

Warszawa 16.07.2021

Uwagi do dokumentu „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.” w ramach prowadzonych obecnie konsultacji dokumentu.

Zwracamy uwagę, że opiniowany projekt nie został skierowany w ramach niniejszych konsultacji do żadnej organizacji pozarządowej. § 36. uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. - Regulamin pracy Rady Ministrów (M. P. z 2016 r. poz. 1006, z późn. zm.) przywoływany w piśmie kierującym do konsultacji stwierdza, że kierujący może skierować „projekt do **organizacji społecznych** lub innych zainteresowanych podmiotów albo instytucji w celu przedstawienia ich stanowiska”. Uważamy, że organizacje pozarządowe mieszczą się w kategorii organizacji społecznych, a z racji tego, że wiele z nich - ok. 6 tysięcy (wg. danych Stowarzyszenia Klon/Jawor z roku 2018) - prowadzi działalność w ochronie zdrowia, wydaje nam się niezwykle istotne zapraszanie do udziału w konsultacjach również organizacje pozarządowych bądź ich reprezentantów.

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagę	Nazwa dokumentu (załącznika)	Miejsce/strona	Treść projektu dokumentu, którego dotyczy uwaga	Treść uwagi
1.	Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych	Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.	68/69 175, 177 wszystkie miejsca strategii, w których mowa o opiece społecznej	Z praktycznej perspektywy zintegrowany system realizacji świadczeń można określić mianem bliskich roboczych relacji między różnymi służbami i usługami, takimi jak: szpitale, sanepid, policja, straż pożarna, opieka domowa, zdrowie publiczne, opieka społeczna i inne świadczenia związane ze zdrowiem <i>Cel 2.5 [Opieka społeczna] Wykorzystanie potencjału synergii systemów ochrony zdrowia i opieki społecznej</i>	Pojęcie „opieka społeczna” nie funkcjonuje w polskim systemie prawnym od 1990 roku
2.	Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych	Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r. oraz Załącznik 1	68/69 oraz 78 (podsumowanie)	Z praktycznej perspektywy zintegrowany system realizacji świadczeń można określić mianem bliskich roboczych relacji między różnymi służbami i usługami, takimi jak: szpitale, sanepid, policja, straż pożarna, opieka domowa, zdrowie publiczne, opieka społeczna i inne świadczenia związane ze zdrowiem	Mimo tak szerokiej definicji opieki koordynowanej, diagnoza w dokumencie koncentruje się wyłącznie na opiece zdrowotnej i zdrowiu publicznym, pomijając wątek usług opiekuńczych świadczonych na rzecz osób starszych, chorych, z niepełnosprawnościami, świadczonych w ramach systemu pomocy społecznej lub w ramach centrów usług społecznych. W diagnozie brakuje informacji nt. współpracy systemu ochrony zdrowia i systemu pomocy społecznej oraz systemu wsparcia rodziny i systemu pieczy zastępczej (w odniesieniu do dzieci z niepełnosprawnością i przewlekle chorych). Należy uzupełnić diagnozę o te

					<p>elementy. Analogicznie – brakuje konkretnych propozycji rozwiązań związanych z koordynacją obydwu systemów. Co prawda pojawia się cel 2.5 Opieka społeczna, ale są tam wyłącznie ogólnikowe sformułowania mówiące o tym, że współpraca jest ważna i należy zadbać o synergię. Brakuje takich rozwiązań także w załączniku nr 1. Tymczasem kwestie współpracy tych dwóch systemów są kluczowe dla wsparcia osób w środowisku domowym, zapewniania im możliwości niezależnego życia poza instytucjami typu ZOL/ZPO i DPS. Należy uzupełnić cel 2.3 i 2.5 o konkretne rozwiązania dotyczące współpracy między systemem ochrony zdrowia a systemem pomocy społecznej oraz – w odniesieniu do dzieci - z systemem wsparcia rodziny i pieczy zastępczej.</p> <p>Równolegle należy uzupełnić zapisy załącznika 1, tak aby załącznik był uzupełnieniem i uszczegółowieniem zapisów dokumentu głównego.</p> <p>Lepszą koordynację świadczeń zdrowotnych i społecznych można zapewnić np. poprzez odpowiednie wystandaryzowanie i rozszerzenie zadań koordynatora procesu leczenia o działania związane ze współpracą z innymi służbami pomocowymi – OPS, PCPR, CUS itd. Można też silniej zintegrować pracę zespołów opieki domowej i pielęgniarek długoterminowych z usługami opiekuńczymi w ramach OPS, a w przypadku dzieci – z systemem wsparcia rodziny i pieczy zastępczej.</p>
3.	Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych	Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia	71	Deinstytucjonalizacja odnoszona jest do czterech głównych grup odbiorców: 1) dzieci; 2) osób z niepełnosprawnością;	W diagnozie wskazano, że deinstytucjonalizacja dotyczy 4 podstawowych grup. Jednak w diagnozie (w głównej części dokumentu, jak i w załącznikach) zabrakło danych i wniosków dotyczących sytuacji

