

**UCHWAŁA NR V/32/19  
RADY MIASTA JEDLINA-ZDRÓJ**

z dnia 27 marca 2019 r.

**w sprawie przyjęcia Programu działań na rzecz osób starszych Active Senior dla Gminy Jedlina-Zdrój  
na lata 2019-2027**

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt. 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2018 r., poz. 994 ze zm.), art. 17 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r., poz. 1508, ze zm.), uchwala się, co następuje:

§ 1. Uchwala się *Program działań na rzecz osób starszych Active Senior dla Gminy Jedlina-Zdrój na lata 2019-2027*, który stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Miasta Jedlina-Zdrój.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia

Przewodnicząca Rady Miasta

**Maria Drapich**

Załącznik do Uchwały Nr V/32/19  
Rady Miasta Jedlina-Zdrój  
z dnia 27 marca 2019 r.

*Program Active Senior*  
*na lata 2019-2027.*



Spis treści:

Wprowadzenie	....str.3
Rozdział I -Diagnoza społeczna osób 60+ w skali kraju w oparciu o dane statystyczne Głównego Urzędu Statystycznego	....str.4
Rozdział II – Założenia długofalowej Polityki Senioralnej Polsce na lata 2014-2020	....str.12
Rozdział III – Krótka diagnoza populacji osób w wieku 60+na terenie gminy Jedlina-Zdrój	....str.12
Rozdział IV- Zakres wsparcia środowiskowego dla osób starszych w gminie Jedlina-Zdrój	....str.13
Rozdział V – Cele Programu i planowane do realizacji kierunki działań	....str.16
Rozdział VI – System realizacji i monitoringu	....str.20
Rozdział VII – Realizator programu	....str.20
Rozdział VIII – Partnerzy – skoordynowana współpraca wszystkich realizatorów Programu	....str.20
Rozdział IX – Finansowanie Programu	....str.21
Rozdział X- Informacje uzupełniające	....str.21

## Wprowadzenie

Starzenie się społeczeństwa i wydłużenie średniego czasu trwania życia stanowią wyzwanie dla administracji samorządowej i rządowej. Władze publiczne muszą sprostać uzasadnionym oczekiwaniom starszych ludzi i wykorzystać ich potencjał. Administracja stoi przed ogromnymi wyzwaniami: zapewnieniem stabilności finansowej systemu zabezpieczenia na starość i bezpieczeństwa zdrowotnego. Ważne jest także tworzenie warunków umożliwiających osobom starszym uczestnictwo w życiu społecznym, utrzymanie ich autonomii i niezależności.

Ustawa o samorządzie gminnym wpisuje zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty do zadań własnych gminy. Pomoc winna obejmować wszystkie grupy ludzi starszych – słabych ekonomicznie, zdrowotnie i społecznie. Tych, którzy przy niewielkiej pomocy mogliby aktywnie uczestniczyć w życiu społecznym i tych aktywnych, wymagających wsparcia.

Powstanie systemowych rozwiązań w zakresie wsparcia, a szczególnie rozwój usług społecznych stanowi istotną szansę na integrację społeczną osób starszych. Zapewnienie im możliwości udziału w życiu lokalnej społeczności to jednak nie tylko szansa dla samych seniorów, ale i dla całej lokalnej społeczności, polegająca na zwiększaniu kapitału społecznego. Wydaje się, że taki sposób rozumowania zaczyna zdobywać należne mu miejsce, choć wprowadzenie rozwiązań systemowych będzie wiązało się z wieloma trudnościami. Potrzebne jest zatem traktowanie wsparcia jako inwestycji społecznej – jej dokonanie (a właściwie – dokonywanie, bo mowa o ciągłym procesie) pozwala na osiągnięcie wielu korzystnych efektów społecznych, nie tylko prowadzących się do poprawy warunków życia seniorów, ale i synergicznie oddziałujących na sytuację całej społeczności lokalnej, przy czym jej zaniechanie pociągnie za sobą w przyszłości wielokrotnie wyższe koszty ekonomiczne i społeczne. Zabezpieczenie godnych warunków życia starzejącego się społeczeństwa, stanowi priorytet polityki senioralnej. Nie tylko aspekt finansowy, lecz także opieka medyczna, powszechność w dostępie do usług, instytucje i placówki wspierające uspołecznienie najstarszej grupy, niwelowanie negatywnego wpływu stereotypów na pozycję społeczną seniorów, tworzenie przestrzeni i środowisk sprzyjających samodzielnemu zaspokajaniu potrzeb to najważniejsze wyzwania polityki społecznej wobec starości i ludzi starszych w gminie Jedlina-Zdrój.

Jedliński Program na rzecz osób starszych na lata 2019 – 2027 określa politykę gminy Jedliny-Zdrój prowadzoną wobec osób starszych, cele działań. Jest odpowiedzią na współczesne wyzwania demograficzne, pozwalającą na kształtowanie gminy przyjaznej dla wszystkich jej mieszkańców poprzez uczynienie społecznego włączenia osób starszych jednym z głównych priorytetów polityki rozwoju gminy.

## I. Diagnoza społeczna osób 60+ w skali kraju w oparciu o dane statyczne Głównego Urzędu Statystycznego

Na podstawie informacji GUS z września 2018 r. wynika, że w końcu 2017 r. liczba ludności Polski wyniosła 38,4 mln, w tym ponad 9 mln stanowiły osoby w wieku 60 lat i więcej (ponad 24%). W latach 1989-2016 liczba osób w starszym wieku wzrosła o prawie 3,7 mln, w tym największy liczebny wzrost - o ponad 0,9 mln - odnotowano dla grupy 60-64 latków. Udział osób w wieku co najmniej 60 lat w ogólnej populacji wzrósł o prawie 10 punktów procentowych, tj. z 14,7% w 1989 r. do 24,2% w 2017 r. (w tym czasie odsetek dzieci i młodzieży zmniejszył się o ok. 12 p. proc.).

W subpopulacji osób w starszym wieku najliczniejszą grupę (prawie 1/3) stanowią osoby 60-64-letnie i w okresie ostatniego ćwierćwiecza - ich liczebność wzrosła o ponad połowę. Należy zwrócić uwagę, że prawie 18% osób starszych stanowią osoby w wieku co najmniej 80 lat .

