

**Pytania i odpowiedzi w sprawie
usług społecznych i zdrowotnych oraz wsparcia procesu deinstytucjonalizacji
w Programach Regionalnych**

Materiał został przygotowany po spotkaniu organizowanym przez projekt SIREs II „Deinstytucjonalizacja a Fundusze Europejskie 2021-2027” w dniu 3 grudnia 2021 r., w którym wzięli udział przedstawiciele IZ RPO, ROPS, MFiPR, MRiPS oraz KE.

Materiał zawiera odpowiedzi na pytania, które w trakcie spotkania zostały sformułowane w formie pisemnej na czacie, lub te, które ze względu na ograniczenia czasowe nie udzielono odpowiedzi w trakcie spotkania. Odpowiedzi zostały skonsultowane i uzgodnione z właściwymi departamentami Ministerstwa Funduszy i Polityki Regionalnej oraz przedstawicielkami Dyrekcji Generalnej ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Włączenia Społecznego oraz Dyrekcji Generalnej ds. Polityki Regionalnej i Miejskiej Komisji Europejskiej uczestniczącymi w spotkaniu.

Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego

- 1. Pytanie: W kontekście dyskusji o adaptacji mieszkań dla rodzin zastępczych - rozumiem że w EFRR w kontekście rodzicielstwa zastępczego beneficjentem byłaby osoba fizyczna, będąca rodziną zastępczą?**

Odpowiedź: W tej sytuacji beneficjentem powinien być organizator rodzinnej pieczy zastępczej, czyli powiat. Powiat realizuje w oparciu o ustawę o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej zadania związane m.in. z pozyskiwaniem i szkoleniem kandydatów na rodziny zastępcze. Projekty na rzecz rozwoju rodzicielstwa zastępczego w ramach EFS mogłyby być projektami niekonkurencyjnymi (pozakonkursowymi) zintegrowanymi z EFRR w tych powiatach, gdzie jedną z ważnych barier jest brak/niewystarczająca infrastruktura.

- 2. Pytanie: Czy w ramach DI z EFRR w RPO można finansować Rodzinne Domy Pomocy (RDP) w sposób komplementarny do obecnego programu rządowego pn. "Program rozwoju rodzinnych domów pomocy na rok 2022"? Wydaje się, że RDP może być w obecnej sytuacji salomonowym rozwiązaniem.**

Odpowiedź: Tak. Rodzinny dom pomocy podobnie jak rodzinny dom dziecka jest formułą rodzinną, zalicza się do tzw. usług świadczonych w społeczności lokalnej. Jak

najbardziej należy dopuścić możliwość ich wsparcia z EFRR lub w projektach EFS, ale 1) tylko o ile spełniają wymogi zagwarantowania niezależnego życia i 2) przy założeniu podwyższonego limitu cross-financingu np. 30%.

3. Pytanie: W ramach wskaźników przypisanych do CS (komisyjnych RCO 63 i RCR 67) związanego z infrastrukturą społeczną wskazane są właśnie lokale socjalne. I teraz pojawia się pytanie czy mieszkania wspomagane mają być do niego wliczane?

Odpowiedź: W rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 24 czerwca 2021 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego i Funduszu Spójności, w załączniku I, pojawiają się wskaźniki RCO 63 i RCR 67, w których mowa o „social housing”. Termin ten dość niefortunnie został przetłumaczony na język polski jako „lokale socjalne” zamiast „mieszkania społeczne”.

W polskim prawie nie funkcjonuje pojęcie „lokalu socjalnego”, do którego odnoszą się przywołane wskaźniki. Przepisy dotyczące lokali socjalnych z ustawy z dnia 21 czerwca 2001 r. o ochronie praw lokatorów, mieszkaniowym zasobie gminy i o zmianie Kodeksu cywilnego zostały uchylone. Obecnie ww. ustawa mówi o mieszkaniach z najmem socjalnym.

Jednocześnie w polskim prawie nie funkcjonuje pojęcie mieszkań społecznych. Natomiast w literaturze przedmiotu do tej kategorii mieszkań można zaliczyć różne rodzaje rozwiązań mieszkaniowo-usługowych dla grup zagrożonych wykluczeniem społecznym, w tym osób z niskimi dochodami. W polskiej rzeczywistości do mieszkań społecznych możemy więc zaliczyć:

- mieszkania chronione,
- mieszkania wspomagane oraz inne formy mieszkań z usługami,
- mieszkania w ramach najmu społecznego (w tym w ofercie społecznych agencji najmu).

