

Usługi społeczne i zdrowotne na rzecz niezależnego i bezpiecznego życia

**Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce
2021-2035**

oraz

**Mapa drogowa wdrażania Strategii
deinstytucjonalizacji do 2023 r.**

PROJEKT

Kwiecień 2021

Spis treści

Wprowadzenie	5
Wykaz skrótów	13
Rozdział I. Wyzwania rozwojowe	15
I.1. Zasoby na rzecz osób wymagających wsparcia	15
I.2. Prognozy demograficzne i prognozy potrzeb wsparcia poszczególnych grup społecznych	20
I.3. Możliwa skala kosztów procesu deinstytucjonalizacji i kosztów zaniechania w ujęciu rocznym	34
I.4. Porównania międzynarodowe	39
I.5. Wyzwania i ryzyka	42
Rozdział II. Wizja i cele Strategii	48
II.1. Cel główny i cele szczegółowe strategii	49
II.2. Struktura działań i poszczególnych priorytetów i działań	51
II.3. Kluczowe kierunki interwencji publicznej	53
II.4. Struktura zarządzania zmianą	58
II.5. Trzy fazy zmian strategicznych	59
Rozdział III. Priorytety i działania	62
Priorytet I. Rodzina	62
Działanie I.1. Wsparcie spójności funkcjonowania rodzin i ochrony praw dzieci	62
Działanie I.2. Piecza zastępcza	64
Działanie I.3. Wsparcie dla dzieci i młodzieży z problemami zdrowia psychicznego	66
Działanie I.4. Zbudowanie i rozwój systemu usług na rzecz rodzin z osobami wymagającymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu	70
Działanie I.5. Rozwój wsparcia dziennego	73
Priorytet II. Społeczność lokalna	77
Działanie II.1. Budowa stabilnego systemu usług wsparcia w społecznościach lokalnych	77

Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

Działanie II.2. Asystencja osobista osób z niepełnosprawnościami	80
Działanie II.3. Kręgi wsparcia	83
Działanie II.4. Wsparcie procesu usamodzielniania młodzieży	85
Działanie II.5. Wsparcie dla dorosłych osób z problemami zdrowia psychicznego	87
Działanie II.6. Rozwój usług medycznych wspierających funkcjonowanie osób po 75. roku życia	90
Priorytet III. Mieszkalnictwo	92
Działanie III.1. Zapobieganie bezdomności	92
Działanie III.2. Mieszkalnictwo adaptowalne i dostępne	95
Działanie III.3. Mieszkalnictwo wspomagane	97
Działanie III.4. Tworzenie zasobu dostępnych cenowo mieszkań docelowych	101
Priorytet IV. Placówki całodobowe	105
Działanie IV.1. Przegląd placówek całodobowych	105
Działanie IV.2. Ograniczenia w tworzeniu nowych miejsc opieki długoterminowej	107
Działanie IV.3. Placówki całodobowego pobytu dla dzieci i młodzieży	109
Działanie IV.4. Placówki całodobowego pobytu dla osób dorosłych	111
Priorytet V. Zarządzanie zmianą	117
Działanie V.1. Finansowanie	117
Działanie V.2. Budżet osobisty	119
Działanie V.3. Rozwój i integracja profesji i zawodów pomocowych	121
Działanie V.4. Partnerstwo publiczno-społeczne	125
Działanie V.5. Budowanie świadomości	127
Rozdział IV. System wdrażania i monitorowania	130
IV.1. System wdrażania	130
IV.2. Koordynacja na poziomie krajowym	132
IV.3. Koordynacja na poziomie regionalnym	134
IV.4. Koordynacja na poziomie lokalnym	137
IV.5. Monitoring realizacji Strategii	141

Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

Rozdział V. Ramy finansowe	143
V.1. Obecne finansowanie usług społecznych i zdrowotnych.....	143
V.2. Finansowanie działań po przyjęciu Strategii.....	150
Wskaźniki monitorujące realizację Strategii	152
Wskaźniki horyzontalne.....	152
Priorytet I. Rodzina	155
Priorytet II. Społeczność lokalna	166
Priorytet III. Mieszkalnictwo.....	170
Priorytet IV. Instytucje całodobowe	175
Priorytet V. Zarządzanie zmianą	177
Mapa drogowa wdrażania Strategii deinstytucjonalizacji do 2023 r.	179

Wprowadzenie

Potrzeba stworzenia dokumentu strategicznego odnoszącego się do kwestii deinstytucjonalizacji usług społecznych i zdrowotnych była wskazywana przez środowiska osób z niepełnosprawnościami, rodzin, dzieci i młodzieży w pieczy zastępczej, osób starszych, osób z problemami zdrowia psychicznego i osoby w kryzysie bezdomności wskazywana była od szeregu lat. Stworzenie dokumentu strategicznego dotyczącego deinstytucjonalizacji jest także wyjściem naprzeciw wymogom Wniosku **rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu i Migracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu na rzecz Zarządzania Granicami i Wiz.** W szczególności zostało to określone na podstawie art. 11 ust. 1 Załącznika IV „Tematyczne warunki podstawowe mające zastosowanie do EFRR, EFS+ i Funduszu Spójności”. Dokument ten wskazuje, iż wymogiem wstępnym korzystania ze środków budżetu Unii Europejskiej w okresie 2021-2027 jest spełnienie warunków podstawowych oraz kryteriów przypisanych poszczególnym warunkom tematycznym i horyzontalnym, tj. posiadanie m.in.:

- krajowych ram strategicznych polityki na rzecz włączenia społecznego i walki z ubóstwem, obejmujących m.in. środki przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki środowiskowej;
- ram strategicznych polityki na rzecz opieki zdrowotnej, obejmujące m.in. środki na rzecz usług na poziomie społeczności lokalnej;
- krajowej strategii wdrażania Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych (włączając w to realizację prawa do niezależnego życia i włączenia w społeczność lokalną).

Istotnym elementem jest zapewnienie spójności systemów usług zabezpieczenia społecznego i ochrony zdrowia. Zobowiązanie to jest spójne ze zidentyfikowanymi wyzwaniami dla Polski określonymi w Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju, Strategii na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami 2021-2030, jak również rządowym programie Dostępność+.

Schemat 1. Zestawienie dokumentów strategicznych



Dla zapewnienia spójnego funkcjonowania systemów wsparcia, zarówno z punktu widzenia obywatela, jak i polityki społecznej, postanowiono zebrać kwestie deinstytucjonalizacji, obejmujące pięć kluczowych grup społecznych, w jednym strategicznym dokumencie, bez naruszenia kompetencji i koncepcji poszczególnych resortów, celem zapewnienia spójności komplementarności na podobnych zasadach jak Strategia na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami 2021-2030.

Czym jest deinstytucjonalizacja i kogo dotyczy

Zgodnie z definicją zawartą w opracowanym w 2012 r. dokumencie „Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności”¹ (dalej także: Ogólnoeuropejskie wytyczne) deinstytucjonalizacja to proces, który ma przyczynić się do:

- rozwoju w obrębie społeczności lokalnej zindywidualizowanych usług, w tym usług o charakterze zapobiegającym (profilaktycznym), które mają ograniczyć konieczność opieki instytucjonalnej,

¹ Dokument opracowany w listopadzie 2012 r. przez Europejską Grupę Ekspertów do spraw przejścia od opieki Instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności, https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2018/04/eeg-toolkit_polish.pdf

Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

- przeniesienia zasobów ze stacjonarnych zakładów opieki długoterminowej na poczet nowych usług środowiskowych w społeczności lokalnej.

Naczelnym celem deinstytucjonalizacji jest zatem zwiększenie dostępności usług społecznych i zdrowotnych w społeczności lokalnej. Cel ten zakłada m.in. przejście od opieki instytucjonalnej do wsparcia świadczonego na poziomie lokalnych społeczności.

W procesie deinstytucjonalizacji w kręgu zainteresowania powinny być przede wszystkim następujące grupy osób:

- rodzina, dzieci i młodzież,
- osoby z niepełnosprawnościami,
- osoby starsze,
- osoby z problemami zdrowia psychicznego,
- osoby w kryzysie bezdomności.²

Powyżsi adresaci (oprócz osób w kryzysie bezdomności) zostali wskazani w Ogólnoeuropejskich wytycznych dotyczących przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności.

Wytyczne te jako materiał wypracowany na poziomie europejskim, określiły warunki prawidłowego procesu deinstytucjonalizacji odnoszącego się do rozwoju usług świadczonych w społeczności lokalnej, kwestii ram prawnych usług o

² W Strategii przyjęto określenie "osoby w kryzysie bezdomności" zamiast pojęcia z ustawy o pomocy społecznej, tj. "osoba bezdomna" wobec szerszego katalogu osób objętych tym pojęciem, planowanej w Strategii zmiany definicji pojęcia ustawowego oraz istotnego znaczenia nomenklatury dla zapobiegania stygmatyzacji osób w kryzysie bezdomności.

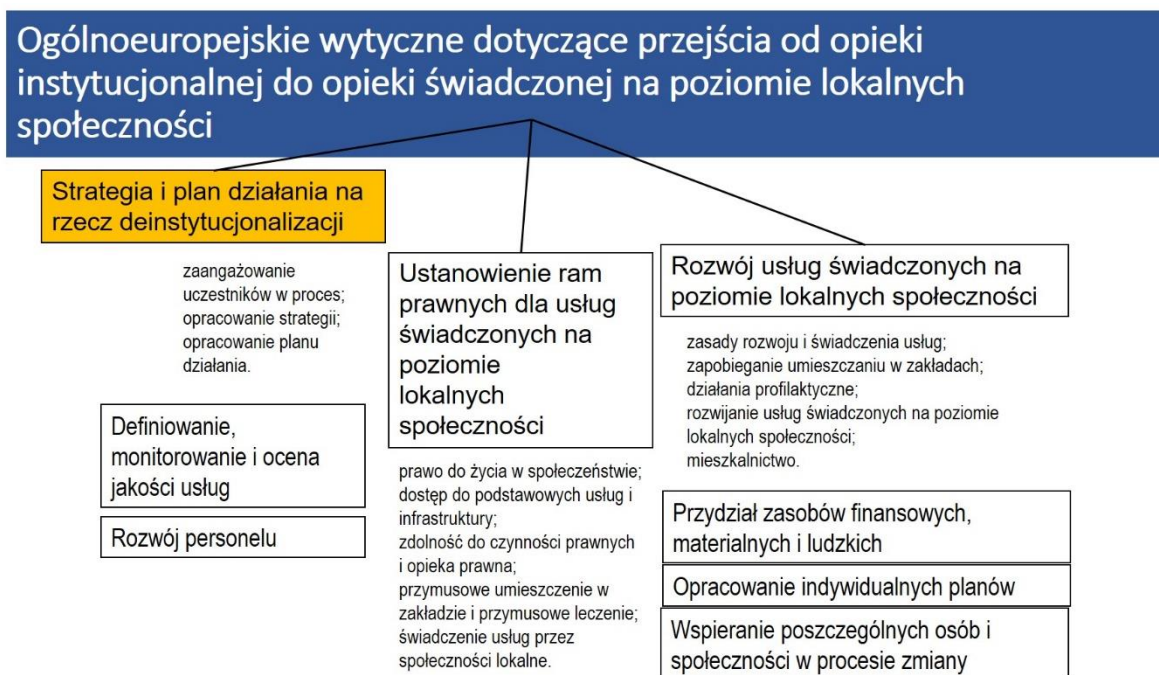
Po pierwsze, w Strategii planuje się zmianę aktualnie obowiązującej definicji bezdomności celem zapewnienia bardziej efektywnego wsparcia osobom potrzebującym.

Po drugie, istotną rolę używania takiego sformułowania, a zatem również skutkiem Strategii w tym obszarze będzie zmiana dyskursu o osobach doświadczających bezdomności, co przyczyni się do destygmatyzacji tych osób. Jest to również zgodne międzynarodowym trendem odchodzenia od definicyjnej stygmatyzacji osób doświadczających bezdomności przejawiającej się etykietowaniem tych osób jako bezdomnych.

Po trzecie, analogiczna sytuacja wystąpiła przy opracowywaniu i przyjęciu Uchwały nr 27 Rady Ministrów z dnia 16 lutego 2021 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Strategia na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami 2021–2030. W tej strategii używa się bowiem pojęcia "osoba z niepełnosprawnością" podczas, gdy zarówno w czasie przyjęcia tej Strategii, jak i na chwilę obecną, w aktach prawnych funkcjonuje sformułowanie "osoba niepełnosprawna" (np. ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych czy ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej). Wprowadzanie modyfikacji nomenklatury na poziomie dokumentów w randze strategii, które wyznaczają kierunki działań, w tym działań świadomościowych jest działaniem znajdującym uzasadnienie.

charakterze lokalnym, kwestii działań finansowych, materialnych i ludzkich. Ponadto wskazano kwestie działań zindywidualizowanych. Należy jednak zwrócić uwagę, że jako kluczowy element wskazano konieczność posiadania szczegółowego planu działań – strategii.

Schemat 2. Wymagania związane z Ogólnoeuropejskimi wytycznymi dotyczącymi przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności



Bez posiadania planu i przewidywania działań, nie tylko na perspektywę 2021-2027, trudno mówić o skuteczności całości procesu. Temu właśnie poświęcony jest niniejszy **dokument programowy będący zbiorem działań strategicznych w obszarze deinstytucjonalizacji do roku 2035.**

Rok 2035 uznano zatem za bezpieczną perspektywę planowanych działań, która umożliwi ewentualne skorygowanie realizowanych interwencji publicznych w kolejnych latach, w tym w perspektywie 2028-2034.

Prace nad strategią

Wstępna koncepcja dokumentu została wypracowana przez środowisko ponad 100 interesariuszy: organizacji obywatelskich, przedstawiciele samorządów regionalnych, z udziałem przedstawiciele administracji rządowej oraz środowisk akademickich. Praca została zainicjowana 20 lutego 2020 r. na konferencji zorganizowanej przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z udziałem podsekretarz stanu w MRPiPS.

Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

Prace trwały jedenaście miesięcy (od lutego do grudnia 2020 r.). Odbływały się w grupach roboczych odnoszących się do poszczególnych grup docelowych: osoby starsze, osoby z niepełnosprawnościami, osoby z problemami zdrowia psychicznego, rodzina, dzieci i młodzież oraz osoby w kryzysie bezdomności. Udział przedstawicieli organizacji obywatelskich zapewniał realne i silne uwzględnienie perspektywy osób otrzymujących wsparcie, która jest kluczowa dla zapewnienia tym osobom podmiotowość w nowym systemie usług społecznych i zdrowotnych właśnie w społecznościach lokalnych. Efektem wspólnej pracy jest materiał, który stał się realną podstawą i fundamentem dokumentu – nowej strategii deinstytucjonalizacji.

Materiał wypracowywany był w uzgodnieniu z Ministerstwem Rodziny i Polityki Społecznej, początkowo jako wkład do „Krajowego Programu Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu. Aktualizacja 2021-2027. Z Perspektywą Do Roku 2030”, z możliwością rozwinięcia w odrębny dokument. Z uwagi na fakt, iż Krajowy Program odnosi się do wielu kwestii związanych z włączeniem społecznym, a kwestia deinstytucjonalizacji jest jednym z licznych jego elementów, uznano, iż powstaną dwa odrębne dokumenty, które umożliwią pełne ujęcie problematyki deinstytucjonalizacji, przy jednoczesnym pełnym zapewnieniu spójności zapisu dokumentów.

Równoległe swoje prace prowadziło Ministerstwo Zdrowia. Tu również zadbano, aby działania ujęte w strategii były odzwierciedleniem prac resortu zdrowia w pełnej spójności z pracami resortu rodziny i polityki społecznej.

Wstępne propozycje zostały przedstawione na zorganizowanym przez Kancelarię Prezydenta RP Forum Deinstytucjonalizacji z udziałem **prezydenta RP Andrzeja Dudy** w dniu 26 lutego 2021 r. Prezydent Andrzej Duda stwierdził wówczas m.in.

„Deinstytucjonalizację – by ją przybliżyć, a zarazem ukazać, czym ona w istocie jest, można streścić w trzech innych słowach, a mianowicie: uspołecznienie, upodmiotowienie, personalizacja.

Uspołecznienie w tym znaczeniu, że człowiek pozostaje w swoim środowisku, swoim otoczeniu i jednocześnie zyskuje kontakt z nowymi ludźmi – zwłaszcza ten człowiek, który np. z takich czy innych przyczyn jest zamknięty w domu, czy z uwagi na daleko posuniętą niepełnosprawność, czy przebywa w domu ze względu na wiek, w związku z czym krąg jego kontaktów jest na co dzień bardzo wąski, ograniczony do rodziny. Do tego człowieka przybywają nowi ludzie, w związku z tym zyskuje nowe kontakty społeczne.

Jednocześnie nie jest wyrwany ze swojego środowiska, swojego gniazda. Bardzo często ta starsza osoba nie jest przenoszona w inne miejsce – właśnie do jakiejś instytucji, która służy do tego, by mogła tam przebywać i aby była sprawowana

opieka nad osobami czy to z niepełnosprawnością, czy właśnie potrzebującymi pomocy z uwagi na daleko posunięty wiek.

Upodmiotowienie – dlatego że to służy realizacji potrzeb tego właśnie człowieka; aby wszystko było ukierunkowane na niego; by działało się to także zgodnie z jego wolą; aby nie było to wobec niego realizowane w sposób przymusowy. Nawet nie dosłownie przymusowo, ale przez przymus konieczności przeniesienia się właśnie do jakiejś instytucji, konieczności opuszczenia swego domu, konieczności stykania się z osobami, które są w danym momencie, bez możliwości de facto współdecydowania, czy kontakt będzie, czy nie.

I wreszcie personalizacja – dlatego że wszystko jest ukierunkowane właśnie na tego człowieka, a nie na instytucję. To nie człowiek dopasowuje się do instytucji – bo przecież wiemy, że tak jest. Instytucje są, mają swoją strukturę, swoje schematy działania i ten, kto styka się z instytucją, z reguły musi się dopasować do stworzonych tam schematów, do istniejących procedur, które są tam wdrażane – a więc musi działać w taki sposób, jaki dyktuje ta instytucja.

A tu wręcz przeciwnie – personalizacja oznacza właśnie ukierunkowanie na człowieka; to, że te świadczenia, usługi mają być dopasowane do człowieka, a nie człowiek dopasowany do usług. Na tym w istocie ma polegać deinstytucjonalizacja”.

Decyzje Minister Rodziny i Polityki Społecznej

Przełomem była decyzja minister rodziny i polityki społecznej Pani Marleny Małąg, która w dniu 12 stycznia 2021 r. Zarządzeniem nr 1./2021 powołała Zespół do spraw opracowania Strategii deinstytucjonalizacji usług społecznych w Polsce. Kierowanie Zespołem powierzono Sekretarzowi Stanu w Ministerstwie Panu Pawłowi Wdówikowi.

Zgodnie z zarządzeniem MRiPS do zadań Zespołu należało opracowanie Strategii deinstytucjonalizacji usług społecznych w Polsce z uwzględnieniem potrzeb osób z niepełnosprawnościami, osób z problemami zdrowia psychicznego, osób starszych, rodzin, dzieci i młodzieży, w tym z pieczy zastępczej, a także osób w kryzysie bezdomności;

Bardzo wyraźnie wskazano, iż opracowanie Strategii ma na celu m.in. spełnienie warunku podstawowego jakim jest stworzenie krajowych ram strategicznych polityki na rzecz włączenia społecznego i walki z ubóstwem, które zostały doprecyzowane w załączniku nr 4 do Wniosku Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady. Rozporządzenie to ustanawia wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu

Spółecznego Plus, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu i Migracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu na rzecz Zarządzania Granicami i Wiz.

Zgodnie z podjętą decyzją ministerstwa, strategia deinstytucjonalizacji jest „strategią rozwoju” powstałą zgodnie z art. 9 pkt. 3 ustawy z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz. U. z 2019 r. poz. 1295, 2020, z 2020 r. poz. 1378, 2327). Strategia rozwoju zgodnie z wymogami prawa powinna zawierać w szczególności:

- wnioski z diagnozy, przygotowanej na potrzeby danej strategii;
- zidentyfikowane potencjały i problemy rozwoju, z uwzględnieniem różnicowań przestrzennych;
- strategiczne wyzwania rozwojowe;
- cele strategiczne rozwoju w zakresie objętym strategią, z uwzględnieniem różnicowań przestrzennych;
- kierunki interwencji, w tym interwencji podmiotów prowadzących politykę rozwoju oraz działania służące osiągnięciu celów strategicznych rozwoju;
- zakres interwencji na wybranych obszarach strategicznej interwencji;
- oczekiwane rezultaty planowanych interwencji, w tym w wymiarze przestrzennym oraz wskaźniki ich osiągnięcia;
- systemy realizacji strategii;
- założenia ram finansowych i potencjalne źródła finansowania

Prezentowana strategia uwzględnia powyższe wymagania określając wyzwania rozwojowe oparte na wnioskach z diagnoz i zidentyfikowanych potencjałów. Kwestię tę omawia rozdział I dokumentu. Określono cele strategiczne i kierunki interwencji określone w rozdziale II. Najistotniejsze elementy oddziaływania i zakresu interwencji na wybranych obszarach strategicznych wskazano w głównej części dokumentu przedstawionej w rozdziale III. W rozdziale IV przedstawiono niezwykle istotny system realizacji strategii zarówno na poziomie krajowym, regionalnym jak i lokalnym.

Strategia zawiera też założenia ram finansowych, jak i oczekiwane rezultaty planowanych interwencji, w tym w wymiarze przestrzennym, oraz wskaźniki ich osiągnięcia.

Proponujemy też nazwanie procesu deinstytucjonalizacji w sposób, który będzie znacznie pozytywniej kojarzył się w świadomości społecznej jako „**Usługi społeczne i zdrowotne na rzecz niezależnego i bezpiecznego życia**”, co znacznie lepiej oddaje sens proponowanych działań. Zwrócono bowiem uwagę, że kwestia wizerunkowa i świadomościowa ma tu niezwykle istotne znaczenie

ponieważ od przychylności społeczeństwa dla procesu deinstytucjonalizacji zależy w dużej mierze jego powodzenie.

Wykaz skrótów

Skrót	Rozwinięcie
BON	Biuro Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych
DPS	Dom pomocy społecznej
EFS	Europejski Fundusz Społeczny
EFRR	Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego
GUS	Główny Urząd Statystyczny
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health / Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia
JST	Jednostki Samorządu Terytorialnego
Konwencja	Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych
MEiN	Ministerstwo Edukacji i Nauki
MFiPR	Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej
MOS	Młodzieżowe Ośrodki Socjoterapii
MOW	Młodzieżowe Ośrodki Wychowawcze
MRPiT	Ministerstwo Rozwoju, Pracy i Technologii
MRiRW	Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi
MRiPS	Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NSP	Narodowy Spis Powszechny Ludności
ORW	Ośrodek Rewalidacyjno-Wychowawczy
PES	Podmioty ekonomii społecznej i solidarnej
PFRON	Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
PKB	Produkt Krajowy Brutto
PO WER	Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój
POZ	Podstawowa Opieka Zdrowotna

Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

ROPS	Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej
RPO	Rzecznik Praw Obywatelskich
SOR	Strategia na Rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju
ŚDS	Środowiskowy Dom Samopomocy
UE	Unia Europejska
WTZ	Warsztat terapii zajęciowej
ZOL	Zakład opiekuńczo-leczniczy
ZUS	Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Rozdział I. Wyzwania rozwojowe

I.1. Zasoby na rzecz osób wymagających wsparcia

Podstawowym zasobem systemu wsparcia osób tego potrzebujących z uwagi na wiek, chorobę, niepełnosprawność jest rodzina. Polska należy do krajów o jednym z największych wskaźników oczekiwań wobec rodziny. Według europejskich badań porównawczych SHARE, aż 59% Polaków jest zdania, że osoby starsze powinny mieszkać z jednym ze swoich dzieci, mogącym zapewnić im opiekę. Jest to najwyższy wynik spośród wszystkich krajów Unii Europejskiej, gdzie średnia wynosi 30%³. Również wyniki badania Polsenior wskazują, że ciężar opieki spoczywa na rodzinie. Rodzina udziela pomocy 93,5% osobom starszym, inni opiekunowie nieformalni – 9,3%, a pomoc społeczna – 4,0%⁴. Należy również pamiętać, że poziom wspólnego zamieszkiwania osób w wieku 65+ z innymi osobami w wieku do 50 lat (wyłączając współmałżonka lub partnera) wynosi w Polsce 37,4% wśród kobiet i 38,6% wśród mężczyzn i jest najwyższy w krajach Europy⁵. Nie ulega wątpliwości, że pomimo przewidywanego zmniejszenia się poziomu zaangażowania rodzin, ta formuła opieki, będzie stanowiła znaczący udział w całościowym systemie wsparcia. W przypadku osób z niepełnosprawnościami, ponad 25% mieszka z rodzicami lub opiekunami. Ich sytuacja rodzinna powiązana jest z wiekiem – wraz z jego wzrostem wzrasta odsetek osób mieszkających wraz z własnymi rodzinami. W przypadku najstarszej grupy wiekowej jest to 70%. W przypadku osób ze względu na rodzaj niepełnosprawności dotyczy to 50% z niepełnosprawnością intelektualną, oraz osób z problemami zdrowia psychicznego – aż 42% z nich mieszka z rodzicami. Niezależnie od procesu usamodzielnienia, odsetek osób mieszkających pod

³ Health and long-term care in the European Union (Special Eurobarometer 283/Wave 67.3) http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf, s. 68

⁴ Piotr Błędowski, Problemy opieki nad osobami niesamodzielnymi w świetle badania PolSenior, w: http://niesamodzielnym.pl/wp-content/uploads/2013/06/Problemy_opieki_Bledowski.pdf

⁵ Michał Myck, Monika Oczkowska, Kajetan Trzciński, Bezpieczeństwo osób starszych w czasie pandemii COVID-19: sytuacja mieszkaniowa osób w wieku 65+ w Polsce na tle innych krajów Europy, Komentarze CenEA (Centrum Analiz Ekonomicznych), 21/04/2020

opieką rodziny jest znaczny, zwłaszcza w przypadku łącznego występowania niepełnosprawności i starszego wieku.

Według różnych szacunków pod opieką rodzin przebywa obecnie od 2⁶ do 3⁷ milionów osób wymagających wsparcia w różnym stopniu. Można tym samym ostrożnie szacować średnią ok. 2,5 mln osób wymagających wsparcia. W Polsce nie prowadzi się rejestru opiekunów nieformalnych, nie można więc ustalić szczegółowych danych na temat łącznej liczby opiekunów nieformalnych i osób objętych taką opieką. Niemniej jednak szacuje się, że większość osób starszych i z niepełnosprawnościami wymagającymi wsparcia otrzymuje w Polsce opiekę nieformalną – odsetek ten stanowi w zależności od badania od 80% do 93%⁸. Posiłkując się natomiast wynikami badania Eurofamcare, prowadzonego w wybranych krajach europejskich, w tym także w Polsce w latach 2003–2004, szacowano liczbę opiekunów nieformalnych w Polsce na ok. 2 mln osób⁹.

Wsparcie środowiskowe i dzienne

W przypadku usług społecznych i zdrowotnych mających charakter środowiskowy, wsparciem objętych jest ok. 200 tys. osób. Usługami opiekuńczymi, w tym specjalistycznymi usługami opiekuńczymi, świadczonymi w miejscu zamieszkania (zadanie własne gminy) było w 2019 r. objętych około 119 tys. osób. Cześć gmin nadal nie realizuje usług opiekuńczych w środowisku. W 2019 r. na 2 477 gmin nie realizowało ich 280 co stanowi ponad 11%.

⁶ Obliczenia własne za 2019 r. na podstawie GUS, Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r., Warszawa, 2016. Szacuje się, że poważny liczbą osób z poważnym poziomem ograniczenia czynności wynosi ok 1,22 osób 70+ oraz ok 880 tys. Osób w wieku pomiędzy 50 a 69 rokiem życia.

⁷ SHARE, 6 edycja badania

⁸ Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce, Uwagi na potrzeby opracowania polityki dotyczącej opieki długoterminowej, Bank Światowy, 2015, s. 1 na podstawie: Long-Term Care for the Elderly in Poland, Łuczak P., Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań 2013.

⁹ Services for Supporting Family Carers of Older Dependent People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage, The Trans-European Survey Report, Eurofamcare 2006 – przeprowadzonym badaniu przyjęto definicję opiekuna rodzinnego jako osobę, która świadczyła opiekę i pomoc swojemu krewnemu w wieku 65 lat lub starszemu przez przynajmniej 4 godziny w tygodniu, niezależnie od poziomu niesprawności (psychicznej i/lub fizycznej) osoby wymagającej wsparcia.

Również zakres wsparcia budzi zastrzeżenia. Według danych za 2018 r. przeciętna liczba godzin na jednego uprawnionego (osób, którym przyznano świadczenia) nie przekracza 6 godzin tygodniowo¹⁰. Według Ministerstwa Zdrowia świadczenia pielęgniarstwa długoterminowej domowej, w skali całej Polski w 2018 r., zostały udzielone łącznie około 62 tys. pacjentów. Ponadto w ramach zespołów długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie świadczenia zostały udzielone łącznie ok. 6,8 tys. pacjentom, w tym około 6,2 tys. dorosłych pacjentów (w większości osobom starszym). Ponadto obecne są świadczenia w opiece paliatywnej i hospicyjnej, realizowane w warunkach ambulatoryjnych. Ich zakres jednak nie jest znany.

Dlatego też rząd od 2015 r. realizuje *program wieloletni „Senior+” na lata 2015-2020*¹¹, a obecnie jego kontynuacja *program wieloletni „Senior+” na lata 2021-2025*¹². W ramach dotychczasowej realizacji *programu wieloletniego „Senior+” na lata 2015-2020*, jednostki samorządu terytorialnego utworzyły do końca 2020 r. na terenie kraju w sumie 970 ośrodków wsparcia „Senior+”, w tym 308 Dziennych Domów „Senior+” i 662 Kluby „Senior+”, z czego ponad połowa ośrodków wsparcia (51%) powstała na terenie gmin wiejskich (494). Obecnie w ośrodkach wsparcia „Senior+” funkcjonuje ponad 23 tys. miejsc dla osób starszych.

Natomiast ze wsparcia udzielanego w ramach środowiskowych domów samopomocy w 2019 r. skorzystało 34,3 tys. osób.

Nową formą uruchomioną w ostatnich latach w ramach systemu ochrony zdrowia są dzienne placówki wsparcia medycznego. W 2016 w ramach programu POWER ruszył projekt Dziennych Domów Opieki Medycznej (do 15 osób z okresem od 30 do 120 dni roboczych), który stanowi formę opieki skierowaną do osób wymagających wsparcia, w szczególności do osób powyżej 65 roku życia, których stan zdrowia nie pozwala na pozostawanie wyłącznie pod opieką podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a jednocześnie nie wymaga całodobowego nadzoru lekarskiego pielęgniarstwa realizowanego w trybie stacjonarnym. DDOM miały w założeniu ułatwiać rodzinom godzenie pracy zawodowej z funkcjami opiekuńczymi. Do realizacji wybrano 53 projekty na łączną kwotę 53,4 mln zł. Ponadto kolejne tworzone były w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych np. województwo kujawsko-pomorskie stworzyło 9

¹⁰ MRPiPS-03 z 2019 r.

¹¹ Uchwała nr 34 Rady Ministrów z dnia 17 marca 2015 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego „Senior+” na lata 2015-2020 (M.P. z 2018 r. poz. 228).

¹² Uchwała nr 191 Rady Ministrów z dnia 21 grudnia 2020 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego "Senior+" na lata 2021-2025 (M.P. 2021 poz. 10).

domów. Ogółem obejmuje to ok. 61,4 tys. osób objętych opieką dzienną. Zgodnie ze Strategią na rzecz osób z niepełnosprawnościami, dodatkową formą wsparcia są mieszkania wspomagane oraz chronione. Razem w 2018 roku było ok. 1.500 mieszkań wspomaganych i chronionych, z których skorzystało 5.833 mieszkańców (w tym 935 mieszkań chronionych i 3.401 mieszkańców).

Oznacza to, że łącznie w ramach usług opiekuńczych i długoterminowych, z usług wsparcia dziennego i mieszkań wspomaganych skorzystało 206 tys. osób. Pewna część z nich korzysta zarówno ze świadczeń pomocy społecznej i ochrony zdrowia, jak również z różnych innych typów usług. W chwili obecnej, z uwagi na brak danych, niemożliwe jest jednak rozgraniczenie poszczególnych osób w szczególnych typach wsparcia.

Placówki całodobowe długookresowego pobytu

Według Głównego Urzędu Statystycznego w 2019 roku funkcjonowało łącznie 1837 zakładów stacjonarnej pomocy społecznej (placówek o charakterze całodobowym), w których przebywało 112 460 osób. Najwięcej osób przebywało w publicznych domach pomocy społecznej (81,7 tys.) oraz placówkach zapewniających całodobową opiekę osobom z niepełnosprawnością, przewlekłe chorym lub osobom w podeszłym wieku prowadzonych na podstawie przepisów o działalności gospodarczej (13,3 tys. plus nieznaną liczbą w placówkach nielegalnych) oraz ponad 15 tys. w noclegowniach i schroniskach dla osób bezdomnych (natomiast z danych MRiPS wynika, że w 2018 r. gminy i powiaty (ze wszystkich województw) poniosły koszty pobytu 40 300 osób w kryzysie bezdomności w placówkach noclegowych). Ponad 72 tys. osób przebywających w tych placówkach, czyli blisko 2/3 wszystkich mieszkańców, przekroczyło 60 rok życia¹³.

Ponadto ok. 43 tys. osób przebywa w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych. Ich mieszkańcy w wieku 65 lat i więcej stanowili 78,4% ogółu leczonych, przy czym osoby w wieku tzw. późnej starości (80 lat i więcej) stanowiły najliczniejszą grupę (blisko połowa osób w tych placówkach)¹⁴. Do tego można dodać ok. 20 tys. pacjentów (2018), którym udzielono świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w trybie stacjonarnym.

¹³ Pomoc społeczna i opieka nad dzieckiem i rodziną w 2019 roku, GUS, Warszawa 2020.

¹⁴ Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018 r. GUS, Urząd Statystyczny w Krakowie, Warszawa, Kraków 2019.

W przypadku dzieci i młodzieży w 2019 r. w różnego rodzaju placówkach całodobowego długoterminowego pobytu przebywało 29.686 osób do 24 roku życia. Najwięcej z nich mieszka w instytucjonalnej pieczy zastępczej - 16.992 osoby. W 2019 r. w placówkach opiekuńczo-wychowawczych nadal przebywały dzieci najmłodsze tj. w wieku 0-10 lat (3.043). Liczba dzieci poniżej 7 roku życia wynosiła 1.355, z czego połowa (682 dzieci) przebywała w placówkach z powodu pobytu ze starszym rodzeństwem. Z kolei liczba dzieci między 7 a 10 rokiem życia wyniosła 1.688.

Duża liczba dzieci przebywa również w placówkach całodobowych systemu oświaty. Szacuje się, że w 2019 r. w młodzieżowych ośrodkach socjoterapii i młodzieżowych ośrodkach wychowawczych przebywało łącznie 9.689 dzieci i młodzieży, przy czym część z nich jest równocześnie wykazywana i finansowana w ramach systemu pieczy zastępczej.¹⁵ Szczególnie niepokojącą tendencją jest stale rosnąca liczba dzieci umieszczanych w młodzieżowych ośrodkach socjoterapii. Ich liczba wzrosła od 2012 r. o blisko tysiąc dzieci. Od tego czasu w Młodzieżowych Ośrodkach Socjoterapii (MOS) każdego roku przybywa od ponad 100 do blisko 300 dzieci i młodzieży (z wyjątkiem 2013 r., gdy odnotowano spadek liczby wychowanków). Z kolei w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych w 2018 r. przebywało o 222 dzieci mniej niż w 2012 r. Dzieci z niepełnosprawnościami (głównie z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim) w 2018 r. stanowiły 8,6% (390 osób) ogólnej liczby wychowanków Młodzieżowych Ośrodków Wychowawczych (MOW).

Tym samym łączna szacowana liczba osób znajdujących się w placówkach całodobowych o charakterze długoterminowym wynosiła ok. 185 tys. osób.

Oznacza to, że zaangażowanie opiekuńcze w środowisku, opieka dzienna i całodobowa stacjonarna obejmuje 391,1 tys. osób. Co wobec wcześniej oszacowanego zapotrzebowania na wsparcie oznacza objęcie 15,6% potrzebujących wsparciem publicznym lub ze środków publicznych w postaci działań usługowych.

¹⁵ Brak danych GUS za 2019 r., dokonano szacunku w oparciu o dotychczasowych trend. Dane za 2018 r. wskazują, że w MOW i MOS mieszkało 9.365 dzieci.

I.2. Prognozy demograficzne i prognozy potrzeb wsparcia poszczególnych grup społecznych

Punktem wyjścia do analiz zapotrzebowania na wsparcie prowadzone w rodzinach oraz w środowiskach lokalnych w ramach procesu deinstytucjonalizacji jest identyfikacja modeli wsparcia w każdej z wyróżnionych grup, które cechują się odrębną specyfiką. Są to:

- osoby starsze,
- osoby z niepełnosprawnościami,
- rodzina, dzieci i młodzież, osoby w kryzysie bezdomności,
- osoby z problemami zdrowia psychicznego

Oznacza to, że wsparcie środowiskowe dla każdej z tych grup będzie miało inny charakter, dostosowany do ich specyfiki. Niemniej jednak można wyróżnić pewne wspólne cechy wszystkich modeli wsparcia, które w sposób schematyczny pokazują kierunek proponowanych zmian. Podstawowe założenie przyjęte w konstruowaniu modeli zakłada, że kluczowe dla strategii deinstytucjonalizacji jest pozostanie osoby w środowisku lokalnym lub jej powrót do niego, co wymaga:

- wsparcia materialnego związanego z mieszkaniem (dopłata do czynszu, adaptacja lokali do potrzeb ich mieszkańców, usuwanie barier architektonicznych, wprowadzanie udogodnień w poruszaniu się po mieszkaniu, zakup/wynajem mieszkania, organizacja mieszkania wspomaganego);
- organizacji wiązki usług (zintegrowany system współpracy i współdziałania instytucji i organizacji rządowych, samorządowych, pozarządowych i prywatnych, które wychodzą poza podmioty stricte pomocowe angażując instytucje z różnych sfer życia np. kultury);
- zbudowania i podtrzymywania sieci społecznej w społecznościach lokalnych (obejmującej opiekunów nieformalnych, sąsiadów i wolontariuszy), w tym kręgów wsparcia.

Kolejny krok analiz to identyfikacja liczebności populacji potencjalnie potrzebującej wsparcia wraz z prognozowaniem kształtowania się tych wartości w przyszłości.

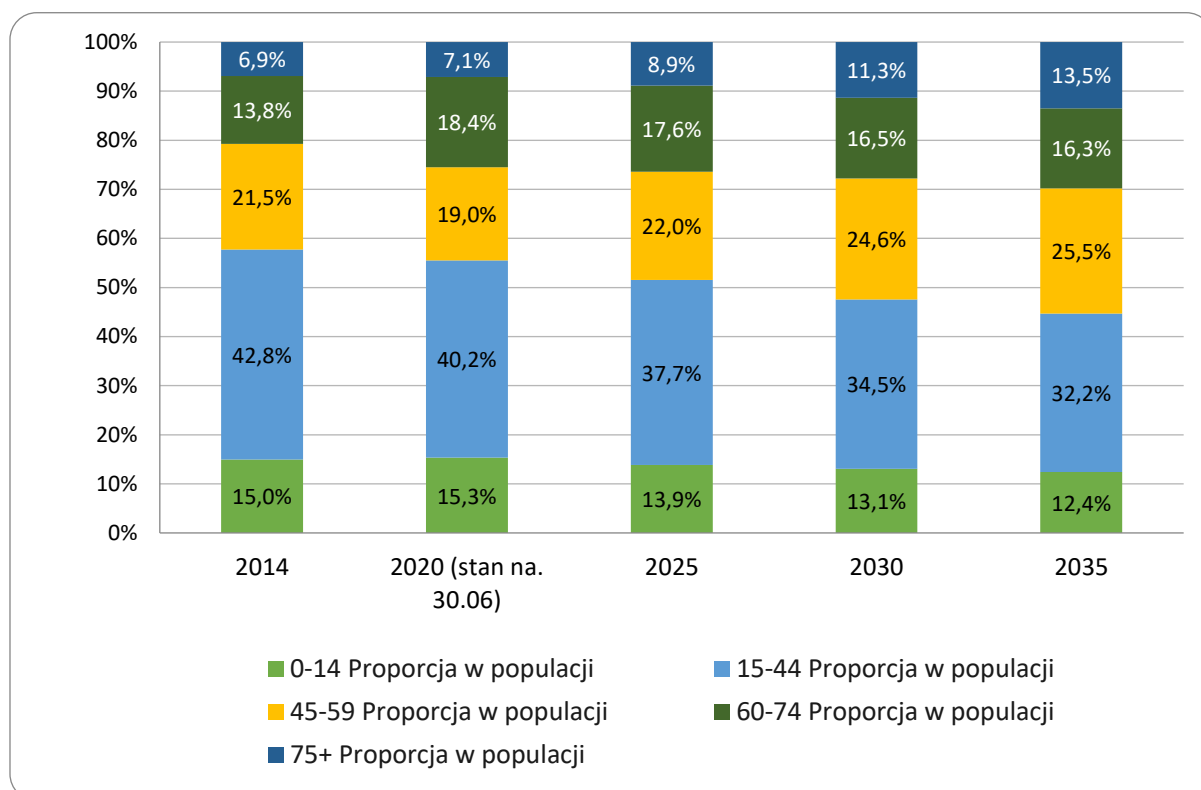
Na tej podstawie dla każdego modelu wsparcia zostały oszacowane koszty deinstytucjonalizacji oraz koszty jej zaniechania.

I.2.1. Osoby starsze

Zmiany struktury wieku ludności Polski determinowane są głównie poprzez proces starzenia się populacji, czyli wzrostu liczby i udziału osób starszych.

Udział osób w wieku 60-74 lata w strukturze ludności po okresie znacznego wzrostu w latach 2014-2020 (z 13,8% do 18,4%) ustabilizuje się na poziomie około 16,3-16,5% w 2035 r. Inny wzorzec zmian można zaobserwować w przypadku osób w wieku powyżej 75 lat, a więc populacji potrzebującej największego wsparcia – ich udział rośnie dynamicznie od 6,9% w 2014 r. do 13,5% w 2035 r.

Wykres 1. Struktura ludności wg wieku w latach 2014-2035



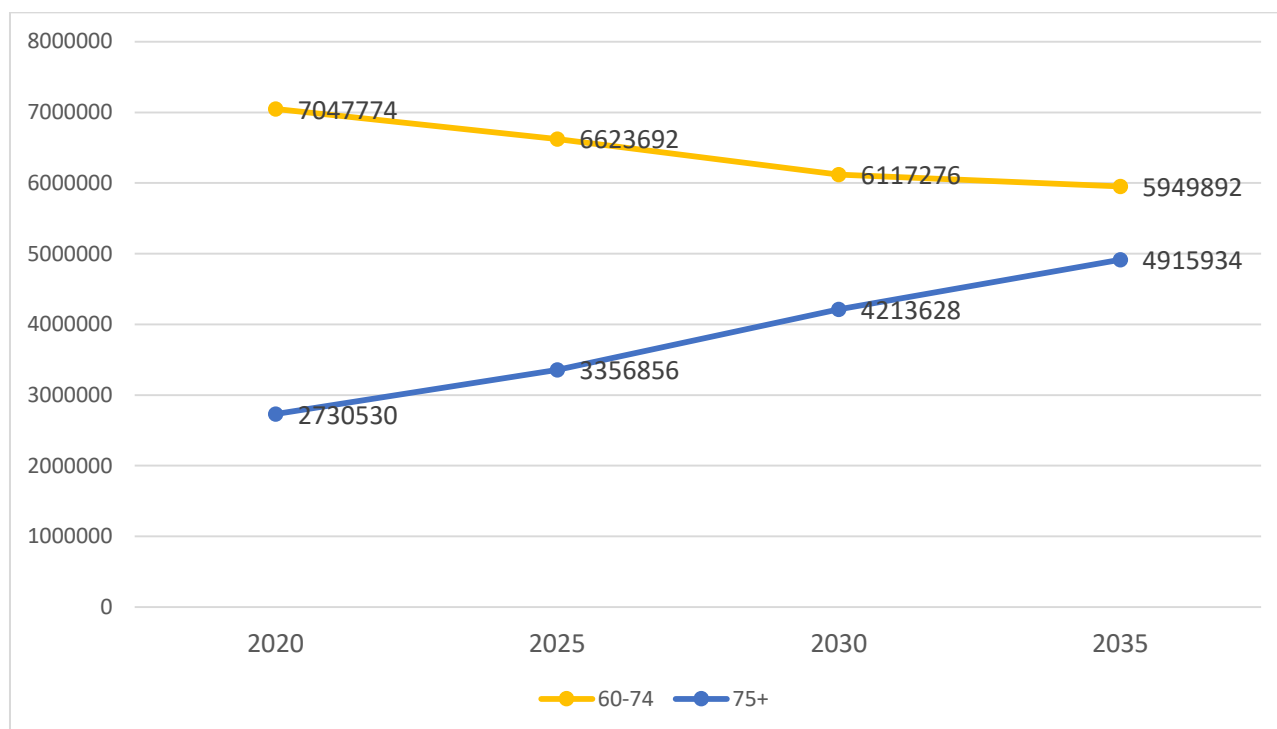
Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych oraz prognoz ludnościowych GUS (2014).

Udział potencjalnych opiekunów osób starszych, a więc populacji w wieku 45-59 lat będzie nieznacznie rósł w okresie prognozy od 19% w 2020 r. do 25,5% w 2035 r., jednak dynamika wzrostu jest znacznie mniejsza niż w przypadku najstarszej grupy wieku.

Dynamika udziału najmłodszej grupy wieku jest niewielka, nastąpi stosunkowo nieznaczny spadek od 15,3% w 2020 r. do 12,4% w 2035 r. Spadnie natomiast znacząco udział osób w mobilnym wieku produkcyjnym, od 40,2% w 2020 r. do 32,2 % w 2035 r.

Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

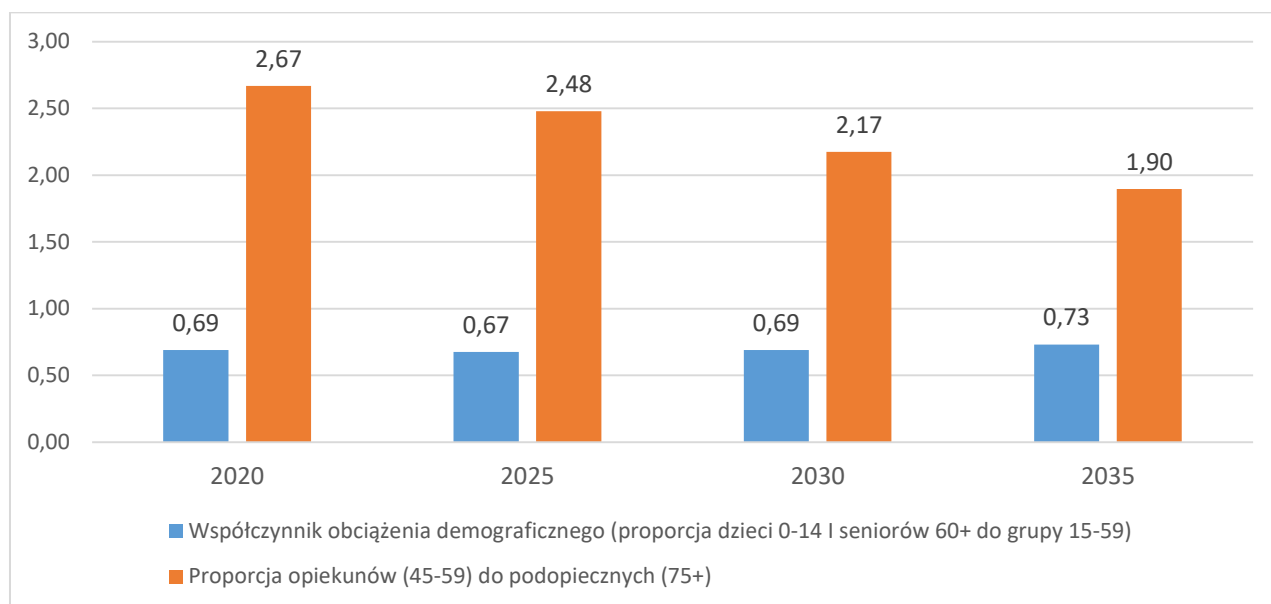
Wykres 2. Zmiany w liczebności grup 60-74 lata i 75+ w latach 2020-2035



Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych i prognoz ludnościowych GUS

W przypadku najstarszej grupy osób, tj., w wieku powyżej 75 lat wzrośnie nie tylko udział tej grupy osób, ale także i ich bezwzględna liczba, z około 2,7 mln osób w 2020 r. do około 4,9 mln osób w 2035 r. Oczywiście tylko pewna część osób z tej grupy wieku będzie potrzebowała wsparcia (szacuje się, że około 1/3), jednak tak duża zmiana ilościowa bardzo zwiększy zapotrzebowanie na nie, w tym w szczególności o charakterze opiekuńczym.

Wykres 3. Wskaźniki obciążenia demograficznego w latach 2020-2035

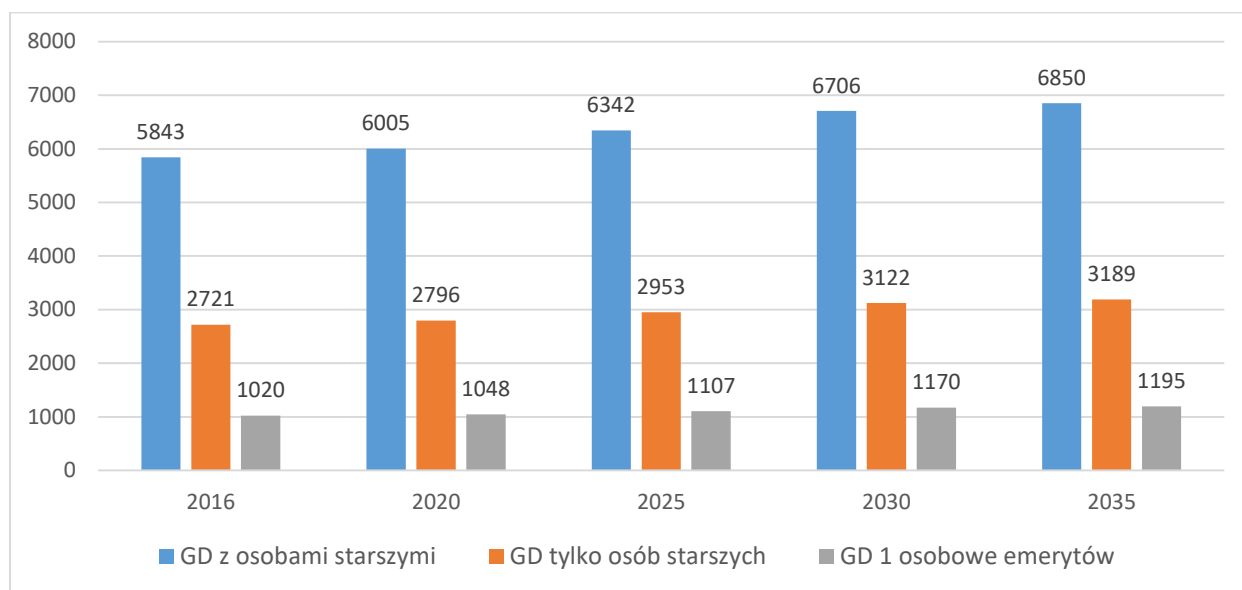


Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych i prognoz GUS

Zmiany liczby i struktury wieku populacji wpłyną na proporcje pomiędzy poszczególnymi grupami wieku. **Pogorszeniu ulegnie proporcja pomiędzy osobami w wieku 45-59 lat a osobami w wieku 75 i powyżej – z 2,88 w 2020 r. do 1,9 w 2035 r. – znacznemu spadkowi ulegnie zatem średnia liczba potencjalnych opiekunów przypadająca na 1 osobę w najstarszej grupie wieku, a tym samym obniży się potencjał opiekuńczy rodzin.**

Wzrośnie współczynnik obciążenia demograficznego: w 2020 r. na 100 osób w wieku produkcyjnym (15-59 lata) przypadło 69 osób w wieku nieprodukcyjnym (0-14 lat i powyżej 60 lat). W roku 2035 współczynnik ten wynosić będzie 73 osoby.

