



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Analiza dotycząca usług opiekuńczych dla osób starszych potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w Polsce

**Elżbieta Bojanowska, Kamil Chojnacki, Magdalena Jagodzińska,
Marek Jarosz, Martyna Kawińska, Izabela Marcinkowska,
Katarzyna Roszewska, Agnieszka Sowa-Kofta**

Warszawa, lipiec 2025

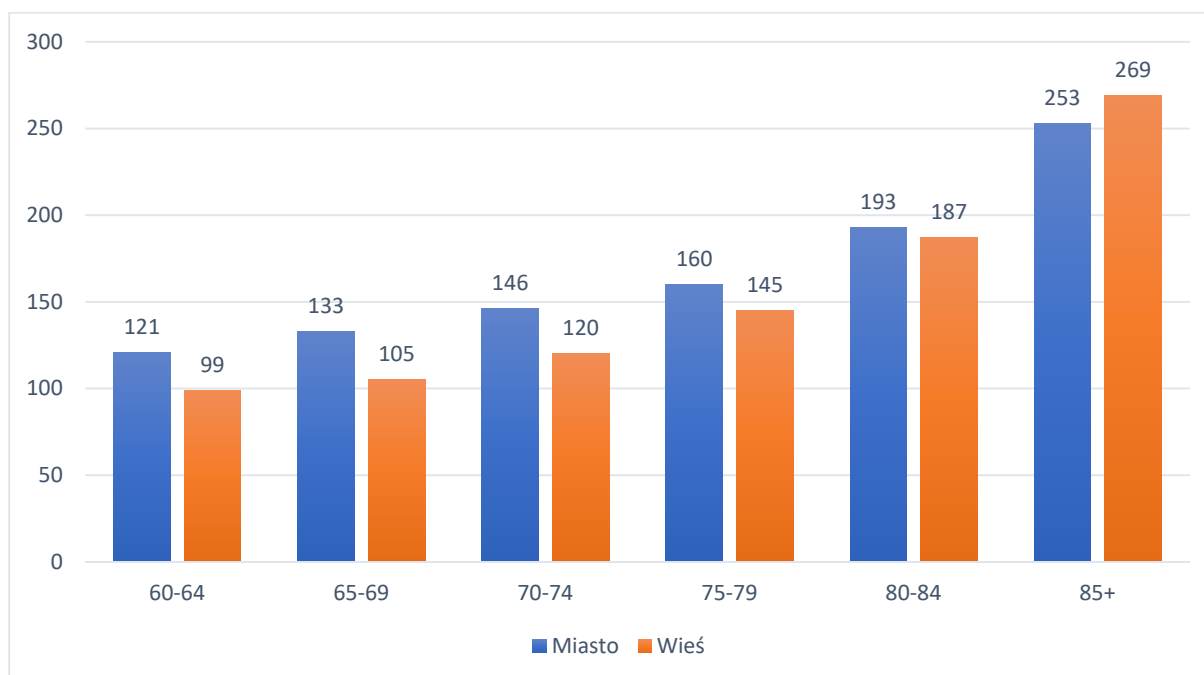
Spis treści

1. Wprowadzenie	3
2. Usługi dla osób starszych potrzebujących wsparcia	4
3. Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania	5
3.1. Usługi świadczone przez instytucje pomocy społecznej	5
3.2. Usługi świadczone przez instytucje ochrony zdrowia	7
3.3. Usługi świadczone przez inne podmioty	8
4. Usługi opiekuńcze w instytucjach pomocy społecznej, ochrony zdrowia oraz w innych placówkach	9
4.1. Usługi całodobowe	9
4.1.1. Usługi całodobowe w instytucjach pomocy społecznej	9
4.1.2. Usługi całodobowe w instytucjach ochrony zdrowia	17
4.1.3. Usługi całodobowe w innych placówkach	20
4.2. Usługi w trybie dziennym	22
4.2.1. Usługi w trybie dziennym w instytucjach pomocy społecznej	22
4.2.2. Usługi w trybie dziennym w instytucjach ochrony zdrowia	29
4.2.3. Usługi w trybie dziennym w innych placówkach	30
5. Potrzeby, preferencje, wyzwania	30
5.1. Wzrost popytu na usługi opiekuńcze	30
5.2. Zmieniające się potrzeby i preferencje seniorów	30
5.3. Luka między popytem a podażą na usługi opiekuńcze	32
6. Podsumowanie	33
Bibliografia	34

1. Wprowadzenie

W ostatnich latach w Polsce można zaobserwować coraz wyraźniejszy proces starzenia się populacji. Odsetek osób starszych wśród ogółu mieszkańców kraju stopniowo się zwiększa. Na koniec 2023 r. liczba osób w wieku 60 lat i więcej wyniosła 9,9 mln osób, co stanowiło wzrost o 1% w stosunku do roku poprzedniego. Zwiększył się udział osób starszych w populacji mieszkańców naszego kraju i osiągnął poziom 26,3%, co wpłynęło na wzrost współczynnika obciążenia demograficznego osobami starszymi do poziomu 30,9. W 2023 r. najliczniejsza grupa seniorów reprezentowana była przez 65–69-latków, ich udział wyniósł 25,5% populacji, osoby w wieku 80–84 lata zaś stanowią 7,9% populacji Polski. Systematycznie wzrasta także liczba najstarszych osób w wieku 85 lat i więcej, która obecnie równa się 8,3% populacji. Wśród seniorów dominują kobiety, ich udział w zbiorowości osób starszych wyniósł 58,1%, a na 100 seniorów przypadało 138 senierek. Współczynnik feminizacji wzrasta wraz z wiekiem jako konsekwencja nadumieralności mężczyzn (GUS, 2024: 19).

Wykres 1. Współczynnik feminizacji w 2024 r. według wieku



Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS, 2024, s. 19.

Wraz ze spadkiem umieralności i wydłużaniem się przeciętnego trwania życia rośnie szansa na dożywanie sędziwego wieku. W rezultacie w Polsce liczba osób osiągających wiek 70, 80 czy 90 lat systematycznie zwiększa się w ostatnim czasie. W 2023 r. przeciętne dalsze trwanie życia noworodka płci męskiej wyniosło 74,7 lat, a płci żeńskiej 82,0 lata. Z przeciętnym dalszym trwaniem życia powiązany jest wskaźnik oczekiwanego trwania życia w zdrowiu, a wynosi on dla mężczyzn w wieku 60 lat przeciętnie 10,7 roku życia w zdrowiu, zaś dla kobiet w tym samym wieku 12,1 roku życia (GUS, 2024).

Według aktualnej prognozy demograficznej do 2060 r. spodziewany jest stały wzrost liczby osób starszych do 38,3% ogółu ludności. Seniorki będą wówczas stanowiły 21,7% ogółu ludności, a seniorzy 16,7%. W tym czasie przewiduje się zmniejszenie populacji osób w wieku 60–74 lata, natomiast zwiększy się odsetek osób w wieku 75–79 lat, osiągając wartość 18,7%, oraz grupy 80–84-latków, stanowiąc 14,6% ogółu. Największy przyrost będzie dotyczył najstarszych Polaków w wieku 85 lat i więcej, gdzie odsetek osób z tej grupy wyniesie 15,7% (GUS, 2024: 26).

We współczesnej Polsce mamy więc do czynienia ze zjawiskiem podwójnego starzenia się ludności, czyli wzrostu udziału osób najstarszych wśród ogółu seniorów, także w sytuacji, kiedy zarówno liczba ludności, jak i liczba seniorów będzie się zmniejszać. Warto zatem określić, kiedy zaczyna się późna starość i w jaki sposób można podzielić seniorów na tych mniej i bardziej starych. W literaturze przedmiotu przy takich podziałach najczęściej używa się granicy konkretnego wieku, która zaczyna się od 75. roku życia i jest podwyższana dla każdej kolejnej grupy o 5 lat. Wprowadzenie granicy wieku 75 lat miało na celu podzielenie populacji seniorów na młodych i starych, czyli tych w pełni samodzielnych i tych wymagających wsparcia ze strony rodziny, sąsiadów czy innych niosących pomoc. Wiek 80 lat jest granicą umożliwiającą oddzielenie *trzeciego wieku* od *czwartego wieku*, czyli osób utrzymujących się już z transferów publicznych (emerytury, renty), ale w podziale na samodzielność funkcjonalną. W przypadku osób w *trzecim wieku* zakłada się możliwość wykonywania samodzielnie (prawie) wszystkich czynności dnia codziennego, natomiast w przypadku seniorów w *czwartym wieku* występuje konieczność stałego korzystania z pomocy innych. Kolejna granica przypada na wiek 85 lat i oddziela *starych starych* (75–84 lata) od *najstarszych starych* (85 lat i więcej). Natomiast granica wieku 90 lat została przyjęta jako granica długowieczności demograficznej, czyli dożywania do wyjątkowo późnego wieku. Tak przedstawione granice wieku odnoszą się więc do zależności między wiekiem a zdrowiem, sprawnością i samodzielnością (Szukalski, 2021: 46–47).

2. Usługi dla osób starszych potrzebujących wsparcia

Pomoc i opieka dla osób starszych są organizowane przez system pomocy społecznej oraz ochrony zdrowia, a ich realizacja ma miejsce w trzech sektorach: państwowym, prywatnym i pozarządowym (sektor opierający swą działalność na zasadzie non-profit) i przybiera postać opieki:

- formalnej,
 - nieformalnej – sprawowanej przez dzieci, rodzinę, sąsiadów itd.
- Obecnie funkcjonujący w Polsce formalny system w zakresie opieki i pomocy osobom starszym może być realizowany w:
- instytucjach pomocy społecznej,
 - instytucjach ochrony zdrowia (Bojanowska, 2022: 245).
- Opieka i pomoc instytucji pomocy społecznej są świadczone:
- całodobowo: w mieszkaniach wspomaganych i treningowych, domach pomocy społecznej, rodzinnych domach pomocy społecznej,

- w placówkach dziennego pobytu: środowiskowych domach samopomocy, domach dziennego pobytu dla seniorów, klubach seniora, centrach opiekuńczo-mieszkalnych,
 - w miejscu zamieszkania, np.: usługi opiekuńcze, w tym specjalistyczne.
- Instytucje ochrony zdrowia wyspecjalizowane w opiece i pomocy dla seniorów to z kolei hospicja i oddziały medycyny paliatywnej, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, zakłady opiekuńczo-lecznicze i dzienne domy opieki medycznej.

3. Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania

3.1. Usługi świadczone przez instytucje pomocy społecznej

Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania świadczone są przez opiekunów formalnych (pracowników ośrodków pomocy społecznej, ochrony zdrowia i innych instytucji) i/lub nieformalnych (członków rodziny, znajomych, sąsiadów i inne osoby z lokalnych środowisk), często w sposób uzupełniający. Pomoc formalna może być świadczona w trybie doraźnym, dziennym lub całodobowo, bezpłatnie bądź odpłatnie. Celem tego wsparcia jest umożliwienie osobom starszym dalszego (jak najdłuższego) funkcjonowania w ich dotychczasowym środowisku, mimo doświadczanych ograniczeń w samodzielnym zaspokajaniu podstawowych i niezbędnych potrzeb oraz odczuwanych barier w integracji ze środowiskiem. Podstawą prawną usług opiekuńczych świadczonych przez formalnych opiekunów w miejscu zamieszkania jest przede wszystkim ustawa o pomocy społecznej (2004).

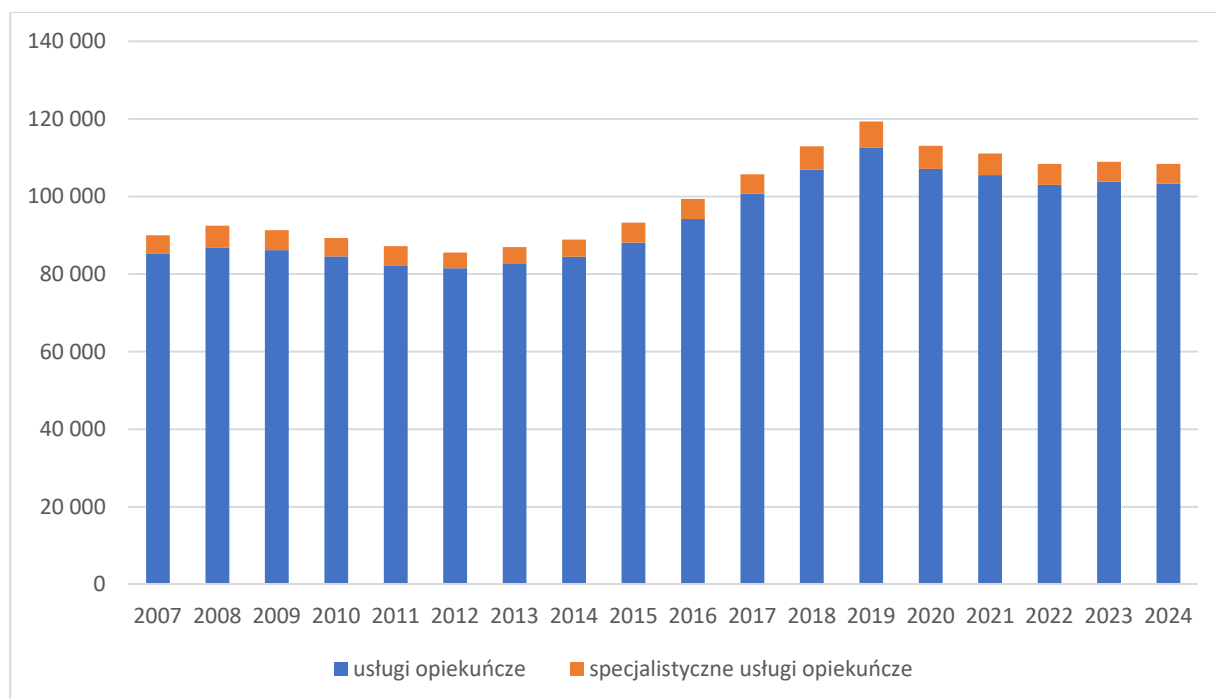
Na jej podstawie pomoc w miejscu zamieszkania realizowana jest w formie usług opiekuńczych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych. Osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona, przysługuje wsparcie w formie usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych (art. 50 ust. 1). Usługi te mogą być przyznane również osobie, która wymaga pomocy innych osób, a rodzina, a także wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępnii, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić (art. 50 ust. 2).

