Olga Kowalczyk
Krystyna Gilga
Łukasz Jurek

AKTYWNOŚĆ SPOŁECZNA I POZIOM ŻYCIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH NA DOLNYM ŚLĄSKU

Autorzy poszczególnych rozdziałów:
Olga Kowalczyk – rozdział II (bez punku 2.1.2.), wstęp
Krystyna Gilga – rozdział I, zakończenie (współautorka)
Łukasz Jurek – rozdział III, zakończenie (współautor)
Emilia Nassalska – punkt 2.1.2.

Recenzent: Katarzyna Zamorska

Redakcja naukowa: Olga Kowalczyk

Redakcja techniczna: Wydawnictwo Indygo

Skład komputerowy: Wydawnictwo Indygo

Copyright©2012 O. Kowalczyk, K. Gilga, Ł. Jurek, E. Nassalska

ISBN 978-83-62276-09-7

Wydawnictwo INDYGO Zahir Media,
50-547 Wrocław, ul. Kamienna 105, lok. 9
www.zahir.pl

indygo
Zahir Media

SPIS TREŚCI

Wstęp **5**

Rozdział I
Możliwości społecznego funkcjonowania dzieci i młodzieży uczącej się na Dolnym Śląsku **9**
1.1. Źródła utrzymania rodzin z dziećmi niepełnosprawnymi 9
1.2. Pomoc medyczna i opiekuńcza dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej 17
1.3. Edukacja dzieci i młodzieży niepełnosprawnej 24

Rozdział II
Zatrudnienie osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym – diagnoza i problemy do rozwiązania **43**
2.1. Źródła dochodu osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym .. 43
2.1.1. Zatrudnienie jako źródło dochodu – analiza prawna i statystyczna 43
2.1.2. Świadczenia społeczne jako dochód osób niepełnosprawnych 55
2.2. Rehabilitacja zawodowa i społeczna 68
2.3. Efektywność rehabilitacji w liczbach – zatrudnialność osób niepełnosprawnych 86

Rozdział III
Uczestnictwo w życiu społecznym dolnośląskich seniorów **109**
3.1. Osoby stare na Dolnym Śląsku 109
3.1.1. Starzenie się populacji – analiza demograficzna 109
3.1.2. Starość a niepełnosprawność 116
3.2. Poziom życia dolnośląskich seniorów 119
3.2.1. Dochody 119

3.2.2. Wydatki ... 123
3.2.3. Sytuacja mieszkaniowa ... 125
3.2.4. Zabezpieczenie potrzeb opiekuńczych i zdrowotnych ... 128
3.3. Aktywność społeczna dolnośląskich seniorów ... 135
3.3.1. Polityka aktywnego starzenia się ... 135
3.3.2. Poziom aktywności społecznej ... 139
3.3.3. Determinanty niskiej aktywności społecznej seniorów ... 143

Zakończenie ... 149

Bibliografia ... 153

Spis tabel ... 159

Spis rysunków ... 163

WSTĘP

Oddajemy do rąk czytelników książkę dotyczącą sytuacji społecznej osób niepełnosprawnych mieszkających w Polsce, w szczególności w województwie dolnośląskim. Opisujemy w niej czynniki decydujące o aktywności tej zbiorowości na poszczególnych etapach życia, od dzieciństwa do „późnej dorosłości".

Wiele badań wskazuje, iż zbiorowość osób niepełnosprawnych w każdym kraju i każdej społeczności lokalnej jest bardzo niejednorodna. Czynnikami różnicującymi są przede wszystkim uwarunkowania ekonomiczne – wysokość i rodzaj głównego źródła utrzymania rodzin, w których żyją niepełnosprawni, poziom ich ogólnej zdrowotności – niebędący tym samym, co stopnie niepełnosprawności, lecz wynikiem wielu determinant: najważniejszymi z nich są dostępność i jakość usług medycznych na danym terenie, predyspozycje indywidualne oraz czynniki środowiskowe i kulturowe decydujące o aktywności społecznej tej grupy.

O skuteczności rehabilitacji, jako procesu społecznego mającego m.in. wyrównywać szanse utracone z powodu niepełnosprawności, świadczy możliwość ich uczestnictwa społecznego, pełnienia ról społecznych przypisanych do danego wieku. Chodzi o to, aby w praktyce funkcjonował tzw. społeczny model niepełnosprawności, aby problemy wynikające z niej nie były traktowane jako sprawa prywatna danej osoby i jej rodziny, lecz całego społeczeństwa odpowiedzialnego za uczynienie otoczenia przyjaznym dla każdego obywatela, także mniej sprawnego.

W ostatnich latach kwestie społeczne, wynikające z niepełnosprawności, są rozpatrywane w demokratycznych państwach właśnie w kontekście praw człowieka i obywatela. Świadczą o tym międzynarodowe dokumenty np.: Standardy socjalne wynikające z Deklaracji Praw Człowieka ONZ, Standardowe Zasady Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych ONZ, Europejska Konwencja Praw Osób Niepełnosprawnych z 2006 r. – którą jako kraj członkowski ratyfikowaliśmy i jesteśmy zobowiązani do jej przestrzegania, czy Konstytucja Rzeczpospolitej Polskiej.

Podczas realizacji tego projektu, którego efekty ocenią czytelnicy książki, współpracowaliśmy z podmiotami realizującymi cele polityki społecznej wobec osób niepełnosprawnych na różnych szczeblach i w różnych wymiarach, np. Pań-

stwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON), i organami samorządowymi.

Dokonywaliśmy szczegółowej analizy istniejących rozwiązań instytucjonalnych będących ramami społecznego funkcjonowania osób z niepełnosprawnościami w poszczególnych sferach życia ważnych dla adekwatnego do wieku pełnienia ról społecznych. Próbowaliśmy czynione analizy obrazować w liczbach i prezentować graficznie.

Książkę podzieliliśmy na trzy części dotyczące: dzieci i uczącej się młodzieży, osób w wieku aktywności zawodowej, seniorów – szczególnie tych z ograniczoną samodzielnością. W każdej z nich próbowaliśmy poszukiwać odpowiedzi na pytania odnośnie tego, jak wygląda równość praw i szans osób niepełnosprawnych mieszkających w naszym regionie w podstawowych sferach ich społecznego funkcjonowania na poszczególnych etapach życia. Próbowaliśmy poznać dochody ich gospodarstw domowych. Określić czy mają szanse na wykształcenie, zatrudnienie, godne życie w starości.

To uznajemy za zadania główne, w poszczególnych częściach wyróżniliśmy też zadania szczegółowe, mające doprowadzić nas do: diagnozy sytuacji życiowej osób z niepełnosprawnościami, opisu i oceny stosowanych instrumentów polityki społecznej w badanym zakresie oraz wskazania rekomendacji.

W rozdziale I, w oparciu o informacje dla całego kraju, szukano odpowiedzi na pytania odnośnie sytuacji finansowej rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym oraz zakresu wsparcia udzielanego im przez podmioty publiczne. Omówiono zasady orzecznictwa o niepełnosprawności dzieci i młodzieży do lat 16 oraz rodzaje świadczeń, z jakich mogą korzystać w zakresie rehabilitacji i likwidacji barier finansowanych z PFRON. Dokonano także analizy dostępności do systemu oświaty i kształcenia wyższego dla osób niepełnosprawnych. Zasada równego dostępu do edukacji wymaga od podmiotów ją realizujących podejmowania działań o charakterze kompensacyjnym i zindywidualizowanym w większym niż dotąd zakresie. Próbowano wykazać, iż konieczne jest zastosowanie nowych instrumentów finansowych i usługowych wspierających rodziców z niepełnosprawnymi dziećmi.

W rozdziale II, po analizie źródeł dochodów osób w wieku aktywności zawodowej, pokazano stan realizacji zadań rehabilitacji zawodowej i społecznej, za które odpowiadają samorządy oraz zdiagnozowano stan w zakresie zatrudnienia. Powstały obraz nie jest optymistyczny, bierność zawodowa badanej zbiorowości skutkuje pauperyzacją ich rodzin. Instrumenty rehabilitacji zawodowej i społecznej w praktyce właściwie nie są realizowane. Pokazujemy, jakie decyzje podejmowano w poszczególnych powiatach Dolnego Śląska w zakresie finansowania konkretnych ustawowych zadań. Jakie są przyczyny takiego małego zaangażowania wszystkich uczestników polityki mającej aktywizować i integrować osoby niepełnosprawne z resztą społeczeństwa? Ciągłe zmiany instytucjonalne nie przyczyniają się do zwiększania ich zatrudnialności. Czy istniejący system kwotowy jest racjonalny ekonomicznie i społecznie? W naszym regionie, wg informacji pochodzących

z ewidencji PFRON, w ostatnich latach jest nieco lepiej niż w innych regionach, czego niestety nie potwierdzają szacunki pochodzące z ogólnopolskich Badań Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL).

Rozdział III dotyczy najstarszych mieszkańców naszego kraju i regionu. Realizowano w nim trzy szczegółowe cele: dokonano oceny procesu starzenia się ludności Dolnego Śląska z perspektywy społecznej i demograficznej oraz poziomu ich życia, a także zabezpieczenia ich potrzeb opiekuńczych i zdrowotnych. Próbowano również zobrazować i ocenić stan aktywności społecznej dolnośląskich seniorów oraz działań polityki społecznej podejmowanych na rzecz ich aktywizacji.

Populacja Dolnego Śląska intensywnie się starzeje, czego wyrazem jest wzrost odsetka ludzi starych w całej zbiorowości mieszkańców. W okresie 25 lat, od 2010 r. do 2035 r., stopa starości wzrośnie o 77%, z poziomu 13,44% do 23,84%. Dodatkowo wyraźnie uwidacznia się proces podwójnego starzenia, odsetek sędziwych starców wzrośnie w tym samym czasie 2,5-krotnie, z poziomu 1,41% do 3,23%.

Wbrew powszechnym stereotypom, sytuacja materialna emerytów nie jest zła. Nie są oni kategorią społeczną najbardziej narażoną na ubóstwo i deprywację potrzeb materialnych. Powszechny system zabezpieczenia emerytalnego gwarantuje im dostęp do stabilnych dochodów, które są systematycznie waloryzowane, przez co skutecznie utrzymują realną wartość. Nie można tego niestety powiedzieć o dochodach młodszych osób z niepełnosprawnościami, to rodziny z osobami niepełnosprawnymi, głównie dziećmi są narażone najczęściej na ubóstwo i wykluczenie społeczne. Poważnym problemem jest natomiast stan opieki geriatrycznej i poziomu rozwoju usług opiekuńczych świadczonych osobom niesamodzielnym w środowisku i w formie zakładowej. Najważniejsza kwestia to koszty związane ze świadczeniem usług opiekuńczych. Poszukujemy w naszej książce odpowiedzi na pytanie: Jak województwo dolnośląskie radzi sobie z tymi problemami?

Mimo licznych inicjatyw publicznych, aktywność społeczna dolnośląskich seniorów wciąż pozostaje na bardzo niskim poziomie. Z jednej strony nie wykazują oni chęci do angażowania się w sprawy lokalne, z drugiej zaś strony wciąż napotykają na wiele barier mentalnych po stronie młodszej i sprawniejszej części społeczności lokalnej, które blokują im pełne uczestnictwo w życiu społecznym.

Omówione pokrótce zamierzenia zrealizowaliśmy przy wykorzystaniu dwóch głównych narzędzi badawczych: studiów literaturowych wraz z analizą treści dokumentów prawnych i statystycznych. Niestety, nie ma obecnie zbyt wielu informacji statystycznych obrazujących sytuację w regionach. Z tego powodu nie zawsze istniała możliwość uchwycenia specyfiki funkcjonowania i opisania w liczbach badanej zbiorowości na naszym terenie. Dla realizacji tych zadań wykorzystano: dostępne dane statystyczne z Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) dla całego kraju i o zasięgu regionalnym, informacje publikowane przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej oraz udostępnione przez PFRON. Przeprowadzone na ich podstawie badania własne miały wskazać cechy zatrudnionych na Dolnym Śląsku osób niepełnosprawnych i ich pracodawców.

Posiłkowano się także wynikami wybranych badań ogólnopolskich, np. PolSenior, raportów czynionych na zlecenie PFRON oraz wcześniejszych badań przeprowadzonych pod auspicjami Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego pt. „Kondycja życiowa dolnośląskich seniorów".

Zdajemy sobie sprawę, że nasza książka jest jedną z wielu publikacji, dotyczącą problematyki niepełnosprawności, ukazujących się corocznie w Polsce. Mamy jednocześnie nadzieję, że pozwoli ona przyczynić się, choć częściowo, do wypełnienia luki odnośnie badań regionalnych. Wymagają one pogłębienia, porównania i uzupełnienia wynikami pochodzącymi z Narodowego Spisu Powszechnego z 2011 r. Piętą achillesową jest niedostatek badań diagnozujących potrzeby niepełnosprawnych mieszkańców gmin i powiatów oraz stanu ich zaspokojenia w każdym województwie. Bez ich przeprowadzenia tzw. aktywna polityka społeczna w odniesieniu do interesującej nas zbiorowości pozostanie jedynie na papierze.

MOŻLIWOŚCI SPOŁECZNEGO FUNKCJONOWANIA DZIECI I MŁODZIEŻY UCZĄCEJ SIĘ NA DOLNYM ŚLĄSKU

1.1. Źródła utrzymania rodzin z dziećmi niepełnosprawnymi

W Polsce wg badań nad stanem zdrowia ludności w 2009 r. żyło 264 tys. dzieci z niepełnosprawnością w wieku od 0 do 14 lat, z czego 17,2 tys. na Dolnym Śląsku. W następnej grupie wiekowej (15-29 lat) w regionie było 51,2 tys. osób z różnymi ograniczeniami zdrowotnymi. Oznacza to, że 2,7% dzieci w wieku 0-14 lat jest w regionie niepełnosprawnych, a w grupie wiekowej 15-29 lat odsetek ten wzrasta do 4,3%.

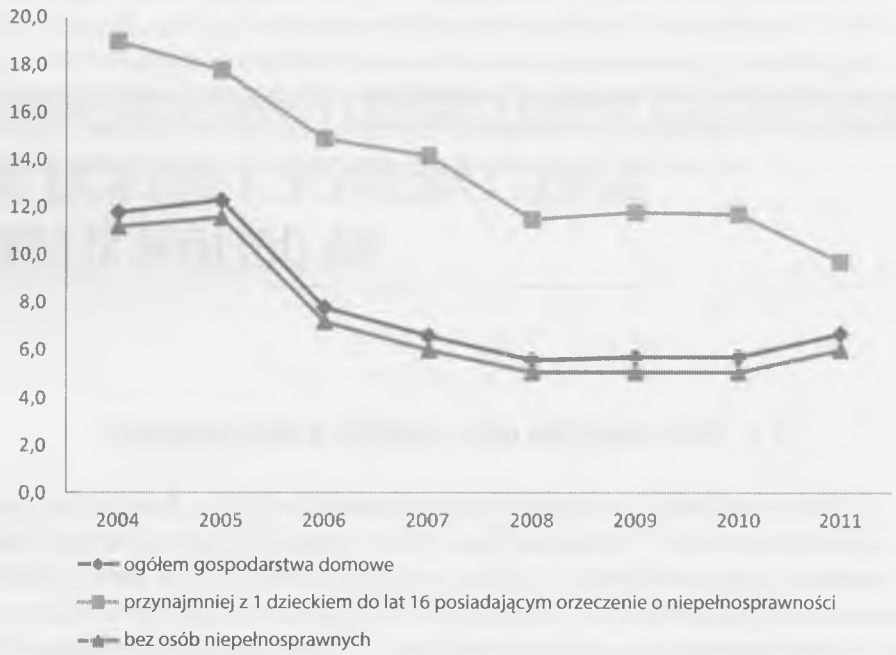
Tabela 1.1. Osoby niepełnosprawne w Polsce i na Dolnym Śląsku w wybranych grupach wiekowych w 2009 r.

Wyszczególnienie	Ogółem ludność	Niesprawność wg UE			nie mają ograniczeń
		razem	poważnie ograniczeni	ograniczeni, ale niezbyt poważnie	
	w tys.				
ogółem	37 744,6	8 107,5	2 658,1	5 449,4	29 527,4
dolnośląskie	2 841,5	625,4	218,8	406,6	2 213,7
0-14 lat	5 749,2	264,0	57,0	207,0	5 479,6
dolnośląskie	400,0	17,2	6,2	11,1	382,8
15-29 lat	8 523,8	591,3	129,0	462,3	7 903,4
dolnośląskie	625,9	51,1	10,7	40,4	573,9

Źródło: *Stan Zdrowia Ludności Polski w 2009 r.*, GUS, Warszawa 2011

Zarówno w kraju, jak i w regionie duża liczba rodzin musi stawić czoło problemom wynikającym z wychowania i opieki nad dzieckiem niepełnosprawnym.

Rodziny te borykają się znacznie częściej niż pozostałe z problemami ograniczonych środków finansowych. W 2004 r. prawie co piąta rodzina, posiadająca co najmniej jedno dziecko niepełnosprawne do lat 16, była zagrożona ubóstwem i osiągała co najwyżej dochody na poziomie minimum egzystencji. Do roku 2011 zagrożenie to uległo zmniejszeniu prawie o połowę i dotyczyło co dziesiątej rodziny.



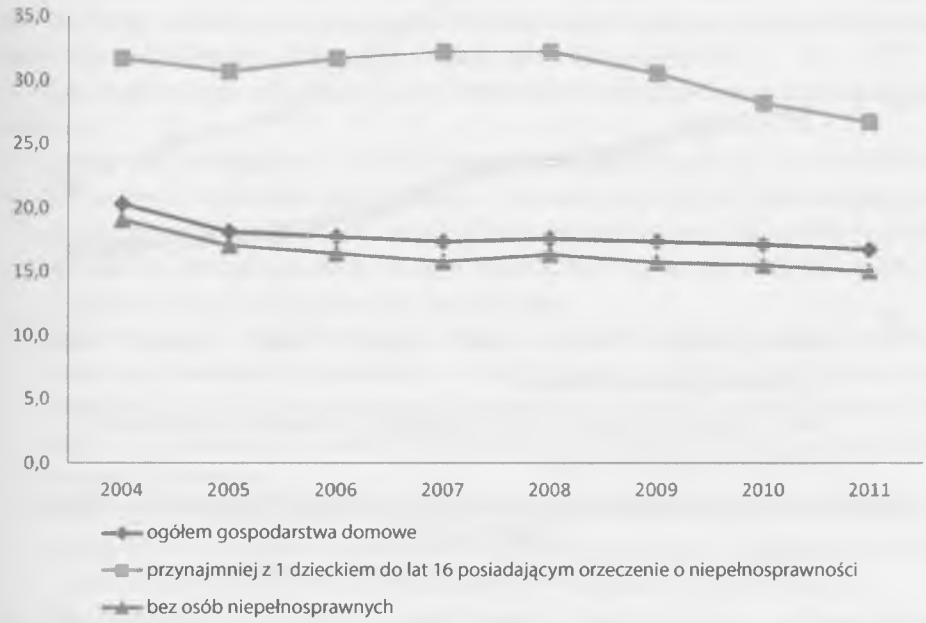
Rysunek 1.1. Minimum egzystencji[1] dla wybranych typów gospodarstw domowych w Polsce w latach 2004-2011

Źródło: Dane GUS, szacunki na podstawie badań budżetów gospodarstw domowych

O wiele więcej rodzin było zagrożonych ubóstwem relatywnym. W latach 2004-2011 prawie co trzecia rodzina, z co najmniej jednym dzieckiem niepełnosprawnym, żyła na granicy lub poniżej relatywnej linii ubóstwa. W porównaniu, co piąta rodzina bez osoby niepełnosprawnej była zagrożona, a w 2011 r. co szósta. Jeszcze więcej gospodarstw jest zagrożonych ubóstwem, jeżeli za miarę przyjmiemy ustawową granicę ubiegania się o świadczenia z pomocy społecznej. W 2004 r. prawie 36% rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym było zagrożonych. Do 2011 r. odsetek zagrożonych rodzin uległ zmniejszeniu o 2/3, do poziomu 12,3%. Niestety,

[1] Minimum egzystencji ustalane przez Instytut Pracy i Spraw Socjalnych przy MPiPS uwzględnia jedynie te potrzeby, których zaspokojenie nie może być odłożone w czasie, a konsumpcja niższa od tego poziomu prowadzi do biologicznego wyniszczenia.

zmniejszanie się odsetka gospodarstw leżących poniżej ustawowej granicy ubóstwa jest złudne. Wynika to z niezmieniającej się od dłuższego czasu podstawy uzyskiwania świadczeń z pomocy społecznej.



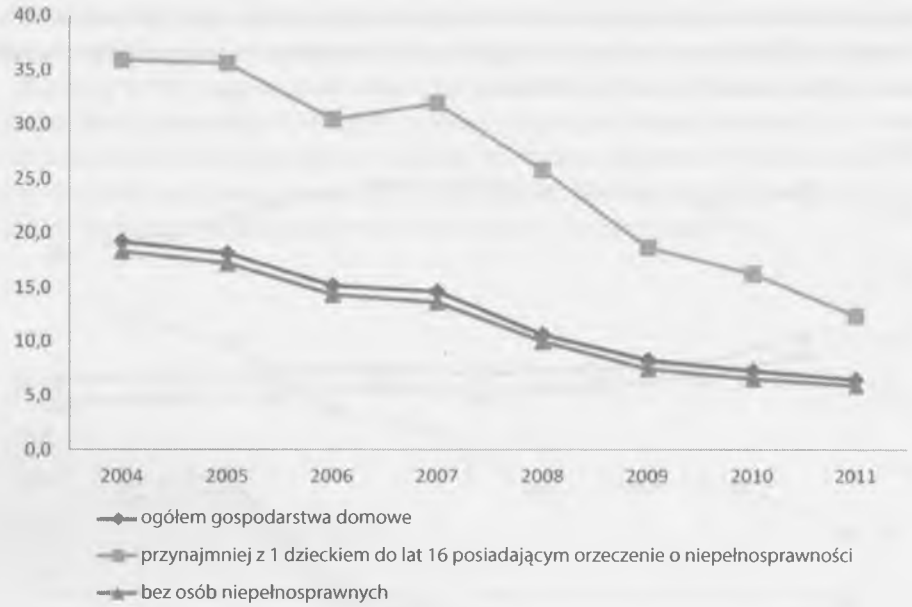
Rysunek 1.2. Relatywna granica ubóstwa[2] dla wybranych typów gospodarstw domowych w Polsce w latach 2004-2011

Źródło: Dane GUS, szacunki na podstawie badań budżetów gospodarstw domowych

Po urealnieniu tej wartości, odsetek gospodarstw domowych znajdujących się poniżej tej granicy z poziomu 11,4%, dla gospodarstw przynajmniej z jednym dzieckiem do lat 16 posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności, wzrósł do 23,6%, a dla gospodarstw bez osób niepełnosprawnych, zwiększył się do 10,3%. Oznacza to 2-krotny wzrost procentowy rodzin zagrożonych.

System świadczeń rodzinnych opiera się na zasadzie pomocniczości uwzględniającą regułę, że osobami w pierwszej kolejności zobowiązanymi do łożenia na utrzymanie dzieci są ich rodzice. W przypadku, gdy ich środki i uprawnienia są niewystarczające do wychowania i utrzymania dzieci, przysługuje pomoc państwa w postaci świadczeń rodzinnych. W sytuacji osób samotnie wychowujących dzieci oznacza to konieczność zasądzenia alimentów na rzecz dziecka od drugiego z rodziców.

[2] Relatywna granica ubóstwa to gospodarstwo domowe, a tym samym wszystkie osoby wchodzące w jego skład zostały uznane za ubogie, jeżeli poziom wydatków tego gospodarstwa był niższy od 50% średnich wydatków gospodarstw domowych.



Rysunek 1.3. Ustawowa granica ubóstwa[3] dla wybranych typów gospodarstw domowych w Polsce w latach 2004-2011

Źródło: Dane GUS, szacunki na podstawie badań budżetów gospodarstw domowych

Zgodnie z Ustawą o świadczeniach rodzinnych świadczeniami rodzinnymi są:

- zasiłek rodzinny oraz dodatki do zasiłku rodzinnego,
- świadczenia opiekuńcze: zasiłek pielęgnacyjny i świadczenie pielęgnacyjne,
- dwa rodzaje zapomóg związanych z urodzeniem się dziecka[4].

Prawo do zasiłku rodzinnego i dodatków do tego zasiłku zostaje przyznane rodzicom (albo jednemu z rodziców) w celu częściowego pokrycia wydatków na utrzymanie dziecka. Warunkiem uzyskania dodatków do zasiłku rodzinnego jest spełnianie wymagań koniecznych do przyznania tego zasiłku. Zasadniczo, jeżeli członkiem rodziny jest dziecko legitymujące się orzeczeniem o niepełnosprawności (dotyczy to osoby do 16 roku życia) albo orzeczeniem o umiarkowanym lub o znacznym stopniu niepełnosprawności, to zasiłek rodzinny przysługuje, jeżeli dochód rodziny w przeliczeniu na osobę nie przekracza 583 zł. Natomiast, w przypadku innych rodzin jest to kwota 504 zł.

Przez dochód rodziny należy rozumieć przeciętny miesięczny dochód członków rodziny uzyskany w roku kalendarzowym poprzedzającym okres zasiłkowy.

[3] Ustawowa granica ubóstwa to gospodarstwo domowe, a tym samym wszystkie osoby wchodzące w jego skład zostały uznane za ubogie, jeżeli poziom wydatków tego gospodarstwa był niższy od kwoty, która zgodnie z obowiązującą ustawą uprawnia do ubiegania się o przyznanie świadczenia z pomocy społecznej.

[4] Ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych, Dz. U. 2006 nr 139 poz. 992 z późn. zm.

Do rodziny zalicza się pozostające na utrzymaniu rodziców dzieci w wieku do ukończenia 25 roku życia, a także dziecko, które ukończyło 25 rok życia legitymujące się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, jeżeli w związku z tą niepełnosprawnością rodzinie przysługuje świadczenie pielęgnacyjne. Do członków rodziny nie zalicza się natomiast dziecka pozostającego w związku małżeńskim oraz pełnoletniego dziecka posiadającego własne dziecko.

Dochodem (po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób) są:

- przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach ogólnych (na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych) pomniejszone o: koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu i składki na ubezpieczenie zdrowotne,
- deklarowany w oświadczeniu dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, pomniejszony o: należny zryczałtowany podatek dochodowy oraz składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne,
- także inne (wymienione w Ustawie o świadczeniach rodzinnych) dochody niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych (w tym alimenty otrzymane na rzecz dzieci).

Kwoty zasiłku rodzinnego są uzależnione od wieku dziecka i wynoszą odpowiednio:

- 68 zł na dziecko w wieku do ukończenia 5 roku życia,
- 91 zł na dziecko w wieku powyżej 5 roku życia do ukończenia 18 roku życia,
- 98 zł na dziecko w wieku powyżej 18 roku życia do ukończenia 24 roku życia.

Do zasiłku rodzinnego przysługują dodatki z następujących tytułów:

- urodzenia dziecka (1000 zł na dziecko; świadczenie jednorazowe),
- opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego (400 zł miesięcznie),
- samotnego wychowywania dziecka (170 zł miesięcznie na dziecko, nie więcej niż 340 zł na wszystkie dzieci, w przypadku dzieci niepełnosprawnych kwotę dodatku zwiększa się o 80 zł, nie więcej niż o 160 zł na wszystkie dzieci),
- wychowywania dziecka w rodzinie wielodzietnej – na trzecie i kolejne dziecko w rodzinie (80 zł miesięcznie),
- kształcenia i rehabilitacji dziecka niepełnosprawnego (60 zł na dziecko do 5 roku życia, 80 zł – na dziecko od 5 do 24 roku życia),
- rozpoczęcia roku szkolnego (100 zł; świadczenie jednorazowe),
- podjęcia przez dziecko nauki poza miejscem zamieszkania (90 zł na internat/stancję lub 50 zł na dojazd do szkoły).

Aby skorzystać z dodatków, należy przede wszystkim mieć prawo do zasiłku rodzinnego. Ponadto, do każdego z dodatków wymagane jest spełnienie dodatko-

wych warunków związanych z tytułem (powodem) przyznania dodatku. Jednocześnie można pobierać kilka rodzajów dodatków.

Poza zasiłkami rodzinnymi i przysługującymi do nich dodatkami, w ramach świadczeń rodzinnych, realizowane są dwa rodzaje świadczeń opiekuńczych:

- zasiłek pielęgnacyjny (153 zł miesięcznie) – świadczenie przysługuje niezależnie od dochodu rodziny i osoby, dlatego przyznawane jest nie na okres zasiłkowy, lecz na okres ważności orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności. Przeznaczone jest dla niepełnosprawnych dzieci i osób dorosłych niepełnosprawnych w stopniu znacznym (w niektórych przypadkach również w stopniu umiarkowanym) oraz dla osób, które ukończyły 75 lat. Do zasiłku pielęgnacyjnego nie mają prawa osoby pobierające dodatek pielęgnacyjny wypłacany przy emeryturze lub rencie z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych,
- świadczenie pielęgnacyjne (520 zł miesięcznie) – przyznawane jest osobom, na których zgodnie ciąży obowiązek alimentacyjny (rodzice dziecka, krewni w linii prostej, rodzeństwo, rodzina zastępcza spokrewniona z dzieckiem[5]), a także opiekunowi faktycznemu dziecka (osoba, która opiekując się dzieckiem, wystąpiła do sądu o przysposobienie tego dziecka), który rezygnuje z pracy zawodowej, by opiekować się dzieckiem niepełnosprawnym wymagającym szczególnej opieki lub w związku z opieką nad osobą dorosłą, wobec której opiekun rezygnujący z pracy jest zobowiązany do alimentacji.

Do katalogu świadczeń rodzinnych zaliczają się również dwa rodzaje zapomóg wypłacanych w związku z urodzeniem się dziecka:

- jednorazowa zapomoga z tytułu urodzenia się dziecka w wysokości 1000 zł, przysługująca niezależnie od dochodów rodziny; zapomoga ta finansowana jest ze środków budżetu państwa,
- zapomoga uchwalana i wypłacana przez gminę z jej środków własnych (świadczenie uznaniowe); gmina sama decyduje, czy będzie dodatkowo realizować tego rodzaju świadczenie, ustala kryteria nabycia prawa do świadczenia oraz jego wysokość.

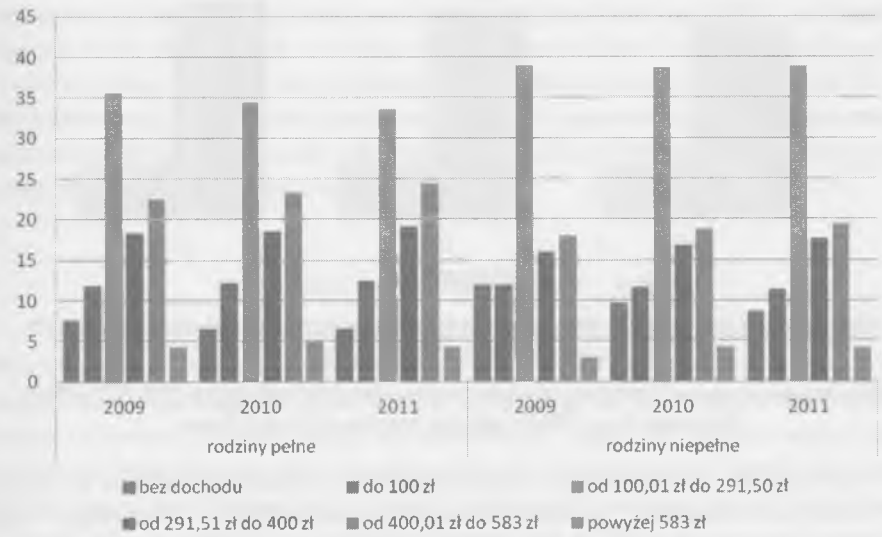
W Polsce w 2010 r. ze świadczeń rodzinnych uzależnionych od dochodu korzystało 166,6 tys. rodzin z dziećmi niepełnosprawnymi, co stanowiło 10,8% wszystkich rodzin. Wśród rodzin pełnych rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym stanowiły 10,9% (129,1 tys.), natomiast wśród rodzin niepełnych, odsetek ten wyniósł 10,6% (37,5 tys.) Ponad 111 tys. rodzin wychowujących dzieci niepełnosprawne (66,8%) stanowiły rodziny wychowujące 1 lub 2 dzieci. Rodzin wielodzietnych było 55,3 tys. Stanowiły one 33,2% ogółu rodzin z dziećmi niepełnosprawnymi[6]. W 2011 r. liczba rodzin korzystających ze świadczeń zmniejszyła się do 155,9 tys.,

[5] Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy, Dz. U. 1964 nr 9 poz. 59 z późn. zm.

[6] *Informacja o realizacji świadczeń rodzinnych w 2010 r.*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Departament Polityki Rodzinnej, Warszawa 2011, s. 9.

co stanowiło 11% wszystkich rodzin korzystających ze świadczeń rodzinnych uzależnionych od dochodu. Wśród rodzin pełnych, rodziny z dzieckiem niepełnosprawnym stanowiły 11,1% (119,6 tys.), natomiast wśród rodzin niepełnych odsetek ten wyniósł 10,7% (36,3 tys.)[7]

Wśród rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym, pobierających świadczenie w latach 2009-2011, ponad połowa uzyskiwała dochód na jedną osobę niższy lub równy połowie kryterium dochodowego (maksymalnie 291,50 zł). Dotyczy to zarówno rodzin pełnych, jak i niepełnych. Przy czym dla tych drugich zjawisko to obejmowało szerszą grupę (rysunek 1.4).



Rysunek 1.4. Rodziny z niepełnosprawnym dzieckiem pobierające świadczenia rodzinne uzależnione od dochodu – wg typów rodziny i wysokości dochodu netto na osobę w rodzinie w Polsce w latach 2009-2011

Źródło: Opracowanie własne na podstawie *Informacji o realizacji świadczeń rodzinnych w 2009, 2010 i 2011 r.*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Departament Polityki Rodzinnej

Dodatków do zasiłku rodzinnego z tytułu kształcenia i rehabilitacji dziecka niepełnosprawnego wypłacano w 2009 r. przeciętnie miesięcznie 186,3 tys., z czego 31,8 tys. (17,1%) na dziecko do ukończenia 5 roku życia oraz 154,5 tys. (82,9%) na dzieci powyżej 5 roku życia. Liczba tych dodatków ogółem zmniejszyła się o 8,2% w porównaniu do 2008 r., kiedy to wypłacano przeciętnie miesięcznie 202,9 tys. dodatków. W 2010 r. wypłacano przeciętnie miesięcznie 172,9 tys., z czego 28,9 tys. (16,7%) na dziecko do ukończenia 5 roku życia oraz 144 tys. (83,3%) na dzieci powyżej 5 roku życia. Liczba tych dodatków ogółem zmniejszyła się o 7,2% w porównaniu z 2009 r. W 2011 r. obserwujemy dalszy spadek liczby przeciętnie miesięcznie

[7] *Informacja o realizacji świadczeń rodzinnych w 2011 r.*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Departament Polityki Rodzinnej, Warszawa 2012, s. 8.

wypłacanych dodatków do 162 tys., z czego 27,6 tys. (17%) na dziecko do ukończenia 5 roku życia oraz 134,4 tys. (83%) na dzieci powyżej 5 roku życia. Liczba tych dodatków ogółem zmniejszyła się o 6,3% w porównaniu z 2010 r. W ciągu czterech lat przeciętna liczba wypłacanych dodatków uległa zmniejszeniu o 40,9 tys.[8]

W przypadku zasiłków pielęgnacyjnych sytuacja była odwrotna. W latach 2009-2011 ogólna liczba przyznawanych i wypłacanych świadczeń rosła podobnie, jak liczba zasiłków przyznawanych na dziecko niepełnosprawne do 16 roku życia (rysunek 1.5).

Rysunek 1.5. Liczba zasiłków pielęgnacyjnych wg podstawy przyznania świadczenia w Polsce w latach 2009-2011 (dane w tys.)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie *Informacji o realizacji świadczeń rodzinnych w 2009, 2010 i 2011 r.*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Departament Polityki Rodzinnej

W przypadku, kiedy dziecko niepełnosprawne osiągnie pełnoletniość, może, pod pewnymi warunkami, uzyskać prawo do renty socjalnej. Warunkiem tym, oprócz pełnoletniości, jest całkowita niezdolność do pracy[9] z powodu naruszenia sprawności organizmu, które powstało przed ukończeniem 18 roku życia albo w trakcie nauki w szkole lub w szkole wyższej – przed ukończeniem 25 roku życia albo w trakcie studiów doktoranckich lub aspirantury naukowej[10].

W 2011 r. w Polsce rentę socjalną pobierało przeciętnie 252 tys. osób. Z czego 4,6% stanowiły osoby w wieku 19 lat i mniej, a 16,2% osoby w wieku 20-24 lata. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 25-29 lat – 21,9%[11].

Uzupełnieniem dochodu mogą być również świadczenia pobierane w trakcie nauki: stypendia i zapomogi. Przykładem tych świadczeń może być realizowany przez MEN program „Wyprawka szkolna". Dofinansowanie do podręczników

[8] *Informacja o realizacji świadczeń rodzinnych w 2009, 2010 i 2011 r.*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Departament Polityki Rodzinnej.

[9] Szerzej na ten temat w: *Instytucjonalne, zdrowotne i społeczne determinanty niepełnosprawności*, praca zbiorowa pod red. S. Golinowskiej, Wydawnictwo IPiSS, Warszawa 2012, s. 261.

[10] Ustawa z dnia 27 czerwca 2003 r. o rencie socjalnej, Dz. U. 2003 nr 135 poz. 1268 z późn. zm.

[11] *Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych 2011 r.*, ZUS, Warszawa 2012, s. 54.

w roku 2010 otrzymały nie tylko dzieci ubogie z I i II klasy szkoły podstawowej i III klasy gimnazjum, ale również uczniowie:

- słabo widzący,
- niesłyszący,
- z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim,
- z niepełnosprawnościami sprzężonymi w przypadku, gdy jedną z niepełnosprawności jest niepełnosprawność wymieniona poprzednio.

W województwie dolnośląskim z tego programu skorzystało 10,37% dzieci rozpoczynających naukę w klasach objętych programem[12].

Na poziomie szkolnictwa wyższego student niepełnosprawny ma prawo otrzymać m.in. stypendium socjalne i specjalne[13]. Stypendium socjalne może otrzymać student, który znajduje się w trudnej sytuacji materialnej, tzn. wysokość dochodu na osobę w jego rodzinie nie przekracza progu dochodu ustalonego w uczelni. Stypendium specjalne dla osób niepełnosprawnych może otrzymać student z tytułu niepełnosprawności potwierdzonej orzeczeniem właściwego organu. Stypendium to jest niezależne od sytuacji materialnej.

Podsumowanie

Podstawowym źródłem utrzymania dzieci niepełnosprawnych są dochody rodziców. System wsparcia ma kompensacyjny (uzupełniający) charakter. Niestety, niepełnosprawność dziecka generuje dodatkowe koszty. Ogranicza również swobodę zarobkowania rodziców. Dziecko z niepełnosprawnością wymaga dłuższej opieki niż dziecko zdrowe. Powoduje to m.in. znacznie wyższe niż u rodzin bez niepełnosprawnego dziecka zagrożenie ubóstwem. Bez względu na sposób pomiaru około 1/4 rodzin z co najmniej jednym dzieckiem niepełnosprawnym jest w Polsce zagrożonych ubóstwem (celem porównania: dla rodzin bez osób niepełnosprawnych wskaźniki te wahają się od 5% do 10%). Uzupełniającymi źródłami dochodu są dla rodzin świadczenia rodzinne wraz z dodatkami oraz stypendia przyznawane dzieciom w trakcie nauki. Wsparcie rodzin jest bezwzględnie uzależnione od orzeczenia o niepełnosprawności dziecka (aktualnego) oraz w większości przypadków od kryterium dochodowego.

1.2. Pomoc medyczna i opiekuńcza dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej

Orzecznictwo o niepełnosprawności dzieci i młodzieży, podobnie jak osób dorosłych, jest uregulowane w Ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz

[12] *Informacja Rządu na temat realizacji zadań związanych z dystrybucją pomocy społecznej przez szkoły i socjalnej funkcji szkoły*, http://www.men.gov.pl/images/stories/pdf1/informacja%20rzadu.pdf (5.09.2012).

[13] Ustawa z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym, Dz. U. 2005 nr 164 poz. 1365 z późn. zm.

zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Rozróżniono dwie grupy: osoby do 16 roku życia i powyżej 16 roku życia. Podstawą uznania osoby, która nie ukończyła 16 roku życia za niepełnosprawną jest ustalenie, że:

- ma naruszoną sprawność fizyczną lub psychiczną;
- przewidywany okres trwania upośledzenia stanu zdrowia przekracza 12 miesięcy;
- wymaga zapewnienia jej całkowitej opieki lub pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych w sposób przewyższający wsparcie potrzebne osobie w danym wieku z powodu wady wrodzonej, długotrwałej choroby lub uszkodzenia organizmu[14].

Do stanów chorobowych, które uzasadniają konieczność stałej opieki lub pomocy dziecku, należą:

- wady wrodzone i schorzenia o różnej etiologii prowadzące do niedowładów, porażenia kończyn lub zmian w narządzie ruchu, upośledzające w znacznym stopniu zdolność chwytną rąk lub utrudniające samodzielne poruszanie się,
- wrodzone lub nabyte ciężkie choroby metaboliczne, układu krążenia, oddechowego, moczowego, pokarmowego, układu krzepnięcia i inne znacznie upośledzające sprawność organizmu, wymagające systematycznego leczenia w domu i okresowo leczenia szpitalnego,
- upośledzenie umysłowe, począwszy od upośledzenia w stopniu umiarkowanym,
- psychozy i zespoły psychotyczne,
- zespół autystyczny,
- padaczka z częstymi napadami lub wyraźnymi następstwami psychoneurologicznymi,
- nowotwory złośliwe i choroby rozrostowe układu krwiotwórczego do 5 lat od zakończenia leczenia,
- wrodzone lub nabyte wady narządu wzroku powodujące znaczne ograniczenie jego sprawności, prowadzące do obniżenia ostrości wzroku w oku lepszym do 5,25 lub 0,2 wg Snellena po wyrównaniu wady wzroku szkłami korekcyjnymi, lub ograniczenie pola widzenia do przestrzeni zawartej w granicach 30 stopni,
- głuchoniemota, głuchota lub obustronne upośledzenie słuchu niepoprawiające się w wystarczającym stopniu po zastosowaniu aparatu słuchowego lub implantu ślimakowego.

Niepełnosprawność (w odniesieniu do dzieci, które nie ukończyły 16 roku życia – bez określania jej stopnia) stwierdzają powiatowe zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności na pisemny wniosek o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności przez przedstawiciela ustawowego dziecka. W przypadku osób przed 16 rokiem życia orzeczenie zawiera ustaloną przyczynę niepełnosprawności (orzeczenie może

[14] Art. 4a Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, Dz. U. 1997 nr 123 poz. 776 z późn. zm.

zawierać więcej niż jeden, ale nie więcej niż trzy symbole przyczyn niepełnosprawności, które wpływają na zaburzenie funkcji organizmu) oraz wskazania dotyczące:

- odpowiedniego zatrudnienia,
- szkolenia (w tym specjalistycznego),
- zatrudnienia w zakładzie aktywności zawodowej,
- uczestnictwa w terapii zajęciowej,
- zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji,
- konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji,
- konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji,
- spełniania przez osobę niepełnosprawną przesłanek, z którymi wiąże się możliwość uzyskania karty parkingowej przez osobę o obniżonej sprawności ruchowej.

Określa się ponadto okres, na jaki zostało wydane. Niepełnosprawność dziecka orzeka się zawsze na czas określony, ale nie dłuższy niż do ukończenia przez dziecko 16 roku życia.

Formalnie zgodnie z obowiązującymi zasadami dzieci i młodzież, bez względu na status materialny i bez względu na uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego ich rodziców/opiekunów, powinny mieć zapewnioną bezpłatną opiekę zdrowotną, obejmującą zapobieganie chorobom, wykrywanie chorób, leczenie oraz zapobieganie niepełnosprawności.

Bezpłatność opieki zdrowotnej wynika z podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu jako członek rodziny ubezpieczonego. Zgłoszenie do ubezpieczenia obejmuje:

- dzieci własne,
- dzieci małżonka,
- dzieci przysposobione,
- wnuki,
- dzieci obce, dla których ustanowiono opiekę lub dzieci obce w ramach rodziny zastępczej – do ukończenia przez nie 18 roku życia.

Jeśli dziecko kontynuuje naukę po ukończeniu 18 lat, może być zgłoszone do ubezpieczenia jako członek rodziny, nie dłużej jednak niż do ukończenia 26 roku życia. Po tym czasie, o ile nie jest ubezpieczone z żadnego innego tytułu, powinno powiadomić szkołę lub uczelnię, która będzie zobowiązana zgłosić je do ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ). Dzieci posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi, mogą być zgłaszane do ubezpieczenia bez ograniczenia wieku[15].

[15] Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. 2008 nr 164 poz. 1027 z późn. zm.

W praktyce wygląda to jednak nieco inaczej. Głównym adresatem ubiegania się o finansowanie leczenia i rehabilitacji jest NFZ ze środków odprowadzanych przez każdego ubezpieczonego. Jednak trudna sytuacja ekonomiczna zakładów opieki zdrowotnej powoduje ograniczenia w dostępności do świadczeń zdrowotnych, długie oczekiwanie na ich wykonanie oraz nieuwzględnianie na listach refundowanych preparatów tych najbardziej skutecznych w leczeniu dzieci. Niedostateczna jest także oferta w zakresie diagnostyki i rehabilitacji medycznej. Powoduje to często konieczność korzystania przez dzieci z niepełnosprawnością z usług prywatnej służby zdrowia i kupowania pełnopłatnych leków, czego skutkiem jest dalsze pogorszenie się i tak trudnej sytuacji rodziny takiego dziecka.

Dzieci i młodzież z niepełnosprawnością mogą korzystać: z leczenia uzdrowiskowego w sanatorium lub w szpitalu uzdrowiskowym oraz z pobytu na turnusie rehabilitacyjnym. Obydwie te formy, choć podobne, przysługują niezależnie od siebie i z różnych tytułów.

Turnus rehabilitacyjny jest podstawową formą wspomagania rehabilitacji społecznej i zawodowej osób z niepełnosprawnością i tylko tym osobom przysługuje. Natomiast, leczenie uzdrowiskowe przysługuje wszystkim ubezpieczonym (a więc nie tylko osobom z niepełnosprawnością) po spełnieniu określonych warunków w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.

Turnus rehabilitacyjny oznacza formę aktywnej rehabilitacji połączoną z elementami wypoczynku, mającą na celu przede wszystkim ogólną poprawę sprawności, wyrobienie zaradności, pobudzanie i rozwijanie zainteresowań osób z niepełnosprawnością. Celem turnusu jest rehabilitacja społeczna, a nie tylko lecznicza. Czas trwania turnusu wynosi co najmniej 14 dni. Duże znaczenie ma fakt, że istnieje możliwość ubiegania się o dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON. Można ubiegać się również o dofinansowanie uczestnictwa w turnusie opiekuna osoby z niepełnosprawnością, pod warunkiem, że wniosek lekarza zawiera wyraźne zalecenie uczestnictwa opiekuna.

W roku 2011 w powiatach województwa dolnośląskiego z tego typu dofinansowań skorzystało ponad 1500 dzieci i młodzieży niepełnosprawnej. W 2010 r. było ich ponad 2 tys. Przeciętnie uzyskane dofinansowanie w 2011 r. wynosiło 733 zł, a w 2010 r. – 711 zł.

Niekiedy charakter schorzenia dziecka z niepełnosprawnością wymaga dodatkowo likwidacji ograniczających je barier. Ze środków PFRON może być dofinansowana likwidacja barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób z niepełnosprawnością.

Do barier architektonicznych zalicza się wszelkie utrudnienia występujące w budynku i w jego najbliższej okolicy, które ze względu na rozwiązania techniczne, konstrukcyjne lub warunki użytkowania uniemożliwiają lub utrudniają swobodę ruchu osobom z niepełnosprawnością.

Do barier technicznych kwalifikują się bariery utrudniające lub uniemożliwiające osobie z niepełnosprawnością sprawne funkcjonowanie (likwidacja takiej bariery powinna powodować sprawniejsze działanie tej osoby w społeczeństwie).

Tabela 1.2. Dofinansowanie z PFRON turnusów rehabilitacyjnych dzieci i młodzieży niepełnosprawnej wraz z opiekunami w 2011 r. wg powiatów w województwie dolnośląskim

Powiat	2011		
	Kwota dofinansowań	Liczba osób, które uzyskały dofinansowanie	Średnia kwota dofinansowania
dzierżoniowski	90 309	145	623
głogowski	12 064	13	928
górowski	40 314	62	650
jaworski	14 232	18	791
jeleniogórski	37 277	48	777
kamiennogórski	21 761	29	750
kłodzki	36 000	50	720
legnicki	16 103	26	619
lubański	30 195	39	774
lubiński	36 572	47	778
lwówecki	1 248	2	624
oleśnicki	75 325	102	738
oławski	7 422	12	619
polkowicki	16 727	23	727
strzeliński	24 543	40	614
średzki	24 404	34	718
świdnicki	56 516	72	785
trzebnicki	73 322	94	780
wałbrzyski	94 120	121	778
wołowski	7 084	9	787
wrocławski	49 938	66	757
ząbkowicki	3 094	4	774
złotoryjski	17 772	23	773
Jelenia Góra	61 205	96	638
Legnica	31 818	41	776
Wrocław	224 288	289	776
ogółem	1 103 653	1 505	733

Źródło: Na podstawie danych z PFRON

Barierami w komunikowaniu są ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające osobie z niepełnosprawnością swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji. Wniosek o dofinansowanie likwidacji takich barier składa opiekun dziecka niepełnosprawnego w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie (PCPR) właściwym dla miejsca zamieszkania. O dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych mogą ubiegać się osoby z niepełnosprawnością, które mają trudności w poruszaniu się. O dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych mogą ubiegać się osoby z niepełnosprawnością, jeżeli jest to

uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności. Wysokość dofinansowania likwidacji barier funkcjonalnych wynosi do 80% kosztów przedsięwzięcia, nie więcej jednak niż do wysokości 15-krotnego przeciętnego wynagrodzenia.

W województwie dolnośląskim w 2011 r. tego typu dofinansowanie uzyskało 186 młodych osób. Przeciętna wysokość dofinansowania wynosiła ponad 2900 zł. W porównaniu z rokiem 2010, gdzie tego typu dofinansowanie w przeciętnej wysokości ponad 3100 zł uzyskało 168 osób.

Dofinansowane z PFRON są nie tylko indywidualne inwestycje związane z likwidacją barier. Wspierane są również inwestycje związane z budową czy rozbudową obiektów przeznaczonych do rehabilitacji dzieci i młodzieży. W województwie

Tabela 1.3. Dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się dla dzieci i młodzieży w 2011 r. wg powiatów w województwie dolnośląskim z PFRON

Powiat	2011		
	Kwota dofinansowań	Liczba osób, które uzyskały dofinansowanie	Srednia kwota dofinansowania
bolesławiecki	9 549	4	2 387
dzierżoniowski	9 394	8	1 174
głogowski	47 300	24	1 971
górowski	16 586	6	2 764
jaworski	2 560	1	2 560
kamiennogórski	2 000	1	2 000
kłodzki	26 046	3	8 682
legnicki	3 252	1	3 252
lubański	17 760	1	17 760
lubiński	28 578	7	4 083
lwówecki	10 300	5	2 060
oleśnicki	26 082	9	2 898
oławski	37 498	6	6 250
polkowicki	10 160	4	2 540
strzeliński	23 056	9	2 562
świdnicki	26 117	9	2 902
trzebnicki	3 436	1	3 436
wałbrzyski	60 957	11	5 542
wołowski	6 378	4	1 595
wrocławski	19 678	9	2 186
ząbkowicki	36 479	3	12 160
zgorzelecki	37 725	9	4 192
złotoryjski	20 937	1	20 937
Legnica	14 436	12	1 203
ogółem	539 931	186	2 903

Źródło: Na podstawie danych z PFRON

dolnośląskim w latach 2007-2011 dofinansowano łącznie 32 inwestycje na ponad 13,3 mln zł (tabela 1.4).

Tabela 1.4. Zestawienie kwot wydatkowanych na budowę, rozbudowę obiektów służących rehabilitacji oraz liczby przeprowadzonych inwestycji – dzieci i młodzież w województwie dolnośląskim w latach 2007-2011 dofinansowanych z PFRON

Rok	Kwota	Liczba	Średni koszt realizacji zadania
2007	4 892 304	6	815 384
2008	756 252	5	151 250
2009	2 119 872	6	353 312
2010	1 702 682	6	283 780
2011	3 845 052	9	427 228

Źródło: Na podstawie danych z PFRON

Rodzic dziecka niepełnosprawnego nie ma szczególnych uprawnień do urlopu wypoczynkowego czy też zasiłku opiekuńczego. Przysługują im natomiast dodatkowe uprawnienia w zakresie urlopu wychowawczego. Mówi o tym art. 186 Kodeksu pracy. Pracownik zatrudniony co najmniej 6 miesięcy ma prawo do urlopu wychowawczego w wymiarze do 3 lat w celu sprawowania osobistej opieki nad dzieckiem, ale nie dłużej niż do ukończenia przez dziecko 4 roku życia. Ponadto w przypadku rodzica (matki lub ojca) dziecka z niepełnosprawnością, jeżeli z powodu stanu zdrowia, potwierdzonego orzeczeniem o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności, dziecko wymaga jego osobistej opieki, to taki rodzic może skorzystać dodatkowo z urlopu wychowawczego w wymiarze do 3 lat, ale nie dłużej niż do ukończenia przez dziecko 18 roku życia. Uprawnienie to przysługuje bez względu na to, czy dana osoba korzystała z „podstawowego" urlopu wychowawczego. W przypadku matki lub ojca dziecka, będących pracownikami, maksymalny łączny wymiar urlopu wychowawczego w celu sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością może zatem wynieść 6 lat.

Podsumowanie

Formalnie, zgodnie z obowiązującymi zasadami, dzieci i młodzież, bez względu na status materialny i bez względu na uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego ich rodziców, powinny mieć zapewnioną bezpłatną opiekę zdrowotną obejmującą: zapobieganie chorobom, wykrywanie chorób, leczenie oraz zapobieganie niepełnosprawności. W praktyce wygląda to jednak nieco inaczej. Dodatkowe koszty leczenia i rehabilitacji obciążają rodziców. Wsparciem dla tych działań (niestety ograniczonym) są możliwości uzyskania bezpośredniego dofinansowania z PFRON do turnusów rehabilitacyjnych i likwidacji barier architektonicznych, komunikacyjnych i funkcjonalnych. Istnieje również możliwość korzystania ze wsparcia w ramach poszczególnych programów skierowanych do dzieci i młodzie-

ży, a finansowanych z tego samego źródła. Problemem jest jednak złożoność pro cedur, ich niepewność (zasady uczestnictwa czy otrzymywania wsparcia ulegaj zmianom). Ruchome są terminy składania wniosków. Wymaga to ze strony rodzi ców lub opiekunów dziecka niepełnosprawnego, a w części i jego samego, stałeg i czasochłonnego śledzenia zmian bez gwarancji uzyskania wsparcia.

1.3. Edukacja dzieci i młodzieży niepełnosprawnej

Osoby niepełnosprawne są narażone w większym stopniu na dyskryminacj i marginalizację niż inne grupy społeczne. Niepełnosprawność kumuluje bowien różnorodne upośledzenia w wielu obszarach życia (praca, wykształcenie, warunk materialne, udział w kulturze czy polityce)[16]. Jednym z istotnych obszarów jest edu kacja. Pełni ona nie tylko funkcje społeczne czy też poznawcze (dostarczania wie dzy i informacji). W procesie edukacji kształtowane są również postawy i wzorc (funkcje kulturowe). Istotne znaczenie ma również możliwość zdobycia kwalifika cji zawodowych pozwalających na podjęcie pracy (funkcje ekonomiczne)[17].

Konstytucyjne prawa: do nauki i równości wszystkich obywateli w odniesieni do osób niepełnosprawnych zostały wzmocnione uchwaleniem przez Sejm w 1997 r Karty Praw Osób Niepełnosprawnych[18]. Jednym z najważniejszych praw zawartych w karcie jest prawo do nauki dzieci i młodzieży niepełnosprawnej w szkołach wspól nie ze swymi pełnosprawnymi rówieśnikami, jak również do korzystania ze szkol nictwa specjalnego lub edukacji indywidualnej. O tym, że to prawo nie jest do końc realizowane w praktyce, świadczy fakt występowania w Polsce istotnych różnic w po ziomie wykształcenia ludności sprawnej i niepełnosprawnej (tabela 1.5).

Wśród ludności niepełnosprawnej w wieku 15 lat i więcej w 2011 r. niecał 35% miało tylko wykształcenie gimnazjalne lub niższe. Wpływa to niekorzystni na sytuację tych osób na rynku pracy. Trudno znaleźć pracę bez kwalifikacji za wodowej osobie nawet sprawnej. Wykształcenie zasadnicze zawodowe miało 31% niepełnosprawnych (poziom ten jest wyższy niż dla grupy osób sprawnych). W po zostałych kategoriach sytuacja jest odwrotna. Im wyższy poziom wykształcenia tym różnice pomiędzy sprawnymi i niepełnosprawnymi są większe:

- średnie ogólnokształcące 3,6 punktu,
- policealne i średnie zawodowe 4,4 punktu,
- wyższe 13,3 punktu.

---

[16] G. Firlit-Fesnak, G. Magnuszewska-Otulak, *Dyskryminacja a równouprawnienie; zadania polity ki społecznej*, w: *Polityka Społeczna*, red. G. Firlit-Fesnak, M. Szylko-Skoczny, PWN, Warszawa 200 s. 272.

[17] J. Orczyk, *Polityka społeczna. Uwarunkowania i cele*, Wydawnictwo Akademii Ekonomiczne w Poznaniu, Poznań 2005, s. 167.

[18] Uchwała Sejmu Rzeczpospolitej Polskiej z 1 sierpnia 1997 r. Karta Praw Osób Niepełnospraw nych, Monitor Polski 1997 nr 50 poz. 475.