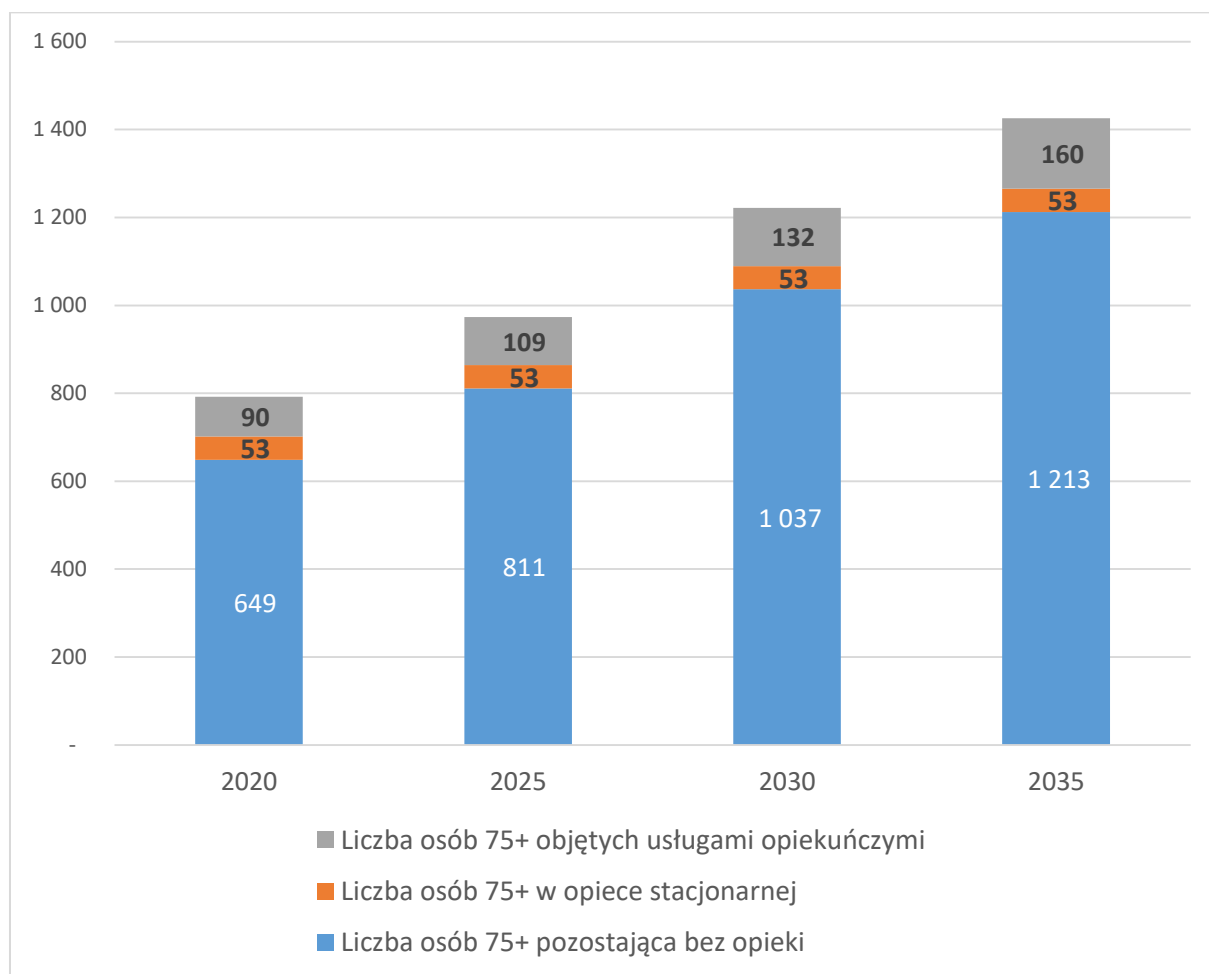
Wykres 4. Gospodarstwa domowe osób starszych w latach 2020-2035 (w tys.)



Źródło: Obliczenia własne na podstawie NSP 2011 i prognoz GUS przy założeniu wzrostu liczby gospodarstw osób starszych proporcjonalnego do wzrostu populacji w wieku 60 +.

Wsparcie osób starszych dotyczy nie tylko ich samych, ale przede wszystkim gospodarstw domowych, w których funkcjonują. Wsparcie o charakterze publicznym uzupełniać powinno wsparcie rodzinne, co oznacza, że podmiotem wsparcia powinny być gospodarstwa domowe i ich potrzeby związane z obecnością osób starszych. **Liczba gospodarstw domowych osób starszych będzie znacząco rosła w horyzoncie prognozy.** Liczba gospodarstw, w skład których wchodzi osoba starsza (a także inne osoby – potencjalni opiekunowie rodzinni) wzrastać będzie od około 6 mln w 2020 r. do około 6,8 mln w 2035 r. Liczba gospodarstw tylko osób starszych (najczęściej starszej pary, małżeństwa) wzrośnie z około 2,7 mln w 2020 r. do 3,18 mln w 2035 r. Wzrostowi ulegnie także liczba jednoosobowych gospodarstw domowych osób starszych (samotnych osób starszych) z ok. 1 mln w 2020 r. do około 1,19 mln w 2035 r. **Łącznie liczba gospodarstw domowych osób starszych, które potencjalnie mogą potrzebować wsparcia wzrośnie od 2020 do 2035 r. o 1,38 mln.**

Wykres 5. Liczba osób 75+ wymagająca opieki w latach 2020-2035 (w tys.)



Źródło: Obliczenia własne na podstawie prognoz GUS oraz danych MRIPS

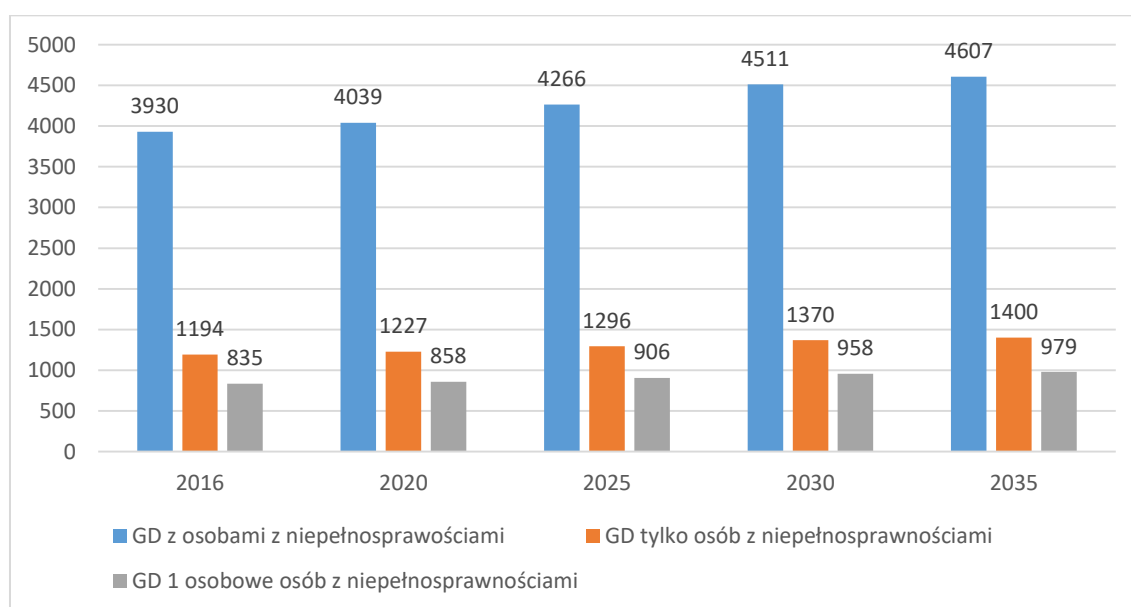
W ramach Strategii, na bazie dotychczasowych analiz, założono, że 29% grupy osób 75+ potrzebuje opieki i wsparcia, liczba miejsc w stacjonarnych placówkach całodobowych pozostaje niezmienna (brak wzrostu), dynamika wzrostu usług opiekuńczych będzie analogiczna do wzrostu zaobserwowanego w ostatnich latach.

Skalę potencjalnego zapotrzebowania zestawiono z możliwościami ich zaspokojenia w ramach polityki publicznej, co z kolei pozwoli określić skalę luki opiekuńczej. Jest ona pochodną zmian demograficznych oraz możliwości systemowych. Przy założeniu stałej liczby miejsc w opiece stacjonarnej (brak wzrostu) oraz utrzymania się dotychczasowej tendencji wzrostowej w zakresie skali świadczenia usług opiekuńczych, **liczba osób pozostających bez opieki formalnej (luka opiekuńcza) wzrośnie od 649 tys. w 2020 r. aż do 1,213 mln w 2035 r.**

I.2.2. Osoby z niepełnosprawnościami

Liczba gospodarstw domowych osób z niepełnosprawnościami będzie rosnąć w horyzoncie prognozy. Liczba gospodarstw domowych, w skład których wchodzi osoby z niepełnosprawnościami (oraz inne osoby bez niepełnosprawności) będzie rosła od ok. 4 mln w 2020 r. do co najmniej 4,6 mln w 2035 r. Liczba gospodarstw domowych tylko osób z niepełnosprawnościami wzrośnie od 1,2 mln w 2020 r. do 1,4 mln w 2035 r., natomiast liczba gospodarstw domowych samotnej osoby z niepełnosprawnością wzrośnie od 858 tys. w 2020 r. do 979 tys. w 2035 r. **Łącznie liczba gospodarstw domowych osób z niepełnosprawnościami wzrośnie do 2035 r. co najmniej o 861 tys¹⁶.**

Wykres 6. Gospodarstwa domowe osób niepełnosprawnych w latach 2020-2035 (w tys.)



Źródło: Obliczenia własne na podstawie NSP 2011 i prognoz GUS przy założeniu wzrostu liczby gospodarstw osób z niepełnosprawnościami proporcjonalnego do wzrostu populacji w wieku 60+.

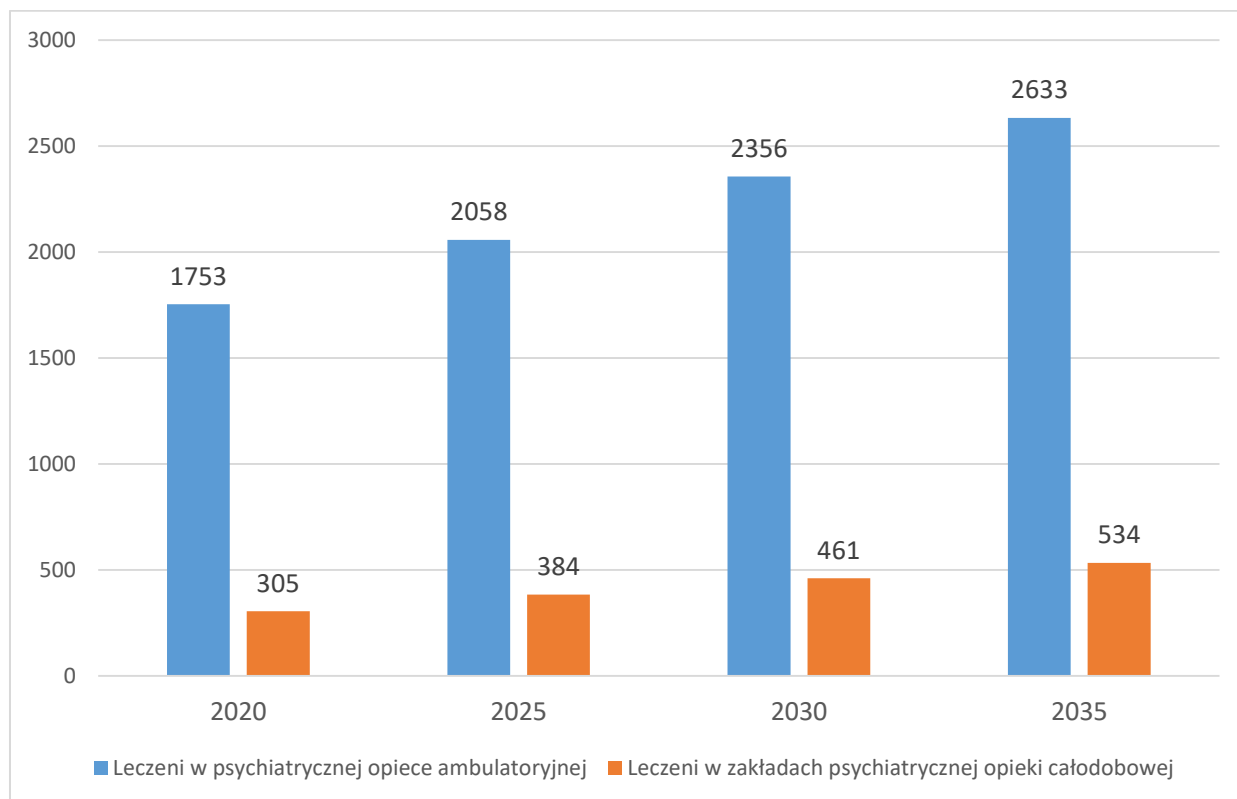
I.2.3. Osoby z problemami zdrowia psychicznego

Przyjmuje się, że około 10% populacji dzieci i młodzieży oraz 23% populacji osób dorosłych dotknięta jest zaburzeniami psychicznymi. W horyzoncie do 2035 r. liczba osób z problemami zdrowia psychicznego będzie najprawdopodobniej wykazywała stabilizację (m.in. ze względu na spadek ogólnej liczby ludności). Jednak problemem w tym wypadku jest duży (i

¹⁶ Przy czym populacja gospodarstw domowych osób z niepełnosprawnościami jest nierozłączna z populacją gospodarstw domowych osób starszych.

potencjalnie wzrastający) odsetek osób z problemami zdrowia psychicznego w populacji i stosunkowo niewielki odsetek osób wspartych w stosunku do potrzeb.

Wykres 7. Liczba osób z zaburzeniami psychicznymi w latach 2020-2035 (w tys.)



Źródło: Obliczenia własne na podstawie prognoz GUS oraz danych NIZP PZH

Trudno precyzyjnie ustalić rzeczywistą liczbę osób z problemami zdrowia psychicznego korzystających ze wsparcia w ramach systemów ochrony zdrowia, pomocy społecznej i systemu oświaty (w tym w szczególności liczbę osób niepowtarzających się), ponieważ systemy mają osobną sprawozdawczość. Dodatkowo nie uwzględniają usług realizowanych na rynku prywatnym. Oznacza to, że liczba osób objętych wsparciem nie może być oszacowana precyzyjnie.

Na potrzeby analiz kosztów związanych z deinstytucjonalizacją dokonano szacunku liczby osób dorosłych leczonych w psychiatrycznej opiece ambulatoryjnej oraz w zakładach opieki całodobowej - z uwzględnieniem zmian demograficznych i dotychczasowych trendów w zakresie wzrostu liczby osób objętych danym typem opieki. Wybrane formy opieki stanowią ilustrację skali zmian w kluczowych obszarach deinstytucjonalizacji wsparcia osób z problemami zdrowia psychicznego. **Przy założeniu braku działań deinstytucjonalizacyjnych, szacuje się, że liczba osób dorosłych leczonych w ambulatoryjnej opiece psychiatrycznej wzrośnie od 1,7 mln**

w 2020 r. do 2,6 mln w 2035 r., natomiast liczba osób leczonych w całodobowych zakładach psychiatrycznej wzrośnie z 305 tys. w 2020 r. do 534 tys. osób w 2035 r.

I.2.4. Dzieci i młodzież objęta pieczą zastępczą

W przypadku tej kategorii osób kluczowe jest precyzyjne ustalenie liczby dzieci znajdujących się poza opieką rodziny pochodzenia¹⁷, zarówno w formie instytucjonalnej, jak i w formach rodzinnych. Problemem w tym obszarze jest pomijanie w dyskursie profesjonalnym, jak i w statystykach, dzieci i młodzieży znajdującej się w instytucjach długoterminowej opieki całkowitej ulokowanych poza systemem pieczy zastępczej. W efekcie, w zależności od przyjętych kryteriów kwalifikacji instytucji jako tych, które świadczą opiekę całkowitą, w Polsce udział osób w wieku od 0 do 24 lat przebywających w instytucjach wynosi od 20% do 35% wszystkich dzieci i młodzieży umieszczonych poza rodziną pochodzenia. Dolną granicę tego oszacowania wyznacza udział dzieci umieszczonych w placówkach funkcjonujących w ramach systemu pieczy zastępczej natomiast górną, suma wszystkich osób (w wieku od 0 do 24) przebywających w instytucjach opieki całkowitej (w tym m.in. w domach pomocy społecznej czy instytucjach o charakterze opiekuńczo-leczniczym). Szczegółowe dane zaprezentowano w poniższej tabeli.

Tabela 1. Liczba dzieci i młodzieży w wieku 0-24 lata przebywająca w placówkach różnego typu – stan na 31. 12. 2019 r.

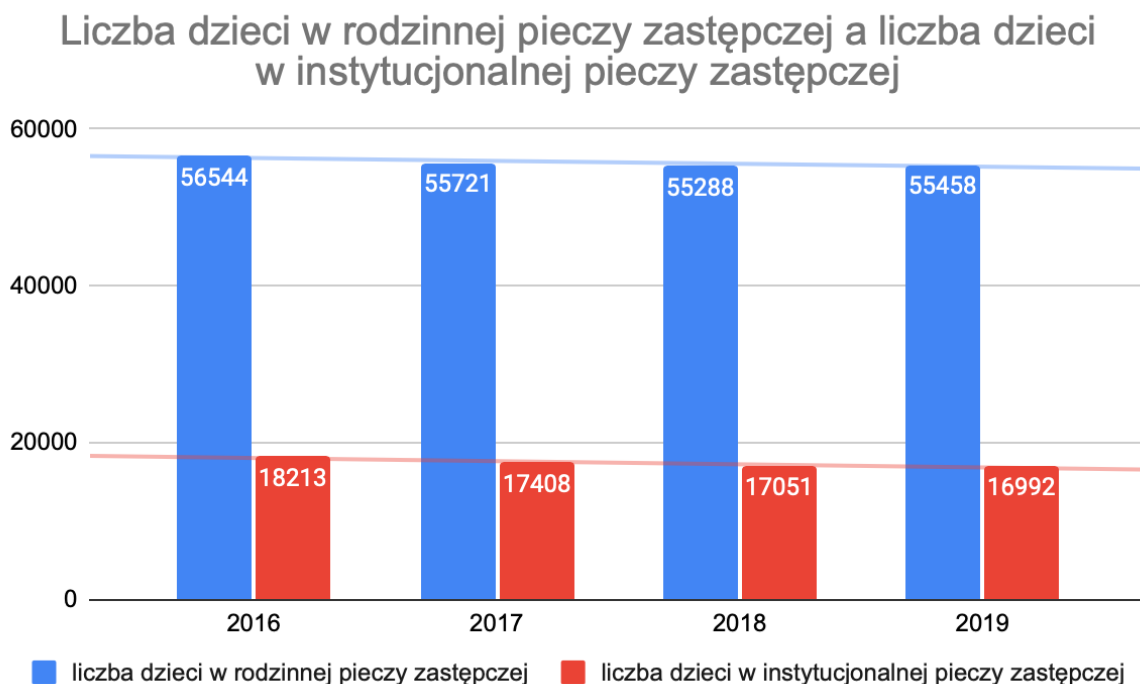
Typ placówki	Liczba placówek	Liczba dzieci i młodzieży
<i>Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej</i>		
Socjalizacyjne	833	13 361
Rodzinne	243	1 537

¹⁷ Rodzina pochodzenia – określenie używane w wielu publikacjach i badaniach np. dr hab. Ryś, M. (2009). *Systemy rodzinne. Metody badań struktury rodziny pochodzenia i rodziny własnej*. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej (wydanie trzecie).

Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

Interwencyjne	204	1 272
specjalistyczno-terapeutyczne	55	479
regionalne placówki opiekuńczo-terapeutyczne	10	309
ośrodki preadopcyjne	3	34
<i>Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej</i>		
domy pomocy społecznej	107	2 168
Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych		
zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, hospicja stacjonarne i oddziały medycyny paliatywnej	-	837
<i>Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. prawo oświatowe</i>		
młodzieżowe ośrodki wychowawcze oraz młodzieżowe ośrodki socjoterapii		9 689
RAZEM		29 686

Źródło: MRPIPS, NFZ oraz GUS BDL.



Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

Proces deinstytucjonalizacji wymagał będzie w efekcie przekształcenia blisko 30 tys. miejsc w instytucjach w rodzinne formy opieki oraz usługi świadczone w środowisku lokalnym.

Umieszczenie dzieci w rodzinnych formach opieki nie kończy jednak procesu wsparcia. Zwiększenie liczby rodzin zastępczych, szczególnie zawodowych wymaga szeregu zmian, w tym wsparcia w funkcjonowaniu. W poniższej tabeli zaprezentowano dane dotyczące rodzin zastępczych.

Tabela 2. Struktura rodzin zastępczych na dzień 31.12.2019 r.

Typ rodziny	Liczba rodzin	Liczba dzieci i młodzieży
Rodziny zastępcze spokrewnione	23 221	29 868
Rodziny zastępcze niezawodowe	10 776	14 287
rodziny zastępcze zawodowe	2 167	6 817
RAZEM	36 164	50 972

Źródło: MRPIPS na podstawie sprawozdań rzeczowo-finansowych z wykonywania zadań z zakresu wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej za 2019 r.

Biorąc pod uwagę prognozy ludnościowe GUS liczba i udział dzieci i młodzieży będzie się zmniejszał, co oznacza, że w przyszłości prawdopodobnie nie należy się spodziewać zwiększenia liczby dzieci i młodzieży w pieczy zastępczej, jednak wciąż wyzwaniem jest zapewnienie odpowiedniej liczby rodzin zastępczych dla osób przebywających w instytucjach.

Szacunek liczby potrzebnych rodzin to ok. 11 tys. Wartości te otrzymano na podstawie łącznej liczby dzieci przebywających w placówkach opieki całkowitej, którą skorygowano o 30% udział podopiecznych placówek opiekuńczo-wychowawczych przebywających czasowo w MOW i MOS. .

I.2.5. Osoby w kryzysie bezdomności

Szacowanie osób w kryzysie bezdomności dokonywane jest na dwa sposoby, jednak każdy z nich ma poważne ograniczenia, co sprawia, że prezentowana skala bezdomności ma charakter przybliżony.

Według danych pozyskiwanych w cyklicznym badaniu liczby osób bezdomnych, organizowanym przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, na dzień 13-14

Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

lutego 2019 r. w Polsce było **30.330 osób** w kryzysie bezdomności. Należy jednak mieć na uwadze, że ze względu na charakter badania (*point-in-time*) oraz zastrzeżenia metodologiczne (np. wykluczenie z badania osób reintegrujących się w mieszkaniach chronionych i wspomaganych), wartości te są szacunkowe a na ich niską miarodajność zwraca uwagę m.in. Najwyższa Izba Kontroli. Wybrane elementy struktury osób w kryzysie bezdomności zidentyfikowanej podczas tego badania prezentuje tabela poniżej.

Tabela 3. Liczba i struktura osób w kryzysie bezdomności

Wyszczególnienie	Wartość
Ogólna liczba, w tym:	30 330 osób
Mężczyźni	83,6%
Kobiety	16,4%
41-60 lat	45%
okres bezdomności 5-10 lat	27,8%
okres bezdomności do 2 lat	23%
z powodu konfliktu rodzinnego	32%
z powodu uzależnienia	28%
z powodu eksmisji lub wymeldowania	26%
przebywający w instytucjach	80%

Źródło: Wyniki Ogólnopolskiego badania liczby osób bezdomnych - Edycja 2019.

Drugim sposobem mierzenia skali bezdomności jest zliczanie osób korzystających ze wsparcia z tytułu bezdomności, zarówno realizowanego przez samorządy, jak i organizacje pozarządowe czy inne podmioty niepubliczne (na zlecenie samorządów lub innych instytucji publicznych lub niefinansowane ze środków publicznych). Co więcej, ze sprawozdawczości gminy wynika, że w danym roku grupa zdiagnozowanych osób bezdomnych, dla których ostatnim miejscem zameldowania była określona gmina (przebywających poza granicami gminy i na jej terenie) liczyła 37.439 osób.

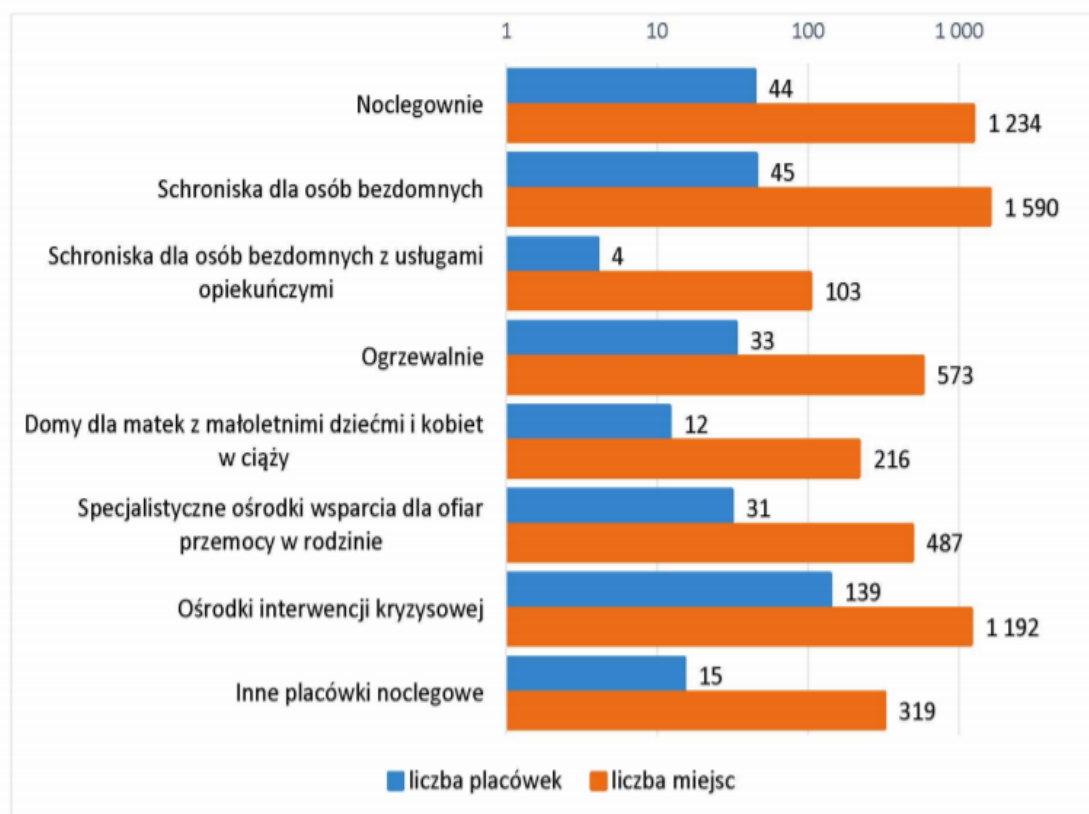
Równocześnie, na podstawie danych zebranych przez MRiPS oszacowano, że w 2018 r. gminy i powiaty (ze wszystkich województw) poniosły koszty pobytu 40.300 osób w kryzysie bezdomności w placówkach noclegowych. W tej grupie było 3.388 kobiet oraz 36.912 mężczyzn.

Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

Z badania MRiPS wynika, że ponad 80% osób w kryzysie bezdomności przebywa w instytucjach. Zwraca uwagę, że osoby przebywające w mieszkaniach chronionych i wspomaganych nie były uwzględnione w tym badaniu.

Jednocześnie gminy poinformowały, że w danym roku grupa zdiagnozowanych osób bezdomnych, dla których ostatnim miejscem zameldowania była określona gmina (przebywających poza granicami gminy i na jej terenie) liczyła 37.439 osób.¹⁸

Wykres 8. Liczba placówek udzielających schronienia wraz z miejscami prowadzonymi przez gminy i powiaty w 2018 r.



Źródło: Źródło: Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Departament Pomocy i Integracji Społecznej, Sprawozdanie z realizacji działań na rzecz osób bezdomnych w województwach w roku 2018 oraz wyniki Ogólnopolskiego badania liczby osób bezdomnych (13/14 lutego 2019), str. 14.

¹⁸ Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Departament Pomocy i Integracji Społecznej, Sprawozdanie z realizacji działań na rzecz osób bezdomnych w województwach w roku 2018 oraz wyniki Ogólnopolskiego badania liczby osób bezdomnych (13/14 lutego 2019), [online:] <https://www.gov.pl/attachment/5092b6f9-8961-41ca-9364-5912f56b0bdb> [dostęp: 02.01.2021].

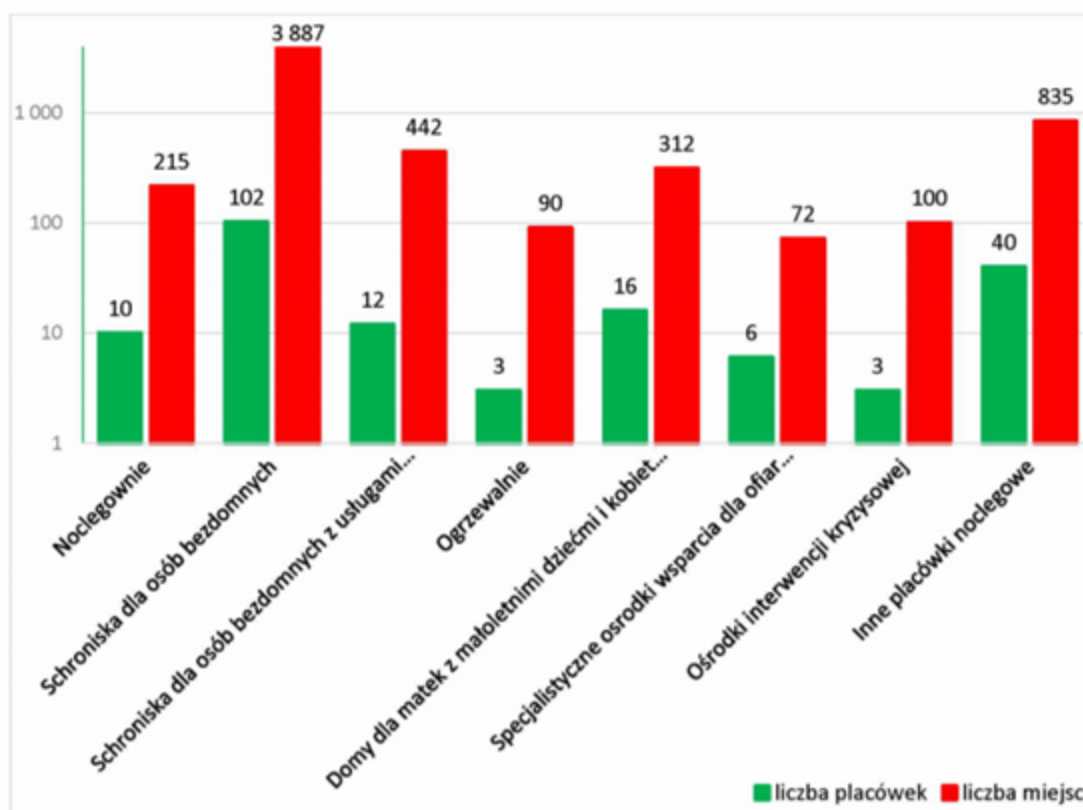
Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

Wykres 9. Liczba placówek udzielających tymczasowego schronienia wraz z miejscami, prowadzonych przez podmioty niepubliczne na zlecenie samorządów w 2018 r.



Źródło: Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Departament Pomocy i Integracji Społecznej, Sprawozdanie z realizacji działań na rzecz osób bezdomnych w województwach w roku 2018 oraz wyniki Ogólnopolskiego badania liczby osób bezdomnych (13/14 lutego 2019), str. 15.

Wykres 10. Liczba placówek udzielających tymczasowego schronienia wraz z miejscami, których działalność nie jest finansowana przez gminę/powiat



Źródło: Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Departament Pomocy i Integracji Społecznej, Sprawozdanie z realizacji działań na rzecz osób bezdomnych w województwach w roku 2018 oraz wyniki Ogólnopolskiego badania liczby osób bezdomnych (13/14 lutego 2019), str. 16.

I.3. Możliwa skala kosztów procesu deinstytucjonalizacji i kosztów zaniechania w ujęciu rocznym

Dane służące do oszacowania kosztów w poniższym układzie, zostały oszacowane na podstawie porównania kosztów funkcjonowania Domu Ekologicznego ze Wsparciem Dolne Młyny, mieszczącego się w Gdańsku w stosunku do kosztów, które zostałyby poniesione w systemie wsparcia instytucjonalnego na rzecz jego mieszkańców.¹⁹ Jest to ekstrapolacja wyników ww. projektu użyta do

¹⁹ Projekt budowy i funkcjonowania Domu Ekologicznego ze Wsparciem Dolne Młyny realizuje cele Gdańskiego Programu Mieszkalnictwa Społecznego dla osób/rodzin zagrożonych wykluczeniem społecznym na lata 2016 -2023, przyjętego Uchwałą Rady

sporządzenia całościowej analizy wobec niedoboru odpowiednich danych o kosztach wsparcia w skali ogólnopolskiej. Poniższe kalkulacje należy więc traktować jako przybliżenie skali kosztów, przy określonych założeniach. Wielkości poszczególnych populacji do wsparcia oszacowane zostały na podstawie danych GUS przy czym w przypadku osób z niepełnosprawnościami wzięto pod uwagę jedynie osoby w wieku produkcyjnym, aby nie liczyć podwójnie kosztów dla osób starszych z niepełnosprawnościami.

Metodologia szacowania możliwej skali kosztów procesu deinstytucjonalizacji i kosztów zaniechania w ujęciu rocznym

Szacunek kosztów obejmuje koszty świadczeń (pieniężnych oraz usług) oraz koszt dopłat do mieszkania (w przypadku modeli zakładających mieszkanie wspomagane/chronione). W odniesieniu do usług szacunek ten obejmuje, m.in. następujące kategorie:

- wsparcie asystenckie,
- ustalenie indywidualnej strategii,
- praca nad zasobami,
- motywowanie do podjęcia zatrudnienia na umowę pracę,
- wspólne działania animacyjne,
- wsparcie pracownika socjalnego,
- usługi opiekuńcze.

1. Punktem wyjścia do analiz zapotrzebowania na wsparcie prowadzone w środowiskach lokalnych w ramach procesu deinstytucjonalizacji jest identyfikacja **modeli wsparcia w każdej z wyróżnionych grup**, które cechują się odrębną specyfiką. Są to:

- osoby starsze,
- osoby z niepełnosprawnościami,

Miasta Gdańska Nr XXXI/867/16 z dnia 24 listopada 2016 roku. Beneficjentami Projektu są:

- Wychowankowie pieczy zastępczej,
- Ofiary przemocy domowej,
- Osoby uzależnione,
- Osoby z niepełnosprawnościami,
- Osoby w kryzysie bezdomności,
- Seniorzy,
- Rodziny wielodzietne.

- dzieci i młodzież objęta pieczą zastępczą,
- osoby w kryzysie bezdomności,
- osoby z problemami zdrowia psychicznego

Implikuje to, że wsparcie środowiskowe dla każdej z tych grup będzie miało inny charakter, dostosowany do ich specyfiki. Niemniej jednak można wyróżnić pewne wspólne cechy wszystkich modeli wsparcia, które w sposób schematyczny pokazują kierunek proponowanych zmian. Podstawowe założenie przyjęte w konstruowaniu modeli zakłada, że kluczowe dla strategii deinstytucjonalizacji jest pozostanie (lub powrót) osoby w środowisku lokalnym, które wymaga:

- wsparcia materialnego związanego z mieszkaniem (dopłata do czynszu, adaptacja lokali do potrzeb ich mieszkańców, usuwaniu barier architektonicznych, wprowadzaniu udogodnień w poruszaniu się po mieszkaniu, zakup/wynajem mieszkania, organizacja mieszkania wspomaganego);
- organizacji wiązki usług (zintegrowany system współpracy i współdziałania instytucji i organizacji rządowych, samorządowych, pozarządowych i prywatnych, który wychodzi poza podmioty stricte pomocowe angażując instytucje z różnych sfer życia np. kultury);
- zbudowania i podtrzymywania środowiskowej sieci społecznej (obejmuje opiekunów nieformalnych, sąsiadów i wolontariuszy).

Modele wsparcia zostały szczegółowo opisane w dalszej części opracowania.

2. Kolejny krok analiz to **szacowanie populacji POTENCJALNIE potrzebującej wsparcia wraz z kształtowaniem się tych wartości w przyszłości w ramach modeli wyróżnionych w pierwszym kroku.**

Szczegółowe analizy w tym zakresie zawarte są w niniejszym opracowaniu i uzupełnione o dodatkowe pliki excel.

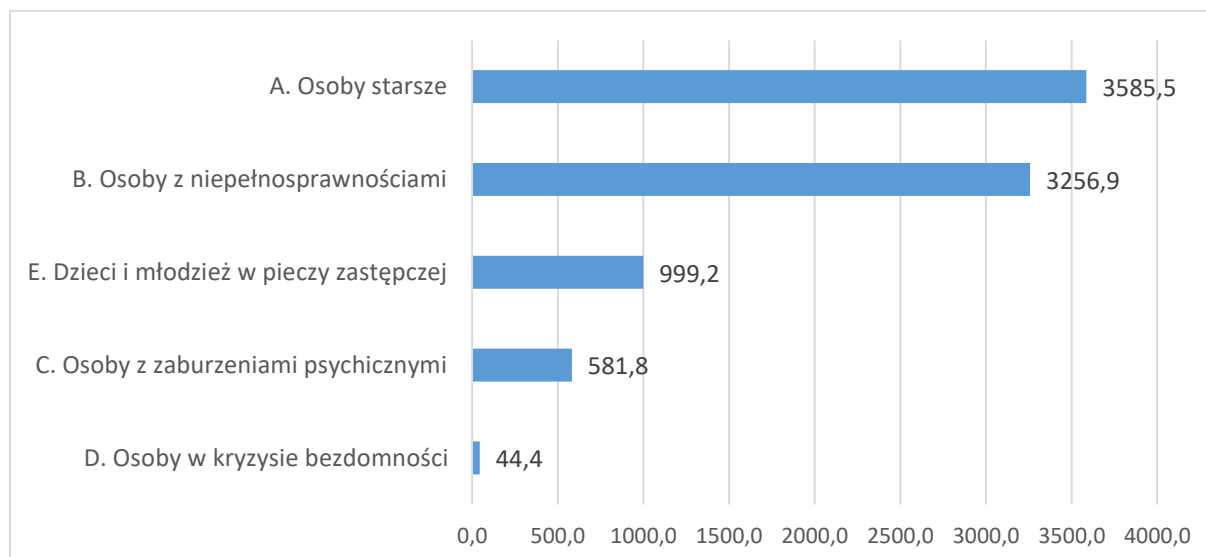
3. W kolejnym kroku dokonano założeń do kształtowania się **odsetka populacji potrzebującej wsparcia, która RZECZYWIŚCIE może zostać objęta działaniami publicznym.** A więc z całości populacji potencjalnie potrzebującej wsparcia określony odsetek osób zostanie objęty działaniami publicznymi. Odsetek ten waha się **od 3% do 10%** dla wszystkich grup za wyjątkiem dzieci i młodzieży w pieczy zastępczej, gdzie odsetek wynosi 100% dla liczby dzieci objętych usługami i 50% w przypadku usamodzielniających się wychowanków pieczy zastępczej.

Reszta populacji potencjalnie potrzebującej wsparcia poszukiwać będzie wsparcia świadczonego:

- w placówkach,
 - w ramach rodziny,
 - w ramach usług zakupionych na rynku prywatnym.
4. W dalszym kroku dla każdego modelu wsparcia zostały **roczne koszty działań deinstytucjonalnych W PRZELICZENIU na 1 osobę/gospodarstwo domowe, uwzględniające specyfikę tych grup oraz odpowiadające im roczne koszty umieszczenia danej osoby w placówkach**. Katalog kosztów podajemy w dalszej części analizy.
5. W kolejnym kroku oszacowano **ŁĄCZNE roczne koszty działań deinstytucjonalizacyjnych dla każdego z modeli przy określonym odsetku populacji RZECZYWISCIE OBJĘTEJ WSPARCIEM w porównaniu do ŁĄCZNYCH kosztów umieszczenia tych osób w placówkach (koszt zaniechania)**.

Możliwa skala kosztów procesu deinstytucjonalizacji i kosztów zaniechania w ujęciu rocznym

Wykres 11. Szacunkowe koszty działań DI dla poszczególnych grup w ujęciu rocznym (w mln zł)



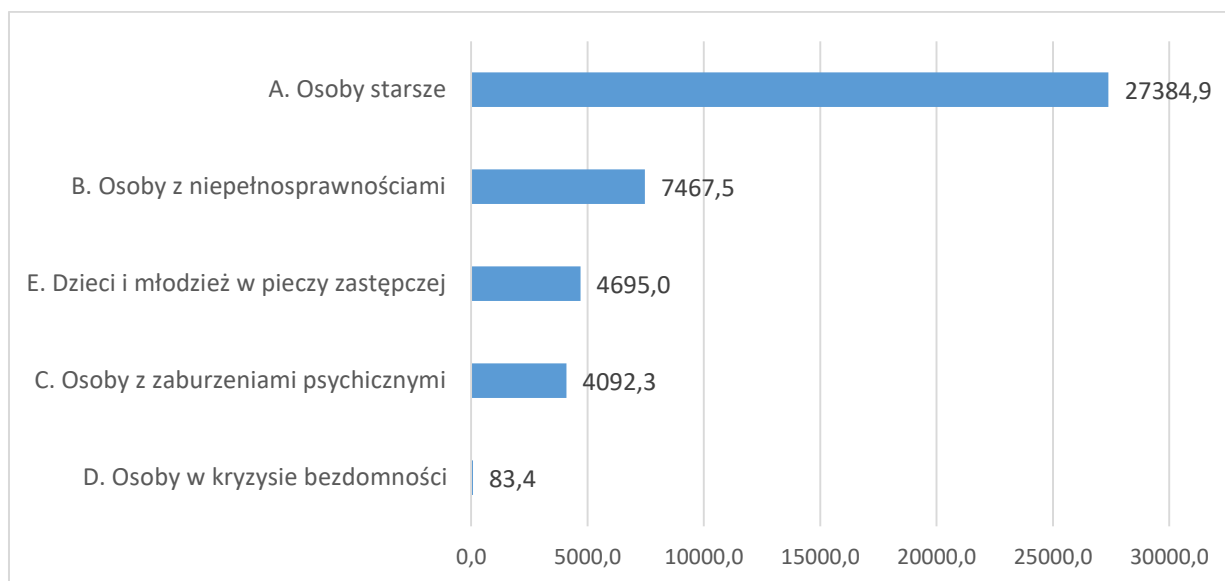
Źródło: Obliczenia własne

Skala kosztów działań deinstytucjonalizacyjnych została oszacowana w ujęciu rocznym na ok. 8,5 mld zł. Największa część (głównie ze względu na skalę potrzeb i wsparcia) przypada na wsparcie świadczone na rzecz osób

Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

starszych (3,6 mld zł) oraz z niepełnosprawnościami (szacunek bez osób starszych - 3,2 mld zł). Około 1 mld zł kosztować będzie wsparcie w zakresie deinstytucjonalizacji na rzecz dzieci i młodzieży w pieczy zastępczej, 582 mln zł wsparcie osób z zaburzeniami psychicznymi. Na 44 mln zł szacowany jest roczny koszt wsparcia osób w kryzysie bezdomności w modelu Housing First (mieszkanie wspomagane/chronione ze wsparciem).

Wykres 12. Szacunkowe koszty zaniechania dla poszczególnych grup w ujęciu rocznym (w mln zł)



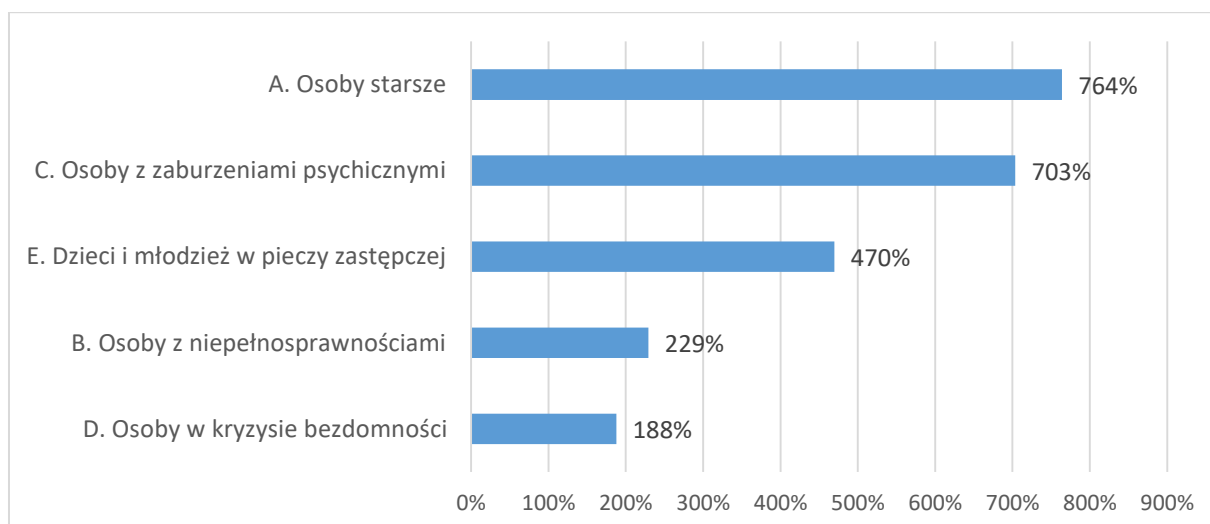
Źródło: Obliczenia własne.

Koszty zaniechania działań w obszarze deinstytucjonalizacji (obejmujące głównie koszty wsparcia instytucjonalnego przy braku działań deinstytucjonalizacyjnych oraz przy założeniu utrzymania dotychczasowych kosztów opieki instytucjonalnej) szacuje się na poziomie około 43,7 mld zł rocznie, z czego aż 27,4 mld stanowią koszty wsparcia osób starszych. Koszty zaniechania wsparcia w formie zdeinstytucjonalizowanej dla osób z niepełnosprawnościami (bez kosztów wsparcia osób starszych) wyniosą 7,5 mld rocznie. Poziom kosztów zaniechania działań deinstytucjonalizacyjnych w obszarze wsparcia dzieci i młodzieży szacowany jest na około 4,7 mld zł rocznie, a osób z problemami zdrowia psychicznego 4,1 mld. W przypadku osób w kryzysie bezdomności koszt ten szacowany jest na 83,4 mln zł rocznie. Koszty te również szacowane były głównie w oparciu o analizy wykonane na potrzeby projektu Domu Ekologicznego ze Wsparciem Dolne Młyny w Gdańsku i ekstrapolowane na wielkości populacji potrzebujących wsparcia. Obliczenia mają charakter poglądowy i pozwalają

porównać relację kosztów działań do kosztów zaniechania w poszczególnych grupach.

Dokonując zestawienia rocznych kosztów deinstytucjonalizacji oraz kosztów jej zaniechania dla poszczególnych grup należy wskazać na kilkukrotnie wyższą skalę kosztów zaniechania w porównaniu do kosztów działań deinstytucjonalizacyjnych. W przypadku osób starszych koszty zaniechania wynoszą aż 764% kosztów działań deinstytucjonalizacyjnych. Podobnie duży stosunek można zaobserwować dla osób z problemami zdrowia psychicznego 703%. Proporcja ta dla dzieci i młodzieży w pieczy zastępczej wyniosła 470%, dla osób z niepełnosprawnościami (szacunek bez osób starszych) 229%, a dla osób w kryzysie bezdomności 188%.

Wykres 13. Stosunek kosztów zaniechania do kosztów działań DI dla poszczególnych grup



Źródło: Obliczenia własne

I.4. Porównania międzynarodowe

Ocena stopnia zaangażowania finansowanego w stosunku do PKB w opiekę długoterminową pozwala ocenić pozycję Polski na tle innych krajów rozwiniętych, głównie europejskich. **W 2017 r. Polska wydała zaledwie 0,4% PKB na opiekę długoterminową obejmującą zarówno kwestie ochrony zdrowia, jak i polityki społecznej.**

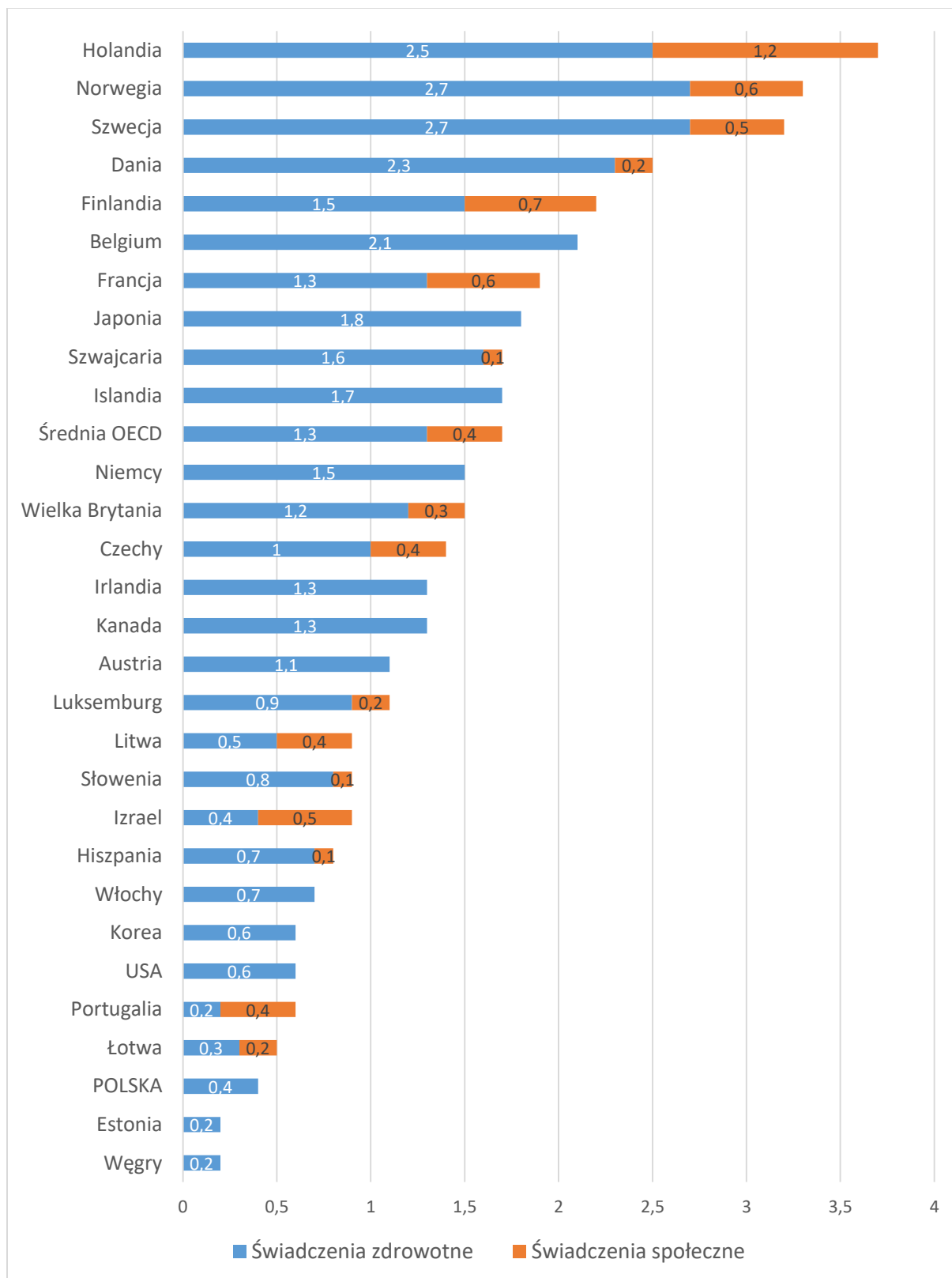
Niższy wskaźnik zanotowano tylko w Estonii (0,2) oraz na Węgrzech (0,2). Kraje o najwyższych nakładach na opiekę długoterminową w stosunku do PKB przeznaczają na nią nawet powyżej 3% (Holandia, Szwecja i Norwegia).

Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

Dane te pokazują niezbędną skalę zwiększenia wydatków w tym obszarze. Dodatkowo na konieczność zwiększenia skali wsparcia wskazuje fakt bardzo dynamicznego starzenia się populacji Polski (nawet na tle większości krajów europejskich) i będąca wynikiem tego procesu rosnąca liczba osób starszych i wymagających wsparcia, także z powodu niepełnosprawności.

Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

Wykres 14. Udział wydatków publicznych na opiekę długoterminową w PKB wybranych krajów OECD w 2017 r.



Źródło: OECD, Health at a Glance 2019

I.5. Wyzwania i ryzyka

Wyzwaniem o charakterze politycznym jest takie zaprogramowanie i przeprowadzenie całościowych zmian na rzecz rozwoju środowiskowych usług społecznych i zdrowotnych, przy jednoczesnym zmniejszaniu się instytucjonalnej opieki całodobowej o charakterze długoterminowym, aby zaproponowane zmiany zostały właściwie zrozumiane i zaakceptowane przez szeroki zakres stronnictw politycznych Polski. Przedsięwzięcie to ma charakter długofalowy i musi funkcjonować niezależnie od zmian politycznych, a jego wstępny rezultat będzie widoczny w horyzoncie 15-20 lat. Drugim bardzo ważnym elementem jest budowanie konsensusu społecznego i zainteresowania tematyką deinstytucjonalizacji różnych interesariuszy po stronie rządowej, samorządowej, podmiotów i instytucji uczestniczących w obecnym systemie. Brak budowania dialogu i porozumienia na obu tych płaszczyznach może być najistotniejszą przyczyną braku pożądaných zmian, a tym samym kryzysu społeczno-gospodarczego w obliczu zagrożeń cywilizacyjnych.

