



# NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

DKA.430.3.2026

Nr ewid. 77/2025/P/24/056/LKA

Informacja o wynikach kontroli

## FUNKCJONOWANIE OPIEKI NAD OSOBAMI STARSZYMI Z CHOROBYMI NEURODEGENERACYJNYMI ORAZ WSPARCIE ICH OPIEKUNÓW

## MISJA

Najwyższej Izby Kontroli jest niezależna, profesjonalna kontrola zadań publicznych w interesie obywateli i państwa

p.o. Dyrektor Śląskiej Delegatury  
w Katowicach

Marcin Wesoły

*/podpisano elektronicznie/*

Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli

Jacek Kozłowski

*/podpisano elektronicznie/*

Prezes Najwyższej Izby Kontroli

Mariusz Haładyj

*/podpisano elektronicznie/*

Warszawa, luty 2026 r.

Najwyższa Izba Kontroli

ul. Filtrowa 57

02-056 Warszawa

+48 22 444 50 00

nik@nik.gov.pl

[www.nik.gov.pl](http://www.nik.gov.pl)

## SPIS TREŚCI

<b>WYKAZ SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ.....</b>	<b>5</b>
<b>1. Wprowadzenie .....</b>	<b>7</b>
<b>2. Ocena ogólna .....</b>	<b>12</b>
<b>3. Synteza .....</b>	<b>16</b>
<b>4. Wnioski .....</b>	<b>28</b>
<b>5. Ważniejsze wyniki kontroli .....</b>	<b>29</b>
5.1. Ministerstwo Zdrowia .....	29
5.2. Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej .....	43
5.3. Urzędy Marszałkowskie .....	54
5.4. Placówki podstawowej opieki zdrowotnej .....	63
5.5. Ośrodki pomocy społecznej .....	66
5.6. Organizacje pozarządowe .....	72
<b>6. Załączniki .....</b>	<b>79</b>
6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe .....	79
6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno- -ekonomicznych .....	90
6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności .....	100
6.4. Wyniki badania opinii społecznej – synteza .....	103
6.5. Wyniki badania kwestionariuszowego dotyczącego opieki nad osobami starszymi z ChND oraz wsparcia ich opiekunów .....	119
6.6. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli .....	129



## WYKAZ SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ

---

<b>całościowa ocena geriatryczna</b>	wielowymiarowy, interdyscyplinarny proces diagnostyczny prowadzony w celu identyfikacji problemów zdrowotnych i opiekuńczych, optymalizacji leczenia, planowania opieki zdrowotnej oraz poprawy sprawności funkcjonalnej i jakości życia
<b>choroby neurodegeneracyjne (ChND)</b>	na potrzeby kontroli zdefiniowano jako grupa chorób układu nerwowego, związanych z postępującym uszkodzeniem struktur i funkcji neuronów (elementów stanowiących istotę układu nerwowego)
<b>choroby otępienne (demencje)</b>	zespół objawów, takich jak problemy z pamięcią, spowolnienie myślenia i zaburzenia zachowania, może być skutkiem/objawem niektórych chorób neurodegeneracyjnych (np. choroba Alzheimera)
<b>CUS</b>	Centrum Usług Społecznych
<b>DILO, karta DILO</b>	karta diagnostyki i leczenia onkologicznego, na podstawie której świadczeniobiorca, u którego lekarz podstawowej opieki zdrowotnej albo lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych stwierdził podejrzenie nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego, ma prawo do diagnostyki onkologicznej bez skierowania.
<b>ICD-10</b>	Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (Rewizja 10) sporządzona przez Światową Organizację Zdrowia (WHO – World Health Organization)
<b>MRPiPS</b>	Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
<b>MZ</b>	Ministerstwo Zdrowia
<b>NFZ, Fundusz</b>	Narodowy Fundusz Zdrowia
<b>NPZ</b>	Narodowy Program Zdrowia
<b>Opiekun</b>	osoba bliska lub opiekun faktyczny w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581)
<b>OPS/MOPS</b>	Ośrodek Pomocy Społecznej/Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej
<b>osoba starsza</b>	osoba, która ukończyła 60. rok życia zgodnie z art. 4. pkt 1 ustawy o osobach starszych z dnia 11 września 2015 r. (Dz. U. z 2015 r. poz. 1705, ze zm.)
<b>OW NFZ</b>	Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia
<b>POZ</b>	Podstawowa Opieka Zdrowotna
<b>rozwiązania systemowe</b>	rozwiązania systemowe to całościowy, spójny i zorganizowany model (w tym przypadku) opieki nad osobami starszymi z ChND i ich opiekunami, który ma zapewnić chorym możliwie najlepszą jakość

życia oraz ujednolicić standardy pomocy w całym kraju a także odciążyć rodziny opiekujące się takimi osobami. Rozwiązania takie powinny być zintegrowane (opieka zdrowotna i opieka społeczna), zapewniać ciągłość opieki od diagnozy po opiekę paliatywną, działać w oparciu o standardy i procedury a nie inicjatywy doraźne oraz być powszechnie dostępne (niezależnie od miejsca zamieszkania czy statusu finansowego). Rozwiązania systemowe mogą funkcjonować w wielu wymiarach: zdrowotnym, opiekuńczo-społecznym, prawno-finansowym oraz edukacyjno-profilaktycznym. Aspekt zdrowotny dotyczy rozwoju wyspecjalizowanych poradni czy centrów diagnostycznych, zapewnieniu dostępu do lekarzy specjalistów (neurolog, psychiatra, geriatra), refundacji leków i terapii spowalniających chorobę, wczesnej diagnostyki oraz badań przesiewowych. W aspekcie opiekuńczo-społecznym zawiera się wsparcie dla opiekunów rodzinnych (w tym: dostęp do dziennych domów opieki, hospicjów, placówek całodobowych, rozwój opieki środowiskowej) oraz koordynacja między pomocą społeczną a systemem zdrowia. Z kolei podejście prawne i finansowe obejmuje ustawowe gwarancje praw pacjenta i opiekuna, ustalenie podmiotów odpowiedzialnych za finansowanie opieki, ulgi podatkowe czy świadczenia dla rodzin, które samodzielnie opiekują się chorymi. W aspekcie edukacyjno-profilaktycznym znajdujemy kampanie informacyjne zwiększające świadomość społeczną, edukację kadr medycznych i pracowników socjalnych, programy profilaktyczne (aktywność fizyczna, dieta, trening pamięci).

**skala VES-13 (Vulnerable Elders Survey 13)** badanie kwestionariuszowe, obejmujące samoocenę stanu zdrowia i wykonywania codziennych czynności, pomagające zidentyfikować osoby o zwiększonym ryzyku znacznego pogorszenia stanu zdrowia i sprawności funkcjonalnej

**ŚDS** Środowiskowy Dom Samopomocy

**wstępna ocena geriatryczna** badanie przesiewowe przeprowadzone na podstawie wywiadu bezpośredniego, uwzględniające skalę VES-13, badanie fizykalne i badania laboratoryjne, mające na celu stwierdzenie potrzeby objęcia danej osoby szczególną opieką geriatryczną

# 1. WPROWADZENIE

## Pytanie definiujące cel główny kontroli

Czy osobom starszym z ChND zapewniono prawidłową opiekę zdrowotną i socjalną, a ich opiekunom skuteczne wsparcie?

## Pytania definiujące cele szczegółowe kontroli

Czy zostały wypracowane odpowiadające istniejącym potrzebom systemowe oraz regionalne rozwiązania prawne i organizacyjne w zakresie opieki zdrowotnej oraz usług społecznych dla osób starszych z ChND oraz wsparcia ich opiekunów?

Czy zadania w zakresie opieki zdrowotnej oraz usług społecznych na rzecz osób starszych z ChND oraz wsparcia ich opiekunów realizowane były prawidłowo i czy planowane efekty tych działań zostały osiągnięte?

Treść wszystkich pytań definiujących szczegółowe cele kontroli zamieszczono w pkt 6.1 *Metodyka kontroli i informacje dodatkowe*

Wydłużająca się systematycznie długość życia oraz ciągłe zmiany w strukturze demograficznej ludności stawiają przed społeczeństwem nowe wyzwania. Odpowiedzialne państwo powinno zaprojektować politykę społeczną wobec osób starszych oraz wdrożyć rozwiązania, które zapewnią godną, bezpieczną i aktywną starość. Rozwiązania skierowane do tej grupy osób niezbędne są w szczególności w ramach opieki zdrowotnej, zważywszy, że wraz ze starzeniem się częściej pojawiają się choroby, które mają charakter przewlekły i postępujący. Otepienie przynależy do grupy chorób mózgu, powoduje długoterminowe i często postępujące obniżenie zdolności myślenia i zapamiętywania (a także inne objawy jak zaburzenia emocjonalne, kłopoty z komunikacją i językiem oraz utratę aktywności), które są na tyle poważne, że utrudniają, a często uniemożliwiają prawidłowe funkcjonowanie.

W literaturze jako metrykalny próg starości przyjmuje się najczęściej 60 (Światowa Organizacja Zdrowia<sup>1</sup>) lub 65 lat (ONZ, Eurostat). Zgodnie z kryterium ONZ za starą uznaje się populację, w której udział ludności w wieku 65 lat i więcej przekracza 7%. Odsetek powyżej 10% oznacza fazę zaawansowanej starości<sup>2</sup>.

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego<sup>3</sup> z lat 2018–2025 (stan na 30 czerwca 2025 r.)<sup>4</sup> w Polsce obserwowany jest nasilający się proces starzenia społeczeństwa, czyli zwiększenia odsetka osób starszych przy jednoczesnym zmniejszaniu odsetka dzieci. Wyniki opracowanej przez GUS „Prognozy ludności na lata 2023–2060” wskazują na wyraźny ubytek ludności Polski do 2060 r. W scenariuszu średnim przewiduje się spadek do 30,9 mln osób (natomiast w scenariuszach alternatywnych odpowiednio do 26,7 mln w niskim oraz do 34,8 mln w wysokim). Proces starzenia się ludności będzie postępował, co oznacza wzrost odsetka osób w wieku 60 lat i więcej oraz duży spadek liczby dzieci i młodzieży (0–17 lat). Jedynie w scenariuszu wysokim przewiduje się utrzymanie liczby osób poniżej 18 lat na poziomie zbliżonym do 2022 r.<sup>5</sup>

<sup>1</sup> World Health Organization; dalej: „WHO”.

<sup>2</sup> „Prognoza ludności na lata 2014–2050”, Główny Urząd Statystyczny, Studia i analizy statystyczne, Warszawa 2014.

<sup>3</sup> Dalej: „GUS”.

<sup>4</sup> <https://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/Tables.aspx>; dostęp: 20 października 2025 r.

<sup>5</sup> Na koniec 2023 r. liczba osób w wieku 60 lat i więcej wyniosła 9,9 mln i w stosunku do 2022 r. zwiększyła się o 1,0%. Udział osób starszych w populacji mieszkańców Polski osiągnął poziom 26,3%, co oznacza wzrost o 0,4 p. proc. w porównaniu do roku poprzedniego. „Prognoza ludności na lata 2023–2060” („Tabela 1 – Ludność według płci i pojedynczych roczników wieku”) Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2023.

**Jednostki kontrolowane**

Ministerstwo Zdrowia  
 Ministerstwo Rodziny,  
 Pracy i Polityki Społecznej  
 Trzy Urzędy  
 Marszałkowskie  
 Trzy placówki  
 podstawowej opieki  
 zdrowotnej  
 Trzy ośrodki pomocy  
 społecznej  
 Trzy organizacje  
 pozarządowe

**Jednostki objęte  
badaniem  
kwestionariuszowym**

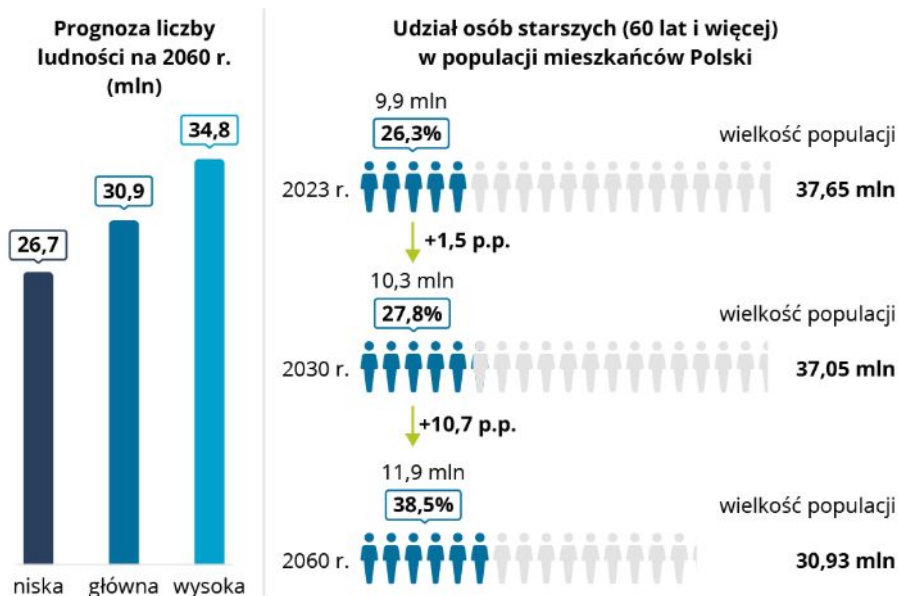
Gminy z terenu trzech  
 województw  
 Miejskie i powiatowe  
 komendy Państwowej  
 Straży Pożarnej z terenu  
 trzech województw  
 Miejskie i powiatowe  
 komendy Policji z terenu  
 trzech województw

**Okres objęty kontrolą**

Lata 2022–2024,  
 z wykorzystaniem  
 dowodów sporządzonych  
 przed tym okresem,  
 o ile miały wpływ  
 na działalność jednostki  
 w zakresie objętym  
 kontrolą.

**Infografika 1**

Prognozowana liczba i wiek ludności w Polsce



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych zawartych w dokumencie GUS p.n. „Prognoza ludności na lata 2023–2060”.

Zgodnie z szacunkami Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju<sup>6</sup> odsetek ludności w Polsce w wieku 65 lat i więcej wzrośnie względem 2021 r. i wynosić będzie w 2050 r. ponad 30% populacji ludności (w 2021 r. 18,8%), a odsetek ludności w wieku 80+ jest szacowany na ok. 10% (w 2021 r. 4,4%)<sup>7</sup>.

Choroby neurozwyrodnieniowe/ChND to grupa wrodzonych lub nabytych chorób układu nerwowego, związanych z postępującym uszkodzeniem struktur i funkcji neuronów. Należą do nich choroby częste, takie jak choroba Alzheimera (*Alzheimer's Disease* – AD) – wśród 100 tys. populacji na świecie dotykająca 600 osób, choroba Parkinsona (*Parkinson's Disease* – PD) – dotykająca od 100 do 200 osób w ramach ww. populacji, otępienie czołowo-skroniowe (*Frontotemporal Dementia* – FTD) – dotykająca od 15 do 22 osób ww. populacji oraz choroby rzadkie, takie jak choroba Huntingtona (*Huntington Disease* – HD) – dotykająca ok. 6 osób czy stwardnienie boczne zanikowe (*Sclerosis Lateralis Amyotrophica* – SLA) – dotykające 3,9 osoby ww. populacji<sup>8</sup>.

<sup>6</sup> Dalej: „OECD”.

<sup>7</sup> Publikacja pn. „Zdrowie w skrócie 2023” – [https://www.oecd.org/en/publications/2023/11/health-at-a-glance-2023\\_e04f8239/full-report/demographic-trends\\_e7faed7b.html#figure-d1e34657-671d8537be](https://www.oecd.org/en/publications/2023/11/health-at-a-glance-2023_e04f8239/full-report/demographic-trends_e7faed7b.html#figure-d1e34657-671d8537be)

<sup>8</sup> Dane z portalu *Neurologia Praktyczna* – portal dla lekarzy neurologów i lekarzy medycyny ogólnej, zainteresowanych aktualnymi problemami z zakresu neurologii oparty na najciekawszych publikacjach naukowych. Źródło: *Jakość życia opiekunów osób cierpiących na choroby neurozwyrodnieniowe* – 2018 r.

W początkowych stadiach choroby neurodegeneracyjnej przeważają zaburzenia poznawcze (AD, FTD, HD) lub ruchowe (PD, SLA, HD), natomiast na zaawansowanym etapie objawy mogą współwystępować. Wraz z nasileniem symptomów pacjenci wymagają przewlekłej opieki i pomocy osób trzecich, czyli opiekunów<sup>9</sup>. Świadczenie opieki wymaga zazwyczaj konieczności stałego, często całodobowego przebywania w domu z osobą chorą. Obejmuje różne rodzaje wsparcia: od pielęgnacji osobistej i wykonywania zadań domowych po wsparcie emocjonalne. Opieka związana jest z dużą odpowiedzialnością, a jej średni czas trwania wynosi około 5 lat. Z tego względu nieformalna opieka nad chorym może być istotnym czynnikiem stresowym, który wraz z jego przewlekłym charakterem i nieznanym czasem trwania wiąże się z negatywnymi konsekwencjami dla fizycznego i psychicznego samopoczucia opiekuna<sup>10</sup>. Nieformalni opiekunowie to zwykle członkowie rodziny, istotnie częściej kobiety (żony i córki) w wieku 45–65 lat, bez stałego zatrudnienia lub zatrudnione w niepełnym wymiarze czasu pracy.

Problematyka związana z chorobą Alzheimera jako jednej z najczęściej występujących ChND, została skontrolowana przez Najwyższą Izbę Kontroli w 2016 r. w ramach kontroli nr P/16/067 przeprowadzonej w temacie „Opieka nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera oraz wsparcie dla ich rodzin”. Na potrzeby tej kontroli, na zlecenie NIK zostało przeprowadzone badanie opinii publicznej w temacie „Społeczna świadomość na temat choroby Alzheimera oraz ocena sytuacji chorych na chorobę Alzheimera i ich opiekunów”<sup>11</sup>, które miało na celu sprawdzenie wśród ogółu społeczeństwa stanu wiedzy na temat choroby Alzheimera, zdiagnozowanie zakresu, w jakim Polacy mają styczność z tą chorobą oraz przedstawienie opinii i doświadczeń osób starszych oraz ich opiekunów związanych z profilaktyką, dostępnością i jakością jej leczenia w Polsce. Wyniki tego badania wskazały m.in. na brak dostatecznego wsparcia ze strony państwa oraz instytucji publicznych dla chorych na Alzheimera oraz ich opiekunów, bowiem w opinii ok. 60% ankietowanych osób, chorzy i ich opiekunowie byli pozostawieni sami sobie. Wyniki badania opinii społecznej znalazły odzwierciedlenie w ustaleniach ww. kontroli NIK, w ramach której stwierdzono, że w ramach funkcjonującego w Polsce powszechnego systemu opieki zdrowotnej nie stworzono narzędzi dla

---

<sup>9</sup> Opiekunowie chorych są definiowani jako osoby spokrewnione lub niespokrewnione, które mają określony związek z chorym poprzez wzajemne uczucie i zaangażowanie w opiekę.

<sup>10</sup> <https://neurologia-praktyczna.pl/a5453/Choroby-neurozwyrodnieniowe-opieka-nad-pacjentami.html/>; dostęp: 20 października 2023 r.

<sup>11</sup> Badanie przeprowadzone na zlecenie NIK przez TNS Polska w 2016 r. Objęło 1066 osób w zakresie społecznej świadomości nt. choroby Alzheimera, 457 osób odnośnie profilaktyki zdrowotnej dla społeczeństwa w wieku 50+ oraz 202 opiekunów osób chorych na Alzheimera w zakresie ich doświadczeń podczas sprawowania opieki nad chorymi.

skutecznego i efektywnego rozwiązywania problemów osób z chorobą Alzheimera oraz ich rodzin. Z kolei w ramach systemu opieki społecznej, chorzy ci korzystali z narzędzi i zasobów standardowo stosowanych wobec ogółu osób starszych, nieuwzględniających w pełni specyficznych potrzeb tego środowiska<sup>12</sup>. Wobec przedstawionych wyżej ustaleń, NIK sformułowała<sup>13</sup> m.in. wniosek pokontrolny o podjęcie przez Ministra Zdrowia, w ścisłej współpracy z Ministrem Rodziny Pracy i Polityki Społecznej<sup>14</sup> działań, mających na celu wypracowanie i wdrożenie rozwiązań pozwalających na skuteczne rozwiązywanie problemów zdrowotnych i opiekuńczych osób z chorobą Alzheimera, w tym w szczególności:

- 1) zabezpieczenie dostępu do wiarygodnych danych w celu poznania skali zjawiska oraz problemów osób chorych i ich opiekunów,
- 2) opracowanie i wdrożenie standardów dotyczących wczesnego wykrywania symptomów choroby Alzheimera oraz standardów postępowania leczniczego i opiekuńczego wobec osób chorych.

Minister RPiPS w swoim stanowisku do powyższych wniosków wyraził gotowość do współpracy z Ministrem Zdrowia w szczególności w zakresie pozyskiwania danych dotyczących wsparcia osób dotkniętych chorobą Alzheimera<sup>15</sup>. Z kolei Minister Zdrowia zadeklarował przeprowadzenie szczegółowej analizy co do możliwości podjęcia inicjatyw przeznaczonych w sposób szczególny dla osób z chorobami otępiennymi, w tym Alzheimera lub ich opiekunów. Odnośnie drugiego z powyższych wniosków Minister Zdrowia poinformował o podjęciu działań polegających na przesłaniu do towarzystw naukowych zapytań o istniejące w Polsce wytyczne/standardy w zakresie profilaktyki i leczenia chorób otępiennych lub możliwości przetłumaczenia i zaadaptowania zagranicznych standardów do warunków polskiego systemu ochrony zdrowia<sup>16</sup>. Przedstawił również opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji negującą wykonywanie badań przesiewowych w kierunku chorób otępiennych u osób nieposiadających objawów ze względu na niesatysfakcjonującą czułość i swoistość dostępnych testów.

W odpowiedziach na zapytania NIK o stan realizacji wniosków pokontrolnych<sup>17</sup> Minister Zdrowia wskazywał szereg działań polegających

---

<sup>12</sup> Informacja o wynikach kontroli „Opieka nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera oraz wsparcie dla ich rodzin” z 2017 r. – str. 14–16. [https://www.nik.gov.pl/kontrolne/wyniki-kontroli-nik/pobierz\\_lka~p\\_16\\_067\\_201606220608071466575687-01.typ,kk.pdf](https://www.nik.gov.pl/kontrolne/wyniki-kontroli-nik/pobierz_lka~p_16_067_201606220608071466575687-01.typ,kk.pdf)

<sup>13</sup> Informacja o wynikach kontroli „Opieka nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera oraz wsparcie dla ich rodzin” – str. 20. (link w przypisie nr 7).

<sup>14</sup> Dalej: „Minister RPiPS”.

<sup>15</sup> Stanowisko z dn. 19 kwietnia 2017 r. przedstawione w Informacji pokontrolnej P/16/067.

<sup>16</sup> Stanowisko z dn. 21 kwietnia 2017 r. przedstawione w Informacji pokontrolnej P/16/067.

<sup>17</sup> Pisma z dnia: 20 września 2017 r., 18 października 2018 r., 29 lipca 2019 r. 30 kwietnia 2021 r. i 8 kwietnia 2022 r.

przede wszystkim na analizie możliwości organizacyjnych i finansowych MZ w kontekście zapewnienia osobom z ChND kompleksowej opieki. Poinformował o współpracy międzyresortowej, której efektem było opracowanie założeń do dokumentu strategicznego pn. „Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. BEZPIECZEŃSTWO-UCZESTNICTWO-SOLIDARNOŚĆ”. Ponadto poinformował o decyzji dotyczącej zaprojektowania w 2022 r. programu pilotażowego z zakresu wczesnej diagnostyki zaburzeń otępiennych oraz deklaracji opracowania wspólnie ze Światową Organizacją Zdrowia do końca 2022 r. dokumentu wyznaczającego kierunki działań dedykowanych osobom z demencją.

## 2. OCENA OGÓLNA

Niezapewnienie systemowej, skoordynowanej opieki zdrowotnej i społecznej dedykowanej osobom starszym z ChND oraz skutecznego wsparcia dla ich opiekunów

**Osoby starsze z chorobami neurodegeneracyjnymi (ChND), jak i ich opiekunowie nadal są zdani na własne siły w poszukiwaniu i uzyskiwaniu adekwatnej opieki zdrowotnej oraz socjalnej.**

**Stan zdrowia i komfort życia, jak też zakres i jakość otrzymywanego wsparcia w największym stopniu zależą od miejsca zamieszkania, zaangażowania lekarzy POZ, aktywności jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych, w małym natomiast stopniu wynikają z funkcjonowania jednolitych, gwarantowanych rozwiązań systemowych, odpowiadających specyficznym potrzebom tej grupy osób.**

**Ma to miejsce w warunkach szybkiego starzenia się społeczeństwa, pomimo deklaracji o podejmowaniu właściwych działań, wielokrotnie składanych przez osoby odpowiedzialne za ochronę zdrowia i opiekę socjalną.**

**Kształtowaniu wspierających postaw wobec chorych i ich bliskich również nie przypisywano istotnego znaczenia.**

Podejmowane w ostatnich latach inicjatywy programowe<sup>18</sup>, w tym prace nad projektem „Krajowego Programu Działań wobec Chorób Otepiennych na lata 2025–2030”<sup>19</sup> oraz uregulowania dotyczące opieki długoterminowej, nie doprowadziły, do zakończenia kontroli NIK, do wypracowania i skutecznego wdrożenia jednolitego modelu opieki nad osobami starszymi z ChND. NIK wskazuje przy tym, że prace nad ww. Programem (którego realizacja ma służyć poprawie jakości życia chorych oraz wsparciu ich opiekunów) zintensyfikowano dopiero w toku kontroli NIK<sup>20</sup>, pomimo iż Minister Zdrowia przyjął do realizacji wnioski w tym zakresie sformułowane

<sup>18</sup> Zadania uwzględniające działania wobec osób starszych z chorobami otepiennymi były ujęte w: (1) „Polityce społecznej wobec osób starszych” przyjętej uchwałą Nr 161 Rady Ministrów z dnia 26 października 2018 r. w sprawie przyjęcia dokumentu „Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. BEZPIECZEŃSTWO-UCZESTNICTWO-SOLIDARNOŚĆ” (M.P. poz. 1169) – dalej: „Polityka społeczna wobec osób starszych”. (2) „Narodowym Programie Zdrowia na lata 2021–2025”, przyjętym rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 (Dz. U. poz. 642) – dalej: „NPZ” oraz (3) dokumencie „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.”, stanowiącym załącznik do uchwały nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r., wydanej na podstawie ustawy z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz. U. 2025 poz. 198) – dalej: „Zdrowa Przyszłość”.

<sup>19</sup> Dalej: „KPDwCO”.

<sup>20</sup> Tj. w 2024 r.

przez NIK już w 2017 r.<sup>21</sup> W konsekwencji Program ten<sup>22</sup> został uchwalony przez Radę Ministrów dopiero w dniu 11 grudnia 2025 r.<sup>23</sup>, a jego realizacja wymaga różnorodnych działań o charakterze analitycznym, legislacyjnym, organizacyjnym, informacyjnym i badawczym, koordynowanych w szczególności przez instytucje administracji publicznej<sup>24</sup>.

**Minister Zdrowia** nie wdrożył szeregu rozwiązań służących poprawie funkcjonowania ww. grupy osób, tj.:

- zrezygnował (jeszcze przed rozpoczęciem) z wdrożenia opracowanego w 2022 r. programu pilotażowego wczesnego wykrywania zaburzeń otępiennych u świadczeniobiorców po 60. roku życia z podejrzeniem deficytu funkcji poznawczych, uzasadniając to koniecznością przeformułowania jego pierwotnych założeń;
- nie włączył świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w Dziennych Domach Opieki Medycznej do koszyka świadczeń gwarantowanych;
- nie opracował standardów opieki dla osób z zespołami otępiennymi (w tym opieki domowej);
- nie włączył opiekunów medycznych do personelu udzielającego świadczeń gwarantowanych w ramach opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielanych w warunkach domowych;
- nie opracował standardu Dziennych Centrów Wsparcia Pamięci;
- nie opracował kompleksowej informacji na temat systemu wsparcia zdrowotnego dla osób starszych i ich opiekunów oraz systemu jej aktualizacji;
- nie powołał Krajowej Rady do Spraw Opieki Geriatrycznej, co może skutkować niewdrożeniem rozwiązań ujętych w ustawie o szczególnej opiece geriatrycznej, m.in. w zakresie powołania „Centrów Zdrowia 75+”.

Minister Zdrowia nie zapewnił również realizacji działań edukacyjnych oraz informacyjnych podnoszących świadomość przedstawicieli zawodów medycznych, jak również służb publicznych oraz zawodów niemedycznych w zakresie zaspokojenia potrzeb i zapewnienia bezpieczeństwa osobom starszym i osobom z ChND. Wyniki przeprowadzonego przez NIK badania ankietowego wśród 439 gmin oraz 70 komend policji i państwowej straży

<sup>21</sup> Wnioski sformułowano w Informacji o wynikach kontroli P/16/067 „Opieka nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera oraz wsparcie dla ich rodzin” – NIK wnioskuje m.in. o opracowanie i wdrożenie standardów dotyczących wczesnego wykrywania symptomów choroby Alzheimera oraz standardów postępowania leczniczego i opiekuńczego wobec osób chorych. Ponadto w uchwalonym w 2018 r. przez Radę Ministrów dokumencie „Polityka społeczna wobec osób starszych”, Minister Zdrowia został zobowiązany, we współpracy m.in. z Ministrem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, do opracowania programu działań skierowanych do osób starszych chorych na choroby otępienne.

<sup>22</sup> Ostatecznie program przyjęto pod nazwą „Krajowy Program Działań wobec Chorób Otępiennych, polityka publiczna do roku 2030”;

<sup>23</sup> Uchwała Nr 173 Rady Ministrów z 11 grudnia 2025 r. w sprawie „Krajowego Programu Działań wobec Chorób Otępiennych, polityki publicznej do roku 2030” (M.P. poz. 1276).

<sup>24</sup> Zgodnie z zasadami monitorowania realizacji programu.

pożarnej<sup>25</sup> wykazały tymczasem istotne braki w przeszkoleniu służb straży gminnej/miejskiej oraz funkcjonariuszy policji i państwowej straży pożarnej w tym zakresie.

Zainicjowane przez **Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej** rządowe programy nie uwzględniały rozwiązań nakierowanych na rozwiązywanie specyficznych problemów chorych na ChND oraz ich opiekunów i nie miały gwarancji ciągłości realizacji i stabilnego finansowania. Dostęp do części z nich był ponadto ograniczony np. wymogiem orzeczenia o niepełnosprawności, którego uzyskiwanie napotyka na organizacyjne bariery, czy też wymogami dotyczącymi wieku, wykluczającymi dostęp do świadczeń osób młodszych niż zakładają przepisy.

**Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej**, z nielicznymi wyjątkami, nie dokonywali oceny stanu funkcji poznawczych pacjentów w wieku senioralnym, co potwierdziły badania społeczne<sup>26</sup>, w toku których zaledwie 12% r.<sup>27</sup> respondentów potwierdziło przeprowadzenie takiego badania związanego z zaburzeniami pamięci. W trakcie badań lekarze POZ nie korzystali również ze standaryzowanych skal/testów/prób.

Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej nie przeprowadzali też wstępnej oceny geriatrycznej, z powodu czasochłonności takich badań oraz braku konieczności wystawiania skierowań do „Centrów Zdrowia 75+”, które nie powstały w województwach objętych kontrolą.

Stan taki sprzeczny jest z oczekiwaniami społecznymi<sup>28</sup> - na konieczność przeprowadzania badań przesiewowych wykrywających objawy choroby Alzheimera wśród osób w wieku 60. i więcej lat wskazała bowiem zdecydowana większość respondentów.

**Wyniki kontroli NIK wskazują na istniejące bariery dla lepszej realizacji funkcji państwa w badanym obszarze, mianowicie:**

- brak współpracy Ministra Zdrowia oraz Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej przy tworzeniu i wdrażaniu rozwiązań wobec chorych na ChND;
- brak koordynacji działań w zakresie opieki zdrowotnej i pomocy społecznej;

<sup>25</sup> Z terenu trzech województw objętych niniejszą kontrolą.

<sup>26</sup> W toku niniejszej kontroli w 2024 r. na zlecenie NIK przeprowadzono badanie *Społeczna świadomość na temat ChND w tym choroby Alzheimera oraz ocena sytuacji chorych na chorobę Alzheimera i ich opiekunów*, którego wyniki porównano z wynikami badania społecznego przeprowadzonego w toku kontroli NIK w 2016 r. Liczba respondentów w badaniu z 2024 r. wyniosła 1524 osoby, a w badaniu z 2016 r. 1725 osób.

<sup>27</sup> W 2016 r. przeprowadzenie takich badań przez lekarza POZ potwierdziło 5% ankietowanych.

<sup>28</sup> W dziesięciostopniowej skali punktowej ankietowani ocenili taką potrzebę na 8,72 w 2016 r., natomiast w 2024 r. na 8,99.

- brak wczesnej diagnostyki ChND;
- niedostateczne wsparcie dla opiekunów spokrewnionych i niespokrewnionych z pacjentem, będących filarem codziennej opieki nad osobami z ChND w Polsce.

Ustalenia kontroli NIK potwierdzają również opinie Konsultantów Krajowych<sup>29</sup>, którzy wskazywali na wszystkie powyższe niedobory.

**Deficyty te znajdują odzwierciedlenie w wynikach badań społecznych przeprowadzonych na zlecenie NIK w 2024 r., według których w porównaniu z 2016 r. z 59% do 76% wzrósł odsetek osób oceniających, że chorzy na Alzheimera oraz ich opiekunowie są pozostawieni bez wsparcia. Ankietowani zwrócili również uwagę na trudności w dostępie do: ośrodków opieki całodobowej, domów pomocy społecznej oraz leczenia w zakładach opiekuńczo-leczniczych.**

---

<sup>29</sup> W toku kontroli NIK pozyskano informacje od Konsultantów Krajowych w Dziedzinie: Geriatrii, Pielęgniarstwa Geriatrycznego, Pielęgniarstwa Opieki Długoterminowej, Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej.

### 3. SYNTEZA

**Do kwietnia 2024 r. brak międzyresortowej współpracy, skutkujący opóźnieniem we wdrożeniu programu działań skierowanych do osób starszych chorych na choroby otępienne**

Rada Ministrów już w 2018 r. w dokumencie strategicznym „Polityka społeczna wobec osób starszych” zobowiązała Ministra Zdrowia, we współpracy m.in. z Ministrem RPiPS<sup>30</sup>, m.in. do opracowania<sup>31</sup> *programu działań skierowanych do osób starszych chorych na choroby otępienne*. Jednocześnie wskazano w niej, że *w związku z wysoką liczbą zachorowań wśród osób starszych na choroby otępienne, działania skierowane do tych osób, a także do całego społeczeństwa, muszą stanowić jedno z kluczowych działań polityki społecznej wobec osób starszych*. Tymczasem do kwietnia 2024 r. nie nawiązano w tym zakresie współpracy między resortami. Należy podkreślić, iż Minister RPiPS oprócz funkcji podmiotu współpracującego w realizacji powyższego zadania nie wywiązywał się rzetelnie z zadań podmiotu zobowiązanego do monitorowania realizacji całej Polityki społecznej wobec osób starszych. Współpraca taka została nawiązana dopiero po powołaniu w 2024 r. Międzyresortowego Zespołu do spraw systemowych rozwiązań związanych z opieką nad osobami starszymi<sup>32</sup>, skutkiem czego na koniec kontroli NIK program<sup>33</sup> ten wciąż pozostawał w trakcie uzgodnień społecznych i międzyresortowych, mimo iż miał obowiązywać już od 2025 r. Wskutek powyższego nie realizowano założonych od tego roku zadań uznanych w projekcie tego programu za istotne, a dotyczących zwiększenia świadomości i wiedzy społeczeństwa na temat chorób otępiennych, w tym ich objawów, znaczenia wczesnej diagnozy, a także: kształtowania wspierających postaw wobec chorych i ich bliskich; prowadzenia działań wspierających profilaktykę chorób otępiennych; zwiększenia dostępu do diagnostyki, w szczególności na wczesnym etapie choroby otępiennej; zwiększenia dostępu do leczenia, opieki na każdym z etapów chorób otępiennych dla osób chorych; prowadzenia działań wspierających opiekunów nieformalnych osób z chorobami otępiennymi; gromadzenia oraz monitorowania danych na temat chorób otępiennych oraz inicjowania i wspierania badań naukowych w zakresie chorób otępiennych. [str. 32, 44]

<sup>30</sup> Pełniącym również rolę koordynatora całej „Polityki społecznej wobec osób starszych”.

<sup>31</sup> W latach 2018–2025.

<sup>32</sup> Powołany Zarządzeniem nr 30 Prezesa Rady Ministrów z dnia 22 marca 2024 r. w sprawie Międzyresortowego Zespołu do spraw systemowych rozwiązań związanych z opieką nad osobami starszymi – M.P. poz. 224; dalej: „Zarządzenie nr 30 PRM w sprawie Międzyresortowego Zespołu”. Przewodniczącą Zespołu była Minister do Spraw Polityki Senioralnej.

<sup>33</sup> Projekt opracowany w ramach realizacji działania szczegółowego II.3. „Opracowanie programu działań skierowanych do osób starszych chorych na choroby otępienne” ujętego w Polityce społecznej wobec osób starszych (Obszar II „Zapewnienie optymalnego dostępu do usług zdrowotnych, rehabilitacyjnych i opiekuńczo-pielęgnacyjnych, dostosowanych do potrzeb niesamodzielnych osób starszych” w grupie „Obszarów uwzględniających działania wobec niesamodzielnych osób starszych”). Ramy czasowe obowiązywania programu określono na lata 2025–2030.

**Brak rozwiązań  
dedykowanych  
w zakresie opieki  
zdrowotnej dla osób  
starszych z ChND  
oraz wsparcia  
ich opiekunów**

Minister Zdrowia w ograniczonym zakresie korzystał z przysługujących mu kompetencji w zakresie tworzenia i realizacji polityki zdrowotnej państwa, w odniesieniu do grupy osób starszych w tym z ChND, ponieważ do zakończenia kontroli NIK nie podjął skutecznych działań na rzecz wypracowania rozwiązań ukierunkowanych na tę grupę osób, mimo iż do takiego działania został zobowiązany przez Radę Ministrów w dokumentach strategicznych takich jak NPZ, Polityka społeczna wobec osób starszych i Zdrowa przyszłość. Wypracowanie rozwiązań w zakresie opieki zdrowotnej dla osób starszych z ChND było także zalecane przez Parlament Europejski oraz Światową Organizację Zdrowia. Przyjęcie „Krajowego Programu Dzień wobec Chorób Otepiennych, polityki publicznej do roku 2030” nastąpiło dopiero 11 grudnia 2025 r. [str. 29]

**Ograniczona realizacja  
przez Ministra Zdrowia  
zadań wynikających  
z dokumentów  
strategicznych**

Minister Zdrowia nie zapewnił realizacji części zadań określonych w ww. dokumentach strategicznych, tj. w Polityce społecznej wobec osób starszych, NPZ oraz w dokumencie Zdrowa Przyszłość.

Nie opracowano standardów opieki dla osób z zespołami otępiennymi, w tym opieki domowej, a więc nie zrealizowano działania ujętego w Polityce społecznej wobec osób starszych. W ramach NPZ Minister Zdrowia zapewnił realizację tylko części przypisanych mu zadań dotyczących m.in. osób starszych z ChND<sup>34</sup>. Spośród działań wymienionych w dokumencie Zdrowa przyszłość, dla których MZ było koordynatorem, ukierunkowanych m.in. na opiekę zdrowotną wobec niesamodzielnych osób starszych oraz ich opiekunów opracowano standardy i modele telemedyczne w sześciu dziedzinach medycyny (w tym w geriiatrii, psychiatrii i chorobach przewlekłych) a także zrealizowano programy pilotażowe procedur telemedycznych pod względem możliwości rozszerzenia koszyka świadczeń gwarantowanych, podpisując i realizując do końca 2024 r. umowy dotyczące projektów pilotażowych w pięciu dziedzinach medycyny (w tym w geriiatrii, psychiatrii i chorobach przewlekłych). Minister Zdrowia nie zapewnił natomiast realizacji czterech zadań ujętych w dokumencie Zdrowa Przyszłość, tj. dotyczących włączenia świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w Dziennych Domach Opieki Medycznej do koszyka świadczeń gwarantowanych, opracowania *standardu Dziennych Centrów Wsparcia Pamięci*, włączenia opiekunów medycznych do personelu udzielającego świadczeń gwarantowanych w ramach opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielanych w warunkach domowych oraz opracowania kompleksowej informacji na temat

---

<sup>34</sup> W ramach celów operacyjnych ujętych w NPZ, Minister Zdrowia powinien zrealizować m.in. zadania służące realizacji celu operacyjnego nr 5 Wyzwania demograficzne, w tym m.in. zadania nr 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11,12, z których realizowano siedem a nie zrealizowano trzech (nr 6, 7, 9).

systemu wsparcia zdrowotnego dla osób starszych i ich opiekunów oraz systemu jej aktualizacji. [str. 40]

Minister Zdrowia nie monitorował okresowo wskaźników rezultatów działań ujętych w Załączniku nr 1 do dokumentu „Zdrowa Przyszłość. Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi” uchwalonego przez Radę Ministrów. Nie powołał także Krajowej Rady do Spraw Opieki Geriatrycznej, co stanowiło naruszenie obowiązującego wymogu określonego w art. 51 ust. 2 ustawy z dnia 17 sierpnia 2023 r. o szczególnej opiece geriatrycznej<sup>35</sup>. [str. 41]

Minister Zdrowia opracował projekt programu działań skierowanych do osób starszych chorych na choroby otępienne dopiero w drugiej połowie 2024 r., tj. po upływie ponad sześciu lat od ujęcia przez Radę Ministrów tego zadania w Polityce społecznej wobec osób starszych.

W lutym 2025 r. projekt KPDwCO był nadal w trakcie uzgodnień. W dniu 26 maja 2025 r. projekt uchwały Rady Ministrów w sprawie powyższego programu został wpisany do „Wykazu prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów pod nr ID125”. Dnia 23 czerwca 2025 r. ww. projekt został przekazany do uzgodnień i konsultacji publicznych, które zakończyły się 23 lipca 2025 r. Po nich rozpoczęto analizę zgłoszonych uwag. Ostatecznie program został uchwalony przez Radę Ministrów 11 grudnia 2025 r. pod nazwą „Krajowy Program Działań wobec Chorób Otępiennych, polityka publiczna do roku 2030”. [str. 32]

W konsekwencji grupa osób starszych z ChND oraz ich opiekunowie, pomimo szczególnego charakteru ich potrzeb, była traktowana głównie, jako część szerszej kategorii pacjentów obejmującej osoby starsze i mogła korzystać jedynie z powszechnie przyjętych rozwiązań w zakresie świadczeń zdrowotnych.

**Rezygnacja z wdrożenia programu pilotażowego wczesnego wykrywania zaburzeń otępiennych u osób po 60. roku życia**

Minister Zdrowia zrezygnował (jeszcze przed jego rozpoczęciem) z wdrożenia opracowanego w 2022 r. programu pilotażowego wczesnego wykrywania zaburzeń otępiennych u świadczeniobiorców po 60. roku życia z podejrzeniem deficytu funkcji poznawczych, uzasadniając to koniecznością przeformułowania jego pierwotnych założeń. [str. 40]

Tymczasem wyniki badania społecznego przeprowadzonego na zamówienie NIK w 2024 r.<sup>36</sup> wskazują jednoznacznie na potrzebę

<sup>35</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 1666. Dalej: ustawa o opiece geriatrycznej.

<sup>36</sup> Badanie opinii społecznej pn. „Społeczna świadomość na temat ChND, w tym choroby Alzheimera oraz ocena sytuacji chorych na chorobę Alzheimera i ich opiekunów” zostało przeprowadzone przez Opinie 24 w terminie wrzesień – październik 2024 r. Do przeprowadzania badania wykorzystano metody wywiadu bezpośredniego (CAPI) oraz „Omnibus”. Próba w badaniach osób z chorobą Alzheimera (200 osób) została dobrana wśród mieszkańców miast celowo, co wynikało z charakteru badanej grupy (jej liczebność). Badanie ogółu społeczeństwa (osoby w wieku 15 i więcej lat) w zakresie

wykonywania przesiewowych badań dotyczących choroby Alzheimera wśród osób w wieku 60. i więcej lat. Ankietowani w dziesięciopunktowej skali ocenili taką potrzebę na 8,99 w 2024 r., natomiast w 2016 r.<sup>37</sup> na 8,72.

#### Infografika 2

Wyniki badań społecznych w zakresie potrzeby wykonywania badań przesiewowych dotyczących choroby Alzheimera wśród osób w wieku 60. i więcej lat



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych zawartych w raporcie z badania społecznego przeprowadzonego na zlecenie Najwyższej Izby Kontroli we wrześniu 2016 r. przez „TNS Polska” oraz w październiku 2024 r. przez „Opinia24”.

#### Brak wypracowania rozwiązań w zakresie usług społecznych

Minister RPiPS prowadził politykę społeczną państwa wobec osób starszych z ChND w ramach powszechnego systemu pomocy społecznej, w tym poprzez opracowanie i realizowanie licznych programów resortowych. Minister nie podejmował jednak działań ukierunkowanych na identyfikację i zaspokajanie szczególnych potrzeb tej grupy osób, jak również nie dysponował informacjami i danymi o ich skali, pomimo posiadanych kompetencji, a także konieczności wypracowania rozwiązań ukierunkowanych na tę grupę osób wskazywanej przez Radę Ministrów i w dokumentach Parlamentu Europejskiego. Minister RPiPS był podmiotem monitorującym realizację Polityki społecznej wobec osób starszych, a także podmiotem współpracującym z Ministrem Zdrowia dla realizacji działania polegającego na opracowaniu programu działań skierowanych do osób starszych chorych na choroby otępienne, którego projekt powstał dopiero w 2024 r. [str. 43]

Minister RPiPS podejmował działania na rzecz całej populacji osób starszych w ramach swoich kompetencji ustawowych oraz w ramach licznych programów resortowych, nie wyodrębniając jednakże w sposób szczególny działań na rzecz osób starszych z ChND oraz ich opiekunów. Środowisko tych osób, ich opiekunowie oraz organizacje pozarządowe zajmujące się tą problematyką nie były ograniczane w dostępie do programów resortowych, choć zauważyć należy, że nie było projektów bezpośrednio skierowanych do osób starszych z ChND i ich opiekunów.

ich wiedzy nt. ChND przeprowadzono na próbie 1012 osób, natomiast w zakresie profilaktyki w chorobach ChND wśród osób w wieku 60+ na próbie 312 osób.

<sup>37</sup> Badanie opinii społecznej pn. „Społeczna świadomość na temat choroby Alzheimera oraz ocena sytuacji chorych na chorobę Alzheimera oraz ich opiekunów” zostało przeprowadzone przez TNS Polska na zlecenie Najwyższej Izby Kontroli w sierpniu 2016 r.

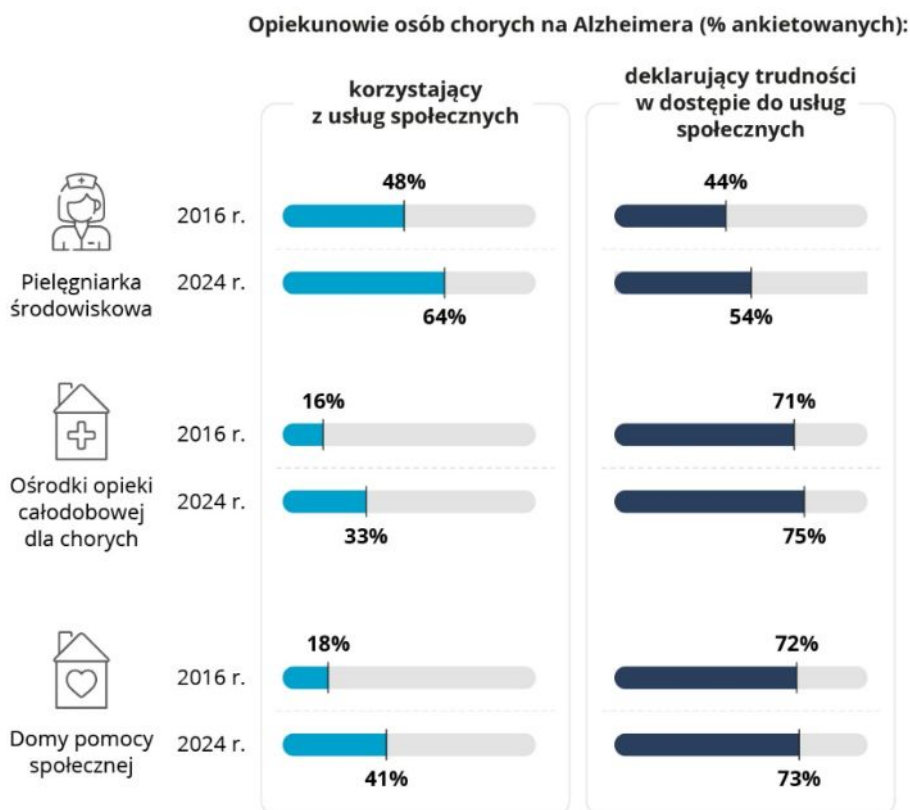
Realizując programy resortowe w MRPiPS nie pozyskiwano informacji i nie dysponowano danymi dotyczącymi skali udzielonego wsparcia dla osób starszych, w tym z ChND i ich opiekunów. [str. 49]

**Pogarszająca się dostępność do usług społecznych w odczuciu opiekunów osób chorych na Alzheimera**

Wyniki badania społecznego przeprowadzonego w 2024 r. wskazują, że 64% opiekunów osób chorych na Alzheimera w trakcie leczenia korzystała z usług pielęgniarek środowiskowych, przy czym 54% ankietowanych uznało dostęp do tych usług jako trudny. Wyniki badania przeprowadzonego w 2016 r. wskazały, że z usług tych korzystało 48%, a dla 44% dostęp do nich był trudny. Ankietowani zarówno w badaniu społecznym przeprowadzonym w 2024 r., jak i w 2016 r. wskazywali, że najtrudniejszy dostęp dotyczył: ośrodków opieki całodobowej dla chorych (odpowiednio) 75% i 71% (z których korzystało 33% i 16%) oraz domów pomocy społecznej (odpowiednio) 73% i 72% (z których korzystało 41% i 18%).

Infografika 3

Dostępność usług społecznych według wyników badania społecznego



Źródło: opracowanie NIK na podstawie danych zawartych w raportach z badań społecznych przeprowadzonych na zlecenie Najwyższej Izby Kontroli we wrześniu 2016 r. przez „TNS Polska” oraz w październiku 2024 r. przez „Opinia24”.

**Zmiany kompetencyjne w obszarze polityki wobec osób starszych nie przełożyły się na zmiany regulacyjne**

Istotną rolę w przygotowaniu rozwiązań dla osób chorych na choroby otępienne miały zmiany organizacyjne wynikające z utworzenia 13 grudnia 2023 r. (w celu koordynacji polityki senioralnej) stanowiska: Minister do spraw Polityki Senioralnej. Nie zostały jednak przy tym wprowadzone

zmiany w zakresie odpowiedzialności za realizację Polityki społecznej wobec osób starszych, która w dalszym ciągu była monitorowana<sup>38</sup> i koordynowana<sup>39</sup> przez Ministra RPiPS. Należy również zauważyć, że większość rozwiązań i instrumentów skierowanych do ogółu osób starszych, w tym chorych na choroby otępienne, pozostała we właściwości dotychczasowych podmiotów, tj. Ministra Zdrowia i Ministra RPiPS<sup>40</sup>.  
[str. 46]

Ponadto, biorąc pod uwagę dotychczasową rolę Ministra do spraw Polityki Senioralnej przy koordynacji prac związanych z opracowywaniem rozwiązań systemowych odnoszących się do osób z chorobami otępiennymi oraz ich opiekunów, likwidacja z dniem 24 lipca 2025 r. (w ramach reorganizacji Rządu RP) tego stanowiska miała wpływ na wdrożenie KPDwCO. Należy bowiem zwrócić uwagę, że w projekcie KPDwCO Ministrowi do spraw Polityki Senioralnej została przypisana rola koordynatora dla siedmiu działań oraz rola podmiotu współpracującego w ramach kolejnych siedmiu działań, w związku z czym kwestie te musiały być ponownie uzgodnione. W uchwalonym 11 grudnia 2025 r. „Krajowym Programie Działań wobec Chorób Otępiennych, polityce publicznej do roku 2030” rolę koordynatora dla pięciu działań<sup>41</sup> oraz podmiotu współpracującego w ramach siedmiu działań pełniła Kancelaria Prezesa Rady Ministrów<sup>42</sup>.

**Działania Marszałków  
Województw  
bez ukierunkowania  
na wsparcie osób  
starszych z ChND  
i ich opiekunów**

Samorządy województw objętych kontrolą wypracowały regionalne polityki i strategie społeczne, odnoszące się do obszaru wsparcia osób starszych, w których to dokumentach nie dokonano jednak identyfikacji potrzeb środowiska osób z ChND, wymagających wprowadzenia szczególnych rozwiązań.  
[str. 54]

Każdy z Marszałków Województw objętych kontrolą podejmował działania dotyczące realizacji zadań w zakresie opieki zdrowotnej oraz usług społecznych na rzecz osób starszych. Zakres tych zadań nie był jednak bezpośrednio ukierunkowany na osoby starsze z ChND oraz ich opiekunów. Zadania te dotyczyły głównie aktywizacji osób starszych, profilaktyki chorób wieku starczego i promocji zdrowia, bez ukierunkowania na wsparcie osób niesamodzielnych i ich opiekunów.  
[str. 55]

<sup>38</sup> Zgodnie z § 3 uchwały nr 161 Rady Ministrów z dnia 26 października 2018 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. BEZPIECZEŃSTWO-UCZESTNICTWO-SOLIDARNOŚĆ.

<sup>39</sup> Pkt V „Realizacja działań” Polityki społecznej wobec osób starszych.

<sup>40</sup> Za wyjątkiem m.in. przeniesienia do Kancelarii Prezesa Rady Ministrów obsługi programów SENIOR+ i Aktywni+ oraz przeniesienia z ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego na Ministra do spraw Polityki Senioralnej obowiązku sporządzania Informacji o sytuacji osób starszych, w której należało m.in. dokonywać oceny efektów realizacji Polityki społecznej wobec osób starszych.

<sup>41</sup> Natomiast treść dwóch kolejnych zadań, dla których koordynatorem był Minister do spraw Polityki Senioralnej została skorygowana.

<sup>42</sup> Dalej: „KPRM”.

**Działania na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej**

**Niewystarczające zainteresowanie lekarzy stanem funkcji poznawczych pacjentów**

**Niekierowanie pacjentów do lekarza geriatry**

W trzech objętych kontrolą placówkach podstawowej opieki zdrowotnej realizowane były umowy zawarte z właściwymi terytorialnie oddziałami wojewódzkimi Narodowego Funduszu Zdrowia.

Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, z nielicznymi wyjątkami, nie dokonywali ocen stanu funkcji poznawczych pacjentów w wieku senioralnym z wykorzystaniem standaryzowanych skal/testów/prób. U żadnego z badanych przypadków pacjentów wieku 75+, w badanej dokumentacji medycznej nie odnotowano przeprowadzenia wstępnej oceny geriatrycznej. Nieprzeprowadzanie powyższej oceny było tłumaczone brakiem konieczności wystawiania skierowań do „Centrów Zdrowia 75+”, które nie powstały w województwach objętych kontrolą<sup>43</sup>. [str. 63]

W skontrolowanych placówkach podstawowej opieki zdrowotnej pacjentom w wieku 60 i więcej wystawiono w latach 2022–2024 (I kwartał) łącznie 8068<sup>44</sup> skierowań do neurologa, 207<sup>45</sup> skierowań do psychiatrii<sup>46</sup> oraz 26<sup>47</sup> skierowań do geriatry. Znikoma liczba skierowań pacjentów do lekarza geriatry wynikała głównie z braku geriatrycznych poradni i oddziałów szpitalnych w najbliższym otoczeniu. Wprawdzie w sytuacji braku rejonizacji pacjent ma możliwość skorzystania z porady geriatry nawet poza zamieszkiwanym powiatem, jednakże z uwagi na ograniczoną mobilność tych pacjentów, zadanie zwiększenia dostępności do usług lekarzy geriatrów należy uznać za zasadne.