Wśród populacji osób w starszym wieku większość stanowią kobiety (ponad 58%), na 100 mężczyzn przypada ich 140 (dla całej ludności Polski wskaźnik feminizacji wynosi 107). Rosnący wraz z wiekiem udział kobiet w populacji jest konsekwencją nadumieralności mężczyzn i zróżnicowania parametrów trwania życia - kobiety osiągające wiek 60 lat mają przed sobą o 5 lat więcej dalszego trwania życia niż mężczyźni. Przewaga liczebna kobiet wzrasta wraz z przechodzeniem do kolejnych grup podeszłego wieku, np. w grupie 60-64 lata kobiety stanowią ponad 53% zbiorowości i współczynnik feminizacji wynosi 114, a wśród osób co najmniej 85-letnich już ponad 72% to kobiety i na 100 mężczyzn przypada ich 260 (w miastach 251, a na wsi 277) - od początku lat 90. XX wieku parametr ten obniżył się o 14 p. proc.

W miastach ludność w starszym wieku stanowi ponad 26% populacji, na terenach wiejskich mieszka ich mniej i stanowią 21% mieszkańców.



## **1.Przewidywane zmiany w liczbie i strukturze ludności w wieku 60 lat i więcej w perspektywie do 2050 r. wg. GUS**

Wyniki *Prognozy ludności na lata 2014 - 2050* wskazują na pogłębianie się procesu starzenia społeczeństwa. Mimo przewidywanego spadku liczby ludności o 4,5 mln do 2050 r., spodziewany jest systematyczny wzrost liczby ludności w wieku 60 lat i więcej. Populacja osób w tym wieku wzrośnie w końcu horyzontu prognozy do 13,7 miliona i będzie stanowiła ponad 40% ogółu ludności. W 2050 r. osoby w wieku 60 lat i więcej, zamieszkałe w miastach będą stanowiły 23,5% ogólnej ludności kraju, zaś mieszkańcy wsi w tym wieku - 16,8%. W 2050 r. aż 42% mieszkańców miast i 38% mieszkańców wsi będzie miało co najmniej 60 lat.

W ciągu najbliższego dziesięciolecia będzie wzrastała liczba i udział w ogóle ludności osób w wieku 60-79 lat. W wiek ten będą bowiem wchodziły liczne grupy osób urodzonych w latach boomu urodzeń z przełomu lat pięćdziesiątych i sześćdziesiątych. Z kolei w wiek późnej starości będą wchodziły stosunkowo mało liczne grupy osób urodzonych w czasie drugiej wojny światowej.

Począwszy od 2026 r. rozpocznie się z kolei dynamiczny wzrost liczby osób w wieku 80 lat i więcej. Będzie to związane z wchodzeniem w wiek późnej starości bardzo licznej grupy osób urodzonych pomiędzy końcem drugiej wojny światowej, a początkiem lat sześćdziesiątych. Pomiędzy 2025 a 2040 r. liczebność osób w wieku 80 lat i więcej zwiększy się z 1,7 miliona do 3,4 miliona, czyli dwukrotnie.

## **2. Sytuacja dochodowa, warunki bytu, w tym warunki mieszkaniowe wg. GUS**

Na podstawie wyników reprezentacyjnego badania budżetów gospodarstw domowych w 2017 r., przeciętny miesięczny dochód rozporządzalny na 1 osobę w gospodarstwach domowych zamieszkiwanych wyłącznie przez osoby starsze (w wieku 60 lat i więcej) wyniósł 1888,76 zł i był o 17,5% wyższy niż w gospodarstwach, w skład których wchodziły wyłącznie osoby młodsze, w wieku poniżej 60 lat. . Analizując te dane należy wziąć pod uwagę średnią liczbę osób w tych gospodarstwach. W gospodarstwach domowych wyłącznie z osobami w wieku 60 lat i więcej dominowały gospodarstwa 1 i 2-osobowe, podczas gdy w skład gospodarstw domowych bez osób starszych wchodziło przeciętnie około 3 osób (w tym dzieci, które pozostawały na utrzymaniu). W porównaniu do roku 2016 nastąpił wzrost dochodów na 1 osobę w gospodarstwach domowych zamieszkiwanych wyłącznie przez osoby starsze w wieku 60 lat i więcej o 3,3%, podczas gdy w gospodarstwach, w skład których wchodziły wyłącznie osoby młodsze w wieku poniżej 60 lat – o 9,2%.

Gospodarstwa domowe wyłącznie z osobami w wieku 60 lat i więcej utrzymywały się przede wszystkim z emerytur lub rent, podczas gdy gospodarstwa

domowe, w skład których wchodziły tylko osoby poniżej 60 lat, utrzymywały się głównie z pracy (najemnej oraz pracy na własny rachunek).

Przeciętne miesięczne wydatki na 1 osobę w gospodarstwach domowych zamieszkiwanych tylko przez osoby w wieku 60 lat i więcej wyniosły 1514,69 zł i były o 28,4% wyższe niż w gospodarstwach, w skład których wchodziły wyłącznie osoby młodsze.

W gospodarstwach domowych, w skład których wchodziły tylko osoby w wieku 60 lat i więcej w porównaniu z gospodarstwami domowymi osób młodszych, wystąpił wyższy udział wydatków na 1 osobę na żywność i napoje bezalkoholowe, użytkowanie mieszkania lub domu i nośniki energii oraz zdrowie.

### 3. Aktywność zawodowa seniorów w Polsce wg. GUS

Na podstawie Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL) w 2017 r. ludność aktywna zawodowo w wieku 60 lat i więcej liczyła 1265 tys., z tego 1234 tys. to osoby pracujące (tj. 97,5%). Osoby aktywne zawodowo w wieku 60 lat i więcej stanowiły 7,3% ogółu aktywnych zawodowo w wieku 15 lat i więcej (dla pracujących analogiczny odsetek wynosił 7,5%). Wśród aktywnych zawodowo przeważali mężczyźni - populacja ta liczyła 829 tys. (tj. 65,5%). Współczynnik aktywności zawodowej dla tej zbiorowości wynosił 14,1%, natomiast wskaźnik zatrudnienia ukształtował się na poziomie 13,8%. Populacja osób biernych zawodowo wynosiła 7684 tys., co stanowiło 85,9% ogółu ludności w wieku 60 lat i więcej. Wśród tych osób główną przyczyną bierności była emerytura, którą wskazało aż 6 559 tys. osób. Drugą istotną przyczyną bierności była choroba lub niepełnosprawność, wskazana przez 707 tys. osób (tabl.).