Usługi opiekuńcze obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem. Specjalistyczne usługi opiekuńcze natomiast są dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności i świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym (art. 50 ust. 3 i 4). Należą do nich: uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia (np. samoobsługa, organizowanie czasu wolnego, różne formy pomocy w funkcjonowaniu w rodzinie), pielęgnacja stanowiąca wsparcie dla procesu leczenia, rehabilitacja, pomoc mieszkaniowa (Rozporządzenie, 2005).

Podmiotem odpowiedzialnym za organizację usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych jest gmina, która określa ich zakres, okres i miejsce świadczenia. Usługi opiekuńcze są zadaniem własnym gminy, a specjalistyczne usługi opiekuńcze – zadaniem zleconym.

Kryterium przyznania usług jest potrzeba uzyskiwania pomocy innych osób i brak możliwości uzyskania wsparcia ze strony rodziny. Organ pomocy społecznej może odmówić przyznania usług opiekuńczych, gdy ustali, że wnioskujący o przyznanie tych usług ma zapewnioną opiekę ze strony m.in. wspólnie z nim zamieszkującej i gospodarującej rodziny, a także niezamieszkującego wspólnie małżonka, wstępnych oraz zstępnych (art. 50 ust. 1–3). Usługi opiekuńcze są świadczeniami niezależnymi od dochodu (od jego wysokości zależy kwota ponoszona przez podopiecznego). Zatem usługi te, w zależności od sytuacji materialnej, są bezpłatne albo odpłatne w części lub w całości. Zasady odpłatności za usługi opiekuńcze ustala rada gminy (w drodze uchwały), zaś opłatę za usługi specjalistyczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi określa ośrodek pomocy społecznej.

Wykres 2. Liczba osób, którym przyznano usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze w latach 2007–2024



Źródło: opracowanie własne na podstawie Ministerstwo Rodziny..., 2024a.

W latach 2007–2019 wraz ze starzeniem się populacji liczba osób, którym przyznano świadczenie w formie usług opiekuńczych, stale wzrastała (z 85 334 osób do 112 637 osób). Natomiast od czasu pandemii COVID-19 obserwujemy zmniejszenie się liczby odbiorców usług (do 103 307 osób w 2024 r.¹). Podobne trendy dotyczą specjalistycznych usług opiekuńczych, choć liczba odbiorców jest znacznie mniejsza, wynosząc od 4 682 osób w 2007 r. do 5 116 osób w 2024 r. (wykres 1). Ogółem w analizowanym okresie liczba odbiorców usług opiekuńczych wzrosła o 21,1%, a specjalistycznych usług opiekuńczych – o 9,3%. Przeciętny koszt 1 godziny świadczenia usługi opiekuńczej w 2024 r. wyniósł 29,98 zł, a specjalistycznych usług opiekuńczych – 35,84 zł.

¹ Dane za 2024 r. są szacunkowe, otrzymane z Departamentu Pomocy i Integracji Społecznej w marcu 2025 r.

Osoby starsze stanowią największą grupę odbiorców. Według danych przedstawionych przez Główny Urząd Statystyczny (2024) w 2023 r. osoby w wieku 60 lat i więcej stanowiły 78% odbiorców usług opiekuńczych. Przeciętnie 8 na 1 000 osób w wieku 60 lat i więcej otrzymuje takie usługi. Nie oznacza to jednak, że są one jednakowo dostępne w całym kraju, około 10% gmin bowiem (mimo iż jest to ich zadaniem własnym, zgodnie z zapisami ustawy o pomocy społecznej) nie świadczy ich w ogóle (GUS, 2024: 60).

Ciągle nowym rodzajem usług opiekuńczych realizowanych przez nieformalnych opiekunów w miejscu zamieszkania są usługi sąsiedzkie. Ta nowa forma świadczenia pomocy społecznej została wprowadzona pod koniec lipca 2023 r. na mocy nowelizacji ustawy o pomocy społecznej (2004), a ich świadczenie jest możliwe od 1 listopada 2023 r. Usługi sąsiedzkie mogą zostać przyznane osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona. Realizowane są one w miejscu zamieszkania osoby potrzebującej pomocy i obejmują pomoc w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, podstawową opiekę higieniczno-pielęgniacyjną, przez którą należy rozumieć formy wsparcia niewymagające specjalistycznej wiedzy i kompetencji oraz w miarę potrzeb i możliwości zapewnienie kontaktów z otoczeniem (art. 50 ust. 3a). Stanowią formę wsparcia świadczoną przez osoby blisko mieszkające, które wynagradzane są w formie pieniężnej przez gminę (art. 50 ust. 3a–6b). Według statystyk Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w 2023 r. – a więc w roku wprowadzenia ich do ustawy – z usług sąsiedzkich skorzystały 124 osoby, w 2024 r. liczba ta wzrosła do 2 850. Jest to więc rodzaj świadczenia szybko zyskujący na popularności².

3.2. Usługi świadczone przez instytucje ochrony zdrowia

Osoby starsze celem zaspokojenia swoich podstawowych potrzeb w związku z utratą samodzielności korzystają również z usług oferowanych w miejscu zamieszkania przez instytucje ochrony zdrowia (świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze mogą być udzielane także w warunkach domowych, w szczególności w formie pielęgniarstwa długoterminowego, przez zespoły długoterminowej opieki domowej dla dorosłych osób wentylowanych mechanicznie, geriatryczne zespoły opieki domowej, w ramach hospicjum domowego).

Rosnący udział osób starszych w populacji sprawia, że sektor ochrony zdrowia stoi przed wyzwaniem zapewnienia coraz szerszego dostępu do świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, szczególnie w ramach opieki długoterminowej. Zapotrzebowanie na formalne formy wsparcia będzie stopniowo wzrastało, co jest związane z malejącym potencjałem opiekuńczym rodzin. Z jednej strony zwiększa się liczba osób potrzebujących pomocy, z drugiej natomiast zmniejsza się liczba tych, którzy mogą jej udzielić. Prognozy GUS wskazują wyraźny spadek współczynnika potencjału pielęgnacyjnego³ – z około 227 w roku 2019 do mniej niż 150 w roku 2035. Współczynnik ten ma spaść poniżej 200 już w roku 2027. W 2019 r. najwyższe wartości współczynnika zanotowano w województwach warmińsko-mazurskim (267),

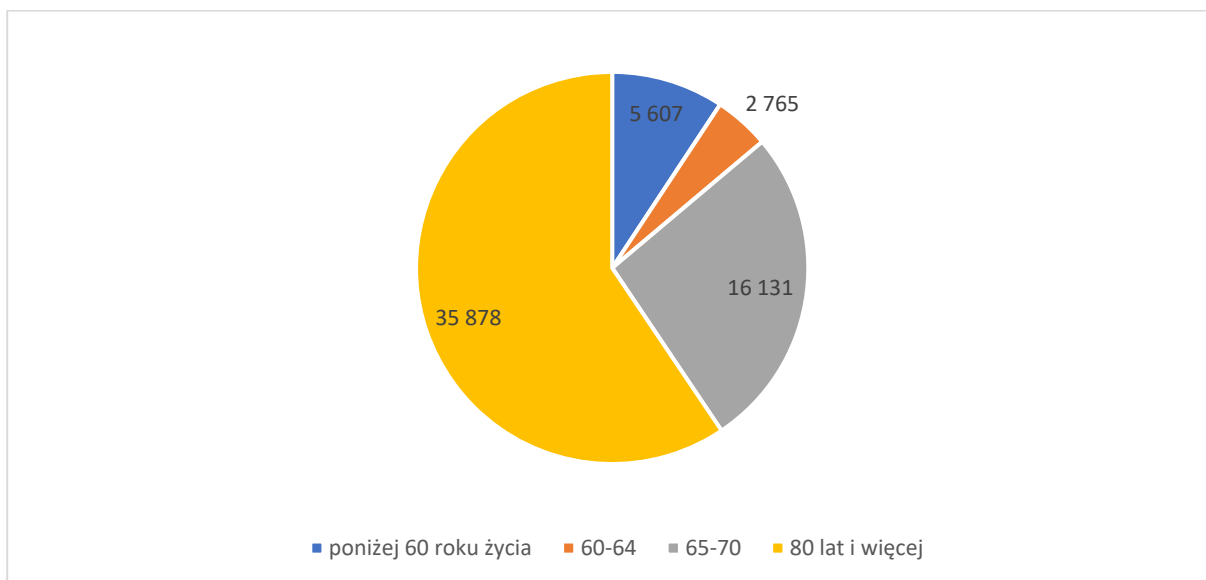
² Tamże.

³ Stosunek liczby kobiet w wieku 45–64 lat do liczby osób w wieku 80 lat i więcej w przeliczeniu na 100 osób.

lubuskim (265) i wielkopolskim (259), natomiast najniższe w województwach mazowieckim (201), świętokrzyskim (203) i podlaskim (206). Średnia wartość współczynnika dla całego kraju wyniosła 227, a poniżej tej średniej znalazło się dziewięć województw (Ministerstwo Zdrowia, 2022).

W całym kraju świadczenia pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej otrzymywało w 2023 r. – 59 315 osób. Liczba ta jest stała w przebiegu lat, w 2016 r. bowiem usługi trafiały do 60 381 osób. Osoby starsze stanowią zdecydowaną większość odbiorców usług opieki długoterminowej domowej, przy czym w 2023 r. 59,4% odbiorców usług to osoby w wieku 80 lat i więcej.

Wykres 3. Liczba osób objętych świadczeniami pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej według wieku



Źródło: opracowanie własne na podstawie *Mapy potrzeb zdrowotnych* (lata 2022–2026). Ministerstwo Zdrowia (2022).

Świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie trafiły w 2023 r. do 4 463 osób, a osoby w wieku 60 lat i więcej stanowiły 62,7% odbiorców.

3.3. Usługi świadczone przez inne podmioty

Usługi opiekuńcze mogą być świadczone w miejscu zamieszkania również przez organizacje pozarządowe i podmioty komercyjne. Od kilku lat z Funduszu Solidarnościowego jest realizowany program zatytułowany „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla organizacji pozarządowych. Celem programu jest wprowadzenie usług asystencji osobistej jako formy ogólnodostępnego wsparcia w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym. Usługi asystenckie mogą uzupełniać usługi opiekuńcze, nie mogą ich jednak zastępować. Odrębnie uruchamiany jest też moduł tego programu dla jednostek samorządu terytorialnego, które często jego realizację zlecają organizacjom pozarządowym.

Usługi asystencji osobistej polegają na wspieraniu przez asystenta osoby z niepełnosprawnością w różnych sferach życia, w tym:

- 1) w czynnościach samoobsługowych, w tym utrzymaniu higieny osobistej;
- 2) w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról w rodzinie;
- 3) w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania;
- 4) w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem.

DOBRE PRAKTYKI

Jedną z polskich gmin realizujących od dwóch dekad (od 2004 r.) usługi opiekuńcze jest **Skwierzyna** – gmina miejsko-wiejska leżąca w województwie lubuskim.

Usługi opiekuńcze realizowane są:

- siłami ośrodka pomocy społecznej, tj. personelu etatowego (etatowe opiekunki środowiskowe),
- przez osoby zatrudnione przez OPS na umowę-zlecenie, które świadczą usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania na rzecz swoich sąsiadów (usługi sąsiedzkie). Forma sąsiedzka ma charakter uzupełniający – wykorzystywana jest tam, gdzie świadczenie usług opiekuńczych przez personel etatowy OPS jest niemożliwe lub byłoby nieefektywne.

Katalog usług opiekuńczych adresowanych do osób leżących obejmuje:

- działania pielęgnacyjne (związane z utrzymaniem higieny),
- czynności gospodarcze (zakupy, sprząatanie, jak również karmienie chorego),
- pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego, załatwianie spraw (np. wizyt u lekarza).

4. Usługi opiekuńcze w instytucjach pomocy społecznej, ochrony zdrowia oraz w innych placówkach

Usługi opiekuńcze w instytucjach pomocy społecznej są świadczone przede wszystkim w trybie:

- całodobowym,
- dziennym.

Mogą być świadczone również w trybie mieszanym i doraźnie.

4.1. Usługi całodobowe

4.1.1. Usługi całodobowe w instytucjach pomocy społecznej

Mieszkania treningowe i wspomagane

Na podstawie ustawy o pomocy społecznej (2004) osobie pełnoletniej, która ze względu na trudną sytuację życiową, wiek, niepełnosprawność lub chorobę potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, ale nie wymaga w zakresie świad-

czonym przez jednostkę usług całodobowej opieki, może być przyznane wsparcie w mieszkaniu treningowym lub wspomaganym (art. 53). Ustawa wskazuje, że wsparcie to udzielane jest w szczególności osobom z zaburzeniami psychicznymi, osobom bezdomnym, opuszczającym pieczę zastępczą, młodzieżowy ośrodek wychowawczy, okręgowy ośrodek wychowawczy, zakład poprawczy, schronisko dla nieletnich, a także cudzoziemcowi, który uzyskał status uchodźcy i innym wskazanym w ustawie. Osoby starsze ze względu na wiek, towarzyszące choroby, niepełnosprawności również są uprawnione do korzystania z tej formy usług.

Mieszkania treningowe i wspomagane przygotowują przy wsparciu specjalistów do prowadzenia niezależnego życia lub pomagają w codziennym funkcjonowaniu. Przy czym wsparcie świadczone w mieszkaniu treningowym lub wspomaganym nie stanowi zaspokojenia potrzeb mieszkaniowych osób lub rodzin. Mieszkania te mogą być prowadzone przez:

- 1) każdą jednostkę organizacyjną pomocy społecznej; przy czym udzielenie wsparcia w mieszkaniu treningowym lub wspomaganym prowadzonym przez gminę/powiat, albo zorganizowanym przez inne niż gmina/powiat właściwe do wydania decyzji albo na ich zlecenie, jest możliwe po zawarciu porozumienia między gminą/powiatem kierującym a gminą/powiatem prowadzącym mieszkanie lub zlecającymi ich prowadzenie;
- 2) organizacje pozarządowe i podmioty, o których mowa w ustawie o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (2003), prowadzące działalność w zakresie pomocy społecznej, pieczy zastępczej lub integracji i reintegracji zawodowej oraz społecznej osób zagrożonych wykluczeniem społecznym – na zasadach określonych w art. 25 ustawy o pomocy społecznej (2004).