<sup>43</sup> Centra Zdrowia 75+ są kluczowym elementem ustawy o opiece geriatrycznej, a ich brak hamuje rozwój opieki geriatrycznej oraz uniemożliwia skierowanie do nich seniorów. Skierowanie powinno być poprzedzone wstępną oceną geriatryczną, którą należało obowiązkowo przeprowadzić w przychodniach POZ od 2024 r., zgodnie z art. 36 ust. 2 ustawy z dnia 17 sierpnia 2023 r. o szczególnej opiece geriatrycznej (Dz. U. poz. 1831, ze zm.).

<sup>44</sup> Z tego: 4190 skierowań w POZ na terenie województwa podkarpackiego, 3526 skierowań w POZ na terenie województwa śląskiego, 352 skierowania w POZ na terenie województwa wielkopolskiego.

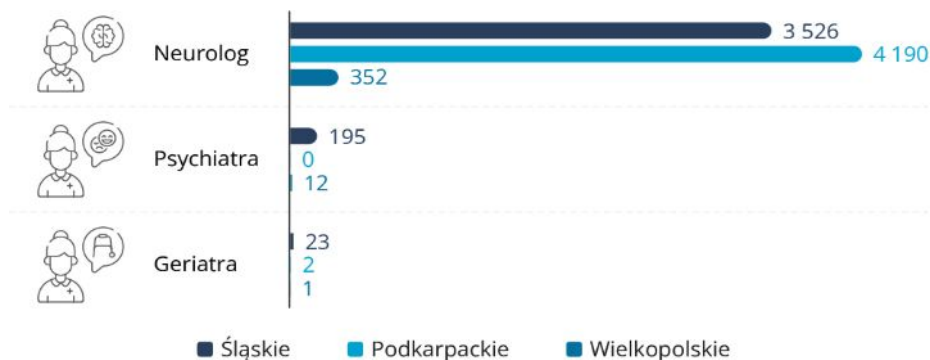
<sup>45</sup> Z tego: 195 skierowań w POZ na terenie województwa śląskiego, 12 skierowań w POZ na terenie województwa wielkopolskiego, a w POZ na terenie województwa podkarpackiego nie wystawiono żadnego skierowania do psychiatrii.

<sup>46</sup> Zgodnie z art. 57 ust. 2 pkt 7 ustawy o świadczeniach, skierowanie do psychiatrii nie jest wymagane.

<sup>47</sup> Z tego: dwa skierowania w POZ na terenie województwa podkarpackiego, 23 skierowania w POZ na terenie województwa śląskiego, jedno skierowanie w POZ na terenie województwa wielkopolskiego.

## Infografika nr 4

Skierowania do specjalistów wystawione pacjentom w wieku 60+ przez trzy skontrolowane placówki podstawowej opieki zdrowotnej w latach 2022–2024 (I kwartał)



Źródło: opracowanie NIK na podstawie danych otrzymanych ze skontrolowanych poradni POZ w ramach P/24/056.

**Ograniczone możliwości korzystania przez osoby starsze z ChND z programów opieki społecznej**

Wprowadzone instrumenty w zakresie pomocy społecznej, z których mogły korzystać także osoby starsze z ChND nie miały charakteru systemowego (programy najczęściej uruchamiano na okresy roczne). Nie przewidywały przy tym rozwiązań nakierowanych na specyficzne potrzeby osób starszych z ChND i ich opiekunów, a dostęp do części z nich był ograniczony np. wymogiem posiadania orzeczenia o niepełnosprawności w programach MRPiPS z zakresu asystencji osobistej oraz opieki wytchnieniowej, czy też barierą wieku (program Opieka 75+).

**Działalność OPS oraz organizacji pozarządowych na rzecz osób starszych, w tym z ChND**

Trzy skontrolowane ośrodki pomocy społecznej prowadziły działalność skierowaną m.in. do osób starszych, jednakże nie wyodrębniono w niej osób z ChND. Ośrodki pomocy społecznej umożliwiły osobom starszym korzystanie z różnych form pomocy społecznej, skierowanych do ogółu osób potrzebujących. Podejmowały inicjatywy polegające na uczestnictwie w programach rządowych skierowanych do osób starszych, a także realizowały lokalne programy ukierunkowane na osoby starsze. [str. 66]

Wszystkie trzy objęte kontrolą organizacje pozarządowe prowadziły działalność zgodną z zapisami statutowymi. Dwie z organizacji korzystających ze środków publicznych, prawidłowo wydatkowały i rozliczyły kwoty otrzymane w ramach dotacji. W przypadku jednego podmiotu stwierdzono liczne nieprawidłowości dotyczące realizacji zadań w zakresie usług społecznych na rzecz podopiecznych, a także nieprawidłowe wykorzystanie i rozliczenie środków publicznych. [str. 72]

**Wyniki badania  
ankietowego gmin  
w zakresie opieki  
nad osobami starszymi  
z ChND oraz wsparcia  
ich opiekunów**

W wyniku przeprowadzonego przez NIK badania ankietowego<sup>48</sup> wśród 439 gmin (79,4% wszystkich gmin z województw objętych badaniem) z trzech województw: śląskiego (137 gmin – 82% gmin w województwie), wielkopolskiego (173 gmin – 76,5%) i podkarpackiego (129 gmin – 80,6%), stwierdzono<sup>49</sup> m.in., że:

- jedynie w 77 gminach (17,5% spośród 439 odpowiadających) przeprowadzono diagnozę sytuacji osób starszych i ich opiekunów<sup>50</sup>;
- tylko w 20 opracowanych diagnozach sytuacji osób starszych i ich opiekunów (26% wszystkich opracowanych diagnoz) wskazano na problemy osób starszych cierpiących na ChND (np. choroba Alzheimera, choroba Parkinsona, choroby otępienne) lub ich opiekunów<sup>51</sup>,
- aż 389 gmin w 2022 r. (88,6% odpowiadających) oraz po 381 gmin w roku 2023 i w I półroczu 2024 r. (86,7%) stwierdziło, że nie realizowało żadnego programu/projektu dedykowanego osobom starszym z ChND lub ich opiekunom.

---

**Infografika nr 5**

Wyniki badania ankietowego w gminach



<sup>48</sup> W celu pozyskania informacji dotyczących opieki nad osobami starszymi z ChND oraz wsparcia ich opiekunów zostało wystosowane zapytanie (w postaci ankiety) do: 553 gmin, 83 komend straży pożarnej oraz 84 Komend Policji z terenu trzech województw: podkarpackiego, śląskiego i wielkopolskiego. Wsparcie informatyczne i analiza danych wynikowych badania były realizowane przez Wydział Wsparcia Informatycznego i Analitycznego w Departamencie Metodyki Kontroli i Rozwoju Zawodowego NIK. Badanie wśród gmin zostało przeprowadzone od 9 września do 1 października 2024 r., natomiast wśród komend policji i straży pożarnej od 9 października do 12 listopada 2024 r.

<sup>49</sup> W ramach badania ankietowego zwrócono się do gmin z pytaniami dotyczącymi: przeprowadzenia diagnozy sytuacji osób starszych i ich opiekunów, realizacji programów/projektów skierowanych do osób z ChND lub ich opiekunów oraz straży gminnych/miejskich w zakresie ich działań odnoszących się do ww. osób.

<sup>50</sup> W siedmiu gminach miejskich, w 20 gminach miejsko-wiejskich, w 38 gminach wiejskich oraz w 12 miastach na prawach powiatu.

<sup>51</sup> 10 diagnoz opracowanych w gminach wiejskich, cztery w gminach miejsko-wiejskich, cztery w miastach na prawach powiatu oraz w dwóch gminach miejskich.



nie wskazano na problemy osób starszych cierpiących na choroby neurodegeneracyjne,  
**to 74%**  
wszystkich opracowanych diagnoz

Odsetek gmin nie dysponujących programem/projektem dedykowanym osobom starszym z ChND

### Brak realizacji programu/projektu

dedykowanego osobom starszym z chorobami neurodegeneracyjnymi lub ich opiekunom

odsetek ankietowanych gmin



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie badania ankietowego przeprowadzonego w ramach kontroli P/24/056.

#### Wyniki badania ankietowego straży gminnych/miejskich w zakresie pomocy osobom starszym z ChND

Z odpowiedzi gmin na ankiety wynikało także, że tylko w pięciu jednostkach (5%) straży gminnej/miejskiej (na 100 funkcjonujących w ankietowanych gminach w latach 2022–2024 I półrocze) 73 strażników na 227 tam zatrudnionych (32,2%) przeszkolonych było w zakresie kontaktów i postępowania z osobami starszymi chorymi na ChND oraz udzielania im pomocy. W pozostałych 95 jednostkach straży gminnej/miejskiej nie było żadnego przeszkolonego funkcjonariusza spośród 1 635 zatrudnionych w tych jednostkach. Spośród 100 jednostek straży gminnych/miejskich 16 jednostek w ww. latach udzieliło pomocy osobom starszym z ChND lub ich opiekunom w ramach 111 akcji, a pracownicy 15 straży gminnych/miejskich uczestniczyli w 36 akcjach poszukiwania zaginionych osób starszych z ChND. [str. 119]

#### Wyniki badania ankietowego komend policji i straży pożarnej w zakresie pomocy osobom starszym z ChND

Z odpowiedzi komend policji i straży pożarnej<sup>52</sup> (z trzech województw objętych badaniem) udzielonych w ramach badania ankietowego wynikało m.in., że wśród komend straży pożarnej i policji z terenu województw: podkarpackiego, śląskiego i wielkopolskiego:

- tylko funkcjonariusze 13 komend<sup>53</sup> (spośród 70 które udzieliły odpowiedzi, tj. 18,6%) byli przeszkoleni w zakresie kontaktów i postępowania z osobami starszymi chorymi na ChND i udzielania im pomocy;

<sup>52</sup> Kwestionariusz został wypełniony przez 49 komend straży pożarnej (59% objętych badaniem) oraz 21 komend policji (25%).

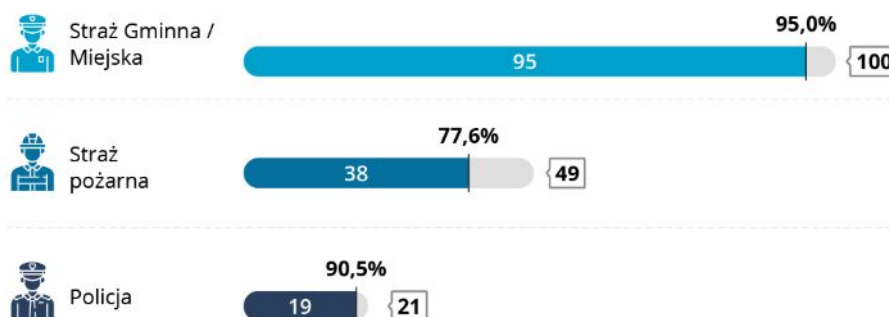
<sup>53</sup> Tj. funkcjonariusze dwóch komend policji oraz 11 komend straży pożarnej.

- w latach 2022–2024 (I półrocze) funkcjonariusze 36 komend spośród 70 dzielających odpowiedzi<sup>54</sup> uczestniczyli łącznie w 2228 akcjach/zdarzeniach<sup>55</sup>, w których nieśli pomoc osobom starszym z ChND lub ich opiekunom<sup>56</sup>;
- 39 komend (w tym 17 policji i 22 straży pożarnej) spośród 70 udzielających odpowiedzi (55,7%) brało udział w 625 poszukiwaniach zaginionych osób starszych z ChND. [str. 125]

Infografika nr 6

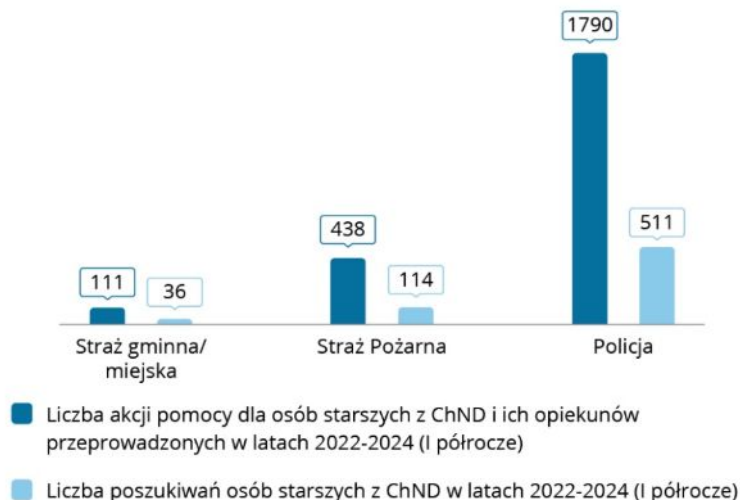
Przeszkolenie funkcjonariuszy w zakresie kontaktów i postępowania z osobami starszymi chorymi na ChND oraz skala pomocy udzielanej tym osobom oraz ich opiekunom

**Liczba jednostek bez przeszkolonych pracowników**



XX Liczba ankietowanych jednostek

**Akcje pomocy i poszukiwania osób starszych z chorobami neurodegeneracyjnymi**



Źródło: opracowanie NIK na podstawie własnego badania ankietowego przeprowadzonego w ramach kontroli P/24/056.

<sup>54</sup> Tj. 11 komend policji i 25 komend straży pożarnej.

<sup>55</sup> Najczęściej w ramach ww. akcji podejmowane były czynności związane z: otwarciem lokalu, w którym przebywały osoby wymagające udzielenia pomocy; poszukiwaniem osób; pomocą służbom medycznym w transporcie chorych osób starszych (np. zniesienie osoby z wyższych kondygnacji budynków); udzieleniu pierwszej pomocy osobie zamkniętej w mieszkaniu; pomocy osobom nie mogącym odnaleźć drogi do domu lub nieznaną swoją tożsamość.

<sup>56</sup> Z czego: 1790 przeprowadziła policja, a 438 przeprowadziła straż pożarna.

Wyniki badania  
opinii społecznej

Z przeprowadzonego w 2024 r. na zlecenie NIK badania opinii społecznej oraz z porównania wybranych wyników z podobnego badania z 2016 r. wynika m.in.:

- **83%** badanych uważa, że choroba Alzheimera to **poważny problem społeczny**. Oznacza to wzrost o 16 pkt procentowych w stosunku do badań przeprowadzonych w 2016 r. (67%).
- Tylko **6%** badanych w wieku 60. i więcej lat miało badaną pamięć przez lekarza rodzinnego z jego własnej inicjatywy, a **91%** uważa, że powinno to być rutynowe działanie. Oznacza to wzrost odpowiednio o 3 oraz o 7 pkt procentowych w stosunku do badań przeprowadzonych w 2016 r. (odpowiednio: 3% i 84%).
- **59%** opiekunów w 2024 r. przyznało, że proces diagnozy trwał długo (w 2016 r. 52%), przy czym za najdłuższy ten proces uważają opiekunowie osób chorych we wczesnym etapie choroby, tj. **67%** respondentów (w 2016 r. 41%), wobec **55%** opiekunów osób chorych w zaawansowanym etapie choroby (w 2016 r. 47%).
- Większość opiekunów w 2024 r. uważała, że dostęp do lekarzy specjalistów na etapie diagnozy jest trudny. Niemal trzy czwarte badanych, tj. **72%** (69% w 2016 r.) stwierdziło, że trudno dostać się do neurologa, dwie trzecie, tj. **64%** (51% w 2016 r.) oceniło w ten sposób dostęp do psychiatry, **63%** (49% w 2016 r.) do rehabilitanta, **61%** (49% w 2016 r.) do geriatry, a **55%** (43% w 2016 r.) do psychologa. Jednocześnie najczęściej (**33%** opiekunów w 2024 r. i 39% w 2016 r.) wskazywano, że dostęp do psychiatry był łatwy.
- **73%** opiekunów w 2024 r. (68% w 2016 r.) uważało, że dostęp do lekarzy specjalistów na etapie leczenia jest trudny. W 2024 r. najwięcej odpowiedzi negatywnych (**88%**) udzielili opiekunowie osób chorych na umiarkowanym etapie choroby. Jako trudny dostęp do lekarzy określiło **80%** opiekunów osób chorych na zaawansowanym etapie choroby oraz **71%** opiekunów osób chorych we wczesnym etapie choroby.
- **56%** ankietowanych w 2024 r. (54% w 2016 r.) dobrze oceniło jakość publicznych usług medycznych na etapie diagnozy natomiast na etapie leczenia jakość usług medycznych dobrze oceniło **45,5%** w 2024 r. (52% w 2016 r.).

Od czasu zdiagnozowania choroby Alzheimera sytuacja materialna **58%** chorych pogorszyła się. Oznacza to wzrost o 2 pkt procentowe w stosunku do badania przeprowadzonego w 2016 r.

W przypadku najbliższej rodziny chorego od czasu zdiagnozowania u chorego choroby Alzheimera sytuacja materialna pogorszyła się u **62%** respondentów. Oznacza to wzrost o 8 pkt procentowych w stosunku do badania przeprowadzonego w 2016 r.

[str. 103]

## 4. WNIOSKI

**Minister Zdrowia  
oraz Minister Rodziny,  
Pracy i Polityki  
Społecznej**

Mając na względzie ustalenia kontroli Najwyższa Izba Kontroli wnosi o:

- 1) Wypracowanie, we współpracy międzyresortowej oraz wdrożenie systemowych rozwiązań zapewniających skoordynowaną opiekę zdrowotną i społeczną dla osób starszych z ChND oraz skuteczne wsparcie ich opiekunów, w szczególności w zakresie:
  - a) profilaktyki chorób otępiennych,
  - b) zwiększenia dostępu do diagnostyki (w szczególności na wczesnym etapie choroby otępiennej),
  - c) zwiększenia dostępu do leczenia i opieki na każdym z etapów chorób otępiennych,
  - d) wsparcia opiekunów osób chorych,
  - e) gromadzenia oraz monitorowania danych na temat chorób otępiennych,
  - f) podnoszenia świadomości i wiedzy społeczeństwa na temat chorób neurodegeneracyjnych, w tym ich objawów, wagi wczesnej diagnozy, a także kształtowania wspierających postaw wobec chorych i ich bliskich.
- 2) Zapewnienie rzetelnej realizacji zadań i działań, określonych w dokumentach strategicznych przyjętych przez Radę Ministrów (tj. w Polityce społecznej wobec osób starszych, Narodowym Programie Zdrowia i dokumencie Zdrowa Przyszłość), odnoszących się do osób starszych cierpiących na choroby neurodegeneracyjne oraz ich opiekunów.
- 3) Wypracowanie i wdrożenie, wg kompetencji, rozwiązań (regionalnych i lokalnych) uwzględniających specyficzne potrzeby osób starszych z ChND i ich opiekunów.

**Marszałkowie  
województw, organy  
wykonawcze gmin**

Wyniki badania ankietowego przeprowadzonego w urzędach gmin oraz w komendach policji i państwowej straży pożarnej<sup>57</sup> wskazują, że dobre praktyki dotyczące przeszkolenia funkcjonariuszy straży gminnych/miejskich oraz ww. służb w zakresie kontaktów oraz postępowania z osobami starszymi z ChND stosowano w nielicznych jednostkach<sup>58</sup>.

**Organy wykonawcze  
gmin, Komendant  
Główny Policji,  
Komendant Główny  
Państwowej Straży  
Pożarnej**

Z uwagi na wyniki badania ankietowego, Najwyższa Izba Kontroli zalecając wykorzystanie tych dobrych praktyk w realizacji zadań gmin na rzecz członków wspólnot dotkniętych tymi chorobami rekomenduje przeszkolenie funkcjonariuszy straży gminnych/miejskich, policji oraz państwowej straży pożarnej w zakresie kontaktów oraz postępowania z osobami starszymi z ChND.

<sup>57</sup> W toku kontroli NIK przeprowadzono badanie ankietowe i uzyskano wyniki z 439 gmin oraz 49 komend państwowej straży pożarnej i 21 komend policji z województw podkarpackiego, śląskiego i wielkopolskiego.

<sup>58</sup> Przeszkolonych było 5% funkcjonariuszy straży gminnych/miejskich oraz 18,6% funkcjonariuszy komend państwowej straży pożarnej i policji.

## 5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

### 5.1. MINISTERSTWO ZDROWIA

**Brak wypracowania systemowych rozwiązań prawnych i organizacyjnych w zakresie opieki zdrowotnej dla osób starszych z ChND oraz wsparcia ich opiekunów**

Minister Zdrowia nie wypracował systemowych rozwiązań w zakresie opieki zdrowotnej dla osób starszych z ChND<sup>59</sup> oraz wsparcia ich opiekunów, pomimo działań podejmowanych w tym zakresie. Osoby te mogły korzystać z opieki zdrowotnej gwarantowanej przez państwo, jednakże nie były to rozwiązania ukierunkowane na potrzeby tej grupy osób.

Potrzeba wprowadzenia takich rozwiązań została wskazana w wielu dokumentach krajowych i międzynarodowych. Rada Ministrów wskazała na konieczność ich wdrożenia w trzech dokumentach strategicznych, tj. w: Polityce społecznej wobec osób starszych, NPZ i dokumencie Zdrowa Przyszłość. Minister Zdrowia był zobowiązany do realizacji polityki ustalonej przez Radę Ministrów, na podstawie art. 7 ust. 3<sup>60</sup> ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Radzie Ministrów<sup>61</sup> oraz art. 34 ust. 1<sup>62</sup> ustawy z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej<sup>63</sup>, w tym także w zakresie zadań dotyczących opieki zdrowotnej dla osób starszych z ChND oraz wsparcia ich opiekunów. Potrzeba podjęcia działań ukierunkowanych na osoby z ChND oraz ich opiekunów wynikała również z Rezolucji Parlamentu Europejskiego podjętej 19 stycznia 2011 r. w sprawie europejskiej inicjatywy dotyczącej choroby Alzheimera i pozostałych demencji (2010/2084 (INI)<sup>64</sup>. Wskazano w niej m.in. na potrzebę opracowania przez państwa członkowskie szczegółowych, krajowych planów i strategii w celu zajęcia się społecznymi i zdrowotnymi skutkami demencji oraz świadczenia usług i udzielania wsparcia osobom cierpiącym na demencję i ich rodzinom. Wytyczne z przyjętego w maju 2017 r. przez 70. Zgromadzenie WHO w Genewie

<sup>59</sup> Jak wskazano na portalu „Neurologia Praktyczna” (portal dla lekarzy neurologów i lekarzy medycyny ogólnej, zainteresowanych aktualnymi problemami z zakresu neurologii oparty na najciekawszych publikacjach naukowych) choroby neurozwyrodnieniowe to grupa wrodzonych lub nabytych chorób układu nerwowego, związanych z postępującym uszkodzeniem struktur i funkcji neuronów. Według danych z MZ do ChND zaliczono następujące jednostki chorobowe: choroba Alzheimera, choroba Parkinsona, inne zwyrodnieniowe choroby układu nerwowego, niesklasyfikowane gdzie indziej, płasawica Huntingtona, ataksja dziedziczna, rdzeniowy zanik mięśni (SMA) i zespoły pokrewne, inne choroby zwyrodnieniowe zwojów podstawowych, choroby demielinizacyjne ośrodkowego układu nerwowego, stwardnienie rozsiane, choroba Alexandra, choroba Canavan.

<sup>60</sup> Członek Rady Ministrów realizuje politykę ustaloną przez Radę Ministrów.

<sup>61</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 1050, ze zm.; dalej: „ustawa o Radzie Ministrów”.

<sup>62</sup> (zdanie drugie): W zakresie działu, którym kieruje, minister wykonuje politykę Rady Ministrów i koordynuje jej wykonywanie przez organy, urzędy i jednostki organizacyjne, które jemu podlegają lub są przez niego nadzorowane.

<sup>63</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 1370, ze zm.; dalej: „ustawa o działach administracji rządowej”.

<sup>64</sup> Dz. U. UE C z 11 maja 2012 r. Nr 136 E/35; dalej: „Rezolucja PE”.

Globalnego „Planu Działania nad publiczną odpowiedzią zdrowotną na demencję w latach 2017–2025<sup>65</sup>” również wskazywały na potrzebę opracowania stosownych polityk, strategii, planów lub ram działania dotyczących chorób otępiennych. Działania ukierunkowane na tę grupę osób były także zasadne z uwagi na zmiany demograficzne zachodzące w Polsce oraz ze względu na szczególne potrzeby<sup>66</sup> tej grupy osób, a także z uwagi na charakter i skutki społeczne ChND, w tym oddziaływanie na otoczenie osób dotkniętych tymi schorzeniami, w szczególności na aktywnych zawodowo członków ich rodzin, którzy najczęściej opiekują się takimi osobami. Minister Zdrowia nie opracował rozwiązań systemowych pomimo posiadanych kompetencji wynikających z art. 4 ust. 2 pkt 5 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym<sup>67</sup> i art. 11 ust. 1 pkt 1a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>68</sup>.

#### Wzrost liczby osób chorych na ChND

Na dzień 31 grudnia 2022 r., według danych MZ, łączna liczba osób chorych na ChND wynosiła 648 tys., w tym: 218 tys. osób z chorobą Alzheimerera (w tym 195 tys. osób starszych) oraz 203 tys. osób z chorobą Parkinsona (w tym 178 tys. osób starszych). Na dzień 31 grudnia 2023 r., według danych MZ, łączna liczba osób chorych na ChND wynosiła 669 tys., w tym: 222 tys. osób z chorobą Alzheimerera (w tym 200 tys. osób starszych) oraz 206 tys. osób z chorobą Parkinsona (w tym 182 tys. osób starszych). Na dzień 31 grudnia 2024 r., według danych MZ, łączna liczba osób chorych na ChND wynosiła 680 tys., w tym: 226 tys. osób z chorobą Alzheimerera (w tym 205 tys. osób starszych) oraz 209 tys. osób z chorobą Parkinsona (w tym 184 tys. osób starszych). Należy zwrócić uwagę, że powyższe liczby osób chorych<sup>69</sup> dotyczą wyłącznie osób zdiagnozowanych, u których dokonano

<sup>65</sup> W dniu 29 maja 2017 r. 70. Światowe Zgromadzenie Zdrowia w Genewie zatwierdziło „Globalny plan działania dotyczący reakcji zdrowia publicznego na demencję na lata 2017–2025” (Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025). Został on jednogłośnie przyjęty przez 194 kraje WHO, w tym Polskę. Pierwszy cel Globalnego Planu, zatytułowany „choroby otępienne jako priorytet zdrowia publicznego”, zakładał, że 75% państw członkowskich WHO opracuje do 2025 r. stosowne polityki, strategie, plany czy ramy działania dotyczące chorób otępiennych, albo jako odrębne dokumenty albo jako składowe zintegrowanych strategii lub planów.

<sup>66</sup> Wiążą się one z przewlekłością ChND oraz postępującym pogarszaniem funkcji poznawczych chorych, takich jak pamięć, myślenie, orientacja, rozumienie, liczenie, zdolność do uczenia się, język; pogorszeniem kontroli emocji, zachowań społecznych lub motywacji oraz problemami z samodzielnym funkcjonowaniem i poruszaniem się. Zaangażowanie opiekunów osób chorych generuje obciążenie psychiczne w trakcie jej sprawowania. Opieka nad tymi osobami jest stresująca i trudna, a większość opiekunów zмага się z opieką samotnie, podlega licznym obciążeniom i potrzebuje pomocy. Opiekunowie potrzebują wsparcia w zakresie zaspokojenia potrzeb opiekuńczych, społecznych, leczniczych lub rehabilitacyjnych osoby chorej, ale także potrzeb zdrowotnych i społecznych ich samych.

<sup>67</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 1670, ze zm.; dalej: „ustawa o zdrowiu publicznym”.

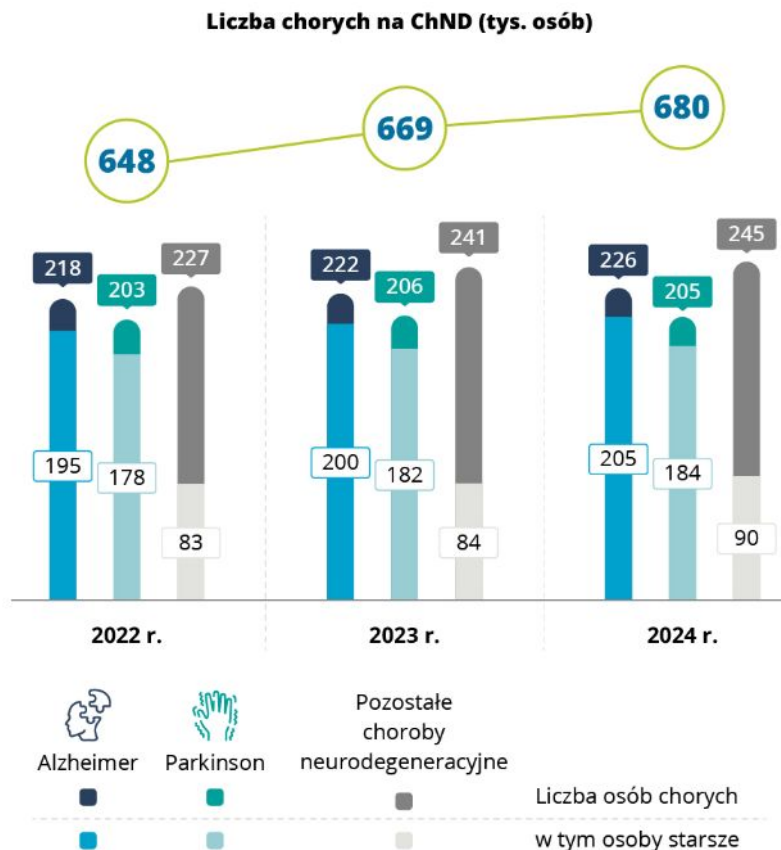
<sup>68</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 146, ze zm.; dalej: „ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”.

<sup>69</sup> Liczba osób żyjących na 31 grudnia danego roku, u których zdiagnozowano i zarejestrowano istnienie chorób otępiennych w danym roku oraz w latach poprzednich.

rozpoznania ww. chorób. W związku z powyższym rzeczywista liczba osób chorych może być znacznie wyższa, na co wskazują chociażby szacunki Institute for Health Metrics and Evaluation, według którego w 2019 roku w Polsce na chorobę Alzheimera lub choroby pokrewne chorowało 585 tys. osób<sup>70</sup>, a dane NFZ wskazywały jedynie na 379 tys. osób.

## Infografika 7

Liczba zdiagnozowanych osób chorych na ChND w Polsce



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych przedstawionych przez Ministerstwo Zdrowia w ramach kontroli P/24/056.

**Brak w Ministerstwie Zdrowia danych odnośnie osób chorych na ChND**

Ministerstwo Zdrowia nie prowadziło odrębnego rejestru danych dotyczących osób z ChND oraz nie dysponowało danymi z prywatnego sektora ochrony zdrowia w wyżej wymienionym zakresie. W toku kontroli NIK Ministerstwo pozyskało ww. dane z NFZ, w zakresie ograniczonym do osób chorych zdiagnozowanych.

**Planowanie rozwiązań w ramach opieki zdrowotnej dla osób starszych, w tym chorych na ChND**

Działania dotyczące wprowadzenia rozwiązań w zakresie opieki zdrowotnej dla osób starszych, w tym z ChND zaplanowano do realizacji

<sup>70</sup> „NFZ o zdrowiu – Choroba Alzheimera i choroby pokrewne” 2022 r. (str. 7) <https://ezdrowie.gov.pl/portals/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/nfz-o-zdrowiu-choroba-alzheimera-i-choroby-pokrewne>.

w NPZ<sup>71</sup>, „Strategii deinstytucjonalizacji” oraz „Polityce społecznej wobec osób starszych”<sup>72</sup>.

**Opracowanie  
przez Ministra Zdrowia  
programu KPDwCO**

W „Polityce społecznej wobec osób starszych” ujęto zadanie dotyczące opracowania programu działań skierowanych do osób starszych chorych na choroby otępienne, dla którego koordynatorem odpowiadającym za zapewnienie jego realizacji był Minister Zdrowia. Projekt programu KPDwCO, mającego stanowić rozwiązanie systemowe w tym zakresie, został opracowany w III kwartale 2024 r. Jako przyczyny powyższego podawano wielość i różnorodność zadań koordynowanych przez Departament Zdrowia Publicznego MZ, kłopoty personalne w Wydziale Zdrowotnej Polityki Senioralnej<sup>73</sup> oraz skutki pandemii COVID-19. Wstępne działania koncepcyjne w MZ mające na celu opracowanie projektu programu prowadzono w 2022 r., gdy utworzono m.in. bazę dostępnych w Internecie dokumentów strategicznych dotyczących demencji, opracowanych w innych krajach. Utworzenie 6 sierpnia 2024 r. nowej komórki organizacyjnej MZ<sup>74</sup>, tj. Departamentu Równości w Zdrowiu umożliwiło intensyfikację prac.

Przygotowany w MZ projekt KPDwCO zawierał: diagnozę, cel główny Programu<sup>75</sup>, cele szczegółowe, rezultaty oraz działania służące ich realizacji, terminy tych działań, zasady jego monitorowania, podmioty odpowiedzialne za koordynację i wskazywał siedem głównych obszarów działania<sup>76</sup>.

W lutym 2025 r. projekt był w trakcie uzgodnień, a następnie 26 maja 2025 r. projekt uchwały Rady Ministrów w sprawie powyższego programu został wpisany do „Wykazu prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów pod nr ID125”. Dnia 23 czerwca 2025 r. ww. projekt został przekazany do uzgodnień i konsultacji publicznych, które zakończyły się 23 lipca 2025 r.

---

<sup>71</sup> Rozdział IX. „Wykaz zadań służących realizacji Celu operacyjnego 5: Wyzwania demograficzne” NPZ, planowane na lata 2021–2025.

<sup>72</sup> W obszarach skierowanych do niesamodzielnych osób starszych.

<sup>73</sup> W okresie od połowy 2022 r. praca czteroosobowego (kierowanego przez naczelnika) Wydziału była utrudniona. W okresach dłuższych nieobecności poszczególnych pracowników organizowano procedury rekrutacyjne i w miarę możliwości pozyskiwano pracowników na zastępstwo, co utrudniało pracę, z powodu konieczności wdrożenia nowych osób.

<sup>74</sup> Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2024 r. w sprawie ustalenia regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia (Dz. Urz. Ministra Zdrowia poz. 55).

<sup>75</sup> Wzrost odsetka osób, u których chorobę otępienną zdiagnozowano we wczesnym stadium, a także poprawa jakości życia osób z chorobami otępiennymi i ich opiekunów. W projekcie KPDwCO poddany konsultacjom publicznym w czerwcu 2025 r., jako cel główny programu ustalono: „Wzrost liczby osób, u których przeprowadzono testy oceniające funkcje poznawcze w podstawowej opiece zdrowotnej, a także zwiększenie dostępu do wsparcia dla opiekunów osób z chorobami otępiennymi”.

<sup>76</sup> 1) „Podnoszenie świadomości społecznej”; 2) „Zmniejszanie ryzyka zachorowania”; 3) „Wsparcie wczesnej diagnostyki”; 4) „Leczenie, opieka i wsparcie dla chorych”; 5) „Wsparcie dla opiekunów”; 6) „Budowanie systemów gromadzenia danych”; 7) „Badania naukowe i innowacje”.

W projekcie KPDwCO<sup>77</sup> działania z zakresu wsparcia wczesnej diagnostyki zostały uznane za jeden z głównych priorytetów. W dokumencie tym wskazano, że będą realizowane zadania w szczególności dotyczące usprawnienia diagnostyki osób z podejrzeniem zaburzeń otępiennych, w tym ewentualnego zaimplementowania do systemu nowych metod i sposobów diagnostyki, wdrożenia narzędzi zwiększających wykrywalność chorób otępiennych na wczesnym etapie oraz określenie ich etiologii. Wykorzystano w tym zakresie wnioski z badania „PolSenior”<sup>78</sup>, w których wykazano, że przesiewowa ocena stanu funkcji poznawczych powinna stanowić nieodzowny element oceny osób po 60. roku życia w Polsce i prowadzenie badań przesiewowych w kierunku otępienia w tej grupie wieku pozwoli w wielu przypadkach na rozpoznanie otępienia we wczesnej fazie, co zwiększa skuteczność leczenia. Wskazano także, że szczególna czujność i regularny nadzór powinny dotyczyć licznej grupy osób starszych (niemal co piątej osoby w populacji), u których w przesiewowej ocenie stanu funkcji poznawczych postawiono podejrzenie łagodnych zaburzeń poznawczych.

„Krajowy Program Działań wobec Chorób Otępiennych, polityka publiczna do roku 2030” został uchwalony przez Radę Ministrów 11 grudnia 2025 r. Przyjęty program zawierał: diagnozę, cel główny<sup>79</sup>, cele szczegółowe, rezultaty oraz działania służące ich realizacji, terminy tych działań, zasady jego monitorowania, podmioty odpowiedzialne za koordynację i wskazywał siedem głównych obszarów działania<sup>80</sup>.

---

<sup>77</sup> Wersja poddana uzgodnieniom w lutym 2025 r.

<sup>78</sup> „PolSenior2. Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem” to ogólnopolskie badanie stanu zdrowia starszych Polaków, ich sytuacji społeczno-ekonomicznej oraz jakości życia, realizowane w okresie 2017–2020 w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 ze środków MZ; dalej: „PolSenior 2”.

<sup>79</sup> Wzrost liczby osób, u których przeprowadzono testy oceniające funkcje poznawcze w podstawowej opiece zdrowotnej, a także zwiększenie dostępu do wsparcia dla opiekunów osób z chorobami otępiennymi.

<sup>80</sup> 1) „Podnoszenie świadomości społecznej”, dla którego celem szczegółowym było „Zwiększenie świadomości i wiedzy społeczeństwa na temat chorób otępiennych, w tym ich przyczyn, objawów, znaczenia wczesnej diagnozy, a także kształtowanie wspierających postaw wobec chorych i ich bliskich”. W obszarze tym wyszczególniono sześć rezultatów, w których było łącznie 10 działań; 2) „Zmniejszanie ryzyka zachorowania”, dla którego celem szczegółowym było „Prowadzenie działań wspierających profilaktykę chorób otępiennych”. W obszarze tym wyszczególniono dwa rezultaty, w których było łącznie sześć działań; 3) „Wsparcie wczesnej diagnostyki”, dla którego celem szczegółowym było „Zwiększenie dostępu do diagnostyki, w szczególności na wczesnym etapie choroby otępiennej”. W obszarze tym wyszczególniono jeden rezultat, w którym były łącznie trzy działania; 4) „Leczenie, opieka i wsparcie dla osób chorych”, dla którego celem szczegółowym było „Zwiększenie dostępu do leczenia, opieki na każdym z etapów chorób otępiennych dla osób chorych”. W obszarze tym wyszczególniono osiem rezultatów, w którym było łącznie 12 działań; 5) „Wsparcie dla opiekunów” dla którego celem szczegółowym było „Prowadzenie działań wspierających opiekunów nieformalnych osób z chorobami otępiennymi”. W obszarze tym wyszczególniono cztery rezultaty, w których było łącznie sześć działań; 6) „Budowanie systemów gromadzenia danych”, dla którego celem szczegółowym było „Gromadzenie oraz monitorowanie danych na temat chorób otępiennych”. W obszarze tym

**Brak systemu kompleksowej opieki zdrowotnej nad osobami cierpiącymi na ChND**

W MZ nie wypracowano systemu kompleksowej (koordynowanej) opieki nad osobami cierpiącymi na ChND, stanowiącego połączenia procesów profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, a osoby te mogły korzystać jedynie z powszechnie obowiązujących rozwiązań w zakresie opieki zdrowotnej. Jako przyczyny powyższego wskazano, że wszystkie elementy takiej opieki są dostępne, a nie ma jednego zunifikowanego modelu, który u wszystkich takich pacjentów będzie możliwy do zastosowania. Jednocześnie podkreślono istotność opieki długoterminowej w ramach opieki nad osobami z chorobami otępiennymi. Należy jednak nadmienić, że zadanie pn. „Opracowanie standardów opieki dla osób z zespołami otępiennymi, w tym opieki domowej”, określone działanie szczegółowe, zaplanowano do realizacji już wcześniej w ramach Polityki społecznej wobec osób starszych. Termin wykonania tego zadania, dla którego MZ było podmiotem koordynującym, upłynął w 2020 r.

Konsultanci Krajowi<sup>81</sup> wskazywali, że osoby starsze z ChND nie otrzymują właściwej opieki zdrowotnej oraz społecznej, a ich opiekunowie wystarczającego wsparcia. Jako przyczyny powyższego podawano brak powszechnie dostępnych usług zdrowotnych i opiekuńczych, takich jak: instytucjonalna opieka domowa, dzienne domy opieki medycznej lub dzienne centra wsparcia pamięci, sieć mieszkań treningowych i wspomaganych, geriatryczna opieka koordynowana, rekompensaty finansowe dla członków rodzin opiekujących się rodzicami i najbliższymi krewnymi. Zdaniem Konsultantów Krajowych dla właściwego funkcjonowania opieki nad osobami starszymi z ChND oraz wsparcia ich opiekunów potrzebna jest integracja i koordynacja działań w zakresie zdrowotnych i społecznych usług opiekuńczych. Dla wszystkich seniorów obciążonych wielochorobowością (w tym ChND) oraz ograniczoną sprawnością funkcjonalną potrzebne jest wprowadzenie rozwiązań systemowych, mających na celu spersonalizowane podejście opiekuńcze, realizowane przez różnych profesjonalistów medycznych. Rozwiązania takie powinny być koordynowane na poziomie lokalnym, regionalnym i krajowym. Konsultanci Krajowi wskazując na potrzebę koordynacji działań w zakresie opieki zdrowotnej i usług społecznych, zwracali uwagę, że aktualnie opiekę nad pacjentem realizuje rodzina, korzystając zarówno z opieki zdrowotnej, jak i usług społecznych, ale bez koordynacji tych dwóch form. Podkreślano, że często rodzina pacjenta jest słabo poinformowana o możliwościach i formach opieki.

---

wyszczególniono jeden rezultat, w którym były dwa działania; 7) „Badania naukowe”, dla którego celem szczegółowym było „Inicjowanie i wspieranie badań naukowych w zakresie chorób otępiennych”. W obszarze tym wyszczególniono trzy rezultaty, w których były łącznie trzy działania.

<sup>81</sup> W toku kontroli NIK pozyskano informacje od Konsultantów Krajowych w Dziedzinie: Geriatrii, Pielęgniarstwa Geriatrycznego, Pielęgniarstwa Opieki Długoterminowej, Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej.

Infografika 8  
Wskazania Konsultantów krajowych

## Konsultanci Krajowi wskazali na:



**brak właściwej opieki zdrowotnej**  
dla osób starszych z chorobami  
neurodegeneracyjnymi



**brak wystarczającego wsparcia**  
dla opiekunów osób starszych  
z chorobami neurodegeneracyjnymi

## Przyczyny

**Brak powszechnie dostępnych usług zdrowotnych i opiekuńczych, takich jak:**



instytucjonalna  
opieka  
domowa



sieć  
mieszkań  
chronionych



opieka  
geriatryczna  
koordynowana



dzienne domy  
opieki lub centra  
pamięci



rekompensaty  
dla opiekujących  
się bliskimi

*Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych pozyskanych w ramach kontroli P/24/056.*

**Brak bezpośredniej  
współpracy  
z jednostkami  
samorządu  
terytorialnego**

MZ nie prowadziło bezpośredniej współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego w zakresie zapewnienia opieki osobom z chorobami otępiennymi i wsparcia ich opiekunów. Zauważając, że jednostki te pełnią kluczową rolę w realizacji i koordynacji lokalnych działań dedykowanych ww. grupie odbiorców, przewidziano w projekcie KPDwCO współpracę z jednostkami samorządu terytorialnego.

**Współpraca  
Ministerstwa Zdrowia  
z organizacjami  
pozarządowymi**

MZ współpracowało z organizacjami pozarządowymi działającymi na rzecz osób z chorobami otępiennymi i ich bliskich. W 2018 r. MZ zorganizowało debatę z organizacjami pozarządowymi, dotyczącą opieki nad osobami chorującymi na choroby otępienne. Z przedstawicielami ww. organizacji konsultowane były założenia projektowanych działań/programów, dedykowanych osobom chorym na ChND i ich opiekunom, m.in. założenia projektu Helpline – uruchomienie i utrzymanie bezpłatnej infolinii dla osób chorych na chorobę Alzheimera lub inne zaburzenia otępienne oraz ich rodzin i opiekunów, rozwiązania z zakresu wczesnej diagnostyki. Współpraca z organizacjami pozarządowymi została także przewidziana w projekcie KPDwCO.

**Kampania informacyjno-edukacyjna na temat zaburzeń otępiennych**

W latach 2022–2023 MZ prowadziło kampanię informacyjno-edukacyjną<sup>82</sup> na temat zaburzeń otępiennych, w tym choroby Alzheimera, której hasło przewodnie brzmiało „Zostań dłużej na scenie życia”<sup>83</sup>. Zadanie polegające na przeprowadzeniu kampanii było ujęte w „Polityce społecznej wobec osób starszych”. Kampania miała na celu zwiększenie świadomości społeczeństwa na temat zaburzeń otępiennych, w tym ich objawów, wagi wczesnego rozpoznania choroby, a także kształtowanie właściwych postaw wobec chorych i ich bliskich. W ramach kampanii zrealizowano następujące działania: spoty w telewizji i radiu, kampania w mediach społecznościowych (posty na Facebooku i Twitterze), podcasty opublikowane na stronach online stacji radiowej RMF oraz na stronie kampanii, debata telewizyjna oraz audycja radiowa. W wyniku przeprowadzonego badania wpływu kampanii na wzrost świadomości społeczeństwa na temat chorób otępiennych odnotowano wzrost świadomości na poziomie 36%. Wszystkie zakładane rezultaty i wskaźniki zostały osiągnięte. Działań tych nie kontynuowano w 2024 r. Działania tego typu zaplanowano w projekcie KPDwCO na lata 2026–2030 w ramach Działania 1.1.1 „Przygotowywanie i przeprowadzanie kampanii edukacyjno-informacyjnych na temat zaburzeń otępiennych, w tym choroby Alzheimera”.

**Koszty leczenia osób starszych z ChND oraz charakter udzielonych im świadczeń medycznych**

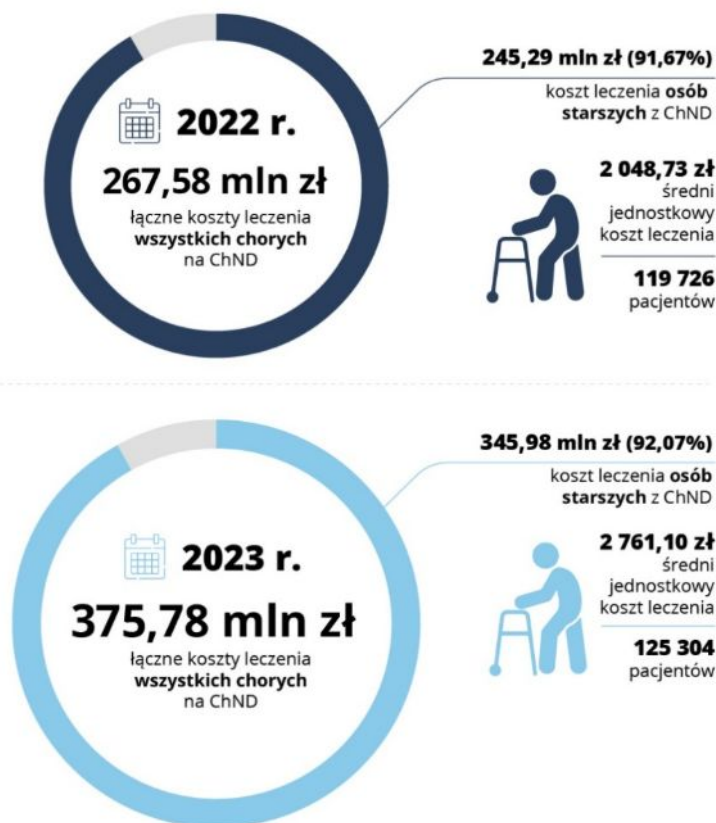
W 2022 r. koszty leczenia i opieki 119 726 osób starszych z ChND wyniosły 245 286,46 tys. zł, co stanowiło 91,67% kosztów leczenia i opieki osób z tymi chorobami bez względu na wiek (267 580,35 zł). Koszt jednostkowy leczenia tych osób wyniósł 2048,73 tys. zł. W 2023 r. koszty leczenia i opieki 125 304 osób starszych z ChND wyniosły 345 976,53 tys. zł, co stanowiło 92,07% kosztów leczenia i opieki osób z tymi chorobami bez względu na wiek (375 778,18 tys. zł). Koszt jednostkowy leczenia tych osób wyniósł 2761,10 tys. zł<sup>84</sup>.

<sup>82</sup> Sfinansowana ze środków NPZ.

<sup>83</sup> Dostępny na stronie <https://zostandluzej.pl/kampania-informacyjno-edukacyjna>.

<sup>84</sup> W I kwartale 2024 r. koszty leczenia i opieki 67 739 osób starszych z ChND wyniosły 65 663,77 tys. zł, co stanowiło 92,39% kosztów leczenia i opieki osób z tymi chorobami bez względu na wiek (71 070,30 tys. zł).

Infografika 9  
Koszty leczenia chorych na ChND



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych przedstawionych przez Ministerstwo Zdrowia w ramach kontroli P/24/056.

W latach 2022–2024 (I kwartał) największą liczbę osób starszych z ChND objęto świadczeniami podstawowej opieki zdrowotnej<sup>85</sup>. W dalszej kolejności były to: ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne<sup>86</sup>, rehabilitacja lecznicza<sup>87</sup>, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze<sup>88</sup>, leczenie szpitalne<sup>89</sup>, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień oraz opieka paliatywna i hospicyjna<sup>90</sup>.

<sup>85</sup> Odpowiednio: 70 897, 74 050, 32 294 pacjentom udzielono świadczeń POZ o wartości 77 947,54 zł, 123 884,94 zł, 35 514,56 zł, a jednostkowa wartość świadczenia wyniosła 1,10 zł, 1,67 zł, 1,10 zł.

<sup>86</sup> Odpowiednio: 63 665, 68 368, 33 317 pacjentom udzielono ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych o wartości 16 731 652,78 zł, 21 292 897,91 zł, 4 350 777,57 zł, a jednostkowa wartość świadczenia wyniosła 262,81 zł, 311,45 zł, 130,59 zł.

<sup>87</sup> Odpowiednio: 13 456, 15 787, 10 077 pacjentom udzielono rehabilitacji leczniczej o wartości 65 216 507,86 zł, 94 741 935,04 zł, 8 564 332,45 zł, a jednostkowa wartość świadczenia wyniosła 4846,65 zł, 6001,26 zł, 849,89 zł.

<sup>88</sup> Odpowiednio: 5065, 5020, 3714 pacjentom udzielono świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych o wartości 95 481 833,00 zł, 136 261 055,35 zł, 34 907 042,95 zł, a jednostkowa wartość świadczenia wyniosła 18 851,30 zł, 27 143,64 zł, 9180,68 zł.

<sup>89</sup> Odpowiednio: 4168, 4 359, 1444 pacjentów objęto leczeniem szpitalnym o wartości 57 722 040,71 zł, 78 993 952,00 zł, 15 701 875,65 zł, a jednostkowa wartość świadczenia wyniosła 13 848,86 zł, 18 122,04 zł, 10 873,88 zł.

<sup>90</sup> W 2022 r. czterech pacjentów objęto opieką paliatywną o wartości 31 170,56 zł, a jednostkowa wartość świadczenia wyniosła 7 792,64 zł. W 2023 r. jednego pacjenta, a w I kwartale 2024 r. trzech pacjentów objęto bezkosztową opieką paliatywną.

## Infografika 10

Rodzaje świadczeń udzielonych osobom starszym z ChND przez trzy skontrolowane placówki podstawowej opieki zdrowotnej



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych przedstawionych przez trzy skontrolowane placówki POZ.

**Brak programów ukierunkowanych na leczenie lub opiekę nad osobami z ChND lub na rzecz wsparcia opiekunów**

W MZ nie były opracowane i realizowane programy bezpośrednio ukierunkowane na leczenie lub opiekę osób z ChND lub na rzecz wsparcia opiekunów tych osób. Minister Zdrowia realizował zadania ukierunkowane m.in. na opiekę zdrowotną wobec niesamodzielnych osób starszych, w tym z ChND, ujęte w „Polityce społecznej wobec osób starszych”, NPZ i „Strategii deinstytucjonalizacji”.

**Realizacja działań określonych w Polityce społecznej wobec osób starszych**

W „Polityce społecznej wobec osób starszych” zaprogramowano działania w dwóch grupach obszarów odnoszących się do ogółu osób starszych (siedem obszarów) oraz niesamodzielnych osób starszych<sup>91</sup>, wyodrębniając cztery obszary<sup>92</sup>. W ww. Polityce nie sformułowano działań

<sup>91</sup> Uzasadniając wyodrębnienie tego obszaru działań podano, że uwzględnienie poziomu samodzielności seniorów w programowaniu polityki publicznej umożliwi pełniejszą diagnozę potrzeb tej grupy, a co za tym idzie, pozwoli na adekwatne dostosowanie planowanych działań do tych potrzeb i możliwości populacji osób starszych. Jedną z konsekwencji zwiększającej się liczby niesamodzielnych osób starszych w populacji jest konieczność zapewnienia im szeroko rozwiniętej opieki, właściwego wsparcia oraz umożliwienia im partycypacji w życiu społecznym.

<sup>92</sup> I. Zmniejszanie skali zależności od innych poprzez ułatwienie dostępu do usług wzmacniających samodzielność oraz dostosowanie środowiska zamieszkania do możliwości funkcjonalnych niesamodzielnych osób starszych; II. Zapewnienie optymalnego dostępu do usług zdrowotnych, rehabilitacyjnych i opiekuńczo-pielęgnacyjnych dostosowanych do potrzeb niesamodzielnych osób starszych; III. Sieć usług środowiskowych i instytucjonalnych udzielanych niesamodzielnym osobom starszym; IV. System wsparcia nieformalnych opiekunów niesamodzielnych osób starszych przez instytucje publiczne.

odnoszących się bezpośrednio do osób starszych z ChND, a zawarto w niej działania szczegółowe w zakresie chorób otępiennych, dla realizacji których jako podmiot koordynujący wskazane zostało MZ. W ramach działań ujętych w tym dokumencie Minister Zdrowia opracował projekt programu działań skierowanych do osób starszych chorych na choroby otępienne<sup>93</sup>, jak również prowadził w latach 2022–2023 kampanię informacyjno-edukacyjną na temat chorób otępiennych<sup>94</sup>. Minister Zdrowia nie zapewnił natomiast realizacji działania szczegółowego ujętego w „Polityce społecznej wobec osób starszych”, dla którego był koordynatorem, pn. „Opracowanie standardów opieki dla osób z zespołami otępiennymi, w tym opieki domowej” zaplanowanego na lata 2018–2020. Jako przyczyny powyższego podano, że w projekcie KPDwCO zaplanowano opracowanie zaleceń dotyczących postępowania z chorymi na choroby otępienne.

#### Realizacja zadań w ramach NPZ

W ramach NPZ Minister Zdrowia zapewnił realizację części zadań ukierunkowanych m.in. na opiekę zdrowotną wobec niesamodzielnych osób starszych, w tym z ChND oraz ich opiekunów (dla których był realizatorem)<sup>95</sup>. Przykładowo prowadzono prace dotyczące rozwoju usług wspierających zdrowie i jakość życia związaną ze zdrowiem u osób starszych i ich opiekunów nieformalnych, w szczególności poprzez rozwój dziennych form wsparcia i pomocy psychologicznej, w tym opracowano założenia projektu obejmującego uruchomienie telefonicznej infolinii

<sup>93</sup> Planowany termin tego działania to lata 2018–2025. Podmiotem koordynującym było MZ, a współpracującym MRPiPS oraz Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju.

<sup>94</sup> Planowany termin realizacji kampanii to lata 2018–2030 (działanie ciągłe). Podmiotem koordynującym było MZ.

