

Monitoring polityk publicznych w zakresie usług społecznych

listopad-grudzień 2021

Spis treści

Wprowadzenie	3
A1 dokumenty krajowe - horyzontalne i sektorowe	4
Umowa Partnerstwa 2021-2027	4
USŁUGI SPOŁECZNE I DEINSTYTUCJONALIZACJA W UMOWIE PARTNERSTWA	4
WSPARCIE ORGANIZACJI POZARZĄDOWYCH I SEKTORA EKONOMII SPOŁECZNEJ	6
Ustawa wdrożeniowa	8
Krajowy Plan Transformacji.....	9
Zdrowa Przyszłość	22
A2 dokumenty krajowe - osoby starsze i długotrwale chore	22
Zmiana ustawy o pomocy społecznej.....	22
Rozpatrzenie „Informacji o sytuacji osób starszych w Polsce za 2020 r.”	23
Program wieloletni "Senior+" na lata 2021-2025 – edycja 2022	24
Program Opieka 75+, edycja 2022	25
Zespół do spraw opracowania projektu strategii współpracy Ministerstwa Zdrowia z organizacjami pacjentów.....	26
A3 dokumenty krajowe - osoby z niepełnosprawnościami.....	26
Ustawa o świadczeniu wyrównawczym dla osób uprawnionych do wcześniejszej emerytury z tytułu opieki nad dziećmi wymagającymi stałej opieki.....	26
Zmieniony program „Za życiem”	27
Ogłoszenie o Rocznym Planie Działania na Rzecz Wsparcia Osób Niepełnosprawnych na 2022 rok .	28
Program „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami” – edycja 2022.....	29
Program "Opieka wytchnieniowa" - edycja 2022	30
Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” - edycja 2022.....	30
Program resortowy MRiPS „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”	30
Założenia projektu o asystencji osobistej osób niepełnosprawnych	31
A4 dokumenty krajowe – wsparcie rodzin, dzieci, młodzieży, piecza zastępcza i inne placówki dla dzieci	31
Ustawa o rodzinnym kapitale opiekuńczym.....	31
A5 Dokumenty krajowe - inne grupy potrzebujące usług środowiskowych (osoby z państw trzecich, ofiary przemocy, osoby potrzebujące interwencji kryzysowej)	32
Krajowy Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na rok 2022	32
B. Mieszkalnictwo społeczne.....	33
Zmiana rozporządzenia dotyczącego mieszkań chronionych	33
Program „Centra opiekuńczo-mieszkalne”	33

Wprowadzenie

W okresie listopad-grudzień 2021 zostało przyjętych kilka ważnych dokumentów z punktu widzenia rozwoju środowiskowych usług społecznych (czyli inaczej deinstytucjonalizacji tych usług): Umowa Partnerstwa (określająca sposób wykorzystania przez Polskę funduszy unijnych na realizację własnych celów rozwojowych) oraz dwa dokumenty strategiczne z zakresu opieki zdrowotnej: Krajowy Plan Transformacji oraz Zdrowa Przyszłość. Przyglądamy się im pod kątem rozwoju usług środowiskowych.

W omawianym okresie wprowadzona też kilka zmian na poziomie ustaw: m.in.: zmieniono ustawę o pomocy społecznej, opublikowano ustawę o świadczeniu wyrównawczym dla osób uprawnionych do wcześniejszej emerytury z tytułu opieki nad dziećmi wymagającymi stałej opieki.

Omawiamy także wiele dokumentów i ogłoszonych programów ministerialnych dotyczących deinstytucjonalizacji.

Warszawa, styczeń 2022

Umowa Partnerstwa 2021-2027

30 listopada 2021 r. Rada Ministrów przyjęła projekt Umowy Partnerstwa 2021-2027¹, który będzie przedmiotem oficjalnych negocjacji z Komisją Europejską. Projekt Umowy Partnerstwa został oficjalnie przekazany do Komisji Europejskiej 15 grudnia 2021 r.

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.

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 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, **powierzenie realizacji usług społecznych organizacjom pozarządowym i innym podmiotom ekonomii społecznej** stanowić będzie szansę na rozwój ekonomii społecznej i solidarnej”².

Omawiany 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

¹ <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

² 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

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 wspomaganego** w procesie deinstytucjonalizacji:

„Ponadto w zakresie infrastruktury społecznej ze środków EFRR³ 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"⁴.

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”⁵ wraz z 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”⁶.

³ Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego, przyp. WRZOS

⁴ Projekt Umowy Partnerstwa dla Realizacji Polityki Spójności 2021-2027 w Polsce, str. 57

⁵ 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>

⁶ 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

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 psychiatrycznej⁷.

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, wzmocnienia 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”⁸.

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:

- 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**;
- **wzmocnienia 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,

⁷ Projekt Umowy Partnerstwa dla Realizacji Polityki Spójności 2021-2027 w Polsce, str. 61,

⁸ Projekt Umowy Partnerstwa dla Realizacji Polityki Spójności 2021-2027 w Polsce, str. 103, wyróżnienie WRZOS

- **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**⁹.

Działaniem, na które warto zwrócić uwagę, choć nie bezpośrednio powiązanych 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**”¹⁰.