Różnica między nimi polega na tym, że:

- 1) w mieszkaniu treningowym realizuje się usługi bytowe, pracę socjalną oraz naukę w obszarze rozwijania lub utrwalania niezależności, sprawności w zakresie samoobsługi, pełnienia ról społecznych w integracji ze społecznością lokalną, w celu umożliwienia prowadzenia niezależnego życia; wsparcie jest przyznawane na czas określony;
- 2) w mieszkaniu wspomaganym świadczy się usługi bytowe, pracę socjalną oraz pomoc w wykonywaniu czynności niezbędnych w codziennym funkcjonowaniu i realizacji kontaktów społecznych, w celu utrzymania lub rozwijania niezależności osoby na poziomie jej psychofizycznych możliwości; jest ono przeznaczone w szczególności dla: osób z niepełnosprawnościami, w tym osób niepełnosprawnych fizycznie lub osób z zaburzeniami psychicznymi oraz osób w podeszłym wieku lub przewlekle chorych; wsparcie jest przyznawane na czas określony, a w przypadku osób, które posiadają orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, a także w szczególnie uzasadnionych przypadkach w stosunku do innych osób – może zostać przyznane na czas nieokreślony.

Podstawą przyznania wsparcia w mieszkaniu treningowym lub wspomaganym jest decyzja wydawana po dokonaniu ustaleń między podmiotem kierującym do tej formy wsparcia, podmiotem prowadzącym mieszkanie oraz osobą ubiegającą się o pobyt (lub jej przedstawicielem ustawowym), zwana dalej „kontraktem mieszkaniowym”. Przy czym w przypadku mieszkańca domu pomocy społecznej, który w celu

przygotowania do prowadzenia niezależnego życia rezygnuje z pobytu w domu, gminą kierującą do mieszkania treningowego lub wspomaganego, przez okres 3 lat od daty uchYLENIA decyzji kierującej do domu pomocy społecznej, jest gmina, która skierowała go do domu pomocy społecznej.

Kwalifikacja osoby ubiegającej się o pobyt w mieszkaniu treningowym lub wspomaganym odbywa się na podstawie dokumentów potwierdzających spełnianie przesłanek. Nie przeprowadza się natomiast rodzinnego wywiadu środowiskowego.

Kontrakt mieszkaniowy ma formę pisemną i obejmuje:

- 1) cel pobytu;
- 2) okres pobytu;
- 3) rodzaj i zakres świadczonego wsparcia;
- 4) odpłatność osoby korzystającej ze wsparcia; która nie może być wyższa niż 30% dochodu tej osoby;
- 5) poziom partycypacji w kosztach udzielonego wsparcia przez podmiot kierujący, jeżeli nie jest to podmiot prowadzący mieszkanie lub zlecający ich prowadzenie;
- 6) uprawnienia osoby korzystającej ze wsparcia, w tym prawa do prywatności i intymności, indywidualizacji i dostosowania do potrzeb pomocy, wyborów i samostanowienia, a także włączenia społecznego;
- 7) sposób zgłaszania planowanej nieobecności w mieszkaniu treningowym lub wspomaganym;
- 8) zobowiązanie osoby ubiegającej się o pobyt w mieszkaniu treningowym lub wspomaganym do przestrzegania regulaminu pobytu w mieszkaniu;
- 9) zasady i sposób realizacji programu usamodzielniania osoby korzystającej ze wsparcia; w przypadku, gdy stan osoby wskazuje na brak możliwości usamodzielniania, programu usamodzielniania się nie sporządza;
- 10) skutki nieprzestrzegania postanowień, o których mowa w pkt 6–8.

Różnicę pomiędzy odpłatnością przez korzystającego ze wsparcia w mieszkaniu treningowym lub wspomaganym a kosztem pobytu w takim mieszkaniu pokrywa gmina (art. 53).

Mieszkania treningowe i wspomagane powinny spełniać minimalne standardy usług oraz minimalne standardy pomieszczeń, w tym w zakresie odpowiedniej powierzchni użytkowej, warunków mieszkalnych i sanitarnych oraz wyposażenia, określone w rozporządzeniu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 30 października 2023 r. w sprawie mieszkań treningowych i wspomaganych. W ramach minimalnego standardu usług świadczonych w mieszkaniu treningowym zapewnia się usługi polegające na nauce rozwijania lub utrwalania umiejętności praktycznych, służących prowadzeniu niezależnego życia, w zakresie m.in.: samoobsługi; zaspokajania codziennych potrzeb życiowych, w tym przygotowywania posiłków; efektywnego zarządzania czasem; efektywnego zarządzania finansami; prowadzenia gospodarstwa domowego; załatwiania spraw osobistych i urzędowych; utrzymywania więzi rodzinnych; rozwiązywania konfliktów interpersonalnych i rozwijania autonomii decyzyjnej; uczestniczenia w życiu społeczności lokalnej; poszukiwania pracy oraz utrzymania zatrudnienia (§ 3). Z kolei w ramach minimalnego standardu usług świadczonych w mieszkaniu wspomaganym zapewnia się usługi obejmujące pomoc: osobom niepełnosprawnym, osobom w podeszłym wieku lub przewlekle chorym w wykonywaniu czynności niezbędnych w codziennym funkcjonowaniu dotyczących m.in.: prze-

mieszczania się, utrzymania higieny osobistej, ubierania się, prania i sprzątania, zakupów i przygotowywania posiłków, załatwiania spraw osobistych i urzędowych. Osobom zaś korzystającym ze wsparcia w mieszkaniu wspomaganym zapewnia się pomoc w wykonywaniu czynności niezbędnych w codziennym funkcjonowaniu dotyczących: zaspokojenia codziennych potrzeb życiowych, efektywnego zarządzania czasem, prowadzenia gospodarstwa domowego, podjęcia i utrzymania zatrudnienia, w przypadku, gdy osoba korzystająca ze wsparcia jest zdolna do wykonywania pracy. Ponadto w realizacji kontaktów społecznych umożliwia się osobom korzystającym ze wsparcia w mieszkaniu wspomaganym: utrzymywanie więzi rodzinnych, uczestnictwo w życiu społeczności lokalnej, rozwiązywanie konfliktów interpersonalnych i rozwijanie autonomii decyzyjnej (§ 4).

Powyższe usługi są świadczone na rzecz osób wymagających takich usług w różnych porach dnia i adekwatnie do występujących potrzeb przez 7 dni w tygodniu, jednak nie krócej niż przez 3 godziny dziennie, w godzinach od 6:00 do 22:00. Rozporządzenie określiło również minimalne standardy w zakresie pomieszczeń i ich wyposażenia.

W 2024 r. w Polsce funkcjonowało 1 506 mieszkań treningowych i wspomaganych oferujących 4 447 miejsc, z których skorzystało blisko 4 196 osób (Ministerstwo Rodziny..., 2024).

Domy pomocy społecznej

W sytuacji braku możliwości zapewnienia przez rodzinę i gminę usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania osobie, która wymaga całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, a niemogącej samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, zgodnie z ustawą o pomocy społecznej (2004) – przysługuje prawo do umieszczenia w domu pomocy społecznej (art. 54 ust. 1). Ustawa określa typy domów w zależności od tego, dla kogo są przeznaczone, tj. dla: osób w podeszłym wieku; osób przewlekle somatycznie chorych; osób przewlekle psychicznie chorych; dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie; dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie; osób niepełnosprawnych fizycznie; osób uzależnionych od alkoholu (art. 56).

Prowadzenie i rozwój infrastruktury domów pomocy społecznej należy do zadań samorządu terytorialnego, głównie samorządu powiatowego, jednak ustawa nie wyklucza innych rozwiązań organizacyjnych, dając możliwość tworzenia takich jednostek samorządom gminnym, a także samorządom wojewódzkim. Ponadto jednostki samorządu terytorialnego mogą zlecać prowadzenie domów pomocy społecznej organizacjom pozarządowym prowadzącym działalność w zakresie pomocy społecznej oraz osobom prawnym, kościołom i związkom wyznaniowym, udzielając dotacji na finansowanie lub dofinansowanie realizacji zleconego zadania (Bojanowska, 2022: 248).

Prowadzenie domu pomocy społecznej wymaga uzyskania zezwolenia wojewody właściwego ze względu na miejsce położenia domu. DPS musi być wpisany do rejestru, który corocznie ogłaszany jest w wojewódzkim dzienniku urzędowym. Aby uzyskać zezwolenie, dom pomocy społecznej musi spełniać standard usług. Decyzja o skierowaniu osoby do domu pomocy społecznej leży w gestii organu gminy, w której mieszka świadczeniobiorca. Również ten organ wydaje decyzję w przedmiocie

odpłatności za pobyt w domu pomocy społecznej. Zasadą jest kierowanie osoby do domu pomocy społecznej odpowiedniego typu, zlokalizowanego jak najbliżej miejsca zamieszkania osoby kierowanej. Jeżeli jednak czas oczekiwania na umieszczenie osoby w domu pomocy społecznej zlokalizowanym najbliżej miejsca jej zamieszkania przekracza trzy miesiące, możliwe jest skierowanie osoby do innego domu pomocy społecznej tego samego typu, w którym czas oczekiwania na umieszczenie byłby krótszy niż trzy miesiące (art. 54).

Domy pomocy społecznej świadczą usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób w nich przebywających, zwanych dalej „mieszkańcami domu” (art. 55 ust. 1).

Dom pomocy społecznej świadczy w odpowiednim standardzie m.in.:

- 1) **usługi bytowe, tj. zapewnienie miejsca zamieszkania, wyżywienia, odzieży i obuwia oraz utrzymanie czystości.** W zakresie usług bytowych dom uznaje się za spełniający warunki, jeżeli budynek i jego otoczenie nie mają barier architektonicznych; budynek wielokondygnacyjny ma zainstalowaną windę dostosowaną do potrzeb osób niepełnosprawnych; jest wyposażony w system przyczynowo-alarmowy; liczba miejsc w nowo powstającym domu nie jest większa niż 100. W domu spełniającym standardy znajdują się: pokoje mieszkalne jednoosobowe i wieloosobowe, pokoje dziennego pobytu, jadalnia, gabinet medycznej pomocy doraźnej, pomieszczenie do terapii i rehabilitacji, kuchnia pomocnicza, pomieszczenie pomocnicze do prania i suszenia, palarnia (jeżeli wśród mieszkańców są osoby palące), pokój gościnny, miejsce kultu religijnego zgodne z wyznaniem mieszkańca domu, jeżeli nie ma on możliwości uczestniczenia w nabożeństwach poza domem, oraz inne pomieszczenia techniczne służące zaspokajaniu potrzeb sanitarnych mieszkańców domu. Ustawodawca wskazał minimalny metraż powierzchni pokoi mieszkalnych – w przypadku pokoju jednoosobowego wynosi on 9 m², zaś w przypadku pokoju dwu- lub trzyosobowego – 6 m² na osobę, z dopuszczalną tolerancją odstępstwa w granicach 5%. W przypadku osób poruszających się samodzielnie pokój może być przeznaczony dla nie więcej niż trzech osób, zaś w przypadku osób leżących – dla nie więcej niż czterech osób. Ustawodawca wskazał również minimalne wyposażenie pokoi, które muszą posiadać łóżko lub tapczan, szafę, stół, krzesła, szafkę nocną dla każdego mieszkańca (art. 55 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej z 2004 r. oraz rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z 2012 r.).

Ponadto w domach pomocy społecznej muszą być spełnione warunki sanitarne, tj. liczba łazienek w domu powinna zapewniać możliwość korzystania z nich przez nie więcej niż sześć osób, a toalet – przez nie więcej niż cztery osoby. W nowo powstającym domu na pokój przypadają jedna toaleta oraz łazienka, w której wyposażeniu znajduje się wanna lub prysznic. Pomieszczenia mieszkalne muszą być czyste, sprzątane nie rzadziej niż raz dziennie, estetyczne i wolne od nieprzyjemnych zapachów (Bojanowska, 2022: 249).

W zakresie wyżywienia i organizacji posiłków mieszkańcom domu zapewnia się co najmniej trzy posiłki dziennie, dla każdego z posiłków czas wydawania wynosi dwie godziny, a podstawowe produkty żywnościowe oraz napoje są dostępne przez całą dobę.

Mieszkańcom, którzy nie posiadają własnej odzieży i obuwia oraz nie dysponują środkami na ich zakup, placówka zapewnia odzież i obuwie odpowiedniego rozmiaru, dostosowane do ich potrzeb i pory roku. Odzież i obuwie powinny być utrzymane w czystości i wymieniane w razie potrzeby.

2) **usługi opiekuńcze** dotyczące:

- udzielania pomocy w podstawowych czynnościach życiowych,
- pielęgnacji – mieszkańcom domu zapewnia się pomoc w utrzymaniu higieny osobistej, a w przypadku, gdy sami nie są w stanie zapewnić sobie środków czystości i środków higienicznych, zapewnia im je DPS,
- niezbędnej pomocy w załatwianiu spraw osobistych.

3) **usługi wspomagające** polegające na:

- umożliwieniu udziału w zajęciach terapeutycznych, w tym terapii zajęciowej,
- podnoszeniu sprawności i aktywizowaniu mieszkańców domu, w tym w zakresie komunikacji wspomagającej lub alternatywnej w przypadku osób z problemami w komunikacji werbalnej,
- umożliwieniu zaspokojenia potrzeb religijnych i kulturalnych,
- zapewnieniu warunków do rozwoju samorządności mieszkańców domu,
- stymulowaniu nawiązywania, utrzymywania i rozwijania kontaktu z rodziną i społecznością lokalną,
- działaniu zmierzającym do usamodzielnienia mieszkańca domu, w miarę jego możliwości,
- pomocy usamodzielniającemu się mieszkańcowi domu w podjęciu pracy, szczególnie mającej charakter terapeutyczny, jeżeli mieszkaniec spełnia warunki do takiego usamodzielnienia,
- zapewnieniu bezpiecznego przechowywania środków pieniężnych i przedmiotów wartościowych,
- finansowaniu mieszkańcowi domu nieposiadającemu własnego dochodu wydatków na niezbędne przedmioty osobistego użytku, w kwocie nieprzekraczającej 30% zasiłku stałego,
- zapewnieniu przestrzegania praw mieszkańców domu oraz zapewnieniu mieszkańcom dostępności do informacji o tych prawach,
- sprawnym wnoszeniu i rozpatrywaniu skarg oraz wniosków mieszkańców domu.

Ponadto zgodnie z § 6 ust. 1 pkt. 10 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych w zakresie usług opiekuńczych i wspomagających zapewnia się mieszkańcom domu:

- świadczenie pracy socjalnej,
- możliwość korzystania z biblioteki lub punktu bibliotecznego oraz codziennej prasy, a także możliwość zapoznania się z przepisami prawnymi dotyczącymi domów,
- organizację świąt i uroczystości okazjonalnych oraz umożliwia się udział w imprezach kulturalnych i turystycznych,
- możliwość kontaktu z kapłanem i udział w praktykach religijnych, zgodnie z wyznaniem mieszkańca domu,

- regularny kontakt z dyrektorem domu w określonych dniach tygodnia i godzinach, podanych do wiadomości w dostępnym miejscu,
- sprawienie pogrzebu zgodnie z wyznaniem zmarłego mieszkańca domu.