Tabela 1.5. Struktura wykształcenia ludności w wieku 15 lat i więcej w Polsce w latach 2009-2011 wg BAEL

Wyszczególnienie	Ogółem	Wg poziomu wykształcenia				
		wyższe	policealne i średnie zawodowe	średnie ogólnokształcące	zasadnicze zawodowe	gimnazjalne, podstawowe, niepełne podstawowe i bez wykształcenia
		%				
2009 r.						
osoby niepełnosprawne prawnie	100,0	5,9	18,8	7,4	30,4	37,5
osoby sprawne	100,0	18,0	23,5	11,0	24,8	22,7
2010 r.						
osoby niepełnosprawne prawnie	100,0	6,6	19,8	7,3	30,3	36,0
osoby sprawne	100,0	19,5	23,6	11,0	24,0	21,9
2011 r.						
osoby niepełnosprawne prawnie	100,0	7,1	20,1	7,2	31,0	34,6
osoby sprawne	100,0	20,4	23,5	10,8	24,1	21,2

Źródło: BAEL, GUS, http://www.stat.gov.pl/gus/5840_2189_PLK_HTML.htm (5.09.2012)

Na Dolnym Śląsku występuje podobne zróżnicowanie w poziomie wykształcenia (tabela 1.6). Wg informacji zgromadzonych w Narodowym Spisie Powszechnym w 2002 r.[19] odsetek osób z wykształceniem podstawowym i nieukończonym podstawowym wśród osób niepełnosprawnych wynosiła ponad 49%, gdy wśród ludności sprawnej odsetek był o ponad 20 punktów procentowych niższy. Odsetek osób sprawnych z wyższym wykształceniem wynosił 11%, gdy dla niepełnosprawnych był 2,5 razy niższy.

Prawo do edukacji dzieci i młodzieży niepełnosprawnej we wszystkich typach szkół i na wszystkich szczeblach kształcenia jest ujęte przez system oświatowy[20]. Zapewnia on m.in.:

- realizację prawa dzieci i młodzieży do wychowania i opieki odpowiednich do wieku i osiągniętego rozwoju,
- dostosowanie treści, metod i organizacji nauczania do możliwości psychofizycznych uczniów, a także możliwości korzystania z pomocy psychologiczno-pedagogicznej i specjalnych form pracy dydaktycznej,

[19] Niestety, dane z Narodowego Spisu Powszechnego z 2010 r. w momencie pisania opracowania nie były dostępne.

[20] Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty, Dz. U. 2004 nr 256 poz. 2572 z późn. zm.

Tabela 1.6. Wykształcenie ludności Dolnego Śląska (sprawnej i niepełnosprawnej) w wieku 13 lat i więcej w 2002 r.

Wyszczególnienie	Ogółem	Osoby		Ogółem	Osoby	
		sprawne	niepełno-sprawne		sprawne	niepełno-sprawne
	w liczbach bezwzględnych			w odsetkach		
razem	2 504 546	2 081 650	422 896	100,0	100,0	100,0
wyższe	248 420	229 848	18 572	9,9	11,0	4,4
policealne	85 265	77 397	7 868	3,4	3,7	1,9
średnie	748 071	655 594	92 477	29,9	31,5	21,9
zasadnicze zawodowe	583 721	489 816	93 905	23,3	23,5	22,2
podstawowe ukończone i nieukończone oraz bez wykształcenia	804 886	595 802	209 084	32,1	28,6	49,4
nieustalony poziom wykształcenia	34 183	33 193	990	1,4	1,6	0,2

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych z tablicy 1a dostępnej na stronie http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/wroc/ASSETS_niepelnosprawni_tablice.xls (20.03.2012)

- możliwość pobierania nauki we wszystkich typach szkół przez dzieci i młodzież niepełnosprawną oraz niedostosowaną społecznie, zgodnie z indywidualnymi potrzebami rozwojowymi i edukacyjnymi oraz predyspozycjami,
- opiekę nad uczniami ze znacznymi lub sprzężonymi dysfunkcjami poprzez umożliwianie realizowania zindywidualizowanego procesu kształcenia, form i programów nauczania oraz zajęć rewalidacyjnych,
- utrzymywanie bezpiecznych i higienicznych warunków nauki, wychowania i opieki w szkołach i placówkach[21].

Ustawa o systemie oświaty przewiduje, że podmiotami prowadzącymi szkoły mogą być zarówno jednostki samorządu terytorialnego, osoby prawne (w tym: stowarzyszenia i fundacje), jak i osoby fizyczne.

Zakładanie i prowadzenie publicznych szkół podstawowych oraz gimnazjów, w tym z oddziałami integracyjnymi, z wyjątkiem szkół podstawowych specjalnych i gimnazjów specjalnych, należy do zadań własnych gmin (art. 5 ust. 5).

Zakładanie i prowadzenie publicznych szkół podstawowych specjalnych i gimnazjów specjalnych, szkół ponadgimnazjalnych, w tym z oddziałami integracyjnymi, specjalnych ośrodków wychowawczych, ośrodków szkolno-wychowawczych, a także ośrodków umożliwiających realizację obowiązku szkolnego dzieciom i młodzieży upośledzonym umysłowo w stopniu głębokim, z wyjątkiem szkół i placówek o znaczeniu regionalnym, należy do zadań własnych powiatu (art. 5 ust. 5a).

Organ prowadzący szkołę lub placówkę odpowiada za jej działalność. Do jego zadań należy w szczególności:

- zapewnienie warunków działania szkoły lub placówki,

[21] Art. 1 Ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty, Dz. U. 2004 nr 256 poz. 2572 z późn. zm.

- zapewnienie bezpiecznych i higienicznych warunków nauki, wychowania i opieki,
- zapewnienie obsługi administracyjnej, finansowej i organizacyjnej szkoły lub placówki,
- wyposażenie szkoły lub placówki w pomoce dydaktyczne i sprzęt niezbędny do pełnej realizacji programów nauczania, wychowania i innych zadań statutowych (art. 5 ust. 7).

Do bardzo ważnych zadań gmin należy zapewnienie uczniom niepełnosprawnym bezpłatnego transportu i opieki w czasie przewozu do najbliższej szkoły podstawowej, gimnazjum lub placówki wymienionej w art. 2 pkt 5 ustawy[22].

Zgodnie z ustawą, sieć publicznych przedszkoli i oddziałów przedszkolnych w szkołach podstawowych, szkół podstawowych i gimnazjów powinna być ustalona tak, aby wszystkie dzieci sześcioletnie zamieszkałe na obszarze gminy miały możliwość spełniania obowiązku odbycia rocznego przygotowania przedszkolnego, a inni uczniowie – możliwość spełnienia obowiązku szkolnego, a droga dziecka z domu do najbliższego publicznego przedszkola lub oddziału przedszkolnego w szkole podstawowej, szkoły podstawowej i gimnazjum nie przekraczała:

- 3 km – w przypadku dzieci sześcioletnich i uczniów klas I–IV szkół podstawowych,
- 4 km – w przypadku uczniów klas V i VI szkół podstawowych oraz uczniów gimnazjów.

W innym przypadku obowiązkiem gminy jest zapewnienie bezpłatnego transportu i opieki w czasie przewozu dziecka lub zwrot kosztów przejazdu dziecka (i opiekuna – w przypadku dzieci sześcioletnich) środkami komunikacji publicznej, jeżeli dowożenie zapewniają rodzice.

Gmina ma również obowiązek zapewnić niepełnosprawnym dzieciom sześcioletnim bezpłatny transport i opiekę w czasie przewozu do najbliższego przedszkola, oddziału przedszkolnego w szkole podstawowej, szkoły podstawowej, gimnazjum lub ośrodka umożliwiającego realizację obowiązku odbycia rocznego przygotowania przedszkolnego, obowiązku szkolnego i obowiązku nauki przez udział w zajęciach rewalidacyjno-wychowawczych albo zwrócić koszty przejazdu ucznia i opiekuna środkami komunikacji publicznej, jeżeli dowożenie zapewniają rodzice.

Kształceniem specjalnym obejmuje się dzieci i młodzież z zaburzeniami i odchyleniami rozwojowymi wymagające stosowania specjalnej organizacji nauki i metod pracy.

Kształcenie to może być prowadzone w formie:

- nauki w przedszkolach i szkołach ogólnodostępnych,
- szkołach lub oddziałach integracyjnych,

[22] Art. 17 ust. 3a Ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty, Dz. U. 2004 nr 256 poz. 2572 z późn. zm.

- szkołach lub oddziałach specjalnych i ośrodkach zapewniających realizację obowiązku szkolnego i obowiązku nauki dzieciom i młodzieży upośledzonym umysłowo w stopniu głębokim,
- indywidualnego nauczania.

Indywidualnym nauczaniem obejmuje się dzieci i młodzież, których stan zdrowia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły. W zależności od rodzaju oraz stopnia zaburzeń i odchyleń rozwojowych, dzieciom i młodzieży organizuje się kształcenie i wychowanie, które umożliwia naukę w dostępnym dla nich zakresie, usprawnianie zaburzonych funkcji, rewalidację i resocjalizację oraz zapewnia się specjalistyczną pomoc i opiekę (art. 71b ust. 1, 1a i 2).

Starosta właściwy, ze względu na miejsce zamieszkania dziecka posiadającego orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, na wniosek rodziców, zapewnia odpowiednią formę kształcenia, a dyrektor szkoły, do której uczęszcza uczeń posiadający orzeczenie o potrzebie indywidualnego nauczania, w porozumieniu z organem prowadzącym szkołę, organizuje indywidualne nauczanie. Jeżeli orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego zaleca kształcenie dziecka w szkole podstawowej lub gimnazjum ogólnodostępnych lub integracyjnych, odpowiednią formę kształcenia, na wniosek rodziców, zapewnia jednostka samorządu terytorialnego właściwa ze względu na miejsce zamieszkania dziecka, do której zadań własnych należy prowadzenie przedszkoli lub szkół (art. 71b ust. 5 i 5a).

Szkoły podstawowe i gimnazja specjalne organizowane są dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej oraz ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Szkoły podstawowe i gimnazja specjalne mogą być organizowane także w: specjalnych ośrodkach szkolno-wychowawczych, młodzieżowych ośrodkach wychowawczych, młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, domach pomocy społecznej, przy placówkach interwencyjnych, placówkach wsparcia dziennego lub zakładach opieki zdrowotnej (włącznie z zakładami lecznictwa uzdrowiskowego).

Licea ogólnokształcące (w tym uzupełniające) specjalne organizowane są dla młodzieży wymagającej stosowania specjalnej organizacji nauki i metod pracy. Licea ogólnokształcące specjalne realizują obowiązujące dla liceum plany i programy nauczania, a ponadto cele rewalidacyjne, rehabilitacyjne i resocjalizacyjne.

Szkoły zawodowe i ogólnozawodowe specjalne dostosowane są programowo i organizacyjnie do potrzeb i możliwości psychofizycznych młodzieży niepełnosprawnej. Ich zadaniem jest przygotowanie młodzieży do pracy w określonych zawodach. Ponadgimnazjalne szkoły zawodowe i ogólnozawodowe szkoły specjalne mogą być organizowane bądź jako samodzielne placówki, bądź jako integralna część innej placówki oświatowo-wychowawczej. Mogą one być również organizowane w zakładach opieki zdrowotnej. Nauka trwa, w zależności od typu szkoły, od 2 do 5 lat.

Specjalne szkoły przysposabiające do pracy przeznaczone są dla uczniów z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym lub znacznym oraz dla

uczniów z niepełnosprawnościami sprzężonymi. Ukończenie tego typu szkoły umożliwia uzyskanie świadectwa potwierdzającego przysposobienie do pracy.

Przedszkola specjalne organizowane są dla dzieci: z wadami widzenia, z wadami słuchu, z niepełnosprawnością ruchową, przewlekle chorych, z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym i znacznym, z niepełnosprawnością sprzężoną i z zaburzeniami zachowania. Przedszkola specjalne mogą być placówkami samodzielnymi bądź organizacyjnie związanymi ze szkołą podstawową specjalną, specjalnym ośrodkiem szkolno-wychowawczym lub zakładem opieki zdrowotnej.

W przypadku dzieci posiadających orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, wychowaniem przedszkolnym może być objęte dziecko w wieku powyżej 6 lat, nie dłużej jednak niż do końca roku szkolnego w tym roku kalendarzowym, w którym dziecko kończy 10 lat, a obowiązek szkolny tych dzieci zostaje odroczony. W przypadku dziecka posiadającego orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, obowiązek odbycia rocznego przygotowania przedszkolnego rozpoczyna się z początkiem roku szkolnego poprzedzającego rok szkolny, w którym dziecko rozpocznie spełnianie obowiązku szkolnego.

W szkołach podstawowych i gimnazjach nauka dzieci niepełnosprawnych może być prowadzona w kilku formach[23].

Oddział specjalny organizuje się w szkole ogólnodostępnej. Liczba uczniów niepełnosprawnych w takim oddziale powinna wynosić od 2 do 16 uczniów w poszczególnych klasach.

Oddział integracyjny, w którym uczniowie posiadający orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, uczą się razem z pozostałymi uczniami. Liczba uczniów w oddziale integracyjnym powinna wynosić od 15 do 20 uczniów, w tym od 3 do 5 uczniów niepełnosprawnych.

Oddział ogólnodostępny organizowany w szkole ogólnodostępnej jest oddziałem, do którego uczęszcza 1-2 uczniów niepełnosprawnych. W przepisach oświatowych nie ma ścisłej definicji oddziału ogólnodostępnego, w związku z tym definiuje się go przez analogię do oddziału integracyjnego, w którym liczba uczniów niepełnosprawnych wynosi od 3 do 5 uczniów.

Podstawą kształcenia specjalnego uczniów we wszystkich typach szkół jest orzeczenie o potrzebie:

- kształcenia specjalnego,
- nauczania indywidualnego,
- zajęć rewalidacyjno-wychowawczych.

Orzeczenia te wydają zespoły orzekające w poradniach psychologiczno-pedagogicznych. Mogą one przybrać formę:

- orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego dzieci i młodzieży z zaburzeniami i odchyleniami rozwojowymi, wymagających stosowania specjalnej or-

[23] Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 21 maja 2001 r. w sprawie ramowych statutów publicznego przedszkola oraz publicznych szkół, Dz. U. 2001 nr 61 poz. 624.

ganizacji nauki i metod pracy, w tym o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dzieci z upośledzeniem umysłowym w stopniu głębokim,
- orzeczenia o potrzebie indywidualnego nauczania dzieci i młodzieży, których stan zdrowia uniemożliwia lub znacznie utrudnia uczęszczanie do szkoły,
- opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka od chwili wykrycia niepełnosprawności do podjęcia nauki w szkole. Ta szczególna opinia ma również wartość decyzyjną, gdyż jest decyzją zespołu orzekającego[24].

Również sprawdzanie wiedzy na zakończenie poszczególnych szczebli kształcenia uwzględnia potrzeby uczniów niepełnosprawnych. W Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 sierpnia 2012 r. (Dz. U. 2012 nr 0 poz. 982) zmieniającym Rozporządzenie w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie w przedszkolach, szkołach i oddziałach ogólnodostępnych lub integracyjnych, w paragrafie 7 określa się, że uczniowie lub absolwenci niepełnosprawni przystępują do sprawdzianu przeprowadzanego w ostatnim roku nauki w szkole podstawowej, egzaminu przeprowadzanego w ostatnim roku nauki w gimnazjum, egzaminu maturalnego oraz egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie, w warunkach i formie dostosowanych do rodzaju niepełnosprawności, a uczniowie lub absolwenci niedostosowani społecznie lub zagrożeni niedostosowaniem społecznym – w warunkach dostosowanych do indywidualnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych oraz możliwości psychofizycznych, na podstawie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego.

Dla uczniów i absolwentów niepełnosprawnych, posiadających orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, przygotowuje się odpowiednio zestawy zadań, arkusze egzaminacyjne albo zadania egzaminacyjne dostosowane do rodzaju niepełnosprawności.

Na Dolnym Śląsku dzieci niepełnosprawne pobierały naukę w szkołach podstawowych specjalnych i ogólnodostępnych. W roku szkolnym 1999/2000 było 99 placówek specjalnych szkolnictwa podstawowego, a w 2008/2009 liczba tych szkół zmniejszyła się do 86 i dalej malała, by w 2011/2012 r. spaść do 84. Odwrotną tendencję zaobserwować można dla szkół gimnazjalnych specjalnych. W tym samym okresie liczba placówek wzrosła z 82 do 99 (tabela 1.7).

Tabela 1.7. Szkoły podstawowe i gimnazja specjalne w województwie dolnośląskim w latach 1999-2011

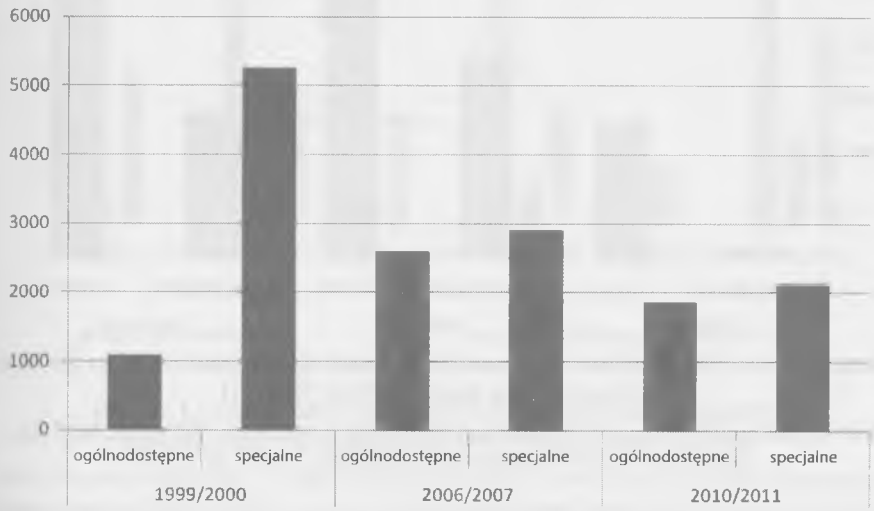
Rok	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
szkoły podstawowe	99	94	91	93	89	88	88	90	88	86	83	85	84
gimnazja	82	91	92	97	97	96	97	97	97	98	95	99	99

Źródło: Bank Danych Regionalnych, http://www.stat.gov.pl/bdr_n/app/dane_podgrup.katgrupg?p_dane=0&p_kate=20 (10.10.2012)

[24] Art. 71b ust. 3 Ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty, Dz. U. 2004 nr 256 poz. 2572 z późn. zm.

Malejąca liczba szkół podstawowych specjalnych i rosnąca liczba gimnazjów specjalnych jest efektem nie tylko dopasowywania sieci szkolnej do zmian wprowadzonych w 1999 r. nowym systemem szkolnym, ale również niżem demograficznym i coraz większym uczestnictwem dzieci niepełnosprawnych w szkolnictwie ogólnodostępnym.

W roku 1999/2000 uczniowie niepełnosprawni na Dolnym Śląsku prawie 5-krotnie częściej pobierali naukę w szkołach specjalnych niż ogólnodostępnych (rysunek 1.6).



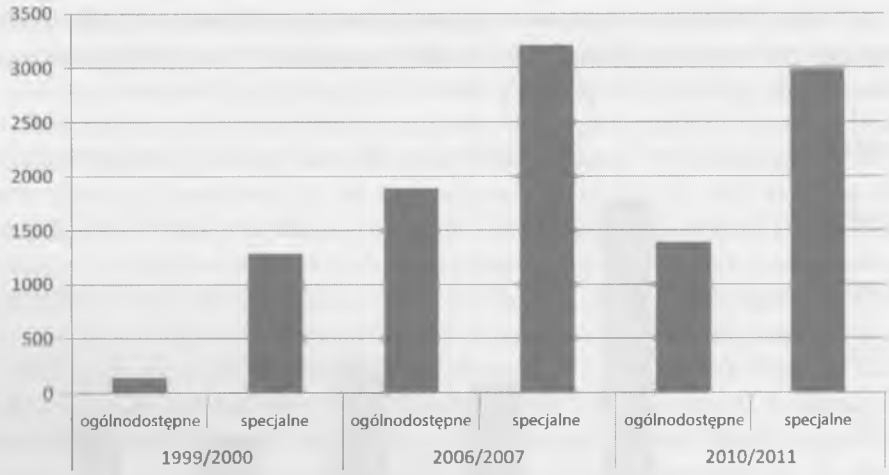
Rysunek 1.6. Liczba dzieci niepełnosprawnych w szkołach podstawowych (ogólnodostępnych i specjalnych) na Dolnym Śląsku w latach 1999/2000-2010/2011

Źródło: Na podstawie danych z: Bank Danych Regionalnych, http://www.stat.gov.pl/bdr_n/app/dane_podgrup.katgrupg?p_dane=0&p_kate=20 (10.10.2012)

Do roku 2007 zaszły znaczące zmiany. Wzrosła liczba uczniów w szkołach podstawowych ogólnodostępnych. Uczniów w szkołach specjalnych jest tylko o 20% więcej niż w szkołach ogólnodostępnych. Oznacza to większą integrację dzieci niepełnosprawnych i sprawnych oraz ograniczenie zjawiska izolowania niepełnosprawnych dzieci w grupie rówieśniczej. Nie oznacza to bynajmniej postulatu całkowitej likwidacji szkolnictwa specjalnego. Najlepszym rozwiązaniem jest funkcjonowanie wielu form nauki, co pozwala na dopasowanie sposobu kształcenia do indywidualnych potrzeb dziecka niepełnosprawnego.

W badanym okresie liczba uczniów w gimnazjach specjalnych wzrastała (jest to jednak bardziej efekt wchodzenia w początkowym okresie kolejnych klas gimnazjalnych). W gimnazjach ogólnodostępnych wzrost ten był o wiele większy – ponad 9-krotny (rysunek 1.7). Oznacza to zmianę proporcji uczniów w szkołach specjalnych i ogólnodostępnych, podobnie jak na poziomie kształcenia podstawowego. Proporcje nie są jednak na tym samym poziomie, chociaż dynamika zmian jest większa. W roku 1999/2000 w gimnazjach specjalnych uczyło się 9 razy wię-

cej uczniów niepełnosprawnych niż w placówkach ogólnodostępnych. Do roku 2010/2011 proporcje te uległy zmniejszeniu do poziomu 2,1. Można zaobserwować nawet pewne zwiększenie się udziału szkolnictwa gimnazjalnego specjalnego.



Rysunek 1.7. Liczba dzieci niepełnosprawnych w szkołach gimnazjalnych (ogólnodostępnych i specjalnych) na Dolnym Śląsku w latach 1999/2000-2010/2011

Źródło: Na podstawie danych z: „Rocznik Statystyczny Województwa Dolnośląskiego 2001", op.cit., tab. 4 (126); „Rocznik Statystyczny Województwa Dolnośląskiego 2011", op.cit., tab. 5 (133)

Na poziomie szkolnictwa ponadgimnazjalnego w roku szkolnym 2010/2011 uczniowie niepełnosprawni wybierali kształcenie zawodowe w szkołach specjalnych, podobnie jak w latach poprzednich (rysunek 1.8).

Kształcenie zawodowe odbywało się na poziomie:

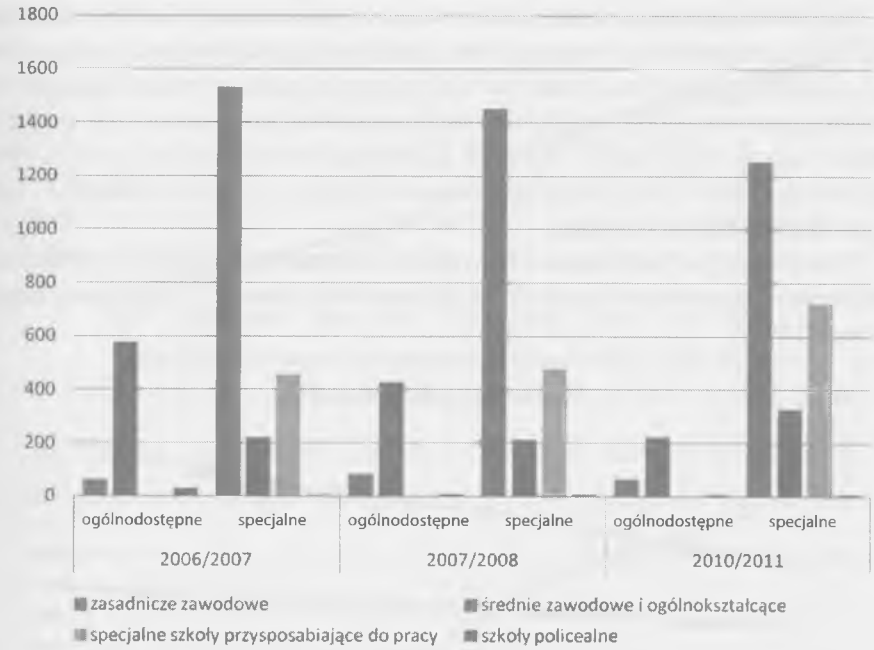
- zasadniczych szkół zawodowych specjalnych,
- specjalnych szkół przysposabiających do zawodu.

W szkolnictwie ogólnodostępnym większość uczniów wolała szkoły średnie ogólnokształcące i zawodowe.

Tabela 1.8. Szkoły ponadgimnazjalne dla młodzieży specjalne w województwie dolnośląskim w latach 2004-2011

Rok	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
zasadnicze szkoły zawodowe specjalne	39	39	38	36	34	37	36	36
szkoły przysposabiające do pracy zawodowej specjalne	15	26	32	34	37	38	39	42
technika specjalne	2	2	2	2	2	2	2	2
licea profilowane specjalne	2	2	2	2	1	0	0	0
licea ogólnokształcące specjalne	3	5	4	5	6	5	5	5

Źródło: Bank Danych Regionalnych, http://www.stat.gov.pl/bdr_n/app/dane_podgrup.katgrupg?p_dane=0&p_kate=2((10.10.2012)



Rysunek 1.8. Liczba dzieci niepełnosprawnych w szkołach ponadgimnazjalnych (ogólnodostępnych i specjalnych) na Dolnym Śląsku w latach 2006-2011

Źródło: Na podstawie danych z: „Rocznik Statystyczny Województwa Dolnośląskiego 2008", Urząd Statystyczny we Wrocławiu, Wrocław 2008, tab. 5 (133); „Rocznik Statystyczny Województwa Dolnośląskiego 2011", op.cit., tab. 5 (133)

Wybór ten nie jest spowodowany wysoką dostępnością tych szkół, ale niewielką liczebnością placówek specjalnych (liceów i techników) zarówno w województwie dolnośląskim, jak i w kraju (tabela 1.8).

Ograniczenia w dostępie do szkolnictwa wyższego osób niepełnosprawnych nie są uregulowane prawem. Wręcz przeciwnie, wiele aktów prawnych podkreśla prawo do edukacji. W Konstytucji Rzeczpospolitej Polskiej[25] w art. 70.1 podkreśla się, że „każdy ma prawo do nauki. (...)", a w art. 32 pkt 1 i 2 to, że „wszyscy są wobec prawa równi. Wszyscy mają prawo do równego traktowania przez władze publiczne" oraz „nikt nie może być dyskryminowany (...)". Podobne prawa gwarantuje Karta Praw Osób Niepełnosprawnych[26] uchwalona w 1997 r.

Znowelizowana w 2011 r. ustawa Prawo o szkolnictwie wyższym wręcz nakłada na uczelnie obowiązek dostępności na wszystkie uczelnie[27]. W art. 13 do podstawowych zadań uczelni włączono zapis mówiący o: stwarzaniu osobom niepełnosprawnym warunków do pełnego udziału w procesie kształcenia i w badaniach naukowych.

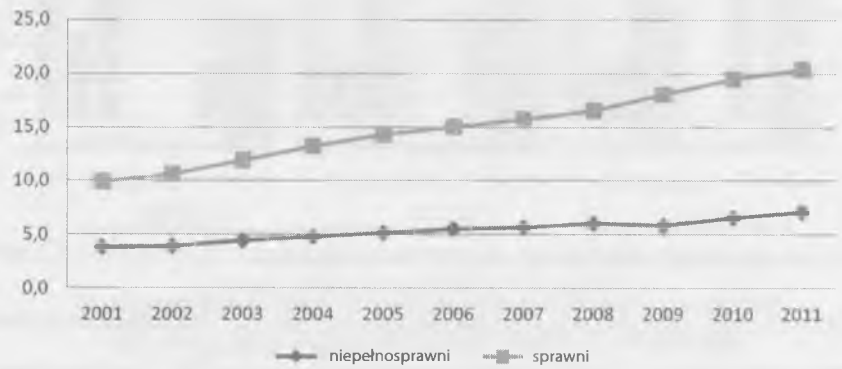
[25] Konstytucja Rzeczpospolitej Polskiej uchwalona 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. 1997 nr 78 poz. 483.

[26] Uchwała Sejmu Rzeczpospolitej Polskiej z 1 sierpnia 1997 r. Karta Praw Osób Niepełnosprawnych, Monitor Polski 1997 nr 50 poz. 475.

[27] Ustawa z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym, Dz. U. 2005 nr 164 poz. 1365 ze zm.

Uzupełnieniem tego zapisu jest art. 94 ust. 1 pkt 11, który określa, że na realizację zadań związanych ze stwarzaniem studentom i doktorantom, będącym osobami niepełnosprawnymi, warunków do pełnego udziału w procesie kształcenia, z budżetu państwa uczelnia publiczna otrzymuje dotacje. Oznacza to, że od 2012 r. uczelnie muszą być dostępne dla osób niepełnosprawnych we wszystkich obszarach swoich działań. Zaczynając od procesu rekrutacji, poprzez dydaktykę i badania na infrastrukturze kończąc.

Prawo to nie jest realizowane, co widać w różnicach w poziomie wyższego wykształcenia na przestrzeni ostatnich lat. Różnice były znaczne i ulegają zwiększeniu (rysunek 1.9).



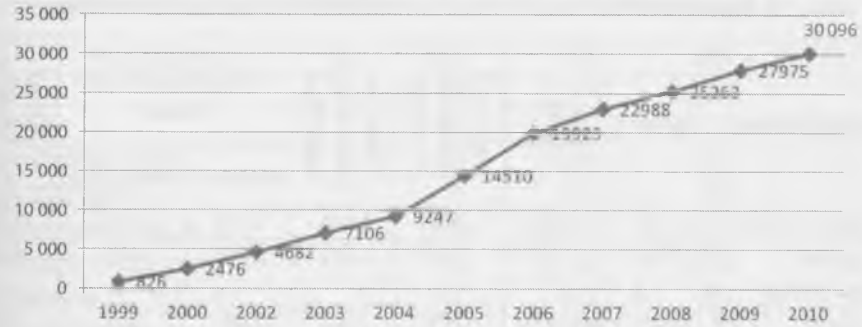
Rysunek 1.9. Udział osób sprawnych i niepełnosprawnych z wykształceniem wyższym w wieku 15 lat i więcej w Polsce w latach 2001-2011 wg BAEL

Źródło: Bank Danych Lokalnych GUS

W 2001 r. różnica pomiędzy osobami sprawnymi i niepełnosprawnymi wynosiła 6,1 punktu procentowego, a w 2010 r. już 10,4 punktu. W tym samym okresie odsetek osób z wyższym wykształceniem wśród osób niepełnosprawnych wzrósł z 3,8% do 6,6%, gdy dla osób sprawnych wzrósł z 9,9% do 19,5%. Tempo wzrostu udziału osób z wyższym wykształceniem w obydwu grupach jest podobne z niewielką przewagą na rzecz niepełnosprawnych.

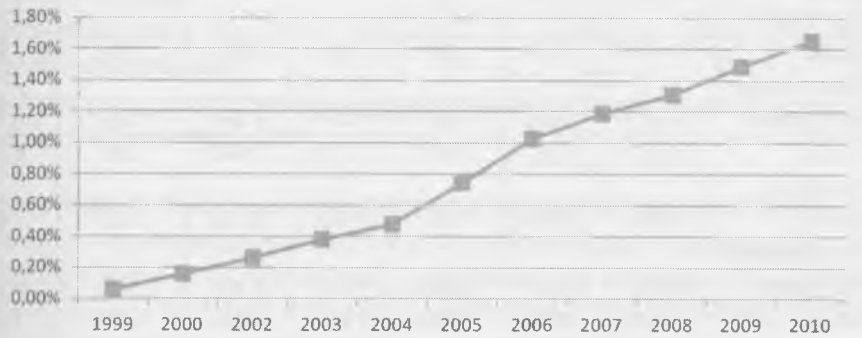
W ciągu ostatnich kilku lat liczba studentów niepełnosprawnych systematycznie rosła. Wzrost ten nie jest jednak na tyle duży, by zniwelować kilkadziesiąt lat faktycznego braku dostępu do uczelni wyższych (rysunek 1.10). W latach 1999-2010 liczba studentów niepełnosprawnych w Polsce wzrosła ponad 36-krotnie.

W tym samym okresie wzrósł też udział studentów niepełnosprawnych w ogólnej liczbie studiujących w Polsce prawie 25-krotnie, z 0,06% do 1,49% (rysunek 1.11). Jeżeli przyjmiemy, że w zależności od sposobów pomiaru, odsetek osób niepełnosprawnych w Polsce kształtuje się na poziomie 10-14% ogółu społeczeństwa, to pomimo olbrzymiego wzrostu, udział studentów niepełnosprawnych jest ciągle zbyt mały.



Rysunek 1.10. Studenci niepełnosprawni w Polsce w latach 1999-2010

Źródło: Bank Danych Lokalnych GUS



Rysunek 1.11. Udział studentów niepełnosprawnych w ogólnej liczbie studentów w Polsce w latach 1999-2010

Źródło: Bank Danych Lokalnych GUS

Studenci niepełnosprawni w latach 2007-2010 studiowali zarówno na studiach stacjonarnych (52%), jak i niestacjonarnych (48%). Grupę studentów niepełnosprawnych w 60% stanowiły kobiety. Ponad 1/4 z nich to osoby z dysfunkcją ruchu, ale chodzący, a tylko 2% stanowią osoby poruszające się na wózkach. Osoby z dysfunkcją słuchu stanowiły 7% ogółu, a niewidome i słabo widzące 8% (tabela 1.9).

W latach 2007-2010 najwięcej studentów niepełnosprawnych studiowało na uniwersytetach. Stanowili oni 33% ogółu studiujących osób z niepełnosprawnością. Drugą co do wielkości grupę stanowili studenci wyższych szkół ekonomicznych oraz pozostałych szkół wyższych, w tym wyższych zawodowych. Stanowili oni w poszczególnych latach około 20%. Wyższe szkoły techniczne wybierało 13% studentów niepełnosprawnych, a uczelnie pedagogiczne 8% ogółu (tabela 1.10).

Na uczelniach województwa dolnośląskiego w roku szkolnym 2006/2007 studiowało 1631 studentów niepełnosprawnych (rok wcześniej 1267)[28]. W porówna-

[28] K. Gilga, A. Helbich-Syrek, *Edukacja na Dolnym Śląsku*, w: *Spójność społeczna Dolnego Śląska*, red. Z. Pisz, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2008, s. 189.

Tabela 1.9. Studenci niepełnosprawni w Polsce w latach 2007-2011 wg typu niepełnosprawności

Wyszczególnienie		Ogółem	w tym kobiety	niesłyszący i słabo słyszący chodzący	niewidomi i słabo widzący niechodzący	z dysfunkcją narządu ruchu		inne rodzaje niepełnosprawności
						chodzący	niechodzący	
2007 ogółem		22 988	13 499	1 491	1 874	5 316	503	13 804
w tym	studia stacjonarne	12 569	7 029	872	1 063	2 818	251	7 565
	studia niestacjonarne	10 419	6 470	619	811	2 498	252	6 239
2008 ogółem		25 265	15 126	1 723	2 042	6 367	560	14 573
w tym	studia stacjonarne	13 089	7 364	914	1 137	3 066	277	7 695
	studia niestacjonarne	12 176	7 762	809	905	3 301	283	6 878
2009 ogółem		27 975	16 661	1 891	2 357	7 368	599	15 760
w tym	studia stacjonarne	14 552	8 161	1 029	1 314	3 642	298	8 269
	studia niestacjonarne	13 423	8 500	862	1 043	3 726	301	7 491
2010 ogółem		30 096	18 117	1 990	2 630	8 069	607	16 800
w tym	studia stacjonarne	15 872	8 986	1 104	1 481	4 030	294	8 963
	studia niestacjonarne	14 224	9 131	886	1 149	4 039	313	7 837

Źródło: *Szkoły wyższe i ich finanse w 2007 r.*, *Szkoły wyższe i ich finanse w 2008 r.*, *Szkoły wyższe i ich finanse w 2009 r.*, *Szkoły wyższe i ich finanse w 2010 r.*, GUS

niu: w roku szkolnym 1999/2000 na wszystkich uczelniach dolnośląskich studiowało tylko 117 studentów niepełnosprawnych[29]. W roku akademickim 2010/2011 było ich już 2503. Oznacza to, że w ciągu 12 lat liczba wzrosła ponad 21-krotnie. Jest to zjawisko pozytywne, ale ciągle odsetek osób niepełnosprawnych z wyższym wykształceniem jest kilkukrotnie niższy niż osób sprawnych. Studenci niepełnosprawni na Dolnym Śląsku stanowią 1,56% ogólnej liczby studiujących w regionie.

Punktem wyjścia do podejmowania działań na rzecz pełnej dostępności do szkół wyższych osób niepełnosprawnych jest zmiana podejścia do samej niepełnosprawności. Historycznie rozumienie niepełnosprawności ulegało zmianie wraz z upowszechnianiem się praw człowieka i coraz większym zaangażowaniem się samych osób niepełnosprawnych. W tradycyjnym (medycznym) modelu niepełnosprawność postrzegana jest jako problem jednostki wynikający z ograniczenia sprawności i wie-

[29] „Rocznik Statystyczny Województwa Dolnośląskiego 2001", op.cit., tab. 22 (144).

Tabela 1.10. Studenci niepełnosprawni w Polsce w latach 2007-2010 wg typów szkół

Wyszczególnienie	2007	2008	2009	2010
ogółem	22 988	25 265	27 975	30 096
uniwersytety	7 486	8 062	9 269	9 878
wyższe szkoły techniczne	2 861	3 243	3 577	3 912
wyższe szkoły rolnicze	955	981	892	929
wyższe szkoły ekonomiczne	4 748	4 737	4 407	4 323
wyższe szkoły pedagogiczne	1 839	2 005	2 018	2 333
akademie medyczne	382	452	551	732
wyższe szkoły morskie	28	45	67	90
akademie wychowania fizycznego	104	113	137	167
wyższe szkoły artystyczne	126	143	189	203
wyższe szkoły teologiczne	151	120	117	190
wyższe szkoły pozostałe	4 244	5 295	6 660	7 193
szkoły resortu obrony narodowej	64	65	90	136

Źródło: *Szkoły wyższe i ich finanse w 2007 r.*, *Szkoły wyższe i ich finanse w 2008 r.*, *Szkoły wyższe i ich finanse w 2009 r.*, *Szkoły wyższe i ich finanse w 2010 r.*, GUS

dza oraz praktyka medyczna określają metody leczenia. W modelu społecznym zakłada się, że niepełnosprawność nie jest tylko efektem choroby lub urazu, ale przede wszystkim rezultatem barier, na jakie napotyka się ona w interakcji ze społeczeństwem. W modelu medycznym niepełnosprawność jest tragedią osobistą, w społecznym źródło niepełnosprawności ulokowane jest w społeczeństwie[30].

Jeszcze dziś, pomimo szeroko zakrojonych działań na rzecz przeciwdziałania dyskryminacji osób niepełnosprawnych, określenie „niepełnosprawny" w potocznym rozumieniu często ulega zawężeniu i uproszczeniu. Tak więc dla wielu „niepełnosprawny" to ktoś na wózku, mający trudności materialne z powodu niskiej renty, potrzebujący stałej opieki medycznej i rehabilitacji, człowiek niezdolny do samodzielnego życia, w tym także do podejmowania decyzji o swoim losie. Jego główne problemy to schody i niedostosowane łazienki, a potrzeby ograniczają się do kontaktu z innymi niepełnosprawnymi, możliwości udziału w imprezach integracyjnych czy pracy w zakładzie pracy chronionej. To potoczne rozumienie niepełnosprawności jest często wzmacniane przez media pokazujące osoby niepełnosprawne i ich trudności w jednostronny i uproszczony sposób: przez instytucje publiczne kładące nacisk na wymiar pomocy społecznej jako najistotniejszy w odniesieniu do tej grupy obywateli, a także przez samo państwo, które kształtuje politykę wobec osób niepełnosprawnych w oparciu o koncepcję zatrudnienia chronionego i rehabilitacji. Także część osób niepełnosprawnych utrwala ten fałszywy wizerunek poprzez swą roszczeniowość i zgodę na odmienny status społeczny.

[30] Zob. C. Barnes, G. Mercer, T. Shakespeare, *The social model of disability*, w: red. A. Giddens, P.W. Sutton, *Sociology: Introductory readings*, Polity Press, Cambridge 2010.

Podejście takie odzwierciedla model medyczny traktujący niepełnosprawność jako cechę negatywną. Model ten jest głęboko zakorzeniony w myśleniu potocznym. Prowadzi on do tworzenia się mechanizmów wyłączających osoby niepełnosprawne z życia społecznego, akcentowania potrzeby działań charytatywnych i opiekuńczych. Drugi z przedstawionych modeli – model społeczny – wyraża podejście do niepełnosprawności postrzeganej jako cecha neutralna, przy czym negatywne konsekwencje przypisywane w pierwszym modelu samej niesprawności, a więc osobie niepełnosprawnej, tu są rozumiane jako wynik interakcji ze społeczeństwem. W tym podejściu osoba niepełnosprawna staje się niezależnym podmiotem, członkiem społeczeństwa, posiadając te same prawa obywatelskie, co osoby pełnosprawne, podlegając także tym samym społecznym obowiązkom. Przestaje być biorcą świadczeń i obiektem działań charytatywnych, a staje się pełnoprawnym uczestnikiem życia społecznego.

Przedstawione powyżej modele rozumienia niepełnosprawności pociągają za sobą bardzo konkretne konsekwencje w myśleniu i podejściu do osób niepełnosprawnych. W przypadku szkół wyższych zastosowanie modelu medycznego przyjmuje postać swego rodzaju biegunowości. Jeśli osoba jest zdrowa, to może realizować tok studiów w postaci standardowej. Jeśli zaś jest chora, to powinna udać się na leczenie, by móc po jego zakończeniu podjąć studia wg normalnego programu. Ten sposób podchodzenia do problemów osób niepełnosprawnych i przewlekle chorych był powszechnie stosowany na uczelniach wyższych przez całe dziesięciolecia.

Przy zastosowaniu modelu społecznego okazuje się, że wiele osób wcześniej uznawanych za niezdolne do kontynuowania nauki jest w stanie realizować program zajęć. Warunkiem jest zindywidualizowane podejście pozwalające na zdefiniowanie trudności, jakie powoduje choroba lub niesprawność oraz ustalenie sposobów ich pokonania, a następnie wprowadzenie niezbędnych rozwiązań alternatywnych i dostosowań. Rozwiązania te powinny być zróżnicowane zależnie od rodzaju niesprawności czy choroby studenta oraz kierunku, na jakim studiuje. Niezależnie od różnorodności potrzeb wynikających z niepełnosprawności zawsze jako punkt wyjścia przyjmowane jest założenie, iż proponowane rozwiązania nie obejmują merytorycznych wymagań stawianych studentowi w ramach danych zajęć.

Jednymi z takich działań wspierającymi uczelnie były, finansowane przez PFRON, programy Pitagoras i Pitagoras 2007. Adresatami programów były uczelnie i szkoły policealne, a także instytucje kultury. Celem programu było zapewnienie osobom niesłyszącym i niedosłyszącym, w tym głuchoniewidomym i głuchoniedowidzącym studentom, uczniom szkół policealnych oraz uczestnikom kursów przygotowawczych do egzaminów do szkół wyższych, w zależności od potrzeb, pomocy tłumaczy migowych lub możliwości wykorzystywania w trakcie zajęć oraz egzaminów urządzeń wspomagających słyszenie oraz innych urządzeń, w tym dostosowanych do możliwości i potrzeb wynikających z dysfunkcji słuchu lub słuchu i wzroku.

W latach 2002-2011 z terenu województwa w programie uczestniczyło kilkanaście podmiotów i uzyskało dofinansowanie w łącznej kwocie przekraczającej 1,2 mln zł.

Tabela 1.11. Wydatki i liczba beneficjentów programów Pitagoras i Pitagoras 2007 w latach 2004-2011 w Polsce i województwie dolnośląskim

Zakres	Rok	Kwota wydatkowana	Liczba podmiotów uczestniczących w programie
Polska	2004	2 396 823	16
województwo dolnośląskie		47 628	1
Polska	2005	2 844 056	31
województwo dolnośląskie		424 071	2
Polska	2006	3 606 978	29
województwo dolnośląskie		41 106	1
Polska	2007	2 156 000	26
województwo dolnośląskie		0	0
Polska	2008	3 750 396	41
województwo dolnośląskie		338 360	5
Polska	2009	4 652 701	57
województwo dolnośląskie		204 998	3
Polska	2010	825 175	26
województwo dolnośląskie		15 809	1
Polska	2011	2 384 462	41
województwo dolnośląskie		0	1

Źródło: Na podstawie danych z PFRON

Inną formą wsparcia kształcenia osób niepełnosprawnych na poziomie szkolnictwa wyższego są programy Student i Student II finansowane ze środków PFRON. Adresatami programu są osoby z orzeczonym znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, które są:

- studentami studiów I stopnia,
- studentami studiów II stopnia,
- studentami jednolitych studiów magisterskich – prowadzonych przez szkoły wyższe,
- kształcącymi się na studiach podyplomowych,
- uczestnikami studiów doktoranckich,
- słuchaczami kolegiów pracowników służb społecznych,
- słuchaczami kolegiów nauczycielskich lub nauczycielskich kolegiów języków obcych,
- uczniami szkół policealnych,
- studentami uczelni zagranicznych,
- studentami odbywającymi staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej.

Osoby te mogą pobierać naukę w systemie stacjonarnym lub systemie niestacjonarnym.

W województwie dolnośląskim liczba studentów korzystających z tego programu wzrosła od 56 w 2002 r. do 711 w 2011 r. Można przyjąć, że znaczne grono studentów z niepełnosprawnością korzystało w trakcie nauki z tej formy wsparcia. Przeciętna kwota wsparcia wynosiła początkowo 2755 zł w 2002 r., by wzrosnąć do 6289 zł w 2011 r.

Tabela 1.12. Wydatki i liczba beneficjentów programów Student i Student II w latach 2004-2011 w Polsce i województwie dolnośląskim

Zakres	Rok	Kwota wydatkowana	Liczba beneficjentów
Polska	2002	3 478 486	1 670
województwo dolnośląskie		154 264	56
Polska	2003	6 372 411	2 058
województwo dolnośląskie		269 621	114
Polska	2004	11 124 974	3 221
województwo dolnośląskie		661 965	393
Polska	2005	23 155 586	7 704
województwo dolnośląskie		1 534 155	762
Polska	2006	28 685 778	10 348
województwo dolnośląskie		1 906 766	1 012
Polska	2007	33 991 656	11 418
województwo dolnośląskie		2 326 413	751
Polska	2008	37 703 145	12 467
województwo dolnośląskie		2 664 797	962
Polska	2009	50 754 587	12 967
województwo dolnośląskie		3 754 026	910
Polska	2010	54 115 316	12 296
województwo dolnośląskie		4 291 487	873
Polska	2011	56 801 333	12 736
województwo dolnośląskie		4 471 248	711

Źródło: Na podstawie danych z PFRON

Tworząc system wsparcia dla studentów niepełnosprawnych, niezbędne jest zdefiniowanie pojęcia niepełnosprawności odpowiadającego realiom życia akademickiego. Nie każda bowiem niepełnosprawność spełniająca kryteria formalne będzie wpływać na możliwości realizowania przez studenta wymagań związanych z przebiegiem jego studiów. Zdarza się często, iż osoby nieposiadające orzeczonego stopnia niepełnosprawności mają znaczne trudności w realizacji obowiązującego programu studiów wynikające ze stanu zdrowia.

Obecnie za studenta niepełnosprawnego uznaje się osobę studiującą posiadającą aktualne orzeczenie o niepełnosprawności. Powoduje to, że nie wszystkie osoby mogą korzystać ze wsparcia w procesie edukacji. Są to w szczególności:

- osoby przewlekle chore lub niezdolne do pełnego uczestnictwa w zajęciach w trybie standardowym z powodu stanu zdrowia, ale nieposiadające orzeczonego stopnia niepełnosprawności,
- osoby, których niezdolność do pełnego uczestnictwa w zajęciach spowodowana jest nagłą chorobą lub utratą sprawności w wyniku wypadku, ale charakter tej niezdolności jest czasowy.

Szczególną grupą są osoby z dysleksją czy dysgrafią lub innymi zaburzeniami, które na poziomie szkolnictwa podstawowego i średniego miały możliwość kształcenia dopasowanego do ich potrzeb. Na poziomie kształcenia wyższego na razie nie można traktować ich jako studentów niepełnosprawnych. Istnieje więc potrzeba rozszerzenia pojęcia niepełnosprawności dla potrzeb edukacji na poziomie wyższym tak, by zagwarantować niezbędne wsparcie tym osobom, dla których ich niesprawność – niezależnie od jej charakteru – stanowi rzeczywistą przeszkodę w pełnym udziale w życiu uczelni.

Podsumowanie

Realizacja zasady równego dostępu do edukacji wymaga od podmiotów odpowiedzialnych za edukację podejmowania wielu działań. Istniejące już rozwiązania, choć dobre, nie rozwiązują wszystkich problemów. Coraz większa liczba uczniów i studentów niepełnosprawnych o bardzo różnorodnych potrzebach wymaga od szkół i uczelni ciągłego dostosowywania się i szukania nowych rozwiązań. Podstawowym celem instytucji edukacyjnych jest kształcenie i wszyscy muszą spełniać te same kryteria wiedzy i umiejętności. Mają takie same prawa i obowiązki, otrzymują takie samo świadectwo. Działania powinny umożliwić dzieciom i młodzieży z niepełnosprawnością zdobywanie wiedzy i umiejętności. Działania te powinny mieć charakter kompensacyjny i zindywidualizowany, dopasowany do specyficznych potrzeb wynikających z rodzaju niepełnosprawności.

Rozdział II

ZATRUDNIENIE OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH W WIEKU PRODUKCYJNYM – DIAGNOZA I PROBLEMY DO ROZWIĄZANIA

2.1. Źródła dochodu osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym

2.1.1. Zatrudnienie jako źródło dochodu – analiza prawna i statystyczna

Jednym z podstawowych praw społecznych jest obywatelskie prawo do pracy. Znalazło ono swoje odzwierciedlenie w Karcie praw osoby niepełnosprawnej uchwalonej w naszym kraju w latach 90. XX w. Wiele już napisano na temat znaczenia pracy w życiu człowieka, także gdy musi on borykać się z wielorakimi skutkami dotykających go problemów medycznych, czyli niepełnosprawnością. Wciąż podejmuje się nowe badania mające udowodnić obustronne korzyści wynikające z pracy tych osób – dla zatrudnionej osoby z niepełnosprawnością i całego społeczeństwa, w tym zatrudniających ich pracodawców[31]. Dla zatrudnionych oznacza to uzyskanie źródła utrzymania dla siebie i członków rodziny oraz możliwość zaspokojenia potrzeb psychospołecznych, dla całego społeczeństwa to ich udział w tworzeniu produktu społecznego brutto.

W praktyce ludziom tym nie jest łatwo odnaleźć się na rynku pracy. Nie ułatwia tego wcale, a może nawet wręcz utrudnia, istniejące w naszym kraju specjalne ustawodawstwo adresowane do tej zbiorowości. Wielokrotnie już pisano o problemach w orientowaniu się w gąszczu przepisów dotyczących ich zatrudniania[32].

[31] *Społeczne korzyści zatrudniania osób niepełnosprawnych*, praca zbiorowa pod red. A. Barczyńskiego, KIGR, Warszawa 2008.

[32] Patrz np. *Skuteczność lokalnego systemu wsparcia na rzecz integracji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych. Raport z badań*, red. I. Wójcicka, Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową, Warszawa 2010, s. 64.

Podstawowym aktem prawnym określającym zasady zatrudniania osób niepełnosprawnych jest Ustawa z sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych[33]. Jest to bardzo często nowelizowany akt prawny mający swój początek w 1991 r. Charakteryzuje go częsta zmiana szczegółowych reguł funkcjonowania podmiotów gospodarczych w zakresie dotyczącym otrzymywanego wsparcia publicznego z uwagi na zatrudnianie niepełnosprawnych (tzw. Systemu Obsługi Dofinansowań z PFRON), wymagania dotyczące przygotowania obiektów. Duża komplikacja stosowanych regulacji nie przyczynia się, jak dotąd, do znaczącego zwiększania ich zatrudnienia.

Na mocy wspomnianej ustawy funkcjonują zespoły orzekające o stopniu niepełnosprawności, funkcjonujące w strukturach powiatowego i wojewódzkiego urzędu pracy. Zespoły, poza ustaleniem stopnia niepełnosprawności, powinny orzekać wskazania dotyczące:

- szkolenia, w tym specjalistycznego,
- odpowiedniego zatrudnienia uwzględniającego psychofizyczne możliwości danej osoby,
- korzystania z różnych form rehabilitacji,
- korzystania z systemu pomocy społecznej,
- konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- uczestniczenia w terapii zajęciowej,
- korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, przez co rozumie się korzystanie z usług socjalnych i opiekuńczych świadczonych przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz inne placówki (art. 6).

Ze względu na zasadnicze znaczenie omawianej ustawy, w prowadzeniu polityki społecznej wobec osób niepełnosprawnych, poniżej przedstawiono jej najważniejsze postanowienia:

- wprowadzono nowy system orzekania o niepełnosprawności: ustalono trzy stopnie niepełnosprawności: znaczny, umiarkowany i lekki, które stosuje się do osiągania celów pozaubezpieczeniowych określonych ustawą,
- określono cel rehabilitacji społecznej: umożliwianie osobom niepełnosprawnym uczestnictwa w życiu społecznym; wskazano ustawowe formy osiągania powyższych celów (np. poprzez warsztaty terapii zajęciowej – WTZ czy turnusy rehabilitacyjne),
- zdefiniowano cele rehabilitacji zawodowej – są to ułatwienia dla osoby niepełnosprawnej w uzyskaniu i utrzymaniu odpowiedniego zatrudnienia i awansu zawodowego przez umożliwienie jej korzystania z poradnictwa zawodowego, szkolenia zawodowego i pośrednictwa pracy,

[33] Ustawa z 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, Dz. U. 1997 nr 123 poz. 776 z poźn. zm.

- określono prawa osób niepełnosprawnych zarejestrowanych w powiatowym urzędzie pracy jako bezrobotne lub poszukujące pracy (np. prawo do szkoleń, pożyczek na rozpoczęcie działalności, dofinansowania spłaty kredytu bankowego),
- określono czas pracy niepełnosprawnych (8 godzin dziennie i 40 tygodniowo),
- omówiono szczególne obowiązki i uprawnienia pracodawców w związku z zatrudnianiem niepełnosprawnych (np. w zakładach zatrudniających co najmniej 25 pracowników obowiązek zatrudniania tych osób wynosi 6% rzeczywistego zatrudnienia pod groźbą kary pieniężnej wpłacanej na PFRON, stanowiącej iloczyn połowy przeciętnego wynagrodzenia i liczby pracowników brakujących do 6%), pracodawcy zatrudniający osoby niepełnosprawne mają ulgę w podatku dochodowym w wysokości równej osiągniętemu wskaźnikowi zatrudnienia tych osób, jeśli wynosi on co najmniej 7%,
- omówiono warunki korzystania przez zakłady pracy ze środków PFRON (zwrotów kosztów tworzenia nowych miejsc pracy dla niepełnosprawnych, refundacji ich wynagrodzenia i składki ubezpieczeniowej),
- ustalono zasady funkcjonowania zakładu pracy chronionej (ZPCh) np. musi spełniać warunki dostosowania dostępności obiektu do potrzeb osób niepełnosprawnych oraz zapewniać opiekę lekarską i usługi rehabilitacyjne,
- wskazano możliwości tworzenia i funkcjonowania zakładów aktywizacji zawodowej (ZAZ), które może tworzyć ze środków PFRON powiat, gmina oraz każda organizacja społeczna, której zadaniem jest rehabilitacja zawodowa i społeczna osób o mniejszej sprawności, po spełnieniu warunków określonych w drodze rozporządzenia,
- ustalono uprawnienia prowadzących ZPCh lub ZAZ, czyli zwolnienia z podatków i niepodatkowych należności budżetowych; środki uzyskane z tytułu zwolnień są przekazywane w 90% na zakładowy fundusz rehabilitacji i w 10% na PFRON,
- określono zasady dostępności ZPCh do środków PFRON oraz przeznaczenie zakładowego funduszu rehabilitacji,
- wskazano dochody i przeznaczenie PFRON jako funduszu celowego przeznaczonego do finansowania celów omawianej ustawy i dofinansowywania innych zadań służących rehabilitacji społecznej, zawodowej i leczniczej,
- omówiono zadania i organizację podmiotów działających na rzecz osób niepełnosprawnych (np. Sekretarza Stanu, Pełnomocnika ds. Osób Niepełnosprawnych w Ministerstwie Pracy i Polityki Socjalnej, samorządu i Zarządu Województwa, Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie – PCPR, Powiatowego Urzędu Pracy – PUP),
- w zatrudnieniu obowiązuje równość orzeczeń o niepełnosprawności ustalanej w powiecie i o niezdolności do pracy ustalanej przez lekarzy orzeczników w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych (ZUS). Najważniejszymi uprawnieniami pracowniczymi dla osób ze stopniem znacznym i umiarkowanym są: krótszy czas pracy, dodatkowy urlop, turnus rehabilitacyjny, przerwy na gimnastykę,

- z ustawy wynika, że zatrudnienie niepełnosprawnych partycypujących we wsparciu ze środków publicznych odbywa się w trzech formach, w trzech rodzajach przedsiębiorstw:
  - w zwykłej firmie – jest to tzw. zatrudnienie dotowane lub kwotowe, gdzie istnieje obowiązek zatrudnienia niepełnosprawnych w liczbie 6% załogi (kwoty), w zakładach zatrudniających powyżej 25 pracowników – pod groźbą kary wpłacanej do PFRON – 40,65% przeciętnego wynagrodzenia za każdy brakujący etat w zatrudnieniu osób z orzeczeniem,
  - w ZPCh – tzw. zatrudnienie chronione – od 2011 r. wśród 25 pracowników powinno być 50% niepełnosprawnych (wcześniej odpowiednio 20 osób i 40% niepełnosprawnych), w tym 20% ze stopniem znacznym lub umiarkowanym,
  - ZAZ – tzw. zatrudnienie wspomagane, gdzie należy zatrudniać 70% niepełnosprawnych pracowników,
  - w formie samozatrudnienia – tzw. praca na własny rachunek, na własne ryzyko. Często polega na wykonywaniu pracy zleconej na rzecz jakiejś innej firmy. Osoby ją wykonujące są często ekonomicznie uzależnione od zleceniodawcy i nie mają zagwarantowanego stosunku przemysłowego oraz ochrony przez system prawa pracy[34],
- w każdym typie zatrudnienia przewidziano inne instrumenty mające stanowić zachętę do zatrudniania osób z niepełnosprawnościami. Uprawnienia dla zwykłych firm to:
  - zwrot kosztów za szkolenia pracowników, dofinansowanie wynagrodzeń,
  - refundacja składek emerytalno-rentowych,
  - zwrot kosztów za przystosowanie stanowiska pracy,
  - refundacja kosztów asystenta pracy,
- uprawnienia ZPCh to:
  - zwolnienia podatkowe – od 2011 r. – płacą podatek od nieruchomości,
  - dotacje do wynagrodzeń,
  - refundacja składek emerytalno-rentowych,
  - inne – dotacje z PFRON: np. tanie pożyczki, ulgi w spłacie kredytów.