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 zaadresowany poprzez rozwój nowych modeli opieki zdrowotnej, osadzenie usług opiekuńczych w środowisku lokalnym (deinstytucjonalizacja) oraz wzmocnienie roli podstawowej opieki zdrowotnej”¹¹,

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 jedno 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 Partnerstwa¹², 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”¹³. Dokument dalej precyzuje, że Ministerstwo odniosło się na piśmie do tego postulatu, oraz „zaproszono partnerów do działań informacyjno-promocyjnych kierowanych do odbiorców wsparcia”.

⁹ Projekt Umowy Partnerstwa dla Realizacji Polityki Spójności 2021-2027 w Polsce, str. 107

¹⁰ Projekt Umowy Partnerstwa dla Realizacji Polityki Spójności 2021-2027 w Polsce, str. 107

¹¹ Projekt Umowy Partnerstwa dla Realizacji Polityki Spójności 2021-2027 w Polsce, str. 111

¹² 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 gospodarki krajów członkowskich.

¹³ Projekt Umowy Partnerstwa dla Realizacji Polityki Spójności 2021-2027 w Polsce, str. 246, wyróżnienie WRZOS

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”¹⁴.

Rząd informuje, że Komisja ma 4 miesiące od czasu przekazania dokumentu na wydanie decyzji zatwierdzającej¹⁵, czyli do 15 kwietnia 2022 roku.

Ustawa wdrożeniowa

Omawiana wyżej Umowa Partnerstwa wymaga także kolejnej tzw. Ustawy Wdrożeniowej¹⁶, która ma regulować zasady realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027. Ustawa została przedstawiona Stałemu Komitetowi Rady Ministrów¹⁷ przez Ministra Finansów, Funduszy i Polityki Regionalnej we wrześniu 2021¹⁸.

Ogólnopolska Federacja Organizacji Pozarządowych krytykuje¹⁹ 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 r²⁰.

Projekt ustawy jest obecnie po etapie opiniowania przez Komisję Prawniczą, w trakcie których dokonano „licznych zmian redakcyjnych i legislacyjnych”²¹. Projekt musi być zatwierdzony teraz ponownie przez Stały Komitet Rady Ministrów, a następnie zatwierdzony przez Radę Ministrów i skierowany do Sejmu.

¹⁴ Projekt Umowy Partnerstwa dla Realizacji Polityki Spójności 2021-2027 w Polsce, str. 248, wyróżnienie WRZOS

¹⁵ <https://www.gov.pl/web/fundusze-regiony/umowa-partnerstwa>

¹⁶ 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/>

¹⁷ 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

¹⁸ <https://legislacja.gov.pl/projekt/12351155>

¹⁹ <https://publicystyka.ngo.pl/stanowisko-organizacji-spoleczenstwa-obywatelskiego-do-projektu-ustawy-o-zasadach-realizacji-zadan-finansowanych-ze-srodkow-europejskich-w-perspektywie-finansowej-2021-2027>

²⁰ <https://www.gov.pl/web/pozytek/uchwaly-rdpp>

²¹ Protokół z posiedzenia Komisji Prawniczej, <https://legislacja.gov.pl/docs//2/12351155/12814709/dokument539122.pdf>

Krajowy Plan Transformacji

Krajowy Plan Transformacji (dalej: KPT) to dokument strategiczny²² z zakresu ochrony zdrowia, sporządzany przez Ministerstwo Zdrowia na okres 5 lat. Aktualny plan został opublikowany w październiku 2021²³ 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”²⁴.

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

KPT na początku zauważa zjawisko starzenia się społeczeństwa, a dalej dokument zwraca np. uwagę na niską liczbę powiatów, w których znajdują się poradnie geriatryczne²⁵. 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.

²² 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,

²³ <http://dziennikmz.mz.gov.pl/legalact/2021/80/>, http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/80/akt.pdf

²⁴ Krajowy Plan Transformacji, Str. 7

²⁵ Krajowy Plan Transformacji, Str. 29, str. 31

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 długoterminowej²⁶.

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**”²⁷.

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

Dokument zwraca także uwagę na niski procent pacjentów korzystających z ZLŚ – Zespołów Leczenia Środowiskowego – 3% pacjentów opieki psychiatrycznej oraz tych korzystających z dziennych oddziałów psychiatrycznych – 2%. Autorzy dokumentu zwracają także uwagę na to, że w roku 2019 w całym kraju były tylko trzy Zespoły Leczenia Środowiskowego dla dzieci²⁸.

Po tych stwierdzeniach KPT wśród najważniejszych potrzeb zdrowotnych i wyzwań systemu opieki zdrowotnej dla tej części systemu opieki zdrowotnej (opieki 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

²⁶ Krajowy Plan Transformacji, podkreślenie: WRZOS, Str. 43

²⁷ Krajowy Plan Transformacji, Podkreślenie WRZOS, Str. 43

²⁸ Krajowy Plan Transformacji, Podkreślenie WRZOS, Str. 45

proponuje przeznaczyć na to działanie 1 780 mln PLN (miliard siedemset osiemdziesiąt milionów złotych), a za jego realizację odpowiadać ma Ministerstwo Zdrowia²⁹.

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%)”³⁰. 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 udzielą 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”³¹.

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

²⁹ Krajowy Plan Transformacji, podkreślenie: WRZOS, Str. 46. Przypominamy, że KPT to dokument na okres 5 lat – obecny to plan do końca 2026 roku.

