

Monitoring polityk publicznych w zakresie usług społecznych. Wybór najważniejszych zmian w okresie wrzesień 2021 - luty 2023

Spis treści

Wprowadzenie	4
Krajowe, kwestie ogólne	5
Strategia Rozwoju Usług Społecznych	5
Rada Ministrów przyjęła Strategię rozwoju usług społecznych	5
Umowa Partnerstwa 2021-2027	8
USŁUGI SPOŁECZNE I DEINSTYTUCJONALIZACJA W UMOWIE PARTNERSTWA	8
WSPARCIE ORGANIZACJI POZARZĄDOWYCH I SEKTORA EKONOMII SPOŁECZNEJ	10
Ustawa wdrożeniowa	12
Umowa Partnerstwa i Fundusze Europejskie – negocjacje z Komisją Europejską	13
Uzgodniono ostateczną treść Umowy Partnerstwa	14
Co zmieniono w ostatecznej wersji Umowy Partnerstwa?	14
Ustawa wdrożeniowa, czyli Ustawa o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027	29
Projekt ustawy wdrożeniowej skierowany do Sejmu	29
Ustawa wdrożeniowa czeka na podpis Prezydenta	30
Ustawa o ekonomii społecznej	31
Projekt ustawy o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz ustawy o działalności leczniczej	32
Projekt ustawy o zmianie ustawy o pomocy społecznej	33
Przyjęcie przez Radę Ministrów „Krajowego Programu Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu”	37
Krajowy Plan Transformacji	39
Zdrowa Przyszłość	53
Projekt wytycznych dotyczących realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021–2027	53
Program Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego na lata 2021-2027 (FERS) zatwierdzony .	55
Osoby starsze i długotrwale chore	57
Rodzina, Piecza zastępcza, dzieci i młodzież w instytucjach	57
Rada Ministrów skierowała do Sejmu projekt ustawy dotyczący zmian w pieczy zastępczej	57
Przyjęte zmiany w ustawie o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej	60
Ustawa z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich	61
Rządowy projekt ustawy o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich	61
Ustawa z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich	62
Osoby z niepełnosprawnościami	62

Wyrównywanie szans osób z niepełnosprawnościami - nowy projekt, którego celem jest opracowanie ustawy o wyrównywaniu szans osób z niepełnosprawnościami.....	62
Założenia projektu o asystencji osobistej osób niepełnosprawnych	63
Założenia projektu ustawy o asystencji osobistej	64
Raport NIK z kontroli przeprowadzonej w całodobowych placówkach opiekuńczo -wychowawczych dla dzieci	66
Osoby w kryzysie zdrowia psychicznego	67
Poszerzenie grupy realizatorów programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego.....	67
Inne grupy (osoby z państw trzecich, ofiary przemocy, interwencja kryzysowa)	68
Zmiana ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie	68
Projekt ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz niektórych innych ustaw	68
Rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz niektórych innych ustaw w Sejmie	70
Uchwalona ustawa o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz niektórych innych ustaw.....	70
Ustawa o zmianie ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa oraz niektórych innych ustaw	71
Regionalne, kwestie ogólne	71
Cykl konferencji w regionach pt.: „Deinstytucjonalizacja usług społecznych – dobre praktyki”	71

Wprowadzenie

Prezentowany raport zawiera przegląd najważniejszych zmian prawnych i wydarzeń z obszaru polityki publicznej związanych z dziedziną rozwoju środowiskowych usług społecznych, czyli procesem deinstytucjonalizacji tych usług, w okresie od września 2021 do lutego 20223.

Najważniejszą zmianą jest przyjęcie Strategii Rozwoju Usług Społecznych polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.) w czerwcu 2022 r. Był to dokument, którego zręby przygotowywane były na wniosek organizacji społecznych w tym WRZOS. Jego ostateczny kształt w wielu miejscach odbiega od propozycji i oczekiwań społecznych, jednak ma on istotne znaczenie w kreowaniu zmian w obszarze usług społecznych na najbliższe lata. Będzie to przedmiotem dalszego monitoringu.

Niniejszy raport jest ostatnim raportem powstałym w ramach projektu „SUS-Sektor Usług Społecznych” realizowanego przez WRZOS z dotacji programu Aktywni Obywatele – Fundusz Krajowy, finansowanego przez Islandię, Liechtenstein i Norwegię w ramach Funduszy EOG.

Więcej informacji o projekcie znajdą Państwo na stronie <https://www.wrzos.org.pl/sektor-uslug-spoecznych/>

Strategia Rozwoju Usług Społecznych

W pierwszej połowie roku 2022 trwały rozpoczęte jeszcze w 2020 roku prace nad przyjęciem Strategii Rozwoju Usług Społecznych¹.

Rada Ministrów przyjęła Strategię rozwoju usług społecznych

7 czerwca 2022 r. Rada Ministrów poinformowała o uchwale w sprawie przyjęcia polityki publicznej pod nazwą Strategia rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.), przedłożoną przez ministra rodziny i polityki społecznej².

„Głównym celem Strategii rozwoju usług społecznych jest deinstytucjonalizacja, czyli przechodzenia od opieki o charakterze instytucjonalnym do opieki świadczonej w środowisku rodzinnym i społeczności lokalnej” – czytamy na stronie Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej.

Ten najważniejszy dla procesu deinstytucjonalizacji i rozwoju usług społecznych dokument strategiczny. Jego przyjęcie jest także warunkiem otrzymania przez Polskę środków z Europejskiego Funduszu Społecznego na najbliższą perspektywę finansową 2021-2027.

Strategia ma charakter polityki publicznej w rozumieniu ustawy o zasadach prowadzenia polityki rozwoju – czyli – „dokumentu określającego podstawowe uwarunkowania, cele i kierunki rozwoju kraju w wymiarze społecznym, gospodarczym i przestrzennym w danej dziedzinie lub na danym obszarze, które wynikają bezpośrednio ze strategii rozwoju”³.

Omawiany dokument podzielny jest na 5 rozdziałów.

Pierwszy rozdział to diagnoza obecnej sytuacji prezentowana w podziale na 5 grup odbiorców usług społecznych (dzieci, osoby starsze, osoby z niepełnosprawnościami, osoby z zaburzeniami psychicznymi i w kryzysie psychicznym, osoby w kryzysie bezdomności). W tym rozdziale opisano m.in. dostępne w obecnym systemie pomocy społecznej narzędzia wsparcia (w tym ministerialne

¹ Strategia ta została ostatecznie przyjęta Uchwałą Rady Ministrów nr 135 Rady Ministrów z dnia 15 czerwca 2022 r., <https://www.monitorpolski.gov.pl/MP/rok/2022/pozycja/767>

² Informacje o uchwale Rady Ministrów w sprawie przyjęcia polityki publicznej pod nazwą Strategia rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.): <https://www.gov.pl/web/rodzina/rada-ministrow-za-przyjeciem-strategii-rozwoju-uslug-spoecznych> , <https://www.gov.pl/web/premier/uchwala-w-sprawie-przyjecia-polityki-publicznej-pod-nazwa-strategia-rozwoju-uslug-spoecznych-polityka-publiczna-do-roku-2030-z-perspektywa-do-2035-r> , <https://www.gov.pl/web/rodzina/projekt-uchwaly-rady-ministrow-w-sprawie-ustanowienia-polityki-publicznej-pt-strategia-rozwoju-uslug-spoecznych-polityka-publiczna-na-lata-20212035> .

Ostatecznie uchwała została przyjęta 15 czerwca 2022 r., a opublikowana w Monitorze Polskim 10 sierpnia 2022: <https://www.monitorpolski.gov.pl/MP/rok/2022/pozycja/767>

³ art. 5 pkt 7b Ustawy o zasadach prowadzenia polityki rozwoju z 6 grudnia 2006, Dziennik Ustaw 2021, poz. 1057, <https://dziennikustaw.gov.pl/DU/rok/2021/pozycja/1057>. Strategie rozwoju obecnie obowiązujące to: Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju oraz

programy), ale też sformułowano rekomendacje dotyczące profilaktyki czy rozwoju usług środowiskowych.

W drugim rozdziale omawiane są elementy systemu pomocy społecznej związane z opieką długoterminową i realizowaniem usług społecznych. Omawiane są zasoby pomocy społecznej rządowe, samorządowe, ale także te dostarczane przez podmioty ekonomii społecznej i organizacje społeczeństwa obywatelskiego. Tutaj jest także przegląd programów realizowanych przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, które wpisują się w ideę deinstytucjonalizacji.

Rozdział trzeci opisuje sam proces deinstytucjonalizacji – próbuje go zdefiniować, przytacza dokumenty (europejskie i krajowe) w których się pojawia i stara się przełożyć to znaczenie na możliwe, konkretne działania w Polsce.

W rozdziale czwartym dokument określa wizję:

„Przygotowanie systemu realizacji usług społecznych dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w szczególności z uwagi na starszy wiek, niepełnosprawność, problemy z zakresu zdrowia psychicznego, bezdomność w taki sposób, aby mogły bezpiecznie i niezależnie funkcjonować w swoim miejscu zamieszkania tak długo jak tego chcą, a dzieciom i młodzieży pozbawionej opieki rodzicielskiej zapewnienie opieki w warunkach rodzinnych lub zbliżonych do rodzinnych”.

Także w tym rozdziale określone są cele strategiczne (a dla nich po kilka celów szczegółowych – zwanych w dokumencie kierunkami działań) zdefiniowane dla poszczególnych grup osób będących odbiorcami usług społecznych. Są to:

Cel strategiczny 1: Zwiększenie udziału rodzin i rodzinnych form pieczy zastępczej w opiece i wychowaniu dzieci.

Kierunki działań dla celu 1:

1. Rozwój usług profilaktycznych i bezpośrednich usług środowiskowych wspierających dzieci i rodzinę
2. 2. Rozwój rodzinnych form pieczy zastępczej
3. Zmiana funkcjonalności placówek całodobowych długookresowego pobytu
4. Poprawa jakości usamodzielniania wychowanków pieczy zastępczej i placówek całodobowego pobytu

Cel strategiczny 2. Zbudowanie skutecznego i trwałego systemu świadczącego usługi społeczne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

Kierunki działań dla celu 2:

1. Wdrożenie systemu koordynacji oraz standaryzacji usług społecznych
2. Wsparcie rodziny i osób pełniących opiekę nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu
3. Rozwój środowiskowych form wsparcia w postaci usług społecznych
4. Zmiana sposobu funkcjonowania stacjonarnej instytucji opieki długoterminowej (domy pomocy społecznej)
5. Trwały system finansowania opieki długoterminowej w obszarze usług społecznych
6. Wsparcie i rozwój kadr świadczących usługi społeczne.

Cel strategiczny 3. Włączenie społeczne osób z niepełnosprawnościami dające możliwość życia w społeczności lokalnej niezależnie od stopnia sprawności.

Kierunki działań dla celu 3:

1. Wdrożenie systemu koordynacji oraz standaryzacji usług społecznych dla osób z niepełnosprawnościami
2. Wsparcie rodziny realizującej opiekę nad osobą z niepełnosprawnościami, w tym wsparcie w postaci realizacji usług
3. Wdrożenie systemowej usługi mieszkalnictwa wspomaganego
4. Wdrożenie idei niezależnego życia dla osób z niepełnosprawnościami zamieszkujących w społeczności lokalnej oraz mieszkańców domów pomocy społecznej

Cel strategiczny 4. Stworzenie skutecznego systemu usług społecznych dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Kierunki działań dla celu 4:

1. Wdrożenie systemu koordynacji oraz standaryzacji usług społecznych dla osób z zaburzeniami psychicznymi
2. Rozwój zintegrowanych usług społecznych dla osób z zaburzeniami psychicznymi i w kryzysie psychicznym
3. Zmiana sposobu funkcjonowania stacjonarnej instytucji opieki dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Cel strategiczny 5. Stworzenie skutecznego systemu wsparcia dla osób w kryzysie bezdomności oraz osób zagrożonych bezdomnością.

Kierunki działań dla celu 5:

1. Wdrożenie systemu koordynacji i standaryzacji usług społecznych zapobiegających bezdomności
2. Opracowanie i wdrożenie rozwiązań na rzecz przejścia ze wsparcia instytucjonalnego do wsparcia w formie mieszkaniowej
3. Wsparcie osób doświadczających bezdomności.

Co istotne omawiany dokument określa też zasady monitorowania realizacji tej strategii. Jak czytamy w rozdziale V „Zasady realizacji polityki publicznej. Monitorowanie i wskaźniki”:

„W Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej zostanie powołany Zespół ds. realizacji Strategii rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.). W jego skład wejdą przedstawiciele administracji centralnej. Do pracy w Zespole zostaną zaproszeni, na zasadzie dobrowolności, przedstawiciele samorządów wojewódzkich i lokalnych, organizacji społeczeństwa obywatelskiego i podmiotów społecznych, które działają w obszarach objętych strategią jak również przedstawiciele strony samorządowej Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego. Zespół opracuje propozycję planu wdrażania strategii (w wymiarze 2- 3 letnim), który będzie przekazywany do decyzji ministra koordynującego realizację Strategii”⁴.

⁴ Strategia rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.), str. 123 <https://www.gov.pl/attachment/e956b17f-b179-408a-9d0a-c6a04b092645>

Ważne jest także wpisanie konieczności powstawania regionalnych planów rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji:

„Na poziomie regionalnym koordynacja działań będzie realizowana przez samorząd województwa poprzez działania Regionalnych Ośrodków Polityki Społecznej (ROPS), które będą opracowywać regionalne plany rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji. Plany będą przyjmowane na okres do 3 lat i będą stanowiły uporządkowaną koncepcję zmiany w obszarach objętych deinstytucjonalizacją na poziomie regionalnym (w tym w szczególności: wsparcia rodziny i pieczy zastępczej, osób starszych, osób z niepełnosprawnościami, osób z zaburzeniami psychicznymi, osób w kryzysie bezdomności)”⁵.

W rozdziale V jest też umieszczona tabela wskaźników do monitorowania postępów rozwoju usług społecznych. Wskaźników jest 21 – podane są wartości pożądane na koniec następujących lat: 2025, 2030 oraz 2035. Wskaźniki są też przyporządkowane do poszczególnych celów szczegółowych.

Strategia rozwoju usług społecznych została opublikowana w Monitorze Polskim 10 sierpnia 2022: <https://www.monitorpolski.gov.pl/M2022000076701.pdf>.

Umowa Partnerstwa 2021-2027

Ważnym dokumentem dla rozwoju usług środowiskowych społecznych w Polsce jest także Umowa Partnerstwa 2021-2027 (UP) czyli podstawowy dokument określający sposób wykorzystania przez kraj członkowski Unii Europejskiej funduszy unijnych na realizację własnych celów rozwojowych.

Poniżej przypominamy historię zmian w tym dokumencie związanych z usługami społecznymi.

30 listopada 2021 r. Rada Ministrów przyjęła projekt Umowy Partnerstwa 2021-2027⁶, który potem był przedmiotem oficjalnych negocjacji z Komisją Europejską. Projekt został oficjalnie przekazany do Komisji Europejskiej 15 grudnia 2021 r.

Obecna Umowa dotyczy wydatkowania funduszy europejskich w latach 2021-2027.

USŁUGI SPOŁECZNE I DEINSTYTUCJONALIZACJA W UMOWIE PARTNERSTWA

W ramach obszaru „włączenie społeczne” Umowa Partnerstwa wskazuje, że wsparcie ze środków unijnych będzie realizowane zgodnie ze Strategią Rozwoju Usług Społecznych (projekt dokumentu jest obecnie na etapie uzgodnień w ramach Rady Ministrów). Umowa Partnerstwa wskazuje, że „Usługi społeczne świadczone w społeczności lokalnej są nadal niedostatecznie rozwinięte. Problemem jest

⁵ Strategia rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.), str. 123 <https://www.gov.pl/attachment/e956b17f-b179-408a-9d0a-c6a04b092645>

⁶ <https://www.gov.pl/web/fundusze-regiony/umowa-partnerstwa> oraz <https://www.gov.pl/web/premier/uchwala-w-sprawie-przyjecia-projektu-umowy-partnerstwa-dla-realizacji-polityki-spojnosci-2021-2027-w-polsce>

sam dokument dostępny jest tutaj:

https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/105507/RM_2021_11_30_Umowa_Partnerstwa_na_lata_2021_2027_wersja_ostateczna.pdf

także brak koordynacji oraz brak równego dostępu do wysokiej jakości, przystępnych cenowo usług.” I dalej:

„Oprócz koordynacji świadczonych usług należy kontynuować prace nad ich deinstytucjonalizacją (w tym m.in. poprzez wykorzystanie efektów i doświadczeń wsparcia realizowanego w ramach perspektywy finansowej 2014 -2020), przybliżenia ich do odbiorców oraz osadzenia w środowisku lokalnym. **Ważne jest zwiększenie dostępności do różnego rodzaju usług świadczonych w społeczności lokalnej, ale także zapewnienie ich jak najwyższej jakości.** Chodzi m.in. o usługi asystenckie i opiekuńcze, wsparcie tworzenia i funkcjonowania mieszkań chronionych i wspomaganych, upowszechnienie transportu indywidualnego dla osób z potrzebami w zakresie mobilności, szkolenie kadr na potrzeby świadczenia usług w społeczności lokalnej, wsparcie z zakresu opieki wytchnieniowej, która ułatwia funkcjonowanie sprawującym opiekę rodzinom. Dodatkowo, **powierzanie realizacji usług społecznych organizacjom pozarządowym i innym podmiotom ekonomii społecznej** stanowić będzie szansę na rozwój ekonomii społecznej i solidarnej”⁷.

Omawiany tu dokument wspomina również o kwestii deinstytucjonalizacji opieki nad dziećmi:

„W kontekście deinstytucjonalizacji, istotną kwestią jest również zapewnienie dzieciom jak najlepszych warunków do życia i rozwoju. W 2019 roku spośród wszystkich małoletnich umieszczonych w pieczy zastępczej (72,5 tys. osób) nadal około 23% przebywało w instytucjach. Z tego powodu konieczne jest kontynuowanie podejmowanych już wcześniej działań mających na celu wsparcie procesu przejścia od opieki instytucjonalnej, do opieki rodzinnej. Aby umożliwić wszystkim dzieciom wychowywanie się w warunkach zapewniających ich prawidłowy rozwój, **bardzo istotne jest także zapewnienie usług dla rodzin przeżywających trudności opiekuńczo-wychowawcze, usługi wsparcia dla młodzieży przebywającej w różnego rodzaju ośrodkach wychowawczych, zakładach poprawczych, wsparcie osób usamodzielnianych, opuszczających pieczę zastępczą oraz różnego rodzaju działania wzmacniające proces deinstytucjonalizacji instytucji całodobowych, w których przebywają dzieci.**”

Umowa Partnerstwa wskazuje też na istotną rolę **wsparcia mieszkalnictwa wspomagane** w procesie deinstytucjonalizacji:

„Ponadto w zakresie infrastruktury społecznej ze środków EFRR⁸ priorytetem powinno być dopasowanie istniejącej infrastruktury, a w przypadku, gdy zostanie zdiagnozowana taka potrzeba, uzupełnienie jej w celu zwiększenie integracji społeczno-ekonomicznej marginalizowanych społeczności. Z tego powodu zasadne jest umożliwienie wspierania rozwoju **infrastruktury społecznej powiązanej z procesem integracji społecznej, aktywizacji społeczno-zawodowej i deinstytucjonalizacji usług**, w szczególności w zakresie wsparcia mieszkalnictwa wspomagane oraz przeciwdziałania problemowi bezdomności”⁹.

W obszarze „ochrona zdrowia, w tym opieka długoterminowa” Umowa Partnerstwa odwołuje się do dokumentu strategicznego przygotowanego przez Ministerstwo Zdrowia – „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r”¹⁰ wraz z

⁷ Projekt Umowy Partnerstwa dla Realizacji Polityki Spójności 2021-2027 w Polsce, str. 55-56, wyróżnienie WRZOS

https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/105507/RM_2021_11_30_Umowa_Partnerstwa_na_lata_2021_2027_wersja_ostateczna.pdf

⁸ Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego, przyp. WRZOS

⁹ Projekt Umowy Partnerstwa dla Realizacji Polityki Spójności 2021-2027 w Polsce, str. 57

¹⁰ Przyjęty uchwałą Rady Ministrów 27.12.2021, na razie (stan na 13.01.2022) dostępny publicznie jedynie w wersji do konsultacji z czerwca 2021,

<https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12348352/katalog/12798644>

załącznikami dotyczącymi deinstytucjonalizacji opieki nad osobami starszymi i opieki nad osobami z zaburzeniami psychicznymi; a także do mapy potrzeb zdrowotnych wraz planami transformacji w obszarze ochrony zdrowia, w tym opieki długoterminowej w obszarze zdrowia.

W Umowie Partnerstwa wskazano, że z EFRR oraz EFS+ (Europejski Fundusz Społeczny Plus) będą finansowane „działania zwiększające dostęp do opieki zdrowotnej, w tym opieki długoterminowej w obszarze zdrowia w środowisku lokalnym i rozwiązania cyfrowe, zwłaszcza w małych miastach i na obszarach wiejskich”.

W dalszej części wskazano także wprost konieczność wsparcia procesów deinstytucjonalizacji, także poprzez inwestycje infrastrukturalne usług medycznych z funduszy unijnych:

„Kolejnym obszarem wymagającym wsparcia z EFS+ i EFRR jest **wsparcie działań w zakresie deinstytucjonalizacji opieki medycznej**, w tym opieki długoterminowej w obszarze ochrony zdrowia. Odejście od modelu opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności pozwoli na ograniczenie rosnących kosztów hospitalizacji, a także zapewni bardziej kompleksową opiekę nad pacjentem i zwiększy jej jakość. Działania w tym zakresie dotyczyć będą **w głównej mierze usług adresowanych do osób starszych lub potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu oraz osób mających problemy ze zdrowiem psychicznym** oraz inwestycji infrastrukturalnych”¹¹.

Dalej jako przykład już realizowanego procesu deinstytucjonalizacji podane są zmiany w modelu opieki psychiatrycznej. Planowane jest także wsparcie podmiotów świadczących usługi w zakresie ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w ramach zdeinstytucjonalizowanego modelu opieki psychiatrycznej¹².

WSPARCIE ORGANIZACJI POZARZĄDOWYCH I SEKTORA EKONOMII SPOŁECZNEJ

W Umowie Partnerstwa została silnie zaznaczona rola organizacji społecznych.

1. Zaplanowano dla nich **wsparcie instytucjonalne**:

„W ramach CP4 wspierany będzie rozwój dialogu społecznego i obywatelskiego. W każdym z celów szczegółowych określonych w rozporządzeniu EFS+, w którym **partnerzy społeczni i organizacje pozarządowe mają szczególną rolę do odegrania, zostaną zaprogramowane działania na rzecz budowania ich potencjału instytucjonalnego, wzmacniania dialogu społecznego i obywatelskiego**, a także działania na rzecz określonych grup docelowych, które zostaną powierzone do realizacji partnerom społecznym i organizacjom pozarządowym, z uwagi na ich doświadczenie i potencjał społeczny”¹³.