<sup>95</sup> W ramach celów operacyjnych ujętych w NPZ, Minister Zdrowia powinien wykonywać m.in. następujące zadania służące realizacji celu operacyjnego nr 5 Wyzwania demograficzne: zadanie nr 3 – Wspieranie aktywności społecznej seniorów oraz poprawa związanej ze zdrowiem jakości życia osób starszych; zadanie nr 4 – Rozwój usług wspierających zdrowie i jakość życia związaną ze zdrowiem u osób starszych i ich opiekunów nieformalnych, w szczególności przez rozwój dziennych form wsparcia i pomocy psychologicznej; zadanie nr 5 – Działania na rzecz koordynacji opieki nad osobami starszymi dostępnej w ramach systemów ochrony zdrowia i pomocy społecznej; zadanie nr 6 – Edukacja przedstawicieli zawodów medycznych w zakresie potrzeb zdrowotnych osób starszych; zadanie nr 7 – Edukacja ukierunkowana na profilaktykę problemów zdrowotnych występujących u osób starszych, w szczególności w zakresie urazów i prewencji upadków oraz zasad unikania skutków polipragmatyzacji; zadanie nr 8 – Edukacja opiekunów nieformalnych osób starszych na temat chorób związanych z wiekiem oraz zasad właściwej opieki nad tymi osobami; zadanie nr 9 – Informowanie i edukacja przedstawicieli służb publicznych i zawodów niemedycznych mających częsty kontakt z osobami starszymi na temat chorób związanych z wiekiem oraz zasad postępowania w kontakcie z tymi osobami; zadanie nr 10 – Edukacja w zakresie zarządzania zdrowiem starzejących się pracowników oraz opracowanie i upowszechnienie instrumentów promujących zdrowie i zachowania prozdrowotne w środowisku pracy; zadanie nr 11 – Opracowywanie rozwiązań wspierających wykrywanie i monitorowanie przebiegu chorób związanych z wiekiem oraz wdrożenie tych rozwiązań; zadanie nr 12 – Badania dotyczące stanu zdrowia osób starszych i współpraca międzynarodowa w zakresie zdrowia osób starszych. Realizowanych było siedem z ww. zadań (tj. nr 3, 4, 5, 8, 10, 11, 12), a nie zrealizowano trzech zadań (nr 6, 7, 9).

dla osób z demencją i ich opiekunów<sup>96</sup>. Realizowano także działania na rzecz koordynacji opieki nad osobami starszymi dostępnej w ramach systemów ochrony zdrowia i pomocy społecznej, w tym w ramach prac Międzyresortowego Zespołu do spraw systemowych rozwiązań związanych z opieką nad osobami starszymi<sup>97</sup>. Ponadto, prowadzono działania ukierunkowane na edukację opiekunów nieformalnych osób starszych w temacie chorób związanych z wiekiem oraz zasad właściwej opieki nad tymi osobami i w tym zakresie z NFZ. W zakresie działań na rzecz osób z zaburzeniami otępiennymi współpracowano z WHO, a przedstawiciele MZ brali udział w pracach międzynarodowych grup zajmujących się tematyką demencji oraz polityki senioralnej.

Minister Zdrowia nie zapewnił natomiast realizacji trzech zadań ujętych w NPZ, dotyczących działań edukacyjnych oraz informacyjnych ukierunkowanych na przedstawicieli zawodów medycznych, jak również służb publicznych oraz zawodów niemedycznych<sup>98</sup>. Ponadto Minister Zdrowia zrezygnował z wdrożenia opracowanego w 2022 r. programu pilotażowego<sup>99</sup> wczesnego wykrywania zaburzeń otępiennych u świadczeniobiorców po 60. roku życia z podejrzeniem deficytu funkcji poznawczych<sup>100</sup>, uzasadniając to koniecznością przeformułowania jego pierwotnych założeń.

**Realizacja działań w ramach „Strategii deinstytucjonalizacji”**

W ramach „Strategii deinstytucjonalizacji” Minister Zdrowia, spośród działań ukierunkowanych m.in. na opiekę zdrowotną wobec niesamodzielnych osób starszych oraz ich opiekunów (dla których MZ było koordynatorem), zapewnił realizację następujących działań:

<sup>96</sup> W ramach tego projektu w 2024 r. ogłoszono nabór do projektu „Helpline – uruchomienie i utrzymanie bezpłatnej infolinii dla osób chorych na chorobę Alzheimera lub inne zaburzenia otępienne oraz ich rodzin i opiekunów” z terminem realizacji październik 2024 r. – kwiecień 2027 r. W dniu 6 marca 2025 r. podpisano porozumienie o dofinansowaniu projektu pt. „Helpline – uruchomienie i utrzymanie bezpłatnej infolinii dla osób chorych na chorobę Alzheimera lub inne zaburzenia otępienne oraz ich rodzin i opiekunów.”, realizowanego przez Rzecznika Praw Pacjenta.

<sup>97</sup> Powołany Zarządzeniem nr 30 PRM w sprawie Międzyresortowego Zespołu. Przewodniczącą Zespołu była Minister do Spraw Polityki Senioralnej.

<sup>98</sup> Zadania ujęte w rozdziale IX „Wykaz zadań służących realizacji celu operacyjnego 5: Wyzwania demograficzne” NPZ, z terminem realizacji w latach 2021–2025: „Edukacja przedstawicieli zawodów medycznych w zakresie potrzeb zdrowotnych osób starszych” – zadanie nr 6; „Edukacja ukierunkowana na profilaktykę problemów zdrowotnych występujących u osób starszych, w szczególności w zakresie urazów i prewencji upadków oraz zasad unikania skutków polipragmazji” – zadanie nr 7; „Informowanie i edukacja przedstawicieli służb publicznych i zawodów niemedycznych mających częsty kontakt z osobami starszymi na temat chorób związanych z wiekiem oraz zasad postępowania w kontakcie z tymi osobami” – zadanie nr 9.

<sup>99</sup> Stanowiącego załącznik do pisma ZPG.651.1.2022.AK z 8 czerwca 2022 r., w formie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego wczesnego wykrywania zaburzeń otępiennych u świadczeniobiorców po 60. roku życia z podejrzeniem deficytu funkcji poznawczych.

<sup>100</sup> W ramach realizacji zadania 11. „Opracowywanie rozwiązań wspierających wykrywanie i monitorowanie przebiegu chorób związanych z wiekiem oraz wdrażanie tych rozwiązań”, z planowanym terminem realizacji na lata 2021–2025, ujętego w rozdziale IX „Wykaz zadań służących realizacji celu operacyjnego 5: Wyzwania demograficzne” NPZ.

do 31 listopada 2021 r. opracowano standardy i modele telemedyczne w sześciu dziedzinach medycyny, w tym w geriiatrii, psychiatrii i chorobach przewlekłych, a także zrealizowano programy pilotażowe procedur telemedycznych pod względem możliwości rozszerzenia koszyka świadczeń gwarantowanych, podpisując i realizując do końca 2024 r. umowy dotyczące projektów pilotażowych w pięciu dziedzinach medycyny, w tym w geriiatrii, psychiatrii i chorobach przewlekłych. Minister Zdrowia nie zapewnił natomiast realizacji czterech zadań, w tym dotyczących włączenia świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w Dziennych Domach Opieki Medycznej<sup>101</sup> do koszyka świadczeń gwarantowanych<sup>102</sup> oraz opracowania standardu Dziennych Centrów Wsparcia Pamięci<sup>103</sup>. Nie włączono opiekunów medycznych do personelu udzielającego świadczeń gwarantowanych w ramach opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielanych w warunkach domowych<sup>104</sup> oraz nie opracowano kompleksowej informacji na temat systemu wsparcia zdrowotnego dla osób starszych i ich opiekunów oraz systemu jej aktualizacji<sup>105</sup>.

Tymczasem Konsultanci Krajowi wskazywali, że aktualnie świadczenia opieki długoterminowej (w warunkach stacjonarnych i domowych) oraz świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej nie zapewniają dla osób starszych z ChND pełnej opieki w warunkach domowych z powodu ograniczenia dostępności i kolejki oczekujących.

Minister Zdrowia nie monitorował okresowo wskaźników rezultatów działań ujętych w „Strategii deinstytucjonalizacji”, pomimo takiego obowiązku wynikającego z tej Strategii. Zgodnie z tą Strategią (w części „System realizacji i monitorowania”), koordynacja realizacji działań

---

<sup>101</sup> Dalej: „DDOM”.

<sup>102</sup> Działanie 1. „Włączenie świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w DDOM do koszyka świadczeń gwarantowanych – do końca 2022 r.” (w ramach obszaru strategicznego „Rozwój form opieki dziennej”, rezultat 1. „Stworzenie sieci DDOM finansowanych ze środków publicznych – do końca 2030 r.”).

<sup>103</sup> Działanie 1. „Opracowanie standardu Dziennych Centrów Wsparcia Pamięci – do końca 2022 r.” (w zakresie obszaru strategicznego „Rozwój form opieki dziennej”, rezultatu 2. „Stworzenie systemu dziennego wsparcia dla osób z zaburzeniami otępiennymi i innymi przewlekłymi chorobami mózgu skutkującymi zaburzeniami pamięci oraz dla opiekunów tych osób – do końca 2030 r.”).

<sup>104</sup> Działanie 1. „Włączenie opiekunów medycznych do personelu udzielającego świadczeń gwarantowanych w ramach opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielanych w warunkach domowych – do końca 2023 r.” (w zakresie obszaru strategicznego „Rozwój form opieki domowej”, rezultatu 1. „Zwiększenie dostępności do świadczeń gwarantowanych w ramach opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielonych w warunkach domowych poprzez ich realizację przez opiekunów medycznych – od początku 2023 r.”).

<sup>105</sup> Działanie 1. „Opracowanie kompleksowej informacji na temat systemu wsparcia zdrowotnego dla osób starszych i ich opiekunów oraz systemu jej aktualizacji – do końca 2022 r.” (w zakresie obszaru strategicznego „Koordynacja środowiskowej opieki zdrowotnej”, rezultatu 1. „Stworzenie kompleksowej bazy informacji dostępnej online na temat systemu wsparcia zdrowotnego dla osób starszych i ich opiekunów – do końca 2030 r.”).

i monitorowania rezultatów co do zasady spoczywała na MZ, a wdrażanie działań wiązało się z okresowym monitorowaniem wskaźników odnoszących się do oczekiwanych rezultatów. Jako przyczynę powyższego wskazano, że dokument „Zdrowa Przyszłość” nie ma wyraźnego odrębnego obowiązku monitorowania realizacji jego celów.

**Niepowołanie Krajowej Rady do Spraw Opieki Geriatrycznej**

Minister Zdrowia nie powołał do 1 marca 2024 r. pierwszych członków Krajowej Rady do Spraw Opieki Geriatrycznej<sup>106</sup>, co stanowiło naruszenie wymogu określonego w art. 51 ust. 2 ustawy o opiece geriatrycznej. Ogłoszenie o naborze członków przedmiotowej Rady opublikowano na oficjalnej stronie MZ w dniu 8 lutego 2024 r., a nabór trwał do 22 lutego 2024 r., jednak działania te nie zakończyły się powołaniem KRdsOG. Jako przyczynę wskazano krytyczne uwagi do ustawy o opiece geriatrycznej zgłaszane przez wojewodów oraz przedstawicieli powiatów. Do dnia zakończenia niniejszej kontroli KRdsOG nie została utworzona. Zdaniem NIK problemy z wdrożeniem rozwiązań ujętych w ustawie o szczególnej opiece geriatrycznej już na początkowym etapie jej obowiązywania mogą negatywnie wpływać na udzielanie świadczeń w ramach opieki zdrowotnej, szczególnie w zakresie powołania „Centrów Zdrowia 75+” i konieczności przeprowadzenia badań przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej<sup>107</sup> w celu skierowania pacjentów do tych placówek.

**Współpraca MZ z innymi podmiotami w ramach rozwoju systemu opieki długoterminowej przy realizacji KPO**

Istotnym elementem rozwoju systemu opieki długoterminowej<sup>108</sup> w Polsce jest realizacja dwóch kamieni milowych<sup>109</sup> w ramach, będącej elementem Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności<sup>110</sup>, reformy nr A4.6 pn. „Wzrost współczynnika aktywności zawodowej określonych grup poprzez rozwój opieki długoterminowej”. Realizację kamieni milowych powierzono równolegle MZ oraz Ministerstwu Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, przy koordynacyjnym wsparciu Ministerstwa Funduszy i Polityki Regionalnej (kamień milowy A69G) i Ministra ds. Polityki Senioralnej (kamień milowy A70G). Pracownicy MZ przygotowali m.in. ankietę badania opinii na temat kierunków rozwoju zdrowotnej opieki długoterminowej w Polsce, której wyniki posłużyły opracowaniu (we współpracy z NFZ i Centralnym Ośrodkiem Informatyki) rekomendacji i określeniu priorytetów reformy opieki długoterminowej realizowanej w ramach KPO. Efekty prac zostały zawarte w raporcie Banku Światowego, obejmującym przegląd strategiczny oraz zalecenia dotyczące zmian

<sup>106</sup> Dalej: „KRdsOG”.

<sup>107</sup> Dalej: „POZ”.

<sup>108</sup> Zgodnie z definicją MZ, jest to profesjonalna opieka nad przewlekle chorymi, niepełnosprawnymi lub starszymi osobami, realizowana w warunkach domowych.

<sup>109</sup> Tj. A69G – strategiczny przegląd opieki długoterminowej w Polsce w celu określenia priorytetów w zakresie reform oraz A70G, tj. wdrożenie priorytetów w zakresie reformy określonych na podstawie strategicznego przeglądu opieki długoterminowej w Polsce (w oparciu o wnioski z realizacji kamienia milowego A69G).

<sup>110</sup> Dalej: KPO.

w systemie opieki długoterminowej i stanowiły podstawę do działań w ramach Grupy roboczej ds. opieki długoterminowej powołanej w ramach Międzyresortowego Zespołu do spraw systemowych rozwiązań związanych z opieką nad osobami starszymi<sup>111</sup>. Do dnia 13 listopada 2024 r. odbyło się trzynastę posiedzeń grupy roboczej ds. opieki długoterminowej, w których przedstawiciele MZ przygotowali i prezentowali informacje na temat opieki długoterminowej, konsultowali materiały i dokumenty stanowiące przedmiot prac, uczestniczyli w dodatkowych spotkaniach konsultacyjnych (z KPRM, MRPiPS, NFZ). W jednym z posiedzeń wzięli udział również przedstawiciele Polskiego Stowarzyszenia na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną (PSONI), którzy zaprezentowali rozwiązanie wypracowane w ramach projektu „Aktywni niepełnosprawni – narzędzia wsparcia samodzielności osób niepełnosprawnych”. Zakres prac grupy roboczej do spraw opieki długoterminowej obejmował problematykę domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo-leczniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, dostępności świadczeń oraz usług, wsparcia środowiskowego, wsparcia rodziny w opiece nad seniorem (wytchnienie, aktywizacja, wyzwania opiekunów nieformalnych), zdefiniowanie podstawowych pojęć w obszarze opieki długoterminowej, analizę możliwości zmian zakresu świadczeń oraz organizacji systemu opieki długoterminowej i wprowadzenia instrumentów koordynacji w tym systemie, a także wypracowanie założeń systemu monitorowania i oceny jakości usług/świadczeń w systemie.

## 5.2. MINISTERSTWO RODZINY, PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ

---

**Brak wypracowania systemowych rozwiązań prawnych i organizacyjnych w zakresie usług społecznych dla osób starszych z ChND oraz wsparcia ich opiekunów**

W latach 2022–2024 Minister RPiPS realizował zadania na rzecz osób starszych z ChND oraz ich opiekunów w oparciu o przepisy ustawy o pomocy społecznej oraz w ramach programów skierowanych do ogółu osób starszych oraz programów, w ramach których osoby starsze, w tym także z ChND i ich opiekunowie, mogli korzystać na ogólnych zasadach z proponowanych rozwiązań pomocowych z zakresu pomocy społecznej. Minister RPiPS nie opracował rozwiązań systemowych skierowanych do osób starszych z ChND i ich opiekunów pomimo posiadanych kompetencji wynikających z art. 23 ust. 1 w związku z art. 15 pkt 4, 5 i 6 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej<sup>112</sup>. Nie podjął też działań w celu pozyskania danych o populacji osób starszych z chorobami neurodegeneracyjnymi oraz nie przeprowadził analiz i nie dokonał rozeznania ewentualnych potrzeb w zakresie usług społecznych dla

---

<sup>111</sup> Powołanego przez Prezesa Rady Ministrów zarządzeniem nr 30 z dnia 22 marca 2024 r.

<sup>112</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 1283, ze zm.; dalej: „ustawa o pomocy społecznej”.

tej grupy osób, mimo obserwowanego zjawiska zwiększania się częstotliwości występowania chorób neurodegeneracyjnych/otępiennych w populacji osób starszych i wyzwań z tym związanych.

Zdaniem Ministra RPiPS konieczność wyodrębnienia osób starszych z ChND nie znajduje uzasadnienia, ponieważ nie jest możliwe kierowanie, w ramach systemu pomocy społecznej, który co do zasady ma charakter subsydiarny, dedykowanego wsparcia i budowania systemu takiej pomocy dla wąskich grup odbiorców. Zdaniem Ministra system pomocy społecznej w Polsce, ukształtowany na podstawie ustawy o pomocy społecznej, ma charakter uniwersalny, ramowy i elastyczny, co pozwala dostosowywać udzielane wsparcie do indywidualnych potrzeb osoby – bez względu na przyczynę jej niesamodzielności. Kryterium udzielania pomocy nie jest konkretna jednostka chorobowa, lecz sytuacja życiowa i funkcjonalna danej osoby, jej otoczenia oraz warunki społeczne i ekonomiczne, w której dana osoba i jej rodzina się znalazła. Tworzenie dedykowanych rozwiązań dla jednej, wyodrębnionej grupy chorobowej – tj. osób starszych z ChND – byłoby odejściem od zasady spójności systemowej i mogłoby prowadzić do dalszej segmentacji systemu pomocy społecznej oraz konieczności opracowywania osobnych rozwiązań dla innych grup osób z innymi jednostkami chorobowymi, co nie byłoby możliwe, ani efektywne.

Tymczasem konieczność wdrożenia takich rozwiązań została wskazana w wielu dokumentach, zarówno krajowych, jak i międzynarodowych. Opracowanie rozwiązań ukierunkowanych na tę grupę wskazała Rada Ministrów w „Polityce społecznej wobec osób starszych”, wobec której Minister RPiPS był koordynatorem. Jednocześnie MRPiPS zostało wyznaczone jako podmiot współpracujący z Ministrem Zdrowia w realizacji, ujętego w tej Polityce, zadania „Opracowanie programu działań skierowanych do osób starszych chorych na choroby otępienne”<sup>113</sup>, z planowanym okresem realizacji 2018–2025. Należy zauważyć, że Minister RPiPS na podstawie art. 7 ust. 3<sup>114</sup> ustawy o Radzie Ministrów oraz art. 34 ust. 1<sup>115</sup> ustawy o działach administracji rządowej, był zobowiązany do realizacji ww. polityki ustalonej przez Radę Ministrów. Potrzeba podjęcia stosownych działań ukierunkowanych na osoby z ChND oraz ich opiekunów wynikała także z Rezolucji PE podjętej 19 stycznia 2011 r. w sprawie europejskiej inicjatywy dotyczącej choroby Alzheimera i pozostałych demencji (2010/2084 (INI)), w której wskazano

---

<sup>113</sup> Działanie szczegółowe w grupie obszarów skierowanych do niesamodzielnych osób starszych, obszar „II. Zapewnienie optymalnego dostępu do usług zdrowotnych, rehabilitacyjnych i opiekuńczo-pielęgnacyjnych, dostosowanych do potrzeb niesamodzielnych osób starszych”.

<sup>114</sup> Członek Rady Ministrów realizuje politykę ustaloną przez Radę Ministrów.

<sup>115</sup> W zakresie działu, którym kieruje, minister wykonuje politykę Rady Ministrów i koordynuje jej wykonywanie przez organy, urzędy i jednostki organizacyjne, które jemu podlegają lub są przez niego nadzorowane.

m.in. na potrzebę opracowania przez państwa członkowskie szczegółowych krajowych planów i strategii w celu zajęcia się społecznymi i zdrowotnymi skutkami demencji oraz świadczenia usług i udzielania wsparcia osobom cierpiącym na demencję i ich rodzinom. Konieczność działań w zakresie wypracowania rozwiązań ukierunkowanych na osoby starsze z ChND wynikała również ze zmian demograficznych zachodzących w Polsce, a także z charakteru i skutków społecznych ChND, jak również zdrowotnego i społecznego oddziaływania na otoczenie osób dotkniętych tymi schorzeniami, w tym na aktywnych zawodowo członków ich rodzin, którzy najczęściej opiekują się takimi osobami.

Ujęte w „Polityce społecznej wobec osób starszych” działanie dotyczące opracowania programu działań skierowanych do osób starszych chorych na choroby otępienne, w ramach którego Minister RPiPS był zobligowany współpracować z Ministrem Zdrowia, winno być realizowane od 2018 r. Przedstawiciele MRPiPS dopiero od kwietnia 2024 r., tj. po powołaniu Międzyresortowego Zespołu do spraw systemowych rozwiązań związanych z opieką nad osobami starszymi<sup>116</sup> i utworzeniu grupy roboczej ds. profilaktyki i wspierania osób starszych<sup>117</sup>, która zajęła się w pierwszej kolejności kwestiami chorób otępiennych i ChND, w tym ww. programem, włączyli się w prace powstałej grupy<sup>118</sup>. W toku prac grupy roboczej ds. profilaktyki i wspierania osób starszych, Ministerstwo Zdrowia<sup>119</sup> zwróciło się do MRPiPS o wskazanie propozycji działań, które powinny zostać zawarte w projektowanym programie działań wobec

---

<sup>116</sup> Powołanego Zarządzeniem nr 30 PRM w sprawie Międzyresortowego Zespołu. Przewodniczącą Zespołu była Minister do Spraw Polityki Senioralnej. W jego skład wchodził również: Minister Finansów, Minister Funduszy i Polityki Regionalnej, Minister Klimatu i Środowiska, Minister Rolnictwa i Rozwoju Wsi, Minister Sportu i Turystyki, Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji, Minister Zdrowia, Prezes Rządowego Centrum Legislacji albo jego przedstawiciel.

<sup>117</sup> Dnia 7 maja 2024 r. Minister do Spraw Polityki Senioralnej w ramach ww. Zespołu powołała Grupę roboczą ds. profilaktyki i wspierania osób starszych w składzie 17-osobowym. W jej skład oprócz siedmiu przedstawicieli MRPiPS weszli: dwie osoby z KPRM (Departament Polityki Senioralnej), trzy z Ministerstwa Zdrowia (Departament Zdrowia Publicznego), cztery z MSWiA (Departament Zdrowia) oraz pracownik naukowy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu (ekspert, członek Rady ds. Polityki Senioralnej).

<sup>118</sup> Do 30 października 2024 r. odbyły się cztery posiedzenia tego zespołu: 9 kwietnia 2024 r., 18 kwietnia 2024 r. i 20 czerwca 2024 r. i 20 września 2024 r., a w jego pracach uczestniczyli także inni pracownicy MRPiPS. W ramach Zespołu utworzono dwie grupy robocze: 1) ds. opieki długoterminowej – grupa ta miała zajmować się problematyką związaną z zagadnieniem domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo-leczniczych/pielęgnacyjno-opiekuńczych, dostępnością świadczeń/usług, wsparciem środowiskowym, wsparciem rodziny w opiece nad seniorem (wytnienie, aktywizacja, wyzwania opiekunów nieformalnych); 2) ds. profilaktyki i wspierania osoby starszej, dla której jako pierwszy temat wskazano kwestię chorób otępiennych i ChND – dla tej grupy wskazano problematykę związaną z promocją zdrowia i profilaktyką chorób (m.in. cywilizacyjnych, neurodegeneracyjnych), opieką psychiatryczną/psychologiczną i opieką farmaceutyczną, darmowymi lekami 65+, rozwojem aktywności seniorów (przykładowe obszary: sport, turystyka, kultura), receptą na ruch, wpływem zmian klimatycznych na seniorów, centrami zdrowia 75+ oraz kwestiami dotyczącymi rolnictwa i rozwoju wsi.

<sup>119</sup> Pismo z 12 czerwca 2024 r.

chorób otępiennych. Tymczasem MRPiPS podało, że nie zidentyfikowano działań, które mogłyby być zakwalifikowane jako wpisujące się jedynie w działalność na rzecz osób z chorobami otępiennymi oraz ich bliskich, stwierdzając jednocześnie, iż wynika to z faktu, że działania wynikające z realizacji ustaw będących we właściwości MRPiPS oraz programów resortowych kierowane są do szerokich grup odbiorców, a osoby z chorobami otępiennymi, mogą z nich korzystać, na zasadach ogólnych. Tym samym Minister RPiPS nie podjął działań w kierunku określenia zadań z zakresu usług społecznych, które należy ująć w programie działań skierowanych do osób starszych chorych na choroby otępienne, a jedynie ograniczył się do propozycji kontynuacji dotychczasowych form pomocy społecznej, w tym w ramach realizowanych programów resortowych.

Również Pełnomocnik Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych<sup>120</sup> wskazał, że Biuro Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych nie prowadziło działań ukierunkowanych bezpośrednio na aktywizację osób starszych. Podał, że Pełnomocnik Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych sprawuje merytoryczny nadzór nad wykonywaniem zadań wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych<sup>121</sup> i jego działania były ukierunkowane na osoby z niepełnosprawnością. Nie przewidywano zdiagnozowania potrzeb i wyodrębnienia rozwiązań odnoszących się wyłącznie do potrzeb osób starszych z niepełnosprawnościami dotkniętych ChND i wsparcia ich opiekunów lub wprowadzania rozwiązań dedykowanych tej konkretnej grupie, w ramach ustawowych kompetencji Pełnomocnika. Jednocześnie Pełnomocnik Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych wskazał, że organem właściwym w kwestii podejmowania działań ukierunkowanych na osoby starsze z ChND był od lipca 2024 r. do lipca 2025 r. Minister do Spraw Polityki Senioralnej.

Należy zauważyć, że Minister do Spraw Polityki Senioralnej wchodziła w skład Rady Ministrów powołanej 13 grudnia 2023 r. i realizowała swoje zadania przy pomocy Departamentu Polityki Senioralnej w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów. Z dniem 1 lipca 2024 r. weszły w życie zmiany kompetencyjne wynikające z ustawy z dnia 15 maja 2024 r. o zmianie niektórych ustaw związanych z funkcjonowaniem administracji rządowej<sup>122</sup>, które wprowadziły zmiany w funkcjonowaniu MRPiPS<sup>123</sup>,

---

<sup>120</sup> Sekretarz Stanu w MRPiPS.

<sup>121</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 44, ze zm.; dalej: „ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych”.

<sup>122</sup> Dz. U. poz. 834; dalej: „ustawa o zmianie niektórych ustaw związanych z funkcjonowaniem administracji rządowej” lub „ustawa z 15 maja 2024 r.”.

<sup>123</sup> (1) za przygotowanie informacji o sytuacji osób starszych odpowiedzialnym został Minister do Spraw Polityki Senioralnej w miejsce ministra do spraw zabezpieczenia społecznego (art. 41 ustawy z 15 maja 2024 r.); (2) nastąpiła zmiana w składzie Krajowej

ale nie spowodowały zmian w realizacji „Polityki społecznej wobec osób starszych”. Tymczasem Dyrektor Generalny MRPiPS oraz Minister RPiPS wskazywali, że kwestie odnoszące się do dokumentów związanych z realizacją przez Ministra RPiPS działania dotyczącego opracowania programu działań skierowanych do osób starszych chorych na choroby otępienne ujętego w „Polityce społecznej wobec osób starszych” leżą w kompetencji Ministra ds. Polityki Senioralnej w KPRM. Natomiast Szef Kancelarii Prezesa Rady Ministrów nie potwierdził otrzymania z MRPiPS dokumentacji dotyczącej realizacji w latach 2022–2023 przez MRPiPS zadań wynikających z „Polityki społecznej wobec osób starszych”. W toku kontroli NIK w MRPiPS nie były prowadzone prace legislacyjne nad wnioskiem do KPRM o zmianę uchwały Rady Ministrów w sprawie przyjęcia dokumentu „Polityka społeczna wobec osób starszych”. Także w KPRM nie podjęto działań w celu nowelizacji „Polityki społecznej wobec osób starszych”, w związku z przeprowadzonymi zmianami kompetencyjnymi.

Poza zadaniami Ministra RPiPS dotyczącymi współpracy i koordynacji ujętymi w „Polityce społecznej wobec osób starszych”, również w Dokumencie „Zdrowa przyszłość” wskazano na istotność współpracy pomiędzy systemem ochrony zdrowia i systemem pomocy społecznej. Oba te systemy stanowią bowiem układ naczyń połączonych i stąd ich prawidłowa współpraca jest niezbędna dla efektywnego funkcjonowania każdego z nich z osobna oraz wykorzystania potencjału synergii pomiędzy nimi.

Także Konsultanci Krajowi wskazywali na istotność ścisłej współpracy takich podmiotów jak MZ, MRPiPS, Minister do Spraw Polityki Senioralnej, urzędy wojewódzkie, samorządy, konsultanci w ochronie zdrowia i zainteresowane organizacje pozarządowe. Ich zdaniem ta współpraca ma fundamentalne znaczenie dla utworzenia i wdrożenia opieki nad osobami starszymi z ChND.

W latach 2022–2023 z wybranych usług pomocy społecznej korzystało odpowiednio 423 456<sup>124</sup> oraz 427 572<sup>125</sup> świadczeniobiorców. MRPiPS nie gromadziło danych w zakresie opieki społecznej nad osobami

---

Rady do spraw Opieki Geriatrycznej – w miejsce ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego wstąpił Minister do Spraw Polityki Senioralnej (art. 59 ustawy z 15 maja 2024 r.); (3) zadania ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego związane z wykonywaniem programów wieloletnich ustanowionych na rzecz osób starszych (SENIOR+, AKTYWNI+) stały się zadaniami Ministra do Spraw Polityki Senioralnej a Szef KPRM stał się stroną umów zawartych przez ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego.

<sup>124</sup> W tym: 286 565 z posiłku, 27 754 ze schronienia, 735 z ubrania i 108 402 z usług opiekuńczych.

<sup>125</sup> W tym: 289 104 z posiłku, 28 781 ze schronienia, 608 z ubrania i 109 079 z usług opiekuńczych.

starszymi z ChND jako wyodrębnionej grupy i nie opracowało informacji o potrzebach tej grupy.

Pomimo ustawowych kompetencji<sup>126</sup> Ministra RPiPS oraz obowiązku koordynacji „Polityki społecznej wobec osób starszych”, nie podejmował on działań w celu zidentyfikowania skali i zakresu potrzeb odnoszących się do pomocy i opieki nad osobami starszymi z ChND oraz ich opiekunów. Nie zdefiniowano również koniecznych do podjęcia działań służących dostosowaniu zakresu pomocy społecznej, środków, instrumentów i narzędzi do aktualnych potrzeb, z uwzględnieniem specyfiki wymagań tej grupy osób. Jako przyczyny powyższego wskazywano na ustawę o pomocy społecznej, która nie wyodrębnia grup osób korzystających lub ubiegających się o pomoc społeczną ze względu na rodzaj niepełnosprawności lub choroby, np. osób z ChND, a tym samym fakt, że osoby te mogą korzystać, zależnie od potrzeb, ze świadczeń z pomocy społecznej na zasadach przewidzianych w tej ustawie. Zdaniem NIK posiadanie takich danych jest niezbędne dla skutecznej realizacji zadań Ministra RPiPS, a także działań określonych w koordynowanej przez niego „Polityce społecznej wobec osób starszych” oraz w realizowanych programach w zakresie, w jakim dokumenty te obejmują osoby starsze z ChND oraz ich opiekunów.

Według danych MRPiPS na dzień 31 grudnia 2022 r. liczba osób oczekujących na umieszczenie w domu pomocy społecznej wyniosła ogółem 3746, w tym 783 osoby w podeszłym wieku. Na dzień 31 grudnia 2023 r. liczby te wzrosły i liczba osób oczekujących na umieszczenie w domu pomocy społecznej wyniosła ogółem 4035, w tym 964 osoby w podeszłym wieku.

Minister RPiPS w latach 2022–2024 (I półrocze) realizował obowiązek w zakresie opracowania „Informacji o sytuacji osób starszych”. Jednakże realizując ten obowiązek (na podstawie § 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 21 września 2016 r. w sprawie trybu przygotowania informacji o sytuacji osób starszych<sup>127</sup>), wystąpił o informacje i dane jedynie do organów administracji publicznej i państwowych jednostek organizacyjnych, natomiast pominął inne organizacje zaangażowane w kształtowanie sytuacji osób starszych, o których mowa w art. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych<sup>128</sup>. Ponadto w pismach do organów administracji publicznej i państwowych jednostek organizacyjnych wyznaczył terminy krótsze niż 21 dni na przesłanie wkładów (danych i informacji) do sporządzenia „Informacji o sytuacji osób

---

<sup>126</sup> Wynikających z art. 23 ust. 1 w związku z art. 15 pkt 4, 5 i 6 ustawy o pomocy społecznej.

<sup>127</sup> Dz. U. poz. 1530; dalej: „rozporządzenie w sprawie trybu przygotowania informacji o sytuacji osób starszych”.

<sup>128</sup> Dz. U. poz.1705, ze zm.; dalej: „ustawa o osobach starszych”.

starszych w Polsce” za 2022 r. i 2023 r., co było niezgodne z § 2 pkt 3 rozporządzenia w sprawie trybu przygotowania informacji o sytuacji osób starszych.

**Realizacja zadań  
w zakresie usług  
społecznych dla osób  
starszych oraz wsparcia  
ich opiekunów  
i osiągnięcie  
planowanych efektów  
tych działań**

W latach 2022–2023 koszty pomocy społecznej wyniosły ogółem 7 689 724,7 tys. zł, w tym: specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania dla osób z zaburzeniami psychicznymi 342 142,6 tys. zł<sup>129</sup>, posiłki 603 869,2 tys. zł<sup>130</sup>, usługi opiekuńcze 1 483 761,0 tys. zł<sup>131</sup>, odpłatność gminy za pobyt w domu pomocy społecznej 5 259 951,9 tys. zł<sup>132</sup>. Nie prowadzono ewidencji w sposób umożliwiający wyodrębnienie kosztów świadczeń dla osób starszych z ChND i ich opiekunów.

Minister RPiPS realizował programy, w ramach których z pomocy mogły korzystać m.in. osoby starsze z ChND oraz ich opiekunowie. W programach tych nie uwzględniono rozwiązań specyficznych dla tej grupy osób. Osoby te mogły korzystać w latach 2022–2024 ze wsparcia i pomocy społecznej w ramach nw. programów:

- 1) Program Wieloletni „Senior+” na lata 2021–2025<sup>133</sup>;
- 2) Program wieloletni na rzecz Osób Starszych „Aktywni+”<sup>134</sup>;
- 3) Program „OPIEKA 75+”<sup>135</sup>;
- 4) Program „Korpus Wsparcia Seniorów”<sup>136</sup>;

<sup>129</sup> Z tego: 2022 r. – 160 279,2 tys. zł i 2023 r. – 181 863,4 tys. zł.

<sup>130</sup> Z tego: 2022 r. – 275 933,2 tys. zł i 2023 r. – 327 936,0 tys. zł.

<sup>131</sup> Z tego: 2022 r. – 711 567,7 tys. zł i 2023 r. – 772 193,3 tys. zł.

<sup>132</sup> Z tego: 2022 r. – 2 237 320,9 tys. zł i 2023 r. – 3 022 631,0 tys. zł.

<sup>133</sup> Program ten był realizowany przez MRPiPS do 30 czerwca 2024 r., w związku z przekazaniem go do KPRM. Program uwzględniał kierunki działań wynikające z „Polityki społecznej wobec osób starszych”. W edycji 2022 r. przyznano dofinansowanie na utworzenie 87 ośrodków wsparcia, w tym 16 Dziennych Domów i 71 Klubów Senior+, w ramach których powstało prawie 1,9 tys. nowych miejsc dla osób starszych. W edycji 2023 r. przyznano dofinansowanie na utworzenie 94 nowych ośrodków, czyli ok. 1,8 tys. nowych miejsc dla seniorów, a 689 istniejących klubów i domów „Senior+” otrzymało dofinansowanie na bieżące funkcjonowanie (ok. 16 tys. miejsc).

<sup>134</sup> Program ten był realizowany przez MRPiPS do 30 czerwca 2024 r. w związku z przekazaniem jego obsługi do KPRM. W 2022 r. dofinansowanie otrzymało 313 podmiotów na łączną kwotę 38 775 487,95 zł. W 2023 r. dofinansowanie w kwocie 39 177 428,98 zł otrzymało 518 projektów.

<sup>135</sup> Celem tego programu było zwiększenie dostępności do usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób w wieku 75 lat i więcej, które są osobami samotnymi, samotnie gospodarującymi, a także tych którzy pozostają w rodzinie. Adresatem bezpośrednim programu były gminy do 60 tys. mieszkańców. W 2022 r. gminy na realizację ww. programu wydatkowały, łącznie z wymaganym wkładem własnym, kwotę 60 814,1 tys. zł, w tym 1 000,9 tys. zł na specjalistyczne usługi opiekuńcze, a dofinansowanie wyniosło 29 398,4 tys. zł, w tym 482,6 tys. zł na specjalistyczne usługi opiekuńcze. W programie uczestniczyły 592 gminy, a usługami opiekuńczymi objęto 11 223 osób. W 2023 r. gminy wydatkowały łącznie kwotę 70 630,4 tys. zł, w tym 899,2 tys. zł na specjalistyczne usługi opiekuńcze, a kwota dotacji z budżetu państwa wyniosła 37 329,5 tys. zł, w tym 463,8 tys. zł na realizację specjalistycznych usług opiekuńczych. W programie uczestniczyło 612 gmin, a usługami opiekuńczymi objęto 12 418 osób.

<sup>136</sup> Celem tego programu było zapewnienie usługi wsparcia na rzecz seniorów w wieku 65 lat i więcej poprzez świadczenie usług wynikających z rozeznanych potrzeb na terenie danej gminy, wpisujących się we wskazane w programie obszary oraz realizacja usług

- 5) Program „Od zależności ku samodzielności”<sup>137</sup>;
- 6) Program rozwoju rodzinnych domów pomocy<sup>138</sup>;
- 7) Program kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem”<sup>139</sup>;
- 8) Programy ustanowione przez MRPiPS na podstawie art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (realizowane od 2019 r.), w ramach których pomoc była świadczona osobom z niepełnosprawnościami:
  - a) „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” edycje 2022, 2023 i „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024, skierowane do jednostek samorządu terytorialnego<sup>140</sup>;
  - b) „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” edycje 2022, 2023 i „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024, skierowane do organizacji pozarządowych<sup>141</sup>;

---

opiekuńczych poprzez dostęp do tzw. „opieki na odległość”. Program był skierowany do jednostek samorządu terytorialnego. Wysokość środków faktycznie wydatkowanych na realizację programu w 2022 r. wyniosła 41 812,8 tys. zł, z tego 12 517,8 tys. zł na realizację modułu I (wsparciem objęto 20 468 osób w 363 gminach) i 29 295,0 tys. zł w module II (wsparciem objęto 36 488 osób w 734 gminach). W 2023 r. wydatkowano 18 035,5 tys. zł, z czego 5122,4 tys. zł na realizację Modułu I (wsparciem objęto 13 992 osoby w 157 gminach) oraz 12 913,1 tys. zł na realizację Modułu II (wsparciem objęto 38 197 osób w 700 gminach).

<sup>137</sup> Program ten był realizowany na podstawie art. 23 ust. 1 pkt 7a ustawy o pomocy społecznej. Wartość programu wynosiła 3000,0 tys. zł w każdym roku z okresu 2022–2024. W ramach programu przewidziano m.in. działanie 3.2. – rozwój środowiskowych domów samopomocy będących jedną z form ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi (m.in. z niepełnosprawnością sprzężoną) oraz działanie 4.4. Tworzenie mieszkań treningowych i wspomaganych dla osób niepełnosprawnych (legitymujących się orzeczeniami o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności).

<sup>138</sup> Celem tego programu była poprawa dostępności do usług opiekuńczych i bytowych świadczonych w rodzinnych domach pomocy oraz rozwój tej formy wsparcia (wsparcie finansowe było skierowane do gmin na podstawie art. 115 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej). W 2022 r. gminy wykorzystywały środki na kwotę ogółem 2092,3 tys. zł (1702,3 tys. zł moduł I), a z pobytu w rodzinnych domach pomocy w ramach programu skorzystały 263 osoby (moduł I). W 2023 r. gminy wykorzystywały środki w kwocie ogółem 4565,9 tys. zł (2343,9 tys. zł moduł I i 2222,0 tys. zł moduł II), a z pobytu który był dofinansowany w ramach programu skorzystały 294 osoby (moduł I). W 2023 r. żaden samorząd nie realizował zadania w module IIB. Na koniec 2023 r. liczba rodzinnych domów pomocy wyniosła 51 (w 2022 r. – 50), a liczba osób korzystających – 339 (w 2022 r. – 307).

<sup>139</sup> Celem tego programu było umożliwienie rzeczywistej i pełnej integracji społecznej osób niepełnosprawnych oraz wsparcie psychologiczne, społeczne, funkcjonalne i ekonomiczne ich rodzin.

<sup>140</sup> W 2022 r. w programie uczestniczyły 1103 jednostki samorządu terytorialnego, z usług asystenta skorzystało 30 150 osób z niepełnosprawnością, a kwoty zaplanowanych i wykorzystanych środków Funduszu Solidarnościowego wyniosły odpowiednio 493 202,0 tys. zł i 487 784,0 tys. zł. W 2023 r. w programie uczestniczyły 1383 jednostki samorządu terytorialnego, skorzystało z usług asystenta 34 818 osób z niepełnosprawnością. Kwota zaplanowana na zadanie z FS wyniosła 505 000,0 tys. zł, a wykonana 501 647,0 tys. zł. Łącznie z kosztami obsługi na realizację zadania wydatkowano 513 392,1 tys. zł. W 2024 r. do programu przystąpiło 1717 gmin i powiatów, zaplanowana kwota środków FS na zadanie wyniosła 760 000,0 tys. zł (779 000,0 tys. zł z kosztami obsługi), a wykonanie (na 30 października 2024 r.) – 759 973,0 tys. zł

<sup>141</sup> W edycji 2022 r. programu zawarto 112 umów z organizacjami pozarządowymi, kwota zaplanowana z FS wyniosła 106 385,0 tys. zł, a wykonana 106 046,0 tys. zł. Usługami asystencji osobistej objęto 7708 osób. Zatwierdzona kwota wydatków sfinansowanych

- c) „Opieka wytchnieniowa” edycje 2022, 2023 i „Opieka wytchnieniowa dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024”, skierowane do jednostek samorządu terytorialnego<sup>142</sup>;
- d) „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin lub opiekunów osób z niepełnosprawnościami” edycje 2022, 2023 i „Opieka wytchnieniowa” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2024, skierowane do organizacji pozarządowych<sup>143</sup>;
- e) „Centra opiekuńczo-mieszkalne”<sup>144</sup>.

Realizując te programy w MRPiPS nie pozyskiwano informacji i nie dysponowano danymi dotyczącymi skali udzielonego wsparcia dla osób

---

ze środków FS wyniosła 102 162,7 tys. zł (bez jednej umowy, dla której do dnia 21 października 2024 r. nie zatwierdzono sprawozdania z jej realizacją). W edycji 2023 r. było to 146 umów przy zaplanowanej kwocie środków FS w wysokości 155 000,0 tys. zł i wykonaniu w kwocie 140 224,1 tys. zł usługami asystencji osobistej objęto 9274 osoby. Kwota zatwierdzonych sprawozdań sfinansowana z FS wyniosła 110 702,9 tys. zł. W edycji 2024 r. zawarto 205 umów przy zaplanowanych środkach FS w kwocie 225 000,0 tys. zł, a realizacja planu (na 30 października 2024 r.) wyniosła 224 851,3 tys. zł.

<sup>142</sup> W edycji 2022 r. w realizacji usług opieki wytchnieniowej w formie pobytu dziennego uczestniczyło 861 gmin z 16 województw, liczba osób niepełnosprawnych, którym świadczone usługi wyniosła 11 932 (w tym 2 775 dzieci i 9 157 dorosłych), zrealizowano 687 454 godzin wsparcia dla dzieci oraz 1 626 079 godzin wsparcia dla dorosłych, a kwota środków FS wykorzystanych na realizację programu wyniosła 88 981,7 tys. zł. Z kolei w formie pobytu całodobowego brały udział 193 gminy ze wszystkich województw, liczba osób niepełnosprawnych objętych tą formą wyniosła 2638 (w tym 306 dzieci i 2371 dorosłych), a kwota wykorzystanych środków FS wyniosła 19 295,0 tys. zł. W 2023 r. pobyt dzienny zorganizowały 1034 gminy/powiaty, oferując usługi opieki wytchnieniowej dla 14 785 osób niepełnosprawnych, w tym 3330 dzieci oraz 11 455 dorosłych (w tym dla 7423 osób w wieku 60 lat i więcej), realizując 617 478 godzin wsparcia dla dzieci oraz 2 094 681 godzin wsparcia dla dorosłych. Kwota FS wykorzystana na realizację programu w ramach pobytu dziennego wyniosła 106 783,0 tys. zł. Pobyt całodobowy zorganizowało 255 gmin/powiatów, oferując usługi opieki wytchnieniowej dla 3686 osób niepełnosprawnych, w tym 276 dzieci oraz 3410 dorosłych (w tym dla 2472 osób w wieku 60 lat i więcej), realizując 3467 dni (doby) wsparcia dla dzieci oraz 44 406 dni wsparcia dla dorosłych. Kwota wydatkowana z FS na tę formę opieki wyniosła 26 105,4 tys. zł. W edycji 2024 r. programem objęto 1448 gmin/powiatów przekazując na jego realizację 189 999,0 tys. zł.

<sup>143</sup> Programy te były adresowane do podmiotów, o których mowa w art. 3 ust. 2 oraz ust. 3 pkt 1 i 3 ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie. W edycji 2022 r. zawarto 54 umowy. Przy zaplanowanej kwocie na zadanie wynoszącej 53 000,0 tys. zł, wykonanie wyniosło 52 717,0 tys. zł, a z pobytu dziennego skorzystało 3908 osób i z całodobowego 2227 osób. Zatwierdzona kwota wydatków sfinansowanych ze środków FS w edycji 2022 r. wyniosła 48 684,2 tys. zł. W edycji 2023 r. było to 76 umów, w ramach których przekazano łącznie 54 280,9 tys. zł wykonanie na 31 grudnia 2023 r. wyniosło 54 253,7 tys. zł, a kwota zatwierdzonych do 21 października 2024 r. sprawozdań sfinansowana z FS wyniosła 12 922,1 tys. zł. Usługami opieki wytchnieniowej objęto 4292 osoby niepełnosprawne w ramach pobytu dziennego (1023 dzieci i 3269 dorosłych) i 2207 osób w ramach pobytu całodobowego (391 dzieci i 1816 dorosłych). W edycji 2024 r. zawarto 137 umów na łączną kwotę 73 958,1 tys. zł.

<sup>144</sup> Program ten był skierowany do samorządów szczebla gminnego lub powiatowego. Głównym jego celem jest stworzenie warunków do niezależnego życia i funkcjonowania dorosłym osobom z niepełnosprawnościami z orzeczeniem o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczeniem traktowanym na równi z orzeczeniem o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, o których mowa w ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, poprzez tworzenie i zapewnienie funkcjonowania placówek pobytu dziennego lub całodobowego dla tej grupy osób z niepełnosprawnościami, w szczególności na tych obszarach Polski, na których występuje najniższa liczba Centrów.

starszych z ChND oraz ich opiekunów i zakresach ich uczestnictwa w poszczególnych rozwiązaniach pomocowych. Zdaniem NIK uniemożliwiało to ewentualne programowanie zadań i działań skierowanych do tej grupy osób. Potrzebę wyodrębnienia danych dotyczących grupy osób starszych, w zakresie udzielonego wsparcia w ramach programów resortowych, wskazywała także Sejmowa Komisja Polityki Senioralnej na swoich posiedzeniach, w których uczestniczyli przedstawiciele MRPiPS<sup>145</sup>.

W związku z wejściem w życie od 1 lipca 2024 r. art. 79 ustawy o zmianie niektórych ustaw związanych z funkcjonowaniem administracji rządowej, zadania ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego związane z wykonywaniem programów wieloletnich ustanowionych na rzecz osób starszych na podstawie art. 136 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych<sup>146</sup> stały się zadaniami Ministra do Spraw Polityki Senioralnej<sup>147</sup>. Tym samym z dniem 1 lipca 2024 r. Minister RPiPS przestał być wykonawcą rządowych programów wieloletnich „Senior+” i „Aktywni+”. Minister do Spraw Polityki Senioralnej planowała przeprowadzenie ewaluacji tych programów, w związku z potrzebą opracowania ich nowych edycji. Pozostałe programy skierowane do osób starszych takie jak „Opieka 75+” i „Korpus Wsparcia Seniorów” oraz programy finansowane ze środków Funduszu Solidarnościowego pozostały do realizacji w MRPiPS. Minister do Spraw Polityki Senioralnej przejął programy ukierunkowane głównie na aktywizację osób starszych, a pozostałe programy pomocowe, w tym związane ze wsparciem w codziennym funkcjonowaniu seniorów, pozostały w gestii Ministra RPiPS.

Realizowane przez Ministra RPiPS programy, w ramach których mogły otrzymać pomoc także osoby starsze z ChND i ich opiekunowie były ustalane na okresy roczne, a decyzje co do ich kształtu i kontynuacji w kolejnym roku były podejmowane na bieżąco. Nie miały one więc charakteru wsparcia systemowego i nie zapewniały stałych i kompleksowych mechanizmów wsparcia. Część z nich skierowana była do osób z niepełnosprawnością, a nie wszystkie osoby starsze z ChND posiadają orzeczenia o niepełnosprawności. Zdaniem NIK brak stabilności instrumentów pomocowych dla osób starszych, w tym z ChND i ich opiekunów wprowadza niepewność wśród pomiotów, do których te programy są kierowane (jednostki samorządu terytorialnego,

---

<sup>145</sup> Posiedzenie Komisji Polityki Senioralnej (nr 23) w dniu 9 października 2024 r. – <https://orka.sejm.gov.pl/zapisy10.nsf/0/AE4BBC559A865AD1C1258BCB0032CA4D/%24File/0088110.pdf>

<sup>146</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 1530, ze zm.; dalej: „ustawa o finansach publicznych”.

<sup>147</sup> Do zadań Departamentu Polityki Senioralnej w KPRM należało m.in. opracowywanie, koordynowanie, obsługi oraz monitorowanie realizacji programów na rzecz osób starszych.

organizacje pozarządowe), co nie sprzyja rozwojowi stabilnego wsparcia dla tych grup osób.

Nieprawidłowości stwierdzono w zakresie sporządzania w MRPiPS sprawozdań zbiorczych z realizacji programów resortowych, z których mogły korzystać osoby starsze z ChND oraz ich opiekunowie, tj. „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami”<sup>148</sup> i „Opieka wytchnieniowa dla członków rodzin i opiekunów osób z niepełnosprawnościami”<sup>149</sup>, edycje 2022, 2023 skierowanych do podmiotów o których mowa w art. 3 ust. 2 i ust. 3 pkt 1 i 3<sup>150</sup> ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie<sup>151</sup>. W MRPiPS za takie sprawozdania uznano dokumenty sporządzane na potrzeby nadzoru i kontroli wykorzystania oraz rozliczania dotacji celowych/środków publicznych przekazanych przez Ministra RPiPS na realizację zadań publicznych, które nie były przewidziane dla celów sprawozdawczych i nie zawierały danych dotyczących np. osiągniętych efektów z ich realizacji. Ponadto były one sporządzane w częściach, w zależności od liczby zatwierdzonych sprawozdań z realizacji umów za dany rok, a nie w formie jednego dokumentu za cały okres sprawozdawczy.

Minister RPiPS nie zapewnił systemowej weryfikacji wykorzystania rachunku bankowego do dokonywania wydatków przez realizatorów programów AOOzN 2022 NGO, AOOzN 2023 NGO, OW 2022 NGO i OW 2023 NGO, mimo zawarcia w umowach dofinansowania stosownych zapisów w tym zakresie. Uniemożliwiło to ustalenie przez MRPiPS, że w przypadku trzech z sześciu zbadanych rozliczeń umów organizacja pozarządowa dokonywała wydatków z wyodrębnionego rachunku bankowego na inne cele niż związane z realizowanymi projektami. Tym samym miało to negatywny wpływ na rozliczenie środków dotacji.

Nieprawidłowość stwierdzono także w weryfikacji w MRPiPS sprawozdania z realizacji jednej umowy<sup>152</sup>, w którym do rozliczenia przyjęto kwotę 1 856 624 zł, natomiast suma kwot z dokumentów potwierdzających poniesione koszty, wymienionych w tym sprawozdaniu wynosiła 1 804 236,34 zł, tj. przyjęto kwotę zawyżoną o 52 387,66 zł (koszty bezpośrednie o 47 391,72 zł i koszty pośrednie o 4 995,94 zł), która nie miała pokrycia w dokumentach wymienionych w tym sprawozdaniu.

Minister RPiPS nie wywiązał się z obowiązku przekazania do Ministra Zdrowia informacji rocznych o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego za 2022 r. i 2023 r., wynikających z NPZ

---

<sup>148</sup> Dalej: „AOOzN”.

<sup>149</sup> Dalej: „OW”.

<sup>150</sup> Dalej: „organizacje pozarządowe” lub „NGO” (z ang. non-governmental organization).

<sup>151</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 1491, ze zm., dalej: „ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie”.

<sup>152</sup> Dotyczy programu OW 2022 NGO.

2021–2025, co było niezgodne z art. 12 ust. 1 ustawy o zdrowiu publicznym. Informacje te przekazywano jedynie w cyklu dwuletnim, pomimo ustawowych wymogów oraz faktu, że wykazywane w nich programy, z których na ogólnych zasadach mogły korzystać także osoby starsze z ChND oraz ich opiekunowie, były realizowane co roku.

### 5.3. URZĘDY MARSZAŁKOWSKIE

**Brak regionalnych rozwiązań prawnych i organizacyjnych odpowiadających istniejącym potrzebom w zakresie opieki zdrowotnej, usług społecznych dla osób starszych z ChND oraz wsparcia ich opiekunów**

Według danych pozyskanych z OW NFZ na terenie trzech województw łączna liczba zarejestrowanych w NFZ w latach 2021–2023 (stan na 31 grudnia) pacjentów z ChND w wieku 60. i więcej lat wyniosła odpowiednio 114 820<sup>153</sup>, 116 968<sup>154</sup> i 125 443<sup>155</sup>, w tym odpowiednio 20 185<sup>156</sup>, 19 696<sup>157</sup> i 20 186<sup>158</sup> osób z chorobą Alzheimera<sup>159</sup>.

W sporządzanej corocznie, na podstawie art. 16a ustawy o pomocy społecznej, „Ocenie Zasobów Pomocy Społecznej”, Samorządy Województw m.in. wskazywały na rosnącą liczbę osób starszych i konieczność ukierunkowania celów strategicznych w pomocy społecznej na pomoc osobom w podeszłym wieku. W ocenach zawarto rekomendacje dotyczące ogółu osób starszych, jak np. powstanie innych form wsparcia poza ofertą domów pomocy społecznej; utworzenie większej liczby ośrodków wsparcia dziennego i mieszkań treningowych czy wspomaganych, dla osób które są na tyle samodzielne aby funkcjonować przy umiarkowanym wsparciu i nie są obłożnie chore; tworzenie instytucji opieki wytchnieniowej (Dom Krótkiego Pobytu) z uwagi na znaczne obciążenie opiekunów osób niesamodzielnych.

Samorządy województw opracowały i wdrożyły strategie oraz programy zawierające założenia polityki zdrowotnej, opiekuńczej i społecznej wobec osób starszych, jednakże bez szczegółowego wskazania osób z ChND i wsparcia ich opiekunów. Wypracowane rozwiązania mające charakter całościowy były skierowane do osób starszych, wykluczonych społecznie oraz z niepełnosprawnością. W dokumentach tych nie wyodrębniono wprawdzie osób z ChND, ale zakres przedmiotowy zawartych w nich

<sup>153</sup> Z tego: 15 519 osób w województwie podkarpackim, 62 624 osoby w województwie śląskim, 36 677 osób w województwie wielkopolskim.

<sup>154</sup> Z tego: 15 756 osób w województwie podkarpackim, 63 775 osób w województwie śląskim, 37 437 osób w województwie wielkopolskim.

<sup>155</sup> Z tego: 17 017 osób w województwie podkarpackim, 67 566 osób w województwie śląskim, 40 860 osób w województwie wielkopolskim.

<sup>156</sup> Z tego: 4139 osób w województwie podkarpackim, 9386 osób w województwie śląskim, 6660 osób w województwie wielkopolskim.

<sup>157</sup> Z tego: 4064 osoby w województwie podkarpackim, 9008 osób w województwie śląskim, 6624 osoby w województwie wielkopolskim.

