

<p><b>Nazwa projektu</b> Projekt ustawy o koordynacji opieki długoterminowej i osobach starszych</p> <p><b>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące</b> Pełnomocnik Rządu do spraw Polityki Senioralnej, Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Minister Zdrowia</p> <p><b>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu</b> Pani Marzena Okła-Drewnowicz, Pełnomocnik Rządu ds. Polityki Senioralnej, Kancelaria Prezesa Rady Ministrów</p> <p><b>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu</b> Pani Marlena Muszyńska Dyrektor Departamentu Polityki Senioralnej Kancelaria Prezesa Rady Ministrów e-mail: <a href="mailto:DS@kprm.gov.pl">DS@kprm.gov.pl</a></p>	<p><b>Data sporządzenia</b> 2026-04-02</p> <p><b>Źródło:</b> inne</p> <p><b>Nr w wykazie prac</b> UD326</p>
---	---

## OCENA SKUTKÓW REGULACJI

### 1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Projekt ustawy realizuje element reformy A4.6 Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO) pn. „Wzrost współczynnika aktywności zawodowej określonych grup poprzez rozwój opieki długoterminowej” i zawarty w jej ramach kamień milowy A70G pn. „Wejście w życie aktów prawnych i przyjęcie dokumentów uwzględniających priorytetowe reformy wskazane w strategicznym przeglądzie opieki długoterminowej w Polsce”. Kamień milowy A70G zakłada zmianę odpowiednich aktów prawnych wdrażających priorytety reformy opieki długoterminowej zidentyfikowane w przeglądzie strategicznym opieki długoterminowej w Polsce i zgodne z jego rekomendacjami, w tym zakresie.

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

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

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

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

Analiza sytuacji w obszarze opieki długoterminowej w Polsce została przedstawiona w raporcie „Przegląd strategiczny opieki długoterminowej w Polsce”<sup>1</sup> opracowanym przez Bank Światowy w ramach realizacji kamienia milowego A69G KPO. Raport opisuje system opieki długoterminowej w obecnym kształcie, identyfikuje kluczowe wyzwania systemowe w obszarze opieki długoterminowej oraz zawiera rekomendacje na przyszłość. Autorzy raportu wskazują m.in., że system opieki długoterminowej w Polsce, choć funkcjonuje w ramach dwóch głównych sektorów: ochrony zdrowia oraz pomocy społecznej – często pozostaje rozproszony, a cały system usług i świadczeń jest złożony

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

i skomplikowany, zaś dostęp do nich nierównomierny pomiędzy poszczególnymi regionami kraju.<sup>2</sup> Raport identyfikuje szereg wyzwań, względem których powinny zostać podjęte działania, by poprawić obecną sytuację. Projekt ustawy odnosi się do następujących wyzwań wskazanych w Przeglądzie:

1) zarządzanie:

- brak efektywnej koordynacji międzysektorowej – wspólnych ram zarządzania opieki długoterminowej w Polsce w kontekście jej realizowania w ramach dwóch systemów: ochrony zdrowia i pomocy społecznej,
- brak jednolitej definicji opieki długoterminowej obowiązującej w sektorze ochrony zdrowia i pomocy społecznej,
- brak jednolitego kompleksowego systemu informacji o usługach opieki długoterminowej;

2) jakość: niewystarczająca kontrola jakości usług opieki długoterminowej z powodu niskiej dostępności mierników jakości, a także braku wspólnej definicji jakości.

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

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

Ponadto, 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) 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 projekt ustawy dokonuje jej korekty, tak by uwzględniała ona także dane dotyczące wyników monitorowania opieki długoterminowej, czyli usług i świadczeń, z których osoby starsze realnie korzystają, jak i kwestię dostępu dla tych osób infrastruktury potrzebnej do ich aktywności.

Projekt ustawy wprowadza też rozwiązania mające na celu uzupełnienie systemu wsparcia dla osób w wieku 65+ o nowe, elastyczne narzędzie wsparcia, jakim jest bon senioralny. Stanowić to będzie odpowiedź na rosnące potrzeby osób w tej grupie wieku, 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, z deficytem czy wprost brakiem tych usług. Odpowiada na kluczową i rosnącą potrzebę rozwoju zasobów kadrowych – rynku pracy – 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.

<sup>2</sup> Ibidem.

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

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

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

Projekt ustawy ma na celu:

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

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

Projekt ustawy wprowadza przepisy dotyczące ustanowienia programu rządowego w zakresie rozwijania i zapewniania usług wsparcia osobom, które ukończyły 65. rok życia, zwanym „seniorami”, jako świadczenia niepieniężnego, zwanego „bonem senioralnym”.

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

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

W rozumieniu projektowanej ustawy, opieka długoterminowa to system usług i świadczeń dla osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu lub w realizacji zaleceń terapeutycznych, ustalanych indywidualnie na podstawie kryteriów kwalifikacyjnych właściwych dla określonych usług i świadczeń, którego celem jest zmniejszenie utraty, utrzymanie lub poprawa sprawności i samodzielności oraz zwiększenie niezależności tych osób, zgodnie z ich potrzebami i z poszanowaniem ich godności, a także wsparcie opiekunów nieformalnych i osób bliskich. Opieka długoterminowa obejmuje usługi i świadczenia przysługujące na podstawie odrębnych przepisów, w tym z zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, pomocy społecznej oraz świadczeń zabezpieczenia społecznego, osobom wymagającym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu lub w realizacji zaleceń terapeutycznych.

Usługi i świadczenia opieki długoterminowej mają być realizowane w sposób kompleksowy i skoordynowany, przy dążeniu do ich zapewnienia w środowisku zamieszkania osoby wymagającej wsparcia, o ile pozwala na to jej stan zdrowia i bezpieczeństwo.

W projektowanej ustawie zdefiniowane zostały także pojęcia opiekuna nieformalnego i opieki nieformalnej. Opiekun nieformalny to osoba sprawująca opiekę nieformalną niepobierająca, z wyjątkiem rodziców zastępczych, wynagrodzenia z tytułu sprawowanej opieki, w tym osoba bliska, osoba sprawująca rodzinną pieczę zastępczą lub inna osoba niezobowiązana do wsparcia w związku z wykonywanym zawodem lub opiekun faktyczny w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581 oraz z 2026 r. poz. 26). Opieka nieformalna to systematyczne wsparcie w codziennym funkcjonowaniu lub w realizacji zaleceń terapeutycznych, świadczone przez opiekuna nieformalnego na rzecz osoby potrzebującej takiego wsparcia.