2. Dokument wymienia działania, których wsparcie jest konieczne.

- a) W obszarze „**włączenie i integracja społeczna**” są to m.in. **działania, które możemy powiązać z rozwojem usług społecznych i deinstytucjonalizacją**, a także rolę organizacji społecznych i podmiotów ekonomii społecznej w tych działaniach:

¹¹ Projekt Umowy Partnerstwa dla Realizacji Polityki Spójności 2021-2027 w Polsce, str. 60-61, wyróżnienie WRZOS

https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/105507/RM_2021_11_30_Umowa_Partnerstwa_na_lata_2021_2027_wersja_ostateczna.pdf

¹² Projekt Umowy Partnerstwa dla Realizacji Polityki Spójności 2021-2027 w Polsce, str. 61,

¹³ Projekt Umowy Partnerstwa dla Realizacji Polityki Spójności 2021-2027 w Polsce, str. 103, wyróżnienie WRZOS

- wspierania osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, w tym **osób najbardziej potrzebujących i dzieci w dostępie do usług społecznych i pełnym uczestnictwie w życiu społecznym i zawodowym**;

- **wspierania osób z niepełnosprawnościami w pełnym uczestnictwie we wszystkich aspektach życia**;

- **zwiększania równego i szybkiego dostępu do dobrej jakości, trwałych i przystępnych cenowo usług społecznych oraz wsparcie ich deinstytucjonalizacji**;

- zapewnienia odpowiednich warunków życia i rozwoju dzieci poprzez wsparcie rodzin przeżywających trudności opiekuńczo-wychowawcze, wsparcie dla młodzieży przebywającej w różnego rodzaju ośrodkach wychowawczych, zakładach poprawczych, wsparcie osób usamodzielnianych, opuszczających pieczę zastępczą oraz **wzmocnienie procesu deinstytucjonalizacji instytucji całodobowych, w których przebywają dzieci**;

- **wzmacniania potencjału instytucji pomocy społecznej, w zakresie współpracy międzyinstytucjonalnej i międzysektorowej**, mechanizmów koordynacji, podnoszenia kompetencji pracowników, **zmian organizacyjnych w instytucjach**;

- kompleksowego wsparcia z zakresu poprawy dostępności do usług/budynków/obiektów/przestrzeni publicznych z wykorzystaniem instrumentów zwrotnych i bezzwrotnych, a także inne działania, w tym: wypracowywanie i upowszechnianie standardów dostępności, kształcenie i szkolenie kadr dostępności, a także wsparcie podmiotów publicznych w zapewnieniu dostępności,

- **zwiększanie dostępności do wysokiej jakości usług społecznych w środowiskach lokalnych, w tym świadczonych przez podmioty ekonomii społecznej**.

b) Podobnie działania takie możemy znaleźć także w obszarze „ochrony zdrowia, w tym opieki długoterminowej”. Są tam działania na rzecz:

- **deinstytucjonalizacji świadczeń opieki zdrowotnej**, w tym opieki długoterminowej poprzez **rozwój środowiskowych form opieki**, w szczególności dla osób starszych, osób z niepełnosprawnościami oraz osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi, w celu poprawy dostępności i jakości tych świadczeń;

- inwestycji związanych z wdrożeniem kompleksowych reform w zidentyfikowanych obszarach priorytetowych, **wdrożenie reformy psychiatrii dzieci i młodzieży**¹⁴.

Działaniem, na które warto zwrócić uwagę, choć nie bezpośrednio powiązany z deinstytucjonalizacją, będzie działanie na rzecz „**poprawy koordynacji usług zdrowotnych od poziomu podstawowego do opieki szpitalnej, a także pomiędzy opieką zdrowotną i opieką społeczną w szczególności w zakresie usług opieki długoterminowej**”¹⁵.

W tej samej części Umowy, przy omawianiu zagadnień terytorialnych deinstytucjonalizacja pojawia się jako jeden ze środków na **problem zróżnicowanego terytorialnie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej**:

„Zróżnicowany terytorialnie dostęp do usług opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej (różny na obszarach wiejskich i w miastach, obszarach peryferyjnych i centrach metropolitalnych) zostanie

¹⁴ Projekt Umowy Partnerstwa dla Realizacji Polityki Spójności 2021-2027 w Polsce, str. 107

¹⁵ Projekt Umowy Partnerstwa dla Realizacji Polityki Spójności 2021-2027 w Polsce, str. 107

zaadresowany poprzez rozwój nowych modeli opieki zdrowotnej, osadzenie usług opiekuńczych w środowisku lokalnym (deinstytucjonalizacja) oraz wzmocnienie roli podstawowej opieki zdrowotnej”¹⁶,

W przeglądzie zaplanowanych rezultatów jakie zamierzamy osiągnąć w celu priorytetowym 4 trudno doszukać się wprost odnoszących się do deinstytucjonalizacji (nie ma tam liczby osób korzystających ze środowiskowych form wsparcia czy nowo powstałych mieszkań wspomaganych), ale jest jedne ważne dla procesu wzmocnienia roli organizacji społecznych w życiu społecznym:

- zwiększenie udziału osób zatrudnionych w III sektorze w stosunku do ogółu zatrudnionych w gospodarce narodowej z 2% w 2020 r. do 3% w 2030 r.

Rola organizacji pozarządowych (w tym dotycząca strategii deinstytucjonalizacji) jest omawiana w załączniku do UP przy okazji omawiania horyzontalnej Zasady Partnerstwa¹⁷, gdzie wspomina się, że w procesie powstawania Umowy Partnerstwa Rada Działalności Pożytku Publicznego „w celu 4 **postulowano wzmocnienie roli organizacji społeczeństwa obywatelskiego np. w dostarczaniu usług, deinstytucjonalizacji**, rozwoju ekonomii społecznej, wyodrębnieniu działań realizowanych wyłącznie przez NGOs”¹⁸. Dokument dalej precyzuje, że Ministerstwo odniosło się na piśmie do tego postulatu, oraz „zaproszono partnerów do działań informacyjno-promocyjnych kierowanych do odbiorców wsparcia”.

Warto przy okazji zwrócić uwagę, że w UP stwierdza wprost o udziale partnerów w przygotowaniu wytycznych do sposobów realizacji zasady partnerstwa w nowej perspektywie:

„Podobnie jak dotychczas **sposoby realizacji zasady partnerstwa w nowej perspektywie zostaną określone w wytycznych ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego przygotowywanych we współpracy z partnerami**. Wytyczne usystematyzują udział partnerów w takich procesach jak monitorowanie realizacji programów (w szczególności w ramach komitetów monitorujących), ewaluacji czy sprawozdawczości”¹⁹.

Rząd informuje, że Komisja ma 4 miesiące od czasu przekazania dokumentu na wydanie decyzji zatwierdzającej²⁰, czyli do 15 kwietnia 2022 roku.

Ustawa wdrożeniowa

Omawiana wyżej Umowa Partnerstwa wymaga także kolejnej tzw. Ustawy Wdrożeniowej²¹, która ma regulować zasady realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej

¹⁶ Projekt Umowy Partnerstwa dla Realizacji Polityki Spójności 2021-2027 w Polsce, str. 111

¹⁷ Zasada obowiązująca we wszystkich (stąd określenie horyzontalna) Funduszach Europejskich mówiąca o tym, że konieczny jest udział partnerów, w tym organizacji społecznych, zarówno w programowaniu, wdrażaniu, jak monitorowaniu i ewaluacji programów finansowych wspierających gospodarkę krajów członkowskich.

¹⁸ Projekt Umowy Partnerstwa dla Realizacji Polityki Spójności 2021-2027 w Polsce, str. 246, wyróżnienie WRZOS

¹⁹ Projekt Umowy Partnerstwa dla Realizacji Polityki Spójności 2021-2027 w Polsce, str. 248, wyróżnienie WRZOS

²⁰ <https://www.gov.pl/web/fundusze-regiony/umowa-partnerstwa>

²¹ Inaczej ustawa o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027, <https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/strony/o-funduszach/fundusze-na-lata-2021-2027/zapoznaj-sie-z-projektem-ustawy-wdrozeniowej/o-ustawie-wdrozeniowej/>

2021-2027. Ustawa została przedstawiona Stałemu Komitetowi Rady Ministrów²² przez Ministra Finansów, Funduszy i Polityki Regionalnej we wrześniu 2021²³.

Ogólnopolska Federacja Organizacji Pozarządowych krytykuje²⁴ dokument za zbyt słabe ujęcie w niej kwestii partnerstwa społecznego (czyli marginalizowanie w procesie planowania, wdrażania i kontroli unijnych funduszy roli organizacji pozarządowych). Podobne stanowisko zajęła Rada Działalności Pożytku Publicznego w uchwale nr 218 z października 2021 r.²⁵.

Projekt ustawy w grudniu 2021 był po etapie opiniowania przez Komisję Prawniczą, w trakcie których dokonano „licznych zmian redakcyjnych i legislacyjnych”²⁶.

Umowa Partnerstwa i Fundusze Europejskie – negocjacje z Komisją Europejską

23 marca 2022 Minister Funduszy i Polityki Regionalnej Grzegorz Puda spotkał się z Normundsem Popensem zastępcą dyrektora generalnego Departamentu Polityki Regionalnej Komisji Europejskiej w ramach negocjacji formalnych Umowy Partnerstwa na lata 2021-2027²⁷.

Na stronie <https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/> czytamy:

Podczas spotkania zostało potwierdzone, że wcześniejsze robocze ustalenia tekstu Umowy Partnerstwa zostaną uzupełnione o nowe uwarunkowanie, jakim jest konflikt zbrojny na Ukrainie i wynikający z niego kryzys związany z napływem uchodźców, oraz że zostanie to również odzwierciedlone w zakresie wsparcia celu polityki 4 – Europa bliżej obywateli.

Przypominamy, że Umowa Partnerstwa (UP) to podstawowy dokument określający sposób wykorzystania przez kraj członkowski Unii Europejskiej funduszy unijnych na realizację własnych celów rozwojowych. Obecnie procedowana Umowa ma dotyczyć wydatkowania funduszy europejskich w latach 2021-2027.

W marcu 2022 rząd oficjalnie przekazał do Komisji Europejskiej projekt programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027²⁸ (który zastąpi program Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020). Z kolei samorządy województw przekazały do Komisji Europejskiej projekty programów regionalnych. W programach tych znaczna część środków będzie przeznaczona na inwestycje służące walce z ubóstwem i wykluczeniem społecznym, aktywizacji grup w trudnej sytuacji, rozwojowi usług społecznych i ekonomii społecznej. Przekazanie tych dokumentów to początek formalnego dialogu strony polskiej z Komisją Europejską na temat ostatecznego kształtu programów.

²² Komitet Stały Rady Ministrów to „organ pomocniczy Rady Ministrów i Prezesa Rady Ministrów, którego zadaniem jest inicjowanie, przygotowywanie i uzgadnianie rozstrzygnięć albo stanowisk Rady Ministrów lub Prezesa Rady Ministrów w sprawach należących do zadań i kompetencji tych organów

²³ <https://legislacja.gov.pl/projekt/12351155>

²⁴ <https://publicystyka.ngo.pl/stanowisko-organizacji-spolescenstwa-obywatelskiego-do-projektu-ustawy-o-zasadach-realizacji-zadan-finansowanych-ze-srodkow-europejskich-w-perspektywie-finansowej-2021-2027>

²⁵ <https://www.gov.pl/web/pozytek/uchwaly-rdpp>

²⁶ Protokół z posiedzenia Komisji Prawniczej,

<https://legislacja.gov.pl/docs//2/12351155/12814709/dokument539122.pdf>

²⁷ <https://www.gov.pl/web/fundusze-regiony/umowa-partnerstwa--negocjacje-z-komisja-europejska>

²⁸ <https://www.power.gov.pl/media/108160/UchwalaRM.pdf>

Uzgodniono ostateczną treść Umowy Partnerstwa

30 czerwca 2022 r. oficjalnie zakończyły się negocjacje Umowy Partnerstwa między Komisją Europejską a polskim rządem²⁹.

Umowa Partnerstwa, jest najważniejszym dokumentem, który określa współpracę między Unią Europejską a Polską. To uzgodniona z Komisją Europejską strategia wykorzystania funduszy europejskich w obecnej perspektywie finansowej na lata 2021-2027.

Dokument w formie przyjętej 30 listopada 2021 r. przez Radę Ministrów omawialiśmy szerzej w raporcie z Monitoringu polityk publicznych w zakresie usług społecznych: za okres listopad-grudzień 2021³⁰.

W lipcu 2022 Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej opublikowało aktualną wersję Umowy Partnerstwa³¹.

W części opisującej Cel Priorytetowy 4 „Europa o silniejszym wymiarze społecznym” dokument dwukrotnie odwołuje się do ekspertyzy przygotowanej na zleceni WRZOS przez dr Izabelę Grabowską i dr Szymona Wójcika pt.: „Analiza skali potrzeb i niezbędnych zmian w ramach procesu deinstytucjonalizacji”³².

Co zmieniono w ostatecznej wersji Umowy Partnerstwa?

Umowa Partnerstwa jest najważniejszym dokumentem, który określa współpracę między Unią Europejską a Polską w zakresie realizacji polityki spójności. To uzgodniona z Komisją Europejską strategia wykorzystania funduszy europejskich w obecnej perspektywie finansowej na lata 2021-2027.

Dokument w formie przyjętej 30 listopada 2021 r. przez Radę Ministrów omawialiśmy szerzej w raporcie z Monitoringu polityk publicznych w zakresie usług społecznych za okres listopad-grudzień 2021³³.

30 czerwca 2022 r. oficjalnie zakończyły się negocjacje Umowy Partnerstwa między Komisją Europejską a polskim rządem³⁴.

Prezentujemy porównanie wersji przyjętej przez Rząd w grudniu 2021 i wersji uzgodnionej z Komisją Europejską i przyjętej 30 czerwca 2022.

²⁹ <https://www.gov.pl/web/fundusze-regiony/umowa-partnerstwa-to-rekordowe-76-mld-euro-to-okolo-350-mld-zl-dla-polski>

³⁰ <https://www.wrzos.org.pl/aktualnosci/monitoring-polityk-publicznych-w-zakresie-uslug-spoecznych-listopad-grudzien-2021/>

³¹ https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/109763/Umowa_Partnerstwa_na_lata_2021_2027.pdf

³² <https://www.wrzos.org.pl/aktualnosci/ekspertyza-analiza-skali-potrzeb-i-niezbednych-zmian-w-ramach-procesu-deinstytucjonalizacji/>

³³ <https://www.wrzos.org.pl/aktualnosci/monitoring-polityk-publicznych-w-zakresie-uslug-spoecznych-listopad-grudzien-2021/>

³⁴ <https://www.gov.pl/web/fundusze-regiony/umowa-partnerstwa-to-rekordowe-76-mld-euro-to-okolo-350-mld-zl-dla-polski>

Analiza

Aktualna, obowiązująca wersja Umowy Partnerstwa³⁵ jest w dość wielu miejscach zmieniona w porównaniu z dokumentem przyjętym uchwałą 30 listopada 2021 r. przez Radę Ministrów. Cały dokument jest dłuższy o kilkanaście stron, chociaż analiza pokazuje, że pewne fragmenty zostały także usunięte. Co oczywiste, wiele uzupełnionych kwestii dotyczy inwazji Federacji Rosyjskiej i wojny w Ukrainie oraz będącym ich konsekwencją napływem uchodźców do Polski. W naszej analizie skupimy się na kwestiach istotnych dla procesu rozwoju usług środowiskowych.

W części Umowy Partnerstwa, która nas najbardziej interesuje, zatytułowanej „1.4. Cel „Europa o silniejszym wymiarze społecznym” (CP4)” na początku dodano fragment, w którym, m.in., stwierdza się wprost, że podejmowane działania mają:

„realizować Gwarancję dla Dzieci oraz będą zgodne z Konwencją ONZ o prawach osób niepełnosprawnych, w tym z artykułem 19³⁶ tej Konwencji i Komentarzem ogólnym nr 5 do tej Konwencji (w każdym celu EFRR w CP4 możliwa będzie realizacja inwestycji z zakresu dostępności dla osób ze specjalnymi potrzebami)”³⁷.

Zatem ten fragment odwołuje się do jednego z najważniejszych dokumentów, na który powołują się rzecznicy deinstytucjonalizacji usług dla osób z niepełnosprawnościami.

Wprowadzono drobne zmiany dotyczące uczestnictwa osób z niepełnosprawnościami w rynku pracy, np. dodano poniższe zdanie:

„Celem poprawy warunków do pełnego uczestnictwa osób z niepełnosprawnościami w rynku pracy i zwiększenia poziomu zatrudnienia tej grupy działania realizowane w CP4 obejmą kompleksowe wsparcie łączące instrumenty aktywnej polityki rynku pracy z działaniami z zakresu aktywizacji społecznej”.

W części opisującej rynek pracy dodano również fragment dotyczący przybycia uchodźców z Ukrainy:

„Na sytuację na polskim rynku pracy bardzo duży wpływ będzie miał bezprecedensowy napływ obywateli Ukrainy do Polski w wyniku wojny na terytorium Ukrainy. Osoby te będą jedną z priorytetowych grup docelowych w zakresie działań mających na celu realizację aktywnej polityki rynku pracy w Polsce”.

W części „**Obszar: edukacja i kompetencje**” explicite sformułowano, że

„Szkoly specjalne i inne placówki, które prowadzą do segregacji lub utrzymania segregacji jakiegokolwiek grupy defaworyzowanej i/lub zagrożonej wykluczeniem społecznym, nie będą wspierane w zakresie infrastruktury i wyposażenia”.

³⁵ <https://www.gov.pl/web/fundusze-regiony/umowa-partnerstwa-to-rekordowe-76-mld-euro-to-okolo-350-mld-zl-dla-polski>

W lipcu Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej opublikowało aktualną wersję Umowy Partnerstwa https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/109763/Umowa_Partnerstwa_na_lata_2021_2027.pdf

³⁶ Artykuł 19 Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych dotyczy prawa do niezależnego życia, https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/13576/Konwencja_ONZ_o_prawach_osob_niepelnosprawnych.pdf

³⁷ Umowa Partnerstwa dla Realizacji Polityki Spójności 2021-2027 w Polsce, str. 46,

https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/109763/Umowa_Partnerstwa_na_lata_2021_2027.pdf

Inaczej sformułowano fragment dotyczący wsparcia uczniów z niepełnosprawnościami, podkreślając mocniej konieczność rozwoju edukacji tych uczniów w placówkach ogólnodostępnych, a nie specjalnych (str. 54-55):

Dodano część dotyczącą wspierania uczniów, którzy doświadczyli migracji (w kontekście osób uciekających z Ukrainy), podkreślając konieczność wzmocnienia roli „szkoły jako lokalnego centrum integrowania społeczności szkolnej i pozaszkolnej, dostępnej architektonicznie”.

Poszerzono fragment o doradztwie zawodowym dodając część dotyczącą wspierania infrastruktury ośrodków wspierających uczenie się przez całe życie. Te ośrodki mają realizować również edukację dla osób z niepełnosprawnościami i w tym sensie jest to ważne dla niezależnego życia.

Część Obszar: włączenie i integracja społeczna

Uzupełniono dokument o szereg danych diagnostycznych, rozszerzono lub zawężono zakresy wsparcia, doprecyzowano lub uzupełniono zapisy, aby lepiej oddawały sens i istotę deinstytucjonalizacji.

Jedną z kluczowych zmian w Umowie Partnerstwa zakresie zapisów dotyczących deinstytucjonalizacji jest doprecyzowanie zapisów odnoszących się do możliwości wsparcia instytucji całodobowych ze środków EFRR i EFS+. Do dokumentu dodano fragment, w którym m.in. stwierdzono wprost, że w ramach EFRR inwestycje infrastrukturalne w placówki świadczące całodobową opiekę długoterminową (całodobowe usługi opiekuńcze) w instytucjonalnych formach są niedozwolone;

„W ramach EFRR inwestycje infrastrukturalne w placówki świadczące całodobową opiekę długoterminową (całodobowe usługi opiekuńcze) w instytucjonalnych formach są niedozwolone. Aby umożliwić przejście od opieki zinstytucjonalizowanej do środowiskowej, placówki te będą mogły być beneficjentem EFS+ na inwestycje strictly pozainfrastrukturalne, mające na celu deinstytucjonalizację usług. Zarządzający tymi instytucjami będą mogli korzystać z EFS+ na rozwój niezrzeszanych i niezolowanych form wsparcia dziennego, środowiskowego, wsparcia wytchnieniowego, wspomaganie w domu oraz tworzenie partnerstw z innymi dostawcami usług w celu deinstytucjonalizacji. Wsparcie to musi zapewniać odbiorcom możliwość niezależnego życia i włączenia społecznego zgodnie z artykułem 19 Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych, Komentarzem ogólnym nr 5 do tej Konwencji i Uwagami Podsumowującymi Komitetu do spraw Praw Osób Niepełnosprawnych ONZ. Rozwijanie usług środowiskowych realizowanych przez personel całodobowych placówek opiekuńczych musi wynikać z lokalnej analizy potrzeb, a także nie może wzmacniać usług opieki prowadzonych w formie instytucjonalnej”.

Co istotne do Umowy Partnerstwa dodano także oczekiwane rezultaty wykorzystania Funduszy Europejskich dotyczące usług społecznych i sektora organizacji pozarządowych. Założono, że:

- odsetek gmin, które realizują usługi opiekuńcze (89,34% w 2020 r.) wzrośnie do 95% w 2030 r.
- odsetek gmin, w których uruchomiono specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi (12,47% w 2020 r.) wzrośnie do 70% w 2030 r.

- odsetek jednostek samorządu terytorialnego, które opracowały i realizują lokalne lub regionalne plany deinstytucjonalizacji usług społecznych będzie wynosił 50% w 2030 r. (0% w 2022 r.)
- udział osób zatrudnionych w III sektorze w stosunku do ogółu zatrudnionych w gospodarce narodowej wzrośnie z 2% w 2020 r. do 3% w 2030 r.

W nowej wersji Umowy Partnerstwa jeszcze mocniej wybrzmiewa wątek tworzenia i realizacji na regionalnych i lokalnych planów DI (niestety nie wskazano, że w ich tworzeniu mają brać udział organizacje społeczne).

Dodano fragment mówiący o możliwości realizacji z EFS+ usług w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie.

Dodano także fragment wskazujący, że głównym celem interwencji EFS+ w obszarze ekonomii społecznej jest tworzenie nowych miejsc pracy.

W części o zatrudnieniu osób z niepełnosprawnościami dodano zdanie:

„W tym kontekście (niskiego stopnia aktywności zawodowej osób z niepełnosprawnościami – przyp. WRZOS) szczególne znaczenie ma asystencja osobista, pozwalająca na bardziej samodzielne życie poprzez wsparcie ściśle dostosowane do indywidualnych potrzeb osoby i odnoszące się potencjalnie do wszystkich sfer życia – od codziennych czynności życiowych, przez wymiar społeczny życia, sferę zawodową po edukację”. Str.63

Dodano fragment o bezdomności i o usługach zdrowotnych wskazując na priorytet metody Najpierw Mieszkanie oraz ważność usług społecznych dla włączenia społecznego (str. 63-64):

„Jedną z najbardziej wykluczonych grup są osoby w kryzysie bezdomności, których zgodnie z badaniem MRiPS z 2019 r. jest w Polsce ok. 30,3 tys. Większość z nich to osoby znajdujące się w tej sytuacji od ponad 5 lat z powodu kryzysów rodzinnych, uzależnień czy eksmisji lub wymeldowania z mieszkania. Ze względu na specyfikę doświadczanych trudności, wsparcie będzie wykorzystywało w sposób komplementarny zarówno środki w ramach EFS+, jak i EFRR tj. będzie zawierało zarówno elementy społeczne, usługi w zakresie przeciwdziałania bezdomności i wspierające osoby znajdujące się w kryzysie bezdomności (m.in. poprzez usługi streetworkingu), jak i mieszkaniowe, przede wszystkim poprzez wykorzystanie modelu Najpierw mieszkanie (ang. Housing First).

Wsparcie osób zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym musi obejmować także usługi społeczne (i zdrowotne), aby zapewnić ich pełne uczestnictwo w życiu społecznym i zawodowym”.

Fragment uzasadniający potrzebę rozwoju usług środowiskowych niezaspokojeniem potrzeb DPS przeszedł z przypisu do głównej treści:

„Potrzeby w zakresie rozwoju środowiskowych usług społecznych ukazuje analiza danych statystycznych dotyczących stacjonarnych zakładów pomocy społecznej. W 2019 procentowy wskaźnik zaspokojenia potrzeb DPS wynosił 55,73%. Wartość na tym poziomie pokazuje, iż obecny system nie zaspokaja potrzeb, a grono osób, które nie zostały przyjęte do DPS jest znaczne”. (Str. 64)

W tej części dodano też dwa akapity na temat usług środowiskowych:

„Na koniec 2020 r. w Polsce funkcjonowało 826 gminnych oraz ponadgminnych domów pomocy społecznej, w których zamieszkiwało ponad 71,5 tys. osób. Potrzeby w zakresie rozwoju środowiskowych usług społecznych ukazuje analiza danych statystycznych dotyczących stacjonarnych zakładów pomocy społecznej. W 2019 procentowy wskaźnik zaspokojenia potrzeb opiekuńczych przez DPS wynosił 55,73%. Wartość na tym poziomie pokazuje, iż obecny system nie zaspokaja potrzeb, a grono osób, które nie zostały przyjęte do DPS jest znaczne. Zmiany demograficzne spowodowane procesem starzenia się społeczeństwa sprawią, że potrzeby te będą jeszcze większe. Udział osób w wieku 75+ w populacji w 2020 r. wynosił 7,1%, a zgodnie z przewidywaniami, do 2035 r. ma wzrosnąć blisko dwukrotnie (do 13,5%)¹⁰⁷

Dostęp do usług opiekuńczych w ostatnich latach nieznacznie się poprawił – w 2020 r. były one świadczone w 89,34% gmin w Polsce (gminy te udzieliły ponad 34,5 mln świadczeń), podczas gdy w 2016 r. usługi te były dostępne w 82,65% gmin (ponad 33,8 mln świadczeń). Ww. dane zawierają również dane dotyczące specjalistycznych usług opiekuńczych, które w 2020 r. świadczone były w jedynie 12,47% gmin (309 świadczeń). Dostęp do usług w społeczności lokalnej zapewniany jest także ze środków EFS – od początku wdrażania perspektywy finansowej 2014-2020, do końca grudnia 2021 r. usługami asystenckimi i opiekuńczymi zostało objętych ponad 92 tys. osób. Nieznacznej poprawie uległa w ostatnich latach również dostępność do rodzinnych domów pomocy – na koniec 2020 r. funkcjonowały 47 takich placówek, które oferowały 354 miejsca (na koniec 2016 r. 26 placówek oferujących 150 miejsc opieki)”.