		na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.		3) osób starszych; 4) osób doświadczających problemów ze zdrowiem psychicznym.	dzieci przebywających w opiece długoterminowej (zwłaszcza ZOL i ZPO) oraz paliatywnej i hospicyjnej, a także rozwiązań dedykowanych tej grupy. Jeśli chodzi o skalę to rzeczywiście problem seniorów i osób (dorosłych i dzieci) z problemami zdrowia psychicznego jest znacznie większym wyzwaniem. Ale w instytucjach całodobowych typu ZOL, ZPO i hospicja stacjonarne przebywa ok. 800 dzieci i młodych osób. I skoro szukamy rozwiązań dla licznych grup musimy też szukać rozwiązań dla tych mniej licznych i najsłabszych, czyli dzieci długotrwale chorych i niepełnosprawnych. Zgodnie z Konwencją o Prawach Dziecka prawo do życia w rodzinie jest podstawowym prawem dziecka. W związku z tym postulujemy, by załącznik 1 dotyczył zarówno seniorów jak i dzieci i został uzupełniony o wnioski związane z pobytem dzieci w instytucjach całodobowych systemu ochrony zdrowia, jak również o rozwiązania dla dzieci i ich rodzin (analogicznie jak załącznik 2, który dotyczy zarówno dzieci, jak i dorosłych z problemami zdrowia psychicznego).
4.	Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych	Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.	71	Deinstytucjonalizacja odnoszona jest do czterech głównych grup odbiorców: 1) dzieci; 2) osób z niepełnosprawnością; 3) osób starszych; 4) osób doświadczających problemów ze zdrowiem psychicznym.	Wśród wskazanych grup osób zabrakło osób w kryzysie bezdomności. Tymczasem jest to jedna z grup (w szczególności w zakresie bezdomności ulicznej) o najtrudniejszej sytuacji zdrowotnej, a jednocześnie najbardziej opieki zdrowotnej pozbawiona. Należy uzupełnić diagnozę o tę grupę osób i zaproponować rozwiązania ułatwiające dostęp dla tych osób do opieki zdrowotnej. Wydaje się, że wsparcie w tym zakresie mogłoby być finansowane ze środków EFS, gdyż Komisja Europejska podkreśla w rozmowach o nowej perspektywie finansowej, że działania w zakresie ochrony

					zdrowia powinny być zmysłą o grupach w najtrudniejszej sytuacji. Być może mógłby być to rodzaj kompromisu, że część finansowanych działań ma charakter powszechny a część jest skoncentrowana na grupach w najtrudniejszej sytuacji.
5.	Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych	Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.	176	<p>Cel 2.3 [Koordynacja opieki] Rozwój opieki koordynowanej</p> <p>stworzenie i wdrożenie nowych modeli opieki koordynowanej opartych na wartości zdrowotnej m.in. kompleksowej opieki bariatrycznej, opieki nad pacjentem z chorobami układu krążenia, cukrzycą, POChP.</p>	Stworzenie i wdrożenie nowych modeli opieki koordynowanej powinno dotyczyć również osób po udarze . Diagnoza w załączniku 1 wskazuje, że osoby po udarze są jedną z grup najczęściej zasilającą ZOL/ZPO. Tymczasem dostęp do szybkiej i intensywnej rehabilitacji, a następnie do stałej rehabilitacji mógłby ułatwić tym osobom niezależne życie w domu i środowisku.
6.	Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych	Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.	176	<p>Cel 2.3 [Koordynacja opieki] Rozwój opieki koordynowanej</p> <p>niezbędne jest ustanowienie koordynatora procesu leczenia tj. podmiotu odpowiedzialnego za koordynację opieki nad pacjentem i ciągłość leczenia umiejscowionego na adekwatnym poziomie (POZ, AOS, LS) w zależności od rozpoznania i stopnia zaawansowania choroby.</p>	Jest to bardzo dobry pomysł, ale należy zadbać o to by ten koordynator wspierał osobę nie tylko w kwestii leczenia/procesie zdrowienia ale także pod względem dostępu do innych usług w szczególności usług opiekuńczych dla osób starszych i przewlekle chorych i współpracował z właściwymi podmiotami systemu pomocy społecznej lub z koordynatorem indywidualnych planów usług społecznych w ramach centrum usług społecznych (jeśli funkcjonuje).
7.	Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych	Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.	171, 174	Cele dla obszaru Pacjent lub Proces	Dobrze, że system koncentruje się na pacjencie, ale warto też wspierać otoczenie pacjenta zwłaszcza jego rodzinę, w szczególności poprzez poradnictwo psychologicznego i socjalne, przy czym mówimy tutaj o poradnictwie o charakterze interwencyjnym, ważnym w pierwszym momencie wystąpienia sytuacji kryzysowej (np. diagnozy) dla pacjenta i jego rodziny. Taka pierwsza pomoc powinna być świadczona już w szpitalu, a pacjentowi i ich bliscy otrzymywać pakiet informacji o

