



WICEPREZES  
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI  
JACEK KOZŁOWSKI

LKA.410.8.1.2024

Pani  
Izabela Leszczyna  
Minister Zdrowia

Ministerstwo Zdrowia  
ul. Miodowa 15  
00-952 Warszawa

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Zmienione zgodnie z treścią Uchwały Nr 52/2025 Kolegium Najwyższej Izby Kontroli  
z dnia 30 lipca 2025 r

P/24/056 Funkcjonowanie opieki nad osobami starszymi z chorobami neurodegeneracyjnymi oraz  
wsparcie ich opiekunów

# I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Ministerstwo Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa <sup>1</sup> .
Kierownik jednostki kontrolowanej	Izabela Leszczyna, Minister Zdrowia <sup>2</sup> od 13 grudnia 2023 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: Adam Niedzielski, Minister Zdrowia od 26 sierpnia 2020 r. do 10 sierpnia 2023 r. Katarzyna Sójka, Minister Zdrowia od 10 sierpnia 2023 r. do 27 listopada 2023 r. Ewa Krajewska, Minister Zdrowia od 27 listopada 2023 r. do 13 grudnia 2023 r. (akta kontroli tom 1 str. 5)
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Wypracowanie odpowiadających istniejącym potrzebom systemowych rozwiązań prawnych i organizacyjnych w zakresie opieki zdrowotnej dla osób starszych z chorobami neurodegeneracyjnymi oraz wsparcia ich opiekunów. 2. Realizacja zadań w zakresie opieki zdrowotnej na rzecz osób starszych z chorobami neurodegeneracyjnymi oraz wsparcia ich opiekunów i osiągnięcie planowanych efektów tych działań.
Okres objęty kontrolą	Lata 2022-2024, z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, o ile miały wpływ na działalność jednostki w zakresie objętym kontrolą.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>3</sup>
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach
Kontrolerzy	1. Stanisław Tarnowski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/106/2024 z 13 maja 2024 r. oraz nr LKA/25/2025 z 28 stycznia 2025 r. 2. Mariusz Krynke, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/210/2024 z 18 października 2024 r. oraz nr LKA/26/2025 z 29 stycznia 2025 r.

(akta kontroli tom 1 str. 1-4a)

<sup>1</sup> Dalej również: Ministerstwo lub MZ.

<sup>2</sup> Dalej również: Minister.

<sup>3</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

## II. Ocena ogólna<sup>4</sup> kontrolowanej działalności

### OCENA OGÓLNA

Minister Zdrowia nie opracował odpowiadających istniejącym potrzebom systemowych rozwiązań prawnych i organizacyjnych w zakresie opieki zdrowotnej dla osób starszych z chorobami neurodegeneracyjnymi<sup>5</sup> oraz wsparcia ich opiekunów. Konieczność wdrożenia takich rozwiązań została wskazana przez Radę Ministrów w trzech dokumentach strategicznych, tj. w: „Polityce społecznej wobec osób starszych 2030. BEZPIECZEŃSTWO–UCZESTNICTWO–SOLIDARNOŚĆ”<sup>6</sup>, Narodowym Programie Zdrowia na lata 2021-2025<sup>7</sup> i dokumencie „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.”<sup>8</sup>. Tym samym Minister Zdrowia nie realizował rzetelnie polityki ustalonej przez Radę Ministrów (do czego zobowiązany był na podstawie art. 7 ust. 3<sup>9</sup> ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Radzie Ministrów<sup>10</sup> oraz art. 34 ust. 1<sup>11</sup> ustawy z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej<sup>12</sup>) w zakresie zadań dotyczących opieki zdrowotnej dla osób starszych z chorobami neurodegeneracyjnymi oraz wsparcia ich opiekunów.

Przede wszystkim 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”. Projekt tego programu pod nazwą „Krajowy Program Działań wobec Chorób Otępiennych na lata 2025-2030”<sup>13</sup>, mający stanowić rozwiązanie systemowe w tym zakresie, został bowiem opracowany dopiero w połowie 2024 r., czyli po upływie ponad sześciu lat od początku wskazanego w tej Polityce okresu realizacji zaplanowanego na lata 2018-2025 zadania polegającego na opracowaniu przedmiotowego programu. Według stanu na 12 lutego 2025 r. projekt ten był

<sup>4</sup> Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

<sup>5</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 chorób neurodegeneracyjnych 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>6</sup> 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 także: Polityka społeczna wobec osób starszych.

<sup>7</sup> W dniu 30 marca 2021 r. Rada Ministrów przyjęła Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025, 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.

<sup>8</sup> Dokument 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) – zwany dalej „Zdrową Przyszłością”. Załącznikami do dokumentu były: 1) „Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi” (zał. Nr 1) – dalej także: Strategia deinstytucjonalizacji; 2) „Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi” (zał. Nr 2).

<sup>9</sup> Członek Rady Ministrów realizuje politykę ustaloną przez Radę Ministrów.

<sup>10</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 1050, ze zm., dalej: ustawa o Radzie Ministrów.

<sup>11</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>12</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 1370, ze zm., dalej: ustawa o działach administracji rządowej.

<sup>13</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 2030. BEZPIECZEŃSTWO - UCZESTNICTWO - SOLIDARNOŚĆ” (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”). Dalej także: KPDwCO.

w trakcie uzgodnień, a tym samym nie były realizowane istotne zadania w nim przewidziane, takie jak np. utworzenie systemu gromadzenia i monitorowania danych z zakresu chorób otępiennych, czy też opracowanie kryteriów kwalifikacji osób z zaburzeniami otępiennymi do zdrowotnej opieki długoterminowej domowej oraz warunków realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej uwzględniających opiekunów medycznych, jako kadrę udzielającą świadczeń w warunkach domowych. Z uwagi na wciąż trwające prace nad projektem ww. Programu, których termin realizacji upływa z końcem 2025 r., NIK wskazuje na możliwe odsunięcie w czasie zaspokojenia potrzeb osób z chorobami otępiennymi i ich opiekunów, z istotnym zagrożeniem osiągnięcia projektowanych efektów Programu w planowanym terminie do końca 2030 r.

W ramach „Polityki społecznej wobec osób starszych” Minister nie zapewnił także realizacji zadania polegającego na opracowaniu standardów opieki dla osób z zespołami otępiennymi, w tym opieki domowej<sup>14</sup>, pomimo że termin na ich przygotowanie upłynął w 2020 r., co stanowiło działanie nierzetelne. Działania w tym zakresie zostały przewidziane do realizacji dopiero w projekcie KPDwCO. Zrealizowano natomiast zadanie ujęte w tej Polityce, a polegające na przeprowadzeniu kampanii informacyjno-edukacyjnej na temat zaburzeń otępiennych, w tym choroby Alzheimer<sup>15</sup>.

W ramach NPZ Minister Zdrowia zapewnił realizację części zadań ukierunkowanych m.in. na opiekę zdrowotną wobec niesamodzielnych osób starszych, w tym z chorobami neurodegeneracyjnymi oraz ich opiekunów (dla których był realizatorem). 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 dla osób z demencją i ich opiekunów<sup>16</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. Ponadto, prowadzono działania ukierunkowane na edukację opiekunów nieformalnych osób starszych na temat chorób związanych z wiekiem oraz zasad właściwej opieki nad tymi osobami i w tym zakresie współpracowano z Narodowym Funduszem Zdrowia<sup>17</sup> oraz zlecono opracowanie ramowego programu szkolenia i materiałów szkoleniowych dla opiekunów nieformalnych osób starszych. Współpracowano z WHO w zakresie działań na rzecz osób z zaburzeniami otępiennymi oraz przedstawiciele MZ brali udział w pracach międzynarodowych grup zajmujących się tematyką demencji oraz polityki senioralnej. Natomiast Minister działał nierzetelnie nie zapewniając realizacji zadań ujętych w NPZ, dotyczących działań edukacyjnych oraz informacyjnych ukierunkowanych na przedstawicieli zawodów medycznych, jak również służb

---

<sup>14</sup> W ramach działania szczegółowego III.1. „Opracowanie standardów opieki dla osób z zespołami otępiennymi, w tym opieki domowej”, zaplanowanego na lata 2018-2020, ujętego w „Polityce społecznej wobec osób starszych” (Obszar III. Sieć usług środowiskowych i instytucjonalnych udzielanych niesamodzielnym osobom starszym” w grupie „Obszarów uwzględniających działania wobec niesamodzielnych osób starszych”).

<sup>15</sup> Hasło przewodnie kampanii brzmiało „Zostań dłużej na scenie życia”. Kampanię sfinansowano ze środków NPZ.

<sup>16</sup> W ramach tego projektu w 2024 r. ogłoszono nabór do projektu „Helpline - uruchomienie i utrzymanie bezpłatnej infolinii dla osób chorych na chorobę Alzheimer 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 Alzheimer lub inne zaburzenia otępienne oraz ich rodzin i opiekunów.”, realizowanego przez Rzecznika Praw Pacjenta.

<sup>17</sup> Dalej także: NFZ.

publicznych oraz zawodów niemedycznych<sup>18</sup>. Ponadto Minister, pomimo jednoznacznych wniosków wynikających z badania „PolSenior2”<sup>19</sup> wskazujących, że przesiewowa ocena stanu funkcji poznawczych jest nieodzownym elementem oceny osób po 60. roku życia, zrezygnował z wdrożenia opracowanego w 2022 r. programu pilotażowego<sup>20</sup> wczesnego wykrywania zaburzeń otępiennych u świadczeniobiorców po 60. roku życia z podejrzeniem deficytu funkcji poznawczych<sup>21</sup>, uzasadniając to koniecznością przeformułowania jego pierwotnych założeń.

W ramach „Strategii deinstytucjonalizacji”<sup>22</sup> 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: do 31 listopada 2021 r. opracowano standardy i modele telemedyczne w sześciu dziedzinach medycyny, w tym w geriatric, 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 geriatric, psychiatrii i chorobach przewlekłych. Natomiast Minister działał nierzetelnie, bowiem nie zapewnił realizacji zadań ujętych w „Strategii deinstytucjonalizacji”, dotyczących włączenia świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w Dziennych Domach Opieki Medycznej<sup>23</sup> do koszyka świadczeń gwarantowanych<sup>24</sup> oraz opracowania standardu Dziennych Centrów Wsparcia Pamięci<sup>25</sup>. Nie włączono opiekunów medycznych do personelu udzielającego świadczeń gwarantowanych w ramach opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielanych w warunkach domowych<sup>26</sup> oraz nie opracowano kompleksowej informacji na temat systemu

---

<sup>18</sup> Trzy 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 polipragmatyzacji” – 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>19</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 także: „PolSenior 2”.

<sup>20</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>21</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.

<sup>22</sup> Dokument 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) – zwany dalej „Zdrową Przyszłością”. Załącznikami do dokumentu były: 1) „Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi” (zał. Nr 1) – dalej także: Strategia deinstytucjonalizacji; 2) „Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami z zaburzeniami psychicznymi” (zał. Nr 2).

<sup>23</sup> Dalej także: DDOM.

<sup>24</sup> W ramach „Strategii deinstytucjonalizacji” 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>25</sup> W ramach „Strategii deinstytucjonalizacji” 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>26</sup> W ramach „Strategii deinstytucjonalizacji” 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

wsparcia zdrowotnego dla osób starszych i ich opiekunów oraz systemu jej aktualizacji<sup>27</sup>.

W konsekwencji, pomimo znacznej liczby osób dotkniętych chorobami neurodegeneracyjnymi<sup>28</sup>, w Polsce nie istniał system kompleksowej (koordynowanej) opieki nad osobami z tej grupy, stanowiący połączenie procesów profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych. Osoby starsze z chorobami neurodegeneracyjnymi oraz ich opiekunowie mogli korzystać jedynie z powszechnie przyjętych rozwiązań w zakresie świadczeń zdrowotnych. Zdaniem NIK, działania ukierunkowane na tę grupę osób były natomiast i wciąż są zasadne z uwagi na zmiany demograficzne zachodzące w Polsce, a przede wszystkim ze względu na szczególne potrzeby<sup>29</sup> tej coraz liczniejszej grupy osób. Istotne są również charakter i skutki społeczne chorób neurodegeneracyjnych, w tym oddziaływanie (zarówno zdrowotne, jak i społeczne) na otoczenie osób dotkniętych tymi schorzeniami, w szczególności na aktywnych zawodowo członków ich rodzin, którzy najczęściej opiekują się takimi osobami. Wdrażanie jedynie rozwiązań fragmentarycznych, bez przygotowania systemowych rozwiązań prawnych i organizacyjnych w zakresie opieki zdrowotnej dla osób starszych z chorobami neurodegeneracyjnymi oraz wsparcia ich opiekunów, mogło i nadal może nieść za sobą określone ryzyka nieoptymalnego wykorzystania metod i środków w celu osiągnięcia najlepszych rezultatów, odpowiadających potrzebom tych osób.

Należy przy tym podkreślić, że Minister w ramach swoich kompetencji miał możliwość podjęcia działań w powyższym zakresie na podstawie art. 4 ust. 2 pkt 5 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym<sup>30</sup> oraz art. 11 ust. 1 pkt 1a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>31</sup>. NIK zwraca także uwagę na art. 68 ust. 2 pkt 2 i 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych<sup>32</sup> w kontekście obowiązków Ministra Zdrowia w zakresie kontroli zarządczej, zarówno jako kierownika jednostki, jak też ministra kierującego działem administracji rządowej „zdrowie”.

Potrzeba podjęcia stosownych działań ukierunkowanych na osoby z chorobami neurodegeneracyjnymi oraz ich opiekunów wynikała również z Rezolucji Parlamentu Europejskiego podjętej 19 stycznia 2011 r. w sprawie europejskiej inicjatywy

---

długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielonych w warunkach domowych poprzez ich realizację przez opiekunów medycznych – od początku 2023 r.”).

<sup>27</sup> W ramach „Strategii deinstytucjonalizacji” 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.”).

<sup>28</sup> Na dzień 31 grudnia 2022 r., według danych MZ, łączna liczba osób chorych na choroby neurodegeneracyjne wynosiła 648 tys., w tym: 218 tys. osób z chorobą Alzheimera (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 choroby neurodegeneracyjne wynosiła 669 tys., w tym: 222 tys. osób z chorobą Alzheimera (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 choroby neurodegeneracyjne wynosiła 680 tys., w tym: 226 tys. osób z chorobą Alzheimera (w tym 205 tys. osób starszych) oraz 209 tys. osób z chorobą Parkinsona (w tym 184 tys. osób starszych).

<sup>29</sup> Wiążą się one z przewlekłością chorób neurodegeneracyjnych 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 zmaga 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>30</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 1670, ze zm., dalej: ustawa o zdrowiu publicznym.

<sup>31</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 146, ze zm., dalej: ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

<sup>32</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 1530, ze zm.

dotyczącej choroby Alzheimera i pozostałych demencji (2010/2084 (INI))<sup>33</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. Także wytyczne z przyjętego w maju 2017 r. przez 70. Zgromadzenie WHO<sup>34</sup> w Genewie Globalnego Planu Działania nad publiczną odpowiedzialnością zdrowotną na demencję w latach 2017-2025<sup>35</sup> wskazywały na potrzebę opracowania stosownych polityk, strategii, planów lub ram działania dotyczących chorób otępiennych.

Minister nie monitorował też okresowo wskaźników rezultatów działań ujętych w „Strategii deinstytucjonalizacji”, pomimo takiego obowiązku wynikającego z tej Strategii (część „System realizacji i monitorowania”). W ocenie NIK stwierdzenie zaniechania monitorowania w kontekście zadania polegającego na koordynacji realizacji działań i monitorowania rezultatów ma istotne znaczenie, ponieważ jednym z zadań koordynacji, poza wyznaczaniem kierunków działania, jest monitorowanie rezultatów w celu zarządzania ryzykiem związanym z zaplanowanymi efektami.

Minister nie powołał Krajowej Rady do Spraw Opieki Geriatrycznej<sup>36</sup>, co stanowiło naruszenie wymogu określonego w art. 51 ust. 2 ustawy z dnia 17 sierpnia 2023 r. o szczególnej opiece geriatrycznej<sup>37</sup>.

### **III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe<sup>38</sup> kontrolowanej działalności**

OBSZAR

#### **1. Wypracowanie odpowiadających istniejącym potrzebom systemowych rozwiązań prawnych i organizacyjnych w zakresie opieki zdrowotnej dla osób starszych z chorobami neurodegeneracyjnymi oraz wsparcia ich opiekunów**

Opis stanu faktycznego

1.1. W okresie objętym kontrolą zagadnieniami w zakresie zdrowia osób starszych zajmował się w Ministerstwie Zdrowia w szczególności Wydział Zdrowotnej Polityki Senioralnej<sup>39</sup>. Na podstawie zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2020 r. w sprawie ustalenia Regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia<sup>40</sup>, WZPS znajdował się w strukturze Departamentu Zdrowia Publicznego.

Według informacji Dyrektora Departamentu Równości w Zdrowiu MZ<sup>41</sup>, wzrost rangi obszarów związanych z obecną sytuacją demograficzną spowodował, że na

<sup>33</sup> Dz. U. UE C z 11 maja 2012 r. Nr 136 E/35. Dalej także: Rezolucja PE.

<sup>34</sup> World Health Organization. Dalej także: WHO.

<sup>35</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>36</sup> Dalej także: KRdsOG.

<sup>37</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 1666, ze zm. Dalej także: ustawa o opiece geriatrycznej.

<sup>38</sup> Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

<sup>39</sup> Zwany dalej także: WZPS.

<sup>40</sup> Dz. Urz. Min. Zdrowia poz. 98, ze zm.

<sup>41</sup> Zwanej także dalej: Dyrektor Departamentu Równości w Zdrowiu lub Dyrektorem DRwZ. Dyrektor DRwZ pełniła także w czasie kontroli NIK funkcje Zastępcy Dyrektora a następnie Dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego i posiadała pełnomocnictwo do składania w imieniu Ministra Zdrowia bieżących wyjaśnień i udzielania odpowiedzi w trakcie kontroli przeprowadzanych w Ministerstwie Zdrowia przez Najwyższą Izbę Kontroli w zakresie spraw znajdujących się we właściwości Ministra Zdrowia, prowadzonych przez Departament Równości w Zdrowiu.

podstawie zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2024 r. w sprawie ustalenia Regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia<sup>42</sup> WZPS został przeniesiony do nadzorowanego bezpośrednio przez Ministra Zdrowia Departamentu Równości w Zdrowiu. Dyrektor DRwZ stwierdziła ponadto, że zmiany organizacyjne były podyktowane także wielością zakresów tematycznych, które były koordynowane przez Departament Zdrowia Publicznego, dlatego podjęto decyzję o utworzeniu nowej komórki organizacyjnej, tj. Departamentu Równości w Zdrowiu, której powierzono do koordynacji zagadnienia związane z wyzwaniami demograficznymi, począwszy od tematu prokreacji, przez kwestie związane ze zdrowiem dzieci i medycyną szkolną, po politykę senioralną.

(akta kontroli tom 1 str. 6-52, 323-324)

Ministerstwo Zdrowia nie prowadziło odrębnego rejestru danych dotyczących osób z chorobami neurodegeneracyjnymi oraz nie dysponowało danymi z prywatnego sektora ochrony zdrowia w wyżej wymienionym zakresie. Miało możliwość pozyskania tych danych z NFZ<sup>43</sup>. Budowanie systemów gromadzenia danych było przewidziane w projekcie KPDwCO, w ramach którego zaplanowano gromadzenie i monitorowanie danych na temat chorób otępiennych. W dokumencie zapisano, że w ramach tworzenia bazy danych należałoby zaangażować wszystkie instytucje i organizacje pozarządowe działające w obszarze chorób otępiennych.

Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia, w ramach realizacji projektu *Mapy Potrzeb Zdrowotnych - Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych* (projekt w zakresie choroby Alzheimera i innych chorób otępiennych realizowany był pod koniec 2023 r.), prowadził analizy dotyczące wybranych jednostek chorobowych z grupy chorób neurodegeneracyjnych (np. G30 choroba Alzheimera oraz wszystkie rozszerzenia, F02.3 otępienie w chorobie Parkinsona (G20), F02.2 otępienie w chorobie Huntingtona (G10)). We współpracy z ekspertami zewnętrznymi przeprowadzono analizę problemu zdrowotnego: *Choroba Alzheimera i inne choroby otępienne*. Wyniki znajdowały się w aplikacji: <https://basiw.mz.gov.pl/analizy/problemy-zdrowotne/choroba-alzheimera/>.

Do przygotowania ww. opracowania wykorzystano rozliczeniowe dane jednostkowe NFZ, odnoszące się do pacjentów, którzy mieli udzielone przynajmniej jedno świadczenie z rozpoznaniem głównym lub współistniejącym. Populację pacjentów ograniczono do osób, u których pierwsze świadczenie z rozpoznaniem choroby Alzheimera i innych chorób otępiennych odbyło się w wieku 30 lub więcej lat, według rocznika urodzenia, jak również pacjentów identyfikujących się numerem PESEL oraz obywatelstwem polskim.

MZ w celu wyznaczenia chorobowości rejestrowanej chorób neurodegeneracyjnych w latach 2022-2024 wykorzystało z rejestru NFZ pn. *Koszty Leczenia Pacjenta* (KLP), które znajdowały się na platformie P1<sup>44</sup>. Dane te miały charakter rozliczeniowy. Ich szczegółowość i dokładność z jaką były sprawozdawane, uzależniona była od poszczególnych świadczeniodawców. W związku z tym MZ mogło podać jedynie przybliżoną liczbę osób w chorobami neurodegeneracyjnymi. Do przygotowania analizy wykorzystano m.in. następujące kody Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10:

- Choroba Alzheimera: G30, G30.0, G30.1, G30.8, G30.9, F00, F00.0, F00.1, F00.2 i F00.9;

<sup>42</sup> Dz. Urz. Ministerstwa Zdrowia, poz. 55.

<sup>43</sup> Nadzór nad NFZ sprawuje Minister Zdrowia.

<sup>44</sup> System e-zdrowie (P1) umożliwiał gromadzenie, przetwarzanie i udostępnianie zasobów cyfrowych o zdarzeniach medycznych pacjentów oraz indeksów elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM). System obejmował zasięgiem wszystkie podmioty medyczne, niezależnie od źródła finansowania udzielanych w nich świadczeń. System powstał dzięki współfinansowaniu przez Unię Europejską w ramach projektu „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych” (P1).

- Choroba Parkinsona: G20 i F02.3.

Powyższe kody ICD-10 sprawozdano jako rozpoznanie główne w dowolnym zakresie świadczeń zdrowotnych, zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>45</sup>.

Wskaźniki chorobowości rejestrowanej na koniec 2022 r., 2023 r. i 2024 r. określono na podstawie liczby żyjących chorych w dniu 31 grudnia danego roku, tj. sumę pacjentów, którzy zachorowali w danym roku oraz latach poprzednich, z odjęciem osób zmarłych do 31 grudnia danego roku.

Według danych MZ, w poszczególnych latach 2022-2024 w Polsce osoby z chorobą Alzheimerera w liczbie odpowiednio 218 tys., 222 tys. i 226 tys. stanowiły w 2022 r. 34%, a w latach 2023 i 2024 – 33% wszystkich osób z chorobami neurodegeneracyjnymi, natomiast z chorobą Parkinsona odpowiednio w liczbie 203 tys., 206 tys. i 209 tys. stanowiły w każdym roku 31% wszystkich osób z chorobami neurodegeneracyjnymi. W sumie odpowiednio 421 tys., 428 tys. i 435 tys. osób chorych na obie choroby stanowiło w 2022 r. 65%, a w latach 2023 i 2024 – 64% wszystkich osób z chorobami neurodegeneracyjnymi, tj. odpowiednio: 648 tys., 669 tys. i 680 tys. W poszczególnych przedziałach wiekowych udział osób z dwoma ww. chorobami w ogólnej liczbie osób z chorobami neurodegeneracyjnymi stanowił odpowiednio: 24%, 24%, 22% w przedziale do 59 lat, 66%, 66%, 65% w przedziale od 60 do 74 lat i 93%, 93%, 92% w wieku 75+.

(akta kontroli tom 1 str. 197, 200-202, 526-530)

**1.2.** W MZ nie wprowadzono systemowych rozwiązań w zakresie opieki zdrowotnej dla osób starszych z chorobami neurodegeneracyjnymi. Działania w tym zakresie zaplanowano do realizacji w:

- NPZ (rozdział IX. „Wykaz zadań służących realizacji Celu operacyjnego 5: Wyzwania demograficzne” NPZ, planowane na lata 2021-2025), tj. 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 polipragmazji”; 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 11. „Opracowywanie rozwiązań wspierających wykrywanie i monitorowanie przebiegu chorób związanych z wiekiem oraz wdrożenie tych rozwiązań”;
- „Strategii deinstytucjonalizacji”, tj.: 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.”); działanie 1. „Opracowanie standardu Dziennych Centrów Wsparcia Pamięci – do końca 2022 r.” (w zakresie obszaru strategicznego „Rozwój form opieki dziennej”, rezultat 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.”); działanie 1. „Włączenie opiekunów medycznych do personelu udzielającego świadczeń gwarantowanych w ramach opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielanych w warunkach domowych – do

<sup>45</sup> Dz. U z 2024 r. poz. 146, ze zm., dalej: ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

końca 2023 r.” (w obszarze strategicznym „Rozwój form opieki domowej”, rezultat 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.”); działanie 1. „Opracowanie kompleksowej informacji na temat systemu wsparcia zdrowotnego dla osób starszych i ich opiekunów oraz systemu jej aktualizacji – do końca 2022 r. (obszar strategiczny „Koordynacja środowiskowej opieki zdrowotnej”, rezultat 1. „Stworzenie kompleksowej bazy informacji dostępnej online na temat systemu wsparcia zdrowotnego dla osób starszych i ich opiekunów – do końca 2030 r.”);

- „Polityce społecznej wobec osób starszych” (w obszarach skierowanych do niesamodzielnych osób starszych), tj.: działanie szczegółowe pn. „Opracowanie programu działań skierowanych do osób starszych chorych na choroby otępienne” z terminem realizacji 2018-2025, wymienione w obszarze II. „Zapewnienie optymalnego dostępu do usług zdrowotnych, rehabilitacyjnych i opiekuńczo-pielęgnacyjnych, dostosowanych do potrzeb niesamodzielnych osób starszych” (projekt KPDwCO powstał w MZ dopiero w połowie 2024 r.) oraz działanie szczegółowe pn. „Opracowanie standardów opieki dla osób z zespołami otępiennymi, w tym opieki domowej” z terminem realizacji 2018-2020, wymienione w obszarze III. „Sieć usług środowiskowych i instytucjonalnych udzielanych niesamodzielnym osobom starszym”.