Standard jest zróżnicowany w zależności od typu domu, obejmuje także zatrudnienie odpowiedniej liczby pracowników socjalnych i pracowników zespołu terapeutyczno-opiekuńczego oraz zapewnienie kontaktu z psychologiem. Organizacja domu pomocy społecznej, zakres i poziom usług w nim świadczonych uwzględnia w szczególności wolność, intymność, godność i poczucie bezpieczeństwa mieszkańców domu oraz stopień ich fizycznej i psychicznej sprawności (Bojanowska, 2022: 250).

Tabela 1. Liczba domów pomocy społecznej, miejsc i mieszkańców

Typ placówki DPS	Liczba DPS	Liczba miejsc	Liczba mieszkańców	Poziom wykorzystania miejsc (%)
DPS ogółem, w tym:	821	80 066	77 670	97,0
– dla osób w podeszłym wieku	87	5 717	5 419	94,8
– dla osób przewlekłe somatycznie chorych	137	13 035	12 618	96,8
– dla osób przewlekłe psychicznie chorych	171	19 280	19 019	98,6
– dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	115	10 057	9 875	98,2
– dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	36	2 503	2 457	98,2
– dla osób niepełnosprawnych fizycznie	7	631	624	98,9 (najwyższe wykorzystanie)
– dla osób uzależnionych od alkoholu	1	55	52	94,5
– dla osób w podeszłym wieku oraz osób przewlekłe somatycznie chorych	119	10 142	9 594	94,6
– dla osób przewlekłe somatycznie chorych oraz osób niepełnosprawnych fizycznie	12	1 463	1 412	96,5
– dla osób w podeszłym wieku oraz osób niepełnosprawnych fizycznie	20	1 719	1 535	89,3 (najniższe wykorzystanie)
– dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie oraz dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	64	5 511	5 452	98,9
– inne, zgodnie z art. 56a, ust. 2 i 3 ustawy o pomocy społecznej	52	9 953	9 613	96,6

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych statystycznych Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej za 2024 r.

Pobyt w domu pomocy społecznej jest odpłatny do wysokości średniego miesięcznego kosztu utrzymania. Średni miesięczny koszt utrzymania mieszkańca ustalany jest w zależności od zasięgu domu przez wójta, starostę bądź marszałka województwa i ogłaszany w wojewódzkim dzienniku urzędowym nie później niż do dnia 31 marca każdego roku. Do wnoszenia opłaty za pobyt w domu pomocy społecznej są zobowiązani kolejno:

- 1) mieszkaniec domu, a w przypadku osób małoletnich – przedstawiciel ustawowy z dochodów dziecka;
 - 2) małżonek, zstępni przed wstępnymi;
 - 3) gmina, z której osoba została skierowana do domu pomocy społecznej.
- przy czym osoby i gmina określone w punktach 2 i 3 nie mają obowiązku wnoszenia opłat, jeżeli mieszkaniec domu ponosi pełną odpłatność (art. 61).

W 2024 r. w Polsce funkcjonowało 821 domów pomocy społecznej (DPS), które dysponowały 80 066 miejscami dla osób wymagających całodobowej opieki. W placówkach tych przebywało 77 670 mieszkańców, co przekłada się na bardzo wysoki średni poziom wykorzystania miejsc – 97,0%. Najliczniejszą kategorią były DPS-y dla osób przewlekłe psychicznie chorych (171 placówek, 19 280 miejsc, 98,6% wykorzystania) oraz dla osób przewlekłe somatycznie chorych (137 placówek, 13 035 miejsc, 96,8% wykorzystania). Znaczącą grupę stanowiły także domy dla osób w podeszłym wieku – 87 placówek oferowało 5 717 miejsc, z czego zajętych było 94,8%. Wysoki poziom wykorzystania odnotowano również w placówkach dla osób niepełnosprawnych fizycznie (98,9%) oraz dla dorosłych i dzieci z niepełnosprawnością intelektualną (98,2–98,9%). Dane te jednoznacznie wskazują na istotne obciążenie istniejącej infrastruktury oraz na stałe, wysokie zapotrzebowanie na całodobowe usługi opiekuńcze, zwłaszcza wśród osób starszych i niesamodzielnych.

Warto podkreślić, że przypisanie DPS do określonego typu nie oznacza, iż mieszkają w nim wyłącznie osoby zgodnie z tą kategorią – np. jedynie osoby przewlekłe chore czy wyłącznie osoby z niepełnosprawnością intelektualną. W rzeczywistości osoby starsze, zwłaszcza po 65. roku życia, przebywają w różnych typach placówek. Według dostępnych danych osoby w wieku **65 lat i więcej stanowią ok. 52,2% wszystkich mieszkańców DPS**, a osoby powyżej **80. roku życia – 18,8%** (Ministerstwo Rodziny..., 2024). Świadczy to o tym, że domy pomocy społecznej pełnią istotną funkcję w systemie wsparcia dla osób starszych, niezależnie od formalnego profilu placówki.

Usługi całodobowe wsparcia krótkoterminowego

Usługi wsparcia krótkoterminowego są realizowane w formie pobytu całodobowego w domu pomocy społecznej. Mogą być przyznane na czas określony nie dłuższy niż 30 dni w roku kalendarzowym, z możliwością przedłużenia pobytu w szczególnie uzasadnionych przypadkach o nie więcej niż kolejne 30 dni w roku kalendarzowym. Mogą być łączone z formą dzienną tych usług, jednak razem nie dłużej niż przez 60 dni w roku kalendarzowym. Uprawnionymi do skorzystania z tych usług są osoby, które ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymagają doraźnej pomocy w formie pobytu całodobowego ze względu na czasowe ogranicze-

nie możliwości zapewnienia właściwego wsparcia w miejscu zamieszkania przez osoby na co dzień sprawujące opiekę nad tą osobą.

Wniosek o przyznanie usług wsparcia krótkoterminowego składa się odpowiednio w ośrodku pomocy społecznej bądź w centrum usług społecznych właściwych ze względu na miejsce zamieszkania osoby wymagającej wsparcia. Do wniosku dołącza się oświadczenie o sytuacji osobistej i dochodowej osoby ubiegającej się o usługi wsparcia krótkoterminowego, a także dokumenty umożliwiające stwierdzenie okoliczności, iż osoba jest uprawniona do skorzystania z nich oraz wskazujące na rodzaj i zakres wsparcia, którego wymaga ta osoba. W postępowaniu o przyznanie prawa do usług wsparcia krótkoterminowego nie przeprowadza się rodzinnego wywiadu środowiskowego, chyba że powstaną wątpliwości co do zgodności ze stanem faktycznym treści oświadczenia.

Decyzja przyznająca prawo do usług wsparcia krótkoterminowego określa wymiar i zakres usług, odpłatność za usługi, miejsce świadczenia usług oraz okres, na jaki zostały one przyznane, z zastrzeżeniem, że gdy osoba ubiegająca się o usługi deklaruje ponoszenie pełnej odpłatności, nie ustala się jej sytuacji dochodowej (art. 55b).

Usługi wsparcia krótkoterminowego realizowane w formie pobytu całodobowego zapewniają standard usług w zakresie wskazanych potrzeb bytowych, usług opiekuńczych i wspomagających odpowiednich dla danego typu domu, z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb osób korzystających z tej formy wsparcia (§ 55a).

Centra opiekuńczo-mieszkalne

Centra opiekuńczo-mieszkalne zapewniają usługi zamieszkiwania w ramach pobytu dziennego lub całodobowego (szerzej omówione przy dziennych formach pomocy) osobom ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, przy czym co najmniej 40 proc. użytkowników musi posiadać znaczny stopień niepełnosprawności lub orzeczenie traktowane na równi z orzeczeniem o stopniu znacznym. Liczba miejsc przeznaczonych na pobyt całodobowy w centrum nie powinna być mniejsza niż 2. Wspólny pobyt mieszkańców w centrum ma za zadanie wpłynąć pozytywnie na procesy uspołecznienia i nawiązywania relacji interpersonalnych oraz pozwolić na podejmowanie przez osoby z niepełnosprawnościami aktywności na miarę posiadanego potencjału i zasobów.

Program realizowany jest ze środków Funduszu Sprawiedliwości i dotyczy jednostek samorządu terytorialnego szczebla gminnego i powiatowego (Ustawa, 2018).

4.1.2. Usługi całodobowe w instytucjach ochrony zdrowia

Świadczenia pielęgnacyjne lub opiekuńcze mogą być również realizowane w ramach opieki długoterminowej na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego w zakładach opiekuńczych, tj. w zakładach opiekuńczo-leczniczych (ZOL) i pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO). ZOL i ZPO zapewniają świadczenia pacjentom, którzy ze względu na stan zdrowia wymagają całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, lecz niewymagających hospitalizacji, a którzy w ocenie skalą poziomu samodzielności

„Barthel”, otrzymali 40 punktów lub mniej. Długość pobytu w zakładzie jest uzależniona od stanu zdrowia (Rozporządzenie, 2013b).

Organizację stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych w zakładach opiekuńczych (ZOL, ZPO), w zakładach rehabilitacji leczniczej i w hospicjum reguluje ustawa o działalności leczniczej z 2011 (Ustawa, 2011a). Stanowi ona, że stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne mogą polegać w szczególności na (art. 9):

- 1) udzielaniu całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują zakresem pielęgnację i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji, oraz zapewnianiu im produktów leczniczych i wyrobów medycznych, pomieszczeń i wyżywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzeniu edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowaniu tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych;
- 2) oferowaniu całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują zakresem pielęgnację, opiekę i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji, oraz zapewnianiu im produktów leczniczych potrzebnych do kontynuacji leczenia, pomieszczeń i wyżywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzeniu edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowaniu tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych;
- 3) zapewnianiu świadczeń zdrowotnych polegających na działaniach usprawniających, które służą zachowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia;
- 4) sprawowaniu wszechstronnej opieki zdrowotnej, psychologicznej i społecznej nad pacjentami znajdującymi się w stanie terminalnym oraz opieki nad rodzinami tych pacjentów.

Z danych Ministerstwa Zdrowia oraz Głównego Urzędu Statystycznego wynika, że w 2023 r. w Polsce działały 624 placówki o charakterze leczniczo-pielęgnacyjnym (wzrost o 2,1% w porównaniu z rokiem 2022). Liczba dostępnych łóżek w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych, obejmujących placówki ogólne oraz psychiatryczne, wyniosła niemal 39 tysięcy – co oznacza wzrost o 4,8% względem roku poprzedniego. Zarówno zakłady o profilu ogólnym (32,4 tys. łóżek, wzrost o 5,7%), jak i te oferujące długoterminową opiekę psychiatryczną (6,6 tys. łóżek, wzrost o 0,3%) zwiększyły swoje zasoby. Łączna liczba osób objętych opieką w takich placówkach sięgnęła 67,1 tysiąca, co oznacza wzrost o 2,7% w stosunku do 2022 r. Z tej grupy 8,2 tysiąca, czyli 12,3%, stanowili pacjenci objęci długoterminową opieką psychiatryczną – o 0,5% mniej niż rok wcześniej. W końcu 2023 r. na 10 tys. ludności przypadało 10 łóżek w zakładach stacjonarnych typu leczniczo-pielęgnacyjnego, o 0,5 więcej niż w 2022 r. Ogólny wskaźnik przeciętnego wykorzystania łóżek w zakładach opiekuńczo-leczniczych w tym czasie wyniósł 89,4% (326,4 dnia, tj. o 7 dni więcej niż rok wcześniej) (GUS, 2024a; Ministerstwo Zdrowia, 2024).

W 2023 r. liczba psychiatrycznych placówek opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych zmniejszyła się nieznacznie w porównaniu z rokiem wcześniejszym – do 70 instytucji, czyli o jedną mniej. Mimo tego dysponowały one większą liczbą łóżek, bo 6,6 tysiąca, co stanowi wzrost o 0,3%. W ciągu roku skorzystało z ich usług blisko 8,2 tysiąca pacjentów, czyli o 0,5% mniej niż w 2022 r. Średni czas pobytu pacjenta uległ wydłużeniu: w zakładach opiekuńczo-leczniczych wyniósł

281 dni (o 9,9 dnia więcej), natomiast w placówkach pielęgnacyjno-opiekuńczych – 287,8 dnia (o 4,8 dnia dłużej) (GUS, 2024a). Sposób i tryb kierowania osób do zakładów opiekuńczych określa rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych z dnia 25 czerwca 2012 r.

Udział osób objętych opieką długoterminową w systemie ochrony zdrowia w populacji osób 65+ lat w Polsce jest niska i wynosi 1,34%, podczas gdy średnia dla 25 krajów OECD to 10,8%. Według raportu OECD *Health at a Glance 2023* średnia dostępność łóżek opieki długoterminowej (65+) dla 33 państw OECD to 47,2 na tysiąc osób. Natomiast w Polsce łączna dostępność łóżek dla tej populacji wynosi 11,9 (w systemie ochrony zdrowia 4,7).

Hospicja i oddziały medycyny paliatywnej

Instytucje ochrony zdrowia realizują również świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej w hospicjum stacjonarnym lub w oddziale medycyny paliatywnej. Obejmują wszechstronną, całościową opiekę i leczenie objawowe świadczeniobiorców chorujących na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące, ograniczające życie choroby. Opieka ta jest ukierunkowana na poprawę jakości życia, ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz uśmierzanie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych (Rozporządzenie, 2013a). Świadczenia gwarantowane przysługują świadczeniobiorcom chorującym na nieuleczalne, postępujące, ograniczające życie choroby nowotworowe i nienowotworowe, których wykaz określa załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Hospicja i oddziały medycyny paliatywnej zapewniają również piekę, tzw. opiekę wyręczającą przez okres nie dłuższy niż 10 dni.

