

Agnieszka Chojnacka¹, Maciej Napora¹

¹ Studenckie Koło Naukowe Nauk o Zdrowiu, Wydział nauk o Zdrowiu, Państwowa Akademia Nauk Stosowanych we Włocławku; opiekun koła: dr Beata Haor, prof. PANS

Opieka długoterminowa w Polsce – wyzwanie nadchodzących dekad

Long-Term Care in Poland: A Challenge for the Coming Decades

Streszczenie

Wstęp: Polska podlega dynamicznemu procesowi demograficznego starzenia się populacji, co już teraz zwiększa popyt na usługi opieki długoterminowej (ODT). Seniorzy stanowią ok. 90% wszystkich beneficjentów ODT. Pomimo rosnącej liczby osób starszych, możliwości korzystania ze świadczeń ODT pozostają niewystarczające w stosunku do realnych potrzeb.

Cel: Analiza stanu opieki długoterminowej w Polsce w kontekście narastających wyzwań demograficznych.

Materiał i metody: Analiza materiałów zebranych w bazie „GUS”, danych z Map potrzeb zdrowotnych 2022–2026, stron rządowych, rekomendacji i analiz eksperckich.

Przebieg: W Polsce opieka długoterminowa pozostaje w dużej mierze oparta na opiekunach nieformalnych, podczas gdy system formalny, obejmujący sektor zdrowia i pomoc społeczną nie nadąża za rosnącymi potrzebami wynikającymi ze starzenia się populacji. Ograniczona dostępność świadczeń stacjonarnych, dziennych i domowych, niedobory kadrowe oraz brak efektywnej koordynacji międzysektorowej prowadzą do niskiej wydolności systemu i wydłużających się kolejek oczekujących. W konsekwencji opieka ma charakter reaktywny, co zwiększa ryzyko pogorszenia stanu zdrowia seniorów oraz przeciążenia opiekunów rodzinnych.

Wnioski: Polski system opieki długoterminowej wymaga pilnej, kompleksowej reformy ukierunkowanej na zwiększenie dostępności usług, rozwój kadr oraz skuteczniejszą integrację opieki zdrowotnej i społecznej. W obliczu rosnącej liczby osób niesamodzielnych i niedoborów kadrowych modernizacja systemu staje się konieczna dla zapewnienia ciągłej i efektywnej opieki.

Słowa kluczowe: opieka długoterminowa, seniorzy, zmiany demograficzne

Abstract

Introduction. Poland is undergoing a dynamic process of demographic population ageing, which is already increasing the demand for long-term care (LTC) services. Seniors account for approximately 90% of all LTC beneficiaries. Despite the growing number of older adults, access to LTC services remains insufficient in relation to actual needs.

Aim. Analysis of the Long-Term Care System in Poland in the Context of Increasing Demographic Challenges.

Materials and Methods. Analysis of materials collected from the GUS database, data from the Health Needs Maps 2022–2026, government sources, and expert recommendations and analyses.