(akta kontroli tom 1 str. 320-334, 337-343, tom 2 str. 19-21, 162-212, 454-457F, 468-470, 473-474, 490-677)

Kwestie te ujęto w obszarze drugim niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

W 2011 r. opracowany został, z inicjatywy Ogólnopolskiego Porozumienia Organizacji Alzheimerowskich i dostarczony do MZ projekt Narodowego Planu Alzheimerowskiego, wychodzący naprzeciw postulatowi zawartemu w Rezolucji PE, aby państwa członkowskie opracowały szczegółowe krajowe plany i strategie w celu zajęcia się społecznymi i zdrowotnymi skutkami demencji oraz świadczenia usług i udzielania wsparcia osobom cierpiącym na demencję oraz ich rodzinom.

Ponadto, w załączeniu do pisma z dnia 30 grudnia 2021 r. Prezes Alzheimer Polska<sup>46</sup> przesłał do Ministra Zdrowia<sup>47</sup> Polski Plan Alzheimerowski<sup>48</sup> zawierający ramy strategiczne przygotowane w oparciu o założenia Polskiego Planu Alzheimerowskiego z 2011 roku i wytyczne Światowej Organizacji Zdrowia (WHO Guide Towards a Dementia Plan). Elementami PPA były następujące obszary działania:

- Wczesna i skoordynowana diagnostyka;
- Zintegrowane leczenie;
- Kompleksowe wsparcie dla osób żyjących z demencją, ich rodzin i opiekunów;
- Upowszechnianie wiedzy o chorobie Alzheimera;
- Wsparcie organizacji pozarządowych zajmujących się pomocą osobom żyjącym z demencją, ich rodzinom i opiekunom;
- Prawne regulacje zapewniające skuteczne i ustawowo umocowane rozwiązania w dziedzinie wyrażania swej woli za życia przy zachowaniu odpowiednich zabezpieczeń prawnych;
- Badania naukowe i epidemiologiczne dotyczące demencji.

<sup>46</sup> Alzheimer Polska był związkiem pacjenckich organizacji pozarządowych działających od początku XXI wieku na rzecz osób żyjących z chorobą Alzheimera, ich rodzin i opiekunów.

<sup>47</sup> Opracowany w listopadzie 2021 r. przez powołany przez Alzheimer Polska zespół ekspercki.

<sup>48</sup> Zwany dalej także PPA.

W piśmie przewodnim Prezes Alzheimer Polska prosił Ministra Zdrowia o przeanalizowanie przedłożonego dokumentu oraz opracowanie jego pełnej wersji, powołując się przy tym na zalecenie wynikające z przyjętego w maju 2017 r., przez 70-te Zgromadzenie WHO w Genewie Globalnego Planu Działania nad publiczną odpowiedzialnością zdrowotną na demencję w latach 2017-2025<sup>49</sup>, aby do 2025 r. 75% krajów miało narodowe polityki, strategie, plany lub inne ramowe rozporządzenia w sprawie demencji.

Realizując zalecenie opracowania do 2025 r. dokumentów strategicznych wobec chorób otępiennych, zawarte w „Globalnym planie działania w odpowiedzi zdrowia publicznego na demencję na lata 2017-2025” a także działanie szczegółowe<sup>50</sup> zapisane w obszarze drugim (dotyczącym niesamodzielnych osób starszych) dokumentu „Polityka społeczna wobec osób starszych”, prowadzono prace nad projektem KPDwCO.

(akta kontroli tom 1 str. 234, 323, 341-343, 402-403, 474)

MZ w 2018 r. zorganizowało debatę z organizacjami pozarządowymi<sup>51</sup>, dotyczącą opieki nad osobami chorującymi na choroby otępienne, w tym chorobę Alzheimera. W 2020 r. MZ zwróciło się do resortów i innych instytucji<sup>52</sup> z prośbą o przedstawienie informacji na temat działań prowadzonych/koordynowanych/nadzorowanych na rzecz osób z demencją i ich bliskich. W piśmie wskazano na potrzebę opracowania krajowego kompleksowego programu działań skierowanych do osób z demencją, w tym z chorobą Alzheimera, wynikającą m.in. z zapisów „Polityki społecznej wobec osób starszych”.

W Departamencie Zdrowia Publicznego MZ, a następnie w Departamencie Równości w Zdrowiu MZ opracowany został w III kwartale 2024 r. projekt „Krajowego Programu Działań wobec Chorób Otępiennych na lata 2025-2030”.

W trakcie prac nad projektem, założenia przedmiotowego dokumentu, w tym główne obszary priorytetowe oraz planowane do realizacji działania były prezentowane przez przedstawicieli MZ na spotkaniach z przedstawicielami innych ministerstw i instytucji<sup>53</sup> w ramach Grupy roboczej ds. profilaktyki i wspierania osób starszych, utworzonej w ramach Międzyresortowego Zespołu do spraw systemowych rozwiązań związanych z opieką nad osobami starszymi, powołanej przez Minister do spraw Polityki Senioralnej<sup>54</sup>, a także organizacji pacjentów na forum Rady Organizacji Pacjentów, Krajowej Rady ds. Neurologii, co zostało opisane w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w punkcie 2.6.

Prowadzono również działania dotyczące m.in. uzgodnienia z Departamentem Prawnym MZ podstawy prawnej projektowanego dokumentu, celem przedłożenia go

<sup>49</sup> Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia 2017-2025 – dokument zaakceptowany w 2017 r. przez 194 państw, członków WHO (w tym Polskę).

<sup>50</sup> „Opracowanie programu działań skierowanych do osób chorych na choroby otępienne”, z terminem realizacji do końca 2025 r.

<sup>51</sup> Zaproszenie wystosowano w dniu 12 września 2018 r. do 28 organizacji i instytucji w tym m.in. do Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera – Warszawa, Białostockiego Stowarzyszenia Alzheimerowskiego, Lubelskiego Stowarzyszenia Alzheimerowskiego, Łódzkiego Towarzystwa Alzheimerowskiego, województwa kujawsko-pomorskiego i innych.

<sup>52</sup> Pismo z dnia 27 sierpnia 2020 r. skierowano do: Ministerstwa Edukacji Narodowej, Ministerstwa Funduszy i Polityki Regionalnej, Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwa Rozwoju, Ministerstwa Sportu, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ministerstwa Badań Medycznych, Narodowego Centrum Nauki i Narodowego Centrum Badań i Rozwoju, Centrum e-Zdrowia, Głównego Urzędu Statystycznego, Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Narodowego Funduszu Zdrowia i Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, a także do wojewodów.

<sup>53</sup> Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwa Funduszy i Polityki Regionalnej, Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, Narodowego Funduszu Zdrowia, Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, Koalicji „Na Pomoc Niesamodzielnym”.

<sup>54</sup> Powstanie i działania Zespołu oraz Grupy roboczej zostało opisane w punkcie 2.6 niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

Zespołowi Programowania Prac Rady Ministrów. Jednocześnie w dniu 11 czerwca 2024 r. Zastępca Dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego<sup>55</sup> zwróciła się do innych komórek organizacyjnych MZ, a Sekretarz Stanu Ministerstwa Zdrowia w dniu 12 czerwca 2024 r. do innych resortów i instytucji<sup>56</sup> z prośbą o przekazanie propozycji działań do ujęcia w projektowanym dokumencie. W odpowiedzi na wysłane pisma, niektórzy adresaci przestali do MZ propozycje działań.

Według informacji Dyrektor DRwZ MZ, przy tworzeniu projektu Programu starano się także czerpać z doświadczeń innych krajów w opracowywaniu strategii dotyczących demencji oraz wypracowanych dobrych praktyk, poprzez analizę już przyjętych dokumentów zagranicznych, czy udział w spotkaniach międzynarodowych. Stworzono bazę takich dokumentów na dysku sieciowym. Przedstawiciele MZ uczestniczyli m.in. w pracach Europejskiej Grupy Ekspertów Rządowych ds. Demencji, organizowanej przez Alzheimer Europe, czy też w wydarzeniach inicjowanych przez organizacje międzynarodowe, w tym Światową Organizację Zdrowia (WHO) czy OECD. Coroczna Światowa Konferencja Choroby Alzheimera w 2024 r. po raz pierwszy odbyła się w Polsce. W Konferencji z ramienia MZ uczestniczył Wiceminister Zdrowia.

(akta kontroli tom 1 str. 234, 237-315, 323, 341-343, 402-403, 474, tom 2 str. 295-332, 402-403, 681-694)

Dyrektor DRwZ MZ poinformowała, że: *projekt „Krajowego Programu Działań wobec Chorób Otepiennych na lata 2025-2030”, został przedłożony Pani Minister (...) jako nadzorującej Departament z prośbą o zgodę na przekazanie do uzgodnień wewnętrznych. Po uzyskaniu akceptacji w dniu 24 września 2024 r. przekazany do uzgodnień wewnątrzministerialnych. W trakcie prac nad projektem założenia przedmiotowego dokumentu, w tym głównie obszary priorytetowe oraz wybór z planowanych do realizacji działań były prezentowane przez przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia na spotkaniach z przedstawicielami:*

- *innych ministerstw w ramach Grupy roboczej ds. profilaktyki i wspierania osób starszych, utworzonej w ramach Międzyresortowego Zespołu do spraw systemowych rozwiązań związanych z opieką nad osobami starszymi, powołanego przez Panią Minister Okłę-Drewnowicz,*
- *organizacji pacjentów na forum Rady Organizacji Pacjentów,*
- *Krajowej Rady ds. Neurologii.*

*Prowadzono również działania dotyczące m.in. uzgodnienia z Departamentem Prawnym Ministerstwa Zdrowia podstawy prawnej projektowanego dokumentu (...). Jednocześnie, w dniach 11-12 czerwca 2024 r. zwrócono się do komórek organizacyjnych Ministerstwa Zdrowia oraz innych resortów z prośbą o przekazanie propozycji działań do ujęcia w projektowanym dokumencie (...). Przy tworzeniu projektu Programu starano się także czerpać z doświadczeń innych krajów w opracowywaniu strategii dotyczących demencji oraz wypracowanych dobrych praktyk, poprzez analizę już przyjętych dokumentów zagranicznych, czy udział w spotkaniach międzynarodowych. Stworzono bazę takich dokumentów na dysku sieciowym. Przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia uczestniczą m.in. w pracach Europejskiej Grupy Ekspertów Rządowych ds. Demencji, organizowanej przez Alzheimer Europe, czy też w wydarzeniach inicjowanych przez organizacje międzynarodowe, w tym Światową Organizację Zdrowia (WHO) czy OECD. Coroczna*

---

<sup>55</sup> Obecnie Dyrektor DRwZ.

<sup>56</sup> Tj. do: Ministra Sportu i Turystyki, Ministry do spraw Równości, Ministry do spraw Społeczeństwa Obywatelskiego i Ministry do spraw Senioralnych w Kancelarii Premiera Rady Ministrów, Ministra Cyfryzacji, Ministry Edukacji, Ministry Funduszy i Polityki Regionalnej, Ministra Infrastruktury, Ministry Kultury i Dziedzictwa Narodowego, Ministra Nauki, Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi, Ministra Rozwoju i Technologii, Ministry Rodziny Pracy i Polityki Społecznej, Ministra Sprawiedliwości, Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji.

*Światowa Konferencja Choroby Alzheimera w 2024 r. po raz pierwszy odbyła się w Polsce. W wydarzeniu tym z ramienia Ministerstwa Zdrowia uczestniczył Pan Minister Wojciech Konieczny. Wsparcie przy opracowywaniu projektu „Krajowego Programu Działań wobec Chorób Otępiennych na lata 2025-2030” stanowił również przewodnik przygotowany przez WHO – Towards a dementia plan: a WHO guide, dostępny na stronie: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514132>.*

(akta kontroli tom 1 str. 225-230)

W dniu 29 listopada 2024 r. projekt uchwały w sprawie przyjęcia KPDwCO został przekazany Zespołowi do spraw Programowania Prac Rządu Kancelarii Prezesa Rady Ministrów<sup>57</sup>, wraz z wnioskiem o wprowadzenie do wykazu prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów. Zespół, na posiedzeniu w dniu 16 grudnia 2024 r., podjął decyzję o odroczeniu wprowadzenia przedmiotowego projektu do ww. wykazu oraz zarekomendował ponowne przeanalizowanie przez Ministra Zdrowia projektowanych działań oraz mechanizmu ich finansowania. W dniu 3 lutego 2025 r. odbyło się spotkanie warsztatowe, na którym przedstawiciele MZ oraz Krajowej Rady ds. Neurologii przeanalizowali projekt Programu pod kątem wprowadzenia modyfikacji i niezbędnych uzupełnień. Według informacji Dyrektora DRwZ, w dniu 13 lutego 2025 r. planowane było spotkanie międzyresortowe, podczas którego omówiony zostanie zakres zadań ujętych w projekcie, przypisanych do poszczególnych instytucji.

*Stwierdziła że: W związku z powyższym, na obecnym etapie nie jest możliwe precyzyjne wskazanie daty zakończenia procesu legislacyjnego i przyjęcia dokumentu.*

(akta kontroli tom 2 str. 481-482, 484-485)

W KPDwCO przedstawiono, że zachodzące procesy demograficzne prowadzą do wzrostu częstości występowania chorób otępiennych, które zazwyczaj dotyczą osób starszych, co stwarza poważne wyzwanie dla systemu zdrowia publicznego. Jak wskazano w ww. Programie znalazło to odzwierciedlenie w Rezolucji PE, w której wezwano państwa członkowskie UE m.in. do opracowania szczegółowych krajowych planów i strategii w celu łagodzenia społecznych i zdrowotnych skutków demencji oraz zapewnienia usług i wsparcia osobom cierpiącym na te choroby oraz ich rodzinom.

(akta kontroli tom 1 str. 320-334, 337-343)

Dyrektor DRwZ MZ poinformowała, że Ministerstwo analizowało opracowane w 2011 r. przez Ogólnopolskie Porozumienie Organizacji Alzheimerowskich, postulaty projektu Polskiego Planu Alzheimerowskiego i uwzględniło większość z zaproponowanych obszarów działań w projekcie KPDwCO.

Celem głównym KPDwCO był wzrost odsetka osób, u których chorobę otępienną zdiagnozowano we wczesnym stadium, a także poprawa jakości życia osób z chorobami otępiennymi i ich opiekunów. W ramach poszczególnych obszarów działania zdefiniowano cele szczegółowe działań ujętych w Programie oraz przedstawiono diagnozę poszczególnych problemów. Określono rezultaty do osiągnięcia i przypisano im działania, dla których określono terminy realizacji, sposób monitorowania, wskazano podmioty odpowiedzialne za koordynację oraz współpracę, a także wymieniono źródła finansowania (bez określenia kwot). W części *Ramy finansowe Programu* zapisano, że działania planuje się realizować, zarówno ze środków krajowych, jak i ze środków europejskich. W ramach środków krajowych zaplanowane działania mają być wdrażane przede wszystkim ze środków NFZ, ale również m.in. ze środków Narodowego Programu Zdrowia obejmującego okres na

---

<sup>57</sup> Dalej także: KPRM.

lata 2025-2030, gdzie wskazywano ich realizację w trybie konkursowym przez wybranych realizatorów, którzy będą odpowiadać za proces wdrożenia danych rozwiązań na poziomie regionalnym lub ogólnopolskim. Przewidywano, że ostateczna wysokość środków przewidzianych do realizacji poszczególnych projektów będzie ustalana corocznie przez Radę Ministrów w trakcie prac nad ustawą budżetową.

W projekcie KPDwCO zapisano, że zaprezentowane w Programie cele były zbieżne z celami określonymi w innych dokumentach strategicznych państwa. I tak:

- w NPZ, który stanowił podstawę działań w zakresie zdrowia publicznego i którego głównym celem było wydłużenie życia w zdrowiu i poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem oraz ograniczenie społecznych nierówności w zdrowiu wyznaczał m.in. cel w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki, w ramach którego zakresy zadań ujętych w Programie były komplementarne z zadaniami ujętymi w NPZ;
- w dokumencie „Zdrowa przyszłość Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.” zapisano m.in., że ważnym elementem opieki na styku systemu ochrony zdrowia i pomocy społecznej jest organizacja wsparcia dla osób z chorobami otępiennymi, niepełnosprawnych i starszych oraz opiekunów osób wymagających pomocy w codziennym funkcjonowaniu. Wskazano na potrzebę opracowania i wdrożenia krajowego planu działań wobec demencji;
- w „Polityce społecznej wobec osób starszych” (zawierającej kierunki rozwoju polityki społecznej wobec osób starszych oraz ich wykonawców, a także stanowiącej element „Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.)”<sup>58</sup>, koordynowanej przez ministra właściwego do spraw rozwoju) wskazano zadanie obejmujące opracowanie programu działań skierowanych do osób starszych chorych na choroby otępienne. Ponadto, przewidywano wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami niesamodzielnymi, możliwie szeroki rozwój usług środowiskowych (opiekuńczych oraz asystenckich), a także wsparcie rodziny i opiekunów faktycznych w pełnieniu ich roli opiekuńczo-wychowawczej, np. w postaci tworzenia regionalnych centrów wsparcia opiekunów nieformalnych/faktycznych osób niesamozależnych – starszych, niepełnosprawnych.

(akta kontroli tom 1 str. 341-342, 347-401)

Projekt KPDwCO zawierał: diagnozę, cel główny Programu<sup>59</sup>, cele szczegółowe, rezultaty oraz działania służące ich realizacji, terminy tych działań, zasady jego monitorowania, podmioty odpowiedzialne za koordynację. Zgodnie z zapisami ujętymi w części Ramy finansowe Programu, *Ostateczna wysokość środków przewidzianych do realizacji poszczególnych projektów będzie ustalana corocznie przez Radę Ministrów w trakcie prac nad ustawą budżetową. Rozwiązania w obszarze polityki społeczno-gospodarczej będą wdrażane w sposób, który nie naruszy stabilności finansów publicznych.* Wskazano na następujące źródła finansowania Programu: budżet państwa w zakresie budżetów ministerstw obejmujących środki na realizację programów strategicznych, jak NPZ, budżety jednostek samorządu terytorialnego, budżet NFZ oraz środki Unii Europejskiej.

Przygotowany w MZ projekt KPDwCO obejmował siedem głównych obszarów działania:

- 1) „Podnoszenie świadomości społecznej”, dla którego celem szczegółowym było „Zwiększenie świadomości i wiedzy społeczeństwa na temat chorób otępiennych, w tym ich objawów, wagi wczesnej diagnozy, a także kształtowanie

<sup>58</sup> Uchwała Nr 8 Rady Ministrów z dnia 14 lutego 2017 r. w sprawie przyjęcia Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.) M.P. poz.260.

<sup>59</sup> Wzrost odsetka osób, u których chorobę otępienną zdiagnozowano we wczesnym stadium, a także poprawa jakości życia osób z chorobami otępiennymi i ich opiekunów.

- wspierających postaw wobec chorych i ich bliskich”. W obszarze tym wyszczególniono sześć rezultatów, w których było łącznie 10 działań<sup>60</sup>;
- 2) „Zmniejszanie ryzyka zachorowania”, dla którego celem szczegółowym było „Prowadzenie działań wspierających profilaktykę chorób otępiennych”. W obszarze tym wyszczególniono trzy rezultaty, w których było łącznie dziewięć działań<sup>61</sup>;
  - 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<sup>62</sup>;
  - 4) „Leczenie, opieka i wsparcie dla chorych”, dla którego celem szczegółowym było „Zwiększenie dostępu do leczenia, opieki na każdym z etapów chorób otępiennych dla osób chorych”. W obszarze tym wyszczególniono sześć rezultatów, w którym było łącznie dziewięć działań<sup>63</sup>;
  - 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 pięć działań<sup>64</sup>;
  - 6) „Budowanie systemów gromadzenia danych”, dla którego celem szczegółowym było „Gromadzenie oraz monitorowanie danych na temat chorób otępiennych”. W obszarze tym wyszczególniono jeden rezultat, w którym były dwa działania<sup>65</sup>;
  - 7) „Badania naukowe i innowacje”, dla którego celem szczegółowym było „Inicjowanie i wspieranie badań naukowych w zakresie chorób otępiennych”. W obszarze tym wyszczególniono trzy rezultaty, w których były łącznie cztery działania<sup>66</sup>.

(akta kontroli tom 1 str. 347-401)

<sup>60</sup> Przykładowo: działanie 1.1.1. „Przygotowywanie i przeprowadzanie kampanii edukacyjno-informacyjnych na temat zaburzeń otępiennych, w tym choroby Alzheimera” oraz działanie 1.5.1. „Opracowanie oraz udostępnienie informatora na temat form wsparcia dla osób z chorobami otępiennymi i ich opiekunów, dostępnych w szczególności w ramach systemów opieki zdrowotnej i pomocy społecznej”.

<sup>61</sup> Przykładowo: działanie 2.1.2. „Działania edukacyjne na temat modyfikowalnych czynników ryzyka wystąpienia zaburzeń otępiennych oraz możliwych do podjęcia działań profilaktycznych ukierunkowanych na zdrowie mózgu” oraz działanie 2.2.2. „Opracowanie wytycznych dla placówek pobytu dziennego dla osób starszych dotyczące zajęć aktywizujących, zmniejszających ryzyko wystąpienia zaburzeń otępiennych”.

<sup>62</sup> Działanie 3.1.1. „Ustalenie narzędzi diagnostyki zaburzeń otępiennych w podstawowej opiece zdrowotnej”, Działanie 3.1.2. „Wdrożenie rozwiązań z zakresu wczesnej diagnostyki zaburzeń otępiennych obejmujących możliwość finansowania ze środków publicznych w podstawowej opiece zdrowotnej – określonych testów sprawności funkcji poznawczych oraz stosownych badań laboratoryjnych”, Działanie 3.1.3. „Działania edukacyjne kierowane do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej dotyczące wczesnej diagnostyki zaburzeń otępiennych”.

<sup>63</sup> Przykładowo: działanie 4.1.1. „Opracowanie zasad postępowania terapeutycznego w chorobach otępiennych”, działanie 4.3.1. „Zwiększenie dostępności długoterminowej opieki domowej dla osób z zaburzeniami otępiennymi”, działanie 4.3.2. „Rozwój usług społecznych (niemedycznych) świadczonych w środowisku w zakresie pomocy osobom starszym w podstawowych czynnościach życia codziennego”, działanie 4.3.3. „Pilotaż świadczeń w postaci dziennych centrów wsparcia pamięci”, działanie 4.4.1. „Rozwój i wdrożenie kompleksowej rehabilitacji funkcji poznawczych oraz terapii zajęciowej dla chorych z chorobami otępiennymi”.

<sup>64</sup> Przykładowo: działanie 5.1.1. „Szkolenia dla opiekunów osób z chorobami otępiennymi dotyczące specyfiki tychże chorób oraz zasad właściwej opieki nad osobą chorą”, działanie 5.2.1. „Zapewnienie wsparcia psychologicznego i edukacji prozdrowotnej opiekunom nieformalnym osób starszych potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym opiekunom osób z chorobami otępiennymi”, działanie 5.3.1. „Opracowanie rozwiązań sprzyjających zwiększeniu dostępu do opieki wychnieniowej dla opiekunów osób z chorobami otępiennymi”.

<sup>65</sup> Działanie 6.1.1. „Cykliczna analiza i publikacja danych na temat chorób otępiennych” oraz działanie 6.1.2. „Ujednolicenie systemu kodowania i jednoczesne wprowadzenie w obowiązek kodowania zaburzeń otępiennych stwierdzonych u pacjenta”.

<sup>66</sup> Przykładowo: działanie 7.1.1. „Analiza systemowa populacji polskiej dotkniętej chorobami otępiennymi”, działanie 7.3.1. „Wykonanie badań własnych pod kątem wczesnego rozpoznawania chorób otępiennych z wykorzystaniem m.in. biomarkerów i narzędzi sztucznej inteligencji, a także sposobów profilowania dynamiki rozwoju choroby i zapotrzebowania chorego np. na wybrane procedury medyczne – w oparciu o infrastrukturę naukowo-badawczą Sieci Centrów Medycyny Cyfrowej”.

Kwestie opracowania projektu KPDwCO ujęto w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

1.2.1. MZ nie przedstawiło dokumentów świadczących o prowadzeniu działań mających na celu koordynację świadczeń dla osób zagrożonych chorobami neurodegeneracyjnymi w celu zapewnienia kompleksowej i sprawnej diagnostyki medycznej, w tym jak najwcześniejszego wykrywania tych chorób.

Według Dyrektora DRwZ, opieka medyczna nad pacjentami z chorobami neurologicznymi oraz neurodegeneracyjnymi sprawowana była przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej<sup>67</sup> oraz w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej<sup>68</sup> i leczenia szpitalnego.

Stwierdziła, że zgodnie z rozporządzeniem [przypis kontrolera NIK – z dnia 3 listopada 2013 r.] *Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej*<sup>69</sup> świadczenia na rzecz osób z chorobami neurologicznymi oraz neurodegeneracyjnymi są udzielane w ramach porady specjalistycznej - neurologia. W celu ustalenia optymalnej ścieżki terapeutycznej lekarz specjalista zleca pacjentowi wykonanie niezbędnych badań diagnostycznych.

Poinformowała, że w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego<sup>70</sup> określone zostały warunki realizacji całodobowych świadczeń gwarantowanych udzielanych w trybie planowym albo nagłym, obejmujące, zarówno proces diagnostyczno-terapeutyczny, jak i proces pielęgnowania, z zapewnieniem dostępu do procedur z zakresu rehabilitacji oddechowej, narządu ruchu i neurologicznej w różnych specjalnościach.