W 2023 r. opieka hospicyjno-paliatywna była świadczona w 138 hospicjach stacjonarnych (co oznacza wzrost o 7 placówek w porównaniu do roku poprzedniego), w 40 oddziałach opieki paliatywnej (o 4 mniej) oraz w 50 oddziałach paliatywno-hospicyjnych funkcjonujących w szpitalach ogólnych (o 3 więcej). Łączna liczba dostępnych łóżek w tych placówkach wyniosła 4,8 tys., co stanowiło wzrost o 5,4% w stosunku do poprzedniego roku. Pomoc udzielona została niemal 47,9 tys. pacjentów, czyli o 15% więcej niż w roku 2022. Ponad połowa pacjentów – 56,2% (27 tys. osób, o 17,9% więcej) – przebywała w hospicjach stacjonarnych. Pozostali korzystali z opieki na oddziałach paliatywnych działających poza strukturą szpitali (18,2% pacjentów) lub na oddziałach w szpitalach ogólnych (25,6% wszystkich pacjentów) (GUS, 2024a).

Średni czas pobytu w hospicjach wyniósł 35,1 dnia (o 0,2 dnia więcej niż rok wcześniej). W oddziałach paliatywnych, gdzie pobyty są zazwyczaj krótsze, średni czas wynosił 23,8 dnia w jednostkach poza szpitalami (o 0,6 dnia dłużej) oraz 22 dni w oddziałach paliatywno-hospicyjnych w szpitalach ogólnych (o 0,7 dnia dłużej). Ogółem w systemie stacjonarnej opieki hospicyjno-paliatywnej w tych trzech rodzajach placówek korzystało 13 osób na 10 tysięcy mieszkańców kraju (GUS, 2024a).

4.1.3. Usługi całodobowe w innych placówkach

DOBRE PRAKTYKI

Na obszarach wiejskich wschodniego Podlasia, gdzie dostęp do profesjonalnych usług opiekuńczych jest ograniczony, **Fundacja Hospicjum Proroka Eliasza** zrealizowała innowacyjny projekt tworzenia sieciowego systemu opieki nad osobami starszymi i niesamodzielnymi. Model „Dać to, czego naprawdę potrzeba” zakłada budowę lokalnej sieci wsparcia, łączącej instytucje formalne (jak opieka społeczna, służba zdrowia, organizacje pozarządowe) z nieformalnymi aktorami – sąsiadami, wolontariuszami czy lokalnymi liderami. Kluczową rolę odgrywa koordynator opieki osób zależnych, który odpowiada za rozpoznanie potrzeb, planowanie i organizację wsparcia w oparciu o dostępne zasoby w środowisku lokalnym. Innowacja ta nie tylko umożliwia świadczenie skrojonych na miarę usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania, ale także aktywizuje społeczność lokalną, wzmacniając więzi społeczne i budując system wsparcia odporny na ograniczenia infrastrukturalne. Dzięki elastycznemu podejściu i wykorzystaniu lokalnych zasobów możliwe było świadczenie spersonalizowanej opieki, uwzględniającej indywidualne potrzeby pacjentów. Projekt ten stanowi przykład skutecznej innowacji społecznej, którą można adaptować w innych regionach, zwłaszcza tam, gdzie dostęp do usług opiekuńczych jest ograniczony.

Inicjatywa Fundacji Hospicjum Proroka Eliasza pokazuje, że poprzez integrację lokalnych zasobów i wprowadzenie nowych ról w systemie opieki, możliwe jest stworzenie efektywnego modelu wsparcia dla osób starszych i niesamodzielnymi na terenach wiejskich.

Usługi całodobowe na podstawie zezwolenia wojewody

Całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku zgodnie z ustawą o pomocy społecznej (2004) zapewniają również inne podmioty niż instytucje pomocy społecznej i ochrony zdrowia. Świadczą ją w ramach działalności statutowej lub gospodarczej. Zezwolenie na jej prowadzenie wydaje wojewoda właściwy ze względu na położenie placówki w drodze decyzji administracyjnej. Prowadzi on też rejestr placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub w podeszłym wieku (art. 22 pkt 4 i art. 67 ust. 1 i 3).

W placówkach tych opieka polega na świadczeniu przez całą dobę usług:

- **opiekuńczych:** udzielaniu pomocy w podstawowych czynnościach życiowych (jedzeniu, myciu i kąpaniu, w miarę potrzeby także ubieraniu się), pielęgnacji, w tym pielęgnacji w czasie choroby, opieki higienicznej, niezbędnej pomocy w załatwianiu spraw osobistych, organizacji czasu wolnego, zakupie odzieży i obuwia, korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych, w kontaktach z otoczeniem,
- **bytowych:** zapewnieniu pobytu, wyżywienia i utrzymania czystości.

Sposób świadczenia usług powinien uwzględniać stan zdrowia, sprawność fizyczną i intelektualną oraz indywidualne potrzeby i możliwości osoby przebywającej w placówce, a także prawa człowieka, w tym w szczególności prawo do godności, wolności, intymności i poczucia bezpieczeństwa (Bojanowska, 2022: 254).

Budynek, w którym mieści się placówka, oraz jego otoczenie muszą być pozbawione barier architektonicznych. Możliwe są pokoje mieszkalne – nie więcej niż trzyosobowe, z tym że pokój jednoosobowy nie może być mniejszy niż 9 m², a pokój dwu- i trzyosobowy – nie mniejszy niż po 6 m² na osobę. Pokoje mieszkalne muszą być wyposażone w łóżko lub tapczan, szafę, stół, krzesła i szafkę nocną dla każdej

osoby. Jeżeli pokój zajmują wyłącznie osoby leżące, może być on czteroosobowy, a jego powierzchnia nie może być mniejsza niż 6 m² na osobę. Pokój uznaje się za spełniający wymaganą normę, jeśli odstępstwo od wymaganej powierzchni nie jest większe niż 5%. Ponadto placówka powinna posiadać: pokój dziennego pobytu służący jako jadalnia, pomieszczenie pomocnicze do prania i suszenia, jedną łazienkę dla nie więcej niż pięciu osób i jedną toaletę dla nie więcej niż czterech osób, wyposażone w uchwyty ułatwiające osobom mniej sprawnym korzystanie z tych pomieszczeń, z tym że jeśli liczba osób leżących przekracza 50% ogólnej liczby mieszkańców, dopuszcza się zmniejszenie liczby tych pomieszczeń o 25% (Bojanowska, 2022: 254).

Obowiązują wymogi w zakresie wskaźników zatrudnienia oraz kwalifikacji osób świadczących usługi opiekuńcze w placówkach (lekarza, pielęgniarki, ratownika medycznego, opiekuna w domu pomocy społecznej, opiekuna osoby starszej, asystenta osoby niepełnosprawnej, opiekuna środowiskowego, opiekuna medycznego), które powinny być zatrudnione w wymiarze nie mniej niż 1/3 pełnego wymiaru czasu pracy na jedną osobę przebywającą w placówce, nie mniej niż w wymiarze 4,5 pełnego wymiaru czasu pracy, przy czym na osiągnięcie pełnego wskaźnika placówki, które posiadają już zezwolenie (art. 68a pkt 4–5).

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej podaje, że w 2023 r. funkcjonowało 793 placówki całodobowej opieki (Ministerstwo Rodziny..., 2024).

Rodzinne domy pomocy

Rodzinne domy pomocy społecznej rozpoczęły funkcjonowanie w Polsce w 2003 r., by udzielać wsparcia w środowisku lokalnym. Miały one stanowić alternatywę dla dużych domów pomocy społecznej, m.in. ze względu na rodzinny, kameralny charakter, który stwarza większą możliwość indywidualnego podejścia do każdej z osób w nim mieszkających (Bojanowska, 2022: 252). Zgodnie z danymi GUS w 2023 r. działały już 23 rodzinne domy pomocy prowadzone przez gminy (GUS, 2024b) i 59 prowadzone przez podmioty inne niż gmina (Ministerstwo Rodziny..., 2024). Usługami opieki całodobowej objętych było 396 osób (dane Ministerstwo Rodziny..., 2024a). Osoby starsze (60+) stanowiły 90,5% mieszkańców rodzinnych domów pomocy (GUS, 2024).

Zgodnie z ustawą o pomocy społecznej (2004) w przypadku braku możliwości zapewnienia usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania osoba wymagająca z powodu wieku lub niepełnosprawności pomocy innych osób może korzystać z usług opiekuńczych i bytowych w formie rodzinnego domu pomocy, świadczonych całodobowo przez osobę fizyczną lub organizację pożytku publicznego dla nie mniej niż trzech i nie więcej niż ośmiu zamieszkujących wspólnie osób wymagających wsparcia w tej formie. Rodzinny dom pomocy jest prowadzony na podstawie umowy zawartej przez osobę fizyczną albo organizację pożytku publicznego z gminą właściwą ze względu na miejsce położenia rodzinnego domu pomocy (art. 52). Osoba prowadząca rodzinny dom pomocy powinna realizować usługi w sposób uwzględniający stan zdrowia, sprawność fizyczną i intelektualną oraz indywidualne potrzeby i możliwości osób tam przebywających oraz zapewniać przestrzeganie praw człowieka, a w szczególności prawa do godności, wolności, intymności i poczucia bezpieczeństwa (§ 55).

Osoba kierowana jest na pobyt stały lub okresowy na jej wniosek lub – za jej zgodą – na wniosek opiekuna prawnego złożony w ośrodku pomocy społecznej właściwym ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby. Skierowanie do rodzinnego domu pomocy społecznej wraz z ustaleniem kosztu pobytu zostaje wydane w postaci decyzji administracyjnej przez kierownika OPS. Pobyt w rodzinnym domu pomocy jest odpłatny w wysokości odpowiadającej poniesionym miesięcznym wydatkom, ustalonym w umowie dotyczącej prowadzenia rodzinnego domu pomocy społecznej, zawartej między kierownikiem ośrodka a osobą prowadzącą rodzinny dom pomocy społecznej. Przy ustalaniu odpłatności od osoby przebywającej w rodzinnym domu pomocy stosuje się odpowiednio przepisy ustawy o pomocy społecznej dotyczące zasad odpłatności za pobyt w domu pomocy społecznej (Bojanowska, 2022: 253).

Standardy, rodzaj i zakres usług bytowych oraz opiekuńczych świadczonych przez tego rodzaju domy pomocy, a także warunki kierowania, odpłatności i nadzoru nad nimi określa rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 lipca 2024 r. w sprawie rodzinnych domów pomocy. Osobom przebywającym w rodzinnym domu pomocy zapewnia się, dostosowane do ich sprawności psychofizycznej, usługi (§ 5):

- bytowe, tj. miejsce pobytu, wyżywienie, utrzymanie czystości,
- opiekuńcze, tj. udzielanie pomocy w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, pielęgnację, w tym pielęgnację w czasie choroby, kontakty z otoczeniem, inne czynności wynikające z indywidualnych potrzeb,
- terapeutyczne i rehabilitacyjne oraz udział w aktywizacji zawodowej.

W rodzinnym domu pomocy prowadzonym przez osobę fizyczną wymienione usługi są realizowane bezpośrednio przez tę osobę, a w przypadku rodzinnego domu pomocy prowadzonego przez organizację pożytku publicznego usługi te są realizowane przez osobę kierującą rodzinnym domem pomocy, która zamieszkuje w tym domu (§ 3).

4.2. Usługi w trybie dziennym

4.2.1. Usługi w trybie dziennym w instytucjach pomocy społecznej

Placówki dziennego pobytu – ośrodki wsparcia

Ośrodki wsparcia istnieją od 1996 r., utworzone zostały na mocy ustawy z dnia 14 czerwca 1996 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz ustawy o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu.

Usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze lub posiłek w ośrodkach wsparcia mogą być przyznane osobom, które ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymagają częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych. Ośrodki wsparcia świadczą różnego rodzaju usługi bytowe, opiekuńcze i wspomagające, pozwalające rozwijać integrację społeczną poprzez udział w wydarzeniach kulturalnych, rozwój samorządności czy kontaktów ze środowiskiem lokalnym. Zakres i forma wsparcia są tutaj zindywidualizowane i zależą od potrzeb konkretnej osoby (art. 51). Świadczeniem pomocy społecznej nie jest sam pobyt w ośrodku wsparcia, lecz tylko określone usługi wykonywane przez podmiot (art. 36).

Ośrodki wsparcia mogą również oferować całodobowe miejsca okresowego pobytu.

Zgodnie z informacjami MRPiPS w 2023 r. funkcjonowało 2 318 ośrodków wsparcia z 76 904 miejscami. Natomiast liczba osób korzystających wynosiła 96 615 (Ministerstwo Rodziny..., 2024).

Dzienne domy pomocy społecznej

Jedną z form wsparcia oferowaną osobom starszym przez gminy w systemie pomocy społecznej może być korzystanie z usług dziennych domów pomocy. Utworzenie i prowadzenie placówki tego rodzaju są zadaniem gminy w zakresie pomocy społecznej, które nie ma charakteru obowiązkowego. Zadanie to może być powierzone podmiotom niepublicznym, takim jak organizacje pozarządowe, organizacje kościelne, spółdzielnie socjalne. W 2023 r. w Polsce funkcjonowało 554 dziennych domów pomocy, oferujących 21 088 miejsc dla ponad 25 tys. korzystających (Ministerstwo Rodziny..., 2024).

Dzięki możliwości korzystania z oferty dziennych domów pomocy społecznej mimo problemów zdrowotnych czy utraty samodzielności osoby starsze mogą w dalszym ciągu funkcjonować w dotychczasowym, znanym im środowisku lokalnym. To opóźnia potrzebę korzystania z placówki całodobowej, zazwyczaj oddalonej od miejsca zamieszkania. Zadaniem dziennych domów pomocy społecznej jest nie tylko świadczenie usług pielęgnacyjno-opiekuńczych, ale także pomoc w aktywizacji i integracji tychże osób z najbliższym otoczeniem i środowiskiem lokalnym. Zadaniem domu jest także przeciwdziałanie poczuciu osamotnienia i izolacji społecznej swych podopiecznych zarówno poprzez organizowanie imprez i uroczystości (świętecznych i innych) przeznaczonych dla podopiecznych domu, jak i imprez integrujących ich ze środowiskiem lokalnym (Bojanowska, 2022: 256).

Zakres świadczonych usług jest bardzo zróżnicowany. Dienne domy pomocy społecznej są czynne w dniach roboczych, zazwyczaj w godzinach 8–16, zapewniając wyżywienie, dostęp do urzędów umożliwiających utrzymanie higieny, usługi opiekuńcze, prowadzenie terapii mającej na celu podnoszenie sprawności psychofizycznej, a także pomoc w załatwianiu różnego rodzaju spraw i kontakt z placówkami służby zdrowia. Kadra zatrudniona w dziennych domach pomocy społecznej musi mieć odpowiednie kwalifikacje, umożliwiające realizację wyznaczonych zadań (Bojanowska, 2022: 256).