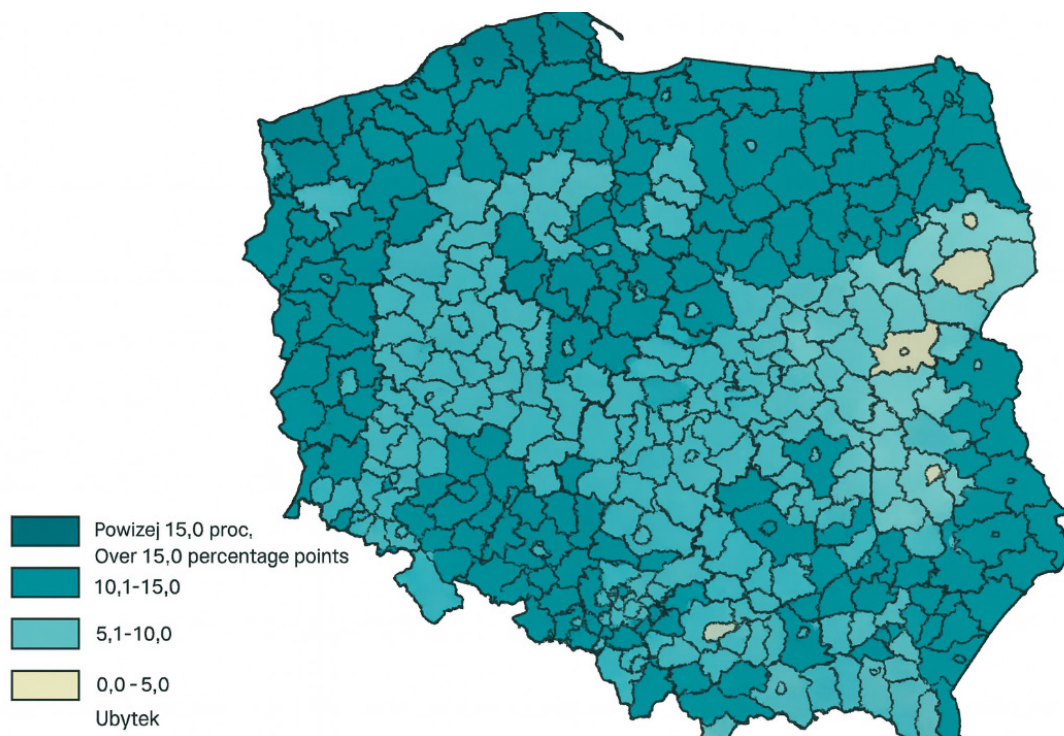
Review. In Poland, long-term care remains largely reliant on informal caregivers, while the formal system-encompassing the healthcare and social welfare sectors – fails to keep pace with the growing needs resulting from population ageing. Limited availability of institutional, day, and home-based services, workforce shortages, and insufficient cross-sector coordination contribute to low system capacity and extended waiting times. Consequently, care is predominantly reactive, increasing the risk of health deterioration among older adults and placing additional strain on family caregivers.

Conclusions. The Polish long-term care system requires urgent, comprehensive reform aimed at increasing service availability, expanding the workforce, and improving integration between health and social care. In the face of a growing number of dependent individuals and persistent staffing shortages, system modernization is essential to ensure continuous and effective care.

Keywords: long-term care, seniors, demographic changes

Wstęp

Polska stoi w obliczu głębokiej zmiany demograficznej. Wydłużające się życie, niski poziom urodzeń oraz wchodzenie w wiek emerytalny powojennego wyżu sprawiają, że seniorzy stanowią coraz większą część społeczeństwa. Obecnie osoby po 65. roku życia to 19,5% populacji, a po 80. – 4,2%. W stosunku do 2022 r. liczba osób w wieku senioralnym wzrosła o 96 tys. osób tj. o 1,0%. W 2023 r. przeciętne trwanie życia wyniosło 73,4 roku dla mężczyzn i 81,1 roku dla kobiet, choć pandemia chwilowo obniżyła te wskaźniki. Według prognoz GUS udział osób starszych będzie stale rósł, w 2060 r. seniorzy 65+ mają stanowić prawie 30% społeczeństwa, co w stosunku do 2022 daje o 15 punktów procentowych więcej w większości kraju (Ryc.1) [1,2]. Dane Narodowego Funduszu Zdrowia z 2023 roku wskazują, że osoby powyżej 65 lat i więcej stanowiły ponad 86% pacjentów objętych opieką długoterminową w Polsce, co daje ponad 100 tysięcy beneficjentów, a ponad połowę stanowiły kobiety [3]. W związku z zachodzącymi zmianami system opieki długoterminowej stoi przed dużym wyzwaniem, gdyż liczba seniorów z wielochorobowością i ograniczoną samodzielnością będzie wzrastać, a system już teraz nie w pełni odpowiada na potrzeby pacjentów.



Rycina 1. Przyrost odsetka ludności (w punktach procentowych) w wieku 65 lat i więcej w 2060 r. w odniesieniu do 2022 r [2]

Cel

Celem pracy jest analiza stanu opieki długoterminowej w Polsce w kontekście narastających wyzwań demograficznych.

