

dr Agnieszka Dudzińska  
dr hab. prof. UKSW Katarzyna Roszewska

# Uwagi do projektu Strategii rozwoju usług społecznych (projekt udostępniony na stronie MRiPS 25.06.2021)

---

Przedstawiane uwagi odnoszą się do dokumentu, który w dniu 16.07.2021 był dostępny na stronie MRPiPS, *Aktualności: Wiadomości: Prekonsultacje projektu „Strategii rozwoju usług społecznych”*, <https://www.gov.pl/web/rodzina/prekonsultacje-projektu-strategii-rozwoju-uslug-spoecznych>.

Uwagi nie są kompletne ze względu na jakość „prekonsultowanego” dokumentu.

## Uwagi ogólne

1. Do dokumentu nie jest przypisana żadna sygnatura. **Nie ma informacji** o autorze ani instytucji, która go firmuje. Nie opatrzone go żadną datą.
2. Nie jest jasny **status dokumentu**. We Wprowadzeniu zamieszczono informację, że jest on „polityką publiczną w rozumieniu art. 5 pkt 7b ustawy o zasadach prowadzenia polityki rozwoju. Przepis ten odnosi się do polityki publicznej jako „dokumentu określającego podstawowe uwarunkowania, cele i kierunki rozwoju kraju w wymiarze społecznym, gospodarczym i przestrzennym w danej dziedzinie lub na danym obszarze, które wynikają bezpośrednio ze strategii rozwoju, o których mowa w art. 9 pkt 2 i 3”, a te z kolei to „średniookresowa strategia rozwoju kraju” lub „inne strategie rozwoju - dokumenty określające podstawowe uwarunkowania, cele i kierunki rozwoju, odnoszące się do sektorów, dziedzin, regionów lub rozwoju przestrzennego”.

Powstaje więc pytanie, z jakiej strategii wynika dokument „Strategia rozwoju usług społecznych”. Podana jest informacja, że „koreluje” on z dwoma dokumentami: z „projektem aktualizacji” Krajowego Programu Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu oraz Strategią na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami, jednak nie wiadomo, czy oznacza to związek, o którym mówi ustawa.

Dodatkowo, na s. 126 jest mowa o „krajowych ramach strategicznych”, których część ma stanowić strategia. Nie wiadomo, o jakie ramy chodzi, ani jaki jest związek między nimi a dwoma dokumentami strategicznymi „skorelowanymi” z dokumentem.

Przeciw wpisywaniu procesu deinstytucjonalizacji w Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu protestowała Rada Działalności Pożytku Publicznego.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> „Rada apeluje do Prezesa Rady Ministrów oraz Ministra Rodziny i Polityki Społecznej o sprecyzowanie, do którego dokumentu wyższej rangi odnosi się treść KPPUiWS oraz czy strategia deinstytucjonalizacji jest dokumentem równoważnym do KPPUiWS.” Uchwała nr 166 Rady Działalności Pożytku Publicznego z

RDPP zwraca też uwagę na niejasny status samego Programu. RDPP reprezentuje stronę społeczną w dialogu z rządem, jej głos nie powinien być bagatelizowany.

3. Nie wiadomo, co oznacza pojęcie „**prekonsultacji**”, nieobecne w polskim porządku prawnym. Art. 6 ustawy o zasadach prowadzenia polityki rozwoju stanowi, że „projekty polityk publicznych podlegają konsultacjom”. Jeśli dokument zawiera deklarację, że jest polityką publiczną, powinien być konsultowany, nie „prekonsultowany”.
4. Dokument nie odwołuje się do wcześniejszego o około dwa miesiące **projektu, wypracowanego przez zespół**, powołany w tym celu przez Ministra Rodziny i Polityki Społecznej.<sup>2</sup> Projekt zespołu, choć przekazany Minister Rodziny i Polityki Społecznej 30.04.2021, nie został upubliczniony. Niepokojące są sygnały osób i środowisk, które brały udział w jego tworzeniu, o tym, że prezentowany przez MRiPS dokument nie odzwierciedla projektu przygotowanego przez zespół, z udziałem przedstawicieli strony społecznej – ekspertów i organizacji. W ogłoszeniu na stronie MRiPS o „prekonsultacjach” dokumentu jest mowa o projekcie zespołu, w samym „prekonsultowanym” dokumencie tej informacji już nie ma.
5. Dokument powinien odnosić się do **obowiązujących aktów prawnych**. Pojawiają się wzmianki o Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych, brak jednak systematycznego zestawienia podstaw prawnych do podjęcia działań na rzecz deinstytucjonalizacji (Europejskie wytyczne nie mają takiego charakteru.)

