, opiekunami i innymi osobami bliskimi uczestnika zajęć. Przy wykonywaniu zadań pracownicy domu dbają o wysoką jakość świadczonych usług i jak najwyższą ich skuteczność, kierują się zasadą dobra uczestników i ich rodzin oraz poszanowania ich godności i prawa do samostanowienia, zachowują w tajemnicy informacje dotyczące uczestników, uzyskane w toku czynności zawodowych oraz na bieżąco i rzetelnie dokumentują pracę.

Podobnie konkretne wymagania w analizowanym obszarze narzucają przepisy dotyczące domów pomocy społecznej. Taki dom świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób w nim przebywających. Organizacja domu pomocy społecznej, zakres i poziom usług świadczonych przez dom uwzględnia w szczególności wolność, intymność, godność i poczucie bezpieczeństwa mieszkańców domu oraz stopień ich fizycznej i psychicznej sprawności.

W celu określenia indywidualnych potrzeb mieszkańca domu oraz zakresu usług, które są mu potrzebne, dom powołuje zespoły terapeutyczno-opiekuńcze, składające się w szczególności z pracowników domu, którzy bezpośrednio zajmują się wspieraniem mieszkańców. Do podstawowych zadań zespołów terapeutyczno-



-opiekuńczych należy opracowywanie indywidualnych planów wsparcia mieszkańców oraz wspólna z mieszkańcami realizacja tych planów. Indywidualny plan wsparcia powinien być przygotowany w terminie 6 miesięcy od dnia przyjęcia mieszkańca do domu. Dom funkcjonuje w oparciu o indywidualne plany wsparcia mieszkańca domu, opracowywane z jego udziałem, jeżeli udział ten jest możliwy ze względu na stan zdrowia i gotowość uczestnictwa w nim mieszkańca. Przed przyjęciem osoby do domu, pracownik socjalny tego domu ustala jej aktualną sytuację w miejscu zamieszkania lub pobytu, która stanowi podstawę indywidualnego planu wsparcia po przyjęciu tej osoby do domu. Działania wynikające z indywidualnego planu wsparcia mieszkańca domu koordynuje pracownik domu – nazywany „pracownikiem pierwszego kontaktu” – wskazany przez mieszkańca domu, jeżeli wybór ten jest możliwy ze względu na jego stan zdrowia i organizację pracy domu. W rozporządzeniu określono również, że osobę, która przybyła do domu, przyjmuje dyrektor lub osoba przez niego wyznaczona, która przeprowadza rozmowę z osobą przyjmowaną oraz z jej przedstawicielem ustawowym, podczas której ustala jej aktualną sytuację, odnotowuje zmiany zaistniałe w jej sytuacji od momentu złożenia wniosku oraz ustala wstępne warunki pobytu, a także informuje o zakresie świadczonych usług.

W sektorze zdrowia indywidualizacja i partycypacyjność jest również istotna przy korzystaniu ze świadczeń. Prawo wskazuje, że podopieczny składa skierowanie do wybranego przez siebie zakładu opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego. Uzyskiwane przez niego świadczenia są dostosowane do jego potrzeb zdiagnozowanych wcześniej w toku leczenia, podobnie świadczenia w opiece pielęgniarstwa określają zalecenia lekarza. Standardy w zakresie udzielania gwarantowanych świadczeń opieki długoterminowej nie określają jednak żadnych bardziej szczegółowych zasad w tym zakresie. Wynikają one bardziej z ogólnych zasad wykonywania zawodów medycznych. Zasady te stanowią m.in., że lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Lekarz podczas udzielania świadczeń zdrowotnych ma obowiązek poszanowania intymności i godności osobistej pacjenta oraz ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu.

Podobnie jak w przypadku instytucji opieki nad dziećmi, także w odniesieniu do instytucji świadczących opiekę osobom chorym, niepełnosprawnym i starszym podjęto próbę odpowiedzi na pytanie, czy standardy zawarte w przepisach prawa faktycznie znajdują odzwierciedlenie w codziennym funkcjonowaniu tych instytucji.

Czy instytucje podmiotowo traktują podopiecznych, starają się poznać potrzeby podopiecznych i ich rodzin i dostosowywać ofertę do ich oczekiwań?

Z wypowiedzi badanych dyrektorów wynika, że w wielu placówkach – zarówno publicznych, jak i niepublicznych – oferta wynikająca z przepisów prawa jest poszerzana. Co więcej, częściej niż w przypadku opieki nad dziećmi, jest ona zindywidualizowana. Większą uwagę przykładają się również do możliwości wpływania podopiecznego i jego rodziny/opiekunów na sposób świadczenia opieki.

Oferta opieki środowiskowej w powiecie kazimierskim wynika ściśle z ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. Z relacji respondentów wynika jednak, że podejmowane są duże starania do zindywidualizowania wsparcia kierowanego do podopiecznych – zakres świadczeń ustalany jest najczęściej z członkami ich rodzin (np. objęcie osoby niepełnosprawnej intelektualnie specjalistycznymi usługami dotowanymi z funduszy wojewody). Ważnym aspektem opieki środowiskowej jest pozostawienie osoby w jej naturalnym środowisku, z którym czuje się związana emocjonalnie. Do zadań opiekunów środowiskowych, a tym samym zakresu usług środowiskowych, należy zatem niesienie pomocy osobom przewlekle chorym, samotnym i niesamodzielnym, które nie mają dostatecznego wsparcia ze strony rodziny lub innych osób z otoczenia. Opiekunowie towarzyszą im w trakcie zakupów, wizyt w urzędach, aptekach i placówkach medycznych. O konkretnym zakresie oferty, w tym rodzajach zajęć prowadzonych dla podopiecznych, decydują opiekunowie, uwzględniając ich możliwości i stan zdrowia. Każdy z podopiecznych ma ustalony swój indywidualny zakres czynności, który jest przygotowany na podstawie wywiadu środowiskowego przez pracownika socjalnego.

Usługi stacjonarne placówki świadczącej w trybie dziennym pomoc dla osób chorujących psychicznie i niepełnosprawnych umysłowo koncentrują się wokół aktywizacji i motywowania podopiecznych do samodzielnej egzystencji. Głównym celem jest przywrócenie do funkcjonowania w społeczności, dzięki nabywaniu nowych umiejętności, rehabilitacji i wsparciu psychologicznemu. Zajęcia organizowane są głównie stacjonarnie, natomiast oferta wynikająca z przepisów prawa jest poszerzana o dodatkowe aktywności podopiecznych, do których należą wyjazdy integracyjne oraz zawody organizowane na okolicznych boiskach sportowych i basenach. Respondenci deklarują dopasowanie swojej oferty do możliwości podopiecznych i ich sprawności intelektualnej.

Niepubliczne placówki w powiecie kazimierskim świadczą usługi dostosowane do obowiązujących wymagań prawnych i wynikających z nich statutów. Element misyj-



ności tych podmiotów przejawia się w tym, że nie odmawiają pomocy, nawet jeśli nie przynosi ona zysku – pielęgniarki środowiskowe w razie nagłej potrzeby kontaktują się z podopiecznymi również poza godzinami pracy, poszukują możliwości poprawy ich warunków bytowych w sytuacji, gdy podopieczny nie ma wsparcia ze strony opiekuna społecznego.

Oferta instytucji jest stała, a zakres ich działania ściśle określony. Wynika to z aktów prawnych oraz z organizacji systemu opieki. Ewentualne zmiany funkcjonowania wynikają z potrzeb podopiecznych. Funkcja, która nie jest narzucona formalnie, a którą instytucje pełnią, to edukacja rodzin podopiecznych w zakresie sprawowania opieki nad nimi.

Starsi, chorzy i niepełnosprawni mieszkańcy Skierniewic mają do dyspozycji stacjonarne (dienne) oraz środowiskowe formy opieki. Instytucja stacjonarna działa w godzinach 7.00–17.00, oferując usługi dla osób w podeszłym wieku z mniejszymi problemami zdrowotnymi i ograniczeniami ruchowymi²⁸. W analogicznych ramach czasowych świadczona jest opieka środowiskowa, skierowana do mieszkańców przewlekle chorych, samotnych i niesamodzielnych, którzy nie mają dostatecznego wsparcia w otoczeniu. Wiodącym elementem oferty instytucji jest umożliwienie odpoczynku i pomoc w codziennych czynnościach (higiena osobista, wyżywienie). Według dyrektorów placówek, podopieczni i ich rodziny najbardziej cenią sobie jednak podtrzymywanie relacji społecznych, rozrywkę, dostęp do dóbr kultury. Dodatkowe świadczenia instytucji obejmują m.in. doradztwo i pomoc przy wyszukiwaniu informacji, wsparcie psychologiczne oraz terapię zajęciową.

Oferta instytucji wynika ściśle z ustawy z 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej. Zarówno dyrektorzy, jak i pracownicy przywiązują dużą wagę do personalizowania udzielanego wsparcia. W placówkach istnieje możliwość dopasowania godzin świadczenia opieki do indywidualnych potrzeb, a decyzja o wyborze konkretnych zajęć podejmowana jest po rozpoznaniu możliwości i stanu zdrowia podopiecznego.

Oferta niepublicznych instytucji uwarunkowana jest przede wszystkim regulacjami wynikającymi z kontraktu z NFZ. Z relacji badanych wynika, że zawiera jednak dodatkowe elementy.

Nieobligatoryjna działalność badanego hospicjum obejmuje m.in. pomoc psychologiczną i porady prawne udzielane rodzinom. Dodatkowo hospicjum kolportuje

²⁸ Źródło: badania FIO-P1, FIO-P2.

wśród opiekunów publikacje tematyczne. W jednym z badanych NZOZ zatrudnieni są edukatorzy cukrzycy, którzy za wykonywanie swoich zadań nie są wynagradzani w ramach NFZ.

Oferta instytucji stacjonarnych dla osób dorosłych w powiecie nyskim jest regulowana m.in. przez ustawę o pomocy społecznej i rozporządzenia jej towarzyszące. W przypadku zakładów o profilu medycznym, oferta wynika ściśle z kontraktów zawieranych z NFZ, w których określone są standardy opieki długoterminowej – kryteria zarówno w zakresie wyposażenia sprzętowego i lokalowego, jak również wobec personelu. W ramach dodatkowej działalności, badane placówki zapewniają podopiecznym pomoc prawną i psychologiczną, a także leczenie farmakologiczne, diagnostykę i edukację zdrowotną pacjenta oraz członków jego rodziny. Placówki stacjonarne, prócz standardowych elementów swojego rozkładu dnia, starają się również organizować podopiecznym wycieczki oraz wprowadzać elementy życia kulturalnego. W powiecie istnieje niewielka przewaga stacjonarnych form opieki nad sprawowaną w domu podopiecznego.

Z relacji respondentów wynika, że zakres świadczeń nieobligatoryjnych wynika stricte z potrzeb podopiecznych i nie jest ograniczony czynnikami zewnętrznymi. W jednej z badanych placówek dostrzeżono dobrą praktykę, polegającą na konsultacji zakresu oferty zarówno z pensjonariuszami jak i personelem, który jest zachęcany do pozyskiwania wiedzy w zakresie nowych trendów i sposobów codziennej pracy z podopiecznymi. Badane placówki stacjonarne starają się przeprowadzać diagnozę środowiskową podopiecznych oraz w pewien sposób zindywidualizować swoją ofertę, np. poprzez ustalanie indywidualnych planów wsparcia.

Z relacji respondentów wynika, że podejmowane są starania zmierzające do zindywidualizowania wsparcia kierowanego do podopiecznych i ich rodzin również przez opiekunów środowiskowych. Opiekunowie przygotowują posiłki, podają leki, towarzyszą podopiecznym w trakcie zakupów, wizyt w urzędach, aptekach i placówkach medycznych. Na podstawie wywiadów środowiskowych ustalane są indywidualne zakresy oferty, uwzględniające możliwości i stan zdrowia podopiecznych.

W przypadku niepublicznych instytucji opieki w powiecie nyskim należy rozdzielić dwa aspekty działalności instytucji opieki: finansowaną ze środków publicznych (np. kontrakt z NFZ) oraz komercyjną. W pierwszym przypadku oferta wynika ściśle z przepisów prawa, w drugim natomiast – bezpośrednio z potrzeb podopiecznych. Oferta komercyjna tworzona jest na podstawie rozmów pracowników z podopiecznymi.



Oferta badanych instytucji w Olsztynie, przeznaczona dla chorych, starszych i niepełnosprawnych podopiecznych, wynika głównie z ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. Z relacji respondentów wynika jednak, że podejmowane są duże starania, zmierzające do zindywidualizowania wsparcia kierowanego do podopiecznych – zakres świadczeń ustalany jest najczęściej z członkami ich rodzin. W jednej z instytucji funkcjonuje zespół opiekuńczo-terapeutyczny, w skład którego wchodzi psychologowie, kapelan, dyrektor i opiekunowie pracujący codziennie z podopiecznymi. Zadaniem zespołu jest doskonalenie oferty na podstawie oczekiwań podopiecznych. Kolejną dobrą praktyką, zaobserwowaną w placówkach, są grupowe konsultacje lub spotkania z podopiecznymi, którzy mogą wyrazić swoje oczekiwania i refleksje na temat funkcjonowania placówki i ewentualnych zmian w stałej ofercie.

Placówki stacjonarne starają się zapewnić swoim podopiecznym zarówno usługi podstawowe (bytowe, żywieniowe, pielęgnacyjne) jak również specjalistyczne, związane z fizjoterapią, leczeniem, aktywizacją społeczną. Liczba godzin świadczonych usług różni się w zależności od typu placówki – mogą to być usługi całonocne, dzienne oraz – w przypadku usług środowiskowych – doraźne. Placówki stacjonarne świadczą większość swoich usług na miejscu. Ewentualnie, w miarę potrzeb zgłaszanych przez podopiecznych, oferta placówek może być poszerzana o krótkie wycieczki i inne rodzaje aktywności.

W przypadku placówek stacjonarnych, podopieczni otrzymują posiłki o stałych porach. Jedną z zaobserwowanych form terapii jest trening kulinarny, czyli przygotowywany przez podopiecznych posiłek dla całej placówki. Instytucje oferują również zajęcia rehabilitacyjne, terapię zajęciową i indywidualną, zajęcia artystyczne, oraz fizykoterapię. W jednej z placówek organizowane są wieczorki poetyckie oraz projekcje filmowe.

Na szczególną uwagę zasługuje również placówka oferująca opiekę osobom chorym na cukrzycę, w której bardzo ważne okazuje się zbilansowanie i spersonalizowanie diet oraz edukacja pensjonariuszy (szkolenia z pielęgniarstwa diabetologicznego i dietetyki, wykłady na temat chorób krążenia).

Przy tworzeniu oferty badanych w Olsztynie instytucji niepublicznych kryteriami są przede wszystkim warunki kontraktodawcy (np. NFZ w przypadku hospicjum, Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej w przypadku RDO). Brane pod uwagę są również kompetencje personelu oraz dopasowanie działań do potrzeb pacjentów. Swoboda w kreowaniu oferty dotyczy głównie sposobów spędzania czasu wolnego oraz oferty kulturalno-rekreacyjnej.

Oferta badanych instytucji opieki nad osobami chorymi, niepełnosprawnymi i starszymi w powiecie wejherowskim wynika głównie z ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej oraz uchwał podejmowanych przez rady gminne i miejskie. Respondenci przyznają, że nie mają wystarczającej swobody w kształtowaniu oferty usług instytucji. Podejmowane są jednak starania zmierzające do zindywidualizowania wsparcia kierowanego do podopiecznych – zakres świadczeń ustalany jest najczęściej z członkami ich rodzin. Ewentualne zmiany w zakresie wsparcia kierowanego do podopiecznego mogą wynikać również z nagłego pogorszenia stanu zdrowia. Zapewnienie towarzystwa i okazanie życzliwości podopiecznemu, traktowane są przez respondentów jako realizacja nieobligatoryjnej części oferty.

W ofercie dodatkowej, kierowanej do podopiecznych, najczęściej pojawiają się: pomoc finansowa i materialna, zapewnienie dostępu do opieki medycznej oraz zapewnienie pomocy psychologicznej.

Firma opiekuńcza – niepubliczna placówka opieki w powiecie wejherowskim, poszerza swoje usługi przewidziane umową z MOPS, o elementy aktywizacji i uspołeczniania podopiecznych (informowanie o bieżących wiadomościach ze świata, przynoszenie prasy, wychodzenie na spacer). Podobne zadania (trening zaradności życiowej, umiejętności społecznych) realizuje ŚDS. Oprócz tego obie instytucje starają się edukować rodziny podopiecznych oraz pełnią rolę doradczą, np. informując o możliwościach pozyskania dofinansowań.

Oferta objętych badaniem jakościowym instytucji stacjonarnych w powiecie bieluńsko-lędzińskim, sprawujących opiekę nad osobami dorosłymi, tworzona jest na podstawie aktów prawnych oraz zgodnie z zasadami NFZ, określającymi zakres realizowanych na rzecz pacjenta usług. Instytucje korzystają również ze standardów i wytycznych dla poszczególnych zakresów opieki zdrowotnej, tworzonych przez konsultantów krajowych oraz ze standardów dotyczących żywienia lub opatrywania odleżyn. Oferta komercyjna tworzona jest również w oparciu o te wytyczne, ale respondenci deklarują wyższy poziom jej dostosowania do potrzeb konkretnego pacjenta. Działalność instytucji stacjonarnych poszerzono o terapię psychologiczną i pomoc logopedyczną.

Oferta środowiskowa z zakresu pomocy społecznej wynika ściśle z ustawy i rozporządzeń jej towarzyszących, natomiast pielęgniarki środowiskowe działają na podstawie kontraktów z NFZ. Z relacji respondentów wynika jednak, że podejmowane są starania zmierzające do zindywidualizowania wsparcia kierowanego do podopiecznych. Oprócz typowych obowiązków, opiekunowie towarzyszą podopiecz-



nym w trakcie zakupów, wizyt w urzędach, aptekach i placówkach medycznych. O konkretnym zakresie oferty, w tym rodzajach prowadzonych dla podopiecznych zajęć, decydują opiekunowie, uwzględniając ich możliwości i stan zdrowia.

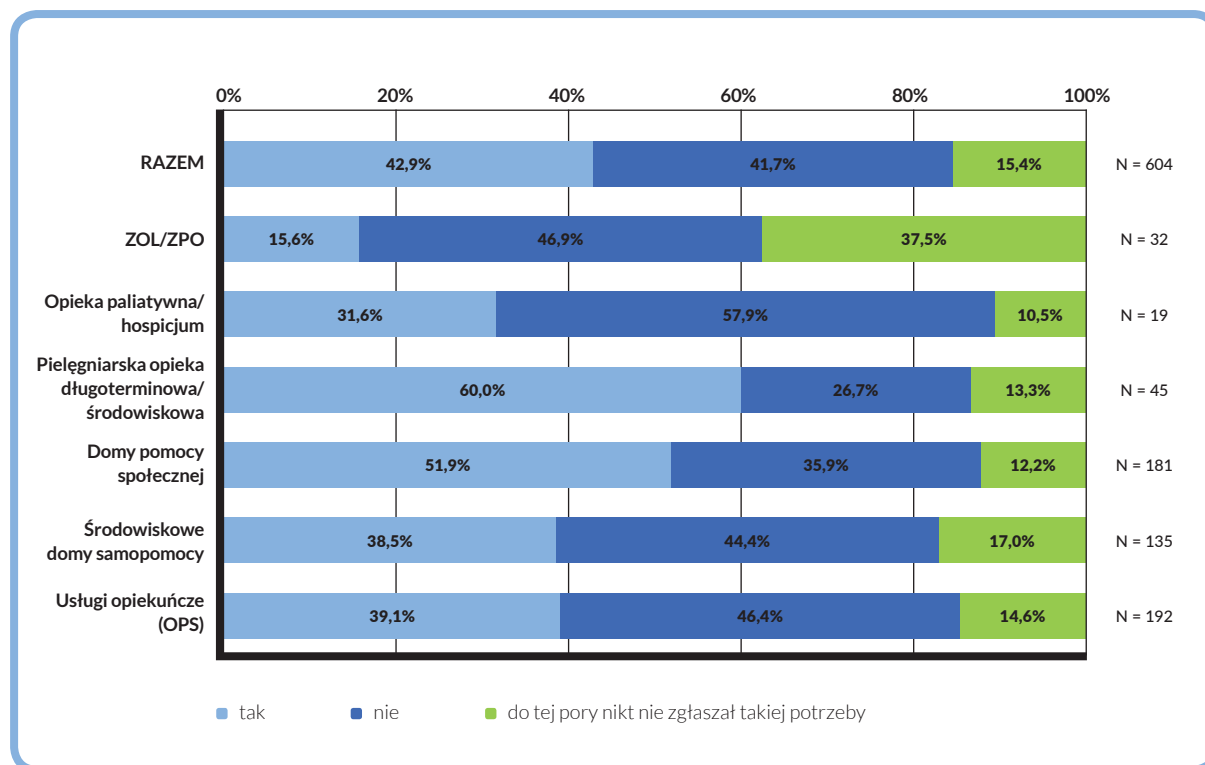
Pracownicy domu opieki prowadzonego przez firmę prywatną, oprócz wykonywania czynności pielęgnacyjnych, organizują podopiecznym czas wolny – zabierają ich na spacer, wspólnie śpiewają piosenki, tańczą.

Usługi ŚDS obejmują zarówno opiekę w ośrodku, jak i pomoc w załatwianiu codziennych spraw (urzędowych, wizyt u lekarzy). Pomimo, że jest to placówka pobytu dziennego, w razie potrzeby pomoc świadczona jest również w środowisku podopiecznego (są to jednak sytuacje wyjątkowe). ŚDS włącza do swojej oferty działania promujące aktywność społeczną podopiecznych. W placówce dostępni są terapeuci i psycholog. Podopieczni mają możliwość korzystania z dogoterapii, hipoterapii, rehabilitacji. ŚDS stara się przejmować dobre praktyki wypracowane w innych, podobnych instytucjach.

Jak wynika z danych ilościowych, podopieczni i ich rodziny na ogół nie mają wpływu na wybór osoby, która będzie świadczyła opiekę nad podopiecznym. Jednocześnie spora grupa rodzin nie zgłaszała dotychczas takiego postulatu. Największy wpływ podopieczni i ich opiekunowie mają na wybór pielęgniarki długoterminowej i środowiskowej, a najmniejszy na wybór opiekunów w ZOL i ZPO.

WYKRES 8

Możliwość wyboru osoby, która będzie świadczyła opiekę nad osobą chorą, niepełnosprawną i starszą w badanych powiatach



Na podstawie odpowiedzi na pytanie: „Czy w Pani/Pana instytucji podopieczny i/lub jego bliscy mogą wybrać, kto będzie świadczył nad nim opiekę?”

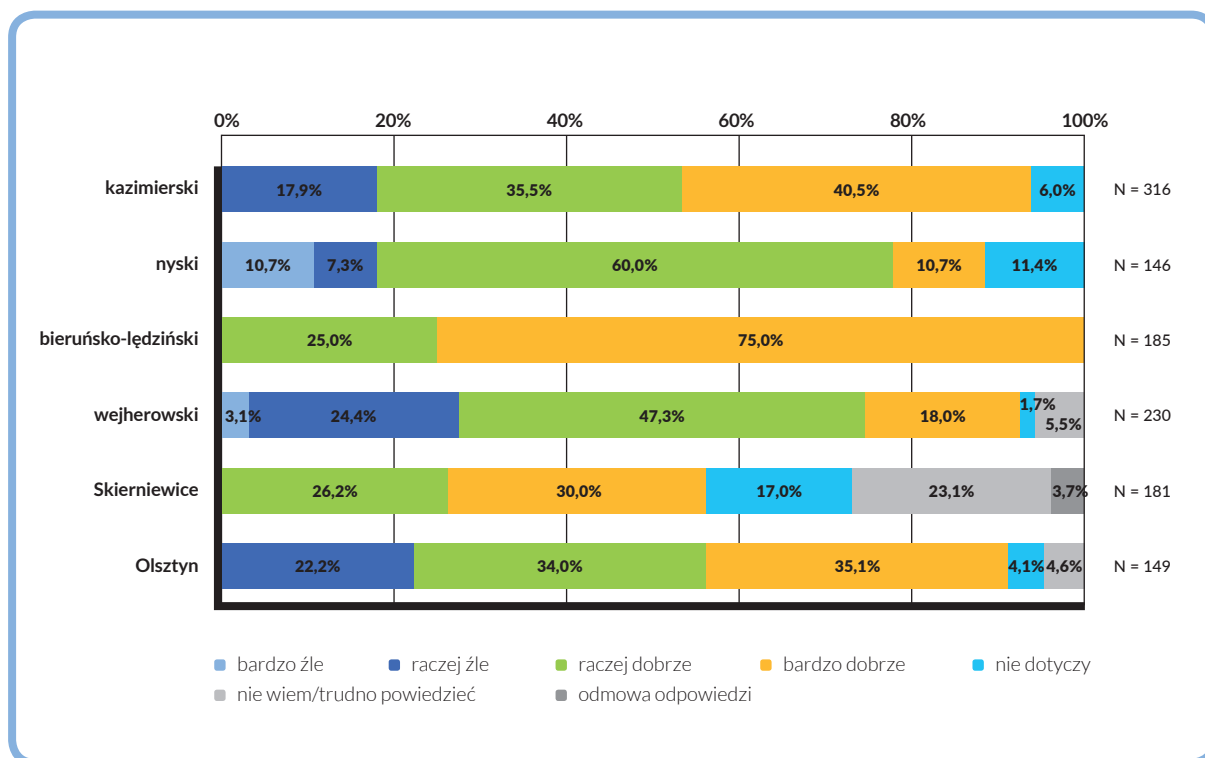
Źródło: Badanie FIO-P1.

Konfrontując deklaracje dyrektorów instytucji z wypowiedziami przedstawicieli gospodarstw domowych z opieką, trzeba pamiętać, że wiedza szczegółowa respondentów ogranicza się najczęściej do tych instytucji, z których korzystają obecnie lub korzystali w przeszłości. Pewien poziom wiedzy ogólnej cechował wszystkich badanych przedstawicieli gospodarstw domowych, aczkolwiek nie zawsze wiedza na temat instytucji, z których nie korzystali, była pełna i zgodna z faktami. Na podstawie materiału badawczego trudno jednoznacznie stwierdzić, czy opinie badanych odnoszą się bezpośrednio do instytucji, których deklaracje dyrektorów zostały przytoczone powyżej.

Z badania ilościowego wynika, że przeważają pozytywne opinie na temat dopasowania oferty do indywidualnych potrzeb podopiecznych. Podobnie oceniono możliwość wpływu osoby wymagającej opieki lub jej bliskich na sposób świadczenia opieki przez opiekunów środowiskowych i placówki opiekuńcze.

WYKRES 9

Ocena dopasowania do indywidualnych potrzeb podopiecznego w formalnych instytucjach opieki w badanych powiatach

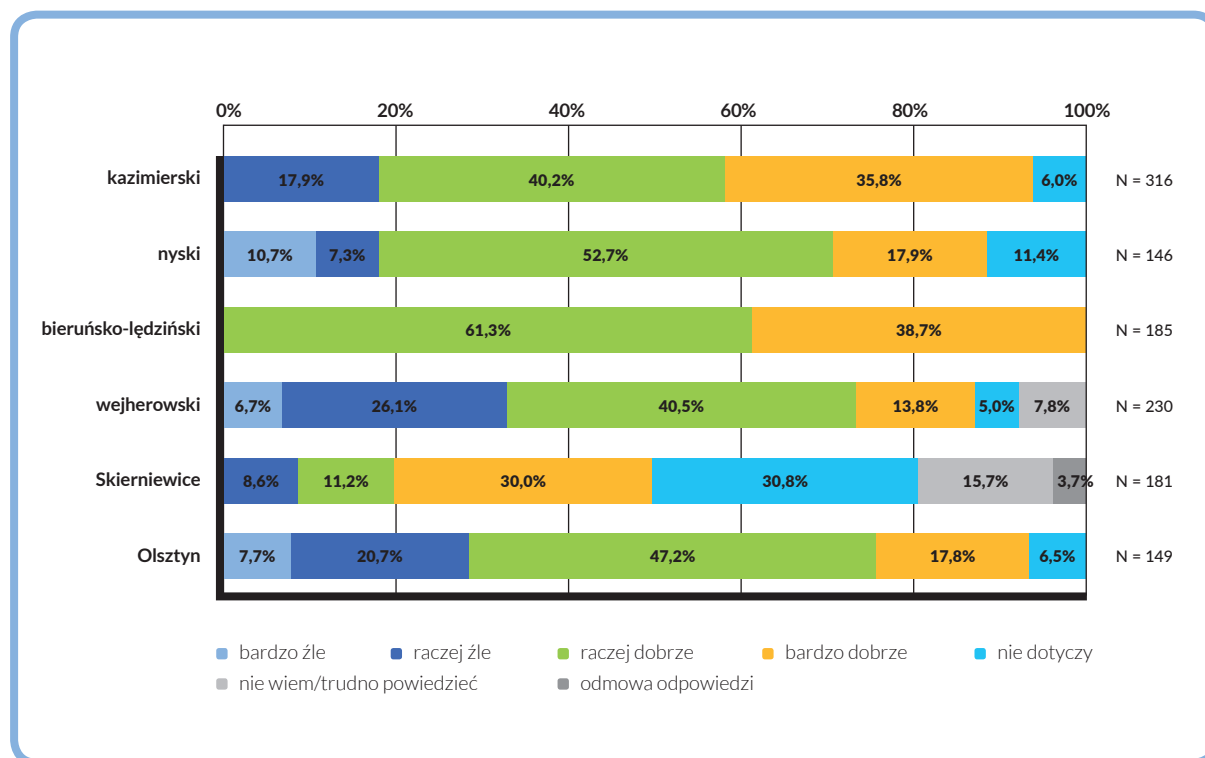


Na podstawie odpowiedzi na pytanie: „Jak ocenia Pani/Pan następujące kwestie dotyczące opieki nad osobą: dopasowanie do indywidualnych potrzeb podopiecznego?”

Źródło: Badanie GD1.

WYKRES 10

Ocena możliwości wpływu osoby wymagającej opieki lub jej bliskich na sposób świadczenia opieki w formalnych instytucjach opieki w badanych powiatach



Na podstawie odpowiedzi na pytanie: „Jak ocenia Pani/Pan następujące kwestie dotyczące opieki nad osobą: możliwość wpływu osoby wymagającej opieki lub jej bliskich na sposób świadczenia opieki?”

Źródło: Badanie GD1.

Materiał z badań jakościowych pozwala więcej powiedzieć o źródłach opinii negatywnych. Badani przedstawiciele gospodarstw domowych zwracali uwagę na problemy pojawiające się w związku z korzystaniem z pomocy z zewnątrz. Wielu podopiecznych i opiekunów czuje, że są traktowani przedmiotowo. Uzyskanie pomocy jest trudne i wiąże się z przebrnięciem przez liczne, odstrasające procedury biurokratyczne. Badani nie mają poczucia, że instytucje lub osoby, do których zgłaszają się po pomoc, są otwarte na problemy, z którymi się borykają.

Część respondentów rezygnuje z opieki ze względu na dotychczasowe negatywne doświadczenia. Nie chcą doświadczać po raz kolejny niesprawiedliwego w ich ocenie traktowania i odmowy.



Brakuje również koordynacji działań podejmowanych na rzecz podopiecznego przez różne instytucje. Do podopiecznych i ich rodzin nie dociera również wyczerpująca informacja o dostępnych możliwościach wsparcia.

Zdaniem badanych, państwo powinno inicjować pomoc opiekunom rodzinnym, zamiast zmuszać ich do samodzielnego poszukiwania wsparcia oraz oferować pomoc instytucjonalną osobom, które nie mają wsparcia ze strony rodziny.

Nie mam takiego poczucia, że ktoś mi chce pomóc, ja muszę wymusić. [GD3_S_R_CS_21072015]

Bo tak ogólnie szczerze powiem, że tak naprawdę nie wiem, skąd mielibyśmy pomoc otrzymać. (...) Człowiek nie czuje się człowiekiem, jak tam idzie, tylko czuje się zmuszonym psem, żeby iść tam żebrać. Takie aż upokarzające to jest. [GD3_O_R_NI_22072015]

Dyrektorzy placówek mają bardzo ograniczoną autonomię w zakresie planowania budżetu i oferty, nieco większą w zarządzaniu kadrami. Restrykcje te wynikają przede wszystkim z ograniczonych środków, którymi dysponują samorządy i z przepisów prawa, określających zasady organizacji pracy placówek. Większość zmian związanych z modyfikacją budżetów musi uzyskać zgodę organów prowadzących. Ustalanie budżetu przeważnie sprowadza się do korekty planów finansowych z poprzednich lat.

Powyższe ograniczenia częściowo mają odzwierciedlenie w niewielkim wykorzystaniu planowania strategicznego. Zarówno samorządy, jak i podległe im placówki, działają przeważnie w perspektywie krótkoterminowej. Trzeba jednak przyznać, że plany inwestycyjne w zakresie instytucji opieki są znaczące. Wydaje się jednak, że samorządy raczej stawiają na opiekę instytucjonalną, niż rozwój form środowiskowych.

Współpraca międzyinstytucjonalna jest skorelowana z gęstością sieci instytucji. Im jest ich więcej, tych chętniej współpracują. W przypadku publicznych instytucji współpraca nieraz ma charakter nieformalny. Tylko w niektórych powiatach instytucje współpracują z placówkami z innych niż własny systemów – zdrowia, edukacji lub pomocy społecznej. Warto też zwrócić uwagę na fakt, że placówki prywatne częściej mówią o konkurencji niż kooperacji.

Badania ilościowe pozwalają wnioskować, że oferta instytucji generalnie wskazuje na dopasowanie do indywidualnych potrzeb podopiecznych, trudności wiążą się jednak z wyborem opiekuna, czego nie dopuszcza wiele placówek. Badania jakościowe uwydatniają problemy na tym polu. W przypadku opieki nad dziećmi trudności wynikają z niedopasowania oferty do potrzeb, a w przypadku pozostałych kategorii podopiecznych – z ich przedmiotowego traktowania.



6. OPIEKUNOWIE FORMALNI

Celem niniejszego rozdziału jest odpowiedź na pytanie, jakie elementy pracy opiekunów formalnych dzieci do lat 6 oraz osób starszych, chorych i niepełnosprawnych stanowią istotny czynnik wpływający na chęć wejścia i pozostania w zawodzie (co wpływa na podaż opieki), jak i na jakość wykonywanych świadczeń. Oba te aspekty mogą mieć również istotny wpływ na chęć korzystania ze wsparcia formalnych instytucji opieki przez podopiecznych i ich bliskich.

Opiekuna formalnego zdefiniowano jako osobę świadczącą opiekę na zasadach sformalizowanych²⁹:

- ▶ w publicznej lub niepublicznej instytucji opieki – opiekunowie reprezentujący podmioty zhierarchizowane o określonej strukturze organizacyjnej, świadczący opiekę w obrębie systemów pomocy społecznej, edukacji i zdrowia, w tym także stali współpracownicy prowadzący jednoosobową działalność gospodarczą, np. samozatrudniające się pielęgniarki świadczące opiekę w instytucji zhierarchizowanej.
- ▶ w ramach jednoosobowej działalności gospodarczej lub na podstawie pisemnej³⁰ umowy cywilnoprawnej – prywatne indywidualne podmioty gospodarcze oraz osoby zatrudnione na podstawie umowy-zlecenia lub umowy o dzieło, niezwiązane na stałe z żadną instytucją opieki, np. opiekunki dziecięce zatrudnione przez rodziców, nianie świadczące pracę na podstawie umowy agencyjnej, dzienni opiekunowie niezatrudnieni na stałe w żadnej instytucji opieki.

Oprócz kontekstu instytucjonalno-formalnego, jako drugie główne kryterium wyróżniające opiekunów formalnych przyjmuje się kryterium więzi. W myśl tego, opiekunem formalnym jest także osoba świadcząca opiekę bez pisemnej umowy, za pieniądze („na czarno”), w celach wyłącznie zarobkowych.

²⁹ Choć nie zawsze na podstawie pisemnej umowy.

³⁰ W tym ustnej, potwierdzonej umową pisemną do dnia rozpoczęcia usługi.

Opiekunowie formalni, o których mowa w poniższym opracowaniu, stanowią grupę zróżnicowaną:

- ▶ ze względu na odbiorców swoich usług (opiekunowie dzieci: dzieci do lat 3/dzieci 3-5 lat³¹; opiekunowie osób niesamodzielnych: niepełnosprawnych/chorych terminalnie/chorych psychicznie/chorych somatycznie³²),
- ▶ ze względu na miejsce wykonywanej pracy (praca stacjonarna; praca środowiskowa),
- ▶ ze względu na posiadane kompetencje formalne (osoby profesjonalnie przygotowane; osoby z przypadku).

Wykorzystane w tym rozdziale dane pochodzą z następujących źródeł:

- ▶ badanie jakościowe OF1 – zrealizowane techniką indywidualnych wywiadów pogłębionych w 6 wytypowanych do badania powiatach. Łącznie zrealizowano 60 wywiadów indywidualnych z opiekunami zatrudnionymi lub współpracującymi z publiczną lub niepubliczną zhierarchizowaną instytucją opieki, w podziale na pracowników placówek opieki całodobowej świadczących usługi stacjonarne (po 5 IDI) oraz pracowników świadczących usługi środowiskowe (po 5 IDI),
- ▶ badanie OF2 – zrealizowane techniką zogniskowanych wywiadów grupowych. Łącznie zrealizowano 20 wywiadów grupowych,
- ▶ ogólnopolskie badanie ilościowe FIO-P1, realizowane w lipcu i sierpniu 2015 roku na próbie formalnych instytucji opieki.

31 Zawody takie jak: niania, opiekunka w żłobku, przedszkolanka, dzienny opiekun.

32 Zawody takie jak: opiekunka środowiskowa, opiekun w domu pomocy społecznej, pielęgniarka długoterminowa, pielęgniarka środowiskowa, asystent osobisty osoby niepełnosprawnej.



6.1. WIZJA OPIEKI IDEALNEJ WEDŁUG OPIEKUNÓW

Cele opieki

Wspólnym celem wszystkich opiekunów (formalnych i nieformalnych, zajmujących się dziećmi i chorymi) jest zapewnienie swoim podopiecznym bezpieczeństwa i zaspokajanie ich podstawowych potrzeb.

W wywiadach indywidualnych i grupowych opiekunowie formalni wymieniali wśród podstawowych celów **opieki nad chorymi, starszymi i niepełnosprawnymi**:

- niesienie pomocy w czynnościach ułatwiających życie i funkcjonowanie chorego;
- zapewnienie bezpieczeństwa;
- dawanie dostępu do leczenia, rehabilitacji;
- wsparcie psychologiczne, pomoc w „odnalezieniu siebie” w chorobie;
- wsparcie poprzez rozmowę i nadawanie sensu każdemu kolejnemu dniowi;
- zapewnienie „rozrywek”, organizację czasu i zachęcanie do aktywności;
- pilnowanie przyjmowania leków oraz przestrzegania zasad dietetycznych;
- uwzględnienie indywidualnych potrzeb chorych.

Zaproponowane powyżej cele opieki pokrywają się z tymi, które zostały zidentyfikowane przez decyzyjnych opiekunów nieformalnych:

- zaspokajanie podstawowych potrzeb codziennego funkcjonowania;
- zapewnienie bezpieczeństwa;
- zapewnienie dobrego stanu zdrowia;
- zapewnienie wsparcia psychicznego;
- zapewnienie towarzystwa.

Opiekunowie formalni **dzieci do lat 5** wskazywali w badaniach, że minimum, a zarazem podstawą opieki nad dzieckiem jest zapewnienie mu poczucia bezpieczeństwa. Jako podstawowe cele opieki nad dzieckiem wskazano między innymi:

- uczenie samodzielności;
- rozwój fizyczny i psychiczny;
- zbudowanie u dziecka wiary w siebie;
- zaspokajanie potrzeb dziecka;
- rozwijanie umiejętności społecznych.

Najbardziej uderzający jest fakt, że również rodzice – a więc opiekunowie nieformalni – opiekujący się swoimi dziećmi wskazują zapewnienie bezpieczeństwa jako najważniejszy cel opieki, a pozostałe cele wymieniane przez nich przekładają się na postrzeganie opieki przez opiekunów formalnych (kolejnym wskazywanym przez rodziców celem jest zapewnienie dziecku warunków do prawidłowego rozwoju wspieranego przez budowanie pozytywnych relacji w rodzinach i wychwytywanie wczesnych symptomów zaburzeń lub opóźnień).

Opiekun idealny

Z rozmów z **opiekunami osób chorych, starszych i niepełnosprawnych** wynika, że w kontekście opieki idealnej liczą się takie cechy, jak: empatia, cierpliwość, ale też asertywność i umiejętność wyznaczania granic, ponieważ zarówno podopieczni, jak i ich rodziny bywają roszczeniowi i chętnie przerzucają swoje obowiązki na pracowników instytucji opieki, a także próbują przekraczać ustalone granice.

W przypadku **opieki nad dziećmi** badani opiekunowie formalni zgodnie twierdzą, że do wykonywania ich pracy konieczna jest cierpliwość i że opiekun idealny właśnie tą cechą powinien się charakteryzować. Zwracają przy tym uwagę, że w pracy z małymi dziećmi (zwłaszcza w żłobku) konieczne jest uczenie dzieci samodzielności, przy jednoczesnym wrażliwym podejściu do nich oraz roztaczaniu nad nimi opieki całościowej, obejmującej wsparcie dziecka w trudnych momentach.

Inne cechy, jakimi powinien odznaczać się opiekun idealny, to – zdaniem respondentów – umiejętność komunikacji i budowania relacji, zaangażowanie w pracę i poczucie misji, empatia i wrażliwość, umiejętność spojrzenia na świat okiem dziecka, odporność na stres.

Mówiąc o opiece idealnej, badani opiekunowie nieformalni zawsze wybierali:

- cierpliwość, wyrozumiałość, wrażliwość i empatię;
- umiejętność komunikowania się, budowania relacji, rozwiązywania konfliktów.

W przypadku opiekunów osób starszych, przewlekle chorych oraz z niepełnosprawnością również często wskazywano, że opiekun powinien być jednocześnie odporny na stres, sprawny fizycznie i dyspozycyjny. W przypadku dzieci do lat 5 opiekun powinien się dodatkowo charakteryzować asertywnością i umiejętnością wyznaczania granic, umiejętnością wzbudzania sympatii i kreatywnością. Dla opiekunów nieformalnych nie miały znaczenia formalne kwalifikacje, wiedza teoretyczna, poczucie misji i doświadczenie.



Zbieżność podejść do opieki idealnej między wszystkimi grupami opiekunów formalnych i nieformalnych uwidacznia się szczególnie w kwestiach umiejętności miękkich (cierpliwość, umiejętność komunikowania się). Jeśli chodzi o posiadanie specjalistycznych kwalifikacji, to cała grupa opiekunów nieformalnych, jak i – wśród opiekunów formalnych – osób zajmujących się dziećmi do lat 5 uważa, że opiekun idealny nie musi mieć formalnych kwalifikacji. Inaczej jest w przypadku opiekunów osób chorych, starszych i niepełnosprawnych, którzy dostrzegają znaczenie doświadczenia i kwalifikacji dla wykonywania swojej pracy.

6.2. WARUNKI PRACY OPIEKUNÓW

Wykonywane obowiązki

Zakres obowiązków wykonywanych przez opiekunów osób starszych, chorych i niepełnosprawnych – choć zwykle określony – jak wskazują sami zainteresowani, część z nich rozszerza o pewne dodatkowe czynności, wynikające z potrzeb rodziny i podopiecznego. Z relacji opiekunek środowiskowych wynika ponadto, że brakuje konkretnych reguł rządzących ich czasem pracy i harmonogramem, choć czas, który muszą poświęcić jednemu pacjentowi, pozostaje w miarę niezmienny (waha się w granicach godziny, dla niektórych pacjentów można czasem przeznaczyć mniej czasu, np. pół godziny, dla innych trzeba zarezerwować go więcej – nawet dwie godziny). W przypadku pracy środowiskowej, godziny pracy i odwiedzin u podopiecznych najczęściej ustalane są z rodzinami, tak samo jak zakres wykonywanej pracy. Opiekunowie wsłuchują się w oczekiwania i potrzeby chorych (wywiad poprzedza wizytę albo jest zbierany w czasie pierwszej wizyty u chorego), choć czasem muszą też jasno wyznaczać granice i komunikować, jakich czynności się nie podejmą.

Praca opiekunów dzieci do lat 5 jest bardziej uregulowana i mniej zmienna w przypadku instytucji stacjonarnych. Wszystkie placówki zaczynają pracę w godzinach porannych (między 6 a 7 rano) i kończą w popołudniowych (między 16 a 18). Harmonogram dnia, zarówno w przedszkolach, jak i żłobkach, wyznaczany jest posiłkami, między którymi prowadzone są zajęcia dydaktyczne i opiekuńcze.

Wymiar pracy i ich harmonogram jest zróżnicowany i ma charakter silnie indywidualny. Większość pracuje około 5, 6 godzin dziennie, choć nie zawsze są to wszystkie dni w tygodniu. Zdarza się, że potrzebne są tylko przez 2, 3 godziny dziennie (np. aby odprowadzić dziecko do szkoły/przedszkola lub odebrać przed powrotem rodziców).

Obciążenie pracą

Duże obciążenie psychiczne i fizyczne było wymieniane przez respondentów we wszystkich powiatach jako warunek wpływający z jednej strony na ich poziom zadowolenia z pracy (i chęć dalszego jej wykonywania), a jednocześnie mający znaczenie dla jakości wykonywanych świadczeń.

Z informacji przedstawianych przez opiekunów osób chorych, starszych i niepełnosprawnych wynika, że najczęściej mają oni do opieki około 5, 8 osób, którym poświęcają czas w ciągu całego tygodnia. Tylko w nielicznych przypadkach badani dostrzegają możliwość przyjęcia jednego, maksymalnie dwóch dodatkowych pacjentów, jednak jest to uzależnione od czynników zewnętrznych, na przykład czasu dojazdu do chorego (w przypadku pracy środowiskowej).

Z relacji opiekunek chorych terminalnie wynika, że szczyt obciążenia pracą dotyka je szczególnie, gdy w jednym czasie dużej liczbie podopiecznych stan zdrowia zaczyna się pogarszać, pacjenci zaczynają umierać (wspominają o tym opiekunowie w powiecie wejherowskim i w Skierniewicach). Pielęgniarki środowiskowe przyznają, że zżywają się ze swoimi podopiecznymi („wchodzimy w ten dom”), co przekłada się na ich reakcje po odejściu chorego.

Inne obciążenia, o których w wywiadach wspominają opiekunowie osób chorych i niepełnosprawnych, to długie okresy pracy bez przerwy urlopowej, która pozwalałaby na „odcięcie się”, a także trudne zachowania podopiecznych, nieuzasadnione pretensje.

W przypadku opieki nad dziećmi do lat 5 respondenci wskazywali, że nie są w stanie zajmować się w jednym czasie więcej niż 12 podopiecznymi (w przypadku dzieci niepełnosprawnych ta liczba spada do maksymalnie 8 na jednego opiekuna). Praca w mniejszych grupach zdecydowanie ułatwia wykonywanie obowiązków, a także indywidualizowanie podejścia do podopiecznych, i jest mniej obciążająca fizycznie i psychicznie, co jest ważne zwłaszcza w sytuacji, gdy nauczycielowi nie została wyznaczona pomoc (drugi nauczyciel, stażysta, praktykant).

Najtrudniejszy okres, podczas którego nauczyciele odczuwają największe obciążenie, to pierwsze miesiące pobytu dzieci w placówce. Jest to tak zwana faza adaptacji, w której dzieci są wyjątkowo rozdrażnione i płacliwe, co wynika ze strachu przed nowym otoczeniem i sytuacją. Ważne w takich momentach jest nastawienie rodziców, którzy swoją postawą powinni sprzyjać adaptacji dziecka, a często – nawet nieświadomie – wywołują odwrotny efekt.



