

Maria Zrałek<sup>1</sup>  
Maciej Borski<sup>2</sup>

## **Wspomaganie niezależnego życia i włączanie w społeczeństwo osób z niepełnosprawnościami w praktyce – kilka uwag na tle wdrażania Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych**

### **1. Zagadnienia wprowadzające**

Konwencja ONZ o prawach osób Niepełnosprawnych została przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych 13 grudnia 2006 r., rząd Polski podpisał ją 20 marca 2007 r., natomiast ratyfikacja Konwencji miała miejsce 6 września 2012 r.<sup>3</sup>

W uzasadnieniu projektu ustawy upoważniającej Prezydenta RP do ratyfikacji Konwencji zawarto szereg informacji dotyczących przewidywanych skutków dla prawa polskiego, dla sytuacji osób niepełnosprawnych w Polsce oraz dla władz publicznych i ich obowiązków w zakresie gwarantowania praw osób z niepełnosprawnościami. Wśród organów zobowiązanych do realizacji Konwencji, o których mowa w uzasadnieniu projektu ustawy, znalazło się wiele organów władzy publicznej, przede wszystkim organy władzy wykonawczej, tj. właściwi ministrowie, centralne organy administracji rządowej oraz – w zakresie określonym przez ustawy – odpowiednie organy jednostek samorządu terytorialnego. Jak każdy projekt ustawy także i ten został uzgodniony z różnymi organami władzy publicznej. Efektem tych uzgodnień było wiele uwag dotyczących m.in. aspektów finansowych wejścia w życie Konwencji. Tylko tytułem przykładu Minister Infrastruktury zwracał uwagę na konieczność dostosowania do potrzeb osób niepełnosprawnych wszystkich pociągów, co

---

<sup>1</sup> Dr nauk humanistycznych, prof. Wyższej Szkoły Humanitas, Wydział Nauk Humanistycznych Wyższej Szkoły Humanitas w Sosnowcu.

<sup>2</sup> Dr nauk prawnych, Wydział Administracji i Zarządzania Wyższej Szkoły Humanitas w Sosnowcu.

<sup>3</sup> Ustawa z dnia 15 czerwca 2012 r. o ratyfikacji Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzonej w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. (Dz.U. 2012, poz. 882).

wymagałoby znacznych nakładów finansowych. W odpowiedzi na tę uwagę, Minister Pracy i Polityki Społecznej wyjaśnił, że z Konwencji nie należy wywodzić obowiązku zapewniania pełnego dostosowania całej infrastruktury publicznej, w tym kolejowej, do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Udogodnienia takie, jego zdaniem, mają zostać poczynione w racjonalnym zakresie, przy uwzględnieniu możliwości finansowych danego państwa. Z kolei Minister Finansów zwrócił uwagę na brak ukazania w uzasadnieniu projektu ustawy terminów wprowadzania określonych rozwiązań i skutków finansowych ratyfikacji Konwencji. W odpowiedzi Minister Pracy i Polityki Społecznej zauważył, że koszty takie nie mogą być ściśle ustalone, ponadto określone zmiany będą następowały stopniowo, w zależności od możliwości finansowych. Wreszcie, w opiniach uzyskanych od zrzeszeń (głównie związków zawodowych, organizacji pracodawców i organizacji reprezentujących osoby niepełnosprawne) wyrażano zdecydowane poparcie wniosku o ratyfikację Konwencji. Ustawa upoważniająca prezydenta do ratyfikacji została przyjęta jednogłośnie<sup>4</sup>, a następnie, w dniu 26 lipca 2012 r., podpisana przez Prezydenta RP.

Wśród wielu praw gwarantowanych przez Konwencję na szczególną uwagę zasługuje jej art. 19 odnoszący się do kwestii niezależnego życia osób niepełnosprawnych i ich włączenia w społeczeństwo. Przepis ten zobowiązuje państwo polskie m.in. do zapewnienia osobom niepełnosprawnym: możliwości wyboru miejsca zamieszkania i podjęcia decyzji co do tego, gdzie i z kim będą mieszkać, na zasadzie równości z innymi osobami, przy czym państwo nie może zmuszać tych osób do mieszkania w szczególnych warunkach; możliwości dostępu do szerokiego zakresu usług wspierających świadczonych w domu lub w placówkach zapewniających zakwaterowanie oraz innych usług wspierających, świadczonych w społeczności lokalnej, w tym pomocy osobistej niezbędnej do życia i włączenia w społeczność oraz zapobiegającej izolacji i segregacji społecznej.

W praktyce oznacza to konieczność podjęcia skutecznych działań zmierzających do ułatwienia osobom niepełnosprawnym ich pełnej integracji i uczestnictwa w życiu społecznym. Działania tego rodzaju zostały przewidziane przede wszystkim w ustawie o pomocy społecznej<sup>5</sup>, a w stosunku do osób z niepełnosprawnością psychiczną także w ustawie o ochronie zdrowia

<sup>4</sup> 424 głosy za, 0 – przeciw, 0 – wstrzymujących się.

<sup>5</sup> Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tekst jedn. Dz.U. 2016, poz. 930 z późn. zm.).

psychicznego<sup>6</sup> i Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego<sup>7</sup>. Nie można ponadto zapominać, że obecny rząd w ramach realizacji działań na rzecz wspierania rodziny podjął ponadto próbę stworzenia spójnych i kompleksowych rozwiązań mających na celu zapewnienie osobom niepełnosprawnym niezależnego życia oraz włączenia ich w społeczeństwo. Potrzeby w tym zakresie oraz cele do zrealizowania zostały nakreślone w programie kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” przygotowanym przez międzyresortowy zespół, powołany przez premier Beatę Szydło, a następnie przyjętym uchwałą Rady Ministrów i wraz z nią jako 110-stronicowy dokument opublikowanym w „Monitorze Polskim”<sup>8</sup>. Program ten ma stanowić swoistą mapę drogową dla rządu, który stopniowo cele w nim zakreślone ma realizować poprzez inicjowanie kolejnych aktów prawa powszechnie obowiązującego.

## **2. Pojęcie wykluczenia i jego rodzaje (czynniki ekonomiczne i pozaekonomiczne)**

Wszystkie przedstawione wyżej akty normatywne stanowiące efekt realizacji postanowień Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych mają na celu włączanie osób niepełnosprawnych w społeczeństwo i jednocześnie zapobieganie wykluczeniu społecznemu tych osób. Osoby z niepełnosprawnościami bowiem, mimo że są pełnoprawnymi członkami społeczeństwa często nie mogą uczestniczyć w wielu ważnych aspektach życia społecznego.

W kontekście Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych szczególnie wyraźnie zaakcentowana została potrzeba podejmowania działań zapobiegających wykluczeniu społecznemu tych osób. Wspomniany wyżej art. 19 Konwencji określa ramy działań zapobiegających wykluczeniu społecznemu osób niepełnosprawnych. Dotyczą one zagwarantowania pełnoprawnego uczestnictwa we wszystkich wymiarach życia społecznego, uznania podmiotowości osób niepełnosprawnych, w tym wyboru i formy zamieszkania, gwarancji dostępu do szerokiego wachlarza usług wspomagających dostosowanych do ich potrzeb, a także uznania istotnej roli środowiska lokalnego jako głównego miejsca życia zapobiegającego wykluczeniu społecznemu.

<sup>6</sup> Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jedn. Dz.U. 2017, poz. 882 z późn. zm.).

<sup>7</sup> Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 (Dz.U. 2017, poz. 458).

<sup>8</sup> Uchwała nr 160 Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2016 r. w sprawie programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” (M.P. poz. 1250).

Zjawisko wykluczenia społecznego nie jest stanem nowym, jednakże dopiero w ostatnim okresie zwrócono szczególną uwagę na analizę przyczyn, skali i zakresu tego procesu. Złożoność i wieloznaczność tego zjawiska skutkuje istnieniem wielu prób zdefiniowania pojęcia wykluczenia społecznego. W literaturze przedmiotu spotkać można wiele ujęć akcentujących odmienne aspekty tego problemu. Charles Gore i Jose B. Figueiredo podkreślają, że wykluczenie społeczne występuje we wszystkich społeczeństwach, pojęcie to ma jednak różne znaczenie i przejawia się w różnych formach. Uznawać je można jako stan (utożsamiany z relatywną deprawacją), ale także jako proces utrudniający części społeczeństwa dostęp do zasobów gospodarczych, dóbr społecznych i do instytucji wpływających na jej los. Dotyczy zatem relacji władzy, podmiotowości, kultury i społecznej tożsamości. Wykluczenie społeczne może też być traktowane jako subiektywna lub obiektywna cecha życia ludzi, wyrażająca się np. poczuciem niższości lub materialną deprawacją. Innym podejściem jest traktowanie wykluczenia społecznego jako opisu indywidualnego upośledzenia, który wyraża się zarówno niskim poziomem dobrobytu (upośledzenie ekonomiczne), jak i niezdolnością do skutecznego uczestnictwa w życiu społecznym poprzez pracę, dostęp do uprawnień, do prawnych instrumentów zabezpieczenia roszczeń itp. (upośledzenie społeczno-polityczne). Wykluczenie społeczne może być także uznawane jako atrybut społeczeństw i wyrażać się stosunkami społecznymi, w których jednostkom i grupom odmawia się dostępu do dóbr, usług, aktywności i zasobów, będących warunkami obywatelskiego uczestnictwa<sup>9</sup>.