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

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

## **Ad. 2. System koordynacji działań w ramach opieki długoterminowej**

Projektowana ustawa wskazuje, że koordynacja zadań związanych z opieką długoterminową jest zadaniem własnym powiatu. Zadania te będzie realizował koordynator opieki długoterminowej, którym będzie kierownik powiatowego centrum pomocy rodzinie, a w przypadku miasta na prawach powiatu – kierownik miejskiego ośrodka pomocy społecznej, albo w przypadku przekształcenia miejskiego ośrodka pomocy społecznej, działającego w mieście na prawach powiatu, w centrum usług społecznych na podstawie przepisów ustawy o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych (Dz. U. poz. 1818 oraz z 2025 r. poz. 620 z 2026 r. poz. 165) – dyrektor centrum usług społecznych. Może on przy tym na zasadach ogólnych upoważnić do działania w jego imieniu jako koordynatora inne osoby. Usytuowanie koordynatorów na poziomie powiatu pozwala na objęcie koordynacją obszaru na którym z dużym prawdopodobieństwem świadczone będą wszystkie typy usług zaliczonych do opieki długoterminowej – opiekę instytucjonalną, opiekę świadczoną w jednostkach dziennego pobytu oraz w miejscu zamieszkania. Duża część opieki instytucjonalnej (domy pomocy społecznej, zakłady/oddziały opiekuńczo-lecznicze i zakłady/oddziały pielęgnacyjno-opiekuńcze) jest organizowana na poziomie powiatu. Ponadto zadania w zakresie specjalistycznego poradnictwa lub interwencji kryzysowej są zadaniami powiatu. W związku z tym umocowanie koordynatora na poziomie gminy nie pozwalałoby na skuteczną koordynację usług. Umocowanie koordynatorów na poziomie województw oznaczałoby bardzo duże obciążenie koordynatorów, w szczególności w zakresie indywidualnego wsparcia doradczego, czy też konieczności utrzymywania stałego kontaktu ze wszystkimi instytucjami realizującymi usługi i świadczenia opieki długoterminowej. Stwarzałoby to ryzyko bardzo dużej nieefektywności rozwiązań.

Zadania koordynatorów obejmować będą:

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

- występowanie do podmiotów realizujących usługi i świadczenia opieki długoterminowej z wnioskami o udzielenie informacji lub podjęcie działań w zakresie dostępności i jakości opieki długoterminowej.

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

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

- podmiot wykonujący działalność leczniczą do ośrodka pomocy społecznej lub centrum usług społecznych właściwego dla miejsca zamieszkania pacjenta albo jego pobytu, jeżeli nie posiada miejsca zamieszkania,
- jednostkę organizacyjną pomocy społecznej do świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

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

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

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

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

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

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

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

Wojewoda będzie sporządzał zbiorcze sprawozdanie i przekazywał je do organu odpowiedzialnego za politykę senioralną. Sprawozdania będą publikowane w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej odpowiednio starostwa powiatowego i urzędu obsługującego wojewodę. Wytyczne w zakresie opracowania sprawozdań zostaną opublikowane na stronie Biuletynu Informacji Publicznej na stronie podmiotowej urzędu obsługującego organ do spraw polityki senioralnej. .

Projektowana ustawa ma umożliwić wprowadzenie zintegrowanego systemu monitorowania jakości usług i świadczeń opieki długoterminowej. Organ do spraw polityki senioralnej we współpracy z ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego oraz ministrem właściwym do spraw zdrowia, po upływie 36 miesięcy od wejścia w życie

ustawy dokona przegląd funkcjonowania ustawy i przedłoży je Radzie Ministrów. Elementy systemu zostaną wypracowane przy wykorzystaniu wniosków z realizacji innych priorytetów reformy opieki długoterminowej określonych w kamieniu milowym A70G (które realizowane są równolegle do ustawy o koordynacji opieki długoterminowej i osobach starszych) oraz uzgodnione pomiędzy zainteresowanymi stronami.

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

Elementem sprzyjającym zwiększaniu jakości usług i świadczeń opieki długoterminowej będzie też prawo do oceny tych usług przyznawane nie tylko odbiorcy tych usług czy świadczeń (osobie objętej opieką długoterminową), ale także jej opiekunowi nieformalnemu. Zapewnia ono bowiem odpowiednią informację zwrotną pozwalającą na doskonalenie systemu opieki.

#### **Ad. 4. Podmioty odpowiedzialne za działalność informacyjną**

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

Ponadto projekt ustawy przewiduje wprowadzenie sprawozdania o sytuacji osób starszych, w miejsce dotychczasowej *Informacji o osobach starszych*. Sprawozdanie to obejmować będzie także informacje dotyczące wyników monitorowania opieki długoterminowej czy dostępu dla osób starszych do infrastruktury potrzebnej dla ich aktywności.

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

#### **Program Bonu Senioralnego**

Projekt ustawy przewiduje ustanowienie programu, którego celem będzie rozwijanie i zapewnianie usług wsparcia osobom, które ukończyły 65. rok życia. Bon senioralny będzie świadczeniem niepieniężnym – usługą, której zadaniem będzie zaspokojenie podstawowych codziennych potrzeb życiowych seniora. Na potrzeby tych przepisów, poprzez seniora rozumie się osobę w wieku 65 lat lub więcej.

Usługi wsparcia w ramach bonu senioralnego obejmować będą:

- wsparcie w codziennych czynnościach życiowych oraz
- wsparcie korzystania ze świadczeń zdrowotnych lub
- opiekę higieniczno-pielęgniacyjną lub
- zapewnienie kontaktów z otoczeniem, w tym aktywizację intelektualną lub ruchową.

Bon senioralny będzie mógł być przyznany seniorowi, w przypadku którego jest możliwe zidentyfikowanie niezaspokojonych potrzeb w zakresie podstawowych czynności życia codziennego. Jego średni miesięczny dochód (w rozumieniu ustawy o świadczeniach rodzinnych) w ostatnich trzech miesiącach nie może przekraczać kwoty 3410 zł. Kwota ta odpowiada dwukrotności kwoty minimalnej emerytury i renty (oszacowanej na 2026 r.) pomniejszonej o należny podatek PIT oraz składkę zdrowotną. Kwota ta będzie podlegać weryfikacji raz do roku, w terminie waloryzacji

emerytur i rent z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, wskaźnikiem waloryzacji tych świadczeń i w terminach przeprowadzania waloryzacji tych świadczeń.

Wsparcia w ramach bonu senioralnego nie będzie można łączyć z innymi świadczeniami lub usługami w ramach opieki długoterminowej, tj.

- ustalenia na seniora prawa do specjalnego zasiłku opiekuńczego, świadczenia pielęgnacyjnego lub zasiłku dla opiekuna,
- ze świadczenia wspierającego,
- ze specjalnych usług opiekuńczych w ośrodkach wsparcia,
- z usług opiekuńczych czy asystenckich dofinansowanych z programów rządowych lub resortowych,
- z całodobowej opieki stacjonarnej świadczonej w:
  - domu pomocy społecznej;
  - ramach działalności gospodarczej w zakresie prowadzenia placówki zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku,
  - zakładzie opiekuńczo-leczniczym;
  - zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym;
  - świadczonej przez inny podmiot
- z instytucjonalnej opieki dziennej.