Bezpośrednim impulsem do stworzenia dokumentu jest rozporządzenie Parlamentu Europejskiego<sup>3</sup> nakładające na państwa obowiązek spełnienia warunków podstawowych, od których zależy finansowanie przedsięwzięć ze środków UE. Jednym z nich jest istnienie gotowych „krajowych ram strategicznych polityki na rzecz włączenia społecznego i walki z ubóstwem”, obejmujących „środki przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki środowiskowej” (cel szczegółowy 4.3 EFRR i 4.3.1 EFS, załącznik nr IV do rozporządzenia). Rekomendacje dla Polski, dotyczące deinstytucjonalizacji opieki całodobowej wydał również Komitet ONZ ds. Praw Osób z Niepełnosprawnościami dla Polski.<sup>4</sup>

Ogólnie do mechanizmu warunkowości odnosi się pojedynczy akapit w informacji na stronie internetowej.

6. Nie do przyjęcia jest zaproponowana **perspektywa czasowa** (realizację pierwszego etapu zaplanowano na 20 lat). Potrzeby w zakresie deinstytucjonalizacji opieki są pilne. Dokument odnosi się do godności człowieka i do prawa do wyboru miejsca zamieszkania, jednocześnie odkładając pełną realizację tych praw na później.

Utrzymywanie się wysokiej liczby osób oczekujących na umieszczenie w DPS autor dokumentu uważa za niepokojące zjawisko, zauważając jednocześnie, że wydatki gmin na DPSy wzrosły około trzykrotnie w perspektywie dziesięcioletniej (s. 29-30). Wzrost kosztów będzie nadal przyspieszał ze względu na większy popyt na opiekę całodobową (starzenie się społeczeństwa) oraz malejący odsetek mieszkańców skierowanych na zasadach sprzed 2004 czyli

---

dnia 18 marca 2021 r. w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu. Aktualizacja 2021-2027 z perspektywą do roku 2030, § 2. <https://www.gov.pl/attachment/f56c6b3f-4a98-4f90-9fce-f16d1c2f5d12>, dostęp 2.07.2021.

<sup>2</sup> Zarządzenie Nr 1 Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 12 stycznia 2021 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania Strategii deinstytucjonalizacji usług społecznych w Polsce (Dz. Urz. MRiPSp. z 2021 r. poz. 1 z późn. zm.). <https://sip.lex.pl/#/act/35848146>, dostęp 2.07. 2021.

<sup>3</sup> Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego z 29.05.2018 ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego i innych funduszy, COM(2018) 375 final 2018/0196(COD).

<sup>4</sup> Rzecznik Praw Obywatelskich: *Osoby z Niepełnosprawnością, OzN: Rekomendacje dla Polski Komitetu ONZ ds. Praw Osób z Niepełnosprawnościami*. <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/rekomendacje-dla-polski-komitetu-onz-komitetu-ds-praw-osob-z-niepe%C5%82nosprawnościami>, dostęp 6.07.2021.

bez kosztów dla samorządu. Wszystko to powinno prowadzić do maksymalnego przyspieszenia procesu deinstytucjonalizacji jako tworzenia możliwości wyboru formy opieki. Zauważony problem kolejki oczekujących na umieszczenie w DPS może wynikać z kosztów, jakie musi ponieść gmina, ale także z niechęci osób kierowanych do przeprowadzki daleko od dotychczasowego miejsca zamieszkania, co utrudniłoby utrzymanie relacji rodzinnych i towarzyskich.

7. Na początku dokumentu można by oczekiwać **definicji** procesu deinstytucjonalizacji. Tymczasem autor dokumentu od razu posługuje się pojęciem oraz jego skrótem DI (s. 5). Definicja pojawia się dopiero w rozdziale II (s. 73). Brakuje definicji usług społecznych.
8. **Jakość** projektu Strategii jest bardzo niska. Dokument jest chaotyczny, napisany niechlujnie, z licznymi błędami utrudniającymi jego zrozumienie. Dane są nieaktualne, dostępne są bowiem dane za rok 2020, którymi autor posłużył się zaledwie w kilku miejscach. Aktualność literatury pozostawia wiele do życzenia. Niektóre pozycje są przywołane za innymi publikacjami, co jest niepoważne.
9. **Obszerna część diagnostyczna** nie uzasadnia w żaden sposób zaplanowanych działań strategicznych. Nie wiadomo więc, z czego one wynikają. Bez rzeczowego uzasadnienia planowanych działań dokument mija się z celem i nie ma charakteru strategii. „Diagnoza” nie ma wbrew tytułowi charakteru strategicznego, lecz jest w najlepszym razie spisem elementów systemu pomocy społecznej. Nie diagnozuje problemów ani potrzeb społecznych, co powinno być jej celem.