Środowiskowe domy samopomocy i kluby samopomocy

Środowiskowe domy samopomocy (ŚDS) lub kluby samopomocy są ośrodkami wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi (w tym dla osób starszych) i działają na podstawie: ustawy o pomocy społecznej (2004), ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (1994) i rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie środowiskowych domów samopomocy (2010). Prowadzenie i rozwój infrastruktury ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi należy do zadań zleconych z zakresu administracji rządowej realizowanych przez gminy i powiaty. Środki na realizację i obsługę zadania zapewnia budżetu państwa.

Zgodnie z ustawą o pomocy społecznej (2004) środowiskowe domy samopomocy lub kluby samopomocy są ośrodkami wsparcia dla osób, które w wyniku upośledzenia niektórych funkcji organizmu lub zdolności adaptacyjnych wymagają pomocy do życia w środowisku rodzinnym i społecznym, w szczególności w celu zwiększenia zaradności i samodzielności życiowej, a także ich integracji społecznej (art. 51a ust. 1 ust. 1). Podstawowym celem działalności tych placówek jest zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi oparcia społecznego w środowisku lokalnym, pozwalającego na zaspokojenie ich podstawowych potrzeb życiowych, w tym poprawę funkcjonowania społecznego zmierzającą do usamodzielnienia. Ponadto ŚDS-y wspierają rodziny uczestników, m.in. w wypełnianiu funkcji opiekuńczych, ale i możliwości pełnienia ról zawodowych.

W ramach świadczonych usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych uczestnicy ŚDS korzystają z indywidualnych lub zespołowych treningów samoobsługi i umiejętności społecznych, polegających na nauce, rozwijaniu lub podtrzymywaniu umiejętności z zakresu czynności dnia codziennego i funkcjonowania w życiu społecznym (art. 51a ust. 2) oraz umiejętności interpersonalnych i rozwiązywania problemów. Ponadto ŚDS oferuje m.in: pracę socjalną i poradnictwo specjalistyczne (np. psychologiczne). Pracownik socjalny może udzielić pomocy uczestnikom w załatwieniu spraw urzędowych i innych ważnych spraw bytowych.

W ośrodkach wsparcia osoby potrzebujące otrzymują posiłki. Mogą też liczyć na wsparcie psychologiczne, bo kadre stanowią m.in. psycholog, pedagog, pracownik socjalny, instruktor terapii zajęciowej. Ustalany jest dla każdego uczestnika indywidualny plan postępowania wspierająco-aktywizującego.

Wysokość opłaty za pobyt w ośrodkach wsparcia ustalana jest przez ośrodek pomocy społecznej w uzgodnieniu z osobą zainteresowaną. Istnieje możliwość bezpłatnego uczestnictwa w ośrodkach wsparcia w sytuacji, kiedy dochód osoby zainteresowanej lub jej rodziny nie przekracza kryterium dochodowego, a także z innych powodów uzasadnionych sytuacją klienta.

Środowiskowe domy samopomocy mogą oferować również miejsca całodobowego pobytu. Wówczas powinien dysponować pomieszczeniami jedno- lub dwuosobowymi z aneksem kuchennym, łazienką i toaletą lub z dostępem do kuchni, łazienki i toalety o odpowiednim standardzie (Rozporządzenie, 2010).

W 2024 r. było 618 środowiskowych domów pomocy społecznej (ŚDS), w tym 21 prowadzących miejsca całodobowe okresowego pobytu i 31 klubów samopomocy. ŚDS-y dysponowały 23 553 miejscami, z których skorzystało 26 028 osób (Ministerstwo Rodziny..., 2024).

Usługi wsparcia krótkoterminowego w domu pomocy społecznej

Usługi wsparcia krótkoterminowego mogą być realizowane również w formie dziennej w wymiarze nie mniejszym niż 4 godziny dziennie i nie większym niż 12 godzin dziennie, zarazem nie większym niż 30 dni w roku kalendarzowym, z możliwością przedłużenia wsparcia w szczególnie uzasadnionych przypadkach o nie więcej niż kolejne 30 dni w roku kalendarzowym. Mogą być łączone z formą całodobową tych usług, jednak łącznie nie dłużej niż przez 60 dni w roku kalendarzowym. Uprawnionymi do skorzystania z tych usług są osoby, które ze względu na wiek, chorobę

lub niepełnosprawność wymagają doraźnej pomocy w formie dziennej ze względu na czasowe ograniczenie możliwości zapewnienia właściwego wsparcia w miejscu zamieszkania przez osoby na co dzień sprawujące opiekę nad tą osobą (art. 55a–55b). Usługi wsparcia krótkoterminowego realizowane w formie dziennej zapewniają standard usług wsparcia krótkoterminowego realizowanego w formie pobytu całodobowego, z wyłączeniem usług w zakresie potrzeb bytowych, jaką jest zamieszkanie (Rozporządzenie, 2012b).

Domy dziennego pobytu dla seniorów i kluby seniorów „Senior+”

Domy dziennego pobytu dla seniorów i kluby seniorów „Senior+” wprowadzono jako narzędzie wspierające działania gminy w zakresie prowadzenia i zapewnienia miejsc w ośrodkach wsparcia o zasięgu gminnym na podstawie programu wieloletniego „Senior+” na lata 2021–2025 (Rada Ministrów, 2020). W ramach projektu jednostki samorządu, w trybie otwartego konkursu ofert, mogą ubiegać się o uzyskanie środków finansowych przeznaczonych na:

- Moduł 1 – jednorazowe wsparcie finansowe na utworzenie i/lub wyposażenie ośrodka wsparcia w wysokości do 80% całkowitego kosztu realizacji zadania. Dofinansowanie nie może być wyższe niż 400 tys. zł w przypadku dziennego domu „Senior+” oraz 200 tys. zł w przypadku klubu „Senior+”. W przypadku, gdy budynek nie jest własnością jednostki samorządu terytorialnego, dofinansowanie w ramach modułu 1 programu przysługuje jedynie na wyposażenie ośrodka wsparcia.
- Moduł 2 – zapewnienie funkcjonowania już istniejących ośrodków wsparcia, utworzonych w ramach modułu 1.

Działalność bieżąca dziennych domów „Senior+” polega na realizacji podstawowych usług mających na celu udzielanie pomocy w czynnościach dnia codziennego oraz innych usług wspomagających, dostosowanych do potrzeb seniorów. Dzienny dom „Senior+” powinien zapewniać co najmniej ośmiogodzinną ofertę usług w dniach od poniedziałku do piątku (40 godzin tygodniowo) (Rada Ministrów, 2020).

Podstawowy zakres usług świadczonych przez dzienny dom „Senior+” obejmuje usługi:

- socjalne, w tym gorący posiłek,
- edukacyjne,
- kulturalno-oświatowe,
- aktywności ruchowej lub kinezyterapii,
- sportowo-rekreacyjne,
- aktywizujące społecznie (w tym wolontariat międzypokoleniowy),
- terapii zajęciowej.

Dzienny dom „Senior+” we współpracy z innymi instytucjami i organizacjami może rozszerzyć ofertę na usługi świadczone poza swoją siedzibą.

Minimalny standard zatrudnienia w dziennym domu „Senior+” to co najmniej 1 pracownik na 15 seniorów oraz fizjoterapeuta lub terapeuty zajęciowego, lub instruktor terapii, lub pielęgniarka w wymiarze czasu odpowiednim do potrzeb ośrodka. Dodatkowo, w zależności od potrzeb, może być zatrudniony inny specjalista w wymiarze

czasu odpowiednim do potrzeb ośrodka. Ponadto jednostka samorządu we współpracy z urzędem pracy może zaangażować stażystów.

Działalność klubu „Senior+” polega na motywowaniu seniorów do działań na rzecz samopomocy i działań wolontariackich na rzecz innych. Klub powinien zapewniać tygodniowo co najmniej dwudziestogodzinną ofertę usług. We współpracy z innymi instytucjami i organizacjami może rozszerzyć ofertę na usługi świadczone poza siedzibą. W placówkach „Senior+” obowiązują minimalne standardy dotyczące pomieszczeń ogólnodostępnych, kuchennych, przeznaczonych do utrzymania lub zwiększenia aktywności ruchowej lub kinezyterapii, szatni, łazienek, toalet i pokoju zabiegowo-pielęgniarskiego. Minimalny standard zatrudnienia to jeden pracownik oraz specjalista w pożądanym zakresie zatrudniony w wymiarze czasu odpowiednim do potrzeb ośrodka. Dodatkowo, w zależności od potrzeb, w ośrodku mogą być zatrudnieni inni specjaliści (w wymiarze czasu odpowiednim do potrzeb ośrodka).

Tryb kwalifikowania osób do domów dziennej pomocy, jak również do uczestnictwa w działaniach realizowanych przez te placówki, jest oparty na przepisach ustawy o pomocy społecznej (2004), a kryteria uczestnictwa seniorów oraz zakres działania placówek typu „Senior+” określa jednostka samorządu, która jest beneficjentem programu.

Kwalifikacje pracowników i współpracowników określa ustawa o pomocy społecznej (2004) oraz rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 maja 2018 r. w sprawie wynagradzania pracowników samorządowych oraz jednostka samorządu, na której terenie działa ośrodek.

Ośrodkiem wsparcia zarządza kierownik, który może pełnić równocześnie inną funkcję w ośrodku wsparcia (np. terapeuta zajęciowego), w wymiarze odpowiadającym łącznie 1 etatowi w dziennym domu „Senior+” lub w wymiarze odpowiadającym czasowi pracy w klubie „Senior+”.

W 2022 r. powstało 111 ośrodków wsparcia „Senior+”, w tym 21 dziennych domów „Senior+” i 90 klubów „Senior+”, oferujących łącznie 2 425 miejsc. W sumie, do końca 2022 r. funkcjonowały 1 154 ośrodki wsparcia „Senior+” (wraz z utworzonymi w latach poprzednich), w tym 340 dziennych domów „Senior+” i 814 klubów „Senior+”, które łącznie oferowały seniorom 27 877 miejsc. Z oferty ośrodków wsparcia „Senior+” skorzystało 32 064 seniorów (Ministerstwo Rodziny..., 2022).

Ośrodki „Senior+” cieszą się dużym zainteresowaniem wśród osób starszych, co potwierdzają zarówno dane zawarte w sprawozdaniach wojewodów, jak i obserwacje przekazywane podczas wizyt monitorujących realizowanych przez pracowników Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej. Seniorzy chętnie uczestniczą w zajęciach organizowanych w dziennych domach i klubach „Senior+”, doceniając panującą tam przyjazną atmosferę. Dla wielu z nich – szczególnie osób samotnych – placówki te stają się ważnym miejscem codziennych kontaktów społecznych i źródłem wsparcia. Uczestnicy zajęć często podkreślają, że dzięki udziałowi w życiu ośrodka odzyskują poczucie przynależności, czują się potrzebni, a aktywności społeczne i międzypokoleniowe pomagają im odnaleźć sens życia. Jednocześnie zarówno beneficjenci, jak i pracownicy placówek wyrażają niepokój dotyczący stabilności finansowania, obawiając się, że ograniczenia budżetowe mogą zagrozić dalszemu funkcjonowaniu tych miejsc.

Centra opiekuńczo-mieszkalne

Centra opiekuńczo-mieszkalne są powoływane na podstawie programu „Centra opiekuńczo-mieszkalne” z 2019 r. i realizowane z Funduszu Solidarnościowego. Ich celem jest pomoc dorosłym osobom niepełnosprawnym ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności poprzez zapewnienie usług zamieszkiwania w ramach pobytu dziennego lub całodobowego.

Cele szczegółowe to m.in.:

- zapewnienie uczestnikom programu opieki oraz pomocy adekwatnej do potrzeb i możliwości wynikających z ich wieku i stanu zdrowia;
- włączenie uczestników programu do życia społeczności lokalnych;
- odciążenie faktycznych opiekunów uczestników programu poprzez umożliwienie im kontynuacji pracy zawodowej lub realizację innych codziennych aktywności.

Organizatorami centrów opiekuńczo-mieszkalnych są gminy i powiaty. W celu utworzenia centrum gminy i powiaty mogą zawierać między sobą porozumienia. Uczestnikom programu mogą być przyznane usługi pobytu dziennego, ale również zamieszkiwania całodobowego z zapewnieniem wyżywienia. Na podstawie odrębnych przepisów w centrum mogą być świadczone także inne formy wsparcia, w tym specjalistyczne usługi opiekuńcze oraz usługi rehabilitacyjne. Świadczenie usług w ramach centrum jest przyznawane w drodze decyzji administracyjnej na wniosek osoby niepełnosprawnej lub z urzędu. Wydanie decyzji administracyjnej poprzedzone jest przeprowadzeniem rodzinnego wywiadu środowiskowego w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.

Gmina/powiat podejmuje uchwałę w zakresie odpłatności przez uczestnika za pobyt w centrum, uwzględniając przyznany zakres usług zgodnie z art. 97 ust. 1 i 5 ustawy o pomocy społecznej. Wpływy z opłat jednostka samorządu terytorialnego powinna przeznaczyć na wydatki centrum.

Program jest realizowany w dwóch modułach:

- 1) budowa nowego obiektu na nieruchomości stanowiącej własność gminy lub powiatu, zmiana przeznaczenia istniejącego bądź zakup takiego obiektu na cele centrum wraz z jego przystosowaniem do wymaganego standardu i wyposażeniem (w tym m.in.: sprzęt rehabilitacyjny, systemy zabezpieczające przed pożarem, systemy monitoringu i instalacji przyzywowej);
- 2) finansowanie funkcjonowania i zadań centrum obejmujące:
 - pokrywanie kosztów utrzymania centrum i kosztów kadry oraz osób świadczących usługi na rzecz uczestników programu,
 - ponoszenie niezbędnych wydatków związanych z transportem uczestników centrum.

Centrum powinno zapewniać warunki do samodzielnego i niezależnego pobytu/zamieszkiwania, opieki oraz rehabilitacji osób niepełnosprawnych, tj.:

- 1) część dzienną – sale zajęć, pomieszczenia dla personelu, salon, kuchnie oraz szatnie, łazienki, toalety i inne pomieszczenia niezbędne do realizacji zadań;
- 2) część mieszkalną – pomieszczenia pobytu całodobowego wyposażone w łazienkę o powierzchni minimum 15 m² dla każdego uczestnika;

z uwzględnieniem konieczności zapewnienia dostępności osobom niepełnosprawnym do urządzeń higieniczno-sanitarnych i pomieszczeń socjalnobytowych, zgodnie z wymogami przepisów dotyczących budynków użyteczności publicznej.

