

UZASADNIENIE

I. Potrzeba i cel wydania aktu

Projektowana ustawa o koordynacji opieki długoterminowej i osobach starszych ma charakter wielowymiarowy, ponieważ porządkuje i integruje obszary, które dotychczas funkcjonowały w rozproszeniu – zarówno w polityce senioralnej, jak i w systemie opieki długoterminowej. Obejmuje jednocześnie kwestie monitorowania sytuacji osób starszych, koordynacji usług i świadczeń opieki długoterminowej, współpracy instytucjonalnej oraz dostępu do wsparcia mającego na celu zaspokojenie podstawowych codziennych potrzeb życiowych seniora, tworząc spójne ramy prawne odpowiadające na złożone wyzwania starzejącego się społeczeństwa. W tym ujęciu znacząco wzmacnia również rolę organu do spraw polityki senioralnej, powierzając mu nowe zadania, w szczególności analityczne, koordynacyjne i sprawozdawcze w skali krajowej.

Osoby starsze stanowią znaczną grupę odbiorców opieki długoterminowej, co znajduje potwierdzenie w danych statystycznych i raportach państwowych. Opieka długoterminowa stanowi jeden z obszarów polityki publicznej wobec starzejącego się społeczeństwa, co potwierdzają również dane przedstawione w Informacji o sytuacji osób starszych w Polsce za 2024 r.¹ W dokumencie podkreślono, że populacja seniorów rośnie w sposób dynamiczny – w 2024 r. liczba osób w wieku 60 lat i więcej wyniosła blisko 10 milionów, a ich udział w populacji osiągnął 26,6%. Z Informacji wynika, że w 2024 r. 62,0% osób w wieku 60 lat i więcej wskazało na długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe, które trwały (lub przewidywano, że będą trwały) co najmniej 6 miesięcy, a z opieki długoterminowej w systemie zdrowia korzystało ponad 107 tys. pacjentów, będących osobami starszymi. Jednocześnie w systemie zabezpieczenia społecznego, w domach pomocy społecznej w 2024 r. ponad 49 tys. miejsc było przeznaczonych dla osób starszych.

Prognozy wskazują, iż proces starzenia się społeczeństwa będzie się pogłębiał, a w 2060 r. populacja seniorów wzrośnie do około 11,9 miliona, co będzie stanowić niemal 40% ogółu ludności. Jednocześnie rośnie liczba osób w wieku 80+, które najczęściej wymagają intensywnego wsparcia opiekuńczego. Prognozy demograficzne wskazują na dynamiczny wzrost liczby osób starszych w Polsce w najbliższych dziesięcioleciach (do 2050 r. liczba osób starszych wzrośnie z obecnych około 10 milionów do 12,4 mln, stanowiąc blisko 40% społeczeństwa, zaś liczba osób w wieku 85 i więcej lat podwoi się - wzrośnie z 0,84 mln do 1,7 mln osób, a zatem aż o ponad 100%), co stwarza duże wyzwania dla polityki państwa. Wraz z wiekiem zwiększa się również poziom ograniczeń funkcjonalnych, skala wielochorobowości oraz zapotrzebowanie na pomoc w codziennym funkcjonowaniu. Wysoki odsetek seniorów mieszka samotnie, często w budynkach z barierami architektonicznymi, co potęguje ryzyko wykluczenia oraz konieczność zapewnienia dostępnej i skoordynowanej opieki środowiskowej.

Analiza sytuacji w obszarze opieki długoterminowej w kraju została przedstawiona w raporcie „Przegląd strategiczny opieki długoterminowej w Polsce”², opracowanym przez Bank Światowy w ramach realizacji kamienia milowego A69G Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności (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

¹ Podstawa prawna: Art. 5 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz. U. z 2015 r. poz. 1705, z 2024 r. poz. 834, z 2026 r. poz. 160).

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

do których powinny zostać podjęte działania, 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.

Opieka długoterminowa w Rzeczypospolitej Polskiej, choć faktycznie funkcjonuje w ramach dwóch głównych filarów – ochrony zdrowia i pomocy społecznej – często pozostaje rozproszona i trudna do zrozumienia. 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 i zagubienie. 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 o 3 punkty procentowe. Przed tą dekadą należy dokonać niezbędnych reform systemu opieki długoterminowej (s. 57, s. 78). Prognozuje się istotny wzrost zapotrzebowania na usługi związane z opieką zdrowotną i długoterminową (jw. s. 54, 78). Skala tych zmian przesądza o konieczności nadania opiece długoterminowej statusu działania o charakterze strategicznym, co pozwala na powiązanie jej systemowej koordynacji z ustawą funkcjonującą w obszarze polityki senioralnej. Jednocześnie opieka długoterminowa dotycząc przede wszystkim osób starszych, nie zawęży się do tej grupy, co uzasadnia wyróżnienie jej koordynacji w tytule ustawy.

Projekt ustawy kontynuuje porządkowanie i wzmocnienie roli organu do spraw polityki senioralnej, nadając mu spójny i systemowy zakres zadań. Proces ten został zainicjowany na mocy przepisów ustawy z dnia 9 stycznia 2026 r. o zmianie niektórych ustaw związanych z funkcjonowaniem administracji rządowej (Dz. U. poz. 160), która sprawy z zakresu szeroko rozumianej polityki senioralnej powierzyła ministrowi właściwemu do spraw zabezpieczenia społecznego albo Pełnomocnikowi Rządu do spraw Polityki Senioralnej, o ile zostanie powołany.

Polityka senioralna państwa wymaga opartego na danych, systematycznego monitorowania sytuacji osób starszych, a jednym z jej kluczowych narzędzi pozostawała coroczna „Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce”. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz. U. poz. 1705, z 2024 r. poz. 834 oraz z 2026 r. poz. 160), zwana dalej „ustawą o osobach starszych”, nałożyła na administrację rządową obowiązek systematycznego monitorowania sytuacji osób starszych w Polsce oraz corocznego przedstawiania Radzie Ministrów informacji w tym zakresie. Dokument ten, przygotowywany na podstawie danych statystycznych oraz informacji przekazywanych przez organy administracji publicznej, państwowe jednostki organizacyjne oraz inne organizacje zaangażowane w kształtowanie sytuacji osób starszych stanowił narzędzie diagnozy najważniejszych obszarów życia seniorów, w tym sytuacji demograficznej, ekonomicznej, zdrowotnej, mieszkaniowej, aktywności społecznej oraz dostępności usług społecznych i zdrowotnych.

Dotychczasowe doświadczenia związane z monitorowaniem sytuacji osób starszych oraz wieloletnią praktyką sporządzania corocznej Informacji pokazały, że obecna formuła wymaga aktualizacji. W konsekwencji zasadne stało się dokonanie jej korekty, tak aby nie tylko odzwierciedlała ona ogólną sytuację osób starszych, lecz także uwzględniała dane dotyczące wyników monitorowania opieki długoterminowej, czyli usług i świadczeń, z których osoby starsze realnie korzystają, jak też dostępność infrastruktury na potrzeby aktywności tych osób.

Uzupełnienie systemu wsparcia dla osób w wieku 65+ o nowe, elastyczne narzędzie wsparcia, jakim jest bon senioralny, stanowi odpowiedź na rosnące potrzeby seniorów wymagających pomocy w codziennym funkcjonowaniu w ich środowisku zamieszkania. Wprowadzenie podstawy prawnej dla funkcjonowania Programu Bonu Senioralnego ma umożliwić bardziej dostępne i dostosowane wsparcie, które odciąży rodziny i opiekunów nieformalnych, a jednocześnie wzmocni działania na rzecz utrzymania samodzielności i poprawy jakości życia seniorów.

Program rządowy ma rozwinąć sektor usług wsparcia seniorów, zwłaszcza na terenach, na których aktualnie ich najbardziej brakuje. Odpowiada na kluczową i rosnącą potrzebę rozwoju zasobów kadrowych w sektorze opieki nad seniorami. Ma zatem zdynamizować rozwój srebrnej gospodarki, jednocześnie wzmacniając gminy w przystosowaniu do wyzwań demograficznych. Wsparcie państwa jest niezbędne zwłaszcza w przypadku gmin peryferyjnych i wiejskich. Rozwój usług w ramach bonu senioralnego odpowiedzialnie zostanie skorelowany z rozwijaniem sektora tych usług, co pozwoli uniknąć wzrostu ich cen czy zwłoki w ich otrzymywaniu.

Jednocześnie projektowana ustawa o koordynacji opieki długoterminowej i osobach starszych w związku z wprowadzeniem koordynacji opieki długoterminowej stanowi realizację kamienia milowego A70G w ramach 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.

Wymogiem pierwszych etapów reformy opieki długoterminowej realizowanych w kamieniu milowym A70G KPO 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.

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), zwane 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 883/2004 oraz nr 987/2009 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. Celem projektowanej ustawy nie jest koordynacja świadczeń z tytułu długotrwałej opieki w rozumieniu regulacji UE.

Wprowadzenie przepisów w zakresie opieki długoterminowej w ustawach sektorowych nie jest uzasadnione. Regulacje są obecnie rozproszone w różnych aktach prawnych. Tylko odrębny 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. Uregulowanie koordynacji opieki długoterminowej w jednej z ustaw materialnie dotyczących jednego z dwóch systemów – pomocy społecznej lub opieki zdrowotnej – pogłębiłoby problem. Należy wskazać, że silosowość opieki długoterminowej jest postrzegana jako główna przeszkoda w działaniach informacyjnych i koordynacyjnych.

Brak jednej, spójnej ustawy regulującej ten obszar znacząco utrudniłby, a nawet mógłby zahamować realizację reformy w postulowanym kierunku.

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

1. Status i umocowanie organu do spraw polityki senioralnej

Dotychczas ustawa o osobach starszych wskazywała organ odpowiedzialny za przygotowanie informacji o sytuacji osób starszych (art. 6 ust. 2 tej ustawy), ale status i rola organu nie była całościowo zdefiniowana, a przepisy określały głównie jego funkcję sprawozdawczą. Przepisy te miały jednak charakter zadaniowy i techniczny. Projektowana regulacja odpowiada na potrzebę umocnienia jednego, centralnego organu odpowiedzialnego za prowadzenie spójnej, długofalowej polityki senioralnej. Przepis art. 3 projektu ustawy jednoznacznie określa, że organem do spraw polityki senioralnej jest minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego albo Pełnomocnik Rządu do spraw Polityki Senioralnej, o ile zostanie ustanowiony. Wprowadzenie projektowanego przepisu prowadzi zatem do istotnego rozwinięcia pozycji organu odpowiedzialnego za politykę senioralną.

