

Przegląd wydatków na opiekę długoterminową

RAPORT

Warszawa, lipiec 2026 r.

Raport został opracowany z inicjatywy Minister ds. Polityki Senioralnej przez zespół składający się z pracowników Ministerstwa Finansów, Departamentu Polityki Senioralnej w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów obsługującego organ ds. polityki senioralnej, Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Poprzez organ ds. polityki senioralnej rozumie się: Ministra ds. Polityki Senioralnej do 26 lutego 2026 r. oraz Pełnomocnika Rządu ds. spraw Polityki Senioralnej od 27 lutego 2026 r.

Osoby odpowiedzialne za przygotowanie i opracowanie raportu dziękują wszystkim tym, którzy udzielili wsparcia oraz pomocy podczas prac nad niniejszym dokumentem.

W celu ponownego wykorzystywania treści informacji zawartych w dokumencie osoby lub podmioty pobierające te informacje są zobowiązane do:

- 1) poinformowania o źródle, czasie wytworzenia i pozyskania tych informacji, poprzez podanie pełnej nazwy Ministerstwa Finansów lub nazwy skróconej – MF;
- 2) poinformowania o przetworzeniu informacji ponownie wykorzystywanej.

Ministerstwo Finansów nie ponosi odpowiedzialności za treść informacji przetworzonych przez podmiot ponownie wykorzystujący te treści.

Wstęp

Kontekst przeglądu i znaczenie opieki długoterminowej dla finansów publicznych

Przeglądy wydatków są coraz częściej stosowanym w krajach OECD (Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju) narzędziem wspierającym zarządzanie finansami publicznymi.

Krajów OECD deklarowało w 2023 r. przeprowadzenie przeglądu wydatków przynajmniej raz

97%

Dane OECD: <https://www.oecd.org/en/topics/spending-reviews.html>

Przeglądy wydatków mogą służyć do poszukiwania oszczędności budżetowych, identyfikowania przestrzeni dla nowych priorytetów wydatkowych rządu lub zapewnienia bardziej efektywnego sposobu wydatkowania środków. W trakcie przeglądu badana jest zależność między efektami prowadzonej polityki lub danego instrumentu a stopniem osiągnięcia założonych celów (kryterium skuteczności) oraz między efektami prowadzonej polityki (bądź wprowadzenia danego instrumentu) a wydatkami przeznaczonymi na jej realizację.

W Polsce podstawę prawną dla realizacji przeglądów wydatków stanowią przepisy:

- art. 175a-175h ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych¹,
- rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 14 maja 2024 r. w sprawie przeglądu wydatków².

Realizacja niniejszego przeglądu przyczyni się do spełnienia jednego z wymogów określonych w kamieniu milowym A70G reformy A4.6 Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności, równoległe z innymi działaniami realizowanymi na rzecz opieki długoterminowej (w szczególności legislacyjnymi).

Celem przeglądu wydatków na opiekę długoterminową jest opracowanie rozwiązań oddziałujących na jakość wydatków publicznych w obszarze opieki długoterminowej (określanej dalej skrótem ODT), z uwzględnieniem zagadnienia koordynacji systemu.

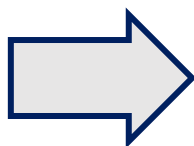
Cel został uzgodniony z Ministerstwem Zdrowia, Ministerstwem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Narodowym Funduszem Zdrowia, Departamentem Polityki Senioralnej w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów obsługującym organ ds. polityki senioralnej.

¹ Dz. U. z 2025 r., poz. 1483, z późn. zm.

² Dz. U. z 2024 r., poz. 766, z późn. zm.

Ustawa z dnia 11 czerwca 2026 r. o osobach starszych i koordynacji opieki długoterminowej określa definicje i cel opieki długoterminowej:

ODT to system usług i świadczeń dla osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu lub w realizacji zaleceń terapeutycznych, ustalanych indywidualnie na podstawie kryteriów kwalifikacyjnych właściwych dla określonych usług i świadczeń.

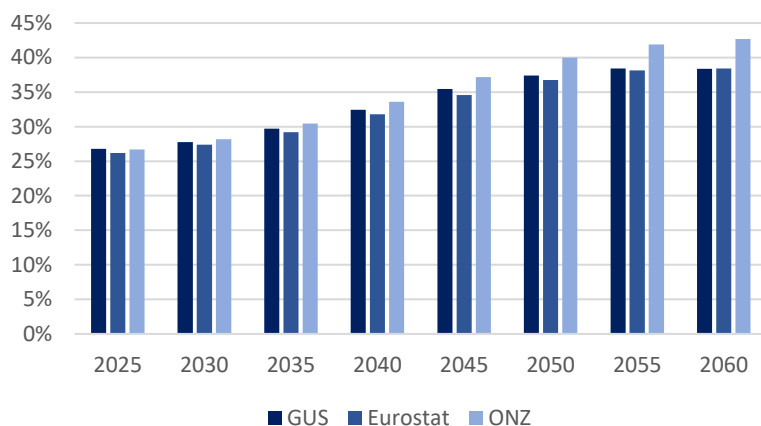


Celem ODT jest zmniejszenie utraty, utrzymanie lub poprawa sprawności i samodzielności oraz zwiększenie niezależności tych osób, zgodnie z ich potrzebami i z poszanowaniem ich godności, a także wsparcie opiekunów nieformalnych i osób bliskich.

Znaczenie opieki długoterminowej dla finansów publicznych

ODT ma szczególne znaczenie w obliczu zachodzących zmian demograficznych. Według aktualnych prognoz liczba ludności będzie się zmniejszać, a udział osób starszych w społeczeństwie będzie wzrastał - tym samym wzrastać będzie zapotrzebowanie na ODT.

Wykres 1. Prognoza udziału osób w wieku 60 lat i więcej w populacji Polski.



Źródło: Prognozy demograficzne GUS, Eurostat, ONZ (wariant środkowy).

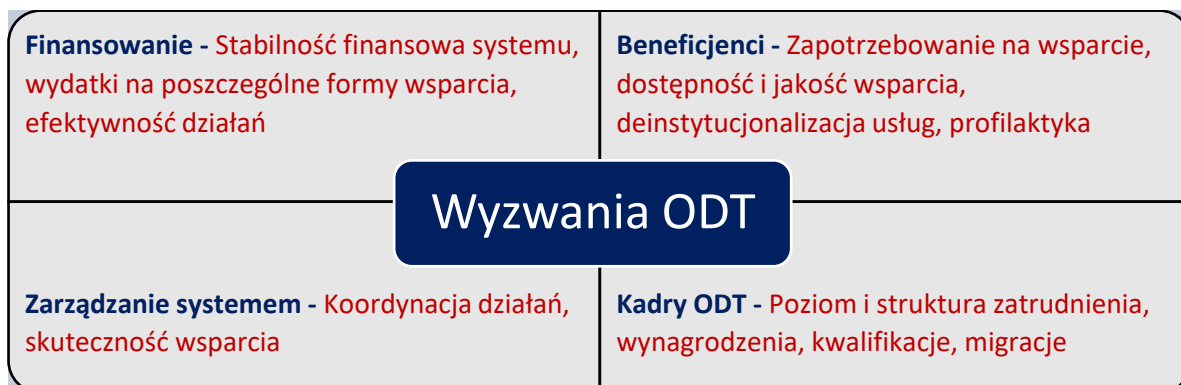
Przewidywany wzrost obciążenia demograficznego, definiowanego jako stosunek liczby osób w wieku 65 lat i więcej do liczby osób w wieku produkcyjnym (15–64 lata) będzie wpływać na stabilność systemu zabezpieczenia społecznego w związku z koniecznością finansowania coraz większej liczby usług i świadczeń z coraz mniejszej puli dostępnych środków.

Wg prognozy Ageing Working Group Komisji Europejskiej Polska ma odnotować najwyższy spośród krajów UE wzrost wydatków na opiekę długoterminową – o prawie 200% w latach 2019–2070 (wzrost o 0,8% w 2019 r., o 1,1% w 2030 r., o 1,7% w 2050 r. i o 2,4% w 2070 r.)³.

Kontynuacja obecnych trendów demograficznych będzie wymagać coraz większych nakładów na ODT, nawet w przypadku braku zmian regulacji w tym zakresie. Wymaga to długoterminowego i kompleksowego sposobu finansowania tego systemu.

³ Przy założeniu, że w polityce obecnie stosowanej w odniesieniu do opieki długoterminowej nie zajdą zmiany oraz że połowa prognozowanego wzrostu oczekiwanej długości życia przypada na okres sprawności.

W warunkach starzejącej się ludności i rosnącego zapotrzebowania na opiekę, ODT napotyka na wiele wyzwań, dotyczących różnych płaszczyzn i wymagających działań w ramach różnych polityk.



Powyższe zagadnienia poddano analizie. Podjęto próbę skwantyfikowania tych zjawisk, ustalenia stanu faktycznego i na ich podstawie – wyciągnięcia wniosków i zaproponowania rozwiązań, które przyczynią się do lepszej koordynacji i większej efektywności systemu ODT.

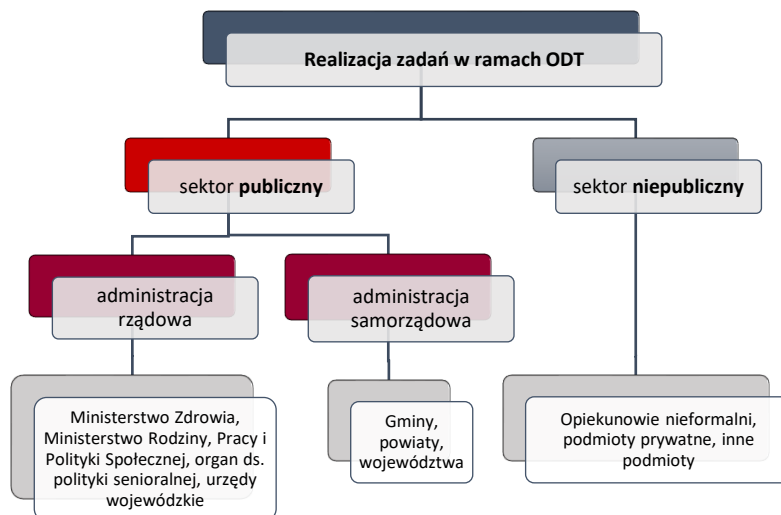
Koordinacja systemu opieki długoterminowej

Podmioty i zadania

Opieka długoterminowa leży na pograniczu różnych polityk państwa, w szczególności społecznej i zdrowotnej.

Zadania z zakresu ODT w Polsce są realizowane zarówno przez **władze publiczne** (administrację rządową i samorządową), jak i **poza sektorem publicznym** – głównie przez opiekunów nieformalnych, a także instytucje prywatne działające na zasadach komercyjnych oraz inne podmioty działające w sektorze niepublicznym (np. organizacje pozarządowe, pożytku publicznego, podmioty ekonomii społecznej).

Rysunek 1. Podmioty uczestniczące w realizacji zadań z zakresu ODT w Polsce.



Źródło: Opracowanie własne MF.

Minister Zdrowia:

- zapewnienie dostępu do gwarantowanych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach ODT,
- finansowanie ww. świadczeń ze środków publicznych (poprzez nadzór nad NFZ),
- profilaktyka zdrowotna.

Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej:

- usługi w ramach systemów pomocy społecznej i świadczeń rodzinnych oraz regulowanie zasad ich finansowania,
- nadzór nad ZUS i PFRON,
- programy wsparcia w ww. obszarze.

Organ do spraw polityki senioralnej:

- prowadzenie analiz w zakresie polityki senioralnej,
- inicjowanie i promowanie rozwiązań i opracowywanie kierunków rozwoju w obszarze polityki senioralnej,
- koordynowanie działań w zakresie monitorowania sytuacji osób starszych.

Inicjatywą wspierającą koordynację ODT na szczeblu rządowym jest powołanie w marcu 2024 r.

Międzyresortowego Zespołu do spraw systemowych rozwiązań związanych z opieką nad osobami starszymi. Jego zadaniem jest analiza funkcjonujących instrumentów systemów opieki,

identyfikacja obszarów wymagających poprawy w tym zakresie oraz opracowanie zaleceń dla przyszłych działań w tym obszarze. Pracom zespołu przewodniczy organ ds. polityki senioralnej. Skład Zespołu⁴ uzupełniają przedstawiciele 15 wybranych ministrów oraz Prezes Rządowego Centrum Legislacji albo jego przedstawiciel. Przy Zespole działają również dwie grupy robocze: do spraw opieki długoterminowej oraz do spraw profilaktyki i wspierania osób starszych.

Jednostki samorządu terytorialnego (głównie gminy):

- organizowanie i świadczenie usług opiekuńczych (w tym usług specjalistycznych),
- prowadzenie placówek stacjonarnej ODT w ramach systemu pomocy społecznej,
- przyznawanie i wypłacanie niektórych świadczeń pieniężnych.

Zadania własne gmin są często wspierane finansowo z budżetu centralnego.

Przykład: na realizację usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania beneficjenta gminy do 60 tys. mieszkańców mogą pozyskać wsparcie finansowe z Programu „Opieka 75+”.

Wsparcie w zakresie ODT zapewniają również podmioty **niepubliczne**. Rolą władz publicznych jest określanie ram działalności tych podmiotów, wspieranie ich oraz nadzór nad nimi. Ponadto władze publiczne mogą zlecać podmiotom niepublicznym niektóre zadania w ramach realizacji ODT.

Przykład: zlecenie prowadzenia domów pomocy społecznej organizacjom pozarządowym na podstawie art. 25 ustawy o pomocy społecznej⁵.

ODT w sektorze niepublicznym realizowana jest **przede wszystkim przez opiekunów nieformalnych** (głównie rodzinę). Opiekunowie nieformalni zwykle nie są nigdzie zarejestrowani, a czynności opiekuńcze wykonują niezarobkowo. Po spełnieniu określonych przesłanek mogą ubiegać się o publiczne wsparcie.

Przykład I: świadczenie pielęgnacyjne dla rodziców dzieci z niepełnosprawnościami⁶.

Przykład II: finansowanie ze środków publicznych składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe oraz na ubezpieczenie zdrowotne dla opiekuna niepozostającego w zatrudnieniu, wspólnie zamieszkującego i gospodarującego z osobą pobierającą świadczenie wspierające⁷.

⁴ Wg stanu na dzień 28 maja 2026 r. (wejście w życie Zarządzenia nr 30 Prezesa Rady Ministrów z dnia 25 maja 2026 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie Międzyresortowego Zespołu do spraw systemowych rozwiązań związanych z opieką nad osobami starszymi, M.P. z 2026 r., poz. 535).

⁵ Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, t. j. Dz.U. z 2026 r., poz. 639.

⁶ <https://www.gov.pl/web/rodzina/swiadczenie-pielagnacyjne-od-1-stycznia-2024-r---nowe-zasady3>

⁷ <https://www.gov.pl/web/rodzina/swiadczenie-wspierajace>

Opiekunowie nieformalni ponoszą znaczną część odpowiedzialności i są obciążeni psychicznie i fizycznie w związku ze sprawowaniem opieki.

80%

Opieki długoterminowej w Polsce świadczone jest przez opiekunów nieformalnych

Źródło: „Przegląd strategiczny systemu ODT w Polsce”, Bank Światowy, 2024 r.

730

Liczba placówek całodobowej opieki w systemie pomocy społecznej prowadzonych w ramach działalności gospodarczej lub statutowej w 2024 r.

Źródło: Opracowanie MF na podstawie danych ze Sprawozdania MRiPS-05.

Usługi w ramach ODT świadczone są również przez **podmioty komercyjne** (np. placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku), które muszą uzyskać zezwolenie wojewody.

Dostarczaniem usług i świadczeń ODT zajmują się również **inne podmioty** (np. organizacje pozarządowe), które mogą realizować zadania zlecone przez podmioty publiczne. Zakres ich działalności może być bardzo różny. Najczęściej funkcjonują w środowisku lokalnym, bliskim osobie objętej opieką. Jednocześnie istnieje potencjał do dalszego uzupełniania wsparcia udzielanego w obszarze ODT ze strony organizacji pozarządowych.

Np. udzielanie pomocy konkretnym grupom osób potrzebujących wsparcia lub osobom zmagającym się z różnymi chorobami, takim jak osoby ze stwardnieniem rozsianym.

Zarządzanie systemem ODT

Jednym z głównych problemów polskiego systemu ODT jest **brak wystarczającej koordynacji i przepływu informacji** między ministerstwami oraz innymi instytucjami i podmiotami zaangażowanymi w zadania w tym obszarze.

Różne instrumenty, kryteria i zasady udzielania wsparcia funkcjonują w ramach strategii „sektorowych” (skierowanych do seniorów czy osób z niepełnosprawnościami) oraz na różnych poziomach (samorządowy, krajowy), przyczyniając się do znacznego regionalnego zróżnicowania dostępności wsparcia. W efekcie **oferta jest rozproszona**, różne rodzaje wsparcia częściowo nakładają się, jednej osobie przysługują z różnych tytułów różne rodzaje pomocy, o którą musi ubiegać się (lub muszą ubiegać się opiekunowie nieformalni) w różnych miejscach.

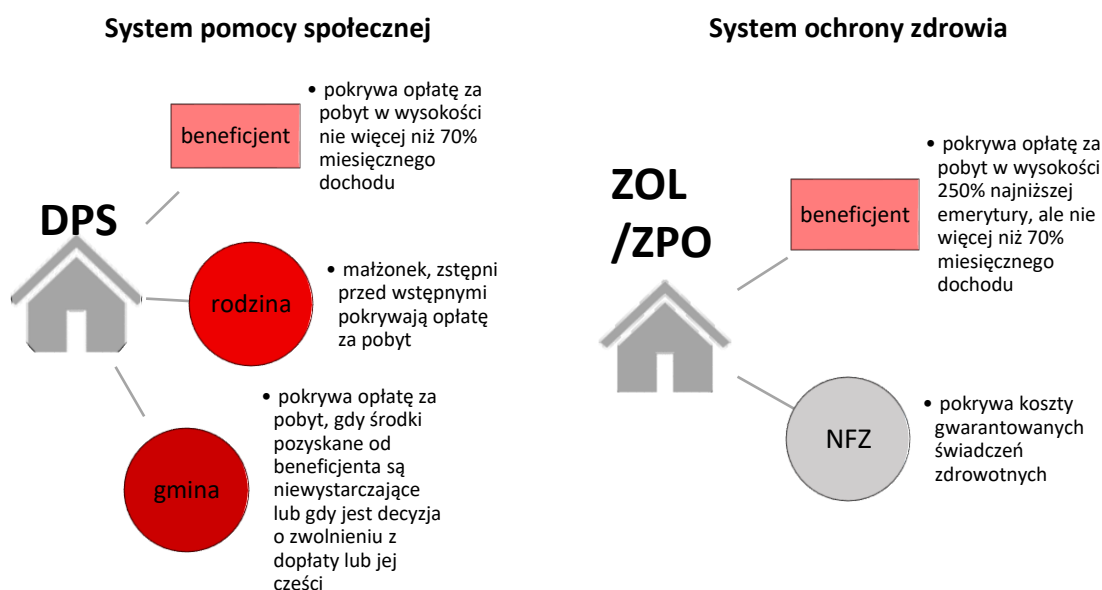
Np. z powodu: wieku – dodatek pielęgnacyjny z ZUS, niesamodzielności – pielęgnarska ODT domowa (NFZ) i usługi opiekuńcze (OPS/CUS), stopnia niepełnosprawności – dofinansowanie na zakup wyrobów medycznych (PFRON), niskich dochodów – zasiłek celowy z OPS/CUS, np. na leki.

Sposób finansowania miejsc całodobowego pobytu **dla osób wymagających ODT** jest różny w zależności od systemu, w ramach którego funkcjonuje dany podmiot udzielający takiej opieki.

ZOL/ZPO stanowi tańszą dla beneficjenta opcję stacjonarnej ODT, nie obciążając dodatkowo rodziny pacjenta lub gminy z tytułu pobytu w takiej placówce.

- **Domy Pomocy Społecznej (DPS)** są finansowane ze:
 - środków prywatnych mieszkańca,
 - środków prywatnych rodziny mieszkańca,
 - budżetu gminy, która skierowała osobę do DPS.
 W przypadku osób skierowanych do DPS przed 1 stycznia 2004 r. pobyt w domu jest dofinansowywany ze środków budżetu państwa.
- **Zakłady Opiekuńczo-Lecznicze / Zakłady Pielęgnacyjno-Opiekuńcze (ZOL/ZPO)** są finansowane ze:
 - środków prywatnych beneficjenta (opłata za pobyt – zakwaterowanie i wyżywienie),
 - środków NFZ (gwarantowane świadczenia zdrowotne).

Finansowanie pobytu w ośrodkach stacjonarnych



Źródło: Opracowanie MF.

W systemach ochrony zdrowia i pomocy społecznej zbierane są różne dane statystyczne dotyczące dostępności i poziomu korzystania z usług i świadczeń ODT. **Monitorowanie realizacji usług i świadczeń ODT** w małym stopniu obejmuje kwestie jakości czy koordynacji. Nie istnieje zintegrowany system, ani narzędzia pozwalające na monitorowanie jakości i dostępności usług i świadczeń ODT. Informacje ujęte w obu systemach są monitorowane osobno, bez wystarczającej wymiany informacji między tymi systemami.

- **Dane statystyczne MZ** (dane w ramach statystyki publicznej dostępne są w serwisie CSIOZ⁸; informacji o stanie zdrowia Polaków - w serwisie NIZP PZH-PIB⁹),
- **Mapy potrzeb zdrowotnych (MZ)**
- **Dane statystyczne NFZ** (np. liczba i rodzaj umów o udzielanie świadczeń, liczba świadczeń, liczba świadczeniodawców i świadczeniobiorców, koszt świadczeń),
- **Dane statystyczne MRPiPS** (np. udzielone świadczenia, osoby objęte pomocą, informacje o DPS i innych jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej, zatrudnienie w tych jednostkach).

Ponadto w polskim ustawodawstwie **nie określono dotychczas jednolitej definicji ODT** obowiązującej zarówno dla sektora ochrony zdrowia jak i pomocy społecznej, jak również **katalogu instrumentów wchodzących w skład ODT**. Podobny problem dotyczy kluczowych realizatorów wsparcia – opiekuna nieformalnego. Brak jednolitych definicji tych pojęć utrudnia zarządzanie systemem ODT, powoduje rozbieżności interpretacyjne oraz utrudnia efektywne wsparcie.

⁸ Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

⁹ Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny – Państwowy Instytut Badawczy.

Koordinacja ODT z punktu widzenia beneficjenta

Koordinacja systemu ODT jest istotna nie tylko z punktu widzenia skuteczności i efektywności właściwych polityk, ale również – a może przede wszystkim – z punktu widzenia odbiorców tej opieki.



Systemy ochrony zdrowia i pomocy społecznej teoretycznie zabezpieczają odmienne obszary życia osób wymagających opieki, jednak często się zazębiają. Brak koordynacji stanowi barierę w utrzymaniu i podniesieniu jakości życia osób potrzebujących wsparcia i ich bliskich (np. dłuższy czas dotarcia do informacji, konieczność ubiegania się o wsparcie w różnych miejscach, brak racjonalizacji wsparcia pod względem organizacyjnym, czasowym i finansowym).

Efektom niewystarczającej współpracy w ramach resortów i pomiędzy nimi jest (z punktu widzenia beneficjenta):

- **Brak kompleksowego systemu informacji** o usługach ODT.
- **Brak synchronizacji informacji** o osobie wymagającej wsparcia (funkcjonujące odrębnie systemy gromadzenia danych).
- **Brak koordynacji między etapami i formami opieki** (fragmentaryczność opieki; placówki w systemach działają niezależnie, skupiając się na konkretnym problemie zdrowotnym lub bytowym, bez holistycznego podejścia do oceny potrzeb danej osoby).

Osoby **źle oceniające ODT** w Polsce pod względem dostępu do informacji

35%

Źródło: Badanie Agencji badawczej PBS Sp. z o.o. na zlecenie Banku Światowego w 2023 r.

58%

Osób uważa, że **dostęp do informacji o ODT wymaga wsparcia** ze strony państwa

Źródło: Badanie Agencji badawczej PBS Sp. z o.o. na zlecenie Banku Światowego w 2023 r.

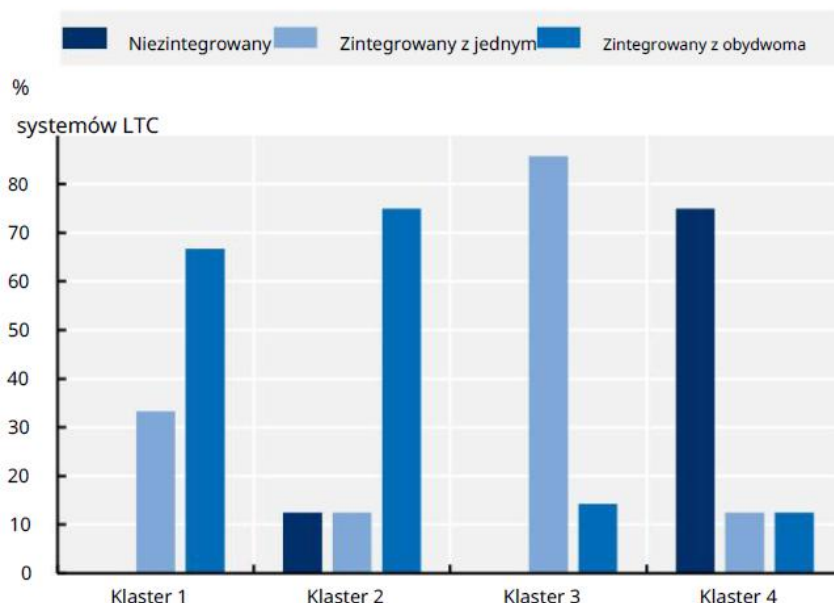
Koordinacja ODT w innych krajach

Rozwiązania w zakresie organizacji systemu ODT różnią się znacznie w poszczególnych państwach. Zależą one m.in. od struktury ludności, poziomu zamożności i ogólnego stopnia rozwoju polityki zdrowotnej i społecznej. W większości krajów UE zadania w zakresie opieki długoterminowej podzielone są między szczebel centralny i samorządowy oraz realizowane w ramach sektorów ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Niektórym krajom udaje się jednak, w różnym stopniu,

dokonywać integracji w ramach tych systemów (w tym np. zintegrować ODT z elementami ochrony zdrowia poza ODT, np. podstawową opieką zdrowotną czy szpitalami).

Państwa te można podzielić na cztery typy systemów ODT (klastry - wg typologii zaproponowanej przez OECD¹⁰), opartej na pięciu kluczowych wymiarach: dostępności zasobów (ang. *availability*), możliwości skorzystania z nich (ang. *access*), finansowaniu, zarządzaniu i jakości:

Rysunek 2. Stopień integracji ODT z elementami opieki zdrowotnej (podstawową opieką zdrowotną i szpitalami) w ramach poszczególnych klastrów (jako % systemów ODT).



Źródło: *How do countries compare in their design of long-term care provision? A typology of long-term care systems*, Ana Llana-Nozal, Jacek Barszczewski, Judit Rauet-Tejeda, OECD 2025, Health Working Papers No. 182.

Klaster 1: kompleksowe, zdecentralizowane systemy, najwyższe wsparcie finansowe, z szerokim zakresem usług formalnej opieki publicznej, ale też wysokim wsparciem opiekunów nieformalnych, wysokimi standardami jakości (Austria, Belgia, Dania, Finlandia, Francja, Szwecja),

Klaster 2: wysokie wsparcie finansowe, system bardziej scentralizowany, bardziej zależny od sektora prywatnego, rzadziej stosowane kryterium dochodowe w celu ograniczenia dostępu (Luksemburg, Islandia, Japonia, Malta, Niemcy, Niderlandy, Słowenia, Wielka Brytania),

Klaster 3: kraje ze zdecentralizowanym zarządzaniem, bardziej rygorystyczne kryteria kwalifikowalności, mniejsze zasoby publiczne, większe poleganie na opiekunach nieformalnych (Estonia, Irlandia, Kanada, Łotwa, Stany Zjednoczone, Węgry, Włochy),

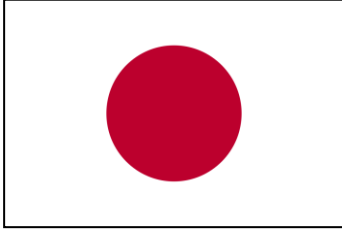
Klaster 4: najniższe publiczne finansowanie ODT, systemy rozproszone, ograniczony dostęp i wsparcie finansowe, duży stopień uzależnienia od opiekunów nieformalnych, niższe standardy jakości (Chorwacja, Czechy, Grecja, Hiszpania, Litwa, **Polska**, Portugalia, Słowacja).

¹⁰ How do countries compare in their design of long-term care provision? A typology of long-term care systems, Ana Llana-Nozal, Jacek Barszczewski, Judit Rauet-Tejeda, OECD Health Working Papers No. 182.

https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/06/how-do-countries-compare-in-their-design-of-long-term-care-provision_035a4e96/44f5453a-en.pdf

Japonia jest jednym z najstarszych demograficznie krajów świata.

W 2000 r. wdrożyła rozwiązania tworzące zintegrowany system opieki długoterminowej nad osobami starszymi:



- integracja usług ODT bez względu na rodzaj podmiotu realizującego usługę,
- koordynatorzy ds. opieki,
- wymiana informacji o beneficjentach (w tym systemy teleinformatyczne),
- współpraca w ramach różnych podmiotów i działań (lekarze, szpitale, placówki, opieka środowiskowa, działania prewencyjne).

Wnioski i propozycje zmian w zakresie koordynacji systemu ODT

L.p.	Wniosek	Propozycja zmian	Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie
1	W ODT działają równolegle różne rodzaje stacjonarnych ośrodków opieki: DPS w ramach systemu pomocy społecznej oraz ZOL i ZPO w ramach ochrony zdrowia. Do każdej z nich mogą trafić osoby o podobnym profilu zdrowotnym. O ubieganiu się o przyjęcie do danego podmiotu decydują także kwestie nie dotyczące sytuacji zdrowotnej i społecznej (sposób finansowania). W efekcie następuje nadmierne obciążenie ZOL/ZPO, tworzenie się kolejek do nich, przedłużają się hospitalizacje osób czekających w kolejce do ZOL/ZPO i nadmierne obciążenie budżetu NFZ.	Zmiany w sposobie kwalifikacji beneficjentów ODT do poszczególnych typów podmiotów, poprzez wybór spośród następujących wariantów: a) zmiana kryterium kwalifikowania do placówek stacjonarnych ODT; b) zmniejszenie zróżnicowania stopnia odpłatności beneficjenta za pobyt w placówkach podlegających pod sektory ochrony zdrowia i pomocy społecznej. c) umożliwienie łączenia funkcji ZOL/ZPO i DPS w ramach jednego podmiotu.	Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
2	Brak jednolitej definicji ODT obowiązującej zarówno w sektorze ochrony zdrowia jak i pomocy społecznej powoduje rozbieżności interpretacyjne i utrudnia stworzenie skutecznych narzędzi zarządzania całością ODT.	Zdefiniowanie pojęcia ODT na poziomie ustawowym oraz wskazanie katalogu instrumentów wsparcia wpisujących się w definicję ODT - w celu dostarczenia beneficjentowi i jego opiekunowi informacji o dostępnych narzędziach wsparcia.	Organ ds. polityki senioralnej
3	Brak zdefiniowanego katalogu funkcjonujących instrumentów, które wchodzą w skład ODT utrudnia pomiar poszczególnych aspektów i negatywnie wpływa na dostęp beneficjentów do wiedzy o możliwościach wsparcia.		

L.p.	Wniosek	Propozycja zmian	Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie
4	Osoba z potrzebami w zakresie ODT ma trudności w odnalezieniu potrzebnych informacji o wsparciu, co stanowi barierę przy jego uzyskaniu.	Ustanowienie funkcji koordynatorów ODT na poziomie powiatu w celu ułatwienia beneficjentom uzyskania potrzebnych informacji o wsparciu w ramach ODT.	Organ ds. polityki senioralnej
5	Rozwiązania wpływające na ODT znajdują się na styku wielu polityk, a jedną z nich jest polityka mieszkaniowa.	Uzupełnienie składów gremiów: a) Międzyresortowego Zespołu do spraw systemowych rozwiązań związanych z opieką nad osobami starszymi; b) grupy roboczej działającej przy tym zespole o przedstawicieli resortu właściwego ds. mieszkalnictwa w celu koordynacji działań na rzecz ODT i w ramach polityki mieszkaniowej.	Organ ds. polityki senioralnej
6	Brak mechanizmu wymiany danych między instytucjami w obszarach ochrony zdrowia i pomocy społecznej utrudnia skuteczne i efektywne wsparcie osób wymagających wsparcia i ich rodzin.	Wprowadzenie przepisów umożliwiających wymianę informacji pomiędzy instytucjami ODT.	Organ ds. polityki senioralnej, Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Wydatki i beneficjenci ODT

Opis instrumentów

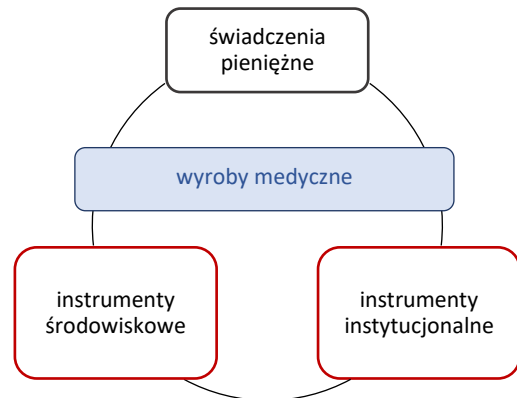
System ODT w Polsce zbudowany jest z wielu nie do końca skoordynowanych instrumentów wsparcia, których celem jest zapewnianie opieki osobom wymagającym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Można je podzielić na dwie główne grupy:

- instrumenty środowiskowe,
- instrumenty instytucjonalne.

Ponadto system wspierany jest poprzez świadczenia pieniężne.

Wspomaganiu opieki służy natomiast dostęp do wyrobów medycznych, w tym sprzętu rehabilitacyjnego, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, dofinansowanych ze środków publicznych lub refundowanych, w zależności od systemu.

Rysunek 3. Instrumenty składowe systemu ODT w Polsce.



Źródło: Opracowanie MF.

Do **instrumentów instytucjonalnych** należą:

- całodobowe usługi świadczone w Domach Pomocy Społecznej (DPS),
- usługi świadczone w placówkach zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, prowadzonych przez podmioty w ramach działalności gospodarczej lub statutowej,
- całodobowe świadczenia opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze psychiatryczne z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień udzielane w:
 - zakładach albo oddziałach opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych,
 - zakładach albo oddziałach pielęgnacyjno-opiekuńczych psychiatrycznych,
- całodobowe świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej udzielane w:
 - zakładach opiekuńczo-leczniczych,
 - zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych.



W polityce krajowej jak i międzynarodowej od wielu lat obecny jest kierunek zmian polegający na przenoszeniu środka ciężkości z opieki instytucjonalnej na opiekę środowiskową. Proces ten powszechnie nazywany jest deinstytucjonalizacją opieki.

Obecnie w ramach **środowiskowych form ODT funkcjonuje szereg instrumentów**, do których należą:

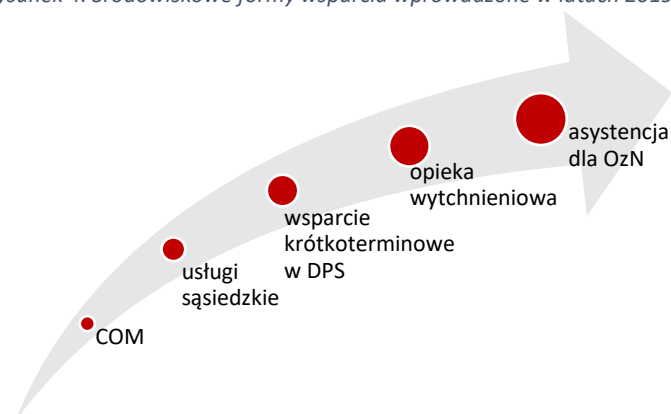
- świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej udzielane w formie pielęgniarstwa długoterminowej,



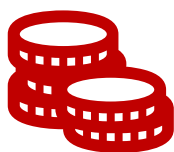
- świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej udzielane przez zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie,
- usługi opiekuńcze (w tym realizowane w formie usług sąsiedzkich oraz specjalistyczne usługi opiekuńcze),
- specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
- opieka wytchnieniowa (realizowana w ramach programu resortowego, uzupełniająca świadczenia i usługi ODT),
- asystencja dla osób z niepełnosprawnościami (OzN) (realizowana w ramach programu resortowego, uzupełniająca świadczenia i usługi ODT),
- usługi świadczone w ośrodkach wsparcia (w szczególności w ośrodkach wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi, w tym w środowiskowych domach samopomocy),
- usługi ODT realizowane w mieszkaniach wspomaganych,
- usługi wsparcia krótkoterminowego realizowane w domach pomocy społecznej,
- opieka świadczona w rodzinnych domach pomocy oraz
- opieka świadczona w centrach opiekuńczo-mieszkalnych (COM).

W ostatnich latach wzrosła zarówno liczba dostępnych instrumentów środowiskowych jak i liczba osób, które z nich korzystają. Stosunkowo nowe formy środowiskowej ODT zyskują znacznie na popularności. W szczególności dotyczy to usług finansowanych z Funduszu Solidarnościowego (tj. usług asystenta osobistego czy opieki wytchnieniowej).

Rysunek 4. Środowiskowe formy wsparcia wprowadzone w latach 2019-2025.



Źródło: Opracowanie MF.



Powyższe usługi uzupełnia szeroki wachlarz **świadczeń finansowych**, które analizowano w ramach przeglądu: świadczenie wspierające, świadczenie uzupełniające, dodatek pielęgnacyjny, zasiłek pielęgnacyjny, zasiłek stały, świadczenie pielęgnacyjne i wygasające świadczenia tj. specjalny zasiłek opiekuńczy i zasiłek dla opiekuna.

1,32%
PKB

Wyniosły wydatki publiczne
w Polsce w 2024 r.
na instrumenty
i świadczenia ODT

Źródło: Obliczenia własne MF na podstawie
danych własnych oraz z NFZ, MRPiPS, ZUS.

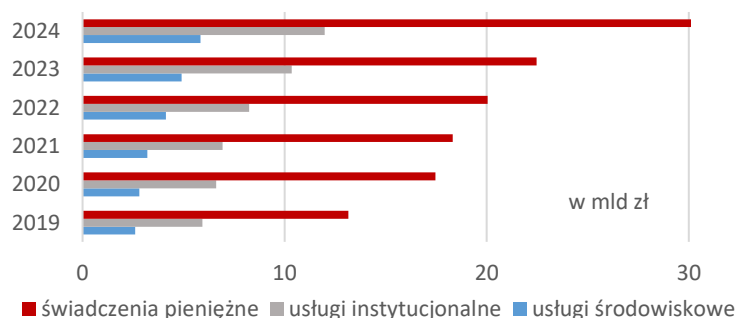
Wydatki na poszczególne instrumenty ODT

Na wszystkie objęte analizą instrumenty i świadczenia
pieniężne wydatkowano w 2024 r. **48,0 mld zł** (5,8
mld zł na instrumenty środowiskowe, 12,0 mld zł na
instrumenty instytucjonalnej opieki oraz 30,2 mld zł
na świadczenia pieniężne).

W latach 2019-2024 **wydatki
publiczne na wszystkie grupy
instrumentów ODT**

systematycznie rosły. Wydatki
na usługi instytucjonalne
wzrosły w tym czasie o 102%,
na usługi środowiskowe o
125%, a na świadczenia
pieniężne o 130%.

Wykres 2. Wydatki publiczne na ODT poniesione w latach 2019-2024 wg grup instrumentów.



Źródło: Opracowanie MF na podstawie danych własnych oraz z NFZ, MRPiPS, ZUS.

200%

wzrost wydatków na
ZOL/ZPO w 2024 r.
w stosunku do 2019 r.

Źródło: Obliczenia MF na podstawie danych
własnych oraz z NFZ, MRPiPS, ZUS.

Jednak w ramach poszczególnych rodzajów
wydatków wzrosty te były jeszcze większe, np.
wydatki na świadczenia NFZ w ramach ZOL/ZPO
(w tym psychiatryczne) w 2024 r. były trzykrotnie
wyższe niż w 2019 r.

Dla niektórych instrumentów ODT wydatki zostały zidentyfikowane na podstawie rozdziału budżetowego, w ramach którego sprawozdawanych jest kilka elementów systemu.

Przykład I: w rozdziale budżetowym 85228 - *Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze*, sprawozdawane są wydatki JST na realizację usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania (w tym specjalistycznych) finansowanych ze środków JST, ale także wydatki w zakresie instrumentów dotowanych lub finansowanych z BP (m.in. w ramach specjalnych programów).

Przykład II: rozdział budżetowy 85203 - *Ośrodki wsparcia* obejmuje wydatki związane z funkcjonowaniem wszystkich ośrodków, niezależnie od typu beneficjenta i świadczonych tam usług, zatem niektóre wydatki w tym rozdziale nie dotyczą osób objętych ODT.

Mając powyższe na uwadze w poniższych zestawieniach przedstawiona została zbiorcza informacja na temat zidentyfikowanych wydatków w ramach ODT.

Tabela 1. Wydatki publiczne na środowiskowe usługi ODT w mln zł.

Usługi środowiskowe		2019	2020	2021	2022	2023	2024	Razem
1.	Ośrodki wsparcia (rozdział 85203)	1 055,9	1 034,7	1 115,4	1 284,4	1 520,0	1 743,4	7 753,8
1a	w tym dotacja z BP	684,3	698,0	724,4	846,3	980,9	1 141,9	5 076,0
2.	Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze (rozdział 85228)	873,1	954,8	1 019,1	1 090,7	1 213,5	1 427,7	6 578,9
2a	w tym dotacja z BP	147,6	151,6	177,0	198,4	230,6	274,7	1 179,8
z pkt 2 – realizowane w ramach Programów:								
2.1	Program Opieka 75+	b. d.	30,9	46,5	60,8	70,6	92,7	301,5
2.1a	w tym dotacja z BP	9,6	15,7	23,9	31,4	33,3	41,6	155,6
2.2	Korpus Wsparcia Seniorów	n.d.	n.d.	n.d.	29,3	17,8	33,9	80,9
2.2a	w tym wydatkowana kwota z dotacji z BP	n.d.	n.d.	n.d.	29,3	12,9	26,0	68,2
2.3	Program rozwoju rodzinnych domów pomocy (moduł I)	n.d.	n.d.	n.d.	6,0	6,9	6,0	18,9
2.3a	w tym dotacja z BP	n.d.	n.d.	n.d.	1,7	2,3	1,7	5,7
3.	Asystencja osobista (JST oraz NGO)	0,3	76,6	219,0	593,8	641,9	980,1	2 511,8
4	W pielęgniarstwie ODT domowej	394,7	405,0	404,7	516,8	755,8	789,2	3 266,2
5.	Świadczenia zespołu ODT domowej dla dorosłych pacjentów wentylowanych mechanicznie	223,7	274,2	257,3	322,8	405,2	456,6	1 939,8
6.	Opieka wytnieniowa (JST oraz NGO)	20,2	26,2	93,3	197,1	202,4	262,2	801,3
7.	Centra opiekuńczo-mieszkalne (tworzenie oraz funkcjonowanie)	0,0	11,1	65,7	81,1	110,5	117,6	386,0
8.	Świadczenia zespołu ODT domowej dla dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie	30,8	35,2	36,8	46,3	58,4	61,7	269,2
Ogółem		2 598,7	2 817,9	3 211,2	4 133,0	4 907,5	5 838,5	23 507,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych MF, NFZ i MRPiPS.

Tabela 2. Wydatki publiczne na ODT świadczoną w formie instytucjonalnej (głównie całodobowo), w mln zł.

Placówka	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Razem
Domy pomocy społecznej (rozdział 85202)	4 826,1	5 363,6	5 579,8	6 166,5	7 463,1	8 785,7	38 184,7
w tym dotacja z BP	912,8	985,5	889,3	875,2	1 215,0	1 246,2	6 123,9
ZOL/ZPO	799,7	930,6	1 032,0	1 550,5	2 182,6	2 399,2	8 894,5
Świadczenia opiekuńczo lecznicze psychiatryczne dla dorosłych	208,0	213,3	222,8	381,1	504,6	547,6	2 077,4
ZPO/ZOL dla pacjentów dorosłych wentylowanych mechanicznie	61,3	61,8	60,0	85,0	128,6	156,9	553,6
ZPO/ZOL dla dzieci i młodzieży	24,9	31,8	35,0	50,9	67,7	76,2	286,5
ZPO/ZOL dla dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie	5,7	6,0	6,2	7,9	10,4	11,8	47,9
Ogółem	5 925,6	6 607,0	6 935,7	8 241,8	10 357,0	11 977,3	50 044,5

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych MF i NFZ.

Tabela 3. Wydatki publiczne na świadczenia pieniężne w ramach ODT w latach 2019-2024, w mln zł.

Świadczenie	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Razem
Dodatek pielęgnacyjny ¹¹	6 290,5	6 659,9	6 941,1	7 587,6	8 642,6	10 574,4	46 696,0

¹¹ Dotyczy kwot wypłacanych przez ZUS.

Świadczenie pielęgnacyjne (na starych zasadach)	2 690,0	3 559,2	4 460,2	5 463,4	6 935,6	8 245,9	31 354,3
Świadczenie wspierające	n. d.	n. d.	n. d.	n. d.	n. d.	2 686,9	2 686,9
Zasiłek pielęgnacyjny	2 097,3	2 345,1	2 351,1	2 391,8	2 456,7	2 500,9	14 142,9
Świadczenie uzupełniające	605,3	3 566,9	3 388,6	3 447,9	3 362,8	3 112,2	17 483,7
Nowe świadczenie pielęgnacyjne	n. d.	n. d.	n. d.	n. d.	n. d.	1 666,1	1 666,1
Zasiłek stały (rozdział 85216)	1 037,5	995,3	948,1	1 018,1	981,9	1 362,8	6 343,7
Specjalny zasiłek opiekuńczy	287,1	234,7	161,4	98,6	65,2	36,9	884,0
Zasiłek dla opiekuna	145,7	102,3	65,5	38,7	24,9	16,3	393,3
Ogółem	13 153,5	17 463,4	18 316,0	20 046,1	22 469,7	30 202,3	121 651,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych MF, MRPiPS, ZUS.

Tabela 4. Wydatki publiczne na instrumenty wspomagające ODT w Polsce w latach 2019-2024, w mln zł.

Inne instrumenty	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Razem
Wyroby medyczne wydawane na zlecenie refundowane przez NFZ	1 241,3	1 237,7	1 406,5	1 644,7	2 384,6	2 990,7	10 905,5
Dofinansowanie z PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	178,1	194,8	231,0	248,9	307,6	405,0	1 565,4
Ogółem	1 419,4	1 432,5	1 637,5	1 893,6	2 692,2	3 395,7	12 470,9

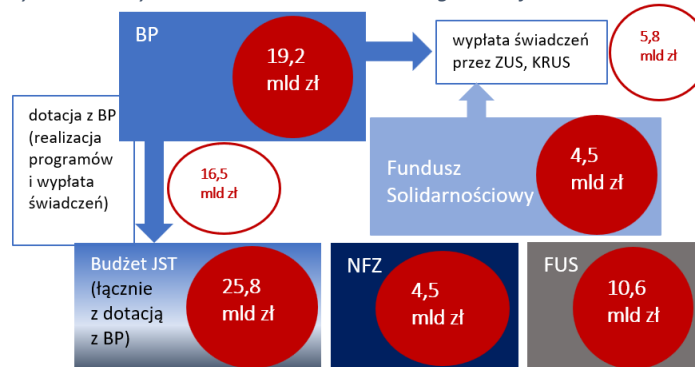
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ oraz PFRON.

Finansowanie systemu

Finansowanie ODT w Polsce jest zawile i jest pochodną braku efektywnego zarządzania systemem. Istnieje szereg źródeł publicznego finansowania systemu, do których należą: budżet państwa (BP), budżet jednostek samorządu terytorialnego (JST), Fundusz Ubezpieczeń Społecznych (FUS) czy Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ).

Ponadto z budżetu państwa **transferuje się środki**, zarówno do JST jak i ZUS. Środki te przeznacza się głównie na wypłatę świadczeń pieniężnych. Samorządy – ze środków pochodzących z dotacji z BP – wypłacają beneficjentom: świadczenie pielęgnacyjne, zasiłek pielęgnacyjny, zasiłek stały, specjalny zasiłek opiekuńczy oraz zasiłek dla opiekuna. ZUS natomiast dokonuje wypłaty

Rysunek 4. Wydatki na ODT w 2024 r. według źródeł finansowania



Źródło: Obliczenia MF na podstawie danych MRPiPS i ZUS.

świadczenia wspierającego z budżetu państwa oraz świadczenia uzupełniającego z Funduszu Solidarnościowego¹².

Jednakże środki z BP dotują JST również z uwagi:

- na finansowanie zadań zleconych z zakresu administracji rządowej,
- na prowadzenie ponadgminnych domów pomocy społecznej
- inne pilne kwestie, pomoc doraźną.

Przykład I: finansowanie z BP specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi;

Przykład II: finansowanie z Funduszu Solidarnościowego programu „Opieka wytchnieniowa” realizowanego przez JST;

Przykład III: dotacja z BP na tworzenie mieszkań wspomaganych w ramach Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”;

Przykład IV: dofinansowanie z BP pobytu mieszkańców DPS, przyjętych do tych domów przed 1 stycznia 2004 r.;

13%

gmin nie realizowało w 2024 r. usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych, mimo ustawowego obowiązku

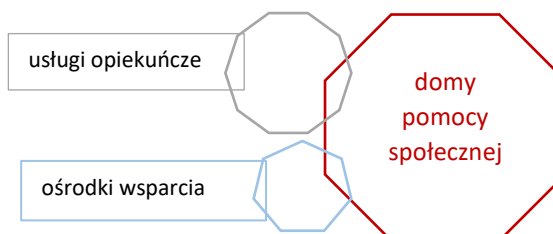
Źródło: Dane MRPiPS.

BP dofinansowuje również **zadania własne JST**, zarówno o charakterze obligatoryjnym jak i fakultatywnym. Dotacje w tym zakresie przekazywane są w ramach następujących programów:

- Korpus Wsparcia Seniorów,
- Opieka 75+,
- Senior+,
- Program Rozwoju Rodzinnych Domów Pomocy.

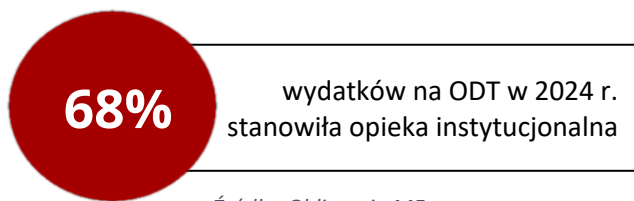
Jednocześnie **JST przeznaczyły w 2024 r.**

9,3 mld zł z własnych środków na realizację usług w ramach ODT. Największą część budżetów JST w tym zakresie wydatkowano na DPS (7,5 mld zł), a następnie na usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze (1,2 mld zł) oraz na ośrodki wsparcia (0,6 mld zł).



Źródłami pozostałych wydatków na ODT są **Fundusz Ubezpieczeń Społecznych (FUS)** oraz **Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ)**. W 2024 r. **z FUS wydatkowano aż 10,6 mld zł** wyłącznie na jedno świadczenie pieniężne – dodatek pielęgnacyjny. W tym samym czasie **ze środków NFZ wydatkowano 4,4 mld zł** – zarówno na instytucjonalne usługi, świadczone w ZPO/ZOL, jak i usługi środowiskowe (m.in. pielęgniarstwo domowe ODT czy świadczenia realizowane przez zespół domowej ODT dla pacjentów wentylowanych mechanicznie).

¹² Wpłaty świadczenia wspierającego przybierają formę wydatku/transferu z cz. 73 budżetu państwa. Wpłaty świadczenia uzupełniającego są finansowane z Funduszu Solidarnościowego poprzez przekazanie zaliczki na wydzielony rachunek bankowy, z którego ZUS dokonuje wypłaty świadczeń pieniężnych.



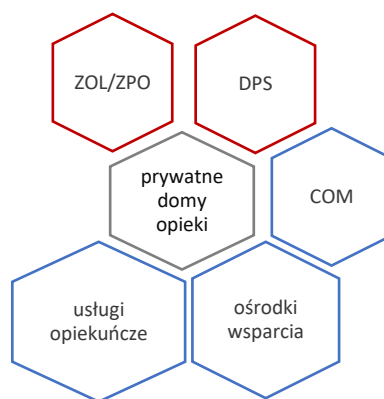
Źródło: Obliczenia MF.

Na opiekę środowiskową w ramach ODT wydatkowano połowę mniej środków niż na opiekę instytucjonalną w 2024 r., a proporcja ta nie zmieniała się zasadniczo na przestrzeni lat.

Należy dodać, że nie jest możliwe przeliczenie wydatków na beneficjenta, gdyż osoby objęte opieką środowiskową mogą w tym samym okresie korzystać z różnych form wsparcia, a zatem być wielokrotnie wykazywane, przeciwnie do osób, objętych opieką instytucjonalną. Ponadto osoby korzystające z opieki środowiskowej objęte są opieką w różnym wymiarze gdy beneficjenci opieki instytucjonalnej zwykle mają zapewnioną całodobową opiekę.

Warto również wspomnieć, że osoby objęte opieką środowiskową mają dostęp do większej liczby form wsparcia finansowego (po spełnieniu odpowiednich kryteriów), co zostanie omówione w dalszej części raportu.

Wiele usług ODT (instytucjonalnych i środowiskowych) jest współfinansowanych ze środków prywatnych (w mniejszym lub większym stopniu), co wynika zarówno z przepisów krajowych jak i samorządowych regulujących kryteria udzielania poszczególnych świadczeń, zwolnień z odpłatności bądź warunków dofinansowania. Wysokość odpłatności za usługi zależy od rodzaju świadczonej usługi, instytucji oraz sytuacji finansowej osoby korzystającej z opieki.



