



Minister
Zdrowia

DLG.050.82.2025.AK
Warszawa, 18 czerwca 2025

Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu RP

Szanowny Panie Marszałku,

W odpowiedzi na interpelację nr 9480 Pana Posła Janusza Cieszyńskiego, w sprawie opieki długoterminowej i braku realizacji zapowiadanych reform, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

1. Jakie konkretne działania ministerstwo podjęło lub planuje podjąć w celu poprawy trudnej sytuacji osób oczekujących na miejsca w placówkach opieki długoterminowej?

Ministerstwo Zdrowia przeprowadziło istotny dla rozwoju opieki długoterminowej nabór dotyczący Inwestycji D4.1.1 „Rozwój opieki długoterminowej poprzez modernizację infrastruktury podmiotów leczniczych na poziomie powiatowym” w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO). Celem tej inwestycji jest modernizacja infrastruktury szpitali powiatowych poprzez wykonanie prac budowlanych lub remontowych oraz zakup sprzętu medycznego i wyposażenia niemedyceznego na rzecz utworzenia lub zwiększenia miejsc opieki długoterminowej lub geriatrycznej. Środki z KPO zostaną również przeznaczone na podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego w zakresie opieki nad osobami starszymi, w tym wymagającymi opieki długoterminowej. Wsparcie dla 97 szpitali powiatowych z całej Polski zostało przyznane w trybie konkursowym. W związku z dużym zainteresowaniem konkursem alokacja inwestycji D4.1.1 została zwiększona o 185 500 000 zł. W sumie na inwestycje w szpitalach powiatowych zostanie wydatkowane 1 480 840 000 zł do 30.06.2026 r. W wyniku realizacji przedsięwzięć w podmiotach objętych wsparciem liczba łóżek zwiększy się z 2300 do 5850, co powinno przyczynić się do poprawy dostępności do świadczeń opieki długoterminowej i geriatrycznej.

Działaniami komplementarnymi do Inwestycji D4.1.1 są działania mające na celu wsparcie rozwoju infrastruktury udzielania świadczeń opiekuńczo-leczniczych, świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielanych w warunkach stacjonarnych, ze środków Funduszu Medycznego – Subfunduszu Modernizacji Podmiotów Leczniczych (SMPL). Zgodnie z założeniami SMPL, dla obszaru dedykowanego szeroko rozumianej opiece długoterminowej czy geriatryi planuje się przeznaczyć łącznie 1 076 000 000 zł, a konkursy będą rozpisywane w latach 2026 i 2027.

2. Dlaczego, mimo zapowiedzi, opieka długoterminowa została usunięta z listy priorytetów zdrowotnych polskiej prezydencji w Unii Europejskiej?

W miejsce opieki długoterminowej zostały wskazane inne newralgiczne kwestie, co do których zapadła decyzja o uwzględnieniu wśród priorytetów prezydencji. Należy zauważyć, iż temat opieki długoterminowej już był w ostatnim czasie przedmiotem uwagi Rady Unii Europejskiej. Przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia brali udział w opiniowaniu zalecenia Rady z dnia 8 grudnia 2022 r. w sprawie dostępu do przystępnej cenowo i dobrej jakościowo opieki długoterminowej (2022/C 476/01) (Dz.U.UE.C.2022.476.1), opracowanego podczas Prezydencji Czech.

3. Czy Ministerstwo dysponuje strategią rozwoju opieki długoterminowej w Polsce? Jeśli tak, proszę o jej udostępnienie wraz z harmonogramem realizacji.

Kierunki rozwoju opieki długoterminowej zostały określone m.in. w dokumencie strategicznym pn. „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z

perspektywą do 2030”, w tym w załączniku nr 1 do ww. dokumentu pn. „Strategia deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej: osoby starsze”. Dokument pn. „Zdrowa przyszłość” przedstawia założenia działań w obszarze ochrony zdrowia, które mają przyczynić się m.in. do poprawy dostępności i jakości form opieki długoterminowej, w tym zarówno opieki stacjonarnej, jak i opieki środowiskowej. Natomiast głównym celem „Strategii deinstytucjonalizacji” jest poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem u osób starszych i ich opiekunów w środowisku lokalnym, m.in. poprzez poprawę dostępności i jakości opieki długoterminowej udzielanej w warunkach domowych i dziennych.