Perspektywa osoby opuszczającej instytucjonalną pieczę zastępczą:

„Moje dzieciństwo to dom dziecka, aż do 7 roku życia, kiedy razem z braćmi trafiłam do rodziny zastępczej. Wszystko się wtedy zmieniło, mogłam sama doświadczyć, jak to jest, mieć kogoś, kto się o Ciebie troszczy, ale i wymaga od Ciebie. Na początku nie było mi łatwo się przyzwyczaić, ale dość szybko poczułam, że to mój dom i tak jest do dziś- mimo, że jestem już dorosła, mam własną rodzinę, dzieci- stale utrzymuję relację z moimi rodzicami i rodzeństwem- nie ma znaczenia, że nie jesteśmy ze sobą spokrewnieni-połączyła nas wspólna historia, która trwa do dziś.” - Dominika

Wyzwaniem o charakterze społecznym jest zrozumienie potrzeby rozwoju i stabilnego funkcjonowania zdeinstytucjonalizowanych, udomowionych usług wsparcia rodziny i usług środowiskowych. Budowanie niezbędnego rozwoju usług społecznych i zdrowotnych i konieczność dodatkowych nakładów może być nierozumiana przez część obywateli, zwłaszcza tych, którzy nie są jeszcze potencjalnymi beneficjentami działań wspierających. Może również następować niestety, wynikająca z braku wiedzy na temat wymogów deinstytucjonalizacji, presja na tworzenie nowych instytucji - placówek całodobowych dla osób starszych i osób z niepełnosprawnościami, jak również placówek opiekuńczo-wychowawczych dla dzieci. Powodem będzie rosnący napór na rozwiązanie kwestii opiekuńczych, przy niewystarczającej alternatywie usług wsparcia rodziny i działań w środowisku lokalnym, ale jednocześnie przy braku szeroko dostępnej i

przyjaznej informacji dla wszystkich obywateli na temat możliwości korzystania ze wsparcia finansowanego ze środków publicznych.

Perspektywa rodziny zastępczej:

„Wiktoria urodziła się z dużym zespołem wad kostnych (brak czterech kończyn, posiada tylko jeden częściowy kikut ramienia, skoliozę 88 stopni, wady kości twarzoczaszki, zły układ szczęki utrudniający mówienie i jedzenie). Zamiana placówki na dom i rodzinę odmieniła Jej bolesną w dosłownym znaczeniu tego słowa egzystencję (wegetację) na prawdziwe życie, z którego korzysta ze wszystkich sił.

Dom i rodzina dokonała cudu przemiany leżącego, cierpiącego, niereagującego już na nic dziecka w ruchliwą, pewną siebie dziewczynkę, która wie jak się komunikować, wyrażać swoje potrzeby i wybory.” - Mira zastępcza mama Wiktorii

Wyzwaniem o charakterze demograficznym jest znaczący wzrost liczby osób, które z różnych powodów potencjalnie będą wymagały wsparcia. Istotne jest przy tym znaczące zwiększenie liczby osób w wieku 75 lat i więcej, które oczekują zdecydowanie większego zasobu działań wspierających w wymiarze społecznym i zdrowotnym, zwłaszcza, że często wiek łączy się z niepełnosprawnościami. Niewątpliwie ta kwestia społeczna będzie warunkować potrzebę zmian o charakterze systemowym, strukturalnym, społecznym i finansowym zmuszających do podjęcia szybkich działań. Istotą jest zatem podjęcie działań wyprzedzających i przygotowujących służby publiczne tak, aby nie doszło do sytuacji kryzysowej. Działania te muszą dotyczyć zarówno rodzin jak i środowiska lokalnego, w przeciwnym razie spowodują wypalenie opiekunów faktycznych oraz napór na placówki całodobowe, znacząco zwiększając liczbę osób w nich przebywających a tym samym obniżających jakość ich życia.

Perspektywa wsparcia osoby starszej:

„Nigdy nie zdawałem sobie sprawy że w wieku 80 lat trzecie piętro to pułapka. Najgorsze nadeszło potem - operacje mamy, zagrożenie stomią. Do kogo się udać, kogo zapytać? Pomoc społeczna czy ochrona zdrowia? Do tego doszła epidemia COVID. Lekarz rodzinny nie przyjdzie, hospicjum domowe nie funkcjonuje, bo wszyscy na kwarantannie. Zmarła w nocy wśród rodziny. I może to było z tego najlepsze, że nie gdzieś tam, wśród obcych w izolowanym miejscu, ale była do końca z bliskimi. Wszystko trwało blisko trzy lata, i pewnie gdyby potrafiło dłużej nie wiem jak dalibyśmy radę. Zastanawiam się czy wszystko musi spoczywać na barkach rodzin, bez żadnego wsparcia. Nie chcieliśmy rezygnować ze swoich prac, ale też nam nie przyszło do głowy by kierować

któregoś z rodziców do hospicjum czy domu pomocy społecznej. Ale i tak wiem, że wielu ludzi ma dużo dramatyczniejsze doświadczenia i mierzy się z tym. Jednak muszą czuć, że ktoś ich w tym wspiera. I nie może to być tylko rodzina.”
Karol, lat 57

Wyzwaniem o charakterze kulturowym jest dość silna potrzeba spędzania starości w otoczeniu rodziny lub zaopiekowania przez rodzinę, co wyraźnie odróżnia Polaków od wielu krajów europejskich. Oznacza to potrzebę zorganizowania takiego systemu wsparcia dla rodzin, by było to możliwe jak najdłużej. Podobnie jest w przypadku rodzin z dziećmi, w tym dziećmi z niepełnosprawnością, które to rodziny muszą mieć wsparcie systemowe, tak aby zapewnić wszystkim członkom rodziny spójność i dobrą jakość życia. Istotnym elementem tego wsparcia jest rozwój placówek o charakterze dziennym zapewniających włączenie społeczne osób wymagających wsparcia oraz możliwość łączenia pracy z opieką dla osób wspierających. Przy budowie systemu wsparcia należy pamiętać, że wsparcie opiekuńcze w rodzinach jest sprawowane głównie przez kobiety. Niezależnie od tego, czy jest to opieka w rodzinie, czy opieka w instytucji, czy też domowa, zajmują się nią przede wszystkim kobiety. Istnieje ryzyko, że poprzez ograniczenie podaży opieki instytucjonalnej i jednocześnie niedofinansowanie opieki środowiskowej, obciążenie kobiet opieką w rodzinie będzie się sukcesywnie zwiększało, na co kobiety mogą być coraz mniej gotowe zarówno z uwagi na wiek, stres i wypalenie opiekuńcze oraz inne priorytety życiowe związane ze zmianami cywilizacyjnymi.

Z drugiej strony wśród wielu osób potrzebujących wsparcia, w tym osób z niepełnosprawnościami, problemami zdrowia psychicznego, starszych czy osób w kryzysie bezdomności wzrasta potrzeba **niezależnego życia**. Niezależnego, czyli pozwalającego na samodzielne funkcjonowanie w swoim własnym środowisku, przy asystencji różnego rodzaju usług społecznych i zdrowotnych dostarczanych w miarę potrzeb.

Perspektywa osoby w kryzysie bezdomności:

„Myślałem, że problem alkoholu dotknie każdego mojego kolegę tylko nie mnie, inni byli chorzy tylko nie ja... Piłem 20 lat, jako osoba uzależniona straciłem pracę, partnerkę, mieszkanie, straciłem wszystko i znalazłem się na ulicy.

Będąc 4 lata na ulicy szukałem pomocy, jednak najczęściej słyszałem, że Pan Janku nie jest Pan jedyny, a na mieszkanie trzeba sobie zasłużyć. Po odbyciu terapii znalazłem pomoc w schronisku i zaczęła się moja walka o siebie, dalej terapia, trzeźwość, legalna praca, ukończyłem szkołę średnią, i wtedy zdałem sobie sprawę że do szczęścia brakuje mi tylko domu.” Pan Janek, lat 48

Wyzwaniem o charakterze strukturalnym jest stworzenie realnej alternatywy, czyli możliwości wyboru pozostania w rodzinie lub niezależnego życia w środowisku lokalnym poprzez zapewnienie możliwości adaptowania mieszkań oraz dostępu do mieszkań wspomaganych. Bez zdecydowanych działań o charakterze mieszkaniowym dotyczących poprawy życia we własnych mieszkaniach lub mieszkaniach wspomaganych trudno mówić o jakiegokolwiek zmianie społecznej i ekonomicznej. Brak alternatywy w postaci mieszkań wspomaganych oraz dalsze istnienie znaczących utrudnień życia we własnym mieszkaniu, a także brak nowych rozwiązań polegających na wspólnym zamieszkiwaniu osób niespokrewnionych (np. tzw. Wspierane Społeczności Mieszkaniowe zorganizowane w oparciu o niezależne mieszkania wspomagane) lub nowych form towarzyszenia w mieszkaniu lub rodzinie wspierającej czy zastępczej, to kolejny aspekt naporu na placówki o charakterze całodobowym.

Perspektywa osoby w kryzysie bezdomności:

„Jako ofiara przemocy domowej nie otrzymałam od instytucji powołanych do takich zadań wsparcia. Pomimo, że wnioskowałam o najem lokalu od Gminy wskazując na możliwe negatywne konsekwencje otrzymałam odpowiedź odmowną co doprowadziło do wyrzucenia mnie na bruk z mieszkania należącego do byłego partnera w trakcie procedury eksmisyjnej.

Znalazłam pomoc i wsparcie od Fundacji [...]. Od czasu zamieszkania w niezależnym mieszkaniu, z dala od sprawcy przemocy odzyskałam godność, spokój, niezależność, szansę na lepszą przyszłość. Dzięki pomocy i wsparciu ze strony pracowników Fundacji dzisiaj mogę normalnie funkcjonować, udało mi się zachować pracę, dzięki stabilizacji związanej ze stałym miejscem zamieszkania mogę realizować zasądzone kontakty z dziećmi. [...] Dziękuję z całego serca za szansę na normalne życie!!!” Pani Kasia

Wyzwaniem w zakresie rynku pracy jest zapewnienie odpowiedniej liczby osób w zawodach pomocowych. Jasne jest, że rosnące zapotrzebowanie na usługi wymaga dużego zwiększenia podaży pracy osób świadczących te usługi. Wzrost podaży pracy w usługach środowiskowych w zakresie bytowym i opiekuńczym nie dokona się bez poprawy funkcjonowania tych zawodów w zakresie płacowym i kompetencyjnym. Jeżeli będzie za mało środków na zapewnienie wzrostu podaży pracy środowiskowo-opiekuńczej, to będzie wpływało to na braki w tym zakresie i zwiększało presję na rozwój stacjonarnej instytucjonalnej opieki całodobowej.

Perspektywa osoby z problemami zdrowia psychicznego:

"Chorowanie nigdy nie jest rzeczą prostą, doświadczyłem tego sam. Pierwszego epizodu psychiatrycznego doznałem w wieku 30 lat, może gdyby w tamtym czasie wsparcie było bardziej dostępne, a ja bardziej świadomy nie doszłoby do niego. Po otrzymaniu diagnozy schizofrenii, starałem się ją za wszelką cenę wyprzeć: nie przyjmowałem leków, właściwie nie dbałem o kondycję psychiczną. Dopiero akceptacja diagnozy, trudne, długotrwałe leczenie, lata psychoterapii sprawiły, że od dłuższego czasu nie mam remisji. Kamieniem milowym w procesie zdrowienia (który przecież będzie trwał całe moje życie) było znalezienie się wśród ludzi zmagających się z podobnymi trudnościami, a jednocześnie mającymi chęć i siłę by pomagać drugiemu człowiekowi. W 2018 roku po przejściu z tymi cudownymi ludźmi przez wymagającą drogę kształcenia ukończyłem kurs i zostałem Asystentem Zdrowienia. Niedługo później znalazłem pracę w tym zawodzie. To niesamowite, że moja choroba, mogła stać się wartością dla kogoś, że mogę pomagać tak jak zawsze chciałem. Czasem mam refleksję, że gdybym miał możliwość skorzystania z takiego miejsca i tak kompleksowego wsparcia kiedy zaczynałem chorować moja droga wyglądałaby bardziej optymistycznie. Dziś wiem, że tu gdzie jestem, że to jest moje miejsce! Mam wsparcie i udzielam wsparcia!" Krzysztof - asystent zdrowienia

Wyzwaniem o charakterze fiskalnym są rosnące koszty działań o charakterze wspierającym. Niezależnie od podjętych decyzji koszty publiczne i prywatne będą rosły bardzo szybko, co może spowodować kryzys finansów publicznych, jak i kryzys w wielu budżetach domowych.

Uwidoczniono powyżej, że koszty zaniechania stanowią wielokrotność działań, rozwoju usług rodzinnych i środowiskowych. Dodatkowym elementem jest fakt, iż bez spójnego działania publicznego i niedostatecznego wzrostu bezpłatnych lub częściowo odpłatnych usług rodzinnych i środowiskowych, rynek będzie sam wypełniał powstające luki w sposób niekontrolowany i niezgodny z obowiązującymi krajami UE wymogami deinstytucjonalizacji, a to będzie generowało kolejne wyzwania m.in. związane z niską jakością dostarczanych usług, wzrostem szarej strefy oraz naruszeniem podstawowych zasad sprawiedliwości społecznej.

Wyzwaniem w zakresie praw obywateli jest także stworzenie całościowego systemu działań publicznych, które nie pozostawią żadnej osoby potrzebującej wsparcia bez pomocy władz publicznych. Wyzwaniem jest również zapewnienie obywatelom i innym osobom zamieszkującym Polskę, prawa do wyboru miejsca i sposobu życia i formy wsparcia, umożliwiającej realizację praw podmiotowych, a nie bycia traktowanym jako petent (przedmiot) działań administracyjnych.

Perspektywa osoby z niepełnosprawnością:

„Jestem zamknięty w ośrodku i nie mogę wychodzić na terapię, do sklepu i źle się czuję z tym. To trwa już pół roku (październik 2020 r.). Moje życie poza DPS by mogło wyglądać tak: Jak bym miał mieszkanie, to bym w mieszkaniu mieszkał. I bym sobie poradził w mieszkaniu. A jak nie to bym poprosił kogoś o trochę pomocy i bym sobie poradził. Tam bardziej bym był samodzielny, bez pilnowania takiego. Takiego rygoru. (...) O dziewiątej na wieczór zamykają DPS i nie można wychodzić już. (...) A moje największe marzenie: wynająć sobie dom i próbować żyć po ludzku, jak każdy człowiek.” Pan Tomasz, 40-letni mężczyzna poruszający się na wózku, od prawie 20 lat mieszkaniem 600-osobowego domu pomocy społecznej, opowiadający w wywiadzie o swojej perspektywie bycia wciąż zamkniętym w DPS (aktualnie: przez 13 miesięcy bez przerwy - od marca 2020 do kwietnia 2021 r.).²⁰

²⁰ Pełna treść wywiadu jest publicznie dostępna pod linkiem:
<https://www.youtube.com/watch?v=hCD6JnGyWOW>

Rozdział II. Wizja i cele Strategii

W kluczowym dokumencie średniookresowego programowania w Polsce Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju (SOR) podkreśla się, że realizacja przez państwo dostępu do usług publicznych pozostaje w związku z deinstytucjonalizacją. Wskazano wyraźnie, iż za rozwojem publicznego wsparcia rodzin i osób w środowisku przemawiają zarówno argumenty etyczne, jak również ekonomiczne. Ponadto, wyzwania cywilizacyjne zmuszają państwa do szukania odpowiednich rozwiązań, które będą wzmacniać poczucie wspólnoty w społecznościach lokalnych.

Wynikają one z fundamentalnego prawa każdego do życia i uczestnictwa w rodzinie i w społeczności. Ponadto, w przypadku niezaspokojonej potrzeby opieki każdy ma prawo do wsparcia niewykluczającego z rodziny i ze społeczności i które skoncentrowane jest na osobie, a nie na instytucji.

Te oczywiste i podstawowe zasady są zapisane w wielu dokumentach i zobowiązaniach przyjętych przez Polskę, zaczynając od postanowień Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych, konwencji ONZ o prawach dziecka oraz Europejskiej Konwencji Praw Człowieka, Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej, Europejskiej Karty Społecznej (zrewidowanej) jak również w Europejskim Filarze Praw Socjalnych oraz w wielu zaleceniach i rekomendacjach jak Rekomendacje CM/Rec(2014) Komitetu Ministrów Rady Europy dla Państw Członkowskich w sprawie promocji praw osób starszych oraz pierwszej polskiej Strategii na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami 2021-2030.

Dynamiczny proces demograficzny starzenia się społeczeństwa z jednej strony oraz rosnąca świadomość społeczna i znaczący wzrost wartości prawa do niezależnego życia, musi się spotkać z myśleniem strategicznym dotyczącym ekonomii wsparcia i możliwości stworzenia spójnego systemu, który zapewni nam wszystkim bezpieczeństwo socjalne na poziomie wsparcia w społecznościach lokalnych.

Naczelnym celem deinstytucjonalizacji jest zatem ochrona, poszanowanie i realizacja prawa każdego do życia i uczestnictwa w rodzinie i w społeczności. Obowiązki w tym zakresie ma państwo. Ochrona wyraża się w takich działaniach zapobiegawczych i interwencyjnych, które przeciwdziałają instytucjonalizacji także przez podmioty prywatne. Z kolei obowiązek poszanowania wymaga działań zapobiegawczych i interwencyjnych nastawionych na to, aby organy i służby państwa same nie instytucjonalizowały i zapobiegały wszelkim przejawom instytucjonalizacji. Kluczowe jest zapewnienie przez państwo gwarancji, aby odpowiedniej jakości usługi społeczne i zdrowotne dostarczane były osobom i rodzinom potrzebującym w społeczności, w której żyją. Cel ten zakłada m.in.

przejście od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności, w oparciu o zapewnienie prawa do swobodnego wyboru sposobu życia i niezależnej egzystencji w znanym im środowisku tak długo, jak długo będą sobie tego życzyły i będą do tego zdolne, oraz prawa do zapewnienia podmiotowości i możliwości podejmowania niezależnych decyzji, a w przypadku dzieci prawa wychowywania się w środowisku rodzinnym, w atmosferze szczęścia, miłości i zrozumienia a także prawa do ochrony przed krzywdą i złym traktowaniem, dla pełnego i harmonijnego rozwoju swojej osobowości.

W ramach Strategii Odpowiedzialnego Rozwoju w kierunkach interwencji wskazano, że poprawa dostępności do usług - w tym społecznych i zdrowotnych - powinna być związana ze wsparciem deinstytucjonalizacji dla osób wymagającymi intensywnego wsparcia, zapewnieniem możliwie szerokiego rozwoju usług w społecznościach lokalnych (opiekuńczych oraz asystenckich), a także usług wsparcia rodziny i opiekunów faktycznych w pełnieniu ich roli opiekuńczo - wychowawczej. Dodatkowo, w Strategii wskazano, że celem deinstytucjonalizacji powinno być stopniowe ograniczanie udziału osób przebywających w placówkach zamkniętych na rzecz zwiększania udziału wsparcia środowiskowego (ze względu na wciąż duży i rosnący w dłuższej perspektywie popyt). Co ważne, niekoniecznie oznacza to ograniczanie liczby miejsc w samych instytucjach opiekuńczych. Z jednej strony umożliwi to aktywizację osób w wieku aktywności zawodowej, obciążonych dziś obowiązkami opiekuńczymi nad osobami wymagającymi wsparcia (dzieci, dorosłe osoby z niepełnosprawnościami, rodzice), z drugiej zaś może sprzyjać podjęciu aktywności zawodowej osobom, które potrzebują szczególnego wsparcia w tym zakresie (np. osoby z niepełnosprawnościami).

Połączenie wartości społecznych, politycznych, ekonomicznych i etycznych prowadzi nas do wyznaczenia celów nowej polityki publicznej „udomowienia usług społecznych i zdrowotnych na rzecz niezależnego i bezpiecznego życia”.

II.1. Cel główny i cele szczegółowe strategii

Celem głównym Strategii jest zapewnienie najpóźniej do 2035 roku, każdej osobie potrzebującej wsparcia z powodów społecznych, między innymi podeszłego wieku, niepełnosprawności, zdrowia psychicznego, bezdomności - bezpiecznego i niezależnego funkcjonowania w swoim miejscu zamieszkania - w mieszkaniu lub domu - tak długo, jak tego pragnie, **zaś dzieciom i młodzieży pozbawionej opieki rodzicielskiej wsparcia w warunkach rodzinnych.**

Cel ten zostanie osiągnięty poprzez następujące cele szczegółowe:

- zreformowanie systemu wsparcia rodzin opiekujących się dziećmi oraz osobami wymagającymi wsparcia, wzmacniającego funkcje opiekuńcze i spójność rodzin z wykorzystaniem już istniejących rozwiązań w oparciu o ich efektywność
- zbudowanie systemu środowiskowych usług społecznych i zdrowotnych, wspierających osoby potrzebujące, bazującego na działaniach środowiskowych, asystencji osobistej i formach dziennego pobytu wykorzystując już istniejące rozwiązania, które przynoszą zakładane efekty;
- stworzenie kompleksowych działań wspierających zamieszkiwanie we własnym mieszkaniu, domu lub mieszkaniu wspomaganym - jako realnej alternatywy do pobytu w instytucji całodobowej;
- zrealizowanie opartego o diagnozę procesu reform instytucjonalnych, prowadzących do stopniowej eliminacji miejsc o charakterze instytucji całodobowych, tam, gdzie jest to konieczne i możliwe;
- stworzenie sprawnego systemu programowania, realizacji, monitorowania i systematycznej oceny systemu usług społecznych, funkcjonującego w partnerstwie publiczno-społecznym, wspierającego indywidualne podejście do zaspokajania potrzeb i możliwość wyboru usługodawcy.

Rezultatem działań do 2035 powinno być:

- objęcie 2 mln rodzin opiekujących się osobami wymagającymi wsparcia możliwością korzystania ze skoordynowanych usług społecznych, zdrowotnych i poradnictwa;
- trzykrotne zwiększenie liczby osób otrzymujących wsparcie w społecznościach lokalnych²¹ przy zwiększeniu jakości wsparcia;
- zwiększenie liczby mieszkań wspomaganych z 1500 (łącznie liczba aktualnie istniejących mieszkań chronionych oraz mieszkań wspomaganych²²) do 20 000;

²¹ Rozumianych zgodnie z brzmieniem ratyfikowanej przez Polskę Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych, Komentrzem generalnym nr 5 Komitetu ONZ ds. Praw Osób z Niepełnosprawnościami oraz Ogólnoeuropejskimi wytycznymi dotyczącymi przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności.

²² Liczba mieszkań chronionych według danych MRiPS wynosiła 1106 (dane z początku 2021 roku) na 3 819 miejsc, natomiast liczba osób objętych wsparciem w mieszkaniach wspomaganych finansowanych z EFS wynosiła 2432. Łącznie funkcjonuje około 1500 mieszkań chronionych i wspomaganych.

- zapewnienie każdej osobie z niepełnosprawnością alternatywnych form wsparcia w społeczności lokalnej wobec pobytu w instytucji całodobowej;
- zmniejszenie do 15%, **a w przypadku dzieci do 0**, udziału osób zamieszkujących w sposób długoterminowy w instytucjach całodobowych²³ w stosunku do osób objętych wsparciem w społecznościach lokalnych.

Zgodnie z przedstawionymi celami niezbędne w nowych regulacjach i działaniach będzie określenie kolejności udzielania wsparcia dla osób potrzebujących, oparte na zasadzie pomocniczości i zasadzie niezależnego życia. Podstawowe działania oparte będą na wzmacnianiu rodziny oraz wsparciu środowiskowym:

- rodzina realizuje wsparcie dla członka rodziny w oparciu o usługi publiczne;
- w przypadku stałych trudności związanych z zapewnieniem wsparcia przez rodzinę lub wyboru niezależnego życia realizowane są usługi o charakterze środowiskowym w tym: usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze i usługi długoterminowe w miejscu zamieszkania, lub usługi sąsiedzkie, usługi asystenta osobistego oraz usługi w społeczności lokalnej o charakterze dziennym oraz dostosowanie mieszkania do potrzeb osoby wspieranej.

W przypadku niemożliwości zapewnienia wsparcia w rodzinie lub w samodzielnym mieszkaniu, realizowane byłoby wsparcie poprzez:

- usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze lub asystencję osobistą w mieszkaniu wspomaganym lub we wspomaganym społecznościach mieszkaniowych, realizowane w lokalnej społeczności;
- rodziny i osoby wspierające;
- obecnie funkcjonujące domy pomocy społecznej i inne placówki całodobowe, podlegające stopniowo procesowi deinstytucjonalizacji.

W przypadku dzieci i młodzieży najważniejsze będą skoordynowane działania profilaktyczne w rodzinie, w tym wczesne wspomaganie rozwoju dzieci do 5 roku życia oraz wzmacnianie więzi rodzinnych i działania w środowisku oraz rozwiązania sprzyjające rozwojowi rodzinnej pieczy zastępczej i adopcji.

II.2. Struktura działań i poszczególnych priorytetów i działań

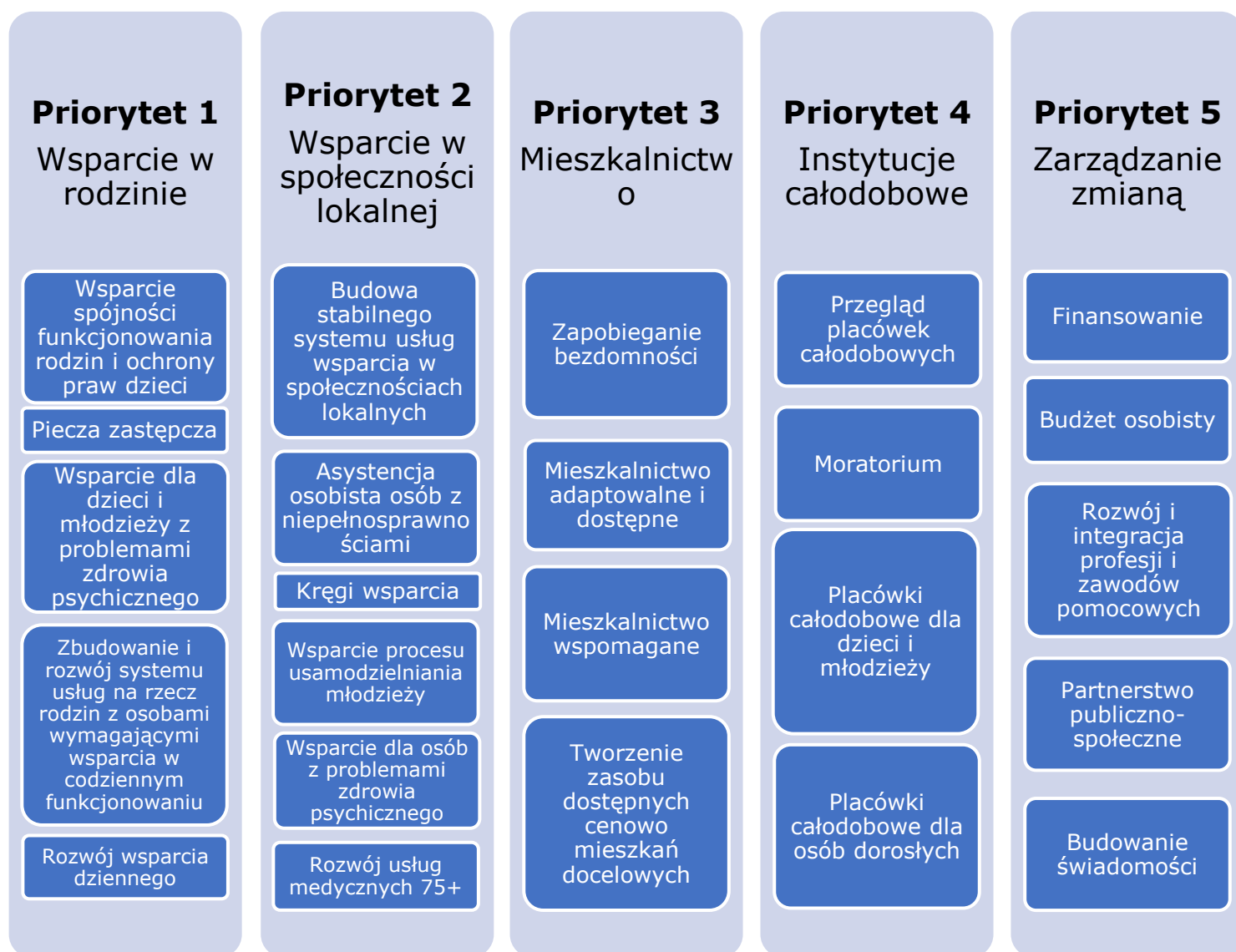
Priorytety przewidziane w dokumencie „Udomowienie usług społecznych i zdrowotnych na rzecz niezależnego i bezpiecznego życia. Strategia

²³ Jw.

Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

deinstytucjonalizacji usług w Polsce”, podzielone zostały na pięć priorytetów wynikających z celów szczegółowych. Poszczególne grupy docelowe: osoby starsze, osoby z niepełnosprawnościami, osoby z problemami zdrowia psychicznego, osoby w kryzysie bezdomności oraz dzieci i młodzież w pieczy zastępczej i innych instytucjach w znacznej mierze posiadają wspólne potrzeby, a wiele typów działań na rzecz powyższych grup jest ze sobą zbieżnych. Realizowane działania są również zgodnie z zasadą subsydiarności w określonej kolejności: jednostka – rodzina – środowisko – instytucje. Dodatkowo zostało wyodrębnione działanie odnoszące się do mieszkalnictwa jako wspólne dla wszystkich. Osobnym elementem Strategii jest są koordynacja i zapewnienie spójności działań. Dlatego też, pomimo iż projektowane działania mogą pozornie wydawać się rozproszone. patrząc na określone grupy odbiorców, stanowią jednak [komplementarne obszary](#) z punktu widzenia polityki publicznej.

Schemat 3. Wykaz priorytetów i działań

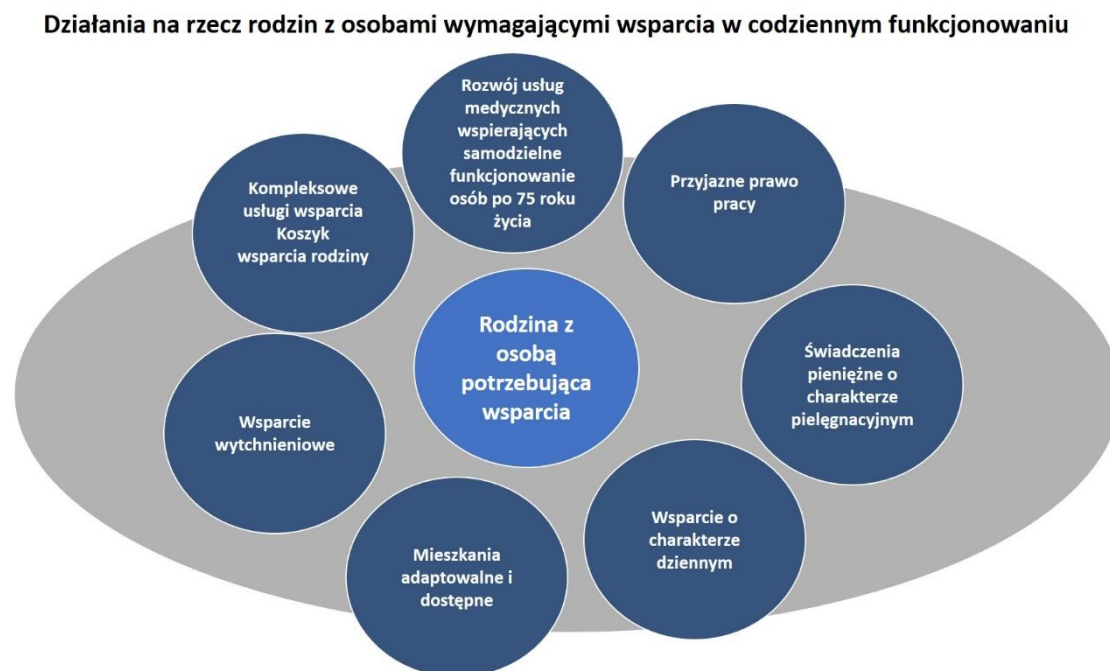


II.3. Kluczowe kierunki interwencji publicznej

Ramy strategiczne rozwoju usług społecznych i zdrowotnych, zgodnie określonymi wcześniej celami obejmują zatem:

1. Zbudowanie spójnego **systemu wsparcia rodzin z osobami wymagającymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu** (w tym osobami starszymi i z niepełnosprawnościami) umożliwiające godzenie życia rodzinnego z życiem zawodowym. Blisko 2,5 mln osób i rodzin nie wie do kogo się zwrócić, jakie może otrzymać wsparcie. A wystarczy w oparciu o rozwojowy system Centrów Usług Społecznych, zbudować **sieć usług wspierających** w konkretnych sytuacjach obejmujących doradztwo, szkolenia, wypożyczalnie sprzętu czy też **wsparcie wytchnieniowe**. Istotnym elementem jest rozwój wsparcia dziennego finansowanego ze środków budżetu państwa, samorządów, funduszy europejskich, Narodowego Funduszu Zdrowia czy PFRON. Wiele z nich nie będzie funkcjonowało trwale z uwagi na brak stabilnego finansowania. Potrzebne jest również przyjazne prawo pracy dla osób opiekujących się swoimi rodzicami, dziećmi i innymi osobami bliskimi. Całościowo system wsparcia rodzin z osobami wymagającymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu istnieje w bardzo ograniczonych zakresach, nie jest kompleksowy ani też nie jest powszechny w zakresie terytorialnym, ale możliwe jest jego stworzenie w oparciu o nowe rozwiązania prawne i zaprojektowany system centrów usług.

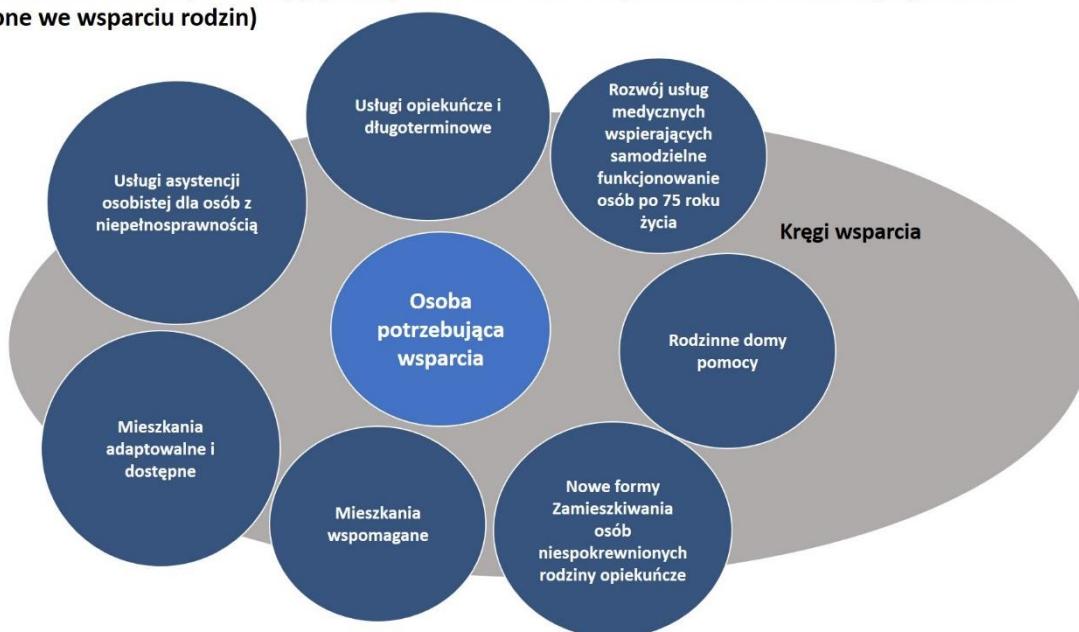
Schemat 4. Działania na rzecz rodzin z osobami wymagającymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu



2. Rozwój **systemu wsparcia osób w środowisku**, który obecnie dostępny jest zaledwie dla 160 tys. osób, obejmujący zintegrowane usługi opiekuńcze i opiekę długoterminową w ramach ochrony zdrowia, w sposób dogodny dla obywatela, nowe formy wsparcia oraz reformę rodzinnych domów pomocy, przy zapewnieniu sieci współpracy osób i instytucji. Brak wsparcia środowiskowego nie może być główną przesłanką do kierowania do domu pomocy społecznej. Brak współpracy ochrony zdrowia i pomocy społecznej nie może być złożony na barki obywateli, którzy muszą sami rozwiązać swoje problemy i organizować pomoc. Ważnym elementem jest uregulowanie działań prawnych gwarantujących finansowanie i rozwój instytucji realizujących **usługi specjalistycznego wsparcia dla osób starszych w obszarze geriatry, rehabilitacji i innych chorób wieku starczego**. Dziś to już potrzeba chwili, a nie dywagacje na przyszłość.
3. Zapewnienie wszystkim potrzebującym osobom z niepełnosprawnościami **asystencji osobistej**. Wsparcie w codziennym funkcjonowaniu jest główną przesłanką umożliwiającą niezależne życie w swojej społeczności lokalnej. Asystent osobisty wspiera osobę z niepełnosprawnością w zakresie spraw społecznych, edukacyjnych, zawodowych, w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego. Dziś asystencja dostępna jest w zasadzie jedynie w dużych miastach, choć osoby z niepełnosprawnościami mieszkają na obszarze całej Polski.
4. Wspieranie samodzielnego życia poprzez zamieszkiwanie we **własnym mieszkaniu** lub **mieszkaniu wspomaganym** jako realnej alternatywy do

pobytu w instytucji całodobowej. Niezbędne jest co najmniej 20 tys. mieszkań wspomaganych w 2035 roku oraz system zobowiązujący budujących nowe mieszkania do wyodrębniania dostępnych lokali mieszkalnych na cele społeczne jak również środki wspierające adaptowanie dotychczasowych mieszkań do samodzielności. Mieszkania wspomagane mogą być zarówno miejscem odbudowy swoich szans życiowych po doświadczeniu bezdomności, opuszczeniu placówek i instytucji, jak również miejscem spędzenia życia w przyjaznym środowisku wspieranym przez specjalistów. W kontekście mieszkalnictwa i innych usług społecznych istotny jest również kompleksowy system zapobiegania utracie mieszkania, wsparcia w czasie kryzysu oraz wychodzenia z kryzysu bezdomności obejmujący nie tylko adekwatne zasoby mieszkań wspomaganych i przystępnych cenowo, ale również intensyfikację działań w obszarze zapobiegania bezdomności i wykluczeniu mieszkaniowemu.

Działania na rzecz osób potrzebujących wsparcia w środowisku (choć niektóre elementy są również dostępne we wsparciu rodzin)



5. Rozbudowie **systemu wsparcia rodzin**, skoncentrowaniu tego systemu na zapobieganiu kryzysom w rodzinie, ale też reagowaniu przy pojawianiu się pierwszych symptomów kryzysu. Wymaga to zwiększenia skali usług już realizowanych, ale też zmiany sposobu organizacji usług. Przede wszystkim konieczne jest zwiększenie liczby asystentów rodziny, którzy w odróżnieniu od asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością, wspierać powinni całą rodzinę jako wspólnotę. Niezbędne jest wprowadzenie wielu zmian w systemie, które będą służyły zwiększeniu liczby **rodzin zastępczych** i domów rodzinnych oraz liczby adopcji, zwłaszcza dzieci starszych, z niepełnosprawnościami, licznych rodzeństw.

Żeby mogło się to zadziać potrzebna jest budowa usług służących wzmocnieniu dzieci i rodzin. Usługi te trzeba budować z wykorzystaniem potencjału ludzkiego i infrastrukturalnego istniejących obecnie instytucji. Kluczowe jest jednak całkowita zmiana funkcji tych instytucji – z opieki całodobowej na usługi środowiskowe.

6. Jednym z elementów przypisanych dzisiaj głównie do systemu ochrony zdrowia jest kwestia **wsparcia osób z problemem w zakresie zdrowia psychicznego**. Jednocześnie prowadzone równoległe działania profilaktyczne i w zakresie usług społecznych są rozproszone. Obecnie osoby te otrzymują pomoc zbyt późno, bo dopiero na etapie poważnego kryzysu psychicznego. W rezultacie następuje nasilenie objawów, dzieci i młodzież opuszczają system edukacji, dorośli tracą pracę, wypadają z ról społecznych i niejednokrotnie stają się osobami z niepełnosprawnością. Dzieje się tak dlatego, że mały dostęp do usług ambulatoryjnych i środowiskowych blisko miejsca zamieszkania powoduje, że cały system oparty jest na izolacji i leczeniu pacjenta w szpitalu psychiatrycznym. Tymczasem, jak pokazują dobre europejskie praktyki, niezbędne jest przekształcenie systemu usług zdrowotnych w sieć **środowiskowych centrów zdrowia psychicznego** opartych na trzech filarach: profilaktyka - usługi zdrowotne - usługi społeczne. Takie rozwiązania zostały już w Polsce przetestowane w ramach projektów pilotażowych i należy teraz zaplanować ich szeroki rozwój w całym kraju. Należy również rozwinąć formy zdalnych działań profilaktycznych i leczniczych (przy wykorzystaniu już działających i sprawdzonych portali prowadzonych przez organizacje pozarządowe oraz aplikacji mobilnych) gwarantujących największy stopień jakości i dbałości o pacjenta. Proces ten wymaga współpracy resortów odpowiedzialnych za ochronę zdrowia, pomoc społeczną oraz za edukację. W przypadku zaburzeń psychicznych kwestie dzieci i młodzieży oraz kwestie zdrowia psychicznego trudno traktować oddzielnie. Dlatego też istotnym elementem spajającym zadania związane z ochroną najmłodszych i ich rodzin w tym obszarze jest model zaproponowany przez Ministerstwo Edukacji i Nauki - **"Edukacja dla wszystkich"** oraz reforma w psychiatrii dzieci i młodzieży (trzy poziomy referencyjności). Niemniej ważnym aspektem jest koordynacja działań na poziomie powiatu.
7. Należy dokonać **przeglądu wszystkich instytucji, w tym w szczególności placówek instytucjonalnej pieczy zastępczej i stacjonarnych zakładów pomocy społecznej, schronisk dla osób bezdomnych, stacjonarnych zakładów opieki długoterminowej ochrony zdrowia i całodobowych placówek oświatowych długoterminowego pobytu** pod względem ilościowym i jakościowym, powodów pobytu ich mieszkańców

oraz warunków jakie oferują te placówki. Dla wdrożenia skutecznych reform niezbędne jest zbadanie przyczyn, które leżą u podstaw przebywania osób w instytucjach. Niezbędne jest również moratorium²⁴ na powstawanie nowych instytucji w określonych sytuacjach. Konieczne jest zastanowienie się, jak zacząć je ograniczać poprzez indywidualne plany usamodzielniania osób przebywających dotąd w instytucji, zwłaszcza dotyczy to osób z niepełnosprawnością, czy z problemami zdrowia psychicznego. Konieczne jest zapewnienie praw podmiotowych dających możliwość decydowania o swoim życiu osobom starszym oraz reforma placówek dla dorosłych i dzieci, na rzecz działań o charakterze środowiskowym i interwencyjnym.

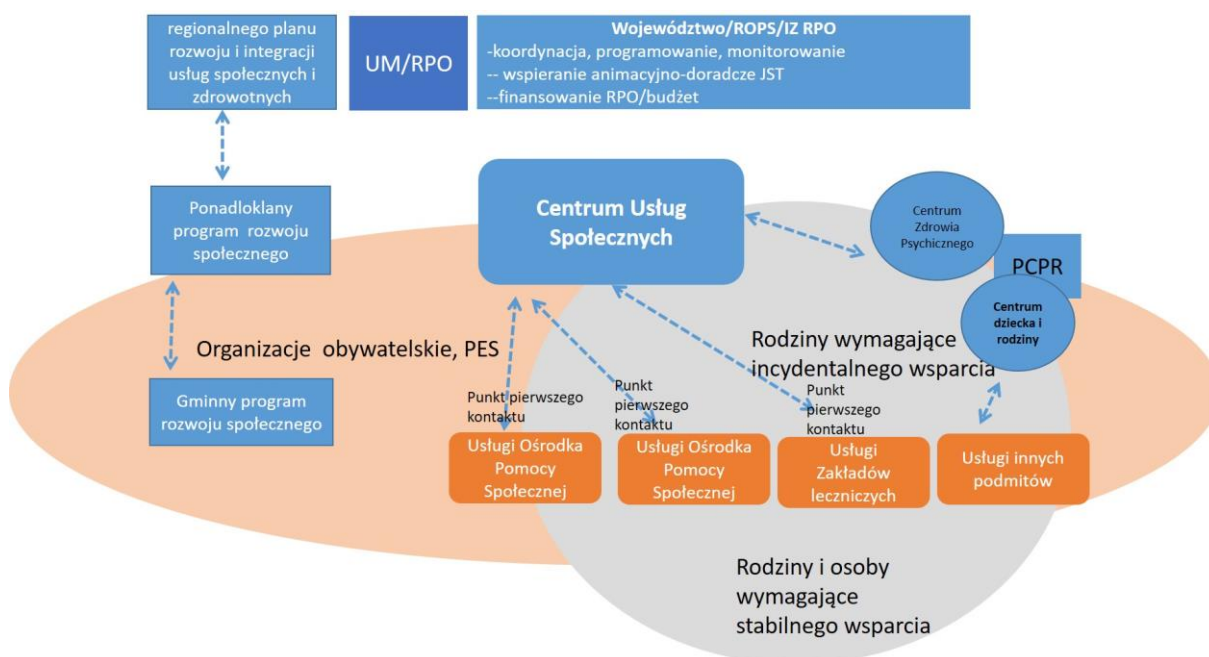
8. Żadna zmiana w zakresie usług społecznych nie może odbyć się bez udziału osób, które te usługi organizują i realizują – **pracowników zawodów pomocowych, inaczej zwanych służbami społecznymi**. Bez znaczącego wzmocnienia kadrowego i finansowego tych grup zawodowych, grozi nam olbrzymi kryzys w zakresie usług społecznych. Tymczasem grupy te znajdują się na najniższym poziomie płacowym i jednocześnie powstają coraz większe obszary niedoboru. Bez specjalistów żadne zmiany nie są możliwe.
9. Całość działań publicznych wymaga **skoordynowania** na poziomie krajowym (pełnomocnik rządu ds. deinstytucjonalizacji oraz zespół międzyresortowy ds. deinstytucjonalizacji oraz międzysektorowy ds. deinstytucjonalizacji), regionalnym (regionalny ośrodek polityki społecznej i platformy usług społecznych) oraz lokalnym. Istotną rolę w koordynacji działań mogą odegrać tworzone od początku 2020 roku **Centra Usług Społecznych**, które po okresie pilotażu i ewaluacji powinny stać się rozwiązaniem systemowym, otrzymując publiczne budżetowe wsparcie na koordynację usług społecznych na poziomie lokalnym i ponadlokalnym. Jednym z kluczowych elementów działań jest również sposób realizacji usług. Należy stworzyć realne **partnerstwo publiczno-społeczne**, w którym powstanie płaszczyzna działań dla sektora publicznego przy wsparciu sektora obywatelskiego.
10. Na usługi społeczne wydatkuje się znaczne **środki finansowe**, których wydatkowanie jest jednak w niewystarczającym stopniu skoordynowane, często niespójne i ma wielu decydentów niewspółpracujących ze sobą. Należy docelowo zwiększyć finansowanie z uwagi na rosnące potrzeby, ale

²⁴ Termin „moratorium” jest rozumiany w ramach Strategii zgodnie z treścią Ogólnoeuropejskich wytycznych dotyczących przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności.

dotychczasowych metod finansowania, a z drugiej zaprojektowanie takich propozycji, które umożliwią racjonalny rozwój usług społecznych dostępny dla wszystkich obywateli, a nie tylko mieszkańców dużych miast czy też bardziej prężnych samorządów. Ważne jest przetestowanie nowych formuł przepływu środków, w tym jako budżety osobiste, jako nowego instrumentu działającego na rzecz niezależnego życia. Dodatkowym elementem w zakresie koordynacji jest zintegrowanie finansowania ze środków europejskich i finansowania krajowego, tak aby nie tworzyć działań, które znikają bezpowrotnie po kilku latach i zakończeniu tzw. okresów trwałości.

II.4. Struktura zarządzania zmianą

Schemat 5. Struktura zarządzania zmianą



Elementem przesądzającym o skuteczności reform jest skoordynowanie całości systemu. W tym kontekście kluczowe jest:

- jasne zdefiniowanie systemu programowania regionalnego i lokalnego, rozproszonego obecnie na kilkanaście dokumentów, oraz wykreowanie regionalnego planu rozwoju i integracji usług społecznych i zdrowotnych;
- uczynienie podmiotów ekonomii społecznej w tym organizacji obywatelskich pełnoprawnym uczestnikiem dyskusji o potrzebach

(koncepcję taką zawiera projekt ustawy o ekonomii społecznej i solidarnej);

- skoordynowanie działań na poziomie krajowym (pełnomocnik rządu ds. deinstytucjonalizacji, społeczna platforma usług, zespół międzyresortowy ds. deinstytucjonalizacji) i regionalnym (Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej, regionalna społeczna platforma usług);
- upowszechnienie systemu Centrów Usług Społecznych jako koordynatora działań w obszarze ponadlokalnych usług społecznych i zdrowotnych;
- znaczące zwiększenie jakości i liczebności pracowników zawodów pomocowych oraz rodzin zawodowo zajmujących się wsparciem;
- zdefiniowanie na nowo systemu finansowania usług, które początkowo muszą zostać zwiększone, dając oszczędności w końcowym etapie reform;
- znaczące zwiększenie roli podmiotów ekonomii społecznej, w tym organizacji obywatelskich jako realizatora zdeinstytucjonalizowanych usług w społecznościach lokalnych .

II.5. Trzy fazy zmian strategicznych

Strategia przewiduje trzy ośmioletnie fazy działania. **Pierwsza faza: reforma środowiskowa (2021-2025)** ma na celu stworzenie od początku systemu wsparcia rodzin opiekujących się swoimi bliskimi – koszyka usług rodzinnych, wsparcia wytchnieniowego, mieszkań adaptowalnych i dostępnych (uwzględniających również zasoby komunalne gmin, w tym pustostany) oraz rozwój wsparcia o charakterze środowiskowym w sferze społecznej i zdrowotnej oraz form mieszkalnictwa wspomaganego.

W tym okresie powinny zostać wypracowane regulacje prawne:

- nowa ustawa o wyrównywaniu szans osób z niepełnosprawnościami, przewidziana w Strategii na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami 2021–2030,
- ustawowe regulacje w zakresie zapewnienia systemowego dostępu do asystencji osobistej,
- nowe regulacje w zakresie działań publicznych na rzecz osób wymagających wsparcia z uwagi na wiek – regulujące kwestie systemu wsparcia osób starszych (system, uprawnieni, rodzaje świadczeń) lub szerokie zmiany w ustawie o pomocy społecznej,
- nowa ustawa o działalności pomocowej regulującej rozwój zawodów służb społecznych,

zreformowana ustawa z dnia 19 lipca 2019 roku o realizacji usług społecznych przez centrum usług społecznych,

Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

oraz nowelizacja wielu innych ustaw, zgodnie z kierunkami określonymi w materiale;

W tej fazie opracowany zostanie system koordynacji usług społecznych oparty o działania Regionalnych Ośrodków Polityki Społecznej i regionalne plany rozwoju usług i deinstytucjonalizacji, (na poziomie regionalnym) oraz powszechny system Centrów Usług Społecznych (na poziomie lokalnym i ponadlokalnym).

Uporządkowany zostanie również – obecnie rozproszony - system finansowania wraz z zapewnieniem jego ciągłości i kontynuacji działań rozpoczętych ze środków europejskich.

Schemat 6. Fazy reform



Faza druga – reform strukturalnych (2026-2030), która rozpoczyna się już w trakcie realizacji pierwszej fazy działań, ma doprowadzić do całościowego wdrożenia skoordynowanego systemu domowych i środowiskowych usług społecznych, opartych o Centra Usług Społecznych, w pełni z informatyzowanych i skorelowanych z działaniami Ośrodków Pomocy Społecznej, Powiatowych Centrów Pomocy Rodzinie, środowiskowych centrów zdrowia psychicznego i zakładów opieki zdrowotnej. System ma również uwzględniać udział podmiotów

ekonomii społecznej w tym organizacji obywatelskich w ramach partnerstwa publiczno-społecznego.

W tej fazie zaczną obowiązywać moratoria związane z poszczególnymi typami instytucji lub osób w instytucjach (oczywiście możliwe jest określanie moratorium już we wcześniejszym stadium np. w przypadku instytucjonalnych form pieczy zastępczej, która jest najbardziej zaawansowana w procesie deinstytucjonalizacji, czy osób z niepełnosprawnościami).

W tym okresie dopracowany i wdrożony zostanie nowy system finansowania poszczególnych usług, zwłaszcza w kontekście opieki nad osobami starszymi i osobami z niepełnosprawnościami, w szczególności ukierunkowany na rozwiązanie „pieniądze idą za osobą”²⁵ i budżet osobisty. Rozpocznie się też zorganizowany, systemowy proces (na bazie wcześniejszych pilotaży) umożliwiania osobom umieszczonym w instytucjach powrotu do rodziny lub samodzielnego, niezależnego życia w społecznościach lokalnych

Faza trzecia – reform instytucjonalnych (2031-2035), skupiać się będzie na zmianach instytucjonalnych, przy jednoczesnej gotowości systemu w wymiarze usług środowiskowych, mieszkaniowych oraz systemu finansowania. W tym okresie następować będzie transformacja placówek całodobowych w centra wsparcia środowiskowego, placówki o charakterze interwencyjnym lub specjalistycznym. Ostatecznym elementem reform będzie stworzenie prawa możliwości wyboru przez zainteresowaną osobę formy wsparcia związanej z konkretną sytuacją życiową (dotyczącą wszystkich grup bez wyjątku, przy czym oczywiście możliwe jest stworzenie możliwości wyboru formy wsparcia przez niektóre grupy, np. osoby z niepełnosprawnościami we wcześniejszym okresie).

²⁵ Funkcjonujący z powodzeniem od wielu lat w Polsce m.in. w ramach subwencji oświatowej oraz realizacji usług medycznych, jak również całościowo w innych krajach OECD.