W związku z tym wszystkie wyżej wymienione kategorie mieszkań powinny być wliczane do wskaźników RCO 63 i RCR 67. Tym bardziej, że cel szczegółowy (iii) wprost odnosi się do realizacji zintegrowanych działań obejmujących usługi mieszkaniowe i usługi społeczne. Brzmi dokładnie: „wspieranie włączenia społeczno-gospodarczego społeczności marginalizowanych, gospodarstw domowych o niskich dochodach oraz grup w niekorzystnej sytuacji, w tym osób o szczególnych potrzebach, dzięki zintegrowanym działaniom obejmującym usługi mieszkaniowe i usługi społeczne.

Jednocześnie, jeśli w ramach tych wskaźników ujmowana będzie infrastruktura czysto mieszkaniowa, a nie mieszkaniowo-usługowa, wówczas należy rozważyć dodanie jeszcze jednego wskaźnika do Wspólnej Listy Wskaźników Kluczowych tj. wskaźnika w brzmieniu „Liczba nowoutworzonych (wybudowanych lub zaadaptowanych) mieszkań społecznych”, gdzie mieszkania społeczne definiujemy jak powyżej. Kwestia ta zostanie doprecyzowana w WLWK.

4. Pytanie: Czy wszystkie placówki o charakterze całodobowym są wyłączone z projektowanego wsparcia?

Za „zakład opieki długoterminowej (instytucję)” lub możemy uznać dowolną placówkę opieki stacjonarnej, w której:

- pensjonariusze są odizolowani od ogółu społeczności lub zmuszeni mieszkać razem;
- pensjonariusze nie mają wystarczającej kontroli nad swoim życiem i nad decyzjami, które ich dotyczą; oraz
- wymagania organizacyjne mają zazwyczaj pierwszeństwo przed indywidualnymi potrzebami mieszkańców.

Tym samym jest to miejsce, które cechuje: pobyt całodobowy, pobyt wieloosobowy, pobyt długoterminowy (powyżej 6 miesięcy). Jest to miejsce, w którym nawet niewielka liczba osób nie ma znaczenia, gdy personel jest zmienny.

Kwalifikowalne natomiast są niektóre formy całodobowe i wieloosobowe, których charakter związany jest rozwojem usług w środowisku lokalnym. Są to:

- mieszkania chronione, wspomagane, inne z usługami, wspólne zamieszkiwanie osób niespokrewnionych;
- rodzinne domy pomocy, rodzinne domy dziecka
- miejsca krótkookresowego/turnusowego pobytu np. opieka wytchnieniowa, intensywna rehabilitacja, terapia, trening, działania interwencyjne, dzienne formy wsparcia.

5. Pytanie: Czy możliwe jest finansowanie domów pomocy społecznej związane ze zmianą ich warunków finansowania?

Co do zasady nie jest możliwe finansowanie wsparcia dla zakładów opieki długoterminowej w tym domów pomocy społecznej z przeznaczeniem na działania w wymiarze zmiany jakości funkcjonowania jak i zwiększania liczby osób w nich przebywających.

Możliwe jest natomiast finansowanie działań zmierzających do przekształcania zakładów opieki długoterminowej w placówki środowiskowe, interwencyjne lub mieszkania zespolone (jedynie w przypadku osób w kryzysie bezdomności oraz zastosowania metody Najpierw mieszkanie). Możliwe jest uruchamianie działań na rzecz środowiskowych, dziennych lub wytchnieniowych.

Partnerstwo publiczno-społeczne
--

6. Pytanie: Czy będą promowane rozwiązania oparte na partnerstwie międzysektorowym w lokalnej społeczności, ze szczególnym uwzględnieniem partnerów społecznych?