R. Szarfenberg charakteryzując cechy wykluczenia społecznego wskazał na powtarzające się w różnych definicjach wspólne wątki. Są nimi:

1. „ograniczone uczestnictwo w życiu społecznym, zbiorowym, w jego ważnych aspektach i obszarach;
2. ograniczony dostęp do zasobów, instytucji, systemów społecznych ułatwiających/umożliwiających uczestnictwo, integrację;
3. prawa socjalne realizowane w coraz bardziej ograniczonym stopniu;
4. ubóstwo i wielowymiarowa deprawacja;
5. kumulowanie się czynników ryzyka w określonych obszarach i zbiorowościach;
6. szybkie pogarszanie się sytuacji społecznej jednostki/grupy/zbiorowości pod wieloma względami”<sup>10</sup>.

<sup>9</sup> Ch. Gore, J.B. Figueiredo, *Wykluczenie społeczne i polityka przeciwdziałania ubóstwu*, „Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje” 2003, nr 5, s. 10.

<sup>10</sup> R. Szarfenberg, *Od trzech elementarnych strategii badawczych do programu badań*

Syntetycznie rzecz ujmując można, według Ryszarda Szarfenberga, sprowadzić różne podejścia do trzech głównych problemów: związanych z uczestnictwem, z uprawnieniami i zasobami. Przykładem pierwszego podejścia może być definicja wskazująca, że „wykluczenie społeczne to niezdolność do uczestnictwa w uznawanych za ważne aspektach życia społecznego – gospodarczych, politycznych i kulturowych. Skrajne wykluczenie społeczne występuje, gdy niezdolności do uczestnictwa w tych trzech wymiarach życia społecznego mają bardziej charakter wzajemnych wzmocnień niż równoważenia się”<sup>11</sup>. Drugie ujęcie prezentuje definicja podkreślająca, iż „wykluczenie społeczne to odmowa podstawowych praw socjalnych, zapewniających obywatelom pozytywną wolność do uczestnictwa w życiu społecznym i ekonomicznym i przez to nadających znaczenie ich podstawowym wolnościom negatywnym”<sup>12</sup>. Problem z dostępem do zasobów dobrze wyraża definicja, posługująca się pojęciem marginalizacji i określająca, iż „(...) jest to przede wszystkim kwestia utraty podstaw społecznego zakorzenienia jednostek, sposobów ich włączania się w życie zbiorowe i korzystania ze związanych z tym uprawnień; a zatem kwestia dostępu do – uznawanych za ważne – instytucji społecznych (...). W społeczeństwach przemysłowych to kwestia dostępu do rynku pracy i do rynku konsumpcji, a także dostępu do przywilejów związanych ze statusem obywatela”<sup>13</sup>.

Trudności w jednoznacznym określeniu czym jest wykluczenie społeczne dokumentuje jedyna prawna definicja wykluczenia społecznego. W ustawie o zatrudnieniu socjalnym w art. 1 ust. 2 pkt 8. określa się, iż „wykluczeniu społecznemu podlegają osoby, które ze względu na swoją sytuację życiową, nie są w stanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i znajdują się w sytuacji powodującej ubóstwo oraz uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym”<sup>14</sup>.

Wykluczenie społeczne ma więc charakter wielowymiarowy, co w praktyce oznacza niemożność uczestnictwa w życiu gospodarczym, politycznym, jak i kulturowym, w wyniku braku dostępu do zasobów, dóbr i instytucji, ograniczenia praw społecznych oraz deprivacji potrzeb.

---

*wykluczenia społecznego*, [w:] *Wykluczenie społeczne*, red. L. Frąckiewicz, Katowice 2005, s. 27–34.

<sup>11</sup> Ibidem.

<sup>12</sup> Ch. Gore, J.B. Figueiredo, *Wykluczenie społeczne...*, s. 18.

<sup>13</sup> K.W. Frieske, P. Poławski, *Opieka i kontrola. Instytucje wobec problemów społecznych*, Katowice 1999, s. 89.

<sup>14</sup> Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (tekst jedn. Dz.U. 2016, poz. 1828).

Kazimierz W. Frieske, wskazując komponenty wykluczenia społecznego, podkreśla że dotyczą one deprivacji materialnej, takiej jak niski stan indywidualnych czy grupowych zasobów i pozamaterialnej przejawiającej się niskim i społecznie nieakceptowanym poziomem społecznej partycypacji oraz rozłożonego w czasie dynamicznego procesu kumulacji problemów w biografii jednostek, a także braku dostępu do kluczowych instytucji społecznych<sup>15</sup>.

Najbardziej przejrzysta, ujmująca wszystkie wskazane wyżej elementy wykluczenia społecznego wydaje się być definicja podkreślająca „znaczenie dyskryminacji i braku zasadniczych praw oraz deprivację materialną. (...) niedostatecznie rozwinięte instytucje publiczne i obywatelskie ograniczają często możliwości działania pewnych jednostek lub grup, co oznacza, że wykluczenie może być rezultatem niewłaściwego działania systemu, czego konsekwencją jest także pozbawienie osób wykluczonych możliwości zmiany ich sytuacji. Innymi słowy, brak dostępu do praw politycznych oraz nierozwinięte instytucje życia obywatelskiego, ograniczając partycypację i możliwość podejmowania decyzji, interpretuje się jako źródło wykluczenia społecznego”<sup>16</sup>.

Wykluczenie społeczne można rozpatrywać na wielu obszarach charakteryzujących się szeregiem symptomów. Stanisława Golinowska i Piotr Broda-Wysocki wskazali na osiem takich obszarów i przypisali im określone przejawy:

1. polityczny – brak praw politycznych, niska frekwencja wyborcza, niski poziom aktywności lokalnej, społeczne niedostosowanie, bezsilność w sprawach politycznych;
2. instytucjonalny – niedorozwój instytucji publicznych, zła administracja, ograniczenia zabezpieczenia społecznego;
3. ekonomiczny – długotrwałe bezrobocie, niskie dochody;
4. społeczny – zerwanie więzi rodzinnych i społecznych, bezdomność, przestępczość, ubóstwo;
5. otoczenie i sąsiedztwo – degradacja środowiska, zła jakość zasobów mieszkaniowych, brak usług lokalnych, upadek więzi społecznych i brak wspomaganie się w sytuacjach kryzysowych;
6. jednostkowy – zła kondycja fizyczna i psychiczna, niedostateczne umiejętności i poziom edukacji;

---

<sup>15</sup> K. Frieske, *Spoleczne wykluczenie – o nicowaniu pojęć*, [w:] *Ubóstwo i wykluczenie społeczne. Badania, metody i wyniki*, red. S. Golinowska, E. Tarkowska, I. Topińska, Warszawa 2005, s. 55 i n.

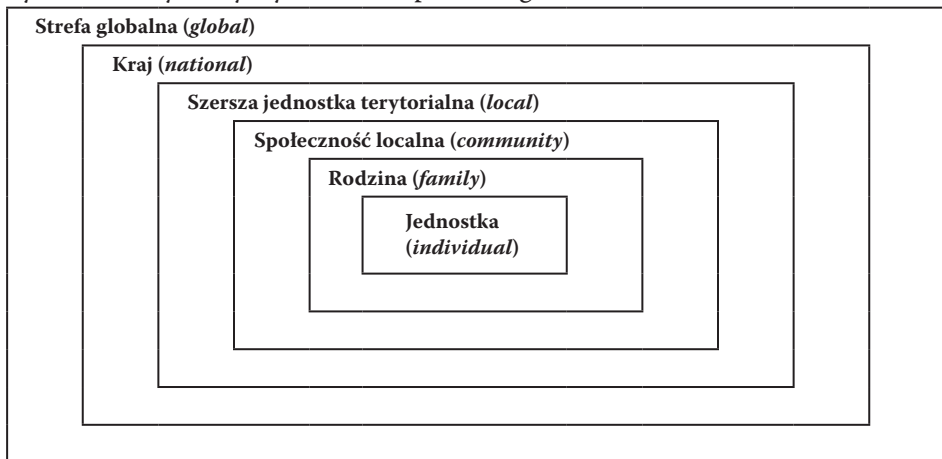
<sup>16</sup> S. Golinowska, P. Broda-Wysocki, *Kategorie ubóstwa i wykluczenia społecznego. Przegląd ujęć*, [w:] *ibidem* s. 32–33.

7. przestrzenny – tworzenie gett, marginalizacja przestrzenna grup społecznych;
8. grupowy – wyodrębnienie grup szczególnej podatności na wykluczenie społeczne (np. osoby starsze, niepełnosprawne, mniejszości etniczne)<sup>17</sup>.