Rozdział III. Priorytety i działania

Priorytet I. Rodzina

Działanie I.1. Wsparcie spójności funkcjonowania rodzin i ochrony praw dzieci

System wsparcia rodziny w środowisku lokalnym musi oferować lepszy dostęp do infrastruktury usług społecznych oraz systemu dostępnych usług. System będzie zawierać w szczególności: świadczenia pieniężne, wizyty patronażowe położnych i pielęgniarek środowiskowych, cykliczne bilanse dziecka wykonywane przez lekarza i pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej, poradnictwo specjalistyczne dla rodzin, terapię rodzinną i psychoterapię, asystenturę rodziny, dostępne placówki wsparcia dziennego (i inne zbliżone miejsca wsparcia), dostępne zajęcia edukacyjne, kulturalne, sportowo-rekreacyjne, diagnostykę i terapię uzależnień, programy korekcyjno-edukacyjne dla osób stosujących przemoc, wsparcie przez trenerów gospodarstwa domowego lub rodziny wspierające, mieszkania o charakterze treningowym, mieszkania wspomagane, grupy wsparcia i grupy samopomocowe, mediacje rodzinne.

Istotne jest uspołnienie współpracy wielu specjalistów z rodziną i na jej rzecz, wdrożenie rozwiązań zwiększających partycypację rodziny oraz włączenie dziecka zagrożonego rozdzieleniem z rodziną lub rozdzielonego z nią w podejmowanie decyzji, które go dotyczą. Budowaniu wspólnej oferty będzie sprzyjało przekształcanie placówek opiekuńczo-wychowawczych, **które zostały szerzej opisane w Działaniu IV.3. Placówki całodobowego pobytu dla dzieci i młodzieży**, na centra usług rodzinnych i **specjalistyczne ośrodki** wsparcia dzieci i rodzin, **oferujące** usługiienne lub usługi krótkookresowego i turnusowego pobytu całodobowego dla dzieci i młodzieży oraz rodzin. Ponadto ważna jest realizacja działań w zakresie reagowania na sygnały o podejrzeniu łamania praw dziecka, w tym szczególnie ochrony przed przemocą z uwzględnieniem wsparcia dla dzieci i rodziców oraz przygotowanie kadr instytucji i osób zaangażowanych w pracę z dziećmi i rodzinami. Wsparcie procesu osiągania stabilizacji życiowej dziecka po separacji od rodziny.

Istotnym kierunkiem działań jest rozwój kadr systemu wsparcia rodziny - zwiększenie liczby pracowników oraz wzmocnienie wiedzy i kompetencji osób pracujących lokalnie z dziećmi i rodzinami. Zwiększenie liczby asystentów rodziny odpowiednio do zdiagnozowanych potrzeb, monitorowanie ich wiedzy w temacie bieżących możliwych form wsparcia i poprawa standardów ich pracy oraz objęcie

ich pracy superwizją. Wprowadzenie w każdej gminie usług rodzin wspierających. Praca rodziny wspierającej jest płatna, metodyczna, wspierana i monitorowana. Zwiększenie liczby przedstawicieli zawodów pomocowych realizujących poradnictwo specjalistyczne, terapię rodzin, psychoterapię, terapię uzależnień, oddziaływania korekcyjno-edukacyjne dla osób stosujących przemoc, zajęcia i terapię dla dzieci odpowiednią do zdiagnozowanych potrzeb w gminie oraz realizowanie programów wzmacniających ich wiedzę i kompetencje (szkolenia, superwizje). Budowanie partnerstw lokalnych i pracy w formule multiprofesjonalnej z udziałem rodziny. Wsparcie dla kadr oraz wsparcie rozwoju usług rodzinnych i środowiskowych oraz procesu przekształcania placówek całodobowych realizowane przez regionalne ośrodki polityki społecznej.

Niezbędne jest ograniczenie odpływu z rodzin młodzieży niedostosowanej społecznie lub zagrożonej tym niedostosowaniem poprzez rozwój środowiskowych form resocjalizacji, terapii i wychowania. Wdrażana będzie stopniowa zmiana funkcji MOW i MOS na turnusową, opartą jednocześnie o systemową pracę z rodziną. Zwiększana będzie liczba dziennych ośrodków wsparcia dla młodzieży niedostosowanej społecznie lub zagrożonej niedostosowaniem i ich rodzin w postaci klubów lub centrów młodzieży (jako zadanie gminy z możliwością tworzenia ponadgminnych ośrodków przez powiaty) oraz ośrodków kuratorskich. W celu zwiększenia szans dziecka na powrót do rodziny lub adopcję albo ustabilizowanie jego sytuacji życiowej w rodzinie zastępczej ważne jest skrócenie maksymalnego okresu z 18 do 6-8 miesięcy na pracę reintegracyjną z rodziną dziecka znajdującego się w pieczy zastępczej. Po tym okresie następuje sformułowanie planu bezpieczeństwa/stabilizacji sytuacji dziecka oraz uregulowanie sytuacji prawnej dziecka (przywrócenie, ograniczenie, zawieszenie, pozbawienie władzy rodzicielskiej). Zintensyfikowanie pracy reintegracyjnej w początkowym okresie separacji (o ile jest ona zasadna, nie zagraża bezpieczeństwu dziecka i jest zgodna z jego potrzebami) oraz prowadzenie tej pracy w oparciu o system specjalistycznych działań, opartych na współpracy gminno-powiatowej oraz na współpracy asystenta rodziny i innych specjalistów z dzieckiem, rodziną, rodzicami zastępczymi. Wprowadzenie możliwości realizacji pracy reintegracyjnej przy wykorzystaniu mieszkań wspomaganych o charakterze treningowym, a także wsparcia specjalistycznych lokalnych centrów pomocy dziecku i rodzinie, tworzonych na bazie obecnie funkcjonujących podmiotów.

Okres realizacji działania

2021-2035

Harmonogram

- Rozwój usług społecznych na rzecz rodziny połączony z otwieraniem się na społeczność lokalną aktualnych placówek całodobowych. Analiza systemu wsparcia rodziny: do 2022, podjęcie działań pilotażowych: 2023-2026, wdrożenie działań kompleksowych: do 2027.
- Rządowy program wsparcia zatrudnienia asystentów rodziny – kontynuacja.
- Rządowy program wspierający rozwój centrów usług rodzinnych i specjalistycznych ośrodków wsparcia dzieci i rodzin: od 2024.

Koordynator

MRiPS

Podmioty współpracujące

MEiN, MZ, MFiPR, RPO, RPD, jednostki samorządu terytorialnego, organizacje pozarządowe

Finansowanie

Budżet państwa, środki JST, EFS

Działanie I.2. Piecza zastępcza

Niezbędne zmiany w systemie pieczy zastępczej staną się impulsem do rozwoju rodzicielstwa zastępczego i umożliwią wszystkim dzieciom, które nie wychowują się w rodzinach biologicznych lub adopcyjnych, opiekę w rodzinie. Opieka instytucjonalna będzie miała charakter pomocy, interwencyjnej, wysokospecjalistycznej, w tym również pobytu całodobowego, jednak wyłącznie krótkookresowego, realizowanego w trybie „turnusowym”.

Projektowane rozwiązania mają doprowadzić do zwiększenia zasobu rodzin zastępczych oraz zapewnić dzieciom (w szczególności z niepełnosprawnością, FAS, problemami zdrowia psychicznego, doświadczeniem złożonej traumy rozwojowej, przewlekłymi chorobami, niedostosowaniem społecznym lub zagrożonym niedostosowaniem) wsparcia jak najlepiej dopasowanego do ich potrzeb. Ponadto, uwzględniają prawo do wyrażania przez dzieci swojego zdania i uczestniczenia w decyzjach, które ich dotyczą (niezależnie od wieku i poziomu rozwoju). System wsparcia dzieci poza rodziną biologiczną przewiduje promowanie rodzicielstwa zastępczego, w szczególności dla dzieci ze specjalnymi potrzebami, wprowadzenie wyższych standardów przygotowania kandydatów na rodziców zastępczych, koordynowanie działań pomiędzy gminą a powiatem w celu elastycznego i natychmiastowego odpowiadania na potrzebę umieszczenia dzieci poza rodziną, uwzględnienie w prawie pracy specyfiki pracy rodzica

zastępczego i umożliwienie zatrudnienia na podstawie umowy o pracę oraz wprowadzenie nowych rozwiązań dotyczących poziomu wynagradzania (zwiększenie wynagrodzeń) i rozwoju zawodowego rodziców zastępczych (indywidualna ścieżka kariery i rozwoju aktualizowana raz w roku). Zlikwidowane zostaną bariery w powierzaniu dzieci do rodzinnych form pieczy zastępczej na terenie innych powiatów niż powiat pochodzenia dziecka, przy utrzymaniu zasady pierwszeństwa powiatów ościennych, a w sytuacjach szczególnych rozważania również miejsc w innych powiatach.

Nastąpi uporządkowanie systemu, w tym przeniesienie rodzin zastępczych spokrewnionych na poziom gminy oraz pozostawienie pozostałych form rodzinnej pieczy zastępczej na poziomie powiatu, jednak nastąpi zmiana dotychczasowego podejścia poprzez elastyczne formy opieki zastępczej dostosowane do potrzeb dziecka, pozostawiając jedynie podział na: rodziny zastępcze zawodowe i rodzinne domy, a także rodziny zastępcze niezawodowe (tworzone wyłącznie na wniosek rodziny).

Nastąpi otwarcie wszystkich, działających dotychczas jako całodobowe, instytucji na świadczenie usług w społeczności lokalnej, zmieniając docelowo ich funkcję na turnusową i krótkoterminową, opartą o jednoczesną systemową pracę z rodziną w oparciu o Plan Pomocy Dziecku i Rodzinie. Wprowadzone zostaną standardy wsparcia rodziców zastępczych począwszy od początkowego okresu przyjęcia dziecka (w tym możliwości priorytetowo dostępnych konsultacji specjalistycznych), po stałe wsparcie, w tym wdrożenie wsparcia wytchnieniowego.

Wprowadzona zostanie adopcja dofinansowana, dedykowana w szczególności rodzinom decydującym się na przysposobienie liczego rodzeństwa od trojga dzieci włącznie oraz dziecka z orzeczeniem o niepełnosprawności lub z chorobą przewlekłą, a także uprawnienie do urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego bez względu na wiek adoptowanego dziecka. Wprowadzone zostaną standardy pracy ośrodków adopcyjnych, dotyczących dziecka w procedurze adopcyjnej.

Wdrożony zostanie mechanizm lokalnej analizy sytuacji dzieci umieszczonych w pieczy zastępczej pod kątem możliwości powrotu do rodziny biologicznej, adopcji oraz potrzeb dzieci i rodziców zastępczych uwzględniających konieczność stabilizacji życiowej dziecka po separacji od rodziny. Wprowadzony zostanie krajowy system monitoringu losów dzieci objętych działaniami systemu wsparcia rodziny i pieczy zastępczej oraz adopcjami oraz centralny bank danych rodzin zastępczych. Monitorowanie procesu deinstytucjonalizacji w obszarze pieczy zastępczej umożliwi wdrożenie narzędzia badawczego służącego weryfikacji procesu deinstytucjonalizacji pieczy zastępczej w powiatach.

Okres realizacji działania

2021-2035

Harmonogram

- Zmiany prawne reformujące pieczę zastępczą: do 2023, wdrożenie zmian: od 2027, wsparcie w procesie wdrożenia: od 2024 do 2027;
- Wprowadzenie adopcji dofinansowanej: do 2023;
- Wdrożenie nowych zasad zatrudniania i dofinansowania rodzin zastępczych: do 2025;
- Zmiany w zakresie przygotowywania rodziców zastępczych. Przygotowanie nowych standardów: do 2022, pilotaż nowych standardów: 2022-2026. Wdrożenie nowych zasad: od 2027;
- Wprowadzenie mechanizmów partycypacji dzieci w decyzjach ich dotyczących. Pilotaż: 2022-2026, ewaluacja: do 2026. Wdrożenie rozwiązań systemowych: po 2027;
- Funkcjonujący krajowy monitoring losów dzieci: do 2023.
- Wdrożenie narzędzia badawczego służącego weryfikacji procesu deinstytucjonalizacji pieczy zastępczej w powiatach: do 2022.

Koordynator

MRiPS

Podmioty współpracujące

MZ, MEiN, MS, RPO, RPD, jednostki samorządu terytorialnego

Finansowanie

Budżet państwa, środki JST, EFS

Działanie I.3. Wsparcie dla dzieci i młodzieży z problemami zdrowia psychicznego

Zdrowie psychiczne dorosłych oraz dzieci i młodzieży staje się kluczowe w kontekście przemian cywilizacyjnych. Ponieważ choroby i zaburzenia psychiczne mają złożoną etiologię, w której czynniki środowiskowe odgrywają kluczową rolę, dlatego deinstytucjonalizacja usług powinna być priorytetem w sektorze pomocy społecznej, ochrony zdrowia i oświaty.

W przypadku niepełnoletnich do 16 r.ż. od strony prawnej i praktycznej istnieje tzw. "trzecia strona" procesów pomocy i leczenia, tj. opiekunowie prawni oraz obowiązek edukacyjny. Ma to swoje konsekwencje w kosztochłonności i realizacji usług dla dzieci i młodzieży w obszarze zdrowia psychicznego. Bezwzględnie zatem wsparcie dla rodzin, dzieci i młodzieży powinno być kształtowane z

uwzględnieniem "trzeciej strony" oraz zróżnicowaniem potrzeb rozwojowych wynikających z wieku niepełnoletnich (np. 0-3 r.ż. czy powyżej 16 r.ż.).

Pod opieką systemu oświaty pozostaje zdecydowana większość niepełnoletnich potrzebujących wsparcia, w tym także dzieci i młodzież z zaburzeniami i chorobami psychicznymi. Dużo mniejszy odsetek niepełnoletnich jest objęty wsparciem systemu pomocy społecznej lub systemu ochrony zdrowia. Dlatego wczesne rozpoznanie problemów psychicznych dzieci i młodzieży oraz pierwsze interwencje powinny być prowadzone w ramach placówek oświatowych. System koordynacji wsparcia na poziomie lokalnym - przy współpracy z CUS - powinien być organizowany w placówkach oświatowych na poziomie powiatu, z wykorzystaniem dostępnych zasobów jednostek samorządu terytorialnego.

Efektywna koordynacja międzysektorowa wymaga wspólnej i uzgodnionej metody opisu sytuacji dziecka i jego rodziny. Diagnoza funkcjonalna (ICF) jest taką metodą, jest także przydatnym narzędziem monitorowania efektów interwencji. Standardy ICF powinny być wdrażane we wszystkich podmiotach poszczególnych tworzących lokalny system koordynacji.

W politykach publicznych nadrzędną zasadą powinna być wczesna interwencja jako najbardziej optymalna strategia profilaktyki zaburzeń psychicznych wśród dzieci i młodzieży. Z badań naukowych oraz analiz dotyczących efektywności systemu ochrony zdrowia wynika, że wczesna interwencja/wczesne wspomaganie rozwoju (WI/WWR) jest najlepszym czynnikiem chroniącym. W zaburzeniach i chorobach psychicznych model ten powinien być familiocentryczny i skoncentrowany na wzmacnianiu bezpiecznej i prawidłowej więzi z rodzicami/opiekunami prawnymi. W przypadku pieczy zastępczej powinien służyć odbudowywaniu relacji pomiędzy opiekunami prawnymi i podopiecznymi.

Stopniowalność, a co za tym idzie referencyjność sieci, udzielanego wsparcia jest celem optymalizacji ekonomicznej oraz pozwala na racjonalne wykorzystanie zasobów kadrowych. Z jednej strony zbyt mała liczba lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży nie zabezpieczy potrzeb populacji osób do 18 roku życia; z drugiej strony wielu pacjentów nie powinno trafiać do lekarza psychiatrii dzieci i młodzieży. Wielu osób niepełnoletnich nie trafiałoby do lekarza psychiatrii gdyby na wcześniejszym etapie otrzymało odpowiednie wsparcie. Odpowiedzią na wskazywany problem mogłoby być stworzenie mechanizmów wczesnego wykrywania zaburzeń psychicznych oraz podstawowego wsparcia w ramach zespołów specjalistów na poziomie przedszkola lub szkoły podstawowej. Kryzys psychiczny w jakim mogą znajdować się młodzi pacjenci, to proces złożony i wymaga wielospecjalistycznych oddziaływań oraz powinien być skoordynowany. Efektywność podejmowanych działań powinna podlegać ciągłemu monitoringowi na poziomie społeczności lokalnej/powiatu.

Reforma w psychiatrii dzieci i młodzieży zakłada trójstopniową sieć referencyjną w leczeniu zaburzeń i chorób psychicznych. Lokalizacja poziomów referencyjnych uwzględnia zasady współpracy w środowisku lokalnym oraz wypracowania ścieżki leczenia niepełnoletniego pacjenta z uwzględnieniem "trzeciej strony" oraz kompleksowości procesu leczenia, w tym diagnozy i terapii w medycynie somatycznej.

Należy zauważyć, że obecnie w większości powiatów/dzielnic powstały już poradnie psychologiczne dla dzieci, które – zgodnie z przyjętymi założeniami reformy - uruchamiają usługi terapii środowiskowej. Analiza liczby udzielonych świadczeń wykazała, że udział wizyt środowiskowych jest wysoce niezadawalający i sprzeczny z przyjętymi założeniami reformy. Stanowi to poważne ryzyko w procesie deinstytucjonalizacji wsparcia dla osób niepełnoletnich i ich rodzin. Wydaje się zatem, że konieczne jest poddanie ponownej analizie założeń dotyczących realizacji usług środowiskowych w ochronie zdrowia. Będzie to wymagało wypracowania nowych standardów organizacyjnych, diagnozy oraz leczenia oraz zasad współpracy z otoczeniem społecznym.

Ośrodki II poziomu referencyjnego powinny być lokowane tak, aby dostęp do lekarza psychiatry dla pacjentów tego wymagających był dostępny i względnie szybki. Co do zasady zabezpieczenie zdrowia najmłodszych na drugim poziomie powinno dotyczyć dzieci i młodzieży, które wymagają dłuższych procesów leczenia lub usług dziennych w ramach struktury oddziału dziennego rehabilitacyjnego psychiatrycznego. Doświadczenia projektów „Deinstytucjonalizacja szansą na dobrą zmianę – projekt zintegrowany. Dzielnica Bielany m.st. Warszawy” oraz kategorie zaburzeń diagnozowanych w ośrodkach I poziomu wskazują, że centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży może nawiązać efektywną współpracę z maksymalnie sześcioma ośrodkami I poziomu referencyjnego.

W każdym województwie - w zależności od populacji niepełnoletnich - powinien powstać co najmniej jeden ośrodek III poziomu referencyjnego. Ośrodki te pełnią rolę zabezpieczenia życia i zdrowia niepełnoletnich pacjentów. Wskaźniki prób samobójczych w Polsce wskazują, że rola tych ośrodków w całym systemie jest niezbędna. W przypadku prób samobójczych i niektórych zaburzeń oraz chorób psychicznych konieczna jest diagnostyka somatyczna lub leczenie somatyczne podtrzymujące życie. Ośrodki te powinny powstawać w ramach szpitala wielospecjalistycznego pediatrycznego, który zapewnia kompleksową diagnostykę w sytuacjach wymagających hospitalizacji.

Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

Wdrożenie sieci referencyjnej zakłada realizację trzech niezbędnych działań, które powinny być finansowane w ramach środków publicznych krajowych i unijnych na poziomie centralnym lub regionalnym, tj:

- 1) wypracowanie standardów organizacyjnych, wytycznych i zaleceń diagnostycznych oraz leczniczych w ramach ścieżki pacjenta z uwzględnieniem koordynacji na poziomie lokalnym oraz pomiędzy podmiotami będącymi w sieci referencyjnej;
- 2) inwestycja w rozwój kadr specjalistów z uwzględnieniem perspektywy współpracy międzysektorowej i deinstytucjonalizacji usług, tj. psychologów diagnostów dzieci i młodzieży, specjalistów psychoterapii dzieci i młodzieży oraz terapeutów środowiskowych dzieci i młodzieży;
- 2) inwestycja w lokale, które są usytuowane jak najbliżej społeczności lokalnych. Deinstytucjonalizacja wymaga rozwoju usług poza budynkami szpitala. Wsparcie reformy psychiatrii dzieci i młodzieży zakłada, że ośrodki I i II poziomu powinny powstawać przy uwzględnieniu liczby populacji osób w wieku przedprodukcyjnym. Planowane środki unijne w obszarze deinstytucjonalizacji powinny zakładać fundusze na rozwój małej infrastruktury w społecznościach lokalnych;
- 4) powołanie jednego ośrodka na poziomie krajowym, który będzie koordynował rozwój sieci, monitorował efektywność leczenia oraz wyznaczał kierunki rozwojowe związane z leczeniem dzieci i młodzieży.

Okres realizacji działania

2021-2035

Harmonogram

- wdrożenie familiocentrycznego modelu wczesnej interwencji/wczesnego wsparcia rozwoju dla dzieci w wieku 0-3/5 roku życia do 2025 roku z uwzględnieniem koordynacji międzysektorowej (MEiN);
- wdrożenie systemu koordynacji wsparcia oraz międzysektorowego rejestru usług wspólnych dla dorosłych, dzieci i młodzieży na poziomie krajowym i lokalnym do końca 2025 roku (MRiPS);
- wdrożenie ośrodków sieci referencyjnej w psychiatrii dzieci i młodzieży w następujący sposób (MZ):
- powstanie min. 350 ośrodków I poziomu referencyjnego do końca 2022 roku;
- powstanie min. 60 ośrodków II poziomu referencyjnego do końca 2023 roku;
- powstanie min. 16 ośrodków III poziomu referencyjnego, w tym 1 w województwie podlaskim do końca 2025 roku;

- opracowanie i wdrożenie standardów organizacyjnych oraz diagnostyczno-terapeutycznych dla sieci referencyjnej uwzględniających koordynację na poziomie gminy, powiatu lub regionu do końca 2025 roku;
- zwiększenie liczby psychiatrów dzieci i młodzieży o co najmniej 80 specjalistów do końca 2027 roku;
- wykształcenie co najmniej 1200 nowych specjalistów, którzy uzyskają kwalifikację w zakresie psychologii klinicznej dzieci i młodzieży lub psychoterapii dzieci i młodzieży lub terapii środowiskowej dzieci i młodzieży do końca 2027 roku;
- wsparcie infrastrukturalne co najmniej 120 podmiotów leczniczych uczestniczących w realizacji nowego modelu ochrony zdrowia dla dzieci i młodzieży oraz podmiotów wyrażających chęć do włączenia w nowy model opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży do końca 2027 roku;
- utworzenie krajowego ośrodka zdrowia psychicznego ds. monitorowania, ewaluacji i rozwoju systemu ochrony zdrowia w obszarze zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży - do 2022 roku

Koordynator

MZ

Podmioty współpracujące

MEiN; MRiPS; MS; MFiPR; RPD, wojewodowie; jednostki samorządu terytorialnego; organizacje pozarządowe, w tym pacjenckie; towarzystwa i stowarzyszenie eksperckie oraz zawodowe

Finansowanie

Budżet państwa, NFZ, EFS

Działanie I.4. Zbudowanie i rozwój systemu usług na rzecz rodzin z osobami wymagającymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu

Wsparcie świadczone przez członków rodziny i osoby bliskie, stanowi obecnie najbardziej powszechną formę opieki nad osobami wymagającymi wsparcia. Aby uniknąć kierowania osób do instytucji i zapewnić jak najdłuższe funkcjonowanie tych osób w środowisku rodzinnym, niezbędne jest stworzenie kompleksowego systemu wsparcia dla rodzin oraz osób potrzebujących - wsparcia uruchamianego w momencie pojawiania się konkretnych potrzeb. Należy zwrócić uwagę na brak w chwili obecnej kompleksowych działań w tym obszarze, co może spowodować olbrzymi nacisk na nieprzygotowane do tego, zarówno w wymiarze ilościowym jak i jakościowym instytucje pomocowe. Niezbędne jest zatem przygotowanie

zmian prawnych regulujących zakres pomocy systemowej na rzecz osób wymagających wsparcia: z uwagi na wiek, chorobę lub niepełnosprawność, sytuację rodzinną lub mieszkaniową oraz dodatkowo przygotowanie usług adresowanych do rodzin/osób opiekujących się osobami wymagającymi wsparcia wraz z zasadami finansowania tych usług.

System wsparcia powinien:

- obejmować dogodny dostęp do informacji o usługach i samych usług jak i informacji o dostępie do świadczeń pieniężnych;
- oferować wsparcie osobom i rodzinom w stopniu adekwatnym do ich zaangażowania w proces opieki oraz uwzględniać poziom funkcjonowania osoby w codziennym życiu, w sytuacjach kryzysowych lub zdarzeniach losowych;
- obejmować także poradnictwo, doradztwo, opiekę psychologiczną i psychospołeczną oraz działania edukacyjne;
- zapewniać wsparcie w postaci niezbędnej opieki medycznej w warunkach domowych w tym długoterminowej opieki pielęgniarstwa lub opiekuna medycznego, usług asystencji osobistej, usług o charakterze wytchnieniowym, usług opiekuńczych, oraz działań uzupełniających w postaci wsparcia specjalistycznego, wypożyczalni sprzętu wspomagającego i sprzętu pielęgnacyjnego oraz zabezpieczenia bezpłatnego specjalistycznego sprzętu niezbędnego osobom z niepełnosprawnościami w każdym wieku w zakresie ich mobilności i komunikacji z otoczeniem.

Wsparcie wytchnieniowe wpływa na dobrostan i możliwość odpoczynku, leczenia i rehabilitacji opiekunów oraz ich relacje z pozostałymi członkami rodziny oraz otoczeniem. Ponadto wraz z innymi formami wsparcia pomaga opiekunom faktycznym w samorealizacji i funkcjonowaniu w rolach zawodowych i społecznych. Jest to usługa wspierająca opiekuna faktycznego w pełnieniu swojej roli poprzez zapewnienie odpoczynku fizycznego i psychicznego oraz kompetencji i narzędzi w procesie opiekuńczym. Zapobiega także wypaleniu opiekunów. Wsparcie wytchnieniowe zapewniane będzie w formach stacjonarnych miejsc opieki całodobowej, usługi realizowanej w mieszkaniu osoby wymagającej wsparcia, usługi realizowanej w społeczności lokalnej osoby wymagającej wsparcia, usługi realizowanej przez rodzinę wytchnieniową, zapewniając odpoczynek opiekunowi faktycznemu od codziennych obowiązków. W każdym przypadku opiekun wytchnieniowy akceptowany byłby przez rodzinę i osobę, której to dotyczy.

System działań dla osób i rodzin opiekujących się swoimi bliskimi, będzie uwzględniał możliwość realizacji wsparcia świadczonego przez grupę gmin w wymiarze ponadlokalnym, koordynowanych przez system Centrów Usług

społecznych i dostarczać z jednej strony obywatelom pełnej informacji o możliwych formach wsparcia, z drugiej zaś organizować wsparcie dla konkretnych przypadków i sytuacji w ramach indywidualnych planów kompleksowych usług.

Istotną kwestią będzie uporządkowanie świadczeń finansowych dla członków rodzin (osób sprawujących opiekę) nad osobami potrzebującymi wsparcia poprzez zmiany w już istniejących świadczeniach pieniężnych. Świadczenie pielęgnacyjne dla osób pełniących opiekę nad osobami wymagającymi wsparcia (jako forma zawodowego opiekuna) będzie całościowo przeanalizowana z uwagi na elastyczność (wybór formy opieki), możliwości łączenia z pracą, oraz zróżnicowanie wysokości. Powiązana zostanie możliwość uzyskania tego świadczenia z możliwością korzystania z usług asystenckich lub opiekuńczych.

Dodatkowym niezwykle istotnym elementem powinno być przygotowanie i wdrożenie zmian w przepisach prawa pracy oraz ubezpieczeń społecznych, rozwiązań ułatwiających elastyczny czas pracy lub wykonywanie telepracy, etat współdzielony, dodatkowe dni wolne w związku z opieką nad członkiem rodziny wymagającym wsparcia.

Okres realizacji działania

2021-2035

Harmonogram

- Budowa systemu koordynacji usług: do 2030 (MRiPS, JST). System koordynacji tworzony będzie m.in. w oparciu o ponadlokalne i lokalne Centra Usług Społecznych. Pilotaż: 2021-2023, Pilotaż ponadgminny: 2023-2025, zmiany regulacyjne: do 2025, Wdrożenie całościowego systemu: do 2027. Szczegółowe działania opisane są w Rozdziale IV.
- Budowa systemu usług wsparcia dla opiekunów (2035). Określenie ram prawnych systemu wsparcia: do 2023, wypracowanie metodyki całościowego wsparcia: do 2025.
- Stworzenie i stopniowy rozwój zakresu usług wsparcia obejmującego:
 - poradnictwo oraz pomoc w uzyskaniu informacji umożliwiających poruszanie się po różnych segmentach systemu wsparcia: do 2023 (MRiPS);
 - wsparcie wytchnieniowe: do 2023, objęcie wszystkich powiatów: do 2027, całościowe wdrożenie: do 2035 (MRiPS);
 - wsparcie psychologiczne i psychospołeczne, pilotaż do 2025 r., włączenie do systemu świadczeń gwarantowanych opieki zdrowotnej wraz z telefoniczną informacją: do 2027 (MZ);

- działania edukacyjne, szkolenie praktyczne i wymianę doświadczeń dla członków rodzin osób wymagających wsparcia. Pilotaż do 2025 roku, włączenie do systemu: do 2026 (MZ);
- zapewnienie niezbędnej opieki medycznej w tym opieki pielęgniarskiej długoterminowej lub opiekuna medycznego; usług asystenckich lub opiekuńczych: od 2023 (MRPiPS, MZ);
- funkcjonowanie wypożyczalni sprzętu wspomagającego i sprzętu pielęgnacyjnego (MRPiPS): od 2025;
- Reforma świadczeń pieniężnych: do 2024 (MRiPS);
- Zmiany prawa pracy i ubezpieczeń społecznych: do 2023 (MRiPS).

Koordynator

MRiPS

Podmioty współpracujące

MZ, MFiPR, PFRON, jednostki samorządu terytorialnego

Finansowanie

Budżet państwa, środki JST, EFS

Działanie I.5. Rozwój wsparcia dziennego

Wsparcie dzienne stanowi istotny element funkcjonowania osób i rodzin wspierających (swoich bliskich) z uwagi na podeszły wiek, problemy zdrowotne, niepełnosprawności, kryzysy psychiczne jak również dla dzieci. Wsparcie dzienne realizowane poza domem daje osobie wspieranej możliwość rozwoju indywidualnego i społecznego, nawiązywania relacji poza domem oraz pełnienia ról społecznych. Natomiast osoby wspierające, dzięki istnieniu profesjonalnej sieci wsparcia dziennego, mogą w tym czasie realizować się zawodowo, wykorzystując zdobyte wykształcenie i umiejętności oraz pełnić przynależne każdemu człowiekowi role społeczne.

W przypadku działań skierowanych do osób starszych kontynuowany będzie program rządowy Senior+ w nowych odsłonach do 2035 roku. Od 2026 środki będą skierowane na zachowanie trwałości dotychczasowych efektów programu oraz efektów Europejskiego Funduszu Społecznego, przy bardziej elastycznym podejściu, zwłaszcza w zakresie współfinansowania przez samorządy oraz zwiększeniu wydatków o charakterze inwestycyjnym. Nastąpi znaczące wydłużenie finansowania funkcjonowania istniejących domów do co najmniej 7 lat w tym domów finansowanych ze środków programu i Regionalnych Programów Operacyjnych przy założeniu finansowania od 60% kosztów do 40%

w ostatnim roku. Premiowane będą projekty partnerskie o charakterze publiczno-społecznym, oraz włączenie organizacji obywatelskich jako możliwych realizatorów wsparcia dziennego. Działania te i finansowanie powinny zostać określone parametrycznie na poszczególne województwa i finansowane zgodnie z regionalnymi planami deinstytucjonalizacji jako część kosztów funkcjonowania domu.

Istotnym elementem jest rozwój Dziennych Domów Pomocy Medycznej. Niezbędne jest określenie sposobu finansowania nowych domów w ramach środków EFS+, oraz zapewnienie trwałości finansowania ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Musi nastąpić również skorelowanie działań pomocy społecznej z działaniami ochrony zdrowia w zakresie placówek wsparcia dziennego. Dodatkowym elementem powinny być: uzupełnienie działań w sferze ochrony zdrowia: system dziennego wsparcia dla osób z zaburzeniami otępiennymi i innymi przewlekłymi chorobami mózgu skutkującymi zaburzeniami pamięci oraz dla opiekunów tych osób.

W przypadku środowiskowych domów samopomocy nastąpić musi zwiększenie ich liczby i jakości oferty adekwatne do realnych potrzeb i wieku uczestników, tak aby wszystkie powiaty zostały objęte zasięgiem ich działania.

Ponadto zgodnie z brzmieniem działania I.3.6 Strategii na rzecz osób z niepełnosprawnościami 2021-2030 pt. Poprawa funkcjonowania środowiskowych domów samopomocy:

„Przyjęte zostaną przepisy gwarantujące środowiskową formę ŚDS oraz maksymalne wspieranie możliwości niezależnego życia uczestników, przy stałym włączeniu w społeczność lokalną.

Działanie zakłada pogłębioną analizę jakości i efektywności wsparcia oraz realizacji celów ustawowych ŚDS, jak również stworzenie standardów pracy ŚDS, mających na celu poprawę ich funkcjonowania. Praca ŚDSów zostanie ukierunkowana na maksymalne wykorzystywanie potencjału osoby i jej środowiska w celu umożliwienia osobie jak najbardziej niezależnego życia (m.in. z wykorzystaniem kręgów wsparcia). Nacisk w pracy ŚDSów zostanie również położony na nabywanie przez osoby umiejętności i kompetencji pozwalających im pozostać lub zacząć funkcjonować w społeczności lokalnej.

Działanie zakłada wdrożenie w ramach pracy ŚDS planowania skoncentrowanego na osobie (person-centered-planning), w celu m.in. indywidualizacji wsparcia, holistycznego podejścia do potrzeb osoby oraz zwiększenia samostanowienia.”

Zgodnie z brzmieniem działania IV.1.4 Strategii na rzecz osób z niepełnosprawnościami 2021-2030 pt. przewiduje się także “poprawę

funkcjonowania warsztatów terapii zajęciowej (WTZ)²⁶ i wypracowanie nowych rozwiązań w zakresie rehabilitacji społecznej i zawodowej, umożliwiających aktywizację społeczną i zawodową ich uczestników oraz zapewnienie wsparcia adekwatnego do ich potrzeb i oczekiwań. Działanie to posłuży do wypracowania nowego modelu rehabilitacji społecznej i zawodowej. Zakłada się funkcjonowanie WTZ według nowo opracowanych standardów i otwartych w większym stopniu na aktywizację społeczną połączoną z aktywizacją zawodową do czasu przejęcia zadań aktywizacyjnych WTZ wobec osób z niepełnosprawnościami przez przedsiębiorstwa ekonomii społecznej. W ramach działania planuje się podniesienie jakości i efektywności wsparcia zapewnianego przez warsztaty terapii zajęciowej przez opracowanie i wdrożenie standardów ich funkcjonowania. Ułatwiona zostanie możliwość podejmowania działań w zakresie aktywizacji zawodowej uczestników warsztatów terapii zajęciowej przez lepszą współpracę z pracodawcami (w tym podmiotami ekonomii społecznej i solidarnej) oraz instytucjami rynku pracy. Zakłada się zaangażowanie instytucji trenera pracy, wykorzystanie instrumentu zatrudnienia wspomaganego oraz umożliwienie uczestnikom WTZ odbywania staży zawodowych i próbnego podjęcia zatrudnienia. Ponadto wprowadzona zostanie możliwość łatwego powrotu osoby do WTZ, w sytuacji dużych trudności w funkcjonowaniu na rynku pracy (tzw. poduszka bezpieczeństwa). Działanie będzie także ukierunkowane na zapewnienie lepszej współpracy pomiędzy samorządami oraz koordynacji działań na rzecz osób wymagających wsparcia”.

Jednym z istotnych działań w ramach rozwoju wsparcia dziennego jest zapewnienie absolwentom szkolnictwa specjalnego miejsc w placówkach dziennych dla osób z niepełnosprawnością intelektualną (ŚDS) lub WTZ poprzez prowadzenie monitoringu potrzeb przyszłych absolwentów.

Okres realizacji działania

2021-2035

²⁶ Jedną z form wspierających proces rehabilitacji społeczno-zawodowej osób z niepełnosprawnościami są warsztaty terapii zajęciowej (WTZ). Zgodnie z ustawą o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, warsztat jest wyodrębnioną organizacyjnie i finansowo placówką stwarzającą osobom z niepełnosprawnościami niezdolnym do podjęcia pracy możliwość rehabilitacji społecznej i zawodowej w zakresie pozyskania lub przywracania umiejętności niezbędnych do podjęcia zatrudnienia. Głównym celem warsztatów terapii zajęciowej, poza rehabilitacją społeczną, jest aktywizacja zawodowa w zakresie pozyskania lub przywracania umiejętności niezbędnych do podjęcia zatrudnienia przez osoby z niepełnosprawnościami. W 2018 r. funkcjonowało 718 warsztatów, do których uczęszczało 27 450 osób z niepełnosprawnościami (UCHWAŁA NR 27 RADY MINISTRÓW z dnia 16 lutego 2021 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Strategia na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami 2021–2030)

Harmonogram

- Rozwój Programu Senior+ 2021-2025, 2026-2030, 2031-2035 (MRiPS) włączającego go od 2026 w zapewnianie trwałości tworzonych placówek;
- Ewaluacja programu Dzielne Domy Pomocy Medycznej (2021), włączenie świadczeń opieki zdrowotnej w DDOM do systemu świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej 2027, Stworzenie ogólnopolskiej sieci Dzielnych Domów Opieki Medycznej 2040 (MZ);
- Stworzenie sieci Dzielnych Centrów Wsparcia Pamięci. Opracowanie standardu: do 2021, pilotaż centrów: 2022-2025, ewaluacja pilotażu i analiza wdrożeniowa: 2025, tworzenie i finansowanie sieci Dzielnych Centrów Wsparcia Pamięci 2030 w systemie świadczeń gwarantowanych w ramach opieki długoterminowej (MZ);
- Ewaluacja funkcjonowania Środowiskowych Domów Samopomocy: do 2022, wdrożenie planu rozwoju ŚDS: do 2025 (MRiPS).
- Ewaluacja funkcjonowania Warsztatów Terapii Zajęciowej 2021-2030

Koordynator

MRiPS, MZ, PFRON

Podmioty współpracujące

jednostki samorządu terytorialnego

Finansowanie

Budżet państwa, EFS, NFZ, budżet jst

Priorytet II. Społeczność lokalna

Działanie II.1. Budowa stabilnego systemu usług wsparcia w społecznościach lokalnych

Obecny system wsparcia w zakresie usług opiekuńczych, opieki długoterminowej oraz innych elementów działań środowiskowych na rzecz osób wymagających wsparcia z uwagi na wiek, chorobę lub niepełnosprawność, zostanie poddany rekonstrukcji – zapewniając spójność systemów pomocy społecznej i ochrony zdrowia. System zostanie wzmocniony, wskazując jednocześnie działania środowiskowe jako uzupełniające system wsparcia rodzin, który oparty zostanie na szerokim spektrum działań określając możliwe alternatywne formy wsparcia o charakterze środowiskowym, w wymiarze sąsiedzkim, opieki środowiskowej i długoterminowej, gospodarstw wspomaganych, poszerzonych form teleopieki i komunikacji sąsiedzkiej czy nowych działań o charakterze wspólnego zamieszkiwania, rodzin opiekuńczych, czy rodzinnych domów pomocy.

Niezbędnym elementem będzie zbudowanie szczegółowej i w miarę bieżącej informacji o stanie potrzeb osób wymagających wsparcia, analizując potrzeby osób objętych wsparciem rodzinnym oraz osóbo wymagających bardziej stałej asystencji instytucji publicznych, niezależnie czy są one finansowane ze środków pomocy społecznej czy też ochrony zdrowia. System ten powinien zostać w pełni z informatyzowany, tak aby zapewnić trafność, szybkość i adekwatność wsparcia. Musi on zapewnić spójność działań pomocy społecznej i ochrony zdrowia, co stanowi podstawowy warunek reformy wsparcia środowiskowego. Oznacza to wprowadzenie obowiązkowej gminnej analizy potrzeb opartej o platformę cyfrową w zakresie wsparcia wszystkich mieszkańców powyżej 75 roku oraz osób posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, w tym w szczególności wymagających intensywnego wsparcia.

Zostanie ustalony obowiązek wspólnego działania, usług społecznych i zdrowotnych, w którym decyzję o wsparciu środowiskowym koordynuje specjalista ds. pierwszego kontaktu, koordynator usług społecznych w OPS lub CUS, tak aby wsparcie było komplementarne i odpowiadało na potrzeby osób wymagających wsparcia i nie było uzależnione od innych kryteriów niż niepełnosprawność.

Diagnoza i koordynacja działań doprowadzi do określenia potrzeb z zakresie usług środowiskowych w tym zwiększenia wymiaru usług opiekuńczych i długoterminowych, tak aby każda osoba wymagająca wsparcia mogła z nich skorzystać w wybranym zakresie. Wymagać to będzie budowania spójnego

finansowania opartego o budżet państwa, budżet samorządu terytorialnego oraz opłaty osób wymagających wsparcia, w szczególności w oparciu o budżet osobisty.

W ramach budowania usług środowiskowych niezbędne są zmiany poszerzające możliwości wsparcia poprzez rozwój wsparcia sąsiedzkiego w tym idei domów sąsiedzkich, reformę funkcjonowania rodzinnych domów pomocy, opartych na dobrowolności, elastyczności oraz współfinansowaniu z różnych źródeł. Wdrażane będą działania na rzecz upowszechnienia działań w obszarze gospodarstw wspomaganych, w których usługi w zakresie wsparcia i/lub włączenia społecznego realizowane są w oparciu o infrastrukturę gospodarstwa i w powiązaniu z wykonywaną działalnością rolniczą. Nastąpi również wdrożenie nowych form wsparcia polegających na wspólnym zamieszkanu osób niespokrewnionych oraz formuły zamieszkiwania przez osoby wspierające, niespokrewnione z osobą wspieraną, w formule dziennej lub całodobowej, usług świadczonych przez wyspecjalizowane rodziny opiekuńcze i/lub przez specjalistów w ich prywatnych domach.

Kluczowym elementem działań, podobnie jak w innych elementach systemu, jest przyznanie podmiotowości osobom wymagającym wsparcia, jak również zwiększenie alternatywnych możliwości wsparcia zapobiegających umieszczeniu osób w instytucjach. Nastąpi określenie warunków wykonywania usługi opiekuńczej oraz usług długoterminowych, które powinna określać trójstronna umowa zawarta pomiędzy odbiorcą usługi lub jej opiekunem prawnym czy członkiem rodziny i podmiotem realizującym środowiskowe usługi opiekuńcze. Oznacza to możliwość realizowania różnych formuł wsparcia, których wybór dokonywany byłby przez samorząd w pełnej współpracy z zainteresowanym.

Rozwój usług w społecznościach lokalnych możliwy jest przy istotnym wzmocnieniu osób wykonujących zawody i profesje opiekuńcze i wspierające. Dlatego istotnym elementem będzie docelowa zmiana profilu zawodowego osób wykonujących zadania opiekuńcze z opiekuna na asystenta osobistego osób z niepełnosprawnościami oraz osób starszych, co umożliwiłoby z jednej strony zwiększenie możliwego zakresu kompetencji pracownika, z drugiej zwiększenia rangi zawodu pomocowego. Stopniowo będzie następowało zwiększenie liczby asystentów osób starszych oraz ich warunki płacowe. Ponadto nastąpi włączenie opiekunów medycznych do personelu udzielającego świadczeń gwarantowanych w ramach opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielanych w warunkach domowych, co w konsekwencji doprowadzi do zwiększenia liczby świadczeń gwarantowanych w ramach opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Okres realizacji działania

2021-2035

Harmonogram

- Zmiany regulacyjne definiujące zróżnicowane usługi wsparcia w szczególności usługi opiekuńcze i długoterminowe w środowisku oraz relacje między pomocą społeczną a ochroną zdrowia, oraz kwestie związane z koordynatorami usług lokalnych i ich zadaniami 2023, Stworzenie sieci gminnych koordynatorów usług we współpracy z CUS 2027;
- Wprowadzenie obowiązku prowadzenia gminnej analizy potrzeb w zakresie wsparcia i monitorowania stanu zdrowia wszystkich mieszkańców powyżej 75 roku oraz osób posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności. Przygotowanie metodologii gminnych analiz 2022. Zmiany regulacyjne 2023, pilotaż platformy cyfrowej 2023-2024 Pełne wdrożenie platformy cyfrowej 2027;
- Wdrożenie i upowszechnienie działań w obszarze gospodarstw wspomaganych. Zmiany regulacyjne 2023, wdrożenie działań systemowych do 2025;
- Reforma rodzinnych domów pomocy, zmiany regulacyjne 2023;
- Wdrożenie nowych form wsparcia wspólnego zamieszkiwania osób niespokrewnionych oraz formuły zamieszkiwania przez osoby wspierające niespokrewnione z osobą wspieraną w formule dziennej lub całodobowej, usług świadczonych przez wyspecjalizowane rodziny opiekuńcze. Przygotowanie koncepcji 2021, pilotaż nowych rozwiązań 2022-2025. Wdrożenie do rozwiązań systemowych od 2026;
- Upowszechnienie i wdrożenie na poziomie kraju systemu aplikacji komunikacyjnej z sąsiadami i rodzinami wypracowanego w ramach projektów EFS” (m.in. projektu „Dobre Wsparcie - system lokalnych usług społecznych” z województwa zachodniopomorskiego), w obecnej perspektywie do końca 2027 w 30% gminach oraz do 2035 w 50% gmin;
- Wprowadzenie procedur telemedycznych i teleopieki w wybranych dziedzinach medycyny adresowanej dla osób starszych. Opracowanie modeli procedur telemedycznych 2022, przeprowadzenie pilotaży 2023-2026, po ewaluacji włączenie ich do systemu świadczeń gwarantowanych 2027 (MZ);
- Wprowadzenie profesji asystentów osobistych osób z niepełnosprawnościami i osób starszych realizujących usługi wspierające. Dokonanie przeglądu kwalifikacji i kompetencji pracowników, oraz analiza potrzeb w tym zakresie 2022, zmiany systemowe do 2025, wdrożenie do 2027;

- Zwiększenie udziału opiekunów medycznych w opiece długoterminowej i paliatywnej. Opracowanie programu szkolenia specjalizacyjnego opiekunów medycznych 2022, realizacja szkolenia specjalizacyjnego dla opiekunów medycznych na potrzeby opieki długoterminowej, opieki paliatywno-hospicyjnej i opieki nad osobami z zaburzeniami otępiennymi – do końca 2029 r. (MZ).

Koordynator

MRiPS, MZ

Podmioty współpracujące

MC, MRiRW, wojewodowie, jednostki samorządu terytorialnego

Finansowanie

Budżet państwa, EFS

Działanie II.2. Asystencja osobista osób z niepełnosprawnościami

Asystencja osobista jako kluczowa usługa zawarta w Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych wymaga systemowego uregulowania oraz zapewnienia jej powszechności i stałości dla osób z różnymi niepełnosprawnościami. Oznacza to potrzebę regulacji ustawowej oraz sprawnego systemu organizacyjno-finansowego.

Usługa asystencji osobistej powinna być dostępna dla obywateli RP i osób posiadających prawo stałego pobytu w Polsce, mających potrzeby wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Przyznanie usług powinno odbywać się na wniosek osoby zainteresowanej lub jej reprezentanta prawnego na podstawie indywidualnej oceny potrzeb.

Zakres usług asystencji osobistej powinien być ściśle dostosowany do potrzeb danej osoby, a sama usługa - zarządzana przez osobę z niepełnosprawnością. Powinna ona być dostępna także dla dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością. Niezbędne jest precyzyjne określenie zakresu kompetencji asystenta, należy zlikwidować dotychczasowe biurokratyczne i nieelastyczne uwarunkowania, wymogi wobec asystenta osoby niepełnosprawnej.

Asystent osobisty może wspierać osobę z niepełnosprawnością we wszystkich sferach życia, w tym: społecznych np. w przemieszczaniu się m.in. do lekarza, do punktów usługowych i innych miejsc publicznych oraz asystowanie w tych miejscach, w nawiązywaniu i utrzymywaniu kontaktów oraz wypełnianiu ról społecznych, spędzaniu czasu wolnego, w tym podczas zajęć kulturalnych, sportowych i rekreacyjnych, w wykonywaniu podstawowych codziennych

czynności np. mycie, ubieranie się, pomoc w czynnościach fizjologicznych, zmianie pozycji ciała w łóżku, zawodowych np. w przemieszczaniu się do urzędów pracy, podmiotów aktywizujących zawodowo lub pracy oraz asysta w tych miejscach, edukacyjnych np. w przemieszczaniu się do szkół i in. placówek oświatowych, podczas zajęć edukacyjnych oraz w procesie uczenia się: gromadzenie materiałów, korzystanie z biblioteki.

Usługi asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością powinny być: dostosowane do potrzeb osoby z niepełnosprawnością z możliwością świadczenia ich w porze nocnej, w niezbędnym dla niej zakresie i wymiarze czasowym z możliwym zastosowaniem metody shared lives (wspólnego życia), stale dostępne, realizowane na rzecz danej osoby na terenie całego kraju oraz w różnych miejscach (np. szpitalu) i w razie konieczności - poza jego granicami (np. w przypadku podróży służbowej osoby korzystającej z usług asystenta), realizowane na rzecz ich użytkowników nieodpłatnie.

Osoba z niepełnosprawnością będzie mieć zapewnione zatrudnienie asystenta osobistego ze swojego budżetu osobistego, również w formie płatności bezpośrednich, gdy zdecyduje się na organizację usługi we własnym zakresie, według swojej preferencji lub możliwość samodzielnego wyboru, zgłoszenia osoby asystenta, z którym chce współpracować, gdy powierzy organizację tej usługi innym podmiotom. Umożliwi to zapewnienie odpowiedniej jakości usług, realizację potrzeb i wyborów osoby z niepełnosprawnością oraz wypełnienie wymogów Konwencji.

Usługi asystencji osobistej będą finansowane w szczególności z Funduszu Solidarnościowego.

Osoba z niepełnosprawnością będzie mogła zostać pracodawcą wybranego przez siebie asystenta lub będzie miała możliwość wyboru innego usługodawcy np. gminy, firmy komercyjnej, podmiotu ekonomii społecznej w tym organizacji obywatelskiej, a przede wszystkim prowadzenie asystencji osobistej dla siebie i innych zainteresowanych użytkowników w formie mikroprzedsiębiorstwa.

W tych przypadkach podpisany będzie kontrakt trójstronny pomiędzy osobą z niepełnosprawnością - zarządzającą swoim budżetem osobistym, organizatorem usługi i asystentem osobistym, określający zakres obowiązków i praw stron. Określenie sposobu realizacji i wymiar czasowy usług asystencji osobistej będzie każdorazowo regulowany w umowach między asystentem, a użytkownikiem (bądź jego reprezentantem prawnym). Stroną takiej umowy jest też - w zależności od wybranej przez osobę z niepełnosprawnością formy realizacji usługi - gmina lub wybrany usługodawca.

Uregulowania wymaga także określenie formuły przyznawania usług asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością poprzez odpowiednie wskazanie/uprawnienie w orzeczeniu (np. w stosunku do osób z problemami zdrowia psychicznego).

Osoba dziś otrzymująca świadczenie pielęgnacyjne będzie mogła otrzymać w zamian zatrudnienie jako asystent osobisty osoby niepełnosprawnej z wynagrodzeniem nie niższym niż przysługujące świadczenie opiekuńcze, jeśli będzie to wynikało z przeliczenia stawek godzinowych wynagrodzenia za pracę asystenta osobistego.

Okres realizacji działania

2021 – 2035

Harmonogram:

- Ustawowe uregulowanie usługi asystencji osobistej osoby z niepełnosprawnością w przepisach odnoszących się do rehabilitacji zawodowej i społecznej osób z niepełnosprawnością, lub przepisach zapowiadanej ustawy o wyrównywaniu szans osób z niepełnosprawnościami lub odrębnej ustawy o asystencji osobistej: do 2023;
- Uporządkowanie sposobu finansowania usług asystencji osobistej, a następnie wprowadzenie jednolitego sposobu alokacji finansowania opartego na podziale środków na województwa i przeznaczanie ich zgodnie z regionalnymi planami deinstytucjonalizacji. Ponadto uregulowanie możliwych procedur realizacji asystencji osobistej, wybór usługodawcy przez osobę z niepełnosprawnością i realizowania usługi przez gminę. Uporządkowanie systemu: do 2023, ujednoczenie: do 2025
- Wprowadzenie w ramach systemu orzecznictwa o niepełnosprawności wskazania dotyczącego potrzeby korzystania z usług asystencji osobistej - budżetu osobistego (lub w wyniku reformy orzecznictwa innego mechanizmu jasno określającego potrzebę skorzystania z tych form). Stwierdzenie potrzeby realizacji usług powinno odbywać się na wniosek osoby zainteresowanej bądź jej reprezentanta prawnego, w transparentnej i uproszczonej procedurze: do 2023;
- Przeanalizowanie i przygotowanie propozycji systemu finansowania usług asystenckich oraz poziomu powiązania korzystania z usług asystenckich w przypadkach uzyskiwania przez osobę wspierającą/usługodawcę świadczenia pielęgnacyjnego, lub uzyskiwania przez osobę świadczenia kompensacyjnego, wraz z uproszczoną procedurą rezygnacji przez osobę z niepełnosprawnością z opieki osoby pobierającej świadczenie pielęgnacyjne i/lub zatrudnienia takiej osoby jako asystenta osobistego: do 2023;

- Przetestowanie w ramach pilotażu możliwości finansowania asystenta osobistego w ramach budżetu osobistego i po przeprowadzeniu ewaluacji wprowadzenie ich do rozwiązań systemowych. Możliwe jest rozważenie finansowania bezpośrednio z Funduszu Solidarnościowego. Rola samorządu terytorialnego polegałaby wtedy na obowiązku zapewnienia usługi asystencji, gdy osoba niepełnosprawna zwróci się o to z przydzielonym budżetem osobistym: 2022-2025;
- Rezygnacja z przepisów określonych w Rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 13 marca 2017 r. w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego oraz Rozporządzenia Ministra Pracy Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania – obecnie asystenta osoby niepełnosprawnej (kod 341201): do 2022;
- Zapewnienie dostępu do usług superwizji dla asystentów osobistych - w określonych odstępach czasowych lub doraźnie, w razie wystąpienia takiej potrzeby: do 2023.