Dokładnie o systemie zatrudnienia niepełnosprawnych finansowanego ze środków PFRON piszemy w podrozdziale 2.3.

Poniżej zaprezentowane zostaną wnioski płynące z kilku wybranych badań ogólnopolskich i regionalnych przeprowadzonych w ostatnich kilku latach obrazujących efektywność obowiązujących rozwiązań. Wydaje się, iż nie zaszły od ich przeprowadzenia żadne radykalne zmiany instytucjonalne czy inne, mające w sposób istotny wpłynąć na ich aktualność w skali całego kraju, a więc także w odniesieniu do naszego regionu.

Podstawowym podmiotem odpowiedzialnym za współtworzenie lokalnego rynku pracy, w tym także osób niepełnosprawnych, jest PUP. Opinie osób niepełno-

[34] E. Kryńska, *Wykorzystywanie niestandardowych form zatrudnienia i organizacji pracy w przedsiębiorstwach polskich*, IPiSS, Białystok-Warszawa 2003, s. 145.

sprawnych o jakości obsługi w tych urzędach niestety, nie są pochlebne. Województwo dolnośląskie było przedmiotem badań na temat skuteczności lokalnego systemu wsparcia[35]. W większości badanych urzędów są wyznaczeni pośrednicy pracy do obsługi niepełnosprawnych, niestety nie zawsze są oni dobrze do swej roli przygotowani. Często wydają się być bezradni wobec sytuacji niepełnosprawnych klientów. Urzędnicy nie zawsze radzą sobie z dopasowaniem oferty do kwalifikacji oraz rodzaju niepełnosprawności. „Zastanawia dość częste kierowanie niepełnosprawnych do zakładów pracy chronionej i zakładów aktywizacji zawodowej"[36]. Z kolei badani niepełnosprawni nie orientują się w zadaniach PUP wobec nich, sceptycznie podchodzą do możliwości znalezienia dla nich oferty pracy w urzędzie. Ich zdaniem oraz wg opinii lokalnych działaczy organizacji pozarządowych „urzędy pracy nie są zorientowane w sytuacji na rynku pracy niepełnosprawnych, nie badają systematycznie potrzeb pracodawców w tym zakresie i po prostu biernie reagują na to, z czym pracodawcy przychodzą". Ponadto, oferta szkoleniowa urzędów pracy jest niedostosowana do potrzeb tych osób. Klientom tym często brakuje wielu elementarnych „życiowych szkoleń – z asertywności, dobrego komunikowania się, prawa jazdy, języka migowego, księgowości, zarządzania własnym czasem". Szczególnie potrzebne wydaje się być organizowanie szkoleń dla osób z wyższym stopniem niepełnosprawności, chorych psychicznie lub niepełnosprawnych intelektualnie. Niestety, prawdopodobnie nie organizuje się ich zbyt często i nie wpływa tym samym pozytywnie na sytuację tych osób na rynku pracy. Aby tak zaczęło się dziać, należy uwzględniać w ich organizacji rekomendacje zgłaszane przez teoretyków i praktyków tworzących tzw. przykłady dobrych praktyk.

W literaturze wskazuje się na konieczność rozwoju nowych instrumentów wspierających osoby z niepełnosprawnościami o charakterze specjalistycznego poradnictwa zawodowego wprowadzanego już na poziomie wczesnego szkolnictwa uwzględniającego potrzeby tych osób[37]. Działania te powinny dotyczyć m.in.:

- wzmocnienia psychologicznego i rozwoju cech osobowości, głównie w kierunku przełamywania barier mentalnych, podniesienia poziomu samooceny, rozwijania przekonania o własnej skuteczności, postawy aktywności i motywacji do rozwoju osobistego (w tym podnoszenia kwalifikacji). Ważnym elementem działań poradnictwa jest kształtowanie poczucia odpowiedzialności i samostanowienia, a także na: wzmacnianie postawy samodzielności życiowej i wewnętrznego poczucia kontroli. Wsparcie powinno być ukierunkowane także na kształtowanie umiejętności interpersonalnych związanych z nawiązywaniem kontaktów społecznych, w szczególności na prowadzenie rozmów kwalifikacyjnych z pracodawcami, radzenie sobie ze stresem, rozwiązywanie trudnych sytuacji życiowych związanych z poszukiwaniem i utrzymaniem zatrudnienia,
- odkrycia swojego potencjału zawodowego, poznania własnych zasobów oraz potencjalnych zdolności, budowania pozytywnego obrazu indywidualnych możli-

[35] *Skuteczność...*, op.cit., s. 42-44, 64.
[36] Ibidem, s. 44.
[37] Np. ibidem, s. 89-90.

wości zawodowych. Ważnym jest także sprecyzowanie ograniczeń zdrowotnych i przeciwwskazań w wykonywaniu czynności zawodowych. Dobrze byłoby również próbować określić te ograniczenia, które mogłyby być skompensowane dzięki konkretnemu sposobowi wsparcia (np. pomocy w dojeździe do pracy, oprzyrządowaniu miejsca pracy, dostępnym na rynku sprzętem rehabilitacyjnym i ortopedycznym). Ważnym elementem poradnictwa jest zatem zachęcanie do dalszego kształcenia się, nabywania nowych umiejętności, dostarczenie informacji o dostępnych nowych technologiach ułatwiających wykonywanie pracy i funkcjonowanie w otoczeniu,

- nabycie wiedzy zawodoznawczej i poznanie technik poruszania się po rynku pracy. Ma ono na celu poznanie reguł organizacji i funkcjonowania rynku pracy, opanowanie umiejętności poruszania się na nim i znajdowanie miejsca pracy. Chodzi o przekazanie informacji o dostępnych dla niepełnosprawnych instrumentach i przywilejach, a także trendach i prognozach w zatrudnieniu (zawody poszukiwane teraz i prawdopodobnie w przyszłości, elastyczne formy zatrudnienia, praca nakładcza, itp.) Ważna jest także wiedza na temat trybu załatwiania spraw w poszczególnych urzędach (PUP, agencjach zatrudnienia), zasad i przebiegu rekrutacji do pracy stosowanych przez pracodawców (proces selekcji, metoda oceny zintegrowanej, testy predyspozycji zawodowych) oraz w zakresie prawa pracy (stosunek pracy, zawieranie umów o pracę, wypowiedzenia umowy o pracę, urlopy, itp.)[38]

Mimo że w większości powiatów województwa dolnośląskiego istnieją powiatowe strategie działań na rzecz osób niepełnosprawnych (jako oddzielny dokument bądź fragment strategii rozwiązywania problemów społecznych) nie zawsze w rzeczywistości podejmuje się działania istotnie wpływające na zmianę sytuacji tej grupy mieszkańców. Świadczą o tym dane statystyczne opisujące poziom zatrudnienia, które dokładnie zostaną scharakteryzowane w dalszej części opracowania.

Podobnie wygląda sytuacja na poziomie województwa. W „Strategii Rozwoju Województwa Dolnośląskiego do 2020" i „Dolnośląskiej Strategii Integracji Społecznej na lata 2005-2013" znajdują się odrębne krótkie rozdziały poświęcone niepełnosprawności. Zawarto w nich najważniejsze liczby charakteryzujące tę zbiorowość oraz zwrócono uwagę na konieczność aktywizowania tej grupy w zatrudnieniu[39]. Jak dotąd nie jest to zadanie łatwe w realizacji. Jest wiele przyczyn takiego stanu rzeczy. W Urzędzie Marszałkowskim naszego województwa funkcjonuje Wydział ds. Osób Niepełnosprawnych, który zajmuje się m.in. obsługą Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki (PO KL).

W raporcie dotyczącym funkcjonowania PO KL pt. „Ewaluacja zdolności absorbcyjnych systemu integracji zawodowej osób niepełnosprawnych"[40] zwra-

[38] J. Kossewska, *Realizacja projektu „Creation of ideal Model of Vocational Counselling for Children and Yout with Special Educational Needs"*, w: praca zbiorowa pod red. A. Gawor, Ł. Boreckiego, *Strategie promocji zatrudnienia osób z zaburzeniami psychicznymi*, Opole 2012, s. 186.

[39] Patrz odpowiednia strona internetowa.

[40] Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków PFRON; patrz: http://www.pfron.ogr.pl (09.2012).

ca się uwagę na słabości systemu integracji zawodowej osób niepełnosprawnych (SIZON). Przeszkody utrudniające efektywne wykorzystanie środków PO KL na programy integracyjne dla osób niepełnosprawnych wynikają wg autorów raportu z kilku podstawowych przyczyn:

- legislacyjnych (problemów związanych z brakiem lub nieadekwatnością rozwiązań prawnych dotyczących osób niepełnosprawnych),
- systemowych (związanych z relacjami pomiędzy poszczególnymi podmiotami wchodzącymi w skład SIZON, przekazywaniem między nimi informacji, transferem wiedzy i doświadczeń, jak również współpracy na poziomie konkretnych działań),
- podmiotowych (liczne bariery i ograniczenia tkwiące w poszczególnych podmiotach wchodzących w skład SIZON). Do tego tematu powrócimy jeszcze w następnym podrozdziale.

Najważniejszy dla nas na ten moment jest smutny wniosek płynący z raportu odnośnie od lat podnoszonego problemu braku koordynacji działań dotyczących nie tylko zatrudnienia i aktywizacji zawodowej niepełnosprawnych na szczeblu województwa czy powiatu, ale całej polityki społecznej wobec niepełnosprawnych. Zwrócono w nim uwagę na konieczność podejmowania działań informacyjno-edukacyjnych kierowanych przede wszystkim do jednostek administracji publicznej oraz organizacji pracodawców w zakresie działania projektowego finansowanego ze środków UE. Podobne wsparcie informacyjne potrzebne jest administracji samorządowej (szczególnie powiatom i gminom wiejskim) oraz organizacjom pozarządowym, które mogą aplikować o finansowanie ze środków EFS swoich przedsięwzięć w zakresie szeroko pojętej aktywności społecznej i integracji osób niepełnosprawnych.

Nasz region jest w szczególnie trudnym położeniu pod względem ogólnej sytuacji na rynku pracy. Wskazują na to podstawowe wskaźniki rynku pracy, takie jak stopa bezrobocia, wskaźnik zatrudnienia i współczynnik aktywności zawodowej, których poziom dla województwa dolnośląskiego odbiega niekorzystnie od wskaźników krajowych. Na taką sytuację, podobnie jak na krajowy rynek pracy, wpływają w znaczącym stopniu uwarunkowania demograficzne, edukacyjne i ekonomiczne[41].

Czynnikiem, który utrudnia aktywność zawodową niepełnosprawnych w skali całego naszego kraju, są na pewno także cechy społeczne tych osób, np. bez wątpienia niski poziom wykształcenia, brak atrakcyjnych zawodów, a także bierność i postawy pracodawców często kierujących się stereotypami. Przeprowadzone w 2008 r. badania ogólnopolskie, mające na celu identyfikację przyczyn niskiej aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych[42], wskazują na istnienie kilku grup barier. Najważniejsze z nich to:

[41] *Rynek pracy województwa dolnośląskiego w latach 1999-2009*, red. Z. Hasińska, K. Sipurzyńska-Rudnicka, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2011, s. 286.

[42] A. Barczyński, *Analiza wyników badań pt. Identyfikacja przyczyn niskiej aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych*, www.pfron.org.pl (09.2012).

- leżące po stronie pracodawców: brak gotowości do zatrudniania takich osób wynikający przede wszystkim z konieczności przystosowania miejsc pracy, spełnienia dodatkowych wymagań dotyczących przygotowania obiektów, obawy co do dodatkowych kontroli, niepokonania przez niepełnosprawnych kolejnych barier,
- leżące po stronie otoczenia: brak odpowiednich ofert pracy, konkurencja ze strony pełnosprawnych, obawa o stan zdrowia niepełnosprawnego ze strony jego rodziny,
- bariery po stronie samego niepełnosprawnego: jest to np. obawa o utratę renty, niepewność co do możliwości przemieszczania się, niepokój o rodzinę w sytuacji utraty renty, o pogorszenie się stanu zdrowia.

Badacze zaproponowali rozpoczęcie procesu eliminacji barier od:

- eliminacji barier otoczenia, w szczególności transportowych i uproszczenia przepisów prawa,
- zapewnienia pracownikom niepełnosprawnym bezpieczeństwa rentowego,
- organizację dodatkowego systemu wsparcia przedsiębiorców zatrudniających osoby z niepełnosprawnością,
- przesunięcia części obowiązków i środków związanych z aktywizacją zawodową niepełnosprawnych z poziomu powiatu na poziom gminy.

Na podstawie kolejnych reprezentatywnych badań przeprowadzonych przed kilkoma laty[43] próbowano ustalić, co wg opinii pracowników samorządów powiatowych mogłoby podnieść dynamikę zatrudnienia tej grupy. Najczęściej badani urzędnicy wskazywali na:

- konieczność wprowadzenia korzystniejszych rozwiązań finansowych i innych o charakterze prawnym dla pracodawców gotowych zatrudniać niepełnosprawnych,
- wzrost inwestycji w powiecie i ogólny rozwój kraju,
- podnoszenie kwalifikacji i ogólnej aktywności w poszukiwaniu pracy niepełnosprawnych,
- zmianę postaw pracodawców,
- efektywniejsze pozyskiwanie środków z Unii Europejskiej,
- efektywniejsze szkolenia, promocja niepełnosprawnych na lokalnym rynku pracy,
- większą aktywność organizacji pozarządowych, gmin, powiatów i pełnej realizacji przyjętego w powiecie programu działań na rzecz osób z niepełnosprawnościami.

Jak widać wiele z tych propozycji powtarza się w każdym przywoływanym badaniu.

[43] J. Chorążuk, *Aktywizacja zawodowa osób niepełnosprawnych w świetle badań samorządów powiatowych, samorządów gminnych oraz osób niepełnosprawnych*, w: praca zbiorowa pod red. A. Barczyńskiego, *Społeczne korzyści zatrudniania osób niepełnosprawnych*, KIG-R, Warszawa 2008, s. 310.

Dotyczy to także postulatu większego zaangażowania gmin w procesie ograniczania bezrobocia wśród niepełnosprawnych. Prawdopodobnie nie zaszły radykalne zmiany w tym względzie także na terenie naszego województwa w stosunku do wyników pochodzących z cytowanych badań ogólnopolskich, gdzie tylko 7,6% badanych samorządów gminnych twierdziło, że często włączają się w ten proces, natomiast aż 22,7% gmin twierdziło, że czyni to sporadycznie. W przytaczanym badaniu ustalono też wspominany już brak współpracy pomiędzy oboma szczeblami samorządów w badanym przedmiocie, ustalono także istotne różnice obu podmiotów co do zgłoszonych propozycji zmian. Gminy postulowały wprowadzenie bardziej konkretnych rozwiązań mogących poprawić wg nich sytuację w zatrudnieniu niepełnosprawnych, co wydaje mi się optymistyczne, bo pokazuje praktyczną orientację odnośnie potrzeb tej grupy społecznej. Postulowały one najczęściej:

- zwrot kosztów asystenta dla osoby niepełnosprawnej (gdyby zachodziła potrzeba),
- zwrot kosztów niezbędnego transportu,
- realizację w praktyce ustawowych zadań administracji publicznej w zakresie zatrudniania niepełnosprawnych,
- szkolenie pracodawców samorządowych w zakresie zatrudniania niepełnosprawnych,
- podejmowanie ściślejszej współpracy organizacji pozarządowych i administracji samorządowej w zakresie wypracowania konkretnych rozwiązań zatrudniania niepełnosprawnych.

Gdyby wprowadzić w życie powyższe postulaty, codzienna rzeczywistość funkcjonowania interesującej nas zbiorowości w społecznościach lokalnych z pewnością byłaby inna. Niestety, same gminy nie angażują się zbytnio, jak już wspominano, w zmianę istniejącej sytuacji, o czym świadczy fakt, że tylko 6,8% badanych gmin brało udział w tworzeniu powiatowych programów na rzecz osób niepełnosprawnych, 2,6% współpracowało z PUP w zakresie ofert pracy dla tej populacji i 5,3% podejmowało działania w ramach wykorzystania środków finansowych z programu PFRON pt. „Program wyrównywania szans między regionami”[44].

Wiele napisano już o problematycznej postawie pracodawców, generalnie niechętnej zatrudnianiu osób z niepełnosprawnościami. Stąd też konieczne było poznanie ich punktu widzenia. Służyły temu badania mające na celu zidentyfikowanie proponowanych przez nich sposobów likwidowania istniejących barier w zatrudnianiu interesującej nas grupy[45]. Wg nich, najważniejsze zmiany, jakie należy przeprowadzić, dotyczą obowiązujących rozwiązań prawnych zatrudnienia na otwar-

[44] J. Chorążuk, *Aktywiazacja...*, op.cit., s. 316.

[45] A. Kubów, *Postawy pracodawców Dolnego Śląska wobec pracowników niepełnosprawnych*, w: red. R. Rauziński, T. Sołdra-Gwiżdż, *Polityka społeczna na Śląsku wobec kryzysu – ujęcie regionalne*, PIN Instytut Śląski w Opolu, Opole 2009; *Niepełnosprawni – Przedsiębiorcom, Przedsiębiorcy - Niepełnosprawnym. Badanie potencjału i oczekiwań śląskiego rynku pracy*, red. naukowa S. Kantyka, Ruda Śląska 2011.

tym rynku pracy. Prawie połowa badanych pracodawców uważa, że należy wprowadzić ulgi podatkowe (48,9%) oraz obniżyć wysokość składek na ubezpieczenie społeczne (48,7%), zaś około 1/3 z nich (33,3%) proponuje uprościć obowiązujące regulacje prawne. Dodając do tego, że 23,7% badanych pracodawców podkreśla konieczność uproszczenia obowiązujących procedur administracyjnych, zaś 23,1% podnosi konieczność zwiększenia stabilności obowiązujących regulacji prawnych, widać wyraźnie, że zasadniczą barierą utrudniającą zwiększanie zatrudnienia niepełnosprawnych są mankamenty legislacyjne. Najmniejsze znaczenie ma tu, ich zdaniem, upowszechnianie doradztwa zawodowego, a także wspieranie firm zatrudniających osoby niepełnosprawne przez organizacje działające na rzecz owych osób oraz lokalne instytucje wspierające rynek pracy[46]. Jak widać na podstawie tych badań, pracodawcy nie dostrzegają korzyści mogących płynąć ze współpracy z podmiotami publicznymi i społecznymi – można kolokwialnie rzec, iż interesuje ich tylko rynek.

Podsumowując przytoczone wnioski z kilku wybranych badań ogólnopolskich, możemy stwierdzić raz jeszcze, że osoby niepełnosprawne mają poważne trudności w znalezieniu miejsca pracy. Główne powody takiego stanu rzeczy są wskazywane w literaturze przedmiotu od lat. Podejmuje się kolejne próby doskonalenia istniejących instrumentów. Na razie ich efekty nie dają oczekiwanych rezultatów. Głównym źródłem utrzymania pozostaje dla tej grupy społecznej renta z tytułu niezdolności do pracy i inne świadczenia socjalne. Istniejący system rentowy sprawia, że osoby niepełnosprawne, podejmując pracę, będącą szansą na wyjście z trudnej sytuacji, muszą liczyć się z utratą świadczeń socjalnych. Wobec niestabilności naszej gospodarki i ogólnoeuropejskiego kryzysu gospodarczego dotykającego nas coraz wyraźniej, jest to duże ryzyko narażające na utratę jakiegokolwiek źródła utrzymania.

Wg najbardziej aktualnych danych statystycznych pochodzących z BAEL z pracy zarobkowej, jako głównego źródła dochodu, utrzymywało się w Polsce w 2011 r. 17,2% osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym (rok wcześniej 16,9%). Podstawowym źródłem utrzymania była dla 57,2% osób niepełnosprawnych w tym wieku renta z tytułu niezdolności do pracy.

Zgodnie z BAEL wskaźnik zatrudnienia rencistów wynosił dla całego kraju w 2010 r. tylko 13%, w 2011 r. nieco wzrósł, do poziomu 12,6%.

W województwie dolnośląskim sytuacja w zakresie zatrudnienia osób z niepełnosprawnościami, charakteryzowana wskaźnikiem zatrudnienia, przedstawia się gorzej niż dla całego kraju. W naszym województwie wynosił on na początku 2012 r. 11,3%, ogółem w Polsce – 14,7%. Podobnie było 5 lat wcześniej, w 2007 r. odpowiednie wskaźniki wynosiły dla województwa dolnośląskiego 10,7% i ogółu kraju 11,4%. Odpowiednie liczby w tym względzie zawiera tabela 2.1.

[46] *Niepełnosprawni – Przedsiębiorcom...*, op.cit., s. 324.

Tabela 2.1. Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych w wieku 16 lat i więcej w województwie dolnośląskim w latach 2007 i 2012

Lata	2007	2007 (%)	2012	2012 (%)
województwo dolnośląskie	298	10,7	283	11,3
ogółem Polska	3774	11,4	3457	14,7

Źródło: BAEL, http://www.rynekpracy.pl (30.08.2012)

Jak pokazano w tabeli 2.2, dużo lepszą sytuację w tym względzie odnotowano w prawie wszystkich innych województwach, tylko w zachodniopomorskim wskaźnik zatrudnienia niepełnosprawnych wynosił tyle, co w naszym województwie – 11,3%. Najwięcej zatrudnionych osób niepełnosprawnych mierzonych tą miarą odnotowano w województwach: podkarpackim – 21,1%, łódzkim – 19,2%, lubuskim – 18,8%.

Niestety, nie dysponujemy danymi statystycznymi dotyczącymi poziomu zarobków niepełnosprawnych pracowników w ujęciu regionalnym.

Tabela 2.2. Wskaźnik aktywności zawodowej i zatrudnienia osób niepełnosprawnych w wieku 16 lat i więcej wg województw w Polsce w I kwartale 2012 r. wg BAEL

Wyszczególnienie	Ogółem	Aktywni zawodowo		Współczynnik aktywności zawodowej	Wskaźnik zatrudnienia
		razem	w tym pracujący		
	w tys.			%	
ogółem	3457	599	507	17,3	14,7
dolnośląskie	283	41	32	14,5	11,3
kujawsko-pomorskie	192	38	32	19,8	16,7
lubelskie	256	40	35	15,6	13,7
lubuskie	138	29	26	21,0	18,8
łódzkie	260	56	50	21,5	19,2
małopolskie	364	52	44	14,3	12,1
mazowieckie	351	57	46	16,2	13,1
opolskie	68	13	11	19,1	16,2
podkarpackie	175	43	37	24,6	21,1
podlaskie	81	16	13	19,8	16,0
pomorskie	182	26	23	14,3	12,6
śląskie	332	51	42	15,4	12,7
świętokrzyskie	137	31	25	22,6	18,2
warmińsko-mazurskie	153	23	18	15,0	11,8
wielkopolskie	343	65	56	19,0	16,3
zachodniopomorskie	141	18	16	12,8	11,3

Źródło: http://www.rynekpracy.pl (30.08.2012)

Tabela 2.3. Zagrożenie ubóstwem w gospodarstwach domowych z osobami niepełnosprawnymi w latach 2004 i 2011

Wyszczególnienie	Minimum egzystencji		Relatywna granica ubóstwa		Ustawowa granica ubóstwa		Urealniona granica ubóstwa	
lata	2004	2011	2004	2011	2004	2011	2004	2011
ogółem gospodarstwa domowe	11,8	6,7%	10,3	16,7	19,2	6,5		11,4
gospodarstwa domowe z co najmniej 1 osobą niepełnosprawną	13,7	9,2%	23,7	22,4	21,7	8,7		15,4
w tym:								
z niepełnosprawną głową gospodarstwa domowego	16,5	9,2	26,8	21,9	24,2	8,2		14,1
przynajmniej z 1 dzieckiem do lat 16 posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności	19,0	9,7%	31,7	26,7	35,9	12,3		23,6
bez osób niepełnosprawnych	11,2	6,0%	19,0	15	18,3	5,9		10,3

Źródło: BAEL, http//www.rynekpracy.pl (30.09.2012)

Legenda:
Minimum egzystencji oznacza taki koszyk dóbr, który wystarcza jedynie na zaspokojenie najbardziej niezbędnych potrzeb, ich niezaspokojenie oznacza wyniszczenie organizmu.
Relatywna granica ubóstwa – 50% średnich miesięcznych wydatków, w tym wartość artykułów otrzymanych nieodpłatnie oraz pobranych z indywidualnego gospodarstwa rolnego (działki) bądź z prowadzonego na własny rachunek ogółu gospodarstw domowych.
Ustawowa granica ubóstwa to kwota uprawniająca do ubiegania się o przyznanie świadczenia pieniężnego z sytemu pomocy społecznej.
Urealniona granica ubóstwa – w cenach z IV kwartału 2006 r.

Szacuje się, że średnie wynagrodzenie osób niepełnosprawnych wynosi 42,7% oficjalnego średniego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw powyżej 9 osób (a więc 1404 zł w 2010 r. i 1475 zł w 2011 r.)[47]

Na zlecenie PFRON zespół pod kierunkiem prof. S. Golinowskiej dokonał szacunkowych obliczeń odnośnie kosztów niepełnosprawności i wg rozumienia Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) „utraconych" dochodów z powodu braku aktywności zawodowej wraz ze składkami na ubezpieczenie społeczne i podatek PIT. W wyniku symulacji wzrostu wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych zaobserwowano 3 efekty: wzrost dochodów gospodarstw domowych z tytułu osiąganych zarobków przez te osoby, wzrost pobranych składek na ubezpieczenie społeczne i przychodów z tytułu podatku PIT oraz powstanie oszczędności w systemie świadczeń społecznych z tytułu zawieszenia wypłaty rent inwalidzkich osobom podejmującym pracę. Szacowany wzrost liczby osób niepełnosprawnych w 2010 r. i 2011 r. do poziomu 20% wskaźnika zatrudnienia, przy założeniu osiągnięcia przez nich średnich dochodów z pracy na poziomie osiąganym odpowiednio w tych latach, oznaczałby wzrost dochodów brutto ich gospodarstw domowych łącznie o 1,7 mld zł w 2010 r. (1,6 mld zł w 2011 r.), tj. około 0,1% PKB. Stanowi to

[47] Szacunkowe dane uczynione przez zespół pod kierunkiem prof. S. Golinowskiej zawarte w: K. Pietka-Kosińska, *Koszty niepełnosprawności*, w: praca zbiorowa pod red. S. Golinowskiej, *Instytucjonalne, zdrowotne i społeczne determinanty niepełnosprawności*, IPiSS 2012, s. 429.

w 2010 r. 1,2 mld zł dochodów netto oraz 0,5 mld zł (0,4 mld zł w 2011 r.) podatku PIT. Składki na ubezpieczenie społeczne płacone przez pracodawcę dałyby dodatkowe 0,2 mld zł (0,01% PKB)[48].

Niestety, ze względu na małą aktywność zawodową i poziom zatrudnienia osób niepełnosprawnych ich gospodarstwa domowe są bardzo często zagrożone lub żyją w ubóstwie. W tabeli 2.3 przedstawiono w liczbach sytuację w tym względzie w 2011 r. i dla porównania w 2004 r. Na podstawie dostępnych z BAEL danych statystycznych możemy stwierdzić, że na tle ogółu gospodarstw domowych i gospodarstw bez osób niepełnosprawnych, zagrożenie ubóstwem w gospodarstwach domowych z osobami niepełnosprawnymi jest większe, szczególnie w tych posiadających przynajmniej 1 dziecko do lat 16 z orzeczeniem o niepełnosprawności w odniesieniu do 4 linii ubóstwa. W roku 2011 w stosunku do roku 2004 sytuacja uległa poprawie w każdej grupie gospodarstw domowych w odniesieniu do każdego typu minimum: egzystencji, relatywnej, ustawowej i urealnionej granicy ubóstwa.

2.1.2. Świadczenia społeczne jako dochód osób niepełnosprawnych

W świetle art. 69 Konstytucji Rzeczpospolitej Polskiej osobom niepełnosprawnym władze publiczne mają obowiązek udzielenia pomocy w zabezpieczaniu egzystencji, przysposobieniu do pracy oraz komunikacji społecznej. Zabezpieczanie egzystencji to przede wszystkim zapewnienie możliwości zaspokojenia podstawowych potrzeb materialnych. Niepełnosprawność jest bowiem związana z całkowitą bądź częściową niezdolnością do podejmowania pracy będącej często podstawowym źródłem dochodu zapewniającego utrzymanie własne i rodziny.

Najważniejsze świadczenia przysługujące osobie niepełnosprawnej w związku z jej niezdolnością do pracy lub śmiercią żywiciela rodziny to:

- renta z tytułu niezdolności do pracy (nazywana potocznie rentą inwalidzką),
- renta szkoleniowa,
- renta socjalna,
- w szczególnych przypadkach renta rodzinna.

Najważniejsze akty prawne regulujące zasady przyznawania tych świadczeń to: Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, Ustawa z dnia 27 czerwca 2003 r. o rencie socjalnej oraz Ustawa z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych.

Renta z tytułu niezdolności do pracy jest udzielana na podstawie kryterium ubezpieczeniowego (w oparciu o zgromadzony ze składek fundusz rentowy). Analogicznie ustalana jest renta szkoleniowa. „Uprawnienia do renty z tytułu niezdolności do pracy i renty szkoleniowej mają więc osoby, które wcześniej pracowały i spełniły kryteria stażu ubezpieczeniowego obowiązującego w powszechnym sys-

[48] Ibidem, s. 429-431.

temie ubezpieczeń społecznych"[49]. Ze świadczeń tych nie skorzystają natomiast osoby, które nigdy nie podjęły zatrudnienia w oparciu o umowy, z których płynie obowiązek opłacania składek na ubezpieczenie rentowe.

Decyzja o przyznaniu bądź odmowie przyznania wspomnianych wyżej rent zależy od statusu osoby niepełnosprawnej na rynku pracy – możliwości wykonywania pracy. Świadczenia te mogą zostać przyznane osobie zatrudnionej lub osobie, w przypadku której nie minęło więcej niż 18 miesięcy od ostatniego zatrudnienia. Ustawodawca przewiduje jeden wyjątek: o renty może ubiegać się także osoba, w przypadku której minęło więcej niż 18 miesięcy od ostatniego zatrudnienia, ale jest uznana za całkowicie niezdolną do pracy, ma wymagany okres składkowy i nieskładkowy[50] oraz legitymuje się co najmniej 20-letnim (w przypadku kobiety) i 25-letnim (w przypadku mężczyzny) okresem składkowym i nieskładkowym.

Renta socjalna z kolei ma tylko i wyłącznie charakter zaopatrzeniowy, finansowana jest z budżetu państwa i jest świadczeniem niezwiązanym z wzajemnym zobowiązaniem ze strony osoby nabywającej. O rentę socjalną może ubiegać się osoba, która nie spełnia wymogów do uzyskania renty z tytułu niezdolności do pracy.

Renta socjalna przysługuje w przypadku, gdy niezdolność do pracy powstała przed ukończeniem 18 roku życia albo w trakcie nauki w szkole lub w szkole wyższej – przed ukończeniem 25 roku życia, albo w trakcie studiów doktoranckich lub aspirantury naukowej. O to świadczenie może ubiegać się tylko osoba pełnoletnia i całkowicie niezdolna do pracy.

Renta rodzinna jest natomiast świadczeniem, do którego mają prawo członkowie rodziny zmarłego, który w chwili śmierci miał ustalone prawo do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy lub spełniał warunki wymagane do uzyskania jednego z tych świadczeń (także wtedy, gdy członek rodziny w chwili śmierci pobierał zasiłek przedemerytalny, świadczenie przedemerytalne lub nauczycielskie świadczenie kompensacyjne i jednocześnie spełniał warunki do uzyskania renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy). Renta ta ma zabezpieczać byt członków rodziny osoby zmarłej, w tym niepełnosprawnych i niesamodzielnych.

Renta rodzinna może mieć charakter ubezpieczeniowy lub zaopatrzeniowy (np. w przypadku renty rodzinnej z tytułu śmierci inwalidy wojennego). Prawo do renty rodzinnej mają „osierocone dzieci, które są całkowicie niezdolne do pracy i samodzielnej egzystencji lub jeśli całkowita niezdolność do pracy powstała do 16 roku życia lub w czasie nauki w szkole do ukończenia 25 lat" (chyba, że dziecko w wieku 25 lat jest na ostatnim roku studiów w szkole wyższej, wtedy do zakończenia tego roku).

Renta rodzinna przysługuje także wdowom po 50 roku życia, u których niezdolność do pracy powstała przed śmiercią męża lub powstała po śmierci męża,

[49] Wymagane okresy stażu ubezpieczeniowego są różne i zależą od wieku osoby, u której pojawiło się inwalidztwo. Patrz: www.zus.gov.pl (09.2012).

[50] Okres składkowy to czas wykonywania pracy objęty ubezpieczeniem społecznym, okres nieskładkowy to okresy objęte ubezpieczeniem społecznym, ale takie, podczas których nie wykonywano pracy zawodowej, np. czas zwolnienia lekarskiego czy urlopu macierzyńskiego.

nie później jednak niż w ciągu 5 lat od jego śmierci lub od zaprzestania wychowywania dzieci do ukończenia 16 lat lub w czasie nauki w szkole do ukończenia 25 lat (chyba, że dziecko w wieku 25 lat jest na ostatnim roku studiów w szkole, to wtedy analogicznie jak poprzednio: do zakończenia tego roku).

W tabeli 2.4 przedstawiono omówione powyżej świadczenia, uwzględniając podmiot orzekający, podmiot wypłacający, metodę finansowania, orzeczenie będące podstawą przyznania renty, wysokość świadczenia oraz wymogi dotyczące czasu pojawienia się niezdolności do pracy.

W województwie dolnośląskim w 2010 r. ponad 209 tys. osób pobierało renty wypłacane w ramach systemu ubezpieczeń społecznych, z czego około 197,5 tys. z ZUS, a 11,5 tys. z Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS).

Tabela 2.5. Świadczenia z ubezpieczeń społecznych. Renciści w województwie dolnośląskim w latach 2009-2010

Kategoria		2009	2010
Przeciętna miesięczna liczba rencistów ogółem		214 639	209 011
w tym	z ZUS	202 973	197 529
	z KRUS	11 666	11 482
Przeciętna miesięczna liczba rencistów pobierająca rentę z tytułu niezdolności do pracy		112 202	106 691
w tym	z ZUS	102 169	96 835
	z KRUS	10 033	9 856
Przeciętna miesięczna liczba rencistów pobierająca rentę rodzinną		102 437	102 320
w tym	z ZUS	100 804	100 694
	z KRUS	1 633	1 626

Źródło: *Przeciętna miesięczna liczba emerytów i rencistów z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych według regionów i województw w 2010 r. Emerytury i renty w 2010 r.*, GUS, Warszawa 2010, tabl. 2, s. 39; *Przeciętna miesięczna liczba emerytów i rencistów z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych według regionów i województw w 2009 r. Emerytury i renty w 2009 r.*, GUS, Warszawa 2010, tabl. 2, s. 42; *Przeciętna miesięczna liczba rencistów z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych według regionów i województw w 2009 r. Emerytury i renty w 2009 r.*, GUS, Warszawa 2010, tabl. 9, s. 48; *Przeciętna miesięczna liczba rencistów z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych według województw w 2010 r. Emerytury i renty w 2010 r.*, GUS, Warszawa 2010, tabl. 7, s. 44; *Przeciętna miesięczna liczba emerytów i rencistów z Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego według regionów i województw w 2010 r. Emerytury i renty w 2010 r.*, GUS, Warszawa 2010, tabl. 4, s. 41; *Przeciętna miesięczna liczba emerytów i rencistów z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych według regionów województwa w 2009 r. Emerytury i renty w 2009 r.*, GUS, Warszawa 2010, tabl. 5, s. 45; *Przeciętna miesięczna liczba rencistów z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych według regionów i województw w 2009 r. Emerytury i renty w 2009 r.*, GUS, Warszawa 2010, tabl. 11, s. 50; *Przeciętna miesięczna liczba rencistów z Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego według województw w 2010 r. Emerytury i renty w 2010 r.*, GUS, Warszawa 2010, tabl. 9, s. 46

W województwie dolnośląskim rentę z tytułu niezdolności do pracy pobierało w 2010 r. ponad 106 tys. osób, co stanowiło 27% całej populacji, z czego ponad 96 tys. z ZUS (niemalże 91% wszystkich przyznanych rent inwalidzkich)[51]. Warto

[51] W 2002 r. liczba osób niepełnosprawnych w województwie dolnośląskim wynosiła 435,8 tys., co stanowiło 15,0% ogółu ludności województwa (co 7 mieszkaniec Dolnego Śląska był osobą niepełnosprawną). Źródłem danych jest opracowanie: *Wyniki powszechnego spisu ludności i mieszkań 2002*, GUS, http://www.stat.gov.pl/wroc/67_363_PLK_HTML.htm (22.07.2012).

Tabela 2.4. Renta z tytułu niezdolności do pracy i renta socjalna – zestawienie

Kryterium	Renta z tytułu niezdolności do pracy	Renta szkoleniowa	Renta socjalna	Renta rodzinna (dla dzieci i wdów)
podmiot orzekający	Lekarz orzecznik ZUS lub lekarz rzeczoznawca KRUS			
podmiot wypłacający	ZUS lub KRUS (odpowiedni organ emerytalno-rentowy)			
metoda finansowania	Metoda ubezpieczeniowa		Metoda zaopatrzeniowa	Metoda ubezpieczeniowa bądź zaopatrzeniowa w przypadku renty rodzinnej po inwalidzie wojennym.
podstawa przyznania renty	Orzeczenie ZUS o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy zarobkowej		Całkowita niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy	• Śmierć rodzica/małżonka, który w chwili śmierci miał ustalone prawo do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy lub spełniał warunki wymagane do uzyskania jednego z tych świadczeń. • Całkowita niezdolność do pracy.
wysokość świadczenia	• Renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy: obliczana w oparciu o kwotę bazową, liczbę lat składkowych i nieskładkowych. • Renta z tytułu częściowej niezdolności do pracy: 75% renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy.		84% kwoty najniższej renty z tytułu całkowitej niezdolności do pracy	85%, 90%, 95% emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy, które przysługiwałoby zmarłemu (zależności od liczby uprawnionych osób).
wymogi dotyczące momentu naruszenia sprawności organizmu	• Niezdolność do pracy powstała w okresach składkowych lub nieskładkowych albo nie później niż w ciągu 18 miesięcy od ustania tych okresów. Wymóg ten nie obowiązuje w stosunku do osoby, która spełnia łącznie następujące warunki: została uznana za całkowicie niezdolną do pracy; spełnia warunek posiadania wymaganego okresu składkowego i nieskładkowego oraz legitymuje się co najmniej 20-letnim (w przypadku kobiety) i 25-letnim (w przypadku mężczyzny) okresem składkowym i nieskładkowym. • Posiadanie wymaganego – stosownego do wieku, w którym powstała niezdolność do pracy – okresu składkowego i nieskładkowego. Warunek ten nie jest wymagany od ubezpieczonego, który stał się niezdolny do pracy z powodu skutków wypadku w drodze do pracy lub z pracy.		Niezdolność do pracy nastąpiła przed ukończeniem 18 roku życia albo w trakcie nauki w szkole lub w szkole wyższej – przed ukończeniem 25 roku życia albo w trakcie studiów doktoranckich lub aspirantury naukowej.	• Dla dzieci: całkowita niezdolność do pracy powstała w okresie do ukończenia 16 lat, a w czasie nauki w szkole do ukończenia 25 lat (chyba, że dziecko w wieku 25 lat jest na ostatnim roku studiów w szkole wyższej, wtedy do zakończenia tego roku). W przypadku niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji nie ma wymogów co do momentu naruszenia sprawności organizmu. • Dla wdowy: niezdolność do pracy powstała przed śmiercią męża lub powstała po śmierci męża, nie później jednak niż w ciągu 5 lat od jego śmierci lub od zaprzestania wychowywania dzieci do ukończenia 16 lat lub w czasie nauki w szkole do ukończenia 25 lat (chyba, że dziecko w wieku 25 lat jest na ostatnim roku studiów w szkole, wtedy do zakończenia tego roku).
inne wymogi przy ubieganiu się o świadczenie	Brak	Uzyska orzeczenie o celowości przekwalifikowania zawodowego ze względu na niezdolność do pracy w dotychczasowym zawodzie.	Pełnoletniość	Dla wdowy – ukończone 50 lat

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, Dz. U. 1998 nr 162 poz. 1118 z późn. zm.; Ustawa z dnia 27 czerwca 2003 r. o rencie socjalnej, Dz. U. 2003 nr 135 poz. 1268 z późn. zm.; www.zus.pl

zauważyć, że liczba rencistów z ZUS sukcesywnie spada od 2000 r., kiedy to ponad 223 tys. osób pobierało to świadczenie (spadek o 126 tys. wobec 2010 r.)

Rentę rodzinną otrzymało w 2010 r. nieco ponad 112 tys. osób, przy czym na podstawie dostępnych danych nie ma możliwości określenia, ile z tych osób uzyskało ją ze względu na niepełnosprawność własną. Liczba świadczeniobiorców renty rodzinnej z ZUS wyniosła w 2010 r. 102 tys. (analogicznie: około 91% wszystkich przyznanych rent rodzinnych), przy czym wobec 2000 r. wzrosła o ponad 5 tys. osób.

W 2010 r. suma wypłaconych rent z tytułu niezdolności do pracy i rent rodzinnych w województwie dolnośląskim wynosiła brutto ponad 3,5 mln zł, z czego ponad 3,4 mln zł to renty wypłacane w ramach ZUS. Suma rent dla rolników wynosiła około 113,4 tys. zł (zaledwie około 3,2% sumy wszystkich wypłaconych rent).

Tabela 2.6. Świadczenia z ubezpieczeń społecznych. Renty brutto w województwie dolnośląskim w latach 2009-2010 (dane w tys. zł)

Kategoria		2009	2010
Ogółem renty		3 426 041,20	3 544 374,30
w tym	z ZUS	3 316 413,30	3 430 978,10
	z KRUS	109 627,90	113 396,20
Ogółem renty z tytułu niezdolności do pracy		1 688 877,50	1 703 175,30
w tym	z ZUS	1 598 908,10	1 610 554,80
	z KRUS	89 969,40	92 620,50
Przeciętna miesięczna renta z tytułu niezdolności do pracy z ZUS		1 304,13	1 385,99
Przeciętna miesięczna renta z tytułu niezdolności do pracy z KRUS		747,29	783,11
Ogółem renty rodzinne		1 737 077,70	1 841 100,50
w tym	z ZUS	1 717 505,20	1 820 423,30
	z KRUS	19 572,50	20 677,20
Przeciętna miesięczna renta rodzinna z ZUS		1 419,84	1 506,57
Przeciętna miesięczna renta rodzinna z KRUS		998,70	1 059,72

Źródło: *Emerytury i renty brutto z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych według województw w 2010 r. Emerytury i renty w 2010 r.*, GUS, Warszawa 2010, tabl. 19, s. 57; *Emerytury i renty brutto z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych według województw w 2009 r., Emerytury i renty w 2009 r.*, GUS, Warszawa 2010, tabl. 27, s. 62; *Renty brutto z Zakładu Ubezpieczenia Społecznego według województw w 2010 r. Emerytury i renty w 2010 r.*, GUS, Warszawa 2010, tabl. 20, s. 58; *Renty brutto z Zakładu Ubezpieczenia Społecznego według województw w 2009 r. Emerytury i renty w 2009 r.*, GUS, Warszawa 2010, tabl. 28, s. 63; *Przeciętna miesięczna renta brutto z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych według województw w 2010 r. Emerytury i renty w 2010 r.*, GUS, Warszawa 2010, tabl. 32, s. 70; *Przeciętna miesięczna renta brutto z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych według województw w 2009 r. Emerytury i renty w 2010 r.*, GUS, Warszawa 2010, tabl. 41, s. 75; *Emerytury i renty brutto z Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego według województw w 2010 r. Emerytury i renty w 2010 r.*, GUS, Warszawa 2010, tabl. 21, s. 59; *Emerytury i renty brutto z Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego według województw w 2009 r. Emerytury i renty w 2009 r.*, GUS, Warszawa 2010, tabl. 29, s. 64; *Renty brutto z Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego według województw w 2010 r. Emerytury i renty w 2010 r.*, GUS, Warszawa 2010, tabl. 22, s. 60; *Renty brutto z Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego według województw w 2009 r. Emerytury i renty w 2009 r.*, GUS, Warszawa 2010, tabl. 30, s. 65; *Przeciętna miesięczna renta brutto z Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego według województw 2010 r. Emerytury i renty w 2010 r.*, GUS, Warszawa 2010, tabl. 34, s. 72; *Przeciętna miesięczna renta brutto z Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego według województw 2009 r. Emerytury i renty w 2010 r.*, GUS, Warszawa 2010, tabl. 43, s. 77

Suma wypłaconych rent z tytułu niezdolności do pracy przekraczała w 2010 r. 1,7 mln zł, z czego 1,6 mln zł z ZUS. Przeciętna miesięczna renta z tytułu niezdolności do pracy z ZUS w tym samym roku wyniosła 1385,99 zł, co oznacza wzrost wobec roku poprzedniego o blisko 82 zł. Renty inwalidzkie wypłacane w analogicznym okresie przez KRUS są niższe: przeciętna miesięczna renta wynosiła 783,11 zł.

Tabela 2.7. Renta z tytułu niezdolności do pracy z ZUS w województwie dolnośląskim w latach 2000-2010

Kategoria	2000	2005	2009	2010
osoby pobierające rentę	223 284	161 056	102 169	96 835
świadczenia w mln zł	2 030,90	1 895,80	1 598,90	1 610,60
przeciętna miesięczna w zł	757,97	980,92	1 304,13	1 385,99

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Emeryci i renciści*, „Rocznik Statystyczny Województwa Dolnośląskiego", Urząd Statystyczny we Wrocławiu, Wrocław 2011, tabl. 7(106), s. 175; *Świadczenia emerytalne i rentowe*, „Rocznik Statystyczny Województwa Dolnośląskiego", Urząd Statystyczny we Wrocławiu, Wrocław 2011, tabl. 8(106), s. 176

Z kolei suma wypłaconych rent rodzinnych w województwie dolnośląskim w 2010 r. wynosiła ponad 1,84 mln zł, z czego 1,82 mln z ZUS. Przeciętna miesięczna renta rodzinna z ZUS wyniosła 1506,57, z KRUS była o niecałe 500 zł niższa i wyniosła 1059,72 zł.

Tabela 2.8. Renta rodzinna z ZUS w województwie dolnośląskim w latach 2000-2010

Kategoria	2000	2005	2009	2010
osoby pobierające rentę	94 975	101 212	100 804	100 694
świadczenia w mln zł	951,90	1 327,70	1 717,50	1 820,40
przeciętna miesięczna w zł	837,78	1 093,18	1 419,84	1 506,57

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Emeryci i renciści*, „Rocznik Statystyczny Województwa Dolnośląskiego", Urząd Statystyczny we Wrocławiu, Wrocław 2011, tabl. 7(106), s. 175; *Świadczenia emerytalne i rentowe*, „Rocznik Statystyczny Województwa Dolnośląskiego", Urząd Statystyczny we Wrocławiu, Wrocław 2011, tabl. 8(106), s. 176

Inne świadczenia, które zasilają budżety gospodarstw z osobami niepełnosprawnymi to świadczenia z pomocy społecznej. W sytuacji niedostatku materialnego osoby niepełnosprawne mogą ubiegać się w szczególności o zasiłek stały lub zasiłek okresowy. Są to świadczenia przyznawane na podstawie zasady opiekuńczej, przyznawane indywidualnie i mające charakter uznaniowy[52]. Źródłem finansowania są budżety publiczne.

O przyznaniu świadczeń z pomocy społecznej decydują warunki życiowe danej osoby lub gospodarstwa (oceniane w oparciu o dochody i środki utrzymania)[53].

[52] O. Kowalczyk, *Zagadnienia ogólne zabezpieczenia społecznego*, w: red. O. Kowalczyk, S. Kamiński, *Wymiary polityki społecznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2009, s. 61.

[53] M. Księżopolski, *Zabezpieczenia społecznego techniki*, w: red. B. Rysz-Kowalczyk, *Leksykon polityki społecznej*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2002, s. 239.

Ich celem jest umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości[54].

Tabela 2.9. Świadczenia pieniężne z pomocy społecznej przysługujące ze względu na niepełnosprawność

Kategoria	Zasiłek stały	Zasiłek okresowy	Zasiłek okresowy (zwrotny)
podmiot orzekający	Jednostki pomocy społecznej (np. OPS, GOPS, MOPS) na podstawie dokumentów przygotowanych przez pracownika socjalnego		
podmiot wypłacający	Jednostki pomocy społecznej (np. OPS, GOPS, MOPS)		
metoda finansowania	Metoda opiekuńcza	Metoda opiekuńcza	Metoda opiekuńcza
podstawa przyznania zasiłku	Całkowita niezdolność do pracy ze względu na wiek i niepełnosprawność	Długotrwała choroba, niepełnosprawność, bezrobocie, możliwość utrzymania lub nabycia uprawnień do świadczeń z innych systemów zabezpieczenia społecznego	W szczególnie uzasadnionych sytuacjach długotrwałej choroby, niepełnosprawności, bezrobocia, możliwości utrzymania lub nabycia uprawnień do świadczeń z innych systemów zabezpieczenia społecznego
kryterium dochodowe	477 dla osoby samotnie gospodarującej lub 351 dla osoby w rodzinie	477 dla osoby samotnie gospodarującej lub 351 dla osoby w rodzinie	brak
wysokość zasiłku	od 30 do 418 dla osoby samotnie gospodarującej lub do 351 dla osoby w rodzinie	od 20 do 418 dla osoby samotnie gospodarującej lub do 351 dla osoby w rodzinie	od 20 do 418 dla osoby samotnie gospodarującej lub do 351 dla osoby w rodzinie

Źródło: Opracowano na podstawie: Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz. U. 2004 nr 69 poz. 593 z późn. zm.; E. Nassalska, *Ocena instrumentów stosowanych w walce z ubóstwem w opinii ubogich kobiet w Polsce*, INDYGO, Wrocław 2012, s. 92

O zasiłki z pomocy społecznej mogą ubiegać się osoby, którym nie przysługują świadczenia rentowe lub jeśli świadczenia te są niewystarczające dla utrzymania gospodarstwa z osobą uprawnioną do renty. Są to m.in. osoby, które nie spełniają kryteriów uprawniających do uzyskania renty z tytułu niezdolności do pracy, renty rodzinnej i renty socjalnej.

Na Dolnym Śląsku beneficjenci pomocy społecznej to przede wszystkim osoby, którym przyznano świadczenia ze względów ekonomicznych (63% beneficjentów uzyskało świadczenia z tej przyczyny). Jednak blisko 27% beneficjentów uzyskało świadczenie ze względu właśnie na zły stan zdrowia, w tym jak się wydaje niepełnosprawność. Oznacza to, iż niemalże co 3 klient pomocy społecznej to osoba wymagająca wsparcia ze względów zdrowotnych.

[54] Art. 2 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz. U. 2004 nr 69 poz. 593 z późn. zm.

Tabela 2.10. Struktura beneficjentów pomocy społecznej wg przyczyny przyznania świadczenia w województwie dolnośląskim (dane w %)

Kategoria	2009	2010
przyczyny ekonomiczne	76	63
przyczyny zdrowotne	17,9	26,7
przyczyny rodzinne	4,3	7,9
przyczyny społeczne	1,4	1,6
przyczyny pozostałe	0,2	0,8

Źródło: *Struktura gospodarstw domowych beneficjentów środowiskowej pomocy społecznej według przyczyny przyznania świadczenia, Pomoc społeczna – infrastruktura, beneficjenci, świadczenia w 2010 r.*, GUS, Warszawa 2012, tabl. 70, s. 169; *Struktura gospodarstw domowych beneficjentów środowiskowej pomocy społecznej według przyczyny przyznania świadczenia, Pomoc społeczna – infrastruktura, beneficjenci, świadczenia w 2009 r.*, GUS, Warszawa 2010, tabl. 70, s. 165

W województwie dolnośląskim w 2010 r. z zasiłków pieniężnych skorzystało 129,4 tys. osób, z czego niecałe 14,2 tys. osób skorzystało z zasiłków stałych (nieco częściej niż co 10 beneficjent). Zasiłki stałe przysługują osobie całkowicie niezdolnej do pracy ze względu na wiek lub niepełnosprawność. Na podstawie dostępnych danych nie ma możliwości oszacowania, ile wśród beneficjentów tego świadczenia jest osób w wieku aktywności zawodowej i osób niepełnosprawnych.

Tabela 2.11. Korzystający z pomocy społecznej w województwie dolnośląskim w latach 2009-2010

Kategoria	2009	2010
korzystający ze świadczeń pieniężnych	131 646	129 408
korzystający z zasiłków stałych	13 860	14 157
korzystający z zasiłków okresowych	36 543	37 672
korzystający z zasiłków okresowych z powodu bezrobocia	30 624	31 791

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Świadczenia z pomocy społecznej*, „Rocznik Statystyczny Województwa Dolnośląskiego", Urząd Statystyczny we Wrocławiu, Wrocław 2011, tabl. 14(174), s. 241; *Osoby korzystające ze świadczeń pomocy społecznej według województw, Pomoc społeczna – infrastruktura, beneficjenci, świadczenia w 2010 r.*, op.cit., tabl. 62, s. 162; *Osoby korzystające ze świadczeń pomocy społecznej według województw, Pomoc społeczna – infrastruktura, beneficjenci, świadczenia w 2009 r.*, op.cit., tabl. 62, s. 158

Zasiłki okresowe to także świadczenia przysługujące m.in. ze względu na niepełnosprawność. O te świadczenia mogą się jednak ubiegać osoby ze względu na inne przyczyny, takie jak: długotrwała choroba, bezrobocie, możliwość utrzymania lub nabycia uprawnień do świadczeń z innych systemów zabezpieczenia społecznego. Łącznie na Dolnym Śląsku niecałe 37,7 tys. osób w 2010 r. pobierało zasiłek okresowy, najczęściej jednak z powodu bezrobocia (84% wszystkich beneficjentów zasiłków okresowych z pomocy społecznej).

Zasiłki stałe i okresowe to niecałe 49% sumy kwot wszystkich zasiłków pieniężnych wypłaconych z pomocy społecznej w 2010 r. Łącznie na zasiłki stałe przeznaczono w naszym województwie ponad 48,6 tys. zł, co oznacza, że przeciętny zasiłek miesięczny wynosił w 2010 r. około 286 zł (w przypadku zasiłku okreso-

Tabela 2.12. Kwoty udzielonych świadczeń z pomocy społecznej w województwie dolnośląskim w latach 2009-2010 (dane w tys. zł)

Kategoria	2009	2010
kwoty udzielonych świadczeń w formie pieniężnej	210 967,80	211 399,90
kwoty udzielonych świadczeń w formie zasiłku stałego	46 575,90	48 637,70
kwoty udzielonych świadczeń w formie zasiłku okresowego	55 499,40	55 729,40
kwoty udzielonych świadczeń w formie zasiłku okresowego z powodu bezrobocia	48 032,80	48 609,90

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Świadczenia z pomocy społecznej*, „Rocznik Statystyczny Województwa Dolnośląskiego", Urząd Statystyczny we Wrocławiu, Wrocław 2011, tabl. 14(174), s. 241; *Kwoty udzielonych w formie pieniężnej świadczeń pomocy społecznej według województw, Pomoc społeczna – infrastruktura, beneficjenci, świadczenia w 2010 r.*, op.cit., tabl. 65, s. 165; *Kwoty udzielonych w formie pieniężnej świadczeń pomocy społecznej według województw, Pomoc społeczna – infrastruktura, beneficjenci, świadczenia w 2010 r.*, op.cit., tabl. 65, s. 165

wego było to 55,7 tys. zł i około 123 zł). Przeciętny miesięczny zasiłek okresowy z powodu bezrobocia wynosił 127 zł, a z innych przyczyn: około 100 zł.

Rodziny z dziećmi na utrzymaniu, których dochód nie przekracza progu dochodowego uprawniającego do świadczeń z pomocy społecznej, mają także prawa do świadczeń rodzinnych (dochód poniżej 504 zł na osobę w rodzinie). Dodatkowo każdej rodzinie, gdy jej członkiem jest dziecko legitymujące się orzeczeniem o niepełnosprawności lub orzeczeniem o umiarkowanym albo o znacznym stopniu niepełnosprawności, zasiłek rodzinny przysługuje, jeżeli dochód rodziny w przeliczeniu na osobę albo dochód osoby uczącej się nie przekracza kwoty 583,00 zł[55]. Świadczenia rodzinne są świadczeniami o charakterze zaopatrzeniowym i finansowane są z budżetów publicznych.

Wśród świadczeń rodzinnych są i takie, z których korzystać mogą przede wszystkim rodziny z niepełnosprawnym członkiem, a mianowicie: dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu rehabilitacji dziecka, zasiłek pielęgnacyjny i świadczenie pielęgnacyjne. Pierwsze świadczenie, dodatek z tytułu rehabilitacji dziecka, przysługuje rodzinie ze względu na zwiększone koszty opieki nad dzieckiem wynikające z konieczności jego rehabilitacji. Świadczenie to przysługuje na dziecko do ukończenia 16 roku życia (jeżeli legitymuje się orzeczeniem o niepełnosprawności) oraz do ukończenia 24 roku życia (jeżeli legitymuje się orzeczeniem o umiarkowanym albo o znacznym stopniu niepełnosprawności).

Zasiłek pielęgnacyjny przysługuje rodzinie, jeśli pojawia się konieczność zapewnienia opieki i pomocy innej osoby członkowi rodziny w związku z jego niezdolnością do samodzielnej egzystencji. Takie świadczenie przysługuje m.in. na osobę niepełnosprawną powyżej 16 roku życia, jeżeli legitymuje się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności lub o umiarkowanym stopniu, jeśli niepełnosprawność powstała do ukończenia 21 roku życia lub na osobę.

W rodzinie, której jeden z członków rezygnuje z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej w celu sprawowania opieki nad osobą legitymującą się orzeczeniem o nie-

[55] Kryteria dochodowe mają ulec zmianie 1.10.2012 r.

