

Monitoring polityk publicznych w zakresie usług społecznych lipiec – sierpień 2022

Spis treści

Wprowadzenie	3
Krajowe, kwestie ogólne	4
Co zmieniono w ostatecznej wersji Umowy Partnerstwa	4
Ustawa o ekonomii społecznej	19
Projekt ustawy o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz ustawy o działalności leczniczej	20
Rodzina, Piecza zastępcza, dzieci i młodzież w instytucjach	21
Informacja Rady Ministrów o realizacji w roku 2021 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej	21
Ustawa z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich	23
Osoby z niepełnosprawnościami	23
Projekt ustawy - renta socjalna do wysokości minimalnego wynagrodzenia	23
Zespół ds. asystencji osobistej osób z niepełnosprawnościami rozpoczął prace	24
Raport NIK z kontroli przeprowadzonej w całodobowych placówkach opiekuńczo -wychowawczych dla dzieci	25
Osoby w kryzysie bezdomności	26
Ustawa z dnia 7 lipca 2022 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie sposobu finansowania programów mieszkaniowych	26

Wprowadzenie

Monitoring przygotowany przez Wspólnotę Roboczą Związków Organizacji Socjalnych, omawia ważne zmiany i propozycje zmian prawnych oraz prezentuje istotne dokumenty i działania z obszaru polskiej polityki społecznej odnoszącej się do usług społecznych w okresie lipiec-sierpień 2022 r.

W tej edycji omawiamy szerzej zmiany w ostatecznej wersji Umowy Partnerstwa związane z deinstytucjonalizacją, informujemy o ustawie o ekonomii społecznej a także o wydarzeniach w parlamencie dotyczących pieczy zastępczej.

Niniejszy raport jest szóstym 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/>

Co zmieniono w ostatecznej wersji Umowy Partnerstwa

Weszło w życie

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 2021¹.

30 czerwca 2022 r. oficjalnie zakończyły się negocjacje Umowy Partnerstwa między Komisją Europejską a polskim rządem².

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

Analiza

Aktualna, obowiązująca wersja Umowy Partnerstwa³ 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 19⁴ tej Konwencji i Komentarzem

¹ <https://www.wrzos.org.pl/aktualnosci/monitoring-polityk-publicznych-w-zakresie-uslug-spoecznych-listopad-grudzien-2021/>

² <https://www.gov.pl/web/fundusze-regiony/umowa-partnerstwa-to-rekordowe-76-mld-euro-to-okolo-350-mld-zl-dla-polski>

³ <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

⁴ 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

ogólnym nr 5 do tej Konwencji (w każdym celu EFRR w CP4 możliwa będzie realizacja inwestycji z zakresu dostępności dla osób ze specjalnymi potrzebami)⁵.

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

„Szkoły 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”.

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

⁵ 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

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 stricte pozainfrastrukturalne, mające na celu deinstytucjonalizację usług. Zarządzający tymi instytucjami będą mogli korzystać z EFS+ na rozwój nierezydencjalnych i nieizolowanych 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 sprawiają, 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*⁶.

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 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.”⁷

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.”⁸

⁶ <https://www.wrzos.org.pl/aktualnosci/ekspertyza-analiza-skali-potrzeb-i-niezbednych-zmian-w-ramach-procesu-deinstytucjonalizacji/>

⁷ Str. 64

⁸ Str. 65

W kolejnym zdaniu dodano do wyliczenia 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 umieszczaniu 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 przygotują 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.).

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 wspomagane, 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 terytorialnego*⁹.

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 deinstytucjonalizacji”¹⁰.

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.”

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

⁹ str. 65-66

¹⁰ <https://www.wrzos.org.pl/aktualnosci/ekspertyza-analiza-skali-potrzeb-i-niezbednych-zmian-w-ramach-procesu-deinstytucjonalizacji/>

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 znajdą 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 EFRR”¹¹.*

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 wspomagane oraz przeciwdziałania problemowi bezdomności”¹².