Koordynator:

MRiPS

Podmioty współpracujące:

MZ, JST

Finansowanie

Budżet państwa, PFRON, EFS

Działanie II.3. Kręgi wsparcia

Kręgi wsparcia zakładają stworzenie wokół osoby, zgodnie z jej potrzebami, kręgu osób wspierających, łączących wsparcie formalne (np. asystent osobisty, pracownik pomocy społecznej, terapeuta, prawnik) i nieformalne (rodzina, przyjaciele, znajomi, sąsiedzi, sprzedawca w lokalnym sklepie). Jest to forma wsparcia szczególnie często wykorzystywana w przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną.

Aby realnie zaistniała społeczna inkluzja potrzebne jest animowanie i organizowanie społeczności lokalnej, wydobywanie lokalnego potencjału, integrowanie zasobów, budowanie sieci współpracy i różnych form samopomocy. To utworzenie środowiskowego wsparcia społecznego w tym rozwój kręgów wsparcia, wolontariatu i wsparcia sąsiedzkiego w życiu codziennym w społeczności lokalnej, kreowanie postaw wrażliwości społecznej i solidarności. To

wdrażanie programów edukacji, animacji i wsparcia społecznego w społecznościach lokalnych (community work).

Konieczna jest również praca w społeczności i ze społecznością lokalną w celu włączenia osób wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym w lokalne środowisko umożliwiając im aktywność i życie na równi z innymi członkami społeczności. Wsparcie jest ściśle skoncentrowane na potrzebach osoby zgodnie z jej indywidualnymi preferencjami i zakłada w pełni włączający charakter, tak aby osoba mogła pozostać w wybranym przez siebie miejscu zamieszkania, przy zapewnieniu niezbędnych usług wspierających, także w sytuacji, gdy jej najbliższa rodzina nie będzie już miała możliwości udzielać jej wsparcia (z racji np. choroby, śmierci, stanu epidemii bądź pandemii lub z powodu wyboru samej osoby starszej czy z niepełnosprawnością).

Kręgi wsparcia wdrażają w praktyce ideę deinstytucjonalizacji i wsparcia w społeczności lokalnej i mogą mieć zarówno charakter prewencyjny (planowanie długoterminowe, zapewnienie bezpiecznej przyszłości poza instytucjami), interwencyjny (reagowanie w sytuacjach nagłych) oraz wspierający przejście z instytucji do wsparcia w społeczności lokalnej.

Zakłada się również pogłębioną analizę i wypracowanie rekomendacji prawnych i pozaprawnych w zakresie narzędzi wspierających bezpieczną przyszłość (m.in. finansową, prawną, organizacyjną) osób z niepełnosprawnościami i osób starszych – funduszy powierniczych, trustów, odwróconą hipotekę, stworzonych dla konkretnych osób, także w sytuacji, gdy jej najbliższa rodzina nie będzie już miała możliwości udzielać jej wsparcia.

Rozwiązania typu fundusze, trusty zorganizowane dla poszczególnych osób z niepełnosprawnością lub osób starszych funkcjonują powszechnie w krajach anglosaskich i są powiązane również z systemami świadczeń oraz w niektórych krajach (np. Kanada) zawierają również dotacje państwowe dla zwiększenia bezpieczeństwa w przyszłości osób z niepełnosprawnościami i osób starszych.

Okres realizacji działania

2021 – 2035

Harmonogram:

- Systemowe wdrożenie kręgów wsparcia na poziomie ustawowym. Termin: do końca 2025;
- Wypracowanie formuły kręgów wsparcia dla osób starszych. Termin: do końca 2024;
- Wykorzystanie i przetestowanie formuły kręgów wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami wychodzących z instytucji całodobowych. Termin: do końca 2024;

- Rozwój edukacji i animacji środowiskowej w modelu kręgów wsparcia. Realizowanie programów edukacji, animacji i wsparcia społecznego w społecznościach lokalnych. Warsztaty, doradztwo. Termin: do 2035;
- Wypracowanie i systemowe wdrożenie narzędzi prawno-finansowych (np. fundusz powierniczy, trust) wspierających bezpieczną przyszłość osób z niepełnosprawnościami i osób starszych. Termin: do końca 2025.

Koordynator:

MRiPS

Podmioty współpracujące:

MFiPR, MEiN, jednostki samorządu terytorialnego, organizacje pozarządowe

Finansowanie:

Budżet państwa, PFRON, EFS, Budżet jednostek samorządu terytorialnego

Działanie II.4. Wsparcie procesu usamodzielniania młodzieży

Wszystkie formy pieczy zastępczej oraz placówek całodobowych przygotowane zostaną do realizacji planowego procesu usamodzielniania wychowanków.

Plan pracy z dzieckiem i rodziną ukierunkowany będzie na przygotowanie do dorosłego życia. Obejmować on będzie m.in. wzmocnienie zdolności do tworzenia trwałych i pozytywnych relacji, wzmocnienie kompetencji emocjonalnych, budowanie umiejętności społecznych, rozwój edukacyjny i zawodowy, a także naukę umiejętności życiowych i przygotowanie do samodzielnego mieszkania. Oznacza to wprowadzenie do pieczy zastępczej i placówek całodobowych metodyki indywidualnego oddziaływania oraz budowania kompetencji i zasobów wsparcia wychowanków - w celu optymalnego przygotowania do samodzielnego życia. Opracowany zostanie schemat działań podejmowanych w odniesieniu do osób usamodzielniających się oraz katalog kompetencji, które powinna posiadać osoba po zakończeniu procesu usamodzielniania. Usamodzielnienie będzie przebiegać w oparciu o plan usamodzielniania sporządzony przez wychowanka wraz z wychowawcą/asystentem usamodzielniania wybranym na dwa lata przed osiągnięciem pełnoletności. Wprowadzone zostaną rozwiązania określające rolę, zadania, wymagania kompetencyjne, zasady podnoszenia kompetencji asystenta usamodzielniania oraz maksymalną liczbę podopiecznych przypadających na jednego asystenta usamodzielniania (do 3 osób). Funkcja asystenta usamodzielniania powinna być realizowana zarówno w pieczy zastępczej, jak również w innych instytucjach, takich jak MOS, MOW, zakłady poprawcze i schroniska dla nieletnich, DPS, ZOL, ZPL.

Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

Wprowadzony zostanie mentoring i wolontariat dorosłych dla usamodzielniającej się młodzieży (w trakcie usamodzielniania i po zakończeniu usamodzielniania) oraz budowanie sieci wsparcia osoby usamodzielniającej się, jeszcze w trakcie jej pobytu w pieczy rodzinnej lub całodobowej placówce. Aby zapobiec bezdomności osób opuszczających pieczę zastępczą i placówki całodobowego długoterminowego pobytu dla dzieci i młodzieży należy wdrożyć rozwiązania mieszkaniowe (szczegóły zostały opisane w ramach Priorytetu III).

Określony zostanie minimalny zakres usług dostępnych dla młodzieży będącej w procesie usamodzielniania przed i po osiągnięciu pełnoletności, obejmujących m.in. usługi terapeutyczne, edukacyjne, przygotowujące do pracy zawodowej, czy z zakresu podnoszenia kompetencji życiowych. Umożliwiony zostanie powrót młodej osoby po zakończeniu procesu usamodzielniania do pieczy zastępczej lub innego rodzaju placówki macierzystej, w przypadku, gdy młoda osoba uzna to za pożądane. Możliwość powrotu istnieje do ukończenia 26 roku życia lub do dwóch lat po zakończeniu procesu usamodzielniania.

Wprowadzony zostanie monitoring losów osób usamodzielnionych do 4 lat po zakończeniu procesu usamodzielniania, spójny z działaniami monitorującymi określonymi w działaniu I.2. Priorytetu I.

Okres realizacji działania

2021-2035

Harmonogram

- Wprowadzenie nowych rozwiązań odnoszących się do planu usamodzielniania. Przygotowanie koncepcji i standardów: do 2022. Pilotaż planu usamodzielniania: 2022-2025. Wdrożenie do rozwiązań systemowych: do 2025;
- Wprowadzenie profesji asystenta usamodzielniania. Przygotowanie zasad funkcjonowania i standardów działania asystenta: do 2022, Pilotaż funkcjonowania asystentów w ramach nowych rozwiązań: 2022-2025, wdrożenie do rozwiązań systemowych: do 2025;
- Stworzenie katalogu usług społecznych niezbędnych w procesie usamodzielniania: do 2022;
- Monitoring losów osób usamodzielnianych: do 2023.

Koordynator

MRiPS

Podmioty współpracujące

MZ, MEiN, MS, MFiPR jednostki samorządu terytorialnego

Finansowanie

Działanie II.5. Wsparcie dla dorosłych osób z problemami zdrowia psychicznego

W przypadku osób dorosłych doświadczających kryzysów psychicznych celem procesu deinstytucjonalizacji jest zwiększenie dostępności i efektywności usług w społeczności lokalnej. W obu sektorach wiele usług jest tożsamyh i powielane są te świadczenia. Przy niedoborze kadry specjalistów mogących świadczyć wysokiej jakości usługi brak współpracy skazuje reformy w ochronie zdrowia i pomocy społecznej na ograniczoną efektywność. Wymaga to wykorzystania zasobów lokalnych przez zintegrowanie usług medycznych i społecznych. Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o realizacji usług społecznych przez centrum usług społecznych (ustawa o CUS) przewiduje koordynację międzysektorową. Ponadto, rozproszenie różnego rodzaju usług²⁷, np. środowiskowe domy samopomocy, kluby samopomocy, mieszkania chronione czy specjalistyczne usługi opiekuńcze nie gwarantuje efektywności wsparcia. Procedury administracyjne związane z decyzjami oraz kontrolą (w tym biurokracja) czasami uniemożliwia kompleksowość oddziaływań. Dlatego - wzorem centrum zdrowia psychicznego - powinno powstać zintegrowane świadczenie oparcia społecznego dla osób w lub po kryzysie psychicznym, wymagających reintegracji społecznej i zawodowej.

Aktualny system leczenia ogranicza możliwość stosowania skutecznych procedur medycznych. Ponadto, nie poprawia w sposób istotny funkcjonowania społecznego i pełnienia ról zawodowych. Koszty związane z niezdolnością do pracy z powodu zaburzeń psychicznych są jednym z największych obciążeń systemu ubezpieczeń społecznych. W ochronie zdrowia największym beneficjentem środków publicznych są szpitale psychiatryczne dla dorosłych (ponad 70% wszystkich środków w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień). Udział usług ambulatoryjnych, w tym szczególnie wizyt środowiskowych jest bardzo niski. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego 2017-2022 określił główne cele związane z wdrażaniem usług w psychiatrii środowiskowej. Pilotaż Centrum Zdrowia Psychicznego oraz projekty prowadzone w ramach innowacji społecznych w programie PO WER okazały się bardzo dobrym przykładem wdrożenia deinstytucjonalizacji usług medycznych (i społecznych) na poziomie społeczności lokalnej. Ich doświadczenia powinny być

²⁷ O charakterze praktycznym i organizacyjnym, nie zaś ustawowym, jako, że wymienione usługi zawarte są w ramach jednej ustawy - Ustawy o pomocy społecznej.

wykorzystane w rozwoju usług i przygotowywaniu strategii deinstytucjonalizacji na poziomie krajowym. Niezbędne jest przygotowanie mapy drogowej w psychiatrii dorosłych mającej na celu kompleksową deinstytucjonalizację usług bez zmniejszania potencjału kadrowego. Konieczne staje się określenie nowej roli ośrodków całodobowych (szpitali monoprofilowych) i wytyczenie bezpiecznego kierunku zmian uwzględniając horyzontalne zasady Strategii.

Założenia rozwoju usług środowiskowych dla osób dorosłych pozostających w kryzysie psychicznym zakładają trzystopniowy poziom organizacji usług:

- 1) podstawowa opieka psychiatryczna na poziomie powiatu (Centra Zdrowia Psychicznego) zapewniająca zintegrowane świadczenie medyczne obejmujące usługi środowiskowe, ambulatoryjne, dzienne z zapewnieniem noclegowych miejsc interwencyjnych lub usług całodobowych w społeczności lokalnej;
- 2) wyspecjalizowana opieka psychiatryczna realizująca ponadregionalne, profilowane programy zdrowotne oraz
- 3) opieka wysokospecjalistyczna, która oferuje szczególnie wysokie kompetencje i instrumenty pomocowe.

Wdrożenie planowanych zmian w psychiatrii dorosłych uwzględnia plan przekształcenia szpitali psychiatrycznych oraz ich nową rolę w ochronie zdrowia psychicznego Polaków. Wykorzystanie ich potencjału kadrowego i organizacyjnego powinno znaleźć swoje miejsce w planowanych zmianach, przy założeniu, że jest ono włączone w tworzenie CZP na poziomie powiatu w najbliższej społeczności lokalnej.

Przejście od usług bazujących na paradygmacie izolacji do usług realizowanych w społeczności lokalnej wymaga opracowania standardów i wytycznych, w tym wdrożenie nowych zawodów, tj. asystentów środowiskowych czy też asystentów zdrowienia (ekspertów przez doświadczenie). Ważne jest wdrożenie systemowych szkoleń dla specjalistów, którzy będą pracować w nowym modelu opieki psychiatrycznej dla dorosłych. Ponadto, rozwój sieci ośrodków, tj. centrum zdrowia psychicznego wymaga środków inwestycyjnych w tworzeniu miejsc blisko społeczności lokalnych.

Okres realizacji działania

2021-2035

Harmonogram

- Zwiększenie liczby psychiatrów dorosłych o co najmniej 600 specjalistów: do końca 2025 roku;

Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

- Uregulowanie statusu asystentów zdrowienia oraz opracowanie ich zadań i roli w podmiotach leczniczych z zakresu psychiatrii i leczenie uzależnień: do końca 2022 roku;
- Zwiększenie liczby asystentów zdrowienia w centrach zdrowia psychicznego do poziomu min. dwóch asystentów zdrowienia w każdym centrum zdrowia psychicznego: do końca 2022 roku;
- Opracowanie i wdrożenie standardów organizacyjnych w centrach zdrowia psychicznego: do końca 2022 roku;
- Przygotowanie i zatwierdzenie docelowej mapy obszarów odpowiedzialności centrów zdrowia psychicznego dla każdego województwa, zatwierdzone przez Ministerstwo Zdrowia: do końca 2022 roku;
- Objęcie programem pilotażowym co najmniej 25% dorosłej populacji Polski: do końca 2022 roku;
- Objęcie działaniem centrów zdrowia psychicznego całej dorosłej ludności Polski, tj. powołanie min. 300 centrum zdrowia psychicznego w każdym powiecie lub grupie powiatów spełniających kryterium populacji dorosłych: do końca 2027 roku;
- Określenie potrzeb w zakresie programów opieki wyspecjalizowanej i powołanie ośrodków wysokospecjalistycznych w skali całego kraju: do końca 2024 roku;
- Zwiększenie łącznej liczby asystentów środowiskowych w miejsce terapeutów środowiskowych w podmiotach finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia: do końca 2025 roku;
- Zakończenie przyjęć „ostrych” do monoprofilowych szpitali psychiatrycznych z wyjątkiem małych ośrodków psychiatrycznych w miastach zlokalizowanych w pobliżu szpitali ogólnych – powinno być 5% ogólnej liczby łóżek psychiatrycznych: do końca 2027 roku;
- Zapewnienie 8000 łóżek „ostroprzyjęciowych” psychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych (wskaźnik 2,5 łóżka na 10 000 dorosłych mieszkańców): do końca 2027 roku;
- Dofinansowanie infrastrukturalne (utworzenie i dostosowanie) nowych oddziałów psychiatrycznych w szpitalach wielospecjalistycznych przy jednoczesnej likwidacji min. 8500 (9000) łóżek psychiatrycznych „ostroprzyjęciowych” w szpitalach psychiatrycznych: do końca 2027 roku
- Wsparcie infrastrukturalne co najmniej 50 centrów zdrowia psychicznego oraz co najmniej 250 podmiotów spełniających warunki utworzenia centrum zdrowia psychicznego: do końca 2027 roku
- Opracowanie standardów oraz wdrożenie 1500 pozaszpitalnych miejsc pobytu kryzysowego w skali kraju (hostele kryzysowe pobytu krótkoterminowe): do końca 2027 roku;

- Powołanie krajowego ośrodka zdrowia psychicznego do koordynacji i wspierania procesów zmiany w leczeniu psychiatrycznym w ramach deinstytucjonalizacji: do końca 2022 roku
- Utworzenie Zespołu koordynującego i analitycznego w zakresie wspierania działań na rzecz zapobiegania zamachom samobójczym: do końca 2021 roku

Koordynator

MZ

Podmioty współpracujące

MEiN; MRiPS; MS; MFiPR; wojewodowie; jednostki samorządu terytorialnego; organizacje pozarządowe, w tym pacjenckie; towarzystwa i stowarzyszenie eksperckie oraz zawodowe

Finansowanie

Budżet państwa, NFZ, EFS

Działanie II.6. Rozwój usług medycznych wspierających funkcjonowanie osób po 75. roku życia

Proces starzenia się populacji w kolejnych latach będzie coraz wyraźniej wpływał na wzrost zapotrzebowania na usługi zdrowotne i społeczne dla osób starszych. Biorąc pod uwagę skalę tych przemian, niezbędna jest systemowa oferta usług dla najstarszych obywateli Polski, która pozwoli im jak najdłużej zachować sprawność i samodzielność, a w przypadku pojawienia się wielochorobowości i niepełnosprawności stworzy warunki do zapewnienia godziwej opieki.

Rozwiązania systemowe w zakresie usług dedykowanych osobom najstarszym powinny zapewnić powszechny dostęp do usług oraz powinny spoczywać na samorządach lokalnych, które są w stanie zidentyfikować specyficzne potrzeby swoich mieszkańców. Jednocześnie ze względu na powszechny problem starzenia się społeczeństwa w Polsce oraz znaczne konsekwencje finansowe i społeczne tego zjawiska, niezbędne jest silne włączenie się państwa, jako projektanta rozwiązań systemowych w tym obszarze. Finansowanie usług wspierających osoby starsze powinno być wielotorowe, jednak z silną partycypacją budżetu państwa i przy wykorzystaniu środków finansowych Unii Europejskiej.

Zestaw usług dla najstarszych osób i ich rodzin powinien być elastyczny, tak aby uwzględnić zróżnicowane potrzeby beneficjentów. Kluczowym czynnikiem, który zapewni sukces takich działań będzie współpraca pomiędzy sektorem ochrony

zdrowia i pomocy społecznej oraz podmiotów ekonomii społecznej w tym organizacji obywatelskich, członków rodziny i sąsiadów.

Okres realizacji działania

2021-2035

Harmonogram

- Opracowanie i wdrożenie ustawy gwarantującej finansowanie i rozwój instytucji realizujących usługi specjalistycznego wsparcia dla osób starszych w obszarze geriatry, rehabilitacji i innych chorób wieku starczego. Uruchomienie pierwszych placówek Centrum Zdrowia 75+: do 2023. Stymulowanie powstawania w kolejnych powiatach dziennych placówek Centrum Zdrowia 75+, które będą realizować szeroki zakres usług wspierających jak najdłuższą samowystarczalność osób starszych: do 2030;
- Wprowadzenie bilansów zdrowia, dla osób które ukończyły 75 rok życia i w kolejnych latach życia (w tym powszechnej podstawowej oceny geriatrycznej realizowanej przez POZ);
- Utworzenie sieci szpitalnych oddziałów geriatrycznych, które będą ściśle współpracować z kadrą Centrum Zdrowia 75+;

Koordynator

MZ

Podmioty współpracujące

MC, NFZ, MRiPS, jednostki samorządu terytorialnego

Finansowanie

Budżet państwa, NFZ, EFS

Priorytet III. Mieszkalnictwo

Działanie III.1. Zapobieganie bezdomności

Niezbędnym elementem profilaktyki jest zapewnienie odpowiednich mechanizmów przeciwdziałania bezdomności, w tym utraty mieszkania jako ekstremalnego przejawu wykluczenia społecznego. Bezdomność jest jedną z najbardziej destruktywnych dla jednostki i kosztochłonnych dla władz publicznych kwestii społecznych.

Działania zapobiegające bezdomności i utracie mieszkania wymagają nowego podejścia definicyjnego opierającego się na typologii ETHOS jako dynamicznego zdefiniowania procesu wchodzenia w bezdomność, bycia w kryzysie bezdomności i wychodzenia z tego kryzysu oraz zaadresowania wykluczenia mieszkaniowego. Kwestia ta nie tylko wymaga uregulowania czy uwpólniania języka, w tym używanego w instytucjach czy w mediach, ale także szerokiej kampanii społecznej dotyczącej przełamывania stereotypów na temat bezdomności.

Najistotniejszym elementem jest stworzenie standardu działań profilaktycznych i interwencyjnych w zakresie mieszkalnictwa, porządkującego działania profilaktyczne i interwencyjne pomocy społecznej w trakcie postępowań eksmisyjnych lub w okresie zagrożeń eksmisją. Standard powinien obejmować w szczególności wdrożenie w systemie pomocy społecznej zintegrowanych usług w zakresie prewencji przed eksmisją i bezdomnością, w tym

- (i) obowiązek informowania OPS przez sąd o postępowaniu egzekucyjnym;
- (ii) wypracowanie procedury identyfikacji i przekazywania informacji o potencjalnym zadłużeniu przez operatorów zasobu mieszkaniowego do jednostek wsparcia społecznego oraz procedury wsparcia najemców (wsparcia w mieszkaniu w zakresie integracji z wykorzystaniem m.in. pracy socjalnej, asystowania, doradztwa w tym doradztwa finansowego czy szkoleń i treningów);
- (iii) międzysektorowe wypracowanie katalogu rozwiązań możliwości likwidacji zadłużenia;
- (iv) rozwój i wzmocnienie działań w zakresie zarządzania zadłużeniem, w tym możliwości jego odpracowywania z uwzględnieniem roli CUS;
- (v) uruchomienie programów integracyjnych „ostatniej szansy” dla osób wobec których orzeczono eksmisję oraz programów reintegracji społecznej i zawodowej skierowanych do osób wobec których zasądzono eksmisję, oczekujących na eksmisję, eksmitowanych i przebywających w lokalach socjalnych i pomieszczeniach tymczasowych;

(vi) zwiększenie poziomu społecznej świadomości ryzyka bezdomności związanego z zadłużeniem czynszowym i dostępnej oferty wsparcia.

Kluczowe jest również podjęcie działań profilaktycznych skierowanych do osób zagrożonych bezdomnością opuszczających placówki czy instytucje np. zakłady penitencjarne, placówki pieczy zastępczej, młodzieżowe ośrodki wsparcia. Należy wdrożyć intensywne programy (i) przygotowujące osoby zagrożone do samodzielnego życia (w tym możliwość pracy socjalnej z osobami osadzonymi czy trening samodzielności z osobami usamodzielniającymi się, np. po pieczy zastępczej) oraz (ii) zapewniające każdej osobie zagrożonej bezdomnością możliwość skorzystania z mieszkania wspomaganego. Potrzeba również działań w kontekście problematyki przemocy w rodzinie, w tym zabezpieczenia miejsc dla sprawców przemocy w rodzinie oraz realizacji programów edukacyjno-korekcyjnych, a także edukacji kadr.

Ponadto niezbędna jest koordynacja i ścisła współpraca (na poziomie samorządu terytorialnego oraz na poziomie centralnym) w zakresie wsparcia socjalnego oraz mieszkalnictwa. W gminach powinny być utworzone/wyodrębnione wyspecjalizowane jednostki odpowiedzialne za kwestie mieszkalnictwa społecznego, w tym zapobieganie zadłużeniom, eksmisjom i bezdomności oraz za system dodatków mieszkaniowych. Należy również zwiększyć zatrudnienie pracowników pomocy społecznej, w tym pracowników socjalnych, specjalizujących się w problematyce mieszkaniowej oraz zintegrować usługi w obszarze prewencji przy zastosowaniu metody „jednego okienka”.

Dodatkowo konieczne jest podnoszenie świadomości i zwiększanie wiedzy w obszarze bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego poprzez szkolenia, warsztaty i seminaria organizowane dla JST, podmiotów zaangażowanych w system pomocy osobom w kryzysie bezdomności i wykluczonym mieszkaniowo oraz społeczeństwa.

Kluczowe jest również wdrożenie i prowadzenie badań zjawiska bezdomności i sposobów rozwiązywania bezdomności. badania powinny umożliwić uzyskania wiarygodnych danych w następujących kwestiach: (1) Liczba osób zagrożonych wykluczeniem mieszkaniowym i główne czynniki wykluczenia; (2) Liczba i sytuacja osób w kryzysie bezdomności oraz zasadnicze uwarunkowania zjawiska bezdomności; (3) Warunki skuteczności i efektywność finansowa interwencji społecznych w zakresie przeciwdziałania i przewycięzania bezdomności.

Okres realizacji działania

2021-2035

Harmonogram

- Zmiany w zakresie definiowania bezdomności i katalogu osób uprawnionych do wsparcia: do 2022 (MRiPS);
- Wprowadzenie możliwości pracy socjalnej z osobami w zakładach penitencjarnych / treningu samodzielności z osobami usamodzielniającymi się: do 2021 (MRiPS);
- Pełna, pogłębiona diagnoza zjawiska bezdomności i jego uwarunkowań: 2022 (MRiPS);
- Badania pilotażowe dotyczące warunków skutecznej interwencji w zakresie przeciwdziałania i wychodzenia z bezdomności: od 2021 w sposób ciągły (MRiPS);
- Stworzenie standardu działań profilaktycznych i interwencyjnych w zakresie mieszkalnictwa pozwalających kontrolować zadłużenie do 2022. Pilotaże standardu działań profilaktycznych do 2025; wdrożenie standardu we wszystkich gminach: do 2027 (MRiPS, ROPS, JST, CUS);
- Powołanie w gminach wyspecjalizowanych jednostek organizacyjnych odpowiedzialnych za kwestie mieszkalnictwa społecznego w tym zapobieganie zadłużeniom, eksmisjom i bezdomności: do 2023 (MRPiT, MRiPS, JST);
- Zagwarantowanie każdej osobie zagrożonej bezdomnością z grupy ryzyka (w tym usamodzielniającej się młodzieży) możliwości skorzystania z mieszkania wspomaganego na czas określony: do 2027 (MRiPS, MRPiT, JST);
- Budowa systemu koordynacji (integracji) usług w zakresie przeciwdziałania bezdomności i mieszkalnictwa społecznego (metoda „jednego okienka”): do 2024 (MRPiT, MRiPS, JST, ROPS, CUS);
- Podnoszenie poziomu świadomości i wiedzy JST i jednostek pomocy społecznej w zakresie bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego: od 2021 do 2030. Świadomościowe kampanie społeczne: od 2021 do 2030 (MRiPS, ROPS, CUS, JST, NGO).

Koordynator

MRiPS

Podmioty współpracujące

MRPiT, MZ, MFiPR, JST, NGO

Finansowanie

Budżet państwa, EFS

Działanie III.2. Mieszkalnictwo adaptowalne i dostępne

Jednym z podstawowych warunków funkcjonowania osoby wymagającej wsparcia w swoim własnym środowisku jest dostępne mieszkanie. Aby to było możliwe niezbędne jest dostosowanie wyposażenia mieszkania, warunków mieszkania czy całego budynku do potrzeb osoby z niepełnosprawnością czy też osoby starszej. Kwestia projektowania uniwersalnego znajduje się obecnie w ustawie z dnia 9 października 2015 r. o rewitalizacji (Dz. U. z 2021 r. poz. 485), wskazująca konieczność stosowania zasad projektowania uniwersalnego oraz w ustawie z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, która określa środki służące zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami oraz obowiązki podmiotów, ale niestety tylko publicznych w tym zakresie. Nie ma jednak w polskim prawodawstwie szczegółowych wytycznych w zakresie powszechnego stosowania zarówno przez podmioty publiczne, jak i niepubliczne zasad projektowania uniwersalnego. Aktualnie postrzeganie społeczne dostępności sprowadza się w związku z tym jedynie do zapewnienia podstawowej dostępności dla osób z niepełnosprawnościami, uwzględniając przede wszystkim dostępność dla osób z niepełnosprawnością ruchową. Brak konkretnych zapisów przekłada się na działania podmiotów również w zakresie mieszkaniowym.

Natomiast jedyne przepisy o wspieraniu działań dostosowawczych znajdują się w ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej i wspieraniu zatrudnienia osób niepełnosprawnych. Warto zwrócić uwagę, że w krajowym ustawodawstwie nie pojawia się definicja racjonalnych usprawnień. Dlatego, aby w znaczący sposób zwiększyć możliwości pozostawania jak najdłużej w swoich mieszkaniach czy domach osób z niepełnosprawnościami, osób starszych oraz innych osób wymagających wsparcia należy dokonać szeregu zmian o charakterze prawnym, organizacyjnym i finansowym, tak aby zapewnić obywatelom możliwość korzystania ze swoich praw.

Dla rozwoju mieszkalnictwa przyjaznego dla osób z niepełnosprawnością, osób starszych oraz innych osób wymagających wsparcia, w tym usamodzielniających się wychowanków różnego typu instytucji i rodzinnej pieczy zastępczej, niezbędne jest uregulowanie prawne zarówno obowiązku projektowania uniwersalnego w nowo powstających domach i mieszkaniach, obowiązkowego planu dostosowania mieszkań powstałych wcześniej, zgodnie z diagnozą potrzeb tworzoną przez samorządy przy pomocy swoich jednostek organizacyjnych wraz z mechanizmem egzekwowania tych obowiązków. Ponadto niezbędne jest zapewnienie mechanizmów finansowania działań wspierających osoby w zapewnieniu adaptowalności mieszkań.

Okres realizacji działania

2021-2035

Harmonogram

- Centra Usług Społecznych powinny zapewnić dostępność – jako część wiązki usług - usług finansowanych w całości lub w części ze środków publicznych w zakresie:
 - usług wsparcia – terapeuta przestrzeni, które polegałyby na wsparciu doradczym w dostosowaniu przestrzeni domowej osoby starszej oraz osoby z niepełnosprawnościami i jej opiekunów, do jej indywidualnych potrzeb i dysfunkcji, z wykorzystaniem posiadanych przez nią zasobów;
 - indywidualnym poradnictwem architektonicznym na temat projektowania uniwersalnego, przystosowania mieszkań do potrzeb osób starszych/osób z niepełnosprawnościami i ich opiekunów w zakresie podniesienie komfortu, autonomii i bezpieczeństwa osób starszych/z niepełnosprawnościami, usprawnień dla opiekuna oraz przygotowanie projektów dostosowania mieszkań, oraz możliwości wypożyczenia lub zakupu sprzętu domowego niezbędnego w adaptacji mieszkania;
- Określenie prawnych i finansowych możliwości finansowania usprawnień dla osoby wymagającej wsparcia w zakresie: remontu mieszkania i dostosowanie go do potrzeb osób wymagających wsparcia oraz dostosowania domu do potrzeb osoby wymagającej wsparcia. Niezbędne jest określenie dwóch poziomów finansowania. Pierwszego o niższym koszcie, który może sfinansować na bieżąco podmiot organizujący wsparcie ze środków budżetowych, drugi o wyższych kosztach wymagający dodatkowego wsparcia ze środków PFRON.
- Niezbędne jest wprowadzenie kwestii związanych z uniwersalnym projektowaniem oraz dostępnością dla osób z niepełnosprawnościami jako obowiązkowych zajęć już od pierwszego roku studiów na technicznych kierunkach kształcenia 2023.

Koordynator

MRiPS

Podmioty współpracujące

MFiPR, MEiN, wojewodowie, jednostki samorządu terytorialnego

Finansowanie

Budżet państwa, EFS

Działanie III.3. Mieszkalnictwo wspomagane

Zasadniczym elementem deinstytucjonalizacji jest budowa i rozwój mieszkalnictwa wspomagane. W tym celu konieczne są zmiany ustawodawcze wprowadzające i regulujące mieszkalnictwo wspomagane. Spośród istniejących obecnie dwóch wiodących modeli: ustawowe mieszkania chronione i projektowe mieszkania wspomagane, należy wybrać mieszkalnia wspomagane jako model, który jest najbardziej adekwatny do potrzeb osób wymagających wsparcia (zastąpi mieszkania chronione).

Mieszkalnictwo wspomagane jest kluczowym komponentem tworzonego systemu wsparcia w społeczności lokalnej. Stanowi rozwiązanie przygotowujące do samodzielnego zamieszkania w otwartym środowisku lub przeciwdziałające konieczności zamieszkania w systemie instytucjonalnym oraz do przechodzenia osób przebywających w instytucji do wsparcia w społeczności lokalnej.

Wymaga współdziałania dwóch komplementarnych elementów systemu wsparcia: mieszkania i usług wspierających.

W ramach działania należy wypracować rozwiązania w zakresie usług świadczonych w mieszkaniach wspomaganych dla osób z różnymi niepełnosprawnościami, w tym z niepełnosprawnością intelektualną, ruchową, sensoryczną, sprzężoną, osób w spektrum autyzmu, z problemami zdrowia psychicznego, osób starszych oraz osób w kryzysie bezdomności i zagrożonych bezdomnością, usamodzielniających się młodych osób z pieczy zastępczej oraz innych systemów np. pomocy społecznej i systemu oświaty. W procesie tym należy uwzględnić szczegółowo zabezpieczenie finansowania tych rozwiązań, tak w zakresie tworzenia mieszkań, jak i ich funkcjonowania. Pozwoli to na świadczenie dobrej jakości usług w społeczności lokalnej. Zgodnie z ratyfikowanym przez Polskę Międzynarodowym Paktem Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych prawo do mieszkania jest prawem człowieka. Zgodnie ze Strategią na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami **„mieszkalnictwo wspomagane musi uwzględniać potrzeby osób wymagających intensywnego wsparcia, w tym wsparcia całodobowego”**, jak również **„systemowa usługa mieszkalnictwa wspomagane będzie zorganizowana w taki sposób, aby w pełni wdrażać ideę deinstytucjonalizacji oraz zapewniać możliwości realizacji niezależnego życia w społeczności lokalnej, jak również przeciwdziałać ryzyku funkcjonowania w praktyce mieszkań wspomaganych w formie instytucjonalnej (np. nakładanie licznych ograniczeń regulaminowych czy tworzenie dużej liczby mieszkań w ramach jednego budynku), zgodnie z Komentarzem generalnym nr 5 Komitetu ONZ ds. Praw Osób**

Niepełnosprawnych).”Dla realizacji strategii w zakładanym terminie niezbędne jest szybkie, znaczące i efektywne zwiększanie zasobu lokali mieszkalnych w każdej gminie, przeznaczonych na mieszkania wspomagane. Ma to umożliwić każdej osobie potrzebującej dostęp do mieszkania wspomaganego na terenie gminy, w której przebywa. Dotyczy to również osób w kryzysie bezdomności i usamodzielnianych z systemu pieczy zastępczej i innych systemów.

Należy wprowadzić mechanizmy zapewniające odpowiedni zasób takich lokali mieszkalnych, w tym z wykorzystaniem potencjału podmiotów publicznych (mieszkaniowy zasób gmin) i prywatnych (deweloperów, spółdzielni mieszkaniowych, społecznej inicjatywy mieszkaniowej – SIM). SIM i spółdzielnie mieszkaniowe realizując każdą nową inwestycję powinny być zobowiązane do przekazywania na rzecz gminy 5% lokali mieszkalnych, które gmina przeznaczy na mieszkania wspomagane. Tożsamy wskaźnik powinien dotyczyć inwestycji realizowanych w ramach programów rewitalizacji. Przekazywany zasób lokalowy powinien być pozbawiony barier fizycznych i komunikacyjno-informacyjnych zarówno w przestrzeni wewnętrznej jak i zewnętrznej. Analogiczny obowiązek powinien być nałożony na deweloperów, przy czym dopuszcza się ustalenie wskaźnika na niższym poziomie, nie niższym jednak niż 2%.

Gminy powinny być zobowiązane do posiadania w mieszkaniowym zasobie gminnym co najmniej 5% mieszkań wspomaganych, a w przypadku zdiagnozowania większych potrzeb w danej gminie, do zwiększania tego wskaźnika. Zapewni się również wykorzystanie pustostanów, w szczególności mieszkaniowych (zdefiniowanie pojęcia, wprowadzenie regulacji w zakresie przywracania do użytkowania, zagwarantowanie mechanizmów finansowania).

Zakres, rodzaj oraz czas realizacji usług oferowanych w mieszkaniu wspomaganym będzie każdorazowo zależał od indywidualnych potrzeb osoby korzystającej. Mieszkania wspomagane będą przeznaczane na świadczenie wsparcia przejściowego przygotowującego osoby w nich przebywające do prowadzenia samodzielnego życia w otwartym środowisku lub wsparcia docelowego będącego alternatywą wobec całodobowej opieki instytucjonalnej typu DPS, ZOL, COM i innych. Odejście od rozwiązań instytucjonalnych powinno następować proporcjonalnie do rozwoju rozwiązań zapewniających realizację prawa do niezależnego życia. Pełen wachlarz usług, które mogą być świadczone w mieszkaniu, w tym dla osób wymagających intensywnego wsparcia całodobowego, powinien być ujęty w formie katalogu.

Mieszkanie wspomagane może funkcjonować jako: 1. pojedyncze mieszkanie dla kilku osób jeżeli to osoby wymagające wsparcia dokonają osobiście takiego wyboru i wyrażą zgodę na wspólne zamieszkanie lub 2. niezależne lokale mieszkalne z pełnym węzłem sanitarnym oraz z aneksem kuchennym lub

kuchnią, zamieszkałe przez pojedyncze osoby lub osoby najbliższe. Tam gdzie specyfika mieszkańców wymaga takich rozwiązań, przy organizacji kameralnego kompleksu niezależnych mieszkań należy uwzględnić potrzebę stworzenia integracyjnej przestrzeni wspólnej oraz miejsca dla osób świadczących usługi np. asystencji osobistej oraz pomieszczeń niezbędnych do realizacji rehabilitacji i terapii, a także niezbędnych pomieszczeń pomocniczych. Realizując działanie należy zapewnić, że mieszkania wspomagane nie nabędą cech instytucji, a w szczególności nie będą tworzone liczne mieszkania wspomagane w ramach jednego budynku lub nieruchomości mające znamiona wieloosobowych instytucji.

Działanie zakłada również wprowadzenie regulacji prawnych i instrumentów finansowych wspierających systemowy rozwój mieszkań wspomaganych w każdej gminie, w tym opartych o model „Najpierw mieszkanie”.²⁸

Należy również wdrożyć pogłębiony system monitorowania skali potrzeb w zakresie mieszkań wspomaganych w gminach obejmujący m.in. gromadzenie informacji o osobach korzystających z mieszkań wspomaganych, usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych, opiekunów korzystających ze świadczeń w związku z rezygnacją z zatrudnienia, młodzieży usamodzielnianej z pieczy zastępczej i innych systemów.

Celowym będzie powołanie na poziomie regionalnym operatorów wsparcia tworzenia adekwatnych ilościowo zasobów mieszkań wspomaganych.

Docelowo mieszkalnictwo wspomagane i jego wyżej wymienione możliwe formy powinny zastąpić miejsca w instytucjach całodobowych. Powinny być one traktowane jako podstawowe formy wsparcia w lokalnej społeczności, a nie instrument pomocy społecznej. W związku z tym korzystanie z tych mieszkań

²⁸ **Najpierw mieszkanie** to metoda wsparcia stworzona z myślą o osobach, które bez intensywnej pomocy nie są w stanie wyjść z bezdomności, tj. przede wszystkim doświadczających bezdomności długotrwale, wraz z poważnymi zaburzeniami i chorobami psychicznymi, nadużywających alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, a także osobach w złej kondycji zdrowotnej oraz cierpiących wskutek chorób i niepełnosprawności ograniczających ich codzienne funkcjonowanie. Filozofia najpierw mieszkanie zawsze traktuje mieszkanie jako punkt początkowy procesu wsparcia, a nie jego cel końcowy, skupia się więc na niezwłocznym zapewnieniu stabilnego zamieszkania w społeczności lokalnej. Metoda ta zapewnia osobom w kryzysie bezdomności możliwie największy stopień wyboru oraz kontroli - klienci programów najpierw mieszkanie są aktywnie zachęceni do redukcji szkód związanych z alkoholem i innymi substancjami psychoaktywnymi oraz podejmowania leczenia uzależnień, jak również do podejmowania aktywnych działań na rzecz poprawy stanu zdrowia, dobrostanu i funkcjonowania społecznego, jednak nie jest to wymogiem koniecznym do udziału w programie.

Opracowanie na podstawie „Najpierw mieszkanie w Europie – Poradnik”, N. Pleace (tłum. J. Wilczek), FEANTSA, Bruksela 2016 / OFRPB, Zabrze 2020, s. 17

powinno odbywać się na podstawie umowy (np. umowy najmu długoterminowego), a nie decyzji administracyjnej.

Należy również (na poziomie gmin) wprowadzić rozwiązania, które wprowadzą możliwość dobrowolnego przekształcania mieszkań wspomaganych w „docelowe” (np. komunalne, także z opcją najmu socjalnego). W takim wypadku udział mieszkań wspomaganych w zasobie danej gminy powinien być uzupełniany o odpowiednią liczbę mieszkań, aby uniknąć skutku w postaci uszczuplenia zasobu mieszkań wspomaganych.

Docelowo dąży się do zagwarantowania, że nie będą występowały w praktyce sytuacje „pakietowania” mieszkania i określonych usług zmuszające osoby wymagające całodobowego wsparcia do zamieszkania w konkretnym mieszkaniu wspomaganym. Ma to na celu umożliwienie osobie wspieranej swobodnego wyboru w zakresie otrzymywanego wsparcia, niezależnie od rodzaju mieszkania z którego korzysta.

Okres realizacji działania

2021-2035

Harmonogram

- Ujednoczenie dwóch form mieszkalnictwa (chronione i wspomagane) i uregulowanie ustawowe mieszkań wspomaganych (w tym katalog usług i standard): do 2022;
- Systemowe uregulowanie na poziomie krajowym przywracania do użytkowania pustostanów: do 2022;
- Inwentaryzacja samorządowych zasobów nieruchomości pod kątem możliwości tworzenia mieszkań wspomaganych: do 2022;
- Zmiany w planowaniu i gospodarowaniu mieszkaniowym zasobem gminy uwzględniające perspektywę tworzenia mieszkań wspomaganych: do 2022 (w zakresie wprowadzenia systemu gromadzenia danych o osobach korzystających z mieszkań: do 2025);
- Wprowadzenie mechanizmów systemowego finansowania tworzenia oraz prowadzenia mieszkań wspomaganych: do 2022;
- Włączenie podmiotów prywatnych w tworzenie zasobu mieszkań wspomaganych: do 2022;
- Wprowadzenie systemowych zachęt do realizacji programów mieszkań wspomaganych: do 2022;

- Powołanie operatorów do wsparcia tworzenia mieszkań wspomaganych i przekształcania instytucji: do 2023;
- Pilotaż systemowego wprowadzania mieszkań wspomaganych, w tym realizowanych w oparciu o metodę „Najpierw Mieszkanie”: 2022 – 2025;
- Pilotaże wykorzystania pustostanów na realizację mieszkań wspomaganych: 2022 – 2025;
- Systemowe wdrażanie mieszkań wspomaganych, w tym realizowanych w oparciu o metodę „Najpierw Mieszkanie”: 2026 – 2035;
- Systemowe wdrożenie wykorzystywania pustostanów na realizację mieszkań wspomaganych: 2026 – 2035.

Koordynator

Minister Rodziny i Polityki Społecznej

Podmioty współpracujące

MRPiT, MFiPR, JST, ROPS, PFRON

Finansowanie

Budżet państwa (w tym BGK), środki JST, PFRON, fundusze unijne (w tym EFS, EFRR, Renovation Wave)

Działanie III.4. Tworzenie zasobu dostępnych cenowo mieszkań docelowych

Dla zapewnienia osobom potrzebującym wsparcia z powodów społecznych, w tym podeszłego wieku, niepełnosprawności, zdrowia psychicznego, bezdomności, bezpiecznego funkcjonowania w swoim miejscu zamieszkania konieczne jest stworzenie szerokiej oferty mieszkań dostępnych (cenowo) wraz z umożliwieniem zindywidualizowanego korzystania z usług w tych mieszkaniach. Obecnie w Polsce istnieje znaczący deficyt mieszkań dostępnych, a możliwość korzystania z usług w takich mieszkaniach systemowo nie została przewidziana.

Mieszkania z tego segmentu mogą służyć m.in. osobom starszym, osobom z niepełnosprawnościami, osobom wychodzącym z kryzysu bezdomności, ale też innym grupom społecznym, które mogą być zagrożone wykluczeniem (np. osobom z tzw. „luki czynszowej”). Zbudowanie adekwatnego zasobu mieszkań dostępnych, w tym z możliwością skorzystania w nich z dodatkowych usług, wymaga podjęcia zdecydowanych, skoordynowanych działań.

Po pierwsze, potrzeba wprowadzenia odpowiednich zmian prawnych, w tym ram prawnych dla działania i finansowania narzędzia umożliwiającego szybkie zbudowanie zasobu mieszkań dostępnych (przy wykorzystaniu istniejących mieszkań) z możliwością świadczenia niezależnych usług, tj. społecznych agencji najmu (SAN). Modelowo SAN wynajmują mieszkania po obniżonym czynszu, a następnie podnajmują je osobom w trudnej sytuacji oferując dostosowane do (pod)najemcy dodatkowe usługi wspierające.

Po drugie, niezbędne są działania informacyjne i edukacyjne (w tym np. szkolenia) skierowane do samorządu terytorialnego oraz jednostek organizacyjnych pomocy społecznej dotyczące modelu SAN, jego działania oraz zakresu usług, jakie mogą być świadczone w oparciu o mieszkanie (pod)najmowane od SAN. Potrzeba również wsparcia organizacyjnego przy tworzeniu SAN.

Po trzecie, podobne działania muszą być skierowane do samych potencjalnych (pod)najemców, dla zapoznania ich z ofertą i możliwościami skorzystania z SAN. Model społecznych agencji najmu na chwilę obecną nie jest szeroko wypromowany ani rozpoznawalny więc niezbędna jest zmiana tego stanu.

Po czwarte, konieczne jest zapewnienie zachęt, aby społeczne agencje najmu były tworzone na szeroką skalę, tak aby skutecznie odpowiadać na potrzeby. Dla osiągnięcia tego niezbędne jest wsparcie organizacyjne, informacyjne i przede wszystkim finansowe (ze strony budżetu centralnego, jak i budżetów samorządowych).

Po piąte, niezbędne jest odpowiednie profilowanie działania SAN do potrzeb danej społeczności lokalnej. Społeczna agencja najmu jest szerokim modelem pozyskiwania mieszkań i możliwości świadczenia w nich usług dostosowanych do potrzeb (pod)najemcy. Przykładowo, SAN może wynajmować mieszkania od osób starszych, którzy są właścicielami mieszkań niedostosowanych do ich potrzeb, oferując im w zamian podnajem mieszkań dostosowanych z dodatkowymi usługami. Z kolei mieszkania wynajęte od osób starszych, mogą być podnajmowane rodzinom z dziećmi. Podobnie, model może służyć wsparciu osób z niepełnosprawnościami, które wynajmowałyby SAN swoje mieszkania niedostosowane do ich potrzeb, otrzymując możliwość podnajmu mieszkań spełniających ich potrzeby i dodatkowych usług wspierających (przy tworzeniu i działaniu społecznych agencji najmu powinna być brana pod uwagę dostępność mieszkań dla osób z niepełnosprawnościami). Wynajęte mieszkania mogą z kolei być podnajmowane osobom z tzw. „luki czynszowej”. Model SAN może być również połączony z ofertą SIM, aby stworzyć spójny system wsparcia mieszkaniowego.

SAN jest również rozwiązaniem wspierającym osoby zagrożone bezdomnością (ze względu na możliwość wynajęcia tańszego mieszkania i dodatkowe wsparcie, np. w zakresie zarządzania zadłużeniem), osoby doświadczające bezdomności (przy odpowiednio szerokim zakresie usług świadczonych w mieszkaniu, w tym wdrożeniu działań opartych o metodę „Najpierw mieszkanie”) oraz osoby wychodzące z kryzysu bezdomności (które potrzebują możliwości wynajęcia lokum, na które będzie ich stać oraz nadal potrzebują usług wspierających, choć w mniejszym już stopniu).

W ramach tego działania należy również zwiększać dostępność architektoniczną mieszkań, w szczególności dla osób z niepełnosprawnościami czy osób starszych. Zarówno SAN, jak i inne podmioty oferujące wsparcie mieszkaniowe (w szczególności gminy, SIM) powinny być zobowiązane do dysponowania, w odniesieniu do każdego lokalu w zasobie, informacjami dotyczącymi jego dostępności dla osób z niepełnosprawnościami i osób starszych (osób ze szczególnymi potrzebami). Niezbędne jest wystandaryzowanie listy elementów wymagających zweryfikowania i odnotowania dla określenia dostępności architektonicznej (np. informacja o położeniu mieszkania na określonym piętrze, dostępie do windy, schodach, podjazdach itp.).

Okres realizacji działania

2021-2035

Harmonogram

- Uregulowanie społecznych agencji najmu do 2021 (MRPiT, MRiPS);
- Wprowadzenie mechanizmów finansowania powstawania i działania SAN do 2021 (MRPiT, MFiPR, MRiPS);
- Pilotáže społecznych agencji najmu w min. 30 gminach do 2026 (MRPiT, MRiPS, JST);
- Rewizja uregulowań i systemowe wdrażanie SAN od 2027 (MRPiT, MRiPS, JST);
- Działania informacyjne i edukacyjne od 2021 do 2027 (MRPiT, MRiPS, ROPS, CUS);
- Wdrażanie SAN na szeroką skalę (w tym w połączeniu z SIM) dostosowane do zdiagnozowanych potrzeb lokalnych od 2027 do 2035 (JST, ROPS, CUS);
- Zapewnienie dysponowania przez operatorów mieszkań (w tym gminy, SAN, SIM) informacjami o dostępności architektonicznej do 2025 (MRPiT).

Koordynator

MRPiT

Podmioty współpracujące

MRiPS, MFiPR, JST, CUS

Finansowanie

Budżet państwa, EFS

Priorytet IV. Placówki całodobowe

Działanie IV.1. Przegląd placówek całodobowych

Proces zmian w systemie usług społecznych i zdrowotnych będzie planowany i wdrażany w zastanym środowisku, obejmującym zarówno świadczenia oraz usługi świadczone w społeczności lokalnej, jak i instytucje całodobowe, w szczególności placówki instytucjonalnej pieczy zastępczej i stacjonarne zakłady pomocy społecznej, stacjonarne zakłady opieki długoterminowej ochrony zdrowia, schroniska dla osób bezdomnych i schroniska dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi, całodobowe placówki oświatowe długoterminowego pobytu, domy dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży.

Znaczącym problemem związanym z oceną kontekstu inicjowanych zmian jest ograniczony sposób zbierania danych o usługach i świadczeniach z pomocy społecznej, w szczególności w obszarze opieki całodobowej. Wynikiem obecnych sprawozdań z pomocy społecznej (MRiPS-03, MRiPS-05, MRiPS-06) są rozbieżności w danych liczbowych, dostępnych w różnych źródłach – w szczególności pomiędzy danymi MRiPS i GUS, jak również znaczące fluktuacje w obrębie danych pomiędzy poszczególnymi latami. Dotyczą one między innymi liczby i struktury mieszkańców instytucji oraz świadczonych w nich usług. Dane zbierane są na poziomie zagregowanym dla każdej placówki, przez co nie pozwalają również udzielić odpowiedzi na pytanie o przyczyny utrzymujących się problemów społecznych ani ocenić efektywność ich łagodzenia, utrudniając tym samym odpowiedzialne planowanie przyszłych działań. Brakuje także spójnych danych, które umożliwiałyby analizę przepływów mieszkańców pomiędzy instytucjami różnych systemów np. pieczy zastępczej, pomocy społecznej, zdrowia czy edukacji, a także pozwalały na analizę szerszej sytuacji osobistej mieszkańców np. w przypadku dzieci liczby i wieku oraz stanu zdrowia czy specjalnych potrzeb całego rodzeństwa.

Pierwszym krokiem, poprzedzającym podjęcie działań na rzecz zmian, musi więc być analiza stanu obecnego w oparciu o rzetelną i aktualną wiedzę. W analizie należy uwzględnić perspektywę wszystkich uczestników procesu: mieszkańców placówek całodobowych, ich rodzin, dyrektorów placówek, personelu, podmiotów prowadzących oraz jednostek samorządu terytorialnego. Celem projektowanych zmian jest stopniowe poszerzanie oferty wsparcia całodobowego w taki sposób, by maksymalnie wykorzystać istniejące zasoby wiedzy i doświadczenia ich uczestników, z poszanowaniem dorobku wszystkich zaangażowanych instytucji.