## Rozdział I. Diagnoza „strategiczna”

10. Diagnoza jest powierzchowna i pomija szereg kluczowych wskaźników. Zawiera również **błędy** merytoryczne, świadczące o nieznajomości przepisów. Nie przeanalizowano dostępnych corocznie danych sprawozdawczych MRiPS-03 i -05 dla lat 2012-2020. Przytoczone dane są nieaktualne, w większości pochodzą z roku 2019.

Na brak rzetelnej diagnozy dostępu do usług społecznych oraz skali deinstytucjonalizacji na poziomie samorządów zwracała uwagę RDDP w przywołanej uchwale z marca 2021.<sup>5</sup>

11. Można przewidywać, że Strategia będzie kontestowana przez **samorządy**, które zostały obciążone obowiązkiem jej realizacji i finansowania (s. 24, opis zaangażowania partnerów samorządowych) bez jakiegokolwiek analizy sytuacji na poziomie województw, powiatów i gmin. Z dokumentu nie wynika, by przedstawiciele samorządu terytorialnego brali udział w jego tworzeniu.
12. Diagnoza nie uwzględnia **programów rządowych** realizowanych z Funduszu Solidarnościowego. Jeśli przyczyną jest brak ustawowego uregulowania usług społecznych oferowanych w ramach tych programów, ich ustawowe uregulowanie powinno być jednym z celów strategii. Dotyczy to w szczególności programu „Opieka wytchnieniowa” i programu „Asystent osobisty

---

<sup>5</sup> „Rada wyraża przekonanie, że jeżeli decydenci pomocy społecznej nie mają dostępu do danych o poziomie zaspokojenia potrzeb mieszkańców gminy, a także w zakresie skuteczności działań zapobiegających powstawaniu ubóstwa, to nikt nie może dokładnie określić skali i głębokości potrzeb i problemów związanych z występowaniem tych zjawisk.

Rada apeluje do Prezesa Rady Ministrów, Ministra Rodziny i Polityki Społecznej oraz Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego o publikowanie corocznych map skali zagrożenia ubóstwem, deprywacji materialnej oraz dostępności do usług społecznych, zdrowotnych, edukacyjnych i kulturalnych, a także poziomu deinstytucjonalizacji usług społecznych na poziomie gmin, powiatów i województw.” (§ 4).

osoby z niepełnosprawnością”. Programy rządowe realizowane w innych obszarach są uwzględnione w dokumencie (np. program Senior+).

## Dzieci z niepełnosprawnościami

13. Niezrozumiałe jest połączenie w jeden obszar usług dla dzieci z niepełnosprawnościami i dzieci pełnosprawnych, gdyż dzieci z niepełnosprawnościami stanowią wyjątkową kategorię dzieci zagrożonych wykluczeniem z powodu niedostatku usług społecznych. Trafniejszym pomysłem byłoby włączenie usług kierowanych do dzieci z niepełnosprawnościami i ich rodzin do rozdziału dotyczącego osób z niepełnosprawnościami, których podkategorią są dzieci - analogicznie jak zrobiono to w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi (cel szczegółowy 6: rozwój psychiatrii dziecięcej).
14. Popełniono błąd umieszczając wśród elementów systemu wsparcia dzieci warsztaty terapii zajęciowej, które są przeznaczone dla osób dorosłych (s. 18)
15. Z kolei część rekomendacji w rozdziale diagnostycznym dotyczącym dorosłych osób z niepełnosprawnościami odnosi się do dzieci (punkt 4.4: zasiłek rodzinny z tytułu kształcenia i rehabilitacji dziecka z niepełnosprawnością).

## Dorośle osoby z niepełnosprawnościami

16. Niektóre fragmenty „diagnozy strategicznej” dotyczące osób z niepełnosprawnościami są **żenująco słabe**, np. „analiza” struktury populacji osób z niepełnosprawnościami (punkt 4.2, s. 43-44), polegająca na podsumowaniu danych demograficznych z wtórnego opracowania GUS, opartego na danych MRiPS, do których to danych ministerstwo ma bezpośredni dostęp, w dodatku na niższym poziomie agregacji, czy też opis rehabilitacji społecznej i zawodowej (punkt 4.3, s. 44-48), zajmujący pięć stron i dotyczący wyłącznie obszaru pracy - który ma tylko pośredni związek z deinstytucjonalizacją usług społecznych.
17. W szczególności diagnoza w obszarze niepełnosprawności **nie podejmuje problemu** dostępu do miejsc aktywności dziennej innej niż praca. Są one jedynie wykazane w spisie elementów systemu wsparcia, jednak nie jest to żadna „diagnoza” sytuacji ani tym bardziej problemów, potrzeb i barier.
18. W **punkcie 4.4 (Wsparcie osób z niepełnosprawnościami)** na stronie 49 mowa jest o „usługach opiekuńczych świadczonych w mieszkaniach chronionych”. Tymczasem mieszkania chronione nie są miejscem świadczenia usług opiekuńczych.<sup>6</sup>
19. Jako formę wsparcia świadczeniami wskazano **dodatek do zasiłku rodzinnego** z tytułu kształcenia i rehabilitacji dziecka z niepełnosprawnością, choć rozdział odnosi się wyłącznie do osób dorosłych, co zaakcentowano w tytule.
20. Diagnoza powinna zawierać zestawienie liczby **DPSów wg wielkości**. Celem strategii powinna być w pierwszym okresie zmiana tych proporcji. Pod koniec 2020 średnia liczba mieszkańców w jednym DPS wynosiła 91 osób. Relacje medialne z sytuacji w DPSach w czasie pandemii ujawniły, że średnia ta maskuje wielokrotnie wyższą liczbę mieszkańców w niektórych DPSach.