Projektowane rozwiązania mają również wymiar praktyczny. Wzmocnienie i systemowe uregulowanie roli organu do spraw polityki senioralnej pozwoli na bardziej efektywne planowanie oraz wdrażanie polityk publicznych dotyczących starzenia się społeczeństwa. Pozwoli również na uspołnienie działań administracji rządowej i lepsze ukierunkowanie programów, strategii i interwencji publicznych na potrzeby osób starszych. Przewiduje się, że skutkiem wejścia w życie projektowanych przepisów będzie zwiększenie efektywności i przejrzystości działań państwa w obszarze polityki senioralnej, a tym samym poprawa jakości wsparcia udzielanego osobom starszym. Jest to niezbędne, aby umożliwić skuteczną odpowiedź na wyzwania demograficzne starzejącego się społeczeństwa.

2. Opieka długoterminowa

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 tych usług oraz 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.

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. 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.

2.1. 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 projektowanej ustawy jest realizacją części kamienia milowego A70G dla reformy pn. A4.6 „Wzrost współczynnika aktywności zawodowej określonych grup poprzez rozwój opieki długoterminowej” KPO.

Projektowana ustawa realizuje następujące wybrane elementy tego kamienia milowego, które opisane zostały w Załączniku do Decyzji Wykonawczej Rady zmieniającej Decyzję Wykonawczą z dnia 17 czerwca 2022 r. w sprawie zatwierdzenia oceny planu odbudowy i zwiększania odporności Polski z dnia 27 maja 2025 r.³:

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 postanowienia decyzji wykonawczej Rady znalazły swoje odzwierciedlenie w następujących projektowanych przepisach ustawy o koordynacji opieki długoterminowej i osobach starszych:

- 1) w zakresie tiret 1:
 - art. 2 pkt 2 – wprowadzenie do ustawy definicji opieki długoterminowej,
 - art. 5 – określenie zakresu opieki długoterminowej, z uwzględnieniem m.in. obszaru ochrony zdrowia, pomocy społecznej oraz świadczeń zabezpieczenia społecznego;
- 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. 7 – wskazanie organów odpowiedzialnych za prowadzenie działań informacyjnych i edukacyjnych dotyczących opieki długoterminowej mających na celu wsparcie opiekunów nieformalnych, oraz wskazanie sposobów tego wsparcia,
 - art. 8 i art. 9 – wskazanie poziomu administracji publicznej, 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. 17 – wskazanie organów administracji rządowej odpowiedzialnych za zapewnienie spójnego funkcjonowania opieki długoterminowej i jednolitych standardów jej jakości,

³ 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. 19 – wskazanie organów odpowiedzialnych za monitorowanie realizacji opieki długoterminowej oraz zasad, na jakich będzie się ono odbywać,
- art. 20 – nałożenie obowiązku sprawozdawczego dotyczącego wyników monitorowania opieki długoterminowej oraz ich publikacji do publicznej wiadomości, a także oceny dostępności opieki długoterminowej oraz wniosków i rekomendacji dotyczących jej funkcjonowania,
- art. 22 ust. 1 – opracowywanie corocznie sprawozdania o sytuacji osób starszych z uwzględnieniem wyników monitorowania opieki długoterminowej.

Dodatkowo w art. 47 projektu ustawy zawarto zobowiązanie dla właściwych organów do opracowania założeń systemu zapewniania jakości usług i świadczeń opieki długoterminowej i ich ewaluacji, co również realizuje zakres określony w tiret 3.

3. Monitorowanie sytuacji osób starszych

Projekt ustawy utrzymuje dotychczasowy model monitorowania sytuacji osób starszych, ukształtowany ustawą o osobach starszych. Obowiązujące przepisy przewidują, że monitorowanie to prowadzone jest przez organy administracji publicznej oraz inne podmioty zaangażowane w kształtowanie warunków życia osób starszych, a jego zakres obejmuje aspekty demograficzne, społeczne, zdrowotne i ekonomiczne funkcjonowania tej grupy. Ustawa nakłada również na te podmioty obowiązek współpracy przy przygotowywaniu informacji przedstawianej przez Radę Ministrów, obejmujący nieodpłatne udostępnianie niezbędnych danych, informacji i dokumentów.

Projekt ustawy zachowuje ten szeroki zakres monitorowania, jednocześnie porządkując rozwiązania w zakresie organizacji procesu raportowania. Dotychczas Rada Ministrów przedstawiała Sejmowi i Senatowi informację o sytuacji osób starszych na podstawie materiałów przygotowywanych przez ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego albo Pełnomocnika Rządu do spraw Polityki Senioralnej. Projekt przewiduje, że coroczne sprawozdanie z monitorowania sytuacji osób starszych będzie przygotowywane bezpośrednio przez organ do spraw polityki senioralnej i przedstawiane Radzie Ministrów, przy zachowaniu obowiązku współpracy podmiotów administracji publicznej zaangażowanych w gromadzenie danych. Zmiana ta jednoznacznie określa organ odpowiedzialny za opracowanie dokumentu, utrzymując jednocześnie obowiązujący mechanizm pozyskiwania informacji od instytucji uczestniczących w monitorowaniu.

Projektowane rozwiązanie nie zmienia charakteru monitorowania sytuacji osób starszych, lecz doprecyzowuje organizacyjną strukturę przygotowywania sprawozdania, przypisując tę odpowiedzialność organowi do spraw polityki senioralnej. Zachowany zostaje dotychczasowy model gromadzenia danych oraz współpracy między podmiotami zobowiązanymi do udostępniania informacji. Doprecyzowanie odpowiedzialności w zakresie sporządzania sprawozdania zapewnia większą spójność i przejrzystość procesu monitorowania, wzmacniając jego funkcjonalność oraz znaczenie w prowadzeniu polityki publicznej wobec osób starszych.

4. Bon Senioralny

Projekt ustawy wprowadza do systemu prawa nowe rozwiązanie w postaci bonu senioralnego. System prawny nie przewiduje obecnie instrumentu dedykowanego seniorom w celu zapewnienia im dostępu do usług wsparcia w podstawowych codziennych czynnościach życiowych, realizowanego w sposób zorganizowany i jednolity na poziomie krajowym. Wprowadzenie bonu senioralnego oznacza zatem rozszerzenie dotychczasowych narzędzi polityki senioralnej o nową formę wsparcia, której celem jest ułatwienie seniorom

funkcjonowania w miejscu zamieszkania oraz ograniczenie ryzyka konieczności korzystania z opieki instytucjonalnej.

Bon senioralny stanowi instrument o charakterze powszechnym, funkcjonujący poza systemem pomocy społecznej i niezależny od jej mechanizmów. Dzięki temu umożliwia uzyskanie wsparcia w sposób jednolity na poziomie krajowym, bez nadawania mu charakteru interwencyjnego czy socjalnego. Projektowane rozwiązanie ma zwiększyć możliwości seniorów w zakresie samodzielnego funkcjonowania w miejscu zamieszkania, wspierać ich codzienną aktywność oraz ograniczać ryzyko konieczności korzystania z opieki instytucjonalnej.

Bon senioralny jest odpowiedzią na niezagospodarowaną przestrzeń pomiędzy pomocą społeczną i świadczeniami realizowanymi w jej ramach, a systemem ochrony zdrowia. Usługa w ramach bonu senioralnego, którą może otrzymać senior, nie będzie usługą świadczoną w związku z realizacją ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2025 r. poz. 1214 i 1302 oraz z 2026 r. poz. 26 i 203). Będzie miała charakter nowej usługi, uzupełniającej funkcjonujące rozwiązania. Ponadto senior korzystający z bonu senioralnego nie będzie beneficjentem pomocy społecznej.

Koncentracja seniorów i nestorów występuje przede wszystkim na obszarach o niskiej witalności gospodarczej, a na dodatek związana jest z dużymi migracjami pokoleń młodszych – dzieci i wnuków osób starszych. Ubogie samorządy tych obszarów nie będą w stanie zapewnić ani wystarczających środków finansowych, ani kadrowych na zaspokojenie przyszłych potrzeb opiekuńczo-pielęgnacyjnych swoich mieszkańców (Raport „Sytuacja demograficzna Polski”, s. 59). Uzasadnia to zatem działanie w tym obszarze jako działanie interwencyjne Państwa, skoro same samorządy najbardziej narażone na starzenie się ludności będą miały trudność z jego realizacją. Odpowiada to zasadzie pomocniczości. Warto zaznaczyć, że luka opiekuńcza, czyli odsetek osób starszych z niezaspokojonymi potrzebami opiekuńczymi sięga już 52,6% (Raport..., s. 63). Niezbędne jest zatem zwiększenie zatrudnienia na stanowiskach związanych z opieką nad osobami starszymi i ich wsparciem.

Projektowane przepisy tworzą programowy i finansowy mechanizm realizacji bonu senioralnego, określając warunki uzyskania świadczenia. Oznacza to, że po wejściu ustawy w życie powstanie nowy instrument polityki publicznej, którego przyznawanie, finansowanie i ewaluacja będą prowadzone według jednolitych kryteriów określonych w akcie wykonawczym przyjmowanym przez Radę Ministrów. W praktyce skutkować to będzie zwiększeniem dostępności usług wspierających seniorów, zwłaszcza tych, którzy nie są objęci innymi formami pomocy, a wymagają wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

Bon senioralny wpisuje się w realizację polityki senioralnej, wspomagając rozwój sektora usług wsparcia, aby sprostał on wzrastającemu wskutek procesów demograficznych popytowi i potrzebom osób starszych.

Wprowadzenie bonu senioralnego spowoduje również rozszerzenie roli organu do spraw polityki senioralnej, który zostanie odpowiedzialny za nadzór nad realizacją Programu przy pomocy wojewodów. Dotychczas brak było narzędzi wymagających w tym obszarze bezpośredniego nadzoru programowego na poziomie krajowym. Nowe przepisy wzmocnią więc koordynację działań w obszarze usług kierowanych do seniorów, tworząc bardziej przejrzyste i jednolite ramy funkcjonowania wsparcia pozainstytucjonalnego.

W rezultacie projektowana regulacja wprowadza do systemu prawnego rozwiązanie o charakterze nowatorskim, uzupełniające dotychczasowe instrumenty polityki senioralnej i wzmocniające możliwości udzielania wsparcia seniorom w miejscu ich zamieszkania.