<sup>158</sup> Z tego: 4217 osób w województwie podkarpackim, 9046 osób w województwie śląskim, 6923 osoby w województwie wielkopolskim.

<sup>159</sup> Jako rozpoznanie główne lub współistniejące.

postanowień umożliwiał udzielanie także takim osobom wsparcia, zarówno w obszarze opieki zdrowotnej, jak i polityki społecznej.

We wszystkich trzech skontrolowanych Urzędach Marszałkowskich opracowano dokumenty określające strategie rozwoju województw<sup>160</sup>, w ramach których wypracowano strategie lub programy dotyczące opieki zdrowotnej i polityki społecznej.

Samorządy Województw nie dysponowały opracowaniami odnoszącymi się bezpośrednio do problemów osób starszych z ChND oraz ich opiekunów. Dokumenty zgromadzone przez Urzędy Marszałkowskie jedynie pośrednio obejmowały te zagadnienia. Zdaniem NIK brak szczegółowych informacji dotyczących tej grupy osób może utrudniać prowadzone wobec niej działania i wsparcie. Samorząd Województwa Śląskiego posiadał dokument pn. „Diagnoza strategiczna do dokumentu Regionalna Polityka Zdrowia Województwa Śląskiego 2030”, w którym m.in. na potrzeby określenia sytuacji zdrowotnej mieszkańców województwa oraz określenia kierunków działań w ramach prowadzonej Regionalnej polityki zdrowia analizie poddano grupy schorzeń, na które najczęściej chorowali mieszkańcy regionu, wymieniając m.in. choroby układu nerwowego, w tym choroby wieku podeszłego. Samorządy Województw nie dysponowały natomiast opracowaniami w zakresie polityki społecznej (w formie strategii, diagnozy, raportu lub analizy), które odnosiłyby się do środowiska osób z ChND. Samorząd Województwa Wielkopolskiego sporządził analizę dotyczącą sytuacji osób starszych pn. „Wymiaru deinstytucjonalizacji i jakości usług społecznych”, w której wskazano, że brakuje kompleksowej i zróżnicowanej oferty wsparcia środowiskowego, wyprzedzającego decyzję o wyborze sposobu opieki nad osobami niesamodzielnymi w formie pobytu w placówce opieki całodobowej, w związku z czym rozpoczęcie tego procesu powinno polegać na podjęciu próby zindywidualizowania i udomowienia dotychczasowych usług całodobowych przy jednoczesnym tworzeniu nowych form opieki odpowiadających w pełni indywidualnym potrzebom osób wymagających długoterminowego wsparcia całodobowego. W województwie podkarpackim w 2022 r. opracowano raport „Usługi opiekuńcze realizowane w województwie podkarpackim w 2021 r.”, w którym zawarto dane w obszarze usług opiekuńczych świadczonych dla osób starszych, zależnych oraz osób z niepełnosprawnościami.

W ramach zagadnień dotyczących opieki zdrowotnej w wymiarze regionalnym m.in. wobec osób starszych Samorządy Województw opracowały dokumenty. I tak Samorząd Województwa Śląskiego

---

<sup>160</sup> „Strategia rozwoju województwa – Podkarpackie 2030”, „Strategia rozwoju województwa Strategia Rozwoju Województwa Śląskiego 'Śląskie 2030'” „Strategia rozwoju województwa wielkopolskiego do 2030 r.”.

opracował „Regionalną Politykę Zdrowia Województwa Śląskiego 2030”. Spośród trzech jej celów strategicznych, dla realizacji jednego celu, tj. celu nr 2 pn. „Skuteczna profilaktyka i dogodne warunki dla realizacji zdrowego stylu życia mieszkańców regionu” określono m.in. działania polegające na: wzmacnianiu społecznej wrażliwości na potrzeby zdrowotne seniorów i osób z niepełnosprawnościami, podnoszenie poziomu świadomości w obszarze „silver economy” – wykorzystywanie potencjału osób starszych oraz uwzględnianie ich potrzeb bytowych i zdrowotnych oraz przygotowanie i realizacja programów profilaktyki zdrowotnej. Z kolei Samorząd Województwa Wielkopolskiego opracował „Politykę zdrowotną Województwa Wielkopolskiego w zakresie zdrowia publicznego, promocji i profilaktyki zdrowotnej na lata 2021–2030”<sup>161</sup>, w której zwrócono uwagę na długofalowe trendy starzenia się społeczeństwa przy jednoczesnym wydłużaniu się życia oraz dominacji chorób cywilizacyjnych (w tym choroby Alzheimera). W ramach tej polityki określono m.in. działania polegające na: opracowaniu/realizowaniu programów edukacyjnych służących osiągnięciu przez mieszkańców województwa większej świadomości zagrożeń i źródeł prowadzących do utraty zdrowia i ograniczenia sprawności oraz opracowaniu/realizacji programów promocji zdrowia i profilaktyki najczęściej występujących chorób, mających na celu zapobieganie ich występowaniu i minimalizowania ich następstw (w sposób pośredni zadanie dotyczyło osób chorych na chorobę Alzheimera, jako jednego z problemów uznanych za priorytetowy). Na terenie województwa podkarpackiego zapewniono, w ramach „Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego 2014–2022” wsparcie działań dla osób starszych, zarówno w sferze opieki zdrowotnej, jak i usług społecznych.

Zadania z zakresu pomocy społecznej na rzecz osób starszych i niepełnosprawnościami przygotowane i realizowane przez Samorządy Województw i ich jednostki<sup>162</sup>, ukierunkowane były na utrzymanie aktywności społecznej osób starszych i zwiększenie pomocy ich opiekunom. Natomiast nie prowadzono działań skierowanych specjalnie do osób z ChND. Samorządy Województwa nie opracowały także wydzielonych programów zdrowotno-opiekuńczych ukierunkowanych na grupę osób z tymi chorobami. W przypadku Samorządu Województwa Śląskiego w „Regionalnej Polityce Zdrowia Województwa Śląskiego 2030” do jednego z głównych problemów zdrowotnych mieszkańców zaliczono choroby układu nerwowego, ale działania podejmowane w ramach jej realizacji, skierowane do osób starszych, dotyczyły głównie ochrony i promocji zdrowia.

---

<sup>161</sup> Dalej: „Polityka Zdrowotna”.

<sup>162</sup> Regionalny Ośrodek Pomocy Społecznej; dalej: „ROPS”.

Dla wypracowania rozwiązań regionalnych dotyczących kwestii opiekuńczych i społecznych wobec osób starszych i ich opiekunów Samorządy Województw opracowały dokumenty strategiczne i programowe. Dwa samorządy opracowały „Strategię Polityki Społecznej Województwa”<sup>163</sup>, która dotyczyła m.in. rozwoju warunków sprzyjających aktywnemu i pełnemu uczestnictwu osób starszych w życiu społecznym oraz dostosowania systemu wsparcia do potrzeb starzejącego się społeczeństwa. Trzeci samorząd sporządził wojewódzki program pomocy społecznej<sup>164</sup>, w którym zwracano uwagę m.in. na problem starzenia się społeczeństwa, a zadania ukierunkowane były głównie na osoby starsze oraz osoby w kryzysie bezdomności i ubogie.

W województwie śląskim sporządzono także „Program przeciwdziałania ubóstwu i wykluczeniu społecznemu w województwie śląskim na lata 2018–2030”, którego jednym z celów operacyjnych było tworzenie warunków do pełnego uczestnictwa osób starszych w życiu społecznym, gospodarczym i zawodowym poprzez łagodzenie i przeciwdziałanie barierom ograniczającym ich aktywność oraz wzmacnianie dostępu do adekwatnej opieki osób niesamodzielnych. Opracowano ponadto „Regionalny plan rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji w województwie śląskim na lata 2023–2025”, którego jeden z obszarów dotyczył osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z uwagi na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność oraz osób z niepełnosprawnością. W województwie wielkopolskim kluczowymi dokumentami w zakresie polityki senioralnej były „Wielkopolski Program Wspierania Osób Starszych na lata 2021–2025”<sup>165</sup> oraz „Wielkopolski Plan Deinstytucjonalizacji i Rozwoju Usług Społecznych na lata 2023–2026”<sup>166</sup>. W pierwszym zamieszczono m.in. uwarunkowania prowadzenia polityki wsparcia osób starszych<sup>167</sup>, diagnozy w obszarze wsparcia osób starszych<sup>168</sup>, priorytetów Programu<sup>169</sup> oraz przedsięwzięć strategicznych<sup>170</sup>. W WPDI w obszarze dotyczącym osób starszych

---

<sup>163</sup> „Strategię Polityki Społecznej Województwa Śląskiego na lata 2020–2030”, „Strategię Polityki Społecznej Województwa Wielkopolskiego do roku 2030”.

<sup>164</sup> „Wojewódzki Program Pomocy Społecznej na lata 2016–2023” (dalej: „Program PS 2016–2023”) oraz „Wojewódzki Program Pomocy Społecznej na lata 2024–2030” (dalej: „Program PS 2024–2030”),

<sup>165</sup> Dalej: „Program 2021–2025”.

<sup>166</sup> Dalej: „WPDI”.

<sup>167</sup> W tym: system wsparcia osób starszych i istotne trendy w polityce wsparcia osób starszych i ich opiekunów.

<sup>168</sup> W tym, m.in.: dane statystyczne, dane i prognozy demograficzne, sytuacja zdrowotna i opieka geriatryczna, opiekunowie osób starszych, zasoby, potrzeby i analiza SWOT.

<sup>169</sup> W tym: I Wzmocnienie aktywności osób starszych, II Poprawa funkcjonowania osób starszych wymagających wsparcia, III Przeciwdziałanie wypaleniu opiekuńczemu opiekunów osób starszych.

<sup>170</sup> 1) Utworzenie Wielkopolskiego Centrum Teleopieki, 2) Utworzenie i koordynowanie prac Wielkopolskiej Rady Seniorów, 3) Współorganizacja i poszerzenie oferty targów Viva

zamieszczono m.in. informacje dotyczące: uwarunkowań definicyjnych<sup>171</sup> i systemowych, profilaktyki<sup>172</sup>, interwencji<sup>173</sup> oraz integracji<sup>174</sup>, a także wynikające z nich kierunki działania. W województwie podkarpackim opracowano „Podkarpacki Plan Rozwoju Usług Społecznych i Deinstytucjonalizacji na lata 2023–2025”, który stanowił koncepcję zmiany w obszarach objętych deinstytucjonalizacją na poziomie regionalnym, w tym osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność oraz ich opiekunów i rodziny.

W ramach polityki społecznej Samorządy Województwa realizowały także projekty – przykładowo Samorząd Województwa Śląskiego projekty „CUS

---

Seniorzy! 4) opracowanie i wdrożenie regionalnego modelu deinstytucjonalizacji w obszarze osób starszych.

<sup>171</sup> W WPDI „deinstytucjonalizacja” była rozumiana jako m.in.: 1) Proces rozwoju usług świadczonych w lokalnych społecznościach, 2) Zagwarantowanie oraz respektowanie prawa do decydowania o sobie oraz wyboru spędzenia swojego życia, 3) Działanie zmierzające do poprawy sytuacji osób aktualnie zamieszkujących w instytucjach całodobowych, 4) Wspieranie opiekunów nieformalnych, w tym rodzinnych w realizacji opieki.

<sup>172</sup> Wybrane tezy: 1) Zmiany demograficzne powinny stanowić wyraźny sygnał do zmiany w myśleniu o formach wsparcia oferowanych seniorom, 2) Wraz ze starzeniem się społeczeństwa pojawia się konieczność budowania systemu wsparcia i dostarczania wyspecjalizowanych usług oraz tworzenia dedykowanych seniorom różnego rodzaju instytucji i placówek, szczególnie o charakterze informacyjnym i doradczym. 3) Ważnym wyzwaniem systemowym będzie zapobieganie negatywnym konsekwencjom spadku potencjału opiekuńczego rodziny, 5) Nieodzwonne jest tworzenie klubów seniora, uniwersytetów III wieku lub miejsc spotkań dla osób starszych pozwalających na integrację ze środowiskiem oraz zachowanie sprawności psychicznej, fizycznej i intelektualnej w dłuższej perspektywie czasu. 6) Konieczne jest wzmocnienie usług o charakterze profilaktycznym, które mogłyby spowolnić proces starzenia się seniorów i utraty ich sprawności. Niezbędne wydaje się rozbudowanie sieci dziennych domów pomocy, ponieważ aktualnie jest ich zbyt mało. 7) Konieczna jest stabilizacja zatrudnienia opiekunów formalnych świadczących usługi dla osób w podeszłym wieku.

<sup>173</sup> Wybrane tezy: 1) Umasowienie opieki stoi w sprzeczności z założeniem indywidualnego podejścia do osób wymagających wsparcia i ich potrzeb, które przyświeca procesowi deinstytucjonalizacji. 2) Należałoby podjąć działania zmierzające do promocji małych rodzinnych domów pomocy oraz wdrożyć narzędzia ułatwiające ich zakładanie. 3) W obliczu braku na chwilę obecną jakiegokolwiek alternatywy dla DPS, trzeba dokonać próby z jednej strony udomowienia i zindywidualizowania dotychczasowych usług, a z drugiej tworzenia nowych miejsc najbardziej odpowiadających potrzebom osób w podeszłym wieku.

<sup>174</sup> Wybrane tezy: 1) W systemie brakuje kompleksowej oferty wsparcia środowiskowego wyprzedzającego decyzję o wyborze opieki w formie pobytu w placówce opieki całodobowej, 2) System usług opieki powinien być oparty na zróżnicowanej ofercie usług opiekuńczych: zawierać możliwość wykorzystania formalnej opieki stacjonarnej, półstacjonarnej oraz w miejscu zamieszkania. 3) Ważne byłoby wprowadzenie kompleksowej oceny kondycji zdrowotnej, społecznej i psychicznej osoby starszej, na podstawie której możliwe byłoby zakwalifikowanie osób zwracających się o pomoc do danego typu wsparcia.

– Nowe spojrzenie na usługi społeczne<sup>175</sup> oraz „Śląski Senior – wsparcie i aktywizacja”<sup>176</sup>.

W przypadku dokumentów Samorządu Województwa Wielkopolskiego dotyczących opieki zdrowotnej oraz polityki społecznej stwierdzono nieprawidłowości dotyczące: niewdrożenia „Planu zarządzania i realizacji strategii rozwoju województwa”; niezaktualizowania Polityki Zdrowotnej w związku z wejściem w życie w 2021 r. NPZ na lata 2021–2025 oraz nieuwzględnienia w niej postanowień ogólnopolskiego dokumentu strategicznego „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.”; opóźnionego przyjęcia przez Zarząd Województwa Wielkopolskiego Programu 2021–2025 i jego niezaktualizowania w zakresie utworzenia Wielkopolskiej Rady Seniorów, wskazania wartości trzech wskaźników monitorowania oraz struktury ROPS w Poznaniu; nieustalenia w treści WPDI sposobu jego monitorowania.

Wprowadzono także inne działania ukierunkowane na osoby starsze. W województwie śląskim funkcjonowała inicjatywa pn. „Koperta życia”<sup>177</sup>, której celem było ułatwienie ratownikom medycznym, pracownikom pomocy społecznej i innym służbom interwencyjnym dostępu do ważnych informacji medycznych mogących uratować życie osoby w podeszłym wieku.

Samorządy Województwa współpracowały z samorządami lokalnymi. Samorząd województwa śląskiego w celu wypracowania regionalnych rozwiązań dotyczących opieki zdrowotnej, usług społecznych dla osób starszych (bez szczególnego ukierunkowania na osoby starsze z ChND oraz wsparcia ich opiekunów) współpracował z 10 samorządami lokalnymi województwa śląskiego<sup>178</sup> oraz przewidywał partnerstwo z kolejnymi gminami w projekcie planowanym do realizacji od IV kwartału 2024 r.<sup>179</sup> Jednostka Samorządu Województwa Wielkopolskiego (ROPS) współpracowała z 30 gminami województwa wielkopolskiego w ramach

---

<sup>175</sup> Realizowany w ramach programu „Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021–2027”, w partnerstwie z 10 gminami województwa śląskiego. Celem projektu było stworzenie oferty różnorodnych usług środowiskowych dostosowanych do potrzeb osób wymagających wsparcia (w tym osoby z niepełnosprawnościami, osoby starsze, opiekunowie faktyczni oraz osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu [w tym z powodu wieku, stanu zdrowia, niepełnosprawności] i ich otoczenie).

<sup>176</sup> Realizowany od IV kwartału 2024 r. do 2027 r. w ramach programu „Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021–2027”, w partnerstwie z co najmniej 10 gminami województwa śląskiego, których liczba mieszkańców nie przekracza 10 000 osób. Głównym celem projektu było zwiększenie aktywności osób starszych oraz rozwój usług społecznych skierowanych do seniorów potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, a także wsparcie opiekunów formalnych i nieformalnych. Projekt był skierowany do ogółu osób, bez wyszczególnienia dysfunkcji, problemów czy jednostek chorobowych, w tym ChND.

<sup>177</sup> Wspólna akcja UMWŚI, Pełnomocnika Terenowego Rzecznika Praw Obywatelskich w Katowicach i Komendy Wojewódzkiej Policji w Katowicach.

<sup>178</sup> W ramach projektu „CUS – Nowe spojrzenie na usługi społeczne”.

<sup>179</sup> W ramach projektu „Śląski Senior – wsparcie i aktywizacja”.

pilotażu i testowania projektu „Wielkopolski System Opieki Seniora”. Pilotaż tego projektu, polegającego na świadczeniu usługi teleopieki przez prowadzenie całodobowego telecentrum monitorującego stan zdrowia osób z wykorzystaniem elektronicznych opasek odbywał się od 2021 r. do 2022 r.<sup>180</sup> we współpracy z 29 gminami, natomiast etap testowania w latach 2023–2024 w partnerstwie z 30 gminami województwa. Dodatkowo od 2023 r. ROPS, w partnerstwie z gminami województwa wielkopolskiego, realizował projekt regionalnego modelu teleopieki pod nazwą „Wielkopolskie telecentrum opieki”, którego celem było świadczenie usługi teleopieki poprzez prowadzenie całodobowego telecentrum obsługiwanego przez ratowników medycznych monitorującego stan zdrowia starszych osób z minimum 70 gmin z wykorzystaniem elektronicznych opasek.

**Brak wyodrębnienia zadań z zakresu opieki zdrowotnej i usług społecznych dedykowanych osobom starszym z ChND**

Samorządy Województw realizowały zadania w zakresie opieki zdrowotnej oraz usług społecznych na rzecz osób starszych, jednakże bez wyodrębnienia osób z ChND i wsparcia ich opiekunów. Zadania te dotyczyły głównie aktywizacji osób starszych, profilaktyki chorób wieku starczego i promocji zdrowia, bez ukierunkowania na wsparcie osób niesamodzielnych i ich opiekunów. W przypadku Samorządu Województwa Śląskiego na etapie wdrożenia znajdowały się projekty społeczne (w ramach „Regionalnego plan rozwoju usług społecznych i deinstytucjonalizacji w województwie śląskim na lata 2023–2025”), które miały w swych założeniach stworzenie oferty różnorodnych usług środowiskowych dostosowanych do potrzeb osób wymagających wsparcia (w tym osoby starsze, opiekunowie faktyczni, osoby niesamodzielne).

**Osiągnięcie planowanych efektów działań z zakresu opieki zdrowotnej i usług społecznych na rzecz osób starszych z ChND**

Dwa spośród trzech Samorządów Województw podejmowały działania dla realizacji celu nr 5 „Wyzwania demograficzne” NPZ. Niemniej jednak w przypadku Samorządu Województwa Śląskiego spośród sześciu zadań określonych dla realizacji tego celu realizowano jedynie dwa<sup>181</sup>, dotyczące aktywności społecznej seniorów i poprawy jakości ich życia oraz edukacji opiekunów nieformalnych osób starszych na temat chorób związanych z ich wiekiem i zasad właściwej opieki nad tymi osobami. W odniesieniu do czterech pozostałych zadań<sup>182</sup> Departament Nadzoru Podmiotów

<sup>180</sup> Dwie pierwsze edycje.

<sup>181</sup> 1) „Wsparcie aktywności społecznej seniorów oraz poprawa związanej ze zdrowiem jakości życia osób starszych”; 2) „Edukacja opiekunów nieformalnych osób starszych na temat chorób związanych z wiekiem oraz zasad właściwej opieki nad tymi osobami”, gdzie działania podjęto w 2021 r.

<sup>182</sup> 1) Rozwój usług wspierających zdrowie i jakość życia związaną ze zdrowiem u osób starszych i ich opiekunów nieformalnych, w szczególności przez rozwój dziennych form wsparcia i pomocy psychologicznej; 2) Działania na rzecz koordynacji opieki nad osobami starszymi dostępnej w ramach systemów ochrony zdrowia i pomocy społecznej; 3) Edukacja ukierunkowana na profilaktykę problemów zdrowotnych występujących u osób starszych, w szczególności w zakresie urazów i prewencji upadków oraz zasad

Lecznicy i Ochrony Zdrowia UMWŚI<sup>183</sup> nie podejmował działań. Jako przyczyny powyższego wskazano nieprecyzyjne zapisy NPZ oraz fakt, że NPZ był przyjęty na lata 2021–2025 i nie zawiera harmonogramu podjęcia zadań. Samorząd Województwa Wielkopolskiego podejmował działania dla realizacji trzech zadań<sup>184</sup> w ramach celu operacyjnego nr 5 NPZ. Z kolei Samorząd Województwa Podkarpackiego nie podejmował działań na rzecz osób starszych z ChND w ramach realizacji celu operacyjnego nr 5 NPZ.

Samorzady Województw, w tym ich jednostki organizacyjne realizowały działania, które wpisywały się w działania oraz działania szczegółowe określone w „Polityce społecznej wobec osób starszych”. Samorząd Województwa Śląskiego realizował je w ramach „Wojewódzkiej Strategii Polityki Społecznej”, podejmując przedsięwzięcia w ramach obszarów uwzględniających działania wobec niesamodzielnych osób starszych, które polegały na podnoszeniu jakości i dostępności usług, w tym opiekuńczo-pielęgnacyjnych, dostosowanych do potrzeb seniorów, świadczonych w miejscu zamieszkania oraz na opracowywaniu i wspieraniu programów wspomagania opiekunów rodzinnych i opiekunów nieformalnych. Samorząd Województwa Wielkopolskiego prowadził te działania zarówno w zakresie działań na rzecz ogółu osób starszych, jak i w zakresie działań na rzecz niesamodzielnych osób starszych. Także Samorząd Województwa Podkarpackiego realizował zadania związane z prowadzeniem działań wskazanych w „Polityce społecznej wobec osób starszych”, np. w ramach projektu partnerskiego „Liderzy Kooperacji”, gdzie organizowano turnusy usprawniające dla mieszkańców DPS.

Samorzady Województw nie realizowały celów określonych w strategii „Zdrowa Przyszłość”. W ramach ich realizacji zaplanowano natomiast działania w obszarze usług zdrowotnych, których celem jest zwiększenie dostępności i jakości usług świadczonych w środowisku, realizowanych zgodnie z zasadą deinstytucjonalizacji.

Samorzady Województw nie realizowały działań w ramach funduszy europejskich ukierunkowanych bezpośrednio na wsparcie osób starszych

---

unikania skutków polipragmazji; 4) Informowanie i edukacja przedstawicieli służb publicznych i zawodów niemedycznych mających częsty kontakt z osobami starszymi na temat chorób związanych z wiekiem oraz zasad postępowania w kontakcie z tymi osobami.

<sup>183</sup> Departament realizujący w UMWŚI zadania z zakresu opieki zdrowotnej; dalej: „Departament NZ”.

<sup>184</sup> „Edukacja ukierunkowana na profilaktykę problemów zdrowotnych występujących u osób starszych, w szczególności w zakresie urazów i prewencji upadków oraz zasad unikania skutków polipragmazji”; „Wspieranie aktywności społecznej seniorów oraz poprawa związanej ze zdrowiem jakości życia starszych”; „Edukacja opiekunów nieformalnych osób starszych na temat chorób związanych z wiekiem oraz zasad właściwej opieki nad tymi osobami”.

z ChND. W ramach programu „Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021–2027” zaplanowano działania w obszarze usług zdrowotnych, których celem będzie zwiększenie dostępności i jakości usług świadczonych w środowisku, realizowanych zgodnie z zasadą deinstytucjonalizacji tych usług, w tym środowiskowej opieki długoterminowej, opieki hospicyjnej i paliatywnej. Na terenie województwa wielkopolskiego oraz podkarpackiego mieszkańcy mogli uczestniczyć w projektach, w ramach programów odpowiednio „Fundusze Europejskie dla Wielkopolski 2021–2027” oraz „Fundusze Europejskie dla Podkarpacia 2021–2027”, oferujących usługi społeczne z elementami usług zdrowotnych.

W zakresie realizacji przez Samorząd Województwa Wielkopolskiego zadań dotyczących udzielania wsparcia osobom starszym, w tym z ChND, m.in. określonych w dokumentach strategicznych i regionalnych, dotyczyły niezapewnienia przez Zarząd: zamieszczania na stronach internetowych Urzędu oraz ROPS informacji o działających w województwie wielkopolskim placówkach DDOM; opracowania i wdrożenia przez Departament Zdrowia Urzędu programów polityki zdrowotnej adresowanych do osób starszych z ChND oraz ich opiekunów; sporządzania przez ROPS rocznych harmonogramów realizacji działań Programu 2021–2025; sporządzania „Oceny zasobów pomocy społecznej” przez pracowników ROPS oraz współpracy pomiędzy Departamentem Zdrowia a ROPS, w zakresie realizacji Programu 2021–2025, w tym w szczególności w obszarze opieki zdrowotnej.

Samorządy Województw nie realizowały programów regionalnych ukierunkowanych bezpośrednio na osoby starsze z ChND oraz ich opiekunów. Jednakże osoby te mogły korzystać z działań realizowanych w ramach regionalnych strategii, programów i projektów, skierowanych do ogółu osób starszych i/lub wymagających wsparcia, jak np. „Strategie Polityki Społecznej Województwa”.

Samorządy Województwa opracowały programy polityki zdrowotnej, nie były one jednak skierowane bezpośrednio do osób starszych z ChND. Jako przyczyny powyższego wskazywano, że z uwagi na skalę problemów zdrowotnych w regionie, nie jest możliwe opracowanie programów zaspokajających każdą potrzebę zdrowotną mieszkańców, ponieważ przewyższa to możliwości finansowe, organizacyjne i kadrowe.

## 5.4. PLACÓWKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

**Świadczenia udzielane osobom starszym, w tym z ChND**

W trzech skontrolowanych POZ na terenie trzech województw świadczeń udzielono średnio ok. 16 tys. pacjentom<sup>185</sup>, w tym średnio ok. 6374 osobom w wieku 60 i więcej lat<sup>186</sup>, tj. średnio na poziomie 41% ogółu pacjentów. Pacjenci z ChND stanowili średnio 0,67% ogółu pacjentów<sup>187</sup>, wśród których średnio 96% stanowili pacjenci w wieku 60. i więcej lat<sup>188</sup>.

**Rodzaj przeprowadzanych badań oraz ich dokumentowanie**

Badanie dokumentacji medycznej 230 losowo wybranych pacjentów w wieku 60 i więcej lat (po 80 dokumentacji w POZ na terenie województwa śląskiego i wielkopolskiego oraz 70 dokumentacji w POZ na terenie województwa podkarpackiego), w tym 110 w wieku 75+ wykazało, że w 14 przypadkach, w trakcie wywiadu odnotowano dane wskazujące na zaburzenia pamięci i ośmiu z tych pacjentów skierowano na badania specjalistyczne do neurologa, a 15 pacjentów miało zdiagnozowaną ChND. W badanej próbie jedynie w 10 przypadkach (4%), tj. w POZ na terenie województwa podkarpackiego w trakcie badania przedmiotowego lekarze POZ zastosowali standaryzowane skale/testy/próby: Mini Mental State Examination wg Folsteina<sup>189</sup>, skala Barthel<sup>190</sup>, skala Rankina<sup>191</sup>, próba Romberga<sup>192</sup>, próba palec-nos<sup>193</sup>, symetryczność siły mięśniowej, badanie objawów oponowych, reakcja na światło, czucie w obrębie twarzy, ruchy języka, mimika. Natomiast w POZ na terenie województwa śląskiego lekarze nie odnotowali

<sup>185</sup> Według stanu na 31 marca 2024 r. liczba pacjentów wynosiła: 39 065 w ZOZ na terenie województwa podkarpackiego, 5035 w SPZOZ na terenie województwa śląskiego, 4287 w SPZOZ na terenie województwa wielkopolskiego.

<sup>186</sup> Według stanu na 31 marca 2024 r. liczba pacjentów w wieku 60 i więcej lat wynosiła: 15 260 (39% ogółu pacjentów) w ZOZ na terenie województwa podkarpackiego, 1889 (38% ogółu pacjentów) w SPZOZ na terenie województwa śląskiego, 1974 (46% ogółu pacjentów) w SPZOZ na terenie województwa wielkopolskiego.

<sup>187</sup> Według stanu na 31 marca 2024 r. liczba pacjentów z ChND wynosiła: 447 w ZOZ na terenie województwa podkarpackiego, 30 w SPZOZ na terenie województwa śląskiego, 11 w SPZOZ na terenie województwa wielkopolskiego

<sup>188</sup> Według stanu na 31 marca 2024 r. liczba pacjentów z ChND w wieku 60 i więcej lat wynosiła: 437 (98% ogółu pacjentów z tymi jednostkami chorobowymi) w ZOZ na terenie województwa podkarpackiego, 30 (100% ogółu pacjentów z tymi jednostkami chorobowymi) w SPZOZ na terenie województwa śląskiego, 10 (91% ogółu pacjentów z tymi jednostkami chorobowymi) w SPZOZ na terenie województwa wielkopolskiego.

<sup>189</sup> Krótka Skala Oceny Stanu Umysłowego – skala służąca do badania zaburzeń w funkcjonowaniu poznawczym pacjenta. Stosowana w przesiewowych badaniach dysfunkcji poznawczych (głównie w procesach otępiennych mózgu) oraz monitorowaniu przebiegu choroby.

<sup>190</sup> Skala służąca do oceny stopnia niesamodzielności pacjenta i wymaganej w związku z tym pomocy.

<sup>191</sup> Skala służąca do oceny stopnia niepełnosprawności pacjenta oraz jego zależności od otoczenia.

<sup>192</sup> Badanie neurologiczne, które pomaga ocenić zdolność pacjenta do utrzymania równowagi.

<sup>193</sup> Element badania neurologicznego, dzięki któremu można ocenić zborność ruchów kończyn górnych.

w dokumentacji medycznej zastosowania standaryzowanych skal w badaniu przedmiotowym, a 43 z 80 pacjentów objęli badaniami internistycznymi poszerzonymi, z których większość dotyczyła oceny stanu skóry i orientacyjnej oceny wzroku i słuchu. W POZ na terenie województwa wielkopolskiego spośród 80 pacjentów 44 (20 z grupy wiekowej 60–74 i 24 z grupy 75+) objęto badaniem internistycznym poszerzonym, a większość tych badań dotyczyła oceny stanu skóry i orientacyjnej oceny wzroku i słuchu, natomiast lekarze nie odnotowali w dokumentacji medycznej zastosowania innych standaryzowanych skal w badaniu przedmiotowym, wykorzystywanych w całościowej ocenie geriatrycznej, takich jak np.: ocena stanu emocjonalnego w stopniu podstawowym, ocena funkcji poznawczych (np. test rysowania zegara), ocena chodu i równowagi przy użyciu testu Tinetti, testu „wstań i idź” wykonanego na czas, prędkości chodu w m/sek., ocena stanu odżywienia za pomocą testów MNA, czy ocena sytuacji środowiskowej i zakresu otrzymywanego wsparcia od opiekuna – za pomocą kwestionariusza i indeksu COPE.

**Brak przeprowadzenia wstępnej oceny geriatrycznej u pacjentów w wieku 75+**

Natomiast u żadnego z pacjentów w wieku 75+ w badanej dokumentacji medycznej (230) nie odnotowano przeprowadzenia wstępnej oceny geriatrycznej, o której mowa w art. 36 ust. 3 ustawy o szczególnej opiece geriatrycznej.

Jako przyczyny nieprzeprowadzenia przez lekarzy POZ wstępnej oceny geriatrycznej lub poszerzonego wywiadu geriatrycznego podawano czasochłonność takich badań oraz fakt, że ze względu na dużą liczbę pacjentów czas na wizytę u lekarza POZ jest ograniczony, a także brak odpowiedniego oprogramowania, które usprawniłoby przeprowadzanie takich badań. Lekarze są przeciążeni obowiązkami (także biurokratycznymi) i z uwagi na ograniczenia czasowe skupiają się na ostrych przypadkach i leczeniu chorób, a nie na prewencji problemów wynikających z wieku pacjenta. Wskazywano również, że – zgodnie z ustawą o szczególnej opiece geriatrycznej – wstępna ocena geriatryczna poprzedza skierowanie pacjenta do „Centrum Zdrowia 75+”, a takie centra nie funkcjonują.

W skontrolowanych POZ wskazywano na istotność wstępnej oceny geriatrycznej w procesie leczenia pacjentów starszych z wielochorobowością oraz licznymi problemami funkcjonalnymi i poznawczymi. Prawidłowe przeprowadzenie tej oceny umożliwia wczesne wykrycie problemów zdrowotnych pacjentów i podjęcie odpowiedniego leczenia. Tymczasem w skali kraju brak jest systemu kompleksowej, standaryzowanej opieki, obejmującej współdziałanie z gerontologiem, geriatrią, neurorehabilitantem, psychologiem.

Według wyników badania społecznego przeprowadzonego w 2024 r., zdecydowana większość (91%) ankietowanych z grupy wiekowej 60+

uważa, że lekarze rodzinni powinni rutynowo pytać starszych pacjentów o kwestie związane z ich pamięcią oraz zdolnością kojarzenia. Oznacza to wzrost w stosunku do wyników badania społecznego przeprowadzonego w 2016 r., gdzie odsetek ten wyniósł 84%. Co istotne, jedynie 12% seniorów w badaniu społecznym przeprowadzonym w 2024 r. (wobec 5% w badaniu społecznym z 2016 r.) przyznało, że lekarze rodzinni przeprowadzali w trakcie wizyty badania związane z zaburzeniami pamięci.

#### Infografika 11

Sposób przeprowadzania wywiadów medycznych przez lekarzy rodzinnych



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie badań przeprowadzonych na zlecenie NIK w 2016 r. przez TNS Polska oraz w 2024 r. przez Opinia24 Sp. z o.o.

Istotnym dla opieki zdrowotnej osób starszych z ChND jest także fakt, że cierpieli oni na inne choroby przewlekłe. Analiza dokumentacji medycznej 54<sup>194</sup> celowo wybranych pacjentów ze zdiagnozowaną ChND wykazała, że pacjenci mieli od jednej do 16 chorób przewlekłych i przyjmowali od dwóch do 19 leków. Pacjentom tym udzielano m.in. następujących świadczeń: przeprowadzono badania przedmiotowe, prowadzono diagnostykę laboratoryjną i obrazową, wystawiano recepty i skierowania do lekarzy specjalistów oraz do szpitala i na rehabilitację, wystawiano zlecenia na wyroby medyczne, skierowania do ZOL, kwalifikowano do szczepień. W historiach choroby 53 pacjentów odnotowano istotne informacje o przebytych poza POZ procesie leczenia oraz o polipragmazji, w jednym przypadku dokumentacja prowadzona była w tym zakresie w sposób nieczytelny.

<sup>194</sup> Z tego: 34 w POZ na terenie województwa podkarpackiego, 10 w POZ na terenie województwa śląskiego i 10 w POZ na terenie województwa wielkopolskiego.

Na poprawę sytuacji osób starszych z ChND może wpłynąć utworzenie „Centrów Zdrowia 75+”, zwiększenie świadomości personelu medycznego dotyczących korzyści ze stosowania wstępnej oceny geriatrycznej lub poszerzonego wywiadu geriatrycznego, a także wprowadzenie oprogramowania ułatwiającego i przyspieszającego przeprowadzenie takich ocen. Nie bez znaczenia jest także rosnąca liczba pacjentów przypadających na jednego lekarza POZ, który to ma możliwość wczesnego zdiagnozowania u pacjenta choroby neurodegeneracyjnej. W większości przypadków rodzina czy opiekunowie, a tym bardziej sam pacjent nie są w stanie stwierdzić, początków takiej choroby. Jednak w sytuacji, gdy społeczeństwo się starzeje i zwiększa się liczba pacjentów w wieku 60 i więcej lat, lekarze pierwszego kontaktu nie są w stanie zapewnić im odpowiedniej opieki oraz wskazać ścieżkę dalszego leczenia.

## 5.5. OŚRODKI POMOCY SPOŁECZNEJ

**Realizacja zadań  
w zakresie usług  
społecznych na rzecz  
osób starszych, w tym  
z ChND oraz wsparcia  
ich opiekunów**

Działalność trzech skontrolowanych ośrodków pomocy społecznej była m.in. skierowana do osób starszych, jednak bez wyodrębnienia specjalnej kategorii osób z ChND.

Według danych pozyskanych z OW NFZ na terenie działania trzech skontrolowanych OPS ze świadczeń medycznych według stanu na 31 grudnia 2022 r. skorzystało łącznie 101 067 osób<sup>195</sup> (w tym 32 914 osób w wieku 60+<sup>196</sup>), na 31 grudnia 2023 r. łącznie 101 281 osób<sup>197</sup> (w tym 33 347 osób w wieku 60+<sup>198</sup>) oraz na 31 marca 2024 r. 75 651 osób<sup>199</sup> (w tym 28 595 osób w wieku 60+<sup>200</sup>). W tych grupach znajdowały się łącznie odpowiednio 856<sup>201</sup>, 840<sup>202</sup> i 542<sup>203</sup> osoby ze zdiagnozowanymi

<sup>195</sup> Z tego: na terenie działania MOPS w Dębicy 33 054 osoby, na terenie działania MOPS w Zawierciu 39 251 osób, na terenie działania OPS w Środzie Wielkopolskiej 28 762 osoby.

<sup>196</sup> Z tego: na terenie działania MOPS w Dębicy 11 420 osób, na terenie działania MOPS w Zawierciu 14 060 osób, na terenie działania OPS w Środzie Wielkopolskiej 7434 osób.

<sup>197</sup> Z tego: na terenie działania MOPS w Dębicy 33 414 osób, na terenie działania MOPS w Zawierciu 38 778 osób, na terenie działania OPS w Środzie Wielkopolskiej 29 089 osób.

<sup>198</sup> Z tego: na terenie działania MOPS w Dębicy 11 709 osób, na terenie działania MOPS w Zawierciu 14 045 osób, na terenie działania OPS w Środzie Wielkopolskiej 7593 osoby.

<sup>199</sup> Z tego: na terenie działania MOPS w Dębicy 24 006 osób, na terenie działania MOPS w Zawierciu 29 722 osoby, na terenie działania OPS w Środzie Wielkopolskiej 21 923 osoby.

<sup>200</sup> Z tego: na terenie działania MOPS w Dębicy 9 870 osób, na terenie działania MOPS w Zawierciu 11 946 osób, na terenie działania OPS w Środzie Wielkopolskiej 6779 osób.

<sup>201</sup> Z tego: na terenie działania MOPS w Dębicy 208 osób, na terenie działania MOPS w Zawierciu 447 osób, na terenie działania OPS w Środzie Wielkopolskiej 201 osób.

<sup>202</sup> Z tego: na terenie działania MOPS w Dębicy 205 osób, na terenie działania MOPS w Zawierciu 425 osób, na terenie działania OPS w Środzie Wielkopolskiej 210 osób.

<sup>203</sup> Z tego: na terenie działania MOPS w Dębicy 146 osób, na terenie działania MOPS w Zawierciu 262 osoby, na terenie działania OPS w Środzie Wielkopolskiej 134 osoby.

**Formy usług społecznych realizowanych na rzecz osób starszych, w tym z ChND**

ChND<sup>204</sup>, w tym odpowiednio łącznie 808<sup>205</sup>, 796<sup>206</sup>, 512<sup>207</sup>, tj. 94%, 95% i 94% osób w wieku 60+.

OPS umożliwiły osobom starszym korzystanie z różnych form pomocy społecznej, takich jak np.: usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi, specjalistyczne usługi opiekuńcze i posiłki świadczone w ośrodkach wsparcia oraz wsparcie w mieszkaniach wspomaganych lub treningowych. OPS kierowały oraz umieszczały osoby starsze w domach pomocy społecznej<sup>208</sup> – według stanu na 31 grudnia 2022 r. i 2023 r. oraz na koniec I kwartału 2024 r. łączna liczba osób w wieku 60+ umieszczonych w DPS wynosiła odpowiednio 94<sup>209</sup>, 107<sup>210</sup>, 100<sup>211</sup>. Usługi opiekuńcze miały charakter dominujący z uwagi na liczbę osób objętych tymi świadczeniami. W okresie 2022–2024 (I kwartał) łączna liczba osób w wieku 60+ korzystających z tej formy pomocy wynosiła odpowiednio: 334<sup>212</sup>, 422<sup>213</sup>, 288<sup>214</sup>. Z kolei łączna liczba osób w wieku 60+ korzystających z innych form wsparcia wyniosła odpowiednio: specjalistyczne usługi opiekuńcze – 117<sup>215</sup>, 130<sup>216</sup>, 68<sup>217</sup>; usługi opiekuńcze w ośrodku wsparcia – 135<sup>218</sup>, 145<sup>219</sup>, 130<sup>220</sup>. Dwa spośród trzech skontrolowanych OPS świadczyły specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi – łącznie dla 6<sup>221</sup>, 7<sup>222</sup> i 7<sup>223</sup> osób w wieku 60+ oraz zapewniały pobyt w mieszkaniu wspomaganych lub treningowym – łącznie dla 14<sup>224</sup>, 18<sup>225</sup>

<sup>204</sup> Kod ICD: G30 (choroba Alzheimer), G 20 (choroba Parkinsona), G21 (parkinsonizm wtórny), F00 zaburzenia psychoorganiczne wraz z zespołami objawowymi, spowodowane uszkodzeniami mózgu) i F02 (otępienie w przebiegu innych chorób sklasyfikowanych gdzie indziej).

<sup>205</sup> Z tego: na terenie działania MOPS w Dębicy 194 osoby, na terenie działania MOPS w Zawierciu 422 osoby, na terenie działania OPS w Środzie Wielkopolskiej 192 osoby.

<sup>206</sup> Z tego: na terenie działania MOPS w Dębicy 190 osób, na terenie działania MOPS w Zawierciu 404 osoby, na terenie działania OPS w Środzie Wielkopolskiej 202 osoby.

<sup>207</sup> Z tego: na terenie działania MOPS w Dębicy 133 osoby, na terenie działania MOPS w Zawierciu 250 osób, na terenie działania OPS w Środzie Wielkopolskiej 129 osób.

<sup>208</sup> Dalej: „DPS”.

<sup>209</sup> Z tego: 55 w MOPS w Dębicy, 27 w MOPS w Zawierciu i 12 w OPS w Środzie Wielkopolskiej.

<sup>210</sup> Z tego: 68 w MOPS w Dębicy, 24 w MOPS w Zawierciu i 15 w OPS w Środzie Wielkopolskiej.

<sup>211</sup> Z tego: 65 w MOPS w Dębicy, 24 w MOPS w Zawierciu i 11 w OPS w Środzie Wielkopolskiej.

<sup>212</sup> Z tego: 121 w MOPS w Dębicy, 152 w MOPS w Zawierciu i 61 w OPS w Środzie Wielkopolskiej.

<sup>213</sup> Z tego: 186 w MOPS w Dębicy, 141 w MOPS w Zawierciu i 95 w OPS w Środzie Wielkopolskiej.

<sup>214</sup> Z tego: 113 w MOPS w Dębicy, 96 w MOPS w Zawierciu i 79 w OPS w Środzie Wielkopolskiej.

<sup>215</sup> Z tego: 75 w MOPS w Dębicy, 36 w MOPS w Zawierciu i 6 w OPS w Środzie Wielkopolskiej.

<sup>216</sup> Z tego: 89 w MOPS w Dębicy, 35 w MOPS w Zawierciu i 6 w OPS w Środzie Wielkopolskiej.

<sup>217</sup> Z tego: 39 w MOPS w Dębicy, 25 w MOPS w Zawierciu i 4 w OPS w Środzie Wielkopolskiej.

<sup>218</sup> Z tego: 70 w MOPS w Dębicy, 36 w MOPS w Zawierciu i 29 w OPS w Środzie Wielkopolskiej.

<sup>219</sup> Z tego: 80 w MOPS w Dębicy, 43 w MOPS w Zawierciu i 22 w OPS w Środzie Wielkopolskiej.

<sup>220</sup> Z tego: 75 w MOPS w Dębicy, 33 w MOPS w Zawierciu i 22 w OPS w Środzie Wielkopolskiej.

<sup>221</sup> Z tego: 1 w MOPS w Zawierciu i 5 w OPS w Środzie Wielkopolskiej.

<sup>222</sup> Z tego: 1 w MOPS w Zawierciu i 6 w OPS w Środzie Wielkopolskiej.

<sup>223</sup> Z tego: 1 w MOPS w Zawierciu i 6 w OPS w Środzie Wielkopolskiej.

<sup>224</sup> Z tego: 12 w MOPS w Zawierciu i 2 w OPS w Środzie Wielkopolskiej.

<sup>225</sup> Z tego: 14 w MOPS w Zawierciu i 4 w OPS w Środzie Wielkopolskiej.

i 14<sup>226</sup> osób w wieku 60+. MOPS w Zawierciu w okresie 2022–2023 świadczył także usługi opiekuńcze i bytowe w formie rodzinnego domu pomocy<sup>227</sup> dla trzech osób rocznie.

W latach 2022–2024 (I kwartał) OPS podejmowały inicjatywy polegające na uczestnictwie w programach skierowanych do osób starszych takich jak: „Program Wieloletni Senior+” (łącznie średnio skorzystało z niego 107 osób<sup>228</sup>), program „Korpus Wsparcia Seniorów” (łącznie średnio korzystało z niego 108 osób<sup>229</sup>), program „Opieka 75+” (łącznie średnio korzystało z niego 162 osoby<sup>230</sup>), a także z programów skierowanych do osób z niepełnosprawnością: AOOzN (łącznie średnio korzystało z niego 45 osób<sup>231</sup>), OW (łącznie średnio korzystało z niego 55 osób<sup>232</sup>). W MOPS w Zawierciu stwierdzono niedostateczne informowanie osób starszych oraz ich opiekunów o możliwości skorzystania z programu KWS. OPS w bardzo ograniczonym stopniu wykonywał działania promocyjno-informacyjne, bowiem ograniczył się do zamieszczania informacji na stronach internetowych oraz rozwieszenia plakatów promocyjnych w jednostkach podległych, a nie stosował innych sposobów informowania mieszkańców w miejscach ogólnodostępnych.

Skontrolowane OPS realizowały także lokalne programy ukierunkowane na osoby starsze.

MOPS w Dębicy realizował projekt „Sercem w seniora”<sup>233</sup>, w ramach którego osoby w wieku 60+ uczestniczyły w organizowanych przez MOPS warsztatach komputerowych, muzycznych, higieny oraz rozwijających pamięć, a także uczestniczyli w konsultacjach, wykładach, spotkaniach, jak również w wyjazdach rekreacyjnych, krajoznawczych czy edukacyjnych. W realizacji projektu wzięło udział 38 osób i jednostkowy koszt na uczestnika wyniósł 14 776 zł w 2022 r. i 11 227 zł w 2023 r.

---

<sup>226</sup> Z tego: 13 w MOPS w Zawierciu i 1 w OPS w Środzie Wielkopolskiej.

<sup>227</sup> Dalej: „RDP”.

<sup>228</sup> W MOPS w Dębicy w okresie 2022–2024 (I kwartał) w jednym DDS+ średnio 26 osób i w drugim DDS+ średnio 17 osób; MOPS w Zawierciu w DDS+ w okresie 2022–2024 (I kwartał) średnio 32 osoby oraz w Klubie Seniora w okresie 2023–2024 (I kwartał) średnio 8 osób, w OPS w Środzie Wielkopolskiej w okresie 2022–2024 (I kwartał) średnio 24 osoby.

<sup>229</sup> W MOPS w Dębicy w okresie w okresie 2022–2024 (I kwartał) średnio 44 osoby, w MOPS w Zawierciu w okresie 2022–2024 (I kwartał) średnio 61 osób, w OPS w Środzie Wielkopolskiej w okresie 2022–2024 (I kwartał) średnio trzy osoby.

<sup>230</sup> W MOPS w Dębicy w okresie 2022–2024 (II kwartał) średnio 71 osób, w MOPS w Zawierciu w okresie 2022–2023 średnio 80 osób, w OPS w Środzie Wielkopolskiej w okresie 2022–2023 średnio 11 osób.

<sup>231</sup> W MOPS w Dębicy w okresie 2022–2023 średnio 5 osób, w MOPS w Zawierciu w okresie 2022–2024 (I kwartał) średnio 40 osób.

<sup>232</sup> W MOPS w Dębicy w 2023 r. 12 osób; MOPS w Zawierciu w okresie 2022–2024 (I kwartał) średnio 31 osób, w OPS w Środzie Wielkopolskiej w okresie 2022–2024 (I kwartał) średnio 12 osób.

<sup>233</sup> Dofinansowany ze środków „Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego”. Projekt realizowany był w okresie od maja 2021 r. do września 2023 r.

Na terenie działania MOPS w Dębicy realizowano projekt „Dębicka Karta Seniora”, skierowany do osób w wieku 60+, którego celem było pobudzenie wśród seniorów chęci uczestnictwa w życiu kulturalnym, sportowym oraz rekreacyjnym oferowanym na terenie miasta Dębica, a ponadto zniżki u partnerów programu. Program miał charakter otwarty, a do 18 lipca 2024 r. wydano łącznie 327 tego rodzaju kart.

MOPS w Zawierciu realizował program „Zawierciański Senior – Aktywnie!”<sup>234</sup>, w ramach którego wykonywano działania polegające m.in. na usługach opiekuńczych realizowanych siedem dni w tygodniu w miejscu zamieszkania osób objętych wsparciem w formie: dostawy ciepłego jedzenia, usługach fryzjerskich/kosmetycznych, fizjoterapii, poradach: psychologa, prawnika, dietetyka. W 2022 r. działaniami objęto 75 osób powyżej 60+ i jednostkowy koszt na uczestnika wyniósł 16 743 zł, a w 2023 r. (do 31 maja) 77 osób i jednostkowy koszt na uczestnika wyniósł 9370 zł.

W ramach udzielanych przez OPS świadczeń funkcjonowały m.in. ośrodki wsparcia<sup>235</sup>. Na terenie działania MOPS w Zawierciu działały dwa ośrodki (Dzienny Dom Senior+<sup>236</sup> oraz Klub Seniora), na terenie działania MOPS w Dębicy dwa ośrodki (dwa DDS+) oraz na terenie działania OPS w Środzie Wielkopolskiej jeden ośrodek (DDS+). W przypadku DDS+ na terenie działania OPS w Środzie Wielkopolskiej, kierownik DDS+ nie posiadał wymaganej specjalizacji z zakresu pomocy społecznej, tj. kwalifikacji określonych w art. 122 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej.

Na terenie działania MOPS w Zawierciu funkcjonował RDP, a w przypadku dwóch pozostałych OPS nie prowadzono takich placówek. W przypadku tego RDP nie rozeznano warunków do jego prowadzenia przed podpisaniem umowy na prowadzenie i w rezultacie osoby skierowane do RDP mieszkały w pomieszczeniach, które nie spełniały warunków określonych w § 6 ust. 1 pkt 1 lit. b), c) i d) rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 31 maja 2012 r. w sprawie rodzinnych domów pomocy<sup>237</sup>, w szczególności w zakresie przystosowania do potrzeb osób z niepełnosprawnością (brak podjazdu do budynku, windy, łazienek przystosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnością) oraz wymaganego metrażu.

W OPS świadczone także inne formy pomocy.

OPS w Środzie Wielkopolskiej prowadził „Dom Pogodnej Jesieni”, przeznaczony dla osób starszych będących mieszkańcami gminy, które

---

<sup>234</sup> Dofinansowany ze środków „Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014–2020”. Program realizowano w okresie 2022–2023 (do 31 maja).

<sup>235</sup> W ramach Programu „Senior+”.

<sup>236</sup> Dalej: „DDS+”.

<sup>237</sup> Dz. U. z 2012 r., poz. 719, uchylone 28 lipca 2024 r.

wymagały wsparcia polegającego na umożliwieniu im zamieszkiwania w jednym z lokali mieszkalnych znajdujących się w tej placówce. W ww. placówce, będącej własnością gminy, znajdowało się 27 lokali mieszkalnych w różnym standardzie oraz cztery pokoje ze zintensyfikowanymi usługami opiekuńczymi, w tym dwa dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnością. W latach 2022–2024 (I kwartał) ze wsparcia w formie pobytu w Domu skorzystały odpowiednio 31, 36 oraz 34 osoby.

OPS w Środzie Wielkopolskiej organizował dla osób starszych wsparcie w formie trzytygodniowego turnusu wczasów w ogrodach działkowych, które odbywały się na terenie Rodzinnego Ogrodu Działkowego „Odrodzenie” w Środzie Wielkopolskiej. W trakcie turnusu odbywającego się od poniedziałku do piątku, uczestnikom zapewniono posiłki, opiekę oraz prowadzono zajęcia m.in. plastyczne, muzyczne, rehabilitacyjno-usprawniające oraz gry zespołowe, a także zorganizowano jednodniowe wycieczki krajoznawczo-turystyczne oraz zabawy taneczne i spotkania integracyjne. W latach 2022–2024 z tej formy wsparcia skorzystało, odpowiednio 36, 39 oraz 40 osób.

**Wydawanie decyzji  
o umieszczeniu osób  
starszych w DPS**

Badanie dokumentacji łącznie 95 spraw dotyczących osób w wieku 60+ w dwóch OPS<sup>238</sup> wykazało, że czas oczekiwania na wydanie decyzji o:

- umieszczeniu w DPS wynosił średnio 20 dni w MOPS w Zawierciu, a w OPS w Środzie Wielkopolskiej w okresie 2022–2024 (I kwartał) odpowiednio: od 2 do 8, od 3 do 47 oraz 2 dni;
- skierowaniu do DDS+ w MOPS w Zawierciu wynosił średnio osiem dni (na realizację świadczenia jeden dzień), a w OPS w Środzie Wielkopolskiej w okresie 2022–2024 (I kwartał) decyzję wydano w dniu złożenia wniosku, a tylko w jednym przypadku po upływie pięciu dni od dnia jego złożenia (przyjęcie do ośrodka następowało w dniu wydania decyzji);
- skierowaniu do mieszkania wspomaganego w MOPS w Zawierciu średnio osiem dni (na realizację świadczenia średnio 11 dni). W MOPS w Zawierciu w jednym przypadku w 2022 r. postępowanie w sprawie umieszczenia w DPS trwało 58 dni – wydano decyzję z przekroczeniem miesięcznego terminu określonego w art. 35 § 3 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego<sup>239</sup>. Dodatkowo MOPS nie zawiadomił strony o niezafatwieniu sprawy w ww. terminie i nie podał przyczyny zwłoki oraz nowego terminu załatwienia sprawy, co było niezgodne z art. 36 § 1 Kpa. Także w OPS w Środzie Wielkopolskiej w jednym przypadku w 2023 r. decyzję o skierowaniu do DPS wydano po 47 dniach od dnia złożenia wniosku

<sup>238</sup> 60 w MOPS w Zawierciu oraz 35 w OPS w Środzie Wielkopolskiej.

<sup>239</sup> Dz. U. z 2024 r., poz. 572; dalej: „Kpa”.

i nie poinformowano wnioskodawcy o niezafatwieniu sprawy w terminie, co stanowiło naruszenie ww. przepisów. W przypadku funkcjonującego na terenie działania MOPS w Zawierciu RDP czas oczekiwania na wydanie skierowania do tej placówki wynosił średnio trzy i pół dnia (na realizację świadczenia średnio pięć dni).

**Przeprowadzanie diagnozy sytuacji osób starszych oraz ich opiekunów**

OPS prowadziły diagnozę sytuacji osób starszych oraz ich opiekunów na terenie działalności tych jednostek. Wnioski z nich wynikające były wykorzystywane przy planowaniu działań pomocowych dla tej grupy osób. W przypadku MOPS w Zawierciu diagnoza została przedstawiona w „Programie Wspierania Osób Starszych i z Niepełnosprawnościami dla Miasta Zawiercie na lata 2022–2026”, jednak nie wszystkie zadania określone w tym programie zostały zrealizowane, czego przykładem było nieutworzenie profilowanej placówki wsparcia dziennego dla osób z chorobą Alzheimera<sup>240</sup>.