Omawiając zagadnienie wykluczenia społecznego należy także wskazać, jakie kategorie osób są najbardziej zagrożone lub podatne na wykluczenie społeczne. Można je identyfikować poprzez ich podatność na nieuczestniczenie oraz izolację. Najczęściej wymienia się tu osoby długotrwale bezrobotne, osoby ubogie, bezdomne, niepełnosprawne, osoby starsze, dzieci z rodzin wielodzietnych i niepełnych (dziedziczenie wykluczenia), mniejszości migracyjne, osoby opuszczające zakłady karne, młodzież opuszczającą placówki opiekuńczo-wychowawcze, osoby o niskim poziomie wykształcenia, osoby uzależnione od alkoholu i narkotyków, mieszkańcy zdegradowanych obszarów miejskich.

Rozpatrując kwestie wykluczenia społecznego należy zatem podkreślić, iż nie ma jednej przyczyny generującej jego wystąpienie, a wykluczenie jest wynikiem wielu, wzajemnie ze sobą powiązanych elementów – od indywidualnego do globalnego. Dokumentuje to opracowana przez J. Hills'a, J. Le Grand'a, D. Piachaud<sup>18</sup> koncepcja tzw. „diagramu cebuli” (rys. 1).

Rysunek 1. Wymiary wykluczenia społecznego



Źródło: adaptacja za: J. Hills, J. Le Grand, D. Piachaud (red.), *Understanding Social Exclusion*, Oxford 2001, s. 9.

<sup>17</sup> Ibidem, s. 38.

<sup>18</sup> J. Hills, J. Le Grand, D. Piachaud (red.), *Understanding Social Exclusion*, Oxford 2001, s. 9.

Czynnik indywidualny decydujący o wykluczeniu to m.in. wiek, płeć, stan zdrowia, własne wybory; czynnik rodzinny to np. status społeczno-zawodowy rodziców, sytuacja materialna czy też opieka nad osobami zależnymi. O wykluczeniu na szczeblu społeczności lokalnej decydować może przede wszystkim najbliższe środowisko społeczne, ale także dostęp do placówek opieki zdrowotnej, edukacyjnych. Na szczeblu szerszej jednostki terytorialnej na wykluczenie wpływać może sytuacja na rynku pracy, poziom edukacji, dostępność transportu. W skali kraju o wystąpieniu wykluczenia społecznego w dużym stopniu decydować może: zagrożenie bezpieczeństwa społecznego, kultura społeczeństwa, brak wiedzy o przysługujących prawach obywatelskich i politycznych. Na poziomie sfery globalnej na wystąpienie wykluczenia mogą mieć wpływ takie czynniki, jak: masowe migracje, zmiany demograficzne, choroby cywilizacyjne, stan relacji politycznych i gospodarczych między krajami.

Wskazane powyżej obszary wykluczenia społecznego całkowicie wpisują się w położenie charakterystyczne dla osób niepełnosprawnych, bowiem związane są z: sytuacją na rynku pracy, dostępem do edukacji, sytuacją zdrowotną i dostępem do usług zdrowotnych, dostępem do kultury, uczestnictwem w życiu społecznym, politycznym i in. Pogłębianie się procesu wykluczenia społecznego osób niepełnosprawnych jest konsekwencją synergii różnych czynników. Osoby niepełnosprawne często doświadczają ubóstwa materialnego, nie mają dostępu do edukacji, co skutkuje niskim poziomem kwalifikacji i trudnościami w wejściu na rynek pracy lub założeniu rodziny. Wykluczenie społeczne pozostaje także w ścisłej podwójnej korelacji ze stanem zdrowia – z jednej strony status społeczny i ekonomiczny jednostki ma ogromny wpływ na stan zdrowia i długość życia jednostki; a z drugiej strony zła kondycja zdrowotna wpływa na zmniejszenie zdolności do pracy, a tym samym na zwiększenie ryzyka ubóstwa i wykluczenia społecznego<sup>19</sup>. Osoby z niepełnosprawnościami mają także utrudniony dostęp do odpowiednich instytucji pozwalających na wyposażenie w kapitał życiowy, doświadczają przejawów dyskryminacji (zarówno skutek niedorozwoju właściwego ustawodawstwa, jak i kulturowych uprzedzeń oraz stereotypów).

Wykluczeniu społecznemu starają się przeciwdziałać nie tylko poszczególne państwa, ale także organizacje międzynarodowe. Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na dorobek Unii Europejskiej w tym zakresie. Określenie ram przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu osób niepełnosprawnych zawarte zostało

---

<sup>19</sup> Uchwała Nr 165 Rady Ministrów z dnia 12 sierpnia 2014 r. w sprawie przyjęcia programu pod nazwą „Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2020. Nowy wymiar aktywnej integracji (M.P. poz. 787).



w Europejskiej strategii w sprawie niepełnosprawności<sup>20</sup>, która jest uzupełnieniem dokumentu strategicznego Europa 2020 na rzecz inteligentnego i zrównoważonego wzrostu sprzyjającego włączeniu społecznemu<sup>21</sup> z 2010 r. Europejska strategia w sprawie niepełnosprawności, której głównym celem jest zwiększenie szans osób niepełnosprawnych, tak aby mogły one w pełni korzystać ze swoich praw i uczestniczyć w życiu publicznym, politycznym oraz w gospodarczym, jest w rzeczywistości programem przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu niepełnosprawnych i równocześnie wskazuje działania na rzecz poprawy poczucia bezpieczeństwa społecznego tej grupy ludności. W omawianym dokumencie określono osiem podstawowych obszarów działania: dostępność, uczestnictwo, równość, zatrudnienie, kształcenie i szkolenie, ochrona socjalna, zdrowie i działania zewnętrzne. To właśnie te obszary stanowią płaszczyzny, w których najczęściej przejawiają się różnorodne formy marginalizacji i wykluczenia osób niepełnosprawnych. Wprawdzie zalecenia dotyczące realizacji tych obszarów przewidziane w Strategii obejmują działania na szczeblu europejskim i krajowym, to jednak faktyczna realizacja postulatów w większości adresowana jest do szczebla regionalnego i lokalnego. W kontekście omawianego problemu szczególnie istotny jest obszar szósty – ochrony socjalnej – w którym zawarto zalecenia związane z przeciwdziałaniem biedzie osób niepełnosprawnych oraz stworzeniem możliwości korzystania z systemów ochrony socjalnej, pomocy w obszarach niepełnosprawności, mieszkalnictwa socjalnego i innych usług zwiększających ich możliwości. Kwestia dostępności do mieszkań ma szczególne znaczenie dla osób niepełnosprawnych, gdyż zwykły rynek mieszkaniowy nie zaspokaja ich potrzeb w zakresie przystosowania do niepełnosprawności.

### **3. Deinstytucjonalizacja pomocy społecznej**

Osoby niepełnosprawne w Polsce są, pomimo podjętych wielu działań, jedną z najbardziej zagrożonych wykluczeniem społecznym grup w społeczeństwie. Przyczyny tej sytuacji tkwią w istnieniu szeregu barier środowiskowych oraz systemowych, a podejmowane działania powinny zmierzać do tworzenia wa-

---

<sup>20</sup> Europejska strategia w sprawie niepełnosprawności 2010–2020: Odnowione zobowiązanie do budowania Europy bez barier, Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów z dnia 15 listopada 2010 r., COM(2010) 636 wersja ostateczna – nieopublikowany w Dzienniku Urzędowym.

<sup>21</sup> Europa 2020. Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu, Komunikat Komisji, [KOM(2010)] wersja ostateczna.

runków umożliwiających wyrównywanie szans i normalizację sytuacji osób niepełnosprawnych. Dotyczy to kwestii przestrzegania praw obywatelskich, dostępności do opieki zdrowotnej, kompleksowej rehabilitacji, dostępu do edukacji i szkoleń, zapewnienia odpowiednich warunków mieszkaniowych, bezpiecznego transportu i dostępu do środowiska, pomocy społecznej i zabezpieczenia społecznego. Miejscem, w którym najpełniej można te potrzeby zaspokoić jest środowisko mieszkalne.

Uznanie że każdy człowiek ma prawo do życia w swoim środowisku zamieszkania wymaga nowego podejścia i stworzenia takich warunków, które umożliwiłyby wszystkim realizację tego prawa. Główna tendencja zapewnienia godziwego życia i mieszkania polega na wspieraniu zamieszkiwania osób niepełnosprawnych w ich dotychczasowym miejscu. Wieloletnie doświadczenia wskazują, że opieka instytucjonalna wprawdzie zaspokaja potrzeby bytowe, jednakże izoluje od dotychczasowego środowiska społecznego i fizycznego, a jakość życia w tych placówkach, w porównaniu do wysokiej jakości usług świadczonych na poziomie społeczności lokalnych, jest znacznie gorsza. Stąd też współcześnie dąży się do systematycznego przechodzenia do organizowania usług świadczonych w lokalnych społecznościach. Koncepcja deinstytucjonalizacji oznacza proces, który obejmuje:

1. rozwój w obrębie społeczności zindywidualizowanych usług o wysokiej jakości, w tym zapobiegających umieszczaniu dzieci i osób dorosłych w zakładach oraz przeniesienie zasobów ze stacjonarnych zakładów opieki długoterminowej w celu świadczenia nowych usług, aby zapewnić długoterminową trwałość wdrożonych rozwiązań;
2. planowane zamknięcie stacjonarnych zakładów opieki długoterminowej, w których dzieci, osoby niepełnosprawne (w tym mające problemy ze zdrowiem psychicznym) i starsze są odizolowane od społeczeństwa, nie zapewnia się im odpowiedniej opieki i wsparcia oraz często nie szanuje się ich praw;
3. zapewnienie powszechnej dostępności podstawowych usług w dziedzinach, takich jak edukacja i szkolenia, zatrudnienie, mieszkalnictwo, opieka zdrowotna oraz transport wszystkim dzieciom i osobom dorosłym potrzebującym wsparcia<sup>22</sup>.