BADANIE OGÓLNOPOLSKIE

W badaniach ogólnopolskich współczynnik obciążenia kadr obliczany był jako iloczyn liczby podopiecznych i liczby etatów związanych ze świadczeniem bezpośredniej opieki nad podopiecznymi.

W przypadku opiekunów dzieci, najwięcej miejsc w instytucji przypada na jeden etat w przedszkolach (średnio 10,2 dziecka na jeden etat opiekuna), natomiast w żłobkach/klubach dziecięcych współczynnik ten osiąga wartość 6,2.

Jeśli chodzi o instytucje opieki nad chorymi, najwięcej miejsc na jeden etat jest w przypadku pielęgniarskiej opiece długoterminowej/środowiskowej (20,9). W usługach opiekuńczych wymieniony współczynnik wynosi 13. W placówkach – środowiskowych domach samopomocy, zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, domach pomocy społecznej – współczynnik waha się od 3,7 do 4,8. Najmniejszą liczbę miejsc na jeden etat odnotowano w opiece paliatywnej/hospicjach.

Źródło: Badanie FIO-P1.

Wynagrodzenia

Poziom wynagrodzeń jest najczęściej wymienianym czynnikiem wpływającym na motywację, lub jej brak, do pozostania w zawodzie, a jednocześnie pośrednio odzwierciedla się w jakości świadczonej opieki. Badani często wskazywali, że dobrze wykształcone kadry chętniej wyjeżdżają pracować za granicę (gdzie mogą zarobić więcej), co powoduje obniżanie poziomu usług w kraju.

Zawody związane z opieką nad osobami chorymi, starszymi i niepełnosprawnymi, zarówno pielęgniarki, jak i opiekuna medycznego, charakteryzują się, według nich, dysproporcją nakładów fizycznych i emocjonalnych pracownika do jego wynagrodzenia. Zawody te są mało płatne, przy czym zawód opiekuna najczęściej wykonywany jest na umowę-zlecenie bądź na część etatu, co wiąże się z brakiem dodatkowych

świadczeń (np. dofinansowania wypoczynku). Przykładowo, w powiecie nyskim opiekunka zajmująca się osobami starszymi z ośrodka pomocy społecznej w Nysie, po 40 latach pracy zarabia 600 zł netto. Natomiast w powiecie bieruńsko-lędzińskim opiekunowie medyczni w jednej z publicznych jednostek otrzymują miesięcznie wynagrodzenie około 1 200 zł, jeżeli pracują również w weekendy.

Osoby zajmujące się chorymi, starszymi i niepełnosprawnymi w znakomitej większości nie są zadowolone z otrzymywanego wynagrodzenia. Stanowi ono element demotywujący – najczęściej respondenci wyjaśniali, że chcą pozostać w zawodzie ze względu na poczucie realizowanej misji.

W przypadku opieki nad dziećmi do lat 5 sytuacja opiekunów w kwestii wynagrodzeń jest zróżnicowana i zależy od wykonywanego zawodu. Wychowawcy przedszkolni, których obowiązuje Karta nauczyciela, mogą liczyć na pensje wyliczone zgodnie z art. 30 ust. 1 KN, na które składa się wynagrodzenie zasadnicze oraz dodatki: za wysługę lat (stażowy), motywacyjny, funkcyjny, za warunki pracy. Mogą liczyć także na wynagrodzenie za godziny ponadwymiarowe i godziny doraźnych zastępstw oraz nagrody, jednocześnie mając zapewnione tzw. „trzynastki” oraz świadczenie urlopowe. Są to grupy opiekunów najbardziej zadowolonych ze swoich wynagrodzeń (według informacji respondentów, w powiecie wejherowskim ich wynagrodzenia kształtują się na poziomie 3 000-3 500 zł brutto).

Opiekunowie w żłobkach mają wyłącznie podstawowe wynagrodzenie z ewentualnym dodatkiem stażowym. Nie występują inne rodzaje dodatków (opiekunki mają natomiast zapewnione uniformy robocze). W żłobku w Skierniewicach na koniec roku przyznawane są – w miarę możliwości – nagrody dla personelu w wysokości ok. 300-500 zł, mające charakter motywatora. Zapewnione są natomiast wszystkie standardowe formy wsparcia wynikające z kodeksu pracy: świadczenie urlopowe (tzw. „wczasy pod gruszą”), pożyczki z zakładowego funduszu pracy.

W przeciwieństwie do opiekunek instytucjonalnych, badane nianie uznają, że praca opiekuńcza ma charakter przejściowy, głównie ze względu na niskie zarobki (maksymalna stawka za miesiąc pracy została określona przez jedną z respondentek w Skierniewicach na 1 200 zł, jednak większość opiekunek musi się liczyć ze znacznie mniejszymi zarobkami).

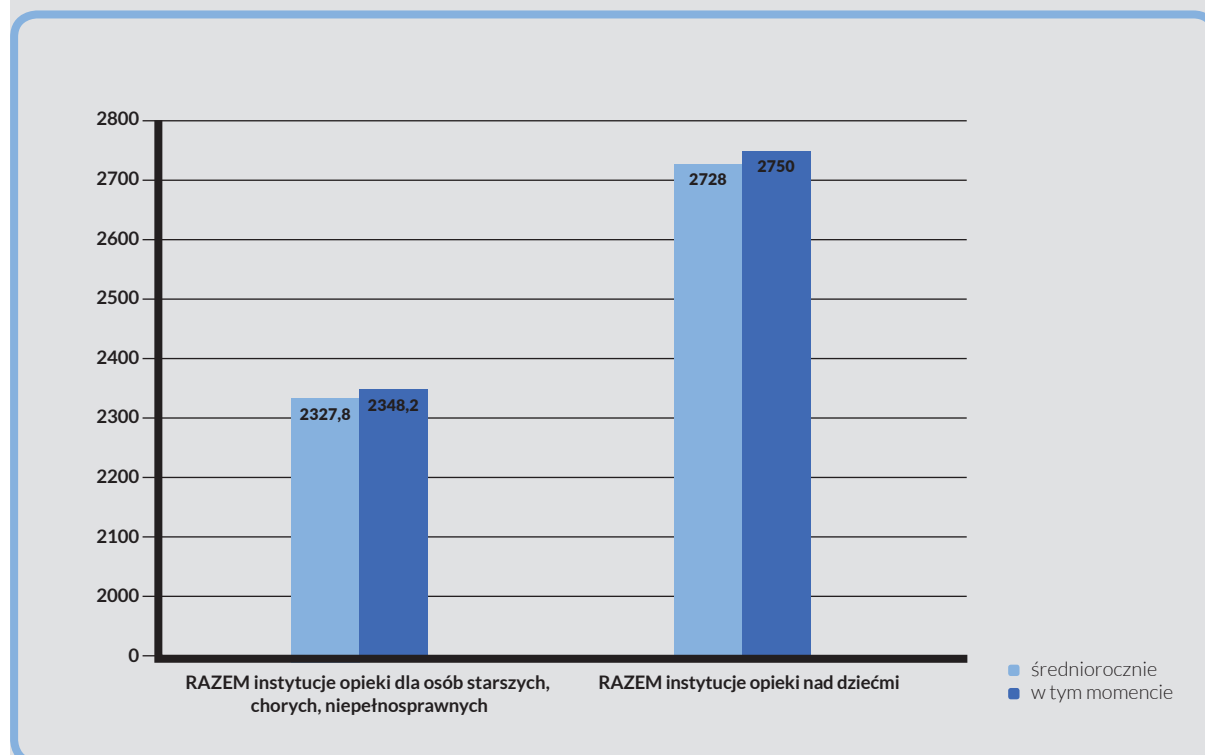
BADANIE OGÓLNOPOLSKIE

Najwyższe średnie miesięczne wynagrodzenie brutto w instytucjach opieki nad dziećmi odnotowano w przedszkolach (2 961,3 zł). Natomiast w żłobkach/klubach dziecięcych było ono najniższe i osiągało średnio 2 390,0 zł. W sumie średnie wynagrodzenie dla instytucji opieki nad dziećmi wyniosło 2 728,0 zł.

Dużo niższy średni dochód osiągają pracownicy świadczący opiekę w instytucjach opieki dla osób starszych, chorych, niepełnosprawnych (2 327,8 zł). W tej grupie relatywnie najwyższe przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto odnotowano w instytucjach opieki paliatywnej/hospicjach (2 755 zł). Najniższe średnie miesięczne wynagrodzenie brutto osiągają pracownicy zatrudnieni w prowadzonych przez ośrodki pomocy społecznej usługach opiekuńczych, gdzie sięga ono jedynie 2 100,2 zł.

WYKRES 11

Średnie miesięczne wynagrodzenie brutto w instytucjach opieki



Źródło: Badanie FIO-P1.

Poziom zatrudnienia i braki kadrowe

Jak wynika z danych ogólnopolskich, średnia liczba pracowników w żłobkach i przedszkolach osiąga wartość bliską 15 etatów, natomiast w przypadku opieki nad chorymi i niepełnosprawnymi, instytucje dysponują średnio 23 etatami, przy czym dominują domy opieki społecznej, na które przypadają średnio 44 etaty (w zakładach pielęgnacyjno-leczniczych 32 etaty, a w instytucjach świadczących opiekę nad osobami w fazie terminalnej – 26 etatów). W przypadku każdego rodzaju placówek, liczba dostępnych w nich specjalistów istotnie wpływa na jakość świadczonej opieki.

Badani opiekunowie, w przeważającej liczbie, zwracali uwagę na braki kadrowe dostrzegalne w opiece nad chorymi i niepełnosprawnymi, a najbardziej w przypadku opieki geriatrycznej i paliatywnej. W Olsztynie na przykład nie ma oddziału geriatrycznego i dostępny jest tylko jeden specjalista z tego zakresu, co sprawia, że osoby starsze nie mają zapewnionej specjalistycznej pomocy, rzeczywiście dostosowanej do ich specyficznych, związanych z wiekiem potrzeb.

Badani dostrzegają też, że drastycznie zmniejsza się liczba pielęgniarek. Średnia wieku w tym zawodzie jest wysoka, bo osoby młode albo nie chcą się kształcić w tym kierunku (ze względu na wiele czynników demotywujących: zarobki, ciężka praca) albo wyjeżdża za granicę. Natomiast starsze pielęgniarce nie są już tak wydolne, jak to jest konieczne.

Należy zwrócić uwagę na fakt, że także badani opiekunowie dzieci widzieli największe braki kadrowe właśnie w obszarze opieki nad osobami starszymi i chorymi. W przypadku własnych instytucji rzadko zwracali uwagę na niedobory, a jeśli już, to dotyczyły one kadry specjalistycznej (psychologów, logopedów, terapeutów). Podkreślali przy tym, że ewentualne ograniczenia kadrowe wynikają z oszczędności finansowych, podobnie jak umieszczanie w grupach zbyt dużej liczby dzieci. Usprawiedliwieniem dla tej drugiej sytuacji ma być argument, że frekwencja niemal nigdy nie jest 100-procentowa, więc nie zdarzają się grupy, w których rzeczywiście przebywa maksymalna liczba podopiecznych.

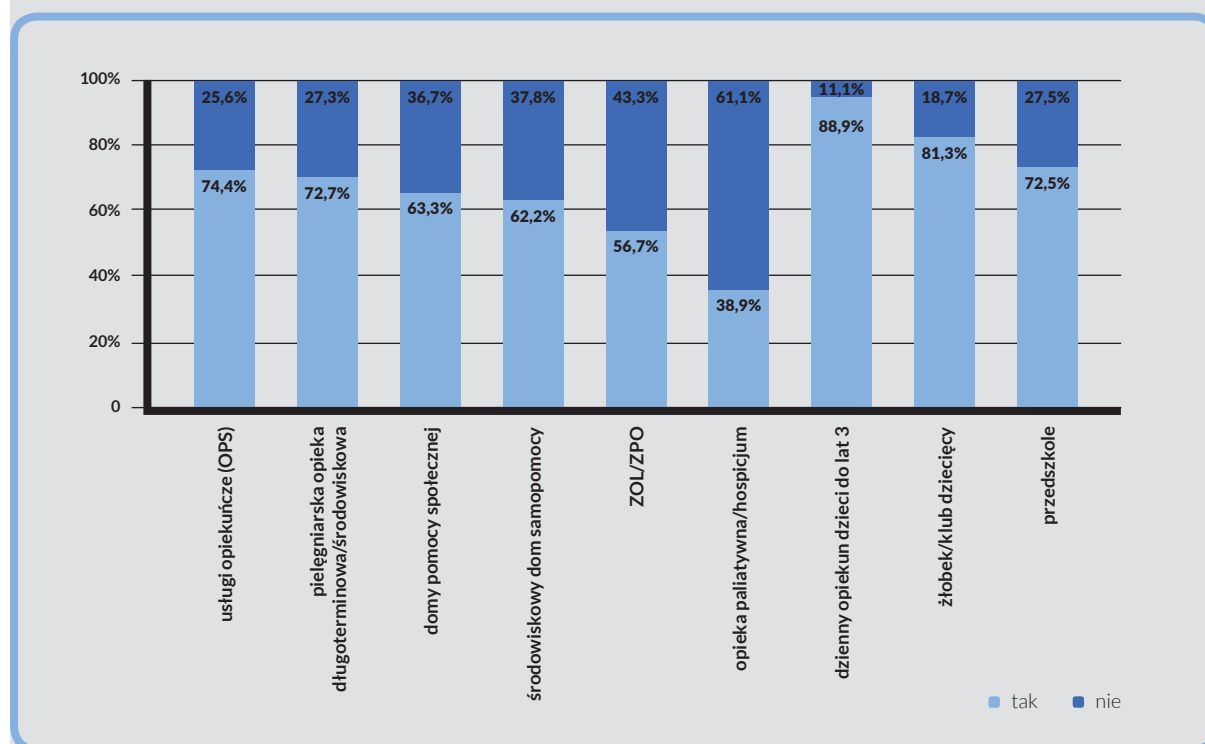
BADANIE OGÓLNOPOLSKIE

W opinii niemal 75% koordynatorów usług opiekuńczych przy OPS oraz pielęgniarskiej opieki długoterminowej/środowiskowej, aktualna liczba pracowników świadczących bezpośrednią opiekę jest wystarczająca w stosunku do potrzeb. Najbardziej dostrzegalne są braki w instytucjach opieki paliatywnej/hospicjach. Ponad sześćdziesiąt procent dyrektorów tych placówek deklaruje, że zapotrzebowanie na personel przewyższa aktualne zasoby.

W przypadku prawie dziewięćdziesięciu procent zbadanych instytucji dziennej opieki nad dziećmi do lat 3, aktualna liczba pracowników świadczących bezpośrednią opiekę jest wystarczająca w stosunku do potrzeb. Najgorzej z przebadanych instytucji kształtuje się sytuacja w przedszkolach. Prawie trzydzieści procent przedstawicieli tych placówek deklaruje, że liczba zatrudnionych pracowników jest zbyt mała w stosunku do potrzeb.

WYKRES 12

Czy aktualna liczba pracowników świadczących bezpośrednią opiekę, zatrudnionych w Państwa instytucji, jest wystarczająca w stosunku do potrzeb?



Źródło: Badanie FIO-P1.

We wszystkich instytucjach, w badaniach ilościowych, jako najczęstszą przyczynę niedoborów kadrowych wskazywano brak środków finansowych na zatrudnienie nowych osób (63,6% w przypadku żłobków, prawie 70% przedszkoli i 76,7% w przypadku opieki nad osobami chorymi i niepełnosprawnymi). Innymi przyczynami braków były:

- brak zgody organu prowadzącego (30% instytucji pomocy społecznej, ponad 40% żłobków i 63,3% przedszkoli);
- brak zainteresowania potencjalnych kandydatów ze względu na oferowane wynagrodzenie;
- brak możliwości znalezienia kadry o odpowiednich kompetencjach i kwalifikacjach (14,3% żłobków/klubów dziecięcych i 3,6% przedszkoli).

Źródło: Badanie FIO-P1.

Możliwość dalszego rozwoju zawodowego

Specjalistyczne kwalifikacje stanowią jeden z ważnych elementów wpływających na jakość świadczonej opieki, na co również zwracali uwagę respondenci, mówiąc o opiece idealnej. Wśród badanych opiekunów formalnych występowały 3 rodzaje podejścia do dalszego rozwoju zawodowego:

- chęć szkolenia się i działanie w tym kierunku;
- chęć szkolenia się, nierealizowana ze względu na brak czasu, możliwości finansowych i/lub dostępności odpowiednich kursów;
- brak zainteresowania doksztalcaniem się.

Opiekunowie osób chorych, starszych i niepełnosprawnych stanowią grupę najczęściej doksztalającą się. Badane pielęgniarki środowiskowe wciąż poszerzają swoje kwalifikacje poprzez specjalizacje (pielęgniarstwo zachowawcze, opieka paliatywna), zdobywają nowe umiejętności, przechodzą kursy i szkolenia (kurs endoskopowy, kwalifikacyjny z opieki długoterminowej).



Jedna z badanych opiekunek w powiecie nyskim wyjaśniała, że oferta kursów nie odpowiada potrzebom osób pracujących z chorymi psychicznie. Inaczej wygląda sytuacja opiekunów osób niepełnosprawnych. Wiele kursów i form doskonalenia koncentruje się bowiem na tym obszarze.

Badani w powiecie wejherowskim, choć chętnie uczestniczą w szkoleniach, wskazali wiele utrudnień w pozyskiwaniu dodatkowych kwalifikacji:

- brak finansowania kursów doszkalających (na większość muszą znajdować własne środki finansowe);
- dojazdy (zajęcia są prowadzone w dużych miastach, jak: Słupsk, Gdynia, Gdańsk);
- brak urlopu na czas zajęć i jednocześnie brak opieki dla osób, którymi się opiekują;
- czasochłonność (z relacji jednej z badanych wynika, że specjalizacja trwa 2 lata).

W przypadku opiekunów dzieci do lat 6, podejście do dalszego rozwoju zawodowego jest różne. Przedszkolanki, niezależnie od długości stażu, często i chętnie korzystają z różnych form doształcania i rozwijania swoich umiejętności. Na bieżąco biorą udział w warsztatach, korzystają z oferty studiów podyplomowych (m.in. terapia pedagogiczna z logopedią, oligofrenopedagogika, arteterapia). Najchętniej wybieraną formą są zajęcia wewnętrzne, organizowane w ramach rady pedagogicznej (ewentualnie szkolenia wyjazdowe organizowane przez dyrekcje). Szkolenia zewnętrzne są rzadziej wybieraną formą rozwoju zawodowego (ze względu na dodatkowe koszty).

Inaczej kształtuje się sytuacja opiekunek w żłobkach, które na bieżąco nie biorą udziału w żadnych kursach ani szkoleniach. Otrzymują informacje o warsztatach, ale nie korzystają z nich. Główną formą doształcania i zdobywania wiedzy jest korzystanie z internetu oraz biblioteki.

Nianie wyrażają zainteresowanie doształcaniem się, szczególnie w kierunku zapewniania dziecku bezpieczeństwa na co dzień (kwestie paramedyczne, pierwsza pomoc). Z drugiej strony, większość respondentek nie korzysta i nie korzystała w przeszłości z żadnych form doształcania w zawodzie, z uwagi na wysokie koszty dostępnych na rynku kursów.

Odbiór społeczny opiekunów

Społeczne postrzeganie wykonywanego zawodu może wydawać się istotne z punktu widzenia osób go wykonujących, jednak respondenci nie wskazywali, aby ten element miał większy wpływ na chęć pozostania w zawodzie czy odejścia z niego. Nie wspominali też, że ma wpływ na jakość wykonywanych usług opiekuńczych.

Jak wynika z relacji opiekunów osób chorych, w przeważającej liczbie mają poczucie, że ich praca jest bardzo pozytywnie postrzegana. Jeden z badanych opiekunów osób upośledzonych umysłowo wskazał, że nigdy nie spotkał się z negatywnym podejściem w stosunku do wykonywanego przez siebie zawodu.

Badani opiekunowie środowiskowi mają poczucie, że ich praca jest bardzo pozytywnie postrzegana, a wręcz poszukiwana. Otrzymują pozytywną informację zwrotną od rodzin swoich podopiecznych, które szukają pomocy opiekuńczej. Jednocześnie do świadomości społecznej powoli zaczyna docierać, jak ważna jest fachowa opieka zapewniona osobie przewlekle chorej.

Część opiekunów dzieci do lat 5 przyznaje, że brakuje im poczucia, że ich praca jest doceniana przez społeczeństwo i postrzegana jako wymagająca. Mają przekonanie, że otoczenie nie zdaje sobie sprawy z nakładu pracy oraz wymogów psychofizycznych, jakie ze sobą niesie. Czują przy tym, że mają niższą wartość niż nauczyciele i w ten sposób są postrzegani przez ogół społeczeństwa (jako mniej wartościowi, słabiej wykształceni itp.). Jeszcze bardziej dotkliwe jest to w przypadku opiekunów zatrudnionych w żłobkach, których nie obowiązują przepisy Karty nauczyciela.

Relacje z podopiecznymi i ich rodzinami

Opiekunowie często wymieniali dobre relacje z rodzinami podopiecznych jako czynnik wpływający na jakość opieki.

Według respondentów, zdarzają się rodziny, które mają większe wymagania, a czasami nawet żądają czegoś, czego opiekun zrealizować nie może. Najczęściej jednak osoby zajmujące się osobami chorymi, niepełnosprawnymi i starszymi są zadowolone ze współpracy. Osoby chore, według relacji opiekunów, mają zazwyczaj zapewnioną opiekę ze strony najbliższej rodziny, choć zdarzają sytuacje trudne, kiedy podopieczny nie ma nikogo, kto może się nim właściwie zająć. Obecność rodziny



i jej wsparcie ma ogromne znaczenie dla dobrostanu chorego, ale i usprawnienia pracy opiekuna.

Jedna z badanych pielęgniarek środowiskowych wspomniała, że potrzeba więcej właściwie przeszkolonych opiekunów nieformalnych. Dlatego pielęgniarki środowiskowe starają się edukować rodziny, bo – ich zdaniem – jest to trud, który się opłaca. Jeśli rodzina jest zaangażowana i właściwie przygotowana, to opiekunka wie, że zostawia pacjenta w dobrych rękach. Badane zdają sobie sprawę, że spędzają z chorym tylko godzinę w ciągu dnia, reszta w dużej mierze zależy od rodziny i osób najbliższych.

Szczególnym przypadkiem jest współpraca z rodzinami dzieci niepełnosprawnych, która często okazuje się trudna. Opiekunowie zwykle informują o problemach związanych z dzieckiem, na co rodzice potrafią reagować z niechęcią. Rodzice często nie potrafią albo boją się przyznać, że z dzieckiem dzieje się coś nieprawidłowego, chociaż to zauważają.

Jeśli chodzi o udział rodziny w opiece nad dzieckiem, badani opiekunowie instytucjonalni dostrzegają różnice między rodzinami, w których dzieci są zaopiekowane emocjonalnie i intelektualnie, w których poświęca się im czas, a rodzinami dysfunkcyjnymi. W przypadku dostrzeżenia dysfunkcji, opiekunowie starają się reagować, wspierać rodzinę, edukować, pokazywać, w jaki sposób pracować z dzieckiem (dotyczy to zwłaszcza dzieci o stwierdzonych niepełnosprawnościach).

Częstym błędem rodziców jest ograniczanie samodzielności dziecka, co utrudnia pracę opiekunom, ponieważ muszą oni poświęcać mu znacznie więcej czasu. Inne bariery ze strony rodziców, to niezgadanie się z nauczycielem lub wręcz wypieranie faktu, że istnieje problem z dzieckiem. Dodatkowo ciągły pośpiech rodziców sprawia, że zawsze brakuje im czasu na dłuższe rozmowy z wychowawcą. Rodzice nieraz podważają kompetencje nauczycieli, wyrażają swoje pretensje oraz nie dostosowują się do narzuconych zasad, na przykład nie przyprowadzają dziecka na ustalone wcześniej godziny zajęć indywidualnych, co dezorganizuje pracę nauczycielom i, zdaniem opiekunów, negatywnie wpływa na postępy dziecka i jakość podejmowanej opieki.

Zadowolenie z pracy i motywacja do pozostania w zawodzie

Zadowolenie z pracy, poczucie satysfakcji, realizacja misji – to zewnętrzne przejawy motywacji wewnętrznej do wykonywania zawodu opiekuna, które pojawiają się w wielu rozmowach z opiekunami. Są to jednocześnie elementy wpływające na chęć pozostania w zawodzie.

Często powtarzającym się motywem w wypowiedziach opiekunów osób chorych, starszych i niepełnosprawnych jest zestawianie niskiego wynagrodzenia z zadowoleniem i satysfakcją z wykonywanej pracy. Z wypowiedzi badanych przebija radość z kontaktu z podopiecznymi i przekonanie o realizacji swego rodzaju misji. Jedna z respondentek wspomina nawet, że powszechnie uważa się, że opiekunki szybko się wypalają, ale ona tego wypalenie w ogóle nie odczuwa. Często zdarza się natomiast, że młode, wykształcone kadry pielęgniarskie decydują się na wyjazd za granicę, gdzie zarobki są zdecydowanie wyższe, a nakłady pracy mniejsze niż w Polsce. Podobne decyzje podejmują również opiekunowie medyczni, pożądanymi przez instytucje zagraniczne. Problemem staje się więc nie zatrzymanie konkretnej osoby w zawodzie, ale zapewnienie jej godnych warunków wykonywania pracy w kraju.

Wśród opiekunów dzieci do lat 5 można wskazać trzy różne grupy, w różnym zakresie zmotywowane do dalszego pozostawania w zawodzie. Pierwsza grupa to osoby, które patrzą na swoją pracę przez pryzmat realizacji powołania albo przynajmniej pasji życiowej. Tacy opiekunowie mówią o poczuciu satysfakcji z wykonywanej pracy mimo czynników zniechęcających i zadowoleniu, jakie czerpią z kontaktu z dziećmi. Większość podkreśla, że nie wyobraża sobie typowej pracy „za biurkiem”. Druga grupa to osoby, które nie są szczególnie zadowolone z pracy, ale też nie mają motywacji, żeby ją zmienić. Trzecia grupa, to najczęściej opiekunowie pozainstytucjonalni (nianie), nie wiążą swojej przyszłości z wykonywaniem pracy opiekuna. Uznaje, że taka praca ma charakter przejściowy, głównie ze względu na niskie zarobki i brak możliwości awansu zawodowego.



Przekonania opiekunów odnośnie tego, jak powinna wyglądać ich praca (idealny opiekun, cele opieki,) są w większości zbieżne z przekonaniami podopiecznych i ich bliskich. Powyższa konstatacja, przy założeniu, że opiekunowie realizują w swojej pracy ideały, z jakimi się identyfikują, pozwala przypuszczać, że podopieczni i ich bliscy są zadowoleni z jakości usług świadczonych przez opiekunów, a w związku z tym chcą z nich korzystać, co generuje popyt na usługi opiekuńcze. Do wskazywanych przez opiekunów czynników, które pozytywnie wpływają na jakość opieki, należą:

- kwalifikacje opiekunów,
- dobre wyposażenie placówki: ułatwienia rehabilitacyjne i pomoce dydaktyczne,
- współpraca z rodziną,
- zaangażowanie i fachowość pracowników,
- dostępność specjalistów w instytucji opieki.

Należy jednak wziąć pod uwagę również czynniki, które w opinii opiekunów formalnych mogą utrudniać świadczenie opieki wysokiej jakości:

- brak lub trudna współpraca z rodzinami podopiecznych (nadopiekuńczość i roszczeniowość),
- zbyt duża liczba podopiecznych,
- ograniczona współpraca placówek,
- zbyt rzadkie urlopy, brak czasu na odpoczynek,
- słaba baza lokalowa, braki w zaopatrzeniu.

W przypadku niskiej jakości opieki formalnej, podopieczni lub ich bliscy mogą nie chcieć (oczywiście ci, którzy mają wybór) z tej opieki korzystać. Oznacza to zwiększone zapotrzebowanie na opiekę nieformalną lub, w przypadku osób starszych, chorych i niepełnosprawnych, konieczność radzenia sobie samodzielnie.

Zasoby opieki formalnej w postaci opiekunów (ich liczba, braki) i ich kondycja (zadowolenie z pracy, motywacja do pracy, chęć pozostania w zawodzie, chęć podjęcia pracy w zawodzie przez nowe osoby) warunkują podaż opieki formalnej. Na te zasoby i kondycję mają wpływ takie czynniki, jak np.: wynagrodzenia, dobre i złe strony zawodu postrzegane przez opiekunów, ich obciążenie pracą.

Wewnętrzna potrzeba niesienia pomocy chorym i poczucie realizowanej misji (również w przypadku opieki nad dziećmi) są wymieniane jako podstawowy motywator do wykonywania zawodu opiekuna, choć nie jest to jedyny czynnik, który – zdaniem badanych opiekunów – zachęca do wykonywania takiej pracy. Wskazują również:

- ▶ chęć posiadania pracy i dostępność pracy opiekuńczej,
- ▶ chęć pracy z ludźmi,
- ▶ różnorodność zadań (brak monotonii),
- ▶ chęć niesienia pomocy, zajęcia się drugim człowiekiem,
- ▶ poczucie, że robi się coś dobrego, ważnego dla innych.

Chęć posiadania pracy i przekonanie o jej dostępności w zawodzie opiekuna była kilkakrotnie wymieniona jako czynnik motywujący. Ma to istotne znaczenie w kontekście wymienianych przez badanych czynników, które mogą skutecznie zniechęcić do wykonywania pracy opiekuna. Należą do nich głównie:

- ▶ niskie zarobki (zawsze wymieniany czynnik demotywujący),
- ▶ duże obciążenie psychiczne i stresogenność,
- ▶ niebezpieczeństwo szybkiego wypalenia zawodowego,
- ▶ brak odpowiedniej liczby miejsc pracy dla wszystkich osób, które chciałyby pracować w zawodzie,
- ▶ postawa roszczeniowa ze strony podopiecznych i ich rodzin.



CZĘŚĆ II WYZWANIA I REKOMENDACJE

7. JAKIE BĘDZIE ZAPOTRZEBOWANIE NA OPIEKĘ, A JAKA PODAŻ INSTYTUCJI OPIEKI I OPIEKUNÓW?

Demografia od lat znajduje się w centrum uwagi osób odpowiedzialnych za politykę społeczną. Rozpoczęta w 1989 roku transformacja ustrojowa przyniosła wiele istotnych zmian w zakresie zachowań demograficznych ludności, które z kolei przyczyniły się do wyraźnych przemian w strukturze demograficznej kraju.

W Polsce, podobnie jak w innych krajach europejskich, spadkowym trendom w poziomie umieralności towarzyszą zmiany zachowań związanych z tworzeniem i rozpadem związków, a co za tym idzie – wzorcem płodności. Proces starzenia się społeczeństwa, przy jednoczesnym rozwoju medycyny, skutkuje przede wszystkim rosnącymi potrzebami w kwestii opieki długoterminowej. W efekcie jednym z najbardziej palących w tej chwili problemów jest konieczność zwiększenia dostępności tej opieki, zwłaszcza dla osób starszych, których udział w strukturze demograficznej społeczeństwa polskiego się zwiększa.

Opieka długoterminowa definiowana jest jako zakres usług wymaganych przez osoby o ograniczonej sprawności, związanej ze stopniem zdolności funkcjonalnej (fizycznej lub poznawczej), które w związku z tym potrzebują przez dłuższy okres pomocy podczas wykonywania czynności życia codziennego. Pomoc ta często towarzyszy podstawowym usługom medycznym (opieka pielęgnarska, profilaktyka, rehabilitacja lub usługi opieki paliatywnej). Osoby wymagające opieki długookresowej często otrzymują pomoc zarówno w postaci opieki, jak i świadczeń pieniężnych i rzeczowych. Komplikuje to oszacowanie liczby osób korzystających z opieki i poziomu wydatków z powodu potencjalnego podwójnego liczenia odbiorców i wydatków.

Kluczowy element planowania wydatków publicznych na opiekę długoterminową i tworzenia polityki w tym obszarze stanowi określenie liczby ludzi, którzy będą jej potrzebować. Im większy będzie udział osób starych i bardzo starych w populacji, tym wyższe będą wydatki. Jest to bezpośrednio związane z tendencją do wzrostu niesprawności fizycznej lub psychicznej wraz z wiekiem, szczególnie w bardzo podeszłym wieku (powyżej 80 lat).

Prognoza popytu na usługi opiekuńcze jest trudna do opracowania. Istnieją dwa elementy, które muszą być brane pod uwagę podczas jej wyliczania. Pierwszym ważnym aspektem jest starzenie się populacji. Jeśli nie towarzyszy mu poprawa stanu zdrowia, prowadzi do wzrostu liczby osób wymagających opieki. Kolejnym czynnikiem jest dostępność opieki nieformalnej, której spadek zwiększa potrzebę korzystania z opieki formalnej, a tym samym rosną wydatki publiczne na opiekę długoterminową.

Kluczową kwestią dla celów sporządzenia prognozy opieki długoterminowej jest również to, czy wraz ze wzrostem długości życia poziom zależności wzrośnie, pozostanie stabilny, czy też się zmniejszy. Potrzeby w zakresie opieki nad dziećmi do lat 5 i osobami w wieku 65 lat i więcej są bezpośrednią konsekwencją struktury demograficznej populacji, lecz różnice w udziale ludności z problemami zdrowotnymi mogą mieć źródło nie tyle w ich niejednakowej skali, ile w stylu życia. Badania empiryczne nie rozstrzygają jednoznacznie tej kwestii. Niektóre badania sugerują, że konkretne przyczyny niepełnosprawności mogą stać się bardziej widoczne wraz z wiekiem. Niepełnosprawność może mieć bezpośredni wpływ na słabość osób starszych. W szczególności przewiduje się wzrost liczby osób z demencją (choroba Alzheimera). Z drugiej strony, wyniki niektórych badań wskazują na to, że wraz ze wzrostem długości życia zmniejsza się częstość występowania ciężkiego inwalidztwa.

Prognozowanie potrzeb obarczone jest dużą niepewnością, co wynika m.in. z zachodzących w Polsce i Europie dynamicznych zmian ekonomicznych, politycznych i demograficznych. Kwestią dodatkowo utrudniającą prognozowanie są zachodzące obecnie procesy globalizacji – powodujące, że światowe zmiany i kryzysy w sposób dotąd niespotykany oddziałują na gospodarkę, ludzkie poglądy i postawy, a w sposób pośredni także na zjawiska demograficzne.



W niniejszym rozdziale przedstawiono podstawowe prognozy dotyczące zapotrzebowania na opiekę, wydatków i opiekunów, jakie udało się zebrać w projekcie. Nie są to wyczerpujące dane, przede wszystkim nie było możliwe szczegółowe przeanalizowanie sytuacji poszczególnych powiatów i przedstawienie informacji o opiekunach. Wskazane jest, by obszar ten w najbliższym czasie został poddany pogłębionym analizom.

Możliwości prognostyczne w dużej mierze zależą też od jakości dostępnych danych. Będzie o tym mowa również w kolejnym rozdziale, ale zwykle bardzo trudno jest uzyskać kompleksowe, spójne dane o opiece, które pokazują rolę zarówno sektora formalnego, jak i nieformalnego, podobnie jak publicznego i niepublicznego.

Prognozowanie jest jednak – mimo różnych trudności – bardzo ważne. Luka czasowa, która naturalnie powstaje między momentem podjęcia decyzji o interwencji a osiągnięciem zamierzonych efektów, czasami jest bardzo długa. Dotyczy to w szczególności kształcenia kadr opieki.

Opieka nad dziećmi w wieku do lat 5

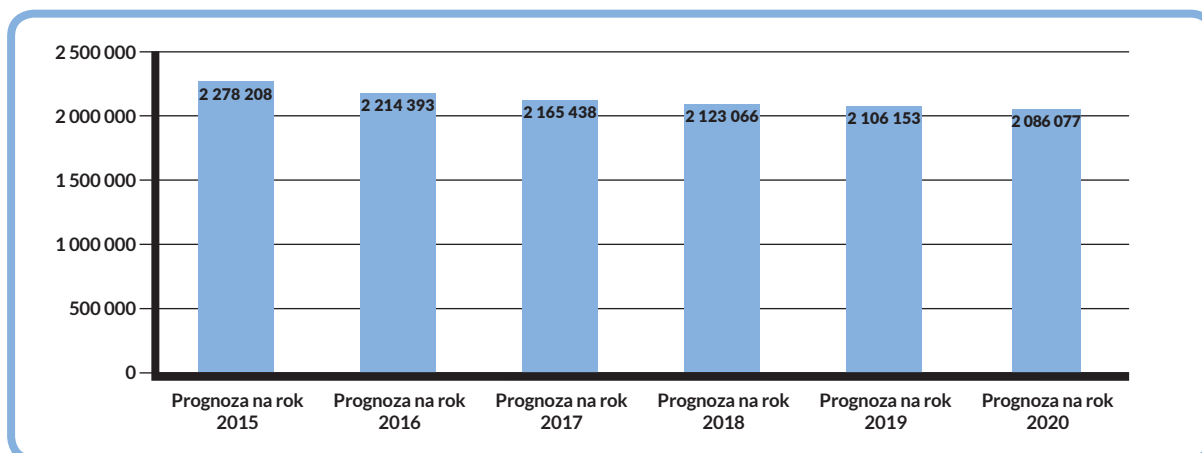
Główny Urząd Statystyczny szacuje, że do 2020 roku liczba ludności w Polsce zmaleje o blisko 358 tys. osób³³. Oprócz starzenia się społeczeństwa na taką prognozę liczby ludności wpływ mają także zmiany społeczno-gospodarcze i wynikające z nich ujemne saldo migracji zagranicznych na pobyt stały oraz przesunięcie średniego wieku urodzenia pierwszego dziecka. Decyzja o posiadaniu potomstwa zostaje przesunięta na czas stabilizacji finansowej oraz zawodowej, a odwołanie tej decyzji wpływa z jednej strony na późniejsze problemy z poczęciem, z drugiej zaś na zredukowanie liczby dzieci w gospodarstwach.

W efekcie Główny Urząd Statystyczny szacuje, że liczba dzieci w wieku 0-5 lat w kolejnych latach będzie coraz mniejsza i między 2015 a 2020 rokiem spadnie o niemal 200 tys.

³³ Porównanie prognozy na rok 2020 oraz liczby ludności z dnia 1.01.2014 roku.

WYKRES 13

Prognozowana liczba dzieci w wieku 0-5 lat w Polsce w latach 2015-2020



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane GUS

Z danych EUROSTAT wynika, że w 2013 roku współczynnik dzietności dla Polski był na niższym poziomie niż średnia krajów unijnych (1,32 dla Polski oraz 1,6 dla krajów Unii Europejskiej). Pomimo prognozowanego wzrostu współczynnika dzietności zarówno dla Polski, jak i krajów unijnych (w 2020 roku wzrośnie do poziomu 1,39 dla Polski oraz 1,64 dla krajów Unii Europejskiej)³⁴ będzie on nadal na zbyt niskim poziomie, by móc zapewnić zastępowalność pokoleń³⁵.

Pomimo prognozowanego spadku liczby dzieci w wieku 0-5 lat, jak wynika z opinii dyrekcji formalnych instytucji zapewniających opiekę nad dziećmi w wieku żłobkowym, popyt na opiekę w tej formie wzrośnie³⁶. Uzasadnienia należy doszukiwać się w stale rosnącym zainteresowaniu usługami opieki instytucjonalnej dla dzieci w tym wieku. Z jednej strony jest ono związane ze zwiększonymi możliwościami zapewnienia takiej opieki – wynikającymi z powstania większej liczby tego typu placówek – z drugiej zaś zwiększoną rolą aktywności zawodowej w społeczeństwie. Wpływ na rosnącą popularność usług żłobkowych mają także ich konkurencyjne ceny w porównaniu z kosztami zatrudnienia formalnego opiekuna indywidualnego.

Potwierdzeniem powyższej tezy może być prognoza dyrektorów odnośnie przyszłego zapotrzebowania na usługi przedszkolne. Zdaniem większości badanych w ciągu najbliższych pięciu lat zainteresowanie usługami opieki przedszkolnej się nie zmieni³⁷. Z jednej strony wiąże się to z trendami wskazującymi na zmniejszenie

34 *The 2015 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060)*, European Economy 3/2015, May 2015.

35 Przyjmuje się, że aby móc zapewnić zastępowalność pokoleń, wskaźnik dzietności powinien kształtować się na poziomie 2,10-2,15.

36 Badanie FIO-P1.

37 Badanie FIO-P1.

liczby dzieci w tym wieku, z drugiej zaś z faktem, że opieka w tej formie jest już dość popularna i jej popularność prawdopodobnie jeszcze bardziej wzrośnie.

Według prognoz badanych instytucji opieki nad dziećmi w ciągu 5 lat najbardziej wzrośnie zapotrzebowanie na psychologów (wskazanie 34,2% respondentów) oraz nauczycieli wychowania przedszkolnego lub edukacji wczesnoszkolnej (33,3%). Co czwarta badana placówka przewiduje, że tendencję wzrostową będzie można zauważyć również w przypadku opiekunów dziecięcych.

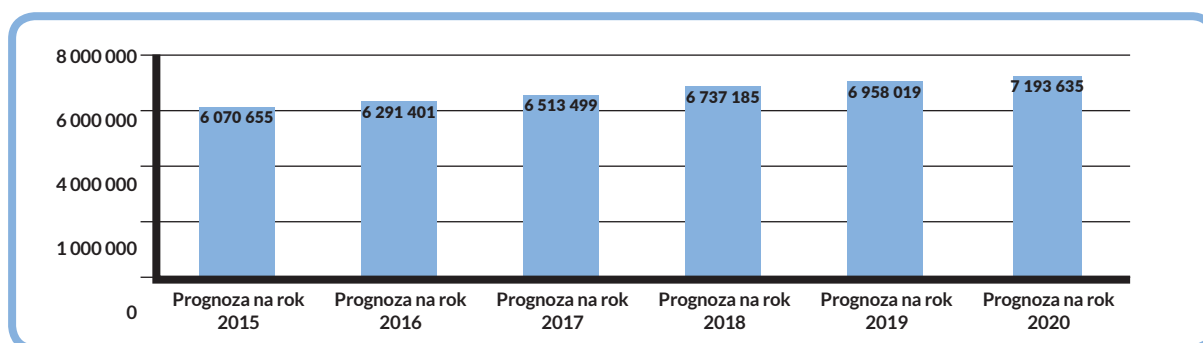
Opieka nad osobami chorymi, starszymi, niepełnosprawnymi

Poprawa jakości życia, opieki zdrowotnej oraz rozwój medycyny wpływają na wzrost średniej długości życia. Dane EUROSTAT wskazują, że w ciągu najbliższych lat długość życia Polek wzrośnie z niespełna 81 lat w roku 2013 do 82,2 lat w roku 2020, zaś Polaków z blisko 73 do 74,5 lat w analogicznym okresie. Warto w tym miejscu podkreślić średnią długość życia od ukończenia 65 lat. Po przekroczeniu tej granicy w 2020 roku kobiety będą średnio żyły przez 20,5 lat (wzrost z 15,4 lat w roku 2013), natomiast mężczyźni – 16,3 lat (wzrost z 15,4 lat). Średnia długość życia Polek i Polaków jest nieco niższa niż przeciętna długość życia mieszkańca Unii Europejskiej.

Prognoza odnośnie średniej długości życia ma bezpośredni związek z szacowaną przyszłą liczbą ludności w wieku 65 lat i więcej. Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego liczba ludności w tym wieku będzie sukcesywnie rosła i w roku 2020 wyniesie blisko 7,2 mln osób. W stosunku do 2013 roku jest to wzrost o ok. 27%. Pomimo rozwoju medycyny oraz ochrony zdrowia tak duży przyrost populacji osób starszych przyczyni się do wzrostu zapotrzebowania na opiekę długoterminową³⁸.

WYKRES 14

Prognozowana liczba ludności w wieku 65 lat i więcej



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane GUS

38 Prognoza ludności, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2014.

Według danych EUROSTAT w Polsce w roku 2014 osoby w wieku produkcyjnym (15-64 lat) stanowiły 70,5% populacji, zaś w wieku poprodukcyjnym (65 lat i więcej) – 14,5%. Prognoza na rok 2020 wskazuje na wzrost udziału w strukturze demograficznej ludzi w wieku poprodukcyjnym (18,4%) kosztem populacji w wieku produkcyjnym (66,3%)³⁹. Spadek liczby osób w wieku produkcyjnym jest istotny również ze względu na bardzo niski poziom aktywności zawodowej w Polsce, a co za tym idzie obciążenie gospodarcze osób aktywnych zawodowo, finansujących wydatki na zaspokojenie potrzeb najstarszej grupy ludności. Argument ten powinien skłaniać do podjęcia prac, których celem byłoby uniezależnienie systemu finansowania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych od polityki budżetowej państwa.

Z punktu widzenia szacowania potrzeb dotyczących opieki długoterminowej należy podkreślić zmieniającą się rolę rodziny w charakterze opiekunów nieformalnych. Prowadzone w ostatnich latach badania międzynarodowe wskazują na rosnącą popularność profesjonalnej opieki i pielęgnacji w warunkach domowych. W tej sytuacji gospodarstwa domowe, które nie tylko pełnią najważniejszą rolę w organizacji opieki i zaspokajaniu potrzeb osób niesamodzielnych, ale często nie otrzymują należytego wsparcia, coraz częściej odgrywają rolę statysty w pielęgnacji⁴⁰.

W ciągu najbliższych lat należy spodziewać się stopniowego ograniczenia możliwości pełnienia przez rodzinę funkcji opiekuńczych. Wyniknie to bezpośrednio ze zmniejszenia liczby osób w gospodarstwach domowych oraz pogorszenia relacji między liczbą osób w młodszym i najstarszym wieku. Fakt ten będzie mieć istotne konsekwencje dla organizacji opieki nad osobami niesamodzielnymi. Po pierwsze, głównym źródłem utrzymania znacznej części gospodarstw domowych staną się świadczenia emerytalne, na których wysokość ma wpływ liczba lat pracy. Przywrócenie wieku emerytalnego do 60 lat dla kobiet oraz 65 dla mężczyzn, przy jednoczesnym wydłużeniu życia, może wpłynąć na znaczny spadek wysokości świadczeń, które nie wystarczą na pokrycie ewentualnych wydatków związanych z samodzielnym finansowaniem usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych. Po drugie, wzrośnie udział gospodarstw dwuosobowych złożonych z dwojga osób w wieku emerytalnym. W konsekwencji zwiększy się liczba gospodarstw, w których osoby wymagające opieki nie będą w stanie zaspokajać wzajemnych potrzeb ze względu na własne ograniczenia. Jednocześnie coraz większy udział wśród gospodarstw stanowić będą gospodarstwa jednoosobowe, co bezpośrednio przełoży się na wzrost zapo-

39 Źródło: *The 2015 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060)*, European Economy 3/2015, May 2015.

40 Źródło: Por. P. Błędowski, *Costs of family caregiving*, w: *Family Caregiving for the Elderly in Poland*, B. Bień (ed.), TransHumana, Białystok 2006, s. 155 i n. oraz P. Błędowski, W. Pędich, B. Bień, Z.B. Wojszel, P. Czekanowski, *Supporting Family Carers of Older People In Europe – The National Background Report for Poland*, LITCVerlag, Hamburg 2006.



trzebowania na świadczenia pielęgnacyjne udzielane przez wyspecjalizowane placówki lub formalnych opiekunów indywidualnych.

Wyniki badań jednoznacznie wskazują na potrzebę wzmocnienia formalnej opieki nad osobami niesamodzielnymi. Naukowcy zwracają uwagę na fakt, że system zapewniający usługi opieki długoterminowej, jaki funkcjonuje w Polsce, jest niejednolity i niespójnie skonstruowany. Środki przeznaczane na ten cel nie zapewniają kompleksowej opieki wszystkim potrzebującym, a czasem tylko w niewielkim stopniu rekompensują koszty zapewnienia opieki. Różnice w formach świadczeń oraz podmiotach odpowiedzialnych za ich świadczenie również powodują dezorientację potrzebujących pomocy, a także trudności w diagnozie rzeczywistych kosztów niezbędnych do analizy efektywności podejmowanych działań⁴¹. W efekcie określenie faktycznych wydatków na opiekę długoterminową w Polsce bywa trudne – szacunki wskazują, że w 2013 roku kształtowały się one na poziomie 0,8% PKB. Jest to zdecydowanie mniejszy udział niż w przypadku pozostałych państw członkowskich – średnia dla Unii Europejskiej jest dwukrotnie wyższa, równa 1,6% PKB.