Przewidywanym skutkiem prawnym będzie zapewnienie seniorom usług wsparcia, co przełoży się na bardziej systemowe podejście państwa do potrzeb tej grupy społecznej.

Dzięki nakierowaniu bonu senioralnego na zaspokajanie potrzeb seniorów będzie następował rozwój sektora srebrnej gospodarki. Coraz liczniejsza populacja osób starszych stanowi impuls dla rozwoju segmentu usług opieki nad seniorami i zwiększenia zatrudnienia w tym obszarze. Przewiduje się, że rozwiązanie pozwoli na zbudowanie zasobu osób mogących świadczyć usługi w ramach bonu w miejscu zamieszkania. Pozwoli to na zwiększenie legalnego zatrudnienia m.in. na obszarach wiejskich.

Uregulowanie możliwości realizacji Programu przyczyni się do:

- 1) zwiększenia dobrostanu seniorów;
- 2) rozszerzenia wachlarza usług społecznych. Usługi świadczone w ramach bonu senioralnego będą miały charakter niemedyyczny i ich celem będzie wsparcie osób starszych w czynnościach życia codziennego. Uzupełnią one obecnie dostępne wsparcie w zakresie opieki nad osobami starszymi w ramach systemu pomocy społecznej (usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze) oraz w ramach systemu ochrony zdrowia (pielęgniarska domowa opieka długoterminowa, świadczenia udzielane przez zespół długoterminowej opieki domowej dla osób wentylowanych mechanicznie);
- 3) zwiększenia liczby osób świadczących usługi wsparcia w obszarze opieki nad osobami starszymi, a przez to podaży tych usług (rozwój sektora);
- 4) aktywizacji społeczności lokalnych i wzrostu aktywności zawodowej, w szczególności na obszarach wiejskich.

III. Stan rzeczywisty w dziedzinie, która ma być unormowana

1. Organ do spraw Polityki Senioralnej

W aktualnym stanie prawnym zadania związane z polityką senioralną realizowane są przez różne organy administracji rządowej, przy czym rola koordynacyjna w tym obszarze przypisana jest ministrowi właściwemu do spraw zabezpieczenia społecznego albo Pełnomocnikowi Rządu do spraw Polityki Senioralnej, o ile został powołany. Rozwiązanie to zapewnia funkcjonowanie podstawowych mechanizmów związanych z prowadzeniem polityki senioralnej, w tym przygotowywanie corocznej informacji o sytuacji osób starszych oraz gromadzenie danych dotyczących ich warunków życia.

W praktyce działania dotyczące osób starszych obejmują szeroki zakres tematyczny i realizowane są przez wiele podmiotów, w zależności od ich ustawowych kompetencji. Taki model umożliwia uwzględnianie aspektów społecznych, zdrowotnych, ekonomicznych i edukacyjnych polityki senioralnej, jednak nie zawsze zapewnia pełną jednoznaczność w przypisaniu odpowiedzialności za koordynację działań podejmowanych na poziomie rządowym.

Ustawa z dnia 9 stycznia 2026 r. o zmianie niektórych ustaw związanych z funkcjonowaniem administracji rządowej zapoczątkowała reformę w tym obszarze, powierzając zadania z zakresu polityki senioralnej ministrowi właściwemu do spraw zabezpieczenia społecznego albo Pełnomocnikowi Rządu do spraw Polityki Senioralnej. Stanowiło to pierwszy etap porządkowania i wzmacniania instytucjonalnych podstaw polityki senioralnej, ukierunkowany na zapewnienie większej spójności działań oraz lepszej integracji kompetencji rozproszonych dotychczas pomiędzy różnymi organami.

Projekt ustawy odwołuje się do tego kierunku zmian, przewidując dalsze usystematyzowanie roli organu właściwego do spraw polityki senioralnej i umocowanie jego odpowiedzialności na poziomie ustawowym. Rozwiązanie to ma na celu uporządkowanie istniejących

mechanizmów, wprowadzenie większej przejrzystości w zakresie przypisania odpowiedzialności oraz zapewnienie stabilnej struktury instytucjonalnej dla prowadzenia działań państwa wobec osób starszych. Projektowane przepisy rozwijają więc rozwiązania przyjęte na wcześniejszym etapie reformy i wzmacniają funkcjonowanie organu odpowiedzialnego za politykę senioralną jako podmiotu prowadzącego oraz koordynującego działania w tym obszarze.

2. Opieka długoterminowa

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 jest realizowane nieformalnie przez rodziny. Zjawisku temu towarzyszy utrzymująca się niska liczba pracowników sektora opieki długoterminowej – zgodnie z danymi Komisji Europejskiej, w Polsce na 100 osób starszych przypada jedynie 0,5 pracownika opieki długoterminowej, podczas gdy średnia UE wynosi 3,8⁴. Wydatki publiczne na opiekę długoterminową w Polsce wynoszą 0,8% PKB. Natomiast w krajach OECD wydatki te stanowią ok. 1,5% PKB, z czego 2,6% PKB we Francji i 2,5% PKB w Niemczech⁵.

3. Monitorowanie sytuacji osób starszych

Monitorowanie sytuacji osób starszych jest obecnie prowadzone na podstawie przepisów ustawy o osobach starszych, która określa ogólne ramy gromadzenia i analizowania danych dotyczących warunków życia osób starszych. W praktyce działania monitorujące obejmują szerokie spektrum informacji demograficznych, społecznych i zdrowotnych, dostarczanych przez liczne instytucje publiczne w ramach ich bieżących zadań. Zebrane dane stanowią podstawę corocznej informacji przygotowywanej dla Rady Ministrów, jednak system ten ma przede wszystkim charakter opisowy i służy przekrojowemu przedstawieniu sytuacji tej grupy społecznej.

Dotychczasowy model monitorowania funkcjonuje stabilnie, ale opiera się przede wszystkim na rozproszonych źródłach informacji oraz na współpracy wielu podmiotów, co wynika z szerokiego zakresu zagadnień dotyczących osób starszych. Wraz ze starzeniem się społeczeństwa wzrasta znaczenie systematycznego i spójnego monitorowania tych procesów, tak aby zebrane dane mogły być wykorzystywane w bardziej kompleksowy sposób przy kształtowaniu polityk publicznych.

⁴ Komisja Europejska (2024): Report on the implementation of the Council Recommendation on LTC (Poland).

⁵ Dane za 2021 rok.

4. Bon senioralny

Seniorzy korzystają obecnie z różnych form pomocy, wynikających przede wszystkim z przepisów o pomocy społecznej, ochronie zdrowia czy wsparciu osób niepełnosprawnych, jednak są to rozwiązania o odmiennym charakterze, stosowane w zależności od sytuacji życiowej i zdrowotnej konkretnej osoby.

Wraz ze starzeniem się społeczeństwa coraz większa liczba osób starszych potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, przy czym potrzeby te nie zawsze mogą zostać zrealizowane w ramach istniejących świadczeń. W praktyce oznacza to, że część seniorów pozostaje poza zasięgiem dotychczasowych form pomocy, mimo że ich stan funkcjonalny wymaga wsparcia o charakterze podstawowym. Jednocześnie obserwowane jest rosnące zapotrzebowanie na usługi umożliwiające pozostanie w środowisku domowym oraz na rozwiązania zapobiegające konieczności wcześniejszego korzystania z całodobowych form opieki. Tymczasem wciąż w blisko 11% gmin nie są zapewniane publiczne usługi opiekuńcze.

W takim stanie rzeczy pojawia się potrzeba wprowadzenia nowego narzędzia które, w sposób uzupełniający i komplementarny wobec istniejących świadczeń, umożliwi objęcie seniorów wsparciem adekwatnym do ich podstawowych potrzeb życiowych. Bon senioralny, jako świadczenie niepieniężne, stanowi odpowiedź na potrzebę stworzenia spójnego i jednolitego mechanizmu wspierania osób starszych w miejscu ich zamieszkania. Wprowadzenie takiego narzędzia pozwoli na uporządkowanie i systematyzację działań podejmowanych w tej dziedzinie, umożliwiając bardziej elastyczne reagowanie na rosnące potrzeby populacji osób w wieku 65+. Sprzyjać będzie rozwojowi tzw. srebrnej gospodarki, jak też urzeczywistniać ideę pomocniczości (subsidiarności).

IV. Omówienie projektowanych rozwiązań

1. Przepisy ogólne

Projektowana ustawa ma na celu uregulowanie podstawowych zagadnień związanych z opieką długoterminową i polityką senioralną. Jej przepisy obejmują zasady koordynacji opieki długoterminowej, współpracy między podmiotami medycznymi i jednostkami pomocy społecznej oraz zadania jednostek samorządu terytorialnego w zakresie wsparcia opiekunów nieformalnych, jak również zasady współdziałania organów administracji publicznej w tym obszarze.

W zakresie polityki senioralnej projektowana regulacja opiera się na dotychczasowej ustawie o osobach starszych. Natomiast projekt precyzuje sposób monitorowania i przedstawiania informacji o sytuacji osób starszych, w tym podmioty odpowiedzialne za realizację tego zadania i źródła jego finansowania. Dodatkowo projekt wprowadza rozwiązania dotyczące udzielania wsparcia seniorom w formie bonu senioralnego.

Całość tworzy ramy prawne służące poprawie organizacji opieki długoterminowej, wsparcia opiekunów oraz monitorowania sytuacji osób starszych, a także wzmocnieniu rozwiązań kierowanych bezpośrednio do seniorów.

2. Definicje

Z punktu widzenia koordynacji opieki długoterminowej 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 niejednorodności interpretacyjnej, utrudniał tworzenie skutecznych

narzędzi zarządzania oraz uniemożliwił 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 projektu 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 osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu oraz wsparcia ich opiekunów nieformalnych i osób bliskich.

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

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. Opieka ta musi mieć charakter stałego lub powtarzającego się zaangażowania, które ma realny wpływ na codzienne funkcjonowanie osoby wymagającej wsparcia.

Jeśli chodzi o definicje osoby starszej i polityki senioralnej (art. 2 pkt 7 i 9), to funkcjonowały one dotychczas w takim samym brzmieniu w ustawie o osobach starszych. Są one fundamentem dla rozumienia ogółu działań na rzecz osób starszych.

Określenie „osoby starszej” jako osoby, która ukończyła 60. rok życia, zapewnia czytelne i jednoznaczne wyznaczenie grupy objętej regulacją, zgodne z utrwalonym podejściem stosowanym w polityce publicznej wobec osób starszych na poziomie międzynarodowym.