Przegląd

W naszym kraju większość opieki długoterminowej (około 80%) jest świadczona nieformalnie przez rodzinę, przyjaciół i sąsiadów. Jedynie około 20% to opieka formalna finansowana z publicznych środków. Rosnące starzenie się społeczeństwa, spadek liczby dzieci oraz zmiana struktury rodzin z wielopokoleniowych na nuklearne zwiększają obciążenie opiekunów nieformalnych, szczególnie osób w wieku 45–64 lat, które często równocześnie opiekują się dziećmi i rodzicami. W miastach seniorzy częściej mieszkają samotnie lub tylko z partnerem w podobnym wieku, co dodatkowo zwiększa ich zależność od zewnętrznej pomocy. W miejscach, gdzie wsparcie nieformalne jest niewystarczające lub niedostępne, rośnie zapotrzebowanie na formalne usługi opiekuńcze. Obecnie wydolność opieki nieformalnej jest ograniczona, a wraz ze wzrostem liczby

osób starszych przewiduje się narastające obciążenie opiekunów i większą potrzebę wsparcia ze strony systemu formalnego. Przeciążenie fizyczne, psychiczne i emocjonalne opiekunów nieformalnych może prowadzić do pogorszenia ich stanu zdrowia oraz ograniczenia aktywności zawodowej, co w dłuższej perspektywie zwiększa ryzyko obniżenia jakości opieki oraz przedwczesnej instytucjonalizacji osób starszych [1,4].

W polskich przepisach pojęcie opieki długoterminowej (ODT) odnosi się głównie do świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych realizowanych w systemie ochrony zdrowia [5], natomiast wsparcie oferowane przez system pomocy społecznej funkcjonuje pod nazwą usług opiekuńczych, które mogą przyjmować różne formy [6]. Seniorzy, w zależności od stopnia niesprawności, stanu zdrowia, możliwości rodziny, mogą korzystać ze świadczeń systemu publicznego ODT. Obejmują one zarówno świadczenia pieniężne jak i rzeczowe. Te drugie działają w dwóch sektorach: sektorze pomocy społecznej i sektorze ochrony zdrowia. W ramach każdego z nich senior może zostać objęty opieką stacjonarną, dzienną bądź domową. W systemie medycznym pacjenci geriatryczni najczęściej trafiają pod opiekę zakładów opiekuńczo-leczniczych (ZOL) lub zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO), gdzie zapewnia się im całodobową opiekę pielęgniarzką, zabiegi rehabilitacyjne oraz nadzór lekarski. Bardzo istotnym elementem systemu jest pielęgniarstwo domowe, która umożliwia pozostanie w środowisku domowym przy regularnym wsparciu profesjonalnej opieki. Pielęgniarka w ramach ODT zajmuje się pielęgnacją pacjenta, leczeniem ran i odleżyn, podawaniem leków oraz wykonywaniem niezbędnych zabiegów medycznych, wspiera opiekunów, ucząc ich podstawowych czynności pielęgnacyjnych, prowadzi ćwiczenia usprawniające oraz doradza w zakresie sprzętu medycznego. W granicach uprawnień może wystawiać skierowania, zlecenia na wyroby medyczne i przepisywać niektóre leki. W opiece domowej pielęgniarstwo informuje lekarza i pielęgniarzkę POZ o terminach świadczeń oraz zmianach stanu zdrowia pacjenta. Wizyty odbywają się zwykle w dni powszednie, w określonych godzinach, przy czym w uzasadnionych przypadkach mogą być realizowane w nocy, w weekendy lub dni ustawowo wolne od pracy. W sektorze pomocy społecznej znaczącą rolę odgrywają Domy Pomocy Społecznej, przyjmujące szczególnie grupę osób z głęboką niesamodzielnością lub demencją [1].

Świadczenia w opiece długoterminowej (ODT) są w Polsce finansowane są głównie z środków publicznych, przede wszystkim z Narodowego Funduszu Zdrowia, budżetów samorządów oraz częściowo budżetu państwa. Programy rządowe wspierają rozwój nowych form opieki, przy czym niektóre mają charakter projektowy lub czasowy – tak było w przypadku Dziennych Domów Opieki Medycznej (DDOM), które były finansowane z Europejskiego Funduszu Społecznego. Po zakończeniu projektów większość DDOM została zamknięta z powodu braku środków samorządowych na kontynuację prowadzenia placówek.

Część świadczeń opieki długoterminowej funkcjonują jako świadczenia gwarantowane. Z opieki mogą korzystać pacjenci, którzy spełniają określone kryteria:

- uzyskali 40 punktów lub mniej w skali Barthel, co wskazuje na znaczne ograniczenie samodzielności,
- nie znajdują się w ostrej fazie choroby psychicznej wymagającej hospitalizacji
- nie korzystają równocześnie z innych świadczeń finansowanych przez NFZ, takich jak hospicjum domowe, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy czy opieka wentylacyjna.