Szczegółowy sposób przyznawania bonu senioralnego i jego realizacji, wskazanie podmiotów przyznających i realizujących bon senioralny, a także sposób i tryb jego finansowania zostaną określone w rozporządzeniu Rady Ministrów. Realizacja bonu senioralnego będzie zasadzać się na usługach wsparcia, które Program ma rozwijać dynamizując srebrną gospodarkę.

Program będzie przyjmowane na okresy 3-letnie i będzie finansowany w formie dotacji celowej z budżetu państwa. Nadzór nad realizacją programu sprawowany będzie przez organ do spraw polityki senioralnej. Zakłada się także przeprowadzenie ewaluacji Programu, każdorazowo po dwóch latach jego obowiązywania.

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

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

#### Definicja opieki długoterminowej<sup>3</sup>

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

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

Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) definiuje opiekę długoterminową (w obszarze zdrowia i społecznym) jako szereg usług medycznych, opieki osobistej i pomocy, których głównym celem jest łagodzenie bólu i zmniejszanie lub kontrolowanie pogorszenia stanu zdrowia u osób w pewnym stopniu uzależnionych od innych przez

<sup>3</sup> Opracowano na podstawie raportu pt. „Przegląd strategiczny opieki długoterminowej w Polsce”, Bank Światowy 2024 r., <https://www.gov.pl/web/zdrowie/przegląd-strategiczny-opieki-długoterminowej-w-polsce-opracowany-przez-bank-światowy> (dostęp: 02.04.2026 r.)

długi czas, udzielanie im pomocy w zakresie opieki osobistej (poprzez pomoc w codziennych czynnościach, ADL, takich jak jedzenie, mycie i ubieranie się) oraz pomaganie im w samodzielnym życiu (poprzez pomoc w podstawowych czynnościach dnia codziennego, IADL, takich jak gotowanie, robienie zakupów i zarządzanie finansami)<sup>4</sup>.

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

#### Koordinacja systemu opieki długoterminowej<sup>5</sup>

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

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

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

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

#### Monitorowanie sytuacji i ewaluacja jakości opieki długoterminowej

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

W Austrii, jakość w opiece długoterminowej została określona w ustawie o funduszu opieki. Jakość tej opieki mierzona jest jako stopień, w jakim cechy jakościowe profesjonalnych usług opiekuńczych i pielęgniarzskich są osiągnane. Ustawa ta wskazuje, że minimalne standardy jakości są uzgadniane przez władze krajowe i regionalne (krajowe). Kraje związkowe są zobowiązane do wydawania przepisów mających na celu zapewnienie przestrzegania minimalnych standardów. Gromadzenie danych dotyczących jakości opieki długoterminowej nie jest zharmonizowane na poziomie krajowym ani zintegrowane z systemami informacji medycznej. W 2023 r. wprowadzono w formie pilotażu ustandaryzowane raportowanie jakości dla szpitali opieki długoterminowej. W przypadku opieki w miejscu zamieszkania gromadzone są dane dotyczące: funkcjonalności domu, higieny, jakości opieki medycznej, żywienia, nawodnienia, czystości i uczestnictwa w życiu społecznym<sup>7</sup>.

W Danii dwie ustawy (o usługach socjalnych oraz o zdrowiu) tworzą ramy prawne i określają definicje oraz obowiązki dotyczące jakości opieki długoterminowej. Duńskie ramy jakości określają narzędzia, standardy i procedury dla właściwych organów w zakresie monitorowania i oceny jakości. Brak jest standardów jakości opieki długoterminowej określonych na poziomie kraju – jest to zadanie samorządu terytorialnego, który co roku określa standardy jakości dla tej opieki mające zastosowanie do wszystkich publicznych i prywatnych usługodawców. Dania prowadzi rejestr

<sup>4</sup> <https://stats.oecd.org/wbos/fileview2.aspx?IDFile=4b1884af-0b8b-4f3f-994a-7cc4b30d73a0>, dostęp: 02.04.2026 r.

<sup>5</sup> Ibidem.

<sup>6</sup> <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/wat-de-consumer-quality-index> (dostęp: 02.04.2026 r.).

<sup>7</sup> WHO (2024) Promoting quality management in long-term care: principles, key components and directions for policy action, <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2024-10957-50729-76831> (data dostępu: 02.04.2026 r.).

użytkowników opieki długoterminowej, umożliwiającą połączenie i integrację z systemem informacji zdrowotnej. Dane dotyczące jakości i wyników opieki długoterminowej są gromadzone i wykorzystywane do doskonalenia systemu opieki. Statistics Denmark publikuje dane dotyczące 23 wskaźników związanych z opieką długoterminową. Gromadzone są także dane na temat zadowolenia z usług opieki długoterminowej, czasu oczekiwania, wiedzy na temat świadczeń itp.<sup>8</sup>.

W Irlandii powołany został Urząd ds. Informacji Zdrowotnej i Jakości (Health Information and Quality Authority, HIQA). Jest to niezależny organ ustawowy, prawnie upoważniony do ustalania standardów bezpieczeństwa i jakości usług opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. W Irlandii funkcjonują krajowe standardy dla usług stacjonarnych dedykowanych osobom starszym, dzieciom i dorosłym z niepełnosprawnościami. Istnieją również przepisy dotyczące określonych obszarów opieki długoterminowej, których wyznaczone ośrodki muszą przestrzegać. Standardy i przepisy dotyczące wsparcia domowego są w trakcie opracowywania (2024). Zgodnie z ustawą o zdrowiu z 2007 r., świadczeniodawcy opieki stacjonarnej muszą zapewnić bezpieczną i wysokiej jakości opiekę. HIQA jest odpowiedzialny za ocenę zdolności świadczeniodawców do zapewniania bezpiecznej i wysokiej jakości opieki poprzez inspekcje i monitorowanie oraz za rejestrowanie wyznaczonych ośrodków opieki stacjonarnej. Wyniki kontroli przeprowadzonych przez HIQA w instytucjach opieki stacjonarnej są upubliczniane<sup>9</sup>.

W poszczególnych państwach Unii Europejskiej istnieją zróżnicowane rozwiązania w zakresie zapewnienia świadczeń w zakresie opieki długoterminowej, a w ramach tego systemu – wsparcia związanego z usługami opiekuńczymi o charakterze niemedyceznym w miejscu zamieszkania osoby starszej.