					<p>konkretnych instytucjach, w których mogą uzyskać pomoc. To jest ściśle związane także z obszarem Procesy, zwłaszcza gdy mówimy o koordynacji z innymi systemami – pomocy społecznej oraz wsparcia rodziny i systemu pieczy zastępczej.</p> <p>Taka pierwsza pomoc psychologiczna i informacyjna w szpitalu jest bardzo ważna z dwóch powodów: 1) choroba własna lub bliskich jest niejednokrotnie przyczyną wystąpienia problemów psychicznych (lepiej im zapobiegać niż leczyć) 2) może sprzyjać procesowi leczenia.</p> <p>Postulujemy o uzupełnienie strategii właśnie o elementy pomocy interwencyjnej psychologicznej i podstawowej pomocy informacyjnej oraz współpracę systemu ochrony zdrowia z systemami pomocy społecznej oraz wsparcia rodziny i pieczy zastępczej. Elementy pomocy interwencyjnej psychologicznej i podstawowej informacyjnej powinny stanowić element kompleksowego systemu wsparcia dla rodzin i opiekunów osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – seniorów, osób (dorosłych i dzieci) długotrwale chorych, osób (dorosłych i dzieci) z niepełnosprawnościami</p>
8.	Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych	Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.	180	e- zdrowie	Systemy do komunikacji i wymiany informacji powinny umożliwiać komunikację i wymianę informacji z instytucjami systemu pomocy społecznej, wsparcia rodziny i pieczy zastępczej, aby zapewnić kompleksową i skoordynowaną pomoc, poprawiając nie tylko jakość i przyjazność wsparcia, ale dbając też o efektywność środków publicznych. Rozwój kompetencji cyfrowych powinien dotyczyć nie tylko
				<p>Ważne jest także wdrożenie systemu do komunikacji i wymiany informacji pomiędzy uczestnikami systemu (pacjentami, pracownikami medycznymi, farmaceutami, świadczeniodawcami, płatnikiem), w tym narzędzi umożliwiających konsultację procesu diagnostycznego i ułatwiających koordynację</p>	

				<p>świadczeń, jak również eliminację nieprawidłowości. Rozwój usług cyfrowych musi być też poparty działaniami na rzecz rozwoju kompetencji cyfrowych pacjentów i kadry medycznej w celu pełnego wykorzystania ich potencjału. Należy podkreślić, iż rozwiązania z obszaru e-zdrowia muszą powstawać we współpracy z przedstawicielami zawodów medycznych i pacjentów, aby były zaprojektowane adekwatnie do ich potrzeb i możliwości.</p>	<p>kadry medycznej ale pozamedycznej oraz pracowników systemu pomocy społecznej, wsparcia rodziny i pieczy zastępczej.</p> <p>Postulujemy o uzupełnienie zapisów o wskazane wyżej elementy.</p>
9.	Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych	Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.	191	<p>Kierunek interwencji 2 Podejmowane działania powinny racjonalizować ponoszone koszty oraz zwiększać udział zdeinstytucjonalizowanych usług, realizując cel najefektywniejszego wsparcia funkcjonowania pacjenta w środowisku. Proces ten powinien zostać włączony również system pomocy społecznej.</p>	<p>Postulujemy uwzględnienie nie tylko systemu pomocy społecznej ale również systemu wsparcia rodziny i pieczy zastępczej.</p>
10	Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych	Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.	194-195	<p>Narzędzie 2.2</p>	<p>Opieka koordynowana to bardzo ciekawe i dobre narzędzie, ale wciąż brakuje tu spojrzenia kompleksowo na człowieka, zwłaszcza seniora, którego potrzeby dotyczą i procesu leczenia i codziennego funkcjonowania (np. sprzątanina, gotowania, zakupów itp.). Opieka koordynowana musi obejmować i usługi zdrowotne i usługi społeczne, być kompleksowa. Część seniorów będzie korzystała tylko z usług społecznych, albo tylko z usług zdrowotnych, ale wiele z tych osób to osoby przewlekle chore, więc potrzebują i jednych i drugich. Wydaje się najlepszym rozwiązaniem żeby to system ochrony zdrowia koordynował usługi zdrowotne i opiekuńcze dla osób starszych chorych i przewlekle chorych, co nie oznacza, że ma finansować usługi opiekuńcze, a jedynie</p>