NFZ pokrywa głównie koszty świadczeń medycznych obejmujących pielęgnację, rehabilitację i leczenie, natomiast budżet państwa i samorządy finansują część usług opiekuńczych oraz elementy infrastruktury. W niektórych przypadkach pacjenci mogą ponosić dodatkowe koszty, zwłaszcza jeśli dotyczą one podwyższonego standardu opieki lub pobytu [1,5,7].

Brak skutecznej koordynacji międzysektorowej sprawia, że opieka długoterminowa w Polsce jest fragmentaryczna i nie zawsze efektywna. Słabe ogniwa systemu to m.in. brak wspólnych ram zarządzania dla ochrony zdrowia i pomocy społecznej, rozproszone źródła finansowania oraz skomplikowana struktura administracyjna, prowadząca do regionalnych dysproporcji i utrudniająca realizację usług. Dodatkowo brak jednolitej definicji ODT obowiązującej w obu sektorach oraz różne interpretacje pojęć takich jak „osoba starsza” czy „niesamodzielność” prowadzą do niejednoznaczności w procesach decyzyjnych i organizacyjnych. System regulowany jest przez około 70 aktów prawnych, a brak spójnych danych i informacji wydłuża dostęp beneficjentów do świadczeń publicznych. Osoby poszukujące opieki często nie wiedzą, jakie usługi są dostępne i jak je uzyskać, co wpływa również na funkcjonowanie usługodawców i ogranicza efektywność systemu [1].

Tabela 1. Opieka długoterminowa w Polsce – podział na placówki i usługi w sektorze pomocy społecznej oraz placówki i świadczenia w sektorze ochrony zdrowia [1,7]

| OPIEKA DŁUGOTERMINOWA W POLSCE w 2021 roku | | |
|---|---|--|
| Rodzaj opieki | Placówki i usługi pomocy społecznej | Placówki i świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w systemie ochrony zdrowia |
| Stacjonarna | <ul style="list-style-type: none"> – Domy pomocy społecznej (DPS) – 827 placówek – Rodzinne domy pomocy (RDP) – 44 placówki | <ul style="list-style-type: none"> – Zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL) – 370 placówek – Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO) – 157 placówek |
| Dzienna | Ośrodki wsparcia (OW) – 2471 placówek | Dzienne Domy Opieki Medycznej (DDOM) – ukończyło 3101 (jednorazowy program pilotażowy od 2014 do 2020) |
| Domowa | Usługi opiekuńcze (UO) + Specjalistyczne usługi opiekuńcze (SUO) > 110 tysięcy osób | Domowa opieka pielęgnarska – 60639 osób |