**Realizacja zadań określonych w Strategiach Rozwiązywania Problemów Społecznych**

W obowiązujących „Strategiach Rozwiązywania Problemów Społecznych” przewidziano działania na rzecz osób starszych, bez wyodrębnienia kategorii osób z ChND. W Strategiach wskazywano na niekorzystne tendencje demograficzne i problem starzejącego się społeczeństwa, który powoduje konieczność zmian w opiece zdrowotnej oraz dostosowania do zmieniających się potrzeb w obszarze pomocy społecznej. W przypadku Strategii obowiązującej na terenie działania MOPS w Zawierciu, jako koordynator realizacji zadań w niej ujętych, do dnia 27 czerwca 2024 r. nie zwrócił się do Prezydenta Miasta o powołanie Zespołu Zarządzającego, odpowiedzialnego za jej wdrażanie i monitorowanie. Z kolei Dyrektor OPS w Środzie Wielkopolskiej przekazała Przewodniczącemu Rady Miejskiej raport z realizacji Strategii 61 dni po terminie.

**Brak sprawozdań z działalności OPS oraz nieprzedstawienie potrzeb w zakresie pomocy społecznej**

Dyrektorzy dwóch skontrolowanych OPS<sup>241</sup> nie sporządzili sprawozdań z działalności tych jednostek<sup>242</sup>, jak również nie przedstawili Radzie Miejskiej potrzeb w zakresie pomocy społecznej<sup>243</sup>, co stanowiło naruszenie art. 110 ust. 9 ustawy o pomocy społecznej.

<sup>240</sup> W okresie objętym kontrolą trwały prace nad utworzeniem takiej placówki, polegające m.in. na zdobyciu odpowiednich środków finansowych na ten cel.

<sup>241</sup> MOPS w Zawierciu i OPS w Środzie Wielkopolskiej.

<sup>242</sup> MOPS w Zawierciu za 2022 r. i 2023 r. (nie sporządzono sprawozdania do 27 czerwca 2024 r.), OPS w Środzie Wielkopolskiej za 2021 r. i 2022 r.

<sup>243</sup> MOPS w Zawierciu do 27 czerwca 2024 r. nie przedstawił sprawozdania za 2023 r., OPS w Środzie Wielkopolskiej nie przedstawił sprawozdania za 2021 r. i 2022 r.

## 5.6. ORGANIZACJE POZARZĄDOWE

**Realizacja zadań przez organizacje pozarządowe na rzecz osób starszych, w tym z ChND**

Skontrolowane trzy organizacje pozarządowe prowadziły działalność zgodną z postanowieniami statutu i aktywnie działały na rzecz osób starszych i z niepełnosprawnością, w tym z ChND. Dwie organizacje realizowały zadania, które nie były bezpośrednio ukierunkowane na osoby z ChND oraz ich opiekunów, ale wśród osób objętych opieką były takie osoby. Jedną z organizacji (Wielkopolskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie w Poznaniu) prowadziła działania bezpośrednio ukierunkowane na osoby z ChND, tj. osoby z chorobą Alzheimera.

**Realizacja zadań na rzecz osób starszych, w tym z ChND przez Wielkopolskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie w Poznaniu**

Wielkopolskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie w Poznaniu realizowało zadania w zakresie opieki zdrowotnej oraz usług społecznych na rzecz osób starszych z ChND na podstawie umów zawartych z Miastem Poznaniem. Udzielało także wsparcia opiekunom tych osób. Współpraca z jednostką samorządu terytorialnego zapewniała ciągłość działania, a dotacje z innych źródeł, wg Prezesa Stowarzyszenia, nie zapewniały ciągłości realizacji zadań. Trzy główne obszary działalności Stowarzyszenia (od diagnozy, poprzez opiekę dzienną nad chorymi w różnych stadiach choroby, do działań rehabilitacyjno-adaptacyjnych) zapewniały zorganizowaną opiekę nad osobami starszymi z ChND. W ramach otrzymywanych z Urzędu Miasta Poznania dotacji Stowarzyszenie realizowało programy o charakterze diagnostycznym (w Ośrodku Geriatryczno-Gerontologicznym<sup>244</sup>) oraz opiekuńczym (w Środowiskowym Domu Samopomocy „Na piętrze”<sup>245</sup> oraz Ośrodku Adaptacyjno-Rehabilitacyjnym<sup>246</sup>). Realizacja usług w ramach ww. placówek była bezpłatna wyłącznie dla mieszkańców Poznania.

Otrzymane środki dotacji Stowarzyszenie wykorzystywało zgodnie z umowami, a planowane efekty tych działań wynikające z zawartych

<sup>244</sup> Na podstawie umowy zawartej z miastem Poznaniem (na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2024 r.), która dotyczyła projektu „Ośrodek Geriatryczno-Gerontologiczny dla osób z chorobą Alzheimera i innymi zaburzeniami otępiennymi”. W okresie 2022–2024 (I kwartał) Stowarzyszenie udzieliło porad łącznie 199 (z tego w 2022 r. – 92, w 2023 r. – 88, w I kwartale 2024 r. – 19) pacjentom z potencjalnymi zaburzeniami neurodegeneracyjnymi i przeprowadziło łącznie 338 (z tego: w 2022 r. – 250, w 2023 r. – 88) konsultacji psychologicznych, psychiatrycznych i przeprowadzonych przez pracownika socjalnego.

<sup>245</sup> Na podstawie umów zawartych z miastem Poznaniem (na okres jednego roku kalendarzowego), które dotyczyły prowadzenia ŚDS „Na piętrze” dla osób, u których występują zespoły otępienne w tym choroba Alzheimera. W okresie 2022–2024 (I kwartał) Stowarzyszenie udzieliło pomocy 25 podopiecznym rocznie.

<sup>246</sup> Na podstawie umów zawartych z miastem Poznaniem (na okres jednego roku kalendarzowego 2022 i 2023 oraz jedna umowa na lata 2024 i 2025), które dotyczyły prowadzenia Ośrodka Adopcyjno-Rehabilitacyjnego dla osób z chorobą Alzheimera i innymi zaburzeniami otępiennymi w formie ośrodka wspierającego i rehabilitacji społecznej. W okresie 2022–2024 (I kwartał) Stowarzyszenie udzieliło pomocy 25 podopiecznym rocznie. Opieka w ramach tego ośrodka była przeznaczona dla osób z bardziej zaawansowanym stadium choroby Alzheimera i innych ChND w porównaniu do ŚDS.

umów zostały osiągnięte. Skontrolowane 45 wydatków na łączną kwotę 210 982,08 zł związane z realizacją zadań były odpowiednio udokumentowane, a dokumentacja księgowa była prowadzona prawidłowo. Wykonując zadania Stowarzyszenie wykorzystywało również środki własne, a także podejmowało współpracę z podmiotami, które oferowały nieodpłatną pracę na rzecz Stowarzyszenia, w tym w ramach resocjalizacji osób skazanych.

Stowarzyszenie prowadziło liczne działania informacyjno-edukacyjne dotyczące osób starszych z ChND, np. współpraca ze stacjami telewizyjnymi i radiowymi, media społecznościowe. Działania te były kierowane do ogółu społeczeństwa, a ich zasięg obejmował szerokie grono odbiorców. Stowarzyszenie brało aktywny udział w konferencjach i panelach dyskusyjnych oraz współpracowało z uczelniami wyższymi, placówkami naukowymi i szkołami.

Stowarzyszenie było założycielem i od 2018 r. było zrzeszone w organizacji „Alzheimer Polska”, która skupiała organizacje pozarządowe związane z udzielaniem pomocy osobom z rozpoznaną chorobą Alzheimera oraz ich rodzinom i w ramach tej organizacji brało czynny udział m.in. w opracowywaniu Polskiego Planu Alzheimerowskiego. Działo także na rzecz utworzenia specjalistycznej poradni zaburzeń pamięci i w tej sprawie zwróciło się w 2021 r. do Wielkopolskiego Oddziału NFZ w Poznaniu, jednakże taka poradnia nie została utworzona, a według Oddziału NFZ pacjenci z tego typu jednostkami chorobowymi mogą korzystać z opieki specjalistycznej, przede wszystkim z poradni psychiatrycznych.

Pozostałe dwie organizacje pozarządowe prowadząc aktywne działania, nie kierowały ich wyłącznie do osób starszych z ChND oraz ich opiekunów, jednakże wśród objętych opieką tych organizacji były również takie osoby. Jednostki te realizowały programy rządowe OW i AON, w ramach których udzielano wsparcia także osobom starszym z ChND. Korzystały również ze środków unijnych, samorządowych oraz środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych<sup>247</sup>.

Stowarzyszenie YAVA w Częstochowie realizowało zadania finansowane ze środków programu AOOzN edycji 2022 i 2023<sup>248</sup> i OW edycji 2022, 2023 i 2024<sup>249</sup>, a także trzy projekty dofinansowane ze środków PFRON

**Realizacja zadań  
na rzecz osób starszych,  
w tym z ChND przez  
Stowarzyszenie YAVA  
w Częstochowie**

---

<sup>247</sup> Dalej: „PFRON”.

<sup>248</sup> Na podstawie umowy zawartej z miastem Częstochowa, dotyczącej programu AON edycja 2022 oraz zawartej z MRPiPS, dotyczącej programu AON 2023. Wsparciem objęto łącznie 183 osoby (w tym 104 osoby starsze), z tego: w 2022 r. – 83 osoby (w tym 60 osób starszych) i w 2023 r. – 100 osób (w tym 44 osoby starsze).

<sup>249</sup> Na podstawie umów zawartych z MRPiPS. Wsparciem objęto łącznie 230 osób (w tym 82 osoby starsze), z tego: w 2022 r. – 100 osób (w tym 35 osób starszych), w 2023 r.

pn. „Yavny świat”, „Witraże Ego” i Cafeteria II<sup>250</sup> oraz zadanie dofinansowane ze środków Samorządu Województwa Śląskiego pn. „Planer mojego życia”<sup>251</sup>. Prowadziło również „Interdyscyplinarne Centrum Opieki Wytchnieniowej HAMAK”, finansowane ze środków unijnych<sup>252</sup>, którego celem było dostarczenie usług asystenckich i opiekuńczych osobom zależnym, niesamodzielnym, z zaburzeniami psychicznymi oraz chorobami otępiennymi, z chorobą Alzheimera i z niepełnosprawnością, jak również wsparcie ich rodzin/opiekunów. Stowarzyszenie prowadziło także Środowiskowy Dom Samopomocy w Częstochowie<sup>253</sup>, przeznaczony dla osób przewlekle psychicznie chorych (typ A) oraz dla osób z niepełnosprawnością intelektualną (typ B). Podjęło także działania na rzecz włączenia do Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych Miasta Częstochowy, potrzeby uruchomienia ośrodka dla osób z chorobą Alzheimera oraz usług dedykowanych chorym na ChND. W 2023 r. Stowarzyszenie aplikowało do udziału w konkursie do programu „Aktywni+”, nie otrzymało jednak dofinansowania.

**Nieprawidłowości  
w realizacji zadań przez  
Stowarzyszenie YAVA  
w Częstochowie**

W ramach realizowanych przez Stowarzyszenie projektów, programów i działań stwierdzono liczne nieprawidłowości dotyczące realizacji zadań w zakresie usług społecznych na rzecz osób z niepełnosprawnością a także nieprawidłowe wykorzystanie środków (tj. niezgodnie z ofertą, umową, programem). Nieprawidłowości te dotyczyły zarówno umów zawartych z MRPiPS, jak również współpracy z Urzędem Miasta Częstochowa, samorządem województwa śląskiego czy Śląskim Urzędem Wojewódzkim. I tak:

- 1) Rozpoczęto udzielanie świadczeń na rzecz jednego z 40 objętych próbą uczestników programu AOOzN (edycja 2023) 27 dni przed złożeniem karty zgłoszeniowej do tego programu, co było niezgodne z zasadami tego Programu.
- 2) Sfinansowano świadczenia udzielane jednocześnie w tym samym czasie ze środków Programów AOOzN i OW (edycje 2022–2023), co było niezgodne z zasadami tych Programów – tj. jednocześnie udzielano

---

– 86 osób (w tym 27 osób starszych) i w 2024 r. (stan na 31 sierpnia) – 44 osoby (w tym 20 osób starszych).

<sup>250</sup> Na podstawie umów zawartych z Samorządem Województwa Śląskiego na realizację zadań dofinansowanych ze środków PFRON. Działaniami objęto odpowiednio 160, 200 i 14 osób.

<sup>251</sup> Na podstawie umowy zawartej z Samorządem Województwa Śląskiego na realizację w 2022 r. zadania z zakresu zdrowia publicznego pn. „Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym wśród osób aktywnych zawodowo”. Działaniami objęto 50 osób.

<sup>252</sup> Dalej: „Projekt HAMAK”. Stowarzyszenie realizowało projekt w okresie od 1 września 2022 r. do 30 czerwca 2023 r. ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014–2020 (dalej: „RPO WŚ”), w ramach którego wsparcie objęto 205 osób, w tym 150 osób w wieku powyżej 60. roku życia.

<sup>253</sup> Na podstawie obowiązującej w okresie 2022–2024 umowy zawartej z miastem Częstochowa. W każdym roku do ŚDS było skierowanych 40 podopiecznych, w tym odpowiednio dziewięć, 11 i 12 osób powyżej 60. roku życia.

świadczeń na rzecz pięciu z 10 objętych próbą osób z niepełnosprawnością (50% zbadanej próby) oraz jednocześnie udzielanie świadczeń (w tym samym czasie) przez czterech z 10 asystentów<sup>254</sup> na rzecz różnych osób z niepełnosprawnością (40%) w różnych miejscach. Łącznie w wyniku badania próby wykazano 117,5 godziny jednoczesnego udzielania świadczeń o wartości 4,7 tys. zł<sup>255</sup>.

- 3) Sprawozdanie z realizacji programu OW (edycja 2022) nie zostało sporządzone w oparciu o dokumentację źródłową oraz prowadzoną na jej podstawie ewidencję księgową – wykazano w nim kwotę wyższą o 59,0 tys. zł, niż wynikało to z dokumentów źródłowych.
- 4) Zlecono wykonywanie części zadań innemu podmiotowi (Fundacji niebędącej stroną umowy) i wypłacono podwykonawcy wynagrodzenie w łącznej wysokości 436,0 tys. zł, co było niezgodne z art. 16 ust. 4 ustawy o działalności pożytku i o wolontariacie w zakresie programu AOOzN (edycja 2022) oraz treścią ogłoszenia o konkursie oraz programu AOOzN i OW (edycja 2023).
- 5) Wykazano jako rozliczenie środków w ramach programów AOOzN i OW (edycja 2022), wydatki niepotwierdzające faktycznie zrealizowanych czynności w łącznej wysokości 36,2 tys. zł.
- 6) Ze środków programu OW i AOOzN (edycja 2022) sfinansowano świadczenia specjalistyczne: psychologa, fizjoterapeuty, psychoterapeuty o łącznej wartości 42,8 tys. zł, które były wydatkami niekwalifikowalnymi, nie zostały ujęte w ofercie złożonej na realizację programu OW (edycja 2022) oraz były niezwiązane z realizacją programu AOOzN (edycja 2022).
- 7) Sfinansowano 104 ze 125 godzin zrealizowanych usług świetlicowych (tj. 83,2%) w ramach programu OW (edycja 2022) w łącznej wysokości 4,2 tys. zł oraz sfinansowano inne usługi na rzecz tych samych osób z niepełnosprawnością świadczone w tym czasie ze środków AOOzN i OW (edycja 2022). Dodatkowo u czterech z pięciu dobranych do badanej próby osób z niepełnosprawnością, którym udzielano świadczeń w ramach opieki wytchnieniowej przydzielonej opiekunom tych osób (usługi opieki dziennej, całodobowej oraz dodatkowe usługi psychologa, psychoterapeuty, fizjoterapeuty i usługi świetlicowe), przekroczono maksymalną liczbę godzin wsparcia, ustaloną w programie oraz sfinansowano ponad limit usługi o łącznej wartości 9,5 tys. zł.
- 8) Utworzono portal z poradami dla asystentów (co nie było przewidziane w złożonej ofercie na realizację programu OW – edycja

---

<sup>254</sup> Pod pojęciem asystent rozumie się zamiennie osoby wykonujące usługi asystencji osobistej w programie AOOzN i usługi opieki wytchnieniowej w programie OW.

<sup>255</sup> Obliczone według stawki 40 zł za jedną godzinę asystencji osobistej i opieki wytchnieniowej dziennej.

- 2022), na co poniesiono łącznie wydatki w wysokości 17,0 tys. zł, zamiast zorganizowania cyklicznej superwizji dla asystentów ze specjalistami, przewidzianej w tej ofercie.
- 9) Nie przedłożono do MOPS w Częstochowie sześciu dodatkowych kart realizacji usług asystencji osobistej w ramach programu AOOzN (edycja 2022), pomimo obowiązku wynikającego z zawartej umowy na realizację tego Programu.
  - 10) W ramach projektu HAMAK oraz w programie AOOzN (edycja 2023) dwóch z pięciu (40%) objętych badaniem asystentów wykonujących świadczenia (wartość wypłaconego wynagrodzenia 0,6 tys. zł), jednocześnie udzielało świadczeń na rzecz różnych osób w tym samym czasie.
  - 11) Nie poinformowano właściwych terytorialnie ośrodków pomocy społecznej oraz Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Częstochowie o realizowanym projekcie HAMAK oraz jego uczestnikach, pomimo obowiązku wynikającego z dokumentu „Szczegółowe obowiązki beneficjenta wynikające z realizacji projektu w ramach poddziałania 9.2.5 Rozwój usług społecznych – konkurs, Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014–2020”. Przekazywanie tych informacji miało zminimalizować ryzyko udzielenia wsparcia w ramach dwóch różnych projektów dla tej samej osoby.
  - 12) Dokonywanie z wyodrębnionych rachunków w ramach realizowanych programów/projektów innych wydatków, w tym niezwiązanych z realizacją programów/projektów, na potrzeby których zostały wyodrębnione.
  - 13) Dokonywano wydatków w łącznej kwocie 87,6 tys. zł w ramach programów AOOzN i OW (edycja 2022–2023) oraz projektu HAMAK z pominięciem rachunków bankowych przeznaczonych dla środków tych programów.
  - 14) Tymczasem, jak wykazała kontrola przeprowadzona w MRPiPS, działania dotyczące nieprawidłowego dysponowania środkami na wyodrębnionych rachunkach bankowych dotyczących realizowanych programów/projektów, mogą negatywnie wpływać na rozliczenie środków przez udzielającego dotację.
  - 15) Nie uzgodniono z Wojewodą Śląskim i nie przedłożono do zatwierdzenia Urzędowi Miasta Częstochowa (jednostce zlecającej) regulaminu organizacyjnego oraz programów działalności i planów pracy ŚDS za lata 2022–2024, co było niezgodne § 4 ust. 1 pkt 2 i 3 w związku z ust. 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy.

- 16) Nie opracowano programu działalności na 2022 r. odrębnie dla każdego typu prowadzonego ŚDS, co było niezgodne z § 4 ust. 3 rozporządzenia w sprawie ŚDS.
- 17) Nieterminowo przekazano do Wydziału Spraw Społecznych Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego sprawozdanie z działalności ŚDS za 2022 r., tj. 14 dni po terminie wynikającym z § 25 ust. 3 rozporządzenia w sprawie ŚDS.
- 18) W dwóch z sześciu projektów realizowanych na podstawie umów zawartych z Samorządem Województwa Śląskiego stwierdzono brak informacji w materiałach/publikacjach o dofinansowaniu tych zadań ze środków PFRON, co było niezgodne z postanowieniami umów dotyczących tych projektów.

**Realizacja zadań  
na rzecz osób  
starszych, w tym  
z ChND przez Fundację  
„W Trosce o Życie”  
w Brzozowie**

Fundacja „W Trosce o Życie” w Brzozowie w pełni zrealizowała zadania oraz prawidłowo wydatkowała i rozliczyła dotacje otrzymane w latach 2022–2024 (I kwartał) na cele związane z działalnością na rzecz osób starszych, z niepełnosprawnością i niesamodzielnych oraz ich opiekunów. Fundacja aktywnie uczestniczyła w pozyskiwaniu środków zewnętrznych na prowadzenie działalności i w okresie 2022–2024 (stan na 25 czerwca 2024 r.) zrealizowała 11 projektów, w ramach których wsparciem objęto 921 osób, w tym 761 (82,6%) w wieku powyżej 60. roku życia. Projekty realizowano ze środków: programu OW edycje 2022, 2023 i 2024<sup>256</sup>; programu AOOzN edycje 2023 i 2024<sup>257</sup>; Programu „Aktywni+”<sup>258</sup>, PFRON<sup>259</sup>; unijnych<sup>260</sup>. Działalność Fundacji objęta programami/projektami miała

<sup>256</sup> Na podstawie umów zawartych z MRPiPS. Fundacja opiekowała się 409 osobami z niepełnosprawnością, z tego: OW edycja 2022 – 207 osób, OW edycja 2023 – 135 osób i OW edycja 2024 (stan na 25 czerwca 2024 r.) – 67 osób.

<sup>257</sup> Na podstawie umów zawartych z MRPiPS. Wsparciem objęto 196 osób z niepełnosprawnością, z tego: AOOzN edycja 2023 – 114 osób i AOOzN edycja 2024 (stan na 25 czerwca 2024 r.) – 117 osób.

<sup>258</sup> Fundacja na podstawie umowy zawartej z MRPiPS zrealizowała w okresie od 1 czerwca do 31 grudnia 2023 r. zadanie publiczne zlecone w ramach programu wieloletniego na rzecz Osób Starszych „Aktywni+” na lata 2021–2025, pt. *Brzozowscy seniorzy „na +”*. W ramach programu Fundacja zrealizowała, dla 25 osób powyżej 60 roku życia, zadanie pt. „Środy Aktywności Wszelakich”, obejmujące 25 spotkań oraz grupa 10 seniorów – wolontariuszy objęła wsparciem 10 niesamodzielnych seniorów (łącznie 450 godzin), odwiedzając ich w domach i pomagając w drobnych pracach.

<sup>259</sup> Fundacja na podstawie umowy zawartej z PFRON zrealizowała w okresie od 1 czerwca 2023 r. do 31 marca 2024 r. projekt pod nazwą „Dzienny Dom Wsparcia dla Osób Niepełnosprawnych w Starej Wsi”, którym objęto 54 osoby powyżej 60. roku życia.

<sup>260</sup> Fundacja na podstawie:

- 1) umowy zawartej z Wojewódzkim Urzędem Pracy w Rzeszowie zrealizowała w okresie od 1 czerwca 2020 r. do 31 grudnia 2022 r. w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014–2020 (dalej: „RPO WP”) projekt „DPD Brzozów”, w którym zrealizowała dwa zadania: 1) „Działalność Dziennego Domu Pobytu w Brzozowie”, którym objęto 42 osoby; 2) „Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania wraz z teleopieką”, którym objęto 54 osoby;
- 2) umowy zawartej z Wojewódzkim Urzędem Pracy w Rzeszowie zrealizowała w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2023 r. ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego (dalej: „EFS”) w ramach RPO WP 2014–2020 projekt „W trosce o seniorów – zwiększenie dostępności do usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych w powiecie brzozowskim”, w którym realizowała dwa zadania: 1) „Świadczenie usług opiekuńczych

charakter nieodpłatny. W 10 (6,6%) spośród 151 zbadanej dokumentacji rekrutacyjnej uczestników realizowanych projektów/programów stwierdzono braki formularzy wymaganych umowami o realizację zadania publicznego oraz regulaminami projektów/programów. Fundacja realizowała także świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, którą objęto 13 osób<sup>261</sup> oraz świadczenia zdrowotne w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej, którymi objęto 203 osoby<sup>262</sup>, na podstawie umów zawartych z NFZ. Fundacja podejmowała współpracę z innymi podmiotami w celu wypracowania różnych rozwiązań w zakresie opieki zdrowotnej oraz usług opiekuńczych i społecznych dla osób starszych, chorych, z niepełnosprawnością i niesamodzielnych. Prowadziła również działania informacyjno-edukacyjne w tym obszarze (np. w miejscach swojej działalności, poprzez stronę internetową, angażując dzieci i młodzież ze szkół i przedszkoli w organizowanie różnych uroczystości), które miały charakter regionalny, jednak nie były one skierowane wprost do osób z ChND i ich opiekunów.

---

oraz specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania uczestnika projektu”, którym objęto 73 osoby powyżej 60 roku życia; 2) „Wsparcie opiekunów faktycznych w opiece nad osobami niesamodzielnymi”, którym objęto 20 osób;

- 3) umowy zawartej z Wojewódzkim Urzędem Pracy w Rzeszowie zrealizowała w okresie od 1 kwietnia 2021 r. do 30 września 2023 r. ze środków EFS w ramach RPO WP 2014–2020 projekt „DDP w Rakowej”, którym objęto 28 osób;
- 4) umowy o powierzenie grantu zrealizowała w okresie od 1 listopada 2022 r. do 30 czerwca 2023 r. ze środków EFS w ramach RPO WP 2014–2020 projekt grantowy „Skalowanie innowacji społecznej – Opieka domowa na terenach wiejskich” pt. „Opieka domowa na terenach wiejskich województwa podkarpackiego”, którym objęto 10 osób. W ramach projektu zrealizowano trzy zadania: 1) „Świadczenie usług na rzecz odbiorców”; 2) „Koordynacja prac zespołu świadczącego usługi”; 3) „Wyposażenie stanowiska pracy”.

<sup>261</sup> Z tego: w 2022 r. dwie osoby, w 2023 r. osiem osób oraz w 2024 r. (do 25 czerwca) trzy osoby.

<sup>262</sup> Z tego: w 2022 r. 95 osób, w 2023 r. 75 osób oraz w 2024 r. (do 25 czerwca) 33 osoby.

## 6. ZAŁĄCZNIKI

---

### 6.1. METODYKA KONTROLI I INFORMACJE DODATKOWE

---

<b>Nr i tytuł kontroli</b>	P/24/056 – Funkcjonowanie opieki nad osobami starszymi z chorobami neurodegeneracyjnymi oraz wsparcie ich opiekunów.
<b>Cel główny kontroli</b>	Celem głównym kontroli było udzielenie odpowiedzi na pytanie czy osobom starszym z ChND zapewniono prawidłową opiekę zdrowotną i socjalną, a ich opiekunom skuteczne wsparcie.
<b>Cele szczegółowe</b>	<p>Założono, że badania kontrolne umożliwią udzielenie odpowiedzi na następujące pytania szczegółowe:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Czy zostały wypracowane odpowiadające istniejącym potrzebom systemowe rozwiązania prawne i organizacyjne w zakresie opieki zdrowotnej dla osób starszych z chorobami neurodegeneracyjnymi oraz wsparcia ich opiekunów?</li> <li>2) Czy zostały wypracowane odpowiadające istniejącym potrzebom systemowe rozwiązania prawne i organizacyjne w zakresie usług społecznych dla osób starszych z chorobami neurodegeneracyjnymi oraz wsparcia ich opiekunów?</li> <li>3) Czy zostały wypracowane odpowiadające istniejącym potrzebom regionalne rozwiązania prawne i organizacyjne w zakresie opieki zdrowotnej, usług społecznych dla osób starszych z chorobami neurodegeneracyjnymi oraz wsparcia ich opiekunów?</li> <li>4) Czy zadania w zakresie opieki zdrowotnej na rzecz osób starszych z chorobami neurodegeneracyjnymi oraz wsparcia ich opiekunów realizowane były prawidłowo i czy planowane efekty tych działań zostały osiągnięte?</li> <li>5) Czy zadania w zakresie usług społecznych na rzecz osób starszych z chorobami neurodegeneracyjnymi oraz wsparcia ich opiekunów realizowane były prawidłowo i czy planowane efekty tych działań zostały osiągnięte?</li> <li>6) Czy zadania w zakresie opieki zdrowotnej, usług społecznych na rzecz osób starszych z chorobami neurodegeneracyjnymi oraz wsparcia ich opiekunów realizowane były prawidłowo i czy planowane efekty tych działań zostały osiągnięte?</li> </ol>
<b>Zakres podmiotowy</b>	Kontrolą objęto 14 jednostek, w tym Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, trzy Urzędy Marszałkowskie, trzy placówki podstawowej opieki zdrowotnej, trzy ośrodki pomocy społecznej, trzy organizacje pozarządowe.

<b>Kryteria kontroli</b>	<p>Kontrolę przeprowadzono w:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ministerstwie Zdrowia, Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej na podstawie art. 2 ust. 1 oraz art. 5 ust. 1 ustawy o NIK, z uwzględnieniem kryteriów: legalności, rzetelności, celowości i gospodarności;</li> <li>– w Urzędach Marszałkowskich, publicznych placówkach podstawowej opieki zdrowotnej (ZOZ), ośrodkach pomocy społecznej na podstawie art. 2 ust. 2 oraz art. 5 ust. 2 ustawy o NIK, z uwzględnieniem kryteriów: legalności, rzetelności i gospodarności;</li> <li>– w organizacjach pozarządowych na podstawie art. 2 ust. 3 oraz art. 5 ust. 3 ustawy o NIK, z uwzględnieniem kryteriów: legalności i gospodarności.</li> </ul>
<b>Okres objęty kontrolą</b>	<p>Lata 2022–2024, z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, o ile miały wpływ na działalność jednostki w zakresie objętym kontrolą. Kontrolę przeprowadzono w okresie od 22 marca 2024 r. do 11 kwietnia 2025 r.</p>
<b>Działania na podstawie art. 29 ustawy o NIK</b>	<p>Dla celów kontroli, na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK, pozyskano informacje od/z:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ministra do Spraw Polityki Senioralnej;</li> <li>– Urzędów Wojewódzkich na terenie województwa podkarpackiego, śląskiego, wielkopolskiego;</li> <li>– Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia;</li> <li>– gmin na terenie województwa podkarpackiego, śląskiego, wielkopolskiego;</li> <li>– komend miejskich i powiatowych Państwowej Straży Pożarnej na terenie województwa podkarpackiego, śląskiego, wielkopolskiego;</li> <li>– komend miejskich i powiatowych Policji na terenie województwa podkarpackiego, śląskiego, wielkopolskiego.</li> <li>– krajowych konsultantów w dziedzinie geriatry, pielęgniarstwa geriatrycznego, pielęgniarstwa opieki długoterminowej, pielęgniarstwa opieki paliatywnej oraz wojewódzkich konsultantów w dziedzinie neurologii, geriatry, psychiatrii, pielęgniarstwa geriatrycznego, pielęgniarstwa opieki długoterminowej;</li> <li>– Zarządu Transportu Metropolitalnego w Katowicach.</li> </ul>
<b>Udział innych organów kontroli na podstawie art. 12 ustawy o NIK</b>	<p>W kontroli nie wzięły udziału inne organy kontrolne na podstawie art. 12 ustawy o NIK.</p>

**Pozostałe informacje**

Wyniki kontroli NIK przedstawiono w 14 wystąpieniach pokontrolnych. Sformułowano w nich łącznie 28 wniosków pokontrolnych oraz 11 uwag. Z odpowiedzi na wystąpienia pokontrolne wynika, że 10 wniosków sformułowanych przez NIK zostało zrealizowanych, zaś w trakcie realizacji pozostaje 18 wniosków.

W dwóch przypadkach kierownicy kontrolowanych jednostek wnieśli zastrzeżenia do wystąpień pokontrolnych. W jednym przypadku (kontrola przeprowadzona w Stowarzyszeniu YAVA w Częstochowie) Dyrektor Delegatury NIK w Katowicach postanowił odmówić przyjęcia zastrzeżeń jako zgłoszonych po terminie (postanowienie Dyrektora Delegatury NIK w Katowicach z 24 lutego 2024 r.)<sup>263</sup>. W drugim przypadku (kontrola przeprowadzona w Ministerstwie Zdrowia) uchwałą nr 52/2025 z 30 lipca 2025 r. Kolegium NIK oddaliło 11 zastrzeżeń, natomiast uwzględniło trzy zastrzeżenia.

W ramach przeprowadzonej kontroli skierowano zawiadomienia do właściwych organów.

**Wykaz jednostek kontrolowanych**

W wyniku kontroli ujawniono finansowe rezultaty kontroli w łącznej wysokości 608,5 tys. zł, w tym kwoty nienależnie uzyskane w wysokości 102,3 tys. zł oraz kwoty wydatkowane z naruszeniem prawa 506,2 tys. zł.

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
1.	Delegatura NIK w Katowicach	Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej	Agnieszka Dziemianowicz-Bąk
2.		Ministerstwo Zdrowia	Izabela Leszczyna
3.		Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego	Wojciech Saługa
4.		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Świerklańcu	Beata Nycz-Gerlich
5.		Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Zawierciu	Martyna Tyszczyk – Sołtysik
6.		Stowarzyszenie YAVA w Częstochowie	Monika Podgórska
7.	Delegatura NIK w Poznaniu	Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego	Marek Woźniak
8.		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wolsztynie	Karol Mońko

<sup>263</sup> Na niniejsze postanowienie Prezes Stowarzyszenia złożyła zażalenie. Prezes NIK utrzymał zaskarżone postanowienie w mocy (postanowienie Prezesa NIK z 19 marca 2025 r.).

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
9.		Ośrodek Pomocy Społecznej w Środzie Wielkopolskiej	Danuta Wieczorek
10.	Delegatura NIK w Poznaniu	Wielkopolskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie w Poznaniu	Zarząd Wieloosobowy w składzie: Andrzej Rossa, Tomasz Bładowski, Aurelia Hałasik
11.	Delegatura NIK w Rzeszowie	Urząd Marszałkowski Województwa Podkarpackiego	Władysław Ortyl
12.		Zespół Opieki Zdrowotnej Nr 2 w Rzeszowie	Ewa Skoczyńska
13.		Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Dębicy	Marzena Socha
14.		Fundacja „W Trosce o Życie” w Brzozowie	Jolanta Leń

## 6.1.1. WYKAZ OCEN KONTROLOWANYCH JEDNOSTEK

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności*/	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:
1.	Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej	w formie opisowej	<p>Minister RPiPS nie opracował odpowiadających istniejącym potrzebom systemowych rozwiązań prawnych i organizacyjnych w zakresie usług społecznych dla osób starszych z ChND oraz wsparcia ich opiekunów.</p> <p>Minister nie podjął działań w celu zidentyfikowania skali i zakresu potrzeb odnoszących się do pomocy i opieki nad osobami starszymi z ChND oraz ich opiekunów. Nie zdefiniowano również koniecznych do podjęcia działań służących dostosowaniu zakresu pomocy społecznej, środków, instrumentów i narzędzi do aktualnych potrzeb, z uwzględnieniem specyfiki wymagań tej grupy osób.</p> <p>Minister do kwietnia 2024 r. nie nawiązał współpracy z Ministrem Zdrowia na potrzeby opracowania programu działań skierowanych do osób starszych chorych na choroby otępienne.</p> <p>Realizacja przez Ministra RPiPS zadań na rzecz osób starszych z ChND oraz ich opiekunów odbywała się w oparciu o przepisy ustawy o pomocy społecznej oraz w ramach programów skierowanych do ogółu osób starszych oraz programów, w ramach których osoby starsze, w tym z ChND i ich opiekunowie, mogli korzystać na ogólnych zasadach z proponowanych rozwiązań pomocowych.</p> <p>W toku kontroli stwierdzono nieprawidłowości.</p>
2.	Ministerstwo Zdrowia	w formie opisowej	<p>Minister Zdrowia nie opracował odpowiadających istniejącym potrzebom systemowych rozwiązań prawnych i organizacyjnych w zakresie opieki zdrowotnej dla osób starszych z ChND oraz wsparcia ich opiekunów.</p> <p>Minister nie dochował należytej staranności jako koordynator odpowiadający za zapewnienie opracowania programu działań skierowanych do osób starszych chorych na choroby otępienne, ujętego w „Polityce społecznej wobec osób starszych”.</p> <p>W ramach „Polityki społecznej wobec osób starszych” Minister nie zapewnił realizacji zadania polegającego na opracowaniu standardów opieki dla osób z zespołami otępiennymi, w tym opieki domowej.</p> <p>Minister nie zapewnił realizacji części zadań ujętych w NPZ, „Strategii deinstytucjonalizacji”. W ramach tych dwóch dokumentów, spośród działań ukierunkowanych m.in. na opiekę zdrowotną wobec niesamodzielnych osób starszych i ich opiekunów, Minister Zdrowia zapewnił realizację części z nich.</p> <p>W Polsce nie istniał system kompleksowej (koordynowanej) opieki nad osobami z tej grupy, stanowiący połączenie procesów profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych. Osoby starsze z ChND oraz ich opiekunowie mogli korzystać jedynie z powszechnie przyjętych rozwiązań w zakresie świadczeń zdrowotnych.</p> <p>W toku kontroli stwierdzono nieprawidłowości.</p>

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności*/	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:
3.	Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego	w formie opisowej	<p>Samorząd Województwa Śląskiego nie opracował programów, strategii ani raportów dotyczących realizacji polityki społecznej względem osób starszych z ChND oraz wsparcia ich opiekunów. Zadania z zakresu pomocy społecznej na rzecz osób starszych i z niepełnosprawnością przygotowane i realizowane przez jednostkę Samorządu Województwa Śląskiego, tj. Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej (ROPS) ukierunkowane były na utrzymanie aktywności społecznej osób starszych i zwiększenie pomocy ich opiekunom. Nie prowadzono działań ukierunkowanych specjalnie na osoby z ChND.</p> <p>Samorząd Województwa nie opracował wydzielonych programów zdrowotno-opiekuńczych ukierunkowanych na grupę osób z tymi chorobami.</p> <p>W ramach realizacji celu operacyjnego nr 5 NPZ, na sześć zadań, Urząd realizował tylko dwa zadania dotyczące aktywności społecznej seniorów i poprawy jakości ich życia oraz edukacji opiekunów nieformalnych osób starszych na temat chorób związanych z ich wiekiem i zasad właściwej opieki nad tymi osobami.</p> <p>Podjęto współpracę z 10 samorządami lokalnymi województwa śląskiego.</p> <p>W toku kontroli stwierdzono nieprawidłowość.</p>
4.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Świerkłańcu	w formie opisowej	<p>Lekarze SPZOZ udzielający porad pacjentom mieli wiedzę o historii ich leczenia poza poradniami, a informacje tego dotyczące znajdowały się w dokumentacji medycznej.</p> <p>Na podstawie zbadanej wybranej dokumentacji medycznej stwierdzono, że w przypadku pacjentów, u których stwierdzono problemy z pamięcią, zostały wystawione skierowania do neurologa.</p> <p>Lekarze poradni POZ objęli badaniami internistycznymi poszerzonymi 43 pacjentów, a większość tych badań dotyczyła oceny stanu skóry i orientacyjnej oceny wzroku i słuchu. W przypadku stwierdzenia niewłaściwego stanu badanego obszaru wystawiano pacjentom skierowania do odpowiednich specjalistów.</p> <p>Lekarze SPZOZ udzielający porad pacjentom mieli wiedzę o historii ich leczenia poza poradniami, a informacje tego dotyczące znajdowały się w dokumentacji medycznej.</p> <p>W przypadku pacjentów, u których stwierdzono problemy z pamięcią, zostały wystawione skierowania do neurologa.</p> <p>Lekarze poradni POZ objęli badaniami internistycznymi poszerzonymi 43 pacjentów, a większość tych badań dotyczyła oceny stanu skóry i orientacyjnej oceny wzroku i słuchu. W przypadku stwierdzenia niewłaściwego stanu badanego obszaru wystawiano pacjentom skierowania do odpowiednich specjalistów.</p> <p>U żadnego z pacjentów w wieku 75+ nie odnotowano przeprowadzenia wstępnej oceny geriatrycznej, o której mowa w ustawie o szczególnej opiece geriatrycznej, co wynikało głównie z niepowstania na terenie województwa śląskiego centrum zdrowia 75+.</p>

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności*/	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:
			Nie stwierdzono nieprawidłowości.
5.	Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Zawierciu	w formie opisowej	<p>MOPS podejmował inicjatywy polegające na uczestnictwie w programach skierowanych do osób starszych, takich jak: „Program Wieloletni Senior+ na lata 2021–2025”, program „Korpus Wsparcia Seniorów”, program „Opieka 75+” oraz: „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej”, „Opieka Wytchnieniowa” i „Zawierciański Senior – Aktywnie!” – MOPS prawidłowo realizował ww. programy. Prowadzono, w ramach Programu Senior+, ośrodki wsparcia: „Dzienny Dom Senior+” oraz „Klub Senior+”.</p> <p>MOPS prowadził diagnozę sytuacji osób starszych oraz ich opiekunów na terenie Gminy Zawiercie, a wnioski z niej wynikające były wykorzystywane przy planowaniu działań pomocowych dla tej grupy mieszkańców. Diagnozę przedstawiono w „Programie Wspierania Osób Starszych i z Niepełnosprawnościami dla Miasta Zawiercie na lata 2022–2026”. Nie wszystkie zadania określone w tym programie zostały zrealizowane, np. nie utworzono profilowanej placówki wsparcia dziennego dla osób z chorobą Alzheimera.</p> <p>W dokumentach: „Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych Miasta Zawiercie na lata 2014–2022” oraz „Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych Gminy Zawiercie na lata 2023–2030” przewidziano działania na rzecz osób starszych.</p> <p>W toku kontroli stwierdzono nieprawidłowości.</p>
6.	Stowarzyszenie YAVA w Częstochowie	w formie opisowej	<p>Stowarzyszenie prowadziło aktywne działania na rzecz osób z niepełnosprawnością, w tym na rzecz osób starszych z ChND. Realizowało programy: „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnościami” i „Opieka Wytchnieniowa dla członków rodzin i opiekunów osób z niepełnosprawnościami”, Interdyscyplinarne Centrum Opieki Wytchnieniowej HAMAK, w ramach których udzielano wsparcia także osobom starszym z ChND. Prowadziło też Środowiskowy Dom Samopomocy w Częstochowie oraz realizowało projekty służące wsparciu m.in. osób starszych i osób z niepełnosprawnością, które dotowane były ze środków budżetu województwa śląskiego i PFRON. Stowarzyszenie włączało się w zainicjowane przez instytucje państwowe panele dyskusyjne i rady tworzone przy organach państwowych i samorządowych. Podjęło także działania na rzecz włączenia do Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych Miasta Częstochowy, potrzeby uruchomienia ośrodka dla osób z chorobą Alzheimera oraz usług dedykowanych chorym na ChND.</p> <p>W ramach realizowanych przez Stowarzyszenie projektów, programów i działań stwierdzono nieprawidłową realizację zadań w zakresie usług społecznych na rzecz osób z niepełnosprawnością, a także nieprawidłowe wykorzystanie środków (tj. niezgodnie z ofertą umową programem).</p> <p>W toku kontroli stwierdzono liczne nieprawidłowości.</p>

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności*/	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:
7.	Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego	w formie opisowej	<p>Samorząd Województwa Wielkopolskiego posiadał dokumenty o charakterze strategicznym i operacyjnym określające cele, kierunki działań i oczekiwane rezultaty w skali regionalnej, w których określono m.in. potrzeby i zakładane rozwiązania w zakresie opieki zdrowotnej i usług społecznych obejmujące m.in. osoby starsze, w tym z ChND oraz ich opiekunów. W dokumentach tych nie wyodrębniono takiej grupy adresatów zakładanych działań, ale zakres przedmiotowy zawartych w nich postanowień umożliwił udzielanie także takim osobom wsparcia zarówno w obszarze ochrony zdrowia jak i polityki społecznej. Zarząd zapewnił współpracę jednostek Samorządu Województwa Wielkopolskiego realizujących zadania w zakresie wsparcia osób starszych z samorządami lokalnymi, zarówno przy wypracowywaniu regionalnych rozwiązań w tym zakresie, jak i w trakcie realizacji zaplanowanych działań.</p> <p>Jednostki Samorządu Województwa Wielkopolskiego nie dysponowały opracowaniami bezpośrednio dotyczącymi problemów osób starszych z ChND oraz ich opiekunów, co mogło być okolicznością utrudniającą wspieranie tej grupy osób, natomiast tematyka pozyskanych analiz pośrednio takie zagadnienia obejmowała.</p> <p>Jednostki Samorządu Województwa Wielkopolskiego, w tym Urząd oraz objęty nadzorem Zarządu Regionalny Ośrodek Pomocy Społecznej, zasadniczo nie realizowały zadań z zakresu opieki zdrowotnej i usług społecznych adresowanych bezpośrednio do osób starszych z ChND oraz ich opiekunów, natomiast działania podejmowane zarówno przez Urząd jak i przez Regionalny Ośrodek Pomocy Społecznej potencjalnie tę grupę obejmowały, wpisując się jednocześnie w postanowienia ogólnopolskich dokumentów strategicznych odnoszących się do problematyki wsparcia osób starszych.</p> <p>W toku kontroli stwierdzono nieprawidłowości.</p>
8.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wolsztynie	w formie opisowej	<p>Zadania w zakresie opieki zdrowotnej na rzecz osób starszych z ChND oraz wsparcia ich opiekunów były realizowane prawidłowo przez należącą do Szpitala Poradnię Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej współpracującą z innymi komórkami organizacyjnymi pozostającymi w strukturze SPZOZ.</p> <p>Lekarze poradni POZ udzielający porad pacjentom mieli wiedzę o historii ich leczenia poza tą poradnią, a dotyczące tego informacje znajdowały się w dokumentacji medycznej. Spośród 80 pacjentów w wieku 60 i więcej lat, lekarze poradni POZ objęli badaniami internistycznymi poszerzonymi 44 pacjentów, a większość tych badań dotyczyła oceny stanu skóry i orientacyjnej oceny wzroku i słuchu. U żadnego z pacjentów w wieku powyżej 75 lat nie odnotowano przeprowadzenia wstępnej oceny geriatrycznej, o której mowa w ustawie o szczególnej opiece psychiatrycznej, co wynikało głównie z braku na terenie województwa centrum zdrowia 75+.</p>

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności*/	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:
			<p>Lekarze i pielęgniarki poradni POZ nie dokształcali się w przedmiocie opieki nad osobami starszymi z ChND i wsparcia dla ich rodzin, co wynikało m.in. z braku możliwości sfinansowania przez SPZOZ kosztów takich szkoleń lekarzom i pielęgniarkom zatrudnionym na podstawie umów cywilnoprawnych.</p> <p>Nie stwierdzono nieprawidłowości.</p>
9.	Ośrodek Pomocy Społecznej w Środzie Wielkopolskiej	w formie opisowej	<p>OPS prawidłowo realizował zadania pomocy społecznej na rzecz osób starszych, w tym z ChND oraz wsparcia ich opiekunów, a efekty podejmowanych działań były zgodne z przyjętymi założeniami.</p> <p>Ośrodek w przeprowadzonej diagnozie sytuacji osób starszych oraz w ramach realizowanych programów zewnętrznych nie wyodrębnił grupy osób starszych z ChND, natomiast osobom tym udzielano wsparcia w formie usług opiekuńczych oraz w ramach programu zewnętrznego „Opieka Wytchnieniowa”. Zakres i sposób realizacji przez Ośrodek programów zewnętrznych: „Senior+”, „Korpus Wsparcia Seniorów”, „Opieka 75+”, „Opieka Wytchnieniowa” były zgodne zarówno z ich wymogami, jak i ofertami złożonymi przez samorząd oraz z zawartymi umowami. Ośrodek prowadził „Dom Pogodnej Jesieni” w Środzie Wielkopolskiej.</p> <p>OPS realizował swoje zadania we współpracy z innymi podmiotami, korzystając zarówno ze środków własnych, jak i zewnętrznych, co pozwoliło na stworzenie szerokiej oferty pomocy społecznej adresowanej m.in. do osób starszych, w tym chorych na ChND. Utworzono ośrodek wsparcia – Dzienny Dom Senior+.</p> <p>W toku kontroli stwierdzono nieprawidłowości, które nie miały istotnego wpływu na realizowanie przez Ośrodek zadań.</p>
10.	Wielkopolskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie w Poznaniu	pozytywna	<p>Stowarzyszenie prawidłowo realizowało zadania w zakresie opieki zdrowotnej oraz usług społecznych na rzecz osób starszych z ChND, w oparciu o zawarte z Miastem Poznaniem umowy i otrzymane na ich podstawie środki. Udzielało również wsparcia opiekunom tych osób.</p> <p>Planowane efekty tych działań wynikające z zawartych umów zostały osiągnięte. Środki dotacji były wykorzystywane zgodnie z umowami. W wykonaniu tych zadań Stowarzyszenie wykorzystywało również środki własne, a także podejmowało współpracę z podmiotami, które oferowały nieodpłatną pracę na rzecz Stowarzyszenia, w tym w ramach resocjalizacji osób skazanych.</p> <p>Trzy główne obszary działalności Stowarzyszenia, począwszy od diagnozy, poprzez opiekę dzienną nad chorymi w różnych stadiach choroby, do działań rehabilitacyjno-adaptacyjnych zapewniały racjonalnie zorganizowaną opiekę nad osobami starszymi z ChND, a współpraca z Miastem Poznaniem zapewniała ciągłość takiego wsparcia.</p> <p>Stowarzyszenie w sposób aktywny angażowało się we współpracę z organizacjami zrzeszającymi podmioty o podobnym profilu działalności, co przekładało się na skuteczne sygnalizowanie potrzeb osób starszych z ChND</p>

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności*/	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:
			<p>i ich opiekunów na poziomie organów administracji rządowej.</p> <p>Stowarzyszenie prowadziło liczne działania informacyjno-edukacyjne dotyczące osób starszych z ChND, brało aktywny udział w konferencjach i panelach dyskusyjnych oraz współpracowało z uczelniami wyższymi, placówkami naukowymi i szkołami.</p>
11.	Urząd Marszałkowski Województwa Podkarpackiego	w formie opisowej	<p>Urząd Marszałkowski oraz jednostki Samorządu Województwa dysponowały opracowaniami odnoszącymi się do potrzeb osób starszych. Były to m.in. dokumenty o charakterze strategicznym, w których określono potrzeby oraz rozwiązania w zakresie usług społecznych i opieki zdrowotnej obejmujące m.in. osoby starsze. Nie zawierały one jednak analiz dotyczących osób starszych z ChND i ich opiekunów.</p> <p>Urząd nie podejmował działań zmierzających do pozyskania danych o populacji osób starszych z ChND, w tym korzystających z usług społecznych oraz ich potrzebach. Nie prowadził także żadnych działań informacyjno-edukacyjnych w tym zakresie.</p> <p>Realizowane przez Urząd zadania z zakresu opieki zdrowotnej i usług społecznych zawarte w programach krajowych oraz regionalnych nie były konkretnie ukierunkowane na potrzeby osób z ChND. Mimo to zakres przedmiotowy zawartych w nich postanowień dał możliwość udzielenia pomocy również takim osobom.</p> <p>Nie stwierdzono nieprawidłowości.</p>
12.	Zespół Opieki Zdrowotnej Nr 2 w Rzeszowie	w formie opisowej	<p>W ZOZ prawidłowo realizowano zadania w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej na rzecz osób starszych z ChND oraz wsparcia ich opiekunów.</p> <p>Badanie dokumentacji medycznej 34 pacjentów ZOZ ze zdiagnozowaną ChND wykazało, że w 33 przypadkach lekarze POZ mieli wiedzę o procesie leczenia przebyłym przez pacjenta poza placówką oraz o polipragmazji.</p> <p>Badanie dokumentacji medycznej 70 pacjentów w wieku 60+, wykazało m.in., że w 10 przypadkach, w trakcie badania przedmiotowego, lekarze POZ zastosowali standaryzowane skale/testy/próby do oceny stanu zdrowia osób starszych, w tym oceny funkcji poznawczych i poziomu samodzielności. U żadnego pacjenta w wieku 75+ w dokumentacji medycznej nie odnotowano przeprowadzenia wstępnej oceny geriatrycznej, o której mowa w ustawie o szczególnej opiece geriatrycznej oraz braku zgody na jej wykonanie, co wynikało z czasochłonności badania oraz braku na terenie województwa podkarpackiego centrum zdrowia 75+.</p> <p>Tylko 15 pielęgniarek (9,9%) w 2023 r. i dwóch lekarzy (1,9%) w 2024 r., odbyło szkolenia w przedmiocie opieki nad osobami starszymi z ChND i wsparcia dla ich rodzin, co wynikało m.in. z ograniczonej oferty programów szkoleniowych z tego obszaru, obciążenia personelu obowiązkami oraz braku możliwości finansowych ZOZ</p> <p>Nie stwierdzono nieprawidłowości.</p>

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności <sup>*/</sup>	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:
13.	Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Dębicy	w formie opisowej	<p>MOPS realizował usługi na rzecz osób starszych, obejmując nimi także osoby z ChND.</p> <p>Ośrodek brał czynny udział w opracowywaniu <i>Gminnej Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych Miasta Dębica na lata 2022–2027</i>, w ramach której przeprowadzono analizę sytuacji osób starszych, bez wyszczególnienia osób z ChND.</p> <p>Problemy osób starszych z ChND i ich opiekunów na terenie Dębicy nie były przedmiotem diagnoz i badań.</p> <p>MOPS świadczył na rzecz seniorów usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie o pomocy społecznej, w tym specjalistyczne usługi opiekuńcze, a także organizował usługi sąsiedzkie oraz prowadził ośrodki wsparcia w formie dziennych domów pobytu dla seniorów.</p> <p>Ośrodek realizował również Programy skierowane do seniorów oraz ich opiekunów takie jak: <i>Sercem w seniora</i>, <i>Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej</i> oraz <i>Opieka wytchnieniowa</i>, a także działania w celu aktywizacji tej grupy osób organizując tzw. pomoc sąsiedzką, czy też zajęcia dodatkowe dla seniorów w prowadzonych placówkach w ramach programów <i>Senior+</i>.</p> <p>Dyrektor Ośrodka corocznie przedstawiała Radzie Miejskiej w Dębicy sprawozdania z działalności MOPS, a także przygotowywała ocenę zasobów pomocy społecznej.</p> <p>Nie stwierdzono nieprawidłowości.</p>
14.	Fundacja „W Trosce o Życie” w Brzozowie	w formie opisowej	<p>Zadania statutowe realizowane przez Fundację nie były nakierowane bezpośrednio na osoby z ChND oraz ich opiekunów, jednak wśród objętych przez Fundację opieką były również takie osoby.</p> <p>Prowadzone przez Fundację działania diagnostyczne w zakresie sytuacji osób powyżej 60 roku życia, z niepełnosprawnością i niesamodzielnych oraz ich opiekunów, pozwoliły na ukierunkowanie jej działalności i uzyskanie dofinansowania zadań publicznych, a w efekcie doprowadziły do poprawy dostępności do świadczeń opiekuńczych i opieki zdrowotnej oraz usług społecznych na terenie województwa podkarpackiego.</p> <p>Fundacja podejmowała aktywną współpracę z MRPiPS oraz innymi podmiotami w celu wypracowania różnych rozwiązań prawnych i organizacyjnych w zakresie opieki zdrowotnej oraz usług opiekuńczych i społecznych dla osób starszych, chorych, z niepełnosprawnością i niesamodzielnych oraz prowadziła działania informacyjno-edukacyjne w tym obszarze, jednak nie były one skierowane wprost do osób z ChND i ich opiekunów.</p> <p>Fundacja w pełni zrealizowała zadania oraz prawidłowo wydatkowała i rozliczyła dotacje, otrzymane w latach 2022–2024 ze środków publicznych, na cele związane z działalnością na rzecz osób starszych, z niepełnosprawnością i niesamodzielnych oraz ich opiekunów. W toku kontroli stwierdzono nieprawidłowość.</p>

<sup>\*/</sup> pozytywna/w formie opisowej/negatywna

## 6.2. ANALIZA STANU PRAWNEGO I UWARUNKOWAŃ ORGANIZACYJNO- -EKONOMICZNYCH

---

Kwestie związane z funkcjonowaniem opieki nad osobami z ChND oraz wsparciem dla ich opiekunów, nie są przedmiotem osobnych regulacji prawnych, których spełnianie mogłoby stać się przedmiotem badania kontrolnego. Uwzględniając fakt, że ChND, a w szczególności choroba Alzheimera, to przede wszystkim choroba wieku podeszłego wymagająca podejścia interdyscyplinarnego (obszar wspólny działań samorządu terytorialnego, służby zdrowia, pomocy społecznej, sektora pozarządowego), zastosowanie będą miały akty prawne mające charakter krajowych programów strategicznych (zdrowotne lub społeczne), a także przepisy resortowe dotyczące samorządu terytorialnego, służby zdrowia, pomocy społecznej i sektora pozarządowego.

Zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy o zdrowiu publicznym, zadania wynikające z ustawy<sup>264</sup> koordynuje minister właściwy do spraw zdrowia. Stosownie do art. 4 ust. 2 cytowanej ustawy, do zadań Ministra Zdrowia w zakresie koordynacji zadań z zakresu zdrowia publicznego należy:

- 1) przygotowanie projektu Narodowego Programu Zdrowia, o którym mowa w art. 9 ust. 1;
- 2) monitorowanie realizacji zadań, o których mowa w art. 2;
- 3) zapewnianie spójności zadań realizowanych przez organy i podmioty, o których mowa w art. 3;
- 4) sygnalizowanie właściwym organom i podmiotom, o których mowa w art. 3, potrzeby podjęcia określonych zadań z zakresu zdrowia publicznego;
- 5) gromadzenie i analizowanie informacji dotyczących sytuacji zdrowotnej społeczeństwa i rozpowszechnienia czynników ryzyka

---

<sup>264</sup> Katalog zadań z zakresu zdrowia publicznego został określony w art. 2 ww. ustawy. Zadania z zakresu zdrowia publicznego obejmują m.in.:

- 1) monitorowanie i ocenę stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa;
- 2) edukację zdrowotną dostosowaną do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w szczególności dzieci, młodzieży i osób starszych;
- 3) promocję zdrowia;
- 4) profilaktykę chorób;
- 5) działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji;
- 6) analizę adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa;
- 7) inicjowanie i prowadzenie:
  - a) działalności naukowej w zakresie zdrowia publicznego;
  - 8) rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego;
  - 9) ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych;

oraz udostępnianie tych informacji w sposób uniemożliwiający identyfikację osób, których dotyczą;

- 6) analizowanie informacji, o których mowa w art. 12;
- 7) sporządzanie informacji o zadaniach z zakresu zdrowia publicznego zrealizowanych lub podjętych w danym roku, wraz z ich ewaluacją.

Zgodnie z art. 11 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, do zadań Ministra Zdrowia należy m.in:

- 1) prowadzenie oraz współuczestniczenie w prowadzeniu edukacji w zakresie zapobiegania i rozwiązywania problemów związanych z negatywnym wpływem na zdrowie czynników środowiskowych i społecznych;
  - 1a) prowadzenie działań oraz współuczestniczenie w działaniach związanych z promocją zdrowia i profilaktyką chorób, w tym w ramach programów polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 48<sup>265</sup>, oraz programów wieloletnich ustanowionych na podstawie art. 136 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych;
  - 1b) ustalanie programów pilotażowych, o których mowa w art. 48e<sup>266</sup>;
- 3) opracowywanie, finansowanie i ocena efektów programów polityki zdrowotnej, a także nadzór nad ich realizacją;
  - 3a) kwalifikowanie świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych;
  - 3b) zatwierdzanie oraz zmiana taryfy świadczeń;
- 4) finansowanie z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, świadczeń gwarantowanych w zakresie określonym w ustawie, w tym w stosunku do osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;
- 5) współdziałanie z organizacjami pozarządowymi o charakterze regionalnym lub ogólnokrajowym działającymi na rzecz ochrony zdrowia;

---

<sup>265</sup> Zgodnie z art. 48 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, programy polityki zdrowotnej mogą opracowywać, wdrażać, realizować i finansować m.in. ministrowie. NFZ realizuje programy polityki zdrowotnej zlecone przez Ministra Zdrowia. Zgodnie z art. 48 ust. 3 ww. ustawy, programy, o których mowa w ust. 1, dotyczą w szczególności:

- 1) ważnych zjawisk epidemiologicznych;
- 2) innych niż określone w pkt 1 istotnych problemów zdrowotnych dotyczących całej lub określonej grupy świadczeniobiorców przy istniejących możliwościach eliminowania bądź ograniczania tych problemów;
- 3) wdrożenia nowych procedur medycznych lub przedsięwzięć profilaktycznych skierowanych do zdefiniowanej populacji docelowej o określonej chorobie lub o określonym problemie zdrowotnym.

<sup>266</sup> Zgodnie z art. 48e ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, program pilotażowy opracowuje, ustala, nadzoruje i kontroluje Minister Zdrowia, a wdraża, finansuje, monitoruje i ewaluje NFZ.

- 12) opracowywanie, ustalanie i aktualizowanie mapy potrzeb zdrowotnych, o której mowa w art. 95a ust. 1<sup>267</sup>;
- 13) opracowywanie, ustalanie, monitorowanie i aktualizowanie krajowego planu transformacji, o którym mowa w art. 95b ust. 1<sup>268</sup>.

Z dniem 1 stycznia 2024 r. weszła w życie ustawa o szczególnej opiece geriatrycznej, która określa cele, organizację i zasady funkcjonowania szczególnych form geriatrycznej opieki zdrowotnej nad osobami, które ukończyły 75. rok życia, zwanej dalej „szczególną opieką geriatryczną”.

Zgodnie z art. 5 tej ustawy zadania z zakresu szczególnej opieki geriatrycznej wykonują:

- 1) minister właściwy do spraw zdrowia;
- 2) wojewoda;
- 3) powiat.

Zgodnie z art. 6 ust. 1 tej ustawy do zadań ministra właściwego do spraw zdrowia z zakresu szczególnej opieki geriatrycznej należy:

- 1) określanie kierunków rozwoju szczególnej opieki geriatrycznej;
- 2) monitorowanie organizacji i dostępności szczególnej opieki geriatrycznej;
- 3) dokonywanie oceny projektów wojewódzkich planów oraz ich aktualizacji;
- 4) zatwierdzanie wojewódzkich planów oraz ich aktualizacji.

Zadania, o których mowa w ust. 1 pkt 2 i 3, minister właściwy do spraw zdrowia może wykonywać przy pomocy podległej mu lub nadzorowanej przez niego jednostki, właściwej w zakresie geriatry (art. 6 ust. 2 tej ustawy).

W ustawie o szczególnej opiece geriatrycznej uregulowano działanie Krajowej Rady do Spraw Opieki Geriatrycznej, która zgodnie z art. 42 ust. 1 tej ustawy jest organem opiniodawczo-doradczym ministra właściwego do spraw zdrowia.

---

<sup>267</sup> Zgodnie z art. 95a ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, Minister Zdrowia opracowuje, ustala i aktualizuje mapę potrzeb zdrowotnych, zwaną dalej „mapą”, w celu identyfikacji priorytetowych potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej oraz zapewnienia zrównoważonego i skoordynowanego wydatkowania środków publicznych, obejmującą:

- 1) analizy demograficzne i epidemiologiczne, analizy stanu i wykorzystania zasobów systemu opieki zdrowotnej, w tym personelu medycznego, udostępniane na dedykowanej stronie internetowej w formie zaawansowanego narzędzia analitycznego;
- 2) wyzwania systemu opieki zdrowotnej, a także rekomendowane kierunki działań na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i na terenie województw.

Zgodnie z art. 95a ust. 2 tej ustawy, Minister Zdrowia opracowuje wyniki analiz, o których mowa w ust. 1 pkt 1.

<sup>268</sup> Zgodnie z art. 95b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, Minister Zdrowia opracowuje, ustala, monitoruje i aktualizuje krajowy plan transformacji, zwany dalej „krajowym planem”, uwzględniający rekomendowane kierunki działań wskazane w mapie oraz wynikające z innych dokumentów strategicznych w ochronie zdrowia.

W myśl art. 42 ust. 2 tej ustawy do zadań Krajowej Rady należy:

- 1) doradztwo w zakresie opieki geriatrycznej, w szczególności w zakresie określania przez ministra właściwego do spraw zdrowia kierunków rozwoju opieki geriatrycznej;
- 2) przedstawianie propozycji zmian w zakresie opieki geriatrycznej;
- 3) opiniowanie przekazywanych projektów wojewódzkich planów oraz ich aktualizacji;
- 4) opiniowanie przekazywanych przez wojewodów raportów dotyczących oceny organizacji i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej;
- 5) opiniowanie finansowania świadczeń zdrowotnych udzielanych w centrach i w oddziałach geriatrycznych.

Z kolei zgodnie z art. 51 tej ustawy tworzy się Krajową Radę do Spraw Opieki Geriatrycznej (ust. 1), a pierwszych członków Krajowej Rady minister właściwy do spraw zdrowia powołuje do dnia 1 marca 2024 r. (ust. 2).

Zgodnie z art. 23 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej, do zadań ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego należy:

- 1) tworzenie koncepcji i określanie kierunków rozwoju w obszarze pomocy społecznej;
- 2) zlecanie i finansowanie badań, ekspertyz i analiz w obszarze pomocy społecznej;
- 3) monitorowanie standardów, o których mowa w art. 22 pkt 8 (tj. standardów działalności jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, wydanych przez Ministra);
- 4) analiza skuteczności pomocy społecznej;
- 5) inspirowanie i promowanie nowych form i metod działania, a także szkolenie kadr;
- 6) nadzór merytoryczny nad szkoleniem w zakresie organizacji pomocy społecznej i specjalizacji w zawodzie pracownik socjalny oraz nad szkoleniem dla superwizorów pracy socjalnej;
- 7) opracowywanie i finansowanie programów osłonowych;
  - 7a) finansowe wspieranie programów w określonym przez ministra obszarze pomocy społecznej, realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego lub podmioty uprawnione, o których mowa w art. 25 ust. 1<sup>269</sup>
- 9) określanie zadań administracji publicznej w zakresie utrzymania i rozwoju systemu informatycznego w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej w województwach, przekazywanie środków

---

<sup>269</sup> Zgodnie z art. 25 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej, organy administracji rządowej mogą zlecać realizację zadania z zakresu pomocy społecznej, udzielając dotacji na finansowanie lub dofinansowanie realizacji zleconego zadania organizacjom pozarządowym, o których mowa w art. 3 ust. 2 ustawy o działalności pożytku publicznego oraz podmiotom wymienionym w art. 3 ust. 3 tej ustawy, prowadzącym działalność w zakresie pomocy społecznej, zwanych dalej „podmiotami uprawnionymi”.

na współfinansowanie oraz sprawowanie nadzoru nad funkcjonowaniem tego systemu;

10) współdziałanie z organizacjami pozarządowymi.

Pomoc społeczna polega m.in. na (art. 15 ustawy o pomocy społecznej):

- prowadzeniu i rozwoju niezbędnej infrastruktury socjalnej (pkt 3);
- analizie i ocenie zjawisk rodzących zapotrzebowanie na świadczenia z pomocy społecznej (pkt 4);
- realizacji zadań wynikających z rozeznaczonych potrzeb społecznych (pkt 5);
- rozwijaniu nowych form pomocy społecznej i samopomocy w ramach zidentyfikowanych potrzeb (pkt 6).

Zgodnie z art. 16 ust. 1 tej ustawy, obowiązek zapewnienia realizacji zadań pomocy społecznej spoczywa m.in. na organach administracji rządowej w zakresie ustalonym ustawą.

Zgodnie z art. 2 ust. 2 ustawy o pomocy społecznej, pomoc społeczną organizują organy administracji rządowej i samorządowej, współpracując w tym zakresie, na zasadzie partnerstwa, m.in. z organizacjami społecznymi i pozarządowymi.

Zgodnie z art. 14 ust. 1 ustawy o samorządzie województwa, samorząd województwa wykonuje zadania o charakterze wojewódzkim określone ustawami, w szczególności w zakresie:

- promocji i ochrony zdrowia (pkt 2);
- pomocy społecznej (pkt 4);
- polityki senioralnej (pkt 5a).

Zgodnie z art. 21 ustawy o pomocy społecznej, do zadań samorządu województwa należy:

- opracowanie, aktualizowanie i realizacja strategii wojewódzkiej w zakresie polityki społecznej będącej integralną częścią strategii rozwoju województwa obejmującej w szczególności programy: przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu, wyrównywania szans osób z niepełnosprawnością, pomocy społecznej, profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, współpracy z organizacjami pozarządowymi – po konsultacji z powiatami (pkt 1);
- organizowanie kształcenia, w tym prowadzenie publicznych szkół służb społecznych oraz szkolenia zawodowego kadr pomocy społecznej (pkt 2);
- rozpoznawanie przyczyn ubóstwa oraz opracowywanie regionalnych programów pomocy społecznej wspierających samorządy lokalne w działaniach na rzecz ograniczania tego zjawiska (pkt 3);
- 3a) diagnozowanie i monitorowanie wybranych problemów społecznych w regionie (pkt 3a);
- inspirowanie i promowanie nowych rozwiązań w zakresie pomocy społecznej (pkt 4);

- 4a) koordynowanie działań na rzecz sektora ekonomii społecznej w regionie (pkt 4a);
- organizowanie i prowadzenie regionalnych jednostek organizacyjnych pomocy społecznej (pkt 5);
- sporządzanie sprawozdawczości oraz przekazywanie jej właściwemu wojewodzie, w formie dokumentu elektronicznego, z zastosowaniem systemu teleinformatycznego (pkt 7);
- sporządzanie oceny, o której mowa w art. 16a<sup>270</sup>, na podstawie ocen sporządzonych przez gminy i powiaty z obszaru województwa, uwzględniającej kwestie i problemy społeczne wynikające z przyjętej strategii wraz z projektami, o których mowa w pkt 3 i przekazanie ich właściwemu wojewodzie do dnia 31 lipca każdego roku (pkt 8);
- utworzenie i utrzymanie regionalnego ośrodka polityki społecznej, w tym zapewnienie środków na wynagrodzenia pracowników (pkt 9).

Działania, o których mowa w art. 21 pkt 4a, obejmują w szczególności (art. 21a tej ustawy):

- 1) rozwój infrastruktury usług aktywizacji, integracji oraz reintegracji społecznej i zawodowej na rzecz osób i rodzin zagrożonych wykluczeniem społecznym;
- 2) inspirowanie i promowanie nowych metod działań w zakresie aktywizacji, integracji oraz reintegracji społecznej i zawodowej osób i rodzin zagrożonych wykluczeniem społecznym;
- 3) wspieranie rozwoju partnerskiej współpracy pomiędzy samorządami lokalnymi a podmiotami świadczącymi usługi aktywizacji, integracji oraz reintegracji społecznej i zawodowej na rzecz osób i rodzin zagrożonych wykluczeniem społecznym;
- 4) monitorowanie rozwoju lokalnej przedsiębiorczości społecznej służącej zwiększeniu aktywności społecznej i zawodowej osób i rodzin zagrożonych wykluczeniem społecznym;
- 5) zwiększanie kompetencji służb zajmujących się aktywizacją, integracją oraz reintegracją społeczną i zawodową osób i rodzin zagrożonych wykluczeniem społecznym.

Pomoc społeczna polega m.in. na (art. 15 ustawy o pomocy społecznej):

---

<sup>270</sup> Zgodnie z art. 16a ust. 1 ustawy o pomocy społecznej, gmina, powiat i samorząd województwa przygotowują ocenę zasobów pomocy społecznej w oparciu o analizę lokalnej sytuacji społecznej i demograficznej. Zasoby te obejmują w szczególności infrastrukturę, kadre, organizacje pozarządowe i nakłady finansowe na zadania pomocy społecznej bez względu na podmiot je finansujący i realizujący (art. 16a ust. 2). Ocena zasobów pomocy społecznej obejmuje osoby i rodziny korzystające z pomocy społecznej, rodzaje ich problemów oraz ich rozkład ilościowy (art. 16a ust. 3). Organ wykonawczy jednostki samorządu terytorialnego przedstawia co roku do dnia 30 kwietnia odpowiednio radzie gminy, radzie powiatu, a do dnia 30 czerwca sejmikowi województwa właściwej jednostki samorządu terytorialnego ocenę, o której mowa w ust. 1 (art. 16a ust. 4).

- prowadzeniu i rozwoju niezbędnej infrastruktury socjalnej (pkt 3);
  - analizie i ocenie zjawisk rodzących zapotrzebowanie na świadczenia z pomocy społecznej (pkt 4);
  - realizacji zadań wynikających z rozeznaczonych potrzeb społecznych (pkt 5);
  - rozwijaniu nowych form pomocy społecznej i samopomocy w ramach zidentyfikowanych potrzeb (pkt 6).
- Zgodnie z art. 16 ust. 1 tej ustawy, obowiązek zapewnienia realizacji zadań pomocy społecznej spoczywa m.in. na jednostkach samorządu terytorialnego w zakresie ustalonym ustawą.

Zgodnie z art. 2 ust. 2 ustawy o pomocy społecznej, pomoc społeczną organizują organy administracji rządowej i samorządowej, współpracując w tym zakresie, na zasadzie partnerstwa, m.in. z organizacjami społecznymi i pozarządowymi.

Zgodnie z art. 9 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, do zadań własnych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez samorząd województwa należy w szczególności:

- opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców województwa – po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami i powiatami (pkt 1);
- opracowywanie i wdrażanie programów innych niż określone w pkt 1 służących realizacji zadań w zakresie ochrony zdrowia (pkt 3);
- inspirowanie i promowanie rozwiązań w zakresie wzrostu efektywności, w tym restrukturyzacji w ochronie zdrowia (pkt 4);
- podejmowanie innych działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa (pkt 5).

Zasady wykonywania działalności leczniczej oraz funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą, w tym szpitali określono w ustawie o działalności leczniczej. Zgodnie z art. 4 ust. 1 tej ustawy, podmiotami leczniczymi są: przedsiębiorcy we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jednostki budżetowe, instytuty badawcze, fundacje i stowarzyszenia – w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

Podmiotami leczniczymi są m.in.:

- przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r.
  - Prawo przedsiębiorców we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej (pkt 1);
- samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (pkt 2);

- jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 października 2017 r. o POZ (pkt 3).

Zgodnie z art. 3 ustawy POZ, podstawowa opieka zdrowotna ma na celu:

- 1) zapewnienie opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą i jego rodziną;
- 2) koordynację opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą w systemie ochrony zdrowia;
- 3) ocenę potrzeb oraz ustalenie priorytetów zdrowotnych populacji objętej opieką oraz wdrażanie działań profilaktycznych;
- 4) rozpoznawanie, eliminowanie lub ograniczanie zagrożeń i problemów zdrowia fizycznego i psychicznego;
- 5) zapewnienie profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz promocji zdrowia dostosowanych do potrzeb różnych grup społeczeństwa;
- 6) zapewnienie edukacji świadczeniobiorcy w zakresie odpowiedzialności za własne zdrowie i kształtowanie świadomości prozdrowotnej.

Zgodnie z art. 6 pkt 5 ustawy o pomocy społecznej, ośrodek pomocy społecznej, a także centrum usług społecznych – w przypadku przekształcenia ośrodka pomocy społecznej w centrum usług społecznych na podstawie przepisów ustawy o CUS jest jednostką organizacyjną pomocy społecznej.

Zgodnie z art. 110 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej, zadania pomocy społecznej w gminach wykonują jednostki organizacyjne – ośrodki pomocy społecznej lub centra usług społecznych, o których mowa w ustawie o CUS.

Ośrodek pomocy społecznej oraz centrum usług społecznych, o którym mowa w ustawie o CUS, wykonując zadania własne gminy w zakresie pomocy społecznej, kieruje się ustaleniami wójta (burmistrza, prezydenta miasta) – art. 110 ust. 3 tej ustawy.

Zgodnie z art. 110 ust. 4 ustawy o pomocy społecznej, ośrodek pomocy społecznej, a w przypadku przekształcenia ośrodka pomocy społecznej w centrum usług społecznych na podstawie przepisów ustawy o CUS – centrum usług społecznych, koordynuje realizację strategii, o której mowa w art. 17 ust. 1 pkt 1 (zgodnie z art. 17 ust. 1 pkt 1 tej ustawy, do zadań własnych gminy o charakterze obowiązkowym należy m.in. opracowanie i realizacja gminnej strategii rozwiązywania problemów społecznych ze szczególnym uwzględnieniem programów pomocy

społecznej, profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych i innych, których celem jest integracja osób i rodzin z grup szczególnego ryzyka.

W myśl art. 110 ust. 9 tej ustawy, kierownik ośrodka pomocy społecznej, a w przypadku przekształcenia ośrodka pomocy społecznej w centrum usług społecznych na podstawie przepisów ustawy o CUS – dyrektor centrum usług społecznych, składa radzie gminy coroczne sprawozdanie z działalności ośrodka, a w przypadku przekształcenia ośrodka pomocy społecznej w centrum usług społecznych na podstawie przepisów ustawy o CUS – centrum usług społecznych, oraz przedstawia potrzeby w zakresie pomocy społecznej. Rada gminy, biorąc pod uwagę potrzeby, o których mowa w ust. 9, opracowuje i kieruje do wdrożenia lokalne programy pomocy społecznej (art. 110 ust. 10 tej ustawy).

Ośrodek pomocy społecznej, a w przypadku przekształcenia ośrodka pomocy społecznej w centrum usług społecznych na podstawie przepisów ustawy o CUS – centrum usług społecznych, zatrudnia pracowników socjalnych proporcjonalnie do liczby ludności gminy w stosunku jeden pracownik socjalny zatrudniony w pełnym wymiarze czasu pracy na 2000 mieszkańców lub proporcjonalnie do liczby rodzin i osób samotnie gospodarujących, objętych pracą socjalną w stosunku jeden pracownik socjalny zatrudniony w pełnym wymiarze czasu pracy na nie więcej niż 50 rodzin i osób samotnie gospodarujących (art. 110 ust. 11 tej ustawy).

Ośrodek pomocy społecznej, a w przypadku przekształcenia ośrodka pomocy społecznej w centrum usług społecznych na podstawie przepisów ustawy o CUS – centrum usług społecznych, zatrudnia w pełnym wymiarze czasu pracy nie mniej niż 3 pracowników socjalnych (art. 110 ust. 12 tej ustawy).

Zasady prowadzenia działalności pożytku publicznego przez organizacje pozarządowe w sferze zadań publicznych, współpracy organów administracji publicznej z organizacjami pozarządowymi zostały uregulowane w ustawie o działalności pożytku publicznego.

Zgodnie z art. 3 ust. 1 tej ustawy działalnością pożytku publicznego jest działalność społecznie użyteczna, prowadzona przez organizacje pozarządowe w sferze zadań publicznych określonych w ustawie.

Zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy o działalności pożytku publicznego, sfera zadań publicznych, o której mowa w art. 3 ust. 1, obejmuje m.in. zadania w zakresie:

- pomocy społecznej, w tym pomocy rodzinom i osobom w trudnej sytuacji życiowej oraz wyrównywania szans tych rodzin i osób (pkt 1);
- udzielania nieodpłatnej pomocy prawnej oraz zwiększania świadomości prawnej społeczeństwa (pkt 1b);
- działalności na rzecz integracji i reintegracji zawodowej i społecznej osób zagrożonych wykluczeniem społecznym (pkt 2);

- ochrony i promocji zdrowia, w tym działalności leczniczej w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej (pkt 6)
- działalności na rzecz osób niepełnosprawnych (pkt 7);
- działalności na rzecz osób w wieku emerytalnym (pkt 10);

Zgodnie z art. 4 ust. 2 tej ustawy, Rada Ministrów może określić, w drodze rozporządzenia, zadania w zakresie innym niż wymienione w ust. 1 jako należące do sfery zadań publicznych, kierując się ich szczególną społeczną użytecznością oraz możliwością ich wykonywania przez podmioty, o których mowa w art. 5 ust. 1, w sposób zapewniający wystarczające zaspokajanie potrzeb społecznych.

Zgodnie z art. 2 ust. 2 ustawy o pomocy społecznej, pomoc społeczną organizują organy administracji rządowej i samorządowej, współpracując w tym zakresie, na zasadzie partnerstwa, m.in. z organizacjami społecznymi i pozarządowymi.

Zgodnie z rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 grudnia 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra do spraw Polityki Senioralnej (Dz.U. z 2023 poz. 2709), do zakresu działania ministra należało:

- 1) przeprowadzanie analiz i ocena skuteczności rozwiązań prawnych w zakresie polityki senioralnej;
- 2) koordynacja działań organów administracji rządowej w zakresie monitorowania sytuacji osób starszych;
- 3) inicjowanie, wspieranie i promowanie rozwiązań z zakresu polityki senioralnej;
- 4) opracowywanie propozycji kierunków rozwoju polityki senioralnej;
- 5) opracowywanie i opiniowanie projektów aktów prawnych i innych dokumentów rządowych w zakresie polityki senioralnej;
- 6) wykonywanie innych zadań zleconych przez Radę Ministrów albo Prezesa Rady Ministrów.

Stanowisko to uległo likwidacji w ramach ogłoszonej 23 lipca 2025 r. rekonstrukcji rządu. W związku z krótkim okresem działalności ww. Ministra nie została przeprowadzona oddzielna kontrola, a informacje w tym zakresie zostały pozyskane w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. F ustawy o NIK.

### 6.3. WYKAZ AKTÓW PRAWNYCH DOTYCZĄCYCH KONTROLOWANEJ DZIAŁALNOŚCI

---

1. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz. U. poz. 1705, ze zm.).
2. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1670, ze zm.).
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, ze zm.).
4. Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2025 r. poz. 515).
5. Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o szczególnej opiece geriatrycznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1666, ze zm.).
6. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581).
7. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450, ze zm.).
8. Ustawa z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1620, ze zm.).
9. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2025 r. poz. 1214, ze zm.).
10. Ustawa z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Radzie Ministrów (Dz. U. z 2025 r. poz. 780).
11. Ustawa z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (Dz. U. z 2025 r. poz. 1275, ze zm.).
12. Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2025 r. poz. 1153, ze zm.).
13. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2025 r. poz. 1684).
14. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. z 2025 r. poz. 581, ze zm.).
15. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2025 r. poz. 1338, ze zm.).
16. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1483, ze zm.).
17. Ustawa z 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2023 r. poz. 120, ze zm.).
18. Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2022 r. poz. 623, ze zm.).
19. Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 grudnia 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra do spraw Polityki Senioralnej (Dz.U. z 2023 poz. 2709).

20. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. U. UE. L Nr 119 z dnia 4 maja 2016 r., str. 1, ze zm.).
21. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 (Dz. U. poz. 642).
22. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 r. poz. 402).
23. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1427).
24. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2024 r. poz. 798, ze zm.).
25. Rozporządzenie 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).
26. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 listopada 2019 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 2335).
27. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz. U. z 2022 r. poz. 1755).
28. Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 21 września 2016 r. w sprawie trybu przygotowania informacji o sytuacji osób starszych (Dz. U. poz. 1530).
29. Uchwała Nr 191 Rady Ministrów z dnia 21 grudnia 2020 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego „Senior+” na lata 2021–2025 (M. P. z 2021 r. poz.10).
30. Uchwała Nr 167 Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2020 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na rzecz Osób Starszych „Aktywni+” na lata 2021–2025 (M. P. z 2020 r. poz. 1125).
31. Uchwała Nr 161 Rady Ministrów z dnia 26 października 2018 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Polityka społeczna osób starszych 2030. BEZPIECZEŃSTWO-UCZESTNICTWO-SOLIDARNOŚĆ (M. P. poz. 1169).
32. Uchwała Nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. w sprawie przyjęcia dokumentu „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.”.

33. Zarządzenie Nr 160/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2021 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (Biul. Inf. NFZ poz. 160, ze zm.).
34. Zarządzenie Nr 79/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2022 r. w sprawie zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (Biul. Inf. NFZ poz. 79, ze zm.).

## 6.4. WYNIKI BADANIA OPINII SPOŁECZNEJ – SYNTEZA

### Podstawowe założenia

Badanie *Spółeczna świadomość na temat ChND w tym choroby Alzheimera oraz ocena sytuacji chorych na chorobę Alzheimera i ich opiekunów* przeprowadzone we wrześniu 2024 r. na zlecenie NIK przez Opinia24 Sp. z o.o. w swoich założeniach miało na celu kompleksowe ujęcie tematyki choroby Alzheimera i innych ChND. Z tego względu w badaniu ujęto perspektywę trzech grup:

1. przede wszystkim osób dotkniętych chorobą, tj. samych chorych oraz ich opiekunów;
2. dodatkowo osób starszych, tj. w wieku 60. i więcej lat, które w większym stopniu zagrożone są chorobą Alzheimera;
3. w końcu ogółu społeczeństwa rozumianego jako osoby w wieku 15 i więcej lat.

Badanie przeprowadzone na zlecenie NIK przez TNS Polska w 2016 r., w ramach kontroli P/16/067 – „Opieka nad osobami chorymi na chorobę Alzheimera oraz wsparcie dla ich rodzin”, w swoich założeniach miało na celu kompleksowe ujęcie tematyki jednej choroby neurodegeneracyjnej, tj. choroby Alzheimera. W badaniach tych ujęto także perspektywę ww. trzech grup, z tą różnicą, że w drugiej grupie przyjęto grupę osób starszych w wieku 50. i więcej lat.

W badaniach przeprowadzonych w 2024 r., a także w tych przeprowadzonych w 2016 r. cele badania w każdej z powyższych grup były odmienne. W grupie osób dotkniętych chorobą Alzheimera – w której ze względu na charakter choroby respondentami byli przede wszystkim opiekunowie chorych – chodziło o:

- ocenę dostępności i jakości leczenia oraz opieki nad chorymi;
- ustalenie kosztów leczenia i opieki nad chorymi.

Wywiady z osobami starszymi pomogły ustalić ich doświadczenia i opinie związane z profilaktyką choroby Alzheimera.

Wywiady przeprowadzone wśród ogółu społeczeństwa miały sprawdzić społeczną wiedzę na temat ChND oraz zdiagnozować, jak często Polacy mają styczność z tymi chorobami (wśród rodziny, znajomych, w dalszym otoczeniu) – w przypadku badań przeprowadzonych w 2016 r. dotyczyło to choroby Alzheimera.

### Dobór próby w badaniach osób dotkniętych chorobą Alzheimera

Dobór próby w badaniach osób dotkniętych chorobą Alzheimera miał charakter celowy, tzn. w różnych regionach Polski poszukiwano osób chorych oraz ich opiekunów, dbając o to, aby:

- osoby chore były na różnych etapach choroby;

- osoby chore w mniej więcej równych proporcjach mieszkały we własnych domach lub poza nimi, np. w zakładach opiekuńczo-leczniczych.

Ze względów organizacyjnych wywiady przeprowadzano w miastach, gdzie łatwiej znaleźć potencjalnych respondentów. W konsekwencji w badaniu nie uwzględniono osób mieszkających na wsiach.

**Dobór próby  
w badaniach  
dotyczących ogółu  
społeczeństwa  
oraz osób w wieku 60  
i więcej lat**

Dobór próby w badaniu Omnibus<sup>271</sup>, w którym przeprowadzono dwa komponenty – z całym społeczeństwem oraz z osobami starszymi – miał charakter losowo-kwotowy. Taka metoda doboru próby zapewniała losowe wybranie lokalizacji do badania i gwarantowała zgodność struktury próby ze strukturą populacji, eliminując konieczność ważenia danych. Operatem losowania była baza adresowa Głównego Urzędu Statystycznego, utworzona na podstawie najnowszego zestawu rejonów statystycznych i obwodów spisowych. Losowo-kwotowa próba miała charakter reprezentatywny.

**Uczestnicy badania**

W badaniu przeprowadzonym w 2024 r. wzięły udział 1524 osoby, z czego 200 stanowiły osoby chore lub ich opiekunowie, 312 osoby w wieku 60+, a 1012 osoby w wieku 15+. W badaniu przeprowadzonym w 2016 r. wzięło udział 1725 osób, z czego 202 stanowiły osoby chore lub ich opiekunowie, 457 osoby w wieku 50+, a 1066 osoby w wieku 15+.

---

<sup>271</sup> Badanie Omnibus polega na zebraniu od społeczeństwa wielotematycznych danych na podstawie ilościowych odpowiedzi uzyskanych poprzez wykorzystanie pytań zgromadzonych w kwestionariuszach opracowanych na potrzebę przeprowadzenia badania.

## 6.4.1. SCHEMAT REALIZACJI BADANIA

## Infografika 12

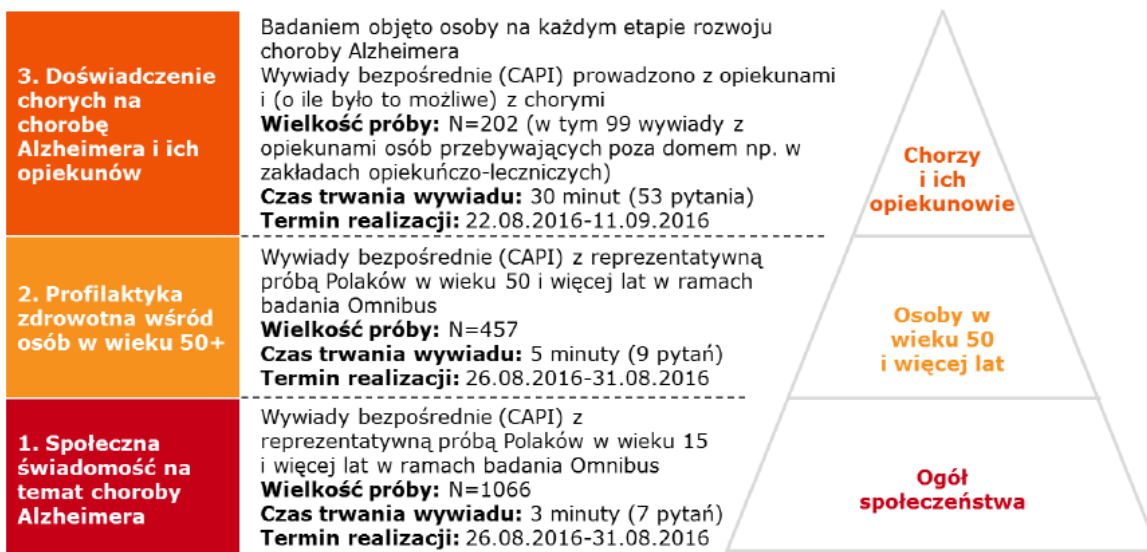
Schemat realizacji badania społecznego w 2024 r.



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie badań przeprowadzonych na zlecenie NIK w 2024 r. przez Opinia24 Sp. z o.o.

## Infografika 13

Schemat realizacji badania społecznego w 2016 r.



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie badań przeprowadzonych na zlecenie NIK w 2016 r. przez TNS Polska.

## 6.4.2. SPOŁECZNA ŚWIADOMOŚĆ DOTYCZĄCA CHOROBY ALZHEIMERA

W badaniach przeprowadzonych w 2024 r. stwierdzono, że zdecydowana większość Polaków (86%) była świadoma istnienia choroby Alzheimera, co czyniło ją najbardziej rozpoznawalną spośród wymienionych ChND<sup>272</sup>.

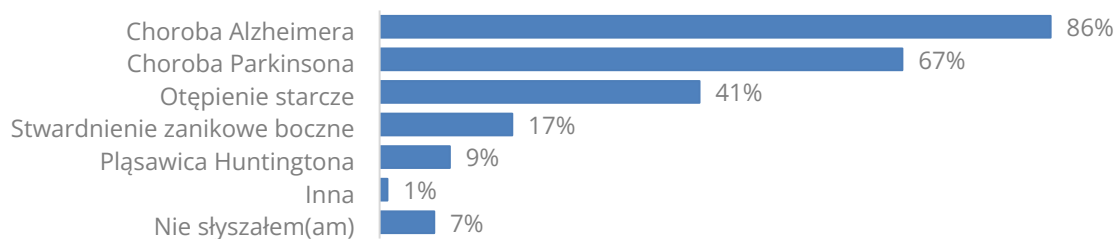
<sup>272</sup> Portal „Neurologia Praktyczna” dla lekarzy neurologów i lekarzy medycyny ogólnej, (<https://neurologia-praktyczna.pl/a5453/Choroby-neurozwyrodnieniowe>).

Na drugim miejscu pod względem rozpoznawalności znajdowała się choroba Parkinsona, o której słyszało około dwie trzecie badanych (67%).

W badaniach przeprowadzonych w 2016 r. nie badano kwestii dotyczących świadomości istnienia wymienionych ChND

Wykres 1

Czy słyszał(a) Pani/Pan o ChND, czyli takich, które powodują postępujące problemy z pamięcią, myśleniem, orientacją, rozumieniem, liczeniem, zdolnością uczenia się, poruszaniem się, komunikacją i oceną sytuacji na skutek uszkodzeń w mózgu? N=1012

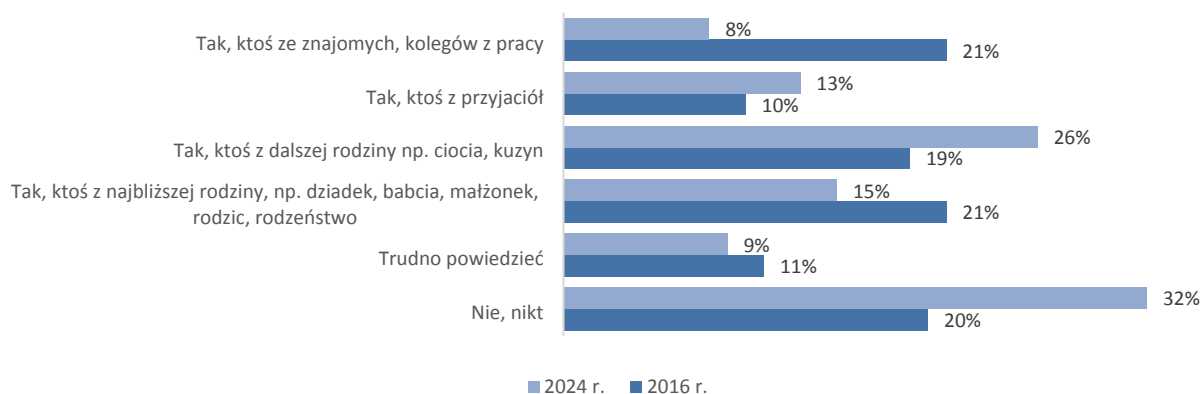


Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie badań przeprowadzonych na zlecenie NIK w 2024 r. przez Opinia24 Sp. z o.o.

W badaniach przeprowadzonych w 2024 r. stwierdzono, że większość badanych (78%) nie ma w swoim najbliższym otoczeniu osoby zmagającej się z postępującymi problemami, takimi jak zaburzenia pamięci, myślenia czy orientacji. Także w badaniach przeprowadzonych w 2016 r. zdecydowana większość ankietowanych (84%) nie miała w swym otoczeniu osób, które miałyby postępujące problemy z pamięcią, myśleniem, orientacją, rozumieniem, liczeniem, zdolnością uczenia się, komunikacją i oceną sytuacji na skutek uszkodzeń w mózgu, czyli cierpiących na tzw. demencję czy otępienie. W badaniach przeprowadzonych w 2024 r. spośród Polaków, którzy mieli w swoim otoczeniu osobę z objawami demencji, 62% przyznało, że problemy, z jakimi borykają się te osoby, zostały zdiagnozowane jako choroba Alzheimera. W 2016 r. odsetek ten był wyższy i wynosił 69%.

Wykres 2

A czy któraś z tych osób ma zdiagnozowaną chorobę Alzheimera? N=212 (w 2024 r.) oraz N=134 (w 2016 r.)

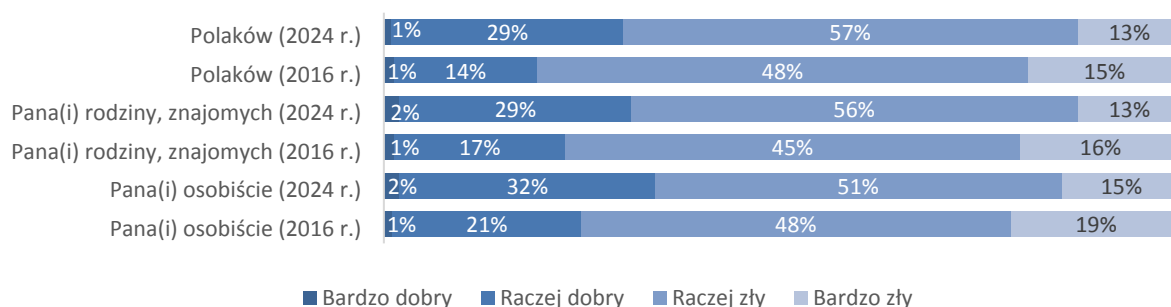


Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie badań przeprowadzonych na zlecenie NIK w 2024 r. przez Opinia24 Sp. z o.o. oraz w 2016 r. przez TNS Polska.

Zarówno w badaniach przeprowadzonych w 2024 r., jak i w 2016 r. Polacy na ogół jako zły ocenili poziom wiedzy o chorobie Alzheimera – zarówno swój, jak i swoich bliskich oraz ogółu społeczeństwa. W 2024 r. aż 66% badanych uznało swoją wiedzę na ten temat za niewystarczającą (w 2016 r. odsetek tych osób wyniósł 67%), a jeszcze więcej, bo 69%, negatywnie oceniło wiedzę swojej rodziny i znajomych (w 2016 r. odsetek ten był niższy i wynosił 61%). Jeszcze gorzej postrzegana jest świadomość ogółu Polaków – w 2024 r. 70% respondentów uznało, że społeczna wiedza o chorobie Alzheimera jest niedostateczna, a w 2016 r. odsetek ten wyniósł 63%.

Wykres 3

Jaki jest obecnie poziom wiedzy na temat choroby Alzheimera? N=1012 (w 2024 r.) oraz N=1066 (w 2016 r.)

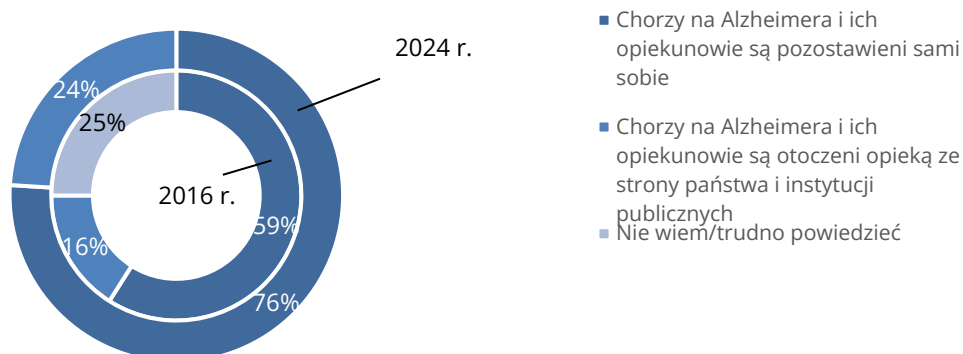


Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie badań przeprowadzonych na zlecenie NIK w 2024 r. przez Opinia24 Sp. z o.o. oraz w 2016 r. przez TNS Polska.

Wśród ankietowanych, zarówno w 2024 r., jak i w 2016 r. przeważała opinia, że państwo oraz instytucje publiczne nie są dostatecznym wsparciem dla chorych na Alzheimera oraz ich opiekunów. W badaniach przeprowadzonych w 2024 r. nieco ponad trzy czwarte ankietowanych (76%) zgodziło się z tym, że osoby chore na Alzheimera oraz ich opiekunowie są pozostawieni sami sobie, bez odpowiedniego wsparcia, podczas gdy w 2016 r. opinię taką wyraziło 59% badanych.

Wykres 4

Która z opinii jest Panu(i) bliższa? N=1012 (w 2024 r.) oraz N=1066 (w 2016 r.)



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie badań przeprowadzonych na zlecenie NIK w 2024 r. przez Opinia24 Sp. z o.o. oraz w 2016 r. przez TNS Polska.

Także w odniesieniu do ChND innych niż Alzheimer w badaniach przeprowadzonych w 2024 r. większość respondentów (79%) była zdania, że osoby cierpiące na te choroby a także ich opiekunowie są pozostawieni sami sobie.

Wykres 5

Która z opinii jest Panu(i) bliższa? N=1012 (w 2024 r.)

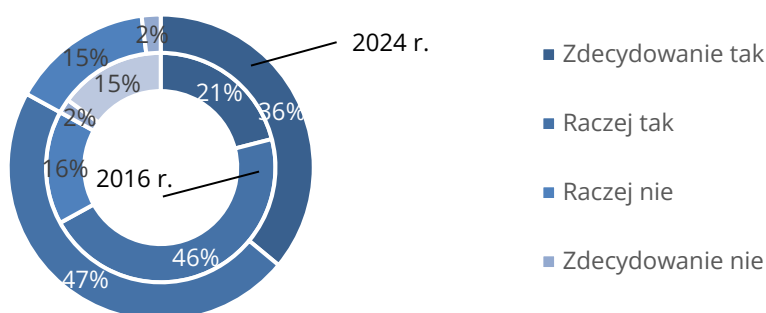


Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie badań przeprowadzonych na zlecenie NIK w 2024 r. przez Opinia24 Sp. z o.o.

Większość badanych (aż 83% w 2024 r. i 67% w 2016 r.) przyznała, że choroba Alzheimera jest poważnym problemem społecznym.

Wykres 6

Czy według Pana(i) choroba Alzheimera to poważny problem społeczny? N=1012 (w 2024 r.) oraz N=1066 (w 2016 r.)



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie badań przeprowadzonych na zlecenie NIK w 2024 r. przez Opinia24 Sp. z o.o. oraz w 2016 r. przez TNS Polska.

W badaniach przeprowadzonych w 2024 r. podobne odpowiedzi pojawiły się w przypadku pytania o inne ChND niż Alzheimer. Większość ankietowanych (83%) przyznała, że są one poważnym problemem społecznym.

Wykres 7

Czy według Pana(i) ChND inne niż choroba Alzheimera to poważny problem społeczny? N=1012 (w 2024 r.)



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie badań przeprowadzonych na zlecenie NIK w 2024 r. przez Opinia24 Sp. z o.o.

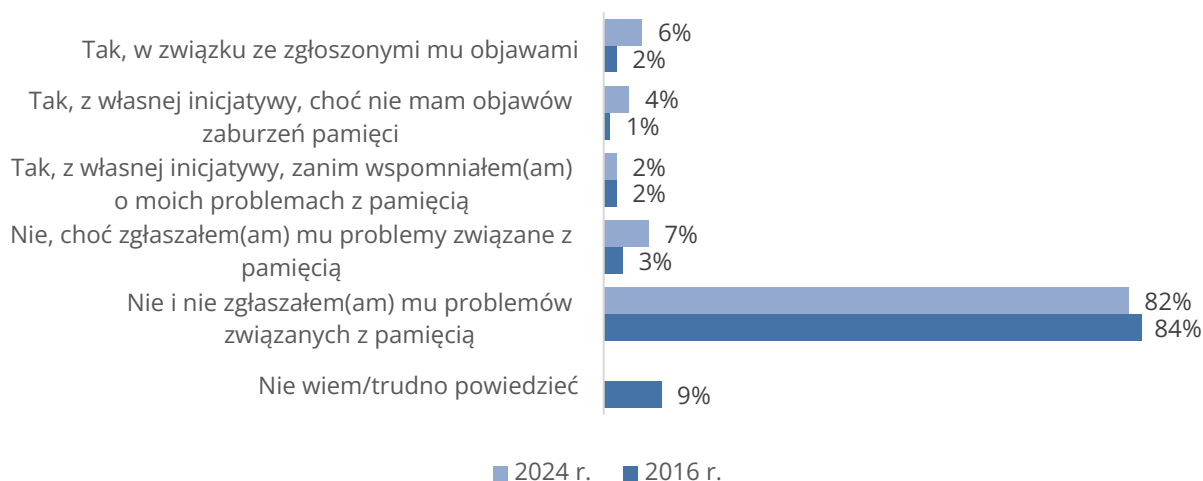
### 6.4.3. PROFILAKTYKA ZDROWOTNA WŚRÓD OSÓB W WIEKU 60+<sup>273</sup>

Wyniki badania przeprowadzonego w 2024 r. wśród respondentów powyżej 60. roku życia wskazywały, że około połowa badanych odczuwa duży lęk przed chorobą Alzheimera (49%) oraz chorobą Parkinsona (47%). Z kolei badania przeprowadzone w 2016 r. wśród respondentów powyżej 50. roku życia wykazały, że w porównaniu do wyników badań przeprowadzonych w 2024 r. ankietowani w 2016 r. zdecydowanie mniej obawiali się choroby Alzheimera (29%) oraz choroby Parkinsona (26%).

W 2024 r. jedynie 12% badanych w wieku 60+ przyznało, że ich lekarz rodzinny przeprowadził z nimi badania dotyczące zaburzeń pamięci. Oznacza to wzrost w stosunku do wyników badań z 2016 r., gdzie odsetek ten wyniósł 5%.

Wykres 8

Czy lekarz rodzinny kiedykolwiek przeprowadził z Panem(ią) jakiegokolwiek badania związane z zaburzeniami pamięci? N=312 (w 2024 r.) oraz N=457 (w 2016 r.)



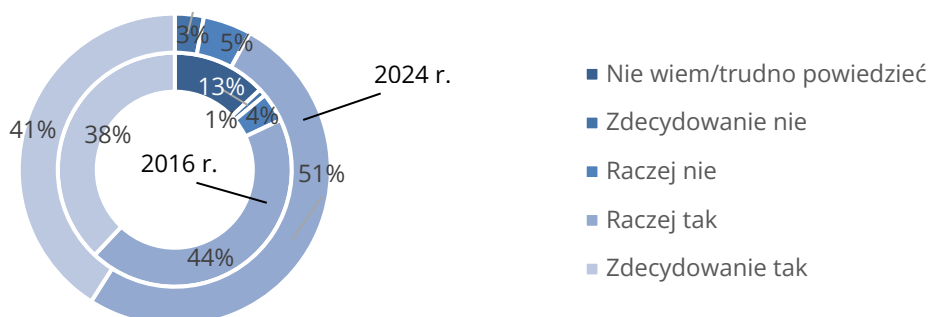
Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie badań przeprowadzonych na zlecenie NIK w 2024 r. przez Opinia24 Sp. z o.o. oraz w 2016 r. przez TNS Polska.

<sup>273</sup> Badania przeprowadzone w 2016 r. dotyczyły osób w wieku 50+.

W przeprowadzonych badaniach zdecydowana większość ankietowanych (91% w 2024 r. oraz 84% w 2016 r.) przyznała, że lekarze rodzinni powinni rutynowo pytać starszych pacjentów o kwestie związane z ich pamięcią oraz zdolnością kojarzenia. Większość badanych (w 2024 r. 92% osób w wieku 60. lat i więcej oraz w 2016 r. 82% w badanej grupie osób w wieku powyżej 50 lat) stwierdziła, że potrzebny jest program przesiewowych badań dotyczących choroby Alzheimera.

Wykres 9

Czy Pana(i) zdaniem potrzebny jest program przesiewowych badań (badań wczesnego wykrywania) dotyczących choroby Alzheimera wśród osób w wieku 60. i więcej lat? N=312 (w 2024 r.) oraz N=285 (w 2016 r. – osoby w wieku 60+ w badanej grupie 457 osób w wieku powyżej 50. lat)



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie badań przeprowadzonych na zlecenie NIK w 2024 r. przez Opinia24 Sp. z o.o. oraz w 2016 r. przez TNS Polska.

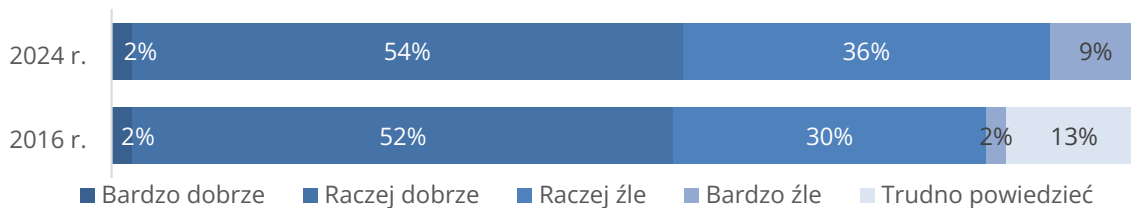
#### 6.4.4. DOŚWIADCZENIE CHORYCH NA CHOROBY ALZHEIMERA I ICH OPIEKUNÓW

Pod względem korzystania z usług zdrowotnych, około połowa opiekunów (48% w 2024 r. oraz 51% w 2016 r.) wskazała, że na etapie diagnozy chory korzystał wyłącznie z publicznej służby zdrowia, a 49% w 2024 r. oraz 42% w 2016 r. korzystało z obu form – publicznej i prywatnej. W 2024 r. 59% oraz w 2016 r. 65% chorych na Alzheimera na etapie leczenia korzystała tylko z publicznej służby zdrowia, co stanowiło wzrost w porównaniu do etapu diagnozy.

Opiekunowie oceniali jakość publicznych usług medycznych raczej pozytywnie na etapie diagnozy (56% w 2024 r. oraz 54% w 2016 r.), ale mniej pozytywnie na etapie leczenia (46% w 2024 r. oraz 52% w 2016 r.). W 2024 r. blisko połowa ocen jakości publicznych usług medycznych na etapie leczenia była negatywna (47%), podczas gdy w 2016 r. odsetek ten wyniósł 31%.

Wykres 10

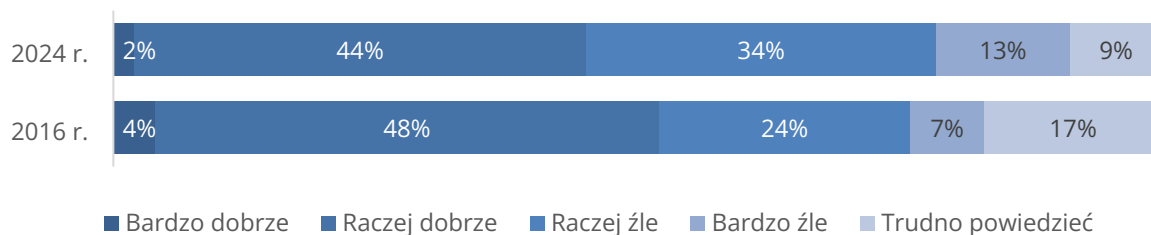
Jak, ogólnie rzecz biorąc, ocenia Pan(i) jakość publicznych usług medycznych na etapie diagnozy choroby Alzheimera? N=200 (w 2024 r.) oraz N=202 (w 2016 r.)



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie badań przeprowadzonych na zlecenie NIK w 2024 r. przez Opinia24 Sp. z o.o. oraz w 2016 r. przez TNS Polska.

Wykres 11

Jak, ogólnie rzecz biorąc, ocenia Pan(i) jakość publicznych usług medycznych na etapie leczenia choroby Alzheimera? N=200 (w 2024 r.) oraz N=202 (w 2016 r.)

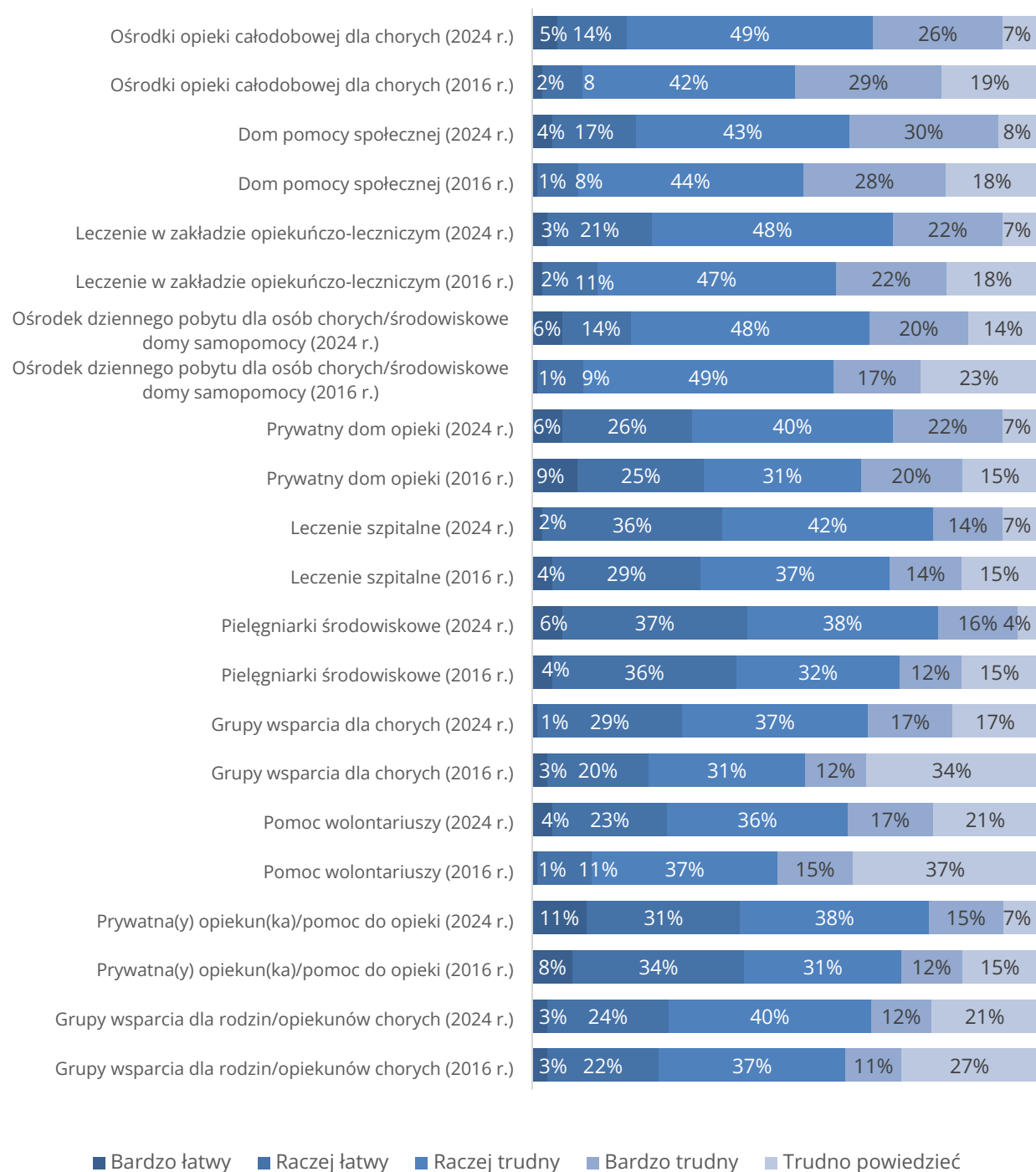


Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie badań przeprowadzonych na zlecenie NIK w 2024 r. przez Opinia24 Sp. z o.o. oraz w 2016 r. przez TNS Polska.