---

<sup>22</sup> Wykorzystanie funduszy Unii Europejskiej w celu przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności – zestaw narzędzi, [http://www.deinstitutionalisationguide.eu/wp-content/uploads/2016/04/Toolkit\\_Polish-version.pdf](http://www.deinstitutionalisationguide.eu/wp-content/uploads/2016/04/Toolkit_Polish-version.pdf) [dostęp: 19.10.2017].

Zgodnie z Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS i EFRR na lata 2014–2020, wydanymi przez Ministra Infrastruktury i Rozwoju, deinstytucjonalizacja oznacza „proces przejścia od opieki instytucjonalnej do usług świadczonych w społeczności lokalnej, realizowany w oparciu o »Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności«<sup>23</sup> i wymagający z jednej strony rozwoju usług świadczonych w społeczności lokalnej, z drugiej – stopniowego ograniczenia usług w ramach opieki instytucjonalnej”<sup>24</sup>. W ujęciu tym podkreślono także, że integralnym elementem deinstytucjonalizacji usług jest profilaktyka, mająca zapobiegać umieszczaniu osób w opiece instytucjonalnej.

Szersze rozumienie deinstytucjonalizacji stosuje UNICEF, acz odnosi je jedynie do problemu opieki nad dziećmi. W definicji opracowanej przez tę organizację nie zostało przesądzone, że deinstytucjonalizacja ma prowadzić do wyeliminowania potrzeby opieki instytucjonalnej. Zgodnie z tym ujęciem deinstytucjonalizacja oznacza „całość procesu planowania transformacji i zmniejszania rozmiaru zakładów stacjonarnych lub ich likwidacji przy jednoczesnym zapewnieniu innego rodzaju różnorodnych usług opieki nad dziećmi bazujących na standardach wynikających z praw człowieka i zorientowanych na rezultaty”<sup>25</sup>.

Przedstawione ujęcia definicyjne wskazują, że, jak podkreśla Łukasz Jurek, mamy do czynienia z dwoma podejściami do deinstytucjonalizacji usług: „(...) pierwszy z nich kładzie nacisk na konieczność ograniczania placówek opiekuńczych, co w efekcie ma prowadzić do zlikwidowania tej formy pomocy. Druga postawa zakłada konieczność stopniowego przekształcania placówek opiekuńczych w taki sposób, aby eliminować lub, gdy jest to niemożliwe, minimalizować ich wady i słabe strony”<sup>26</sup>.

---

<sup>23</sup> „Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności”, [http://www.deinstitutionalisationguide.eu/wpcontent/uploads/2016/04/Common-European-Guidelines\\_Polish-version.pdf](http://www.deinstitutionalisationguide.eu/wpcontent/uploads/2016/04/Common-European-Guidelines_Polish-version.pdf) [dostęp: 19.10.2017].

<sup>24</sup> Ministerstwo Infrastruktury i Rozwoju. Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS i EFRR na lata 2014–2020, Warszawa 2016, s. 6–7.

<sup>25</sup> H. Moestue, *At home or in a home? Formal care and adoption of children in Eastern Europe and Central Asia*, UNICEF, United Nations Children’s Fund 2011, s. 52.

<sup>26</sup> Ł. Jurek, *Zmiany stacjonarnej opieki społecznej nad ludźmi starszymi w Polsce i wybranych krajach*, praca doktorska, Wrocław 2009, s. 6.

Jak podkreślono w „Ogólnoeuropejskich wytycznych dotyczących przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności” opracowanych przez Europejską Grupę Ekspertów ds. Przejścia od Opieki Instytucjonalnej do Opieki Świadczonej na Poziomie Lokalnych Społeczności<sup>27</sup>, główną przyczyną likwidacji zakładów opieki są niekorzystne warunki, w których pensjonariusze są odizolowani od społeczeństwa, cierpią różnego rodzaju represje, gdzie panuje pierwszeństwo wymagań organizacyjnych nad indywidualnymi potrzebami oraz brak jest kontroli nad własnym życiem. Często spotykanymi zjawiskami występującymi w zakładach opiekuńczych jest depersonalizacja podopiecznych (np. pozbawianie rzeczy osobistych), odgórnie ustalony rozkład czynności bez uwzględnienia indywidualnych preferencji, traktowanie podopiecznych zbiorczo, czyli bez uwzględniania występujących pomiędzy nimi różnic, ani ich indywidualnych preferencji oraz wytworzony dystans między pozycją personelu i podopiecznych. Taka sytuacja powoduje wiele szkód psychicznych włącznie z utratą możliwości samodecydowania o sobie, nie wspominając o nagminnych naruszeniach podstawowych praw pensjonariuszy. Względy społeczne przemawiają zatem za rozwojem opieki środowiskowej, która bardziej sprzyja inkluzji społecznej oraz autonomii osób niepełnosprawnych. Drugą, niezmiernie istotną przesłanką deinstytucjonalizacji, oprócz aspektów społecznych w opiece nad osobami niepełnosprawnymi są względy ekonomiczne z uwagi na to, iż formy pomocy środowiskowej i półstacjonarnej są zdecydowanie tańsze niż opieka instytucjonalna. Nie bez znaczenia jest także przesłanka o charakterze ideologiczno-politycznym, bowiem realizacja deinstytucjonalizacji jest zgodna z wytycznymi KE, także z zapisami dokumentów przyjętych przez krajowe organy polityki publicznej – Założeniami do Wieloletniej Polityki Senioralnej na lata 2014–2020<sup>28</sup> oraz Krajowym Programie Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu 2014–2020.

---

<sup>27</sup> Grupa ta, dawniej znana jako Doraźna Grupa Ekspertów ds. Przejścia od Opieki Instytucjonalnej do Opieki Świadczonej na Poziomie Lokalnych Społeczności, została utworzona w lutym 2009 r. przez ówczesnego Komisarza ds. Zatrudnienia i Spraw Społecznych Vladimíra Špidlę w celu zajęcia się kwestią reformy opieki instytucjonalnej w Unii Europejskiej. Grupa zrzesza organizacje reprezentujące dzieci, rodziny i osoby niepełnosprawne, organizacje zajmujące się zagadnieniami zdrowia psychicznego, świadczeniodawców publicznych i niekomercyjnych, organy publiczne oraz organizacje pozarządowe.

<sup>28</sup> Uchwała nr 238 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2014 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020 (M.P. poz. 118).

Na bazie doświadczeń różnych państw Unii Europejskiej w zakresie realizacji koncepcji deinstytucjonalizacji wykształcił się „międzynarodowy” model deinstytucjonalizacji opieki nad osobami niesamodzielnymi<sup>29</sup>. Charakteryzuje się on:

1. ograniczaniem (zarówno ze względów ekonomicznych, jak i humanitarnych) opieki instytucjonalnej i rozwojem opieki domowej (*home based care*) oraz kierowaniem usług zdrowotnych i społecznych w coraz większym stopniu do osób, które bez takiego wsparcia wymagałyby opieki instytucjonalnej, czyli do osób z najniższymi dochodami oraz pozbawionych wsparcia ze strony rodziny;
2. ograniczaniem bezpośredniej roli państwa w dostarczaniu usług oraz zwiększaniem roli podmiotów komercyjnych, organizacji *non-profit* i opieki nieformalnej, prowadzącym do zwiększania liczby dostawców usług, a także do fragmentacji usług oraz do nierówności w dostępie do usług pomiędzy grupami różniącymi się dochodem;
3. większym, niż we wcześniejszym okresie stopniem akcentowania potrzeby indywidualizacji opieki i zapewnieniem większego wyboru usług – przy czym pomiędzy deklarowanymi celami a praktyką występuje istotna luka, do której przyczynia się dążenie do „efektywności kosztowej”;
4. znoszeniem wyraźnych barier pomiędzy:
  - a. systemem opieki zdrowotnej a systemem pomocy społecznej – podział pomiędzy tymi systemami jest uważany za główną przeszkodę we wdrażaniu zintegrowanej opieki w lokalnej społeczności;
  - b. opieką instytucjonalną oraz opieką sprawowaną w lokalnej społeczności.