Stan opieki długoterminowej w Polsce w 2021 roku, w podziale na rodzaj opieki (stacjonarna, dzienna, domowa) oraz na systemy, w których jest świadczona został przedstawiony w Tabeli 1. W Polsce działa 527 placówek ZPO i ZOL, w których przebywało ponad 45 tys. pacjentów. Na przyjęcie oczekiwało prawie 12 tysięcy, w tym przypadki pilne. Obecnie w naszym kraju liczba osób starszych korzystających ze świadczeń pomocy społecznej i ochrony zdrowia w opiece długoterminowej jest relatywnie niska w stosunku do potrzeb, a czas oczekiwania na miejsca w placówkach stacjonarnych sięga od kilku miesięcy do ponad roku, co wskazuje na niedobór zarówno infrastruktury, jak i kadry [1]. Opieka nad seniorem ma charakter głównie reaktywny – interwencje podejmowane są dopiero po pogorszeniu jego stanu zdrowia. Brakuje jednolitego, kompleksowego narzędzia do oceny stanu funkcjonalnego seniorów, a system opieki jest rozproszony, co skutkuje słabą współpracą między POZ, opieką długoterminową i pomocą społeczną [8]. Dodatkowo istnieje wyraźny niedobór wykwalifikowanego personelu, w tym lekarzy geriatrów, pielęgniarek, rehabilitantów, fizykoterapeutów i psychologów, co w połączeniu z dużym obciążeniem kadr utrudnia zapewnienie kompleksowej opieki. Brak wspólnych standardów i zasad zatrudnienia w sektorze pomocy społecznej oraz różnice w wymaganiach i wynagrodzeniach w sektorze ochrony zdrowia ograniczają efektywność systemu. Dodatkowo starzenie się kadr, niski prestiż zawodu oraz trudne warunki pracy zniechęcają do podjęcia zatrudnienia w ODT, w tym w opiece nieformalnej. Według najnowszego raportu Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD – *Organisation for Economic Co-operation and Development*) „Health at a Glance 2025”, największe niedobory kadrowe występują w opiece długoterminowej. Spośród 38 krajów członkowskich Polska zajmuje trzecie miejsce od końca, zaledwie 0,3 pracownika ODT na 100 seniorów. Raport wskazuje również, że średnio 12% osób starszych w krajach OECD korzysta z jakiegokolwiek formy opieki długoterminowej, podczas gdy w Polsce odsetek ten wynosi jedynie 0,9%, co plasuje nas tuż przed Łotwą i Kostaryką. Należy przy tym podkreślić, że dane te dotyczą głównie opieki instytucjonalnej i w większości pomijają opiekę domową, co w krajach opierających się na wsparciu rodzinnym prowadzi do zaniżenia rzeczywistego poziomu korzystania z usług ODT. Dodatkowo Polska przeznaczona na opiekę długoterminową około 0,6% PKB, podczas gdy średnia w krajach OECD wynosi 1,8%. Nawet Czechy, kraj o podobnej historii i poziomie rozwoju, wydają na ten cel 1,9% swojego PKB. [1,9]. Ograniczone jest również wsparcie dla opiekunów rodzinnych – brakuje systemowych szkoleń, usług wytchnieniowych i uznania ich roli w procesie opieki. Kolejne bariery to duże różnice regionalne w dostępności usług oraz niska świadomość pacjentów i rodzin o możliwościach korzystania z ODT. Wszystko to ogranicza dostęp osobom starszym do ciągłego, kompleksowego wsparcia i zwiększa ryzyko hospitalizacji oraz pogorszenia funkcjonowania w domu [1,10].

Rekomendacje strategiczne na lata 2023– 2027 przewidują szereg działań mających na celu poprawę jakości i dostępności opieki długoterminowej. Priorytetem jest zwiększenie liczby miejsc i finansowania usług, ze szczególnym uwzględnieniem opie-

ki środowiskowej i domowej, co pozwoli utrzymać seniorów w ich naturalnym środowisku. Wprowadzenie proaktywnego modelu opieki, opartego na monitorowaniu stanu funkcjonalnego pacjentów i szybkiej interwencji, ma ograniczyć skutki pogorszenia zdrowia. Kompleksowa Ocena Geriatryczna (KOG) powinna stać się standardem, umożliwiającym całościowe spojrzenie na potrzeby seniorów. Rekomenduje się również integrację systemów medycznych i społecznych, rozwój teleopieki, centrów dziennych oraz wsparcia sąsiedzkiego [8]. Dodatkowo, Ministerstwo Zdrowia opracowało projekt rozporządzenia ustanawiającego Standard organizacyjny opieki długoterminowej, który planowo ma wejść w życie z dniem 31.12.2025 roku. Dokument ten przewiduje jednolite wymagania dla wszystkich podmiotów medycznych świadczących opiekę długoterminową, m.in. w zakresie praw pacjenta, prowadzenia indywidualnych planów opieki, łagodzenia bólu, profilaktyki, kontroli zakażeń, edukacji zdrowotnej oraz zapewnienia dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami. Jeśli projekt zostanie przyjęty, standard stanie się załącznikiem do rozporządzenia i będzie obowiązywać wszystkie placówki niezależnie od źródła finansowania [11]. Istotnym elementem zmian jest zwiększenie liczby wykwalifikowanego personelu oraz wzmocnienie roli pielęgniarek i zespołów mobilnych, a także rozszerzenie usług wytchnieniowych i edukacyjnych dla opiekunów rodzinnych, traktowanych jako pełnoprawni partnerzy w opiece [8].