Co ciekawe, przypis nr 107 ze strony 64 odwołuje się do publikacji WRZOS dotyczącej deinstytucjonalizacji - dr Izabela Grabowska, Dr Szymon Wójcik, *Analiza skali potrzeb i niezbędnych zmian w ramach procesu deinstytucjonalizacji*³⁸.

Niestety ze strony 55 skreślono zdanie o usługach społecznych jako narzędziu zapobiegania ubóstwu – „Zapewnienie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych stanowi również narzędzie zapobiegania ubóstwu.”

Zdanie dotyczące wprost deinstytucjonalizacji uzupełniono o zaznaczone fragmenty, które starają się tłumaczyć w bardziej przystępny sposób proces deinstytucjonalizacji:

„Oprócz koordynacji świadczonych usług należy kontynuować prace nad ich deinstytucjonalizacją, poprzez zwiększenie dostępu do usług, ale też przejście od opieki instytucjonalnej (świadczonej w różnego rodzaju placówkach) do opieki świadczonej w lokalnych społecznościach (w tym m.in poprzez wykorzystanie

³⁸ <https://www.wrzos.org.pl/aktualnosci/ekspertyza-analiza-skali-potrzeb-i-niezbędnych-zmian-w-ramach-procesu-deinstytucjonalizacji/>

efektów i doświadczeń wsparcia realizowanego w ramach perspektywy finansowej 2014 -2020), przybliżenia ich do odbiorców oraz osadzenia w środowisku lokalnym, wykorzystując w sposób komplementarny EFS+ i EFRR.”³⁹

W zdaniu dotyczącym usług świadczonych w społeczności lokalnej dodano (w cytacie poniżej podświetlone) wyjaśnienie dotyczące usług opieki długoterminowej (w tym, niestety, także usług całodobowych):

„Ważne jest zwiększenie dostępności do różnego rodzaju usług świadczonych w społeczności lokalnej, w tym usług opieki długoterminowej, (która realizowana jest w Polsce częściowo przez system pomocy społecznej w postaci dziennych oraz całodobowych usług opiekuńczych), ale także zapewnienie ich jak najwyższej jakości.”⁴⁰

W kolejnym zdaniu dodano do wyliczania takich usług (świadczonych w społeczności lokalnej) nowoczesne formy świadczenia usług opiekuńczych (np. teleopieka):

„Chodzi m.in. o usługi asystenckie i opiekuńcze (przede wszystkim formy opieki dziennej), wsparcie tworzenia i funkcjonowania mieszkań chronionych i wspomaganych, upowszechnienie transportu indywidualnego dla osób z potrzebami w zakresie mobilności, wsparcie z zakresu opieki wytchnieniowej, która ułatwia funkcjonowanie sprawującym opiekę rodzinom, nowoczesne formy świadczenia usług opiekuńczych (np. teleopieka)”.

Dalej dodano fragment uzasadniający rozwój tego rodzaju usług możliwością zapobiegania umieszczania osób wymagających wsparcia w całodobowych instytucjach:

„Rozwój usług w społeczności lokalnej pozwoli zapobiegać umieszczaniu części osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w całodobowych instytucjach opieki. Przewiduje się również wykorzystanie komplementarnie do działań EFS+ wsparcia o charakterze infrastrukturalnym ze środków EFR”.

W dalszej części zwrócono uwagę na powiązanie wykorzystania środków europejskich z interwencją planowaną w ramach Strategii Rozwoju Usług Społecznych oraz zwrócono uwagę na konieczność zapewnienia komplementarności między usługami społecznymi i zdrowotnym, które to obszary są koordynowane przez dwa różne ministerstwa:

Istotną kwestią jest zapewnienie komplementarności usług społecznych i zdrowotnych wobec ostatecznych odbiorców wsparcia. W Krajowym Planie Odbudowy zostanie zrealizowana reforma A4.6 Wzrost uczestnictwa niektórych grup w rynku pracy poprzez rozwój opieki długoterminowej. Za jej realizację odpowiedzialne są Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej oraz Ministerstwo Zdrowia, które przygotowują strategiczny przegląd opieki długoterminowej w Polsce w celu określenia priorytetów reformy. Dokonana analiza ma stanowić podstawę rekomendacji zmian legislacyjnych.

Wzmocnienie procesu deinstytucjonalizacji usług opiekuńczych w Polsce będzie możliwe m.in. dzięki działaniom zaplanowanym w dokumencie Strategia Rozwoju Usług Społecznych - polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.).

³⁹ Str. 64

⁴⁰ Str. 65

Jako jedno z kluczowych działań przewiduje ona m.in. tworzenie i wdrażanie lokalnych i regionalnych planów deinstytucjonalizacji usług. Ze środków EFS+ będzie możliwe wsparcie realizacji tych planów, tak aby zapewnić ich jak najbardziej skuteczne wdrożenie. Celem tych planów będzie wyznaczenie kierunków rozwoju usług społecznych na szczeblu lokalnym, zarówno w zakresie koniecznych interwencji, jak i podjęcia działań o charakterze prewencyjnym i profilaktycznym. Ich ważnym elementem będzie określenie konkretnych celów i działań w poszczególnych obszarach lokalnej polityki społecznej. Operacjonalizacja Planów powinna skupiać się na zagadnieniach związanych z kreacją i realizacją usług dostarczanych w środowisku zamieszkania odbiorców. Dotyczy to zarówno usług organizowanych w społecznościach lokalnych w formie dziennej, w tym mieszkalnictwa wspomaganego, jak również usług dostarczanych bezpośrednio w domu. Plany powinny określać również cele związane z otwieraniem się instytucji świadczących całodobowe usługi społeczne w formie stacjonarnej na działania środowiskowe o wielofunkcyjnym charakterze. Lokalne plany deinstytucjonalizacji usług społecznych będą przyjmowane np. uchwałą jednostki samorządu terytorialnego⁴¹.

Dalej dodano także dane dotyczące dzieci przebywających w całodobowych instytucjach:

„Poza placówkami systemu pieczy zastępczej, dzieci i młodzież przebywają również w innych całodobowych instytucjach opieki takich jak DPS (2 168 osób), zakłady opiekuńczo-lecznicze i inne placówki systemu zdrowia (837 osób), młodzieżowe ośrodki wychowawcze i młodzieżowe ośrodki socjoterapii (9 689 osób)¹⁰⁸.”

Dane te pochodzą, podobnie jak te dotyczące usług opiekuńczych, znów z publikacji WRZOS: Dr Izabela Grabowska, Dr Szymon Wójcik, „Analiza skali potrzeb i niezbędnych zmian w ramach procesu deinstytucjonalizacji⁴².”

A do kolejnego zdania dodano końcówkę, stwierdzającą wprost możliwość finansowania z EFS+ i EFRR działań związanych z przechodzeniem od opieki instytucjonalnej do opieki rodzinnej:

„Z tego powodu konieczne jest kontynuowanie podejmowanych już wcześniej działań mających na celu wsparcie procesu przejścia od opieki instytucjonalnej, do opieki rodzinnej (rodzinnych form pieczy zastępczej), z wykorzystaniem odpowiednio i w sposób komplementarny EFS+ i EFRR.”

Przeformułowano fragment w zdaniu dotyczącym pieczy zastępczej:

Było:

„Aby umożliwić wszystkim dzieciom wychowywanie się w warunkach zapewniających ich prawidłowy rozwój, bardzo istotne jest także zapewnienie usług dla rodzin przeżywających trudności opiekuńczo-wychowawcze, usługi wsparcia dla młodzieży przebywającej w różnego rodzaju ośrodkach wychowawczych, zakładach poprawczych, wsparcie osób usamodzielnianych, opuszczających pieczę zastępczą oraz różnego rodzaju działania wzmacniające proces deinstytucjonalizacji instytucji całodobowych, w których przebywają dzieci.”

⁴¹ str. 65-66

⁴² <https://www.wrzos.org.pl/aktualnosci/ekspertyza-analiza-skali-potrzeb-i-niezbednych-zmian-w-ramach-procesu-deinstytucjonalizacji/>

Jest:

„Aby umożliwić wszystkim dzieciom wychowywanie się w warunkach zapewniających ich prawidłowy rozwój, bardzo istotne jest także zapewnienie usług dla rodzin przeżywających trudności opiekuńczo-wychowawcze, **usługi wsparcia dla dzieci i młodzieży przebywających w różnego rodzaju całodobowych placówkach opieki (m.in. instytucje systemu pieczy zastępczej, domy pomocy społecznej, ośrodki wychowawcze, zakłady poprawcze)**, a także wsparcie osób usamodzielnianych, opuszczających pieczę zastępczą oraz różnego rodzaju działania wzmacniające proces deinstytucjonalizacji instytucji całodobowych, w których przebywają dzieci i młodzież.”

Dodano wskazanie, że działania finansowane z funduszy nie mogą być sprzeczne z ideą deinstytucjonalizacji:

„Działania mające na celu wsparcie dzieci i młodzieży przebywających w całodobowych instytucjach opieki nie mogą wzmacniać potencjału instytucjonalnego tych placówek. Mogą dotyczyć wsparcia dzieci oraz kadr w zakresie zgodnym z ideą deinstytucjonalizacji. Aby wspomóc proces adopcji, od którego odpowiedniego przebiegu zależą późniejsze losy dzieci, ważne jest także zapewnienie odpowiedniego wsparcia dla kandydatów na rodziców (wsparcie preadopcyjne) oraz osób, które już przysposobiły dziecko (wsparcie postadopcyjne)”.

W części o integracji obywateli państwa trzecich, wyodrębniono i przeniesiona dalej akapit o Romach, oraz dodano akapit o uchodźcach z Ukrainy oraz o modelu one-stop-shop:

„Znaczące wyzwania dla interwencji EFS+ w tym zakresie wynikają ze skutków ataku Federacji Rosyjskiej na Ukrainę i związanej z nim skali migracji osób, które przebywały na stałe w Ukrainie do Polski. Według danych Państwowej Straży Granicznej przez pierwsze prawie 2,5 miesiące wojny granicę polsko-ukraińską przekroczyło blisko 3,3 miliona uchodźców z Ukrainy, z czego zdecydowana większość to kobiety z dziećmi, a docelowo liczba ta może wzrosnąć w zależności od sytuacji do kilku mln osób. Zasadniczo wszystkie instytucje i części składowe systemu włączenia społecznego w Polsce będą zaangażowane w pomoc osobom, które opuściły terytorium Ukrainy. Wiele z osób, które przybyły i przybędą do Polski będzie wymagało wsparcia w obszarze aktywnej integracji, dostępu do usług społecznych i zdrowotnych czy w ramach ekonomii społecznej. Ważne jest więc zarówno wdrożenie działań adresowanych bezpośrednio do tych osób, jak i umożliwienie im pełnego uczestnictwa w działaniach podejmowanych w perspektywie 2021-2027.

Działania dotyczące integracji obywateli państw trzecich będą prowadzone m.in. w oparciu o wdrażanie modelu „one-stop-shop”, tam gdzie będzie to możliwe. Działania w tym zakresie będą realizowane z wykorzystaniem odpowiednio i w sposób komplementarny EFS+ i EFRR.”

Do części opisującej dostępność dodano organizacje pozarządowe (podświetlony fragment jest dodany):

*„Działania dążące do wyrównywania szans i przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu znajdują również swoje odzwierciedlenie w inwestycjach służących zabezpieczeniu i realizacji potrzeb społecznych **zarówno z EFS+, m.in w zakresie***

wsparcia potencjału instytucji pozarządowych do prowadzenia działań służących zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, jak i dostosowywania infrastruktury społecznej i przestrzeni publicznej do potrzeb osób ze szczególnymi potrzebami z EFRR⁴³.

Usunięto poniższy fragment dotyczący finansowania infrastruktury ze środków EFRR, w tym, także tej dotyczącej deinstytucjonalizacji:

„Ponadto w zakresie infrastruktury społecznej ze środków EFRR priorytetem powinno być dopasowanie istniejącej infrastruktury, a w przypadku gdy zostanie zdiagnozowana taka potrzeba, uzupełnienie jej w celu zwiększenie integracji społeczno-ekonomicznej marginalizowanych społeczności. Z tego powodu zasadne jest umożliwienie wspierania rozwoju infrastruktury społecznej powiązanej z procesem integracji społecznej, aktywizacji społeczno-zawodowej i deinstytucjonalizacji usług, w szczególności w zakresie wsparcia mieszkalnictwa wspomaganego oraz przeciwdziałania problemowi bezdomności”⁴⁴.

Na początku części „Obszar: ochrona zdrowia, w tym zdrowotna opieka długoterminowa” (której tytuł zmieniono dodając przymiotnik „zdrowotna”) przeformułowano niektóre fragmenty, dodano kilka nowych słów, sformułowañ, część przeformułowañ przeniesiono też do nowego akapitu. W cytowanych fragmentach części przeformułowañ zaznaczono kolorem **seledynowym**, a dodane kolorem **żółtym**.

W poprzedniej wersji Umowy Partnerstwa było:

„Wyzwania w obszarze ochrony zdrowia, w tym opieki długoterminowej w obszarze zdrowia, na które odpowiada interwencja funduszy europejskich, to przede wszystkim potrzeba poprawy dostępności, skuteczności, jakości i odporności systemu w odpowiedzi na potrzeby wynikające z trendów epidemiologicznych i demograficznych oraz sytuacji kryzysowych. Interwencja ta będzie polegała na zwiększeniu dostępności usług zdrowotnych i opieki długoterminowej z uwzględnieniem zróżnicowań regionalnych i poprawie efektywności usług medycznych, w tym upowszechnieniu e-zdrowia i telemedycyny oraz rozwoju kadr systemu ochrony zdrowia, w tym opieki długoterminowej w obszarze zdrowia (kadr medycznych oraz pracowników wykonujących zawody mające zastosowanie w ochronie zdrowia, w tym opieki długoterminowej w obszarze zdrowia). Pandemia COVID-19 uwypukliła nie tylko konieczność zwiększenia nakładów finansowych na ochronę zdrowia, ale również potrzebę kontynuacji działań długoterminowych wynikających z ram strategicznych, które budują odporność i wydolność systemu w czasach kryzysu.”

W obecnej wersji jest (zwracamy uwagę, że dodano np. deinstytucjonalizację):

„Wyzwania w systemie ochrony zdrowia, w tym zdrowotnej opieki długoterminowej, na które odpowiada interwencja funduszy europejskich, to przede wszystkim potrzeba poprawy dostępności, skuteczności, jakości i odporności

⁴³ Str. 68

⁴⁴ Projekt Umowy Partnerstwa dla Realizacji Polityki Spójności 2021-2027 w Polsce z grudnia 2021, str. 57

systemu w odpowiedzi na potrzeby wynikające z trendów epidemiologicznych i demograficznych oraz sytuacji kryzysowych. Interwencja ta będzie polegała na wdrożeniu działań skutkujących podwyższeniem jakości i zwiększeniem dostępności usług zdrowotnych i zdrowotnej opieki długoterminowej z uwzględnieniem różnicowań terytorialnych i poprawie efektywności usług medycznych. Dla realizacji powyższych założeń konieczna będzie optymalizacja piramidy świadczeń poprzez m.in. wzmocnienie kadrowe i infrastrukturalne podstawowej i ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, upowszechnienie profilaktyki zdrowotnej, w szczególności na rzecz wydłużenia aktywności zawodowej pracowników, deinstytucjonalizację opieki medycznej, w tym długoterminowej; reformę opieki psychiatrycznej; kształcenie kadr medycznych i niemedyceńskich. Istotnym narzędziem wsparcia powyższych interwencji będzie także wzmocnienie potencjału pracowników administracji ochrony zdrowia, jak również wsparcie potencjału systemu ochrony zdrowia do wdrożenia planowanych zmian oraz rozwój obszaru e-zdrowia i telemedycyny.

Kryzysy ostatnich lat, w tym pandemia COVID-19 oraz wojna w Ukrainie, uwypukliły nie tylko konieczność zwiększenia nakładów finansowych państwa na ochronę zdrowia, ale również potrzebę kontynuacji działań długoterminowych wynikających z ram strategicznych, które budują odporność i wydolność systemu w czasach kryzysu oraz wzmocnienia zdolności działania i reagowania systemu ochrony zdrowia i jego poszczególnych uczestników.”

W kolejnych akapitach dodano fragment odwołujący się do dokumentów strategicznych:

„W zakresie opieki długoterminowej w wymiarze społecznym, dokumentem strategicznym jest Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu. Aktualizacja 2021-2027, polityka publiczna z perspektywą do roku 2030 oraz Strategia Rozwoju Usług Społecznych – polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.).”

Dalej w treści dokumentu dodano nowy podtytuł „**Profilaktyka zdrowotna, aktywność zawodowa i bezpieczeństwo pracowników**”, a pod nim akapit rozpoczynający:

„Polacy żyją krócej i w gorszym zdrowiu niż wynosi średnia UE. Gorsze zdrowie oraz krótsza długość życia mogą przekładać się na nierówności na rynku pracy i zwiększenie nierówności społecznych.

W celu odpowiedzi na ten problem, jak również w celu wzmocnienia profilaktyki (zgodnie z aneksem D do Sprawozdania Rocznego dla Polski z 2019 r.) ze środków EFS+ realizowane będą programy profilaktyczne ukierunkowane na wczesne wykrywanie problemów zdrowotnych w zakresie chorób stanowiących istotny problem zdrowotny populacji kraju lub regionu. Programy profilaktyczne i inne usługi zdrowotne finansowane z EFS+ będą wdrażane na warunkach określonych w poszczególnych programach, przy zapewnieniu m.in. dostępności i udziału dla osób w szczególności trudnej sytuacji, adresowania białych plam w dostępie do usług, promowania koordynacji opieki zdrowotnej, integracji działań z inwestycjami EFRR, a także koordynacji usług zdrowotnych i społecznych. Programy profilaktyczne i usługi zdrowotne finansowane z EFS+ co do zasady nie będą obejmować leczenia i

zabiegów medycznych innych niż na potrzeby diagnostyki, gdyż leczenie powinno być finansowane ze środków krajowych”.

W tym fragmencie pojawia się ważne dla procesu deinstytucjonalizacji zapewnienie o koordynacji usług zdrowotnych i społecznych.

Odnotujemy także, że wykreślono fragmenty dotyczące realizacji programów profilaktycznych, ponieważ może to mieć znaczenie dla zwiększonej liczby klientów usług środowiskowych (wczesne wykrywanie problemów zdrowotnych pozwalałoby teoretycznie zmniejszyć liczbę osób wymagających tych usług ze względu na długotrwałe choroby czy będącą ich wynikiem niesamodzielność):

„ze środków EFS+ na poziomie krajowym i regionalnym kontynuowane będą programy profilaktyczne ukierunkowane na wczesne wykrywanie problemów zdrowotnych”.

Drugi wykreślony fragment:

„Powyższe działania zostaną uzupełnione działaniami o charakterze edukacyjnym i informacyjnym mającym na celu zwiększanie świadomości zdrowotnej społeczeństwa i odpowiedzialności za własne zdrowie. Na potrzebę kontynuowania realizacji programów profilaktycznych wskazuje przeprowadzone na zlecenie MFiPR pod koniec 2020 r. badanie ewaluacyjne Analiza społeczno-gospodarcza wraz z diagnozą obszarów interwencji EFS, w którym podkreślono konieczność dalszego wspierania projektów polegających na promocji zdrowego stylu życia i profilaktyki chorób. O takiej potrzebie mówią również wyniki ewaluacji Ocena trafności i skuteczności programów profilaktycznych realizowanych w ramach PO WER przeprowadzonej na zlecenie MZ w 2020 r. Pokazały one, że poza realizacją badań przesiewowych, które okazały się skuteczne, w ramach interwencji z EFS+ niezbędne jest także dążenie do zmiany świadomości społecznej, budowanie właściwych postaw i nawyku odpowiedzialności za swoje życie i zdrowie. Wsparcie w zakresie profilaktyki i działań świadomościowych przyczyni się do wzrostu produktywności i zmniejszenia przypadków trwałej niezdolności do pracy z powodów zdrowotnych”⁴⁵.

Dalej w tej części dodano kilka zdań o rehabilitacji leczniczej, co z kolei jest ważne, ponieważ teoretycznie może prowadzić do zmniejszenia liczby osób wymagających usług środowiskowych:

„Komplementarnie do działań współfinansowanych z EFS+ na poziomie regionalnym z EFRR realizowane mogą być inwestycje służące zaspokojeniu potrzeb rehabilitacji leczniczej w trybie ambulatoryjnym, w zakresie schorzeń stanowiących główne przyczyny niezdolności do pracy.

Wsparcie z EFS+ i EFRR będzie komplementarne do reform i wysiłków związanych ze wzrostem znaczenia i finansowania profilaktyki zdrowotnej w Polsce”.

Wyodrębniono fragment pt. „Dostępność do świadczeń zdrowotnych” i zmieniono częściowo jego treść.

⁴⁵ Projekt Umowy Partnerstwa dla Realizacji Polityki Spójności 2021-2027 w Polsce z grudnia 2021, Str. 58

Fragment opisowy sytuacji dotyczący trudnej dostępności świadczeń medycznych uzupełniono o część zaznaczoną kolorem żółtym, co odnotowujemy, bo są tam wymienione grupy ważne dla procesu deinstytucjonalizacji:

„Utrudniony dostęp do usług medycznych mają szczególnie mieszkańcy obszarów słabiej rozwiniętych gospodarczo i terenów wiejskich, a także osoby ze szczególnymi potrzebami, w tym osoby starsze, osoby z niepełnosprawnościami, migranci.”

Zamieniono fragment:

„W związku z tym z EFRR oraz EFS+ realizowane będą działania w zakresie wspierania równego dostępu do przystępnych cenowo usług opieki zdrowotnej, w tym opieki długoterminowej w obszarze zdrowia, w szczególności dla grup w niekorzystnej sytuacji. Będą to głównie działania zwiększające dostęp do opieki zdrowotnej, w tym opieki długoterminowej w obszarze zdrowia w środowisku lokalnym i rozwiązania cyfrowe, zwłaszcza w małych miastach i na obszarach wiejskich”.

na dłuższy, podkreślający m.in.: odwrócenie piramidy świadczeń oraz wskazujący na konieczność koordynacji usług pomiędzy opieką zdrowotną, pomocą⁴⁶ społeczną i opieką długoterminową:

„Istotnym elementem związanym z dostępem pacjentów do lekarza POZ jest nierównomierne obciążenie lekarzy liczbą pacjentów (jest to silnie zróżnicowane pomiędzy powiatami), nierównomierne rozmieszczenie placówek i personelu medycznego oraz różnice regionalne w dostępie do niektórych świadczeń, np. wydawanie kart diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO).

Dla poprawy dostępności, ale także skuteczności i odporności systemu ochrony zdrowia wyzwaniem jest reorganizacja modelu świadczenia usług medycznych w celu wzmocnienia roli jednostek podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, lepsza koordynacja usług zdrowotnych od poziomu podstawowego do opieki szpitalnej, a także pomiędzy opieką zdrowotną, opieką społeczną i opieką długoterminową. Konieczne jest dokonanie zmian w organizacji udzielanych świadczeń i wzmocnienie podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej poprzez przeniesienie części świadczeń z opieki szpitalnej na niższe szczeble opieki, wdrożenie opieki koordynowanej, zwiększenie znaczenia działań profilaktycznych, przy jednoczesnym zapewnieniu odpowiedniej infrastruktury, wyposażenia i kadr POZ i AOS.

Zmiana modelu funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej, etapowe znoszenie limitów przyjęć do specjalistów, czy przenoszenie świadczeń z koszyka szpitalnego do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z uwagi na fakt, że w znacznej mierze dotyczą kwestii związanych z finansowaniem świadczeń, realizowane są ze środków budżetu krajowego. Działania te będą realizowane z wykorzystaniem doświadczeń z projektów już zrealizowanych, w tym jako kontynuacja obecnie wdrażanej reformy opieki koordynowanej POZ .

⁴⁶ Zwracamy uwagę, że w nowym tekście pojawia się dawno nieużywane sformułowanie „opieka społeczna”.