Stwierdziła ponadto, że każdy świadczeniodawca udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej jest obowiązany do opracowania i wdrożenia procedury oceny geriatrycznej pacjenta, z wyjątkiem oddziałów szpitalnych o profilu pediatrycznym, neonatologicznym oraz położniczo-ginekologicznym. Na oddziałach geriatrycznych (lub innych), wobec pacjentów 60+ przeprowadzana jest *całościowa ocena geriatryczna (COG)*, w trakcie której ustalany jest zakres występujących zaburzeń, a także priorytety w leczeniu i rehabilitacji oraz opiece. Wskazała, że: *rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (...) umożliwia pacjentom z chorobami neurologicznymi oraz neurodegeneracyjnymi rehabilitację leczniczą na zasadach ogólnych, odpowiadających potrzebom zdrowotnym świadczeniobiorcy objętego leczeniem rehabilitacyjnym lub fizjoterapeutycznym.*

Odnosząc się do działań w celu wypracowania systemu koordynacji współpracy między służbami publicznymi (m.in. Policja, Straż Pożarna, straż miejska, transport publiczny, itp.) na rzecz opieki zdrowotnej dla osób starszych z chorobami neurodegeneracyjnymi oraz wsparcia ich opiekunów, Dyrektor DRwZ poinformowała, że kwestie ewentualnych działań, które mogłyby zostać zaadresowane do ww. grup są przedmiotem analiz prowadzonych przy okazji projektowania założeń *Krajowego Programu Działań wobec Chorób O tępiennych 2025-2030.*

(akta kontroli tom 1 str. 197-198, 203-204)

W projekcie KPDwCO<sup>71</sup> zostały ujęte działania obejmujące:

- przygotowanie praktycznych materiałów informacyjnych dla przedstawicieli zawodów niemedycejskich, w tym służb mundurowych (policji, straży miejskiej),

<sup>67</sup> Dalej: POZ.

<sup>68</sup> Dalej: AOS.

<sup>69</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 357, ze zm.

<sup>70</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 870, ze zm.

<sup>71</sup> Projekt przekazano do uzgodnień wewnątrz MZ 24 września 2024 r.

pracowników sektora bankowego, na temat objawów chorób otępiennych i zasad komunikacji z osobami chorymi;

- przygotowanie i przeprowadzenie szkoleń on-line dla przedstawicieli zawodów niemedycznych, w tym przedstawicieli służb mundurowych, na temat zaburzeń otępiennych.

Zgodnie z informacją Dyrektor DRwZ, w toku prac nad ww. Programem MZ zapoznawało się z dotychczasowymi działaniami poszczególnych podmiotów w obszarze wsparcia osób z otępieniami. Stwierdzono działania Komendy Głównej Policji, w tym m.in. zorganizowanie w 2023 r. we współpracy z Rzecznikiem Praw Obywatelskich, Związkiem Stowarzyszeń Alzheimer Polska oraz Fundacją Itaka, konferencji poświęconej zaginięciom wśród osób z chorobami otępiennymi, podczas której poruszone zostały kwestie zapewnienia bezpieczeństwa osobom chorym<sup>72</sup>, czy też kampanii społecznej #JestemTuCZEKAM, dotyczącej zaginięć seniorów<sup>73</sup>. Podała także, że opracowano materiały dydaktyczne dotyczące przedmiotowej tematyki oraz wskazała na działania podejmowane przez samorządy, w których zaangażowano straż miejską, czego przykładem była kampania „Pomóż mi znaleźć drogę do domu”<sup>74</sup>.

(akta kontroli tom 1 str. 197-198, 203-204, 232-233)

1.2.2. MZ nie wypracowało systemu kompleksowej (koordynowanej) opieki nad osobami cierpiącymi na choroby neurodegeneracyjne, stanowiącego połączenia procesów profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych. Według wyjaśnień Dyrektor DRwZ, *Wszystkie elementy takiej opieki są dostępne, a nie ma jednego zunifikowanego modelu, który u wszystkich takich pacjentów będzie możliwy do zastosowania. Należy jednak podkreślić, że jednym z obszarów szczególnie istotnych w kontekście opieki nad osobami z chorobami otępiennymi jest opieka długoterminowa. Mając na względzie rozwój całego systemu opieki długoterminowej oraz dostosowanie go do identyfikowanych potrzeb, Ministerstwo Zdrowia współpracuje z Ministerstwem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, aby opracować rozwiązania koordynacyjne pozwalające na zwiększenie dostępu do świadczeń i usług opieki długoterminowej, szczególnie w wymiarze środowiskowym (rozwiązania z zakresu opieki domowej i dziennej).*

Opublikowany w dniu 28 czerwca 2024 r. w Biuletynie Informacji Publicznej MZ Przegląd Strategiczny Opieki Długoterminowej w Polsce<sup>75</sup> zawierał analizę obszaru opieki długoterminowej<sup>76</sup> w Polsce. Efekty tej analizy zostały opisane w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w punkcie 2.6.

W MZ nie były prowadzone prace dotyczące wprowadzenia instytucji koordynatora wsparcia dedykowanego wyłącznie osobom starszym z chorobami neurodegeneracyjnymi i ich opiekunom. Zdaniem Dyrektor DRwZ, *Wprowadzanie koordynatorów opieki dla osób z konkretnymi jednostkami chorobowymi nie wydaje się efektywnym rozwiązaniem. Dostrzega się natomiast zasadność wprowadzenia mechanizmów koordynacji usług i świadczeń, szczególnie dla pacjentów ze schorzeniami przewlekłymi czy wymagających wsparcia w wykonywaniu czynności dnia codziennego. Jednak wyodrębnianie koordynatorów dla każdej z grupy chorób byłoby nierealne kadrowo, organizacyjnie i kosztowo. Jednocześnie należy też*

<sup>72</sup> Dostępnej na stronie internetowej <https://www.policia.pl/pol/aktualnosci/235637,Zaginiecia-wsrod-osob-z-zespolem-otepiennym-iak-zapewnic-bezpieczenstwo-podopiecz.html>),

<sup>73</sup> Dostępnej na stronie <https://policia.pl/pol/aktualnosci/250647,JestemTuCZEKAM-kampania-spoeczna-dotyczaca-zaginieci-seniorow.html>

<sup>74</sup> Dostępna na stronie <https://uml.lodz.pl/aktualnosci/artvku/swiatoww-dzien-choroby-alzheimerainauguracjakampanii-pomoz-mi-znalezc-droge-do-domu-id43775/2021/09/21/>.

<sup>75</sup> Dostępny na stronie internetowej [https://www.gov.pl/web/zdrowie/przegląd-strategiczny-opieki-długoterminowej-w-polsce-opracowany-przez-bank-swiatowy\\_zwany\\_dalej\\_Raportem\\_Banku\\_Swiatowego](https://www.gov.pl/web/zdrowie/przegląd-strategiczny-opieki-długoterminowej-w-polsce-opracowany-przez-bank-swiatowy_zwany_dalej_Raportem_Banku_Swiatowego).

<sup>76</sup> Zwanej także ODT.

wskazać, iż na choroby neurodegeneracyjne nie chorują wyłącznie osoby starsze, zatem wydzielenie tej grupy odbiorców nie byłoby uzasadnione.

Dyrektor DRwZ podkreśliła, że od 1 października 2022 r. lekarze pierwszego kontaktu w placówkach POZ mogą realizować świadczenia zdrowotne w nowym modelu zwanym opieką koordynowaną. Nad sprawną realizacją różnorodnych świadczeń zdrowotnych czuwa koordynator. Do zadań koordynatora należy m.in.: ustalanie terminów badań, wizyt i konsultacji zleconych przez lekarza POZ oraz porad edukacyjnych i dietetycznych, przekazywanie informacji o kolejnych etapach terapii oraz dbanie o przepływ informacji pomiędzy wszystkimi realizatorami świadczeń zdrowotnych.

W projekcie KPDwCO przewidziano prowadzenie działań mających na celu zwiększenie dostępności długoterminowej opieki domowej dla osób z zaburzeniami otępiennymi, m.in. poprzez opracowanie kryteriów kwalifikacji osób z zaburzeniami otępiennymi do zdrowotnej opieki długoterminowej domowej oraz warunków realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej uwzględniających opiekunów medycznych, jako kadrę udzielającą świadczeń w warunkach domowych.

(akta kontroli tom 1 str. 198, 203-204, 230-231)

Jak wyjaśniła Dyrektor DRwZ MZ, w MZ nie były prowadzone prace zmierzające do wprowadzenia programu koordynowanej opieki nad osobami starszymi z chorobami neurodegeneracyjnymi obejmującej wszystkie poziomy systemu: Szpital – AOS – POZ, na wzór już istniejących programów kompleksowej opieki specjalistycznej, jak np. w kardiologii i onkologii, ponieważ żaden z interesariuszy (organizacje pacjentów/ich opiekunów/rodzi, środowiska medyczne, konsultanci krajowi, bądź towarzystwa naukowe czy inne organy administracji publicznej) nie zgłosił takiej potrzeby i nie wystąpił z wnioskiem o podjęcie działań w tym kierunku.

(akta kontroli tom 2 str. 454, 457C-457D)

1.2.3. W MZ nie podejmowano działań w celu wprowadzenia szczegółowych opisów warunków realizacji świadczeń gwarantowanych w zakresie POZ dla pacjentów z chorobami neurodegeneracyjnymi. Prowadzone były natomiast prace mające na celu opracowanie rozwiązań z zakresu wczesnej diagnostyki zaburzeń otępiennych. W tym celu do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji<sup>77</sup> przesłano projekt programu pilotażowego z zakresu wczesnej diagnostyki zaburzeń otępiennych<sup>78</sup>. Program został przygotowany 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. Głównym celem programu było przetestowanie rozwiązań z zakresu wczesnej diagnostyki zaburzeń otępiennych u co najmniej 5 000 świadczeniobiorców po 60. roku życia z podejrzeniem deficytu funkcji poznawczych w okresie 30 miesięcy, na terenie czterech województw: dolnośląskiego, mazowieckiego, podlaskiego i pomorskiego. Przedmiotowy program w założeniach obejmował wdrożenie przesiewowej oceny w kierunku występowania otępienia, depresji i przeprowadzenie badań laboratoryjnych na poziomie POZ oraz podjęcie wczesnej interwencji medycznej na poziomie AOS lub hospitalizacji. W projekcie zaproponowano dwie ścieżki postępowania z pacjentem z podejrzeniem zaburzeń otępiennych – skierowanie do neurologa, psychiatry, geriatry albo do leczenia szpitalnego na diagnostykę w trybie leczenia jednego dnia. Dokonano wyboru świadczeń, które miały być realizowane na poszczególnych poziomach. W opinii AOTMiT zapisano, że

<sup>77</sup> Zwanej także AOTMiT.

<sup>78</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.

przedstawione w dokumencie testy przesiewowe dla POZ, jak też badania przewidywane do wykonania w AOS i oddziałach szpitalnych, nie są ujęte w wykazie świadczeń gwarantowanych. Uwzględniając wszystkie kategorie kosztów, wyceniono całkowity koszt realizacji programu dla populacji 5 000 pacjentów na 7,4 mln złotych, w ujęciu 21 miesięcy, 351 tysięcy w przeliczeniu na miesiąc i 1 474 zł w przeliczeniu na pacjenta.

Prace nad ww. programem zostały przerwane w 2022 r. Według wyjaśnień Dyrektora Departamentu Równości w Zdrowiu, *Ze względu na równoległe toczące się ustalenia odnośnie projektów produktów rozliczeniowych w tym zakresie dla AOS i szpitali, konieczne okazało się przeformułowanie pierwotnych założeń programu pilotażowego.*

Na pytanie, jakie rozwiązania wprowadzono do koszyka świadczeń gwarantowanych i dlaczego zrezygnowano z przeformułowania założeń pilotażu, bazującego na racjonalnych założeniach etapowej diagnostyki i czy zmieniony program będzie realizowany w najbliższym czasie, Dyrektorka Departamentu Równości w Zdrowiu odpowiedziała, że *Obecnie analizowane są możliwości wprowadzenia w ramach świadczeń gwarantowanych rozwiązań umożliwiających usprawnienie diagnostyki pacjentów z podejrzeniem deficytu funkcji poznawczych – z wykorzystaniem ustaleń poczynionych podczas projektowania wspomnianego programu pilotażowego i wniosków z innych opracowań.*

(akta kontroli tom 1 str. 198, 204, 230-231, 320-326, 471, 478-479)

1.2.4. Dwóch przedstawicieli Departamentu Zdrowia Publicznego uczestniczyło w pracach Zespołu do spraw opracowania propozycji rozwiązań normatywnych w zakresie zastąpienia instytucji ubezwłasnowolnienia modelem wspieranego podejmowania decyzji, powołanego zarządzeniem nr 243 Prezesa Rady Ministrów z dnia 3 lipca 2023 r.

Do zadań Zespołu należało:

- opracowanie propozycji rozwiązań normatywnych służących zastąpieniu instytucji ubezwłasnowolnienia modelem wspieranego podejmowania decyzji;
- opiniowanie projektów aktów normatywnych dotyczących zagadnień objętych zakresem prac Zespołu;
- wykonywanie innych zadań zleconych przez Prezesa Rady Ministrów dotyczących zagadnień związanych z zastąpieniem instytucji ubezwłasnowolnienia modelem wspieranego podejmowania decyzji.

Przedstawiciele Departamentu Zdrowia Publicznego MZ byli członkami Podgrupy Roboczej ds. pełnomocnictwa medycznego przy Zespole Problemowym do spraw pełnomocnictwa cywilnego (trwałego/na przyszłość/opiekuńczego) i medycznego. Według drugiego sprawozdania z dotychczasowych prac Zespołu, którego spotkania odbywały się w dniach: 8 września 2023 r., 8 listopada 2023 r., 11 stycznia 2024 r., 14 lutego 2024 r. i 26 kwietnia 2024 r., projektowane przez Zespół przepisy przewidywały w pierwszej kolejności możliwość samodzielnego ukształtowania wsparcia w korzystaniu ze zdolności do czynności prawnych. Służą temu dwa instrumenty: pełnomocnictwo rejestrowe i umowa asysty prawnej. W przypadku, gdyby osoba pełnoletnia nie zabezpieczyła własnych interesów, zaprojektowane zostały sądowe instrumenty wspieranego podejmowania decyzji: kurator wspierający oraz kurator reprezentujący. Projekt ustawy o zmianie ustawy - Kodeks cywilny oraz niektórych innych ustaw uzyskał zgodę członków kierownictwa Ministerstwa Sprawiedliwości na umieszczenie w wykazie prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów. Decyzją Zespołu do spraw Programowania Prac Rządu podjętą na posiedzeniu

24 czerwca 2024 r., do Wykazu prac Rady Ministrów został włączony projekt ustawy o zmianie ustawy – Kodeks cywilny oraz niektórych innych ustaw<sup>79</sup>.

(akta kontroli tom 1 str. 198, 204)

1.2.5. Ministerstwo Zdrowia nie prowadziło prac nad wprowadzeniem programu opieki wychnieniowej skierowanego do osób z chorobami neurodegeneracyjnymi i ich opiekunów.

Według wyjaśnień Dyrektora DRwZ MZ, *kwestie dotyczące organizacji systemu opieki wychnieniowej w Polsce należą przede wszystkim do kompetencji Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Podejmowane są jednak także rozmowy międzyresortowe odnośnie możliwości wsparcia opiekunów nieformalnych osób z chorobami otępiennymi (np. poprzez rozwój opieki dziennej).*

W opracowanym przez Ministerstwo Zdrowia projekcie KPDwCO ujęto działanie 5.3.1. „Opracowanie rozwiązań sprzyjających zwiększeniu dostępu do opieki wychnieniowej”, gdzie wskaźnikiem monitorującym działanie będzie liczba miejsc opieki wychnieniowej dostępnych dla osób z chorobami otępiennymi.

(akta kontroli tom 1 str. 198, 204, 320-336)

1.2.6. Dyrektor Departamentu Równości w Zdrowiu poinformowała, że wyniki *Badania poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem („PolSenior2”)* są na bieżąco wykorzystywane w pracach prowadzonych przez Ministerstwo Zdrowia. *Dzięki analizom przeprowadzonym w ramach przedmiotowego badania uzyskano wiedzę na temat szacunkowej liczby osób w wieku powyżej 60 roku życia prezentujących deficyt poznawczy w stopniu nasuwającym podejrzenie otępienia. Możliwości wdrożenia wniosków i rekomendacji sformułowanych w monografii podsumowujących ww. badanie, w szczególności dotyczących działań z zakresu wczesnej diagnostyki, gromadzenia rzetelnych danych dotyczących choroby, rozwoju opieki środowiskowej, zapewnienia wsparcia opiekunom nieformalnym, a także rozwoju oferty inicjatyw lokalnych, zwiększających zaangażowanie intelektualne i społeczne osób starszych, są analizowane podczas projektowania programu działań wobec chorób otępiennych.*

W projekcie KPDwCO wykorzystano dane raportu z badań „PolSenior2” oraz „PolSenior1”<sup>80</sup> do przedstawienia trendów w zakresie częstotliwości występowania zaburzeń funkcji poznawczych oraz sytuację zdrowotną i społeczną osób starszych, chorych na choroby neurodegeneracyjne. Wyniki badania „PolSenior2”, w porównaniu do wyników projektu „PolSenior1”, wskazywały, że na przestrzeni dekady wzrosła w starszej populacji nie tylko częstość podejrzenia otępienia ogółem, ale wzrost ten dotyczył również bardziej zaawansowanych etapów choroby (umiarkowanego i znacznego) – z 3,6% do 4,2%. Wzrost ten obserwowano zwłaszcza wśród kobiet. Podkreślono, że wzrost rozpowszechnienia chorób otępiennych stanowi coraz większe wyzwanie dla systemu opieki zdrowotnej oraz polityki społecznej, bowiem koszty leczenia i opieki nad chorym z otępieniem wzrastają bardzo wyraźnie wraz z postępowaniem choroby, a wydatki te należą obecnie do największych, po wydatkach na leczenie i opiekę nad chorymi z nowotworami, chorobami sercowo-naczyniowymi oraz udarami mózgu.

We wnioskach z badania „PolSenior2” autorzy wskazali, że przesiewowa ocena stanu funkcji poznawczych powinna stanowić nieodzowny element oceny osób po 60 roku życia w Polsce. Prowadzenie badań przesiewowych w kierunku otępienia w tej grupie

<sup>79</sup> Projekt zmiany ustawy dostępny jest na stronie internetowej: <https://www.gov.pl/web/premier/projekt-ustawy-o-zmianie-ustawy--kodeks-cywilny-oraz-niektorych-innych-ustaw4>.

<sup>80</sup> Początki projektu „PolSenior 1” sięgają 2006 roku, kiedy Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego ogłosiło konkurs na projekt pt. „Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce”. W badaniach w ramach Projektu wzięło udział 4979 osób po 65 roku życia i dzięki nim stało się możliwe wypracowanie rekomendacji w zakresie polityki zdrowotnej i społecznej państwa.

wieku pozwoli w wielu przypadkach na rozpoznanie otępienia we wczesnej fazie, co zwiększa skuteczność leczenia. Szczególna czujność i regularny nadzór powinny dotyczyć licznej grupy osób starszych (niemal co piątej osoby w populacji polskiej), u których w przesiewowej ocenie stanu funkcji poznawczych postawiono podejrzenie łagodnych zaburzeń poznawczych.

W projekcie KPDwCO 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.

(akta kontroli tom 1 str. 198, 204-205, 326)

**1.3.** Do zadań Ministra Zdrowia określonych w ustawie o zdrowiu publicznym należy m.in. rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego (art. 2 pkt 8).

1.3.1 Według danych posiadanych przez Departament Rozwoju Kadr Medycznych MZ, pochodzących z Naczelnej Izby Lekarskiej<sup>81</sup> liczba lekarzy ze specjalizacją z neurologii, geriatry i psychiatrii wzrastała i wynosiła według stanu na 31 grudnia 2022 r., 31 grudnia 2023 r. oraz 31 marca 2024 r. odpowiednio:

Neurologia: 4 551, 4 564 i 4 576 lekarzy wykonujących zawód, w tym 3 781, 3 816 i 3 843 lekarzy posiadających pełną specjalizację;

Geriatrya: 558, 565 i 569 lekarzy wykonujących zawód (wszyscy posiadają pełną specjalizację);

Psychiatria: 4 516, 4 600 i 4 619 lekarzy wykonujących zawód, w tym 4 024, 4 124 i 4 146 lekarzy posiadających pełną specjalizację.

Liczba osób, które odbyły szkolenie podyplomowe w ww. dziedzinach rosła (poza geriatryą) i wynosiła według stanu na 31 grudnia 2022 r. oraz 2023 r. odpowiednio:

neurologia: 83 i 9, geriatrya: 23 i 16 oraz psychiatria: 112 i 139<sup>82</sup>.

(akta kontroli tom 1 str.182, 184-188)

Środki przekazane przez Ministra Zdrowia na szkolenie lekarzy specjalizujących się w tych trzech dziedzinach (według stanu na 31 grudnia 2022 r. i 2023 r. oraz 31 marca 2024 r.) oraz koszt jednostkowy (średnie miesięczne wynagrodzenie) wskazywały na ich systematyczny wzrost i w poszczególnych latach wyniosły one odpowiednio:

Geriatrya – 1 806 717,22 zł, 2 438 260,00 zł, 721 686,59 zł co w przeliczeniu na 22, 25, 19 rezydentury daje średnie miesięczne wynagrodzenie: 6 843,63 zł, 6 914,21 zł, 12 661,17 zł.

Neurologia – 53 930 832,19 zł, 74 144 661,10 zł, 22 828 007,13 zł, co w przeliczeniu na 650, 688, 657 rezydentur daje średnie miesięczne wynagrodzenie: 6 914,21 zł, 8 989,70 zł, 11 581,94 zł.

Psychiatria – 124 987 807,15 zł, 177 170 381,20 zł, 52 488 146,01 zł, co w przeliczeniu na 1266, 1473, 1455 rezydentur daje średnie miesięczne wynagrodzenie: 8 227,21 zł, 10 023,22 zł, 12 024,78 zł.

Udział wydatków na ww. szkolenia w wydatkach ogółem na rezydentury także zwiększał się i wynosił w latach 2022-2024 (I kwartał) odpowiednio:

środki przekazane ogółem na rezydentury – 2 159 569 685,65 zł, 2 674 813 536,29 zł, 705 517 140,34 zł, w tym środki przekazane ogółem na wybrane specjalizacje –

<sup>81</sup> Dalej także: NIL.

<sup>82</sup> Ponieważ powyższe dane były sporządzane w ujęciu rocznym, dlatego też nie były dostępne na dzień 31 marca 2024 r.

180 725 356,56 zł, 253 753 302,30 zł, 76 037 839,73 zł, co stanowiło 8,37%, 9,49%, 10,78% środków ogółem.

(akta kontroli tom 1 str. 182, 185)

1.3.2. MZ w okresie objętym kontrolą nie realizowało szkoleń przeznaczonych dla lekarzy POZ, pielęgniarek POZ, fizjoterapeutów, opiekunów medycznych i terapeutów środowiskowych w zakresie opieki nad osobami starszymi z chorobami neurodegeneracyjnymi. Dyrektor Departamentu Równości w Zdrowiu MZ powyższy fakt wyjaśniła tym, że *każdy lekarz podlega procesowi ciągłego doskonalenia zawodowego, a dopełnienie tego obowiązku potwierdza właściwa okręgowa rada lekarska. Lekarz musi uzyskać co najmniej 200 punktów edukacyjnych w 48 miesięcznych następujących po sobie okresach rozliczeniowych. Niedopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego jest odnotowywane w okręgowym rejestrze lekarzy. Co za tym idzie, wszelkie informacje dotyczące danego kursu znajdują się w posiadaniu właściwej izby lekarskiej.*

W 2022 r. obowiązkowy kurs dla lekarzy POZ z zakresu medycyny rodzinnej realizowało Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego (<https://www.cmkp.edu.pl/aktualnosci/obowiazkowv-kurs-dla-lekarzv-poz>).

Dyrektor Departamentu Równości w Zdrowiu MZ poinformowała ponadto, że: *opiekę nad osobami starszymi z chorobami neurodegeneracyjnymi sprawują nie tylko lekarze, ale również pielęgniarki z kwalifikacjami specjalistycznymi oraz pielęgniarki przygotowane na poziomie ogólnym do sprawowania opieki nad pacjentem w różnych stanach zdrowia, które w toku kształcenia przeddyplomowego uzyskały kompetencje do udzielania takiej opieki, realizując efekty kształcenia w zakresie: podstaw opieki pielęgniarskiej, opieki specjalistycznej, w tym m.in. w zakresie chorób wewnętrznych i pielęgniarstwa internistycznego, anestezjologii i pielęgniarstwa w zagrożeniu życia, pielęgniarstwa opieki długoterminowej, neurologii i pielęgniarstwa neurologicznego, geriatry i pielęgniarstwa geriatrycznego, opieki paliatywnej, podstaw rehabilitacji, zgodnie ze standardem kształcenia przygotowującym do wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej, który określa rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz.U. z 2021 r. poz. 755 ze zm.).*

(akta kontroli tom 1 str.182, 186)

Dane z Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych<sup>83</sup> wskazywały, że sukcesywnie zwiększała się liczba zatrudnionych pielęgniarek i położnych. W 2016 r. liczba pielęgniarek i położnych aktywnych zawodowo wynosiła: 248 111, w tym 221 911 pielęgniarek i 26 200 położnych. W 2023 r. liczba pielęgniarek i położnych aktywnych zawodowo wynosiła: 269 168, w tym 239 257 pielęgniarek oraz 29 911 położnych.

Dyrektor Departamentu Równości w Zdrowiu MZ stwierdziła, że: *W trosce o wysoką jakość świadczeń udzielanych w ramach opieki nad osobami starszymi z chorobami neurodegeneracyjnymi, w tym świadczeń udzielanych w POZ, pielęgniarki mogą podnosić swoje kwalifikacje zawodowe uczestnicząc w różnych formach kształcenia podyplomowego, których celem jest uzyskanie przez pielęgniarkę specjalistycznej wiedzy i umiejętności do udzielania określonych świadczeń zdrowotnych lub doskonalenia posiadanych umiejętności zawodowych w określonej dziedzinie pielęgniarstwa. Jednym z tych szkoleń, które jest dofinansowane przez Ministra Zdrowia, jest szkolenie specjalizacyjne. Mając na uwadze wsparcie rozwoju zawodowego absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo, w ramach*

<sup>83</sup> Prowadzonego w formie elektronicznej przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych.

*kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, Minister Zdrowia corocznie dofinansowuje szkolenia specjalizacyjne, w ramach posiadanych środków finansowych przeznaczonych na ten cel w budżecie państwa.*

(akta kontroli tom 1 str. 186-187)

Zgodnie z Obwieszczeniem z dnia 11 grudnia 2023 r. w sprawie minimalnej liczby miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek i położnych, maksymalnej kwoty dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego oraz maksymalnej kwoty przeznaczonej na szkolenia specjalizacyjne w 2024 r.<sup>84</sup>:

- minimalna liczba miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek i położnych rozpoczynających specjalizację w 2024 r. wynosiła 2 500;
- maksymalna kwota dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego dla specjalizacji rozpoczynających się w 2024 r. wynosiła 4 000 zł;
- maksymalna kwota przeznaczona na szkolenia specjalizacyjne w 2024 r. wynosiła 10 000 000 zł.

Według informacji Dyrektora Departamentu Równości w Zdrowiu MZ, pielęgniarki podnoszą swoje kwalifikacje zawodowe w ramach kursów kwalifikacyjnych i kursów specjalistycznych, zdobywając wiedzę i umiejętności do wykonywania określonych czynności zawodowych niezbędnych przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej osobom starszym, przewlekle chorym. Informacje na temat liczby pielęgniarek posiadających dodatkowe kwalifikacje uzyskane w ramach kursów kwalifikacyjnych i specjalistycznych znajdują się na stronie internetowej Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych link: <https://ckppip.edu.pl/opracowania-i-analizy/>.

(akta kontroli tom 1 str. 187)

W okresie od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2023 r. w MZ realizowany był projekt pn. „Rozwój kompetencji zawodowych i kwalifikacji opiekunów medycznych, odpowiadających na potrzeby epidemiologiczno-demograficzne kraju”<sup>85</sup>. Liderem projektu był Departament Rozwoju Kadr Medycznych MZ, a Partnerem projektu było Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Celem głównym projektu było podniesienie kwalifikacji opiekunów medycznych, poprzez realizację kursu kwalifikacyjnego, który umożliwił uzupełnienie wiedzy i umiejętności osób, które uzyskały kwalifikacje opiekuna medycznego przed wdrożeniem zmienionej podstawy programowej kształcenia w tym zawodzie, w zakresie kwalifikacji MED.14. *Świadczenie usług medyczno-pielęgnacyjnych i opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej oraz w zakresie przygotowania do pracy z pacjentem z COVID-19 oraz innymi chorobami zakaźnymi lub po przebytej chorobie zakaźnej.* Głównym działaniem w projekcie była realizacja kursu kwalifikacyjnego dla opiekunów medycznych, uzupełniającego wiedzę i umiejętności z zakresu wykonywanych u pacjentów czynności i procedur, dotychczas zarezerwowanych dla zawodu pielęgniarki, dotyczących m.in. wykonywania czynności z zakresu pobierania krwi żyłnej i włośniczkowej oraz innych materiałów do badań laboratoryjnych, podawania leków różnymi drogami, czy też opieki nad osobami z demencją. W okresie realizacji projektu, tj. od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2023 r., opracowano i wdrożono Program kursu kwalifikacyjnego dla opiekunów medycznych uzupełniającego w zakresie kwalifikacji *MED.14. Świadczenie usług medyczno-pielęgnacyjnych i opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej.* Jednym z modułów ww. programu był Moduł IV Planowanie, organizowanie i wykonywanie czynności opiekuńczych dla osoby chorej i niesamodzielnej z uwzględnieniem opieki nad osobami z demencją - część teoretyczna (e-learning) - 12 godz., oraz część praktyczna - 10 godz. Celem

<sup>84</sup> Dz. Urz. Min. Zdrowia. z 2023 r. poz. 113.

<sup>85</sup> Informacje o projekcie dostępne na stronie internetowej [https://zdrowie.gov.pl/power/strona-1040-kwalifikacje\\_opiekunow\\_medycznych.html](https://zdrowie.gov.pl/power/strona-1040-kwalifikacje_opiekunow_medycznych.html).

kształcenia w ramach tego modułu było uzupełnienie wiedzy z podstaw pielęgnacji osoby chorej z uwzględnieniem opieki nad osobami z zespołem otępiennym/demencją. Ponadto, opiekun medyczny, który będzie uczestniczył w szkoleniu nabeździe wiedzę i umiejętności z zakresu zasad komunikacji z osobą z zespołem otępiennym oraz jej rodziną, a także wiedzę i umiejętności z zakresu pomocy osobie chorej i niesamodzielnej z zespołem otępiennym w wykonywaniu czynności życia codziennego i utrzymaniu aktywności fizycznej. Program kursu dostępny był pod linkiem: <https://zdrowie.gov.pl/uploads/pub/pages/page/1122/text/images/akcept%20MZProgram%20kursu%20kwalifikacvinego%20dla%20opiekun%C3%B3w%20medvcznvch%20REACT%20EU%2025.11.2022.pdf>. W ramach projektu wsparciem zostało objętych 6 492 opiekunów medycznych, 6 116 z nich podniosło swoje kompetencje zawodowe poprzez ukończenie części teoretycznej oraz części praktycznej kursu. Przedmiotowy projekt nr POWR.07.01.00-00-0001/22 był finansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, Oś VII Wsparcie REACT-EU dla obszaru zdrowia, Działanie: 7.1 Wzmocnienie zasobów kadrowych systemu ochrony zdrowia. Wartość projektu wynosiła 73 mln zł.

(akta kontroli tom 1 str. 187-188)

Do realizacji umów o udzielanie świadczeń gwarantowanych zgłoszono w latach 2022-2024 (I kwartał) następujące liczby pielęgniarek: w 2022 r. – 195 611, w 2023 r. – 197 742 i w I kwartale 2024 r. – 192 632, w tym:

- do realizacji umów o udzielanie świadczeń gwarantowanych w rodzaju POZ zgłoszono: 37 327 pielęgniarek w 2022 r., 38 035 w 2023 r. i 36 571 w I kwartale 2024 r.;
- do realizacji umów o udzielanie świadczeń gwarantowanych w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna zgłoszono: 6 838 pielęgniarek w 2022 r., 7 126 w 2023 r. i 6 897 w I kwartale 2024 r.;
- do realizacji umów o udzielanie świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej zgłoszono: 23 887 pielęgniarek w 2022 r., 24 683 w 2023 r. i 23 450 w I kwartale 2024 r.,

(akta kontroli tom 1 str. 182-196)

Tytuły specjalisty w dziedzinach pielęgniarstwo mających zastosowanie w opiece nad osobami starszymi z chorobami neurodegeneracyjnymi w latach 2022-2023 uzyskały następujące liczby pielęgniarek: 2 852 w 2022 r. i 4 414 w 2023 r., w tym:

- w dziedzinie pielęgniarstwo opieki długoterminowej: 293 w 2022 r. i 210 w 2023 r.;
- w dziedzinie pielęgniarstwo opieki paliatywnej: 280 w 2022 r. i 287 w 2023 r.;
- w dziedzinie pielęgniarstwo geriatryczne: 200 w 2022 r. i 143 w 2023 r.;
- w dziedzinie pielęgniarstwo internistyczne: 1 618 w 2022 r. i 2 894 w 2023 r.;
- w dziedzinie pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek: 461 w 2022 r. i 880 w 2023 r.

Ponadto, na przełomie 2023 r. i 2024 r. (stan na 31 grudnia 2023 r.) 5 863 pielęgniarek było w trakcie szkoleń specjalistycznych w tym:

- w dziedzinie pielęgniarstwo opieki długoterminowej: 339;
- w dziedzinie pielęgniarstwo opieki paliatywnej: 516;
- w dziedzinie pielęgniarstwo geriatryczne: 197;
- w dziedzinie pielęgniarstwo internistyczne: 3 652;
- w dziedzinie pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek: 1 159.

(akta kontroli tom 1 str. 189-190)

Liczby pielęgniarek, które ukończyły kursy kwalifikacyjne w dziedzinach mających zastosowanie w opiece nad osobami starszymi z chorobami neurodegeneracyjnymi w latach 2022-2023 wynosiły: 740 w 2022 r. i 1 103 w 2023 r., w tym:

- w dziedzinie pielęgniarstwo opieki długoterminowej: 157 w 2022 r. i 141 w 2023 r.;
- w dziedzinie pielęgniarstwo opieki paliatywnej: 0 w 2022 r. i 40 w 2023 r.;
- w dziedzinie pielęgniarstwo geriatryczne: 40 w 2022 r. i 84 w 2023 r.;
- w dziedzinie pielęgniarstwo neurologiczne: 10 w 2022 r. i 274 w 2023 r.;
- w dziedzinie pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek: 507 w 2022 r. i 353 w 2023 r.;
- w dziedzinie pielęgniarstwo psychiatryczne: 26 w 2022 r. i 211 w 2023 r.

Ponadto, na przełomie 2023 r. i 2024 r. (stan na 31 grudnia 2023 r.) 1 103 pielęgniarek było w trakcie realizacji kursów kwalifikacyjnych w tym:

- w dziedzinie pielęgniarstwo opieki długoterminowej: 141;
- w dziedzinie pielęgniarstwo opieki paliatywnej: 40;
- w dziedzinie pielęgniarstwo geriatryczne: 84;
- w dziedzinie pielęgniarstwo neurologiczne: 274;
- w dziedzinie pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek: 353;
- w dziedzinie pielęgniarstwo psychiatryczne: 211.

(akta kontroli tom 1 str. 191-192)

Na szkolenia specjalistyczne pielęgniarek w 2022 r. poniesiono koszty w kwocie 1 280 310,11 zł, w 2023 r. – 1 502 401,71 zł i w I kwartale 2024 r. – 457 235,48 zł.

(akta kontroli tom 1 str. 195-196)

W 2022 r. 1 259 pielęgniarek i położnych ukończyło kurs specjalistyczny *Ordynowanie leków i wypisywanie recept cz. I*, natomiast 151 pielęgniarek ukończyło kurs specjalistyczny *Ordynowanie leków i wypisywanie recept cz. II*. W 2023 r. liczby te wynosiły odpowiednio: 1 564 i 65.

Dyrektor DRwZ MZ wyjaśniła, że: osoby, które rozpoczęły kształcenie w zawodzie pielęgniarki na studiach I stopnia - licencjat od roku akademickiego 2016/2017 na podstawie nowych standardów kształcenia, zawierających treści związane z nowymi uprawnieniami zawodowymi, nie muszą kończyć kursów specjalistycznych w tym zakresie, ponieważ opuszczając uczelnie, posiadają kompetencje do ordynacji i kontynuacji leczenia, wynikającą z toku kształcenia. Uprawnienia do ordynacji i kontynuacji leczenia uzyskały również osoby, które rozpoczęły kształcenie na studiach II stopnia - magisterskich od roku akademickiego 2017/2018.

W 2022 r. 7 399 osób skończyło studia na kierunku Pielęgniarstwo I stopień oraz 6 512 na kierunku Pielęgniarstwo II stopień. W 2023 r. liczby te wynosiły odpowiednio: 7 352 i 9 540.

Od 2019 r. 31 290 osób posiadało kompetencje do ordynacji i kontynuacji leczenia, ponieważ skończyło studia na kierunku Pielęgniarstwo I stopień oraz od 2020 r. 27 954 osób na kierunku Pielęgniarstwo II stopień.

(akta kontroli tom 1 str. 192-193)

**1.4.** W dyspozycji Ministra Zdrowia znajdowały się następujące opracowania specjalistyczne dotyczące leczenia i opieki nad osobami starszymi z chorobami neurodegeneracyjnymi oraz wsparcia ich opiekunów:

- dokument strategiczny zawierający m.in. analizę problemów zdrowotnych osób starszych, w tym choroby Alzheimera pt. „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030”;
- raporty dotyczące opieki m.in. nad osobami starszymi, tj.:

- Kompleksowy przegląd możliwości tworzenia w szpitalach powiatowych ośrodków opieki długoterminowej oraz oddziałów geriatrycznych w Polsce<sup>86</sup>;
- Zakres wsparcia zmian struktury organizacyjnej szpitali powiatowych w zakresie opieki długoterminowej lub geriatrycznej na poziomie lokalnym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej<sup>87</sup>;
- Model opieki w warunkach domowych nad pacjentem w zaawansowanym stadium choroby neurodegeneracyjnej mózgu (choroby Parkinsona, choroby Alzheimera, stwardnienia rozsianego) - *opracowanie analityczne z dnia 23 grudnia 2023 r. przygotowane przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji* na zlecenie Ministra Zdrowia. Opracowanie było wynikiem zlecenia przez Ministra Zdrowia wykonania założeń projektu rozporządzenia programu pilotażowego dotyczącego kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nad pacjentem w zaawansowanym stadium choroby neurodegeneracyjnej mózgu (Parkinsona, Stwardnienia rozsianego i Alzheimera) wraz z oceną skutków ww. regulacji oraz wyceny wypracowanych założeń programu.

Opracowanie nie stanowiło ostatecznego dokumentu, gdyż nie zawierało wszystkich niezbędnych informacji, np. wyceny świadczeń i konieczne będą dalsze prace analityczne w tym zakresie. Minister Zdrowia wyznaczył termin uzupełnienia powyższego opracowania do dnia 30 września 2024 r. Dokument uzupełniono 27 września 2024 r. i na koniec 2024 r. założenia programu pilotażowego będącego przedmiotem ww. raportu były na etapie analiz wewnętrznych w MZ.

- aplikacja *Analiza problemu zdrowotnego Choroba Alzheimera i inne choroby otępienne* - przygotowana przez Departament Analiz i Strategii w MZ, dostępna na stronie <https://basiw.mz.gov.pl/analizy/problemy-zdrowotne/choroba-alzheimera><sup>88</sup>;
- raport pn. *NFZ o zdrowiu. Choroba Alzheimera i choroby pokrewne*, opublikowany w 2022 r. (wraz z aktualizacją danych z 2023 r.), dostępny na stronie <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/nfz-o-zdrowiu-choroba-alzheimera-i-choroby-pokrewne><sup>89</sup>.

(akta kontroli tom 1 str. 52-55)

1.5. Kwestia działań mających wpływ na poprawę jakości życia osób z chorobami otępiennymi była przedmiotem dyskusji międzyresortowych - temat ten był

<sup>86</sup> Dokument opracowany w MZ w 2022 r. i wraz z dokumentem wymienionym w kolejnym punkcie zawierały rozwiązania planowane w projekcie uchwały Rady Ministrów stanowiące wypełnienie tzw. kamienia milowego w komponentie D części pożyczkowej Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO). W wyniku uzgodnień z Komisją Europejską i Ministerstwem Funduszy i Polityki Regionalnej ustalono, że ujęte w dokumencie rozwiązania planowane pierwotnie do wdrożenia uchwałą Rady Ministrów będą realizowane poprzez akt prawny (ustawodawczy) procedowany przez parlament. W związku z tym opracowano odpowiedni akt prawny, tj. ustawę z dnia 16 listopada 2022 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2022 r. poz. 2770). Ustawa weszła w życie w dniu 1 stycznia 2023 r.

<sup>87</sup> Dokument opracowano w Ministerstwie Zdrowia w 2023 r.

<sup>88</sup> W Analizie wskazano, że *Coraz bardziej zauważalny jest proces starzenia się polskiego społeczeństwa i tempo wzrostu liczby osób starszych prawdopodobnie w najbliższej przyszłości wzrośnie. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS), w 2022 r. w Polsce było około 7,35 mln osób w wieku ≥65 lat, co stanowiło 19,5% ogółu ludności, a oczekuje się, że do roku 2060 liczba ta istotnie wzrośnie i osiągnie ponad 10,07 mln osób (32,2%). [1,2] Wraz z prognozowanym wzrostem odsetka osób w starszym wieku w populacji Polski, rosnąć będzie częstość występowania chorób neurodegeneracyjnych, w tym zespołów otępiennych.*

<sup>89</sup> W Raporcie wskazano, że *Starzenie się społeczeństwa narzuca konieczność opracowywania i wprowadzania nowych rozwiązań w systemie opieki zdrowotnej umożliwiających dopasowanie się do zwiększonej częstości różnych przewlekłych chorób związanych z wiekiem, w tym choroby Alzheimera i chorób pokrewnych. Choroba Alzheimera to najczęstsza choroba neurodegeneracyjna przebiegająca z otępieniem, charakteryzująca się postępującymi zaburzeniami pamięci i innych funkcji poznawczych, które po kilku latach trwania prowadzą do całkowitej utraty samodzielności intelektualnej i fizycznej. Leczenie choroby Alzheimera polega obecnie na stosowaniu tzw. objawowych leków prokognitywnych oraz różnych form terapii wspierającej pacjenta i opiekuna.*

podejmowany m.in. podczas posiedzeń Grupy roboczej do spraw profilaktyki i wspierania osób starszych w ramach Międzyresortowego Zespołu do spraw systemowych rozwiązań związanych z opieką nad osobami starszymi. Działania przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia w ramach tego zespołu opisano w dalszej części wystąpienia w punkcie 2.6.

Wydział WZPS we współpracy z innymi komórkami organizacyjnymi MZ, Ministerstwem Rodziny Pracy i Polityki Społecznej<sup>90</sup>, Ministerstwem Rozwoju i Technologii oraz Biurem Regionalnym dla Europy Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) przygotował w II poł. 2022 r. wniosek o wsparcie unijne w ramach Instrumentu Wsparcia Technicznego (Technical Support Instrument, TSI) na realizację flagowego projektu wsparcia technicznego w zakresie przygotowania przeglądu strategicznego opieki długoterminowej w Polsce. Po przejściu przez Bank Światowy wiodącej roli w przeprowadzeniu przeglądu strategicznego i opracowaniu na tej podstawie stosownego raportu, Wydział współpracował na bieżąco m.in. z MRPiPS, Ministerstwem Funduszy i Polityki Regionalnej<sup>91</sup> i NFZ w celu dostarczenia niezbędnych danych i analiz systemowych w zakresie opieki długoterminowej.

Dyrektor DRwZ MZ stwierdziła ponadto, że kwestie związane z zapewnieniem opieki wytchnieniowej opiekunom osób z chorobami otępiennymi, m.in. poprzez rozwój dziennych form opieki, należą przede wszystkim do kompetencji MRPiPS. MZ planując podjęcie działań mających na celu utworzenie nowych form opieki dziennej, np. Dziennych Centrów Wsparcia Pamięci, konsultowało na roboczo z MRPiPS założenia projektów, w tym przede wszystkim pod kątem zasadności tworzenia nowych form opieki w kontekście rozwiązań już istniejących i wsparcia dziennego dostępnego w ramach systemu pomocy społecznej.

W odpowiedzi na pismo MZ ZPG.651.9.2024.AK z 12 czerwca 2024 r. do MRPiPS w sprawie przedstawienia działań do ujęcia w Projekcie Krajowego Programu Działań wobec Chorób Otępiennych, Podsekretarz Stanu w MRPiPS poinformowała, że nie zidentyfikowano działań, które mogłyby być zakwalifikowane jako wpisujące się jedynie w działalność na rzecz tak zidentyfikowanej grupy. Uzasadniła to faktem, że MRPiPS w ramach realizacji ustaw będących we właściwości resortu kieruje swoje działania do szerokich grup odbiorców, a osoby z chorobami otępiennymi mogą z nich korzystać na zasadach ogólnych. W ww. piśmie przedstawiła także formy wsparcia oferowane przez system pomocy społecznej.

(akta kontroli tom 1 str. 292-294, 306-312, 320-324, 330)

**1.6.** MZ nie prowadziło bezpośredniej współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego w zakresie zapewnienia opieki osobom z chorobami otępiennymi i ich bliskim. Zdaniem Dyrektora DRwZ MZ, *Niezaprzeczalnym jest jednak, że jednostki te pełnią kluczową rolę w realizacji i koordynacji lokalnych działań dedykowanych ww. grupie odbiorców i z pewnością ten poziom działań zostanie uwzględniony przy projektowaniu zadań w ramach programu wobec chorób otępiennych.* W projekcie KPDwCO przewidziano współpracę z jednostkami samorządu terytorialnego.

(akta kontroli tom 1 str. 52-55)

W indywidualnych przypadkach wymagających współpracy z przedstawicielami samorządów MZ organizowało spotkania z przedstawicielami jednostek samorządu terytorialnego. I tak, w ramach prac nad ustawą o szczególnej opiece geriatrycznej w dniu 12 stycznia 2024 r. zostało zorganizowane przez MZ spotkanie z przedstawicielami urzędów wojewódzkich dotyczące interpretacji przepisów przedmiotowej ustawy. Główne problemy zgłaszane w związku z wdrażaniem nowych

<sup>90</sup> Dalej także: MRPiPS.

<sup>91</sup> Dalej także: MFIPR.

rozwiązań z zakresu opieki geriatrycznej dotyczyły: zbyt małej liczby lekarzy geriatrów i sugestii uwzględnienia możliwości udzielania świadczeń w ramach szczególnej opieki geriatrycznej również przez lekarzy innych specjalizacji, np. chorób wewnętrznych lub lekarzy w trakcie specjalizacji, sposobu procedowania w sytuacji braku deklaracji ze strony podmiotu leczniczego na wydzielenie w jego strukturach lub przekształcenie w Centrum Zdrowia 75+ (CZ75+); zasad finansowania tworzenia CZ75+ w ramach struktury organizacyjnej podmiotu niepublicznego; możliwości funkcjonowania CZ75+ bez powiązania z oddziałem/pododdziałem geriatrycznym – problem wynika z małej liczby tych oddziałów i ich umiejscowienia terytorialnego, sposobu finansowania zadań oddziałów geriatrycznych i CZ75+ realizujących zadania przewidziane ustawą, źródeł finansowania transportu i wyżywienia w CZ75+, braku dostępności na początku danego roku danych GUS dot. liczby mieszkańców według stanu na dzień 31 grudnia roku poprzedniego – dane te są niezbędne do planowania obszarów, na których powinno być utworzone CZ75+.

(akta kontroli tom 1 str. 320-334)

Przykładowo w ramach realizacji celu szczegółowego 1 „Zwiększenie dostępu do leczenia, opieki na każdym z etapów chorób otępiennych dla osób chorych” w obszarze IV projektu KPDwCO dla rezultatu 6 „Prowadzenie przez zarządy województw współpracy z organizacjami pozarządowymi lub z samorządami lokalnymi w zakresie działań skierowanych do środowiska osób z chorobami otępiennymi” przewidziano działanie 4.6.1. „Uwzględnienie potrzeb osób z chorobami otępiennymi w procesie projektowania dokumentów strategicznych uchwalanych przez Zarządy województw”, za koordynację którego odpowiedzialne były Urzędy Marszałkowskie, z terminem realizacji 2025-2030. Działanie miało być finansowane z budżetów jednostek samorządu terytorialnego.

(akta kontroli tom 1 str. 347-401)

**1.7.** MZ współpracowało z organizacjami pozarządowymi działającymi na rzecz osób z chorobami otępiennymi i ich bliskich, tj. Alzheimer Polska i Polskim Stowarzyszeniem Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera, w tym m.in.:

- przedstawiciel MZ uczestniczył m.in. w konferencji pn. „Nowoczesne podejście do leczenia i opieki nad osobą żyjącą z demencją w Polsce”, która odbyła się 17 czerwca 2023 r.;
- z przedstawicielami ww. organizacji konsultowane były założenia projektowanych działań/programów, dedykowanych osobom chorym i ich opiekunom, m.in. założeń projektu *Helpline - uruchomienie i utrzymanie bezpłatnej infolinii dla osób chorych na chorobę Alzheimera lub inne zaburzenia otępienne oraz ich rodzin i opiekunów*, rozwiązań z zakresu wczesnej diagnostyki. Dodatkowo, w ramach ww. projektu (projekt Rzecznika Praw Pacjenta) zawarto wymóg dotyczący realizacji projektu we współpracy z ogólnopolską organizacją pozarządową działającą na rzecz osób chorych na Alzheimera lub inne zaburzenia otępienne.

Ponadto uzupełniano informacje na platformie stworzonej w ramach projektu Global Dementia Observatory (GDO)<sup>92</sup>, prowadzonego przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), dotyczące dobrych praktyk w zakresie działań na rzecz osób z demencją i ich opiekunów oraz przekazywano dane do ankiety Alzheimer Europe pn. *Report on national public and private dementia research funding programmes*;

Przedstawiciel Departamentu Zdrowia Publicznego MZ reprezentował Polskę w Europejskiej Grupie Rządowych Ekspertów ds. Demencji przy Alzheimer Europe. Współpracowano także z przedstawicielami Koalicji „Na Pomoc Niesamodzielnym”

<sup>92</sup> Dostępnego m.in. na stronie internetowej <https://globaldementia.org/en/about-gdo> oraz <https://www.who.int/data/gho/data/themes/global-dementia-observatory-gdo>.

w ramach Grupy roboczej ds. opieki długoterminowej, powołanej przez Minister do spraw Polityki Senioralnej, która została opisana w punkcie 2.6. wystąpienia pokontrolnego.

Współpraca z organizacjami pozarządowymi została przewidziana w projekcie KPDwCO.

(akta kontroli tom 1 str. 52, 55-56, 333-334, 347-401)

1.8. W latach 2022-2023 MZ prowadziło kampanię informacyjno-edukacyjną na temat zaburzeń otępiennych, w tym choroby Alzheimera, której hasło przewodnie brzmiało „Zostań dłużej na scenie życia”<sup>93</sup>. Kampania była finansowana w ramach NPZ i 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 ogłoszeniu o konkursie ofert zobowiązano oferentów do zagwarantowania nawiązania współpracy i zaangażowania do realizacji zadania przedstawicieli min. trzech organizacji pozarządowych, aktywnie działających w zakresie opieki nad osobami z zaburzeniami otępiennymi.

Przed i po kampanii zrealizowano badanie CATI<sup>94</sup>, mające za zadanie zbadać wpływ kampanii na wzrost świadomości społeczeństwa na temat chorób otępiennych. Badaniem objęto 801 osób. Odnotowano wzrost świadomości na poziomie 36%. Koszty poniesione na realizację zadania, obejmujące przygotowanie i przeprowadzenie kampanii wyniosły: 6 250 511,01 zł, w tym:

- w 2022 r. - 4 893 018,00 zł,
- w 2023 r. - 1 357 493,01 zł.