³⁰ Krajowy Plan Transformacji, Str. 52

³¹ Krajowy Plan Transformacji, Str. 52

funkcjonowaniu, pozwalających ograniczyć negatywny wpływ sprawowanej opieki przez opiekunów na ich stan zdrowia i jakość życia związanej 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 medycznych³².

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 DDOM³³ 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.*

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 DCWP³⁴, funkcjonujących na podstawie opracowanego standardu, w każdym z 16 województw kraju oraz ich docelowe włączenia do systemu świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki długoterminowej³⁵.

Tu wymienia się pięć oczekiwanych rezultatów działań:

- 1) opracowanie standardu funkcjonowania DCWP;*

³² Krajowy Plan Transformacji, Str. 53

³³ DDOM – Dzienny Dom Opieki Medycznej

³⁴ DCWP – Dzielne Centrum Wsparcia Pamięci

³⁵ Krajowy Plan Transformacji, Str. 55

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.

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 krajowych³⁶.

Rezultaty mają tu być następujące:

³⁶ Krajowy Plan Transformacji, Str. 56

- 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;*
- 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 stacjonarnych³⁷.*

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).

³⁷ Krajowy Plan Transformacji, Str. 58

Potrzeby uszanowania godności człowieka stojące za procesem deinstytucjonalizacji zostały także dostrzeżone 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**”³⁸. 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”³⁹.

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 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”⁴⁰. Co ciekawe to działanie także spoza zakresu czasowego samego dokumentu: ma być realizowane w latach 2019-2023, a przewidziane koszty to 300 mln. zł.

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.

³⁸ Krajowy Plan Transformacji, Str. 60, podkreślenie: WRZOS

³⁹ Krajowy Plan Transformacji, Str. 68

⁴⁰ Krajowy Plan Transformacji, Str. 73

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, geriatricy, 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 roku⁴¹. Sam dokument nie jest jeszcze opublikowany w Monitorze Polskim, jednak jego wersję z etapu konsultacji można znaleźć na stronach Rządowego Centrum Legislacji⁴².

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 uwzględniania 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.

A2 dokumenty krajowe - osoby starsze i długotrwale chore

Zmiana ustawy o pomocy społecznej

W listopadzie Sejm uchwalił ustawę zmieniającą ustawę o pomocy społecznej⁴³. Zmiany dotyczą funkcjonowania mieszkańców domów pomocy społecznej. Ta ustawa poszerza katalog wyjątków całościowego lub częściowego zwolnienia od wnoszenia opłat za pobyt mieszkańca w domu pomocy społecznej także o przypadki, gdy

„osoba obowiązana do wnoszenia opłaty wykaże, w szczególności na podstawie dokumentów dołączonych do wniosku, rażące naruszenie przez osobę kierowaną do domu pomocy społecznej lub mieszkańca domu obowiązku alimentacyjnego lub innych obowiązków rodzinnych względem osoby obowiązanej do wnoszenia opłaty”.

⁴¹ 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>

⁴² <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12348352/katalog/12798644#12798644>

⁴³ <https://sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/PrzebiegProc.xsp?nr=1672>, <https://dziennikustaw.gov.pl/D2022000006601.pdf>

W tej ustawie także całościowo zwalnia się z opłaty osoby, zobowiązane do jej wnoszenia za swoich rodziców, w przypadkach, gdy ci rodzice byli skazani prawomocnym wyrokiem na pozbawienie władzy rodzicielskiej.

Ustaw wchodzi w życie 14 dni po ogłoszeniu⁴⁴.

Rozpatrzenie „Informacji o sytuacji osób starszych w Polsce za 2020 r.”

Komisja Polityki Społecznej i Rodziny (PSR) razem z Komisją Polityki Senioralnej (PSN) rozpatrzyły „Informację o sytuacji osób starszych w Polsce za 2020 r.” przedstawioną na posiedzeniu tych komisji w dniu 30 listopada 2021 przez sekretarza stanu w Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej Stanisława Szveda⁴⁵.

Jest to dokument ponad 400 stronicowy⁴⁶ zawierający: opis sytuacji osób starszych w Polsce w roku 2020, politykę społeczną wobec osób starszych na szczeblu centralnym oraz na szczeblu regionalnym, a także sprawozdanie z realizacji działań zaplanowanych w dokumencie „Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność”⁴⁷.

W Informacji znajdziemy m.in. informacje dotyczące działań podejmowanych w zakresie deinstytucjonalizacji przez Ministerstwo Zdrowia⁴⁸, Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej oraz niektóre województwa (Pomorskie i Warmińsko-Mazurskie).

Warto zwrócić uwagę na działania podejmowane przez MFIPR, gdyż dotyczą one innowacji społecznych i dwóch konkursów związanych z deinstytucjonalizacją uruchomionych w 2020 roku: „deinstytucjonalizacji usług świadczonych na rzecz osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi” oraz „środowiskowy system wsparcia osób dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną”. Wypracowane w ramach projektów innowacyjne rozwiązania mogą być inspiracją do działań wielu samorządów i organizacji pozarządowych. Więcej informacji o projektach przyjętych do realizacji w tych tematach można przeczytać na stronach 57-62 omawianego dokumentu:

<https://orka.sejm.gov.pl/Druki9ka.nsf/0/FEA4D2112B609F8AC12587880035FA30/%24File/1733.pdf>

⁴⁴ A to miało miejsce 12 stycznia 2022.