Odpowiedź: Jak najbardziej działania służące budowie partnerstwa międzysektorowego powinny być promowane i zachęcamy do tego. Zwłaszcza, że zapisy projektu Umowy Partnerstwa 2021-2027 mówią o zwiększeniu roli sektora

ekonomii społecznej (w tym również sektora pozarządowego) w dostarczaniu usług społecznych. Dlatego powinny się znaleźć w programach regionalnych stosowne zapisy, mówiące o wykorzystaniu potencjału sektora ekonomii społecznej do realizacji usług społecznych, również w formule partnerstwa międzysektorowego. Powinno być ono także promowane na etapie wdrażania poprzez odpowiednie kryteria wyboru projektów i inne działania IZ (w tym związane z przeznaczeniem odpowiedniej alokacji na wzmocnienie potencjału partnerów społecznych i organizacji społeczeństwa obywatelskiego) oraz ROPS (związane ze stymulowaniem powstawania partnerstw lokalnych, realizowane w ramach projektów ROPS w ramach FERS)

Projekty a partycypacja w kosztach. Odpłatność za usługi

- 7. Pytanie: Czy będzie wbudowany w świadczenia usług społecznych mechanizm partycypacji w kosztach dla odbiorców i nietraktowanie tego jako przychodu projektu? Pytanie: Ponawiam pytanie o systemowe podejście do odpłatności za usługi w tych obszarach, gdzie mogłoby to mieć miejsce w pewnej mierze w CUS, usługach asystenckich na zasadzie podobnej do odpłatności za np., usługi opiekuńcze w pomocy społecznej (częściowa odpłatność w zależności od dochodu). Model testowany przez ostatnie lata jest wysoko niefunkcjonalny - osoby korzystające są przyzwyczajane do korzystania z nieodpłatnych usług o wysokim standardzie, potem trudno przejść do ponoszenia odpowiedzialności finansowej, a JST nie jest w stanie utrzymać trwałości. Podobnie w przypadku CUS, dla części gmin barierą w aplikowaniu jest niemożność utrzymania usług na tym poziomie w przyszłości ze środków własnych. W kontekście spadających dochodów JST jest to bardzo duże wyzwanie, które powinniśmy wziąć pod uwagę.**

Odpowiedź: Mechanizm partycypacji w kosztach przez uczestników projektów był możliwy już w obecnym okresie programowania (pod warunkiem wcześniejszego wykazania we wniosku o dofinansowanie środków z opłat jako wkładu własnego). Takie podejście będzie możliwe również w ramach przyszłej perspektywy finansowej.

Nowy CPR nie wprowadza przepisów dotyczących dochodu. Niemniej jednak w sytuacji, gdy planuje się wprowadzić częściową odpłatność świadczonej usługi należy oszacować wysokość takiej odpłatności policzyć jej szacunkową wartość ogółem aby następnie w ramach konkursu wprowadzić wymóg częściowej odpłatności usługi oraz wnoszenia wkładu prywatnego.

W projekcie Wytycznych kwalifikowalności wnoszenie wkładu własnego jest uregulowane analogicznie do obecnego okresu programowania.

Wsparcie opiekunów nieformalnych

- 8. Pytanie: Jak miałyby wyglądać demarkacja pomiędzy wsparciem opiekunów nieformalnych na poziomie FERS i regionu? Czy w FERS tylko opiekunowie nieformalni osób starszych? A opiekunowie nieformalni osób z**

niepełnosprawnościami na poziomie regionu? Co w sytuacji opiekunów nieformalnych starszej osoby z niepełnosprawnością

Odpowiedź: Na poziomie krajowym (FERS) przewiduje się m.in. opracowanie i pilotaż nowych form opieki dziennej dla osób starszych, w tym osób z zaburzeniami otępiennymi. Wsparcie opiekunów osób starszych lub wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (edukacja i wsparcie psychologiczne) w FERS będzie elementem pilotaży Dziennych Centrów Wsparcia Pamięci dla osób z chorobą Alzheimera lub innymi zaburzeniami otępiennymi oraz innymi przewlekłymi chorobami mózgu skutkującymi zaburzeniami pamięci. Przewiduje się, że wsparciem tego rodzaju objętych zostanie 3000 osób. Zatem skala wsparcia będzie ograniczona i będzie kierowane ono do wybranej grupy opiekunów jako element szerszych, kompleksowych działań.

Jednocześnie wsparcie dla opiekunów faktycznych/nieformalnych/rodzin wspierających osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (starszych, z niepełnosprawnością, przewlekle chorych), co do zasady odbywa się na poziomie regionalnym.