Fundusze EFS+ i EFRR wzmocnią reformę związaną z odwracaniem piramidy świadczeń. Wsparcie POZ skupione zostanie na takich obszarach jak profilaktyka, szkolenie kadr (np. edukatorów zdrowotnych), rozwój opieki koordynowanej, wzmocnienie jakości, dostępności i efektywności usług zdrowotnych poprzez działania systemowe i projakościowe. Dzięki działaniom podejmowanym z EFS+ i EFRR w uzupełnieniu do systemowych zmian podejmowanych na poziomie krajowym, zmianie ulegać będzie struktura świadczeń na poszczególnych szczeblach opieki oraz przesunięcie ciężaru udzielanych świadczeń zdrowotnych z lecznictwa szpitalnego na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną lub podstawową opiekę zdrowotną.

Niezbędne jest dalsze wyrównywanie różnic w dostępie do opieki POZ i AOS zarówno w układzie terytorialnym, jak też jeśli chodzi o czas oczekiwania na realizację świadczenia zdrowotnego. Szczególny nacisk zostanie położony na obszary z największym problemem dostępności, tj. na obszary słabiej rozwinięte gospodarczo i tereny wiejskie. Inwestycje w nowoczesną infrastrukturę i sprzęt dostosowane do rozszerzonej roli POZ, a także w AOS, rehabilitację ambulatoryjną i zdrowotną opiekę długoterminową, muszą wpisywać się w cel, jakim jest wyrównywanie dostępu do wysokiej jakości i skutecznych świadczeń zdrowotnych, co przełoży się również na poprawę odporności systemu ochrony zdrowia w zderzeniu z sytuacjami kryzysowymi. Inwestycje w nowoczesną infrastrukturę i sprzęt szpitali, w tym wsparcie na rzecz diagnostyki będą możliwe, o ile będą nakierowane na rozwój opieki jednego dnia oraz wzmocnienie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej⁴⁷.

A to oznacza, że usunięto poniższy fragment o rozwoju usług w środowisku lokalnym:

„zwiększające dostęp do opieki zdrowotnej, w tym opieki długoterminowej w obszarze zdrowia w środowisku lokalnym”.

W dalszej części dodano fragment dotyczący wsparcia wytchnieniowego:

„W ramach zapewniania większego dostępu do usług zdrowotnych na poziomie lokalnym, nie bez znaczenia jest również konieczność zapewnienia wsparcia wytchnieniowego dla rodzin i opiekunów w sprawowaniu opieki nad bliskimi⁴⁸.”

Wyodrębniono nowy fragment pt. **„Deinstytucjonalizacja usług zdrowia psychicznego i usług zdrowotnej opieki długoterminowej”**, ale wyrzucono z niego część dotyczącą rozwoju rehabilitacji oraz usług sanatoryjnych/uzdrowiskowych oraz wzmocnienia roli jednostek podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Część usunięta:

„Na uwagę zasługują szczególne potrzeby inwestycyjne w zakresie rehabilitacji oraz usług sanatoryjnych/uzdrowiskowych. Wsparcie infrastruktury i wyposażenia podmiotów świadczących usługi rehabilitacyjne oraz sanatoryjne/uzdrowiskowe wynika ze wzrostu popytu na usługi rehabilitacyjne oraz usługi zakładów lecznictwa

⁴⁷ Umowa Partnerstwa dla Realizacji Polityki Spójności 2021-2027 w Polsce, Str. 71

⁴⁸ Umowa Partnerstwa dla Realizacji Polityki Spójności 2021-2027 w Polsce, str. 72

uzdrowiskowego, spowodowanego starzeniem się polskiego społeczeństwa, jak również skutkami pandemii COVID.

Dla poprawy dostępności, skuteczności i odporności systemu ochrony zdrowia wyzwaniem jest również reorganizacja modelu świadczenia usług medycznych w kierunku wzmocnienia roli jednostek podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, lepsza koordynacja usług zdrowotnych od poziomu podstawowego do opieki szpitalnej, a także pomiędzy opieką zdrowotną, opieką społeczną i opieką długoterminową. Obszary te będą przedmiotem wsparcia z EFS+ i EFRR.

Konieczne są zmiany w organizacji udzielanych świadczeń w kluczowych obszarach – podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) ze szczególnym naciskiem na dostęp do profilaktyki, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) oraz obszarze opieki szpitalnej i opieki długoterminowej. Reformy w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej mają na celu przede wszystkim wzmocnienie działań na rzecz stopniowego odwracania piramidy świadczeń zdrowotnych, czyli umożliwienie realizacji świadczeń dotychczas wykonywanych w szpitalu w ramach opieki ambulatoryjnej. Zmiana modelu funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej, etapowe znoszenie limitów przyjęć do specjalistów, czy przenoszenie świadczeń z koszyka szpitalnego do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z uwagi na fakt, że w znacznej mierze dotyczą kwestii związanych z finansowaniem świadczeń, realizowane są ze środków budżetu krajowego. Wzmocnieniem tej reformy będzie zastosowanie środków europejskich. Ich celem jest kompleksowe podejście do pacjenta i poprowadzenie go przez system od etapu diagnostyki, poprzez proces leczenia i rehabilitacji do pełnego wyzdrowienia. Dzięki podejmowanym działaniom zmiana ulegać będzie struktura świadczeń, poprawa efektów terapii oraz przesunięcie ciężaru udzielanych usług zdrowotnych z lecznictwa szpitalnego na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną lub podstawową opiekę zdrowotną.

Niezbędne jest dalsze wyrównywanie różnic w dostępie do opieki zdrowotnej zarówno w układzie terytorialnym, jak też jeśli chodzi o czas oczekiwania na realizację świadczenia zdrowotnego. Szczególny nacisk zostanie położony na obszary z największym problemem dostępności, tj. na obszary wiejskie. Inwestycje w nowoczesną infrastrukturę i sprzęt muszą uwzględniać istniejące deficyty przekładające się na niską jakość i niewystarczającą dostępność świadczeń zdrowotnych, a w konsekwencji niską odporność systemu ochrony zdrowia w zderzeniu z sytuacjami kryzysowymi. Patrząc na dostępność do sprzętu medycznego mierzoną wskaźnikiem liczby sprzętu medycznego (użytkowanego zarówno przez szpitale jak i jednostki podstawowej opieki zdrowotnej) na 1 milion mieszkańców, w Polsce jest ona niższa w porównaniu ze średnią w krajach OECD. Dostęp do nowoczesnego sprzętu pozwoli zwiększyć dostępność do świadczeń zarówno, jeśli chodzi o czas oczekiwania, jak również dostępność terytorialną. Wyzwaniem w tym obszarze jest wprowadzenie głębokich zmian systemowych, którym powinny towarzyszyć niezbędne działania inwestycyjne poprawiające dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, zmniejszające terytorialne dysproporcje w tym zakresie. Dodatkowo, ważne jest, aby wszelkie usprawnienia uwzględniały problem rozproszenia i nierównomiernego rozłożenia istniejącej infrastruktury ochrony

zdrowia, w powiązaniu z przeważającymi na danym terytorium jednostkami chorobowymi. Kolejnym obszarem wymagającym wsparcia z EFS+ i EFRR jest wsparcie działań w zakresie deinstytucjonalizacji opieki medycznej, w tym opieki długoterminowej w obszarze ochrony zdrowia. Odejście od modelu opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności pozwoli na ograniczenie rosnących kosztów hospitalizacji, a także zapewni bardziej kompleksową opiekę nad pacjentem i zwiększy jej jakość. Działania w tym zakresie dotyczyć będą w głównej mierze usług adresowanych do osób starszych lub potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu oraz osób mających problemy ze zdrowiem psychicznym oraz inwestycji infrastrukturalnych.

Obecnie prowadzone są liczne pilotażowe programy mające poprawić dostępność i jakość opieki zdrowotnej poprzez koordynację opieki zdrowotnej, w tym w odniesieniu do pacjentów onkologicznych i nowych programów leczenia. Niektóre z tych programów były realizowane ze środków europejskich w ramach PO WER 2014-2020 np. Dienne Domy Opieki Medycznej, model opieki koordynowanej POZ Plus, modele deinstytucjonalizacji usług w zakresie zdrowia psychicznego. Modele deinstytucjonalizacji usług w zakresie zdrowia psychicznego zostały zastosowane w zmienionym na poziomie krajowym modelu opieki psychiatrycznej⁴⁹.

Część dodana:

„Deinstytucjonalizacja usług zdrowia psychicznego i usług zdrowotnej opieki długoterminowej

Kolejnym problemem do rozwiązania w obszarze zdrowia jest ograniczony dostęp i jakość opieki medycznej nad osobami z problemami psychicznymi i nad osobami starszymi, w tym jakość opieki długoterminowej w obszarze ochrony zdrowia.

Odejście od modelu opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej w trybie jednodniowym, domowym, zdalnym, ambulatoryjnym lub na poziomie lokalnych społeczności, a także lepsza koordynacja świadczeń, także pomiędzy świadczeniami zdrowotnymi a opieką społeczną, pozwoli na ograniczenie niepotrzebnych hospitalizacji, a także zapewni lepszy dostęp do bardziej kompleksowej opieki nad pacjentem i poprawi jej jakość.

W związku z tym, obszarem wymagającym wsparcia z EFS+ i EFRR jest deinstytucjonalizacja opieki medycznej, w tym opieki długoterminowej w obszarze ochrony zdrowia. Działania w tym zakresie dotyczyć będą w głównej mierze rozwoju usług w społecznościach lokalnych i usług domowych poprzez zapewnienie odpowiednich kadr, infrastruktury i sprzętu. Dla pacjentów opieki długoterminowej stworzone zostaną warunki do zwiększonego dostępu do wysokiej jakości świadczeń, w tym świadczeń zdalnych (m.in. teleopieki) czy domowych. Wsparcie będzie dotyczyło deinstytucjonalizacji placówek opieki długoterminowej zapewniających opiekę przede wszystkim osobom z niepełnosprawnościami, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, wsparcie opieki środowiskowej, działania na rzecz wsparcia opieki medycznej i niemedycznej (m.in. zakup

⁴⁹ Projekt Umowy Partnerstwa dla Realizacji Polityki Spójności 2021-2027 w Polsce z grudnia 2021, Str. 59-61

niezbędnego sprzętu medycznego oraz wyposażenia), w tym dziennych domów opieki medycznej, opieki długoterminowej, hospicyjnej oraz paliatywnej”⁵⁰.

Zmieniono część zapisów dotyczących opieki psychiatrycznej, dodane fragmenty, podświetlone kolorem żółtym, wskazują m.in. na konieczność rozwoju usług środowiskowych:

„Realizowane działania będą wspierały wdrożenie reformy poprawiającej udzielanie świadczeń w opiece psychiatrycznej poprzez inwestycje z EFS+ wsparte infrastrukturą z EFRR. Z EFS+ planowane jest tworzenie i kompleksowe wsparcie podmiotów świadczących usługi środowiskowe (w społeczności lokalnej) w zakresie ochrony zdrowia psychicznego w ramach zdeinstytucjonalizowanego modelu opieki psychiatrycznej, a także przygotowanie i realizacja specjalistycznych programów diagnozy zaburzeń psychicznych w ramach psychiatrii środowiskowej. Możliwe będzie także kształcenie kadry dla wszystkich poziomów referencyjnych (I-III). Uzupełnieniem będzie wsparcie z EFRR infrastruktury podmiotów udzielających świadczeń na wszystkich poziomach referencyjnych.”

Pozostałe zmiany nie dotyczą bezpośrednio deinstytucjonalizacji i rozwoju usług środowiskowych.

Ustawa wdrożeniowa, czyli Ustawa o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027

Ustawa Wdrożeniowa to ustawa, która ma regulować zasady realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027. Jest niezbędna abyśmy mogli skorzystać ze funduszy europejskich w nadchodzącej perspektywie budżetowej UE.

Projekt ustawy wdrożeniowej skierowany do Sejmu

Projekt ustawy wdrożeniowej, czyli „ustawy o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027” wpłynął do Sejmu⁵¹ 21 lutego 2022.

Krytyka dotycząca słabego umocowania organizacji pozarządowych w procesie planowania, wdrażania i kontroli unijnych funduszy sformułowana przez Ogólnopolską Federację Organizacji Pozarządowych⁵² sformułowana w grudniu 2021 pozostaje w mocy. W szczególności dotyczyła ona np. sposobu wyłaniania i składu komitetów monitorujących realizację. W stanowisku OFOP czytamy:

Zaproponowany kształt w art. 17 ust. 1 projektu ustawy nie dość, że nie uwzględnia wskazanych w europejskim kodeksie partnerstwa i rozporządzeniu ogólnym

⁵⁰ Umowa Partnerstwa dla Realizacji Polityki Spójności 2021-2027 w Polsce, str. 72

⁵¹ <https://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/PrzebiegProc.xsp?nr=2022>

⁵² <https://publicystyka.ngo.pl/stanowisko-organizacji-spoleczenstwa-obywatelskiego-do-projektu-ustawy-o-zasadach-realizacji-zadan-finansowanych-ze-srodkow-europejskich-w-perspektywie-finansowej-2021-2027>

włączenia do składu komitetu monitorującego przedstawicieli przedsiębiorstw społecznych, ekonomii społecznej to zupełnie też pomija lokalne grupy działania oraz innych przedstawicieli podmiotów społeczeństwa obywatelskiego, które nie są przedstawicielami pojedynczych organizacji pozarządowych (federacji, związków), a zawartych porozumień, koalicji, forów np. regionalnych.

Z niepokojem odbieramy propozycję, aby krajowa Rada Działalności Pożytku Publicznego (odpowiednio wojewódzkie rady w przypadku programów regionalnych, dalej Rady) wyłoniła w określonym przez siebie postępowaniu przedstawicieli/-ki podmiotów społeczeństwa obywatelskiego. Otóż w obecnym kształcie przepisów, Rady nie stanowią przedstawicielstwa niezależnego, samoorganizującego się społeczeństwa obywatelskiego. Decyzja o udziale w Radzie przedstawicieli organizacji pozarządowych jest uzależniona od władz ją powołujących, tj. odpowiednio ministra/marszałka, co szczególnie widać było przy niedawnym doborze członków do krajowej RDPP.

Projekt został skierowany do pierwszego czytania na posiedzeniu Sejmu jeszcze w lutym 2022.

Nan stronach rządowych udostępniono też są projektowane akty wykonawcze – rozporządzenia do tej ustawy:

<https://www.gov.pl/web/premier/projekt-ustawy-o-zasadach-realizacji-zadan-finansowanych-ze-srodkow-europejskich-w-perspektywie-finansowej-20212027>

Ustawa wdrożeniowa czeka na podpis Prezydenta

Ustawa wdrożeniowa, czyli „ustawa o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027” pod koniec kwietnia 2022 została uchwalona⁵³ przez Sejm z przyjęciem części poprawek Senatu i przekazana do podpisu prezydenta⁵⁴.

Krytyka sposobu powoływania Komitetów Monitorujących sformułowana przez Ogólnopolską Federację Organizacji Pozarządowych⁵⁵ pozostaje w mocy. Art. 17 ust. 1 ustawy w dalszym ciągu zostawia kompetencje do wyłaniania organizacji pozarządowych wchodzących w skład Komitetów Monitorujących Radzie Działalności Pożytku Publicznego.

Ustawa wdrożeniowa, czyli „ustawa o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027”, została 6 maja 2022 podpisana przez prezydenta i opublikowana w Dzienniku Ustaw⁵⁶.

⁵³ [https://orka.sejm.gov.pl/opinie9.nsf/nazwa/2022_u/\\$file/2022_u.pdf](https://orka.sejm.gov.pl/opinie9.nsf/nazwa/2022_u/$file/2022_u.pdf)

⁵⁴ <https://sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/PrzebiegProc.xsp?id=1C5D59DA55A405AEC12587F0004A90BB>

⁵⁵ <https://publicystyka.ngo.pl/stanowisko-organizacji-spoleczenstwa-obywatelskiego-do-projektu-ustawy-o-zasadach-realizacji-zadan-finansowanych-ze-srodkow-europejskich-w-perspektywie-finansowej-2021-2027>

⁵⁶ <https://dziennikustaw.gov.pl/DU/rok/2022/pozycja/1079>

Ustawa o ekonomii społecznej

W sierpniu 2022 roku Sejm uchwalił ustawę o ekonomii społecznej⁵⁷.

Ustawa definiuje najważniejsze pojęcia związane z przedmiotem regulacji, tj.: ekonomia społeczna, podmioty ekonomii społecznej, osoby zagrożone wykluczeniem społecznym, przedsiębiorstwo społeczne.

Ustawa określa także zasady funkcjonowania przedsiębiorstw społecznych, ustanawia instrumenty wsparcia dla tych przedsiębiorstw, określa zasady wspierania podmiotów ekonomii społecznej przez organy administracji publicznej, ustanawia usługi wsparcia podmiotów ekonomii społecznej, a także programy resortowe na rzecz ekonomii społecznej (Krajowy Komitet Rozwoju Ekonomii Społecznej, Regionalny Komitet Rozwoju Ekonomii Społecznej).

Ekonomia społeczna wg. definicji to ekonomii społecznej to „działalność podmiotów ekonomii społecznej na rzecz społeczności lokalnej w zakresie **reintegracji społecznej i zawodowej, tworzenia miejsc pracy dla osób zagrożonych wykluczeniem społecznym oraz świadczenia usług społecznych**, realizowaną w formie działalności gospodarczej, działalności pożytku publicznego i innej działalności o charakterze odpłatnym”.

Podmioty ekonomii społecznej to:

- spółdzielnia socjalna,
- warsztat terapii zajęciowej
- zakład aktywności zawodowej,
- centrum integracji społecznej i klub integracji społecznej,
- spółdzielnia pracy, w tym spółdzielnie inwalidów i spółdzielnie niewidomych,
- spółdzielnię produkcji rolnej,
- organizacja pozarządowa, oraz podmiot, o którym mowa w art. 3 ust. 3 pkt 1, 2 lub 4 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

Status przedsiębiorstwa społecznego może uzyskać podmiot ekonomii społecznej lub jednostka prowadząca podmiot ekonomii społecznej, ale z zastrzeżeniem, że nad tym podmiotem ekonomii społecznej kontroli nie posiada: Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego lub państwowa albo samorządowa osoba prawna lub osoba fizyczna.

Działalność przedsiębiorstwa społecznego służy rozwojowi lokalnemu i ma na celu:

- 1) reintegrację społeczną i zawodową osób zagrożonych wykluczeniem społecznym lub
- 2) realizację usług społecznych.

Wśród osób zagrożonych wykluczeniem społecznym definicja z tej ustawy wskazuje m.in.: osoby niepełnosprawne, absolwentów CiS i KiS, osoby uprawnione do specjalnego zasiłku opiekuńczego, osoby usamodzielniane (wg. rozumienia z ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej), osoby z zaburzeniami psychicznymi, osoby starsze, osoba, która uzyskała

⁵⁷ <https://dziennikustaw.gov.pl/DU/2022/1812>

w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą. Zatem grupę odbiorców usług świadczonych przez przedsiębiorstwa społeczne stanowią osoby zainteresowane rozwojem środowiskowych usług społecznych (a co za tym idzie procesem deinstytucjonalizacji).

Podmioty ekonomii społecznej i przedsiębiorstwa społeczna mogą liczyć na zdefiniowane w ramach omawianej ustawy instrumenty wsparcia, m.in.: dofinansowanie oprocentowania zaciągniętych kredytów bankowych, finansowanie składek dla zagrożonych wykluczeniem społecznym pracowników, finansowanie kosztów wynagrodzenia skierowanego przez PUP bezrobotnego lub poszukującego pracy, jednorazowe środki na utworzenie stanowiska pracy.

Ustawa wchodzi w życie po upływie 2 miesięcy od dnia ogłoszenia, tj. 29 sierpnia 2022.

Ustawa wydaje się być ważnym elementem ułatwiającym rozwój podmiotów zobowiązanych w niej do świadczenia usług społecznych, a zatem ułatwiającym rozwój środowiskowych form tych usług.

Projekt ustawy o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz ustawy o działalności leczniczej

W lipcu 2022 roku Minister Rodziny i Polityki Społecznej przedstawił do konsultacji publicznych projekt zmian w ustawie o pomocy społecznej oraz w ustawie o działalności leczniczej⁵⁸. Proponowane zmiany mają na celu „umożliwienie DPS udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych dla mieszkańców tych domów, którzy wymagają tych świadczeń”⁵⁹. Wg. zaproponowanych zmian „DPS będzie mógł wykonywać działalność leczniczą na zasadach określonych w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej”. W uzasadnieniu do projektu ustawy czytamy również, że „Projektodawca wskazał również, że do średniomiesięcznego kosztu utrzymania w domu pomocy społecznej nie będą wliczane koszty utworzenia podmiotu leczniczego oraz wykonywania działalności leczniczej przez dom pomocy społecznej”. Po zmianie przepisów DPS będzie mógł „zawierać umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, na podstawie których będzie udzielał świadczeń opieki zdrowotnej dla swoich mieszkańców”. Ponadto „projektowane przepisy „pośrednio” (DPS jako podmiot leczniczy) uregulują status prawny pielęgniarek zatrudnionych obecnie w DPS”.

WRZOS zgłosił swoje stanowisko⁶⁰ w tych konsultacjach popierając proponowane zmiany wspierając jednocześnie stanowisko Polskiej Federacji Związkowej Pracowników Pomocy Społecznej, które wskazuje na konieczność uzupełnienia projektu o:

- wprowadzenie ustawowej regulacji, iż środki zaoszczędzone w wyniku niewliczania kosztów utworzenia podmiotu leczniczego oraz wykonywania działalności leczniczej przez dom pomocy społecznej do średniomiesięcznego kosztu utrzymania domu pomocy społecznej przeznaczone zostaną w całości na wynagrodzenia pozostałych pracowników DPS,

⁵⁸ <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12361751>

⁵⁹ Uzasadnienie do projektu ustawy, <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12361751>

⁶⁰ <https://www.wrzos.org.pl/aktualnosci/stanowisko-wrzos-dotyczace-projektowanych-zmian-w-ustawie-o-pomocy-spoecznej/>

- zapewnienie w projekcie ustawy możliwości finansowania także dla innych niż pielęgniarce zawodów medycznych, czyli m.in.: fizjoterapeutów, psychologów i opiekunów medycznych.

Stan prac nad tym dokumentem nie zmienił się od lipca 2022 do kwietnia 2023. Na stronach Rządowego Centrum Legislacji nie opublikowano zarówno stanowisk zgłoszonych w ramach konsultacji publicznych jak i raportu z tych konsultacji.

Projekt ustawy o zmianie ustawy o pomocy społecznej

w trakcie

Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej przygotowało projekt zmian w ustawie o pomocy społecznej⁶¹.

Projekt w grudniu 2022 był na etapie konsultacji publicznych, w lutym 2023 roku opublikowano zestawienie uwag zgłoszonych w konsultacjach publicznych.

Jak czytamy w uzasadnieniu do projektu, celem jest wprowadzenie zmian w ustawie o pomocy społecznej w następującym zakresie:

- 1) *mieszkań chronionych – projektowanych mieszkań treningowych i wspomaganych;*
- 2) *usług opiekuńczych – świadczonych w formie usług sąsiedzkich;*
- 3) *usług świadczonych przez domy pomocy społecznej – usług wsparcia krótkoterminowego;*
- 4) *wprowadzenia regulacji obligujących kierowników lub dyrektorów domów pomocy społecznej oraz podmioty prowadzące placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku do prowadzenia rejestru zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych z udziałem mieszkańców lub osób przebywających w placówce, podejmowania działań następczych oraz przekazywania informacji właściwym organom;*
- 5) *udzielania zezwolenia na prowadzenie domu pomocy społecznej i placówki zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym oraz osobom w podeszłym wieku, w przypadku podejmowania tej działalności po raz pierwszy lub gdy wcześniejsza decyzja została uchylona w wyniku zaprzestania spełniania przesłanek do jej prowadzenia.*

Przyjrzyjmy się bliżej tym proponowanym zmianom.

