



Minister Zdrowia

RZS.050.8.2026.MK
Warszawa, 20 sierpnia 2026

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

w nawiązaniu do Interpelacji nr 18495 *w sprawie zasad finansowania zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz odpłatności za pobyt pacjentów w ZPO*, wniesionej przez Posła Adama Dziedzica, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

Ad 1. Czy Ministerstwo Zdrowia prowadzi prace nad zmianą modelu finansowania zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych w taki sposób, aby wycena osobodnia odpowiadała rzeczywistym kosztom udzielanych świadczeń?

Wycena świadczeń opieki zdrowotnej należy do zadań Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, zwanej dalej „AOTMiT”.

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze udzielane w warunkach stacjonarnych w zakładach opiekuńczo-leczniczych i zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, zwanych dalej odpowiednio „ZOL” i „ZPO”, zostały objęte procesem taryfikacji zakończonym publikacją obwieszczenia Prezesa AOTMiT z dnia 27 września 2019 r. Obwieszczenie przewidywało stopniowy wzrost taryf dla świadczeń stacjonarnych do poziomu docelowego, osiągniętego w 2022 r.

Należy również wskazać, że AOTMiT corocznie przedstawia rekomendacje dotyczące wzrostu poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Zatwierdzony w 2026 r. wariant pierwszy rekomendacji nr 84/2026 Prezesa AOTMiT z dnia 9 czerwca 2026 r. w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej uwzględnia zarówno skutki realizacji przepisów dotyczących najniższych wynagrodzeń, jak i komponent inflacyjny. Realizacja tego wariantu wiąże się ze wzrostem wydatków płatnika o 9,25 mld zł w okresie 12 miesięcy od dnia wejścia w życie rekomendacji.

Ad 2. Czy planowane jest opracowanie odrębnej wyceny procedur wykonywanych u pacjentów wymagających szczególnie kosztownego leczenia, w tym pacjentów wentylowanych mechanicznie, żywionych dojelitowo lub wymagających wysokospecjalistycznej opieki?

Świadczenia gwarantowane udzielane w ZOL i ZPO są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „NFZ”, na podstawie zawartych umów. Finansowanie tych świadczeń odbywa się w formie zapłaty za każdy dzień opieki, tj. osobodzień, zgodnie z taryfą ustaloną przez AOTMiT oraz ceną jednostki rozliczeniowej określonej w umowie.

Należy podkreślić, że wycena osobodnia jest zróżnicowana w zależności od stanu i potrzeb pacjenta. Taryfa osobodnia pobytu w ZOL albo ZPO wynosi:

1. 4,29 pkt dla pacjenta, który uzyskał od 0 do 40 pkt w skali Barthel;

2. 6,14 pkt dla pacjenta, który uzyskał 0 pkt w skali Barthel oraz nie więcej niż 8 pkt w skali Glasgow;
3. 11,21 pkt dla pacjenta wentylowanego mechanicznie.

Ponadto do wyceny każdego osobodnia może zostać doliczony koszt żywienia dojelitowego albo pozajelitowego, w wysokości odpowiednio 3 pkt albo 6 pkt, jeżeli pacjent nie może być żywiony drogą doustną i został zakwalifikowany do takiej formy żywienia. Obecnie średnia cena jednostki rozliczeniowej wynosi około 74 zł.

Ad 3. Czy Ministerstwo rozważa zmianę przepisów dotyczących odpłatności za pobyt w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych przez wprowadzenie mechanizmu uwzględniającego rzeczywiste koszty zakwaterowania, wyżywienia oraz mediów?

Zgodnie z obowiązującymi przepisami świadczeniobiorca ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania, przy czym miesięczna opłata nie może przekroczyć 70% jego miesięcznego dochodu. Wprowadzenie odpłatności opartej bezpośrednio na rzeczywistych kosztach ponoszonych przez poszczególne zakłady mogłoby prowadzić do zróżnicowania obciążeń pacjentów oraz do powstania opłat przekraczających ich możliwości finansowe.

Należy zauważyć, iż obowiązujący mechanizm odpłatności ma charakter nie tylko finansowy, lecz również ochronny. Jego celem jest zapewnienie, aby wysokość opłaty ponoszonej przez pacjenta pozostawała dostosowana do jego sytuacji dochodowej.