**TABELA: AKTYWNOŚĆ EKONOMICZNA LUDNOŚCI W WIEKU 15 LAT I WIĘCEJ WEDŁUG PŁCI I MIEJSCA ZAMIESZKANIA W 2017 r W POLSCE.**

Wyszczególnienie	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Miasto	Wieś
<b>LUDNOŚĆ w tys.</b>	3059		1597	184	121
	5	14620	5	25	69
w tym osoby w wieku 60 lat i więcej	8949	3719	5231	582	312
				5	4
<b>Aktywni zawodowo – razem (w tysiącach). Dane średnioroczne.</b>					
Ogółem	1726			103	687
	7	9530	7737	91	6
w tym osoby w wieku 60 lat i więcej	1265	829	437	866	400
<b>Aktywni zawodowo – pracujący (w tysiącach). Dane średnioroczne.</b>					
Ogółem	1642			990	651
	3	9066	7357	7	6
w tym osoby w wieku 60 lat i więcej	1234	803	431	844	390

<b>Bierni zawodowo (w tysiącach). Dane średnioroczne.</b>					
Ogółem	1332			803	529
	8	5090	8238	5	3
w tym osoby w wieku 60 lat i więcej	7684	2890	4794	496	272
				0	4
<b>Współczynnik aktywności zawodowej - w %. Dane średnioroczne.</b>					
Ogółem	56,4	65,2	48,4	56,4	56,5
w tym osoby w wieku 60 lat i więcej	14,1	22,3	8,4	14,9	12,8
<b>Wskaźnik zatrudnienia - w %. Dane średnioroczne.</b>					
Ogółem	53,7	62,0	46,1	53,8	53,5
w tym osoby w wieku 60 lat i więcej	13,8	21,6	8,2	14,5	12,5
<b>Bierni zawodowo w wieku 60 i więcej lat według wybranych przyczyn bierności (w tysiącach). Dane średnioroczne.</b>					
Ogółem				496	272
	7684	2890	4794	0	4
w tym:					
osoby nieposzukujące pracy - razem	7680	2887	4793	495	272
				7	3
osoby nieposzukujące pracy - emerytura	6559	2384	4175	427	228
				5	4
osoby nieposzukujące pracy - choroba, niepełnosprawność	707	396	311	420	287
<b>Bezrobotni zarejestrowani w urzędach pracy (w tysiącach). Stan w końcu grudnia.</b>					
Ogółem	1081		595,	588,	493,
	,7	486,2	5	7	1
w tym osoby w wieku 60 lat i więcej	66,4	66,4	-	41,1	25,3

Źródło: badanie BAEL ; dane dot. bezrobotnych- dane MRPiPS

#### 4. Emeryci i renciści wg GUS

Wśród osób w wieku 60 lat i więcej pobierających emerytury z ZUS 60,5% stanowiły kobiety, a 39,5% mężczyźni. W KRUS wielkości te przedstawiały się następująco: 69,2% kobiety i 30,8% mężczyźni. W resortach tzw. „mundurowych” udział kobiet był znacznie niższy w porównaniu do świadczeniobiorców mężczyzn i wynosił - 0,04% w MON, 14,7% w MSWiA i 19,2% w MS.

Wśród osób w wieku 60 lat i więcej pobierających renty z tytułu niezdolności do pracy z ZUS kobiety stanowiły 23,3%, natomiast mężczyźni 76,7%. W KRUS udział



kobiet był większy i wynosił 43,7%, natomiast mężczyzn 56,3%. W pozostałych instytucjach wypłacających świadczenia, wielkości te wynosiły dla kobiet odpowiednio: 0,01% (w MON), 20,0% (w MSWiA) i 23,4% (w MS).

## 5. Zdrowie wg. GUS

### **Samoocena zdrowia i doświadczanie ograniczeń w dostępie do usług medycznych**

Zgodnie z wynikami Europejskiego Badania Warunków Życia Ludności (EU-SILC) niemal co czwarta osoba starsza (w wieku 60 lat i więcej) mieszkająca w Polsce oceniła w 2017 r. swoje zdrowie jako dobre lub bardzo dobre. Przy czym częściej określali tak swoje zdrowie mężczyźni niż kobiety (odpowiednio 28,0% wobec 22,4%).

Z kolei niespełna 30% osób starszych uznało, że ich zdrowie jest złe lub nawet bardzo złe. Częściej odpowiadały tak kobiety niż mężczyźni (31,3% wobec 27,1%).

Zgodnie z samooceną, dobrym lub bardzo dobrym zdrowiem cieszył się większy udział osób starszych mieszkających w miastach (27,1%) niż na wsi (20,8%), a na zły lub bardzo zły stan zdrowia wskazało więcej mieszkańców wsi (31,6%) niż mieszkańców miast (28,4%).

Jednocześnie niespełna połowa wszystkich osób w wieku 60 lat i więcej nie określiła swojego zdrowia w sposób jednoznaczny. Wśród osób starszych 45,7% stwierdziło, że ogólnie ocenia swoje zdrowie jako „takie sobie, ani dobre ani złe”.

Jak wynika z *tabl.* ponad dwie trzecie, a dokładnie 67,7% osób powyżej 60 roku życia wskazało na długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe, które trwają (lub przewiduje się, że będą trwały) co najmniej 6 miesięcy. Częściej były to kobiety (69,6%) niż mężczyźni (65,0%). Większy udział osób o długotrwałych problemach zdrowotnych lub chorobach przewlekłych odnotowano w miastach (69,3%) niż na wsi (65,1%).

Poważnie lub niezbyt poważnie ograniczona zdolność do wykonywania codziennych czynności (trwająca już od co najmniej 6 miesięcy) dotyczyła w 2017 r. 46,2% osób starszych (niezależnie od miejsca zamieszkania). Odsetek wskazań na ograniczoną zdolność do wykonywania codziennych czynności (w stopniu poważnym lub niezbyt poważnym) był o 6,3 p.proc. wyższy wśród kobiet niż w grupie mężczyzn.

Biorąc pod uwagę 12 miesięcy poprzedzających badanie, przynajmniej raz wystąpiła potrzeba skorzystania z usług opieki zdrowotnej u 79% osób starszych. Z tej grupy ok. 8,7% zadeklarowało, że nie skorzystało z tych usług, gdy tego rzeczywiście potrzebowało. Przy czym prawie 37,9% tych osób jako powód podało „listę oczekujących, brak skierowania”, a 26,2% chciało poczekać i zobaczyć czy problem sam minie.

*Tabela: DŁUGOTRWAŁE PROBLEMY ZDROWOTNE LUB CHOROBY PRZEWLEKŁE  
W 2017 R.*

Wyszczególnienie	Ogółem	Czy ma Pan/Pani jakieś długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe, trwające (lub przewidywane że będą trwały) przez 6 miesięcy lub dłużej?	
		Tak	Nie
	w % osób danej grupy		
Ogółem osoby w wieku 16 lat i więcej			
Ogółem	100	39,0	61,0
Mężczyźni	100	35,5	64,5
Kobiety	100	41,9	58,1
Miasta	100	40,4	59,6
Wieś	100	36,8	63,2
Osoby w wieku 60 lat i więcej			
Ogółem	100	67,7	32,3
Mężczyźni	100	65,0	35,0
Kobiety	100	69,6	30,4
Miasta	100	69,3	30,7
Wieś	100	65,1	34,9

Źródło: Badanie EU-SILC 2017 r.