Prognozowanie przyszłych wydatków związanych z opieką długoterminową jest obarczone dużą niepewnością, gdyż na jej wielkość wpływ ma wiele czynników, które również opierają się na prognozach. Takich szacunków podejmuje się jednak grupa AWG, która razem z Komisją Europejską i EUROSTAT przygotowuje regularnie publikację pod tytułem „Ageing Report”. W publikacji tej przyjmuje się bardzo długi horyzont czasowy (ostatni raport przedstawia szacunki do 2060 roku), co stanowi jej dużą zaletę, a ponadto – podobnie jak w niniejszym projekcie – analizowane są potrzeby w zakresie opieki z uwzględnieniem roli opieki formalnej (placówkowej lub środowiskowej) i nieformalnej. Raport uwzględnia również wydatki na świadczenia pieniężne związane z niesamodzielnnością, które nie były przedmiotem pogłębianej analizy w niniejszym projekcie.

Założenia szacunków opracowanych na potrzeby tego raportu przedstawiono w poniższej ramce.

⁴¹ Anna Mitek, Finansowanie i organizacja systemu opieki długoterminowej w Polsce, Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania Nr 34, s. 235.

ZAŁOŻENIA DOTYCZĄCE SZACUNKÓW WYDATKÓW NA OPIEKĘ DŁUGOTERMINOWĄ W „AGEING REPORT”

Szacunki opierają się na prostym modelu makrosymulacyjnym. Populacja jest w nim podzielona na grupy, do których przypisane są określone charakterystyki (wiek, płeć, wydatki na głowę, stan zdrowia, wymagana opieka itp.). Model określa szacunkowe zmiany w wielkości i charakterystykach tych grup z biegiem czasu i na tej podstawie formułuje oczekiwane zmiany w wysokości wydatków na opiekę długoterminową.

Model bazuje na danych pochodzących z rachunków zdrowia (*System of Health Account – SHA*), prognoz demograficznych (EUROPOP), wykorzystywane są również dane pochodzące z badania EU-SILC i bazy ESSPROS.

Za osobę niesamodzielną uznano osobę ze znacznym stopniem ograniczenia w wykonywaniu codziennych czynności wskutek długotrwałych problemów zdrowotnych.

Metodologia zastosowana w tym raporcie opiera się na analizie różnych scenariuszy w zakresie ewolucji liczby osób starszych, wskaźników uzależnienia od pomocy, jednostkowych kosztów opieki, proporcji w sferze korzystania z opieki w placówkach i domach oraz roli opieki formalnej i nieformalnej. Autorzy raportu opracowali 8 takich scenariuszy, poniżej przedstawiono ich założenia.

SCENARIUSZ	OPIS SCENARIUSZA
Scenariusz demograficzny	Scenariusz demograficzny zakłada, że udział w strukturze ludności osób starszych i niepełnosprawnych, które otrzymują nieformalną opiekę i domową lub instytucjonalną opiekę formalną, stanowi pewną stałą. Stałe te są następnie stosowane do przewidywanych zmian w populacji podopiecznych. W ten sposób populacja podopiecznych ogółem ewoluuje zgodnie z ogólną populacją osób starszych, a wszystkie korzyści finansowe związane z wydłużeniem długości życia wydatkowane są na osoby w złym stanie zdrowia lub niepełnosprawne.
Scenariusz bazowy	Scenariusz bazowy odnosi koszty jednostkowe opieki długoterminowej do PKB na pracownika, a nie do PKB per capita. Długoterminowa opieka wymaga dużych nakładów pracy (zatrudnienia) i można się spodziewać, że tempo osiągania wzrostu produktywności okaże się mniejsze w tym sektorze. Biorąc pod uwagę obecny deficyt formalnej opieki i jej bardzo pracochłonny charakter, można oczekiwać, że wydatki publiczne na opiekę długoterminową będą napędzane raczej popytem niż podażą.



Scenariusz wydłużającej się długości życia	Scenariusz wydłużającej się długości życia przedstawia skutki budżetowe alternatywnego scenariusza demograficznego, który zakłada, że oczekiwana długość życia jest dłuższa dla wszystkich grup wiekowych. Uzasadnienie tego jest dwojakie. Po pierwsze, znaczny wzrost wydatków publicznych związanych z populacją w starszym wieku (czyli 80 lat i więcej). W rzeczywistości wydatki na długoterminową opiekę dla tego profilu wiekowego są wyższe niż wydatki na ochronę zdrowia, częściowo dlatego że koszty związane z opieką długoterminową są bardzo wysokie dla jednostek instytucjonalnych, a udział jednostek, którym świadczona jest opieka instytucjonalna, wzrasta gwałtownie wśród osób w wieku powyżej 80 lat. Po drugie, starsze grupy wiekowe są również częścią prognoz demograficznych, które mogą być najbardziej niepewne.
Scenariusz ciągłej niepełnosprawności	Scenariusz inspirowany jest przez tzw. „hipotezę dynamicznej równowagi”. Profil, na który składa się starszy wiek i specyficzne typy niepełnosprawności, przesuwa się zgodnie ze zmianami w długości życia (wskaźnik niepełnosprawności w przyszłości jest równy analogicznemu wskaźnikowi wśród osób młodszych), co powoduje stopniowy spadek występowania niepełnosprawności w czasie w poszczególnej grupie wiekowej.
Scenariusz przejścia do formalnej opieki	Ostatecznie publiczne finansowanie opieki długoterminowej – i przeorientowanie polityki w tym kierunku – będzie określało, czy przyszłe potrzeby w zakresie tej opieki przełożą się (bezpośrednio) na wydatki publiczne, czy też nie, ponieważ ani opieka nieformalna, ani prywatne wydatki na opiekę długoterminową nie są formalnie częścią wydatków publicznych na opiekę długoterminową. Nacisk na zwiększenie środków publicznych i finansowanie usług opiekuńczych w perspektywie długoterminowej może znacząco wzrosnąć w najbliższych dziesięcioleciach, zwłaszcza w państwach członkowskich, w których większość opieki długookresowej jest obecnie realizowana nieformalnie. Zadaniem tego scenariusza zmiany polityki jest ocena popytowo zorientowanego wzrostu świadczenia formalnej opieki (opieka publiczna), który to wzrost zastępować ma opiekę świadczoną w nieformalny sposób. W szczególności bada się tu wpływ na budżet stopniowego przesunięcia w oficjalnym sektorze opieki 1% niepełnosprawnych osób starszych (za każdy rok), którzy do tej pory otrzymali jedynie nieformalną opiekę. To dodatkowe przesunięcie następuje w ciągu pierwszych 10 lat tylko w okresie objętym prognozą, co sumuje się do około 10,5% przejścia od opieki nieformalnej do formalnej.
Scenariusz konwergencji roli opieki formalnej	Scenariusz zakłada wzrost świadomości różnych grup w zakresie możliwości korzystania z opieki formalnej w różnych krajach, który doprowadzi do zbiegania się udziału opieki formalnej w poszczególnych krajach do średniej UE w 2060 roku.
Scenariusz konwergencji kosztów	Scenariusz opiera się na założeniu, że w krajach o szczególnie niskim poziomie wykorzystania opieki formalnej może nastąpić wzrost kosztów opieki wskutek zwiększenia zainteresowania i wzrostu poziomu życia. W krajach tych koszty jednostkowe będą zbiegać do średniej UE w 2060 roku.
Scenariusz konwergencji roli i kosztów opieki formalnej	Scenariusz stanowi połączenie dwóch wyżej wymienionych.

Źródło: Opracowanie własne

I tak według tej prognozy do roku 2060 wydatki na opiekę długoterminową w Polsce wzrosną (w zależności od scenariusza) od 0,8% do 2,1% PKB. Tendencja wzrostowa zauważalna jest również w prognozie dla krajów członkowskich Unii Europejskiej – do roku 2060 przeciętne wydatki na opiekę państw unijnych (w zależności od scenariusza) wzrosną od 1,0% do 2,7% PKB.

Według tych prognoz liczba osób niesamodzielnych w Polsce wzrośnie o co najmniej 21% – z 2,6 mln w 2013 roku do 3,1 mln w roku 2060 (scenariusz ciągłej niepełnosprawności), a nawet o 45% – do 3,7 mln (pozostałe scenariusze).

Liczba osób niesamodzielnych objętych w 2013 roku wsparciem placówek wynosiła ok. 86 tys. W zależności od scenariusza liczba takich osób w 2060 roku wyniesie od 154 tys. (scenariusz ciągłej niepełnosprawności) do 398 tys. (scenariusz przejścia do opieki formalnej). Oznacza to, że nastąpi wzrost liczby mieszkańców naszego kraju objętych opieką instytucjonalną nawet o 283,6%. Podobne stopnie eskalacji oczekiwane są w populacji osób niesamodzielnych korzystających z opieki środowiskowej.

Autorzy raportu zwracają uwagę, że intensyfikacja potrzeb będzie musiała zostać poparta zmianami warunków pracy w sektorze formalnej opieki, ale też zwiększeniem wykorzystania rozwiązań umożliwiających godzenie ról i rozwojem wsparcia dla opiekunów nieformalnych, włączając w to opiekę wytchnieniową i wykorzystanie nowych technologii. Oznacza to przynajmniej przejściowy wzrost wydatków. Brak wsparcia dla opiekunów nieformalnych może wpływać na produktywność pracy i aktywność zawodową, również z powodu potencjalnego oddziaływania obowiązków opiekuńczych na zdrowie opiekunów.

W raporcie zauważa się także, iż opieka formalna nie wyklucza korzystania z opieki nieformalnej – często jest to jakaś kombinacja obydwu form. W szacunkach założono jednak dla uproszczenia, że tak nie jest. Badania przytaczane przez autorów potwierdzają jednak, że opieka nieformalna jest substytucyjna wobec niewyspecjalizowanej opieki środowiskowej, a jednocześnie komplementarna wobec wyspecjalizowanej pomocy w środowisku podopiecznego lub placówce.

Praca opiekuńcza nie należy do łatwych zadań. W wielu krajach już teraz występują duże niezaspokojone potrzeby w tej dziedzinie. Spadek liczby osób aktywnych zawodowo i jednocześnie wzrost presji na rozwój opieki formalnej będzie powodować presję na wzrost płac w tym sektorze, a w efekcie wzrost kosztów. Przewiduje się jednocześnie rosnącą rolę migrantów w tym sektorze.

TABELA 22
Szacunki populacji, liczby osób niesamodzielnym i wydatki na opiekę w Polsce i średnio w Unii Europejskiej przedstawione w „Ageing Report 2015”

PROGNOZA DEMOGRAFICZNA	POLSKA											UE28	
	ZMIANA 2013-2060	2013	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060	ZMIANA 2013-2060	2060
	Wskaźnik dzietności	0,3	1,32	1,39	1,43	1,47	1,50	1,53	1,55	1,58	1,60	1,62	0,2
Oczekiwana długość życia w dniu narodzin	mężczyźni	72,8	74,5	75,6	76,7	77,8	78,8	79,8	80,8	81,7	82,6	7,1	84,8
	kobiety	80,9	82,2	83,0	83,8	84,6	85,3	86,1	86,8	87,4	88,1	6,0	89,1
Oczekiwana długość życia w wieku 65 lat	mężczyźni	5,9	15,4	16,3	17,0	17,7	18,3	18,9	19,5	20,1	20,7	4,8	22,4
	kobiety	5,3	19,6	20,5	21,1	21,7	22,2	22,8	23,4	23,9	24,4	4,6	25,6
Migracje netto (w tys.)	27,1	-15,6	2,9	-4,3	0,0	13,7	25,4	30,7	29,5	20,3	11,6	1000,8	1036,7
Migracje netto (% populacji)	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,2	0,2
Populacja (mln)	-5,3	38,5	38,4	38,0	37,5	36,8	36,2	35,5	34,8	34,0	33,2	15,6	522,8
dzieci (0-14 lat, % populacji)	-2,1	15,0	15,3	14,5	13,6	12,8	12,6	12,9	13,2	13,2	13,0	-0,6	15,0
osoby w wieku produkcyjnym (15-64 lata, % populacji)	-16,4	70,5	66,3	64,3	63,7	63,5	62,2	59,8	56,9	55,0	54,1	-9,4	56,6
osoby starsze (65+, % populacji)	18,5	14,5	18,4	21,2	22,7	23,7	25,1	27,3	29,9	31,8	33,0	10,0	28,4
osoby w bardzo podeszłym wieku (80+, % populacji)	8,5	3,8	4,4	4,4	5,8	7,7	9,2	9,5	9,5	10,4	12,3	6,7	11,8
osoby w bardzo podeszłym wieku (80+, % populacji osób starszych)	10,9	26,2	23,8	21,0	25,5	32,5	36,8	34,9	31,8	32,7	37,2	13,8	41,6
osoby w bardzo podeszłym wieku (80+, % populacji w wieku produkcyjnym)	17,3	5,4	6,6	6,9	9,1	12,1	14,9	16,0	16,8	18,9	22,7	13,1	20,8

PROGNOZY SYTUACJI NA RYNKU PRACY	POLSKA												UEZ8	
	ZMIANA 2013-2060	2013	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060	ZMIANA 2013-2060	2060	
		2013	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060			
Ludność w wieku produkcyjnym (15-64 lata, w tys.)	-9 200	27 151	25 455	24 456	23 864	23 385	22 511	21 216	19 779	18 699	17 951	-38 902	296 030	
Ludność aktywna zawodowo (15-64 lata, w tys.)	-5 738	18 296	17 732	17 111	16 668	16 273	15 699	14 874	13 890	13 099	12 557	-20 138	220 930	
Stopa aktywności zawodowej (15-64 lata, w %)	2,6	67,4	69,7	70,0	69,8	69,6	69,7	70,1	70,2	70,1	70,0	2,7	74,6	
młodzi (15-24 lata)	-2,3	33,9	33,1	29,8	31,9	32,2	33,0	33,0	32,2	31,5	31,6	-0,2	42,2	
osoby w sile wieku (25-54 lata)	-1,8	84,6	84,3	83,8	83,2	82,7	82,6	82,8	83,0	83,1	82,8	0,6	85,9	
starsi (55-64 lata)	20,1	44,2	50,0	55,2	59,4	61,7	63,7	64,5	64,2	63,8	64,3	15,8	70,2	
Stopa aktywności zawodowej KOBIEC (15-64 lata)	3,6	60,6	62,4	63,0	63,2	63,2	63,7	64,3	64,4	64,2	64,2	4,7	70,7	
młodzi (15-24 lata)	-2,1	28,7	27,9	25,1	26,9	27,2	27,8	27,8	27,1	26,5	26,6	-0,1	39,4	
osoby w sile wieku (25-54 lata)	-2,5	79,1	78,4	77,9	77,3	76,7	76,4	76,4	76,6	76,7	76,6	2,1	81,3	
starsi (55-64 lata)	25,9	33,4	37,5	42,3	48,7	53,0	57,3	59,5	59,4	58,9	59,3	20,9	67,4	
Stopa aktywności zawodowej MEŻCZYŻYŃ (15-64 lata)	1,3	74,2	76,9	76,9	76,5	76,0	75,8	75,9	75,9	75,7	75,5	0,4	78,4	
młodzi (15-24 lata)	-2,6	38,9	37,9	34,2	36,7	37,0	37,9	37,9	37,0	36,2	36,3	-0,3	44,8	
osoby w sile wieku (25-54 lata)	-1,2	90,1	90,1	89,6	89,0	88,6	88,7	89,0	89,3	89,2	88,9	-1,1	90,3	
starsi (55-64 lata)	13,1	56,2	63,6	69,0	70,8	70,9	70,4	69,7	69,3	69,0	69,3	10,2	73,0	
Przeciętny efektywny wiek opuszczenia rynku pracy (1)	3,9	62,0	63,9	64,5	65,0	65,4	65,9	65,9	65,9	65,9	65,9	2,3	65,4	
mężczyźni	2,1	63,9	66,0	66,0	66,0	66,0	66,0	66,0	66,0	66,0	66,0	2,0	65,5	
kobiety	5,6	60,2	62,0	63,2	64,0	64,9	65,8	65,8	65,8	65,8	65,8	2,6	65,3	
Wskaźnik zatrudnienia (15-64 lata)	4,4	60,3	63,6	63,6	63,9	64,1	64,5	64,9	65,0	64,8	64,7	5,7	69,7	
Wskaźnik zatrudnienia (15-74 lata)	0,6	55,1	56,0	55,6	56,4	57,5	57,6	56,8	55,7	55,2	55,6	4,2	61,2	
Stopa bezrobocia (15-64 lata)	-3,1	10,5	8,7	9,1	8,5	7,9	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	-4,4	6,6	
Stopa bezrobocia (15-74 lata)	-3,3	10,4	8,5	8,8	8,3	7,7	7,2	7,1	7,0	7,0	7,1	-4,4	6,4	
Osoby zatrudnione (15-64 lata, w mln)	-4,8	16,4	16,2	15,6	15,2	15,0	14,5	13,8	12,9	12,1	11,6	-8,2	206,4	

WSKAŹNIKI OBCIĄŻENIA	ZMIANA 2013-2060										ZMIANA 2013-2060									
	2013	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060	2013	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060
Udział populacji osób 55-64 lata w populacji w wieku produkcyjnym (15-64 lata)	20,3	19,9	18,0	19,0	22,2	25,3	26,0	24,5	22,1	20,0	0,6									
Wskaźnik obciążenia demograficznego – populacja 65+ jako odsetek populacji w wieku produkcyjnym (15-64 lata)	21	28	33	36	37	40	46	53	58	61	22									
Całkowity wskaźnik obciążenia demograficznego – populacja w wieku 0-14 lat i 65+ jako odsetek populacji w wieku produkcyjnym (15-64 lata)	42	51	55	57	57	61	67	76	82	85	25									
Udział populacji niepracującej w populacji pracujących w wieku 15-74 lata	132	130	134	135	135	136	141	150	159	166	9									
Nieaktywna populacja w wieku 65+ jako odsetek pracujących w wieku 15-64 lata	33	40	47	51	54	57	64	73	81	87	25									
Nieaktywna populacja w wieku 65+ jako odsetek pracujących w wieku 15-74 lata	32	39	45	49	51	54	59	67	75	81	22									
WYDATKI NA OPIEKĘ DŁUGOTERMINOWĄ (% PKB)	ZMIANA 2013-2060										ZMIANA 2013-2060									
Scenariusz demograficzny	0,8	0,9	1,0	1,1	1,2	1,3	1,4	1,5	1,6	1,7	1,2									
Scenariusz wydłużającej się długości życia	0,8	0,9	1,0	1,1	1,2	1,4	1,5	1,6	1,7	1,8	1,5									
Scenariusz bazowy	0,8	0,9	1,0	1,1	1,2	1,4	1,5	1,6	1,7	1,8	1,3									
Scenariusz ciągłej niepełnosprawności	0,8	0,9	1,0	1,0	1,1	1,2	1,3	1,4	1,5	1,6	1,0									
Scenariusz przejścia do formalnej opieki	0,8	1,4	1,8	1,9	2,1	2,2	2,4	2,6	2,7	2,9	1,9									
Scenariusz konwergencji roli opieki formalnej	0,8	0,9	1,0	1,1	1,2	1,4	1,5	1,6	1,7	1,8	2,0									
Scenariusz konwergencji kosztów	0,8	1,0	1,1	1,3	1,5	1,8	2,0	2,3	2,5	2,9	1,8									
Scenariusz konwergencji roli i kosztów opieki formalnej	0,8	1,0	1,1	1,3	1,5	1,8	2,0	2,3	2,5	2,9	2,7									

LICZBA OSÓB NIESAMODZIELNYCH (W TYŚ.)	POLSKA											UE28	
	ZMIANA 2013-2060	2013	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060	ZMIANA 2013-2060	2060
		2060	2060	2060	2060	2060	2060	2060	2060	2060	2060	2060	2060
Scenariusz demograficzny	44,9	2 563	2 795	2 956	3 142	3 341	3 488	3 556	3 585	3 634	3 715	40,4	55 737
opieka placówkowa (institutional care)	105,0	86	100	109	121	135	150	159	163	167	176	88,9	7 900
opieka środowiskowa (home care)	108,3	118	137	150	167	186	207	220	227	234	246	88,8	12 650
świadczenia pieniężne	71,4	1 583	1 761	1 885	2 030	2 197	2 382	2 504	2 564	2 611	2 714	76,9	17 968
Scenariusz ciągłej niepełnosprawności	20,8	2 563	2 695	2 781	2 885	3 004	3 085	3 095	3 068	3 064	3 095	21,7	48 332
opieka placówkowa (institutional care)	79,4	86	97	104	113	125	137	144	146	148	154	69,7	7 095
opieka środowiskowa (home care)	83,2	118	133	144	157	172	190	201	205	208	216	68,6	11 301
świadczenia pieniężne	49,0	1 583	1 710	1 795	1 895	2 018	2 167	2 256	2 283	2 293	2 359	59,1	16 157
Scenariusz przejścia do formalnej opieki	44,9	2 563	2 795	2 956	3 142	3 341	3 488	3 556	3 585	3 634	3 715	40,4	55 737
opieka placówkowa (institutional care)	283,6	86	180	230	250	273	294	306	311	318	329	141,7	10 110
opieka środowiskowa (home care)	292,9	118	253	325	351	382	411	429	438	447	464	139,0	16 013
świadczenia pieniężne	71,4	1 583	1 761	1 885	2 030	2 197	2 382	2 504	2 564	2 611	2 714	76,9	17 968
Scenariusz konwergencji roli opieki formalnej	44,9	2 563	2 795	2 956	3 142	3 341	3 488	3 556	3 585	3 634	3 715	40,4	55 737
opieka placówkowa (institutional care)	106,7	86	100	109	121	135	150	160	164	169	178	153,2	10 591
opieka środowiskowa (home care)	110,0	118	137	151	167	187	208	222	229	235	248	142,7	16 263
świadczenia pieniężne	71,4	1 583	1 761	1 885	2 030	2 197	2 382	2 504	2 564	2 611	2 714	76,9	17 968

Źródło: „The 2015 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060)”, European Economy 3/2015, May 2015



Pomimo prognozowanego zmniejszenia liczby dzieci w wieku 0-5 lat przewidywany jest wzrost znaczenia opieki instytucjonalnej skierowanej do dzieci, szczególnie w wieku żłobkowym. Jest to m.in. związane z rosnącą tendencją do szybszego powrotu obojga rodziców do pracy, a co za tym idzie – większego zainteresowania opieką placówkową. Progresja znaczenia opieki żłobkowej wiąże się również z jej konkurencyjnością cenową w stosunku do indywidualnej opieki formalnej. W wielu gminach niestety w dalszym ciągu brakuje placówek oferujących opiekę nad dziećmi – zarówno przedszkolną, jak i żłobkową. Rozbudowanie sieci opieki instytucjonalnej skierowanej do dzieci w wieku 0-5 lat, przy jednoczesnym dofinansowaniu tej opieki przez państwo, z pewnością wpłynęłoby na zwiększenie zainteresowania taką formą opieki, pozwalając tym samym na rozwój zawodowy rodziców.

W nadchodzących latach należy spodziewać się eskalacji zapotrzebowania na usługi opiekuńcze skierowane do osób starszych. Jest to związane z prognozą znacznego wzrostu liczby ludności w wieku poprodukcyjnym, który wynika z wydłużenia średniej długości życia. Wzrost ten ma związek m.in. z rozwojem medycyny, opieki zdrowotnej oraz poprawą jakości życia. Czynnikiem mającym znaczny wpływ na zwiększenie znaczenia opieki formalnej w społeczeństwie jest prognozowane ograniczenie możliwości sprawowania opieki przez opiekunów nieformalnych, wynikające ze zmniejszenia udziału osób w wieku produkcyjnym w strukturze populacji.

O ile potrzeby w zakresie opieki nad dziećmi w wieku 0-5 lat i osobami w wieku 65 lat i więcej stanowią bezpośrednią konsekwencję struktury demograficznej populacji, różnice w udziale ludności z problemami zdrowotnymi mogą mieć źródło w stylu życia, dziedziczeniu chorób oraz wywołujących je nawykach (np. nawyki żywieniowe skutkujące chorobami układu krążenia). Prognozowanie liczby osób z problemami zdrowotnymi czy niepełnosprawnością okazuje się więc znacznie trudniejsze.

Wzrost zainteresowania opieką formalną – zarówno instytucjonalną, jak i indywidualną – z całą pewnością związany jest również z dostępnością informacji odnośnie możliwości korzystania z różnych form pomocy. Zasadne wydaje się przeprowadzenie kampanii społecznej mającej na celu z jednej strony uświadomienie zakresu usług opieki społecznej, z drugiej zaś ocieplenie jej wizerunku. Obecnie korzystanie z opieki instytucjonalnej często kojarzone jest jako wygodna rezygnacja z obowiązku opieki nad osobami niesprawnymi z gospodarstwa domowego. Poprawa wizerunku opieki instytucjonalnej z całą pewnością zwiększyłaby w najbliższych latach liczbę osób z niej korzystających, przybliżając tym samym Polskę do średniej państw Unii Europejskiej.

8. PROBLEMY SYSTEMU MONITOROWANIA OPIEKI W POLSCE⁴²

1. Problemy z porównywalnością danych, nie zawsze jasno opisane, mające m.in. następujące przyczyny:

a) zmiany prawne związane z funkcjonowaniem systemu

W obszarze opieki w ostatnich latach wprowadzono wiele zmian prawnych. Największe zmiany wynikły z wprowadzenia ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3, ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej i ustawy z dnia 24 kwietnia 2014 r. o zmianie ustawy o systemie oświaty. Jest to o tyle istotne, iż w sferze opieki dane GUS opierają się w dużej mierze na danych resortów administracyjnych. Przykładowo:

1. Ustawa o opiece nad dziećmi do lat 3 rozciągnęła rygory ustawy na wszelkie podmioty prowadzące opiekę nad dziećmi z okresem przejściowym na dostosowanie się do kwietnia 2014 roku. Ma to o tyle znaczenie, że według badań przeprowadzonych w 2010 roku zgodnie ze statystyką GUS⁴³ na koniec 2009 roku było 380 żłobków, w tym 361 publicznych, natomiast w spisie REGON dla podklasy „Opieka dzienna nad dziećmi” na koniec maja 2010 roku wykazano 1 533 jednostek⁴⁴.
2. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej wpłynęła na sposób wyodrębniania i rejestracji placówek (w tym szpitali), co spowodowało m.in. niemożność porównywania danych dotyczących liczby szpitali.
3. W sferze przedszkolnej zamieszanie statystyczne wynika z możliwości odroczenia obowiązku szkolnego dla sześciolatków w latach szkolnych 2014/2015 i 2015/2016.

⁴² Na podstawie Raportu z analizy danych zastanych w zakresie funkcjonowania instytucji opieki w Polsce, Cezary Miżejewski, Warszawa 2015.

⁴³ Mały rocznik statystyczny 2010.

⁴⁴ Katarzyna Piętka-Kosińska, Anna Ruzik-Sierdzińska, Żłobki w Polsce. Badanie empiryczne i jakościowe, Badanie na zlecenie Banku Światowego, Warszawa, listopad 2010.

b) zmiany w klasyfikacjach stosowanych w obszarze opieki

W latach 1990-2004 w klasyfikacji budżetowej funkcjonował Dział 86 – Opieka społeczna. Obejmował on: domy pomocy społecznej, zasiłki i pomoc w naturze, wojewódzkie zespoły pomocy społecznej, terenowe ośrodki pomocy społecznej, stowarzyszenia opieki społecznej, fundusz pracy, pozostałą działalność i gospodarstwa pomocnicze. W 1999 roku do działu włączono również m.in. zasiłki rodzinne⁴⁵. W 2000 roku dział otrzymał nową numerację 853 z dotychczasową nazwą „Opieka społeczna”, obejmując jednak cały zakres – od klasycznej pomocy społecznej, poprzez urzędy pracy (powiatowe i wojewódzkie), Fundusz Pracy, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Państwowy Fundusz Kombatantów etc.

Nowy, obowiązujący do dziś, system klasyfikacji budżetowej wszedł w życie wraz z budżetem 2004 roku⁴⁶. Obecny system, poza odejściem od pojęcia „opieki społecznej” na rzecz „pomocy społecznej”, podzielił dotychczasowe wydatki na dwa działy: Dział 852 – Pomoc społeczna i Dział 853 – Pozostałe zadania w zakresie polityki społecznej. Pewne zmiany dotyczyły też rozdziałów ujętych w poszczególnych działach.

Występują też istotne różnice między klasyfikacją PKD a innymi danymi. Pomijając zmiany w strukturze PKD 2004 i 2007, logika tej klasyfikacji jest odmienna od nazewnictwa budżetowego. W klasyfikacji PKD 2004 żłobki zarejestrowane jako ZOZ przynależały do podklasy 85.32.A Żłobki, a pozostałe placówki do 85.32.C Pomoc społeczna pozostała, bez zakwaterowania. Według nowej klasyfikacji podklasa 88.99.Z Pozostała pomoc społeczna bez zakwaterowania, gdzie indziej niesklasyfikowana (z wyłączeniem pomocy społecznej bez zakwaterowania dla osób w podeszłym wieku i osób niepełnosprawnych) obejmuje działalność inną niż opieka nad dziećmi: działalność poradni i schronisk, pomoc specjalną i pozostałą pomoc społeczną bez zakwaterowania świadczoną osobom i rodzinom w ich domach lub poza nimi – realizowaną przez instytucje administracji publicznej, organizacje niosące pomoc ofiarom katastrof, organizacje o zasięgu ogólnopolskim lub lokalnym oraz przez specjalistów udzielających porad. Próby wcześniejszych analiz przez system REGON na bazie PKD dawały niestety dość fałszywe lub bardzo ogólnikowe wyniki⁴⁷.

45 Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 21 grudnia 1998 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie klasyfikacji dochodów i wydatków budżetowych oraz innych przychodów i rozchodów (Dz.U. z 1998 r., nr 161, poz. 1081).

46 Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 25 marca 2003 r. w sprawie szczegółowej klasyfikacji dochodów i wydatków oraz przychodów i rozchodów Dz.U. z 2003 r., nr 68, poz. 634). Jeszcze w 2003 § 7 rozporządzenia przewidywał, że w okresie od dnia 1 stycznia do dnia 31 grudnia 2003 r. Dział 853 – Pozostałe zadania w zakresie polityki społecznej otrzymuje brzmienie „853 Opieka społeczna”; zaś rozdziały wyodrębnione w dziale „852 Pomoc społeczna” zaliczane są do działu „853 Opieka społeczna”, a pierwsze trzy cyfry w tych rozdziałach otrzymują oznaczenie 853.

47 Katarzyna Piętka-Kosińska, Anna Ruzik-Sierdzińska, Żłobki w Polsce, op. cit. S. 13-14.



c) niespójne klasyfikacje wykorzystywane w różnych systemach

Dane odnoszące się do opieki przedszkolnej gromadzone są w jednym Systemie Informacji Oświatowej funkcjonującym na mocy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o systemie informacji oświatowej⁴⁸. W systemie tym zastosowano bardzo szeroką klasyfikację organów prowadzących, która może budzić wątpliwości – pojawiają się tam w szczególności organizacje społeczne jako odrębna kategoria od stowarzyszeń i fundacji. Nie ma natomiast wyodrębnienia spółdzielni, które wydają się odgrywać coraz istotniejszą rolę.

2. Konieczność wykorzystywania wielu źródeł informacji, o różnych metodologiach, rozproszonych, prezentowanych ze zróżnicowaną szczegółowością.

W trakcie projektu wykorzystywano m.in. dane rejestrowe pochodzące z:

- a) wykazu dziennych opiekunów,
- b) rejestru żłobków i klubów dziecięcych,
- c) rejestru domów pomocy społecznej,
- d) rejestru placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku w ramach działalności gospodarczej lub statutowej,
- e) Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL),
- f) wykazu szkół i placówek w ramach Systemu Informacji Oświatowej (SIO).

Nie wszystkie są zbierane w jeden ogólnokrajowy rejestr – w przypadku domów pomocy społecznej, środowiskowych domów samopomocy i placówek zapewniających całodobową opiekę konieczne jest na przykład korzystanie z rejestrów wojewódzkich. Część z nich zawierała szczegółowe informacje dotyczące nazwy, adresu, a także organu prowadzącego/tworzącego, zakresu świadczonych usług, grup podopiecznych, a nawet liczby oferowanych. W innych były to proste rejestry zawierające jedynie nazwy instytucji i ich dane kontaktowe. Procedury zbierania danych nie ułatwiał też format rejestrów, udostępnianych różnie – jako pliki tekstowe (.docx), arkusze kalkulacyjne (.xlsx) czy dokumenty nieedytowalne (.pdf). Często w rejestrach nie uwzględniano wszystkich instytucjonalnych form opieki, a danych o opiece środowiskowej nie było w ogóle. Informacje te są więc prezentowane ze zróżnicowaną szczegółowością, w różny sposób, w różnych formatach i nie zawsze są aktualizowane na bieżąco.

⁴⁸ Dz.U. z 2011 r., nr 139, poz. 814, z późn. zm.

Ponadto część danych pochodzi ze sprawozdawczości resortowej (np. MPiPS-03, MPiPS-05, sprawozdań rzeczowo-finansowych z wykonywania zadań z zakresu opieki nad dziećmi w wieku do lat 3). Korzystano również ze sprawozdań finansowych jednostek samorządu terytorialnego udostępnianych przez Ministerstwo Finansów.

Cześć z tych danych jest również wykorzystywana przez GUS i na przykład publikowana w Banku Danych Lokalnych, ale GUS gromadzi też informacje na podstawie własnych badań.

3. Podwójny system zbierania danych o opiece nad dziećmi do lat 3, który utrudnia prawidłową ocenę stanu rzeczywistego z powodu występujących różnic między danymi publikowanymi przez MPiPS i GUS.

Główny Urząd Statystyczny prowadzi samodzielne badania na podstawie sprawozdania OD-1 „Żłobki i kluby dziecięce”. Sprawozdanie to w 2011 roku zastąpiło dotychczasowe sprawozdanie ZD-6 „Działalność żłobka”. Różnica pomiędzy nimi polega na zwiększeniu możliwości wyboru formy jednostki. Wycofano się z zapisu o organie założycielskim, dzieląc podmioty w ramach działalności publicznej i statutowej i osobno klasyfikując działalność gospodarczą polegającą na sprawowaniu opieki nad dziećmi do lat 3 i niewpisaną do rejestru żłobków i klubów dziecięcych prowadzonego przez wójta, burmistrza lub prezydenta miasta⁴⁹. Część wprowadzonych zmian wyraźnie podniosła wartość informacyjną sprawozdań. Doprecyzowano czas funkcjonowania żłobka i klubu (do 5 godzin, 5-10 godzin, powyżej 10 godzin), rezygnując z dotychczasowej formuły: jednozmianowy, dwuzmianowy, inny. W liczbie dzieci uwzględniono dzieci niepełnosprawne. Ponadto rozbudowano klasyfikację personelu: poza lekarzami i pielęgniarkami, wskazywanymi jak do tej pory, wzięto pod uwagę również nauczycieli, opiekunki dziecięce. Dane publikowane są w postaci notatki informacyjnej⁵⁰ oraz uwzględniane w branżowym roczniku statystycznym⁵¹. Dodatkową informację wskazaną przez GUS na podstawie danych ZUS stanowił fakt, że na koniec 2013 roku zarejestrowane były 9 054 nianie zatrudnione na podstawie umowy uaktywniającej⁵².

Nieco odmienne dane zawarte są w sprawozdaniu przygotowywanym przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej⁵³ i przedstawianym przez Radę Ministrów Sej-

49 Podział ten obowiązywał w formularzu OD-1 za 2014 r., który był wypełniany w styczniu 2015 r.

50 GUS, Żłobki i kluby dziecięce w 2011 r. Materiał na konferencję prasową w dniu 30 maja 2014 r.

51 GUS, Pomoc społeczna i opieka nad dzieckiem i rodziną w 2013 roku, Warszawa 2014.

52 Pomoc społeczna i opieka nad dzieckiem i rodziną w 2013 roku, op. cit. s. 59.

53 Sprawozdanie Rady Ministrów z realizacji ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 w 2013 r. Druk Sejmowy nr 2849 z 22 października 2014 r.



mowi i Senatowi (zgodnie z art. 6 ustawy). Na mocy art. 64 i 64a ustawy gmina jest zobowiązana do sporządzania sprawozdań rzeczowo-finansowych z zakresu opieki nad dziećmi do lat 3, a ponadto do przekazywania danych z rejestru żłobków i klubów oraz wykazu dziennych opiekunów ministrowi właściwemu do spraw rodziny. Wydano również akt wykonawczy precyzujący metodykę gromadzenia danych⁵⁴.

Sprawozdanie obejmuje wyłącznie żłobki i kluby dziecięce, pomijając podmioty prowadzące działalność gospodarczą. Ponadto bierze pod uwagę zadania opiekunów dziennych, które są pominięte w statystyce GUS. Zawiera również więcej danych szczegółowych odnoszących się do dzieci objętych opieką oraz kosztów funkcjonowania tych jednostek.

I tak według MPiPS na koniec 2013 roku funkcjonowało 1 511 instytucji opieki, w tym 1 243 żłobki, 212 klubów dziecięcych i 56 dziennych opiekunów. Z kolei GUS podaje, że na koniec tego roku funkcjonowały 1 112 żłobki, 108 oddziałów żłobkowych i 238 klubów dziecięcych i 68 innych podmiotów, a więc podmiotów prowadzących działalność gospodarczą polegającą na sprawowaniu opieki nad dziećmi do lat 3 i niewpisaną do rejestru żłobków i klubów dziecięcych prowadzonego przez wójta, burmistrza lub prezydenta miasta, co wynika z okresu przejściowego dopuszczonego przez ustawę. Trudno wyjaśnić, skąd te różnice, a ustalenie właściwej liczby tych instytucji jest bardzo trudne⁵⁵. Według sprawozdania MPiPS niepubliczne żłobki stanowią blisko 64% ogółu tego typu placówek, a kluby dziecięce – 94%, tymczasem według GUS w grupie żłobków zaczęły przeważać placówki niepubliczne – 57%, w grupie klubów dziecięcych 97% zbadanych placówek należało do sektora niepublicznego. Różnice, i to dość istotne, występują w liczbie zatrudnionych. GUS informował o zatrudnieniu w placówkach 10,9 tys. osób, z czego połowę stanowiły opiekunki dziecięce. Według sprawozdania MPiPS w żłobkach otrzymujących dotację było zatrudnionych ok. 10,9 tys. osób, w tym ok. 5,9 tys. osób na stanowisku opiekuna (co stanowiło ok. 54% wszystkich zatrudnionych). Warto jednak zwrócić uwagę, iż dotyczy to wyłącznie żłobków dotowanych przez samorząd. I wreszcie, wskaźnik objęcia grupy wiekowej 0-3 lata opieką instytucjonalną jest różny. Według GUS to 4,8% (bez działalności gospodarczej), zaś według MPiPS – 5,7%.

54 Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 5 sierpnia 2011 r. w sprawie sprawozdań rzeczowo-finansowych z wykonywania zadań z zakresu opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 (Dz.U. z 2011 r., nr 173, poz. 1035).

55 Ten problem napotkano przy konstruowaniu próby do badania FIO. Ostatecznie instytucje opieki nad dziećmi do lat 3 zostały zidentyfikowane w oparciu o rejestr MPiPS. Ze względu na niemożność identyfikacji placówek publicznych i niepublicznych statystyki MPiPS uzupełniono o dane z Banku Danych Lokalnych GUS identyfikujące liczbę instytucji podlegających samorządowi oraz liczbę instytucji ogółem na terenie wskazanych powiatów.

4. Podwójny system zbierania danych o instytucjach pomocy społecznej, który utrudnia prawidłową ocenę stanu rzeczywistego z powodu występujących różnic między danymi publikowanymi przez MPiPS i GUS.

Dane w systemie pomocy społecznej zbierane są za pomocą formularza MPiPS-03 i MPiPS-05. Główny Urząd Statystyczny wykorzystuje dane zbierane w statystyce resortowej⁵⁶. Instytucjonalna pomoc społeczna badana jest też odrębnie przez GUS za pomocą formularza PS-03 „Sprawozdanie zakładu stacjonarnej pomocy społecznej”.

MPiPS-03 zawiera bardziej szczegółowe informacje odnoszące się do placówek w ramach systemu samorządowego, w tym dotyczące sposobu finansowania (form odpłatności i źródeł dochodu), przybycia i odejścia klientów, kategorii wiekowych, liczby mieszkańców nieopuszczających łóżek.

Formularz GUS wydaje się być materiałem szerszym i bardziej miarodajnym, obejmuje on bowiem wszelkie formy instytucjonalne, zaś ministerialny to, co wynika wprost z ustawy o pomocy społecznej. Formularz obejmuje dane podstawowe odnoszące się do rodzaju placówki oraz organu prowadzącego, przystosowania dla potrzeb osób niepełnosprawnych, liczby miejsc, liczby osób (w tym przebywających po raz pierwszy). W dziale dotyczącym mieszkańców istnieje podział na kategorie wiekowe, finansowanie, a także podział na grupy w przypadku grup niejednorodnych. Ponadto zlicza się osoby oczekujące na umieszczenie w zakładach, jak również osoby pracujące w placówkach według zawodów.

I tak według GUS w 2013 roku działało tylko 13 środowiskowych domów samopomocy z 332 miejscami i 272 mieszkańcami⁵⁷, natomiast według statystyki MPiPS-05 liczba środowiskowych domów samopomocy wynosiła 728 – z 25 184 miejscami i 25 393 mieszkańcami⁵⁸. Nie ma jasno wskazanych przyczyn tak znacznych różnic. Prawdopodobnie dane GUS obejmują tylko ŚDS oferujące miejsca całodobowe. Brak jednak wyraźnej informacji w opisie kategorii, która pozwalałaby na stuprocentową pewność w tym względzie.

Inne są także wynikowe kwoty budżetowe (różnica na poziomie kilkudziesięciu milionów złotych). Wynika to prawdopodobnie głównie z tego, że zgodnie z wyjaśnieniami do formularza MPiPS-03 w przypadku wydatków na usługi opiekuńcze mamy

⁵⁶ Ponadto należy pamiętać, że pomoc społeczna na poziomie gmin, powiatów i województw zbiera również dane w ramach oceny zasobów pomocy społecznej, które jednak nie są przetwarzane na poziomie kraju.

⁵⁷ Pomoc społeczna i opieka nad dzieckiem i rodziną w 2013 roku, op. cit., s. 191.

⁵⁸ MPiPS-05 za 2013 r.



do czynienia z kwotą „netto” pomniejszoną o obowiązkową odpłatność klienta, jeśli taka odpłatność jest określona w decyzji. Ponadto wartość usług jest liczona na podstawie decyzji i niekorygowana faktycznymi wydatkami na te usługi.

5. Dane o instytucjonalnej opiece długoterminowej w ochronie zdrowia zbierane są w ramach statystyki resortowej za pomocą formularza MZ-29A – „Sprawozdanie o działalności podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie długoterminowej opieki zdrowotnej”. Sprawozdanie, zgodnie z instrukcją, sporządzają:

- zakłady opiekuńczo-lecznicze o kodzie 5170⁵⁹ (ZPO), 5171 (ZPO dla dzieci),
- zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze o kodzie 5160,
- hospicja o kodzie 5180 (hospicja stacjonarne),
- inne zakłady stacjonarnej długoterminowej opieki zdrowotnej o kodach: 5260 (Zakład/Oddział dzienny pielęgnacyjno-opiekuńczy psychiatryczny), 5272 (Zakład/Oddział dzienny opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny) i 5360 (Zespół opieki domowej przy zakładzie/oddziale pielęgnacyjno-opiekuńczym lub opiekuńczo-leczniczym psychiatrycznym), zakłady opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne o kodzie 5172,
- zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze psychiatryczne o kodzie 5162 (Zakład/Oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy psychiatryczny).

Oddziały opieki paliatywnej zarejestrowane w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL) na koniec 2013 roku zgodnie z rozporządzeniem w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych zostały wyodrębnione ze struktur szpitali i zaklasyfikowane do opieki długoterminowej.

W ramach formularza zbierane są następujące dane:

- dane o personelu w podziale na poszczególne zawody medyczne, formę zatrudnienia (umowa o pracę, w tym w pełnym wymiarze czasu pracy, umowy cywilno-prawne),
- struktura wieku przebywających 31 grudnia 2014 roku (dla wszystkich oddziałów łącznie) w podziale na opiekę stacjonarną, dzienną i środowiskową,
- działalność w podziale na jednostki (według kodów) zgodnie z charakterem oddziałów – odrębnie stacjonarną, dzienną i środowiskową. W opiece stacjonarnej wyróżnia się: liczbę miejsc na koniec roku, liczbę pacjentów na koniec roku (z wyodrębnieniem kobiet), liczbę przybyłych, liczbę osób, które ubyły (z powodu wypisania, z powodu śmierci), liczbę pacjentów objętych opieką w ciągu roku

⁵⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz.U. 2012, poz. 594).

sprawozdawczego, oraz liczbę osobodni pobytu (z wyodrębnieniem kobiet). W opiece dziennej i domowej wykazuje się (ogółem/kobiety) liczbę pacjentów objętych opieką w ciągu roku sprawozdawczego, liczbę osobodni pobytu oraz liczbę pielęgniarek (ze specjalizacją i po kursie kwalifikacyjnym).

Dane przedstawiane są przez GUS w roczniku statystycznym odnoszącym się do ochrony zdrowia⁶⁰.

Należy jednak zwrócić uwagę na dość istotną różnicę metodologiczną. Ogólne dane statystyczne o łóżkach szpitalnych w opiece stacjonarnej przekazywane do EUROSTAT przygotowywane są zgodnie z metodologią europejską. Wyróżnia się tu łączną liczbę łóżek szpitalnych (HP.1) oraz łóżek opieki długoterminowej (HP.2) na terenie całej Polski (bez podmiotów leczniczych utworzonych przez Ministra Sprawiedliwości).

Do łóżek opieki długoterminowej (HP.2) zaliczane są łóżka w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych typu ogólnego i psychiatrycznego, jak również hospicja, oddziały dla osób przewlekle somatycznie chorych, przewlekle psychicznie chorych, niepełnosprawnych fizycznie, niepełnosprawnych intelektualnie, w tym dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie.

Odrębną kwestię stanowi opieka długoterminowa realizowana w ramach opieki ambulatoryjnej. Dane zbierane są za pomocą formularza MZ-11 „Sprawozdanie o działalności i pracujących w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej”.

W części IV formularza „Działalność różnych form opieki pozaszpitalnej” pojawia się długoterminowa opieka domowa obejmująca kody 2140-2143 (2140 Zespół długoterminowej opieki domowej, 2142 Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa, zaś 2143 to zapewne opieka nad dziećmi zgodnie z przesłaniem zawartym w rozporządzeniu). Formularz wskazuje na liczbę objętych opieką osób oraz osobodni.

Oczywiście funkcjonują odrębnie:

- hospicja domowe o kodach 2180 i 2181,
- dzienny ośrodek opieki paliatywnej lub hospicyjnej o kodach 2182, 2183,
- dzienny ośrodek opieki geriatrycznej o kodach 2200, 2201,
- geriatryczny zespół opieki domowej o kodach 2202, 2203.

⁶⁰ GUS, Zdrowie i ochrona zdrowia w 2013 r. Warszawa 2015.



Niestety prezentowane przez GUS i Ministerstwo Zdrowia dane statystyczne nie wyodrębniają żadnej z tych kategorii. Liczbę osób objętych opieką długoterminową można tylko szacować z pewnym przybliżeniem.