Wszystkie pomieszczenia mają być wyposażone w system monitorująco-alarmowy oraz przyzywowy.

Uczestnicy powinni mieć zapewnione indywidualne wsparcie w relacji nie mniej niż jeden opiekun na trzech uczestników, w tym opiekunów na dyżurze nocnym. Centrum ma zapewniać dodatkowych asystentów dla osób o specjalnych potrzebach (wynikających np. ze spektrum autyzmu, niepełnosprawności sprzężonych, epilepsji itd.).

Kadrę centrum stanowią: kierownik centrum, specjaliści, w tym opiekunowie nocni oraz inne osoby posiadające niezbędne kwalifikacje zawodowe i doświadczenie w pracy z osobami niepełnosprawnymi w zakresie usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych albo w placówkach opiekuńczo-wychowawczych lub placówkach oświatowych; asystenci osób niepełnosprawnych dla osób o specjalnych potrzebach; pielęgniarka, w przypadku utworzenia w centrum punktu pielęgniarskiego/gabinetu zabiegowego.

Gmina/powiat może zatrudnić w centrum też inne osoby poza kadrą centrum, ponosząc koszty wynagrodzeń ze środków własnych.

Centrum musi dysponować własnym regulaminem organizacyjnym, określającym m.in. relacje pomiędzy uczestnikami programu a kadrą, zasady korzystania z zasobów technicznych i zasady współdziałania centrum z opiekunami prawnymi uczestników programu.

Zakres i rodzaj usług oraz czas trwania pobytu w centrum określany jest decyzją administracyjną wydaną na podstawie ustawy o pomocy społecznej (2004).

Usługi prowadzone w centrum powinny być różnorodne oraz dostosowane do potrzeb uczestników. Ponadto powinny zapewniać uczestnikom poczucie bezpieczeństwa, komfortu, odpoczynku, pielęgnowania relacji z innymi mieszkańcami, rodziną, przyjaciółmi, możliwości prowadzenia normalnego codziennego życia, przygotowywania posiłków, rozwoju zainteresowań itp.

Osobom ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności należy poświęcić w szczególności czas na wsparcie w zakresie samodzielności w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych (takich jak: jedzenie, korzystanie z toalety, mycie się, ubieranie się, poruszanie się) oraz kształtowania podstawowych umiejętności komunikacyjnych.

O każdym przypadku zaprzestania lub zakończenia świadczenia usług dla uczestnika, kierownik centrum powiadamia właściwy miejscowo ośrodek pomocy społecznej.

Za bieżące funkcjonowanie centrum i świadczenie przez nie usług oraz utrzymanie liczby miejsc określonych umową odpowiada jednostka samorządu terytorialnego, która utworzyła centrum.

W centrach może być realizowana usługa opieki wytchnieniowej, na podstawie programu „Opieka wytchnieniowa – edycja 2019”.

4.2.2. Usługi w trybie dziennym w instytucjach ochrony zdrowia

Dzienny ośrodek opieki geriatrycznej

Dzienny ośrodek opieki geriatrycznej zapewnia czasową, dzienną opiekę dla pacjentów, u których zgodnie z indywidualnym planem stwierdzono potrzebę objęcia taką pomocą, oraz wsparcie i doradztwo dla opiekunów pacjentów centrum zdrowia 75+ w zakresie organizacji opieki i leczenia pacjentów centrum. Pacjentowi zapewnia się wyżywienie w dniu korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz na zlecenie lekarza transport z miejsca zamieszkania pacjenta do dziennego ośrodka opieki geriatrycznej i z powrotem.

Łączny okres korzystania ze świadczeń dziennego ośrodka opieki geriatrycznej nie może przekroczyć 12 tygodni w okresie 12 miesięcy od dnia rozpoczęcia korzystania z usług dziennego ośrodka opieki geriatrycznej.

Zgodnie z ustawą o szczególnej opiece geriatrycznej z 2023 r. w Polsce ma zostać utworzonych ponad 300 centrów, w których osoby od 75. roku życia zostaną objęte kompleksową opieką. Zakłada to opublikowana w Dzienniku Ustaw ustawa o szczególnej opiece geriatrycznej⁴. Dodatkowo łączna liczba łóżek w oddziałach geriatrycznych na terenie województwa nie może być mniejsza niż 50 łóżek na 100 tys. osób, które ukończyły 60. rok życia, zamieszkujących na terenie tego województwa, według stanu na dzień 31 grudnia roku poprzedniego (art. 10 ust. 3, Ustawa, 2023). Z raportu Najwyższej Izby Kontroli *Funkcjonowanie medycznej opieki geriatrycznej w 2023 roku w Polsce* liczba łóżek geriatrycznych przypadająca na 100 tys. mieszkańców to zaledwie 1,5. Natomiast na 1 mln mieszkańców Polski przypada 2 lekarzy geriatrów (Najwyższa Izba Kontroli, 2023). Z perspektywy niniejszego opracowania informacja prezentuje poważny deficyt lekarzy geriatrów⁵.

Dzienne domy opieki medycznej

W ramach samodzielnych zakładów ochrony zdrowia funkcjonować mogą również dzienne domy opieki medycznej (DDOM) powoływane uchwałą rady gminy/powiatu lub sejmiku województwa. Były one tworzone ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS) i uwzględnione w strategii „Zdrowa Przyszłość”, która została przyjęta przez Radę Ministrów w drodze uchwały w dniu 27 grudnia 2021 r. (stanowiła ona kontynuację „Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020. Krajowe ramy strategiczne”, obejmując jednak cały system, a nie jedynie środki europejskie) (Ministerstwo Zdrowia, 2021). Mimo ich strategicznego znaczenia nie zagwarantowano stałego finansowania z Narodowego Funduszu Zdrowia, a samorządy

⁴ Do czerwca 2025 r. realizacja projektu nie została rozpoczęta. Brakuje niezbędnych rozporządzeń wykonawczych oraz wojewódzkich planów działania, które są kluczowe dla wdrożenia ustawy. Ponadto nie zagwarantowano stałego finansowania ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Obecnie prowadzone są prace nad nowelizacją ustawy, ustanowieniem źródeł finansowania oraz rozszerzeniem grupy docelowej. W konsekwencji powiaty, które miały utworzyć centra współfinansowane z Funduszu Medycznego, nie posiadają obecnie podstaw prawnych i środków finansowych umożliwiających ich uruchomienie. Więcej m.in. w artykule Katarzyny Nocuń (2024).

⁵ Jest to również jeden z powodów niewdrożenia ustawy o opiece geriatrycznej.

nie dysponowały wystarczającymi środkami, by samodzielnie utrzymać te placówki. W rezultacie większość domów utworzonych w latach 2018–2020 została zamknięta.

Obecnie obserwuje się proces reaktywacji DDOM-ów oraz powstawania nowych placówek – także tych wyspecjalizowanych w opiece nad osobami z demencją – finansowanych m.in. ze środków europejskich w ramach programu FERS+.

4.2.3. Usługi w trybie dziennym w innych placówkach

Osoby starsze w celu zaspokojenia swoich podstawowych potrzeb w związku z utratą samodzielności korzystają również z usług oferowanych w trybie dziennym w placówkach prowadzonych przez organizacje pozarządowe i podmioty komercyjne.

5. Potrzeby, preferencje, wyzwania

5.1. Wzrost popytu na usługi opiekuńcze

Sukcesywny wzrost przeciętnego trwania życia jest przewidywany w każdej z prognoz (m.in.: ONZ, 2024; Eurostat, 2023 i in.). Starzenie się społeczeństwa polskiego powoduje systematyczny wzrost liczby osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. W 2023 r. niemal dwie trzecie osób w wieku 60 lat i starszych (63,2%) deklarowało występowanie przewlekłych problemów zdrowotnych lub chorób, które trwały lub miały potrwać co najmniej pół roku. Taki stan rzeczy dotyczył częściej kobiet (64,9%) niż mężczyzn (60,6%). Udział osób z długotrwałymi dolegliwościami zdrowotnymi był wyższy w miastach (63,9%) w porównaniu do obszarów wiejskich (61,9%) (GUS, 2024).

Wyniki badania PolSenior2 pokazują, że niemal 40% osób powyżej 60. roku życia kwalifikuje się do całościowej oceny geriatrycznej (COG) według skali VES-13, co świadczy o ich dużym poziomie niesamodzielności i ryzyku pogorszenia stanu zdrowia. Dodatkowo, aż 70% osób w wieku 60+ cierpi na więcej niż jedną chorobę przewlekłą, a wielochorobowość nasila się z wiekiem (Błędowski i in., red., 2021).

Z kolei współczynnik potencjału pielęgnacyjnego – ilustrujący liczbę kobiet w wieku 50–64 lata przypadającą na 100 osób w wieku 80 lat i starszych – spada: z 323,4 (2020) do prognozowanych <220 w 2035 r. (Szweda-Lewandowska, 2017: 33).

5.2. Zmieniające się potrzeby i preferencje seniorów

Wraz z wiekiem potrzeby osób starszych stają się bardziej holistyczne, obejmując nie tylko wsparcie fizyczne, ale i emocjonalne, społeczne, zdrowotne oraz duchowe. Coraz częściej seniorzy oczekują indywidualizacji usług, dopasowania ich do stylu życia i zachowania autonomii (Walczak, 2024). Kluczowe znaczenie ma uwzględnienie potrzeb oraz emocji osób starszych, takich jak pragnienie bycia użytecznym, poczucie akceptacji, bezpieczeństwa, empatii oraz możliwość zachowania

niezależności. Kreowanie przestrzeni, która bierze pod uwagę te aspekty, wpływa na podniesienie jakości życia seniorów i wspiera ich poczucie dobrostanu.

Raport emeis Polska⁶ z 2024 r. wskazuje, że choć akceptacja dla opieki instytucjonalnej wzrasta, to nadal większość seniorów preferuje opiekę domową. Badania pokazują, że 44% respondentów wskazało na zatrudnienie opiekunki lub pielęgniarki do domu jako preferowaną formę wsparcia (Raport emeis Polska, 2024). Osoby starsze wskazują, że chcą jak najdłużej pozostać w znanym sobie otoczeniu, przy wsparciu formalnych i nieformalnych opiekunów.

Ponadto, zgodnie z raportem WHO, fundamentem opieki długoterminowej w Polsce jest przede wszystkim opieka nieformalna, która stanowi 80% (pozostałe 20% to opieka formalna). Zgodnie z prognozami demograficznymi dotyczącymi Polski, w okresie 2022–2060 nastąpi znaczący wzrost odsetka osób starszych w populacji – z około 30 do 60 na każde 100 mieszkańców. Jednocześnie liczba osób powyżej 80. roku życia przypadająca na 100 obywateli w wieku 50–64 lat, czyli tzw. współczynnik wsparcia rodziców, ma do 2060 r. obniżyć się o połowę. Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że główny ciężar opieki nad seniorami spoczywa w Polsce na kobietach, zwłaszcza w zakresie najbardziej wymagających i codziennych czynności opiekuńczych. Trend ten obrazowany jest przez współczynnik potencjału pielęgnacyjnego – liczba kobiet w wieku 50–64 lat przypadająca na 100 osób powyżej 80. roku życia – który również według prognoz zmniejszy się o połowę (WHO, 2022). Ostatecznie przewiduje się, że osoby w wieku produkcyjnym będą musiały sprostać dwukrotnie większym wyzwaniom opiekuńczym niż obecnie. Spadająca dzietność również przyczynia się do coraz niższego potencjału opiekuńczego.

Zgodnie z wynikami badań ankietowych przeprowadzonych przez Bank Światowy w ramach raportu „Przegląd strategiczny systemu opieki długoterminowej w Polsce” z 2023 r., aż 96% respondentów wskazało dostęp do opieki długoterminowej jako kluczowy element wsparcia dla seniorów i osób z niepełnosprawnością. Tyle samo osób podkreśliło, że możliwość korzystania z takich usług powinna być uzależniona od indywidualnej sytuacji życiowej i warunków środowiskowych osoby niepełnosprawnej. W kontekście poprawy dostępności, 78% uczestników badania zasugerowało wprowadzenie nowych form opieki, rozwój placówek, zwiększenie kadry, lepszą koordynację świadczeń oraz szersze informowanie o opcjach leczenia i opieki. Jednocześnie 91% ankietowanych opowiada się za lepszym dostępem do sprzętu i technologii wspomagających, w tym zniesieniem limitów finansowych i rozszerzeniem refundacji wyrobów medycznych. Raport wskazuje również, że 65% badanych uznaje aktualną dostępność usług opieki długoterminowej za niewystarczającą – a wśród osób korzystających z systemu odsetek ten wzrasta do 69%. Dodatkowo, 36% respondentów negatywnie ocenia dostęp do informacji o możliwościach uzyskania pomocy. Co jest równie istotne to fakt, że niemal połowa respondentów (43%) jest gotowa partycypować w kosztach opieki. Spośród 90 respondentów 34 osoby są

⁶ Badanie przeprowadzone przez ARC Rynek i Opinia na zlecenie emeis Polska w dniach 6–13 marca 2024 r. miało na celu poznanie opinii Polaków na temat ośrodków opieki długoterminowej. W badaniu uczestniczyło 503 osoby w wieku 35 lat i więcej, które mają rodziców w wieku 60+. Respondenci zostali wybrani celowo, aby uzyskać wgląd w opinie osób bezpośrednio związanych z problematyką opieki długoterminowej. Badanie, przeprowadzone metodą CAWI, uwzględniało różne grupy wiekowe i społeczno-ekonomiczne, z przewagą osób z wykształceniem wyższym oraz zbliżonymi wynikami w miastach i na wsiach.

skłonne zapłacić 40 proc. kosztów godzinnej opieki prywatnej, przy założeniu, że kosztuje ona 50 zł. Warto mieć jeszcze na uwadze fakt, że wielu ludzi wciąż odkłada rozmowy o starzeniu się i przyszłych potrzebach opiekuńczych. Aż 55% osób powyżej 65. roku życia nigdy nie podejmowało takich tematów z bliskimi. Co więcej, w grupie wiekowej 45–64 lat odsetek ten sięga aż 71%, co wskazuje na brak systematycznego planowania i przygotowania na późniejsze etapy życia (Bank Światowy, 2024).