## **6.Profilaktyka zdrowotna i częstość korzystania z usług medycznych wg. GUS**

Jak wskazują wyniki badania EHIS w 2014 r. ludzie starsi często poddają się podstawowym badaniom profilaktycznym. W ciągu ostatnich 12 miesięcy przed terminem wywiadu w badaniu EHIS blisko 84% ludzi starszych miało wykonane profesjonalne badanie ciśnienia krwi; badanie poziomu cholesterolu oraz cukru we krwi wykonało ponad 70% ogólnej populacji ludzi starszych. Te podstawowe badania stosunkowo częściej wykonywane były przez sędziwe osoby (grupa 80 lat i więcej), częściej też wykonywały je starsze kobiety niż mężczyźni.

Zgodnie z wynikami badania EHIS 2014 niespełna co 3 starsza osoba została chociaż jeden raz w życiu przebadana w kierunku wykrywania raka jelita grubego, wykonując kolonoskopię lub badanie krwi utajonej w kale. Najczęściej badania te wykonywali najstarsi mężczyźni – co trzeci z grupy w wieku 80 lat i więcej.

Co drugi starszy mężczyzna miał wykonane badanie lekarskie prostaty, a wśród mężczyzn 70 - letnich lub starszych - 2/3 tych osób.

Częstość korzystania z usług medycznych jest uzależniona zarówno od przyjętego sposobu dbałości o swoje zdrowie, jak i od kondycji zdrowotnej człowieka w przypadku usług o charakterze leczniczym (naprawczym). Osoby mające problemy zdrowotne,

stałe i tymczasowe, potrzebują pomocy medycznej, a zatem częściej z niej korzystają niż osoby cieszące się dobrym zdrowiem. Nietrudno zatem wysnuć wniosek, że osoby starsze stanowią stosunkowo liczną grupę pacjentów w placówkach ambulatoryjnej i stacjonarnej opieki zdrowotnej.

## **7. Ambulatoryjna opieka zdrowotna**

Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne udzielane osobom starszym obejmują porady lekarskie w zakresie podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz porady stomatologiczne w przychodniach i w ramach praktyk lekarskich.

Zgodnie ze sprawozdawczością placówek ochrony zdrowia w 2017 r. osoby w wieku 65 lat i więcej skorzystały z 92,4 mln porad lekarskich w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. W podstawowej opiece zdrowotnej lekarze udzielili osobom starszym niemal 54,5 mln porad, co stanowiło 32% ogółu porad w tym zakresie. W opiece specjalistycznej lekarze udzielili osobom starszym ponad 32 mln porad lekarskich, tj. 28% wszystkich porad specjalistycznych.

## **8. Stacjonarna opieka zdrowotna**

W opiece stacjonarnej oddziałami szpitalnymi zapewniającymi kompleksową opiekę medyczną i usługi pielęgnacyjne dla osób w starszym wieku są oddziały geriatryczne. Na koniec 2016 r. oddziały geriatryczne dysponowały 1122 łózkami, na których w ciągu roku leczono 31,9 tys. pacjentów. Przyjmując założenie, że oddziały geriatryczne przeznaczone są dla pacjentów w wieku 60 lat i więcej - z tej formy opieki skorzystało blisko 36 pacjentów na 10 tys. ludności w wieku 60 lat i więcej.

Stacjonarne zakłady opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej w ciągu 2016 roku udzieliły pomocy 98,5 tys. pacjentów, z czego szacuje się że niespełna trzy czwarte (73% tj. 71,9 tys. osób) stanowili pacjenci w wieku 65 lat i więcej. W przeliczeniu na 10 tys. ludności w wieku 65 lat i więcej, około 116 pacjentów skorzystało z tej formy opieki.

## **9. Ratownictwo medyczne**

W 2017 r. w skali kraju zespoły ratownictwa medycznego udzieliły pomocy medycznej ponad 3,2 mln osób, z czego osoby w wieku 65 lat i więcej stanowiły 43,2% pacjentów. Na każde 1000 osób w wieku 65 lat i więcej przypadało 212,6 osób, którym udzielono pomocy w trakcie wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego. W 2017 r. ze świadczeń zdrowotnych udzielonych w izbie przyjęć/szpitalnym oddziale ratunkowym w trybie ambulatoryjnym (niezakończonym hospitalizacją) skorzystało niemal 4,8 mln osób, z czego osoby starsze stanowiły 23,5%. Na każde 1000 osób w wieku 65 lat i więcej przypadało 172,1 osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w izbie przyjęć/szpitalnym oddziale ratunkowym w trybie ambulatoryjnym.

## **10. Dostępność usług socjalnych**

### **Pensjonariusze zakładów stacjonarnych pomocy społecznej**

Zakłady stacjonarne to pomoc osobom wymagającym całodobowej opieki z powodu między innymi: wieku, choroby, niepełnosprawności, niezależnie od typu placówki (np. dom pomocy społecznej, rodzinny dom pomocy, schronisko dla bezdomnych), czy jej przeznaczenia (np. placówka dla osób w podeszłym wieku, osób przewlekle somatycznie chorych, osób niepełnosprawnych intelektualnie, fizycznie, osób bezdomnych i uzależnionych od alkoholu).

W końcu 2017 r. w placówkach tych przebywało 109,2 tys. pensjonariuszy, z czego osoby w wieku 60 i więcej lat stanowiły blisko 61%. Wśród starszych mieszkańców zakładów stacjonarnych pomocy społecznej większość (61%) przebywała w placówkach działających w mieście. W tej samej kategorii wieku, kobiety stanowiły blisko 55% pensjonariuszy (spadek o 1 p. proc. w porównaniu do roku 2016).

## **11. Aktywność społeczna i obywatelska**

Zgodnie z wynikami Badania spójności społecznej 2015, aktywność osób starszych w zakresie kontaktów społecznych jest generalnie niższa niż osób w młodszych grupach wiekowych, o czym świadczą wartości wskaźników izolacji społecznej i uczestnictwa w świeckich organizacjach pozarządowych. Wskaźnik izolacji społecznej wskazuje, że co 10 osoba starsza ma bardzo ograniczone kontakty społeczne. Skala aktywność osób starszych we wspólnotach, organizacjach lub grupach religijnych jest podobna skali obserwowanej wśród ogółu ludności. Osoby starsze mają natomiast większe zaufanie do ludzi ogólnie rzecz biorąc niż osoby w młodszych grupach wieku.

Ponadto, wśród osób starszych wyższa jest satysfakcja ze spędzania czasu wolnego.