Na początku części „Obszar: ochrona zdrowia, w tym zdrowotna opieka długoterminowa” (której tytuł zmieniono dodając przymiotnik „zdrowotna”) przeformułowano niektóre fragmenty, dodano kilka nowych słów, sformułowań, część przeformuowaną przeniesiono też do nowego akapitu. W cytowanych fragmentach części przeformułowane 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 różnicowań 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 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 niemedycznych. Istotnym narzędziem wsparcia powyższych

¹² Projekt Umowy Partnerstwa dla Realizacji Polityki Spójności 2021-2027 w Polsce z grudnia 2021, str. 57

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 szczególnie 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 zwiększenie 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”¹³.

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.

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:

¹³ Projekt Umowy Partnerstwa dla Realizacji Polityki Spójności 2021-2027 w Polsce z grudnia 2021, Str. 58

„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, pomocą¹⁴ 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.

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.

¹⁴ Zwracamy uwagę, że w nowym tekście pojawia się dawno nieużywane sformułowanie „opieka społeczna”.

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 specjalistycznej”¹⁵.

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 bliskimi”¹⁶.

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 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.

¹⁵ Umowa Partnerstwa dla Realizacji Polityki Spójności 2021-2027 w Polsce, Str. 71

¹⁶ Umowa Partnerstwa dla Realizacji Polityki Spójności 2021-2027 w Polsce, str. 72

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 zmianie 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. Dzielne 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 psychiatrycznej¹⁷.

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 niemedycejskiej (m.in. zakup niezbędnego sprzętu medycznego oraz wyposażenia), w tym dziennych domów opieki medycznej, opieki długoterminowej, hospicyjnej oraz paliatywnej¹⁸.

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

¹⁷ Projekt Umowy Partnerstwa dla Realizacji Polityki Spójności 2021-2027 w Polsce z grudnia 2021, Str. 59-61

¹⁸ Umowa Partnerstwa dla Realizacji Polityki Spójności 2021-2027 w Polsce, str. 72

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 o ekonomii społecznej

Weszło w życie

Sejm uchwalił ustawę o ekonomii społecznej¹⁹.

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,

¹⁹ <https://dziennikustaw.gov.pl/DU/2022/1812>

- 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 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.

Wydaje się być ważnym elementem ułatwiającym rozwój podmiotów ustawowo zobowiązanych 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 trakcie prac

W lipcu Minister Rodziny i Polityki Społecznej przedstawił do konsultacji publicznych projekt zmian w ustawie o pomocy społecznej oraz w ustawie o działalności leczniczej²⁰. Proponowane zmiany mają na celu „umożliwienie DPS udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych dla mieszkańców tych domów, którzy wymagają tych świadczeń”²¹. 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

²⁰ Informacja o wynikach kontroli <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12361751>. Pełny raport <https://www.nik.gov.pl/plik/id,26158,vp,28938.pdf>

²¹ Uzasadnienie do projektu ustawy, <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12361751>

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 stanowisko²² 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,
- zapewnienie w projekcie ustawy możliwości finansowania także dla innych niż pielęgniarce zawodów medycznych, czyli m.in.: fizjoterapeutów, psychologów i opiekunów medycznych.

Rodzina, Piecza zastępcza, dzieci i młodzież w instytucjach

Informacja Rady Ministrów o realizacji w roku 2021 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej

W sierpniu wpłynęła do sejmu „Informacja Rady Ministrów o realizacji w roku 2021 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej”²³.