W wielu krajach funkcjonują przepisy uzależniające dostęp do świadczeń w zakresie opieki oraz ich wysokości od stopnia potrzeb danej osoby. Jest on zazwyczaj określany z wykorzystaniem skali ADL (skala podstawowych czynności życia codziennego) i IADL (skala złożonych czynności dnia codziennego), które w zależności od kraju mogą być modyfikowane oraz uzupełniane o dodatkowe miary np. związane z warunkami mieszkaniowymi, sieciami wsparcia etc.:

- Niemcy - funkcjonuje obowiązkowe ubezpieczenie pielęgnacyjne, jako element systemu ubezpieczeń społecznych. Ubezpieczenie pielęgnacyjne powiązane jest z ubezpieczeniem chorobowym i finansowane jest ze składek ubezpieczonych i ich pracodawców. Ubezpieczenie ma pokrywać koszty związane z wydatkami na opiekę osób, których samodzielność i kompetencje są ograniczone ze względu na problem zdrowotne, które w związku z tym potrzebują wsparcia osób trzecich. Potrzeba opieki musi być długoterminowa – tj. szacowana na co najmniej sześć miesięcy – i być zidentyfikowana poprzez skalę opartą na miarach ADL i IADL. Jest to 6-stopniowa skala odnosząca się do możliwości wykonywania czynności w zakresie poruszanie się, umiejętności poznawczych i komunikacyjnych oraz problemów natury psychologicznej, samodzielności w wykonywaniu codziennych czynności (ubieranie się, jedzenie etc.), radzenia sobie z wymaganiami i obciążeniami związanymi z chorobą (np. przyjmowanie leków, badanie ciśnienia krwi), organizacji dnia codziennego i skalą kontaktów społecznych. Dodatkowo zbierane są informacje dotyczące samodzielności w wykonywaniu czynności poza miejscem zamieszkania (np. możliwość wyjścia z domu) oraz prowadzenia gospodarstwa domowego - odpowiedzi w ramach tych obszarów są pomocne przy układaniu indywidualnego planu opieki.
- Austria - świadczenie z tytułu opieki długoterminowej jest zryczałtowanym świadczeniem niezwiązanym z dochodami lub majątkiem osoby, która go otrzymuje. Jego celem jest zrekompensowanie wydatków wynikających z usług opiekuńczych i zapewnienie osobom starszym niezbędnej opieki i wsparcia. Istnieje siedem kategorii świadczenia z tytułu opieki długoterminowej, uzależnionych od stopnia trudności w realizacji czynności życia codziennego danej osoby. Zakres opieki jest ustalany w wymiarze godzinowym w zależności od zakresu zidentyfikowanych potrzeb. Kategoria pierwsza przeznaczona jest dla osób wymagających opieki w wymiarze od 65 do 95 godzin miesięcznie, kategoria siódma – ponad 180 godzin. Świadczenie wypłacane jest bezpośrednio beneficjentowi i może zostać wydane na sfinansowanie opieki długoterminowej według własnego uznania.
- Francja - podstawową formą wsparcia w zakresie zaspokojenia potrzeb osób starszych jest zasiłek związany ze stopniem autonomii (*Allocation personnalisée d'autonomie* – APA). Jest on wypłacany każdej osobie w wieku 60 lat i starszej, która potrzebuje pomocy w wykonywaniu codziennych czynności lub której stan zdrowia wymaga stałego monitorowania. Ma on na celu zaspokojenie potrzeb o charakterze niemedyceznym. Wysokość zasiłku zależy od stopnia autonomii mierzonej według skali AGGIR. Skala ta definiuje kilka stopni utraty autonomii, począwszy od 1 (największa utrata autonomii) do 6 (najniższa utrata autonomii). Zasiłek przysługuje osobom sklasyfikowanym w stopniach od 1 do 4. Zasiłek APA ma za zadanie sfinansować tzw. plan opieki

<sup>8</sup> Ibidem.

<sup>9</sup> Ibidem.

w miejscu zamieszkania, w którym wskazywana jest potrzebna liczba godzin opieki osobistej lub społecznej, a także innych dostosowań życiowych w celu utrzymania danej osoby w społeczności. Zasiłek może otrzymać osoba przebywająca w swoim miejscu zamieszkania lub w domu opieki.

- Czechy - Zasiłek opiekuńczy wypłacany jest osobom, które potrzebują pomocy innych osób w wykonywaniu podstawowych codziennych czynności. Zasiłek jest wypłacany osobom powyżej 1 roku życia, które są w długotrwałym złym stanie zdrowia, tj. zły stan zdrowia trwa powyżej 12 miesięcy i ogranicza zdolność do dbania o siebie i swoje gospodarstwo domowe. Długotrwały zły stan zdrowia musi być uzasadniony medycznie. Kwota zasiłku jest zależna od ustalonego poziomu potrzeb, który mierzony jest poprzez zdolność lub niezdolność do zaspokojenia 10 potrzeb życiowych (mobilność, orientacja, komunikacja, jedzenie, ubieranie się i zakładanie butów, zabiegi higieniczne, potrzeby fizjologiczne, opieka zdrowotna, czynności osobiste, organizacja życia domowego). Świadczenie jest świadczeniem pieniężnym, co ma umożliwić odbiorcom usług na podejmowanie samodzielnej decyzji o sposobie pozyskania usług – zapłacenie za usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania lub opłacić opiekę w specjalnym ośrodku.

Badania ewaluacyjne wskazują, że w krajach w których istnieje możliwość wyboru świadczenia pieniężnego lub usług, większość osób wybiera świadczenia pieniężne kosztem usług, wykorzystując następnie środki pieniężne w ramach nieformalnych grup wsparcia, głównie rodziny<sup>10</sup>.

#### 4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Osoby korzystające z usług i świadczeń niepieniężnych w ramach opieki długoterminowej.	403 tys. osób (2023 r.)	Obliczenia własne na podstawie danych ze sprawozdania MRiPS-03 za 2023 r. oraz publikacji GUS „Zdrowie i ochrona zdrowia w 2023 r.”	Ułatwienie dostępu do informacji na temat usług i świadczeń opieki długoterminowej. Poprawa jakości usług opieki długoterminowej.
Osoby starsze (w wieku 60+)	9 979 tys. osób (2024 r.)	Bank danych lokalnych, GUS	Ułatwienie dostępu do informacji na temat usług i świadczeń opieki długoterminowej. Poprawa jakości usług opieki długoterminowej.
Seniorzy (osoby w wieku 65+)	7 725 tys. osób (2024 r.)	Bank danych lokalnych, GUS	Możliwość uzyskania wsparcia w ramach Programu Bonu Senioralnego.
Osoby z niepełnosprawnością prawną	4 006,2 tys. osób, w tym 2 490,1 tys. osób w wieku 60+ (2023 r.)	„Osoby niepełnosprawne w 2023 roku”, GUS	Ułatwienie dostępu do informacji na temat usług i świadczeń opieki długoterminowej. Poprawa jakości usług opieki długoterminowej.
Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego, minister właściwy do spraw zdrowia	2	dana powszechnie znana	Monitorowanie sytuacji w zakresie opieki długoterminowej, przekazywanie danych z monitorowania, wypracowanie założeń założenia systemu zapewniania jakości usług i świadczeń opieki długoterminowej.
Organ, o którym mowa w art. 6 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych – organ ds. polityki senioralnej	1	dana powszechnie znana	Realizacja zadań związanych z koordynacją, monitorowaniem i ewaluacją opieki długoterminowej, opracowanie sprawozdania z wyników monitorowania opieki długoterminowej,

