

W 2012 r. grupa ekspertów europejskich opublikowała dokument „*Ogólnoeuropejskie wytyczne w zakresie wdrażania i wspierania trwałego przejścia od opieki instytucjonalnej do alternatywnych rozwiązań rodzinnych i opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności w przypadku dzieci, osób niepełnosprawnych, osób mających problemy ze zdrowiem psychicznym oraz osób starszych w Europie.*”. Od tego czasu hasło deinstytucjonalizacji świadczenia usług społecznych (zdrowotnych i opiekuńczych) i konsekwencje, które za sobą pociąga, znalazło się wśród kilku charakterystycznych aspektów polityki spójności okresu 2014-2020.

Najważniejszy dokument programowy dla wdrażania w kraju polityki spójności, tj. Umowa Partnerstwa, mówi, iż „(...) *Biorąc pod uwagę wnioski płynące z dotychczasowych doświadczeń wskazujące, iż stacjonarne formy opieki długoterminowej często nie zapewniają osobom w nim przebywającym prawa do niezależności, ograniczają lub uniemożliwiają udział w życiu społeczności, są też rozwiązaniami bardziej kosztownymi niż usługi świadczone na poziomie lokalnych społeczności, niezbędne jest wspieranie przedsięwzięć mających na celu powstawanie i rozwój zdeinstytucjonalizowanych form opieki nad dziećmi, osobami niepełnosprawnymi oraz osobami starszymi oraz form wsparcia dla osób wykluczonych społecznie bądź zagrożonych wykluczeniem społecznym. Jednocześnie w uzasadnionych przypadkach zasadne jest kontynuowanie wsparcia dla instytucjonalnych form opieki, w szczególności w sytuacji, gdy ze względu na zakres opieki, jakiej wymagają osoby przebywające w tych placówkach, niemożliwe jest przeprowadzenie transformacji w kierunku opieki zdeinstytucjonalizowanej w ramach społeczności lokalnej.*”. Preferencyjnie w dofinansowaniu mają być traktowane przedsięwzięcia mające na celu powstawanie i rozwój środowiskowych form opieki nad dziećmi, osobami niepełnosprawnymi, osobami mającymi problemy ze zdrowiem psychicznym, osobami starszymi, osobami wykluczonymi społecznie bądź zagrożonymi wykluczeniem społecznym, a także usługi społeczne i zdrowotne świadczone w ramach działalności podmiotów ekonomii społecznej.

Jak to wygląda w praktyce?

Często konkursy w ramach deinstytucjonalizacji usług, ogłaszane w regionalnych programach operacyjnych, dotyczą łącznie projektów zdrowotnych, jak i projektów opiekuńczych. Ministerstwo Zdrowia postanowiło sprawdzić, jak w programach operacyjnych ujmowane są elementy deinstytucjonalizacji w konkursach na projekty infrastrukturalne. Sprawdzono m.in. sposób uwzględnienia wymogu zgodności z wytycznymi europejskimi oraz ujęcie wpływu społeczności lokalnych. Co do krajowego programu operacyjnego *Infrastruktura i Środowisko*, to ze względu na specyfikę dofinansowania udzielanego w ramach tego programu, wytyczne dotyczące deinstytucjonalizacji nie są w tym przypadku bezpośrednio wykorzystywane. Natomiast w przypadku szesnastu programów regionalnych poszczególne sprawdzane elementy zostały w większości programów spełnione. Ministerstwo oceniło, że działania programów dedykowane wprost deinstytucjonalizacji opieki medycznej uwzględniają wytyczne europejskiej, (w większości konkursów jest kryterium o charakterze obligatoryjnym). Instytucje zarządzające programami regionalnymi wykorzystują również rekomendacje komitetu sterującego w zakresie wsparcia deinstytucjonalizacji. W opinii resortu zdrowia kluczowe dla szerszego wnioskowania o uwzględnieniu aspektu deinstytucjonalizacji w projektach będą lata 2017-2018. W tym czasie rozstrzygnięte zostaną pierwsze konkursy w zakresie deinstytucjonalizacji i rozpocznie się realizacja wielu projektów. Możliwe będzie wówczas badanie zarówno przyjętego, jak i konkretnych rozwiązań.