---

<sup>6</sup> Art. 53 ust. 6 ustawy o pomocy społecznej: „W mieszkaniu chronionym wspieranym zapewnia się usługi bytowe oraz pomoc w wykonywaniu czynności niezbędnych w życiu codziennym i realizacji kontaktów społecznych, w celu utrzymania lub rozwijania samodzielności osoby na poziomie jej psychofizycznych możliwości,” a także § 2 rozporządzenia w sprawie mieszkań chronionych: „W mieszkaniu chronionym zapewnia się: (1) usługi bytowe w postaci miejsca całonocnego pobytu; (2) pracę socjalną, o której mowa w art. 6 pkt 12 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.”

21. W **punkcie 4.5** (Sytuacja materialna osób z niepełnosprawnościami, s. 51-55) nie przytoczono wskaźników ubóstwa, będących najdokładniejszymi wskaźnikami sytuacji materialnej.
22. **Nie ma tu też żadnej wzmianki o odpłatności za usługi opiekuńcze, która opiera się na kryterium dochodowym nieuwzględniającym zwiększonych wydatków wynikających bezpośrednio z niepełnosprawności. Jest to istotną barierą w korzystaniu z tych usług.** (Komentarz o kształtowaniu przez odpłatność „odpowiedzialności za dobro wspólne, jakim są finanse publiczne”, zawarty w rozdziale V dokumentu, potwierdza brak zrozumienia nierównowagi między dochodami a wydatkami w rodzinach osób z niepełnosprawnościami.)
23. **Punkt 4.6** (s. 55-56) dotyczy kręgów wsparcia, które nie są elementem systemu i są realizowane jedynie punktowo w trybie projektowym, nie powinny więc w ogóle znaleźć się w diagnozie. Ostatnie zdanie w tym fragmencie wskazuje na to, że są one zaplanowane jako działanie w ramach strategii (?).
24. **Wnioski i rekomendacje**, które kończą diagnozę sytuacji osób z niepełnosprawnościami, nie są w żaden sposób związane z jej treścią. Nie wiadomo, z czego wynikają. Są niekompletne, punktowo odnoszą się do niektórych obszarów, ignorując szereg innych, ważniejszych z punktu widzenia deinstytucjonalizacji opieki.

Przykładowo, nie uwzględniają potrzeby zapewnienia opieki dziennej osobom, które jej potrzebują, a to powinno być najważniejszą rekomendacją w tym obszarze.

Nie uwzględniają też deficytów w systemie opieki całodobowej, dotyczących osób wymagających intensywnej opieki, w tym osób z głębszą postacią autyzmu. Rozwiązania w postaci mieszkań chronionych i wspomaganych czy nawet centrów opiekuńczo-mieszkalnych nie są dla nich adekwatne, gdyż potrzebne są małe, kilkusobowe placówki zapewniające całodobowe specjalistyczne wsparcie jako gwarancję maksymalnie niezależnego życia dla wielu z tych osób.