Kwestia adekwatności finansowania opieki długoterminowej może być natomiast analizowana w szerszym ujęciu, z uwzględnieniem finansowania świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia, sytuacji podmiotów leczniczych oraz konieczności zachowania dostępności świadczeń dla osób wymagających całodobowej opieki.

Ad 4. Czy planowane jest zagwarantowanie pełnego finansowania świadczeń ponadlimitowych realizowanych przez zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, jeżeli ich udzielenie wynikało z konieczności zapewnienia ciągłości leczenia pacjentów?

Rozliczanie świadczeń opieki zdrowotnej należy do zakresu właściwości NFZ i odbywa się zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.).

Zgodnie z art. 132 ust. 6 tej ustawy świadczenia opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcom w okresie obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ponad kwotę zobowiązania określoną w tej umowie nie stanowią zobowiązania Funduszu wynikającego z umowy.

Jednocześnie, stosownie do art. 132c ustawy, Fundusz może, na wniosek świadczeniodawcy, wypłacić wynagrodzenie za świadczenia udzielone świadczeniobiorcom w okresie obowiązywania umowy ponad kwotę zobowiązania określoną w tej umowie.

Ad 5. Z jakich powodów zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze zostały w znacznym stopniu wyłączone z możliwości ubiegania się o środki w ramach Krajowego Planu Odbudowy oraz innych programów inwestycyjnych?

Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze nie zostały całkowicie wyłączone z możliwości korzystania ze środków przeznaczonych na rozwój opieki długoterminowej w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności, zwanego dalej „KPO”. Przyjęty model wsparcia został dostosowany do założeń reformy polegającej na rozwoju opieki długoterminowej i geriatrycznej przez przekształcanie części zasobów szpitali powiatowych, realizowanej między innymi w ramach kamieni milowych D1L i D2L. Kamienie te koncentrowały się na rozwoju opieki długoterminowej i geriatrycznej przez zmiany organizacyjne i infrastrukturalne realizowane w szpitalach powiatowych.

W związku z tym wsparcie w ramach Inwestycji D4.1.1 „Rozwój opieki długoterminowej poprzez modernizację infrastruktury podmiotów leczniczych na poziomie powiatowym” zostało skierowane do szpitali powiatowych. Zgodnie z § 5 ust. 1 Regulaminu naboru

wnioskodawcą mógł być wyłącznie podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, zakwalifikowany do I albo II poziomu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Celem Inwestycji D4.1.1 było wsparcie procesu transformacji infrastruktury szpitalnej. Zgodnie z § 6 ust. 4 Regulaminu naboru celem Inwestycji była „modernizacja infrastruktury szpitali powiatowych poprzez wykonanie prac budowlanych lub remontowych oraz zakup sprzętu dla szpitali powiatowych w ramach procesów przekształcenia łóżek szpitali powiatowych celem utworzenia miejsc opieki długoterminowej lub geriatrycznej”. Mechanizm finansowania został zatem skonstruowany przede wszystkim jako instrument wspierający rozwój opieki długoterminowej przez przekształcenia organizacyjne i infrastrukturalne w szpitalach powiatowych.

Należy jednak podkreślić, że infrastruktura zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych nie została wyłączona z zakresu rzeczowego Inwestycji. Zgodnie z § 8 ust. 2 lit. a Regulaminu naboru wydatki kwalifikowalne mogły dotyczyć infrastruktury przeznaczonej między innymi dla zakładów lub oddziałów pielęgnacyjno-opiekuńczych, oznaczonych kodem resortowym 5160, oraz zakładów lub oddziałów opiekuńczo-leczniczych, oznaczonych kodem resortowym 5170.

Wsparcie mogło być zatem przeznaczone na rzecz tych jednostek, pod warunkiem że funkcjonowały one w strukturze podmiotu uprawnionego do udziału w naborze, tj. szpitala powiatowego, oraz spełniały pozostałe wymagania określone w dokumentacji naborowej.

Ad 6. Czy Ministerstwo planuje uruchomienie programów wsparcia inwestycyjnego przeznaczonych dla zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych?

Ministerstwo Zdrowia monitoruje potrzeby podmiotów realizujących świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, w tym zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych.

Ewentualne uruchomienie dedykowanych instrumentów wsparcia będzie uzależnione od dostępności środków finansowych, kierunków polityki zdrowotnej państwa oraz możliwości wykorzystania środków krajowych i europejskich w ramach kolejnych programów finansowania.