Ze względu na braki danych, zebranie informacji będzie wymagać przeprowadzenia systematycznych badań, które powinny dostarczyć wiedzy

opartej na dowodach. Umożliwią one dokonanie przeglądu zasobów instytucjonalnych oraz ich kategoryzację ze względu na typ placówki, wielkość, strukturę, lokalizację, specjalizację i inne czynniki. Dostępne aktualnie dane nie obejmują pełnej charakterystyki mieszkańców. Z tego względu proces badawczy i analiza sytuacji będzie dotyczyć nie tylko zasobów instytucjonalnych, ale również odbiorców usług bytowych i opiekuńczych w placówkach całodobowych.

Badania prowadzone będą w partnerstwie MRiPS z GUSem i środowiskiem akademickim, bazując w pierwszym rzędzie na wykorzystaniu danych już gromadzonych na potrzeby statystyki publicznej z roku 2021, w szczególności danych z Krajowego Systemu Monitoringu Pomocy Społecznej, Krajowego Systemu Monitoringu Świadczeń Rodzinnych, Krajowego Elektronicznego Systemu Monitorowania Orzekania o Niepełnosprawności, Kompleksowego Systemu Informatycznego ZUS (EMIR i RENTIER) oraz powiązanych obszarów danych, gromadzonych za pomocą Centralnej Aplikacji Statystycznej, w szczególności obszaru wspieranie rodziny i pieczy zastępczej, a także danych dotyczących demografii i stanu zdrowia ludności.

Rezultatem działania będzie wiarygodny opis istniejących zasobów i możliwości wykorzystania ich potencjału w planowanych zmianach, uzyskanie wiedzy o populacji mieszkańców placówek całodobowych i jej strukturze, a także wypracowanie bardziej rzetelnych narzędzi pozyskiwania danych w obszarze polityki społecznej. Umożliwią one gromadzenie wiedzy na różnych etapach rozwoju systemu wsparcia instytucjonalnego i pozainstytucjonalnego, ewaluację podejmowanych działań oraz dostosowywanie polityki publicznej do aktualnych wyzwań.

Dodatkowym elementem przeglądu placówek całodobowych będzie wprowadzenie stałego mechanizmu monitorowania respektowania praw mieszkańców, poziomu jakości życia, gromadzenia informacji oraz reakcji na otrzymane informacje w przypadku ich naruszenia.

Okres realizacji działania

2021-2035

Harmonogram

- Wypracowanie metodologii i zakresu przeglądu placówek całodobowych 2021;
- Przeprowadzenie analiz w oparciu o już dostępne dane zagregowane 2022;
- Realizacja badań 2022-2024;
- Wypracowanie mechanizmu monitorowania praw mieszkańców 2022;
- Wdrożenie nowej sprawozdawczości placówek całodobowych – do 2025.

Koordynator

MRiPS

Podmioty współpracujące

MZ, RPO, GUS, wojewodowie, JST, podmioty badawcze, organizacje pozarządowe

Finansowanie

Budżet państwa, EFS

Działanie IV.2. Ograniczenia w tworzeniu nowych miejsc opieki długoterminowej

W zależności od zidentyfikowanych przyczyn umieszczania osób w instytucjach całodobowych oraz kontekstu społecznego tego zjawiska, będą stopniowo tworzone alternatywne formy zapewniania opieki, w tym całodobowej lub stałej codziennej, które pozwolą osobom wymagającym wsparcia na dokonanie wyboru.

Wszystkie działania w obszarze przejścia do środowiskowych form wsparcia będą podejmowane w taki sposób, by z jednej strony zachęcić istniejące placówki całodobowe do tworzenia alternatywnych form zamieszkiwania, z drugiej zaś stymulować niezależny proces tworzenia form zamieszkiwania w środowisku, z zapewnieniem potrzebnych usług i nadzorem nad ich realizacją, w szczególności w kontekście respektowania praw osób wymagających wsparcia.

Alternatywne formy zamieszkiwania w środowisku lokalnym, tworzone przez placówki całodobowe zaangażowane w proces deinstytucjonalizacji, pozwolą na zapewnienie usług środowiskowych na bazie zasobów kadrowych i rzeczowych dotychczasowej placówki. Rozwiązanie takie jest już możliwe w obecnym porządku prawnym (mieszkania chronione prowadzone przez jednostki organizacyjne pomocy społecznej, do których zaliczają się domy pomocy społecznej) i niektóre podmioty z niego korzystają, jednak należy znaleźć mechanizmy motywujące placówki do szerokiego podejmowania takich inicjatyw.

W odniesieniu do placówek całodobowych wszystkich typów, w tym prowadzonych w ramach działalności gospodarczej, wprowadzony zostanie górny limit liczby mieszkańców dla nowotworzonych placówek oraz wskazany termin dostosowania istniejących domów do wymogów tego limitu. Jednocześnie wykluczona będzie możliwość prowadzenia jednej placówki w kilku budynkach, za wyjątkiem sytuacji, gdy liczba mieszkańców we wszystkich budynkach nie przekracza limitu. Nałożenie limitu nastąpi w dwóch etapach, przy czym oba zostaną wprowadzone jednocześnie, tak by podmioty prowadzące placówki

mogły podjąć działania w kierunku deinstytucjonalizacji w stabilnym otoczeniu prawnym.

Zakłada się wprowadzenie zakazu tworzenia nowych instytucji całodobowego pobytu, w których mogą przebywać dzieci. Dotyczy to wszystkich rodzajów placówek w ramach różnych systemów, w których mogą przebywać dzieci i wymaga zmian prawnych, wprowadzających ograniczenia.

Okres realizacji działania

2021-2035

Harmonogram

- W zakresie pomocy społecznej od 2027 roku nie są tworzone nowe domy pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych, dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie, dla osób niepełnosprawnych fizycznie;
- Nowotworzone domy pomocy społecznej oraz placówki całodobowe prowadzone w ramach działalności gospodarczej nie mogą być większe niż dla maksymalnie 30 mieszkańców. Domy pomocy społecznej dla osób starszych oraz placówek całodobowych w ramach działalności gospodarczej dla starszych nie mogą od 2030 być większe niż dla 60 osób, a od 2035 nie większe niż dla 30 osób.
- W zakresie pieczy zastępczej od 2022 nie są tworzone nowe podmioty instytucjonalnej pieczy zastępczej (IPZ). Równolegle prowadzone są intensywne i efektywne działania na rzecz pozyskiwania i zawiązywania rodzin zastępczych i domów rodzinnych. Istnieje możliwość przekształcania się podmiotów IPZ w 14-osobowe (zgodnie ze standardem ustawy) jednak najpóźniej od 1 stycznia 2022 roku w podmiotach instytucjonalnej pieczy zastępczej mogą przebywać wyłącznie dzieci powyżej 10 roku życia bez żadnych wyłączeń przewidzianych w dzisiejszych przepisach (dla licznych rodzeństw w różnym wieku należy poszukiwać rodzinnej pieczy zastępczej). Jednocześnie przekształcanie instytucji pieczy zastępczej od 2022 roku w 14-osobowe powinno zakładać świadczenie przez nie usług dla społeczności lokalnej i docelowe całkowite przekształcenie się w tą formę wsparcia. Niezbędne jest wdrożenie w placówkach, które nie zrealizowały wymogu ustawowego do dnia 1 stycznia 2020 roku specjalnych projektów naprawczych na rzecz rodzinnej pieczy zastępczej;
- Od 1 stycznia 2030 dzieci i młodzież (w tym z niepełnosprawnością i chore) nie mogą długoterminowo (powyżej 6 miesięcy) przebywać m.in. w domach pomocy społecznej, zakładach opiekuńczo-leczniczych,

pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz innych instytucjach całodobowych długoterminowych;

- Od 1 stycznia 2023 roku rodzice z małoletnimi dziećmi i kobiety w ciąży nie mogą być długoterminowo umieszczani w domach dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży.
- W zakresie osób w kryzysie bezdomności, od 1 stycznia 2023 nie jest możliwe tworzenie noclegowni i ogrzewalni powyżej 50 osób i schronisk oraz schronisk z usługami opiekuńczymi dla osób bezdomnych powyżej 40 osób. Od 1 stycznia 2028 nie jest możliwe tworzenie noclegowni, ogrzewalni, schronisk oraz schronisk z usługami opiekuńczymi.

Koordynator

MRiPS

Podmioty współpracujące

MZ, MEiN, jednostki samorządu terytorialnego

Finansowanie

Budżet państwa, EFS

Działanie IV.3. Placówki całodobowego pobytu dla dzieci i młodzieży

W zakresie placówek całodobowego długookresowego pobytu dzieci i młodzieży przewiduje się ewolucyjną zmianę, która będzie stopniowo otwierała obecnie istniejące placówki na rzecz działań w społecznościach lokalnych. Priorytetem jest także zahamowanie napływu dzieci do instytucji pobytu całodobowego długoterminowego (powyżej 6 miesięcy) niezależnie od systemu, w którym działa ta instytucja.

Na ofertę usług instytucjonalnych docelowo składać się będą kameralne, specjalistyczne ośrodki wsparcia dzieci i rodzin, oferujące także pobyty turnusowe: diagnostyczne i terapeutyczne dla całej rodziny. Będzie to jedyna forma instytucjonalnego pobytu tymczasowego i krótkookresowego, ukierunkowanego na intensywne, interwencyjne, wysokospecjalistyczne wsparcie dzieci i rodzin, gdyż stałym miejscem życia dzieci będzie rodzina biologiczna, adopcyjna, zastępcza. Ośrodki te powstaną przede wszystkim na skutek stopniowego ewolucyjnego przekształcania podmiotów instytucjonalnej pieczy zastępczej oraz w szczególności obecnych młodzieżowych ośrodków socjoterapii i młodzieżowych ośrodków wychowawczych.

Reforma będzie przebiegała w dwóch etapach: pierwszy obejmuje uruchamianie usług środowiskowych przez placówki całodobowe, co jest kluczowe dla

stworzenia realnej alternatywy dla pobytu dzieci i młodzieży w placówkach całodobowych, drugi – stopniowe wygaszanie miejsc pobytu całodobowego, w miarę rozwoju form alternatywnych.

Przeprowadzenie reformy placówek wymaga zmian prawnych umożliwiających przekształcanie obecnie działających placówek całodobowych i sankcjonujących nowe rodzaje podmiotów (centrów usług rodzinnych oraz specjalistycznych ośrodków wsparcia dzieci i rodzin), ich zadania, standardy funkcjonowania, zasady finansowania. Oprócz zmian prawnych zakłada się wsparcie dla placówek całodobowych, obejmujące w szczególności opracowanie wieloletnich planów przekształceń, przygotowanie i motywowanie pracowników do pełnienia zadań w nowych podmiotach (dostęp do szkoleń i doradztwa), środki finansowe pozwalające na uruchamianie nowych usług środowiskowych lub działanie w zmienionej formule instytucjonalnej.

Usługi w społeczności lokalnej świadczone będą przez centra usług rodzinnych. Będą to podmioty mające charakter pobytu dziennego lub całodobowego (krótkoterminowego-turnusowego), świadczące usługi w miejscu zamieszkania dziecka i rodziny, a także oferujące turnusy wyjazdowe. Usługi oferowane przez centra mają charakter wysokospecjalistyczny. Rozwój tych centrów jest kluczowy dla zmniejszenia skali odpływu dzieci poza rodziny oraz rozwoju rodzinnej pieczy zastępczej.

Potencjał istniejących obecnie placówek całodobowych, w których przebywają dzieci (m.in. placówek opiekuńczo-wychowawczych, regionalnych placówek opiekuńczo-terapeutycznych, interwencyjnych ośrodków preadopcyjnych, domów pomocy społecznej, młodzieżowych ośrodków wychowawczych, zakładów opiekuńczo-leczniczych itp.), a więc kadry, ich kompetencje i infrastruktura, będzie włączony do zapewniania dzieciom i rodzinom wsparcia w społeczności lokalnej, a także do realizacji usług instytucjonalnych w nowej formule.

Okres realizacji działania

2021-2035

Harmonogram

- Otwarcie środowiskowe placówek całodobowych. Zmiany prawne umożliwiające otwieranie się na działania środowiskowe 2023. Pilotaż działań w wybranych placówkach 2023-2028. Ewaluacja dotychczasowych doświadczeń 2028-2029. Wybór nowego rodzaju funkcji, realizowanych przez przekształcany podmiot (funkcję centrów usług rodzinnych i specjalistycznych ośrodków wsparcia dzieci i młodzieży i wieloletniego planu wdrażania 2030. Wdrożenie nowych rozwiązań 2035;

- Wsparcie rozwoju zawodowego pracowników placówek całodobowych, w tym przekształcenia w zawodowe rodziny zastępcze. Realizacja pilotażu rozwoju i zmian kompetencji pracowników instytucji całodobowych do świadczenia wsparcia w społecznościach lokalnych 2023-2027. Stworzenie indywidualnych planów rozwoju zawodowego. Wdrożenie systemowych rozwiązań w zakresie rozwoju i zmian kompetencji pracowników placówek całodobowych od 2027.

Koordynator

MRiPS

Podmioty współpracujące

administracja rządowa (MEiN, MS), jednostki samorządu terytorialnego, partnerzy społeczni

Finansowanie

Budżet państwa, EFS

Działanie IV.4. Placówki całodobowego pobytu dla osób dorosłych²⁹

W zakresie placówek całodobowego długookresowego pobytu dorosłych (domów pomocy społecznej), przewiduje się z jednej strony poprawę sytuacji osób dorosłych przebywających w placówkach całodobowych w zakresie jakości życia, z drugiej strony ewolucyjną zmianę, która będzie stopniowo otwierała placówki na rzecz działań środowiskowych. Ponadto realizowane będą działania na rzecz usamodzielniania osób, które chcą takiej zmiany, zwłaszcza w przypadku osób z niepełnosprawnością. Oznacza to stopniowe i bardzo ostrożne reformy, dostosowane do dobrze zdiagnozowanej sytuacji różnych grup wymagających wsparcia, z uwzględnieniem wyzwań demograficznych.

W pierwszej fazie niezbędna jest obecnie poprawa sytuacji osób przebywających w placówkach w zakresie ich praw podmiotowych³⁰, kwestie te wymagają bardziej szczegółowego uregulowania w zakresie standardów, ale przede wszystkim stałego monitoringu oraz możliwości zarówno zgłaszania zastrzeżeń jak i kontroli swoich praw. Gwarancje praw podmiotowych obejmować będą

²⁹ W szczególności stacjonarne zakłady pomocy społecznej, stacjonarne zakłady opieki długoterminowej ochrony zdrowia, schroniska dla osób bezdomnych i inne placówki dla osób w kryzysie bezdomności.

³⁰ Warto pamiętać, że oczywiście istnieją zapisy w ustawie o pomocy społecznej oraz rozporządzeniu o Domach Pomocy Społecznej. Mają one jednak charakter deklaracyjny

między innymi kwestie związane z dysponowaniem własnymi rzeczami, decydowaniem o urzędzeniu miejsca pobytu, decydowaniem o przebywaniu z innymi osobami, decydowaniem o posiadaniu zwierząt domowych, spędzaniu czasu wolnego, godzin przeznaczanych na odpoczynek i sen oraz na aktywność, decydowaniem o godzinach pobytu poza miejscem zamieszkania, decydowaniem o czasie wykonywania wspieranych czynności higienicznych m.in. kąpieli, mycia, ubierania, potrzeb fizjologicznych oraz swobodnego wyboru czasu i miejsca podawania posiłków i wyboru rodzaju i form posiłku, decydowaniem o możliwości przyjmowania i pobytu gości. Wprowadzona zostanie realna i niezależna możliwość składania skarg (w tym poprzez osoby wymagające intensywnego wsparcia, korzystające z AAC lub mające niepełnosprawność intelektualną) na naruszanie praw podmiotowych osoby w placówce całodobowej, a na poziomie wojewódzkim zostaną utworzone punkty kontaktowe do zgłaszania przypadków łamania praw osób w miejscach świadczących wsparcie całodobowe, do którego będzie można zgłaszać zastrzeżenia w tym zakresie i który będzie systemowo zbierał i analizował zgłoszenia w tym zakresie.

Przewiduje się stopniowe zmiany obecnie działających domów pomocy społecznej, j dla osób przewlekle psychicznie chorych, dla osób z niepełnosprawnością intelektualną i fizyczną w placówki (Centra opiekuńczo-mieszkalne) realizujące usługi w społeczności lokalnej, a także udzielające wsparcia dziennego i interwencyjnego. Centra opiekuńczo-mieszkalne/wspomagane społeczności mieszkaniowe przeznaczone będą dla dorosłych osób z niepełnosprawnościami w stopniu znacznym wymagających intensywnego, z zapewnieniem ich nieinstytucjonalnego charakteru. Osoby te, obok różnorodnego wsparcia (w tym w zakresie potrzeb zdrowotnych, pielęgnacyjnych, zapobiegania wtórnym powikłaniom, stymulowania i rozwijania sprawności ruchowej, kompetencji poznawczych oraz społecznych), powinny mieć zapewnioną możliwość niezależnego/samodzielnego i godnego funkcjonowania zgodnie ze swoimi potrzebami. Centra funkcjonować będą jako miejsca pobytu dziennego oraz wsparcia całodobowego.

W przypadku wszystkich typów placówek całodobowych dla osób starszych (Domy Pomocy Społecznej i placówki całodobowego pobytu) i chorych somatycznie (DPS), będą mogły one przekształcać się w lokalne ośrodki senioralne, realizujące usługi całodobowe oraz usługi środowiskowe, z możliwością tworzenia na zewnątrz mieszkań wspomaganych. Będą również realizować usługi wsparcia dla społeczności lokalnej w oparciu o współpracę z Centrum Usług Społecznych i Ośrodkiem Pomocy Społecznej. Niezbędne jest również utrzymanie istnienia niektórych placówek całodobowych, realizujących

wsparcie specjalistyczne np. związane z chorobą Alzheimera lub innymi szczególnymi schorzeniami nie większych niż 30 osób.

W przypadku placówek dla osób w kryzysie bezdomności (noclegownia, ogrzewalnia, schronisko i schronisko z usługami opiekuńczymi) przewiduje się ich przekształcenie w zasób mieszkaniowy (uwzględniający mieszkania wspomagane) lub wielozadaniowe placówki o charakterze interwencyjnym, otwarte na usługi środowiskowe albo likwidację. Interwencyjność należy w tym przypadku rozumieć jako wsparcie w miejscu tymczasowego pobytu, możliwie krótkie, nakierowane na przejście osób z nich korzystających do różnych form mieszkalnictwa wspomagane, uzupełnione intensywną pomocą specjalistów przeciwdziałających dezintegracji społecznej. Placówki tego typu będą zapewniały schronienie uzupełnione wsparciem odpowiadającym na indywidualnie zdiagnozowane potrzeby osób. Przy placówkach będą funkcjonować całodobowe stanowiska koordynacji pomocy osobom w kryzysie bezdomności, monitorowania dostępnych miejsc świadczenia usług, możliwości wsparcia interwencyjnego (współpraca z Centrum Usług Społecznych i Ośrodkiem Pomocy Społecznej).

Oferta wielozadaniowych placówek interwencyjnych dla osób w kryzysie bezdomności będzie uzupełniona świadczeniem usług w środowisku, głównie streetworkingu (zostanie uregulowany prawnie jako obligatoryjne zadanie własne gminy w dużych i średnich miastach, a fakultatywne w małych gminach, z zapewnieniem finansowania). Przestrzeń placówek będzie mogła służyć za bazę i miejsce pracy dla streetworkerów. Niezbędne jest również (i) zapewnienie wysokiej jakości kształcenia streetworkerów, (ii) możliwości równoprawnego świadczenia streetworkingu przez ekspertów przez doświadczenie, którzy doświadczyli bezdomności w przeszłości oraz (iii) zintegrowanie usług streetworkingu z systemem interwencyjnych usług schronienia i innymi usługami typu outreach (np. usługi medyczne).

Kwestia zakładów opiekuńczo-leczniczych oraz pielęgnacyjno-opiekuńczych, które łączą dzienną opiekę medyczną z pobytem całodobowym, będzie przeanalizowana po przeprowadzeniu badań, o których mowa w Działaniu IV.1. Analiza obejmie również ewentualną potrzebę i możliwość przekształcania niektórych domów pomocy społecznej w zakłady opiekuńczo-lecznicze.

W przypadku placówek leczenia psychiatrycznego działania będą skierowane w stronę otwierania nowych, małych oddziałów psychiatrycznych w lokalnych szpitalach wielospecjalistycznych, a także łóżek kryzysowych w Centrach Zdrowia Psychicznego jako alternatywa dla pobytu w szpitalach psychiatrycznych.

Dopuszcza się przekształcenie istniejących placówek w zasób mieszkaniowy, uwzględniający przeznaczenie części mieszkań na mieszkania wspomagane.

Przed przekształceniem istniejących placówek zostanie przeprowadzona analiza efektywności działania i opracowany plan przekształcenia obejmujący działania niwelujące ryzyko wtórnej instytucjonalizacji i zapewniający poszanowanie praw podmiotowych mieszkańców.

We wszystkich placówkach przewiduje się opracowanie i przedstawienie alternatywnej, zindywidualizowanej, realnej oferty: wsparcia zamieszkiwania w społeczności lokalnej, umożliwiającego niezależne życie przy wsparciu usług społecznych, w tym asystencji osobistej lub zamieszkania w mieszkaniu wspomagany stałego pobytu. Oferta taka aktualizowana jest raz na dwa lata i szczegółowo omawiana i prezentowana mieszkańcom.

Okres realizacji działania

2021-2035

Harmonogram

- Wprowadzenie w standardach domów pomocy społecznej gwarancji praw podmiotowych osób: 2023;
- Wprowadzenie mechanizmu kontroli praw podmiotowych w instytucjach całodobowych poprzez nadanie kompetencji, wraz z możliwością skargi: 2024;
- Wprowadzenie na w Urzędach Wojewódzkich punktów kontaktowych do spraw praw osób otrzymujących wsparcie w miejscach świadczących usługi całodobowe: 2024;
- Wprowadzenie indywidualnych planów wychodzenia z instytucji. Przeprowadzenie pilotażowych działań pilotażowych przechodzenia osób z niepełnosprawnościami z instytucji całodobowych do wsparcia w społecznościach lokalnych, w ramach indywidualnych planów przejścia osób z instytucji: 2022-2026. Ewaluacja przeprowadzonych działań: 2026-2027. Systemowe wprowadzenie mechanizmu indywidualnych planów w regulacjach dotyczących osób z niepełnosprawnościami, adresowanego również do innych grup osób wymagających wsparcia w usamodzielnieniu lub powrocie do rodziny: od 2027;
- Otwarcie środowiskowe placówek całodobowych. . Pilotaż działań w wybranych placówkach: 202-2028 w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych 2023-2027. Ewaluacja dotychczasowych doświadczeń: 2028-2029. Zmiany prawne umożliwiające działania systemowe 2029. Wybór nowego rodzaju funkcji, realizowanych przez przekształcany podmiot (funkcję centrów opiekuńczo-leczniczych, lokalnych ośrodków senioralnych lub specjalistycznych domów pomocy i wieloletniego planu wdrażania: 2030. Wdrożenie nowych rozwiązań: 2035;

- Wsparcie rozwoju zawodowego pracowników placówek całodobowych. Realizacja pilotażu rozwoju i zmian kompetencji pracowników instytucji całodobowych do świadczenia wsparcia w społecznościach lokalnych: 2023-2027. Stworzenie indywidualnych planów rozwoju zawodowego. Wdrożenie systemowych rozwiązań w zakresie rozwoju i zmian kompetencji pracowników placówek całodobowych: od 2027;
- Przekształcanie dotychczasowych placówek dla osób w kryzysie bezdomności w zespolone mieszkania wspomagane lub w placówki o charakterze interwencyjnym. Wypracowanie standardu dla placówek wielozadaniowych o charakterze interwencyjnym i katalogu usług: do 2023 r. Pozostałe zmiany prawne: do 2025 r. Przeprowadzenie projektów pilotażowych i ewentualna rewizja standardu i dokumentów prawnych: 2026 - 2028 r. Przeprowadzenie procesu przekształceń 2028-2035. Nowa formuła placówek: 2035;
- Przeprowadzenie pilotaży zastępowania noclegowni i schronisk dla osób bezdomnych mieszkaniami wspomagany i usługami wspierającymi w co najmniej 10 gminach: 2023-2027;
- Zmiany w zakresie zakładów opiekuńczo-leczniczych. Przeprowadzenie pilotażu na rzecz przekształcania zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych w konsorcja z dziennymi domami opieki medycznej z możliwością posiadania miejsc całodobowych: 2024-2027. Po przeprowadzeniu pilotażu przeprowadzenie ewaluacji a następnie wdrożenie działań o charakterze systemowym: od 2027;
- Zapewnienie 8 tys. łóżek ogólnopsychiatrycznych przy szpitalach wielospecjalistycznych łącznie z łózkami kryzysowymi w Centrach Zdrowia Psychicznego (2,5 łóżka na 10000 dorosłych mieszkańców) oraz określenie zasad świadczenia usług szpitalnych przez oddziały psychiatryczne w szpitalach wielospecjalistycznych na rzecz Centrów. Równoległa likwidacja 16 tys. łóżek w szpitalach psychiatrycznych (reorganizacja w stosunku: utworzenie jednego łóżka w szpitalu wieloprofilowym i łóżka kryzysowego w CZP przy likwidacji dwóch w szpitalu psychiatrycznym): 2027 (MZ);
- Stworzenie pozaszpitalnych miejsc pobytu kryzysowego przy każdym centrum zdrowia psychicznego (pobyty krótkoterminowe) w ilości określonej we wspólnym wskaźniku liczby łóżek szpitalnych i miejsc kryzysowych (2,5 łóżka na 10 000 mieszkańców): 2027 (MZ).

Koordynator

MRiPS, MZ

Podmioty współpracujące

jednostki samorządu terytorialnego, partnerzy społeczni

Finansowanie

Budżet państwa, NFZ, EFS

Priorytet V. Zarządzanie zmianą

Działanie V.1. Finansowanie

Całość działań finansowych w zakresie usług społecznych i zdrowotnych stanowi wielowątkowy i skomplikowany mechanizm, który uzupełniany jest nowymi programami finansowanymi z różnych źródeł, często uruchamianymi przez te same instytucje. W efekcie system finansowania staje się coraz bardziej rozproszony. Nie sprzyja to efektywności i precyzyjności realizowanych działań. Coraz bardziej widoczny jest stopniowy wzrost kosztów wsparcia w systemie długoterminowej opieki instytucjonalnej, który bez zasadniczych zmian w sferze systemu wsparcia, w tym działań w obszarze rodziny i wsparcia środowiskowego w obliczu nadchodzących zmian demograficznych, może doprowadzić nie tylko do dość poważnych problemów społecznych, ale też do kryzysu finansów publicznych.

Niezbędne jest zatem dokonanie całościowej kompleksowej analizy wydatkowania środków publicznych, w tym europejskich, oraz środków niepublicznych i prywatnych na poszczególne typy usług, wraz oszacowaniem kosztów usługi przeznaczonej na jedną osobę w poszczególnych formach realizacji usług. Analiza będzie podstawą uporządkowania systemu finansowania tak, aby zmniejszyć rozproszenie środków oraz ujednoczenie kryteriów ich przyznawania. Ponadto musi zostać wypracowany mechanizm finansowania z krajowych źródeł publicznych usług realizowanych okresowo ze środków budżetu Unii Europejskiej w celu zapewnienia ciągłości dostępu do tych usług przez okres co najmniej do 10 lat po rozpoczęciu danego działania.

Kolejnym etapem będzie zaplanowanie sposobu finansowania poszczególnych usług, w szczególności systemu finansowania wsparcia dla rodzin, w których zamieszkują osoby wymagające wsparcia, wsparcia środowiskowego, usług asystencji osobistej dla osób z niepełnosprawnościami oraz mieszkalnictwa wspomagane.

Nowy sposób finansowania działań musi w sobie łączyć elementy finansowania ze środków budżetu państwa, środków jednostek samorządu terytorialnego oraz środków samych osób lub ich rodzin korzystających ze wsparcia. Do rozważenia na dalszym etapie pozostaje wprowadzenie mechanizmu ubezpieczenia pielęgnacyjnego przeznaczonego na zaspokojenie potrzeb osób wymagających intensywnego wsparcia.

Osobną kwestią jest wypracowanie rozwiązań i przetestowanie na wybranych działaniach rozwiązania „pieniądze idą za osobą”³¹ oraz tzw. budżetu osobistego, który umożliwi samodzielnie finansowanie danej usługi na podstawie specjalnie przyznanych środków lub bonu na usługi. Po przeprowadzonym testowaniu nastąpi analiza i opracowanie rekomendacji w zakresie wprowadzenia budżetu osobistego na szerszą skalę.

Okres realizacji działania

2021-2035

Harmonogram

- Analiza dotychczasowych wydatków na usługi społeczne różnych typów z określeniem sposobów finansowania oraz określenie potrzeb wydatkowych w różnych wariantach: 2022 (MF);
- Uporządkowanie dotychczasowych źródeł finansowania; Zmiany prawne i finansowe: do 2023 (MF, MRiPS, MZ, MEiN);
- Unormowanie prawne sposobu i mechanizmu przejmowania trwałości działań finansowanych ze środków europejskich na okres co najmniej 10 lat.: do 2023 (MF, MFiPR);
- Nowy system finansowania usług społecznych. Przesądzenie o systemie wsparcia osób starszych i niepełnosprawnych w zakresie opiekuńczym i asystenckim (ubezpieczenie pielęgnacyjne versus dotacja budżetowa versus subwencja społeczna). Przygotowanie scenariuszy finansowych i przygotowanie ram prawnych. 2025 (MRiPS, MF). Uruchomienie nowego systemu finansowania działań usług społecznych 2027.

Koordynator

MRiPS

Podmioty współpracujące

MF, MZ, MFiPR, jednostki samorządu terytorialnego

Finansowanie

Budżet państwa, EFS

³¹ Funkcjonujące z powodzeniem od wielu lat w Polsce m.in. w ramach subwencji oświatowej oraz realizacji usług medycznych, jak również całościowo w innych krajach OECD.

Działanie V.2. Budżet osobisty

Budżet osobisty (BO) to pakiet środków – zindywidualizowanych funduszy - przyznawanych osobie z niepełnosprawnością, potrzebującej stałego wsparcia, na sfinansowanie realizacji tego wsparcia w postaci usług – w szczególności: asystencji osobistej, opieki wytchnieniowej, urządzeń i wyrobów medycznych oraz pomocy technicznych, indywidualnych środków transportu i komunikacji kompensujących dysfunkcję, usług zdrowotnych, mieszkalnictwa. Wysokość budżetu wynika każdorazowo z analizy indywidualnych potrzeb osoby z niepełnosprawnością, wskazanych przez samą osobę lub jej reprezentanta prawnego.

Kluczowym czynnikiem jest personalizacja wsparcia oparta o decyzyjność osób z niepełnosprawnościami, będących odbiorcami różnych usług społecznych, które poprzez BO powinny mieć możliwość decydowania do co sposobu wydatkowania środków (zarządzania), oraz maksymalną i pełną kontrolę nad tym, jak zaspokajane są ich potrzeby. Drugim istotnym czynnikiem jest orzekanie skoncentrowane na osobie (*person – centred planning*), polegające na identyfikacji tego w jaki sposób chce ona prowadzić swoje życie i jakie wsparcie jest do tego potrzebne.

Budżet powinien zostać osadzony w systemie wsparcia w oparciu o następujące elementy:

- plan wsparcia (jako część systemu orzecznictwa lub wydzielona procedura) – oparty o filary BO oraz realną wycenę kosztów wsparcia przekładającą się na wysokość przyznanego BO. Plan wsparcia powinien zawierać również określenie sposobu zarządzania środkami przez daną osobę, a także brać pod uwagę możliwości uzyskania konkretnego wsparcia w społeczności lokalnej, w której mieszka osoba ubiegająca się o BO;
- warunki wydatkowania środków – dotyczące zakresu usług możliwych do nabywania w ramach BO ze wskazaniem na usługę asystencji osobistej jako kluczową. Katalog usług powinien być systematycznie rozszerzany, a w uzasadnionych przypadkach powinna istnieć możliwość zakupu usługi spoza katalogu. Istotne jest również określenie możliwości zakupu w ramach BO usług możliwych do otrzymania inną drogą;
- zasady raportowania wydatków – polegające na określeniu sposobu kontroli administracji publicznej nad wydatkowaniem BO;
- system wsparcia osób starających się o BO oraz jego użytkowników – polegający na działaniach informacyjnych oraz poradnictwie dotyczącym zarządzania i wydatkowania BO;

Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

- sposoby obsługi środków - możliwość samodzielnej obsługi BO przez jego użytkowników (forma płatności bezpośredniej – przekazywanej osobie, do której należy BO) lub możliwość zlecenia tych działań instytucji lub innej osobie (płatność pośrednia). Wybór sposobu obsługi środków powinien przynależeć do osoby otrzymującej BO i nie powinien być jej narzucany;
- mechanizmy techniczne obsługi środków – BO może być wypłacany w formie gotówkowej (płatność na konto), co stanowi formę preferowaną jako najbardziej efektywną kosztowo w procesie deinstytucjonalizacji. Opcjonalnie BO może być również wypłacany w formie bonów lub kart płatniczych. Istotne jest wprowadzenie zasad pozwalających na łączenie BO z innymi (również prywatnymi) środkami;
- określenie roli osoby z niepełnosprawnością, która środki z BO przeznacza na zakup usługi asystencji osobistej. Istotne jest zdefiniowanie zasad (administracyjno – skarbowych), na jakich możliwe jest zatrudnianie asystentów w ramach BO;
- przygotowanie ścieżek pozwalających na wychodzenie osób z niepełnosprawnościami z opieki instytucjonalnej z pomocą BO.

Celem zmian powinno być trwale umocowanie BO w krajowym systemie wsparcia łącznie ze wskazaniem sposobów finansowania.

Okres realizacji działania

2021-2035

Harmonogram

Wprowadzenie rozwiązań legislacyjnych w zakresie budżetu osobistego: do 2025.

Koordynator

MRiPS

Podmioty współpracujące

MZ, wojewodowie, JST

Finansowanie

Budżet państwa, FS, PFRON, środki JST, EFS

Działanie V.3. Rozwój i integracja profesji i zawodów pomocowych

Świadczenie usług w systemie rodzinnym i środowiskowym wiąże się z odmiennymi kompetencjami niż w systemie zinstytucjonalizowanym. Oczekiwana zmiana społeczna nie jest więc możliwa bez odpowiedniego przygotowania i zaangażowania profesjonalistów, co wiąże się również ze znacząco poprawą warunków ich funkcjonowania w środowisku. Dlatego ważnym aspektem rozwoju usług społecznych i ich równoczesnej deinstytucjonalizacji jest wzmacnianie kadr zawodów pomocowych. To właśnie od kompetencji tych specjalistów, jak również warunków pracy, które im stworzono w największej mierze zależy jakość świadczonych usług, a od ich umiejętności współpracy między sobą – kompleksowość wsparcia usługowego w warunkach deinstytucjonalizacji.

W modelu zdeinstytucjonalizowanym usługi społeczne mają charakter środowiskowy, a korzystanie z nich nie wywołuje efektu ubocznego w postaci ograniczenia uczestnictwa w życiu społecznym. Zwiększa się natomiast ryzyko rozproszenia infrastruktury usługowej i fragmentaryzacji dostępnego wsparcia. Od strony organizacyjnej rozwiązaniem niwelującym te niedogodności są indywidualne plany usług społecznych, które realizować będą centra usług społecznych, zapewniając w ten sposób integrację środowiskowych działań pomocowych i opiekuńczych wielu lokalnych usługodawców. W tym kontekście potrzebne jest przygotowanie instytucji regionalnych (Regionalnych Ośrodków Polityki Społecznej, ich wzmocnienie kadrowe, merytoryczne i zapewnienie źródeł finansowania nowych zadań) i lokalnych do koordynacji działań w zakresie diagnozowania potrzeb, planowania uzupełniającego się systemu usług świadczonych w środowisku i przede wszystkim ich realizacji i monitorowania oraz reagowania na zmieniające się potrzeby oraz trendy.

W zakresie wzmocnienia profesji i zawodów pomocowych, planowana jest regulacja prawna o działalności pomocowej, której przygotowania podjęła się Kancelaria Prezydenta. Za zawody pomocowe będą uznane wszystkie te zawody, których przedstawiciele świadczą w sposób profesjonalny usługi społeczne. Dzięki temu integracja usług społecznych obejmie aspekt zarówno przedmiotowy, jak i podmiotowy. Odpowiada to rozwiązaniom przyjętym w innych państwach europejskich (na przykład we Francji czy w Wielkiej Brytanii).

W prawodawstwie zostaną zawarte kluczowe zasady etyczne profesjonalnego pomagania – po ich uzgodnieniu z wszystkimi zainteresowanymi środowiskami zawodowymi. Prace inicjujące działania w tym kierunku podjęto w lutym 2020 roku w ramach zorganizowanego przez Kancelarię Prezydenta RP Kongresu Profesji i Zawodów Pomocowych, w którym uczestniczyli specjaliści reprezentujący wszystkie główne obszary usług społecznych.

Dla prawidłowego funkcjonowania zdeinstytucjonalizowanego systemu usług społecznych *social services* niezbędne jest też zadbanie o odpowiednie warunki pracy specjalistów świadczących usługi społeczne oraz stworzenie perspektyw ich rozwoju zawodowego. Dlatego też niezbędne będzie znaczące zwiększenie liczebności pracowników zawodów pomocowych oraz wzrostu ich wynagrodzeń, motywujący zachęcając do pozostania w zawodach pomocowych oraz do ustawicznego podnoszenia kompetencji. Ponadto podejmowane będą działania związane z kreowaniem pozytywnego wizerunku zawodów pomocowych, szczególnie w zakresie popularyzacji kierunków kształcenia wśród młodzieży planującej swoją ścieżkę zawodową, jak i uświadamiania obywateli na czym polega praca w zawodach pomocowych. Podejmowane będą działania reformujące kształcenie i podnoszenie kompetencji w zawodach pomocowych oraz działania wprowadzające superwizję pracownika pomocowego.

Rozwój mieszkalnictwa wspomaganego, adaptabilnego i dostępnego cenowo wraz z systemem zintegrowanych usług świadczonych lokalnie i indywidualnie wymaga odpowiedniego przygotowania kadr. Najważniejsze kierunki działań w tym zakresie: (1) Rozwój kompetencji w zakresie zapobiegania bezdomności, w tym pracy socjalnej z osobami osadzonymi, z osobami zadłużonymi, zagrożonymi eksmisją, z osobami znajdującymi się w pieczy zastępczej (czy innych miejscach opieki instytucjonalnej dla młodzieży); (2) Poszerzenie kompetencji pracowników pomocowych o umiejętności w zakresie udzielania wsparcia mieszkaniowego; (3) Przygotowanie kadr do świadczenia usług pośrednictwa w zakresie najmu społecznego (w tym SAN); (4) Zapewnienie wysokiej jakości kształcenia streetworkerów, zapewnienie dostępu do szkoleń i superwizji dla kadr pomocowych.

Realizacja tych zadań będzie należała zarówno do regionalnych ośrodków polityki społecznej (szkolenia specjalistyczne) jak i do instytucji edukacyjnych, w tym uczelni wyższych (poszerzenie programów kształcenia na kierunkach społecznych, jak np. praca socjalna, resocjalizacja i na specjalności organizacja społeczności lokalnych oraz organizacja studiów podyplomowych).

Okres realizacji działania

2021-2035

Harmonogram

- Przygotowanie na poziomie krajowym „Białej księgi” stanu zatrudnienia oraz planu przeciwdziałania niedoborom kadr w zawodach niezbędnych do świadczenia i zarządzania usługami społecznymi wraz z zachętami do kształcenia w zawodach pomocowych: 2022 (MRiPS, MZ);

- Opracowanie programu i harmonogramu szkoleń w zakresie nowych form wsparcia dla osób w kryzysie bezdomności i zagrożonych wykluczeniem mieszkaniowym dla kadr pomocy społecznej i innych zainteresowanych osób: 2022;
- Dopasowanie programów kształcenia na kierunkach i specjalnościach przygotowujących do pracy w zawodach pomocowych do nowych potrzeb w zakresie wsparcia dla osób w kryzysie bezdomności i zagrożonych wykluczeniem mieszkaniowym: 2022/2023;
- Przyjęcie ustawy o działalności pomocowej umożliwiającej integrację i rozwój profesji i zawodów pomocowych oraz Organizowanie Rady Profesji i Zawodów Pomocowych, przygotowujących integrację środowiska zawodów pomocowych: 2023;
- Stopniowy wzrost wynagrodzeń pracowników socjalnych pracujących w środowisku, poprzez zmianę systemu finansowania pracowników socjalnych jako zadania własnego dofinansowanego z budżetu państwa. Zredefiniowanie wydatków budżetu państwa dla ośrodków pomocy społecznej celem przeznaczenia ich na wynagrodzenia dla pracowników socjalnych określając ich wysokość i liczbę pracowników. Zmiany prawne: do 2024, wdrożenie systemu: 2026;
- Zmiana wysokości dotacji i przedłużenie okresu obowiązywania rządowego programu asystent rodziny i koordynator rodzinnej pieczy zastępczej, zwiększając stopniowo zatrudnienie asystentów rodziny do 16 tys. w 2035 roku oraz finansujących comiesięcznie wynagrodzenie w wysokości 60% kosztów wynagrodzenia zarówno asystentów rodzin jak również koordynatorów rodzinnej pieczy zastępczej. Znaczące zwiększenie praw pracowniczych poprzez zapewnienie im takich samych, jakie mają inni pracownicy pracujący w terenie: 2025;
- Włączenie opiekunów medycznych do personelu udzielającego świadczeń gwarantowanych w ramach opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielanych w warunkach domowych wraz ze zwiększeniem ich kompetencji i uprawnień w opiece: 2023 (MZ);
- Ustawowe uregulowanie zawodu asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością wraz z określeniem sposobu finansowania jego działań możliwymi procedurami realizacji asystencji osobistej, wyboru usługodawcy przez osobę z niepełnosprawnością, realizowanie usługi przez gminę we współpracy z sektorem społecznym: 2023 (MRiPS);
- Wzmocnienie i poszerzenie kompetencji Regionalnych Ośrodków Polityki Społecznej w zakresie koordynacji na poziomie regionalnym polityki deinstytucjonalizacji usług społecznych w powiązaniu z działaniami na rzecz profesjonalizacji kadr specjalistów świadczących te usługi: 2025;

- Przygotowanie i przeprowadzenie reformy kształcenia formalnego w zawodach pomocowych. Reforma będzie dotyczyć nie tylko kształcenia na poziomie wyższym, ale będzie dotyczyć 5 poziomów określonych w Polskiej Reformie Kwalifikacji. Reforma zakłada wdrożenie zmian programowych i metodologicznych, pozwalających na rozwijanie konkretnych umiejętności w oparciu o nowy paradygmat pracy w formułach rodzinnych i środowiskowych, w tym umiejętności: stosowania podejścia podmiotowego, stosowania podejścia skoncentrowanego na wsparciu osób w rodzinie i środowisku, interpersonalnych, pracy zespołowej i współpracy Ponadto, reforma przewiduje wdrożenie rozwiązań pozwalających na zdobycie praktycznego doświadczenia w pracy w danym zawodzie pomocowym poprzez wdrażanie systemu kształcenia w miejscu pracy oraz zwiększeniu wykorzystania praktycznych form kształcenia (np. *job shadowing*, staże, praktyki) oraz poprzez systemy wizyt studyjnych, spacerów badawczych, gier terenowych Zakłada się także zwiększenie wykorzystania nowych technologii w procesach edukacyjnych. Przygotowanie reformy: do 2025, stopniowe wdrożenia reformy: do 2035;
- Finansowanie programów rozwojowych uczelni wyższych oraz szkół (w tym zawodowych), pozwalających na wdrożenie pilotażowych rozwiązań służących upowszechnieniu nowego paradygmatu, przygotowaniu do pracy w zawodach pomocowych, ale także do zarządzania i koordynacji rozwoju usług na poziomie regionalnym i lokalnym, wykorzystaniu różnych formuł zdobywania praktycznych umiejętności w pracy w poszczególnych zawodach, wykorzystania technologii ICT w edukacji w zawodach pomocowych: 2025;
- Uruchamianie programów edukacji pozaformalnej (kursy, szkolenia, doradztwo, superwizja) dla kadr pracujących w zawodach pomocowych, pozwalających na przekwalifikowanie lub uzupełnienie kwalifikacji niezbędnych do realizacji nowych zadań w formułach rodzinnych i środowiskowych, dotyczy to również kształcenia osób o niskich kwalifikacjach. Uruchomienie analogicznych programów edukacji dla kadr odpowiedzialnych za zarządzanie i koordynację rozwoju usług na poziomie regionalnym i lokalnym: 2025;
- Upowszechnienie mechanizmów formalnego potwierdzania kompetencji zdobytych w sposób pozaformalny i nieformalny (np. z wykorzystaniem Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji). Może to dotyczyć pracowników, którzy w swojej pracy nabyli nowe kompetencje i chcą je potwierdzić, obywateli państw trzecich wykonujących tego typu zadania lub osób,

które nabyły kompetencje pracując jako opiekunowie faktyczni, asystenci osobiści: 2025.

Koordynator

MRiPS

Podmioty współpracujące

MEiN, MFiPR, MZ, JST, ROPS

Finansowanie

Budżet państwa, EFS

Działanie V.4. Partnerstwo publiczno-społeczne

Rozwój usług społecznych i proces ich deinstytucjonalizacji obejmujący: jak najszersze wykorzystanie potencjału działań środowiskowych, uspołecznienie wsparcia organizowanego w ramach placówek dziennego pobytu (ich otwarcie na społeczność lokalną i włączenie w lokalną infrastrukturę sfery społecznej) oraz ograniczenie znaczenia w systemie wsparcia placówek całonocnego pobytu wymagają ścisłej współpracy podmiotów z różnych sektorów, na etapach kreowania zmian, ich realizacji oraz monitorowania. Nie jest przy tym obojętne, jakie podmioty i w jaki sposób realizują usługi społeczne na rzecz mieszkańców. Ważne jest bowiem, aby były to podmioty znające potrzeby i oczekiwania społeczności lokalnej (zasada trafności wsparcia), angażujące mieszkańców w formatowanie usług (zasada personalizacji wsparcia) i ich realizację (zasada koprodukcji usług). Jest to istotne w każdym obszarze sfery społecznej. Dlatego usługi społeczne w pierwszej kolejności powinny być świadczone przez podmioty ekonomii społecznej - o charakterze niekomercyjnym, łączące działalność ekonomiczną z misją społeczną.

Ważnym katalizatorem rozwoju usług społecznych o charakterze środowiskowym jest partnerstwo publiczno-społeczne, stwarzające warunki dla partnerskiego współdziałania podmiotów publicznych i podmiotów ekonomii społecznej w diagnozie potencjału, potrzeb i problemów społeczności lokalnych, partycypacyjnym przygotowywaniu (i monitorowaniu prowadzenia) odpowiednich działań publicznych oraz koprodukcji usług społecznych.

Warunkiem rozwoju partnerstw jest nie tylko wola współdziałania obu stron, ale też ich porównywalny potencjał w zakresie realizowania uzgodnionych działań. Nie ulega wątpliwości, że sektor ekonomii społecznej wymaga wzmocnienia, aby był realnym partnerem dla samorządu terytorialnego. Zaangażowanie podmiotów tego sektora w świadczenie usług społecznych stwarza szansę jego wzmocnienia

dzięki powiązaniu aktywności misyjnej z działalnością ekonomiczną. Wzmocnienie oraz stabilne warunki funkcjonowania sektora ekonomii społecznej są niezbędne dla budowy zdywersyfikowanych lokalnych rynków usług społecznych.

Kluczowym elementem w tym zakresie będzie nowa regulacja o ekonomii społecznej, która nada impuls rozwojowy w zakresie zwiększania liczby profesjonalnych podmiotów realizujących usługi społeczne, jak również zapewni spójne relacje z podmiotami finansującymi usługi – jednostkami samorządu terytorialnego.

Okres realizacji działania

2021-2035

Harmonogram

- Przyjęta zostanie nowa regulacja ustawowa dotycząca ekonomii społecznej stanowiąca uzupełnienie przepisów ustawy o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych, ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie oraz ustawy – Prawo zamówień publicznych: 2022.

Nowa regulacja określi także zasady nabywania i funkcjonowania statusu przedsiębiorstwa społecznego oraz nowe formy wsparcia podmiotów uzyskujących ten status.

- Ustawa o ekonomii społecznej regulować będzie dwa kluczowe zagadnienia stanowiące istotę ekonomii społecznej tj. zatrudnienie i reintegrację osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, a także włączenie PES w realizację usług społecznych, poprzez określenie zasad współpracy z administracją publiczną w tym zakresie. Istotne dla tego obszaru jest wprowadzenie nowych trybów współpracy pozwalających na dialog i bardziej elastyczne określanie warunków zlecenia usług społecznych. Mechanizmy te powinny przyczynić się nie tylko do lepszego zrozumienia wzajemnych oczekiwań, ale również do zapewnienia świadczenia usług społecznych zgodnie z oczekiwaniami odbiorców;
- Zwiększenie popytu na usługi społeczne świadczone przez PES na kanwie doświadczeń z wdrażania mechanizmu zakupów interwencyjnych poprzez pilotażowy program dopłat dla JST do kosztów realizacji usługi społecznej zleconej PES w ramach EFS+: 2023;
- Wsparcie JST we wdrażaniu zapisów ustawy o ekonomii społecznej w zakresie usług społecznych świadczonych przez PES w ramach EFS+: 2023;
- Uruchomienie pilotażu realizacji nowej formuły realizacji zadań publicznych w wybranych jednostkach samorządu terytorialnego poprzez program Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej 2022-2024;

- Rozwój procesu deinstytucjonalizacji oraz zwiększanie dostępności usług społecznych świadczonych przez podmioty ekonomii społecznej, w szczególności przedsiębiorstwa społeczne dzięki dotacjom inwestycyjnym w ramach KPO – uruchomienie: do końca 2023 roku;
- Przygotowanie i uruchomienie działania rozwijającego tworzenie konsorcjów przedsiębiorstw społecznych umożliwiającym zintegrowane świadczenie usług: opiekuńczych, asystenckich, pielęgnacyjnych, rehabilitacyjnych, gastronomicznych itp. na rzecz osób wymagających wsparcia: 2027.

Koordynator

MRiPS

Podmioty współpracujące

MFiPR, JST

Finansowanie

Budżet państwa, EFS

Działanie V.5. Budowanie świadomości

Kwestia świadomości społecznej w reformie odnoszącej się do rozwoju usług społecznych i zdrowotnych ma kluczowe znaczenie. Bez zwiększenia świadomości potrzeb grup zagrożonych wykluczeniem społecznym przy jednoczesnym wzroście wiedzy na temat możliwych i pożądanym kierunków i form deinstytucjonalizacji, nie będzie możliwa systemowa zmiana jakości i zagwarantowanie godności życia Polaków, którzy potrzebują wsparcia. Z jednej strony zwiększenia świadomości wymaga postrzeganie osób zagrożonych wykluczeniem społecznym np. osób z niepełnosprawnościami, osób starszych, osób z problemami zdrowia psychicznego, czy osób w kryzysie bezdomności. Z drugiej, potoczne myślenie o prawach tych osób jest często krzywdzące i sugerujące, że ich doświadczenie jest efektem świadomego wyboru danej jednostki lub skutkiem jego zaniedbań czy zaniedbań najbliższych. Kolejnym aspektem jest bardzo silne uwarunkowanie instytucjonalnego myślenia. Dużo prościej, na dzień dzisiejszy, jest rozwiązywać trudne kwestie poprzez przesunięcie osób zagrożonych wykluczeniem do odrębnych instytucji niż zorganizować innowacyjny i zdeinstytucjonalizowany system wsparcia w społeczności lokalnej. Panuje nadal niestety przekonanie, że tylko w instytucjach otrzymają oni pełną i kompleksową opiekę. Również w opinii samych instytucji pomocowych kwestie wsparcia osób, które znajdują się w instytucjach są znacznie łatwiejsze do przyswojenia i zaakceptowania niż wsparcie

indywidualnych osób i rodzin w środowisku. Wskazuje na to m.in. sytuacja w domach pomocy społecznej w trakcie pandemii COVID-19 oraz publiczne, powszechne przyzwolenie na ograniczenie wolności ich mieszkańców „dla ich dobra”, w odróżnieniu od zdecydowanie mniej restrykcyjnych ograniczeń, którymi zostali objęci pozostali obywatele. Podobnie też się dzieje w przypadku przyzwyczajenia społecznego do kampanii na rzecz przeznaczenia 1% dochodu na cele społeczne czy zbiórek publicznych jako często jedynych form wsparcia osób zagrożonych wykluczeniem, np. zbiórek na rzecz zakupu specjalistycznego sprzętu dla dzieci z niepełnosprawnościami czy wspierania określonej organizacji pozarządowej i będącej pod jej opieką konkretnych osób.

Dlatego też należy podjąć dwutorowe działania świadomościowe w zakresie:

- upowszechniania różnorodności potrzeb i równości praw wszystkich obywateli, w tym w szczególności osób zagrożonych wykluczeniem społecznym oraz przeciwdziałania dyskryminacji i stygmatyzacji tych osób;
- upowszechniania wiedzy o potrzebie zmian w obszarze usług społecznych i zdrowotnych dotyczących wszystkich obywateli.