⁴⁵ <https://sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/PosKomZrealizowane.xsp?komisja=PSR#99>

⁴⁶ <https://orka.sejm.gov.pl/Druki9ka.nsf/0/FEA4D2112B609F8AC12587880035FA30/%24File/1733.pdf>

⁴⁷ *Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność* to dokument strategiczny z 2018 roku, <https://www.monitorpolski.gov.pl/M2018000116901.pdf>

⁴⁸ Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2020 r, str. 120

Program wieloletni "Senior+" na lata 2021-2025 – edycja 2022

Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej ogłosiło otwarty konkurs ofert w edycji 2022 wieloletniego programu „Senior+”⁴⁹. Konkurs ma wyłonić „najlepsze projekty polegające na wsparciu tworzenia ośrodków wsparcia „Senior+”, w tym Dziennych Domów „Senior+” i Klubów „Senior+”⁵⁰, oraz wsparciu funkcjonowania już istniejących ośrodków wsparcia utworzonych w ramach programu wieloletniego „Senior+””. Z kolei celem „strategicznym Programu jest zwiększenie aktywnego uczestnictwa seniorów w życiu społecznym poprzez dofinansowanie rozbudowy infrastruktury ośrodków wsparcia w środowisku lokalnym oraz zwiększenie miejsc w ośrodkach wsparcia „Senior+”, tj. wsparcie działań jednostek samorządu w rozwoju na ich terenie sieci Dziennych Domów „Senior+” i Klubów „Senior+””.

W tym programie mogą ubiegać się o dotację jednostki samorządu terytorialnego szczebla gminnego, powiatowego oraz wojewódzkiego, których strategie rozwoju pomocy społecznej uwzględniają rozwój infrastruktury dla osób starszych lub w których brak jest innej infrastruktury pomocy społecznej tego typu.

Wysokość środków publicznych przeznaczonych na realizację programu w 2022 r. wynosi 60 mln zł.

Wysokość środków planowana na:

- 1) utworzenie Dziennych Domów „Senior+” wynosi 10 mln zł;
- 2) utworzenie Klubów „Senior+” wynosi 10 mln zł;
- 3) zapewnienie funkcjonowania już istniejących ośrodków wynosi 37 mln zł;
- 4) obsługę techniczną programu wynosi 3 mln zł.

Samorządy muszą zabezpieczyć przynajmniej 20% kwoty realizowanego zadania dla nowych ośrodków i co najmniej 50% dla kontynuacji działania istniejących ośrodków wsparcia.

Wg. założeń programu w tym roku **ma powstać 25 nowych Dziennych Domów „Senior +” oraz 50 nowych Klubów „Senior +”**.

Oferty można było składać do 11 stycznia. Wyniki zostaną ogłoszone na stronie Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej do 18 marca 2022 roku⁵¹.

⁴⁹ <https://www.gov.pl/web/rodzina/ruszył-nabor-wnioskow-w-programie-senior--w-edycji-na-rok-2022>
<https://www.gov.pl/web/rodzina/ogloszenie-o-otwartym-konkursie-ofert-w-ramach-programu-wieloletniego-senior--na-lata-2021-2025-edycja-2022>

⁵⁰ Wg. definicji z programu Dzienny Dom „Senior+” jest dziennym domem pomocy, natomiast Klub „Senior+” jest klubem samopomocy.

⁵¹ http://senior.gov.pl/program_senior_plus/pokaz/588
<https://www.gov.pl/web/rodzina/senior-edycja-2022-pytania-i-odpowiedzi>

Program Opieka 75+, edycja 2022

16 grudnia 2021 r. Minister Rodziny i Polityki Społecznej zaakceptowała program „Opieka 75+” na rok 2022⁵². Celem programu jest wsparcie finansowe samorządów gminnych w organizowaniu oraz świadczeniu usług opiekuńczych **w gminach do 60 tys. mieszkańców**: wiejskich, miejskich i miejsko-wiejskich, które realizują usługi opiekuńcze samodzielnie lub poprzez zlecenie realizacji przedmiotowego zadania organizacjom pozarządowym.

Strategicznym celem programu jest poprawa dostępności do usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych, dla osób w wieku 75 lat i więcej, które są osobami samotnymi lub są osobami samotnie gospodarującymi, a także tych, które pozostają w rodzinie.

W ramach programu dopuszcza się następujące sposoby realizacji przez gminę usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych:

1) zatrudnianie opiekunek na podstawie umowy o pracę (jedynie w zastępstwie opiekunki przebywającej na urlopie lub zwolnieniu lekarskim gmina ma możliwość realizacji przedmiotowych usług opiekuńczych w wybranej przez siebie formie);

2) zlecenie wykonania przedmiotowego zadania organizacjom pozarządowym (...);

3) zakupienie usług opiekuńczych od podmiotów sektora prywatnego⁵³.

Do końca stycznia 2022 roku gminy miały czas na zgłaszanie zapotrzebowania na środki finansowe do Urzędów Wojewódzkich. Wojewodowie prześlą je do Ministerstwa Rodziny do połowy lutego⁵⁴.

Program jest realizowany od roku 2018, w tym roku zwiększono wysokość wsparcia jakie mogą uzyskać gminy z 50% do 60%.