Tabela 2.13. Świadczenia rodzinne i opiekuńcze przysługujące w szczególności ze względu na niepełnosprawność własną lub członka rodziny

Kategoria	Dodatek z tytułu rehabilitacji dziecka	Zasiłek pielęgnacyjny	Świadczenie pielęgnacyjne
podmiot orzekający i wypłacający	wójt, burmistrz lub prezydent miasta, właściwy ze względu na miejsce zamieszkania osoby ubiegającej się o świadczenie rodzinne		
metoda finansowania	metoda zaopatrzeniowa		
podstawa przyznania zasiłku	zwiększone wydatki w związku z opieką nad dzieckiem związane z jego rehabilitacją	Konieczność zapewnienia opieki i pomocy innej osoby w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji: • niepełnosprawnemu dziecku do 16 roku życia, • osobie niepełnosprawnej powyżej 16 roku życia, jeżeli legitymuje się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności lub o umiarkowanym stopniu, jeśli niepełnosprawność powstała do ukończenia 21 roku życia, • osobie, która ukończyła 75 lat	Rezygnacja z zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej w celu sprawowania opieki nad osobą legitymującą się orzeczeniem o niepełnosprawności łącznie z odpowiednimi wskazaniami albo osobą legitymującą się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności.
kryterium dochodowe na osobę w rodzinie	prawo do zasiłku rodzinnego	brak	brak
wysokość zasiłku	• 60 zł miesięcznie na dziecko w wieku do ukończenia 5 roku życia • 80 zł miesięcznie na dziecko powyżej 5 roku życia do ukończenia 24 roku życia	153 zł miesięcznie	520 zł miesięcznie
inne kryteria	• przysługuje na dziecko do ukończenia 16 roku życia (jeżeli legitymuje się orzeczeniem o niepełnosprawności) • do ukończenia 24 roku życia (jeżeli legitymuje się orzeczeniem o umiarkowanym albo o znacznym stopniu niepełnosprawności)	• osoba wymagająca opieki nie jest umieszczona w instytucji zapewniającej całodobowe utrzymanie, • osoba sprawująca opiekę nie jest uprawniona do dodatku pielęgnacyjnego, • osobie w rodzinie nie przysługuje za granicą świadczenie na pokrycie wydatków związanych z pielęgnacją tej osoby	• osoba sprawująca opiekę nie ma ustalonego prawa do emerytury, renty, renty socjalnej, zasiłku stałego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego, • osoba wymagająca opieki nie pozostaje w związku małżeńskim, została umieszczona w rodzinie zastępczej (z wyjątkami), • osoba w rodzinie nie ma ustalonego prawa do wcześniejszej emerytury na to dziecko, dodatku z tytułu opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego, świadczenia pielęgnacyjnego na to lub na inne dziecko w rodzinie oraz na osobę wymagającą opieki, • członek rodziny nie jest uprawniony za granicą do świadczenia na pokrycie wydatków związanych z opieką

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych, Dz. U. 2003 nr 228 poz. 2255

pełnosprawności, łącznie z odpowiednimi wskazaniami, albo osobą legitymującą się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, przysługuje świadczenie pielęgnacyjne. Wysokość takiego świadczenia wynosi obecnie 520 zł miesięcznie.

Niestety, nie są dostępne dane statystyczne pozwalające na analizę realizacji świadczeń rodzinnych odnośnie Dolnego Śląska. W związku z tym, w celu nakreślenia skali zaopatrzenia w świadczenia rodzinne, przedstawiono najważniejsze dane krajowe. W świetle tych danych w Polsce w 2010 r. ze świadczeń rodzinnych skorzystało 2219 tys. rodzin. Ze świadczeń uzależnionych od dochodu skorzystało 166,6 tys. rodzin z dziećmi niepełnosprawnymi, co stanowi 10,8% wszystkich rodzin korzystających z tego typu świadczeń[56].

W 2010 r. dodatków do zasiłku rodzinnego z tytułu kształcenia i rehabilitacji dziecka niepełnosprawnego wypłacano przeciętnie w miesiącu w ilości 172,9 tys., a wydatki na ten dodatek wyniosły 159 014 tys. zł[57]. Zasiłków pielęgnacyjnych przyznawano przeciętnie w miesiącu 873 tys., a świadczeń pielęgnacyjnych – dla 108,4 tys. osób[58]. Wydatki na zasiłki i świadczenia pielęgnacyjne wyniosły analogicznie 1602,828 tys. zł i 667,1 tys. zł[59].

Podsumowaniem tej części opracowania dotyczącego dochodów rodzin z osobami niepełnosprawnymi mogą być dane na temat źródeł dochodów osób niepełnosprawnych pochodzące ze spisu powszechnego z 2002 r.[60] W świetle danych GUS źródła dochodów osób niepełnosprawnych w wieku aktywności zawodowej można podzielić na źródła zarobkowe (dochody z pracy) i źródła niezarobkowe (renty z tytułu niezdolności do pracy, renty socjalne, renty i świadczenia rodzinne, zasiłki z pomocy społecznej i zasiłki dla bezrobotnych). Osoby niepełnosprawne i gospodarstwa z osobami niepełnosprawnymi najczęściej utrzymują się jednak głównie ze źródeł niezarobkowych.

Niecałe 26% gospodarstw z osobą niepełnosprawną i 12% osób niepełnosprawnych utrzymywało się w tamtym okresie głównie z dochodów z pracy (przy czym jedynie 7% osób niepełnosprawnych uzyskiwało dochód z pracy własnej, najczęściej z pracy najemnej poza rolnictwem)[61].

Dla 66% rodzin z osobą niepełnosprawną i 56% osób niepełnosprawnych renta socjalna, renta z tytułu niezdolności do pracy, renta rodzinna, zasiłki z pomo-

[56] *Informacja o realizacji świadczeń rodzinnych w 2010 r.*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Departament Polityki Rodzinnej, Warszawa 2011, s. 8, http://www.mpips.gov.pl/gfx/mpips/userfiles/_public/1_NOWA%20STRONA/Polityka%20rodzinna/statystyka/sw_rodzinne_2010.pdf (27.07.2012).

[57] Ibidem, s. 13, 18.

[58] Ibidem, s. 13-14.

[59] Ibidem, s. 19.

[60] Jedynymi badaniami, które pozwalają na ustalenie źródeł utrzymania osób niepełnosprawnych w województwie dolnośląskim są spisy powszechne. Choć ostatni spis miał miejsce w 2011 r., to jednak jego wyniki nie są jeszcze dostępne i w związku z tym nadal podejmując się analizy sytuacji ekonomicznej osób niepełnosprawnych, możemy korzystać przede wszystkim z danych z powszechnego spisu z 2002 r.

[61] *Osoby niepełnosprawne*, GUS, tabl. 1A, http://www.stat.gov.pl/wroc/67_363_PLK_HTML.htm (22.07.2012).

cy społecznej i zasiłki dla bezrobotnych były najważniejszym źródłem utrzymani (w tym jedynie dla około 1,1% i 1,3% głównym dochodem był zasiłek dla bezrobot nych i zasiłki z pomocy społecznej).

W tabeli 2.14 zamieszczono zbiorcze zestawienie źródeł utrzymania gospo darstw domowych z dorosłymi osobami niepełnosprawnymi w 2002 r. Z powo du braku dostępnych danych statystycznych pochodzących z ostatniego spisu po wszechnego, musimy, dla ogólnej orientacji w sytuacji ekonomicznej tej zbiorowo ści, zadowolić się tymi, z pewnością nie do końca aktualnymi, informacjami.

Tabela 2.14. Główne źródła utrzymania osób niepełnosprawnych w województwie dolnośląskim w 2002 r.

Kategoria		Osoby niepełnosprawne	Gospodarstwa z osobami niepełnosprawnymi
Ogółem osób/gospodarstw utrzymujących głównie z:		435 846	346 524
dochodów z pracy		50 912	90 615
w tym dochodów z pracy poza rolnictwem		45 409	80 617
w tym	pracy najemnej	39 275	70 293
	na rachunek własny	6 134	10 324
w tym dochodów z pracy w rolnictwie		5 503	9 998
w tym	pracy najemnej	868	1 645
	na rachunek własny	4 635	8 353
niezarobkowych źródeł utrzymania		384 284	254 127
w tym	emerytur pracowniczych, kombatanckich	106 170	106 182
	emerytur rolnych	17 408	9 752
	renty z tytułu niezdolności do pracy (renta inwalidzka)	205 430	102 884
	renty rodzinnej	21 224	17 768
	renty socjalnej	8 174	2 349
	zasiłku dla bezrobotnych	4 743	3 722
	zasiłku z pomocy społecznej	5 805	4 085
	inny	15 330	7 385
inne dochody		286	305
na utrzymaniu		b.d.	1 413
nie ustalono		364	64

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Osoby niepełnosprawne*, GUS, tabl. 1A-1B, http://www.stat.gov.pl/wroc/67_363 PLK_HTML.htm (22.07.2012)

W 2010 r. przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto w województwie do nośląskim wynosiło 3211,80 zł[62]. Z kolei przeciętna miesięczna renta z tytułu nie zdolności do pracy w tym samym roku wynosiła 1385,99 zł brutto[63], co oznacz

[62] *Przeciętne miesięczne wynagrodzenia brutto*, w: *Rynek pracy. Wynagrodzenia i świadczenia dane wojewódzkie*, http://www.stat.gov.pl/wroc/67_1753_PLK_HTML.htm (26.07.2012).

[63] *Świadczenia emerytalne i rentowe brutto*, w: *Rynek pracy. Wynagrodzenia i świadczenia – dan wojewódzkie*, http://www.stat.gov.pl/wroc/67_1753_PLK_HTML.htm (26.07.2012).

Tabela 2.15. Przeciętny miesięczny dochód rozporządzalny na jedną osobę w gospodarstwach domowych w województwie dolnośląskim w latach 2000-2010

Kategoria	2000	2005	2009	2010
gospodarstwa domowe utrzymujące się z pracy najemnej (dane w zł)	278,21	352,06	635,20	661,71
gospodarstwa domowe utrzymujące się ze świadczeń z ubezpieczeń społecznych i pozostałych świadczeń (dane w zł)	223,1	290,46	336,82	354,42

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Przeciętny dochód rozporządzalny na 1 osobę w gospodarstwach domowych*, „Rocznik Statystyczny Województwa Dolnośląskiego", Urząd Statystyczny we Wrocławiu , Wrocław 2011, tabl. 2(109), s. 181

nieco więcej niż minimalne wynagrodzenie za pracę (brutto 1317 zł), a tym samym pauperyzację tej grupy społecznej.

Warto dodać, że dochód gospodarstw utrzymujących się z niezarobkowych źródeł utrzymania w 2010 r. w przeliczeniu na 1 osobę jest niemalże 2 razy niższy niż w przypadku gospodarstw utrzymujących się z pracy najemnej (przy czym ta różnica sukcesywnie wzrasta od 2000 r., kiedy to wynosiła tylko nieco ponad 50 zł). Oznacza to, że jedynym sposobem na zmianę sytuacji ekonomicznej niepełnosprawnych jest zwiększenie stanu ich zatrudnienia.

Podsumowanie

Przedstawiony w opracowaniu przegląd wybranych badań obrazujących w skali ogólnopolskiej istniejącą sytuację w zatrudnieniu interesującej nas grupy, nie jest optymistyczny. Na podstawie literatury przedmiotu scharakteryzowano najważniejsze ograniczenia w tym względzie wskazywane przez różne podmioty: osoby niepełnosprawne, pracodawców, pracowników jednostek samorządowych. W powyższym podrozdziale zaprezentowano także podstawowe regulacje ustawowe kreujące rynek pracy niepełnosprawnych. Konsekwencją stosowanych instrumentów jest m.in. poziom zatrudnienia niepełnosprawnych w województwie dolnośląskim. Na podstawie danych pochodzących z BAEL widać, że jest gorszy niż ogólnie w Polsce. Tylko 12% osób niepełnosprawnych i 26% gospodarstw z osobą niepełnosprawną utrzymywało się w 2011 r., na naszym terenie, z dochodów z pracy; większość żyje z rent z tytułu niezdolności do pracy lub świadczeń z pomocy społecznej. Na tyle, na ile było to możliwe na podstawie ogólnodostępnych badań, zaprezentowano także odpowiednie dane statystyczne oraz scharakteryzowano zasady dostępności do poszczególnych świadczeń dla osób niepełnosprawnych. Dominująca w tej zbiorowości bierność zawodowa oznacza, że jest to grupa zagrożona ubóstwem w większej skali niż ogół społeczeństwa, co potwierdzają badania ogólnopolskie.

2.2. Rehabilitacja zawodowa i społeczna

Problemy społeczne wynikające z niepełnej sprawności były w przeszłości i są obecnie różnie traktowane i rozwiązywane w poszczególnych krajach, co wiąże się z innymi tradycjami w tym względzie, a także odmienną sytuacją społeczno-gospodarczą.

W Polsce już na początku lat 90., w okresie dokonywania zasadniczych przemian gospodarczych prowadzących do przejścia do gospodarki wolnorynkowej, uchwalono pierwszą ustawę o rehabilitacji zawodowej i społecznej. Skutkiem tych zmian było m.in. szybko rosnące bezrobocie. Dotknęło to w sposób szczególny ludzi chorych i niepełnosprawnych, gdyż efektem transformacji było znaczne ograniczenie nakładów na leczenie, rehabilitację oraz likwidacja wielu miejsc pracy dla tej grupy społecznej. W ślad za zmianami ustrojowymi i gospodarczymi obserwowano procesy wzrastającej świadomości o potrzebie zmian w polityce społecznej państwa, również w odniesieniu do osób niepełnosprawnych.

W minionych dwóch dekadach próbowano w naszym kraju, podobnie jak i w innych państwach demokratycznych wyjaśniać specyfikę życia z niepełnosprawnością na dwa sposoby. Odpowiednio do nich, w dwojaki sposób prowadzono działania rehabilitacyjne. Pierwszy z nich traktuje trudności, jakie napotykają niepełnosprawni, jako bezpośrednią konsekwencję ich choroby czy kalectwa. Model ten skupia się przede wszystkim na niepełnosprawnej jednostce, a przyczyny nie radzenia sobie jej w życiu widzi w ograniczeniach psychologicznych i fizycznych człowieka. Jest to tzw. indywidualny model niepełnosprawności. Taki punkt widzenia jest na ogół korzystny dla wszelkiego rodzaju profesjonalistów prowadzących procesy rehabilitacji, bowiem cele ich działania nie mogą być kwestionowane, a niepowodzenia interpretowane są jako szczególne trudności adaptacyjne lub brak motywacji ze strony osoby niepełnosprawnej[64].

Od połowy lat 90. poprzedniego stulecia promuje się raczej inny sposób postrzegania niepełnosprawności. Jest nim tzw. społeczny model niepełnosprawności, w którym przyczyny uniemożliwiające samodzielne funkcjonowanie niepełnosprawnych umiejscowione są przede wszystkim w środowisku, które ich otacza. To nie tyle indywidualne ograniczenia, ale brak odpowiednich usług i służb, który nie pozwala na godne życie osób z ograniczeniami. Społeczeństwo czyni niesprawnym fizycznie lub w inny sposób, tworząc bariery społeczne, ekonomiczne, komunikacyjne i inne. Dyskryminacja nie jest problemem wynikającym z ograniczeń ludzi niepełnosprawnych, lecz z postaw i nastawienia otoczenia[65].

Wyjaśnianie problemów społecznych, wynikających z nasilającego się zjawiska niepełnosprawności, na podstawie jednego lub drugiego modelu, ma doniosłe konsekwencje społeczne. Kierując się założeniami pierwszego, zwraca się uwagę na rozwój pomocy medycznej; podstawowymi podmiotami odpowiedzialnymi

[61] Patrz: A. Ostrowska, J. Sikorska, *Syndrom niepełnosprawności w Polsce. Bariery integracji*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 1996, s. 18.

[65] Patrz: *Integracja osób z niepełnosprawnością w społeczności lokalnej*, A. Juros, W. Otrębski, Lublin 1997, s. 72.

za efekty rehabilitacji stają się profesjonalne służby lecznicze, które mają pomóc niepełnosprawnym dostosować się do istniejącego otoczenia. Podejście oparte na modelu społecznym kładzie główny nacisk na analizę ograniczeń, które człowiek napotka w środowisku, np. negatywne postawy wobec niepełnosprawnych, niechęć pracodawców, bariery materialne występujące w miejscu zamieszkania.

Coraz powszechniej uznawaną prawdą wśród polityków społecznych jest fakt, że sposób traktowania spraw osób niepełnosprawnych w społeczeństwie wynika nie tylko z ilości środków, którymi się dysponuje. Prawdopodobnie zawsze będzie ich zbyt mało w stosunku do oczekiwań. Równie ważne, a może najważniejsze, są kryteria aksjologiczne obowiązujące w polityce społeczno-ekonomicznej. Miejsce rehabilitacji wynika bowiem z wartości uznawanych za ważne.

Zdrowie i pełna sprawność zajmuje wysoką pozycję pośród wartości współczesnych społeczeństw, ale nie jest to wartość sama w sobie. Ludziom chodzi bowiem głównie o możliwość sprawnego funkcjonowania, a choroba i niepełna sprawność, gdy się nie wie, jak z nią można sobie radzić, budzi lęk i grozę, przede wszystkim dlatego, że to zakłóca funkcjonowanie. Niepełna sprawność wynikająca z chorób i urazów jest odchyleniem od normalnego funkcjonowania, wywołującym niepożądane konsekwencje dla człowieka. Obecnie, w świetle dominujących wartości, jakimi są aktywność, przedsiębiorczość i coraz częściej również hedonizm, jednym z najważniejszych punktów oceny jednostki jest uniwersalnie pojmowane osiąganie sukcesów w pełnieniu ról. O istnieniu sukcesów decyduje wykształcenie i zdrowie. Choroba i brak pełnej sprawności są traktowane jako dewiacja od pełnienia ról, czyli zorganizowanego sposobu uczestnictwa jednostki w systemie społecznym.

Pierwotnie rehabilitacja była pojęciem *stricte* medycznym. Pojmowano ją jako, kolejny po profilaktyce, rozpoznawaniu choroby i leczeniu, etap zwalczania choroby, polegający na stosowaniu ćwiczeń ruchowych oraz zabiegów fizyko-terapeutycznych.

W nowoczesnym ujęciu rehabilitacja rozszerza się i obejmuje również aktywność społeczną i uczestnictwo niepełnosprawnych w życiu społecznym na równych prawach. Oznacza to, że rehabilitacja medyczna zaczyna łączyć się z aspektami psychicznymi i społecznymi niepełnosprawności. Pacjent dobrze zrehabilitowany to taki człowiek, który osiąga postawione przed sobą cele.

W 1993 r. ONZ w jednym ze swoich dokumentów, zdefiniował rehabilitację jako „proces, którego celem jest umożliwienie osobom niepełnosprawnym osiąganie i utrzymanie optymalnego poziomu funkcjonowania fizycznego, narządu zmysłów, intelektualnego, psychicznego i/lub społecznego, m.in. poprzez udostępnienie urządzeń umożliwiających im większą niezależność". Nawiązano również do takiej definicji niepełnosprawności, w której stan ten opisany jest w kategoriach relacji, w jakiej pozostaje człowiek niepełnosprawny do otaczającego go środowiska[66].

[66] Obecnie w świecie trudno o jednoznaczną definicję niepełnosprawności. W 1980 r. WHO przyjęła Międzynarodową Klasyfikację Upośledzeń, Niepełnosprawności i Kalectw (ICIDH – *International Classsification of Impairments, Disabilities, and Handicaps*).

Dla potrzeb tej pracy stosowane będzie określenie dotyczące rehabilitacji, obowiązujące w polskim ustawodawstwie, pochodzące z ustawy z 1997 r.[67] W rozdziale III wspominanego aktu prawnego, który w całości dotyczy spraw rehabilitacji, zawarte jest sformułowanie: „rehabilitacja osób niepełnosprawnych oznacza zespół działań, w szczególności organizacyjnych, leczniczych, psychologicznych, technicznych, szkoleniowych, edukacyjnych i społecznych, zmierzających do osiągnięcia, przy aktywnym uczestnictwie tych osób, możliwie najwyższego poziomu ich funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej".

Jak wynika z powyższej definicji, rehabilitacja jest procesem złożonym i obejmuje swoim zakresem pojęciowym:

- rehabilitację zawodową,
- rehabilitację społeczną,
- rehabilitację leczniczą.

Rehabilitacja lecznicza powinna, poprzez wszelkie medyczne działania, doprowadzić do optymalnego stanu sferę biologiczną i psychologiczną człowieka.

Celem rehabilitacji zawodowej jest ułatwienie osobie niepełnosprawnej uzyskania i utrzymania odpowiedniego zatrudnienia i awansu zawodowego poprzez umożliwienie jej korzystania z poradnictwa zawodowego, szkolenia zawodowego i pośrednictwa pracy.

Do realizacji tego celu niezbędne jest:

- dokonanie odpowiedniej oceny zdolności do pracy osoby niepełnosprawnej, w szczególności przez:
  - przeprowadzenie odpowiednich badań lekarskich i psychologicznych, które umożliwiają określenie sprawności fizycznych, psychicznych i umysłowych potrzebnych do wykonywania zawodu oraz ocenę możliwości zwiększenia tej sprawności,
  - ustalenie kwalifikacji, doświadczeń zawodowych, uzdolnień i zainteresowań,
- prowadzenie poradnictwa zawodowego, które umożliwiałoby wybór odpowiedniego zawodu i szkolenia niepełnosprawnych, uwzględniającego także ocenę zdolności do pracy tych osób,
- przygotowanie zawodowe z uwzględnieniem perspektyw zatrudnienia,
- dobór odpowiedniego miejsca pracy i jego wyposażenie,
- określenie środków technicznych umożliwiających lub ułatwiających wykonywanie pracy, a w razie potrzeby, przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych, sprzętu rehabilitacyjnego itp.

Natomiast rehabilitacja społeczna ma na celu umożliwienie niepełnosprawnym aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym i realizowana jest przede wszystkim poprzez:

---

[67] Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, Dz. U. nr 123 poz. 776.

- wyrabianie w nich zaradności osobistej i pobudzanie do aktywności społecznej,
- wyrabianie umiejętności samodzielnego wypełniania ról społecznych, likwidację barier, a w szczególności: barier architektonicznych, urbanistycznych, transportowych, technicznych, oraz w komunikowaniu się i dostępie do informacji,
- kształtowanie w społeczeństwie właściwych postaw i zachowań sprzyjających integracji z osobami niepełnosprawnymi.

Koncepcja rehabilitacji zawodowej osób z niepełnosprawnościami w tzw. polskim modelu rehabilitacji[68] zakłada, że może i powinna się ona odbywać w co najmniej jednym obszarze zatrudnienia:

- ZPCh,
- zakładach pracy otwartego rynku pracy,
- ZAZ,
- WTZ.

Koncepcja ta wywodzi się z Ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu z 1997 r. Zakładając prawidłowe i sprawne funkcjonowanie wszystkich wymienionych obszarów, można stwierdzić, że mogą one tworzyć zręby systemu wspierania aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych[69].

WTZ co prawda wymieniony jest w ustawie jako instrument rehabilitacji społecznej, ale jednocześnie jest zdefiniowany jako wyodrębniona organizacyjnie i finansowo placówka stwarzająca niepełnosprawnym z ciężkimi formami upośledzenia podjęcie aktywności społecznej w formie terapii zajęciowej. Natomiast ZAZ zdefiniowano jako wyodrębnioną organizacyjnie i finansowo jednostkę tworzoną przez powiat, gminę, fundację, stowarzyszenie lub inną organizację społeczną, której statutowym zadaniem jest rehabilitacja zawodowa i społeczna osób niepełnosprawnych.

Często postrzega się WTZ jako pierwsze ogniwo teoretycznego modelu przygotowania do podjęcia pracy ciężko niepełnosprawnego, mającego tutaj status uczestnika, przechodzącego następnie do ZAZ, gdzie otrzymuje już status pracownika i dzięki tzw. systemowi wspomagania może wykonywać pracę i zarobkować, kolejnym etapem miało być w teorii zmniejszenie wsparcia, ale dalsza szczególna ochrona zatrudnionych niepełnosprawnych z ciężkimi upośledzeniami w ZPCh, po czym jako efekt finalny dobrze przeprowadzonej rehabilitacji, jako wielowymiarowego i całościowego procesu, osoba taka miała znajdować zatrudnienie na rynku otwartym. Jak wiadomo, teoria nie zawsze znajduje potwierdzenie w praktyce, tak też się dzieje i w tym przypadku.

Z badań wynika, że WTZ i ZAZ tworzą jakby „osobny obieg", w którym niepełnosprawni obracają się. Jednak bardzo rzadko się zdarza przejście z WTZ lub

[68] Mam na myśli przyjęte powszechnie określenie odnoszące się do pojęcia „polskiego modelu rehabilitacji", wywodzące się z tzw. Polskiej Szkoły Rehabilitacji lat 60. i 70. XX w., oznaczający szczególny sposób rozwiązań organizacyjnych w obszarze rehabilitacji zawodowej.

[69] A. Barczyński, *Zatrudnienie chronione w Polsce na tle rozwiązań europejskich*, w: red. L. Frąckiewicz, W. Koczur, *Niepełnosprawni a praca*, AE Katowice, Katowice 2004, s. 40.

ZAZ na otwarty lub chroniony rynek pracy[70]. Warsztaty mimo starań osób je prowadzących, nie doprowadziły do usamodzielnienia się ich uczestników. Koncepcja tworzenia ZAZ również w praktyce się nie sprawdza, prawdopodobnie głównie z powodu braku jasnych przepisów prawnych i wystarczających środków przeznaczonych na ten cel. Jak pokażemy w dalszej części rozdziału, są realizowane marginalnie po przekazaniu tych zadań do samorządów.

Od 1999 r. zadania w zakresie prowadzenia rehabilitacji zawodowej i społecznej przekazano zarządowi województwa, który podejmuje decyzje w kwestii podziału środków przekazanych na ten cel z PFRON na teren gminy, powiatu i województwa. Najwięcej zadań rehabilitacyjnych ustawodawca przekazał powiatowi, który poprzez urząd starosty dysponuje środkami z PFRON wg algorytmu[71].

Zadania te mogą być także finansowanie w terenie ze środków komponentu regionalnego PO KL dla potrzeb integracji zawodowej i społecznej. Wg raportu wykonanego na zlecenie PFRON[72] system rehabilitacji zawodowej i społecznej w praktyce nie ma cech sytemu, raczej należy go zdefiniować jako nie do końca skoordynowany zestaw działań różnych podmiotów stanowiących często elementy innych systemów. Istotnym spostrzeżeniem jest to, iż w skali całego naszego kraju wciąż brak rzetelnej diagnozy sytuacji osób niepełnosprawnych na danym terenie niezbędnej przecież podczas podejmowania jakichkolwiek działań do nich kierowanych. Niestety, nie dysponujemy zbiorczymi informacjami statystycznymi na temat tego, jaka skala i konkretnie, jakie zadania są realizowane w naszym województwie ze środków UE. Znane są jedynie poszczególne inicjatywy podejmowane przez konkretne podmioty adresowane do niektórych grup[73].

Przechodząc do próby opisania sytuacji podejmowanych działań w zakresie rehabilitacji zawodowej i społecznej w województwie dolnośląskim, będziemy to czynić w oparciu o dane liczbowe uzyskane z PFRON. Jest to bowiem obecnie jedyne dostępne źródło informacji statystycznych o ilości przekazywanych do samorządów środków

[70] Patrz: A. Barczyński, op.cit.; *Skuteczność lokalnego systemu wsparcia na rzecz integracji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych. Raport z badań*, red. I. Wójcicka, Warszawa 2010, s. 89; J. Czapliński, *Raport o stanie zatrudnienia...*, op.cit., s. 7.

[71] Algorytm ten powinien uwzględniać liczbę osób niepełnosprawnych mieszkających na danym terenie (w tym bezrobotnych i poszukujących pracy) oraz zapotrzebowanie na środki niezbędne do realizacji zadań wynikających z ustawy celem prowadzenia przez samorządy aktywnej polityki rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudniania osób niepełnosprawnych. Patrz: http://www.pfron.org.pl.

[72] Ewolucja zdolności absorbcyjnych systemu integracji osób niepełnosprawnych, http://www.pfron.pl (09.2012).

[73] Np. seminarzyści studiów podyplomowych prowadzonych przez Unię Europejską w latach 2010/2011 pt. „Zarządzanie Pomocą Społeczną i Organizacja Pomocy Społecznej" pokazywali w swoich pracach dyplomowych, m.in. przeze mnie kierowanych, funkcjonowanie lokalnych podmiotów odnoszących sukcesy w swojej pracy zawodowej nakierowanej na pomoc osobom niepełnosprawnym. Niektóre z nich zasługiwałyby na upowszechnienie jako przykłady dobrej praktyki. Pokazywali także problemy utrudniające im pracę i życie niepełnosprawnych, wskazywali sposoby ich zmiany, opisywane już także wielokrotnie w literaturze – np. zasady dostępności do świadczeń pieniężnych i usługowych czy problemy związane z funkcjonowaniem organizacji pozarządowych.

finansowych i realizowanych dzięki temu zadaniach. W tabeli 2.16 zamieszczono dane liczbowe odnośnie środków przekazanych z PFRON poszczególnym 30 powiatom naszego województwa w latach 2003-2011. Jak widzimy, wielkość przekazywanych pieniędzy zmienia się w każdym roku w każdym powiecie. W latach 2003-2008 ich wysokość co roku się zwiększała w stosunku do poprzedniego. Radykalna zmiana następuje od 2009 r., od którego obserwujemy zmniejszanie się ilości środków przekazywanych do każdego powiatu w kolejnych latach 2010 i 2011. W dalszej części opracowania spróbujemy ustalić przyczynę takiego stanu rzeczy. Z pewnością ma ona związek ze zmniejszaniem się ogółu środków będących w dyspozycji PFRON oraz zmienianymi w tym czasie regułami dysponowania nimi przez zarząd funduszu.

Tabela 2.16. Środki przekazane do województwa dolnośląskiego na realizację zadań rehabilitacji zawodowej i społecznej w latach 2003-2011 z podziałem na powiaty

Powiat	Środki przekazane								
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
bolesławiecki	1 193 762	1 313 866	1 634 245	1 695 888	1 753 093	2 076 966	1 421 701	1 136 623	1 115 168
dzierżoniowski	2 589 339	2 917 346	2 739 192	2 896 494	2 915 695	3 513 855	2 744 133	2 365 215	2 310 386
głogowski	1 827 447	2 063 057	1 998 714	2 055 467	2 155 653	2 460 235	1 842 089	1 491 549	1 523 617
górowski	366 580	513 070	488 571	584 922	610 570	771 214	458 227	352 900	368 725
jaworski	645 031	741 405	791 200	974 140	1 144 762	1 383 422	1 039 420	918 660	880 493
jeleniogórski	615 433	700 342	726 165	794 052	982 250	1 288 894	758 043	542 338	576 404
kamiennogórski	393 259	430 690	459 820	576 068	531 623	665 583	473 165	373 770	370 125
kłodzki	2 218 832	2 674 694	2 529 167	2 911 483	2 821 272	3 858 040	2 619 884	1 970 862	1 965 009
legnicki	786 725	1 145 291	1 073 801	1 302 907	1 143 985	1 313 663	908 916	811 851	792 957
lubański	1 250 543	1 482 236	1 537 354	1 695 144	1 704 244	1 962 968	1 459 251	1 187 811	1 133 402
lubiński	2 788 735	2 899 439	2 735 057	2 907 433	2 850 136	3 115 079	2 445 593	2 183 803	2 170 926
lwówecki	424 992	430 180	464 957	584 303	582 715	1 215 017	967 622	839 924	850 477
milicki	801 240	963 167	1 003 719	1 094 550	1 052 200	1 272 643	1 095 956	972 699	956 945
oleśnicki	1 188 383	1 774 588	1 682 506	2 046 789	2 148 310	2 418 309	2 000 053	1 681 404	1 731 606
oławski	796 121	841 374	746 835	841 017	801 939	1 007 816	598 720	450 642	434 896
polkowicki	685 208	855 968	1 127 759	1 131 570	1 298 083	1 539 412	1 124 248	946 096	900 802
strzeliński	1 096 828	1 089 824	1 118 179	1 199 171	1 142 361	1 309 967	970 149	834 104	810 234
średzki (śląski)	432 346	503 748	825 240	969 268	918 442	1 135 460	867 582	741 855	786 312
świdnicki	2 369 926	2 698 954	2 963 084	2 705 552	3 185 555	3 257 601	2 367 970	1 879 274	1 822 985
trzebnicki	583 793	707 294	654 884	1 178 018	1 144 061	1 473 318	1 186 365	1 000 558	987 816
wałbrzyski	4 158 490	4 206 333	4 855 289	5 312 187	5 789 752	6 900 945	4 596 881	3 774 382	3 551 993
wołowski	446 373	498 449	472 484	550 838	575 587	647 517	366 202	281 245	315 076
wrocławski	670 203	858 000	1 228 144	1 413 098	1 370 142	1 666 100	1 198 051	990 566	1 033 702
ząbkowicki	1 272 946	1 713 955	2 009 276	1 989 610	2 148 282	2 533 660	2 111 604	1 863 815	1 807 332
zgorzelecki	1 441 828	1 451 470	1 498 226	1 576 297	1 708 287	2 130 027	1 614 114	1 359 869	1 433 503
złotoryjski	1 187 686	1 631 924	1 603 132	1 846 507	1 779 421	2 537 396	1 914 356	1 718 216	1 655 665
Jelenia Góra	2 661 577	2 938 529	2 260 754	2 707 616	541 240	2 990 544	2 026 564	1 675 844	1 715 677
Legnica	2 700 250	3 200 000	2 611 708	2 963 026	2 961 315	3 353 648	2 234 407	1 956 291	2 005 359
Wrocław	8 682 190	9 674 000	9 516 632	9 086 042	10 415 106	12 716 694	8 587 391	6 992 394	7 105 907

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z PFRON

Jak widać najwięcej środków na przestrzeni badanych lat trafiało do powiatu grodzkiego – Wrocław, w roku 2003 następnymi w kolejności były powiaty: wałbrzyski, Jelenia Góra, Legnica, lubiński i dzierżoniowski. Można by powiedzieć, że były to powiaty z dużymi miastami, w których mieszkało najwięcej osób z niepełnosprawnościami. Wyjątek w tym względzie stanowił powiat lubiński, prawdopodobnie gęsto zaludniony z powodu dużego przedsiębiorstwa dającego miejsca pracy KGHM, oraz powiat dzierżoniowski. W roku 2011 sytuacja się nieco zmieniła, oprócz tego, że wciąż najwięcej środków trafiło do powiatu grodzkiego – Wrocław i wałbrzyskiego, to zdecydowanie wyróżnił się w tym względzie powiat dzierżoniowski, wyprzedzając lubiński, Jelenią Górę i Legnicę. Najmniej środków trafiło w 2003 r. do powiatów: górowskiego, kamiennogórskiego, wołowskiego, średzkiego, lwóweckiego. W 2011 r. było nieco inaczej: najmniej środków otrzymał powiat oławski obok wołowskiego, kamiennogórskiego i górowskiego, natomiast do powiatu średzkiego i lwóweckiego trafiło w 2011 r. stosunkowo dużo środków na tle innych. Ogółem, w roku 2011 trafiło do naszego województwa 43 020 717 zł przeznaczonych i wykorzystanych na zadania z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej.

O strukturze tych wydatków w 2011 r. w poszczególnych powiatach informują następne dwie tabele, po czym spróbujemy je porównać z odpowiednimi danymi w tym względzie z roku 2009, będącym początkowym ze zmniejszonym finansowaniem. Na podstawie danych zamieszczonych w tabeli 2.17 widzimy, że wydatki związane z rehabilitacją zawodową stanowią najczęściej nieznaczną część ogólnych wydatków, wyjątek stanowi powiat jeleniogórski, gdzie na rehabilitację zawodową przeznacza się 50% środków przekazanych do samorządu. Realizuje się ją właściwie w postaci dwóch zadań – zwrotu kosztów wyposażenia miejsc pracy i jednorazowego finansowania rozpoczęcia działalności gospodarczej. Jednocześnie warto odnotować duże różnice w tym względzie między poszczególnymi powiatami.

Na poziomie najniższym finansowanie rehabilitacji zawodowej odnotowano w powiecie: górowskim 4,8% ogółu środków z PFRON, dzierżoniowskim 5,8%, oleśnickim 3,5% czy trzebnickim 6,0%. Znacznie ponadprzeciętną wynoszącą dla całego województwa można odnotować w powiecie ząbkowickim 25,2%, kamiennogórskim 24,3%, świdnickim – 20,3% czy milickim – 16,6%. Na szczególną uwagę zasługuje fakt, iż kilka ustawowych zadań właściwie nie jest w praktyce realizowanych. Są to zadania o numerach 1, 2, 4, 8 i 10, co oznacza, że ze środków przekazywanych samorządom nie pokrywa się kosztów przystosowania miejsc pracy dla niepełnosprawnych. Prawie w ogóle (bo na poziomie 0,2% ogółu środków – tylko w powiecie Wrocław, patrz rysunek 2.1) nie zatrudnia się asystentów pracy, nie dotuje się wynagrodzeń i nie refunduje się składek na ubezpieczenia społeczne, nie dofinansowuje się oprocentowania kredytów bankowych i nie pokrywa kosztów szkoleń organizowanych przez pracodawców. Jest tak prawdopodobnie dlatego, że zadania te finansowane są bezpośrednio przez fundusz w systemie obsługi dofinansowań i refundacji dostępnych dla przedsiębiorstw spełniających odpowiednie warunki – o czym będziemy dokładnie pisać w następnym podrozdziale.

Tabela 2.17. Wydatki samorządów powiatowych na realizację zadań rehabilitacji zawodowej w 2011 r. w powiatach Dolnego Śląska

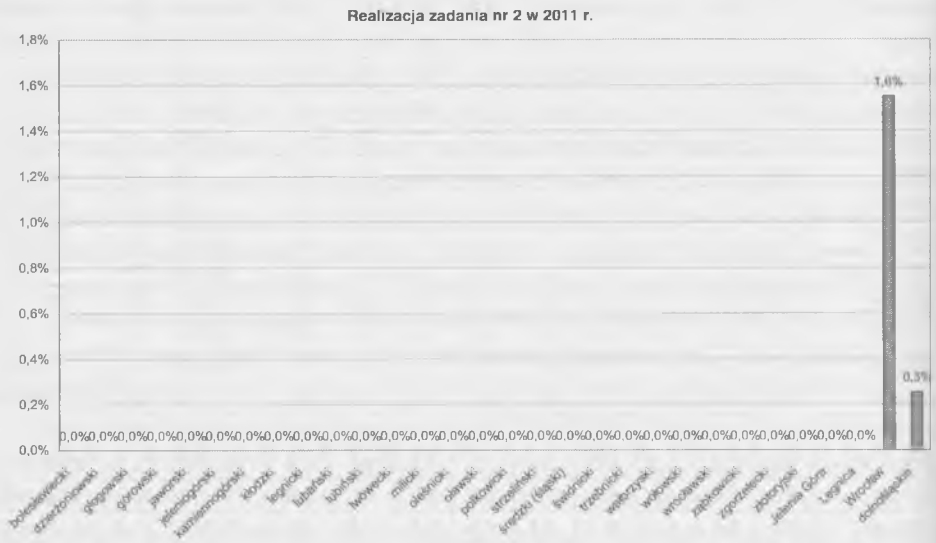
Województwo Powiat	nr 1	nr 2	nr 3	nr 4	nr 5	nr 7	nr 8	nr 9	nr 10	Rehabilitacja zawodowa ogółem		Zadania ogółem nr 1-17
	%									Kwota	%	
dolnośląskie	0,0	0,3	4,3	0,0	1,3	6,6	0,0	0,4	0,0	5 500 923	12,8	43 020 717
bolesławiecki	0,0	0,0	7,2	0,0	1,0	1,3	0,0	0,3	0,0	109 002	9,8	1 114 985
dzierżoniowski	0,0	0,0	1,9	0,0	0,0	3,8	0,0	0,0	0,0	133 130	5,8	2 310 180
głogowski	0,0	0,0	0,0	0,0	3,5	6,4	0,0	0,0	0,0	151 000	9,9	1 523 617
górowski	0,0	0,0	0,0	0,0	4,8	0,0	0,0	0,0	0,0	17 590	4,8	368 723
jaworski	0,0	0,0	8,4	0,0	0,4	0,0	0,0	0,5	0,0	81 972	9,3	880 483
jeleniogórski	0,0	0,0	25,0	0,0	0,0	25,0	0,0	0,0	0,0	287 920	50,0	576 404
kamiennogórski	0,0	0,0	6,8	0,0	10,4	7,2	0,0	0,0	0,0	90 078	24,3	370 125
kłodzki	0,0	0,0	3,8	0,0	3,5	1,5	0,0	0,3	0,0	179 440	9,1	1 965 009
legnicki	0,0	0,0	5,7	0,0	5,1	2,4	0,0	1,4	0,0	115 183	14,5	792 956
lubański	0,0	0,0	12,3	0,0	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	155 517	13,7	1 132 480
lubiński	0,0	0,0	14,6	0,0	0,9	4,6	0,1	0,1	0,0	441 024	20,3	2 170 514
lwówecki	0,0	0,0	2,4	0,0	0,0	7,1	0,0	0,5	0,0	83 836	9,9	843 814
milicki	0,0	0,0	9,8	0,0	2,6	4,2	0,0	0,0	0,0	158 417	16,6	957 031
oleśnicki	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	2,3	0,0	0,3	0,0	61 581	3,6	1 729 362
oławski	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	434 891
polkowicki	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	900 512
strzeliński	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	0,0	0,0	6,9	0,0	67 172	8,3	806 666
średzki (śląski)	0,0	0,0	0,0	0,0	3,3	5,1	0,0	0,1	0,0	65 174	8,4	772 917
świdnicki	0,0	0,0	7,7	0,0	0,5	11,8	0,0	0,4	0,0	372 041	20,4	1 822 475
trzebnicki	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9	4,0	0,0	0,0	0,0	58 973	6,0	987 755
wałbrzyski	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	13,8	0,0	0,0	0,0	509 002	14,4	3 533 731
wołowski	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	314 413
wrocławski	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	3 501	0,3	1 030 682
ząbkowicki	0,0	0,0	5,3	0,0	0,0	19,9	0,0	0,0	0,0	455 000	25,2	1 807 321
zgorzelecki	0,0	0,0	4,3	0,0	0,6	5,5	0,0	0,0	0,0	148 118	10,3	1 433 462
złotoryjski	0,0	0,0	6,6	0,0	4,4	0,0	0,0	1,8	0,0	212 657	12,8	1 655 665
Jelenia Góra	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	2,6	0,0	0,0	0,0	54 929	3,2	1 715 342
Legnica	0,0	0,0	2,1	0,0	2,7	3,4	0,0	0,8	0,0	180 958	9,0	2 002 778
Wrocław	0,0	1,6	5,0	0,0	0,0	11,8	0,0	0,1	0,0	1 307 708	18,5	7 066 424

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z PFRON

Legenda:

Nr	Nazwa zadania
1	Zwrot kosztów przystosowania stanowisk pracy art. 26
2	Zwrot kosztów zatrudnienia pracowników pomagających pracownikowi niepełnosprawnemu w pracy art. 26d
3	Zwrot kosztów wyposażenia stanowisk pracy art. 26e
4	Zwrot kosztów wynagrodzenia oraz składek na ubezpieczenia społeczne art. 26f
5	Zwrot wydatków na instrumenty i usługi rynku pracy dla osób niepełnosprawnych poszukujących pracy i niepozostających w zatrudnieniu art. 11

Nr	Nazwa zadania
7	Jednorazowe dofinansowanie rozpoczęcia działalności gospodarczej, rolniczej lub wniesienie wkładu do spółdzielni socjalnej art. 12a
8	Dofinansowanie do oprocentowania kredytu bankowego art. 13
9	Finansowanie szkoleń organizowanych przez kierownika PUP art. 40
10	Zwrot kosztów szkoleń organizowanych przez pracodawcę art. 41
11	Dofinansowanie turnusów rehabilitacyjnych art. 35a ust. 1 pkt 7 lit. a
12	Dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych na wnioski indywidualnych osób art. 35a ust. 1 pkt 7 lit. d
13	Dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane osobom niepełnosprawnym na podstawie odrębnych przepisów art. 35a ust. 1 pkt 7 lit. c
14	Dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osób prawnych i jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej art. 35a ust. 1 pkt 7 lit. c
15	Dofinansowanie sportu, kultury, rekreacji i turystyki art. 35a ust. 1 pkt 7 lit. b
16	Dofinansowanie kosztów tworzenia i działania WTZ art. 35a ust. 1 pkt 8
17	Zadania zlecane fundacjom oraz organizacjom pozarządowym art. 36

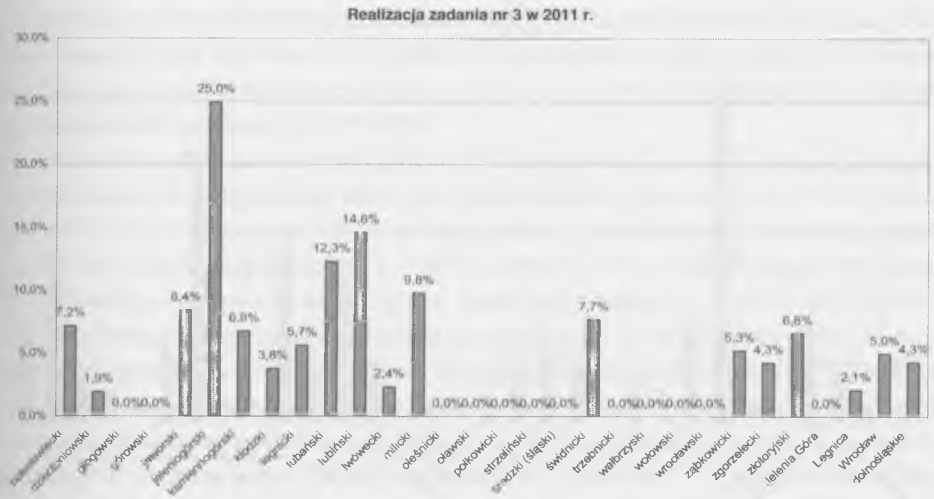


Rysunek 2.1. Finansowanie zatrudnienia pracowników pomagających osobom niepełnosprawnym w 2011 r.
Źródło: Obliczenia własne na podstawie tabeli 2.17

Na rysunku 2.2 zobrazowano realizację zadania nr 3.

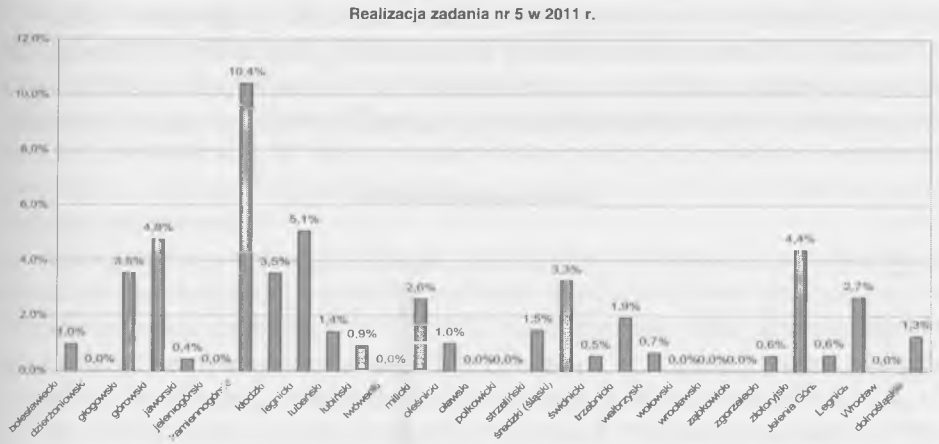
Widać, że najwięcej środków na zwrot kosztów wyposażenia stanowisk pracy przeznaczono w powiecie jeleniogórskim, lubińskim i lubańskim. Niestety, jak widać bardzo wiele powiatów w ogóle nie przeznaczało środków na ten cel.

Zwrot wydatków na instrumenty i usługi rynku pracy dla osób niepełnosprawnych poszukujących pracy i niepozostających w zatrudnieniu to zadanie nr 5, zobrazowane na rysunku 2.3. Widać na nim, że najwięcej środków na ten cel przeznaczono w powiatach kamiennogórskim – 10,4% ogółu uzyskanych w 2011 r. środków, górowskim 4,8% i legnickim – 5,1%. Niestety, podobnie jak w odniesieniu do poprzed-



Rysunek 2.2. Środki przeznaczone na finansowanie zwrotu kosztów wyposażenia stanowisk pracy w powiatach w 2011 r.

Źródło: Jak do rys. 2.1

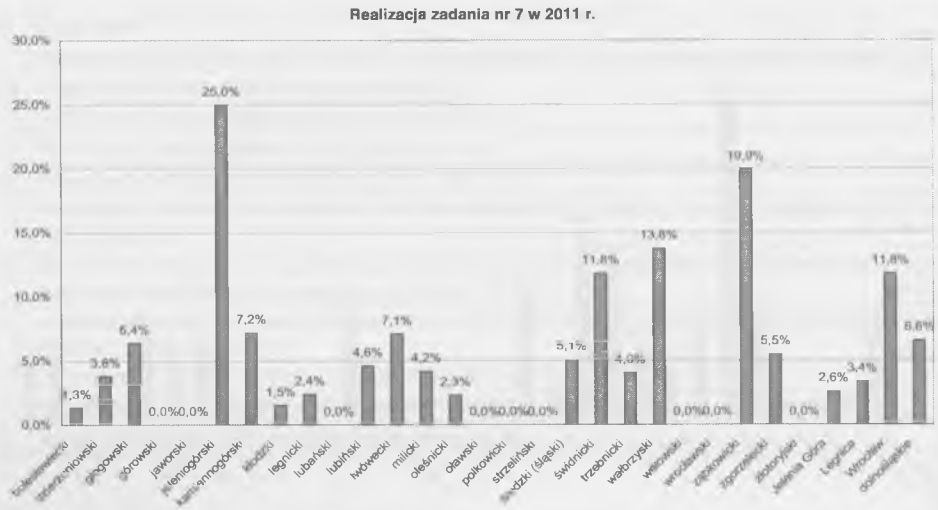


Rysunek 2.3. Środki przeznaczane na zwrot wydatków na instrumenty i usługi rynku pracy dla osób niepełnosprawnych poszukujących pracy i niepozostających w zatrudnieniu w powiatach województwa dolnośląskiego

Źródło: Jak do rys. 2.1

nio opisywanego zadania z zakresu rehabilitacji zawodowej, bardzo wiele powiatów nic nie robi w tym względzie, bo nie przeznacza na ich realizację żadnych środków.

Jak widać na kolejnym rysunku – 2.4, z realizacją zadania nr 7, oznaczającego wydatkowanie środków z PFRON na jednorazowe dofinansowanie rozpoczęcia działalności gospodarczej, rolniczej lub wniesienie wkładu do spółdzielni socjalnej, jest w powiatach nieco lepiej. Przoduje w tym względzie, tradycyjnie już w ramach

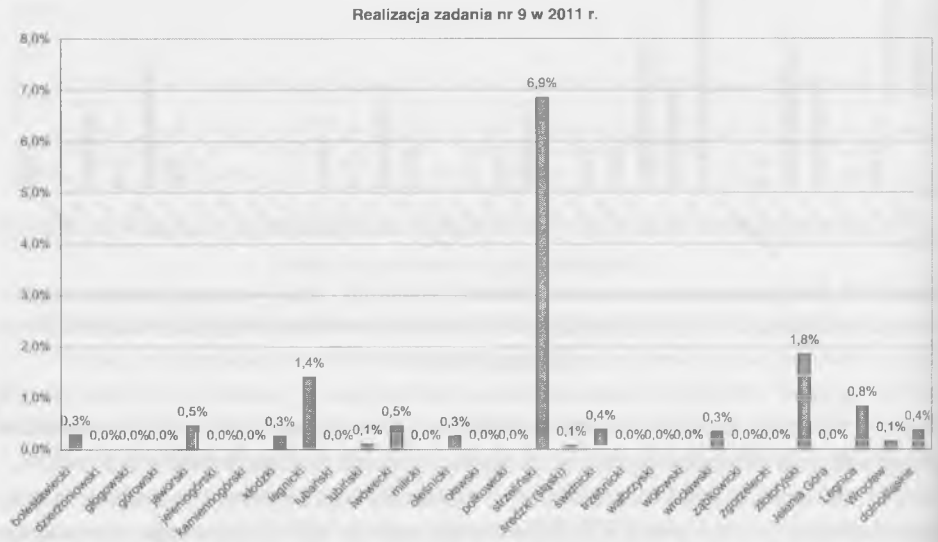


Rysunek 2.4. Jednorazowe dofinansowanie rozpoczęcia działalności gospodarczej, rolniczej lub wniesienie wkładu do spółdzielni socjalnej w powiatach w 2011 r.

Źródło: Jak do rys. 2.1

rehabilitacji zawodowej, powiat jeleniogórski, przeznaczając na ten cel 25% ogółu uzyskanych środków, następnie powiat ząbkowicki 19,9% i wałbrzyski 13,8%.

Zadanie nr 8, czyli dofinansowanie do oprocentowania kredytu bankowego jest realizowane tylko w jednym powiecie lubińskim na skromnym poziomie 0,1% ogółu otrzymywanych środków. Realizacji kolejnego zadania – nr 9, dotyczy następny rysunek.



Rysunek 2.5. Finansowanie szkoleń osób niepełnosprawnych w powiatach w 2011 r.

Źródło: Jak do rys. 2.1

Polega ono na finansowaniu szkoleń organizowanych przez kierownika PUP realizowanych jest w połowie (15 spośród 30 powiatów Dolnego Śląska). Najwięcej środków na to zadanie przeznaczono w 2011 r. w powiecie strzelińskim – 6,9% ogółu środków uzyskanych z PFRON.

Jak pokazano w powyższych tabelach i na wykresach, na rehabilitację zawodową przeznaczano stosunkowo niewielką część środków przekazywanych do powiatów z PFRON. Tylko w powiecie jeleniogórskim podzielono po równo uzyskane środki na rehabilitację zawodową – 50% i drugie 50% na rehabilitację społeczną. W skali całego województwa w 2011 r. najwięcej pieniędzy – 6,6% ogółu uzyskanych środków, przeznaczono na realizację zadania nr 7, czyli jednorazowe dofinansowanie rozpoczęcia działalności gospodarczej, rolniczej lub wniesienie wkładu do spółdzielni socjalnej, oraz zadania nr 3 – zwrot kosztów wyposażenia stanowisk pracy niepełnosprawnych pracowników – 4,3%. Te same zadania były w porównywalnej skali realizowane w 2009 r., odpowiednio zadanie nr 7 – kosztowało w całym województwie 7% ogółu środków, i zadanie nr 3 – 5% ogółu uzyskanych środków.

Odpowiednie liczby dotyczące realizacji zadań w powiatach finansowanych z PFRON przedstawia kolejna tabela 2.18. Porównując wydatki czynione w poszczególnych powiatach na realizację zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej, możemy zauważyć, że ich udziały w całości uzyskiwanych środków prawie w każdym powiecie malały w ciągu tego 3-letniego badanego okresu, przy jednoczesnym spadku, obserwowanym od 2008 r., ogółu środków przeznaczanych do samorządów z PFRON. Nieznaczny wzrost wydatków na rehabilitację zawodową odnotowano w badanym okresie tylko w powiecie kamiennogórskim, kłodzkim, lwóweckim i ząbkowickim. W kilku: jeleniogórskim, milickim, średzkim i świdnickim pozostały na niezmienionym procentowym poziomie w całości środków będących w dyspozycji powiatów.

Jak wynika z powyższego, zadania samorządów składające się na rehabilitację społeczną stanowią niejako priorytet w dysponowaniu środkami uzyskanymi na te 2 umowne części rehabilitacji. W tabeli 2.19 zamieszczono dane liczbowe obrazujące wielkość środków przeznaczanych w powiatach na realizację zadań z zakresu rehabilitacji społecznej – umownie nazwano je zadaniami o numerach od 11 do 17.

Na podstawie danych zamieszczonych w tabeli 2.19 możemy zauważyć, że najwięcej środków przeznaczono, w skali całego województwa w latach 2009-2011, na finansowanie WTZ – zadanie nr 16 – 45% wszystkich środków, następnym pod tym względem było zadanie nr 13 – czyli dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego i ortopedycznego indywidualnym osobom, ich finansowanie pochłonęło 23,7% ogółu środków. Są to zadania mające największe udziały w strukturze wydatkowanych środków ogółem na rehabilitację zawodową i społeczną. Na kolejnych rysunkach pokazany zostanie szczegółowo sposób finansowania poszczególnych zadań rehabilitacji społecznej we wskazanych powiatach województwa dolnośląskiego.

Tabela 2.18. Struktura wydatków samorządów powiatowych na realizację zadań rehabilitacji zawodowej w 2009 r.

Nr	Województwo Powiat	nr 1	nr 2	nr 3	nr 4	nr 5	nr 7	nr 8	nr 9	nr 10	Rehabilitacja zawodowa	
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	Kwota	%
dolnośląskie		0,0	0,0	5,0	1,6	1,2	7,0	0,0	0,5	0,0	7 893 240	15,3
1	bolesławiecki	0,0	0,0	9,6	6,0	1,0	2,6	0,0	0,7	0,0	281 622	19,8
2	dzierżoniowski	0,0	0,0	5,4	0,0	1,6	2,7	0,0	0,0	0,0	267 409	9,8
3	głogowski	0,0	0,0	1,4	0,5	5,8	2,6	0,0	0,1	0,0	191 446	10,4
4	górowski	0,0	0,0	0,0	0,0	6,6	5,5	0,0	2,6	0,0	67 130	14,7
5	jaworski	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,6	0,0	1,1	0,0	48 446	4,7
6	jeleniogórski	0,0	0,0	11,6	4,0	1,6	32,5	0,0	0,0	0,0	376 234	49,6
7	kamiennogórski	0,0	0,0	10,6	0,0	2,6	5,3	0,0	0,7	0,0	90 254	19,1
8	kłodzki	0,0	0,0	2,6	2,1	0,0	2,8	0,0	0,1	0,0	196 206	7,5
9	legnicki	0,0	0,0	9,6	0,7	2,2	3,9	0,0	1,8	0,0	165 436	18,2
10	lubański	0,0	0,0	3,8	0,0	0,7	11,8	0,0	0,0	0,0	237 988	16,3
11	lubiński	0,0	0,0	18,4	2,7	2,4	6,1	0,0	1,8	0,0	764 121	31,4
12	lwówecki	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	4,2	0,0	0,3	0,0	53 000	5,5
13	milicki	0,0	0,0	11,1	0,0	1,8	3,7	0,0	0,0	0,0	177 995	16,6
14	oleśnicki	0,0	0,0	2,0	0,0	1,0	2,0	0,0	0,1	0,0	101 849	5,1
15	oławski	0,0	0,0	0,0	1,6	0,0	5,8	0,0	0,0	0,0	44 530	7,4
16	polkowicki	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	15 753	1,4
17	strzeliński	0,0	0,0	2,6	0,0	0,0	10,3	0,0	0,0	0,0	125 000	12,9
18	średzki (śląski)	0,0	0,0	0,0	1,3	2,3	4,4	0,0	0,2	0,0	71 511	8,2
19	świdnicki	0,0	0,0	8,4	0,0	1,1	9,4	0,0	1,2	0,0	476 703	20,1
20	trzebnicki	0,0	0,0	3,9	0,0	0,4	3,9	0,0	0,0	0,0	96 180	8,1
21	wałbrzyski	0,0	0,0	1,0	0,9	1,3	12,9	0,0	0,0	0,0	738 212	16,1
22	wołowski	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,6	0,0	0,0	0,0	27 335	7,6
23	wrocławski	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,1	0,0	0,5	0,0	42 380	3,6
24	ząbkowicki	0,0	0,0	9,7	1,0	0,0	11,2	0,0	0,1	0,0	465 682	22,1
25	zgorzelecki	0,0	0,0	4,6	0,8	0,9	9,9	0,0	0,0	0,0	262 094	16,2
26	złotoryjski	0,0	0,0	5,6	0,0	4,3	3,2	0,0	0,2	0,0	251 406	13,3
27	Jelenia Góra	0,0	0,0	2,0	3,0	0,7	2,0	0,0	0,0	0,0	156 647	7,7
28	Legnica	0,0	0,0	6,5	0,3	2,3	8,8	0,0	1,5	0,0	431 314	19,4
29	Wrocław	0,0	0,0	5,0	4,7	0,0	9,1	0,0	1,0	0,0	1 669 357	19,8

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z PFRON

I tak na rysunku 2.6, dotyczącym finansowania turnusów rehabilitacyjnych, widzimy, że jest to zadanie realizowane w wyjątkowo dużej ilości powiatów, najwięcej środków na ten cel przeznaczono w powiecie górowskim, kamiennogórskim i jeleniogórskim.