Z informacji możemy się dowiedzieć m.in., że:

W ogólnej liczbie dzieci przebywających w instytucjonalnej pieczy zastępczej istotny udział mają dzieci przebywające w placówkach opiekuńczo-wychowawczych typu rodzinnego. Placówki te swoim charakterem zbliżone są do rodzinnych domów dziecka, które to z kolei, zgodnie z generalną klasyfikacją form i typów pieczy zastępczej, zakwalifikowane są do rodzinnych form pieczy

²² <https://www.wrzos.org.pl/aktualnosci/stanowisko-wrzos-dotyczace-projektowanych-zmian-w-ustawie-o-pomocy-spoecznej/>

²³ <https://sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/PrzebiegProc.xsp?id=2D882A8835182864C12588A900406ABF>

zastępczej. Przyjmując, że powyższe dwie formy pieczy zastępczej można byłoby, ze względu na ich funkcjonalne i celowościowe podobieństwo, zakwalifikować łącznie do rodzinnych form pieczy zastępczej, to statystyka dotycząca liczby dzieci w podziale na rodzinne i instytucjonalne formy pieczy zastępczej kształtowałaby się w sposób odmienny. I tak przyjęcie powyższej zmiany w typologii skutkowałoby spadkiem liczby dzieci w instytucjonalnych formach z 16 285 dzieci do 14 797 dzieci, a tym samym osiągnięcie wskaźnika deinstytucjonalizacji na poziomie 79,7%.

(...)

Średni miesięczny koszt utrzymania dziecka w rodzinnej pieczy zastępczej wynosił w 2021 r. 1 237 zł i wzrósł w stosunku do roku poprzedniego o 4,2% (w 2020 r. 1 180 zł), w rodzinie zastępczej zawodowej i rodzinnym domu dziecka - 2 549 zł, co oznacza wzrost w stosunku do roku poprzedniego o 5,1% (w 2020 r. 2 426 zł).

(...)

Średni miesięczny koszt utrzymania dziecka w placówce opiekuńczo-wychowawczej (bez regionalnych placówek opiekuńczo-terapeutycznych i interwencyjnych ośrodków preadopcyjnych) wynosił w 2021 r. 5 941 zł, co oznacza wzrost o 484 zł w stosunku do 2020 r. W placówkach regionalnych średni koszt to niemal 9 500 złotych miesięcznie na 1 dziecko.

Informację skierowano do rozpatrzenia do Komisji Polityki Społecznej i Rodziny.

Przy okazji przypominamy, że Rada Ministrów w czerwcu przyjęła a w lipcu skierowała do Sejmu rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej oraz niektórych innych ustaw²⁴ - pisaliśmy o nim w „Monitoringu polityk publicznych w zakresie usług społecznych: maj-czerwiec 2022”²⁵.

W lipcu odbyła się w Senacie debata ekspercka "Na ratunek dzieciom. Plan dla pieczy zastępczej" zorganizowana przez Parlamentarny Zespół ds. Dzieci oraz Klub Parlamentarny Koalicji Obywatelskiej²⁶, w czasie której Joanna Luberadзка-Gruca z Koalicji na rzecz Rodzinnej Opieki Zastępczej mówiła m.in.:

"Według danych GUS w 2021 r. o 1,1 proc. wzrosła liczba dzieci skierowanych do pieczy w stosunku do roku 2020. To oznacza tyle, że liczba dzieci, które się rodzą spada, natomiast liczba dzieci kierowanych do pieczy rośnie"

Ekspertka na tym wydarzeniu poinformowała także, że według danych GUS w 2021 r. niemal 54 proc. pełniących funkcję rodziny zastępczej stanowiły osoby w wieku 51-70 lat.

²⁴ <https://www.sejm.gov.pl/sejm9.nsf/PrzebiegProc.xsp?nr=2429>

²⁵ <https://www.wrzos.org.pl/aktualnosci/monitoring-polityk-publicznych-w-zakresie-uslug-spoecznych-maj-czerwiec-2022/>

²⁶ <https://serwisy.gazetaprawna.pl/samorzad/artykuly/8498606.zapasc-rodzinnej-pieczy-zastepczej-brakuje-chetnych-do-jej-prowadzenia-a-dzieci-przybywa.html>

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 nieletnich²⁷. Pisaliśmy w „Monitoringu polityk publicznych w zakresie usług społecznych: maj-czerwiec 2022”²⁸. 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 umiarkowanym²⁹.