Wszystkie zakładane w umowie rezultaty i wskaźniki zostały osiągnięte. Przeprowadzona kampania była pierwszym tego rodzaju działaniem o zasięgu ogólnokrajowym, tematycznie dotyczącym chorób otępiennych, koordynowanym na poziomie ministerialnym.

(akta kontroli tom 1 str. 52, 56, 335-340, 344-346)

Przedstawiciele MZ, tj. Konsultant Krajowa do spraw medycyny rodzinnej oraz Konsultant Krajowa w dziedzinie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży uczestniczyły w pracach międzyresortowego zespołu ds. edukacji zdrowotnej, który powołany został przy Ministerstwie Edukacji Narodowej w celu opracowania założeń i podstawy programowej nowego przedmiotu szkolnego pn. „Edukacja zdrowotna”. Przedmiot będzie nauczany w klasach IV-VIII szkół podstawowych, a także w klasach I-III szkół ponadpodstawowych - liceach ogólnokształcących, technikach, branżowych szkołach I stopnia. Zaplanowano, że „Edukacja zdrowotna” zastąpi przedmiot „Wychowanie do życia w rodzinie” i będzie m.in. obejmować zagadnienia zdrowia psychicznego, fizycznego, a także kwestie zdrowego odżywiania i profilaktyki.

Dyrektor Departamentu Równości w Zdrowiu MZ poinformowała, że propozycje dotyczące ujęcia w ww. podstawie programowej tematów dotyczących zmian demograficznych, starzenia się, czy zaburzeń poznawczych przekazane zostały do Ministerstwa Edukacji Narodowej. Działanie 1.3.1 „Uwzględnienie w programie wprowadzanego do szkół podstawowych i ponadpodstawowych przedmiotu „edukacja zdrowotna”, zagadnień odnoszących się do profilaktyki chorób otępiennych, ich objawów, znaczenia wczesnej diagnostyki i zasad komunikacji z chorymi” zostało także ujęte w projekcie KPDwCO w rezultacie 3, Celu szczegółowego „Zwiększanie świadomości i wiedzy społeczeństwa na temat chorób

<sup>93</sup> Dostępny na stronie <https://zostandluzej.pl/kampania-informacyjno-edukacyjna>.

<sup>94</sup> CATI (Computer-Assisted Telephone Interviewing) – metoda zbierania informacji w ilościowych badaniach rynku i opinii publicznej.

otępiennych, w tym ich objawów, wagi wczesnej diagnozy, a także kształtowanie wspierających postaw wobec chorych i ich bliskich”.

(akta kontroli tom 1 str. 228-229, 347-401)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

Minister Zdrowia, będąc 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, nierzetelnie realizował działanie w zakresie opieki zdrowotnej nad osobami starszymi z chorobami neurodegeneracyjnymi oraz wsparcia ich opiekunów, jako koordynator odpowiadający za zapewnienie opracowania programu działań skierowanych do osób starszych chorych na choroby otępienne, ujętego w „Polityce społecznej wobec osób starszych”.

Projekt KPDwCO opracowano w MZ dopiero w III kwartale 2024 r., pomimo że okres realizacji działania szczegółowego pn. „Opracowanie programu działań skierowanych do osób starszych chorych na choroby otępienne”<sup>95</sup> ujętego w „Polityce społecznej wobec osób starszych”<sup>96</sup> rozpoczął się w 2018 r., tj. sześć lat wcześniej. MZ było podmiotem koordynującym dla ww. działania.

Przesunięcie w czasie opracowania przedmiotowego dokumentu, Dyrektor DRwZ MZ wyjaśniała m.in. wielością i różnorodnością zadań, które były koordynowane przez Departament Zdrowia Publicznego, kłopotami personalnymi w Wydziale Zdrowotnej Polityki Senioralnej<sup>97</sup> oraz pandemią COVID-19. Wstępne działania koncepcyjne mające na celu opracowanie projektu Programu były prowadzone w Ministerstwie w 2022 r. Utworzono wówczas m.in. bazę dostępnych w Internecie dokumentów strategicznych dotyczących demencji, opracowanych w innych krajach. Ze względu na trudności kadrowe i organizacyjne, intensyfikacja prac nad projektem Programu nastąpiła w 2024 r. Stwierdziła, że utworzenie nowej komórki organizacyjnej, tj. Departamentu Równości w Zdrowiu umożliwiło prowadzenie prac z większym natężeniem.

(akta kontroli tom 1 str. 320-334, 337-343)

Wprawdzie nie upłynął jeszcze ostateczny termin opracowania przedmiotowego dokumentu ustalony na koniec 2025 r., NIK podkreśla jednak, że Minister Zdrowia przygotował projekt KPDwCO dopiero w połowie 2024 r., tj. po upływie ponad sześciu lat od rozpoczęcia ośmioletniego okresu na realizację ww. działania, ustalonego na lata 2018-2025. Stwarza to zagrożenie niezakończenia do końca 2025 r. realizacji zadania ujętego w „Polityce społecznej wobec osób starszych”.

W konsekwencji nierzetelnej realizacji tego zadania nie wypracowano systemowych rozwiązań w zakresie opieki zdrowotnej dla osób starszych z chorobami neurodegeneracyjnymi i ich opiekunów. Minister Zdrowia nie podjął skutecznych działań, mimo że zgodnie z art. 7 ust. 3 ustawy o Radzie Ministrów oraz art. 34 ust. 1 ustawy o działach administracji rządowej był zobowiązany do realizacji polityki ustalonej przez Radę Ministrów, a jako koordynator odpowiadał za zapewnienie opracowania programu działań skierowanych do osób starszych chorych na choroby

<sup>95</sup> Obszar II. Zapewnienie optymalnego dostępu do usług zdrowotnych, rehabilitacyjnych i opiekuńczo-pielęgniarskich, dostosowanych do potrzeb niesamodzielnych osób starszych”, w ramach działania II.3. „Podjęcie działań mających na celu poprawę komunikacji i funkcji poznawczych niesamodzielnych osób starszych (w szczególności osób z demencją) w opiece długoterminowej, w oparciu o walidację gerontologiczną, stymulację podstawową oraz inne metody”.

<sup>96</sup> W „Polityce społecznej wobec osób starszych” zaplanowano okres realizacji na lata 2018-2025.

<sup>97</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.

otępienne, ujętego w „Polityce społecznej wobec osób starszych”. Nie opracował rozwiązań systemowych, pomimo posiadanych kompetencji wynikających z art. 4 ust. 2 pkt 5 ustawy o zdrowiu publicznym i art. 11 ust. 1 pkt 1a ustawy o świadczenia opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz pomimo zachodzących zmian demograficznych. Należy także zwrócić uwagę, że potrzeba wprowadzenia rozwiązań systemowych wynikała również z postulatów Rezolucji PE, w której wskazano 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 oraz ich rodzinom. Na konieczność wprowadzenia rozwiązań w tym zakresie wskazują również zalecenia przyjętego w maju 2017 r. w Genewie przez 70. Zgromadzenie WHO Globalnego Planu Działania nad publiczną odpowiedzialnością zdrowotną na demencję w latach 2017-2025<sup>98</sup>. Nadmienić należy, że już w 2011 r. opracowany został, z inicjatywy Ogólnopolskiego Porozumienia Organizacji Alzheimerowskich i dostarczony do MZ projekt Narodowego Planu Alzheimerowskiego<sup>99</sup>.

(akta kontroli tom 1 str. 320-334, 337,343, tom 2 str. 19-21, 162-212, 454-457f, 468-470, 473-474, 490-677)

Dyrektor DRwZ MZ wyjaśniała, że *opiekę medyczną nad pacjentami z chorobami neurologicznymi oraz neurodegeneracyjnymi w miejscu ich zamieszkania sprawują lekarze podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), natomiast w sytuacji, gdy zaistnieje konieczność dalszych badań i konsultacji specjalistycznych, diagnostyka i leczenie prowadzone są w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) oraz leczenia szpitalnego. (...) Stwierdziła również, że rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (...) umożliwia pacjentom z chorobami neurologicznymi oraz neurodegeneracyjnymi rehabilitację leczniczą na zasadach ogólnych, odpowiadających potrzebom zdrowotnym świadczeniobiorcy objętego leczeniem rehabilitacyjnym lub fizjoterapeutycznym. Ponadto wyjaśniała, że kompleksowa (koordynowana) opieka nad osobami cierpiącymi na choroby neurodegeneracyjne nie została wyodrębniona, gdyż wszystkie elementy takiej opieki są dostępne, a nie ma jednego zunifikowanego modelu, który u wszystkich takich pacjentów będzie możliwy do zastosowania.*

(akta kontroli tom 1 str. 197, 202-203, 479)

Odnosząc się do złożonych wyjaśnień NIK nie neguje, że osoby starsze z chorobami neurodegeneracyjnymi mogły korzystać z opieki zdrowotnej gwarantowanej przez państwo. Niemniej jednak istniejące rozwiązania w systemie ochrony zdrowia nie uwzględniały specyfiki potrzeb osób starszych z chorobami neurodegeneracyjnymi i ich opiekunów. NIK podkreśla również, że potrzebę ustanowienia odrębnych rozwiązań dla osób z chorobami otępiennymi dostrzegła Rada Ministrów w „Polityce społecznej wobec osób starszych” oraz „Strategii deinstytucjonalizacji”. W dokumentach tych zaplanowano liczne zadania, których realizacja miała służyć wypracowaniu rozwiązań systemowych z zakresu opieki zdrowotnej m.in. dla osób starszych z chorobami neurodegeneracyjnymi. Także w NPZ wskazano na potrzebę opracowania rozwiązań wspierających wykrywanie i monitorowanie przebiegu chorób związanych z wiekiem oraz wdrażanie tych rozwiązań. Również w ramach badania

<sup>98</sup> Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia 2017-2025 – dokument zaakceptowany w 2017 r. przez 194 państw, członków WHO, w tym Polskę.

<sup>99</sup> Wychodzący naprzeciw postulatowi zawartemu w Rezolucji Parlamentu Europejskiego podjętej 19 stycznia 2011 r. w sprawie europejskiej inicjatywy dotyczącej choroby Alzheimera i pozostałych demencji, aby państwa członkowskie opracowały szczegółowe krajowe plany i strategie w celu zajęcia się społecznymi i zdrowotnymi skutkami demencji oraz świadczenia usług i udzielania wsparcia osobom cierpiącym na demencję oraz ich rodzinom.

„PolSenior2” przeprowadzonego na zlecenie MZ, podkreślono, że wzrost rozpowszechnienia chorób otępiennych stanowi coraz większe wyzwanie dla systemu opieki zdrowotnej i wskazano, że przesiewowa ocena stanu funkcji poznawczych powinna stanowić nieodzowny element oceny osób po 60. roku życia.

#### OCENA CZĄSTKOWA

Mimo podejmowanych działań, Minister Zdrowia nie wypracował systemowych rozwiązań w zakresie opieki zdrowotnej dla osób starszych z chorobami neurodegeneracyjnymi i ich opiekunów. Wprawdzie osoby starsze z chorobami neurodegeneracyjnymi mogły korzystać z opieki zdrowotnej gwarantowanej przez państwo, niemniej jednak nie były to rozwiązania ukierunkowane na potrzeby tej grupy osób. Pomimo że Minister Zdrowia zgodnie z art. 7 ust. 3 ustawy o Radzie Ministrów oraz art. 34 ust. 1 ustawy o działach administracji rządowej, był zobowiązany do realizacji polityki ustalonej przez Radę Ministrów, a jako koordynator odpowiadał za zapewnienie opracowania programu działań skierowanych do osób starszych chorych na choroby otępienne, ujętego w „Polityce społecznej wobec osób starszych”, to nierzetelnie realizował to działanie.

Pomimo jednoznacznego wskazania w „Polityce społecznej wobec osób starszych” konieczności opracowania programu działań skierowanych do osób starszych chorych na choroby otępienne, projekt KPDwCO powstał dopiero w połowie 2024 r., tj. po upływie ponad sześciu lat od rozpoczęcia okresu realizacji tego zadania, ustalonego na lata 2018-2025. W konsekwencji nie były realizowane istotne z punktu widzenia ww. grupy osób zadania przewidziane w tym projekcie, ponadto istnieje ryzyko nieterminowej realizacji ww. zadania.

#### OBSZAR

## 2. Realizacja zadań w zakresie opieki zdrowotnej na rzecz osób starszych z chorobami neurodegeneracyjnymi oraz wsparcia ich opiekunów i osiągnięcie planowanych efektów tych działań

#### Opis stanu faktycznego

2.1. W latach 2022-2024 (I kwartał) koszty leczenia i opieki w systemie publicznym 184 857<sup>100</sup> osób starszych z chorobami neurodegeneracyjnymi<sup>101</sup> wyniosły 656 926,76 tys. zł, co stanowiło 91,95% kosztów leczenia i opieki osób z tymi chorobami bez względu na wiek (714 428,83 tys. zł). Koszt jednostkowy leczenia i opieki chorych osób starszych w okresie objętym kontrolą wyniósł 3 553,70 zł.

W roku 2022 koszty leczenia i opieki 119 726 osób starszych z chorobami neurodegeneracyjnymi 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 2 048,73 tys. zł.

W roku 2023 koszty leczenia i opieki 125 304 osób starszych z chorobami neurodegeneracyjnymi 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 2 761,10 tys. zł.

W I kwartale 2024 r. koszty leczenia i opieki 67 739 osób starszych z chorobami neurodegeneracyjnymi 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). Koszt jednostkowy leczenia tych osób wyniósł 969,36 tys. zł.

<sup>100</sup> Departament Lecznictwa Ministerstwa przedstawił unikalną liczbę pacjentów w okresie objętym kontrolą. Oznacza to, że suma pacjentów za okres objęty kontrolą nie jest sumą arytmetyczną z poszczególnych lat. Przykładowo, jeśli pacjent A korzystał ze świadczeń w 2022 r. i 2023 r., to będzie wykazany jako 1 pacjent w 2022 r., jako 1 pacjent w 2023 r., ale w podsumowaniu będzie policzony jeden raz.

<sup>101</sup> Zestawienie dotyczy osób chorych na chorobę Alzheimera oraz Parkinsona, tj. u których sprawozdano rozpoznanie główne ICD-10 G20 lub G30 (z rozszerzeniami).

Z powyższych danych wynikało, że z roku na rok wzrastała liczba osób starszych z chorobami neurodegeneracyjnymi objętych leczeniem i opieką oraz wzrastał udział tych osób w ogólnej liczbie chorych na choroby neurodegeneracyjne.

(akta kontroli tom 1 str. 213-220)

**2.2.** W okresie objętym kontrolą największą liczbę osób starszych z chorobami neurodegeneracyjnymi objęto świadczeniami POZ. W dalszej kolejności były to: ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, rehabilitacja lecznicza, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, leczenie szpitalne, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień oraz opieka paliatywna i hospicyjna.

W latach 2022-2024 (I kwartał) ww. pacjentom udzielono świadczeń o wartościach 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 (jednostkowa wartość świadczenia – 1,10 zł, 1,67 zł, 1,10 zł);
- 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 (jednostkowa wartość świadczenia – 262,81 zł, 311,45 zł, 130,59 zł);
- 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 (jednostkowa wartość świadczenia – 4 846,65 zł, 6 001,26 zł, 849,89 zł);
- 5 065, 5 020, 3 714 pacjentom udzielono świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych o wartości 95 481 833,00 zł, 136 261 055,35 zł, 34 907 042,95 zł (jednostkowa wartość świadczenia – 18 851,30 zł, 27 143,64 zł, 9 180,68 zł);
- 4 168, 4 359, 1 444 pacjentów objęto leczeniem szpitalnym o wartości 57 722 040,71 zł, 78 993 952,00 zł, 15 701 875,65 zł (jednostkowa wartość świadczenia – 13 848,86 zł, 18 122,04 zł, 10 873,88 zł);
- w 2022 r. czterech pacjentów objęto opieką paliatywną o wartości 31 170,56 zł (jednostkowa wartość świadczenia – 7 792,64 zł); w 2023 r. jednego pacjenta, a w I kwartale 2024 r. trzech pacjentów objęto bezkosztową opieką paliatywną.

(akta kontroli tom 1 str. 213, 221-224)

**2.3.** W dniu 30 marca 2021 r. Rada Ministrów przyjęła Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025. Celem strategicznym Programu było zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu.

W ramach celów operacyjnych ujętych w NPZ, Minister Zdrowia powinien wykonywać m.in. następujące zadania służące realizacji celu operacyjnego nr 5 *Wyzwania demograficzne*<sup>102</sup>:

- Wspieranie aktywności społecznej seniorów oraz poprawa związanej ze zdrowiem jakości życia osób starszych – zadanie nr 3;
- 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 4;
- Działania na rzecz koordynacji opieki nad osobami starszymi dostępnej w ramach systemów ochrony zdrowia i pomocy społecznej – zadanie nr 5;
- Edukacja przedstawicieli zawodów medycznych w zakresie potrzeb zdrowotnych osób starszych – zadanie nr 6;

<sup>102</sup> Dalej także: Cel nr 5 NPZ lub Cel operacyjny nr 5 NPZ.

- 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;
- Edukacja opiekunów nieformalnych osób starszych na temat chorób związanych z wiekiem oraz zasad właściwej opieki nad tymi osobami – zadanie nr 8;
- 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;
- Edukacja w zakresie zarządzania zdrowiem starzejących się pracowników oraz opracowanie i upowszechnienie instrumentów promujących zdrowie i zachowania prozdrowotne w środowisku pracy – zadanie nr 10;
- Opracowywanie rozwiązań wspierających wykrywanie i monitorowanie przebiegu chorób związanych z wiekiem oraz wdrożenie tych rozwiązań – zadanie nr 11;
- Badania dotyczące stanu zdrowia osób starszych i współpraca międzynarodowa w zakresie zdrowia osób starszych – zadanie nr 12.

Termin realizacji tych zadań określono na lata 2021-2025. Dla monitorowania celu operacyjnego nr 5 przyjęto następujące wskaźniki:

- Samoocena stanu zdrowia (Self-perceived health) osób w wieku co najmniej 60 lat (dla osób w wieku 60–74 i 75+) według miejsca zamieszkania, płci – źródłem danych jest GUS na podstawie Europejskiego Badania Warunków Życia Ludności (EU-SILC);
- Oczekiwana dalsza długość życia osób w wieku 65 lat oraz oczekiwana dalsza długość życia w zdrowiu osób w wieku 65 lat – źródłem danym jest GUS.

Minister Zdrowia był podmiotem odpowiedzialnym za monitorowanie i ewaluację NPZ.

W ramach Celu nr 5 NPZ, a także w ramach kampanii informacyjno-edukacyjnej *Zostań dłużej na scenie życia* w dniu 6 października 2022 r. (okres obowiązywania do 31 grudnia 2023 r.) z agencją reklamową została zawarta umowa dotycząca działań na rzecz osób z chorobami otępiennymi i ich opiekunów, na realizację zadania nr 3: Wspieranie aktywności społecznej seniorów oraz poprawa związanej ze zdrowiem jakości życia osób starszych. Przedmiotem umowy było *Przygotowanie i przeprowadzenie kampanii edukacyjno-informacyjnej na temat chorób otępiennych, w tym choroby Alzheimera*. Celem kampanii było 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. Kampania była realizowana w telewizji, radiu i Internecie. Działania edukacyjno-informacyjne kierowane były do całego społeczeństwa, w tym w szczególności do:

- osób z grup ryzyka wystąpienia zaburzeń otępiennych (przede wszystkim osób w starszym wieku) i ich opiekunów – w kontekście konieczności zwiększenia wiedzy na temat różnicowania objawów chorobowych od zmian zachodzących w czasie fizjologicznego starzenia, a także znaczenia wczesnej diagnostyki;
- chorych z demencją i ich bliskich – przede wszystkim w zakresie podniesienia świadomości na temat wpływu demencji na codzienne funkcjonowanie;
- osób z otoczenia ww. grup – głównie w kontekście promowania właściwych postaw wobec osób chorych i ich rodzin w środowisku, a także zapobiegania występowaniu zachowań dyskryminujących i powodujących izolowanie tychże osób.

Zgodnie z załącznikiem nr 3 do umowy, stanowiącym wzór sprawozdania merytorycznego za dany okres sprawozdawczy, Wykonawca każdorazowo zobowiązany był do opisu osiągnięcia zakładanych rezultatów realizacji zadania

z zakresu zdrowia publicznego oraz opisu sposobu ich monitorowania. Wszystkie zakładane w umowie rezultaty i wskaźniki zostały osiągnięte.

(akta kontroli tom 1 str. 208-209, 344-346, tom 2 str. 126-151)

Koszt realizacji tej umowy wyniósł 6 250 511,01 zł, w tym: w 2022 r. – 4 893 018,00 zł oraz w 2023 r. – 1 357 493,01 zł.

(akta kontroli tom 1 str. 339-340, 344-346, tom 2 str. 126-151)

Dyrektor DRwZ MZ poinformowała, że w ramach Celu operacyjnego nr 5 NPZ, w latach 2022-2024, realizowane były m.in. następujące zadania własne:

1) W ramach zadania 4 NPZ. „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”:

- opracowano założenia projektu obejmującego uruchomienie telefonicznej infolinii dla osób z demencją i opiekunów tychże osób;
- podejmowano działania mające na celu opracowanie rozwiązań z zakresu dziennej opieki nad osobami z zaburzeniami otępiennymi.

Ministerstwo Zdrowia pełniło funkcję Instytucji Pośredniczącej dla Działań Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027<sup>103</sup>. W związku z powyższym, w ramach Działania FERS.04.14 „Deinstytucjonalizacja długoterminowej opieki medycznej”, zaplanowano pilotaż nowych form opieki dziennej dla osób starszych, w tym z zaburzeniami otępiennymi, w tym rozwój rozwiązań telemedycznych (infolinii), wsparcia dla opiekunów nieformalnych osób starszych oraz wsparcie działań informacyjnych w zakresie dostępnej opieki zdrowotnej i wsparcia w systemie opieki społecznej. W celu realizacji powyższych zamierzeń, Departament Oceny Inwestycji MZ w 2024 r. ogłosił nabór służący ocenie i wyborowi do dofinansowania projektu „Helpline - uruchomienie i utrzymanie bezpłatnej infolinii dla osób chorych na chorobę Alzheimera lub inne zaburzenia otępienne oraz ich rodzin i opiekunów”<sup>104</sup>. W dniu 10 maja 2024 r. Rzecznik ogłosił nabór Partnera do wspólnej realizacji tego projektu ogłoszony na stronie <https://www.gov.pl/attachment/9cc77b45-1010-4d09-98cb-72a04e222a15>.

Przewidywany okres realizacji projektu: październik 2024 r. - kwiecień 2027 r. (31 miesięcy). Szacowany budżet – 5 998 917,00 zł.

W dniu 6 marca 2025 r. Minister Zdrowia podpisał 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. Grupa docelowa obejmowała chorych na Alzheimera i choroby otępienne wraz z ich opiekunami, w tym opiekunami nieformalnymi i pracownikami podmiotów leczniczych i podmiotów pomocy społecznej.<sup>105</sup>

Ponadto w ramach programu FERS planowane było ogłoszenie dwóch naborów konkurencyjnych dotyczących:

- pilotażu dziennych centrów wsparcia pamięci;
- wsparcia psychologicznego dla opiekunów nieformalnych osób starszych.

W ramach Programu FERS określono następujące wskaźniki:

- Opracowanie standardu funkcjonowania Dziennych Centrów Wsparcia Pamięci;
- Liczba utworzonych w ramach pilotażu Dziennych Centrów Wsparcia Pamięci.

Powyższe działania zostały zgłoszone do projektu KPDwCO w ramach celu

<sup>103</sup> Zwanym dalej FERS.

<sup>104</sup> Podmiotem uprawnionym do ubiegania się o dofinansowanie był Rzecznik Praw Pacjenta.

<sup>105</sup> <https://www.gov.pl/web/zdrowie/dofinansowanie-projektu-helpline--uruchomienie-i-utrzymanie-bezplatnej-infolinii-dla-osob-chorych-na-chorobe-alzheimera-lub-inne-zaburzenia-otepienne-oraz-ich-rodzin-i-opiekunow2>

szczegółowego „Zwiększenie dostępu do leczenia, opieki na każdym z etapów chorób otępiennych dla osób chorych”, z terminem realizacji 2025-2030.

MZ współpracowało z Ministerstwem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, a od roku 2024 r. także z Minister ds. Polityki Senioralnej, aby opracować rozwiązania koordynacyjne pozwalające na zwiększenie dostępu do świadczeń i usług opieki długoterminowej, szczególnie w wymiarze środowiskowym (rozwiązania z zakresu opieki domowej i dziennej), co zostało opisane w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w punkcie 2.6.

(akta kontroli tom 1 str. 209-211, 240-241, tom 2 str. 152-161)

2) W ramach zadania 5. „Działania na rzecz koordynacji opieki nad osobami starszymi dostępnej w ramach systemów ochrony zdrowia i pomocy społecznej” prowadzone były działania, w tym m.in. prace mające na celu opracowanie projektu programu działań dla osób z zaburzeniami otępiennymi i ich rodzin/bliskich oraz założenia z zakresu wsparcia wczesnej diagnostyki zaburzeń otępiennych, a także kwestie prac nad koordynacją opieki długoterminowej pomiędzy systemami przedstawiane były podczas posiedzeń Grupy roboczej do spraw profilaktyki i wspierania osób starszych w ramach Międzyresortowego Zespołu do spraw systemowych rozwiązań związanych z opieką nad osobami starszymi, powołanego przez Minister do spraw Polityki Senioralnej;

3) W ramach zadania 8. „Edukacja opiekunów nieformalnych osób starszych na temat chorób związanych z wiekiem oraz zasad właściwej opieki nad tymi osobami”, MZ:

- współpracowało z NFZ przy tworzeniu strony pacjent.gov.pl, w szczególności treści skierowanych do osób starszych, ich bliskich, rodzin, opiekunów;
- zleciło Narodowemu Instytutowi Zdrowia Publicznego - PZH<sup>106</sup> Państwowemu Instytutowi Badawczemu opracowanie ramowego programu szkolenia i materiałów szkoleniowych dla opiekunów nieformalnych osób starszych, a następnie opiniowało produkty wytworzone w ramach zawartej umowy.