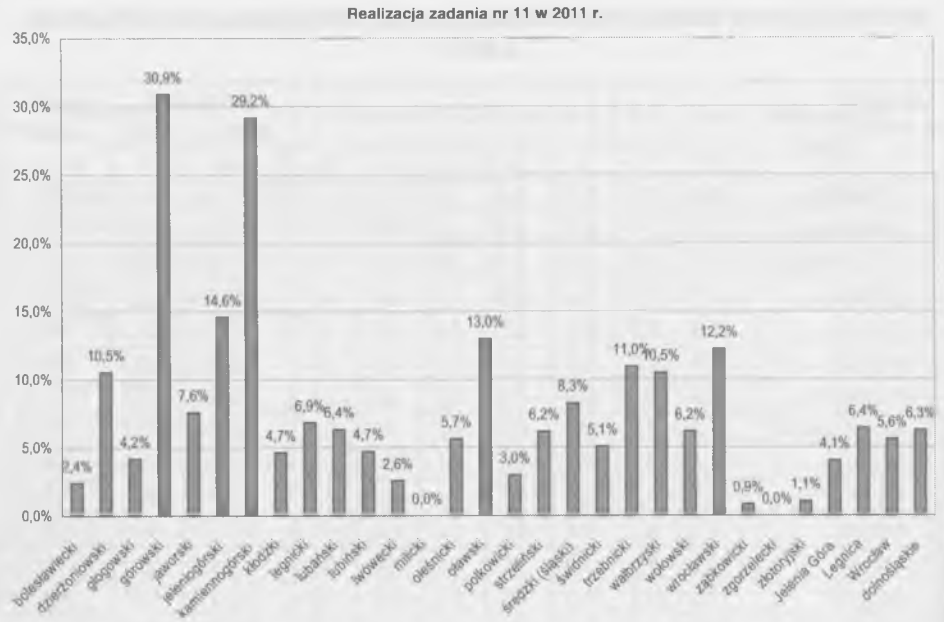
Na rysunku 2.7 zobrazowano wielkości przeznaczonych środków uzyskanych z PFRON na realizację rehabilitacji zawodowej i społecznej poprzez likwidację barier architektonicznych w poszczególnych powiatach. Widzimy na nim, że jest to

Tabela 2.19. Struktura wydatków samorządów powiatowych na realizację zadań rehabilitacji społecznej w 2011 r.

Nr	Województwo Powiat	nr 11	nr 12	nr 13	nr 14	nr 15	nr 16	nr 17	Rehabilitacja społeczna ogółem		Zadania ogółem
		%	%	%	%	%	%	%	Kwota	%	nr 1-17
dolnośląskie		6,3	9,3	23,7	0,0	1,3	45,1	1,5	37 519 794	87,2	43 020 717
1	bolesławiecki	2,4	2,7	41,9	0,0	3,4	39,8	0,0	1 005 983	90,2	1 114 985
2	dzierżoniowski	10,5	5,7	25,9	0,2	0,6	51,2	0,0	2 177 050	94,2	2 310 180
3	głogowski	4,2	17,7	10,6	0,0	4,2	53,4	0,0	1 372 617	90,1	1 523 617
4	górowski	30,9	20,9	38,8	0,0	4,6	0,0	0,0	351 133	95,2	368 723
5	jaworski	7,6	7,7	25,0	0,0	0,0	50,4	0,0	798 511	90,7	880 483
6	jeleniogórski	14,6	0,0	32,4	0,0	3,1	0,0	0,0	288 484	50,0	576 404
7	kamiennogórski	29,2	4,9	40,4	0,0	1,2	0,0	0,0	280 047	75,7	370 125
8	kłodzki	4,7	24,3	37,9	0,0	1,1	22,6	0,3	1 785 569	90,9	1 965 009
9	legnicki	6,9	8,6	16,7	0,0	6,7	46,6	0,0	677 773	85,5	792 956
10	lubański	6,4	6,1	33,8	0,0	0,8	39,2	0,0	976 963	86,3	1 132 480
11	lubiński	4,7	2,1	7,5	0,0	0,5	64,8	0,0	1 729 490	79,7	2 170 514
12	lwówecki	2,6	11,4	23,5	0,0	0,0	52,6	0,0	759 978	90,1	843 814
13	milicki	0,0	1,0	20,6	0,0	0,0	61,8	0,0	798 614	83,4	957 031
14	oleśnicki	5,7	12,5	26,1	0,8	0,0	51,3	0,0	1 667 781	96,4	1 729 362
15	oławski	13,0	22,1	63,8	0,0	1,2	0,0	0,0	434 891	100,0	434 891
16	polkowicki	3,0	4,1	43,6	0,0	0,0	49,2	0,0	900 512	100,0	900 512
17	strzeliński	6,2	9,9	20,5	0,0	0,1	55,0	0,0	739 494	91,7	806 666
18	średzki (śląski)	8,3	0,0	35,1	0,0	0,3	47,9	0,0	707 743	91,6	772 917
19	świdnicki	5,1	10,3	35,4	0,0	0,0	28,8	0,0	1 450 434	79,6	1 822 475
20	trzebnicki	11,0	5,9	24,7	0,0	0,0	52,4	0,0	928 782	94,0	987 755
21	wałbrzyski	10,5	13,3	26,1	0,0	1,8	33,9	0,0	3 024 729	85,6	3 533 731
22	wołowski	6,2	35,4	54,2	0,0	1,0	0,0	3,2	314 413	100,0	314 413
23	wrocławski	12,2	13,5	29,3	0,0	1,5	43,1	0,0	1 027 181	99,7	1 030 682
24	ząbkowicki	0,9	7,1	8,2	0,0	1,4	57,3	0,0	1 352 321	74,8	1 807 321
25	zgorzelecki	0,0	12,7	30,2	0,0	0,3	46,4	0,0	1 285 344	89,7	1 433 462
26	złotoryjski	1,1	6,9	12,0	0,0	0,2	67,0	0,0	1 443 008	87,2	1 655 665
27	Jelenia Góra	4,1	9,6	29,6	0,0	1,8	51,8	0,0	1 660 413	96,8	1 715 342
28	Legnica	6,4	4,2	18,0	0,0	7,5	54,8	0,0	1 821 820	91,0	2 002 778
29	Wrocław	5,6	8,3	13,6	0,0	0,0	45,0	8,9	5 758 716	81,5	7 066 424

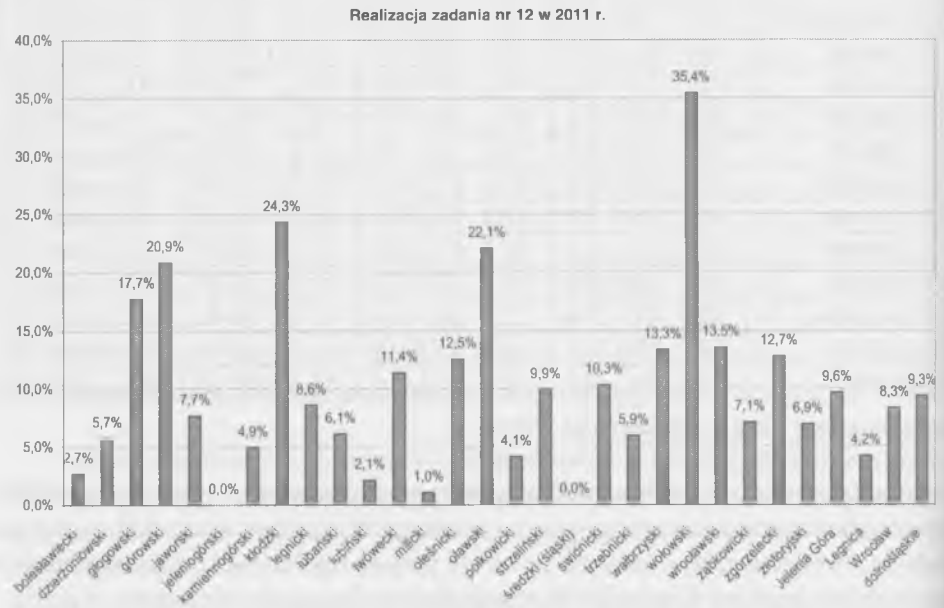
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z PFRON

zadanie także stosunkowo dobrze finansowane i realizowane w prawie wszystkich powiatach. Warto odnotować, że powiat jeleniogórski zrezygnował z realizacji tego zadania. Pamiętamy, że w tamtym powiecie połowę ogółu środków przeznaczono na zadania rehabilitacji zawodowej, co oznacza, że kierowano się innymi priorytetami niż w pozostałych powiatach. Na turnusy rehabilitacyjne przeznaczono najwięcej pieniędzy w powiecie wołowskim, kłodzkim, oławskim i górowskim.



Rysunek 2.6. Środki przeznaczone na finansowanie turnusów rehabilitacyjnych w ogóle ze środków z PFRON w powiatach w roku 2011

Źródło: Jak do rys. 2.1

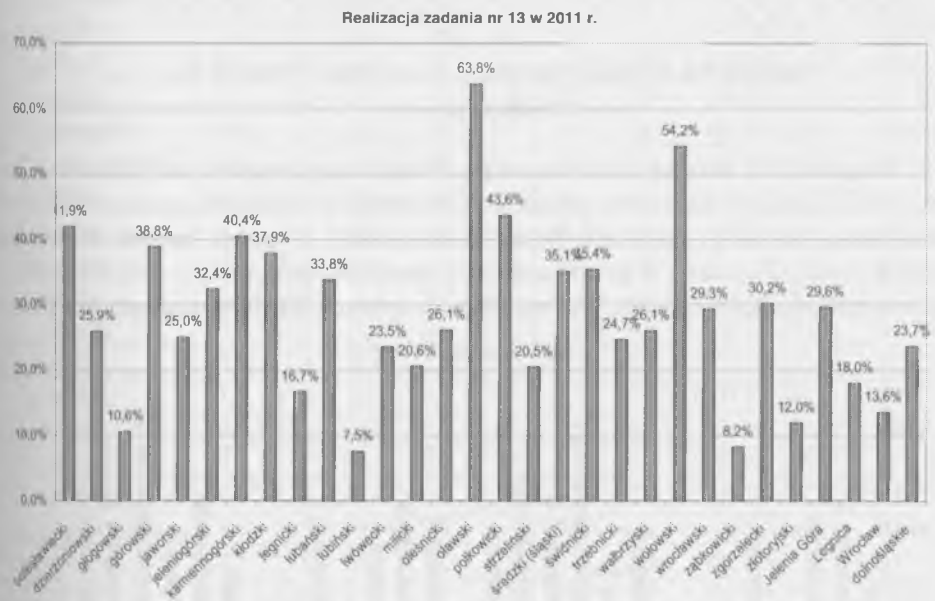


Rysunek 2.7. Wydatki w powiatach na likwidację barier architektonicznych w roku 2011

Źródło: Jak do rys. 2.1

Kolejny rysunek – nr 2.8, dotyczy dofinansowania ze środków PFRON zakupu sprzętu rehabilitacyjnego i ortopedycznego osobom indywidualnym. Warto odnotować i jak się wydaje pozytywnie ocenić fakt, iż zadanie to jest realizowane w każdym powiecie i to na stosunkowo wysokim poziomie, co oznacza, jak już wcześniej wspominano, że w większości powiatów najwięcej środków, spośród ogółu uzyskanych, przeznaczono właśnie na ten cel. Wg mojej oceny jest to pozytywne, ponieważ pieniądze te trafiły bezpośrednio do osób niepełnosprawnych i dały szansę skompensowania dzięki sprzętowi, w jakimś stopniu utraconej sprawności. Najwięcej pieniędzy wydano na realizację tego zadania w powiecie oławskim – aż 63,8% ogółu środków, w powiecie wołowskim – 54,2% i polkowickim 43,6%.

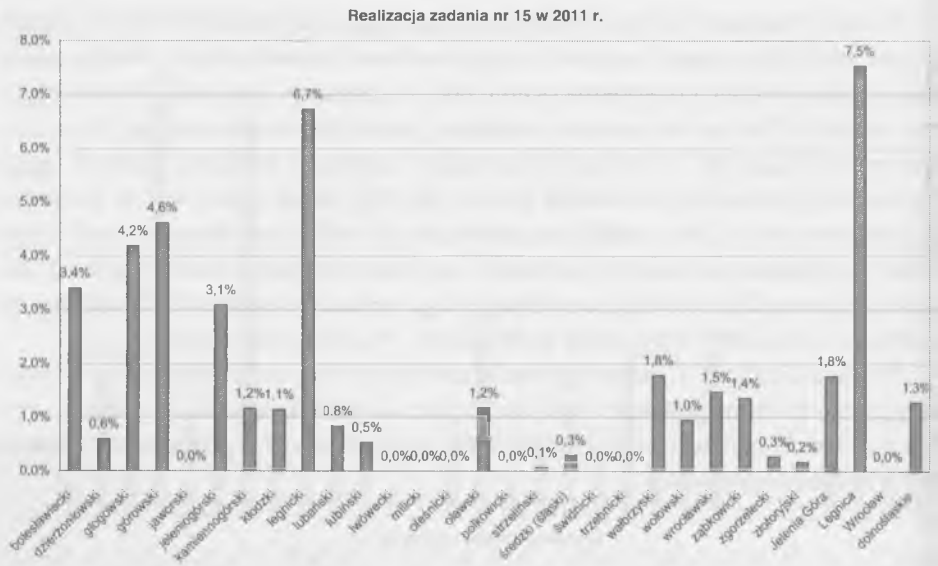
Na zadanie nr 14 – dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego i ortopedycznego osobom prawnym wydano bardzo niewiele środków i to tylko w czterech powiatach, najwięcej na poziomie 0,8% ogółu środków w powiecie oleśnickim i 0,2% w dzierżoniowskim.



Rysunek 2.8. Wydatki na dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego i ortopedycznego osobom indywidualnym w 2011 r.

Źródło: Jak do rys. 2.1

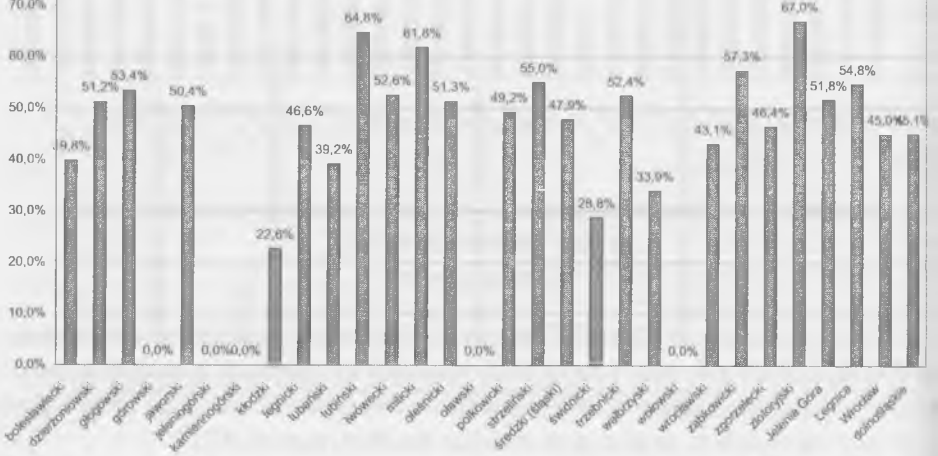
Kolejne zadanie – nr 15, realizowane w części powiatów, dotyczy dofinansowania sportu, kultury, rekreacji i turystyki, było w 2011 r. finansowane w największym stopniu w powiecie Legnica 7,5%, legnickim 6,7%, górowskim 4,5% i głogowskim 4,2%, lecz jak widzimy, angażując niewielkie środki (rysunek 2.9).



Rysunek 2.9. Wydatki na finansowanie sportu, kultury i rekreacji w 2011 r.

Źródło: Jak do rys. 2.1

Rysunek 2.10 dotyczy priorytetowego, w skali całego województwa, zadania n 16 – WTZ, jednego z niewielu zadań realizowanych w większości powiatów i to n stosunkowo wysokim poziomie finansowania (relatywnie rzecz biorąc). Najwięce swoich środków na ten cel przeznaczono w powiecie złotoryjskim – 67,0%, lubiń skim 64,8%, milickim 61,8%. Wydaje się, że w sytuacji, kiedy samorządy mają nie



Rysunek 2.10. Wydatki powiatów na finansowanie WTZ w 2011 r.

Źródło: Jak do rys. 2.1

wiele środków na realizację swoich zadań wobec osób niepełnosprawnych, dobrze, że większość z nich wydaje je właśnie na WTZ. Pisaliśmy wcześniej o zaznaczeniu tej formy rehabilitacji w odniesieniu do osób z najcięższymi niepełnosprawnościami.

Ostatnie, zadanie nr 17 w ramach rehabilitacji społecznej ma polegać na finansowaniu zadań zlecanych fundacjom i organizacjom pozarządowym, jest ono jednak realizowane tylko w 3 powiatach, na poziomie wartym odnotowania właściwie tylko w powiecie Wrocław – 8,9% przy 3,2% w powiecie wołowskim.

Tabela 2.20. Struktura wydatków samorządów powiatowych na realizację zadań rehabilitacji społecznej w 2009 r.

Nr	Województwo Powiat	nr 11	nr 12	nr 13	nr 14	nr 15	nr 16	nr 17	Rehabilitacja społeczna		Zadania ogółem
		%	%	%	%	%	%	%	Kwota	%	
	dolnośląskie	9,3	11,2	21,7	0,1	1,8	36,9	3,8	43 844 372	84,7	51 737 612
1	bolesławiecki	1,3	3,2	42,0	0,0	1,8	31,3	0,7	1 138 783	80,2	1 420 405
2	dzierzoniowski	9,3	9,9	28,5	0,1	1,2	41,3	0,0	2 473 810	90,2	2 741 219
3	głogowski	7,5	14,6	15,2	0,2	4,1	44,3	3,7	1 646 120	89,6	1 837 566
4	górowski	28,6	15,5	36,2	0,0	5,1	0,0	0,0	391 093	85,3	458 223
5	jaworski	11,3	13,3	27,6	0,0	0,4	42,7	0,0	990 885	95,3	1 039 331
6	jeleniogórski	14,8	2,1	30,2	0,0	3,3	0,0	0,0	381 807	50,4	758 041
7	kamiennogórski	21,9	11,7	45,6	0,0	1,7	0,0	0,0	382 911	80,9	473 165
8	kłodzki	14,7	35,2	24,9	0,0	0,7	16,9	0,2	2 420 707	92,5	2 616 913
9	legnicki	11,5	3,1	16,8	3,1	6,6	40,7	0,0	743 320	81,8	908 756
10	lubański	4,6	21,3	27,4	0,0	0,0	30,4	0,0	1 221 248	83,7	1 459 236
11	lubiński	3,8	2,4	9,4	0,0	0,6	52,3	0,0	1 667 456	68,6	2 431 577
12	lwówecki	9,3	13,9	25,1	0,0	0,0	46,2	0,0	908 271	94,5	961 271
13	milicki	10,5	2,7	12,4	0,0	2,5	55,3	0,0	892 189	83,4	1 070 184
14	oleśnicki	11,8	11,1	23,3	0,0	4,1	44,5	0,0	1 891 328	94,9	1 993 177
15	oławski	10,0	31,2	49,8	0,6	1,0	0,0	0,0	554 165	92,6	598 695
16	polkowicki	19,7	9,2	27,7	0,0	2,5	39,5	0,0	1 107 922	98,6	1 123 675
17	strzeliński	10,3	12,5	18,4	0,1	0,0	45,8	0,0	845 134	87,1	970 134
18	średzki (śląski)	8,2	10,5	28,6	0,0	1,8	42,6	0,0	796 069	91,8	867 580
19	świdnicki	12,5	20,0	24,8	0,1	1,5	21,0	0,0	1 891 129	79,9	2 367 832
20	trzebnicki	8,3	16,0	23,7	0,0	0,3	43,7	0,0	1 090 170	91,9	1 186 350
21	wałbrzyski	12,8	16,8	25,0	0,0	3,3	26,1	0,0	3 855 076	83,9	4 593 288
22	wołowski	10,0	26,7	42,1	0,0	3,8	0,0	9,8	330 900	92,4	358 235
23	wrocławski	10,1	17,5	27,2	0,0	4,0	37,6	0,0	1 139 224	96,4	1 181 604
24	ząbkowicki	13,1	3,7	10,9	0,0	1,2	49,1	0,0	1 645 472	77,9	2 111 154
25	zgorzelecki	9,0	9,0	23,5	0,0	1,0	41,3	0,0	1 352 014	83,8	1 614 108
26	złotoryjski	12,0	2,4	13,8	0,0	0,2	58,3	0,0	1 645 354	86,7	1 896 760
27	Jelenia Góra	6,1	14,5	24,2	1,3	2,3	43,9	0,0	1 866 843	92,3	2 023 490
28	Legnica	8,9	4,6	18,1	0,0	7,0	42,0	0,0	1 796 395	80,6	2 227 709
29	Wrocław	3,3	4,0	12,9	0,0	0,0	38,5	21,6	6 778 577	80,2	8 447 934

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z PFRON

Porównując strukturę wydatkowanych środków przekazanych do samorządów województwa dolnośląskiego w latach 2009-2011, widzimy, że nie zmieniła się ona zasadniczo w badanym okresie. Przekazane do powiatów środki w roku 2009 obrazuje tabela 2.20.

Podsumowanie

Przeprowadzone badania własne, dotyczące sposobu realizacji zadań rehabilitacji zawodowej i społecznej w powiatach województwa dolnośląskiego, mierzonego ilością przeznaczanych środków otrzymywanych na te cele z PFRON, pokazuje bardzo smutną prawdę. Od 2009 r. odnotowuje się spadek ilości środków przekazywanych w każdym roku do samorządów. Powoduje to niedofinansowanie i praktyczny brak realizacji wielu ustawowych instrumentów. Właściwie, w skali całego województwa, w skali marginalnej finansowane są zadania składające się na rehabilitację zawodową, najczęściej jest to zwrot kosztów wyposażenia stanowisk pracy i jednorazowe dofinansowanie rozpoczęcia działalności gospodarczej. W kilku powiatach 100% otrzymywanych środków przeznacza się na rehabilitację społeczną, realizując tylko trzy lub cztery, spośród siedemnastu ustawowych zadań. Najczęściej samorządy decydują się na dofinansowywanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze dla indywidualnych osób.

W tej części opracowania przytoczono także wnioski z badań innych teoretyków odnoszące się do całego naszego kraju, które potwierdzają nasuwające się refleksje z przytoczonych analiz własnych: obserwowany jest niski stopień zaangażowania lokalnych podmiotów samorządowych w kreowanie i aktywizowanie społeczne i zawodowe osób niepełnosprawnych[74]. Brakuje także zaangażowania urzędników samorządowych w podejmowanie innych niż rehabilitacyjne nowoczesnych instrumentów rynku pracy kierowanych do osób z niepełnosprawnościami. Wydaje się, że bez zmiany mentalności i umiejętności podmiotów lokalnych nie będzie można osiągać celów odnośnie integracji niepełnosprawnych żyjących w społeczności lokalnej. Tzw. społeczny model niepełnosprawności w praktyce pozostanie jedynie postulatem.

2.3. Efektywność rehabilitacji w liczbach – zatrudnialność osób niepełnosprawnych

O znaczeniu pracy w życiu każdego dorosłego człowieka nie trzeba chyba już nikogo przekonywać. Jest tak oczywiście również w odniesieniu do osób z niepełnosprawnościami. Można wyróżniać kilka funkcji, które spełnia praca w życiu takich ludzi, m.in.:

- dostarcza dochodu – gdy jest podstawowym źródłem utrzymania pozwalającym na samodzielność ekonomiczną i zapewniającą bezpieczeństwo socjalne,

[74] Patrz: np. J. Czapliński, *Raport o stanie zatrudnienia*..., op.cit., s. 7.

- pełni rolę socjalizacyjną – umożliwia uczestnictwo w życiu społecznym, pozwala nabywać nowych umiejętności i kompetencji społecznych i zawodowych, chroni przed wykluczeniem społecznym,
- jest źródłem satysfakcji i daje możliwość samorealizacji,
- jest formą rehabilitacji społecznej, zapewnia kontakty z innymi ludźmi, utrzymuje w postawie aktywności i sprzyja niezależności od instytucji pomocowych.

Prawo do pracy przyznane osobom niepełnosprawnym jako obywatelom naszego kraju nie skutkuje, jak pokazano to na początku tego rozdziału, ich powszechnemu zatrudnianiu. Wręcz przeciwnie, osoby niepełnosprawne mają zdecydowanie trudniejszą sytuację na rynku pracy w skali całego naszego kraju, jak i w województwie dolnośląskim niż ogół społeczeństwa. Obowiązujące ustawowe rozwiązania, zbyt często zmieniane, mają w założeniu poprawić istniejącą sytuację.

Niestety, nie jest łatwo monitorować efekty podejmowanych działań w regionach ze względu na brak pogłębionych statystycznych analiz regionalnych w tym zakresie. Istniejące dla całej Polski źródła danych pochodzących z GUS i BAEL nie są w tym względzie wystarczające. Pozwalają one bowiem na monitorowanie zmian zachodzących w całej populacji niepełnosprawnych – jej wielkości oraz struktury wg m.in.: płci, wykształcenia, miejsca zamieszkania i aktywności zawodowej w podstawowym zakresie. Nie dostarczają jednak wiadomości na temat: cech społecznych zatrudnionych osób niepełnosprawnych na danym terenie, miejsca ich pracy, formy zatrudnienia, zajmowanego stanowiska, poziomu uzyskiwanych zarobków. Jedynym źródłem informacji w tym zakresie jest w tej chwili[75] PFRON. Statystyki czynione w funduszu odnoszą się niestety tylko do zatrudniania osób z niepełnosprawnością uzyskiwanego w efekcie jego finansowania z tego źródła. M.in. ze względu na częste zmiany reguł dofinansowania zatrudnienia, zmieniały się też zasady gromadzenia danych statystycznych przez fundusz. Powoduje to niemożność porównywania informacji statystycznych dotyczących poszczególnych lat.

Mimo tych mankamentów, dla potrzeb tej pracy, zostaną wykorzystane dane liczbowe uzyskane z PFRON dotyczące sytuacji w zatrudnieniu osób z niepełnosprawnościami w województwie dolnośląskim na przestrzeni kilku ostatnich lat. Spróbujemy na ich podstawie pokazać zmieniającą się sytuację w jak najdłuższym okresie dającym się porównywać. Udało się to zrobić dla lat 2004-2011 i czasami, jeśli było to możliwe – w pierwszym półroczu 2012 r.

Najpierw jednak zostaną zaprezentowane skomplikowane reguły dostępu do środków PFRON obowiązujące w 2012 r. i trzech wcześniejszych latach. Ze względu na wielokrotnie dokonywane zmiany w badanym okresie, nie przedstawimy tych reguł dla każdego roku, gdyż wydaje się, że wówczas pogubilibyśmy się w gąszczu zmieniających się szczegółów.

[75] Być może pod koniec 2012 r. GUS opublikuje nowe dane w tym zakresie pochodzące z ostatniego powszechnego spisu ludności z 2011 r.

Podmioty mające możliwość ubiegania się o dofinansowanie zatrudnienia osób z niepełnosprawnościami to:

- pracodawca prowadzący ZPCh,
- pracodawca zatrudniający co najmniej 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy i osiągający wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych w wysokości co najmniej 6%,
- pracodawca zatrudniający, w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy, mniej niż 25 pracowników.

Osobą, na którą pracodawca z otwartego rynku pracy może uzyskać dofinansowanie jest osoba mająca orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub o niezdolności do pracy, zatrudniona na umowę o pracę, natomiast nie przysługuje na pracowników niepełnosprawnych, z którymi zawarto umowy cywilnoprawne (o dzieło, umowa zlecenia). Do końca 2008 r. dofinansowanie przysługiwało tylko na pracowników niemających ustalonego prawa do emerytury, w latach 2009-2010 ograniczenie to zostało zniesione, po czym od 1 marca 2011 r. zostało przywrócone dla pracowników z ustalonym prawem do emerytury, którzy posiadają lekki lub umiarkowany stopień niepełnosprawności[76]. Szczegółowe zasady zaliczania osób niepełnosprawnych do wskaźnika zatrudnienia określa ustawa. Np. tzw. praca nakładcza wykonywana przez osoby niepełnosprawne uprawnia do zaliczania ich do tego wskaźnika tylko w ZPCh, pod warunkiem, że ich wynagrodzenie zostało ustalone co najmniej w wysokości: najniższego wynagrodzenia – w stosunku do wykonawców, dla których praca nakładcza stanowi jedyne źródło utrzymania lub połowy najniższego wynagrodzenia – w stosunku do pozostałych wykonawców.

Ważną kwestią jest to, iż dofinansowanie nie przysługuje do wynagrodzenia w części lub całości finansowanej ze środków publicznych. Zatem w zakładach pracy tzw. sfery budżetowej nie przysługuje.

Wysokość dofinansowania zależy od następujących warunków:

- stopnia niepełnosprawności zatrudnionego,
- szczególnych schorzeń zatrudnionego (choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego, epilepsji, niewidzenia),
- typu pracodawcy, u którego niepełnosprawny jest zatrudniony,
- wymiaru czasu pracy pracownika niepełnosprawnego.

W latach 2009-2011 kwota ta wynosiła dla ZPCh:

- 160% najniższego wynagrodzenia – w przypadku osób niepełnosprawnych zaliczonych do znacznego stopnia niepełnosprawności,
- 140% najniższego wynagrodzenia – w przypadku osób niepełnosprawnych zaliczonych do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności,
- 60% najniższego wynagrodzenia – w przypadku osób niepełnosprawnych zaliczonych do lekkiego stopnia niepełnosprawności,

[76] Patrz: www.pfron.org.pl (09.2012).

- dla pracowników ze specjalnymi schorzeniami powyższe kwoty dofinansowań zwiększa się o 40% najniższego wynagrodzenia.

Pracodawcy niebędący ZPCh, zatrudniający co najmniej 25 pracowników w przeliczeniu na pełen etat i osiągający wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych w wysokości co najmniej 6%, oraz pracodawcy zatrudniający mniej niż 25 pracowników w latach 2009, 2010, 2011, mogli uzyskać w związku z zatrudnieniem niepełnosprawnych:

- 70% kwot przysługujących ZPCh,
- 90% kwot przysługujących ZPCh, w przypadku, gdy dotyczyć ono będzie osób niepełnosprawnych, u których orzeczono chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe lub epilepsję oraz pracowników niewidomych. Od 2011 r. do katalogu schorzeń specjalnych dodano całościowe zaburzenia rozwoju, ale wszystkie schorzenia specjalne muszą być udokumentowane orzeczeniem.

W 2012 r. kwoty dofinansowań uległy zmianie i w czasie objętym badaniem dla potrzeb tego opracowania (styczeń-czerwiec 2012 r.) wynosiły:

- Dla ZPCh:
  - 170% najniższego wynagrodzenia – w przypadku osób niepełnosprawnych zaliczonych do znacznego stopnia niepełnosprawności,
  - 125% najniższego wynagrodzenia – w przypadku osób niepełnosprawnych zaliczonych do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności,
  - 50% najniższego wynagrodzenia – w przypadku osób niepełnosprawnych zaliczonych do lekkiego stopnia niepełnosprawności.

Wyżej wymienione kwoty dofinansowania zwiększa się o 40% najniższego wynagrodzenia w przypadku osób niepełnosprawnych, u których orzeczono chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe, całościowe zaburzenia rozwojowe lub epilepsję oraz niewidomych[77].

- Dla pracodawców innych niż ZPCh:

W pierwszym półroczu 2012 r. pracodawcy zatrudniającemu co najmniej 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy i osiągającemu wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych w wysokości co najmniej 6% oraz pracodawcy zatrudniającemu w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy mniej niż 25 pracowników, przysługiwać będzie dofinansowanie w wysokości:

- 70% kwot przysługujących ZPCh,
- 90% kwot przysługujących ZPCh, w przypadku, gdy dotyczyć ono będzie osób niepełnosprawnych, u których orzeczono chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe, całościowe zaburzenia rozwojowe lub epilepsję oraz pracowników niewidomych.

Natomiast w drugim półroczu 2012 r. obowiązują zmienione ponownie warunki dofinansowań. Wynoszą one:

[77] Zgodnie z art. 26a ust. 1b w/w ustawy o rehabilitacji.

- Dla ZPCh:
  - 180% najniższego wynagrodzenia – w przypadku osób niepełnosprawnych zaliczonych do znacznego stopnia niepełnosprawności,
  - 115% najniższego wynagrodzenia – w przypadku osób niepełnosprawnych zaliczonych do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności,
  - 45% najniższego wynagrodzenia – w przypadku osób niepełnosprawnych zaliczonych do lekkiego stopnia niepełnosprawności.

Wyżej wymienione kwoty dofinansowania zwiększa się o 40% najniższego wynagrodzenia w przypadku osób niepełnosprawnych, u których orzeczono chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe, całościowe zaburzenia rozwojowe lub epilepsję oraz niewidomych.

- Dla pracodawców innych niż ZPCh:

W drugim półroczu 2012 r. pracodawcy zatrudniającemu co najmniej 25 pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy i osiągającemu wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych w wysokości co najmniej 6% oraz pracodawcy zatrudniającemu w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy mniej niż 25 pracowników, przysługiwać będzie dofinansowanie w wysokości:

- 70% kwot przysługujących ZPCh,
- 90% kwot przysługujących ZPCh, w przypadku, gdy dotyczyć ono będzie osób niepełnosprawnych, u których orzeczono chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe, całościowe zaburzenia rozwojowe lub epilepsję oraz pracowników niewidomych.

Za najniższe wynagrodzenie rozumie się w latach 2009-2012 minimalne wynagrodzenie za pracę obowiązujące w grudniu 2009 r., tj. 1276 zł[78].

Oprócz wcześniej wspomnianych ograniczeń dofinansowania, dotyczących sfery finansowanej ze środków publicznych, istnieją także inne ograniczenia:

- kwota miesięcznego dofinansowania nie może przekroczyć kwoty 90% faktycznie poniesionych miesięcznych kosztów płacy, a w przypadku pracodawcy wykonującego działalność gospodarczą, w rozumieniu przepisów o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej, zwanego dalej „pracodawcą wykonującym działalność gospodarczą", 75% tych kosztów. Przez koszty płacy należy rozumieć wynagrodzenie brutto oraz finansowane przez pracodawcę obowiązkowe składki na ubezpieczenia emerytalne, rentowe i wypadkowe naliczone od tego wynagrodzenia i obowiązkowe składki na fundusz pracy i fundusz gwarantowanych świadczeń pracowniczych,
- pomoc ze środków funduszu nie może zostać udzielona lub wypłacona pracodawcy wykonującemu działalność gospodarczą:

[78] Art. 10 Ustawy z dnia 29 października 2010 r. o zmianie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. 2010 nr 226 poz. 1475.

- znajdującemu się w trudnej sytuacji ekonomicznej wg kryteriów określonych w przepisach prawa Unii Europejskiej dotyczących udzielania pomocy publicznej,
- na którym ciąży obowiązek zwrotu pomocy wynikający z wcześniejszych decyzji Komisji Europejskiej uznających pomoc za niezgodną z prawem oraz ze wspólnym rynkiem,
- jeżeli udzielenie pomocy w formie miesięcznego dofinansowania do wynagrodzenia skutkowałoby przekroczeniem kwoty 10 mln euro rocznej pomocy na zatrudnienie pracowników niepełnosprawnych u tego pracodawcy.

Jak widać możliwość korzystania przez pracodawców z dofinansowania ze środków PFRON wymaga dużej elastyczności i ciągłego śledzenia zmieniającego się w tym względzie prawa. Trzeba też pamiętać o instrumentach rynku pracy wynikających z Ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy[79]. Zgodnie z tym aktem prawnym, pracodawca może zatrudniać niepełnosprawnego pracownika, nie ponosząc kosztów w tym względzie, jeżeli przyjmie osobę niepełnosprawną zarejestrowaną w PUP jako bezrobotną i poszukującą pracy na staż lub w ramach przygotowania zawodowego dorosłych. W obu przypadkach nie zostaje zawarty stosunek pracy, zamiast wynagrodzenia wypłacane jest stypendium. Inną formą aktywizacji zawodowej niepełnosprawnych jest pozyskiwanie ich do wykonywania prac interwencyjnych. Niestety, nie dysponujemy danymi statystycznymi obrazującymi skalę wykorzystywania i ich efektywność w stosunku do niepełnosprawnych w naszym województwie.

Zaprezentowane w dalszej części rozdziału dane liczbowe pochodzą z PFRON, gdzie są gromadzone w Systemie Obsługi Dofinansowań i Refundacji oraz w Ewidencji Zatrudnienia Osób Niepełnosprawnych w podziale na trzy typy pracodawców:

- otwartego rynku pracy (RO),
- ZPCh,
- typ mieszany (to pracodawcy zmieniający w danym roku status, w części roku byli ZPCh, a w części funkcjonowali wg reguł RO).

W tabeli 2.21 i na rysunku 2.11 pokazano zmieniającą się liczbę pracodawców zatrudniających niepełnosprawnych pracowników w województwie dolnośląskim na tle innych województw w latach 2004-2011. Widać, że ich liczba zdecydowanie wzrosła na przestrzeni tych lat, zarówno w naszym województwie, jak i w skali przeciętnej dla całego kraju: w 2004 r. na Dolnym Śląsku było ich ogółem 506, a w 2011 r. – 1049.

Największy wzrost ilości przedsiębiorstw zatrudniających niepełnosprawnych, odnotowano wśród pracodawców z rynku otwartego (w 2004 r. – było ich 298, a w 2011 r. liczba ta wzrosła do 911) przy jednoczesnym spadku liczby ZPCh (w 2004 r. było ich na naszym terenie 205, a w 2011 r. tylko 138).

[79] Dz. U. 2008 nr 69 z późn. zm.

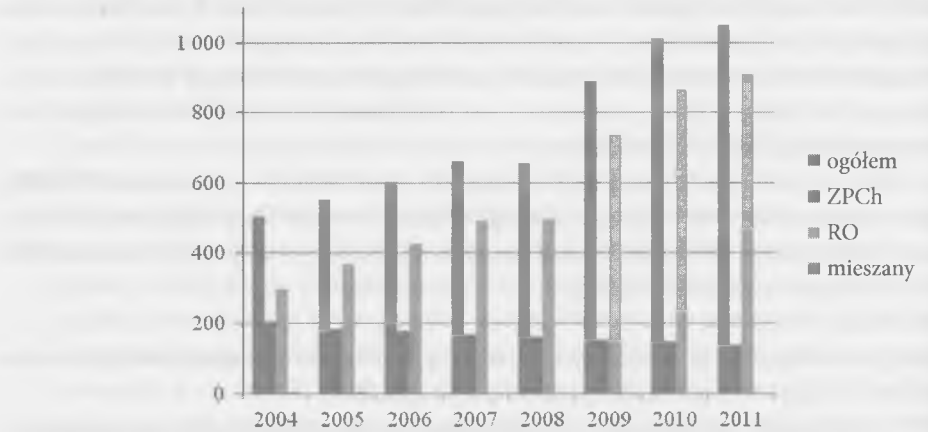
Tabela 2.21. Pracodawcy zatrudniający osoby niepełnosprawne na Dolnym Śląsku na tle innych województw w latach 2004-2011

Kategoria		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Liczba pracodawców ogółem	Dolny Śląsk[a]	506	555	603	661	656	890	1 011	1 049
	Pozostałe województwa[b]	407	450	498	567	575	847	1 005	1 095
Pracodawcy prowadzący ZPCh	Dolny Śląsk[a]	205	185	177	167	160	153	145	138
	Pozostałe województwa[b]	157	148	142	138	132	129	124	111
Pracodawcy na RO	Dolny Śląsk[a]	298	369	426	494	496	737	866	911
	Pozostałe województwa[b]	249	303	356	428	443	718	881	984
Mieszany typ pracodawcy	Dolny Śląsk[a]	3	1	0	0	0	0	0	0
	Pozostałe województwa[b]	0	0	0	0	0	0	1	0

[a] dane pochodzą z grudnia każdego roku

[b] wartość przeciętna liczona dla pozostałych 15 województw

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z PFRON



Rysunek 2.11. Pracodawcy zatrudniający osoby niepełnosprawne na Dolnym Śląsku w latach 2004-2011

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z PFRON

Przy ogólnym wzroście liczby zakładów pracy zatrudniających niepełnosprawnych w badanym okresie, odnotowano jednoczesny wzrost zatrudnienia tych osób. W tabeli 2.21 i na rysunku 2.11 zamieszczono informacje statystyczne dotyczące liczby zatrudnionych niepełnosprawnych na Dolnym Śląsku na tle innych województw w podziale na trzy typy zakładów pracy. Widzimy, że ogólna liczba zatrudnionych osób niepełnosprawnych w naszym województwie była w 2004 r. 2-krotnie wyższa niż w innych województwach, a w roku 2011 odnotowano wzrost w podobnym stopniu (odpowiednio: na Dolnym Śląsku w 2004 r. było zatrudnionych 23 582 i w 2011 r.

liczba ta wzrosła do 27 317, podczas gdy w pozostałych województwach zatrudniano ogółem 11 835 niepełnosprawnych i w 2011 r. – 14 553). Tabela 2.22 pokazuje, że w badanym okresie wraz ze wzrostem liczby podmiotów zatrudniających niepełnosprawnych rosła liczba zatrudnianych w nich pracowników, szczególnie na RO. W ZPCh w latach 2005-2008 obserwowano spadek liczby pracowników niepełnosprawnych, po czym następował ich stosunkowo powolny wzrost.

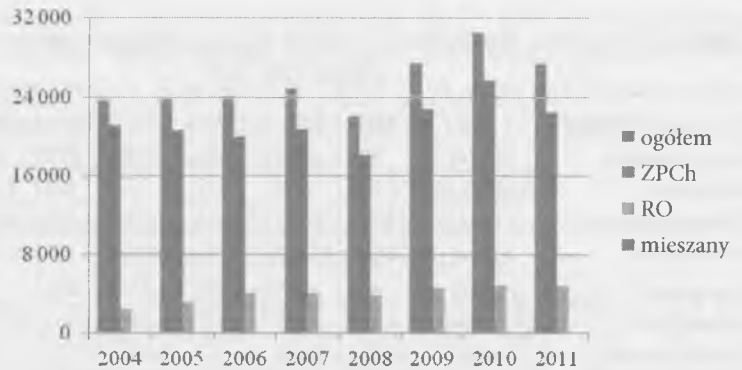
Tabela 2.22. Pracownicy niepełnosprawni na Dolnym Śląsku na tle innych województw w latach 2004-2011

Kategoria		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Pracownicy zgłoszeni do EZON ogółem	Dolny Śląsk[a]	23 582	23 813	24 088	24 873	22 033	27 483	30 512	27 317
	Pozostałe województwa[b]	11 835	12 176	12 586	13 062	12 053	14 659	15 796	14 553
Pracownicy niepełnosprawni zatrudnieni w ZPCh	Dolny Śląsk[a]	21 129	20 622	19 980	20 729	18 149	22 804	25 635	22 446
	Pozostałe województwa[b]	10 350	10 315	10 418	10 619	9 695	11 067	11 521	10 104
Pracownicy niepełnosprawni zatrudnieni na RO	Dolny Śląsk[a]	2 528	3 147	4 108	4 144	3 884	4 679	4 877	4 871
	Pozostałe województwa[b]	1 475	1 861	2 165	2 428	2 357	3 591	4 257	4 444
Pracownicy zgłoszeni przez pracodawców typu mieszanego	Dolny Śląsk[a]	96	44	0	0	0	0	0	0
	Pozostałe województwa[b]	11	0	3	15	0	0	19	5

[a] dane pochodzą z grudnia każdego roku

[b] wartość przeciętna liczona dla pozostałych 15 województw

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z PFRON



Rysunek 2.12. Pracownicy niepełnosprawni na Dolnym Śląsku w latach 2004-2011

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z PFRON

Analizując powyższe liczby, należy pamiętać, że dane z PFRON obejmują tylko firmy i zatrudnionych w nich niepełnosprawnych korzystających z omówionego wcześniej sytemu dofinansowań. Gdy je zestawimy z informacjami pochodzącymi z BAEL podawanymi przez GUS, to otrzymamy zupełnie inny obraz sytuacji. Np. w roku 2011 wg BAEL było zatrudnionych ogółem na naszym terenie 32 tys. Podczas gdy wg

ewidencji PFRON było ich o około 4 tys. mniej, bo 27 310. Wynika to stąd, że BAEL uwzględnia zatrudnionych w wieku 15 lat i więcej, zatrudnionych także u pracodawców publicznych mających więcej niż 25 pracowników ogółem, którzy nie osiągnęli jeszcze wskaźnika 6% zatrudnienia uprawniającego do dofinansowań. Dane te zawierają również osoby niepełnosprawne prowadzące działalność gospodarczą lub gospodarstwa albo pomagają w ich prowadzeniu i jednocześnie nie korzystają z refundacji składek na ubezpieczenie społeczne. Jak widać, zbiór ewidencjonowanych pracowników w PFRON nie obejmuje całej pracującej populacji niepełnosprawnych, natomiast informacje z BAEL mają charakter szacunkowy. Wynika stąd, że należy podchodzić ostrożnie do informacji pochodzących z obu źródeł. Nie mając jednak lepszego źródła danych statystycznych opisujących sytuację w zatrudnieniu i cechy zatrudnionych osób niepełnosprawnych w naszym województwie, pozostaniemy przy danych z PFRON.

W tabeli 2.23 i na rysunku 2.13 zamieszczono dane liczbowe odnośnie stopni niepełnosprawności zatrudnionych w latach 2004-2011. Liczby obrazują z jednej strony pracowników zgłaszanych do ewidencji, a z drugiej etaty. Jak widać najwięcej pracowników w każdym roku posiadało stopień lekki. Najmniejsza liczba to pracownicy ze znacznym stopniem niepełnosprawności. Choć, co szczególnie warte jest odnotowania, sytuacja uległa znacznej zmianie w roku 2011, gdy obserwujemy duży spadek zatrudnionych ze stopniem lekkim przy jednoczesnym wzroście zatrudnionych ze stopniem znacznym. Jak widać pracodawcy zareagowali na zmieniające się reguły dostępu do dofinansowań promujące zatrudnianie osób z najcięższymi stopniami i formami niepełnosprawności. Świadczą o tym też utrzymujące się wzrostowe tendencje zatrudniania osób ze stopniem umiarkowanym.

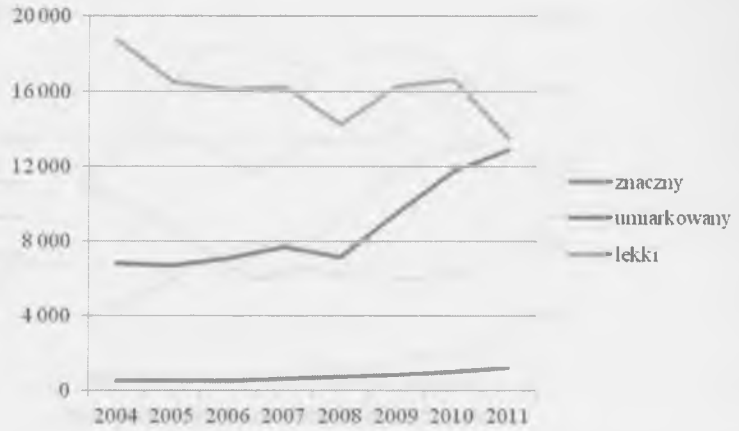
Tabela 2.23. Pracownicy niepełnosprawni w podziale na stopnie niepełnosprawności na Dolnym Śląsku w latach 2004-2011[a]

Kategoria		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Liczba pracowników zgłoszonych do EZON za dany okres sprawozdawczy	znaczny	508	507	522	635	770	850	1 022	1 252
	umiarkowany	6 838	6 724	7 078	7 715	7 148	9 474	11 713	12 912
	lekki	18 716	16 487	16 134	16 236	14 239	16 283	16 578	13 548
	ogółem	26 062	23 718	23 734	24 586	22 157	26 608	29 314	27 712
Liczba etatów zgłoszonych do EZON za dany okres sprawozdawczy	znaczny	476	469	483	571	665	757	912	1 121
	umiarkowany	6 159	6 107	6 442	7 041	6 535	8 735	10 805	11 874
	lekki	16 634	14 842	14 657	14 924	13 222	15 111	15 299	12 529
	ogółem	23 269	21 418	21 583	22 536	20 422	24 603	27 017	25 525

[a] wartość przeciętna w roku

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z PFRON

W kilku następnych tabelach zobrazowana zostanie liczba pracowników niepełnosprawnych zatrudnionych w poszczególnych trzech typach pracodawców. Chcemy w ten sposób, spróbować ustalić, gdzie najczęściej w naszym województwie znajdują zatrudnienie niepełnosprawni z różnymi stopniami niepełnosprawności. Jak widać,



Rysunek 2.13. Liczba pracowników zgłoszonych do EZON na Dolnym Śląsku w latach 2004-2011 w podziale na stopnie niepełnosprawności

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z PFRON

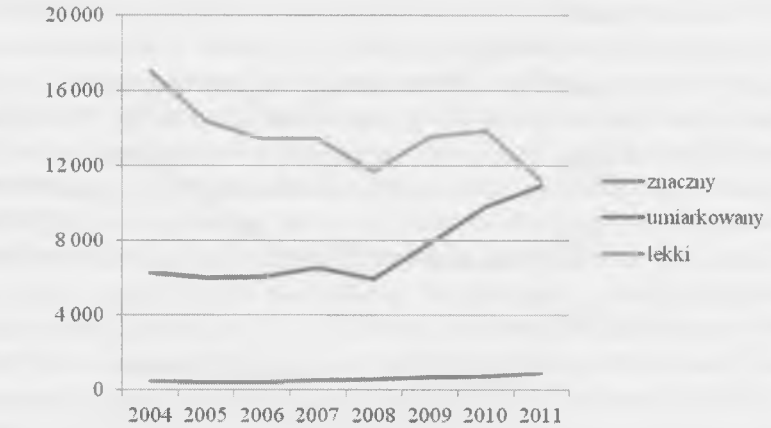
liczby zamieszczone w tabeli 2.24 i na rysunku 2.14 potwierdzają wcześniejsze ustalenia, iż największą grupę pracowników stanowią w nich osoby ze stopniem lekkim, choć różnica między ich liczbą a liczbą pracowników ze stopniem umiarkowanym jest niewielka (odpowiednio 11 177 i 10 924), jeszcze mniejsza różnica dotyczy zajmowanych etatów przez te dwie grupy osób niepełnosprawnych (odpowiednio 10 285 i 10 026). Pozytywną tendencją jest to, że w każdym roku na przestrzeni lat 2004-2011, zwiększała się liczba pracowników ze stopniem znacznym (w 2004 r. wynosiła 457 pracowników zatrudnionych na 422 etatach i w 2011 r. było ich już 909 zatrudnionych na 828 etatach). Ogólny spadek zatrudnienia niepełnosprawnych w ZPCh w roku 2011 w stosunku do poprzedniego (roku 2010 – gdy zatrudniano ogółem najwięcej niepełnosprawnych w badanym okresie) wynikał ze spadku zatrudnienia ogółem, w tym w ZPCh osób ze stopniem lekkim.

Tabela 2.24. Pracownicy niepełnosprawni zatrudnieni w ZPCh w podziale na stopnie niepełnosprawności na Dolnym Śląsku w latach 2004-2011[a]

Kategoria		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Liczba pracowników zgłoszonych do EZON za dany okres sprawozdawczy	znaczny	457	439	438	511	596	673	741	909
	umiarkowany	6 259	5 973	6 073	6 536	5 950	7 882	9 839	10 924
	lekki	17 041	14 353	13 411	13 441	11 682	13 550	13 866	11 177
	ogółem	23 757	20 765	19 921	20 488	18 228	22 105	24 446	23 009
Liczba etatów zgłoszonych do EZON za dany okres sprawozdawczy	znaczny	422	407	407	464	520	604	673	828
	umiarkowany	5 619	5 403	5 505	5 960	5 442	7 264	9 071	10 026
	lekki	15 029	12 811	12 091	12 291	10 795	12 533	12 742	10 285
	ogółem	21 071	18 621	18 003	18 715	16 757	20 401	22 486	21 139

[a] wartość przeciętna w roku

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z PFRON



Rysunek 2.14. Liczba pracowników zgłoszonych przez ZPCh do EZON na Dolnym Śląsku w latach 2004-2011 w podziale na stopnie niepełnosprawności

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z PFRON

Na rynku otwartym obserwujemy podobne tendencje – ogólny spadek zatrudnionych w 2011 r. w stosunku do poprzedniego – najlepszego w badanym okresie, ze względu na spadek liczby pracowników ze stopniem lekkim przy jednoczesnym wzroście zatrudnienia pracowników ze stopniem umiarkowanym i znacznym, w każdym roku na przestrzeni lat 2004-2011 (tabela 2.25 i rysunek 2.15).

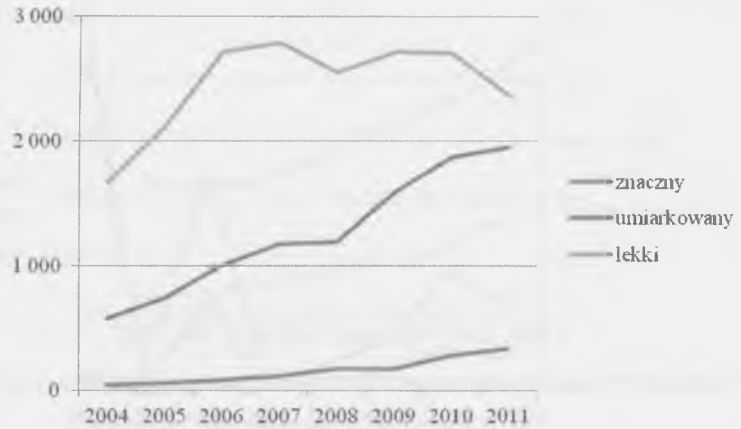
Tabela 2.25. Pracownicy niepełnosprawni zatrudnieni na RO w podziale na stopnie niepełnosprawności na Dolnym Śląsku w latach 2004-2011[a]

Kategoria		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Liczba pracowników zgłoszonych do EZON za dany okres sprawozdawczy	znaczny	51	67	84	124	174	176	282	343
	umiarkowany	577	747	1 004	1 178	1 198	1 585	1 874	1 960
	lekki	1 669	2 125	2 719	2 793	2 557	2 717	2 711	2 370
	ogółem	2 296	2 939	3 807	4 095	3 929	4 478	4 866	4 672
Liczba etatów zgłoszonych do EZON za dany okres sprawozdawczy	znaczny	54	61	76	107	145	153	239	293
	umiarkowany	538	701	936	1 080	1 093	1 464	1 735	1 822
	lekki	1 599	2 022	2 563	2 631	2 427	2 561	2 556	2 243
	ogółem	2 190	2 784	3 575	3 819	3 665	4 178	4 529	4 357

[a] wartość przeciętna w roku

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z PFRON

W przedsiębiorstwach, które zmieniały status w danym roku najwięcej w 2011 r. najwięcej pracowników posiadało orzeczenie o stopniu umiarkowanym, niestety, nie zatrudniano w nich prawie wcale osób ze stopniem znacznym (tylko jedna osoba w 2011 r. i 0 w każdym innym roku badanego okresu).



Rysunek 2.15. Liczba pracowników zgłoszonych do EZON na Dolnym Śląsku w latach 2004-2011 w podziale na stopnie niepełnosprawności (RO)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z PFRON

Tabela 2.26. Pracownicy niepełnosprawni w podziale na stopnie niepełnosprawności na Dolnym Śląsku w latach 2004-2011 (typ mieszany)[a]

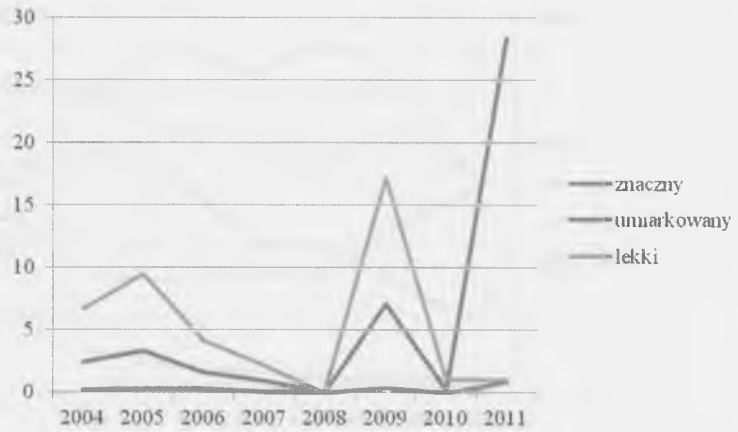
Kategoria		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Liczba pracowników zgłoszonych do EZON za dany okres sprawozdawczy	znaczny	0	0	0	0	0	0	0	1
	umiarkowany	2	3	2	1	0	7	0	28
	lekki	7	10	4	2	0	17	1	1
	ogółem	9	13	6	3	0	25	1	30
Liczba etatów zgłoszonych do EZON za dany okres sprawozdawczy	znaczny	0	0	0	0	0	0	0	1
	umiarkowany	2	3	1	1	0	7	0	27
	lekki	6	9	3	2	0	17	1	1
	ogółem	8	13	5	3	0	24	1	28

[a] wartość przeciętna w roku

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z PFRON

Biorąc pod uwagę status zakładu pracy i stopień niepełnosprawności, widzimy w tabeli 2.27, że osoby z każdym typem orzeczenia najczęściej znajdują zatrudnienie w ZPCh, co wynika po prostu z faktu, że w tych firmach pracuje ogółem najwięcej takich pracowników. Podobna tendencja występuje w całym naszym kraju[80]. Jest to pochodną sposobu finansowania zatrudnienia osób niepełnosprawnych, uprzywilejowania w tym względzie ZPCh w stosunku do pozostałych pracodawców. Od lat postuluję zmienić tę sytuację i wprowadzić równouprawnienie w sposobie wspierania niepełnosprawnych pracowników i jego wysokość uzależnić jedynie od stopnia i formy ich niepełnej sprawności. Nigdy nie sprawdzono, mimo

[80] J. Czapliński, *Raport o stanie zatrudnienia w Polsce*, POPON, Warszawa 2010, s. 17.