To rozwiązanie w czasie konsultacji publicznych krytykowała Helsińska Fundacja Praw Człowieka³⁰ 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 środowiskowego³¹.

Osoby z niepełnosprawnościami

Projekt ustawy - renta socjalna do wysokości minimalnego wynagrodzenia

W trakcie prac

Posłanka Iwona Hartwich wraz z grupą osób z niepełnosprawnościami przygotowała projekt ustawy, który zakłada podniesienie renty socjalnej do wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę, czyli

²⁷ <https://dziennikustaw.gov.pl/DU/2022/1700>

²⁸ <https://www.wrzos.org.pl/aktualnosci/monitoring-polityk-publicznych-w-zakresie-uslug-spoecznych-maj-czerwiec-2022/>

²⁹ Art. 186-194 ustawy

³⁰ <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//2/12349403/12805117/12805120/dokument518553.pdf>

³¹ <https://www.wrzos.org.pl/aktualnosci/monitoring-polityk-publicznych-w-zakresie-uslug-spoecznych-marzec-kwiecien-2022/>

obecnie 3010 zł brutto³². Jak mówi posłanka ma to być obywatelski projekt, „ponieważ wcześniej wszystkie jej inicjatywy legislacyjne dotyczące osób z niepełnosprawnościami były przez marszałek Sejmu Elżbietę Witek "mrożone"”.

Aktualnie trwa zbierania podpisów pod tym projektem³³.

Zespół ds. asystencji osobistej osób z niepełnosprawnościami rozpoczął prace

W trakcie prac

W lipcu odbyło się pierwsze posiedzenie Zespołu ds. asystencji osobistej osób z niepełnosprawnościami, powołanego przez szefa Kancelarii Prezydenta RP³⁴.

Do zakresu zadań Zespołu ds. asystencji osobistej należy:

- *analiza obowiązującego stanu prawnego oraz opracowanie rozwiązań legislacyjnych albo wariantów rozwiązań legislacyjnych dotyczących asystencji osobistej osób z niepełnosprawnościami;*
- *określenie przewidywanych skutków społecznych, gospodarczych, organizacyjnych, prawnych i finansowych proponowanego rozwiązania, w szczególności na podstawie danych uzyskanych od właściwych w sprawie instytucji i podmiotów;*
- *współpraca z organami, instytucjami oraz innymi podmiotami i osobami posiadającymi wiedzę specjalną w zakresie asystencji osobistej osób z niepełnosprawnościami oraz zasięganie ich opinii odnośnie do opracowywanych rozwiązań.*

Przypominamy, że w lutym powstały założenia do ustawy o asystencji osobistej. Zgodnie z tym założeniami:

„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

³² <https://serwisy.gazetaprawna.pl/emerytury-i-renty/artykuly/8412851,renta-socjalna-projekt-ustawy-ko-i-niepelnosprawnych.html>

<https://www.bankier.pl/wiadomosc/Jest-apel-o-podwyzke-renty-socjalnej-do-wysokosci-minimalnego-wynagrodzenia-8331051.html>

³³ <https://torun.naszemiasto.pl/torun-renta-socjalna-w-gore-sa-na-to-szanse-ale-trzeba/ar/c14-8994029>
<https://www.fakt.pl/wydarzenia/polska/slask/osoby-z-niepelnosprawnoscia-dostaja-glodowe-renty-socjalne-zbieraja-podpisy-by-to/1zxm4wq>

³⁴ <https://www.prezydent.pl/aktualnosci/wydarzenia/pierwsze-posiedzenie-zespołu-ds-asystencji-osobistej-osob-zniepelnosprawnościami,56762>

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. Zespół zajmie się przygotowaniem rozwiązań legislacyjnych dla inicjatywy ustawodawczej prezydenta Andrzeja Dudy, dotyczącej tej grupy obywateli.”

Szczegółowo omówiliśmy te założenia w „Monitoring polityk publicznych w zakresie usług społecznych: marzec-kwiecień 2022”³⁵.