Pierwsza wymieniona w cytowanym fragmencie uzasadnienia zmiana ma na celu uporządkowanie i zastąpienie pojęcia mieszkania chronione dwoma pojęciami – mieszkania treningowe i mieszkania

⁶¹ <https://legislacja.gov.pl/projekt/12366808/katalog/12933317#12933317>

wspomagane. Dotychczas w ustawie o pomocy społecznej istnieje pojęcie mieszkań chronionych⁶². Warto jednak zwrócić uwagę, że w ustawie również istniało rozróżnienie na mieszkania chronione treningowe i mieszkania chronione wspomagane⁶³. Wydaje się zatem, że faktyczne (a nie słownikowe, polegające na wyrzuceniu słowa chronione) zmiany w tym artykule ustawy o pomocy społecznej dotyczą wprowadzenia obowiązku prowadzenia rejestru takich mieszkań przez wojewodów⁶⁴. WRZOS zgłaszał uwagi⁶⁵ do projektu tej ustawy, zwracaliśmy uwagę, że odejście od pojęcia mieszkań chronionych jest uzasadnione i potrzebne, zwracaliśmy jednak uwagę, że:

Rozwiązanie rozdzielenia mieszkań treningowych i mieszkań wspomaganych niepotrzebnie komplikuje i utrudnia dalszy rozwój mieszkań wspomaganych zbytnio je regulując i usztywniając. Otóż środowisko osób pracujących nad strategią deinstytucjonalizacji rekomendowało uproszczenie rozwiązania i uczynienia bardziej elastycznego, także wobec wytycznych mieszkań wspomaganych treningowych i wspieranych w stosunku do dotychczasowych wytycznych EFS w obszarze włączenia społecznego.

I dalej:

Rozdział na mieszkania treningowe i mieszkania wspomagane jest podziałem niespójnym językowo, logicznie i merytorycznie.

(...)

mieszkania o charakterze treningowym są przecież wspomagane (mieszkaniami, usługami i kadrą specjalistyczną), a mieszkania wspomagane mogą być przecież treningowe, co więcej w mieszkaniach wspomaganych powinien być prowadzony trening w różnym zakresie, szczególnie z osobami z niepełnosprawnościami. Podział jest uzasadniony tylko wtedy, kiedy mówimy o pewnym typie czy funkcji mieszkań wspomaganych czy wcześniej chronionych.

WRZOS zwraca też uwagę, że proponowany podział nie uwzględnia mieszkań interwencyjnych oraz, że pominięto w nim wiele ważnych grup społecznych, które powinny być uwzględnione jako grupy docelowe: osoby w kryzysie bezdomności i zagrożone bezdomnością, ofiary przemocy, osoby potrzebujące całodobowej opieki. W naszym stanowisku proponujemy także odejście od formułowania celów związanych z mieszkaniami wspomaganim poprzez termin „samodzielności życiowej” i zastąpienie go sformułowaniem „niezależność życiowa” lub „niezależne życie”.

Projektowana ustawa proponuje też wprowadzenie nowej formy usług opiekuńczych – usług sąsiedzkich. Wg. definicji z projektu ustawy:

„Usługi sąsiedzkie mogą obejmować pomoc w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, prostą podstawową opiekę higieniczną, nieskomplikowane czynności

⁶² „Mieszkanie chronione jest formą pomocy społecznej przygotowującą pod opieką specjalistów osoby tam przebywające do prowadzenia samodzielnego życia lub wspomagającą te osoby w codziennym funkcjonowaniu” – art. 53, pkt 2 ustawy o pomocy społecznej, Dziennik Ustaw 2021 r. poz. 2268

⁶³ Art. 53, ust. 3 ustawy o pomocy społecznej, Dziennik Ustaw 2021 r. poz. 2268

⁶⁴ Obowiązek ten wprowadzają nowe ustępy (14-19) wprowadzane do art. 53 ustawy o pomocy społecznej

⁶⁵ Z pełną treścią uwag WRZOS i innych organizacji można się zapoznać tutaj:

https://docs.google.com/document/d/1WxWicCApKAJvdXQmIG7Z950B_HjTh-Rd/edit

pielęgnacyjne oraz, w miarę potrzeb i możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem”.

Usługi te miałyby być świadczone przez osoby spełniające następujące kryteria:

1) jest pełnoletnia;

2) nie jest małżonkiem, członkiem rodziny, krewnym w linii prostej oraz rodzeństwem osoby, na rzecz której świadczone są usługi sąsiedzkie;

3) jest zdolna do świadczenia usług sąsiedzkich pod względem psychofizycznym i zdrowotnym;

4) zamieszkuje w najbliższej okolicy osoby, na rzecz której świadczona są usługi sąsiedzkie;

5) ukończyła szkolenie z zakresu udzielania pierwszej pomocy;

6) została zaakceptowana przez osobę, na rzecz której świadczone są usługi sąsiedzkie.

Szkolenie z zakresu udzielania pierwszej pomocy miałyby dla takich osób być realizowane przez organizatora usług (czyli gmina, lub inny podmiot realizujący zleczone przez gminę zadanie).

Omawiany projekt ustawy proponuje też dość sporą swobodę dla samorządów, to rada gminy w uchwale ma określać m.in.:

szczegółowe kryteria przyznania usług sąsiedzkich (np. czy będą to usługi „uzupełniające” usługi świadczone przez opiekunki środowiskowe, czy będą one przyznawane w pierwszej kolejności osobom pozbawionym usług opiekuńczych w ogóle), wymiar (który może zostać wskazany także jako minimalny lub maksymalny) i zakres usług sąsiedzkich (przy założeniu, że czynności wykonywane w ramach tej usługi nie będą wymagały specjalnych kwalifikacji), szczegółowy sposób kontroli świadczenia i rozliczania wykonywanych usług sąsiedzkich (np. przez wskazanie, czy wynagrodzenie będzie płatne ryczałtowo, czy za godzinę pracy), a także zasady sprawowania nadzoru nad świadczonymi usługami (realizująca w tej formie usługi gmina powinna wypracować narzędzie pozwalające zweryfikować ogólnie rozumianą „skuteczność” i pozytywny odbiór tej formy usług)⁶⁶.

W uzasadnieniu do projektu ustawy Ministerstwo wskazuje także, że „gmina będzie mogła zdecydować, czy organizując na swoim terenie usługę sąsiedzką będzie korzystać z możliwości jej zlecenia organizacjom społecznym”.

Kolejną proponowaną zmianą jest wprowadzenie możliwości świadczenia przez domy pomocy społecznej usług „wsparcia krótkoterminowego w formie pobytu całodobowego lub w formie dziennej, osobom pełnoletnim wymagającym wsparcia z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, nie będącymi mieszkańcami domu”⁶⁷. To rozwiązanie, jak czytamy w uzasadnieniu, „nie jest w

⁶⁶ Uzasadnienie do projektu Ustawy

⁶⁷ Nowy, projektowany art. 55a ustawy o pomocy społecznej

rzeczywistości zupełnie nowym świadczeniem – jest pewną modyfikacją, elastycznym połączeniem dotychczasowych usług świadczonych przez ośrodki wsparcia i domy pomocy społecznej”. Te usługi mają obejmować m.in.: „czasowy pobyt całodobowy, opiekę, pielęgnację, wyżywienie i ewentualnie inne dodatkowe usługi świadczone przez dom pomocy społecznej dostosowane do potrzeb oraz stanu zdrowia osoby korzystającej ze wsparcia” w przypadku formy całodobowej, lub bez pobytu całodobowego w przypadku formy dziennej. Usługi wsparcia krótkoterminowego miałyby być przyznawane „na czas określony nie dłuższy niż 30 dni w roku, z możliwością przedłużenia pobytu, w szczególnie uzasadnionych przypadkach, nie dłużej niż o kolejne 30 dni”. W formie dziennej taka usługa ma być świadczona w wymiarze nie mniejszym niż 4 godziny dziennie i nie większym niż 12 godzin dziennie.

Podstawą do wydania decyzji o przyjęciu miałyby być oświadczenie o sytuacji osobistej i dochodowej (nie będzie przeprowadzany rodzinny wywiad środowiskowy), a w przypadku, gdy osoba deklaruje ponoszenie pełnej odpłatności za przyznaną usługę (), odstępuje się również od ustalenia sytuacji dochodowej i majątkowej osoby.

Co ciekawe Ministerstwo w uzasadnieniu dla tej formy pisze, powołując się na własne dane, że w dniu 31 grudnia 2021 r. ponad 5% miejsc w domach pomocy społecznej pozostawała niewykorzystana.

Wydaje się, że taka forma może być początkiem otwierania się Domów Pomocy Społecznej na usługi środowiskowe.

Kolejna wprowadzana regulacja jest odpowiedzią na postulaty zgłaszane przez Rzecznika Praw Obywatelskich w ramach Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortura dotyczy wprowadzenia obowiązku „prowadzenia przez dyrektora lub kierownika domu pomocy społecznej oraz podmiotu prowadzącego placówkę zapewniającą całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym oraz osobom w podeszłym wieku rejestru zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych z udziałem mieszkańców domu pomocy społecznej lub osób przebywających w placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym oraz osobom w podeszłym wieku, w szczególności dotyczących wypadków, samouszkodzeń, obrażeń ciała, pozostałych zdarzeń związanych z zagrożeniem życia lub zdrowia tych mieszkańców lub osób”. Ministerstwo zauważa w uzasadnieniu do projektu ustawy, że te regulacje „mają również na celu ograniczenie skali nieprawidłowości w placówkach zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, a tym samym zwiększenie poczucia bezpieczeństwa osób starszych i niepełnosprawnych przebywających w takich placówkach”.

Ostatnia proponowana w omawianym projekcie ustawy duża zmiana dotyczy wprowadzenia ograniczenia czasowego – 1 roku – w przypadku pierwszego zezwolenia na prowadzenie domu pomocy społecznej lub placówki zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku.

W uzasadnieniu projektu czytamy:

„Wydanie pierwszego zezwolenia na okres 1 roku będzie stanowiło okres próbny, który pozwoli ocenić organowi nadzoru – wojewodzie, czy prowadzona działalność danego podmiotu jest zgodna ze standardami przewidzianymi dla domów pomocy społecznej lub placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku”.

Podobna zasada ograniczonego czasowo (do 1 roku) zezwolenia ma dotyczyć też także placówek, które otrzymają zezwolenie na działalność po jego uprzednim cofnięciu.

Ministerstwo odniosło się w tabeli prezentującej zestawienie do zgłoszonych uwag w czasie konsultacji publicznych.

Wg przedstawionego zestawienia, niektóre z uwag zgłoszone przez WRZOS zostały częściowo uwzględnione (ale Ministerstwo nie chce wycofać się z podziału mieszkań wspomaganych na treningowe i wspomagane), a uwaga dotycząca niezbędnych zmian w trzech ustawach – uwzględniona. Czekamy na publikację wersji po konsultacjach.

Przyjęcie przez Radę Ministrów „Krajowego Programu Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu”

15 września 2021 opublikowano w Monitorze Polskim uchwałę Rady Ministrów w sprawie przyjęcia polityki publicznej pod nazwą „Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu. Aktualizacja 2021-2027”, polityka publiczna do roku 2030”⁶⁸.

Jak czytamy w opisie dokumentu na stronie KPRM⁶⁹:

Program jest dokumentem o charakterze operacyjno-wdrożeniowym ustanowionym do realizacji celów związanych z przeciwdziałaniem ubóstwu i wykluczeniu społecznemu zawartych w średniookresowej strategii rozwoju kraju – „Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju”, w której za istotny element uznano wyodrębnienie problematyki ubóstwa i wykluczenia społecznego, jako części realizacji działań na rzecz zapewnienia spójności społecznej.

Program stanowi jednocześnie realizację polityki społecznej, w szczególności celu szczegółowego 4 Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego (SRKL): Redukcja ubóstwa i wykluczenia społecznego oraz poprawa dostępu do usług świadczonych w odpowiedzi na wyzwania demograficzne, jak również w zakresie objętym warunkowością podstawową dla Europejskiego Funduszu Społecznego, dotyczącą istnienia i realizacji krajowych strategicznych ram polityki na rzecz ograniczania ubóstwa i wykluczenia społecznego.

W związku z możliwością korzystania ze środków unijnych na realizację określonych działań w latach 2021 – 2027 w ramach funduszy polityki spójności wszystkie kraje

⁶⁸ <https://www.gov.pl/web/rodzina/rada-ministrow-przyjela-krajowy-program-przeciwdzialania-ubostwu-i-wykluczeniu-spoecznemu-aktualizacja-2021-2027-polityka-publiczna-z-perspektywa-do-roku-2030>
„Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu. Aktualizacja 2021-2027”, polityka publiczna do roku 2030” <https://www.monitorpolski.gov.pl/M2021000084301.pdf>

⁶⁹ <https://www.gov.pl/web/premier/projekt-uchwaly-rady-ministrow-w-sprawie-przyjecia-krajowego-programu-przeciwdzialania-ubostwu-i-wykluczeniu-spoecznemu-aktualizacja-2021-2027-z-perspektywa-do-roku-2031>

członkowskie, w tym Polska, zobowiązane są do posiadania krajowych lub regionalnych ram strategicznych lub prawnych na rzecz włączenia społecznego i ograniczenia ubóstwa spełniających określone wymogi. Celem głównym Programu jest redukcja ubóstwa i wykluczenia społecznego oraz poprawa dostępu do usług świadczonych w odpowiedzi na wyzwania demograficzne. Cel ten jest tożsamy z celem nr 4 wskazanym w Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego, gdyż KPPUiWS jako program rozwoju stanowi rozwinięcie i uzupełnienie Strategii w tym konkretnym obszarze.

Jednocześnie Program jest dokumentem wdrożeniowym bezpośrednio odnoszącym się do realizacji Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju w zakresie Celu II: Rozwój społecznie wrażliwy i terytorialnie zrównoważony.

Dla zrealizowania celu głównego Programu wskazano trzy cele szczegółowe oraz pięć priorytetów wyznaczonych do realizacji tych celów szczegółowych. W celu ułatwienia realizacji celów szczegółowych Priorytety zostały podzielone na Działania. Zarówno cele, jak i priorytety są ze sobą związane i wynikają z diagnozy. Zawiera ona główne obszary społeczne i grupy zagrożone ubóstwem i wykluczeniem społecznym zaś wszystkie działania zaplanowane w dokumencie mają wpływ na osiągnięcie celu głównego w perspektywie roku 2030. Program ma również na celu urzeczywistnienie idei deinstytucjonalizacji w obszarze usług społecznych, poprzez wskazanie konkretnych działań i kierunków rozwoju.

Krajowy Program jest dokumentem zawierającym działania do realizacji zarówno ze środków krajowych jak również funduszy europejskich. Sposób zarządzania środkami budżetowymi jak i środkami funduszy europejskich jest uregulowany odrębnymi przepisami, podobnie jak sposób ubiegania się o finansowanie przedsięwzięć ze środków budżetowych i unijnych. Realizacja Krajowego Programu nie wpływa na zmiany w przepisach w zakresie zarządzania przepływami finansowymi i ich wielkością.

Program stanowi ramy strategiczne na rzecz włączenia społecznego i ograniczenia ubóstwa, które spełniają postawione wymogi, wskazuje działania do realizacji oraz indykatywne źródła finansowania, które można wykorzystać na ten cel.

Dokument określa ramy strategiczne na najbliższe lata dla działań służących dalszemu ograniczeniu ubóstwa, rozwijaniu usług społecznych oraz wspieraniu integracji społecznej.

Głównym celem przyjętej polityki publicznej w perspektywie do roku 2030 jest redukcja ubóstwa i wykluczenia społecznego oraz poprawa dostępu do usług świadczonych w odpowiedzi na wyzwania demograficzne.

Określone w dokumencie priorytety i działania koncentrują się na obszarach:

- przeciwdziałania ubóstwu i wykluczeniu społecznemu dzieci i młodzieży,
- przeciwdziałania bezdomności,
- rozwijania usług społecznych dla osób z niepełnosprawnościami, osób starszych i innych osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu,

- wspierania osób i rodzin poprzez działania instytucji pomocy społecznej oraz działania podmiotów ekonomii społecznej,
- wspierania integracji cudzoziemców poprzez rozwój usług społecznych dla migrantów oraz ich integracji na rynku pracy.

Przyjęty dokument ustanawia ramy strategiczne zarówno dla działań ogólnokrajowych, jak i regionalnych.

My zwracamy uwagę, że działania zaplanowane w Priorytecie III - Usługi społeczne dla osób z niepełnosprawnościami, osób starszych i innych osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu - mają na celu rozwój usług środowiskowych. Dokument wskazuje także na rolę Centrów Usług Społecznych w rozwoju usług środowiskowych.

Krajowy Plan Transformacji

Krajowy Plan Transformacji (dalej: KPT) to dokument strategiczny⁷⁰ z zakresu ochrony zdrowia, sporządzany przez Ministerstwo Zdrowia na okres 5 lat. Aktualny plan został opublikowany w październiku 2021⁷¹ i obowiązuje od dnia 1 stycznia 2022 r. do dnia 31 grudnia 2026 r.

Jak czytamy w samym dokumencie: „KPT jest dokumentem wdrożeniowym, który określa konkretne działania jakie należy podjąć, aby zapewnić obywatelom i mieszkańcom kraju dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych”⁷².

Dlatego interesujące jest dla nas czy w takim dokumencie jest poruszona kwestia deinstytucjonalizacji i czy są zaplanowane działania dotyczące rozwoju usług środowiskowych na najbliższe 5 lat w ramach systemu opieki zdrowotnej.

⁷⁰ Wcześniej podobne dokumenty występowały pod nazwą „regionalnych priorytetów polityki zdrowotnej”, w nowej formie, uzupełnionej o poziom krajowy, ten dokument strategiczny został wprowadzony nowelizacją ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw w maju 2021.

Ustawa z dnia 20 maja 2021 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, <https://www.dziennikustaw.gov.pl/DU/2021/1292>
Dokument, wg. nowych przepisów, ma obejmować:

- 1) potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej wymagające podjęcia działań koordynowanych na poziomie ponadregionalnym;
- 2) działania wymagające koordynowania na poziomie ponadregionalnym;
- 3) planowany rok lub lata, w których działania, o których mowa w pkt 2, będą realizowane;
- 4) podmioty odpowiedzialne za realizację działań, o których mowa w pkt 2;
- 5) szacunkowe koszty działań, o których mowa w pkt 2;
- 6) oczekiwane rezultaty wynikające z realizacji działań, o których mowa w pkt 2;
- 7) wskaźniki realizacji poszczególnych działań, o których mowa w pkt 2, w tym określające zabezpieczenie zakresów świadczeń opieki zdrowotnej,

⁷¹ <http://dziennikmz.mz.gov.pl/legalact/2021/80/> , http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/80/akt.pdf

⁷² Krajowy Plan Transformacji, Str. 7

KPT na początku zauważa zjawisko starzenia się społeczeństwa, a dalej dokument zwraca np. uwagę na niską liczbę powiatów, w których znajdują się poradnie geriatryczne⁷³. To dobrze, wydaje się, że ważnym czynnikiem umożliwiającym proces deinstytucjonalizacji jest świadomość wyzwań będąca podstawą do rozwoju powszechnie dostępnych usług medycznych. Jeżeli decydujemy się na umożliwienie seniorom pozostawania w domach – powinniśmy zapewnić im odpowiednią opiekę medyczną, co najmniej tak dobrą jak mogliby mieć w instytucjach całodobowych.

Dokument w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej proponuje na poziomie ponadregionalnym m. in. działanie 2.4.3. wzmocnienie koordynacji opieki przez:

- 1) wprowadzenie w POZ funkcji koordynatora poruszania się pacjenta po systemie ochrony zdrowia oraz jego finansowanie ze środków publicznych i monitorowanie funkcji koordynatora pacjenta po systemie ochrony zdrowia; (...)
- 3) opracowanie nowego modelu opieki nad chorymi przewlekle, z uwzględnieniem m.in. rozwiązań cyfrowych i doświadczeń pilotażu POZ PLUS.

Niestety nie ma tu mowy wprost o deinstytucjonalizacji opieki długoterminowej (czy rozwoju usług środowiskowych), chociaż oczekiwanym celem tego działania ma być: „Poprawa jakości opieki nad pacjentami przewlekle chorymi”.

Z punktu widzenia procesu rozwoju środowiskowych usług społecznych ważne są zapisy zawarte w działaniu 2.6.5.:

1. Wsparcie rozwoju infrastruktury podmiotów leczniczych przekształcających oddziały szpitalne lub ich części, w których ze środków publicznych **udzielane będą stacjonarne świadczenia w zakresie geriatry i opieki długoterminowej**.
2. Wsparcie rozwoju infrastruktury podmiotów leczniczych tworzących oddziały opieki długoterminowej⁷⁴.

Niestety nie precyzują one czy tworzone mają być placówki świadczące środowiskowe takie usług, i taki brak oznacza jednak raczej planowany rozwój placówek całodobowych typu instytucjonalnego.

W rozdziale poświęconym opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień KPT wspomina o prowadzonym od 2018 roku pilotażu „Centrów Zdrowia Psychicznego, które mają zapewnić dostęp do skoordynowanej i kompleksowej **opieki udzielanej w środowisku lokalnym**”⁷⁵.

Dalej czytamy o tym, że „Aktualnie trwają także prace nad założeniami reformy leczenia uzależnień”.

Dokument zwraca także uwagę na niski procent pacjentów korzystających z ZLS – Zespołów Leczenia Środowiskowego – 3% pacjentów opieki psychiatrycznej oraz tych korzystających z dziennych

⁷³ Krajowy Plan Transformacji, Str. 29, str. 31

⁷⁴ Krajowy Plan Transformacji, podkreślenie: WRZOS, Str. 43

⁷⁵ Krajowy Plan Transformacji, Podkreślenie WRZOS, Str. 43

oddziałów psychiatrycznych – 2%. Autorzy dokumentu zwracają także uwagę na to, że w roku 2019 w całym kraju były tylko trzy Zespoły Leczenia Środowiskowego dla dzieci⁷⁶.

Po tych stwierdzeniach KPT wśród najważniejszych potrzeb zdrowotnych i wyzwań systemu opieki zdrowotnej dla tej części systemu opieki zdrowotnej (opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień) wymienia, że

- Wymagane są działania w zakresie rozwoju środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej gwarantującego dobrze skoordynowaną psychiatryczną opiekę zdrowotną blisko miejsca zamieszkania.

- W przypadku leczenia dzieci i młodzieży: brak zaspokojenia potrzeb populacyjnych na świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży, utrudniony dostęp do kompleksowości i koordynacji opieki. Potrzeba uwzględnienia w opiece terapii środowiskowej i koordynacji opieki ze środowiskiem szkolnym i rodzinnym.

A dalej jako działanie 2.7.1 przewiduje się „Rozwój podmiotów świadczących skoordynowaną opiekę psychiatryczną w oparciu o założenia modelu środowiskowego (Centra Zdrowia Psychicznego)”. KPT proponuje przeznaczyć na to działanie 1 780 mln PLN (miliard siedemset osiemdziesiąt milionów złotych), a za jego realizację odpowiadać ma Ministerstwo Zdrowia⁷⁷.

KPT w rozdziale 2.9 omawiającym opiekę długoterminową zauważa, że najwięcej „świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach opieki długoterminowej opartych jest na opiece domowej. Udział liczby pacjentów korzystających z formalnej opieki domowej w całości opieki długoterminowej jest jednak nadal zbyt niski. Na poziomie całego kraju wynosi on 61,2%, a wśród pacjentów powyżej 65. roku życia 60% (średnia w krajach OECD to 67,5%)”⁷⁸. I dalej:

„W polskim systemie opieki zdrowotnej brakuje wystarczającej liczby usług i świadczeń dziennej opieki długoterminowej dostosowanej do indywidualnych potrzeb pacjenta i jego najbliższych, łączących pewne specyficzne cechy zorganizowanej opieki instytucjonalnej z opieką udzielaną w warunkach domowych.

Opiekę nieformalną nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu sprawują w Polsce przede wszystkim członkowie rodziny, przyjaciele lub sąsiedzi, głównie kobiety w średnim lub późnym okresie dorosłości. Przewiduje się, że na skutek zmian tradycyjnego modelu rodziny i stylu życia społeczeństwa, opieka nieformalna w przyszłości stanie się mniej znaczącą formą opieki nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu niż ma to miejsce obecnie. Ponadto na skutek starzenia się społeczeństwa wzrośnie również wiek opiekunów nieformalnych, co będzie miało wpływ na możliwości sprawowania przez nich opieki. Zmiany takie przełożą się na wzrost zapotrzebowania na usługi opieki długoterminowej, w tym świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze finansowane ze środków publicznych”⁷⁹.

⁷⁶ Krajowy Plan Transformacji, Podkreślenie WRZOS, Str. 45

⁷⁷ Krajowy Plan Transformacji, podkreślenie: WRZOS, Str. 46. Przypominamy, że KPT to dokument na okres 5 lat – obecny to plan do końca 2026 roku.