6. Trudności w określeniu skali wydatków publicznych na opiekę.

Dostępne dość szczegółowe dane odnoszące się do finansowania publicznego wskazują kwoty różniące się w zależności od źródła. Kwoty sprawozdawane przez rząd i GUS (oparte na danych Ministerstwa Finansów ze sprawozdań budżetowych jednostek samorządu terytorialnego) są zbliżone. Nie zawsze można jednak wprost powiedzieć, czy uwzględniane są w nich fundusze europejskie. Nie zawsze wartości te są zbliżone do wartości sprawozdawanych do baz międzynarodowych.

7. Brak dokładnych danych o skali odpłatności za usługi opieki.

Zgodnie z art. 23 ustawy o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 rodzice są zobowiązani do ponoszenia opłat za pobyt oraz wyżywienie dzieci w żłobku lub klubie dziecięcym. Sprawa opłat, ich ekwiwalentności za wykonaną usługę była przedmiotem wielu orzeczeń sądów administracyjnych, jednak samorządy nadal kształtują opłaty w bardzo różny sposób. Orzecznictwo sądów administracyjnych dość często odwołuje się do kwestii ekwiwalentności usługi. Jeden z wyroków wprost stwierdza, iż „partycypacja rodziców (opiekunów prawnych) w kosztach pobytu dziecka w żłobku winna odpowiadać rozmiarom i zakresowi świadczenia, z którego dziecko korzystało w danym okresie, co obliguje organy uchwałodawcze gmin do takiego ukształtowania opłat, aby uwzględniały one przede wszystkim czas pobytu dziecka w placówce”. Według sprawozdania rządowego w 2013 roku przeciętny miesięczny koszt związany z pobytym dzieckiem (na który składają się koszty bezpośrednie m.in. wynagrodzenia osób sprawujących opiekę nad dziećmi oraz koszty pośrednie m.in. koszty administracyjne) i wyżywieniem w przeliczeniu na 1 miejsce w skali 2013 roku wynosił 958 zł w żłobku, w tym wydatek 660 zł ponosiły gminy, a 297 zł – rodzice. W klubie dziecięcym koszty te wynosiły odpowiednio 513 zł, 239 zł i 274 zł. Według raportu NIK udział wpłat rodziców kształtował się w granicach od 11% w Biłgoraju do 43% w Piotrkowie Trybunalskim. Dane te wskazują, że – mimo wzrostu wysokości miesięcznej opłaty wnoszonej przez rodziców w odniesieniu do żłobków prowadzonych przez zdecydowaną większość skontrolowanych jednostek samorządu terytorialnego – regułą pozostaje dotowanie ze środków publicznych kosztów ponoszonych na utrzymanie miejsc w tych placówkach w granicach od 57% do 89%⁶¹.

⁶¹ IK, Informacja o wynikach kontroli „System opieki nad dziećmi do lat trzech”, Warszawa wrzesień 2013, s. 9.

Brak jest danych o współfinansowaniu opieki przedszkolnej przez rodziców po wprowadzonych zmianach (znane badania współpłatności rodziców dotyczą okresu przed wejściem w życie ustawy z dnia 13 czerwca 2013 r. o zmianie ustawy o systemie oświaty oraz niektórych innych ustaw⁶²).

Trudność stanowi też określenie dochodów gmin z tytułu odpłatności za usługi opiekuńcze. Sprawozdania ośrodków pomocy społecznej w znaczącej większości koncentrują się wyłącznie na części kosztowej i jedynie w nielicznych przypadkach pojawiają się informacje o części dochodowej. Kwestia współpłatności za usługi opiekuńcze uregulowana została przez art. 50 ust. 6 ustawy o pomocy społecznej. Określono w nim, iż „Rada gminy określa, w drodze uchwały, szczegółowe warunki przyznawania i odpłatności za usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze, z wyłączeniem specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi, oraz szczegółowe warunki częściowego lub całkowitego zwolnienia od opłat, jak również tryb ich pobierania”. Pojawia się dość istotny problem z interpretacją, czy wysokość stawki określa uchwała, czy też może to być domena organów wykonawczych. Orzeczenie Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Olszynie z dnia 5 marca 2015 r. (II SA/OI 42/15)⁶³ wyraźnie wskazuje, iż jest to domena rady, a nie organu wykonawczego, co nie przeszkadza iż wielu samorządach określają to organy wykonawcze⁶⁴. Odpłatność we wszystkich gminach opiera się na podobnej zasadzie, określając dolną granicę dochodów, przy których usługi dostarczane są nieodpłatnie, oraz górną granicę, przy której funkcjonuje pełna odpłatność. Przedziały wzorowane są często na tabeli odpłatności określonej w rozporządzeniu MPIPS z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych. Stawki odpłatności kreowane są w różny sposób. Czasem pojawia się obliczanie parametryczne do najniższej emerytury. Generalnie trudno czasem wyjaśnić, skąd ta wysokość, choć warto zwrócić uwagę, że o ile linia odpłatność/nieodpłatność jest dość szeroka, o tyle stawki nie odbiegają od siebie zbyt radykalnie. Warto również zauważyć, że nie ma tu żadnej dużej różnicy pomiędzy wielkością gmin, choć gminy większe bywają mniej szczodre z uwagi na liczbę klientów oraz rynek usług, który stosuje dumpingowe ceny.

Odrębnym przypadkiem są specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi (finansowane jako zadanie zlecone ze środków budżetu państwa) realizowane zgodnie ze standardami określonymi w rozporządzeniu⁶⁵.

62 Paweł Swianiewicz Joanna Krukowska Marta Lackowska-Madurowicz Julita Łukomska, *Polityka samorządów gminnych w zakresie edukacji przedszkolnej*, Warszawa 2012.

63 <http://orzeczenia.nsa.gov.pl/doc/1656B1059C>

64 Nie stanowiłoby to oczywiście problemu w zakresie samego finansowania, gdyby nie fakt, iż można podejrzewać, że odpłatność opiera się na wynikach przetargów na podmioty, które kontraktują realizację usług, co w istotny sposób wpływa na wysokość kwot odpłatności.

65 Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych.



Stawki są określane podobnie jak w przypadku zadań własnych, co oznacza, że osoby poniżej kryterium dochodowego pomocy społecznej otrzymują je nieodpłatnie, później następuje częściowa odpłatność, zgodnie z tabelą określoną w rozporządzeniu, aż do pełnej odpłatności dla osób, których dochód przekroczył 330% kryterium dochodowego z pomocy społecznej. Zgodnie z rozporządzeniem cenę 1 godziny specjalistycznych usług dla osób z zaburzeniami psychicznymi ustala ośrodek pomocy społecznej na podstawie analizy kosztów realizacji tego zadania lub wynika ona z umowy zawartej przez ośrodek pomocy społecznej z podmiotem przyjmującym zlecenie realizacji zadania. Według informacji zebranych w różnych ośrodkach pomocy społecznej ceny takich usług są w całej Polsce zbliżone i oscylują wokół 25-30 zł za godzinę.

Większość osób przebywających w stacjonarnych zakładach pomocy społecznej (82,1%) uczestniczyła przynajmniej w części w finansowaniu swego pobytu, pokrywając koszty z dochodów własnych, np. własnej emerytury, renty, zasiłku stałego, z czego zaledwie 5,8% z nich pokrywało koszty w pełnej wysokości. Dla 7,1% mieszkańców pobyt opłacany był w całości przez gminę lub budżet państwa, dla 1,2% przez rodzinę, a 2,5% przebywających w omawianych zakładach zwolniono z odpłatności. Pobyt pozostałych osób (7,1%) finansowany był z innych źródeł. Nie ma jednak informacji o faktycznej wysokości ponoszonej odpłatności.

Problemem stanowi również to, że w tych obszarach, w których samorząd może kształtować zasady i wysokość odpłatności, nie są gromadzone dane na ten temat na poziomie krajowym i konieczne jest przeglądanie indywidualnych uchwał.

8. Brak danych o sektorze niepublicznym.

Generalnie rzecz biorąc, bardzo niewiele jest dostępnych danych odnoszących się do rynku prywatnych usług w zakresie opieki, oferty takich instytucji, cen.

9. Trudności w monitorowaniu i ewaluacji zlecenia usług sektorowi niepublicznemu.

Jak wskazywano w rozdziale o wydatkach publicznych, istnieje wiele możliwości zlecenia usług w zakresie opieki sektorowi niepublicznemu lub dotowania instytucji niepublicznych. Obszar ten jest jednak w bardzo niewielkim stopniu monitorowany. Nieraz w trakcie realizacji projektu pojawiały się trudności w określeniu skali tego typu działań w badanych powiatach.

10. Problem braku kompleksowej diagnozy potrzeb na poziomie centralnym i lokalnym.

Przy planowaniu wydatków na opiekę w żłobkach i przedszkolach, poza prognozami demograficznymi, uwzględnia się także bieżący popyt na usługi (statystyki dzieci aktualnie uczęszczających do placówek), planowane inwestycje (np. modernizację budynków), wielkość środków będących w dyspozycji samorządu oraz ramy prawne działalności placówek (np. zmiany w ustawach)⁶⁶. W opinii organizatorów opieki dane te są wystarczające do alokacji zasobów. Niejako niezależnie, choć nie bez znaczenia dla końcowych ustaleń, prowadzona jest ocena oczekiwań ludności. Diagnoza taka dokonuje się nieformalnie, w drodze kontaktu mieszkańców z przedstawicielami samorządu i instytucji opieki, a także na podstawie luźnej obserwacji prowadzonej przez pracowników żłobków i przedszkoli. Preferencje w zakresie lokalizacji placówek czy godzin świadczenia opieki są, w miarę możliwości, uwzględniane przez decydentów.

Projektowanie budżetu pomocy społecznej, poza prognozą demograficzną, poprzedza także analiza wydatków zeszłorocznych, weryfikacja przepisów (pod kątem ewentualnych zmian nakładających na samorząd nowe obowiązki), ocena możliwości pozyskania środków z dodatkowych źródeł (np. z ogólnopolskich programów ministerialnych) oraz szacowanie aktualnego popytu na usługi⁶⁷. Diagnoza bieżących potrzeb ma charakter nieformalny – przeprowadza się ją na podstawie informacji uzyskanych od pracowników socjalnych oraz podopiecznych Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie. Prognozowanie popytu odbywa się w sposób bardziej złożony, niż ma to miejsce w przypadku opieki nad dziećmi. W tym celu, oprócz danych demograficznych, wykorzystywane są inne dane urzędu statystycznego oraz informacje z Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie. Mimo znacznej dywersyfikacji źródeł dane znajdujące się w dyspozycji samorządu nie są wystarczające – rzetelna ocena problemów i potrzeb mieszkańców wymagałaby uwzględnienia informacji o rozmiarach i strukturze podaży opieki sprawowanej nieformalnie, w środowisku osób potrzebujących. Prognozy popytowe prowadzone przez MPiPS w stosunku do domów pomocy społecznej bazują na liczbie miejsc w DPS oraz liczbie skierowań i deficytów w tym zakresie (sprawozdanie MPiPS-05). Są one, podobnie jak w przypadku żłobków, prowadzone w relacji rok do roku. Nie prowadzi się szerszych badań oraz długofalowych prognoz.

W obszarze polityki społecznej istotną rolę w procesie monitorowania potrzeb przypisuje się lokalnym jednostkom organizacyjnym odpowiedzialnym za tworzenie regionalnych strategii rozwiązywania problemów społecznych. Wyniki badań

⁶⁶ Źródło: badania AP-ST2, AP-ST3.

⁶⁷ Źródło: badania AP-ST2, AP-ST3.



prorowadzonych na terenie powiatów pokazują jednak, że samorzady rzadko tworzą odrębne systemy monitorowania poświęcone danemu obszarowi opieki. Nie jest zbyt częstą praktyką opracowywanie kompleksowych wskaźników popytu na usługi czy opracowań na temat deficytów na rynku usług społecznych. Jednostki organizacyjne, tj. OPS i PCPR, nie dysponują też informacjami na temat populacji osób zależnych w regionie ich działalności. Nie oznacza to jednak, że samorzady w ogóle nie podejmują wysiłku planowania i prognozowania zapotrzebowania na usługi. Towarzyszą temu jednak zgoła inne przesłanki. Po pierwsze, z formalnego punktu widzenia samorzady są zobligowane do prowadzenia sprawozdawczości. Po drugie, każda racjonalna polityka gospodarowania zasobami wymaga planowania potrzebnych zasobów zgodnie z logiką kalendarza budżetowego. W praktyce w obszarze polityki społecznej jednostki organizacyjne opracowują co roku tzw. Ocenę Zasobów Pomocy Społecznej (OZPS). Dokument jest następnie przedstawiany Ministerstwu Pracy i Polityki Społecznej. W sprawozdaniach tych pojawiają się informacje odnośnie liczby osób już korzystających z usług, nie ma w nich natomiast gromadzonych informacji o potrzebach tych osób ani o skali ich niezaspokojenia (a także o potrzebach osób, które z różnych powodów z usług pomocowych nie korzystają, a potrzebują wsparcia).

Przygotowując OZPS, jednostki pomocy społecznej bazują jedynie na danych liczbowych (z pominięciem jakościowego aspektu dostarczanych usług), opierając się na informacji o liczbie osób już korzystających z usług, liczbie osób zgłaszających się do jednostek organizacyjnych (OPS lub PCPR) oraz liczbie osób oczekujących na tę pomoc. Na podstawie informacji o „kolejkowiczach” buduje się prognozę zapotrzebowania na konkretną usługę, nie ma jednak wystandardyzowanej metodologii do jej przygotowywania. Drugim problemem są liczne nieścisłości w gromadzonych danych, wynikające bądź ze zwykłych omyłek, bądź z pozyskiwania niedokładnych informacji.

W toku prowadzonych wywiadów zaobserwowano także inne formy zbierania danych, takie jak sprawozdania pracowników socjalnych o potrzebach klientów lub przeprowadzane wśród mieszkańców badania na temat zapotrzebowania na konkretne usługi. Nie są to jednak działania systematyczne, których celem byłoby długofalowe planowanie systemu usług.

Jak zostało wspomniane w rozdziale dotyczącym zarządzania opieką, samorzady działają najczęściej w perspektywie krótkoterminowej i rzadko podejmują się planowania strategicznego.

CZĘŚĆ II WYZWANIA I REKOMENDACJE

Diagnoza zapotrzebowania na usługi instytucji wynika przede wszystkim z planowania podziału środków w obrębie przydzielonego budżetu. Jest to uzasadnione przesłankami ekonomicznymi ze względu na to, że opracowanie budżetu i podział środków to często jedyny moment, w którym próbuje się przewidzieć, jakiego rodzaju zapotrzebowania na poszczególne usługi można się spodziewać w kolejnym roku budżetowym, lecz i ta przesłanka często bywa zbyt pobieżnie traktowana, czego konsekwencją jest opieranie się w planach budżetowych jedynie na wyliczeniach wspomnianych już OZPS.

Ze statystyk publicznych i zestawień ogólnopolskich samorządy i instytucje korzystają rzadko.

Potwierdzają to wyniki ogólnopolskiego badania CAWI z przedstawicielami IPiIS. IPiIS pozyskują w swojej bieżącej działalności dane głównie z wewnętrznych zestawień. Relatywnie często korzystają również z danych zastanych agregowanych przez inne instytucje.

Uwagę zwracają zastrzeżenia dotyczące danych dostępnych w GUS, w szczególności w zakresie ich aktualności, i NFZ w zakresie ich dostępności.

Z tego samego badania wynika jednocześnie, że przedstawiciele IPiIS odczuwają braki danych, zwłaszcza na polach, które są najbardziej znaczące w codziennej pracy. Luki informacyjne dotyczą informacji o możliwych źródłach finansowania działań związanych z opieką, placówkach świadczących opiekę i formach opieki środowiskowej oraz liczbie dostępnych miejsc w placówkach i możliwościach opiekunów środowiskowych.



9. OCENA ROZWIĄZAŃ PRAWNYCH

Obszar opieki nie jest w Polsce regulowany przez wyraźnie wyodrębniony w systemie prawa akt, jak na przykład prawo cywilne, karne czy prawo pracy. Zagadnienia poświęcone opiece w polskim prawodawstwie nie zostały uregulowane w jednym akcie prawnym, na przykład o randze kodeksowej⁶⁸, lecz są zawarte w różnych ustawach i rozporządzeniach wywodzących się z paru systemów prawnych (system opieki zdrowotnej, ubezpieczeń społecznych i pomocy społecznej – tworzące system zabezpieczenia społecznego – oraz system opieki zdrowotnej, a także poniekąd prawo pracy).

Do najważniejszych z nich należy zaliczyć następujące akty prawne:

- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. z 1997 r., nr 78, poz. 483);
- Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz.U. z 1964 r., nr 9, poz. 59., z późn. zm.);
- Ustawa z dnia 17 maja 1990 r. o podziale zadań i kompetencji określonych w ustawach szczególnych pomiędzy organy gminy a organy administracji rządowej oraz o zmianie niektórych ustaw (Dz.U.1990.34.198 z późn. zm.);
- Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (tekst jednolity Dz.U.2004.256.2572 z późn. zm.);
- Ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tekst jednolity Dz.U.2014.159);
- Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. z 2014 r., poz. 1118, 1138 i 1146);
- Ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (tekst jednolity Dz.U.2015.114);
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tekst jednolity Dz.U.2015.163);
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz.U.2015.581);
- Ustawa z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (tekst jednolity Dz.U.2013.1457);

⁶⁸ Istnieje wprawdzie ustawa z dnia 25 lutego 1964 roku Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz. U. Nr 9 poz. 59, z późn. zm.), jednak pojęcie opieki jest w tym akcie odnoszone do stosunku prawnej reprezentacji, jaką opiekun pełni wobec małoletniego lub ubezwłasnowolnionego całkowicie. Jest to więc inny sposób użycia terminu opieka w prawie polskim, co wskazuje dodatkowo na wieloznaczność tego pojęcia.

CZĘŚĆ II WYZWANIA I REKOMENDACJE

- Ustawa z dnia z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz.U. z 2015 r., poz. 618, 788, 905);
- Ustawa z dnia 4 kwietnia 2014 r. o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów (Dz.U.2014.567);
- Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 roku w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz.U.2005.189.1598);
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 31 sierpnia 2010 r. w sprawie rodzajów innych form wychowania przedszkolnego, warunków tworzenia i organizowania tych form oraz sposobu ich działania (Dz.U.2010.161.1080);
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy (Dz.U.2010.238.1586);
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 marca 2011 r. w sprawie zakresu programów szkoleń dla opiekuna w żłobku lub klubie dziecięcym, wolontariusza oraz dziennego opiekuna (Dz.U.2011.69.368);
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 5 sierpnia 2011 r. w sprawie sprawozdań rzeczowo-finansowych z wykonywania zadań z zakresu opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 (Dz.U.2011.173.1035);
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 marca 2012 r. w sprawie mieszkań chronionych (Dz.U. z 2012 r. poz. 305);
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie szczegółowych warunków realizacji rządowego programu wspierania niektórych osób pobierających świadczenie pielęgnacyjne (tekst jednolity Dz.U.2013.871);
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 31 maja 2012 r. w sprawie rodzinnych domów pomocy (Dz.U. z 2012 r., poz. 719);
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz.U. z 2012 r., poz. 731);
- Rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz.U. z 2012 r., poz. 964);
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U. z 2013 r., poz. 1347);
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. z 2013 r., poz. 1480);
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 10 lipca 2014 r. w sprawie wymagań lokalowych i sanitarnych, jakie musi spełniać lokal, w którym ma być prowadzony żłobek lub klub dziecięcy (Dz.U.2014.925).



Niniejszy rozdział zawiera opracowanie wyników zebranych podczas realizacji zogniskowanych wywiadów grupowych (FGI) oraz indywidualnych wywiadów pogłębionych z praktykami z instytucji opieki oraz przedstawicielami gospodarstw domowych, w których istnieje potrzeba opieki nad osobą niesamodzielną (dzieckiem, osobą starszą, chorą lub niepełnosprawną). Badanie przeprowadzono jako element analizy i oceny rozwiązań prawnych w dziedzinie funkcjonowania instytucji opieki w Polsce. Analiza i ocena rozwiązań prawnych regulujących działanie instytucji opiekuńczych w Polsce ma umożliwić rozpoznanie wad i zalet istniejących rozwiązań legislacyjnych, problemów związanych ze stosowaniem obowiązującego prawa oraz jego nieścisłości.

Badanie zrealizowano w dniach 24 czerwca – 15 lipca 2015 roku w trzech wojewódzkich miastach w Polsce – Gdańsku, Poznaniu i Warszawie. W poszczególnych FGI⁶⁹ uczestniczyło średnio po 8 osób.

Każde FGI trwało minimum 2 godziny, a jego przebieg rejestrowany był za pomocą kamery i dyktafonu, na podstawie których to zapisów sporządzone zostały dosłowne transkrypcje z przebiegu dyskusji. Ze względu na awarię techniczną w sali fokusowej, z powodu której dwa FGI w Poznaniu zostały nagrane bez dźwięku, obie grupy fokusowe zrealizowano ponownie. Poza tą sytuacją podczas realizacji badania nie występowały problemy. Szczegółową charakterystykę respondentów uczestniczących w poszczególnych wywiadach grupowych ilustruje poniższa tabela.

⁶⁹ W komponentie analizy i oceny rozwiązań prawnych planowano przeprowadzenie jedynie wywiadów FGI. Jednakże w trakcie przeprowadzania badania, ze względu na możliwości realizacyjne i dostępność respondentów oraz chęć uzupełnienia luk informacyjnych pozostałych po realizacji pozostałych grup fokusowych, w porozumieniu z Zamawiającym, podjęto decyzję o zamianie jednego FGI na 2 IDI i 1 diadę.

TABELA 23

Szczegółowa charakterystyka respondentów na poszczególnych FGI

NUMER FGI/IDI	CHARAKTERYSTYKA RESPONDENTÓW
1	Kobiety opiekujące się swoimi niesamodzielnymi, niepełnosprawnymi intelektualnie dziećmi. Ich podopieczni w większości przypadków obecnie mają powyżej 18 lat. Korzystają lub korzystali z usług takich instytucji opiekuńczych, jak: środowiskowy dom samopomocy (ŚDS), warsztaty terapii zajęciowej (WTZ), ośrodek adaptacyjny.
2	Kobiety i mężczyźni opiekujący się swoimi niesamodzielnymi, niepełnosprawnymi lub chorymi przewlekłe członkami rodzin (dzieci, rodzice, małżonkowie). Korzystają lub korzystali z usług instytucji opiekuńczych, takich jak: pielęgniarska opieka środowiskowa, koło pomocy dzieciom, stowarzyszenie kawalerów maltańskich.
3	Kobiety i mężczyźni opiekujący się swoimi rodzicami lub teściami, którzy ze względu na wiek i stan zdrowia potrzebują opieki. Respondenci korzystają lub korzystali z usług instytucji opiekuńczych, takich jak: zakład opiekuńczo-leczniczy (ZOL), pielęgniarska opieka środowiskowa, hospicjum, opieka pielęgniarska prywatna, klub seniora.
4	Kobiety i mężczyźni (z przewagą kobiet), pracownicy publicznych i niepublicznych instytucji opieki działających w systemie pomocy społecznej, takich jak: środowiskowy dom samopomocy, dom pomocy społecznej (DPS), dzienny dom pomocy (DDP) oraz asystent osoby niepełnosprawnej.
5	Kobiety i mężczyźni (z przewagą kobiet), pracownicy publicznych i niepublicznych instytucji opiekuńczych działających w systemie opieki zdrowotnej, takich jak: zakład opiekuńczo-leczniczy, hospicjum, stowarzyszenie działające na rzecz opieki paliatywnej.
6	Kobiety, pracowniczki publicznych i niepublicznych instytucji opieki nad dziećmi do lat 3 oraz w wieku przedszkolnym, takich jak: żłobek, przedszkole, klub malucha oraz niania.
7	Kobiety posiadające dzieci do lat 5, które uczęszczają do instytucji opiekuńczych, takich jak: żłobek, klub malucha, przedszkole.
8	Kobiety, pracowniczki publicznych i niepublicznych instytucji opiekuńczych działających w systemie opieki zdrowotnej, takich jak: hospicjum, pielęgniarska opieka środowiskowa, pielęgniarska opieka długoterminowa. Jedna z respondentek jest pracownikiem socjalnym zatrudnionym w szpitalu, kieruje pacjentów wymagających długoterminowej opieki po zakończeniu leczenia szpitalnego do instytucji opiekuńczych.
9	Kobiety posiadające dzieci do lat 5, które uczęszczają do instytucji opiekuńczych, takich jak: żłobek, klub malucha, przedszkole, oraz będące pod opieką niani.
10	Kobiety, pracowniczki publicznych i niepublicznych instytucji opieki nad dziećmi do lat 3 oraz w wieku przedszkolnym, takich jak: żłobek i przedszkole oraz nianie
11	Kobiety, specjalistki pracy socjalnej z dzielnicowych ośrodków pomocy społecznej oraz pracowniczki dwóch powiatowych centrów pomocy rodzinie.
12	IDI nr 1 – koordynatorka pracy dziennych opiekunów; IDI nr 2 – urzędniczka odpowiedzialna za obszar wsparcia rodziców do lat 3 w urzędzie miasta; Diada – dzienne opiekunki

Źródło: Opracowanie własne



Analizując wyniki FGI, należy pamiętać o ograniczeniach materiału badawczego wynikających ze sposobu rekrutacji respondentów. Przede wszystkim dotyczy to fokusów z przedstawicielami gospodarstw domowych, w których istnieje potrzeba opieki nad osobami chorymi, niepełnosprawnymi i starszymi. Zgodnie z założeniami do udziału w fokusach zapraszano osoby, które obecnie korzystają z usług jakichś instytucji opiekuńczych, co determinowało zdobywanie kontaktu do nich właśnie poprzez takie instytucje. Wiele placówek (szczególnie prywatnych) nie chciało udostępniać żadnych informacji o swoich klientach ani współuczestniczyć w procesie rekrutacji. Skoncentrowanie rekrutacji przedstawicieli gospodarstw na kontaktach zdobywanych poprzez instytucje publiczne, jak również wykorzystanie w tym celu pomocy MOPR spowodowało, że wśród tych respondentów przeważały osoby o niewysokim statusie materialnym, niekorzystające raczej z prywatnych form opieki.

Ponadto istnieje niewiele różnych typów placówek zapewniających opiekę osobom niepełnosprawnym ruchowo i chorym somatycznie (zgodnie z przyjętą definicją instytucji opiekuńczych), co więcej są to przede wszystkim DPS, do których najczęściej trafiają ludzie albo nieposiadający już rodziny, albo którymi rodziny interesują się w niewielkim stopniu, w związku z czym zaproszenie ich na FGI jest niemożliwe lub utrudnione. W efekcie w przypadku tej grupy respondentów przeważały osoby korzystające ze środowiskowych instytucji opieki, a poza tym samodzielnie zajmujące się swoimi podopiecznymi. W konsekwencji w przypadku tej grupy podopiecznych materiał badawczy w mniejszym stopniu przynosi wiedzę na temat oceny regulacji prawnych przez osoby posiadające środki finansowe umożliwiające korzystanie z prywatnych form opieki oraz sposobu funkcjonowania takich instytucji.

OPIEKA NAD DZIEĆMI

Dostęp rodzin z dziećmi do wsparcia instytucjonalnego

Przedstawiciele gospodarstw domowych

W wywiadach grupowych na temat opieki nad dziećmi uczestniczyły same kobiety – matki, których dzieci korzystają z usług instytucji opiekuńczych, takich jak:

- żłobki publiczne i niepubliczne,
- kluby malucha,
- przedszkola publiczne i niepubliczne,
- nianie.

Respondentki znają kryteria dostępu dzieci do poszczególnych placówek opiekuńczych i wiedzą, jakie dokumenty musiały w tym celu złożyć – najczęściej ich wiedza szczegółowa ogranicza się do tych instytucji, z których korzystają obecnie lub korzystały w przeszłości (z tego względu najwięcej wiedziały matki posiadające dzieci w przedszkolu albo również i w szkole, ponieważ miały styczność z różnymi instytucjami opiekuńczymi). Ponadto pewien poziom wiedzy ogólnej cechował wszystkie badane, aczkolwiek nie zawsze wiedza na temat instytucji, z których nie korzystały, była pełna i zgodna z faktycznie obowiązującymi zasadami.

Szczegółowe informacje na temat kryteriów przyjęcia do instytucji opiekuńczych dla dzieci respondentki najczęściej czerpią:

- ze stron poszczególnych placówek opiekuńczych (Internet),
- bezpośrednio z placówek opiekuńczych,
- od innym rodziców,
- od pracowników socjalnych (w przypadku rodzin korzystających z systemu pomocy społecznej).

W większości przypadków badane nie łączą warunków dostępu do instytucji opieki z treścią żadnych konkretnych ustaw i przepisów. W sytuacji, w której wszystkie – z ich punktu widzenia – praktyczne i potrzebne informacje mogą otrzymać bezpośrednio w instytucjach opieki, zagłębienie do ustaw czy przepisów jest w ich ocenie niepotrzebne.

Oceniając kryteria dostępu do poszczególnych instytucji opiekuńczych, ankietowane raczej nie mają zastrzeżeń co do warunków definiujących, jakie dzieci mają prawo do korzystania z danej formy opieki (obiekcji nie budzą na przykład rozgraniczenia wiekowe między żłobkami a przedszkolami). Wątpliwości dotyczą przede wszystkim kryteriów wskazujących, które dzieci (a właściwie z rodzin o jakich cechach) mają pierwszeństwo przyjęcia w sytuacji ograniczonej liczby miejsc, oraz sposobu organizowania rekrutacji do instytucji opiekuńczych. Jak wynika z wypowiedzi respondentek, znajomość tychże kryteriów jest przede wszystkim istotna podczas ubiegania się o miejsce w placówkach publicznych (żłobek, przedszkole). W przypadku instytucji niepublicznych (żłobki, przedszkola, kluby malucha) właściwie jedynym czynnikiem decydującym o przyjęciu okazuje się gotowość do zapłacenia czesnego w wymaganej wysokości oraz spełnienie warunków dotyczących wieku dziecka (a w sytuacji korzystania z usług niani i ten warunek przestaje być istotny).



B: A czy to są kryteria, które są zarówno w przypadku prywatnych, jak i publicznych żłobków?

O: W prywatnych nie ma żadnych kryteriów.

O: Nie ma.

O: W prywatnym kryterium jest to, czy nas stać, czy nie. Czy jesteśmy w stanie wybulić z 1500 zł na to, żeby nasze dziecko tam poszło. (FGIprawne_W_GD_7_20150624)

Większość badanych chciała korzystać z usług publicznych instytucji opieki, a na usługi prywatne decydowała się w momencie, kiedy nie otrzymywała miejsca w wybranej instytucji. Chociaż respondentki w początkowym odruchu narzekały na to, jakie kryteria decydują o przyjęciu do publicznych placówek opieki w pierwszej kolejności (m.in.: wielodzietność, samotne rodzicielstwo, niepełnosprawność), to zapytane wprost o to, jakie osoby miałyby mieć pierwszeństwo w dostępie do publicznych usług opiekuńczych, ostatecznie wskazywały te same grupy, które obecnie są traktowane preferencyjnie. Z tym zastrzeżeniem, aby takie rodziny faktycznie znajdowały się w danej sytuacji, a nie oszukiwały w celu otrzymania miejsca w publicznej placówce (jako przykład najczęściej podawano samotne matki, które wcale nie są samotne, lub umyślnie rozwodzących się rodziców). Rozmówczynie mają podzielone zdania na temat osób bezrobotnych i korzystających ze świadczeń pomocy społecznej. Zdaniem większości państwo, zapewniając miejsca w publicznych instytucjach opieki, przede wszystkim powinno wspierać rodziców, którzy pracują, po to, aby mogli oni tę pracę utrzymać. Osoby bezrobotne mogą być w tym wymiarze dodatkowo wspierane jedynie na czas poszukiwania pracy. Nie ma natomiast właściwie żadnego przyzwolenia wśród badanych na to, aby rodzic korzystał z publicznych usług opiekuńczych i nie pracował (w sytuacji, gdy dostęp do tych usług jest ograniczony). Jeżeli tak chce, to automatycznie oznacza, że go na to stać, a w związku z tym stać go na miejsce w prywatnej placówce opiekuńczej.

B: (...) Oboje rodzice pracujący, czy to powinien być taki warunek konieczny, czy niekonieczny?

O3: W państwowym przedszkolu uważam, że tak.

B: Okres pobytu, czyli panie mówiły, że im dziecko jest dłużej, tym ma większe szanse. Czy pań zdaniem tak powinno być, czy nie?

O1: Nie.

O3: Pamiętajmy o tym, że od godziny 8.00 do godziny 14.00 państwowe przedszkole jest za darmo. To jest naprawdę, później się płaci. Jeżeli ja w tym momencie nie pracuję, ale jak moje

dziecko szło do przedszkola, to ja pracowałam i jak jechałam na godzinę 7.00 i wracałam przed 17.00, to ja go zaprowadzałam i prosto z pracy jechałam do przedszkola, żeby go odbierać. A są mamy, które siedzą w domu i zarabiają, nawet niech nie zarabiają tych dużych pieniędzy, niech przeciętnie zarabiają. Idą, zaprowadzają na 5 godzin, a ktoś, kto potrzebuje, ja nie jestem samotną matką i mam tutaj rodzinę w Gdańsku, ale są kobiety, które są skrajnie samotne i biedne. Zaprowadzają dzieci na 5 godzin, bo na więcej ich nie stać, albo nie dostają się w ogóle. Taka mama blokuje miejsce.

O8: Ja mam koleżankę, która nie pracuje i małego prowadzi o 5.55 do 17.00. Dziecko jest cały dzień w przedszkolu.

O5: Nie wiem, jak to nazwać nawet. (FG|prawne_G_GD_9_20150630)

Podzielone opinie rozmówczynie mają również na temat tego, czy możliwość przyjęcia do danej placówki publicznej powinny mieć tylko osoby zamieszkałe na terenie tej samej gminy, w której również znajduje się instytucja opiekuńcza. Zdaniem niektórych respondentek kryteria dostępu powinny być bardziej elastyczne w tym względzie, aby rodzice mieszkający na terenie innej gminy niż ta, w której pracują, mieli szansę umieścić dziecko w placówce w pobliżu swojego miejsca pracy. Większość badanych jest natomiast zgodna, że pierwszeństwo w otrzymaniu miejsca w instytucji opiekuńczej powinni mieć rodzice, których jedno dziecko już uczęszcza do danej placówki (aby ograniczyć konieczność dojazdów).

Obowiązujący przy zapisach do publicznych żłobków i przedszkoli system teleinformatyczny (wykorzystywany w obu miastach, w których odbyły się wywiady fokusowe) ogólnie oceniany jest jako dobre rozwiązanie, chociaż pojedynczy respondenci zwracają uwagę na pewne jego wady. Nie wszystkim badanym podoba się to, że pomimo elektronicznego zapisu muszą po przyjęciu dziecka do instytucji opiekuńczej potwierdzić swoją wolę i złożyć dokumenty dodatkowo w formie papierowej w samej placówce – w ich ocenie jest to dodatkowe obciążenie czasowe. Jednocześnie jednak doceniają fakt, iż mogą wybrać trzy placówki podczas rekrutacji, a dokumentację złożyć jedynie w tej, do której dziecko zostało przyjęte. Innym zgłaszanym przez respondentki problemem jest to, że w systemie (stosowanym w Warszawie) istnieją odgórnie narzucone zakresy wiekowe oparte o rocznik urodzenia dziecka, a nie o jego datę urodzenia. Prowadzi to do sytuacji, w której rodzic, który chce zapisać do przedszkola dziecko w wieku 2,5 lat (do czego ma prawo zgodnie z przepisami), nie jest w stanie tego zrobić, ponieważ aplikacja jest automatycznie odrzucana ze względu na wiek dziecka (wyliczany na podstawie samego rocznika, a nie daty urodzenia).



O: Ja w ten system się tak wtrączę. Ma wadę, ponieważ na przykład moje dziecko jest z 4 stycznia, a na przykład rodzice z grupy żłobkowej tworzyli zapisy do przedszkoli dzieci, był tydzień czasu urodzenia między datą urodzenia mojej córki a tamtym dzieckiem. Ale rocznikowo już tamte dziecko jest rok starsze. I moje dziecko będzie wyrosnięte, bo może pójść tylko i wyłącznie do grupy żłobkowej, więc będzie wyrosnięte. A nie ma możliwości obejść systemu, bo nie wchodzi ten rocznik. Mimo tego, że jest tydzień czasu różnicy. (FGIprawne_W_GD_7_20150624)

System teleinformatyczny ułatwia i przyspiesza zapisy do żłobków i przedszkoli, ale nie zwalnia rodziców z obowiązku pamiętania o terminach rekrutacji, co – jak pokazują sytuacje opisywane przez niektóre badane – również jest kłopotliwe i zdarza się, że rodzice o tym zapominają. Obowiązujące w danym roku harmonogramy rejestracji publikowane są między innymi na stronach urzędów miast i w systemie elektronicznej rekrutacji. Respondentki sugerują, że być może dobrym rozwiązaniem byłoby, gdyby informacje wysyłane były przez urzędy miejskie bezpośrednio do rodziców dzieci, które osiągną wiek uprawniający je do korzystania z danej formy opieki. Niektóre systemy rekrutacyjne wymagają natomiast comiesięcznego potwierdzania woli objęcia dziecka opieką instytucjonalną, o czym również rodzice muszą pamiętać. W tej sytuacji pomocnym byłyby wysyłanie co miesiąc automatyczne przypomnienia o tym, że trzeba zaktualizować swoją aplikację.

Wobec wszystkich omówionych wyżej warunków regulujących dostęp dzieci do usług opiekuńczych największym problemem dla respondentek pozostaje zbyt mała liczba publicznych placówek. W ocenie badanych każdy rodzic, który ma potrzebę oddania dziecka do przedszkola czy żłobka, powinien móc to zrobić bez względu na to, w jakiej sytuacji życiowej się znajduje. Ankietowane wymieniają różne strategie radzenie sobie z sytuacją ograniczonej liczby miejsc w publicznych placówkach – w pierwszej kolejności ważne jest działanie prewencyjne i jak najwcześniejsze zapisanie dziecka do instytucji opiekuńczej, dotyczy to w szczególności żłobków. Dawniej istniała możliwość zapisów jeszcze nienarodzonych dzieci (zapisanie ciąży), z czego wielu rodziców korzystało. Obecnie konieczny jest akt urodzenia i PESEL, w związku z czym wiele matek i ojców rejestruje się do żłobka zaraz po urodzeniu dziecka. Jeżeli nie uda się otrzymać miejsca w wybranej publicznej placówce, rodzice decydują się na opiekę prywatną – placówkową lub nianię albo, jeżeli mają taką możliwość, korzystają ze wsparcia rodziny (przede wszystkim dziadków). Aczkolwiek opłaty w instytucjach niepublicznych w dalszym ciągu postrzegane są przez większość badanych jako wysokie.

Praktycy z instytucji opieki

Respondenci zatrudnieni w instytucjach świadczących usługi opiekuńcze dla dzieci posiadali wiedzę na temat kryteriów dostępu do swoich placówek, ale stopień jej szczegółowości zależał od tego, czy dana osoba pracuje na stanowisku kierowniczym (wówczas dysponowała większą liczbą informacji), czy nie. Opinie badanych praktyków odnośnie warunków generalnie są zbieżne z omówionymi powyżej ocenami badanych przedstawielek gospodarstw domowych.

Rozmówczynie zatrudnione w placówkach publicznych, podobnie jak przedstawicielki gospodarstw domowych, podkreślają, że miejsc jest zbyt mało w stosunku do potrzeb, w szczególności w dużych, rozwijających się miastach. Do obowiązujących kryteriów dostępu do instytucji opieki raczej nie mają zastrzeżeń, aczkolwiek zdają sobie również sprawę, że niektórzy rodzice oszukują i starają się otrzymać miejsce w placówce na preferencyjnych warunkach, chociaż wcale się do tego nie kwalifikują. Badane zaznaczają, że pracownicy publicznych przedszkoli i żłobków mają ograniczoną możliwość weryfikacji składanych przez rodziców oświadczeń i nawet jeżeli z obserwacji wydaje im się, że dana osoba nie znajduje się w sytuacji, jaką zadeklarowała, nie mają przede wszystkim czasu, aby w każdym przypadku na to reagować, a narzędzia, którymi w tym celu dysponują, postrzegają jako zbyt skomplikowane do wykorzystania.

O8: (...) *Dokumentami, których ja powinnam wymagać od rodziców, to są dokumenty w formie oświadczeń. Tam niby jest taka klauzula, która mówi o odpowiedzialności karnej. Ale moje doświadczenia są takie, że rodzice tą odpowiedzialnością karną się absolutnie nie przejmują. Ja nie jestem ani śledczym, ani komisarzem, ani prokuratorem, więc ja nie będę, nawet jeśli wiem, że ktoś coś tam napisał niezgodnie z prawem, ja nie będę szła do prokuratora i nie będę pisała donosów, bo to nie jest moja rola.*

(...)

O8: *Rodzic wpisuje, proszę pani. Ile chce, tyle wpisuje. Bo to jest wszystko, bazuje wszystko na poświadczeniach. Ustawodawca dał możliwość kontroli, ale to poprzez dyrektora. Że jeżeli ja mam podejrzenie, że to nie jest tak naprawdę mama samotna, to ja mogę zgłosić to pismem burmistrzowi, burmistrz do OPS, a OPS zleci jakiegoś swojego wywiadowcę, który pójdzie i tam z sąsiadami porozmawia i określi, czy to mama samotna, czy nie samotna. Ale niech Pani powie, po co mi to? (FGIprawne_W_P_6_20150626)*



Wobec braku miejsc w publicznych placówkach oraz (wciąż dla wielu rodzin) wysokich kosztów pobytu dziecka w prywatnych instytucjach opieki badani praktycy przypominają, że dobrze działającym rozwiązaniem były żłobki i przedszkola „przysładowe”. Zdaniem respondentów było to wygodne dla rodziców, ponieważ de facto skracało czas poświęcony na dojazd do pracy (dorosły jechał w jedno miejsce, a nie dwa), a także umożliwiało bliższy kontakt z dzieckiem. Pomysł ten za dobry uważają również niektóre uczestniczące w wywiadach przedstawicielki gospodarstw domowych.

Większość badanych praktyków nie odnosiła się w żaden sposób do elektronicznego systemu rejestracji dzieci do publicznych żłobków i przedszkoli, ale jedna z respondentek (dyrektorka przedszkola, z wieloletnim stażem) odbiera tę formę zapisów jako pozbawienie kierownictwa placówek opiekuńczych sprawczości i decyzyjności. Sytuację, w której o rekrutacji dziecka decyduje algorytm komputerowy, ale na odwołania i podania rodziców musi już odpowiadać instytucja, badana ocenia jako sprowadzenie jej do roli sekretarki i administratora. Wydaje się, że postawa respondentki może charakteryzować większą liczbę wieloletnich dyrektorów placówek, przyzwyczajonych do innych zasad, którym trudno zaakceptować zmiany odbierające im część decyzyjności.

WARUNKI DZIAŁANIA INSTYTUCJI OPIEKI NAD DZIEĆMI, W TYM USŁUGI PRZEZ NIE OFEROWANE

Przedstawiciele gospodarstw domowych

Respondentki wypowiadały się na temat warunków działania instytucji opieki nad dziećmi nie w kontekście wymogów czy przepisów, które powinny zostać w tym względzie przez daną placówkę lub osobę spełnione, ale przede wszystkim w odniesieniu do swoich oczekiwań w stosunku do tego, jak powinna wyglądać opieka nad ich dzieckiem.

Opisywane przez rozmówczynie warunki podzielić można na 3 grupy – kwestie fundamentalne, które instytucja opiekuńcza musi spełniać z definicji, kwestie związane dopasowaniem opieki nad dzieckiem do życia prywatnego i zawodowego rodziców oraz warunki dodatkowe, które nie są niezbędne, ale podnoszą jakość sprawowanej opieki.

Do pierwszej grupy zaliczane jest przede wszystkim zapewnienie bezpieczeństwa dzieciom oraz wykwalifikowana kadra (zapewniająca bezpieczeństwo i prawidłowy rozwój podopiecznych). W drugiej mieszczą się takie warunki, jak godziny otwarcia i lokalizacja placówki. Zakres i liczba godzin, w których dziecko może przebywać w placówce opiekuńczej, muszą być dopasowane do godzin pracy rodziców, co w praktyce oznacza, że czasem na pewne formy opieki rodzina nie może sobie pozwolić (np. na klub malucha, gdzie opieka sprawowana jest przez 5 godzin dziennie). Newralgicznym warunkiem pozostaje lokalizacja, ponieważ jest ściśle związana z czasem, który rodzic musi poświęcić na dowóz dziecka, a następnie dojazd do pracy (co tym samym wpływa również na czas, który dziecko spędza w instytucji opiekuńczej). Jak wynika z wypowiedzi badanych, kwestia ta staje się naprawdę kłopotliwa, kiedy dziecko nie zostanie się do publicznej placówki niedaleko miejsca zamieszkania, ale zostanie się do innej, mieszczącej się w odległej lokalizacji. Jeżeli rodzic nie może lub nie chce płać za prywatną instytucję opieki, musi pokonywać duże odległości między pracą, domem, a placówką. W tym miejscu należy jednak pamiętać, że wszystkie uczestniczące w wywiadach fokusowych respondentki mieszkają w dużych miastach, gdzie pokonywanie takiej drogi może być czasochłonne i uciążliwe ze względu na korki i rozproszenie przestrzenne poszczególnych miejsc. W mniejszych miejscowościach i na wsiach problemy z lokalizacją instytucji opiekuńczych mogą wynikać z innych przyczyn, np. z braku środków transportu czy infrastruktury drogowej.

O: Ja wiem, jak nie dostał mój się syn u nas na Żoliborzu do przedszkola i ja znalazłam mu miejsce, żeby on chodził do przedszkola w Śródmieściu, i od groma i ciut, ciut czasu traciłam na to, żeby dojechać tam rano i wrócić po południu stamtąd.(FGIprawne_W_GD_7_20150624)

W trzeciej grupie mieszczą się takie warunki, jak: sposób organizacji posiłków w instytucji opiekuńczej, dostępność ogrodu i placu zabaw na terenie placówki oraz rodzaje zajęć dodatkowych. Większość badanych preferuje, kiedy w placówce jest kuchnia, aczkolwiek catering bywa dobrym rozwiązaniem w sytuacji, w której dziecko powinno przestrzegać restrykcyjnej diety⁷⁰. Najbardziej uciążliwe w ocenie ankietowanych okazuje się samodzielne przygotowywanie posiłków przez rodziców (zasady takie obowiązują w klubach malucha czy w punktach opiekunów dziennych). Kwestia zajęć i programu ma znaczenie przede wszystkim w przypadku przedszkoli, ponieważ w żłobkach dzieci są często jeszcze zbyt małe, aby faktycznie uczestniczyć w jakiejś zorganizowanej aktywności. Jednocześnie jednak badane oczekują, że na-

⁷⁰ Aczkolwiek w tym aspekcie zdania są podzielone i wydają się być bezpośrednio związane z indywidualnymi rozwiązaniami stosowanymi w poszczególnych placówkach, ponieważ w ocenie jednego z badanych praktyków to właśnie własna kuchnia umożliwia placówce opiekuńczej dostosowanie jadłospisu do potrzeb dzieci ze specjalnymi wymaganiami żywieniowymi.



wet takie małe dzieci będą przez opiekuna zajmowane czymś, co ma szansę wpływać na ich rozwój (np. zajęcia plastyczne, muzyczne itp.). W tym miejscu warto również zauważyć, iż podejście badanych do zajęć pokazuje, że im dziecko jest starsze, tym częściej zakres i definicja „usługi opiekuńczej” poszerzane są o edukację.

Warto również zaznaczyć, że respondentki właściwie nie odnoszą się do różnicy w jakości świadczonych usług opiekuńczych dla dzieci między placówkami publicznymi a niepublicznymi. Nie panuje wśród nich przekonanie, że w którymś z typów instytucji z definicji świadczona jest lepsza lub gorsza opieka.