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 dzieci³⁶. 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 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

³⁵ <https://www.wrzos.org.pl/aktualnosci/monitoring-polityk-publicznych-w-zakresie-uslug-spoecznych-marzec-kwiecien-2022/>

³⁶ <https://www.nik.gov.pl/najnowsze-informacje-o-wynikach-kontroli/niewystarczajaca-pomoc-dzieciom.html>

- 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 bezdomności

Ustawa z dnia 7 lipca 2022 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie sposobu finansowania programów mieszkaniowych

Weszło w życie

W lipcu Sejm uchwalił Ustawę o zmianie niektórych ustaw w zakresie sposobu finansowania programów mieszkaniowych³⁷. Ten projekt rządowy zgłoszony do opracowania przez Ministra Rozwoju, Pracy i Technologii (obecnie Minister Rozwoju i Technologii) był konsultowany w wrześniu 2021. Uwagi zgłosiła do niego zgłosiła Fundacja Habitat for Humanity Poland postulując m.in. rozszerzenie kręgu odbiorców, mogących ubiegać się o dopłaty w związku z wynajmowaniem

³⁷ <https://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/PrzebiegProc.xsp?nr=2133>
<https://dziennikustaw.gov.pl/DU/2022/1561>

Przebieg prac przed skierowaniem do Sejmu na stronach Rządowego Centrum Legislacji:
<https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12351303> oraz
<https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12353552>

mieszkań w Społecznych Agencjach Najmu, o obcokrajowców, którzy uzyskali status uchodźcy, ochronę uzupełniającą, zgodę na pobyt humanitarny lub zgodę na pobyt tolerowany³⁸.

Główne zmiany wprowadzane tą ustawą to m.in.:

- korekta mechanizmu korygującego regułę wydatkową w zakresie programu budownictwa socjalnego i komunalnego przez wdrożenie rozwiązań prawnych, które umożliwią Bankowi Gospodarstwa Krajowego zawieranie umów finansowego wsparcia z beneficjentami wyłącznie w ramach limitu wydatków ustalonego na dany rok budżetowy (przy czym maksymalne limity wydatków pozostaną bez zmian),
- dostosowanie nazw ustaw do wprowadzonych w nich w ostatnim czasie zmian: dotychczasowa „ustawa o niektórych formach popierania budownictwa mieszkaniowego” nosi obecnie tytuł „ustawa o społecznych formach rozwoju mieszkalnictwa”, a „ustawa z dnia 8 grudnia 2006 r. o finansowym wsparciu tworzenia lokali mieszkalnych na wynajem, mieszkań chronionych, noclegowni, schronisk dla osób bezdomnych, ogrzewalni i tymczasowych pomieszczeń” nazywa się „ustawa o finansowym wsparciu niektórych przedsięwzięć mieszkaniowych”,
- umożliwiono powiatom zbywanie nieruchomości na zasadach ustawy o rozliczaniu ceny lokali lub budynków w cenie nieruchomości zbywanych z gminnego zasobu nieruchomości z rozliczeniem „lokal za grunt”. Dotychczas taką możliwość miały jedynie gminy. Umożliwiono powiatom także ubieganie się „o finansowe wsparcie z Funduszu Dopłat na realizację przedsięwzięć infrastrukturalnych obejmujących tworzenie niezbędnej infrastruktury technicznej lub infrastruktury społecznej, pod warunkiem powiązania przedsięwzięcia z realizacją jednego z przedsięwzięć lub inwestycji o charakterze mieszkaniowym wskazanych ustawowo”³⁹,
- umożliwiono zasilanie Funduszu Dopłat (finansującym rządowe programy mieszkaniowe) z wpływów ze skarbowych papierów wartościowych a także bezterminowe funkcjonowanie.

³⁸ <https://legislacja.rcl.gov.pl/docs//2/12351303/12815468/12815471/dokument530864.pdf>

³⁹ Uzasadnienie do projektu ustawy: <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12351303>