Granica 60 lat wynika z długoletniej i konsekwentnej praktyki systemu Narodów Zjednoczonych oraz organizacji międzynarodowych zajmujących się polityką społeczną i zdrowotną. W dokumentach operacyjnych ONZ, w szczególności w wytycznych Wysokiego Komisarza Narodów Zjednoczonych do spraw Uchodźców⁶ dotyczących ochrony osób starszych, osoba, która ukończyła 60 lat, jest wprost definiowana jako „osoba starsza”, co stanowi standard przyjmowany na potrzeby identyfikacji grup wymagających szczególnej ochrony w działaniach humanitarnych i społecznych. To podejście jest również spójne z praktyką Światowej Organizacji Zdrowia, która systemowo posługuje się kategorią populacji „60+” w analizach demograficznych i zdrowotnych, traktując ją jako grupę o specyficznych potrzebach wynikających z procesu starzenia się.

Choć Międzynarodowy Plan Działań w sprawie Starzenia (1982)⁷ oraz Zasady Narodów Zjednoczonych⁸ dotyczące osób starszych, przyjęte w 1991 r., nie wprowadzają normatywnej definicji wieku, dokumenty te stworzyły fundament globalnej polityki wobec osób starszych. W ich następstwie granica 60 lat została utrwalona w praktyce instytucjonalnej ONZ i organizacji międzynarodowych jako standardowy próg definiowania „osoby starszej”. Przyjęcie tej cezurę wieku w regulacji krajowej zapewnia zgodność ze standardami międzynarodowymi, ułatwia porównywalność danych statystycznych oraz pozwala na spójne projektowanie i realizację polityk publicznych adresowanych do osób starszych.

Definicja „polityki senioralnej” wskazuje natomiast na szeroki zakres działań realizowanych przez administrację publiczną oraz inne podmioty, mających na celu kształtowanie warunków godnego i zdrowego starzenia się. Jej utrzymanie w niezmiennym brzmieniu pozwala zachować ciągłość interpretacyjną oraz spójność działań podejmowanych w ramach polityki senioralnej.

Pozostałe definicje pełnią funkcję pomocniczą i służą prawidłowej interpretacji przepisów projektowanej regulacji.

3. Organ do spraw Polityki Senioralnej

Art. 3 projektu ustawy wprowadza jednoznaczne określenie organu właściwego do spraw polityki senioralnej. Rozwiązanie to stanowi zmianę w stosunku do ustawy o osobach starszych, która nie przewidywała istnienia organu o takim statusie. W dotychczasowej regulacji jedynie wskazano podmiot odpowiedzialny za przygotowanie corocznej informacji o sytuacji osób starszych, którym był minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego albo Pełnomocnik Rządu do spraw Polityki Senioralnej, jeżeli został ustanowiony (art. 6 ust. 2). Nie było to jednak równoznaczne z ustanowieniem organu właściwego w całym obszarze polityki senioralnej ani z przypisaniem mu szerszych kompetencji strategicznych czy koordynacyjnych.

Projektowany przepis porządkuje tę kwestię, wprowadzając formalne określenie organu odpowiedzialnego za politykę senioralną oraz umieszczając go w systemie regulacji jako podmiot centralny dla realizacji zadań przewidzianych w ustawie. Organ ten będzie wykonywał znacznie szerszy zakres zadań niż w dotychczasowym stanie prawnym, w szczególności w obszarze monitorowania opieki długoterminowej, współdziałania międzyresortowego, przygotowywania cyklicznych sprawozdań o sytuacji osób starszych oraz nadzoru nad Programem Bonu Senioralnego. Wprowadzenie jednoznacznego przepisu określającego organ właściwy daje podstawę do spójnego przypisania kompetencji, ułatwia koordynację działań oraz zapewnia jasność organizacyjną w realizacji polityki senioralnej.

⁶ Working with Older Persons in Forced Displacement (UNHCR / Global Protection Cluster, 2021).

⁷ International Plan of Action on Ageing, 1982, Report of the World Assembly on Aging, Vienna, 26 July to 6 August 1982, <https://digitallibrary.un.org/record/36044?v=pdf>.

⁸ United Nations Principles for Older Persons, <https://digitallibrary.un.org/record/495395>.

Ujęcie art. 3 w części ogólnej ustawy ma na celu stworzenie punktu odniesienia dla wszystkich kolejnych przepisów, które przypisują organowi zadania analityczne, nadzorcze i koordynacyjne w obszarze działań na rzecz osób starszych. Rozwiązanie to wzmacnia strukturę instytucjonalną polityki senioralnej oraz zapewnia jednoznaczne określenie odpowiedzialności za realizację działań przewidzianych w projektowanej ustawie.

4. Klauzula ochronna

Art. 4 projektu ustawy wprowadza ogólny obowiązek zachowania w tajemnicy informacji i danych uzyskiwanych przy wykonywaniu zadań wynikających z ustawy. Ma to szczególne znaczenie, ponieważ projekt przewiduje szeroki zakres wymiany danych między podmiotami realizującymi opiekę długoterminową oraz jednostkami administracji publicznej, w tym przekazywanie danych osobowych i informacji dotyczących stanu zdrowia, o czym świadczą m.in. przepisy art. 13 i 14 projektu ustawy. Obowiązek poufności określony w art. 4 zapewnia właściwy poziom ochrony tych informacji oraz porządkuje zasady ich przetwarzania, stanowiąc normę ogólną odnoszącą się do wszystkich podmiotów wykonujących zadania przewidziane ustawą. Dzięki temu przepis ten pełni funkcję zabezpieczającą w systemie, w którym przetwarzanie danych jest niezbędne do prawidłowej realizacji usług i świadczeń opieki długoterminowej. Obowiązek ten stosuje się z uwzględnieniem wyjątków wynikających z przepisów odrębnych, w szczególności ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej, które mogą nakładać obowiązek udostępnienia określonych informacji w sytuacjach przewidzianych prawem. Jednocześnie w art. 10 ust. 2 projektu ustawy określono zakres danych osobowych przetwarzanych przez koordynatora w związku z realizacją jego ustawowych zadań. Dodanie zamkniętego katalogu informacji, z których koordynator może korzystać przy udzielaniu wsparcia, zapewnia przejrzystość podstawy prawnej przetwarzania danych, zgodnie z art. 5 ust. 1 lit. a RODO, oraz pozwala na ograniczenie przetwarzania do danych niezbędnych do identyfikacji osoby wymagającej usług lub świadczeń opieki długoterminowej i właściwego doboru tych usług.

Doprecyzowanie to eliminuje ryzyko dowolności w ustalaniu zakresu danych przez poszczególne podmioty oraz wzmacnia ochronę szczególnych kategorii danych, w tym informacji o stanie zdrowia, które są niezbędne do realizacji procesu koordynacji opieki długoterminowej. Jednocześnie rozwiązanie to pozostaje spójne z zasadą minimalizacji danych oraz odpowiada postulatowi organu nadzorczego dotyczącym jasnego, przewidywalnego i proporcjonalnego ukształtowania podstawy prawnej przetwarzania danych osobowych.

II. Zakres i koordynacja opieki długoterminowej

Rozdział 2 projektowanej ustawy określa zasady funkcjonowania systemu opieki długoterminowej, w tym jej zakres, sposób organizacji oraz podział zadań między poszczególne szczeble administracji publicznej. Przepisy tego rozdziału definiują podstawowe elementy opieki długoterminowej, ustanawiają rolę powiatu jako podmiotu odpowiedzialnego za koordynację tego systemu oraz określają zadania koordynatora do spraw opieki długoterminowej. Rozdział ten reguluje także współpracę między podmiotami udzielającymi świadczeń zdrowotnych i jednostkami pomocy społecznej oraz wskazuje mechanizmy wymiany informacji niezbędne do prawidłowego rozpoznawania potrzeb osób wymagających wsparcia. Całość tworzy ramy organizacyjne dla skoordynowanego świadczenia usług i świadczeń opieki długoterminowej.

Art. 5 projektu ustawy rozwija definicję opieki długoterminowej zawartą w art. 2 pkt 2 wskazując, jak rozumienie opieki długoterminowej przyjęte w definicji znajduje zastosowanie w praktycznej organizacji systemu. Doprecyzowuje, że usługi i świadczenia mieszczące się

w tym systemie są udzielane na podstawie odrębnych przepisów oraz mają być realizowane w sposób kompleksowy i skoordynowany. Przepis ten wskazuje, że opieka długoterminowa nie stanowi katalogu nowych świadczeń, lecz obejmuje istniejące już usługi, w tym z zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, pomocy społecznej oraz świadczeń zabezpieczenia społecznego, które – zgodnie z projektowaną ustawą – mają być organizowane w sposób spójny i dostosowany do indywidualnych potrzeb osób wymagających wsparcia. Na podstawie obowiązujących przepisów opieka długoterminowa składa się z następujących usług lub świadczeń opieki długoterminowej:

- 1) świadczenia gwarantowane, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 4 w zakresie świadczeń opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych psychiatrycznych oraz art. 15 ust. 2 pkt 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, 1537 i 1739 oraz z 2026 r. poz. 26);
- 2) usługi i wsparcie określone w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2025 r. poz. 1214 i 1302 oraz z 2026 r. poz. 26 i 203):
 - a) usługi opiekuńcze, o których mowa w art. 50 tej ustawy, w tym w formie usług sąsiedzkich, o których mowa w art. 50 ust. 3a tej ustawy,
 - b) specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w art. 50 ust. 4 tej ustawy, w tym specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
 - c) usługi świadczone w ośrodkach wsparcia, o których mowa w art. 51 ust. 1 tej ustawy,
 - d) usługi świadczone w rodzinnym domu pomocy, o którym mowa w art. 52 tej ustawy,
 - e) wsparcie w mieszkaniu wspomaganym, o którym mowa w art. 53 tej ustawy,
 - f) usługi, o których mowa w art. 55 tej ustawy, świadczone w domach pomocy społecznej,
 - g) usługi wsparcia krótkoterminowego, o którym mowa w art. 55a tej ustawy,
 - h) usługi, o których mowa w art. 68 tej ustawy, świadczone w placówkach zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku,
- 3) usługi świadczone w zakresie asystencji osobistej, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia2026 r. o asystencji osobistej osób z niepełnosprawnościami (Dz. U. poz.);
- 4) dodatek pielęgnacyjny, o którym mowa w art. 75 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1749 oraz z 2026 r. poz. 26);
- 5) zasiłek pielęgnacyjny, o którym mowa w art. 16 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1208);
- 6) świadczenie wspierające, o którym w art. 3 ustawy z dnia 7 lipca 2023 r. o świadczeniu wspierającym (Dz. U. poz. 1429 i 2760 oraz z 2025 r. poz. 619);
- 7) świadczenie uzupełniające, o którym mowa w art. 2 ustawy z dnia 31 lipca 2019 r. o świadczeniu uzupełniającym dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji (Dz. U. z 2024 r. poz. 1649, z 2025 r. poz. 1302 oraz z 2026 r. poz. 26);

Osobie objętej usługami i świadczeniami opieki długoterminowej mogą również zostać przyznane:

- 1) zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawa, o których mowa w ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 907 i 1192),
- 2) dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, o którym mowa w art. 35a ust. 1 pkt 7 lit. c ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2025 r. poz. 913, 1301, 1665 i 1746 oraz z 2026 r. poz. 26).