Pierwszy element ma wymiar bardziej generalny odnoszący się do kształtowania postaw wobec współmieszkańców, ludzi o różnych potrzebach społecznych i bytowych. Drugi element dotyczy uświadomienia, iż działania na rzecz rozwoju usług społecznych i zdrowotnych dotyczyć mogą potencjalnie każdego obywatela, czy to osobiście czy też członków jego rodziny. A tym samym uświadomienie, że projektowane w niniejszej Strategii zmiany mogą stać się dla każdego osobiście nagle bardzo ważne. Ten drugi element należy prowadzić dwutorowo: po pierwsze jako działania adresowane dla wszystkich obywateli, oraz po drugie jako działania kierowane do pracowników instytucji publicznych, ze szczególnym uwzględnieniem instytucji pomocowych. Szczególną rolę w obu obszarach może odegrać administracja publiczna. Dlatego kluczowe jest podnoszenie świadomości i kompetencji urzędników i polityków w zakresie praw obywatelskich i różnorodności zdeinstytucjonalizowanych i innowacyjnych form wsparcia, w tym szczególnie w odniesieniu do grup zagrożonych wykluczeniem społecznym.

W kształtowaniu świadomości społecznej dotyczącej różnorodności i praw obywateli należy pamiętać o konieczności edukacji nie tylko dzieci i młodzieży, lecz również osób dorosłych. Edukacja w tym zakresie powinna być oparta na szerzeniu wiedzy dotyczącej niezbywalnych praw człowieka, w tym w szczególności prawa do godnego życia i praw dziecka, w tym do wyrażania własnego zdania. Powinna ona być przeprowadzona przez odpowiednio przygotowane grupy edukatorów oraz zawierać się w dobrze przemyślanym systemie, który obejmuje współpracę ze szkołami i organizacjami pozarządowymi. Należy pamiętać, że edukacja społeczna powinna mieć przede

wszystkim charakter interdyscyplinarny, a co ważniejsze międzygeneracyjny i powszechny.

Niezbędne jest również zapewnienie prowadzenia kampanii informacyjnych i edukacyjnych, głównie w Internecie, w tym w mediach społecznościowych, poświęconych tematyce upowszechniania różnorodności potrzeb i równości praw wszystkich mieszkańców. Promowanie pozytywnego wizerunku m.in. osób starszych, osób z niepełnosprawnościami i rodzin zastępczych czy osób w kryzysie bezdomności promowanie idei włączenia społecznego, świadomości prawa do edukacji włączającej, kierowane zarówno do dzieci i rodziców jak również do nauczycieli na każdym szczeblu kształcenia. Wykorzystanie wszystkich kanałów dotarcia do społeczności lokalnych, z uwzględnieniem świadectw osób, które opuściły instytucje i tych, które wspierają te osoby w środowisku (poza instytucjami).

Istotnym elementem budowy świadomości społecznej powinno być wykorzystywanie planowych i długoterminowych kampanii społecznych (prasa, radio, telewizja) mających na celu wywoływanie refleksji, uświadomienie, oraz kształtowanie społecznie pożądanym etycznych i empatycznych wzorców zachowań, zmiany postaw i relacji społecznych, w szczególności zrozumienia korzyści wynikających z życia poza instytucją zarówno dla pojedynczych osób jak i całego społeczeństwa.

Okres realizacji działania

2021-2035

Harmonogram

- Kampania edukacyjna, w szczególności w mediach społecznościowych. Pilotaż 2022-2023. Działania systemowe od 2024;
- Działania edukacyjne w szkołach i instytucjach publicznych i niepublicznych realizowane przez edukatorów organizacji obywatelskich 2023-2035;
- Działanie promocyjne wspierające działania informacyjne, zwłaszcza w mediach o charakterze regionalnym i ogólnopolskim 2023-2035.

Koordynator

MRiPS

Podmioty współpracujące

MEiN, MFiPR, TVP

Finansowanie

Budżet państwa

Rozdział IV. System wdrażania i monitorowania

IV.1. System wdrażania

Skoordynowanie procesu rozwoju usług społecznych i zdrowotnych (zwłaszcza w zakresie opieki długoterminowej) oraz ich deinstytucjonalizacji, wymaga działań na każdym poziomie: krajowym, regionalnym i lokalnym. Wymaga ponadto zmian w zakresie programowania strategicznego i operacyjnego oraz nowego systemu gromadzenia i wykorzystywania danych. Ważnym aspektem skutecznej koordynacji jest też uspołecznienie procesu programowania, realizacji i monitorowania interwencji publicznej w tym obszarze, gdyż pozwala szerzej i efektywniej wykorzystać potencjał wsparcia o charakterze stricte środowiskowym oraz samo w sobie jest przejawem podejścia zdeinstytucjonalizowanego.

Pomimo przyjęcia wieloletniego planu zarządzania państwem, polegającego na uporządkowaniu programowania strategicznego i instytucjonalnego, rozpoczętego przez minister rozwoju regionalnego Grażynę Gęsicką, pojawiają się nowe wyzwania programowo-instytucjonalne w odniesieniu do programowania sfer rozwoju o charakterze ponadsektorowym i wieloaspektowym. Niewątpliwie deinstytucjonalizacja usług społecznych i zdrowotnych jest jedną z takich sfer.

Problematyka deinstytucjonalizacji, uwzględniając jej aspekt merytoryczny i finansowy, dotyczy różnych działów administracji i różnych resortów. Wymienić należy następujące działy administracji:

- administracja publiczna;
- budżet;
- finanse publiczne;
- budownictwo, planowanie i zagospodarowanie przestrzenne, oraz mieszkalnictwo;
- członkostwo Rzeczypospolitej Polskiej w Unii Europejskiej;
- oświata, edukacja i wychowanie;
- praca;
- rozwój wsi;
- rozwój regionalny;
- sprawiedliwość;
- rodzina;
- zabezpieczenie społeczne;
- zdrowie.

Wielosektorowość procesu deinstytucjonalizacji sprawia, że wymaga on programowania horyzontalnego. Niestety, chociaż podejście horyzontalne jest już w Polsce stosowane, to elementy takiego programowania w odniesieniu do deinstytucjonalizacji są rozproszone w różnych dokumentach strategicznych i realizowane fragmentarycznie, przez co wizja procesu deinstytucjonalizacji jest niewystarczająco wyrazista i spójna.

Należy zaznaczyć, że deinstytucjonalizacja nie ma prowadzić do ograniczenia nakładów na infrastrukturę sfery społecznej. Przeciwnie, deinstytucjonalizacja jest istotnym elementem polityki inwestycji społecznych i oznacza rozwój usług społecznych o charakterze środowiskowym oraz prospołeczne przekształcanie placówkowych form wsparcia, przy jednoczesnym dążeniu do stopniowego i ewolucyjnego ograniczenia – wszędzie, gdzie to możliwe - form instytucjonalnej pomocy i opieki całodobowej.

Ograniczenie znaczenia placówek całodobowych wymaga przy tym nie tylko znaczącego zwiększenia dostępności usług środowiskowych, ale także ich odpowiedniej koordynacji, z uwzględnieniem funkcjonalnej współpracy specjalistów reprezentujących różne profesje i zawody pomocowe, aby oferowane wsparcie usługowe miało charakter kompleksowy. Dlatego proces programowania strategicznego i tworzenia krajowych programów rozwoju infrastruktury usług społecznych wymaga horyzontalnego i holistycznego podejścia oraz wykorzystania nowych rozwiązań i instrumentów. Takim nowym instrumentem są Centra Usług Społecznych (ich tworzenie i funkcjonowanie reguluje ustawa z dnia 19 lipca 2019 roku o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych), umożliwiające budowę i koordynację środowiskowych systemów usługowych w pełni wykorzystujących potencjał wsparcia społecznego samorządowych wspólnot terytorialnych.

Schemat 7. System koordynacji i wdrażania

Koordynacja i wdrażanie

- koordynacja: Pełnomocnik Rządu do Spraw Deinstytucjonalizacji/ Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej
- plany realizacji poszczególnych działań Strategii

Wdrażanie Strategii będzie odbywało się również za pomocą planów realizacji poszczególnych działań Strategii, przyjmowanych przez resorty koordynujące

dane działania. Plany realizacji będą zawierały dokładny zakres i harmonogram prac w obrębie danego działania, alokację środków finansowych dla realizacji działania, określenie ról podmiotów współpracujących oraz formę zaangażowania organizacji społecznych reprezentujących grupy społeczne, których dotyczy działanie, określone w sposób umożliwiający osiągnięcie założonych dla danego działania celów i wskaźników, w określonych w Strategii terminach.

IV.2. Koordynacja na poziomie krajowym

Aby realizowany proces deinstytucjonalizacji był spójny, kompletny i przynosił wymierne korzyści odbiorcom usług, ważne jest skoordynowanie wszystkich działań planistyczno-wdrożeniowych. Na poziomie krajowym koordynacja powinna, po pierwsze, uwzględniać merytoryczne aspekty wspólnego programowania, realizacji i monitorowania działań prowadzonych w Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej, Ministerstwie Zdrowia, Ministerstwie Edukacji i Nauki, Ministerstwie Rozwoju, Przedsiębiorczości i Technologii, Ministerstwie Kultury, Dziedzictwa Narodowego i Sportu przy współpracy innych ministrów. Po drugie, chodzi o koordynację działań w wymiarze finansowym, czyli m.in. o współpracę Ministra Finansów i Ministra Funduszy i Polityki Regionalnej umożliwiającą łączenie środków krajowych (rządowych i samorządowych) oraz środków z budżetu Unii Europejskiej.

Istotnym elementem koordynacji jest włączenie przedstawicieli samorządu terytorialnego oraz organizacji obywatelskich działających w obszarze usług społecznych, jak również przedstawicieli świata nauki. Partycypacja społeczna w procesie koordynacji i monitorowania działań jest nieodzownym elementem uzyskania poparcia społecznego w tym trudnym i wymagającym dyskusji ze wszystkimi interesariuszami procesie zmiany systemowej, jaką jest deinstytucjonalizacja. Niezbędne jest również wskazanie konkretnego ministra lub pełnomocnika rządu odpowiedzialnego za koordynowanie całości prac w sytuacji wielości działań i zadań przewidzianych do realizacji. Optymalnym rozwiązaniem będzie utworzenie stanowiska pełnomocnika rządu do spraw deinstytucjonalizacji usług społecznych i zdrowotnych i jego usytuowanie w Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej.

Ramą programową koordynacji działań będzie polityka publiczna zgodnie z ustawą – ramy deinstytucjonalizacji do 2035 roku, która powinna podlegać bieżącemu monitorowaniu oraz ewaluacji kroczącej co 3 lata.

Harmonogram zarządzania i koordynacji na poziomie krajowym

- Powołanie na mocy art. 10 ustawy o Radzie Ministrów z dnia 8 sierpnia 1996 roku pełnomocnika rządu ds. deinstytucjonalizacji usług

społecznych i zdrowotnych w ramach struktury Ministra Rodziny i Polityki Społecznej: 2021 (KPRM);

- Powołanie na mocy art. 12 ust. 1 pkt 3 i ust. 2 ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 roku o Radzie Ministrów zespołu doradczego – Platformy Usług Społecznych, z udziałem przedstawicieli administracji rządowej, kancelarii Prezydenta RP, organizacji samorządu terytorialnego, organizacji obywatelskich i świata nauki – wspierającego administrację rządową w koordynowaniu i bieżącym monitorowaniu procesu rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji wsparcia. Zespołem kierował będzie pełnomocnik rządu ds. deinstytucjonalizacji: 2022 (MRiPS);
- Przyjęcie i monitorowanie strategii deinstytucjonalizacji do 2035 roku jako dokumentu rządowego wypracowanego partycypacyjnie przez przedstawicieli administracji rządowej, samorządowej i organizacji obywatelskich: 2021 (MRiPS, MZ, MEiN);
- Stworzenie platformy informacyjnej zawierającej wszelkie niezbędne aktualne dane w zakresie działań na rzecz obywateli wymagających wsparcia (dostępnych form pomocy i opieki, kryteriów i procedur dostępu, danych kontaktowych itp.), dzięki której wszystkie zainteresowane podmioty (w szczególności osoby wymagające objęcia opieką długoterminową i ich opiekunowie) będą miały dostęp do kompleksowej informacji w tym zakresie. Przygotowanie koncepcji: 2022. Pilotaż: 2023-2026, pełna, systemowa realizacja działań: 2027;
- Stworzenie platformy cyfrowej opartej o portal gov.pl agregującej dane (w tym dane liczbowe) o osobach wymagających wsparcia (przede wszystkim dotyczy osób powyżej 75 roku życia i osób z niepełnosprawnościami) zbierane przez lokalne jednostki, w szczególności Ośrodki Pomocy Społecznej, Centra Usług Społecznych i Zakłady Lecznicze, ZUS, PFRON, powiatowe zespoły orzekające, szkolnictwo specjalne, poradnie psychologiczno-pedagogiczne, Środowiskowe Domy Samopomocy, organizacje pomocowe i inne w celu monitorowania potrzeb w zakresie wsparcia pomocowo-opiekuńczego, jak również – po zapewnieniu odpowiednich zmian legislacyjnych – koordynowania działań lokalnych i ponadlokalnych w zakresie rozwoju i integracji usług społecznych, ze szczególnym uwzględnieniem obszarów pomocy społecznej i ochrony zdrowia. Platforma powinna być obsługiwana na poziomie lokalnym i ponadlokalnym z możliwością agregowania danych statystycznych na poziomie regionalnym i krajowym. System będzie budowany stopniowo zaczynając od osób z niepełnosprawnościami, osób w wieku 75+, z możliwością stopniowego poszerzania. Termin: Wstępne

uruchomienie pilotażu platformy 2021-2023, poszerzenie 2024-2027; (MC, MRiPS, MZ);

- Wdrożenie i rozbudowa systemu monitorowania i rozwoju badań dotyczących usług społecznych realizowanych w formach środowiskowych i placówkowych, z uwzględnieniem wykonawców usług ze wszystkich sektorów (model welfare mix). Ponadto w badaniach gospodarstw domowych niezbędne jest uwzględnienie zapotrzebowania na poszczególne usługi społeczne i zdrowotne. Niezbędne jest też zapewnienie publikacji i szerokiej dostępności wyników badań i analiz. Termin: Od 2023 (MRiPS, MZ, GUS, jednostki naukowe i badawcze).

Koordynator

MRiPS

Podmioty współpracujące

MZ, MFiPR, MEiN, MS, GUS.

IV.3. Koordynacja na poziomie regionalnym

Podstawowe działania w zakresie programowania i kreowania procesu rozwoju i integracji usług społecznych w sposób zapewniający pełne wykorzystanie potencjału działań środowiskowych (deinstytucjonalizacja) będą realizowane na poziomie regionalnym. Na poziomie województwa niezbędne jest prowadzenie polityki publicznej w wymiarze programowym, z uwzględnieniem animacji i wsparcia samorządów lokalnych, w tym w zakresie tworzenia Centrów Usług Społecznych, wzmocnienia kadr specjalistów organizujących i świadczących usługi społeczne oraz w zakresie łączenia środków finansowych z różnych źródeł (Regionalne Program Operacyjny, środki budżetu państwa, środki samorządowe).

Na poziomie regionalnym niezbędna jest wyspecjalizowana jednostka posiadająca kompetencje i zasoby umożliwiające prowadzenie działań o charakterze diagnostycznym, programującym, monitorującym, wspierającym i promującym nowe rozwiązania. Oznacza to potrzebę modyfikacji i rozbudowy systemu regionalnej koordynacji, gdyż obowiązujące regulacje i dotychczas podejmowane w tym zakresie działania miały charakter niepełny i odnosiły się tylko do niektórych elementów systemu koordynacji lub do organizacji świadczenia jedynie wybranych usług społecznych, bez stworzenia solidnej podstawy umożliwiającej wykonywanie funkcji koordynacyjnej w sposób ciągły i kompleksowy, przy zapewnieniu rozwoju kompetencyjnego.

Działania koordynacyjne, w ramach samorządu województwa realizować będzie jednostka organizacyjna – Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej. ROPS będzie realizować działania poprzez pełnienie funkcji o charakterze: strategicznym, poprzez przygotowanie, wspólnie z samorządami lokalnymi i partnerami społecznymi, regionalnego planu rozwoju i integracji usług społecznych i zdrowotnych zapewniającego pełne wykorzystanie potencjału wsparcia środowiskowego (deinstytucjonalizacja) oraz koordynację świadczenia tych usług ze świadczeniem usług zdrowotnych. Plan będzie stanowił podstawę do kreowania szczegółowych kierunków interwencji samorządu województwa, w tym w ramach regionalnych programów operacyjnych oraz precyzowania interwencji publicznej o charakterze krajowym, zgodnie z regionalną diagnozą i potrzebami. ROPS będzie odpowiadał również za monitorowanie i ewaluację działań w tym zakresie; Docelowo niezbędne jest uporządkowanie systemu programowania regionalnego w wymiarze społecznym począwszy od scalenia wojewódzkiej strategii w obszarze polityki społecznej ze strategią województwa, oraz poszczególnych programów tak aby zapewnić spójność i priorytetyzację działań, ale lepszej ich efektywności.

ROPS będzie pełnił funkcję zaplecza i wsparcia informacyjnego, kompetencyjnego i doradczego dla instytucji działających na poziomie lokalnym w województwie, z uwzględnieniem wspierania tworzenia centrów usług społecznych. Działania te będą realizowane poprzez zapewnianie dostępu do aktualnych, rzetelnych informacji oraz pełnienie roli centrum rozwoju kompetencji (działania doradcze, szkoleniowe, w tym szkolenia dla kadr specjalistów organizujących i świadczących usługi społeczne, a reprezentujących różne profesje i zawody pomocowe, wymiana doświadczeń itp.).

ROPS będzie także animował współpracę podmiotów lokalnych na rzecz rozwoju i integracji usług społecznych, w tym w ramach działalności prowadzonej przez Centra Usług Społecznych, budowy partnerstw publiczno-społecznych oraz inicjowania działań pilotażowych i eksperymentów społecznych.

ROPS zostaną wzmocnione kadrowo i kompetencyjnie w zakresie wspierania rozwoju i integracji usług społecznych. W swoich działaniach Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej dostarczy wsparcie metodyczne, szkoleniowe i doradcze na potrzeby instytucji regionalnych. ROPS będzie angażował sektor ekonomii społecznej i solidarnej w działania programowe, realizacyjne i monitorujące.

Działania ROPS zostaną wsparte do 2030 ze środków EFS, zaś w okresie po 2030 latach finansowanie będzie realizowane ze środków samorządów województw.

Harmonogram zarządzania i koordynacji na poziomie regionalnym

- Nowe zdefiniowanie zadań Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w zakresie wspierania rozwoju i integracji usług społecznych zostanie określone w ustawie z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych). ROPS w ramach swoich zadań wyodrębni pion koordynacji rozwoju usług społecznych, który będzie uspołeczniał działania innych komórek Urzędu Marszałkowskiego i jednostek mu podległych w zakresie usług społecznych, w tym usług na rzecz osób starszych, osób z niepełnosprawnościami, opieki długoterminowej, ochrony zdrowia, edukacji, pieczy zastępczej (w odniesieniu do placówek dziennych i całodobowych) na rzecz zapewnienia spójności działań. ROPS będzie współdecydem decyzji publicznych wraz z Instytucją Zarządzającą RPO w zakresie rozwoju i integracji usług społecznych zapewniającego deinstytucjonalizację (uspołecznienie) systemu wsparcia. Od 2022;
- Przygotowanie na potrzeby regionów wspólnej matrycy regionalnych planów rozwoju i integracji usług społecznych i zdrowotnych zapewniających pełne wykorzystanie wsparcia środowiskowego (deinstytucjonalizacja), z uwzględnieniem potencjału Centrów Usług Społecznych w tym zakresie oraz działań doradczo-szkoleniowych na rzecz ich przygotowania, celem ujednoczenia działań na obszarze całego kraju. 2021; (MRiPS);
- Przygotowanie koncepcji uporządkowania programowego sfery polityki społecznej na poziomie regionalnym, w szczególności w zakresie roli ROPS i zagwarantowanie większego zakresu współpracy pomiędzy poszczególnymi poziomami JST. Wypracowanie koncepcji zmian 2021, zmiany prawne 2023. Wdrożenie 2024/2025.
- Wypracowanie, przyjęcie i realizacja regionalnych planów rozwoju i integracji usług społecznych i zdrowotnych przez samorządy województw zapewniających pełne wykorzystanie wsparcia środowiskowego. Plany będą przyjmowane na okres trzech-czterech lat, tak, aby zapewnić spójność z wieloletnimi prognozami finansów publicznych. Plany będą scalać część dokumentów programowych województwa w sferze społecznej jako dokumenty wykonawcze strategii rozwoju województwa. Plany będą podstawą kreowania działań finansowych w ramach polityki spójności oraz krajowej i regionalnej polityki rozwoju, w tym określenia szczegółów interwencji w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych (RPO powinno odwoływać się do regionalnego programu, który będzie określał szczegóły procesu). Plan będzie obejmował:
 - stan usług społecznych i zdrowotnych oraz kwestii potrzeb społecznych w tym obszarze;

- cele do zrealizowania w okresie funkcjonowania planu wraz ze wskaźnikami do osiągnięcia;
- kierunki interwencji w ramach działań województwa i działań krajowych (RPO, kontrakty sektorowe itp.);
- plan finansowania działań rozwojowych i deinstytucjonalizacyjnych (uspołeczniających);
- Przygotowanie planu 2022/2023 (samorządy województw); Zmiany prawne porządkujące programowanie społeczne na poziomie wojewódzkim 2023, z vacatio legis 2024 lub 2025;
- Stworzone zostaną Regionalne Platformy Usług Społecznych reprezentujące przedstawicieli samorządu województwa, samorządów lokalnych oraz podmiotów ekonomii społecznej i solidarnej oraz organizacji pozarządowych i obywatelskich jako gremia doradczo-konsultacyjne dla działań w zakresie programowania, koordynowania i monitorowaniu rozwoju usług społecznych w województwie, z uwzględnieniem wspierania tworzenia centrów usług społecznych 2022 (samorządy województw);
- opracowany i wdrożony zostanie system stałego metodycznego, szkoleniowo- doradczego wsparcia dla regionów z poziomu krajowego. Wsparcie ma prowadzić do ujednoczenia i uporządkowania ogólnokrajowego procesu działań w obszarze usług społecznych 2022 MRiPS).

Koordynator

MRiPS, MFiPR, samorządy wojewódzkie

Podmioty współpracujące

MZ, MFiPR, MEiN, MS, GUS.

IV.4. Koordynacja na poziomie lokalnym

Kluczowe dla zapewnienia rozwoju i integracji usług społecznych przy jednoczesnej deinstytucjonalizacji systemu wsparcia są zmiany na poziomie lokalnym. Działania usługowe na poziomie lokalnym realizowane są obecnie między innymi przez 314 Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie oraz 2.494 Ośrodki Pomocy Społecznej. Niezależnie od obszaru pomocy społecznej funkcjonuje ochrona zdrowia w zakresie usług opieki długoterminowej, który pozostaje autonomiczny w aspekcie informacyjnym, organizacyjnym oraz realizacji konkretnych usług. Należy zaznaczyć, że znaczną część jednostek pomocy społecznej stanowią jednostki niewielkie, zatrudniające kilku pracowników.

Specjaliści ci obsługują nie tylko zadania z ustawy o pomocy społecznej, ale też zadania zapisane w szereg innych aktach prawnych. Jednostki te odpowiadają również za programowanie sfery społecznej (strategie rozwiązywania problemów społecznych, szereg programów lokalnych) o dość niespójnym charakterze, co przy ograniczonych zdolnościach wdrożeniowych oznacza prowadzenie aktywności noszącej znamiona działań pozornych.

Z natury rzeczy jednostki pomocy społecznej działają reaktywnie i adresują wsparcie przede wszystkim do osób i rodzin najuboższych i najbardziej potrzebujących (zasada selektywności wsparcia). Tym samym jest im trudno organizować działania o charakterze koordynacyjnym, obejmujących programy powszechne, adresowane do ogółu mieszkańców lub określonych grup kategoryalnych wyróżnionych ze względu na specyficzne potrzeby, a nie poziom życia czy wysokość bieżących dochodów. Mocno ograniczone są także ich zdolności koordynowania działań prowadzonych przez podmioty spoza systemu pomocy społecznej. Gminne ośrodki pomocy społecznej mogą natomiast i powinny być merytorycznymi uczestnikami szerszych ponadlokalnych działań wspierających prowadzonych przy wykorzystaniu profesjonalnych edukatorów.

Niezbędne jest zatem wykreowanie systemu spójnej koordynacji o charakterze lokalnym i ponadlokalnym obejmującej działania pomocy społecznej, ochrony zdrowia i innych obszarów, w ramach których realizowane są usługi społeczne. Ważne przy tym, aby przy realizacji usług społecznych w jak najszerszym zakresie wykorzystywać potencjał działań środowiskowych, zarówno usług świadczonych przez specjalistów reprezentujących różne profesje i zawody pomocowe, jak i wsparcia społecznego opartego na wolontariacie, samopomocy i pomocy sąsiedzkiej. Na przeciw potrzebom w tym zakresie wychodzi ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o realizacji usług społecznych przez centrum usług społecznych (ustawa o CUS). Przewiduje ona możliwość przekształcania Ośrodków Pomocy Społecznej w Centra Usług Społecznych, powoływania międzygminnych Centrów Usług Społecznych na obszarze grupy gmin (dwóch lub więcej) oraz tworzenia centrów w miastach powyżej 100 tys. mieszkańców. Centra zostały pomyślane jako jednostki nie należące do systemu pomocy społecznej, a realizujące (we współpracy z lokalnymi usługodawcami) usługi z różnych obszarów sfery społecznej. Dlatego mogą i powinny stać się podstawą lokalnych środowiskowych systemów koordynacji usług społecznych. Centra ponadgminne można przy tym (i warto) wykorzystać dla koordynacji na poziomie lokalnym, w tym na obszarze powiatu (centra mogą powstawać przez przekształcenie Miejskich Ośrodków Pomocy Rodzinie łączących funkcje OPS i PCPR, a funkcjonujących w miastach na prawach powiatu; możliwe jest też

tworzenie międzygminnych centrów z udziałem wszystkich gmin współtworzących powiat).

Po przeprowadzeniu w okresie 2020-2023 pilotażu tworzenia i funkcjonowania CUS w wybranych trzydziestu środowiskach lokalnych (pilotażowy program prowadzony przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej) oraz uwzględnieniu doświadczeń centrów tworzonych także poza programem pilotażowym – dokonana zostanie (jeszcze w trakcie realizacji pilotażu) ewaluacja krocząca rozwiązań prawnych, organizacyjnych i finansowych koordynacji. Następnie od 2023 roku podjęte zostaną działania na rzecz upowszechnienia takiego modelu koordynacji usług społecznych, który zapewni spójność działań w zakresie rozwoju i integracji usług społecznych przy wykorzystaniu potencjału działań środowiskowych (deinstytucjonalizacja) oraz objęcie całego kraju siecią ponadlokalnych i lokalnych Centrów Usług Społecznych. Niezbędne będzie zapewnienie, aby CUS był koordynatorem działań spajającym planowane działania centrów usług zdrowia psychicznego, centrów zdrowia 75+ oraz centrów dzieci i młodzieży.

Niezwykle istotnym elementem spójności działań na poziomie lokalnym i ponadlokalnym jest reforma systemu programowania społecznego na poziomie lokalnym i ponadlokalnym z wykorzystaniem nowego narzędzia: lokalnego programu rozwoju społecznego umożliwiającego realne planowanie głównych kierunków rozwoju i integracji usług społecznych w perspektywie średniookresowej i jednoczesnej deinstytucjonalizacji systemu wsparcia usługowego przy uwzględnieniu także innych wymiarów rozwoju sfery społecznej na poziomie lokalnym.

Harmonogram zarządzania i koordynacji na poziomie lokalnym

- Przeprowadzenie pilotażu wdrażania Centrów Usług Społecznych w 30 gminach/grupach gmin w ramach projektu finansowanego ze środków EFS; 2020 – 2023; Uzupełnienie pilotażu o działania ponadlokalne;
- Dokonanie ewaluacji i modyfikacji rozwiązań związanych z wdrożeniem Centrów Usług Społecznych i dokonanie niezbędnych zmian legislacyjnych oraz określenie sposobu finansowania działań lokalnych i ponadlokalnych Termin: 2022 – 2023;
- Rozpoczęcie procesu budowania systemu koordynacji usług społecznych na terenie całego kraju jako rozwiązania systemowego, z terminem kompleksowości działań w 2027 roku. 2024-2027;
- Reforma programowania rozwoju społecznego na poziomie gminnym i ponadlokalnym scalająca strategie rozwiązywania problemów społecznych i programy społeczne jako lokalne programy rozwoju społecznego, adresowane do wszystkich obywateli – członków samorządowych

wspólnot terytorialnych i zdefiniowany w ramach ustawy o ekonomii społecznej i solidarnej. Reforma ma na celu zapewnić współuczestnictwo obywateli i ich organizacji w kreowaniu lokalnych programów rozwoju społecznego, co wymaga z jednej strony scalenia różnych programów społecznych w gminie i powiecie, a z drugiej – zdefiniowania współuczestnictwa organizacji społecznych (obywatelskich) w tworzeniu i przygotowywaniu oraz monitorowaniu takich programów. Programy powinny obejmować zagadnienia rozwoju wsparcia środowiskowego, plany uspołecznienia wsparcie z wykorzystaniem placówek dziennego pobytu oraz ograniczanie wsparcia z wykorzystaniem placówek całodobowego pobytu. Ujednolicony program rozwoju oparty będzie o wieloletnią prognozę finansów publicznych (budżet) oraz określenie sposobu realizacji zadań (samodzielnie przez JST, powierzenie zadania, zakup towaru czy usługi). Zmiany prawne 2022 z vacatio legis 2023;

- Wsparcie doradcze dla samorządów lokalnych w zakresie metodyki tworzenia programów, koordynacji lokalnej lub ponadlokalnej polityki rozwoju usług społecznych, procesu deinstytucjonalizacji, realizowane przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej.

Koordynator

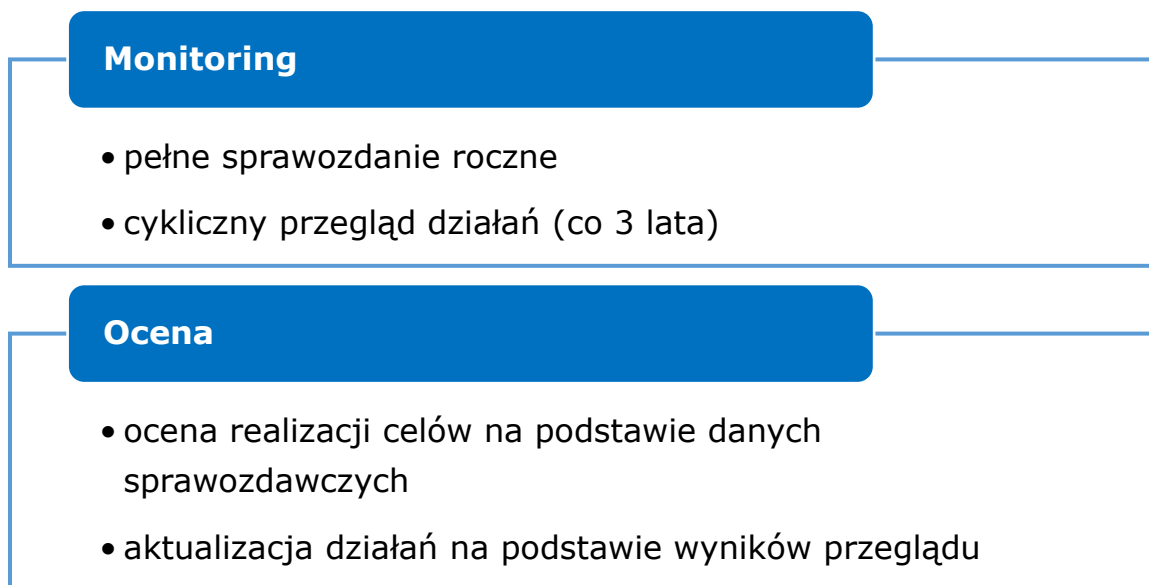
MRiPS, MFiPR, samorzady wojewódzkie

Podmioty współpracujące

MZ, MFiPR, MEiN, MS, GUS.

IV.5. Monitoring realizacji Strategii

Schemat 8. Monitoring i ocena realizacji Strategii



Realizacja celów i działań ujętych w Strategii będzie podlegała stałemu monitoringowi przez Ministra Rodziny i Polityki Społecznej. Będzie on prowadzony w następujący sposób:

- Roczna, pełna sprawozdawczość z realizacji, obejmująca opis realizowanych działań, zgodność realizacji z harmonogramem, sposób i poziom finansowania działań oraz wnioski i rekomendacje;
- Cykliczny (co 3 lata) przegląd działań składających się na realizację poszczególnych celów, z możliwością ich aktualizacji oraz dodawania nowych propozycji.

Monitoring będzie odbywał także na poziomie poszczególnych ministerstw oraz innych jednostek sektora finansów publicznych, odpowiedzialnych za realizację poszczególnych działań ujętych w Strategii.

Monitoring będzie realizowany w szczególności za pomocą corocznych sprawozdań z przyjętych planów realizacji poszczególnych działań w ramach Strategii, zawierających szczegółowe informacje o postępach w ich realizacji, w szczególności w zakresie zbierania odpowiednich danych, opracowywania analiz, wypracowywania rozwiązań, podjętych i planowanych prac legislacyjnych, działań podmiotów współpracujących oraz zakresie włączenia w realizację działania środowiska osób z niepełnosprawnościami. Minister Rodziny i Polityki Społecznej określi wzór i terminy sprawozdań.

W przypadku działań międzyresortowych sprawozdania będą sporządzane w konsultacji ze wszystkimi ministerstwami współpracującymi w danym zadaniu.

Proces monitorowania realizacji Strategii, zakłada ściśle konsultowanie i aktywne włączanie organizacji reprezentujących osoby z niepełnosprawnościami, osoby starsze, osoby z problemami zdrowia psychicznego, dzieci i młodzież w pieczy zastępczej, osoby w kryzysie bezdomności oraz innych organizacji pozarządowych i ekspertów działających w zakresie wsparcia wskazanych grup.

Ocena skuteczności i efektywności działań

Na podstawie danych sprawozdawczych rokrocznie będzie sporządzana ocena realizacji celów oraz lista potencjalnych zagrożeń (ryzyk) mających wpływ na realizację celu głównego. Ocena będzie uwzględniała wnioski dla poszczególnych regionów. Ocena będzie dokonywana przez Ministra Rodziny i Polityki Społecznej na podstawie informacji od poszczególnych realizatorów działań.

Rozdział V. Ramy finansowe

Stworzenie ram nowej, spójnej polityki w obszarze deinstytucjonalizacji, zawierającej efektywne instrumenty wsparcia na rzecz przejścia z opieki instytucjonalnej do wsparcia na poziomie społeczności lokalnych wymagają poniesienia wymiernych nakładów finansowych. Środki przeznaczone na realizację działań zawartych w Strategii umożliwią osobom z niepełnosprawnościami, osobom starszym, osobom z problemami zdrowia psychicznego, dzieciom i młodzieży w pieczy zastępczej oraz osobom w kryzysie bezdomności niezależne oraz bezpieczne życie i udział w różnych jego sferach.

Jak wskazano w Rozdziale I oraz w Rozdziale III Działanie V.1. szacunek kosztów procesu deinstytucjonalizacji a także kosztów zaniechania działań jest niezwykle trudny, z uwagi na fakt, iż nie przeprowadzono do tej pory całościowej analizy kosztów zarówno po stronie budżetu państwa, budżetów jednostek samorządu terytorialnego oraz budżetów osób fizycznych. Wiadome jest jednak (co wskazano w rozdziale I) że wydatki Polski np. na sferę opieki długoterminowej należą do najniższych w krajach OECD. Z drugiej strony brak reform spowoduje olbrzymi wzrost kosztów, który bez całościowej zmiany może powodować kryzys finansów publicznych jak również istotne problemy w zakresie dostępu do usług obywateli Polski.

V.1. Obecne finansowanie usług społecznych i zdrowotnych

Finansowanie usług o charakterze opiekuńczym (zarówno społecznych jak i zdrowotnych) odbywa się obecnie w większości w ramach systemu pomocy społecznej oraz w ramach systemu ochrony zdrowia. W ramach systemu pomocy środki pochodzą z wielu źródeł: rządowego, samorządowego, prywatnego i unijnego. Stałe dofinansowanie rządowe przewidziano dla DPS na pokrycie kosztów pobytu osób skierowanych do DPS przed 2004 r. oraz na realizację przez samorządy specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi, stanowiących zadanie zlecone. Pozostałe środki rządowe, zwłaszcza na świadczenie usług opiekuńczych w formule dziennej finansowane są wyłącznie poprzez konkursy w ramach programów rządowych (Senior+, „Za życiem”), co nie gwarantuje w żaden sposób ciągłości świadczenia tych usług po zaprzestaniu finansowania, a ciężar zachowania trwałości w całości przenoszony jest na podmiot świadczący usług – głównie na jednostki samorządu terytorialnego lub też bezpośrednio na osobę do tej pory wspieraną programem lub też jej rodzinę, jak w przypadku osób z niepełnosprawnościami. Usługi o

charakterze opiekuńczym w ramach systemu ochrony zdrowia finansowane są w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia.

Największe są łączne wydatki na funkcjonowanie domów pomocy społecznej. Według danych GUS wydatki w na 876 **domów pomocy społecznej** (oraz 45 filii DPS) wynosiły w 2018 r. 4,4 mld. zł³². Są to łączne wydatki brutto (czyli ze wszystkich źródeł). Budżet państwa finansuje koszty pobytu osób skierowanych przed 2004 r. w wysokości 930 mln zł. Z kolei odpłatność gmin za pobyt w domu pomocy społecznej zgodnie z danymi MRPiPS-03 w osiągnęła poziom 1,7 mld zł. Oznacza to, że ok. 1,8 mld zł stanowią opłaty osób przebywających w domach oraz w niewielkiej zapewne części opłaty rodzin tych osób. Ponadto w ramach oficjalnie działających placówek zapewniających całodobową opiekę osobom z niepełnosprawnościami, przewlekłe chorym lub w podeszłym wieku w ramach działalności gospodarczej lub statutowej koszty opłacane ze środków osób z nich korzystających i ich rodzin szacuje się na kwotę od 600 mln do ponad 1 mld zł³³. W ramach środków europejskich finansowano również elementy działań o charakterze całodobowym, lecz skala wydatków na ten cel jest nieznana.

Wydatki rządowe na finansowanie całodobowych usług o charakterze opiekuńczym w ramach systemu ochrony zdrowia kształtowały się na poziomie niższym niż wydatki budżetu państwa na domy pomocy społecznej. Według danych za 2018 r. wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia na zakłady opiekuńczo-

32 Według GUS w 859 domach pomocy społecznej (i 43 filiach) przebywało w 2019 r. 80.436 osób, zaś według MRiPS domów było 823 i przebywało w nich 79.766 osób. Według danych GUS funkcjonują 42 rodzinne domy pomocy, w których przebywa 330 osób, zaś według MRiPS rodzinnych domów jest 33 z 231 mieszkańcami. Według GUS domów dla matek z dziećmi jest 62, w których całodobowo ma przebywać 997 osób, zaś według MRiPS domów jest 28, w których przebywa 1.217. Zasadnicze rozbieżności dotyczą jednak kwestii placówek zapewniających całodobową opiekę osobom z niepełnosprawnościami, przewlekłe chorym lub osobom w podeszłym wieku w ramach działalności gospodarczej lub statutowej. Według GUS takich placówek jest 385 i przebywa w nich 13.313 osób, zaś według MRiPS placówek jest 623 z 18.805 osobami (Wszystkie dane za MRPiPS-03 i MRPiPS-05, oraz „Pomoc społeczna i opieka nad dzieckiem i rodziną w 2019 roku”, GUS, Warszawa 2020.) Zatem liczba placówek według danych MRiPS niemal dwukrotnie przewyższa liczbę placówek wskazywanych w statystykach GUS. Natomiast liczba osób w tych placówkach to rozbieżność na poziomie blisko 5,5 tys. osób. Niestety należy się obawiać, że w obu przypadkach dane nie odzwierciedlają sytuacji faktycznej z uwagi na placówki działające nielegalnie. Z ustaleń Najwyższej Izby Kontroli wynika, że w tym obszarze w latach 2015–2018 w całej Polsce prowadziło działalność bez wymaganego zezwolenia ponad 200 placówek. Działania podejmowane przez wojewodów wobec placówek udzielających całodobowej opieki bez wymaganego zezwolenia. Informacja o wynikach kontroli, Warszawa 2019). Natomiast koszty podane za GUS, który uzyskuje je od Ministerstwa Finansów.

³³ Koszty szacowano na podstawie danych z portalu domyopieki.pl oraz danych GUS o liczbie mieszkańców.

lecnicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze wyniosły ponad 754,5 mln zł. Należy przypuszczać, że w 2019 wydatki osiągnęły poziom 780-790 mln zł. Warto pamiętać, że stanowi to koszt świadczeń opieki zdrowotnej. Koszty żywienia i zakwaterowania finansowane są przez pacjentów. Koszt ten nie może być wyższy niż 3000 zł miesięcznie i nie mniejszy niż 70% miesięcznych dochodów. Obliczenia dokonane w oparciu o wysokość najczęściej otrzymywanej emerytury³⁴ i liczbę osób z 2018 r. przebywających w tych placówkach wskazują, że wydatki mieszkańców placówek to kwotę nie mniejsza niż 520 mln i nie większa niż 1,2 mld zł (przy maksymalnej możliwej odpłatności). Dodatkowo należy zwrócić uwagę na wydatki w zakresie tworzenia dziennych domów opieki medycznej ze środków EFS w Programie Operacyjnym Wiedza Edukacja Rozwój o wartości 53,4 mln zł oraz nieznannej wartości ze środków regionalnych programów operacyjnych.

Kolejną grupę wydatków stanowią wydatki na blisko tysiąc jednostek w postaci rodzinnych domów pomocy i ośrodków wsparcia, które – poza opieką dzienną – mogą gwarantować miejsca całodobowe. Na jednostki te składają się rodzinne domy pomocy, miejsca całodobowe w środowiskowych domach samopomocy lub innych ośrodkach wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, domy dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży, noclegownie i schroniska dla osób bezdomnych oraz inne placówki z miejscami całodobowymi. Te podmioty ujęte razem z podobnymi o formule dziennej np. dzienne domy pomocy czy środowiskowe domy samopomocy, objęte są jako wydatki na ośrodki wsparcia. Wydatki na cel wynoszą 1 mld zł w tym budżet państwa wspiera ośrodki wsparcia kwotą 713,2 mln zł. Są to przede wszystkim wydatki na środowiskowe domy samopomocy (w tym z programu „Za życiem”) oraz wydatki na program Senior+ finansujący dzienne formy pomocy dla osób starszych. W ramach środków europejskich finansowano również elementy działań o charakterze wsparcia dziennego, lecz skala wydatków na ten cel jest nieznaną. Nieznany jest również współdziałanie finansowania prywatnego przez uczestników.

W przypadku **usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych**, świadczonych w miejscu zamieszkania, samorzady terytorialne wydatkowały w

³⁴ Obliczono na podstawie materiału ZUS, Struktura wysokości świadczeń wypłacanych przez ZUS po waloryzacji w marcu 2019 roku. Najczęściej wypłacaną emeryturą była kwota w wysokości 1727,72 zł brutto, czyli ok. 1440 zł netto (w dominancie obliczenia przeprowadzono z pominięciem przedziału zawierającego emerytury w kwocie najniższej).

2019 r. 873,1 mln zł, z czego ok. 147,6 mln zł. finansuje budżet państwa na dofinansowanie specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania dla osób z zaburzeniami psychicznymi³⁵. W tej kwocie mieszczą się również wydatki z rządowych programów Opieka 75+ (ok. 56 ml zł.), oraz uruchomionego w 2019 r. w ramach Solidarnościowego Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych programu „Usługi opiekuńcze dla osób niepełnosprawnych” (ok. 60 mln. zł. zaś w 2020 40 mln zł). Ale mogą być to oczywiście środki liczone odrębnie. Z porównań danych GUS i MRPiPS-03 można szacować, że opłaty obywateli za usługi opiekuńcze w łącznej kwocie wynoszą ok. 202 mln zł³⁶.

Dodatkowo funkcjonują w ramach opieki zdrowotnej świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej udzielane przez zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie. Łączny koszt świadczeń zespołu długoterminowej opieki domowej w 2018 r. wyniósł ponad 200 mln zł, w tym ponad 174 mln dla dorosłych pacjentów. Z tego wsparcia skorzystało łącznie niemal 6,8 tys. pacjentów, w tym ponad 6,2 tys. dorosłych pacjentów (w szczególności osób starszych). Świadczenia pielęgnarskiej opieki długoterminowej domowej w skali całej Polski w 2018 r. kosztowały niemal 370 mln zł. Według danych NFZ w 2019 r. koszty świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej poniesiono w wysokości 1,8 mld zł. Były one wyższe od kosztów poniesionych w roku 2018 o blisko 250 mln zł (tj. 15,05%). Dodatkowo należy uwzględnić koszt wszystkich świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych, ambulatoryjnych i stacjonarnych poniesiony przez NFZ w 2019 r. wyniósł ponad 813,3 mln zł.

Podsumowując, łączenie rocznie na usługi społeczne i zdrowotne o charakterze opiekuńczym (świadczone w placówkach całodobowych, formach dziennych i w miejscu zamieszkania) z różnych źródeł

³⁵ Dane za GUS, Pomoc społeczna i opieka nad dzieckiem i rodziną w 2019 roku, Warszawa 2020 [tablice w formacie XLSX Tab. 52 i 53](#). Według danych MRiPS było to łącznie 818 mln. Zł.

³⁶ Zgodnie z wyjaśnieniami do formularza MPiPS-03 w przypadku wydatków na usługi opiekuńcze mamy do czynienia z kwotą „netto” pomniejszoną o obowiązkową odpłatność klienta jeśli taka odpłatność jest określona w decyzji. Ponadto wartość usług jest liczona na podstawie decyzji i nie korygowana faktycznymi wydatkami na te usługi. Porównanie GUS i MRiPS pozwala obliczyć szacunkowo różnicę. W sprawozdaniu z budżetu państwa za 2019 Dochody budżetu państwa w dziale Pomoc społeczna, wyniosły 15, 3 mln. zł Jak wskazano w sprawozdaniu dochody w tym dziale pochodziły przede wszystkim z odpłatności za usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze oraz z odpłatności za pobyt osób z zaburzeniami psychicznymi w ośrodkach wsparcia. Oczywiście w części finansowanej z budżetu państwa.

wydatkowanych jest około 11 mld. zł, w tym 3,5 mld. ze prywatnych środków obywateli rocznie.

Oczywiście jak wskazano wyżej nie uwzględniono w tej kwocie niektórych kategorii finansowych, jak również świadczeń o charakterze pieniężnym. Ponadto warto zwrócić uwagę, że obok środków prywatnych i środków samorządu terytorialnego funkcjonuje dodatkowo finansowanie z kilku programów rządowych i kilku funduszy celowych, a także środków z budżetu UE. Powoduje to sytuację, w której np. usługi opiekuńcze finansowane są z pięciu źródeł o różnych kryteriach dostępu, grup docelowych i sposobów rozliczenia. Dienne placówki finansowane są również z czterech źródeł. Część środków przyznawana jest algorytmem, część na podstawie konkursów.

Warto również zwrócić uwagę, że w ostatnich pięciu latach (2014-2019) kwota finansowania przez gminy osób w domach pomocy społecznej wzrosła o blisko 700 mln. zł. (wzrost o 67%), przy wzroście liczby osób finansowanych o 17 tys. osób. W przypadku usług opiekuńczych w tym samym okresie finansowanie wzrosło o blisko 300 mln zł. (wzrost o 77%), obejmując dodatkowo ponad 30 tys. osób.

W przypadku finansowania działań wspierających **asystencję osób z niepełnosprawnościami** brakuje kompleksowych danych, mimo że w tym przypadku źródeł dofinansowania jest mniej. W 2019 r. w ramach działań ogólnopolskich PFRON w konkursie „Szansa-Rozwój-Niezależność”, kierunek pomocy 2) sfinansowano sześć projektów w tym obszarze na kwotę 5,8 mln zł (udział 933 osób). W ramach środków dla samorządów wojewódzkich sfinansowano działania w sześciu województwach na kwotę 493.339, zaś dla samorządów powiatowych w ośmiu powiatach na kwotę 271.628 (dane za 2018). W samym PFRON istnieją trzy źródła finansowania usług asystencji dla osób z niepełnosprawnościami. Kolejnym źródłem finansowanie tego rodzaju usług są środki Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2021 z Funduszu Solidarnościowego, który na usługi asystenckie w 2021 przeznaczy 2000 mln zł zaś w 2020 dodatkowo 50 mln zł. Do tego należy doliczyć projekty finansowane ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego o nieznannej wartości oraz środki własne samorządów terytorialnych. Łącznie zidentyfikowano wydatki na u asystencję dla osób z niepełnosprawnością w 2019 w wysokości ok. 36,4 mln zł. Oczywiście należy pamiętać, że PFRON na działania związane z samodzielnością kieruje nieporównanie dużo większe środki w innych segmentach. Np. finansowanie działań organizacji obywatelskich na rzecz:

- prowadzenia rehabilitacji osób z niepełnosprawnościami w różnych typach placówek – 2,9 mln ze środków PFRON dla województw i powiatów i analogicznie,

Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

- organizowania i prowadzenia szkoleń, kursów, warsztatów, grup środowiskowego wsparcia oraz zespołów aktywności społecznej - 1,8 mln.,
- organizowania i prowadzenie szkoleń, kursów i warsztatów dla członków rodzin osób z niepełnosprawnościami, opiekunów, kadry i wolontariuszy - 1,6 mln.,
- prowadzenia poradnictwa psychologicznego, społeczno-prawnego oraz udzielania informacji na temat przysługujących uprawnień, dostępnych usług, sprzętu rehabilitacyjnego i pomocy technicznej dla osób z niepełnosprawnościami- 154,2 tys. zł. (2 powiaty) + 235,8 tys. zł.,
- prowadzenie grupowych i indywidualnych zajęć, które: a) mają na celu nabywanie, rozwijanie i podtrzymywanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego funkcjonowania osób z niepełnosprawnościami, b) rozwijają umiejętności sprawnego komunikowania się z otoczeniem osób z uszkodzeniami słuchu, mowy, z autyzmem i z niepełnosprawnością intelektualną, c) usprawniają i wspierają funkcjonowanie osób z autyzmem i z niepełnosprawnością intelektualną w różnych rolach społecznych i w różnych środowiskach ok 3 mln. zł. Organizowanie i prowadzenie szkoleń dla tłumaczy języka migowego oraz tłumaczy-przewodników - 488 tys. zł.

Dofinansowanie likwidacji barier dokonywanej na wniosek osób z niepełnosprawnościami to 62,2 mln zł. Dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane osobom niepełnosprawnym to 151,4 mln zł.

Jeśli chodzi o kwestię **mieszkań chronionych**, to samorządy terytorialne oraz organizacje pożytku publicznego, które tworzą takie mieszkania mogą się ubiegać o dofinansowanie z budżetu państwa części kosztów inwestycji (80% w zależności od rodzaju przedsięwzięcia), w wyniku której zostaną utworzone mieszkania chronione, w oparciu o regulacje zawarte w ustawie z dnia 8 grudnia 2006 r. o finansowym wsparciu tworzenia lokali mieszkalnych na wynajem, mieszkań chronionych, noclegowni, schronisk dla bezdomnych, ogrzewalni i tymczasowych pomieszczeń. Środki na ten cel pochodzą z Funduszu Dopłat, a ich obsługę prowadzi Bank Gospodarstwa Krajowego. Ponadto, w związku z realizacją Programu kompleksowego wsparcia „Za życiem” w części dotyczącej mieszkań chronionych, w latach 2017-2021 na mieszkania chronione zaplanowano w budżecie państwa łącznie 108 mln zł, w tym 12 mln w 2017 roku i po 24 mln zł od roku 2018. MRiPS wskazuje się, że w roku 2018 samorządy otrzymały środki finansowe z budżetu państwa w kwocie 10 068 250 zł na tworzenie mieszkań, lecz nie określa z jakiego źródła. Ponadto w latach 2016 - 2018 w konkursach organizowanych przez PFRON w zakresie dotyczącym prowadzenia mieszkalnictwa wspomaganego/treningowego dla osób z

niepełnosprawnościami realizowanych było 18 projektów na łączną kwotę dofinansowania 7,5 mln. zł³⁷. Ponadto mieszkania chronione w wspomagane finansowane są w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych ze środków EFS. Mamy zatem cztery różne źródła finansowania dla różnych typów mieszkań i różnych grup uprawnionych. Dane w tym zakresie są bardzo rozproszone.

W przypadku **pieczy zastępczej** łączne wydatki budżetu państwa i samorządów na funkcjonowanie rodzinnej i instytucjonalnej pieczy zastępczej³⁸ kształtowały się na poziomie ponad 3 mld zł. Wydatki na funkcjonowanie placówek opiekuńczo-wychowawczych w 2019 r. wynosiły 1,4 mld zł (16.649 dzieci) ze środków samorządu terytorialnego zaś rodziny zastępcze – 1,5 mld zł (55.458 dzieci) ze środków samorządu terytorialnego. Wydatki zarówno na placówki opiekuńczo-wychowawcze, jak i rodzinną pieczę zastępczą wzrosły w stosunku do 2018 r., przy czym tempo wzrostu wydatków jest wyższe w przypadku placówek. Wydatki związane z prowadzeniem regionalnych placówek opiekuńczo-terapeutycznych i interwencyjnych ośrodków preadopcyjnych wyniosły w 2019 r. odpowiednio 22,5 mln zł (309 dzieci) i 3,2 mln zł (34 dzieci). Dodatkowo pomoc na kontynuację nauki, usamodzielnienie i zagospodarowanie wyniosło 96,7 mln (w tym usamodzielnienie 20,8 mln zł), zaś w stosunku do usamodzielnianych osób w MOW, MOS, DPS dla dzieci i młodzieży etc. łącznie ok. 5,7 mln. Coraz większy jest udział gmin we współfinansowaniu wydatków na pieczę zastępczą. W 2019 r. wyniósł on 18,6%, podczas gdy rok wcześniej 16%. W 2019 r. gminy wydały na ten cel prawie 315 mln zł. To więcej niż na działania wspierające rodziny. Wydatki samorządów na ten cel to ponad 301 mln zł. Kwotę tę należy uzupełnić o 48,2 mln zł ze środków budżetu państwa na dofinansowanie zadań jednostek samorządu terytorialnego związanych z powoływaniem w gminach stanowisk asystenta rodziny. Łącznie to niespełna 350 mln zł. Do środków krajowych należy dodać środki EFS, zarówno na wsparcie pieczy zastępczej, jak i wsparcie rodzin w przewyższaniu trudności opiekuńczo-wychowawczych, jednak ilość środków przeznaczonych na ten cel nie jest możliwa na oszacowania.