Dotychczasową realizację programu komentował Sekretarz stanu w Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej Stanisław Szwed na posiedzeniu sejmowej Komisji Polityki Senioralnej:

„W roku w 2019 – 435 gmin wzięło w tym udział, zostało objętych ponad 5 tys. osób, prawie 10 mln zł przeznaczyliśmy na ten program. W roku 2020 już było 509 gmin, ponad 15 mln zł i ponad 8 tys. osób wzięło w tym udział. W tym roku mamy już zgłoszonych i program realizowany jest dla 583 gmin z usługami dla 7,5 tys. osób. Wstępnie szacujemy, że koszt dla wszystkich podmiotów, które się zgłosiły, to będzie prawie 28 mln 500 tys. zł. Widać, że jest wzrost nakładów, ale też zapotrzebowanie i z tego się cieszymy, że ten program się rozwija. W ramach tego programu mogą być zatrudniani opiekunowie na podstawie umowy o pracę. Może mieć też miejsce zlecenie wykonywania zadań organizacjom pozarządowym. W pierwszym programie tego nie było, ale daliśmy taką możliwość również dofinansowania usług opiekuńczych, z którego mogą korzystać seniorzy”⁵⁵.

⁵² <https://www.gov.pl/web/rodzina/program-opieka-75-edycja-2022>

⁵³ Program „Opieka 75+” na rok 2022, str. 6

⁵⁴ <https://www.gov.pl/web/rodzina/program-opieka-75-z-wiekszym-dofinansowaniem>

⁵⁵ <https://sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/biuletyn.xsp?sknr=PSN-22>

Zespół do spraw opracowania projektu strategii współpracy Ministerstwa Zdrowia z organizacjami pacjentów

Minister Zdrowia powołał⁵⁶ Zespół do spraw opracowania projektu strategii współpracy Ministerstwa Zdrowia z organizacjami pacjentów.

Przewodniczącym Zespołu został ks. Arkadiusz Nowak, Prezes Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej. W skład Zespołu weszło 15 osób, zdecydowana większość reprezentuje organizacje społeczne. Organizacje reprezentowane to: Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Polska Federacja Stowarzyszeń Chorych na Astmę i Choroby Alergiczne i Przewlekłe Obturacyjne Choroby Płuc, Federacja Stowarzyszeń Amazonki, Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych, Federacja Pacjentów Polskich, MATIO Fundacja Pomocy Rodzinom i Chorym na Mukowiscydozę, Koalicja „Na pomoc niesamodzielnym”, Fundacja MY Pacjenci, Fundacja Urszuli Jaworskiej, Polski Związek Głuchych, Polski Związek Niewidomych, Fundacja Ius Medicine.

Zespół najpóźniej do 14 lutego 2022 ma opracować projekt strategii współpracy Ministerstwa Zdrowia z organizacjami pacjentów.

A3 dokumenty krajowe - osoby z niepełnosprawnościami

Ustawa o świadczeniu wyrównawczym dla osób uprawnionych do wcześniejszej emerytury z tytułu opieki nad dziećmi wymagającymi stałej opieki

Opublikowano ustawę o świadczeniu wyrównawczym dla osób uprawnionych do wcześniejszej emerytury z tytułu opieki nad dziećmi wymagającymi stałej opieki⁵⁷. Ustawa wprowadza świadczenie wyrównawcze, którego celem jest „dodatkowe wsparcie dochodowe osób pobierających wcześniejszą emeryturę z tytułu opieki nad dziećmi wymagającymi stałej opieki”⁵⁸ (czyli tzw. emeryturę EWK).

⁵⁶ Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 października 2021 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania projektu strategii współpracy Ministerstwa Zdrowia z organizacjami pacjentów

<http://dziennikmz.mz.gov.pl/legalact/2021/84/>

⁵⁷ <https://sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/PrzebiegProc.xsp?nr=1614>

<https://dziennikustaw.gov.pl/DU/2021/2314> ,

Ta emerytura jest zwana także EWK – Emerytura Wcześniejsza Kobiet.

⁵⁸ uzasadnienie do projektu ustawy

Świadczenie ma wyrównywać osobom pobierającym taką emeryturę w kwocie niższej od wysokości świadczenia pielęgnacyjnego, wysokość tej emerytury do wysokości świadczenia pielęgnacyjnego i być waloryzowane corocznie do jego wysokości.

Jak informuje Gazeta Prawna⁵⁹:

„Podczas prac nad ustawą przedstawiciele środowiska opiekunów podkreślali, że wyklucza ona możliwość uzyskania świadczenia wyrównawczego przez osoby, które nigdy nie nabyły prawa do emerytury EWK”

Dalej Gazeta cytuje Marię Czerwińską-Litwin, prawniczkę z Fundacji „Dzielna Matka”:

„regulacje zawarte w ustawie budzą wątpliwości z punktu widzenia konstytucyjnych zasad sprawiedliwości społecznej i równego traktowania podmiotów podobnych. - W tym przypadku są nimi matki zajmujące się niepełnosprawnym, dziś już dorosłym dzieckiem, które różni tylko to, że jedne z nich mają prawo do emerytury EWK, a drugie do innych świadczeń emerytalno-rentowych i one nie będą mogły ubiegać się o świadczenie wyrównawcze”.

Świadczenie pielęgnacyjne od 2022 r. wynosi 2119 zł, zaś minimalna emerytura w 2021 r. wynosiła 1250,88 zł.