1. Prawo podmiotowe do wyrażenia oceny

Projektowany art. 6 wprowadza do systemu opieki długoterminowej prawo podmiotowe osoby objętej opieką długoterminową oraz jej opiekuna nieformalnego do wyrażania oceny usług i świadczeń udzielanych w ramach tego systemu. Celem regulacji jest wzmocnienie pozycji osób korzystających ze świadczeń oraz zapewnienie im realnego wpływu na kształt i jakość udzielanego wsparcia. W systemie, w którym znaczna część usług jest świadczona osobom o ograniczonej samodzielności, szczególne znaczenie ma umożliwienie zarówno osobie objętej opieką, jak i jej opiekunowi nieformalnemu, zgłaszania opinii dotyczących dostępności, adekwatności i jakości świadczeń. W wielu przypadkach opiekun nieformalny pełni rolę rzecznika interesów osoby niesamodzielnej, dlatego objęcie go zakresem uprawnień jest uzasadnione i konieczne dla pełnej realizacji prawa do wyrażania oceny. Wprowadzenie prawa do wyrażania oceny nie kreuje nowych obowiązków o charakterze świadczeniowym po stronie podmiotów udzielających usług, a jedynie potwierdza obowiązek zapewnienia możliwości zgłaszania opinii i uwag w sposób dostępny i niewymagający nadmiernych formalności. Jednocześnie wzmacnia system informacji zwrotnej pozytywnie wpływający na zwiększanie jakości opieki długoterminowej.

2. Rola jednostek samorządu terytorialnego

Powierzenie powiatowi zadań przewidzianych w art. 8 i art. 9 projektu ustawy wzmacnia jego rolę jako podstawowego szczebla odpowiedzialnego za organizację i koordynację opieki długoterminowej na poziomie lokalnym. Ustanowienie koordynacji zadań związanych z opieką długoterminową jako zadania własnego powiatu zapewnia, że działania w tym obszarze będą realizowane w sposób jednolity, ciągły i dostosowany do potrzeb mieszkańców. Wyznaczenie kierownika powiatowego centrum pomocy rodzinie lub miejskiego ośrodka pomocy społecznej (w przypadku miasta na prawach powiatu) jako koordynatora tworzy strukturę odpowiedzialności i umożliwia skuteczne wykonywanie zadań w praktyce, w tym współpracę z podmiotami realizującymi usługi i świadczenia opieki długoterminowej.

Model ten uzupełniają obowiązki informacyjne i edukacyjne jednostek samorządu terytorialnego, wskazane w art. 7 projektu ustawy. Działania te są zadaniami własnymi jednostek samorządu terytorialnego, realizowanymi zgodnie z właściwością wynikającą z ustawy o samorządzie gminnym, powiatowym oraz wojewódzkim. Obejmują one prowadzenie lokalnej edukacji dotyczącej opieki długoterminowej oraz wsparcia opiekunów nieformalnych i osób bliskich. Jednostki samorządu terytorialnego mogą również organizować szkolenia, spotkania edukacyjne lub integracyjne, grupy wsparcia, konsultacje psychologiczne, czasowe zastępstwo w opiece oraz inne formy poradnictwa wspierające organizację opieki długoterminowej. Przywołany przepis daje tu jednoznaczną podstawę do działania w tym zakresie jednostek samorządu terytorialnego, w tym wydatkowania środków. Rozwiązania te wzmacniają potencjał opiekunów nieformalnych oraz zwiększają ich dostęp do informacji i usług niezbędnych do prawidłowego sprawowania opieki.

Ustęp 1 projektowanego art. 7 określa obowiązek ogólny jednostek samorządu terytorialnego w zakresie prowadzenia działań informacyjnych i edukacyjnych dotyczących opieki długoterminowej, przy czym ustawodawca nie przesądza form, w jakich działania te mają być realizowane. Jest to norma zadaniowa, pozostawiająca jednostkom samorządu terytorialnego swobodę co do sposobu jego wykonania.

Natomiast ustęp 2 tej jednostki redakcyjnej zawiera katalog fakultatywnych form wsparcia, z których JST mogą, ale nie muszą korzystać. Przepis ma na celu zapewnienie elastyczności i dostosowanie działań do lokalnych potrzeb, zasobów i uwarunkowań organizacyjnych. W związku z powyższym oba ustępy mają odmienny charakter normatywny i nie prowadzą do sprzeczności.

3. Koordynacja opieki długoterminowej

Powiat, realizując zadania określone w art. 8 i art. 9 projektu ustawy, staje się dla mieszkańców miejscem, w którym mogą oni uzyskać realne wsparcie w organizowaniu opieki długoterminowej nad osobami bliskimi.

Zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2025 r. poz. 1684), powiat wykonuje określone ustawami zadania publiczne o charakterze ponadgminnym w m.in. zakresie: edukacji publicznej, promocji i ochrony zdrowia, pomocy społecznej i wspierania osób niepełnosprawnych. Zadania określone w art. 8 i art. 9 projektu ustawy wpisują się zatem w tę regulację. Jednocześnie w świetle art. 166 ust. 1 Konstytucji RP zadania publiczne służące zaspokajaniu potrzeb wspólnoty samorządowej są wykonywane przez jednostkę samorządu terytorialnego jako zadania własne.

Projektowana ustawa określa zadania obligatoryjne samorządu terytorialnego dotyczące opieki długoterminowej (art. 7 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 stworzenie lokalnego systemu wsparcia, który ułatwia opiekunom odnalezienie się w złożonym systemie opieki długoterminowej, wzmacnia ich kompetencje, zmniejsza przeciążenie i poprawia bezpieczeństwo oraz jakość opieki nad osobami niesamodzielnymi.

Natomiast jako fakultatywne działania jednostek samorządu terytorialnego (art. 7 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.

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.

Przepisy zawarte w art. 8 i art. 9 projektu ustawy wprowadzają kluczowe rozwiązanie organizacyjne w systemie opieki długoterminowej, jakim jest ustanowienie koordynacji zadań związanych z opieką długoterminową jako zadania własnego powiatu. Rozwiązanie to porządkuje strukturę odpowiedzialności oraz wzmacnia rolę powiatu jako jednostki integrującej działania różnych instytucji w obszarze wsparcia osób wymagających długotrwałej opieki. Celem przepisów jest zapewnienie, aby powiat – jako jednostka administracyjna posiadająca kompetencje w zakresie pomocy społecznej oraz istotne powiązania z systemem ochrony zdrowia – pełnił funkcję lokalnego centrum koordynacji usług opieki długoterminowej. Dzięki temu osoby wymagające wsparcia oraz ich opiekunowie nieformalni będą mogli korzystać z systemu w sposób bardziej spójny i uporządkowany.

Projektodawca określa wprost, że koordynatorem z mocy prawa jest kierownik powiatowego centrum pomocy rodzinie, a w przypadku miasta na prawach powiatu – kierownik miejskiego

ośrodka pomocy społecznej albo dyrektor centrum usług społecznych, jeżeli jednostka ta została przekształcona zgodnie z właściwymi przepisami (art. 9 projektu). Wyznaczenie kierownika jednostki jako koordynatora do spraw opieki długoterminowej zapewnia właściwe umocowanie tej funkcji w strukturze organizacyjnej powiatu. Rozwiązanie to sprawia, że zadania związane z koordynacją opieki długoterminowej są wykonywane przez osobę posiadającą realny wpływ na funkcjonowanie jednostki oraz możliwość organizowania pracy jej pracowników. Ponieważ kierownik pełni funkcję zarządczą, dysponuje uprawnieniami, które umożliwiają skuteczne prowadzenie współpracy z innymi instytucjami, w tym podmiotami wykonującymi działalność leczniczą, jednostkami pomocy społecznej oraz podmiotami ekonomii społecznej.

Przypisanie funkcji koordynatora kierownikowi jednostki eliminuje konieczność tworzenia nowych struktur lub dodatkowych stanowisk, co pozwala na wykorzystanie istniejących zasobów kadrowych. Ma to szczególne znaczenie w kontekście zadania własnego powiatu, które realizowane jest przy użyciu już funkcjonujących jednostek. Dzięki temu koordynacja opieki długoterminowej opiera się na podmiocie, który już posiada wiedzę o lokalnych potrzebach, osobach korzystających z pomocy oraz dostępnych formach wsparcia. Nie wyklucza to jednocześnie upoważnienia na zasadach ogólnych przez koordynatora innych osób do działania w jego imieniu.

Umieszczenie funkcji koordynatora na poziomie kierownictwa jednostki wzmacnia także rangę działań związanych z opieką długoterminową i ułatwia ich wdrażanie. Kierownik dysponuje niezbędną wiedzą, doświadczeniem i możliwościami organizacyjnymi, które pozwalają na prawidłowe wykonywanie zadań określonych w art. 10 projektu ustawy – w szczególności gromadzenie danych, udzielanie informacji, współpracę międzyinstytucjonalną oraz identyfikowanie lokalnych potrzeb. Dzięki temu rola koordynatora jest stabilna, osadzona w istniejącej strukturze samorządowej i możliwa do wykonywania bez konieczności tworzenia dodatkowych warstw administracyjnych.

Rozwiązanie to nie tworzy nowego systemu, lecz porządkuje i integruje istniejące formy wsparcia, wzmacniając lokalną współpracę instytucjonalną i zapewniając osobom wymagającym opieki możliwość korzystania z usług w sposób przejrzysty, skoordynowany i dostosowany do ich potrzeb.