Myśląc o idealnej instytucji opiekuńczej dla dzieci, badane przede wszystkim wskazują, aby była ona blisko domu (lub pracy) rodziców, w ładnym, cichym miejscu, najlepiej z ogrodem oraz raczej z kuchnią. Kadra placówki powinna być wykwalifikowana i przechodzić testy predyspozycji przed rozpoczęciem pracy lub nawet studiów, a rozwój dzieci powinien być stymulowany poprzez zajęcia dostosowane do ich wieku. Liczba podopiecznych w jednej grupie nie powinna być zbyt duża, aby możliwe było indywidualne podejście do każdego z nich. Jednakże najważniejszą cechą idealnej instytucji powinno stanowić głównie to, że znajdą się w niej miejsca dla wszystkich dzieci, które tego potrzebują, a pobyt w niej będzie bezpłatny.

O7: Mi się marzy, że ten żłobek jest ogólnodostępny i bezpłatny. Nie będzie jakiś tam większych kryterium doboru, może poza tym, że jak rodzice jacyś będą bardziej zamożni, to jakąś tam część pieniędzy, bo ich stać na to, a ci, którzy rzeczywiście nie mają dużych dochodów, mogliby korzystać ze żłobka bezpłatnego. Na pewno marzy mi się, żeby było otwarte od 6.00 do 18.00, gdzie te panie się zmieniają, nie że muszą tyle siedzieć, bo tam padłyby po tygodniu. Nie tak, że dziecko jest od 6.00 do 18.00, jest w tym żłobku tyle, ile rodzic pracuje, plus dojazdy. Czasami rodzic pracuje od 7.00 czy 6.30 i wtedy jest wielka kombinacja. Mam też kilku takich rodziców na dzielnicy, gdzie występuje taka sytuacja i jest wielka kombinacja, jak to zrobić. Wtedy wcześniej kończy tą pracę, ktoś przyjdzie odebrać. Niektórzy pracują od 9.00 do 18.00, on tam też potem kombinuje, bo świetlica jest do 17.15 i co tu dalej zrobić, to też jest bardzo trudne. Jeśli chodzi o kadre, no wiadomo, wykształcona, o doświadczenie to tutaj, akurat fajnie jak jest doświadczona i wiele lat uczy, ale nie jest to jakiś warunek bezwzględny. Natomiast jestem za tym, żeby robić testy psychologiczne i takie diagnozy, żeby sprawdzić, czy taka osoba się nadaje do tego, żeby zajmować się dziećmi. To jest bardzo ważne, nie chodzi tu o wiek, może to być bardzo młoda pani, bardzo kreatywna, może super przejść te testy psychologiczne i być dużo lepsza niż pani taka po pięćdziesiątce i na odwrót. (FGIprawne_G_GD_9_20150630)

Wszystkie powyższe opinie dotyczące warunków funkcjonowania instytucji opieki dotyczą form stacjonarnych – żłobków, klubów malucha i przedszkoli. Na temat instytucji opiekuna dziennego badane niewiele wiedziały, żadna nie korzystała również z tej usługi. W przypadku opieki sprawowanej przez nianie respondentki miały poczucie, że tutaj to rodzic ustala wszelkie zasady i może starać się dopasowywać sposób sprawowania opieki nad dzieckiem do swoich oczekiwań (a w razie potrzeby zmienić opiekunkę). Co ciekawe, rozmówczynie nie odnosiły się do warunków, na jakich nianie mogą być zatrudniane – nie komentowały kwestii zawierania z nimi umów czy płacenia składek do ZUS. Ta sytuacja może świadczyć o tym, iż respondentki mają poczucie, że decyzja o sposobie zatrudnienia niani zależy od wewnętrznej umowy między rodzicem a opiekunką bez względu na regulujące tę kwestię przepisy.

Praktycy z instytucji opieki

Respondentki pracujące w instytucjach opieki nad dziećmi posiadały dość szczegółową wiedzę na temat warunków działania instytucji opiekuńczych dla dzieci, ale przede wszystkim w odniesieniu do tych placówek, w których same pracowały. Większość badanych zdawała sobie również sprawę, że warunki te są określone w ustawach i rozporządzeniach. Im bardziej dany uczestnik FGI zaangażowany był w proces organizacji pracy danej instytucji opiekuńczej, tym większą miał świadomość wszystkich kryteriów, które musi ona spełniać (z tego względu najwięcej na ten temat wiedziały osoby, które zakładały kiedyś instytucję opiekuńczą, np. klub malucha, lub koordynowały działanie instytucji opiekuńczych, np. opiekunów dziennych).

Z opinii wyrażanych przez badane wynika, że najbardziej żmudnymi i uciążliwymi do spełnienia warunkami są te związane z przystosowaniem lokalu do tego, aby mogły w nim przebywać dzieci. W ocenie badanych przepisy są bardzo szczegółowe (dotyczą m.in.: metrażu pomieszczeń, ich wysokości, ilości schodów, wentylacji itp.) i restrykcyjnie przestrzegane przez kontrolujące służby, a znalezienie lokalu, który by im odpowiadał bez konieczności architektonicznego dostosowywania (co niesie ze sobą wysokie koszty), jest bardzo trudne. Jedna z ankietowanych zwraca ponadto uwagę, że regulacje prawne, choć restrykcyjne, nie zawsze są zrozumiałe dla odbiorców, więc dla osoby pierwszy raz otwierającej placówkę opiekuńczą dostosowanie się do nich stanowi duże wyzwanie. Jednocześnie inna respondentka zaznacza, że w ostatnim czasie wprowadzone zostały uproszczone regulacje odnoszące się do warunków lokalowych, z których łatwiej będzie korzystać osobom planującym założenie instytucji opiekuńczej.



O5: Tutaj się nie godzę z Panią. Jeżeli, bo Pani ma może, że tak powiem, może się czepiam szczegółów, że bardzo łatwo jest utworzyć tam klub malucha, że starczy kawałek ogródka, żeby po prostu był kawałek zieleni, tak to rozumiałam. Ja powiem szczerze, otwierałam trzy placówki i powiem, że bardzo ciężko jest znaleźć lokal, tak naprawę, bo to musi się zgadzać metrażowo, musi straż pożarna to zaakceptować. Broń Boże jakichkolwiek schodów, chyba że mają metr szerokości i najlepiej, jak są tylko cztery schodki. Powiem szczerze, my mamy klub malucha w bliźniaku i naprawę, co jest najgorsze? Wynajmuje się tak naprawę lokal, nie może sanepid przyjść wcześniej, nie może przyjść straż pożarna wcześniej. Znacząca straż pożarna przychodzi akurat wcześniej, to jest dla mnie takie rzucanie kłód pod nogi, bo przepisy naprawę są dość niejasne dla mnie. Jeżeli ja na przykład czytam tak na temat właśnie, bo nie ma powiedziane dokładnie, jak to wszystko powinno wyglądać, a jak się otwiera pierwszy raz, to jest dramat. Dlatego w związku z tym zaczęliśmy najpierw tworzyć klub malucha, to po prostu, to, że w sądzie leżały papiery, to jest jedna sprawa.

O: To jeszcze muszą leżeć w sądzie?

O5: Tak, to znaczy statut, to jest szereg, że tak powiem... Ja nie mówię o na przykład jakimś dużym przedsięwzięciu, gdzie jest na przykład kilka osób, tylko mówię tak kameralnie, więc tutaj naprawę dużo, że tak powiem, dużo naszego wysiłku, bo jesteśmy Fundacją Pomoc Rodzinie i teraz jesteśmy w trójkę, z moją mamą, i powiem szczerze, że mieliśmy bardzo dużo problemów, a jak to już ruszyło, to się okazało, że tutaj jednak źle coś tam wymierzone, zabrali nam metr i na przykład możemy mieć tylko jedenastkę dzieci.

B: Czyli ten metraż jest związany z liczbą dzieci?

O5: Tak. Tak.

(...)

O5: Jest łatwiej tak, bo wtedy nie ma jakiś tam tych warunków właśnie lokalowych, ale tutaj tak, jak mówię, straż pożarna, sanepid, kominiarz. Wie pani co, trzy lata temu już.

O2: Czyli to było na starych zasadach, bo teraz od lipca zeszłego roku wyszły uproszczone przepisy, które mówią rzeczywiście o określonym metrażu do piątki dzieci i ilości metrów, które przybywają z każdym dzieckiem, i ten metraż jest tutaj określony wyraźnie. Do tego to musi być lokal na parterze, więc odpadają budynki. My mieliśmy zresztą z tym problem, dlatego że klub był na parterze i na piętrze domu mieszkalnego. No i się okazało, że tak, że na piętrze nie może być, bo to jest piętro, a na parterze nie może być, bo zabrakło 20 cm do wysokości pomieszczenia, miało być 270 cm, a mieliśmy 250 cm i po prostu lokal można tylko zmienić formę prawną na opiekunów dziennych, którzy w tym miejscu prowadzą działalność. Natomiast drugi lokal był okej, warunkiem jest to, że jest wyjście ewakuacyjne, jest wentylacja i też zmieniły się przepisy dotyczące powierzchni otwieranych okien, teraz, jeżeli jest wentylacja, no to może ten lokal być dopuszczony. Więc te przepisy są rzeczywiście uproszczone i to, o czym pani mówi, no to są te wcześniejsze. (FGIprawne_W_P_6_20150626)

Respondentki, chociaż z jednej strony mają świadomość, że opisane w przepisach zasady mają na celu dbałość o bezpieczeństwo podopiecznych, z drugiej wskazują na zawarte w nich niekonsekwencje, możliwości obchodzenia niektórych wymogów oraz nieużyteczność pewnych zapisów. Na przykład jedna z opiekunek opowiadała, że pracowała w żłobku, w którym sala miała kształt litery „L”, co uniemożliwiało jej jednoczesne objęcie wzrokiem wszystkich dzieci, które miała pod opieką. Inna respondentka opowiadała o wymaganych przepisami osłonach na grzejniki w salach, które – choć zgodne z wymogami – stanowiły zagrożenie dla dzieci (bo można było o nie łatwo rozbić głowę).

O7: Ja byłam w takiej grupie, w takiej sali, która miała kształt takiej „L”, i tak naprawdę, jak ja byłam sama jedna, to nie wiedziałam, co się dzieje za rogiem, i dla mnie to jest absurd. (FGIprawne_W_P_6_20150626)

O2: (...) Natomiast ja doświadczam tego, że przepisy są utrudnieniem, nie tyle mają na celu bezpieczeństwo dzieci, co utrudnianie życia. Przykład już kultowych osłon na grzejniki.

O8: Tak jest. Które są bardziej bezpieczne niż same osłony.

O2: Dziecko rozbiło głowę u nas o osłonę i tak naprawdę naszym celem było, żeby ta osłona była bezpieczna, ale tak naprawdę wystarczy takie bramki wstawić, połączyć je i to już jest osłona i tak naprawdę i ona spełnia przepisy ustawy, natomiast jest niebezpieczna, bo dziecko może sobie dopiero na niej zrobić krzywdę. (FGIprawne_W_P_6_20150626)

Z warunkami lokalowymi nieodłącznie wiąże się również krytykowana przez respondentów biurokracja – wynikająca najpierw z konieczności udowodnienia, że placówka spełnia ustawowe wymogi, a następnie niezbędna ze względu na odbywające się regularnie kontrole różnych służb (sanepid, straż pożarna i inne). Wyniki kontroli, ich przebieg oraz częstotliwość, zdaniem badanych, są często uzależnione od stosunków, w jakich dana placówka pozostaje z kontrolerami i ich cech osobistych, jak również od relacji instytucji z otoczeniem, np. sąsiadami, którzy potrafią doprowadzić do częstych wizyt służb kontrolujących jedynie po to, aby uprzykrzyć życie danej placówce. W kontekście warunków, które musi spełniać lokal przeznaczony do świadczenia w nim usług opieki nad dziećmi, powraca problem kuchni, poruszany również przez badanych przedstawicieli gospodarstw domowych. Chociaż część praktyków z instytucji opieki przyznaje, że kuchnia jest czymś pożądanym w placówkach zajmujących się dziećmi, to koszty oraz problemy związane z organizacją zaplecza kuchennego (oraz miejsce, którym w tym celu powinna dysponować instytucja) często skutecznie zniechęcają do tego rozwiązania.



Lokalizacja nie stanowi dla badanych obszaru problematycznego, poza tym że w ich ocenie powinna być ona dostosowana do składu społecznego i wieku mieszkańców danego terenu – po to, aby odpowiadać na zapotrzebowanie ludzi (konkretnie oznacza to, że nowe placówki powinny być zakładane w miejscach, gdzie jest dużo młodych osób mających dzieci). Najlepiej, by ponadto lokalizacja ta była dobrze skomunikowana z resztą miasta czy gminy. W tym kontekście wydaje się, że sam wybór miejsca nie nastrocza takich trudności jak znalezienie budynku, w którym usługi opiekuńcze mogłyby być świadczone, i ewentualne przystosowanie go zgodnie z obowiązującymi przepisami.

O ile wymagane ustawowo kwalifikacje kadry opiekującej się dziećmi nie budzą raczej wątpliwości, to z perspektywy praktyków czymś, co powinno ulec zmianie, jest określona w przepisach maksymalna liczba dzieci, jaka może przypadać na jednego opiekuna w danym typie instytucji. Zdaniem badanych limity te powinny się zmniejszyć. Zwłaszcza w prywatnych placówkach, których kierownictwo, w ocenie respondentek, bardziej liczy koszty, w związku z czym łatwo o nadużycia i wykorzystywanie tego, że na jednego opiekuna może przypadać (na przykład w żłobku) ósemka dzieci (w związku z czym opiekun nie ma żadnej pomocy na wypadek, gdyby musiał iść do toalety lub zasnąć).

O7: To jest zgodne z przepisami! W związku z czym kto ją zmusi do tego, żeby ona dodatkowo osobie zapłaciła? Skoro ustawodawca dopuścił i tu jest kolejny problem, bo ustawodawca nigdy w takim żłobku nie pracował i nigdy nie pomyślał o tym, że jeśli pozwala, że jest jeden opiekun do ósemki dzieci, to będzie miała miejsce taka sytuacja, że opiekun będzie osiem godzin z ósemką dzieci i nie będzie się mógł wysuszać, zjeść i nie daj Boże no coś się stanie... (FGIprawne_W_P_6_20150626)

Wszyscy badani przyznają, że najbardziej kłopotliwym obszarem w kontekście funkcjonowania instytucji opieki nad dziećmi jest finansowanie – zarówno w przypadku placówek publicznych, jak i niepublicznych. Założenie instytucji opieki (w formie placówkowej) wymaga wysokich nakładów finansowych, których odzyskanie trwa długo. Dbałość o to, aby w kolejnych latach placówka nie przynosiła strat (w przypadku instytucji niepublicznych), nie jest, zdaniem respondentek, aż takie proste, ponieważ koszty utrzymania jej w takim stanie, by spełniała wszystkie ustawowe wymogi, są wysokie. W lepszej sytuacji znajdują się osoby dysponujące własnym lokalem, ale w przypadku wynajmu okazuje się to tym trudniejsze. W ocenie praktyków z niepublicznych placówek recepty wcale nie stanowi ustalenie wyższego

czesnego, ponieważ (przynajmniej w dużych miastach) wybór między prywatnymi instytucjami jest duży, w związku z czym ci rodzice, którzy już podjęli decyzję o płatnej opiece nad dzieckiem (lub zostali do niej zmuszeni przez brak miejsc w instytucjach publicznych), oczekują niższych opłat albo zmieniają placówkę. Za remedium nie można uznać również zwiększania liczby dzieci, gdyż większa ich liczba wymaga jednocześnie większego lokalu i większej liczby opiekunów oraz jest obwarowana większymi restrykcjami. Instytucje publiczne natomiast uzależnione są od publicznego finansowania i muszą mieścić się w takim budżecie, jaki otrzymują z samorządów, co w ocenie respondentów na przykład ogranicza im możliwości zatrudnienia dodatkowej kadry czy wymiany zniszczonych sprzętów. Generalnie wśród badanych panuje przekonanie, że państwo powinno zwiększać finansowanie na opiekę nad dziećmi – po to, aby powstało więcej publicznych miejsc opieki.

O5: Co mnie, że tak powiem, dotyka, to jest wynajem lokalu, no bo ja nie wybuduję, nie mam domku jednorodzinnego, swojego. Oj, długa droga, jeszcze daleko. Ja powiem ze swojej perspektywy, gdzie my założyliśmy fundację, gdzie my robiliśmy po kolei to wszystko. Na początku bardzo dużo, jestem księgową generalnie z wykształcenia... Bardzo dużo swoich własnych pieniędzy musieliśmy, których jeszcze do tej pory nie odzyskaliśmy, w tym sensie, że jeszcze nie wyszliśmy, a jesteśmy czwarty rok. Dopiero od tego roku będziemy mogli mieć, bo jesteśmy fundacją pożytku publicznego, możemy ten jeden procent, bo to bardzo długo trwa, że tak powiem, nas to buduje, bo mamy podopiecznych z [niezrozumiałe], współpracujemy z bankiem żywności. Mamy szeroką, że tak powiem, formę działalności, ale niech mi uwierzą, że czwarty jest rok, gdzie nie zobaczyłam, z tego właśnie te czynsze. To najbardziej mnie gubi. (FGIprawne_W_P_6_20150626)

Niektórzy badani praktycy z publicznych przedszkoli zwracają uwagę, że ograniczenie możliwości organizowania przez ich placówki dodatkowo płatnych zajęć (obecnie zajęcia dodatkowe mogą kosztować nie więcej niż złotówkę za godzinę, w związku z czym przedszkola były zmuszone zmniejszyć ich liczbę) przyniosło negatywny skutek, a wręcz odpływ rodziców do instytucji prywatnych, które mają ciekawszą ofertę. Te opinie jednak wydają się być sprzeczne z panującym wśród badanych rodziców i większości praktyków przekonaniem, że głównym powodem korzystania przez rodziny z usług prywatnych placówek jest brak miejsca w publicznych, a liczba i charakter zajęć dodatkowych mają na te decyzje dużo mniejszy wpływ.

Spełnienie ustawowych wymogów określających sposób funkcjonowania instytucji opieki jest niezbędne, aby dana placówka (żłobek, klub malucha, przedszkole) zgod-



nie z prawem mogła świadczyć usługi opiekuńcze. Instytucje podlegające ustawie o opiece nad dziećmi do lat 3, jeśli spełniają wszystkie kryteria, mogą zostać wpisane do rejestru. Większość badanych nie odnosiła się do tej kwestii właściwie w ogóle, ale jedna z badanych, odpowiedzialna za koordynację pracy żłobków i dziennych opiekunów w samorządzie, jest zdania, że wprowadzenie rejestru przyczyniło się do wzrostu zaufania rodziców do placówek opiekuńczych, które w nim widnieją, a informacja o tym, czy dany punkt znajduje się w rejestrze, jest sprawdzana przez rodziców, zanim zdecydują się tam zgłosić swoje dziecko.

Omówione wyżej kwestie dotyczą przede wszystkim placówek, natomiast warunki realizowania usług opiekuńczych przez nianie i opiekunów dziennych są nieco odmiennie. Opiekun dzienny stanowi pewnego rodzaju formę pośrednią między nianią a klubem malucha czy żłobkiem. W Warszawie (w której zrealizowano wszystkie wywiady na temat działalności opiekunów dziennych) za organizację pracy opiekunów odpowiedzialny jest Zespół Żłobków m.st. Warszawy (działający z ramienia Biura Projektów i Pomocy Społecznej Urzędu m.st. Warszawy). Zespół, na zlecenie miasta, realizuje konkursy na stanowisko dziennego opiekuna, organizuje i nadzoruje ich pracę, jak również odpowiada za przystosowanie lokali, w których działalności opiekuńcza jest prowadzona.

Jak wynika z wypowiedzi koordynatorki pracy opiekunów dziennych, zgodnie z ustawą, każda gmina może samodzielnie ustalić, czy opiekun dzienny będzie pracować w lokalu zorganizowanym przez siebie, czy odpowiedzialność za to weźmie gmina. W przypadku Warszawy lokale – punkty dziennego opiekuna – są organizowane przez miasto (i miasto pozostaje ich właścicielem). Takie rozwiązanie wydaje się zachęcać ludzi do podjęcia pracy w charakterze dziennego opiekuna, ponieważ zdejmuje z nich problem organizacji sobie przestrzeni, w której działalność opiekuńcza będzie prowadzona. Pierwotny stan pomieszczeń przekazywanych przez Warszawę do użytku dziennych opiekunów najczęściej jest bardzo zły, w związku z czym wymagają one kompleksowych remontów (usunięcia instalacji gazowej, naprawy instalacji elektrycznej, odnowienia ścian, podłóg, okien, wstawienia mebli itp.), co pociąga za sobą koszty, ale przede wszystkim wydłuża czas, jaki upływa od momentu, kiedy lokal zostanie przekazany do Zespołu Żłobków (jako instytucji bezpośrednio odpowiedzialnej za jego przystosowanie), do dnia, w którym faktycznie dzienny opiekun może zacząć w nim pracować. Sprawę utrudnia fakt, że zdarzają się również opóźnienia w samym przekazywaniu pomieszczeń Zespołowi Żłobków przez Zarząd Gospodarowania Nieruchomościami, co jeszcze bardziej wydłuża cały proces.

O: Właśnie takie bariery, że mamy tutaj plany od września czy od października. Tak jak mówię, formalnie miasto nam udostępnia, mamy możliwość korzystania, no ale tu są jakieś problemy po stronie ZGL na przykład. Zamiast otrzymać lokal dwa miesiące wcześniej, otrzymujemy go dwa tygodnie wcześniej, tak naprawdę na przystosowanie lokalu mamy dwa miesiące plus zaadoptowanie go, no i to już zaczyna być problemem – czas. (IDI_prawne_W_U_12_20150708)

W założeniu wszystkie punkty dziennego opiekuna powinny być tak samo wyposażone oraz dysponować podobnymi warunkami (liczbą pomieszczeń, standardem). W praktyce różnią się one od siebie. Wszystkie co prawda spełniają minimalne wymagania określone w ustawie, ale standard jest w nich inny – np. niektóre lokale dysponują ogródkiem, inne nie. Sytuacja ta bywa uciążliwa dla dziennych opiekunów (bo chociażby muszą sobie radzić w mniejszej przestrzeni, a widzą, że inne punkty są wygodniejsze) i zdarza się, że wzbudza krytykę tych rodziców, którzy wiedzą, w jaki sposób wyglądają inne punkty.

Pomimo uciążliwości związanych z przystosowaniem lokali do użytku przez dziennych opiekunów największym problemem w Warszawie pozostaje zbyt mała liczba chętnych do pracy na tym stanowisku w stosunku do liczby rodziców, którzy byliby zainteresowani tą formą opieki nad dziećmi. Jedną z przyczyn tej sytuacji może być niezbyt zachęcająca potencjalnych pracowników forma prawna zatrudniania opiekunów. Jak opisują to badani praktycy, ustawa dopuszcza jedynie zatrudnianie opiekunów dziennych na podstawie umowy zlecenie, a nie przewiduje możliwości podpisania umowy o pracę. Jest to niekorzystne dla samych opiekunów dziennych (którym nie przysługuje płatny urlop), jak również dla samorządów, które ich zatrudniają (m.in. nie mogą planować zastępstw na wypadek urlopu czy innego rodzaju nieobecności oraz mają mniejsze możliwości egzekwowania jakości i sposobu wykonywanej pracy). W ocenie badanych opiekunów oraz osób koordynujących ich pracę ta sytuacja powinna się jak najszybciej zmienić, zwłaszcza ze względu na to, że forma opieki, jaką jest dzienny opiekun, staje się coraz popularniejsza wśród rodziców.

O: Dlatego, że, no, jednak umowa cywilno-prawna niesie innego rodzaju ograniczenia, bardziej ograniczenia, natomiast umowa o pracę daje pewne przywileje osobom, które mogłyby pracować jako dzienny opiekun. Ale w tej chwili ustawa nie przewiduje takiej formy zatrudniania. Tylko...

B: Czyli to dla tych osób jest mniej korzystne, tak jak rozumiem, że nie mogą mieć umowy o pracę, tak?



O: No, ale dla nas też to, powiedzmy, jest mniej korzystne, bo nie mamy takich narzędzi, którymi moglibyśmy operować, gdyby ta osoba była zatrudniona na podstawie kodeksu pracy. (IDI_prawne_W_U_12_20150708)

W dalszym ciągu jednak w Warszawie najwięcej chętnych oczekuje na miejsca w żłobku, co może wynikać z dwóch przyczyn. Po pierwsze z niewiedzy – wiele osób wciąż nie wie, że taka forma opieki nad dziećmi istnieje – a po drugie z warunków świadczenia opieki nad dziećmi przez dziennych opiekunów, wymagających od rodziców większej dyspozycyjności niż w przypadku żłobka⁷¹. Punkt dziennego opiekuna otwarty jest bowiem maksymalnie 8 godzin dziennie, a raz w tygodniu rodzic lub wyznaczona przez niego osoba powinna odbyć dyżur w punkcie, pomagając opiekunowi/opiekunce w codziennej pracy. W praktyce często zdarza się, że rodzice wynajmują osobę, która za nich ten dyżur pełni, lub angażują w tym celu kogoś z rodziny⁷².

Jak podkreślają badane opiekunkiienne, rodzice korzystający z tej formy opieki mają duży wpływ na to, w jaki sposób świadczone są usługi opiekuńcze ich dzieciom. W ocenie respondentek opiekun musi stale współpracować z rodzicami, a bez nawiązania z nimi relacji, wypracowania zasad współpracy oraz zasad sprawowania opieki nad dzieckiem, pobyt podopiecznego w punkcie nie będzie mógł być komfortowy dla obu stron. Na przykład, już na samym początku, konieczne jest wypracowanie konsensusu co do tego, w jakich godzinach rodzice przyprawdają i odbierają dzieci z punktu (ponieważ ten czynny jest dokładnie 8 godzin), lub zasad przygotowywania jedzenia (czy każdy rodzic przynosi jedzenie dla swojego dziecka, czy ustalane są dyżury poszczególnych rodziców, czy zamawiany jest catering). W każdym punkcie dziennego opiekuna w Warszawie kwestie te mogą być rozwiązywane inaczej. W konsekwencji do obowiązków opiekuna, poza zajmowaniem się dziećmi, należy również dbanie o właściwą relację z rodzicami. W Warszawie dzienni opiekunowie wspierani są w tym obszarze przez centrum psychologiczne, którego pracownicy poza tym, że mogą służyć radą w sprawach związanych z opieką nad dziećmi, wspierają ich także w przypadku konfliktowych sytuacji z matkami i ojcami. Jak wynika z wypowiedzi badanych praktyków, zaangażowanie psychologów do współpracy z dziennymi opiekunami nie jest wymagane ustawowo – stanowiło inicjatywę urzędu m.st. Warszawy, ale jest dobrze oceniane przez samych dziennych opiekunów oraz koordynatorów ich pracy.

⁷¹ Aczkolwiek jednocześnie, aby dostać się do punktu dziennego opiekuna, jedno z rodziców może nie pracować zawodowo, a w przypadku żłobka nie ma takiej możliwości.

⁷² W przeciwieństwie do rodzica taka osoba (tzw. wolontariusz) musi przejść kilkudziesięciogodzinny kurs uprawniający do sprawowania funkcji wolontariusza w punkcie dziennego opiekuna.

O1: Nie no, jest firma psychologiczna „Widnokrąg”, która przychodzi raz w miesiącu, na początku dwa razy w miesiącu, jak jest nowy punkt, do punktu, patrzy, czy wszystkie edukacyjne zabawy są.

O2: W różnych godzinach przychodzą w każdym miesiącu, żeby zobaczyć, co w tym czasie robimy, jak pracujemy. Oceniają naszą pracę. Robią raporty, które wysyłają do Biura Polityki Społecznej.

O1: W razie czego pomagają nam rozwiązywać problemy.

O2: Konflikty i takie inne. Nie wiem. Chociażby nawet z dziećmi, z rozwojem dzieci – co zrobić, żeby np. dziecko nie jadło piasku. (Diada_prawne_W_P_12_20150708)

Niewielką wiedzę rodziców na temat instytucji dziennego opiekuna może potwierdzać również to, że – jak zostało wspomniane wcześniej – matki uczestniczące w wywiadach fokusowych niewiele wiedziały o tej formie opieki nad dziećmi. Posiadane przez niektóre badane informacje bywały natomiast błędne (np. jedna z respondentek twierdziła, że opiekunowie dzienni pracują 5 godzin dziennie) lub świadczyły o negatywnej ocenie tej formy opieki – choć należy zaznaczyć, że opinie te nie były poparte żadnymi szczegółowymi przykładami.

O5: Jak dla mnie to jest wymyślone, żeby było coś wymyślone. Są przepisy na różne rzeczy, ale to jest fikcyjne, bo w praktyce nie istnieją. Ewentualnie punkty opieki, coś takiego. Wiem, że kilka lat temu było dosyć rozbudowane, że można było w domu być taką nianią, jakoś specjalnie to się nazywa. Jakoś też dużo osób z tego nie korzysta, więc chyba to nie tędy droga. (FGIprawne_G_GD_9_20150630)

Warunki pracy niań są de facto narzucane i ustalane przez rodziców dziecka. Co więcej, wydaje się, że wiele opiekunek nie ma świadomości, że w ogóle jakiegokolwiek kwestie związane z ich zatrudnieniem reguluje ustawa.



Osoby chore, starsze, niepełnosprawne

Dostęp osób wymagających opieki i ich rodzin do wsparcia instytucjonalnego
Przedstawiciele gospodarstw domowych

W badaniu uczestniczyli przedstawiciele gospodarstw domowych (w znakomitej większości były to kobiety) posiadający potrzeby w zakresie opieki nad niesamodzielnym członkiem rodziny. Wśród przyczyn tej niesamodzielnności wymienić można przede wszystkim starość, chorobę somatyczną, niepełnosprawność fizyczną i niepełnosprawność umysłową.

Warto zwrócić uwagę, że w wielu przypadkach to właśnie łączne występowanie wymienionych powyżej schorzeń u jednej osoby (np. niepełnosprawność fizyczna połączona z upośledzeniem umysłowym, zaawansowany wiek z chorobą somatyczną) czyni ją niesamodzielną i wymagającą stałej opieki. W przypadku zdecydowanej większości respondentów konieczność opieki nad niesamodzielnym członkiem rodziny trwa już od dłuższego czasu (iluś lat). Wszyscy badani, bez względu na przyczynę niesamodzielnności podopiecznego, mieli w tym okresie styczność z różnymi instytucjami opieki (zarówno w formach środowiskowych, jak i stacjonarnych), a zdecydowana większość korzysta z jakichś form wsparcia ze strony instytucji opiekuńczych obecnie. Wśród instytucji świadczących opiekę badani wymieniali:

- ▶ Opieka nad osobami starszymi:
 - opiekę pielęgniarską środowiskową publiczną,
 - opiekę pielęgniarską domową prywatną,
 - zakłady opiekuńczo-lecznicze niepubliczne i publiczne,
 - rehabilitantów,
 - lekarzy,
 - hospicja domowe i stacjonarne, niepubliczne i publiczne,
 - prywatne domy opieki,
 - kluby seniora.

- ▶ Opieka nad osobami niepełnosprawnymi fizycznie:
 - rehabilitantów, turnusy rehabilitacyjne,
 - lekarzy,
 - opiekę pielęgniarską środowiskową publiczną,
 - opiekę pielęgniarską domową prywatną,
 - szkoły i przedszkola specjalne i integracyjne,
 - koła pomocy dzieciom niepełnosprawnym i chorym.

- ▶ Opieka nad osobami niepełnosprawnymi intelektualnie i chorymi psychicznie:
 - Środowiskowe Domy Samopomocy,
 - Warsztaty Terapii Zajęciowej,
 - szkoły i przedszkola specjalne i integracyjne,
 - Dzielne Ośrodki Adaptacyjne,
 - szkoły życia,
 - rehabilitantów, turnusy rehabilitacyjne.

Z powyższych wskazań płyną kilka wniosków. Po pierwsze, badani przedstawiciele gospodarstw domowych deklarują równoległe korzystanie z usług instytucji działających w różnych systemach (ochrony zdrowia, pomocy społecznej, edukacji, opieki nad dziećmi do lat 3), w związku z czym muszą posiadać wiedzę umożliwiającą poruszanie się we wszystkich tych systemach. Po drugie, wskazania te świadczą o tym, że z perspektywy rodzin osób niesamodzielnych każda instytucja, która albo w jakimś wymiarze odciąża ich w obowiązku zajmowania się osobą niesamodzielną, albo wspiera ich w polepszaniu jej stanu, staje się instytucją opiekuńczą. W konsekwencji dla przedstawicieli gospodarstw lista instytucji opieki poszerza się o placówki ochrony zdrowia, których głównym zadaniem jest leczenie (często jedną z najważniejszych kwestii jest dobry lekarz pierwszego kontaktu), czy placówki edukacyjne⁷³. Sytuacja ta pokazuje ponadto, że respondenci postrzegają opiekę dość szeroko i jest ona w ich ocenie nieodłącznie związana z różnymi innymi czynnościami wpływającymi na poprawę stanu osoby niesamodzielnej, takimi jak leczenie czy rehabilitacja lub zwiększanie poziomu jej samodzielności, na przykład poprzez edukację.

B: Jeszcze jakaś instytucja?

O8: Na razie nie przypominam sobie. Jeszcze ewentualnie co? Tutaj całą służbę zdrowia trzeba by było wpisać, którzy sprawują opiekę nad dzieckiem, nie? Rehabilitanci bardzo ważną rzecz są. (FGIprawne_P_GD_2_20150625)

Badani przedstawiciele gospodarstw domowych znają kryteria dostępu przede wszystkim do tych instytucji opiekuńczych, z których korzystają obecnie lub korzystali w przeszłości. Wiedzą, jakie dokumenty powinni dostarczyć, aby dana forma opieki była dla nich dostępna, i w jakim czasie je aktualizować. Ich uwaga koncentruje się głównie na usługach oferowanych przez instytucje publiczne i instytucje dofinansowywane z budżetu państwa lub innych funduszy. Często nie jest to jednak wiedza kompleksowa odnośnie różnych instytucji opieki i warunków prawnych,

⁷³ Co ważne – uczęszczanie do publicznych placówek edukacyjnych nie wiąże się z opłatami.



zgodnie z którymi muszą one funkcjonować, a bardziej fragmentaryczna, dotycząca konkretnej sytuacji badanych, kryteriów przyjęcia do danej placówki, lekarza itp. Zdarzało się, że informacje podawane przez respondentów podczas FGI były ze sobą sprzeczne, co wywoływało konsternację i wzajemne tłumaczenie sobie, „jak jest naprawdę”. Nie wszyscy mają również świadomość, o jakie usługi opiekuńcze dla swoich niesamodzielnych podopiecznych mogą się w ogóle ubiegać. Ilustruje to przypadek jednej z respondentek, opiekującej się niesamodzielną mamą, pozostającą przez pewien czas w przekonaniu, że obecnie w Polsce istnieją jedynie prywatne zakłady opiekuńczolecnicze.

B: Pani Beato, Pani się interesowała tylko prywatnymi domami opieki?

O7: Bo ja myślałam, że już nie funkcjonują takie państwowe. (FGIprawne_G_GD_3_20150630)

Takie sytuacje mogą częściowo wynikać ze sposobów, w jaki badani pozyskują informacje na temat możliwości skorzystania z usług poszczególnych instytucji opiekuńczych. Źródłami, z których korzystają, są przede wszystkim:

- Internet,
- pracownicy instytucji opieki,
- pracownicy socjalni,
- lekarze, pracownicy instytucji ochrony zdrowia (warto zwrócić uwagę na to, że to właśnie z nimi osoby opiekujące się chorymi i niepełnosprawnymi mają styczność w pierwszej kolejności zaraz po tym, kiedy dowiadują się, że członek ich rodziny jest/stał się osobą niesamodzielną),
- członkowie innych gospodarstw domowych posiadający podobne obowiązki opiekuńcze.

Powstaje w związku z tym pytanie: w jakim stopniu pozyskiwane przez badanych informacje są kompletne? Na przykład te przekazywane przez innych ludzi – na ile są pełne i czy czasami nie odzwierciedlają doraźnych interesów, które dana osoba (jako pracownik konkretnej instytucji) chce osiągnąć. Przykładem takiej sytuacji może być przytoczona przez jedną z respondentek historia o tym, w jaki sposób jeden z pracowników szpitala usiłował przekonać ją do tego, że musi wypisać z oddziału swoją chorą mamę, ponieważ w przeciwnym razie szpital sam ją wypisze i przywiezie karetką do domu ankietowanej, co zdaniem pozostałych badanych (którzy również doświadczyli takich sytuacji) jest niezgodne z prawem. Podobnie nie wszystkie informacje dostępne w Internecie są zawsze pełne i wiarygodne.

B: To znaczy, to było tak, że mama była w szpitalu, Pani sobie zdawała sprawę, że nie da sobie Pani sama rady.

O3: Tak, to było na tej zasadzie, że ja pracowałam, a Pan doktor powiedział, że to go nie interesuje, przewieziemy pod drzwi. Jak Pan może tak mówić, a co ja mam zrobić, do tego stopnia. Pod drzwi? Ale chwileczkę, ja nie mieszkam z mamą. Nic nas to nie interesuje, znajdziemy adres.

O2: Straszą.

O3: No tak, straszą.

O2: Nic nie mogą zrobić. Ja przerabiałem to samo. (FGIprawne_G_GD_3_20150630)

Oceniając kryteria dostępu do usług świadczonych przez instytucje opiekuńcze, respondenci przede wszystkim zwracają uwagę nie na samą treść tych warunków, ale na proces udowadniania, że się je spełnia. Uciążliwa biurokracja przejawia się ich zdaniem w zbyt dużej liczbie dokumentów, które muszą zgromadzić, a potem co jakiś czas aktualizować (dotyczy to zarówno instytucji z obszaru pomocy społecznej, jak i ochrony zdrowia). Szczególnie zwracają na to uwagę ci, którzy mają pod swoją opieką niesamodzielne osoby niepełnosprawne. W ich przypadku problematyczne są przede wszystkim orzeczenia o niepełnosprawności – po pierwsze badanym nie podoba się to, że istnieją różne orzeczenia, wydawane do różnych celów (orzeczenia o niepełnosprawności wydawane przez powiatowe zespoły orzekania o niepełnosprawności i orzeczenia o niezdolności do pracy wydawane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS)), a po drugie, że konieczna jest ich aktualizacja. W ocenie badanych w przypadku niektórych chorób i niepełnosprawności orzeczenia powinny być wydawane dożywotnio lub na długie okresy (a nie na przykład na 2 lata).

B: Co można obciąć? Jakże konkretnie działania wdrożyć, żeby to zmniejszyć?

O8: Zacząć od biurokracji, gdziekolwiek się pani uda, to każdy taki zdziwiony.

O5: To wymaga czasu, nie wydawanie orzeczeń takich na 2-3 lata, tylko osoby neurologicznie chore, zwłaszcza dorosłe. To wszystko zależy, bo ja po swoim synu widziałam jakiś postęp, sama nie wierzyłam, że tak generalnie daleko zaszedł. Ale mimo wszystko w jakiś tam sposób ten postęp u mojego syna był, także tutaj te orzeczenia, jeśli już jest takie typowe porażenie mózgowie, gdzie rzeczywiście dorosły się nie wyleczy. Na całe życie żeby dostał taki dokument. (FGIprawne_P_GD_1_20150710)



Drugi problematyczny dokument zdaniem respondentów opiekujących się niepełnosprawnymi umysłowo stanowi postanowienie o ubezwłasnowolnieniu osoby niesamodzielnej. Badani postrzegają ten proces jako trudny, czasochłonny i kosztochłonny (przede wszystkim ze względu na koszty porad prawnych i sądowe). Ponadto, choć w niektórych przypadkach taka decyzja może ułatwiać codzienne funkcjonowanie z osobą niesamodzielną (np. umożliwia decydowanie o zabiegach medycznych), staje się ona dużym ryzykiem w perspektywie przyszłości, kiedy pierwotny opiekun prawny osoby niesamodzielnej (najczęściej rodzic) umiera lub sam staje się osobą niesamodzielną. Badani boją się, że w tej sytuacji ich podopiecznym nikt się nie zajmie albo osoba, która się na to zdecyduje, wykorzysta go w jakiś sposób. Problematyczność tej kwestii potwierdzają również wypowiedzi ankietowanych pracowników ośrodków pomocy społecznej. Choć ustawa o pomocy społecznej przewiduje taką funkcję jak opiekun prawny wyznaczany przez ośrodek pomocy społecznej dla osób ubezwłasnowolnionych, nieposiadających opiekuna prawnego w rodzinie lub bliskim otoczeniu, to w rzeczywistości bardzo trudno znaleźć kogoś, kto chciałby odgrywać taką rolę. W opinii respondentek wynika to ze zbyt niskiego wynagrodzenia, jakie tacy opiekunowie mogą otrzymywać, w stosunku do odpowiedzialności i liczby obowiązków wiążących się z pełnieniem takiej funkcji.

Zdaniem rozmówców kłopotliwość w gromadzeniu dokumentacji niezbędnej do korzystania z usług instytucji opiekuńczych wynika głównie z faktu, że w wielu urzędach i komisjach wydających potrzebne zaświadczenia muszą się pojawiać osobiście (w związku z czym muszą zapewnić opiekę swojemu podopiecznemu w tym czasie) albo razem z osobą niesamodzielną (co z kolei generuje problemy w transporcie i logistyce). Badani wskazywali, że dużym ułatwieniem dla nich byłaby możliwość załatwiania niektórych spraw za pośrednictwem poczty elektronicznej, elektronicznych skrzynek podawczych i dzięki innym podobnym rozwiązaniom.

W kontekście warunków, które trzeba spełnić, aby móc korzystać z usług instytucji opiekuńczych, jako stosunkowo bezproblemowa jawi się pielęgnarska opieka środowiskowa, z której usług, zgodnie z informacjami podawanymi przez respondentów, można korzystać bez konieczności składania wcześniej specjalnych dokumentów.

Kwestią, która w pierwszej chwili nie wydaje się być związana z kryteriami dostępu do usług instytucji opiekuńczych, ale w praktyce się nią staje, jest transport niesamodzielnego podopiecznego do placówki świadczącej usługi. Często, nawet jeśli za sam pobyt w instytucji opłaty nie są pobierane lub ich wysokość jest niewielka, należy dodatkowo zapłacić za transport lub zapewnić go we własnym zakresie, co w opinii respondentów w wielu rodzinach jest niemożliwe. W konsekwencji osoby

niesamodzielne nie korzystają z usług danej instytucji, ponieważ nie ma możliwości przewiezienia ich do niej. Badani uważają, że dowóz podopiecznego do instytucji opieki, łącznie z jego wyniesieniem z domu, jeżeli zachodzi taka potrzeba, powinien być częścią usługi opiekuńczej.

W przypadku prywatnych instytucji opieki badani zwracają uwagę, że istotnym warunkiem dostępu do nich jest również stopień niesamodzielności i stan podopiecznego. Z wypowiedzi wynika, że prywatne domy nie chcą przyjmować osób leżących, które wymagają obsługi we wszystkich czynnościach dnia codziennego. Taka postawa oznaczałaby de facto wycofanie się placówek prywatnych z opieki nad osobami najczęściej chorymi lub niepełnosprawnymi, które automatycznie trafiłyby jedynie do placówek publicznych – bez względu na to, czy rodzina danej osoby niesamodzielnej dysponowałaby środkami na pokrycie jej pobytu w instytucji prywatnej, czy nie.

O2: To nie jest dużo, bo Rodmanka, Starogard czy Nowy Dwór zaczynają rozmowę od 2 800 zł. Pierwsza rzecz, nie chcą leżących. Jeśli ktokolwiek ma jakieś złamanie, odleżyny, nie ma szansy, żeby się dostał do takiego domu opieki. To są te warunki formalne.

B: W prywatnych?

O2: Tak, przede wszystkim w prywatnych. Nie ma szans, żeby się dostać. Oni najchętniej chcą takich starszych ludzi, którzy chodzą, których zabiorą na wycieczki, gdzieś tam. Natomiast nie ma szansy, jeśli człowiek jest leżący, jeśli człowiek jest po urazie, bo różnie jest, przewrócił się i złamał rękę, odleżyny, nie ma o czym mówić. Koniec rozmowy. Tak naprawdę są to osoby starsze, którymi nie ma kto się zaopiekować. (FGIprawne_G_GD_3_20150630)

Wypowiedzi wszystkich badanych świadczą jednakże o tym, że (pomimo różnych uciążliwości, takich jak gromadzenie dokumentacji czy organizacja transportu podopiecznych) podstawowym problem, z którym się zmagają, jest brak miejsc w publicznych instytucjach świadczących usługi opiekuńcze i rehabilitacyjne oraz kolejki do publicznych lekarzy i rehabilitantów, co generuje konieczność oczekiwania na usługi lub korzystanie z usług prywatnych (na które często ich nie stać). Respondenci korzystają również z usług oferowanych przez stowarzyszenia i fundacje (choć to wsparcie także bywa odpłatne bądź liczba dostępnych miejsc jest ograniczona), pomocy innych członków rodziny lub sąsiadów, a niektórzy uczestniczą w grupach wsparcia (np. grupach i kołach zrzeszających rodziców dzieci niepełnosprawnych). Mimo wszystko jednak główny ciężar opieki nad osobą niesamodzielną spoczywa na nich samych. W tym kontekście niektórzy respondenci zwracają uwagę na to,



że z perspektywy państwa polskiego wykonują konkretną pracę, za którą powinni być wynagradzani. Istniejące formy pomocy finansowej (m.in. zasiłek pielęgnacyjny, świadczenie pielęgnacyjne) są zdaniem badanych nieadekwatne do potrzeb ich gospodarstw domowych. Krytycznie oceniają również kryteria dochodowe uprawniające do otrzymywania wsparcia finansowego (lub zwolnienia z opłat za usługi) z pomocy społecznej. Zdaniem rozmówców są za niskie, w związku z czym wiele rodzin nie mieści się w nim, a jednocześnie nie posiada środków, aby prywatnie finansować opiekę i rehabilitację niesamodzielnego podopiecznego.

B: Wróćmy do tematu, kryterium dochodowe.

O6: Ja uważam, że powinno być.

O7: Tak, tylko nie w takiej sumie, jak to podają. [Niezrozumiałe] do widzenia, żadnej pomocy. O 100 zł miałam za dużo. Ludzie. (FGIprawne_P_GD_2_20150625)

Innym istotnym ogólnym ograniczeniem jest również fakt, iż w ocenie badanych opiekunów osób chorych i niepełnosprawnych od urodzenia tacy podopieczni w momencie osiągnięcia pełnoletniości przestają być widoczni dla systemów oferujących opiekę i wsparcie. Póki nie ukończą 18 lat, obejmuje ich obowiązek szkolny, a w różnych innych instytucjach (np. ochrony zdrowia) łatwiej i szybciej można uzyskać dla nich pomoc i opiekę ze względu na to, że są jeszcze dziećmi, które państwo ma szczególny obowiązek chronić i wspomagać. W ocenie rozmówców działa tutaj również presja społeczna znajdująca swoje źródło w przekonaniu, że jeżeli coś złego stanie się dziecku, to jest to gorzej społecznie postrzegane i niesie ze sobą większe konsekwencje niż w przypadku osób dorosłych. Moment osiągnięcia pełnoletniości oznacza, że osoba niesamodzielna musi zacząć sobie „radzić sama”, pomimo że jej stan psychofizyczny to uniemożliwia. Póki żyją rodzice, na nich (w tej sytuacji) spoczywa główny ciężar opieki, ale nierozwiązana pozostaje kwestia zapewnienia osobom niesamodzielnym wsparcia po śmierci najbliższych. Badani uważają, że to państwo polskie powinno wziąć na siebie tę odpowiedzialność i zapewnić takim ludziom opiekę aż do ich własnej śmierci.