Stopniowe odchodzenie od opieki instytucjonalnej na rzecz usług świadczonych w lokalnych społecznościach zwiększa szanse na zapewnienie osobom niepełnosprawnym godnego traktowania, lepszego dopasowania usług do ich indywidualnych potrzeb oraz umożliwienia im pełniejszego rozwoju i utrzymywania kontaktów społecznych. Prawo osób niepełnosprawnych do niezależnego życia i włączenia w społeczeństwo, które zostało zapisane w art. 19 Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych, dotyczy wszystkich niezależnie od wieku, zdolności, rodzaju upośledzenia bądź problemów ze zdrowiem psychicznym. Oznacza to, że wszyscy powinni mieć możliwość życia i udziału w funkcjonowaniu wybranej przez siebie społeczności.

---

<sup>29</sup> Identyfikacja potrzeb i barier w zakresie rozwoju usług społecznych na rzecz osób dotkniętych i zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym w kontekście wsparcia w ramach RPO WP 2014–2020 Raport z badania ewaluacyjnego, Urząd Marszałkowski Województw Pomorskiego 2015.

Jednym z istotnych elementów przejścia od opieki instytucjonalnej do życia w społeczności jest zapewnienie odpowiednich warunków mieszkaniowych, które dają użytkownikom pełny wybór i kontrolę nad tym, gdzie, jak i z kim mieszkają. We wskazanych wyżej Ogólnoeuropejskich wytycznych<sup>30</sup> określone zostały różne sposoby organizacji życia wspieranego w mieszkaniach. Mieszkania ze wsparciem mogą być rozproszone, jednak tego samego rodzaju i rozmiaru jak zamieszkiwane przez większość ludzi, rozmieszczone równomiernie w dzielnicach mieszkalnych wśród innych członków społeczności lokalnych. Świadczone usługi w zakresie opieki zdrowotnej i usług socjalnych powinny głównie wspierać zamieszkanie a nie leczenie, natomiast udzielone wsparcie winno zapewniać zindywidualizowane, niezależne życie w środowisku lokalnym.

W Polsce brakuje całościowej strategii deinstytucjonalizacji usług społecznych, jednakże rozwiązania zawarte w ustawach: o pomocy społecznej, o działalności pożytku publicznego i wolontariacie<sup>31</sup> oraz o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej<sup>32</sup> sprzyjają rozwojowi zdeinstytucjonalizowanego systemu usług społecznych. Taką właśnie zdeinstytucjonalizowaną formą wsparcia dedykowaną dla dorosłych osób z zaburzeniami psychicznymi, która może stanowić alternatywę dla klasycznych domów pomocy społecznej są naszym zdaniem środowiskowe domy samopomocy. Innym, wartym propagowania i przede wszystkim doinwestowania narzędziem pomocy adresowanym do wszystkich kategorii osób z niepełnosprawnościami (a więc nie tylko do osób z zaburzeniami psychicznymi) są mieszkania chronione i wspomagane. Właśnie dlatego dalsze rozważania poświęcone zostały wyłącznie tym dwóm formom wsparcia.

#### **4. Środowiskowe domy samopomocy jako alternatywa dla domów pomocy społecznej?**

Środowiskowe domy samopomocy to ośrodki wsparcia dla dorosłych osób z zaburzeniami psychicznymi, czyli dla osób chorych psychicznie i niepełnosprawnych intelektualnie (upośledzonych umysłowo). Zapewniają one dla swoich uczestników pobyt dzienny lub całodobowy. Prowadzone są przez jednostki samorządu terytorialnego jako zadanie zlecone z zakresu administracji rządowej, finansowane z budżetu wojewody. Pod pojęciem „osoba

<sup>30</sup> Ogólnoeuropejskie wytyczne..., op.cit., s. 107.

<sup>31</sup> Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (tekst jedn. Dz.U. 2016, poz. 1817 z późn. zm.).

<sup>32</sup> Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (tekst jedn. Dz.U. 2017, poz. 697 z późn. zm.).

z zaburzeniami psychicznymi” kryją się dwie odrębne grupy uczestniczące w zajęciach ŚDS. Są to osoby chore psychicznie i osoby z niepełnosprawnością intelektualną (upośledzone umysłowo). Każda z tych grup potrzebuje innych form pomocy środowiskowej, leczenia i metod terapii. Dlatego też placówki te dzielą się na:

1. ŚDS przeznaczone dla osób przewlekle psychicznie chorych (typ A);
2. ŚDS przeznaczone dla osób upośledzonych umysłowo (typ B);
3. ŚDS przeznaczone dla osób wykazujących inne przewlekle zaburzenia czynności psychicznych (Typ C).

Podstawowym zadaniem domów jest przede wszystkim podtrzymywanie i rozwijanie w uczestnikach umiejętności niezbędnych, do możliwie najbardziej samodzielnego życia. ŚDS świadczą usługi dostosowane do szczególnych potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności: pracę socjalną, psychoterapię, rehabilitację leczniczą, społeczną i zawodową, usprawnienie, organizację czasu wolnego. Specyfika środowiskowych domów polega na tym, że stanowią oparcie dla rehabilitacji psychiatrycznej w środowisku, proponując konkretne programy rehabilitacyjne.

Środowiskowe domy samopomocy działają:

1. w strukturach ośrodków pomocy społecznej;
2. jako samodzielne jednostki organizacyjne;
3. jako placówki prowadzone przez organizacje pozarządowe.

Okres korzystania z miejsca całodobowego pobytu w środowiskowym domu samopomocy nie może być jednorazowo dłuższy niż trzy miesiące, z możliwością przedłużenia do sześciu miesięcy w uzasadnionych przypadkach, przy czym maksymalny okres pobytu całodobowego osoby w roku kalendarzowym nie może być dłuższy niż osiem miesięcy. Odpłatność za usługi wynosi 5% kwoty dochodu uczestnika samotnie gospodarującego lub kwoty dochodu na osobę w rodzinie, ale tylko w sytuacji jeżeli dochód uczestnika samotnie gospodarującego lub dochód na osobę w rodzinie przekracza kwotę 300% odpowiedniego kryterium dochodowego, tj. w przypadku uczestnika samotnie gospodarującego, gdy jego dochód przekracza kwotę 1902 zł, a w przypadku uczestnika zamieszkującego w rodzinie, gdy dochód na osobę w rodzinie przekracza kwotę 1542 zł. Odpłatność za usługi całodobowe ustala się z kolei w wysokości 70% dochodu osoby korzystającej z usług, proporcjonalnie do okresu jej pobytu. Uczestnik może być zwolniony, na jego wniosek, częściowo lub całkowicie z tej odpłatności. Decyzję o skierowaniu do środowiskowego domu samopomocy i decyzję ustalającą odpłatność za korzystanie z usług w tych ośrodkach wydaje właściwy organ jednostki samorządu terytorialnego

prowadzącej lub zlecającej prowadzenie środowiskowego domu samopomocy. Organ ten może zwolnić te osoby na ich wniosek, częściowo lub całkowicie z tej odpłatności.

Nie ulega wątpliwości, że dalszy rozwój sieci ŚDS może sprzyjać deinstytucjonalizacji pomocy społecznej poprzez przygotowywanie ich uczestników do w miarę samodzielnego (przy odpowiednim wsparciu) życia w społecznościach lokalnych. Co prawda domy te są formą instytucjonalnej pomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi, ale w praktyce realizują one zadania umożliwiające tym osobom powrót do życia w społecznościach lokalnych, czyli można je traktować jako formę deinstytucjonalizacji wsparcia polegającego na umieszczaniu osób z zaburzeniami psychicznymi w domach pomocy społecznej. Aby cel ten został jednak osiągnięty konieczne jest zwiększenie finansowania poprzez wzrost kwoty dotacji na jednego uczestnika ŚDS. Tymczasem taki wzrost, mimo jego wcześniejszego zagwarantowania w ustawie o pomocy społecznej, w 2017 r. nie nastąpił. Zgodnie z art. 2 ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej<sup>33</sup> dotacja ta miała stopniowo rosnąć w latach 2016–2017 (200% w 2016 r., 230% w 2017 r.), by w 2018 r. osiągnąć docelowy poziom 250% kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej<sup>34</sup>. Niestety w 2017 r. dotacja ta została utrzymana na poziomie z 2016 r. Stało się tak pomimo protestów Polskiego Stowarzyszenia na Rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną (PSONI)<sup>35</sup>, dziesiątek ŚDS<sup>36</sup> oraz innych organizacji pozarządowych działających w tym obszarze. Szczególnie mocno protestowało PSONI, które prowadzi 44 środowiskowe domy samopomocy w całej Polsce, z których korzysta 1500 osób z niepełnosprawnością intelektualną, w tym wiele ze sprzężonymi niepełnosprawno-

<sup>33</sup> Dz.U. 2015, poz. 1310.

<sup>34</sup> Kryterium dochodowe osoby samotnie gospodarującej wynosi w 2017 r. 634 zł.

