

UZASADNIENIE

Potrzeba i cel wydania aktu

Opieka długoterminowa w Rzeczypospolitej Polskiej, choć funkcjonuje w ramach dwóch głównych filarów – ochrony zdrowia i pomocy społecznej – często pozostaje rozproszona i trudna do zrozumienia. Dostęp do niej odbywa się w sposób nierównomierny na poziomie lokalnym. W odpowiedzi na rosnące potrzeby starzejącego się społeczeństwa, wzrost liczby osób z niepełnosprawnością oraz potrzebę odciążenia nieformalnych opiekunów, jest niezbędne stworzenie ram prawnych, które umożliwią skoordynowanie działań w tym obszarze.

Jak wskazano w Raporcie „Sytuacja demograficzna Polski” (Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2025), liczba osób w wieku 80+ zwiększy się z 1,6 mln w 2023 r. do 3,6 mln w 2060 r., a ich odsetek z 4,3% do aż 11,6%. Szczególnie szybkie tempo wzrostu będzie w czwartej dekadzie tego stulecia, kiedy udział tej subpopulacji w całej populacji ulegnie zwiększeniu 3 punkty procentowe. Przed tą dekadą należy dokonać niezbędnych reform systemu opieki długoterminowej (s. 57, s. 78). Prognozuje się istotny wzrost potrzeb na usługi związane z opieką zdrowotną i długoterminową (jw. s. 54, 78).

Projektowana ustawa o opiece długoterminowej stanowi realizację kamienia milowego A70G w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO), który zakłada stworzenie skoordynowanego, spójnego systemu opieki długoterminowej, integrującego działania z zakresu ochrony zdrowia i pomocy społecznej. W szczególności ustawa powinna odnosić się do następujących elementów, wskazanych w decyzji wykonawczej Rady Unii Europejskiej:

- 1) zdefiniowanie „opieki długoterminowej” w spójny sposób w całości systemu opiekuńczego kraju (tzn. zarówno w systemie opieki zdrowotnej, jak i pomocy społecznej);
- 2) zdefiniowanie pojęcia „opiekuna nieformalnego” oraz „opieki nieformalnej”;
- 3) wskazanie organów odpowiedzialnych za koordynację systemu opieki długoterminowej, ogół działań w zakresie monitorowania i ewaluacji jakości oraz działalność informacyjną.

Celem ustawy jest zapewnienie przejrzystości, dostępności i jakości opieki nad osobami wymagającymi długoterminowego wsparcia oraz wprowadzenie funkcji koordynacyjnej bez naruszania obecnego podziału kompetencji.

Analiza sytuacji w obszarze opieki długoterminowej w kraju została także przedstawiona w raporcie „Przegląd strategiczny opieki długoterminowej w Polsce”¹, opracowanym przez Bank Światowy w ramach realizacji kamienia milowego A69G KPO. Raport opisuje system opieki długoterminowej w obecnym kształcie, identyfikuje kluczowe wyzwania systemowe w obszarze opieki długoterminowej oraz zawiera rekomendacje na przyszłość. Raport identyfikuje szereg wyzwań, w stosunku do których powinny zostać podjęte działania,

¹ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/przegląd-strategiczny-opieki-długoterminowej-w-polsce-opracowany-przez-bank-swiatowy>.

by poprawić obecną sytuację. Projekt ustawy odnosi się do następujących wyzwań wskazanych w przeglądzie:

- 1) zarządzanie:
 - a) brak efektywnej koordynacji międzysektorowej – wspólnych ram zarządzania opieką długoterminową w Polsce w kontekście jej realizowania w ramach dwóch systemów: ochrony zdrowia i pomocy społecznej,
 - b) brak jednolitej definicji opieki długoterminowej obowiązującej w sektorze ochrony zdrowia i pomocy społecznej,
 - c) brak jednolitego kompleksowego systemu informacji o usługach opieki długoterminowej;
- 2) jakość: niewystarczająca kontrola jakości usług opieki długoterminowej z powodu niskiej dostępności mierników jakości, a także braku wspólnej definicji jakości.

W raporcie przedstawiono trzy główne etapy reformy: budowy fundamentów, rozwoju, konsolidacji i wdrażania. Projekt ustawy przyczyni się do realizacji części rekomendacji wskazanych w raporcie wpisując się w pierwszy etap reformy.

W polskim porządku prawnym opieka długoterminowa nie istnieje jako katalog jednoznacznie wskazanych usług i świadczeń. Pojęcie opieki długoterminowej w ogóle nie jest używane w ujęciu prawnym do usług i świadczeń z zakresu pomocy społecznej. Natomiast w przepisach odnoszących się do systemu ochrony zdrowia pojęcie to funkcjonuje w zakresie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Dwusektorowy konglomerat różnych rodzajów wsparcia jest nieczytelny i niejasny dla jego odbiorcy, co znacząco wydłuża czas uzyskiwania pomocy przez osoby wymagające wsparcia w codziennym funkcjonowaniu i ich bliskich, rodząc niepewność.

Wymogiem pierwszych etapów reformy opieki długoterminowej realizowanych w kamieniu milowym A70G jest nie tylko ponadsektorowe zdefiniowanie opieki długoterminowej i wskazanie oferty tego systemu, ale przede wszystkim wprowadzenie mechanizmów koordynacyjnych.

Dodatkowo powinien zostać zaprojektowany zintegrowany system monitorowania i ewaluacji jakości, gromadzenia danych i wykorzystywania tych danych dla całego systemu opieki długoterminowej.

Wprowadzenie takich przepisów w ustawach sektorowych nie jest uzasadnione. Regulacje są rozproszone w licznych aktach prawnych. Tylko dodatkowy akt prawny rangi ustawowej zapewnia, że zarówno pierwszy, jak i kolejne etapy reformy będą kształtowały przepisy i rozwiązania traktujące cały system opieki długoterminowej jako spójną i skoordynowaną ofertę wsparcia, a przepisy odnoszące się do informowania, monitorowania i oceny jakości usług i świadczeń będą wprowadzane równocześnie dla całego systemu. Należy wskazać, że silosowość opieki długoterminowej jest postrzegana jako główna przeszkoda w działaniach informacyjnych i koordynacyjnych. Brak jednej ustawy odnoszącej się do tego obszaru znacząco utrudniłby, a wręcz mógł zahamować, proces realizowanej reformy w postulowanym kierunku.

Mimo, że opracowanie projektowanych rozwiązań w zakresie opieki długoterminowej wynika wprost z realizacji kamienia milowego A69G KPO, tematyka projektowanej ustawy częściowo wpisuje się również w zalecenie Rady z dnia 8 grudnia 2022 r. w sprawie dostępu do przystępnej cenowo i dobrej jakościowo opieki długoterminowej (2022/C 476/01) (Dz. Urz. UE C 476/1–11, 15.12.2022), zwanych dalej „zaleceniem Rady UE z 8 grudnia 2022 r.”. Rada wskazuje w nim m.in. kierunki działań, takie jak zapewnienie dostępności i jakości opieki, integracja usług zdrowotnych i społecznych, wsparcie opiekunów oraz stworzenie mechanizmów monitorowania i koordynacji. Oba dokumenty kładą nacisk na przejrzystość, dostępność i jakość usług, eliminację silosowości oraz stworzenie zintegrowanego systemu informacji. Zalecenie Rady jest punktem odniesienia na poziomie UE, natomiast projekt ustawy odpowiada na wyzwania w krajowym kontekście, wpisując się w pierwszy etap reformy wskazany w raporcie Banku Światowego.

Do świadczeń związanych z długotrwałą opieką stosuje się również przepisy prawa Unii Europejskiej, w szczególności rozporządzenia (WE) nr 883/2004² oraz nr 987/2009³ dotyczące koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Regulacje te określają zasady ustalania prawa do świadczeń dla osób znajdujących się w sytuacji transgranicznej, zwłaszcza w przypadku zbiegu uprawnień w dwóch lub większej liczbie państw. Przepisy te obowiązują na obszarze UE, EOG, Szwajcarii oraz w Zjednoczonym Królestwie (gdzie dodatkowo stosuje się postanowienia Umowy o handlu i współpracy między UE a UK). Zakres przedmiotowy rozporządzeń obejmuje świadczenia pieniężne i rzeczowe, natomiast pomoc społeczna jest wyłączona z unijnej koordynacji, co oznacza, że przepisy te nie mają zastosowania do świadczeń o charakterze pomocy społecznej.