W 2024 r. respondenci oceniali dostępność do usług opiekuńczych, medycznych lub społecznych jako trudny, szczególnie w przypadku ośrodków opieki całodobowej (75%) oraz domów pomocy społecznej (73%), a także leczenia w zakładach opiekuńczo-leczniczych (70%). W porównaniu do badania z 2016 r. ocena dostępności tych usług uległa pogorszeniu – w 2016 r. odsetek ten wynosił odpowiednio: 71%, 72% i 69%.

Wykres 12

Czy według Pana(i) dostęp do następujących usług jest łatwy czy trudny? N=200 (w 2024 r.) oraz N=202 (w 2016 r.)

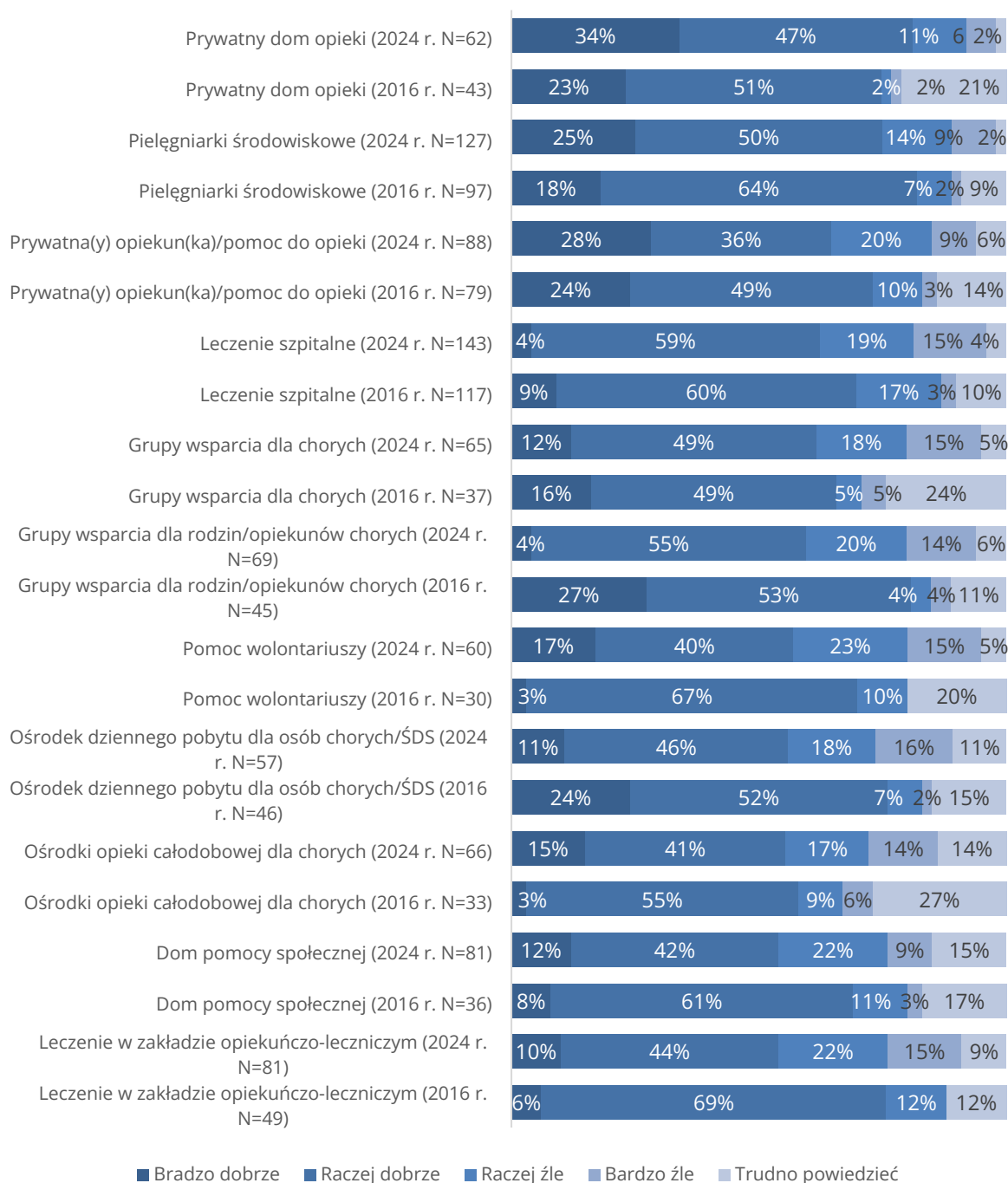


Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie badań przeprowadzonych na zlecenie NIK w 2024 r. przez Opinia24 Sp. z o.o. oraz w 2016 r. przez TNS Polska.

W odniesieniu do jakości usług, respondenci oceniali je raczej pozytywnie. Problemem jest więc nie sama jakość, ale możliwość korzystania z usług opiekuńczych, medycznych lub społecznych.

Wykres 13

Jak ocenia Pan(i) jakość usług, z których Państwo korzystali lub korzystają? N=200 (w 2024 r.) oraz N=202 (w 2016 r.)



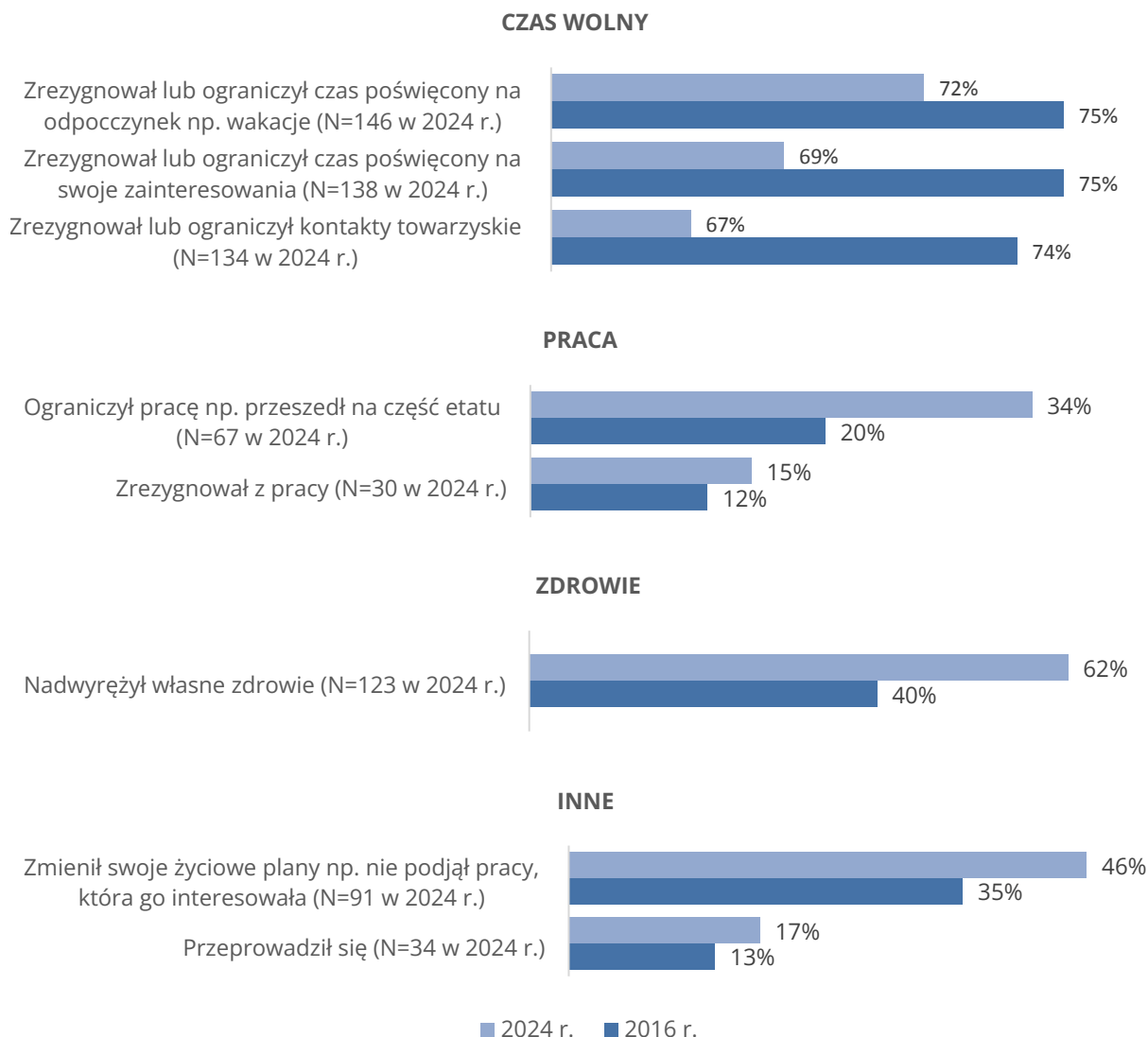
Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie badań przeprowadzonych na zlecenie NIK w 2024 r. przez Opinia24 Sp. z o.o. oraz w 2016 r. przez TNS Polska.

Choroba Alzheimera niesie za sobą poważne skutki także opiekunów osób chorych. Najczęściej wskazywanymi emocjami, jakie towarzyszą chorobie, były: strach, lęk (25% w 2024 r. oraz 20% w 2016 r.), smutek (22% w 2024 r. i 14% w 2016 r.) oraz bezsilność (20% w 2024 r. i 20% w 2016 r.). U wielu opiekunów opieka nad chorym wpływa negatywnie na życie osobiste, powodując rezygnację lub ograniczenie czasu na odpoczynek (72% w 2024 r. oraz 75% w 2016 r.), rezygnację lub ograniczenie czasu na swoje zainteresowania (69% w 2024 r. i 74%

w 2016 r.) oraz zrezygnowanie lub ograniczenie kontaktów towarzyskich (67% w 2024 r. i 75% w 2016 r.). Dodatkowo 62% (2024 r.) i 40% (2016 r.) opiekunów uważało, że opieka nad osobą chorą odbiła się negatywnie na ich zdrowiu, a mniej niż połowa zauważyła negatywne skutki w życiu zawodowym (46% w 2024 r. i 28% w 2016 r.).

Wykres 14

Czy w związku z opieką nad chorym z chorobą Alzheimera Pan(i) lub któryś z innych opiekunów:

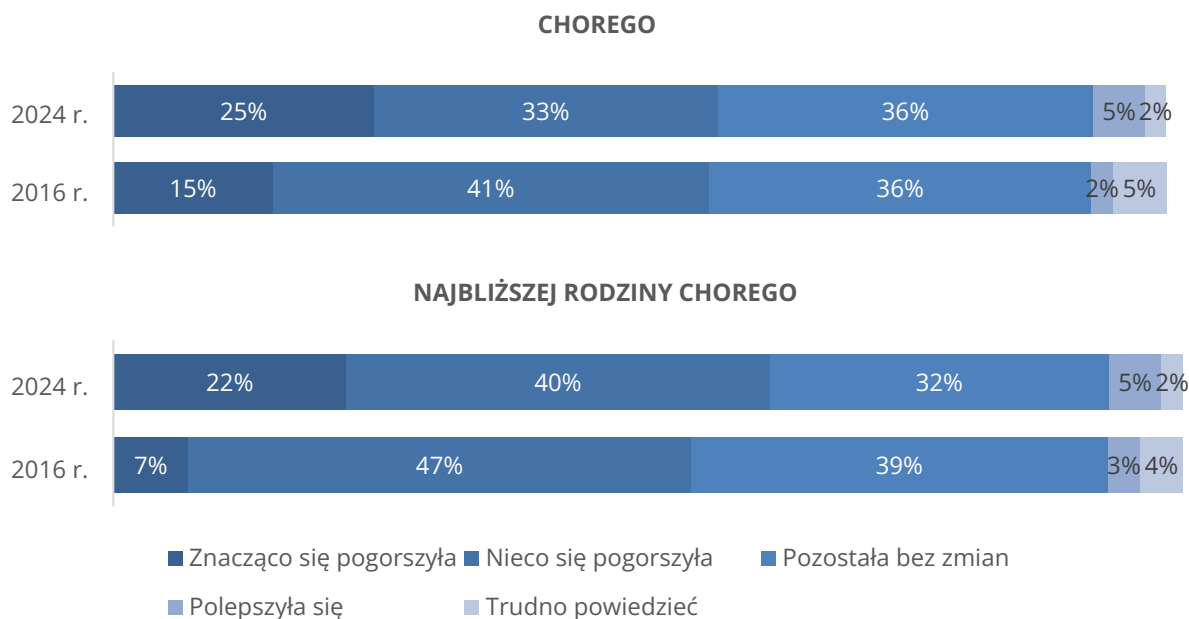


Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie badań przeprowadzonych na zlecenie NIK w 2024 r. przez Opinia24 Sp. z o.o. oraz w 2016 r. przez TNS Polska.

Ponad połowa opiekunów odnotowała pogorszenie swojej sytuacji materialnej od czasu diagnozy choroby (62% w 2024 r. i 54% w 2016 r.), a także pogorszenie sytuacji materialnej chorego (58% w 2024 r. i 56% w 2016 r.).

Wykres 15

Czy od czasu zdiagnozowania u chorego choroby Alzheimera sytuacja materialna...? N=200 (w 2024 r.) oraz N=202 (w 2016 r.)



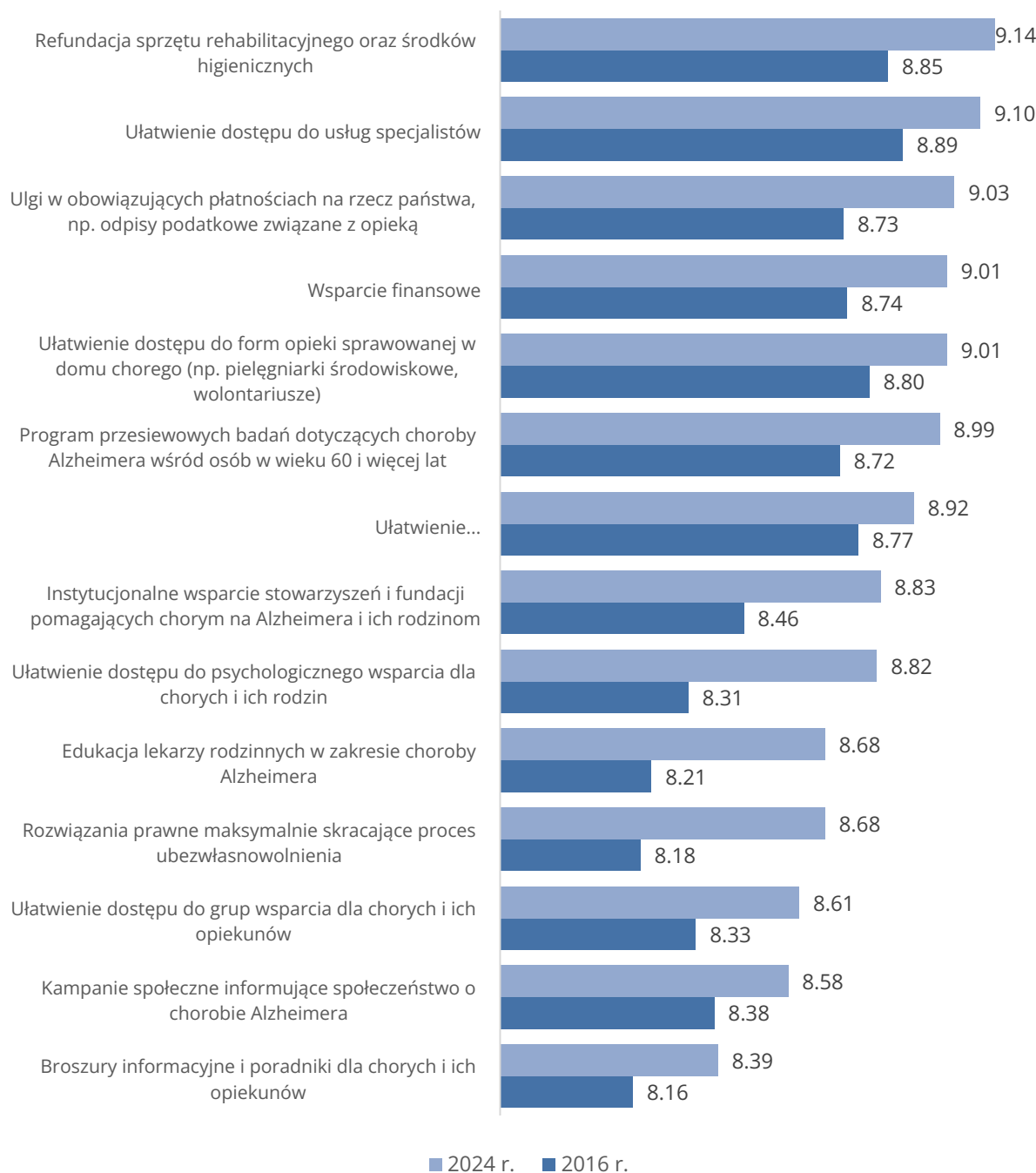
Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie badań przeprowadzonych na zlecenie NIK w 2024 r. przez Opinia24 Sp. z o.o. oraz w 2016 r. przez TNS Polska.

Przeważająca większość badanych uważała, że chorzy na Alzheimera, którymi się opiekują, jak i sami opiekunowie są pozostawieni sami sobie – 68% w 2024 r. i 73% w 2016 r. Ponad połowa respondentów uważała, że radzi sobie, ale jest to dla nich ogromny wysiłek i przydałoby się dodatkowe wsparcie – 53% w 2024 r. i 63% w 2016 r. Aż 87% badanych w 2024 r. i 93% badanych w 2016 r. uważała, że instytucje publiczne powinny wspierać chorych na Alzheimera i ich rodziny w większym stopniu niż obecnie.

Wśród wymienionych form pomocy, opiekunowie za najbardziej potrzebne uznali: refundację sprzętu rehabilitacyjnego oraz środków higienicznych (w 2024 r. średnia odpowiedzi 9,14 w skali 10-cio stopniowej; w 2016 r. 8,85), ułatwienie dostępu do usług specjalistów (9,10 w 2024 r. i 8,89 w 2016 r.) czy też ulgi w obowiązujących płatnościach na rzecz państwa (9,03 w 2024 r. i 8,73 w 2016 r.). Wszystkie wymienione formy pomocy uzyskały wysokie wyniki, a średnia ocena dla wszystkich odpowiedzi wynosiła 8,84 w 2024 r. i 8,54 w 2016 r. W 2024 r. w porównaniu do badania z 2016 r., wszystkie formy pomocy uzyskały wyższe oceny, co może sugerować większą potrzebę wsparcia opiekunów w codziennej opiece nad chorymi.

Wykres 16

Na skali od 1 do 10, gdzie jeden oznacza „w ogóle niepotrzebne”, a 10 oznacza „bardzo potrzebne”, proszę ocenić, w jakim stopniu chorzy i ich opiekunowie potrzebują poszczególnych form pomocy/działań. N=200 (w 2024 r.) oraz N=202 (w 2016 r.)



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie badań przeprowadzonych na zlecenie NIK w 2024 r. przez Opinia24 Sp. z o.o. oraz w 2016 r. przez TNS Polska.

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że większe zaangażowanie państwa oraz instytucji publicznych w obszarze choroby Alzheimera jest oczekiwane nie tylko przez samych chorych oraz ich opiekunów, ale również przez resztę społeczeństwa, która generalnie także zauważa problemy związane z tą chorobą.

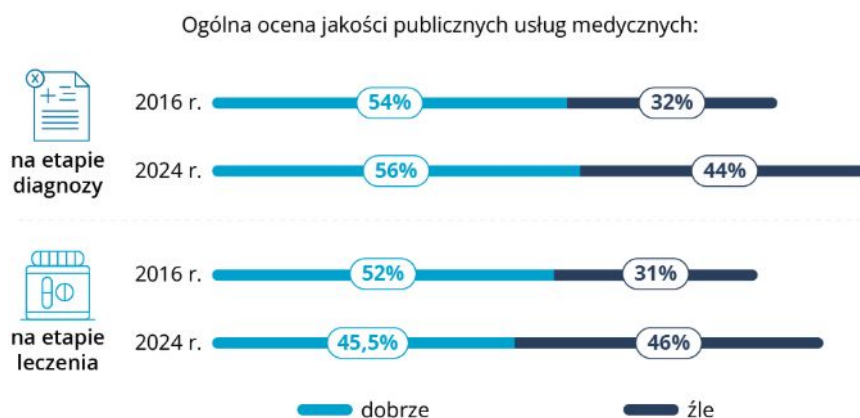
Poniżej zamieszczono podsumowanie wybranych wyników badania społecznego przeprowadzonego w 2024 r. i w 2016 r. oraz charakterystyki grupy osób z chorobą Alzheimera oraz ich opiekunów, przedstawione w formie graficznej.

## Infografika nr 14

Wybrane wyniki badania przeprowadzonego na zlecenie NIK przez Opinia24 Sp. z o.o. w 2024 r. wraz z porównaniem do wyników badania przeprowadzonego w 2016 r. przez TNS Polska



### Ogólna ocena jakości publicznych usług medycznych na etapie diagnozy oraz na etapie leczenia



Pozostała część ankietowanych nie wyraziła opinii



### Jakie są doświadczenia związane z różnymi formami wsparcia i opieki?

	2024 r.			2016 r.		
	Korzystanie	Dostęp jest trudny	Jakość jest dobra	Korzystanie	Dostęp jest trudny	Jakość jest dobra
Leczenie szpitalne	72%	56%	62%	58%	51%	69%
Pielęgniarki środowiskowe	64%	54%	75%	48%	44%	82%
Prywatna(y) opiekun(ka)/pomoc do opieki	44%	52%	65%	29%	43%	73%
Leczenie w zakładzie opiekuńczo-lecznym	41%	70%	54%	24%	69%	75%
Ośrodek dziennego pobytu/ŚDS	29%	67%	56%	22%	66%	76%
Grupy wsparcia dla rodziny/opiekunów chorych	35%	52%	59%	22%	48%	80%
Prywatny dom opieki	31%	62%	81%	21%	51%	74%
Grupy wsparcia dla chorych	33%	54%	62%	18%	43%	65%
Dom pomocy społecznej	41%	73%	54%	18%	72%	69%
Ośrodki opieki całodobowej dla chorych	33%	75%	56%	16%	71%	58%
Pomoc wolontariuszy	30%	53%	57%	15%	52%	70%



Suma średnich miesięcznych kosztów ponoszonych w związku z chorobą chorego na chorobę Alzheimera wyniosła **1631 zł** w 2024 r. (w 2016 r. była to kwota 1127 zł), w tym koszty leków, środków higienicznych, wizyt lekarskich, zabiegów medycznych, zajęć rehabilitacyjnych, dojazdów opiekunów do szpitala/placówki opiekuńczej, transportu chorego na zajęcia, wizyty u specjalistów, środków czystości związanych z utrzymaniem higieny. Średnie jednorazowe koszty adaptacji mieszkania/domu do potrzeb chorego wyniosły **2879 zł** w 2024 r. (3843 zł w 2016 r.), natomiast zakup sprzętu rehabilitacyjnego to koszty w wysokości **1776 zł** w 2024 r. (1323 zł w 2016 r.).

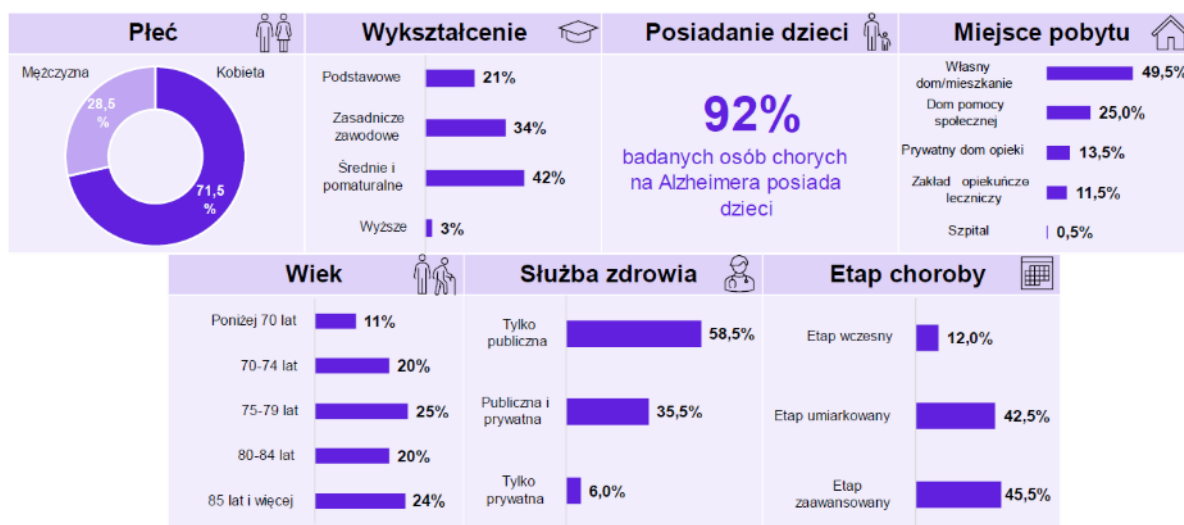


Średni miesięczny koszt pobytu chorego na chorobę Alzheimera w placówce opiekuńczej wynosił **2023 zł**. Średni koszt płatnego opiekuna to **1322 zł**. Średni koszt pobytu chorego w placówce opiekuńczej w badaniach przeprowadzonych w 2016 r. wyniósł 1909 zł, co oznacza wzrost tych kosztów o 6% w 2024 r., a średni koszt płatnego opiekuna wyniósł 751 zł, co oznacza wzrost tych opłat o 76% w 2024 r.

Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie badań przeprowadzonych na zlecenie NIK w 2024 r. przez Opinia24 Sp. z o.o. oraz w 2016 r. przez TNS Polska.

#### Infografika nr 15

Charakterystyka grupy chorych na chorobę Alzheimera (próbą 200 osób w 2024 r.)



Źródło: Opinia24 Sp. z o.o.

## Infografika nr 16

Charakterystyka grupy opiekunów osób chorych na chorobę Alzheimera (próba 200 osób)



Źródło: Opinia24 Sp. z o.o.

## 6.5. WYNIKI BADANIA KWESTIONARIUSZOWEGO DOTYCZĄCEGO OPIEKI NAD OSOBAMI STARSZYMI Z CHND ORAZ WSPARCIA ICH OPIEKUNÓW

### 6.5.1. WYNIKI BADANIA KWESTIONARIUSZOWEGO PRZEPROWADZONEGO W GMINACH

W celu pozyskania informacji dotyczących opieki nad osobami starszymi z ChND oraz wsparcia ich opiekunów, Delegatura NIK w Katowicach wystosowała, korzystając z uprawnień wynikających z art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK, zapytanie do 553 gmin z terenu trzech województw: podkarpackiego, śląskiego i wielkopolskiego. Wsparcie informatyczne i analiza danych wynikowych badania były realizowane przez Wydział Wsparcia Informatycznego i Analitycznego w Departamencie Metodyki Kontroli i Rozwoju Zawodowego NIK. Zapytanie zostało przygotowane w postaci elektronicznego kwestionariusza i skierowane w systemie badań internetowych PS QUAESTIO PRO. Badanie było prowadzone od 9 września do 1 października 2024 r. Kwestionariusz został wypełniony przez 439 gmin, tj. 79,4% podmiotów objętych badaniem.

Według przeprowadzonych badań większość gmin nie przeprowadziła diagnozy sytuacji osób starszych i ich opiekunów (82,5% badanych), a w gminach, które ją przeprowadziły aż 39% opracowało ten dokument przed 2020 r. W opracowanych diagnozach w znacznej części (74%) nie wskazywano jednak na problemy osób starszych cierpiących na ChND lub ich opiekunów. W latach 2022–2023 oraz w I półroczu 2024 roku 375 gmin spośród 439 wypełniających ankiety (85,4%) realizowało minimum jeden program/projekt skierowany do osób starszych, przy

czym najczęściej przez gminy realizowane były następujące programy: „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej” w (odpowiednio do lat realizacji) 171, 214 i 265 gminach (60,4%, ankietowanych gmin), „Opieka Wytchnieniowa” w 169, 200 i 243 gminach (55,4%) oraz „Korpus Wsparcia Seniorów” w 178, 181 i 189 gminach (53,1%). Jednocześnie niewiele badanych gmin realizowało lokalne programy/projekty skierowane do osób starszych z ChND lub ich opiekunów – według stanu na 30 czerwca 2024 r. było to zaledwie 13,2%. Łącznie w latach 2022–2024 (I półrocze) w ramach realizacji ww. programów/projektów przez 375 gmin pomocą objętych zostało 69 287 osób starszych, chorych bądź ich opiekunów z czego najwięcej osób objęto programami: „Korpus Wsparcia Seniorów” – 27 128, „Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej” – 16 172, „Senior+” – 9 808 oraz „Opieka Wytchnieniowa” – 8797.

Tylko w 22,8% ankietowanych gmin funkcjonowało Straż Gminna/Miejska. Pracownicy (funkcjonariusze) tych jednostek w znacznej większości (95%) nie byli przeszkoleni w zakresie postępowania z osobami starszymi z ChND i udzielania im pomocy. W znacznej części pracownicy (funkcjonariusze) nie brali udziału w akcjach, w których wystąpiła konieczność wejścia do domu, w którym znajduje się osoba chora lub w akcjach poszukiwania zaginionych osób starszych cierpiących na ChND, ponieważ nie było takich akcji (odpowiednio 81% i 85%).

Poniżej zamieszczono ujęte w tabelach wyniki przeprowadzonego w gminach badania kwestionariuszowego.

#### Liczba i odsetek gmin, które udzieliły odpowiedzi na zapytanie w podziale na województwa

	Liczba wysłanych	Liczba odpowiedzi	Odsetek odpowiedzi
Podkarpackie	160	129	80,6%
Śląskie	167	137	82,0%
Wielkopolskie	226	173	76,5%
Ogółem	553	439	79,4%

## II. ZESTAWIENIE ZBIORCZE WYNIKÓW

### 1. Czy w gminie przeprowadzono diagnozę sytuacji osób starszych i ich opiekunów?

	Liczba odpowiedzi	Odsetek
Tak	77	17,5%
Nie	362	82,5%
Ogółem	439	100,0%

**Proszę podać rok opracowania diagnozy sytuacji osób starszych i ich opiekunów?**

Rok/lata opracowania diagnozy	Liczba gmin	Odsetek
lata 2013–2020	30	39,0%
lata 2020–2022	17	22,1%
rok 2023	23	29,9%
rok 2024	7	9,1%
Ogółem	77	100,1%

**Czy w opracowanej diagnozie sytuacji osób starszych i ich opiekunów wskazano na problemy osób starszych cierpiących na ChND (np. choroba Alzheimera, choroba Parkinsona, choroby otępienne) lub ich opiekunów?**

	Liczba odpowiedzi	Odsetek
Tak	20	26,0%
Nie	57	74,0%
Ogółem	77	100,0%

**2. Czy w latach 2022–2024 (I półrocze) gmina realizowała niżej wymienione programy/projekty skierowane do osób starszych z ChND (np. choroba Alzheimera, choroba Parkinsona, choroby otępienne) lub ich opiekunów?**

	w 2022 r.	w 2023 r.	w 2024 r. (stan na 30 czerwca)
Senior+	91	97	89
Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej	171	214	265
Opieka 75+	88	93	108
Opieka Wytchnieniowa	169	200	243
Korpus Wsparcia Seniorów	178	181	189
„Od zależności ku samodzielności”	4	2	2
Kompleksowe wsparcie dla rodzin „Za życiem”	50	53	40
„Centra opiekuńczo-mieszkalne”	3	5	10
Program rozwoju rodzinnych domów pomocy	3	5	6

**Proszę o podanie danych dotyczących zrealizowanych 2022–2024 (I półrocze) programów/projektów skierowanych do osób starszych z ChND lub ich opiekunów:****Senior+**

	w 2022 r.	w 2023 r.	w 2024 r. (stan na 30 czerwca)
Kwota wykorzystanych środków na realizację programu	14 644 106 zł	15 333 220 zł	7 490 197 zł
Liczba osób, które objęto działaniami programu	3 388	3 509	2 911
Kwota zwróconych środków na realizację programu	316 070 zł	419 190 zł	1 zł

**Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej**

	w 2022 r.	w 2023 r.	w 2024 r. (stan na 30 czerwca)
Kwota wykorzystanych środków na realizację programu	67 576 127 zł	76 622 114 zł	49 396 751 zł
Liczba osób, które objęto działaniami programu	4 478	5 356	6 338
Kwota zwróconych środków na realizację programu	21 105 518 zł	6 206 522 zł	0

**Opieka 75+**

	w 2022 r.	w 2023 r.	w 2024 r. (stan na 30 czerwca)
Kwota wykorzystanych środków na realizację programu	4 838 377 zł	6 762 418 zł	3 162 926 zł
Liczba osób, które objęto działaniami programu	1 541	1 810	1 744
Kwota zwróconych środków na realizację programu	382 035 zł	223 044 zł	1 zł

**Opieka Wytchnieniowa**

	w 2022 r.	w 2023 r.	w 2024 r. (stan na 30 czerwca)
Kwota wykorzystanych środków na realizację programu	25 841 983 zł	25 932 829 zł	9 388 169 zł
Liczba osób, które objęto działaniami programu	2 530	3 162	3 105
Kwota zwróconych środków na realizację programu	6 688 789 zł	9 918 496 zł	620 zł

**Korpus Wsparcia Seniorów**

	w 2022 r.	w 2023 r.	w 2024 r. (stan na 30 czerwca)
Kwota wykorzystanych środków na realizację programu	9 072 806 zł	4 944 741 zł	1 332 566 zł
Liczba osób, które objęto działaniami programu	9 739	10 570	6 819
Kwota zwróconych środków na realizację programu	3 227 734 zł	1 132 031 zł	0

**„Od zależności ku samodzielności”**

	w 2022 r.	w 2023 r.	w 2024 r. (stan na 30 czerwca)
Kwota wykorzystanych środków na realizację programu	226 483 zł	158 289 zł	0
Liczba osób, które objęto działaniami programu	845	75	0
Kwota zwróconych środków na realizację programu	1 516 zł	17 407 zł	0

**Kompleksowe wsparcie dla rodzin „Za życiem”**

	w 2022 r.	w 2023 r.	w 2024 r. (stan na 30 czerwca)
Kwota wykorzystanych środków na realizację programu	1 363 294 zł	1 429 716 zł	306 752 zł
Liczba osób, które objęto działaniami programu	348	392	210
Kwota zwróconych środków na realizację programu	165 539 zł	42 515 zł	0

**„Centra opiekuńczo-mieszkalne”**

	w 2022 r.	w 2023 r.	w 2024 r. (stan na 30 czerwca)
Kwota wykorzystanych środków na realizację programu	1 803 788 zł	8 242 681 zł	2 626 832 zł
Liczba osób, które objęto działaniami programu	56	120	170
Kwota zwróconych środków na realizację programu	275 641 zł	1 244 967 zł	191 485 zł

**Program rozwoju rodzinnych domów pomocy**

	w 2022 r.	w 2023 r.	w 2024 r. (stan na 30 czerwca)
Kwota wykorzystanych środków na realizację programu	86 158 zł	1 107 724 zł	406 246 zł
Liczba osób, które objęto działaniami programu	16	23	32
Kwota zwróconych środków na realizację programu	20 673	46 717	0

**SUMARYCZNIE WSZYSTKIE PROGRAMY RAZEM**

	w 2022 r.	w 2023 r.	w 2024 r. (stan na 30 czerwca)
Kwota wykorzystanych środków na realizację programu	125 453 122 zł	140 533 732 zł	74 110 439 zł
Liczba osób, które objęto działaniami programu	22 941	25 017	21 329
Kwota zwróconych środków na realizację programu	32 183 515 zł	19 250 889 zł	192 107 zł

**3. Ile w latach 2022–2024 (I półrocze) gmina realizowała lokalnych programów/projektów skierowanych do osób starszych z ChND lub ich opiekunów (w tym lokalne programy pomocy społecznej oraz programy polityki zdrowotnej)?**

Liczba programów/projektów	Liczba gmin		
	w 2022 r.	w 2023 r.	w 2024 r. (stan na 30 czerwca)
nie był realizowany żaden program/projekt	389	381	381
jeden realizowany program/projekt	33	36	36
od 2 do 5	14	19	18
powyżej 5	3	3	4
Ogółem	439	439	439

Liczba programów/projektów	Odsetek		
	w 2022 r.	w 2023 r.	w 2024 r. (stan na 30 czerwca)
nie był realizowany żaden program/projekt	88,6%	86,8%	86,8%
jeden realizowany program/projekt	7,5%	8,2%	8,2%
od 2 do 5	3,2%	4,3%	4,1%
powyżej 5	0,7%	0,7%	0,9%
Ogółem	100,0%	100,0%	100,0%

**Kwota wykorzystanych środków na realizację wszystkich lokalnych programów/projektów**

	Suma		
	w 2022 r.	w 2023 r.	w 2024 r. (stan na 30 czerwca)
liczba zrealizowanych programów	103	120	121
Kwota wykorzystanych środków na realizację wszystkich lokalnych programów/projektów	18 805 900 zł	19 603 261 zł	6 091 895 zł
Liczba osób, które objęto działaniami programu	34 354	35 967	5 964

**4. Czy w gminie działa Straż Gminna/Miejska?**

	Liczba odpowiedzi	Odsetek
Tak	100	22,8%
Nie	339	77,2%
Ogółem	439	100,0%

**Liczba pracowników (funkcjonariuszy) Straży Gminnej/Miejskiej według stanu na 30 czerwca 2024 r.**

	Liczba gmin	Odsetek
od 1 do 5	32	32,0%
od 6 do 15	37	37,0%
powyżej 15	31	31,0%
Ogółem	100	100,0%

Liczba pracowników Straży Gminnej/Miejskiej (suma): 1 862

**Czy pracownicy (funkcjonariusze) Straży Gminnej/Miejskiej zatrudnieni na 30 czerwca 2024 r. są przeszkoleni w zakresie kontaktów i postępowania z osobami starszymi chorymi na ChND (np. choroba Alzheimera, choroba Parkinsona, choroby otępienne) i udzielania im pomocy?**

	Liczba odpowiedzi	Odsetek
Tak	5	5,0%
Nie	95	95,0%
Ogółem	100	100,0%

Liczba przeszkolonych pracowników Straży Gminnej/Miejskiej (suma): 73

**Liczba akcji/zdarzeń, w których pracownicy (funkcjonariusze) Straży Gminnej/Miejskiej w latach 2022–2024 (I półrocze) nieśli pomoc osobom starszym z ChND (np. choroba Alzheimera, choroba Parkinsona, choroby otępienne) lub ich opiekunom (np. konieczność wejścia do domu, w którym znajduje się osoba chora)**

	Liczba gmin	Odsetek
nie było takich akcji	81	81,0%
od 1 do 5	10	10,0%
od 6 do 10	6	6,0%
powyżej 10	3	3,0%
Ogółem	100	100,0%

Liczba akcji/zdarzeń (suma): 125

**Liczba akcji/zdarzeń poszukiwania zaginionych osób starszych z ChND (np. choroba Alzheimera, choroba Parkinsona, choroby otępienne), w której brali udział pracownicy (funkcjonariusze) Straży Gminnej/Miejskiej w latach 2022–2024 (I półrocze).**

	Liczba gmin	Odsetek
nie było takich akcji	85	85,0%
1 akcja	4	4,0%
2 akcje	6	6,0%
powyżej 2 akcji	5	5,0%
Ogółem	100	100,0%

Liczba akcji/zdarzeń (suma): 36

**5. Ile jednostek/podmiotów świadczy usługi publicznego transportu zbiorowego (autobusowy, tramwajowy, trolejbusowy) na terenie gminy?**

	Liczba gmin	Odsetek
brak firm transportowych	230	52,4%
1 firma	143	32,6%
2 firmy	38	8,7%
powyżej 2 firmy	28	6,4%
Ogółem	439	100,1%

**6.5.2. WYNIKI BADANIA KWESTIONARIUSZOWEGO PRZEPROWADZONEGO W KOMENDACH POLICJI I PAŃSTWOWEJ STRAŻY POŻARNEJ**

W celu pozyskania informacji dotyczących opieki nad osobami starszymi z ChND oraz wsparcia ich opiekunów, Delegatura NIK w Katowicach wystosowała także, korzystając z uprawnień wynikających z art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK, zapytanie do 83 komend państwowej straży pożarnej oraz 84 komend Policji z terenu trzech województw: podkarpackiego, śląskiego i wielkopolskiego. Wsparcie informatyczne i analiza danych wynikowych badania były również realizowane przez Wydział Wsparcia Informatycznego i Analitycznego w Departamencie Metodyki Kontroli i Rozwoju Zawodowego NIK. Zapytanie zostało przygotowane w postaci elektronicznego kwestionariusza i skierowane w systemie badań internetowych PS QUAESTIO PRO. Badanie było prowadzone od 9 października do 12 listopada 2024 r. Kwestionariusz został wypełniony przez 49 komend państwowej straży pożarnej, tj. 59% PSP objętych badaniem oraz 21 komend Policji tj. 25% jednostek objętych badaniem.

Według wyników przeprowadzonych badań kwestionariuszowych większość pracowników (funkcjonariuszy) ankietowanych Komend Państwowej Straży Pożarnej (77,6%) nie było przeszkolonych w zakresie kontaktów i postępowania z osobami starszymi z ChND. Spośród ankietowanych 51% pracowników (funkcjonariuszy) Komend PSP niósło pomoc osobom starszym z ChND lub ich opiekunom (np. konieczność wejścia do domu, w którym znajdowała się osoba chora). W akcjach

poszukiwaniach zaginionych osób starszych z tymi chorobami brało udział 44,8% pracowników (funkcjonariuszy) Komend PSP. W przypadku Komend Policji odsetek nieprzeszkolonych pracowników (funkcjonariuszy) był znacznie większy i wynosił 90,5%. Wśród ankietowanych 52,4% pracowników (funkcjonariuszy) Komend PSP niosło pomoc osobom starszym z ChND lub ich opiekunom (np. konieczność wejścia do domu, w którym znajdowała się osoba chora). W akcjach poszukiwaniach zaginionych osób starszych z tymi chorobami brało udział 81% pracowników (funkcjonariuszy) Komend PSP.

Poniżej zamieszczono, ujęte w tabelach, wyniki przeprowadzonego w komendach państwowej straży pożarnej badania kwestionariuszowego.

**Liczba i odsetek Komend Państwowej Straży Pożarnej, które udzieliły odpowiedzi na zapytanie w podziale na województwa**

	Liczba wysłanych	Liczba odpowiedzi	Odsetek odpowiedzi
podkarpackie	21	9	42,9%
śląskie	31	18	58,1%
wielkopolskie	31	22	71,0%
Ogółem	83	49	59,0%

**1. Liczba pracowników (funkcjonariuszy) Komendy według stanu na 30 czerwca 2024 r.**

	Liczba komend	Odsetek
od 1 do 50	18	36,7%
od 51 do 100	19	38,8%
powyżej 100	12	24,5%
Ogółem	49	100,0%

Liczba pracowników (funkcjonariuszy) Komendy (suma): 3 994

**2. Czy pracownicy (funkcjonariusze) Komendy zatrudnieni na 30 czerwca 2024 r. są przeszkoleni w zakresie kontaktów i postępowania z osobami starszymi chorymi na ChND (np. choroba Alzheimera, choroba Parkinsona, choroby otępienne) i udzielania im pomocy?**

	Liczba odpowiedzi	Odsetek
Tak	11	22,4%
Nie	38	77,6%
Ogółem	49	100,0%

Liczba przeszkolonych pracowników (funkcjonariuszy) (suma): 430

**3. Liczba akcji/zdarzeń, w których pracownicy (funkcjonariusze) Komendy w latach 2022–2024 (I półrocze) nieśli pomoc osobom starszym z ChND (np. choroba Alzheimera, choroba Parkinsona, choroby otępienne) lub ich opiekunom (np. konieczność wejścia do domu, w którym znajduje się osoba chora)**

	Liczba komend	Odsetek
nie było takich akcji	24	49,0%
od 1 do 5	11	22,4%
od 6 do 10	4	8,2%
powyżej 10	10	20,4%
Ogółem	49	100,0%

Liczba akcji/zdarzeń (suma): 438

**4. Liczba akcji/zdarzeń poszukiwania zaginionych osób starszych z ChND (np. choroba Alzheimera, choroba Parkinsona, choroby otępienne), w której brali udział pracownicy (funkcjonariusze) Komendy w latach 2022–2024 (I półrocze).**

	Liczba komend	Odsetek
nie było takich akcji	27	55,1%
od 1 do 1	11	22,4%
od 2 do 2	3	6,1%
powyżej 2	8	16,3%
Ogółem	49	99,9%

Liczba akcji/zdarzeń (suma): 114

Poniżej zamieszczono, ujęte w tabelach, wyniki badania kwestionariuszowego przeprowadzonego w komendach Policji.

**Liczba i odsetek Komend Policji, które udzieliły odpowiedzi na zapytanie w podziale na województwa**

	Liczba wysłanych	Liczba odpowiedzi	Odsetek odpowiedzi
Podkarpackie	21	8	38,1%
Śląskie	32	7	21,9%
Wielkopolskie	31	6	19,4%
Ogółem	84	21	25,0%

**1. Liczba pracowników (funkcjonariuszy) Komendy według stanu na 30 czerwca 2024 r.**

	Liczba komend	Odsetek
od 1 do 50	0	0,0%
od 51 do 100	1	4,8%
powyżej 100	20	95,2%
Ogółem	21	100,0%

Liczba pracowników (funkcjonariuszy) Komendy (suma): 6 519

**2. Czy pracownicy (funkcjonariusze) Komendy zatrudnieni na 30 czerwca 2024 r. są przeszkoleni w zakresie kontaktów i postępowania z osobami starszymi chorymi na ChND (np. choroba Alzheimera, choroba Parkinsona, choroby otępienne) i udzielania im pomocy?**

	Liczba odpowiedzi	Odsetek
Tak	2	9,5%
Nie	19	90,5%
Ogółem	21	100,0%

Liczba przeszkolonych pracowników (funkcjonariuszy) (suma): 1 113

**3. Liczba akcji/zdarzeń, w których pracownicy (funkcjonariusze) Komendy w latach 2022-2024 (I półrocze) nieśli pomoc osobom starszym z ChND (np. choroba Alzheimera, choroba Parkinsona, choroby otępienne) lub ich opiekunom (np. konieczność wejścia do domu, w którym znajduje się osoba chora).**

	Liczba komend	Odsetek
nie było takich akcji	10	47,6%
od 1 do 5	3	14,3%
od 6 do 10	0	0,0%
powyżej 10	8	38,1%
Ogółem	21	100,0%

Liczba akcji/zdarzeń (suma): 1 790

**4. Liczba akcji/zdarzeń poszukiwania zaginionych osób starszych z ChND (np. choroba Alzheimera, choroba Parkinsona, choroby otępienne), w której brali udział pracownicy (funkcjonariusze) Komendy w latach 2022-2024 (I półrocze).**

	Liczba komend	Odsetek
nie było takich akcji	4	19,0%
od 1 do 1	3	14,3%
od 2 do 2	3	14,3%
powyżej 2	11	52,4%
Ogółem	21	100,0%

Liczba akcji/zdarzeń (suma): 511

## 6.6. WYKAZ PODMIOTÓW, KTÓRYM PRZEKAZANO INFORMACJĘ O WYNIKACH KONTROLI

---

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Rzecznik Praw Obywatelskich
6. Przewodniczący Komisji do Spraw Kontroli Państwowej Sejmu RP
7. Przewodniczący Komisji Polityki Senioralnej Sejmu RP
8. Przewodniczący Komisji Polityki Społecznej i Rodziny Sejmu RP
9. Przewodniczący Komisji Zdrowia Sejmu RP
10. Przewodniczący Komisji Rodziny, Polityki Senioralnej i Społecznej Senatu RP
11. Przewodniczący Komisji Zdrowia Senatu RP
12. Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
13. Minister Zdrowia
14. Marszałek Województwa Śląskiego
15. Marszałek Województwa Wielkopolskiego
16. Marszałek Województwa Podkarpackiego



NKM.0910.3.2025.13.KCZ  
Warszawa, 24 lutego 2026

Pan  
Mariusz Haładyj  
Prezes  
Najwyższej Izby Kontroli

*Szanowny Panie Prezesie,*

w związku z Informacją Najwyższej Izby Kontroli<sup>1</sup> o wynikach kontroli P/24/056 – „Funkcjonowanie opieki nad osobami starszymi z chorobami neurodegeneracyjnymi oraz wsparcie ich opiekunów”, która została przekazana przy piśmie z dnia 10 lutego 2026 r. o znaku: DKA.430.3.2026, zgodnie z uprawnieniem przewidzianym w art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli<sup>2</sup>, przedstawiam stanowisko do ww. dokumentu.

**1) Część 2. Ocena ogólna, str. 12-13.**

Odnosząc się do stwierdzenia ujętego na str. 12 Informacji o wynikach kontroli NIK jakoby prace nad projektem Krajowego Programu Działań wobec Chorób Otępiennych, miały zostać zintensyfikowane dopiero w toku kontroli NIK, tj. w 2024 r., należy wskazać, że wstępne działania koncepcyjne mające na celu opracowanie projektu ww. Programu były prowadzone w Ministerstwie Zdrowia już w 2022 r. Utworzono wówczas m.in. bazę dostępnych w Internecie dokumentów strategicznych dotyczących demencji, opracowanych w innych krajach. Ze względu na okoliczności dotyczące trudności kadrowych i organizacyjnych w 2023 r. (opisane w przekazywanych podczas kontroli wyjaśnieniach), intensyfikacja prac nad projektem ww. Programu nastąpiła w 2024 r. Nie uległy one jednak przyspieszeniu w związku z prowadzoną kontrolą – przeciwnie – działania kontrolne w istotnym stopniu wpłynęły na wydłużenie oraz spowolnienie procesu opracowywania dokumentu. Długotrwały charakter kontroli, a także konieczność udzielania licznych wyjaśnień oraz przekazywania obszernej dokumentacji, wymagały zaangażowania osób kluczowych dla przygotowania odnośnej polityki publicznej.

**2) Część 2. Ocena ogólna, str. 13.**

W odniesieniu do stwierdzenia NIK, iż Minister Zdrowia „zrezygnował (jeszcze przed rozpoczęciem) z wdrożenia opracowanego w 2022 r. programu pilotażowego wczesnego wykrywania zaburzeń otępiennych u świadczeniobiorców po 60. roku życia z podejrzeniem deficytu funkcji poznawczych, uzasadniając to koniecznością przeformułowania jego pierwotnych założeń”, uprzejmie informuję, że w toku kontroli przedstawiano uzasadnienie dla decyzji dotyczącej przeformułowania założeń ww. programu pilotażowego.

---

<sup>1</sup> Zwanej dalej „NIK”.

<sup>2</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 623.

Z dniem 5 maja 2025 r. zostało wprowadzone do świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej świadczenie – „*Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej*”, które obejmuje m.in. ocenę stanu zdrowia, z uwzględnieniem zdrowia psychicznego oraz oceny funkcji poznawczych u osób po 60. roku życia.

Ponadto, w ramach *Krajowego Programu Działań wobec Chorób Otępiennych, polityki publicznej do roku 2030*<sup>3</sup>, zaplanowano działania obejmujące: ustalenie narzędzi wstępnej diagnostyki chorób otępiennych, w tym w szczególności w podstawowej opiece zdrowotnej, a także ustalenie oraz rewizję zaleceń postępowania diagnostycznego i terapeutycznego na różnych poziomach opieki – rekomendowanych ścieżek pacjenta.

### **3) Część 2. Ocena ogólna, str. 13.**

W związku ze stwierdzeniem NIK, iż Minister Zdrowia: „*nie opracował standardów opieki dla osób z zespołami otępiennymi (w tym opieki domowej)*”<sup>4</sup> wskazania wymaga fakt, że standardy medyczne są opracowywane na ogół przez towarzystwa naukowe, zespoły ekspertów w poszczególnych dziedzinach medycyny – najczęściej w formie zbioru zaleceń, wytycznych lub rekomendacji, które nie mają charakteru prawnie wiążącego. Są to najczęściej schematy postępowania oparte na aktualnej wiedzy medycznej i tworzone zgodnie z zasadami *Evidence-Based Medicine* (EBM).

Dodatkowo uprzejmie informuję, że w ramach realizacji *Programu* planuje się opracowanie zaleceń dotyczących postępowania z osobami z chorobami otępiennymi. Dokument ten zostanie przygotowanych przez ekspertów i jego dokładny zakres nie jest jeszcze znany.

### **4) Część 2. Ocena ogólna, str. 13.**

W odniesieniu do stwierdzenia NIK, iż Minister Zdrowia nie włączył opiekunów medycznych do personelu udzielającego świadczeń gwarantowanych w ramach opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielanych w warunkach domowych, uprzejmie informuję, iż aktualnie jest procedowany projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, które ma zastąpić obecnie obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej<sup>4</sup>.

Projekt rozporządzenia stanowi efekt prac Zespołu do spraw przygotowania projektu długookresowej strategii rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej, działającego w oparciu o zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 lipca 2022 r.<sup>5</sup>, a następnie poddania go analizie Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej.

Zespół opracował szereg propozycji zmian w warunkach realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, w tym na nowo określił warunki funkcjonowania hospicjów domowych oraz wykaz personelu wymaganego do realizacji tych świadczeń z uwzględnieniem opiekunów medycznych.

W zakresie jednostek chorobowych dokonano ich przeglądu i zaproponowano wykaz jednostek chorobowych i stopniów ich zaawansowania, który ma obowiązywać do świadczeń realizowanych w warunkach stacjonarnych i domowych, oraz wprowadzono szeroki dostęp do opieki paliatywnej i hospicyjnej realizowanej w warunkach ambulatoryjnych, w celu zapewnienia możliwości uzyskania opieki paliatywnej i hospicyjnej bez względu na rozpoznanie.

Zgodnie z szacunkiem Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, wdrożenie rozwiązań zawartych w projekcie wymaga zwiększenia nakładów na przedmiotowe

---

<sup>3</sup> Zwanego dalej „*Programem*”.

<sup>4</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 262.

<sup>5</sup> Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 lipca 2022 r. w sprawie Zarządzenie Ministra Zdrowia w sprawie powołania Zespołu do spraw przygotowania projektu długookresowej strategii rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 81, z późn. zm).

świadczenia o około 573,53 mln zł w skali roku, a zatem jest konieczne zaplanowanie i zabezpieczenie środków finansowych na ten cel przez Narodowy Fundusz Zdrowia w planie finansowym na 2027 r.

W związku z powyższym, wejście w życie przedmiotowego rozporządzenia będzie możliwe najwcześniej z dniem 1 stycznia 2027 r.