					<p>współpracować z systemem pomocy społecznej m.in. dzięki systemom informatycznym do komunikacji i wymiany informacji (o których mowa w obszarze Rozwój cel 3.4 E-Zdrowie, str. 180).</p> <p>Zidentyfikowano wyzwanie związane ze współpracą opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, ale w narzędziu 2.2 brakuje konkretów.</p> <p>Z kolei w odniesieniu do dzieci z niepełnosprawnością i przewlekle chorych konieczna jest opieka skoordynowana, z systemem wsparcia rodziny, a jeśli dziecko zostało zabezpieczone w pieczy zastępczej – z systemem pieczy zastępczej.</p>
11	Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych	Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r. oraz załącznik 1	196	Narzędzie 2.3	<p>Uwzględnienie w ramach DI również dzieci z niepełnosprawnościami i przewlekle chorych które przebywają w instytucjach całodobowych – ZOL/ZPO i hospicja stacjonarne. W ramach załącznika 1 – wydaje się to zasadne, zwłaszcza że część diagnozy w załączniku 1 dotyczy również świadczeń na rzecz dzieci.</p> <p>Podział treści załącznika 1 na część dotyczącą seniorów i dzieci analogicznie jak ma to miejsce w przypadku załącznika 2.</p> <p>W przypadku wsparcia dzieci z niepełnosprawnościami i przewlekle chorych, konieczna jest współpraca instytucji całodobowych (ZOL/ZPO itd.) z rodzinami lub rodzinami zastępczymi przy zaangażowaniu systemu wsparcia rodziny i pieczy zastępczej (jeżeli to potrzebne).</p>
12	Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych	Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju	197-199	Narzędzie 3 i table z wyzwaniami	Należy uzupełnić o infrastrukturę i sprzęt niezbędny do świadczenia usług zdrowotnych w formułach zdeinstytucjonalizowanych, w

		systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.			tym również tworzenie wypożyczalni sprzętu specjalistycznego, niezbędnego do sprawowania opieki w warunkach domowych.
13	Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych	Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.	200	Tabela z wyzwaniami, pkt. 10 (...) rozwój infrastruktury udzielania świadczeń opiekuńczo-leczniczych (...)	Postulujemy dodanie zapisu: rozwój infrastruktury udzielania świadczeń opiekuńczo-leczniczych – z poszanowaniem ogólnoeuropejskich wytycznych dotyczących deinstytucjonalizacji.
14	Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych	Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.	223	Tabela 14. Wskaźniki kontekstowe dla obszaru zdrowie, zawarte w dokumentach strategicznych	<p>W obszarze Pacjent, w celu Dostępność postulujemy dodanie wskaźników będących miarą dla działań deinstytucjonalizacyjnych. W dokumencie podkreślają Państwo, że proces DI jest szczególnie ważny i poświęcono mu dwa załączniki, wydaje się jednak że w głównej części dokumentu powinny się znaleźć wskaźniki obrazujące tak ważne zmiany w systemie opieki zdrowotnej. Dlatego proponujemy już w głównym dokumencie, a nie w załącznikach wskazać do 4 wskaźników pokazujących postęp w zakresie deinstytucjonalizacji w odniesieniu do 4 kluczowych grup:</p> <p>Odsetek seniorów lub innych osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu objętych długoterminową opieką domową w stosunku do ogólnej liczby seniorów lub innych osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu objętych opieką długoterminową – wartość bazowa i docelowa do oszacowania</p> <p>Liczba dzieci i młodzieży mieszkającej w ZOL/ZPO powyżej 6 miesięcy – Wartość bazowa – wg danych</p>