Praktycy z instytucji opieki oraz pracownicy instytucji pomocy i integracji społecznej

Praktycy z instytucji opieki, w przeciwieństwie do przedstawicieli gospodarstw domowych, bardziej szczegółowo znają kryteria dostępu osób niesamodzielnych do usług instytucji opiekuńczych, ale najczęściej jest to wiedza ograniczona do placówki, w której sami pracują (lub działalności, którą sami prowadzą), albo do systemu, w którym dana placówka funkcjonuje. Najbardziej kompleksową wiedzę w tej dziedzinie mają pracownicy ośrodków pomocy społecznej i PCPR, ponieważ kierują do różnego typu instytucji – zarówno działających w systemie pomocy społecznej, jak i ochrony zdrowia.

Pracownicy instytucji opiekuńczych, podobnie jak badani członkowie gospodarstw domowych, zwracają uwagę na dużą liczbę dokumentów i zaświadczeń, które muszą dostarczyć ich potencjalni klienci lub rodziny tych osób. Widać tutaj jednakże pewną różnicę między systemem ochrony zdrowia i pomocy społecznej – z opinii badanych praktyków wynika, że większym stopniu „dokumentochłonny” jest ten drugi system. Zdaniem praktyków zatrudnionych w placówkach opiekuńczych od samej liczby i różnorodności zaświadczeń bardziej problematyczna jest inna kwestia. Pomimo całej niezbędnej i obszernej dokumentacji zdarza się, że do placówek trafiają osoby, które (w ocenie respondentów) wcale nie powinny się w niej znaleźć, lub dobrana dla nich forma opieki nie jest adekwatna do ich stanu. Przykładem są osoby starsze, które mogłyby otrzymywać pomoc środowiskową bądź przebywać w mieszkaniu chronionym, a otrzymują miejsce w domu pomocy społecznej. Badani praktycy uważają, że takie sytuacje są efektem niewiedzy i złych decyzji pracowników socjalnych, którzy kierują do instytucji opiekuńczych. Ich zdaniem ustawy i rozporządzenia powinny takie problemy bardziej precyzyjnie regulować, aby ograniczyć uznaniowość decyzji pracowników socjalnych. W tym miejscu należy jednak zaznaczyć, co potwierdzają wypowiedzi pracowników OPS, że możliwości kierowania do różnych instytucji opiekuńczych zależą przede wszystkim od tego, jakie formy opieki dostępne są na danym obszarze (w danej gminie, powiecie) i jakie jest w nich obłożenie. Sytuacja ta ma bowiem bardzo duży wpływ na to, jakie usługi pracownicy socjalni mogą proponować swoim klientom.

O1: Czasami jest tak, że do domów trafiają takie osoby, które wcale takiej pomocy nie potrzebują.

B: No właśnie i co wtedy?



O1: One powinny być objęte, powiedzmy, służbami opiekuńczymi w miejscu zamieszkania. Ale pracownicy socjalni, z tego co wiem, mają trudność w odmawianiu. Szczególnie seniorom. Bo gdy generalnie każdy senior jest schorowany albo rodziny, rodzina niejednokrotnie też manipuluje swoimi seniorami i są, że tak powiem, naciski stosowane wobec pracowników, pracownice po prostu nie radzą sobie z tym, przynajmniej niektórzy, z tego co wiem i tak to jest, że niektóre osoby trafiają, owszem, do domu, ale świetnie by sobie poradziły w domu. W tym czasie jakby zajmują miejsce tym, którzy faktycznie powinni być już. (FGIprawne_P_P_4_20150629)

Kłopotliwość w zbieraniu dokumentacji zgłaszanej przez badanych członków gospodarstw domowych potwierdzają natomiast pracownicy OPS. Poza zaświadczeniami, które musi dostarczyć rodzina osoby niesamodzielnej, kolejne dokumenty wypełniają i przygotowują oni sami. Jeżeli dany człowiek nie ma bliskich, wszystkimi kwestiami administracyjnymi muszą zająć się pracownicy socjalni, co w ich ocenie sprawia, że zamiast wykonywać swoją pracę polegającą na pomocy klientowi, nieustannie wykonują zadania administracyjne. Podobnie jak opiekunowie osób niepełnosprawnych umysłowo badani pracownicy OPS jako duże utrudnienie w udzielaniu wsparcia i opieki postrzegają procedurę ubezwłasnowolnienia. Z ich perspektywy kłopotliwość tego procesu leży przede wszystkim w długości jego trwania (sprawy w sądach się przedłużają) i w konieczności ustanowienia opiekuna prawnego. Jak zostało wspomniane wcześniej, w przypadku osób nieposiadających rodziny i bliskich znalezienie takiego jest bardzo trudne. W konsekwencji osoby niesamodzielne, które powinny przebywać w placówkach opiekuńczych, przebywają same, w swoich domach, czasem swoim zachowaniem zagrażając sobie i innym ludziom. W takich sytuacjach pracownicy socjalni mogą udzielić klientowi wsparcia z urzędu lub starać się umieścić go w całodobowej placówce wbrew jego woli, lub regularnie wzywać do niego straż pożarną i pogotowie (co generuje bardzo duże koszty). W ocenie pracowników socjalnych korzystną zmianę stanowiłoby także wprowadzenie ujednoliconego orzecznictwa dla osób niepełnosprawnych.

Podobnie jak w przypadku przedstawicieli gospodarstw domowych praktycy z instytucji opieki, opowiadając o kryteriach dostępu, skupiają się na placówkach publicznych lub niepublicznych, w których usługi są dofinansowywane bądź finansowane z budżetu państwa. Co do placówek prywatnych, które same ustalają swoje cenniki, panuje przekonanie, że to zasobność portfela klienta staje się właściwie jedynym kryterium dostępu do usług tych instytucji.

O8: (...) Na przykład ZOL to jest kontynuacja trochę takiego leczenia. Jeżeli ktoś nie ma pieniędzy, żeby pójść prywatnie w ramach komercji, no to czeka w kolejności.(FGIprawne_W_P_8_20150630)

Zbieżne są również opinie pracowników instytucji opiekuńczych, pracowników OPS oraz przedstawicieli gospodarstw domowych w kwestii wysokości kryterium dochodowego uprawniającego do otrzymywania świadczeń i dofinansowywania usług z systemu pomocy społecznej – zdaniem wszystkich jest ono zbyt niskie.

Badani pracownicy instytucji ochrony zdrowia zwracają uwagę na kłopoty ze skierowaniami do zakładów opiekuńczo-leczniczych. Zdarza się, że szpital lub lekarz kierują do ZOL, ale z placówki przychodzi decyzja odmowy kwalifikacji pacjenta (co uniemożliwia nawet wpisanie go w kolejkę oczekujących), zdaniem badanych bezprawna, wynikająca z uznaniowej decyzji pracownika zakładu. Takie sytuacje często zdarzają się, jak opowiada jedna z respondentek, w sytuacji gdy osobą kierowaną do zakładu opiekuńczego jest bezdomny. W rezultacie taki człowiek pozostaje w szpitalu, w którym już nie powinien przebywać, ale szpital nie jest w stanie nigdzie go umieścić i zwolnić łóżka dla innego pacjenta. Wypowiedź innego z badanych pozwala przypuszczać, że tego typu decyzje ZOL nie tyle są bezprawne, co wynikają z luki w przepisach, która na to pozwala. Do zakładu opiekuńczo-leczniczego, jego zdaniem, mogą być przyjmowane jedynie osoby posiadające dochód, ponieważ ani ustawa o działalności leczniczej, ani rozporządzenia nie przewidują możliwości obciążenia opłatami za pobyt w takiej placówce rodziny osoby niesamodzielnej lub gminy (a osoby bezdomne nie posiadają stałego dochodu). Obowiązek alimentacji spoczywający na rodzinie przewiduje natomiast ustawa o pomocy społecznej (np. w kontekście opłat za pobyt w DPS), co w ocenie badanych praktyków z instytucji ochrony zdrowia jest słusznym rozwiązaniem i powinno również obowiązywać w przypadku placówek takich jak zakłady opiekuńczo-lecznicze lub zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze.

O2: W ZOL pacjenci, do oddziałów ZOL, typowo ZOL, warunkuje to rozporządzenie, więc tu nie można jakby niczego innego. W wypadku innych oddziałów, które my mamy jeszcze w ZOL, mamy oddziały rehabilitacji stacjonarnej, to, co mówiłam na początku, rehabilitacji dziennej i oddziały psychiatryczne, pediatriczne, tam na badania są same skierowania, ale od określonych specjalistów. Tutaj nie trzeba jakby dodatkowo niczego później, bo pytała Pani jeszcze o to, czy trzeba te dokumenty aktualizować, natomiast w wypadku ZOL, przy przyjęciu trzeba mieć jeszcze dochód. Bo to może ulec zmianie. Jakby osoba, która nie ma dochodu, to jest też luka, nie może być przyjęta do ZOL.



B: Nie może?

O2: No, zgodnie z rozporządzeniem nie, mimo tego że jest ubezpieczona i ma prawo do świadczeń. (FGIprawne_P_P_5_20150709)

Na inny problem związany ze skierowaniami wydawanymi przez lekarzy zwracają uwagę pracownicy hospicjów. Lekarze zatrudnieni w tych instytucjach mogą wypisywać recepty na refundowane leki jedynie w sytuacji, w której pacjent ma postawioną diagnozę w postaci nowotworu złośliwego. W przypadku pacjentów w podeszłym wieku lekarze często w rozpoznaniu wpisują jedynie „guz”, ponieważ zmiany i przerzuty są tak rozległe i jednoznacznie źle rokujące, że z ich punktu widzenia nie ma potrzeby pacjenta dodatkowo kierować na histopatologię i dalej diagnozować. W efekcie takiej osobie lekarz hospicyjny może wypisywać jedynie leki pełnopłatne, których koszty są nieraz, w ocenie respondentów, wysokie.

O3: Jeszcze o takich przepisach, że wychodzą ze szpitala. Pacjenci w podeszłym wieku i jest na przykład w diagnozie napisane guz trzustki. Odstąpiono od diagnostyki ze względu na stan pacjenta. I to już jest problem. Ja rozumiem, no każdy rozumie, tego lekarza, że już nie chciała męczyć i mówią rodzinie pacjenta. Natomiast lekarz w hospicjum ma problem z wypisywaniem leków refundowanych.

O2: No właśnie.

O4: To są nieraz bardzo drogie.

O1: Dlaczego?

O3: Nie ma potwierdzenia. Bo nie każdy guz jest nowotworem złośliwym

O1: Jest refundacja tylko na złośliwy tak?

O3: Tak.

O1: Trzeba przygotować pacjenta, przyspieszyć jego zgon, żeby refundację leków dostał?

O2: Nie, nie. On musi być tak zdiagnozowany, że jest potwierdzenie 100%, że jest histopatologicznie wszystko.

O1: To dlaczego lekarze nie, jeśli chodzi o pieniądze.

O3: Nie, bo pacjent nie będzie już nie. Nie, nie. To jest ludzki odruch. Bo stan pacjenta nie pozwala. (FGIprawne_W_P_8_20150630)

Badani praktycy z hospicjów krytykują również obecne przepisy za to, że nie pozwalają na objęcie domową opieką hospicyjną wszystkich pacjentów w stanie ciężkim, którzy mają złe rokowania, a jedynie osoby, u których zakończone zostało leczenie przyczynowe. Chorzy ci mogą pozostać w domu jedynie pod opieką lekarza i pielęgniarki środowiskowej, a to zdecydowanie nie wystarczy. W ocenie respondentów te zasady powinny ulec zmianie, tak aby opieka hospicyjna domowa mogła być świadczona wszystkim chorym (i ich bliskim) w stanie ciężkim, nawet jeżeli leczenie przyczynowe wciąż trwa.

Podobnie jak przedstawiciele gospodarstw domowych praktycy z instytucji opiekuńczych oraz pracownicy OPS są zdania, że największy problem związany z dostępnością usług opiekuńczych (zarówno w obszarze pomocy społecznej, jak i ochrony zdrowia) stanowi zbyt mała liczba miejsc w placówkach publicznych lub finansowanych i dofinansowywanych z budżetu państwa. W efekcie osoby posiadające niesamodzielnych bliskich są zmuszone do oczekiwania na wolne miejsce (co w praktyce często jest równoznaczne ze śmiercią osoby niesamodzielnej w przypadku braku miejsca w hospicjum lub ZOL albo stopniowego pogarszania się jej stanu) i samodzielnej opieki nad podopiecznym lub korzystania z usług instytucji prywatnych.

WARUNKI DZIAŁANIA INSTYTUCJI OPIEKI NAD OSOBAMI CHORYMI, NIEPEŁNOSPRAWNYMI I STARSZYMI, W TYM USŁUGI PRZEZ NIE OFEROWANE

Przedstawiciele gospodarstw domowych

Wiedza badanych przedstawicieli gospodarstw domowych na temat zasad działania instytucji opiekuńczych ogranicza się do ogólnej oceny tego, jaką opieką są w nich otaczane osoby niesamodzielne, w jaki sposób ta opieka jest zorganizowana (czego wymaga od bliskich podopiecznego – dojazdu, dostarczania środków higienicznych itp.) oraz jaka jest jakość świadczonych usług. Respondenci w niewielkim stopniu łączą te kwestie z regulacjami prawnymi – wydaje się, że wiedza na temat tego, z której ustawy wynikają które warunki, nie jest im potrzebna.

W tym kontekście na pierwszym miejscu, w ocenie respondentów, ponownie pojawia się problem braku miejsc w placówkach opiekuńczych, rehabilitacyjnych i leczniczych oraz konieczność ponoszenia opłat za korzystanie z ich usług. Chociaż badany zależy na wsparciu ze strony instytucji publicznych (ponieważ za ich usługi



się nie płaci lub płaci mniej niż w instytucjach prywatnych), narzekają oni na warunki panujące w państwowych placówkach, podając jako kontrprzykład te prywatne – w których dba się o czystość i porządek, a personel ma lepsze i bardziej empatyczne podejście do podopiecznych.

O7: *Bo ja myślałam, że już nie funkcjonują takie państwowe.*

O2: *Ale powiem wam tak, nie chcecie tam wejść. Nie chcecie tam być, i tyle.*

O4: *Strasznie tam jest?*

O2: *Strasznie? Tam się wchodzi i się nie wie, czy jest się na szadułkach, w szalecie miejskim. Tam są naprawdę chorzy ludzie, nie, leżący. Pracownicy się tak zachowują, jakby za karę tam byli. Nie dlatego, że oni dostają pensję, bo pracują, bo chcą, bo muszą, za karę. Bo nikt nie lubi starych ludzi. Nikt nie chce ich myć, nie chce ich podmywać, nie chce zmieniać pieluch, nie chce ich cewnikować. Starzy ludzie są śmierzący, bo tacy są, są niedomocy, bo kto ma ich umyć, i są marudni. Nie mają się do kogo odezwać. Moją babcię ciągle ręka boli, bo ktoś ją szarpnął i boli. My przypuszczamy, dowodów nie mamy, że tam szprycują psychotropami. Z babcią nie ma kontaktu. Ostatnio jak była chora, wzięli ją piętro wyżej i jej się poprawiło, wróciła na dół i znowu nie ma kontaktu. (FGIprawne_G_GD_3_20150630)*

W związku z powyższym przedstawiciele gospodarstw są zdania, że sposób działania instytucji opiekuńczych i praca ich personelu powinna być ściśle kontrolowana przez państwo w sposób regularny, a nie wyrywkowy, jak to, zdaniem niektórych rozmówców, dzieje się obecnie. Nadzór postrzegają jako pewnego rodzaju gwarancję standardu świadczenia usług przez instytucje opiekuńcze.

Myśląc o idealnej instytucji opieki, respondenci życzyliby sobie, aby była w cichym, spokojnym i zielonym miejscu, ale jednocześnie by był do niej dobry dojazd (w przypadku dużego miasta najlepiej, aby była w centrum). Oczekiwaliby empatycznego personelu, „z powołaniem” do pracy opiekuńczej, który będzie poświęcać każdemu podopiecznemu czas i uwagę, oraz pełnego dostępu do różnych usług, przede wszystkim rehabilitacyjnych, opiekuńczych i leczniczych, ale też umożliwiających spędzanie czasu wolnego czy terapię zajęciową (dla osób niepełnosprawnych umysłowo). Badani zwracają również uwagę na to, że idealna instytucja opiekuńcza powinna oferować podopiecznym kontakt z osobami zdrowymi (o ile jest to możliwe ze względu na stan osoby niesamodzielnej), aby uwrażliwiać resztę społeczeństwa na problemy ludzi niesamodzielnych oraz pokonywać strach przed nimi. Ponownie

jednak najważniejszą cechą idealnej placówki opiekuńczej i idealnej usługi opiekuńczej spośród wszystkich pozostałych wskazywanych przez rozmówców okazała się dostępność bez kolejek dla każdego potrzebującego, najlepiej bezpłatnie – po prostu, aby „przysługiwała”.

W kontekście kadry zatrudnionej w instytucjach opiekuńczych respondenci mają przekonanie, że sprawienie, by te osoby wykonywały swoją pracę z większym zaangażowaniem oraz by ich podejście do podopiecznych było bardziej zindywidualizowane, wymagałoby kilku zmian w organizacji ich pracy. Po pierwsze, odpowiedniej selekcji kandydatów do pracy opiekuńczej (na przykład przy pomocy testów predyspozycji zawodowych). Po drugie, odgórnego założenia, że osoby te powinny się zmieniać na swoich stanowiskach i mieć przerwy między najcięższymi zadaniami, żeby przeciwdziałać wypaleniu zawodowemu (które z biegiem czasu powoduje brak zaangażowania w pracę i instrumentalne traktowanie podopiecznych).

O5: To nie o kasę chodzi, to nie, nie. Bo co by się nie działo, to chodzi o człowieka.

O3: Bo za tą samą cenę, ta jest taka, widać, z uśmiechem i tak samo, jak moja mama: o, nie wiesz, czy jest dzisiaj ta pani, taka? A czemu? A bo tamta przychodzi ciągle taka zła. Coś w tym jest.

O4: To musiałyby mieć testy jakieś psychologiczne, co jakiś czas. (FGIprawne_G_GD_3_20150630)

Badani opiekujący się osobami niepełnosprawnymi umysłowo podkreślają również wagę usług wspierających całą rodzinę osoby niesamodzielnej oraz usług informacyjnych jako niezbędnego uzupełnienia usług opiekuńczych świadczonych przez różne instytucje. Zdaniem respondentów jest to szczególnie ważne na samym początku, kiedy rodzina dowiaduje się, że jeden z jej członków będzie wymagać stałej opieki. Celem tych usług powinna być pomoc takim ludziom w pokonaniu początkowego strachu, wstydu i zagubienia w nowej sytuacji – pokazanie im, jakie mają możliwości wsparcia w opiece nad osobą niesamodzielną, oraz wytworzenie poczucia, że nie są pozostawieni sami sobie. W ocenie respondentów, w porównaniu z sytuacją panującą w Polsce kilkanaście lat temu, obecnie jest pod tym względem lepiej, ale w dalszym ciągu ten obszar usług powinien być rozwijany.



O1: *Mogę powiedzieć, co ja sobie życzyłabym. Jak urodziło mi się dziecko, to powinna do szpitala przyjść osoba, która poinformowałaby mnie, że mam dziecko, które prawdopodobnie będzie miało porażenie mózgowie. Wyjdzie pani z kliniki, przyjdzie do nas, my się nim zaopiekujemy. Albo przyjedziemy do pani, będziemy brać codziennie to dziecko na rehabilitację. Będziemy z tym dzieckiem przychodzić do każdego ze specjalistów. Tak mi się marzy, że tak jak jest w Niemczech, jak urodzi się dziecko niepełnosprawne, to przychodzi ktoś z opieki i informują tę matkę. Pani mając takie dziecko, ktoś od nas będzie przyjeżdżał i zabierał je na rehabilitację. Będzie mogła pani skorzystać z usług specjalistów. Mało tego, oni oceniają to dziecko, psychicznie, fizycznie i ruchowo. Pod każdym względem, czy intelektualnie jest uszkodzone, czy potrzeba innych specjalistów, czy różnych zabiegów. Od znajomych jeszcze się dowiedziałam, tak jak u nas jest dofinansowanie na te wózki czy sprzęt rehabilitacyjny, to tak nawet potrafią wyremontować mieszkanie. Tak, aby przystosować je do tej osoby niepełnosprawnej. Gdy dziecko idzie do szkoły, to przyjeżdża samochód po to dziecko, matka nie chodzi po urzędach i stara się żeby było przyjęte. Oni matce proponują, gdzie dziecko mogłoby chodzić, i tylko czekają na zgodę. Całkowite jest wsparcie nie tylko z tym, że on chodzi do szkoły. Ma tam automatycznie rehabilitację. (FGIprawne_P_GD_1_20150710)*

Inną formą usług opiekuńczych (działającą m.in. w Szwecji), której wprowadzenie do Polski postulują badani, są rodziny zastępcze dla osób niepełnosprawnych. Takie rodziny przygotowane są merytorycznie do opieki nad osobą niepełnosprawną 24 godziny na dobę, mają odpowiedni sprzęt i przystosowany dom. Opieka nad osobami niesamodzielnymi jest ich pracą, za którą płaci państwo. Takie rodziny mogłyby, zdaniem badanych, pełnić funkcję instytucji wytchnieniowych dla bliskich niepełnosprawnych osób – oddanie podopiecznego na jakiś okres umożliwiłoby rodzinie chwilowy odpoczynek od obowiązków opiekuńczych lub dałoby czas na załatwienie innych ważnych spraw życiowych przy jednoczesnej pewności, że osoba niesamodzielną otaczana jest należytą opieką.

O6: *Więc więcej domów dziennej opieki, na pewno. Z wyspecjalizowanym... Żle powiedziałam. Z personelem przystosowanym do tych ludzi niepełnosprawnych. Jest wszystko do zrobienia, tylko chęci brakuje, środków brakuje, ludzi, którzy by chcieli to zrobić, brakuje. Ale ja powiem Państwu coś, co istnieje nie w Polsce, a powinno istnieć w Polsce, rodziny zastępcze dla osób niepełnosprawnych. Oczywiście takich osób niepełnosprawnych, które kwalifikują się 24 h o pomoc. Takie coś istnieje w Szwecji.*

O1: *To bardzo dobry przykład, popieram.*

O6: Byłam w takiej rodzinie, którzy są. Oczywiście ta rodzina musi spełnić wszelkie kryterium. Oni są medycznie przygotowani. Ich domy są przygotowane na przyjęcie osoby niepełnosprawnej. Bo tam się nie buduje domu, nawet jeżeli niepełnosprawny tam nie mieszka, to musi być wybudowany ten dom pod kątem ewentualnego. I te rodziny przyjmują do swojego domu osobę niepełnosprawną. Traktują ją jak swojego członka rodziny, on mieszka w ich domu, żyje w ich atmosferze, a matka, ojciec, czy rodzice takiego dziecka, mogą z wielkim spokojem jechać na Łazurowe Wybrzeże, jak ich na to stać. To jest pokrywane, państwo to pokrywa. Oni pracują. To jest ich praca. Tak, jak my idziemy do biura. (FGIprawne_P_GD_2_20150625)

Praktycy z instytucji opieki oraz pracownicy instytucji pomocy i integracji społecznej

Uczestniczący w badaniu praktycy z instytucji opieki oraz pracownicy instytucji pomocy społecznej dysponowali bardzo szczegółową wiedzą na temat warunków działania placówek opiekuńczych oraz przepisów prawa regulujących ich działanie.

Podczas oceny poszczególnych obszarów warunkujących działanie instytucji opiekuńczych (lokalizacje, warunki lokalowe, kadre, organ założycielski, finansowanie i świadczone usługi) za najbardziej problematyczny uznany został (właściwie jednogłośnie) obszar finansowania. Niewystarczające dotacje z budżetu samorządów, ograniczenia w refundacji usług z Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) są, zdaniem badanych praktyków, przyczyną wszystkich pozostałych problemów z innymi obszarami działalności instytucji opiekuńczych, a większa ilość pieniędzy postrzegana jest jako główne remedium na większość kłopotów.

Zdania na temat tego, jakie możliwości finansowania placówek opiekuńczych powinny dopuszczać przepisy prawa, są podzielone. Nie wszyscy respondenci uważają, że placówki świadczące usługi opiekuńcze powinny być nastawione na osiąganie zysków. Niektórzy sądzą, że opieka nad osobami niepełnosprawnymi, chorymi i starszymi nigdy nie będzie mogła być dochodowa z racji swojego charakteru, a część badanych jest zdania, że nawet z zasady nie powinno tak być, ponieważ opieka stanowi pewnego rodzaju misję i powołanie. W ich ocenie czerpanie zysków ze świadczenia usług opiekuńczych sprzyja patologiom, w związku z czym pewne rodzaje działalności opiekuńczej (np. hospicja) powinny być jedynie publicznymi instytucjami – właśnie po to, aby zapobiegać nadużyciom wobec pacjentów. Są jednak i tacy, w ocenie których instytucje opiekuńcze powinny mieć prawo do podreperowania swojego budżetu, np. poprzez wynajem pomieszczeń czy możliwość sprzedaży produktów wytwarzanych przez podopiecznych (w przypadku warsztatów terapii zajęciowej).



Drugi problematyczny obszar z perspektywy praktyków z instytucji opieki to zatrudniona w nich kadra. W wielu instytucjach jest jej za mało (a tendencja ta, zdaniem niektórych respondentów, będzie się pogłębiać ze względu na emigrację zarobkową z Polski oraz niski prestiż zawodów opiekuńczych) i jest zbyt nisko opłacana w stosunku do wykonywanych obowiązków. Niskie zarobki natomiast utrudniają egzekwowanie od pracowników świadczenia usług wysokiej jakości. Sposobem na radzenie sobie z brakami kadrowymi w wielu placówkach stało się zatrudnianie wolontariuszy, ale nie jest to rozwiązanie optymalne. Po pierwsze, dlatego że nie mogą oni wykonywać wszystkich czynności wokół podopiecznych ze względu na regulacje prawne, które wymagają, aby zajmowały się tym jedynie osoby wykwalifikowane. Po drugie, zdaniem części respondentów, wolontariusz nie powinien zastępować wykwalifikowanego personelu, a jedynie mu pomagać lub uzupełniać jego pracę. Pracownicy domów pomocy społecznej zaznaczają również, że standardem (obecnie niegwarantowanym przez przepisy) w DPS powinno być zatrudnianie pielęgniarek w całodobowym wymiarze, ponieważ często wymaga tego stan podopiecznych domu.

Utrudnieniem kadrowym są także zasady zatrudniania pracowników w placówkach opiekuńczych wynikające z obowiązujących przepisów prawa. Zgodnie z nimi w niektórych typach instytucji (np. w środowiskowych domach samopomocy) do zatrudnienia wymagane jest doświadczenie zawodowe – poświadczone umową o pracę, a od niedawna również umową zlecenie. W rezultacie wolontariat (nawet w tej samej instytucji, w której dana osoba chce się później zatrudnić) nie może zostać zakwalifikowany jako doświadczenie zawodowe, nawet jeżeli dyrekcja placówki wyraża na to zgodę. Sytuacja ta jest o tyle problematyczna, że z jednej strony braki kadrowe w placówkach opiekuńczych regularnie uzupełnianie są pracą wolontariacką, a z drugiej – prawo nie dopuszcza doceniania pracy takich osób poprzez ich późniejsze stałe zatrudnienie.

O4: No, jeśli chodzi o ŚDS, to nas tutaj jakby obwarowuje rozporządzenie o środowiskowych domach, no i jest wymagany minimum półroczny staż pracy, doświadczenia zawodowego. Teraz to może być również umowa zlecenie, ale wcześniej, zanim weszły zmiany w rozporządzeniu, tylko staż pracy, czyli umowa o pracę. Dla mnie to był absurd, bo wszystkie osoby, które chciałyby pracować w tego typu placówkach po studiach, młode osoby, mają zamkniętą furtkę. Nie ma możliwości, żeby je przyjąć, bo blokuje to rozporządzenie. A jeśli kogoś takiego przyjmę, to po prostu kontrola na dzień dobry mi zajrzy w dokumenty i jest katastrofa. Więc, moim zdaniem, okej, w porządku, doświadczenie zawodowe, ale właśnie wolontariat też jest często doświadczeniem zawodowym. I jeśli ma się fajnego wolontariusza, to zarówno on wiele zysku-

je, bo zyskuje to doświadczenie, może sobie wiele popracować, ale też i placówka. Bo jeżeli ktoś idzie tak sam z siebie, z dobrej woli, z chęcią i chce coś dać od siebie, ale też dzięki temu coś zyskać dla siebie, to dlaczego tego nie wziąć, jako takie doświadczenie zawodowe, które będzie owocowało? A często jest też tak, np. w moim przypadku, że jeśli przychodzi wolontariusz, np. na 4,5 roku studiów. Jest u mnie rok, dwa lata, przychodzi i ja widzę potencjał w tym człowieku, widzę, że on się nadaje do tej pracy, że ma serce, że on chce z tymi ludźmi pracować, wie w ogóle, o co chodzi w tej pracy, to dlaczego ja go nie mogę zatrudnić? To jest trudny temat, to jest trudny temat. (FGIprawne_P_P_4_20150629)

Jeśli chodzi o lokalizację, zdaniem respondentów na gęsto zaludnionych obszarach, takich jak duże miasta, właściwie każde miejsce jest dobre na założenie instytucji świadczącej usługi opiekuńcze dla osób chorych, niepełnosprawnych i starszych – ze względu na duże zapotrzebowanie. W przypadku mniejszych ośrodków miejskich oraz ośrodków wiejskich uruchamianie nowych usług publicznych – w ocenie badanych – powinno być zawsze poprzedzone diagnozą potrzeb, skali zapotrzebowania, rozproszenia terytorialnego oraz jego charakteru, po to by można było dobrać najlepsze z punktu widzenia danego rejonu formy świadczenia usług opiekuńczych i zorganizować je w sposób gwarantujący korzystanie z nich przez osoby niesamodzielne i ich rodziny. Taka diagnoza powinna być wymagana przez przepisy prawne regulujące zasady zakładania nowych placówek świadczących usługi opiekuńcze. Dzięki temu uniknie się sytuacji, w których do jednych instytucji opiekuńczych (np. środowiskowych domów samopomocy) są kolejki, a w innych pozostają wolne miejsca z powodu niedostępnej lokalizacji i braku transportu dla podopiecznych i ich bliskich.

Z tematem lokalizacji instytucji opiekuńczych wiąże się również kwestia możliwości kierowania podopiecznych, którym przysługuje miejsce w DPS opłacane lub dofinansowane przez gminę, do prywatnych placówek (wpisanych do rejestru, czyli działających zgodnie z tymi samymi zasadami, co wszystkie publiczne DPS) w sytuacji braku łóżek w placówkach publicznych. Obowiązujące obecnie przepisy dopuszczają taką możliwość, ale jedynie gdyby w DPS w całej Polsce nie było wolnych miejsc. Zdaniem respondentów taka sytuacja nie sprzyja nikomu – ani osobom niesamodzielnym, które nie są objęte opieką, ani prywatnym domom, w których stoją puste łóżka.

O1: Przy zakładaniu zupełnie nowego domu pomocy społecznej to trzeba sporo milionów, że tak powiem. To, co chciałem powiedzieć tym, którzy będą korzystać z wyników fokusa, nie



wiem, czy oni sobie zdają sprawę, czy nie, ale powstaje sporo domów prywatnych w Polsce. One mogłyby uzupełniać szczególnie w wielkich miastach te braki, ponieważ do tych naszych publicznych domów są kolejki osób oczekujących. W Poznaniu w tej chwili chyba ponad 400. Do prywatnych domów pomocy społecznej nie mogą kierować gminy. Jak gdyby one, te prywatne domy, na początku są już przez sam system dyskryminowane, bo gdyby gminy mogły to robić, to wtedy te skierowania występowałyby i osoby mogłyby być kierowane na takich samych zasadach do placówek tych publicznych przez samorządy tworzone czy przez organizacje, jak i do tych prywatnych. A żeby nazywać się domem pomocy społecznej to ten podmiot prywatny tak i tak musi wypełnić wszystkie wymogi, które są określone w ustawie i rozporządzeniu w sprawie pomocy. Czyli on inwestuje mnóstwo pieniędzy, po czym może mieć problem ze zdobyciem tych klientów. Może to, że są ogromne potrzeby, ale niestety nie wszystkich stać na to, żeby zapłacić 3000 zł albo 3500. A gdyby gmina mogła skierować do takiego prywatnego domu, który spełnia wszystkie wymogi, jest rejestrowany przez wojewodę, ma zezwolenie, to dlaczego gmina nie może tych usług kupić dla swojego mieszkańca u prywatnicarza? Ja to zawsze porównuję do ołówków, samorząd, urząd miasta może kupić ołówki lub inne usługi u prywatnicarza tak zwanych, czyli podmiotów prywatnych, jak i jakichś spółdzielniach czy sklepach, gdzie nie ma państwowych. Tak samo w przypadku tych usług opiekuńczych. Jest blokada prawna. Gdybym ja miał prywatny dom pomocy społecznej, to bym zaskarżył te przepisy, że są niezgodne z konstytucją i ograniczają rynek tak naprawdę. Dostępność. (FGIprawne_P_P_4_20150629)

Lokalizacja nieodłącznie wiąże się również z warunkami lokalowymi, jakie muszą spełniać instytucje świadczące usługi opiekuńcze. W przypadku placówek obszar ten jest szczegółowo opisany i uregulowany w ustawach i rozporządzeniach, o czym respondenci wiedzą i czego właściwie większość z nich nie ocenia. Zapytani, są najczęściej w stanie powiedzieć, jakie wymogi powinna spełniać ich placówka w tym zakresie. Zdarza się, że wymogi te postrzegane są jako bariera dla zakładania nowych instytucji lub kłopot (głównie natury finansowej) w sytuacji, w której istniejąca od wielu lat placówka, mieszcząca się w starym budynku, musi się do tych wymogów dostosować. Na przykład domy piętrowe muszą być wyposażone w windę umożliwiającą dostęp dla osób niepełnosprawnych. Dobudowanie windy do już istniejącego budynku okazuje się kosztowne, czasem utrudnione ze względu na nadzór konserwatorski nad lokalem, a z kolei znalezienie już stojącego lokalu partelowego jest bardzo trudne.

O1: Myślę, że można, jak już jesteśmy, przy okazji warunki lokalowe, Owińska na przykład, budynek pod opieką konserwatora zabytków, brak windy.

O2: Co utrudnia remonty.

B: Tak ładnie zapisałam. Budynek elastyczny architektonicznie. Może być?

O1: Może.

B: Bo słyszałam tutaj wypowiedzi pana Łukasza.

O7: Najlepiej parterowy wtedy odchodzi...

O2: Tylko w naszym wypadku to są ograniczenia.

O5: Ja nie mogę, bo na przykład ja chciałam podwyższyć, bo mam windę, ale fundament nie wytrzyma. A poza tym, proszę panią, bardzo trudno dostać lokalizację płaską. Wzór hospicjum angielski parterowy, nigdzie nie wchodzi się. Bardzo trudno jest to uzyskać. (FGIprawne_P_P_5_20150709)

B: Czy świadczone usługi, organ założycielski, karda, instytucje, lokalizacja może być barierą?

O4: Ta lokalizacja z tymi warunkami jest.

O5: Bardzo duża, proszę państwa, bo ja właśnie jestem w trakcie, to są ogromne pieniądze i bardzo dużo, żeby przejść przez rzeczy papierkowe, żeby mi napisali, że ja mogę tam prowadzić działalność medyczną. (FGIprawne_P_P_5_20150709)

Usługi świadczone w instytucjach opiekuńczych same w sobie nie są przez respondentów postrzegane jako problematyczne w kontekście działania instytucji, w których pracują. W przypadku niektórych placówek standardy ich wykonywania określone są w przepisach prawa, czego respondenci są świadomi i do czego się dostosowują w swojej pracy. Pracownicy OPS zwracają uwagę, że analogicznie do określonych w przepisach standardów usług realizowanych w placówkach opiekuńczych powinien powstać ogólnopolski standard świadczenia opiekuńczych usług środowiskowych, ponieważ obecnie w różnych miejscach w Polsce jest to różnie rozwiązywane. Ma to swoje konsekwencje nie tylko dla jakości wsparcia, które otrzymują osoby niesamodzielne, ale również niesie ze sobą problemy natury administracyjnej, związane na przykład z brakiem wystandaryzowanych kryteriów stosowanych w przetargach na świadczenie tego typu usług.



O2: *Ale na przykład w usługach są bardzo dobre, tak? Na przykład minister starej daty, dawna, dawna pani minister ustaliła też standardy, po które tylko wystarczy sięgnąć. To są bardzo proste procedury, ale gdyby one były dla wszystkich ośrodków takie same, można by było wtedy badać jakość i efektywność usług raz, a drugi raz, jeżeli chodzi o miasto, no bo jesteśmy jednym jakby budżetem, tak? Jedną jednostką na terenie miasta, to powinniśmy tworzyć takie same specyfikacje istotnych warunków zamówienia i przetargi. Jednakowe kwalifikacje, wiadomo, że różnice są zróżnicowane. Ja mówię o tych podstawowych rzeczach. Kwalifikacje, doświadczenie, wybrać jeden tor. Każdy ośrodek ma różne, na podstawie własnych tylko doświadczeń tworzymy SIWZ i tu jest brak tej naszej jednolitości. Jak zleca się usługi, jak się po pierwsze, bo są 2 etapy standardów. Po pierwsze jak zlecamy, czego wymagamy. Mówi o tym ustawa, także tutaj wielkich rozbieżności nie ma, ale jeżeli chodzi o badanie jakości tych usług i efektywności*

O9: *Oceny tych nie mamy...*

O2: *Oceny, my nie mamy mierników. My na przykład sobie w centrum opracowaliśmy taki na własny użytek, tak, ale uważam, żeby badać, żeby jakoś działać na tym rynku usługowym, powinniśmy się po prostu zbić, tak? (FGIprawne_W_IPiIS_11_20150701)*

Wypowiedzi badanych praktyków świadczą o tym, że – podobnie jak przedstawiciele gospodarstw domowych – definiują oni usługi opiekuńcze szeroko, zaliczając do nich również rehabilitację i leczenie czy edukację. W tym kontekście część badanych pracowników instytucji działających w obszarze ochrony zdrowia uważa, że Narodowy Fundusz Zdrowia powinien refundować większą liczbę godzin rehabilitacji, która jest pacjentom takich placówek niezbędna, a jest jej zbyt mało. Pracownicy hospicjów zwracają również uwagę na to, że nierefundowane jest również stanowisko pracownika socjalnego w ich instytucjach. Usługa ta w ich ocenie jest potrzebna pacjentom, więc powinna być dostępna podopiecznym cały czas, a obecnie hospicja, nie mogąc sobie pozwolić finansowo na stałe utrzymanie tych stanowisk, zatrudniają pracowników socjalnych na przykład tylko na jeden dzień w tygodniu. NFZ nie przewiduje również refundacji dojazdów pracowników hospicjów domowych do pacjentów, co w ocenie kadry tych instytucji jest dla nich krzywdzące i utrudniające pracę. Ostatnią problematyczną kwestią odnoszącą się do usług świadczonych przez hospicja są zasady finansowania dnia przyjęcia i dnia wypisu pacjenta z placówki. Obecnie zgodnie z przepisami płatny jest jedynie dzień przyjęcia, ale już nie dzień wypisu. Prowadzi to do następującej sytuacji: jeśli pacjent umrze bądź zostanie skierowany do szpitala tego samego dnia, w którym został przyjęty do hospicjum, to instytucja, pomimo poniesionych kosztów (pracy całego zespołu osób), nie dostanie za niego refundacji z Narodowego Funduszu Zdrowia.

Warto zwrócić uwagę na ogólne przekonanie części badanych praktyków z instytucji opieki, że usługi świadczone przez instytucje publiczne są lepszej jakości niż usługi świadczone przez instytucje prywatne, co wynika z konieczności dostosowania się do wymogów określonych w przepisach prawa oraz stałego nadzoru ich spełniania prowadzonego przez różnego rodzaju instytucje (sanepid, NFZ, GIO-DO itp.). Aczkolwiek jednocześnie stałe kontrole oceniane są przez badanych jako uciążliwe i odrywające od codziennych obowiązków, a ich wynik zależny od arbitralnej oceny kontrolera. Sposobem na zapewnienie lepszej jakości usług oferowanych przez instytucje niepubliczne są w ocenie respondentów publiczne rejestry instytucji opiekuńczych, w których znaleźć się mogą tylko takie placówki, które spełniają wymogi ustawowe – analogiczne do tych, które obowiązują instytucje publiczne. Takie rozwiązanie, zdaniem pracowników OPS, dobrze sprawdza się w przypadku placówek działających w sferze pomocy społecznej i jest rozpoznawalnym znakiem jakości dla klientów tych instytucji, którzy zanim skorzystają z ich usług, chcą wiedzieć, czy są one wpisane do rejestru (z wypowiedzi respondentów nie wynika, czy analogiczne rozwiązania są również stosowane w sferze ochrony zdrowia). W ocenie badanych pracowników OPS problem zaczyna się w przypadku tych placówek, które nie są w rejestrze i właściwie nie podlegają żadnej kontroli. W tym miejscu uwidacznia się pewna rozbieżność w opiniach praktyków i niektórych przedstawicieli gospodarstw domowych, którzy raczej skłonni są twierdzić, że to w instytucjach prywatnych panuje wyższy standard usług, jednocześnie jednak narzekają na to, że prywatne placówki ustalają własne zasady przyjęć i nie chcą zajmować się osobami niesamodzielnymi w najcięższym stanie.

B: Czy te standardy obowiązują tak samo placówki publiczne, jak i niepubliczne, czy to jest...

O9: Tak.

O6: Jeżeli niepubliczne korzystają z pewnych uprawnień, to tak, aczkolwiek też jest to wolny rynek.

O9: Niepubliczna placówka musi być zarejestrowana u wojewody.

O6: Niepubliczna, dokładnie, zarejestrowana, bo mówimy też o prywatnych, tak?

B: A, czyli może być tak, że może być niepubliczna zarejestrowana i w ogóle prywatna?

O6: Może być to działalność gospodarcza na przykład.

O9: Często tych placówek my ich nie znamy, mogą tam się dziać różne rzeczy.



O6: *A później z pretensjami przyjdzie się do nas.*

O4: *Po prostu tak, jakby były państwowe.*

O6: *Przyjdą z interwencją. Wiele razy przychodzą z interwencją, że coś się dzieje, albo pytają, czy taki ośrodek byśmy polecili, czy spełnia standardy? My wówczas odsyłamy do listy, tam gdzie, i tu znowu wracamy do punktu wyjścia, bo możemy tutaj coś zaproponować, bo spełniają standardy, a tam gdzie nie ma standaryzacji, no to jest to ryzyko. (FGIprawne_W_IPiIS_11_20150701)*

Praktycy z instytucji opiekuńczych są zdania, że rodziny osób niesamodzielnych mają zagwarantowany wpływ na jakość i sposób świadczenia usług swoim bliskim. Zdaniem niektórych respondentów rodziny, które płacą za pobyt swoich podopiecznych w instytucji opieki, bardziej zwracają uwagę na ten aspekt (zgodnie z zasadą „płacę – wymagam”).

B: *A czy podopieczny jak ma rodzinę, to czy on sam i jego rodzina mają wpływ na to, w jaki sposób ta opieka w tej placówce jest świadczona?*

O1: *Taki, że odwiedzają pacjenta, i widzą, że jest opieka nieprawidłowo, to wtedy zgłaszają zastrzeżenia. Ale tak to to chyba nie, bo musieliby przebywać dwadzieścia cztery. Znaczą, jest pacjent kierowany. Ja mogę powiedzieć o ZOL komercyjnych, wiadomo jak człowiek płaci ma wymogi. Potem są reklamacje, że na przykład nie wiem, że tu nie ma tego, tam nie ma tego, to miało być, a tego nie ma, a trzeba za to płacić. Myślę, że więcej mają do powiedzenia rodziny, które płacą i odczuwają, że tak powiem, finansowo koszt leczenia, bo są większe wymogi od tych ludzi. (FGIprawne_W_P_8_20150630)*

W ocenie badanych postawa klientów często jest wręcz roszczeniowa, a oczekiwania nieprzystające do możliwości, które ma dana placówka. Na przykład, zdaniem ankietowanych praktyków, rodziny osób przebywających w środowiskowych domach samopomocy uważają, że skoro płacą w jakimś wymiarze za pobyt podopiecznego w placówce, to w rezultacie mogą wymagać od instytucji świadczenia usług zgodnie ze swoimi oczekiwaniami – na przykład konkretnego jadłospisu dla swoich bliskich. Tymczasem, jak twierdzą pracownicy ŚDS, opłaty wnoszone przez klientów nie trafiają bezpośrednio do ich budżetu, ale do ośrodka pomocy społecznej (który do ŚDS kieruje). W związku z tym z perspektywy placówki nie istnieje bezpośrednie przełożenie kosztów ponoszonych przez rodziny na warunki świadczenia usług ich podopiecznym przebywającym w ŚDS, a posiadany przez instytucję budżet uniemożliwia spełnienie oczekiwań klientów.

O4: *Ja myślę, że jeżeli chodzi o ŚDS, to jest jeszcze taka sytuacja, że jeżeli uczestnik jest lepiej jakby ustawiony finansowo, wsparty rodziną i na przykład Ośrodek Pomocy Społecznej, to też jest decyzja administracyjna i kierująca z MOPR wydaje tą decyzję i jest odpłatność. Ta odpłatność nie trafia do nas. Ona idzie właśnie najpierw do opieki społecznej, do ośrodka pomocy społecznej, następnie MOPS przekazuje ją do urzędu wojewódzkiego. Uczestnik jest przekonany, że on płaci na MDMS. One krążą, ale nigdy nie trafiają do nas. Dla mnie to jest też takie trochę...*

O2: *Taka niejasność bardziej.*

O6: *Mało czytelne. Ja płacę, ja żądam, jest.*

O4: *Ja mówię, przepraszam bardzo, ale te pieniądze do mnie nie trafiają i ja nie mogę zapewnić kawioru na obiad. (FGIprawne_P_P_4_20150629)*

Jednocześnie część badanych praktyków zwraca uwagę, że są i takie rodziny, które w ogóle nie interesują się tym, co dzieje się z osobą niesamodzielną podczas pobytu w placówce opiekuńczej, odpowiedzialność za opiekę cedując w całości na instytucję.

B: *Czy ktoś by chciał do tego pytania coś dodać jeszcze? Na ile podopieczni mają wpływ?*

O4: *Są roszczeniowi, trzeba im przyznać. Natomiast jeżeli chodzi o rodzinę akurat w moim przypadku, to często już jest tak, że jeżeli trafi ten uczestnik do nas, do ośrodka, to rodzina rękoma i nogami się broni, żeby się z nami nie kontaktować. Ja na przykład od tego roku zaczęłam coś takiego, że robię imprezę integracyjną, żeby te rodziny przyszły, zobaczyły, gdzie te osoby przychodzą, żeby móc też albo podzielić się dobrymi, albo też złymi sugestiami, jeżeli chodzi o funkcjonowanie tych osób, ale też żeby miały świadomość, co się dzieje w tym ośrodku. Bo często jest tak, że jeżeli nie wiedzą, nie interesują się, nie przychodzą, a za chwilę przyjdą i mają pretensje. Ale też pretensje mogą mieć sami do siebie, bo się na przykład nie interesowali wcześniej. To zależy wiele od ludzi. Aczkolwiek uczestnicy mają szansę. (FGIprawne_P_P_4_20150629)*

Warto jednak zwrócić uwagę, że z wypowiedzi niektórych przedstawicieli gospodarstw wynika przeciwny wniosek do tego wyrażanego przez badanych praktyków – sposób, w jaki opowiadają o pobycie swoich bliskich w instytucjach opiekuńczych, każe raczej sądzić, że mają oni poczucie braku kontroli nad tym, co dzieje się z ich podopiecznymi podczas pobytu w placówce, oraz poczucie zależności od tych instytucji i niemożności wpływu na zachowanie pracującego w nich personelu.