#### **5) Część 2. Ocena ogólna, str. 13.**

W nawiązaniu do informacji o tym, iż Minister Zdrowia nie opracował standardu Dziennych Centrów Wsparcia Pamięci – w ślad za wyjaśnieniami przekazywanymi toku kontroli – uprzejmie wskazuję, że Ministerstwo Zdrowia, planując podjęcie działań mających na celu utworzenie form opieki dziennej, tj. Dziennych Centrów Wsparcia Pamięci, konsultowało na roboczo z Ministerstwem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej założenia ww. projektu, w tym przede wszystkim pod kątem zasadności tworzenia nowych form opieki w kontekście już istniejących rozwiązań obejmujących wsparcie dzienne w ramach systemu pomocy społecznej. W konsekwencji ww. konsultacji podjęto decyzję dotyczącą zmiany pierwotnych założeń konkursu, a założenia konkursu uzyskały akceptację Kierownictwa Ministerstwa Zdrowia.

Aktualnie planowany jest pilotaż „Standardu świadczenia dziennego dla osób z otępieniem”, którego celem jest przetestowanie standardu świadczenia dziennego dla osób dorosłych z rozpoznaniem otępienia o nasileniu lekkim i umiarkowanym oraz ich opiekunów nieformalnych, ukierunkowanego na:

- wsparcie adaptacji diagnozy,
- edukację, terapię i wsparcie psychologiczne pacjenta sprzyjające ograniczeniu postępu choroby i utrzymaniu możliwie najwyższego poziomu samodzielności,
- wzmocnienie kompetencji opiekunów nieformalnych.

#### **6) Część 2. Ocena ogólna, str. 13.**

W odniesieniu do stwierdzenia NIK, iż Minister Zdrowia „nie opracował kompleksowej informacji na temat systemu wsparcia zdrowotnego dla osób starszych i ich opiekunów oraz systemu jej aktualizacji”, uprzejmie informuję, że w Programie przewidziano podjęcie czynności ww. zakresie, tj. Działanie 1.5.1 „Opracowanie, udostępnienie, upowszechnienie oraz systematyczna aktualizacja informatora na temat form wsparcia dla osób z chorobami otępiennymi i ich opiekunów, dostępnych w szczególności w ramach systemów opieki zdrowotnej i pomocy społecznej (z uwzględnieniem różnych rodzajów chorób otępiennych)”.

#### **7) Część 2. Ocena ogólna, str. 13.**

W odniesieniu do kwestii braku powołania Krajowej Rady do Spraw Opieki Geriatrycznej, uprzejmie informuję, iż zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 sierpnia 2023 r. o szczególnej opiece geriatrycznej<sup>6</sup> podjęto działania w celu powołania Krajowej Rady do Spraw Opieki Geriatrycznej. Wskazania wymaga fakt, że ogłoszenie o naborze członków do przedmiotowego gremium zostało opublikowane na stronie Ministerstwa Zdrowia w dniu 8 lutego 2024 r., a ww. nabór trwał do dnia 22 lutego 2024 r. Mając jednak na uwadze wątpliwości zgłaszane m.in. przez wojewodów oraz przedstawicieli powiatów, dotyczące możliwości wdrożenia przepisów ww. ustawy, wstrzymano prace związane z powoływaniem ww. gremium oraz podjęto decyzję o rozpoczęciu działań zmierzających do weryfikacji przepisów przedmiotowej ustawy w celu jej nowelizacji, w tym m.in. o przeprowadzeniu dodatkowej analizy wprowadzonych rozwiązań i przyjętego harmonogramu działań w konsultacji z głównymi interesariuszami całego procesu.

Kierownictwo Ministerstwa Zdrowia podjęło decyzję o zaangażowaniu ekspertów zewnętrznych w analizę przepisów ustawy z dnia 17 sierpnia 2023 r. o szczególnej opiece

---

<sup>6</sup>Dz. U. z 2024 r. poz. 1666 i 1897.

geriatrycznej. Zadanie to powierzono Zespołowi do spraw organizacji profilaktyki i opieki zdrowotnej dla osób starszych, który wypracował propozycje rozwoju opieki geriatrycznej wykorzystywane podczas prowadzonych obecnie prac nad nowelizacją przedmiotowej ustawy. W ustalenia zakresu ww. nowelizacji są zaangażowani także przedstawiciele Kancelarii Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej.

Jednym z zagadnień poddawanych analizie, w związku z planowaną nowelizacją ustawy z dnia 17 sierpnia 2023 r. o szczególnej opiece geriatrycznej ekspertów zewnętrznych, są zasady funkcjonowania i zakres zadań Krajowej Rady ds. Opieki Geriatrycznej.

## **8) Część 2. Ocena ogólna, str. 13.**

W odniesieniu do poniższego fragmentu Informacji o wynikach kontroli NIK:

*„Minister Zdrowia nie zapewnił również realizacji działań edukacyjnych oraz informacyjnych podnoszących świadomość przedstawicieli zawodów medycznych, jak również służb publicznych oraz zawodów niemedycznych w zakresie zaspokojenia potrzeb i zapewnienia bezpieczeństwa osobom starszym i osobom z ChND.”*, zauważenia wymaga, że weszło w życie rozporządzenie Ministra Edukacji i Nauki z dnia 29 września 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza denty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego<sup>7</sup>, w którym wskazano, że zmienione standardy na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym będą obowiązywać od roku akademickiego 2024/2025.

W standardzie kształcenia dla lekarza wskazano, że w zakresie wiedzy absolwent zna i rozumie:

- procesy: cykl komórkowy, proliferacja, różnicowanie i starzenie się komórek, apoptoza i nekroza oraz ich znaczenie dla funkcjonowania organizmu,
- procesy zachodzące podczas starzenia się organizmu i zmiany w funkcjonowaniu narządów związane ze starzeniem,
- wpływ stresu oksydacyjnego na komórki i jego znaczenie w patogenezie chorób oraz w procesach zachodzących podczas starzenia się organizmu,
- postawy społeczne wobec choroby, niepełnosprawności i starości oraz specyficzne oddziaływanie stereotypów, uprzedzeń i dyskryminacji,
- psychospołeczne konsekwencje choroby dla rodziny pacjenta (rodzina z chorym dzieckiem, w tym nastoletnim, dorosłym i osobą starszą),
- przebieg i objawy procesu starzenia się organizmu oraz zasady całościowej oceny geriatrycznej i opieki interdyscyplinarnej w odniesieniu do osób starszych,
- odrębności w objawach klinicznych, diagnostyce i terapii najczęstszych chorób występujących u osób starszych,
- zagrożenia związane z hospitalizacją osób starszych,
- podstawowe zasady organizacji opieki nad osobą starszą i obciążenia opiekuna osoby starszej,
- specyfikę zaburzeń psychicznych i ich leczenia u dzieci, w tym nastoletnich, oraz osób starszych,
- uwarunkowania środowiskowe i epidemiologiczne, przyczyny, objawy, zasady diagnozowania i postępowania terapeutycznego w przypadku najczęstszych chorób neurologicznych oraz ich powikłań, w tym: otępień, w szczególności choroby Alzheimera, otępienia czołowego, otępienia naczyniopochodnego i innych zespołów otępiennych; chorób jąder podstawy, w szczególności choroby Parkinsona,

---

<sup>7</sup>Dz. U. poz. 2152.

- uwarunkowania środowiskowe i epidemiologiczne, przyczyny, objawy, zasady diagnozowania i postępowania terapeutycznego w przypadku najczęstszych chorób psychiatrycznych oraz ich powikłań, w tym: otępień.

W zakresie umiejętności absolwent potrafi:

- zebrać wywiad z dorosłym, w tym osobą starszą, wykorzystując umiejętności dotyczące treści, procesu i percepcji komunikowania się, z uwzględnieniem perspektywy biomedycznej i perspektywy pacjenta,
- przeprowadzić pełne i ukierunkowane badanie fizykalne dorosłego dostosowane do określonej sytuacji klinicznej, w tym badanie: geriatryczne.

W związku z powyższym, treści z zakresu opieki nad osobami starszymi z chorobami neurodegeneracyjnymi, są realizowane w ramach kształcenia lekarza już podczas studiów, a następnie w ramach kształcenia podyplomowego lekarzy.

Ponadto, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Nauki z dnia 10 października 2024 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza denty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego<sup>8</sup>, studenci podczas kształcenia na studiach I stopnia na kierunku pielęgniarstwo nabywają wiedzę i umiejętności z zakresu chorób wieku podeszłego, w tym chorób otępiennych – rozpoznawania ich objawów, przebiegu, leczenia oraz rokowania.

Dodatkowo, pielęgniarki i położne w trakcie kształcenia przeddyplomowego nabywają wiedzę i umiejętności w zakresie nawiązywania kontaktu z pacjentem, jego rodziną lub opiekunem, budowania relacji i przekazywania informacji pacjentowi lub osobie upoważnionej oraz metod usprawniających komunikację z pacjentem, jego rodziną lub opiekunem.

Co więcej, uprzejmie informuję, iż Minister Zdrowia wspiera rozwój zawodowy pielęgniarek i położnych poprzez coroczne dofinansowywanie szkoleń specjalizacyjnych dla tych grup zawodowych, w tym również tych, które obejmują problematykę opieki nad osobami starszymi oraz wsparcia ich opiekunów.

Dodatkowo uprzejmie informuję, iż w uchwalonym przez Radę Ministrów w dniu 11 grudnia 2025 r. *Programie* zostały ujęte działania, obejmujące:

- przygotowanie praktycznych materiałów informacyjnych dla przedstawicieli zawodów niemedycznych, w tym służb mundurowych (policji, straży miejskiej), pracowników sektora bankowego, na temat objawów chorób otępiennych i zasad komunikacji z osobami chorymi,
- przygotowanie i przeprowadzenie szkoleń *online* dla przedstawicieli zawodów niemedycznych, w tym przedstawicieli służb mundurowych, na temat zaburzeń otępiennych.

Ponadto, w toku prac nad *Programem*, Ministerstwo Zdrowia przeprowadzało wyrywkową kwerendę aktywności poszczególnych podmiotów w obszarze wsparcia osób z otępieniami.

Warto w tym miejscu wspomnieć o działaniach Komendy Głównej Policji, w tym m.in. konferencji, organizowanej w 2023 r. we współpracy z Rzecznikiem Praw Obywatelskich, Związkiem Stowarzyszeń Alzheimer Polska oraz Fundacją Itaka, poświęconej zaginięciom wśród osób z chorobami otępiennymi, podczas której zostały poruszone kwestie zapewnienia bezpieczeństwa osobom chorym:

(<https://www.policja.pl/pol/aktualnosci/235637,Zaginiecia-wsrod-osob-z-zespolementepiennym-jak-zapewnic-bezpieczenstwo-podopiecz.html>), czy też kampanii społecznej #JestemTuCZEKAM, dotyczącej zaginięć seniorów:

---

<sup>8</sup>Dz. U. poz. 1514.

(<https://policja.pl/pol/aktualnosci/250647,JestemTuCZEKAM-kampania-spoeczna-dotyczaca-zaginiec-seniorow.html>).

Ponadto, opracowano materiały dydaktyczne, dotyczące przedmiotowej tematyki:  
<https://spslupsk.policja.gov.pl/download/304/201324/komunikacjazosobamistarszymi.pdf>

Można także wskazać działania realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego, w prowadzenie których są zaangażowane takie służby, jak straż miejska. Przykładem może być kampania „*Pomóż mi znaleźć drogę do domu!*”:

(<https://uml.lodz.pl/aktualnosci/artukul/swiatowy-dzien-choroby-alzheimer-a-inauguracja-kampanii-pomoz-mi-znalezc-droge-do-domu-id43775/2021/09/21/>).

## 9) Część 2. Ocena ogólna, str. 14.

Odnosząc się do informacji przytoczonej przez NIK, iż lekarze podstawowej opieki zdrowotnej nie przeprowadzali u pacjentów wstępnej oceny geriatrycznej, należy zauważyć, że narzędzie to nie jest ukierunkowane na ocenę występowania zaburzeń funkcji poznawczych.

Jednocześnie, w związku ze stwierdzeniem NIK, że: „*Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, z nielicznymi wyjątkami, nie dokonywali oceny stanu funkcji poznawczych pacjentów w wieku senioralnym*”, w przedmiotowym dokumencie nie wskazano jednak, czy w ocenianych przypadkach były przesłanki do przeprowadzania tychże ocen.

## 10) Część 3. Synteza, str. 17-18.

W odniesieniu do ocen NIK dotyczących niepełnej realizacji przez Ministra Zdrowia zadań określonych w dokumentach strategicznych, w tym w dokumencie strategicznym „*Polityka społeczna wobec osób starszych 20230. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność*”, uprzejmie informuję, iż Ministerstwo Zdrowia zostało wskazane jako podmiot odpowiedzialny za koordynację realizacji działań szczegółowych ujętych w obszarze IV: „*Promocja zdrowia, profilaktyka chorób, dostęp do diagnostyki, leczenia i rehabilitacji*”, z terminem realizacji na lata 2018-2030. W ramach tego obszaru są realizowane działania dotyczące:

- upowszechniania wiedzy na temat zdrowia, które dotyczą zmian wynikających z procesu starzenia się, na wszystkich szczeblach edukacji,
- edukacji o tym, jak utrzymać zdrowie, w zależności od wieku i stopnia sprawności,
- programów promocji zdrowia na temat czynników ryzyka zdrowotnego oraz zachęających do podejmowania zachowań sprzyjających zdrowiu,
- promowania szczepień ochronnych i innych świadczeń profilaktycznych,
- propagowania wiedzy w obszarze możliwości korzystania z narzędzi elektronicznych, m.in. aplikacji, do wsparcia profilaktyki chorób i poprawy jakości życia.

W ramach realizacji ww. działań są podejmowane inicjatywy służące promocji zdrowia oraz zwiększaniu świadomości społecznej na temat postaw prozdrowotnych – w szczególności wśród osób dorosłych. Działania te koncentrują się na przeciwdziałaniu chorobom, ze szczególnym uwzględnieniem profilaktyki nowotworowej oraz na zachęcaniu do udziału w badaniach profilaktycznych, umożliwiających wczesne wykrywanie schorzeń.

Inicjatywy te są realizowane w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020-2030 i Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2020-2032 oraz we współpracy z jednostkami organizacyjnymi podległymi lub nadzorowanymi przez Ministra Zdrowia.

Dodatkowo uprzejmie informuję, że Ministerstwo Zdrowia systematycznie realizuje działania edukacyjno-promocyjne, które dotyczą upowszechniania wiedzy o zdrowiu wśród różnych grup docelowych, w tym osób starszych.

#### **11) Część 4. Wnioski, wniosek nr 1 do Ministra Zdrowia oraz Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, str. 28.**

W odniesieniu do wniosku o wypracowanie, we współpracy międzyresortowej oraz wdrożenie systemowych rozwiązań zapewniających skoordynowaną opiekę zdrowotną i społeczną dla osób starszych z chorobami neurodegeneracyjnymi oraz skuteczne wsparcie ich opiekunów w różnych zakresach, uprzejmie wskazuję, że jego treść budzi wątpliwość przede wszystkim w kontekście definicji rozwiązań systemowych, zawartej na str. 5-6 Informacji o wynikach przedmiotowej kontroli. Zgodnie ze wspomnianą powyżej definicją rozwiązania systemowe powinny zapewniać ciągłość opieki nad osobami z chorobami neurodegeneracyjnymi, od diagnozy po opiekę paliatywną. Należy zwrócić uwagę, że nie w każdym przypadku będzie konieczne udzielanie pacjentowi z chorobą otępienną świadczeń z zakresu opieki paliatywnej. Dodatkowo, nie jest zrozumiałe, w jaki sposób wsparcie dla opiekunów rodzinnych miałyby być realizowane poprzez dostęp do hospicjów. Wskazano również na konieczność rozwoju wyspecjalizowanych poradni czy centrów diagnostycznych, przy czym o ile kwestia dostępu do lekarzy specjalistów w tym aspekcie jest jak najbardziej zrozumiała, to w kontekście formułowania wniosku dotyczącego rozwoju ww. placówek uprzejmie zauważam, że wydaje się on być przedwczesny, bowiem zasadne byłoby uprzednie dokonanie analizy efektywności proponowanego rozwiązania z uwzględnieniem doprecyzowania zadań tego typu podmiotów.

#### **12) Część 5. Ważniejsze wyniki kontroli, 5.1. Ministerstwo Zdrowia, str. 30.**

W odniesieniu do stwierdzenia NIK, iż: „*Minister Zdrowia nie opracował rozwiązań systemowych pomimo posiadanych kompetencji wynikających z art. 4 ust. 2 pkt 5 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym i art. 11 ust. 1 pkt 1a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*”, uprzejmie informuję, że kompetencje wynikające z przywołanych przepisów, tj.:

- gromadzenie i analizowanie informacji dotyczących sytuacji zdrowotnej społeczeństwa i rozpowszechnienia czynników ryzyka oraz udostępnianie tych informacji w sposób uniemożliwiający identyfikację osób, których dotyczą,
- prowadzenie działań oraz współuczestniczenie w działaniach związanych z promocją zdrowia i profilaktyką chorób, w tym w ramach programów polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 48, oraz programów wieloletnich ustanowionych na podstawie art. 136 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych<sup>9</sup>,

nie dają podstaw do przygotowania rozwiązań systemowych w zakresie zdefiniowanym na str. 5-6 Informacji o wynikach kontroli NIK.

#### **13) Część 5. Ważniejsze wyniki kontroli, 5.1. Ministerstwo Zdrowia, str. 32.**

Stwierdzenia zawarte na str. 32 Informacji o wynikach kontroli NIK sugerują, że Program został opracowany z opóźnieniem. Nie jest to stwierdzenie prawdziwe. Zgodnie z zapisami dokumentu „*Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. BEZPIECZEŃSTWO – UCZESTNICTWO – SOLIDARNOŚĆ*” i „*Globalnego planu działania dotyczącego reakcji zdrowia publicznego na demencję na lata 2017–2025*”, Program miał zostać opracowany do 2025 r. Mając na uwadze datę jego przyjęcia, tj. dzień 11 grudnia 2025 r., warunek ten został spełniony.

Dodatkowo, zgodnie z informacjami oraz dokumentacją przekazywaną w toku kontroli, uprzejmie informuję, iż we wcześniejszych latach były prowadzone działania przygotowawcze (obejmujące m.in. stworzenie bazy planów wobec demencji z innych państw) i koncepcyjne, które ostatecznie również przyczyniły się do opracowania projektu Programu. Działania te były prowadzone z różną intensywnością w poszczególnych latach, na co wpływ miały okoliczności opisywane w wyjaśnieniach przekazywanych NIK. Należy

---

<sup>9</sup>Dz. U. z 2025 r. poz. 1483, z późn. zm.

zwrócić uwagę, że przedmiotowe działanie nie zostało zaprojektowane w cz. V „*Polityki społecznej wobec osób starszych 2030. BEZPIECZEŃSTWO – UCZESTNICTWO – SOLIDARNOŚĆ*” jako „*działanie ciągłe*”, zatem nie oczekiwano, że będzie realizowane w każdym z lat ze wskazanego okresu, ale że jego realizacja zamknie się w danym okresie, tj. w latach 2018-2025, co też nastąpiło.

Oprócz działań zmierzających do przyjęcia pierwszego w Polsce dokumentu strategicznego, obejmującego działania publiczne wobec chorób otępiennych, w ostatnich latach Ministerstwo Zdrowia podejmowało inne inicjatywy mające na celu wsparcie osób z chorobami otępiennymi oraz analizowało zakres wsparcia, który mógłby zostać skierowany do tejże grupy z wykorzystaniem środków dostępnych po stronie opieki zdrowotnej.

Dodatkowo warto podkreślić, że kwestie związane ze zdrowiem osób starszych, w tym m.in. dotyczące problematyki chorób otępiennych, zostały ujęte w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2021-2025 (NPZ) w Celu Operacyjnym 5. Z tego źródła w latach 2022-2023 Ministerstwo Zdrowia sfinansowało realizację kampanii informacyjno-edukacyjnej na temat zaburzeń otępiennych. Hasło przewodnie ww. kampanii brzmiało „*Zostań dłużej na scenie życia*”. Kampania miała na celu zwiększenie świadomości społeczeństwa na temat zaburzeń otępiennych, w tym ich objawów, wagi wczesnego rozpoznania choroby, a także kształtowanie właściwych postaw wobec chorych i ich bliskich.

Ponadto, z inicjatywy Ministerstwa Zdrowia rozpoczęto współpracę ze Światową Organizacją Zdrowia (WHO), dotyczącą adaptacji programu edukacyjnego dla opiekunów osób z chorobami otępiennymi – *iSupport for dementia*.

Należy wskazać, że trzykrotnie ogłaszano konkurs na realizację ww. zadania – raz w 2021 r. i dwukrotnie w 2022 r. Powodem unieważnienia przedmiotowych postępowań był brak ofert lub brak ofert spełniających warunki progowe.

Aktualnie Ministerstwo Zdrowia oczekuje na uruchomienie przez Ministerstwo Finansów środków na realizację Narodowego Programu Zdrowia w 2026 r., a po ich uruchomieniu zostanie ponownie ogłoszone postępowanie konkursowe w tym zakresie.

Należy również wspomnieć, że Ministerstwo Zdrowia opracowało także założenia projektu *Helpline dla demencji*, który jest finansowany ze środków Programu Operacyjnego Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027. Za jego realizację odpowiada Rzecznik Praw Pacjenta. Infolinia została uruchomiona w październiku 2025 r.

Jednocześnie, z dniem 5 maja 2025 r. zostało wprowadzone do świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej wspomniane wyżej świadczenie – „*Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej*”.

Bilans zdrowia dorosłych to okresowo wykonywana, kompleksowa ocena stanu zdrowia, którą rozpoczyna pogłębiony wywiad, realizowany zgodnie z wystandaryzowanym kwestionariuszem. „*Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej*” jest narzędziem kompleksowej profilaktyki uwzględniającym m.in. ocenę stanu zdrowia, z uwzględnieniem zdrowia psychicznego oraz oceny funkcji poznawczych u osób po 60. roku życia.

Należy podkreślić, że przygotowawcze prace koncepcyjne dotyczące wyżej wskazanych działań w większości przypadków rozpoczęły się jeszcze przed kontrolą NIK.

#### **14) Część 5. Ważniejsze wyniki kontroli, 5.1. Ministerstwo Zdrowia, str. 34.**

W odniesieniu do informacji wskazanych na str. 34 przedmiotowego dokumentu NIK, dotyczących nieotrzymywania przez osoby starsze właściwej opieki, należy zaznaczyć, że nie odnoszą się one wyłącznie do działań należących do zakresu kompetencji Ministra Zdrowia. Informacje te dotyczą np. sieci mieszkań treningowych pozostających we właściwości Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, a zostały ujęte w części dokumentu NIK, która obejmuje ocenę działalności Ministra Zdrowia.

Jednocześnie należy wskazać, że opinie konsultantów krajowych przywołane na str. 34 Informacji o wynikach kontroli mają charakter jednostronny, gdyż kontrolujący nie zweryfikowali, czy konsultanci zgłaszali Ministerstwu Zdrowia propozycje adekwatnych działań, a przedstawiane opinie są *de facto* ogólnie znanymi wnioskami, opiniami ekspertów funkcjonującymi w przestrzeni publicznej, dotyczącymi konieczności koordynacji opieki między sektorami ochrony zdrowia i opieki społecznej, a także zwiększania dostępu do informacji dla osób chorych i ich bliskich.

#### **15) Część 5. Ważniejsze wyniki kontroli, 5.1. Ministerstwo Zdrowia, str. 39-40.**

W odniesieniu do wskazania na str. 39 Informacji o wynikach kontroli NIK, iż w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 opracowano założenia projektu obejmującego uruchomienie telefonicznej infolinii dla osób chorych i ich opiekunów, należy podkreślić, że projekt pn. „*Helpline – uruchomienie i utrzymanie bezpłatnej infolinii dla osób chorych na chorobę Alzheimera lub inne zaburzenia otępienne oraz ich rodzin i opiekunów*” jest realizowany przez Rzecznika Praw Pacjenta z Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027.

#### **16) Część 5. Ważniejsze wyniki kontroli, 5.1. Ministerstwo Zdrowia, str. 41.**

W związku z przywołanymi opiniami konsultantów krajowych, którzy „*wskazywali, że aktualnie świadczenia opieki długoterminowej (w warunkach stacjonarnych i domowych) oraz świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej nie zapewniają dla osób starszych z ChND pełnej opieki w warunkach domowych z powodu ograniczenia dostępności i kolejki oczekujących*”, w odniesieniu do opieki paliatywnej, należy jednak zauważyć, że zgodnie ze stanowiskiem konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej, umieszczenie choroby Alzheimera w ostatnim stadium choroby, tzw. stanie wegetatywnym, w wykazie nieuleczalnych, postępujących, ograniczających życie chorób nowotworowych i nienowotworowych, w których są udzielane świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej – jest niezasadne.

Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej wskazuje, że opieką paliatywną powinni być obejmowani chorzy cierpiący na nieuleczalne, postępujące i ograniczające życie schorzenia i wymagający leczenia przede wszystkim nasilonych dolegliwości fizycznych wynikających z progresji choroby i/lub skutków jej leczenia. Co do zasady, okres przebywania tych chorych pod opieką mierzy się w tygodniach lub miesiącach, z uwagi na postępowanie choroby. Natomiast pacjenci cierpiący, np. na chorobę Alzheimera, ze względu na oczekiwany dłuższy czas przeżycia, nawet w stanie wegetatywnym, są uprawnieni do stałej opieki i pielęgnacji, w ramach opieki długoterminowej finansowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, w ośrodkach stacjonarnych lub w warunkach domowych. Opiekę paliatywną na poziomie podstawowym powinni sprawować również lekarze i pielęgniarki innych specjalności.

#### **17) Część 5. Ważniejsze wyniki kontroli, 5.2. Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, str. 45.**

Na str. 45 Informacji o wynikach kontroli wskazano, że Ministerstwo Zdrowia do kwietnia 2024 r. nie nawiązywało współpracy z Ministerstwem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w zakresie działań na rzecz osób z chorobami otępiennymi i ich bliskich. Stwierdzenie to jest sprzeczne z informacjami przekazywanymi NIK w toku kontroli. Należy wspomnieć chociażby o piśmie, w którym w 2020 r. Ministerstwo Zdrowia zwróciło się do resortów, w tym Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej i innych instytucji, z prośbą o przedstawienie informacji na temat działań prowadzonych, koordynowanych lub nadzorowanych na rzecz osób z demencją i ich bliskich.

Odnosząc się do współpracy Ministerstwa Zdrowia z jednostkami samorządu terytorialnego i wojewodami, należy wskazać, że Ministerstwo Zdrowia interesowało się działaniami prowadzonymi regionalnie i lokalnie. W 2020 r. zostało skierowane do wojewodów pismo z prośbą o informacje na temat prowadzonych działań na rzecz osób z

demencją i ich bliskich. Jednocześnie, projekt Programu został skierowany do konsultacji do Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego oraz Urzędów Marszałkowskich. Ministerstwo Zdrowia nie ma jednak podstaw do przekazywania środków finansowych bezpośrednio do jednostek samorządu terytorialnego na realizację lokalnych działań w zakresie zapewnienia opieki osobom z chorobami otępiennymi i wsparcia ich opiekunów.

Z wyrazami szacunku  
z upoważnienia Ministra Zdrowia  
Rafał Głowczyński  
Dyrektor  
/dokument podpisany elektronicznie/



## PREZES NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI

DKA.430.3.2026

Warszawa, 2026-04-08

### Opinia

#### **Prezesa Najwyższej Izby Kontroli do stanowiska Ministra Zdrowia z 24 lutego 2026 r.<sup>1</sup> dotyczącego Informacji o wynikach kontroli P/24/056 „Funkcjonowanie opieki nad osobami starszymi z chorobami neurodegeneracyjnymi oraz wsparcie ich opiekunów”.**

W nawiązaniu do art. 64 ust. 2 ustawy o Najwyższej Izbie Kontroli uprzejmie przedstawiam opinię do stanowiska Ministra Zdrowia, odnoszącego się do Informacji o wynikach kontroli P/24/056 pn. „Funkcjonowanie opieki nad osobami starszymi z chorobami neurodegeneracyjnymi oraz wsparcie ich opiekunów”.

Według stanowiska Ministra Zdrowia treść wniosku pokontrolnego ujętego w Informacji o wynikach kontroli, dotyczącego wypracowania, we współpracy międzyresortowej oraz wdrożenia systemowych rozwiązań zapewniających skoordynowaną opiekę zdrowotną i społeczną dla osób starszych z chorobami neurodegeneracyjnymi oraz skuteczne wsparcie ich opiekunów w różnych zakresach, budzi wątpliwości w kontekście definicji rozwiązań systemowych zawartej w tej Informacji. Odnosząc się do powyższego, zauważamy że, jak wskazano w definicji, rozwiązania systemowe to całościowy, spójny i zorganizowany model (w tym przypadku) opieki nad osobami starszymi z chorobami neurodegeneracyjnymi i ich opiekunami, który ma zapewnić chorym możliwie najlepszą jakość życia oraz ujednoczyć standardy pomocy w całym kraju, a także odciążyć rodziny opiekujące się takimi osobami. Rozwiązania takie powinny być zintegrowane (opieka zdrowotna i pomoc społeczna), zapewniać ciągłość opieki od diagnozy po opiekę paliatywną (co nie oznacza, że dla każdego chorego należy stosować wszystkie formy tej opieki), działać w oparciu o standardy i procedury, a nie inicjatywy doraźne oraz być powszechnie dostępne (niezależnie od miejsca zamieszkania czy statusu finansowego). W tym kontekście także hospicja, w aspekcie opiekuńczo-społecznym, są wsparciem dla opiekunów osób chorych. Rozwiązania systemowe to bowiem uniwersalny model, który umożliwi stosowanie różnego, indywidualnego podejścia do chorego oraz jego opiekuna, w zależności od stanu pacjenta i wynikających z tego potrzeb. W stanowisku podano również, że formułowanie wniosku dotyczącego rozwoju wyspecjalizowanych poradni czy centrów diagnostycznych jest przedwczesne. Wyniki kontroli wskazują, iż stworzenie rozwiązań ukierunkowanych na osoby starsze z chorobami otępiennymi oraz ich opiekunów, w tym w zakresie diagnostyki oraz wyspecjalizowanej opieki, jest konieczne, co znalazło potwierdzenie w przyjętym w grudniu 2025 r. „Krajowym Programie Działań wobec Chorób Otępiennych, polityce publicznej do roku 2030”. Tym samym rozwój tych form opieki jest

---

<sup>1</sup> Pismo znak NKM.0910.3.2025.13.KCZ.

jak najbardziej pożądanym, szczególnie w kontekście rozwiązań systemowych, rozumianych jako uniwersalny model. Wskazywana w stanowisku zasadność dokonania wcześniejszej analizy efektywności tego rozwiązania z uwzględnieniem doprecyzowania zadań dla tego typu podmiotów nie może stanowić przeszkody we wprowadzaniu niezbędnych rozwiązań w zakresie funkcjonowania opieki nad osobami starszymi z chorobami neurodegeneracyjnymi oraz wsparcia ich opiekunów i zapewnienia tym osobom możliwie najlepszej jakości życia.

Podnoszone w stanowisku Ministra Zdrowia stwierdzenie, że kompetencje wynikające z art. 4 ust. 2 pkt 5 ustawy o zdrowiu publicznym i art. 11 ust. 1 pkt 1a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie dają podstawy do przygotowania rozwiązań systemowych w zakresie zdefiniowanym w Informacji o wynikach kontroli, jest nietrafne. Do kwestii definicji rozwiązań systemowych przyjętej w Informacji o wynikach kontroli odniesiono się powyżej. Natomiast jak wynika z przytoczonych przepisów, do zadań Ministra Zdrowia należy m.in. gromadzenie i analizowanie informacji dotyczących sytuacji zdrowotnej społeczeństwa i rozpowszechnienia czynników ryzyka oraz udostępnianie tych informacji w sposób uniemożliwiający identyfikację osób, których dotyczą, a także prowadzenie działań oraz współuczestniczenie w działaniach związanych z promocją zdrowia i profilaktyką chorób, w tym w ramach programów polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 48 oraz programów wieloletnich ustanowionych na podstawie art. 136 ust. 2 ustawy o finansach publicznych. Przepisy te nie uniemożliwiają Ministrowi Zdrowia przygotowania rozwiązań systemowych, a wręcz wpisują się w konieczność ich opracowania.

W stanowisku Minister odniósł się m.in. do oceny ogólnej ujętej w Informacji o wynikach kontroli. Ustosunkowując się do stwierdzenia z Informacji, że prace nad „Krajowym Programem Działań wobec Chorób O tępiennych, polityka publiczna do roku 2030” zintensyfikowano dopiero w toku kontroli NIK (tj. w 2024 r.) podał, że nie uległy one przyspieszeniu w związku z prowadzoną kontrolą i wskazał, że wstępne działania koncepcyjne mające na celu opracowanie projektu tego Programu były prowadzone w Ministerstwie Zdrowia już w 2022 r. Kontrola NIK wykazała, że intensyfikacja prac nad projektem „Krajowego Programu Działań wobec Chorób O tępiennych, polityka publiczna do roku 2030”, a w szczególności opracowanie pisemnej formy projektu dokumentu, jak również nawiązanie współpracy Ministerstwa Zdrowia z Ministerstwem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej nastąpiło dopiero w 2024 r. Należy jednocześnie podkreślić, że wbrew twierdzeniom zawartym w stanowisku, w Informacji o wynikach kontroli nie wskazano, że prace te uległy przyspieszeniu w związku z prowadzoną kontrolą NIK. Wcześniejsze działania, czyli skierowanie przez Ministerstwo Zdrowia w 2020 r. pism do resortów i innych instytucji o przedstawienie informacji na temat działań dotyczących osób z demencją i ich bliskich oraz utworzenie w 2022 r. bazy dostępnych w Internecie dokumentów strategicznych dotyczących demencji, opracowanych w innych krajach, miały charakter jednorazowy i nie skutkowały wówczas nawiązaniem stałej współpracy.

Ujęte w stanowisku zdanie, że stwierdzenia zawarte na str. 32 Informacji o wynikach kontroli<sup>2</sup> sugerują, iż Program został opracowany z opóźnieniem, nie znajduje potwierdzenia, bowiem w tym miejscu Informacji nie zamieszczono takich sformułowań. Ta część Informacji o wynikach kontroli przedstawia ustalenia w zakresie opracowania przez Ministra Zdrowia „Krajowego Programu

---

<sup>2</sup> Pkt 5. Ważniejsze wyniki kontroli.

Działań wobec Chorób Otępiennych, polityki publicznej do roku 2030” i zawiera zarówno ustalenia dotyczące prac nad projektem tego Programu, jak również jego uchwalenia.

Minister zajął także stanowisko odnoszące się do ujętej w Informacji o wynikach kontroli oceny dotyczącej braku realizacji określonych w dokumentach strategicznych<sup>3</sup> rozwiązań służących poprawie funkcjonowania opieki nad osobami starszymi z chorobami neurodegeneracyjnymi oraz ich opiekunów. W przypadku trzech z nich<sup>4</sup> w stanowisku Minister podał, że ich realizacja została uwzględniona w przyjętym w grudniu 2025 r. „Krajowym Programie Działań wobec Chorób Otępiennych, polityka publiczna do roku 2030”<sup>5</sup>. W odniesieniu do dwóch pozostałych<sup>6</sup> Ministerstwo poinformowało o aktualnie prowadzonych działaniach. Wskazano na prowadzenie prac nad projektem rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, którego wejście w życie będzie możliwe najwcześniej 1 stycznia 2027 r. Podano również informacje o aktualnie planowanym pilotażu „Standardu świadczenia dziennego dla osób z otępieniem”, którego celem jest przetestowanie standardu świadczenia dziennego dla osób dorosłych z rozpoznaniem otępienia o nasileniu lekkim i umiarkowanym oraz ich opiekunów nieformalnych, ukierunkowanego na wsparcie adaptacji diagnozy, edukację, terapię i wsparcie psychologiczne pacjenta sprzyjające ograniczeniu postępu choroby i utrzymaniu możliwie najwyższego poziomu samodzielności oraz wzmocnienie kompetencji opiekunów nieformalnych. Powyższe potwierdza zatem prawidłowość przedstawionych przez NIK w Informacji o wynikach kontroli danych o dotychczasowym braku realizacji działań w przedmiotowym zakresie i konieczności wprowadzenia takich rozwiązań, a szereg działań istotnych dla funkcjonowania opieki nad osobami starszymi z chorobami neurodegeneracyjnymi oraz ich opiekunów będzie podejmowanych dopiero na podstawie rozwiązań zaplanowanych w „Krajowym Programie Działań wobec Chorób Otępiennych, polityce publicznej do roku 2030”.

W stanowisku podano, w odniesieniu do sformułowania ujętego w Informacji o wynikach kontroli, dotyczącego niepełnej realizacji przez Ministra Zdrowia zadań określonych w dokumentach strategicznych, w tym w dokumencie strategicznym „Polityka społeczna wobec osób starszych”, że Ministerstwo Zdrowia zostało wskazane jako podmiot odpowiedzialny za koordynację realizacji działań szczegółowych ujętych w jednym z obszarów, wskazując jednocześnie na działania

---

<sup>3</sup> (1) „Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. BEZPIECZEŃSTWO–UCZESTNICTWO–SOLIDARNOŚĆ” przyjęta uchwałą Nr 161 Rady Ministrów z dnia 26 października 2018 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. BEZPIECZEŃSTWO - UCZESTNICTWO - SOLIDARNOŚĆ (M.P. poz.1169), dalej: Polityka społeczna wobec osób starszych; (2) Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025 przyjęty przez Radę Ministrów w dniu 30 marca 2021 r., będący załącznikiem do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 (Dz. U. poz. 642), dalej: NPZ; (3) „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.”, który był załącznikiem do uchwały nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r., wydanej na podstawie ustawy z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz.U. 2025 poz. 198), dalej: „Zdrowa przyszłość”. Załącznikami do dokumentu były: 1) „Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi” (zał. Nr 1) – dalej: Strategia deinstytucjonalizacji; 2) „Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi” (zał. Nr 2).

<sup>3</sup> Członek Rady Ministrów realizuje politykę ustaloną przez Radę Ministrów.

<sup>4</sup> (1) Rezygnacja z wdrożenia opracowanego w 2022 r. programu pilotażowego wczesnego wykrywania zaburzeń otępiennych u świadczeniobiorców po 60. roku życia z podejrzeniem deficytu funkcji poznawczych; (2) nieopracowanie standardów opieki dla osób z zespołami otępiennymi (w tym opieki domowej); (3) nieopracowanie kompleksowej informacji na temat systemu wsparcia zdrowotnego dla osób starszych i ich opiekunów oraz systemu jej aktualizacji.

<sup>5</sup> Uchwała Nr 173 Rady Ministrów z 11 grudnia 2025 r. w sprawie „Krajowego Programu Działań wobec Chorób Otępiennych, polityki publicznej do roku 2030” (M.P. poz. 1276).

<sup>6</sup> (1) Niewłączenie opiekunów medycznych do personelu udzielającego świadczeń gwarantowanych w ramach opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielanych w warunkach domowych; (2) nieopracowanie standardu Dziennych Centrów Wsparcia Pamięci.

realizowane w ramach tego obszaru, a dotyczące upowszechniania wiedzy na temat zdrowia, edukacji zdrowotnej, programów promocji zdrowia, promowania szczepień ochronnych i innych świadczeń profilaktycznych, promowania wiedzy w obszarze możliwości korzystania z narzędzi elektronicznych do wsparcia profilaktyki chorób i poprawy jakości życia. Odnosząc się do powyższego wskazuję, że NIK nie kwestionuje realizacji przez Ministerstwo wymienionych wyżej zadań, natomiast w Informacji o wynikach kontroli przedstawiono dane o działaniach nierealizowanych (np. nieopracowanie standardów opieki dla osób z zespołami otępiennymi, w tym opieki domowej), co uzasadniało twierdzenie o niepełnej realizacji przez Ministerstwo działań ujętych w „Polityce społecznej wobec osób starszych”. Jednocześnie należy zauważyć, że Minister w stanowisku podał, odnosząc się do powyższego niezrealizowanego działania, że standardy medyczne są opracowywane na ogół przez towarzystwa naukowe, zespoły ekspertów w poszczególnych dziedzinach medycyny. NIK podkreśla tymczasem, że opracowanie standardów opieki było jednym z działań szczegółowych ujętych w „Polityce społecznej wobec osób starszych”, dla którego Minister był koordynatorem, a które nie zostało zrealizowane, co przedstawiono w Informacji o wynikach kontroli.

W odniesieniu do treści oceny ogólnej w części dotyczącej niezapewnienia realizacji działań edukacyjnych oraz informacyjnych podnoszących świadomość przedstawicieli zawodów medycznych, jak również służb publicznych oraz zawodów niemedyceńskich w zakresie zaspokojenia potrzeb i zapewnienia bezpieczeństwa osobom starszym i osobom z chorobami neurodegeneracyjnymi, w stanowisku podano, że w życie weszły dwa akty prawne zmieniające rozporządzenie<sup>7</sup> w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza denty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego, tj. rozporządzenie Ministra Edukacji i Nauki z 29 września 2023 r.<sup>8</sup> oraz rozporządzenie Ministra Nauki z 10 października 2024 r.<sup>9</sup>. Jak wskazano w stanowisku, rozporządzenia te mają wpisywać się w realizację działań edukacyjnych oraz informacyjnych podnoszących świadomość przedstawicieli zawodów medycznych, jak również służb publicznych oraz zawodów niemedyceńskich w zakresie zaspokojenia potrzeb i zapewnienia bezpieczeństwa osobom starszym i osobom z chorobami neurodegeneracyjnymi. Jednakże rozwiązania przyjęte w ww. rozporządzeniach dotyczą tylko zawodów medycznych. Natomiast w odniesieniu do służb publicznych oraz zawodów niemedyceńskich, w stanowisku wskazano, że w ramach realizacji „Krajowego Programu Działań wobec Chorób Otępiennych, polityce publicznej do roku 2030” planuje się działania ukierunkowane na te osoby. Tym samym argumenty sformułowane w stanowisku potwierdzają prawidłowość przedstawionych przez NIK w Informacji o wynikach kontroli danych o braku dotychczasowej realizacji działań w powyższym zakresie.

Odnosząc się do braku powołania Krajowej Rady do Spraw Opieki Geriatrycznej, w stanowisku wskazano – analogicznie, jak podczas prowadzonej kontroli NIK – że z uwagi na wątpliwości zgłaszane m.in. przez wojewodów oraz przedstawicieli powiatów, dotyczące możliwości wdrożenia ustawy o szczególnej opiece geriatrycznej, wstrzymano prowadzone w lutym 2024 r. prace związane z powoływaniem tego gremium oraz podjęto decyzję o rozpoczęciu działań zmierzających

---

<sup>7</sup> Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza denty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego, Dz. U. z 2021 r. poz. 755, ze zm.

<sup>8</sup> Dz.U. poz. 2152.

<sup>9</sup> Dz.U. poz. 1514.

do weryfikacji przepisów tej ustawy, w celu jej nowelizacji. Ustawa weszła w życie z dniem 1 stycznia 2024 r., a w lutym 2024 r. podjęto decyzję o podjęciu prac zmierzających do wprowadzenia w niej zmian. Jak wskazano w stanowisku nowelizacja tego aktu prawnego wciąż jest planowana, a jednym z zagadnień poddawanych analizie są zasady funkcjonowania i zakres zadań Krajowej Rady ds. Opieki Geriatrycznej. Powyższe potwierdza tym samym prawidłowość ustaleń kontroli przedstawionych w tym zakresie w Informacji o wynikach kontroli.

W odniesieniu do stwierdzenia, że w części Informacji o wynikach kontroli dotyczącej działalności Ministra Zdrowia ujęto sformułowania, które nie dotyczą wyłącznie zakresu jego kompetencji, bowiem pozostają one we właściwości Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, należy zauważyć, że w Informacji przytoczono stanowiska zajęte przez Konsultantów Krajowych<sup>10</sup>, którzy wskazywali, że osoby starsze z chorobami neurodegeneracyjnymi nie otrzymują właściwej opieki zdrowotnej oraz społecznej, a ich opiekunowie wystarczającego wsparcia. Zauważyć należy, że aby osobom starszym z chorobami neurodegeneracyjnymi zapewnić systemową, skoordynowaną opiekę zdrowotną i społeczną, a ich opiekunom skuteczne wsparcie, niezbędna jest m.in. współpraca Ministra Zdrowia oraz Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej przy tworzeniu i wdrażaniu rozwiązań wobec chorych na choroby neurodegeneracyjne.

W stanowisku odniesiono się do opinii Konsultantów Krajowych przywołanych w Informacji o wynikach kontroli, wskazując, że mają one charakter jednostronny, gdyż kontrolujący nie zweryfikowali, czy konsultanci zgłaszali Ministerstwu Zdrowia propozycje adekwatnych działań, a przedstawione opinie są ogólnie znanymi wnioskami, opiniami ekspertów funkcjonującymi w przestrzeni publicznej. Należy podkreślić, że opinie te zostały pozyskane w toku kontroli NIK, w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit f ustawy o NIK, zgodnie z którym – dla realizacji celu kontroli – upoważnieni przedstawiciele NIK mają m.in. prawo zasięgania w związku z przeprowadzaną kontrolą informacji od jednostek niekontrolowanych. Jest to jedna z wielu czynności, które mogą wykonywać kontrolerzy NIK w celu rzetelnego ustalenia stanu faktycznego. Nie ma przy tym obowiązku weryfikacji, czy konsultanci zgłaszali Ministerstwu Zdrowia propozycje działań. Konsultanci krajowi są powoływani przez Ministra Zdrowia spośród specjalistów m.in. z dziedziny medycyny lub innych dziedzin, które mają zastosowanie w ochronie zdrowia. Są więc ekspertami, a informacje pozyskane od nich winny być uznane jako ważny głos w sprawie.

Odnosząc się do zawartego w stanowisku stwierdzenia, że w Informacji o wynikach kontroli nie wskazano, czy w badanych przypadkach, gdy lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, z nielicznymi wyjątkami, nie dokonywali oceny stanu funkcji poznawczych pacjentów w wieku senioralnym, były przesłanki do przeprowadzenia tychże ocen, należy zauważyć, że wystarczającą przesłanką do przeprowadzenia takich badań jest wiek pacjenta. Również w przypadku wprowadzonego w 2025 r. nowego programu profilaktycznego „Moje Zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej” – na który powoływało się Ministerstwo Zdrowia zarówno w złożonych zastrzeżeniach do wystąpienia pokontrolnego, jak i w stanowisku – dla pacjentów w wieku 60 lat i więcej przewidziano ocenę funkcji poznawczych z wykorzystaniem testu przesiewowego służącego identyfikacji osób, u których mogą występować problemy poznawcze lub demencja.

---

<sup>10</sup> W toku kontroli NIK pozyskano informacje od Konsultantów Krajowych w Dziedzinie: Geriatrii, Pielęgniarstwa Geriatrycznego, Pielęgniarstwa Opieki Długoterminowej, Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej.

Ujęte w stanowisku stwierdzenie, że projekt pn. „Helpline – uruchomienie i utrzymanie bezpłatnej infolinii dla osób chorych na chorobę Alzheimera lub inne zaburzenia otępienne oraz ich rodzin i opiekunów” jest realizowany przez Rzecznika Praw Pacjenta stanowi powtórzenie ustaleń przedstawionych w Informacji o wynikach kontroli<sup>11</sup>.

Argumenty przedstawione przez Ministra Zdrowia w stanowisku potwierdzają oceny i wnioski sformułowane w Informacji o wynikach kontroli, wskazujące na konieczność wypracowania, we współpracy międzyresortowej i wdrożenia rozwiązań zapewniających skoordynowaną opiekę zdrowotną i społeczną dla osób starszych z chorobami neurodegeneracyjnymi oraz skuteczne wsparcie ich opiekunów, a także zapewnienia rzetelnej realizacji zadań i działań, określonych w dokumentach strategicznych przyjętych przez Radę Ministrów, odnoszących się do tej grupy osób.

Mariusz Haładaj  
*/podpisano elektronicznie/*

---

<sup>11</sup> W pkt 5. Ważniejsze wyniki kontroli.



# Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

---

Agnieszka Dziemianowicz-Bąk

Warszawa, /elektron. znacznik czasu/  
BKA-II.081.8.1.2026

Pan  
Mariusz Haładyj  
Prezes  
Najwyższej Izby Kontroli

Szanowny Panie Prezesie,

przekazuję stanowisko do Informacji o wynikach kontroli NIK P/24/056 „Funkcjonowanie opieki nad osobami starszymi z chorobami neurodegeneracyjnymi oraz wsparcie ich opiekunów” przekazanej przy piśmie NIK z dnia 10 lutego 2026 r. znak: DKA.430.3.2026 odnośnie wniosków pokontrolnych zawartych w ww. Informacji.

Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej deklaruje dalszą współpracę z Ministrem Zdrowia, w szczególności dotyczących wsparcia opiekunów osób starszych z chorobami neurodegeneracyjnymi w ramach systemu pomocy społecznej, tj. funkcjonujących rozwiązań systemowych, z których może korzystać również omawiana grupa osób.

System pomocy społecznej w Polsce, ukształtowany na podstawie ustawy o pomocy społecznej, ma charakter uniwersalny, ramowy i elastyczny, co pozwala dostosowywać udzielane wsparcie do indywidualnych potrzeb osoby lub rodziny.

Wydaje się również, że część wniosków kierowanych do Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej winna być skierowana do Ministra do spraw Polityki Senioralnej, który od roku 2024 odpowiada za zadania związane z kreowaniem i realizacją polityki senioralnej.

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej deklaruje również dalszą realizację zadań i działań określonych we wskazanych w Informacji dokumentach strategicznych przyjętych przez Radę Ministrów, we współpracy z odpowiedzialnymi za te dokumenty resortami a także działań

wynikających z realizacji przez Ministra Zdrowia „Krajowego Programu Działań wobec Chorób Otępiennych, polityki publicznej do roku 2030”.

Ponadto informuję, iż Biuro Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych w Ministerstwie nie prowadzi działań ukierunkowanych bezpośrednio na aktywizację osób starszych. Pełnomocnik Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych sprawuje merytoryczny nadzór nad wykonywaniem zadań wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

W art. 1 powyższej ustawy wyznaczono jej zakres podmiotowy. Dotyczy ona osób niepełnosprawnych, czyli osób, których niepełnosprawność została potwierdzona jednym z rodzajów orzeczeń enumeratywnie wskazanych w tym przepisie. Ustawa ta ma więc zastosowanie przede wszystkim do osób, których niepełnosprawność została formalnie potwierdzona. Uzyskanie jednego ze wskazanych w komentowanym przepisie orzeczeń jest podstawą prawną nabycia statusu osoby niepełnosprawnej oraz jednocześnie warunkiem realizacji określonych uprawnień i obowiązków w ramach systemu rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz procesu zatrudniania osób niepełnosprawnych.

Polem działania Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych jest rehabilitacja zawodowa mająca na celu ułatwienie osobie niepełnosprawnej uzyskania i utrzymania odpowiedniego zatrudnienia i awansu zawodowego przez umożliwienie jej korzystania z poradnictwa zawodowego, szkolenia zawodowego i pośrednictwa pracy oraz rehabilitacja społeczna, której celem jest umożliwianie osobom niepełnosprawnym uczestnictwa w życiu społecznym. Zadania i kompetencje Pełnomocnika określono w ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Dlatego też działania Pełnomocnika skupione są wokół zagadnień pozostających w Jego kompetencji.

Nie przewiduje się tym samym zdiagnozowania potrzeb i wyodrębnienia rozwiązań odnoszących się wyłącznie do potrzeb osób starszych z niepełnosprawnościami dotkniętych chorobami neurodegeneracyjnymi i

wsparcia ich opiekunów lub wprowadzania rozwiązań dedykowanych tej konkretnej grupie, w ramach ww. ustawowych kompetencji Pełnomocnika.

Z wyrazami szacunku

Agnieszka Dziemianowicz-Bąk  
Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej  
/-kwalifikowany podpis elektroniczny-/



PREZES  
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI

DKA.430.3.2026

Warszawa, 2026-04-02

**Opinia**

**Prezesa Najwyższej Izby Kontroli do stanowiska Ministry Rodziny Pracy i Polityki Społecznej z 23 lutego 2026 r.<sup>1</sup> dotyczącego Informacji o wynikach kontroli P/24/056 „Funkcjonowanie opieki nad osobami starszymi z chorobami neurodegeneracyjnymi oraz wsparcie ich opiekunów”.**

W nawiązaniu do art. 64 ust. 2 ustawy o Najwyższej Izbie Kontroli przedstawiam opinię do stanowiska Ministry Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, odnoszącego się do Informacji o wynikach kontroli P/24/056 pn. „Funkcjonowanie opieki nad osobami starszymi z chorobami neurodegeneracyjnymi oraz wsparcie ich opiekunów”.

Uprzejmie dziękuję za deklarację współpracy Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z Ministrem Zdrowia w obszarze wsparcia opiekunów osób starszych z chorobami neurodegeneracyjnymi w ramach systemu pomocy społecznej, tj. funkcjonujących rozwiązań systemowych, z których mogą korzystać również te osoby. Jednakże podkreślić należy, że poza wsparciem dla opiekunów osób starszych z chorobami neurodegeneracyjnymi, równie istotna jest pomoc dla samych chorych. Jednocześnie odnosząc się do stwierdzenia, że część wniosków kierowanych do Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej powinna być skierowana do ministra do spraw polityki senioralnej, który od 2024 r. odpowiada za zadania związane z kreowaniem i realizacją polityki senioralnej, wskazujemy, że stanowisko to uległo likwidacji w ramach ogłoszonej 23 lipca 2025 r. rekonstrukcji rządu. Pozytywnie przyjmujemy również deklarację realizacji przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej zadań i działań określonych we wskazanych w *Informacji* dokumentach strategicznych przyjętych przez Radę Ministrów, we współpracy z odpowiedzialnymi za te dokumenty ministerstwami, a także działań wynikających z realizacji przez Ministra Zdrowia „Krajowego Programu Działań wobec Chorób O tępiennych, polityki publicznej do roku 2030”. Jednocześnie odnosząc się do stwierdzenia, że Biuro Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych w Ministerstwie nie prowadzi działań ukierunkowanych bezpośrednio na aktywizację osób starszych oraz stwierdzenia, że nie przewiduje się tym samym zdiagnozowania potrzeb i wyodrębnienia rozwiązań odnoszących się wyłącznie do potrzeb osób starszych z niepełnosprawnościami dotkniętych chorobami neurodegeneracyjnymi i wsparcia ich opiekunów lub wprowadzania rozwiązań dedykowanych tej konkretnej grupie, w ramach ustawowych kompetencji Pełnomocnika, NIK wskazuje, że stanowią one powtórzenie argumentów przytaczanych w toku kontroli NIK. Kontrola wykazała, że osoby starsze z chorobami neurodegeneracyjnymi oraz ich opiekunowie mogli korzystać jedynie na ogólnych zasadach ze

---

<sup>1</sup> Pismo znak BKA-II.081.8.1.2026.

wsparcia uregulowanego w ustawie o pomocy społecznej<sup>2</sup> oraz ogólnodostępnych programów wsparcia. Tymczasem Rada Ministrów w „Polityce społecznej wobec osób starszych 2030. BEZPIECZEŃSTWO – UCZESTNICTWO – SOLIDARNOŚĆ”<sup>3</sup> wskazała na potrzebę opracowania rozwiązań ukierunkowanych na tę grupę osób, a Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej jest koordynatorem tej polityki i jednocześnie jest zobowiązany, na podstawie art. 7 ust. 3 ustawy o Radzie Ministrów oraz art. 34 ust. 1 ustawy o działach administracji rządowej do realizacji polityki ustalonej przez Radę Ministrów. Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej był także zobowiązany do współpracy z Ministrem Zdrowia przy realizacji zadania ujętego w powyższej *Polityce*, polegającego na opracowaniu programu działań skierowanych do osób starszych chorych na choroby otępienne. W związku z powyższym konieczne jest wypracowanie we współpracy międzyresortowej i wdrożenie rozwiązań zapewniających skoordynowaną opiekę zdrowotną i społeczną dla osób starszych z chorobami neurodegeneracyjnymi oraz skuteczne wsparcie ich opiekunów, a także zapewnienie realizacji zadań i działań, określonych w dokumentach strategicznych przyjętych przez Radę Ministrów, odnoszących się do tej grupy osób, o co postuluje Najwyższa Izba Kontroli.

Mariusz Haładaj  
*/podpisano elektronicznie/*

---

<sup>2</sup> Dz. U. z 2025 r. poz.1214, ze zm.

<sup>3</sup> Uchwała nr 161 Rady Ministrów z dnia 26 października 2018 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. BEZPIECZEŃSTWO – UCZESTNICTWO – SOLIDARNOŚĆ (M.P. poz. 1169). Dalej: „Polityka społeczna wobec osób starszych”.