Rysunek 2.16. Liczba pracowników zgłoszonych do EZON na Dolnym Śląsku w latach 2004-2011 w podziale na stopnie niepełnosprawności (typ mieszany)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z PFRON

bardzo częstej zmiany obowiązujących reguł finansowania, jak owa równość wpłynęłaby na sytuację w zatrudnieniu tej grupy społecznej, czy firmy z rynku otwartego nie byłyby bardziej nimi zainteresowane niż obecnie.

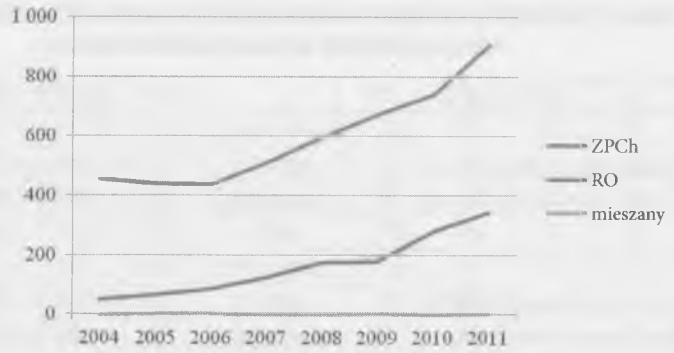
Tabela 2.27. Stopień niepełnosprawności a typ pracodawcy w latach 2004-2011 na Dolnym Śląsku[a]

Kategoria		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Znaczny	ZPCh	457	439	438	511	596	673	741	909
	RO	51	67	84	124	174	176	282	343
	mieszany	0	0	0	0	0	0	0	1
Umiarkowany	ZPCh	6 259	5 973	6 073	6 536	5 950	7 882	9 839	10 924
	RO	577	747	1 004	1 178	1 198	1 585	1 874	1 960
	mieszany	2	3	2	1	0	7	0	28
Lekki	ZPCh	17 041	14 353	13 411	13 441	11 682	13 550	13 866	11 177
	RO	1 669	2 125	2 719	2 793	2 557	2 717	2 711	2 370
	mieszany	7	10	4	2	0	17	1	1

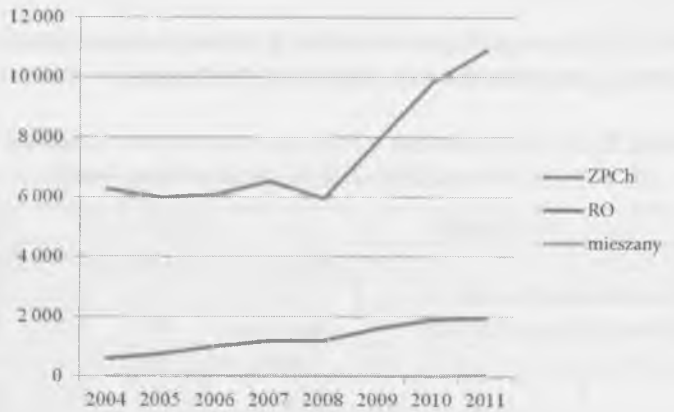
[a] wartość przeciętna w roku

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z PFRON

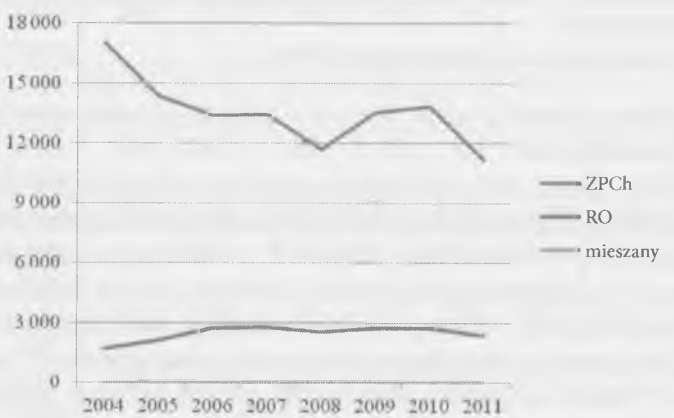
Dominacja zatrudnienia chronionego osób niepełnosprawnych zauważana jest zwłaszcza w grupie ze schorzeniami szczególnymi, to jest: upośledzeniem umysłowym, niedowidzeniem, schorzeniem psychicznym, epilepsją. W tabeli 2.28 pokazano, że liczba takich pracowników z każdym stopniem niepełnosprawności wzrastała w latach 2006-2010.



Rysunek 2.17. Znaczny stopień niepełnosprawności a typ pracodawcy na Dolnym Śląsku w latach 2004-2011
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z PFRON



Rysunek 2.18. Umiarkowany stopień niepełnosprawności a typ pracodawcy na Dolnym Śląsku w latach 2004-2011
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z PFRON



Rysunek 2.19. Umiarkowany stopień niepełnosprawności a typ pracodawcy na Dolnym Śląsku w latach 2004-2011
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z PFRON

Tabela 2.28. Struktura zatrudnienia osób ze schorzeniami szczególnymi na Dolnym Śląsku w latach 2006-2010 wg stopni niepełnosprawności[a]

Kategoria			2006	2007	2008	2009	2010
Liczba pracowników zgłoszonych do EZON za dany okres sprawozdawczy	ogółem		2 315	2 507	2 413	2 776	3 133
	w tym	znaczny	241	278	299	314	367
		umiarkowany	950	1 068	1 065	1 268	1 469
		lekki	1 125	1 161	1 048	1 194	1 297
Liczba etatów zgłoszonych do EZON za dany okres sprawozdawczy	ogółem		2 059	2 231	2 158	2 502	2 803
	w tym	znaczny	223	251	270	289	333
		umiarkowany	835	935	936	1 124	1 298
		lekki	1 001	1 045	952	1 089	1 172

[a] wartość przeciętna w roku

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z PFRON

W ZPCh najwięcej pracowników z takimi schorzeniami legitymowało się w tych latach orzeczeniem o stopniu umiarkowanym.

Tabela 2.29. Struktura zatrudnienia w ZPCh osób ze schorzeniami szczególnymi na Dolnym Śląsku w latach 2006-2010 wg stopni niepełnosprawności[a]

Kategoria			2006	2007	2008	2009	2010
Liczba pracowników zgłoszonych do EZON za dany okres sprawozdawczy	ogółem		2 138	2 290	2 195	2 495	2 732
	w tym	znaczny	214	240	248	268	284
		umiarkowany	880	979	971	1 135	1 274
		lekki	1 044	1 071	976	1 093	1 174
Liczba etatów zgłoszonych do EZON za dany okres sprawozdawczy	ogółem		1 894	2 035	1 963	2 244	2 447
	w tym	znaczny	199	219	228	248	263
		umiarkowany	770	854	852	1 003	1 126
		lekki	925	962	884	993	1 058

[a] wartość przeciętna w roku

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z PFRON

Podobna sytuacja miała miejsce w zakładach rynku otwartego, co przedstawiono w tabeli 2.30.

Chcąc opisać nieco dokładniej grupę zatrudnionych na Dolnym Śląsku niepełnosprawnych pracowników, udało się uzyskać dane liczbowe odnośnie ich cech demograficznych: wieku i płci. W tabeli 2.31 widzimy, że największą ogółem grupę pracowniczą stanowią osoby w wieku 25-54 lata, co nie dziwi ze względu na dużą rozpiętość wiekową[81]. Najwięcej w tym wieku jest zatrudnionych kobiet, natomiast wśród mężczyzn największą grupę stanowią osoby starsze 55 lat i więcej. Skąd ta różnica? Prawdopodobnie kobiety po 55 roku życia miały większą szansę skorzystać z możliwości przejścia na wcześniejszą emeryturę, natomiast mężczyźni mieli

[81] Niestety, nie udało się uzyskać danych dokładniejszych z podziałem na krótsze odcinki czasu.

Tabela 2.30. Struktura zatrudnienia na otwartym rynku osób ze szczególnymi schorzeniami na Dolnym Śląsku w latach 2006-2010 wg stopni niepełnosprawności[a]

Kategoria			2006	2007	2008	2009	2010
Liczba pracowników zgłoszonych do EZON za dany okres sprawozdawczy	ogółem		176	216	218	281	401
	w tym	znaczny	27	38	52	46	83
		umiarkowany	69	89	94	133	195
		lekki	80	89	72	102	123
Liczba etatów zgłoszonych do EZON za dany okres sprawozdawczy	ogółem		165	195	195	258	356
	w tym	znaczny	24	32	42	41	70
		umiarkowany	65	81	84	121	172
		lekki	76	83	68	96	114

[a] wartość przeciętna w roku

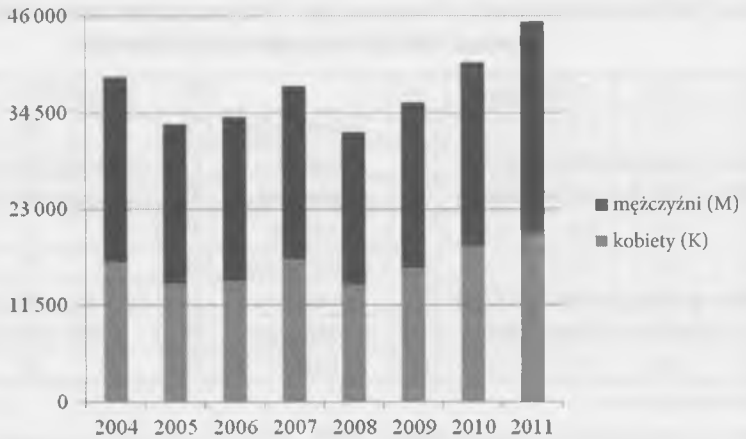
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z PFRON

tę możliwość odroczoną w czasie o 5 lat. W efekcie w ogólnej populacji zatrudnionych niepełnosprawnych w latach 2004-2011 w każdym roku było więcej mężczyzn niż kobiet.

Tabela 2.31. Struktura zatrudnienia na Dolnym Śląsku wg wieku i płci w latach 2004-2011

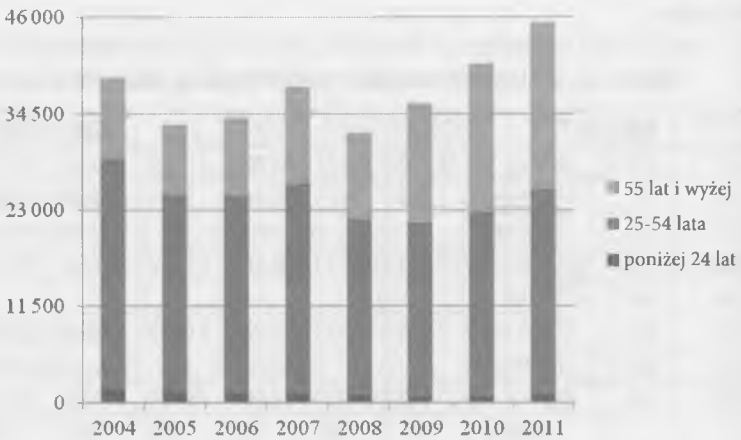
Kategoria			2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Ogółem (K+M)	ogółem		38 752	33 187	34 060	37 652	32 252	35 776	40 535	45 376
	w tym	poniżej 25 lat	1 606	1 205	1 162	1 065	862	735	764	1 029
		25-54 lat	27 512	23 649	23 561	25 052	21 066	20 750	21 941	24 521
		55 lat i wyżej	9 634	8 333	9 337	11 535	10 324	14 291	17 830	19 826
Kobiety (K)	ogółem		16 659	14 039	14 450	16 924	13 966	15 878	18 509	20 308
	w tym	poniżej 25 lat	491	340	389	398	337	274	319	376
		25-54 lat	13 502	11 607	11 779	13 358	11 172	11 089	12 119	13 436
		55 lat i wyżej	2 666	2 092	2 282	3 168	2 457	4 515	6 071	6 496
Mężczyźni (M)	ogółem		22 093	19 148	19 610	20 728	18 286	19 898	22 026	25 068
	w tym	poniżej 25 lat	1 115	865	773	667	525	461	445	653
		25-54 lat	14 010	12 042	11 782	11 694	9 894	9 661	9 822	11 085
		55 lat i wyżej	6 968	6 241	7 055	8 367	7 867	9 776	11 759	13 330

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z PFRON



Rysunek 2.20. Struktura zatrudnienia wg płci na Dolnym Śląsku w latach 2004-2011

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z PFRON



Rysunek 2.21. Struktura zatrudnienia wg wieku na Dolnym Śląsku w latach 2004-2011

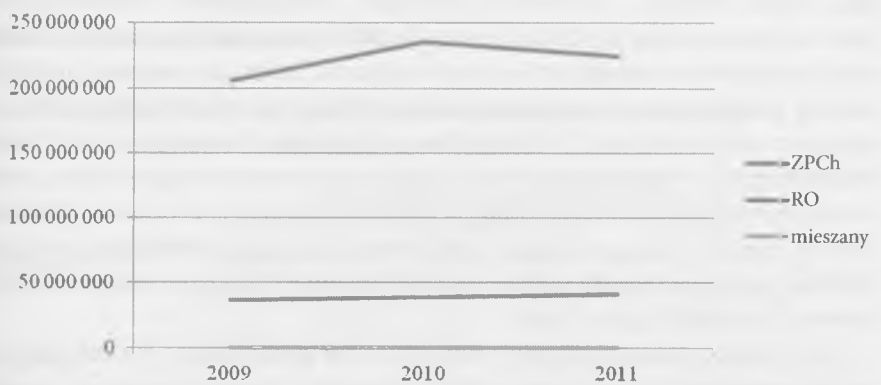
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z PFRON

Chcąc skomentować wyniki uzyskane z przeprowadzonych badań statystycznych, dotyczących sytuacji w zatrudnieniu osób niepełnosprawnych w województwie dolnośląskim, na podstawie danych uzyskanych z PFRON, możemy krótko stwierdzić, że sytuacja od lat się radykalnie nie zmienia w skali całego kraju, mimo ciągłego zmieniania reguł finansowania pracodawców zatrudniających pracowników z orzeczeniem o niepełnosprawności – nowelizacje ustawy dokonywane są średnio 2 razy w każdym roku (czyli ponad 40 razy od 1991 r. – uchwalenia pierwszej ustawy o rehabilitacji). Wciąż utrzymuje się przywileje ZPCh w finansowaniu tej grupy pracowników. Widać to wyraźnie, gdy analizujemy zasady korzystania z dofinansowań, jak i konkretne liczby. W tabeli 2.32 i na rysunku 2.22 przedsta-

Tabela 2.32. Dofinansowanie zatrudnienia z PFRON wg różnych typów pracodawców na Dolnym Śląsku na tle całego kraju w latach 2009-2011

Kategoria PLN %			2009		2010		2011	
			PLN	%	PLN	%	PLN	%
Dolny Śląsk	ogółem		242 189 489,78	9,63	275 088 831,06	9,66	266 344 179,30	9,68
	w tym	ZPCh	205 510 770,24	9,95	235 829 959,58	10,46	224 333 321,70	10,69
		RO	36 396 228,40	8,10	39 247 905,91	6,64	41 610 369,26	6,38
		mieszany	282 491,14	50,55	10 965,57	1,03	400 488,34	35,65
Polska	ogółem		2 515 289 819,31	100	284 683 285,18	100	275 187 182,94	100
	w tym	ZPCh	2 065 188 566,61	100	2 254 776 040,16	100	209 900 159,75	100
		RO	449 542 423,81	100	590 993 981,22	100	651 746 950,54	100
		mieszany	558 828,89	100	1 062 363,80	100	1 123 372,65	100

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z PFRON



Rysunek 2.22. Dofinansowanie zatrudnienia z PFRON na Dolnym Śląsku w latach 2009-2011

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z PFRON

wiono dane liczbowe dotyczące środków przekazywanych do różnego typu firm z terenu naszego województwa w latach 2009-2011 na tle Polski.

Gdyby chcieć spróbować wyliczyć, ile kosztuje rocznie zatrudnienie 1 osoby niepełnosprawnej, to dokonamy prostego rachunku: kwotę dofinansowania ogółem w 2011 r.: 266 344 179,30 podzielimy przez liczbę zatrudnionych w tym czasie niepełnosprawnych ogółem: 27 317 i otrzymamy niemałą kwotę = 9750 zł, co w skali miesiąca = 812 zł. I w podobny sposób dokonamy wyliczenia kosztu zatrudnienia 1 niepełnosprawnego pracownika w ZPCh i na RO[82]. I otrzymamy, tak jak się spodziewaliśmy wyższe niż przeciętnie koszty zatrudnienia 1 pracownika niepełnosprawnego w ZPCh, które wynoszą nieco ponad 9994 zł rocznie, co w skali miesiąca wynosi 832 zł. W zakładach rynku otwartego rocznie to koszt 8542 zł na 1 osobę, a miesięcznie 711 zł na 1 zatrudnionego.

[82] ZPCH: 224 333 321 zł /22 446 p = 9994,35 zł /1 p. RO: 44 610 369 zł/4871 p = 8542 zł/1 p.

Porównując te liczby z danymi sprzed 11 lat (za 2000 r.) – średnimi dla całego kraju, zauważymy, że miesięczny koszt zatrudniania niepełnosprawnych w ZPCh nieco spadł: z 1052 zł[83] miesięcznie w 2000 r. do 832 zł miesięcznie w 2011 r. W tamtym czasie istniały bardzo duże różnice między wielkością dofinansowań zatrudnienia w ZPCh a innymi firmami, szczególnie małymi, zatrudniającymi do 25 pracowników, gdzie jego wysokość wynosiła jedynie 367 zł miesięcznie na osobę i samozatrudnienia, gdzie na 1 osobę niepełnosprawną uzyskiwano zaledwie 9 zł miesięcznie. Obecnie nie możemy dokonać dokładnych porównań liczbowych ze względu na brak odpowiednich danych statystycznych, prawdopodobnie te różnice się zmniejszyły ze względu na objęcie tych firm systemem dofinansowań i refundacji.

W tym miejscu bardzo istotne byłoby porównanie ponoszonych wydatków na uruchamianie miejsc pracy dla niepełnosprawnych z uzyskiwanymi przez nich wynagrodzeniami. PFRON dysponuje danymi w tym względzie za kilka ostatnich lat, niestety, niedającymi się do końca porównywać. Jest tak dlatego, że w niektórych latach zbierano informacje dotyczące „wynagrodzeń" niepełnosprawnych pracowników, a w kolejnych zastąpiono je „kosztami płacy" zgodnie z obowiązującymi ustawowymi regulacjami w tym względzie. Definicja obu pojęć jest różna, za „koszty płacy" uznaje się wynagrodzenie brutto wraz ze wszystkimi składkami na ubezpieczenie społeczne, Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych. Natomiast nie ma dokładnie sprecyzowanego pojęcia „wynagrodzenia", ponieważ o jego składnikach mogli decydować pracodawcy. Wiadomo jedynie, że jest to „wynagrodzenie sensu largo, obejmujące składki ubezpieczeniowe płacone przez pracownika (czyli część składki emerytalnej, rentowej i składka chorobowa) i podatek dochodowy[84].

Analizując dane statystyczne odnośnie tych dwóch pojęć w skali całego kraju, prawdopodobnie tendencja nie różni się znacząco w odniesieniu do naszego województwa, można zauważyć, co oczywiste, że osiągane przez zatrudnione osoby niepełnosprawne wynagrodzenia rejestrowane do roku 2008, zarówno w ZPCh, jak i na rynku otwartym są dużo niższe nich koszty ich płacy odnotowywane od 2009 r. Zmieniało się wówczas najniższe wynagrodzenie obowiązujące w kraju oraz składniki kosztów płacy w stosunku do wynagrodzeń.

Jak widzimy w tabelach 2.33 i 2.34 wynagrodzenie niepełnosprawnych w roku 2006 zarówno w przeliczeniu na 1 osobę, jak i na etat, wynosiło niewiele ponad 1000 zł, najwyższe było u pracodawców zmieniających status w danym roku, prawdopodobnie m.in. ze względu na stosunkowo niewielką ilość tych podmiotów. Znamienne jest to, iż najwyższe wynagrodzenie odnotowano u pracowników ze znacznym stopniem niepełnosprawności, co wynika zapewne z obowiązującego wówczas systemu dofinansowań. Ważną informacją statystyczną jest to, że wyna-

[83] D. Poznańska, *System finansowania zatrudnienia osób niepełnosprawnych w Polsce. Wnioski dla efektywności finansów publicznych*, NBP, Warszawa 2003, s. 51.

[84] Informacja z PFRON.

grodzenie liczone na pracownika znacząco różni się (jest niższe) od wynagrodzenia przypadającego na jeden etat.

Tabela 2.33. Poziom średnich wynagrodzeń uzyskiwanych przez pracowników niepełnosprawnych w 2006 r.

Typ pracodawcy (1)	Średnie osiągane wynagrodzenie w przeliczeniu na osobę						
	znaczny stopień niepełnosprawności		umiarkowany stopień niepełnosprawności		lekki stopień niepełnosprawności		Ogółem
	schorzenia specjalne		schorzenia specjalne		schorzenia specjalne		
	brak	istnieją	brak	istnieją	brak	istnieją	
Chroniony rynek (ZPCh)	1 336,03	1 125,35	1 134,40	975,30	1 088,24	947,59	1 101,15
Otwarty rynek	1 239,37	1 237,48	1 486,63	916,42	1 258,25	994,35	1 188,75
Mieszany typ pracodawcy (2)	1 986,38	-	1 134,36	1 380,94	1 566,72	652,94	1 344,27

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z PFRON

Tabela 2.34. Poziom średniego wynagrodzenia pracowników niepełnosprawnych w przeliczeniu na 1 etat w 2006 r.

Typ pracodawcy (1)	Średnie osiągane wynagrodzenie w przeliczeniu na etat						
	znaczny stopień niepełnosprawności		umiarkowany stopień niepełnosprawności		lekki stopień niepełnosprawności		Ogółem
	schorzenia specjalne		schorzenia specjalne		schorzenia specjalne		
	brak	istnieją	brak	istnieją	brak	istnieją	
Chroniony rynek (ZPCh)	1 439,06	1 209,83	1 243,12	1 119,06	1 204,95	1 072,67	1 214,78
Otwarty rynek	1 364,45	1 389,86	1 595,55	978,02	1 335,30	1 048,86	1 285,34
Mieszany typ pracodawcy (2)	2 563,07	-	1 303,26	1 439,23	1 834,47	909,75	1 609,96

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z PFRON

Dostępne dane liczbowe odnoszące się do kosztów płacy dotyczą lat 2010-2012.

Porównując je z danymi odnośnie wynagrodzeń za rok 2008, można zaobserwować, że wynagrodzenie na 1 osobę w ZPCh wynosiło 1290,94 zł, przy koszcie płacy z roku 2010 –1700,47. Natomiast na rynku otwartym: wynagrodzenie wynosiło 1487,99 zł w 2008 r., przy koszcie płacy z roku 2010 – 1867 zł. W przedsiębiorstwach o typie mieszanym wynagrodzenie w 2008 r. wynosiło 1662,42 zł, a koszt płacy w 2010 r. – 1144,32 zł. Rejestrowany spadek kosztów płacy, wg pracowników PFRON, wynika z malejącej liczby podmiotów o tym statusie w roku 2010 w stosunku do 2008 r.

Najnowsze dane liczbowe dotyczące kosztów płacy w poszczególnych typach przedsiębiorstw ewidencjonowanych przez PFRON przedstawia tabela 2.35. Jak już wspominaliśmy, niewiele można wywnioskować z porównania powyższych liczb. Możemy jedynie stwierdzić, że poziom uzyskiwanych wynagrodzeń przez niepeł-

nosprawnych jest niski, największe zarobki w 2008 r. uzyskiwali prawdopodobnie w przedsiębiorstwach typu mieszanego, gdzie jednocześnie w roku 2012 odnotowano najniższe koszty płac niepełnosprawnych pracowników.

Tabela 2.35. Średnie koszty płacy zatrudnionych osób niepełnosprawnych w 2012 r.

Typ pracodawcy (1)	Średnie koszty płacy w przeliczeniu na osobę						
	znaczny stopień niepełnosprawności		umiarkowany stopień niepełnosprawności		lekki stopień niepełnosprawności		Ogółem
	schorzenia specjalne		schorzenia specjalne		schorzenia specjalne		
	brak	istnieją	brak	istnieją	brak	istnieją	
Chroniony rynek (ZPCh)	1 983,19	1 841,04	1 864,30	1 679,19	2 048,19	1 691,52	1 851,24
Otwarty rynek	1 783,04	2 037,28	2 206,77	1 970,58	2 175,78	1 964,69	2 023,02
Mieszany typ pracodawcy (2)	1 465,98	1 532,09	1 681,83	1 596,27	1 704,34	1 796,10	1 629,44

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z PFRON

Tabela 2.36. Średnie koszty płacy w przeliczeniu na 1 etat w 2012 r.

Typ pracodawcy (1)	Średnie koszty płacy w przeliczeniu na etat						
	znaczny stopień niepełnosprawności		umiarkowany stopień niepełnosprawności		lekki stopień niepełnosprawności		Ogółem
	schorzenia specjalne		schorzenia specjalne		schorzenia specjalne		
	brak	istnieją	brak	istnieją	brak	istnieją	
Chroniony rynek (ZPCh)	2 151,19	2 039,47	1 994,75	1 910,53	2 215,46	1 909,07	2 036,75
Otwarty rynek	2 026,33	2 407,97	2 351,72	2 158,91	2 302,52	2 045,85	2 215,55
Mieszany typ pracodawcy (2)	1 776,95	1 853,99	1 836,36	1 769,11	1 778,72	1 796,10	1 801,87

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z PFRON

Podsumowanie

Mimo upływu czasu, wiele rekomendacji dotyczących konieczności przeprowadzenia zmian w systemie zatrudnienia niepełnosprawnych, zgłaszanych przed kilkoma laty w literaturze przedmiotu, m.in. moich[85], jest wciąż aktualnych i dotyczących całego kraju. Najważniejsze z nich dotyczą zmian funkcjonowania tzw. systemu kwotowego w odniesieniu do przedsiębiorstw z rynku otwartego:

- uzależnienia stopnia wypełnienia kwoty od ilości zatrudnionych osób niepełnosprawnych o umiarkowanym i znacznym stopniu, chodzi bowiem o ułatwienie znalezienia zatrudnienia osobom z najcięższymi niepełnosprawnościami będącym w najtrudniejszej sytuacji na rynku pracy,

[85] Patrz np. D. Poznańska, *System finansowania...*, op.cit.; O. Kowalczyk, *System zabezpieczenia społecznego wobec potrzeb osób niepełnosprawnych w Polsce na tle krajów UE*, Wydawnictwo AE Wrocław, Wrocław 2002, s. 168-170; O. Kowalczyk, *Rola pomocy osobistej w procesie integracji społecznej osób niepełnosprawnych w Polsce i w innych krajach*, Wydawnictwo AE Wrocław, s. 158-159.

- powiązania wysokości karnych wpłat z przeciętnym poziomem płac w danym przedsiębiorstwie, a nie, jak to ma wciąż miejsce, z wysokością przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej,
- zniesienia bądź ograniczenia szeregu przywilejów dotyczących czasu pracy niepełnosprawnych. W znacznym stopniu podrażają one koszty ich pracy i przez to zniechęcają pracodawców do ich zatrudniania,
- zniesienia przywilejów podatkowych w ZPCh, można rozważyć ich pozostawienie jedynie co do pracowników niepełnosprawnych (podatek dochodowy), a nie ogółu zatrudnionych w tych firmach oraz zniesienia ich priorytetowego traktowania w systemie dofinansowań z PFRON, korzystania z preferencyjnych kredytów, ect.

Przy obecnym stanie polityki zatrudnienia na rzecz osób z niepełnosprawnościami województwo dolnośląskie charakteryzuje się 2-krotnie większym niż przeciętnie w pozostałych województwach (mierzonym w liczbach absolutnych) poziomem zatrudnienia niepełnosprawnych w przedsiębiorstwach korzystających z systemu dofinansowań i refundacji z PFRON. Jednak biorąc pod uwagę ogólny poziom ich zatrudnienia uwzględniany w statystykach czynionych przez BAEL, sytuacja mierzona wskaźnikiem zatrudnienia niepełnosprawnych w wieku 16 lat i więcej w naszym województwie jest gorsza niż ogólnie w Polsce. W pierwszej połowie 2012 r. wskaźnik ten dla województwa wynosił 11,3%, a dla całej Polski 14,7%. Podobnie niższy był w naszym województwie wskaźnik aktywności zawodowej – 14,5%, podczas gdy dla całej Polski wynosił on 17,3%.

Świadczy to o tym, że znaczna część aktywnej zawodowo populacji osób niepełnosprawnych ogólnie w Polsce znajduje zatrudnienie w firmach niekorzystających ze wsparcia z PFRON i nie obejmuje ich ewidencja funduszu, dająca inny obraz niż całościowe badania BAEL. Są to osoby samozatrudniające się, pracujące na podstawie umowy o dzieło lub zlecenie, będące na urlopie bezpłatnym lub wychowawczym zatrudnione w firmach państwowych i przedsiębiorstwach powyżej 25-osobowych nie spełniających warunku zatrudnienia kwotowego niepełnosprawnych.

Jak widać, zaprezentowany w tym podrozdziale obraz zatrudnienia niepełnosprawnych, uzyskany na podstawie analizy danych pochodzących z systemu ewidencji zatrudnienia (EZON) z PFRON, jest niepełny, wymagający uzupełnienia danymi z GUS. Mamy nadzieję, że takie informacje pochodzące z Narodowego Spisu Powszechnego z 2011 r. ukażą się wkrótce i wówczas będzie można uczynić ten obraz klarowniejszym i pełniejszym. Na dziś możemy jedynie stwierdzić, że w ostatnich kilku latach nasze województwo cechowało większy niż przeciętnie w innych województwach poziom zatrudnienia niepełnosprawnych ewidencjonowanych w PFRON, cechował je też największy przyrost zatrudnienia tych osób w latach 2009-2011.

Zmieniający się często System Obsługi Dofinansowań i Refundacji powoduje wielką niestabilność reguł gry. W ostatnich latach, będących przedmiotem naszych

analiz, widać, że przybywa podmiotów rynkowych korzystających z tego systemu w naszym województwie, powoduje to jednoczesny wzrost zatrudnienia na rynku otwartym osób z niepełnosprawnościami. Jednak wciąż dominuje w tym względzie zatrudnienie chronione odbywające się w ZPCh. Osoby pracujące to głównie mężczyźni, najczęściej w wieku mobilnym: 24-54 lat, posiadający stopień lekki niepełnosprawności. Po 2009 r. obserwowany jest znaczny spadek zatrudnienia osób z takim orzeczeniem przy jednoczesnym wzroście zatrudniania osób z cięższymi niepełnosprawnościami, co wydaje się pozytywną konsekwencją podejmowanych zmian. Na podstawie fragmentarycznych danych statystycznych można oszacować, że wynagrodzenia osiągane przez niepełnosprawnych są niskie, szczególnie w ZPCh, niewiele różniące się od poziomu płacy minimalnej.

W ostatnim zdaniu, musimy zauważyć, iż zatrudnienie niepełnosprawnych jest wciąż bardzo kosztowne, z tego też względu ma ono wciąż bardziej cechy zatrudnienia socjalnego niż opłacalnego ze względów ekonomicznych.

Rozdział III

UCZESTNICTWO W ŻYCIU SPOŁECZNYM DOLNOŚLĄSKICH SENIORÓW

3.1. Osoby stare na Dolnym Śląsku

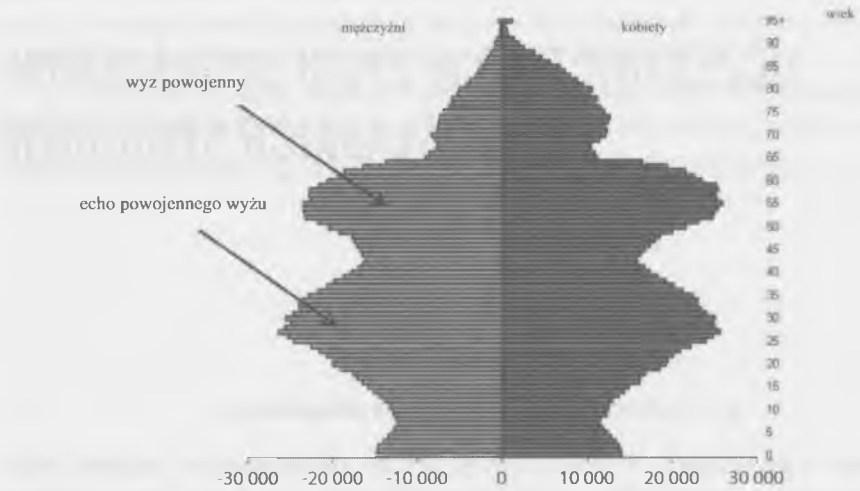
3.1.1. Starzenie się populacji – analiza demograficzna

Starzenie się ludności to proces polegający na zwiększaniu się udziału ludzi starych w ogólnej liczbie ludności. Problematyka związana z tym procesem jest niezwykle rozległa, a poszczególne zagadnienia są dość złożone i niejednoznaczne. Na dowód tego wystarczy tylko stwierdzić, że jednym z podstawowych problemów gerontologicznych wciąż pozostaje kwestia dookreślenia tzw. progu starości indywidualnej. Nie ma jednego, powszechnie ustalonego kryterium, za pomocą którego można by było podzielić populację na dwie zasadnicze zbiorowości: osoby stare oraz osoby niestare. Ten brak jest dość poważnym problemem dla naukowca zajmującego się kwestią ludzi starych, uniemożliwia bowiem precyzyjne zdefiniowanie badanego podmiotu. Aby uniknąć niejasności w tym zakresie, przyjmijmy, że okres starości rozpoczyna się po przekroczeniu 65 roku życia, a zatem do grona osób starych zaliczać będziemy wszystkie osoby w wieku 65 lat i więcej.

Populacje, podobnie jak organizmy żywe, starzeją się. Wraz z postępem procesu starzenia się przechodzą one przez kolejne fazy rozwoju demograficznego: od młodości, poprzez dojrzałość, aż po demograficzną starość. Do pomiaru stopnia zaawansowania procesu starzenia się ludności stosuje się wskaźnik określany mianem stopy starości. Przedstawia on procentowy udział ludzi starych w ogólnej liczbie ludności.

W 2010 r. stopa starości w Polsce wynosiła 13,57%. Odwołując się do klasycznej skali ONZ mierzącej stopień zaawansowania procesu starzenia się lud-

ności[86] można stwierdzić, że populacja naszego kraju tkwi już w fazie demograficznej starości. Stopień zaawansowania procesu starzenia się ludności jest istotnie zróżnicowany na poziomie województw. Najmłodsze pod względem demograficznym są województwa: warmińsko-mazurskie (stopa starości: 11,8%), lubuskie (stopa starości: 11,81%) oraz wielkopolskie (stopa starości: 11,88%). Najstarsze z kolei są województwa: łódzkie (stopa starości: 15%), świętokrzyskie (stopa starości: 14,96%) oraz podlaskie (stopa starości: 14,78%). Najbardziej zbliżone do ogólnopolskiego wyniku są województwa dolnośląskie (stopa starości: 13,44%) oraz małopolskie (stopa starości: 13,68%)[87].



Rysunek 3.1. Piramida demograficzna populacji na Dolnym Śląsku w 2010 r.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Prognoza ludności na lata 2008-2035*, GUS, www.stat.gov.pl (9.10.2012)

Sytuacja demograficzna Dolnego Śląska jest mocno zbliżona do ogólnej sytuacji całego kraju. Piramida demograficzna (rysunek 3.1) z 2010 r. zawiera dwa charakterystyczne „wybrzuszenia", które odzwierciedlają zachodzący w populacji proces falowania demograficznego. Pod koniec lat 40. i na początku lat 50. znacznie wzrosła liczba urodzeń. Pojawił się w ten sposób tzw. powojenny wyż demograficzny. Na przełomie lat 70. i 80. jego przedstawiciele weszli w wiek reprodukcyjny, czego efektem była kolejna zwyżka urodzeń i pojawienie się tzw. echa powojennego wyżu (zgodnie z zasadą, że wyż rodzi wyż).

Przedstawiciele obydwu wyżów demograficznych (powojennego i jego echa) stanowią dominującą część populacji. W 2010 r. były to osoby dorosłe: w fazie późnej dorosłości (roczniki powojenne) oraz wczesnej dorosłości (echo powojennego wyżu). Na tym tle udział seniorów w ogólnej liczbie ludności wydaje się stosunko-

[86] Skala ONZ dzieli, w zależności od poziomu stopy starości, populacje na trzy typy: młode (stopa starości: poniżej 4%), dojrzałe (stopa starości: 4-7%) oraz stare (stopa starości: powyżej 7%). J. Kurkiewicz, *Podstawowe metody analizy demograficznej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1992, s. 57.

[87] Bank Danych Lokalnych, GUS, www.stat.gov.pl (9.10.2012).

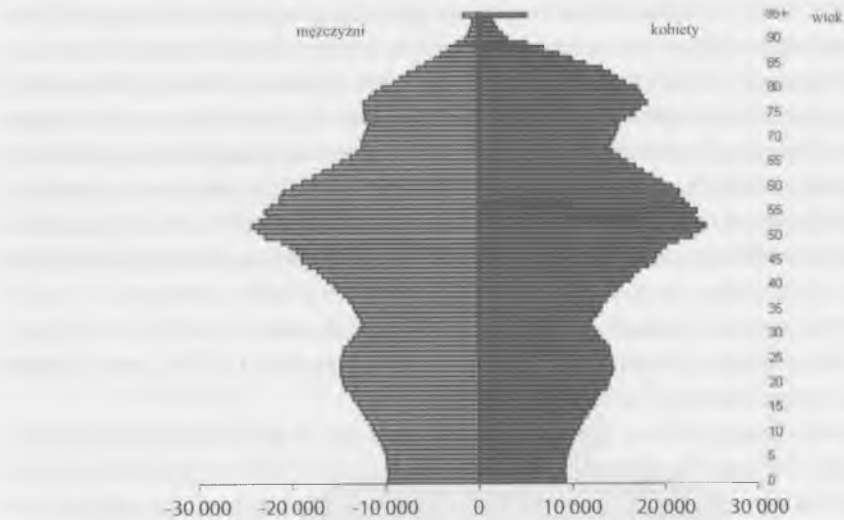
wo niewielki. Owe 13,44%, mimo że plasuje populację w gronie demograficznie starych, nie jest wynikiem szczególnie wysokim, zwłaszcza jeśli zestawić go z sytuacją w regionach krajów Europy Zachodniej (np. Niemiec, Francji, Włoch czy Hiszpanii), gdzie stopa starości kształtuje się z reguły na dużo wyższym poziomie.

Obszar Dolnego Śląska nie jest spójny pod względem sytuacji demograficznej. Poszczególne powiaty są zróżnicowane pod względem m.in. poziomu stopy starości (por. tabela 3.1). W 2010 r. zdecydowanie najmłodszy był powiat głogowski (stopa starości: 9,93%), a za nim były powiaty polkowicki (stopa starości: 10,18%) oraz wrocławski (stopa starości: 10,56%). Najstarszym z kolei powiatem w województwie było miasto powiatowe Jelenia Góra (stopa starości: 16,28%), a w dalszej kolejności było miasto powiatowe Wrocław (stopa starości: 15,69%) oraz powiat wałbrzyski (stopa starości: 15,65%).

Prognozy demograficzne jednoznacznie wskazują, że starzenie się ludności to w przypadku Dolnego Śląska (tak jak i całej Polski) wyzwanie przyszłości. Bardzo korzystna obecnie sytuacja demograficzna (wysoki udział ludności w wieku produkcyjnym i relatywnie niewielki odsetek starców) będzie się systematycznie pogarszać w nadchodzących latach. Widać to wyraźnie na rysunku 3.2, który przedstawia prognozowaną na 2035 r. piramidę demograficzną województwa dolnośląskiego. Dwa główne wyże demograficzne (powojenny i jego echo) postarzały się i przemieściły ku górze piramidy. Przedstawiciele powojennego wyżu stali się osobami starymi, a ich potomstwo (echo wyżu) to osoby dorosłe, które wkrótce zaczną wkraczać w fazę starości. Przechodzenie roczników wyżowych ku coraz wyższym poziomom piramidy spowodowało, że rozszerzyła się ona u góry. Ponadto, co ciekawe, wyraźnie skurczyła się ona u dołu. Kolejny wyż demograficzny jest znacznie mniej liczny, czego wyrazem jest mniejsze „wybrzuszenie" w dolnej partii piramidy demograficznej.

Piramida demograficzna zmienia kształt na bardziej regresywny. Oznacza to, że na Dolnym Śląsku zbiorowość ludzi starych powiększa się względem pozostałych grup wieku. Wg prognozy demograficznej GUS, w okresie 25 lat, od 2010 r. do 2035 r., stopa starości wzrośnie o 77%, z poziomu 13,44% do 23,84%. W 2035 r. prawie co czwarty mieszkaniec Dolnego Śląska będzie osobą starą. Mało tego, mimo że nie dysponujemy jeszcze dokładnymi prognozami, które mogłyby rzetelnie przedstawić sytuację po 2035 r., to możemy być niemalże pewni dalszego wzrostu stopy starości. Wzrost ten będzie szczególnie intensywny w piątej dekadzie XXI w. Zadziała wówczas tzw. efekt kohortowy. Polega on na tym, że w fazę starości zaczną wchodzić liczni przedstawiciele echa powojennego wyżu demograficznego.

W 2035 r. utrzymane zostanie mocne zróżnicowanie poszczególnych powiatów pod względem stopnia zaawansowania procesu starzenia się ludności. Stopa starości wahać się będzie od 18,5% (powiat wrocławski) do 27,7% (powiat kłodzki). Z danych zawartych w tabeli 3.1 wynika, że omawiany proces przebiegać będzie z różną intensywnością. Najszybciej starzeć się będą powiaty: głogowski (wzrost stopy starości o 131% w stosunku do 2010 r.), złotoryjski (wzrost stopy starości o 121% w stosunku



Rysunek 3.2. Piramida demograficzna populacji na Dolnym Śląsku w 2035 r.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Prognoza ludności na lata 2008-2035*, op.cit.

do 2010 r.) oraz polkowicki (wzrost stopy starości o 111% w stosunku do 2010 r.) Najwolniej z kolei starzeje się miasto powiatowe Wrocław (wzrost stopy starości o 40% w stosunku do 2010 r.), miasto powiatowe Jelenia Góra (wzrost stopy starości o 70% w stosunku do 2010 r.) oraz powiat wrocławski (wzrost stopy starości o 75% w stosunku do 2010 r.) Takie zróżnicowanie tempa starzenia się ludności tłumaczyć należy przede wszystkim wewnątrzwojewódzkimi migracjami ludności w wieku produkcyjnym, z terenów relatywnie słabo rozwiniętych pod względem gospodarczym do miasta-metropolii (miasto Wrocław) oraz na jego tereny ościenne (powiat wrocławski).

Dolnośląska starość jest mocno sfeminizowana. Dane zawarte w tabeli 3.2 wskazują, że w ciągu najbliższych dekad utrzymywać się będzie wyraźna przewaga liczebna starszych kobiet nad swoimi męskimi rówieśnikami. Wskaźnik feminizacji[88] w gronie osób starych wynosił w 2010 r. 178, natomiast w gronie sędziwych starców aż 277. Taki stan rzeczy jest efektem wysokiej nadumieralności mężczyzn. Ich przeciętne trwanie życia jest krótsze niż kobiet, a tym samym mniejsze jest prawdopodobieństwo, że dożyją oni okresu starości, a tym bardziej, że dożyją okresu sędziwej starości. Optymistyczne jest jednak to, że owa nadwyżka kobiet ulega powolnemu, acz systematycznemu obniżeniu. Jest to rzecz jasna efekt szybkiego wydłużania się trwania życia mężczyzn, szybszego niż w przypadku kobiet, przez co dystans w tym zakresie między obiema płciami zmniejsza się. Redukcja przedwczesnej umieralności mężczyzn to przede wszystkim efekt usprawnień w zakresie bezpieczeństwa i ogólnych warunków pracy, ograniczenia skłonności do niezdrowego trybu życia oraz upowszechnienia pozytywnych postaw wobec profilaktyki zdrowotnej i zabiegów medycznych.

[88] Wskaźnik feminizacji określa liczbę kobiet przypadającą na 100 mężczyzn.

Tabela 3.1. Zaawansowanie procesu starzenia się ludności w poszczególnych jednostkach administracyjnych na Dolnym Śląsku w 2010 r. i 2035 r.

Jednostka terytorialna	2010		2035		Wzrost stopy starości w okresie 2010-2035 (%)
	liczba osób starych	stopa starości (%)	liczba osób starych	stopa starości (%)	
województwo dolnośląskie	386 800	13,44	623 347	23,84	77,41
powiat bolesławiecki	10 998	12,34	19 072	23,43	89,80
powiat dzierżoniowski	15 446	14,97	23 266	26,66	78,17
powiat głogowski	8 712	9,93	18 552	22,95	131,14
powiat górowski	4 358	12,02	7 196	24,15	100,88
powiat jaworski	6 462	12,53	11 043	26,52	111,60
powiat jeleniogórski	7 940	12,42	14 752	24,99	101,15
powiat kamiennogórski	6 070	13,38	9 496	25,57	91,07
powiat kłodzki	23 447	14,41	36 354	27,72	92,44
powiat legnicki	6 620	12,31	11 697	23,70	92,57
powiat lubański	7 114	12,73	11 895	24,86	95,34
powiat lubiński	12 124	11,54	22 005	24,16	109,25
powiat lwówecki	5 901	12,53	10 287	25,48	103,31
powiat m. Jelenia Góra	13 678	16,28	19 370	27,70	70,15
powiat m. Legnica	13 514	13,01	23 097	26,08	100,53
powiat m. Wrocław	99 287	15,69	133 961	21,96	40,02
powiat milicki	4 223	11,39	7 111	23,04	102,31
powiat oleśnicki	12 160	11,65	22 027	22,32	91,63
powiat oławski	8 402	11,52	15 882	23,47	103,70
powiat polkowicki	6 284	10,18	12 417	21,56	111,75
powiat strzeliński	5 865	13,37	8 882	24,59	83,90
powiat średzki	5 865	11,62	11 240	21,76	87,30
powiat świdnicki	21 019	13,20	34 361	24,86	88,29
powiat trzebnicki	8 850	11,07	17 435	21,46	93,84
powiat wałbrzyski	27 881	15,65	39 252	27,49	75,66
powiat wołowski	6 270	13,24	10 282	24,81	87,39
powiat wrocławski	12 049	10,56	28 201	18,47	74,94
powiat ząbkowicki	9 245	13,56	14 797	27,28	101,20
powiat zgorzelecki	11 950	12,93	19 868	25,79	99,39
powiat złotoryjski	5 066	11,16	9 547	24,73	121,50

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Bank Danych Lokalnych*, GUS, www.stat.gov.pl (9.10.2012); *Prognoza ludności na lata 2008-2035*, op.cit.

Tabela 3.2. Wskaźnik feminizacji wśród osób starych i sędziwych starców na Dolnym Śląsku w latach 2010-2035

Grupa wieku	Rok					
	2010	2015	2020	2025	2030	2035
65+	178	164	154	149	149	148
85+	277	288	280	278	266	239

Źródło: Jak do rys. 3.1

Omawiając proces starzenia się ludności, bezwzględnie należy poruszyć kwestię jego determinantów. Należy zatem odpowiedzieć na pytanie: dlaczego populacja Dolnego Śląska się starzeje? Generalnie wzrost udziału ludzi starych w populacji to efekt oddziaływania dwóch sił: wydłużenia przeciętnego trwania życia oraz spadku poziomu dzietności. W przypadku Dolnego Śląska proces ten dodatkowo intensyfikuje niekorzystny jak dotąd bilans migracji zagranicznych (na pobyt stały)[89]. Za granicę wyjeżdżają przede wszystkim osoby młode (w tzw. wieku mobilnym). Przyjeżdżają z kolei osoby stare, które wracają w swoje rodzinne strony po latach emigracji.

Pierwszą siłą powodującą proces starzenia się ludności jest wydłużanie przeciętnego trwania życia. Jest to proces ze wszech miar postępowy i pożądany. Dłuższe życie to przejaw rozwoju społeczno-gospodarczego, a zatem wzrostu dobrobytu, rozwoju technologii medycznych, upowszechnienia zachowań prozdrowotnych, wzrostu skuteczności systemu zabezpieczenia społecznego. W województwie dolnośląskim w ciągu 20 lat, od 1990 r. do 2010 r., przeciętne trwanie życia wydłużyło się o około 6 lat (por. tabela 3.3). Mężczyzna urodzony na Dolnym Śląsku w 2010 r. ma przed sobą średnio 71,7 lat życia, a mężczyzna w wieku 65 lat ma jeszcze przed sobą średnio 14,8 lat życia. W przypadku dolnośląskich kobiet te wskaźniki są wyższe i przyjmują następujące wartości: 80,2 lata życia i 19,2 lata życia.

Tabela 3.3. Przeciętne trwanie życia w wieku 0 lat w województwie dolnośląskim w latach: 1990, 1995, 2000, 2005, 2010

	Mężczyźni					Kobiety				
Lata	1990	1995	2000	2005	2010	1990	1995	2000	2005	2010
Przeciętne trwanie życia w wieku 0 lat	65,7	67	68,8	70,4	71,7	74,7	75,7	77,6	78,9	80,2

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Trwanie życia w 2011 r.*, GUS, Warszawa 2012, s. 21

Drugą siłą powodującą starzenie się ludności jest spadek poziomu dzietności. Upowszechnienie negatywnych postaw wobec prokreacji stanowi naturalną konsekwencję modernizacji społeczeństwa. Wkraczanie w fazę ponowoczesności wiąże

[89] Przykładowo w 2010 r. z województwa dolnośląskiego emigrowały za granicę (na pobyt stały) 4432 osoby, imigrowały natomiast 1984 osoby. *Prognoza ludności na lata 2008-2035*, op.cit.

się nieuchronnie ze zmianą kulturową, której wyrazem jest odejście od wartości tradycyjnych, które związane są z rodziną i macierzyństwem, a także z równoczesnym zwrotem ku wartościom, które R. Inglehart określił mianem postmaterialnych – związanych m.in. z indywidualizacją życia, samorealizacją oraz wolnością od zobowiązań (również rodzinnych). Im szybciej modernizuje się społeczeństwo, tym większy spadek dzietności. Przykładem może być właśnie województwo dolnośląskie, gdzie poziom dzietności jest ekstremalnie niski i wynosi 1,3 dziecka na kobietę w wieku rozrodczym.

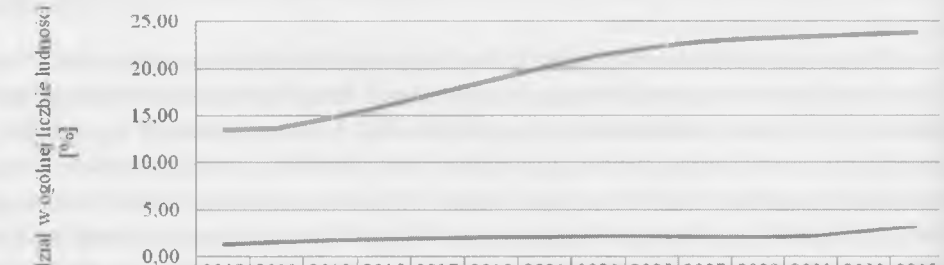
Warto podkreślić jeszcze jedną cechę dolnośląskiej starości, a mianowicie to, że jest ona mocno zurbanizowana. Stopa starości kształtuje się na zdecydowanie wyższym poziomie w miastach niż na wsi. W 2010 r. udział seniorów w populacji miejskiej wynosił 14,3%, podczas gdy na wsi było to 11,4%. Ta dysproporcja utrzyma się w przyszłości. W 2035 r. stopa starości w mieście będzie wynosić 25,1%, a na wsi 21,3%. Znając determinanty procesu demograficznego starzenia można bez większego problemu wyjaśnić taki stan rzeczy. Oczywiście wynika to, po pierwsze, z dłuższego (przeciętnie) życia w mieście. Urodzony w 2010 r. Dolnoślązak-mieszczanin ma przed sobą przeciętnie 72,1 lata życia, podczas gdy jego odpowiednik ze wsi ma tych lat 70,7. Co ciekawe, w przypadku Dolnoślązaczek miejsce zamieszkania nie różnicuje długości życia. Zarówno na wsi, jak i w mieście wynosi ona przeciętnie 80,2 lata. Różnica w długości życia mężczyzn wynika z tego, że w miastach zapewniony jest lepszy dostęp do specjalistycznej opieki medycznej, większa jest świadomość prozdrowotna i z reguły bardziej bezpieczny jest charakter wykonywanej pracy. Druga przyczyna zróżnicowania stopy starości wynika z różnego poziomu dzietności. Z reguły postawy społeczne wobec prokreacji są dużo bardziej pozytywne na wsi niż w miastach. Wynika to z tego, że potomstwo na wsi jest relatywnie łatwiej utrzymać i wychować. W wiejskich domach (dużych, wieloizbowych) nie ma większego problemu z wygospodarowaniem przestrzeni życiowej dla młodego członka rodziny, własne uprawy obniżają koszt wyżywienia, a obecność dziadków i ciotek ułatwia sprawowanie opieki. Ponadto potomstwo na wsi wciąż stanowi realne wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego. Dzieci, począwszy od najmłodszych lat, odgrywają tam istotną rolę. Synowie odpowiedzialni są za ciężkie prace fizyczne, a córki za opiekę nad domem.

Ludzie starzy nie tworzą homogenicznej grupy. Podstawowym czynnikiem różnicującym tę zbiorowość jest wiek metrykalny. 60- czy 70-latkowie mają zasadniczo inne potrzeby i problemy niż 90- czy 100-latkowie. Przede wszystkim inne są ich cechy psychofizyczne, czyli stan zdrowia i poziom kondycji psychofizycznej. Z tego względu przyjęło się dzielić okres starości na dwa podokresy:

- wczesną starość (tzw. trzeci wiek) – okres względnej sprawności psychofizycznej, osoba w tym wieku ma potencjał do realizacji swoich pasji życiowych, angażuje się w wypełnianie obowiązków rodzinnych i towarzyskich,
- sędziwa starość (tzw. czwarty wiek) – okres mocno obniżonej sprawności psychofizycznej, osoba w tym wieku ma problemy z samodzielnym wykonywa-

niem codziennych aktywności, przez co wymaga pomocy osób drugich w prowadzeniu gospodarstwa domowego, a nawet w samoobsłudze.

Granica oddzielająca te dwa podokresy nie jest jasno ustalona. Moment, w którym następuje poważna utrata sprawności psychofizycznej jest płynny i bardzo zindywidualizowany. Próg rozpoczęcia sędziwej starości jest zatem czysto umowny. Przyjmijmy, że jest nim 85 rok życia.



	2009	2011	2013	2015	2017	2019	2021	2023	2025	2027	2029	2031	2033	2035
stopa starości	13,46	13,73	14,77	16,01	17,42	18,77	20,13	21,37	22,29	22,84	23,21	23,44	23,59	23,84
stopa starości sędziwej	1,28	1,51	1,70	1,87	1,98	2,03	2,10	2,13	2,14	2,09	2,06	2,21	2,69	3,23

Rysunek 3.3. Stopa starości oraz stopa starości sędziwej na Dolnym Śląsku w latach 2009-2035 (prognoza)

Źródło: Jak do rys. 3.1

Z rysunku 3.3. wynika, że stopa sędziwej starości[90] wzrasta bardzo intensywnie na Dolnym Śląsku. W 2009 r. wynosiła ona 1,28%, natomiast do 2035 r. wzrośnie aż 2,5-krotnie, do poziomu 3,23%. Jej tempo wzrostu jest znacznie większe niż w przypadku ogólnej stopy starości. Oznacza to, że populacja Dolnego Śląska starzeje się poniekąd podwójnie, czego efektem jest wzrost udziału sędziwych starców w powiększającej się populacji ludzi starych. Na tej podstawie można wnioskować, że w niedalekiej przyszłości szczególnie intensywnie powiększać się będzie grupa osób, które z powodu zaawansowania procesu biologicznego starzenia, wymagać będą szczególnego wsparcia ze strony rodziny oraz podmiotów polityki społecznej.

3.1.2. Starość a niepełnosprawność

Biologiczne starzenie się człowieka to proces zmian fizjologicznych zachodzących w jego organizmie, które w okresie starości prowadzą do naturalnego osłabienia poszczególnych organów i ograniczenia sprawności. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że dawniej fazy starości nie wyróżniano na podstawie wieku metrykalnego, lecz na podstawie kryterium psychofizycznego. Za starca uważano osobę słabą, ociemniałą i niedołężną. Przykładowo pod koniec XIX w., gdy O. von Bismarck tworzył podwaliny pod system zabezpieczenia społecznego, utworzone zostało społeczne ubezpieczenie rentowo-emerytalne. Symptomatyczne jest to właśnie połączenie ryzyka niepełnosprawności i starości. Starość utożsamiano bowiem z tzw.

[90] Stopa sędziwej starości to wskaźnik ilustrujący udział sędziwych starców w populacji.

domniemanym inwalidztwem. W opinii twórców reformy osoba stara z założenia nie może być osobą w pełni sprawną. Współcześnie sytuacja pod tym względem znacznie się zmieniła. Seniorzy, głównie w fazie wczesnej starości, niekoniecznie muszą jeszcze wykazywać ograniczenia funkcjonalne. Nie można zatem postawić znaku równości między starością a niepełnosprawnością. Mimo to należy jednak pamiętać, że zagrożenie nią rośnie wraz z wiekiem metrykalnym i w okresie później (sędziwej) starości osiąga bardzo wysoki pułap. Dowodem na to mogą być dane zawarte w tabeli 3.4, które przedstawiają rozkład częstości występowania osób niepełnosprawnych (na 1000 osób) w poszczególnych grupach wieku na Dolnym Śląsku. Wynika z nich, że w gronie wczesnych starców mniej więcej co druga osoba jest niepełnosprawna. Niestety, nie mamy wyników dla osób w fazie sędziwej starości, można jednak podejrzewać, iż wskaźnik ten oscyluje w okolicach 80%.

Tabela 3.4. Osoby niepełnosprawne w przeliczeniu na 1000 osób wg grup wieku na Dolnym Śląsku w 2002 r. (wyniki NSP)

Wiek	ogółem	0-15	16-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	nieustalony
Częstość	150	33	34	38	85	199	335	410	533	19

Źródło: *Osoby niepełnosprawne oraz ich gospodarstwa domowe*, część I: *Osoby niepełnosprawne*, GUS, Warszawa 2003, s. 61

Na podstawie danych spisu powszechnego z 2002 r. można stwierdzić, że mimo relatywnie niskiej wówczas stopy starości na Dolnym Śląsku (13%), aż 39% wszystkich osób niesamodzielnych stanowiły właśnie osoby stare. Z badań przeprowadzonych przez P. Szukalskiego wynika, że w przyszłości udział seniorów w gronie osób niepełnosprawnych będzie się systematycznie zwiększał. Wynikać to będzie oczywiście z przemian demograficznych, a dokładniej ze wzrostu zbiorowości ludzi starych, wśród których, jak już wcześniej stwierdzono, ryzyko niesamodzielności jest najwyższe. W perspektywie 2030 r. udział starców wśród osób niepełnosprawnych w Polsce wzrośnie do 50,3%[91]. Mówiąc o osobach niepełnosprawnych będziemy wówczas myśleć głównie o seniorach.