Wydaje się, że działanie ustawy ma zmniejszyć „popyt” na zinstytucjonalizowane usługi opiekuńcze, ale nie stwarza żadnych nowych ram dla usług środowiskowych, wspierając finansowo (a nie usługowo) opiekunów osób z niepełnosprawnością.

Zmieniony program „Za życiem”

27 grudnia 2021 Rada Ministrów przyjęła uchwałę zmieniającą uchwałę w sprawie programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”⁶⁰.

Głównym celem Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” jest umożliwienie rzeczywistej i pełnej integracji społecznej osób niepełnosprawnych oraz wsparcie psychologiczne, społeczne, funkcjonalne i ekonomiczne ich rodzin.

Do programu dodano 4 nowe działania: „Doradca rodziny”, „Tranzycja na rynek pracy”, „Świadome i odpowiedzialne rodzicielstwo – działania edukacyjne dla młodzieży szkół ponadpodstawowych” oraz „Zwiększenie dostępności pomocy prawnej, poradnictwa obywatelskiego i edukacji prawnej dla rodzin wychowujących dzieci z niepełnosprawnością”.

Działanie „Doradca rodziny” ma funkcjonować od 2023 roku. Jego celem ma być: „zapewnienie kobietom w ciąży i ich rodzinom oraz rodzinom z dzieckiem/osobą niepełnosprawną dostępu do

⁵⁹ <https://serwisy.gazetaprawna.pl/emerytury-i-renty/artykuly/8283090,emerytury-ewk-wyrownanie-ustawa-swiadczenie-pielagnacyjne.html>

⁶⁰ <https://dziennikustaw.gov.pl/MP/2022/64>

<https://www.gov.pl/web/rodzina/za-zyciem--nowe-dzialania-i-wieksze-naklady-finansowe>

poradnictwa w zakresie form wsparcia, z których mogą skorzystać rodziny, osoby niepełnosprawne i ich opiekunowie”⁶¹.

Celem działania „Tranzycja na rynek pracy” jest z kolei: „poprawa skuteczności procesów kształcenia i wychowania dzieci i młodzieży (w tym z niepełnosprawnościami) w celu przygotowania do aktywnego uczestnictwa w rynku pracy we współpracy z podmiotami zewnętrznymi”. Jak zapewnia rząd ma być ono „realizowane przez organizacje pozarządowe wyspecjalizowane w pracy z młodzieżą z niepełnosprawnościami, organizacje pracodawców oraz szkoły specjalne”.

Działanie „Zwiększenie dostępności pomocy prawnej, poradnictwa obywatelskiego i edukacji prawnej dla rodzin wychowujących dzieci z niepełnosprawnością”, jak sama nazwa wskazuje, ma na celu „zwiększenie dostępności pomocy prawnej, poradnictwa obywatelskiego i edukacji prawnej dla rodzin wychowujących dzieci z niepełnosprawnością”.

Wydaje się, że nowe działania mają charakter edukacyjno-informacyjno-doradczy. Warto jednak zwrócić uwagę na działanie kontynuowane w ramach programu „Za życiem”, wspierające proces deinstytucjonalizacji np. „Tworzenie mieszkań chronionych dla osób niepełnosprawnych”. Na to działanie przeznaczono w ramach programu 120 mln zł w latach 2022-2026⁶², w roku 2022 ma to być 24 mln zł.

Ogłoszenie o Rocznym Planie Działania na Rzecz Wsparcia Osób Niepełnosprawnych na 2022 rok

30 listopada 2021 Minister Rodziny i Polityki Społecznej zaakceptowała Ogłoszenia o Rocznym Planie Działania na Rzecz Wsparcia Osób Niepełnosprawnych na 2022 rok⁶³.

Dokument powstały w związku z art. 11 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2020 r. poz. 1787, z późn. zm.) wymienia programy resortowe Ministra Rodziny i Polityki Społecznej planowane do realizacji w roku 2022. Są to:

1. Program pn. „Opieka wytchnieniowa” – edycja 2022 - adresowany do jednostek samorządu terytorialnego szczebla gminnego i powiatowego
2. Program pn. „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami” - edycja 2022, adresowany do organizacji pozarządowych
3. Program pn. „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022, adresowany do jednostek samorządu terytorialnego szczebla gminnego i powiatowego
4. Program pn. „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2022, adresowany do organizacji pozarządowych

⁶¹ Program kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”, Str. 55

⁶² Całość budżetu programu to obecnie ok. 5,95 mld zł, w tym w roku 2022 ma to być ponad 970 mln zł.

<https://www.gov.pl/web/rodzina/za-zyciem-prawie-6-mld-zl-na-realizacje-programu-w-najblizszych-latach>

⁶³ <https://www.gov.pl/web/uw-lodzki/ogloszenie-o-rocznym-planie-dzialania-na-rzecz-wsparcia-osob-niepelnosprawnych-na-2022-rok>

5. Program pn. „Centra opiekuńczo-mieszkalne”, adresowany do jednostek samorządu terytorialnego szczebla gminnego i powiatowego
6. Program pn. „Rodzinne ośrodki wsparcia”, którego celem będzie utworzenie ośrodków wsparcia rodzin osób niepełnosprawnych, gdzie udzielana będzie wszechstronna i profesjonalna pomoc w różnych obszarach życia, zarówno samej osobie niepełnosprawnej, jak i pozostałym członkom rodziny – dorosłym i dzieciom. Założeniem jest by Program realizowany był przez podmioty/jednostki niezaliczane do sektora finansów publicznych.