## **Punkt 6. Diagnoza systemu wsparcia**

25. W części kończącym rozdział diagnostyczny w punkcie **6.1 (usługi opiekuńcze, s. 63-64)** brakuje odniesienia do ważnego z punktu widzenia diagnozy raportu NIK dotyczącego usług opiekuńczych dla osób starszych.<sup>7</sup> Inną bardzo ważną a nieuwzględnioną pozycją jest **Zielona księga** opieki długoterminowej,<sup>8</sup> wypracowana w konsensusie wielu środowisk politycznych (zainicjowana przez ministra Z. Religę, kontynuowana przez senatora M. . Augustyna).
26. W punkcie **6.2 (mieszkania chronione, s. 64-65)** uderza ubóstwo analiz, ograniczonych do porównania wybranych statystyk z lat 2016 i 2020. Tymczasem po nowelizacji przepisów w 2018 obserwuje się istotny trend, polegający na wzroście zainteresowania gmin mieszkaniami wspieranymi (w 2020 stanowiły 67% mieszkań chronionych na poziomie gminy), które jest nieobecne na poziomie powiatów (jedynie 19%). Ma to niewątpliwie związek z ponoszeniem kosztów pobytu mieszkańców w DPSach przez gminy. Samorządy gminne są w tej sytuacji kluczowym partnerem w kreowaniu alternatyw dla DPSów i należy skupiać działania strategiczne na wspieraniu ich w tym obszarze.
27. W punkcie **6.5 (domy pomocy społecznej, s. 67-70)**, na żart zakrawa zdanie, odnoszące się do wzrostu liczby osób usamodzielnianych, gdyż „usamodzielniały się” zaledwie 324 osoby na

---

<sup>7</sup> „Usługi opiekuńcze świadczone osobom starszym w miejscu zamieszkania. Informacja o wynikach kontroli” (Najwyższa Izba Kontroli, 22 maj 2018), <https://www.nik.gov.pl/plik/id,17440,vp,20012.pdf>. Dostęp 6.07.2021.

<sup>8</sup> Augustyn, Mieczysław i in., *Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje*, red. Mieczysław Augustyn (Warszawa: Grupa Robocza ds. Przygotowania Ustawy o Ubezpieczeniu od Ryzyka Niesamodzielnności przy Klubie Senatorów Platformy Obywatelskiej, 2010), <http://rszarf.ips.uw.edu.pl/kierunki/ODzielona.pdf>. Dostęp 10.07.2021.

79 tys. mieszkańców w 2016, a w roku 2020 na 75 tys. było to 338 osób. Komentarz autora dokumentu zasługuje na przytoczenie w całości: „Pomiędzy latami 2016 i 2020 wzrosła liczba osób usamodzielnianych z domów pomocy społecznej o 4,3%, co oznacza, iż procesy deinstytucjonalizacji postępują” (s. 70). Zdanie to świadczy o nieumiejętności porównywania wskaźników statystycznych, ale przede wszystkim - o zupełnym nierozumieniu istoty procesu DI. Nie uwzględnia również zagrożeń, jakie istniały w tych placówkach w czasie pandemii i wprowadzonych restrykcji, które mogły przełożyć się na indywidualne decyzje o opuszczeniu DPSu.

28. W punkcie 6.6 (**Kadry** realizujące usługi społeczne w pomocy społecznej, s. 71-72) pominięto usługi świadczone przez kadry DPSów. Wyrażono opinię, że wzrost zatrudnienia realizatorów usług społecznych nie jest satysfakcjonujący. Warto zwrócić uwagę, że jest to wtórny wskaźnik, gdyż zatrudnienie wynika z podaży usług. Obecnie popyt przewyższa podaż, a zadaniem autora dokumentu powinno być wskazanie przyczyn takiego stanu rzeczy i sformułowanie wniosków dla strategii DI. To zwiększenie wymiaru usług powinno być celem strategii DI, gdyż dawałoby realną alternatywę wobec instytucji opieki całodobowej. Podobnie wskaźnikiem poprawy sytuacji w zakresie usług środowiskowych nie jest sam 44-procentowy wzrost zatrudnienia w ośrodkach wsparcia, ale wzrost liczby ośrodków i liczby osób z nich korzystających (s. 72). W punkcie dotyczącym kadr ważniejsze od samych danych liczbowych byłyby informacje o jakości tych kadr i ich sytuacji zawodowej (np. o wieku, kwalifikacjach, doświadczeniu, poziomie wynagrodzeń, zgłaszanych problemach, statusie – czy są pracownikami samorządowymi).