4) W ramach zadania 10. „Edukacja w zakresie zarządzania zdrowiem starzejących się pracowników oraz opracowanie i upowszechnienie instrumentów promujących zdrowie i zachowania prozdrowotne w środowisku pracy”, działania realizowane były przez Instytut Medycyny Pracy im. prof. dra med. Jerzego Nofera w Łodzi, na podstawie umowy 6/23/85195/NPZ/2021/312/1243, zawartej w dniu 23 grudnia 2021 r. Instytut przysyłał do Departamentu Zdrowia Publicznego MZ roczne raporty z realizacji umowy.

5) W ramach zadania 11. „Opracowywanie rozwiązań wspierających wykrywanie i monitorowanie przebiegu chorób związanych z wiekiem oraz wdrożenie tych rozwiązań”, opracowany został projekt rozwiązań wspierających wczesną diagnostykę zaburzeń otępiennych. W dniu 11 lutego 2022 r. powstał w MZ projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego wczesnego wykrywania zaburzeń otępiennych u świadczeniobiorców po 60. roku życia z podejrzeniem deficytu funkcji poznawczych. Zgodnie ze wstępnymi założeniami projektu programu, działania w tym obszarze miały być testowane na poziomie odstawowej opieki zdrowotnej (POZ), ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) i leczenia szpitalnego. Dokonano wyboru świadczeń, które miały być realizowane na poszczególnych poziomach i uzyskano opinię AOTMiT. Jednak, ze względu na równoległe toczące się ustalenia odnośnie projektów produktów rozliczeniowych w tym zakresie dla AOS i szpitali, konieczne okazało się przeformułowanie pierwotnych założeń programu pilotażowego i do 3 grudnia 2024 r. program nie został zrealizowany, co opisano w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

<sup>106</sup> Państwowy Zakład Higieny. Dalej zwany także PZH.

6) W ramach zadania 12. „Badania dotyczące stanu zdrowia osób starszych i współpraca międzynarodowa w zakresie zdrowia osób starszych”, MZ prowadziło współpracę ze Światową Organizacją Zdrowia (WHO) w zakresie działań na rzecz osób z zaburzeniami otępiennymi, w tym m.in. współpracowano przy tworzeniu platformy wymiany wiedzy (GDO - Global Dementia Observatory), zawierającej dane na temat wdrażania globalnego planu działania na rzecz demencji, prowadzono rozmowy z przedstawicielami innych krajów odnośnie do możliwości współpracy przy tworzeniu projektów i materiałów dla osób starszych i ich opiekunów.

Ponadto przedstawiciele MZ brali udział w pracach międzynarodowych grup, np. międzynarodowej Grupy ekspertów rządowych ds. demencji, powołanej z inicjatywy Zarządu organizacji Alzheimer Europe oraz w spotkaniach dotyczących szerokokorozumianej polityki senioralnej, w tym spotkaniach międzynarodowych z udziałem przedstawicieli WHO, np. Regional summit on policy innovation for healthy ageing in the WHO European Region<sup>107</sup>.

Zadania w ramach Celu operacyjnego nr 5 NPZ o numerach: 6 „Edukacja przedstawicieli zawodów medycznych w zakresie potrzeb zdrowotnych osób starszych”, 7 „Edukacja ukierunkowana na profilaktykę problemów zdrowotnych występujących u osób starszych, w szczególności w zakresie urazów i prewencji upadków oraz zasad unikania skutków polipragmatyzacji” oraz 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” do 3 grudnia 2024 r. nie były realizowane przez MZ, co zostało opisane w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

W okresie objętym kontrolą przygotowywane zostały w MZ ogólnodostępne raporty z monitoringu zadań z zakresu zdrowia publicznego za 2022 r. oraz 2023 r., które były dostępne na stronie PZH<sup>108</sup>.

(akta kontroli tom 1 str. 208-211, 417-421, tom 2 str. 19-22, 162-420, 471-473, 475-476, 482-493)

**2.4.** W przyjętej przez Radę Ministrów „Polityce społecznej wobec osób starszych”, która weszła w życie 1 grudnia 2018 r. zapisano, że *Przyjęcie przedmiotowego dokumentu nie spowoduje dodatkowych kosztów dla sektora publicznego, a jego finansowanie będzie realizowane poprzez alokację dostępnych środków finansowych będących w dyspozycji jednostek sektora finansów publicznych, z uwzględnieniem celów ustanowionych w dokumencie, a także przeorganizowanie dostępnych zasobów ludzkich oraz zadań stosownie do wyzwań związanych z postępującym procesem starzenia się społeczeństwa polskiego.*

W „Polityce społecznej wobec osób starszych” zaprogramowano działania w dwóch grupach obszarów odnoszących się do:

1) ogółu osób starszych (siedem obszarów)<sup>109</sup>,

<sup>107</sup> Spotkanie odbyło się w dniach 10-11 października 2023 r. w Portugalii.

<sup>108</sup> Raport za 2022 r. - <https://www.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2023/12/RAPORT-Z-MONITORINGU-ZADAN-Z-ZAKRESU-ZDROWIA-PUBLICZNEGO-ZA-2022-ROK.pdf>; Raport za 2023 r. - <https://www.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2025/01/Raport-z-monitoringu-zadan-zdrowia-publicznego-za-2023-rok.pdf>.

<sup>109</sup> I. Kształtowanie pozytywnego postrzegania starości w społeczeństwie; II. Uczestnictwo w życiu społecznym oraz wspieranie wszelkich form aktywności obywatelskiej, społecznej, kulturalnej, artystycznej, sportowej i religijnej; III. Tworzenie warunków umożliwiających wykorzystanie potencjału osób starszych jako aktywnych uczestników życia gospodarczego i rynku pracy, dostosowanych do ich możliwości psychofizycznych oraz sytuacji rodzinnej; IV. Promocja zdrowia, profilaktyka chorób, dostęp do diagnostyki, leczenia i rehabilitacji; V. Zwiększanie bezpieczeństwa fizycznego – przeciwdziałanie przemocy i zaniedbaniom wobec osób starszych; VI. Tworzenie warunków do solidarności i integracji międzypokoleniowej; VII. Działania na rzecz edukacji dla starości (kadry opiekuńcze i medyczne), do starości (całe społeczeństwo), przez starość (od najmłodszego pokolenia) oraz edukacja w starości (osoby starsze).

2) niesamodzielnym osób starszych<sup>110</sup>, wyodrębniając cztery obszary, tj.:

I. Zmniejszanie skali zależności od innych poprzez ułatwienie dostępu do usług wzmacniających samodzielność oraz dostosowanie środowiska zamieszkania do możliwości funkcjonalnych niesamodzielnym osób starszych.

II. Zapewnienie optymalnego dostępu do usług zdrowotnych, rehabilitacyjnych i opiekuńczo-pielęgnacyjnych dostosowanych do potrzeb niesamodzielnym osób starszych.

III. Sieć usług środowiskowych i instytucjonalnych udzielanych niesamodzielnym osobom starszym.

IV. System wsparcia nieformalnych opiekunów niesamodzielnym osób starszych przez instytucje publiczne.

Dla każdego z ww. obszarów zdefiniowano: działania, działania szczegółowe, podmiot koordynujący i współpracujące, okresy ich realizacji i sposób monitorowania.

Przyjęto, że realizacja polityki wobec osób starszych monitorowana będzie w ramach obowiązku monitorowania sytuacji osób starszych w Polsce wynikającego z ustawy z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych<sup>111</sup>.

Monitorowanie „Polityki społecznej wobec osób starszych” zostało powierzone ministrowi właściwemu ds. zabezpieczenia społecznego<sup>112</sup>.

Dyrektor DRwZ MZ wyjaśniła, że informacje dotyczące realizacji przez MZ poszczególnych działań ujętych w „Polityce społecznej wobec osób starszych”, zostały zawarte w „Informacji o sytuacji osób starszych w Polsce ...” za dany rok.

(akta kontroli tom 2 str. 468-480)

Informacje o sytuacji osób starszych w Polsce za 2021 r. i 2022 r., zgodnie z art. 6 ust. 2 ustawy o osobach starszych, przygotowało Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, a dokumenty te zostały przyjęte przez Radę Ministrów odpowiednio 4 listopada 2022 r. i 6 listopada 2023 r. Na skutek zmian kompetencyjnych, obowiązek jej sporządzenia z dniem 1 lipca 2024 r. został nałożony na ministra właściwego ds. polityki senioralnej<sup>113</sup>.

„Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce w 2023 r.” opracowana przez Minister do spraw Polityki Senioralnej, została przyjęta przez Radę Ministrów 10 grudnia 2024 r. i przekazana do Sejmu w dniu 27 grudnia 2024 r.

W „Polityce społecznej wobec osób starszych” nie sformułowano działań odnoszących się bezpośrednio do osób starszych z chorobami neurodegeneracyjnymi, natomiast zawarto w tym dokumencie działania szczegółowe w zakresie chorób otępiennych, dla realizacji których jako podmiot koordynujący wskazane zostało Ministerstwo Zdrowia.

W obszarze drugim „Polityki społecznej wobec osób starszych” skierowanym do niesamodzielnym osób starszych<sup>114</sup>, wśród działań mających na celu poprawę

<sup>110</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 niesamodzielnym osób starszych w populacji jest konieczność zapewnienia im szeroko rozwiniętej opieki, właściwego wsparcia oraz umożliwienia im partycypacji w życiu społecznym.

<sup>111</sup> Dz. U. poz. 1705, ze zm.; dalej: „ustawa o osobach starszych”.

<sup>112</sup> Zgodnie z § 2 uchwały nr 161 Rady Ministrów z dnia 26 października 2018 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. BEZPIECZEŃSTWO-UCZESTWNICTWO-SOLIDARNOŚĆ (M.P. poz. 1169).

<sup>113</sup> Zgodnie z art. 6 ust. 2 ustawy o osobach starszych, zmienionym ustawą z dnia 15 maja 2024 r. o zmianie niektórych ustaw związanych z funkcjonowaniem administracji rządowej (Dz. U. z 2024 r. poz. 834), która weszła w życie 1 lipca 2024 r.

<sup>114</sup> Obszar II. „Zapewnienie optymalnego dostępu do usług zdrowotnych, rehabilitacyjnych i opiekuńczo-pielęgnacyjnych, dostosowanych do potrzeb niesamodzielnym osób starszych”.

komunikacji i funkcji poznawczych niesamodzielnych osób starszych (w szczególności osób z demencją) w opiece długoterminowej w oparciu o walidację gerontologiczną, stymulację podstawową oraz inne metody, wymieniono m.in. następujące działania szczegółowe:

- 1) opracowanie programu działań skierowanych do osób starszych chorych na choroby otępienne (planowany termin tego opracowania - lata 2018-2025, podmiot koordynujący - MZ, a współpracujące MRPiPS oraz Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju),
- 2) prowadzenie kampanii edukacyjnych na temat chorób otępiennych (planowany termin realizacji kampanii - lata 2018-2030 (działanie ciągle), podmiot koordynujący MZ).

Ustalając powyższe działania zwrócono uwagę, 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.

W „Informacji o sytuacji osób starszych za 2022 r.” podano, że w MZ trwały prace nad projektem planu wobec demencji i opracowano założenia programu pilotażowego wczesnej diagnostyki zaburzeń otępiennych (działania MZ dotyczące opracowania przedmiotowego programu pilotażowego przedstawiono w pkt 2.3. wystąpienia pokontrolnego). W „Informacji o sytuacji osób starszych za 2023 r.” zawarto informację, że w MZ opracowywany był program działań dedykowanych osobom z chorobami otępiennymi i ich bliskim, a projekt dokumentu obejmował działania kilku resortów. Szczegółowe informacje dotyczące prac nad tym dokumentem przedstawiono w pkt 1.8 niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

(akta kontroli tom 1 str. 234, 237-315, 402-403, tom 2 str. 295-332, 402-403, 681-694)

W zakresie realizacji działania dotyczącego prowadzenia kampanii edukacyjnych na temat chorób otępiennych w „Informacji o sytuacji osób starszych za 2023 r.” podano, że w latach 2022-2023 prowadzono kampanię informacyjno-edukacyjną, której hasło przewodnie brzmiało „Zostań dłużej na scenie życia”<sup>115</sup>. 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.

Realizację przez MZ ww. działania opisano także w pkt 1.8. oraz 2.3. niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

(akta kontroli tom 1 str. 52, 56, 339-340, 344-346)

W obszarze trzecim<sup>116</sup> „Polityki społecznej wobec osób starszych”, skierowanym do osób niesamodzielnych, w ramach działania III.1. „Ustalenie i wdrożenie do praktyki w ochronie zdrowia i pomocy społecznej koncepcji opieki i pielęgnacji na podstawie oceny poziomu niesamodzielności i kwalifikowania do poszczególnych świadczeń (w oparciu o ICF - Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia)” ustalono działanie szczegółowe „Opracowanie standardów opieki dla osób z zespołami otępiennymi, w tym opieki domowej”, które miało być realizowane w latach 2018-2020 i dla którego podmiotem koordynującym było MZ. Realizację tego działania przedstawiono w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

<sup>115</sup> W ramach kampanii zrealizowano następujące działania: spoty w TV i radio, kampania w mediach społecznościowych - posty na Facebooku i Twitterze, podcasty, opublikowane na stronach online stacji radiowej RMF w zakładce podcasty oraz na stronie kampanii, debata telewizyjna oraz audycja radiowa, reklamy w krzyżówkach, badanie świadomości i wiedzy na temat zaburzeń otępiennych metodą CATI”.

<sup>116</sup> Obszar III. „Sieć usług środowiskowych i instytucjonalnych udzielanych niesamodzielnym osobom starszym”.

W grupie obszarów skierowanych do niesamodzielnych osób starszych, wśród działań szczegółowych „Polityki społecznej wobec osób starszych”, dla których podmiotem koordynującym było MZ i które miały być realizowane m.in. w latach objętych kontrolą (2022-2024), oprócz opisanych trzech powyżej, wskazano także „Kształcenie terapeutów zajęciowych”<sup>117</sup>, z terminem realizacji 2018-2030 (działanie ciągle). W „Informacji o sytuacji osób starszych za 2022 r.” (str. 329), dla tego działania szczegółowego podano, że 53% szkół niepublicznych, które wystąpiły z wnioskiem o uprawnienia szkoły publicznej otrzymało pozytywną opinię (pozostałe zrezygnowały z ubiegania się o opinię lub zmieniły datę rozpoczęcia kształcenia na 2023 r.). W „Informacji o sytuacji osób starszych za 2023 r.” dla tego działania szczegółowego nie wykazano żadnych danych i informacji.

(akta kontroli tom 2 str. 505-677)

MZ zostało wskazane w „Polityce społecznej wobec osób starszych” jako podmiot koordynujący działania szczegółowe wymienione m.in. w skierowanym do ogółu osób starszych obszarze IV. „Promocja zdrowia, profilaktyka chorób, dostęp do diagnostyki, leczenia i rehabilitacji”, z terminem ich realizacji na lata 2018-2030 (działania ciągle), do których należały m.in.:

- 1) „Upowszechnianie wiedzy na temat zdrowia, z uwzględnieniem zmian wynikających z procesu starzenia na wszystkich szczeblach edukacji”,
- 2) „Podejmowanie działań edukacyjnych nakierowanych na utrzymanie zdrowia, zróżnicowane w zależności od wieku i stopnia sprawności”,
- 3) „Realizacja programów promocji zdrowia informujących o czynnikach ryzyka zdrowotnego i zachęcających do podejmowania zachowań sprzyjających utrzymaniu i poprawie zdrowia”,
- 4) „Promowanie szczepień ochronnych i innych świadczeń profilaktycznych”,
- 5) „Propagowanie wiedzy w obszarze możliwości wykorzystania ICT (aplikacje, systemy, urządzenia) do wsparcia profilaktyki chorób i poprawy jakości życia”,
- 6) „Tworzenie infrastruktury i usług dla rozwoju aktywności prozdrowotnej ze szczególnym uwzględnieniem najstarszych grup wiekowych”,
- 7) „Rozwijanie telemedycyny, w tym teleopieki: (i) upowszechnienie różnych form teleopieki i telekonsultacji; (ii) rozwój rozwiązań w zakresie *mobile health*”,
- 8) „Wspieranie opracowywania oraz upowszechniania innowacyjnych rozwiązań i technologii w obszarze zdrowia i telemedycyny”,
- 9) „Zwiększenie dostępności świadczeń z zakresu geriatry w systemie szpitalnym, w tym: (i) upowszechnienie systemu konsultacji geriatrycznych hospitalizowanych chorych osób starszych; (ii) zwiększenie liczby geriatrów zatrudnionych w systemie”,
- 10) „Zwiększenie dostępności konsultacji geriatrycznych w warunkach opieki ambulatoryjnej, w tym: (i) utrzymanie priorytetyzacji specjalizacji z geriatry; (ii) stworzenie sieci jednostek szkolących lekarzy geriatrów”,
- 11) „Rozwój kształcenia przeddyplomowego z zakresu geriatry na kierunkach medycznych”,
- 12) „Rozwój kształcenia podyplomowego z zakresu geriatry w zawodach medycznych”.

**2.5. Strategia „Zdrowa Przyszłość”** to strategia na rzecz deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej, w której załącznik nr 1 to „Strategia deinstytucjonalizacji: opieka

---

<sup>117</sup> Obszar I. „Zmniejszenie skali zależności od innych poprzez ułatwienie dostępu do usług wzmacniających samodzielność oraz dostosowanie środowiska zamieszkania do możliwości funkcjonalnych niesamodzielnych osób starszych”.

zdrowotna nad osobami starszymi”. Celem głównym „Strategii deinstytucjonalizacji” była m.in. poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem u osób starszych i ich opiekunów w środowisku lokalnym. Nadrzędnym celem procesu deinstytucjonalizacji usług zdrowotnych przeznaczonych dla osób starszych była poprawa stanu zdrowia i jakości życia związanej ze zdrowiem u osób starszych i ich opiekunów oraz wsparcie w utrzymaniu niezależności osób starszych umożliwiające im jak najdłuższe funkcjonowanie w środowisku lokalnym.

Według Dyrektora DRwZ MZ, *Termin zakończenia większości przedsięwzięć realizowanych w ramach części głównej tego dokumentu wyznaczono na lata 2025-2030, natomiast część zadań ujętych w załączniku nr 1, tj. „Strategii deinstytucjonalizacji” miało termin realizacji do 2022 r. Departament Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia<sup>118</sup> monitorował realizację celów „Strategii Zdrowa Przyszłość” jedynie w zakresie działań ujętych w treści głównej dokumentu w obszarach: Pacjent, Procesy, Rozwój i Finanse.*

Minister nie monitorował realizacji działań ujętych w załączniku nr 1, tj. „Strategii deinstytucjonalizacji”, co zostało opisane w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli tom 1 str. 211-212, 332-333, 336-337)

W „Strategii deinstytucjonalizacji” ujęto sześć obszarów strategicznych, w ramach których określono cel szczegółowy oraz rezultaty i działania. Koordynatorem działań był Minister Zdrowia.

W wyniku badania realizacji wybranych działań ujętych w „Strategii deinstytucjonalizacji”, stwierdzono, że:

I. W obszarze strategicznym „Rozwój form opieki dziennej”:<sup>119</sup>1. w zakresie rezultatu 1. „Stworzenie sieci DDOM finansowanych ze środków publicznych do końca 2030 r.” nie zrealizowano działania 1. „Włączenie świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w DDOM do koszyka świadczeń gwarantowanych – do końca 2022 r.”, co przedstawiono w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”;

2. W zakresie 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.” nie zrealizowano działania nr 1. „Opracowanie standardu Dziennych Centrów Wsparcia Pamięci<sup>120</sup> – do końca 2022 r.”, co przedstawiono w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

II. W obszarze strategicznym „Rozwój form opieki domowej”<sup>120</sup> w ramach 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.” nie zrealizowano działania 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.”, co przedstawiono w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

III. W obszarze strategicznym „Rozwój innowacyjnych form opieki, w ramach rezultatu 1. „Realizacja wypracowanych procedur telemedycznych w wybranych dziedzinach medycyny w ramach świadczeń gwarantowanych – od 2027 r.” realizowano działania: 1. „Opracowanie standardów procedur telemedycznych – do końca 2021 r.” oraz

<sup>118</sup> Zwany także DAiS.

<sup>119</sup> Zwanych także DCWP.

<sup>120</sup> W ramach rezultatu 1. „Zwiększenie dostępności do świadczeń gwarantowanych w ramach opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielanych w warunkach domowych poprzez ich realizację przez opiekunów medycznych – od początku 2023 r.”.

2. „Opracowanie modeli procedur telemedycznych w wybranych dziedzinach medycyny – do końca 2021 r.”

W terminie do 31 listopada 2021 r. opracowano standardy i modele telemedyczne w sześciu specjalnościach: kardiologia, geriatryka, psychiatria, diabetologia oraz choroby przewlekłe, położnictwo, tj. terminowo zrealizowano działanie nr 1 i 2;

3. „Przeprowadzenie pilotaży procedur telemedycznych pod względem możliwości rozszerzenia koszyka świadczeń gwarantowanych – do końca 2024 r.”. Do końca 2024 r. zrealizowano terminowo, tj. podpisano umowy i zrealizowano projekty pilotażowe w dziedzinach: kardiologia, choroby przewlekłe, położnictwo, geriatryka i psychiatria;

4. „Ewaluacja rezultatów przeprowadzonych pilotaży i analiza możliwości włączenia przetestowanych rozwiązań do systemu świadczeń gwarantowanych – do końca 2025 r.”. W ramach projektu „Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu poprzez stosowanie rozwiązań telemedycyny i e-zdrowia” przeprowadzono ewaluację modeli telemedycznych na podstawie umowy nr DIRI.543.1.2023 z Wykonawcą wyłonionym w procedurze przetargowej. Wykonawca ewaluacji prowadził prace we współpracy z realizatorami projektów pilotażowych. Raport z ewaluacji stanowił jeden z elementów oceny projektów. W ostatnim kwartale realizacji projektu przeprowadzono rewizję modeli w oparciu o doświadczenia i wnioski z realizacji projektów oraz wyniki ewaluacji. W dniu 29 kwietnia 2024 r. przekazano do AOTMiT materiały w zakresie wytypowanych trzech modeli (kardiologia, położnictwo, psychiatria) z największym potencjałem do ewentualnego włączenia do koszyka świadczeń gwarantowanych, w celu analizy oraz ukierunkowania dalszych działań.

5. „Włączenie pozytywnie zwalidowanych procedur telemedycznych do systemu świadczeń gwarantowanych – do końca 2027 r.”. W grudniu 2024 r. MZ otrzymało od AOTMiT rekomendacje do trzech modeli telemedycznych. W trakcie kontroli NIK w MZ prowadzone były prace nad przekazanymi przez AOTMiT rekomendacjami.

Ponadto, w latach 2021-2022 MZ zrealizowało cztery programy pilotażowe, w których wykorzystywano urządzenia telemedyczne do opieki nad pacjentami po przebyciu zakażenia wirusem SARS-CoV-2, w tym także osób starszych. Programy realizowane były na Platformie Domowej Opieki Medycznej (DOM). Według informacji Dyrektora DRwZ MZ, *Rozwój platformy DOM i wprowadzenie nowych funkcjonalności, które umożliwią zwiększenie dostępności usług telemedycznych, w szczególności dla osób wymagających stałego monitorowania ich stanu zdrowia, zostanie zrealizowany w ramach środków KPO.*

IV. W obszarze strategicznym „Wsparcie opiekunów nieformalnych” Departament Zdrowia Publicznego MZ nie zrealizował działania 1. „Opracowanie ramowego programu szkoleń dla opiekunów nieformalnych osób starszych potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – do końca 2022 r.” (dla rezultatu 1.<sup>121</sup>) i działania 1. „Opracowanie programu realizacji pilotażu wsparcia psychologicznego i profilaktyki zdrowia psychofizycznego dla opiekunów osób starszych i potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – do końca 2022 r.” (dla rezultatu 2.<sup>122</sup>). Według wyjaśnień Dyrektora DRwZ MZ (...) *trzykrotnie ogłaszano konkurs na realizację zadania polegającego na przygotowaniu i przeprowadzeniu szkolenia dla opiekunów osób z zaburzeniami otępiennymi, w tym chorobą Alzheimera – raz w 2021 r. i dwukrotnie w 2022 r. Powodem unieważnienia przedmiotowych postępowań był brak ofert lub brak ofert spełniających warunki progowe. Następnie, ze względu na zmiany organizacyjne, a także (...) związane*

<sup>121</sup> „Podniesienie kompetencji opiekuńczych opiekunów nieformalnych osób starszych potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z zakresu opieki nad tymi osobami – do końca 2030 r.”.

<sup>122</sup> „Poprawa stanu zdrowia psychofizycznego, jakości życia związanego ze zdrowiem i umiejętności radzenia sobie z rolą opiekuna u opiekunów nieformalnych osób starszych i potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym osób z zaburzeniami otępiennymi – do końca 2030 r.”.