P. Szukalski zwraca również uwagę na jeszcze jedno, bardzo istotne zagadnienie. Mianowicie pozytywnym trendem we współczesnych populacjach jest wydłużanie trwania życia w dobrym zdrowiu i w dobrej kondycji psychofizycznej. Oznacza to, że nie tylko żyjemy dłużej, ale dłużej pozostajemy zdrowi i sprawni. Współcześni seniorzy cieszą się lepszą kondycją niż ich rodzice czy dziadkowie, gdy byli w ich wieku. Wyniki spisów powszechnych okazują się jednak na wskroś odwrotne, pokazują bowiem, że w ostatnich dekadach wyraźnie wzrosło natężenie niepełnosprawności wśród seniorów (por. tabela 3.5).

[91] P. Szukalski, *Polscy seniorzy w przyszłości*, w: red. A. Karpiński, A. Rajkiewicz, *Polska w obliczy starzenia się społeczeństwa*, Komitet Prognoz „Polska 2000 Plus" przy Prezydium PAN, Warszawa 2008, s. 51.

Tabela 3.5. Niepełnosprawność w Polsce wśród osób starych w latach 1978-2002 (liczba osób deklarujących niepełnosprawność prawną i/lub biologiczną w przeliczeniu na 1000 osób danej płci i wieku)

Spis	Wiek			
	65-69	70-74	75-79	80+
mężczyźni				
1978	254	267	310	360
1988	335	355	376	409
2002	368	414	458	472
kobiety				
1978	207	234	274	327
1988	302	340	362	416
2002	351	415	463	495

Źródło: P. Szukalski, *Polscy seniorzy w przyszłości*, op.cit., s. 51

Mimo tego, że obiektywne dane wskazują na systematyczną poprawę kondycji życiowej seniorów, to coraz częściej deklarują oni niepełnosprawność. P. Szukalski wysnuwa trzy możliwe hipotezy tłumaczące ten stan rzeczy. Po pierwsze, może to być efekt zaniku selekcji naturalnej. Dawniej dożycie starości było przywilejem danym wyłącznie najsilniejszym i najwytrwalszym jednostkom. Obecnie dożywanie starości jest zjawiskiem dość powszechnym, w okres ten wchodzą zarówno (tak jak to dawniej bywało) jednostki silne, ale również kalekie i słabe. Dzieje się tak za sprawą technologii medycznych, które podtrzymują ich życie i dają możliwość egzystencji. Po drugie, może to być efekt generacji. Niedożywienie w okresie młodości czy w okresie płodowym skutkuje gorszym stanem zdrowia w późniejszym okresie życia. Pogarszający się stan zdrowia może zatem stanowić odroczoną konsekwencję II wojny światowej i powojennych problemów. Po trzecie, może to być wreszcie efekt mentalny. Dawniej (co już wcześniej zaznaczono) starość była utożsamiana z inwalidztwem, ograniczenie sprawności w tej fazie życia traktowane było zatem jako stan „naturalny". Obecnie starość coraz częściej traktowana jest jako etap życia, który może być przeżywany w pełnym zdrowiu, a zatem każde niedomaganie i objaw osłabienia organizmu traktowane jest jak „niepełnosprawność"[92].

Osoby stare generalnie słabo oceniają stan swojego zdrowia. Jest to z pewnością wina częstych dolegliwości, które ujawniają się w tym okresie życia. Przewlekłe choroby szczególnie często występujące wśród seniorów to choroby: układu krążenia (nadciśnienie tętnicze, miażdżyca, choroba wieńcowa), narządu ruchu, oczu (głównie zaćma), tarczycy, układu moczowego, zaburzenia psychiczne oraz cukrzyca[93]. Dodatkowym problemem jest współistnienie wielu schorzeń, co świadczy o wielochorobowości i wielonarządowym charakterze patologii. O złym stanie

[92] Ibidem, s. 53-54.

[93] A. Wilmowska-Pietruszyńska, *Niepełnosprawność i niezdolność do samodzielnej egzystencji*, w: red. J. Hrynkiewicz, *O sytuacji ludzi starszych*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2012, s. 137.

zdrowia osób starszych świadczą również wykładniki ich stanu funkcjonalnego w zakresie wykonywania czynności życia codziennego. Badania wykazują, że co 10 senior nie jest w stanie samodzielnie opuścić mieszkania, aż 2/3 deklaruje trudności z wykonywaniem ciężkich prac domowych, tylko co piąty może wykonywać codzienne zakupy, a co 3 ma trudności lub nie jest w stanie samodzielnie korzystać z wanny lub prysznica[94].

Podsumowanie

Populacja Dolnego Śląska intensywnie się starzeje, czego wyrazem jest wzrost odsetka ludzi starych w populacji. W okresie 25 lat, od 2010 r. do 2035 r., stopa starości wzrośnie o 77%, z poziomu 13,44% do 23,84%. Dodatkowo wyraźnie uwidacznia się proces podwójnego starzenia, odsetek sędziwych starców wzrośnie w tym samym czasie 2,5-krotnie, z poziomu 1,41% do 3,23%.

Przeobrażenia demograficzne powodują, że w populacji narasta grupa najbardziej narażona na niepełnosprawność i wielochorobowość. Już obecnie w grupie osób niepełnosprawnych 39% to seniorzy, w perspektywie najbliższych 20 lat udział ten wzrośnie do 50%. Przy czym zaznaczyć należy, że niepełnosprawność osób starych, zwłaszcza sędziwych starców, jest dość specyficzna. Sprowadza się ona do funkcjonalnej niesamodzielności, czyli braku zdolności autonomicznego wykonywania codziennych czynności życiowych, takich jak ubieranie się, mycie się czy spożywanie posiłków. Potrzebują oni w związku z tym trwałej opieki ze strony innych osób.

3.2. Poziom życia dolnośląskich seniorów

3.2.1. Dochody

Głównym źródłem dochodów dla polskich seniorów jest emerytura. Wyniki badania PolSenior pokazują (tabela 3.6), że utrzymuje się z niej 85,8% seniorów w Polsce. Na drugim miejscu jest renta, z której utrzymuje się 12,8% seniorów. Dość wyraźne różnice występują tutaj przy uwzględnieniu podziału na płeć. Emerytura jest częstszym źródłem dochodu dla mężczyzn niż dla kobiet (mężczyźni 94,8%, kobiety 80,3%), podczas gdy w przypadku renty sytuacja wygląda dokładnie odwrotnie – jest ona częstszym źródłem dochodu dla kobiet niż dla mężczyzn (mężczyźni 5,1%, kobiety 17,6%). Na trzecim miejscu, jeśli chodzi o najczęstsze źródło dochodów, jest zasiłek, z którego utrzymuje się 5,3% polskich seniorów. Pozostałe źródła dochodów mają marginalne znaczenie. Wynika z tego, że poziom życia osób starych uzależ-

[94] B. Bień, *Sytuacja zdrowotna osób w podeszłym wieku*, w: red. T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska, *Geriatria z elementami gerontologii*, Via Medica, Gdańsk 2007, s. 43.

niony jest niemalże całkowicie od polityki społecznej państwa. Hojność świadczeń socjalnych określa wysokość dochodów, jakie otrzymują ludzie starzy.

Tabela 3.6. Ludzie starzy w Polsce wg źródeł utrzymania (dane w %)[a]

Osoby starsze	Praca	Emerytura	Renta	Pomoc od innych osób	Zasiłek	Dożywocie	Inne	Brak własnego źródła utrzymania
ogółem	3,2	85,8	12,8	0,9	5,3	0,6	2,5	1
mężczyźni	5,3	94,8	5,1	0,7	4,3	0,5	1,9	0,4
kobiety	1,0	80,3	17,6	1	5,8	0,7	2,9	1,4

[a] respondenci mieli możliwość wskazania kilku odpowiedzi

Źródło: P. Błędowski, *Sytuacja materialna osób starszych*, w: red. M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski, *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2012, s. 397

Na Dolnym Śląsku sytuacja w zakresie źródeł dochodów osób starszych kształtuje się niemalże identycznie, jak w skali ogólnokrajowej. Potwierdzają to badania zatytułowane „Kondycja życiowa dolnośląskich seniorów", które zostały przeprowadzone pod auspicjami Dolnośląskiego Urzędu Marszałkowskiego. Wynika z nich, że podstawowym źródłem dochodu jest emerytura (80,4%), a na drugim miejscu (jednak o zdecydowanie mniejszym znaczeniu) jest renta (15,6%)[95]. Omawiając kondycję finansową dolnośląskich seniorów, należy skupić się przede wszystkim na świadczeniach emerytalnych, bo to one są głównym źródłem dochodów.

W Polsce świadczenia emerytalne wypłacane są przez różne instytucje w ramach systemu pozarolniczego (ZUS oraz tzw. resorty mundurowe[96]) i rolniczego (KRUS). Od razu należy zwrócić uwagę na poważny brak w informacjach statystycznych. Nie ma bowiem danych regionalnych dotyczących emerytur wypłacanych bezpośrednio z budżetów ministerstw: MON, MS i MSWiA. Dane te podawane są tylko i wyłącznie dla całego kraju. Co prawda udział emerytowanych pracowników służb mundurowych w ogólnej liczbie polskich emerytów wynosi zaledwie 3,2%, jednak pominięcie ich mocno obniża wartość niniejszej analizy.

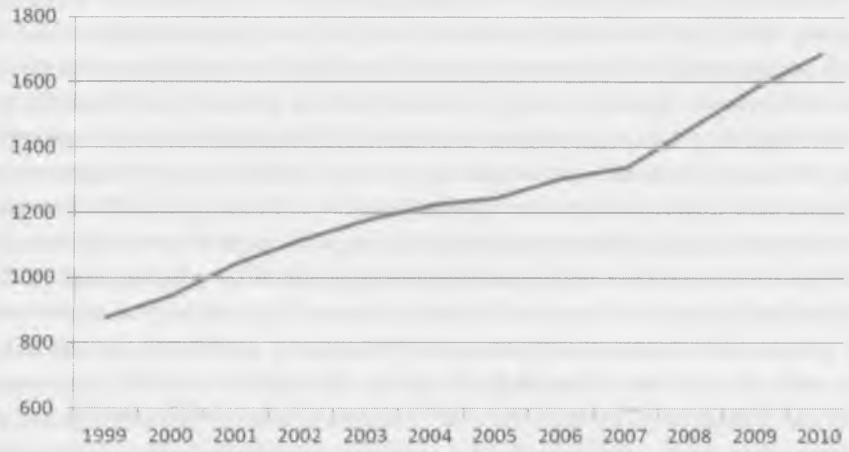
Ogólna liczba emerytów w województwie dolnośląskim wynosiła w 2010 r. 471 tys., z czego 426,2 tys. (90,5%) otrzymywało świadczenia z ZUS, natomiast 44,8 tys. (9,5%) otrzymywało świadczenia z KRUS[97]. Należy pamiętać, że świadczenia emerytalne pobierają osoby z różnych grup wiekowych, które niekoniecznie

[95] M. Bogowolska-Wepsięć, G. Dąbrowska, J. Klakoćar, Z. Machaj, A. Pierzchalska, E. Pisarczyk-Bogacka, W. Wnuk, *Kondycja życiowa dolnośląskich seniorów. Raport z badań*, część II: *Analiza wyników badań*, Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego, Wrocław 2008, s. 15.

[96] Niestety, brak jest danych regionalnych dotyczących emerytur wypłacanych z budżetów resortów mundurowych. Nie ma zatem informacji dotyczących liczby emerytów, jak i średniej wysokości świadczenia w województwie dolnośląskim.

[97] *Emerytury i renty w 2010 r.*, GUS, Warszawa 2012, s. 38-54.

muszą być stare (tzw. wcześni emeryci). Wśród ogółu emerytów z ZUS w Polsce zaledwie 60% to byli seniorzy (2010 r.), przy czym udział ten był wyższy dla mężczyzn (72%) niż dla kobiet (52%). Ta różnica wynika oczywiście z niższego wieku emerytalnego kobiet, który obecnie jest o 5 lat niższy od przyjętego progu starości indywidualnej.



Rysunek 3.4. Przeciętna miesięczna emerytura z ZUS na Dolnym Śląsku w latach 1999-2011
Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Bank Danych Lokalnych*, GUS, www.stat.gov.pl (13.10.2012)

Wysokość przeciętnej miesięcznej emerytury brutto z ZUS dynamicznie wzrasta (por. rysunek 3.4), co może być dowodem na to, iż świadczenia socjale tego typu utrzymują realną wartość i skutecznie opierają się inflacji. Na przestrzeni 11 lat, od 1999 r. do 2010 r., średnia emerytura brutto z ZUS wzrosła o 92% i w 2010 r. osiągnęła poziom 1687,76 zł. Było to o 67,43 zł mniej w porównaniu ze średnią krajową. Jeśli chodzi o KRUS, to przeciętna emerytura brutto wynosiła w tym czasie 1121,62 zł i była o 125,44 zł wyższa od średniej krajowej. Można jeszcze w tym miejscu podać wysokość przeciętnej emerytury wypłacanej przez „resorty mundurowe", jednak przy wyraźnym zaznaczeniu, że chodzi o informację dla całego kraju, a nie dla województwa dolnośląskiego. Przeciętna miesięczna emerytura brutto wypłacana z budżetu Ministerstwa Obrony Narodowej (dla emerytowanych żołnierzy) wynosiła w 2010 r. 2857,1 zł, z budżetu Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji (dla emerytowanych funkcjonariuszy bezpieczeństwa publicznego): 2827,29 zł, a z budżetu Ministerstwa Sprawiedliwości (dla emerytowanych funkcjonariuszy służb więziennych): 2961,02 zł[98]. Świadczenia wypłacane emerytowanym funkcjonariuszom służb mundurowych były prawie dwa razy wyższe niż te wypłacane przez ZUS i prawie 3-krotnie wyższe od tych wypłacanych przez KRUS.

Średnia wysokość świadczeń emerytalnych w powszechnym systemie pracowniczym jest zasadniczo niższa od średnich dochodów uzyskiwanych z pracy. Na Dolnym

[98] Ibidem.

Śląsku w 2010 r. relacja średniej emerytury z ZUS (1687,76 zł) do średniego wynagrodzenia (3211,8 zł) wynosiła 52%[99]. Te dość niekorzystne relacje mogą sugerować, że sytuacja dochodowa seniorów jest znacznie gorsza niż osób pracujących. Na tym tle tworzą się różne stereotypy, traktujące seniorów jako najuboższą część społeczeństwa, której niezwykle ciężko jest „związać koniec z końcem". Często przedstawia się ich problemy z wykupem leków czy z opłatą rachunków. Przykładem w tym zakresie mogą być chociażby debaty polityczne, w których poruszając problem deprywacji potrzeb, wskazuje się przede wszystkim na ciężką sytuację materialną osób starych.

Te stereotypy mijają się z rzeczywistością. Badania prowadzone cyklicznie przez GUS pokazują, że sytuacja gospodarstw domowych emerytów wcale nie jest taka zła, jak się powszechnie uważa. Jest wręcz odwrotnie, członkowie gospodarstw domowych emerytów żyją na relatywnie wysokim poziomie. Przeciętny dochód rozporządzalny przypadający na jedną osobę w gospodarstwach emerytów wynosił w 2010 r. 1244,77 zł i był o 51,95 zł wyższy od przeciętnego (1192,82 zł). Sytuacja pod tym względem kształtowała się lepiej niż w gospodarstwach domowych rencistów, rolników i pracowników najemnych (przeciętny miesięczny dochód rozporządzalny na jedną osobę wynosił tam odpowiednio: 925,63 zł; 1024,53 zł; 1199,22 zł), a gorsza była tylko i wyłącznie od sytuacji w gospodarstwach domowych osób pracujących na własny rachunek (przeciętny miesięczny dochód rozporządzalny na jedną osobę wynosił tam 1468,38 zł)[100]. Wysoki poziom dochodów *per capita* w gospodarstwach domowych emerytów wynika z faktu, że są to gospodarstwa relatywnie małe, zwykle 2-osobowe, podczas gdy pozostałe są bardziej liczne (zwykle 3-osobowe lub większe, np. rodzice z dziećmi), co powoduje, że ogólny dochód przypadający na całe gospodarstwo domowe rozkłada się na większą liczbę osób.

Potwierdzeniem tej relatywnie dobrej sytuacji materialnej seniorów są wskaźniki ubóstwa. Zadają one ostateczny kłam stereotypom starca-biedaka. Okazuje się, że stopa ubóstwa (odsetek ludzi ubogich) w obrębie osób starych kształtuje się na zdecydowanie niższym poziomie niż średnia dla całego społeczeństwa. W 2011 r. wśród seniorów 4,6% żyje w skrajnym ubóstwie (średnia dla całej populacji: 6,7%), 12,6% jest ubogich relatywnie (średnia dla całej populacji: 16,7%), a 3,7% ma prawo do świadczeń z pomocy społecznej (średnia dla całej populacji: 6,5%)[101]. Te wskaźniki są jednymi z najniższych spośród wszystkich wyróżnionych grup społeczno-ekonomicznych. Mniej zagrożone ubóstwem są tylko gospodarstwa domowe osób pracujących na własny rachunek. Okazuje się, że wbrew powszechnym opiniom, prawdziwym problemem w Polsce nie jest ubóstwo starców, lecz tzw. juwenalizacja biedy. Najbardziej zagrożone ubóstwem są dzieci. Aż 1/4 rodzin wielodzietnych (z 4 i więcej dzieci na utrzymaniu) żyje w nędzy i nie ma możliwości zaspokojenia nawet najbardziej podstawowych potrzeb egzystencjonalnych.

[99] „Rocznik statystyczny województw 2011", GUS, Warszawa 2012, s. 324, 327.

[100] *Budżety gospodarstw domowych w 2010 r.*, GUS, Warszawa 2011, s. 48.

[101] *Ubóstwo w Polsce w 2011 r.*, GUS, www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/WZ_ubostwo_w_polsce_2011.pdf (16.09.2012).

3.2.2. Wydatki

Dochód rozporządzalny może zostać przeznaczony na wydatki lub może zostać zaoszczędzony. Przeciętne miesięczne wydatki gospodarstw domowych emerytów wynosiły w 2010 r. 1085,45 zł (były o 93,98 zł wyższe niż średnie wydatki na jedną osobę we wszystkich typach gospodarstw domowych), co stanowiło 87,2% dochodu rozporządzalnego. Strukturę wydatków ponoszonych przez gospodarstwa domowe emerytów szczegółowo ilustruje rysunek 3.5. Widać na nim, że dwie główne kategorie wydatków to: (1) żywność i napoje bezalkoholowe (27,7%) oraz (2) eksploatacja mieszkania (24,1%). W obu tych przypadkach wydatki kształtowały się na wyższym poziomie niż w gospodarstwach domowych ogółem (odpowiednio: 24,8% i 20,2%). Taki stan rzeczy jest efektem mniejszej liczebności gospodarstw domowych emerytów. Większa liczba gospodarujących wspólnie osób generuje tzw. rentę wspólnego gospodarowania, która wiąże się ze wspólnym ponoszeniem kosztów stałych (np. opłaty stałe za mieszkanie rozkładają się na większą liczbę lokatorów). Trzecią najwyższą kategorię wydatków tworzyły opłaty ponoszone na zdrowie (głównie na artykuły farmakologiczne). Jest to swoista specyfika gospodarstw domowych emerytów. Obciążenie tymi wydatkami (7,8%) było znacznie wyższe w porównaniu z gospodarstwami domowymi ogółem (4,8%). Kolejną ich specyfiką jest relatywnie wysoki poziom wydatków stanowiących dary dla innych gospodarstw domowych (5,1% w porównaniu z 3,6% w gospodarstwach ogółem). Wynika z tego, że emeryci w dużym stopniu wspierają materialnie inne osoby, prawdopodobnie dzieci lub wnuki, które żyją w odrębnych gospodarstwach domowych.

W gospodarstwach emerytów relatywnie mniej wydaje się na transport (6,2% w gospodarstwach emerytów, 9,6% w gospodarstwach ogółem) oraz odzież (3,1% w gospodarstwach emerytów, 5,3% w gospodarstwach ogółem). Można to w miarę łatwo wytłumaczyć biernością zawodową emerytów. Nie muszą oni dojeżdżać do pracy, nie muszą też często zmieniać garderoby i dostosowywać jej do obowiązującego w pracy *dress code*. Kolejne kategorie wydatków, które są wyraźnie niższe od przeciętnej to: rekreacja i kultura (5,9% w gospodarstwach emerytów, 8% w gospodarstwach ogółem), a także restauracje i hotele (1,2% w gospodarstwach emerytów, 2,3% w gospodarstwach ogółem). W tym przypadku możliwe są dwa wytłumaczenia. Po pierwsze, inne wydatki mogą tak bardzo eksploatować domowy budżet, że rekreacja, wypoczynek i kultura traktowane są jak „zbędny luksus", na który trudno sobie pozwolić, będąc na emeryturze. Po drugie, może to być efekt dość specyficznych uwarunkowań kulturowych, które wciąż pokutują w naszym społeczeństwie i zgodnie, z którymi osobie starej po prostu „nie wypada" korzystać z rozrywki czy kultury.

Mimo tej relatywnie dobrej sytuacji materialnej seniorów, ich samoocena w zakresie poziomu życia jest raczej negatywna. Aż 78,7% gospodarstw domowych emerytów zgłasza trudności z zaspokojeniem bieżących potrzeb materialnych (z wielką trudnością „wiąże koniec z końcem" 18%, z trudnością 24,8%, z pewną

Rysunek 3.5. Struktura wydatków w gospodarstwach domowych emerytów (2010 r.)

Źródło: *Emerytury i renty w 2010 r.*, GUS, Warszawa 2012, s. 81

trudnością 35,9%). Jest to wyższy wynik niż w gospodarstwach rolników (76,3%), pracowników najemnych (64,7%) i pracujących na własny rachunek (52,8%)[102]. Samoocena kondycji materialnej wśród dolnośląskich seniorów jest bardzo zbliżona do wyników ogólnopolskich. 80,8% osób jest zmuszonych do oszczędnego zarządzania domowym budżetem. W tej grupie są osoby, które oceniają swoją sytuację materialną jako bardzo złą (6%), złą (27,6%) oraz przeciętną (47,2%)[103]. 19,2% osób pozytywnie ocenia swoją sytuację materialną, z czego 17% oceniło ją dobrze, a 2,2% bardzo dobrze.

Zdaniem B. Szatur-Jaworskiej ten niski poziom zadowolenia z sytuacji materialnej wśród seniorów ma przyczyny obiektywne i subiektywne. Do obiektywnych należą m.in.: mniejsza liczebność gospodarstw domowych (które są droższe w utrzymaniu), konieczność pokrywania coraz wyższych wydatków na ochronę zdrowia i opiekę długoterminową, wyczerpywanie się zasobów zgromadzonych w okresie aktywności zawodowej. Do przyczyn subiektywnych należą m.in.: obawa przed pogorszeniem stanu zdrowia i ponoszeniem w związku z tym wyższych wydatków na leczenie i opiekę długoterminową, obawa przed ograniczeniem dochodów w związku ze śmiercią współmałżonka, poczucie gorszych możliwości konsumpcyjnych w porównaniu z okresem własnej aktywności zawodowej oraz z osobami obecnie aktywnymi zawodowo, przekonanie (najczęściej uzasadnione),

[102] *Dochody i warunki życia ludności*, GUS, Warszawa 2012, s. 101.

[103] M. Bogowolska-Wepsięć, G. Dąbrowska, J. Klakočar, Z. Machaj, A. Pierzchalska, E. Pisarczyk-Bogacka, W. Wnuk, *Kondycja życiowa dolnośląskich seniorów*, op.cit., s. 17-18.

że na starość nie ma możliwości uzupełnienia dochodów dzięki pracy, a nadzwyczajne wydatki można opłacić tylko dzięki oszczędnościom[104].

Brak funduszy na pokrycie wszystkich niezbędnych wydatków to dość częsty problem, z którym borykają się osoby starsze. Bariera finansowa pojawia się zwłaszcza w sytuacjach, gdy trzeba opłacić leczenie, eksploatację mieszkania czy żywność. Zdecydowanie najczęściej występującym problemem są trudności w zakupie leków. W tej sytuacji osoby stare uskuteczniają różne strategie działania. Pierwsza z nich polega na wykupywaniu, w uzgodnieniu z pracownikiem apteki, tańszego leku zastępującego zapisany przez lekarza (w ten sposób postępuje 25,5% seniorów, którzy znaleźli się w takiej sytuacji). Druga z metod działania polega na wykupywaniu leku stopniowo w ciągu całego okresu trwania recepty (21,4%). Trzecia metoda to prośba lekarza o wypisanie nowej recepty na tańszy lek (11,1%). Czwarta – wykupywanie tylko części dawki zapisanej przez lekarza (10,3%). I wreszcie piąta metoda, niestety najczęściej praktykowana, polega na rezygnacji z zakupu medykamentów (27,4%)[105].

3.2.3. Sytuacja mieszkaniowa

Niezwykle istotnym elementem kształtującym warunki bytu osób starszych jest ich sytuacja mieszkaniowa. Posiadanie nieruchomości (domu/mieszkania) daje ogólne poczucie bezpieczeństwa. Wyposażenie gospodarstwa domowego w podstawową instalację i sprzęty podnosi z kolei standard życia, ułatwia zaspokajanie potrzeb oraz daje poczucie komfortu. W przypadku osób starych to wyposażenie odgrywa szczególnie istotną rolę ze względu na fakt, iż może ono usprawniać samoobsługę. Symptomatyczna jest tutaj opinia P. Błędowskiego, że zdolność seniora do przygotowania sobie szklanki herbaty zależy od tego, czy dysponuje on czajnikiem elektrycznym, kuchenką gazową czy piecem węglowym[106]. Wzrastające uzależnienie osób starych od pomocy innych ludzi warunkowane jest właśnie tym, czy wykonywanie podstawowych czynności codziennego życia, takich jak np. kąpanie się lub przygotowywanie posiłków wymaga dużej sprawności fizycznej czy też ich wykonywanie jest wspomagane przez nowoczesną technologię.

Omawiając warunki mieszkaniowe osób starszych, należy rozgraniczyć sytuację, w jakiej znajdują się młodzi starcy i sędziwi starcy. Wg H. Kuleszy przedstawiciele najstarszych grup wiekowych „mają najgorsze warunki mieszkaniowe, gdyż często zajmują mieszkania sprzed 1918 r. lub z okresu 1918-1939, które zasiedlili w swojej młodości, lub w sposób naturalny przejęli po swych rodzicach czy dziadkach. Są to mieszkania stosunkowo duże, lecz na ogół bez centralnego ogrzewania,

[104] B. Szatur-Jaworska, *Ubóstwo i wykluczenie społeczne seniorów*, w: red. R. Szarfenberg, C. Żołędowski, M. Theiss, *Ubóstwo i wykluczenie społeczne. Perspektywa poznawcza*, Elipsa 2010, s. 240-241.

[105] P. Błędowski, *Sytuacja materialna osób starszych*, op.cit., s. 403.

[106] P. Błędowski, *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*, Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa 2002, s. 144.

z reguły bez centralnej ciepłej wody, a nierzadko bez łazienki"[107]. Z kolei młodsze grupy seniorów „uzyskiwały mieszkania (...) w okresie stosunkowo dużego nasilenia budownictwa mieszkaniowego, są to mieszkania kompletnie wyposażone we współczesne instalacje, choć o małej powierzchni"[108].

Ogólnie rzecz ujmując, można stwierdzić, że mieszkania gospodarstw domowych osób starszych cechuje standard gorszy od przeciętnego. Są one w wielu przypadkach całkowicie zdekapitalizowane. Często wymagają remontów i modernizacji (dotyczy to zarówno budynków wielomieszkaniowych, jak i budynków jednorodzinnych). Jeszcze do niedawna były one w dużej mierze pozbawione podstawowych instalacji i urządzeń (prawie połowa nie miała centralnego ogrzewania, co 4 nie miało ustępu i łazienki, w co 10 nie było bieżącej wody)[109]. Pozytywnym jest jednak fakt, że ogólna sytuacja pod tym względem systematycznie i dość szybko się poprawia, wyraźnie pogłębia się jednak różnica między miastem a wsią[110]. Warunki mieszkaniowe w mieście, mimo mniejszej powierzchni, są zdecydowanie lepsze jeśli chodzi o dostęp do podstawowych instalacji (wodociąg, ustęp, łazienka, gaz, centralne ogrzewanie).

Stan techniczny budynków bardzo często stwarza trudności funkcjonalne dla osób starych (szczególnie sędziwych starców). Na ten problem zwrócono szczególną uwagę w ramach badań PolSenior. Ich wyniki pokazują, że ponad 1/4 sędziwych starców z powodu barier architektonicznych ma problemy z wychodzeniem z domu. Wśród najczęstszych barier wymieniano: wysokie i strome schody, brak windy, brak podjazdu dla wózków, brak poręczy i uchwytów, zbyt wysokie progi w drzwiach i nierówne podłogi. Badania wykazały, że w 59,7% przypadków konieczna jest modyfikacja mieszkania w celu dostosowania go do potrzeb niepełnosprawnych seniorów[111].

Wyniki badania „Kondycja życiowa dolnośląskich seniorów" wskazują na dość dobrą sytuację mieszkaniową osób starszych. 41,8% z nich mieszka w domach wolnostojących, 33,2% w mieszkaniach własnościowych, 15,3% w mieszkaniach komunalnych, 5% w mieszkaniach spółdzielczych. Podkreślono, że większość seniorów dysponuje odpowiednią dla swoich potrzeb przestrzenią życiową. Jeśli chodzi o wyposażenie mieszkań osób starszych w podstawowe instalacje, to 86,7% z nich miało dostęp do gazu, 80% do bieżącej ciepłej wody, a 73,7% do kanalizacji[112]. Jeśli

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

[108] Ibidem, s. 42.

[109] Ibidem, s. 50-52.

[110] Por. P. Błędowski, *Gospodarstwa domowe i sytuacja mieszkaniowa ludzi starych*, w: red. B. Synak, *Polska starość*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2003, s. 125.

[111] A. Bartoszek, E. Niezabitowska, B. Kucharczyk-Brus, M. Niezabitowski, *Warunki zamieszkiwania seniorów – główne ustalenia badawcze*, w: red. M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski, *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2012, s. 519.

[112] M. Bogowolska-Wepsięć, G. Dąbrowska, J. Klakočar, Z. Machaj, A. Pierzchalska, E. Pisarczyk-Bogacka, W. Wnuk, *Kondycja życiowa dolnośląskich seniorów*, op.cit., s. 15.

chodzi o wyposażenie mieszkań w sprzęt AGD, to rzeczą powszechną jest występowanie w nich urządzeń tradycyjnych: lodówki (98,8%), telewizora kolorowego (93,4%), odkurzacza (88,9%), pralki automatycznej (82%) oraz telefonu (82%). Gorzej kształtuje się sytuacja w zakresie wyposażenia w nowoczesne urządzenia: telefon komórkowy (17,3%), odtwarzacz DVD (10,8%), odtwarzacz CD (6,1%), komputer (6%), zmywarka do naczyń (4,9%).

Tabela 3.7 przedstawia skalę ogólnokrajową w zakresie wyposażenia gospodarstw domowych emerytów w niektóre przedmioty trwałego użytkowania. W poszczególnych kategoriach (np. wyposażenie w komputer) wyniki dość różnią się w porównaniu z wynikami dla Dolnego Śląska, generalna tendencja pozostała taka sama, a mianowicie powszechne wyposażenie mieszkań osób starych w dobra tradycyjne, niski poziom wyposażenia w dobra nowoczesne. Przykładowo niemalże wszystkie mieszkania (98,99%) były wyposażone w odbiornik telewizyjny, ale już tylko co dwudzieste (5,94%) w kino domowe.

Tabela 3.7. Wyposażenie gospodarstw domowych emerytów w niektóre przedmioty trwałego użytkowania (2010 r.)

Przedmioty trwałego użytkowania	Gospodarstwa domowe emerytów
odbiornik telewizyjny	98,99
urządzenie do odbioru TV satelitarnej lub kablowej	54,91
zestaw kina domowego	5,94
zestaw do odbioru, rejestracji i odtwarzania dźwięku	20,89
odtwarzacz MP3	7,46
odtwarzacz płyt kompaktowych	6,12
magnetowid, odtwarzacz	22,38
odtwarzacz DVD	33,46
kamera wideo	3,85
aparat fotograficzny cyfrowy	22,38
komputer osobisty	29,82
drukarka	16,51
telefon komórkowy	71,35
pralka i wirówka elektryczna lub pralka automatyczna	97,23
odkurzacz elektryczny	94,61
chłodziarka lub zamrażarka	99,01
kuchenka mikrofalowa	35,12
robot kuchenny	52,88
zmywarka do naczyń	7,22
rower	51,3
motocykl, skuter, motorower	2,61
samochód osobowy	37

Źródło: *Emerytury i renty w 2010 r.*, GUS, Warszawa 2012, s. 85

3.2.4. Zabezpieczenie potrzeb opiekuńczych i zdrowotnych

Niezwykle istotnym elementem kreującym poziom życia niepełnosprawnych seniorów jest zabezpieczenie potrzeb opiekuńczych. W polskich warunkach kulturowych to rodzina jest główną instytucją, na której spoczywa obowiązek świadczenia usług opiekuńczych. Formalna opieka, świadczona odpłatnie i profesjonalnie, jest stosunkowo słabo rozwinięta. Na skutek oddziaływania wielu czynników demograficznych (wzrost liczby osób starszych, które wymagają opieki), socjologicznych (zmniejszanie się wielkości rodziny, rozluźnienie stosunków międzypokoleniowych) oraz ekonomicznych (wzrost aktywności zawodowej kobiet, migracje zarobkowe), rodzina systematycznie traci zdolność do wypełniania swojej funkcji opiekuńczej. Można podejrzewać, że być może utrzymujący się obecnie wysoki poziom wsparcia nieformalnego nie jest wynikiem altruizmu i miłości, lecz wyrazem niemocy zorganizowania innej, alternatywnej formy opieki. Jeśli takie podejrzenie potwierdziłoby się, to byłaby to bardzo zła wiadomość. Oznaczałaby ona, że stosunek opiekuńczy obarczony jest negatywnymi emocjami, ze strony osoby starej – poczuciem winy, ze strony osoby bliskiej – poczuciem bezsilności. Ten problem, jeśli nawet obecnie jest marginalny, to w przyszłości będzie się pogłębiał. Konieczna jest zatem organizacja odpowiedniego systemu formalnych usług wspierających osoby stare oraz ich opiekunów rodzinnych.

Opieka formalna to profesjonalna działalność prowadzona w sposób zarobkowy i rejestrowalny przez podmioty publiczne lub prywatne (społeczne/komercyjne). Ze względu na miejsce świadczenia usług można ją podzielić na środowiskową, wówczas świadczona jest w miejscu zamieszkania osoby starszej, oraz stacjonarną, wówczas świadczona jest w wyspecjalizowanych placówkach całodobowego pobytu.

Infrastruktura w zakresie opieki stacjonarnej obejmuje zasadniczo 4 typy placówek: (1) domy pomocy społecznej (DPS), (2) placówki zapewniające całodobową opiekę (PZCO), (3) zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL) oraz (4) zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO). Te placówki organizacyjnie podlegają pod pomoc społeczną (DPS, PZCO) albo pod służbę zdrowia (ZOL, ZPO).

Tabela 3.8. Infrastruktura stacjonarnej opieki długoterminowej na Dolnym Śląsku

Rodzaj placówki	Liczba placówek	Liczba miejsc
zakłady opiekuńczo-lecznicze[a]	41	2570
zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze[a]	18	728
domy pomocy społecznej[a]	55	5669
placówki zapewniające całodobową opiekę[b]	15	401
łącznie	129	9368

[a]dane za 2010 r.
[b]dane za 2012 r.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie materiałów źródłowych

Z danych zawartych w tabeli 3.8 wynika, że baza instytucjonalna stacjonarnej opieki długoterminowej składa się ze 129 placówek oferujących łącznie 9,4 tys. miejsc. Należy zaznaczyć, że placówki te nie są przeznaczone tylko i wyłącznie dla osób starych, lecz dla przedstawicieli wszystkich kategorii wiekowych. Niestety, nie dysponujemy danymi statystycznymi, które dałyby możliwość rzetelnej oceny struktury wieku mieszkańców tych placówek. Na podstawie ogólnych obserwacji można jedynie domniemywać, że osoby stare stanowią w tej grupie około 50%.

Najbardziej rozpowszechnionym typem placówek opieki długoterminowej są DPS. Kierowane są do nich osoby, którym nie można zorganizować usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania lub w ośrodku wsparcia, a ich stan zdrowia nie wymaga zapewnienia wzmożonej opieki medycznej. Placówki te charakteryzują się dużą różnorodnością w zakresie profilu działania i świadczonych usług. W zależności od tego, dla kogo są przeznaczone, dzielą się na domy dla:

- osób w podeszłym wieku,
- osób przewlekle somatycznie chorych,
- osób przewlekle psychicznie chorych,
- dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie,
- dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie,
- osób niepełnosprawnych fizycznie.

Spośród 55 DPS zlokalizowanych na terenie Dolnego Śląska, tylko 7 skierowanych jest dla osób starych (12,7%). Jeśli wziąć pod uwagę miejsca w placówkach, to sytuacja wygląda następująco: na 5669 wszystkich miejsc w dolnośląskich DPS, tylko 595 skierowanych jest *stricte* do osób starych (10,5%). Rzecz jasna osoby stare przebywają również w innego typu DPS, przede wszystkim dla osób somatycznie chorych i niepełnosprawnych fizycznie. Mimo to należy zdecydowanie stwierdzić, że taki stan jest daleko niewystarczający i już obecnie nie zaspokaja w należytym stopniu potrzeb społecznych[113]. W przyszłości, w miarę starzenia się ludności, konieczna będzie rozbudowa infrastruktury społecznej w tym obszarze. Jest to zadanie dla władzy lokalnej, ale nie tylko. Trudno się bowiem spodziewać, że samorządy będą inwestować w budowę nowych placówek, jeśli nie są w stanie należycie zmodernizować już istniejących. Poza tym obecny system opieki stacjonarnej i tak jest „przepaństwowiony", czyli zbytnio zdominowany przez administrację publiczną. W obecnej sytuacji niezbędna wydaje się być rozbudowa infrastruktury opiekuńczej przy wykorzystaniu inicjatywy prywatnej – komercyjnej i społecznej. To właśnie wśród przedsiębiorców i organizacji pozarządowych należy poszukiwać potencjalnych inwestorów, którzy podejmą się tworzenia nowych placówek opiekuńczych dla ludzi starych.

Nie ma jednak pewności co do tego, czy na Dolnym Śląsku faktycznie dojdzie do rozbudowy sieci placówek opiekuńczych dla niepełnosprawnych seniorów.

[113] Por. Z. Szarota, *Wielofunkcyjna działalność domów pomocy społecznej dla osób starszych*, Wydawnictwo Naukowe WSP, Kraków 1998, s. 134.

Takie działanie może się bowiem okazać sprzeczne z dominującymi priorytetami polityki społecznej. Współcześnie coraz częściej strategię działań opiera się na paradygmacie deinstytucjonalizacji opieki długoterminowej. Słownik gerontologii społecznej definiuje to pojęcie jako „przemyślany proces celowego zmniejszania liczby pacjentów w instytucjach opiekuńczych lub w szpitalach przeznaczonych dla osób przewlekle chorych"[114]. Chodzi zatem o odchodzenie od zamkniętych, wyizolowanych placówek opiekuńczych na rzecz rozwijania wsparcia w naturalnym środowisku zamieszkania osoby starej.

Deinstytucjonalizacja jako paradygmat zmian opieki długoterminowej umocowana jest w wielu dokumentach i aktach prawnych. Przykładem może być Międzynarodowy Plan Działania w Kwestii Starzenia się Społeczeństw, który promuje ideę „starzenia się na miejscu" (*ageing in place*). Innym przykładem może być art. 23 Europejskiej Karty Społecznej (Zrewidowanej) postulujący umożliwienie osobom w podeszłym wieku życie „w znanym im środowisku tak długo, jak długo będą sobie tego życzyły i będą do tego zdolne". Również w Polsce przyjęte po 1989 r. rozwiązania dotyczące pomocy społecznej wyraźnie kładą nacisk na podejmowanie działań umożliwiających jak najdłuższe przebywanie niepełnosprawnych seniorów w środowisku domowym.

Na konferencji zatytułowanej „Żyć razem w społeczeństwie", która odbyła się w 2005 r. z okazji Międzynarodowego Dnia Osób Niepełnosprawnych, proklamowano podjęcie aktywnych działań w celu nie tyle ograniczenia, co wręcz zlikwidowania opieki stacjonarnej w Unii Europejskiej. Podkreślono wówczas, że przebywanie w placówce opiekuńczej jest „życiem w ciemnościach" i obecnie nadszedł czas, aby ludzie niesamodzielni „wreszcie wyszli do światła i stali się aktywnymi obywatelami"[115]. Jest to przykład skrajnego poglądu, który w sposób absolutny neguje potrzebę i sens istnienia zakładów opieki długoterminowej.

Współczesna idea deinstytucjonalizacji nie neguje w sposób absolutny potrzeby istnienia zakładów opieki długoterminowej. Osoba niesamodzielna powinna przebywać we własnym miejscu zamieszkania tak długo, jak to tylko możliwe. W pewnych sytuacjach korzystanie z opieki stacjonarnej jest jednak konieczne. Powstaje zatem pytanie: do kiedy możliwe jest funkcjonowanie w środowisku domowym, a tym samym, który moment wyznacza konieczność przeprowadzenia się do zakładu opieki długoterminowej? W opinii Komisji Europejskiej osoba niesamodzielna powinna żyć w środowisku domowym do czasu, kiedy zapewniona jest „równowaga między bezpieczeństwem, wolnością i niezależnością"[116]. Wynika z tego, że jeżeli mieszkańcowi placówki narzuca się zbędne wsparcie, które w spo-

[114] A.A. Zych, *Słownik gerontologii społecznej*, Wydawnictwo Akademickie „Żak", Warszawa 2001, s. 41.

[115] G. Adams-Spink, *EU „must end" institutional care*, http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk_news/4485076.stm (29.10.2007).

[116] *Sytuacja osób niepełnosprawnych w rozszerzonej Unii Europejskiej: Europejski Plan Działania na lata 2006-2007*, Komunikat Komisji Wspólnot Europejskich, Bruksela 2005.

sób nadmierny ogranicza wolność i jest przejawem negatywnej zależności, wówczas osoba taka nie klasyfikuje się do opieki stacjonarnej. Natomiast, jeżeli bezpieczeństwo osoby niepełnosprawnej otrzymującej pomoc w środowisku jest zagrożone, a jej poziom zależności wymaga większego zakresu świadczeń, wówczas powinna ona zostać przeniesiona do placówki opiekuńczej.

Od początku lat 90. XX w. w krajach Unii Europejskiej dostrzegalna jest istotna tendencja zmian polegająca z jednej strony na ograniczaniu podaży stacjonarnej opieki w tych krajach, w których jest ona wysoko rozwinięta (odsetek osób starych zamieszkujących w zakładach opieki długoterminowej osiągający wartości powyżej 10%) oraz z drugiej strony na zwiększaniu podaży stacjonarnej opieki w tych krajach, gdzie jest ona stosunkowo słabo rozwinięta (odsetek osób starych zamieszkujących w zakładach opieki długoterminowej osiągający wartość poniżej 3%). W ten sposób większość krajów Unii Europejskiej zmierza do ustanowienia odsetka osób starych w zakładach opieki długoterminowej na poziomie między 5% a 7%[117].

Polska w najbliższej przyszłości będzie się upodabniać do zachodnich państw Unii Europejskiej, szczególnie zaś do najbliższych nam kulturowo Niemiec. Poprzez imitację sprawdzonych i skutecznych rozwiązań niwelowany będzie dystans rozwojowy. Dojdzie zatem do swoistego procesu konwergencji, który polegać będzie na przejmowaniu tamtejszych rozwiązań z różnych obszarów życia społeczno-gospodarczego, w tym również z zakresu opieki długoterminowej. Przyjmijmy, że „wskaźnik instytucjonalizacji" ludzi starych, czyli odsetek seniorów przebywających w placówkach opiekuńczych, będzie docelowo zmierzał do poziomu 6%. Oznacza to, że na Dolnym Śląsku w 2035 r. potrzebnych będzie (tylko dla osób starych) blisko 37,4 tys. miejsc w zakładach opieki długoterminowej. To 4 razy więcej niż obecny stan posiadania. Skala deficytu, z jakimi trzeba będzie się w przyszłości zmierzyć, jest zatem przeogromna.

Wraz z opieką stacjonarną konieczne jest jednoczesne rozwijanie sieci wsparcia środowiskowego, aby w ten sposób zapewnić odpowiednią spójność całego systemu. W tym obszarze obecnych jest również wiele deficytów, które będą musiały w przyszłości zostać zniwelowane. Tabela 3.9 przedstawia udział osób starszych (w tym przypadku starość dotyczy wieku poprodukcyjnego) korzystających ze środowiskowej pomocy społecznej w ogólnej liczbie osób w tym wieku. Średnia dla całego kraju wynosi 3,3% (2010 r.) W województwie dolnośląskim wskaźnik ten jest niższy od średniej krajowej i wynosi 2,8%. Jest to jeden z najniższych wyników w kraju, niższy jest tylko w województwie podlaskim (2,7%) oraz śląskim (2,3%). Tak niski udział seniorów korzystających ze środowiskowej pomocy społecznej może mieć trojakie przyczyny. Po pierwsze, może świadczyć o dobrze rozbudowanych sieciach wsparcia nieformalnego na Dolnym Śląsku. Oznacza to, że rodzina dostatecznie dobrze wypełnia swoje funkcje opiekuńcze i nie ma potrzeby

[117] T. Kröger, *Comparative research on social care. The state of the art*, European Commission, Bruksela 2001, s. 13.

korzystania z pomocy społecznej. Po drugie, może to być efekt słabo rozbudowanej infrastruktury socjalnej i w związku z tym niezaspokojonych potrzeb społecznych w zakresie opieki. Wreszcie po trzecie może to być efekt silnie rozbudowanego systemu opieki środowiskowej świadczonej poza obszarem pomocy społecznej. Mowa tutaj o usługach komercyjnych świadczonych przez profesjonalnych opiekunów lub w szarej strefie np. przez obcokrajowców. Spośród powyższych możliwości, zdecydowanie najbardziej prawdopodobna wydaje się trzecia opcja.

Tabela 3.9. Osoby w wieku poprodukcyjnym korzystające ze środowiskowej pomocy społecznej w ogólnej liczbie osób w tym wieku (poszczególne województwa, 2010 r.)

Województwo	Udział (%)
śląskie	2,3
podlaskie	2,7
dolnośląskie	2,8
opolskie	3
łódzkie	3,1
lubelskie	3,1
małopolskie	3,2
mazowieckie	3,3
lubuskie	3,4
kujawsko-pomorskie	3,4
pomorskie	3,4
zachodniopomorskie	3,6
wielkopolskie	3,9
świętokrzyskie	4
podkarpackie	4,1
warmińsko-mazurskie	4,4

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Bank Danych Lokalnych*, GUS, www.stat.gov.pl (9.10.2012)

Ciekawym zagadnieniem jest dynamika zmian w pomocy społecznej. Tabela 3.10 przedstawia przeobrażenia, jakie zaszły w okresie dekady, między 2001 r. a 2011 r., jeśli chodzi o zakres udzielanych na Dolnym Śląsku usług opiekuńczych, zarówno tych świadczonych w formie środowiskowej, jaki i stacjonarnej. Okazuje się, że w zakresie opieki środowiskowej liczba świadczeniobiorców i udzielonych świadczeń wzrosła nieznacznie, odpowiednio o 12% i 17%. W zakresie opieki stacjonarnej zanotowano nieznaczny regres, liczba placówek zmniejszyła się o 4 (7%), mimo tego liczba dostępnych miejsc pozostała na praktycznie niezmienionym poziomie. W omawianym terminie dokonywał się proces tzw. standaryzacji (dostosowywania usług do minimalnych standardów). Prawdopodobnie dla kilku placówek okazało się to zbyt trudne do realizacji, w związku z czym musiały zostać zamknięte.

Tabela 3.10. Usługi opiekuńcze i DPS na Dolnym Śląsku w latach 2001-2011

Rok	Usługi opiekuńcze		DPS	
	Liczba osób, którym przyznano świadczenia	Liczba świadczeń	Liczba placówek	Liczba miejsc
2011	7 810	3 686 469	54	5 617
2010	8 033	3 454 934	55	5 669
2009	8 314	3 412 058	57	5 704
2008	8 435	3 422 774	55	5 822
2007	8 238	3 394 914	55	5 802
2006	7 941	3 189 262	54	5 794
2005	7 941	3 189 262	54	5 794
2004	6 869	3 020 507	57	5 876
2003	6 962	3 551 629	59	5 868
2002	6 876	3 023 609	57	5 806
2001	6 972	3 146 781	58	5 698

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdań MPiPS-03

Kolejnym ważnym elementem kreującym poziom życia jest dostępność i zadowolenie ze świadczeń zdrowotnych. W okresie starości, gdy pojawiają się rozległe i złożone przypadłości geriatryczne, ten czynnik nabiera szczególnego znaczenia. Seniorzy (podobnie zresztą jak młodsi pacjenci) dużą wagę przywiązują do możliwości łatwego skorzystania z usługi zdrowotnej, do dobrej relacji z lekarzem, a także do wysokiej skuteczności zastosowanej terapii.

Wyniki badania PolSenior w dość pozytywnym świetle przedstawiły stopień zaspokojenia potrzeb zdrowotnych seniorów. Może to świadczyć albo o wysokiej skuteczności w działaniu służby zdrowia w Polsce, albo o niskim poziomie oczekiwań i wymagań seniorów. Jeśli chodzi o dostępność bezpłatnej specjalistycznej opieki lekarskiej, to połowa osób starych uważa ją za łatwo dostępną: że jest ona zdecydowanie łatwo dostępna uważa 9,4% mężczyzn i 10,4% kobiet natomiast, że jest ona raczej łatwo dostępna uważa 40,5% mężczyzn i 38,7% kobiet. Osoby stare pozytywnie oceniają swoje relacje z lekarzem: 86,4% uważa, że lekarz podczas wizyty poświęca im dostatecznie dużo uwagi; 79,3% twierdzi, że lekarz pierwszego kontaktu kieruje ich na wszystkie niezbędne badania; 84,5% uważa, że lekarz dobrze informuje o aktualnym stanie zdrowia oraz celu zleconych badań lub zaproponowanym leczeniu. Efektem pozytywnej oceny służby zdrowia jest wysoka satysfakcja seniorów z opieki medycznej. Zdecydowana większość z nich jest zadowolona z otrzymanej opieki medycznej: zdecydowanie zadowolonych jest 22% mężczyzn i kobiet, natomiast częściowo zadowolonych jest 61,6% mężczyzn i 63,1% kobiet[118].

[118] B. Tobiasz-Adamczyk, A. Gałaś, P. Brzyski, P. Błędowski, T. Grodzicki, *Dostępność i poziom satysfakcji z opieki medycznej*, w: red. M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski, *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2012, s. 467-489.

Bardzo pozytywne wyniki ogólnopolskiego badania PolSenior potwierdzają się na poziomie regionalnym. Wyniki badania „Kondycja życiowa dolnośląskich seniorów" również ukazują pozytywny stosunek osób starszych do służby zdrowia. Aż 93,4% dolnośląskich seniorów uważa, że dostępność do lekarza pierwszego kontaktu jest bardzo dobra. Jest to wysoki wynik szczególnie zważywszy na fakt, że ponad połowa seniorów (54,1%) korzysta z jego pomocy przynajmniej raz w miesiącu. Gorzej przedstawia się sytuacja w zakresie dostępności do lekarza specjalisty – 37,7% seniorów zgłasza problemy w tym zakresie. Podstawową trudnością w swobodnym dostępie do specjalisty jest brak wolnych miejsc i długi okres oczekiwania. Dla mieszkańców wsi poważnym problemem była również bariera przestrzenna, brak specjalistów „w terenie" wymusza konieczność przemierzania znacznych odległości w celu skorzystania z ich usługi[119].

Podsumowanie

Wbrew powszechnym stereotypom, sytuacja materialna emerytów nie jest zła. Nie są oni kategorią społeczną najbardziej narażoną na ubóstwo i deprywację potrzeb materialnych. Powszechny system zabezpieczenia emerytalnego gwarantuje im dostęp do stabilnych dochodów, które są systematycznie rewaloryzowane, przez co skutecznie utrzymują realną wartość. Dzięki temu, że gospodarstwa domowe emerytów są zwykle małe, to dochód rozporządzalny na jednego członka jest relatywnie wysoki. Negatywną stroną takiej sytuacji jest natomiast to, że podstawowe wydatki związane z utrzymaniem mieszkania i codzienną egzystencją są wyższe niż w bardziej licznych gospodarstwach.

Sytuacja materialna seniorów ulega znacznemu pogorszeniu wraz z nasileniem chorób i ograniczeniem sprawności funkcjonalnej. Wzrost wydatków na świadczenia medyczne i opiekę długoterminową często prowadzi do sytuacji, że zasób środków finansowych pozostających w dyspozycji seniora okazuje się dalece niewystarczający.

Infrastruktura społeczna w zakresie opieki długoterminowej obejmuje na Dolnym Śląsku ponad 9 tys. miejsc w zakładach opieki długoterminowej oraz prawie 8 tys. osób otrzymujących usługi opiekuńcze w środowisku. Oznacza to, że system opieki formalnej jest dość słabo rozbudowany, szczególnie jeśli porównać go z systemem w innych krajach Europy Zachodniej. Niewątpliwie w przyszłości, w miarę postępu procesu starzenia się ludności, infrastruktura opiekuńcza (stacjonarna i środowiskowa) będzie musiała zostać znacznie rozbudowana.

[119] M. Bogowolska-Wepsięć, G. Dąbrowska, J. Klakočar, Z. Machaj, A. Pierzchalska, E. Pisarczyk-Bogacka, W. Wnuk, *Kondycja życiowa dolnośląskich seniorów*, op.cit., s. 46-49.

3.3. Aktywność społeczna dolnośląskich seniorów

3.3.1. Polityka aktywnego starzenia się

W gerontologii społecznej ścierają się dwa dominujące poglądy na temat procesu starzenia się: teoria wycofania się oraz teoria aktywności. Obie te teorie zakładają zgoła odmienne miejsce osób starych w społeczeństwie i gospodarce. Różnią się one od siebie zasadniczo pod względem dominujących w okresie starości norm postępowania i wartości, a także ogólnie pod względem postrzegania sensu życia w okresie starości. Są to teorie zarazem deskryptywne i normatywne. Z jednej strony opisują typową zmianę zachowań, jaka dokonuje się w procesie starzenia się (aspekt deskryptywny), ale również określają pewnego rodzaju wzór, dający wskazówki, w jaki sposób osoba stara powinna się zachowywać (aspekt normatywny).

Teoria wycofania się została utworzona w czasie powojennym, kiedy to nastąpił rozwój funkcji socjalnych państwa opiekuńczego. Kształtował się wówczas system publicznych świadczeń skierowanych do osób starych (emerytur, usług zdrowotnych i opiekuńczych). Niosło to ze sobą pozytywne i negatywne skutki. Pozytywne było to, że istotnie podniósł się poziom życia seniorów. Negatywne z kolei okazało się ugruntowanie stereotypowego postrzegania starości przez pryzmat niedołęstwa i ubóstwa. Zaczęło dominować powszechne przeświadczenie, że osoby stare to zbiorowość strukturalnie uzależniona od pomocy innych ludzi. Sprowadzono ich tym samym do roli bezsilnych i biernych beneficjentów różnego typu wsparcia dostarczanego przez władzę publiczną. Dominowało wówczas przekonanie, że optymalne starzenie polega na dobrowolnym wycofywaniu się z aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym i przyjmowaniu pozycji widza, który z dystansu przypatruje się działaniom ludzi młodych. Co istotne, wyłączenie z głównego nurtu życia społecznego nie jest tutaj utożsamiane z karą, lecz z nagrodą. Po latach ciężkiej pracy osoba stara ma prawo do wyciszenia, odpoczynku i „świętego spokoju". Nic się od niej nie wymaga, a mimo to ma zapewnione podstawowe warunki egzystencji. Taki układ jest korzystny dla obu stron: osoby starej i społeczeństwa. Umożliwia to społeczeństwu stworzenie przestrzeni dla bardziej wydajnych młodych ludzi, osobom starszym daje zaś możliwość dość wygodnego życia. Symbolami kojarzącymi się nieodzownie ze starością jest tutaj bujany fotel i ciepłe kapcie.

W późniejszym czasie poglądy na temat procesu starzenia się uległy zasadniczym przeobrażeniom. Zaczęła dominować perspektywa aktywnego starzenia się, która opierała się na archetypie starca pełnego wigoru i zaangażowanego społecznie. Zdaniem R. Havighursta, twórcy teorii aktywnego starzenia się, ludzie starzy mają zasadniczo takie same potrzeby jak osoby dorosłe, a zatem wbrew ich naturze jest ograniczenie relacji interpersonalnych oraz wycofanie się z życia społecznego. Optymalny proces starzenia się wymaga pozostania aktywnym, co oznacza konieczność podtrzymywania, tak długo jak się da, czynności wykonywanych w do-

rosłym życiu, a następnie zastępowanie ich jakimiś zajęciami substytucyjnymi[120] (np. zamiana pracy zawodowej na wolontariat i/lub pracę na rzecz gospodarstwa domowego).

Pojęcie „aktywnego starzenia się" pojawiło się w literaturze gerontologicznej na początku lat 60. XX w., a w latach 70. i 80. upowszechniło się w nomenklaturze naukowej. Na przestrzeni ostatnich dekad jego istota ewoluowała w sposób znaczący.

Początkowo aktywne starzenie się utożsamiano z podtrzymywaniem w okresie starości tych wartości oraz tych wzorców aktywności, które są typowe dla wieku średniego. Miało to być więc jawne zaprzeczenie starości. Takie podejście spotkało się jednak z powszechną krytyką. Było ono zbyt idealistyczne i nie uwzględniało przypadłości typowych dla podeszłego wieku[121]. W późniejszym okresie aktywne starzenie się zaczęto utożsamiać z produktywnością i aktywnością na rynku pracy. W 1998 r. OECD zdefiniowało aktywne starzenie się jako „zdolność ludzi, w miarę jak się stają starzy, do prowadzenia produktywnego życia w społeczeństwie i gospodarce"[122]. Zgodnie z tą koncepcją ludzie starzy powinni mieć możliwość dokonywania autonomicznych wyborów dotyczących sposobu spędzania czasu. Każdy z nich indywidualnie powinien decydować, czy chce pracować, uczyć się, odpoczywać. Faktyczna możliwość podejmowania tych wyborów jest niestety ograniczana przez takie czynniki jak: zły stan zdrowia i/lub niesprawność, bariery fizyczne (architektoniczne, urbanistyczne), niedostosowane miejsca pracy, nieadekwatna polityka społeczna. Reformy z zakresu aktywnego starzenia się powinny zatem polegać na likwidacji tych ograniczeń, a także na wzmacnianiu obywateli w podejmowaniu przez nich życiowych decyzji.