W odniesieniu do możliwości udzielenia wsparcia inwestycyjnego należy wskazać, że w ramach Funduszu Medycznego, ze środków subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych, planuje się finansowanie działań między innymi w obszarze rozwoju infrastruktury służącej udzielaniu świadczeń opiekuńczo-leczniczych.

W uchwale nr 93 Rady Ministrów z dnia 12 marca 2026 r. zmieniającej uchwałę w sprawie ustanowienia programu inwestycyjnego pod nazwą „Program inwestycyjny modernizacji podmiotów leczniczych” wskazano, że rozpoczęcie wydatkowania środków w tym zakresie zaplanowano od 2027 r., zgodnie z indykatywnym harmonogramem wydatków w poszczególnych latach realizacji programu.

Nabory w ramach Funduszu Medycznego będą ogłaszane sukcesywnie, a terminy ich uruchomienia będą uzależnione od potrzeb identyfikowanych na bieżąco w sektorze ochrony zdrowia.

Szczegółowy zakres poszczególnych naborów, wymagania stawiane wnioskodawcom oraz dokumenty niezbędne do ubiegania się o dofinansowanie, w tym kryteria oceny wniosków, zostaną określone w dokumentacji konkursowej.

Informacje dotyczące planowanych naborów będą na bieżąco publikowane na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia, w zakładce „Fundusz Medyczny”:

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/fundusz-medyczny>.

Ad 7. W jaki sposób Ministerstwo zamierza pogodzić realizację procesu deinstytucjonalizacji z koniecznością utrzymania odpowiedniej liczby miejsc całodobowej

opieki długoterminowej wobec prognozowanego wzrostu liczby osób starszych i niesamodzielnych?

W celu identyfikowania priorytetowych potrzeb zdrowotnych i wyzwań związanych z organizacją systemu opieki zdrowotnej, a także zapewnienia zrównoważonego i skoordynowanego wydatkowania środków publicznych, Minister Zdrowia opracowuje, ustala i aktualizuje mapę potrzeb zdrowotnych.

Mapa potrzeb zdrowotnych obejmuje analizy demograficzne i epidemiologiczne, analizy stanu oraz wykorzystania zasobów systemu opieki zdrowotnej, a także identyfikację wyzwań tego systemu i rekomendowanych kierunków działań na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz w poszczególnych województwach. Wyniki analiz są publikowane na stronie internetowej Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych: <https://basiw.mz.gov.pl/>.

Zgodnie z Mapą potrzeb zdrowotnych na okres od dnia 1 stycznia 2027 r. do dnia 31 grudnia 2031 r., stanowiącą załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 42), do rekomendowanych kierunków działań w obszarze opieki długoterminowej należą w szczególności:

1. wyrównywanie różnic w dostępie do opieki długoterminowej w województwach, w których liczba osób objętych opieką w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców jest niższa od średniej krajowej, ze szczególnym uwzględnieniem osób powyżej 65. roku życia;
2. zapewnienie w poszczególnych województwach dostępu do domowej i stacjonarnej opieki długoterminowej, adekwatnego do potrzeb ludności powyżej 65. roku życia;
3. zmniejszenie liczby tzw. białych plam, tj. powiatów, w których nie są udzielane świadczenia opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych.

Realizacji kierunków rekomendowanych w mapie potrzeb zdrowotnych służą plany transformacji. Określają one konkretne działania i interwencje zmierzające do wdrożenia rekomendowanych kierunków działań.

Za ustalenie i realizację krajowego planu transformacji odpowiada Minister Zdrowia, natomiast za ustalenie i realizację wojewódzkich planów transformacji odpowiadają wojewodowie. W zakresie finansowania i organizowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych rekomendacje wynikające z mapy potrzeb zdrowotnych są wdrażane przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ w ramach sporządzanych przez nich planów zakupu świadczeń.

Przy opracowywaniu tych planów dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ są obowiązani uwzględniać dostępność świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze danego województwa, wysokość planowanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, a także krajowy plan transformacji i właściwy wojewódzki plan transformacji.

Należy podkreślić, iż Ministerstwo Zdrowia traktuje deinstytucjonalizację jako proces rozwoju zróżnicowanych, wzajemnie uzupełniających się form opieki, a nie jako rezygnację ze świadczeń całodobowych. Celem tego procesu jest umożliwienie osobom starszym i niesamodzielnym jak najdłuższego funkcjonowania w środowisku lokalnym, przy zapewnieniu dostępu do opieki domowej, dziennej i środowiskowej oraz wsparcia ich opiekunów.