*z sytuacją kadrową oraz koniecznością intensyfikacji prac nad innymi działaniami, w tym dotyczącymi reformy opieki długoterminowej w ramach Krajowego Planu Odbudowy, postanowiono dokonać analizy założeń konkursu i dokonać ograniczenia zakresu planowanej interwencji. Ustalono, że konkurs powinien zostać ukierunkowany na przetłumaczenie i wdrożenie kursu edukacyjnego opracowanego przez Światową Organizację Zdrowia „iSupport for dementia”<sup>123</sup>, kierowanego do opiekunów nieformalnych osób chorych. W związku z powyższym niezbędne było określenie miejsca, tj. publicznej strony www, na której mógłby zostać opublikowany opracowany kurs. W wyniku rozmów prowadzonych z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ), ustalono, iż ww. kurs - po jego opracowaniu - mógłby zostać udostępniony na platformie „Akademia NFZ”. Aktualnie opracowywana jest nowa dokumentacja konkursowa na realizację ww. zadania.*

Dodała, że DZP MZ przygotował założenia konkursu na realizację zadania „Zapewnienie wsparcia psychologicznego i profilaktyki zdrowotnej opiekunom nieformalnym osób starszych wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym opiekunom osób z zaburzeniami otępiennymi”. Wskazała, że: *Ponieważ możliwość uruchomienia konkursu w ramach NPZ po zmianach organizacyjnych pojawiła się równoległe z uruchomieniem środków w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027 (FERS) zdecydowano o połączeniu założeń obu konkursów i uruchomienia pełnego pilotażu wsparcia psychologicznego w ramach Programu FERS. Fiszka obejmująca założenia konkursu po uzgodnieniach z Instytucją Pośredniczącą została przekazana do Instytucji Zarządzającej FERS (Ministerstwa Funduszy i Polityki Regionalnej) do akceptacji. Podkreśliła także rangę realizowania telefonicznej infolinii na temat zaburzeń otępiennych przygotowywanej w ramach rezultatu 3.<sup>124</sup>, w obszarze strategicznym „Wsparcie opiekunów nieformalnych”, oferującej wsparcie psychologiczne dla chorych i opiekunów, która była w trakcie opracowywania.*

V. W obszarze strategicznym „Koordynacja środowiskowej opieki zdrowotnej” w ramach rezultatu 1. „Stworzenie kompleksowej bazy informacji dostępnej online na temat systemu wsparcia zdrowotnego dla osób starszych i ich opiekunów – do końca 2030 r.” przyjęto dwa działania: 1. „Opracowanie kompleksowej informacji na temat systemu wsparcia zdrowotnego dla osób starszych i ich opiekunów oraz systemu jej aktualizacji – do końca 2022 r.” (przedstawione w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”) oraz 2. „Zamieszczenie na stronie internetowej pacjent.gov.pl informacji na temat systemu wsparcia zdrowotnego dla osób starszych i ich opiekunów oraz ich bieżąca aktualizacja – do końca 2030 r.” — Dyrektor DRwZ MZ wyjaśniła, że zadania te zostały ujęte w projekcie KPDwCO.

(akta kontroli tom 1 str. 419-420, tom 2 str. 468-480)

**2.6.** W MZ w okresie objętym kontrolą nie były opracowane i realizowane programy bezpośrednio ukierunkowane na leczenie lub opiekę osób z chorobami neurodegeneracyjnymi lub na rzecz wsparcia opiekunów tych osób. Działania wobec osób starszych, w tym niesamodzielnych, z chorobami otępiennymi lub neurodegeneracyjnymi (choroba Alzheimera) zostały ujęte w: NPZ (Cel operacyjny nr 5.), „Polityce społecznej wobec osób starszych” i „Strategii deinstytucjonalizacji”.

Dyrektor DRZ MZ wyjaśniła, że: *w ostatnich latach Ministerstwo Zdrowia analizowało zakres wsparcia, który mógłby zostać skierowany do osób z chorobami otępiennymi z wykorzystaniem środków dostępnych po stronie opieki zdrowotnej. Z inicjatywy Wydziału Zdrowotnej Polityki Senioralnej (wówczas w Departamencie Zdrowia*

<sup>123</sup> Był to program szkoleniowy i umiejętności samopomocowych dla opiekunów osób z demencją.

<sup>124</sup> „Zapewnienie profesjonalnej telefonicznej informacji na temat zaburzeń otępiennych oraz wsparcia psychologicznego dla opiekunów nieformalnych osób z zaburzeniami otępiennymi i osób objętych przez nich opieką – do końca 2030 r.”.

Publicznego) kwestie związane ze zdrowiem osób starszych, w tym przede wszystkim dotyczące problematyki chorób otępiennych, zostały ujęte w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2021–2025 w Celu Operacyjnym 5.

(...) w latach 2022-2023 trwały prace mające na celu zaprojektowanie programu wczesnej diagnostyki zaburzeń otępiennych. Uzgodnienia dotyczące zakresu i formy wdrożenia działań ukierunkowanych na wprowadzenie rozwiązań usprawniających wczesną diagnostykę chorób otępiennych nadal są prowadzone we współpracy ze środowiskiem neurologów. Należy podkreślić, że działania z przedmiotowego obszaru stanowią dla Ministerstwa Zdrowia priorytet. Z tego względu, zostały ujęte w projekcie Krajowego Programu Działań wobec Chorób Otępiennych jako jeden z głównych obszarów działania. Warto również podkreślić, że z inicjatywy Ministerstwa Zdrowia rozpoczęto ustalenia z WHO, Narodowym Funduszem Zdrowia i Centrum e-Zdrowia dotyczące adaptacji programu edukacyjnego iSupport for dementia. Ministerstwo Zdrowia opracowało założenia projektu Helpline dla demencji, który ma zostać sfinansowany ze środków Programu Operacyjnego Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027.

Ponadto, dla osób z chorobami otępiennymi refundowane są leki zawierające następujące substancje czynne: 1) Donepezil; 2) Rivastigminum. Leki te znajdują się w wykazie bezpłatnych leków dla osób po 65. roku życia.

Departament chciałby wyraźnie podkreślić, że kwestie związane z zapewnieniem odpowiedniego wsparcia oraz opieki osobom z chorobami otępiennymi nie należą wyłącznie do zakresu właściwości Ministerstwa Zdrowia. Zadania te wymagają w dużej mierze koordynacji z inicjatywami podejmowanymi przez inne resorty, w tym chociażby Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Ministra ds. Polityki Senioralnej, ale również przez Ministerstwo Sportu i Turystyki czy Ministerstwo Edukacji Narodowej. Mamy nadzieję, że przyjęcie dokumentu strategicznego w przedmiotowym obszarze uświadomi potrzebę prowadzenia przedmiotowych działań. Należy też wskazać, że Departament nie posiada informacji o propozycjach programów ukierunkowanych na leczenie lub opiekę nad osobami z chorobami neurodegeneracyjnymi lub dotyczących wsparcia zdrowotnego ich opiekunów, które w ostatnich latach zostały zgłoszone do Ministerstwa Zdrowia. Jednocześnie, zasadne wydaje się poszukiwanie rozwiązań systemowych, które mogłyby zostać wprowadzone do istniejących procedur diagnozowania i leczenia chorych.

Ministerstwo Zdrowia, uznając zasadność systemowej konsolidacji wysiłków na rzecz zapewnienia odpowiedniego wsparcia zwiększającej się grupie osób z chorobami otępiennych i ich bliskich, podjęło decyzję o zaprojektowaniu dokumentu strategicznego w tym obszarze, który pozwoli na ustrukturyzowanie działań na poziomie rządowym.

(akta kontroli tom 1 str. 208-209, 212, 323-324, 337-341)

Prezes Rady Ministrów powołał zarządzeniem nr 30 z dnia 22 marca 2024 r. Międzyresortowy Zespół do spraw systemowych rozwiązań związanych z opieką nad osobami starszymi<sup>125</sup>. Na pierwszym posiedzeniu w dniu 9 kwietnia 2024 r. członkowie tego Zespołu<sup>126</sup> zwrócili uwagę na m.in.:

- potrzebę wsparcia środowiskowego seniora (w szczególności w zakresie profilaktyki i podejścia prozdrowotnego);

<sup>125</sup> Dalej także Międzyresortowy Zespół.

<sup>126</sup> W posiedzeniu wzięli udział: Minister do spraw Polityki Senioralnej – przewodnicząca Zespołu, Minister Zdrowia, przedstawiciele Departamentu Polityki Senioralnej KPRM, MRPiPS, Ministerstwa Klimatu i Środowiska, Ministerstwa Funduszy i Polityki Regionalnej, Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Finansów, Ministerstwa Sportu i Turystyki, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi, Rządowego Centrum Legislacji.

- rolę rodziny we wsparciu seniora;
- potrzebę przygotowania informacji dla osób starszych o możliwościach skorzystania z usług i świadczeń m.in. w obszarze zdrowia i pomocy społecznej;
- potrzebę dokonania analiz w zakresie dostępu do zdrowia i wykluczenia komunikacyjnego, w szczególności na wsi;

Podkreślono także potrzebę podniesienia prestiżu opiekuna osoby starszej oraz rekomendowano zaproszenie do prac w Zespole lub w grupach roboczych przedstawicieli samorządu lokalnego.

Na drugim posiedzeniu w dniu 18 kwietnia 2024 r. ww. Zespołu podjęto decyzję o utworzeniu dwóch grup roboczych:

- ds. opieki długoterminowej<sup>127</sup>,
- ds. profilaktyki i wspierania osoby starszej<sup>128</sup>, dla której jako pierwszy temat wskazano kwestię chorób otępiennych i neurodegeneracyjnych.

Dnia 7 maja 2024 r. Minister do spraw Polityki Senioralnej powołała Grupę roboczą ds. opieki długoterminowej w składzie 31-osobowym<sup>129</sup>, wyznaczając na jej przewodniczącą Dyrektora DRZ MZ oraz ustalając ramowy harmonogram jej spotkań na 2024 r. – średnio dwa razy w miesiącu. Do dnia 13 listopada 2024 r. odbyło się trzynaście posiedzeń grupy roboczej ds. opieki długoterminowej, w których przedstawiciele wydziału WZPS przygotowali i prezentowali informacje na temat opieki długoterminowej<sup>130</sup>, 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 Intelktualną (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/pielęgniacyjno-opiekuńczych, dostępności świadczeń oraz usług, wsparcia środowiskowego, wsparcia rodziny w opiece nad seniorem (wytnienie, aktywizacja, wyzwania opiekunów nieformalnych), zdefiniowanie podstawowych pojęć w obszarze opieki długoterminowej, analizę możliwości zmian zakresu usług i 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.

Naczelnik wydziału WZPS prezentowała opracowanie w zakresie opieki długoterminowej w systemie opieki zdrowotnej w Polsce, a także przedstawiane były istniejące warunki realizacji opieki paliatywnej i hospicyjnej<sup>131</sup>. W ramach prac Grupy roboczej prezentowane były istniejące rozwiązania funkcjonujące w ramach opieki długoterminowej w systemie opieki zdrowotnej (w trybie stacjonarnym oraz

<sup>127</sup> Grupa ta ma zajmować się problematyką związaną z zagadnieniem domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo-leczniczych/pielęgniacyjno-opiekuńczych, dostępnością świadczeń/usług, wsparciem środowiskowym, wsparciem rodziny w opiece nad seniorem (wytnienie, aktywizacja, wyzwania opiekunów nieformalnych).

<sup>128</sup> 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 – w skład grupy weszło trzech przedstawicieli wydziału WZPS.

<sup>129</sup> W tym siedmiu przedstawicieli MZ oraz przedstawiciele MRPIPS, Ministerstwa Funduszy i Polityki Regionalnej, Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, NFZ oraz eksperci zaproszeni do udziału w pracach - zwana też dalej Grupą roboczą.

<sup>130</sup> Zwanej też dalej: ODT.

<sup>131</sup> Zapewniane w ramach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 262, ze zm.).

domowym) oraz w systemie zabezpieczenia społecznego, w tym omawiane były warunki jakie powinien spełniać pacjent lub beneficjent poszczególnych form wsparcia. Następnie podjęto prace związane z wypracowaniem definicji w obszarze opieki długoterminowej. Grupa robocza opracowała i rekomendowała Międzyresortowemu Zespołowi definicje „opieki długoterminowej”, „opieki nieformalnej” i „opiekuna nieformalnego”, które ten Zespół przyjął na IV posiedzeniu 20 września 2024 r. W listopadzie 2024 r. trwały prace, które poświęcone były koordynacji pacjentów lub beneficjentów w obszarze ODT. Prace Grupy roboczej zostały podsumowane przez przedstawiciela MZ na XIII posiedzeniu Grupy roboczej, a także zostały wskazane kwestie wymagające dalszych prac<sup>132</sup>.

W ww. opracowaniu przedstawiono informacje na temat dostępnych świadczeń gwarantowanych w ramach opieki długoterminowej w ramach systemu ochrony zdrowia dostępnych na podstawie: rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej<sup>133</sup>, rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych<sup>134</sup> oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W podsumowaniu podkreślono potrzebę rozwiązań koordynacyjnych w zakresie ODT pomiędzy systemami ochrony zdrowia oraz pomocy społecznej. Zapisano m.in., że ze względu na wnioski z przeglądu strategicznego opieki długoterminowej nie jest planowana integracja systemów ochrony zdrowia i pomocy społecznej, konieczne jest wypracowanie skutecznych rozwiązań koordynujących, zapewniających płynną komunikację pomiędzy odpowiednimi jednostkami z obu systemów w celu wymiany informacji o osobach wymagających danego rodzaju wsparcia w ramach ODT. MZ razem z NFZ przygotowało zestawienie przypadków, w których pojawia się potrzeba komunikacji pomiędzy systemami ochrony zdrowia i pomocy społecznej w zakresie udostępniania danych osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Proponowano m.in. przypisanie do urzędów gmin zadań dotyczących informowania o usługach i świadczeniach opieki długoterminowej na poziomie lokalnym, a także monitorowanie ich dostępności. Rekomendowano do uwzględnienia w ramach prac legislacyjnych nad reformą opieki długoterminowej szereg rozwiązań dotyczących wspomnianych wyżej problemów oraz kwestie wymagające dalszej analizy prawnej i finansowej, w tym zasad odpłatności za pobyt (zakwaterowanie i wyżywienie) w zakładach opiekuńczych na wzór „kaskady” – zobowiązanie do opłacenia pobytu kolejno przez pacjenta, jego rodzinę i gminę, a także zasadność i możliwość wprowadzenia dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego/społecznego dla celów realizacji opieki długoterminowej finansowanej ze środków publicznych.

(akta kontroli tom 1 str. 324-326, 421-470)

W ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO) zaplanowano reformę nr A4.6 pn. „Wzrost współczynnika aktywności zawodowej

<sup>132</sup> W tym m.in. kwestie do uwzględnienia w ramach prac legislacyjnych nad reformą ODT (określenie zakresu zadań i odpowiedzialności poszczególnych instytucji i podmiotów ODT, zaktualizowanie kryteriów kwalifikacji do objęcia poszczególnymi zakresami świadczeń i usług ODT i inne), kwestie wymagające dalszej analizy prawnej (wskazanie czy przekazywanie informacji o osobie wymagającej ODT wymaga pisemnej zgody tej osoby, określenie sposobu umocowania pracownika zajmującego się sprawami socjalnymi i inne) oraz kwestie wymagające dalszej analizy finansowej (zasadność i możliwość wprowadzenia odpłatności za pobyt w zakładach opiekuńczych na wzór „kaskady” odpłatności za pobyt w DPS, tj. do opłacenia pobytu kolejno przez pacjenta, jego rodzinę i gminę, zasadność i możliwość wprowadzenia dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego/społecznego dla realizacji ODT).

<sup>133</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 253.

<sup>134</sup> Dz. U. z 2023 r. poz. 893.

określonych grup poprzez rozwój opieki długoterminowej”, w której przewidziano dwa kamienie milowe:

- A69G, tj. strategiczny przegląd opieki długoterminowej w Polsce w celu określenia priorytetów w zakresie reform;
- 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).

Realizację kamieni milowych powierzono równolegle Ministerstwu Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz Ministerstwu Zdrowia przy koordynacyjnym wsparciu Ministerstwa Funduszy i Polityki Regionalnej (kamień milowy A69G) i Ministra ds. Polityki Senioralnej (kamień milowy A70G).

(akta kontroli tom 2 str. 678-680)

W I kwartale 2023 r. pracownicy WZPS przygotowali ankietę badania opinii na temat kierunków rozwoju zdrowotnej opieki długoterminowej w Polsce wśród interesariuszy ODT, której wyniki posłużyły opracowaniu rekomendacji i określeniu priorytetów reformy opieki długoterminowej realizowanej w ramach KPO. W celu przygotowania, przeprowadzenia i opracowania wyników przedmiotowego badania opinii Wydział w I połowie 2023 r. współpracował z innymi komórkami organizacyjnymi MZ, NFZ i Centralnym Ośrodkiem Informatyki (COI)<sup>135</sup>. W ramach realizacji kamienia milowego A69G Bank Światowy opracował raport. Od III kwartału 2023 r. do II kwartału 2024 r. pracownicy WZPS uczestniczyli w konsultacji i uzgadnianiu kolejnych wersji raportu Banku Światowego (wraz z wymaganymi załącznikami) z przeglądu strategicznego, wewnętrznych i zewnętrznych spotkaniach konsultacyjnych w tym zakresie, który ostatecznie opublikowano w Biuletynie Informacji Publicznej (BIP) pod koniec czerwca 2024 r. Po publikacji raportu z przeglądu strategicznego, w lipcu 2024 r. pracownicy WZPS uczestniczyli w konsultacji finalnej wersji dokumentu potwierdzającego osiągnięcie kamienia milowego A69G KPO, który po uzgodnieniu z innymi instytucjami, został przekazany Komisji Europejskiej przez MFIPR pod koniec lipca 2024 r.

W II i III kwartale 2024 r. pracownicy WZPS brali udział w procesie II rewizji KPO m.in. poprzez:

- przygotowanie i zgłoszenie Komisji Europejskiej uwag i sugestii zmian do dokumentów programowych KPO w zakresie kamieni milowych A69G i A70G KPO<sup>136</sup> dot. reformy opieki długoterminowej w Polsce;
- udział w wysłuchaniu publicznym II rewizji KPO i odniesienie do uwag zgłoszonych do zakresu reformy A4.6;
- udział w spotkaniach uzgodnieniowych (z MRPiPS, MFIPR i KE) nowego brzmienia ww. kamieni milowych, udział w pisemnych negocjacjach z KE w zakresie ustalenia brzmienia kamienia milowego A70G (obejmującego przygotowanie i wdrożenie stosownych zmian prawnych umożliwiających realizację priorytetów reformy zidentyfikowanych w raporcie z przeglądu strategicznego opracowanego w ramach kamienia milowego A69G);
- współpracę w realizacji działań następczych po zakończeniu II rewizji KPO.

<sup>135</sup> Centralny Ośrodek Informatyki został powołany w 2010 r. przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w wyniku połączenia Terenowych Banków Danych i Wojewódzkich Ośrodków Informatyki. Była to instytucja gospodarki budżetowej (jednostka sektora finansów publicznych), która stawiała sobie za cel dostarczać nowatorskie usługi i narzędzia, przyczyniając się do cyfrowej transformacji kraju. W trakcie kontroli NIK realizowała zadania wyznaczone przez Ministerstwo Cyfryzacji, w tym m.in. e-dowód.

<sup>136</sup> Kamienie milowe Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO) w zakresie reformy A4.6. „Wzrost uczestnictwa w rynku pracy poprzez rozwój opieki długoterminowej”.

WZPS konsultował również merytorycznie dokumentację stanowiącą podstawę zawarcia Porozumienia między MFiPR i MZ ws. realizacji KPO (2022 r.) oraz zaktualizowane załączniki do aneksu do Porozumienia po zakończeniu II rewizji KPO (II i III kwartał 2024 r.) w zakresie realizacji reformy opieki długoterminowej w ramach kamieni milowych A69G i A70G KPO.

Ponadto, od początku realizacji kamieni milowych A69G i A70G KPO WZPS prowadził bieżący monitoring prowadzonych działań, przygotowując i przekazując cykliczne informacje sprawozdawcze.

Od początku realizacji reformy opieki długoterminowej w ramach KPO (od 2022 r.), pracownicy WZPS przygotowywali także różnego rodzaju materiały, informacje i odpowiedzi w ramach wewnętrznych prac MZ (m.in. informacje do zamieszczenia na stronie internetowej MZ na temat reformy A4.6 KPO i współpracy zewnętrznej (z Sejmem RP, międzyresortowej, unijnej i międzynarodowej), które prezentowali podczas różnego rodzaju spotkań krajowych i zagranicznych dot. opieki długoterminowej i polityki senioralnej.

Według Dyrektora DRwZ MZ, podstawę zmian w zakresie opieki długoterminowej w Polsce stanowić może analiza obszaru tejże opieki w Polsce, której efekty zostały zawarte w Raporcie Banku Światowego, obejmującym przegląd strategiczny oraz zalecenia dotyczące zmian w systemie opieki długoterminowej. Działania te wpisują się w realizację założeń kamienia milowego A70G Krajowego Planu Odbudowy, w którym wskazano priorytety reformy systemu opieki długoterminowej do realizacji w pierwszej kolejności. Opracowanie stanowi wstęp do zaplanowania niezbędnych zmian prawnych i organizacyjnych przez MZ oraz MRPiPS, przy koordynacyjnej roli ze strony Ministra ds. Polityki Senioralnej. Kwestie dotyczące ewentualnych zmian są poddawane szczegółowej analizie przez Grupę roboczą, powołaną w ramach Międzyresortowego Zespołu.

(akta kontroli tom 1 str. 211-212, 332-333, 336-337)

W dniu 30 czerwca 2024 r. zakończono realizację kamienia milowego nr A69G, którego rezultatem był Raport Banku Światowego. W streszczeniu Raportu zapisano m.in., że: *W Polsce zarządzanie Opieką Długoterminową jest niewystarczająco rozwinięte, a do tego funkcjonuje w rozbiciu na dwa sektory: ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Dotychczas nie udało się wypracować należytej koordynacji międzysektorowej, przez co opieka jest udzielana fragmentarycznie i nie zawsze efektywnie. Ponadto luki w koordynacji i zarządzaniu mogą być hamulcem w procesie szerokich zmian strategicznych, takich jak odejście od instytucjonalizacji ODT. Do najślabszych ogniw w łańcuchu zarządzania ODT w Polsce zaliczamy brak wspólnych, dla obu systemów, ram zarządzania oraz rozproszone źródła finansowania. Nadmiernie skomplikowana struktura administracyjna wpływa na realizację usług, co widać choćby po dynamice regulacji czy regionalnych dysproporcjach w finansowaniu i realizacji usług.*

W dokumencie podsumowano aktualną sytuację w systemie opieki długoterminowej ze wskazaniem zadań realizowanych przez sektor ochrony zdrowia, zabezpieczenia społecznego (w tym pomoc społeczną).

W raporcie zwrócono uwagę na liczne potrzeby i wyzwania dotyczące obecnie funkcjonującego systemu, związane m.in. z koordynacją, podnoszeniem kwalifikacji kadr, systemami gwarantującymi jakość usług, zwiększaniem dostępności usług, wsparciem dla rodzin i innych opiekunów nieformalnych. Raport zawierał kompleksowy wykaz rekomendacji dla kluczowych wyzwań stojących przed opieką długoterminową, które zostały opracowane w bardzo szerokim zakresie. W raporcie wyszczególniono także działania, które powinny zostać podjęte w pierwszej kolejności ze względu na ich wysoki priorytet, wpływ na inne obszary rozwiązań i możliwość ich

przeprowadzenia do końca czasu realizacji KPO, tj. 2026 r. W związku z tym założono, że wdrażanie reformy nr A4.6 rozpocznie się od następujących działań:

- wprowadzenie prawnej definicji opieki długoterminowej, w systemie pomocy społecznej, jak i w systemie zdrowia;
- przegląd wydatków publicznych, w celu lepszego zrozumienia złożonego systemu finansowania usług opieki długoterminowej;
- przygotowanie ram jakości opieki długoterminowej – dokumentu strategicznego proponującego nowy system monitorowania jakości, gromadzenia i wykorzystania danych w celu poprawy jakości usług.

Koordinacja opieki w ramach systemów ochrony zdrowia i pomocy społecznej była jednym z wielu elementów ujętych w ww. raporcie.

(akta kontroli tom 1 str. 421)

Minister Zdrowia powołał zarządzeniem z dnia 23 lutego 2022 r. Krajową Radę do spraw Neurologii<sup>137</sup>. Do jej zadań należało m.in. opracowywanie i przedstawianie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia strategii i propozycji działań w zakresie organizacji opieki nad chorymi z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona. KRdsN postulowała wprowadzenie zmian dotyczących diagnostyki i leczenia zaburzeń otępiennych. W uchwale nr 3/2022 z 12 października 2022 r. proponowała m.in. wprowadzenie w ramach Poradni Neurologicznej i Poradni Chorób Otępiennych możliwości diagnostyki neuropsychologicznej i neurologopedycznej. KRdsN opiniowała dokumenty dla pilotażu diagnostyki i leczenia chorób otępiennych, opracowane przez Departament Zdrowia Publicznego MZ (ostatecznie sugerowano rozwiązania, które nie będą programem pilotażowym, a znajdą się od razu w koszyku świadczeń gwarantowanych).

Ponadto, w 2024 r. Rada przygotowała dla DZP MZ rekomendacje związane z wyborem skali przesiewowej do diagnostyki zaburzeń otępiennych, ścieżki pacjenta, działań edukacyjnych. Efektem pracy KRdsN było m.in. opracowanie założeń do projektu KPDwCO i przekazanie ich do DPZ MZ.

W części III projektu KPDwCO „Wsparcie wczesnej diagnostyki” zapisano cel szczegółowy „Zwiększenie dostępu do diagnostyki, w szczególności na wczesnym etapie choroby otępiennej”. Powołano się na wnioski z badania „PolSenior 2. „Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem”, w którym autorzy wskazali, iż: *przesiewowa ocena stanu funkcji poznawczych powinna stanowić nieodzowny element oceny osób po 60. r.ż. w Rzeczypospolitej Polskiej. Prowadzenie badań przesiewowych w kierunku otępienia w tej grupie wieku pozwoli w wielu przypadkach na rozpoznanie otępienia we wczesnej fazie, co zwiększa skuteczność leczenia.*

(akta kontroli tom 2 str. 18-19, 23-125)

**2.7.** W MZ podjęto działania w celu powołania Krajowej Rady do Spraw Opieki Geriatrycznej. Ogłoszenie o naborze członków do przedmiotowego gremium zostało opublikowane na oficjalnej stronie MZ w dniu 8 lutego 2024 r., a nabór trwał do 22 lutego 2024 r.