W 1999 r. ukazał się komunikat Komisji Europejskiej zatytułowany „Ku Europie dla każdego wieku". W dokumencie tym uznano „aktywne starzenie się" za paradygmat europejskiej polityki wobec starzenia się ludności. Nie zdefiniowano jednak, czym owe aktywne starzenie się jest. Nie określono, jak należy rozumieć to pojęcie. Zaznaczono jedynie, że ma ono służyć lepszemu życiu w okresie starości. W założeniu miało ono stanowić praktyczną odpowiedź na postulat ONZ z 1993 r. „Dodać życia do lat, które zostały dodane do życia". Miały temu służyć przede wszystkim: dłuższa praca zawodowa, angażowanie się w sprawy lokalnych społeczności, kształcenie ustawiczne i praca wolontaryjna. W praktyce Unia Europejska przyjęła bardzo wąską perspektywę spojrzenia na problem aktywnego starzenia się. Aktywność łączona była bezpośrednio z pracą zawodową. W 2001 r. Komisja Europejska stwierdziła, że „państwa członkowskie powinny rozwijać politykę aktywnego starzenia się poprzez kreowanie narzędzi umożliwiających podtrzymanie kompetencji starszych pracowników, wdrażanie elastycznych warunków pracy oraz rozwój wiedzy pracodawców na temat potencjału starszych pracowni-

[120] R. Havighurst, B. Neugarten, S. Tobin, *Disengagement, personality and life satisfaction in the later years*, w: red. R. Hansen, *Age in the future*, Munksgaard, Kopenhaga 1963, s. 419.

[121] A. Walker, *A strategy for active ageing*, "International Social Security Review", 2002, nr 55, s. 122-123.

[122] *OECD, Maintaining prosperity in an ageing society*, OECD Publishing, Paryż 1998, s. 84.

ków. Należy zapewnić starszym pracownikom należyty dostęp do edukacji i treningu, a także zrewidować system podatkowy oraz zabezpieczenie społeczne w taki sposób, aby ograniczyć utrudnienia i rozwijać zachęty do pozostawania aktywnym na rynku pracy w starszym wieku"[123]. Wynika z tego, że polityka aktywnego starzenia skierowana jest przede wszystkim na zachęcanie starszych pracowników do jak najdłuższego pozostawania na rynku pracy, ograniczanie determinantów niskiej aktywności zawodowej osób w wieku przedemerytalnym oraz rozwijanie kształcenia ustawicznego[124].

W 2002 r. WHO przedstawiła wielowymiarową (holistyczną) koncepcję aktywnego starzenia się[125], definiując to pojęcie jako „proces optymalizacji szans związanych ze zdrowiem, uczestnictwem i bezpieczeństwem, mający na celu poprawę jakości życia osób starszych"[126]. Koncepcja ta jest pionierska i wyjątkowa ze względu na niezwykle szeroką perspektywę spojrzenia na aktywność. Podkreślono wręcz, że aktywności nie należy kojarzyć wyłącznie (jak to było dotychczas) z pracą zawodową czy kondycją fizyczną, lecz odnosi się ona do wszelkich sfer życia: społecznej, gospodarczej, kulturalnej, duchowej i obywatelskiej. Zgodnie z tą ideą ludzie powinni uczestniczyć w społeczeństwie i gospodarce poprzez swoje możliwości, a nie na zasadzie chronologii. Powinni zatem uczyć się przez całe życie pracować dłużej, przechodzić na emeryturę stopniowo i w późniejszym wieku, być aktywni jako emeryci – angażować się w ćwiczenia wspomagające utrzymanie dobrej kondycji zdrowotnej i wysokiej sprawności fizycznej, wypełniać obowiązki rodzinne związane z pracami domowymi czy opieką nad dziećmi, angażować się w życie lokalnych społeczności, poświęcać się pracy wolontaryjnej, a także aktywnie wypoczywać poprzez uprawianie sportu, turystyki, realizację pasji życiowych i działania twórcze.

Unia Europejska ogłosiła rok 2012 Europejskim Rokiem Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej. Jego celem ma być zwrócenie uwagi opinii publicznej na wkład, jaki osoby stare wnoszą do społeczeństwa. Ma to być również okazja do podjęcia konkretnych działań skierowanych na aktywizację osób starszych i wzmocnienie solidarności międzypokoleniowej.

Przy okazji Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej przyjęto w Polsce „Rządowy Program na Rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2012-2013". Jego celem jest zwiększenie aktywności społecznej osób starszych, wykorzystanie ich doświadczenia i wiedzy, a także umoc-

[123] Komisja Europejska, *Commission staff working paper*, SEC (2001) 1398, Bruksela 2001.

[124] Na podstawie tych wytycznych ustalone zostały dwa cele strategiczne, które włączone zostały do strategii lizbońskiej. Pierwszy z nich (tzw. cel sztokholmski z 2001 r.) to zwiększenie wskaźnika zatrudnienia osób w wieku przedemerytalnym (55-64 lat) do poziomu 50%. Drugi natomiast (tzw. cel barceloński) to podwyższenie efektywnego wieku przechodzenia na emeryturę o 5 lat.

[125] Koncepcja ta stanowiła wkład Światowej Organizacji Zdrowia w „Drugie światowe zgromadzenie ONZ na temat starzenia się społeczeństw", które odbyło się w Madrycie (2002 r.)

[126] WHO, *Active ageing: a policy framework*, World Health Organization, Genewa 2002, s. 12.

nienie ich jako integralnego elementu społeczności lokalnych. W ramach programu wyznaczono 4 priorytety działań: (1) edukacja osób starszych/kształcenie ustawiczne, (2) aktywność społeczna promująca integrację międzypokoleniową, (3) partycypacja społeczna osób starszych, (4) usługi społeczne dla osób starszych.

Polityka aktywnego starzenia się realizowana jest przede wszystkim na poziomie regionalnym i lokalnym. Dowodem na to jest szereg instytucji publicznych, społecznych, naukowych oraz komercyjnych, które wspierają działania aktywizacyjne tej grupy ludności. Przede wszystkim należy podkreślić, że aktywizacja społeczna osób starych została uznana za jeden z priorytetów „Dolnośląskiej Strategii Integracji Społecznej na lata 2005-2013". W ramach tego priorytetu wyznaczono następujące cele: „poprawa komfortu psychicznego oraz kondycji zdrowotnej osób starszych poprzez ich aktywizację, pomoc w odnalezieniu roli społecznej w wieku starszym, integrację społeczną, zwłaszcza ze środowiskiem lokalnym, wykorzystanie potencjału osób w wieku emerytalnym. Przełamywanie utrwalonych stereotypów postrzegania osoby starszej jako osoby biernej w życiu polityczno-społeczno-kulturalnym. Promowanie kierunków zmian pomocy społecznej w stosunku do osób starszych. Popularyzacja wiedzy na temat form pomocy ludziom starszym w ich środowisku lokalnym"[127]. W obrębie podmiotów odpowiedzialnych za realizację tego priorytetu jest m.in. (powołana w 2006 r.) Dolnośląska Rada ds. Seniorów, która jest organem opiniodawczo-doradczym z zakresu oceny spraw ludzi starych. Działalność rady polega na:

- współpracy, współdziałaniu i wymianie doświadczeń zmierzających do rozpoznania problemów związanych ze starzeniem się społeczeństw w celu opracowania strategii działań skierowanych do osób starszych w formie wojewódzkiego programu,
- konsolidacji środowisk wokół szeroko rozumianych spraw ludzi starych w zakresie ich funkcji zdrowotnych, społecznych, życiowych i zawodowych[128].

Najwięcej inicjatyw na rzecz aktywizacji seniorów podejmowanych jest we Wrocławiu. W 2008 r. ustanowiono w Departamencie Spraw Społecznych Urzędu Miasta stanowisko Doradcy Prezydenta Wrocławia ds. Seniorów (stanowisko to nazywane jest też Rzecznikiem Interesu Seniorów przy Prezydencie Miasta) odpowiedzialnego za merytoryczne wsparcie władz miasta w zakresie spraw związanych z seniorami. Poza tym władze miejskie wspiera Wrocławska Rada ds. Seniorów, której zadaniem jest inspirowanie działań na rzecz poprawy jakości życia wrocławskich seniorów. Głównym projektem realizowanym przez miasto na rzecz osób starych jest Wrocławskie Centrum Seniora, które w ramach swoich kompetencji odpowiedzialne jest za:

- kreowanie pozytywnego wizerunku starości i ludzi starych,
- wspieranie wrocławskich klubów seniora,

[127] *Dolnośląska Strategia Integracji Społecznej na lata 2005-2013*, s. 102; www.dops.wroc.pl/strategia.php (8.10.2012).

[128] Zarządzenie Nr 21/2006 Marszałka Województwa Dolnośląskiego z dnia 2 lutego 2006 r. w sprawie powołania Dolnośląskiej Rady ds. Seniorów.

- zbieranie i udzielanie informacji na temat placówek działających w mieście na rzecz seniorów,
- wspieranie programów aktywizujących osoby starsze,
- umacnianie więzi międzypokoleniowych, a w szczególności podkreślenie roli seniora w rodzinie,
- wyznaczanie kierunków działań miasta na rzecz osób starszych w oparciu o działalność partnerów Wrocławskiego Centrum Seniora[129].

W ramach projektu Wrocławskie Centrum Seniora realizowane są różnorodne akcje i programy. Najważniejsze z nich to:

- „Miejsce Przyjazne Seniorom": regulamin tego programu stwierdza, iż jego „celem jest znalezienie na terenie miasta Wrocławia miejsc przyjaznych seniorom, zwłaszcza kawiarni, sklepów, aptek, instytucji kulturalnych, użyteczności publicznej, gdzie seniorzy mogą czuć się swobodnie i są zawsze miło widziani"[130]. Instytucje spełniające szereg kryteriów (m.in.: bycie otwartym i przyjaznym dla seniorów, posiadanie korzystnej oferty dla seniorów, oferowanie specjalnych zniżek i rabatów dla seniorów, świadczenie specjalnych usług prosenioralnych, oferowanie produktów przeznaczonych specjalnie dla seniorów) otrzymują Certyfikat Miejsca Przyjaznego Seniorom oraz zostają umieszczone na specjalnej Mapie Miejsc Przyjaznych Seniorom,
- „Latająca Akademia Seniora": jest to „program wielokierunkowych działań adresowanych do środowisk senioralnych z bardzo mocnym akcentem na integrację pokoleniową i międzypokoleniową"[131]. W ramach Akademii wyróżniono następujące wydziały: Mobilna Pracownia Komputerowa, Kształcenie Ustawiczne Seniora, Akademia Filmu i Literatury Seniora, Pracownia Rękodzielnicza, Warsztaty Kosmetyczne, Latająca Bajka, Akademia Walki z Rakiem,
- programy „Dobra dusza" (konsultacje psychologiczne dla seniorów), „Pomocna dłoń" (wsparcie seniorów doświadczających przemocy), „Poradnia pod liściem dębu" (konsultacja lekowa dla seniorów),
- specjalna infolinia „Telefon Seniora", za pomocą której można uzyskać informację o akcjach i programach skierowanych do seniorów, porady i konsultacje, można też zapisać się na zajęcia dla seniorów,
- bezpłatna gazeta (kwartalnik dla seniorów) „Wrocławski Senior".

3.3.2. Poziom aktywności społecznej

Obecny poziom aktywności społecznej seniorów jest bardzo niski. Jest to problem dość łatwo dostrzegany w Polsce, ale również w innych krajach. Dowodem

[129] *Wrocławskie Centrum Seniora*, „Wrocławski Senior", 2010, nr 1, s. 2.

[130] *Regulamin programu „Miejsca Przyjazne Seniorom"*, http://www.cirs.nazwa.pl/senior/zalaczniki/regulamin_mps.doc (8.04.2010).

[131] *Latająca Akademia Seniora*, http://www.seniorzywroclaw.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=20:las&catid=6:latajca-akademia-seniora (8.04.2010).

na to mogą być chociażby badania brytyjskie, wg których osoby z pokolenia powojennego wyżu demograficznego w porównaniu z przedstawicielami młodszych generacji charakteryzują się:

- słabiej rozwiniętą siecią stosunków społecznych (jedynie 1/3 deklaruje, że jest częścią przynajmniej kilku grup społecznych, w których członkowie komunikują się ze sobą i podejmują wspólne przedsięwzięcia),
- mniejszym przywiązaniem do udziału w życiu społecznym (jedynie 42% zgadza się z następującym stwierdzeniem: „grupy i organizacje, do których przynależę mają dla mnie ważne znaczenie"),
- mniejszą potrzebą przynależności do społeczności sąsiedzkiej (wykazuje np. mniejsze zainteresowanie udziałem w lokalnych przedsięwzięciach, wydarzeniach),
- poczuciem bycia „outsiderami" (nie mają poczucia przynależności do społeczności lokalnych oraz uważają się za niezintegrowanych z szerszą społecznością),
- mniejszym przywiązaniem do zbiorowości geopolitycznych, których są częścią (44% deklaruje skłonność do emigracji),
- mniejszym zaangażowaniem w wolontariat i pomoc innym ludziom[132].

Ogólnopolskie badanie „Polska starość" również ukazały problem braku aktywności społecznej seniorów. Wskazują na to chociażby bierne formy spędzenia przez nich czasu wolnego: oglądanie telewizji (84%), słuchanie radia (61%), czytanie gazet (56%), spacery (52%) i praca w ogródku (39%). Aktywne zajęcia są dużo mniej popularne: podróże (5%), działalność społeczna (4%), działalność w parafii (3%), spotkania w klubie seniora (3%), kino teatr, koncert (3%)[133]. Nikłe jest również zaangażowanie ludzi starych w życie lokalnej społeczności: 32% twierdzi, że ich to nie interesuje; 28% uważa, że nie jest już w stanie aktywnie działać; 17% nie wierzy, że ma szansę coś zmienić; 15% nie widzi takiej potrzeby; zaledwie 8% stara się wraz z innymi ludźmi poprawiać pewne rzeczy w sąsiedztwie; 1% nie angażuje się, ale od pewnego czasu myśli nad tym[134].

Do podobnych wniosków prowadzą wyniki badania „Kondycja życiowa dolnośląskich seniorów". Wynika z nich, że większość osób starych postrzega starość jako czas zasłużonego wypoczynku (57,6%), a także czas nawarstwiania się różnego typu ograniczeń związanych np. z pogorszeniem stanu zdrowia (41,4%). Pochodną takich przekonań jest bierny sposób spędzania czasu wolnego: 82,3% ogląda telewizję, 58,6% spaceruje i wypoczywa na świeżym powietrzu, 57,8% czyta książki, 55,4% spotyka się z rodziną i znajomymi, 46,4% uprawia działkę; jedynie 3,5% deklaruje aktywną działalność społeczną[135].

---

[132] J. Hubner, P. Skidmore, *The new old. Why baby boomers won't be pensioned off*, DEMOS, Londyn 2003, s. 68.

[133] M. Halicka, J. Halicki, *Integracja społeczna i aktywność ludzi starszych*, w: red. B. Synak, *Polska starość*, Uniwersytet Gdański, Gdańsk 2002, s. 206.

[134] Ibidem, s. 195.

[135] M. Bogowolska-Wepsięć, G. Dąbrowska, J. Klakočar, Z. Machaj, A. Pierzchalska, E. Pisarczyk-Bogacka, W. Wnuk, *Kondycja życiowa dolnośląskich seniorów*, op.cit., s. 25, 35.

Zaangażowanie społeczne dolnośląskich seniorów jest na nikłym poziomie: prawie 90% z nich nie udziela się w żadnych organizacjach społecznych. Czynny udział w pracach stowarzyszeń deklaruje zaledwie 4% seniorów, są to głównie mężczyźni mieszkający w dużych miastach. Ponadto niecałe 3% deklaruje działalność w organizacjach kościelnych, są to głównie kobiety mieszkające na wsi. Na podstawie tej diagnozy dokonana została następująca ocena aktywności społecznej dolnośląskich seniorów: „ich życie ogranicza się przede wszystkim do kręgu najbliższej rodziny, przyjaciół i sąsiadów. Większość seniorów nie szuka kontaktu ze społecznością lokalną, a potrzeba uczestniczenia w życiu szerszego kręgu społecznego nie jest rozbudzona. Z jednej strony wynika to ze stereotypu, że osoba, która jest na emeryturze, okres aktywności ma dawno za sobą i nic wartościowego nie może dać społeczeństwu. Jest to pogląd, który ogranicza obie strony: osoby starsze nie mają potrzeby wychodzenia poza wąski krąg spraw najbliższego otoczenia, zaś społeczność nie potrafi dostrzec potencjału osób starszych i korzyści, jakie ich udział mógłby przynieść zbiorowości, w której żyją. W związku z tym senior, nawet jeśli zachce się włączyć w działalność organizacji prospołecznej, spotyka się albo z brakiem możliwości, albo z brakiem pomysłu na zagospodarowanie jego inicjatywy, co powoduje, że zniechęcony wycofuje się z tego obszaru życia”[136].

Jednym z ważniejszych aspektów aktywności jest edukacja. Współcześnie dominują poglądy, że kształcenie nie powinno kończyć się wraz z uzyskaniem dyplomu, lecz powinno być procesem ustawicznym, które trwa przez całe życie, również w fazie starości. Daje to możliwość adaptacji do szybko zmieniającej się rzeczywistości. W ten sposób niwelowany jest również dystans społeczny między starszymi a młodszymi generacjami.

System kształcenia ustawicznego w Polsce jest relatywnie słabo rozwinięty. Dane zawarte w tabeli 3.11 pokazują, że odsetek uczących się osób w wieku 50-74 lat w Polsce (0,9%) jest ponad 4-krotnie niższy od średniej unijnej (4,2%). Widać ponadto, że tendencja zmian w tym zakresie jest raczej niekorzystna. O ile w 2005 r. 1,1% osób w wieku 50-74 lat kształciło się, to w 2011 r. odsetek ten spadł do 0,9%.

Główną instytucją edukacyjną dla osób starszych jest uniwersytet trzeciego wieku (UTW). Sensu działalności tego typu instytucji nie należy rozpatrywać jedynie w kategoriach klasycznej funkcji edukacji, czyli nabywania i aktualizowania wiedzy. Oczywiście podnoszenie kapitału ludzkiego jest niezwykle istotne, jednak w odniesieniu do osób starszych ma znaczenie poboczne, uzupełniające. W tym przypadku priorytetowego znaczenia nabiera funkcja integracyjno-afiliacyjna, która polega na aktywizowaniu społecznym, kreowaniu więzi przyjaźni, pobudzaniu wzajemnej pomocy.

Roli, jaką odgrywa UTW w przeciwdziałaniu społecznej alienacji ludzi starych, nie sposób przecenić. Przede wszystkim cenny jest sam fakt, że organizowane tam zajęcia mobilizują starszego człowieka do wyjścia z domu i spotkania się z ludźmi.

[136] M. Bogowolska-Wepsięć, G. Dąbrowska, J. Klakočar, Z. Machaj, A. Pierzchalska, E. Pisarczyk-Bogacka, W. Wnuk, *Kondycja życiowa dolnośląskich seniorów*, op.cit., s. 32.

Tabela 3.11. Kształcenie ustawiczne w wieku 50-74 lat (dane w %)

Wyszczególnienie	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
ogółem							
UE27	4,2	4,3	4,4	4,5	4,5	4,4	4,2
Polska	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2	0,9
mężczyźni							
UE27	3,7	3,7	3,7	3,8	3,7	3,6	3,6
Polska	1,0	1,1	1,0	0,9	1,0	1,0	0,8
kobiety							
UE27	4,6	4,8	5,0	5,2	5,2	5,1	4,8
Polska	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3	1,0

Źródło: *Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2012-2013*, MPiPS, Warszawa 2012, s. 10

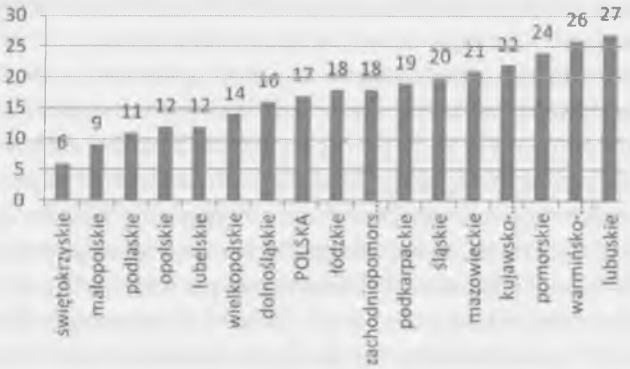
Stanowi to swoistą terapię, która ma niebagatelne znaczenie psychologiczne. Spotykanie i poznawanie nowych ludzi stanowi także fundament dla rozwoju stosunków interpersonalnych, co umożliwia z kolei odgrywanie ról społecznych, funkcjonowanie w grupie, partycypację społeczną. Przykładem mogą być tutaj spotkania okolicznościowe, które nie mają rzecz jasna charakteru dydaktycznego, lecz skupione są na zacieśnianiu stosunków międzyludzkich, wspólnej celebracji ważnych wydarzeń czy po prostu zabawie towarzyskiej. Ważny jest ponadto aspekt związany z rozwijaniem pasji osób starych, a także fakt, że bycie częścią społeczności akademickiej może nobilitować starszego człowieka[137].

Na terenie Dolnego Śląska działa 39 UTW (2012 r.) Mają one zróżnicowaną formę organizacyjną:

- UTW działające w strukturach i pod patronatem wyższej uczelni, np. UTW przy Uniwersytecie Wrocławskim, Uniwersytecie Ekonomicznym, Akademii Sztuk Pięknych, Dolnośląskiej Szkole Wyższej, Uniwersytecie Przyrodniczym, Papieskim Wydziale Teologicznym itd.,
- powołane przez stowarzyszenia prowadzące działalność popularnonaukową, np. Stowarzyszenie Lokalny Uniwersytet Trzeciego Wieku w Brzegu Dolnym, Stowarzyszenie UTW Atena w Obornikach Śląskich,
- działające przy domach kultury, bibliotekach lub ośrodkach pomocy społecznej, np. Górowski UTW przy Domie Kultury w Górze.

Uczestnictwo w UTW jest zajęciem dość „elitarnym" (por. rysunek 3.6). Średnio na 10 000 mieszkańców Polski przypada 17 słuchaczy UTW. Wskaźnik ten jest dość mocno zróżnicowany w poszczególnych województwach. Najwyższy jest w województwie lubuskim (27), a najniższy w województwie świętokrzyskim (6). Sytuacja w województwie dolnośląskim jest zbliżona do sytuacji ogólnokrajowej, na 10 000 mieszkańców przypada 16 słuchaczy UTW.

[137] Ł. Jurek, *Wykluczenie społeczne osób starszych – analiza problemu z perspektywy kształcenia ustawicznego*, w: red. J. Gulanowski, *Uniwersytety Trzeciego Wieku – przeciw wykluczeniu, dla społeczeństwa wiedzy*, Uniwersytet Wrocławski, Wrocław 2012, s. 112.



Rysunek 3.6. Liczba słuchaczy UTW na 1000 osób (wg województw, 2011 r.)
Źródło: Jak do tab. 3.11

3.3.3. Determinanty niskiej aktywności społecznej seniorów

Poziom aktywności osoby starej determinowany jest czynnikami wewnętrznymi (osobowościowymi) oraz zewnętrznymi (społecznymi). Czynniki wewnętrzne określają zdolności i chęci osoby starej do bycia aktywnym. Zależą one od szeregu uwarunkowań psychologicznych, od wcześniejszych doświadczeń, od poziomu sprawności, od zinternalizowanego w danym człowieku kapitału ludzkiego i społecznego. To wszystko decyduje o tym, czy ktoś jest otwarty na innych ludzi, czy raczej jest osobą zamkniętą w sobie i „zaimpregnowaną" na kontakty społeczne.

Rysunek 3.7. Czynniki ograniczające aktywność społeczną seniorów
Źródło: Opracowanie własne

Czynniki zewnętrzne z kolei stwarzają możliwości lub utrudnienia dla uczestnictwa w życiu lokalnej społeczności. Społeczeństwa proseniorale mogą np. tworzyć system zachęt pozytywnie stymulujących zaangażowanie seniorów, mogą kreować mechanizmy włączające tę grupę w główny nurt życia społecznego. Z drugiej

strony społeczeństwa antysenioralne mogą blokować osobom starszym dostęp do instytucji społecznych oraz ograniczać ich prawa społeczne.

Czynniki wewnętrzne ograniczające aktywność społeczną to przede wszystkim bierny styl życia. Generalnie każdy senior żyje na swój własny, unikatowy sposób. Mimo to ich zachowania wykazują pewne cechy wspólne. Te cechy wspólne umożliwiają dokonanie pewnych uogólnień i pogrupowanie ich stylów życia w 6 typów:

1) Styl życia całkowicie bierny. Osoby starsze egzystują prawie przez cały czas w domu, wychodzą tylko w bardzo rzadkich i wyjątkowych przypadkach (uroczystości rodzinne, głosowanie). Może to być przyczyną choroby, ograniczonej możliwości poruszania się połączonej z licznymi barierami architektonicznymi (schody, brak windy i podjazdów). Inną przyczyną może być bariera psychiczna – obawa przed opuszczeniem domu, brak chęci do podejmowania wysiłku fizycznego, zmęczenie. Takie osoby wycofują się z życia i zamykają się w sobie.
2) Styl życia rodzinny. Osoby starsze odgrywają rozszerzoną rolę babci czy dziadka. Pomagają dzieciom w opiece nad wnukami w godzinach ich pracy, w czasie choroby i rekonwalescencji. Opieka nad wnukami wypełnia osobom starszym cały czas, wypierając inne aktywności.
3) Styl życia działkowca. Osoby starsze wiele czasu i energii poświęcają na uprawę owoców i warzyw w swoich ogródkach działkowych. Daje im to satysfakcję. Wypełnia wolny czas. Pozwala na utrzymanie, a także na nawiązywanie nowych kontaktów towarzyskich. Może przyczynić się także do dodatkowych korzyści materialnych. Działka to nie tylko hobby, ale cała filozofia życia.
4) Styl życia społecznika. Osoby starsze działają w różnych stowarzyszeniach, towarzystwach, partiach politycznych. Nie są obojętne na problemy innych ludzi i chętnie angażują się w rozwiązywanie tych problemów. Często poświęcają się pracom społecznym i wolontariatowi.
5) Styl życia domocentryczny. Jest to styl na pograniczu biernego i rodzinnego. W ten sposób żyją ludzie starsi, którzy niechętnie opuszczają dom, ale nie są bierni. Ich aktywność koncentruje się na spotykaniu ze znajomymi, na pomocy rodzinie, ale raczej bez wychodzenia z domu. Angażują się w realizację swoich pasji, takich jak np. hodowla kwiatów czy rozwiązywanie krzyżówek.
6) Styl życia pobożny. Osoby starsze, zwłaszcza kobiety, koncentrują się na codziennym uczestnictwie we mszach, w nabożeństwach, spotkaniach w ruchach kościelnych. Zwykle są to ludzie, którzy byli religijni wcześniej, a w starości, mając dużo wolnego czasu, poświęcają go na ściślejszą działalność i uczestnictwo w Kościele[138].

Prawie wszystkie typy stylów życia, poza typem społecznika, nastawione są na niski poziom aktywności społecznej. Kontakty interpersonalne ograniczone są z reguły do rodziny i najbliższych znajomych. Codzienne działania nie przewidują

[138] O. Czerniawska, *Style życia ludzi starszych*, w: O. Czerniawska, *Style życia w starości*, WSHE, Łódź 1998, s. 175.

zaangażowania w sprawy wspólnot lokalnych, towarzystw społeczno-kulturalnych, klubów seniora czy jakichkolwiek innych organizacji społecznych. Osoby stare ani nie wykazują w tym zakresie potrzeb, ani nie stanowi to dla nich istotnej wartości. Jest to postawa, którą można określić mianem „automarginalizacji", czyli świadomego wyłączania się z życia zbiorowego.

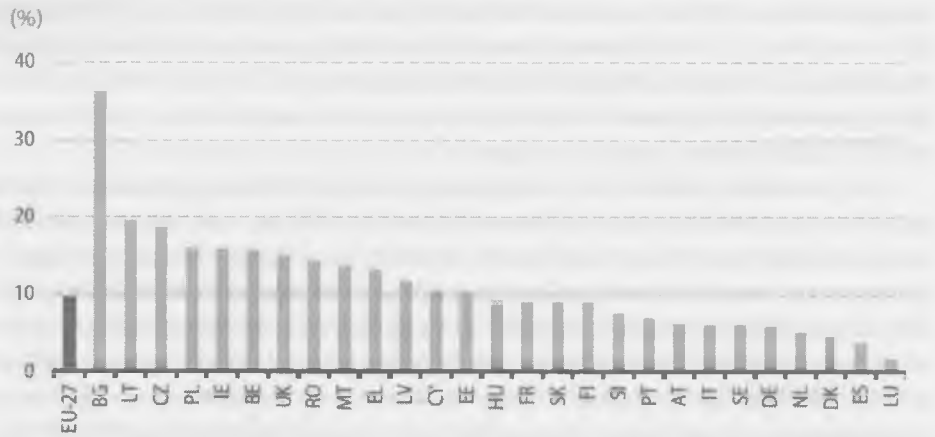
Do czynników zewnętrznych ograniczających aktywność społeczną seniorów zaliczyć należy wszelkie mechanizmy społeczne utrudniające czy wręcz uniemożliwiające im bycie integralnym elementem społeczności lokalnej, a także spychające te osoby poza główny nurt życia społecznego. Chodzi zatem o to, co P. Błędowski określił mianem alienacji społecznej osób starszych: „wyraża się ona przede wszystkim w braku konsekwentnego działania społeczeństwa jako całości, ale i poszczególnych społeczności lokalnych na rzecz stworzenia warunków do aktywnego i równoprawnego udziału starszych ludzi w życiu społecznym oraz w niedostatecznych staraniach o stworzenie dogodnych warunków do zaspokojenia specyficznych dla starszego wieku i poziomu sprawności potrzeb"[139]. Autor ten wyraźnie odróżnił alienację społeczną osób starych od ich izolacji. Zaznaczył przy tym, że „jeżeli izolacja starszych ludzi polega na spychaniu starszego pokolenia na margines życia społecznego, to alienacja sprowadza się raczej do braku zainteresowania ich sytuacją i potrzebami, obojętności wobec tej zbiorowości, pozostawienia jej ze swoimi problemami lub dążenia do przeniesienia obowiązku pomocy na instytucje i organizacje, w tym pomoc społeczną, jednym słowem – do bierności najbliższego otoczenia. (...) Społeczna alienacja ludzi starych nie jest łagodniejszą formą ich izolacji, ale ma inny charakter, polegający na nasileniu się przejawów życia «obok siebie» różnych generacji, ograniczeniu kontaktów społecznych między starszymi, a młodszymi pokoleniami"[140].

Badania europejskie wskazują, że polscy seniorzy czują się mocno wyalienowani ze społeczeństwa. 17% z nich uważa, że zostali pozostawieni poza głównym nurtem życia społecznego. Ten odsetek jest wyższy tylko w Bułgarii, na Litwie i w Czechach (por. rysunek 3.8).

Kolejnym czynnikiem zewnętrznym, który ogranicza aktywność społeczną osób starych, jest ageizm, czyli dyskryminacja ze względu na wiek. Pojęcie to zostało stworzone w 1968 r. przez R. Butlera, który zdefiniował je jako „proces systematycznego stygmatyzowania i dyskryminowania ludzi ze względu na ich podeszły wiek – tak jak rasizm i seksizm odnosi się do koloru skóry i płci"[141]. P. Szukalski przedstawił długą listę przejawów tej formy dyskryminacji:

- niedostrzeganie: brak oferty dla osób starszych, pomijanie ich specyficznych potrzeb i preferencji,
- lekceważenie: uznawanie, że opinie, wyznawane wartości i potrzeby osób starszych są mniej ważne i mniej cenne niż osób młodych,

[139] P. Błędowski, *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*, op.cit., s. 68.
[140] Ibidem, s. 69-70.
[141] Cyt. za: I..R. Aiken, *Ageing: An Introduction to Gerontology*, Sage, Thousand Oaks 1990, s. 227.



Rysunek 3.8. Osoby stare uważające, że są pozostawione poza głównym nurtem życia społecznego (poszczególne kraje Unii Europejskiej, 2011 r.)

Źródło: *Active ageing and solidarity between generations. A statistical portrait of the European Union 2012*, Publications Office of the European Union, Luksemburg 2011, s. 119

- ośmieszanie: świadome przeinaczanie i karykaturalne wyolbrzymianie problemów seniorów i sposobów rozwiązywania owych problemów, mające na celu wskazanie „żałosności" sytuacji osób starszych,
- paternalizm: skłonność do wyręczania seniorów w wykonywaniu niektórych czynności dnia codziennego, nawet w sytuacji, gdy są one w stanie samodzielnie o siebie zadbać i nie widzą potrzeby korzystania z pomocy innych,
- protekcjonalność: skłonność do traktowania seniora jako osoby niezdolnej do funkcjonowania bez wsparcia danej jednostki bądź instytucji,
- zaniedbanie: pomijanie (świadome lub nieświadome) istotnych potrzeb psychosomatycznych, społecznych, materialnych osób starszych,
- segregacja: oddzielenie seniorów od reszty społeczeństwa poprzez skupienie ich na wyodrębnionym terytorium,
- nadużycia finansowe: niesprawiedliwe, nieuzasadnione lub sprzeczne z prawem użycie zasobów materialnych, tytułów własności i uprawnień znajdujących się w posiadaniu seniora,
- nadużycia cielesne: przejawy fizycznej agresji w stosunku do osób starszych, przybierające formy od względnie łagodnych (popychanie, szturchanie) do brutalnych (ciężkie pobicia),
- eksterminacja: świadome dążenie do skrócenia „bezwartościowego" lub przepojonego cierpieniem życia osoby starszej[142].

W Polsce powszechne są negatywne postawy wobec osób starych. Przykładem w tym zakresie może być (dość często spotykane w mediach) przedstawianie pro-

[142] P. Szukalski, *Solidarność pokoleń. Dylematy relacji międzypokoleniowych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2012, s. 155-156.

cesu starzenia się ludności jako poważnego problemu społeczno-ekonomicznego. Na tej podstawie ugruntowuje się przekonanie w opinii publicznej, że osoby stare są „problemem", a ich obecność jest obciążeniem dla całego społeczeństwa, gospodarki i finansów państwa.

Podsumowanie

Na Dolnym Śląsku (ale jest to typowe dla całego kraju) osoby stare angażują swój czas i energię przede wszystkim w życie rodzinne i towarzyskie: pomagają w opiece nad wnukami, spotykają się z przyjaciółmi itd. Pole potencjalnych działań rodzinnych systematycznie się jednak zawęża, co spowodowane jest postępującą „nuklearyzacją" rodziny, rozluźnieniem więzi międzypokoleniowych (oddaleniem społecznym i emocjonalnym) oraz migracją zarobkową ludności (oddaleniem przestrzennym). Okazuje się, że tradycyjne formy aktywności osób starszych zanikają, czego efektem jest coraz częściej pojawiający się problem samotności i osamotnienia.

W tych okolicznościach jednym z głównych celów polityki społecznej staje się zapobieganie bierności osób starych. „Aktywne starzenie się" zostało uznane za paradygmat polityki senioralnej i wdrażane jest w każdym jej wymiarze: międzynarodowym, ogólnopolskim, regionalnym i lokalnym. Szczególnie w środowiskach lokalnych podejmowane są inicjatywy mające na celu włączenie seniorów w główny nurt życia społecznego. Przykładem może być projekt Wrocławskie Centrum Seniora, w ramach którego podejmowane są różne akcie edukacyjne, integrujące czy rozrywkowe.

Mimo licznych inicjatyw publicznych, aktywność społeczna dolnośląskich seniorów wciąż pozostaje na bardzo niskim poziomie. Z jednej strony nie wykazują oni chęci do angażowania się w sprawy lokalne, z drugiej zaś strony wciąż napotykają oni na wiele barier mentalnościowych, które blokują im pełne uczestnictwo w życiu społecznym.

ZAKOŃCZENIE

Liczba osób dotkniętych niepełnosprawnością i zagrożonych nią ulega systematycznemu zwiększeniu. Jest to tendencja typowa dla regionu Dolnego Śląska, ale również dla całego kraju. Spowodowane jest to m.in. polepszeniem wiedzy i technologii medycznej, starzeniem się ludności, a także ograniczeniem śmiertelności osób z różnymi ułomnościami organizmu. W związku z tym kwestia niepełnosprawności nabiera na znaczeniu, a problem zaspokajania potrzeb tej zbiorowości staje się priorytetowym wyzwaniem dla działań władz publicznych.

Tabela Z.1. Osoby niepełnosprawne wg stopnia niepełnosprawności w latach 2002 i 2011 – wstępne wyniki

Wyszczególnienie	Ogółem			Miasta			Wieś		
	2002	2011		2002	2011		2002	2011	
	w tys.		2002 =100	w tys.		2002 =100	w tys.		2002 =100
ogółem osoby niepełnosprawne	5 456,7	4 697,5	86,1	3 213,1	3 018,4	93,9	2 243,6	1 6794	74,8
mężczyźni	2 568,2	2 167,1	84,4	1 488,5	1 362,2	91,5	1 079,7	804,9	74,5
kobiety	2 888,5	2 530,4	87,6	1 724,6	1 656,2	96,0	1 163,9	874,2	75,1
niepełnosprawni prawnie	4 450,1	3 131,9	70,4	2 650,6	2 089,8	78,8	1 799,6	1 042,1	57,9
niepełnosprawni tylko biologicznie	1 006,6	1 565,6	155,5	562,5	928,6	165,1	444,0	637,1	143,5

Źródło: Wyniki wstępne Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań, GUS, http://www.ign.org.pl/files/content/5569/PUBL_lu_wyniki_wstepne_NSP_2011.pdf (30.09.2012)

Wg wstępnych[143] wyników Narodowego Spisu Powszechnego 2011 (por. tabela Z.1) niepełnosprawność (biologiczną i prawną) zadeklarowało 12,2% ludności. Liczba osób deklarujących niepełnosprawność biologiczną zwiększyła się o 55%,

[143] Zaznaczyć należy, że 1,5 mln respondentów odmówiło odpowiedzi dotyczący niepełnosprawności, a ponadto w przytoczonych wynikach brakuje jeszcze prawie 2 mln odpowiedzi.

przy równoczesnym obniżeniu liczby osób deklarujących niepełnosprawność prawną o prawie 30%. Prawdopodobnie jest to efekt zmiany struktury wieku ludności. Zwiększa się liczba osób starych, które cechuje naturalny spadek sprawności organizmu, niemający jednak prawnego poświadczenia.

W polskim prawie osoby niepełnosprawne są objęte ochroną przed dyskryminacją, marginalizacją społeczną, a także zostały wyposażone w dodatkowe uprawnienia obejmujące m.in.: edukację, zatrudnienie, transport, system podatkowy, itp. Rozwiązania formalne nie przekładają się w pełni na praktykę. W wielu obszarach życia społecznego dostrzega się wiele problemów z realizacją praw posiadanych przez osoby niepełnosprawne. W niniejszej publikacji starano się pokazać sytuację w tym względzie na Dolnym Śląsku. Uwagę skupiono na poziomie życia, kształceniu, rynku pracy, rehabilitacji oraz aktywności społecznej z perspektywy trzech głównych faz życia, a mianowicie: młodości, dorosłości i starości.

Poziom życia rodzin z osobami niepełnosprawnymi generalnie jest niższy niż rodzin bez osób niepełnosprawnych. Rodziny te są znacznie bardziej zagrożone ubóstwem, szczególnie jeśli osobą niepełnosprawną jest dziecko. Co się tyczy dochodów, to w przypadku osób starych (emerytów) sytuacja jest o tyle korzystna, że mają oni zapewnione stałe i relatywnie wysokie świadczenia emerytalne. W pozostałych przypadkach sytuacja nie jest już tak dobra. Świadczenia rodzinne dla dzieci niepełnosprawnych nie poprawiają zasadniczo złej sytuacji materialnej rodzin spełniających kryteria dochodowe. Nie pokrywają one realnych kosztów związanych z wychowaniem i rehabilitacją dziecka niepełnosprawnego. Z kolei dla osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym głównym źródłem utrzymania nie są dochody z pracy, lecz świadczenia rentowe.

Edukacja dla osób niepełnosprawnych ma kluczowe znaczenie dla integracji ze społeczeństwem, nabycia kompetencji potrzebnych na rynku pracy, zdolności bycia integralnym elementem społeczeństwa. Formalna dostępność do systemu kształcenia nie przekłada się na rzeczywiste możliwości uczestnictwa w tym systemie. Świadczą o tym istotne różnice w poziomie wykształcenia osób sprawnych i niepełnosprawnych. Największe ograniczenia w dostępie są widoczne na poziomie kształcenia średniego (ponadgimnazjalnego), co w konsekwencji przekłada się również na niższy udział osób niepełnosprawnych w kształceniu na poziomie wyższym.

Niewiele osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym jest zatrudnionych w formalnej gospodarce. Dominująca w tej zbiorowości bierność zawodowa utrzymuje się pomimo wielu działań na rzecz aktywizacji tej grupy. Niska efektywność polityki aktywizacyjnej wynika z wielu przyczyn, m.in.: ograniczonych środków finansowych, zmieniających się uregulowań prawnych, niedostatecznego zaangażowania decydentów odpowiedzialnych za ten obszar działań.

Osoby niepełnosprawne borykają się z kosztami leczenia i rehabilitacji, mimo tego że znaczna część wydatków w tym zakresie objęta jest powszechnym ubezpieczeniem. Wspomniana wcześniej ograniczoność środków powoduje niezaspoko-

jenie znacznej części tych potrzeb. Istniejące rozwiązania dotyczące finansowania rehabilitacji ze środków publicznych wymagają ze strony osoby niepełnosprawnej dużej sprawności poruszania się w gąszczu zmieniających się zasad, przepisów, terminów. Nawet dostosowanie się do wymogów formalnych nie gwarantuje pozyskania środków finansowych. Podobna sytuacja występuje w wielu innych dziedzinach, np. uczestnictwa w programach organizowanych przez PFRON.

Aktywność społeczna osób niepełnosprawnych zwykle ogranicza się do życia rodzinnego i towarzyskiego, ewentualnie rozszerza się o szkołę i pracę. Taki stan rzeczy wynika z jednej strony z braku chęci, skłonności i możliwości do większego angażowania się w sprawy lokalnych społeczności, z drugiej zaś strony tak nikła aktywność jest wynikiem barier wciąż obecnych w naszym społeczeństwie (mentalne, architektoniczne, komunikacyjne). Pozytywne jest, że od pewnego czasu sytuacja w tym zakresie poprawia się. Coraz powszechniejsze są różnego typu inicjatywy podejmowane przez władze samorządowe, organizacje społeczne, a także przez samych niepełnosprawnych, które skierowane są na podnoszenie aktywności w różnych obszarach życia, nie tylko edukacji i zatrudnienia.

Pomimo wielu krytycznych spostrzeżeń zawartych w niniejszym opracowaniu, warto podkreślić również pozytywne aspekty dokonujących się zmian w postrzeganiu osób dotkniętych niepełnosprawnością. Ich pozycja w społeczeństwie cały czas ewoluuje. Dawniej byli oni traktowani jako bierni beneficjenci świadczeń socjalnych, którzy powinni zostać objęci bezwarunkową i ubezwłasnowalniającą opieką ze strony państwa i rodziny. Obecnie stają się oni podmiotem współdecydującym i współodpowiedzialnym za własny los, otrzymującym pomoc w samodzielnym zaspokajaniu swoich potrzeb.

BIBLIOGRAFIA

Literatura zwarta:

1. Aiken L.R., *Ageing: An Introduction to Gerontology*, Sage, Thousand Oaks 1990.
2. Barnes C., Mercer G., Shakespeare T., *The social model of disability*, w: red. A. Giddens, P.W. Sutton, *Sociology: Introductory readings*, Polity Press, Cambridge 2010.
3. Barczyński A., *Zatrudnienie chronione w Polsce na tle rozwiązań europejskich*, w: red. L. Frąckiewicz, W. Koczur, *Niepełnosprawni a praca*, AE Katowice, Katowice 2004.
4. Bartoszek A., Niezabitowska E., Kucharczyk-Brus B., Niezabitowski M., *Warunki zamieszkiwania seniorów – główne ustalenia badawcze*, w: red. M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski, *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2012.
5. Bień B., *Sytuacja zdrowotna osób w podeszłym wieku*, w: red. T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska, *Geriatria z elementami gerontologii*, Via Medica, Gdańsk 2007.
6. Błędowski P., *Gospodarstwa domowe i sytuacja mieszkaniowa ludzi starych*, w: red. B. Synak, *Polska starość*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2003.
7. Błędowski P., *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*, Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa 2002.
8. Błędowski P., *Sytuacja materialna osób starszych*, w: red. M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski, *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2012.
9. Bogowolska-Wepsięć M., Dąbrowska G., Klakočar J., Machaj Z., Pierzchalska A., Pisarczyk-Bogacka E., Wnuk W., *Kondycja życiowa dolnośląskich seniorów. Raport z badań*, część II: *Analiza wyników badań*, Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego, Wrocław 2008.
10. Chorążuk J., *Aktywizacja zawodowa osób niepełnosprawnych w świetle badań samorządów powiatowych, samorządów gminnych oraz osób niepełnosprawnych*, w: praca zbiorowa pod red. A. Barczyńskiego, *Społeczne korzyści zatrudniania osób niepełnosprawnych*, KIG-R, Warszawa 2008.
11. Czapliński J., *Raport o stanie zatrudnienia w Polsce*, POPON, Warszawa 2010.

12. Czerniawska O., *Style życia ludzi starszych*, w: O. Czerniawska, *Style życia w starości*, WSHE, Łódź 1998.
13. Gilga K., Helbich-Syrek A., *Edukacja na Dolnym Śląsku*, w: *Spójność społeczna Dolnego Śląska*, red. Z. Pisz, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2008.
14. Halicka M., Halicki J., *Integracja społeczna i aktywność ludzi starszych*, w: red. B. Synak, *Polska starość*, Uniwersytet Gdański, Gdańsk 2002.
15. Havighurst R., Neugarten B., Tobin S., *Disengagement, personality and life satisfaction in the later years*, w: red. R. Hansen, *Age in the future*, Munksgaard, Kopenhaga 1963.
16. Hubner J., Skidmore P., *The new old. Why baby boomers won't be pensioned off*, DEMOS, Londyn 2003.
17. *Instytucjonalne, zdrowotne i społeczne determinanty niepełnosprawności*, praca zbiorowa pod red. S. Golinowskiej, Wydawnictwo IPiSS, Warszawa 2012.
18. *Integracja osób z niepełnosprawnością w społeczności lokalnej*, A. Juros, W. Otrębski, Lublin 1997.
19. Jurek L., *Wykluczenie społeczne osób starszych – analiza problemu z perspektywy kształcenia ustawicznego*, w: red. J. Gulanowski, *Uniwersytety Trzeciego Wieku – przeciw wykluczeniu, dla społeczeństwa wiedzy*, Uniwersytet Wrocławski, Wrocław 2012.
20. Kossewska J., *Realizacja projektu „Creation of ideal Model of Vocational Counselling for Children and Yout with Special Educational Needs"*, w: praca zbiorowa pod red. A. Gawor, Ł. Boreckiego, *Strategie promocji zatrudnienia osób z zaburzeniami psychicznymi*, Opole 2012.
21. Kowalczyk O., *Rola pomocy osobistej w procesie integracji społecznej osób niepełnosprawnych w Polsce i w innych krajach*, Wydawnictwo AE Wrocław.
22. Kowalczyk O., *System zabezpieczenia społecznego wobec potrzeb osób niepełnosprawnych w Polsce na tle krajów UE*, Wydawnictwo AE Wrocław, Wrocław 2002.
23. Kowalczyk O., *Zagadnienia ogólne zabezpieczenia społecznego*, w: *Wymiary polityki społeczne*, red. O. Kowalczyk, S. Kamiński, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2009.
24. Kröger T., *Comparative research on social care. The state of the art*, European Commission, Bruksela 2001.
25. Kryńska E., *Wykorzystywanie niestandardowych form zatrudnienia i organizacji pracy w przedsiębiorstwach polskich*, Wydawnictwo IPiSS, Białystok-Warszawa 2003.
26. Księżopolski M., *Zabezpieczenia społecznego techniki*, w: red. B. Rysz-Kowalczyk, *Leksykon polityki społecznej*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2002.
27. Kubów A., *Postawy pracodawców Dolnego Śląska wobec pracowników niepełnosprawnych*, w: red. R. Rauziński, T. Sołdra-Gwiżdż, *Polityka społeczna na Śląsku wobec kryzysu – ujęcie regionalne*, PIN Instytut Śląski w Opolu, Opole 2009.
28. Kulesza H., *Sytuacja mieszkaniowa ludzi starszych w Polsce wg badań GUS*, w: red. H. Zaniewska, *Mieszkania starszych ludzi w Polsce. Sytuacja i perspektywy zmian*, Instytut Gospodarki Mieszkaniowej, Warszawa 2001.
29. Kurkiewicz J., *Podstawowe metody analizy demograficznej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1992.
30. *Leksykon polityki społecznej*, red. B. Rysz-Kowalczyk, Wydawnictwo Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2002.
31. *Maintaining prosperity in an ageing society*, OECD Publishing, Paryż 1998.

32. Nassalska E., *Ocena instrumentów stosowanych w walce z ubóstwem w opinii ubogich kobiet w Polsce*, Wydawnictwo INDYGO, Wrocław 2012.
33. *Niepełnosprawni – Przedsiębiorcom, Przedsiębiorcy – Niepełnosprawnym. Badanie potencjału i oczekiwań śląskiego rynku pracy*, red. naukowa S. Kantyka, Ruda Śląska 2011.
34. Orczyk J., *Polityka społeczna. Uwarunkowania i cele*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2005.
35. Ostrowska A., Sikorska J., *Syndrom niepełnosprawności w Polsce. Bariery integracji*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 1996.
36. Pietka-Kosińska K., *Koszty niepełnosprawności*, w: praca zbiorowa pod red. S. Golinowskiej, *Instytucjonalne, zdrowotne i społeczne determinanty niepełnosprawności*, IPiSS 2012.
37. Poznańska D., *System finansowania zatrudnienia osób niepełnosprawnych w Polsce. Wnioski dla efektywności finansów publicznych*, NBP, Warszawa 2003.
38. Przybylski S., *Refleksje nad barierami występującymi przy wdrażaniu integracji osób niepełnosprawnych w Polsce na początku nowego tysiąclecia*, w: *Integracja osób niepełnosprawnych w edukacji i interakcjach społecznych*, red. Z. Kazanowski, D. Osik-Chudowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2003.
39. *Rynek pracy województwa dolnośląskiego w latach 1999-2009*, red. Z. Hasińska, K. Sipurzyńska-Rudnicka, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2011.
40. *Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2012-2013*, MPiPS, Warszawa 2012.
41. *Skuteczność lokalnego systemu wsparcia na rzecz integracji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych. Raport z badań*, red. I. Wójcicka, Warszawa 2010.
42. *Społeczne korzyści zatrudniania osób niepełnosprawnych*, praca zbiorowa pod red. A. Barczyńskiego, KIGR, Warszawa 2008.
43. *Strategie promocji zatrudnienia osób z zaburzeniami psychicznymi*, praca zbiorowa pod red. A. Gawor, Ł. Boreckiego, Opole 2012.
44. Szarota Z., *Wielofunkcyjna działalność domów pomocy społecznej dla osób starszych*, Wydawnictwo Naukowe WSP, Kraków 1998.
45. Szatur-Jaworska B., *Ubóstwo i wykluczenie społeczne seniorów*, w: red. R. Szarfenberg, C. Żołędowski, M. Theiss, *Ubóstwo i wykluczenie społeczne. Perspektywa poznawcza*, Elipsa 2010.
46. Szukalski P., *Polscy seniorzy w przyszłości*, w: red. A. Karpiński, A. Rajkiewicz, *Polska w obliczu starzenia się społeczeństwa*, Komitet Prognoz „Polska 2000 Plus" przy Prezydium PAN, Warszawa 2008.
47. Szukalski P., *Solidarność pokoleń. Dylematy relacji międzypokoleniowych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2012.
48. Tobiasz-Adamczyk B., Gałaś A., Brzyski P., Błędowski P., Grodzicki T., *Dostępność i poziom satysfakcji z opieki medycznej*, w: red. M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski, *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2012.
49. Zych A.A., *Słownik gerontologii społecznej*, Wydawnictwo Akademickie „Żak", Warszawa 2001.
50. Wilmowska-Pietruszyńska A., *Niepełnosprawność i niezdolność do samodzielnej egzystencji*, w: red. J. Hrynkiewicz, *O sytuacji ludzi starszych*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2012.

Czasopisma:

51. Walker A., *A strategy for active ageing*, „International Social Security Review", 2002, nr 55.
52. *Wrocławskie Centrum Seniora*, „Wrocławski Senior", 2010, nr 1.

Akty prawne:

53. Konstytucja RP uchwalona 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. 1997 nr 78 poz. 483.
54. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 21 maja 2001 r. w sprawie ramowych statutów publicznego przedszkola oraz publicznych szkół, Dz. U. 2001 nr 61 poz. 624.
55. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 28 sierpnia 2012 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz niedostosowanych społecznie w przedszkolach, szkołach i oddziałach ogólnodostępnych lub integracyjnych, Dz. U. 2012 nr 0 poz. 982.
56. Uchwała Sejmu Rzeczpospolitej Polskiej z 1 sierpnia 1997 r. Karta Praw Osób Niepełnosprawnych, Monitor Polski 1997 nr 50 poz. 475.
57. Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy, Dz. U. 1964 nr 9 poz. 59 z późn. zm.
58. Ustawa z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników, Dz. U. 1998 nr 7 poz. 25 z późn. zm.
59. Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty, Dz. U. 2004 nr 256 poz. 2572 z późn. zm.
60. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, Dz. U. 1997 nr 123 poz. 776 z późn. zm.
61. Ustawa z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, Dz. U. 1998 nr 162 poz. 1118 z późn. zm.
62. Ustawa z dnia 27 czerwca 2003 r. o rencie socjalnej, Dz. U. nr 135 poz. 1268 z późn. zm.
63. Ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych, Dz. U. 2006 nr 139 poz. 992 z późn. zm.
64. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz. U. 2004 nr 69 poz. 593 z późn. zm.
65. Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, Dz. U. 2008 nr 69 poz. 415.
66. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. 2008 nr 164 poz. 1027 z późn. zm.
67. Ustawa z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym, Dz. U. 2005 nr 164 poz. 1365 ze zm.
68. Ustawa z dnia 29 października 2010 r. o zmianie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. 2010 nr 226 poz. 1475.

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

Raporty i roczniki:

70. Adams-Spink G., *EU „must end" institutional care*, http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk_news/4485076.stm (29.10.2007).
71. Barczyński A., *Analiza wyników badań pt. Identyfikacja przyczyn niskiej aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych*, www.pfron.org.pl (09.2012).
72. *Informacja o realizacji świadczeń rodzinnych w 2010 r.*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej. Departament Polityki Rodzinnej, Warszawa 2011.
73. *Informacja o realizacji świadczeń rodzinnych w 2011 r.*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Departament Polityki Rodzinnej, Warszawa 2012.
74. *Informacja Rządu na temat realizacji zadań związanych z dystrybucją pomocy społecznej przez szkoły i socjalnej funkcji szkoły*, http://www.men.gov.pl/images/stories/pdf1/informacja%20rzadu.pdf (5.09.2012).
75. *Informacja Rządu Rzeczpospolitej Polskiej o działaniach podejmowanych w 2007 r. na rzecz realizacji postanowień uchwały Sejmu Rzeczpospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r. „Karta Praw Osób Niepełnosprawnych"*, Warszawa 2008, http://www.niepelnosprawni.gov.pl/niepelnosprawnosc-w-liczbach/sprawozdanie-z-realizacji-karty-/.
76. Komisja Europejska, *Commission staff working paper*, SEC (2001) 1398, Bruksela 2001.
77. *Osoby niepełnosprawne*, GUS, tabl. 1A, http://www.stat.gov.pl/wroc/67_363_PLK_HTML.htm (22.07.2012).
78. *Osoby niepełnosprawne oraz ich gospodarstwa domowe*, część I: *Osoby niepełnosprawne*, GUS, Warszawa 2003.
79. *Pomoc społeczna – infrastruktura, beneficjenci, świadczenia w 2009 r.*, GUS, Warszawa 2010.
80. *Pomoc społeczna – infrastruktura, beneficjenci, świadczenia w 2010 r.*, GUS, Warszawa 2012.
81. *Prognoza ludności na lata 2008-2035*, GUS, www.stat.gov.pl (9.10.2012).
82. *Przeciętne miesięczne wynagrodzenia brutto*, w: *Rynek pracy. Wynagrodzenia i świadczenia – dane wojewódzkie*, http://www.stat.gov.pl/wroc/67_1753_PLK_HTML.htm (26.07.2012).
83. „Rocznik statystyczny województw 2011", GUS, Warszawa 2012.
84. „Rocznik Statystyczny Województwa Dolnośląskiego 2001", Urząd Statystyczny we Wrocławiu, Wrocław 2001.
85. „Rocznik Statystyczny Województwa Dolnośląskiego 2008", Urząd Statystyczny we Wrocławiu, Wrocław 2008.
86. „Rocznik Statystyczny Województwa Dolnośląskiego 2011", Urząd Statystyczny we Wrocławiu, Wrocław 2011.
87. *Stan Zdrowia Ludności Polski w 2009 r.*, GUS, Warszawa 2011.
88. *Sytuacja osób niepełnosprawnych w rozszerzonej Unii Europejskiej: Europejski Plan Działania na lata 2006-2007*, Komunikat Komisji Wspólnot Europejskich, Bruksela 2005.

89. *Świadczenia emerytalne i rentowe brutto*, w: *Rynek pracy. Wynagrodzenia i świadczenia – dane wojewódzkie*, http://www.stat.gov.pl/wroc/67_1753_PLK_HTML.htm (26.07.2012).
90. *Trwanie życia w 2011 r.*, GUS, Warszawa 2012.
91. *Ubóstwo w Polsce w 2011 r.*, GUS, www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/WZ_ubostwo_w_polsce_2011.pdf.
92. *Ważniejsze informacje z zakresu ubezpieczeń społecznych 2011r.*, ZUS, Warszawa 2012.
93. WHO, *Active ageing: a policy framework*, World Health Organization, Genewa 2002.
94. *Wyniki powszechnego spisu ludności i mieszkań 2002*, GUS, http://www.stat.gov.pl/wroc.

Inne:

95. *Latająca Akademia Seniora*, http://www.seniorzywroclaw.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=20:las&catid=6:latajca-akademia-seniora.
96. *Regulamin* programu „Miejsca Przyjazne Seniorom", http://www.cirs.nazwa.pl/senior/zalaczniki/regulamin_mps.doc.
97. www.pfron.org.pl.
98. www.zus.pl.