## Rozdział II. Istota procesu deinstytucjonalizacji

29. Rozdział ma charakter wstępnego, **powierzchnowego szkicu**. Jego mała objętość (niecałe 21 stron w porównaniu z ponad 60 stronami diagnozy) świadczy o niedojrzałości koncepcji deinstytucjonalizacji.
30. W dokumencie nie dostrzega się problemu **wielkości DPSów**. Jednak na stronie 73 powołano się na dokument UNICEF (odnoszący się do dzieci), w którym w definicji deinstytucjonalizacji uwzględniono nie tylko likwidację zakładów stacjonarnych, ale też zmniejszenie ich rozmiarów. Współgra to z potrzebami części osób z niepełnosprawnościami, preferujących opiekę instytucjonalną, ale po dostosowaniu jej skali do potrzeb społecznych poprzez umożliwienie tworzenia wspólnoty. Pozostaje mieć nadzieję, że docelowa wizja nie jest wizją pozostawienia kilkudziesięciu wielkich instytucji rozsianych punktowo po Polsce.
31. **Trafne** jest spostrzeżenie, iż „działania w zakresie deinstytucjonalizacji powinny w pierwszej kolejności skupiać się na powszechnym dostępie do usług świadczonych w środowisku zamieszkania”, gdyż tylko dostęp do nich może wpłynąć na „zmniejszenie popytu na usługi stacjonarnej opieki długoterminowej” (s. 74).
32. Niestety, zaplanowane „działania” nie nawiązują do tej trafnej idei, w dodatku zawierają błędy logiczne, gdyż „priorytet usług społecznych realizowanych w środowisku zamieszkania nad usługami stacjonarnymi” (punkt 1) trudno uznać za działanie. Nie wiadomo też, co oznaczają „usługi o charakterze zapobiegającym”, wspomniane w punkcie 2. Jedynie punkt 3 wskazuje na kierunek planowanych zmian jako „działanie zmierzające do wykorzystania zasobów i potencjału instytucjonalnej opieki długoterminowej na poczet rozwoju nowych usług środowiskowych w społeczności lokalnej”. W punkcie tym można wyrazić wątpliwość, czy usługi opiekuńcze w DPSach, świadczone obecnie przede wszystkim na poziomie powiatu, da się przekształcić na usługi opiekuńcze na poziomie gmin, przy wykorzystaniu zasobów powiatowych, w tym zasobów ludzkich.

### **Punkt 3. Opieka nad osobami starszymi i przewlekle somatycznie chorymi, z niepełnosprawnościami i psychicznie chorymi**

33. Niezrozumiałe jest **połączenie czterech różnych kategorii** osób. Diagnoza odnosiła się do każdej z tych grup oddzielnie.
34. Ta część rozdziału II nie odnosi się w ogóle do „istoty procesu deinstytucjonalizacji” i jest jedynie opisem sytuacji, w tym istniejących rozwiązań, opisanych już w rozdziale I, ze wskazaniem na możliwość wprowadzenia np. opieki wytchnieniowej. Z punktu widzenia celów dokumentu jest ona niepotrzebna.

### **Punkt 4. Nowy system opieki długoterminowej**

35. Trafne spostrzeżenie ze strony 74, dotyczące tworzenia alternatyw jako sposobu na zmniejszenie popytu na całodobową opiekę instytucjonalną, zostało powtórzone na stronie 90, gdzie podkreślono możliwość wyboru, „bez żadnej determinanty w postaci braku alternatywnych form opieki”.
36. Dwuznaczne jest natomiast umieszczenie **opieki rodzinnej** na szczycie odwróconej piramidy, ilustrującej system opieki długoterminowej jako najbardziej pożądanego powszechnego wzorca (ilustracja 2, s. 90), o ile nie planuje się powszechnego nieodpłatnego dostępu rodzin do usług opiekuńczych, które je odciążą, zwłaszcza w zakresie opieki dziennej w ośrodkach. Inaczej może powstać wrażenie, że utrwalony zostanie model, w którym to rodziny - zgodnie z fałszywie pojmowaną zasadą pomocniczości - obarcza się obowiązkami opiekuńczymi uniemożliwiającymi opiekunom pełnienie innych ról społecznych.
37. W **systemie opieki długoterminowej** (ilustracja nr 3, s. 91) zabrakło istotnego elementu, jakim jest zapewnienie opieki dziennej osobom wymagającym wsparcia drugiej osoby. Mieści się ona pomiędzy „opieką domową” a „opieką stacjonarną”, traktowaną w modelu jako całodobowa. Tymczasem ośrodki wsparcia dziennego mają charakter zarówno instytucjonalny, jak i stacjonarny, ale z założenia nie są całodobowe.
38. Rodziny powinny otrzymać wsparcie odciążeniowe w postaci nieodpłatnych usług opiekuńczych dla osoby wymagającej intensywnego wsparcia, dostępnych również w sytuacji, gdy rodzina jeszcze sobie jakoś radzi z opieką. Powinny one zapobiec ograniczeniu funkcji rodziny wyłącznie do funkcji opiekuńczych. Opieka dzienna powinna być zapewniona w postaci usług środowiskowych (w tym, a nawet przede wszystkim grupowych, w postaci ośrodków dziennego pobytu, które umożliwiają osobom wymagającym wsparcia drugiej osoby utrzymywanie pozarodzinnych relacji społecznych). Pozostały czas osoby wymagające wsparcia powinny spędzać w środowisku rodzinnym, zapewniającym przysłowiowy „dach nad głową, wikt i opierunek”. Ośrodki aktywności dziennej powinny funkcjonować analogicznie do oddziałów dziennych placówek ochrony zdrowia.
39. Ilustracja, obrazująca **finansowanie** opieki długoterminowej (ilustracja 5, s. 93) nie zwiera nowych rozwiązań, lecz powiela dotychczasowe, które w obecnym kształcie nie doprowadziły do zainicjowania procesu deinstytucjonalizacji.