⁷⁸ Krajowy Plan Transformacji, Str. 52

⁷⁹ Krajowy Plan Transformacji, Str. 52

Dlatego dalej w części poświęconej operacjonalizacji potrzeb i wyzwań dotyczących opieki długoterminowej KPT postuluje:

- 1. Zwiększanie udziału formalnej środowiskowej opieki długoterminowej udzielanej blisko miejsca zamieszkania pacjenta względem opieki instytucjonalnej przez wzrost liczby świadczeń udzielanych w warunkach domowych lub dziennych, w szczególności w województwach o niskim udziale tych form opieki na tle kraju.*
- 2. Wyrównanie różnic w dostępie do opieki długoterminowej w województwach o niższej niż średnia w kraju liczbie osób objętych opieką długoterminową na 100 tys. ludności ze szczególnym uwzględnieniem populacji osób powyżej 65. Roku życia. Zapewnienie w poszczególnych województwach adekwatnego do potrzeb zdrowotnych dostępu do opieki długoterminowej udzielanej w warunkach domowych i dziennych dla ludności powyżej 65. roku życia.*
- 3. Stworzenie form wsparcia i pomocy dla opiekunów nieformalnych (w przeważającej liczbie kobiet) osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, pozwalających ograniczać negatywny wpływ sprawowanej opieki przez opiekunów na ich stan zdrowia i jakość życia związaną ze zdrowiem.*

Dlatego proponuje się aż 5 działań. Omówimy je pokrótce poniżej:

Działanie 2.9.1 to:

Włączenie opiekunów medycznych do personelu udzielającego świadczeń gwarantowanych w ramach opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielanych w warunkach domowych.

Jego oczekiwanymi rezultatami ma być:

Zwiększenie dostępności świadczeń gwarantowanych w ramach opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielanych w warunkach domowych przez ich realizację przez opiekunów medycznych⁸⁰.

Organami odpowiedzialnym za to działanie mają być: Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia. Nie oszacowano wysokości kosztów finansowych na to działanie.

Kolejne proponowane działanie 2.9.2 to:

Wsparcie działalności lub tworzenia nowych miejsc dziennej opieki medycznej w ramach DDOM⁸¹ zgodnie z opracowanym standardem oraz włączenie tych usług do świadczeń gwarantowanych w zakresie opieki długoterminowej.

Tutaj oczekiwane rezultaty to:

- 1) zmiana zakresu świadczeń gwarantowanych ze środków publicznych (działanie legislacyjne);*
- 2) włączenie do finansowania ze środków publicznych świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w DDOM do koszyka świadczeń gwarantowanych.*

⁸⁰ Krajowy Plan Transformacji, Str. 53

⁸¹ DDOM – Dzienny Dom Opieki Medycznej

Podobnie nie znamy kosztów tego działania, a organem odpowiedzialnym za to działanie ma być Ministerstwo Zdrowia.

Następne działanie 2.9.3 to:

Stworzenie systemu dziennego wsparcia dla osób z zaburzeniami otępiennymi i innymi przewlekłymi chorobami mózgu skutkującymi zaburzeniami pamięci oraz dla opiekunów tych osób przez utworzenie sieci DCWP⁸², funkcjonujących na podstawie opracowanego standardu, w każdym z 16 województw kraju oraz ich docelowe włączenia do systemu świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki długoterminowej⁸³.

Tu wymienia się pięć oczekiwanych rezultatów działań:

- 1) opracowanie standardu funkcjonowania DCWP;*
- 2) powstanie łącznie co najmniej 16 DCWP po co najmniej 1 w każdym województwie kraju;*
- 3) poprawa stanu zdrowia i funkcjonowania psychofizycznego u osób z zaburzeniami otępiennymi i innymi przewlekłymi chorobami mózgu skutkującymi zaburzeniami pamięci objętych opieką w ramach DCWP;*
- 4) poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem u ich opiekunów nieformalnych objętych wsparciem w ramach DCWP;*
- 5) włączenie pozytywnie zwalidowanych form wsparcia realizowanych w ramach DCWP do systemu świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki długoterminowej.*

Organami odpowiedzialnym za to działanie mają być: Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia, a planowane koszty pilotażu DCWP to 50 mln zł.

Działanie 2.9.4 to z kolei wsparcie dla opiekunów nieformalnych, podzielona na sześć części:

- 1. Opracowanie ramowego programu szkoleń dla opiekunów nieformalnych osób starszych potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu oraz przeprowadzenie na tej podstawie lokalnych szkoleń dla tych osób – do końca 2022 r.*
- 2. Opracowanie programu pilotażowego wsparcia psychologicznego i profilaktyki zdrowia psychofizycznego dla opiekunów osób starszych i wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – do końca 2022 r., w tym opiekunów osób z zaburzeniami otępiennymi.*
- 3. Przeprowadzenie programu pilotażowego wsparcia psychologicznego i profilaktyki zdrowia psychofizycznego dla co najmniej 1 000 opiekunów osób starszych i wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – do końca 2025 r.*

⁸² DCWP – Dzielne Centrum Wsparcia Pamięci

⁸³ Krajowy Plan Transformacji, Str. 55

4. Ewaluacja rezultatów przeprowadzonego programu pilotażowego i analiza możliwości włączenia przetestowanych rozwiązań do systemu świadczeń gwarantowanych – do końca 2026 r.

5. Włączenie pozytywnie zwalidowanych form wsparcia przetestowanego w ramach pilotażu psychologicznego dla opiekunów nieformalnych osób starszych i wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu do systemu publicznej ochrony zdrowia – do końca 2030 r.

6. Opracowanie założeń pilotażu telefonicznej informacji i wsparcia psychologicznego dla opiekunów nieformalnych osób z zaburzeniami otępiennymi i osób objętych przez nich opieką, przeprowadzenie na tej podstawie pilotażu wsparcia dla tych osób, ewaluacja rezultatów przeprowadzonego pilotażu i analiza możliwości dalszego finansowania infolinii ze środków krajowych oraz utrzymanie funkcjonowania infolinii ze środków krajowych⁸⁴.

Rezultaty mają tu być następujące:

- 1) podniesienie kompetencji opiekunów nieformalnych osób starszych potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w zakresie właściwej opieki nad tymi osobami;*
- 2) poprawa stanu zdrowia psychofizycznego, jakości życia o związanej ze zdrowiem i umiejętności radzenia sobie z rolą opiekuna u opiekunów nieformalnych osób starszych potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym opiekunów osób z zaburzeniami otępiennymi;*
- 3) poprawa jakości i wydłużenie czasu udzielania opieki nieformalnej w środowisku.*

Organami odpowiedzialnym za to działanie mają być także Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia. Szacowane częściowe (bo częściowo są one nieznane) koszty tych działań wyniosły 4 mln 20 tys. zł.

Ostatnie działanie przypisane do opieki długoterminowej to 2.9.5:

- 1. Wsparcie rozwoju infrastruktury podmiotów leczniczych przekształcających oddziały szpitalne lub ich części w struktury opieki długoterminowej, w ramach których udzielane będą stacjonarne świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze finansowane ze środków publicznych.*
- 2. Wsparcie rozwoju infrastruktury podmiotów leczniczych przez modernizację lub tworzenie nowych oddziałów lub struktur, w których ze środków publicznych udzielane będą stacjonarne świadczenia w rodzaju opieka długoterminowa – świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze.*

KPT wymienia 5 oczekiwanych rezultatów tego działania:

- 1) poprawa jakości opieki nad osobami starszymi i wymagającymi opieki długoterminowej udzielanej w warunkach stacjonarnych;*

⁸⁴ Krajowy Plan Transformacji, Str. 56

- 2) *zniwelowanie różnic w regionalnym dostępie do świadczeń i zapewnienie w każdym województwie odpowiedniej liczby miejsc w podmiotach leczniczych świadczących opiekę długoterminową;*
- 3) *wyposażenie podmiotów leczniczych w specjalistyczny sprzęt medyczny niezbędny do udzielania świadczeń opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych;*
- 4) *skrócenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki długoterminowej udzielanych w warunkach stacjonarnych;*
- 5) *poprawa komfortu pacjentów opieki długoterminowej udzielanej w warunkach stacjonarnych*⁸⁵.

Ministerstwo Zdrowia będzie organem odpowiedzialnym, a fundusze tutaj wyjątkowo oszacowano dla dłuższego okresu niż cały dokument, bo aż do roku 2029, i mają one wynieść łącznie 3 569,95 mln PLN (trzy miliardy pięćset sześćdziesiąt dziewięć milionów dziewięćset pięćdziesiąt tysięcy złotych).

Potrzeby uszanowania godności człowieka stojące za procesem deinstytucjonalizacji zostały także dostrzeżona przy okazji omawiania kierunków rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej. Wśród potrzeb z tej dziedziny wymienia się „1. Osoby cierpiące z powodu nieuleczalnych, postępujących i ograniczających życie chorób wymagają opieki zdrowotnej odpowiedniej do ich potrzeb, tj. np. opieki paliatywnej, hospicyjnej lub opieki w ramach innego rodzaju świadczeń gwarantowanych. **Biorąc pod uwagę komfort pacjenta wskazane jest przy tym przeniesienie punktu ciężkości z oddziałów szpitalnych w stronę świadczeń udzielanych w warunkach pozainstytucjonalnych**”⁸⁶. Jednak w zaplanowanych działaniach niestety nie odniesiono się do tego spostrzeżenia.

W rozdziale 2.13 zatytułowanym „Pozostałe” KPT wspomina, że „pogłębienie procesu cyfryzacji w sektorze ochrony zdrowia umożliwi poprawę dostępności do świadczeń w kraju, w szczególności zapewni stałą opiekę osobom starszym i osobom z niepełnosprawnościami”⁸⁷.

W ramach tej części proponuje się także działania, które nie są bezpośrednio związane z procesem deinstytucjonalizacji, jednak wydaje się mieć charakter wspierający ten proces – ułatwić dostęp do placówek zdrowotnych seniorom i osobom z niepełnosprawnościami, co umożliwi lub ułatwi im niezależne życie.

Jedno z nich to proponowane działanie 2.13.8: „Wdrożenie działań pro jakościowych w systemie ochrony zdrowia polegających na dostosowaniu placówek POZ i szpitali do potrzeb osób ze szczególnymi potrzebami (głównie osoby z niepełnosprawnością i osoby starsze), w oparciu o Standardy Dostępności POZ i Szpitali”⁸⁸. Co ciekawe to działanie także spoza zakresu czasowego samego dokumentu: ma być realizowane w latach 2019-2023, a przewidziane koszty to 300 mln. zł.

⁸⁵ Krajowy Plan Transformacji, Str. 58

⁸⁶ Krajowy Plan Transformacji, Str. 60, podkreślenie: WRZOS

⁸⁷ Krajowy Plan Transformacji, Str. 68

⁸⁸ Krajowy Plan Transformacji, Str. 73

Działanie 2.13.10. to: „Zwiększenie dostępności usług z zakresu telemedycyny, w szczególności dla osób starszych i innych osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu”. Tu znów inny horyzont czasowy: 2021-2027, a budżet to 155 mln zł.

Tabela 1. Zestawienie działań przewidzianych w ramach Krajowego Planu Transformacji związanych z deinstytucjonalizacją

Działanie nr	proponowane działania ważne z punktu widzenie deinstytucjonalizacji	oczekiwane rezultaty	budżet	odpowiedzial na jednostka	komentarz dotyczący deinstytucjonalizacji
2.4.3.	1) wprowadzenie w POZ funkcji koordynatora poruszania się pacjenta po systemie ochrony zdrowia oraz jego finansowanie ze środków publicznych i monitorowanie funkcji koordynatora pacjenta po systemie ochrony zdrowia; (...)				Niestety nie ma tu mowy wprost o deinstytucjonalizacji opieki długoterminowej (czy rozwoju usług środowiskowych), chociaż oczekiwanym celem tego działania ma być: „Poprawa jakości opieki nad pacjentami przewlekle chorymi”.
2.4.3.	3) opracowanie nowego modelu opieki nad chorymi przewlekle, z uwzględnieniem m.in. rozwiązań cyfrowych i doświadczeń pilotażu POZ PLUS.	Poprawa jakości opieki nad pacjentami przewlekle chorymi.	Koszty działania zostaną podane po 2022 r.	MZ, NFZ	
2.6.5.	1. Wsparcie rozwoju infrastruktury podmiotów leczniczych przekształcających oddziały szpitalne lub ich części, w których ze środków publicznych udzielane będą stacjonarne świadczenia w zakresie geriatry i opieki długoterminowej.	1) poprawa jakości opieki nad osobami starszymi i wymagających leczenia szpitalnego w zakresie geriatry; 3) wyposażenie podmiotów leczniczych w specjalistyczny sprzęt;	2022 – 5,9 mln 2023 – 52,7 mln 2024 – 79,2 mln 2025 – 69,9 mln 2026 – 76,5 mln 2027 – 76,5 mln 2028 – 76,5 mln 2029 – 0 zł		Nie sprecyzowano czy tworzone mają być placówki świadczące środowiskowe takie usługi. Taki brak może oznaczać również planowany rozwój placówek całodobowych typu instytucjonalnego.
2.6.5.	2. Wsparcie rozwoju infrastruktury podmiotów leczniczych tworzących oddziały opieki długoterminowej	5) poprawa bezpieczeństwa i komfortu pacjentów.		Ministerstwo Zdrowia	
2.7.1.	Rozwój podmiotów świadczących skoordynowaną opiekę psychiatryczną w oparciu o założenia modelu środowiskowego (Centra Zdrowia Psychicznego)	Zwiększenie liczby podmiotów świadczących skoordynowaną opiekę psychiatryczną w oparciu o założenia modelu środowiskowego.	1 780 mln	Ministerstwo Zdrowia	Ważne działanie
2.9.1	Włączenie opiekunów medycznych do personelu udzielającego świadczeń gwarantowanych w ramach opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i	Zwiększenie dostępności świadczeń gwarantowanych w ramach opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej	Nie oszacowano	MZ, NFZ	Ważne działanie

Działanie nr	proponowane działania ważne z punktu widzenie deinstytucjonalizacji	oczekiwane rezultaty	budżet	odpowiedzial na jednostka	komentarz dotyczący deinstytucjonalizacji
	hospicyjnej udzielanych w warunkach domowych	udzielanych w warunkach domowych przez ich realizację przez opiekunów medycznych			
2.9.2	Wsparcie działalności lub tworzenia nowych miejsc dziennej opieki medycznej w ramach DDOM (Dzienny Dom Opieki Medycznej) zgodnie z opracowanym standardem oraz włączenie tych usług do świadczeń gwarantowanych w zakresie opieki długoterminowej.	1) zmiana zakresu świadczeń gwarantowanych ze środków publicznych (działanie legislacyjne); 2) włączenie do finansowania ze środków publicznych świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w DDOM do koszyka świadczeń gwarantowanych	Nie oszacowano	Ministerstwo Zdrowia	Ważne działanie
2.9.3	Stworzenie systemu dziennego wsparcia dla osób z zaburzeniami otępiennymi i innymi przewlekłymi chorobami mózgu skutkującymi zaburzeniami pamięci oraz dla opiekunów tych osób przez utworzenie sieci DCWP (Dzienne Centrum Wsparcia Pamięci), funkcjonujących na podstawie opracowanego standardu, w każdym z 16 województw kraju oraz ich docelowe włączenia do systemu świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki długoterminowej	1) opracowanie standardu funkcjonowania DCWP; 2) powstanie łącznie co najmniej 16 DCWP po co najmniej 1 w każdym województwie kraju; 3) poprawa stanu zdrowia i funkcjonowania psychofizycznego u osób z zaburzeniami otępiennymi i innymi przewlekłymi chorobami mózgu skutkującymi zaburzeniami pamięci objętych opieką w ramach DCWP; 4) poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem u ich opiekunów nieformalnych objętych wsparciem w ramach DCWP; 5) włączenie pozytywnie zwalidowanych form wsparcia realizowanych w ramach DCWP do	Program pilotażowy DCWP - 50 mln	MZ, NFZ	Osoby z zaburzeniami pamięci stanowią dużą grupę wśród osób przebywających w ośrodkach całodobowych, dlatego jest to istotne działanie.

Działanie nr	proponowane działania ważne z punktu widzenie deinstytucjonalizacji	oczekiwane rezultaty	budżet	odpowiedzial na jednostka	komentarz dotyczący deinstytucjonalizacji
		systemu świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki długoterminowej.			
2.9.4	Wsparcie dla opiekunów nieformalnych, podzielone na sześć części:				
	1. Opracowanie ramowego programu szkoleń dla opiekunów nieformalnych osób starszych potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu oraz przeprowadzenie na tej podstawie lokalnych szkoleń dla tych osób – do końca 2022 r.	1) podniesienie kompetencji opiekunów nieformalnych osób starszych potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w zakresie właściwej opieki nad tymi osobami; 2) poprawa stanu zdrowia psychofizycznego, jakości życia o związanej ze zdrowiem i umiejętności radzenia sobie z rolą opiekuna u opiekunów nieformalnych osób starszych potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym opiekunów osób z zaburzeniami otępiennymi; 3) poprawa jakości i wydłużenie czasu udzielania opieki nieformalnej w środowisku	Szkolenia - 20 tys.		Wsparcie nieformalnych opiekunów może sprawić, że zmniejszy się „popyt” na instytucjonalne usługi opiekuńcze. Jest też ważną kwestią ze względu na przekonania społeczne dotyczące tego, kto mam być odpowiedzialny za opiekę nad starszymi członkami rodzin.
	2. Opracowanie programu pilotażowego wsparcia psychologicznego i profilaktyki zdrowia psychofizycznego dla opiekunów osób starszych i wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – do końca 2022 r., w tym opiekunów osób z zaburzeniami otępiennymi.				
	3. Przeprowadzenie programu pilotażowego wsparcia psychologicznego i profilaktyki zdrowia psychofizycznego dla co najmniej 1 000 opiekunów osób starszych i wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – do końca 2025 r.			program pilotażowy wsparcia psychologicznego - 4 mln	
4. Ewaluacja rezultatów przeprowadzonego programu pilotażowego i analiza możliwości włączenia przetestowanych rozwiązań do					

Działanie nr	proponowane działania ważne z punktu widzenie deinstytucjonalizacji	oczekiwane rezultaty	budżet	odpowiedzial na jednostka	komentarz dotyczący deinstytucjonalizacji
	<p>systemu świadczeń gwarantowanych – do końca 2026 r.</p> <p>5. Włączenie pozytywnie zwalidowanych form wsparcia przetestowanego w ramach pilotażu psychologicznego dla opiekunów nieformalnych osób starszych i wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu do systemu publicznej ochrony zdrowia – do końca 2030 r.</p> <p>6. Opracowanie założeń pilotażu telefonicznej informacji i wsparcia psychologicznego dla opiekunów nieformalnych osób z zaburzeniami otępiennymi i osób objętych przez nich opieką, przeprowadzenie na tej podstawie pilotażu wsparcia dla tych osób, ewaluacja rezultatów przeprowadzonego pilotażu i analiza możliwości dalszego finansowania infolinii ze środków krajowych oraz utrzymanie funkcjonowania infolinii ze środków krajowych</p>				

Działanie nr	proponowane działania ważne z punktu widzenie deinstytucjonalizacji	oczekiwane rezultaty	budżet	odpowiedzial na jednostka	komentarz dotyczący deinstytucjonalizacji
2.9.5.	<p>1. Wsparcie rozwoju infrastruktury podmiotów leczniczych przekształcających oddziały szpitalne lub ich części w struktury opieki długoterminowej, w ramach których udzielane będą stacjonarne świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze finansowane ze środków publicznych.</p> <p>2. Wsparcie rozwoju infrastruktury podmiotów leczniczych przez modernizację lub tworzenie nowych oddziałów lub struktur, w których ze środków publicznych udzielane będą stacjonarne świadczenia w rodzaju opieka długoterminowa – świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze.</p>	<p>1) poprawa jakości opieki nad osobami starszymi i wymagającymi opieki długoterminowej udzielanej w warunkach stacjonarnych;</p> <p>2) zniwelowanie różnic w regionalnym dostępie do świadczeń i zapewnienie w każdym województwie odpowiedniej liczby miejsc w podmiotach leczniczych świadczących opiekę długoterminową;</p> <p>3) wyposażenie podmiotów leczniczych w specjalistyczny sprzęt medyczny niezbędny do udzielania świadczeń opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych;</p> <p>4) skrócenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki długoterminowej udzielanych w warunkach stacjonarnych;</p> <p>5) poprawa komfortu pacjentów opieki długoterminowej udzielanej w warunkach stacjonarnych</p>	3 569,95 mln	Ministerstwo Zdrowia	Rozwój infrastruktury to ważny obszar dla procesu deinstytucjonalizacji, trzeba zwracać uwagę, aby realizowane inwestycje nie miały charakteru usług instytucjonalnych całodobowych.
2.13.8:	Wdrożenie działań projakościowych w systemie ochrony zdrowia polegających na dostosowaniu placówek POZ i szpitali do potrzeb osób ze szczególnymi potrzebami (głównie osoby z niepełnosprawnością i osoby starsze), w oparciu o Standardy Dostępności POZ i Szpitali	1) poprawa dostępności 250 placówek POZ i 50 szpitali w zakresie architektonicznym, cyfrowym, organizacyjnym i komunikacyjnym;	300 mln zł	Ministerstwo Zdrowia	Działanie także spoza zakresu czasowego samego dokumentu: ma być realizowane w latach 2019-2023. Wydaje się mieć

Działanie nr	proponowane działania ważne z punktu widzenie deinstytucjonalizacji	oczekiwane rezultaty	budżet	odpowiedzial na jednostka	komentarz dotyczący deinstytucjonalizacji
		2) podniesienie kompetencji w zakresie komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami pracowników placówek POZ i szpitali – 900 osób.			charakter wspierający proces deinstytucjonalizacji – ma ułatwić dostęp do placówek zdrowotnych seniorom i osobom z niepełnosprawnościami, co umożliwi lub ułatwi im niezależne życie.
2.13.10	Zwiększenie dostępności usług z zakresu telemedycyny, w szczególności dla osób starszych i innych osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu	Wdrożenie rozwiązań telemedycznych w zakresie kardiologii, geriatrici, psychiatrii, położnictwa, diabetologii, opieki paliatywnej, chorób przewlekłych	155 mln zł	Ministerstwo Zdrowia	Inny horyzont czasowy niż pozostała część dokumentu: 2021-2027. wydaje się mieć charakter wspierający proces deinstytucjonalizacji – ułatwiać dostęp do placówek zdrowotnych seniorom i osobom z niepełnosprawnościami, co umożliwi lub ułatwi im niezależne życie.

Zdrowa Przyszłość

Zdrowa Przyszłość to kolejny dokument strategiczny powstający w Ministerstwie Zdrowia.

Rada Ministrów przyjęła ten dokument 27 grudnia 2021 roku⁸⁹. Sam dokument nie jest jeszcze opublikowany w Monitorze Polskim, jednak jego wersję z etapu konsultacji można znaleźć na stronach Rządowego Centrum Legislacji⁹⁰, a wersję przyjętą na stronach Ministerstwa Zdrowia⁹¹.

WRZOS składał uwagi do tego projektu w trakcie konsultacji (w lipcu 2021) i można zapoznać się z nimi w opublikowanym na stronach WRZOS dokumencie:

<https://www.wrzos.org.pl/aktualnosci/wrzos-przekazal-uwagi-do-dokumentu-strategicznego-dotyczacego-polityki-zdrowotnej/>

Upominaliśmy się tam m.in.: o obecność dobrze planowanej deinstytucjonalizacji (upominamy się m.in. o uwzględnienia osób w kryzysie bezdomności czy dzieci w różnych miejscach dokumentu) czy też konsolidację planów strategicznych dotyczących deinstytucjonalizacji powstających w Ministerstwie Zdrowia i w Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej.

Projekt wytycznych dotyczących realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021–2027

Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej opublikowało, i do 2 grudnia 2022 konsultowało, projekt *Wytycznych dotyczących realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021–2027*⁹².

Wytyczne to główny dokument określający zasady wydatkowania środków finansowych uzyskanych z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus. Obowiązuje on zatem wszystkie podmioty korzystające z tych funduszy.

Ten dokument zawiera kluczowe dla deinstytucjonalizacji postanowienia. M.in. definiuje deinstytucjonalizację, opiekę instytucjonalną, usługi w społeczności lokalnej, mieszkalnictwo wspomagane. Wskazuje także, co można a czego nie można finansować ze środków EFS oraz wyznacza minimalne standardy świadczenia niektórych usług.