					<p>MZ (ok. 800 osób) wartość docelowa – 0</p> <p>Odsetek dzieci i młodzieży objętych środowiskową opieką psychiatryczną w stosunku do ogólnej liczby dzieci i młodzieży objętych opieką psychiatryczną – wartość bazowa i docelowa do oszacowania</p> <p>Odsetek osób dorosłych objętych środowiskową opieką psychiatryczną w stosunku do całkowitej liczby osób dorosłych objętych opieką psychiatryczną – wartość bazowa i docelowa do oszacowania</p> <p>Jednocześnie dokument należy uzupełnić o zasady sprawozdawczości. Jak często będą przygotowywane sprawozdania z realizacji tej strategii i załączników do niej, kto będzie je przygotowywał i komu przedkładał.</p>
15	Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych	Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.	222	System koordynacji i wdrażania	W skład Komitetu Sterującego powinien wchodzić również minister właściwy ds. rodziny, a także organizacje pozarządowe reprezentujące nie tylko sektor zdrowia ale również zajmujące się tematyką rozwoju usług społecznych i reprezentujący środowiska na rzecz których prowadzona jest DI: seniorów, osoby dorosłe i dzieci z problemami zdrowia psychicznego oraz dzieci z niepełnosprawnością i długotrwale chore.
16	Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych	Załącznik 1	Strona tytułowa	Tytuł: STRATEGIA DEINSTYTUCJONALIZACJI: OPIEKA ZDROWOTNA NAD OSOBAMI STARSZYMI	Postulujemy uwzględnienie kwestii dzieci z niepełnosprawnością i przewlekle chorych dlatego tytuł należy zmienić na „Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi oraz dziećmi i młodzieżą”
17	Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych	Załącznik 1	4	diagnoza	Uwaga ogólna - Rozszerzenie diagnozy o dzieci i młodzież z niepełnosprawnościami i długotrwale chorujące

18	Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych	Załącznik1	17	Diagnoza - Dostępne wsparcie zdrowotne	Pokazanie szczegółowych danych dotyczących dzieci i młodzieży przebywających z opiece długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej, z uwzględnieniem podziału na dzieci które otrzymują świadczenia w domu i te które przebywają w instytucjach całodobowych (ZOL, ZPO, hospicja stacjonarne). Przedstawienie wniosków i wyzwań dotyczących pobytu dzieci w instytucjach i przejścia od instytucjonalnych do środowiskowych form opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą.
19	Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych	Załącznik 1	40	Obszary strategiczne	Należy uzupełnić o działania na rzecz rozwoju długoterminowej opieki domowej dla dzieci oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych. Kluczowe we wsparciu dzieci z niepełnosprawnością i przewlekle chorych – oprócz systemu wsparcia dla opiekunów – są następujące działania: - wykorzystanie potencjału pracowników ZOL/ZPO do świadczenia usług na rzecz dzieci i wsparcia rodzin/opiekunów nieformalnych w warunkach domowych; rozwój domowej opieki - umożliwienie dzieciom i rodzinom pobytów o charakterze krótkookresowym- turnusowym w ZOL/ZPO (jeśli potrzebne jest okresowo intensywne wsparcie specjalistyczne: medyczne, pielęgniarstwo i rehabilitacyjne) - uruchamianie specjalistycznych centrów rodzinnych oferujących wsparcie dla dziecka i rodziny, również zastępczych (umożliwiających pobyty dzienne lub krótkookresowe- turnusowe albo krótkookresowe pobyty interwencyjne np. do czasu znalezienia dla dziecka rodziny zastępczej lub adopcyjnej)
20	Wspólnota Robocza	Załącznik 1	54-58	WSPARCIE OPIEKUNÓW NIEFORMALNYCH	Szkolenie opiekunów nieformalnych z zakresu opieki