## **Rozdział III. Wizja i cele strategiczne**

40. Wizja strategii (s. 98) została sformułowana w niezrozumiały sposób - jako „przygotowanie systemu realizacji usług społecznych do rozpoczęcia w 2041 r. świadczenia dla każdej osoby potrzebującej wsparcia z powodów społecznych (...) bezpiecznego i niezależnego funkcjonowania w swoim miejscu zamieszkania”. Nie bardzo wiadomo, jaka sytuacja jest tu opisana.

## Cel strategiczny w obszarze niepełnosprawności: niezależne życie – wsparcie osób z niepełnosprawnościami

Cel strategiczny ma być osiągnięty poprzez cztery cele szczegółowe, podobne do celów wobec osób starszych.

41. W **celu szczegółowym 2** (wsparcie rodziny realizującej opiekę nad osobą z niepełnosprawnościami, w tym wsparcie w zakresie realizacji usług, s. 110-111) zakłada się „uzawodowienie osób świadczących opiekę nad osobami z niepełnosprawnościami w rodzinie” i tym samym „zmianę dotyczącą osób świadczących opiekę z świadczeniobiorców na zawodowych opiekunów rodzinnych”.

Jest to ryzykowny pomysł, rodzący problemy wynikające z prawa pracy, możliwości łączenia etatów (opiekunowie w DPSach pracują w kilku miejscach), wyceny nakładu pracy w zależności od stanu osoby nad którą jest sprawowana opieka itd. Powstaje też pytanie o możliwość wyboru opiekuna zawodowego przez osobę wymagającą wsparcia drugiej osoby.

42. W zestawie kierunków działań dla tego celu szczegółowego zabrakło zapewnienia osobom z niepełnosprawnościami wsparcia dziennego umożliwiającego kontakty społeczne i odciążającego rodzinę. W kierunku 7 obok „wprowadzenia systemowej usługi asystencji osobistej” powinny pojawić się także jako systemowe inne usługi z programów rządowych finansowanych obecnie z Funduszu Solidarnościowego, przede wszystkim opieka wytchnieniowa i usługi opiekuńcze dla osób z niepełnosprawnościami.

43. W **celu szczegółowym nr 3** (wdrożenie systemowej usługi mieszkalnictwa wspomaganego, s. 111) nie określono, czym miałyby się ono różnić od mieszkalnictwa chronionego. W nawiązaniu do diagnozy należałoby wskazać działania zachęcające gminy do rozwijania mieszkań chronionych wspieranych, gdyż to one są pożądaną alternatywą lokalną dla DPSów.

44. Nie uwzględniono też potrzeby tworzenia małych domów dla kilku osób wymagających intensywnego wsparcia, w tym w wymiarze jeden opiekun na jedną osobę wymagającą wsparcia drugiej osoby przez 24 godziny na dobę.

45. Punkt dotyczący mieszkań wspomaganych dubluje się (cel szczegółowy 3 i cel szczegółowy 4).

46. W **celu szczegółowym 4** (usamodzielnianie mieszkańców instytucji opieki całodobowej, s. 111-112) zaplanowano „rozwój miejsc i form potencjalnego zatrudnienia osób z niepełnosprawnościami” (s. 112).

Nie wiadomo, na jakiej podstawie założono, że perspektywa podjęcia pracy zachęci osoby wymagające całodobowej opieki do usamodzielniania się. Prawdopodobnie to raczej pobyt w instytucji jest przeszkodą do podjęcia pracy przez osoby w wieku aktywności zawodowej (pod koniec 2020 w wieku 18-60 lat było 28 430 mieszkańców DPS, z których jedynie część może i chce pracować).

## Rozdział IV. Realizatorzy i monitorowanie działań

47. W zestawieniu **parterów realizatorów** strategii (s. 124-125) zabrakło organizacji pozarządowych. Tylko część z nich mieści się w kategoriach „podmioty ekonomii społecznej” i „podmioty reintegracji zawodowej i społecznej osób z niepełnosprawnościami”. Rola organizacji pozarządowych w procesie DI jest szersza niż tylko realizacja kontraktowanych usług.



## Rozdział V. Finansowanie działań strategicznych

48. Rozdział nie zawiera informacji o źródłach finansowania poszczególnych działań. Zawiera natomiast konstatację, że „ustalenie dla całego dokumentu planu finansowego” nastąpi „po przyjęciu przez Radę Ministrów Strategii” (s. 129). Jest to zapewne nieporozumienie.