W praktyce realizacja przepisów będzie polegała na przygotowaniu koordynatorów do pełnienia funkcji zgodnie z art. 46 projektu ustawy. W okresie przygotowawczym koordynatorzy będą zobowiązani do podjęcia działań organizacyjnych, w tym nawiązania współpracy z podmiotami udzielającymi usług opieki długoterminowej, opracowania i udostępnienia narzędzi informacyjnych – takich jak strona internetowa zawierająca aktualne informacje o usługach – oraz zebrania danych niezbędnych do wykonywania ich zadań. Okres przygotowawczy zakończy się do końca 2026 r., a od 2027 r. koordynatorzy rozpoczną realizację zadań w pełnym zakresie.

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 skoordynowaniu i ułatwianiu mieszkańcom powiatu orientacji w dostępnych formach usług i świadczeń opieki długoterminowej. W praktyce oznacza to możliwość korzystania z danych przekazywanych przez podmioty realizujące wsparcie w ramach opieki długoterminowej, Narodowy Fundusz 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, w tym podmiotami, które w trybie art. 57 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej mogą prowadzić domy pomocy społecznej i organizacjami pozarządowymi, co umożliwi tworzenie lokalnych rozwiązań i harmonizowanie działań w skali powiatu.

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 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, ograniczenie niepewności, lepsze dopasowanie wsparcia do indywidualnych potrzeb oraz koordynacja działań międzysektorowych, co stanowi fundament budowy spójnego systemu opieki długoterminowej.

Wprowadzenie koordynatora do spraw opieki długoterminowej 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. 11 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 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 też kiedy i za jaki okres po raz pierwszy mają zostać sporządzone sprawozdania (art. 42 projektu ustawy).

Przepis art. 12 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.

4. Współpraca podmiotów w ramach opieki długoterminowej

Przepisy art. 13– art. 16 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.

Przepisy art. 13– art. 16 projektu ustawy nie wprowadzają nowego, odrębnego systemu przetwarzania danych osobowych ani nie tworzą nowego administratora danych. Każdy podmiot uczestniczący w wymianie informacji pozostaje administratorem danych, które przetwarza w ramach realizacji swoich ustawowych obowiązków, zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych.

Wymiana informacji przewidziana w ustawie opiera się na danych już gromadzonych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą oraz jednostki organizacyjne pomocy społecznej w toku bieżącej działalności. Projekt określa również cel, zakres oraz podstawę prawną przetwarzania danych, co stanowi realizację zasady ograniczenia celu i minimalizacji danych przewidzianych w przepisach o ochronie danych osobowych. Udostępniane są wyłącznie informacje niezbędne do ustalenia potrzeby objęcia osoby usługami lub świadczeniami opieki długoterminowej.

Bezpieczne przekazywanie, przechowywanie i przetwarzanie danych odbywa się w oparciu o istniejące procedury, środki techniczne i organizacyjne stosowane przez podmioty zobowiązane, zgodnie z art. 24–32 RODO. Projekt nie wprowadza odrębnych wymagań

technicznych, gdyż szczegółowe rozwiązania w tym zakresie wynikają z regulacji sektorowych oraz wewnętrznych polityk bezpieczeństwa administratorów danych.

Współpraca obejmuje przekazywanie informacji o osobach, co do których zachodzi prawdopodobieństwo, 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. Projektowane regulacje nie nakładają na podmioty wykonujące działalność leczniczą obowiązku oceny prawa pacjenta do świadczeń pieniężnych z zakresu zabezpieczenia społecznego. Podmiot leczniczy przekazuje jedynie sygnał o prawdopodobnej potrzebie wsparcia wynikającej ze stanu zdrowia lub niesamodzielności pacjenta, bez dokonywania jakiegokolwiek oceny świadczeń z ustawy o pomocy społecznej czy innych ustaw sektorowych. Weryfikacja prawa do konkretnych świadczeń należy wyłącznie do organów właściwych w systemie zabezpieczenia społecznego.

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.

Art. 13 ust. 5 projektu ustawy określa tryb postępowania w sytuacji, gdy jednostka organizacyjna pomocy społecznej nie posiada informacji o świadczeniodawcy udzielającym świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) wybranym przez osobę, której dotyczy przekazana informacja. Informacja o właściwym świadczeniodawcy POZ jest niezbędna do weryfikacji zasadności objęcia tej osoby usługami lub świadczeniami opieki długoterminowej oraz do koordynacji działań przewidzianych ustawą.

W takich przypadkach projekt wprowadza obowiązek wystąpienia przez jednostkę organizacyjną pomocy społecznej do właściwego miejscowo oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia o udzielenie informacji o wybranym świadczeniodawcy POZ. NFZ posiada aktualne dane dotyczące wyborów dokonanych przez świadczeniobiorców, co gwarantuje kompletność i wiarygodność informacji. Wprowadzony termin 3 dni roboczych na udzielenie odpowiedzi zapewnia sprawność działania systemu oraz umożliwia szybkie podjęcie czynności koordynacyjnych.

Dodatkowo należy wskazać, że zgodnie z art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2025 r. poz. 515) świadczeniobiorca może dokonać wyboru lekarza, pielęgniarki lub położnej POZ na trzy sposoby: u tego samego świadczeniodawcy, u różnych świadczeniodawców, u świadczeniodawców będących osobami fizycznymi.

Oznacza to, że jedna osoba może mieć różnych świadczeniodawców POZ, zależnie od tego, czy chodzi o lekarza, pielęgniarkę czy położną. W praktyce systemowej może to oznaczać również, że w danym postępowaniu występuje więcej niż jeden świadczeniobiorca (np. w przypadku małżeństwa, rodziny lub osób mieszkających razem), a każdy z nich może mieć innego świadczeniodawcę POZ.

Z tego powodu informacja przekazywana przez oddział wojewódzki NFZ powinna obejmować wszystkie osoby, których dotyczy wnioski jednostki organizacyjnej pomocy społecznej, wraz z ich indywidualnymi wyborami w zakresie POZ. Tylko kompletny zestaw danych umożliwia prawidłową ocenę potrzeb każdej z tych osób oraz podjęcie działań przewidzianych w projekcie ustawy przez właściwe podmioty, w tym koordynatora do spraw opieki długoterminowej.

Wprowadzenie art. 13 ust. 5 wzmacnia więc kompletność i drożność systemu wymiany informacji oraz zapewnia, że jednostki organizacyjne pomocy społecznej oraz koordynatorzy będą dysponować pełnym zakresem danych niezbędnych do realizacji ustawowych zadań w zakresie opieki długoterminowej.

Istotnym elementem tej współpracy jest obowiązek powiadamiania koordynatora opieki długoterminowej o przekazaniu informacji dotyczącej takiej osoby (powiadomienie nie będzie zawierać szczegółowych danych osobowych – art. 16 ust. 2 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. 16 ust. 3 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. Jednocześnie ustawa wprowadza wymóg uzasadnienia uznania się za podmiot niewłaściwy czy niemający podstaw do podjęcia działań w sprawie danej osoby.

Koordynator otrzymuje każdorazowo formalne zawiadomienie o osobie, której dotyczy informacja. Mechanizm ten zapewnia ciągłość przepływu informacji i eliminuje ryzyko sytuacji, w której koordynator musiałby podejmować działania bez wiedzy o osobie wymagającej wsparcia. A następnie powiadomienie zawierające o informację o sposobie wykorzystania informacji. Zatem koordynator będzie monitorował wpływ zgłoszenia i odpowiedź o sposobie jego realizacji. W przypadku braku otrzymania odpowiedzi, będzie podejmował działania.

Dodatkowo, zgodnie z art. 16 ust. 3 projektu, w przypadku braku wymaganej informacji zwrotnej od podmiotu otrzymującego informację o osobie wymagającej wsparcia, koordynator jest obowiązany do podjęcia współpracy z tym podmiotem w celu ustalenia konieczności dalszych działań. Przepis ten dodatkowo wzmacnia gwarancję, że koordynator nie zostanie pominięty w procesie wymiany informacji i będzie posiadał niezbędne dane do prawidłowej realizacji swoich zadań.

W efekcie projektowane przepisy tworzą zamkniętą i pełną ścieżkę informacyjną, w której rola koordynatora została jasno określona i zabezpieczona przez obowiązki informacyjne po stronie podmiotów wykonujących działalność leczniczą i jednostek pomocy społecznej.

Usprawnienie wymiany informacji między systemami ochrony zdrowia i pomocy społecznej wymaga uprzednich działań adaptacyjnych. Dlatego też, na podstawie art. 50 projektu ustawy, przepisy art. 13– art. 16 projektu ustawy zaczną obowiązywać po 12 miesiącach od dnia wejścia w życie projektowanej ustawy.

5. Współdziałanie organów centralnych

Istota współdziałania, o którym mowa w art. 17 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.

III. Monitorowanie opieki długoterminowej

Przepisy art. 18–art. 20 projektu ustawy wprowadzają zintegrowany mechanizm monitorowania opieki długoterminowej, stanowiący istotny element zarządzania systemem wsparcia osób wymagających pomocy w codziennym funkcjonowaniu. Monitoring ma zapewnić rzetelne dane dotyczące dostępności i jakości usług, co umożliwi ocenę funkcjonowania systemu oraz identyfikację barier utrudniających dostęp do świadczeń.

Mechanizm monitorowania opiera się na zadaniach realizowanych na trzech poziomach: powiatowym, wojewódzkim oraz centralnym. Zgodnie z art. 18 projektu ustawy koordynatorzy do spraw opieki długoterminowej sporządzają coroczne sprawozdania z realizacji zadań na terenie powiatu, a wojewodowie przygotowują zbiorcze sprawozdania dla całego województwa i przekazują je organowi do spraw polityki senioralnej. Zakres sprawozdań obejmuje m.in. dane dotyczące udzielanego wsparcia doradczego, współpracy między instytucjami, podejmowanych inicjatyw oraz dostępności usług opieki długoterminowej.

Na poziomie krajowym art. 19 przewiduje, że monitorowanie opieki długoterminowej prowadzone jest przez organ do spraw polityki senioralnej, ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego oraz ministra właściwego do spraw zdrowia – każdy w zakresie swojej właściwości. Przepis ten tworzy podstawę prawną do wymiany danych między wskazanymi organami, umożliwiając organowi do spraw polityki senioralnej dostęp do zagregowanych danych dotyczących usług i świadczeń opieki długoterminowej. Dane te obejmują m.in. informacje o liczbie świadczeń, kategorii osób z nich korzystających oraz podmiotach realizujących zadania. Szczegółowy zakres danych oraz tryb ich udostępniania określi rozporządzenie wydane na podstawie art. 19 ust. 3 projektu ustawy.