Program „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami” – edycja 2022

Do 26 listopada można było składać wnioski w konkursie programie „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami” – edycja 2022⁶⁴.

W konkursu mogły brać udział organizacje pozarządowe, które posiadają statutowy zapis o prowadzeniu działań na rzecz osób z niepełnosprawnością oraz faktycznie prowadzące działalność na rzecz tych osób przez okres co najmniej 3 lat przed dniem złożenia oferty.

Głównym celem Programu jest wsparcie członków rodzin lub opiekunów sprawujących bezpośrednią opiekę nad:

- 1) dziećmi z orzeczeniem o niepełnosprawności,
- 2) osobami posiadającymi:
 - a) orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (...) albo
 - b) orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności (...)

– poprzez możliwość uzyskania doraźnej, czasowej pomocy w formie usługi opieki wytchnieniowej.

W ramach Programu planuje się wprowadzić usługi opieki wytchnieniowej dla osób niepełnosprawnych w łącznej liczbie nie mniejszej niż 3000 osób.

Program przewiduje możliwość świadczenia usługi opieki wytchnieniowej, w formie pobytu dziennego, w wymiarze powyżej 4 godzin dziennie lub w formie pobytu całodobowego.

Na realizację Programu w roku 2022 przeznaczono 60 mln zł.

Lista zaakceptowanych ofert znajduje się na stronach Biura Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych: <https://niepelnosprawni.gov.pl/a,1336,lista-zatwierdzonych-ofert-w-ramach-programu-resortowego-ministra-rodziny-i-polityki-spoecznej-pn-opieka-wytchnieniowa-dla-czlonkow-rodzin-lub-opiekunow-osob-z-niepelnosprawnościami-edycja-2022>

⁶⁴ <https://www.gov.pl/web/rodzina/program-opieka-wytchnieniowa-dla-czlonkow-rodzin-lub-opiekunow-osob-z-niepelnosprawnościami---edycja-2022>

Program "Opieka wytchnieniowa" - edycja 2022

Program analogiczny do opisywanego wyżej, ale tu realizatorami mają być jednostki samorządu terytorialnego, szczebla gminnego lub powiatowego.

W listopadzie skończył się nabór na realizację programu.

Ministerstwo 30 grudnia opublikowało listę rekomendowanych wniosków (a raczej zestawienie zgłoszeń z poszczególnych województw) oraz zmianę programu w której zwiększono pulę środków na program z 60 mln zł do 147,805 mln zł⁶⁵.

Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” - edycja 2022

Do 26 listopada organizacje pozarządowe mogły składać wnioski w konkursie w ramach programu resortowego Ministra Rodziny i Polityki Społecznej "Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami" - edycja 2022⁶⁶. Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” – edycja 2022 ma na celu zapewnienie dostępności do usług asystencji osobistej tj. wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym osób niepełnosprawnych. Na realizację programu w roku 2022 przeznaczono 100 mln zł.

Program resortowy MRiPS „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej”

30 grudnia Minister Rodziny i Polityki Społecznej zaakceptowała:

1. Program o zmianie programu resortowego „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” - edycja 2022,
2. listę rekomendowanych wniosków w ramach Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” - edycja 2022 wraz z rekomendowaną wysokością kwoty przyznanych środków z Funduszu Solidarnościowego.

W ramach zmiany zwiększono kwotę dofinansowania ze 150 mln zł na 501,219 mln zł.

⁶⁵ <https://www.gov.pl/web/rodzina/program-o-zmianie-programu-opieka-wytchnieniowa---edycja-2022-oraz-lista-rekomendowanych-wnioskow-w-ramach-programu-opieka-wytchnieniowa---edycja-2022>

⁶⁶ <https://www.gov.pl/web/rodzina/program-asystent-osobisty-osoby-z-niepelnosprawnosciami---edycja-2022>

Założenia projektu o asystencji osobistej osób niepełnosprawnych

Kancelaria Prezydenta poinformowała, że do końca stycznia rada ds. społecznych, działająca w ramach Narodowej Rady Rozwoju przy Prezydencie RP, przygotowuje założenia projektu ustawy o asystencji osobistej osób niepełnosprawnych. Gotowy projekt ustawy ma powstać we współpracy z Ministerstwem Rodziny i Polityki Społecznej i z biurem ds. osób niepełnosprawnych przed wakacjami.

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”

A4 dokumenty krajowe – wsparcie rodzin, dzieci, młodzieży, piecza zastępcza i inne placówki dla dzieci

Ustawa o rodzinnym kapitale opiekuńczym

W listopadzie Sejm uchwalił, a w grudniu opublikowano ustawę o rodzinnym kapitale opiekuńczym⁶⁷. Ustawa przyznaje rodzicom (lub osobom, które zwróciły się do sądu opiekuńczego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie przysposobienia dziecka) dodatkowe świadczenie wychowawcze na każde drugie i kolejne dziecko w maksymalnej wysokości 12 000 zł.

Kapitał nie należy się osobom opiekunom prawnym sprawującym pieczę zastępczą (rodzinom zastępczym), ponieważ, jak czytamy w uzasadnieniu do projektu ustawy: „Dla rodzin zastępczych i instytucjonalnych form pieczy zastępczej są kierowane rozwiązania wynikające z ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej”⁶⁸.