O2: Przykład podam. Babcia dostaje kroplówkę. Skończyła się ta kroplówka. Wiadomo, krew zaczyna się cofać. Przychodzi pani i mówię, co się dzieje. Ona mówi, że nie jest od tego, niech Pan sobie szuka pielęgniarce. Ja się pytam, gdzie jest pielęgniarce. Ona mówi, że skąd ma wiedzieć. Taka jest rozmowa z personelem i nie są to odosobnione przypadki. I co taki człowiek tam robi. (FGIprawne_G_GD_3_20150630)

Z wypowiedzi respondentów, przede wszystkim praktyków z instytucji opiekuńczych, wynika, że na działanie instytucji opiekuńczych w Polsce wpływ ma duża liczba ustaw, rozporządzeń oraz uchwał, często w pierwszej chwili w ogóle niekojarzonych z żadnym obszarem opieki, takich jak ustawa o ochronie danych osobowych czy wolontariacie i stowarzyszeniach. Wymieniane przez rozmówców przepisy świadczą o tym, że najmniej różnych ustaw reguluje obszar opieki nad dziećmi do lat 3 i wieku przedszkolnym. Natomiast na system pomocy społecznej i ochrony zdrowia oraz działające w ich ramach instytucje opiekuńcze wpływają liczne i różnorodne przepisy.

Ogólna opinia wszystkich badanych (przedstawicieli gospodarstw domowych i praktyków) o przepisach prawa regulujących funkcjonowanie instytucji opieki nad osobami chorymi, niepełnosprawnymi i starszymi oraz dziećmi jest negatywna. Jednocześnie respondenci w swoich wypowiedziach często nie wykraczają poza pewne utarte w powszechnej opinii stwierdzenia i oceny: że prawo jest niezrozumiałe⁷⁴, sprzeczne ze sobą, że nie jest dopasowane do potrzeb społeczeństwa, jest trudno dostępne (dla klientów instytucji opiekuńczych, bo praktycy na ten aspekt raczej nie narzekają – w placówkach przeważnie obowiązują procedury rozpowszechniania informacji o zmieniających się przepisach), zbyt często się zmienia, a jego egzekwowaniem zajmują się „bezduszni urzędnicy”. Konkretnie przykłady są w stanie podać jednak przede wszystkim praktycy z instytucji opieki i pracownicy OPS. Ci ostatni, choć potwierdzają kłopoty z interpretacją przepisów, wspominają też o przykładach, kiedy ogólność i niejasność pewnych zapisów umożliwia ich szerszą interpretację i wykorzystanie. Pomimo powszechnego przekonania o zbyt często zmieniających się przepisach i regulacjach badani oceniają, że istniejące prawo definiujące działanie instytucji opiekuńczych w Polsce nie odpowiada na zachodzące zmiany społeczne, sytuację demograficzną, rozwój miast i tym podobne zjawiska.

W tym kontekście warto jednak zauważyć, że badani praktycy z instytucji opieki i OPS doceniają, że w ogóle jakiegokolwiek regulacje prawne istnieją, stanowiąc ramy

⁷⁴ Aczkolwiek dobrym przykładem na niejasność przepisów jest fakt, iż właściwie żaden z badanych pracujących w obszarze ochrony zdrowia nie potrafił wyjaśnić, na czym polega zapisana w ustawach i rozporządzeniach różnica między zakładem opiekuńczo-lecznym a zakładem pielęgnacyjno-opiekuńczym.

dla ich pracy i będąc pewnego rodzaju zabezpieczeniem – wyjaśnieniem, dlaczego podejmują takie, a nie inne decyzje, dlaczego działają w określony sposób (tzw. „podkładka”).

B: Czy są takie przepisy, które pomagają w funkcjonowaniu placówek opiekuńczych?

O2: Na pewno regulaminy i statuty, które nas w pewnym sensie chronią. Bo są ściśle określone warunki przy prowadzenia dzieci, odbioru, jak się trzeba zachować tu i tam. To jest podkładka i ratunek dla nas. (FGIprawne_G_P_10_20150629)

Jeżeli badani mają problem ze zrozumieniem treści ustaw i rozporządzeń, a są im one niezbędne, starają się korzystać z czyjejs pomocy w ich interpretacji – w przypadku praktyków z instytucji opiekuńczych są to najczęściej prawnicy placówek, w których pracują respondenci, fundacje udzielające porad prawnych i inni pracownicy. Jak wynika z wypowiedzi przedstawicieli gospodarstw domowych, oni w takich sytuacjach raczej nie kontaktują się z prawnikami (ze względu na koszty lub brak wiedzy na temat dostępności darmowych porad prawnych), ale dopytują pracowników instytucji opiekuńczych, innych ludzi znajdujących się w podobnej sytuacji lub poszukują odpowiedzi w Internecie.

Co więcej, przedstawiciele gospodarstw domowych uważają, że znajomość przepisów i regulacji prawnych nie jest ich obowiązkiem, że powinni być rzetelnie informowani o przysługujących im prawach i obowiązujących ich zasadach przez instytucje opiekuńcze, z usług których korzystają. Ponadto są przekonani o swoim braku sprawczości wobec stanowionego prawa i wzajemnym oderwaniu od siebie ich świata, w którym muszą sobie radzić z obowiązkami opiekuńczymi, oraz świata regulacji prawnych.

Jak zostało już wcześniej wspomniane, podstawowym problemem zgłaszanym przez wszystkich badanych (zarówno praktyków, jak i przedstawicieli gospodarstw) jest brak miejsc w publicznych instytucjach opieki, a także brak pieniędzy – na rozwój placówek i usług, tworzenie nowych, na zwiększanie liczby miejsc, na podwyżki dla zatrudnionych pracowników. Ankietowani przedstawiciele gospodarstw najczęściej nie łączą kryteriów dostępu do instytucji oraz warunków ich działania z przepisami prawnymi – kwestie te, z którymi badani mają bezpośrednią, codzienną styczność (a ustawy i rozporządzenia są postrzegane jako coś bardziej abstrakcyjnego), wiązane są raczej z konkretnymi placówkami, urzędami (np. ZUS, OPS), decyzjami podejmowanymi przez urzędników czy pracowników instytucji



opiekuńczych. Przepisy prawa kojarzone są natomiast z władzą państwową i jej obowiązkami, w związku z czym badani łączą je głównie z brakiem miejsc w publicznych placówkach i brakiem pieniędzy, ponieważ te dwie kwestie postrzegają jako podstawową odpowiedzialność państwa. W ocenie przedstawicieli gospodarstw domowych obowiązkiem państwa jest zapewnienie wszystkim potrzebującym dostępu do usług opiekuńczych. Przekonanie to podzielają również praktycy z instytucji opiekuńczych. Taka postawa może też świadczyć o tym, że ogólna kategoria regulacji prawnych jako takich oznacza dla badanych spis tego, do czego obywatele „mają prawo”, a w przekonaniu respondentów powinni mieć przede wszystkim prawo do bezpłatnej opieki wysokiej jakości. Natomiast kwestie bardziej szczegółowe (jak warunki lokalowe panujące w placówkach, zasady przyjęcia itp.) są dla nich czymś wtórnym wobec tego uprawnienia.

Ponadto krytykowana przez większość respondentów wysokość kryterium dochodowego oraz zasady przyznawania pomocy przez ośrodki pomocy społecznej w ocenie niektórych badanych w tym momencie wręcz sprzyjają osobom pozostającym na bezrobociu. Doprowadza to do sytuacji, w której osoby pracujące, ale zarabiające przeciętne pensje, chcąc płacić za usługi opiekuńcze czy rehabilitacyjne, muszą dokonywać wyboru między nimi a obniżeniem standardu życia swojego i swoich bliskich albo zdecydować się na pozostanie poza rynkiem pracy.

Badani – zarówno praktycy, jak i przedstawiciele gospodarstw domowych – negatywnie oceniają proces tworzenia przepisów regulujących działanie instytucji opiekuńczych w Polsce. W ich ocenie o kształcie legislacji decydują osoby, które się na tym nie znają, nie mają świadomości tego, w jaki sposób wygląda stosowanie przepisów w praktyce. Pytani o przyczyny takiego stanu rzeczy najczęściej wskazują właśnie na fakt, iż twórcy przepisów nie należą do grona praktyków, oraz brak konsultacji społecznych wśród osób pracujących w instytucjach opiekuńczych i świadczących usługi opiekuńcze. Jedynie pracownicy OPS, oprócz tego, wskazują na ograniczenia wynikające z samej procedury tworzenia prawa w Polsce i konieczności osiągnięcia kompromisu między interesem i potrzebami różnych resortów.

O6: Nie, w innym zupełnie ministerstwie, że pewne akty są przez pracowników merytoryczne, przez departamenty i tak dalej, do legislacji i to trafia do komisji. Taka rzecz, która jest skonstruowana, ponieważ ona też wynika trochę z konsultacji merytorycznych, tak powinno być...

O3: Zaczyna się rozbieżność.

O6: *Zaczyna się rozbieżność, i to jest właśnie praca w komisji. Także ona tam, gdzie trafia już do sejmu, ona jest zupełnie inaczej wykonywana niż projekt.*

O5: *Także to jest szybka ścieżka.*

O10: *Jak wyglądały konsultacje społeczne?*

O6: *Konsultacje były takie, że każdy może wejść, wypowiedzieć się na ten temat, ale tam też biorą udział w tych konsultacjach różne ministerstwa, prawda? Natomiast ja powiem tak, że też konsultowaliśmy wiele aktów i człowiek starał się właśnie, korzystał też z instytucji, które były, pod które nadzorowaliśmy i trochę ręce opadają, dlatego że widzimy akt, gdzie zupełnie są inne zapisy.*

O3: *A nie rozbija się to wszystko o ministra finansów? [Śmieje się]*

O6: *No właśnie, jeżeli wracając z konsultacji z ministerstwa finansów, to wiele rzeczy jest powykreślanych.*

O9: *Bo to jest to, o czym mówiliśmy.*

O6: *Czyli strona tam, gdzie powstaje, a tam, gdzie wychodzi, to może być potem ona bardzo rozbieżna i właśnie nie bazuje trochę na tym środowisku, które to wykonuje później. (FGIprawne_W_IPiS_11_20150701)*

Podsumowując wypowiedzi badanych uczestniczących w zogniskowanych wywiadach grupowych, należy zauważyć, że nie można w Polsce mówić o jednolitym systemie opieki nad osobami niesamodzielnymi, nie można też jasno zdefiniować czegoś takiego jak prawo regulujące ten obszar. Opieka znajduje się w kompetencjach wielu resortów jednocześnie, co z jednej strony stanowi utrudnienie, ponieważ nikt nie czuje się za nią w pełni odpowiedzialny, z drugiej zaś jest pochodną faktu, iż w zakres opieki wchodzi inne czynności niż samo „opiekowanie się”, takie jak rehabilitacja, edukacja czy leczenie – czynności mające już swoje miejsce w innych, dedykowanych im systemach i przepisach. W związku z tym prawo dotyczące opieki nad osobami niesamodzielnymi musiałoby stać się konglomeratem różnych przepisów lub pewnego rodzaju „metaustawą” – łączącą w sobie wiele obszarów.

Jednakże na drodze do wypracowania takich rozwiązań najprawdopodobniej stałyby podziały kompetencyjne między poszczególnymi resortami oraz interesy poszczególnych ministerstw. W tym kontekście, co potwierdzają wypowiedzi respondentów, najmniej upolitycznionym obszarem (przynajmniej dotychczas) wyda-

je się być opieka nad dziećmi do lat 3 oraz w wieku przedszkolnym. System pomocy społecznej oraz ochrony zdrowia są w większym stopniu podatne na koniunkturę polityczną, co przejawia się na przykład w zmianach personalnych w takich instytucjach jak Narodowy Fundusz Zdrowia. Ponadto kompleksowe zmiany w tych systemach okazują się trudniejsze do przeprowadzenia, najprawdopodobniej dlatego że pociągają za sobą większe koszty – zarówno finansowe, jak i społeczne – w związku z czym są politycznie niewygodne.

Ogólne oczekiwania osób korzystających z poszczególnych obszarów opieki oraz pracowników zatrudnionych w tych obszarach wobec zmian, jakie powinny zająć w obowiązujących regulacjach prawnych, są do siebie podobne i nacechowane analogicznymi sprzecznościami. Badani postulują ograniczenie biurokracji związanej z procesem obejmowania osób niesamodzielnych usługami opiekuńczymi, ale jednocześnie wyrażają silną potrzebę stałej i regularnej kontroli przez państwo – po pierwsze jakości działania instytucji opiekuńczych, a po drugie tego, czy korzystają z nich osoby do tego uprawnione. Wszelki monitoring jest natomiast nieodłącznie związany z gromadzeniem dokumentacji, czego większość respondentów zdaje się nie dostrzegać. Zmiana tej zależności wymagałaby zmiany podejścia do samego procesu kontroli i oparcia go być może w mniejszym stopniu na dokumentach poświadczających stan faktyczny, a w większym na deklaracjach przy jednoczesnym ciągłym, wyrwytkowym sprawdzaniu, czy deklaracje pokrywają się z rzeczywistością. Wydaje się jednak, że kluczem do poprawnego działania takiego systemu (poza zmianą mentalności użytkowników systemów, w których działają instytucje opieki) musiałaby być przede wszystkim nieuchronność i dotkliwość kary za ewentualne oszustwo.

Inne potencjalne rozwiązanie usprawniające to dalsza informatyzacja systemów ewidencyjnych czy rejestrujących podopiecznych na usługi. W tej dziedzinie należałoby się zastanowić nad możliwością wzajemnego uczenia się różnych obszarów opieki od siebie nawzajem. Rozwiązania stosowane na przykład przy rejestracji dzieci do żłobków czy przedszkoli, oparte na systemie teleinformatycznym i deklaracjach (częściowo potwierdzanych dokumentami dopiero w momencie przyjęcia dziecka do placówki), mogłyby zostać w jakimś zakresie wykorzystane w innych obszarach opieki.

Drugim mocnym postulatem badanych jest uczynienie przepisów prawa jednoznacznymi, przejrzystymi i stabilnymi (niezmieniającymi się zbyt często) przy jednoczesnym uelastycznieniu ich w taki sposób, aby umożliwiły bieżące reagowanie na zmieniające się warunki zewnętrzne (społeczne, demograficzne itp.). Jednakże, co przyznają również rozmówcy zatrudnieni w OPS i PCPR, to właśnie brak przejrzystości przepisów stanowi cechę umożliwiającą dostosowywanie ich do bieżących potrzeb i sytuacji nietypowych. W wielu przypadkach jednoznacznie sformułowane

paragrafy mogłyby przynosić odwrotny skutek do zamierzonego. W tym kontekście wydaje się, że zmiany powinny zmierzać przede wszystkim do eliminowania sprzeczności między poszczególnymi regulacjami, zwłaszcza istniejących na styku poszczególnych systemów (np. pomocy społecznej i ochrony zdrowia), z których usług korzystają osoby niesamodzielne.

W obliczu ograniczonych zasobów (miejsca w publicznych instytucjach opieki) powstaje pytanie, kogo systemy, w ramach których funkcjonują placówki opiekuńcze, uważają za najbardziej potrzebujących (tj. dla kogo przewidują dostęp do niepłatnych lub częściowo dofinansowanych usług w pierwszej kolejności) – czy osoby zarabiające najmniej, bezrobotne i w trudnej sytuacji życiowej (co rodzi pytanie o definicję „trudnej sytuacji życiowej” oraz sposób jej weryfikacji), czy osoby pracujące, które potrzebują wsparcia instytucjonalnego, aby móc łączyć obowiązki opiekuńcze z zawodowymi? W przypadku systemu pomocy społecznej jest to wprost zdefiniowane na poziomie ustawy – jest to system wspierający osoby, które w żaden inny sposób nie są sobie w stanie poradzić samodzielnie (przede wszystkim ze względu na brak wsparcia rodzinnego i brak zasobów materialnych). W przypadku systemu ochrony zdrowia, systemu opieki nad dziećmi do lat 3 czy systemu edukacji kwestia ta nie jest już tak jednoznacznie sformułowana.

Próbując pośrednio udzielić odpowiedzi na powyższe pytanie, w swoich wypowiedziach wszyscy badani – zarówno przedstawiciele gospodarstw domowych, jak i praktycy z instytucji opieki – zwracali uwagę na to, że osoby, które mogą sobie na to pozwolić, powinny za usługi opiekuńcze, rehabilitacyjne i zdrowotne płacić. Lecz wciąż niesprecyzowanym pozostaje, jaki poziom finansowy jest tym wyjściowym, od którego „można sobie pozwolić”? Wydaje się, że odpowiedzi na to pytanie muszą udzielić osoby odpowiedzialne za tworzenie prawa, decydując, kogo państwo chce w pierwszej kolejności wspierać – tych, którzy w ogóle zarabiają (i w związku z tym na przykład płacą podatki), czy tych, którzy są w trudnej sytuacji życiowej i materialnej (aby trwale się w niej nie znajdowali).

Analizując opisywane przez respondentów historie życiowe, można wysnuć wniosek, że istotną kwestią w tym kontekście, którą powinny gwarantować również przepisy, jest prewencja polegająca na tym, aby nie doprowadzać, po pierwsze – do pogłębiania się niesamodzielności osób chorych i niepełnosprawnych, a po drugie – do spadku statusu materialnego i społecznego osób, których gospodarstwa domowe zostały taką sytuacją dotknięte. W tym zakresie wydaje się, że duża odpowiedzialność spoczywa na systemie ochrony zdrowia, który najczęściej jest pierwszym systemem, z którym mają styczność gospodarstwa domowe i rodziny, w których pojawia się potrzeba opieki nad osobą niesamodzielną. W przypadku osób niesamodzielnych



od urodzenia – z racji niepełnosprawności, choroby czy upośledzenia – drugą opcję, na której spoczywa największa odpowiedzialność za opiekę i ograniczanie ich niesamodzielności, tworzą system edukacji oraz system opieki nad dziećmi do lat 3.

Wypowiedzi i sytuacja uczestników FGI z przedstawicielami gospodarstw domowych posiadających obowiązki opiekuńcze wobec osób starszych, chorych lub niepełnosprawnych wskazują na braki w istniejących formach wsparcia. Badani nie oczekują, że zdejmie się z nich cały ciężar opieki nad osobą niesamodzielną, ale że się ich w tym procesie wesprze. Instytucje pomocy społecznej mają za zadanie wspierać lub przejąć opiekę nad osobą niesamodzielną, w sytuacji gdy rodzina nie może jej tego zapewnić. Instytucje ochrony zdrowia opiekują się osobami mającymi konkretne problemy zdrowotne. W efekcie powstaje luka w opiece nad osobami, którym rodzina jest w stanie zapewnić wsparcie i chce to robić, ale jednocześnie ma potrzebę scedowania na kogoś tej opieki jedynie na jakiś czas. Tego typu instytucje działają dla osób niepełnosprawnych umysłowo (środowiskowe domy samopomocy, kluby samopomocy, warsztaty terapii zajęciowej), ale brakuje ich dla osób chorych przewlekłe, niepełnosprawnych fizycznie czy starszych. Jednocześnie pamiętać należy, że w przypadku tych ludzi problemem często jest ich stan, uniemożliwiający samodzielne poruszanie się. Poza tym wielu ludzi wciąż ma psychiczny opór przed oddaniem swoich bliskich do instytucji opiekuńczych (m.in. uważają, że nikt się bliskimi należycie nie zajmie, lub mają poczucie, że opieka jest ich rodzinnym obowiązkiem). W tym kontekście, jak również biorąc pod uwagę wysokie koszty utrzymania placówek świadczących usługi całodobowe oraz wysokie koszty codziennego transportu do instytucji dziennych, najbardziej efektywną formą wsparcia opiekuńczego wydają się formy środowiskowe oparte na opiece domowej. Można wysnuć wniosek, że ich rozwój powinien być wspierany również na poziomie legislacji.

Analizując wypowiedzi badanych, można wnioskować, że szczegółowa znajomość przepisów większości respondentów z gospodarstw domowych nie jest potrzebna, ale być może niektóre instytucje powinny mieć obowiązek informowania o przysługujących osobom niesamodzielnym formach opieki. W szczególności dotyczy to usług dostępnych dla niesamodzielnych osób chorych, niepełnosprawnych i starszych. Istotne jest, aby taka kompleksowa informacja docierała do osób potrzebujących wsparcia jak najwcześniej (z tego względu być może powinny być one dostępne i przekazywane poprzez instytucje ochrony zdrowia, w których członkowie rodzin tej grupy podopiecznych, jaką są osoby chore, niepełnosprawne i starsze, spędzają dużo czasu).

Zmiany demograficzne, migracje, a przede wszystkim starzenie się społeczeństwa stanowią wyzwanie, na które państwo będzie musiało odpowiedzieć także na

CZĘŚĆ II WYZWANIA I REKOMENDACJE

poziomie legislacji. W obecnej sytuacji, w której popyt na usługi opiekuńcze świadczone przez instytucje publiczne przekracza podaż, można spodziewać się jedynie pogłębienia tej tendencji w kolejnych latach. W tym kontekście państwo powinno zdecydować się, czy jego polityka w stosunku do osób starszych oparta będzie na zwiększaniu dostępu do publicznych usług opiekuńczych (w formach instytucjonalnych lub środowiskowych), czy w sposób otwarty i jednoznaczny zostanie to przesunięte w sferę odpowiedzialności prywatnej obywateli.

TABELA 24

Mocne i słabe strony systemu opieki nad dziećmi

CECHA	SŁABA STRONA	MOCNA STRONA
Zmienność prawa	<ul style="list-style-type: none"> – zawziętość i częsta zmienność przepisów dotyczących wychowania przedszkolnego; – pozostawienie zagadnień dotyczących opieki nad dziećmi w gestii samorządów (nie w każdej gminie funkcjonują jednakowe procedury); 	<ul style="list-style-type: none"> – stopień zmienności przepisów oceniony relatywnie pozytywnie; – relatywnie wysoki poziom zrozumiałości przepisów;
Elastyczność prawa	<ul style="list-style-type: none"> – podaż miejsc w placówkach opiekuńczych nie nadąża za rosnącym popytem; 	<ul style="list-style-type: none"> – obserwowana jest zwiększająca się liczba placówek opiekuńczych; – wprowadzenie różnorodnych form opieki nad dziećmi, zwłaszcza młodszymi, pozwalające dostosować się do możliwości i potrzeb rodziców;
Równość wobec prawa	<ul style="list-style-type: none"> – preferencja przy przyjmowaniu do placówek publicznych dzieci należących do określonych kategorii; – brak dostatecznej liczby miejsc w placówkach publicznych – zmuszający rodziców do korzystania z droższych placówek prywatnych; – pozostawienie zagadnień dotyczących opieki nad dziećmi w gestii samorządów (nie wszystkie samorzady radzą sobie w zaspokojeniu potrzeb opiekuńczych swoich mieszkańców; zbyt mała liczba miejsc w żłobkach i przedszkolach zwłaszcza w dużych miastach); 	<ul style="list-style-type: none"> – preferowanie w systemie dzieci z rodzin znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej, co pozwala zapewnić materialną równość;
Adekwatność przepisów do potrzeb	<ul style="list-style-type: none"> – zbyt mała liczba instytucji, zwłaszcza publicznych; – zbyt mała podaż miejsc w żłobkach i przedszkolach w stosunku do potrzeb klientów; – wysokie wymagania w zakresie warunków lokalowych utrudniające tworzenie nowych lub rozwijanie istniejących placówek; 	<ul style="list-style-type: none"> – wprowadzenie różnorodnych form opieki nad dziećmi, zwłaszcza młodszymi, pozwalające dostosować się do możliwości i potrzeb rodziców; – umożliwianie rodzicom uczestniczenia w zajęciach odbywających się w ramach placówek opiekuńczych.
Alokacja środków na opiekę	<ul style="list-style-type: none"> – zbyt mało środków w systemie; – zbyt mało miejsc w publicznych placówkach opiekuńczych; 	
Inne cechy	<ul style="list-style-type: none"> – preferowanie niepracowniczych form zatrudnienia opiekuna dziennego lub niani; – brak stabilności funkcjonowania opiekunów dziennych. 	

Źródło: Opracowanie własne

TABELA 25

Mocne i słabe strony systemu opieki nad osobami starszymi, chorymi i niepełnosprawnymi

CECHA	SŁABA STRONA	MOCNA STRONA
Zmienność prawa	<ul style="list-style-type: none"> – respondenci skarżą się na częstą zmienność przepisów i wynikającą stąd niepewność sytuacji użytkownika systemu; 	<ul style="list-style-type: none"> – możliwe jest poruszanie się po systemie bez faktycznej znajomości treści aktów prawnych dzięki nieformalnym sposobom pozyskiwania wiedzy na temat uprawnień;
Elastyczność prawa	<ul style="list-style-type: none"> – przepisy nie są do końca zrozumiałe dla ich adresatów – pojawiają się przykłady niejednakowego traktowania świadczeniobiorców w różnych instytucjach tego samego typu; – niskie kwoty zasiłków i innych świadczeń pieniężnych; – nierealistyczne i sztywne kwoty kryteriów dochodowych; 	<ul style="list-style-type: none"> – niedookreślenie pewnych pojęć pozwala pracownikom instytucji na większy margines swobody w zakresie podejmowania działań zwiększających efektywność świadczonych usług; – okresowe waloryzowanie kwot zasiłków i progów dochodowych;
Równość wobec prawa	<ul style="list-style-type: none"> – pojawiają się przykłady niejednakowego traktowania świadczeniobiorców w różnych instytucjach tego samego typu, niektóre kategorie świadczeniobiorców są traktowane w systemie „gorzej” (np. pacjenci leżący); 	<ul style="list-style-type: none"> – stopień ogólności przepisów pozwala pracownikom na dostosowanie stosowanych środków i procedur do indywidualnej sytuacji świadczeniobiorcy, co pozwala zapewnić materialną równość;
Adekwatność przepisów do potrzeb	<ul style="list-style-type: none"> – zbyt mała liczba instytucji, zwłaszcza publicznych; – zbyt mała ilość usług opiekuńczych w stosunku do potrzeb klientów; – zbyt mało innowacyjnych form organizowania dnia codziennego osobom z potrzebami opiekuńczymi; – zbyt duże nastawienie systemu na świadczenia czasowe – za mało świadczeń „dożywotnich”; – wysoki poziom biurokratyzacji systemu (wymaganie od świadczeniobiorców przedstawiania licznych zaświadczeń i skierowań); 	<ul style="list-style-type: none"> – istnienie zróżnicowanych form udzielania usług opiekuńczych; – wzrost liczby instytucji preferujących rozwiązania o charakterze środowiskowym, a nie zakładowym.
Alokacja środków na opiekę	<ul style="list-style-type: none"> – zbyt mało środków w systemie; – niemożność zaspokojenia rosnących potrzeb opiekuńczych; 	
Inne cechy	<ul style="list-style-type: none"> – wysoki poziom komplikacji i długotrwałość pewnych procedur (np. postępowania w sprawie ubezwłasnowolnienia); – niejasne kryteria kwalifikowania świadczeniobiorców do zakładów funkcjonujących w ramach systemów pomocy społecznej i ochrony zdrowia (dom pomocy społecznej a zakład opiekuńczo-leczniczy). 	

Źródło: Opracowanie własne

10. JAKIE GŁÓWNE BARIERY ROZWOJU INSTYTUCJI OPIEKI MOŻNA WSKAZAĆ W POLSCE?

TABELA 26

Główne bariery rozwoju instytucji opieki

RODZAJ BARIERY	OPIS BARIER	DZIECI 0-5 LAT	OSOBY CHORE, NIEPEŁNOSPRAWNE, STARSZE
<p>Bariera definicyjna</p>	<p>Brakuje definicji osoby wymagającej opieki: funkcjonują różne systemy orzecznictwa (o niezdolności do pracy, niezdolności do samodzielnej egzystencji, niepełnosprawności), przy kwalifikowaniu do objęcia pomocą ważną jest skala Barthel, zaświadczenia lekarskie i wywiad środowiskowy, co w efekcie prowadzi do tego, że funkcjonuje obciążający, zróżnicowany system potwierdzania w różnych miejscach swojej sytuacji (w tym np. wymóg obecności podopiecznego).</p> <p>Brakuje też definicji opieki: badani respondenci z gospodarstw domowych rozumieją to zwykle szeroko, jako wszystkie instytucje odciążające, wspierające samodzielność, a które w projekcie nie były wprost traktowane jako instytucje opieki (np. szkoła, WTZ, rehabilitacja, leczenie, ale też transport z tym związany). Ta wielowymiarowość problemów związanych z opieką oznacza często potrzebę zorganizowania wsparcia w podstawowych czynnościach życiowych, ale też leczenia, rehabilitacji, wsparcia psychologicznego, aktywizacji, terapii, przeciwdziałania wykluczeniu, a w efekcie wiąże się z koniecznością korzystania z wielu różnych instytucji, gdyż zwykle takie kompleksowe wsparcie nie jest oferowane.</p>		<p>√√</p>

CZĘŚĆ II WYZWANIA I REKOMENDACJE

RODZAJ BARIERY	OPIS BARIER	DZIECI 0-5 LAT	OSOBY CHORE, NIEPEŁNOSPRAWNE, STARSZE
<p>Braki w zakresie koordynacji i ciągłości wsparcia</p>	<p>W odniesieniu do opieki nad osobami niesamodzielnymi, niepełnosprawnymi, przewlekle chorymi oraz starszymi główny problem stanowi fakt, że organizacja i finansowanie opieki nad tymi osobami jest rozproszona między systemy opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i ubezpieczeń społecznych. Wyraźnie brakuje jednego zunifikowanego systemu, który w pełni obejmowałby potrzeby socjalne i zdrowotne podopiecznych.</p> <p>Brak zintegrowania systemu prowadzi do rozproszenia zadań, ale i odpowiedzialności, która rozkłada się na kilka departamentów w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej i Ministerstwie Zdrowia.</p> <p>Polskie prawodawstwo nie określa również żadnych mechanizmów regulujących współzależności w finansowaniu i współwystępowaniu zadań z zakresu pomocy społecznej i ochrony zdrowia w regionach, co skutkuje dublowaniem się świadczeń i nieefektywności obecnego systemu wsparcia.</p> <p>Badani przedstawiciele instytucji opieki z systemu pomocy społecznej mówią o tym, że nie mogą podpisać kontraktu z NFZ, a z drugiej strony hospicja mówią o tym, że brakuje im pracowników socjalnych.</p> <p>Brak koordynacji działań jest również bardzo odczuwalny przez samych beneficjentów systemu. System nie jest skonstruowany w taki sposób, że wspiera rodzinę w pełnieniu funkcji opiekuńczych na tyle, na ile rodzina chce, daje jej możliwość wyboru i wspiera w podejmowaniu jak najlepszych decyzji. Odpowiedzialność za to, by w tym nieskoordynowanym systemie odnaleźć jak najlepsze dla danej osoby rozwiązanie i zapewnić ciągłość opieki, leży po stronie rodziny i podopiecznego.</p> <p>Co ważne, często wiąże się to z przepływami podopiecznego między różnymi instytucjami (różnego typu, różnego sektora), co może mieć negatywny wpływ na podopiecznego (np. żłobek niepubliczny jako „poczekalnia”). Podkreśla się też istotność ciągłości opieki na styku opieki formalnej i nieformalnej. Respondenci wskazywali również na specyfikę dorosłych niepełnosprawnych (wcześniej duża rola szkoły, potem niewielkie wsparcie).</p> <p>Na skutek rozłączności systemowych w praktycznym funkcjonowaniu zatarła się różnica między zakładami opiekuńczo-leczniczymi i domami pomocy społecznej. Osoby niesamodzielne w obydwu typach placówek umieszczane są z tych samych przyczyn (katalog kryteriów przydzielania do placówek jest faktycznie nierozłączny, pozwala na subiektywną ocenę stanu pacjenta i nie pasuje do rzeczywistych dysfunkcji na tle zdrowotnym i społecznym, które często występują razem i nie sposób ich sztucznie rozdzielić).</p>	<p>✓</p>	<p>✓ ✓ ✓</p>



	<p>Otrzymanie kompleksowego wsparcia wymaga również umiejętności poruszania się między obydwooma systemami od samych podopiecznych, co więcej – ze względu na długi czas oczekiwania lub niską jakość świadczeń – często wymaga korzystania z usług sektora prywatnego.</p>		
Ograniczona autonomia	<p>Decentralizacja administracji publicznej z założenia zapewnia lepsze wykonanie zadań powierzonych samorządom jako zadań własnych, w tym usług opieki. Wyklucza ona hierarchiczne podporządkowanie, będące źródłem niskiej sprawności administracji, i zakłada przesunięcie środków finansowych ze szczebla centralnego do terytorialnych jednostek samorządowych (odpowiednio do przypadających im zadań).</p> <p>W praktyce zauważa się duże niedopasowanie płynących środków do zadań samorządu oraz uzależnienie w realizacji tychże zadań od finansowania centralnego.</p> <p>Samorządy nawet jak mają możliwość korzystania z finansowania zewnętrznego (np. programy resortowe, projekty unijne), to i tak boją się w to angażować, mając świadomość, że po zakończeniu projektu będą miały duży problem z zapewnieniem dalszego funkcjonowania takich usług.</p> <p>Możliwości samorządów ograniczone są też przez ich zadłużenie, niewielki udział dochodów własnych.</p> <p>Autonomia jest też w dużej mierze ograniczona przez obowiązujące, często bardzo szczegółowe, przepisy. Samorządy więc w dużym stopniu ograniczają politykę w zakresie opieki do spełnienia minimalnych wymogów ustawowych, niewiele jest przypadków podejmowania niestandardowych, nieobowiązkowych działań. Część samorządowców jest tak na tym skupiona, że wydaje się w ogóle nie dopuszczać możliwości, że mogą zrobić coś z własnej inicjatywy.</p> <p>Dyrektorzy placówek koncentrują się na zapewnieniu podstawowych środków na funkcjonowanie oraz takim rozplanowaniu wydatków, aby możliwa była działalność statutowa, realizowana zgodnie z wymogami prawa.</p> <p>Dodatkowo samorząd praktycznie nie ma wpływu na politykę w zakresie ochrony zdrowia – w rezultacie bardzo często w ogóle nie wie, co się dzieje na jego terenie w tej części systemu opieki.</p>	√ √ √	√ √ √
Opieka nie jest priorytetem	<p>Działalność opiekuńcza nie stanowi priorytetu dla władz samorządowych. Pierwszeństwo przed działaniami zabezpieczającymi potrzeby pomocowe w gminach mają prace ukierunkowane na nowe inwestycje, likwidację bezrobocia, poprawę infrastruktury drogowej. Samorządy wprost wskazują, że teraz ich uwaga jest w dużej mierze skoncentrowana na projektach infrastrukturalnych, na tym by jak najbardziej wykorzystać na ten cel fundusze europejskie.</p> <p>Mimo iż na wielu forach podkreśla się obecnie, że wydatki ponoszone na politykę społeczną to inwestycja, część decydentów mówi wręcz o tym, że środki wydatkowane na politykę społeczną to „przejedzone” pieniądze, dla nich ważne są konkretne, namacalne efekty, np. naprawiona droga.</p>	√ √	√ √

CZĘŚĆ II WYZWANIA I REKOMENDACJE

RODZAJ BARIERY	OPIS BARIER	DZIECI 0-5 LAT	OSOBY CHOROBY, NIEPEŁNOSPRAWNE, STARSZE
<p>Brakuje planowania strategicznego</p>	<p>Większość prowadzonych przez samorządy działań wydaje się być intuicyjna, rzadko opiera się na strategiach lub planach rozwojowych wypracowywanych na poziomie powiatów lub gmin. Trudno dostrzec elementy zarządzania strategicznego mającego odzwierciedlenie w planowaniu zadań, budżetów, zasobów kadrowych. Z perspektywy przedstawicieli władz badanych gmin i powiatów wynika to głównie z ograniczeń budżetowych.</p> <p>Budżety jednostek samorządu terytorialnego ustalane są na podstawie budżetu poprzedniego roku, co jest pośrednio związane z brakiem diagnozy, wspomnianym brakiem perspektywicznego myślenia o usługach opiekuńczych oraz niedostosowaniem planowania do potrzeb odbiorców. Te nie są artykułowane przez żadną ze stron odpowiedzialnych za budżet, co pośrednio także świadczy o braku nastawienia na odbiorców na poziomie kształtowania budżetu.</p>	<p>✓</p>	<p>✓✓</p>
<p>Niskie wydatki publiczne na opiekę</p>	<p>Wydatki publiczne na opiekę w Polsce są stosunkowo małe na tle innych krajów UE. Problem niedoinwestowania systemu, zwłaszcza w odniesieniu do osób chorych, niepełnosprawnych i starszych, wielokrotnie był podnoszony przez respondentów.</p> <p>Zwraca się uwagę, że organy prowadzące publiczne placówki opieki dziennej – zarówno w ofercie kierowanej do dzieci, jak i osób dorosłych – z racji ograniczonych środków, którymi dysponują samorządy, mają bardzo okrojone możliwości w zakresie planowania własnego budżetu, co wpływa na jakość oraz kształt proponowanej oferty.</p> <p>Gminy podkreślają, że nie stać ich placówek na kierowanie mieszkańców do domów pomocy. Wydłuża to czas oczekiwania na przyjęcie, co w konsekwencji może prowadzić do pogorszenia się stanu zdrowia lub sytuacji socjalnej potencjalnego podopiecznego. To z kolei uniemożliwia już wdrożenie usług jedynie o charakterze prewencyjnym lub aktywizującym. Nieraz konieczne jest włączenie specjalistycznych usług lub leczenia (nie istnieje wyodrębniony system finansowania leczenia osób niesamodzielnych), co z kolei znów podwyższa koszt pobytu w placówkach na jednego mieszkańca i powoduje niedopasowania budżetowe wydatków i dotacji na cele statutowe.</p> <p>W efekcie gospodarstwa domowe wymagające wsparcia zmuszone są do korzystania z placówek niepublicznych, znacznie droższych.</p>	<p>✓✓</p>	<p>✓✓✓</p>



Monitorowanie opieki jest nieoptymalne	<p>Obecnie brak jest pełnego, spójnego systemu diagnozy i monitoringu zarówno co do potrzeb, jak i efektywności wydatkowanych środków. Można powiedzieć, że administracja rządowa tworzy system w dobrej wierze i w oparciu o najlepsze chęci, jednak nie ma wystarczającej wiedzy partej rzetelnymi danymi, aby stworzyć go efektywnie.</p> <p>Dodatkowo systemy monitoringowe są niespójne, często zdublowane (co powoduje także podwójny obowiązek sprawozdawczy wobec instytucji opieki i ich organów prowadzących), a sposób prezentacji danych powoduje trudności w ich interpretacji. W wielu obszarach występują luki informacyjne (np. odpłatność, sektor publiczny, zlecenie).</p> <p>Nie ma też spójnego, pełnego systemu prognozowania potrzeb w zakresie opieki.</p> <p>Także samorządy lokalne nie prowadzą szczegółowej diagnozy, która pozwalałaby im na planowanie budżetu oraz działań zmierzających do optymalnego i zgodnego z oczekiwaniami mieszkańców zaspokojenia rodzących się potrzeb. W wielu przypadkach samorząd opiera się na gromadzonych w nieformalny sposób informacjach, np. na tym, co wynika z rozmów dyrektorów czy radnych z mieszkańcami.</p>	✓	✓✓
Brak ewaluacji	<p>Obecne działania monitorujące charakterem zmierzają raczej ku kontroli planów budżetowych oraz kontroli realizacji usług w sposób techniczny. Ewaluacja realizacji usług opiekuńczych jest znacznie szerszym zagadnieniem, w którym powinny znaleźć się m.in. ocena efektywności ekonomicznej, aspekty techniczne, ocena stopnia wypełnienia zadania, także ujmowana przez pryzmat zadowolenia z wykonywanej usługi adresatów wsparcia.</p> <p>Obecnie, z racji braku funduszy i braku odpowiednich zasobów kadrowych, prace te nie są wykonywane, co uniemożliwia wykluczenie nieuczciwych wykonawców usług i podniesienie jakości realizowanych działań oraz utrudnia oszacowanie realnych wydatków i zapotrzebowania na usługi opiekuńcze.</p>	✓✓✓	✓✓✓
Uboga i /lub nierównomiernie rozłożona sieć instytucji	<p>Jak wskazują wyniki badania, największe zagęszczenie sieci instytucji opieki notowane jest w dużych miastach oraz głównych ośrodkach powiatów. Mieszkańcy rolniczych gmin peryferyjnych, pozostających w oddaleniu od centrów świadczenia usług, w dużej mierze pozbawieni są dostępu do instytucji opieki lub w związku z odległościami mają ten dostęp mocno utrudniony. Dla nich istotnym elementem związanym z opieką jest transport, jego koszt oraz oddalenie miejsca pracy od placówki świadczącej usługi opiekuńcze.</p>	✓	✓✓

CZĘŚĆ II WYZWANIA I REKOMENDACJE

RODZAJ BARIERY	OPIS BARIER	DZIECI 0-5 LAT	OSOBY CHORE, NIEPEŁNOSPRAWNE, STARSZE
<p>Brak praktycznego stosowania kryterium jakości w zamówieniach publicznych oraz brak stosowania klauzul społecznych promujących podmioty ekonomii społecznej i organizacje pozarządowe</p>	<p>Ustawodawca wprowadził obowiązek stosowania w zamówieniach publicznych przez zamawiającego dodatkowych, oprócz ceny, kryteriów oceny ofert, wśród których mogą być także kryteria uwzględniające aspekty społeczne. Zamawiający może zastosować cenę jako jedyne kryterium oceny ofert wyłącznie w przypadku przedmiotów zamówienia powszechnie dostępnych na rynku i o ustalonych standardach jakościowych, chyba że udziela zamówienia w trybie licytacji elektronicznej. W pozostałych przypadkach, z wyłączeniem trybu zapytania o cenę, oprócz kryterium cenowego, zamawiający przy wyborze najkorzystniejszej oferty zobowiązany jest wprowadzić także inne kryteria odnoszące się do przedmiotu zamówienia, przy czym doboru poszczególnych kryteriów, jak i przypisania im odpowiedniej wagi dokonuje zamawiający stosownie do okoliczności udzielania zamówienia, przy uwzględnieniu specyfiki przedmiotu zamówienia (art. 91 ust. 2 Pzp). Oba rozwiązania zaczęły obowiązywać od 19 października 2014 roku. Niemniej samorządy, chcąc zaoszczędzić środki, często opierają się na intuicyjnie pojmowanych standardach korzystania z usług socjalnych lub wprowadzają kryteria jakości, nadając im wagę niewspółmiernie niską do wagi ceny (np. 5%).</p> <p>Konsekwencją jest niska jakość wykonywanych działań przez pracowników świadczących usługi opiekuńcze, co stanowi odpowiedź na niskie stawki zatrudnienia, brak odpowiedniej jakości materiałów i środków pielęgnacyjnych.</p>	<p>✓</p>	<p>✓✓</p>
<p>Niejednorodne standardy pracy i niska jakość usług</p>	<p>Badani często wskazywali na niechęć do korzystania z formalnej opieki z racji niskiej jakości usług, braku trwałych standardów prac lub niedopasowania funkcjonowania placówek do potrzeb opiekunów (oddalenie, zbyt krótkie godziny funkcjonowania placówek).</p> <p>Niska jakość i nieprzestrzeganie procedur często wiążą się z niskimi stawkami za realizację działań (głównie w przypadku prac zleconych w oparciu o zamówienia publiczne, gdzie głównym kryterium jest cena). Niedofinansowanie nie pozwala na używanie optymalnych środków i materiałów ani na zatrudnienie dobrej, wykwalifikowanej kadry świadczącej usługi opiekuńcze. Problem niskiej jakości usług jest bezpośrednio związany również z brakiem powszechnego i skutecznego systemu kontroli, monitoringu i ewaluacji realizowanych działań.</p> <p>Dostrzegana jest także problematyka nadużyć, które miały miejsce w rozbudowanych instytucjach opieki.</p> <p>Problem stanowi również brak standardów podstawowych usług opiekuńczych.</p>	<p>✓</p>	<p>✓✓</p>



Przeciążenie biurokracją pracowników socjalnych oraz wypalenie zawodowe i inne obciążenia opiekunów formalnych	<p>Każdy ośrodek pomocy społecznej (OPS) powinien zatrudniać liczbę pracowników socjalnych proporcjonalną do liczby ludności gminy. Nie może być ich mniej niż 1 pracownik przypadający na 2 tys. mieszkańców. W praktyce wiele gmin tego warunku nie spełnia. Dodatkowo pracownicy obciążeni są nadmiernie pracą sprawozdawczą oraz innymi pracami administracyjnymi, co uniemożliwia im poprawne wykonywanie pozostałych działań, w tym także odpowiednie rozpoznanie osób z potrzebami opiekuńczymi. Pracownicy socjalni mają ograniczone możliwości proaktywnego działania w zakresie identyfikacji potrzeb swoich społeczności lokalnych.</p> <p>Samorządy wskazują, że brakuje im pieniędzy na dodatkowe etaty, to sprawia, że kadry instytucji opieki są przeciążone.</p> <p>Inne czynniki przyczyniające się do niezadowolenia opiekunów z wykonywanej pracy oraz wypalenia zawodowego:</p> <ul style="list-style-type: none">– niskie zarobki (pracownicy świadczący opiekę w instytucjach opieki dla osób starszych, chorych, niepełnosprawnych – 2 327, 8 zł, w instytucjach opieki nad dziećmi od 2 300 zł w żłobkach do 2 961 zł w przedszkolach);– duże obciążenie psychiczne i stresogenność;– postawa roszczeniowa ze strony podopiecznych i ich rodzin.	✓	✓✓
Przeciążenie opiekunów nieformalnych, którzy nie są traktowani jako część systemu	<p>Opieka nad osobami niesamodzielnymi jest sprawowana przede wszystkim przez członków ich gospodarstw domowych. Obciążenie psychiczne jest szczególnie odczuwalne przez opiekunów osób z zaburzeniami i chorujących psychicznie oraz niepełnosprawnych intelektualnie. Badani (zwłaszcza opiekunowie osób dorosłych) wskazują, że nie raz, by sprostać opiece, zmuszeni są do rezygnacji z pracy, życia prywatnego, własnego rozwoju.</p> <p>Opiekunowie uskarżają się na brak pomocy ze strony władz samorządu, niskie świadczenia oraz nieprzystające progi dochodowe, od jakich mogą starać się o wsparcie z pomocy społecznej. Problemem jest również brak powszechnych ośrodków wsparcia, w których opiekun mógłby skorzystać z pomocy, centrów uzyskania informacji. Pełnienie funkcji opiekuna utrudnia też nadmierna biurokracja i brak informacji, a także zrozumienia sytuacji ze strony urzędników rozpatrujących kwestie pomocowe w urzędach.</p>	✓	✓✓

CZĘŚĆ II WYZWANIA I REKOMENDACJE

RODZAJ BARIERY	OPIS BARIER	DZIECI 0-5 LAT	OSOBY CHOROBY, NIEPEŁNOSPRAWNE, STARSZWE
<p>Niedostateczne rozwiązania w sferze godzenia obowiązków opiekuńczych i zawodowych</p>	<p>Zdecydowanie brakuje rozwiązań ułatwiających godzenie obowiązków opiekuńczych z pracą zawodową. Ponadto zwraca się uwagę na nierówne traktowanie opiekunów osób dorosłych i dzieci, gdzie w przypadku pierwszej grupy istnieje możliwość wzięcia jedynie 14 dni/rok urlopu w celu sprawowania opieki nad osobą chorą (dorosłą), w przypadku drugiej grupy – pół roku na opiekę nad dzieckiem.</p> <p>W konsekwencji wielu opiekunów osób dorosłych rezygnuje z pracy, co znacząco obniża jakość życia oraz standardy oferowanej opieki.</p> <p>Wskazuje się również na faktyczny brak możliwości realizacji idei pracy elastycznej rozumianej jako praca mobilna, elastyczność godzin pracy i miejsca.</p> <p>Badani deklarują także ogromne bariery w realizacji funkcji opiekuna wynikające z braku zrozumienia dla ich potrzeb ze strony współpracowników przełożonego. Istnieje oczekiwanie, że pracownik mający obowiązki opiekuńcze będzie wywiązywał się ze swojej pracy tak jak pracownik, który takich obowiązków nie ma. W związku z tym pracownik zmuszony jest do organizacji życia prywatnego tak, by nie wpływało na życie zawodowe.</p>	<p>✓ ✓</p>	<p>✓ ✓ ✓</p>
<p>Niedopasowanie form opieki do potrzeb podopiecznych i opiekunów</p>	<p>Z analizy preferencji sposobu sprawowania opieki wynika, że wsparcie w dużym stopniu powinno opierać się na środowiskowych formach opieki wspierających w opiece opiekunów nieformalnych (zwłaszcza odnośnie osób chorych, starszych, niepełnosprawnych). Obecnie opieka opiera się w głównej mierze na osobach z rodziny (w sytuacji wyboru optymalnego w rodzinach zmniejszyłby się wymiar opieki sprawowanej przez członków domostw i wzrósłby wymiar opieki sprawowanej przez indywidualnych opiekunów oraz instytucje – różnice w strukturze organizowanej opieki uzależnione są od przyczyny niesamodzielności podopiecznego).</p> <p>Niedopasowanie form opieki do potrzeb opiekunów polega również na niedopasowaniu godzin pracy placówek do godzin potrzeb korzystających, lokalizacji placówek (czasem skutecznie uniemożliwiającej dotarcie do instytucji środkiem transportu zbiorowego), długiego czasu oczekiwania na opiekę.</p>	<p>✓</p>	<p>✓ ✓</p>



<p>Niekompetencje pracowników w sferze udzielania kompletnej informacji o usługach opieki</p> <p>Niejednorodna interpretacja przepisów przez pracowników instytucji pomocowych</p> <p>Informacje o usługach pomocowych nie są dostosowane do możliwości percepcyjnych odbiorców</p>	<p>Badani wskazują na zagubienie w gąszczu procedur i przepisów regulujących działanie systemu opiekuńczego. Brakuje jednego miejsca, w którym można uzyskać kompleksową informację i które nie byłoby odbierane jako stygmatyzujące osoby potrzebujące.</p> <p>Brakuje także skoordynowania działań podejmowanych na rzecz podopiecznego przez różne instytucje. Do podopiecznych i ich rodzin nie dociera również wyczerpująca informacja od pracowników instytucji zdrowia czy pomocy społecznej o dostępnych możliwościach wsparcia lub jest ona przekazywana w sposób dla nich niezrozumiały.</p> <p>Zdaniem badanych państwo powinno inicjować pomoc opiekunom rodzinnym, zamiast zmuszać ich do samodzielnego poszukiwania wsparcia, oraz oferować pomoc instytucjonalną osobom, które nie mają wsparcia ze strony rodziny.</p> <p>Poruszanie się po skomplikowanych procedurach utrudnia fakt mnogości interpretacji obecnych przepisów stosowanych przez pracowników instytucji. Oznacza to, że regulacje prawne niezrozumiałe są także dla samych decydentów i wykonawców.</p> <p>Wielu podopiecznych i opiekunów czuje się traktowanych przedmiotowo. Uzyskanie pomocy jest trudne i wiąże się z przebrnięciem przez liczne i odstrasające procedury biurokratyczne. Respondenci nie mają poczucia, że instytucje lub osoby, do których zgłaszają się po pomoc, są otwarte na problemy, z którymi się borykają.</p>	✓	✓ ✓ ✓
<p>Brak budowania polityki świadomości akceptacji dla korzystania z usług sektora polityki opieki</p>	<p>Pomoc społeczna, w tym instytucje opieki, kojarzone są powszechnie z pomocniczością dedykowaną grupom naj słabiej sobie radzącym, często patologicznym. Pewna stereotypizacja całej polityki społecznej powoduje niechęć do korzystania z jej instrumentów u osób, które nie identyfikują się z grupami zaliczanymi w powszechnej świadomości do odbiorców usług pomocowych.</p>		✓ ✓ ✓
<p>Brak zaufania</p>	<p>Utrudnienia w rozwoju instytucji opieki mogą być potęgowane przez brak zaufania na wielu poziomach. Jednym z nich jest stosunek mieszkańców do decydentów - w regionach, gdzie przekonanie o niskiej skuteczności działań samorządowych jest większe, niższa jest chęć korzystania z formalnych instytucji opieki. Drugi poziom stanowi kwestia zaufania pracodawców do pracowników. W Polsce powszechnie wskazuje się również na problem braku zaufania do instytucji.</p>	✓	✓

CZĘŚĆ II WYZWANIA I REKOMENDACJE

RODZAJ BARIERY	OPIS BARIER	DZIECI 0-5 LAT	OSOBY CHOROBY, NIEPEŁNOSPRAWNE, STARSZWE
Bariery psychologiczne	<p>Mimo ogromnego przeciążenia opiekunów nieformalnych osób dorosłych trudami opieki, a czasem nawet w sytuacjach skrajnych, kiedy pomoc ta z racji np. niskich środków oferowana jest na niezadawalającym poziomie, istnieje silnie zakorzenione przekonanie (prawdopodobnie budowane na tradycji wielopokoleniowych rodzin polskich) o niestosowności przekazywania opieki nad osobą potrzebującą opiekunom instytucjonalnym. Dochodzi tu również obawa o ocenę społeczną. Należy przypomnieć, że istnieje powszechne przekonanie o tym, że opiekę nad członkiem rodziny najlepiej sprawuje najbliższy mu członek rodziny. Sytuację utrudnia też kojarzenie instytucji opieki z miejscem przeznaczonym dla samotnych i odrzuconych przez rodziny.</p>	✓	✓ ✓ ✓
Bariery społeczne w „zamieszkiwaniu” z osobą chorą lub niepełnosprawną	<p>stygmatyzacja społeczna, szczególnie w małych miejscowościach, osób, które w rodzinie lub najbliższym otoczeniu zmagają się z problemem choroby lub niepełnosprawności, powoduje chęć ukrycia problemu i próby poradzenia sobie z sytuacją we własnym zakresie. Czasami jednak rodzina bywa z różnych powodów niewydolna opiekuńczo wobec potrzebujących, wówczas dalsze „ukrywanie” problemu powoduje narastanie dysfunkcji, pogorszenie warunków życia, poczucie osamotnienia opiekunów. Blokują także chęć zwrócenia się o pomoc do instytucji świadczącej pomoc specjalistyczną.</p> <p>Uwidoczniają się również inne utrudnienia, jak: wstyd, strach, obawa przed nieradzeniem sobie, niechęć przyznania się, że potrzebuje się wsparcia.</p>	✓	✓ ✓

Źródło: Opracowanie własne.