<sup>35</sup> PSONI jest pozarządową, samopomocową, niedochodową organizacją społeczną, zajmującą się pomocą dzieciom, młodzieży i osobom dorosłym z niepełnosprawnością intelektualną. Do marca 2016 r. działała ona pod nazwą Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym. Zasadniczym celem organizacji jest działanie na rzecz wyrównywania szans osób z niepełnosprawnością intelektualną, tworzenia warunków przestrzegania wobec nich praw człowieka, prowadzenia ich ku aktywnemu uczestnictwu w życiu społecznym oraz wspieranie ich rodzin. Stowarzyszenie od 2005 r. posiada status organizacji pożytku publicznego. Stowarzyszenie oprócz 44 ŚDS prowadzi także m.in. 29 ośrodków wczesnej interwencji, 64 ośrodki rehabilitacyjno-edukacyjno-wychowawcze i 84 warsztaty terapii zajęciowej.

<sup>36</sup> W całym kraju według oficjalnych danych Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej jest ich blisko 780.



ściami. W oficjalnym stanowisku stowarzyszenie zwróciło uwagę, że „Zwiększenie dofinansowania środowiskowych domów samopomocy jest niezbędne dla zachowania standardów pracy i wspierania osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz sprzężonymi niepełnosprawnościami. ŚDS są placówkami, które spełniają kluczową rolę w systemie wspierania osób o największych potrzebach, są dla uczestników ośrodkami wsparcia, zapewniają im aktywizację społeczną oraz przygotowują ich do samodzielnego – na miarę ich możliwości – życia, przy odpowiednim wsparciu w społeczności lokalnej”. Stowarzyszenie zwróciło także uwagę, że ŚDS zapobiegają w znacznym stopniu instytucjonalizacji w domach pomocy społecznej. Podkreślono także, że koszty uczestnictwa w ŚDS są o ponad połowę mniejsze niż koszty pobytu w domach pomocy społecznej<sup>37</sup>, zaś dotacje pokrywają koszty utrzymania placówek, zatrudnienia wyspecjalizowanej kadry, zakupu materiałów do rehabilitacji i terapii. Protesty te, pomimo wsparcia m.in. ze strony Rzecznika Praw Obywatelskich<sup>38</sup>, Centrum<sup>39</sup> Badań nad Niepełnosprawnością<sup>40</sup> i niektórych posłów nie przyniosły efektów.

<sup>37</sup> Praktycznie nie zdarza się, żeby koszty pobytu były tu niższe niż 3 tys. zł.

<sup>38</sup> Por. pismo RPO z dnia 27 września 2016 r., sygn. III.7065.186.2016.LN do Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej Elżbiety Rafalskiej, w którym Rzecznik zwracał uwagę, że „Opieka świadczona przez środowiskowe domy samopomocy jest niewątpliwie pożądaną formą wsparcia osób chorych psychicznie, stanowiącą tańsze rozwiązanie w sytuacji, gdy stan zdrowia osoby chorej psychicznie nie uzasadnia umieszczenia jej w domu pomocy społecznej. W mojej ocenie poszukiwanie oszczędności w wydatkach budżetu państwa nie powinno dotyczyć środowiskowych domów samopomocy tym bardziej, że niedawno, bo w 2015 r., ustawodawca, uznając istniejący poziom dofinansowania za zbyt niski, podjął decyzję o podniesieniu wysokości budżetowego wsparcia”.

<sup>39</sup> Według jego twórców centrum jest projektem, którego celem jest usystematyzowanie dotychczasowej wiedzy o polityce wobec niepełnosprawności w Polsce oraz poszukiwanie rozwiązań, odpowiadających na aktualne potrzeby osób z niepełnosprawnościami. Centrum zajmuje się analizą stanu prawnego i faktycznego, analizą celów i sposobu podejmowania decyzji politycznych, monitorowaniem rezultatów oraz formułowaniem rekomendacji dla polityki publicznej.

<sup>40</sup> Centrum Badań nad Niepełnosprawnością w piśmie skierowanym do premier Beaty Szydło przypomniało, że z danych Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej za 2015 r. wynika, iż popyt na formę opieki w ŚDS jest zaspokojony jedynie w 75%. W 2015 r. z tej formy korzystało 30 tys. 512 osób – o ponad 10% więcej, niż liczba oferowanych miejsc. Przedstawiciele Centrum podkreślili ponadto, że do ŚDS trafiają osoby wymagające szczególnie intensywnej opieki – ze względu na niski sposób funkcjonowania w życiu codziennym nie są bowiem przyjmowani do warsztatów terapii zajęciowej (WTZ). Mimo to tam stawka na jednego uczestnika jest wyższa niż w ŚDS (warsztaty – 15 996 zł rocznie od tego r., ŚDS – średnio 15 226 zł, zależnie od województwa), <http://www.niepelno->

Oprócz niedofinansowania, którego konsekwencją jest także niewystarczająca liczba opiekunów<sup>41</sup>, elementem hamującym rozwój ŚDS i tym samym deinstytucjonalizację pomocy społecznej jest brak jasnych zasad kierowania uczestników do środowiskowych domów samopomocy. Wydaje się, że wartym rozważenia pomysłem byłaby publikacja promująca dobre praktyki, które przecież na pewno można byłoby odnaleźć w niektórych ŚDS. Wiele ŚDS nie zatrudnia rehabilitantów, co powoduje że uczestnicy muszą często szukać tych usług poza instytucją. Ściśle wiąże się z tym także brak sprzętu do rehabilitacji oraz rekreacji sportowej, a także niezaspokojone potrzeby w zakresie turnusów rehabilitacyjnych dla uczestników ŚDS. Ponadto konieczna wydaje się specjalizacja usług rehabilitacji społecznej w ŚDS. Dominuje bowiem oferta typu mieszanego (dla osób z niepełnosprawnością intelektualną i z zaburzeniami psychicznymi), co w praktyce utrudnia efektywną rehabilitację i terapię, bowiem na zajęcia uczęszczają osoby o różnych niepełnosprawnościach i zaburzeniach. Chodzi tu także o realne rozczłonkowanie odpowiedzialności, a także kompetencji rehabilitacyjnych między pracowników socjalnych, pedagogów specjalnych, ortopedagogów, pracowników instytucji, takich jak PFRON (Państwowy Fundusz Rehabilitacyjny Osób Niepełnosprawnych), organizacji pozarządowych czy wreszcie wszelkiego rodzaju fundacji<sup>42</sup>. Warto wreszcie rozważyć precyzyjne określenie zasad komercjalizacji prac wykonywanych w ramach zajęć w ŚDS z uwzględnieniem praw niepełnosprawnych twórców.

## **5. Mieszkania chronione i wspomagane jako pozainstytucjonalna forma wsparcia oraz ich rola w przeciwdziałaniu wykluczeniu społecznemu**

Instytucja mieszkania chronionego nie jest żadnym novum w polskim systemie prawnym. Funkcjonowała już ona, chociaż w mocno ograniczonym podmiotowo zakresie, w latach 90. XX w., pod rządami poprzednio obowiąz-

---

[sprawni.pl/ledge/x/347944;jsessionid=4E4E13409B8015BDF0D3918264DEA21](https://sprawni.pl/ledge/x/347944;jsessionid=4E4E13409B8015BDF0D3918264DEA21) [dostęp: 24.09.2017].

<sup>41</sup> Problem ten dotyczy przede wszystkim opieki nad osobami zależnymi z niepełnosprawnością w stopniu znacznym, którzy wymagają większego zaangażowania opiekunczego.

<sup>42</sup> Szerzej na ten temat zob. A. Janaszczyk, K. Leoniuk, *Rehabilitacja społeczna w kontekście roli zawodowej fizjoterapeuty*, „Annales Academiae Medicae Gedanensis” 2009, nr 39, s. 43–54.

zującej ustawy o pomocy społecznej<sup>43</sup>. W myśl art. 53 ust. 2 obowiązującej ustawy o pomocy społecznej „Mieszkanie chronione jest formą pomocy społecznej przygotowującą osoby tam przebywające, pod opieką specjalistów, do prowadzenia samodzielnego życia lub zastępującą pobyt w placówce zapewniającej całodobową opiekę. Mieszkanie chronione zapewnia warunki samodzielnego funkcjonowania w środowisku, w integracji ze społecznością lokalną”. Z kolei ust. 1 tego przepisu wskazuje, że ta forma pomocy społecznej przyznawana jest: osobie, która ze względu na trudną sytuację życiową, wiek, niepełnosprawność lub chorobę potrzebuje wsparcia w funkcjonowaniu w codziennym życiu, ale nie wymaga usług w zakresie świadczonym przez jednostkę całodobowej opieki, w szczególności osobie z zaburzeniami psychicznymi, osobie opuszczającej pieczę zastępczą, młodzieżowy ośrodek wychowawczy, zakład dla nieletnich, a także cudzoziemcowi, który uzyskał w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z uzyskaniem status uchodźcy lub w związku z udzieleniem mu ochrony uzupełniającej.

Wsparcie w mieszkaniu chronionym obejmuje szereg elementów, m.in. pracę socjalną, poradnictwo specjalistyczne, naukę w zakresie samoobsługi, samodzielności życiowej itd. Istnieje również możliwość uzyskania pomocy w: przemieszczaniu się, wykonywaniu niezbędnych czynności życiowych, realizacji kontaktów społecznych i ubieganiu się o uzyskanie mieszkania. Wsparcia udzielają im m.in. pracownicy socjalni, terapeuci, opiekunowie i asystenci osób niepełnosprawnych. Pomoc w niezbędnych czynnościach życiowych i przemieszczaniu się nie może przy tym przekraczać trzech godzin dziennie przez siedem dni w tygodniu.