## **12. Uczestnictwo w kulturze osób w wieku 60 lat lub więcej**

W 2017 r. osoby w wieku 60 lat lub więcej stanowiły 13,3% ogółu czytelników zarejestrowanych w bibliotekach publicznych, tj. takich, którzy dokonali co najmniej 1 wypożyczenia w roku sprawozdawczym .

Osoby starsze biorą aktywny udział w formach działalności kulturalnej organizowanych przez centra kultury, domy i ośrodki kultury oraz kluby i świetlice . W 2017 r. osoby w wieku 60 lat lub więcej stanowiły 18,0% ogólnej liczby członków grup i zespołów artystycznych działających w tych instytucjach (w miastach – 17,1%, a na wsi – 19,3%).

## **13. Aktywność sportowa**

W 2016 r. osoby w wieku 60 lub więcej lat stosunkowo rzadko uczestniczyły w zajęciach sportowych lub rekreacji ruchowej – jedynie co czwarta osoba (25,1%) wśród ogółu tej grupy wiekowej podjęła takie uczestnictwo. Deklaracja o uczestnictwie regularnym/częstym dotyczyła 10,6% osób starszych, natomiast 14,5% stanowiły deklaracje o sporadycznym udziale w sporcie lub rekreacji ruchowej. Mężczyźni w tej grupie wiekowej byli nieco bardziej aktywni sportowo-rekreacyjnie niż kobiety (o 4,5 p. proc.).

## **II. Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020**

Polityka senioralna jest nową dziedziną aktywności polskich władz publicznych. W dokumencie tym zdefiniowano politykę senioralną jako „ogół działań w okresie całego życia człowieka, prowadzących do zapewnienia warunków wydłużenia aktywności, zarówno zawodowej, jak i społecznej oraz samodzielnego, zdrowego, bezpiecznego i niezależnego życia osób starszych”.

Polityka senioralna jest elementem polityki społecznej, którą podzielono na pięć obszarów: 1) zdrowie i samodzielność, 2) aktywność zawodowa osób 50+, 3) aktywność edukacyjna, społeczna i kulturalna osób starszych, 4) srebrna gospodarka, 5) relacje międzypokoleniowe.

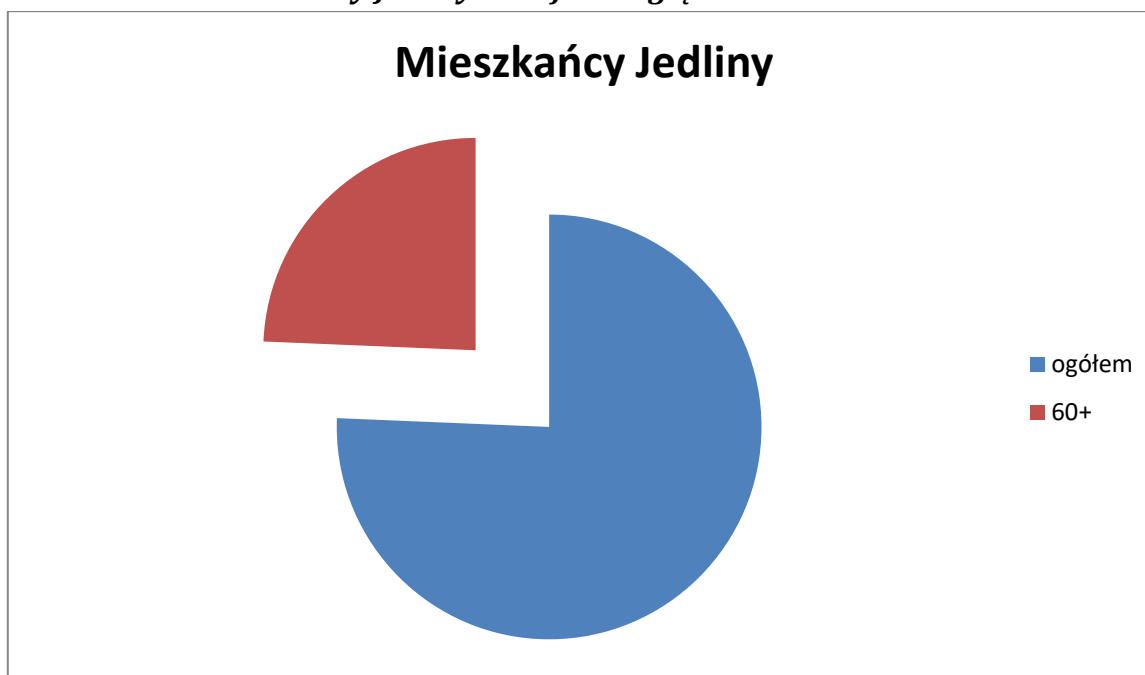
## **III. Krótka diagnoza populacji osób w wieku 60+ na terenie gminy Jedlina-Zdrój**

### **1. Dane statystyczne gminy Jedlina-Zdrój**

W gminie Jedlina-Zdrój na dzień 31 grudnia 2018 r.

Populację uzdrowską Gminy Jedlina-Zdrój, podobnie jak ma to miejsce w przypadku populacji Polski i Europy charakteryzuje wzrastający odsetek osób w wieku poprodukcyjnym. Na dzień 31 XII 2018 r. gminę Jedlina-Zdrój zamieszkiwało 4632 mieszkańców w tym 2522 kobiet i 2110 mężczyzn, z czego osoby w wieku 60+ stanowiły 32,17% (1490 osób) w skali całego miasta. Kobiety w wieku 60-70 lat zamieszkuje 452, w wieku 71-80 lat -171, w wieku 81-90 lat - 150, a powyżej 90 lat -33. Populacja mężczyzn w tym samym przedziale wiekowym jest niższa i przedstawia się następująco: w wieku 60-70 lat - 354, w wieku 71-80 -120, w wieku 81-90 - 205 a powyżej 90 lat tylko 5.

## Mieszkańcy Jedliny-Zdrój z uwzględnieniem osób 60+



### 2. Zasoby instytucjonalne i organizacyjne w gminie Jedlina-Zdrój

Na terenie Gminy Jedlina-Zdrój swoją siedzibę mają obiekty uzdrowiskowe, sanatoria wchodzące w skład Uzdrowisk Szczawno-Jedlina. Dzięki temu szeroko rozbudowana jest baza rehabilitacyjno-lecznicza. Nadto działają dwie przychodnie : Centrum Medyczne „Nowe Miasto” Sp.z o.o oraz Praktyka Lekarza Rodzinnego Jan Wolańczyk. Na terenie gminy działa prywatny Dom Seniora „Starzyk” z dwoma już siedzibami.