11. NA JAKIE POTRZEBY I PROBLEMY NALEŻY ODPOWIEDZIEĆ, BY PLANOWANE DO REALIZACJI W NOWEJ PERSPEKTYWIE FINANSOWEJ UE 2014-2020 DZIAŁANIA W ZAKRESIE OPIEKI BYŁY EFEKTYWNE?

W poniższej tabeli przedstawiono najważniejsze rekomendacje w zakresie rozwijania systemu opieki, które płyną z przeprowadzonych badań. Przedstawiono też propozycję działań pilotażowych i testujących, które mogą zostać wykorzystane w kontynuacji projektu. Na zakończenie zaprezentowano propozycje działań w dziedzinie opieki w badanych powiatach, które wydają się warte uwzględnienia przy planowaniu i realizacji lokalnych polityk publicznych, a także przy aplikowaniu o środki z budżetu państwa i UE.

Przedłożone poniżej rekomendacje i propozycje mają charakter wstępny, ponieważ z uwagi na krótki czas trwania projektu nie mogły być poddane głębszym konsultacjom i dyskusjom.

TABELA 27

Rekomendacje w zakresie rozwijania systemu opieki

OBSZAR	ZIDENTYFIKOWANY PROBLEM	REKOMENDACJA	ŹRÓDŁO ZIDENTYFIKOWANEGO PROBLEMU (JAKIE BADANIE, JAKA ANALIZA)
Rozwiązania systemowe	<p>Brak jednolitego systemu opieki. Niezależne, choć nierozłączne, funkcjonowanie rozwiązań opiekuńczych wobec osób chorych i niepełnosprawnych w systemie ochrony zdrowia i systemie pomocy społecznej.</p>	<p>Określenie definicji osoby podopiecznej i osoby niesamodzielnej oraz opiekuna faktycznego/nieformalnego, uwzględniającej aspekt społeczny i zdrowotny, powinno stanowić punkt wyjścia do dalszych prac nad uspojnieniem systemów lub wprowadzeniem odpowiednich łączników między systemami, np. w formie wspólnych źródeł informacji dla odbiorców usług i instytucji świadczących usługi. Konieczne jest również koordynowanie działań w zakresie opieki na poziomie lokalnym, rozwój lokalnych sieci współpracy międzyinstytucjonalnej i wymiany informacji.</p>	<p>AP-RZ1/2 i inne, analiza aktów prawnych</p>
Opiekunowie nieformalni	<p>Opiekunowie nieformalni są przeciążeni pracą. Opieka nad osobami niesamodzielnymi jest sprawowana przede wszystkim przez członków ich gospodarstw domowych. Obciążenie psychiczne jest szczególnie odczuwane przez opiekunów osób z zaburzeniami i chorujących psychicznie oraz niepełnosprawnych intelektualnie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zdecydowany rozwój opieki dziennej i całodobowej wspierającej rodziny (tzw. wychnieniowej), jak również dziennych form wsparcia (instytucjonalnych). • Częściowa profesjonalizacja opieki nieformalnej poprzez wsparcie szkoleniowe, instruktażowe, szczególnie w stosunku do zajmujących się osobami o specyficznych schorzeniach, które wymagają specjalistycznej opieki i wiedzy z zakresu danej choroby (np. osoby z chorobą Alzheimera). • indywidualne i grupowe wsparcie dla opiekunów nieformalnych (doradcze grupy wsparcia, pomoc psychologiczna). 	<p>GD1-GD5</p>
Monitoring	<p>Monitorowanie opieki jest nieoptymalne. Systemy monitoringowe pomocy społecznej i zdrowia są niespójne, często zdublowane (co powoduje także podwójny obowiązek sprawodawcy wobec instytucji opieki i ich organów prowadzących), a sposób prezentacji danych powoduje trudności w ich interpretacji.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Uspojnienie danych. • Wprowadzenie szczegółowych słowników do prezentowanych danych, które precyzowałyby wykorzystywane pojęcia, formy prawne i cechy sprawozdawanych jednostek. • Wspólne spotkania resortów zdrowia, finansów i polityki społecznej oraz Głównego Urzędu Statystycznego w celu wypracowania wspólnego, spójnego systemu. 	<p>Desk research</p>

<p>Opieka nad dziećmi</p>	<p>Alternatywne formy opieki nad dziećmi do lat 3 wymagają wypracowania.</p>	<p>Należy zaakcentować istnienie i wypromować alternatywne formy opieki nad dziećmi do lat 3. Należałoby rozważyć powrót idei bonu opiekuńczego finansującego usługi alternatywne.</p>	<p>FIO_P1, GD1-5</p>
<p>Jakość opieki</p>	<p>Niska jakość opieki środowiskowej wynika w dużej mierze z zaniżonych stawek za opiekę. Stawki te często są wynikiem kształtowania cen w zamówieniach publicznych i tych zleczonych poza ustawą o zamówieniach publicznych.</p>	<p>Niewskazane jest stosowanie jedynie kryterium cenowego w wyborze wykonawców środowiskowych usług opiekuńczych. Należy wprowadzić minimalne progi wynagrodzenia (np. w przeliczeniu kosztów godziny pracy dla pracy minimalnej lub innego adekwatnego przelicznika) lub inne wymagania jakościowe (np. wymóg posiadania odpowiednich kwalifikacji i doświadczenia przez opiekunów, wymóg zatrudniania ich na umowę o pracę lub stosowanie klauzul społecznych umożliwiających dostęp do rynku dla podmiotów ekonomii społecznej).</p>	<p>Seminaria konsultacyjne</p>
<p>Zarządzanie w opiece</p>	<p>Samorządy nie mają pełnej wiedzy o potrzebach na swoim terenie, a planowanie samorządów (także w zakresie opieki) jest bardzo ograniczone i nie nosi znamion planowania strategicznego. Dodatkowo kwestie z zakresu opieki są mało istotne dla wielu przedstawicieli samorządów.</p>	<p>Potrzebne są lokalne diagnozy potrzeb w kontekście usług społecznych. Diagnozy powinny być prowadzone na poziomie powiatu lub zbioru powiatów (subregionalne), np. w ramach przygotowywania lokalnych planów rewitalizacji i strategii. Powinny bazować na danych zastanych i reaktywnych, przygotowanych na bazie podobnej metodologii (trzonu) wg wystandardyzowanych narzędzi (<i>patrz działania pilotażowe i wdrożeniowe</i>).</p>	<p>Seminaria konsultacyjne</p>
<p>Rynek pracy</p>	<p>Występują duże problemy z łączeniem życia zawodowego i opieki nad osobą zależną. Pracodawcy i pracownicy sygnalizują brak możliwości realizacji idei <i>flexicurity</i>, rozumianej jako elastyczność pracy (praca mobilna, elastyczne godziny pracy i miejsca), i bezpieczeństwa socjalnego. W efekcie wielu opiekunów nieformalnych musi rezygnować z pracy.</p>	<p>Konieczne jest dalsze wdrażanie elastycznych sposobów organizacji pracy, jednak tempo tych zmian jest niewspółmierne do potrzeb osób opiekujących się osobami zależnymi. Działania promujące powinny zakładać oddziaływanie nie tylko na pracodawcę, ale też na współpracowników.</p>	<p>P1, P2</p>

OBSZAR	ZIDENTYFIKOWANY PROBLEM	REKOMENDACJA	ŹRÓDŁO ZIDENTYFIKOWANEGO PROBLEMU (JAKIE BADANIE, JAKA ANALIZA)
<p>Rozwój opieki instytucjonalnej</p>	<p>Instytucje świadczące opiekę są niedofinansowane. Szczególnie funkcjonowanie całodobowych instytucji jest nieefektywne ekonomicznie, a wysokie koszty nakładane na samorządy i rodzinę (np. w DPS) powodują, że placówki te nie służą osobom najbardziej potrzebującym.</p>	<p>Poszukiwanie nowych możliwości zwiększenia finansowania opieki.</p> <p>Stworzenie warunków do rozwoju instytucjonalnych i środowiskowych form wsparcia poprzez:</p> <ul style="list-style-type: none"> • precyzyjne określenie celów deinstytucjonalizacji i środków, świadczeń, działań zastępujących świadczenia instytucjonalne (należy przy tym pamiętać, jak ważne dla pewnej grupy są miejsca opieki całodobowej, i nie należy mylić deinstytucjonalizacji z likwidacją tego typu placówek); • wykorzystanie prognoz demograficznych dla szacunku zapotrzebowania na świadczenia opiekuńcze; bilans potrzeb i możliwości ich zaspokojenia w skali gminy lub najwyższej – powiatu; • poprawa jakości planowania na poziomie lokalnym (instytucje, samorządy); • wdrażanie innowacji i nowych form opieki (np. dzienne domy opieki medycznej, domy dziennego pobytu); • rozwój zintegrowanej i kompleksowej opieki środowiskowej, w tym także świadczonej poza dniami roboczymi. 	<p>AP-ST2,3, FIO-P1, FIO-P2</p>
<p>Informacja</p>	<p>Brak jednoznacznej informacji o miejscach opieki i warunkach przyjęcia oraz odpłatności, szczególnie w zakresie opieki nad niesamodzielnymi osobami dorosłymi.</p>	<p>Przygotowanie bazy danych o miejscach opieki i warunkach przyjęcia oraz odpłatności. <i>(patrz działania pilotażowe i wdrożeniowe).</i></p>	<p>CAWI, AP-ST3</p>

Źródło: Opracowanie własne.



PROPONOWANE DZIAŁANIA PILOTAŻOWE I WDROŻENIOWE

1. Stworzenie subregionalnych centrów informacji o opiece i wsparcia opiekunów nieformalnych.

Ważne jest rozwiązanie kilku istotnych problemów:

1. dostarczenie potrzebującym informacji o możliwościach i warunkach wsparcia rodzin w zakresie sprawowania opieki (w tym ich praw, przysługujących świadczeń, możliwości otrzymania wsparcia instytucjonalnego);
2. dostarczenie opieki wytchnieniowej dla opiekunów nieformalnych;
3. wsparcie psychologiczne opiekunów nieformalnych;
4. wsparcie merytoryczne opiekunów nieformalnych (instruktaż, przekazanie informacji o samej chorobie i sposobie specjalistycznego postępowania z taką osobą) ułatwiające im świadczenie opieki we własnym zakresie, ale w sposób bardziej profesjonalny, co jest szczególnie istotne przy rozpoczynaniu działań opiekuńczych;
5. aktywne działania na rzecz rozpoznania osób z potrzebami opiekuńczymi, mającymi trudność w kontakcie lub wyrażającymi niechęć wobec pomocy instytucji pomocy społecznej.

Te zadania mogłyby pełnić jedna instytucja o zasięgu subregionalnym (kilka powiatów). Pracownicy instytucji dysponowaliby pełną informacją o dostępnej ofercie instytucjonalnej i jednocześnie wspieraliby opiekunów nieformalnych. Dodatkowo we współpracy z instytucjami pomocy i integracji społecznej, organizacjami pozarządowymi i innymi przedstawicielami społeczności lokalnych prowadziliby działania informacyjne i identyfikowaliby (w sposób niestygmatyzujący) gospodarstwa domowe z potrzebami opiekuńczymi, które wymagają wsparcia.

2. Opracowanie metodologii oceny zapotrzebowania na opiekę i prognoz na poziomie samorządów lokalnych do stosowania przez JST.

Jak wskazano wyżej, samorzady nie prowadzą działań oceniających zapotrzebowanie na usługi społeczne, w tym opiekuńcze. Wynika to z ograniczonego wpływu na możliwość kształtowania budżetów i oferty instytucji opiekuńczych. Niemniej analiza zapotrzebowania, w tym prognozy, są konieczne dla planowania w perspektywie

dłuższej niż rok. Gotowe narzędzie (metodologia) do stosowania przez samorzady pozwoliłoby na opracowanie stanu zapotrzebowania aktualnego i przyszłego i pozwoliło ocenić, jakie zmiany w zakresie opieki są potrzebne i pożądane, aby lepiej odpowiedzieć na potrzeby mieszkańców.

Metodologia powinna obejmować:

1. sposób wykorzystania danych z BDL,
2. narzędzia pomiaru skierowane do formalnych instytucji opieki,
3. narzędzia pomiaru skierowane do gospodarstw domowych,
4. sposób analizy zebranych danych,
5. sposób podejmowania decyzji na podstawie przeanalizowanego materiału,
6. sposób angażowania interesariuszy na poziomie lokalnym w wykorzystanie wyników.

Działania pilotażowe powinny obejmować stworzenie i przetestowanie takiej metodologii w przynajmniej kilku powiatach (najlepiej innych niż te objęte niniejszym badaniem ponieważ nie należy obciążać jednostek samorządowych badaniem o podobnym zakresie zbyt często), wraz z przygotowaniem planu zmian w zakresie opieki. Wskazane jest wykorzystanie narzędzia w połączeniu z planowaniem strategicznym (patrz pkt 3).

3. Działania podnoszące jakość planowania i oceny efektów działania instytucji opieki w samorządach.

Problematyczny na poziomie samorządów jest sposób i zakres planowania podejmowanych działań. Przygotowywane dokumenty strategiczne często mają niewielką wartość zarządczą. W obszarze usług społecznych (w tym opiekuńczych) do tej pory samorzady wprowadzały działania planistyczne w ograniczonym zakresie. Poza oceną zapotrzebowania i prognoz (patrz pkt 2) konieczne jest podniesienie jakości planowania, w tym wdrożenie planowania strategicznego przez samorzady (zarządzanie w oparciu o cele/rezultaty), które uwzględni także ocenę efektów prowadzonych działań. Planowanie strategiczne jest słabą stroną działania samorządów nie tylko w kontekście opieki, ale wydaje się, że w tym zakresie szczególnie rzadko jest stosowane. Działania pilotażowe powinny obejmować:

1. szkolenia z zakresu planowania strategicznego w samorządach,
2. stworzenie planu strategicznego w zakresie opieki,



3. określenie sposobu wdrożenia i finansowania planu,
4. określenie sposobu oceny wdrożenia planu (monitorowanie),
5. określenie sposobu wnioskowania na przyszłość ze sposobu realizacji planu (ewaluacja),
6. pilotażowe wdrożenie planów.

Wskazane jest, aby to działanie było realizowane wspólnie z pkt 2 (opracowanie metodologii oceny zapotrzebowania na opiekę), co podniesie spójność i efektywność działań.

4. Przygotowanie bazy danych o miejscach opieki i warunkach przyjęcia oraz odpłatności.

Z uwagi na brak źródeł informacji o miejscach opieki, w tym wolnych miejscach, zasadach jej świadczenia i przysługujących prawach wskazane jest stworzenie wspólnej bazy danych (dla różnych systemów opieki) stanowiącej kompendium wiedzy o placówkach i osobach udzielających wsparcia w ramach obowiązków opiekuńczych.

Baza powinna mieć możliwość wyszukiwania miejsc dla konkretnego typu podopiecznego, wraz z formą opieki, przedziałami odpłatności dla podopiecznego i jego bliskich.

Wskazane jest przeprowadzenie tego działania pilotażowo razem z działaniami w opisanych w pkt 1 (stworzenie subregionalnych centrów informacji o opiece) i na podstawie danych zgromadzonych przez centra subregionalne stworzyć strukturę bazy danych i uzupełnić ją w treści oraz przetestować wśród potencjalnych zainteresowanych.

5. Przetestowanie rozwoju usług opiekuńczych z wykorzystaniem pomocy sąsiedzkiej.

W badaniach wskazywano kilkakrotnie, że pomoc sąsiedzka, zwłaszcza w mniejszych miejscowościach, odgrywa wciąż duże znaczenie. Jednocześnie w takich mniejszych miejscowościach dostęp do usług jest dużo bardziej utrudniony. W powiecie wejherowskim sugerowano np., że już teraz te zasoby pomocy sąsiedzkiej są wykorzystywane w ramach prac społecznie użytecznych.

Pomoc sąsiedzka stanowi też jedno z proponowanych nowych rozwiązań w założeniach nowej ustawy o pomocy społecznej.

W związku z tym warto rozważyć przetestowanie takiego sposobu rozwijania usług opieki na obszarach peryferyjnych, gdzie tworzenie placówek może nie być opłacalne.

6. Przetestowanie różnych metod koordynacji usług opiekuńczych.

W badaniach wskazywano, że pierwszym miejscem, w którym rodzina dowiaduje się o niesamodzielności i problemach podopiecznego, jest najczęściej szpital. Jest to dla nich stresujący moment, znajdują się w nowej sytuacji i na tym etapie powinna pojawić się osoba, która pokieruje rodziną i wskaże, gdzie i jakie wsparcie może uzyskać, ułożyć z nią coś w rodzaju „planu opieki”.

Tego typu koordynacja działa w wielu krajach europejskich. Na przykład w Niemczech pielęgniarki są odpowiedzialne za to, by poinformować i doradzić osobom starszym i ich rodzinom w zakresie opieki zdrowotnej, opieki długoterminowej i ewentualnie innych usług, z których mogą skorzystać. W Hiszpanii i na Słowacji to lekarze rodzinni są odpowiedzialni za stworzenie planu opieki i współpracę z różnymi specjalistami w ramach jego wdrażania. W Hiszpanii w szczególności taki indywidualny plan musi bazować na ocenie potrzeb i wymaga zaangażowania pracowników socjalnych lub asystentów rodziny. W Szwecji system przebudowano w taki sposób, by wymiana informacji była łatwa i by możliwe były przepływy finansowe między częścią zdrowotną i socjalną. Jednym z ważniejszych elementów reformy było jednak wyodrębnienie kadry odpowiedzialnej za koordynację wsparcia rodzin i podopiecznych, zwłaszcza na etapach przejściowych. W Holandii wykorzystywane są nowe technologie, a specyfika podejścia w tym kraju opiera się na tworzeniu małych grup opiekunów, którzy wspierają się wzajemnie i mogą dzięki pracy zespołowej lepiej wykorzystywać swoje kompetencje, tracąc mniej czasu na sprawy administracyjne⁷⁵.

Przykłady innych krajów wskazują, że integracja systemów nie musi oznaczać ich budowania od nowa. Nawet przy bardzo skomplikowanym, dwutorowym systemie wciąż może on być transparentny i skoordynowany na poziomie ostatecznego odbiorcy.

W związku z tym warto rozważyć przetestowanie podobnego sposobu koordynacji działań i wymiany informacji na poziomie lokalnym.

⁷⁵ *Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society*. Report jointly prepared by the Social Protection Committee and the European Commission, 2014, str. 53-54.

TABELA 28

Proponowane działania lokalne

PROBLEM/DZIAŁANIE	PROPOZYCJA	GRUPA PODOPIECZNYCH	POWIAT
<p>Wsparcie opiekunów nieformalnych. Opiekunowie nieformalni, szczególnie w powiecie kazimierskim, są obciążeni ciągłą lub częstą opieką nad osobami starszymi, chorymi lub niepełnosprawnymi, ale jednocześnie członkowie tych rodzin nie są zbyt skłonni oddawać bliskich pod opiekę instytucji.</p>	<p>Warto położyć większy nacisk na wsparcie (psychologiczne, finansowe, merytoryczne) opiekunów nieformalnych (często osób najbliższych), ponieważ z uwagi na uwarunkowania ekonomiczno-społeczne powiatu, w tym duże znaczenie rolnictwa i znaczne oddalenie od dużych ośrodków miejskich, duży odsetek rodzin chce sprawować opiekę samodzielnie lub nie ma dostępu do instytucji stacjonarnych.</p>	Osoby starsze, chore lub niepełnosprawne	kazimierski, nyski
<p>Brakuje rodzinnego domu pomocy, który pomógłby odciążać część gospodarstw domowych świadczących opiekę nad osobami niesamodzielnymi we własnym zakresie.</p>	<p>Warto rozważyć animowanie i wspieranie pomocy sąsiedzkiej, wykorzystujące bliskie relacje między mieszkańcami, w celu zapewnienia wsparcia opiekunom nieformalnym.</p>	Osoby starsze, chore lub niepełnosprawne	kazimierski
<p>Brakuje opieki stacjonarnej dla osób chorych. Na terenie powiatów nie działają instytucje skierowane do tej grupy podopiecznych.</p>	<p>Wskazane jest uruchomienie rodzinnego domu pomocy (uznanego za najbardziej naturalne środowisko podopiecznego, zbliżone do przebywania w warunkach domowych). To nadal bardzo niepopularna forma sprawowania opieki, ale uważana za bardzo efektywną.</p>	Osoby starsze, chore lub niepełnosprawne	kazimierski
<p>Brakuje opieki stacjonarnej dla osób chorych. Na terenie powiatów nie działają instytucje skierowane do tej grupy podopiecznych.</p>	<p>Wskazane jest utworzenie większej liczby form opieki dla osób starszych, chorych i niepełnosprawnych, tj. szpitalnego oddziału geriatrycznego, zakładu opiekuńczo-lecniczego oraz hospicjum. Aby opieka zdrowotna funkcjonowała na odpowiednim poziomie, należy zadbać o integrację systemu opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i ubezpieczeń społecznych.</p>	Osoby chore	Skiernewice, nyski
<p>Brakuje opieki stacjonarnej dla osób starszych. Powstający DPS powinien zapewnić miejsca także takim osobom.</p>	<p>Wskazane jest uruchomienie instytucji świadczących usługi całonocowe dla osób starszych (istnieją jedynie dzienne, śródnocne formy – przeznaczone dla bardziej aktywnych seniorów).</p>	Osoby starsze	Skiernewice

CZĘŚĆ II WYZWANIA I REKOMENDACJE

PROBLEM/DZIAŁANIE	PROPOZYCJA	GRUPA PODOPIECZNYCH	POWIAT
<p>Rozwój instytucji opieki dostosowanych do potrzeb migrujących i dojeżdżających.</p> <p>Odpyły młodych ludzi powoduje wzrost zapotrzebowania na opiekę dla osób starszych i spadek zainteresowania opieką żłobkową i przedszkolną.</p>	<p>- Bardzo ważne jest monitorowanie/obserwacja zachowań migracyjnych, a także analiza ruchów wahadłowych ludności (dojazdy do pracy) i dostosowywanie do nich oferty instytucji opieki.</p> <p>Ważne jest też dostosowanie godzin otwarcia instytucji opieki (szczególnie nad dziećmi) do godzin pracy opiekunów (rodziców) dojeżdżających do odległych ośrodków miejskich.</p>	Osoby starsze, chore lub niepełnosprawne, dzieci do lat 5	Skierniewice, nyski
<p>Brak instytucji podtrzymujących aktywność seniorów, które mogłyby zapewnić aktywizację społeczną osób w podeszłym wieku i przedłużyć tym samym ich samodzielność.</p>	<p>Warto rozważyć utworzenie w gminach klubów. Są one również odpowiednim miejscem dla organizacji wsparcia dla osób starszych niesamodzielnych (niemobilnych) – osoby, które dopiero co przekroczyły wiek emerytalny, chętnie wspierają mniej samodzielnych i bardziej zaawansowanych wiekowo seniorów, którzy nie mają możliwości osobiście uczestniczyć w zajęciach.</p>	Osoby starsze	nyski
<p>Inicjowanie działania organizacji świadczących opiekę. Dla zwiększenia dostępności opieki ważne jest wspieranie inicjatyw oddolnych, pobudzanie aktywności lokalnej w zakresie świadczenia opieki.</p>	<p>Warto wykorzystać natężenie relacji tworzonych przez mieszkańców i wysoki współczynnik zaufania społecznego w powiecie, aby rozwijać oddolne organizacje świadczące usługi opiekuńcze.</p>	Osoby starsze, chore lub niepełnosprawne	nyski
<p>Duże zapotrzebowanie (faktyczne i prognozowane) na opiekę nad dziećmi w wieku 0-2 lata. Powiat wejherowski charakteryzuje się bardzo wysokim dodatnim saldem migracji (szczególnie ludzi młodych) i związanym z tym bardzo wysokim wskaźnikiem przyrostu naturalnego. Sieć instytucji opieki nad najmłodszymi dziećmi oparta jest niemal wyłącznie na instytucjach niepublicznych (żłobki, kluby dziecięce). Liczba oferowanych miejsc okazuje się wysoce niewystarczająca w stosunku do potrzeb. Średni koszt opieki ponoszony przez rodziców dzieci objętych opieką przekracza 700 zł miesięcznie.</p>	<p>Istotne jest wsparcie w rozwoju sieci instytucji opieki nad dziećmi w wieku 0-2 lata. Osiągnięcie podaży miejsc opieki na poziomie 33% (cel barceloński) wymaga niemal potrójna liczby obecnie oferowanych miejsc. Ponadto, biorąc pod uwagę ich dostępność (również dla rodzin gorzej sytuowanych), wskazane jest wsparcie rozwoju przede wszystkim sieci publicznych instytucji opieki lub zwiększenie zakresu zlecania usług opieki nad dziećmi żłobkom i klubom niepublicznym. Warto odnotować w powiecie wejherowskim (Rumia) pozytywny trend tworzenia miejsc opieki sprawowanej przez dziennych opiekunów dzieci do lat 3.</p>	Dzieci w wieku 0-2 lata	wejherowski

<p>Nierównomierne rozłożenie siatki instytucji opieki nad dziećmi (w tym instytucji opieki przedszkolnej). Powiat wejherowski jest zróżnicowany pod względem dostępu do instytucji opieki. Obszary bardziej zurbanizowane (Wejherowo, Rumia, Reda) mają relatywnie bogatą sieć instytucji opieki, podczas gdy gminy peryferyjne dysponują dosyć słabo rozwiniętą siecią instytucji – brak żłobków i niewielka liczba przedszkoli (lub ich brak, jak w gminie Linia).</p>	<p>Wskazane jest podjęcie działań zapewniających zrównoważony dostęp do instytucji opieki nad dziećmi na terenie całego powiatu, w szczególności w gminach peryferyjnych (Linia, Gniewino). Samo zwiększenie liczby instytucji bez uwzględnienia lokalizacji nie rozwiąże problemu ograniczonej dostępności, jeżeli nie będzie brana pod uwagę bliskość instytucji w stosunku do miejsca zamieszkania i/lub pracy opiekunów.</p>	<p>Dzieci w wieku 0-5 lat</p>	<p>wejherowski</p>
<p>Mieszkańcy powiatu wejherowskiego ponoszą najwyższe koszty opieki w porównaniu z pozostałymi badanymi powiatami. Sieć instytucji opieki nad osobami starszymi, chorymi i niepełnosprawnymi jest zdominowana przez instytucje niepubliczne, co ma bezpośrednie przełożenie na wysokość opłat.</p>	<p>Ważne jest wsparcie dla rozwoju sieci publicznych instytucji opieki, w szczególności nad osobami starszymi. Zgodnie z trendami demograficznymi zapotrzebowanie w tym zakresie będzie stale wzrastać. Istotny jest także rozwój opieki dziennej i całodobowej wspierającej rodziny (tzw. wychnieniowej), jak również dziennych form wsparcia (instytucjonalnych), których koszty są relatywnie niskie zarówno dla gospodarstw domowych, jak i samorządów terytorialnych.</p>	<p>Osoby starsze, chore lub niepełnosprawne</p>	<p>wejherowski</p>
<p>Dostępność opieki nad dziećmi (opieka przedszkolna), mierzona liczbą oferowanych miejsc, jest na terenie Olsztyna relatywnie wysoka, jednak rozlokowanie instytucji prowadzi do ich nierównomiernego obciążenia. Dostrzegalne są braki publicznych instytucji opieki na nowobudowanych osiedlach.</p>	<p>Ważne jest wsparcie inicjatyw placówek publicznych w dziedzinie dostosowania rozłożenia terytorialnego sieci instytucji do zmian urbanistycznych (np. organizacja punktów przedszkolnych na nowopowstających osiedlach).</p>	<p>Dzieci w wieku 3-5 lat</p>	<p>Olsztyn</p>
<p>Brak miejsc w przedszkolach dla dzieci w wieku 3 lat. W związku ze zmianami ustawowymi rodzice dążą do umieszczenia w przedszkolach dzieci w wieku 3 lat. Tylko nieliczne przedszkola prowadzą grupy trzylatków. Dostęp do nich jest utrudniony ze względu na wyśrubowane kryteria przyjmowania i brak objęcia tej grupy wiekowej obowiązkiem przedszkolnym.</p>	<p>Ważne jest w miarę możliwości dostosowanie liczby miejsc i kryteriów preferowanych grup dzieci do zmieniających się przepisów określających wiek dzieci objętych opieką przedszkolną, w szczególności w zakresie umożliwienia dostępu do opieki nad dziećmi do lat 3.</p>	<p>Dzieci w wieku 3-5 lat</p>	<p>Olsztyn</p>
<p>Niewystarczająca podaż opieki pielęgniarckiej (długoterminowej i środowiskowej). W Olsztynie kształci się wysoko wyspecjalizowaną kadrę pielęgniarcką, jednak, ze względu na niesatysfakcjonujące dostępne wynagrodzenie znaczna jej część nie jest zainteresowana wejściem na lokalny rynek pracy. Brak pielęgniarzek wiąże się z utrudnieniami w organizacji opieki środowiskowej, w szczególności nad osobami starszymi.</p>	<p>Wskazane są skoordynowane działania wspierające rozwój i popularyzujące opiekę środowiskową/długoterminową wśród pielęgniarzek, również poprzez świadczenia pozapłaconowe. Utrzymanie obecnego trendu braku dopływu nowych pracowników może w perspektywie najbliższych lat doprowadzić do znaczącego deficytu podaży opieki w Olsztynie.</p>	<p>Osoby starsze, chore lub niepełnosprawne</p>	<p>Olsztyn</p>

PROBLEM/DZIAŁANIE	PROPOZYCJA	GRUPA PODOPIECZYCH	POWIAT
Brak publicznych instytucji opieki nad dziećmi w wieku 0-2 lata. W powiecie bieruńsko-łędzińskim, który ma relatywnie wysoki przyrost naturalny, funkcjonują jedynie dwie niepubliczne instytucje opieki nad najmłodszymi dziećmi (żłobek, klub dziecięcy). Podaż oferowanych przez nie miejsc jest wysoce niewystarczająca w stosunku do potrzeb.	Istotne jest wsparcie rozwoju systemu opieki nad dziećmi w wieku 0-2 lata. Osiągnięcie poziomu dostępności miejsc zgodnie z wytycznymi celów barcelońskich będzie możliwe przy utworzeniu na terenie powiatu 5 żłobków.	Dzieci w wieku 0-2 lata	bieruńsko-łędziński
Brak publicznych instytucji opieki całodobowej nad osobami starszymi, chorymi, niepełnosprawnymi.	Zapotrzebowanie na całodobową opiekę nad osobami starszymi/chorymi/niepełnosprawnymi w gminach znajdujących się na terenie powiatu nie jest tak duże, aby celowe było powołanie oddzielnych DPS w każdej z nich. Warte rozważenia jest skoordynowanie (na poziomie powiatu) pracy nad wspólnym przedsięwzięciem w zakresie pokrycia zapotrzebowania na opiekę całodobową.	Osoby starsze, chore lub niepełnosprawne	bieruńsko-łędziński
Prognozuje się wzrost zapotrzebowania na opiekę nad osobami starszymi.	Istotne jest wsparcie rozwoju opieki dziennej i środowiskowej.	Osoby starsze, chore lub niepełnosprawne	bieruńsko-łędziński, kazimierski
Wykorzystanie funduszy europejskich do tworzenia nowych miejsc opieki.	W nowej perspektywie finansowej UE 2014-2020, w ramach programów regionalnych, przeznaczono znaczne środki na działania związane z opieką, w tym z deinstytucjonalizacją.	Osoby starsze, chore lub niepełnosprawne, dzieci do lat 5	wszystkie powiaty
Tworzenie lokalnej sieci współpracy na rzecz osób starszych, chorych, niepełnosprawnych	Mimo istnienia wyraźnej niezależności systemu zdrowia i systemu pomocy społecznej, która we wszystkich powiatach sprawia trudności, warto poszukać możliwości koordynowania działań na lokalnym poziomie; budowania współpracy, wymiany informacji.	Osoby starsze, chore lub niepełnosprawne	wszystkie powiaty

Źródło: Opracowanie własne.



SPIS TABEL

Tabela 1	Zestawienie informacji o próbach badawczych.....	19
Tabela 2	Informacja o wybranych do badania powiatach.....	25
Tabela 3	Podstawowe wskaźniki charakteryzujące sytuację społeczno-ekonomiczną w wybranych do badania powiatach w 2014 roku.....	26
Tabela 4	Wydatki poniesione w obszarze polityki społecznej w badanych powiatach w 2014 roku.....	37
Tabela 5	Źródła dochodów wykonanych w budżecie polityki społecznej w badanych powiatach w 2014 roku w podziale na typ samorządu.....	39
Tabela 6	Dochody wykonane w obszarze polityki społecznej sfinansowane ze środków Unii Europejskiej w badanych powiatach w 2014 roku.....	40
Tabela 7	Wydatki wykonane w budżecie polityki społecznej w badanych powiatach w 2014 roku.....	42
Tabela 8	Wydatki wykonane na opiekę w badanych powiatach w 2014 roku.....	44
Tabela 9	Udział wydatków wykonanych na opiekę w badanych powiatach w budżecie polityki społecznej w 2014 roku.....	45
Tabela 10	Wydatki wykonane na opiekę per capita w badanych powiatach w 2014 roku.....	47
Tabela 11	Źródła dochodów wykonanych na opiekę w badanych powiatach w 2014 roku.....	49
Tabela 12	Średni miesięczny koszt opieki nad jednym dzieckiem i średnia odpłatność rodziców za opiekę nad jednym dzieckiem w Polsce.....	55
Tabela 13	Odpłatność za opiekę w formalnych instytucjach opieki nad dziećmi w świetle prawa.....	56
Tabela 14	Średni miesięczny koszt opieki przypadający na jednego podopiecznego w publicznych instytucjach opieki nad dziećmi w wieku do lat 6 w badanych powiatach w 2014 roku.....	60
Tabela 15	Wysokość i zasady ponoszenia odpłatności za opiekę nad dziećmi w publicznych żłobkach w badanych powiatach w 2015 roku.....	63
Tabela 16	Wysokość i zasady ponoszenia odpłatności za opiekę nad dziećmi przez dziennego opiekuna w badanych powiatach w roku 2014.....	65
Tabela 17	Średnia miesięczna odpłatność ponoszona przez rodziców dzieci w wieku do lat 3 korzystających z opieki w badanych powiatach w 2014 roku.....	66

SPIS TABEL

Tabela 18	Odpłatność za opiekę w formalnych instytucjach opieki nad osobami chorymi, starszymi i niepełnosprawnymi w świetle prawa.	69
Tabela 19	Średni miesięczny koszt opieki przypadający na jednego podopiecznego w publicznych instytucjach opieki nad osobami starszymi, chorymi i niepełnosprawnymi w badanych powiatach w 2014 roku	74
Tabela 20	Średni miesięczny koszt utrzymania mieszkańca w domach pomocy społecznej prowadzonych przez JST lub prowadzonych na zlecenie JST w badanych powiatach	76
Tabela 21	Wysokość i zasady ponoszenia odpłatności za usługi opiekuńcze w wybranych gminach z badanych powiatów w 2015 roku	79
Tabela 22	Szacunki populacji, liczby osób niesamodzielnymi i wydatki na opiekę w Polsce i średnio w Unii Europejskiej przedstawione w „Ageing Report 2015”	193
Tabela 23	Szczegółowa charakterystyka respondentów na poszczególnych FGI	216
Tabela 24	Mocne i słabe strony systemu opieki nad dziećmi	266
Tabela 25	Mocne i słabe strony systemu opieki nad osobami starszymi, chorymi i niepełnosprawnymi	267
Tabela 26	Główne bariery rozwoju instytucji opieki	269
Tabela 27	Rekomendacje w zakresie rozwijania systemu opieki	280
Tabela 28	Proponowane działania lokalne	287



SPIS WYKRESÓW I RYSUNKÓW

Wykres 1	Publiczne wydatki na opiekę nad dziećmi w wieku żłobkowym i przedszkolnym w Polsce i wybranych krajach europejskich w 2011 roku (% PKB)	31
Wykres 2	Publiczne wydatki na opiekę długoterminową (long-term care – LTC) w Polsce i w wybranych krajach europejskich w 2011 roku (% PKB).....	33
Wykres 3	Źródła dochodów wykonanych w budżecie polityki społecznej w badanych powiatach w 2014 roku*.....	38
Wykres 4	Struktura wydatków wykonanych w budżecie polityki społecznej w badanych powiatach w 2014 roku.....	41
Wykres 5	Możliwość wyboru osoby, która będzie świadczyła opiekę nad podopiecznym w formalnych instytucjach opieki w badanych powiatach.....	146
Wykres 6	Ocena dopasowania do indywidualnych potrzeb podopiecznego w normalnych instytucjach opieki w badanych powiatach.....	148
Wykres 7	Ocena możliwości wpływu osoby wymagającej opieki lub jej bliskich na sposób świadczenia opieki w formalnych instytucjach opieki w badanych powiatach	149
Wykres 8	Możliwość wyboru osoby, która będzie świadczyła opiekę nad osobą chorą, niepełnosprawną i starszą w badanych powiatach	160
Wykres 9	Ocena dopasowania do indywidualnych potrzeb podopiecznego w formalnych instytucjach opieki w badanych powiatach	161
Wykres 10	Ocena możliwości wpływu osoby wymagającej opieki lub jej bliskich na sposób świadczenia opieki w formalnych instytucjach opieki w badanych powiatach	162
Wykres 11	Średnie miesięczne wynagrodzenie brutto w instytucjach opieki	173
Wykres 12	Czy aktualna liczba pracowników świadczących bezpośrednią opiekę, zatrudnionych w Państwa instytucji, jest wystarczająca w stosunku do potrzeb?.....	175
Wykres 13	Prognozowana liczba dzieci w wieku 0-5 lat w Polsce w latach 2015-2020.....	186
Wykres 14	Prognozowana liczba ludności w wieku 65 lat i więcej	187
Rysunek 1	Metody i techniki badawcze stosowane w projekcie	18

BIBLIOGRAFIA

1. Błędowski P., *Costs of family caregiving*, w: *Family Caregiving for the Elderly in Poland* (red. Bień B.), TransHumana, Białystok 2006.
2. Błędowski P., Pędich W., Bień B., Z.B. Wojszel, Czekanowski P., *Supporting Family Carers of Older People In Europe – The National Background Report for Poland*, LITCVerlag, Hamburg 2006.
3. Eurydice i Eurostat, *Kluczowe dane dotyczące wczesnej edukacji i opieki w Europie*, 2014.
4. Główny Urząd Statystyczny, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2013 roku*, Warszawa 2015.
5. Główny Urząd Statystyczny, *Pomoc społeczna i opieka nad dzieckiem i rodziną w 2013 roku*, Warszawa 2014.
6. Główny Urząd Statystyczny, *Żłobki i kluby dziecięce w 2011 roku*, Warszawa 2014.
7. Główny Urząd Statystyczny, *Prognoza ludności*, Warszawa 2014.
8. Główny Urząd Statystyczny, *Oświata i wychowanie w roku szkolnym 2013/2014*, Warszawa 2014.
9. Mitek A., *Finansowanie i organizacja systemu opieki długoterminowej w Polsce*, Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania Nr 34.
10. Miżejewski C., *Raport z analizy danych zastanych w zakresie funkcjonowania instytucji opieki w Polsce*, Formalne i nieformalne instytucje opieki w Polsce. Etap pierwszy prac, Warszawa 2015.
11. Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli „System opieki nad dziećmi do lat trzech”*, Warszawa 2013.
12. Piętka-Kosińska K., Ruzik-Sierdzińska A., *Żłobki w Polsce Badanie empiryczne i jakościowe*, Badanie na zlecenie Banku Światowego, Warszawa 2010.



13. Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 21 grudnia 1998 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie klasyfikacji dochodów i wydatków budżetowych oraz innych przychodów i rozchodów (Dz.U. z 1998 r., nr 161 poz. 1081).
14. Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 25 marca 2003 r. w sprawie szczegółowej klasyfikacji dochodów i wydatków oraz przychodów i rozchodów (Dz.U. z 2003 r., nr 68, poz. 634).
15. Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz.U. z 2005 r., nr 189, poz. 1598).
16. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 5 sierpnia 2011 r. w sprawie sprawozdań rzeczowo-finansowych z wykonywania zadań z zakresu opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 (Dz.U. z 2011 r., nr 173, poz. 1035).
17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz.U. z 2012 r., poz. 594).
18. Sprawozdanie Rady Ministrów z realizacji ustawy z 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 w 2013 r., Druk Sejmowy nr 2849 z 22 października 2014 r.
19. Sprawozdanie Rady Ministrów z realizacji ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 w 2013 r., Druk Sejmowy nr 2849 z 22 października 2014 r.
20. Social Protection Committee and the European Commission, *Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society*, 2014.
21. Swianiewicz P., Krukowska J., Lackowska-Madurowicz M., Łukomska J., *Polityka samorządów gminnych w zakresie edukacji przedszkolnej*, Warszawa 2012.
22. *The 2015 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States(2013-2060)*, European Economy 3/2015, May 2015.
23. Ustawa z 26 stycznia 1982 r. – Karta nauczyciela (Dz.U. z 1982r., nr 3, poz. 19).
24. Ustawa z 13 czerwca 2013 r. o zmianie ustawy o systemie oświaty oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2013 r., poz. 827).
25. <http://www.dziennikiurzedowe.gov.pl/dzienniki-wojewodztw.html> [dostęp 22.10.2015].

Wydawca
Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich
Al. Jerozolimskie 65/79
00-697 Warszawa
www.crzl.gov.pl
tel. +48 22 237 00 00
faks +48 22 237 00 99

Publikacja bezpłatna

ISBN 978-83-7951-354-3

Publikacja współfinansowana przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



MINISTERSTWO PRACY
I POLITYKI SPOŁECZNEJ

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY