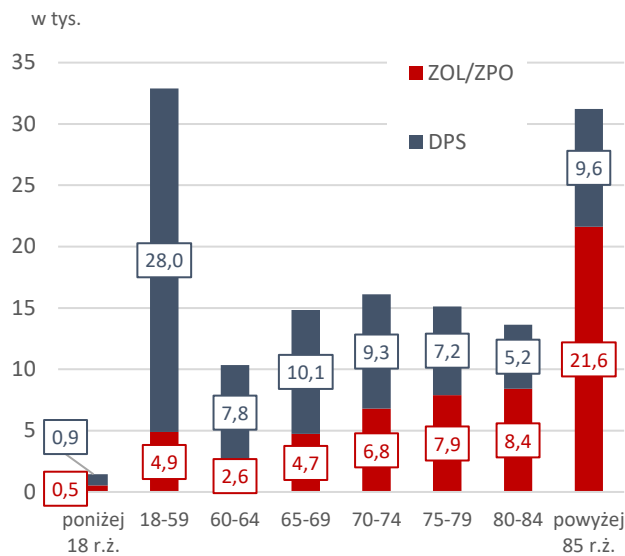
Osoby wymagające stałej lub długotrwałej opieki i pielęgnacji z powodu przewlekłej choroby, niepełnosprawności lub znacznego ograniczenia samodzielności mogą korzystać z wielu instrumentów tworzących system ODT w Polsce. Beneficjentami publicznej opieki długoterminowej są osoby w różnym wieku, o różnym statusie społecznym i materialnym, które znalazły się w systemie z różnych powodów.



Liczba beneficjentów ODT stale rośnie i przewiduje się dalszy jej wzrost, co ma związek głównie z procesem starzenia się społeczeństwa. **Coraz więcej osób korzysta zarówno ze środowiskowych jak i instytucjonalnych form ODT.**



Wykres 3. Osoby korzystające w 2024 r. z instytucjonalnych form opieki wg wieku i rodzaju placówki.



Źródło: Opracowanie MF na podstawie danych NFZ i ze sprawozdania MRiPS-05.

Społeczność beneficjentów ODT jest bardzo różnorodna, nawet w obrębie podobnych form opieki. W przypadku całodobowej opieki instytucjonalnej widać wyraźną różnicę w strukturze wiekowej osób w zależności od rodzaju placówki. Udział pacjentów ZOL/ZPO jest wprost proporcjonalny do wieku – im wyższy wiek pacjentów, tym więcej z nich korzysta z ODT. W 2024 r. 89% pacjentów ZOL/ZPO stanowiły osoby 60+, a odsetek pacjentów 80+ sięgał aż 52%. Z kolei mieszkańcy DPS są znacznie bardziej zróżnicowani wiekowo. Na koniec 2024 r. osoby po 60 r.ż. stanowiły 63% mieszkańców DPS, a osoby powyżej 80 r.ż. 19%. Jednocześnie w DPS zamieszkiwało relatywnie dużo osób młodych.

Osoby do 60 r.ż. stanowiły 37% mieszkańców DPS, podczas gdy w ZOL/ZPO pacjenci poniżej 60 r.ż. stanowili zaledwie 9%. Wynika to z faktu istnienia wyspecjalizowanych DPS, kierujących wsparciem dla konkretnych typów beneficjentów, wymagających wsparcia niekoniecznie ze względu na podeszły wiek (np. dla osób przewlekle psychicznie chorych) lub wprost skierowanych do dzieci i młodzieży.



9 na 10 osób objętych opieką domową było w wieku **65 lat i więcej**

Źródło: Obliczenia MF.

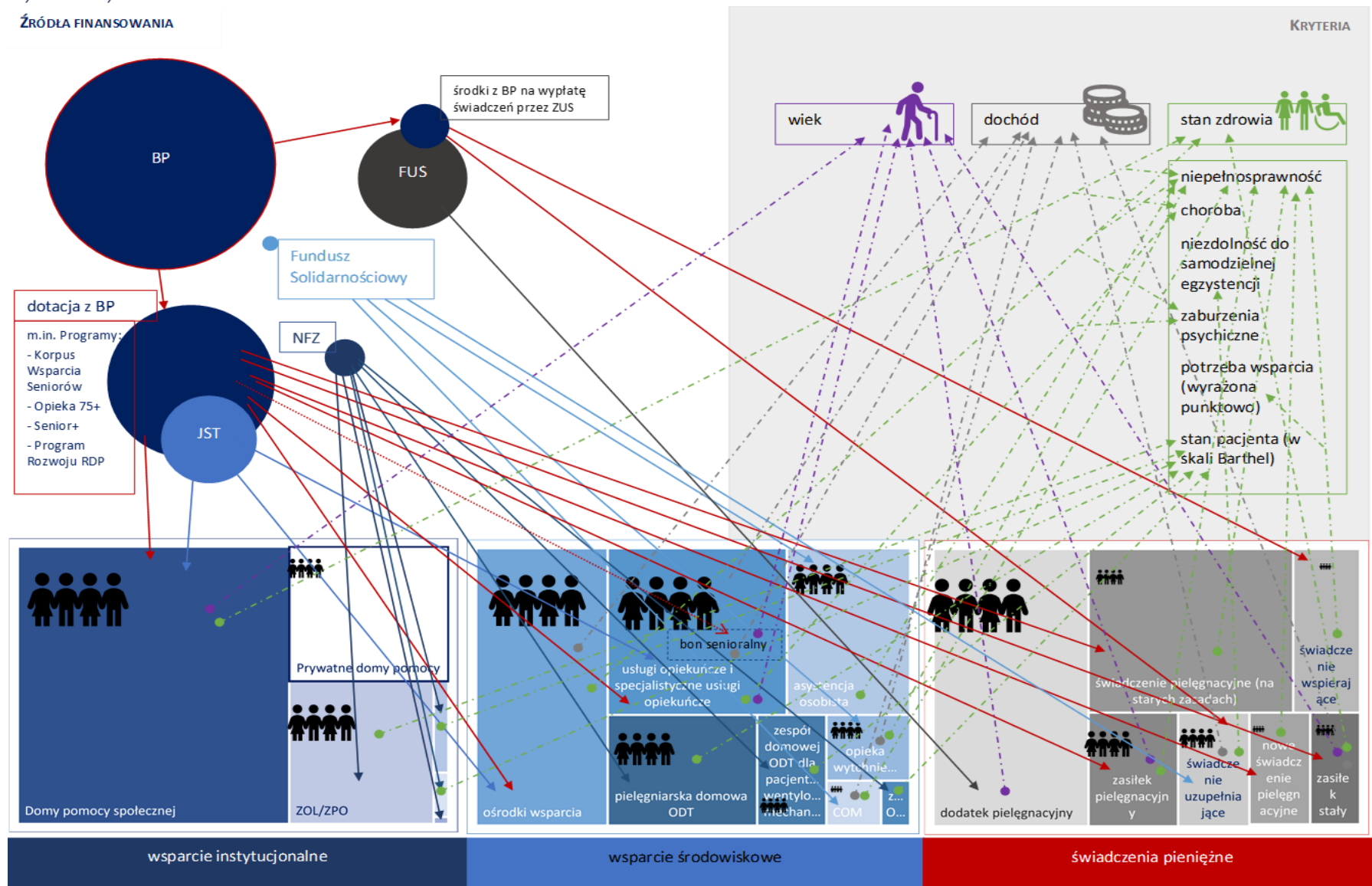
Tymczasem opieka domowa dotyczy głównie osób starszych. Spośród beneficjentów usług opiekuńczych 87,5% stanowiły osoby wieku 65 lat i więcej, a wśród beneficjentów pielęgniarstwa długoterminowego pacjenci w tym wieku stanowili 89,4%¹³.

Dostępne – z perspektywy beneficjenta – usługi i świadczenia zostaną omówione w dalszej części raportu, w podziale na osoby korzystające z opieki środowiskowej oraz osoby korzystające z opieki instytucjonalnej.

¹³ Beneficjenci pielęgniarstwa domowej ODT – dane za 2024 r., beneficjenci usług opiekuńczych - liczba osób, którym decyzją przyznano usługi opiekuńcze w 2025 r.

Rysunek 5. System ODT w Polsce

ŹRÓDŁA FINANSOWANIA



Źródło: Opracowanie MF.

Wsparcie środowiskowe i pieniężne. Dostępność wsparcia.

Osoby, które nie zostały objęte całodobową opieką instytucjonalną, mogą korzystać z różnych instrumentów, których dostępność zależy głównie od spełnienia odpowiednich kryteriów. Kryteria te można podzielić na 3 główne kategorie: wieku, dochodu oraz stanu zdrowia, który determinuje stopień samodzielności. Korzystanie z jednej formy wsparcia nie wyklucza możliwości skorzystania z innych form, jeżeli jednocześnie spełnione są warunki przyznania danych instrumentów czy świadczeń.

W ramach **oceny szeroko rozumianego stanu zdrowia** beneficjentów środowiskowych usług ODT i świadczeń pieniężnych brane są pod uwagę różnorodne aspekty, np.:

- posiadanie odpowiedniego orzeczenia o niepełnosprawności czy orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji (wydawane przez osobne organy orzecznicze);
- ocena poziomu potrzeby wsparcia (wyrażona punktowo), wydawana przez wojewódzki zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności (WZON), niezależnie od orzekania o niepełnosprawności (dla świadczenia wspierającego);
- ocena stopnia samodzielności pacjenta w codziennym funkcjonowaniu, dokonywana przez personel medyczny za pomocą skali Barthel, niezależnie od posiadania orzeczeń wyżej wymienionych (dla części świadczeń finansowanych z NFZ);
- stan zdrowia, który determinuje potrzebę opieki, np. usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania bądź w ośrodku wsparcia, świadczenia dla pacjentów wentylowanych mechanicznie.

Zatem aby korzystać z szerokiego wachlarza możliwości konieczne jest uzyskanie określonych orzeczeń lub ocen różnych instytucji niezależnych od siebie.

Kryterium dochodowe nie zawsze oznacza możliwość lub brak możliwości skorzystania z określonego wsparcia (jak np. w przypadku zasiłku stałego). Czasami dochód decyduje o wymiarze odpłatności za usługę (jak np. w przypadku usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania).

Ponadto dostęp do niektórych form wsparcia warunkowany jest precyzyjnie określoną **granica wiekową** (np. 75 lat i więcej w przypadku dodatku pielęgnacyjnego) albo tzw. oceną sytuacji danej osoby, w ramach której bierze się pod uwagę m.in. wiek.

Poniżej zaprezentowano wybrane, przykładowe sytuacje osób korzystających ze środowiskowych i pieniężnych form wsparcia ODT¹⁴, dla lepszego zobrazowania jak funkcjonuje system¹⁵.

PRZYKŁAD I:



STATUS: Emeryt, który ze względu na stan zdrowia (związany z wiekiem) potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, porusza się z dużą trudnością
WIEK: 85 lat

ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNE FINANSOWANE ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH:

- emerytura z FUS (min. 1978,49 zł),
- dodatek pielęgnacyjny 366,68 zł.

DOSTĘPNE USŁUGI ŚRODOWISKOWE:

¹⁴ Wykazane w poniższych przykładach pozycje: emerytura z FUS, renta z FUS, renta socjalna, dodatek dopełniający i składki na ubezpieczenie społeczne oraz zdrowotne dla opiekuna są to świadczenia, których nie zalicza się do ODT.

¹⁵ Świadczenia pieniężne wykazano wg stawek obowiązujących w czerwcu 2026 r.

ORZECZENIA: nie posiada
OCENA LEKARZA POZ: 45 pkt w
skali Barthel

- usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania (odpłatność w zależności od dochodu),
- usługi opiekuńcze w ośrodku wsparcia.

INNE:

- refundacja wyrobów medycznych.

PRZYKŁAD II:



STATUS: Osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim z powodu wypadku, który miał miejsce w wieku 30 lat

WIEK: 40 lat

ORZECZENIA: - o całkowitej niezdolności do pracy,
- o znacznym stopniu niepełnosprawności

OCENA LEKARZA POZ: > 40 pkt w
skali Barthel

OCENA POTRZEBY WSPARCIA: 82 pkt

ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNE FINANSOWANE ZE ŚRODKÓW

PUBLICZNYCH:

- renta z FUS (wysokość zależna od zgromadzonych składek – min. 1978,49 zł),
- świadczenie wspierające 1582,79 zł.

DOSTĘPNE USŁUGI ŚRODOWISKOWE:

- usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania,
- usługi opiekuńcze w ośrodku wsparcia,
- asystent osobisty OzN.

INNE:

- refundacja wyrobów medycznych,
- dofinansowanie na sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

PRZYKŁAD III:



STATUS: Osoba cierpiąca na liczne choroby przewlekłe, otępienne

WIEK: 90 lat

ORZECZENIA: o znacznym stopniu niepełnosprawności

OCENA LEKARZA POZ: < 40 pkt w
skali Barthel

OCENA POTRZEBY WSPARCIA: 90
pkt

ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNE FINANSOWANE ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH:

- emerytura z FUS (min. 1978,49 zł),
- dodatek pielęgnacyjny 366,68 zł,
- świadczenie wspierające 3561,28 zł.

DOSTĘPNE USŁUGI ŚRODOWISKOWE:

- pielęgnarska domowa ODT,
- asystent osobisty OzN,
- opieka wytchnieniowa (dla opiekuna),
- usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania,
- usługi opiekuńcze w ośrodku wsparcia.

INNE:

- refundacja wyrobów medycznych,
- dofinansowanie na sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty, ortopedyczne i środki pomocnicze.

PRZYKŁAD IV:



STATUS: Osoba niepełnosprawna intelektualnie od urodzenia

WIEK: 25 lat

ORZECZENIA: - o całkowitej niezdolności do pracy (z powodu naruszenia sprawności organizmu, które powstało przed ukończeniem 18. roku życia) i samodzielnej egzystencji,

ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNE FINANSOWANE ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH:

- renta socjalna i dodatek dopełniający 4683,20 zł,
- świadczenie wspierające 2374,19 zł albo świadczenie pielęgnacyjne 3386 zł dla opiekuna na tzw. starych zasadach (jeżeli opiekun nabył prawo do świadczenia przed 1 stycznia 2024 roku),
- zasiłek pielęgnacyjny 215,84 zł.

DOSTĘPNE USŁUGI ŚRODOWISKOWE:

- pielęgnarska domowa ODT,
- asystent osobisty OzN,
- opieka wytchnieniowa (dla opiekuna),
- odpłatne usługi opiekuńcze w ośrodku wsparcia.

INNE:

- o znacznym stopniu niepełnosprawności,
OCENA LEKARZA POZ: < 40 pkt w skali Barthel
OCENA POTRZEBY WSPARCIA: 86 pkt

- refundacja wyrobów medycznych,
- dofinansowanie na sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- składki na ubezpieczenie społeczne oraz zdrowotne (dla opiekuna).

PRZYKŁAD V:



STATUS: Osoba, która utraciła słuch w wieku 40 lat
WIEK: 55 lat
ORZECZENIA: - o całkowitej niezdolności do pracy,
 - o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności
OCENA LEKARZA POZ: > 40 pkt w skali Barthel
OCENA POTRZEBY WSPARCIA: 60 pkt

ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNE FINANSOWANE ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH:

- renta z FUS (wysokość zależna od zgromadzonych składek – min. 1978,49 zł),
- dodatek pielęgnacyjny 366,68zł,

DOSTĘPNE USŁUGI ŚRODOWISKOWE:

- usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania (odpłatność w zależności od dochodu),
- asystent osobisty OzN.

INNE:

- refundacja wyrobów medycznych,
- dofinansowanie na sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

PRZYKŁAD VI:



STATUS: Osoba chora na stwardnienie rozsiane, wymagająca wentylacji mechanicznej
WIEK: 45 lat
ORZECZENIA: - o całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji,
 - o znacznym stopniu niepełnosprawności
OCENA LEKARZA POZ: < 40 pkt w skali Barthel
OCENA POTRZEBY WSPARCIA: 100 pkt

ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNE FINANSOWANE ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH:

- renta z FUS (wysokość zależna od zgromadzonych składek – min. 1978,49 zł),
- świadczenie wspierające 4352,68 zł,
- dodatek pielęgnacyjny 366,68 zł,
- świadczenie uzupełniające 342,50 w zł¹⁶.

DOSTĘPNE USŁUGI ŚRODOWISKOWE:

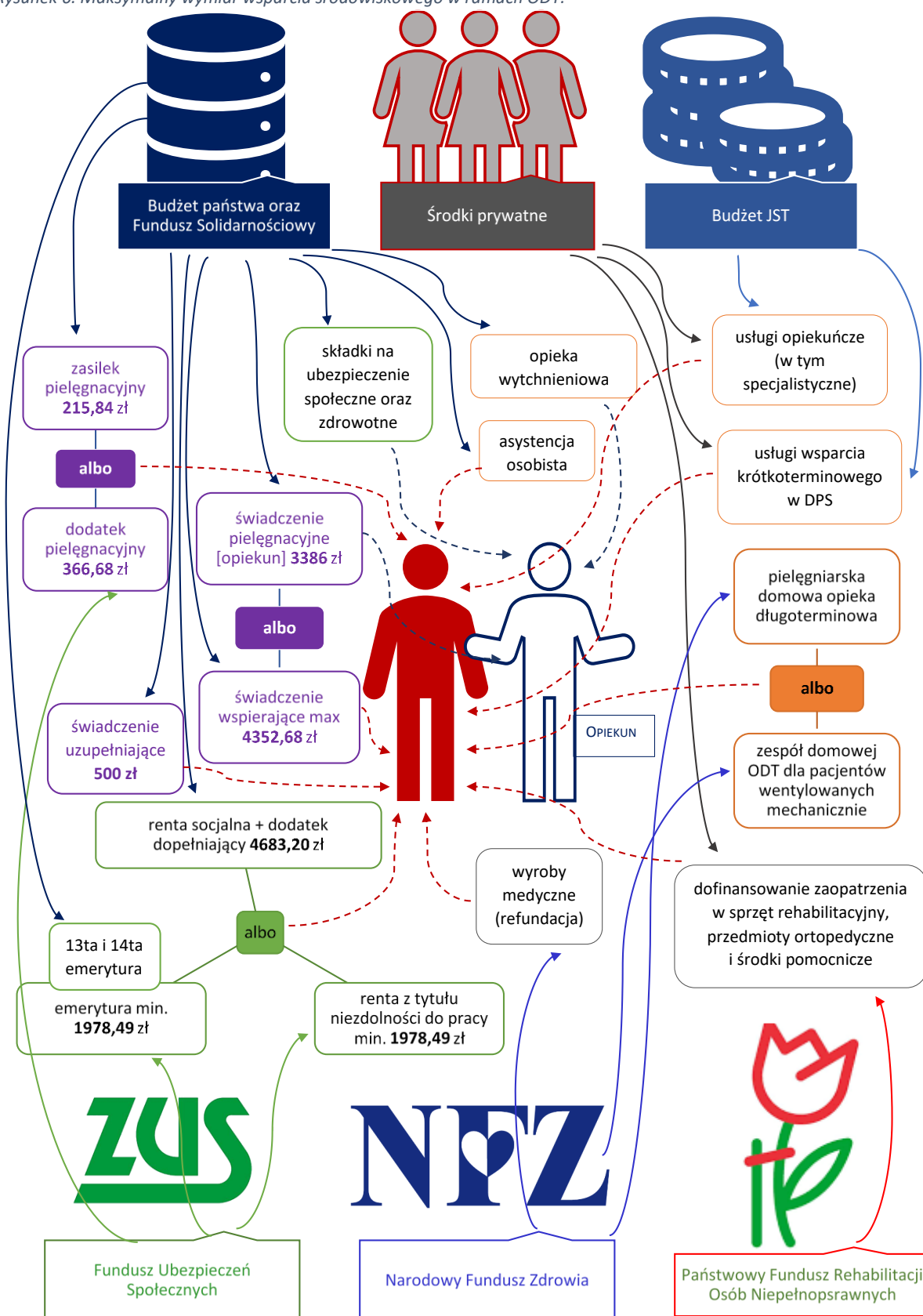
- usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania (odpłatność w zależności od dochodu),
- zespół domowej ODT dla pacjentów wentylowanych mechanicznie,
- asystent osobisty OzN,
- opieka wytchnieniowa (dla opiekuna).

INNE:

- refundacja wyrobów medycznych,
- dofinansowanie na sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

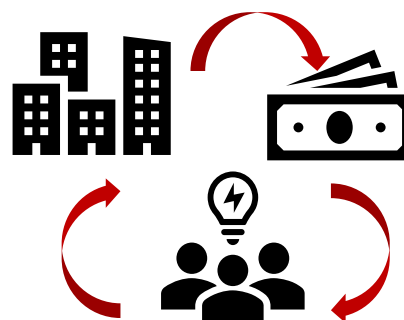
¹⁶ Kwota obliczona przy założeniu, że renta z FUS wypłacana jest w minimalnej wysokości. Wysokość świadczenia oraz jego przyznanie uzależnione jest od łącznej sumy innych świadczeń pieniężnych finansowanych ze środków publicznych.

Rysunek 6. Maksymalny wymiar wsparcia środowiskowego w ramach ODT.



Źródło: Opracowanie MF.

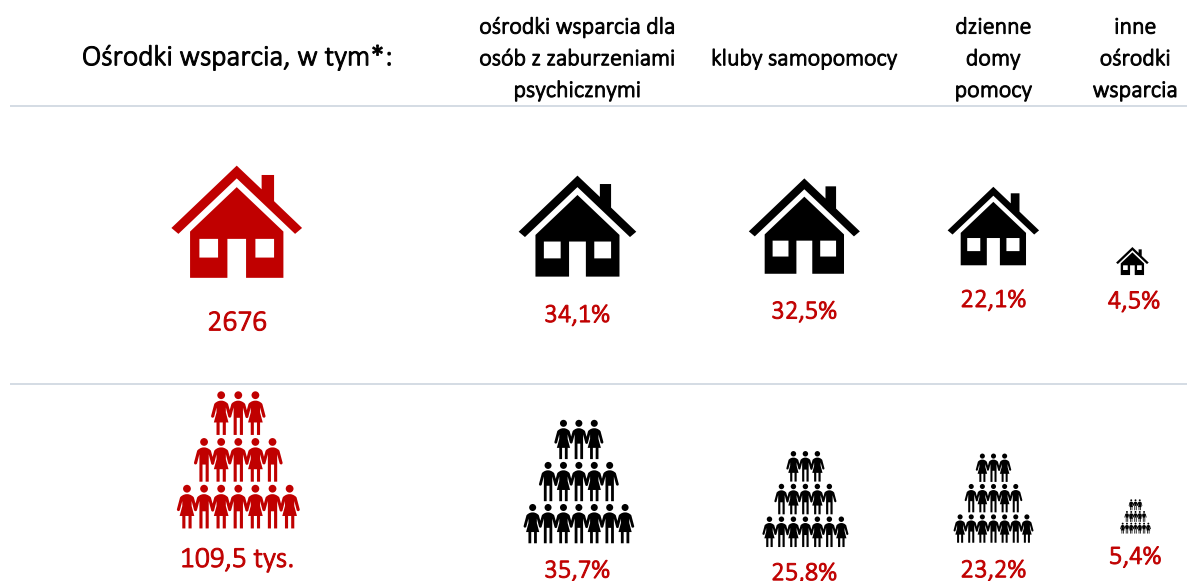
Warto dodać, że dostęp do odpowiednich form wsparcia może być uzależniony nie tylko od spełnienia kryteriów przez beneficjenta, ale od stopnia dostępności określonych form na danym terenie, liczby osób oczekujących na te usługi lub świadczenia, sposobu zarządzania dostępnymi na danym terenie usługami, jak i od wielkości budżetu gminy czy możliwości pozyskania dodatkowych środków z BP. Czynniki te, niezależne od beneficjenta, warunkują możliwość korzystania z ODT.



Usługi środowiskowe świadczone w placówkach

Deinstytucjonalizacja obejmuje również wsparcie w środowisku lokalnym, zarówno w formie pobytu dziennego jak i okresowo w ramach pobytu całodobowego. Takie usługi są obecnie świadczone w ośrodkach wsparcia, centrach opiekuńczo-mieszkalnych, rodzinnych domach pomocy, a nawet w DPS, w formie wsparcia krótkoterminowego oraz w mieszkaniach wspomaganych, które prowadzone są m.in. przez ośrodki wsparcia jak i DPS. Sieć **ośrodków wsparcia** jest dosyć rozbudowana i składają się na nią różne typy ośrodków.

Rysunek 7. Liczba ośrodków wsparcia oraz liczba osób z nich korzystających w 2024 r. wg sprawozdania MRiPS-06.



* Pozostałe ośrodki wsparcia nie zaliczają się do ODT.

Źródło: Opracowanie MF na podstawie danych ze sprawozdania MRiPS-06.

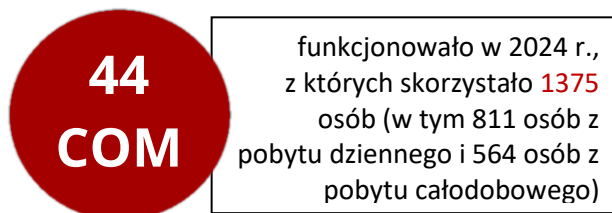
Liczba ośrodków wsparcia oferująca usługi w zakresie ODT jest relatywnie niewielka, tak samo jak liczba beneficjentów korzystających z tych usług.



Źródło: Opracowanie MF na podstawie danych ze sprawozdania MRiPS-06.

Rodzinne domy pomocy (RDP) są alternatywną formą świadczenia usług opiekuńczych w formie całodobowej, w kameralnej atmosferze. Są to małe placówki, w których mieszka od 3 do 8 osób. W polskim systemie RDP funkcjonują od ponad 20 lat, jednak nadal, mimo wprowadzenia programu umożliwiającego dofinansowanie gminom tworzenia RDP¹⁷ oraz współfinansowanie pobytów mieszkańców, ich liczba nie jest relatywnie duża¹⁸.

Relatywnie nową formą wsparcia w zakresie opieki świadczonej zarówno w formie dziennej jak i całodobowej są również **centra opiekuńczo-mieszkalne**. Funkcjonują one od 2020 r.



Źródło: Opracowanie MF na podstawie danych MRPiPS.



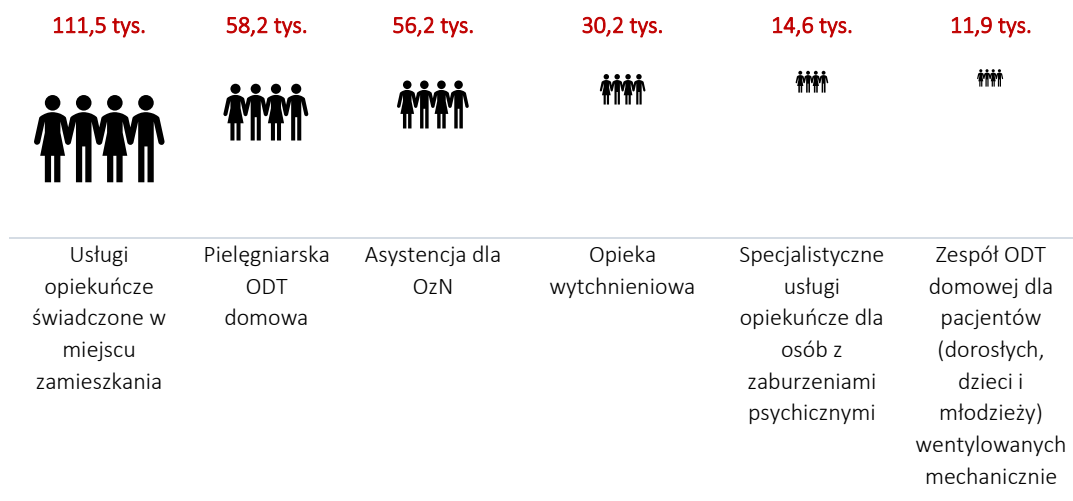
Źródło: Opracowanie MF na podstawie danych ze sprawozdania MRiPS-05.

Usługi wsparcia krótkoterminowego realizowane w domach pomocy społecznej, zarówno w formie dziennej jak i pobytu całodobowego, realizowane są od 2023 r.

Usługi świadczone w warunkach domowych

Spośród usług ODT świadczonych w warunkach domowych najwięcej osób skorzystało w 2024 r. z usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania oraz pielęgniarstwa ODT.

Rysunek 8. Liczba osób korzystających z usług ODT świadczonych w warunkach domowych w 2024 r.



Źródło: Opracowanie MF na podstawie danych NFZ i MRPiPS.

¹⁷ Dofinansowanie tworzenia RDP było możliwe w ramach edycji 2022-2024.

¹⁸ Program Rozwoju Rodzinnych Domów Pomocy.

Poniżej przedstawiono szczegółowe dane dotyczące liczby beneficjentów poszczególnych instrumentów.

Tabela 5. Liczba osób korzystających z instrumentów (usług i świadczeń) ODT, realizowanych w ramach opieki środowiskowej, w trakcie danego roku sprawozdawczego, w tys.¹⁹

Instrument wsparcia		2019	2020	2021	2022	2023	2024
1.	Usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania (ogółem)	119,3	113,1	111,1	108,4	109,1	111,5
1a	w tym (z poz. 1) usługi opiekuńcze w formie usług sąsiedzkich świadczone w miejscu zamieszkania	n. d.	n. d.	n. d.	n. d.	0,1	3,2
1b	w tym (z poz.1) specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania	6,7	5,9	5,6	5,4	5,1	5,1
2.	Usługi świadczone w ośrodkach wsparcia	141,6	106,7	104,9	105,3	111,4	109,5
2a	w tym (z poz. 2) w ośrodkach wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi	38,9	35,4	36,3	37,6	38,8	39,1
2aa	w tym (z poz. 2a) w środowiskowych domach samopomocy	34,3	34,0	35,1	36,3	37,3	37,7
3.	Pielęgniarska ODT domowa	60,9	59,5	60,7	59,8	59,3	58,2
4.	Asystencja dla osób z niepełnosprawnościami	0,1	9,8	19,8	37,9	44,1	56,2
5.	Opieka wytchnieniowa	2,1	3,4	10,9	20,7	24,9	30,2
6.	Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi	15,5	14,6	14,3	13,9	14,6	14,6
7.	Opieka zespołu ODT domowej dla pacjentów dorosłych wentylowanych mechanicznie	7,0	7,5	8,1	8,9	9,8	10,9
8.	Pobyty w mieszkaniach treningowych i wspomaganych	3,6	3,7	4,5	4,3	4,8	5,2
9.	Pobyty (dzienne i całodobowe) w centrach opiekuńczo-mieszkalnych	0,0	0,0	0,1	0,5	1,0	1,4
10.	Opieka zespołu ODT domowej dla dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie	0,7	0,7	0,8	0,8	0,9	0,9
11.	Pobyty (całodobowe) w rodzinnych domach pomocy	0,2	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4
12.	Usługi wsparcia krótkoterminowego realizowane w domach pomocy społecznej	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0,0	0,2

Źródło: Opracowanie MF na podstawie danych NFZ, MRPiPS.

¹⁹ Pkt 1-3: liczba pacjentów korzystających ze świadczeń w okresie sprawozdawczym; pkt 4, 4a-b, 5: liczba osób, którym przyznano decyzję świadczenia; pkt 6, 6a, 6aa, 9, 10: liczba osób korzystających w okresie sprawozdawczym (narastająco za okres od 1 stycznia do 31 grudnia roku sprawozdawczego). Daną osobę wykazuje się tylko raz bez względu na liczbę dni pobytu lub liczbę wizyt; pkt 7-8: liczba osób, które korzystały z usługi w trakcie roku; pkt 11: liczba osób korzystających w formie pobytu całodobowego i w formie dziennej od 1 stycznia do 31 grudnia roku sprawozdawczego, wg stanu na 31 grudnia roku sprawozdawczego; pkt 12: liczba osób, które korzystały z COM w ramach pobytu dziennego oraz całodobowego w danym roku, niezależnie od edycji Programu (dla JST lub NGO).

Mimo spadku liczby pacjentów pielęgniarstwie ODT domowej (w 2024 r. do niecałych 96% poziomu z 2019 r.), liczba osób oczekujących na to świadczenie wzrosła, zwłaszcza w trybie stabilnym (o 31% w 2024 r. w porównaniu z 2020 r.). Wskazuje to nie na spadek zapotrzebowania, lecz na obniżenie wydolności systemu wynikające z ograniczeń kadrowych / finansowych.

Warto również zwrócić uwagę na dynamicznie rosnącą liczbę osób korzystających z asystencji osobistej dla osób z niepełnosprawnościami, zwłaszcza w kontekście planowanego systemowego wprowadzenia usługi asystencji finansowanej z BP²⁰.

Świadczenia pieniężne

W 2024 r. najwięcej osób zostało objętych **dodatkiem pielęgnacyjnym**. Liczba beneficjentów tego dodatku jest pochodną przyjęcia mniej restrykcyjnych (w stosunku do pozostałych świadczeń) kryteriów przyznania świadczenia, opartych niemal wyłącznie na wieku w przypadku osób pobierających emeryturę (niezależnie od systemu emerytalnego). W efekcie wsparcie może trafiać do osób, które mają wysokie dochody i brak potrzeb opiekuńczych.

Rysunek 9. Liczba beneficjentów świadczeń pieniężnych z zakresu ODT w 2024 r. oraz wydatki publiczne związane z ich wypłatą.

	Dodatek pielęgnacyjny ²¹	Świadczenie pielęgnacyjne dla opiekuna ²²	Świadczenie wspierające	zasitek pielęgnacyjny	Świadczenie uzupełniające ²³	Zasitek stały
wydatki w mld zł	10,6 	9,9 	2,7 	2,5 	2,0 	1,4 
osoby w tys.	2 773,9 	276,6 	74,1 	965,6 	374,8 	158,7 

Źródło: Opracownie MF na podstawie danych NFZ i MRPiPS.

Należy również zauważyć relatywnie wysokie wydatki związane z wypłatą **świadczenia pielęgnacyjnego**, w stosunku do liczby beneficjentów tego świadczenia. Wysokość wydatków na to świadczenie jest pochodną relatywnie wysokiej kwoty świadczenia ustalonej w oparciu o zmiany

²⁰ Dotychczas usługa ta realizowana jest w trybie konkursowym przez JST oraz NGO, które uzyskały wsparcie ze środków Programu finansowanego z Funduszu Solidarnościowego.

²¹ Dotyczy osób, którym świadczenie wypłaca ZUS.

²² Suma uwzględnia wszystkich beneficjentów, tj. zarówno tych, którzy otrzymali wsparcie na tzw. starych zasadach (nabyli uprawnienia do świadczenia przed 1 stycznia 2024 r.) oraz osoby, którym przyznano świadczenia na zadach obowiązujących od 1 stycznia 2024 r.

²³ J.w.

minimalnego wynagrodzenia za pracę. Świadczenie przyznawane jest opiekunom dzieci z niepełnosprawnościami oraz dorosłych osób na tzw. starych zasadach (dla osób, które przed 2024 r. pobierały świadczenie), na zasadzie praw nabytych, a których podopieczni nie pobierają świadczenia wspierającego.

Świadczenie wspierające wygenerowało w 2024 r. wydatki na poziomie 2,7 mld zł (w 2025 r. było to już 8,5 mld zł), a objęło relatywnie niewielką grupę osób. Osoby, którym przyznano świadczenie, często otrzymywały je w najwyższej wysokości, co jest pochodną ustalenia potrzeby wsparcia na najwyższym z możliwych poziomów (95-100 pkt). Warto zwrócić uwagę na konstrukcję kryteriów punktowych wyznaczających poziom wsparcia, gdzie różnica jednego punktu może oznaczać wsparcie o 750 zł wyższe/nizsze.

Przykład: osoba, która otrzymała 95 pkt w skali potrzeb wsparcia, otrzymywała w 2025 r. świadczenie w wysokości 4133 zł (220% renty socjalnej). Osoba, która otrzymała 94 pkt w skali potrzeb wsparcia, otrzymywała świadczenie w wysokości 3382 zł (180% renty socjalnej).

2024 r. był pierwszym rokiem funkcjonowania świadczenia, w którym grono osób uprawnionych do otrzymania świadczenia było ograniczone, a jednocześnie pojawiły się trudności związane z przeciążeniem Wojewódzkich Zespołów Orzekania o Niepełnosprawności i długim okresem oczekiwania na wydanie decyzji ustalającej poziom potrzeby wsparcia. Należy zatem spodziewać się w kolejnych latach znacznego zwiększenia liczby beneficjentów świadczenia, a co za tym idzie - wydatków budżetowych z tego tytułu. Poniżej przedstawiono szczegółowe dane dotyczące liczby beneficjentów poszczególnych świadczeń.



Tabela 6. Liczba osób korzystających ze świadczeń pieniężnych²⁴ w latach 2019-2024 (w tys.).

Instrument wsparcia	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Dodatek pielęgnacyjny	2 367,1	2 395,0	2 428,6	2 507,0	2 571,0	2 773,9
Zasiłek pielęgnacyjny	923,8	906,5	911,6	923,6	948,6	965,6
Świadczenie uzupełniające	181,5	390,6	390,1	388,7	381,2	374,8
Świadczenie pielęgnacyjne (na starych zasadach)	142,7	164,1	191,0	217,5	238,1	233,1
Zasiłek stały	195,1	181,1	173,9	166,6	163,0	158,7
Świadczenie wspierające	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	74,1
Nowe świadczenie pielęgnacyjne	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	43,5
Specjalny zasiłek opiekuńczy**	39,1	31,8	21,9	13,4	8,8	5,0
Zasiłek dla opiekuna**	19,7	13,8	8,9	5,2	3,4	2,2

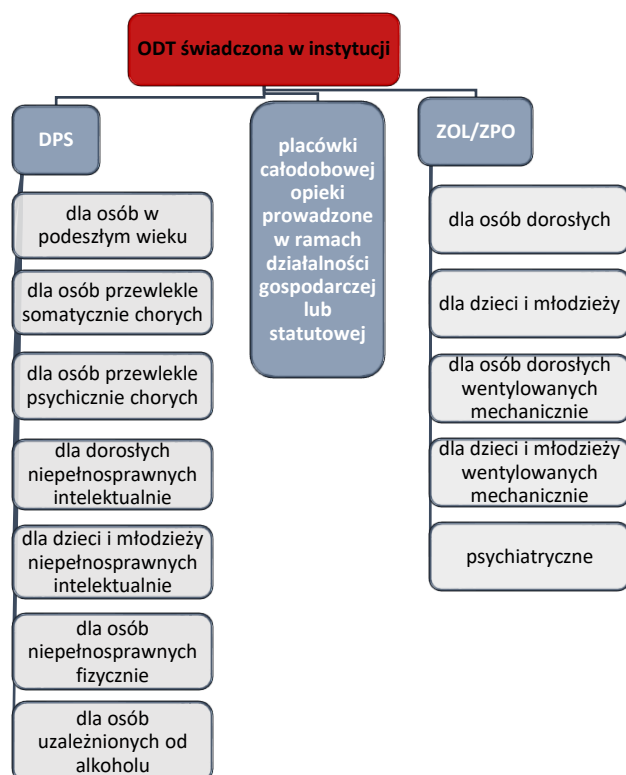
** Świadczenia o charakterze wygasającym.

Źródło: Opracowanie MF.

²⁴ Pkt 1: liczba osób, którym przyznano decyzją świadczenie; pkt 2-6: liczbę osób oszacowano jako liczbę wypłaconych świadczeń w roku podzieloną przez 12 (liczba miesięcy); pkt 7-9: liczba osób ogółem wg stanu na grudzień danego roku.

Opieka instytucjonalna. Dostępność opieki.

Całodobowa opieka instytucjonalna w Polsce realizowana jest poprzez Domy Pomocy Społecznej (DPS), prowadzone przez JST lub na zlecenie JST, Zakłady Opiekuńczo Lecznicze (ZOL), Zakłady Pielęgniacyjno-Opiekuńcze (ZPO) oraz przez placówki zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, prowadzone w ramach działalności gospodarczej i statutowej i prywatne podmioty lecznicze udzielające opieki długoterminowej.



Źródło: Opracowanie MF.

DPS może być przeznaczony dla określonych grup osób (np. osób w podeszłym wieku).

Ustawodawca przewidział również możliwość łączenia określonych typów domów w jednym budynku, mianowicie:

- DPS dla osób w podeszłym wieku oraz osób przewlekle somatycznie chorych,
- DPS dla osób przewlekle somatycznie chorych oraz osób niepełnosprawnych fizycznie,
- DPS dla osób w podeszłym wieku oraz osób niepełnosprawnych fizycznie,
- DPS dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie oraz dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie.

Adekwatnie - **placówka całodobowej opieki prowadzona w ramach działalności gospodarczej lub statutowej**, (po uzyskaniu zezwolenia wojewody) może zapewniać całodobowe usługi osobom z

niepełnosprawnościami, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku.

Podobny podział, ze względu na typ beneficjenta, występuje w przypadku **ZOL/ZPO**. Każdy zakład ma własny profil zależnie od rodzaju potrzeb i schorzeń pacjentów: ogólny, specjalistyczny (np. dla osób z zaburzeniami psychicznymi, dla pacjentów wentylowanych mechanicznie), a także dla określonych grup demograficznych (dzieci, dorosłych).

ZOL i ZPO zapewniają pielęgnację pacjentów, którzy nie wymagają hospitalizacji, ale ze względu na stan zdrowia wymagają całodobowej opieki pielęgnacyjnej, lekarskiej oraz rehabilitacji. Ośrodki obejmują opieką głównie pacjentów przewlekle chorych, po ciężkiej chorobie albo zabiegu operacyjnym. Długość pobytu w zakładzie jest uzależniona od stanu zdrowia i oceny w skali Barthel. W praktyce większość ZOL funkcjonuje w strukturze szpitali, a większość ZPO to niezależne jednostki organizacyjne.

Kryteria przyjęcia

W teorii osoba wymagająca wzmożonej opieki medycznej powinna być kierowana do ZOL/ZPO²⁵. W praktyce jednak umieszczenie danej osoby w danej placówce jest pochodną kilku czynników, niezależnych od stanu zdrowia danej osoby. Do takich czynników należą m.in.: liczba osób oczekujących na przyjęcie, dostępność danego typu placówki na danym terenie, koszt pobytu (zarówno z punktu widzenia beneficjenta jak i podmiotu kierującego).

Wprowadźmy kryteria przyjęcia do ZOL/ZPO są inne niż kryteria przyjęcia do DPS, jednak **w praktyce często dana osoba może spełniać kryteria przyjęcia zarówno do DPS jak i ZOL/ZPO** tym bardziej, że są one nieostre i podlegające subiektywnej interpretacji. Ponadto stan zdrowia beneficjenta stacjonarnej ODT jest zmienny w czasie.



Źródło: Opracowanie MF na podstawie danych ze sprawozdania MRiPS-05.

DPS	ZOL
W efekcie w DPS mogą przebywać osoby wymagające wzmożonej opieki medycznej, które ze względu na stan zdrowia powinny być umieszczone w ZOL.	Z kolei w placówkach leczniczych (podobnie jak w szpitalach) mogą przebywać osoby nie wymagające już wzmożonej opieki medycznej, jednak pozostające w nich z powodu braku miejsc lub braku możliwości umieszczenia ich w DPS, generując dla systemu niepotrzebne (zawyżone) koszty.

Innym problemem w tym obszarze może być, w związku z przyjętymi zasadami współpłacenia za pobyt w DPS, ZOL i ZPO, prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka nieprzyjmowania lub odsuwania w kolejce oczekujących na świadczenia stacjonarne pacjentów z niższym dochodem. Z drugiej strony – w przypadku konieczności ponoszenia przez gminę częściowej opłaty za pobyt mieszkańca w DPS – niejako bardziej opłacalne dla JST może być kierowanie danej osoby do ZOL/ZPO, gdzie nie ponosi ona kosztów jej pobytu. Są one jednak w dalszym ciągu pokrywane ze środków publicznych.

Tabela 7. Kryteria przyjęcia do placówki stacjonarnej ODT.

	DPS	ZOL/ZPO
Kogo dotyczy	osoby wymagające całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogące samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu,	pacjenci, którzy nie wymagają hospitalizacji, ale nie są samodzielni ze względu na stan zdrowia i otrzymali

²⁵ Art.54 ust.3 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, t.j. Dz.U. z 2026 r., poz. 639.

	którym nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych	ocenę w skali Barthel – od 0 do 40 punktów
Procedura 	1. Wniosek do OPS 2. Wywiad środowiskowy 3. Decyzja o skierowaniu i odpłatności (OPS) 4. Decyzja o umieszczeniu w DPS (PCPR)	1. Wniosek do lekarza ubezpieczenia zdrowotnego z dołączonymi wywiadem pielęgniarzem (obejmującym wynik oceny w skali Barthel) oraz zaświadczeniem lekarskim 2. Skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego 3. Złożenie w podmiocie skierowania wraz z wywiadem pielęgniarzem, zaświadczeniem lekarskim i dokumentami stwierdzającymi wysokość dochodu świadczeniobiorcy 4. Przyjęcie do placówki w zależności od kolejki

Źródło: Opracowanie MF.

Liczba placówek

Rysunek 10. Liczba placówek opieki instytucjonalnej, wydatki publiczne oraz liczba mieszkańców (DPS i domy opieki) na koniec 2024 r. i pacjentów w ZOL/ZPO korzystających ze świadczeń w 2024 r.

	DPS	Prywatne domy opieki ²⁶	ZOL/ZPO
	824	730	624 ²⁷
placówki			
	78,3	25,0	50,3
osoby w tys.			
wydatki publiczne w mld zł	8,8	n. d.	2,6
			

Na koniec 2024 r. wg danych MRPiPS funkcjonowało 824 DPS, w tym 570 prowadzonych przez powiaty, 210 prowadzonych przez inne jednostki na zlecenie powiatu, 37 prowadzonych przez gminy, 5 prowadzone przez inne podmioty na zlecenie gminy oraz 1 DPS prowadzony przez samorząd województwa i 1 DPS prowadzony przez inny podmiot na zlecenie samorządu województwa. Na liczbę prywatnych domów pomocy składało się 630 placówek prowadzonych w ramach działalności gospodarczej oraz 100 placówek prowadzonych w ramach działalności statutowej.

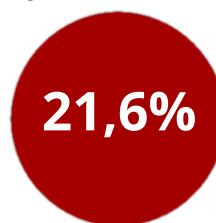
Źródło: Opracowanie MF na podstawie danych MRPiPS oraz NFZ.

²⁶ Prywatne domy opieki - placówki całodobowej opieki prowadzone w ramach działalności gospodarczej lub statutowej.

²⁷ Dane za 2023 r., na podstawie publikacji „Zdrowie i ochrona zdrowia w 2023 r.”, Analizy statystyczne GUS.

Największa liczba obiektów instytucjonalnej opieki w pomocy społecznej oraz największa liczba osób korzystających z tych miejsc występowała w woj. mazowieckim, śląskim, małopolskim oraz dolnośląskim. Koresponduje to z sytuacją demograficzną poszczególnych regionów. Jedna trzecia wszystkich DPS znajdowała się na terenie trzech województw: śląskiego, mazowieckiego oraz małopolskiego. Przebywał w nich co trzeci mieszkaniec DPS.

Innym aspektem zróżnicowania regionalnego jest fakt, że w 2023 r. w 82 powiatach (tj. w ponad 21% polskich powiatów), nie funkcjonował w obszarze ochrony zdrowia ani jeden ośrodek stacjonarnej opieki długoterminowej (tzw. „białe plamy”).

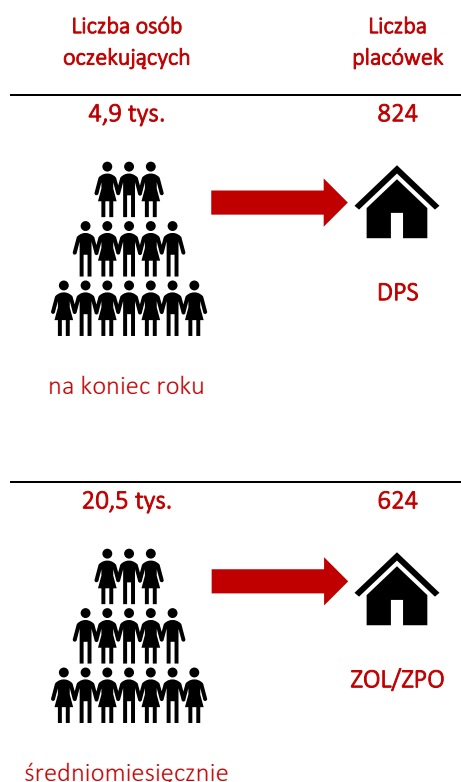


w tylu polskich powiatach
nie funkcjonował w 2023
r. żaden ZOL/ZPO

Źródło: Opracowanie MF na podstawie danych NFZ.

Ze świadczeń ODT finansowanych z NFZ w warunkach stacjonarnych w 2024 r. najwięcej osób skorzystało również w woj. mazowieckim (ponad 8 tys.) oraz śląskim (ponad 6,5 tys.) a najmniej w podlaskim (ponad 1,4 tys. pacjentów). W 2024 r., w porównaniu do 2019 r., liczba pacjentów ZOL/ZPO wzrosła w każdym województwie. Różnice między tymi wzrostami były znaczące - od kilku do kilkudziesięciu procent. W liczbach bezwzględnych największy wzrost zanotowano w woj. lubelskim i mazowieckim.

Oczekujący na przyjęcie, czas oczekiwania

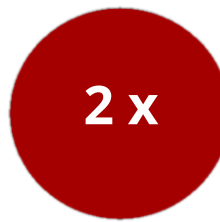


Wg stanu na dzień 31 grudnia 2024 r. liczba osób oczekujących na umieszczenie w DPS wyniosła ogółem 4 898 osób, z czego blisko 37% to osoby oczekujące na umieszczenie w domu dla osób przewlekle somatycznie chorych.

Do ZOL ze skierowaniem w trybie stabilnym oczekiwało każdego miesiąca średniorocznie niecałe 14 tys. osób w 2024 r. (w 2020 r. było to ponad 7 tys. osób). W przypadku kolejek do ZOL w trybie pilnym, w 2024 r. każdego miesiąca czekało na miejsce średniorocznie niecałe 2,2 tys. osób (w 2020 r. był to niecały 1 tys. osób). W tym samym czasie do ZPO ze skierowaniem w trybie stabilnym oczekiwało każdego miesiąca średniorocznie prawie 3,6 tys. osób, a w trybie pilnym niecałe 0,7 tys. (wzrosty w stosunku do 2020 r. o odpowiednio 50% i 112%).

Źródło: Opracowanie MF na podstawie danych NFZ i MRPiPS.

Czas oczekiwania na przyjęcie do ZOL/ZPO zależy od liczby osób wpisanych na listę oczekujących w danym zakładzie, kategorii medycznej, a także od stanu zdrowia i długości pobytu świadczeniobiorców, którzy przebywają w danym zakładzie.



w latach 2020 – 2024
prawie podwoiła się
średnioroczna miesięczna
liczba osób oczekujących
na miejsce w ZOL

Źródło: Opracowanie MF na podstawie danych NFZ.

Z raportu NIK²⁸ z 2024 r. wynika, że „czas oczekiwania na przyjęcie do domu pomocy społecznej był zróżnicowany, jednak w większości przypadków zbyt długi. W okresie objętym kontrolą od złożenia wniosku lub wydania prawomocnego orzeczenia sądu opiekuńczego do dnia przyjęcia do DPS trzeba było czekać od 28 dni do ponad 6,5 roku”.

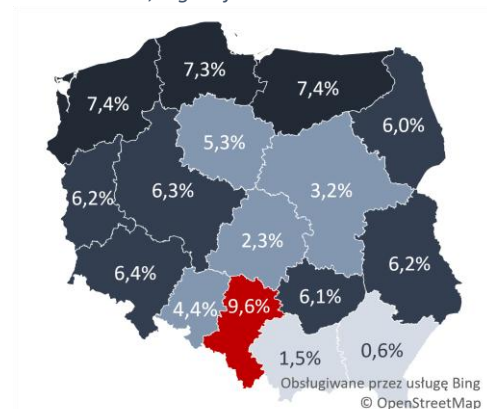
Jednocześnie liczba wolnych miejsc na dzień 31 grudnia 2024 r. wynosiła 2 tys. Występowanie równoległe wolnych miejsc w DPS oraz osób oczekujących na pobyt w nich **wynika m.in. „niedopasowania” terytorialnego lub dotyczącego typu domu**, jak również sytuacji, w których osoby skierowane do DPS opóźniają z własnej woli zamieszkanie w nim.

Ze względu na specyfikę usług instytucjonalnych ODT rotacja mieszkańców/pacjentów w trakcie roku nie jest wysoka. Świadczenia gwarantowane w ZOL/ZPO są udzielane świadczeniobiorcy do momentu:

- poprawy stopnia samodzielności,
- objęcia innym świadczeniem, którego warunki wykluczają jednocześnie korzystanie z ZOL lub ZPO,
- rezygnacji ze świadczenia lub,
- zgonu.

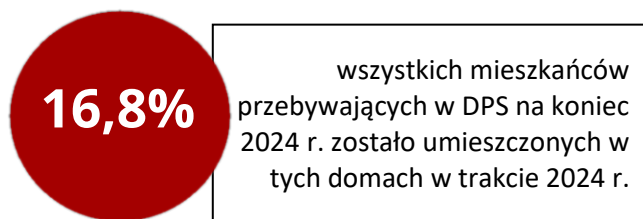
Podobna sytuacja występuje w przypadku DPS.

Mapa 1. Stosunek liczby osób oczekujących na przyjęcie do DPS do liczby mieszkańców DPS na koniec 2023 r., wg województw.



Źródło: Opracowanie MF na podstawie danych ze sprawozdania MRiPS-05.

²⁸ <https://www.nik.gov.pl/najnowsze-informacje-o-wynikach-kontroli/dps-niepelnosprawnosci-intelektualna-choroby-psychiczne.html>.



Źródło: Opracowanie MF na podstawie danych ze sprawozdania MRiPS-05.

W tym samym czasie z DPS odeszło 13,7 tys. osób, w tym:

- 9,1% do innych placówek,
- 11,8% do rodziny,
- 3,2% zostało usamodzielnionych,
- 75,9% zmarło.

Finansowanie pobytu

Funkcjonowanie omawianych instytucji finansowane jest zarówno ze środków publicznych jak i prywatnych. Placówki komercyjne mogą udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w ramach kontraktu z NFZ. Osoby przebywające w DPS lub ZOL/ZPO są zobowiązane do odpłatności za usługi tam realizowane. Wysokość opłaty nie może przekroczyć 70% dochodu mieszkańca/pacjenta.

Na koniec 2024 r. ponad 96% mieszkańców DPS przebywających na tzw. nowych zasadach²⁹ opłacało swój pobyt z dopłatą gminy. Mieszkańcy przebywający na tzw. nowych zasadach opłacali swój pobyt głównie z emerytury, renty, renty socjalnej (82,7% mieszkańców) i zasiłku stałego (16,3%). Natomiast 1% mieszkańców był zwolniony z opłat całkowicie (gmina ponosiła pełną odpłatność).