Na poziomie regionalnym, wykorzystując środki EFS i EFRR (jeśli potrzebna jest infrastruktura) należy rozwijać usługi dla opiekunów faktycznych/nieformalnych/rodzin w sposób kompleksowy. Projekty powinny dotyczyć całej gamy usług dla opiekunów: od poprawy dostępu do kompleksowej informacji o usługach i świadczeniach, przez szkolenia, poradnictwo (psychologiczne, prawne, opiekuńczo-pielęgnacyjne, architektoniczne), grupy samopomocowe, wypożyczalnie sprzętu opiekuńczo-pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego, wspomagającego itp., wykorzystanie technologii ICT w opiece aż po przerwę wytchnieniową.

Usługi zdrowotne dla grup w najtrudniejszej sytuacji

9. Pytanie: W kontekście wypowiedzi przedstawicieli Komisji Europejskiej, czy wykluczenie komunikacyjne, trudności z dojazdem do miejscowości w których zlokalizowane są punkty opieki medycznej, są przesłanką do zakwalifikowania do grupy w trudnej sytuacji?

Odpowiedź: Tak, wykluczenie komunikacyjne jest przesłanką do zakwalifikowania osoby do grupy z trudnej sytuacji.

Należy jednocześnie podkreślić, że grupy w trudnej sytuacji, przykładowo - Romowie, migranci, czy nawet OzN - nie są grupami automatycznie uznanymi za defaworyzowane w każdym regionie, gminie, czy społeczności sąsiedzkiej. To są grupy narażone często na problemy z dostępem pod RÓŻNYMI względami, ale wśród tych osób, również Romów czy migrantów, czy OzN mogą być takie, które nie mają problemu z dostępem do usług ochrony zdrowia. Więc oczywiście nie ma sensu oferować im dodatkowo wsparcia w tym zakresie. Nie można zatem wszystkich traktować automatycznie jako kwalifikujące się do wsparcia. Warto jednak zwrócić uwagę na te grupy przy mapowaniu potrzeb. Wszystko zatem zależy od zdiagnozowania sytuacji na poziomie lokalnym. Jednym z kluczowych elementów kwalifikujących do wsparcia jest zamieszkanie na obszarach zagrożonych degradacją

społeczną lub w miastach tracących swoje funkcje społeczno-gospodarcze, zakwalifikowanych jako Obszary Strategicznej Interwencji (OSI).

10. Pytanie: Czy wsparcie dla grup defaworyzowanych w usługach zdrowotnych wiążące się z dostępem oznacza świadczenie pomocy w zakresie dostępu a zarazem dodatkowych świadczeń, czyli. np. transport, asystent czy finansowanie usług gwarantowanych w zakresie pomocy państwa (NFZ)?

Odpowiedź: EFS może poprawiać dostęp do usług zdrowotnych poprzez finansowanie dodatkowych usług pozwalających dotrzeć np. do szpitala czy przychodni dzięki zapewnieniu transportu czy asystenta. Może to być również wsparcie rozwoju usług w środowiskowej opiece długoterminowej czy opiece paliatywnej, zwiększających zakres wsparcia wykraczający poza usługi kontraktowane z NFZ.

11. Pytanie: A co z problemem przemocy w rodzinie dla osób z rodzin nieubogich? To jedna z największych przesłanek przyszłego niepowodzenia w życiu?

Odpowiedź: Należy zaznaczyć, że ograniczenie dla EFS do grup w niekorzystnej sytuacji społeczno-gospodarczej lub z określonych terytoriów dotyczy usług zdrowotnych, a nie społecznych Ofiary przemocy w rodzinie mogą być wspierane usługami społecznymi. Natomiast mogą być dodatkowo wspierane w dostępie do usług zdrowotnych w przypadku grup zagrożonych wykluczeniem lub zamieszkałych na obszarach zagrożonych degradacją społeczną lub w miastach tracących swoje funkcje społeczno-gospodarcze, zakwalifikowanych jako Obszary Strategicznej Interwencji (OSI).

12. Pytanie: Bardzo proszę o doprecyzowanie czy stanowisko KE dotyczące obejmowania wsparciem w zakresie usług zdrowotnych wyłącznie osób w najtrudniejszej sytuacji odnosi się w takim samym stopniu do programów profilaktycznych jak i innych programów zdrowotnych. Jedne i drugie działania mieszczą się w optyce programów zdrowotnych jednak ich cele są odmienne.