Projektowana ustawa nie narusza zasad przyznawania uprawnień do świadczeń objętych regulacjami UE oraz umowami bilateralnymi. Pomimo, że termin stosowany w projektowanej ustawie koordynacja opieki długoterminowej, zdefiniowanej jako system, może budzić skojarzenia z utrwalonym pojęciem „koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego”, funkcjonującym w prawie Unii Europejskiej, celem projektowanej ustawy nie jest koordynacja świadczeń z tytułu długotrwałej opieki w rozumieniu regulacji UE.

Sposób realizacji kamienia milowego A70 G dla reformy A4.6 pn. „Wzrost współczynnika aktywności zawodowej określonych grup poprzez rozwój opieki długoterminowej” w ramach KPO

Wejście w życie przepisów ustawy o opiece długoterminowej jest realizacją części kamienia milowego A70G dla reformy pn. A4.6 „Wzrost współczynnika aktywności zawodowej określonych grup poprzez rozwój opieki długoterminowej” KPO.

Ustawa o opiece długoterminowej realizuje następujące wybrane elementy tego kamienia milowego, które opisane zostały w Załączniku do Decyzji Wykonawczej Rady zmieniającej

² Rozporządzenie parlamentu europejskiego i rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Tekst mający znaczenie dla EOG i dla Szwajcarii).

³ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczące wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Tekst mający znaczenie dla EOG i dla Szwajcarii).

Decyzję Wykonawczą z dnia 17 czerwca 2022 r. w sprawie zatwierdzenia oceny planu odbudowy i zwiększania odporności Polski z dnia 27 maja 2025 r.⁴:

Wejście w życie aktów prawnych (ustaw lub rozporządzeń) zmieniających odpowiednie ustawy, które to przepisy zapewnią realizację priorytetów w zakresie reform określonych w strategicznym przeglądzie opieki długoterminowej w Polsce. W szczególności:

- zdefiniowanie „opieki długoterminowej” w spójny sposób w całości systemu opiekuńczego kraju (tzn. zarówno w systemie ochrony zdrowia, jak i pomocy społecznej);
- zdefiniowanie pojęcia „opiekuna nieformalnego” oraz „opieki nieformalnej”
- wskazanie organów odpowiedzialnych za koordynację systemu opieki długoterminowej, ogół działań w zakresie monitorowania i ewaluacji jakości oraz działalność informacyjną.

Wyżej wymienione zapisy decyzji wykonawczej Rady znalazły swoje odzwierciedlenie w następujących projektowanych przepisach:

- 1) w zakresie tiret 1:
 - art. 2 pkt 2 – wprowadzenie do ustawy definicji opieki długoterminowej,
 - art. 4 – wskazanie, że usługi i świadczenia opieki długoterminowej są realizowane w sposób kompleksowy i skoordynowany,
 - art. 3 – określenie katalogu usług i świadczeń wchodzących w skład opieki długoterminowej z uwzględnieniem m.in. obszaru ochrony zdrowia, pomocy społecznej, wybranych form wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami;
- 2) w zakresie tiret 2:
 - art. 2 pkt 3 – wprowadzenie do ustawy definicji opieki nieformalnej,
 - art. 2 pkt 4 – wprowadzenie do ustawy definicji opiekuna nieformalnego,
- 3) w zakresie tiret 3:
 - art. 6 – wskazanie organów odpowiedzialnych za prowadzenie działań informacyjnych i edukacyjnych dotyczących opieki długoterminowej mających na celu wsparcie opiekunów nieformalnych oraz sposobów tego wsparcia,
 - art. 8 – wskazanie poziomu administracji rządowej na którym odbywać się będzie koordynacja zadań związanych z opieką długoterminową oraz wprowadzenie funkcji koordynatora do spraw opieki długoterminowej,
 - art. 10 – wskazanie zadań koordynatorów do spraw opieki długoterminowej,
 - art. 11 – wskazanie obowiązków informacyjnych koordynatorów do spraw opieki długoterminowej,
 - art. 20 – wskazanie organów administracji rządowej odpowiedzialnych za zapewnienie spójnego funkcjonowania opieki długoterminowej i jednolitych standardów jej jakości,

⁴ 20 listopada 2025 r. opublikowana została propozycja zmiany Decyzji Wykonawczej Rady zmieniającej Decyzję Wykonawczą z dnia 17 czerwca 2022 r. w sprawie zatwierdzenia oceny planu odbudowy i zwiększania odporności Polski, w której dokonano wykreślenia wyjaśnienia zawartego w nawiasie w tiret 1. Projekt decyzji oczekuje na zatwierdzenie przez Radę Unii Europejskiej.

- art. 21 – wskazanie organów odpowiedzialnych za monitorowanie realizacji opieki długoterminowej,
- art. 22–24 – wskazanie zasad na jakich odbywać się będzie monitorowanie realizacji opieki długoterminowej oraz sposobów wykorzystania tych informacji (sprawozdanie),
- art. 31 – wprowadzenie do corocznie opracowywanej „Informacji o osobach starszych” obowiązkowego obszaru dotyczącego dostępności usług i świadczeń opieki długoterminowej,
- art. 37 – zobowiązanie dla organu właściwego do spraw polityki senioralnej w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego oraz ministrem właściwym do spraw zdrowia do opracowania założeń systemu zapewniania jakości usług i świadczeń opieki długoterminowej.

Stan rzeczywisty stan w dziedzinie, która ma być unormowana

Pomimo istnienia wielu świadczeń i usług adresowanych do osób potrzebujących opieki, system jest rozproszony, trudny do nawigowania i zróżnicowany terytorialnie. Występuje brak:

- 1) wspólnej definicji opieki długoterminowej;
- 2) mechanizmów koordynacji między systemami;
- 3) mechanizmów informowania o dostępnych usługach i świadczeniach opieki długoterminowej;
- 4) rozpoznania i wsparcia opiekunów nieformalnych;
- 5) spójnego systemu monitorowania jakości usług.

W raporcie opracowanym przez Bank Światowy w ramach realizacji kamienia milowego A69G KPO wskazano, że Polska znajduje się w fazie intensywnego starzenia się społeczeństwa – osoby powyżej 65. roku życia stanowią już 19,5% populacji, a do 2060 r. ich udział wzrośnie do 32,6%. Jednocześnie występuje skracanie okresu życia w zdrowiu, szczególnie wśród kobiet, co generuje rosnące zapotrzebowanie na długoterminowe wsparcie zdrowotne i społeczne. Opieka formalna obejmuje zaledwie 20% potrzebujących, podczas gdy 80% opieki realizowana jest nieformalnie przez rodziny. Wydatki publiczne na opiekę długoterminową wynoszą 0,8% PKB.

Różnice między dotychczasowym a projektowanym stanem prawnym (przewidywane skutki prawne wejścia aktu w życie)

Dotychczasowy stan prawny w obszarze opieki długoterminowej jest rozproszony i niespójny, co skutkuje trudnościami w dostępie do świadczeń oraz brakiem przejrzystości systemu. Regulacje odnoszą się do różnych form wsparcia w ramach dwóch odrębnych sektorów – ochrony zdrowia i pomocy społecznej – bez stworzenia jednolitego mechanizmu koordynacyjnego. Brak wspólnej definicji opieki długoterminowej, zintegrowanego systemu informacji oraz rozwiązań dotyczących monitorowania jakości powodują, że osoby wymagające wsparcia oraz ich opiekunowie napotykają na bariery w uzyskaniu pomocy, a proces ten jest wydłużony i nierównomierny terytorialnie.

Projektowana ustawa wprowadza zasadniczą zmianę polegającą na poprawie koordynacji systemu opieki długoterminowej poprzez harmonizację definicji, ustanowienie wspólnych mechanizmów koordynacyjnych oraz stworzenie ram prawnych dla monitorowania i ewaluacji jakości usług i świadczeń dostępnych w ramach tej opieki. Nowe regulacje zapewnią większą przejrzystość usług tych świadczeń, co skróci czas uzyskania wsparcia i poprawi jego spójność i komplementarność. Włączenie opiekunów nieformalnych do systemu opieki długoterminowej oraz stworzenie podstaw dla polityki opartej na sprawnym przekazywaniu danych pomiędzy systemami ochrony zdrowia i pomocy społecznej przyczyni się do odciążenia opiekunów nieformalnych i zwiększenia efektywności wykorzystania środków publicznych poprzez eliminację dublowania świadczeń. Ustawa stanowi fundament dla dalszych etapów reformy opieki długoterminowej, w tym rozwoju usług i świadczeń środowiskowych, a także dla budowy zintegrowanego systemu informacyjnego i statystycznego dotyczącego tej opieki.