<sup>10</sup> Paweł Łuczak, „Regulacja opieki długoterminowej w Europie w zakresie opieki nad osobami starszymi: przegląd rozwiązań”, „Ubezpieczenia Społeczne. Teoria i praktyka.”, Zakład Ubezpieczeń Społecznych 2018 r.

			przygotowanie i udostępnienie rozwiązania organizacyjno-technicznego służącego do prowadzenia analiz wspomagających monitorowanie opieki długoterminowej, opracowanie założeń systemu zapewniania jakości usług i świadczeń opieki długoterminowej.
Narodowy Fundusz Zdrowia	1	Dana powszechnie znana	Realizacja zadań związanych z monitorowaniem opieki długoterminowej
Wojewodowie	16	Dane administracyjne	Realizacja zadań dotycząca monitorowania opieki długoterminowej w województwie, w tym opracowanie zbiorczego sprawozdania z realizacji zadań przez koordynatorów i jego publikacja na stronie BIP urzędu.
Powiaty	380 w tym 66 miast na prawach powiatów.	Dane administracyjne	Opiniowanie sprawozdań koordynatorów i publikacja ich na stronie BIP starostwa powiatowego.
Gminy	2479 (2025 r.)	GUS: <a href="https://stat.gov.pl/statystyka-regionalna/jednostki-terytorialne/podzial-administracyjny-polski/">https://stat.gov.pl/statystyka-regionalna/jednostki-terytorialne/podzial-administracyjny-polski/</a>	
Ośrodki Pomocy Społecznej, Miejskie Ośrodki Pomocy Rodzinie	2416 jednostek ogółem, z tego: - 2353 ośrodki pomocy społecznej, - 63 miejskie ośrodki pomocy rodzinie;	Sprawozdanie MRIPS-06 za 2024 r.	Realizacja zadań związanych z przekazywaniem informacji i współpracą przy ustalaniu potrzeb w zakresie opieki długoterminowej.
Centra Usług Społecznych powstałe z przekształcenia ośrodka pomocy społecznej lub miejskiego ośrodka pomocy społecznej w centrum usług społecznych na podstawie przepisów ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1818)	79 jednostek ogółem, z tego: - 76 centrów usług społecznych powstałych z przekształcenia ośrodka pomocy społecznej w centrum usług społecznych, - 3 centra usług społecznych powstałych z przekształcenia miejskiego w centrum usług społecznych.	Sprawozdanie MRIPS-06 za 2024 r.	Realizacja zadań związanych z przekazywaniem informacji i współpracą przy ustalaniu potrzeb w zakresie opieki długoterminowej.
Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie	314	Sprawozdanie MRIPS-06 za 2024 r.	Powołanie koordynatorów opieki długoterminowej oraz zapewnienie warunków realizacji ich zadań, w tym publikacji informacji o usługach i świadczeniach
Domy Pomocy Społecznej	824	Sprawozdanie MRIPS-05 za 2024 r.	Realizacja zadań związanych z przekazywaniem

			informacji i współpracą z koordynatorem.
Placówki całodobowej opieki prowadzone w ramach działalności statutowej i gospodarczej	707	Sprawozdanie MRIPS-05 za 2024 r.	Realizacja zadań związanych z przekazywaniem informacji i współpracą z koordynatorem.
Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze	734	Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL)	Realizacja zadań związanych z przekazywaniem informacji i współpracą z koordynatorem.
Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa	2 366	RPWDL	Realizacja zadań związanych z przekazywaniem informacji i współpracą z koordynatorem.
Zespół długoterminowej opieki domowej	351	RPWDL	Realizacja zadań związanych z przekazywaniem informacji i współpracą z koordynatorem.
Zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny i Zakład/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy psychiatryczny	89	RPWDL	Realizacja zadań związanych z przekazywaniem informacji i współpracą z koordynatorem.
Opiekunowie nieformalni	Wartość nieznana	Brak jest badań pozwalających na przybliżone określenie liczby osób świadczących opiekę względem osób najbliższych.	Ułatwienie dostępu do informacji na temat usług i świadczeń opieki długoterminowej. Umożliwienie dostępu do działań informacyjnych i edukacyjnych dla tej grupy osób.

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

Projekt ustawy był skierowany do uzgodnień, opiniowania i konsultacji publicznych, które rozpoczęły się 16 grudnia 2026 r. i zakończyły 30 grudnia 2026 r. Wniesione opinie posłużyły do opracowania zmienionej wersji projektu ustawy.

Projekt został przekazany do opinii reprezentatywnym organizacjom związków zawodowych, pracodawców.

Projekt ustawy został skierowany do uzgodnień, opiniowania oraz konsultacji publicznych do następujących podmiotów:

- członkowie Rady Ministrów;
- Rządowe Centrum Legislacji.

W ramach konsultacji publicznych został przekazany do:

1. Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym” – Związku Stowarzyszeń;
2. Polskiego Forum Osób z Niepełnosprawnościami;
3. Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego;
4. Stowarzyszenia „Dla Dobra Pacjenta”;
5. Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;
6. Stowarzyszenia Samorządowych Ośrodków Pomocy Społecznej FORUM;
7. Małopolskiego Forum Pomocy Społecznej;
8. Dolnośląskiego Forum Pomocy Społecznej;
9. Ogólnopolskiej Federacji Organizacji Pozarządowych;
10. Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Powiatowych i Miejskich Ośrodków Pomocy Rodzinie „Centrum”;
11. Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Miejskich i Gminnych Ośrodków Pomocy Społecznej „Razem”;
12. Konwentu Dyrektorów i Kierowników Ośrodków Pomocy Społecznej Województwa Lubuskiego;
13. Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Samorządowych Dyrektorów Domów Pomocy Społecznej;
14. Ogólnopolskiej Federacji Organizacji Pozarządowych;