Odpowiedź: KE: W DG EMPL horyzontalne wytyczne dla EFS+ wskazują po prostu, że działania związane ze zdrowiem w celu szczegółowym k) EFS+ mają się skupiać na poprawie dostępu do usług ochrony zdrowia dla grup defaworyzowanych. KE nie wkracza w szczegóły dotyczące różnic między programami profilaktycznymi, a zdrowotnymi w Polsce.

13. Pytanie: Czyli mówimy w przypadku Romów tylko o wsparciu tych w trudnej sytuacji, a nie wszystkim całej populacji Romów?

Odpowiedź: W przypadku usług zdrowotnych mówimy o tych Romach, którzy mają trudności w dostępie do ochrony zdrowia, np. są w niekorzystnej sytuacji społeczno-ekonomicznej. Społeczność romska ma dedykowany odrębny cel (j), w ramach którego może być wspierana w celu integracji społeczno-gospodarczej. Tutaj też mogą być wspierani Ci, którzy takiej integracji potrzebują.

14. Pytanie: Jednym z największych problemów społecznych w PL jest kryzys w rodzinie, który dotyka również rodzin nieubogich. Teoretycznie mogą mieć pieniądze na wsparcie, ale go nie szukają. W kontekście deinstytucjonalizacji i rozwoju usług profilaktycznych powinniśmy zapewnić szeroki dostęp do wsparcia zapobiegającego eskalacji kryzysu w rodzinie, który w ostateczności może skończyć się przejściem dziecka do pieczy. Czy w kontekście deinstytucjonalizacji nie jest jednak uzasadnione objęcie dzieci z szerokiego grona rodzin wsparciem profilaktycznym?

Odpowiedź: Ograniczenie wsparcia dotyczące grup w najtrudniejszej sytuacji społeczno-ekonomicznej dotyczą usług zdrowotnych, a nie usług społecznych. Zgodnie z Ogólnoeuropejskimi wytycznymi w zakresie przejścia od opieki instytucjonalnej do usług w społeczności lokalnej profilaktyka jest ważnym elementem deinstytucjonalizacji. Dlatego wsparcie dla rodzin w sytuacjach kryzysowych jest możliwe, właśnie jako element profilaktyki.

15. Pytanie: Pytanie do organizatorów: Konieczność zmiany społecznej, to jednak wymaga dosyć zaawansowanej inżynierii systemowej. Nawet w przypadku rozwoju usług w ramach programów regionalnych, żebyśmy osiągnęli zmianę a nie projekt potrzebujemy rozwiązań legislacyjnych - żeby DPS mógł świadczyć usługi na zewnątrz potrzebna jest zmiana na poziomie ustaw i rozporządzeń np. w zakresie realizowania zadań na rzecz gmin przez powiaty (organizatorów DPS). Żeby opiekunowie nie byli przeciążeni potrzebujemy ustawy o opiekunach osób niesamodzielnych. Żeby zwiększyć liczbę rodzin zastępczych nie wystarczy projekt, potrzebujemy zmiany warunków zatrudniania rodzin zastępczych (wynagrodzenia, umowa o pracę). Ze Strategii Rozwoju Usług Społecznych nie wynikają konkretne propozycje legislacyjne. Również w FERS nie ma konkretnych zapisów dotyczących przygotowania na poziomie centralnym do deinstytucjonalizacji. Czy są Państwo w posiadaniu informacji, że MRiPS "obuduje" deinstytucjonalizację potrzebnymi zmianami?

Odpowiedź: Nie posiadamy takich informacji, ale również mamy świadomość, że jest to konieczne dla sukcesu deinstytucjonalizacji, że są różne bariery systemowe, które musimy pokonać, bo same projekty nie wystarczą. Liczymy na to, że kierunki zmian systemowych zostaną określone w Strategii Rozwoju Usług Społecznych, której projekt jest już po konsultacjach społecznych. Zabiegamy o to poza projektem SIRES jako Ogólnopolski Związek Rewizyjny Spółdzielni Socjalnych, WRZOS wraz z innymi organizacjami obywatelskimi.

16. Pytanie: Czy projekty „Najpierw mieszkanie” będą realizowane w ramach projektu koordynacyjnego ROPS?

Projekty wdrażające model „Najpierw mieszkanie” będą realizowane w programach regionalnych (cel szczegółowy I). Projekt ROPS w FERS powinien wspierać samorządy i organizacje pozarządowe oraz ich współpracę w tym zakresie, diagnozować i monitorować sytuację regionalną pod tym kątem, planować interwencję w tym zakresie oraz opracować zalecenia co do wdrażania tej metody ze środków EFS+ biorąc pod uwagę specyfikę regionu i zalecenia MRiPS.