Projekt nie wprowadza w życie nowych świadczeń i usług opieki długoterminowej. Świadczenia i usługi opieki długoterminowej realizowane są obecnie na podstawie istniejących w prawie przepisów sektorowych, w głównej mierze w obszarze ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Przy czym jak wskazano wcześniej, ze względu na brak jasnego zdefiniowania, które z istniejących świadczeń i usług stanowią wsparcie w ramach opieki długoterminowej, jasne wskazanie świadczeń stanowiącego zamknięty katalog świadczeń opieki długoterminowej w ramach przedmiotowej ustawy jest zasadne.

Projekt nie zmienia zasad przyznawania usług i świadczeń określonych w ustawach sektorowych, lecz tworzy ramy prawne dla ich koordynacji, monitorowania i rozwoju w kierunku spójnego systemu opieki długoterminowej, odpowiadającego na potrzeby starzejącego się społeczeństwa i rosnącej liczby osób wymagających wsparcia.

Definicje

Wprowadzenie w art. 2 projektu ustawy trzech kluczowych definicji: opieki długoterminowej, opieki nieformalnej oraz opiekuna nieformalnego stanowi fundament projektowanej regulacji i jest niezbędne dla zbudowania zintegrowanego systemu wsparcia. Dotychczasowy brak tych definicji w polskim porządku prawnym prowadził do niejednołitości interpretacyjnej, utrudniał tworzenie skutecznych narzędzi zarządzania oraz uniemożliwiał efektywną koordynację działań pomiędzy systemami ochrony zdrowia i pomocy społecznej.

Funkcjonowanie definicji w obrocie prawnym umożliwi prowadzenie polityki opartej na danych, w tym monitorowanie jakości oraz planowanie usług i świadczeń, a także stworzy fundament dla dalszych etapów reformy opieki długoterminowej, w tym rozwoju instrumentów wsparcia dla opiekunów nieformalnych.

Definicje te wnoszą do systemu prawnego spójność, przejrzystość i funkcjonalność, co jest warunkiem skutecznej realizacji celu ustawy, jakim jest budowa skoordynowanego systemu opieki długoterminowej wysokiej jakości. Definicje koncentrują się na potrzebach osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu oraz na działaniach podejmowanych w celu ich zaspokojenia, a nie na instytucjonalnych ramach usług i świadczeń opieki długoterminowej. Takie podejście umożliwia jednolite rozumienie opieki długoterminowej

w całym systemie, przy jednoczesnym respektowaniu istniejącego porządku prawnego i organizacyjnego. Dzięki temu jest możliwe zachowanie dotychczasowych kompetencji organów i instytucji, przy jednoczesnym wprowadzeniu mechanizmów koordynacyjnych.

Opieka długoterminowa (art. 2 pkt 2 projektowanej ustawy)

Definicja opieki długoterminowej wprowadza kompleksowe ujęcie tego pojęcia, obejmujące zarówno świadczenia zdrowotne, jak również usługi i świadczenia społeczne dostosowane do indywidualnych potrzeb osoby wymagającej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Celem definicji jest:

- 1) zapewnienie jednolitego rozumienia zakresu usług i świadczeń opieki długoterminowej w obu sektorach;
- 2) wskazanie funkcji opieki długoterminowej jako narzędzia utrzymania lub poprawy sprawności i samodzielności oraz zwiększenia niezależności osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
- 3) podkreślenie zasady poszanowania godności oraz wsparcia opiekunów nieformalnych i osób bliskich osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

Opieka nieformalna i opiekun nieformalny (art. 2 pkt 3 i 4 projektu ustawy)

Definicja opieki nieformalnej ma na celu uznanie i formalne zdefiniowanie roli pomocy osobie wymagającej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu przez osoby bliskie, które dotychczas pozostawało poza zakresem regulacji prawnych. Wprowadzenie tej definicji wzmacnia przejrzystość systemu poprzez rozróżnienie opieki formalnej i nieformalnej.

Natomiast definicja opiekuna nieformalnego precyzuje krąg osób systematycznie sprawujących bez wynagrodzenia opiekę nad osobą wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, co jest istotne dla projektowania mechanizmów wsparcia finansowego, psychologicznego i edukacyjnego dla opiekunów nieformalnych, jak również dla prowadzenia statystyk i analiz w obszarze opieki długoterminowej w tym zakresie.

Katalog świadczeń i usług w ramach opieki długoterminowej

Przepis art. 3 projektu ustawy określa katalog usług i świadczeń wchodzących w skład opieki długoterminowej. Sama definicja opieki długoterminowej ma charakter ogólny i wskazuje na cele tej opieki. Aby zapewnić przejrzystość i praktyczną użyteczność tej definicji, konieczne jest wskazanie, jakie konkretne świadczenia i usługi tworzą system opieki długoterminowej.

Katalog pełni funkcję informacyjną i porządkującą. Integruje w jednym przepisie rozwiązania rozproszone w różnych aktach prawnych, m.in. takich jak ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1561 i 1537) i ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2025 r. poz. 1214 i 1302), zwana dalej „ustawą o opiece społecznej”. Przepis wzmacnia transparentność systemu, ułatwia planowanie i monitorowanie opieki długoterminowej oraz eliminuje silosowość, sprzyjając integracji usług zdrowotnych i społecznych.

Katalog obejmuje trzy obszary:

- 1) świadczenia opieki zdrowotnej obejmujące:
 - a) świadczenia opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze psychiatryczne w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień;
 - b) świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej udzielane w zakładach opiekuńczo-leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych, w formie pielęgniarstwa opieki domowej oraz przez zespoły opieki domowej dla osób wentylowanych mechanicznie;
- 2) usługi z ustawy o pomocy społecznej, które obejmują:
 - a) usługi opiekuńcze, w tym sąsiedzkie,
 - b) specjalistyczne usługi opiekuńcze, w tym dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
 - c) usługi świadczone w ośrodkach wsparcia,
 - d) usługi w rodzinnych domach pomocy i mieszkaniach wspomaganych,
 - e) usługi w domach pomocy społecznej,
 - f) usługi wsparcia krótkoterminowego,
 - g) usługi świadczone przez placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku;
- 3) instrumenty finansowe i dodatkowe formy wsparcia, które obejmują:
 - a) bon senioralny,
 - b) asystencję osobistą,
 - c) świadczenia pieniężne: dodatek pielęgnacyjny, świadczenie wspierające, świadczenie uzupełniające,
 - d) dofinansowanie sprzętu rehabilitacyjnego, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych.

Przepis art. 4 projektu ustawy wprowadza zasadę realizacji usług i świadczeń opieki długoterminowej w sposób kompleksowy i skoordynowany. Norma ta ma charakter ustrojowy i organizacyjny – określa standard funkcjonowania systemu, który ma zapewnić spójność działań różnych podmiotów oraz eliminację rozproszenia usług. Kompleksowość oznacza, że opieka długoterminowa obejmuje zarówno świadczenia zdrowotne, jak i usługi pomocy społecznej oraz dodatkowe formy wsparcia finansowego i rzeczowego, a ich realizacja powinna odpowiadać na zróżnicowane potrzeby osoby wymagającej wsparcia i jej opiekunów. Koordynacja natomiast wskazuje na konieczność współdziałania instytucji ochrony zdrowia, pomocy społecznej, jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych w celu zapewnienia ciągłości opieki i uniknięcia dublowania działań.

Zasada nieograniczania uprawnień (art. 5 projektowanej ustawy) chroni prawa wynikające z ustaw szczególnych, m.in. takich przepisy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz przepisy o pomocy społecznej. Wskazanie katalogu nie tworzy nowych uprawnień ani nie zmienia istniejących – pełni natomiast funkcję informacyjną. Norma ta chroni ciągłość i stabilność systemu. Podstawowym celem projektowanej ustawy jest koordynacja i przejrzystość systemu opieki długoterminowej, a nie jego modyfikacja.