⁶⁷ <https://www.dziennikustaw.gov.pl/D2021000227001.pdf>

⁶⁸ <https://sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/druk.xsp?nr=1509>

A5 Dokumenty krajowe - inne grupy potrzebujące usług środowiskowych (osoby z państw trzecich, ofiary przemocy, osoby potrzebujące interwencji kryzysowej)

Krajowy Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na rok 2022

Rady Ministrów 21 grudnia 2021 r. przyjęła Krajowy Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na rok 2022⁶⁹.

Wśród działań zaplanowanych w tym dokumencie jest m.in.:

„2.1.6. Rozbudowa sieci i poszerzanie oferty placówek wspierających i udzielających pomocy osobom dotkniętym przemocą w rodzinie, w tym:

- punktów konsultacyjnych dla osób dotkniętych przemocą w rodzinie,
- ośrodków wsparcia dla osób dotkniętych przemocą w rodzinie,
- domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży,
- ośrodków interwencji kryzysowej,
- innych placówek świadczących specjalistyczną pomoc dla osób dotkniętych przemocą w rodzinie

Realizatorzy zadania: minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego, jednostki samorządu terytorialnego – szczebel gminny i powiatowy

Wskaźniki:

- liczba utworzonych w danym roku punktów konsultacyjnych dla osób dotkniętych przemocą w rodzinie,
- liczba utworzonych ośrodków wsparcia dla osób dotkniętych przemocą w rodzinie,
- liczba utworzonych w danym roku domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży,
- liczba utworzonych w danym roku ośrodków interwencji kryzysowej,
- liczba utworzonych w danym roku innych placówek świadczących specjalistyczną pomoc dla osób dotkniętych przemocą w rodzinie”⁷⁰.

To działanie nie ma sprecyzowanego budżetu w tym dokumencie, ale na „bieżące utrzymanie specjalistycznych ośrodków wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie” przeznaczono w nim 16 827 600 zł.

⁶⁹ <https://www.dziennikustaw.gov.pl/MP/2021/1204>

⁷⁰ Krajowy Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na rok 2022, Str. 28-29

B. Mieszkalnictwo społeczne

Zmiana rozporządzenia dotyczącego mieszkań chronionych

W grudniu opublikowano rozporządzenie Ministra Rodziny i Polityki Społecznej zmieniające rozporządzenie w sprawie mieszkań chronionych⁷¹. Wydłużono w nim okres (o dwa lata do grudnia 2023) w którym może być więcej osób w jednym mieszkaniu chronionym – 10, przed osiągnięciem docelowego zagęszczenia 7 osób.

Przypomnijmy, że wg. Ustawy o pomocy społecznej mieszkania chronione może być przyznane:

„1. Osobie pełnoletniej, która ze względu na trudną sytuację życiową, wiek, niepełnosprawność lub chorobę potrzebuje wsparcia w funkcjonowaniu w codziennym życiu, ale nie wymaga usług w zakresie świadczonym przez jednostkę całodobowej opieki, w szczególności osobie z zaburzeniami psychicznymi, osobie opuszczającej pieczę zastępczą w rozumieniu przepisów o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, młodzieżowy ośrodek wychowawczy, zakład dla nieletnich, a także cudzoziemcowi, który uzyskał w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, może być przyznane wsparcie w mieszkaniu chronionym”⁷².

Program „Centra opiekuńczo-mieszkalne”

Do końca listopada trwał dodatkowy nabór wniosków w ramach Programu „Centra opiekuńczo-mieszkalne” realizowanego przez Ministra Rodziny i Polityki Społecznej⁷³.

Głównym celem Programu jest: „pomoc dorosłym osobom niepełnosprawnym ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności lub orzeczeniem traktowanym na równi z orzeczeniem o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (...) poprzez zapewnienie usług zamieszkiwania w formie pobytu całodobowego lub pobytu dziennego”. Interesujące z punktu widzenia procesu deinstytucjonalizacji są niektóre cele szczegółowe:

- 2) umożliwienie niezależnego, samodzielnego i godnego funkcjonowania na miarę możliwości i potrzeb osób niepełnosprawnych;
- 3) poprawa jakości życia uczestników Programu w ich środowisku lokalnym;

⁷¹ <https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000242001.pdf>

⁷² Art. 53 ust 1, Ustawy o pomocy społecznej, tekst jednolity: <https://dziennikustaw.gov.pl/D2021000226801.pdf>

⁷³ <https://www.gov.pl/web/uw-warminsko-mazurski/program-centra-opiekunczo-mieszkalne--rok-2021>

5) włączenie uczestników Programu do życia społeczności lokalnych.

Program adresowany jest do gmin i powiatów, które mogą uzyskać maksymalnie do 100% kosztów realizacji zadania.

Budżet programu w roku 2022 ma wynieść 105 mln zł, w tym 30 mln w ramach dodatkowego naboru.

Listy zatwierdzonych wniosków dostępne są na stronie Biura Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych:

<https://niepelnosprawni.gov.pl/a,1339,listy-zatwierdzonych-wnioskow-w-ramach-realizacji-programow-centra-opiekunczo-mieszkalne-ogloszonych-w-2019-r-i-w-2021-r-dotyczy-wnioskow-zlozonych-na-finansowanie-zadan-w-ramach-modulu-ii-funkcjonowanie-centrum>