<b>Dochody ogółem</b>	<b>0,0782</b>	<b>6,8982</b>	<b>7,071</b>	<b>7,2373</b>	<b>7,4142</b>	<b>7,5958</b>	<b>7,7821</b>	<b>7,973</b>	<b>8,1684</b>	<b>8,3689</b>	<b>8,5745</b>	<b>77,1616</b>
budżet państwa – PIT	0,0027	0,0331	0,034	0,0342	0,0345	0,0348	0,0351	0,0355	0,0358	0,0361	0,0365	<b>0,3523</b>
budżet JST - udział w podatku PIT	0,0154	0,1876	0,1924	0,1939	0,1956	0,1973	0,1991	0,2009	0,2027	0,2046	0,2066	<b>1,9961</b>
FUS – składki emerytalno-rentowe	0,0454	4,9701	5,0945	5,217	5,3472	5,4809	5,6179	5,7584	5,9023	6,0499	6,2011	<b>55,6847</b>
NFZ - składki zdrowotne	0,0111	1,2853	1,3175	1,3492	1,3828	1,4174	1,4529	1,4892	1,5264	1,5646	1,6037	<b>14,4001</b>
Fundusz Pracy - składki	0,0014	0,1655	0,1696	0,1737	0,1781	0,1825	0,1871	0,1918	0,1965	0,2015	0,2065	<b>1,8542</b>
Fundusz Solidarnościowy - składki	0,0021	0,24	0,246	0,2519	0,2582	0,2646	0,2713	0,278	0,285	0,2921	0,2994	<b>2,6886</b>
FGSP - składki	0,0001	0,0166	0,017	0,0174	0,0178	0,0183	0,0187	0,0192	0,0197	0,0201	0,0207	<b>0,1856</b>
<b>Wydatki ogółem</b>	<b>100,1727</b>	<b>419,9402</b>	<b>520,4394</b>	<b>20,9306</b>	<b>21,4532</b>	<b>21,9895</b>	<b>22,5393</b>	<b>23,1027</b>	<b>23,6803</b>	<b>24,2723</b>	<b>24,8791</b>	<b>1223,3993</b>
budżet państwa – wydatki na wynagrodzenie koordynatorów w powiecie	0	19,2286	19,7093	20,1823	20,6869	21,2041	21,7342	22,2775	22,8345	23,4053	23,9905	<b>215,2532</b>
budżet państwa – zwiększenie liczby etatów w urzędzie obsługującym organ ds. polityki senioralnej	0,1727	0,7116	0,7301	0,7483	0,7663	0,7854	0,8051	0,8252	0,8458	0,867	0,8886	<b>8,1461</b>
wydatki na Program Bonu Senioralnego	100	400	500	0	0	0	0	0	0	0	0	<b>1000</b>
<b>Saldo ogółem</b>	<b>100,0945</b>	<b>-413,042</b>	<b>-513,3684</b>	<b>-13,6934</b>	<b>-14,039</b>	<b>-14,3937</b>	<b>-14,7571</b>	<b>-15,1298</b>	<b>-15,5119</b>	<b>-15,9034</b>	<b>-16,3047</b>	<b>-1146,2379</b>
budżet państwa	-100,1700	419,9071	-520,4054	-20,8965	-21,4187	-21,9547	-22,5041	-23,0673	-23,6445	-24,2362	-24,8427	<b>-1223,0472</b>
JST	0,0154	0,1876	0,1924	0,1939	0,1956	0,1973	0,1991	0,2009	0,2027	0,2046	0,2066	<b>1,9961</b>
FUS	0,0454	4,9701	5,0945	5,2170	5,3472	5,4809	5,6179	5,7584	5,9023	6,0499	6,2011	<b>55,6847</b>
NFZ	0,0111	1,2853	1,3175	1,3492	1,3828	1,4174	1,4529	1,4892	1,5264	1,5646	1,6037	<b>14,4001</b>
Fundusz Pracy	0,0014	0,1655	0,1696	0,1737	0,1781	0,1825	0,1871	0,1918	0,1965	0,2015	0,2065	<b>1,8542</b>
Fundusz Solidarnościowy - składki	0,0021	0,2400	0,2460	0,2519	0,2582	0,2646	0,2713	0,2780	0,2850	0,2921	0,2994	<b>2,6886</b>
FGSP - składki	0,0001	0,0166	0,0170	0,0174	0,0178	0,0183	0,0187	0,0192	0,0197	0,0201	0,0207	<b>0,1856</b>
<b>Źródła finansowania</b>	<p>Wydatki związane z wejściem w życie ustawy zostaną sfinansowane ze środków budżetu państwa i odpowiednio zwiększone zostaną następujące części budżetowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– 85 Województwa, w zakresie dofinansowania kosztów realizacji zadań koordynatorów;</li> <li>– 83 rezerwa celowa w zakresie finansowania Programu Bonu Senioralnego;</li> <li>– 16 KPRM w zakresie wynagrodzeń dla nowych etatów w KPRM.</li> </ul> <p>Realizacja przepisów ustawy będzie należeć do zadań własnych powiatów. Wartość środków finansowych przeznaczonych na realizację Programu Bonu Senioralnego jest określana odrębnie w każdej edycji Programu. Dlatego też w tabeli nie uwzględniano wydatków po 2028 r.</p>											
<b>Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń</b>	<p>Koszty realizacji zadań koordynatorów zostały oszacowane przy wykorzystaniu następujących założeń:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zadania koordynatorów obejmować będą m.in.: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. zbieranie i udostępnianie informacji na temat dostępnych w powiecie usług i świadczeń opieki długoterminowej,</li> <li>b. informowanie mieszkańców o dostępnych formach opieki i wsparcia na terenie powiatu,</li> <li>c. współpracę z instytucjami systemu ochrony zdrowia i pomocy społecznej, lokalnymi NGO oraz innymi koordynatorami w zakresie rozwoju instytucji opieki długoterminowej w powiecie,</li> <li>d. promowanie i wspieranie edukacji i wsparcie dla opiekunów nieformalnych,</li> <li>e. identyfikowanie potrzeb i deficytów w zakresie dostępnych usług opieki długoterminowej.</li> </ol> </li> <li>2. Rolą koordynatora będzie przygotowanie oraz bieżąca aktualizacja informacji na temat wszystkich dostępnych na terenie powiatu form wsparcia w ramach opieki długoterminowej. Informacje te powinny być upublicznione na stronie internetowej PCPR lub MOPR lub CUS. Koordynatorzy powinni utrzymywać bieżący kontakt ze świadczeniodawcami opieki długoterminowej w powiecie, a także z koordynatorami w</li> </ol>											

innych powiatach. Koordynatorom zostanie pozostawiona swoboda sposobu organizacji realizacji powierzonych im zadań.