Rola jednostek samorządu terytorialnego

Projektowana ustawa określa zadania obligatoryjne jednostek samorządu terytorialnego dotyczące opieki długoterminowej (art. 6 ust. 1 projektu ustawy), koncentrując się na dwóch obszarach: prowadzeniu działań informacyjnych i edukacyjnych kierowanych do opiekunów nieformalnych lub osób bliskich osób wymagających opieki długoterminowej. Celem uregulowań jest wzmocnienie roli samorządów jako podmiotów najbliższych mieszkańcom, które mogą skutecznie organizować lokalne formy wsparcia, odpowiadając na realne potrzeby. Natomiast, jako fakultatywne działania samorządu (art. 6 ust. 2 projektu ustawy) zostały określone możliwe działania wspierające dedykowane opiekunom nieformalnym, takie jak: organizowanie szkoleń, prowadzenie spotkań edukacyjnych lub integracyjnych, tworzenie grup wsparcia i zapewnianie konsultacji psychologicznych, zapewnianie czasowego zastępstwa opiekuna w sprawowaniu opieki (w formie i zakresie ustalonym przez jednostkę samorządu terytorialnego podczas organizowania tego zastępstwa) albo organizowanie spotkań ze specjalistami w zakresie opieki długoterminowej. Nie jest obowiązkowe zastosowanie wszystkich wymienionych form – jednostki samorządu terytorialnego mogą wybrać te, które są adekwatne do lokalnych potrzeb i możliwości. Katalog ma charakter otwarty, co pozwala na stosowanie także innych form wsparcia.

Celem regulacji jest zapewnienie kompleksowego wsparcia w szczególności dla opiekunów nieformalnych, którzy ponoszą znaczną odpowiedzialność i obciążenie psychofizyczne. Wprowadzenie obowiązku działań informacyjnych i edukacyjnych oraz możliwości organizowania różnorodnych form pomocy wpisuje się w kierunki wskazane w zaleceniu Rady UE z 8 grudnia 2022 r., dotyczące integracji usług i wspierania opiekunów. Przepis wzmacnia lokalny wymiar systemu opieki długoterminowej, poprawia dostępność informacji i usług oraz przyczynia się do podniesienia jakości opieki i dobrostanu osób zaangażowanych w jej sprawowanie.

Przetwarzanie danych osobowych

Zawarcie art. 7 projektowanej ustawy ma jednoznacznie ukształtować ramy legalnego przetwarzania danych osobowych przez osoby i podmioty realizujące zadania ustawowe, w obszarze opieki długoterminowej. Zadania te wiążą się z pozyskaniem i wykorzystaniem danych zwykłych (np. identyfikacyjnych, kontaktowych) oraz szczególnych kategorii danych (np. dotyczących zdrowia – za zgodą osoby – wymóg ten określa art. 15 ust. 2 pkt 6 projektu ustawy).

Przepis wskazuje, że przetwarzanie danych ma następować wyłącznie w zakresie i celu niezbędnym do wykonania obowiązków przewidzianych ustawą, co służy:

- zapewnieniu legalności przetwarzania (zasada zgodności z prawem),
- zachowaniu minimalizacji danych (nie zbiera się danych nadmiarowych),
- ochronie praw i wolności osób, których dane dotyczą,
- zwiększeniu przejrzystości działania organów publicznych i podmiotów realizujących zadania ustawy.

Koordinacja opieki długoterminowej

Przepis art. 8 projektu ustawy wprowadza kluczowe rozwiązanie organizacyjne w systemie opieki długoterminowej – ustanowienie mechanizmu koordynacji na poziomie powiatu. Funkcją przepisu jest stworzenie punktu integrującego działania różnych instytucji – ochrony zdrowia, pomocy społecznej oraz podmiotów realizujących dodatkowe formy wsparcia – tak aby osoba wymagająca opieki mogła korzystać z usług w sposób spójny i uporządkowany.

Koordinator do spraw opieki długoterminowej, działający w powiatowym centrum pomocy rodzinie (lub w miejskim ośrodku pomocy społecznej albo centrum usług społecznych w miastach na prawach powiatu), będzie pełnił rolę „łącznika” między systemem zdrowotnym i społecznym. Jego zadaniem będzie m.in. udzielanie informacji, wspieranie w wyborze adekwatnych usług, inicjowanie współpracy między instytucjami oraz monitorowanie dostępności świadczeń. Rozwiązanie nie tworzy nowego systemu, lecz porządkuje i integruje istniejące elementy, co jest zgodne z zasadami deinstytucjonalizacji i lokalizacji wsparcia.

W praktyce realizacja przepisu będzie polegała na wyznaczeniu przez kierownika powiatowego centrum pomocy rodzinie (lub jego odpowiednika – w zależności od specyfiki lokalnych rozwiązań), osoby pełniącej funkcję koordynatora spośród pracowników powiatowego centrum pomocy rodzinie (art. 9 projektu ustawy). Po wyznaczeniu koordynator będzie musiał podjąć czynności zmierzające do przygotowania się do pełnienia tej funkcji (zgodnie z treścią art. 36 projektu ustawy) poprzez pozyskanie danych, stworzenie narzędzi informacyjnych (np. strona internetowa), nawiązanie współpracy z podmiotami leczniczymi i jednostkami pomocy społecznej. Zakłada się, że okres przygotowawczy zakończy się do końca 2026 r., a od 2027 r. koordynatorzy będą realizować zadania w pełnym zakresie. Wynagrodzenie za dodatkowe obowiązki zostało przewidziane w wysokości 3500 zł brutto miesięcznie wraz z kosztami pracodawcy, co pozwoli powiatom na sfinansowanie dodatków lub części wynagrodzenia osób pełniących tę funkcję.

Celem przepisu jest zapewnienie realnej integracji usług w miejscu zamieszkania osoby wymagającej opieki, tak aby nie musiała samodzielnie „składać systemu z kawałków”. Rozwiązanie wpisuje się w kierunki wskazane w zaleceniu Rady UE z 8 grudnia 2022 r., które podkreślają znaczenie koordynacji, przejrzystości i dostępności usług w opiece długoterminowej.

Zgodnie z art. 10 projektu ustawy koordynator do spraw opieki długoterminowej ma dysponować przede wszystkim odpowiednimi narzędziami organizacyjnymi i informacyjnymi, które pozwalają na realne usprawnienie dostępu do informacji o usługach bez ingerencji w kompetencje decyzyjne innych instytucji. Jego rola polega na koordynowaniu i ułatwianiu mieszkańcom powiatu orientacji w dostępnych formach usług i świadczeń opieki długoterminowej. W praktyce oznacza to możliwość korzystania z danych przekazywanych podmioty realizujące wsparcie w ramach opieki długoterminowej, przez Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) i wojewodów dotyczących opieki długoterminowej, analizowania potrzeb oraz barier w dostępności usług i świadczeń tej opieki, a także inicjowania działań zmierzających do ich poprawy. Koordynator ma współpracować z podmiotami leczniczymi,

instytucjami pomocy społecznej i organizacjami pozarządowymi, co umożliwi tworzenie lokalnych rozwiązań i harmonizowanie działań w skali powiatu. Chodzi o te podmioty, które w trybie art. 57 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej mogą prowadzić domy pomocy społecznej, których usługi wchodzi w skład opieki długoterminowej (art. 3 pkt 2 lit. h projektu ustawy).

Informacje udostępniane przez wojewodów w głównej mierze dotyczą danych z rejestrów prowadzonych przez wojewodów na podstawie ustawy o pomocy społecznej (m.in. rejestry domów pomocy społecznej, wraz z informacją na temat świadczenia przez domy usług wsparcia krótkoterminowego oraz rejestry mieszkań wspomaganych).

Istotnym narzędziem koordynatora jest również obowiązek publikowania przez niego informacji o opiece długoterminowej na stronie internetowej zatrudniającej go jednostki (art. 11 projektowanej ustawy), co ma zapewnić przejrzystość i ułatwić mieszkańcom dostęp do informacji o usługach i świadczeniach opieki długoterminowej, zasadach kwalifikacji do ich otrzymania i czasie oczekiwania na ich uzyskanie. Ponadto koordynator pełni funkcję doradczą, wspierając osoby wymagające wsparcia w codziennym funkcjonowaniu i ich opiekunów w wyborze adekwatnych usług i świadczeń. Dzięki tym mechanizmom możliwe jest skrócenie czasu uzyskania pomocy, lepsze dopasowanie wsparcia do indywidualnych potrzeb oraz koordynacja działań międzysektorowych, co stanowi fundament budowy spójnego systemu opieki długoterminowej.