Jednostkami publicznymi będą Urząd Miasta, Ośrodek Pomocy Społecznej, Zespół Szkolno-Przedszkolny, Centrum Kultury wraz z zapleczem bibliotecznym. Gmina Jedlina-Zdrój rozkwita pod względem rozwoju turystyki i aktywnych miejsc spędzania czasu wolnego. Na terenie gminy działają organizacje pozarządowe, stowarzyszenia oraz Związek Emerytów i Rencistów koło w Jedlinie-Zdroju.

### IV. Zakres wsparcia środowiskowego dla osób starszych w gminie Jedlina-Zdrój

Polityka społeczna na rzecz osób starszych definiowana jest jako ogół działań administracji publicznej zarówno na poziomie krajowym, regionalnym, jak i lokalnym – mającym na celu poprawę jakości życia osób starszych poprzez umożliwienie im pozostawania jak najdłużej samodzielny i społecznie produktywnymi. Samodzielność oznacza brak konieczności odwoływania się do pomocy ze strony innych przy wykonywaniu typowych czynności dnia codziennego.

Społeczna produktywność oznacza podejmowanie aktywności zwiększających społeczny dobrobyt i dobrostan, niezależnie od tego, czy działania te przybiorą postać ukierunkowanych na innych albo dla siebie, jak i niezależnie od tego, czy aktywności te przynoszą wykonawcy dochód czy nie.

Polityka społeczna wobec osób starszych do 2030 roku obejmuje kierunki działań w zakresie: Bezpieczeństwo. Solidarność. Uczestnictwo.

Zasadą, która powinna być stosowana w tworzeniu i realizacji polityki senioralnej, jest zachowanie godności seniorów i budowanie dobrego wizerunku i szacunku dla osób starszych.

Cele związane z polityką senioralną powinny być osiągnięte również przez działania skierowane do młodszych grup, ponieważ wiele problemów seniorów jest konsekwencją zaniechań czy zaniedbań we wcześniejszych okresach życia.

## **1. Formy wsparcia seniorów**

Ośrodek Pomocy Społecznej w Jedlinie-Zdroju organizuje i koordynuje całość działań na rzecz osób potrzebujących wsparcia w gminie Jedlina-Zdrój. Pomoc i wsparcie dystrybuowana jest przez pracowników socjalnych i specjalistów, którzy świadczą pomoc w szczególności w zakresie:

- wsparcia finansowego w formie zasiłków,
- poradnictwa specjalistycznego,
- działań środowiskowych i animacji lokalnej,
- usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania,
- pobytu w placówkach zapewniających całodobową opiekę.

Celami wsparcia społecznego osób starszych są przede wszystkim:

- zapewnienie seniorom poczucia bezpieczeństwa fizycznego (np. opieka, pomoc w czynnościach dnia codziennego, usługi podtrzymujące zdrowie, ochrona przed przemocą i nadużyciami), socjalnego (świadczenia zapewniające należyty poziom konsumpcji) i społecznego (zapewnienie społecznego uczestnictwa);
- jak najdłuższe utrzymanie aktywności i autonomii osób starszych;
- wzmacnianie nieformalnych więzi społecznych tworzących sieć wsparcia i zastępowanie ich wsparciem formalnym, gdy zachodzi taka potrzeba;
- jak najdłuższe pozostawianie osób starszych w ich dotychczasowym środowisku zamieszkania, jeżeli tego sobie życzą;
- kształtowanie środowiska zamieszkania w taki sposób, by było przyjazne osobom starszym.

## **2. Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze**

W gminie Jedlina-Zdrój realizowane są modelowe zasady organizowania i świadczenia usług opiekuńczych. Należą do nich: zastosowanie zasady podmiotowości -

organizowanie i świadczenie usług opiekuńczych uwzględnia respektowanie prawa do poszanowania i ochrony godności, intymności i poczucia bezpieczeństwa, oraz ochrony dóbr osobistych odbiorcy usług; charakter wspierająco – aktywizujący - wykorzystanie potencjału oraz rezerw biologicznych i psychicznych osób korzystających z usług na rzecz zwiększenia lub podtrzymania ich sprawności, aktywności i bezpieczeństwa; możliwie szerokie uczestnictwo (aktywne współdziałanie) osoby korzystającej z usług w wykonywaniu poszczególnych czynności opiekuńczych; ścisła współpraca w realizacji usług z najbliższym otoczeniem tej osoby. W 2018 r. usługami opiekuńczymi objęto 32 osoby, w tym w ramach projektu finansowanego ze środków UE 14 osób. Gmina Jedlina-Zdrój realizowała również rządowy program opieka 75+ skierowany do osób samotnych pozyskując w ten sposób środki na wynagrodzenie zatrudnionych opiekunów osób starszych. Od kilku lat liczba osób objętych usługami utrzymuje się na zbliżonym poziomie.

Liczba seniorów korzystających ze wsparcia domów pomocy społecznej utrzymuje się na względnie stałym poziomie, mimo zwiększania się liczby osób w wieku poprodukcyjnym. W 2018 r. ponoszono odpłatność za 10 mieszkańców w domach pomocy społecznej.

Zasiłek pielęgnacyjny jest to rodzaj świadczenia rodzinnego wypłacanego na podstawie ustawy o świadczeniach rodzinnych. Zasiłek ten przysługuje między innymi osobom, które ukończyły 75 lat, niemającym prawa do dodatku pielęgnacyjnego. Zasiłek pielęgnacyjny jest przyznawany w celu częściowego pokrycia wydatków wynikających z konieczności zapewnienia opieki i pomocy innej osoby w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji.

### **3. Dostępność poziomu usług socjalnych**

Problem starości znajduje swoje odzwierciedlenie w sposobie organizowania usług dedykowanych osobom w starszym wieku. Pierwsza ważna kwestia to tworzący się nowy model starości skupiający się na działaniach prewencyjnych, aktywizujących osoby starsze w celu jak najdłuższego zachowania sprawności psychicznej i fizycznej. Obok starości aktywnej istnieje także i druga, starość zwykła, która dotyczy większości obecnych seniorów, o której nie można zapominać przy określaniu poziomu zaspokojenia usług aktywizujących dla społeczności. Bez względu na posiadany dochód, w ramach świadczeń niepieniężnych z pomocy społecznej oferowana jest praca socjalna, a ponadto prowadzone jest poradnictwo specjalistyczne, w szczególności prawne, psychologiczne i rodzinne, dla osób starszych i ich bliskich, którzy mają trudności w rozwiązywaniu swoich problemów życiowych lub potrzebują wsparcia. W ramach realizacji usługi w Punkcie Interwencji Kryzysowej świadczona jest bezpłatna pomoc mieszkańcom gminy Jedlina-Zdrój, u których występuje problematyka na tyle trudna, że wymagają wsparcia specjalistycznego. Odbiorcami usług są przede wszystkim osoby w trudnej sytuacji: materialnej, osobistej, rodzinnej, to też osoby starsze i



niepełnosprawne oraz niesamodzielne, czy osoby dotknięte przeżyciami traumatycznymi. Specjaliści udzielają bezpłatnej pomocy i wsparcia. W gminie wdrożono nieodpłatne cykliczne spotkania prawne. Celem poradnictwa jest wzrost świadomości prawnej w zakresie uregulowań prawnych oraz zwiększenie wiedzy dotyczącej procedur ubiegania się o przysługujące uprawnienia (emerytury, świadczenia społeczne, uprawnienia cywilne: spadki zachowki, rękojmie, gwarancje i inne) jak i procedury odwoławcze. Dzięki szeroko rozwiniętemu poradnictwu uzyskamy : aktywne i pozytywne nastawienie do przemian społeczno – ekonomicznych, wyposażenie w odpowiednie kompetencje niezbędne do utrzymania prawidłowych relacji rodzinnych oraz wsparcie w zakresie przeciwdziałania i rozwiązywania problemów przemocy w rodzinie, pomoc w przeciwdziałaniu uzależnieniom oraz pomoc w złagodzeniu konfliktu stron, zapobieganie kryzysom psychicznym i poprawa codziennego funkcjonowania psychospołecznego osób starszych. Z poradnictwa specjalistycznego w ramach Punktu Konsultacyjnego w 2018 roku skorzystało łącznie 106 osób.

## **V. Cele Programu i planowane do realizacji kierunki działań**

Intensywne działania samorządu podejmowane we współpracy z partnerami społecznymi stanowią politykę senioralną. Pojęcie to zostało również ujęte prawnie jako ogół działań organów administracji publicznej oraz innych organizacji i instytucji, które realizują zadania i inicjatywy kształtujące warunki godnego i zdrowego starzenia się. Celem polityki senioralnej prowadzonej przez państwo, a także regionalnej i lokalnej polityki senioralnej prowadzonej przez gminy i powiaty, jest więc poprawa jakości życia seniorów, ze szczególnym uwzględnieniem zachowania zdrowia i własnej godności. Godność oznacza możliwość prowadzenia przez osoby starsze samodzielnego, niezależnego i satysfakcjonującego życia, jeśli zaś z przyczyn zdrowotnych nie jest to możliwe – to zapewnienie opieki zapewniającej szacunek należny osobie ludzkiej.

### ***Składniki zdrowego i godnego życia seniora***



*Schemat za: System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania. Przegląd sytuacji i propozycja modelu. Raport RPO, 2016*

Polityka senioralna służy wyrównywaniu szans osób starszych na zdrowe i godne życie. Szanse te są mniejsze z co najmniej kilku powodów. Dwa z nich wydają się najistotniejsze. Pierwszy to ograniczenia fizyczne i psychiczne związane z wiekiem i ze stanem zdrowia, które powodują, że seniorzy mają mniej lub bardziej utrudniony dostęp do wielu dóbr i usług. Drugi to wspomniane marginalizowanie osób starszych w

społeczeństwie co skutkuje słabością relacji międzyludzkich (w tym międzypokoleniowych) i ograniczonym wsparciem społecznym. Państwo i samorządy terytorialne mogą tworzyć takie warunki, które te szanse wyrównają przynajmniej częściowo. Pojęcie „polityka senioralna” zostało określone w ustawie z dnia 11 września 2015 roku o osobach starszych (Dz.U. z 2015 r., poz. 1705).

Każda społeczność lokalna ma swoją specyfikę, która decyduje o rodzaju, zakresie i natężeniu występowania problemów społecznych.

Problemy seniorów są jednak z reguły podobne, niezależnie od miejsca zamieszkania. Należą do nich najczęściej:

- trudności w samoobsłudze, w załatwianiu codziennych spraw,
- problemy z dostępem do usług zdrowotnych i opiekuńczych, na które zapotrzebowanie rośnie z wiekiem,
- trudności w dostępie do innych usług i produktów niezbędnych do godnego życia,
- samotność i ograniczone relacje międzyludzkie, zarówno w rodzinie, jak i w otoczeniu,

- utrudniony dostęp i korzystanie z przestrzeni publicznej (brak podjazdów dla wózków, wysokie krawężniki, brak ławek i koszy na śmieci, nieczytelne oznakowania ulic, nierówne chodniki),
- bariery architektoniczne w dostępie do przestrzeni prywatnej (brak podjazdów, wind w domach),
- ograniczona mobilność i bariery w dostępie do komunikacji publicznej (na przykład zbyt odległe przystanki, tabor nieprzystosowany do możliwości osób starszych i niepełnosprawnych),
- nieodpowiadające potrzebom osób starszych warunki mieszkaniowe (brak wind, podjazdów, brak centralnego ogrzewania, brak toalet, nieocieplone budynki),
- obniżone poczucie bezpieczeństwa osobistego, a także realne zagrożenia tego bezpieczeństwa (przemoc domowa, kradzieże, wyłudzenia, oszustwa),
- obniżone poczucie własnej wartości i wpływu na otoczenie,
- ograniczenia w dostępie i korzystaniu z nowych technologii,
- trudności w kontynuowaniu lub podjęciu zatrudnienia po osiągnięciu wieku emerytalnego.

## 1. Cele Programu w gminie Jedlina-Zdrój

### 1.1 Cel strategiczny

**Poprawa jakości życia osób w wieku powyżej 60 roku życia i dostępności usług poprzez dostosowanie oferty do potrzeb i oczekiwań, zwiększenie aktywności, wzmocnienie integracji międzypokoleniowej oraz kształtowanie pozytywnego obrazu seniorów.**

#### *I Cel szczegółowy:*

Tworzenie warunków ukierunkowanych na utrzymanie i poprawę zdrowia seniorów.

Cel 1. Rozwój usług medycznych i rehabilitacyjnych dostosowanych do potrzeb osób starszych w tym usług innowacyjnych na rynku jak teleopieka seniora.

Cel. 2 Wspieranie podmiotów w zakresie tworzenia alternatywnych form opieki nad osobami starszymi.

- tworzenie Klubów Seniora

- rozszerzanie ofert usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych

- wspieranie podmiotów w zakresie tworzenia form opieki długoterminowej

- wspieranie podmiotów w zakresie tworzenia form opieki dziennej jak dzienne domy pomocy czy pobytu

- rozwój wolontariatu czy pomocy sąsiedzkiej

Cel 3. Poprawa aktywności fizycznej, zwiększenie świadomości znaczenia ruchu dla zdrowia oraz rozwój infrastruktury z uwzględnieniem preferowanych form aktywności.