Źródło: Opracowanie MF na podstawie danych ze sprawozdania MRiPS-05.

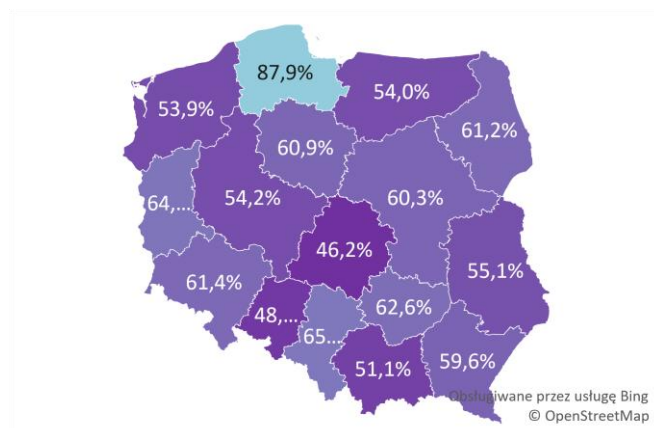
W tym miejscu warto dodać, że osoby umieszczone w DPS lub ZOL/ZPO **mogą korzystać ze świadczeń pieniężnych w ograniczonym zakresie**. Mieszkańcy DPS i pacjenci ZOL/ZPO nie mogą korzystać ze świadczenia wspierającego, a ich opiekunowie ze świadczenia pielęgnacyjnego, specjalnego zasiłku opiekuńczego czy zasiłku dla opiekuna. Pozostałe świadczenia ODT, takie jak zasiłek stały, zasiłek pielęgnacyjny czy świadczenie uzupełniające wliczane są do dochodu osoby, od którego pobierana jest opłata za pobyt. Analogicznie, do dochodu wliczane jest świadczenie rentowe lub emerytalne. Warto również dodać, że świadczenia te nie przysługują mieszkańcom DPS w ogóle, jeśli całkowitą odpłatność za pobyt pokrywa gmina.

W przypadku ZOL/ZPO istnieje znaczna luka między opłatą wnoszoną przez pacjentów a faktycznym kosztem pobytu, obejmującym wyżywienie i zakwaterowanie (bez kosztów świadczeń opieki zdrowotnej).

²⁹ Mieszkańcy przebywający w DPS na podstawie decyzji wydanej po 1 stycznia 2004 r.

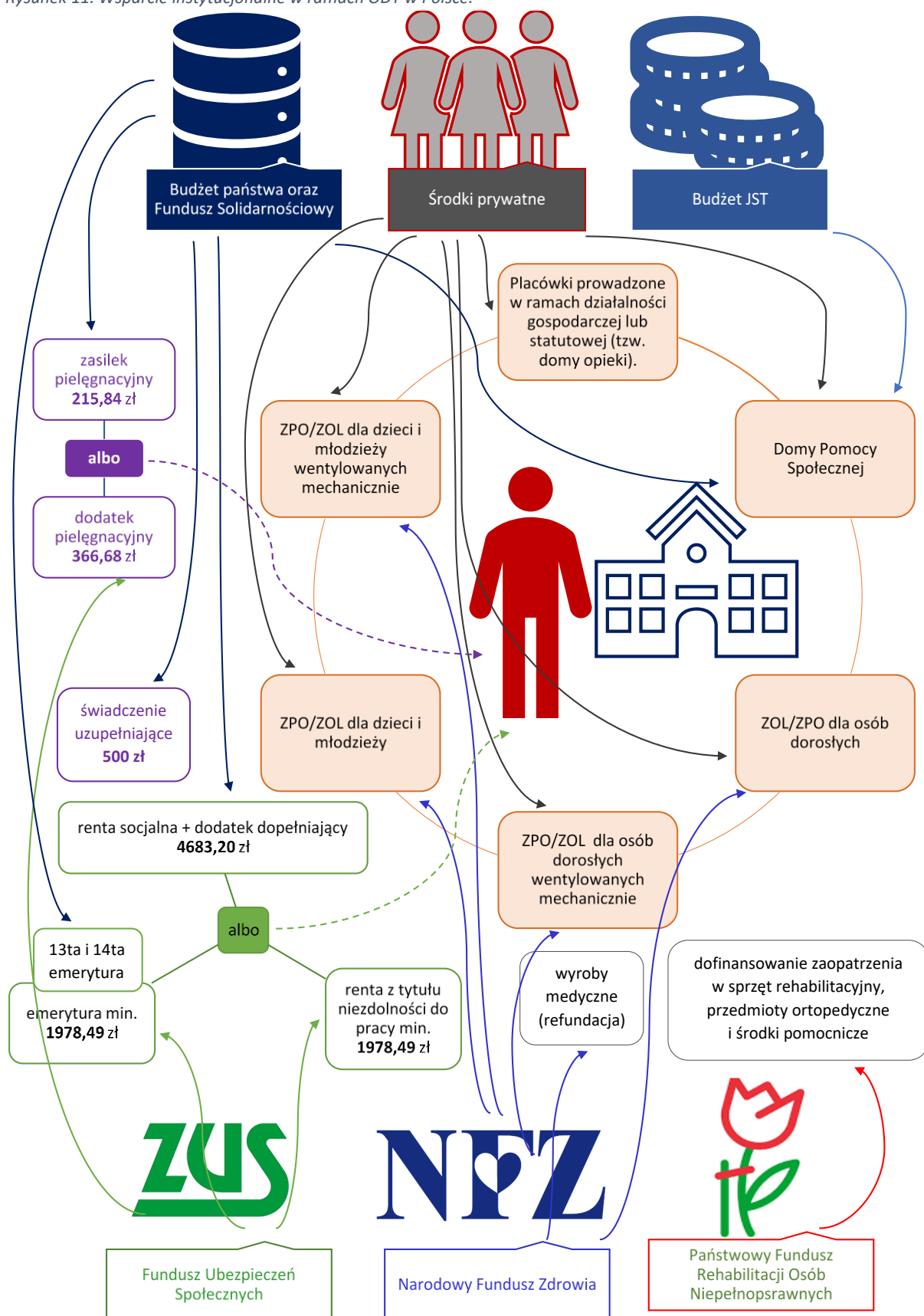
Z danych MZ wynika, że łączny koszt pobytu (bez kosztów świadczeń opieki zdrowotnej) pacjentów w ZOL/ZPO w 2023 r. wyniósł 684,0 mln zł, natomiast łączna wysokość opłat pacjentów za wyżywienie i zakwaterowanie w tym samym czasie wyniosła 401,7 mln zł, co stanowiło 58,7% faktycznego kosztu pobytu w tych placówkach. Widoczne były przy tym znaczące dysproporcje regionalne.

Mapa 2. Udział opłat pacjentów w całkowitym koszcie pobytu pacjentów w ZOL/ZPO w 2023 r. wg województw.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych MZ.

Rysunek 11. Wsparcie instytucjonalne w ramach ODT w Polsce.



Źródło: Opracowanie MF.

Szczegółowe informacje na temat liczby osób korzystających ze wsparcia instytucjonalnego zaprezentowano poniżej.

Tabela 7. Liczba osób³⁰ korzystających z /mieszkańców instytucjonalnych form ODT w latach 2019-2024, w tys.

Instrument wsparcia		2019	2020	2021	2022	2023	2024
1.	Domy pomocy społecznej	79,8	75,1	76,7	76,9	77,7	78,3
2.	ZOL/ZPO dla osób dorosłych	40,9	39,6	43,3	45,6	47,8	47,6
3.	Placówki prowadzone w ramach działalności gospodarczej lub działalności statutowej (tzw. domy opieki)	18,8	18,2	20,9	22,7	24,7	25,0
4.	ZPO/ZOL psychiatryczne	6,5	6,5	6,7	7,0	7,2	7,0
5.	W ZPO/ZOL dla osób dorosłych wentylowanych mechanicznie	1,4	1,4	1,5	1,6	1,9	2,1
6.	ZPO/ZOL dla dzieci i młodzieży	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
7.	ZPO/ZOL dla dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1

Źródło: Opracowanie MF na podstawie danych NFZ i MRPiPS.

Jakość w ODT

Badanie jakości w ODT jest **przedmiotem osobnego projektu**, realizowanego przez OECD w ramach Instrumentu Wsparcia Technicznego (TSI), finansowanego przez Komisję Europejską. Celem tego projektu jest opracowanie propozycji rozwiązań oraz rekomendacji w zakresie zintegrowanego systemu monitorowania jakości opieki długoterminowej w Polsce, uwzględniającego wskaźniki służące do monitorowania jakości w ODT.

Jakość w ODT można rozumieć poprzez:



Poprawność realizacji usług / świadczeń, tj. wykonywanie ich zgodnie z aktualną wiedzą i standardami, w odpowiednich warunkach (w zakresie m.in. przestrzeni, sprzętu i środków) przez personel o wymaganych kwalifikacjach, spełniający określone normy zatrudnienia);



Zadowalające efekty tej opieki, czyli m.in. stabilny stan zdrowia pacjenta, jakość życia i poziom jego satysfakcji, poziom występowania zdarzeń niepożądanych czy brak powikłań wywołanych zaniedbaniami (np. odleżyny, odwodnienie/niedożywienie, zapalenie płuc, zanik mięśni, zakażenia układu moczowego, depresja³¹).

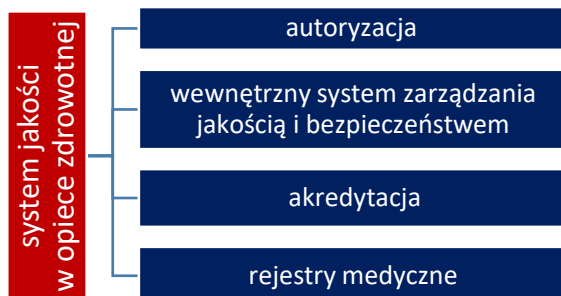
W Polsce **brakuje ujednoliconych ram jakości ODT i kompleksowych wskaźników** jakości³². Kwestie te są częściowo regulowane w ramach poszczególnych podsystemów ODT (ochrony zdrowia i pomocy społecznej) i dotyczą tylko aspektów objętych danym podsystemem. Odnoszą się też najczęściej do szerszych polityk, w ramach których mieści się ODT.

³⁰ Pkt 1-4: liczba pacjentów korzystających ze świadczeń w danym okresie sprawozdawczym; pkt 5-6: liczba mieszkańców domów wg stanu na koniec roku sprawozdawczego.

³¹ Jakość w opiece długoterminowej, dr Elżbieta Szałkiewicz, <https://ntm.pl/wp-content/uploads/2022/01/Jakosc-w-opiece-dlugoterminowej.pdf>.

³² <https://www.oecd.org/en/about/programmes/dg-reform/improving-the-quality-of-long-term-care-in-poland.html>.

Rysunek 12. Elementy systemu jakości w opiece zdrowotnej.



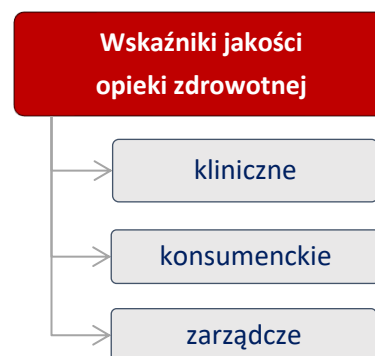
Źródło: Opracowanie MF.

Na przykład w ramach systemu opieki zdrowotnej zagadnienia w obszarze jakości są uregulowane w *ustawie z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta*³³. Zgodnie z art. 3 tej ustawy, na system jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjenta składają się elementy widoczne na rysunku obok.

Zgodnie z art. 4 ust. 1 ww. ustawy jakość w opiece zdrowotnej jest mierzona z wykorzystaniem **wskaźników**³⁴ jakości opieki zdrowotnej w zakresie obszaru klinicznego, konsumenckiego i zarządczego, jednak większość z tych wskaźników dotyczy świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego ogółem i nie uwzględnia specyfiki świadczeń ODT.

Brak jest analogicznych wskaźników w systemie pomocy społecznej.

Rysunek 13. Rodzaje wskaźników jakości opieki zdrowotnej.



Źródło: Opracowanie MF.

W okresie objętym przeglądem w zakresie jakości w ODT funkcjonowały przepisy regulujące jedynie:

- **minimalne wymagania** kadrowe, sprzętowe i lokalowe przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych (w ramach opieki zdrowotnej, finansowanych z NFZ)³⁵,
- **minimalne standardy** dla DPS-ów (lokalowe, kadrowe i w zakresie świadczonych usług bytowych, opiekuńczych, wspomagających i edukacyjnych³⁶) oraz innych instrumentów w ramach systemu pomocy społecznej,

³³ Dz.U. z 2023 r., poz. 1692.

³⁴ Określa je Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 września 2024 r. w sprawie wskaźników jakości opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2024 r., poz. 1349).

³⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (t.j. Dz. U. z 2026 r., poz. 250) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2026 r., poz. 383) – w zakresie świadczeń opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych i świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych psychiatrycznych.

³⁶ Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej, t. j. Dz.U. z 2025 r., poz. 51.

- **monitorowanie zdarzeń nadzwyczajnych / niepożądanych**

w obszarze pomocy społecznej



w obszarze opieki zdrowotnej



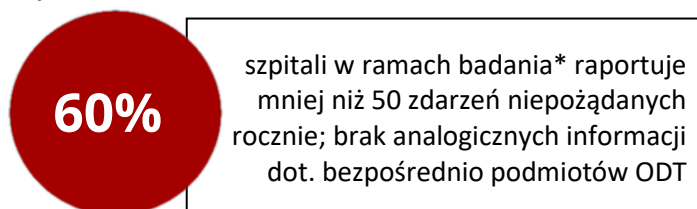
Zbiorcze, zanonimizowane informacje z **Rejestru zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych dotyczących mieszkańców DPS i placówek całodobowej opieki prowadzonych w ramach działalności gospodarczej i statutowej**, przekazywane są przez wojewodę ministrowi właściwemu ds. zabezpieczenia społecznego (art. 55c. i 68 aa ustawy o pomocy społecznej).

Brak standaryzacji definicji tych zdarzeń (poza określeniem w ustawie jakiego typu zdarzenia podlegają wpisowi do rejestru, np. upadki, samookaleczenia) – decyzja kierującego podmiotem, które zdarzenia zakwalifikuje jako zdarzenie nadzwyczajne.

Dane o zdarzeniach niepożądanych **są zbierane i monitorowane**, ale:

- **głównie w ramach wewnętrznych systemów podmiotów leczniczych** (art. 18 ust. 1 i ust. 3 pkt 5 ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta) = **nie istnieje jeden centralny rejestr** / miejsce gromadzenia i analizowania tych informacji + sądy nie mają obowiązku przesyłania nigdzie zanonimizowanych orzeczeń stwierdzających błąd medyczny,
- **oraz w ramach działań Rzecznika Praw Pacjenta** (od 2022 r. „oddolne” zgłaszanie zdarzeń przez pacjentów).

Istnieje **ustawowa definicja zdarzeń niepożądanych** w ramach systemu opieki zdrowotnej.



*zdaniem autorów cytowanego Raportu jest to liczba zaniżona, nie odzwierciedlająca rzeczywistej sytuacji.

Źródło: Raport „Gromadzenie i analiza informacji o zdarzeniach niepożądanych w polskich szpitalach”, opracowanym przez Rzecznika Praw Pacjenta w 2024 r. na podstawie badań ankietowych (odpowiedzi od 400 szpitali w jednym badaniu (ponad 41% szpitali w Polsce) i 59 w drugim).

Tymczasem, zgodnie z **ustawą z dnia 16 czerwca 2023 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw**, w przypadku zaistnienia niektórych niepożądanych zdarzeń medycznych (np. w postaci zakażenia pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym lub uszkodzenia ciała), których z wysokim prawdopodobieństwem można było uniknąć w przypadku udzielenia świadczenia zdrowotnego zgodnie z aktualną wiedzą medyczną (...) pacjentowi przysługuje **świadczenie kompensacyjne**. Świadczenie takie jest przyznawane (na drodze pozasądowej) z **Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych (FKZM)**, na wniosek skierowany do Rzecznika Prac Pacjenta.

3x

w 2023 i 2024 r. złożono łącznie 1600 wniosków do FKZM – prawie trzykrotnie więcej niż do funkcjonujących wcześniej w tym zakresie komisji wojewódzkich

Źródło: Zapis przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia (nr 83) 24 czerwca 2025 r.

Rysunek 14. Przyczyny trudności pomiaru jakości w ODT.



Źródło: Opracowanie MF.

Na poziom jakości w ODT wpływ mają głównie zasoby kadrowe, infrastrukturalne i finansowe oraz sposób ich zorganizowania, ale też inne czynniki, takie jak poziom dostępności, dostosowanie do potrzeb, podejście do sposobu udzielania opieki (holistyczne/kompleksowe lub wybiórcze), udzielanie opieki w odpowiednim czasie, zapewnienie ciągłości jej udzielania itd.

65%

ankietowanych uważa, że dostępne w Polsce usługi ODT są niewystarczające (nie odpowiadają potrzebom beneficjentów)

Źródło: Przyszłość opieki długoterminowej w Polsce, Raport z badania Sopot/Warszawa, 21 sierpnia 2023 r., załącznik nr 4 do Raportu z przeglądu strategicznego opieki długoterminowej w Polsce opracowany przez Bank Światowy w ramach kamienia milowego A69G reformy A4.6 Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO), n=1200.

Wysoka jakość opieki, zarówno bytowej jak i zdrowotnej, nie zawsze musi być równoznaczna z podwyższonymi kosztami – przeciwnie, często wyższa jakość przekłada się na mniejszą liczbę błędów, powikłań, większy poziom zadowolenia beneficjentów i w konsekwencji mniej wymagającą opiekę czy mniej inwazyjne leczenie. Za to, analogicznie, **niska jakość opieki może generować większe jej koszty dla finansów publicznych.**

Benchmark międzynarodowy

Istnieją duże **różnice w finansowaniu i organizacji** ODT w poszczególnych krajach zarówno pod względem poziomu całkowitych wydatków, ich podziału między systemy opieki społecznej i zdrowotnej, roli świadczeń rzeczowych i pieniężnych, jak i źródeł ich finansowania (np. system podatkowy lub ubezpieczeniowy).

Każde państwo ma nieco inne uwarunkowania realizacji ODT, co spowodowane jest różnicami w:	• definicjach ODT, • dynamice wzrostu obciążeń z tytułu ODT, • kryteriach dostępu do świadczeń i usług, • uwarunkowaniach społeczno-kulturowych, gospodarczych, związanych z rynkiem pracy, geograficznych, politycznych, • zasadach prowadzenia i wzajemnych związkach polityk wpływających na popyt i podaż w ramach ODT (oprócz zdrowotnej i społecznej również np. edukacyjna, migracyjna, fiskalna, transportowa, cyfrowa, innowacyjna).
--	---

Dlatego nie ma jednego, optymalnego dla wszystkich, rozwiązania problemów dotyczących finansowania opieki nad osobami wymagającymi ODT ani organizacji tego systemu. Istnieją jednak rozwiązania, które ze względu na dobre efekty lub znaczący wpływ na sytuację w obszarze ODT warte są uwagi i analizy.



W **Niemczech** ubezpieczenie pielęgnacyjne (*Pflegeversicherung*) jako samodzielny rodzaj ubezpieczenia społecznego wprowadzono już w 1995 r. Każda osoba posiadająca ustawowe ubezpieczenie zdrowotne jest automatycznie objęta także ubezpieczeniem pielęgnacyjnym na wypadek długotrwałej opieki. Wprowadzenie tej składki pozwoliło na odciążenie budżetu centralnego i budżetów samorządów i stworzenie stabilnego źródła finansowania ODT, choć w dobie aktualnych zmian demograficznych (malejąca liczba ludności w wieku produkcyjnym przy szybko zwiększającej się liczbie osób starszych i wymagających opieki) model finansowania bieżących potrzeb opiekuńczych przez obecnie pracujących, jest trudny do zbilansowania w ujęciu długoterminowym.

Kryteria dostępu w ramach niemieckiego systemu:

Osoba ubiegająca się o świadczenia opiekuńcze podlega ocenie przez powołaną w tym celu komisję lekarską, która bierze pod uwagę sześć obszarów. Każdy obszar oceniany jest wg czterostopniowej skali, a następnie przypisuje się im wagi. W zależności od oceny uzyskanej w każdym z obszarów wnioskodawca zostaje zaliczony do jednej z pięciu grup, według których różnicowana jest wartość wsparcia w postaci świadczeń pieniężnych i niepieniężnych.

- 1) mobilność,
- 2) stan umysłowy i zdolność do porozumiewania się,
- 3) kwestie behawioralne i psychologiczne,
- 4) higiena osobista,
- 5) samokontrola i zarządzanie chorobą – np. przygotowywanie i przyjmowanie leków,
- 6) życie codzienne i kontakty społeczne.

Grupy określające stopień utraty samodzielności lub sprawności:

- 1: niewielka utrata
- 2: umiarkowana utrata
- 3: zaawansowana utrata
- 4: bardzo zaawansowana
- 5: bardzo zaawansowana, wymaga szczególnej pomocy

W **Hiszpanii** każdy ma prawo do dostępu do ODT. Jest ona finansowana z budżetu centralnego i budżetów regionalnych, a także przez beneficjentów opieki, w ramach współfinansowania (w zależności od dochodu).

Uprawnienie do świadczeń z tytułu ODT nie zależy od wieku ani innych cech społeczno-ekonomicznych czy demograficznych. Dostęp do świadczeń poprzedzony jest testem potrzeb, który determinuje indywidualne potrzeby opiekuńcze i prowadzi do opracowania konkretnego planu opieki.



Tabela 8. Skala oceny potrzeb opiekuńczych (stopnia zależności) w Hiszpanii (hiszp. Baremo de Valoración de la Dependencia – BVD).

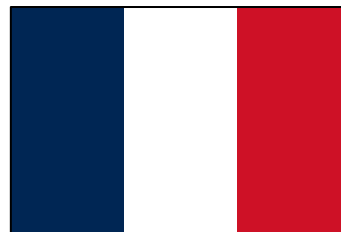
Stopień I. Umiarkowana zależność (hiszp. <i>Dependencia moderada</i>)	Gdy osoba potrzebuje pomocy w wykonywaniu kilku podstawowych czynności dnia codziennego co najmniej raz dziennie lub ma okresowe lub ograniczone potrzeby wsparcia dla swojej autonomii osobistej. Odpowiada to końcowemu wynikowi BVD od 25 do 49 punktów.
Stopień II. Znaczna zależność (hiszp. <i>Dependencia severa</i>)	Gdy osoba potrzebuje pomocy w wykonywaniu kilku podstawowych czynności dnia codziennego dwa lub trzy razy dziennie, ale nie wymaga stałego wsparcia opiekuna lub ma rozległe potrzeby wsparcia dla swojej autonomii osobistej. Odpowiada to końcowemu wynikowi BVD od 50 do 74 punktów.
Stopień III. Wysoka zależność (hiszp. <i>Gran dependencia</i>)	Gdy osoba potrzebuje pomocy w wykonywaniu kilku podstawowych czynności dnia codziennego kilka razy dziennie i, z powodu całkowitej utraty autonomii fizycznej, psychicznej, intelektualnej lub sensorycznej, potrzebuje niezbędnego i ciągłego wsparcia innej osoby lub ma ogólne potrzeby wsparcia dla swojej autonomii osobistej. Odpowiada to końcowemu wynikowi BVD od 75 do 100 punktów.

Źródło: Dekret Królewski 174/2011 z dnia 11 lutego, który zatwierdza skalę oceny sytuacji zależności ustanowioną ustawą 39/2006 z dnia 14 grudnia o promowaniu autonomii osobistej i opieki nad osobami znajdującymi się w sytuacji zależności, <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-3174>



W **Estonii** do instrumentów ODT zalicza się zarówno usługi jak i świadczenia pieniężne. Instrumenty te są świadczone w ramach pomocy społecznej dla osób wymagających pomocy w podstawowych czynnościach życia codziennego, a także osób o szczególnych potrzebach opiekuńczych. Usługi opieki świadczone przez samorząd na poziomie lokalnym obejmują usługi domowe (lub opiekę domową), usługi opiekuńcze świadczone poza domem oraz usługi asystenta osobistego. Świadczenia pieniężne i usługi można łączyć, jednak jeśli osoba wymagająca opieki ubiega się o usługę w częściowym wymiarze przysługuje jej proporcjonalna część wsparcia finansowego (świadczenia pieniężnego – zasiłku opiekuńczego). Zasiłek opiekuńczy jest pomniejszany o wartość procentową odpowiadającą wymiarowi usługi, o którą zawnioskowano. Osoba wymagająca opieki jest związana decyzją dotyczącą wymiaru zasiłku przez okres sześciu miesięcy³⁷.

We **Francji** ODT realizowana jest odrębnie przez sektor medyczny i społeczny. Potrzeby medyczne seniorów są zaspokajane w ramach ustawowego systemu ubezpieczenia zdrowotnego (SHI). SHI pokrywa świadczenia opieki zdrowotnej. System gwarantuje powszechny dostęp do dużego koszyka opieki zdrowotnej, ale zakłada odpłatność za wszystkie świadczenia, w tym za świadczenia podstawowe i opiekę długoterminową.



Na poziomie polityki społecznej od 2001 r. funkcjonuje specjalne świadczenie (*Personalised Autonomy Allowance* – tzw. APA) skierowane do osób starszych, które utraciły samodzielność w związku ze stanem fizycznym lub psychicznym. Wysokość APA zależy od stopnia autonomii i zasobów osoby starszej.

Stopień autonomii oceniany jest przez zespół medyczno-socjalny, w miejscu zamieszkania, według 6 grup, z których:

- grupa 1 = największa utrata autonomii
- grupa 6 = najniższa utrata autonomii.

APA przysługuje osobom sklasyfikowanym w stopniach od 1 do 4. Osoby starsze z grup 5 i 6 nie kwalifikują się do APA, ale mimo to mogą korzystać z usług pomocy domowej w ramach swojego systemu emerytalnego (podstawowego i uzupełniającego) lub z pomocy społecznej.

Stopień utraty autonomii mierzy się za pomocą 17 zmiennych:

- odnoszących się do utraty autonomii fizycznej i psychicznej (np. orientacja, mycie się, ubieranie się, wydalanie, poruszanie się, komunikowanie się, itp.);

³⁷ Gerli Paat-Ahi, Märt Masso, ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care Estonia, Komisja Europejska 2018, s.8.

- ilustracyjnych, dotyczących utraty autonomii domowej i społecznej. Nie są one uwzględniane w planie opieki (czas wolny, gotowanie itp.)³⁸.

APA ma za zadanie sfinansować tzw. plan opieki w miejscu zamieszkania, w którym wskazywana jest potrzebna liczba godzin opieki osobistej lub społecznej, a także innych dostosowań życiowych w celu utrzymania danej osoby w społeczności. W szczególności zasiłek może zostać przeznaczony na pokrycie wynagrodzenia pomocy domowej lub opiekuna, koszty transportu, dostawę posiłków, adaptację mieszkania do potrzeb osoby starszej. W ramach oceny sytuacji osoby starszej, mogą zostać zalecone także inne rodzaje wsparcia np. skierowane do członków rodziny tej osoby, które się nią opiekują (opiekun rodzinny).

Zasiłku APA nie można łączyć z innymi formami wsparcia osób starszych (w tym świadczeniami pieniężnymi).

³⁸ Long-term care in France, Loïc Trabut, French National Institute for Demographic Research, 2025, https://imsero.es/documents/d/global/uimp2025_loic_trabut

Wnioski i propozycje zmian w zakresie wydatków i beneficjentów ODT

Lp	Wniosek	Propozycja zmian	Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie
1	W związku z mającymi miejsce zmianami demograficznymi (malejąca liczba osób w wieku produkcyjnym, wydłużanie się przeciętnego trwania życia) zapotrzebowanie na publiczne wsparcie w ramach opieki długoterminowej będzie rosnąć, a wraz z nim koszty tej opieki (również w przypadku braku podjęcia jakichkolwiek działań). Zapewnienie długotrwałej stabilności systemu powinno brać pod uwagę możliwość zwiększenia jego dochodów.	Przeprowadzenie konsultacji z właściwymi podmiotami w zakresie potencjalnych scenariuszy wdrożenia ubezpieczenia pielęgnacyjnego.	Ministerstwo Zdrowia we współpracy z właściwymi podmiotami
2	Łączna suma kosztów rozliczonych wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, sfinansowanych przez NFZ w latach 2019–2024, wyniosła 10,9 mld zł. Koszty te wykazywały w omawianym okresie wyraźną tendencję wzrostową (poza lekkim spadkiem w 2020 r. w stosunku do 2019 r.) – od 1,2 mld zł w 2019 r. do prawie 3 mld zł w 2024 r.	Okresowa ewaluacja obecnego katalogu wyrobów medycznych.	Ministerstwo Zdrowia
3	Przewlekłe choroby układu oddechowego to jedne z najczęstszych chorób pacjentów ODT. Liczba pacjentów domowej wentylacji mechanicznej rosła od 7,7 tys. w 2019 r. do 11,9 tys. osób w roku 2024, przewiduje się dalszy jej wzrost. Liczba świadczeń (osobodni) w zakresie zespołu ODT domowej dla pacjentów dorosłych wentylowanych mechanicznie wzrosła między 2019 i 2024 r. o ponad 57%. Ok. 2 mln osób choruje na POChP, ale 60-70% przypadków pozostaje niezdiagnozowanych, co prowadzi do późnego wykrycia i skrócenia życia. POChP jest jedną z głównych przyczyn zgonów.	Ustalenie zakresu niezbędnych zmian w warunkach realizacji świadczeń gwarantowanych dla pacjentów wentylowanych mechanicznie w oparciu o dotychczasowe doświadczenia i bieżące analizy.	Ministerstwo Zdrowia
		Rozważenie wykorzystania telemonitoringu w ramach świadczeń realizowanych przez zespoły ODT domowej dla osób wentylowanych mechanicznie.	Ministerstwo Zdrowia
		Określenie przejrzystych i mierzalnych kryteriów kwalifikacji do świadczenia.	Ministerstwo Zdrowia

Lp	Wniosek	Propozycja zmian	Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie
4	Innowacyjne i cyfrowe rozwiązania w ochronie zdrowia pozwalają zwiększyć skuteczność i efektywność leczenia i opieki, jak i wykorzystania zasobów kadrowych czy infrastrukturalnych.	Opracowanie i wdrożenie standardów świadczenia usług medycznych wykorzystujących narzędzia telemedyczne	Ministerstwo Zdrowia
5	Dalszy rozwój pozainstytucjonalnych form ODT, w ramach których opiekę można zapewniać w środowisku znanym beneficjentowi - w warunkach domowych lub blisko miejsca zamieszkania	Tworzenie warunków do zwiększenia dostępu do wsparcia dla opiekunów nieformalnych osób objętych ODT (w tym psychologicznego) z wykorzystaniem dotychczasowych doświadczeń.	Organ ds. polityki senioralnej, Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
		Wsparcie funkcjonowania (utrzymania) i wyposażenia istniejących ośrodków wsparcia działających w formie dziennych domów pobytu i klubów samopomocy, powstałych w ramach rządowych programów na rzecz osób starszych, w celu ograniczania ryzyka występowania chorób otępiennych, wspierania funkcji poznawczych oraz poprawy jakości życia osób starszych.	Organ ds. polityki senioralnej
6	Ponad 95% mieszkańców DPS nie pokrywa w pełni kosztów pobytu w nim, co powoduje systemowe niedofinansowanie tych placówek obciążenie dla budżetów gmin	Poszerzenie katalogu osób zobowiązanych do odpłatności o osoby, które zostały obdarowane nieruchomością w zamian za opiekę (np. w drodze umowy dożywocia).	Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
7	Obecna konstrukcja kryteriów punktowych przy świadczeniu wspierającym wyznaczających poziom wsparcia powoduje, że różnica jednego punktu może oznaczać wsparcie o 750 zł wyższe/niższe, co oznacza duże dysproporcje we wspieraniu osób z podobnymi potrzebami	Zmiana zasad ustalania wysokości świadczenia wspierającego w kierunku likwidacji sytuacji, w której niewielka zmiana w liczbie punktów określających potrzebę wsparcia powoduje skokową zmianę w wysokości przyznanego wsparcia. Wprowadzenie zmiany powinno być neutralne dla budżetu państwa.	Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Lp	Wniosek	Propozycja zmian	Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie
8	Stwierdzono przypadki nie zapewniania dostatecznej ochrony praw beneficjenta w placówkach świadczących usługi ODT w formie stacjonarnej, co nie gwarantuje odpowiedniej jakości opieki.	Wzmocnienie nadzoru wojewodów i objęcie przez nich kontrolą przestrzegania praw człowieka oraz jakości świadczonych usług w stacjonarnych placówkach realizujących zadania w ramach ODT.	Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwo Zdrowia
9	Po otrzymaniu decyzji kierującej do DPS część osób opóźnia moment zamieszkania w DPS, co utrudnia oszacowanie faktycznego zapotrzebowania beneficjentów na ten rodzaj wsparcia.	Dokonanie zmian legislacyjnych doprecyzowujących czas faktycznej realizacji decyzji kierującej do DPS.	Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
10	Pod względem wydatków na ODT Polska zajmuje jedno z ostatnich miejsc wśród państw OECD, tymczasem do wydatków tych nie są wliczane wydatki w obszarze pomocy społecznej. Taka sytuacja powoduje, że wysokość wydatków ponoszonych przez Polskę jest wyraźnie zaniżona w porównaniach międzynarodowych w stosunku do rzeczywistej skali.	Zainicjowanie zmian w zakresie raportowanych do instytucji międzynarodowych wydatków na ODT, w sposób spójny z katalogiem instrumentów zaliczanych do ODT wskazanym przez organ ds. polityki senioralnej.	Organ ds. polityki senioralnej, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwo Zdrowia
11	Kryteria dostępu do poszczególnych instrumentów ODT są bardzo zróżnicowane. Istnieje kilka miar oceny sytuacji danej osoby, które decydują o przyznaniu konkretnego wsparcia (np. skala Barthel, ocena poziomu potrzeby wsparcia wyrażona punktowo, stopień niepełnosprawności).	Stworzenie narzędzia do oceny wszystkich potrzeb danej osoby w zakresie ODT.	Organ ds. polityki senioralnej, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwo Zdrowia
12	Obecnie nie ma standaryzacji definicji zdarzeń niepożądanych i nadzwyczajnych obowiązujących w sektorach ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Kierujący podmiotem sam podejmuje decyzje, które zdarzenia kwalifikować jako niepożądane lub nadzwyczajne.	Wypracowanie spójnego dla obszarów pomocy społecznej i ochrony zdrowia katalogu zdarzeń nadzwyczajnych wraz ze słownikiem konkretnych zdarzeń kwalifikujących się do uwzględnienia.	Organ ds. polityki senioralnej, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwo Zdrowia

Lp	Wniosek	Propozycja zmian	Podmiot odpowiedzialny za wdrożenie
13	13% gmin nie realizuje obligatoryjnych usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych. Realizacja tych zadań jest dofinansowywana z budżetu państwa w formie specjalnych programów na szczeblu administracji rządowej.	Identyfikacja przyczyn nierealizowania przez gminy obligatoryjnych usług opiekuńczych.	Organ ds. polityki senioralnej, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
14	Obecnie istniejące ramy monitorowania jakości usług i świadczeń ODT są niewystarczające.	Opracowanie zasad zbierania i analizowania danych z obszaru ODT i ewaluacji jej jakości.	Organ ds. polityki senioralnej, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwo Zdrowia
		Stworzenie spójnego systemu monitorowania jakości ODT (m.in. zdefiniowania wskaźników monitorowania jakości).	Organ ds. polityki senioralnej, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwo Zdrowia
15	Rozproszenie danych utrudnia monitorowanie sytuacji w obszarze ODT.	Wprowadzenie przepisów określających zasady monitorowania sytuacji osób potrzebujących wsparcia w postaci ODT.	Organ ds. polityki senioralnej, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwo Zdrowia
16	W nowej perspektywie UE na lata 2028 – 2034, poprzez uczestnictwo w negocjacjach ram finansowych i celów polityki spójności, Polska będzie posiadała wpływ na kształt wsparcia oraz kierunki wykorzystania środków unijnych.	Wykorzystanie nowej perspektywy UE na lata 2028 - 2034 do finansowania wybranych zagadnień priorytetowych w kontekście rozwoju ODT i jej poszczególnych podobszarów: deinstytucjonalizacji, aktywizacji seniorów, jakości usług, rozwoju kadr ODT, rozwijania innowacji w ODT.	Organ ds. polityki senioralnej, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwo Zdrowia