⁸⁹ Uchwała Rady Ministrów w sprawie ustanowienia polityki publicznej pt. „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.” (ID144). Przyjęto: 27-12-2021, <https://www.gov.pl/web/premier/dokumenty-rzadowe-przyjete-przez-rade-ministrow-w-trybie-obiegowym-27-31-grudnia-2021-r>

⁹⁰ <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12348352/katalog/12798644#12798644>

⁹¹ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zmiany-w-sektorze-zdrowia-dzieki-zdrowej-przyszosci>

⁹² <https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/strony/o-funduszach/fundusze-na-lata-2021-2027/prawo-i-dokumenty/wytyczne/projekt-wytycznych-dot-realizacji-projektow-z-udzialem-srodkow-efs-plus-w-regionalnych-programach-2021-2027/>

Projekt wytycznych tak definiuje deinstytucjonalizację:

deinstytucjonalizacja usług – proces przejścia od opieki instytucjonalnej do usług świadczonych w społeczności lokalnej, wynikający z potrzeby respektowania praw podstawowych określonych w Karcie praw podstawowych Unii Europejskiej z dnia 7 czerwca 2016 r. (Dz. Urz. UE C 202 z 07.06.2016, str. 389), a także innych dokumentach międzynarodowych, w tym w szczególności Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych, sporządzonej w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. (Dz. U. z 2012 r. poz. 1169, z późn. zm.) i Konwencji o prawach dziecka, przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r. (Dz. U. z 1991 r. poz. 526, z późn. zm.). Proces ten wymaga rozwoju usług świadczonych w społeczności lokalnej, przeniesienia zasobów z opieki instytucjonalnej na poczet usług świadczonych w społeczności lokalnej, stopniowego ograniczenia usług w ramach opieki instytucjonalnej. Integralnym elementem deinstytucjonalizacji usług jest profilaktyka mająca zapobiegać umieszczaniu osób w opiece instytucjonalnej, a w przypadku dzieci – rozdzieleniu dziecka z rodziną i umieszczeniu w pieczy zastępczej lub w opiece instytucjonalnej;

Najważniejsze przepisy dotyczące obszaru rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji znajdują się w Rozdziale 4 *Zasady interwencji EFS+ w obszarze włączenia społecznego*. W tym miejscu Wytyczne wskazują, że:

„realizowane wsparcie w obszarze włączenia społecznego jest zgodne ze „Strategią Rozwoju Usług Społecznych – polityka publiczna na lata 2021–2030 (z perspektywą do 2035 r.)” oraz odpowiednimi regionalnymi strategiami deinstytucjonalizacji, a także z „Krajowym Programem Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu. Aktualizacja 2021–2027 z perspektywą do roku 2030”.”

Interesujący nas obszar pojawia się także w Podrozdziale 7.3. *Działania w zakresie deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych*, gdzie wskazuje się m. in. że:

Działania w zakresie deinstytucjonalizacji powinny być zgodne ze „Strategią Deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi” oraz „Strategią Deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi”, będącymi załącznikami do dokumentu „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.”

Projekt w obecnym kształcie zapewnia także preferencje dla realizacji usług społecznych przez Podmioty Ekonomii Społecznej (a więc także organizacji pozarządowych), rozdział 4.3 pkt 6:

- 6) IZ RP zapewnia preferencje dla realizacji usług społecznych przez PES. Preferencje te mogą być zapewnione w szczególności poprzez:
- rekomendowanie Komitetowi Monitorującemu RP określonych kryteriów wyboru projektów ograniczających wsparcie w ramach wybranych konkursów wyłączenie do PES lub premiujących realizację projektów przez te podmioty;
 - preferencje dla projektów partnerskich realizowanych przez administrację publiczną i PES;

- zobowiązanie beneficjentów w decyzji o dofinansowaniu projektu lub umowie o dofinansowanie projektu do zlecenia zadań na zasadach określonych w ustawie z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2022 r. poz. 1327, z późn. zm.).

Wytyczne opublikowano w kwietniu 2023, aktualną i pełną ich treść można znaleźć na Portalu Funduszy Europejskich⁹³:

<https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/strony/o-funduszach/fundusze-na-lata-2021-2027/prawo-i-dokumenty/wytyczne/wytyczne-dot-realizacji-projektow-z-udzialem-srodkow-efs-plus-w-regionalnych-programach-na-lata-2021-2027/>

Program Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego na lata 2021-2027 (FERS) zatwierdzony

12 grudnia 2022 roku Komisja Europejska zatwierdziła program „Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego na lata 2021-2027” (FERS)⁹⁴, współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.

Cały budżet Programu to 4,9 mld euro (czyli ok. 21,7 mld zł).

Z tego programu może być finansowanych wiele inicjatyw rozwoju środowiskowych usług społecznych.

Priorytetami programu FERS są:

I UMIEJĘTNOŚCI

- Rozwój publicznych służb zatrudnienia (Dz. 01.02)
- Adaptacyjność (Dz. 01.03 i 01.10)
- Edukacja (Dz. 01.04 i 01.06)
- Uczenie się przez całe życie (Dz. 01.08)
- Kompetencje w szkolnictwie wyższym (Dz. 01.05)
- Kompetencje cyfrowe (Dz. 01.09)
- Kształcenie podyplomowe kadr medycznych (Dz. 01.12 i 01.13)
- Pożyczki na kształcenie osób dorosłych (Dz. 01.11)

⁹³ <https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/115353/Wytyczne-dotyczace-realizacji-projektow-z-EFS-podpisane.pdf>

⁹⁴ <https://www.power.gov.pl/strony/o-programie/fundusze-europejskie-dla-rozwoju-spolecznego/zalozenia-nowego-programu/>

- Współpraca i Mobilność Ponadnarodowa (Dz. 01.01 i 01.07)

II OPIEKA NAD DZIEĆMI I RÓWNOWAGA MIĘDZY ŻYCIEM PRYWATNYM I ZAWODOWYM

- Lepszy dostęp do opieki nad małymi dziećmi (Dz. 02.01; Dz. 02.02)
- Równość kobiet i mężczyzn i antydyskryminacja (Dz. 02.03)

III DOSTĘPNOŚĆ I USŁUGI DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

- Dostępność szkolnictwa wyższego dla osób z niepełnosprawnościami (Dz. 03.01)
- Dostępność cyfrowa (Dz. 03.02)
- Systemowa poprawa dostępności (Dz. 03.03)
- Nowe rozwiązania systemowe dla osób z niepełnosprawnościami (Dz. 03.04)
- Centrum Komunikacji dla osób z niepełnosprawnościami (Dz. 03.05)
- Pożyczki dla przedsiębiorców na dostępność (Dz. 03.06)
- Dostępność podmiotów leczniczych (Dz. 03.07)

IV SPÓJNOŚĆ SPOŁECZNA I ZDROWIE

- Pożyczki na samozatrudnienie (Dz. 04.01)

Wzmacnianie dialogu społecznego i budowanie zdolności partnerów społecznych (Dz. 04.02, 04.03, 04.04, 04.05)

- Budowanie potencjału organizacji społeczeństwa obywatelskiego (Dz. 04.06, 04.07, 04.12)
- Aktywizacja osób odbywających karę pozbawienia wolności (Dz. 04.08)
- Pożyczki dla podmiotów ekonomii społecznej (Dz. 04.09)
- Integracja społeczno-gospodarcza migrantów (Dz. 04.10 oraz 04.11)
- Wsparcie systemu włączenia społecznego - aktywna integracja, usługi społeczne i ekonomia społeczna (Dz. 04.13)
- Wsparcie deinstytucjonalizacji opieki medycznej (Dz. 04.14)
- Skuteczny i odporny system ochrony zdrowia (Dz. 04.15)
- Wsparcie systemu pieczy zastępczej (Dz. 04.16)

V INNOWACJE SPOŁECZNE

VI POMOC TECHNICZNA

Z punktu widzenia rozwoju usług środowiskowych i dla procesu deinstytucjonalizacji ważne będą środki przyznawane w ramach *Priorytetu IV Spójność społeczna i zdrowie*, w celu szczegółowym *Zwiększanie równego i szybkiego dostępu do dobrej jakości, trwałych i przystępnych cenowo usług, w tym usług, które wspierają dostęp do mieszkań oraz opieki skoncentrowanej na osobie, w tym opieki zdrowotnej; modernizacja systemów ochrony socjalnej, w tym wspieranie dostępu do ochrony socjalnej, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i grup w niekorzystnej sytuacji; poprawa*

dostępności, w tym dla osób z niepełnosprawnościami, skuteczności i odporności systemów ochrony zdrowia i usług opieki długoterminowej.

Osoby starsze i długotrwanie chore

Rodzina, Piecza zastępcza, dzieci i młodzież w instytucjach

Rada Ministrów skierowała do Sejmu projekt ustawy dotyczący zmian w pieczy zastępczej

Rada Ministrów w czerwcu 2022 przyjęła⁹⁵ a następnie skierowała do Sejmu rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej oraz niektórych innych ustaw⁹⁶. Projekt był zgłoszony do dyskusji i uzgodnień przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej we wrześniu 2021 r⁹⁷.

W uzasadnieniu projektu możemy znaleźć opis wielu zmian przewidzianych tą ustawą. Najważniejsze z nich to:

3. *Możliwość powrotu do dotychczasowej rodziny zastępczej, rodzinnego domu dziecka, placówki opiekuńczo-wychowawczej albo regionalnej placówki opiekuńczo-terapeutycznej osoby, która opuściła już te formy pieczy, rozpoczęła proces usamodzielniania, jednak z różnych powodów chciałaby wrócić do pieczy zastępczej i pozostać w niej.*
4. *Wprowadzenie przy użyciu systemu teleinformatycznego rejestru obejmującego, m.in.:*
 - a) *wykaz dzieci umieszczonych w pieczy zastępczej*
 - b) *wykaz osób posiadających pozytywną lub negatywną wstępną kwalifikację do pełnienia funkcji rodziny zastępczej lub prowadzenia rodzinnego domu dziecka,*

⁹⁵ <https://www.gov.pl/web/rodzina/zmiany-w-pieczy-zastepczej-rada-ministrow-przyjela-projekt-ustawy>

⁹⁶ <https://www.sejm.gov.pl/sejm9.nsf/PrzebiegProc.xsp?nr=2429>

⁹⁷ <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12351101>

- c) wykaz kandydatów zakwalifikowanych do pełnienia funkcji rodziny zastępczej lub prowadzenia rodzinnego domu dziecka.
7. Podwyższenie wysokości wynagrodzenia rodzin zastępczych zawodowych oraz prowadzących rodzinne domy dziecka oraz wprowadzenie zmiany w zakresie jego waloryzacji.
8. Wprowadzenie zasadniczych ograniczeń w tworzeniu nowych placówek opiekuńczo-wychowawczych typu socjalizacyjnego, interwencyjnego oraz specjalistyczno-terapeutycznego, regionalnych placówek opiekuńczo-terapeutycznych i interwencyjnych ośrodków preadopcyjnych.
9. Wprowadzenie, co do zasady, obowiązku uzyskania opinii Rzecznika Praw Dziecka, w przypadku wystąpienia przez samorząd do wojewody z wnioskiem o utworzenie nowej placówki opiekuńczo-wychowawczej.
13. Rozszerzenie katalogu osób, które mogą być opiekunami usamodzielnienia, o pracownika organizacji pozarządowej (...) lub inną osobę wyznaczoną przez tę organizację do pełnienia funkcji opiekuna usamodzielnienia.
14. Wprowadzenie zasady, że powiat, na terenie którego funkcjonują mogące przyjąć dziecko rodzina zastępcza lub rodzinny dom dziecka, lub powiat, który zawarł umowę z rodziną zastępczą zawodową, (...) lub powiat, który organizuje rodzinny dom dziecka na terenie innego powiatu, mogące przyjąć dziecko, może odmówić umieszczenia dziecka w danej rodzinie zastępczej lub rodzinnym domu dziecka tylko w sytuacji, gdy liczba dzieci umieszczonych w rodzinnej pieczy zastępczej, dla których powiat ten nie jest powiatem obowiązującym do ponoszenia wydatków, (...), przekroczyła 25% ogólnej liczby miejsc w rodzinnej pieczy zastępczej zapewnianych przez ten powiat. W pozostałych przypadkach w sytuacji umieszczenia małoletniego w rodzinnej pieczy zastępczej na terenie innego powiatu wprowadzono obowiązek zawarcia porozumienia między powiatami⁹⁸.

W trakcie prac nad nowelizacją ustawy, na etapie prac rządowych, niektóre proponowane zmiany zostały skrytykowane przez organizacje społeczne skupione w Porozumieniu DI.2035 (którego inicjatorem był WRZOS) wystosowały już w lutym 2022 pismo do Minister Marleny Małąg wyrażające obawy co do kształtu proponowanej ustawy⁹⁹. „Nowe propozycje nie tylko niwelują dobre zapisy, ale także idą dokładnie pod prąd zapowiadanej procesowi deinstytucjonalizacji, który przygotowany jest zarówno w sferze polityki społecznej, jak i ochrony zdrowia” – czytamy w liście.

Dalej pismo zwraca uwagę na najważniejsze kwestie budzące sprzeciw.

Po pierwsze kwestia Hamowanie wynagrodzeń rodzin zastępczych. Propozycja zapisana w projekcie ustawy to kwota 3100 zł brutto miesięcznie. Koalicja pisze: „W pierwotnej wersji projektu ustawy proponowano rodzinie zastępczej zawodowej oraz prowadzącemu rodzinny dom dziecka miesięczne wynagrodzenie

⁹⁸ Uzasadnienie do projektu ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej oraz niektórych innych ustaw, <https://www.sejm.gov.pl/sejm9.nsf/druk.xsp?nr=2429>

⁹⁹ <https://www.deinstytucjonalizacja.info/blog/apel-porozumienia-di-2035-w-sprawie-pieczy-zastepczej?categoryId=182460>
<http://www.koalicja.org/2022/02/15/apel-do-pani-minister-marleny-malag/>

nie niższe niż kwota minimalnego wynagrodzenia za pracę, obecnie 3.010 zł brutto (obowiązujące do dzisiaj przepisy wskazują kwotę 2.000 zł brutto), co dawało szansę na sensowną coroczną waloryzację.

(...)

W związku z tym uważamy, że należy nie tylko powrócić do dotychczasowego brzmienia, ale podwyższyć stawki do 125% najniższego wynagrodzenia w przypadku zawodowych rodzin zastępczych i 150% w przypadku rodzin zastępczych prowadzonych w formule pogotowia opiekuńczego. Należy ponadto zezwolić samorządom na wybór pomiędzy umową cywilno-prawną, a prawną, a umową o pracę. Wydaje się, że w tym przypadku powinno preferować się stabilne formy funkcjonowania, a nie promować „zatrudnienie śmieciowe”.

Kolejną kwestią, na którą zwraca uwagę Porozumienie DI.2035 jest sprawa dotycząca zgody na tworzenie nowych placówek opiekuńczo wychowawczych. Koalicja pisze:

W pierwotnej wersji projektu ustawy zaproponowano absolutny zakaz tworzenia nowych placówek opiekuńczo wychowawczych typu socjalizacyjnego, interwencyjnego, specjalistyczno-terapeutycznego, regionalnych placówek opiekuńczo terapeutycznych i interwencyjnych ośrodków preadopcyjnych. Wyjątek, czyli ewentualna możliwość otwarcia, dotyczył sytuacji, w której wniosek złożono w okresie wchodzenia w życie ustawy, zaś opinię na temat utworzenia placówki wydał Rzecznik Praw Dziecka. Nowa wersja projektu ze stycznia 2022 r. wycofuje de facto tę propozycję, umożliwiając otwieranie nowych placówek, gdy „jest to umotywowane szczególnymi potrzebami lokalnymi”. Jest to klasyczny przepis „niwelujący”¹⁰⁰.

I dalej:

„w Strategii Rozwoju Usług Społecznych. Jesteśmy przekonani, że należy rozpocząć długofalowy proces otwierania się placówek na społeczność lokalną, nie zaś tworzenia nowych „niezbędnych” instytucji. Nie da się jednocześnie rozwijać pieczy rodzinnej i instytucjonalnej, ponieważ będzie to nie tylko bezsensowne, ale także generujące wysokie koszty zarówno społeczne jak i ekonomiczne, a przez to finansowo uniemożliwiające rozpoczęcie faktycznego procesu deinstytucjonalizacji. Ponadto ponownie podtrzymujemy konieczność zakazu (z 3 letnim vacatio legis) funkcjonowania kilku placówek w jednym budynku”.

¹⁰⁰ Obecnie proponowany w Art. 1, pkt 38 projektu ustawy przepis brzmi:

{W ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 447) wprowadza się następujące zmiany:}

„w art. 106:

a) po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

Placówki opiekuńczo-wychowawcze typu socjalizacyjnego, interwencyjnego i specjalistyczno-terapeutycznego mogą być tworzone tylko w przypadku, gdy:

- 1) utworzenie nowej placówki opiekuńczo-wychowawczej lub przekształcenie istniejącej placówki opiekuńczo-wychowawczej nie spowoduje zwiększenia liczby miejsc w instytucjonalnej pieczy zastępczej na terenie danego powiatu albo
- 2) jest to umotywowane szczególnymi potrzebami lokalnymi.”,

Następną kwestią, na którą zwraca uwagę koalicja w piśmie do Minister Małag to sprawa gorszego traktowania dzieci z niepełnosprawnościami.

„Zarówno w pierwotnym, jak i obecnym projekcie ustawy utrzymano limit liczby dzieci w regionalnych placówkach opiekuńczo terapeutycznych do 30 dzieci oraz przepis zezwalający wojewodzie na zgodę na zwiększenie limitu do 45 dzieci.

Niezrozumiałe jest różnicowanie sytuacji dzieci w różnych typach placówek. Obecnie obowiązujące przepisy wskazują, że w instytucjach na poziomie powiatu: placówkach opiekuńczo wychowawczych może przebywać maksymalnie 14 dzieci, natomiast w instytucjach prowadzonych przez samorząd województwa: regionalnych placówkach opiekuńczo terapeutycznych 30 45 dzieci. Powstaje zatem pytanie: dlaczego dzieci ze specjalnymi potrzebami mają gorsze warunki przebywając w dwukrotnie lub trzykrotnie większych placówkach niż inne dzieci tylko dlatego, że placówki te są prowadzone są przez samorząd innego szczebla”.

Przyjęte zmiany w ustawie o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej Parlament przyjął¹⁰¹ a prezydent podpisał¹⁰² Ustawę z dnia 7 października 2022 r. o zmianie ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej oraz niektórych innych ustaw¹⁰³.

Przypomnijmy najważniejsze zmiany jakie ta ustawa niesie:

- Możliwość powrotu do dotychczasowej rodziny zastępczej, rodzinnego domu dziecka, placówki opiekuńczo-wychowawczej albo regionalnej placówki opiekuńczo-terapeutycznej osoby, która opuściła już te formy pieczy.
- Wprowadzenie elektronicznego rejestru obejmującego wykaz dzieci w pieczy zastępczej, wykaz osób posiadających pozytywną lub negatywną wstępną kwalifikację do pełnienia funkcji rodziny zastępczej lub prowadzenia rodzinnego domu dziecka, wykaz kandydatów zakwalifikowanych do pełnienia funkcji rodziny zastępczej lub prowadzenia rodzinnego domu dziecka.
- Wprowadzenie, obowiązku uzyskania opinii Rzecznika Praw Dziecka, w przypadku wystąpienia przez samorząd do wojewody z wnioskiem o utworzenie nowej placówki opiekuńczo-wychowawczej.
- Rozszerzenie katalogu osób, które mogą być opiekunami usamodzielnienia, o pracownika organizacji pozarządowej lub inną osobę wyznaczoną przez tę organizację do pełnienia funkcji opiekuna usamodzielnienia.
- Zniesienie zakazu przyjmowania do placówek pieczy zastępczej dzieci spoza powiatu.

Przypominamy też krytykę niektórych rozwiązań wprowadzanych tą ustawą jakie przedstawiły organizacje społeczne skupione w Porozumieniu DI.2035 (którego inicjatorem był WRZOS) w lutym 2022¹⁰⁴.

¹⁰¹ <https://sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/PrzebiegProc.xsp?id=926BE4DF47687904C1258877003BF33C>

¹⁰² <https://www.gov.pl/web/rodzina/zmiany-w-pieczy-zastepczej-z-podpisem-prezydenta-andrzej-dudy>

¹⁰³ <https://dziennikustaw.gov.pl/DU/2022/2140>

¹⁰⁴ <https://www.deinstytucjonalizacja.info/blog/apel-porozumienia-di-2035-w-sprawie-pieczy-zastepczej?categoryId=182460>

- Kwestia wynagrodzeń rodzin zastępczych – w projekcie ustawy była zapisana kwota 3100 zł brutto miesięcznie, ostatecznie została podniesiona do 4100 zł (minimalne wynagrodzenie za pracę od stycznia 2023 ma wynosić 3490 zł, a od 1 lipca – do 3600 zł).
- W pierwotnej wersji projektu ustawy zaproponowano absolutny zakaz tworzenia nowych placówek opiekuńczo wychowawczych typu socjalizacyjnego, interwencyjnego, specjalistyczno-terapeutycznego, regionalnych placówek opiekuńczo terapeutycznych i interwencyjnych ośrodków preadopcyjnych. Uchwalona wersja ustawy umożliwia otwieranie nowych placówek, gdy „jest to umotywowane szczególnymi potrzebami lokalnymi”¹⁰⁵.
- Gorsze traktowanie dzieci z niepełnosprawnościami. W pierwotnym, jak i obecnym projekcie ustawy utrzymano limit liczby dzieci w regionalnych placówkach opiekuńczo terapeutycznych do 30 dzieci oraz przepis zezwalający wojewodzie na zgodę na zwiększenie limitu do 45 dzieci. W placówkach opiekuńczo wychowawczych może przebywać maksymalnie 14 dzieci.

Ustawa weszła w życie w lutym 2023.

Ustawa z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich

Rządowy projekt ustawy o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich

W kwietniu 2022 do sejmu wpłynął rządowy projektu ustawy o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich¹⁰⁶. Projekt dotyczy „kompleksowego uregulowania problematyki nieletnich, których zachowanie wymaga interwencji organów państwowych”. Projekt powstał w Ministerstwie Sprawiedliwości i był konsultowany publicznie latem ubiegłego roku. Projekt przewiduje m.in.: utworzenia nowych zamkniętych placówek dla nieletnich – okręgowych ośrodków wychowawczych. Te ośrodki miałyby być dwóch rodzajów: projekt przewiduje ośrodki dla nieletnich w normie intelektualnej oraz dla nieletnich z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i w stopniu umiarkowanym¹⁰⁷.

To rozwiązanie w czasie konsultacji publicznych krytykowała Helsińska Fundacja Praw Człowieka¹⁰⁸ ze względu na zawarte w proponowanych przepisach rozwiązanie obligujące sądy rodzinne do przeprowadzenia, w ciągu trzech miesięcy od dnia wejście w życie nowych rozwiązań, oceny zasadności przeniesienia wychowanków Młodzieżowych Ośrodków Wychowawczych do nowego typu jednostki resocjalizacyjnej.

My zwracamy uwagi na poszerzenie katalogu instytucji całodobowych zamiast rozwijania wsparcia środowiskowego.

¹⁰⁵ Art. 1 pkt 38) omawianej ustawy

¹⁰⁶ <https://sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/PrzebiegProc.xsp?id=A27ECCA53CBE985EC125882B0043A4F7>

¹⁰⁷ Art. 186-194 projektowanej ustawy

¹⁰⁸ <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//2/12349403/12805117/12805120/dokument518553.pdf>

Ustawa z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich

Sejm uchwalił ustawę z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich¹⁰⁹. Pisaliśmy w „Monitoringu polityk publicznych w zakresie usług społecznych: maj-czerwiec 2022”¹¹⁰. Dla przypomnienia:

Ustawa przewiduje m.in.: utworzenia nowych zamkniętych placówek dla nieletnich – okręgowych ośrodków wychowawczych. Te ośrodki miałyby być dwóch rodzajów: projekt przewiduje ośrodki dla nieletnich w normie intelektualnej oraz dla nieletnich z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim i w stopniu umiarkowanym¹¹¹.

To rozwiązanie w czasie konsultacji publicznych krytykowała Helsińska Fundacja Praw Człowieka¹¹² ze względu na zawarte w proponowanych przepisach rozwiązanie obligujące sądy rodzinne do przeprowadzenia, w ciągu trzech miesięcy od dnia wejście w życie nowych rozwiązań, oceny zasadności przeniesienia wychowanków Młodzieżowych Ośrodków Wychowawczych do nowego typu jednostki resocjalizacyjnej.

My zwracamy uwagę na poszerzanie katalogu instytucji całodobowych zamiast rozwijania wsparcia środowiskowego¹¹³.

Osoby z niepełnosprawnościami

Wyrównywanie szans osób z niepełnosprawnościami - nowy projekt, którego celem jest opracowanie ustawy o wyrównywaniu szans osób z niepełnosprawnościami.

10 września 2021 r. w Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej podpisana została umowa o partnerstwie na rzecz realizacji projektu, którego celem jest opracowanie ustawy o wyrównywaniu szans osób z niepełnosprawnościami¹¹⁴.