W związku z wejściem w życie z dniem 1 stycznia 2024 r. ustawy o opiece geriatrycznej, w dniu 12 stycznia 2024 r. zostało zorganizowane przez MZ spotkanie z przedstawicielami urzędów wojewódzkich w celu omówienia możliwości wdrożenia ustawy. Według wyjaśnień Dyrektora DRZ MZ, mając na uwadze zgłaszane (głównie przez wojewodów oraz przedstawicieli powiatów) wątpliwości dotyczące możliwości wdrożenia zapisów ustawy, wstrzymano prace związane z powoływaniem KRdsOG

<sup>137</sup> Zwanej także dalej: KRdsN. Powołana zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 lutego 2022 r.

oraz podjęto decyzję o rozpoczęciu działań zmierzających do weryfikacji przepisów ustawy w celu jej nowelizacji, w tym m.in. o przeprowadzeniu dodatkowej analizy rozwiązań zaproponowanych w ustawie i harmonogramu przyjętych działań w konsultacji z głównymi interesariuszami całego procesu. Podczas spotkania i w nawiązaniu do niego wpłynęło ok. 150 uwag i pytań dotyczących interpretacji przepisów ustawy. Niepowołanie członków KRdsOG zostało opisane w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

Główne problemy zgłaszane w związku z wdrażaniem nowych rozwiązań z zakresu opieki geriatrycznej dotyczyły:

- zbyt małej liczby lekarzy geriatrów i sugestii uwzględnienia możliwości udzielania świadczeń w ramach szczególnej opieki geriatrycznej również przez lekarzy innych specjalizacji, np. chorób wewnętrznych lub lekarzy w trakcie specjalizacji;
- sposobu procedowania w sytuacji braku deklaracji ze strony podmiotu leczniczego na wydzielenie w jego strukturach lub przekształcenie w Centrum Zdrowia 75+<sup>138</sup>;
- zasad finansowania tworzenia CZ75+ w ramach struktury organizacyjnej podmiotu niepublicznego;
- możliwości funkcjonowania CZ75+ bez powiązania z oddziałem/pododdziałem geriatrycznym – problem wynikał z małej liczby tych oddziałów i ich umiejscowienia terytorialnego;
- sposobu finansowania zadań oddziałów geriatrycznych i CZ75+ realizujących zadania przewidziane ustawą;
- źródeł finansowania transportu i wyżywienia w CZ75+;
- braku dostępności na początku danego roku danych GUS dot. liczby mieszkańców według stanu na dzień 31 grudnia roku poprzedniego – dane te są niezbędne do planowania obszarów, na których powinno być utworzone CZ75+.

W dniu 30 kwietnia 2024 r. przekazano do wojewodów pismo z informacjami o działaniach prowadzonych przez MZ. Zwrócono się również z prośbą o analizę przedmiotowej regulacji, przede wszystkim w kontekście praktycznych aspektów jej realizacji oraz podsumowanie głównych kwestii problematycznych, wymagających zmiany, doprecyzowania czy też uzupełnienia.

(akta kontroli tom 1 str. 208-209, 212, 332-334, 335-336)

Zadanie polegające na szczegółowej analizie przedmiotowej ustawy, głównie w kontekście dostępnych zasobów oraz harmonogramu przyjętych działań, m.in. w zakresie koniecznych do opracowania przepisów wdrożeniowych, powierzono Zespołowi do spraw organizacji profilaktyki i opieki zdrowotnej dla osób starszych, powołanemu przez Ministra Zdrowia 13 czerwca 2024 r.<sup>139</sup>.

W terminie od lipca do września 2024 r. odbyły się trzy posiedzenia Zespołu: 15 lipca 2024 r., 1 sierpnia 2024 r. i 5 września 2024 r.

Dotychczasowe prace Zespołu skupiały się przede wszystkim na określeniu kierunków opieki zdrowotnej nad osobami starszymi, w tym opracowania propozycji zmiany ustawy o opiece geriatrycznej.

(akta kontroli tom 1 str. 208-209, 212, 333-336)

---

<sup>138</sup> Zwanego też dalej: CZ75+.

<sup>139</sup> Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2024 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw organizacji profilaktyki i opieki zdrowotnej dla osób starszych (Dz. Urz. Min. Zdrowia, poz. 41). Dyrektor DRwZ została przewodniczącym Zespołu, w którego skład weszli też pracownicy WZPS.

W działalności kontrolowanej jednostki, w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Minister Zdrowia działał nierzetelnie, bowiem nie zapewnił realizacji działania szczegółowego pn. „Opracowanie standardów opieki dla osób z zespołami otępiennymi, w tym opieki domowej” ujętego w „Polityce społecznej wobec osób starszych”, dla którego MZ było podmiotem koordynującym.

W obszarze trzecim<sup>140</sup> „Polityki społecznej wobec osób starszych”, skierowanym do osób niesamodzielnych, w ramach działania III.1. „Ustalenie i wdrożenie do praktyki w ochronie zdrowia i pomocy społecznej koncepcji opieki i pielęgnacji na podstawie oceny poziomu niesamodzielności i kwalifikowania do poszczególnych świadczeń (w oparciu o ICF - Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia)” ustalono działanie szczegółowe „Opracowanie standardów opieki dla osób z zespołami otępiennymi, w tym opieki domowej”, które miało być realizowane w latach 2018-2020 i dla którego podmiotem koordynującym było MZ. W „Informacjach o sytuacji osób starszych w Polsce...” za lata 2019-2022 nie zawarto danych i informacji o realizacji powyższego działania szczegółowego, natomiast w „Informacji o sytuacji osób starszych w Polsce za 2023 r.” podano, że w MZ opracowywany był program działań dedykowanych osobom z chorobami otępiennymi i ich bliskim, w ramach którego planuje się przygotowanie rozwiązań, które usystematyzują kwestie związane z opieką nad osobami z chorobami otępiennymi.

(akta kontroli tom 2 str. 490-677)

Dyrektor DRwZ MZ wyjaśniła, 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 prawnego. Są to najczęściej zasadami Evidence-Based Medicine (EBM).*

Dodała, że *w projekcie Krajowego Programu Działań wobec Chorób Otępiennych planuje się opracowanie zaleceń dotyczących postępowania z osobami z chorobami otępiennymi. Dokument ten zostanie przygotowanych przez ekspertów i jego dokładny zakres na obecnym etapie prac nie jest znany.*

(akta kontroli tom 1, str. 494-499, 522-523)

NIK podkreśla, że w „Polityce społecznej wobec osób starszych” wprost wskazano terminy realizacji poszczególnych zadań. W sytuacji, gdy dla działania „Opracowanie standardów opieki dla osób z zespołami otępiennymi, w tym opieki domowej” określono termin realizacji na lata 2018-2020, nie można uznać za dochowanie tego terminu zamiaru ujęcia tych standardów w projekcie KPDwCO, także z uwagi na fakt, że został on opracowany dopiero w 2024 r., a więc po upływie trzech lat od zakończenia terminu na opracowanie ww. standardów. Na skutek braku realizacji tego zadania nie powstały standardy opieki dla osób z zespołami otępiennymi, które stanowią istotny element w działaniach ukierunkowanych na tę grupę osób.

2. Minister Zdrowia działał nierzetelnie, jako podmiot odpowiedzialny za realizację trzech zadań, ujętych w rozdziale IX. „Wykaz zadań służących realizacji celu operacyjnego 5: Wyzwania demograficzne” NPZ<sup>141</sup>, planowanych na lata 2021-2025, tj.:

- „Edukacja przedstawicieli zawodów medycznych w zakresie potrzeb zdrowotnych osób starszych” – zadanie nr 6 w NPZ, dla którego realizatorem był Minister Zdrowia oraz podmioty wybrane w drodze konkursu ogłaszanego przez Ministra;

<sup>140</sup> Obszar III. „Sieć usług środowiskowych i instytucjonalnych udzielanych niesamodzielnym osobom starszym”.

<sup>141</sup> Za monitorowanie i ewaluację NPZ odpowiedzialny był Minister Zdrowia.

- „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 w NPZ, dla którego realizatorem był Minister Zdrowia oraz podmioty wybrane w drodze konkursu ogłaszanego przez Ministra Zdrowia, Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, jednostki samorządu terytorialnego, Centrum e-Zdrowia, NFZ;
- „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 w NPZ, dla którego realizatorem był Minister Zdrowia, minister właściwy do spraw wewnętrznych, Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, jednostki samorządu terytorialnego oraz podmioty wybrane w drodze konkursu ogłaszanego przez Ministra Zdrowia.

Zgodnie z zapisami rozdziału III pkt 6 NPZ, zadania określone w NPZ powinny być realizowane we wskazanych latach.

Dyrektor DRwZ wyjaśniła, że przyczynami nierealizowania powyższych zadań była trudna sytuacja kadrowa Wydziału WZPS oraz konieczność intensyfikacji innych działań, w tym dotyczących reformy opieki długoterminowej w ramach Krajowego Planu Odbudowy.

(akta kontroli tom 2 str. 454-456, 457F)

Odnosząc się do złożonych wyjaśnień, NIK zauważa, że mimo niezakończenia okresu realizacji tych zadań, ustalonego na lata 2021-2025, niepodjęcie jakichkolwiek działań w tym zakresie stwarza zagrożenie niedotrzymania tego terminu, co może przyczynić się do nieosiągnięcia wskaźników Celu operacyjnego nr 5 NPZ, tj. „oczekiwanej dalszej długości życia oraz oczekiwanej dalszej długości życia w zdrowiu osób w wieku 65. lat”, a także poprawy samooceny stanu zdrowia osób w wieku co najmniej 60. lat. Ponadto należy zauważyć, że umieszczenie działań edukacyjnych skierowanych zarówno do przedstawicieli zawodów medycznych, jak i niemedycznych, w tym służb publicznych w projekcie KPDwCO dodatkowo potwierdza potrzebę działań w tym zakresie.

3. Minister Zdrowia działał nierzetelnie, jako podmiot odpowiedzialny za realizację planowanego na lata 2021-2025 i ujętego w rozdziale IX. „Wykaz zadań służących realizacji celu operacyjnego 5: Wyzwania demograficzne” NPZ (za monitorowanie i ewaluację którego był odpowiedzialny) zadania 11. „Opracowywanie rozwiązań wspierających wykrywanie i monitorowanie przebiegu chorób związanych z wiekiem oraz wdrożenie tych rozwiązań”.

Pomimo, że w dniu 11 lutego 2022 r. powstał w MZ projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego wczesnego wykrywania zaburzeń otępiennych u świadczeniobiorców po 60. roku życia z podejrzeniem deficytu funkcji poznawczych, który został przesłany do AOTMiT w celu przygotowania oceny skutków regulacji przedmiotowego programu, nie wprowadzono rozwiązań z zakresu wczesnej diagnostyki zaburzeń otępiennych.

Dyrektor DRwZ MZ odpowiadając na pytanie dlaczego nie wprowadzono programu pilotażowego w zakresie badań przesiewowych wyjaśniła, że: (...) w Ministerstwie Zdrowia prowadzone były prace mające na celu opracowanie rozwiązań z zakresu wczesnej diagnostyki zaburzeń otępiennych. Zgodnie ze wstępnymi założeniami programu pilotażowego, działania w tym obszarze miały być testowane na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) i leczenia szpitalnego. Dokonano wyboru świadczeń, które miały być realizowane na poszczególnych poziomach i uzyskano opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Jednakże, ze względu na równoległe toczące się ustalenia

odnośnie projektów produktów rozliczeniowych w tym zakresie dla AOS i szpitali, konieczne okazało się przeformułowanie pierwotnych założeń programu pilotażowego. Obecnie analizowane są możliwości wprowadzenia w ramach świadczeń gwarantowanych rozwiązań umożliwiających usprawnienie diagnostyki pacjentów z podejrzeniem deficytu funkcji poznawczych na poziomie POZ – z wykorzystaniem ustaleń poczynionych podczas projektowania wspomnianego programu pilotażowego i powiązanie tych działań ze ścieżką pacjenta rekomendowaną przez ekspertów.

(akta kontroli tom 2 str. 454-456, 457G)

NIK zwraca jednak uwagę na istotność i konieczność jak najszybszego opracowania i wprowadzenia rozwiązań z zakresu wczesnej diagnostyki zaburzeń otępiennych, które są kluczowe w celu zapewnienia właściwej opieki zdrowotnej dla tej grupy osób. Jednocześnie należy podkreślić, że umieszczenie działań dotyczących wczesnej diagnostyki w chorobach otępiennych w obszarze III. projektu KPDwCO dodatkowo potwierdza potrzebę działań w tym zakresie.

4. Minister Zdrowia nie zapewnił realizacji czterech zadań w ramach „Strategii deinstytucjonalizacji”<sup>142</sup>, co było działaniem nierzetelnym. I tak:

4.1. W ramach obszaru strategicznego „Rozwój form opieki dziennej”, rezultat 1. „Stworzenie sieci DDOM finansowanych ze środków publicznych – do końca 2030 r.” nie zrealizowano działania 1. „Włączenie świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w DDOM do koszyka świadczeń gwarantowanych – do końca 2022 r.”, dla którego koordynatorem było MZ wraz z NFZ.

Dyrektor DRwZ MZ wyjaśniała, że: (...) „projekt testujący pilotaż DDOM, finansowany ze środków POWER, zakończył się w styczniu 2019 r.” W projekcie pilotażowym dotyczącym tworzenia i prowadzenia Dziennych Domów Opieki Medycznej (DDOM), finansowanym ze środków unijnych, przeważały niemedyczne świadczenia, stąd decyzją kierownictwa Ministerstwa Zdrowia wstrzymano kontynuację prac nad kwalifikowaniem świadczenia w postaci występującej w pilotażu Dziennych Domów Opieki Medycznej.

(akta kontroli tom 2 str. 468-470, 473-474)

Odnosząc się do złożonych wyjaśnień, NIK zauważa, że nie zrealizowano zadania określonego w „Strategii deinstytucjonalizacji” z 2020 r., podczas gdy realizację programu pilotażowego, na który powołuje się Dyrektor DRwZ MZ, zakończono w 2019 r. Brak realizacji tego zadania może negatywnie wpływać na osiągnięcie rezultatu określonego jako stworzenie sieci DDOM finansowanych ze środków publicznych.

4.2. 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.” nie zrealizowano działania 1. „Opracowanie standardu Dziennych Centrów Wsparcia Pamięci – do końca 2022 r.”, dla którego koordynatorem było MZ. Dokument „Dzienne Centrum Wsparcia Pamięci. Organizacja i zadania. Projekt Standardów” został opracowany przez Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr. Hab. med. Eleonory Reicher w czerwcu 2023 r.

Dyrektor DRwZ MZ wyjaśniała: *Odnosząc się do etapu prac nad projektem Dziennych Centrów Wsparcia Pamięci, należy wskazać, że Ministerstwo Zdrowia, planując podjęcie działań mających na celu utworzenie przedmiotowych form opieki dziennej,*

<sup>142</sup> Według „Strategii deinstytucjonalizacji” koordynacja realizacji działań i monitorowania rezultatów spoczywała m.in. na MZ.

*konsultowało na roboczo z Ministerstwem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej założenia projektu, w tym przede wszystkim pod kątem zasadności tworzenia nowych form opieki w kontekście rozwiązań już istniejących i wsparcia dziennego dostępnego w ramach systemu pomocy społecznej. Do takich dodatkowych analiz skłaniał także wspomniany projekt organizacji Dziennych Centrów, opracowany przez Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji. Wskazywał on bowiem jako przykłady dobrych praktyk, stanowiących bazę dla sugerowanych rozwiązań, m.in. Świetlicę Opiekunczą Ośrodka Pomocy Społecznej w Warszawie i nie wyjaśniał jednoznacznie, iż powstanie nowych analogicznych form wsparcia po stronie opieki zdrowotnej jest merytorycznie uzasadnione. Po tychże rozmowach podjęto decyzję dotyczącą zmiany pierwotnych założeń konkursu. Aktualnie trwają konsultacje wewnętrzne i ustalenia z Narodowym Funduszem Zdrowia, dotyczące zakresu wsparcia podiagnostycznego, które mogłoby zostać zapewnione w ramach projektu i nie obejmowało tworzenia odrębnych struktur organizacyjnych w ramach systemu opieki zdrowotnej.*

(akta kontroli tom 2 str. 19-21, 162-212, 454-457)

Zdaniem NIK umieszczenie Pilotażu świadczeń w postaci dziennych centrów wsparcia pamięci jako działania 4.3.3 z terminem realizacji 2025-2030 w projekcie KPDwCO potwierdza potrzebę działań na rzecz powstania DCWP. Brak realizacji tego zadania może negatywnie wpływać na osiągnięcie rezultatu określonego jako stworzenie systemu dziennego wsparcia dla osób z zaburzeniami otępiennymi i innymi przewlekłymi chorobami mózgu skutkującymi zaburzeniami pamięci oraz dla opiekunów tych osób.

4.3. 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.” nie zrealizowano działania 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.”, dla którego koordynatorem było MZ we współpracy z NFZ.

*Dyrektor DRwZ MZ wyjaśniła, że: trwają prace koncepcyjne nad ogólną reformą opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielanych w warunkach domowych. Od efektu tych prac uzależniony jest dalszy kierunek zmian związanych z włączeniem opiekunów medycznych do personelu udzielającego świadczeń gwarantowanych w tych zakresach. (...) w bieżącym roku zakończył działalność Zespół do spraw przygotowania projektu długookresowej strategii rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej, powołany zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 lipca 2022 r. (Dz. Urz. Min. Zdrow. z 2022 r. poz. 81, ze zm.). 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. Prace ww. Zespołu zostaną wykorzystane w pracach legislacyjnych nad zmianą rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.*

(akta kontroli tom 2 str. 469, 473-474)

NIK zauważa, że brak terminowej realizacji powyższego działania uniemożliwił osiągnięcie rezultatu określonego jako zwiększenie dostępności do świadczeń gwarantowanych w ramach opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej

i hospicyjnej udzielonych w warunkach domowych poprzez ich realizację przez opiekunów medycznych.

4.4. 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.” nie zrealizowano działania: 1. „Opracowanie kompleksowej informacji na temat systemu wsparcia zdrowotnego dla osób starszych i ich opiekunów oraz systemu jej aktualizacji – do końca 2022 r.”, dla którego koordynatorem było MZ. W ramach tego działania zaplanowano wybór podmiotu, który zbierze informacje na temat systemu wsparcia zdrowotnego oraz innych kwestii użytecznych dla osób starszych i ich opiekunów, a następnie na tej podstawie opracowanie kompleksowej bazy informacji oraz systemu ich weryfikacji i aktualizacji. Nie zrealizowano tego działania.

Dyrektor DRwZ MZ wyjaśniła, że zadanie to zostało ujęte w projekcie KPDwCO.  
(akta kontroli tom 1 str. 419-420, tom 2 str. 468-480)

NIK zauważa, że brak realizacji powyższego działania w ustalonym terminie stanowi zagrożenie dla osiągnięcia rezultatu określonego jako stworzenie kompleksowej informacji na temat systemu wsparcia zdrowotnego dla osób starszych i ich opiekunów oraz systemu jej aktualizacji do końca 2030 r. Należy podkreślić, że wskazanie działań przewidzianych do realizacji w projekcie KPDwCO nie stanowi pełnego wykonania założeń działania 1. „Opracowanie kompleksowej informacji na temat systemu wsparcia zdrowotnego dla osób starszych i ich opiekunów oraz systemu jej aktualizacji – do końca 2022 r.”. Ponadto należy podkreślić, że w „Strategii deinstytucjonalizacji” wprost wskazano terminy realizacji poszczególnych działań. W sytuacji, gdy dla ww. działania 1. określono termin realizacji do końca 2022 r., nie można uznać za dochowanie tego terminu opracowania projektu KPDwCO, także z uwagi na fakt, że został on opracowany dopiero w połowie 2024 r., a więc po upływie ponad roku od zakończenia terminu na opracowanie ww. informacji.

5. Minister Zdrowia działał nierzetelnie, bowiem nie monitorował okresowo wskaźników rezultatów działań ujętych w „Strategii deinstytucjonalizacji”, pomimo że zgodnie z tą Strategią (w części „System realizacji i monitorowania”), koordynacja realizacji działań i monitorowania rezultatów co do zasady spoczywała na MZ, a wdrażanie działań wiązało się z okresowym monitorowaniem wskaźników odnoszących się do oczekiwanych rezultatów.

Dyrektor DRwZ MZ wyjaśniła, że: *„Strategia Zdrowa Przyszłość” ma charakter dokumentu kierunkowego, system jego monitorowania i koordynacji działań powiązany jest z implementacją m.in. aktualnie obowiązujących strategii rozwoju kraju przyjętych przez Radę Ministrów, dokumentów o charakterze strategicznym np. NPZ i nie ma wyraźnego odrębnego obowiązku monitorowania realizacji jego celów.*  
(akta kontroli tom 2 str. 468-470, 478)

Odnosząc się do złożonych wyjaśnień, NIK podkreśla, że obowiązek okresowego monitorowania wskaźników został określony w „Strategii deinstytucjonalizacji”. Należy podkreślić, że monitorowanie wskaźników rezultatów w kontekście zadania polegającego na koordynacji realizacji działań i monitorowania rezultatów ma istotne znaczenie, bowiem jednym z zadań koordynacji, poza wyznaczaniem kierunków działania, jest monitorowanie rezultatów w celu zarządzania ryzykiem odnoszącym się do zaplanowanych efektów.

6. Minister Zdrowia nie powołał pierwszych członków KRdsOG, co stanowiło naruszenie art. 51 ust. 2 ustawy o opiece geriatrycznej. Ogłoszenie o naborze członków do przedmiotowego gremium zostało opublikowane 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.

Jak wyjaśniła Dyrektor DRwZ MZ, z uwagi na krytyczne uwagi do ustawy o opiece geriatrycznej zgłaszane przez wojewodów oraz przedstawicieli powiatów, prace związane z powołaniem KRdsOG zostały przerwane.

(akta kontroli tom 1 str. 208-209, 212, 332-334, 335-336)

W ocenie NIK, potrzeba dokonania zmian w ustawie o opiece geriatrycznej nie usprawiedliwia niepowołania KRdsOG, bowiem Minister Zdrowia był zobligowany do jej powołania, a przepisy w tym zakresie nie uległy zmianie. Zdaniem NIK, Minister pozbawił się wsparcia ze strony KRdsOG, która winna być jego organem opiniodawczo-doradczym i jako taka miała m.in. przedstawiać propozycje zmian w zakresie opieki geriatrycznej.

#### OCENA CZĄSTKOWA

Minister nierzetelnie realizował niektóre zadania ukierunkowane m.in. na opiekę zdrowotną wobec niesamodzielnych osób starszych, w tym z chorobami neurodegeneracyjnymi, ujęte w „Polityce społecznej wobec osób starszych”, NPZ i „Strategii deinstytucjonalizacji”.

Minister Zdrowia nie zapewnił 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, co NIK ocenia jako działanie nierzetelne.

Minister Zdrowia nie realizował także trzech zadań edukacyjnych oraz informacyjnych ukierunkowanych na przedstawicieli zawodów medycznych, jak również służb publicznych oraz zawodów niemedycznych<sup>143</sup>, w ramach Celu operacyjnego nr 5 NPZ z terminem ich realizacji na lata 2021-2025, jak również zaniechał kontynuacji rozpoczętego zadania 11. „Opracowywanie rozwiązań wspierających wykrywanie i monitorowanie przebiegu chorób związanych z wiekiem oraz wdrożenie tych rozwiązań” zaplanowanego na lata 2021-2025, co NIK ocenia jako działania nierzetelne.

Ponadto, Minister Zdrowia nie zapewnił realizacji czterech zadań<sup>144</sup> w ramach „Strategii deinstytucjonalizacji”, co stanowiło działanie nierzetelne. Minister pomimo takiego obowiązku, nie monitorował również okresowo wskaźników rezultatów działań ujętych w tym dokumencie.

Jednocześnie NIK zauważa, że w MZ prowadzone były działania w zakresie opieki zdrowotnej wobec m.in. niesamodzielnych osób starszych, w tym z chorobami neurodegeneracyjnymi. Przykładowo były to działania dotyczące opieki długoterminowej oraz opracowania projektu programu działań wobec osób chorych na choroby otępienne. Przeprowadzono także kampanię informacyjno-edukacyjną na temat zaburzeń otępiennych, w tym choroby Alzheimera oraz opracowano standardy i modele telemedyczne, m.in. w geriatric, jak również zrealizowano programy

<sup>143</sup> Trzy 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 polipragmatyzacji” – 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>144</sup> W ramach „Strategii deinstytucjonalizacji”: działanie „Włączenie świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w DDOM do koszyka świadczeń gwarantowanych – do końca 2022 r.”, działanie „Opracowanie standardu Dziennych Centrów Wsparcia Pamięci – do końca 2022 r.”, działanie „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.”, działanie „Opracowanie kompleksowej informacji na temat systemu wsparcia zdrowotnego dla osób starszych i ich opiekunów oraz systemu jej aktualizacji – do końca 2022 r.”.

pilotażowe procedur telemedycznych, pod względem możliwości rozszerzenia koszyka świadczeń gwarantowanych. Ponadto prowadzono działania ukierunkowane na edukację opiekunów nieformalnych osób starszych na temat chorób związanych z wiekiem oraz zasad właściwej opieki nad tymi osobami. Współpracowano z WHO w zakresie działań na rzecz osób z zaburzeniami otępiennymi oraz przedstawiciele MZ brali udział w pracach międzynarodowych grup zajmujących się tematyką demencji oraz polityki senioralnej.

Minister Zdrowia nie powołał KEsOG, co stanowiło naruszenie wymogu określonego w art. 51 ust. 2 ustawy o opiece geriatrycznej.

## IV. Wnioski

Wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, wnosi o:

- 1) Zintensyfikowanie działań na rzecz wypracowania rozwiązań systemowych, wpływających na rozwiązywanie problemów zdrowotnych i opiekuńczych osób starszych z chorobami neurodegeneracyjnymi, w szczególności umożliwiających wdrożenie „Krajowego Programu Działań wobec Chorób Otępiennych”.
- 2) Zapewnienie rzetelnej realizacji działań i zadań określonych w: NPZ, „Polityce społecznej wobec osób starszych” i „Strategii deinstytucjonalizacji”.
- 3) Właściwe monitorowanie wskaźników rezultatów działań ujętych w „Strategii deinstytucjonalizacji”.
- 4) Powołanie Krajowej Rady do spraw Opieki Geriatrycznej.

## V. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK, kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do Prezesa NIK. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek  
poinformowania  
NIK o sposobie  
wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK, należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Warszawa, 11 kwietnia 2025 r.

Wiceprezes  
Najwyższa Izba Kontroli  
Jacek Kozłowski

/-/

Zmian w wystąpieniu pokontrolnym dokonał:

Dyrektor

z up. Jacek Kościelniak

p.o. Wicedyrektor

Delegatury NIK

w Katowicach

/podpisano elektronicznie/