Zmiany systemowe w zakresie opieki długoterminowej w Polsce przewidziano także w ramach reformy A4.6 pn. „Wzrost współczynnika aktywności zawodowej określonych grup poprzez rozwój opieki długoterminowej” KPO. Reforma zakłada realizację dwóch kamieni milowych: A69G i A70G. W ramach kamienia milowego A69G został opracowany „Przegląd strategiczny systemu opieki długoterminowej w Polsce”, opublikowany w 2024 r. w Biuletynach Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia oraz Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, w którym zawarto wnioski i rekomendacje dla dalszego rozwoju opieki długoterminowej wraz z ich priorytetyzacją i proponowanymi terminami realizacji.

Na podstawie ww. dokumentu określono priorytety reformy do realizacji w ramach kamienia milowego A70G, wśród których w obszarze dotyczącym ochrony zdrowia znajdują się:

- zdefiniowanie „opieki długoterminowej”, „opiekuna nieformalnego” oraz „opieki nieformalnej” w spójny sposób w całości systemu opiekuńczego kraju (tzn. zarówno w systemie opieki zdrowotnej, jak i pomocy społecznej);
- zmiana przepisów lub przyjęcie nowych przepisów dotyczących standardów jakości opieki długoterminowej w ramach systemów pomocy społecznej i opieki zdrowotnej, w oparciu o wyniki przeprowadzonej analizy;
- wskazanie organów odpowiedzialnych za koordynację systemu opieki długoterminowej, ogół działań w zakresie monitorowania i ewaluacji jakości oraz działalność informacyjną;
- dokonanie przeglądu wydatków publicznych w celu oceny efektywności finansowania opieki długoterminowej ze środków publicznych oraz zaproponowanie rozwiązań budżetowych mających na celu zapewnienie stabilności finansowania tego systemu;
- przyjęcie dokumentu, w którym zaproponowana zostanie zharmonizowana definicja jakości opieki długoterminowej w ramach systemów opieki społecznej i opieki zdrowotnej, a także zintegrowany system monitorowania i ewaluacji jakości oraz gromadzenia i wykorzystywania danych.

W celu wsparcia realizacji ww. priorytetów reformy, od maja 2024 r. do marca 2025 r. trwały prace Grupy roboczej ds. opieki długoterminowej, utworzonej przy Międzyresortowym Zespole ds. systemowych rozwiązań związanych z opieką nad osobami starszymi. Obecnie przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia uczestniczą w pracach Grupy roboczej ds. przeglądu wydatków publicznych na opiekę długoterminową, utworzonej przy Ministrze Finansów w celu dokonania oceny efektywności finansowania tej opieki ze środków publicznych oraz zaproponowanie rozwiązań budżetowych mających na celu zapewnienie stabilności jej dalszego finansowania.

4. Jakie kroki są podejmowane w celu poprawy koordynacji działań między Ministerstwem Zdrowia a Ministerstwem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w zakresie opieki nad osobami niesamodzielnymi?

W ramach prac Grupy roboczej ds. opieki długoterminowej, działającej przy Międzyresortowym Zespole ds. systemowych rozwiązań związanych z opieką nad osobami starszymi, ustalono kierunki działań, które powinny wpłynąć na poprawę koordynacji opieki długoterminowej pomiędzy systemem ochrony zdrowia i systemem pomocy społecznej. W pracach tej Grupy uczestniczyli przedstawiciele ministerstw i instytucji zaangażowanych w realizację reformy opieki długoterminowej w ramach KPO oraz reprezentanci partnerów społecznych, działających w obszarach zadań związanych z zapewnianiem tej opieki. Większość z przeanalizowanych zagadnień i wypracowanych ustaleń dotyczyła w jakimś zakresie aspektów koordynacyjnych opieki długoterminowej. W ramach przedmiotowych prac m.in.:

- wypracowano i przyjęto definicje pojęć opieki długoterminowej, opieki nieformalnej i opiekuna nieformalnego w spójny sposób w całości systemu opiekuńczego kraju;

- wypracowano wspólny katalog instrumentów opieki długoterminowej w ramach obu systemów oraz zebrano informacje na temat ich zakresu i zasad kwalifikacji do objęcia poszczególnymi usługami i świadczeniami w ramach tej opieki;
- zebrano i przeanalizowano dane na temat potencjału poszczególnych jednostek w obu systemach w zakresie udziału w procesie koordynacji opieki długoterminowej oraz omówiono możliwe rozwiązania umożliwiające zapewnienie sprawnej i skutecznej koordynacji tej opieki;
- przeanalizowano i opisano przypadki, w których jednostki opieki zdrowotnej i pomocy społecznej powinny się komunikować i przekazywać informacje na temat osób wymagających wsparcia w ramach opieki długoterminowej oraz analizowano rozwiązania usprawniające komunikację pomiędzy oboma systemami;
- omówiono sposób informowania o poszczególnych formach wsparcia dostępnych w ramach opieki długoterminowej w obu systemach oraz zaproponowano sposoby poprawy dostępności tych informacji;
- przeanalizowano i omówiono kwestie dotyczące kryteriów kwalifikacji do poszczególnych form opieki długoterminowej w obu systemach oraz potrzebę zmian w celu zapewnienia komplementarności usług i świadczeń;
- dokonano analizy rozwiązań w zakresie zarządzania i monitorowania jakością usług i świadczeń opieki długoterminowej w obu systemach oraz przygotowano informację zbiorczą w tym zakresie mającą stanowić punkt wyjścia dla przygotowania dokumentu dotyczącego monitorowania i oceny jakości opieki długoterminowej.

W ramach kontynuacji prac przedmiotowej Grupy roboczej prowadzone są obecnie dalsze działania mające na celu wdrożenie niezbędnych zmian w ww. zakresach, w tym w pierwszej kolejności umożliwiających realizację do końca 2025 r. priorytetów reformy opieki długoterminowej określonych w kamieniu milowym A70G KPO.

5. Czy i kiedy planowane jest wdrożenie nowego, zoptymalizowanego modelu wentylacji mechanicznej domowej, przygotowanego przez AOTMiT?

W 2023 r. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji przekazała do Ministerstwa Zdrowia opracowanie analityczne dotyczące kierunków zmian w warunkach organizacji udzielania świadczeń dedykowanych pacjentom z przewlekłą niewydolnością oddechową i obturacyjnym bezdechem sennym w warunkach domowych. Prace nad nowym modelem świadczenia domowej wentylacji mechanicznej zostały wznowione i powinny zostać zakończone do końca 2025 r. poprzez wydanie rozporządzenia wprowadzającego ten model, z okresem przejściowym na dostosowanie się wszystkich świadczeniodawców do zmienionych warunków realizacji świadczeń.

6. Jakie rozwiązania Ministerstwo proponuje w celu zwiększenia roli i dostępności opieki domowej w systemie opieki długoterminowej?

Działania mające na celu zwiększenie roli i dostępności długoterminowej opieki domowej zostały określone w szczególności w „Zdrowej przyszłości” i „Strategii deinstytucjonalizacji”. Celem nadrzędnym „Strategii deinstytucjonalizacji” jest poprawa zdrowia i jakości życia związanej ze zdrowiem u osób starszych i ich opiekunów oraz wsparcie w utrzymaniu ich niezależności umożliwiającej im jak najdłuższe funkcjonowanie w środowisku lokalnym. Działania w ww. zakresie koncentrują się przede wszystkim na:

- rozwoju środowiskowych i domowych form opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz opieki nad osobami z chorobami mózgu skutkującymi zaburzeniami pamięci (w tym zaburzeniami otępiennymi);
- poszerzeniu wsparcia zdrowotnego dla opiekunów osób starszych potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

W „Strategii deinstytucjonalizacji” zawarto 6 obszarów strategicznych, w ramach których przewidziano realizację następujących zakresów działań:

- 1) Rozwój zasobów kadrowych – podniesienie kompetencji kadr opiekuńczych (opiekunów medycznych) w zakresie opieki nad osobami starszymi potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w celu wsparcia opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielanych w warunkach domowych;

- 2) Rozwój form opieki dziennej – poszerzanie form dziennej opieki medycznej, w tym dla osób z zaburzeniami otępiennymi;
- 3) Rozwój form opieki domowej – zwiększenie dostępności świadczeń opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielanych w warunkach domowych poprzez włączenie przeszkolonych w tym zakresie opiekunów medycznych do personelu udzielającego tych świadczeń;
- 4) Rozwój innowacyjnych form opieki – rozpowszechnienie usług z zakresu telemedycyny dedykowanych osobom starszym i innym osobom potrzebującym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, oraz ich włączenie do świadczeń gwarantowanych;
- 5) Wsparcie dla opiekunów nieformalnych – działania o charakterze edukacyjnym (na temat właściwej opieki nad chorym w domu), informacyjnym (na temat dostępnych form wsparcia i pomocy w sprawowaniu codziennej opieki) oraz wsparcia psychologicznego (dostępnego w środowisku lokalnym i w formie zdalnej);
- 6) Koordynacja opieki środowiskowej – zapewnienie kompleksowej bazy informacji na temat publicznie dostępnych form opieki zdrowotnej dla osób starszych oraz wsparcia zdrowotnego dla ich opiekunów nieformalnych.

7. Czy Ministerstwo planuje objęcie wszystkich pacjentów znajdujących się obecnie w domach pod respiratorami planami rzeczowo-finansowymi oddziałów wojewódzkich NFZ oraz włączenie wentylacji mechanicznej do katalogu świadczeń nielimitowanych? oraz

8. Jakie działania zostaną podjęte w celu likwidacji opóźnień w płatnościach ze strony NFZ za zrealizowane świadczenia w zakresie opieki długoterminowej?

Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej odbywa się zgodnie z postanowieniami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i przepisami:

- art. 132 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 ze zm.), zgodnie z którym wysokość łącznych zobowiązań NFZ wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu;
- § 14 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2025 r. poz. 400 ze zm.), zgodnie z którym NFZ obowiązany jest do finansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym do kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń.

Wypełniając powyższe przepisy, Oddziały Wojewódzkie NFZ na bieżąco realizują zapłatę za zrealizowane świadczenia opieki zdrowotnej do kwoty określonej w umowie.

Podkreślić należy, iż świadczenia opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcom ponad kwotę zobowiązania określoną w umowie nie stanowią zobowiązania Funduszu wynikającego z tej umowy. Rozliczanie nadwykonań w limitowanych zakresach świadczeń jest realizowane w miarę możliwości finansowych Oddziałów Wojewódzkich NFZ, w ramach środków zaangażowanych w umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, poprzez przebudowę tych umów, tj. alokację środków z zakresów świadczeń, w których odnotowano niewykonania do zakresów świadczeń, w których odnotowano nadwykonania.

Odpowiadając na pytanie dotyczące wentylacji mechanicznej domowej, uprzejmie informuję, że planowane jest podjęcie rozmów z NFZ dotyczących tego zakresu świadczeń, w celu ustalenia możliwości włączania nadwykonań do wartości umów co pół roku.

9. Czy ministerstwo planuje opracowanie standardów opieki długoterminowej? Jeśli tak, to w jakim terminie?

W ramach prac nad realizacją priorytetów reformy opieki długoterminowej w Polsce, określonych w zakresie kamienia milowego A70G KPO, przewiduje się m.in. dostosowanie przepisów prawnych w zakresie standardów jakości opieki długoterminowej w systemach ochrony zdrowia i pomocy społecznej. W celu realizacji ww. priorytetu w odniesieniu do opieki zdrowotnej, w Ministerstwie Zdrowia prowadzone są obecnie prace analityczne i koncepcyjne mające na celu wypracowanie standardów organizacyjnych dla opieki długoterminowej, zgodnie z terminami realizacji priorytetów w kamieniu milowym A70G KPO.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Jerzy Szafranowicz
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/