Cel 4. Rozszerzenie działań skierowanych na utrzymanie zdrowia oraz zwiększenie dostępności programów profilaktycznych.

### ***II Cel szczegółowy:***

Zapewnienie bezpieczeństwa socjalnego, wzrost jakości i dostosowanie usług do potrzeb osób starszych.

Cel 1. Zwiększenie dostępu do informacji i rozwój idei miejsc przyjaznych seniorom .

Cel 2. Tworzenie i podnoszenie standardu świadczonych usług.

Cel 3. Rozwój systemu wsparcia i usług specjalistycznych dla osób zależnych i ich otoczenia.

### ***III Cel szczegółowy:***

Zwiększenie aktywności społecznej, kulturalnej i zawodowej osób starszych.

Cel 1. Ułatwienie dostępu do usług w tym propagowanie Ogólnopolskiej Karty Seniora.

Cel 2. Zwiększenie aktywności i dialogu obywatelskiego osób starszych.

Cel 3. Propagowanie i wspieranie działań w zakresie nowych kompetencji.

Cel 4. Wspieranie działań wpływających na wzrost aktywności obywatelskiej, społecznej osób w wieku 60+, w tym działań o charakterze partycypacyjnym.

Cel 5. Budowanie pozytywnego wizerunku osób starszych w społeczności oraz wspieranie kampanii informacyjnych i społecznych uświadamiających istotne kwestie związane z procesem starzenia się.

Cel 6. Przygotowanie szerszej oferty kulturalno-oświatowej w tym edukacyjnej dla osób starszych

### ***IV Cel szczegółowy:***

Rozwój współpracy instytucji i organizacji działających na rzecz osób starszych oraz wzmocnienie więzi międzyludzkich i integracji międzypokoleniowej.

Cel 1. Specjalizacja kadr instytucji i podmiotów w zakresie potrzeb osób starszych.

Cel 2. Wspieranie inicjatyw partnerskich na rzecz osób w wieku 60+.

Cel 3. Rozwój wolontariatu i usług z udziałem i na rzecz osób starszych.

Cel 4. Promowanie i wzmacnianie solidarności między pokoleniami, w tym wzmocnienie więzi osób starszych z ich rodzinami i otoczeniem.

Cel 5. Utrwalanie współpracy z samorządem powiatowym i wojewódzkim w obszarze dotyczącym osób starszych.

Kluczowe kierunki działań w gminie Jedlina-Zdrój obejmują więc zapobieganie dyskryminacji ze względu na wiek i niesamodzielność, wzbogacenie oferty usług i

poprawę jakości życia, wsparcie samodzielności i pełnego uczestnictwa osób starszych w życiu lokalnej społeczności.

## **VI. System realizacji i monitoringu**

Wdrażanie Programu będzie miało charakter ciągły i otwarty, stąd też odstąpiono od określenia harmonogramu realizacji działań cząstkowych w poszczególnych latach. Z uwagi na potrzebę bieżących działań w obszarze polityki senioralnej, za celowe uznano pozostawienie pewnej elastyczności co do charakteru jak i terminów poszczególnych działań. Bieżąca realizacja działań będzie zależała od posiadanych środków finansowych oraz zdiagnozowanych jak również zgłaszanych potrzeb w tym temacie. Inicjatywy podejmowane będą we współpracy z instytucjami a także podmiotami, służbami i organizacjami pozarządowymi działającymi na rzecz osób starszych. Ważnym elementem realizacji celów założonych w programie są monitoring i ewaluacja. Źródłem informacji niezbędnych do monitorowania realizacji Programu będą sprawozdania częściowe przygotowane przez realizatora programu z poszczególnych zadań zawartych w Programie na podstawie informacji źródłowych partnerów realizujących konkretne działania. Sprawozdania częściowe sporządza się raz do roku. Za monitoring i sprawozdawczość odpowiada Ośrodek Pomocy Społecznej.

## **VII. Realizator programu**

Gmina Jedlina-Zdrój oraz jednostki organizacyjne gminy przy udziale partnerów. Koordynatorem programu jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Jedlinie-Zdroju.

## **VIII. Partnerzy – skoordynowana współpraca wszystkich realizatorów Programu**

Partnerami we wdrażaniu działań Programu będą samorząd gminny ,samorząd powiatowy i ich jednostki organizacyjne oraz jednostki organizacyjne pomocy i integracji społecznej, partnerzy prywatni, przedsiębiorcy, Policja, placówki, instytucje kulturalne, ochrony zdrowia oraz organizacje pozarządowe, instytucje i organizacje kościelne, związki wyznaniowe, media, podmioty ekonomii społecznej, wolontariusze, grupy samopomocowe i grupy nieformalne oraz lokalni liderzy, rodziny osób starszych i opiekunowie nieformalni i inne podmioty zainteresowane współpracą w realizacji Programu. Partnerstwo jest dobrowolne i nie wymaga formy pisemnej.

## **IX. Finansowanie Programu**

Podstawowym źródłem finansowania Programu będą środki własne instytucji i organizacji realizujących zadania wskazane w Programie a należące do ich zadań własnych. Zakłada się, że wybrane działania Programu będą mogły uzyskać dofinansowanie z odrębnych źródeł, w tym przeznaczonych specjalnie na realizację programów wspierania osób starszych. Zakres realizacji zadań określonych w programie jest uzależniony od wielkości środków finansowych budżetu gminy oraz pozyskanych przez realizatorów poszczególnych zadań, w ramach programów i projektów celowych służących ich realizacji czyli środków pozabudżetowych w tym środków unijnych.

## **X. Informacje uzupełniające**

Program opracowano na podstawie:

Źródło opracowań GUS: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/osoby-starsze/osoby-starsze/informacja-o-sytuacji-osob-starszych-na-podstawie-badan-glownego-urzedu-statystycznego.1,2.html>

Oraz <https://www.gov.pl/web/rodzina>

## UZASADNIENIE

Starzejące się społeczeństwo to wyzwanie wielu samorządów. Problem ten stał się zauważalny również w gminie Jedlina-Zdrój. W odpowiedzi na zapotrzebowanie społeczne niniejszy program określa kierunki działań dla Gminy Jedlina-Zdrój z wykorzystaniem współpracy partnerów tu: wszelkich instytucji i prywatnych przedsiębiorstw na terenie gminy działających w obszarze pomocy osobom starszym. Z tych powodów zasadnym staje się przyjęcie niniejszego programu wynikającego z rozeznaczonych potrzeb Ośrodka Pomocy Społecznej w Jedlinie-Zdroju.