Projektowana treść art. 20 nakłada na organ do spraw polityki senioralnej obowiązek publikacji corocznej informacji o wynikach monitorowania opieki długoterminowej. Informacja ta obejmuje dane dotyczące zakresu opieki, liczby osób korzystających z usług oraz ocenę dostępności usług, wraz z wnioskami i rekomendacjami dotyczącymi jej rozwoju. Publikacja odbywa się w Biuletynie Informacji Publicznej, co zapewnia transparentność oraz umożliwia społeczną kontrolę działań w obszarze opieki długoterminowej. Dane te stanowią również podstawę do kształtowania polityk publicznych opartych na dowodach.

IV. Monitorowanie sytuacji osób starszych

Rozdział 4 projektu ustawy reguluje zasady monitorowania sytuacji osób starszych oraz przedstawiania sprawozdania w tym zakresie. Rozdział ten nawiązuje do dotychczasowych rozwiązań zawartych w ustawie o osobach starszych, utrzymując ich kluczowe elementy, jednocześnie dostosowując je do nowego systemu wdrażanego projektowaną ustawą. Dotychczasowe przepisy przewidywały obowiązek monitorowania sytuacji osób starszych przez organy administracji publicznej oraz coroczne przygotowywanie informacji o sytuacji osób starszych.

Projektowana regulacja zachowuje szeroki zakres monitorowania, określając obszary, które podlegają systematycznej analizie, w tym sytuację demograficzną, dochodową, mieszkaniową, rodzinną, zdrowotną, aktywność społeczną, edukacyjną i obywatelską oraz dostępność usług socjalnych. Art. 21 projektu precyzyjnie wskazuje te obszary, zapewniając kontynuację

dotychczasowego modelu opartego na szerokim rozumieniu sytuacji osób starszych i uwzględniając wielowymiarowy charakter procesu starzenia się. Uwypuklone pozostają elementy związane z opieką długoterminową i dostępnością infrastruktury potrzebnej do aktywności seniorów.

Art. 22 projektu ustawy określa tryb przygotowywania sprawozdania o sytuacji osób starszych oraz podkreśla centralną rolę organu do spraw polityki senioralnej. Zgodnie z projektowaną regulacją organ ten corocznie, w terminie do 31 października, przygotowuje i przedstawia Radzie Ministrów sprawozdanie, obejmujące wszystkie elementy monitorowania wskazane w art. 21. Sprawozdanie uwzględnia również wyniki monitorowania opieki długoterminowej, co zapewnia spójność między polityką senioralną a systemem opieki długoterminowej i umożliwia kompleksową ocenę sytuacji osób starszych w Polsce.

Projekt pozostawia w mocy dotychczasowy obowiązek współpracy podmiotów administracji publicznej oraz państwowych jednostek organizacyjnych przy przygotowywaniu sprawozdania. Podmioty te są zobowiązane do nieodpłatnego udostępniania informacji, dokumentów i danych niezbędnych do sporządzenia sprawozdania. Takie rozwiązanie zapewnia kompletność, rzetelność i porównywalność danych, co jest kluczowe dla oceny potrzeb osób starszych oraz prowadzenia polityki senioralnej opartej na danych.

Wprowadzone regulacje utrzymują dotychczasowe funkcje monitorujące, jednocześnie porządkując system sprawozdawczy i wzmacniając rolę organu właściwego w sprawach polityki senioralnej. Rozdział 4 tworzy spójne ramy dla oceny sytuacji osób starszych na poziomie krajowym, zapewniając bieżące rozpoznanie zmian demograficznych, społecznych i zdrowotnych oraz umożliwiając podejmowanie adekwatnych działań w ramach polityki publicznej.

V. Bon senioralny

Projekt ustawy wprowadza możliwość realizacji Programu Bonu Senioralnego. Program jest ustanawiany w celu realizacji polityki senioralnej w zakresie rozwijania i zapewniania usług wsparcia osobom, które ukończyły 65. rok życia, jako świadczenia przyznawanego w postaci bonu senioralnego.

Celem jest umożliwienie wdrożenia rozwiązania, dzięki któremu osoba, która ukończyła 65. rok życia oraz ma niezaspokojone potrzeby w zakresie podstawowych czynności życia codziennego będzie mogła uzyskać pomoc w postaci usług wsparcia.

Usługi wsparcia w ramach bonu senioralnego będą obejmować zaspokojenie podstawowych potrzeb życia codziennego seniora, takich jak:

- 1) pomoc w wykonywaniu codziennych czynności, takich jak ubieranie się, przygotowanie posiłków, poruszanie się czy utrzymanie porządku oraz
- 2) wsparcie korzystania ze świadczeń zdrowotnych, lub
- 3) opieka higieniczno-pielęgnacyjna, lub
- 4) zapewnienie kontaktów z otoczeniem, w tym aktywizacja intelektualna lub ruchowa.

Usługi wsparcia będą przyznawane w zależności od rodzaju i stopnia niezaspokojonych potrzeb seniora w zakresie podstawowych czynności życia codziennego.

Dodatkowym warunkiem, który będą musieli spełnić seniorzy, chcący skorzystać z ww. świadczenia, jest kryterium dochodowe. Średni miesięczny dochód seniora w rozumieniu art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1208, z późn. zm.) w ostatnich trzech miesiącach nie będzie mógł przekraczać kwoty 3410 zł.

Kryterium dochodowe, o którym mowa powyżej, będzie podlegało corocznie weryfikacji wskaźnikiem waloryzacji, o którym mowa w art. 89 ust. 6 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1631, z późn. zm.). Zweryfikowane kryterium dochodowe zostanie ogłoszone przez organ do spraw polityki senioralnej, w drodze obwieszczenia, w terminie do końca lutego.

Ponadto przyznanie bonu senioralnego będzie możliwe, jeżeli senior będzie miał miejsce pobytu lub będzie zamieszkiwał terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez okres korzystania z bonu senioralnego.

W projekcie ustawy określono, że bon senioralny nie będzie przysługiwał seniorowi korzystającemu:

- 1) ze świadczenia wspierającego określonego w ustawie z dnia 7 lipca 2023 r. o świadczeniu wspierającym (Dz. U. poz. 1429, z późn. zm.) lub
- 2) ze specjalistycznych usług opiekuńczych w ośrodkach wsparcia, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2025 r. poz. 1214, z późn. zm.), lub
- 3) z usług opiekuńczych albo asystencji osobistej dofinansowanych z programów rządowych lub programów resortowych (np. dotacji celowej, o której mowa w art. 115 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej), lub
- 4) z całodobowej opieki świadczonej w domu pomocy społecznej, określonej w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, lub
- 5) z całodobowej opieki stacjonarnej świadczonej w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, lub
- 6) z całodobowej opieki świadczonej osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, o której mowa w art. 67–69 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, lub
- 7) z całodobowej opieki świadczonej przez inny podmiot, niż wskazany w pkt 4-6, lub
- 8) z instytucjonalnej opieki dziennej.

Jednocześnie należy podkreślić, że bon senioralny będzie mógł być przyznany mimo wystąpienia sytuacji, o których mowa powyżej pod warunkiem, że usługa lub opieka miała charakter doraźny i jednorazowo trwała nie dłużej niż 14 dni, np. w ramach usług wsparcia krótkoterminowego realizowanych w formie pobytu całodobowego w domu pomocy społecznej.

Należy również zaznaczyć, że bon senioralny nie będzie przysługiwał seniorowi w przypadku, gdy na seniora jest ustalone prawo do specjalnego zasiłku opiekuńczego, świadczenia pielęgnacyjnego lub zasiłku dla opiekuna, o którym mowa w ustawie z dnia 4 kwietnia 2014 r. o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów (Dz. U. z 2024 r. poz. 246), z uwagi na charakter tych świadczeń (świadczenia dla opiekunów w związku z koniecznością sprawowania stałej opieki).

Projekt ustawy zawiera delegację do wydania rozporządzenia Rady Ministrów, w którym zostanie określony Program. Obejmie on:

- 1) szczegółowy sposób przyznawania bonu senioralnego i jego realizacji,
- 2) podmioty przyznające i realizujące bon senioralny,
- 3) sposób i tryb finansowania bonu senioralnego.

Przy jego opracowywaniu zostaną uwzględnione zarówno potrzeby seniorów w zakresie podstawowych czynności życia codziennego, jak i konieczność zapewnienia jednolitości realizacji bonu senioralnego oraz aktualne cele polityki senioralnej np. związane z potrzebą rozwoju sektora usług wsparcia osób starszych.

Program będzie realizowany w cyklach trzyletnich. Po każdym dwóch latach obowiązywania będzie podlegał ewaluacji, której wyniki posłużą do opracowania kolejnego Programu.

Program będzie finansowany w formie dotacji celowej z budżetu państwa, a wartość środków finansowych przeznaczonych na jego realizację zostanie określona w ramach poszczególnych Programów.

Nadzór nad jego realizacją będzie należał do organu do spraw polityki senioralnej.

W rozporządzeniu Rady Ministrów w ramach sposobu przyznawania bonu senioralnego i jego realizacji zostanie to, jak realizowany będzie Program, aby zapewnić jego odpowiednią jakość.

W Programie zostanie uregulowany również sposób przystąpienia do jego realizacji, sposób ubiegania się seniorów o wsparcie w formie bonu senioralnego oraz postanowienia dotyczące monitorowania Programu.

VI. Zmiany właściwości organu do spraw polityki senioralnej

Przepisy rozdziału 6 projektu ustawy w zasadniczej części powtarzają rozwiązania dotychczas zawarte w art. 6a ustawy o osobach starszych. Ich treść została przeniesiona do projektowanej ustawy w niemal niezmienionym zakresie merytorycznym, z dostosowaniem odesłań i brzmienia do nowej struktury regulacji. Celem tych przepisów jest zapewnienie ciągłości działania administracji publicznej w przypadku zmiany organu właściwego do spraw polityki senioralnej, w szczególności w zakresie przejmowania zadań, kompetencji, środków finansowych oraz obsługi administracyjnej. Dzięki temu możliwe jest utrzymanie stabilności instytucjonalnej oraz niezakłócone wykonywanie obowiązków wynikających z ustawy, niezależnie od zmian organizacyjnych po stronie administracji rządowej.

VII. Zmiany w przepisach

Projektowana ustawa wprowadza zmiany w szeregu aktów prawnych, których celem jest m.in. 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) ujednoczenie terminologii w aktach regulujących świadczenia zdrowotne i pomocy społecznej;
- 3) stworzenie podstaw dla koordynacji i monitorowania usług;
- 4) zapewnienie spójności informacyjnej.

1. 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. 32 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 koordynatora 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 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 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1848) – art. 39 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.

2. 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. 36 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. 33 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 oraz świadczeń w ramach opieki hospicyjnej i paliatywnej, niezbędnych do realizacji zadań przez koordynatora. Rozwiązanie to ma charakter systemowy, umożliwia integrację danych i wspiera proces koordynacji na poziomie lokalnym i krajowym.

Wprowadzane zmiany obejmują również dodanie 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.

3) Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz. U. z 2024 r. poz. 814, z późn. zm.) – art. 37 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, co ma znaczenie dla przejrzystości polityki kadrowej i właściwej realizacji ww. zakresu świadczeń.

3. Pozostałe zmiany

1) Ustawa z dnia 10 kwietnia 1997 r. – Prawo energetyczne (Dz. U. z 2024 r. poz. 266, z późn. zm.) – art. 31 projektu ustawy

Zmiana art. 5ga ust. 2 ustawy – Prawo energetyczne ma 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.

2) Ustawa z dnia 26 października 1995 r. o społecznych formach rozwoju mieszkalnictwa, ustawa z dnia 27 kwietnia 2006 r. o spółdzielniach socjalnych, ustawę z dnia 8 grudnia 2006 r. o finansowym wsparciu niektórych przedsięwzięć mieszkaniowych, ustawa z dnia 20 lipca 2017 r. o Krajowym Zasobie Nieruchomości i ustawa z dnia 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej

Wymienione ustawy zawierają odesłania do ustawy o osobach starszych. W związku z uchynieniem tej ustawy na podstawie art. 49 projektu ustawy niezbędne jest dokonanie stosownych zmian dostosowujących w przepisach tych ustaw. Celem tych zmian jest zapewnienie spójności systemu prawa poprzez zastąpienie odesłań do uchylonej ustawy odpowiednimi odesłaniami do projektowanej ustawy o koordynacji opieki długoterminowej i osobach starszych.

VIII. Przepisy przejściowe, dostosowujące i końcowe (art. 41–50 projektu)

Projekt ustawy przewiduje dostosowanie terminów realizacji obowiązków monitorowania do możliwości organizacyjnych. Art. 42 stanowi, że pierwsze sprawozdania koordynatorów i wojewodów dotyczące monitorowania opieki długoterminowej zostaną sporządzone za rok 2027 i przekazane w terminach wskazanych w art. 18. Z kolei art. 43 przewiduje, że pierwsze udostępnienie danych przez właściwych ministrów nastąpi za rok wskazany w przepisie przejściowym, tj. za rok następujący po wdrożeniu rozwiązań monitorujących. Art. 44 określa natomiast termin pierwszej publikacji informacji o wynikach monitorowania opieki długoterminowej przez organ do spraw polityki senioralnej.

Przepisy przejściowe zapewniają, aby pierwsze analizy były przygotowane dopiero po pełnym uruchomieniu systemu monitorowania, co gwarantuje kompletność i wiarygodność gromadzonych danych. Publikacja informacji o wynikach monitorowania będzie następowała corocznie do 30 września, zgodnie z art. 20 projektu ustawy.

Zgodnie z projektowanym przepisem art. 46, koordynatorzy do spraw opieki długoterminowej mają czas na wdrożenie nowych rozwiązań do dnia 31 grudnia 2026 r., co oznacza, że realizacja obowiązków – w tym obowiązku publikowania bieżących informacji na stronie internetowej – nastąpi z uwzględnieniem tej normy dostosowującej, a nie w terminie 14 dni od ogłoszenia ustawy. Obowiązek publikacji wchodzi w życie po upływie 14 dni, natomiast jego stosowanie w praktyce następuje w ramach okresu przejściowego przewidzianego w przepisach dostosowujących, co zapewnia właściwe przygotowanie organizacyjne i techniczne jednostek samorządu terytorialnego.

1. Ewaluacja rozwiązań w zakresie opieki długoterminowej i system zapewniania jakości usług i świadczeń opieki długoterminowej

Art. 47 projektu ustawy ustanawia obowiązek dokonania przeglądu funkcjonowania ustawy po upływie 36 miesięcy od dnia jej wejścia w życie. Przegląd ten zostanie przeprowadzony przez organ do spraw polityki senioralnej we współpracy z ministrem właściwym do spraw

zabezpieczenia społecznego oraz ministrem właściwym do spraw zdrowia. Wyniki przeglądu – obejmujące analizę skutków obowiązywania ustawy oraz propozycje zmian – mają zostać przedstawione Radzie Ministrów. Przepis wprost wskazuje, że ocena powinna uwzględniać założenia systemu zapewniania jakości usług i świadczeń opieki długoterminowej oraz ich ewaluację.

Uwzględnienie aspektu jakościowego wynika z faktu, że projektowana ustawa stanowi element szerszej reformy opieki długoterminowej realizowanej w ramach Krajowego Planu Odbudowy. Zgodnie z jego założeniami, w tym z kamieniem milowym A70G, przewiduje się utworzenie zintegrowanego systemu monitorowania i zapewniania jakości usług opieki długoterminowej. System ten ma obejmować jednolite wskaźniki, narzędzia oceny, mechanizmy kontroli oraz procesy ewaluacyjne, umożliwiające mierzenie jakości i efektywności usług świadczonych w różnych formach – zarówno zdrowotnych, jak i społecznych.

Przeprowadzenie przeglądu funkcjonowania ustawy dopiero po upływie 36 miesięcy ma pozwolić na zebranie wystarczającego materiału dowodowego dotyczącego działania nowego systemu, w tym pierwszych doświadczeń z zakresu monitorowania dostępności usług, organizacji koordynacji na poziomie powiatu, współpracy międzyinstytucjonalnej oraz wdrażania założeń systemu jakości. Umożliwi to przeprowadzenie rzetelnej i kompleksowej oceny na etapie, gdy system będzie już funkcjonował, a kluczowe rozwiązania – takie jak monitorowanie opieki długoterminowej i mechanizmy wymiany danych – będą w pełni wdrożone.

Wyniki przeglądu pozwolą określić, czy mechanizmy zapewniania jakości spełniają swoje funkcje, czy wymagają dalszego rozwoju oraz czy istnieje potrzeba modyfikacji przepisów ustawowych w celu poprawy ich efektywności. Przepis art. 47 pełni zatem rolę istotnego instrumentu ewaluacji i korekty systemu, umożliwiając dostosowanie regulacji do wyników wdrażanej reformy oraz do standardów jakości określonych w KPO.

2. Reguła wydatkowa

Proponowana reguła wydatkowa uwzględnia możliwości budżetowe, jednocześnie zapewniając możliwość właściwej realizacji ustawy. Reguła wydatkowa określa maksymalny limit wydatków budżetu państwa wynikających z wejścia w życie ustawy w latach 2026–2036. Limit ten został ustalony na poziomie 1 222,76 mln zł i obejmuje trzy źródła finansowania: część 16 – Kancelaria Prezesa Rady Ministrów część 83 – rezerwa celowa oraz część 85 – Województwa. Ujęcie limitów w perspektywie wieloletniej zapewnia stabilność finansową wdrażanych rozwiązań oraz zgodność z zasadami odpowiedzialnego zarządzania finansami publicznymi.

Art. 48 projektu ustawy przewiduje również mechanizm korygujący, który uruchamiany jest w przypadku przekroczenia lub zagrożenia przekroczeniem rocznego limitu wydatków. Mechanizm ten polega na odpowiednim zmniejszeniu kosztów zadań realizowanych na podstawie ustawy, co gwarantuje, że jej wykonanie pozostanie w ramach określonych limitów budżetowych.

Za monitorowanie wykorzystania limitu oraz ocenę stopnia jego realizacji odpowiada organ do spraw polityki senioralnej, który dokonuje corocznej analizy wydatków według stanu na koniec roku. Organ ten jest również właściwy do wdrożenia mechanizmu korygującego, co zapewnia spójność pomiędzy analizą budżetową a faktycznym podejmowaniem działań dostosowawczych.

3. Postanowienia końcowe

Art. 49 projektu ustawy uchyla ustawę o osobach starszych. Konieczność uchylecia tej ustawy wynika z faktu, że projektowana ustawa w sposób kompleksowy reguluje zarówno kwestie monitorowania sytuacji osób starszych, jak i nowe obszary dotyczące koordynacji opieki długoterminowej, współpracy pomiędzy instytucjami oraz systemowego wsparcia seniorów. Dalsze funkcjonowanie w obrocie prawnym tej ustawy nie znajduje uzasadnienia, ponieważ jej zakres został w pełni przejęty i rozszerzony przez nowe przepisy.

Art. 50 określa terminy wejścia w życie poszczególnych przepisów ustawy. Zasadą jest wejście ustawy w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, co zapewnia standardowy okres *vacatio legis* pozwalający na przygotowanie się podmiotów stosujących prawo do nowych regulacji.

Jednocześnie przewidziano odroczone wejście w życie art. 13–16, które wprowadzają mechanizmy wymiany informacji między podmiotami medycznymi a jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej, co wymaga dostosowania organizacyjnego i technicznego na poziomie lokalnym i krajowym, jak również dodawany w art. 33 projektu ustawy art. 189b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, który wprowadza obowiązek przekazywania koordynatorom do spraw opieki długoterminowej przez NFZ danych, co jest konieczne do opracowania przepisów wykonawczych w tym zakresie.

Odstępstwa te mają zapewnić, że podmioty zobowiązane będą miały odpowiedni czas na przygotowanie infrastruktury informatycznej, procedur i zasobów do wdrożenia nowych zadań, co jest warunkiem prawidłowego funkcjonowania mechanizmów przewidzianych w ustawie.

IX. 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 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 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.

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 na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h RODO⁹ w zw. z przepisami niniejszej ustawy, w celu zapewnienia opieki zdrowotnej i zabezpieczenia społecznego.

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 Wrochna

Dyrektor Departamentu Prawnego
w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów

/- podpisano elektronicznie/

⁹ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 4.5.2016, str. 1, z późn. zm.).