3. Koordynatorzy będą także realizować poradnictwo indywidualne.
4. Środki na dofinansowanie kosztów realizacji zadań koordynatorów zostały określone w wysokości 3500,00 zł brutto na powiat miesięcznie (2716,34 zł netto). Podział tych środków uzależniony będzie od polityki kadrowej urzędu obsługującego koordynatora. Organ obsługujący koordynatora będzie mógł wykorzystać te środki na dodatki dla pracownika/pracowników realizującego zadania koordynatora lub sfinansowanie części wynagrodzenia takiej osoby/osób.
5. Kwota 3500,00 zł brutto określona została na poziomie około 50% wartości wynagrodzenia w grupie zawodów: Średni personel z dziedziny prawa, spraw społecznych i religii (kod: 341) na podstawie badania „Struktura wynagrodzeń według zawodów za październik 2024 r.” w sektorze publicznym. Według tego badania przeciętne wynagrodzenie w tej grupie wyniosło 7740,34 zł brutto. Do tej grupy zawodów zalicza się m.in. zawód pracownika socjalnego. Jednocześnie, zgodnie z danymi zebranymi przez MRPiPS za styczeń 2025 r. dotyczącymi wynagrodzeń zasadniczych pracowników socjalnych. Obejmowało ono 2 793 jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, z tego: - 66 MOPR/CUS - 314 PCPR - 2 413 OPS/CUS przy współudziale 16 wojewódzkich wydziałów polityki społecznej. Wskazuje ono, że przeciętne wynagrodzenie zasadnicze, bez dodatków, pracownika socjalnego kształtowało się na poziomie od 5146 zł do 5864 zł. Biorąc pod fakt, że większość informacji pochodziło z jednostek działających na poziomie gminy oraz nie uwzględniały one dodatków, przyjęto że przeciętne wynagrodzenie pracownika PCPR może kształtować się na poziomie około 7000 zł brutto.
6. Dofinansowanie zadań koordynatorów rozpocznie się od 2027 r. Koordynatorzy do 31 grudnia 2026 r. wykonają czynności przygotowawcze i organizacyjne niezbędne do rozpoczęcia realizacji zadań, w szczególności nawiążą współpracę z podmiotami pomocy społecznej i ochrony zdrowia oraz zorganizują udostępnienie informacji na stronie internetowej.
7. Środki na dofinansowanie kosztów zadań koordynatorów w kolejnych latach zostały skorygowane o wartość wskaźnika CPI zgodnie z „Wytycznymi dotyczącymi stosowania jednolitych wskaźników makroekonomicznych będących podstawą oszacowania skutków finansowych projektowanych ustaw. Aktualizacja – lipiec 2025 r.”.
8. W części tabeli dotyczącej dochodów uwzględniono wpływy do poszczególnych sektorów jednostek publicznych, które wynikają z obowiązujących przepisów dotyczących składek na ubezpieczenia społeczne, Fundusz Pracy, Fundusz Solidarnościowy. W przypadku składki na ubezpieczenie wypadkowe, przyjęto składkę w wysokości 1,67% podstawy wymiaru składki. Kwota wynagrodzenia brutto dla której oszacowano wartość składek na poszczególne tytuły – 3500 zł (4216,80 zł wraz z kosztami po stronie pracodawcy). Otrzymane kwoty zostały przemnożone przez liczbę powiatów (z uwzględnieniem miast na prawach powiatów) oraz 12 miesięcy. Założono, że kwota 3500 brutto stanowi element wynagrodzenia koordynatora lub pracowników obsługujących koordynatora. Wpływy do budżetu państwa i JST odnoszą się do kwot należnego podatku dochodowego od osób fizycznych obliczonego analogicznie jak w przypadku składek na ubezpieczenia społeczne. Zastosowano następujący podział tych kwot : BP – 15%, JST – 85%. Podział ten został wskazany w piśmie KOSR (znak: KOSR.0652.2.2025, z 2 kwietnia 2025 r.).
9. Dodatkowe nowe 3 etaty w KPRM (urzędzie odpowiedzialnym za nadzór nad realizacją zadań wynikających z ustawy) z wynagrodzeniem określonym z uwzględnieniem przeciętnego miesięcznego całkowitego wynagrodzenia brutto w Ministerstwach i KPRM w 2025 r. (na podstawie sprawozdania Szefa Służby Cywilnej), które zostało skorygowane o zmianę kwoty bazowej w służbie cywilnej w 2026 r. i powiększone o koszty po stronie pracodawcy. Dane dotyczące wynagrodzeń całkowitych obejmują wszystkie składniki wynagrodzeń, takie jak: wynagrodzenie zasadnicze, dodatki stażowe, dodatki funkcyjne, nagrody z funduszu nagród, nagrody jubileuszowe, dodatki służby cywilnej, dodatki zadaniowe, dodatki wynikające ze szczególnych uprawnień, odprawy emerytalne i rentowe oraz dodatkowe wynagrodzenie roczne (tzw. trzynastka). Na 2026

	<p>r. przyjęto przeciętne miesięczne całkowite wynagrodzenie odpowiadające wartości z 2025 r. dla Ministerstw i KPRM zaprezentowanej w „Sprawozdaniu Szefa Służby Cywilnej o stanie służby cywilnej i o realizacji zadań tej służby w 2025 r.” Dla tej kwoty określono wysokość składek na ubezpieczenie społeczne (po stronie pracownika i pracodawcy), składki zdrowotnej oraz należnego podatku od osób fizycznych.</p> <p>10. Program Bonu Senioralnego będzie określony w drodze rozporządzenia Rady Ministrów. Obejmować ono będzie sposób przyznawania bonu senioralnego i jego realizacji, wskazanie podmiotów przyznających i realizujących bon senioralny, sposób i tryb finansowania bonu senioralnego. Pierwsza edycja Programu obejmować będzie lata 2026-2028. Finansowany będzie z dotacji z budżetu państwa. Wydatki w pierwszej edycji Programu zostały określone w wysokości: 100 mln zł w 2026 r. (3 miesiące realizacji), 400 mln zł w 2027 r. oraz 500 mln zł w 2028 r. Łącznie zatem w kwocie 1 mld zł.</p> <p>11. Program będzie skierowany do osób w wieku 65 lat lub więcej, które posiadają niezaspokojone potrzeby w zakresie podstawowych czynności życia codziennego. Według danych GUS w 2024 r. w Polsce żyło 7,725 mln osób w tym wieku. Na podstawie danych z badania SHARE wynika, że około 25% z tych osób ma niezaspokojone potrzeby w zakresie podstawowych czynności życia codziennego, tj. wskazało w badaniu występowanie przynajmniej jednej trudności w skali ADL i IADL.</p> <p>12. Biorąc pod uwagę przeciętne wynagrodzenie pracownika świadczącego usługi opiekuńcze na rzecz osób starszych w 2025 r. wyniosło około 5700 brutto (<a href="https://wynagrodzenia.pl/moja-placa/file-zarabia-opiekunka-osob-starszych">https://wynagrodzenia.pl/moja-placa/file-zarabia-opiekunka-osob-starszych</a>), planowaną wartość wydatków w skali roku na realizację Programu, oraz przeciętną liczbę osób przypadających na jednego opiekuna/opiekunkę w ramach usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania świadczonych na podstawie ustawy o pomocy społecznej (od ok. 2,15 do 4 osób), oszacowano że wsparciem w ramach Programu będzie mogło zostać objętych od 12 tys. do 20 tys. osób w zależności od roku.</p> <p>13. Rok oznaczony 0 to 2026 r.</p> <p>14. Wprowadzenie rozwiązań wskazanych w ustawie nie powinno rodzić innych skutków finansowych, niż te wskazane w powyższej tabeli.</p>
--	--