Ostatnia dziedzina to kwestia **osób z problemami zdrowia psychicznego**. Główną grupę wydatków stanowią wydatki na ochronę zdrowia psychicznego z

³⁷ Odpowiedź na interpelację nr 29039 w sprawie mieszkalnictwa wspomaganego. Odpowiadający: sekretarz stanu w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej Krzysztof Michałekiewicz, Warszawa, 19.02.2019

³⁸ Uwzględniono środki na funkcjonowanie rodzinnej pieczy zastępczej, placówek opiekuńczo-wychowawczych, regionalnych placówek opiekuńczo-terapeutycznych i interwencyjnych ośrodków preadopcyjnych, a także środki z budżetu państwa na dofinansowanie pobytu cudzoziemców w pieczy zastępczej, na dofinansowanie kosztów wynagrodzeń koordynatorów rodzinnej pieczy zastępczej

NFZ (która wraz z leczeniem uzależnień) została zakontraktowana w 2019 r. na kwotę 2,9 mld zł. Świadczenia ambulatoryjne kosztowały 427 mln zł, zaś formy dzienne 149,8 mln zł, czyli łącznie formy niestacjonarne wynoszą ok. 19% wydatków na ten cel. Oczywiście do tego należałoby doliczyć ujęte wcześniej formy wsparcia osób z problemami zdrowia psychicznego (domy pomocy społecznej, środowiskowe domy pomocy samopomocy, specjalistyczne usługi opiekuńcze etc.) to dałoby dopiero wyobrażenie o rzeczywistych skutkach finansowych. Warto również zwrócić uwagę na funkcjonujący od 2018 r. w ramach NFZ program pilotażowy w Centrach Zdrowia Psychicznego (29 centrów) na który w 2019 r. wydatkowano 318. Innym programem pilotażowym jest finansowany ze środków europejskich projekt tworzenia Centrów Środowiskowych Zdrowia Psychicznego (Działanie 4.1. POWER, 17 centrów, w tym 2 dla dzieci i młodzieży), na który wydatkowano ok. 220 mln. Zł. Teraz rozstrzygany jest dodatkowy konkurs na 90 mln (6 kolejnych ŚCZP dla dzieci młodzieży). Jak widzimy liczba źródeł finansowania niezależnych od siebie również niebezpiecznie się zagęszcza.

Całość działań finansowych stanowi wielowątkowy i skomplikowany mechanizm, który uzupełniany jest nowymi programami finansowanymi z różnych źródeł, często uruchamianymi przez te same instytucje. W efekcie system finansowania staje się coraz bardziej rozproszony. Oznacza to, że stworzenie ram finansowych uzależnione jest od całościowej analizy finansowania usług i podjęcia działań porządkujących finansowanie tej sfery a dopiero podjęcie kolejnych działań przewidzianych w Priorytecie V. Działanie V.1 Strategii.

V.2. Finansowanie działań po przyjęciu Strategii

Przyjęcie przez Radę Ministrów Strategii deinstytucjonalizacji powinno doprowadzić do określenia przez zespół międzyresortowy ds. deinstytucjonalizacji szczegółowego **zadaniowego planu finansowego** na podstawie skorelowania działań rządowych w tym:

- Strategii na rzecz osób z niepełnosprawnościami 2021-2030;
- Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” (uchwała nr 160 Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2016 r. w sprawie programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” (M.P. poz. 1250);
- Funduszu Solidarnościowego (ustawa z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym Dz. U. z 2020 r. poz. 1787);
- Programu wieloletniego „Senior+” na lata 2021-2025 (uchwała nr 191 Rady Ministrów z dnia 21 grudnia 2020 r. w sprawie ustanowienia

programu wieloletniego „Senior+” na lata 2021-2025 M.P. z 2021 r. poz. 10);

- Resortowego Programu „Opieka 75+”;
- Programu wieloletniego na rzecz Osób Starszych AKTYWNI+;
- Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;
- Program asystent rodziny i koordynator rodzinnej pieczy zastępczej (art. 247 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 821, z późn. zm.) oraz art. 9 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za Życiem” (Dz. U. z 2020 r. poz. 1329), przy uwzględnieniu zasad określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 305) – kontynuacja.

oraz środków Europejskiego Funduszu Społecznego+ w ramach Programu Fundusze Europejskie na rzecz Rozwoju Społecznego oraz Regionalnych Programów Operacyjnych. Działania te muszą zostać skorelowane ze środkami jednostek samorządu terytorialnego.

Zadaniowy plan finansowy będzie przygotowywany co roku z prognozą na kolejne trzy lata, tak aby zgłaszać swoje propozycje do kolejnych budżetów państwa. Ostateczna wysokość środków przewidzianych do realizacji poszczególnych projektów będzie ustalana corocznie przez Radę Ministrów w trakcie prac nad ustawą budżetową. Jednostki i inne podmioty wskazane do realizacji działań ujętych w Strategii będą mogły korzystać także ze środków UE, w szczególności w ramach realizowanych projektów.

Ponadto niezbędne jest rozważenie przyjęcia w zakresie deinstytucjonalizacji kontraktu sektorowego przewidzianego przepisami o zasadach prowadzenia polityki rozwoju.

Wskaźniki monitorujące realizację Strategii

Lp.	Działanie	Wskaźnik	Wartość bazowa (2020)	Wartość pośrednia (2025) ³⁹⁾	Wartość pośrednia (2030)	Wartość docelowa (2035)	Uszczegółowienie wybranych wskaźników	Źródło/ Gestor danych
Wskaźniki horyzontalne								
H.1		Instytucjonalizacja dzieci - odsetek dzieci i młodzieży w wieku od 0 do 24 lat umieszczonych na stałe w miejscach opieki całodobowej tj. w instytucjonalnych formach pieczy zastępczej (bez	33%	29%	26%	0%		MRiPS

³⁹⁾ Wartości pośrednie (2025 oraz 2030) oraz wartości docelowe (2035) poszczególnych wskaźników, o ile nie wskazano inaczej, odnoszą się do wartości uzyskiwanych w danym roku kalendarzowym, odpowiednio w roku 2025 i roku 2030. Wskaźniki te, co do zasady, zakładają stały wzrost wartości w poszczególnych latach, w tym pomiędzy latami 2029, 2025, 2030 i 2035. W przypadku zastosowania wskaźnika o charakterze sumarycznym (w którym wartości z poszczególnych lat sumują się) odpowiednia informacja jest zawarta w części Uszczegółowienie wybranych wskaźników.

Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

Lp.	Działanie	Wskaźnik	Wartość bazowa (2020)	Wartość pośrednia (2025) ³⁹	Wartość pośrednia (2030)	Wartość docelowa (2035)	Uszczegółowienie wybranych wskaźników	Źródło / Gestor danych
		placówek typu rodzinnego), w domach pomocy społecznej, zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, stacjonarnych hospicjach i oddziałach med. paliatywnej, młodzieżowych ośrodkach wychowawczych oraz młodzieżowych ośrodkach socjoterapii w liczbie dzieci i młodzieży umieszczonych poza rodziną.						
H.2		Procent gmin zapewniających osobie z niepełnosprawnością,	bd.	40%	100%	100%	Procent gmin zapewniających osobie z niepełnosprawnością, wymagającej wsparcia	MRiPS

Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

Lp.	Działanie	Wskaźnik	Wartość bazowa (2020)	Wartość pośrednia (2025) ³⁹	Wartość pośrednia (2030)	Wartość docelowa (2035)	Uszczegółowienie wybranych wskaźników	Źródło / Gestor danych
		wymagającej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, realne, alternatywne formy wsparcia w społeczności lokalnej wobec pobytu w domu pomocy społecznej, stałego pobytu w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub innej instytucji całodobowej					w codziennym funkcjonowaniu, w tym wymagającej wsparcia całodobowego, realne, alternatywne formy wsparcia w społeczności lokalnej wobec pobytu w domu pomocy społecznej, stałego pobytu w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub innej instytucji całodobowej	
H.3		Liczba rodzin z osobami wymagającymi wsparcia możliwością korzystania z ze skoordynowanych usług społecznych, zdrowotnych i poradnictwa	0	400 tys.	1 mln	2,0 mln		MRiPS

Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

Lp.	Działanie	Wskaźnik	Wartość bazowa (2020)	Wartość pośrednia (2025) ³⁹	Wartość pośrednia (2030)	Wartość docelowa (2035)	Uszczegółowienie wybranych wskaźników	Źródło / Gestor danych
H.4		Odsetek osób otrzymujących wsparcie w społecznościach lokalnych przy zwiększeniu jakości wsparcia	100%	140%	220%	300%	Wzrost procentowy	MRiPS
H.5		Udział osób zamieszkujących w sposób długoterminowy w instytucjach całodobowych w stosunku do osób objętych wsparciem w społecznościach lokalnych.	50%	48%	30%	15%		MRiPS
Priorytet I. Rodzina								
I.1.1	I.1. Wsparcie spójności funkcjonowania rodzin i	Odsetek liczby miejsc dla dzieci i młodzieży w specjalistycznych ośrodkach wsparcia dzieci i	bd.	2%	2%	5%		MRiPS

Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

Lp.	Działanie	Wskaźnik	Wartość bazowa (2020)	Wartość pośrednia (2025) ³⁹	Wartość pośrednia (2030)	Wartość docelowa (2035)	Uszczegółowienie wybranych wskaźników	Źródło/ Gestor danych
	ochrony praw dzieci	młodzieży lub innych specjalistycznych placówkach w liczbie dzieci i młodzieży w wieku od 0 do 18 lat. Do innych specjalistycznych placówek zalicza się m.in.: poradnie psychologiczno-pedagogiczne, ośrodki kuratorskie, szkoły oferujące specjalistyczne wsparcie dla dzieci i młodzieży, placówki wsparcia dziennego oraz organizacje pozarządowe świadczące specjalistyczne wsparcie.						

Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

Lp.	Działanie	Wskaźnik	Wartość bazowa (2020)	Wartość pośrednia (2025) ³⁹	Wartość pośrednia (2030)	Wartość docelowa (2035)	Uszczegółowienie wybranych wskaźników	Źródło / Gestor danych
I.1.2	I.1. Wsparcie spójności funkcjonowania rodzin i ochrony praw dzieci	Odsetek asystentów rodziny w liczbie dzieci w wieku 0-18 lata w Polsce	0,05%	0,09%	0,12%	0,22%		MRiPS
I.1.3	I.1. Wsparcie spójności funkcjonowania rodzin i ochrony praw dzieci	Odsetek powiatów, które wdrożyły rozwiązanie w postaci przedstawiciela dziecka	0	15%	20%	100%		MRiPS
I.1.4	I.1. Wsparcie spójności funkcjonowania rodzin i ochrony praw dzieci	Odsetek liczby rodzin wspierających do rodzin objętych pomocą z powodu bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych	0,8%	1,5%	2%	5%	Procent gmin zapewniających osobie z niepełnosprawnością, wymagającej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym wymagającej wsparcia całodobowego, alternatywne formy wsparcia w społeczności lokalnej wobec pobytu	MRiPS

Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

Lp.	Działanie	Wskaźnik	Wartość bazowa (2020)	Wartość pośrednia (2025) ³⁹	Wartość pośrednia (2030)	Wartość docelowa (2035)	Uszczegółowienie wybranych wskaźników	Źródło/ Gestor danych
							w domu pomocy społecznej lub stałego pobytu w zakładzie opiekuńczo-leczniczym	
I.1.5	I.1. Wsparcie spójności funkcjonowania rodzin i ochrony praw dzieci	Średni czas oczekiwania na refundowaną wizytę u terapeuty (w sprawach niepilnych)	3 miesiące	do 4 tygodni	do 7 dni	do 7 dni		MRiPS
I.1.6	I.1. Wsparcie spójności funkcjonowania rodzin i ochrony praw dzieci	Odsetek planów pomocy dziecku i rodzinie powstałych w oparciu o zespoły multidyscyplinarne (co najmniej z poziomu gminy i powiatu) w ogólnej liczbie wszystkich dzieci odseparowanych od rodziny (we wszystkich formach opieki długoterminowej)	0%	50%	60%	100%		MRiPS

Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

Lp.	Działanie	Wskaźnik	Wartość bazowa (2020)	Wartość pośrednia (2025) ³⁹	Wartość pośrednia (2030)	Wartość docelowa (2035)	Uszczegółowienie wybranych wskaźników	Źródło / Gestor danych
I.1.8	I.1. Wsparcie spójności funkcjonowania rodzin i ochrony praw dzieci	Odsetek planów pomocy dziecku i rodzinie powstałych w oparciu o zespoły multidyscyplinarne (co najmniej z poziomu gminy i powiatu) wobec wszystkich dzieci zagrożonych separacją od rodziny	bd.	50%	60%	100%		MRiPS
I.1.9	I.1. Wsparcie spójności funkcjonowania rodzin i ochrony praw dzieci	Odsetek rodzin w stosunku do których zastosowano, kompleksową analizę możliwości reintegracji	0	60%	70%	100%		MRiPS
I.1.10	I.1. Wsparcie spójności funkcjonowania rodzin i ochrony praw dzieci	Odsetek planów pomocy dziecku i rodzinie poddanych losowej analizie efektywności wykonanej przez	0%	3% (w każdym powiecie)	5% (w każdym powiecie)	10% (w każdym powiecie)		MRiPS

Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

Lp.	Działanie	Wskaźnik	Wartość bazowa (2020)	Wartość pośrednia (2025) ³⁹	Wartość pośrednia (2030)	Wartość docelowa (2035)	Uszczegółowienie wybranych wskaźników	Źródło/Gestor danych
		niezależny ośrodek badawczy						
I.1.11	I.1. Wsparcie spójności funkcjonowania rodzin i ochrony praw dzieci	Odsetek zadań z zakresu wspierania dziecka i rodziny zleconych organizacjom pozarządowym	bd.	12%	15%	40%		MRiPS
I.2.1	I.2. Piecza zastępcza	Udział dzieci w zawodowych rodzinnych formach pieczy zastępczej w liczbie wszystkich dzieci wymagających umieszczenia w zawodowych rodzinnych formach pieczy ($ZRZ + ((MOW + MOS) - 30\%) + ZOL + ZPO + OHP + DPS$)	20%	30%	40%	100%	Sposób liczenia wartości wskaźnika: ($ZRZ + ((MOW + MOS) - 30\%) + ZOL + ZPO + OHP + DPS$)	MRiPS

Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

Lp.	Działanie	Wskaźnik	Wartość bazowa (2020)	Wartość pośrednia (2025) ³⁹	Wartość pośrednia (2030)	Wartość docelowa (2035)	Uszczegółowienie wybranych wskaźników	Źródło/ Gestor danych
I.2.2	I.2. Piecza zastępcza	Przyrost liczby zawodowych rodzin zastępczych i rodzinnych domów dziecka - kumulatywnie od 2019 roku (powstałych w założonej perspektywie - rozwiązanych w w założonej perspektywie)	19	3500	4920	11486	Wskaźnik liczbowy o charakterze sumarycznym.	MRiPS
I.2.3	I.2. Piecza zastępcza	Udział dzieci umieszczonych w rodzinnych formach pieczy zastępczej w liczbie dzieci umieszczonych w pieczy zastępczej ogółem.	65%	72%	80%	100%		MRiPS
I.2.4	I.2. Piecza zastępcza	Udział specjalistycznych miejsc w rodzinnej pieczy zastępczej w łącznej liczbie miejsc w rodzinnej pieczy zastępczej (z	bd.	15%	20%	45%		MRiPS

Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

Lp.	Działanie	Wskaźnik	Wartość bazowa (2020)	Wartość pośrednia (2025) ³⁹	Wartość pośrednia (2030)	Wartość docelowa (2035)	Uszczegółowienie wybranych wskaźników	Źródło / Gestor danych
		wyłączeniem miejsc w rodzinach spokrewnionych)						
I.3.1	I.3. Wsparcie dla dzieci i młodzieży z problemami zdrowia psychicznego	Liczba ośrodków I poziomu referencyjnego	bd.	350	400	483	Wskaźnik liczbowy o charakterze sumarycznym.	MZ
I.3.2	I.3. Wsparcie dla dzieci i młodzieży z problemami zdrowia psychicznego	Liczba ośrodków II poziomu referencyjnego	0	60	65	75	Wskaźnik liczbowy o charakterze sumarycznym.	MZ
I.3.3	I.3. Wsparcie dla dzieci i młodzieży z problemami zdrowia psychicznego	Liczba ośrodków II poziomu referencyjnego	0	16	16	16	Wskaźnik liczbowy o charakterze sumarycznym.	MZ

Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

Lp.	Działanie	Wskaźnik	Wartość bazowa (2020)	Wartość pośrednia (2025) ³⁹	Wartość pośrednia (2030)	Wartość docelowa (2035)	Uszczegółowienie wybranych wskaźników	Źródło/ Gestor danych
I.3.4	I.3. Wsparcie dla dzieci i młodzieży z problemami zdrowia psychicznego	Dostępność psychiatrów, psychiatrów dzieci i młodzieży	0,51	0,6	0,8	1,0	Liczba psychiatrów, psychiatrów dzieci i młodzieży na 10.000 populacji w wieku przedprodukcyjnym	MZ
I.3.5	I.3. Wsparcie dla dzieci i młodzieży z problemami zdrowia psychicznego	Liczba specjalistów psychoterapeutów dzieci i młodzieży	28	300	500	720	Wskaźnik liczbowy o charakterze sumarycznym.	MZ
I.3.6	I.3. I.3. Wsparcie dla dzieci i młodzieży z problemami zdrowia psychicznego	Liczba certyfikowanych terapeutów środowiskowej dzieci i młodzieży	0	120	300	483	Wskaźnik liczbowy o charakterze sumarycznym.	MZ
I.4.1	I.4. Zbudowanie i rozwój systemu	Liczba powiatów, w których istnieje wiązka usług dostępnych dla osób i rodzin z osobami	0	150	380	380	Wskaźnik liczbowy o charakterze sumarycznym.	MRiPS

Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

Lp.	Działanie	Wskaźnik	Wartość bazowa (2020)	Wartość pośrednia (2025) ³⁹	Wartość pośrednia (2030)	Wartość docelowa (2035)	Uszczegółowienie wybranych wskaźników	Źródło/ Gestor danych
	usług na rzecz rodzin z osobami wymagającymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu	wymagającymi wsparcia						
I.4.2	I.4. Zbudowanie i rozwój systemu usług na rzecz rodzin z osobami wymagającymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu	Liczba powiatów, w których dostępne są miejsca wsparcia wytchnieniowego/ usługi wsparcia wytchnieniowego	bd.	100	380	380	Wskaźnik liczbowy o charakterze sumarycznym.	MRiPS

Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

Lp.	Działanie	Wskaźnik	Wartość bazowa (2020)	Wartość pośrednia (2025) ³⁹	Wartość pośrednia (2030)	Wartość docelowa (2035)	Uszczegółowienie wybranych wskaźników	Źródło/Gestor danych
I.4.3	I.4. Zbudowanie i rozwój systemu usług na rzecz rodzin z osobami wymagającymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu	Liczba miejsc/usług wsparcia wytchnieniowego		1200	7200	72 000	Wskaźnik liczbowy o charakterze sumarycznym.	MRiPS
I.5.1	I.5 Rozwój wsparcia dziennego	Procent gmin realizujących w sposób trwały dzienne domy pomocy	18%	25%	30%	50%	Wskaźnik procentowy.	MRiPS
I.5.2	I.5 Rozwój wsparcia dziennego	Procent gmin trwale organizujących klubowe lub samopomocowe formy wsparcia dla osób starszych	25%	35%	60%	100%	Wskaźnik procentowy.	MRiPS

Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

Lp.	Działanie	Wskaźnik	Wartość bazowa (2020)	Wartość pośrednia (2025) ³⁹	Wartość pośrednia (2030)	Wartość docelowa (2035)	Uszczegółowienie wybranych wskaźników	Źródło/ Gestor danych
I.5.3	I.5 Rozwój wsparcia dziennego	Liczba dziennych domów opieki medycznej	54	bd.	bd.	bd.	Wskaźnik liczbowy o charakterze sumarycznym.	MRiPS
I.5.4	I.5 Rozwój wsparcia dziennego	Liczba dziennych centrów wsparcia pamięci	0	16	16	49	Wskaźnik liczbowy o charakterze sumarycznym.	MRiPS
I.5.5	I.5 Rozwój wsparcia dziennego	Liczba osób objętych dziennymi formami wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi	33.7, tys.	bd.	37 tys.	bd.	Wskaźnik liczbowy o charakterze sumarycznym.	MRiPS
Priorytet II. Społeczność lokalna								
II.2.1	II.2. Asystencja osobista osób z niepełnosprawnościami	Liczba osób z niepełnosprawnościami korzystająca stale z systemowej usługi asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością	bd.	20 tys.	40 tys.	60 tys.		MRiPS, BON
II.2.2	II.2. Asystencja	Procent gmin realizujących systemową	bd.	100%	100%	100%		MRiPS, BON

Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

Lp.	Działanie	Wskaźnik	Wartość bazowa (2020)	Wartość pośrednia (2025) ³⁹	Wartość pośrednia (2030)	Wartość docelowa (2035)	Uszczegółowienie wybranych wskaźników	Źródło/ Gestor danych
	osobista osób z niepełnosprawnościami	usługę asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością						
II.3.1	II.3. Kręgi wsparcia	Liczba osób korzystających z kręgów wsparcia	bd.	1,5 tys.	6 tys.	12 tys.		MRiPS
II.3.2	II.3. Kręgi wsparcia	Liczba samorządów, w których funkcjonują kręgi wsparcia	bd.	120	600	1200		MRiPS
II.3.3	II.3. Kręgi wsparcia	Liczba funkcjonujących centrów kręgów wsparcia	bd.	120	600	1200		MRiPS
II.4.1	II.4. Wsparcie procesu usamodzielniania młodzieży	Odsetek opiekunów regularnie monitorujących wychowanków	bd	50%	60%	100%		MRiPS

Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

Lp.	Działanie	Wskaźnik	Wartość bazowa (2020)	Wartość pośrednia (2025) ³⁹	Wartość pośrednia (2030)	Wartość docelowa (2035)	Uszczegółowienie wybranych wskaźników	Źródło/Gestor danych
II.4.2	II.4. Wsparcie procesu usamodzielniania młodzieży	Odsetek wychowanków, którzy w okresie do 3 lat od usamodzielnienia zamieszkują w lokalu do własnej dyspozycji lub wspomaganym	bd	40%	50%	100%		MRiPS
II.4.3	II.4. Wsparcie procesu usamodzielniania młodzieży	Odsetek wychowanków, którzy wcześniej kończą naukę w wieku 18-24 lata	bd	bd.		10% ⁴⁰		MRiPS

⁴⁰ Wskaźnik populacyjny na podstawie danych z Eurostatu, w 2020 wynosił on dla UE 10,1%. W Polsce ten sam wskaźnik w 2020 roku wynosił 5,4 ale przyjmując go założono, że w grupie dzieci i młodzieży powierzanych poza rodzinę biologiczną, był najprawdopodobniej znacznie wyższy (brak danych), dlatego jako wartość docelową przyjęto średnią dla Unii Europejskiej.

Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

Lp.	Działanie	Wskaźnik	Wartość bazowa (2020)	Wartość pośrednia (2025) ³⁹	Wartość pośrednia (2030)	Wartość docelowa (2035)	Uszczegółowienie wybranych wskaźników	Źródło / Gestor danych
II.4.4	II.4. Wsparcie procesu usamodzielniania młodzieży	Odsetek pracujących wychowanków (z wyłączeniem kontynuujących naukę) w wieku od 18 do 59/64 lat w wychowankach ogółem	bd	17%	25%	60%		MRiPS
II.4.5	II.4. Wsparcie procesu usamodzielniania młodzieży	Odsetek wychowanków, którzy osiągnęli samodzielność finansową	bd	25%	38%	90%		MRiPS
II.5.1	II.5. Wsparcie dla dorosłych osób z problemami zdrowia psychicznego	Procent populacji osób pełnoletnich objętych terytorialnie wsparciem centrów zdrowia psychicznego	12%	25%	50%	100%	Liczba osób w wieku produkcyjnym i poprodukcyjnym objęta działaniem centrum zdrowia psychicznego	MZ
II.5.2	II.5. Wsparcie dla dorosłych	Liczba asystentów zdrowienia w centrach zdrowia psychicznego	bd.	150	400	600	liczba asystentów zdrowienia w centrach zdrowia psychicznego,	MZ

Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

Lp.	Działanie	Wskaźnik	Wartość bazowa (2020)	Wartość pośrednia (2025) ³⁹	Wartość pośrednia (2030)	Wartość docelowa (2035)	Uszczegółowienie wybranych wskaźników	Źródło/Gestor danych
	osób z problemami zdrowia psychicznego						które przeszły szkolenia i certyfikację lub nabyły uprawnienia w oparciu o dotychczasowe rozwiązania	
Priorytet III. Mieszkalnictwo								
III.1.1	III.1. Zapobieganie bezdomności	Udział gmin realizujących standard działań profilaktycznych i interwencyjnych w zakresie mieszkalnictwa pozwalających kontrolować zadłużenie	0	25%	100%	100%		MRiPS
III.1.2	III.1. Zapobieganie bezdomności	Liczba gmin miejskich i miejsko-wiejskich posiadających komórkę/stanowisko w zakresie mieszkalnictwa społecznego	bd.	302	620	944		MRiPS

Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

Lp.	Działanie	Wskaźnik	Wartość bazowa (2020)	Wartość pośrednia (2025) ³⁹	Wartość pośrednia (2030)	Wartość docelowa (2035)	Uszczegółowienie wybranych wskaźników	Źródło / Gestor danych
III.1.3	III.1. Zapobieganie bezdomności	Liczba gmin, które zintegrowały dostępne usługi (wprowadziły metodę „jednego okienka”)	bd.	25%	100%	100%		MRiPS
III.1.4	III.1. Zapobieganie bezdomności	Odsetek osób opuszczających instytucje, dla których są przygotowane miejsca w ramach programów przygotowujących do samodzielnego życia obejmujących zapewnienie lokali	bd.	25%	100%	100%		MRiPS
III.3.1	III.3. Mieszkalnictwo wspomagane	Liczba mieszkań wspomaganych	1500	6000	12000	20 000	Wskaźnik liczbowy o charakterze sumarycznym.	MRiPS
III.3.2	III.3. Mieszkalnictwo wspomagane	Liczba osób w mieszkaniach wspomaganych	5833	18000	36 000	60 000	Wskaźnik liczbowy o charakterze sumarycznym.	MRiPS

Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

Lp.	Działanie	Wskaźnik	Wartość bazowa (2020)	Wartość pośrednia (2025) ³⁹	Wartość pośrednia (2030)	Wartość docelowa (2035)	Uszczegółowienie wybranych wskaźników	Źródło/ Gestor danych
III.3.3	III.3. Mieszkalnictwo o wspomagane	Odsetek miejsc dla osób w kryzysie bezdomności zapewnionych przez gminę (na terenie gminy lub poprzez wykupienie miejsca w innej gminie) w mieszkaniach wspomaganych w stosunku do osób w kryzysie bezdomności	bd.	25%	50%	80%		MRiPS
III.3.4	III.3. Mieszkalnictwo o wspomagane	Odsetek mieszkań w ramach każdej nowej inwestycji TBS/SIM i spółdzielni mieszkaniowych, przekazywanych gminie lub wykorzystywanych na prowadzenie mieszkań wspomaganych	0%	5%	5%	5%		MRPiT

Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

Lp.	Działanie	Wskaźnik	Wartość bazowa (2020)	Wartość pośrednia (2025) ³⁹	Wartość pośrednia (2030)	Wartość docelowa (2035)	Uszczegółowienie wybranych wskaźników	Źródło / Gestor danych
III.3.5	III.3. Mieszkalnictwo wspomagane	Odsetek mieszkań w ramach każdej nowej inwestycji prywatnych inwestorów / deweloperów przekazywanych gminie na prowadzenie mieszkań wspomaganych / mieszkań na realizację celów polityki społecznej	0%	2%	2%	2%		MRPiT
III.3.6	III.3. Mieszkalnictwo wspomagane	Odsetek mieszkań wspomaganych powstających w ramach budowy, remontu, przekształcania itp. mieszkań w ramach rewitalizacji	0%	5%	5%	5%		MRPiT
III.4.1	III.4 Tworzenie zasobu dostępnych cenowo	Programy pilotażowe społecznych agencji najmu stworzone w oparciu o ustawę	0	30	0	0		

Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

Lp.	Działanie	Wskaźnik	Wartość bazowa (2020)	Wartość pośrednia (2025) ³⁹	Wartość pośrednia (2030)	Wartość docelowa (2035)	Uszczegółowienie wybranych wskaźników	Źródło / Gestor danych
	mieszkań docelowych	obejmujące dodatkowe wsparcie finansowe						
III.4.2	III.4 Tworzenie zasobu dostępnych cenowo mieszkań docelowych	Tworzenie społecznych agencji najmu i zapewnianie możliwości podnajęcia lokalu mieszkalnego osobom w kryzysie bezdomności lub zagrożonych bezdomnością zastępujących sukcesywnie miejsca w placówkach instytucjonalnych	0	0	60	100	Wskaźnik liczbowy o charakterze sumarycznym.	
III.4.3	III.4 Tworzenie zasobu dostępnych cenowo mieszkań docelowych	Liczba gmin objętych działaniami edukacyjnymi w zakresie możliwości tworzenia i prowadzenia, sposobu działania, dostępnych mechanizmów finansowych, kwestii	0	50	150	300	Wskaźnik liczbowy o charakterze sumarycznym.	

Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

Lp.	Działanie	Wskaźnik	Wartość bazowa (2020)	Wartość pośrednia (2025) ³⁹	Wartość pośrednia (2030)	Wartość docelowa (2035)	Uszczegółowienie wybranych wskaźników	Źródło/Gestor danych
		organizacyjnych związanych z zakładaniem i prowadzeniem społecznych agencji najmu						
Priorytet IV. Instytucje całodobowe								
IV.1.1	IV.1. Przegląd placówek całodobowych	Analiz instytucjonalna a placówek całodobowych	0	1	2	4	Wskaźnik liczbowy o charakterze sumarycznym.	
IV.1.2	IV.1. Przegląd placówek całodobowych	Analiza stanu praw osób przebywających w placówkach całodobowych	0	2	4	6	Wskaźnik liczbowy o charakterze sumarycznym.	
IV.3.1	IV.3. Placówki całodobowe o pobytu dla	Liczba dzieci przebywających w DPS w wieku od 0 do 24 lat	2 168	80% (wartości)	70% (wartości bazowej)	0%		

Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

Lp.	Działanie	Wskaźnik	Wartość bazowa (2020)	Wartość pośrednia (2025) ³⁹	Wartość pośrednia (2030)	Wartość docelowa (2035)	Uszczegółowienie wybranych wskaźników	Źródło/Gestor danych
	dzieci i młodzieży	bez względu na typ domu.		bazowe j)				
IV.3.2	IV.3. Placówki całodobowe o pobytu dla dzieci i młodzieży	Liczba dzieci i młodzieży przebywających długoterminowo w ZOL i innych placówkach systemu ochrony zdrowia w wieku od 0 do 24 lat	837	80% (wartość bazowe j)	70% (wartości bazowej)	0%		
IV.3.3	IV.3. Placówki całodobowe o pobytu dla dzieci i młodzieży	Odsetek istniejących w 2020 roku MOW i MOS przekształconych w specjalistyczne ośrodki wsparcia dzieci i rodzin	0	10%	20%	20%		
IV.4.1	IV.4. Placówki całodobowe o pobytu dla osób dorosłych	Maksymalny odsetek miejsc dla osób w kryzysie bezdomności w placówkach całodobowych/następnie interwencyjnych	bd.	75%	50%	20%		

Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

Lp.	Działanie	Wskaźnik	Wartość bazowa (2020)	Wartość pośrednia (2025) ³⁹	Wartość pośrednia (2030)	Wartość docelowa (2035)	Uszczegółowienie wybranych wskaźników	Źródło/ Gestor danych
Priorytet V. Zarządzanie zmianą								
V.1	V. Zarządzanie zmianą	Raporty monitorujące politykę publiczną i program rozwoju w zakresie rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji	0	2	6	13	Wskaźnik o charakterze sumarycznym	MRiPS
V.2	V. Zarządzanie zmianą	Raporty ewaluacyjne polityki publicznej i program rozwoju w zakresie rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji	0	1	2	4	Wskaźnik o charakterze sumarycznym	MRiPS
V.3	V. Zarządzanie zmianą	Liczba pionów rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji w ROPS	0	16	16	16	Wskaźnik o charakterze sumarycznym	MRiPS
V.4	V. Zarządzanie zmianą	We wszystkich województwach funkcjonują i są wdrażane regionalne	0	16	16	16	Wskaźnik o charakterze sumarycznym	MRiPS

Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

Lp.	Działanie	Wskaźnik	Wartość bazowa (2020)	Wartość pośrednia (2025) ³⁹	Wartość pośrednia (2030)	Wartość docelowa (2035)	Uszczegółowienie wybranych wskaźników	Źródło / Gestor danych
		plany rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji						
V.5	V. Zarządzanie zmianą	We wszystkich województwach aktywnie funkcjonują publiczno-społeczne platformy usług społecznych	0	16	16	16	Wskaźnik o charakterze sumarycznym	MRiPS
V.6	V. Zarządzanie zmianą	Liczba przedsiębiorstw społecznych	1419	bd.	4600	10 000	Wskaźnik o charakterze sumarycznym	MRiPS

Mapa drogowa wdrażania Strategii deinstytucjonalizacji do 2023 r.

W związku z wdrażaniem dokumentu „Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035. Usługi społeczne i zdrowotne na rzecz niezależnego i bezpiecznego życia” proponujemy, aby w pierwszej fazie (2021-2025) realizacji Strategii wyodrębnić co najmniej dwa etapy związane z możliwościami legislacyjnymi i organizacyjnymi.

Etap do 2023 powinien obejmować następujące rozwiązania:

1. Wymiar legislacyjny

- Ustawa o zasadach prowadzenia polityki społecznej (uporządkowanie programowania i realizacji procesu)
- Ustawa o asystencji osobistej osób z niepełnosprawnościami lub uregulowanie asystencji osobistej w ramach Ustawy o wyrównywaniu szans osób z niepełnosprawnościami
- Ustawa o mieszkalnictwie wspomagającym
- Ustawa o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej

2. Wymiar organizacyjny

- Bilans potrzeb osób 75+ oraz osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności poprzez OPS;
- Bilans sytuacji w placówkach całodobowych o charakterze długookresowym
- Bilans i propozycje rozwiązań w zakresie finansowania usług (zespół rządowo-samorządowo-pozarządowy)
- „Biała księga” stanu zatrudnienia oraz planu przeciwdziałania niedoborom kadr w zawodach niezbędnych do świadczenia i zarządzania usługami społecznymi wraz z zachętami do kształcenia w zawodach pomocowych

3. Wymiar krajowej polityki publicznej

- Kompleksowy program mieszkalnictwa dla osób z niepełnosprawnościami
- Reforma działań w ramach Funduszu Solidarnościowego wprowadzająca systemowe finansowanie asystencji dla osób z niepełnosprawnościami
- Przygotowanie zmian w programie Senior+ oraz Opieka 75+ zapewniając spójność działań krajowych i europejskich na rzecz zapewnienia trwałości działań

4. Wymiar polityki spójności

- Pilotaż ścieżek deinstytucjonalizacji lokalnej w ramach projektu MRiPS „Opracowanie i pilotażowe wdrożenie mechanizmów i planów deinstytucjonalizacji usług społecznych” (POWER)
- Promowanie przez MRiPS potrzeby spójności działań w zakresie rozwoju usług społecznych w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych mających doprowadzić do działań długofalowych i zapewniających rozwój Centrów Usług Społecznych
- Wsparcie Regionalnych Ośrodków Polityki Społecznej w tworzeniu regionalnych planów usług społecznych

Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

- Wzmocnienie procesu deinstytucjonalizacji pieczy zastępczej poprzez stworzenie systemu teleinformatycznego, w ramach którego będzie działał centralny rejestr wolnych miejsc w pieczy zastępczej oraz centralny rejestr placówek opiekuńczo-wychowawczych
- Przygotowanie kompleksowego i zintegrowanego systemu orzekania o niepełnosprawności
- Opracowanie i przetestowanie modelu wsparcia dla rodzin z osobą z niepełnosprawnością lub zagrożoną niepełnosprawnością

Działania te stworzą solidny fundament pod kolejne etapy działań w zakresie rozwoju usług społecznych w następnych latach.

Ad.1. Działania legislacyjne obejmowałyby następujące projekty

Tytuł	Zakres	Termin	Podmiot odpowiedzialny
<p>Ustawa o zasadach prowadzenia polityki społecznej</p>	<p>Ustawa, której projekt pojawił się niegdyś w 2006 z inicjatywy minister Grażyny Gęsickiej ma na celu uporządkowanie procesu tworzenia, realizacji i programowania polityki społecznej. Czyni z ministra rodziny i polityki społecznej koordynatora publicznej polityki społecznej.</p> <p>Ustawa miałyby na celu uporządkowanie programowania na poziomie krajowym, regionalnym i lokalnym ograniczając liczbę programów o charakterze społecznych wynikających z licznych ustaw i powstałych w ostatnich trzydziestu latach na rzecz lokalnego i ponadlokalnego programu rozwoju społecznego skorelowanego z wieloletnią prognozą finansów budżetu gminy i powiatu. Podobnie dokonano by uporządkowania programowania strategicznego na poziomie regionalnym określając regionalne ośrodki polityki społecznej jako koordynatorów. ROPS musiałyby ściśle współpracować z MRiPS i wojewodami w tym zakresie.</p> <p>Ustawa powinna spotkać się z aprobatą samorządów bowiem uprości zadania programowe i sprawozdawcze.</p>	<p>2022</p>	<p>DES MRiPS, Ustawa skorelowana byłaby z działaniami z funduszy europejskich w ramach RPO zapewniając spójność i trwałość działań.</p>

Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

<p>Ustawa o asystencji osobistej osób z niepełnosprawnościami/ lub jako część ustawy o wyrównywaniu szans osób z niepełnosprawnościami</p>	<p>Ustawa uregulowałaby zasady usługi asystencji osobistej dla osób z niepełnosprawnościami. Regulowałaby zarówno sposób wybierania asystenta, rodzaj działań przewidzianych do realizacji, sposób zapewniania dostępu do asystentów osobistych na terenie całego kraju.</p> <p>Uporządkowanie sposobu finansowania usług asystencji osobistej, a następnie wprowadzenie jednolitego sposobu alokacji finansowania opartego na podziale środków na samorządy. Ponadto uregulowanie możliwych procedur realizacji asystencji osobistej, wybór usługodawcy przez osobę z niepełnosprawnością i realizowania usługi przez gminę. Uporządkowanie systemu: do 2023, ujednoczenie: do 2025.</p>	<p>2023</p>	<p>BON MRiPS, (inicjatywę planuje również Kancelaria Prezydenta)</p> <p>Ustawa skorelowana byłaby z realizacją Strategii na rzecz OzN</p>
<p>Ustawa o mieszkalnictwie wspomagany</p>	<p>Uregulowanie mieszkań wspomaganym w oparciu o definicję i założenia przewidziane w Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020, skorygowanej o doświadczenia z okresu stosowania Wytycznych i uwzględniającej założenia Strategii (w tym brak podziału na mieszkania treningowe i wspierane).</p>	<p>2022</p>	<p>Departament Mieszkalnictwa MRPiT oraz BON MRiPS</p> <p>Ustawa byłaby skorelowana z projektem programu mieszkalnictwa dla osób z niepełnosprawnością</p>

Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

	<p>Ustawa byłaby odrębna od ustawy o pomocy społecznej. Przewidywałaby zastąpienie mieszkań chronionych (uchylenie przepisów w tym zakresie) przez mieszkania wspomagane.</p> <p>Wprowadzenie standardu dla mieszkań wspomaganych oraz katalogu usług, jakie mogą być świadczone w mieszkaniach wspomaganych (w zależności od sytuacji i potrzeb osoby korzystającej z mieszkania),</p> <p>Wprowadzenie mechanizmów systemowego finansowania tworzenia oraz prowadzenia mieszkań wspomaganych.</p> <p>Umożliwienie korzystania z mieszkań wspomaganych wszystkim grupom odbiorców strategii deinstytucjonalizacji, w tym osobom bezdomnym oraz innym osobom (np. imigrantom) w gminie miejsca pobytu.</p> <p>Systemowe uregulowanie przywracania do użytkowania pustostanów, uwzględniania mieszkań wspomaganych w gminnych politykach mieszkaniowych i społecznych, włączenie podmiotów prywatnych w podaż mieszkań wspomaganych.</p>		
<p>Ustawa o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej</p>	<p>Nowelizacja zwiększyłaby zakres wsparcia dla młodzieży usamodzielnianej z pieczy zastępczej i placówek całodobowych rozszerzając okres programów usamodzielniania.</p> <p>Określony zostanie minimalny zakres usług dostępnych dla młodzieży będącej w procesie</p>	<p>2022</p>	<p>DPIIS, DPR MRiPS, Bez dodatkowych nakładów</p>

	<p>usamodzielniania przed i po osiągnięciu pełnoletności, obejmujących m.in. usługi terapeutyczne, edukacyjne, przygotowujące do pracy zawodowej, czy z zakresu podnoszenia kompetencji życiowych. Umożliwiony zostanie powrót młodej osoby po zakończeniu procesu usamodzielniania do pieczy zastępczej lub innego rodzaju placówki macierzystej, w przypadku, gdy młoda osoba uzna to za pożądane. Możliwość powrotu istnieje do ukończenia 26 roku życia lub do dwóch lat po zakończeniu procesu usamodzielniania.</p> <p>Ponadto należałoby rozszerzyć przepisy na inne kategorie osób usamodzielnianych z placówek o charakterze całodobowym w tym osoby z niepełnosprawnościami lub osoby z problemami zdrowia psychicznego jako część przepisów usamodzielniania lub przepisów odrębnych. Działania prawne skorelowane byłyby z możliwościami projektu MRiPS „OPRACOWANIE I PILOTAŻOWE WDROŻENIE MECHANIZMÓW I PLANÓW DEINSTYTUCJONALIZACJI USŁUG SPOŁECZNYCH”.</p>		
--	--	--	--

Ad.2. Działania organizacyjne

Działania	Zakres	Termin	Podmiot odpowiedzialny
Bilans potrzeb osób 75+ oraz osób ze	Jednym z kluczowych przedsięwzięć jest dokonanie przeglądu potrzeb	2022/2023	DPIIS MRiPS

Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

<p>znacznym stopniem niepełnosprawności poprzez OPS</p>	<p>osób najbardziej potrzebujących. Brak jest bowiem informacji o skali potrzeb – wiedza opiera się natomiast tylko na działaniach reaktywnych w przypadku zgłoszenia potrzeb do właściwego OPS. Skutek jest taki, iż nie ma całościowej wiedzy co uniemożliwia przygotowanie systemu do potrzeb. Działanie takie spotka się z aprobatą społeczną, wskazującą na budowę szerszych działań i zainteresowanie losami obywateli.</p>		<p>Działanie mogłoby zostać sfinansowane z programu resortowego – dodatkowe wsparcie dla pracowników socjalnych realizujących proces lub w ramach FERS</p> <p>Tu niezbędne byłoby również narzędzie teleinformatyczne sfinansowane w ramach FERS.</p>
<p>Bilans sytuacji w placówkach całodobowych</p>	<p>Podjęcie odpowiedzialnych decyzji co do działań na rzecz usamodzielnianych z placówek całodobowych oraz dyskusji i przyszłości placówek niezbędne jest sporządzenie całościowego bilansu nie tylko w wymiarze statystycznym (a istnieją rozbieżności metodologiczne MRiPS oraz GUS) ale również próby jakościowej. Dlatego bez dokonania takiego audytu projektowane rozwiązania mogą okazać się nietrafne i chybione. Działanie ewidentnie zostanie potraktowane pozytywnie przez mieszkańców.</p>	<p>2022/2024</p>	<p>DPiIS MRiPS</p> <p>Działania mogłyby zostać zapisane w ramach FERS</p>
<p>Bilans i propozycje rozwiązań w zakresie finansowania usług</p>	<p>Budżety rządowo, samorządowo, prywatne finansujące usługi społeczne w Polsce są rozproszone i często nieskoordynowane. Decyzje o strumieniach pieniężnych, ewentualnych zmianach finansowych muszą najpierw zostać usystematyzowane i przeanalizowane zanim podejmie się dalsze decyzje.</p>	<p>2021 powołanie zespołu – efekty na koniec 2023</p>	<p>DAE MRiPS, MF, KWRiS, partnerzy społeczni</p> <p>Zadanie praktycznie bezkosztowe (ewentualne analizy w ramach zaplanowanego projektu FERS na usługi)</p>

Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

„Biała księgi” stanu zatrudnienia oraz planu przeciwdziałania niedoborom kadr w zawodach niezbędnych do świadczenia i zarządzania usługami społecznymi wraz z zachętami do kształcenia w zawodach pomocowych	Bez zwiększenia ilości i jakości kadry zawodów pomocowych nie da się dokonać rozwoju usług społecznych w Polsce. Podjęcie działań wymaga dokonania szybkiej i kompleksowej analizy, która da odpowiedź na kierunki rozwoju w tym obszarze. Biała księga może zostać skorelowana z przygotowanym przez Kancelarię Prezydenta projektem ustawy o zawodach pomocowych. Spowoduje pozytywne reakcje blisko 100 tys. pracowników sektora, którzy będą mieli poczucie zainteresowania i poważnego podejścia.	2021/2022	DAE MRiPS, Zadanie w ramach projektu FERS zaplanowanego projektu FERS na usługi)
---	--	-----------	--

Ad. 3 Działania w zakresie krajowej polityki publicznej

Działania	Zakres	Termin	Podmiot odpowiedzialny
Kompleksowy program mieszkalnictwa dla osób z niepełnosprawnościami;	Program ten ma odpowiadać na potrzeby różnych grup osób z niepełnosprawnościami, a także zastąpić program Centrów Opiekuńczo-Mieszkalnych (COM). Będzie stanowił propozycję szerokiego rozwoju mieszkań wspomaganych dostępnych dla osób z niepełnosprawnościami.	2021	BON MRiPS, Zadanie skorelowane z ustawą o mieszkalnictwie wspomagany, finansowanie KPO
Reforma działań w ramach Funduszu Solidarnościowego wprowadzająca systemowe finansowanie asystencji dla osób z niepełnosprawnościami;	Zmiany mające na celu podejście bardziej systemowe w zakresie finansowania asystentów osobistych dla osób z niepełnosprawnością. Propozycja wypracowania algorytmu dla województw w taki sposób by środki wspierały działania lokalnych, zgodnie z regionalnymi planami DI dla	2022	BON MRiPS bez skutków finansowych

Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

	samorządów partycypujących we współfinansowaniu zadania.		
<p>Przygotowanie zmian w programie Senior+ oraz Opieka 75+ zapewniając spójność działań krajowych i europejskich na rzecz zapewnienia trwałości działań;</p>	<p>W przypadku Senior+ zmiany skierowane będą na zachowanie trwałości dotychczasowych efektów programu oraz efektów Europejskiego Funduszu Społecznego, przy bardziej elastycznym podejściu, zwłaszcza w zakresie współfinansowania przez samorzady oraz zwiększeniu wydatków o charakterze inwestycyjnym. Nastąpi znaczące wydłużenie finansowania funkcjonowania istniejących domów do co najmniej 7 lat w tym domów finansowanych ze środków programu i Regionalnych Programów Operacyjnych przy założeniu finansowania od 60% kosztów do 40% w ostatnim roku. Premiowane będą projekty partnerskie o charakterze publiczno-społecznym, oraz włączenie organizacji obywatelskich jako możliwych realizatorów wsparcia dziennego.</p> <p>W przypadku Opieka 75+ niezbędne jest skorelowanie finansowanych działań z projektami finansowanymi na poziomie regionalnym. Propozycja wypracowania algorytmu dla województw w taki sposób by środki wspierały działania lokalnych, zgodnie z regionalnymi planami DI dla samorządów partycypujących we współfinansowaniu zadania.</p>	2023	DS, DPiIS MRiPS bez skutków finansowych

Ad.4. Działania w zakresie polityki spójności

Działania	Zakres	Termin	Podmiot odpowiedzialny
Pilotaż lokalnych mechanizmów deinstytucjonalizacji	Od 2021 ruszy projekt MRiPS „Opracowanie i pilotażowe wdrożenie mechanizmów i planów deinstytucjonalizacji usług społecznych, który przygotowuje podstawy pod rozwój procesu deinstytucjonalizacji, umożliwi też budowę lokalnych programów rozwoju usług społecznych, które będą rozpowszechnione w całej Polsce.	2021-2023	DPIIS MRi PS, finansowanie POWER
Promowanie przez MRiPS potrzeby spójności działań w zakresie rozwoju usług społecznych w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych mających doprowadzić do działań długofalowych i zapewniających rozwój Centrów Usług Społecznych;	Działania szkoleniowe będą skierowane do pracowników regionalnych ośrodków polityki społecznej i służb wojewody tak aby zapewnić spójność działań na rzecz rozwoju Centrów Usług Społecznych, które w 2030 roku stanowiąc będą główny element lokalnej i ponadlokalnej koordynacji usług społecznych. Działania będą wspierały i uspójniały projekty koordynacyjne Regionalnych Ośrodków Polityki Społecznej w zakresie usług społecznych	2022	DPIIS, FERS
Wsparcie Regionalnych Ośrodków Polityki Społecznej w tworzeniu regionalnych planów usług społecznych	Działania doradcze realizowane w uzgodnieniu z MRiPS będą polegały na wypracowaniu matrycy Regionalnych Planów DI, oraz wsparcie ROPS w ich wdrożeniu w województwach. Regionalne Plany będą tworzyły spójny system wdrażania działań europejskich i krajowych na rzecz rozwoju usług społecznych w regionach.	2021	Zadanie finansowane w ramach programu POWER
Wzmocnienie procesu	przeprowadzenie zmian legislacyjnych dotyczących	2022	FERS

Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

<p>deinstytucjonalizacji pieczy zastępczej poprzez stworzenie systemu teleinformatycznego, w ramach którego będzie działał centralny rejestr wolnych miejsc w pieczy zastępczej oraz centralny rejestr placówek opiekuńczo-wychowawczych</p>	<p>wprowadzenia systemu teleinformatycznego zawierającego rejestr wolnych miejsc w pieczy, a także rejestr placówek opiekuńczo-wychowawczych.</p> <p>Dzięki temu systemowi jednostki samorządu terytorialnego szczebla powiatowego, których obowiązkiem jest realizacja zadań wynikających z ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, a także sądy rodzinne podejmujące decyzje w kwestii umieszczenia dziecka w placówkach będą mogły uzyskać informacje na temat wszystkich wolnych miejsc na terenie Polski, tak aby podjąć decyzję najlepszą dla dobra danego dziecka. Powstanie tego systemu umożliwi przeprowadzenie analizy sytuacji dzieci w pieczy zastępczej z dalszym wskazaniem działań na rzecz dobra dzieci, opracowanie modelu planu działań w kierunku stabilizacji sytuacji dzieci, a także przeprowadzenie pilotażu modelu analizy i przygotowywania planu wraz z raportem i rekomendacjami.</p> <p>Wsparcie w tym obszarze ma na celu zapewnienie warunków życia i rozwoju dzieci i młodzieży przebywających w całodobowych instytucjach opieki, zgodnych z Konwencją o Prawach Dziecka ONZ, poprzez wzmocnienie procesu deinstytucjonalizacji pieczy zastępczej.</p>		
<p>Przygotowanie kompleksowego i zintegrowanego systemu orzekania o niepełnosprawności;</p>	<p>Planowany system orzekania o niepełnosprawności będzie oparty o Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania ICF oraz zgodny z postanowieniami Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych. Orzekanie o niepełnosprawności będzie prowadzone przez niezależną instytucję - krajowe centrum do</p>	<p>2022</p>	<p>FERS</p>

Strategia deinstytucjonalizacji usług w Polsce 2021-2035

	<p>spraw orzekania o niepełnosprawności, nad którym nadzór będzie sprawował Pełnomocnik Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych. Planowane jest zbudowanie infrastruktury orzeczniczej, przygotowanie i wdrożenie systemu informatycznego na potrzeby orzecznictwa oraz przeszkolenie kadry.</p>		
<p>Opracowanie i przetestowanie modelu wsparcia dla rodzin z osobą z niepełnosprawnością lub zagrożoną niepełnosprawnością</p>	<p>Stworzony zostanie pilotaż instytucji doradców rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością lub zagrożonym niepełnosprawnością, zapewnione zostanie zwiększenie dostępności informacji niezbędnych dla rodziców dzieci z niepełnosprawnościami przez uruchomienie portalu informacyjnego i infolinii, zorganizowanie usługi hybrydowych asystentów rodziny umożliwiających wsparcie, w tym o charakterze psychologicznym, w formie spotkań oraz online, a także wprowadzenie bonu rehabilitacyjno-terapeutycznego.</p>	<p>2022</p>	<p>FERS</p>