	Związków Organizacji Socjalnych			<p>CEL SZCZEGÓŁOWY: Rozwój wsparcia środowiskowego dla opiekunów nieformalnych osób starszych</p> <p>Rezultat 1 i rezultat 2</p>	<p>wsparcie psychologiczne dla nich jest bardzo ważne i potrzebne, jednak to tylko element wsparcia potrzebnego opiekunom – konieczne jest stworzenie kompleksowego systemu wsparcia dla tych osób, obejmującego m.in. edukację, ale przede wszystkim dostęp do informacji o świadczeniach dostępnych w ramach różnych systemów (w tym ochrony zdrowia, ale też pomocy społecznej), dostęp do poradnictwa nie tylko psychologicznego ale także do konsultacji prawnych, socjalnych, opiekuńczo-pielęgnacyjnych, architektonicznych, dostęp do przerwy wytchnieniowej, do grup wsparcia, do sprzętu pielęgnacyjno-rehabilitacyjnego lub zaawansowanego sprzętu medycznego (w ramach wypożyczalni sprzętu), do usług wsparcia dziennego dla seniorów, które odciążają od całodobowej opieki. Konieczne jest wspólne budowanie takiego systemu przez Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej. W przeciwnym razie będziemy mieć do czynienia z defragmentacją wsparcia, a to wpływa zarówno na obniżenie dostępności i jakości wsparcia oraz obniża efektywność kosztową. Pacjenci są zagubieni.</p> <p>Postulujemy o uzupełnienie zakresu wsparcia, ale także o jedną strategię DI w zakresie wsparcia opiekunów lub co najmniej wspólne, lustrzane zapisy w tym zakresie w dwóch powstających obecnie strategiach: MZ i MRiPS.</p> <p>Ponadto niezwykle ważne jest rozszerzenie tego rozdziału o wsparcie dla rodziców i opiekunów dzieci przewlekle chorych i z niepełnosprawnością.</p>
21	Wspólnota Robocza	Załącznik 1	60	Koordynacja opieki środowiskowej	Jeśli baza informacji ma być kompleksowa nie może

	Związków Organizacji Socjalnych			Brakuje kompleksowej bazy informacji na temat dostępnej oferty świadczeń opieki zdrowotnej oraz innych form wsparcia zdrowotnego, jak również innych kwestii użytecznych dla osób starszych i ich opiekunów, w ramach którego osoby te mogłyby w sposób szybki i łatwy uzyskać niezbędne informacje i pomoc	<p>obejmować wyłącznie świadczeń opieki zdrowotnej, musi zawierać informacje także o świadczeniach dostępnych w innych systemach w tym w pomocy społecznej, we wsparciu rodziny i systemie pieczy zastępczej i w różnych programach rządowych (np. „Za życiem” i samorządowych).</p> <p>Jednocześnie trzeba mieć świadomość że baza online przez wielu seniorów nadal nie będzie wykorzystywana z powodu niskich kompetencji cyfrowych, których często już nie da się uzupełnić ze względu na różne ograniczenia seniorów (w tym również związane z dostępem do sprzętu i internetu).</p> <p>Baza może być traktowana pomocniczo, ale musi także istnieć kompleksowy system wsparcia seniorów i ich rodzin oparty docelowo o sieć centrów usług społecznych.</p> <p>Wydaje się też że ten element nie jest priorytetem skoro baza ma być gotowa za 10 lat.</p> <p>Postulujemy o przyspieszenie prac oraz współpracę z w tym zakresie z Ministerstwem Rodziny i Polityki Społecznej w zakresie świadczeń dostępnych w systemie pomocy społecznej czy wsparcia rodziny.</p>
22	Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych	Załącznik 1	64	Koordinacja	<p>Należy zapewnić koordynację na poziomie międzyresortowym poprzez Komitet Sterujący o którym mowa w głównym dokumencie. Działanie w zakresie DI mają być elementem całej strategii a nie wyizolowaną jej częścią.</p> <p>W ramach KS może oczywiście zostać powołany rodzaj podkomitetu/grupy roboczej ds. realizacji strategii DI.</p>
23	Wspólnota Robocza	Załącznik 1	64	Wskaźniki monitorowania	Wydaje się, że wskaźniki monitorowania powinny

	Związków Organizacji Socjalnych				uwzględnić osoby w kilku kategoriach wiekowych, a nie tylko osoby 65+, wtedy będziemy mogli monitorować w ile osób jest zaopiekowanych w formach domowych a ile w stacjonarnych instytucjonalnych w podziale na wiek. Proponuje się przedziały wiekowe” 65+, 75 + i 85+
24	Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych	Załącznik 1	64	Ewaluacja	Nie przewidziano ewaluacji działań ani żadnych zasad dotyczących sprawozdawczości z realizacji Strategii DI. Konieczne jest przynajmniej zapisanie zasad sprawozdawczości zarówno z podejmowanych w ramach Strategii działań, jak również z poziomu osiągniętych wskaźników. Sprawozdanie powinno być przygotowywane co najmniej raz na dwa lata i przedstawiane Komitetowi Sterującemu, o którym mowa w dokumencie głównym.