**7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe**

		Skutki						
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z ..... r.)	duże przedsiębiorstwa	0	0	0	0	0	0	0
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	0	0	0	0	0	0	0
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	0	0	0	0	0	0	0
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	Brak wpływu.						
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Zwiększy popyt na usługi przedsiębiorstw działających w obszarze tzw. srebrnej gospodarki						
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Zgodnie z wnioskami z badania ilościowego i jakościowego dotyczącego postrzegania opieki długoterminowej, przeprowadzonego w ramach „Przeglądu strategicznego opieki długoterminowej w Polsce” jednym z głównych wyzwań jest dostęp do informacji na temat możliwości skorzystania z określonych usług lub świadczeń. Poprawa stanu w tym obszarze pozwoli nie tylko na zwiększenie dostępu do usług, ale także dostosowanie ich zakresu do potrzeb beneficjenta.						

		Poprawa sytuacji osób w wieku 65 lat lub więcej oraz ich zstępnych poprzez zaspokojenie potrzeb związanych z opieką nad osobą starszą w związku z realizacją Programu Bonu Senioralnego. Nowe miejsca pracy w sektorze opiekuńczym.
Niemierzalne	Osoby w wieku 60/65 lat lub więcej	Zgodnie z wnioskami z badania ilościowego i jakościowego dotyczącego postrzegania opieki długoterminowej, przeprowadzonego w ramach „Przeglądu strategicznego opieki długoterminowej w Polsce” jednym z głównych wyzwań jest dostęp do informacji na temat możliwości skorzystania z określonych usług lub świadczeń. Poprawa stanu w tym obszarze pozwoli nie tylko na zwiększenie dostępu do usług, ale także dostosowanie ich zakresu do potrzeb beneficjenta. Poprawa jakości życia osób w wieku 65 lat lub więcej, w tym w zakresie zapewnienia realizacji podstawowych potrzeb życiowych, które obecnie często pozostają niezaspokojone w związku z brakiem dostępu do usług o charakterze opiekuńczym.
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Brak.	

#### 8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

nie dotyczy

Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).

tak  
 nie  
 nie dotyczy

zmniejszenie liczby dokumentów  
 zmniejszenie liczby procedur  
 skrócenie czasu na załatwienie sprawy  
 inne:

zwiększenie liczby dokumentów  
 zwiększenie liczby procedur  
 wydłużenie czasu na załatwienie sprawy  
 inne:

Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektroniczności.

tak  
 nie  
 nie dotyczy

Komentarz:

Ustawa wprowadza obowiązek współpracy z koordynatorem dla podmiotów realizujących usługi i świadczenia, które zaliczone zostaną do opieki długoterminowej w zakresie wymiany informacji.

Wprowadzenie współpracy podmiotów w ramach opieki długoterminowej wprowadza nowe procedury związane z wymianą informacji pomiędzy: podmiotami wykonującymi działalność leczniczą, dysponentami zespołu ratownictwa medycznego, świadczeniodawcami udzielającymi świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej.

#### 9. Wpływ na rynek pracy

Program Bonu Senioralnego będzie miało pozytywny wpływ na rynek pracy na poziomie lokalnym, gdyż stworzy możliwość zatrudnienia przy świadczeniu usług w ramach bonu senioralnego. Jest to szczególnie ważne w przypadku terenów wiejskich, o ograniczonych możliwościach podjęcia zatrudnienia w miejscu zamieszkania (poza rolnictwem).

#### 10. Wpływ na pozostałe obszary

środowisko naturalne  
 sytuacja i rozwój regionalny  
 sądy powszechne, administracyjne lub wojskowe

demografia  
 mienie państwowe  
 inne: pomoc społeczna

informatyzacja  
 zdrowie

Omówienie wpływu	<p>Projekt ustawy wpłynie na poprawę współpracy między systemem zdrowia a zabezpieczeniem społecznym, tworząc fundament spójnego systemu opieki długoterminowej. Projekt wprowadza lokalną koordynację usług przyznawanych w ramach opieki długoterminowej oraz mechanizmy wymiany informacji pomiędzy podmiotami świadczącymi usługi w ramach opieki długoterminowej. Wprowadzane zmiany zwiększą dostępność i efektywność udzielonego wsparcia. Zakłada się, że regulacja przyczyni się do optymalizacji wykorzystywania dostępnych świadczeń. Projekt ustawy wywiera wpływ na obszar danych osobowych. Natomiast projektowane rozwiązania nie dotyczą przetwarzania z wysokim ryzykiem naruszenia praw lub wolności osób fizycznych, z uwagi na fakt, iż bazują na funkcjonujących rozwiązaniach w ochronie zdrowia i zabezpieczeniu społecznym.</p> <p>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.</p> <p>Administrator, czyli podmiot zatrudniający koordynatora do spraw opieki długoterminowej, będzie gromadził dane takie m.in. jak imię, nazwisko, data urodzenia, adres zamieszkania lub pobytu, dane kontaktowe (telefon, e-mail), 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.</p> <p>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.</p> <p>Przetwarzanie jest niezbędne do realizacji ustawowych obowiązków wynikających z projektu ustawy, a zakres danych został ograniczony do minimum, zgodnie z zasadą minimalizacji. Dane wrażliwe, takie jak informacje o stanie zdrowia, będą przetwarzane wyłącznie na podstawie wyraźnej zgody osoby.</p> <p>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.</p>
<b>11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego</b>	
<p>Projektowana ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem art. 13 - 16, które wchodzi w życie po upływie 12 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy, jak również na 3 miesiące określono termin na wydanie aktu wykonawczego (art. 189b ustawy zmienianej w art. 33, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą).</p>	
<b>12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?</b>	
<p>Ewaluacja efektów funkcjonowania ustawy nastąpi po upływie 36 miesięcy od dnia jej wejścia w życie. Za przeprowadzenie ewaluacji odpowiedzialny będzie organ do spraw polityki senioralnej, we współpracy z ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego oraz ministrem właściwym do spraw zdrowia po przeprowadzeniu konsultacji publicznych.</p> <p>Ewaluacja będzie oparta w szczególności na analizie informacji przekazywanych w sprawozdaniach Koordynatorów oraz na podstawie zagregowanych danych przekazywanych przez ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego i ministra do spraw zdrowia.</p>	
<b>13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)</b>	
Brak.	