

Nazwa projektu Projekt ustawy o opiece długoterminowej	Data sporządzenia 2025-12-15
Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Minister do spraw Polityki Senioralnej, Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Minister Zdrowia	Źródło: inne
Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Pani Marzena Okła-Drewnowicz, Sekretarz Stanu, Kancelaria Prezesa Rady Ministrów	Nr w wykazie prac UD326
Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Pani Marlena Muszyńska Dyrektor Departamentu Polityki Senioralnej Kancelaria Prezesa Rady Ministrów e-mail: DS@kprm.gov.pl	

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Projekt ustawy realizuje element reformy A4.6 Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO) pn. „Wzrost współczynnika aktywności zawodowej określonych grup poprzez rozwój opieki długoterminowej” i zawarty w jej ramach kamień milowy A70G pn. „Wdrożenie priorytetów w zakresie reformy określonych na podstawie strategicznego przeglądu opieki długoterminowej w Polsce (w oparciu o wnioski z realizacji kamienia milowego A69G)”. Kamień milowy A70G zakłada zmianę odpowiednich aktów prawnych wdrażających priorytety reformy opieki długoterminowej zidentyfikowane w przeglądzie strategicznym opieki długoterminowej w Polsce i zgodne z jego rekomendacjami, w tym zakresie.

Projektowana ustawa wprowadza nowe rozwiązania dotyczące koordynacji opieki długoterminowej w zakresie następujących elementów kamienia milowego stanowiących jednocześnie priorytety reformy opieki długoterminowej:

- zdefiniowanie pojęcia „opieki długoterminowej” w spójny sposób w ramach całego systemu opiekuńczego w Polsce (tzn. zarówno w systemie opieki zdrowotnej, jak i pomocy społecznej),
- zdefiniowanie pojęcia „opiekuna nieformalnego” oraz „opieki nieformalnej”,
- wskazanie organów odpowiedzialnych za koordynację systemu opieki długoterminowej, a także za ogół działań w zakresie monitorowania i ewaluacji jakości opieki długoterminowej oraz działalność informacyjną.

Zgodnie z decyzją wykonawczą Rady UE z 16 lipca 2024 r.¹ w sprawie zmiany polskiego KPO, orientacyjny termin realizacji kamienia milowego przypada na IV kw. 2025 r. Kamień milowy będzie rozliczany w ramach 8 wniosku o płatność do Komisji Europejskiej, którego planowany termin przekazania przypada na koniec I kwartału 2026 r.

Zmiany demograficzne, a zwłaszcza wzrastająca przeciętna długość życia prowadzą do znaczącego wzrostu liczby osób starszych w populacji Polski. Dane Głównego Urzędu Statystycznego wskazują, że w 2040 r. udział osób w wieku 60 lat lub więcej w populacji Polski wyniesie 37,4% podczas, gdy w 2024 r. kształtował się on na poziomie 26,6%, zaś liczba osób w tym wieku osiągnie poziom 12,4 mln osób (przy niespełna 10 mln osób w 2024 r.). Osoby starsze, w szczególności te, które ukończyły 75. rok życia, znacznie częściej doświadczają różnego rodzaju trudności w zaspokojeniu swoich podstawowych czynności życiowych. Oznacza to, że w najbliższych dziesięcioleciach znacząco wzrośnie zapotrzebowanie na różnego rodzaju wsparcie w zakresie opieki długoterminowej. Jednocześnie, wsparcie w ramach opieki długoterminowej nie dotyczy jedynie osób starszych, ale wszystkich osób, niezależnie od wieku, które wymagają wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

Na konieczność reformy systemu opieki długoterminowej wskazano w raporcie „Sytuacja demograficzna Polski” (Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2025, s. 57, s. 78).

¹12 grudnia 2025 r. Rada ECOFIN ma zatwierdzić zmianę decyzji wykonawczej w m.in. zakresie uproszczeń zapisów kamienia milowego A70G.

Analiza sytuacji w obszarze opieki długoterminowej w Polsce została przedstawiona w raporcie „Przegląd strategiczny opieki długoterminowej w Polsce”² 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. Autorzy raportu wskazują m.in., że system opieki długoterminowej w Polsce, choć funkcjonuje w ramach dwóch głównych sektorów: ochrony zdrowia oraz pomocy społecznej – często pozostaje rozproszony, a cały system usług i świadczeń jest złożony i skomplikowany, a dostęp do nich nierównomierny pomiędzy poszczególnymi regionami kraju.³ Raport identyfikuje szereg wyzwań, względem których powinny zostać podjęte działania, by poprawić obecną sytuację. Projekt ustawy odnosi się do następujących wyzwań wskazanych w Przeglądzie:

1) zarządzanie:

- brak efektywnej koordynacji międzysektorowej – wspólnych ram zarządzania opieką długoterminową w Polsce w kontekście jej realizowania w ramach dwóch systemów: ochrony zdrowia i pomocy społecznej,
- brak jednolitej definicji opieki długoterminowej obowiązującej w sektorze ochrony zdrowia i pomocy społecznej,
- 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.

Rozwiązania zawarte w projekcie ustawy o opiece długoterminowej realizują część rekomendacji zawartych w „Przeglądzie strategicznym (...)”.

Projekt ustawy przyczyni się do realizacji części rekomendacji wskazanych w raporcie „Przegląd strategiczny opieki długoterminowej w Polsce”.

Celem projektowanej ustawy jest stworzenie ram prawnych w zakresie koordynacji działań, informacji i współpracy w obszarze opieki długoterminowej, obejmujących elementy systemu ochrony zdrowia, pomocy społecznej oraz wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami, z poszanowaniem istniejących kompetencji instytucji i podmiotów. Projekt ustawy ma na celu poprawę jakości i efektywności wsparcia dla osób wymagających długoterminowej opieki oraz ich opiekunów, co w efekcie może wpłynąć na poprawę dostępności tego wsparcia. Projektowana ustawa stanowi jednocześnie podłoże do wypracowania instrumentów monitorowania i ewaluacji opieki długoterminowej.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Projekt ustawy wprowadza definicje i zasady koordynacji opieki długoterminowej, a także określa sposób wymiany informacji oraz podstawy monitorowania jakości.

Efektom wejścia w życie ustawy jest powstanie ram prawnych dla skoordynowanego i zintegrowanego systemu opieki długoterminowej, który łączy elementy pomocy społecznej i ochrony zdrowia, z poszanowaniem istniejących kompetencji instytucji i bez wprowadzania zmian w trybach przyznawania świadczeń. Przyczyni się to do poprawy dostępności, jakości i efektywności wsparcia dla osób wymagających długoterminowej opieki oraz opiekunów nieformalnych.

Projekt ustawy ma na celu:

1. wprowadzenie definicji opieki długoterminowej wraz ze wskazaniem usług i świadczeń, w tym o charakterze pieniężnym, które będą zakwalifikowane do katalogu instrumentów opieki długoterminowej oraz wprowadzenie definicji opieki nieformalnej i opiekuna nieformalnego,
2. ustanowienie systemu koordynacji działań w ramach opieki długoterminowej,
3. wprowadzenie przepisów określających zasady monitorowania realizacji usług i świadczeń opieki długoterminowej i ewaluacji ich jakości,
4. wskazanie organów odpowiedzialnych za działalność informacyjną.

Projektowana ustawa wprowadza model koordynacji i wymiany informacji między podmiotami systemu opieki długoterminowej, bez ingerencji w istniejące procedury.

² <https://www.gov.pl/web/zdrowie/przegląd-strategiczny-opieki-długoterminowej-w-polsce-opracowany-przez-bank-swiatowy>.

³ Ibidem.

Ad. 1. Definicje opieki długoterminowej, opieki nieformalnej oraz opiekuna nieformalnego

Wprowadzenie trzech definicji: opieki długoterminowej, opieki nieformalnej i opiekuna nieformalnego stanowi podstawę do zbudowania zintegrowanego systemu wsparcia. Definicje zostały opracowane w sposób funkcjonalny, koncentrują się na potrzebach i działaniach, a nie na instytucjonalnych ramach świadczeń. Umożliwia to jednolite rozumienie opieki długoterminowej w całym systemie, przy jednoczesnym respektowaniu istniejącego porządku prawnego.

W rozumieniu projektowanej ustawy, opieka długoterminowa to system usług i świadczeń dla osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu lub w realizacji zaleceń terapeutycznych, ustalanych indywidualnie na podstawie kryteriów kwalifikacyjnych właściwych dla określonych usług i świadczeń, którego celem jest zmniejszenie utraty, utrzymanie lub poprawa sprawności i samodzielności oraz zwiększenie niezależności tych osób, zgodnie z ich potrzebami i z poszanowaniem ich godności, a także wsparcie osób bliskich i opiekunów nieformalnych tych osób. Usługi i świadczenia opieki długoterminowej są realizowane w sposób kompleksowy i skoordynowany. W konsekwencji w projektowanej ustawie zdefiniowany został opiekun nieformalny i opieka nieformalna. Opiekun nieformalny to osoba systematycznie opiekująca się osobą wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu lub w realizacji zaleceń terapeutycznych, niepobierająca, z wyjątkiem rodziców zastępczych, wynagrodzenia z tytułu sprawowanej opieki, w tym rodzeństwo, osoba bliska, osoba sprawująca rodzinną pieczę zastępczą lub inna osoba niezobowiązana do wsparcia w związku z wykonywanym zawodem.

Definicje opieki długoterminowej, opieki nieformalnej oraz opiekuna nieformalnego zostały uzgodnione w ramach prac grupy ds. opieki długoterminowej, powołanej w ramach Międzyresortowego Zespołu ds. systemowych rozwiązań związanych z opieką nad osobami starszymi.

W chwili obecnej pojęcie opieki długoterminowej w Polsce utożsamiane jest ze świadczeniami udzielanymi w zakładach opiekuńczo-leczniczych i zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych w ramach systemu ochrony zdrowia. Ponadto usługi o charakterze opiekuńczym (zarówno w formie instytucjonalnej jak i środowiskowej) w systemie pomocy społecznej nie są w ogóle utożsamiane z opieką długoterminową. Jest to bardzo wąskie postrzeganie opieki długoterminowej, prowadzące do trudności w zakresie określenia skali udzielanych świadczeń czy usług zarówno w ujęciu liczby osób korzystających jak i wydatków. W przypadku opieki nieformalnej, czy opiekuna nieformalnego zachodzi podobna sytuacja. Pojęcia te wykorzystywane są w dyskursie publicznym, jednak nie mają swojego odzwierciedlenia w regulacjach prawnych. Brak powyższych definicji prowadził do niejednołitości interpretacyjnej i utrudniał tworzenie skutecznych narzędzi zarządzania oraz koordynacji udzielania usług i świadczeń opieki długoterminowej w obu sektorach.

Definicji opieki długoterminowej towarzyszyć będzie wskazanie katalogu usług i świadczeń obecnie funkcjonujących w przestrzeni prawnej, które zaliczać się będą do opieki długoterminowej. Katalog ten obejmuje usługi i świadczenia, realizowane w systemie ochrony zdrowia i pomocy społecznej, w tym świadczenia pieniężne z zabezpieczenia społecznego a także wybrane formy wsparcia osób z niepełnosprawnościami, zgodnie z art. 3 projektu ustawy. Ponadto przewiduje się, że do katalogu tych usług będą zaliczały się usługi w ramach bonu senioralnego oraz asystencji osobistej osób z niepełnosprawnościami, które są obecnie przedmiotem prac legislacyjnych i parlamentarnych.

Ad. 2. System koordynacji działań w ramach opieki długoterminowej

Projektowana ustawa przewiduje powołanie koordynatorów opieki długoterminowej na poziomie powiatu, funkcjonujących w powiatowym centrum pomocy rodzinie (PCPR) lub jednostkach równorzędnych. Usytuowanie koordynatorów na poziomie powiatu pozwala na objęcie koordynacją obszaru na którym z dużym prawdopodobieństwem świadczone będą wszystkie typy usług zaliczonych do opieki długoterminowej. Duża część opieki instytucjonalnej (domy pomocy społecznej, zakłady/oddziały opiekuńczo-lecznicze i zakłady/oddziały pielęgnacyjno-opiekuńcze) jest organizowana na poziomie powiatu. Ponadto zadania w zakresie specjalistycznego poradnictwa lub interwencji kryzysowej są zadaniami powiatu. W związku z tym umocowanie koordynatora na poziomie gminy nie pozwalałoby na skuteczną koordynację usług. Umocowanie koordynatorów na poziomie województw, oznaczałoby bardzo duże obciążenie koordynatorów, w szczególności w zakresie indywidualnego wsparcia doradczego, czy też konieczności utrzymywania stałego kontaktu ze wszystkimi instytucjami realizującymi usługi i świadczenia opieki długoterminowej. Stwarzałoby to ryzyko bardzo dużej nieefektywności rozwiązania.

Zadania koordynatorów obejmować będą:

- indywidualne wsparcie doradcze w zakresie identyfikacji i wyboru usług lub świadczeń opieki długoterminowej dostosowanych do potrzeb i sytuacji osoby wymagającej opieki długoterminowej,

- zbieranie i analizowanie danych pozyskiwanych w ramach współpracy z podmiotami realizującymi usługi i świadczenia opieki długoterminowej, danych publikowanych lub przekazywanych koordynatorowi przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a także danych publikowanych przez wojewodów,
- udzielanie informacji o usługach i świadczeniach opieki długoterminowej na podstawie danych, w tym informowanie mieszkańców powiatu o usługach i świadczeniach opieki długoterminowej w szczególności o sposobach i zasadach ich uzyskania oraz informowanie podmiotów z terenu powiatu realizujących opiekę długoterminową o dostępności świadczeń i usług opieki długoterminowej,
- współpraca z podmiotami wykonującymi działalność leczniczą, jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej, innymi podmiotami realizującymi świadczenia i usługi opieki długoterminowej, oraz organizacjami pozarządowymi, a także innymi podmiotami w zakresie zapewnienia i rozwoju kompleksowego systemu opieki długoterminowej,
- identyfikowanie potrzeb oraz ograniczeń w zakresie dostępności usług i świadczeń opieki długoterminowej na terenie powiatu,
- inicjowanie działań usprawniających funkcjonowanie systemu opieki długoterminowej, w tym działań zmierzających do poprawy dostępności i jakości opieki długoterminowej na terenie powiatu,
- udział w konsultacjach i procesie planowania lokalnego w obszarze opieki długoterminowej,
- informowanie opiekunów nieformalnych na temat realizowanych działań edukacyjnych i wspierających skierowanych do tych osób.

Projektowana ustawa określa ogólne zasady, w których konieczna jest współpraca między podmiotami wykonującymi działalność leczniczą i jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej przy rozpoznawaniu potrzeb osób wymagających opieki długoterminowej. Projektowane przepisy określają, jakie informacje mogą być przekazywane, w jakim celu i na jakich zasadach, w tym kto musi wyrazić zgodę na ich udostępnienie.

Współpraca polegać będzie na przekazywaniu informacji o osobie, co do której zachodzi prawdopodobieństwo, że może wymagać usług lub świadczeń opieki długoterminowej przez:

- podmiot wykonujący działalność leczniczą do ośrodka pomocy społecznej lub centrum usług społecznych właściwego dla miejsca zamieszkania pacjenta albo jego pobytu, jeżeli nie posiada miejsca zamieszkania,
- dysponenta zespołu ratownictwa medycznego do ośrodka pomocy społecznej lub centrum usług społecznych, właściwego dla miejsca udzielenia medycznych czynności ratunkowych, o osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego,
- jednostkę organizacyjną pomocy społecznej do świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Celem ww. opisanej współpracy jest weryfikacja zasadności objęcia danej osoby usługami lub świadczeniami opieki długoterminowej.

Koordynator każdorazowo będzie otrzymywał informację na temat przekazywania informacji pomiędzy podmiotami. Podmioty otrzymujące informacje o potrzebie weryfikacji zasadności objęcia osoby wsparciem w zakresie opieki długoterminowej są obowiązane, w terminie 7 dni od dnia ich otrzymania, do poinformowania podmiotu przekazującego te informacje o sposobie ich wykorzystania. Informacja ta kierowana jest także do koordynatora. W przypadku braku takiej informacji, koordynator nawiązuje współpracę z podmiotem, do którego przekazana została informacja.

Projektowana ustawa przewiduje, że wojewoda będzie organizował współpracę pomiędzy koordynatorami z terenu województwa. Koordynatorzy działający na obszarze danego województwa będą współpracować ze sobą w zakresie: wymiany informacji i dobrych praktyk, ujednolicania i harmonizowania działań w zakresie opieki długoterminowej, czy doskonaleniu systemu opieki długoterminowej.

Ad. 3. Zasady monitorowania sytuacji i ewaluacji jakości opieki długoterminowej

Koordynator w powiecie będzie zwornikiem przepływu informacji między podmiotami systemu opieki długoterminowej, w tym podmiotem gromadzącym informacje o tym systemie. Projektowana ustawa przewiduje, że koordynatorzy opieki długoterminowej będą udostępniać na stronie internetowej informacje na temat usług opieki długoterminowej dostępnych w powiecie wraz z informacją teleadresową usługodawców/świadczeniodawców, a także o świadczeniach pieniężnych dostępnych w ramach opieki długoterminowej.

Koordynatorzy będą przygotowywali sprawozdanie z realizacji zadań wynikających z ustawy. Sprawozdania będą zawierać informacje na temat m.in.:

- współpracy z podmiotami, jednostkami i organizacjami realizującymi usługi i świadczenia opieki długoterminowej,
- inicjatyw podjętych w celu poprawy funkcjonowania systemu opieki długoterminowej, w tym zwiększenia dostępności i jakości usług i świadczeń opieki długoterminowej,
- zrealizowanych działań informacyjnych z zakresu opieki długoterminowej,
- indywidualnego wsparcia doradczego,
- potrzeb i ograniczeń zakresie dostępności i jakości usług i świadczeń opieki długoterminowej.

Sprawozdanie przygotowane przez koordynatora będzie opiniowane przez radę powiatu i wraz z tą opinią przekazywane do wojewody. Wojewoda będzie sporządzał zbiorcze sprawozdanie i przekazywał je do organu odpowiedzialnego za politykę senioralną.

Projektowana ustawa ma umożliwić wprowadzenie zintegrowanego systemu monitorowania jakości usług i świadczeń opieki długoterminowej. Organ do spraw polityki senioralnej we współpracy z ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego oraz ministrem właściwym do spraw zdrowia opracuje sprawozdanie określające założenia systemu zapewniania jakości usług i świadczeń opieki długoterminowej i przedłoży je Radzie Ministrów do zatwierdzenia w terminie 24 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy. Elementy systemu zostaną wypracowane przy wykorzystaniu wniosków z realizacji innych priorytetów reformy opieki długoterminowej określonych w kamieniu milowym A70G (które realizowane są równolegle do ustawy o opiece długoterminowej) oraz uzgodnione pomiędzy zainteresowanymi stronami.

Obecnie jakość usług, które będą zaliczane do opieki długoterminowej, monitorowana jest m.in. poprzez sprawozdawczość jednostek realizujących usługi, a także w ramach kontroli upoważnionych organów. Dodatkowo, w zależności od typu instytucji lub sektora, pozyskiwane są także dane dotyczące kolejek, zdarzeń nadzwyczajnych (np. wypadki), zadowolenia usługobiorców. Zakłada się, że do czasu uruchomienia systemu monitorowania jakości, zadania te będą realizowane w ramach dotychczasowych ram prawnych.

Wprowadzenie systemu monitorowania jakości opieki długoterminowej, ale także regularnego monitorowania np. dostępności do usług, które zaliczane będą do opieki długoterminowej, pozwoli na identyfikację wyzwań w zakresie zapewnienia odpowiedniej jakości usług, czy wprowadzenia rozwiązań organizacyjnych lub prawnych mających za zadanie poprawę sytuacji w tym zakresie. Wprowadzenie spójnych zasad monitorowania jakości, które potencjalnie mogłyby obejmować np. wspólne wskaźniki jakości, ocenę usług przez osoby korzystające, publikowanie wyników kontroli etc. przyczyni się do większej transparentności świadczonych usług, większej wiedzy ze strony samych zainteresowanych (osoby potrzebujące wsparcia w zakresie opieki długoterminowej lub ich rodziny) umożliwiającej dokonywanie najlepszych wyborów w zakresie wsparcia.

Ad. 4. Podmioty odpowiedzialne za działalność informacyjną

Projektowana ustawa wskazuje organy odpowiedzialne monitorowanie realizacji opieki długoterminowej. Co do zasady będą to: organ ds. polityki senioralnej, minister właściwy ds. zabezpieczenia społecznego, minister właściwy ds. zdrowia. Ponadto minister właściwy ds. zabezpieczenia społecznego oraz minister właściwy ds. zdrowia będą zobligowani do przedstawienia organowi ds. polityki senioralnej zagregowanych danych w szczególności w zakresie osób korzystających z usług i świadczeń opieki długoterminowej. Informacje te, wraz ze sprawozdaniami koordynatorów, zostaną wykorzystane przez organ ds. polityki senioralnej do opracowania sprawozdania z wyników monitorowania realizacji opieki długoterminowej. Sprawozdanie będzie przedstawiane Radzie Ministrów i publikowane na stronie BIP urzędu obsługującego organ ds. polityki senioralnej.

Ponadto rozszerzony zostanie także zakres *Informacji o osobach starszych*, opracowywanej na podstawie ustawy z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz. U. poz. 1705 oraz z 2024 r. poz. 834), o obszar dostępności usług i świadczeń w ramach opieki długoterminowej w rozumieniu ustawy o opiece długoterminowej.

Koordynatorzy opieki długoterminowej na poziomie powiatu będą odpowiedzialni za gromadzenie i udostępnianie informacji na stronie internetowej urzędu ich obsługującego na temat usług i świadczeń opieki długoterminowej dostępnych w powiecie (w tym świadczeń pieniężnych), zasad ubiegania się o te usługi/świadczenia, czy liczby osób

oczekujących na uzyskanie opieki długoterminowej w poszczególnych placówkach pobytu dziennego lub całodobowego.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

W krajach OECD i UE stosuje się różne modele opieki długoterminowej. Poniżej przedstawione przykłady dotyczą rozwiązań w odniesieniu do: definicji, koordynacji, oraz monitorowania sytuacji i ewaluacja jakości opieki długoterminowej

Definicja opieki długoterminowej⁴

W dużej części krajów UE nie istnieje prawna definicja opieki długoterminowej. Jednak większość z nich definiuje ten obszar na poziomie pozalegislacyjnym – np. w planach i strategiach. W większości przypadków definicje te odwołują się do potrzeby wspierania osób w starszym wieku lub osób z niepełnosprawnościami w czynnościach życia codziennego – wspólnym mianownikiem jest utrata zdolności do samodzielnego życia według skali czynności życia codziennego (ADL). Kilka krajów uwzględnia w swojej definicji wsparcie środowiskowe lub rodzinne (Finlandia, Hiszpania, Irlandia, Niemcy), Dania i Łotwa bierze pod uwagę jakość życia, a Finlandia, Irlandia, Portugalia – preferencje beneficjenta względem świadczonej opieki. Definicje na poziomie krajowym nie funkcjonują obecnie w Bułgarii, Chorwacji, Estonii, Grecji, Malcie, na Węgrzech i Polsce.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje opiekę długoterminową jako „ogół świadczeń i pomocy o charakterze osobistym, społecznym i medycznym, dzięki którym osoba niesamodzielną albo narażoną na utratę samodzielności (z powodu choroby psychicznej lub somatycznej albo niepełnosprawności) jest w stanie funkcjonować w sposób zapewniający poszanowanie podstawowych praw i godności człowieka”. Rolę opiekuna może wziąć na siebie rodzina, przyjaciele lub inne bliskie osoby (opiekunowie nieformalni) bądź też personel ochrony zdrowia (opiekunowie formalni), a opieka może być realizowana w różnym trybie, np. w domu, w placówce opiekuńczej, w szpitalu.

Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) definiuje opiekę długoterminową (w obszarze zdrowia i społecznym) jako szereg usług medycznych, opieki osobistej i pomocy, których głównym celem jest łagodzenie bólu i zmniejszanie lub kontrolowanie pogorszenia stanu zdrowia u osób w pewnym stopniu uzależnionych od innych przez długi czas, udzielanie im pomocy w zakresie opieki osobistej (poprzez pomoc w codziennych czynnościach, ADL, takich jak jedzenie, mycie i ubieranie się) oraz pomaganie im w samodzielnym życiu (poprzez pomoc w podstawowych czynnościach dnia codziennego, IADL, takich jak gotowanie, robienie zakupów i zarządzanie finansami)⁵.

Komisja Europejska uznaje zaś, że opieka długoterminowa oznacza „usługi i wsparcie dla osób, które w wyniku słabości lub niepełnosprawności psychicznej lub fizycznej potrzebują pomocy w czynnościach życia codziennego lub stałej opieki pielęgniarstwa”.

Koordynacja systemu opieki długoterminowej⁶

W Niemczech przepisy ubezpieczeniowe dotyczące opieki długoterminowej są zapisane na szczeblu federalnym i uwzględniają prawa i obowiązki wszystkich stron zajmujących się planowaniem, finansowaniem i realizacją świadczeń (kraje związkowe, fundusze, świadczeniodawcy), a także prawa i obowiązki beneficjentów.

W Holandii rząd pełni funkcję regulacyjną i tworzy warunki sprzyjające rozwojowi opieki długoterminowej, ale – zgodnie z ustawą o ubezpieczeniu zdrowotnym – zabezpieczenie świadczeń jest zadaniem własnym gmin, natomiast całodobowe placówki opiekuńcze powierzono regionalnym urządům ds. opieki oraz świadczeniodawcom.

W Niemczech, Holandii i Japonii funkcjonuje jednolita metodologia oceny zapotrzebowania na opiekę długoterminową w indywidualnym przypadku, przy pomocy której wyznacza się zakres potrzebnych danej osobie świadczeń opieki długoterminowej i weryfikuje uprawnienia do ich uzyskania. Dostęp do opieki długoterminowej jest zarezerwowany dla beneficjentów, którzy spełniają określony zestaw kryteriów opisanych w ogólnokrajowych przepisach. W Japonii potencjalni beneficjenci są oceniani za pomocą standardowego kwestionariusza uzupełnionego opinią lekarza i sprawozdaniem z wizyty domowej. Zebraną dokumentację musi zatwierdzić specjalna komisja i dopiero jej decyzja otwiera wnioskodawcy dostęp do świadczeń opieki długoterminowej.

⁴ Opracowano na podstawie raportu pt. „Przegląd strategiczny opieki długoterminowej w Polsce”, Bank Światowy 2024 r., <https://www.gov.pl/web/zdrowie/przegląd-strategiczny-opieki-długoterminowej-w-polsce-opracowany-przez-bank-swiatowy> (dostęp: 29.08.2025 r.)

⁵ <https://stats.oecd.org/wbos/fileview2.aspx?IDFile=4b1884af-0b8b-4f3f-994a-7cc4b30d73a0>, dostęp: 24.09.2025 r.

⁶ Ibidem.

W Holandii opieka długoterminowa jest regulowana trojako: przez ustawę o opiece długoterminowej, społeczne ubezpieczenie zdrowotne i ustawę o pomocy społecznej.

Monitorowanie sytuacji i ewaluacja jakości opieki długoterminowej

W Holandii funkcjonuje ogólny system oceny jakości opieki zdrowotnej – Indeks Jakości Konsumenta (Consumer Quality Index, CQI). Jest to znormalizowany system pomiaru, analizy i raportowania doświadczeń klientów w zakresie opieki zdrowotnej. Został on zmodyfikowany pod kątem specyfiki opieki długoterminowej. System CQI uwzględnia opinie beneficjentów i ich przedstawicieli w rozbiciu na dziesięć aspektów obejmujących: 1) plan opieki i jego ocenę, 2) wspólne podejmowanie decyzji, 3) komunikację i informację, 4) samopoczucie fizyczne, 5) fachowość i bezpieczeństwo opieki, 6) warunki bytowe, 7) samostanowienie, 8) samopoczucie psychiczne, 9) bezpieczeństwo ogólne oraz 10) dostępność i ciągłość opieki. Obecnie rozwijane są kwestionariusze dotyczące m.in. opieki osobistej i opieki domowej oraz opieki nad osobami niepełnosprawnymi⁷.

W Austrii, jakość w opiece długoterminowej została określona w ustawie o funduszu opieki. Jakość tej opieki mierzona jest jako stopień, w jakim cechy jakościowe profesjonalnych usług opiekuńczych i pielęgniarских są osiąganе. Ustawa ta wskazuje, że minimalne standardy jakości są uzgadniane przez władze krajowe i regionalne (krajowe). Kraje związkowe są zobowiązane do wydawania przepisów mających na celu zapewnienie przestrzegania minimalnych standardów. Gromadzenie danych dotyczących jakości opieki długoterminowej nie jest zharmonizowane na poziomie krajowym ani zintegrowane z systemami informacji medycznej. W 2023 r. wprowadzono w formie pilotażu ustandaryzowane raportowanie jakości dla szpitali opieki długoterminowej. W przypadku opieki w miejscu zamieszkania gromadzone są dane dotyczące: funkcjonalności domu, higieny, jakości opieki medycznej, żywienia, nawodnienia, czystości i uczestnictwa w życiu społecznym⁸.

W Danii dwie ustawy (o usługach socjalnych oraz o zdrowiu) tworzą ramy prawne i określają definicje oraz obowiązki dotyczące jakości opieki długoterminowej. Duńskie ramy jakości określają narzędzia, standardy i procedury dla właściwych organów w zakresie monitorowania i oceny jakości. Brak jest standardów jakości opieki długoterminowej określonych na poziomie kraju – jest to zadanie samorządu terytorialnego, który co roku określa standardy jakości dla tej opieki mające zastosowanie do wszystkich publicznych i prywatnych usługodawców. Dania prowadzi rejestr użytkowników opieki długoterminowej, umożliwiającą połączenie i integrację z systemem informacji zdrowotnej. Dane dotyczące jakości i wyników opieki długoterminowej są gromadzone i wykorzystywane do doskonalenia systemu opieki. Statistics Denmark publikuje dane dotyczące 23 wskaźników związanych z opieką długoterminową. Gromadzone są także dane na temat zadowolenia z usług opieki długoterminowej, czasu oczekiwania, wiedzy na temat świadczeń itp.⁹.

W Irlandii powołany został Urząd ds. Informacji Zdrowotnej i Jakości (Health Information and Quality Authority, HIQA). Jest to niezależny organ ustawowy, prawnie upoważniony do ustalania standardów bezpieczeństwa i jakości usług opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. W Irlandii funkcjonują krajowe standardy dla usług stacjonarnych dedykowanych osobom starszym, dzieciom i dorosłym z niepełnosprawnościami. Istnieją również przepisy dotyczące określonych obszarów opieki długoterminowej, których wyznaczone ośrodki muszą przestrzegać. Standardy i przepisy dotyczące wsparcia domowego są w trakcie opracowywania (2024). Zgodnie z ustawą o zdrowiu z 2007 r., świadczeniodawcy opieki stacjonarnej muszą zapewnić bezpieczną i wysokiej jakości opiekę. HIQA jest odpowiedzialny za ocenę zdolności świadczeniodawców do zapewniania bezpiecznej i wysokiej jakości opieki poprzez inspekcje i monitorowanie oraz za rejestrowanie wyznaczonych ośrodków opieki stacjonarnej. Wyniki kontroli przeprowadzonych przez HIQA w instytucjach opieki stacjonarnej są upubliczniane¹⁰.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Osoby korzystające z opieki długoterminowej	403 tys. osób (2023 r.)	Obliczenia własne na podstawie danych ze sprawozdania MRPiPS-03 oraz publikacji GUS „Zdrowie i ochrona zdrowia w 2023 r.”	Ułatwienie dostępu do informacji na temat usług i świadczeń opieki długoterminowej. Poprawa jakości usług opieki długoterminowej.

⁷ <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/wat-de-consumer-quality-index> (data dostępu: 29.08.2025 r.).

⁸ WHO (2024) Promoting quality management in long-term care: principles, key components and directions for policy action, <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2024-10957-50729-76831> (data dostępu: 29.08.2025 r.).

⁹ Ibidem.

¹⁰ Ibidem.

Osoby starsze (w wieku 60+)	9 979 tys. osób (2024 r.)	Bank danych lokalnych, GUS	Ułatwienie dostępu do informacji na temat usług i świadczeń opieki długoterminowej. Poprawa jakości usług opieki długoterminowej.
Osoby z niepełnosprawnością prawną	4 006,2 tys. osób, w tym 2 490,1 tys. osób w wieku 60+ (2023 r.)	„Osoby niepełnosprawne w 2023 roku”, GUS	Ułatwienie dostępu do informacji na temat usług i świadczeń opieki długoterminowej. Poprawa jakości usług opieki długoterminowej.
Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego, minister właściwy do spraw zdrowia	2	dana powszechnie znana	Monitorowanie sytuacji w zakresie opieki długoterminowej, przekazywanie danych z monitorowania, wypracowanie założeń założenia systemu zapewniania jakości usług i świadczeń opieki długoterminowej.
Organ, o którym mowa w art. 6 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych – organ ds. polityki senioralnej	1	dana powszechnie znana	Realizacja zadań związanych z koordynacją, monitorowaniem i ewaluacją opieki długoterminowej, opracowanie sprawozdania z wyników monitorowania opieki długoterminowej, przygotowanie i udostępnienie rozwiązania organizacyjno-technicznego służącego do prowadzenia analiz wspomagających monitorowanie opieki długoterminowej, opracowanie założeń systemu zapewniania jakości usług i świadczeń opieki długoterminowej.
Narodowy Fundusz Zdrowia	1	Dana powszechnie znana	Realizacja zadań związanych z monitorowaniem opieki długoterminowej
Wojewodowie	16	Dane administracyjne	Realizacja zadań dotycząca monitorowania opieki długoterminowej w województwie , w tym opracowanie zbiorczego sprawozdania z realizacji zadań przez koordynatorów i jego publikacja na stronie BIP urzędu.
Powiaty	380 w tym 66 miast na prawach powiatów.	Dane administracyjne	Opiniowanie sprawozdań koordynatorów i publikacja ich na stronie BIP starostwa powiatowego.
Ośrodki Pomocy Społecznej	2416	Sprawozdanie MPIPS-03 za 2024 r.	Realizacja zadań związanych z przekazywaniem informacji i współpracą przy ustalaniu potrzeb w zakresie opieki długoterminowej.

Centra Usług Społecznych	79	Sprawozdanie MPIPS-03 za 2024 r.	Realizacja zadań związanych z przekazywaniem informacji i współpracą przy ustalaniu potrzeb w zakresie opieki długoterminowej.
Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie / Miejskie Ośrodki Pomocy Rodzinie	380	Sprawozdanie MPIPS-03 za 2024 r.	Powołanie koordynatorów opieki długoterminowej oraz zapewnienie warunków realizacji ich zadań, w tym publikacji informacji o usługach i świadczeniach
Domy Pomocy Społecznej	824	Sprawozdanie MPIPS-05 za 2024 r.	Realizacja zadań związanych z przekazywaniem informacji i współpracą z koordynatorem.
Placówki całodobowej opieki prowadzone w ramach działalności statutowej i gospodarczej	707	Sprawozdanie MPIPS-05 za 2024 r.	Realizacja zadań związanych z przekazywaniem informacji i współpracą z koordynatorem.
Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze	734	Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL)	Realizacja zadań związanych z przekazywaniem informacji i współpracą z koordynatorem.
Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa	2 366	RPWDL	Realizacja zadań związanych z przekazywaniem informacji i współpracą z koordynatorem.
Zespół długoterminowej opieki domowej	351	RPWDL	Realizacja zadań związanych z przekazywaniem informacji i współpracą z koordynatorem.
Zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny i Zakład/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy psychiatryczny	89	RPWDL	Realizacja zadań związanych z przekazywaniem informacji i współpracą z koordynatorem.

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej 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 zostanie zamieszczony na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie „Rządowy Proces Legislacyjny” oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Kancelarii Prezesa Rady Ministrów.

Projekt ustawy zostanie przekazany do opinii reprezentatywnym organizacjom związków zawodowych, pracodawców.

Projekt ustawy zostanie skierowany do uzgodnień, opiniowania oraz konsultacji publicznych oraz zostanie przedstawiony i skonsultowany z Komisją Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego.

Przewiduje się 7-dniowy termin na zgłaszanie uwag do projektu ustawy. Skrócenie czasu zgłaszania uwag wynika z harmonogramu realizacji kamienia milowego A70G.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Łącznie (0-10)
Dochody ogółem	0	6,58	6,74	6,90	7,07	7,24	7,42	7,60	7,78	7,98	8,17	73,47

budżet państwa – PIT		0	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,22
JST		0	0,12	0,13	0,13	0,13	0,13	0,13	0,13	0,13	0,13	1,27
FUS – składki emerytalno-rentowe		0	4,78	4,90	5,02	5,15	5,27	5,41	5,54	5,68	5,82	53,55
NFZ - składki zdrowotne		0	1,24	1,27	1,30	1,33	1,37	1,40	1,44	1,47	1,51	13,87
Fundusz Pracy - składki		0	0,16	0,16	0,17	0,17	0,18	0,18	0,18	0,19	0,19	1,79
Fundusz Solidarnościowy - składki			0,23	0,24	0,24	0,25	0,26	0,26	0,27	0,27	0,28	2,59
FGŚP - składki		0	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,18
Wydatki ogółem	0		19,23	19,71	20,18	20,69	21,20	21,73	22,28	22,83	23,41	215,25
budżet państwa – wydatki na wynagrodzenie koordynatorów w powiecie	0		19,23	19,71	20,18	20,69	21,20	21,73	22,28	22,83	23,41	215,25
Saldo ogółem	0		-12,65	-12,97	-13,28	-13,62	-13,96	-14,32	-14,68	-15,05	-15,43	-141,79
budżet państwa	0		-19,21	-19,69	-20,16	-20,66	-21,18	-21,71	-22,26	-22,81	-23,38	-215,03
JST	0		0,12	0,13	0,13	0,13	0,13	0,13	0,13	0,13	0,13	1,27
FUS	0		4,78	4,90	5,02	5,15	5,27	5,41	5,54	5,68	5,82	53,55
NFZ	0		1,24	1,27	1,30	1,33	1,37	1,40	1,44	1,47	1,51	13,87
Fundusz Pracy	0		0,16	0,16	0,17	0,17	0,18	0,18	0,18	0,19	0,19	1,79
Fundusz Solidarnościowy			0,23	0,24	0,24	0,25	0,26	0,26	0,27	0,27	0,28	2,59
FGŚP	0		0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,18
Źródła finansowania	Wydatki związane z wejściem w życie ustawy zostaną sfinansowane ze środków budżetu państwa z części: 85 Województwa. Realizacja przepisów ustawy będzie należeć do zadań własnych powiatów.											
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Koszty realizacji zadań koordynatorów zostały oszacowane przy wykorzystaniu następujących założeń: 1. Zadania koordynatorów obejmować będą m.in.: a) zbieranie i udostępnianie informacji na temat dostępnych w powiecie usług i świadczeń opieki długoterminowej, b) informowanie mieszkańców o dostępnych formach opieki i wsparcia na terenie powiatu, c) współpracę z instytucjami systemu ochrony zdrowia i pomocy społecznej, lokalnymi NGO oraz innymi koordynatorami w zakresie rozwoju instytucji opieki długoterminowej w powiecie, d) promowanie i wspieranie edukacji i wsparcie dla opiekunów nieformalnych, e) identyfikowanie potrzeb i deficytów w zakresie dostępnych usług opieki długoterminowej. 2. Rolą koordynatora będzie przygotowanie oraz bieżąca aktualizacja informacji na temat wszystkich dostępnych na terenie powiatu form wsparcia w ramach opieki długoterminowej, zgodnie z katalogiem wskazanym w ustawie. Informacje te powinny być upublicznione na stronie internetowej urzędu, w którym zatrudniony jest koordynator. Koordynatorzy powinni utrzymywać bieżący kontakt ze świadczeniciodawcami opieki długoterminowej w powiecie, a także z koordynatorami w innych powiatach. Koordynatorom zostanie pozostawiona swoboda sposobu organizacji realizacji powierzonych im zadań. 3. Koordynatorzy będą także realizować poradnictwo indywidualne. 4. Wynagrodzenie za realizację zadań koordynatorów zostało określone w wysokości 3500,00 zł brutto na powiat miesięcznie (2716,34 zł netto). Wynagrodzenia koordynatorów uzależnione będą od polityki kadrowej urzędu zatrudniającego koordynatora. Środki wskazane w OSR stanowić będą co do zasady uzupełnienie wynagrodzenia koordynatora, w związku z powierzeniem mu nowych zadań. Organ zatrudniający koordynatora będzie mógł wykorzystać											

	te środki na dodatki dla pracownika realizującego zadania koordynatora lub sfinansowanie części wynagrodzenia takiej osoby. 5. Finansowanie zadań koordynatorów rozpocznie się od 2027 r. Koordynatorzy do 31 grudnia 2026 r. wykonają czynności przygotowawcze i organizacyjne niezbędne do rozpoczęcia realizacji zadań, w szczególności nawiążą współpracę z podmiotami pomocy społecznej i ochrony zdrowia oraz zorganizują udostępnienie informacji na stronie internetowej. 6. Środki na wynagrodzenie/dodatki w kolejnych latach zostały skorygowane o wartość wskaźnika CPI zgodnie z „Wytycznymi dotyczącymi stosowania jednolitych wskaźników makroekonomicznych będących podstawą oszacowania skutków finansowych projektowanych ustaw. Aktualizacja – lipiec 2025 r.”. 7. W części tabeli dotyczącej dochodów uwzględniono wpływy do poszczególnych sektorów jednostek publicznych, które wynikają z obowiązujących przepisów dotyczących składek na ubezpieczenia społeczne, Fundusz Pracy, Fundusz Solidarnościowy. W przypadku składki na ubezpieczenie wypadkowe, przyjęto składkę w wysokości 1,67% podstawy wymiaru składki. Kwota wynagrodzenia brutto dla której oszacowano wartość składek na poszczególne tytuły – 3500 zł (4216,80 zł wraz z kosztami po stronie pracodawcy). Otrzymane kwoty zostały przemnożone przez liczbę powiatów (z uwzględnieniem miast na prawach powiatów) oraz 12 miesięcy. Założono, że kwota 3500 brutto stanowi element wynagrodzenia koordynatora. Wpływy do budżetu państwa i JST odnoszą się do kwot należnego podatku dochodowego od osób fizycznych obliczonego analogicznie jak w przypadku składek na ubezpieczenia społeczne. Zastosowano następujący podział tych kwot : BP – 15%, JST – 85%. Podział ten został wskazany w piśmie KOSR (znak: KOSR.0652.2.2025, z 2 kwietnia 2025 r.). 8. Ewentualne koszty dostosowania systemów IT będą pokryte w ramach limitów wydatków właściwych jednostek (organ ds. polityki senioralnej, ministerstwa, NFZ). 9. W chwili obecnej nie ma możliwości przedstawienia kosztów wprowadzenia zintegrowanego systemu monitorowania jakości usług w ramach opieki długoterminowej, w związku z trwającymi równolegle pracami nad określeniem kształtu tego systemu. Jednocześnie zakłada się maksymalne wykorzystanie informacji już obecnie dostępnych w systemach teleinformatycznych i sprawozdawczości podmiotów realizujących usługi. Dlatego też wskazano, że w okresie 24 miesięcy od wejścia w życie ustawy, organ do spraw polityki senioralnej we współpracy z ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego oraz ministrem właściwym do spraw zdrowia opracują założenia systemu zapewniania jakości usług i świadczeń opieki długoterminowej i przedłoży je do zatwierdzenia Radzie Ministrów. Dopiero wówczas możliwe będzie określenie kosztów wprowadzenia takiego rozwiązania. 10. Rok oznaczony 0 to 2026 r.
--	--

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe								
Skutki								
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z r.)	duże przedsiębiorstwa	0	0	0	0	0	0	0
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	0	0	0	0	0	0	0

	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	0	0	0	0	0	0	0
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	Brak wpływu.						
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Brak wpływu.						
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Zgodnie z wnioskami z badania ilościowego i jakościowego dotyczącego postrzegania opieki długoterminowej, przeprowadzonego w ramach „Przeglądu strategicznego opieki długoterminowej w Polsce” jednym z głównych wyzwań jest dostęp do informacji na temat możliwości skorzystania z określonych usług lub świadczeń. Poprawa stanu w tym obszarze pozwoli nie tylko na zwiększenie dostępu do usług, ale także dostosowanie ich zakresu do potrzeb beneficjenta.						
Niemierzalne	Osoby w wieku 60 lat lub więcej	Zgodnie z wnioskami z badania ilościowego i jakościowego dotyczącego postrzegania opieki długoterminowej, przeprowadzonego w ramach „Przeglądu strategicznego opieki długoterminowej w Polsce” jednym z głównych wyzwań jest dostęp do informacji na temat możliwości skorzystania z określonych usług lub świadczeń. Poprawa stanu w tym obszarze pozwoli nie tylko na zwiększenie dostępu do usług, ale także dostosowanie ich zakresu do potrzeb beneficjenta.						
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Brak.							
8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu								
☐ nie dotyczy								
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).					☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy			
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:					☐ zwiększenie liczby dokumentów ☒ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:			
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektroniczności.					☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy			
Komentarz: Ustawa wprowadza obowiązek współpracy z koordynatorem dla podmiotów realizujących usługi i świadczenia, które zaliczone zostaną do opieki długoterminowej w zakresie wymiany informacji. Wprowadzenie współpracy podmiotów w ramach opieki długoterminowej wprowadza nowe procedury związane z wymianą informacji pomiędzy: podmiotami wykonującymi działalność leczniczą, dysponentami zespołu ratownictwa medycznego, świadczeniodawcami udzielającymi świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej.								
9. Wpływ na rynek pracy								
Brak wpływu.								
10. Wpływ na pozostałe obszary								

☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ sądy powszechne, administracyjne lub wojskowe	☐ demografia ☐ mienie państwowe ☒ inne: pomoc społeczna	☐ informatyzacja ☒ zdrowie
Omówienie wpływu	Projekt ustawy wpłynie na poprawę współpracy między systemem zdrowia a zabezpieczeniem społecznym, tworząc fundament spójnego systemu opieki długoterminowej. Projekt wprowadza lokalną koordynację usług przyznawanych w ramach opieki długoterminowej oraz mechanizmy wymiany informacji pomiędzy podmiotami świadczącymi usługi w ramach opieki długoterminowej. Wprowadzane zmiany zwiększą dostępność i efektywność udzielonego wsparcia. Zakłada się, że regulacja przyczyni się do optymalizacji wykorzystywania dostępnych świadczeń. 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. 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.	
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego		
Projektowana ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem: 1) art. 23 i art. 29 pkt 4, które wchodzi w życie po upływie 12 miesięcy, 2) art. 14–19, które wchodzi w życie po upływie 24 miesięcy – od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.		
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?		
Ewaluacja efektów funkcjonowania ustawy nastąpi po upływie 36 miesięcy od dnia jej wejścia w życie. Za przeprowadzenie ewaluacji odpowiedzialny będzie organ do spraw polityki senioralnej, we współpracy z ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego oraz ministrem właściwym do spraw zdrowia po przeprowadzeniu konsultacji publicznych. Ewaluacja będzie oparta w szczególności na analizie: • liczby koordynatorów opieki długoterminowej oraz liczby powiatów, w których faktycznie realizują oni swoje zadania, • liczby przekazanych informacji /zgłoszeń dotyczących osób wymagających wsparcia w zakresie opieki długoterminowej oraz sposobu ich obsługi,		

- dostępności usług opieki długoterminowej, w tym liczby wolnych miejsc oraz czasu oczekiwania na formy wsparcia w obszarze ochrony zdrowia,
- zmian w dostępności usług opieki długoterminowej oraz skali ich wykorzystania, odzwierciedlonych w informacji o sytuacji osób starszych, o której mowa w ustawie o osobach starszych (w nowym obszarze dotyczącym opieki długoterminowej).

13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)

Brak.