Raport OECD *Health at a Glance 2023* również potwierdza, że większość osób korzystających z opieki długoterminowej (*long-term care*) wyraża chęć pozostania we własnym domu tak długo, jak to możliwe. Gdyż jak podaje raport Banku Światowego, „Fizyczne odseparowanie od społeczności i rodzin poważnie ogranicza zdolność osób mieszkających w placówkach opiekuńczych do pełnego uczestnictwa w życiu społeczności i ogółu społeczeństwa” (Bank Światowy, 2024).

To stawia nowe wyzwania przed gminami i systemem usług opiekuńczych. W odpowiedzi na te preferencje, wiele krajów w ostatnich latach podejmuje działania wspierające opiekę domową i środowiskową.

5.3. Luka między popytem a podażą na usługi opiekuńcze

Mimo intensywnego rozwoju usług opiekuńczych – zarówno w formule dziennej, jak i całodobowej – wyzwanie związane z niewystarczającą podażą wobec rosnącego popytu jest coraz bardziej widoczne. Szczególnie dotkliwe wydają się ograniczenia infrastrukturalne oraz kadrowe. Deficyt łóżek opieki długoterminowej – zaledwie 11,9 na 1000 osób powyżej 65. roku życia w Polsce, podczas gdy średnia dla OECD wynosi 47,2 – stanowi istotny wskaźnik tej luki (Rada Ministrów, 2022). Wymaga to podejmowania działań zmierzających do rozbudowy infrastruktury oraz optymalizacji procesu zarządzania dostępem do tych usług. Problemem jest także niewystarczająca liczba wykwalifikowanych pracowników w sektorze opieki, co może wpływać na jakość świadczonych usług i obciążać obecnie zatrudnioną kadrę.

Warto także zwrócić uwagę na nierównomierny rozwój oferty usług w różnych regionach kraju. Dane wskazują na szczególnie trudną sytuację w województwach o niskim poziomie dostępności placówek, co może powodować konieczność migracji seniorów do innych regionów w celu uzyskania wsparcia. Podjęcie działań na poziomie lokalnym i krajowym w celu zniwelowania tych różnic regionalnych powinno stanowić istotny element strategii polityki społecznej.

Ważnym aspektem jest także problematyka finansowania usług opiekuńczych. Rosnące koszty ich świadczenia stawiają wyzwania zarówno przed instytucjami publicznymi, jak i rodzinami osób starszych, które często w dużej mierze uczestniczą w pokrywaniu kosztów. Wprowadzenie kompleksowych rozwiązań wspierających – takich jak subsydia dla rodzin opiekujących się seniorami w domu czy inwestycje w technologie wspomagające opiekę – może pomóc w rozwiązaniu tego problemu.

6. Podsumowanie

Przeprowadzona analiza wskazuje, że mimo znaczącego postępu w rozwoju i dostępności usług opiekuńczych, nadal istnieją poważne niedobory w ich podaży w stosunku do rosnącego i zróżnicowanego popytu. Dynamiczne starzenie się społeczeństwa oraz wzrost potrzeb osób starszych – zarówno w wymiarze zdrowotnym, jak i społecznym – stanowią jedno z najważniejszych wyzwań współczesnej polityki społecznej.

Preferencje seniorów wyraźnie przesuwają się w kierunku opieki środowiskowej, umożliwiającej pozostanie w naturalnym otoczeniu i zachowanie samodzielności. Pomimo wprowadzania nowych form wsparcia, takich jak usługi sąsiedzkie czy mieszkania wspomagane, luka między popytem a podażą utrzymuje się i wymaga pilnych, systemowych działań.

Konieczne jest wdrażanie elastycznych rozwiązań uwzględniających indywidualne potrzeby seniorów oraz zwiększenie inwestycji w infrastrukturę i kapitał ludzki sektora opieki. Zasadniczym kierunkiem rozwoju powinna być rozbudowa usług domowych i środowiskowych, opartych na integracyjnych modelach działania.

Implementacja holistycznych rozwiązań, takich jak IMSU (Innowacyjny Model Spersonalizowanych Usług), ukierunkowanych na zintegrowane działania w obszarze opiekuńczym, rehabilitacyjnym, społecznym i emocjonalnym, może przyczynić się do poprawy jakości życia seniorów. Projekt ten jest przykładem działań zmierzających do zmniejszenia luki między popytem a podażą usług opiekuńczych. Jego celem jest nie tylko poprawa jakości życia seniorów, ale także zwiększenie ich samodzielności poprzez kompleksowe wsparcie w miejscu zamieszkania. Warto dodać, że zakłada on również zaangażowanie aktywnych seniorów jako wolontariuszy, co nie tylko wspiera osoby niesamodzielne, ale także wzmacnia więzi społeczne i aktywizuje starsze pokolenie. Wymaga to jednak silniejszej współpracy międzysektorowej, zwiększenia i ustabilizowania finansowania oraz szerokiej kampanii edukacyjnej promującej takie rozwiązania. Tylko kompleksowe i skoordynowane działania pozwolą sprostać nadchodzącym wyzwaniom demograficznym oraz zagwarantować dobrostan osób starszych w Polsce.

Bibliografia

- Bank Światowy (2024). *Przegląd strategiczny systemu opieki długoterminowej w Polsce*. World Bank Group, czerwiec.
- Bojanowska E. (2022). *Instytucje pomocy społecznej dla seniorów* [w:] E. Bojanowska, K. Chaczko, J. Krzyszkowski, E. Zdebska (red.), *Pomoc społeczna. Idea – rozwój – instytucje*. PWN, Warszawa.
- Błędowski P., Grodzicki T., Mossakowska M., Zdrojewski T. (red.) (2021). *PolSenior 2. Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem*. Gdańsk.
- EKSMOoN (2024). Biuro Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych, *Orzekanie o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności – statystyki*. Orzecznictwo – stan na III kw. 2024. Dostępny w: <https://niepelnosprawni.gov.pl/baza-wiedzy/niepelnospewnosc-w-liczbach/orzekanie-o-niepelnospewnosci-i-stopniu-niepelnospewnosci-statystyki/> [dostęp: 01.05.2025].
- Eurostat (2023). *Demography of Europe 2023 edition*. Dostępny w: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/interactive-publications/demography-2023> [dostęp: 05.04.2025].
- GUS (2022). *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2022 r.* Warszawa-Kraków 2023. Dostępny w: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2022-roku,1,13.html> [dostęp: 5.05.2025].
- GUS (2022a). *Zakłady stacjonarne pomocy społecznej w 2022 roku*. Informacje sygnałne 18.05.2023 r. Dostępny w: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/ubostwo-pomoc-spoeczna/zaklady-stacjonarne-pomocy-spoecznej-w-2022-roku,18,7.html> [dostęp: 5.05.2025].
- GUS (2024). *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2023 r.* Warszawa-Białystok. Dostępny w: https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/6002/2/6/1/sytuacja_osob_starszych_w_polsce_w_2023_r.pdf [dostęp: 5.05.2025].
- GUS (2024a). *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2023 r.* Warszawa-Kraków. Dostępny w: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2023-roku,1,14.html> [dostęp: 25.05.2025].
- GUS (2024b). *Zakłady stacjonarne pomocy społecznej w 2023 roku*. Informacje sygnałne 14.05.2024. Dostępny w: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/ubostwo-pomoc-spoeczna/zaklady-stacjonarne-pomocy-spoecznej-w-2023-roku,18,8.html> [dostęp: 5.05.2025].
- GUS (2024c). *Beneficjenci środowiskowej pomocy społecznej w 2023 r.* Informacje sygnałne 17.10.2024. r. Dostępny w: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/ubostwo-pomoc-spoeczna/beneficjenci-srodowiskowej-pomocy-spoecznej-w-2023-roku,6,12.html> [dostęp: 5.05.2025].
- Krajowy Rejestr Domów Opieki (2025). Dostępny w: <https://krdo.pl/rejestr/wszystkie-wojewodztwa/wszystkie-powiaty/wszystkie/> [dostęp 01.05.2025].
- Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (2022). *Sprawozdanie z realizacji programu wieloletniego „Senior+” na lata 2021–2025*, edycja 2022. Dostępny w: https://senior.gov.pl/program_asos/pokaz/611 [dostęp: 25.05.2025].
- Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (2023). *Sprawozdanie MRPiPS-06 za 2023 rok – Wybrane jednostki organizacyjne pomocy społecznej i inne jednostki pomocy społecznej oraz zatrudnienie w systemie pomocy społecznej*. Warszawa. Dostępny w: <https://www.gov.pl/web/rodzina/statystyka-za-rok-2023> [dostęp: 01.05.2025].
- Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (2024). *Sprawozdanie roczne MRPiPS-06 za 2024 rok – Wybrane jednostki organizacyjne pomocy społecznej i inne jednostki pomocy społecznej oraz zatrudnienie w systemie pomocy społecznej*. Dostępny w: <https://www.gov.pl/web/rodzina/statystyka-za-rok-2024> [dostęp: 01.05.2025].

- Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (2024a). *Sprawozdanie MRPiPS-03 za 2024 rok z udzielonych świadczeń pomocy społecznej – pieniężnych, w naturze i usługach*. Dostępny w: <https://www.gov.pl/web/rodzina/statystyka-za-rok-2024> [dostęp: 05.05.2025].
- Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (2024b). *Program „Centra opiekuńczo-mieszkalne”*. Warszawa, lipiec. Dostępny w: https://bip.lubuskie.uw.gov.pl/programy_rzadowe/edycja-2024 [dostęp: 30.05.2025].
- Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (2024c). *Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Organizacji Pozarządowych – edycja 2025*. Warszawa, wrzesień. Dostępny w: <https://www.gov.pl/web/rodzina/otwarty-konkurs-ofert-w-ramach-programu-resortowego-ministra-rodziny-pracy-i-polityki-spolecznej-asystent-osobisty-osoby-z-niepelnosprawnoscia-dla-organizacji-pozarzadowych-edycja-2025> [dostęp: 25.05.2025].
- Ministerstwo Zdrowia (2021). *Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.*, Załącznik do uchwały nr 196/2021 Rady Ministrów z dn. 27 grudnia 2021 r. Dostępny w: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowa-przyszlosc-ramy-strategiczne-rozwoju-systemu-ochrony-zdrowia-na-lata-2021-2027-z-perspektywa-do-2030> [dostęp: 30.05.2025].
- Ministerstwo Zdrowia (2022). *Mapa potrzeb zdrowotnych*. Warszawa. Dostępny w: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/opieka-dlugoterminowa/> [dostęp: 31.03.2025].
- Ministerstwo Zdrowia (2024). *Biuletyn statystyczny Ministra Zdrowia 2024*. Centrum e-Zdrowia, Warszawa. Dostępny w: <https://ezdrowie.gov.pl/porta/home/badania-i-dane/biuletyn-statystyczny> [dostęp: 25.05.2025].
- Najwyższa Izba Kontroli, Delegatura w Kielcach (2023). *Funkcjonowanie medycznej opieki geriatrycznej*. Kielce.
- Nocuń K. (2024). *Centra zdrowia dla seniorów. Powiaty są w kropce*, prawo.pl. 27.02. Dostępny w: <https://www.prawo.pl/zdrowie/zamiar-utworzenia-centrum-geriatrycznego-75-a-brak-rozporzadzen-wykonawczych,525648.html> [dostęp: 30.05.2025].
- ONZ (2024). *The 2024 Revision of World Population Prospects*. Dostępny w: <https://population.un.org/wpp/> [dostęp: 05.04.2025].
- OECD (2023). *Health at a Glance 2023*. Paris.
- Raport emeis Polska (2024). *Ośrodki opieki długoterminowej w świadomości Polaków – opinie i wyzwania*. Dostępny w: <https://polityka-senioralna.pl/raport-emeis-polska-jak-polacy-postrzegaja-opieke-dlugoterminowa/> [dostęp: 01.05.2025].
- Szukalski P. (2021). *Podwójne starzenie się ludności – od kiedy zaczyna się późna starość?* [w:] B. Urbaniak, M. Chałas, P. Szukalski, R. Zimny, R. Błaszczak, M. Zadworna, *Trwałość i zmienność procesów starzenia się i starości*. Wyd. UŁ, Łódź.
- Szweda-Lewandowska Z. (2017). *Opieka nad osobami starszymi. Wspierający i wspierani*. Łódź.
- Walczak K. (2024). *Czego potrzebuje współczesny senior?* Dostępny w: <https://www.pomoce dla seniora.pl/blog/nowoczesny-senior/czego-potrzebuje-wspolczesny-senior/#:~:text=Adaptacja%20mieszkania%2C%20np.,mog%C4%85%20im%20w%20tym%20pom%C3%B3c> [dostęp: 08.04.2025].
- WHO (2022). *Long term care*. Dostępny w: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/353912/WHO-EURO-2022-5330-45095-64318-eng.pdf> [dostęp: 01.06.2025].

Akty prawne

- Ustawa (1994). Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 1994 nr 111 poz. 535).
- Ustawa (1996). Ustawa z dnia 14 czerwca 1996 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz Ustawy o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu (Dz.U. 1996 Nr 100 poz. 459).

- Ustawa (1997). Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2024 poz. 44).
- Ustawa (2004). Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. 2004 Nr 64 poz. 593).
- Ustawa (2011). Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz.U. 2025 poz. 49).
- Ustawa (2011a). Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654).
- Ustawa (2015). Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz.U. 2015 Nr 1705).
- Ustawa (2018). Ustawa z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz.U. 2018 poz. 2192).
- Ustawa (2023). Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o szczególnej opiece geriatrycznej (Dz.U. 2024 poz. 1666).
- Rozporządzenie (2005). Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz.U. 2005 Nr 189 poz. 1598).
- Rozporządzenie (2010). Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy (Dz.U. 2020 poz. 249).
- Rozporządzenie (2012a). Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz.U. 2022 poz. 1755).
- Rozporządzenie (2012b). Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz.U. 2025 poz. 51).
- Rozporządzenie (2013a). Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U. 2022 poz. 262).
- Rozporządzenie (2013b). Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. 2024 poz. 253).
- Rozporządzenie (2018). Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 maja 2018 r. w sprawie wynagradzania pracowników samorządowych (Dz.U. 2018 poz. 936).
- Rozporządzenie (2023). Rozporządzenie Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 30 października 2023 r. w sprawie mieszkań treningowych i wspomaganych (Dz.U. 2023 poz. 2354).
- Rozporządzenie (2024). Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 lipca 2024 r. w sprawie rodzinnych domów pomocy (Dz.U. 2024 poz. 1129).
- Rada Ministrów (2020). Uchwała nr 191 Rady Ministrów z dnia 21 grudnia 2020 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego „Senior+” na lata 2021–2025 (Monitor Polski, 2021 poz. 10).
- Rada Ministrów (2022). *Program inwestycyjny modernizacji podmiotów leczniczych*, Warszawa 2022.