Jednocześnie Ministerstwo dostrzega, że część pacjentów, ze względu na stopień niesamodzielności, stan kliniczny, brak możliwości zapewnienia bezpiecznej opieki w miejscu zamieszkania albo niewystarczające wsparcie rodziny, nadal będzie wymagała całodobowej opieki w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych. Dlatego rozwój opieki środowiskowej nie powinien prowadzić do automatycznego ograniczania liczby miejsc stacjonarnych.

Pogodzenie obu kierunków wymaga budowy komplementarnego systemu opieki długoterminowej. Oznacza to z jednej strony rozwijanie pielęgnarskiej opieki długoterminowej domowej, form dziennych, rehabilitacji, opieki wytchnieniowej, wsparcia opiekunów nieformalnych oraz koordynacji świadczeń zdrowotnych i społecznych, a z drugiej strony utrzymanie i odpowiednie dostosowywanie potencjału opieki całodobowej do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych i demograficznych poszczególnych regionów.

Planowanie liczby i rozmieszczenia miejsc całodobowej opieki długoterminowej powinno opierać się na analizach demograficznych, epidemiologicznych i danych dotyczących dostępności świadczeń, z uwzględnieniem regionalnego zróżnicowania potrzeb. Rozwój opieki domowej i środowiskowej powinien w pierwszej kolejności ograniczać przypadki kierowania do placówek osób, którym można zapewnić bezpieczną i adekwatną opiekę w miejscu zamieszkania. Pozwoli to zachować miejsca stacjonarne dla pacjentów wymagających stałego, całodobowego nadzoru i pielęgnacji.

Tak rozumiana deinstytucjonalizacja nie stoi zatem w sprzeczności z utrzymaniem odpowiedniej liczby miejsc całodobowych. Oba elementy powinny być rozwijane równolegle, odpowiednio do zmieniających się potrzeb ludności, z zachowaniem ciągłości opieki, bezpieczeństwa pacjentów oraz swobody wyboru formy wsparcia adekwatnej do ich stanu zdrowia i sytuacji życiowej.

Ad 8. Czy Ministerstwo dysponuje analizami dotyczącymi rzeczywistych kosztów funkcjonowania zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz prognozami zapotrzebowania na miejsca w opiece długoterminowej do 2035 r. i 2050 r.? Jeżeli tak, proszę o ich przedstawienie.

Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od dnia 1 stycznia 2027 r. do dnia 31 grudnia 2031 r., będąca głównym dokumentem planistycznym służącym identyfikowaniu priorytetowych potrzeb zdrowotnych w Polsce, wskazuje na konieczność zwiększania liczby miejsc całodobowej opieki długoterminowej, rozwoju opieki środowiskowej i domowej oraz wzmacniania zasobów kadrowych, w szczególności liczby pielęgniarek i opiekunów medycznych.

Potrzeby te wynikają przede wszystkim z postępującego procesu starzenia się społeczeństwa. Zgodnie z danymi i prognozami Głównego Urzędu Statystycznego osoby w wieku 65 lat i więcej stanowią obecnie 21,3% ludności kraju. Przewiduje się, że w 2035 r. ich udział wyniesie 23%, a w 2050 r. osiągnie poziom 29,7%.

Jednocześnie osoby w wieku 80 lat i więcej, stanowiące obecnie 4,5% ludności Polski, będą stanowiły odpowiednio 7,4% populacji w 2035 r. oraz 8,9% populacji w 2050 r. Prognozowany jest ponadto spadek ogólnej liczby ludności oraz systematyczny wzrost liczby osób należących do najstarszych grup wieku, które są głównymi odbiorcami świadczeń opieki długoterminowej.

Przewiduje się również wzrost liczby osób z wielochorobowością, niesamodzielnością i ograniczeniami funkcjonalnymi, wymagających stałego wsparcia pielęgnacyjnego i opiekuńczego. W perspektywie kolejnych lat należy zatem oczekiwać istotnego zwiększenia zapotrzebowania zarówno na stacjonarne miejsca opieki długoterminowej, w tym miejsca w ZOL i ZPO, jak i na świadczenia udzielane w warunkach domowych.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Katarzyna Kęcka
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/