Mieszkanie chronione może być prowadzone przez każdą jednostkę organizacyjną pomocy społecznej<sup>44</sup> lub przez organizację pożytku publicznego. Prowadzenie i zapewnienie miejsc w mieszkaniach chronionych należy do zadań własnych gminy o charakterze obowiązkowym. Natomiast prowadzenie mieszkań chronionych dla osób z terenu więcej niż jednej gminy należy do zadań własnych powiatu. To właśnie jednostki samorządu terytorialnego określają w związku z tym zasady ustalania wysokości opłat lub zwolnienia z nich. Są one ściśle powiązane z wysokością uzyskiwanego dochodu przez miesz-

<sup>43</sup> Ustawa z dnia 29 listopada 1990 r. o pomocy społecznej (tekst jedn. Dz.U. 1993, poz. 60).

<sup>44</sup> Są to regionalne ośrodki polityki społecznej, powiatowe centra pomocy rodzinie, ośrodki pomocy społecznej, domy pomocy społecznej, placówki specjalistycznego poradnictwa, w tym rodzinnego, ośrodki wsparcia, ośrodki interwencji kryzysowej.

kańców. Według danych Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej na dzień 31 grudnia 2016 r., w Polsce funkcjonowały 703 mieszkania chronione, które dysponowały 2922 miejscami. W sumie korzystało z nich 2774 lokatorów, ale nie wiadomo ilu z nich to osoby z niepełnosprawnością. Statystyka wydziela z tej grupy tylko osoby z zaburzeniami psychicznymi.

Z dniem 1 marca 2018 r. wejść w życie zmiany wprowadzone ustawą z dnia 22 czerwca 2017 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z realizacją programu „Za życiem”<sup>45</sup>. Czego zatem dotyczą zmiany? Oprócz zamiany wyrazu „pobyt” na wyraz „wsparcie”, który wskazuje na charakter usługowy tej formy pomocy społecznej i doprecyzowania, że adresatem wsparcia może być osoba pełnoletnia wprowadza się przede wszystkim podział mieszkań chronionych na dwa typy: mieszkanie chronione treningowe, mieszkanie chronione wspierane.

W mieszkaniu chronionym treningowym zapewnia się usługi bytowe oraz naukę, rozwijanie lub utrwalanie samodzielności, sprawności w zakresie samoobsługi, pełnienia ról społecznych w integracji ze społecznością lokalną, w celu umożliwienia prowadzenia samodzielnego życia. Z kolei mieszkanie chronione wspierane przeznaczone ma być dla osoby niepełnosprawnej, w szczególności z niepełnosprawnością fizyczną lub z zaburzeniami psychicznymi, albo osoby w podeszłym wieku lub przewlekle chorej. W mieszkaniu chronionym wspieranym zapewnia się usługi bytowe oraz pomoc w wykonywaniu czynności niezbędnych w życiu codziennym i realizacji kontaktów społecznych, dostosowane do możliwości psychofizycznych osoby, w celu utrzymania lub rozwijania samodzielności osoby na poziomie jej możliwości.

Beneficjentami wprowadzanych zmian są zatem: pełnoletnie osoby niepełnosprawne fizycznie i osoby z zaburzeniami psychicznymi, osoby w podeszłym wieku i osoby przewlekle chore (w zakresie mieszkań chronionych wspieranych) oraz osoby opuszczające pieczę zastępczą, młodzieżowy ośrodek wychowawczy, zakład dla nieletnich, a także cudzoziemcy, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z uzyskaniem statusu uchodźcy lub ochrony uzupełniającej (w zakresie mieszkań chronionych treningowych).

Ograniczenie możliwości skorzystania z mieszkań chronionych (zarówno treningowych, jak i wspieranych) tylko dla osób pełnoletnich spotkało się z negatywną reakcją podmiotów konsultujących nowe przepisy. Niektóre organizacje pozarządowe prowadzą bowiem treningi dla młodszych osób z niepełnosprawnością. Zdaniem ekspertów takie krótkie pobyty dla osób niepełnoletnich: week-

<sup>45</sup> Ustawa z dnia 22 czerwca 2017 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z realizacją programu „Za życiem” (Dz.U. 2017, poz. 1292).

endowe, wakacyjne, byłyby przydatne także dla innych grup osób z niepełnościami, chociażby z niepełnosprawnością intelektualną<sup>46</sup>.

Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na pewną niekonsekwencję ustawodawcy. Otóż zmieniony art. 53 ustawy o pomocy społecznej w ust. 11 stanowi: „Wsparcie świadczone w mieszkaniu chronionym nie stanowi zaspokojenia potrzeb mieszkaniowych osób lub rodzin”. Tymczasem zaspokojenie tych potrzeb wchodzi w zakres usług bytowych, które zgodnie z ustawą ma zapewniać zarówno mieszkanie treningowe (ust. 4), jak i wspierane (ust. 6). Usługi bytowe w świetle przepisów wykonawczych do ustawy o pomocy społecznej obejmują z kolei zaspokojenie potrzeb mieszkaniowych. Otóż § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 31 maja 2012 r. w sprawie rodzinnych domów pomocy<sup>47</sup> odnosi się do całodobowych usług bytowych, obejmujących m.in. „zapewnienie miejsca pobytu”, zaś § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej<sup>48</sup> stanowi, że dom pomocy społecznej świadczy usługi w zakresie potrzeb bytowych, zapewniając m.in. „miejsce zamieszkania”. W raporcie z konsultacji publicznych projektu ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z realizacją „Programu za życiem” stanowiącym załącznik do Oceny Skutków Regulacji projektu ustawy projektodawca kategorycznie stwierdził, że „zadaniem pomocy społecznej nie jest przyznawanie lokali mieszkalnych, a świadczone wsparcie w mieszkaniach chronionych nie stanowi zaspokojenia potrzeb mieszkaniowych osób lub rodzin”. O tym że Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej trochę się pogubiło w swojej argumentacji świadczy też fakt, że w samym kompleksowym programie wsparcia dla rodzin „Za życiem” pojawia się wprost zapewnienie, że pierwszeństwo w otrzymaniu wsparcia w formie mieszkań chronionych i wspomaganych będą mieć osoby zamieszkujące w trudnych warunkach lokalowych albo środowiskowych.

Zważywszy na to, że nowelizacja zakłada „Wsparcie świadczone w mieszkaniu chronionym nie stanowi zaspokojenia potrzeb mieszkaniowych osób lub rodzin” konieczne wydaje się, naszym zdaniem, uregulowanie kwestii mieszkań wspomaganych, jako odrębnej od mieszkań chronionych kategorii. Ustawa traktuje bowiem mieszkania chronione (treningowe i wspierane) jako synonim mieszkań wspomaganych, podczas gdy w praktyce mają one trochę inną specy-

<sup>46</sup> Por. np. wypowiedź Adama Zawisnego, członka Komisji Ekspertów ds. Osób z Niepełnosprawnością przy Rzeczniku Praw Obywatelskich, prezesa Łódzkiego Stowarzyszenia Kolomotywa, <http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/576278> [dostęp: 28.09.2017].

<sup>47</sup> Dz.U. 2012, poz. 719 z późn. zm.

<sup>48</sup> Dz.U. 2012, poz. 964 z późn. zm.

fikę. Przykładem niech będą 33 mieszkania wspomagane funkcjonujące w Stargardzie (dawnym Stargardzie Szczecińskim). Pieniądze na ich budowę uzyskano z kredytu Krajowego Funduszu Mieszkaniowego, środków samorządu, organizacji pozarządowych, TBS i wpłat własnych przyszłych lokatorów. Mieszkania wspomagane w Stargardzie zasadniczo różnią się od mieszkań chronionych. Mieszkaniec traktowany jest podmiotowo: podpisuje umowę najmu lokalu – bezterminowo, bo takie mieszkanie ma być jego lokalem docelowym, w którym może mieszkać do końca życia. Lokale są pojedyncze, umeblowane przez lokatora, ze wspólną dla trzech mieszkań jadalnią z aneksem kuchennym. Lokatorzy nie muszą tak jak w przypadku mieszkań chronionych być objęci żadnym obowiązkowym programem rehabilitacji, bowiem mieszkanie ma być dla nich jedynie miejscem odpoczynku, rehabilitacji społecznej, która odbywa się poniekąd naturalnie, poprzez realizowanie codziennych obowiązków wynikających z samodzielnego życia.

Samo pojęcie mieszkania wspomagane, jako pojęcia szerszego w stosunku do mieszkania chronionego pojawia się ponadto w rozdziale 3 pkt 9 wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014–2020<sup>49</sup>. Zgodnie z jego treścią mieszkanie wspomagane to usługa świadczona w lokalnej społeczności: w postaci mieszkania chronionego lub w postaci mieszkania lub domu, przygotowującego osoby w nim przebywające, pod opieką specjalistów, do prowadzenia samodzielnego życia lub zapewniającego pomoc w prowadzeniu samodzielnego życia. W związku z tym, że wskazane wyżej wytyczne nie są aktem prawa powszechnie obowiązującego wydaje się, że *de lege ferenda* należy postulować uregulowanie aktem prawa powszechnie obowiązującego statusu prawnego mieszkań wspomaganych innych niż mieszkania chronione.