Natomiast ogólnopolski model wsparcia osób w kryzysie bezdomności, przygotowany w oparciu o metodę „Najpierw mieszkanie”, zostanie opracowany w projekcie MRiPS w FERS.

17. Pytanie: Jakie inne niż najpierw mieszkania modele w obszarze wsparcia rodziny/ pieczy, osób starszych, OZN będziemy mogli upowszechnić? Kto będzie o tym decydował - Ministerstwo czy ROPS?

Odpowiedź: Projekty o charakterze mieszkaniowym oraz w zakresie usług świadczonych w mieszkaniach, realizowane są co do zasady w ramach programów regionalnych. Konkretnie propozycje zależą od przewidzianych w Strategii Rozwoju Usług Społecznych zmian prawnych definiujących zakres mieszkalnictwa wspomaganego. W FERS, w projekcie parasolowym MRiPS z zakresu usług społecznych, opracowywane będą zalecenia dotyczące realizacji wsparcia, natomiast w projektach koordynacyjnych ROPS, właściwy dla danego regionu ROPS będzie mógł wypracować założenia do realizacji wsparcia w danym regionie w odniesieniu do jego specyfiki i potrzeb, w tym zakresie przewidywanych form wsparcia. Te projekty będą „łącznikami” pomiędzy poziomem krajowym i regionalnym. W konsekwencji wsparcie będzie lepiej dopasowane zarówno do założeń polityki krajowej, jak i potrzeb regionalnych.

18. Pytanie: Czy centra pamięci nie nakładają się z działaniami dziennych domów pobytu, czy jest zasadność tworzenia DDP i centrów pamięci? Czy naprawdę idziemy w stronę tworzenia wojewódzkich Centrów Pamięci? Nie zbliżamy ich bliżej ludzi?

Odpowiedź: Koncepcja pilotażu Dziennych Centrów Wsparcia Pamięci (DWCP) została uwzględniona w projekcie krajowego programu FERS zgodnie z wnioskiem Ministerstwa Zdrowia (opracowanie i pilotaż nowych form opieki dziennej dla osób starszych, w tym osób z zaburzeniami otępiennymi). Stanowi to wsparcie działań strategicznych MZ wskazanych w załączniku do Zdrowej Przyszłości (aktualnie przyjmowanej przez Radę Ministrów i uzgodnionej m.in. z MRiPS) – Strategia Dł Opieka nad osobami starszymi. Pilotaż ma objąć obszar wszystkich 16 województw i będzie realizowany przez okres 3 lat. W każdym województwie ma powstać co najmniej jedno DCWP, docelowo jednak ma powstać więcej centrów finansowanych systemowo ze środków NFZ. Należy podkreślić, że w ramach DWCP zakłada się realizację szeregu usług zdrowotnych (diagnostyka przesiewowa oraz dzienna opieka zdrowotna nad pacjentami). Możliwe jest natomiast finansowanie w ramach programów regionalnych działań o charakterze lokalnym wspierających w zakresie

usług społecznych połączonych z usługami zdrowotnymi osoby z chorobami otępiennymi i ich rodziny w formułach opieki dziennej lub innych formułach powstałych w ramach działań innowacyjnych.

19. Pytanie. do przedstawicieli KE: Czy jest zgoda na dalsze tworzenie ze środków unijnych w ramach programów regionalnych DDOM? Proszę o komentarz

Odpowiedź: Dzielne Domy Opieki Medycznej należy uznać za udany element działań deinstytucjonalizacyjnych. Finansowanie tworzenia nowych DDOM jest możliwe, o ile Ministerstwo Zdrowia złoży jasną deklarację przejmowania utworzonych placówek przez NFZ po zakończeniu okresu trwałości projektu i przejęcia finansowania powstałych w obecnym okresie programowania placówek przez NFZ. Według stanowiska KE: „Dokładnie tak, zachęcamy do tworzenia DDOM na szeroką skalę, szczegóły wsparcia - do negocjacji”.

Za zgodność

/-/ Cezary Miżejewski

/-/ Anna Bugalska

Spójna Integracja Regionalna Ekonomii Społecznej (SIREs II)