Wprowadzenie koordynatora do spraw opieki długoterminowej znacząco zwiększy przejrzystość dostępnych rozwiązań i ułatwi dostęp do informacji. Funkcja ta integruje działania sektorowe, łącząc ochronę zdrowia i pomoc społeczną, co pozwoli na lepsze planowanie usług i świadczeń opieki długoterminowej na poziomie lokalnym. Jest to odpowiedź na dotychczasowy brak mechanizmów koordynacyjnych, który utrudnia orientację i wydłuża czas uzyskania pomocy. Dzięki koordynatorowi osoba wymagająca wsparcia otrzyma realną pomoc w wyborze adekwatnych usług lub świadczeń, a opieka długoterminowa stanie się bardziej spójna i przejrzysta.

Na gruncie projektowanych rozwiązań art. 12 projektu ustawy koordynatorowi przypisana została również funkcja informacyjna. Wprowadzenie obowiązku sprawozdawczości jest niezbędne dla:

- zapewnienia jednolitego systemu monitorowania realizacji zadań ustawowych przez koordynatorów,
- oceny skuteczności działań w zakresie opieki długoterminowej i wsparcia opiekunów nieformalnych,
- identyfikacji potrzeb i barier w dostępności usług, co pozwala na lepsze planowanie i kierowanie środków finansowych,
- koordynacji działań na poziomie województwa i kraju, w tym tworzenia raportów dla organu właściwego do spraw polityki senioralnej,
- transparentności i kontroli społecznej poprzez publikację sprawozdań w Biuletynie Informacji Publicznej.

Zakres informacji w sprawozdaniu koordynatora został dobrany tak, aby umożliwić kompleksową ocenę działań koordynatora – od doradztwa indywidualnego, przez współpracę z podmiotami, po działania informacyjne i diagnozę potrzeb.

Projektowana ustawa rozstrzyga kiedy i za jaki okres po raz pierwszy mają zostać sporządzone sprawozdania (art. 33 projektu ustawy).

Przepis art. 13 projektowanej ustawy wprowadza mechanizm współpracy koordynatorów do spraw opieki długoterminowej na poziomie województwa. Rozwiązanie to ma charakter organizacyjny i służy koordynacji działań w skali regionalnej, co jest niezbędne dla zapewnienia spójności systemu oraz harmonizacji standardów opieki długoterminowej. Koordynatorzy będą cyklicznie spotykać się w celu wymiany informacji i dobrych praktyk oraz ujednolicenia działań w zakresie opieki długoterminowej. Współpraca ta umożliwi identyfikację problemów systemowych, wypracowanie wspólnych rozwiązań oraz inicjowanie działań doskonalących system w perspektywie wojewódzkiej. Dzięki temu możliwe będzie lepsze planowanie wsparcia na poziomie regionu, eliminacja rozbieżności występujących w praktyce oraz podnoszenie jakości opieki długoterminowej.

Przepis przewiduje również rolę wojewody jako podmiotu wspierającego współpracę koordynatorów z terenu województwa poprzez organizację ich spotkań nie rzadziej niż raz na pół roku. Zapewnienie regularnej wymiany informacji wzmocni koordynację działań pomiędzy powiatami, będzie sprzyjać tworzeniu jednolitych standardów i pozwoli na szybsze reagowanie na zmieniające się potrzeby w zakresie opieki długoterminowej.

Rozwiązanie to odpowiada na dotychczasowy problem związany z brakiem mechanizmów koordynacji na poziomie regionalnym, który utrudniał spójne planowanie i rozwój usług i świadczeń opieki długoterminowej. Wprowadzenie cyklicznych spotkań i współpracy koordynatorów jest kluczowe dla budowy efektywnych, skoordynowanych rozwiązań opieki długoterminowej w skali województwa.

Współpraca podmiotów w ramach opieki długoterminowej

Przepisy art. 14–19 projektu ustawy wprowadzają jednolity mechanizm współpracy pomiędzy podmiotami wykonującymi działalność leczniczą a jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej w celu rozpoznawania potrzeb osób wymagających opieki długoterminowej i zapewnienia im odpowiedniego wsparcia. Dotychczas brakowało precyzyjnych zasad wymiany informacji, co powodowało opóźnienia w organizacji pomocy i utrudniało zapewnienie ciągłości opieki po zakończeniu hospitalizacji lub pobytu w innym podmiocie leczniczym bądź w sytuacjach pogorszenia stanu zdrowia.

Projektowana ustawa określa, jakie informacje mogą być przekazywane, w jakim celu i na jakich zasadach. Chodzi tu o przepisy z sektorów ochrony zdrowia oraz pomocy społecznej. Zakres danych został ograniczony do niezbędnych elementów identyfikacyjnych oraz informacji uzasadniających potrzebę ustalenia potrzeby udzielenia osobie usług lub świadczeń opieki długoterminowej, co jest zgodne z zasadą minimalizacji wynikającą z przepisów o ochronie danych osobowych.

Współpraca obejmuje przekazywanie informacji o osobach, co do których zachodzi uzasadnione podejrzenie, że mogą wymagać usług lub świadczeń opieki długoterminowej, w szczególności w sytuacjach opuszczania przez nie szpitala lub innego zakładu leczniczego lub wystąpienia przesłanek wskazujących na potrzebę wsparcia tych osób w codziennym funkcjonowaniu. Przepisy nakładają obowiązek niezwłocznego działania po otrzymaniu zgłoszenia – właściwa jednostka pomocy społecznej lub podmiot leczniczy podejmuje czynności zmierzające do ustalenia zakresu niezbędnego wsparcia. Dodatkowo wprowadzono obowiązek poinformowania podmiotu przekazującego dane o sposobie ich wykorzystania w terminie 7 dni, co wzmacnia transparentność procesu.

Rozwiązanie to usprawnia organizację opieki, skraca czas reakcji i zapewnia kompleksowe wsparcie w miejscu zamieszkania lub pobytu osoby wymagającej opieki długoterminowej. Wprowadzenie jasnych zasad współpracy i wymiany informacji pomiędzy systemami ochrony zdrowia i pomocy społecznej jest kluczowe dla koordynacji działań w ramach opieki długoterminowej, zapobiegania pogorszeniu stanu zdrowia osób wymagających tej opieki oraz efektywnego wykorzystania zasobów publicznych w tym zakresie.

Istotnym elementem tej współpracy jest obowiązek powiadamiania koordynatora opieki długoterminowej o przekazaniu informacji dotyczącej takiej osoby (powiadomienie nie będzie zawierać szczegółowych danych osobowych – art. 19 ust. 3 projektu ustawy). Rozwiązanie ma na celu zapewnienie spójności i przejrzystości procesu wymiany informacji oraz na stworzeniu mechanizmu monitoringu nad realizacją współpracy. Koordynator pełni funkcję integrującą – monitoruje przepływ danych między podmiotami, reaguje w przypadku braku informacji o sposobie wykorzystania danych (art. 19 ust. 2 projektu ustawy) i wspiera podmioty w załatwieniu sprawy. Dzięki temu osoba wymagająca opieki nie pozostaje bez wsparcia z powodu zaniechania lub opóźnienia w działaniu instytucji.

Usprawnienie wymiany informacji między systemami ochrony zdrowia i pomocy społecznej wymaga uprzednich działań adaptacyjnych. Dlatego też, na podstawie art. 40 pkt 2 projektu ustawy, przepisy art. 14–19 projektu ustawy (współpraca podmiotów w ramach opieki długoterminowej) zaczną obowiązywać po 24 miesiącach od dnia wejścia w życie projektowanej ustawy.

Współdziałanie organów centralnych

Istota współdziałania, o którym mowa w art. 20 projektu ustawy, polega na stworzeniu mechanizmu stałej i skoordynowanej współpracy pomiędzy organami odpowiedzialnymi za różne obszary opieki długoterminowej. Dzięki temu możliwe jest łączenie kompetencji i zasobów w celu zapewnienia spójności działań, eliminowania rozproszenia i dublowania zadań oraz szybszego reagowania na potrzeby osób objętych opieką. Współdziałanie oznacza wspólne planowanie rozwiązań, inicjowanie badań, prowadzenie działań edukacyjnych i tworzenie systemów wsparcia dla opiekunów nieformalnych. W praktyce współdziałanie będzie przekładać się na lepszą dostępność usług i świadczeń opieki długoterminowej oraz bardziej efektywne wykorzystanie środków publicznych.

Monitorowanie opieki długoterminowej

Przepisy art. 21–24 projektowanej ustawy wprowadzają zintegrowany mechanizm monitorowania opieki długoterminowej, który ma kluczowe znaczenie dla skutecznego zarządzania systemem wsparcia osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Ich celem jest zapewnienie transparentności, jakości i dostępności usług, a także stworzenie podstaw do podejmowania decyzji opartych na danych.

Projektowana ustawa ustanawia obowiązek monitorowania realizacji opieki długoterminowej przez trzy kluczowe organy administracji publicznej: organ właściwy do spraw polityki senioralnej, ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego oraz ministra właściwego do spraw zdrowia (art. 21 projektu ustawy). Monitorowanie będzie kładło szczególny nacisk na ocenę dostępności usług i świadczeń opieki długoterminowej, co pozwala na bieżące śledzenie, czy opieka długoterminowa funkcjonuje zgodnie z założeniami projektowanej ustawy. Dzięki temu możliwe będzie identyfikowanie barier w dostępności do tych usług i świadczeń, reagowanie na nierówności w ich dostępie oraz podejmowanie działań naprawczych i rozwojowych w tym zakresie.

System monitorowania realizacji opieki długoterminowej opiera się na współpracy trzech kluczowych obszarów administracji: zdrowia, zabezpieczenia społecznego i polityki senioralnej. Organy te będą odpowiedzialne za gromadzenie i analizę danych dotyczących tej opieki. Przepis art. 23 projektu ustawy stanowi podstawę prawną do wymiany informacji i zapewnieni organowi właściwemu do spraw polityki senioralnej dostęp do zagregowanych danych dotyczących realizacji usług i świadczeń opieki długoterminowej. Udostępnienie danych gromadzonych przez ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego oraz ministra właściwego do spraw zdrowia umożliwi prowadzenie rzetelnego monitoringu i analiz w tym zakresie. Przewiduje się, że przepisy wykonawcze wydane na podstawie delegacji zawartej w art. 23 ust. 2 projektu ustawy, określą szczegółowy zakres tych danych oraz tryb ich udostępnienia, w celu zapewnienia jednolitości prezentacji danych z monitoringu opieki długoterminowej. Zgodnie z art. 38 pkt 2 projektu ustawy obowiązek wymiany informacji oraz wydania rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów w tym zakresie zaczną obowiązywać po upływie 12 miesięcy od dnia wejścia w życie projektowanej ustawy.

Organ właściwy do spraw polityki senioralnej będzie odpowiedzialny za przygotowanie corocznego sprawozdania dla Rady Ministrów z wyników monitorowania opieki długoterminowej, który stanie się podstawą oceny skuteczności polityki publicznej w tym obszarze (art. 24 projektu ustawy). Ustanowienie tego obowiązku jest niezbędne, aby zapewnić systematyczne monitorowanie opieki długoterminowej na poziomie krajowym, co pozwala na identyfikację potrzeb i barier w dostępności usług oraz lepsze planowanie i kierowanie środków finansowych. Umożliwi również opracowanie rekomendacji służących poprawie jakości i dostępności opieki, w tym wsparcia opiekunów nieformalnych, a dzięki obowiązkowi publikacji sprawozdania w Biuletynie Informacji Publicznej gwarantuje przejrzystość działań administracji publicznej i kontrolę społeczną, zgodnie z zasadą jawności życia publicznego.

Do opracowania tego raportu organ ten będzie wykorzystywał rozwiązanie organizacyjno-techniczne⁵, zwane dalej „narzędziem”, o którym mowa w art. 22 projektu ustawy, który zapewni cyfryzację i integrację danych udostępnianych przez ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego oraz ministra właściwego do spraw zdrowia, co pozwoli na pełne wykorzystanie tych informacji w procesie planowania i zarządzania.

Narzędzie będzie centralnym mechanizmem wspierającym procesy analityczne i decyzyjne w obszarze opieki długoterminowej. Jego funkcjonalność jest inspirowana rozwiązaniami stosowanymi w platformach analitycznych i nie przewiduje przetwarzania danych osobowych.

Planuje się, że struktura narzędzia umożliwi integrację informacji z różnych źródeł w celu tworzenia analiz. Jego mechanizm pracy będzie opierał się na standaryzacji danych wejściowych i ich agregacji w celu uzyskania spójnych wyników analitycznych.

Narzędzie to umożliwi automatyczne generowanie raportów, opracowywanie prognoz i analiz oraz ocenę dostępności usług w skali lokalnej i krajowej. Jego wdrożenie umożliwi równoległe gromadzenie i analizę danych z resortu ochrony zdrowia i zabezpieczenia społecznego. Dodatkowo będzie wykorzystywało informacje o realizacji zadań przez koordynatorów do spraw opieki długoterminowej, które zbiorczo z obszaru danego województwa wojewoda będzie przekazywał do organu właściwego do spraw polityki senioralnej (art. 12 ust. 5 projektu ustawy).

Strategicznie, przepisy te wzmacniają zarządzanie oparte na dowodach (*evidence-based policy*), zapewniają koordynację międzyresortową i transparentność działań administracji w obszarze opieki długoterminowej. Tworzą również fundament dla nowoczesnego, cyfrowego systemu monitorowania opieki długoterminowej, który nie tylko usprawni kontrolę jakości usług i świadczeń tej opieki, ale także pozwoli na dynamiczne dostosowywanie polityki w tym obszarze do zmieniających się potrzeb społeczeństwa. Dzięki temu opieka długoterminowa stanie się bardziej dostępna, skoordynowana i efektywna.

W celu wykonania tego założenia w art. 38 projektu ustawy na organ właściwy do spraw polityki senioralnej został nałożony obowiązek zapewnienia funkcjonowania tego narzędzia w terminie do 24 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy. Wyznaczony termin zapewni realizację wszystkich kluczowych działań przygotowawczych i wdrożeniowych niezbędnych do uruchomienia narzędzia.

W związku z powyższym do projektu ustawy wprowadzono rozwiązanie, które zostało dostosowane do obowiązujących ram czasowych. Przepis art. 34 projektu ustawy przewiduje, że pierwsze sprawozdanie z wyników monitorowania opieki długoterminowej zostanie sporządzone dopiero po zapewnieniu pełnej funkcjonalności tego narzędzia, a pierwsze udostępnienie danych przez ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego oraz ministra właściwego do spraw zdrowia nastąpi za rok kalendarzowy następujący po roku wdrożenia tego rozwiązania (art. 35 projektu ustawy). Sprawozdanie obejmie rok

⁵ Takie rozwiązanie już funkcjonuje, na przykład na gruncie ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2025 r. poz. 1703).

kalendarzowy następujący po roku jego wdrożenia i zostanie przedłożony w terminie do dnia 30 września. Dokument będzie podlegał publikacji.

Do czasu przedłożenia tego sprawozdania informacja na temat dostępności opieki długoterminowej będzie prezentowana w informacji o osobach starszych. Zgodnie z propozycją rozszerzenia zakresu tej informacji, o której mowa w art. 31 projektu ustawy wprowadzającej zmianę w ustawie z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz. U. poz. 1705, z późn. zm.).

Zmiany w przepisach

Projektowana ustawa wprowadza zmiany w szeregu aktów prawnych, których celem jest zapewnienie spójności systemu opieki długoterminowej z obowiązującymi regulacjami oraz stworzenie mechanizmów koordynacyjnych i informacyjnych. Zmiany mają charakter porządkujący i dostosowujący, a ich główne cele to:

- 1) integracja pojęcia opieki długoterminowej w systemie prawnym;
- 2) ujednolicenie terminologii w aktach regulujących świadczenia zdrowotne i pomocy społecznej;
- 3) stworzenie podstaw dla koordynacji i monitorowania usług;
- 4) zapewnienie spójności informacyjnej.

I. Zmiany w przepisach z zakresu zabezpieczenia społecznego

Wprowadzenie tych zmian ma charakter strategiczny – tworzy spójny system wymiany informacji pomiędzy instytucjami pomocy społecznej, rehabilitacji i administracji rządowej, co jest fundamentem dla efektywnego monitorowania opieki długoterminowej i zapewnienia jej dostępności. Dzięki temu osoby wymagające wsparcia oraz ich opiekunowie będą mogli szybciej uzyskać informacje o dostępnych usługach, a organy administracji będą dysponowały narzędziami do lepszego planowania i koordynacji działań.

- 1) Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2025 r. poz. 1214, z późn. zm.) – art. 26 projektu ustawy

Zmiany ustawy o pomocy społecznej mają na celu włączenie koordynatora do spraw opieki długoterminowej w proces planowania i realizacji usług pomocy społecznej. Dodanie w ww. ustawie art. 16b ust. 2a zobowiązuje gminy do przekazywania projektów strategii rozwiązywania problemów społecznych do opinii koordynatora opieki długoterminowej, co zapewni spójność lokalnych strategii z systemem opieki długoterminowej.

Opinia i uwagi do projektu Strategii będą mogły być wzięte pod uwagę przy opracowaniu ostatecznej treści dokumentu wyznaczającego kierunki rozwoju usług społecznych na terenie gminy.

Nowe przepisy w przedmiotowej ustawie w postaci art. 111b i 112b wprowadzają obowiązek współpracy gminnych i powiatowych jednostek organizacyjnych pomocy społecznej z koordynatorem opieki długoterminowej w zakresie wymiany informacji o dostępnych usługach i świadczeniach, w tym o wolnych miejscach w domach pomocy społecznej, ośrodkach wsparcia i mieszkaniach wspomaganych.

Dla zapewnienia bieżącej aktualizacji posiadanych informacji wprowadzono przepis obligujący przekazywanie informacji w szczególności o wolnych miejscach w domach pomocy społecznej i ośrodkach wsparcia o nie rzadziej niż raz w miesiącu lub każdorazowo na wniosek koordynatora.

Zakłada się wymianę informacji dwustronną – przekazywanie przez jednostki organizacyjne pomocy społecznej koordynatorowi informacji na temat realizowanych usług i świadczeń, ale również przekazywanie przez koordynatora jednostkom organizacyjnym pomocy społecznej informacji będących w posiadaniu koordynatora np. w zakresie dostępności świadczeń z obszaru ochrony zdrowia.

Przepisy prawa nie normują formy przekazywania informacji, pozostawiając te kwestie do autonomicznych ustaleń pomiędzy koordynatorem, a jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej.

2) Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2025 r. 913, z późn. zm.) – art. 25 projektu ustawy

Projektowana zmiana wprowadza przepisy, które rozszerzają współpracę koordynatora do spraw opieki długoterminowej na kolejne instytucje działające w obszarze rehabilitacji i wsparcia osób z niepełnosprawnościami. Dodanie art. 6ca ust. 12, art. 10ab oraz art. 10i w ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych zobowiązuje powiatowe zespoły orzekające o niepełnosprawności, rady programowe i społeczne, a także podmioty organizujące turnusy rehabilitacyjne i zajęcia klubowe do współpracy z koordynatorem. Dzięki temu koordynator będzie posiadał pełną informację o procedurach orzekania, zasadach wydawania legitymacji i kart parkingowych, a także o dostępnych formach rehabilitacji i aktywizacji. Pozwoli to na kompleksowe wsparcie osób wymagających wsparcia ich opiekunów. Dodatkowo wojewoda zostaje zobowiązany do przekazywania koordynatorowi informacji o ośrodkach i organizatorach turnusów wpisanych do rejestrów, co zwiększy przejrzystość i dostępność usług.

3) Ustawa z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1848) – art. 31 projektu ustawy

Dodanie art. 7 ust. 7 w ustawie o Funduszu Solidarnościowym zapewnia współpracę na poziomie centralnym – minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego będzie przekazywał koordynatorowi informacje o rządowych programach wspierających osoby niepełnosprawne, w tym w zakresie realizacji zadań określonych w art. 6 pkt 2 i 3 tej ustawy.

II. Zmiany w przepisach z zakresu ochrony zdrowia

Projektodawca wprowadza zmiany w trzech kluczowych aktach prawnych regulujących funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia i zawodów medycznych.

Zmiany te mają charakter porządkujący i dostosowujący, a ich głównym celem jest zapewnienie spójności terminologicznej świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej funkcjonujących już w systemie ochrony zdrowia oraz odróżnienie tych terminów od wprowadzanego w projektowanej ustawie pojęcia „opieki długoterminowej”

wspólnego dla systemów ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Dodatkowym celem proponowanych zmian jest również stworzenie podstaw dla koordynacji i monitorowania opieki długoterminowej oraz podkreślenie roli personelu medycznego w realizacji świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

1) Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450, z późn. zm.) – art. 27 projektu ustawy

Zmiana w art. 2 ust. 1 pkt 12 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej polega na doprecyzowaniu zakresu stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż świadczenia szpitalne. W nowym brzmieniu przepis wyraźnie wskazuje, że obejmują one świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, obok świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, rehabilitacji leczniczej, pielęgnacyjnych i opiekuńczych psychiatrycznych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz lecznictwa uzdrowiskowego.

Celem tej zmiany jest jednoznaczne określenie zakresów świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących świadczenia stacjonarne i całodobowe inne niż szpitalne zgodnie z obowiązującym nazewnictwem, w tym świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, co wyeliminuje wątpliwości interpretacyjne w ramach aktów prawnych ochrony zdrowia i w relacji do przepisów projektowanej ustawy.

2) Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.) – art. 28 projektu ustawy

Zmiany wprowadzane w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych obejmuje doprecyzowanie brzmienia art. 42b ust. 2 pkt 2 oraz art. 159a ust. 5 pkt 2, mające na celu zapewnienie spójności terminologicznej w aktach prawnych systemu ochrony zdrowia w odniesieniu do świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej oraz w stosunku do przepisów projektowanej ustawy.

Zmiany wprowadzane w ww. ustawie dotyczą również dodania art. 189b, który wprowadza obowiązek przekazywania koordynatorom do spraw opieki długoterminowej przez NFZ danych o świadczeniodawcach udzielających świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej oraz świadczeń opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych psychiatrycznych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, niezbędne do realizacji zadań przez koordynatora. Rozwiązanie to ma charakter systemowy, umożliwia integrację danych i wspiera proces koordynacji na poziomie lokalnym i krajowym.

Wprowadzenie współpracy pomiędzy NFZ a koordynatorami do spraw opieki długoterminowej wymaga uprzednich działań adaptacyjnych. Dlatego też, na podstawie art. 37 projektu ustawy, art. 189b dodawany w ww. ustawie zacznie obowiązywać po 12 miesiącach od dnia wejścia w życie projektowanej ustawy.

Wprowadzane zmiany obejmują również dodanie pkt 4 w art. 190 ust. 3 w celu określenia delegacji ustawowej dla ministra właściwego do spraw zdrowia do wydania rozporządzenia określającego minimalny zakres informacji przekazywanych koordynatorowi do spraw opieki

długoterminowej przez NFZ, na podstawie dodawanego art. 189b, oraz sposób i terminy ich przekazywania.

Celem tych zmian jest ujednolicenie pojęć stosowanych w systemie aktów prawnych ochrony zdrowia, zwiększenie przejrzystości systemu opieki długoterminowej, stworzenie podstaw do efektywnego monitorowania i planowania świadczeń opieki długoterminowej przewidzianego w ramach projektowanej ustawy oraz umożliwienie realizacji zadań przypisanych koordynatorom do spraw opieki długoterminowej.

4) Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz. U. z 2024 r. poz. 814, z późn. zm.) – art. 29 projektu ustawy

Zmiana w art. 5 ust. 3 pkt 2 ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej ma charakter doprecyzowujący i ma na celu zapewnienie spójności terminologicznej w zakresie realizacji świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej przez pielęgniarki i położne, co ma znaczenie dla przejrzystości polityki kadrowej i właściwej realizacji ww. zakresu świadczeń.

III. Pozostałe zmiany

1) Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz. U. poz. 1705, z późn. zm.) – art. 28 projektu ustawy

Celem zmiany art. 5 w ust. 2 ustawy o osobach starszych jest uwzględnienie opieki długoterminowej w corocznych raportach o sytuacji osób starszych, co pozwoli na bieżące monitorowanie dostępności usług. Zmiana wzmacnia mechanizmy informacyjne państwa w obszarze o wysokim znaczeniu dla jakości życia seniorów.

2) Ustawa z dnia 10 kwietnia 1997 r. – Prawo energetyczne (Dz. U. z 2024 r. poz. 266, z późn. zm.) – art. 24 projektu ustawy

Zmiana art. 5ga ust. 2 ustawy – Prawo energetyczne w mające na celu zapewnienie spójności terminologicznej świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej udzielanych w warunkach domowych w poszczególnych aktach prawnych oraz w stosunku do przepisów projektowanej ustawy.

System zapewniania jakości usług i świadczeń opieki długoterminowej

Art. 37 projektu ustawy odgrywa kluczową rolę w budowaniu systemu zapewniania jakości usług i świadczeń opieki długoterminowej. Przepis zobowiązuje organ właściwy do spraw polityki senioralnej, we współpracy z ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego oraz ministrem zdrowia, do opracowania w terminie 24 miesięcy od wejścia w życie ustawy sprawozdania zawierającego założenia systemu jakości i przedłożenia jej Radzie Ministrów do zatwierdzenia.

Projektowana ustawa tworzy podstawę prawną do wdrożenia zintegrowanego systemu monitorowania jakości usług i świadczeń opieki długoterminowej. System ten będzie opierał się na stosowaniu wspólnych wskaźników oraz na przekazywaniu danych do ogólnokrajowej bazy. Założenia jego funkcjonowania zostaną wypracowane w ramach realizacji innych

priorytetów reformy, w tym kamienia milowego A70G, i uzgodnione pomiędzy wszystkimi zainteresowanymi stronami. System będzie podstawą do późniejszego wdrożenia standardów jakości i procedur kontrolnych w opiece długoterminowej.

Uruchomienie systemu monitorowania jakości planowane jest do końca 2028 roku, co wynika z konieczności przeprowadzenia szkoleń i seminariów dla usługodawców i świadczeniodawców, opracowania procedur wymiany danych oraz dostosowania systemów IT. W tym kontekście art. 35 projektu ustawy stanowi fundament dla dalszych działań, zapewniając spójność i transparentność procesu.

Ewaluacja rozwiązań w zakresie opieki długoterminowej

Art. 39 projektu ustawy zobowiązuje organ właściwy do spraw polityki senioralnej, we współpracy z ministrami odpowiedzialnymi za zabezpieczenie społeczne i zdrowie, po przeprowadzeniu konsultacji publicznych do dokonania przeglądu funkcjonowania przepisów ustawy po 36 miesiącach od jej wejścia w życie oraz przedstawienia Radzie Ministrów informacji o skutkach jej obowiązywania wraz z propozycjami zmian.

Celem proponowanego rozwiązania jest zaplanowanie oceny funkcjonujących rozwiązań oraz ich korekty w procesie wdrażania dalszych etapów reformy w obszarze opieki długoterminowej.

Zgodnie z harmonogramem określonym w projekcie ustawy, po upływie 24 miesięcy od dnia jej wejścia w życie przewiduje się realizację następujących działań:

- 1) uruchomienie rozwiązania organizacyjno-technicznego umożliwiającego prowadzenie analiz wspierających proces monitorowania opieki długoterminowej;
- 2) wdrożenie mechanizmu wymiany informacji na temat osób wymagających opieki długoterminowej pomiędzy podmiotami wykonującymi działalność leczniczą a jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej;
- 3) opracowanie koncepcji systemu zapewniania jakości usług opieki długoterminowej.

Realizacja powyższych działań umożliwi dokonanie rzetelnej oceny funkcjonowania reformy, identyfikację ewentualnych barier oraz wprowadzenie korekt, które zwiększą skuteczność i adekwatność opieki długoterminowej w Polsce.

Termin wejścia w życie

Zakłada się, że projektowana ustawa wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem przepisów art. 22 i art. 29 pkt 4, które wejdą w życie po upływie 12 miesięcy od dnia wejścia w życie projektowanej ustawy, oraz art. 14-19, które wejdą w życie po upływie 24 miesięcy od dnia wejścia w życie projektowanej ustawy.

Dodatkowe informacje

Nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektowanej ustawy środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.

Projektowana ustawa jest zgodna z prawem Unii Europejskiej.

Projektowane regulacje nie mieszczą się w zakresie przedmiotowym zagadnień podlegających konsultacjom z Europejskim Bankiem Centralnym, zgodnie z art. 2 ust. 1 decyzji Rady z dnia 29 czerwca 1998 r. w sprawie konsultacji Europejskiego Banku Centralnego, udzielanych władzom krajowym w sprawie projektów przepisów prawnych (Dz. Urz. UE L 189 z 03.07.1998, str. 42; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 1, t. 1, str. 446).

Projekt ustawy nie wymaga notyfikacji, w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597), które wdraża dyrektywę (UE) 2015/1535 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 9 września 2015 r. ustanawiającą procedurę udzielania informacji w dziedzinie przepisów technicznych oraz zasad dotyczących usług społeczeństwa informacyjnego (ujednolicenie) (Dz. Urz. UE L 241 z 17.09.2015, str. 1).

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2025 r. poz. 677) oraz § 52 ust. 1 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M. P. z 2024 r. poz. 806, z późn. zm.) projekt został zamieszczony na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie „Rządowy Proces Legislacyjny” oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Kancelarii Prezesa Rady Ministrów.

Projektowana ustawa nie będzie miała wpływu na działalność dużych oraz mikro-, małych i średnich przedsiębiorców.

Projekt ustawy wywiera wpływ na obszar danych osobowych. Natomiast projektowane rozwiązania nie dotyczą przetwarzania z wysokim ryzykiem naruszenia praw lub wolności osób fizycznych, z uwagi na fakt, iż bazują na funkcjonujących rozwiązaniach w ochronie zdrowia i zabezpieczeniu społecznym.

Planowane przetwarzanie obejmuje realizację ustawowych zadań związanych z organizacją opieki długoterminowej, rozpoznawaniem potrzeb osób wymagających wsparcia oraz współpracą z ośrodkami pomocy społecznej i podmiotami leczniczymi.

Administrator, czyli podmiot zatrudniający koordynatora do spraw opieki długoterminowej, będzie gromadził dane takie jak imię, nazwisko, data urodzenia, adres zamieszkania lub pobytu, numer PESEL lub dane dokumentu tożsamości, dane kontaktowe (telefon, e-mail), informacje o opiece nieformalnej, a także dane dotyczące potrzeb opiekuńczych. W aktualnym stanie prawnym PCPR lub jednostki równorzędne przetwarzają dane osobowe, w tym dane szczególnej kategorii.

Jeśli chodzi o przetwarzanie danych przez jednostki organizacyjne pomocy społecznej i podmioty lecznicze będą one odbywać się na podstawie obowiązujących przepisów z poszczególnych sektorów.

Źródłem danych będą przede wszystkim osoby korzystające z opieki, ich opiekunowie nieformalni, osoby bliskie, a także jednostki organizacyjne pomocy społecznej i podmioty lecznicze. Dane będą przetwarzane zarówno w formie dokumentów papierowych, jak i w systemach teleinformatycznych.

Źródłem danych będą przede wszystkim osoby korzystające z opieki, ich opiekunowie nieformalni, a także jednostki organizacyjne pomocy społecznej i podmioty lecznicze. Dane będą przetwarzane zarówno w formie dokumentów papierowych, jak i w systemach teleinformatycznych.

Przetwarzanie jest niezbędne do realizacji ustawowych obowiązków wynikających z projektu ustawy, a zakres danych został ograniczony do minimum, zgodnie z zasadą minimalizacji. Dane wrażliwe, takie jak informacje o stanie zdrowia, będą przetwarzane wyłącznie na podstawie wyraźnej zgody osoby.

Identyfikacja ryzyk wskazuje na możliwość nieuprawnionego dostępu do danych wrażliwych, ujawnienia danych podczas wymiany informacji między podmiotami, brak właściwego udokumentowania zgody oraz ryzyko naruszenia poufności w systemach teleinformatycznych.

ZA ZGODNOŚĆ POD WZGLĘDEM PRAWNYM,
REDAKCYJNYM I LEGISLACYJNYM

Aleksandra Ziuzia
Zastępca Dyrektora Departamentu Prawnego
w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów
/- podpisano elektronicznie/