Poważne zastrzeżenia wzbudza także pomysł określenia w drodze rozporządzenia, m.in. minimalnych standardów pomieszczeń w mieszkaniu chronionym. Ustawodawca w upoważnieniu dla ministra właściwego ds. zabezpieczenia społecznego zwrócił uwagę, że podczas ich określania należy uwzględnić potrzebę zapewnienia właściwych usług i pomocy oraz indywidualne potrzeby i możliwości psychofizyczne osób kierowanych do mieszkania chronionego odpowiedniego rodzaju. Tymczasem organizacje reprezentujące interesy osób niepełnosprawnych zwracają od pewnego czasu uwagę, że zbyt wygórowane standardy mogą zabloko-

<sup>49</sup> [https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/27996/wytyczne\\_CT9\\_24.pdf](https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/27996/wytyczne_CT9_24.pdf) [dostęp: 28.09.2017].

wać tworzenie mieszkań chronionych, które powinny być po prostu dostosowane do potrzeb osób, które tam mieszkają. Obawy tego rodzaju nie są bezzasadne, o czym najlepiej świadczy fakt, że już aktualnie obowiązujące rozporządzenie (które zostanie zastąpione nowym przed dniem 1 marca 2018 r.) blokuje korzystanie z części zasobów lokalowych. Przede wszystkim wątpliwości wzbudza postrzeganie mieszkań chronionych przez pryzmat potrzeb osób niepełnosprawnych ruchowo. Zgodnie z § 6 ust. 4 wymiary pomieszczeń w mieszkaniu chronionym mają umożliwiać wykonanie manewru wózkami inwalidzkimi w miejscach zmiany kierunku ruchu. Przeciwnie w mieszkaniu chronionym mogą znaleźć się miejsca osoby, których niepełnosprawność nie jest związana z narządami ruchu. Taki odgórnym narzucony wymóg zamyka w praktyce bardzo duży zasób lokali, które mogłyby być pozyskane na mieszkania chronione. Następnym postanowieniem, które zdaniem ekspertów należy usunąć z rozporządzenia jest konieczność zamieszkiwania w mieszkaniu chronionym co najmniej trzech osób. Zważywszy na fakt, że na osobę w takim mieszkaniu musi przypadać co najmniej 12 m<sup>2</sup>, część najmniejszych mieszkań z założenia nie będzie się kwalifikować do uzyskania takiego statusu. Poza tym im więcej osób w takim mieszkaniu, tym mniej prywatności mają jego lokatorzy. Nie czują się oni jak we własnym mieszkaniu, mają mniejsze możliwości decydowania o sobie, istnieją szczegółowe regulaminy, które jasno określają co mogą, a czego nie mogą robić. Co szczególnie ważne zasady te nie są przez nich ustanawiane, lecz są im narzucone. W takich warunkach te osoby nie żyją niezależnie. Trzeba pamiętać, że mieszkanie chronione musi zachować formę mieszkania – nie instytucji. Tylko wtedy może stać się alternatywą dla instytucjonalnych form wsparcia osób z niepełnosprawnościami.

### **Zakończenie**

Podsumowując dotychczasowe rozważania należałoby sformułować kilka uwag trochę ogólniejszej natury. Przede wszystkim realizacja prawa każdego człowieka do życia w swoim środowisku zamieszkania wymaga stworzenia takich warunków, które umożliwiłyby wszystkim, w tym osobom z niepełnosprawnościami, realizację tego prawa. Chodzi zatem o zapewnienie godziwego życia i mieszkania poprzez wspieranie zamieszkiwania osób niepełnosprawnych w ich dotychczasowym miejscu. Wieloletnie doświadczenia wskazują, że opieka instytucjonalna wprawdzie zaspokaja potrzeby bytowe, jednakże izoluje od dotychczasowego środowiska społecznego i fizycznego, zaś jakość życia w tych placówkach, w porównaniu do wysokiej jakości usług świadczonych na poziomie społeczności lokalnych, jest znacznie gorsza. Oznacza to że

deinstytucjonalizacja form wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami może zapobiegać wykluczeniu społecznemu tych osób.

Nie ulega wątpliwości, że stopniowe odchodzenie od opieki instytucjonalnej na rzecz usług świadczonych w lokalnych społecznościach zwiększa szanse na zapewnienie osobom niepełnosprawnym godnego traktowania, lepszego dopasowania usług do ich indywidualnych potrzeb oraz umożliwienia im pełniejszego rozwoju i utrzymywania kontaktów społecznych. Niestety polski system opieki społecznej nie zapewnia w wystarczającym stopniu dostępu do dedykowanych tej grupie osób form pomocy. Zdecydowanie zbyt mało jest wciąż miejsc dla osób z zaburzeniami psychicznymi w środowiskowych domach samopomocy zapewniających przygotowywanie ich uczestników do, w miarę możliwości, samodzielnego życia w społecznościach lokalnych. Osoby z niepełnosprawnościami dużo lepiej funkcjonowałyby też w swoim własnym, dostosowanym do ich specyficznych potrzeb mieszkaniu chronionym lub w innych formach mieszkalnictwa wspomaganego, będących alternatywą dla dużych domów opieki. Niestety wciąż jeszcze powszechnie stosowaną praktyką jest umieszczanie osób z niepełnosprawnością w placówkach opiekuńczych. Dlatego też nie ulega, naszym zdaniem, wątpliwości że zwiększanie liczby miejsc w środowiskowych domach samopomocy oraz tworzenie mieszkań chronionych, a także pozostałych mieszkań wspomaganych jest bardzo ważnym elementem deinstytucjonalizacji pomocy społecznej. Niestety ciągle brak spójnej wizji tej deinstytucjonalizacji. Z jednej strony wspiera się szczególnie potrzebujące kategorie osób z niepełnosprawnościami, takie jak osoby z niepełnosprawnością sprzężoną i ze spektrum autyzmu zwiększając kwotę dotacji na te osoby, a z drugiej utrzymuje kwotę dotacji na uczestnika ŚDS na niezmiennym poziomie. Widać to także w samym kompleksowym programie wsparcia dla rodzin „Za życiem”, gdzie planuje się tworzenie 50 mieszkań rocznie dla około 500 osób. Abstrahując od tego, że dziesięć osób w jednym mieszkaniu to stanowczo za dużo (obowiązujące rozporządzenie w sprawie mieszkań chronionych mówi o więcej niż trzech osobach) to twórcy programu zamiast odnosić się do konkretnych osób skupiają się na mieszkaniach. W ten sposób zamiast deinstytucjonalizacji mamy zamianę jednej formy pomocy instytucjonalnej na inną. Obecnie ciągle jeszcze aż ponad 130 tys. osób rocznie korzysta z opieki instytucjonalnej w postaci: domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo-leczniczych i szpitali psychiatrycznych. Koszty funkcjonowania tych instytucji są zdecydowanie wyższe niż mieszkań chronionych i wspomaganych<sup>50</sup>. Można

<sup>50</sup> Dla przykładu koszt utrzymania jednej osoby w DPS to ok. 3 tys. zł miesięcznie. Osoby te płacą najczęściej 70% swojego świadczenia, które jest zwykle niższe niż wskazana



zatem postawić tezę, że rozwój tej kategorii mieszkań mógłby oznaczać dla budżetu państwa i budżetów jednostek samorządu terytorialnego poważne oszczędności. W ten sposób mogłyby one stać się beneficjentami zmian idących w kierunku deinstytucjonalizacji pomocy społecznej.

### Summary

Among the many rights guaranteed by the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities, what deserves special attention is the right of persons with disabilities to independent living and inclusion in society, as recorded in Article 19. This law applies to everyone regardless of age, ability, type of disability or mental health problems. In practice, this implies the need for the State to take effective measures to facilitate the full integration and participation of people with disabilities in the society. In the paper, the authors attempted to answer the question whether the Polish state has taken effective measures aimed at making it easier for people with disabilities to fully integrate and participate in social life. In this connection, they pointed out the need for deinstitutionalisation of social assistance, pointing to two important tools to enable it to be implemented in practice.

**Keywords:** Convention on the Rights of Persons with Disabilities, social exclusion, deinstitutionalisation, sheltered and assisted housing

**Słowa kluczowe:** Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych, wykluczenie społeczne, deinstytucjonalizacja, środowiskowe domy samopomocy, mieszkania chronione i wspomagane

---

kwota. Resztę, jeśli taka osoba nie ma rodziny, dopłaca jst. Średnia taka dopłata do mieszkańca ze strony gminy lub powiatu wynosi ok. dwa tys. zł miesięcznie. Tymczasem pełny koszt funkcjonowania w mieszkaniu chronionym to około tysiąc zł miesięcznie.