¹⁰⁹ <https://dziennikustaw.gov.pl/DU/2022/1700>

¹¹⁰ <https://www.wrzos.org.pl/aktualnosci/monitoring-polityk-publicznych-w-zakresie-uslug-spoecznych-maj-czerwiec-2022/>

¹¹¹ Art. 186-194 ustawy

¹¹² <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//2/12349403/12805117/12805120/dokument518553.pdf>

¹¹³ <https://www.wrzos.org.pl/aktualnosci/monitoring-polityk-publicznych-w-zakresie-uslug-spoecznych-marzec-kwiecien-2022/>

¹¹⁴ umowa podpisana w MRiPS w dniu 10 września 2021r.o partnerstwie na rzecz realizacji projektu, którego celem jest opracowanie ustawy o wyrównywaniu szans osób z niepełnosprawnościami

Otworzy to drzwi do pełnego wdrożenia Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych.

Celem projektu jest opracowanie ustawy o wyrównywaniu szans osób z niepełnosprawnościami. To z kolei ma umożliwić pełne wdrożenie Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych.

Umowa jest początkiem bardzo ważnego etapu. Polska ratyfikowała Konwencję o prawach osób niepełnosprawnych już w 2012 roku. Teraz po prawie 10 latach przystępuje do praktycznego wdrożenia tejże konwencji poprzez stworzenie projektu ustawy.

Ustawa ma zmienić nie tylko sytuację osób z niepełnosprawnościami w Polsce, ale cały system postrzegania tej grupy obywateli, jak i miejsca tych obywateli w kraju.

Projekt będzie realizowany w Partnerstwie z: Polskim Forum Osób z Niepełnosprawnościami, Fundacją Instytut Rozwoju Regionalnego (z siedzibą w Krakowie), Uniwersytetem Warszawskim, Szkołą Główną Handlową w Warszawie, Fundacją Naukową Instytut Badań Strukturalnych. Liderem projektu jest Biuro Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych w MRIPS.

Projekt przewiduje analizę faktycznej sytuacji osób z niepełnosprawnościami – przegląd i analizę wszystkich rozwiązań prawnych z zakresu wsparcia osób z niepełnosprawnościami, a także szerokie konsultacje społeczne z uwzględnieniem wszystkich zainteresowanych. To m.in. osoby z niepełnosprawnościami i ich otoczenie, organizacje pozarządowe, partnerzy społeczni oraz przedstawiciele jednostek samorządu terytorialnego.

Zakłada się, że projekt będzie realizowany od września 2021 do października 2023 r.

Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych

Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych przyjęta została przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych 13 grudnia 2006 r. Polska ratyfikowała ją we wrześniu 2012 r.

Ustawa o wyrównywaniu szans osób z niepełnosprawnościami będzie zawierała regulacje związane z niepełnosprawnością, nie znajdujące się w innych aktach prawnych. Celem nowej ustawy będzie zapewnienie mechanizmów wsparcia zgodnych z Konwencją o prawach osób niepełnosprawnych i „operacjonalizacja” jej postanowień, wraz z odniesieniem do definicji zawartych w Konwencji.

Założenia projektu o asystencji osobistej osób niepełnosprawnych

Kancelaria Prezydenta poinformowała, że do końca stycznia 2022 rada ds. społecznych, działająca w ramach Narodowej Rady Rozwoju przy Prezydencie RP, przygotuje założenia projektu ustawy o asystencji osobistej osób niepełnosprawnych. Gotowy projekt ustawy miał powstać we współpracy z

Ministerstwem Rodziny i Polityki Społecznej i z biurem ds. osób niepełnosprawnych przed wakacjami 2022.

Przewodniczący rady dr hab. Marek Rymsza stwierdza:

„Chcemy, by usługa asystencji osobistej była dostępna w sposób systemowy, żeby to było rozwiązanie, które nie jest uzależnione od tego, że jest jakiś program. Program może się skończyć, potem może być następny. Chcemy, żeby to było rozwiązanie systemowe, by na określonych warunkach ta usługa była dostępna w sposób długookresowy”

Założenia projektu ustawy o asystencji osobistej

W czasie II Forum Deinstytucjonalizacji: uspołecznienie, upodmiotowienie, personalizacja¹¹⁵, w kwietniu 2022, zaprezentowano projekt założeń ustawy o asystencji osobistej osób z niepełnosprawnościami. Koncepcja ta została przyjęta przez Radę do spraw Społecznych Narodowej Rady Rozwoju 21 lutego 2022 i opisuje główne rozwiązania jakie miałyby się znaleźć w takiej ustawie.

W koncepcji możemy przeczytać, że:

Celem proponowanego rozwiązania legislacyjnego jest systemowe uregulowanie korzystania przez osoby z niepełnosprawnościami z asystencji osobistej i stworzenie w ten sposób trwałych warunków dla osób z niepełnosprawnościami do realizacji pełnego, samodzielnego życia, ze szczególnym uwzględnieniem pełnienia różnych ról społecznych i zawodowych. W chwili obecnej asystencja osobista jest realizowana w ramach rocznych programów i projektów, które nie gwarantują kontinuum świadczenia tej usługi ani nie trafiają do większości osób, które tej usługi potrzebują.

Asystencja osobista wg tej propozycji ma być zdefiniowana jako usługa społeczna

o charakterze spersonalizowanego wsparcia (w relacji jeden na jeden) dopasowanego do użytkownika usługi, niezbędnego do prowadzenia niezależnego życia.

Zaś najważniejszym celem tej usługi będzie

aktywizacja społeczna i zawodowa osób z niepełnosprawnościami. Usługa asystencji osobistej to wzmacnianie potencjału, który jest w człowieku, a który bez niej nie będzie miał szansy ani się ujawnić, ani się rozwinąć.

Przedstawiona koncepcja ustawy ma być rozwiązaniem systemowym, które zapewni ciągłe i niezagrożone finansowanie usługi asystencji osobistej. Ma być to zadanie zlecone (samorządom gminnym) i finansowane z budżetu państwa.

Uprawnionymi do korzystania z tej usługi będą osoby w wieku od 16 do 65 roku życia posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności. Takie określenie grupy odbiorców odpowiada na założenie przyjęte w tej koncepcji ustawy, że asystencja osobista ma służyć głównie aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnościami. Uzasadnienie propozycji ustanowienia górnej granicy

¹¹⁵ Konferencja zorganizowana przez Kancelarię Prezydenta RP - <https://www.prezydent.pl/aktualnosci/narodowa-rada-rozwoju/aktualnosci/forum-deinstytucjonalizacji-w-palacu-prezydenckim-52265>

wieku osób uprawnionych powołuje się na „naturalność” procesu nabywania ograniczeń funkcjonalnych, do których można się „przygotować”.

Prawo do asystencji ma być udzielane przez powiatowe zespoły ds. asystencji osobistej przy powiatowych centrach pomocy rodzinie i ma mieć formę decyzji administracyjnej. Posiedzenie tego zespołu mają się odbywać wyłącznie z udziałem osoby z niepełnosprawnością, której ma dotyczyć decyzja. Ponadto założenia ustawy przewidują, że

W uzasadnionych przypadkach dopuszcza się ponadto możliwość udziału w posiedzeniu powiatowego zespołu osoby wspomagającej, w tym umożliwiającej komunikację (np. tłumacza języka migowego, osoby tłumaczącej wypowiedzi, stosującej alternatywne sposoby komunikowania się).

Projekt przewiduje także podpisanie trójstronnego kontraktu pomiędzy użytkownikiem asystencji osobistej, asystentem osobistym osoby z niepełnosprawnością oraz usługodawcą (czyli gminą lub powiatem).

Zakres ma obejmować następujące obszary:

- 1) wspieranie w podejmowaniu aktywności życiowej, komunikowaniu się z otoczeniem i w działaniach społecznych;*
- 2) wspieranie w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej;*
- 3) wspieranie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie;*
- 4) wspieranie w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania;*
- 5) wspieranie w podejmowaniu aktywności zawodowych;*
- 6) wspieranie w podejmowaniu aktywności edukacyjnych i kulturalnych;*
- 7) wspieranie w podejmowaniu aktywności wyjazdowych;*
- 8) wspieranie w wykonaniu czynności zaleconych przez lekarza.*

Prawo do usługi asystencji osobistej ma nie wykluczać prawa do niektórych innych usług społecznych, co ciekawe, zarówno tych do usług całodobowych, jak i tych środowiskowych, np. do:

*- prawa do korzystania z usług placówki zapewniającej całodobową opiekę – użytkownik usługi ma wówczas prawo do połowy wymiaru przyznanego godzin;
(...)*

- prawa do korzystania z mieszkania wspomaganego;

Organizowanie oraz świadczenie usługi asystencji osobistej ma być w całości finansowane z budżetu państwa przez powiat lub gminę jako zadanie zlecone, a ich koszty mają być w całości pokrywane ze środków publicznych.

W dokumencie pojawiają się także szacunki liczby osób, które skorzystają, z tego rozwiązania oraz szacunki kosztów realizacji tej usługi. Szacuje się, że z usług asystencji osobistej skorzysta około 10% spośród osób w wieku produkcyjnym, które posiadają orzeczenie o znacznym stopniu

niepełnosprawności – tj. około 40 tysięcy osób. Szacunkowe koszty to około 2 mld. zł rocznie. W dokumencie znajdziemy też informację, że dotychczas od początku 2020 roku z usług asystentów osobistych skorzystało łącznie około 14 400 osób¹¹⁶.

Wydaje się, że założenia ustawy to krok we właściwą stronę. Pokrywa się z główną ideą przyświecającą procesowi deinstytucjonalizacji, jaką jest upodmiotowienie osób, które muszą korzystać z usług społecznych. Jest też wymieniane w strategicznych dokumentach rządowych. Wprowadzenie systemowej usługi asystencji osobistej dla osób z różnymi niepełnosprawnościami jest priorytetem I 3.2 w przyjętej przez Rząd w lutym 2021 Strategii na Rzecz Osób z Niepełnosprawnościami¹¹⁷. Wprowadzenie usługi asystencji osobistej pojawia się także w projekcie Strategii Rozwoju Usług Społecznych¹¹⁸ w wykazie szczegółowych celów strategicznych w obszarze *Niezależne życie – wsparcie osób z niepełnosprawnościami*, w celu szczegółowym nr 2: *Wsparcie rodziny realizującej opiekę nad osobą z niepełnosprawnościami, w tym wsparcie w zakresie realizacji usług*, jako kierunek działań numer 7.

W marcu 2023 minister pełnomocnik rządu ds. osób niepełnosprawnych Paweł Wdówik poinformował, że „w ciągu najbliższych dni powinien zostać zaprezentowany projekt ustawy o asystencji osobistej”.

Raport NIK z kontroli przeprowadzonej w całodobowych placówkach opiekuńczo -wychowawczych dla dzieci

Najwyższa Izba Kontroli opublikowała w lipcu raport z kontroli przeprowadzonej w całodobowych placówkach opiekuńczo -wychowawczych dla dzieci¹¹⁹. Kontrolą objęto 21 placówek, w tym 19 typu socjalizacyjnego i dwie typu specjalistyczno-terapeutycznego. Kontrola odbyła się w okresie od 6 maja 2021 r. do 30 listopada 2021 r., a okres kontrolowany objął lata 2019-2021.

W wyniku kontroli ustalono, m.in., że

- zgodnie z ustawą o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej od 1 stycznia 2021 r. liczba dzieci przebywających w placówce opiekuńczo-wychowawczej nie może być większa niż 14. Wymóg ten został spełniony jedynie w 6 placówkach. W pozostałych liczba umieszczonych dzieci była większa od dopuszczalnej nawet o 16.
- W większości skontrolowanych placówek nie przestrzegano także ustawowo określonego minimalnego wieku wychowanków. Umieszczano w nich jednomiesięczne, a nawet tygodniowe dzieci.
- W większości skontrolowanych placówek socjalizacyjnych (nieprzygotowanych do świadczenia specjalistycznej opieki) przebywało łącznie 76 dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności, choć

¹¹⁶ Asystencja osobista realizowana jest w Polsce w ramach rocznych projektów i programów

¹¹⁷ <https://dziennikustaw.gov.pl/MP/rok/2021/pozycja/218>

¹¹⁸ Odwołujemy się do projektu, ponieważ Strategia nie została jeszcze przyjęta

¹¹⁹ <https://www.nik.gov.pl/najnowsze-informacje-o-wynikach-kontroli/niewystarczajaca-pomoc-dzieciom.html>

zgodnie z ustawą należy takich wychowanków umieszczać w placówkach typu specjalistyczno-terapeutycznego, stosujących odpowiednie metody wychowawcze i terapie.

- W 3 domach dziecka dochodziło do niedopuszczalnych i nagannych zachowań pracowników (niewłaściwe, przemocowe działania, psychiczne i fizyczne znęcanie się nad dziećmi). W jednej ze spraw toczyło się postępowanie sądowe, w drugiej złożono zawiadomienie do prokuratury.

- Nieprawidłowo sporządzano diagnozy psychofizyczne i plany pomocy dzieciom, które powinny stanowić rzetelną podstawę do zindywidualizowanych działań opiekuńczo-wychowawczych.

NIK po kontroli skierował wnioski

- do Ministra Rodziny i Polityki Społecznej o propagowanie dobrych praktyk w zakresie wdrażania skutecznych działań reintegracyjnych.

- do Ministra Rodziny i Polityki Społecznej o podjęcie działań wspierających zwiększenie liczby specjalistyczno-terapeutycznych placówek opiekuńczo-wychowawczych, w ramach zadań określonych w art. 187 ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;

- do organów założycielskich placówek opiekuńczo-wychowawczych o przestrzeganie limitu dzieci kierowanych do placówek opiekuńczo-wychowawczych określonego w art. 95 ust. 3 ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;

- do organów założycielskich placówek opiekuńczo-wychowawczych o przestrzeganie przepisów art. 95 ust. 1 i 2 ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej regulujących wiek dzieci umieszczanych w domach dziecka;

- do organów założycielskich placówek opiekuńczo-wychowawczych o podjęcie działań, w ramach zadań określonych w art. 181 ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, zmierzających do zwiększenia liczby specjalistyczno-terapeutycznych placówek opiekuńczo-wychowawczych.

Osoby w kryzysie zdrowia psychicznego

Poszerzenie grupy realizatorów programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego

Pod koniec kwietnia 2022 poszerzono grupę podmiotów realizujących program pilotażowy w centrach zdrowia psychicznego¹²⁰. Dotychczas było to 41 ośrodków, powstaną 34 nowe, zatem teraz

¹²⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego, <https://dziennikustaw.gov.pl/DU/2022/955>

będzie ich 75 w całym kraju. Przypomnijmy, że zgodnie z art. 5a Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego¹²¹:

*„Podmiot leczniczy prowadzący centrum zdrowia psychicznego zapewnia kompleksową opiekę zdrowotną nad osobami z zaburzeniami psychicznymi na określonym obszarze terytorialnym w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, szpitalnej i **środowiskowej**”.*

Z kolei w samym rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego czytamy, że

*„Celem pilotażu jest **przetestowanie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej** opartego na centrach zdrowia psychicznego w aspektach organizacji, finansowania, jakości oraz dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej”¹²².*

W centrach usługi świadczone są w formie otwartej. Wg. założeń, aby pacjent dostał pomoc, wystarczy, że przyjdzie do centrum (bez zapisywania się i umawiania wcześniej). W pilnych przypadkach ma uzyskać niezbędne świadczenie nie później niż 72 godziny od zgłoszenia.

Pilotaż wg. aktualnej wersji rozporządzenia ma trwać do 31 grudnia 2023 r.

Inne grupy (osoby z państw trzecich, ofiary przemocy, interwencja kryzysowa)

Zmiana ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie

Projekt ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz niektórych innych ustaw

W dniu 30 września 2021 r. został ogłoszony przez MRiPS Projekt ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz niektórych innych ustaw¹²³.

¹²¹ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, <https://dziennikustaw.gov.pl/DU/rok/2020/pozycja/685>

¹²² Art. 3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego, <https://dziennikustaw.gov.pl/DU/rok/2020/pozycja/2086>

¹²³ Projekt ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz niektórych innych ustaw z dn. 30.09.2021r. <https://www.legislacja.gov.pl/projekt/12351802/katalog/12819749#12819749>

Krajowy Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na rok 2021 został przyjęty uchwałą nr 16 Rady Ministrów z dnia 1 lutego 2021 r. (M.P. 2021 poz. 235). Opracowanie nowego dokumentu podyktowane jest upływem perspektywy czasowej, na którą został ustanowiony obowiązujący Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie.

Organizacje miały możliwość zgłaszania uwag do projektu ustawy w terminie 30 dni od dnia otrzymania, dostały następujące organizacje:

1. Rada Pomocy Społecznej
2. Rada Działalności Pożytku Publicznego
3. Zespół Monitorujący do spraw Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie
4. Stowarzyszenie Samorządowych Ośrodków Pomocy Społecznej Forum
5. Ogólnopolskie Stowarzyszenie Powiatowych i Miejskich Ośrodków Pomocy Rodzinie
6. „Centrum”
7. Ogólnopolskie Stowarzyszenie Miejskich i Gminnych Ośrodków Pomocy Społecznej
8. „Razem”
9. Polska Federacja Związkowa Pracowników Socjalnych i Pomocy Społecznej
10. Fundacja „Pomoc Kobietom i Dzieciom”
11. Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego
12. Ogólnopolskiemu Pogotowiu dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia”
13. Fundacja „Dajemy Dzieciom Siłę”
14. Fundacja Centrum Praw Kobiet
15. Fundacja „Krajowe Centrum Kompetencji”
16. Komitet Ochrony Praw Dziecka
17. Stowarzyszenie na Rzecz Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia”
18. Fundacja „Dziecko w Centrum”

Projekt na dzień 1 listopada zatrzymał się na etapie opiniowania:

Opiniowanie Rady Działalności Pożytku Publicznego projektu Uchwały Rady Ministrów w sprawie ustanowienia Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na rok 2022.

Projekt Ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie zakłada m.in:

Utworzenie i utrzymanie strony internetowej informującej

Ogólnopolska Konferencja dotycząca Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie

Ogólnopolska kampania społeczna

Bieżące utrzymanie specjalistycznych ośrodków wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie

Realizacja programów oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych dla osób stosujących przemoc w rodzinie

Realizacja programów psychologiczno-terapeutycznych dla osób stosujących przemoc w rodzinie

Dofinansowanie szkoleń z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie

Utrzymanie całodobowej, bezpłatnej ogólnopolskiej linii telefonicznej dla ofiar przemocy w rodzinie

Rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz niektórych innych ustaw w Sejmie

Minister Pracy i Polityki Społecznej skierował w listopadzie 2022 do Sejmu projekt ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz niektórych innych ustaw¹²⁴.

W uzasadnieniu do projektu możemy przeczytać, że projekt zakłada m.in.:

- zastąpienie sformułowania „przemoc w rodzinie” sformułowaniem „przemoc domowa”;
- usunięcie preambuły zawartej w obecnej wersji ustawy („Uznając, że przemoc w rodzinie narusza podstawowe prawa człowieka, w tym prawo do życia i zdrowia oraz poszanowania godności osobistej, a władze publiczne mają obowiązek zapewnić wszystkim obywatelom równe traktowanie i poszanowanie ich praw i wolności, a także w celu zwiększenia skuteczności przeciwdziałania przemocy w rodzinie stanowi się, co następuje”);
- poszerzenie rodzajów przemocy (obecnie: fizyczną, psychiczną i seksualną) o czwarty rodzaj: przemoc ekonomiczną;
- wprowadzenie nowej formy oddziaływań, tj. programów psychologiczno-terapeutyczne dla osób stosujących przemoc domową;
- wpisanie do ustawy, że w ramach schronienia w specjalistycznym ośrodku wsparcia dla osób doznających przemocy domowej zapewnia się „co najmniej podstawowe usługi w zakresie interwencyjnym, terapeutyczno-wspomagającym oraz potrzeb bytowych, które mają na celu zapewnienie bezpieczeństwa tym osobom, a także udzielenie pomocy i wsparcia zgodnie z ich potrzebami dostosowanymi do sytuacji życiowej osób doznających przemocy domowej”.

Ustawa w grudniu 2022 była rozpatrywana na forum plenarnym Sejmu oraz na komisji Polityki Społecznej i Rodziny¹²⁵.

Uchwalona ustawa o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz niektórych innych ustaw

Uchwalono ustawę o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz niektórych innych ustaw¹²⁶. Pisaliśmy o niej w Raporcie z Monitoringu polityk publicznych w zakresie usług społecznych za listopad-grudzień zeszłego roku¹²⁷.

Przypominamy, że przewiduje ona m.in.:

- zastąpienie sformułowania „przemoc w rodzinie” sformułowaniem „przemoc domowa”;

¹²⁴ <https://sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/PrzebiegProc.xsp?nr=2799>

¹²⁵ <https://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/PosKomZrealizowane.xsp?komisja=PSR#143>

¹²⁶ <https://sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/PrzebiegProc.xsp?nr=2799> ,
<https://dziennikustaw.gov.pl/DU/rok/2023/pozycja/535>

¹²⁷ <https://www.wrzos.org.pl/aktualnosci/monitoring-polityk-publicznych-w-zakresie-uslug-spoecznych-listopad-grudzien-2022/>

- poszerzenie rodzajów przemocy (obecnie: fizyczną, psychiczną i seksualną) o czwarty rodzaj: przemoc ekonomiczną;

- wpisanie do ustawy, że w ramach schronienia w specjalistycznym ośrodku wsparcia dla osób doznających przemocy domowej zapewnia się „co najmniej podstawowe usługi w zakresie interwencyjnym, terapeutyczno-wspomagającym oraz potrzeb bytowych, które mają na celu zapewnienie bezpieczeństwa tym osobom, a także udzielenie pomocy i wsparcia zgodnie z ich potrzebami dostosowanymi do sytuacji życiowej osób doznających przemocy domowej”.

Ustawa o zmianie ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa oraz niektórych innych ustaw

Sejm uchwalił w styczniu 2023 ustawę na bazie rządowego projektu o zmianie ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa oraz niektórych innych ustaw¹²⁸.

Ustawa sprawia, że uchodźczynie z Ukrainy mieszkające w ośrodkach zbiorowego zakwaterowania i przebywające w Polsce dłużej niż 120 dni będą musiały pokrywać część kosztów pomocy (maksymalnie 75%) – aż do kwoty 1800 zł miesięcznie. Z obowiązku partycypacji w kosztach zwolnione zostały dzieci, kobiety w ciąży, osoby na emeryturze i osoby, które ze względu na trudną sytuację życiową nie będą w stanie opłacić pobytu.

Regionalne, kwestie ogólne

Cykl konferencji w regionach pt.: „Deinstytucjonalizacja usług społecznych – dobre praktyki”

Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej w ramach projektu pt. „Opracowanie i pilotażowe wdrożenie mechanizmów i planów deinstytucjonalizacji usług społecznych” zorganizowało w maju i czerwcu 2022 roku cykl konferencji „Deinstytucjonalizacja usług społecznych – dobre praktyki”. Konferencje odbyły się we wszystkich województwach¹²⁹.

¹²⁸ <https://dziennikustaw.gov.pl/DU/2023/185>

¹²⁹ <https://www.gov.pl/web/uw-mazowiecki/konferencja-deinstytucjonalizacja-uslug-spoecznych--dobre-praktyki>
<https://www.gov.pl/web/uw-warminsko-mazurski/konferencja-deinstytucjonalizacja-uslug-spoecznych--dobre-praktyki>

Spotkania zostały zorganizowane we współpracy z urzędami wojewódzkimi.

W konferencjach udział wzięli m.in. Dyrektorzy Ośrodków Pomocy Społecznej, Powiatowych Centrów Pomocy Rodzinie, Domów Pomocy Społecznej, Regionalnych Ośrodków Polityki Społecznej oraz przedstawiciele Jednostek Samorządu Terytorialnego.

<https://www.gov.pl/web/uw-kujawsko-pomorski/konferencja-poswiecona-procesowi-deinstytucjonalizacji-uslug-spoecznych>

<https://www.gov.pl/web/uw-podlaski/deinstytucjonalizacja-uslug-spoecznych--dobre-praktyki>

<https://www.gov.pl/web/uw-lubuski/konferencja-deinstytucjonalizacja-uslug-spoecznych--dobre-praktyki>

<https://www.duw.pl/pl/dla-mediow/aktualnosc/18266,Konferencja-Deinstytucjonalizacja-uslug-spoecznych-dobre-praktyki.html>

<https://rzeszow.uw.gov.pl/aktualnosc/deinstytucjonalizacja-uslug-spoecznych-konferencja-regionalna/>