## Rozdział VI. Wskaźniki monitorujące realizację celów strategii

### Cel strategiczny dotyczący wsparcia osób z niepełnosprawnościami (s. 133-134)

49. Dla celu szczegółowego 3.2, jakim jest wsparcie rodziny realizującej opiekę, określono wskaźnik uzawodowienia osób świadczących opiekę nad osobami wymagającymi wsparcia w rodzinie na 100% do końca roku 2030. Albo autor dokumentu zakłada, że wszyscy opiekunowie będą chcieli przejść na opiekę zawodową, albo wsparcie opiekunów rodzinnych nie będzie dotyczyć tych, którzy łączą opiekę z pracą zawodową.
50. Dla celu szczegółowego 3 (mieszkalnictwo wspomagane) wskaźnik powinien być określony liczbą mieszkańców, a nie liczbą mieszkań.
51. W tabeli wskazano na brak danych dotyczących wartości początkowej dla dwóch istotnych wskaźników: liczby mieszkań wspomaganych oraz liczby centrów opiekuńczo-mieszkalnych. Jest to niezrozumiałe, gdyż dysponentem tych danych jest MFIPR (liczne projekty realizowane z udziałem środków unijnych) oraz MRiPS.
52. W przypadku COMów wartość docelową wskaźnika powinno się określić w stosunku do obszaru (np. 1 COM w każdym powiecie). Pozwoliłoby to zapobiec niespójnej sieci COMów, a więc sytuacji, która dotyczy np. WTZów, ŚDSów czy szkół specjalnych.

## Wnioski i propozycje

1. Konsultowany dokument nie stanowi krajowych ram strategicznych polityki na rzecz włączenia społecznego i walki z ubóstwem, obejmujących środki przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki środowiskowej, nie spełnia więc warunku podstawowego, od którego zależy finansowanie przedsięwzięć ze środków UE.
2. Należy zmienić strukturę dokumentu, tak by wizja została określona na początku, a szczegóły strategii były prezentowane po części diagnostycznej i bezpośrednio wynikały z wniosków z diagnozy.
3. Konieczne jest zdefiniowanie usług społecznych, z uwzględnieniem usług zdrowotnych, mieszkaniowych, asystenckich, opiekuńczych, wytnieniowych i innych.
4. Należy zdefiniować od nowa usługi opiekuńcze, ze szczególnym uwzględnieniem usług wsparcia dziennego. Ich preferowaną formą powinny być ośrodki dziennej aktywności, zapobiegające izolacji osób wymagających wsparcia drugiej osoby. Konieczna jest zmiana ustawowej definicji usług opiekuńczych. Powinny być one dostępne dla osób mieszkających z rodziną, pełniąc dodatkową funkcję usług odciążających opiekunów rodzinnych. Rodziny byłyby przez to zachęcane do dłuższego opiekowania się w domu osobą wymagającą wsparcia, bez konieczności umieszczania jej w DPSie.

5. Usługi opiekuńcze powinny być też jednoznacznie przewidziane dla dzieci z niepełnosprawnościami, zwłaszcza gdy rodzice chcą/muszą pracować (zob. wskaźniki ubóstwa dla rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym) lub np. mają obowiązki opiekuńcze wobec innych dzieci. Dla dobra dziecka z niepełnosprawnością należy ułatwiać rodzicom utrzymanie aktywności zawodowej. Obecnie nawet w przypadku dzieci objętych opieką dzienną w placówce systemu oświaty rodzinom brakuje niekiedy pojedynczych godzin usług opiekuńczych, wynikających np. z przejazdów czy przerw między zajęciami. Dotkliwy jest brak usług opiekuńczych dla dzieci z niepełnosprawnościami w czasie wakacji i ferii szkolnych.
6. Warto wyodrębnić opiekę dzienną, nocną i całodobową. Nie należy zakładać, że opieka rodzinna musi być opieką całodobową. Zapewnienie wsparcia dziennego osobom mieszkającym z rodziną powinno sprawić, że będą one rzadziej umieszczane w instytucjach całodobowych.
7. Usługi opieki dziennej dla osób wymagających wsparcia zamieszkujących w rodzinie powinny być nieodpłatne. Ich finansowanie należy traktować jako koszt alternatywny do kosztów pobytu w DPSie, ponoszonych przez gminy w sytuacji braku możliwości świadczenia przez rodzinę opieki dziennej.
8. Proponujemy wprowadzić rozróżnienie między opieką długoterminową dla osób wymagających intensywnego wsparcia a innymi formami wsparcia w środowisku (np. dla innych grup: dzieci, chorzy, bezdomni czy innymi formami wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami które nie wymagają opieki długoterminowej).