Wnioski

System opieki długoterminowej w Polsce wymaga kompleksowej reformy, która obejmuje wszystkie poziomy świadczeń od opieki domowej po placówki stacjonarnej. Kluczowe jest zwiększenie dostępności usług, rozwój kadry specjalistycznej oraz integracja systemu ochrony zdrowia z pomocą społeczną, co pozwoli na skuteczne wsparcie seniorów i ich rodzin. Proaktywne podejście, obejmujące wczesną ocenę funkcjonalną, monitorowanie stanu zdrowia i prewencję, powinno stać się fundamentem nowej polityki opiekuńczej. Wdrożenie tych zmian zapewni nie tylko bezpieczeństwo i godność pacjentów, ale także zrównoważy obciążenie opiekunów i zwiększy efektywność całego systemu opieki długoterminowej. Biorąc pod uwagę niedobory kadr, wydłużające się kolejki oczekujących oraz rosnącą liczbę osób niesamodzielnych, reforma nie jest jedynie potrzebą, lecz staje się koniecznością. Brak skoordynowanych działań w tym obszarze będzie prowadził do dalszego pogłębiania nierówności w dostępie do opieki oraz przenoszenia kosztów opieki długoterminowej na rodziny i opiekunów nieformalnych.

Bibliografia

1. World Bank, Opieka długoterminowa w Polsce: Raport z konsultacji społecznych, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/przeglad-strategiczny-opieki-dlugoterminowej-w-polsce-opracowany-przez-bank-swiatowy> Dostęp 9.12.2025.
2. GUS, Prognoza ludności na lata 2023–2060, https://demografia.stat.gov.pl/BazaDemografia/Prognoza_2023_2060.aspx Dostęp 9.12.2025.
3. Mapy Potrzeb zdrowotnych <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/opieka-dlugoterminowa/> Dostęp 9.12.2025.
4. GUS, Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2024 r. <https://www.gov.pl/attachment/84772355-b55e-49e1-af90-817518e42503> Dostęp 10.12.2025.
5. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym, Dz. U. 2015 poz. 1658. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20150001658/O/D20151658.pdf> Dostęp 10.12.2025.
6. Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r., Dz. U. 2004 nr 64 poz. 593 (Polska). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20040640593/U/D20040593Lj.pdf> Dostęp 09.12.2025.
7. Fundusze Europejskie, Dzienny dom opieki medycznej – załącznik 1 https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/6854/Zalacznik_1_Dzienny_dom_opieki_med.pdf Dostęp 10.12.2025.
8. Rekomendacje strategiczne na lata 2023–2027: PRZYGOTOWANIE NOWEJ POLITYKI SENIORALNEJ W ZAKRESIE ZDROWIA I FUNKCJONOWANIA SPOŁECZNEGO – Polskie Zdrowie 2.0 <https://publikacje.pan.pl/chapter/130034/przygotowanie-nowej-polityki-senioralnej-w-zakresie-zdrowia-i-funkcjonowania-spolecznego-polskie-zdrowie-2-0-br> Dostęp 10.12.2025.
9. Health at a Glance 2025, OECD Indicators, https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/11/health-at-a-glance-2025_a894f72e/8f9e3f98-en.pdf Dostęp 10.12.2025.
10. Gdański Uniwersytet Medyczny, Zakład Geriatrii. (2022). *PolSenior2 – Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem*. https://polsenior2.gumed.edu.pl/attachment/attachment/82370/PolSenior_2.pdf?utm_source=chatgpt.com Dostęp 10.12.2025.
11. Ministerstwo Zdrowia. (2025). Projekt rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach opieki długoterminowej <https://mbrk.pl/wp-content/uploads/2025/10/MZ1826-PROJEKT-ROZPORZADZENIA-Ministra-Zdrowia-w-sprawie-standardu-organizacyjnego-opieki-zdrowotnej-w-podmiotach-wykonujacych-dzialalnosc-lecznicza-udzielajacych-swiadczen-zdrowotnych-w-ramach-opieki-dl.pdf> Dostęp 10.12.2025.

Imię i nazwisko autora do korespondencji:

AGNIESZKA CHOJNACKA

12811@pans.wloclawek.pl

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych we Włocławku,
Wydział Nauk o Zdrowiu

Studenckie Koło Naukowe Nauk o Zdrowiu

ul. Obrońców Wisły 1920 r. 21/25, 87-800 Włocławek

Konflikt interesów: Nie

Finansowanie: Nie

Wkład poszczególnych autorów w powstanie pracy:

WIKTORIA ANTCZAK: A-F

MACIEJ NAPORA: A-F

A – Koncepcja i projekt badania

B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych

C – Analiza i interpretacja danych

D – Napisanie artykułu

E – Krytyczne zrecenzowanie artykułu

F – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Data otrzymania: 15.06.2025

Data akceptacji: 5.07.2025